

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Tomáš Němec

**Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se
zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče**

Bakalářská práce

Praha 2017

Autor práce: **Tomáš Němec**

Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Oponent práce: PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

Datum obhajoby: **2017**

Bibliografický záznam

NĚMEC, Tomáš. Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2017. 75 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Abstrakt

Záměrem bakalářské práce bylo přinést základní informace o agresivitě na vybraných pracovištích Psychiatrické nemocnice Bohnice. V rámci zpracování bakalářské práce byl zadán dotazník 194 respondentům vykonávajícím povolání všeobecné sestry nebo zdravotnického asistenta, na odděleních akutní péče a následné péče psychiatrické, protitoxikomanské a gerontopsychiatrické. Šetření proběhlo v průběhu prosince 2016 a ledna 2017.

Z hlavních výsledků vyplynulo, že respondenti z PN Bohnice se s agresivními pacienty setkávají s vysokou frekvencí, tj. denně nebo týdně v 60 % případů. Většina respondentů (92 %) se setkala s agresí slovní i fyzickou. Nejčastějším druhem fyzické agrese je ničení věcí (52 %), napadení zdravotníka (40 %) a sebepoškozování (39 %). Nejčastějším agresorem je pacient (muž 50 %; žena 44 %), méně často návštěvy a rodina pacienta (3 %). U mužů je vyšší podíl fyzické agrese, než u žen o více jak 13 %. Podle zdravotníků je nejčastější příčinou agrese nemoc (67 %), dále strach a úzkost (32 %) a na třetím místě skončilo prostředí (27 %). Zdravotníci řeší konfliktní situace nejčastěji domluvou (97 %), v druhém pořadí ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky, tzn., že volají příslužbu (55 %) eventuálně lékaře (44 %). Z omezovacích prostředků se na odděleních nejčastěji používá medikace (94 %), v druhém pořadí kurty nebo pásy (69 %). Školení v rámci zvládnutí agresivních pacientů absolvovalo téměř 59 % respondentů.

Součástí bakalářské práce je také statistická analýza odpovědí respondentů na jednotlivé položky dotazníku podle jejich věku, délky praxe na psychiatrii, typu oddělení, typu péče a také typu oddělení podle pohlaví pacientů.

Abstract

The aim of the bachelor thesis was to provide basic information on aggressiveness at selected workplaces of Bohnice Psychiatric Hospital. In the framework of this work, a questionnaire was submitted to 194 respondents performing general nurses or health care professions, acute care departments and subsequent psychiatric, anti-toxic and gerontopsychiatric care. The investigation took place during December 2016 and January 2017.

The main results showed that respondents from PN Bohnice encounter high frequencies with aggressive patients, i.e. daily or weekly in 60% of cases. Most respondents (92%) encountered verbal and physical aggression. The most common kind of physical aggression is the destruction of property (52%), the assault of a health care professional (40%) and self-harm (39%). The most common type of aggressor is male (50%) and female (44%), less frequent visits and the patient's family (3%). For men, physical aggression is higher than for women by more than 13%. According to medical professionals, the most common cause of aggression is the disease (67%), fear and anxiety (32%), and the third is environment (27%). Physicians deal with conflicting situations most often by appointment (97%), and secondly in cooperation with other health workers, i.e. they call service (55%) or doctor (44%). The most common used restrains are medication (94%), next are the courts or bands (69%). Guidance on dealing with aggressive patients was conducted by nearly 59% of respondents.

Part of the bachelor thesis is also a statistical analysis of the respondents' answers to individual items of the questionnaire according to their age, length of practice in psychiatry, type of department, type of care and type of separation according to the sex of patients.

Klíčová slova

agrese, násilí, psychiatrické ošetřovatelství, psychiatrie, omezovací prostředky

Keywords

aggression, violence, psychiatry, psychiatric nursing, restrains

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Tomáš Němec**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ Martina, BABIAKOVÁ, Mira. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva. Ošetrovatelství v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

MARTIN, Randy W. (Randy Wayne). Surviving violence in the healthcare setting: a photo-illustrated guide on dealing with violent behavior in the healthcare setting. Victoria : Trafford, c2003. 124 s. : il. ; 24 cm. ISBN: 141201427-1.

Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. [Washington] : U.S. Dept. of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 2004. 44 s. ; 30 cm.

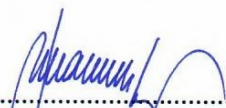
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **PhDr. Haluzíková Jana, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 4.5.2016

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry


.....
Děkan

V Praze dne 5.5.2016

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
ČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 26. 4. 2017

Tomáš Němec

Poděkování

Poděkování patří hlavně PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za jeho ochotu, trpělivost a odborné rady, které mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| SEZNAM ZKRATEK | 7 |
| 1 ÚVOD | 8 |
| 1.1 CÍLE PRÁCE | 9 |
| 2 TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 2.1 AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ..... | 10 |
| 2.2 DEFINICE AGRESE..... | 10 |
| 2.2.1 Další pojmy spojované s agresivitou | 11 |
| 2.3 ETIOLOGIE AGRESIVITY | 11 |
| 2.4 ROZDĚLENÍ AGRESE | 13 |
| 2.4.1 Agrese vůči okolí..... | 13 |
| 2.4.2 Agrese vůči vlastní osobě | 14 |
| 2.5 AGRESIVITA V PSYCHIATRII | 15 |
| 2.5.1 Nejčastější důvody agresivního chování..... | 16 |
| 2.5.2 Projevy agresivního chování..... | 17 |
| 2.5.3 Přístup k neklidnému pacientovi..... | 18 |
| 2.5.4 Deeskalace | 19 |
| 2.5.5 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem..... | 20 |
| 2.5.6 Omezovací prostředky | 20 |
| 2.5.7 Prevence rizik na psychiatrických odděleních | 22 |
| 2.6 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ NA STEJNÉ TÉMA | 25 |
| 3 EMPIRICKÁ ČÁST..... | 27 |
| 3.1 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY..... | 27 |
| 3.2 METODIKA VLASTNÍHO ŠETŘENÍ | 28 |
| 3.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT..... | 28 |
| 3.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU | 29 |
| 3.5 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE..... | 36 |
| 3.6 DISKUZE..... | 49 |
| 3.6.1 Zhodnocení výsledků vlastní práce..... | 49 |
| 3.6.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii | 67 |
| ZÁVĚR | 68 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | 70 |
| SEZNAM TABULEK..... | 73 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 74 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 75 |
| PŘÍLOHY | 76 |

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

AT – protitoxikomanské oddělení

cit. - citace

č. – číslo

et al. - kolektiv

FN – Fakultní nemocnice

Geronto. – Gerontopsychiatrické oddělení

H – Hypotéza

n – absolutní četnost

Max. – Maximum

Min. – Minimum

Obr. – obrázek

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

roč. - ročník

s. – strana

Sm.odch. – Směrodatná odchylka

statist. - statistika

Tab. - tabulka

tj. – to je

v - variační koeficient

Var. koef. – Variační koeficient

vyd. - Vydání

WHO - World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

% - relativní četnost

1 ÚVOD

Agresivita v lidské společnosti představuje v dnešní době velmi závažný problém, který se stupňuje. Každý den můžeme být svědky agresivního chování, například prostřednictvím médií. Stále častěji se stává, že se lidé v běžném životě setkávají s různými druhy agrese. V této uspěchané době, kdy je každý čas od času ve stresu a nedostává se mu odpočinku, stačí mnohdy jen malý impuls a konflikt tak vznikne velmi snadno. Není tedy výjimkou, že se s agresivním chováním setkáme i ve zdravotnictví.

Na rostoucí míru agresivity upozorňuje ve svém programu pro prevenci a eliminaci agresivity ve zdravotnictví z roku 2000 i Světová zdravotnická organizace (WHO).

Jeden ze zdravotnických oborů, pro které je zvládnutí agresivního chování zásadní, je bezesporu psychiatrie. Kvalita i postupy při poskytování zdravotnické péče jsou přímo ovlivněny rizikem agresivního chování vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení. Nejvíce ohroženou skupinu je ošetrovatelský personál, a to z toho důvodu, že s pacienty tráví mnoho času a řeší s nimi běžné denní záležitosti. Na příjmovém oddělení je především zdravotní sestra prvním člověkem, se kterým se pacient v nemocnici potká. Právě proto na psychiatrii je velice důležité, aby ošetrovatelský tým dokázal profesionálně zvládat nepředvídatelné situace, zvláště ty vyhrčené.

Téma práce „Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče“ jsem si vybral hlavně z důvodu své několikileté zkušenosti s prací na odděleních v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB). Aktuálně pracuji na pavilonu ochranného léčení a i na tomto oddělení je téma agresivních pacientů velice časté. Sám jsem byl několikrát svědkem různých druhů agrese.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část, se zabývá agresivitou obecně a ve větším rozsahu pak agresivitě na psychiatrii. Druhá část je věnována empirickému šetření pomocí metody dotazníku, které byly distribuovány všeobecným sestřím a zdravotnickým asistentům na odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice (PNB).

1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je zmapovat a vyhodnotit míru a typ agresivního chování pacientů na pracovištích akutní psychiatrické péče a na pracovištích následné psychiatrické péče. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle bakalářské práce:

1. přinést základní přehled teoretických poznatků souvisejících s touto problematikou;
2. s využitím dříve realizovaných studií sestavit dotazník k naplnění záměru práce a zadat ho cílové skupině respondentů (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti);
3. získaná data utřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu;
4. zobecnit získané výsledky a navrhnout doporučení pro praxi;

2 TEORETICKÁ ČÁST

V úvodu teoretické části práce, bude pozornost věnována agresivnímu chování obecně, budou uvedeny kapitoly definice agrese, etiologie agresivity a rozdělení agrese. Dále je teoretická část orientována na problematiku agresivního chování na psychiatrii a zde jsou kapitoly: nejčastější důvody agresivního chování, projevy agresivního chování, přístup k neklidnému pacientovi, omezovací prostředky a prevence rizik na psychiatrických odděleních. Poslední část byla věnována přehledu dříve realizovaných studií na stejné téma. Všechny uvedené informace byly čerpány z odborné literatury. Vzhledem k podobnosti informací v různých literárních zdrojích je práce spíše deskriptivní než analytická. Seznam bibliografických jednotek je umístěn na straně č. 70.

2.1 Agresivní chování

Agresivní chování je běžný jev, se kterým se jistě každý člověk v určité míře setkal nebo setkává pravidelně, proto je důležité vysvětlit si některé pojmy. K pochopení problematiky je třeba vědět, jakým způsobem agresivní chování vzniká, jaké má příčiny a také jakým způsobem se rozlišuje. V této kapitole se tedy budeme věnovat definicím agrese, vzniku a základnímu rozdělení.

2.2 Definice agrese

Nejdříve je potřeba vyjasnit rozdíl mezi pojmy Agresivita a Agrese, protože oba tyto pojmy jsou často zaměňovány nebo brány jako jeden. Martínek (2009) definuje agresivitu takto: „**Agresivita** (z lat. *Aggressivus*) – útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem“. „**Agrese** (z lat. *Aggressio*) – výpad, útok – jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit“. Zjednodušeně lze říci, že agresivita je vnitřní rozpoložení projevující se na venek agresí. (Martínek 2009, s. 9)

Další definice agrese uvádí, že agrese je zjevné chování se záměrem poškodit nebo destruovat. Jako nejdůležitější ukazatel je brán úmysl, podle kterého se, jak morálně, tak i právně, posuzují vzniklé situace. (Látalová, 2013)

V chování agresora můžeme rozlišit více stupňů agrese. Nejnižším stupněm je nepřátelství (hostilita), kdy člověk dává svým chováním a vystupováním zřetelně najevo své antipatie. Dalším stupněm je verbální agrese, kterou rozdělujeme na přímou a nepřímou. Přímou verbální agresi poznáme velice snadno, jde o sprosté nadávky, urážky z očí do očí. Nepřímá se projevuje psaním dopisů, telefonáty nebo pouze jen představami o tom, jak člověk někomu vynadá. Třetím a nejzávažnějším stupněm je brachiální (fyzická) agrese, která může být zaměřena buď vůči věcem, nebo živým tvorům. (Petr, 2014) „*Agresi lze dále dělit na autoagrese, což je násilí zaměřené na sebe (sebevražedné pokusy, nejrůznější formy sebepoškozování) a heteroagresi, která je zaměřená navenek.*“ (Marková et al., 2006, s. 106)

2.2.1 Další pojmy spojené s agresivitou

Emoce jsou rozlišovány především podle průběhové a časového měřítka. Afekt znamená emoční výkyv trvající minuty až hodiny. Oproti tomu nálada je emoční stav trvající delší dobu a je tak spíše brán jako součást temperamentu nebo osobnosti. Příkladem nálady může být výše zmíněná hostilita. Krátkodobým emočním výkyvem je například vztek (anger), můžeme ho pozorovat u mnoha psychických poruch a medicínských stavů – mentální retardace, poruch osobnosti, traumat hlavy, epilepsie, nádorů mozku, endokrinních a metabolických poruch. Je využíván jako výzva nebo vyhrožování a je součástí varujícího či zastrášujícího jednání. (Látalová, 2013)

Dalším velice důležitým pojmem je neklid, pravidelně se s ním můžeme setkat v psychiatrii. Jde o stav zvýšené pohybové aktivity projevující se zvýšenou gestikulací, přešlapováním, podupáváním a je spojený s celkovým vnitřním napětím. Velký neklid označujeme jako agitovanost, ta se často pojí s násilným chováním. (Petr, 2014)

2.3 Etiologie agresivity

Většina literárních zdrojů se shoduje, že vznik agresivity je ovlivněn multifaktoriálně. Příčinou vzniku agresivního chování jsou biologické, genetické a vnější vlivy - intoxikace, zneužívání v dětství nebo nízké socioekonomické postavení. (Čermák, 1998, Látalová 2013, Raboch et al. 2012, Vágnerová, 2005). Nikdy nelze přímo říci, který z faktorů je dominantní, protože všechny spolu souvisí a ovlivňují osobnost člověka. (Látalová, 2013)

Honzák (2006) definuje agresivitu jako přirozenou výbavu člověka a dělí jí na predátorskou (lovec) a obrannou. Projevuje se pak reflexně podle toho jak, podkorová centra mozku vyhodnotí situaci. Pokud nejsme ovlivněni například intoxikací, psychózou nebo stresem, jsme schopni impulzivní chování zcela ovládat. Ovládání je možné díky sociálním zkušenostem a učení.

Biologické faktory – chování je jednak ovlivněno hladinami hormonů jako je acetylcholin, dopamin, noradrenalin, serotonin. U impulzivně jednajících osob „*nacházíme snížení serotoninergní transmise (snížení koncentrace metabolitů serotoninu v mozkomíšním moku). Pomocí moderních vyšetřovacích metod byl popsán snížený objem frontálních laloků a snížení glukózového metabolitu frontálně*“. (Raboch et al., 2012, s. 148) Dalším důležitým hormonem ovlivňujícím agresivitu jedince je mužský hormon testosteron, který má při svých zvýšených hodnotách jak u mužů, tak i u žen za následek násilné chování. Je známa agresivní reakce po epileptickém záchvatu. (Raboch et al., 2012)

Genetické faktory – „*Agresivní chování se dědí v rodinách.*“ (Látalová, 2013) Je však složité určit, zda má větší vliv genetická výbava rodičů nebo vnější vlivy působící během vývoje dítěte. „*Nejméně 1/3 zneužívaných dětí pokračuje v nevhodném či zanedbávajícím chování i ve vztahu k vlastním potomkům. Ještě před tím, než se začne uplatňovat učení, může být mozek ovlivněn prenatálním a perinatálním prostředím a genetickou výbavou. Všechny tyto faktory spolu vzájemně reagují.*“ „*Odhaduje se, že genetická výbava přispívá k vývoji povahových rysů vedoucích k násilí (impulzivnosti, podrážděnosti a sklonu k útočnosti) v rozmezí 44-72 %.*“ (Veveřa et al., 2011)

Vnější vlivy – Prenatální vlivy jsou, kouření, užívání alkoholu a nutriční deficit matek v těhotenství. Vztah těchto vnějších vlivů a agresivního chování nelze zcela prokázat, lze však říci, že všechny tyto faktory vývoj dítěte negativně ovlivňují.

Perinatálními vlivy jsou již výše zmíněné zneužívání v dětství a dalším silným faktorem ovlivňujícím násilné chování je nízké socioekonomické postavení. (Höschl, 2004)

2.4 Rozdělení agrese

Většinu násilných činů lze rozdělit jako impulzivní či promyšlené. Podle motivace činu se pak rozlišuje jako obranná či útočná agrese.

Impulzivní agrese není plánovaná a zpravidla není za účelem hmotného zisku. „Obecně lze říci, že příčinou impulzivní agrese je především strach, zloba či vztek a momentální pocit ohrožení.“ Vyplývá z nedostatku zábran v chování a z nezájmu o následky chování. Je řízena především hypotalamem a limbickým systémem.

Promyšlené (instrumentální) jednání je plánované, orientované na určitý cíl a předpokládá vlastní prospěch agresora – predátorské chování. Patologické je pak takové jednání, které je pod vlivem halucinací a bludů. (Raboch et al., 2012)

Pro zdravotníky je nejdůležitější rozdělení agrese na agresi vůči okolí a na agresi vůči vlastní osobě (autoagresi).

2.4.1 Agrese vůči okolí

Agrese vůči okolí může být fyzická nebo verbální. Verbální agrese je pojem každému známý, setkáváme se s ním často v běžném životě, nadávky a hrubá mluva se stávají v některých sociálních vrstvách běžným prvkem jejich komunikace. Větší hrozbou je však agrese fyzická, kdy v lepším případě člověk útočí na neživé předměty. V horším případě pak útočí na zvíře či na člověka. Velice závažné je pak sexuální násilí. Agresivní chování vůči okolí je často úzce spjato s poruchou osobnosti. Člověk s disociální poruchou osobnosti využívá celou škálu agrese vůči okolí jako základní způsob komunikace, který používá k dosažení svých cílů. (Marková et al., 2006) „V České republice se uvádí prevalence disociální poruchy osobnosti ve vězeňské populaci u 75 % případů.“ (Látalová, 2013, s. 133)

2.4.2 Agrese vůči vlastní osobě

Agresivní jednání proti vlastní osobě má více forem. Jedinec může svým jednáním přímo usilovat o svůj vlastní život, pak se hovoří o sebevraždě (Suicidium). „*Suicidium (sebevražda) je vědomé a záměrné ukončení vlastního života. Při suicidálním pokusu předpokládáme vědomý úmysl zemřít, jedinec však přesto zůstal naživu.*“ (Petr et al., 2014, s. 146) „*Odhaduje se, že více jak 90 % suicidií je spojeno s duševními poruchami. Poměr suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd je 10 : 1. V České republice bylo v roce 2010 celkem 1502 dokonaných sebevražd.*“ (Papežová et al., 2014, s. 37) Ženy se pokoušejí o suicidium 3x častěji než muži. Poměr dokonaných sebevražd je však 5 : 1 pro muže. Je to hlavně z důvodu toho, že muži používají drastičtější metody sebevraždy než ženy. (Petr et al., 2014)

Nevyšší riziko sebevraždy je při depresivních poruchách, psychózách a u závislých pacientů. U depresivních pacientů se s prohlubující poruchou objevují nejdříve myšlenky na sebevraždu, kterým se postupem času přestane bránit. Následují úvahy o nejvhodnějším způsobu provedení sebevraždy. Rozhodnutí o realizaci sebevraždy provází vnitřní uvolnění pacienta, což může v okolí vyvolat klamný pocit zlepšení stavu. Záhy však přichází na realizaci sebevraždy. (Vakulčáková, Masár, 2012)

Další formou autoagrese je parasuicidium, dříve označované jako demonstrativní sebevražda. Je to často impulzivní jednání, kdy jedinec nedokáže řešit vlastní krizovou situaci. Často je parasuicidium považováno okolím jako akt upoutání pozornosti, ale je to spíše volání o pomoc. Není dobré toto jednání ignorovat, i když jedinec dokonání sebevraždy neplánuje, může se mu omylem podařit.

Autoagrese, kdy se pacient nesnaží ukončit život, ale pomocí pálení, řezání, škrábání a polykání nestravitelných předmětů, se sebepoškozuje, se říká automutilace. Jde o chování, kterým jedinec uvolňuje napětí a úzkost. Může takto jednat čistě účelově nebo z psychotických příčin. (Petr et al., 2014)

2.5 Agresivita v psychiatrii

Agresivní pacient je jedna z nejnepříjemnějších situací, se kterou se můžeme v ošetrovatelství setkat. Zdravotničtí pracovníci musí v zaměstnání denně čelit značnému riziku násilí. Podle americké studie OSHA (2004) se 20 % všech pracovních úrazů stane zdravotnickým pracovníkům a 50 % všech napadení utrpí zdravotníci.

Agrese vůči ošetrovatelskému personálu je stále častější nejen na psychiatrii. Vždy je krajně nepříjemné a nepochopitelné, pokud někdo útočí na ošetrovatelský personál, jehož posláním je pomáhat lidem. Psychiatrie jako medicínský obor může podléhat jisté stigmatizaci. Z historického hlediska se není čemu divit, ale stejně jako v jiných oborech medicíny došlo i v oboru psychiatrie k modernizaci jak v přístupu k pacientům, tak v léčbě nemocí.

Psychiatrické ošetrovatelství je však stále specifické v tom, že pacienti se nechtějí léčit, nemají náhled na svou nemoc, jsou často pod vlivem některých návykových látek a nechtějí spolupracovat. Lidé stále nevyhledávají odbornou pomoc psychiatra a psychiatrické nemocnice, především proto že společnost je vnímá jako místa, kde se násilí a jiná příkoří stávají na denním pořádku. Do jisté míry to může být způsobeno i tím, že v oblasti medicíny má psychiatrie k agresivitě nejbliže od jiných oborů medicíny. (Raboch et al., 2014) Látalová (2013) uvádí: „že 7-14 % hospitalizovaných psychiatrických pacientů se dopustí útoku. Malá skupinka násilníků je zodpovědná za neúměrný počet násilných činů.“

Na některých psychiatrických odděleních je agresivní chování běžným jevem, to souvisí s častými projevy neklidu, se kterými se musí zdravotnický personál naučit vypořádat a brát ho jako součást profese. Rozmanitost situací, se kterými se na psychiatrických odděleních můžeme setkat je tak velká, že se nedá říci jednoznačný návod na jejich řešení a vše závisí na profesionálním a empatickém přístupu ošetrovatelského týmu. Právě zkušený a správně vyškolený personál je základem udržení rovnováhy a bezpečnosti na psychiatrickém oddělení. Negativní atmosféra na oddělení může být způsobena neprofesionálním přístupem personálu k pacientům, neshody mezi ošetrovatelským personálem, velkou vyčerpávaností a nedostatkem pracovníků nebo větším počtem těžce nemocných pacientů na oddělení.

Důležitým faktorem je kvalita prostředí na oddělení – vybavení, velikost prostor, hluk atd. Oddělení, kde je riziko agrese na vysoké úrovni, jsou oddělení akutní psychiatrické péče, detoxikační jednotky, záchytné stanice nebo oddělení ochranného léčení. Důležité je pak myslet na riziko agrese i na odděleních, kde s ním nepřicházejí tak často do styku. Na těchto odděleních může být i menší konflikt velkým problémem hlavně z důvodu, že na takové situace není personál správně připravený, proškolený a chybí mu zkušenosti s těmito agresory.

Zásadním je včasné rozpoznání agrese. Díky profesionálnímu přístupu můžeme většině konfliktů s pacienty předcházet a zajistit tak bezpečnost pro pacienta i jeho okolí. Základním předpokladem pro práci na psychiatrii je rozpoznání rizika násilného chování v konkrétních situacích a u jednotlivých pacientů. Již při prvním kontaktu s pacientem je velmi důležité získat o něm co nejvíce informací. Často se pacient ocitne na psychiatrii nedobrovolně a to je již první předpoklad k možnému agresivnímu chování. Dále nás zajímá, co má pacient v anamnéze, jestli v minulosti spáchal násilný čin, jakou má zkušenost se zbraněmi nebo s bojovým uměním. Důležité je též momentální mentální rozpoložení pacienta. (Marková et al., 2006)

Venglářová (2003) uvádí profil typického agresivního pacienta na psychiatrii -
- muž mladší 30 let, trpící schizofrenií, organickou poruchou nebo mentální retardací. V minulosti měl násilné projevy, byl zneužíván, týrán nebo užívající návykové látky. Velice záleží na tom, zda je jeho nemoc v akutní fázi a pacient má halucinace nebo bludy, pak se riziko násilného chování zvyšuje.

2.5.1 Nejčastější důvody agresivního chování

- ***Nemoc*** – zvýšené riziko agresivního chování je u většiny psychiatrických diagnóz;
- ***Bolest*** – v kombinaci s psychiatrickou diagnózou může být například bolest zubů spouštěcím mechanismem k agresivnímu chování;
- ***Medikace*** – nevyvážená skladba nebo špatná volba léků může vést k agresivitě;
- ***Prostředí*** – špatná vybavenost, nedostatek soukromí nebo nepěkný vzhled oddělení nepřidá ke spokojenosti;
- ***Jídlo*** – nemocniční strava, její kvalita a množství je jedním z problémů, které se často řeší hlavně na mužských odděleních;
- ***Pacienti na pokoji*** – zvláště na uzavřených odděleních, kde pacienti tráví dlouhé měsíce i roky pohromadě, jsou občasné konflikty mezi pacienty pochopitelné;

- **Strach, úzkost** – těžká životní situace, nejasná budoucnost, to jsou časté problémy, které psychiatrickí pacienti řeší;
- **Nedostatek informací** – častá dezorientace, neschopnost pochopit podané informace nebo laxní přístup personálu, který informace nepodává;
- **Řád oddělení** – mnoho konfliktních situací vzniká z důvodu, že pacient nedokáže respektovat pravidla oddělení. Z terapeutického hlediska jsou pravidla velice důležitá, zvláště na odděleních pro léčbu závislostí. Někdy je složité zajistit jejich dodržování, může se stát, že je pacient nechápe nebo je třeba záměrně nedodržuje a vede takto boj s ošetrovatelským týmem; (Petr et al., 2014)
- **Intoxikace** – pokud pomineme zvýšené riziko agresivity, u intoxikovaných pacientů je veliký problém nepříznivý vliv na ostatní pacienty (rušení spánku, nekontrolované chování, psychomotorický neklid, hluchost); (Janík, Vašečková, 2012)

2.5.2 Projevy agresivního chování

Základním uměním zkušeného ošetrovatelského personálu je odhad situace a vyhodnocení rizikového chování každého jedince na oddělení. Každý pacient má svoje specifické rysy jak osobnostní tak i rysy chování. I jindy klidný pacient se může pod vlivem nemoci stát agresivním, proto je velice důležité pozorovat chování pacientů a věnovat pozornost nejmenším výkyvům od normálu. To je základní a neodmyslitelná součást práce ošetrovatelského týmu na psychiatrii, protože správným pozorováním může ošetrovatelský personál riziko agresivního chování včas odhalit. Informace získané pozorováním je důležité si předávat urgentně při předávání služby kolegům, na lékařských poradách nebo na provozních schůzích.

Pro zdravotníka je nutné znát cyklus napadení. Standardní průběh agrese má více fází. Spouštěcí fáze, kterou charakterizuje změna v obvyklém chování, je první a nejdůležitější. Jejímu rozpoznání a zabránění přechodu do fáze eskalační lze předejít většině nežádoucích událostí. V eskalační fázi se snižuje pravděpodobnost, že bude pacient reagovat na racionální argumenty, a prohlubuje se změna v chování. Následuje krizová fáze, která je charakteristická odbrzděným chováním, a pacient ztrácí kontrolu nad svým jednáním. Poté přichází fáze uklidnění a návrat k normálu. Dodatečně se může dostavit deprese, lítost, pláč nebo vyčerpání. (Honzák, 2006)

Některé zjevné projevy chování, jako je verbální nebo brachiální agrese, nepotřebují přílišné úsilí, co se týče pozorování, ale je potřeba je správně vyhodnotit a zaujmout vůči nim správný postoj. Složitější je odhalit varovné signály, které předcházejí agresii. „*Neverbální projevy jsou významným komunikačním kanálem a hodnota informací, které lze získat je nenahraditelná.*“ (Marková et al., 2006)

Podle Martina (2003) jsou neverbálními varovnými signály:

- Gestikulace – výhružná či jinak nápadná, svírání pěstí;
- Pohyby nohou – podupávání, náznaky kopnutí;
- Vzdálenost – nedodržování společenského odstupu;
- Oční kontakt – upřený pohled do očí;
- Výraz ve tváři - agresivní úšklebky, nervózní pomrkávání, záškuby, změna prokrvení (nápadné zrudnutí nebo zblednutí);

Příklady verbálních varovných signálů jsou:

- řeč je stručná, úsečná, hlasitá, obsahuje výhružky, výčitky, požadavky; (Martin, 2003)

2.5.3 Přístup k neklidnému pacientovi

Zdravotník je svým přístupem k pacientovi schopen zásadně ovlivnit vzniklou situaci. Pokud se zachová profesionálně, k agitovanému pacientovi bude přistupovat odborně a bude s ním jednat slušně, s respektem, je zde větší možnost uklidnění situace.

„Během kontaktu s agitovaným pacientem s ohledem na bezpečnost dodržujeme vždy určité obecné zásady. Prvořadou intervencí, která předchází ostatním terapeutickým aktivitám, je deescalace. Skládá se ze tří složek: vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání. Při vyhodnocení hledáme příčiny agitovanosti či násilí (ty často souvisejí s frustrací z omezení práv, s pocity bezmocnosti a ohrožení). Při komunikaci se zaměřujeme na redukci strachu či podráždění pacienta. Taktika vyjednávání spočívá ve flexibilním používání různých zklidňujících technik.“ (Raboch et al., 2014, s. 158)

Nejdříve požádáme pacienta, aby se posadil. Tím docílíme zklidnění motoriky, ale i klidnějšího toku myšlenek. Sedící pacient je obecně méně nebezpečný, než ten, který pobíhá v prostoru. Pokud není možné pacienta nikde usadit, je potřeba začít ihned s pacientem klidným hlasem mluvit a zkoušet ho přemluvit ke spolupráci. Důležité je přesvědčit pacienta, že jeho jednání chápeme. Pokud je to pacient, kterého již známe nějakou dobu, můžeme „vzdvihnout - třeba neexistující - pozitivní vlastnosti („Znám vás jako uvážlivého a rozumného člověka...“).“ Situaci je třeba řešit bez asistence ostatních pacientů, které jistě nezvyklá situace přiláká. Je potřeba dát pacientovi dostatek volného prostoru. Pokud má pacient pocit, že je zahrán do kouta, riziko útoku se rapidně zvyšuje. Naopak dostatek volného místa a možnost úniku může pomoci ke zklidnění situace. (Honzák, 2006)

2.5.4 Deeskalace

Analýzou literatury bylo zjištěno, že nejvhodnější postup deeskalace uvádí Martin (2003) a to následovně:

Vyhodnocení situace

- Dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a útěku);
- Navázání verbálního kontaktu, hledáme příčiny (ty často souvisejí s frustrací z omezení práv, s pocitem bezmocnosti a ohrožení);

Komunikace

- Doporučuje se oslovovat pacienta příjmením - dodává to komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu;
- Vyjádření empatie – eliminace pocitů bezmocnosti a frustrace;
- Omezení zevních stimulů;
- Dokumentaci provádíme až následně;

Vyjednávání

- Možnost volby – činí z pacienta partnera (např.: „S jakými léky máte lepší zkušenosti?“);
- Fyzická aktivita (na některých odděleních je k dispozici rotoped či boxovací pytel);
- Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí („Snažíme se vám pomoci, pane Nováku, podáme vám lék na zklidnění.“);

2.5.5 Obecné zásady jednání s agitovaným pacientem

- Nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc. Lékař sedí vždy blíže ke dveřím, s možností útěku;
- Respektujeme neverbální signály (např. ústup, otočení hlavy);
- Respektujeme osobní prostor (větší např. u pacientů s paranoidními bludy);
- Snažíme se jednat vsedě;
- Odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty (těžítka, přístroje apod.);
- Neotáčíme se k pacientovi zády;
- Dodržujeme bezpečnou vzdálenost – větší než délka natažené paže;
- Hovoříme klidným hlasem (intoxikovaný pacient může vnímat spíše neverbální složky komunikace);
- Slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné;
- Nevyvracíme přímo poruchy myšlení a vnímání;
- Nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „Všichni mě štvete...“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět důvodům);
- Citlivá prezentace převahy (někdy stačí pouhá přítomnost dalšího personálu);
- Nenutíme pacienta k zásadním rozhodnutím, poskytneme mu čas na rozmyšlení;
- Při vystupňování neklidu ukončíme hovor;
- Pokud má chování charakter trestné činnosti, a nebo s sebou nese značné riziko, odejdeme na bezpečné místo a snažíme se získat čas (případ konzultujeme, zatelefonujeme atd.) Kontaktujeme policii;
- Pacient má zbraň, bezpečnější je požádat ho, aby ji odložil na neutrální místo, spíše než aby ji odevzdal personálu; (Veveřa, Uhrová, 2008)

2.5.6 Omezovací prostředky

Pokud dojde k vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření, teprve pak dochází na použití omezovacích prostředků. „*Pokud se rozhodneme pro násilnou pacifikaci pacienta, musí být předem jasné, že máme fyzicky navrch. Ideální počet je pět lidí – jeden ke každé končetině a jeden k hlavě.*“ Při pacifikaci je nutné postupovat odborně a každý by měl znát svůj úkol. Důležité je v takovém kontaktu s pacientem myslet na riziko infekce (hepatitida, AIDS) při kousnutí a jiném poranění. Z důvodu možného poranění se o jehlu při aplikaci neklidové medikace, je vždy lepší pacienta nejdříve omezit v lůžku a teprve pak aplikovat intramuskulární medikaci. (Ochrana, 2005)

Mezi zákonem schválené omezovací prostředky se řadí úchop pacienta, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v síťovém lůžku, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta a psychofarmaka, případně jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta. Výše uvedené omezovací prostředky lze kombinovat. (Papežová et al., 2014)

Omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Je povinností zajistit, aby byl pacient v omezení nebo jeho zákonný zástupce srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku a vše se musí řádně zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta.

Pacient v omezení musí být pod dohledem zdravotnických pracovníků a tento dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta. Zároveň musí být přijata taková opatření, která zamezí poškození zdraví pacienta. Použití omezovacích prostředků indikuje vždy lékař, jedině ve výjimečných případech může o použití omezovacích prostředků rozhodnout nelékařský pracovník. Je to však jen tehdy, kdy si situace vyžaduje rychlé řešení a lékař o takovém použití omezovacích prostředků musí být neodkladně informován a musí potvrdit správnost použití omezení. Každé použití omezovacích prostředků se musí řádně zaznamenat do zdravotnické dokumentace. (Baudiš et al., 2006)

Volba správného omezovacího prostředku se vždy řídí pravidlem, že se vybírá co nejmírnější omezovací prostředek na co nejkratší dobu. Pokud je to technicky možné, měl by být pacient v omezení oddělen od ostatních pacientů. Sestra i lékař provádí kontroly v pravidelných intervalech. Důležitý je zápis do ošetřovatelské dokumentace, kdo a kdy indikoval omezení, důvod, druh omezení, délka trvání, interval kontrol, popis tělesného a duševního stavu, vitální funkce. Samozřejmostí je dohled na hydrataci, příjem potravy, vylučování a hygienu. (Švarc, 2008)

Při omezení pacienta v lůžku pomocí kurtů provádí sestra kontrolu stavu pacienta a zápis do dokumentace nejdéle v hodinových intervalech. Kontroluje hlavně stav vědomí, prokrvení končetin. Pokud lékař neurčí jinak, tak se každé tři hodiny měří tlak a puls. Další důležité věci, na které je potřeba upřít pozornost zvláště u déle trvajícího omezení v lůžku, je prevence dekubitů, hydratace, riziko prochlazení a stav končetin. Zápěstí a kotníky, na kterých jsou umístěny kurty, jsou vystaveny riziku vzniku menších poranění kůže, jako jsou odřeniny, hematomy nebo oděrky. Sestra musí kontrolovat intenzitu utažení kurtů. (Bašný, 2005)

Psychiatrie je z důvodu používání omezovacích prostředků pod drobnohledem různých komisí pro dodržování lidských práv a svobod jako je například Komise Rady Evropy pro prevenci mučení, nelidského a ponižujícího zacházení a trestání. Nedávná kontrola této komise měla za následek zrušení klecových lůžek. (Raboch, 2004) Tento dříve hojně používaný omezovací prostředek stojí momentálně mimo zákon. S tímto souvisí i omezení používání síťových lůžek, která se stále používají, ale podobně jako klecová lůžka leží organizacím bojující za lidská práva v žaludku. Postoj psychiatrů je však v tomto ohledu víceméně jednotný a používání síťových lůžek obhajují. (Švarc, 2008)

2.5.7 Prevence rizik na psychiatrických odděleních

Od zdravotníků na psychiatrických odděleních se očekává, že dokážou včas odhadnout potenciální rizika a předejít tak nežádoucím událostem. Nepředpokládá se, že se výskyt nežádoucích událostí podaří zcela vymístit, ale povinností zdravotnických oddělení je udělat vše pro to, aby jejich počet byl co nejnižší. Nejzávažnější rizika, se kterými se zdravotníci na psychiatrii mohou setkat je agrese vůči okolí, autoagrese (sebepoškozování, sebevražedné jednání) a nedostatek sebepéče. Mezi rizikové pacienty se řadí zvláště pacienti s psychotickými poruchami, těžce depresivní pacienti, agresivní pacienti různých diagnóz a gerontopsychiatrickí pacienti.

Společnost i příbuzní pacientů očekávají plně kvalifikovanou, kvalitní a bezpečnou péči ze strany personálu zdravotnického zařízení, proto je každé sebepoškození pacienta bráno jako vážné selhání. „*Studie ukazují, že 4 % hospitalizovaných psychiatrických pacientů se sebepoškodí nějakým ostrým předmětem. Poměr muži : ženy je 1 : 3. Incidence sebepoškození u psychiatrických pacientů je 50krát vyšší než u běžné populace.*“ (Petr, 2011) Nejčastěji dochází k sebepoškození pořezáním a popálením.

Tento autor dále uvádí, že nejdůležitější v prevenci rizik je jejich včasné rozpoznání. Zásadní roli zde hraje celkové vstupní psychiatrické vyšetření, a také ošetřovatelské vyšetření. V průběhu vyšetření je potřeba se zaměřit na známky možného rizikového chování. K vyhodnocení rizik slouží standardizované škály, které nám napomáhají vyhodnotit například riziko agresivního chování nebo riziko sebevražedného jednání. Díky těmto nástrojům se již během vyšetření dokážeme rychle zorientovat v situaci a následně pak zavést nezbytná opatření ke snížení rizika vzniku nežádoucí události. (Petr, 2011) Například ze studie Harsa et al. (2008) vyplývá, že osobnostní dotazníky dokážou spolehlivě odhadnout dispozice k agresivnímu chování. U jednotlivých skupin pacientů tak lze určit druh agresivního chování, ke kterému se uchylují nejčastěji. U pacientů s poruchou osobnosti je to destruktivní chování vůči okolí. Naopak u depresivních pacientů převažuje impulsivní jednání vedoucí k sebepoškození.

Na základě stanovených rizik se pak odvíjí úroveň dohledu personálu. V praxi se setkáváme s tím, že lékař ordinuje zvýšený dohled. Kritéria pro zvýšený dohled je však třeba přesněji definovat, aby každý pracovník věděl, co přesně to znamená. Petr (2011) uvádí návrh převzetí Britského modelu do praxe v českých psychiatrických nemocnicích, tento model se skládá ze čtyř základních úrovní dohledu:

Všeobecné sledování – personál musí mít všeobecné povědomí o tom, co pacient dělá a kde se pohybuje. Sestra by měla minimálně jednou za směnu s pacientem pohovořit a zhodnotit jeho duševní stav. Takto jsou sledováni klidní a soběstační pacienti;

Přerušované sledování – pacient je kontrolován a jeho stav se hodnotí každých 30 minut;

Blízké sledování – personál nesmí pacienta spustit z očí;

Speciální sledování – takovéto sledování, kdy je personál u pacienta na dosah paže 24 hodin denně, se indikuje u nejrizikovějších pacientů;

Tento britský model je dobrou inspirací k uzpůsobení úrovní dohledu českých pracovišť. O zařazení pacientů do jednotlivých úrovní rozhoduje lékař spolu se zdravotní sestrou a na základě momentální situace se může jednoduše měnit.

Další důležitou součástí minimalizace rizik agrese je důsledná kontrola pacienta při vstupu na oddělení. Při kontrole pacienta bychom měli projít veškeré jeho osobní věci a odebrat potenciálně nebezpečné předměty. Je jasné, že pro každého pacienta je toto opatření nepříjemné, proto je nezbytné mu důvod svého konání srozumitelně vysvětlit tak, aby pochopil jeho smysl. Není možné odstranit z oddělení všechny nebezpečné předměty, protože nemůžeme pacientovi vzít všechny jeho osobní věci. (Petr, 2011)

Úkolem je zajistit nejnebezpečnější předměty jako je sklo (ostré střepy); kovové nádoby (plechovky); opasky, šály a kabely (nebezpečí oběšení); hořlavé látky (spreje, voda po holení); zápalky a zapalovače; pomůcky na holení a jiné ostré předměty. To je jen zlomek věcí, které si s sebou mohou pacienti na psychiatrické oddělení donést. Nezbytná je pravidelná kontrola a poučení návštěv co mohou a nemohou příbuzným nosit. Na akutním příjmovém oddělení jsou například zakázány igelitové tašky z důvodu možného udušení. Pokud se o takovém zákazu návštěva nedozví, mohou být i oni nevědomky strůjcem nežádoucí události.

V souvislosti s možným rizikovým jednáním je nejdůležitější observace na oddělení, jelikož potenciálně nebezpečné předměty jsou nezbytnou součástí vybavení nemocnice. Například prostěradlo, které má každý pacient na své posteli, se může stát při suicidálním jednání nástrojem k ukončení života. (Petr, 2011)

Díky moderním technologiím je v dnešní době observace oddělení o nějaký ten kousek snazší, jelikož se více využívá kamerových systémů. Na místa, kde kamery být z etických důvodů nesmí, jako jsou toalety nebo koupelna, tam se montují pohybová čidla. Právě toaleta, koupelna a navíc kuřárna pacientů jsou nejrizikovější prostory na psychiatrických odděleních, kde dochází k většině agresivního jednání.

Moderní technologie se využívá i k větší bezpečnosti personálu za pomoci tísňových tlačítek, která mají pracovníci neustále u sebe, a mohou si tak přivolat pomoc.

Jiná čidla mohou být montována například na vstupních dveřích na oddělení nebo na oknech, která upozorní na přecházejícího pacienta.

Tato opatření se využívají jako doplněk na odděleních akutní péče, kde mohou výrazně usnadnit práci a zároveň zvýšit bezpečnost pacientů i personálu. Jediná nevýhoda je, že většina těchto opatření je velice finančně náročná, a proto se ve většině případů tyto vymoženosti instalují pouze na ta nejrizikovější pracoviště.

Nezbytná součást snižující napětí na oddělení je pravidelná terapeutická aktivita na oddělení. Pokud se pacienti nenudí, nemají čas provádět nepřístojnosti.

V neposlední řadě je pak zajištění dostatku vyškoleného personálu. Zkušenosti a množství mužského personálu zde hraje velkou roli. V dnešní době nedostatku financí se však o dostatku personálu na odděleních může jen těžko hovořit. I tak se však předpokládá, že personál vždy všechno zvládne. Proto je důležitá souhra týmové práce a vymezení povinností každého člena týmu. (Petr, 2011)

2.6 Přehled dříve realizovaných studií na stejné téma

Při přípravě podkladů pro vytvoření dotazníkového šetření jsem vycházel ze dvou bakalářských prací na témata „Agresivita ve zdravotnictví a možnosti jejího zvládnání“ (Benešová, 2014) a „Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi“ (Kejíková, 2011) a dále z analýzy literárních a časopiseckých zdrojů informací.

První bakalářská práce z roku 2014 „Agresivita ve zdravotnictví a možnosti jejího zvládnání“ porovnává na základě průzkumného šetření míru a výskyt agresivity na vybraných pracovištích FN Motol. Průzkum byl založen na porovnání agresivního chování na oddělení urgentního příjmu a na oddělení následné péče. V rámci průzkumného šetření byl použit strukturovaný anonymní dotazník, který byl určen pro všeobecné sestry a obsahoval 18 položek zaměřených na typ agrese, její četnost, formy a možnosti zvládnání. Počet respondentů byl 97.

Z výsledků mimo jiné vyplynulo, že 94 % (n=91) respondentů se setkala s agresivitou na pracovišti. Na urgentním příjmu to bylo 91,5 % (n=43) respondentů a na odděleních následné péče 96 % (n=48). Slovní napadení uvedlo 92 % (n=89) respondentů a fyzické napadení zažilo 27 % (n=26) dotazovaných. Na položku kdo je nejčastějším agresorem podle pohlaví označilo 71% (n=69) respondentů muže.

Další bakalářská práce s názvem „Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi“ obsahuje průzkum realizovaný ve FN Olomouc v roce 2011 na klinikách psychiatrie, geriatricke a neurologie. Tedy na pracovištích s očekávanou vyšší mírou agresivního chování. Průzkumem byly zjišťovány příčiny agresivity a způsob jejího zvládnání. Byl použit nestandardizovaný dotazník skládající se z 22 položek zaměřených na druh, četnost a zvládnání agresivního chování a také použití omezovacích prostředků. Dotazník byl určen zdravotním sestram. Počet respondentů byl 52.

Bylo zjištěno, že 98% (n=51) respondentů se setkala s verbální agresivitou. Fyzickou agresi uvedlo 67 % (n=35) respondentů. Nejčastějším typem fyzické agrese bylo ničení věcí a pro větší část respondentů (73 %; n=38) byl nejčastějším agresorem muž. Jako nejčastější doba napadení je uvedena doba večerní 18 – 21 hodin. Jako nejčastější důvod vzniku agrese uvedlo 87 % (n=45) respondentů nemoc a druhým nejčastějším důvodem je strach (úzkost).

Dále budou výsledky vlastního šetření komparovány s prací Zrubcové (2011) „Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach“, která byla zaměřena na průzkum výskytu agresivního chování na psychiatrických odděleních v Nitre a ve Specializované psychiatrické nemocnici ve Velkém Záluží. Byl použit dotazník o 7 položkách. Dotazník byl určen zdravotním sestřám. Počet respondentů byl 60.

Z výsledků práce byl patrný rozdíl mezi agresivním chováním pacientů v prvních dnech hospitalizace (akutní oddělení) a po dvou týdnech hospitalizace (následná péče). Při přijetí pacienta na oddělení uvedlo agresivní chování 70 % (n=42) respondentů a pouze 30 % (n=18) respondentů uvedlo agresivní chování v průběhu prvních 10 dní hospitalizace. Nikdo neuvedl výskyt agrese po uplynutí 2 týdnů od hospitalizace.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část práce má tradiční strukturu, nejprve budou uvedeny cíle a pracovní hypotézy určené pro empirickou část bakalářské práce, dále bude popsána metodika vlastního šetření, organizace šetření, způsob zpracování, charakteristika zkoumaného vzorku a v tabelárních přehledech a grafických výstupech budou prezentovány výsledky vlastního dotazníkového šetření. Na konci kapitoly pak bude zařazena podkapitola diskuze, ve které budou nejprve porovnávány výsledky vlastního šetření ve vztahu ke stanoveným hypotézám a následně komparovány výsledky vlastní práce s výsledky dříve realizovaných studií na stejné téma.

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

Jak již bylo uvedeno v první kapitole, záměrem bakalářské práce je zmapovat a vyhodnotit míru a typ agresivního chování pacientů na pracovištích akutní psychiatrické péče a na pracovištích následné psychiatrické péče v Psychiatrické nemocnici Bohnice. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto cíle vztahující se k empirické části bakalářské práce:

1. s využitím dříve realizovaných studií sestavit dotazník k naplnění záměru práce a zadat ho cílové skupině respondentů (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti);
2. získaná data utřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu;
3. zobecnit získané výsledky a navrhnout doporučení pro praxi;

Ve vztahu ke shora stanoveným cílům byly definovány následující pracovní hypotézy:

H1: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku.

H2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich pohlaví.

H3: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce jejich praxe na psychiatrii.

H4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu oddělení.

H5: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu poskytované péče.

H6: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví pacientů na oddělení.

3.2 Metodika vlastního šetření

K výzkumnému šetření byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 28 položek. V dotazníku bylo 5 otevřených položek, 18 uzavřených výběrových položek a 5 polo - uzavřených položek. Ve dvou posledních otevřených položkách byl respondentům dán prostor k návrhům zlepšení bezpečnosti na pracovišti jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance. Při konstrukci dotazníku byly některé položky převzaty z dříve realizovaných studií, jiné byly do dotazníku vloženy na základě podrobného studia literárních a časopiseckých zdrojů informací tak jak bylo uvedeno v teoretické části práce. V úvodní části dotazníku se jednalo o kontakt s respondentem, byl vysvětlen obsah a záměr vlastního šetření, bylo instruováno jakým způsobem má dotazník vyplnit, a také jakým způsobem odevzdat. V kontaktní části bylo respondentovi poděkováno za jeho spolupráci. Dále následovala část zjišťovací, ta byla rozdělena na položky, které zjišťovaly údaje o respondentovi a na položky, které se vztahovaly k vlastnímu šetření. Kompletní dotazník je vložen jako příloha A.

3.3 Organizace šetření a popis zpracování dat

Před zahájením dotazníkového šetření byla provedena pilotáž, ve které bylo vydáno 15 dotazníků kolegům na vlastním pracovišti Psychiatrické nemocnice Bohnice. Bylo s nimi konzultováno, zda je dotazník dostatečně srozumitelný. Dotazníky z této pilotáže nebyly zahrnuty do vlastního průzkumu.

Souhlas s šetřením vydala, na základě podané žádosti, hlavní sestra Psychiatrické nemocnice Bohnice a zároveň nechala posoudit dotazníkové šetření také etickou komisí nemocnice. Související doklady jsou přiloženy v příloze B a C bakalářské práce.

Náhodný stratifikovaný výběr oddělení probíhal na základě losování po jednom oddělení akutní péče se zaměřením psychiatrickým, gerontopsychiatrickým a protitoxikomanským (AT). Losování probíhalo z košů, kde byla oddělení akutní péče rozdělena podle typu oddělení. Dále ke každému vybranému oddělení bylo náhodně přiřazeno jedno další oddělení akutní péče stejného zaměření. K těmto šesti oddělením byly náhodně přiřazeny ekvivalenty oddělení následné péče. Dohromady byly dotazníky distribuovány na 12 oddělení, kde bylo 6 oddělení akutní péče a 6 oddělení následné péče.

Dotazník byl určen pro zdravotní sestry a zdravotnické asistenty pracujících v Psychiatrické nemocnici Bohnice. V průběhu prosince 2016 a ledna 2017 byly dotazníky v tištěné podobě distribuovány na oddělení. Distribuce dotazníků probíhala pomocí staničních sester jednotlivých pracovišť. Na každém oddělení byl vydán přesný počet dotazníků, podle toho kolik je sester a asistentů na daném pracovišti.

Anonymita byla zajištěna tak, že ke každému vydanému dotazníku byla přidána obálka, do které respondent vyplněný dotazník vložil. Zalepené obálky s vyplněnými dotazníky u sebe shromažďovaly staniční sestry, od kterých byly následně převzaty. Bylo počítáno s tím, že pokud se vrátí dotazník v nezalepené obálce nebo poškozené obálce, nebude takový dotazník do průzkumného šetření zahrnut.

Z celkového počtu ($n=194$) bylo na odděleních akutní péče vydáno 116 dotazníků a vrátilo se 88 (75,86 %) dotazníků, z kterých byly následně vyřazeny 3 dotazníky pro neúplnost. Na odděleních následné péče bylo vydáno 78 dotazníků a vrátilo se 64 (82,05 %) dotazníků, ze kterých byly vyřazeny 2 dotazníky pro neúplnost.

Rozdíl mezi počtem vydaných dotazníků na akutních odděleních a na odděleních následné péče byl způsoben tím, že na akutních odděleních je celkově více zdravotnického personálu než na odděleních následné péče.

Počty dotazníků zahrnutých do vlastní studie, plně postačují k provedení základních statistických operací a k zobecnění jejich výsledků.

Ke zpracování a utřídění dat zjištěných v rámci dotazníkového šetření byl použit program MS Excel 2007, jehož hlavním výstupem je datový list, který byl podkladem k provádění statistických analýz v programu STATISTIKA CZ 12.

3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

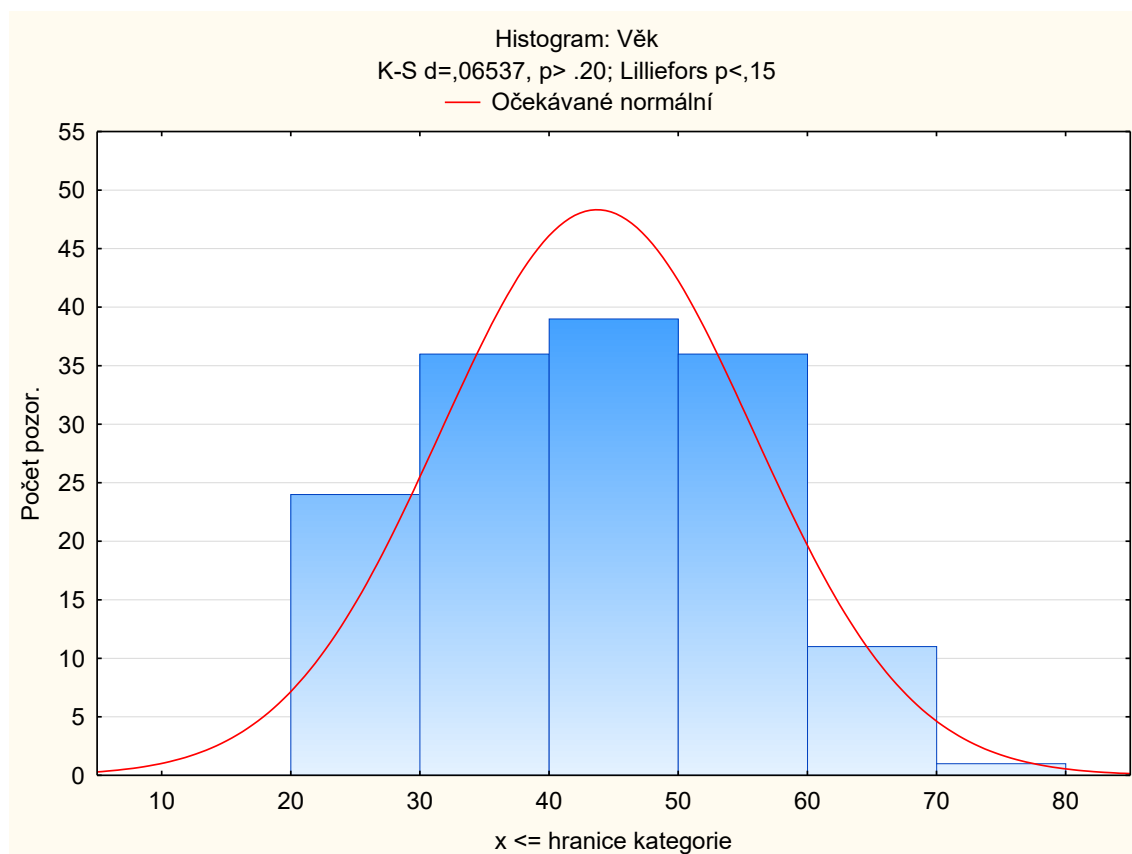
Zkoumaný vzorek respondentů je charakterizován podle věku, pohlaví, délky praxe na psychiatrii, dále podle typu poskytované péče, typu oddělení a podle typu pohlaví pacientů léčených na oddělení, kde byl respondent zařazen.

Tab. 1: Popisná statistika - věk

| Popisná statistika - věk | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|------|------|---------|----------|-----------|
| N platných | Průměr | Medián | Min. | Max. | Rozpětí | Sm.odch. | Var.koef. |
| 147 | 43,721 | 45 | 21 | 71 | 50 | 12,13553 | 27,7567 |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že se šetření zúčastnili respondenti všech věkových kategorií. Nejmladšímu respondentovi bylo v době provádění šetření 21 let a nejstaršímu 71 let. Průměrný věk byl 44 let. Ze směrodatné odchylky lze usuzovat, že soubor nebyl z hlediska věku homogenní. Medián byl 45.

Obr. 1: Histogram – věk



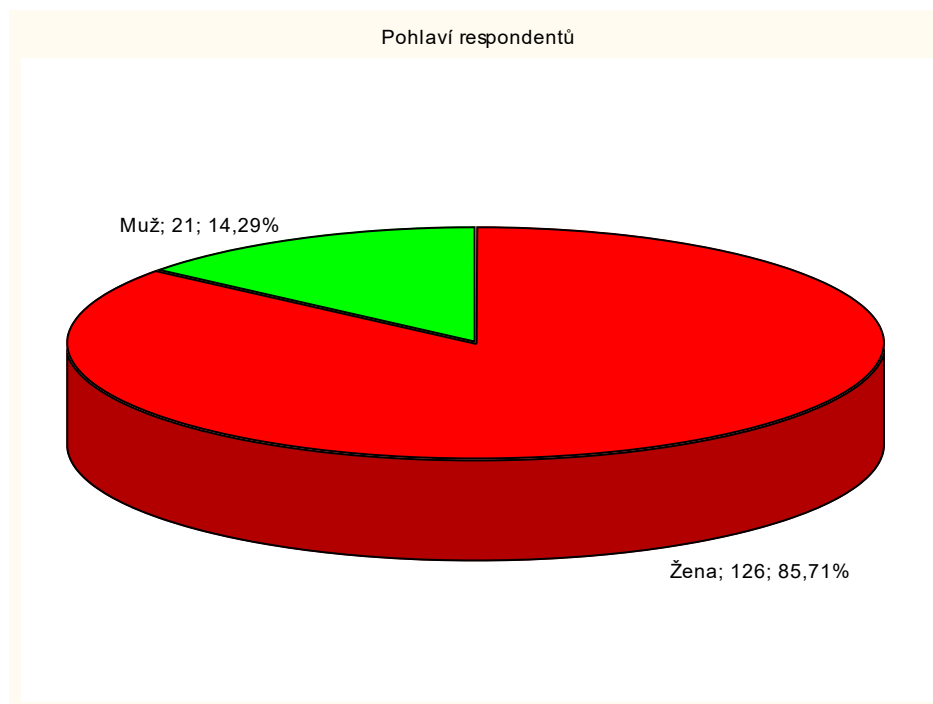
Obrázek č. 1 obsahující histogram dle věku respondentů zobrazuje zároveň průběh Gaussovy křivky, ze které vyplývá, že soubor respondentů z hlediska věku nenaplnuje parametry normálního očekávaného rozdělení. Tudíž bude použit pro statistické vyhodnocení statistický neparametrický test významnosti Pearsonův chí – kvadrát.

Z obrázku 2 plyne, že z celkového počtu respondentů, kteří se zúčastnili šetření, bylo 21 mužů, tj. 14,29 % a 126 žen, tj. 85,71 %. Vlastního dotazníkového šetření se zúčastnily převážně ženy, zastoupení mužů z hlediska celkového počtu respondentů je relativně marginální.

V prosinci roku 2016 byl v Psychiatrické nemocnici Bohnice celkový stav všeobecných sester a zdravotnických asistentů 457, z toho 391 (85,6 %) je ženského pohlaví a 66 (14,4 %) mužského pohlaví.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 32,2 % žen a 31,8 % mužů z celkového stavu všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Z toho plyne, že poměr žen a mužů byl vzhledem k celkovému stavu zaměstnanců v Psychiatrické nemocnici Bohnice zachován.

Obr. 2: Pohlaví respondentů

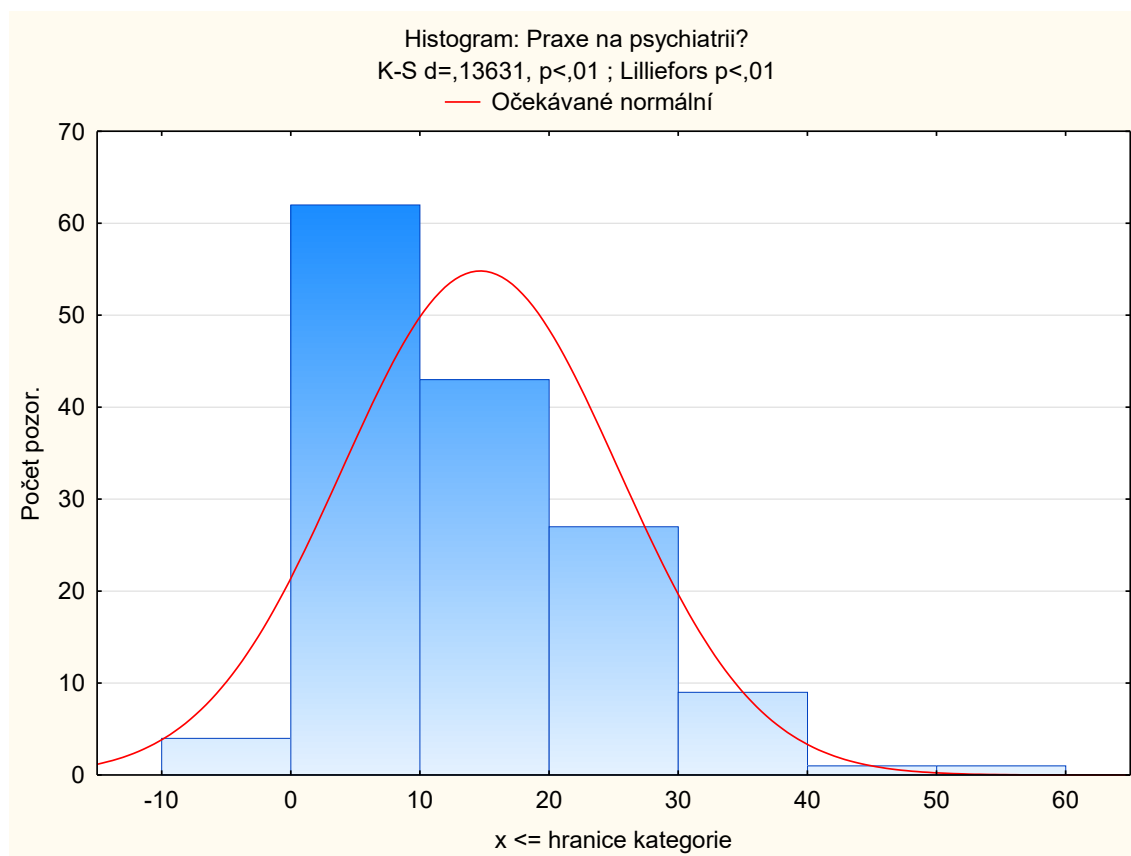


Tab. 2: Popisná statistika – praxe na psychiatrii

| Popisná statistika – praxe na psychiatrii | | | | | | | |
|---|--------|--------|------|------|---------|----------|-----------|
| N platných | Průměr | Medián | Min. | Max. | Rozpětí | Sm.odch. | Var.koef. |
| 147 | 14,680 | 12 | 0 | 53 | 53 | 10,70014 | 72,8879 |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že se šetření zúčastnili respondenti s průměrnou délkou praxe téměř 15 let. Respondent s nejdelší délkou praxe na psychiatrii pracoval v tomto oboru v době provádění šetření 53 let a nejméně zkušený respondent byl v oboru méně než rok. Ze směrodatné odchylky lze usuzovat, že soubor nebyl z hlediska délky praxe na psychiatrii homogenní. Medián byl 12.

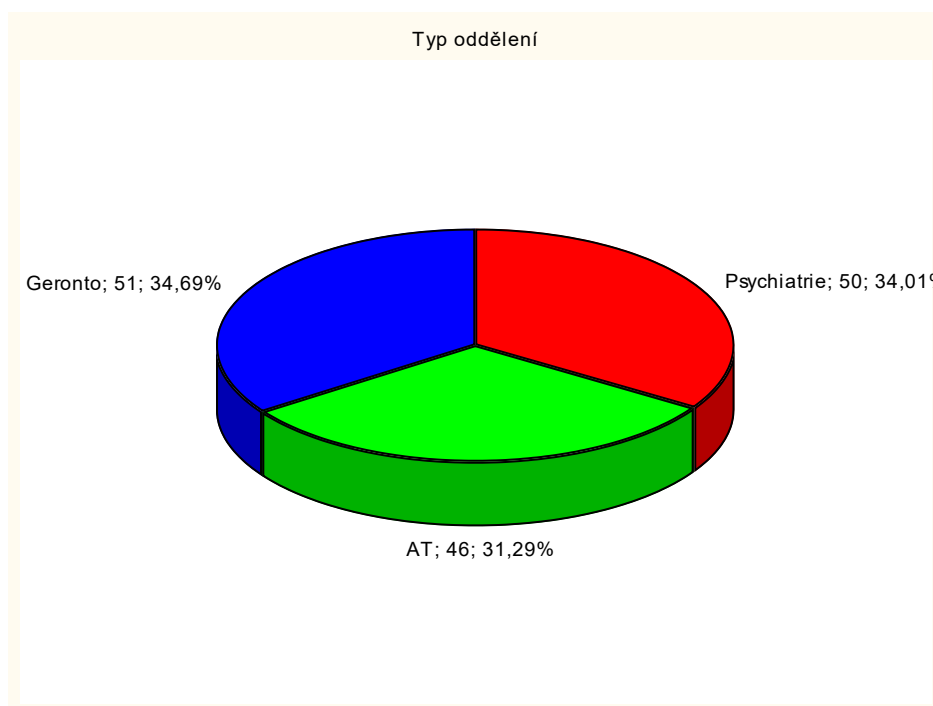
Obr. 3: Histogram - praxe na psychiatrii



Obrázek č. 3 obsahující histogram dle délky praxe na psychiatrii zobrazuje zároveň průběh Gaussovy křivky, ze které vyplývá, že soubor respondentů z hlediska délky praxe na psychiatrii nenaplnuje parametry normálního očekávaného rozdělení. Tudíž bude použit pro statistické vyhodnocení statistický neparametrický test významnosti Pearsonův chí – kvadrát.

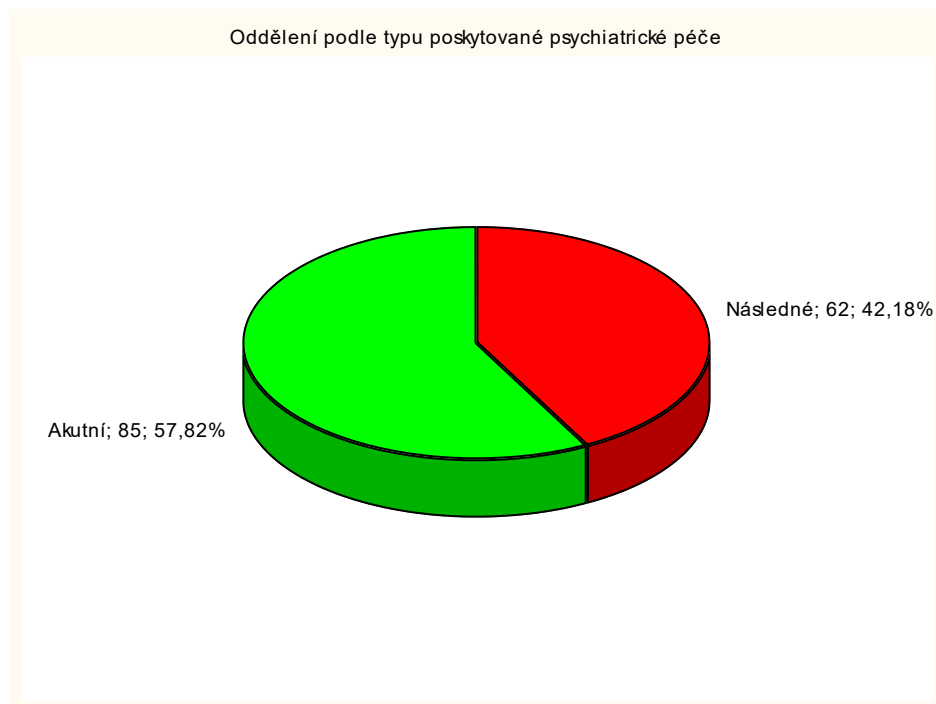
Z obrázku 4 vyplývá, že zastoupení respondentů z jednotlivých segmentů pracovišť Psychiatrické nemocnice Bohnice bylo rovnoměrné. Nejvíce respondentů bylo z pracovišť gerontopsychiatrických, ze kterých bylo zpracováno 51 dotazníků, tj. 34,69 %, dále z obecné psychiatrie, kde se zúčastnilo šetření 50 respondentů, to je 34,01 % a relativně nejméně z oddělení AT, kde se dotazníkového šetření zúčastnilo 46 respondentů, tj. 31,29 %.

Obr. 4: Typ oddělení



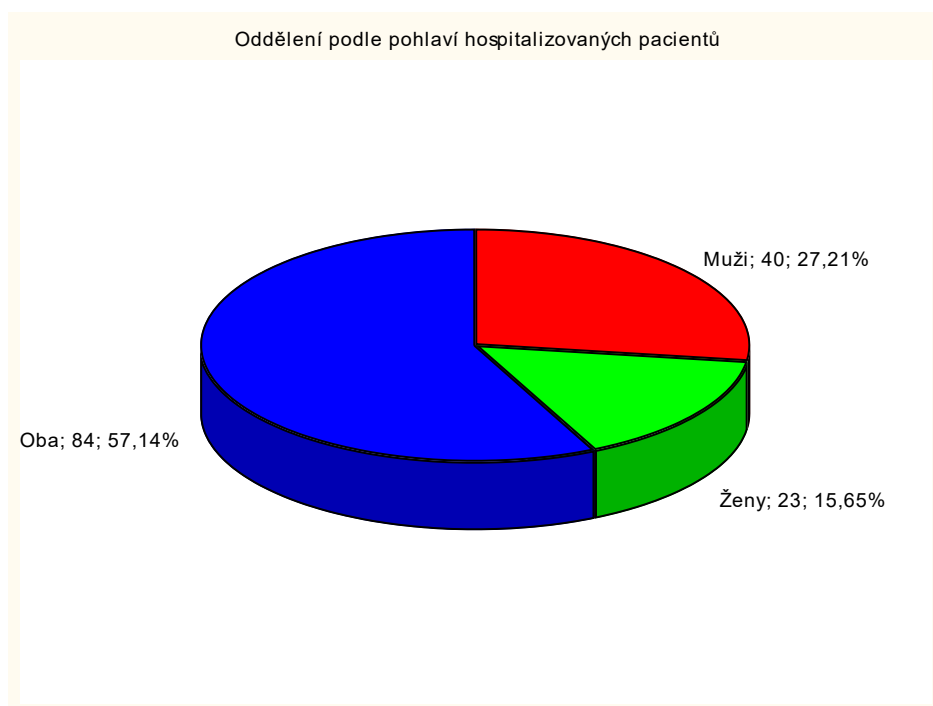
Z níže uvedeného obrázku plyne, že na odděleních, kde byla poskytována akutní péče, se dotazníkového šetření zúčastnilo 85 (57,82 %) respondentů a na odděleních následné péče se zúčastnilo 62 respondentů, tj. 42,18 %.

Obr. 5: Typ péče



Z níže uvedeného obrázku vyplývá, že oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice jsou buďto striktně rozdělené na mužské a ženské nebo jsou naopak oddělení, kde se léčí pacienti bez rozdílu pohlaví. Většina respondentů (n=84; 57,14 %) pracuje na odděleních, kde se starají o pacienty obou pohlaví. Na mužských odděleních pracuje 27,21 % (n=40) respondentů a 15,65 % (n=23) respondentů pracuje na ženských odděleních.

Obr. 6: Typ oddělení podle pohlaví pacientů



3.5 Výsledky vlastní práce

Ze získaných dat vyplývá, že téměř 89 % (n=130) respondentů se s agresivitou setkává minimálně jednou za měsíc. Z toho 89 respondentů každý týden a denně se setkává 25,85 % (n=38) respondentů. Pouze jeden respondent uvedl, že se s agresivitou nesetkal a 16 (10,88 %) respondentů se s agresivním pacientem setkává jednou za rok.

Obr. 7: Periodicita setkání s agresorem

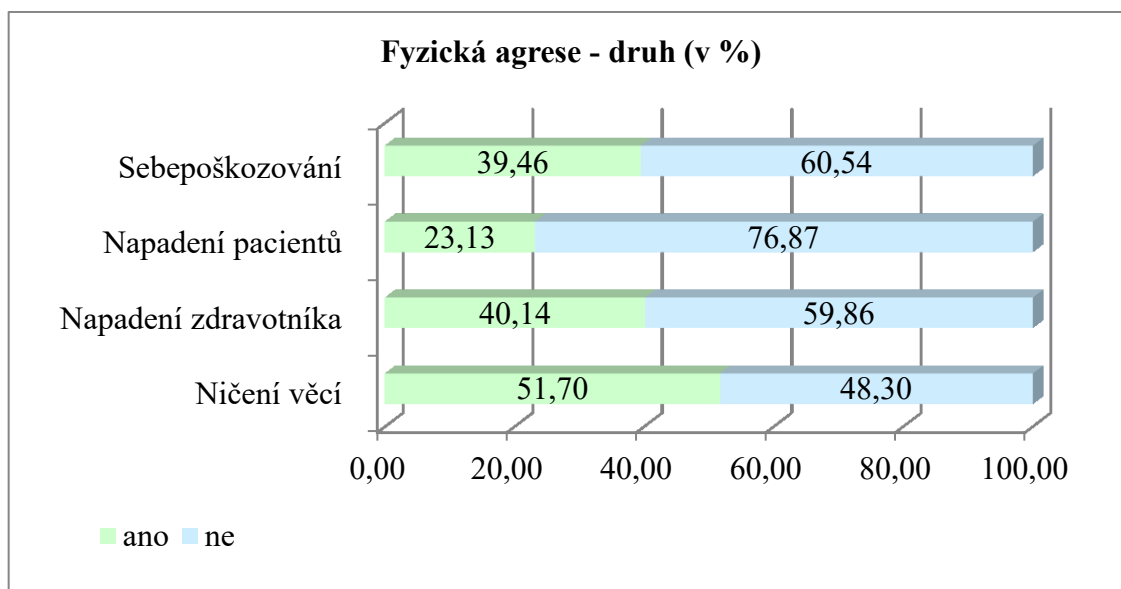


Tab. 3: Typ agrese

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Slovní | 12 | 8,16 |
| Fyzická | 0 | 0 |
| Oba | 135 | 91,84 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Jak vyplývá z tabulky 4, s agresivitou se setkali všichni respondenti, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili. Nejčastěji se respondenti setkali s oběma typy agrese, jak s agresí slovní, tak i s agresí fyzickou a to v téměř 92 % případů (n=135), pouze se slovní agresí se setkalo 8,16 % respondentů (n=12). Pouze s fyzickým typem agrese se nsetkal žádný z respondentů.

Obr. 8: Druh fyzické agrese



Ze shora uvedeného obrázku vyplývá, že fyzická agrese byla nejčastěji směřována k věcem a to v 51,7 % případů. Dále vůči zdravotnickému personálu, což uvedlo 40,14 % respondentů. Dále vůči sobě samému a to v 39,46 % případů a k napadení pacientů došlo v 23,13 %.

Tab. 4: Slovní napadení

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| Ano jednou | 7 | 4,76 |
| Ano vícekrát | 134 | 91,16 |
| Ne | 6 | 4,08 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Ze shora uvedené tabulky 5 plyne, že 91,16 % (n=134) respondentů bylo za svou praxi slovně napadeno více než jednou. Jednou bylo za svou praxi slovně napadeno 4,76 % (n=7) respondentů a pouze 4,08 % (n=6) respondentů nebylo za svou praxi slovně napadeno.

Na tuto položku navazuje položka, na kterou respondenti odpovídali číselným údajem počtu slovních napadení za poslední měsíc. Nejvíce respondentů (n=60; 40,82 %) uvedlo, že nebylo za poslední měsíc slovně napadeno. Jedno napadení uvedlo 12 (8,16 %) respondentů. Dvakrát bylo napadeno 15,65 % (n=23) dotazovaných. Třikrát uvedlo 10 (6,80 %) respondentů slovní napadení. 4 napadení zažilo 8 (5,44 %) respondentů. Dále 5 a více napadení uvedlo 34 (23,13 %) respondentů, z toho 9 respondentů uvedlo 20 napadení.

Tab. 5: Fyzické napadení

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| Ano jednou | 28 | 19,05 |
| Ano vícekrát | 70 | 47,62 |
| Ne | 49 | 33,33 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Z tabulky 6 plyne, že 47,62 % (n=70) respondentů bylo za svou praxi fyzicky napadeno více než jednou. Jednou bylo za svou praxi fyzicky napadeno 19,05 % (n=28) respondentů. 33,33 % (n=49) respondentů nebylo po dobu své praxe fyzicky napadeno.

Na tuto položku navazuje položka, na kterou respondenti odpovídali číselným údajem počtu fyzických napadení za svou praxi. Podle odpovědí respondentů nebylo nikdy napadeno 33,33 % (n=49). Jedno napadení uvedlo 28 (19,05 %) dotazovaných. Dvě napadení uvedli 4 (2,72 %) respondenti. Tři napadení zažilo 18 (12,24 %) dotazovaných. Pět a více napadení uvedlo 47 respondentů, z toho 25 respondentů uvedlo 20 napadení.

Tab. 6: Zranění

| Odpořď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Ano | 35 | 23,81 |
| Ne | 112 | 76,19 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Z tabulky vychází, že v důsledku fyzického napadení bylo zraněno 23,81 % (n=35) respondentů, zbylých 76,19 % (n=112) zraněno nebylo.

Tab. 7: Pracovní neschopnost v důsledku agrese

| Odpořď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Ano | 4 | 2,72 |
| Ne | 143 | 97,28 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Z tabulky vyplývá, že v důsledku fyzického napadení byli v pracovní neschopnosti 4 respondenti ze 147, což udává relativní četnost 2,72%. Většina (n=143; 97,28 %) respondentů nebyla v důsledku fyzického napadení v pracovní neschopnosti.

Tab. 8: Typ agresora

| Odpořď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Muž | 74 | 50,34 |
| Žena | 64 | 43,54 |
| Rodina | 5 | 3,40 |
| Návštěvy | 4 | 2,72 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že nejvíce respondentů (50,34 %, n=74) uvedlo jako nejčastějšího agresora muže. Dále ženu jako nejčastější agresorku uvedlo 43,54 % (n=64) respondentů. Méně často pak byli uváděni jako agresori rodinní příslušníci (3,40 %, n=5) a návštěvy (2,72 %, n=4).

Tab. 9: Typ agrese muži

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Slovní | 77 | 52,38 |
| Fyzická | 67 | 45,58 |
| Nevyplněno | 3 | 2,04 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

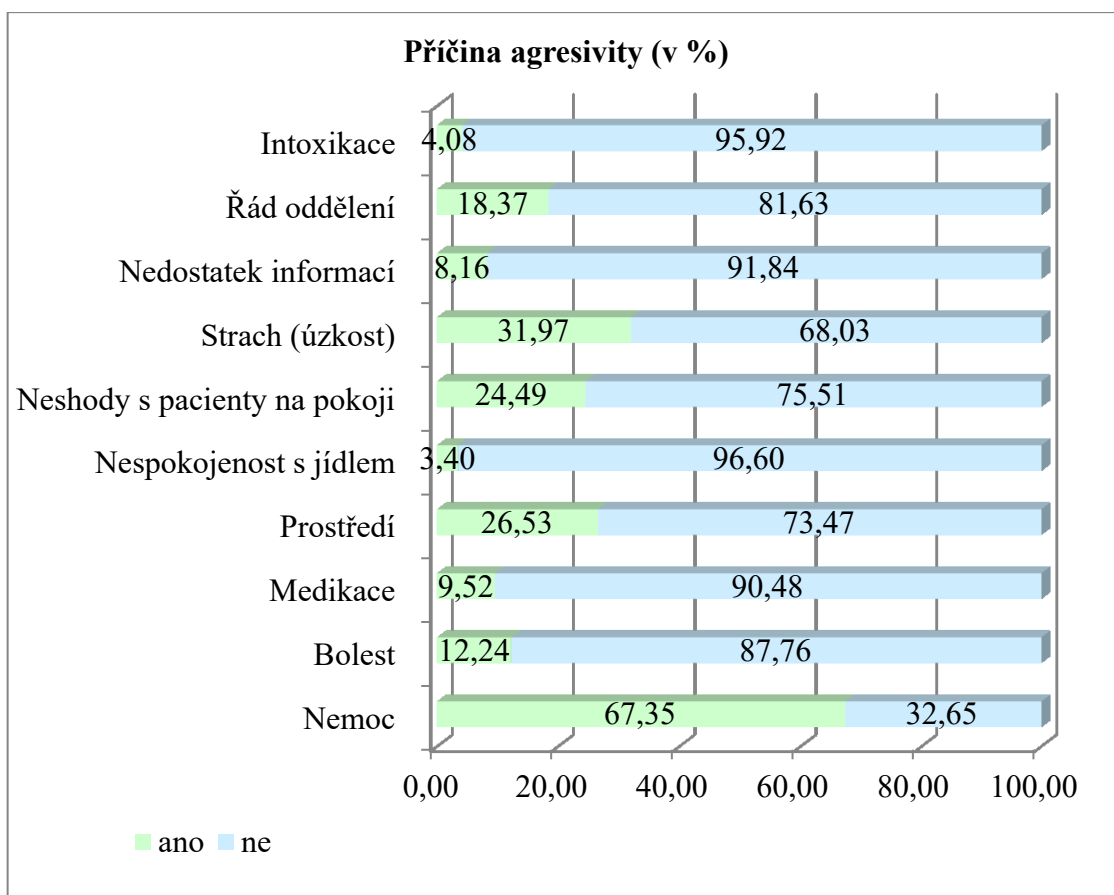
Ze shora uvedené tabulky 10 vyplývá, že 52,38 % (n=77) respondentů uvedlo slovní agresi, jako typ agrese kterou muži používají častěji. Dále pak 45,58 % (n=67) uvedlo nejčastější druh agrese u mužů fyzickou agresi. Na položku neodpověděli 3 respondenti, což je 2,04 %.

Tab. 10: Typ agrese ženy

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Slovní | 99 | 67,35 |
| Fyzická | 48 | 32,65 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

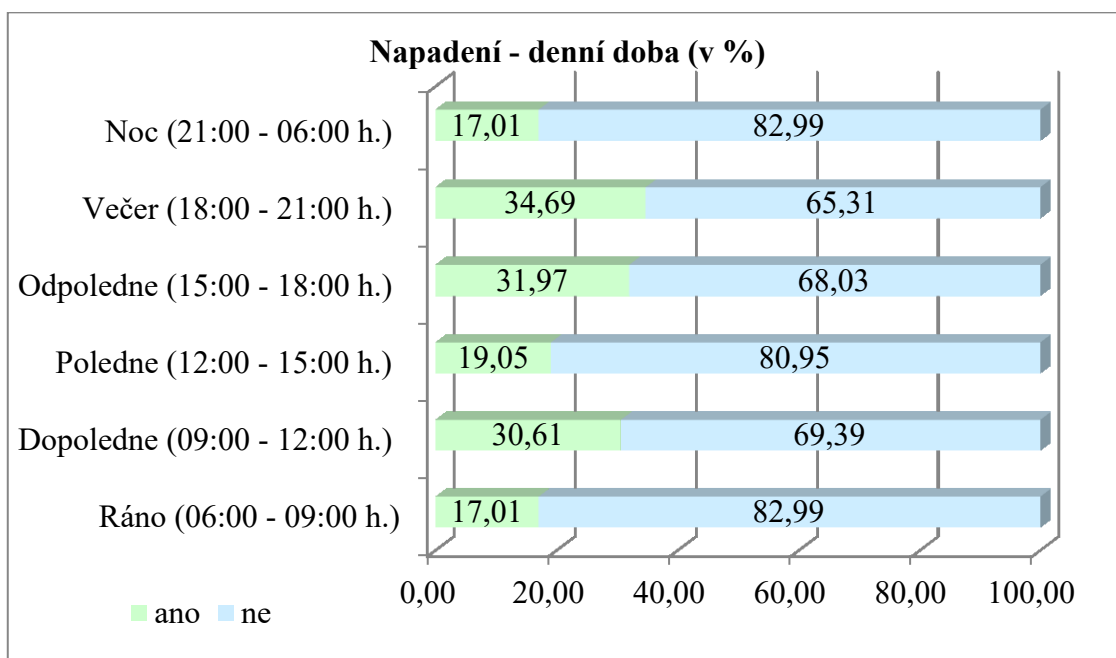
Z tabulky plyne, že slovní agresi označilo jako nejčastější typ agrese u žen 67,35 % (n=99) dotazovaných. Dále pak jako nejčastější typ agrese u žen uvedlo fyzickou agresi 32,65 % (n=48) respondentů.

Obr. 9: Příčiny agresivity



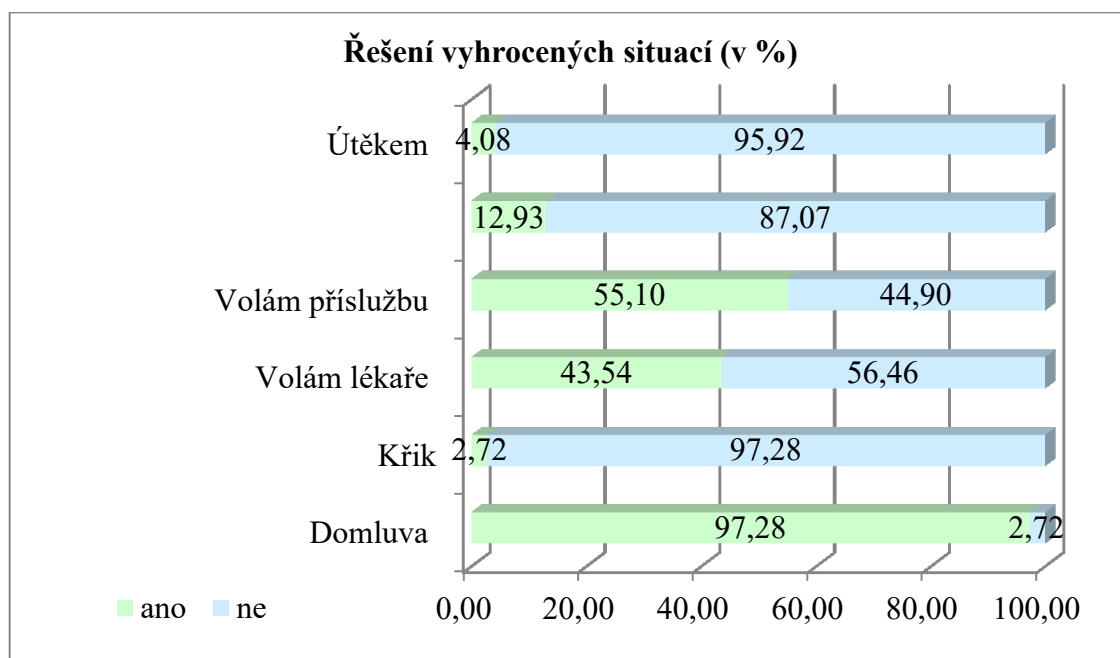
Z obrázku 9 vychází, že jako nejčastější (67,35 %) příčinu agresivity označili respondenti nemoc, dalším významným důvodem agresivního chování pacientů byl strach a úzkost, kterou označilo 31,97 % respondentů, dále pak prostředí (26,53 %), neshody s pacienty na pokoji (24,49 %) nebo řád oddělení (18,37 %).

Obr. 10: Rozdělení napadení dle denní doby



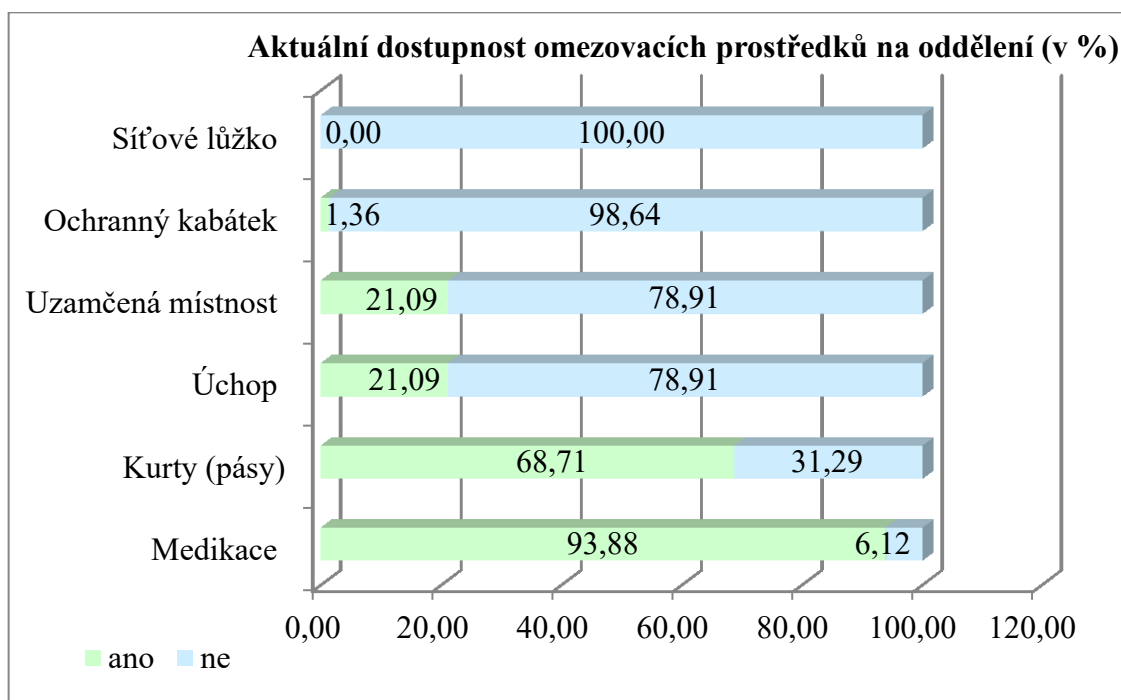
Z obrázku plyne, že jako rizikovější dobu napadení uváděli respondenti dopoledne (30,61 %), odpoledne (31,97) a večer (34,69 %). Menší riziko napadení pak podle respondentů hrozí ráno (17,01 %), v poledne (19,05 %) a v noci (17,01 %).

Obr. 11: Řešení vyhrocených situací



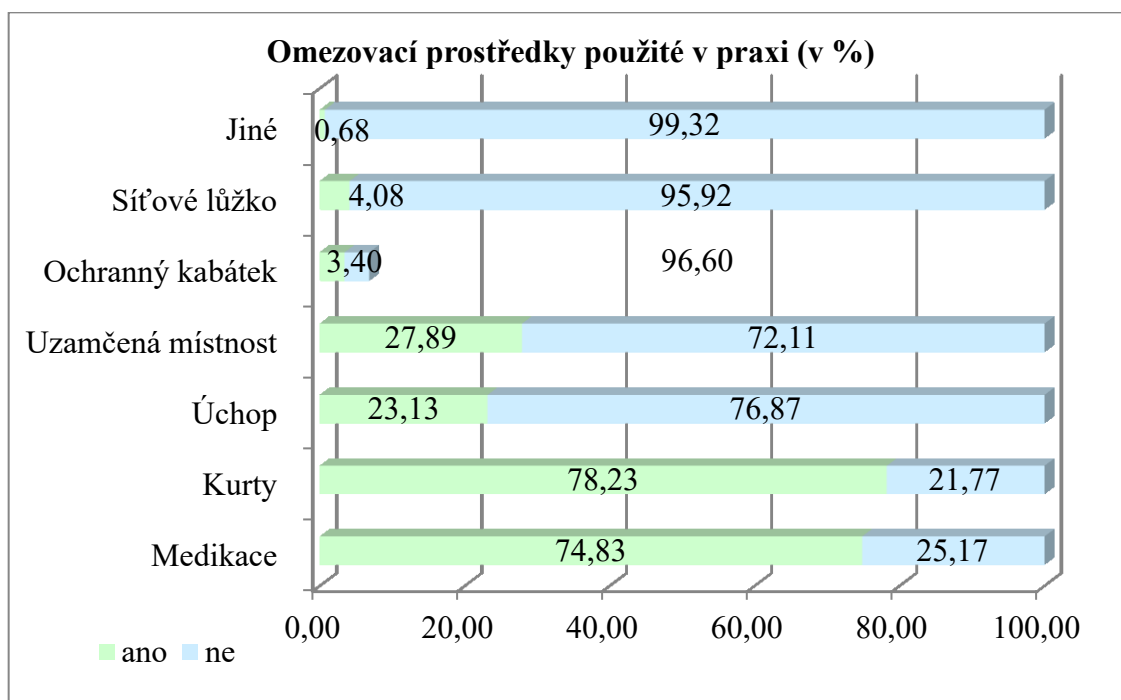
Z obrázku 11 plyne, že jako způsob řešení vyhrocených situací uvedla většina respondentů domluvu (97,28 %). Další časté způsoby řešení vyhrocených situací, které respondenti použili, bylo zavolání příslužby (55,10 %) a zavolání lékaře (43,54 %). Méně často by pak volili vyhýbání se kontaktu s agresorem (12,93 %). Křik (2,72 %) a útěk (4,08 %) by volilo jen minimum dotazovaných.

Obr. 12: Aktuální dostupnost omezovacích prostředků na oddělení



Ze shora uvedeného obrázku plyne, že na většině oddělení byla v době dotazníkového šetření dostupná jako omezovací prostředek medikace (93,88 %). Druhý nejčastější omezovací prostředek na oddělení byly kurty nebo pásy (68,71 %). Úchop a uzamčená místnost se používala jako omezovací prostředek na 21,09 % oddělení. Ochranný kabátek (1,36 %) a sít'ové lůžko (0,00 %) se na pracovištích respondentů téměř nevyskytovali, respektive vůbec nevyskytovali.

Obr. 13: Omezovací prostředky použité v praxi



Dle obrázku 13 mělo nejvíce dotazovaných zkušenost s použitím medikace (74,83 %) a kurtů (78,23 %) jako omezovacích prostředků. Menší počet respondentů pak v praxi použilo úchop (23,13 %) a uzamčenou místnost (27,89 %). Minimální je zkušenost respondentů s ochranným kabátkem (3,40 %) a síťovým lůžkem (4,08 %). S ostatními, dnes již nepovolenými ochrannými prostředky (klecové lůžko) měl jen jeden respondent (0,68 %).

Tab. 11: Schopnost obrany proti slovní agresi

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Většinou ano | 116 | 78,91 |
| Ano vždy | 30 | 20,41 |
| Většinou ne | 1 | 0,68 |
| Nikdy | 0 | 0 |
| Neví | 0 | 0 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Z tabulky 12 vyplývá, že většina respondentů (n=146; 99,32 %) se umí bránit slovní agresi, z toho 116 (78,91 %) respondentů odpovědělo většinou ano a 30 respondentů (20,41 %) odpovědělo ano vždy. Slovní agresi se většinou neubrání pouze jeden dotazovaný (0,68 %).

Tab. 12: Schopnost obrany proti fyzické agresi

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|-------------|--------------------|
| Většinou ano | 90 | 61,22 |
| Ano vždy | 13 | 8,84 |
| Většinou ne | 20 | 13,61 |
| Nikdy | 1 | 0,68 |
| Neví | 23 | 15,65 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Dle shora uvedené tabulky se fyzické agresi vždy ubrání 8,84 % (n=13) dotazovaných a většinou se ubrání 61,22 % (n=90). Dále 13,61 % (n=20) respondentů uvedlo, že se ve většině případů fyzickému násilí neubrání a jeden respondent se neubrání nikdy. Část respondentů (15,65 %; n=23) neví, zda by se fyzickému násilí ubránila.

Tab. 13: Absolvované školení

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| Ano | 86 | 58,50 |
| Ne | 61 | 41,50 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Z tabulky 14 plyne, že školení v rámci zvládnutí agresivních pacientů absolvovalo 58,5 % (n=86) respondentů a 41,5 % (n=61) dotazovaných školení neabsolvovalo.

Tab. 14: Možnost častějšího školení

| Odpověď | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| Ano | 101 | 68,71 |
| Ne | 46 | 31,29 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že možnost častějšího školení v rámci zvládnutí agresivních pacientů by uvítalo 68,71 % (n=101) respondentů a 31,29 % (n=46) nemělo o školení zájem.

Součástí dotazníku byla i položka zjišťující, co by respondent doporučil zaměstnavateli pro zlepšení bezpečnosti jejich pracovního prostředí. Z odpovědí vyplynulo, že většina (n=49) respondentů by uvítala více personálu na oddělení. Dále by 12 respondentů doporučilo zaměstnavateli doplnit stav mužů na pracovištích, dále 4 respondenti doporučují zlepšení prostředí na oddělení, lepší medikaci pacientů doporučují též 4 respondenti. Dále by respondenti doporučili kamerový systém (n=3), panik systém (n=3), častější školení (n=3), více omezovacích prostředků (n=3), neoslabování služeb z důvodu šetření financí (n=2) a více personálu na noční službě doporučují 2 respondenti. Na položku odpovědělo celkem 64 respondentů.

Další otevřená otázka zjišťovala, co by respondent doporučil zaměstnavateli pro zlepšení bezpečnosti mezi pacienty. Z odpovědí vyplynulo, že 12 respondentů by doporučilo snížení počtu lůžek na pokojích. Dále by 6 dotazovaných doporučilo zlepšení prostředí na odděleních, dále 4 respondenti by doporučili vznik více izolačních místností, 3 respondenti by doporučili lepší rozdělení pacientů na jednotlivá oddělení podle diagnóz a též 3 respondenti by doporučili na oddělení více kamer. Podle dvou respondentů by bezpečnost pacientů zvýšil větší počet personálu. Možnost odpovědět na tuto položku využilo 27 respondentů.

3.6 Diskuze

Tato kapitola je rozdělena na dvě části, v první budou diskutovány výsledky vlastní práce ve vztahu k dříve stanoveným hypotézám, v druhé části diskuze budou komparovány výsledky vlastní práce s výsledky dříve realizovaných studií na podobné téma.

3.6.1 *Zhodnocení výsledků vlastní práce*

V této části práce budou diskutovány výsledky vlastní práce ve vztahu k dříve stanoveným hypotézám:

H1: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku.

H2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich pohlaví.

H3: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce jejich praxe na psychiatrii.

H4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu oddělení.

H5: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu poskytované péče.

H6: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví pacientů na oddělení.

K tomu, aby bylo možné provést statistickou analýzu zjištěných dat podle uvedených hypotéz, bylo nutné kategorizovat proměnné následovně.

Věk - z hlediska věku byl soubor rozdělen do dvou skupin a to podle mediánu na respondenty ve věku do 44 let včetně a 45 a více let. Četnosti v jednotlivých kategoriích jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 15: Kategorie - věk

| Kategorie - věk | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|------------------|-------------|--------------------|
| Do 44 let včetně | 73 | 49,66 |
| 45 a více let | 74 | 50,34 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Pohlaví – soubor respondentů byl rozdělen do dvou skupin a to podle pohlaví respondentů na muže a ženy (viz tabulka 16). Vzhledem k tomu, že zastoupení mužů je vůči ženám marginální a výsledky by nedávaly dobře interpretovatelná data a nešlo by je zobecnit, bylo od statistické analýzy ustoupeno.

Tab. 16: Kategorie - pohlaví

| Kategorie - pohlaví | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|---------------------|-------------|--------------------|
| Muž | 21 | 14,29 |
| Žena | 126 | 85,71 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Délka praxe na psychiatrii - z hlediska délky praxe na psychiatrii byl soubor rozdělen do dvou skupin a to podle mediánu na respondenty s praxí do 11 let včetně a 12 a více let (viz tabulka 17).

Tab. 17: Kategorie – délka praxe na psychiatrii

| Kategorie – délka praxe na psychiatrii | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|--|-------------|--------------------|
| 12 a více let | 74 | 50,34 |
| Do 11 let včetně | 73 | 49,66 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Typ oddělení – z hlediska typu oddělení byli respondenti rozděleni do tří skupin podle typu oddělení, na kterém pracovali v době dotazníkového šetření, to jest na psychiatrická, protitoxikomanská a gerontopsychiatrická oddělení – viz tabulka 18.

Tab. 18: Kategorie - typ oddělení

| Kategorie – typ oddělení | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|--------------------------|-------------|--------------------|
| Psychiatrie | 50 | 34,01 |
| AT - protitoxikomanské | 46 | 31,29 |
| Gerontopsychiatrie | 51 | 34,69 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Typ poskytované péče – z hlediska typu poskytované péče byli respondenti rozděleni do dvou skupin podle typu poskytované péče, kterou na pracovišti poskytovali v termínu dotazníkového šetření, na akutní péči a následnou péči – viz tabulka 19.

Tab. 19: Kategorie – typ péče

| Kategorie – typ péče | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|----------------------|-------------|--------------------|
| Akutní péče | 85 | 57,82 |
| Následná péče | 62 | 42,18 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Typ oddělení podle pohlaví pacientů – respondenti byli rozděleni do tří skupin podle pohlaví pacientů na oddělení na muže, ženy a obě pohlaví (viz tabulka 20). Vzhledem k nerovnoměrnému rozložení vzorku respondentů do skupin dle typu oddělení podle pohlaví pacientů, bylo od analýzy dat ustoupeno.

Tab. 20: Kategorie – typ oddělení podle pohlaví pacientů

| Kategorie – typ oddělení podle pohlaví pacientů | Četnost (n) | Rel. četnost (v %) |
|---|-------------|--------------------|
| Muži | 40 | 27,21 |
| Ženy | 23 | 15,65 |
| Obě pohlaví | 84 | 57,14 |
| Celkem: | 147 | 100,00 |

Veškeré položky dotazníku byly analyzovány výpočtem Pearsonova chí – kvadrátu podle proměnných rozdělených do shora uvedených kategorií. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 21, ze které vyplývá, že u některých položek byly zjištěny statisticky významné rozdíly – v přehledu jsou zvýrazněny tučně.

Tab. 21: p hodnoty Pearsonova chí - kvadrátu

| Proměnná: | Věk | Délka praxe | Typ odd. | Typ péče |
|---|----------------|---------------|----------------|----------------|
| Periodicita setkání s agresorem | 0,0602 | 0,3484 | 0,34714 | 0,00001 |
| Typ fyzické agrese | 0,2379 | 0,2189 | 0,26924 | 0,07304 |
| - Ničení věcí | 0,6778 | 0,3655 | 0,02048 | 0,00248 |
| - Napadení zdravotníka | 0,213 | 0,0241 | 0,00343 | 0,00722 |
| - Napadení pacientů | 0,9639 | 0,6625 | 0,32001 | 0,18584 |
| - Sebepoškozování | 0,6861 | 0,3442 | 0,00001 | 0,02549 |
| Slovní napadení | 0,6595 | 0,3305 | 0,18117 | 0,46133 |
| Fyzické napadení | 0,311 | 0,0658 | 0,20743 | 0,00346 |
| Zranění | 0,5928 | 0,3565 | 0,00242 | 0,06186 |
| Nejčastější agresor | 0,1082 | 0,3418 | 0,37544 | 0,78011 |
| Typ agrese muži | 0,7952 | 0,1889 | 0,06147 | 0,30332 |
| Typ agrese ženy | 0,5182 | 0,0162 | 0,06532 | 0,32648 |
| Příčina agresivity | | | | |
| - Nemoc | 0,2658 | 0,0693 | 0,00076 | 0,24782 |
| - Bolest | 0,1392 | 0,9754 | 0,00001 | 0,21984 |
| - Medikace | 0,5561 | 0,0971 | 0,48207 | 0,60671 |
| - Prostředí | 0,0835 | 0,3253 | 0,0504 | 0,35422 |
| - Nespokojenost s jídlem | 0,6603 | 0,638 | 0,20539 | 0,92012 |
| - Neshody s pacienty na pokoji | 0,9625 | 0,4155 | 0,02919 | 0,48054 |
| - Strach (úzkost) | 0,6355 | 0,9042 | 0,00029 | 0,67342 |
| - Nedostatek informací | 0,5633 | 0,5633 | 0,061 | 0,97021 |
| - Řád oddělení | 0,126 | 0,0504 | 0,00013 | 0,00587 |
| - Intoxikace | 0,9864 | 0,9864 | 0,0171 | 0,03268 |
| Řešení vyhrocených situací | | | | |
| - Domluvou | 0,3173 | 0,989 | 0,71553 | 0,48062 |
| - Křikem | 0,989 | 0,989 | 0,80738 | 0,17774 |
| - Volám lékaře | 0,4606 | 0,6854 | 0,74285 | 0,73796 |
| - Volám příslužbu | 0,6847 | 0,797 | 0,19545 | 0,28816 |
| - Vyhýbám se kontaktu s agresorem | 0,00003 | 0,4417 | 0,45767 | 0,32271 |
| - Útěkem | 0,0921 | 0,9864 | 0,63733 | 0,69196 |
| Omezovací prostředky na oddělení | | | | |
| - Medikace (aktuální dostupnost) | 0,312 | 0,312 | 0,05607 | 0,21089 |
| - Kurty (pásky) (aktuální dostupnost) | 0,9556 | 0,6808 | 0,64367 | 0 |
| - Úchop (aktuální dostupnost) | 0,1449 | 0,2921 | 0,00431 | 0,00377 |
| - Uzamčená místnost (aktuální dostupnost) | 0,1449 | 0,5162 | 0 | 0,00004 |
| - Ochranný kabátek (aktuální dostupnost) | 0,1517 | 0,9923 | 0,14833 | 0,82154 |
| Omezovací prostředky použité v praxi | | | | |
| - Medikace | 0,0411 | 0,6015 | 0,13151 | 0,87931 |
| - Kurty (pásky) | 0,4497 | 0,6576 | 0,1181 | 0,02593 |
| - Úchop | 0,0004 | 0,0454 | 0,00001 | 0,0856 |
| - Uzamčená místnost | 0,005 | 0,8945 | 0 | 0,00054 |
| - Ochranný kabátek | 0,6603 | 0,1771 | 0,26062 | 0,41159 |
| - Sít'ové lůžko | 0,9864 | 0,013 | 0,226 | 0,69196 |
| - Jiné | 0,3124 | 0,319 | 0,37657 | 0,39146 |
| Schopnost obrany proti slovní agresi | 0,5596 | 0,4351 | 0,46766 | 0,49222 |
| Schopnost obrany proti fyzické agresi | 0,0081 | 0,3698 | 0,00469 | 0,0915 |
| Absolvované školení | 0,922 | 0,1507 | 0,01422 | 0,07393 |
| Častější školení | 0,7641 | 0,3117 | 0,16423 | 0,11289 |

V další části textu bude pozornost věnována výsledkům testování stanovených hypotéz.

H1: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku.

S odkazem na provedenou statistickou analýzu (viz tabulka 21), lze konstatovat, že odpovědi respondentů se u většiny položek dotazníku neliší podle věku dotazovaných, avšak s výjimkou následujících otázek:

1. „Řešení vyhrocených situací“ – „Vyhýbám se kontaktu s agresorem“ (**p=0,00003**)
2. „Omezovací prostředky použité v praxi“ - Medikace (**p=0,0411**)
3. „Omezovací prostředky použité v praxi“ – Úchop (**p=0,0004**)
4. „Omezovací prostředky použité v praxi“ – Uzamčená místnost (**p=0,005**)
5. „Schopnost obrany proti fyzické agresi“ (**p=0,0081**)

S výjimkou shora uvedených položek dotazníku, lze hypotézu H1 s platností pro vlastní soubor respondentů a použitou metodiku přijmout.

V kontingenční tabulce 22 jsou uvedeny četnosti odpovědí dotazovaných na otázku „Řešení vyhrocených situací“ – „Vyhýbám se kontaktu s agresorem“ podle věkových skupin dotazovaných.

Tab. 22: Vyhýbám se kontaktu s agresorem x Věk

| Řešení vyhrocených situací Vyhýbám se kontaktu s agresorem | Pozorované četnosti | | |
|---|-------------------------|----------------------|-------------------|
| | Věk do 44 let včetně | Věk 45 a více let | Řádkové Součty |
| Ano | 1 | 18 | 19 |
| Sloupcová relativní četnost | 1,37% | 24,32% | |
| Řádková relativní četnost | 5,26% | 94,74% | |
| Celková relativní četnost | 0,68% | 12,24% | 12,93% |
| Ne | 72 | 56 | 128 |
| Sloupcová relativní četnost | 98,63% | 75,68% | |
| Řádková relativní četnost | 56,25% | 43,75% | |
| Celková relativní četnost | 48,98% | 38,10% | 87,07% |
| Celkem | 73 | 74 | 147 |
| Celková relativní četnost | 49,66% | 50,34% | 100% |

Z tabulky vyplývá, že respondenti ve věku do 44 let včetně se ve vyhrocených situacích vyhýbají kontaktu s agresorem méně často než starší respondenti. Rozdíl je 23 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že je tento rozdíl statisticky významný na hladině 0,05.

Statisticky významné rozdíly podle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k věku respondentů zjištěny v odpovědích na otázku „Které z omezovacích prostředků jste v praxi použil/a?“ a to u variant odpovědí „Medikace“, „Úchop“ a „Uzamčená místnost“. U těchto variant odpovědí častěji uváděli respondenti z kategorie do 44 let včetně použití těchto omezovacích prostředků v praxi než starší účastníci šetření. U varianty odpovědi „Medikace“ činil rozdíl 15 %, u odpovědi „Úchop“ byl rozdíl 25 % a u použití omezovacího prostředku „Uzamčená místnost“ byl rozdíl v odpovědích 21 %.

U položky „Umíte se bránit fyzické agresí?“ byly zaznamenány zásadní statistické rozdíly v tom smyslu, že respondenti do 44 let včetně o více jak 22 % častěji uvedli, že se většinou umí bránit fyzické agresí než respondenti starší 45 let, kteří zároveň uvedli, že se většinou nedokáží fyzické agresí ubránit a to v 19 % případů oproti mladším respondentům. Rozdíly v distribuci odpovědí respondentů mezi jednotlivé proměnné vyjadřující odpovědi na otázku „Umíte se bránit fyzické agresí?“ jsou statisticky významné na hladině 0,05.

H2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich pohlaví.

Od statistické analýzy bylo upuštěno vzhledem k relativně malému počtu respondentů ve sledovaných kategoriích.

H3: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce jejich praxe na psychiatrii.

S odkazem na provedenou statistickou analýzu (viz tabulka 21), lze konstatovat, že odpovědi respondentů se u většiny položek dotazníku neliší podle délky praxe na psychiatrii, avšak s výjimkou následujících otázek:

1. „Typ fyzické agrese“ – „Napadení zdravotníka“ (**p=0,0241**)
2. „Typ agrese ženy“ (**p=0,0162**)
3. „Omezovací prostředky použité v praxi“ – „Úchop“ (**p=0,0454**)
4. „Omezovací prostředky použité v praxi – „Síťové lůžko“ (**p=0,013**)

S výjimkou shora uvedených položek dotazníku, lze hypotézu H3 s platností pro vlastní soubor respondentů a použitou metodiku přijmout.

V kontingenční tabulce 23 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „S jakým typem fyzické agrese ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?“ – „Napadení zdravotníka“ podle kategorie délky praxe na psychiatrii.

Tab. 23: Typ fyzické agrese – Napadení zdravotníka x Délka praxe na psychiatrii

| Typ fyzické agrese Napadení zdravotníka | Pozorované četnosti | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| | Délka praxe 12 a více let | Délka praxe do 11 let včetně | Řádkové součty |
| Ano | 23 | 36 | 59 |
| Sloupcová relativní četnost | 31,08% | 49,32% | |
| Řádková relativní četnost | 38,98% | 61,02% | |
| Celková relativní četnost | 15,65% | 24,49% | 40,14% |
| Ne | 51 | 37 | 88 |
| Sloupcová relativní četnost | 68,92% | 50,68% | |
| Řádková relativní četnost | 57,95% | 42,05% | |
| Celková relativní četnost | 34,69% | 25,17% | 59,86% |
| Celkem | 74 | 73 | 147 |
| Celková relativní četnost | 50,34% | 49,66% | 100,00% |

Z tabulky vyplývá, že respondenti s praxí do 11 let včetně se u pacientů setkávají s napadením zdravotníka častěji než respondenti s delší praxí na psychiatrii. Rozdíl je 18 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že je tento rozdíl statisticky významný na hladině 0,05.

V kontingenční tabulce 24 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „Jaký druh agrese podle Vás používají častěji ženy?“ podle kategorie délky praxe na psychiatrii.

Tab. 24: Typ agrese ženy x Délka praxe na psychiatrii

| Typ agrese ženy | Pozorované četnosti | | |
|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| | Délka praxe 12 a více let | Délka praxe do 11 let včetně | Řádkové součty |
| Slovní | 43 | 56 | 99 |
| Sloupcová relativní četnost | 58,11% | 76,71% | |
| Řádková relativní četnost | 43,43% | 56,57% | |
| Celková relativní četnost | 29,25% | 38,10% | 67,35% |
| Fyzická | 31 | 17 | 48 |
| Sloupcová relativní četnost | 41,89% | 23,29% | |
| Řádková relativní četnost | 64,58% | 35,42% | |
| Celková relativní četnost | 21,09% | 11,56% | 32,65% |
| Celkem | 74 | 73 | 147 |
| Celková relativní četnost | 50,34% | 49,66% | 100,00% |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že respondenti s praxí 12 let a více byli častěji toho názoru, že ženy se více uchylují k fyzické agresi. Oproti odpovědím dotazovaných s praxí do 11 let včetně činil rozdíl v odpovědích 19 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že je tento rozdíl statisticky významný na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly podle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k délce praxe na psychiatrii zjištěny v odpovědích na otázku „Které z omezovacích prostředků jste v praxi použil/a?“ u variant odpovědí „Úchop“ a „Síťové lůžko“. U varianty odpovědi „Úchop“ uváděli respondenti s kratší dobou praxe častější použití tohoto omezovacího prostředku v praxi než respondenti s délkou praxe 12 a více let a to s rozdílem 14 %. U varianty odpovědi „Síťové lůžko“ naopak uváděli zkušenost s tímto omezovacím prostředkem pouze respondenti s praxí dlouhou 12 let a více a to v 8 % případů. Žádný z respondentů s praxí do 11 let včetně nemá zkušenost s použitím síťového lůžka v praxi.

H4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu oddělení.

S odkazem na provedenou statistickou analýzu (viz tabulka 21), lze konstatovat, že odpovědi respondentů se u většiny položek dotazníku neliší podle typu oddělení, avšak s výjimkou následujících otázek:

1. „Typ fyzické agrese“ – „Ničení věcí“ (**p=0,02048**)
2. „Typ fyzické agrese“ – „Napadení zdravotníka“ (**p=0,00343**)
3. „Typ fyzické agrese“ – „Sebepoškozování“ (**p=0,00001**)
4. „Zranění“ (**p=0,00242**)
5. „Příčina agresivity“ – „Nemoc“ (**p=0,00076**)
6. „Příčina agresivity“ – „Bolest“ (**p=0,00001**)
7. „Příčina agresivity“ – „Neshody s pacienty na pokoji“ (**p=0,02919**)
8. „Příčina agresivity“ – „Strach (úzkost)“ (**p=0,00029**)
9. „Příčina agresivity“ – „Řád oddělení“ (**p=0,00013**)
10. „Příčina agresivity“ – „Intoxikace“ (**p=0,0171**)
11. „Omezovací prostředky na oddělení“ – „Úchop“ (**p=0,00431**)
12. „Omezovací prostředky na oddělení“ – „Uzamčená místnost“ (**p=0**)
13. „Omezovací prostředky použité v praxi“ - „Úchop“ (**p=0,00001**)
14. „Omezovací prostředky použité v praxi“ - „Uzamčená místnost“ (**p=0**)
15. „Schopnost obrany proti fyzické agresi“ (**p=0,00469**)
16. „Absolvované školení“ (**p=0,01422**)

S výjimkou shora uvedených položek dotazníku, lze hypotézu H4 s platností pro vlastní soubor respondentů a použitou metodiku přijmout.

V kontingenční tabulce 25 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „S jakým typem fyzické agrese ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?“ – „Napadení zdravotníka“ podle typu oddělení.

Tab. 25: Typ fyzické agrese – Napadení zdravotníka x Typ oddělení

| Typ fyzické agrese Napadení zdravotníka | Pozorované četnosti | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| | Typ oddělení Psychiatrie | Typ oddělení AT | Typ oddělení Geronto. | Řádkové součty |
| Ano | 15 | 14 | 30 | 59 |
| Sloupcová relativní četnost | 30,00% | 30,43% | 58,82% | |
| Řádková relativní četnost | 25,42% | 23,73% | 50,85% | |
| Celková relativní četnost | 10,20% | 9,52% | 20,41% | 40,14% |
| Ne | 35 | 32 | 21 | 88 |
| Sloupcová relativní četnost | 70,00% | 69,57% | 41,18% | |
| Řádková relativní četnost | 39,77% | 36,36% | 23,86% | |
| Celková relativní četnost | 23,81% | 21,77% | 14,29% | 59,86% |
| Celkem | 50 | 46 | 51 | 147 |
| Celková relativní četnost | 34,01% | 31,29% | 34,69% | 100,00% |

Z uvedené tabulky plyne, že respondenti z oddělení gerontopsychiatrie se častěji setkávají s napadením zdravotníka, než na odděleních obecné psychiatrie a AT odděleních. Rozdíl je 29 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že je tento rozdíl statisticky významný na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly byly zjištěny v odpovědích na otázku „S jakým typem fyzické agrese ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?“ podle typu oddělení, byly zjištěny ve variantách odpovědi „Ničení věcí“ a „Sebepoškozování“.

U varianty odpovědi „Ničení věcí“, se s tímto typem fyzické agrese nejčastěji setkávají respondenti z oddělení AT (67 %), dále z oddělení obecné psychiatrie (50 %) a nejméně často pak na odděleních gerontopsychiatrických (39 %). Dále pak u varianty odpovědi „Sebepoškozování“ uvedli zkušenost s tímto druhem fyzické agrese nejčastěji respondenti z obecné psychiatrie (66 %), méně často pak na odděleních AT (33 %) a nejméně často se sebepoškozováním setkávají na odděleních gerontopsychiatrických (20 %). Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

V kontingenční tabulce 26 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „Byl/a jste zraněn/a v důsledku fyzického napadení?“ podle typu oddělení.

Tab. 26: Zranění x Typ oddělení

| Zranění | Pozorované četnosti | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| | Typ oddělení Psychiatrie | Typ oddělení AT | Typ oddělení Geronto. | Řádkové součty |
| Ano | 18 | 3 | 14 | 35 |
| Sloupcová relativní četnost | 36,00% | 6,52% | 27,45% | |
| Řádková relativní četnost | 51,43% | 8,57% | 40,00% | |
| Celková relativní četnost | 12,24% | 2,04% | 9,52% | 23,81% |
| Ne | 32 | 43 | 37 | 112 |
| Sloupcová relativní četnost | 64,00% | 93,48% | 72,55% | |
| Řádková relativní četnost | 28,57% | 38,39% | 33,04% | |
| Celková relativní četnost | 21,77% | 29,25% | 25,17% | 76,19% |
| Celkem | 50 | 46 | 51 | 147 |
| Celková relativní četnost | 34,01% | 31,29% | 34,69% | 100,00% |

Z tabulky 26 vyplývá, že nejčastěji byli zraněni v důsledku fyzického napadení respondenti z oddělení obecné psychiatrie a to v 36 % případů. Méně často pak dotazovaní z oddělení gerontopsychiatrie, kde bylo zraněno 28 % dotazovaných a nejméně zraněných bylo na odděleních AT, kde tuto skutečnost uvedlo pouze 7 % dotazovaných. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly podle typu oddělení zjištěny v odpovědích respondentů na otázku „Jaká byla podle Vás příčina v pacientově agresivním chování?“, u variant odpovědí „Nemoc“, „Bolest“, „Neshody s pacienty na pokoji“, „Strach (úzkost)“, „Řád oddělení“ a „Intoxikace“. Nemoc jako příčinu agresivního chování uvedlo nejvíce respondentů z oddělení obecné psychiatrie (78 %) a gerontopsychiatrie (77 %), oproti tomu respondenti z oddělení AT uvedli jako příčinu agrese nemoc pouze v 46 % případů.

Bolest jako příčinu agresivního chování uvedlo nejvíce respondentů z oddělení gerontopsychiatrie (29 %), minimálně pak podle odpovědí respondentů ovlivňovala bolest agresivní chování na odděleních AT (7 %) a žádný respondent z oddělení obecné psychiatrie neuvedl jako příčinu agresivního chování bolest.

Neshody s pacienty na pokoji jako příčinu agrese uvedlo nejvíce respondentů z oddělení AT (37 %), méně pak na oddělení obecné psychiatrie (24 %) a nejméně respondentů považuje jako častou příčinu agresivního chování neshody pacientů na pokoji na odděleních gerontopsychiatrických a to pouze v 14 %.

Strach nebo úzkost jako příčinu agresivního chování uvedlo nejvíce respondentů z gerontopsychiatrických oddělení a to v 53 % případů. Strach nebo úzkost je podle respondentů častou příčinou i na odděleních obecné psychiatrie (24 %) a méně často pak na odděleních AT (17 %).

Řád oddělení byl podle dotazovaných nejčastěji příčinou agresivního chování na odděleních AT (37 %), méně často pak na odděleních obecné psychiatrie (16 %) a téměř se nevyskytoval na odděleních gerontopsychiatrických a to pouze ve 4 % případů.

Intoxikace vedla podle respondentů k agresivnímu chování podle očekávání nejčastěji na odděleních AT, kde tuto skutečnost uvedlo 11 % dotazovaných a dále pak na oddělení obecné psychiatrie 2 %. Žádný z respondentů neuvedl intoxikaci jako příčinu agresivního chování na gerontopsychiatrických odděleních.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k typu oddělení zjištěny v odpovědích na otázku „Jaké omezovací prostředky se na Vašem oddělení používají nejčastěji?“ u variant odpovědí „Úchop“ a „Uzamčená místnost“. Podle respondentů, se úchop jako omezovací prostředek používal nejčastěji na odděleních obecné psychiatrie (30 %) a AT odděleních (28 %). Proti tomu na gerontopsychiatrických odděleních se úchop jako omezovací prostředek používal minimálně, tuto variantu uvedlo pouze 6 % dotazovaných.

Uzamčená místnost se dle odpovědí respondentů použila jako omezovací prostředek nejvíce na odděleních obecné psychiatrie (42 %) a méně často pak na odděleních AT (22 %). Použití uzamčené místnosti neuvedl žádný z respondentů z oddělení gerontopsychiatrie.

Další statisticky významné rozdíly podle typu oddělení, byly zjištěny v odpovědích na otázku „Které z omezovacích prostředků jste v praxi použil/a?“ u variant odpovědí „Úchop“ a „Uzamčená místnost“.

Úchop jako omezovací prostředek použili v praxi nejčastěji respondenti z oddělení obecné psychiatrie (46 %), méně často úchop použili respondenti z AT oddělení (17 %) a minimálně byl použit na odděleních gerontopsychiatrických a to pouze v 6 % případů.

Uzamčenou místnost použilo nejvíce respondentů z oddělení obecné psychiatrie (54 %), dále pak 17 % respondentů z oddělení AT a 12 % respondentů z oddělení gerontopsychiatrie. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k typu oddělení zjištěny v odpovědích na otázku „Umíte se bránit fyzické agresí?“, většina respondentů uvedla, že se většinou umí ubránit fyzické agresí. Variantu odpovědi „většinou ano“ uvedli respondenti z oddělení obecné psychiatrie v 64 % případů, z oddělení AT 47 % a gerontopsychiatrických oddělení 73 % dotazovaných. Rozdíl v odpovědích byl způsoben zvýšeným počtem označených variant odpovědi „nevím“ respondenty z oddělení AT, kdy tuto variantu uvedlo 35 % dotazovaných.

V kontingenční tabulce 27 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „Absolvoval/a jste pravidelné školení v rámci zvládnání agresivních pacientů?“ podle typu oddělení.

Tab. 27: Absolvované školení x Typ oddělení

| Absolvované školení | Pozorované četnosti | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|
| | Typ oddělení Psychiatrie | Typ oddělení AT | Typ oddělení Geronto. | Řádkové součty |
| Ano | 21 | 31 | 34 | 86 |
| Sloupcová relativní četnost | 42,00% | 67,39% | 66,67% | |
| Řádková relativní četnost | 24,42% | 36,05% | 39,53% | |
| Celková relativní četnost | 14,29% | 21,09% | 23,13% | 58,50% |
| Ne | 29 | 15 | 17 | 61 |
| Sloupcová relativní četnost | 58,00% | 32,61% | 33,33% | |
| Řádková relativní četnost | 47,54% | 24,59% | 27,87% | |
| Celková relativní četnost | 19,73% | 10,20% | 11,56% | 41,50% |
| Celkem | 50 | 46 | 51 | 147 |
| Celková relativní četnost | 34,01% | 31,29% | 34,69% | 100,00% |

Ze shora uvedené tabulky vyplývá, že nejméně absolvovali školení v rámci zvládnání agresivních pacientů respondenti z oddělení obecné psychiatrie (42 %), oproti AT oddělením (67 %) a gerontopsychiatrickým oddělením (67 %). Rozdíl činil 25 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že je tento rozdíl statisticky významný na hladině 0,05.

H5: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na typu poskytované péče.

S odkazem na provedenou statistickou analýzu (viz tabulka 21), lze konstatovat, že odpovědi respondentů se u většiny položek dotazníku neliší podle typu poskytované péče, avšak s výjimkou následujících položek:

1. „Periodicita setkání se agresorem“ (**p=0,00001**)
2. „Typ fyzické agrese“ – „Ničení věcí“ (**p=0,00248**)
3. „Typ fyzické agrese“ – „Napadení zdravotníka“ (**p=0,00722**)
4. „Typ fyzické agrese“ – „Sebepoškozování“ (**p=0,02549**)
5. „Fyzické napadení“ (**p=0,00346**)
6. „Příčina agresivity – „Řád oddělení““ (**p=0,00587**)
7. „Příčina agresivity“ – „Intoxikace“ (**p=0,03268**)
8. „Omezovací prostředky na oddělení“ – „Kurty (pásy)“ (**p=0**)
9. „Omezovací prostředky na oddělení“ – „Úchop“ (**p=0,00377**)
10. „Omezovací prostředky na oddělení“ – „Uzamčená místnost“ (**p=0,00004**)
11. „Omezovací prostředky použité v praxi“ - „Kurty (pásy)“ (**p=0,02593**)
12. „Omezovací prostředky použité v praxi“ - „Uzamčená místnost“ (**p=0,00054**)

S výjimkou shora uvedených položek dotazníku, lze hypotézu H5 s platností pro vlastní soubor respondentů a použitou metodiku přijmout.

V kontingenční tabulce 28 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „Jak často se setkáváte s agresivním pacientem?“ podle typu péče.

Tab. 28: Periodicita setkání s agresorem x Typ péče

| Periodicita setkání s agresorem | Pozorované četnosti | | |
|---------------------------------|----------------------|------------------------|----------------|
| | Typ péče akutní péče | Typ péče následná péče | Řádkové součty |
| Denně | 32 | 6 | 38 |
| Sloupcová relativní četnost | 37,65% | 9,68% | |
| Řádková relativní četnost | 84,21% | 15,79% | |
| Celková relativní četnost | 21,77% | 4,08% | 25,85% |
| Týdně | 33 | 18 | 51 |
| Sloupcová relativní četnost | 38,82% | 29,03% | |
| Řádková relativní četnost | 64,71% | 35,29% | |
| Celková relativní četnost | 22,45% | 12,24% | 34,69% |
| Měsíčně | 18 | 23 | 41 |
| Sloupcová relativní četnost | 21,18% | 37,10% | |
| Řádková relativní četnost | 43,90% | 56,10% | |
| Celková relativní četnost | 12,24% | 15,65% | 27,89% |
| Ročně | 2 | 14 | 16 |
| Sloupcová relativní četnost | 2,35% | 22,58% | |
| Řádková relativní četnost | 12,50% | 87,50% | |
| Celková relativní četnost | 1,36% | 9,52% | 10,88% |
| Nesetkávám | 0 | 1 | 1 |
| Sloupcová relativní četnost | 0,00% | 1,61% | |
| Řádková relativní četnost | 0,00% | 100,00% | |
| Celková relativní četnost | 0,00% | 0,68% | 0,68% |
| Celkem | 85 | 62 | 147 |
| Celková relativní četnost | 57,82% | 42,18% | 100,00% |

Z tabulky vyplývá, že respondenti z oddělení akutní péče se setkávají s agresivním pacientem častěji než respondenti z následné péče. Denně se na akutních odděleních setkává s agresivním pacientem 38 % respondentů a pouze 10 % dotazovaných na oddělení následné péče. Naopak měsíčně se s agresivním pacientem setkala 37 % respondentů z oddělení následné péče a pouze 21 % respondentů z akutní péče. Ročně se setkala s agresivním pacientem 23 % respondentů z následné péče a 2 % respondentů z akutní péče. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k typu oddělení zjištěny v odpovědích na otázku „S jakým typem fyzické agrese ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?“ u variant odpovědí „Ničení věcí“, „Napadení zdravotníka“ a „Sebepoškozování“. Ničení věcí uvedlo více respondentů z oddělení akutní péče, rozdíl je 25 %. Napadení zdravotníka uvedli častěji dotazovaní z oddělení akutní péče, rozdíl činil 22 %. Naopak sebepoškozování uvedli jako nejčastěji respondenti z oddělení následné péče. Rozdíl je 18 %.

V kontingenční tabulce 29 jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů na otázku „Byl/a jste po dobu své praxe fyzicky napaden/a pacientem?“ podle typu péče.

Tab. 29: Fyzické napadení x Typ péče

| Fyzické napadení | Pozorované četnosti | | |
|-----------------------------|----------------------|------------------------|----------------|
| | Typ péče akutní péče | Typ péče následná péče | Řádkové součty |
| Ano jednou | 15 | 13 | 28 |
| Sloupcová relativní četnost | 17,65% | 20,97% | |
| Řádková relativní četnost | 53,57% | 46,43% | |
| Celková relativní četnost | 10,20% | 8,84% | 19,05% |
| Ano vícekrát | 50 | 20 | 70 |
| Sloupcová relativní četnost | 58,82% | 32,26% | |
| Řádková relativní četnost | 71,43% | 28,57% | |
| Celková relativní četnost | 34,01% | 13,61% | 47,62% |
| Ne | 20 | 29 | 49 |
| Sloupcová relativní četnost | 23,53% | 46,77% | |
| Řádková relativní četnost | 40,82% | 59,18% | |
| Celková relativní četnost | 13,61% | 19,73% | 33,33% |
| Celkem | 85 | 62 | 147 |
| Celková relativní četnost | 57,82% | 42,18% | 100,00% |

Ze shora uvedené tabulky plyne, že respondenti z oddělení akutní péče byli častěji fyzicky napadeni pacientem, než dotazovaní z oddělení následné péče. Více než jednou bylo fyzicky napadeno 59 % respondentů z oddělení akutní péče a oproti tomu pouze 32 % dotazovaných z oddělení následné péče. Dále z tabulky plyne, že na odděleních následné péče bylo více respondentů, kteří nebyli nikdy fyzicky napadeni. Rozdíl činil 23 %. Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly podle typu péče zjištěny v odpovědích respondentů na otázku „Jaká byla podle Vás příčina v pacientově agresivním chování?“, u variant odpovědí „Řád oddělení“ a „Intoxikace“.

Řád oddělení byl podle dotazovaných častěji příčinou agresivního chování na odděleních akutní péče, s rozdílem v odpovědích 18 %. Také intoxikace vedla podle respondentů k agresivnímu chování častěji na odděleních akutní péče. Rozdíl v odpovědích byl 7 %. Žádný z respondentů z oddělení následné péče neuvedl intoxikaci jako příčinu agresivity pacienta.

Další statisticky významné rozdíly dle Pearsonova – chí - kvadrátu na hladině 0,05, byly vzhledem k typu péče zjištěny v odpovědích na otázku „Jaké omezovací prostředky se na Vašem oddělení používají nejčastěji?“ u variant odpovědí „Kurty (pásky)“, „Úchop“ a „Uzamčená místnost“. Dle respondentů, byly kurty použity častěji na odděleních akutní péče. Rozdíl v odpovědích byl 41 %.

Úchop jako omezovací prostředek byl dle dotazovaných častěji použit na odděleních akutní péče. Rozdíl v odpovědích činil 20 %.

Uzamčená místnost byla dle odpovědí respondentů častěji použita jako omezovací prostředek na odděleních akutní péče než na odděleních následné péče. Rozdíl byl 28 %.

Další statisticky významné rozdíly podle typu péče, byly zjištěny v odpovědích na otázku „Které z omezovacích prostředků jste v praxi použil/a?“ u variant odpovědí „Kurty (pásky)“ a „Uzamčená místnost“. Kurty nebo pásky jako omezovací prostředek použili v praxi častěji respondenti z oddělení akutní péče, než dotazovaní z oddělení následné péče. Rozdíl v odpovědích činil 16 %.

Uzamčenou místnost použilo v praxi více respondentů z oddělení akutní péče, než dotazovaných z oddělení následné péče. Zde činil rozdíl v odpovědích 26 %.

Ze statistické analýzy pomocí Pearsonova – chí – kvadrátu vyplynulo, že jsou tyto rozdíly statisticky významné na hladině 0,05.

H6: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví pacientů na oddělení.

Od statistické analýzy bylo upuštěno vzhledem k relativně malému počtu respondentů ve sledovaných kategoriích.

3.6.2 Porovnání výsledků s dříve realizovanými studii

Výsledky vlastního šetření budou komparovány s třemi studii, které byly představeny v teoretické části práce. Podle údajů uvedených v práci Benešové, která prováděla dotazníkové šetření ve FN Motol, se s agresivitou na pracovišti setkala 94 % respondentů, což se velice blíží zkušenostem respondentů z PN Bohnice, kde se s agresivním chováním setkala 100% dotazovaných. Vysokou míru agresivního chování na pracovišti potvrzuje i práce Kejíkové, která pomocí metody dotazníku zjišťovala míru agrese na odděleních psychiatrie, geriatricie a neurologie ve FN Olomouc, udává zkušenost s agresivním chováním na pracovišti u 98 % respondentů. S fyzickou agresí se na odděleních FN Motol setkala 27 % a ve FN Olomouc 67 % dotazovaných, což se zcela shoduje s výsledky mé práce, kdy s fyzickou agresí mělo zkušenost také 67 % respondentů.

Respondenti studie ve FN Motol se v 71 % shodli, že nejčastějším agresorem je muž, což se shoduje se studií ve FN Olomouc, kde uvedli respondenti muže v 73 %. Tyto údaje se liší od výsledků mé práce, kde respondenti uvedli muže jako nejčastějšího agresora pouze v 50 %.

Další údaje zjištěné ve FN Olomouc, které mohu se svojí prací porovnat, je nejčastější doba napadení, kdy se shodujeme na době 18 – 21 hodin, v obou případech je nejčastějším druhem fyzické agrese – ničení věcí. Výsledky se shodují v odpovědích na otázku nejčastějšího důvodu vzniku agrese, kde v obou případech vychází jako nejčastější nemoc a další příčinou je pak strach (úzkost).

Další porovnání výsledků vlastní práce bylo provedeno s prací Zrubcové, která prováděla výzkum agresivního chování na psychiatrických klinikách na Slovensku. Výsledky šetření, které získala pomocí metody dotazníku, ukazují na klesající míru agrese v průběhu prvních dnů hospitalizace, kdy agresivní chování při příjmu pacienta na oddělení uvedlo 70 % respondentů, míru agresivního chování do 10 dnů od přijetí uvedlo 30 % dotazovaných a výskyt agrese po uplynutí 2 týdnů od hospitalizace neuvedl nikdo. Tyto skutečnosti byly porovnány s vlastními výsledky míry agrese pacientů podle typu oddělení. Denně nebo týdně se s agresivním chováním na akutních odděleních setkává 76 % respondentů a na odděleních následné péče pouze 39 % dotazovaných.

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce řešila téma násilí a agresivity na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče. Byla zpracována se záměrem zmapovat a vyhodnotit míru a typ agresivního chování pacientů na pracovištích akutní psychiatrické péče a na pracovištích následné psychiatrické péče. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny tyto cíle bakalářské práce:

1. přinést základní přehled teoretických poznatků souvisejících s touto problematikou;
2. s využitím dříve realizovaných studií sestavit dotazník k naplnění záměru práce a zadat ho cílové skupině respondentů (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti);
3. získaná data utřídit a provést jejich primární a statistickou analýzu;
4. zobecnit získané výsledky a navrhnout doporučení pro praxi;

Jak vyplývá z dříve uvedených jednotlivých kapitol, tyto cíle se podařilo splnit.

K hlavním výsledkům práce patří potvrzení většiny předpokládaných skutečností, například obecně větší míry agresivního chování se vyskytují na psychiatrických pracovištích akutní péče. Oproti oddělením následné péče se respondenti z akutních oddělení setkávali s častějším fyzickým napadením ze strany pacientů, museli častěji použít některého z omezovacích prostředků a v důsledku toho byli také častěji zraněni. Jediné s čím se setkávali respondenti z následných oddělení častěji, bylo sebepoškozování. Většina starších respondentů uvedla, že má více problémů se zvládnutím fyzicky agresivních pacientů, než mladší respondenti. Mladší respondenti s kratší délkou praxe se podle šetření setkávají častěji s fyzickým napadením a mají větší zkušenosti s použitím omezovacích prostředků v praxi. Tento výsledek může být ovlivněn větší koncentrací mladších respondentů s kratší délkou praxe na odděleních akutní péče. Potvrdit nebo vyvrátit toto tvrzení by vyžadovalo další analýzu, která je momentálně nad rámec rozsahu vlastní bakalářské práce. Za zajímavý výsledek považuji tvrzení respondentů s delší dobou praxe, že ženy jsou fyzicky agresivnější než muži, což je v rozporu s informacemi získanými z odborné literatury.

Vzhledem k provedení analýzy i podle typu oddělení byla zjištěna specifika těchto odlišných kategorií. Pacienti hospitalizovaní na odděleních obecné psychiatrie se častěji sebepoškozují a příčinou jejich agresivity podle dotazovaných bývá nejčastěji nemoc. Personál těchto oddělení je často zraněn v důsledku fyzického napadení. K omezení pacientů častěji používá úchop a uzamčenou místnost, než na jiných typech oddělení. Dle výsledků šetření jsou respondenti na psychiatrických odděleních méně

často školení ve zvládnání agresivity pacientů. Analýza byla provedena na oddělení gerontopsychiatrie, kde podle respondentů bývá příčinou agresivity pacientů nejčastěji bolest, nemoc a strach (úzkost), zdravotníci zde byli nejčastěji fyzicky napadeni a také byli často zraněni. Na protitoxikomanských odděleních byly častou příčinou agresivního chování neshody pacientů na pokoji a také řád oddělení, který je na tomto typu oddělení většinou přísnější, než na ostatních typech oddělení a zřejmě zde hraje velkou roli intoxikace. Vliv intoxikace na agresivitu, vzhledem k nesprávně položené otázce v dotazníku, nelze s jistotou prokázat. Nejčastějším typem fyzické agrese je na AT odděleních ničení věcí, což souvisí s menším počtem zranění respondentů zaznamenaných na tomto typu oddělení.

Doporučení pro praxi z této práce vyplývá více, a ve své podstatě korespondují s odpověďmi respondentů v otevřených otázkách, kdy většina dotazovaných doporučovala zvýšení počtu personálu obecně na odděleních a také zvýšení počtu mužského personálu. Zde jsem si téměř jist, že by vedení Psychiatrické nemocnice Bohnice rádo zvýšilo počet zdravotníků na odděleních, ale z hlediska finanční náročnosti tato změna prozatím není možná. Na financích jsou závislé v podstatě všechna doporučení pro praxi, která byla v odpovědích respondentů uvedena, jako je například zlepšení prostředí na odděleních, zavedení kamerového systému a poplachových systémů na více odděleních.

Mně osobně práce přinesla větší přehled o dané problematice a několik cenných doporučení jak se v některých situacích zachovat. V případě zájmu poskytnu výsledky vlastní práce vedení Psychiatrické nemocnice Bohnice a předpokládám, že by se mohly stát podkladem pro vytváření bezpečnějšího prostředí pro práci zdravotnických pracovníků s agresivními pacienty a pro jejich přípravu ke zvládnání souvisejících konfliktů.

S odstupem času bych se dnes pečlivěji zaměřil na přípravnou část vlastního výzkumu, lépe bych volil položky dotazníku a pozměnil bych některé varianty odpovědí. S tím souvisí ne zcela dokonalé provedení pilotáže, kterou bych dnes také realizoval jiným způsobem.

Záměrem bakalářské práce nebylo vyčerpávajícím způsobem vysvětlit a popsat řešenou problematiku, ale přinést základní poznatky o agresivitě pacientů na vybraných pracovištích Psychiatrické nemocnice Bohnice.

REFERENČNÍ SEZNAM

BAŠNÝ, Zdeněk. Péče o pacienty s projevy agrese v PL Bohnice. *Esprit*, 2005, roč. 9, č. 2/3, s. 4-5. ISSN: 1214-2123.

BAUDIŠ, Pavel — PETR, Tomáš — MIKLÓŠ, Tibor, et al. Omezovací prostředky: doporučené postupy psychiatrické péče II. In: *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006. 2006, s. 152-162. ISBN: 80-239-8501-9.

BEER, M. Dominic — PEREIRA, Stephen M. — PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN: 80-247-0363-7.

BENEŠOVÁ, Barbora. Agresivita ve zdravotnictví a možnosti jejího zvládnání. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2014. 87 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

ČERMÁK, Ivo. Lidská agrese a její souvislosti. 1.vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998, 204 s. ISBN 80-902-6141-8.

Guidelines for preventing workplace violence for health care & social service workers. [Washington]:U.S. Dept. of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 2004. 44 s.

HARSA, Pavel — ŽUKOV, Ilja — CSÉMY, Ladislav. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2008, roč. 104, č. 8, s. 405-411. ISSN: 1212-0383.

HONZÁK, Radkin. Obrana před napadením agresivním pacientem. *Adiktologie*, 2006, roč. 6, č. 3, s. 403-406. ISSN: 1213-3841.

HÖSCHL, Cyril. Etologie a psychiatrie. In: *Psychiatrie*. 2., dopl. a oprav. vyd. Praha : Tigis, 2004. 2004, s. 139-149. ISBN: 80-900130-7-4.

JANÍK, Peter — VAŠEČKOVÁ, B. Akútne hospitalizácie pre intoxikáciu alkoholom. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 2012, roč. 47, č. 5, s. 285-292.

KEJÍKOVÁ, Věra. Agresivní pacient v ošetrovateľskej praxi. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických vied, Ústav ošetrovateľství, 2011. 62 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

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

MARKOVÁ, Eva — VENGLÁŘOVÁ, Martina — BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada, c2006. 352 s. ISBN: 80-247-1151-6.

MARTIN, Randy W. (Randy Wayne). *Surviving violence in the healthcare setting: a photo-illustrated guide on dealing with violent behavior in the healthcare setting*. Victoria: Trafford, c2003. 124 s. ISBN: 141201427-1.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže: druhy agresí, přístupy k agresivnímu chování, poruchy chování, šikana*. vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 152 s. ISBN: 978-80-247-2310-5.

OCHRANA, Vladimír — ONDŘICHOVÁ, Lucie. Za násilným chováním se často skrývá úzkost: [rozhovor]. *Medical tribune*, 2005, roč. 1, č. 20, s. 15. ISSN: 1214-8911.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. 490 s. ISBN: 978-80-7345-425-8.

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

PETR, Tomáš. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2011, roč. 107, č. 2, s. 106-109. ISSN: 1212-0383.

RABOCH, Jiří. Násilí a psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2004, roč. 100, č. 6, s. 337-338. ISSN: 1212-0383.

RABOCH, Jiří — PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. vyd. 1. Praha : Karolinum, 2012. 466 s. ISBN: 978-80-246-1985-9.

ŠVARC, Jiří. Omezující prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245. ISSN: 1213-0508.

VALKUČÁKOVÁ, Vanda — MASÁR, Oto. Akutné stavy v psychiatrii v prvom kontakte. *Urgentní medicína*, 2012, roč. 15, č. 4, s. 28-33. ISSN: 1212-1924.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Agresivní a problematický pacient v psychiatrické péči. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 7/8, s. 73-74. ISSN: 1210-0404.

VEVERA, Jan — UHROVÁ, Tereza. Násilné chování v neuropsychiatrii. *Referátový výběr z psychiatrie*, 2008, roč. 7, speciál, s. 146-156. ISSN: 1802-2855.

ZRUBCOVÁ, Dana. Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011 [[elektronický zdroj]]: sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski : I. ročník, 21. 4. 2011, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. 2011, s. 728-732. ISBN: 978-80-87035-37-5.

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tab. 1: Popisná statistika - věk | 30 |
| Tab. 2: Popisná statistika – praxe na psychiatrii | 32 |
| Tab. 3: Typ agrese..... | 37 |
| Tab. 4: Slovní napadení | 38 |
| Tab. 5: Fyzické napadení..... | 38 |
| Tab. 6: Zranění..... | 39 |
| Tab. 7: Pracovní neschopnost v důsledku agrese | 39 |
| Tab. 8: Typ agresora..... | 39 |
| Tab. 9: Typ agrese muži | 40 |
| Tab. 10: Typ agrese ženy | 40 |
| Tab. 11: Schopnost obrany proti slovní agresi | 46 |
| Tab. 12: Schopnost obrany proti fyzické agresi | 46 |
| Tab. 13: Absolvované školení..... | 47 |
| Tab. 14: Možnost častějšího školení | 47 |
| Tab. 15: Kategorie - věk | 50 |
| Tab. 16: Kategorie - pohlaví..... | 50 |
| Tab. 17: Kategorie – délka praxe na psychiatrii | 50 |
| Tab. 18: Kategorie - typ oddělení | 51 |
| Tab. 19: Kategorie – typ péče..... | 51 |
| Tab. 20: Kategorie – typ oddělení podle pohlaví pacientů | 51 |
| Tab. 21: p hodnoty Pearsonova chí - kvadrátu | 52 |
| Tab. 22: Vyhýbám se kontaktu s agresorem x Věk..... | 54 |
| Tab. 23: Typ fyzické agrese – Napadení zdravotníka x Délka praxe na psychiatrii | 56 |
| Tab. 24: Typ agrese ženy x Délka praxe na psychiatrii..... | 57 |
| Tab. 25: Typ fyzické agrese – Napadení zdravotníka x Typ oddělení | 59 |
| Tab. 26: Zranění x Typ oddělení | 60 |
| Tab. 27: Absolvované školení x Typ oddělení | 62 |
| Tab. 28: Periodicita setkání s agresorem x Typ péče..... | 64 |
| Tab. 29: Fyzické napadení x Typ péče | 65 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|-----------|
| Obr. 1: Histogram – věk | 30 |
| Obr. 2: Pohlaví respondentů | 31 |
| Obr. 3: Histogram - praxe na psychiatrii..... | 32 |
| Obr. 4: Typ oddělení..... | 33 |
| Obr. 5: Typ péče..... | 34 |
| Obr. 6: Typ oddělení podle pohlaví pacientů | 35 |
| Obr. 7: Periodicita setkání s agresorem | 36 |
| Obr. 8: Druh fyzické agrese | 37 |
| Obr. 9: Příčiny agresivity | 41 |
| Obr. 10: Rozdělení napadení dle denní doby..... | 42 |
| Obr. 11: Řešení vyhrocených situací | 43 |
| Obr. 12: Aktuální dostupnost omezovacích prostředků na oddělení..... | 44 |
| Obr. 13: Omezovací prostředky použité v praxi..... | 45 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|--|-----------|
| Příloha A: Dotazník | 76 |
| Příloha B: Žádost o povolení dotazníkového šetření | 79 |
| Příloha C: Souhlas etické komise s dotazníkovým šetřením..... | 80 |

PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník

Dobrý den,

jsem student 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na 2. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Chtěl bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče“. Násilí je jedním z nejčastějších problémů, s kterým se můžeme, nejen na psychiatrických odděleních, setkat. Tento dotazník může následně posloužit jako materiál ke zlepšení pracovního prostředí. Odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte. Po vyplnění dotazníku, prosím vložte do přiložené obálky, zalepte a odevzdejte staniční sestře.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Tomáš Němec

B: Věk: let

C: Pohlaví: Muž / Žena

D: Délka praxe na psychiatrii : let

E: Na kterém oddělení pracujete?

Akutní - psychiatrické / AT / Geronto / Následné - psychiatrické/ AT / Geronto

F: Hospitalizovaní pacienti na Vašem oddělení jsou jakého pohlaví?

Muži / Ženy / Obě

G: Jak často se setkáváte s agresivním pacientem?

Denně / Týdně / Měsíčně / Ročně / Nesetkávám

H: Pokud ano, s jakým typem agrese jste se setkal?

Fyzická / Slovní / Oba

CH: S jakým typem fyzické agrese ze strany pacienta se setkáváte nejčastěji?

Ničení věcí / Napadení zdravotníka / Napadení pacientů / Sebepoškozování

I: Byl/a jste po dobu své praxe slovně napaden/a pacientem?

Ano jednou / Ano vícekrát / Ne

J: Byl/a jste za poslední měsíc slovně napaden/a pacientem?

Ano - Kolikrát? / Ne

K: Byl/a jste po dobu své praxe fyzicky napaden/a pacientem?

Ano jednou / Ano vícekrát / Ne

L: Byl/a jste po dobu své praxe fyzicky napaden/a pacientem?

Ano - Kolikrát? / Ne

M: Byl/a jste zraněn/a v důsledku fyzického napadení?

Ano / Ne

N: Byl/a jste v pracovní neschopnosti v důsledku fyzického napadení?

Ano / Ne

O: Kdo je podle Vás nejčastějším agresorem?

Muž - pacient / Žena - pacient / Rodinní příslušníci pacienta / Návštěvy

Další:.....

P: Jaký druh agrese podle Vás používají častěji muži?

Fyzická / Slovní

Q: Jaký druh agrese podle Vás používají častěji ženy?

Fyzická / Slovní

R: Jaká byla podle Vás příčina v pacientově agresivním chování?

Nemoc / Bolest / Medikace / Prostředí / Nespokojenost s jídlem / Neshody s pacienty na pokoji / Strach (úzkost) / Nedostatek informací / Řád oddělení

Jiné:.....

S: V kterou denní dobu k napadení došlo?

Ráno 6 – 9 / Dopoledne 9 – 12 / Poledne 12 – 15 / Odpoledne 15 – 18 / Večer 18 – 21 /
Noci 21– 6

T: Jak se snažíte vyhočené situace řešit nejčastěji?

Domluvou / Křikem / Volám lékaře / Volám příslužbu / Vyhýbám se kontaktu s agresorem / Útěkem

Jiné:

U: Jaké omezovací prostředky se na Vašem oddělení používají nejčastěji?

Medikace / Kurty (Pásky) / Úchop / Uzamčená místnost / Ochranný kabátek (vesta) /
Síťové lůžko

V: Které z omezovacích prostředků jste v praxi použil/a?

.....

W: Umíte se bránit slovní agresi?

Ano vždy / Většinou ano / Většinou ne / Nikdy / Nevím

X: Umíte se bránit fyzické agresi?

Ano vždy / Většinou ano / Většinou ne / Nikdy / Nevím

Y: Absolvoval/a jste pravidelné školení v rámci zvládnání agresivních pacientů?

Ano / Ne

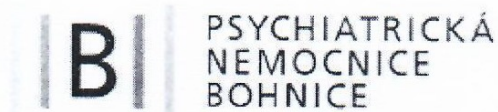
Z: Uvítal/a byste častější školení v rámci zvládnání agresivních pacientů?

Ano / Ne

AA: Doporučil/a byste něco co by mohl zaměstnavatel udělat pro zlepšení bezpečnosti vašeho pracovního prostředí? (prosím vypište)

AB: Doporučil/a byste něco co by mohl zaměstnavatel udělat pro zlepšení bezpečnosti mezi pacienty? (prosím vypište)

Příloha C: Souhlas etické komise s dotazníkovým šetřením



Etická komise

ekomise@bohnice.cz

Tomáš Němec
Vondroušova 1165
Praha 6, 16300

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141


V Praze dne 20.12.2016

Věc

Věc: Dotazníkové šetření

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice vyslovila souhlas s dotazníkovým šetřením, které je součástí bakalářské práce na téma „*Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče*“. Školitel: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice


Mgr. Jan Pomykacz v.z.

tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
školská
Ústavní 91
160 02 Praha 6 - Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice Ústavní 91 181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s. 164340810100 IČ: 00064220 DIČ: CZ00064220