Vyšší odborná škola,
střední odborná škola a základní škola MILLS, s.r.o.
Čelákovice

Problematika agresivity v akutní péči

Diplomovaný zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Vypracovala: Daniela Drábková

Čelákovice 2013

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně ocitovala. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

……

Podpis

V Čelákovicích dne ……

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Havlíčkové za odborné vedení a cenné rady při zpracování této absolventské práce.

……..

Podpis

V Čelákovicích dne ……..

Obsah

Úvod **6**

1 Cíl práce **7**

2 Teoretická část **8**

2.1 Agrese 8

2.1.1 Klasifikace agrese 8

2.1.2 Příčiny agrese 9

2.1.3 Projevy agrese 9

2.1.4 Komunikace s agresivním pacientem 9

2.1.5 Prevence agresivních stavů 10

2.2 Agresivita 11

2.2.1 Charakteristika agresivity 11

2.2.2 Typy agresivity 11

2.2.3 Příčiny agresivity 13

2.3 Hněv 15

2.4 Úzkost a strach 15

2.5 Akutní stavy v psychiatrii 18

2.6 Křeče jako příčina agrese 20

2.6.1 Rozdělení typů záchvatů 20

2.7 Léčba agresivního pacienta 22

2.8 Duševní zdraví zdravotníka 24

3 Praktická část **27**

3.1 Cíl výzkumu 27

3.2 Výběr respondentů 27

3.2.1 Stručná charakteristika respondentů 27

3.3Výběr metody výzkumu 27

3.4 Výsledky výzkumu v grafech 28

3.5 Kazuistika 38

4 Diskuse **39**

Závěr **40**

Summary **41**

Bibliografie **42**

Přílohy 43

Úvod

V mé absolventské práci s názvem Problematika agresivity v akutní péči se chci zabývat problematikou agresivních pacientů a přístupu k nim. Ošetření a léčení těchto pacientů bývá velmi komplikované, je užitečné získávat stále nové zkušenosti, které budu moci využít v budoucím povolání ve zdravotnictví. S agresí se setkáváme už odjakživa, ať už se jedná o různé typy a podněty, které ji vyvolají.

Každý člověk, který si vybral stát se zdravotníkem by mněl brát na vědomí, že se jednou dostane do náročných situací, které budou nebezpečné jak pro něj, tak i pro pacienta. Dnes už naštěstí není agrese zapomenutým tématem a stále více odborníků se o ni zajímá.

I já jsem se za dobu mé praxe několikrát setkala s agresivními pacienty, kdy jsem poznala, jak je těžké jejich ošetření a zjistila, že může nastat situace, kdy jsou zdravotníci v neočekávaném ohrožení. Vlastní zkušenost s agresí hrála také velkou roli při výběru tématu absolventské práce.

V teoretické části popíšu agresi, její druhy a projevy. Dále se zaměřím na komunikaci s úzkostnými, psychicky labilními a depresivními pacienty. Úzkost a strach velmi souvisí a ovlivňují chování, a proto se taky o této problematice zmíním. Popíšu léčbu antidepresivy a antipsychotiky.

V praktické části zdravotníkům položím prostřednictvím dotazníku otázky týkající se péče o pacienty s projevy agresivního chování. Chtěla bych zjistit, jak často se zdravotníci setkávají s agresivitou a kteří pacienti k ní nejvíce inklinují. Dále také, jaké komplikace nastanou při ošetření těchto pacientů

Čerpat budu z vybrané odborné literatury, přednášek zdravotníků a internetových zdrojů, které jsem našla, nebo mi byly doporučeny.

1 Cíl práce

Zpracovat problematiku agresivity a zjistit, jak agresivita ovlivňuje spolupráci zdravotnického pracovníka s klientem v akutní péči.

2 Teoretická část

2.1 Agrese

Pojem agrese můžeme chápat jako chování se záměrem ublížit osobě nebo nějaké věci, kdy dochází k poškození jinou osobou, působí záměrně a dochází k narušování daných norem. Může být zaměřena vůči jedné osobě, celé společnosti anebo proti určité skupině. Agrese nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vytčenému cíli.

Čím dál častěji slyšíme o smutných příbězích, kdy pacient fyzicky napadl, posekal mačetou, postřelil, či zabil svého ošetřujícího lékaře anebo fyzicky napadal ošetřující personál. Agrese je i u civilizovaného člověka považována za přirozené chování, spjaté s pudem sebezáchovy. Neseme ji v sobě už z historické doby, kdy by naši předkové bez ní nepřežili, když bojovali o přežití, teritorium, potravu a podobně. Agrese se sice tlumí, ale neodstraní.

Spouštěcím podnětem k agresi bývá také dlouho pociťovaná obava z bolestivého zákroku, z fatálního vývoje nemoci, mnohá znevýhodnění a omezení, která mu nemoc přináší a narůstající úzkost. Přibývá i pacientů, kteří agresí reagují na ztrátu zaměstnání a na dlouhodobý stres z existenčních starostí. Agresivně jednají lidé pod vlivem psychotropních látek, drog a alkoholu, které ruší zábrany a schopnost sebekontroly. [LINHARTOVÁ, 2007]

2.1.1 Klasifikace agrese

Existuje klasifikace, vycházející ze studia zvířat, která slouží i k pochopení lidské agrese:

1) Agrese mezi samci, která slouží k získání nadřazenosti ve skupině.
2) Agrese způsobená strachem vzniká při ohrožení a nemožnosti útěku.
3) Dráždivou agresi vyvolá dráždivý podnět jako je hlad, žízeň, únava bolest atd. .
4) Mateřská agrese vzniká u matky, kdy je její mládě nějakým způsobem ohroženo.
5) Agrese jako obrana teritoria, kdy je narušeno vlastní vymezené území.

2.1.2 Příčiny agrese

Příčiny agrese mohou být vnitřní faktory kdy má osoba nižší IQ, postižení centrálního nervového systému, špatné morální vlastnosti, nebo trpí strachem, depresemi či úzkostí. Dále máme vnější faktory, kde působí špatná výchova a vliv kolektivu. Velkou roli hraje požití alkoholu či drog, které velmi ovlivňují chování. [ERTOLOVÁ, 2003]

2.1.3 Projevy agrese

Z neverbálních projevů můžeme vidět, že člověk začne červenat, hluboce dýchá, zatíná zuby a svírá pěsti. Každý z těchto faktorů nás má upozornit na možnost vzniku agresivního chování. Dále můžeme vidět neadekvátní vstupování do naší osobní zóny, větší gestikulaci a upřený pohled.

Při verbální komunikaci nás agresor může přímo upozornit na své pocity a sami vypozorujeme signály, které upozorňují na agresi jako zvýšený hlas, výhružky, požadavky a nadávky.

2.1.4 Komunikace s agresivním pacientem

Pacienta necháme chvíli mluvit, abychom zjistili, jaké jsou příčiny agrese, často se pacient po několika větách uklidní. Pokud pacient nekomunikuje sám, tak mu můžeme např. položit otázku: Co se Vám stalo, že jste rozrušeny? V každém případě si vždy od pacienta musíme udržet bezpečnou vzdálenost. Pacienta vyzveme, ať se posadí a v klidu dýchá. Odzbrojíme ho svým nadhledem a klidem. Nikdy ho neprovokujeme k hrubému a vulgárnímu chování, mohl by to použít proti nám. Mluvíme klidným hlasem. Upozorníme na důsledky jeho chování.

Jestliže se nám pacienta nedaří zklidnit, voláme na pomoc polici ČR. Pokud jsme sami udělali chybu tak se omluvíme, pacienta může naše upřímnost uklidnit. Pacienta se snažíme přesvědčit, že ani medicína není všemocná a zázraky neumíme. Neprovádíme rychlá gesta a nepřistupujeme náhle k pacientovi, pokud ho nechceme zklidnit fyzicky. [Linhartová, 2007]

Hlavní úkolem zdravotníka by mělo být pomáhat nejen v případech somatických či psychického onemocnění. I v urgentní medicíně se pacient může obrátit se svým rodinným problémem. Tato situace může mít pro pacienta vliv i na jeho somatický stav, a proto by jim měl zdravotník věnovat zaslouženou pozornost. Pomoc při řešení problémových situací

v životě ještě není ve vlastním slova smyslu psychoterapií. Psychoterapeutická pomoc bude aktuální tehdy, dojde-li v souvislosti s problémy v životě jedince ke zdravotním obtížím. Pole působení by mělo být v takovém případě vymezeno tím, že se budeme snažit pomoci najít určité řešení situace a odhadneme, do jaké míry se situace podaří zvládnout. Pro dosažení dobré spolupráce je vhodné pacienta seznámit, jak bude probíhat další postup. Psychologicky působí lépe, když pacient ví, co ho čeká.

Velmi důležitá je důvěryhodnost, která vzniká na základě spolehlivosti a přesvědčení o snaze porozumět a jednat ve prospěch druhého. Je výhodou pokud známe komunikační dovednosti (naslouchání, empatie aj.).

Komunikační dovednosti velmi přispívají k navázání a rozšiřování kvalitnějšího kontaktu s pacientem. Rámcově je můžeme rozdělit do dvou skupin: komunikační dovednosti převážně verbální povahy se uplatňují při formulaci sdělení určených pacientovi a komunikační dovednosti převážně nonverbální povahy jako jsou například naslouchání nebo schopnost empatie. Mají význam pro poznávání pacienta a jsou podkladem pro naši verbální reakci.[BERAN, 2010]

2.1.5 Prevence agresivních stavů

V případech, kdy je to možné, se nejdříve snažíme verbálně, s empatickým přístupem, zvládnout situaci. Standardním postupem je omezení zevních iritačních stimulů, poskytnutí prostoru pacientovi k vyjádření jeho pocitů. Situace ale bývá nepředvídatelná, i když se personál v rámci možností (s ohledem na bezpečnost pacienta a jeho okolí) snaží agresivnímu pacientovi vyhovět, může agresivní chování gradovat. Někdy postačí takzvaná prezentace síly, přizvání dalšího, především mužského zdravotnického personálu. Pokud se agresivní chování stupňuje, je nutno přistoupit k dalším opatřením.

2.2 Agresivita

2.2.1 Charakteristika agresivity

Agresivitu můžeme chápat jako určitou vlastnost, která je ovlivněna dědičností, učením i vlivem emoční oblasti a vnitřního prostředí. Tuto vlastnost vidíme u každé osoby v menší či větší míře. Agresivita má u člověka rozličnou podobu: agresivně lze myslet a komunikovat, prožívat, agresivita je obsažena v našich představách a fantaziích, přáních, denních a nočních snech, agresivně lze jednat. Vymezujeme ji jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání. [http://www.sos-ub.cz/prevence/agrese.pdf]
Lze ji dělit dle místa jejího projevu na vnější a vnitřní, vnějškově projevovanou a pozorovatelnou pak na verbální a brachiální.

Praktický význam má její rozlišení dle směru působení na agresivitu intrapunitivní, kterou jedinec zaměřuje sám proti sobě a agresivitu extrapunitivní , vedenou proti okolí. Směřování agresivity patří mezi stálejší charakteristiky osobnosti.

2.2.2 Typy agresivity

Agresivita instrumentální je nejběžnější a znamená, že jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout. Stává se pouze instrumentem - prostředkem, který je osvojený učením, zvláště nápodobou druhých. Máme též tendenci opakovat chování, jež nám pomohlo dosáhnout toho, co jsme zamýšleli. Např. jedinec ví, že mu druhý vyhoví, jestliže se rozčílí a rozčílení dá slovně najevo.

Do této kategorie lze zařadit i vývojově podmíněné agresivní projevy dětí, které tímto způsobem poznávají svět a strukturují svoji osobnost, protože agresivita napomáhá k uvědomování a vymezování sebe, což je zvlášť důležité u batolat a dětí předškolního věku. Je jedním z ,,nástrojů“ individualizace, tedy stávání se sebou.

Agresivita samoúčelná je ,,agresivitou pro agresivitu“. Člověku přináší sama o sobě požitek, neboť destrukce může být příjemná. Je zřejmé, že někdy je vázaná na sebepojetí, neboť také takto si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebepotvrzení.
Agresivita jako důsledek afektu bývá nejčastější u lidí s nadřazeností. Jedná se o jedince značně sebevědomé a na sebe zaměřené. Druhého příliš nevnímají nebo jen účelově – pokud slouží jejich fantaziím a plánům. Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení, na které reagují

snadno hněvným afektem ústícím v agresivní jednání. Stává se, že mají na proběhlé jednání výpadek paměti.

Do afektu se může dostat každý člověk, pokud dojde k překročení ,,míry“ určitých vlivů. Existuje specifické snížení prahu ve vztahu k některým okolnostem, jež jsou dána vývojově. Např. někdo velmi špatně snáší loučení a rozchody, reaguje na ně silně emočně. Každé velké rozčílení mívá z pravidla za následek agresivitu, neboť se potřebuje ,,vybít“. Jestliže toto vybití není opakovaně možné, může být jedním z rizikových faktorů při vzniku psychosomatických poruch zvláště kardiovaskulárního typu. Agresivita reaktivní bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Např. silná fyzická nebo duševní bolest mohou vyvolat agresivitu, jejímž cílem je odstranit její zdroj.

Pokud jde o teorii vzniku agresivity, lze je rozdělit do dvou základních okruhů: teorie vycházející z biologie a teorie psychologické. [VYMĚTAL, 1992]

Teorie biologické říkají, že agresivita je způsobená faktory popsatelnými a vysvětlenými neurofyziologicky, geneticky a endokrinologicky (působení zvláště mužských pohlavních hormonů).

Teorie psychologické popisují a vysvětlují agresivní jednání a sklony s odvoláním na lidskou vrozenou a pudovou výbavu, dále považují agresivitu za reakci na frustraci nebo ji jiní vysvětlují použitím pojmů a mechanismů z teorie učení.

Celkově lze konstatovat, že agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Slouží k formování a rozvoji osobnost a pní ochranou a adaptivní funkci. Hájíme ji vlastní psychickou a fyzickou integritou a je-li potřeba i integritou druhých. Jestliže je však situačně a formou či intenzitou nepřiměřená, stává se problémem. To je také při útočném jednání nemocných a jejich příbuzných v ordinaci lékaře. Jestliže nastane tak komplikuje, až znemožňuje diagnostický, léčebný a případně rehabilitační proces, neboť pak nelze počítat se spoluprací pacienta, eventuálně příbuzných. [VYMĚTAL, 1992]

2.2.3 Příčiny agresivity

Útočnost pacienta má nejčastěji verbální podobu, kdy nemocný zvyšuje v rozčílení na lékaře nebo sestru hlas, křičí, nadává, vyhrožuje, vyčítá, nebo je ironický a jízlivý. Vyvolává dojem, že chce zastrašovat, provokovat, hádat se. Tímto způsobem však obvykle usiluje o dosažení nějakého domnělého či skutečného „práva“ nebo o odčinění domnělé či skutečné „křivdy“, již se stal „obětí“. Jindy se potřebuje odreagovat a zbavit vnitřního napětí.

Vlastní slovně útočný projev bývá reakcí na to, co se dříve pacientovi přihodilo, čeho chce dosáhnout a na právě probíhající situaci, která má funkci spouštěče tohoto nepříjemného projevu. K pochopení diskutovaného chování je třeba vzít v potaz minulou i současnou zkušenost nemocného a cíle, jehož chce vědomě nebo nevědomě dosáhnout.

Vlastní agresivní jednání obvykle v takových situacích předcházení pocity hněvu, ale i strachu či úzkosti, které se dostavují tehdy, když hodnotíme určité skutečnosti jako pro nás významné a zároveň nepříznivé. Tyto momenty jsou, jak jsme dříve upozornili, spjaté s naším „já“ a lze je přiblížit i poukazem k prožitkům křivdy, nespravedlnosti, zmaření a zklamání, újmy, ponížení atd. To, že některý jedinec prožívá a reaguje některým z agresivních způsobů či naopak – třeba stažením nebo popřením významu určité skutečnosti, je dáno jeho osobním stylem, jímž se vyrovnává s náročnými situacemi. [VYMĚTAL, 1992]

Nejčastější příčiny agresivního jednání pacienta

Bývá to zpravidla kombinace následujících okolností, jež se sčítají a překročí-li subjektivně únosnou míru a je-li možnost se agresivně chovat, dojde pak k útočnému jednání.

a) Subjektivní pocit strachu a ohrožení (ze smrti, z lékařského zákroku).

b) Prožitky křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které člověk považuje za významné a týkají se jeho osoby či osob jemu blízkých.

c) Zklamání určitého očekávání či pacientovy snahy: častou reakcí na frustraci je agresivita.

d) Celková větší zátěž, která může být spojená se zvýšenou dráždivostí a akutní podrážděností.

e) Prožitek ponížení, zesměšnění, uražení – někteří lidé jsou na předchozí zkušenost přehnaně citliví.

f) Pocit bezmoci, ať již subjektivní nebo ve spojení s tělesnými omezeními až bezmocností.

g) Pocity viny a obrana před nimi tím, že se hledá viník jinde, což bývá spojeno s agresivním prožíváním i jednáním.

h) Intenzivní bolest mající somatickou příčinu (chirurgický zákrok) [PONĚŠICKÝ, 2005]

Jaké jsou nejčastější příčiny agresivního chování u lékaře?

Nejdříve budiž řečeno, že vedle verbální agresivity to bývá i nešetrnost při vyšetřování a zákrocích. Lékař může pacienta „trestat“ i neindikovanou medikací, je-li mu nepříjemný či obtěžující, drzí. Např.: lékař psychiatr nesprávně ordinuje vyšší dávky neuroleptik jedinci, který je stále s něčím nespokojen a stěžuje si.

Agresivní projev u lékaře nejčastěji vyvolávají pacienti a jejich příbuzní, kteří:

a) Nespolehlivě spolupracují – neberou léky, nedrží dietu atd.

b) Projevují vůči zdravotnickému personálu a spolupacientům agresivitu – nadávají, vyvolávají spory atd.

c) Lékaře snižují, znejišťují a zneklidňují – kritizují jeho počínání, pomlouvají a stěžují si.

Pro lékaře bývá nepřijatelné si přiznat vlastní nevhodné chování vůči pacientům a jejich blízkým. Zpravidla své jednání racionalizuje, tedy zdůvodňuje přijatelným způsobem, pokud je vůbec nepopře ve smyslu psychických obranných mechanismů. Časté je připisování viny druhým a tvrzení, že „může si za to sám, kdyby…“. Přesto však lékař zpravidla cítí, že nejedná správně a mívá špatné svědomí. Bývá vhodné se s vlastní agresivitou seznámit a tím ji vlastně čelit, protože poškozuje nejen pacienty, ale i sebe a celí lékařský stav, jelikož dochází ke snížení citlivosti vůči druhým lidem a postupné osobní degradaci.

2.3 Hněv

S hněvem a agresivitou se lékař v kontaktu s nemocným a jejich příbuznými setkává, a to nejen u nich, ale také u sebe. Není tak velký problém si představit rozhněvaného pacienta a ani personál, jenž se stěží ovládá. Agresivita lékaře znejišťuje, zlobí a případně mrzí, protože agresivní projevy, pokud nejsou bezprostředně způsobené zdravotním stavem pacienta, vybočují z role pacienta i z role lékaře. Lékař s vlastní agresivitou a agresivitou nemocného zpravidla neumí zacházet a tyto situace ho rozrušují, neboť ohrožují jeho profesionální i osobní sebevědomí. Znamená pro něho mimořádnou zátěž. Jakékoliv agresivní projevy v ordinaci, ať už pacienta, lékaře nebo obou, zpravidla signalizují narušený vztah mezi pacientem a lékařem.

Hněv je specifická lidská emoce, prožitkově a ve svém projevu interkulturálně velmi podobná, a proto lze předpokládat její vrozené základy. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ovšem nemusí být vždy přítomen. Člověk pociťuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne, avšak nejen jeho, ale lidí jemu nejbližších. Ohrozí ho tím, že zraní jeho sebepojetí. [VYMĚTAL, 1992]

Hněv je silnější emoční reakce na vnímanou osobní urážku, ponížení a osobní újmu jakéhokoli druhu, kdy na určité okolnosti doplácíme. Hněvem lze reagovat na omezování vlastních možností nebo možností lidí, na kterých nám velmi záleží. Rozčilení, na rozdíl od hněvu, nebývá tak silné a zpravidla trvá časově kratší dobu.

Hněvem neoznačujeme pouze aktivní stav, nýbrž i negativní postoj, vázaný na určitou zkušenost, jež se člověka dotkla. Říkáme, že se někdo na někoho hněvá a znamená to, že stačí málo a dojde k projevu této emoce.

2.4 Úzkost a strach

Úzkost a strach jsou pocity a stavy, s nimiž se běžně v životě setkáváme a známe je z vlastní zkušenosti se sebou.

Lékař je s nimi denně konfrontován při kontaktu s nemocným a jejich příbuznými, protože se vyskytují všude tam, kde se cítí být člověk nějak ohrožen a vnímá – ať již oprávněně, nebo neoprávněně – nebezpečí. Pacienti se obávají vyšetření a vůbec zákroků,

které vyvolávají obavy z bolesti, obávají se utrpení, dalšího negativního vývoje svého onemocnění, bojí se nemocí nevyléčitelných vedoucích ke smrti. Příbuzní prožívají strach, že jejich blízký bude trpět a špatně onemocnění a léčbu snášet. Lidé mívají obavy, že druhému nebudou moci pomoci, tedy z vlastní bezmocnosti v souvislosti s utrpením. Samozřejmý je strach ze ztráty blízké osoby.

Mezi pojmy úzkost a strach není přesná hranice a jejich užívání je věcí konverzace, popř. jazykového citu.

Strach se vymezuje jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý podmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci. Ohrožení může být vnější či vnitřní. Často jsou vnější a vnitřní faktory, vyvolávající strach, navzájem propojeny, protože lidská představivost, zkušenosti a schopnost předvídat způsobují, že oba světy, subjektivní i objektivní, mnohdy splývají. Strach může být reálný a nereálný.

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána. Úzkost a strach mají signální a obrannou funkci, patří mezi přirozené dispozice člověka a jsou nutné k jeho orientaci ve světě a k přežití.

Pro ilustraci rozdílu mezi úzkostí a strachem uvádím několik otázek z používaných dotazníků, jež poskytují lékaři rychlou orientaci v problému. [NOVÁK, 1996]

Otázky zaměřené na zjištění situací vyvolávajících u některých lidí strach:

1. Míváte nepříjemný pocit, když máte mluvit se svým nadřízeným?
2. Máte strach někdy jít přes ulici nebo přes náměstí?
3. Cítíte se nesvůj v místech, jako je např. výtah, vlak, tunel?
4. Máte strach o své zdraví nebo o svůj život?

Otázky zaměřené na zjištění stavů úzkostí:

1. Míváte záchvaty třesu nebo vnitřního napětí?
2. Pociťujete často neurčitou úzkost nebo napětí?
3. Trpíte pocity bušení a svírání srdce?
4. Míváte někdy strach, aniž víte z čeho?

Úzkost běžně přechází ve strach a naopak. Nelze je od sebe přesněji oddělit, protože se vzájemně podmiňují a splývají. Proto budeme nadále oba termíny používat volněji. V klinické praxi se relativně častěji setkáváme se strachem u vnitřně stabilnějších jedinců, naopak úzkost bývá příznačná pro lidi méně vnitřně stabilní.

Úzkost a strach jsou dobrým příkladem propojenosti tělesných a duševních dějů, tedy psychosomatické jednoty člověka.

Subjektivně bývají prožívané jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí a neklidu, člověk se cítí být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost a vlastní bezbrannost. Vystupňovaná ústí v paniku a děs. Velmi často jsou úzkost a strach doprovázené depresivními prožitky a únavou a lehčí závratí. Výrazná úzkost a strach někdy vedou k pocitům derealizace a depersonalizace, což lze z psychologického hlediska posoudit jako formu obrany před úzkostí.

V oblasti fyziologických změn se úzkost a strach projevují spíše nespecificky a zasahují prakticky všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlena činnost srdce, dýchání shledáváme rychlejší či zpomalené, v ústech pociťujeme sucho, naopak vzrůstá potivost kůže, zvyšuje se svalové napětí atd. Člověk fyziologicky převážně reaguje jako v prvé fázi stresu (útok-útěk). Na první pohled mívá výrazně úzkostný jedinec vyděšený výraz, jeho mimika je málo diferencovaná, v obličeji je bledý, celkově dělá dojem strnulosti a tenze, jeho pohyby bývají hůře koordinované, nepřesné. Je zajímavé, že vnímání úzkosti u druhého je vrozené a interkulturálně shodné, protože se jedná o jev obecně lidský.

Od úzkosti je odvozená úzkostnost, jež je řazena mezi základní rysy osobnosti. Lze říci, že každému člověku je tento rys vlastní, ovšem v různém stupni a projevuje se individuální tendence k úzkostnému prožívání, stejně jako je individuální způsob, jak se s úzkostí a strachem jedinec vyrovnává. Úzkost a strach člověka doprovázejí po celý jeho život, ovšem jejich forma a intenzita se mění vlivem řady okolností, včetně věku. Předpokládáme, že

dispozice k úzkosti a strachu jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry určené dědičně, i když je lze přesto modifikovat vlivy prostředí.

2.5 Akutní stavy v psychiatrii způsobující agresi

Agresivně se mohou chovat i lidé s duševními poruchami hlavně v psychiatrických ordinacích, pochopitelně i jinde. Násilí, neschopnost ovládnout se a patologické sobectví jsou běžnými projevy jejich disociální poruchy osobnosti. Jedná se o schizofreniky, paranoidní pacienty, drogové pacienty, drogově závislé, ale i mimořádně sebestředné a úzkostné pacienty.

Rozmluva s pacienty s diagnostikovanými vážnými psychiatrickými poruchami je samozřejmou záležitostí speciálních zařízení a specializovaných center, v nichž je adekvátní komunikace neodmyslitelnou součástí profesní přípravy veškerého ošetřujícího personálu. Ale i psychicky labilní pacient obvykle přijde nejprve ke ,,svému“ praktickému lékaři, který vážnou poruchu třeba teprve odhalí, a až po té odešle pacienta na příslušné místo.

Základním rysem velké části psychiatrických onemocnění je, že pacient si své onemocnění neuvědomuje a je k němu nutné také tak přistupovat.

Typy některých akutních stavů v psychiatrii související s agresí

U akutní intoxikace je nutná detoxikace, ochrana před sekundárním sebepoškozením nebo poškozením jiných.

Akutní psychózy mají jako příznaky halucinace, bludy, paranoia, alkoholické delirium, často nutné zklidnění a nedobrovolná hospitalizace. Je nutné vyvarovat se dramatických a rychlých akcí, bludy postiženého přijmout, ale nepotvrzovat.

Endogenní stavy souvisí se zmateností, paranoiou atd. Příčinou je psychiatrické onemocnění, které je typické hlavně u starších osob, kde je nutný sociální kontakt a dohled.

Akutní psychická krize a sebevražedné jednání

- příčiny: poruchy sebehodnocení, duševní porucha, deprese
- typy sebevražd:
  - biická – motiv vychází z reality, např. bilanční – osoba racionálně vyhodnotí sebevraždu jako optimální řešení svého stavu

- patická – na základě psychiatrické patologie

Tzv. parasuicidní (demonstrativní sebevražedné chování) – má za účel upozornit na sebe, vynutit si pozornost a jiný přístup svého okolí, ale ne se zabít

Celoživotně se pokusí o sebevraždu 2 -3 % populace, 20 – 30 % psychotiků. Ročně dojde v ČR asi k 1300 - 1800 sebevraždám.

Mezi rizikové faktory sebevražedného chování patří: náhlá ztráta (partnera, majetku), vyšší věk a období biologických krizí. Dále také deprese, finanční krize a užívání drog a alkoholu.

Varovné příznaky možného sebevražedného chování se projevují jako mluvení o sebevraždě nebo přání zemřít, těšení se na smrt, psaní poslední vůle nebo žádnými plány a vyhlídkami do budoucna s izolací od okolí.

Je potřeba vyjádřit přijetí pacientových obtíží, nabídnutí podpory a ochrany, klidný rozhovor, při dostatku času a bez vyvíjení tlaku na pacienta a kritizování, nebagatelizovat pacientovy problémy, ujistit se, že nepomýšlí na sebevraždu, posoudit pravděpodobnost jejího spáchání a reakci na nabídnutou pomoc, při akutním nebezpečí nenechávat bez dohledu, snažit se o svolení s pomocí psychoterapeuta nebo lékaře

Při úzkosti se hodí podání benzodiazepinů – Diazepam® 5 – 20 mg. Při afektivních poruchách se používá Chlorpromazin®, nebo Tisercin® 50 mg. A například při psychózách použijeme Haloperidol® 10 mg. Pokud je potřeba, tak pacienta hospitalizujeme.

Časté mýty o sebevražedném jednání jsou například, že kdo o sebevraždě mluví, nespáchá ji, ale takový člověk o ní pomýšlí. Pokusu o sebevraždu nelze zabránit, avšak včasnou pomocí zabránit lze. Další fámou je - „kdo se pokouší zabít, nehledá pomoc“, ale častěji vyhledávají lékařskou pomoc. Nejvíce podceňovanou je že se děti nedokážou zabít, ale sebevraždy u mladistvých jsou stále častější. Lidé se myslím, že kdo se pokouší o sebevraždu je šílený“ – příčinou může být i deprese. [BYDŽOVSKÝ, 2008]

2.6 Křeče jako příčina agrese

Záchvaty jsou stavy spojené s abnormálním elektrickými výboji neuronů v mozku. Mnoho záchvatů křečí nevzniká vlivem epilepsie, ale například důsledkem horeček, toxinů nebo otřesu mozku a podobně. Epilepsií trpí 1 až 2 % populace, na světě žije asi 2 miliony lidí s tímto onemocněním. Nejčastěji se projevuje u dětí a starých lidí. Pokud se dodržuje léčba, je prognóza velmi dobrá.

Mezi epileptické komplikace řadíme hypoxii či anoxii způsobené uzavřením dýchacích cest, traumatické poranění, poškození mozku, deprese a úzkost.

Příčina křečovitých stavů je neznámá. Některé známé příčiny jsou – anoxie, porodní trauma (krvácení, nedostatečné zásobení mozku kyslíkem atd.), infekční choroby (meningitida, encefalitida, absces mozku), poranění hlavy nebo úraz a perinatální infekce.

2.6.1 Rozdělení typů záchvatů

Lokalizované křečové stavy

Vznikají v určité části mozku, ale mohou se rozšířit do celého mozku a způsobit záchvat generalizovaný. Typy: Jacksonské křeče, senzorická epilepsie, komplexní parciální záchvaty a sekundárně generalizovaný typ epilepsie.

<u>Jacksonské křeče</u>

Tento typ začíná jako lokalizované motorické křeče projevující se buď extrémní ztuhlostí, nebo naopak záškuby jedné končetiny a pocitem mravenčení v postiženém místě. Pacient zřídka ztrácí vědomí, to se stává až v přírodě, že se záchvat rozvinul do generalizovaných tonicko-klonických křečí.

<u>Senzorická epilepsie</u>

K příznakům patří halucinace. Záblesky před očima, pocity mravenčení, vertigo, déjá vu, pocit nepříjemného záchvatu, poruchy čichu a chuti.

Komplexní fokální záchvaty

Příznaky se mohou lišit, ale obvykle se jedná o bezúčelné chování, jako skelný pohled, škubání za oblečení, bezcílné bloumání, pomlaskávání nebo přežvykování a nesrozumitelná řeč. Nejprve se objevuje aura a křeče mohou trvat od několika sekund až do 20 minut. Po odeznění záchvatu může být pacient zmatený. Pacient se nepamatuje na nic, co se dělo v průběhu záchvatu.

Sekundárně generalizovaný typ epilepsie

Tento záchvat může být jednoduchý nebo komplexní a může se rozvinout do generalizovaného typu. Nejprve se objevuje aura následována do 1 -2 minut ztrátou koncentrace.

Generalizované křeče

Typy: absence, myoklonický, klonický, tonický, generalizovaný tonicko – klonický a atonický záchvat.

Absence

Absence (záchvat petit mal) je nejběžnější u dětí. Obvykle začíná krátkou změnou vědomí, signalizovanou mrkáním nebo protáčením očí, prázdným pohledem a lehkými pohyby úst. Pacient si zachová svou pozici a pokračuje bez problému v činnosti, kterou vykonával před záchvatem. Takové záchvaty trvají od 1 do 10 sekund. Nejsou-li promptně léčeny, mohou se objevovat až 100x denně a rozvinout se do tonicko – klonických křečí.

Myoklonický záchvat

Projevuje se krátkými mimovolními svalovými záškuby na těle nebo končetinách a obvykle k němu dochází časně ráno.

Generalizovaný tonicko – klonický záchvat

Obvykle začíná hlubokým výkřikem způsobeným vzduchem unikajícím z plic skrze hlasivky. Pacient padá na zem, ztrácí vědomí. Tělo ztuhne (tonická fáze) a posléze dochází k epizodám svalové křeče a uvolnění (klonická fáze). Může dojít také ke kousnutí do jazyka,

k inkontinenci, ztíženému dýchání, zástavě dechu a cyanóze. Záchvat trvá 2 – 5 minut. Poté pacient nabývá vědomí, ale je zmatený. Může mít problém s mluvením, trpí závratěmi, únavou, bolestmi hlavy, svalů, slabostí paží či nohou. V některých případech také může upadnout do hlubokého spánku.

Atonický záchvat

Je charakterizován celkovou ztrátou posturálního tonu a dočasnou ztrátou vědomí. Objevuje se u dětí a někdy je nazýván „padajícím záchvatem“, protože dítě upadne. [KOLEKTIV AUTORŮ, 2007]

Postup při epileptickém záchvatu

Při epileptickém záchvatu je dobré zajistit bezpečnost pacienti proti úrazu. Opatrně ho položit na zem, odstranit věci v okolí, aby nedošlo k poranění při záchvatu. Kontrolujeme dýchání, při zapadnutí jazyka, mírně zakloníme hlavu. Nic nevkládáme do úst, pacient by nás mohl pokousat. V případě potřeby můžeme podat kyslík. Dle ordinace lékaře budeme kontrolovat hladinu glykémie.

Zajistíme intravenózní nebo intraoseální vstup. Pokud u pacienta zjistíme předávkování opiáty, podáme dle ordinace lékaře Naloxon® jako antidotum. Pro kontrolu záchvatu podáme dle ordinace lékaře diazepam nebo lorazepam intravenózně nebo per rektum. Pacienta napojíme na EKG pro monitorování srdeční činnosti a dávat pozor na její případné změny a arytmie.

2.7 Léčba agresivního pacienta

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

U úzkostných stavů preferujeme benzodiazepiny.
Těžkou volbu máme u neklidných pacientů, u kterých je podezření na intoxikaci, kde jsou skoro všechna psychofarmaka kontraindikována.
Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem volby ke zvládnutí neklidu Haloperidol®, který je méně sedativní než jiná níže uvedená psychofarmaka.

U pacientů s delirantním syndromem tělesného původu je lepší používat incizivní neuroleptika, zejména Haloperidol® v kapkách umožňuje citlivější dávkování než ampule při intramuskulární aplikaci, které jsou po 5 mg.

U alkoholických odvykacích delirií je možno podat perorálně Clomethiazol® (Hemineurin) v dávce 300- 600 mg, který má silně tlumivý účinek.

Běžně se podávají i benzodiazepiny jako je Diazepam®, nebo Chlorazepam®, Lorazepam®, nebo Clonazepam®. U pacientů s jinými typy delirií, starých nemocných s motorickým neklidem nebo zmateností a u nemocných zmatených v průběhu pooperačních stavů je bezpečným zákrokem použití Tiapridalu® (Tiaprid® v dávce 100-300 mg) nebo Sulpiridu® (Dogmatil® - 100 mg).

Také u afektivních raptů je vedle psychoterapie vhodné podání neuroleptika s účinkem na afektivitu jako je Levopromazin®, nebo Thioridazin®, eventuálně, potřebujeme-li účinek dosáhnout rychle, tedy řadově v minutách, lze použít tlumivě působící benzodiazepiny, jako je Clonazepam® (1-3 mg), Lorazepam® (1-2 mg), nebo i Diazepam® (10 mg) benzodiazepiny jsou vhodné i tam, kde se jedná o afekt na podkladě dysforie s organickým základem, při epilepsii, nebo jiném difúzním postižení mozku.

Prvotním cílem léčby je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování a zmírnění rizika sebepoškození. Současně se také zkracuje doba kdy je potřeba fyzického omezení a tím i strádání pacienta. Od farmakoterapie očekáváme rychlý nástup účinku s navozením potřebného stavu pacienta. Po zklidnění pacienta máme další prostor pro stanovení diagnózy a dalších terapeutických postupů. [MARTÍNKOVÁ, 2007]

2.8 Duševní zdraví zdravotníka

Zdravotník je celoživotně vystaven značnému stresu. Tento stres pramení z obav správného postupu ošetření, nejistoty zda při pochybení nebude vystaven nátlaku médií a v neposlední řadě z kontaktu s problémovými pacienty (agresivní pacienti). Jsou známé vztahy mezi dlouhodobým stresem a imunitním systémem či kardiovaskulárním aparátem. Chronický stres vyvolává atrofii dendritů pyramidových neuronů. V hippokampu jsou koncentrovány receptory pro glukokortikoidy. Při dlouhodobém stresu dochází k jejich zvýšené hladině a to má stejný vliv jako kdyby byl organismus ve stálém stresu (aniž by sám stresový podnět trval). Mohou nastat tytéž změny na orgánech jako při stresu (osteoporóza, vředová choroba, snížená imunita, únava a svalová slabost). Mezi další důsledky chronického stresu patří rychlejší stárnutí CNS (centrální nervový systém) způsobené nedostatkem kyslíku a cukru. [KŘIVOHLAVÝ, 2004]

Pokud zdravotník nedokáže tolerovat psychický stres své profese, pak kromě výše popsaných zdravotních změn dochází ke změnám v jeho psychice a chování. V této situaci hovoříme o burnout syndromu, který je též známí jako syndrom vyhoření, nebo vyprahnutí. Na vznik tohoto stavu má vliv nejen požadavek na vysoký výkon, ale i frustrace pokud jde o výsledek podané práce. Nejvíce ohrožené obory jsou například geriatrie, traumatologie a onkologie. Mezi příznaky syndromu vyhoření patří depresivní nálada, nespokojenost se životem, únava, omezení zájmů, poruchy spánku, sexuální poruchy a poruchy koncentrace a paměti. Bývá přítomna celá řada somatických obtíží jak zažívacích, dýchacích tak sexuálních, a projevů snížená imunita, zvýšený krevní tlak a zvýšený svalový tonus. Může dojít k zvýšené konzumaci kávy, alkoholu, tabáku a popřípadě některých léků. Následuje pokles výkonnosti a kreativity. Snáze dojde k tomuto syndromu u lidí se sníženým sebehodnocením a s potřebou jeho kompenzace. Podle Křivohlavého [2004, 56s.] napsal „Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně dotýká, je „ztráta duše“. Když je péče o naši duši zanedbávána, duše neumírá. Toto zanedbávání se projeví v celé řadě symptomů: ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života“.

Terapie by se měla řídit hloubkou a závažností stavu. K dispozici je farmakoterapie (antidepresiva nebo hypnotika) anebo psychoterapie. K jednoduchým a snadno dostupným metodám patří relaxační techniky, které by měl vždy vést specializovaný odborník. Tak zvaná transakční analýza nabízí koncept tří stavů ega, které jsou nazvány ,,rodič“, ,,dospělý“ a ,,dítě“. Uspokojování složky dítěte má nejen terapeutický, ale i preventivní význam. Člověk si má denně dopřát nějakou radost. Někdy je zapotřebí změnit pracoviště nebo obor, ale ne vždy je toto řešení možné a příznivý výsledek může být jen krátkodobý. Nežli se rozhodneme, že se jedná o burnout syndrom, musíme vzít v potaz, zda se nejedná například o závislost na alkoholu, depresivní choroby, únavový syndrom nebo latentní poruchy interpersonálních vztahů. [BERAN, 2010]

Role zdravotníka prodělala v minulosti složitý vývoj a dodnes prochází stále novými změnami. Mimo jiné se musí neustále vzdělávat a získávat nové dovednosti. Stres na pracovišti může vzniknout z mnoha příčin. Příčiny se mohou týkat jednak organizační složky, ale i samotného pracovního procesu (monotónní práce, časově náročná práce) a nejistoty v důsledku reorganizačních změn (riziko nezaměstnanosti). Dalšími vlivy a projevy pracovního stresu se stávají narušené interpersonální vztahy, špatná komunikace s nadřízenými a ostatními spolupracovníky. Negativně často působí vývoj postavení všeobecných sester na pracovišti. Psychika ovlivňuje zvyšování nároků na kariérní růst, frustrace z vynechání při povyšování.

Zátěže psychické, emocionální a sociální jsou např.: velká zodpovědnost za svoji vykonanou práci, neustálá pozornost, sledování (stavu pacientů, instrukcí, techniky), rychlé reagování na různé požadavky a změny, nutnost rychlého, mnohdy samostatného rozhodnutí, opakovaný kontakt s lidmi v těžkých emočních stavech, vyrovnávání se s pocity bezmoci, nebo kontakt a komunikace s příbuznými pacientů.

Měli bychom odlišit dva druhy uvažování o vlastních citech: uvědomovat si to, co prožíváme (které city námi „hýbou“), a odlišovat to od myšlenek na to, jaké emoce bychom měli v dané chvíli mít. Pravdivé a ujasněné zažívání vlastních citů nemusí být automaticky příznakem psychicky zdravého života, je to však „materiál“ našeho duševního života, který by nám neměl unikat. Například někdo má rád hudbu. Slyší-li ten druh hudby, který má rád, dělá mu to radost. Vždy bychom si prostě měli udělat čas na naše ,,koníčky“. Nemělo by nám

unikat, že v takových situacích jde o vzácný druh duševního dění – o pravé (autentické) city, které obohacují náš duševní život. Zaměření našeho života se projeví např. v tom, co označujeme jako laskavé či nelaskavé jednání s druhým člověkem. Právě tím, jak jednáme s druhými lidmi – a zvláště s těmi, kteří jsou společensky i jinak „nad námi a hodně pod námi“ – na sebe prozradíme, kdo jsme a o co nám v životě jde. V praxi se to projevuje úctou (respektem) a přijetím (akceptací), odpouštěním a péčí. [KŘIVOHLAVÝ, 2004]

3 Praktická část

V praktické části jsem pracovala s dotazníky, které jsem rozdala pracovníkům ZZS (lékařům, zdravotním sestrám, zdravotnickým záchranářům a řidičům). Dotazník je zaměřen na otázky týkající se agresivních pacientů a jejich ošetření.

3.1. Cíl výzkumu

V dotazníkovém výzkumu zjišťuji od zdravotnických pracovníků, jak agresivita ovlivňuje spolupráci zdravotnického pracovníka s klientem a jaké má možnosti řešení.

3.2. Výběr respondentů

V praktické části jsem oslovila zdravotnický personál (lékaře, zdravotní sestry, zdravotnické záchranáře a řidiče). Rozdala jsem 75 dotazníků a vrátilo se mi jich 40. Dotazníky jsem rozdala na záchranné službě v Městci Králové, Kolíně, Nymburku a na jednotce intenzivní péče v Nymburku a Kolíně.

3.2.1 Stručná charakteristika respondentů

Oslovení respondenti jsou ve věku od 23 do 63 let. Na dotazník odpovědělo 14 zdravotních sester, 15 zdravotnických záchranářů, 6 lékařů a 3 řidiči. Z toho 10 respondentů pracuje ve zdravotnictví déle jak 1-3 let, 18 jich je ve zdravotnictví 3-8 let a 12 jich pracuje ve zdravotní sféře více než 10 let.

3.3 Výběr metody výzkumu

Jako metodu jsem použila dotazník. Vytvořila jsem 13 otázek. Většina otázek je zavřená, dvě jsou otevřené. Výsledky jsem zpracovala statisticky pomocí Microsoft Office Excel 2007. Respondenti odpovídali anonymně. Otázky jsem se snažila formulovat srozumitelně a výstižně, aby dotazovaní neměli potíže při vyplňování.

3.4 Výsledky výzkumu v grafech

Otázka č. 1

Pracujete jako? A) Lékař

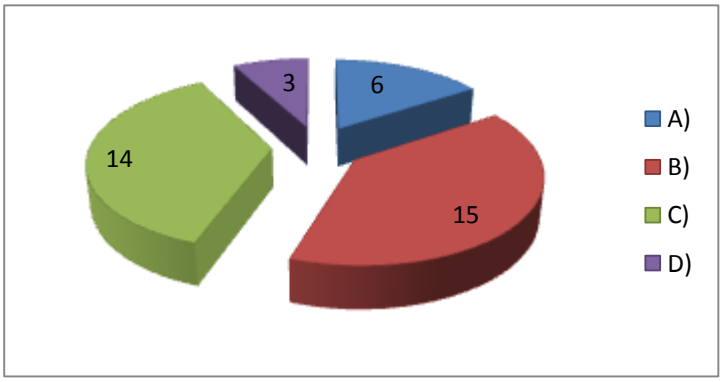
B) Zdravotnický záchranář

C) Zdravotní sestra

D) Řidič

Nejvíce tázaných respondentů bylo 15 zdravotnických záchranářů.

Graf č. 1 [vlastní]



Otázka č. 2

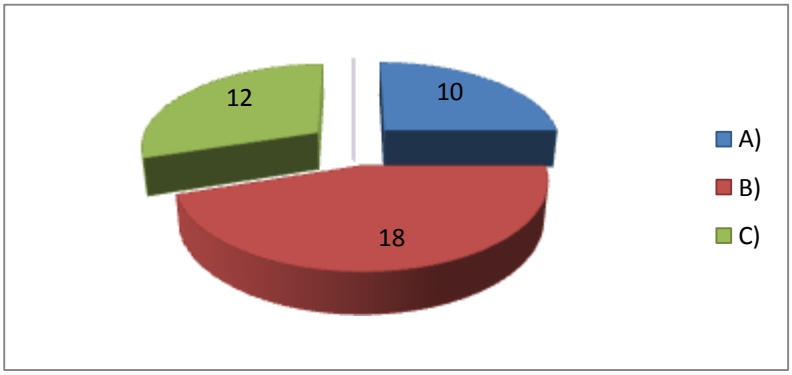
Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví? A) 1-3 roky

B) 3-8 let

C) 8 a více let

Na tuto otázku odpovědělo 10 respondentů, že 1-3 roky, 18 respondentů 3-8 let a 12 se jich ve zdravotnictví pohybuje více než 8 let.

Graf č. 2 [vlastní]



Otázka č. 3

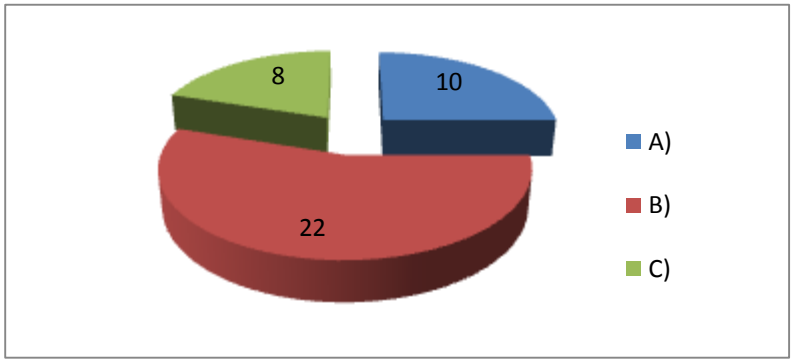
Setkáváte se s agresivními pacienty? A) ano, často

B) ano, občas

C) ne

Zajímalo mě, jak často se zdravotník setká s agresivním pacientem a z výsledků mi vyplývá, že 10 se jích setkává často, 22 ano, ale občas a 8 tázaných se s agresivními pacienty nesetkává.

Graf č. 3 [vlastní]



Otázka č. 4

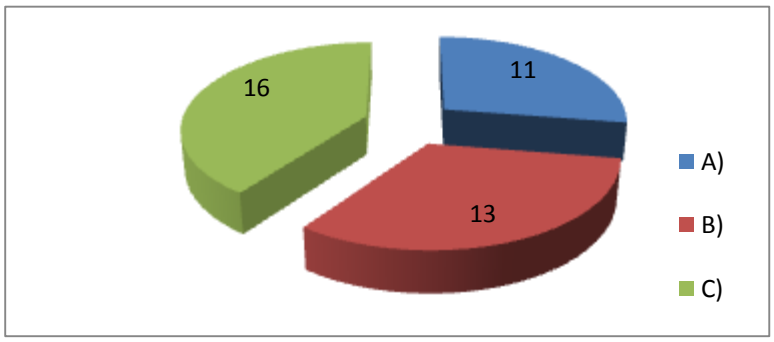
Jaké byly projevy agrese? A) verbální (slovní útok)

B) neverbální (útočné reakce)

C) verbální i neverbální

Projevů agrese může být mnoho, a proto jsem zjišťovala, jaké jsou, a nejčastější odpovědí bylo, že neverbální jako jsou například útočné reakce, které mohou být úmyslné či naopak. Velkou roli hraje, z jakého podnětu agrese vznikla, protože nemocný někdy nemůže ovlivnit své chování.

Graf č. 4 [vlastní]



Otázka č. 5

S jakými nejčastějšími typy agresorů – pacientů se setkáváte? A) muži 18 – 35 let

B) muži 35 a více let

C) ženy 18 – 35 let

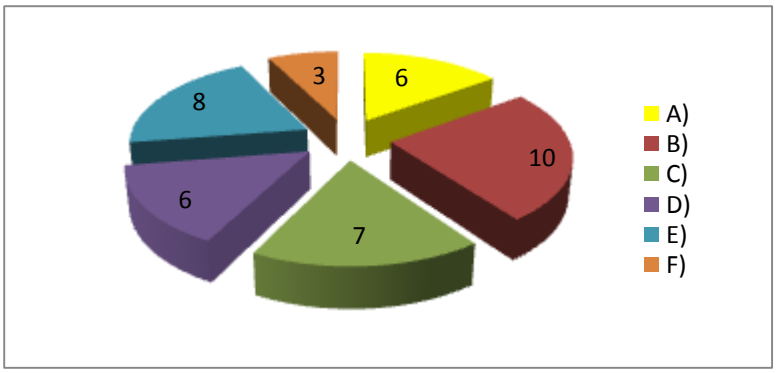
D) ženy 35 a více let

E) mladiství

F) děti

S agresí se můžeme setkat u všech věkových skupin, ale jak vyplývá, nejčastěji se jedná o muže starší 35 let a následovně o mladistvé. Zde u mužů může hrát roli i nemocnění, které v tomto věku může být již rozvinuté. Dle mého názoru u mladistvých hraje velkou roli, že jejich chování je časti expresívní, tudíž své emoce dávají velmi často najevo bez uvědomění si následků. Dále může hrát roli alkohol a drogy, se kterými se v tomto věku obyčejně experimentuje a může se stát, že mladí neznají ,,hranici".

Graf č. 5 [vlastní]



Otázka č. 6

Jaký je podnět vyvolávající agresi u pacienta? A) drogy

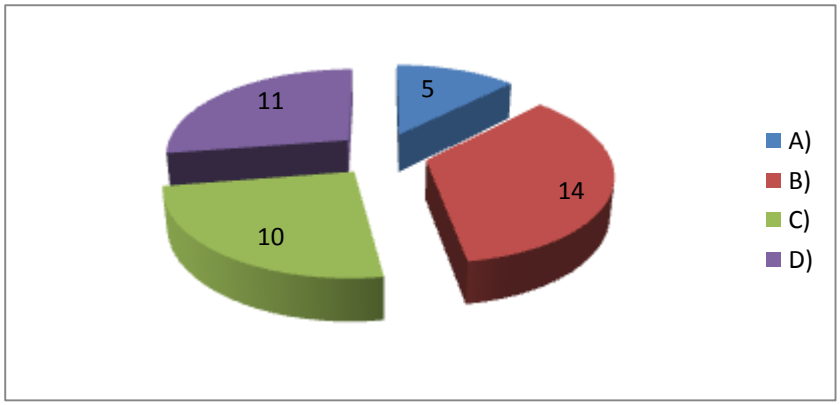
B) alkohol

C) stresová situace

D) onemocnění

Graf č. 6 [vlastní]

Nejčastěji agresi způsobí alkohol, což jsem i předpokládala. Alkohol je velmi rozšířená droga, které asi nejvíce holdují mladiství. Požití alkoholu může u osob vyvolat změnu chování, která pak vede k úzkostným stavům, přecitlivělosti a to jsou podněty, které úzce souvisí s vznikem agresivity.



Otázka č. 7

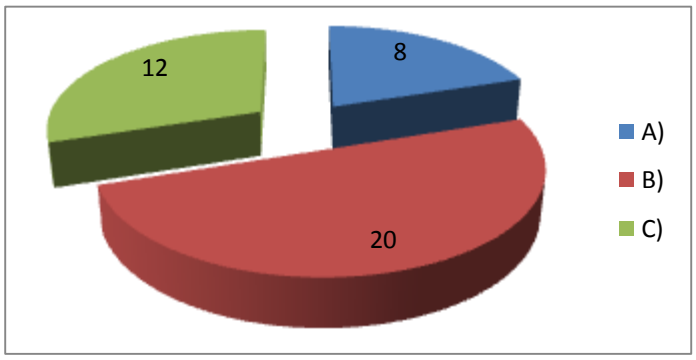
Daří se Vám agresivního pacienta uklidnit verbálně? A) ano

B) ne

C) někdy

Tuto otázku rozebírám u otázky číslo 9.

Graf č. 7 [vlastní]



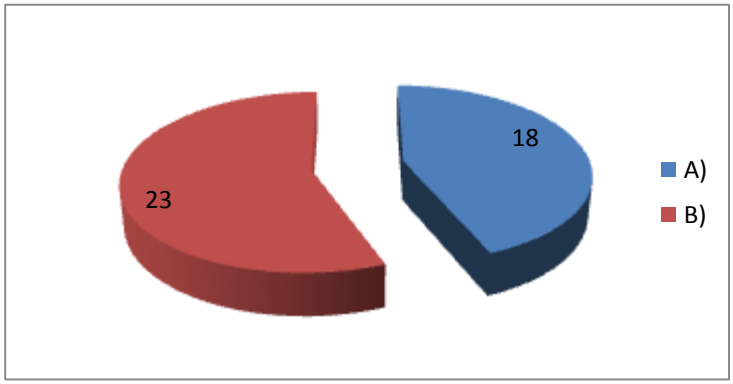
Otázka č. 8

Absolvoval(a) jste v zaměstnání kurz sebeobrany? A) ano

B) ne

Graf č. 8 [vlastní]

Pokud zdravotník ovládá alespoň z části prvky sebeobrany, jedná jedině o výhodu. Díky tomu ochrání své fyzické zdraví, které může být ohroženo. Z výsledků sice vyplývá, že většina respondentů kurz sebeobrany osobně nepodstoupila, ale rozdíl není tak radikální a tím si myslím, že je výsledek uspokojivý.



Otázka č. 9

Vzděláváte se v oblasti komunikace? A) ano, pravidelně

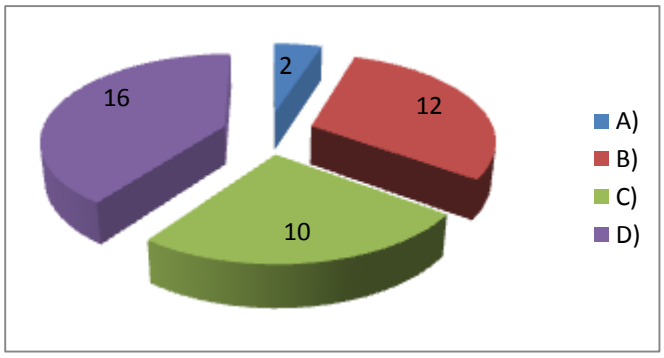
B) dříve jsem to podstoupil (a)

C) ne

E) ne, ale při nabídce bych měl(a) zájem

Z této otázky vyplývá, že se většina v komunikaci nevzdělává. Myslím, že by zdravotník, který přichází s pacienty do každodenního styku, měl mít větší šance dostávat se k tomuto vzdělávání. Dochází k velké ztrátě při podceňování komunikace, vždy je lepší zklidnit pacienta verbálně než farmakologicky. U 7. otázky mi z výsledků vyšlo, že pacienta neumí zklidnit verbálně. Tyto dva faktory spolu úzce souvisí

Graf č. 9 [vlastní]



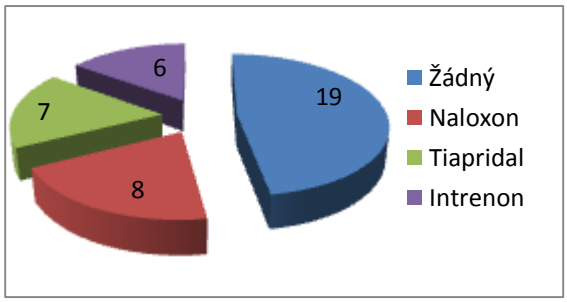
Otázka č. 10

Pokud potřebujete agresivního pacienta zklidnit farmakologicky, jaký lék použijete?

Tuto otázku jsem rozdělila na několik částí. Respondenti měli volné odpovědi. Agresivita může být vyvolána mnoha faktory a zdravotník by měl brát zřetel, jaká je její příčina. Každý takový stav potřebuje individuální přístup a jinou léčbu. U pacientů, kteří požili alkohol, respondenti odpověděli, že se snaží pacienta nezklidňovat farmakologicky. Výsledek je patrný z grafu číslo 10. V ostatních případech jako je náhle vzniklá agrese, křečové stavy a psychiatrická onemocnění volí léčbu Apaurinem®. Pouze u intoxikace drogami by volili Anexate®.

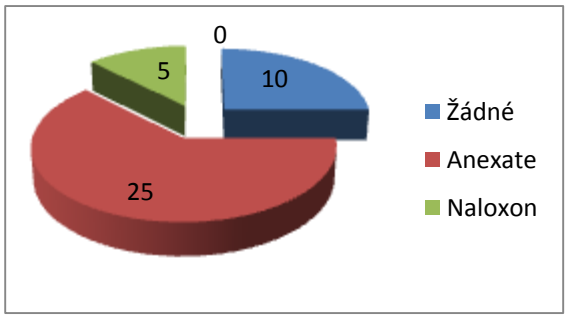
A) při intoxikaci alkoholem

Graf č. 10 [vlastní]



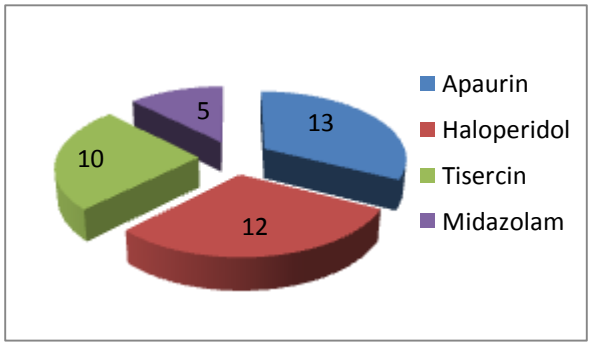
B) Při intoxikaci drogami

Graf č. 11 [vlastní]



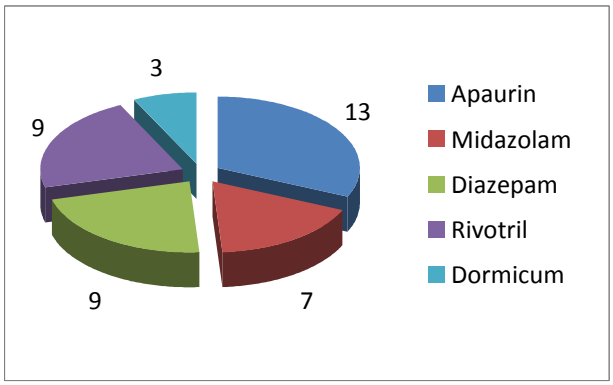
C) U psychiatrických pacientů

Graf č. 12 [vlastní]



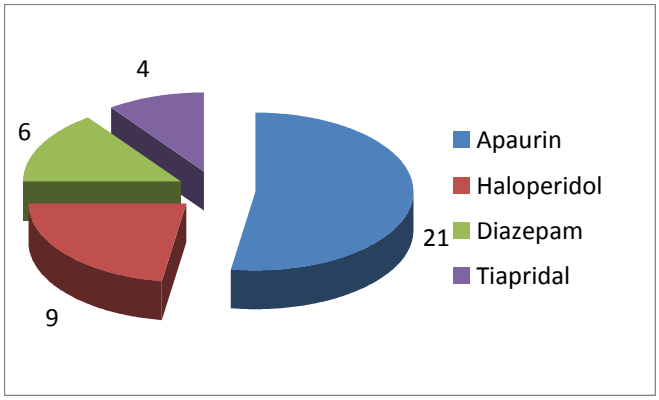
D) U křečových stavů

Graf č. 13 [vlastní]



E) U pacientů s náhle vzniklou agresí

Graf č. 14 [vlastní]



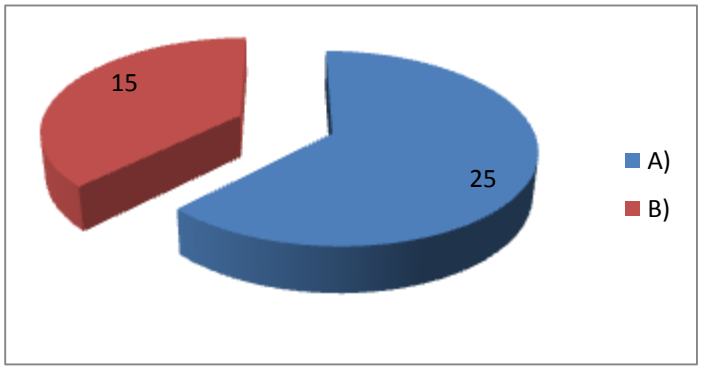
Otázka č. 11

Za jakou dobu se objeví účinek léku po i.v. podání ? A) do 2 minut

B) 2 a více minut

Je standardem, že účinek léku po intravenosním podání se objeví ve většině případů do 2 minut. Toto tvrzení mi vyšlo i z této otázky. Samozřejmě to není pravidlem a proto jak vyplývá, se může nástup opozdit.

Graf č. 15 [vlastní]



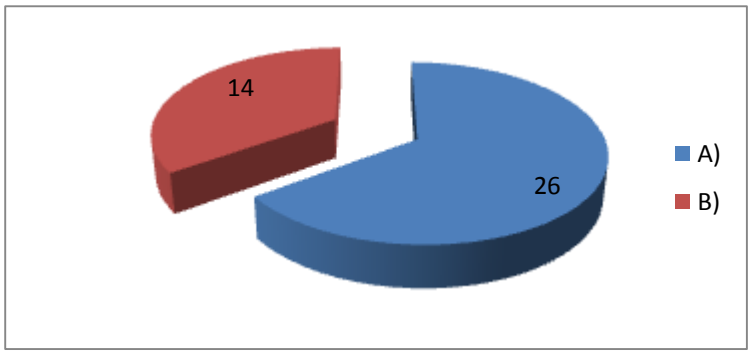
Otázka č. 12

Objeví se po podání léku nežádoucí účinek? A) ano - jaký.....

B) ne

Ve většině se nežádoucí účinek neobjeví, pokud ano tak mi nejčastěji bylo sděleno, že se jedná například o útlum dechu.

Graf č. 16 [vlastní]



Otázka č. 13

Jaké komplikaci považujete za nejzávažnější při ošetřování agresivního pacienta?

A) prodloužení ošetření pacienta

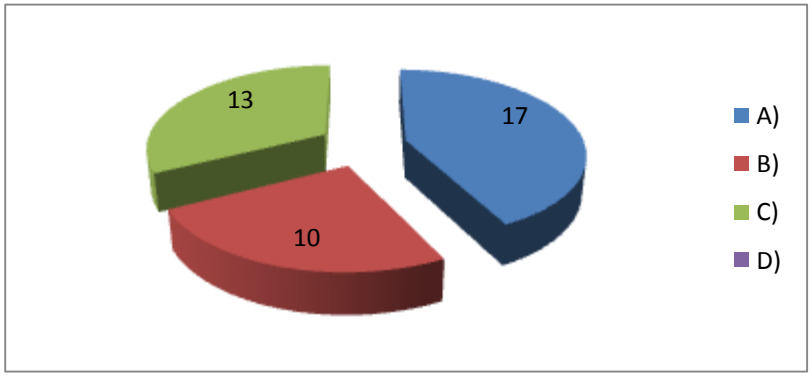
B) hrozba napadení ošetřujících

C) nutnost přivolat policii ČR

D) jiné, prosím uveďte jaké……

U každého ošetření pacienta mohou nastat různé komplikace a musíme s nimi počítat. Mě však zajímalo, o jaké se jedná, při setkání s agresivním pacientem. Zde se potvrdilo, že nejčastěji nastane prodloužení času ošetření. Zdá se to jako zanedbatelná komplikace, ale pokud se jedná o akutní medicínu jako je například záchranná služba, tak je každá minuta drahá. Ať už jde o riziko ohrožení pacienta ve vážném stavu, který si svým chováním jak vědomě či nevědomě komplikuje své zaléčení. Samozřejmě je největší škodou, když své chování činí úmyslně.

Graf č. 17 [vlastní]



3.5 Kazuistika

Výzva dispečinku: 10:39 hod., muž K.K., ročník 1982, křečové stavy.

Příjezd vozu RLP na místo zásahu 10:50. Na místě byl pacient, který byl křečích, které se stupňovaly až k napadení zdravotní zásahové posádky. Matka udává, že syn bral dříve drogy a o užívání v přítomnosti neví. Pacient užíval pervitin, marihuanu a alkohol. Je léčen na neurologii s epilepsií. Pacient byl bledý, opocený s útočnými reakcemi. Pacient komunikuje nesrozumitelně. Předepsané léky od lékaře dnes požil. Pravidelně dochází k lékaři. Po zvážení stavu, byla přivolána na žádost lékaře Policie ČR k fyzické pomoci při ošetřování pacienta.

Vyšetření pacienta

Krevní tlak 160/100 mm Hg, SpO2 97 %, puls 130/min., tachypnoe. Dýchání je čisté bez fenoménů. Pacientovi byl zajištěn žilní vstup a podáno intravenosně 2 Rivotrili® a 250 ml fyziologického roztoku. Po podání léku se pacient značně zklidnil a začal komunikovat. Při předávání v nemocnici byl už zcela klidný a orientovaný. Pacient byl za doprovodu policie odvezen na neurologii s podezřením na epileptický záchvat.

Shrnutí

Odborný lékař na neurologickém oddělení po vyšetření pacientky diagnózu potvrdil.

Chyby zásahu RZP:

Diagnostika provedena bezchybně.

VLASTNÍ POHLED

Tuto kazuistiku jsem získala z praxe v Mladé Boleslavi. Myslím, že tyto situace jsou velmi nebezpečné pro zdravotníky. O to víc, když na ně nejsou ze strany dispečinku předem upozorněny a nemohou se na ně připravit. Stejný případ byl, i když jsme jeli k danému pacientovi. Myslím, že zdravotníci reagovali velmi pohotově. Lékař ihned zavolal Policii ČR k usměrnění pacienta, kdy hrozilo fyzické napadení. Jelikož se jednalo o rizikového pacienta, který v minulosti užíval drogy a nebyl k dispozici jeho chorobopis, vznikalo i nebezpečí nákazy infekčním onemocněním. Naštěstí se podařilo pacienta uklidnit farmakologicky a další postup ošetření byl bez komplikací.

4 Diskuze

Ve své absolventské práci jsem chtěla co nejvíce zjistit o agresi a pacientech, u kterých byly projevy agrese při ošetření. Agrese se neobjevuje pouze u pacientů, ale může se týkat i zdravotnického personálu.

Formou mého výzkumu bylo dotazníkové řešení, které jsem si vybrala z důvodu zkušenosti, kdy jsem s touto formou pracovala na střední odborné škole. Jediný problém, se kterým jsem se setkala, byl malý počet vrácených dotazníků, než jaký jsem předpokládala.

Z největší části bylo respondentů zdravotnických záchranářů, což mě potěšilo, ale na výsledky to nemělo žádný vliv. Neexistuje asi žádný zdravotník, který by se za svou praxi nesetkal s projevy agrese. Chtěla jsem zjistit, jak se agresivní pacient nejčastěji projevuje a vyšlo mi, že se objevují jak neverbální útočné reakce tak i verbální. Nejčastěji se projeví u mužů středního věku a u mladistvých. Vždy bychom měli brát v úvahu, jak agrese vznikla, tedy jaká je příčina. Chování nejčastěji ovlivní požití alkoholu. Z největší části mu inklinují mladí lidé, kteří ještě neznají svou hranici a může nastat až předávkování a tím ohrožení zdravotního stavu.

Od toho pak odvíjíme i léčbu, která se pak samozřejmě razantně liší. Nejpoužívanějším lékem ke zklidnění pacienta je Apaurin®. Lék po intravenosním podání působí do 2 minut. Používá se jak na křečové stavy, tak i k uklidnění pacienta. Většinou se po podání neobjeví žádný nežádoucí účinek.

Jedním z nejúčinnějších způsobů, jak pacienta zklidnit, je správná komunikace. Pacienta bychom neměli ještě více rozptýlit, ale naopak ho uklidňovat a dát mu jasně najevo, že mu chceme pomoci a může nám věřit. Skoro polovina zdravotníků mi odpověděla, že se nácvikem komunikace zabývala. Vždy je lepší pacienta uklidnit verbálně, něž- li muset použít farmakologickou léčbu. Při zpracování práce jsem neměla problém najít informace o dané problematice. V dnešní době existuje už mnoho literatury, odborných časopisů, výkladů a internetových zdrojů kde se mohu vše o agresi dočíst.

Naštěstí už existují kurzy sebeobrany, kdy se zdravotník naučí jak se bránit při jeho ohrožení. Považuji to za velmi užitečné, protože než přijede k pomoci přivolaná policie, tak může dojít k nebezpečné situaci, kterou je potřeba řešit ihned! Několik zdravotníků tento kurz už podstoupilo.

Závěr

Ráda bych v budoucnu pracovala jako zdravotnický záchranář, nejlépe na výjezdovém stanovišti záchranné služby. Už když jsem se zajímala o tento obor, ze všech stran jsem slyšela, jak náročné je to povolání. Většina mě obdivovala a podporovala, ale našli se i tací, že vůbec nepochopili, proč takovou práci chci dělat.

Při výběru mé absolventské práce jsem měla hodně nápadů na témata, ale však praxe a při ní mnohočetný styk s agresivními pacienty mě přesvědčil zaměřit se na toto téma.

Každý má nějakou představu, jak může toto povolání vypadat. Myslím, že pouze praxí člověk zjistí, jak vše probíhá a naučí se v této oblasti orientovat. Někdy může přijít zklamání, které ovšem při trpělivosti překonáme a vidíme i klady tohoto ,,záslužného“ povolání.

Pacienti jsou stejně jako zdravotníci ,,pouze“ lidé a mají každý svou specifickou povahu. Proto se může stát, že se setkáme právě s agresivním pacientem. Agrese se může projevovat u každého klienta jinak. Už neklid a strach se rychle mohou změnit v agresivní chování. Samozřejmě se i zdravotnický personál může chovat nevhodně a projevovat známky agrese v přepjatých situacích. Na rozdíl od pacientů se předpokládá, že by zdravotník měl tyto situace zvládnout a své chování umět ovládat. Asi největší nároky na zvládnutí stresu, jsou v krizových okamžicích, kdy víme, že jde někomu o život a my musíme jednat rychle a správně. Pokud už se ale někdo pro toto povolání rozhodně, měl by se všemi situacemi počítat a umět se v nich orientovat.

Hlavním cílem bylo zjistit problematiku agresivity, a jak agresivita ovlivňuje spolupráci zdravotnického pracovníka s klientem v akutní péči.

Výzkum jsem prováděla formou dotazníku. Myslím, že jsem hlavní cíl splnila. V mé praktické části jsem uvedla kasuistiku z mé osobní praxe. Jsem si jistá, že jsem si díky své práci rozšířila znalosti o tomto tématu, které budu moci uplatnit v budoucím povolání.

Summary

The final assignment deals with the problems of aggressive patients and approach to them. Almost every paramedic during his work expenience has to deal with aggressive patients. He must reach them immediately with the aim to protect himself and then also an aggressive patients.

Sometimes this situation can be threatening, whereby an aggressive patient can be dangerous to those nearby as well as to himself or herself. In such cases, it is worthwhile to know something about self-defence or at least communication and approach to these types of individuals. There are many self-defence courses available and literature on such issues. Sometimes one does not know the cause of such reactions, perhaps a spastic state, when one is unaware of one's reactions to his surroundings. All focus should be on aggression - its type, manner and eventual outcome. At the same time, one should consider the aggressive behavior and methods of approach towards this type of individual. I mentioned the difference between aggression and aggressiveness. This behaviour is caused by many factors, such as alcohol, drugs, anxiety, or fear, which I briefly described.

In the practical part the questionnaires are given to 40 medics with the aim to find out how the treatment of an aggressive patient looks like. Respondents were nurses, doctors, paramedics and drivers. The result of the questionnaire show that the medical staff may calm down the patient verbally. Communication with a patient is very important.

It is always better to calm down a patient verbally than to administer specific drugs. Nearly half of respondents underwent self-defense course. From the view of pharmacotherapy, the most commonly used drug is Apaurin®. The onset of this drug is in 2 minutes. This drug doen´t usually have any side effects. According to the results aggression is the most commonly caused by alcohol and occurs in men older than 35 years and adolescents. The aims of the assigment were successfully met.

Key words: aggression, agressiveness, communication, drug, paramedic, patient

Bibliografie

1. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi.* 1. Vydání Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6

2. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu.* 1. Vydání Praha: Triton, 2008. 456 s. ISBN 978-80-7254-815-6

3. ERTLOVÁ, Františka: *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. Vydání Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1

4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry.* 1. Vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5

5. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně.* 1. Vydání Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5

6. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Vydání Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1356-4

7. NOVÁK, Tomáš. CAPPONI, *Sám proti agresi.* 1. Vydání Praha: Grada Publishing a.s., 1996. 128 s. ISBN 80-7169-253-0

8. PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci.* 1. Vydání Praha: TRITON, 2005. 211 s. ISBN 80-7254-593-0

9. VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie.* 1. Vydání Praha: TRITON, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1

10. Psychologický přístup k agresivním nemocným. Dostupný z WWW : http://public.fnol.cz/www/urgent/seminare/20070125/PSYCHOL.pdf

11. Agrese. Dostupný z WWW : http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=agrese%20a%20nasili&source=web&cd=2&sqi=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fstudium.propsychology.cz%2Fsystem%2Ffiles%2FPP%2520II%2520-%2520agrese%2520a%2520nasili%2520-%2520hotovo.pdf&ei=hV5gUZ2WNczB7AaPGw&usg=AFQjCNHzEGdGG75iFLBJsOZkN2voOL3BBw

12. Možnosti ovlivnění agitovaného pacienta a násilného chování. Dostupné z WWW: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2329

Příloha

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Daniela Drábková. Jsem studentkou 3. ročníku Vyšší odborné školy Mills oboru Diplomovaný zdravotnický záchranář. Zpracovávám absolventskou práci na téma Problematika agresivity v akutní péči. V tomto dotazníku bych ráda zjistila problematiku agrese v ošetření. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro moji absolventskou práci. Prosím Vás o jeho vyplnění.

Děkuji, Daniela Drábková

1. Pracujete jako: a) lékař
   b) zdravotnický záchranář
   c) zdravotní sestra
   d) řidič

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví: a) 1-3 roky
   b) 3-8 let
   c) 8 a více

3. Setkáváte se s agresivními pacienty? a) ano, často
   b) ano, občas
   b) ne

4. Jaké byly projevy agrese? a) verbální (slovní útok)
   b) neverbální (útočné reakce)
   c) verbální i neverbální

5. S jakými nejčastějšími typy agresorů – pacientů se setkáváte? a) muži 18-35 let
   b) muži 35 a více let
   c) ženy 18-35 let
   d) ženy 35 a více let
   e) mladiství
   f) děti

6. Jaký je podnět vyvolávající agresi u pacienta? a) drogy
   b) alkohol
   c) stresová situace
   d) onemocnění

7. Daří se vám agresivního pacienta uklidnit verbálně? a) ano
   b) ne
   c) někdy

8. Absolvoval(a) jste v zaměstnání kurz sebeobrany? a) ano
   b) ne

9. Vzděláváte se v oblasti komunikace? a) ano pravidelně
b) dříve jsem to podstoupil(a)
c) ne
d) ne, ale při nabídce bych měl(a) zájem

10. Pokud potřebujete agresivního pacienta zklidnit farmakologicky, jaký lék použijete?
a) při intoxikaci alkoholem……...
b) při intoxikaci drogami……..
c) u psychiatrických pacientů……
d) u křečových stavů…….
e) u pacienta s náhle vzniklou agresí…….

11. Za jakou dobu se objeví účinek léku po i.v. podání? a) do 2 minut
b) 2 a více minut

12. Objeví se po i.v. podání léku nežádoucí účinek? a) ano -jaký……
……
b) nikdy

13. Jaké komplikace mohou nastat při ošetřování agresivního pacienta?
a) prodloužení času ošetření
b) hrozbu napadení ošetřujících
c) nutnost přivolání policie ČR
d) jiné, prosím, uveďte, jaké……..