

UNIVERZITA KARLOVA  
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



**Bc. Hedvika Kousalová**

**Mapování problematiky ošetrovatelské péče  
z pohledu sester u pacientů s projevy agrese vlivem  
vysazení návykových látek na vybraných  
metabolických jednotkách intenzivní péče**

*Mapping nursing care issues from the perspective of  
nurses in patients with symptoms of aggression due to  
substance withdrawal in selected metabolic intensive  
care units*

*Diplomová práce*

Praha, srpen 2023

**Autor práce:** Bc. Hedvika Kousalová

**Studijní program:** Intenzivní péče

**Magisterský studijní obor:** Specializace ve zdravotnictví

**Vedoucí práce:** Mgr. Ivana Trnková

**Pracoviště vedoucího práce:** Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK, FNKV

**Předpokládaný termín obhajoby:** 25. 9. 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že odevzdanou práci jsem vypracovala samostatně a použila výlučně uvedenou literaturu, citované prameny a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz pro účel soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací. Potvrzuji, že elektronická i tištěná verze v Studijním informačním systému UK je jednotná.

V Praze dne 25. srpna 2023

Bc. Hedvika Kousalová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Ivaně Trnkové za odborné vedení, rady, trpělivost a podporu. Dále chci poděkovat všem dotazovaným fakultním nemocnicím v Praze za umožnění se podílet na výzkumu a v poslední řadě poděkovat MUDr. Nikole Uzlové za poskytnutí odborné konzultace k teoretické části.

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s projevy agrese vlivem syndromu z odnětí návykové látky na metabolických jednotkách intenzivní péče. Dotazníkové šetření bylo provedeno u všeobecných sester, zdravotnických záchranářů a praktických sester. Byly stanoveny tři dílčí cíle, které měly detekovat nejpoužívanější ošetrovatelské intervence ve zkoumané problematice, míru vnímané psychické a fyzické zátěže zdravotního personálu a jejich zájem o rozšířené vzdělávání v této problematice.

Teoretická východiska práce se zabývají definicemi návykového užívání, druhy návykových látek (NL), syndromem z odnětí a specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s projevy agrese včetně vzdělávání a právních aspektů použití omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních.

Pro sběr dat k řešení výzkumné části byly použity anonymní nestandardizované dotazníky (*příloha č. 1*) určené pro všeobecné sestry zdravotnické záchranáře a praktické sestry, pracující na metabolických jednotkách intenzivní péče ve vybraných fakultních nemocnicích v Praze.

Závěrem diplomové práce je souhrnné doporučení pro klinickou praxi z oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s projevy agrese po vysazení návykové látky na základě porovnání výsledků výzkumné části diplomové práce a zahraničních zdrojů.

### **Klíčová slova**

Návykové užívání, drogy, syndrom z odnětí, agresivní pacient, omezovací prostředky, vzdělávání zdravotníků

## **Abstract**

The thesis deals with the issue of nursing care in patients with manifestations of aggression due to substance withdrawal syndrome in metabolic intensive care units. A questionnaire survey was carried out among general nurses, paramedics, and nurse practitioners. Three sub-objectives were established: to identify the most frequently utilized nursing interventions related to the studied issue, to assess the perceived psychological and physical burdens on healthcare staff, and to gauge their interest in further education on this matter.

The theoretical background of the thesis deals with definitions of substance use, types of substance abuse, withdrawal syndrome and specifics of nursing care for patients with manifestations of aggression, including education and legal aspects of the use of restraints in health care settings.

To collect data for the research part, anonymous non-standardized questionnaires (see appendix) were used for general nurses and nurse practitioners working in metabolic intensive care units in selected university hospitals in Prague.

The thesis concludes with a summary of recommendations for nursing practice in the area of nursing care of patients with manifestations of aggression after withdrawal from addictive substances based on a comparison of the results of the research part of the thesis and foreign sources.

### **Keywords**

Substance abuse, drugs, withdrawal syndrome, aggressive patient, restraints, health professional education

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>2</b>
1.NÁVYKOVÉ LÁTKY .....	2
2.DRUHY NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	2
2.1 <i>Tlumivé látky</i> .....	2
2.2 <i>Stimulační látky</i> .....	4
2.3 <i>Halucinogenní látky</i> .....	5
3.VZORCE UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	5
3.1 <i>Abúzus</i> .....	6
3.2 <i>Klasifikace návykového užívání</i> .....	7
4.PORUCHY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	7
4.1 <i>Akutní intoxikace</i> .....	7
4.2 <i>Škodlivé užívání</i> .....	8
4.3 <i>Syndrom závislosti</i> .....	8
5.PORUCHY ZPŮSOBENÉ ODNĚTÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	8
5.1 <i>Syndrom z odnětí</i> .....	8
5.2 <i>Delirium tremens</i> .....	9
6.OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S PORUCHOU ZPŮSOBENOU NÁVYKOVÉHO UŽÍVÁNÍ.....	9
6.1 <i>Komunikace s agresivním pacientem</i> .....	10
6.2 <i>Omezovací prostředky</i> .....	11
7.VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO PERSONÁLU .....	13
7.1 <i>Reflektivní učení</i> .....	13
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
1.METODIKA VÝZKUMU .....	14
1.1 <i>Cíle práce</i> .....	14
1.2 <i>Metoda sběru dat</i> .....	15
1.3 <i>Pilotní studie</i> .....	15
1.4 <i>Statistické zpracování dat</i> .....	16
2.VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	16
2.1 <i>Demografické údaje</i> .....	16
2.2 <i>Ošetrovatelské intervence</i> .....	22
2.3 <i>Vnímání míry zátěže sester</i> .....	30
2.4 <i>Rozšířené vzdělávání</i> .....	38
<b>DISKUZE</b> .....	<b>47</b>

<b>DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI.....</b>	<b>51</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>56</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>57</b>
1.NESTANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK .....	57



## Úvod

Akutní intoxikace návykovou látkou následovanou rozvojem syndromu z odnětí či samotný syndrom z odnětí jsou jednou z indikací k přijetí na metabolickou jednotku intenzivní péče. Akutní abstinenci syndrom je zatížen vysokou nemocností a úmrtností, proto je tento stav řešen na monitorovaném lůžku. Mezi nejčastěji celosvětově užívanou psychoaktivní látkou u dospělých je alkohol. Právě alkoholové delirium neboli delirium tremens bývá na metabolických jednotkách intenzivní péče častým zdrojem projevů agrese pacienta vůči zdravotnímu personálu. Nelékařský zdravotní personál (NLZP) čelí vysokým nárokům pro zvládnutí ošetrovatelské péče o pacienty se syndromem z odnětí návykové látky a je vystaven psychické zátěži, která má dopad na jeho chování, pracovní výkonnost i zájem se v této ošetrovatelské problematice vzdělávat.

# **Teoretická část**

## **1. *Návykové látky***

Každá návyková látka (NL), vyvolávající závislost jedince, se vyznačuje dvěma základními vlastnostmi. První vlastností je psychotropní efekt, který má vliv na prožívání a vidění světa kolem nás a druhou vlastností NL je její potenciál vzniku závislosti, tedy zda dojde pravidelným a dlouhodobým užíváním dané NL ke vzniku závislosti (1).

Na základě posuzování míry rizika vzniku závislosti mnohé publikace uvádějí jedno ze základních dělení NL. Za tvrdé drogy se označují látky s vyšší mírou rizika vzniku závislosti, látky s nižší mírou rizika vzniku závislosti jsou nazývány jako drogy měkké. Na základě původu psychotropní látky se dělí na přírodní a syntetické.

Podle hlavních účinků na psychiku se rozlišují na:

- tlumivé s účinkem zpomalení psychomotorického tempa
- stimulační s účinkem urychlení psychomotorického tempa
- halucinogenní, vyvolávající poruchy myšlení a vnímání okolí až po stavy blízké schizofrenii (2)

## **2. *Druhy návykových látek***

### **2.1 *Tlumivé látky***

Tlumivé látky zpomalují psychomotorické tempo, kdy v malých dávkách navozují uživateli zklidnění a vyšší dávky navozují spánek až ztrátu vědomí. Zástupci jsou například opiáty, benzodiazepiny a alkohol (2). Mezi nejčastěji užívané skupiny léčiv s psychotropním účinkem kromě výše uvedených benzodiazepinů jsou sedativa, hypnotika a anxiolytika. Psychofarmaka s tlumivým účinkem navozují zklidnění až spánek a potlačují úzkostné stavy (2). Tlumivé látky vyvolávají závislost fyzickou i psychickou.

## **Alkohol**

Ethanol, jako obecně nesprávně používaný termín alkohol, je psychoaktivní složkou alkoholických nápojů. Společně s užíváním nikotinu je alkohol jedna z nejrozšířenějších zneužívaných společensky tolerovaných NL. Pití alkoholu v české populaci je dlouhodobě na vysoké úrovni. Dlouhodobě odhadem 1,5-1,7 milionu dospělých se nachází v kategorii rizikového pití alkoholu, v tom 800-900 tis. osob spadá do kategorie škodlivého pití (3). Alkohol se vyznačuje vysokou orgánovou toxicitou a neurotoxicitou, jeho účinek na organismus je komplexní. Mimo jiné ovlivňuje systém odměn. Bezprostředně po konzumaci dochází k jeho aktivaci, avšak v průběhu delšího časového období se mění jeho citlivost. Dochází k selektivnímu zaměření na podněty spojené s alkoholem (4).

Ethanol se rychle se vstřebává z trávicího traktu (převážně z tenkého střeva) do krevního řečiště, prochází játry, kde je metabolizován, ale i dalšími dobře prokrvenými orgány. Alkohol má převážně tlumivý účinek na centrální nervový systém (CNS). Poté, co prostoupí hematoencefalickou bariérou ovlivňuje dva hlavní neurotransmiterové systémy. Alkohol má inhibiční účinek na glutamátergní systém, tedy působí útlum a současně posiluje účinek neurotransmiteru gamma-aminomáslené kyseliny (GABA), tedy rovněž má tlumivé účinky na centrální nervovou soustavu (CNS) (5).

Účinek alkoholu závisí především na konzumované dávce (6). Pro stanovení koncentrační hladiny alkoholu existují dva způsoby. Prvním je hladina alkoholu v krvi uvedena v jednotkách g/kg v rámci laboratorního toxikologického vyšetření. Druhým způsobem je stanovení hladiny alkoholu orientační dechovou zkouškou a je uváděna v jednotkách promile. Intoxikace alkoholem se vyznačuje širokým spektrem účinků na organismus. Malá dávka alkoholu působí stimulačně a velká naopak tlumivě. Nejprve se projevuje zlepšení nálady, nárůst energie a sebevědomí, později tento stav přechází ke snížení sebekritičnosti a osobních zábran. Následně se dostaví útlum, únava, spánek až hluboké bezvědomí (2), (6).

V závislosti na hladině alkoholu se rozlišují **4 stadia alkoholové intoxikace**.

Níže uvedené hladiny alkoholu v krvi jsou pouze orientační. Na jednotlivá stadia alkoholové intoxikace má vliv tolerance uživatele.

**Excitační stadium** – lehká opilost, do 1,5 g/kg v krvi.

**Hypnotické stadium** – stupeň střední opilosti, do 2,0 g/kg v krvi.

**Narkotické stadium** – opilost těžká, nad 2 g/kg v krvi.

**Asfyktické stadium** – těžká intoxikace s poruchou vědomí a útlumem dechového centra, nad 3 g/kg v krvi (2).

Dlouhodobé dopady užívání alkoholu na lidský organismus jsou zejména onemocnění gastrointestinálního traktu od gastritid až po rozvoj jaterní cirhózy a tvorby jícnových varixů. Častým pozdním následkem jsou také poruchy krvetvorby a hemokoagulace. Dále související poruchy spojené se závislostí na alkoholu jsou například kardiomyopatie, arteriální hypertenze a encefalopatie (6).

## 2.2 Stimulační látky

Do kategorie stimulačních látek spadají psychotropní látky navozující povzbuzení organismu a zvýšení fyzického a psychického výkonu. Stimulační drogy se dělí na přírodní (např. kokain) a syntetické (pervitin, deriváty amfetaminu). Stimulancia se užívají intranazálně, perorálně a intravenózně (2). Po užití stimulační látky se vytrácí pocit únavy, hladu a žízně. V akutní fázi je uživatel ohrožen především dehydratací, akcelerovanou arteriální hypertenzí, rhabdomyolýzou a hypertermií. Dlouhodobým užíváním vznikají poruchy osobnosti a chování, které se mohou prohloubit až do stavu tzv. toxické psychózy (1).

## 2.3 Halucinogenní látky

Halucinogenní látky se dělí na syntetické a přírodní, vyvolávající změny vnímání až nástup halucinací. Přírodní halucinogeny se mohou dále rozlišovat podle jejich původu na živočišné a rostlinné. Zástupci syntetických halucinogenů jsou například LSD (derivát kyselin lysergové) nebo PCP („andělský prach“). Mezi přírodní zástupce se řadí například mezkalin, durman a psylocibin (7). Halucinogenní látky se užívají nejčastěji perorálně, sublingválně a v menší míře také intravenózně a intramuskulárně (1).

V případě intoxikace halucinogenní látkou se u jedince projevují vizuální nebo sluchové iluze či halucinace. Častým jevem bývá i vnímání neadekvátními smysly například, že jedinec „slyší“ barvy. Tento příznak se nazývá synestezie. Specifické nežádoucí účinky po užití halucinogenních NL se projevují v podobě paniky, výskytu úzkosti, tachykardie, hypertenze, nadměrného pocení, nauzey a zvracení. U většiny halucinogenních látek nevzniká fyzická závislost a díky tomu nejsou známé typické příznaky odvykacího stavu (2).

## 3. *Vzorce užívání návykových látek*

Návykové užívání je stav, kdy se jedinec většinu svého času zabývá činností nebo užívanou látkou, na které je závislý. Pravidelné užívání NL má dopady na jeho fyzické a psychické zdraví včetně narušení osobnosti a sociálních vazeb (1).

Návykové užívání má čtyři fáze vývoje. Na základě síly užívané látky se doba trvání u jednotlivých fází může lišit nebo některé fáze mohou být úplně vynechány (8).

### **Fáze experimentování**

Návyková látka přináší uživateli více pozitivních účinků dané psychotropní látky. V této fázi nemá pro jedince užívání NL výrazné dopady na zdraví a sociální vazby, vystavuje se však riziku postupné ztráty kontroly nad užívanou NL (9).

### **Fáze rizikového užívání**

Druhá fáze též nazývána jako tzv. sociální užívání. Uživatel nabývá pocitu, že má užívání NL pod kontrolou a typickým znakem je časový vzorec užívání například pouze o víkendech nebo při pocitech osamělosti či deprese. Zhoršuje se pracovní výkonnost, soustředěnost, nastává inverze spánku, nechutenství, stres a začínají se narušovat sociální vazby s blízkým okolím jedince (9).

### **Fáze zvyklosti**

Kontrola nad užívanou psychotropní látkou se vytrácí. Jedná se o fázi každodenního užívání. V kombinaci s vyšší potřebou užívat NL se začínají objevovat finanční problémy, které se jedinec pokouší často řešit v rozporu se zákonem – krádeže, podvody aj. Odborná pomoc pro léčbu závislosti je nevyhnutelná (9).

### **Fáze závislosti**

Úplná ztráta kontroly nad užíváním NL. Uživatel je schopný pro zisk psychotropní látky udělat cokoliv. Jakmile drogu nezíská, tak okamžitě přichází nástup syndromu z odnětí. V této fázi je obrovské riziko předávkování, úplného selhání organismu až smrti závislého jedince (9).

## **3.1 Abúzus**

V lékařské terminologii se vyznačuje termínem abúzus zneužívání psychoaktivních a omamných látek. Ke zneužívání může docházet i v případě užívání substancí, které nezpůsobují závislost například steroidy nebo laxativa (10).

### **3.2 Klasifikace návykového užívání**

Na základě klasifikačních systémů diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) a mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) se řadí návykové užívání mezi návyková a impulzivní onemocnění (1).

## ***4. Poruchy způsobené užíváním návykových látek***

Ztráta kontroly nad užívanou psychotropní látkou je označována jako syndrom závislosti. Charakteristickým znakem syndromu závislosti je touha užít nelegální návykovou látku, nejčastěji alkoholu (11). Projevy jsou individuální na základě druhu užívané NL.

### **Projevy návykového užívání**

Jedním z možných projevů návykového užívání je syndrom z odnětí, který se může projevat jako tzv. craving (bažení). Projevuje se jako pocit puzení nebo silná touha užívat a pociťovat účinek psychotropní látky. Závislý jedinec prožívá bažení tělesné, které nastupuje v momentě odeznění účinku NL a psychické bažení, které vzniká i po dlouhodobé abstinenci. Příznaky se odlišují podle druhu užívané NL. Mohou tím být oslabená paměť, prodloužený reakční interval a zvýšená salivace (slinění), především u alkoholu. Součástí odvykacího stavu je i zhoršené sebeovládání s projevy agrese, kdy dochází u jedinců ke zhoršenému uvědomění své vlastní osoby a emocí (12). Mezi časté somatické příznaky syndromu z odnětí jsou palpítace, nadměrné pocení, nauzea, zrudnutí a přítomnost křečových záchvatů (1).

### **4.1 Akutní intoxikace**

Z obecného hlediska platí, že intoxikace je přechodným stavem po užití psychotropní látky. Nastane akutní progrese zdravotního stavu vyvolaná proniknutím a následným vstřebáním organické či anorganické toxické látky do organismu. Závažná forma

akutní intoxikace s poruchou vědomí vyžaduje neodkladnou hospitalizaci. Vývoj zdravotního stavu po intoxikaci se odráží například vlivem druhu a množstvím užití látky. Závažná akutní intoxikace způsobuje nezvratné poškození organismu až smrt (13).

#### **4.2 Škodlivé užívání**

Stav, kdy prokazatelně dojde k poškození fyzického či psychického zdraví označujeme jako škodlivé užívání. Klasifikuje se již v druhé fázi návykového užívání, kdy jedinec NL aplikuje podle časového vzorce (14).

#### **4.3 Syndrom závislosti**

Na základě prohlubující se vazby na užívanou psychotropní látku, po delší době kontinuálního užívání, se u jedince rozvíjí soubor příznaků charakteristických pro syndrom závislosti. Klinický stav uživatele se syndromem závislosti je podmíněn fyziologicky, psychicky, geneticky a sociálně (14).

### **5. *Poruchy způsobené odnětím návykových látek***

#### **5.1 Syndrom z odnětí**

U každé návykové látky se klinický obraz tzv. syndromu z odnětí projevuje individuálně, v závislosti na typu užívané látky. Nejzávažnější projevy mají za následek tlumivé látky, především alkohol, jehož vysazení manifestuje až do podoby tzv. deliria tremens (2). Pacienti s projevy těžkého somatického syndromu z odnětí NL jsou bezprostředně indikováni k přijetí na jednotku intenzivní péče (JIP) (15).



## 5.2 Delirium tremens

Delirium tremens (DT) je život ohrožující akutní stav u pacientů se syndromem z odnětí po vysazení ethanolu, který vyžaduje včasnou diagnózu a léčbu. Jedná se o nejzávažnější typ poruchy způsobené odnětím psychoaktivní látky. DT je specifický druh hyperaktivního delirantního stavu (16).

Rozvoj DT vzniká zpravidla 4 až 12 hodin (někdy až do 5 dnů) po vysazení alkoholu. Typické klinické příznaky jsou tremor (třes), pocení, nauzea, zvracení, bolest hlavy, tachykardie hypertenze, psychomotorický neklid a zvýšená citlivost vůči okolním vlivům – hluk, světlo aj. (17).

Práce publikovaná v roce 2014 uvádí, že v klinické praxi se nejčastěji podávají benzodiazepiny (vzhledem ke „zkřížené“ toleranci s alkoholem je nutné podávat vysoké dávky, které je třeba upravovat dle klinického účinku – doporučuje se lehká sedace – a možnosti kumulace u dlouhodobých preparátů) v postupně klesající dávce během několika dní (17).

## 6. *Ošetrovatelská péče o pacienta s poruchou způsobenou návykového užívání*

Po přijetí pacienta s poruchou způsobenou užíváním NL na JIP, sestra neprodleně zahájí monitoraci vitálních funkcí – měření krevního tlaku, tepové frekvence, dechové frekvence, periferní kapilární okysličení krve (SpO<sub>2</sub>) a hodnocení vědomí škálou Glasgow Coma Scale (GCS). Sestra provede základní fyzikální vyšetření pohledem (aspekce), poklepem (perkuse), poslechem (auskultace) a pohmatem (palpace).

Lékař provede celkové vyšetření a zhodnotí případná poranění, k vyloučení možného zdroje krvácení a suicidálního (sebevražedného) jednání, například řezné rány v oblasti horních končetin nebo přítomnost otevřených či skrytých suicidálních verbálních výroků a výhrůžek ze strany pacienta (18). Sestra provede odběry biologického materiálu k laboratornímu hematologickému, biochemickému a toxikologickému vyšetření ke zjištění druhu NL, kterou je pacient intoxikován (19).

V běžné klinické praxi se provádí vstupní elektrokardiografie (EKG), rentgen plic, nebo CT mozku při podezření na úraz hlavy (20).

Na základě NL je nutné předvídat nástup možného projevu syndromu z odnětí. Pacient přijatý na JIP pro poruchu způsobenou užití NL je ve vysokém riziku pádu, z důvodu často se vyskytující dezorientace a neklidu. Preventivní opatření pádu jsou dostupnost signalizačního zařízení, reorientace pacienta, pravidelné hodnocení mobility pacienta, zvednutá boční madla lůžka a mít pacienta v přímém dohledu NLZP (21).

Pacient s projevy psychomotorického neklidu a agresivního chování se stává nebezpečný pro sebe i své blízké okolí. Po odeznění příznaků akutní intoxikace NL a obnovení plného vědomí pacienta, hraje zásadní roli motivace ze strany NLZP a rodiny k následné detoxikační léčbě (22).

## **6.1 Komunikace s agresivním pacientem**

Z pohledu ošetřovatelství autorka Zacharová definuje agresi jako formu útočného jednání s jasným úmyslem ranit (23). Komunikace s agresivním pacientem je všeobecně velmi náročná. Pro zvládnutí profesionálního chování v konkrétní situaci je vhodné dodržovat zásady a pravidla v komunikaci s pacientem s projevy agrese. Příkladem je, že zdravotní personál by měl volit během komunikace s pacientem prioritně tichý a klidný hlas, a to i za předpokladu projevu křiku a vulgarismů ze strany pacienta. Dále se vyvarovat způsobu komunikace formou tykání nebo oslovení pacienta jeho křestním jménem (24).

Závislý pacient v nemocničním prostředí představuje z hlediska problematiky ošetrovatelské péče specifickou skupinu, která vyžaduje individuální přístup zdravotnického personálu. Zdravotní personál si musí být vědom důsledků dlouhodobého užívání NL a umět rozpoznat rozvoje projevu agresivního chování. Uživatelé NL jsou velmi často podrobena nedobrovolné neodkladné hospitalizaci například z důvodu akutní intoxikace nebo progresu zdravotního stavu (24). V komunikaci s agresivním pacientem lze využít metodu tzv. reaktivního managementu, který závisí na předchozí zkušenosti, konkrétním podnětu a současném stavu pacienta (25). Jedná se o postup k rozpoznání rizika vzniku agresivních projevů ze strany pacienta (24).

Model reaktivního managementu lze vyjádřit pomocí **ABC algoritmu**:

**A** – Primární hodnocení. Způsob komunikace pacienta, jeho verbální neverbální projevy a vstupní anamnestické údaje.

**B** – Vyhodnotit potenciální vývoj spolupráce s pacientem na základě jeho chování.

**C** – Vyhodnotit rizika, které plynou z okolí pacienta. Odstraní okolních předmětů, které se mohou stát potenciální zbraní (24).

## **6.2 Omezovací prostředky**

Pojem omezovací prostředek je definován jako: „*Užití takových prostředků, které brání volnému pohybu osob a jejich styku s vnějším světem.*“ (26). Ačkoliv použitím omezovacích prostředků zasahujeme do oblasti lidských práv a svobod, tak v ošetrovatelské péči u pacientů s projevy agrese mají svou nezastupitelnou pozici. Omezovací prostředky používané v nemocničním zařízení jsou fyzické úchopy pacienta, omezení pohybu ochrannými kurty či pásy, umístění jedince v tzv. síťovém lůžku nebo v izolační místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranná vesta, podávání psychofarmak bez souhlasu pacienta a nedobrovolná hospitalizace (27).

Každé užití omezovacího prostředku by mělo být neprodleně zaznamenáno v centrální evidenci – maximálně do 24 hodin od zahájení omezovacího opatření. Omezovací prostředky nejsou určeny pro preventivní opatření, trestání pacienta nebo jako řešení nedostatku ošetřujícího personálu (27).

### **Použití omezovacích prostředků podle zákonného ustanovení**

Z hlediska právní roviny podle zákona o zdravotnických službách č. 372/2011 Sb., §39 lze omezovací prostředky použít.:

a) „*Pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.*“

b) „*Pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a).*“

c) „Poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle písmene a), přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.“ (27).

O zahájení užití omezovacích prostředků, včetně volby vhodného omezení, rozhoduje vždy lékař. Pouze ve výjimečné situaci vyžadující okamžitá opatření lze zahájit užití omezovacích prostředků ze stran NLZP za předpokladu neprodleného informování ošetřujícího lékaře, který nadále potvrdí odůvodnění omezovacího opatření a vyhodnotí dobu trvání udělených omezení. Pacient musí být vždy informován o důvodech použití omezovacích prostředků. V případě nezletilého či jedince s omezením způsobilosti k právním úkonům musí být informován zákonný zástupce nebo jeho opatrovník (28).

Ve věstníku MZČR č. 4/2018 se uvádí, že doba omezení by neměla překročit hranice doby trvání příčin použití omezovacích opatření. Kontrola lékařem pacienta v omezení musí být provedena každé 3 hodiny a minimálně každých 12 hodin by měl lékař učinit rozhodnutí o nutnosti pokračování v omezení (28).

### **Komplikace v souvislosti s použitím omezovacích prostředků**

Omezovací opatření včetně nedobrovolné hospitalizace na JIP výrazně zasahují do osobní svobody pacienta a je vnímáno společností negativně, proto v nevyhnutelných případech použití těchto opatření se musí provádět tak, aby se výskyt komplikací minimalizoval (29).

V případě, že dojde ke komplikacím v průběhu omezovacích opatření i přes důkladnou ošetrovatelskou péči, je nutné neprodleně informovat lékaře a vše řádně zaznamenat do dokumentace pacienta (29).

Mezi časté komplikace řadíme poranění personálu nebo pacienta. Vlivem tlaku na kůži může dojít k nedostatečnému prokrvení, poruchám inervace končetin a vzniku hematomů. Ke komplikacím může docházet i v důsledku zanedbání ošetrovatelské péče z hlediska rizika vzniku dehydratace a vzniku dekubitů. Další komplikací je i samotná psychická traumatizace pacienta, která vyplývá ze samotného omezení ve

volném pohybu a narušení vztahu mezi pacientem a ošetřovatelským personálem z hlediska důvěry (29).

## **7. *Vzdělávání zdravotního personálu***

Pro zdravotnické obory je důležité uplatňovat koncept celoživotního vzdělávání v průběhu celé klinické praxe NLZP. Celoživotní vzdělávání se dělí na formální, neformální a informální. Formální vzdělávání probíhá v rámci škol a jiných institucí. Neformální se uplatňuje během klinické praxe NLZP s cílem rozšířit již nabyté zkušenosti. Jedná se například o formy odborných seminářů, školení na pracovišti nebo mimo pracoviště. Zprostředkovatel neformálního vzdělávání bývá především zaměstnavatel. Poslední je informální typ tzv. sebevzdělávání. Zahrnuje například studium odborné literatury nebo článků. Jedná se o dobrovolné aktivní vyhledávání nových poznatků k vlastní klinické praxi na podkladě prožité zkušenosti s cílem si rozšířit své odborné znalosti (30).

### **7.1 *Reflektivní učení***

Jedná se o uplatnění lidské zkušenosti v procesu učení. Cílem reflektivního učení je za pomoci reflexe (promyšlení) a prožité vlastní zkušenosti objevit nové poznatky pro klinickou praxi. Příkladem mohou být semináře s bývalými pacienty, u kterých se v minulosti projevilo agresivní chování vlivem poruch způsobené užitím NL (31).

# Výzkumná část

## 1. *Metodika výzkumu*

Empirická část diplomové práce se zabývá kvantitativním výzkumem a analýzou dat získaných pomocí průzkumného šetření formou nestandardizovaných dotazníků. Před zahájením výzkumného šetření se stanovily cíle, aby jejich plnění mělo efektivní přínos pro klinickou praxi v oblasti intenzivní péče z pohledu NLZP.

### 1.1 Cíle práce

Cíle byly stanoveny před zahájením výzkumného šetření. Hlavním cílem diplomové práce je mapování problematiky ošetrovatelské péče z pohledu vybraného nelékařského personálu u pacientů s projevy agrese vlivem vysazení návykových látek na vybraných metabolických jednotkách intenzivní péče.

#### **Dílčí cíle:**

1. Zjistit nejpoužívanější ošetrovatelské intervence v klinické praxi všeobecných sester, zdravotnických záchranářů a praktických sester na metabolických JIP u pacientů s projevy agrese vlivem vysazení NL.
2. Detekovat míru vnímané psychické a fyzické zátěže všeobecných sester, zdravotnických záchranářů a praktických sester v oblasti péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL na metabolických JIP.
3. Identifikovat zájem o vzdělávací akce a možnosti podpory v problematice ošetrovatelské péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL na metabolických JIP.

## 1.2 Metoda sběru dat

Pro dosažení všech stanovených cílů kvantitativního výzkumu byla použita metoda sběru dat pomocí nestandardizovaných dotazníků, jehož vyplnění bylo anonymní a dobrovolné. Dotazníkové šetření je zaměřené na nelékařský zdravotnický personál, konkrétně na všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře a praktické sestry.

Sběr dat probíhal na vybraných metabolických jednotkách intenzivní péče tří fakultních nemocnic v Praze v období od 1.3. do 31.3. 2023, a to na základě poskytnutí informovaných souhlasů náměstkyň pro ošetrovatelskou péči a vrchních sester interních klinik.

Dotazníkové šetření obsahuje celkem 32 otázek, z toho je 27 uzavřených a zbylých 5 je otevřených. Dotazník byl rozčleněn do čtyř kategorií:

1. kategorie obsahuje otázky směřované především k získání demografických údajů o respondentech se zaměřením na pohlaví, věkový průměr, dosažené vzdělání, na počet let odborné praxe na metabolické jednotce intenzivní péče. Otázky číslo 5 a 6 poukazují s jakým typem agrese se u pacientů personál nejčastěji setkává.

2. kategorie je zaměřena na získání dat k problematice ošetrovatelských intervencí užívaných v klinické praxi.

3. kategorie má za cíl detekovat míru vnímání zátěže sester v ošetrovatelské péči o pacienty s projevy agrese po vysazení NL.

4. kategorie se orientuje na zájem o rozšířené vzdělávací akce v této problematice a případně, o jaké formy vzdělávání by respondenti měli největší zájem.

Ve výzkumné části v rámci zpracování dat pro přesnější detekci informací byl u některých otázek zohledněn procentuální podíl respondentů na základě let odborné praxe. Na počet zaměstnanců všech dotazovaných nemocnic bylo rozdáno celkem 105 dotazníků a vrátilo se 77 kusů, což činí z celkového počtu 73 % návratnosti. U většiny otázek respondenti zaškrtnli více možných odpovědí.

## 1.3 Pilotní studie

Pilotní studie byla provedena k ověření správné interpretace otázek. Nejprve byl dotazník konzultován s vedoucí diplomové práce, vzorová kopie dotazníku byla

ponechána na jednom z dotazovaných pracovišť po dobu jednoho týdne a následně byl dotazník upraven v níže uvedených otázkách.

**Otázka č. 5:** Upravena struktura otázky z obecné na dílčí pro získání konkrétního data. „*S jakým typem agrese se setkáváte nejčastěji.*“

**Otázka č. 22:** Přidána jedna z možných odpovědí „*Jiné*“.

**Otázka č. 25:** Změněna formulace z „*Jak správně postupovat.*“ na „*Jak postupujete.*“.

**Otázka č. 32:** Přidána jedna z možných odpovědí „*Dostupnost pomůcek na pracovišti*“.

## 1.4 Statistické zpracování dat

Výsledky statistického zpracování dat byly interpretovány pomocí absolutní četnosti, která vyjadřuje počet zaznamenaných odpovědí na otázky a jejich relativní četnosti tzv. procentuálního podílu. Dále se použil výpočet aritmetického průměru a směrodatné odchylky. Vyhodnocené tabulky jsou následně převedeny do sloupcových grafů v programu Microsoft Office Excel a interpretace získaných výsledků jsou uvedeny v popisné podobě na konci uvedené položky.

## 2. Výsledky dotazníkového šetření

Z celkového počtu rozdaných 105 dotazníků se v období 1.3. – 31.3. 2023 vrátilo celkem 77 dotazníků, což činí 73 % návratnosti. Vyhodnocení nastavených cílů na základě komplexních dat je interpretováno v kapitolách Diskuze a Závěr diplomové práce.

### 2.1 Demografické údaje

Demografické údaje jsou obsaženy v první kategorii dotazníkového šetření. Získané údaje představují ucelený přehled o respondentech. Jednalo se o otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5 a 6.



## 1. Uved'te Vaše pohlaví.

*Tabulka 1 Pohlaví*

Pohlaví	Počet	v %
Žena	59	77%
Muž	18	23%

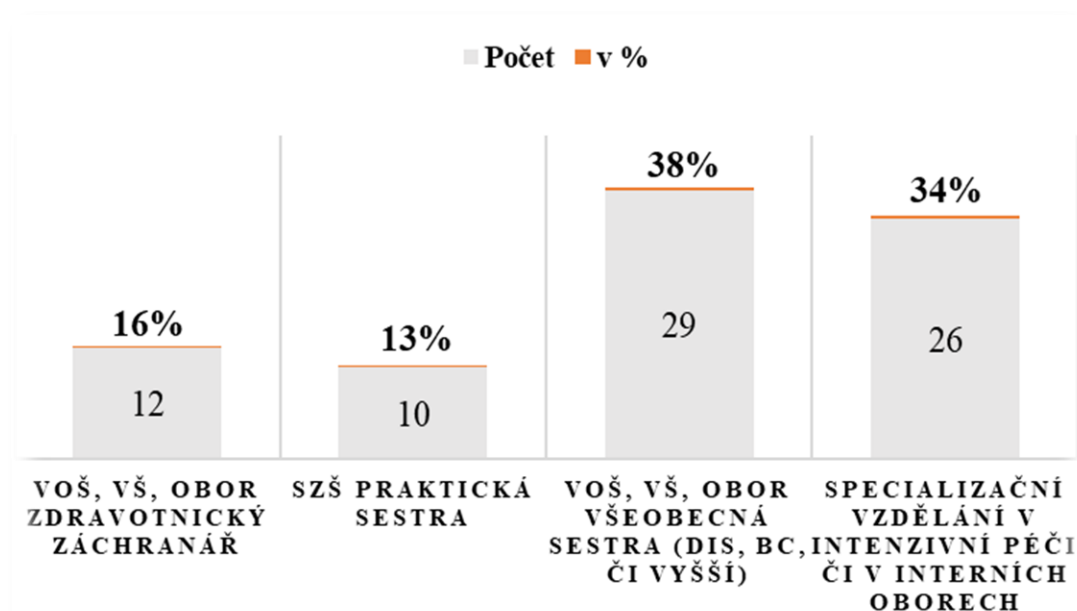
Na první otázku odpovědělo všech 77 respondentů (100 %). Z uvedené tabulky 2 vyplývá, že z celkového počtu se zúčastnilo 59 žen (77 %) a 18 mužů (23 %). Do výzkumného šetření se začlenilo více žen.

## 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

*Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání*

Dosažené vzdělání	Počet	v %
VOŠ, VŠ, obor Zdravotnický záchranář	12	16%
SZŠ Praktická sestra	10	13%
VOŠ, VŠ, obor Všeobecná sestra (DiS, Bc, či vyšší)	29	38%
Specializační vzdělání v Intenzivní péči či v interních oborech	26	34%

**Graf 1** Nejvyšší dosažené vzdělání



Největší počet respondentů představují všeobecné sestry s vyšším vzděláním VŠ, VOŠ a Dis., s relativní četností 38 % a sestry se specializačním vzděláním v intenzivní péči nebo interních oborech s 34 % z celkového počtu 77 (100 %).

### 3. Uved'te Váš věk v letech.

**Tabulka 3** Věkové rozmezí

Věk	Počet	v %
23-30 let	20	26%
31-40 let	25	32%
41-50 let	21	27%
51-60 let	10	13%
61-67 let	1	1%

Dle získaných odpovědí je patrné věkové rozpětí. Nemladšímu je 23 let a nejstaršímu je 67 let. Pro lepší přehlednost se vymezilo věkové rozmezí po 10 letech a poté se vyčlenila absolutní četnost všech oddílů. Nejvyšší podíl respondentů je ve věkovém rozmezí 31-40 let (32 %) z a 41–50 let (27 %). Tím společně představují 53 % dotazovaných. Průměrný věk respondentů podle aritmetického průměru je 38,7 let.

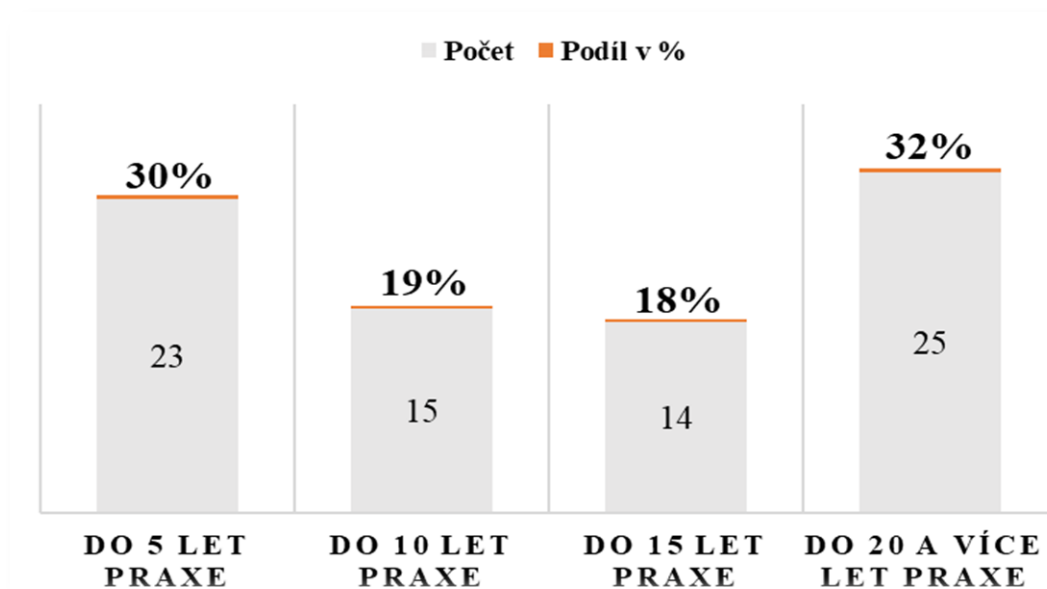
#### 4. Uveďte Váš počet let v odborné praxi na metabolické JIP.

*Tabulka 4 Počet let odborné praxe*

Délka praxe	Počet	v %
Do 5 let	23	30%
Do 10 let	15	19%
Do 15 let	14	18%
Do 20 a více let	25	32%

Tabulka 5 představuje přehled o dosavadním rozmezí let odborné praxe na pracovištích metabolické JIP. Z celkového počtu dotazovaných zdravotníků má celých 32 % respondentů do 20 let a více klinickou praxi na metabolické JIP.

*Graf 2 Počet let odborné praxe*

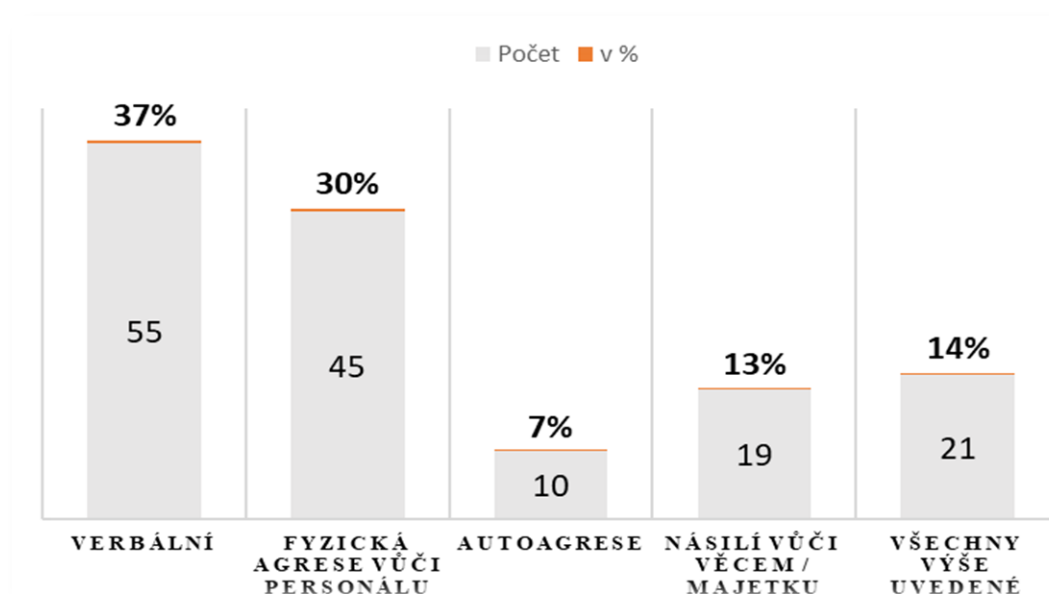


5. S jakým typem agrese se setkáváte nejčastěji na Vašem pracovišti?

Tabulka 5 Typy agrese na metabolických JIP

Typy agrese	Počet	v %
verbální	55	37%
fyzická agrese vůči personálu	45	30%
autoagrese	10	7%
násilí vůči věcem / majetku	19	13%
všechny výše uvedené	21	14%
<b>Celkem</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Graf 3 Typy agrese na metabolických JIP



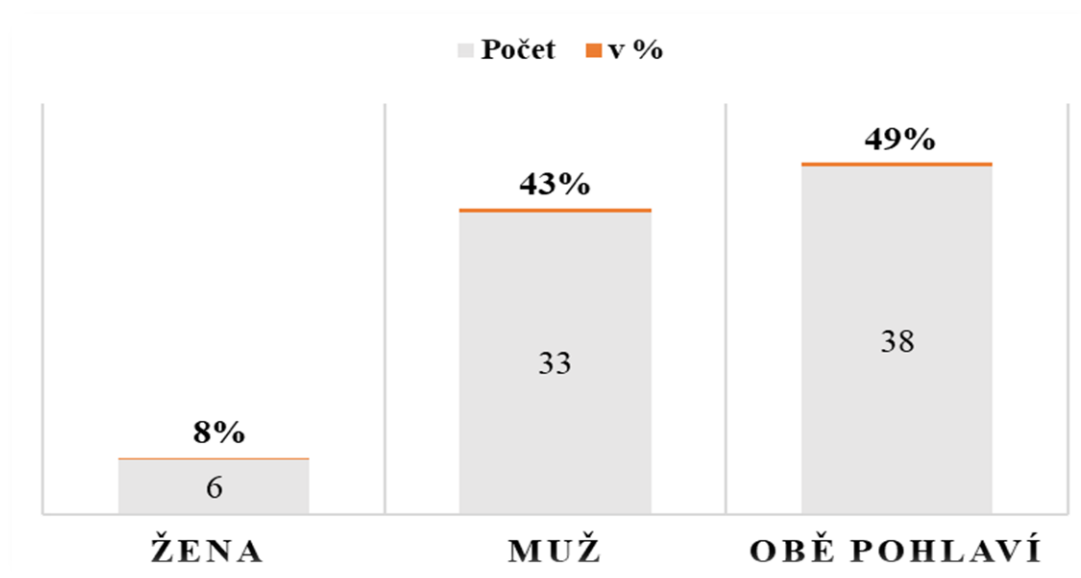
Graf 4 referuje o nejčastějších typech agrese, se kterými se běžně setkávají respondenti v klinické praxi na metabolické JIP. Z dotazníkového šetření se eviduje celkem 150 (100 %) odpovědí. Více než 50 % respondentů uvedlo více možných odpovědí. Až 55 (37 %) z celkového počtu 77 respondentů uvádí, že jedním z nejčastějších typů agrese na jejich pracovišti je typ verbální agrese. Dále 30 % zdravotníků zvolilo, že nejčastější typ agrese je fyzické napadení zdravotního personálu.

## 6. U koho se nejčastěji setkáváte s projevy agrese vlivem vysazení NL?

Tabulka 6 Projevy agrese u pohlaví

Projevy agrese u pohlaví	Počet	v %
Žena	6	8%
Muž	33	43%
Obě pohlaví	38	49%

Graf 4 Projevy agrese u pohlaví



Nejvíce z celkového počtu 77 (100 %) dotazovaných se setkává s projevy agrese u obou pohlaví stejně v procentuálním podíle 49 %. Dále celých 43 % zdravotního personálu se častěji setkává s projevy agrese u mužů a zbylých 8 % respondentů u žen.

## 2.2 Ošetrovatelské intervence

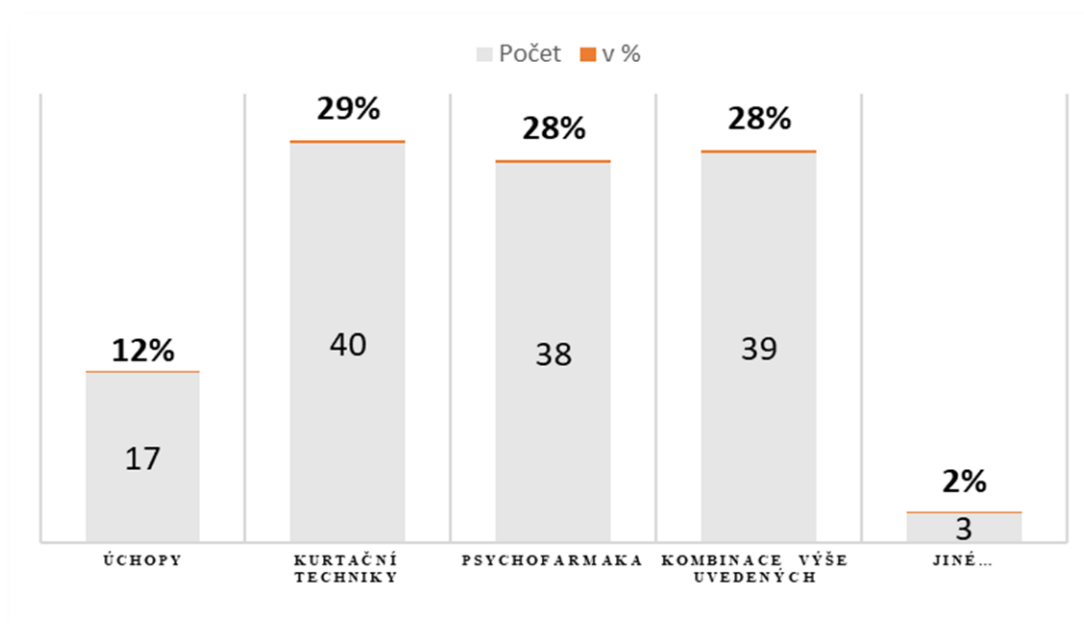
Druhá kategorie dotazníkového šetření odkazuje na hlavní cíl mé diplomové práce. Zaměřena je na získání dat k problematice ošetrovatelských intervencí u pacientů s projevy agrese vlivem vysazení NL v klinické praxi z pohledu sester na metabolických JIP. V dotazníkovém šetření se jednalo o otázky číslo 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 25, 26 a 27.

### 1. Jaké omezovací prostředky používáte na Vašem pracovišti.

Tabulka 7 Omezovací prostředky

Omezovací prostředky	Počet	v %
Úchopy	17	12%
Kurtační techniky	40	29%
Psychofarmaka	38	28%
Kombinace výše uvedených	39	28%
Jiné...	3	2%
<b>Celkem</b>	<b>137</b>	<b>100%</b>

Graf 5 Druhy omezovacích prostředků



Celkem jsme získali 137 odpovědí od všech 77 dotazovaných. Většina respondentů uvádí kombinaci pouze některých z možností, ale největší absolutní četnost s počtem 40 (29 % z celkového počtu odpovědí) respondentů zvolili odpověď kurtační techniky. Druhou nejčastější odpovědí zdravotníků byl, že na svém oddělení nejvíce využívají kombinaci uvedených omezovacích opatření.

## 2. Máte stanovené postupy v týmové spolupráci při příjmu pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL na Vašem pracovišti?

*Tabulka 8 Četnost OSE postupů týmu*

Postupy	Počet	v %
Ano	33	43%
Ne	44	57%
Celkem	77	100%

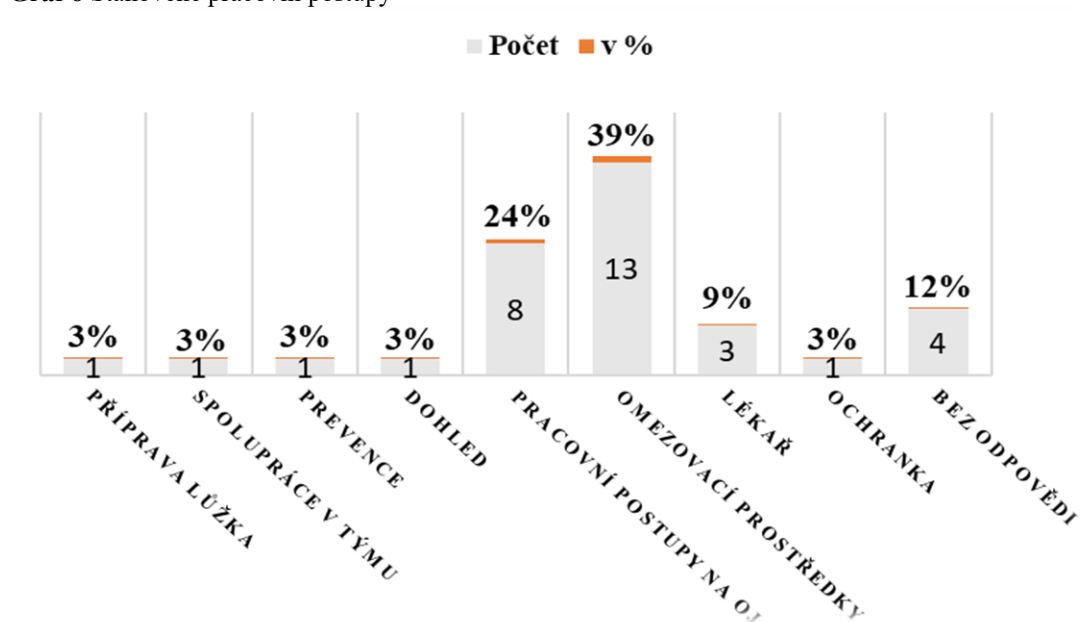
Z celkového počtu 77 (100 %) respondentů jich uvádí 44 (57 %), že nemají stanovené postupy v týmové spolupráci při příjmu pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL.

## 3. Pokud ano, stručně popište jaké.

*Tabulka 9 Stanovené pracovní postupy týmové spolupráci při příjmu pacienta s projevy agrese*

Možnosti	Počet	v %
Příprava lůžka	1	3%
Spolupráce v týmu	1	3%
Prevence	1	3%
Dohled	1	3%
Pracovní postupy na OJ	8	24%
Omezovací prostředky	13	39%
Lékař	3	9%
Ochranka	1	3%
Bez odpovědi	4	12%
Celkem	33	100%

**Graf 6** Stanovené pracovní postupy



Celkem 33 respondentů (100 %) v otevřené otázce uvedlo stanovené pracovní postupy na jejich pracovišti. Graf 7 zohledňuje všechny uvedené odpovědi. Z celkového počtu 33 (100 %) až 13 (39 %) respondentů mezi běžné pracovní postupy v týmové spolupráci zahrnují použití omezovacích prostředků již během příjmu pacienty s projevy agrese. Celkem 12 % respondentů nevedlo žádnou odpověď.

#### 4. Máte na Vašem pracovišti k dispozici předem připravené lůžko/pokoj/box pro příjem pacienta s projevy agrese?

*Tabulka 10 Četnost předem připraveného lůžka/pokoje/boxu*

Možnosti	počet	v %
Ano	16	21%
Ne	61	79%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

Z celkového počtu 77 (100 %) dotazovaných uvedlo 61 (79 %), že nemají na svém pracovišti předem připravené lůžko/pokoj/box.



**5. Pokud ne, pomohlo by Vám mít k dispozici předem připravené lůžko/pokoj/box na Vašem pracovišti?**

*Tabulka 11 Pomoc předem připraveného lůžka/pokoje/boxu*

<b>Možnosti</b>	<b>počet</b>	<b>v %</b>
<b>Ano</b>	45	74%
<b>Ne</b>	16	26%
<b>Celkem</b>	61	100%

Z tabulky 12 je patrné, že z 61 (100 %) dotazovaných zdravotníků jich uvedlo 45 (74 %), že o předem připravené lůžko, pokoj nebo box by měli zájem v ošetrovatelské péči o pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL.

**6. Je lékař vždy přítomen po celou dobu na oddělení během akutní fáze projevu agrese u pacienta vlivem vysazení NL?**

*Tabulka 12 Četnost přítomnosti lékaře*

<b>Možnosti</b>	<b>počet</b>	<b>v %</b>
<b>Ano</b>	18	23%
<b>Ne</b>	59	77%
<b>Celkem</b>	77	100%

Celkem 77 % respondentů uvedlo, že lékař není přítomen vždy po celou dobu na oddělení během akutní fáze projevu agrese pacienta.

## 7. Voláte vždy lékaře při projevech agrese pacienta?

Tabulka 13 Volání lékaře

Možnosti	počet	v %
Ano	55	71%
Ne	22	29%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

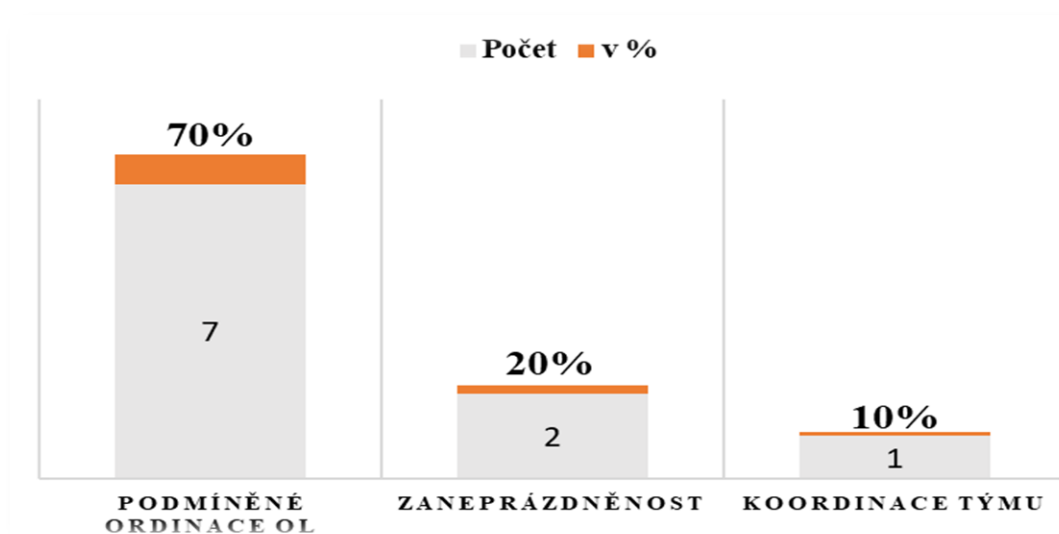
Až 71 % respondentů volá vždy lékaře při projevech agrese na metabolických JIP.

## 8. Pokud ne, uveďte důvod (uvedlo pouze 10 respondentů)

Tabulka 14 Důvody NLZP, proč nevolají OL

Důvody	Počet	v %
Podmíněné ordinace OL	7	70%
Zaneprázdněnost	2	20%
Koordinace týmu	1	10%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Graf 7 Důvody NLZP, proč nevolají OL



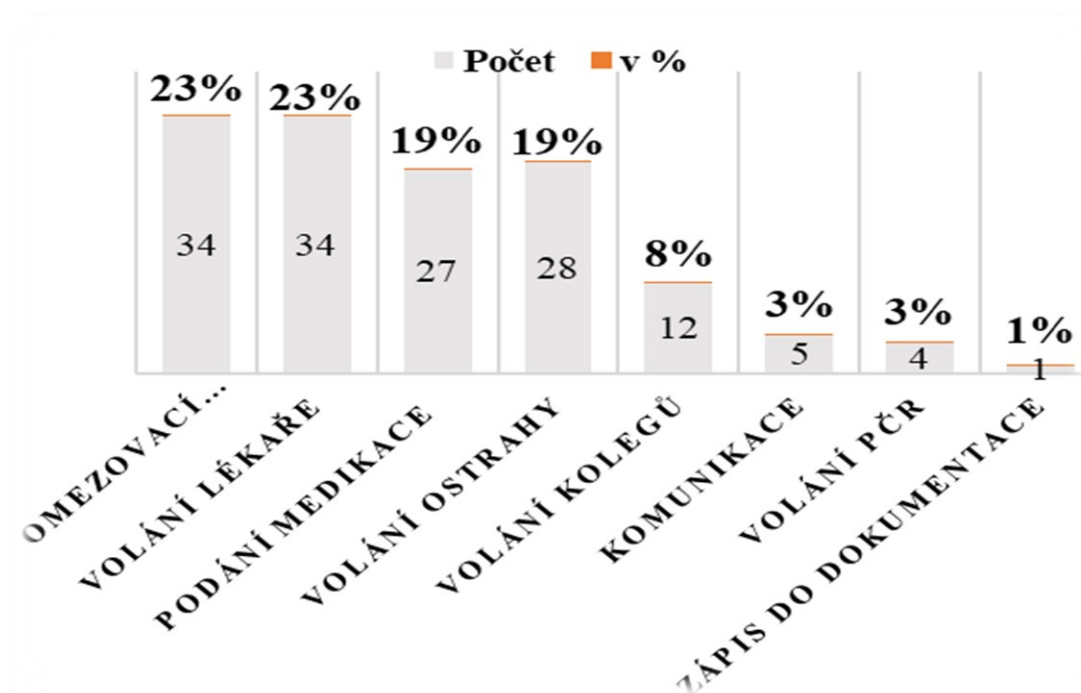
Tato otázka byla těžko hodnotitelná. Otázka 8 byla směřována pro 22 (100 %) respondentů, kteří odpověděli v otázce číslo 7 negativně. V tabulce 15 jsou uvedeny tři možné odpovědi, které jako jediné korespondovali s otázkou. Z 10 respondentů jich 70 % uvedlo jako důvod podmíněné ordinace lékaře uvedené v dekurzu. Zbylé odpovědi více korespondují s kladnou odpovědí k otázce číslo 7 například intoxikace pacienta a neúčinná léčba.

**9. Jak postupujete na Vašem pracovišti v případě ohrožení Vašeho bezpečí nebo bezpečí Vaší kolegyně/kolegy při projevu agrese pacienta?**

*Tabulka 15 Opatření při výskytu nebezpečí*

Opatření	Počet	v %
Omezovací prostředky	34	23%
Volání lékaře	34	23%
Podání medikace	27	19%
Volání ostražky	28	19%
Volání kolegů	12	8%
Komunikace	5	3%
Volání PČR	4	3%
Zápis do dokumentace	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>

Graf 8 Opatření při hrozbě bezpečí



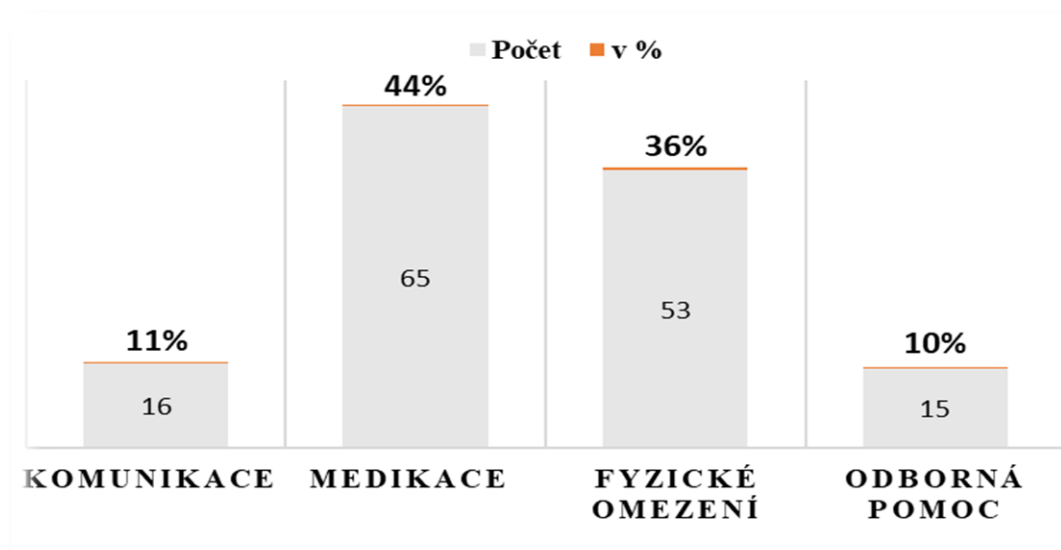
Do ošetrovatelských postupů při ohrožení vlastní bezpečí nebo bezpečí kolegů je nejvíce zainteresováno využití omezovacích prostředků a volání lékaře se stejnou relativní četností 23 % z uvedených 145 (100 %) odpovědí. Jednalo se o otevřenou otázku, ze které byly zpracovány všechny popisované postupy všeobecných sester a zdravotnických záchranářů a PS.

**10. Jaká technika se Vám jeví s největším efektem ke zvládnání projevů agrese u pacienta po vysazení NL?**

Tabulka 16 Vhodné techniky s nejvyšším efektem

Techniky	Počet	v %
Komunikace	16	11%
Medikace	65	44%
Fyzické omezení	53	36%
Odborná pomoc	15	10%
<b>Celkem</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>

**Graf 9** Vhodné techniky s nejvyšším efektem



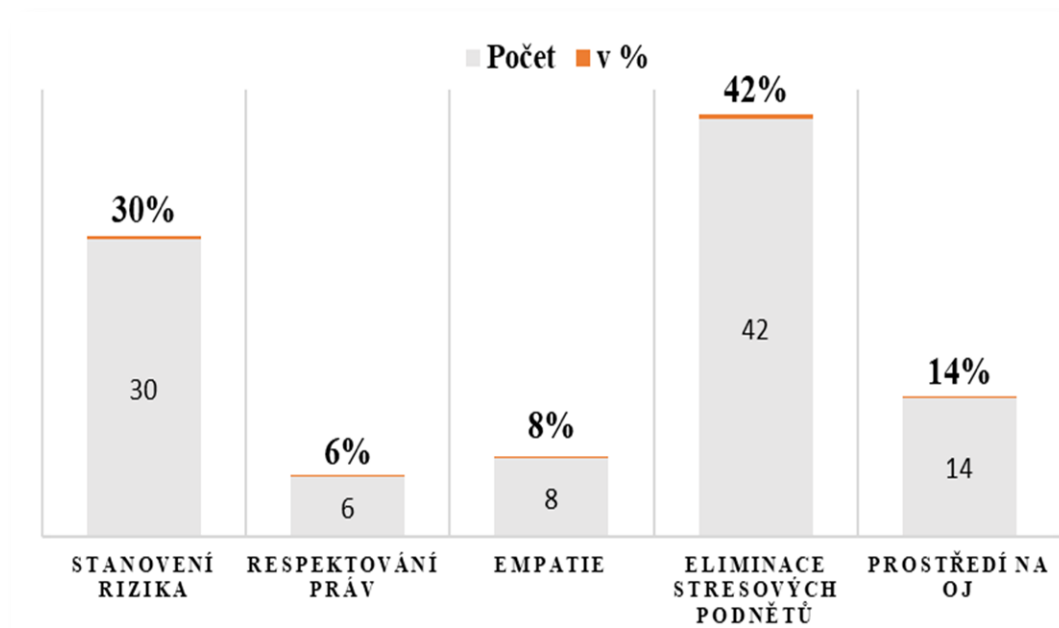
77 respondentů označilo celkem 149 (100 %) položek. 65 (44 %) respondentů uvedlo, že se jim technika podávání medikace u pacientů s projevy agrese jeví jako metoda s největším efektem. Druhou technikou s nejvyšší efektem se zdravotníkům jeví fyzické omezení, jehož relativní četnost je 36 %.

**11. Jaká technika v preventivním přístupu v péči o agresivního pacienta je Vám nejvíce blízká?**

*Tabulka 17* Preventivní techniky

Prevence	Počet	v %
Stanovení rizika	30	30%
Respektování práv	6	6%
Empatie	8	8%
Eliminace stresových podnětů	42	42%
Prostředí na OJ	14	14%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Graf 10** Preventivní technika



U otázky číslo 11 této kategorie byla opět možnost zvolit více možných odpovědí. 77 dotazovaných respondentů, označilo celkem 100 (100 %) položek. 42 (42 %) respondentů uvedlo, že eliminace stresových podnětů a 30 (30 %) stanovení rizik zdravotníkům nejvíce blízká jako preventivní technika v péči o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL.

### **2.3 Vnímání míry zátěže sester**

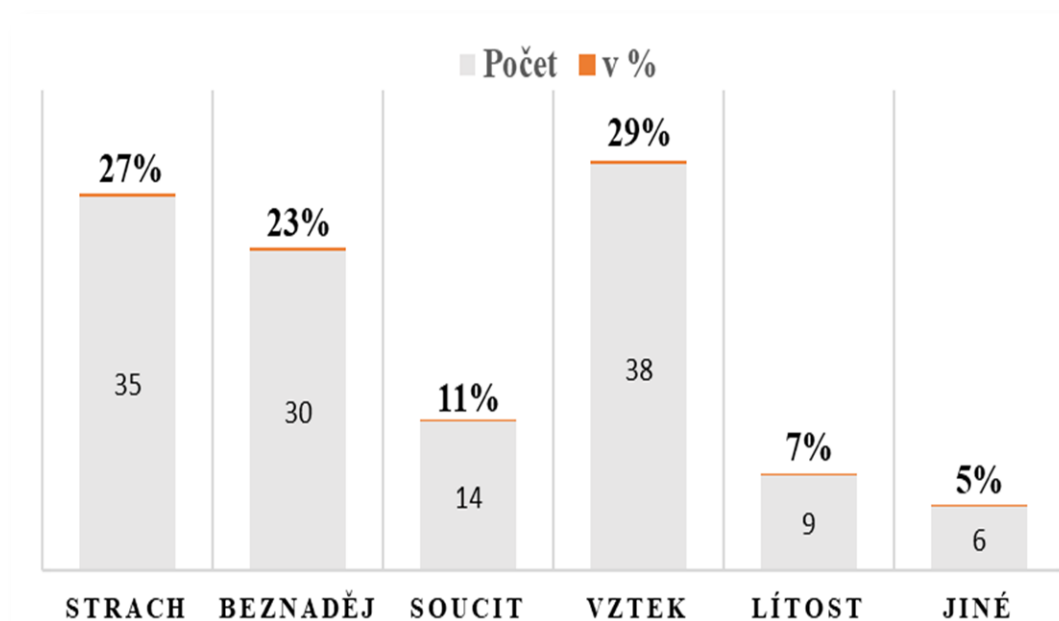
Třetí zpracovávanou kategorií k dosažení cílů diplomové práce je oblast vnímání míry zátěže zdravotníků na vybraných metabolických JIP tří fakultních nemocnic v Praze. Pro detekci této oblasti byly položeny v dotazníkovém šetření otázky číslo 20, 21, 22, 23, 24, 30, 31 a 32.

## 1. Jaké pocity ve Vás vyvolávají projevy agrese u pacientů vlivem vysazení NL?

Tabulka 18 Pocity zdravotního personálu

Pocity	Počet	v %
Strach	35	27%
Beznaděj	30	23%
Soucit	14	11%
Vztek	38	29%
Lítost	9	7%
Jiné	6	5%
<b>Celkem</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>

Graf 11 Pocity Zdravotního personálu



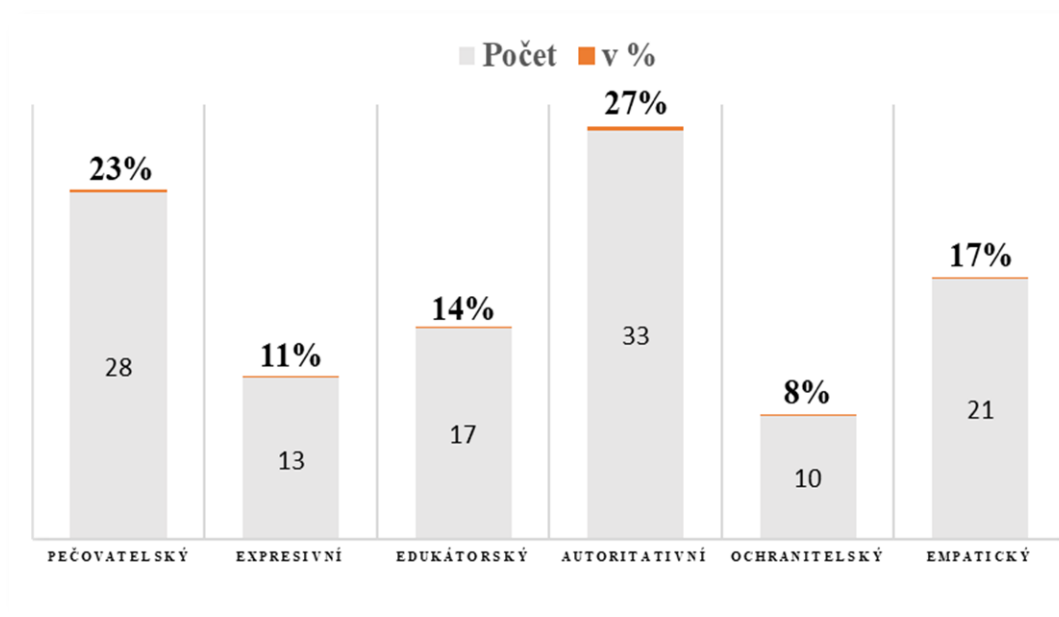
Na základě položené otázky se získalo celkem 132 (100 %) odpovědí, kdy nejvyšší absolutní četnost odpovědí představuje vztek (29 %) a strach (27 %). Z grafu číslo 12 je taky patrné, že nejmenší četnost odpovědí na základě položené otázky mají lítost (7 %) a soucit (11 %).

## 2. Jak byste označil/a svůj osobní přístup k pacientům s projevy agrese vlivem vysazení NL?

Tabulka 19 Osobní přístup zdravotníků

Přístup	Počet	v %
Pečovatelský	28	23%
Expresivní	13	11%
Edukátorský	17	14%
Autoritativní	33	27%
Ochranitelský	10	8%
Empatický	21	17%
<b>Celkem</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

Graf 12 Osobní přístup zdravotníků



V případě této otázky je vidět, že nejvíce zdravotníků má tzv. autoritativní (27 %) a pečovatelský (23 %) osobní přístup k pacientům s projevy agrese vlivem vysazení NL.

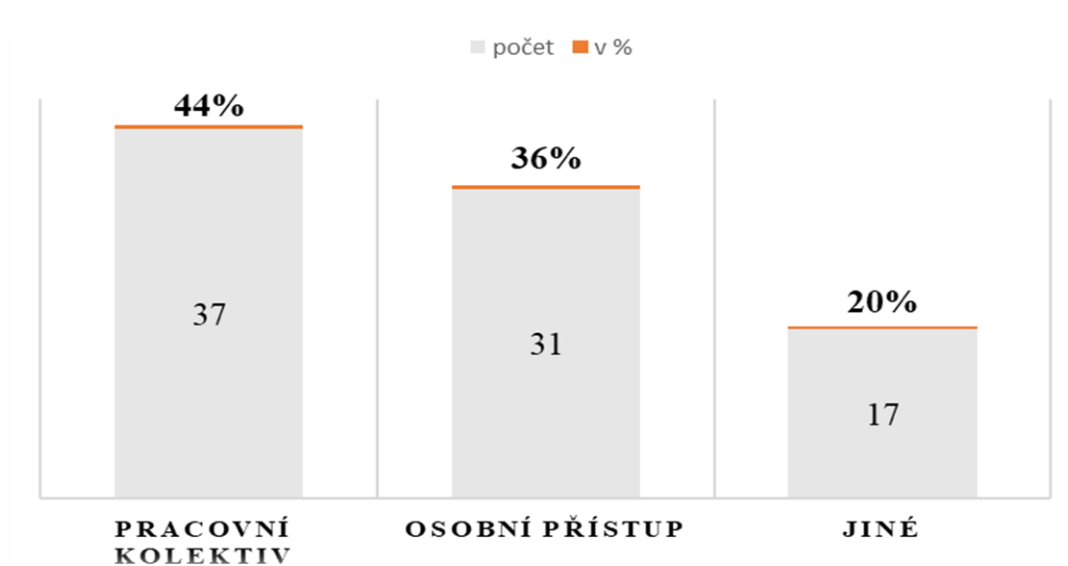


### 3. V čem nacházíte motivaci pečovat o pacienta s projevy agrese?

Tabulka 20 Motivace k ose péči

Motivace	počet	v %
Pracovní kolektiv	37	44%
Osobní přístup	31	36%
Jiné	17	20%
Celkem	85	100%

Graf 13 Motivace k ose péči



Na tuto otázku se dostavilo celkem 85 (100 %) odpovědí. 44 % zdravotníků nachází motivaci v péči o pacienty s projevy agrese v pracovním kolektivu. Třetí možnost pod položkou jiné, která činí celkem 20 % odpovědí se respondenti zmiňovali například o finanční motivaci. Je potřeba také zmínit, že osm respondentů (9 %) respondentů označilo první dvě možnosti současně.

**4. Nastala situace, kdy Vy nebo Vaši kolegové byli v ohrožení vlastní bezpečnosti při projevu agrese pacienta?**

*Tabulka 21 Četnost ohrožení bezpečnosti*

Možnosti	počet	v %
Ano	50	65%
Ne	27	35%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

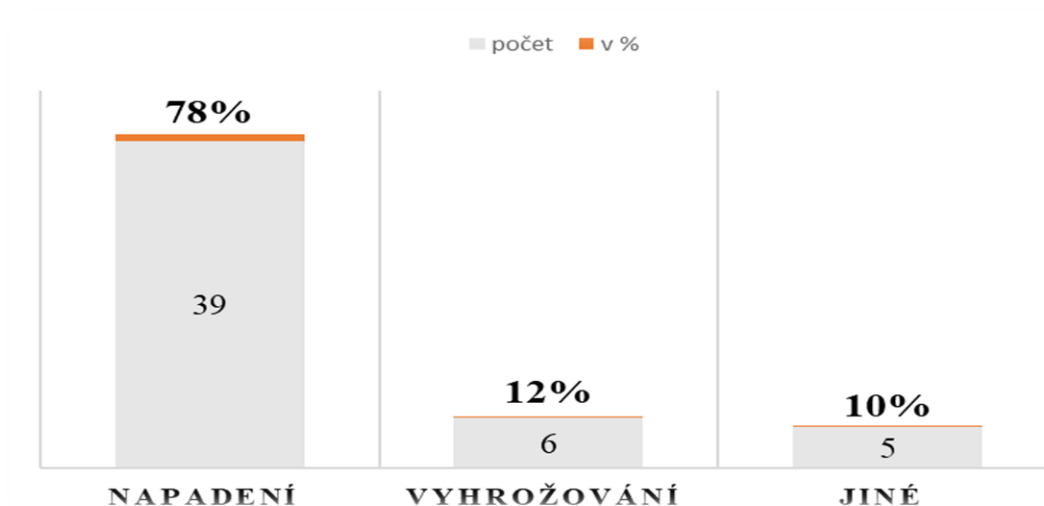
Až 65 % respondentů z celkového počtu 77 (100 %) uvádí, že po dobu své klinické praxe byli v ohrožení vlastní nebo kolegoví bezpečnosti.

**5. Pokud ano, stručně popište situaci.**

*Tabulka 22 Situace ohrožení bezpečnosti*

Situace	počet	v %
Napadení	39	78%
Vyhrožování	6	12%
Jiné	5	10%
<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Graf 14 Situace ohrožení bezpečnosti*



Z 65 % respondentů, kteří odpověděli v otázce číslo 5 této kategorie kladně, se zmínilo o přímém fyzickém napadení ze stran pacientů vůči personálu na metabolických JIP. Jedná se o většinovou část respondentů s relativní četností 78 % z uvedených odpovědí v rámci otevřené otázky číslo 6.

**6. Je pro Vás únosné pečovat o agresivního pacienta po celou dobu 12hodinové směny?**

*Tabulka 23 Únosnost 12hodinové služby*

Možnosti	počet	v %
Ano	34	44%
Ne	43	56%
<b>Celkem</b>	77	100%

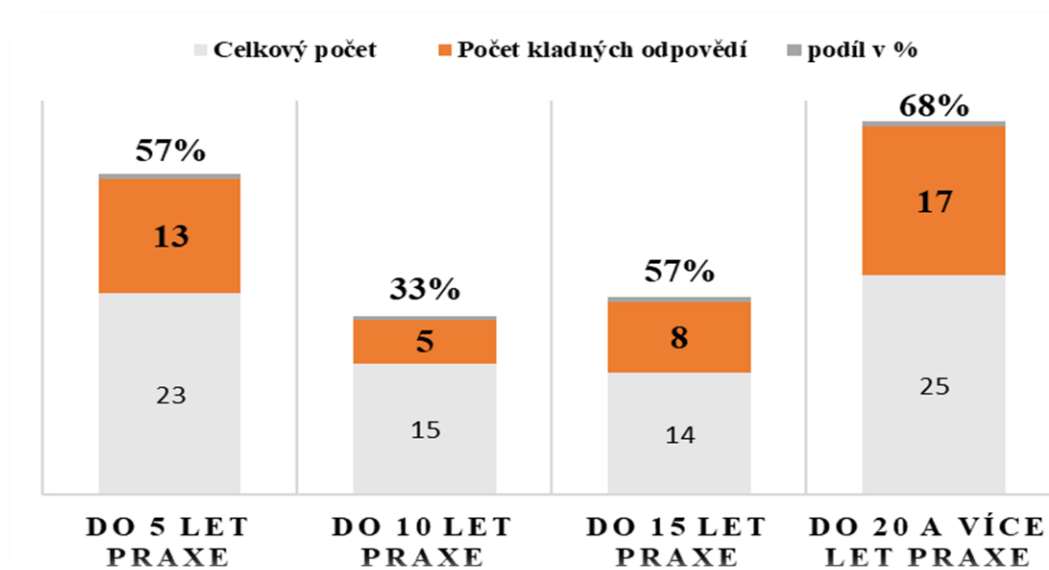
Celkem 56 % (43) respondentů se domnívá, že pečovat o pacienta s projevy agrese není únosné po celou dobu 12hodinové směny. Zbýlých 44 % (34) uvádí, že to je únosné.

**Podíl negativních odpovědí na základě počtu let odborné praxe respondentů.**

*Tabulka 24 Únosnost zátěže po dobu 12hodinové směny*

Péče po dobu 12hodinové směny	Celkový počet	Počet negativních odpovědí	podíl v %
<b>Do 5 let praxe</b>	23	13	57%
<b>Do 10 let praxe</b>	15	5	33%
<b>Do 15 let praxe</b>	14	8	57%
<b>Do 20 a více let praxe</b>	25	17	68%
<b>Celkem</b>	77	43	215%

**Graf 15** Únosnost zátěže po dobu 12hodinové směny



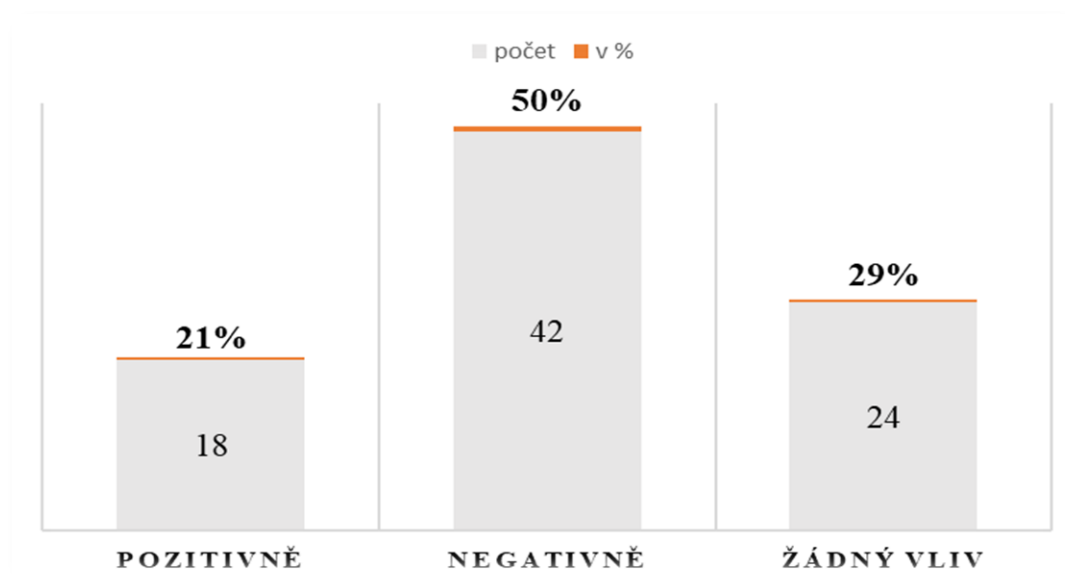
Na základě počtu kladných odpovědí 43 se vypočítal procentuální podíl jednotlivých skupin respondentů podle let odborné praxe na metabolických JIP. Na Grafu číslo 16 je patrné, že nejvíce zatěžující pečovat po celou dobu 12hodinové směny o pacienty s projevy agrese je pro skupinu s odbornou praxí do dvaceti let a více ve výši 68 % z celkového počtu 25 zdravotníků. Naopak nejméně snesitelné pečovat o pacienty s projevy agrese po celou dobu 12hodinové směny s podílem 33 % (z celkového počtu 15) zdravotníků s odbornou praxí do 10 let.

**7. Ovlivňuje Vás zkušenost v oblasti péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL?**

**Tabulka 25** Vliv zkušeností péče o agresivní pacienty

Vliv	počet	v %
Pozitivně	18	21%
Negativně	42	50%
Žádný vliv	24	29%
Celkem	84	100%

**Graf 16** Vliv zkušeností z péče o agresivní pacienty



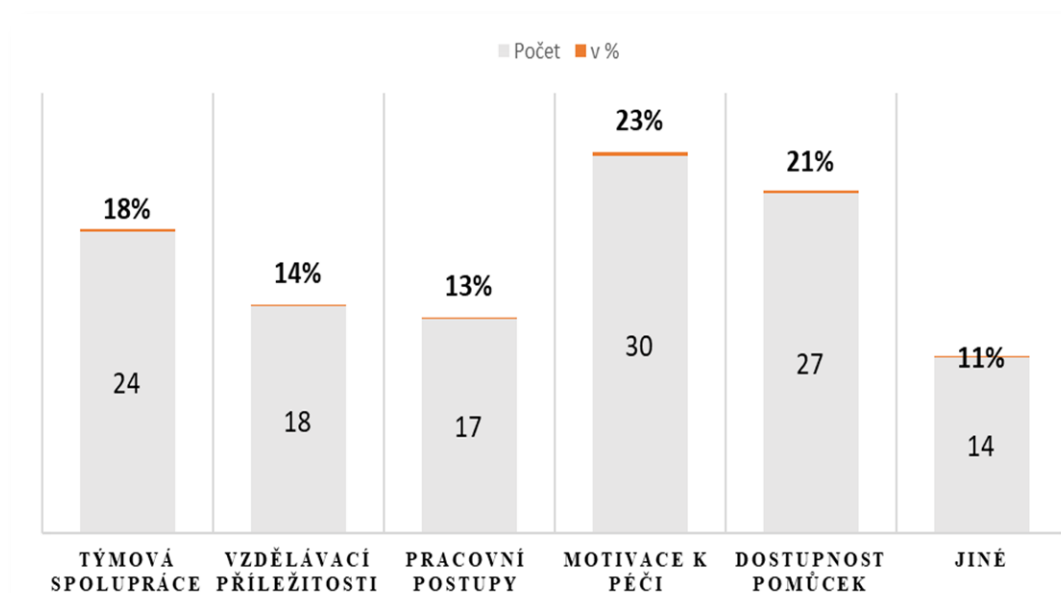
Nejvíce respondentů uvádí, že péče o pacienty s projevy agrese má na ně negativní dopady, a to až v 50 % z celkového počtu odpovědí 84. Sedm respondentů označilo první dvě odpovědi, což je 5,39 % ze 77 respondentů.

**8. V jakých oblastech vnímáte nedostatky, které negativně ovlivňují úspěšné zajištění agresivních pacientů?**

**Tabulka 26** Nedostatky v zajištění pacienta s projevy agrese

Vnímané nedostatky	Počet	v %
Týmová spolupráce	24	18%
Vzdělávací příležitosti	18	14%
Pracovní postupy	17	13%
Motivace k péči	30	23%
Dostupnost pomůcek	27	21%
jiné	14	11%
<b>Celkem</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>

**Graf 17** Nedostatky v zajištění pacienta s projevy agrese



Graf číslo 18 znázorňuje, v čem respondenti vnímají nedostatky, které negativně ovlivňují úspěšné zajištění agresivních pacientů. Celkem se detekovalo 130 odpovědí, z toho 23 % odpovědí připadlo na motivaci k péči a 21 % na dostupnost pomůcek na oddělení z celkového počtu 130 (100 %).

## 2.4 Rozšířené vzdělávání

Poslední zpracovanou kategorií dotazníkového šetření je míra zájmu zdravotnického personálu o rozšířené vzdělávací akce v této problematice a v případě zájmu, jaké formy vzdělávání u respondentů vzbuzují největší zájem. Jednalo se o otázky číslo 15, 16, 17, 18, 19, 28, 29.

**1. Zúčastnila jste se vzdělávací akce týkající se problematiky práce s agresivním, agitovaným či neklidným pacientem?**

*Tabulka 27 Účast na vzdělávacích akcích*

<b>Možnosti</b>	<b>počet</b>	<b>v %</b>
<b>Ano</b>	23	30%
<b>Ne</b>	54	70%
<b>Celkem</b>	77	100%

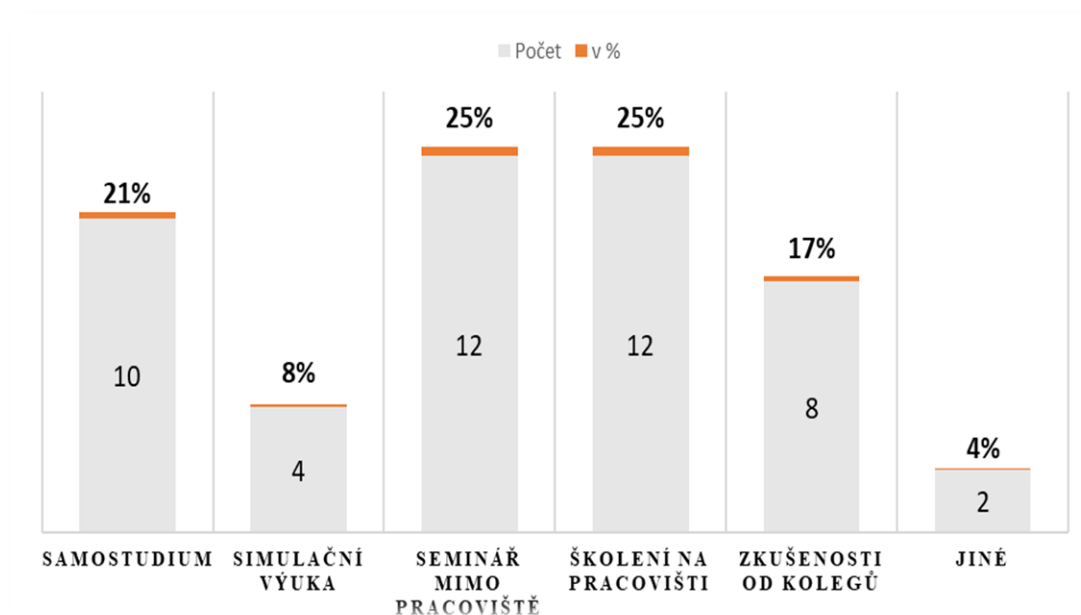
Z tabulky číslo 28 je patrné, že až 70 % respondentů se nezúčastnilo vzdělávací akce v problematice péče o agresivní pacienty.

**2. Jakou formou vzdělávací akce probíhala?**

*Tabulka 28 Forma průběhu vzdělávací akce*

<b>Průběh vzdělávací akce</b>	<b>Počet</b>	<b>v %</b>
<b>Samostudium</b>	10	21%
<b>Simulační výuka</b>	4	8%
<b>Seminář mimo pracoviště</b>	12	25%
<b>Školení na pracovišti</b>	12	25%
<b>Zkušenosti od kolegů</b>	8	17%
<b>jiné</b>	2	4%
<b>Celkem</b>	48	100%

**Graf 18** Forma průběhu vzdělávací akce



Z celkového počtu 48 odpovědí respondentů je patrné, že s největší relativní četností se dotazovaní již zúčastnili semináře mimo své pracoviště a podrobili se školením na pracovišti. Nejméně respondentů v poměru 8 % (4) se zúčastnilo simulační výuky.

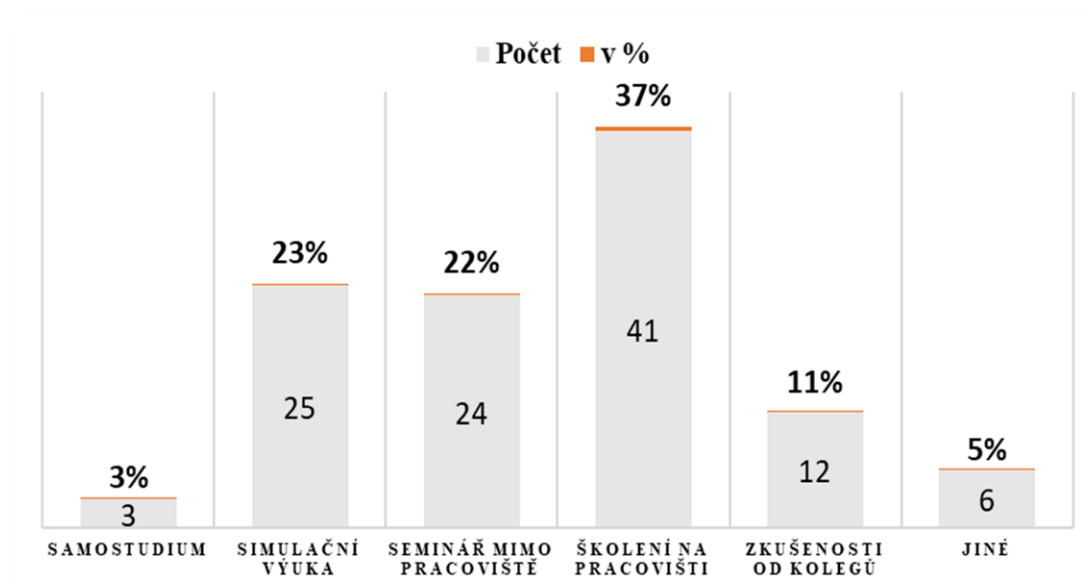
### 3. O jakou formu vzdělávací akce byste měl/a zájem?

**Tabulka 29** Možný zájem a průběh vzdělávací akce

Zájem o vzdělávací akce	Počet	v %
Samostudium	3	3%
Simulační výuka	25	23%
Seminář mimo pracoviště	24	22%
Školení na pracovišti	41	37%
Zkušenosti od kolegů	12	11%
jiné	6	5%
<b>Celkem</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>



**Graf 19** Možný zájem a průběh vzdělávací akce



37 % respondentů, kteří projeví zájem o vzdělávací akce v problematice péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL, označilo možnost účast školení na svém vlastním pracovišti. Mnoho respondentů označilo dvě a více možných odpovědí. O simulační výuku projeví 23 % respondentů.

#### 4. Uvítali byste reflektivní učení neboli možnost sdílení vlastní zkušenosti lidí, kteří prošli závislostí a projevy agrese na podkladě vysazení NL?

*Tabulka 30* Zájem o reflektivní učení

Možnosti	počet	v %
Ano	46	60%
Ne	31	40%
<b>Celkem</b>	77	100%

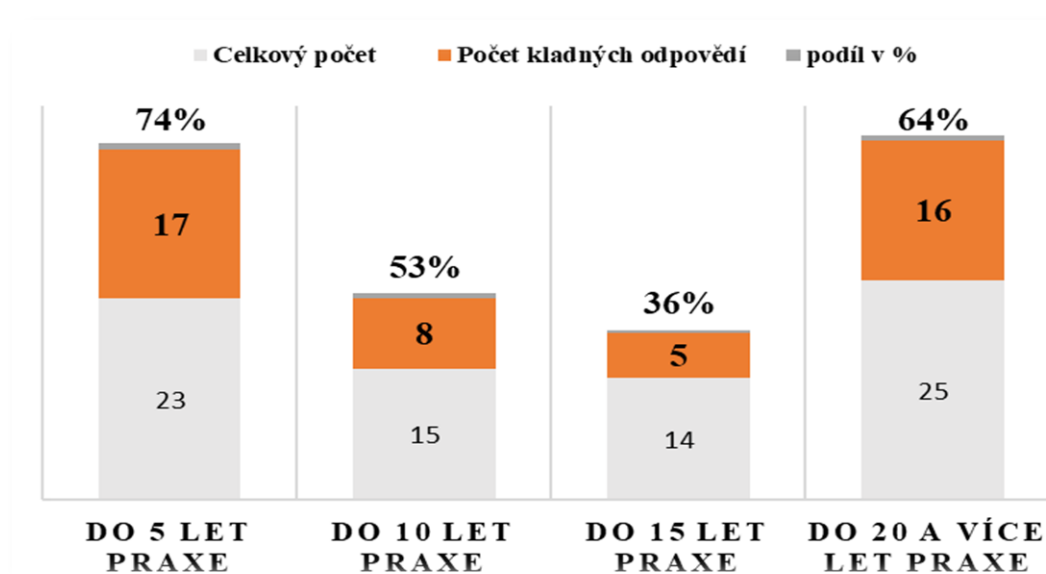
Překvapivý výsledek zpracování dotazníkového šetření přinesl projevený zájem respondentů o možnosti reflektivního učení, a to až u 60 % dotazovaných z celkového počtu 77 (100 %).

## Podíl kladných odpovědí na základě let odborné praxe respondentů.

Tabulka 31 Zájem na základě let odborné praxe

Reflektivní učení	Celkový počet	Počet kladných odpovědí	podíl v %
Do 5 let praxe	23	17	74%
Do 10 let praxe	15	8	53%
Do 15 let praxe	14	5	36%
Do 20 a více let praxe	25	16	64%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>46</b>	<b>227%</b>

Graf 20 Procentuální podíl zájmu na základě let odborné praxe



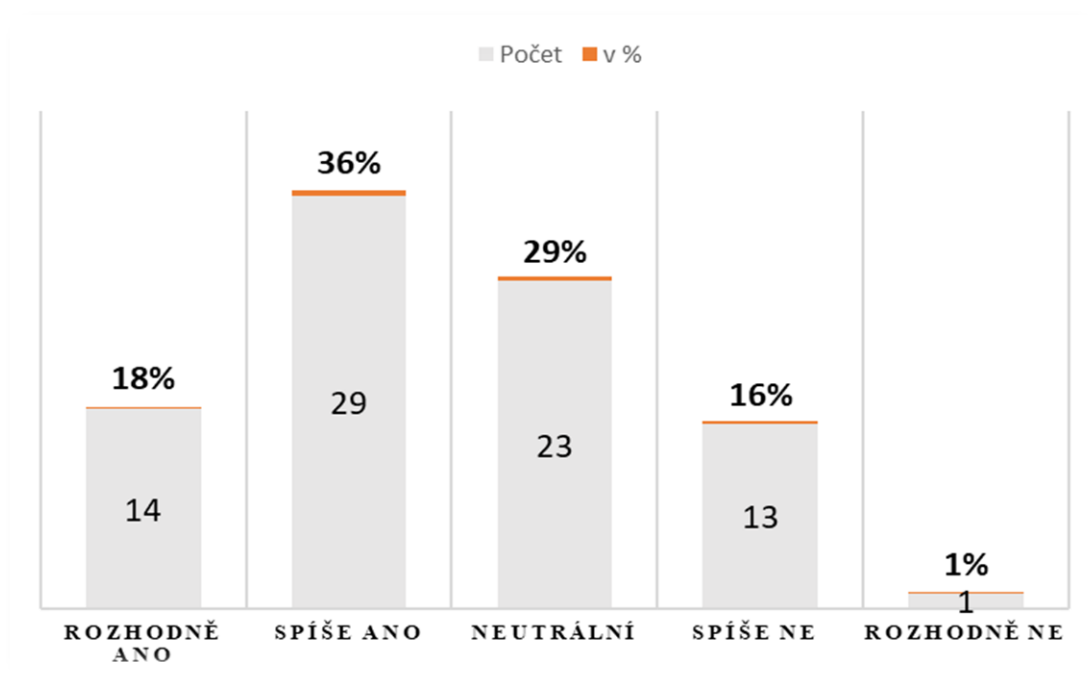
Na základě počtu kladných odpovědí 46 se vypočítal procentuální podíl jednotlivých skupin respondentů podle let odborné praxe na metabolických JIP. Na Grafu číslo 21 je patrné, že největší podíl kladných odpovědí má skupina s odbornou praxí do pěti let ve výši 74 % (23). Naopak nejnižší zájem o tzv. reflektivní učení s podílem 36 % (14) zdravotníků s odbornou praxí do 15 let.

**5. Jsou pro Vás získané informace z oblasti péče o agresivního pacienta dostatečné?**

*Tabulka 32 Získané informace*

Dostatek informací	Počet	v %
Rozhodně ano	14	18%
Spíše ano	29	36%
Neutrální	23	29%
Spíše ne	13	16%
Rozhodně ne	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

*Graf 21 Získané informace*



Graf číslo 21 znázorňuje, zdali získané informace v problematice péče o agresivního pacienta jsou dostačující. Již na první pohled je patrné, že celkem pro 43 (54 %) dotazovaných jsou získané informace dostačující.

**6. Sdílíte se svými kolegy své odborné i osobní poznatky v péči o agresivní pacienty?**

*Tabulka 33 Sdílení poznatků v kolektivu*

<b>Možnosti</b>	<b>počet</b>	<b>v %</b>
<b>Ano</b>	67	87%
<b>Ne</b>	10	13%
<b>Celkem</b>	77	100%

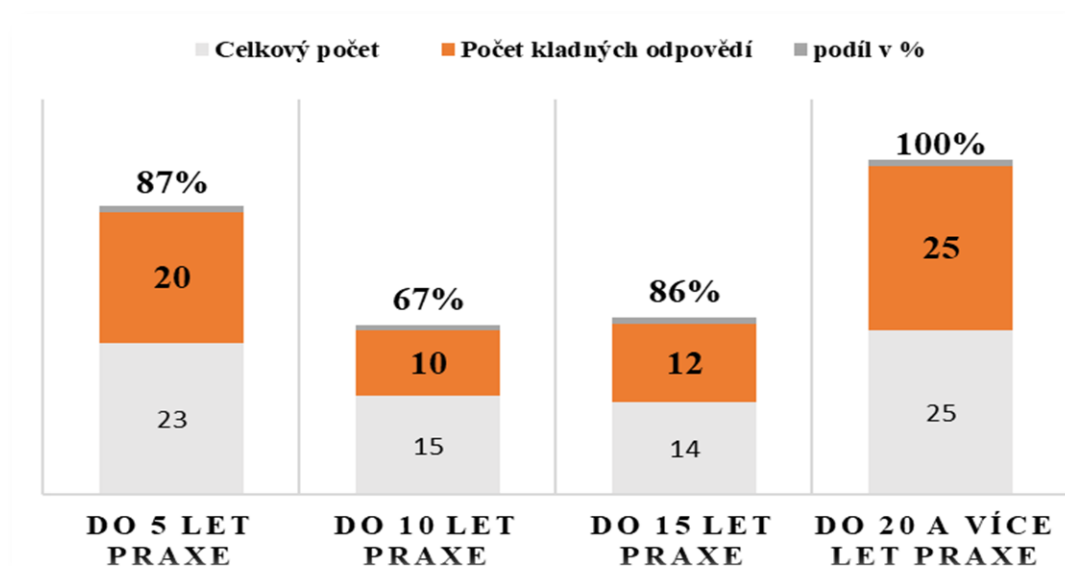
Tabulka číslo 34 vyčleňuje odpovědi na otázku číslo šest této kategorie, zdali respondenti sdílí své profesní a osobní poznatky se svými kolegy. Celkem 87 % sdílí tuto skutečnost s kolegy na svém pracovišti metabolické JIP.

**Podíl kladných odpovědí na základě let odborné praxe respondentů.**

*Tabulka 34 Sdílení poznatků z praxe v pracovním kolektivu*

<b>Sdílení poznatků z praxe v pracovním kolektivu</b>	<b>Celkový počet</b>	<b>Počet kladných odpovědí</b>	<b>podíl v %</b>
<b>Do 5 let praxe</b>	23	20	87%
<b>Do 10 let praxe</b>	15	10	67%
<b>Do 15 let praxe</b>	14	12	86%
<b>Do 20 a více let praxe</b>	25	25	100%
<b>Celkem</b>	77	67	339%

**Graf 22** Sdílení poznatků z praxe v pracovním kolektivu



Na základě počtu kladných odpovědí 67 se vypočítal procentuální podíl jednotlivých skupin respondentů podle let odborné praxe na metabolických JIP. Na Grafu číslo 23 je patrné, že největší podíl kladných odpovědí má skupina s odbornou praxí do 20 let a více ve výši 100 % (25). Naopak s nejnižším podílem 67 % (15) zdravotníků s odbornou praxí do 10 let sdílí své osobní a profesní poznatky v problematice péče o pacienta s projevy agrese po vysazení NL se svými kolegy.

## 7. Chybí Vám psychická podpora v péči o takto náročné pacienty?

**Tabulka 35** Zájem o psychickou podporu

Možnosti	počet	v %
Ano	43	56%
Ne	34	44%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>100%</b>

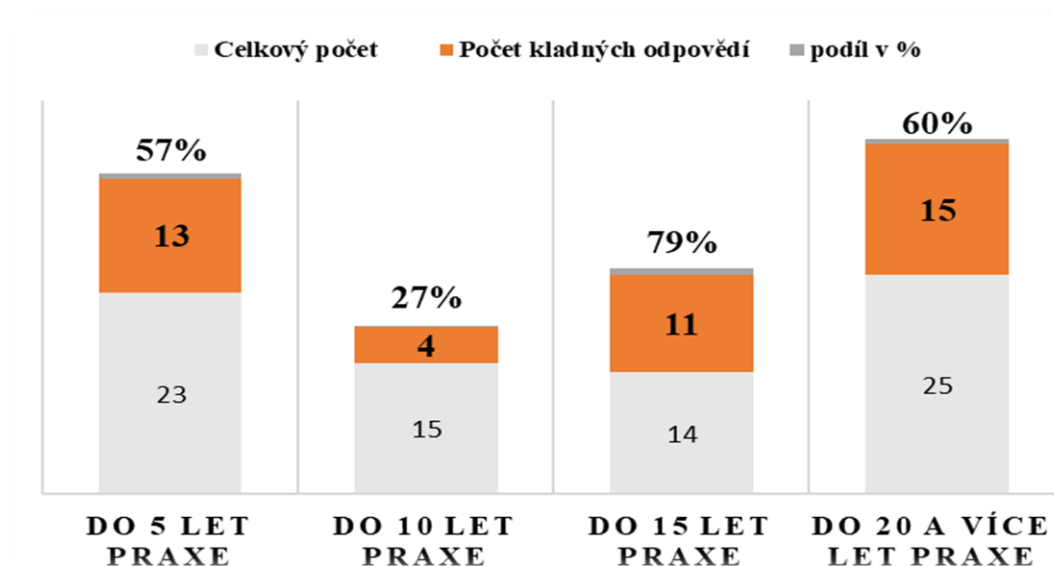
Z tabulky číslo 36 je patrné, že 56 % z respondentů postrádá psychickou podporu v problematice ošetrovatelské péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL.

## Podíl kladných odpovědí na základě let odborné praxe respondentů.

Tabulka 36 Procentuální podíl zájmu o psychickou podporu

Psychická podpora	Celkový počet	Počet kladných odpovědí	podíl v %
Do 5 let praxe	23	13	57%
Do 10 let praxe	15	4	27%
Do 15 let praxe	14	11	79%
Do 20 a více let praxe	25	15	60%
<b>Celkem</b>	<b>77</b>	<b>43</b>	<b>222%</b>

Graf 23 Procentuální podíl zájmu o psychickou podporu



Na základě celkového počtu kladných odpovědí 43 se vypočítal procentuální podíl jednotlivých skupin respondentů podle let odborné praxe na metabolických JIP. Na Grafu 24 je patrné, že největší podíl kladných odpovědí má skupina s odbornou praxí do 20 let a více ve výši 60 % (25). Naopak s nejnižším podílem 27 % (15) zdravotníků s odbornou praxí do 10 let sdílí má zájem o psychickou podporu v problematice péče o pacienta s projevy agrese po vysazení NL se svými kolegy.

## Diskuze

Primárním cílem diplomové práce bylo mapování problematiky ošetrovatelské péče z pohledu sester o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL na vybraných metabolických JIP. Na základě výzkumné problematiky se stanovily celkem 3 dílčí cíle, a to interpretace nejpoužívanějších ošetrovatelských intervencí v klinické praxi respondentů na vybraných metabolických JIP, detekce míry jejich vnímané psychické a fyzické zátěže a identifikace zájmu o vzdělávací akce a možnosti podpory v této problematice.

Do výzkumného šetření bylo začleněno celkem 77 NLZP s odlišným vzděláním a počtem let odborné praxe na vybraných metabolických JIP 3 fakultních nemocnic v Praze. Zúčastnilo se celkem 38 % všeobecných sester, 34 % všeobecných sester se specializačním vzděláním, 16 % zdravotnických záchranářů a 13 % praktických sester s věkovým průměrem 38,7 let.

U 4 otevřených otázek dotazníkového šetření byla zohledněna doba klinické praxe, členěna do skupin respondentů do 5 let praxe (30 %), do 10 let praxe (19 %), do 15 let praxe (18 %) a do 20 let praxe a více (32 %).

Nejčastějšími typy agrese, se kterými se respondenti setkávají na svých pracovištích jsou projevy verbální (37 %) a fyzické vůči personálu (30 %). S vyšší prevalencí projevů agrese se respondenti setkávají na svých pracovištích u mužů.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že respondenti na svých pracovištích nejvíce využívají kombinaci všech dostupných omezovacích opatření (28 %), dále se stejným procentuálním podílem jsou užívány i lékařem indikovaná psychofarmaka. Na základě odpovědí respondentů se podávání psychofarmak ke zvládnutí projevů agrese jeví jako neúčinnější, a to u 44 % dotazovaných. Právě zmiňovaná psychofarmaka, která jsou podmíněně ordinována, bývají v 70 % důvodem, proč respondenti nevolají ošetřujícího lékaře vždy při projevech agrese pacienta, přesto 71 % respondentů ošetřujícího lékaře volá v případě projevů agresivního chování ze strany pacienta.

Jako nejvhodnější preventivní přístup k pacientům s projevy agrese respondenti nejčastěji uváděli eliminaci stresových podnětů (42 %) a stanovení potencionálního rizika (30 %). V jednom ze zahraničních zdrojů autora Kumari et.al. z roku 2020, byla

vytvořena tabulka rizikových faktorů projevů násilí na pracovišti, zohledňující faktory související s pacientem, lékařem, organizací práce a společností (32).

V případě postupů v situacích ohrožení bezpečí, vlastního nebo kolegy, se respondenti téměř shodují v těchto tvrzeních: omezovací prostředky (23 %), volání lékaře (23 %) a podávání psychofarmak (23 %). Další zmiňovaná opatření byla volání ostrahy nebo celého zdravotního týmu.

Výsledek otázky číslo 11 ukázal, že 79 % respondentů nemají na svých pracovištích předem připravené lůžko/ pokoj / box pro příjem pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL. Zároveň se shodují, že takto předem připravené prostředí by jim pomohlo (74 %).

Na základě doporučení z české literatury v oblasti komunikace s uživatelem NL plyne doporučení pro klinickou praxi, že zdravotní personál by měl volit během komunikace s pacientem prioritně tichý a klidný hlas, a to i za předpokladu projevu křiku a vulgarismů ze strany pacienta (24), (7), (33), (23). Dále se vyvarovat způsobu komunikace formou tykání nebo oslovení pacienta jeho křestním jménem. V případě stupňujících se projevů agresivního chování, informovat pacienta o možných důsledcích, bez kontextu vyjádření výhrůžky ze strany zdravotníka. Cílem je tedy krizovou komunikaci využít jako nástroj k prevenci projevům agrese. V současnosti je kladen důraz na znalost komunikace NLZP s pacienty s projevy agresivního chování (24), (33).

Druhým dílčím cílem bylo detekovat míru vnímané psychické a fyzické zátěže vybraného nelékařského personálu v oblasti péče o pacienty s projevy agrese způsobené vysazením NL. Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastějšími pocity, které v respondentech vyvolávají pacienti s projevy agrese způsobené vysazením NL jsou vztek (29 %), strach (27 %) a beznaděj (23 %). Nejčastějšími osobními přístupy pro zvládnání projevů agrese respondenti uváděli autoritativní (27 %) pečovatelský (23 %) a empatický přístup (17 %) v péči, což poukazuje na to, že zdravotníci neodrážejí své vnitřní pocity v přístupu k takto ošetřovatelsky náročných pacientů.

Více než 50 % respondentů uvedlo, že zkušenost v oblasti péče o pacienty s projevy agrese je ovlivňuje negativně. S tím souvisí tvrzení, že pro více jak polovinu respondentů není únosné pečovat o takto náročné pacienty po celou dobu 12hodinové směny. Z výzkumného šetření též vyplývá, že únosnost péče ze stran respondentů



ubývá na základě počtu let odborné praxe. Přímé nebo nepřímé ohrožení vlastního bezpečí nebo bezpečí svého kolegy v klinické praxi zažilo 65 % dotázaných. Respondenti uvedli jako nejčastější typ projevu agrese fyzické napadení (78 %) a méně častá byla uvedena forma verbálního napadení (12 %). Nejčastěji se jednalo o fyzické napadení zdravotníka úderem, pokousáním, poštipáním a házením předmětů ze strany pacienta. V případě verbálního napadení respondenti uváděli slovní urážky s použitím vulgarismů a výhrůžek. Ze závěru zahraniční studie z roku 2010 autora Gacki-Smitha vyplývá, že více než 70 % sester čelilo verbální formě útoku a více než 50 % sester čelilo fyzickému napadení v letech 2007–2010 (34). Podobné výsledky vykazuje i německá studie autora Schablona z roku 2012 (35). Na základě porovnání zahraničních studií (34), (35) a výsledku diplomové práce je patrné, že forma fyzické agrese se v současné době vyskytuje s vyšší prevalencí.

Pracovní kolektiv a osobní přístup byly uvedeny jako nejčastější motivační prvek v péči o pacienta s projevy agrese (44 % a 26 %). U možnosti jiné se objevovala například motivace finanční (20 %). S tímto je úzce spjata otázka, zda respondenti sdílí své pracovní a osobní poznatky z odborné praxe na JIP. Výsledkem je, že 87 % respondentů své pocity a zkušenosti sdílí v rámci svého pracovního kolektivu.

Nedostatky, které negativně ovlivňují úspěšné zajištění agresivních pacientů jsou chybějící motivace k péči (23 %), dostupnost pomůcek na pracovišti (21 %) a souhra týmové spolupráce (18 %). Projevy násilí ze strany pacientů na pracovištích nemají dopad pouze na vnímání aktuální psychické a fyzické zátěže NLZP, ale i na riziko vzniku syndromu vyhoření, snížení pracovní výkonnosti a častou změnou zaměstnání (fluktuací), která vede k ovlivnění kvality péče na pracovištích (32).

Třetím dílčím cílem dotazníkového šetření bylo detekovat zájem o vzdělávací akce a možnosti podpory ve zkoumané problematice. Pouze 30 % respondentů uvedlo, že se zúčastnilo školení mimo své pracoviště nebo přímo na jejich pracovišti v souvislosti s problematikou péče o pacienty s projevy agrese na JIP. Z celkového počtu dotázaných, kteří se dosud nezúčastnili žádné vzdělávací akce, všichni projevíli zájem o jakoukoliv formu vzdělávání v této problematice, nejčastěji na vlastním pracovišti. Česká studie publikovaná v roce 2018 identifikovala varovné signály agresivního chování a přispěla k rozvoji prevence a strategie ke zvládnání agresivních projevů pacienta (33).

Velký zájem u respondentů vzbudila specifická forma vzdělávání tzv. reflektivního učení neboli sdílení osobních zkušeností jedinců, u kterých se v minulosti projevovalo agresivní chování vlivem poruchy způsobené užitím NL na metabolických JIP. Reflektivní učení vzbudilo zájem u téměř 60 % respondentů, a z toho 74 % mělo klinickou praxi do 5let.

Výsledky z dotazníkového šetření, zda jsou získané informace pro respondenty v oblasti zkoumané problematiky dostačující, nejsou zcela jednoznačné. Z celkového počtu respondentů si 36 % myslí, že jejich získané informace jsou spíše dostačující a 29 % zvolilo neutrální odpověď. Nadpoloviční většina dotázaných se shodla, že jim chybí psychická podpora v oblasti péče o takto náročné pacienty. Toto tvrzení není ovlivněno počtem let odborné praxe respondentů.

Vzhledem k individualizaci povahy každého zdravotníka není směřodlatné vyhodnocovat typ chybějící psychické podpory. Zajímavějším zjištěním by bylo, zda respondenti projevují zájem o psychickou podporu na pracovišti či v soukromém životě. Pokud ano, tak jaký způsob psychické podpory vyhledávají, například psychosociální intervenční tým, psychologa, rady nadřízeného, supervize aj.

Národní literatura se zaměřuje především na způsoby komunikace a pracovní postupy pro zachování pacientova bezpečí, důstojnosti a prevenci bez ohledu na ošetřující personál, který často musí zacházet za hranice vlastní důstojnosti, bezpečí a za nulové prevence v rámci duševní hygieny.

## Doporučení pro klinickou praxi

Závěrem diplomové práce je doporučení pro klinickou praxi adresující NLZP, kteří pečují o pacienty s projevy agrese po vysazení návykových látek.

- ✓ Na pracovišti používat kombinaci všech dostupných omezovacích opatření. Uvědomit si jejich nezastupitelnou roli v ošetrovatelské péči o pacienta s projevy agrese.
- ✓ V rámci možností pracoviště zajistit předem připravené lůžko/pokoj/box pro příjem pacienta s projevy agrese vlivem poruchy způsobené užíváním NL.
- ✓ Eliminovat stresové podněty při zajišťování pacienta s projevy agrese na JIP se zaměřením na komunikační strategie.
- ✓ Sdílení zkušeností s kolegy a reflektovat vlastní výkon během zajištění pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL. Vyhledávání primární podpory u svého pracovního týmu.
- ✓ V preventivním přístupu v péči o pacienta s projevy agrese stanovit potenciální riziko projevů agrese pomocí tzv. reaktivního managementu – komunikační technika.
- ✓ Zajistit dostatek pomůcek na pracovišti pro příjem pacienta s projevy agrese vlivem poruchy způsobené vysazením NL.
- ✓ V případě ohrožení Vašeho nebo kolegy bezpečí neprodleně zahájit omezovací opatření.
- ✓ Sledovat aktuální trendy v oblasti vzdělávání například formu tzv. reflektivního učení a podpořit rozšíření odborných seminářů na pracovišti včetně nácvik komunikační strategie s agresivním pacientem pomocí simulační výuky.

## **Závěr**

Předkládaná diplomová práce s názvem Mapování problematiky ošetrovatelské péče z pohledu sester u pacientů s projevy agrese vlivem vysazení návykových látek na vybraných metabolických jednotkách intenzivní péče byla zpracována na základě získaných teoretických znalostí čerpaných z odborné české i zahraniční literatury a profesní zkušenosti jako všeobecná sestra na metabolické jednotce intenzivní péče.

Projevy agrese u pacientů vlivem poruchy způsobené vysazením NL na metabolických JIP se vyskytují s čím dál vyšší převahou. Tyto stavy jsou doprovázeny nejen zvýšením mortality a morbidity. Roste počet rizikových uživatelů a nárůst spotřeby nových syntetických drog, které se sebou přináší nové výzvy v klinické praxi pro NLZP.

Výsledkem závěrečné práce je doporučení pro klinickou praxi z oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s projevy agrese po vysazení návykové látky na základě porovnání výsledků výzkumné části diplomové práce a zahraničních studií.

## Seznam použité literatury

1. **Křížová Ivana.** *Závislosti pro psychologické obory.* Praha: Grada Publishing a.s. 2021. ISBN 978-80-271-1754-3.
2. **Kalina Kamil.** *Základy klinické adiktologie .* Praha : Grada Publishing a.s. , 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
3. **Souhrnná zpráva o závislostech v ČR 2022,** zdroje online:. [Online] 20. 08 2023. <https://www.drogy-info.cz/zprava-o-zavislostech/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-cr-2022/#alkohol>.
4. **Wrase J, Schlagenhauf F, Kienast T, Wustenberg T, Bermpohl F, Kahnt T et al.** Dysfunction of reward processing correlates with alcohol craving in detoxified alcoholics. *Neuroimage .* 35, 2007; , Sv. 2, 787–794.
5. **Češka R et kol.** *Intoxikace alkoholu, In Interna 1. vydání.* Praha/Kroměříž: : Triton, 2010. ISBN: 978-80-387-423-0.
6. **Švela Kamil, Ševčík Pavel et al.** *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně 2. vydání.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.
7. **Miovský, M. In: Kalina, K. et al.** *Rozdělení a účinky návykových látek: Konopné drogy. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1. vyd. .* Praha : Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
8. **Státní zdravotní ústav.** *Fáze drogové závislosti.* Praha : Národní zdravotnický informační portál [online]., 2023. ISSN 2695-0340.
9. **Národní zdravotnický informační portál** [Online] Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR., 19. Srpen 2023. <https://www.nzip.cz/clanek/322-faze-drogove-zavislosti>. ISSN 2695-0340.
10. **WHO.** *Slovník psychiatrických termínů 2. vydání .* Praha : Psychiatrické centrum Praha , 2004. ISBN 978-80-851-2110-0.
11. **Jeřábek, P.** *Psychopatologie závislosti in Klinická adiktologie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN: 978-80-247-4331-8.
12. **Nešpor Karel.** *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby, 4. aktualizované vydání.* Praha: Portál s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
13. **Navrátil L. et al.** *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory,2. přepracované vydání.* Praha: Grada Publishing a.s. , 2017. 2017. 978-80-271-0210-5.

- 14. Bartůněk, Petr, Dana Jurásková, Jana Heczková a Daniel Nalos, ed.** *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing Sestra (Grada), 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
- 15. MUDr. Olga Pecinová.** Delirium u závislostí na návykových látkách. *Neurologie pro praxi*. 12, 2011, Sv. 5, ISSN 1803-5280.
- 16. MUDr. Roman Pilch.** Delirium tremens – diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 12, 2011, Sv. 4, ISSN 1803-5272 .
- 17. T. Kašpárek; M. Dreisig; R. Barteček.** *Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě*. Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno : Česk Slov Neurol N 2014; 77/110(2): 153-157, 2014.
- 18. MUDr. Jiří Koutek** *Interní medicína, Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko 2*, Praha: Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, 2010, Sv. 12. ISSN 1803-5256.
- 19. Hradecká, L.,** 2011. Akutní intoxikace [online]. Mladá fronta [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/akutni-intoxikace-459786>.
- 20. Seifertová Dagmar et. al.** . *Postupy v léčbě psychických poruch 2. vydání*. místo neznámé : Academica Medica Pragensis , 2008. ISBN 80-86694-07-0.
- 21. Vytejková R., Sedlářová P., Wirthová V., Holubová J.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* . Praha : Grada Publishing a.s. , 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 22. Zadák Zdeněk, Havel Eduard et. al.** *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha : Grada , 2007 . ISBN 978-80-247-2099-9.
- 23. Zacharová Eva.** Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi (online)*. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200910-0009.php>, ., 2009 , Sv. Sv. 11, 10., ISSN 1803-5256.
- 24. Burda Patrik, Mgr.** *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno : NCO NZO , 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
- 25. Hartl Pavel.** *Psychologický slovník, 3. vydání*. Praha : Nakladatelství Budka, 1996. ISBN 80-90-1549-0-5.
- 26. Sovová Olga.** *Zdravotnická praxe a právo*. Praha : Leges, 2011. ISBN 978-80-87212-72-1.
- 27. Zákon č. 372/2011 Sb,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. . Sbírka zákonů České republiky. částka 131, s. 730-801, 2011. ISSN 1211-1244.

- 28. Věstník MZČR částka 4/2018.** Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta [online]. místo neznámé : MZČR,. Sv. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/201>.
- 29. Petr Tomáš et al.** *Ošetřovatelství v psychiatrii.* . Praha : Grada publishing a.s, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 30. Veteška, Jaroslav a Michaela Tureckiová.** *Kompetence ve vzdělávání.* Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.
- 31. Bulman, Chris a Sue Schutz.** *Reflective practice in nursing. 5th ed.* místo neznámé : Hoboken: Wiley-Blackwell, 2013. ISBN 9780470658109.
- 32. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U.** Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med.* 66, 2020, Sv. 3, 149-154, PMCID: PMC7542052 DOI: 10.4103/jpgm.JPGM\_96\_20. PMID: 32675451.
- 33. Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A.** Deeskalace - základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.* 114, 2018, Sv. 5, 213-217, MK ČR E 4654.
- 34. Gacki – Smith, J. a kol.** Violence Against Nurses Working in US Emergency. *JONA: The Journal of Nursing Administration [online]* . Roč. 39, , 2009, Sv. č. 7/8, s. 340-349, ISSN 1539-0721X, DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181ae97db.
- 35. Schablon, A. a kol.** Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross study. *BMJ Open [online]*. Roč. 2, 2012, Sv. č. 5 , ISSN: 2044-6055 DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420.
- 36. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL.** Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage.* 26, 2010, Sv. 1:81-99, PMID: 20229937.
- 37. Raboch Jiří, Pavlovský Pavel et al.** *Psychiatrie.* Praha: Univerzita Karlova , 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

## Seznam zkratek

CT	výpočetní (počítačová) tomografie
CNS	centrální nervová soustava
DSM-5	diagnostický a statistický manuál duševních poruch
DT	delirium tremens
EKG	elektrokardiografie
GABA	kyselina gama aminomáselná
GCS	glasgow coma scale
JIP	jednotka intenzivní péče
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	ministerstvo zdravotnictví České republiky
NL	návykové látky
OSE	ošetřovatelství
PCP	fencyklidin „andělský prach“
PS	praktická sestra
SpO2	periferní kapilární okysličení krve
WHO	světová zdravotnická organizace
ZZ	zdravotnický záchranář
g/kg	gram na kilogram
inj. sol.	injekční roztok
tzv.	takzvaný
aj.	a jiné



## Přílohy

### 1. *Nestandardizovaný dotazník*

#### DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Hedvika Kousalová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru Intenzivní péče.

Součástí mé diplomové práce na téma „*Mapování problematiky ošetrovatelské péče z pohledu sester u pacientů s projevy agrese vlivem vysazení návykových látek na vybraných metabolických JIP*“ je dotazníkové šetření.

Výzkum je zaměřen na všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře a praktické sestry, pracující na metabolických JIP tří pražských fakultních nemocnic.

Cílem je získat soubor doporučených ošetrovatelských intervencí pro praxi, které přispějí ke zkvalitnění péče o pacienty, kteří jsou ošetrovatelsky velmi nároční jak po fyzické stránce, tak i po stránce psychické. Současně bychom chtěly zmapovat míru této zátěže u sester s cílem identifikovat možnosti podpory pro sestry pracující s těmito pacienty.

Vyplněním dotazníku poskytnete souhlas s účastí na výzkumu. Jeho vyplnění je dobrovolné a všechny Vámi poskytnuté údaje jsou anonymní.

V případě dotazů či nejasností týkajících se otázek či samotného výzkumu neváhejte mě kontaktovat na mé emailové adrese [Kousalova.Hedvika@seznam.cz](mailto:Kousalova.Hedvika@seznam.cz).

Předem Vám děkuji za spolupráci a čas věnovaný vyplněním dotazníku,

Bc. Hedvika Kousalová

## A: Demografické údaje

1. Vyberte Vaše pohlaví.

- Žena
- Muž

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání.

- VOŠ, VŠ, obor Zdravotnický záchranář
- SZŠ Praktická sestra
- VOŠ, VŠ, obor Všeobecná sestra (DiS, Bc či vyšší)
- Specializační vzdělání v Intenzivní péči či v interních oborech

3. Uveďte Váš věk v letech.

..... let

4. Uveďte Váš počet let v praxi na metabolické JIP.

- Do 5 let
- Do 10 let
- Do 15 let
- Do 20 a více let.

5. S jakým typem agrese se setkáváte nejčastěji na Vašem pracovišti? (Lze označit více možností)

- Verbální
- Fyzická agrese vůči personálu
- Autoagrese
- Násilí vůči věcem /majetku
- Všechny výše uvedené

6. S projevy agrese na Vašem oddělení se setkáváte více u:

- Žen
- Mužů
- Obou pohlaví stejně

### **B: Ošetřovatelské intervence**

7. Jaké omezovací prostředky používáte na Vašem pracovišti?

- Úchopy
- Kurtační techniky
- Psychofarmaka
- Kombinace výše uvedených
- Jiné...

8. Máte stanovené postupy v týmové spolupráci při příjmu pacienta s projevy agrese vlivem vysazení návykových látek (dále NL) na Vašem pracovišti?

- Ano
- Ne

9. Pokud ano, stručně popište jaké?

10. Máte na Vašem pracovišti k dispozici předem připravené lůžko / pokoj / box pro příjem pacienta s projevy agrese?

- Ano
- Ne

11. Pokud ne – pomohlo by Vám mít k dispozici speciálně připravené lůžko / pokoj / box?

- Ano
- Ne

12. Je lékař vždy přítomen po celou dobu na oddělení během akutní fáze projevu pacientova agresivního jednání vlivem vysazení NL?

- Ano
- Ne

13. Voláte vždy lékaře při projevech agrese pacienta?

- Ano
- Ne

14. Pokud ne, uveďte důvod.

15. Zúčastnila jste se vzdělávací akce týkající se problematiky práce s agresivním, agitovaným či neklidným pacientem?

- Ano (*Pokračujte otázkou číslo 16*)
- Ne (*Pokračujte otázkou číslo 17*)

16. Jakou formou vzdělávací akce probíhala?

- Samostatné studium odborné literatury
- Simulační výuka
- Odborný seminář mimo Vaše pracoviště
- Školení přímo na Vašem pracovišti
- Informace od zkušených kolegů
- Jiné...

17. O jakou formu vzdělávací akce byste měl/a zájem?

- Samostatné studium odborné literatury
- Simulační výuka
- Odborný seminář mimo Vaše pracoviště
- Školení přímo na Vašem pracovišti
- Informace od zkušených kolegů
- Jiné...

18. Uvítali byste reflektivní učení neboli možnost sdílení vlastní zkušenosti lidí, kteří prošli závislostí? a projevy agrese na podkladě vysazení NL?

- Ano
- Ne

19. Jsou pro Vás získané informace z oblasti péče o agresivního pacienta dostatečné?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Neutrální
- Spíše ne
- Rozhodně ne

### **C: Vnímání sester**

20. Jaké pocity ve Vás vyvolávají projevy agrese u pacientů po vysazení NL?

- Strach
- Beznaděj
- Soucit
- Vztek
- Lítost
- Jiné....

21. Jak byste označil/a svůj osobní přístup k pacientům s projevy agrese vlivem vysazení NL?

- Pečovatelský
- Expresivní (*odrážející naše vnitřní pocity*)
- Edukátorský
- Autoritativní
- Ochranitelský
- Empatický

22. V čem nacházíte motivaci pečovat o pacienta s projevy agrese vlivem vysazení NL?

- V pracovním kolektivu
- V osobním přístupu
- Jiné...

23. Nastala situace, kdy Vy nebo Vaše kolegyně/kolega byl/a v ohrožení vlastní bezpečnosti při projevu agrese pacienta?

- Ano
- Ne

24. Pokud ano, stručně popište situaci.

25. Jak postupujete na Vašem pracovišti v případě ohrožení Vašeho bezpečí nebo bezpečí Vaší kolegyně/kolegy při projevu agrese pacienta?

26. Jaká technika se Vám jeví s největším efektem ke zvládnutí agrese pacienta?

- Komunikační techniky
- Farmakoterapie dle OL
- Fyzické omezení – Úchopy, kurtační techniky...
- Odborná pomoc – Psychiatr, psycholog

27. Jaká technika v preventivním přístupu v péči o agresivního pacienta je Vám nejvíce blízká?

- Stanovení potencionálního rizika
- Respektování pacientových práv
- Empatie
- Eliminace stresových podnětů
- Vhodné umístění pacienta na OJ

28. Sdílíte se svými kolegy své odborné i osobní poznatky v péči o agresivní pacienty?

- Ano
- Ne

29. Chybí Vám psychická podpora v péči o takto náročné pacienty?

- Ano
- Ne

30. Je pro Vás únosné pečovat o agresivního pacienta po celou dobu 12hodinové směny?

- Ano
- Ne

31. Ovlivňuje Vás zkušenost v oblasti péče o pacienty s projevy agrese vlivem vysazení NL?

- Ano, pozitivně
- Ano, negativně
- Nezaznamenala jsem žádný vliv na mou osobu

32. V jakých oblastech vnímáte nedostatky, které negativně ovlivňují úspěšné zajištění agresivních pacientů?

- Souhře týmové spolupráce
- Chybějících vzdělávacích příležitostí
- Chybějících pracovních postupů
- Chybějící motivaci k péči
- Dostupnosti pomůcek na pracovišti
- Jiné...