JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Fenomén násilí v ošetřovatelské péči všeobecných sester České republiky

Disertační práce

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Školitel:
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Autor:
Mgr. Jaroslav Pekara

České Budějovice, 2015

Abstrakt

Násilí v ošetřovatelství je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry. V posledních letech násilí nepřetržitě zvyšuje svou incidenci. Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti. Fenoménu násilí v ošetřovatelství je v České republice věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy ani preventivní opatření. Disertační práce se zabývá fenoménem násilí při vzájemném kontaktu pacienta a všeobecné sestry v ČR. Hlavním cílem disertační práce bylo zmapování násilí, které vzniká ve zdravotnickém prostředí výhradně při vzájemném působení všeobecné sestry a pacientů v ČR. Dílčími cíli byla snaha identifikovat nejčastější nedostatky zvládání těchto situací a hledat možnosti jejich nápravy. Cíle byly ověřovány čtyřmi hypotézami a jednou výzkumnou otázkou.

Pro výzkum byla zvolena metodika smíšeného designu - kombinaci kvantitativního výzkumu, kvalitativních hloubkových rozhovorů a ověření přínosu vlastní výukové metody metodou ex-post evaluace. Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu tvořilo 896 respondentů (500 všeobecných sester, 92 lékařů, 151 zdravotnických záchranářů, 25 řidičů záchranných služeb, 60 fyzioterapeutů, 18 bezpečnostních pracovníků a 50 osob pomocného zdravotnického personálu). Jádrem našeho kvalitativního zkoumání je deset hloubkových rozhovorů se všeobecnými sestrami (z rozdílných oddělení včetně ambulancí a přednemocniční neodkladné péče), které prodělaly násilný incident (analýza kódováním dle Glasera a Strausse). Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je hloubkový rozhovor prováděn s menší skupinou respondentů. Rozhovorů bylo původně provedeno celkově 50, nicméně určité atributy se opakovaly, proto bylo vybráno deset ukázkových rozhovorů s nejvýznamnějšími přínosy. V případě ex-post evaluace se jednalo se o zhodnocení praktického proškolení 550 nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry, sanitáři, ošetřovatelé) prostřednictvím 14 seminářů, které proběhly během 11 měsíců. Celkový počet nelékařských zdravotnických pracovníků v celém miniprojektu byl 550. Po uplynutí 12 měsíců se vrátilo 239 dotazníků správně vyplněných (návratnost 42 %).

Na základě první stanovené hypotézy jsme prokázali, že násilí v ošetřovatelství jsou v ČR vystaveny jak ženy (pracovnice ve zdravotnictví), tak muži (pracovníci ve

zdravotnictví) bez rozdílu. Druhá hypotéza potvrdila, že všeobecné sestry v ČR jsou profesní skupinou ve zdravotnictví, která je nejvíce vystavena verbálnímu násilí. Násilí ve zdravotnictví je tak v ČR problémem především ošetřovatelství. Třetí hypotéza dokázala, že středoškolsky vzdělané sestry jsou vystaveny násilí více než vysokoškolsky vzdělané sestry. Kvalitativní analýza rozhovorů odkryla novou dimenzi násilí v ošetřovatelství – chování sester významně připívá k eskalaci konfliktů a je jedním z příčin násilí. Čtvrtá hypotéza ověřila, že je možné sestry preventivně připravit na kontakt s násilným pacientem a předcházet vzniku násilí správnou komunikací. Na základě těchto výsledků jsme vytvořili takový vzdělávací program, který v krátké časové periodě, umožňuje předat komunikační dovednosti deeskalující násilí sestrám, které následně mohou tyto dovednosti automaticky trénovat samostatně při kontaktu s násilným pacientem. Výsledky kvalitativního i kvantitativního průzkumu také poukázaly na nedostatečné hlášení násilných událostí a nízkou podporu managementu zdravotnických zařízení.

Z hlediska doporučení do praxe je nutné efektivně vzdělávat budoucí zdravotníky na všech úrovních vzdělávacího systému. Je nutné zavést povinné hlášení násilných incidentů a aktivní podporu managementu zdravotnických zařízení. Je nezbytné využít sílu médií a snažit se o prevenci prostřednictvím odborných publikací a modelových kazuistik. Je důležité aktivně vyhledávat jedince, kteří násilí za svou dlouhou kariéru vystaveni nebyli a vytěžit je jako vzory pro výchovu studentů i zaměstnanců z praxe. Pouze aplikace reálných scénářů a zapojení simulační výuky může sestry přiblížit realitě násilné situace, která bude vždy zatížena velkým stresem.

Klíčová slova: Násilí. Komunikace. Prevence. Všeobecná sestra. Pacient.

Violence Against General Nurses in Nursing Care in the Czech Republic

Abstract

Violence in nursing care is a complicated and dangerous risk, especially for general nurses. The incidence of violence has been rising in the past few years. Of all job groups, health care provision is the most probable profession to experience violence at the workplace. It is not being addressed well enough in the Czech Republic. The issue is not transparent, there are no standard procedures nor preventive measures.

The dissertation thesis deals with the issue of violence during mutual contact of a patient and a nurse in the Czech Republic. Its main aim is to map violence which appears only during mutual contact between general nurses and patients. The secondary aims were to identify the most common problems in these situations, and to find possibilities to solve them. The aims were tested by four hypotheses and one research question.

Mixed design - a combination of quantitative methods, qualitative in-depth interviews, and ex-post evaluation of my own teaching method - was used in this research. The quantitative sample included 896 respondents (500 general nurses, 92 doctors, 151 paramedics, 25 ambulance drivers, 60 physiotherapists, 18 safety workers and 50 auxiliary health care workers). Qualitative research is based on ten in-depth interviews with nurses (from various departments including outpatient care and emergency pre-hospital care) who have experienced a violent incident (analysed by coding according to Glaser and Strauss). Unlike quantitative research, in-depth interviews are carried out on a smaller sample of respondents. Originally, there were 50 interviews carried out, but some attributes were being repeated, thus only 10 interviews were chosen to show the most important aspects. Ex-post evaluation included evaluation of practical training of 550 non-medical health care workers (general nurses, porters, auxiliary workers) in 14 workshops that were organised during 11 months. The total number of non-medical health care workers in the project was 550. After 12 months, 239 questionnaires were returned (42 % response rate).

The first hypothesis, that both female and male health care workers alike experience violence in providing nursing care in the Czech Republic, was verified. The second hypothesis proved that general nurses in the Czech Republic are the professional group that is most exposed to verbal violence. Violence in health care in the Czech Republic is thus mostly a problem of nursing care. The third hypothesis proved that nurses with secondary education are exposed to violence more often than nurses with tertiary education. Qualitative analysis discovered a new dimension of violence in nursing – nurses' behaviour adds significantly to conflict escalation and is one of the causes of violence. The fourth hypothesis proved that it is possible to prepare nurses for dealing with a violent patient and prevent violence by choosing the correct style of communication.Based on these results, we created a short educational programme that provides nurses with communication skills which deescalate violence. Nurses can then practise these skills independently during contact with a violent patient. The results of qualitative and quantitative research showed a lack of reporting of violent situations and poor support from the health care facilities management personnel.

The main recommendation for the practice is to educate future health care workers efficiently and on all levels of the education system. It is necessary to implement compulsory reporting and active support by the management personnel of health care facilities. It is also necessary to use the power of media and strive for violence prevention through professional literature and model case studies. It is important to actively find individuals who have not experienced violence during their long professional careers and use them as model examples for both students and workers in the practice. Only engaging real scenarios and simulation in education can show nurses the reality of a violent situation which will always be burdened with big stress.

Keywords: Violence. Communication. Prevention. Nurse. Patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma Fenomén násilí v ošetřovatelské péči všeobecných sester České republiky jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 8. 2015

.....

Mgr. Jaroslav Pekara

Poděkování

Chtěl bych poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení disertační práce, za trpělivost, inspirativní náměty a laskavý přístup.

OBSAH

Úvod ... 10
Teoretická část ... 12
1 Definice násilí ... 12
1. 1 Pojmy násilí a agrese ... 12
1. 2 Násilí v ošetřovatelství ... 13
1.3 Specifická forma násilí ... 14
2 Hlavní zdroje násilí ve vztahu sestra – pacient ... 15
2. 1 Prostředí jako zdroj násilí ... 16
2. 2 Osobnostní rovina jako zdroj násilí ... 17
2.3 Organické příčiny násilí ... 20
2. 4 Proces péče jako zdroj násilí ... 21
3 Prevence násilí při vzájemném působení sestry a pacienta ... 24
4 Deeskalace násilí sestrou při kontaktu s násilným pacientem ... 28
4. 1 Neverbální komunikace jako deeskalační přístup ... 29
4. 2 Verbální komunikace jako deeskalační přístup ... 31
5 Záznam do zdravotnické dokumentace ... 37
6 Právní předpisy při obraně sestry před násilným pacientem ... 38
7 Ošetřovatelský proces při kontaktu s násilným pacientem ... 41
8 Metodika výzkumu ... 46
8. 1 Cíle disertační práce ... 46
8. 2 Hypotézy a výzkumné otázky ... 46
8. 3 Kvantitativní výzkum ... 47
8. 3. 1 Charakteristika souboru ... 48
8. 3. 2 Prezentace výsledků kvantitativního výzkumu ... 49
8. 4 Kvalitativní výzkum ... 67
8. 4. 1 Kritéria hloubkového rozhovoru ... 68
8. 4. 2 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům ... 70
8. 4. 3 Výsledky kvalitativního výzkumu ... 71
8. 5 Ex post evaluace k ověření didaktické metody ... 81
8. 5. 1 Metodologie ex post evaluace ... 81

8. 5. 2 Výsledky ex post evaluace 83
9 Diskuze 95
10 Závěr 114
11 Seznam použitých zdrojů 117
12 Seznam zkratek 132
13 Přílohy 133

Úvod

Studie potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě evropských výzkumů (včetně ČR) byla oblast zdravotnictví identifikována jako značně riziková z hlediska napadení pracovníků. Do pracovního prostředí zdravotníků proniká stále více domácího a pouličního násilí, na ulicích je více zbraní, lidé častěji řeší problémy pomocí násilí a nemalá část těchto konfliktů se dotýká i zdravotnictví. Násilí v jakékoliv podobě ve společnosti vzrůstá a dá se říci, že násilné činy nabývají čím dál více brutálnějšího charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích (Di Martino, 2003) a proto i média stále častěji přinášejí informace o napadení zdravotníků (Huckshorn, 2014). I v České republice podle Maršové (2001) obecně kriminality přibývá (www.policie.cz, 2013). Násilí ve zdravotnictví je v dnešní době označováno jako fenomén a někteří autoři hovoří o endemickém výskytu (Koukolík, 2008). Po celém světě je tomuto fenoménu věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků - v Evropě prostřednictvím skupiny European Violence in Psychiatry Research Group (www.evipg.eu), jejíž členové jsou především všeobecné sestry. V České republice (ČR) je násilí ve zdravotnictví zatím výsadou čtyř velkých projektů. Další informace získáváme zejména prostřednictvím mediálních zpráv – tyto informace však postrádají jakoukoliv analýzu problematiky a faktická data s konkrétními doporučeními či výstupy. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry (sestry), protože v rámci prvního kontaktu s pacienty tráví – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času. Na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládnou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje. Fenoménu násilí v ošetřovatelství je v České republice věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu povolání všeobecné sestry. Je třeba si uvědomit, že kvalita služeb vycházející z ochrany před ohrožujícím a násilným chováním obou stran je prioritou. Jde o velice náročný úkol, jenž vyžaduje tvorbu etických a odborných standardů s podporou terapeutického klimatu v prostředí zdravotnických služeb. Součástí je také dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP), eventuálně navržení úzké spolupráce s oddělením pracovního

lékařství. Následky násilí mohou být totiž velmi závažné. Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách. Jednalo se o násilí, které ve svém důsledku vyžadovalo domácí léčení (poranění hlavy, zlomeniny). V polovině těchto případů si násilí v USA v roce 2004 vyžádalo smrt (zastřelení, ubodání) zdravotnického pracovníka (Zampieron, 2010). Obecné důsledky násilí ve zdravotnictví nakonec nepřispívají pouze k fluktuaci a odchodu zaměstnanců z profese, ale dopadají ekonomicky na celou společnost (Jones, 2013). Průměrný odhad nákladů za fyzické násilí v zaměstnání v roce 2008 byl ve Spojeném Království asi 60,5 miliónů liber. V současné době je částka každoročně vyšší než 100 milión liber (NHS Counter Fraud Service, 2007). Lze usuzovat, že i v ČR má tento problém významný ekonomický dopad.

Teoretická část

1 Definice násilí

Psychiatrie popisuje násilí jako typ chování (impulzivní nebo promyšlené), vyskytující se v interakcích mezi lidmi, které je spojeno s různými formami psychopatologie. Při násilném chování se jedná o patologickou agresi, jejímž cílem je někoho poškodit (Geen, 2001). Psychiatrické definice násilí nezahrnují násilí proti vlastní osobě,agresivní sny, fantazie, plány, nezahrnují agresi jako druh reakce a je počítáno s ublížením (zraněním) druhé osoby. Takové definice neberou v úvahu komplexní aspekty, které často násilí předcházejí a nezohledňují skutečnosti, že násilí je často reciproční reakce. Světová zdravotnická organizace charakterizuje násilí jako hrozbu či úmyslné použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě. Jedná se o sílu (moc), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti (www.who.int). Z hlediska sociologického a antropologického nalézáme definice násilí, které odpovídají reakci na frustraci a bezmoc na jedné straně a agresivním hnutím či přáním zničit, na straně druhé (Poněšický, 2005). Násilí může sloužit i jako cenný "pojistný ventil" pro osobu, která zažívá extrémní úrovně hněvu (Geen, 2001). Mnozí autoři poukazují na komplexnost a složitost významu slova násilí (Bédiová, 2012), někteří definici násilí připodobňují agresi (Abderhalden, 2008). Z hlediska charakteru násilí je pak rozlišována nejčastěji forma slovní a fyzická. Slovní násilí charakterizuje použití hrubého nebo urážlivého jazyka (včetně sexuálně zneužívajících narážek), hanlivých poznámek nebo profánních a obscénních komentářů. Fyzické napadení zahrnuje plácnutí, svírání, tlačení, strkání, plivání nebo kopaní, a to za použití zbraně nebo bez ní (Osmo, 2008).

1. 1 Pojmy násilí a agrese

V současné době se setkáváme, zejména v zahraniční literatuře (Hahn, 2010), více s pojmem násilí, který byl v minulosti spojován s termíny agrese a agresivita. Někteří autoři pak tyto definice spojují a agresi za násilí zaměňují. Mezi termíny je však určitý

rozdíl. Agrese je akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby (Špatenková, 2011). Agrese je časově omezenou reakcí.U savců se projeví jako chování s prvky verbálního nebo fyzického útoku. Naproti tomu agresivita je považována za více či méně trvalou tendenci k útočným reakcím. Při agresivitě jde o sklon (vrozený i získaný), který určuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podněty či ohrožení (Lovaš, 2010). Agrese (například křik lékaře na všeobecnou sestru, protože potřebuje pomoci při záchraně pacienta) je reakcí – útěk nebo útok;člověk chce přežít. Jedná se o odezvu, která má prvky obrany organismu a je časově omezená. Agresivita je dlouhodobě trvající agresivní reakce. Násilí je útočné chování a jednání s prvky verbální či fyzické agrese (Lovaš, 2010).

1. 2 Násilí v ošetřovatelství

Definice násilí jsou závislé na tom, kým jsou definovány, pro jaké účely slouží a jak se s definicemi následně pracuje. Násilí v ošetřovatelství bylo označeno za negativní fenomén, který souvisí s poskytováním ošetřovatelské péče. Násilí v ošetřovatelství je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry. Navíc v posledních letech násilí nepřetržitě zvyšuje svou incidenci (Beech, 2006). Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti (Chappell, 2006). Rozsáhlé studie prokazují značný dopad násilí na psychickou a fyzickou stránku ošetřujícího personálu (Needham, 2005). Největší příčinou násilí v ošetřovatelství, jak bude uvedeno dále, jsou vystupňované negativní emoce (zejména u nepsychiatrických pacientů, což však psychiatrické příčiny násilí nevylučuje), které nejsou vhodně zpracovány. V případě nemožnosti nebo neschopnosti negativní emoce ovládnout (deeskalace) dochází k chování, které označujeme jako násilné. Pro potřeby naší práce musíme zohlednit vztah, při kterém může dojít ke střetu protichůdných intencí mezi sestrou a pacientem (případně příbuzným pacienta). Pro účely naší práce definujeme násilí v ošetřovatelství jako vystupňované agresivní chování vznikající na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů, s prvky takové verbální či fyzické agrese, kterou již nelze považovat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy a důstojnost bytosti,

na kterou je namířena. Definice zahrnuje také obranné chování, které svou razantností převyšuje povahu útoku a za dané situace a za daných okolností je možné tuto hrozbu odvrátit mírnější formou obrany (například komunikací).

1.3 Specifická forma násilí

Násilné chování vnímáme výhradně emočně negativně, takže budí představu něčeho zlého (destruktivního). Právě tato představa o násilí je v našem podvědomí zakořeněna hlouběji. Nicméně násilí lze užít také s pozitivním emocionálním významem (Janata, 1999). Zmíněné definice násilí a agrese pojednávají o typu násilí, které má za cíl „něco zničit“ nebo někomu ublížit. Zodpovědnost za tuto formu násilí demonstruje chování, které je společné zvířatům i člověku. Tento typ chování vychází z mozkových center, která jsou vývojově starší a jsou zakotvena v limbickém systému - v amygdale (Mourek, 2012). V teoretické terminologii i odborné praxi je tento typ chování známý jako agrese destruktivní. Ambivalentem této formy je, v odborných textech poněkud méně zmiňované, násilí (agrese) konstruktivní. Jedná se o formu násilí, které je specifické výhradně pro lidské chování a myšlení. Konstruktivní násilí podléhá vývojově nejmladším mozkovým centrům a kortikálním oblastem frontálních laloků (Janata, 1999). Tato forma chování buduje relace a síly, které dávají vznik novým vztahům, napomáhá lidem při rozhodování, vyjadřování a utváření názoru, adaptaci nebo při reakci na konfliktní situace (Frielingsdorf, 2002). Toto dospělé neboli agonální násilí je částečně vrozené a postupem života se formuje.Své projevy má již v dospívání. Příkladným obdobím jeho formace je i puberta, kdy je patrné různě dlouhé a intenzivní období vzdoru. Z hlediska etiologie násilí se jedná o stav akceptovatelný biologicky i psychologicky a navíc je také plně uvědomován (Poněšický, 2005). Konstruktivně násilní jsou lidé vykazující vysokou míru pracovitosti a svědomitosti (Hubálek, 2011). Mezi vlastnosti a hodnotovou orientaci těchto jedinců patří především úcta k tvořivosti, umění, vědě, objevům a intelektu, znalost cizích jazyků, využívání moderních technických a komunikačních technologií, vnitřní sebedůvěra a harmonie, ale také velká dávka sounáležitosti a solidarity (Hubálek, 2011). Z hlediska omezení násilných projevů může sehrávat konstruktivní násilí dle německých autorů významnou roli. Gugel a Jäger (1995) vybízejí ke konstruktivnímu využití vlastních násilných impulzů a představ,

které mají směřovat k hledání nenásilného způsobu jednání a myšlení (konstruktivně). Jejich teorie zahrnuje tři úrovně, na kterých lze pracovat, tak aby bylo možné zmírnit nebo odstranit násilné chování. První úrovní je úroveň osobní, kdy je vybízeno k tomu, aby člověk žil především v harmonii „sám se sebou“ a násilné chování využíval výhradně v případech nezbytně nutných (obrana). Druhou úrovní je oblast institucionální, která má být zaměřena na vytváření nenásilného prostředí a podporu vzniku podmínek pro zvýšení bezpečnostních opatření z hlediska jednotlivých institucí. Třetí úrovní je oblast sociální a mezinárodní, která má usilovat o změny politické a sociální ve prospěch prevence a ochrany před násilím ve společnosti. Využití konstruktivního násilí nabízí řešení, jak je možné v určitých případech vystupňovaných negativních emocí využít vlastní „energii negativních emocí“ k dobrému (obrana) a ne k oplácení zlého. Podobných reakcí využívají některé filosofické směry (humanismus), náboženství, komunikační techniky nebo bojová umění (aikido, judo).

2 Hlavní zdroje násilí ve vztahu sestra – pacient

Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry. Právě ony jsou s pacienty – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času (lékař vyšetří pacienta a jde následně k jinému; sanitář odejde pro vzorky do laboratoře; zdravotnický záchranář pacienta předá ve zdravotnickém zařízení a jede na další výjezd; vedoucí sestra má především manažerský rozsah činností a účastní se porad; všeobecná sestra zůstává po dobu své služby pacientovi neustále na blízku). Na této úrovni je násilných incidentů opravdu nejvíce (Weinreb, 2014). Násilí ve zdravotnictví se nedopouští jen samotní pacienti (jejich příbuzní) vůči všeobecným sestrám. Existují situace, při kterých mohou násilí eskalovat všeobecné sestry vůči pacientům (Hahn, 2010). Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potencionální útočníky k násilí. Sestra nemusí být primárně zlá - na základě nedostatečné znalosti anamnézy se může stát, že použije nevhodná slova, slovní spojení nebo svým chováním působí na pacienta tak, že to u něj na základě předchozích, pro něj nepříjemných, zkušeností vyvolá nelibé pocity vedoucí až k násilí (Flutter, 2007). Sestra může provokovat pacienta nevědomě (Bártlová a kol., 2010).V případě výskytu prvků násilí dochází k prožívání silného

pocitu ohrožení a tím je zvýšena pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce (Dynáková, 2005).

Hlavní zdroje násilí při kontaktu všeobecné sestry a pacienta (jeho příbuzného) můžeme rozdělit dle vyvolávajících impulsů, kterými jsou prostředí, osoby zapojené v procesu a samotná péče. Propojením jednotlivých impulsů dochází k násilí. V závěru kapitoly jsou zmíněny i organické příčiny násilí (jsou zohledněny pouze přehledově, aby nedošlo k odklonu od tématu, nicméně pro úplnost je nutné je zmínit).

2. 1 Prostředí jako zdroj násilí

Člověk, který se ocitá ve zdravotnickém prostředí nebo v péči sester, má zpravidla strach. Lidé se bojí neznámého. Pro všeobecnou sestru je výkon její profese každodenním automatismem. Pro pacienta je však návštěva a pobyt ve zdravotnickém zařízení často premiérou a zdrojem stresu (Pekara, 2014e). Prakticky ve všech studiích týkajících se násilí ve zdravotnictví je zmiňováno těsné spojení mezi násilím a stresem. Jakmile je stres intenzivní a překračuje normy, stává se negativním faktorem. U pacienta (ale i všeobecné sestry), který není schopen se s ním vypořádat, může dojít k selhání jak fyzickému, tak k psychickým poruchám (snížená sebekontrola, neprofesionální komunikace). To však neznamená, že každý negativní stres se sebou nese násilí (Hoel, 2000). Při výkonu své profese se všeobecné sestry dostávají do úzkého kontaktu s pacienty, a to v situacích, které jsou pro tyto pacienty značně stresující. Jde o lidi v nesnázích, s pocitem bezmoci, v psychickém a fyzickém dyskomfortu, k tomu často musejí čekat na zásah pomoci určitou dobu, která jim připadá neúměrně dlouhá. Následný kontakt s takovými lidmi neprohlubuje stres jen u pacientů, ale také u všeobecných sester (Beran, 2010). Z hlediska prostředí, jakožto impulsu k násilí,mají vliv faktory nejen na straně pacienta, ale i ze strany všeobecné sestry, a to často nevědomě (Bártlová, 2010). Dlouhé čekání pacientů, administrativní zátěž všeobecných sester - to vše prohlubuje vzájemné odcizení pacientů i sester (nedostatečná možnost konzultovat problémy a komunikovat o nich). Takové prostředí ve svém důsledku napomáhá vytváření interpersonálních konfliktů, které se mohou přenášet na pacienty (Hahn, 2008). Nedostatečné personální a technické vybavení, nevhodné členění a prostorové uspořádání pracoviště je také velmi významným

faktorem podporujícímnásilí. Zdravotnická zařízení jsou často konstruována pro všeobecné sestry jako málo bezpečná – dlouhé chodby, ostré hrany nábytku, absence bezpečnostních složek a mechanismy napomáhajících minimalizaci násilných incidentů (Jones, 2013). Na vytváření násilných situací má také velký vliv systém zdravotní péče a faktory týkající se sociálních vlivů (Bennett, 2012). Dostupnost alkoholu, nealkoholových drog včetně jejich reklamy a vliv sdělovacích prostředků významně připívají k násilí ve společnosti (Koukolík, 2008). Tyto činitele všeobecné sestry nemají možnost aktuálně ovlivňovat (Seitlová, 2013). Co však ovlivnit lze, je úprava ambulantních prostorů a oddělení zdravotnických zařízení. Bylo prokázáno, že prostředí čistá a upravená - nepopsané zdi, uklizené prostory, větrané místnosti bez zápachu, dostatečné osvětlení, uspořádanost pomůcek v prostoru – významně snižují podněcování k trestnému činu (Zimbardo, 2011).

2. 2 Osobnostní rovina jako zdroj násilí

Impulzy vycházející z osobnostního rozložení při procesu péče mohou vycházet jak ze strany všeobecné sestry, tak samotného nemocného. Pacienti přepokládají, že všeobecná sestra s nimi bude jednat slušně a uctivě, bude empatická, poskytne jim úlevu od bolesti a symptomů, pomůže s řešením problémů. O tom, jak bude spolupráce mezi všeobecnou sestrou a pacientem probíhat, rozhodují situační přání obou stran. Pacienti pokládají všeobecné sestry za vysoce specializované profesionály a očekávají od nich především naslouchání. Většina sester pacienty však poslouchá (nenaslouchá jim)a nevěnuje slovům pacienta pozornost a pak se ptá otázkami jako u výslechu – i když jim pacient vše původně řekl. Pozorností vůči pacientovi (vyjádřit pozornost trvá pár vteřin) navíc vzniká pocit důvěry a pacient daleko lépe spolupracuje. Pacienti očekávají od sester pochopení (například šetrná manipulace, když pacient tvrdí, že ho něco bolí), respektování soukromí (fyzického i duševního), respektování osobnosti (péče má být poskytována pacientovi, ne jeho nemoci a jejím příznakům), kterou původně pacient je/byl (například pacient s demencí nebo pacient trpící akutní fází nějaké nemoci – jeho reakce na ošetřování mohou vycházet z původního povolání – kontrolor, lékař). Pacienti od sester očekávají poskytování informací (každý čin má být náležitě okomentován), uctivou komunikaci (bez žargonu a zdrobnělin, představení sester pacientovi),

smysluplné vysvětlení („jak něco udělat“ namísto „co má dotyčný dělat“), empatii a pocit, že sestře na pacientovi záleží (i sestra se může stát kdykoliv pacientem) a zájem o problémy pacientů (Howard, 2014). V neposlední řadě očekávají lidskost (Grimaldi, 2013). Přání a představy pacientů často narážejí v nemocničním prostředí na tvrdou realitu. K jednání, které pacienti označují jako neprofesionální a pacienty devalvující, patří zejména shazování domácích postupů (léčba bylinkami), označování pacientů čísly (diagnózami), nepředstavení ošetřujícího personálu, nezájem (všeobecná sestra se na pacienta nedívá, když na něj mluví), a nízké zapojení při rozhodování o ošetřování (Thiedke, 2007). Všeobecná sestra má o chování pacienta také určité představy a očekávání (poděkování, spolupráce, dodržování předepsaných opatření a za daných okolností určitou poslušnost), která v realitě tvrdě narážejí stejně jako nesplněná přání pacienta (Lánský, 2013). Podrobnější pohled do nitra všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků chybí – současné studie a průzkumy se více zabývají spokojeností pacientů, nikoliv personálu. Na této pozici by byly velmi cenné skupinové focus groupy, reflektující také pocity zdravotníků, ne pouze pacientů (Pekara, 2014b). V případě situační odlišnosti (nespolupracující pacient či pacient pod vlivem omamné látky, ve stresu, vysoká pracovní zátěž všeobecných sester) jsou představy pacientů a sestry rozdílné. Následně dochází k nedorozumění mezi sestrou a pacientem, aktivaci negativních emocí vyvolávajících pocit ohrožení a snížení sebeovládání (Nešpor, 2012).

Mezi nejčastější příčiny snižující schopnost sebeovládání všeobecné sestry a vedoucí ke kumulaci negativních emocí patří spánková deprivace nebo subdeprivace (vlivem nočních služeb dochází k narušení kognitivních funkcí včetně schopnosti správného úsudku a rozhodování). Bylo prokázáno (Nešpor, 2007), že nedostatek spánku znesnadňuje ovládání negativních emocí a v chirurgických oborech ohrožuje spánková deprivace zejména pracovníky s kratší praxí. Další vlivy, proč sestry nejsou odolné vůči svým negativním emocím, jsou hlavně osobnostní - nepřiměřená ctižádostivost, aspekty výchovy, neřešené osobní nebo rodinné problémy, prodělaná zátěžová životní událost či tělesné či duševní onemocnění. Vliv mají také vzory zdravotníků, zejména starší kolegové, kteří mladší kolegy učí řešit násilí prostřednictvím síly a moci (Majekodunmi, 2012). Tento způsob řešení konfliktů, kdy osoba silnější chce dosáhnout svého pomocí síly,je v lidské populaci silně zakořeněn (Bennett, 2012).Minulé negativní životní

zkušenosti, které vedou k předpojatosti, jsou pak patrné u nepřiměřené reakce ze strany všeobecných sester k pacientům opilým nebo osobám bez domova. Faktor zahlcení (nutnost a tendence provádět současně více úkonů najednou, zejména, kdy má sestra na starost velký počet pacientů) zhoršuje výkonnost a přispívá k vyčerpání. Navzdory relevantním znalostem a dovednostem všeobecných sester setrvává u pacientů nedostatek informovanosti o skutečném rozsahu činností všeobecných sester. Sestry ví, že některá přání pacientů není možné splnit, pacienti nikoliv. Také jednostranná tělesná a duševní zátěž vlivem nadměrného sezení nebo stání v nevhodné či zatěžující poloze mají významný vliv na snížení sebekontroly profesionálních sester (Shaw, 2015).

Faktorů, které ovlivňují konfliktní dění mezi všeobecnou sestrou a pacientem je mnoho. Problém nabývá na své složitosti, od čehož se může odrážet i jeho koncepční řešení a řada otázek – kdo je ve skutečnosti více ohrožen a zaslouží si více pomoci a podpory – vystrašený pacient nebo unavená a vyčerpaná sestra?

Samotnému sebeovládání může pomoci uvědomění si faktu, že násilí je reakcí na danou situaci, nikoliv na všeobecnou sestru jako takovou (pacienta takového). Efektivní komunikace pomáhá zase tam, kde víme, jak daná situace vznikla a s jakou emocí pracujeme. Techniky naslouchání a porozumění jsou aplikovány do kontaktu s pacientem prostřednictvím terapeutické komunikace (Trešlová, 2012). Tu je možné realizovat při každodenním kontaktu s nemocným, kdy mu poskytujeme oporu a v těžkých chvílích pomoc. Podpůrný terapeutický rozhovor navíc zvyšuje účinnost jednotlivých terapeutických přístupů k pacientovi. Jak ale aplikovat „vlídné slovo“ pacientovi, který vyčerpané sestře nadává a vyhrožuje? A nepotřebuje právě terapeutický rozhovor více sestra, než pacient? Je vždy důležité hodnotit situaci z obou stran – jak ze strany pacienta, tak všeobecné sestry a vnímat situační příčiny chování a jejich reciprocitu. Co je naprosto evidentní, je těsný vztah negativních emocí a násilí. Negativní emoce se nevyhýbají ani profesionálům jako jsou všeobecné sestry. Přítomnost výše uvedených faktorů způsobujících násilí na straně sester, vyvolává pocity ponížení na straně druhé. A právě ponížení je jednou z nejsilnějších emocí (Roy, 1996).

2.3 Organické příčiny násilí

Zajímavý je vztah násilí a alkoholu. Potlačení osobních a společenských zábran nevysvětluje dostatečně specifické účinky alkoholu na násilné chování. Na druhou stranu časná (prenatální) expozice alkoholem vede u myší ke zvýšené agresivitě, lokomoční aktivitě a snížené koncentraci serotoninu v CNS. Téměř totožný efekt byl zaznamenán i u lidí. Násilí může být také projevem nemoci nebo poruchy osobnosti. Některé výzkumy nasvědčují hypotézám o genetické podmíněnosti psychopatií, které se projevují násilným chováním. Kromě poruch osobnosti (projevujících se násilím) podmíněných geneticky a hormonálně (vrozených) nebo způsobených úrazem či jiným poškozením mozku, existují také změny osobnosti způsobené například vlivem citové deprivace v dětství, vlivem dlouhodobého stresu nebo mimořádně traumatizujícího zážitku (Vevera, 2011). Nejsilnějším predikátorem násilného chování je zneužívání v dětství – třetina dětí, u kterých bylo dokumentováno špatné zacházení, v tomto chování ve svém životě pokračuje. Rozhodující vliv pro vznik antisociálního chování mají faktory prostředí (tedy špatné zacházení) a nikoliv pouze faktory genetické (Kuželová, 2010). Násilí může být také projevem závažnějšího nebo až život ohrožujícího stavu, jakým je náhlá mozková příhoda, meningitida, hypoglykémie, mozkové nádory a také úrazy hlavy. Onemocnění psychotickou poruchou, bipolární afektivní poruchou a organické postižení mozku zvyšují pravděpodobnost násilného chování. Tato pravděpodobnost je u psychoticky nemocných také zvýšena zneužíváním návykových látek (Volavka, 2010). Zneužívání návykových látek a vysazení medikace, u psychoticky nemocných, zůstává velmi silnými, i když nedostatečně specifickými prediktory násilí (Steadman, 1998). Dále je známá skutečnost, že demence a mentální retardace mohou vyvolat impulzívní násilné chování selháním inhibiční kontroly a poškozením kognitivních funkcí. U pacientů se schizofrenií můžeme rozlišit nejméně dva typy násilného chování (dlouhodobé násilné chování, spojené s antisociálním chováním v dětství a dospívání nebo k násilí dochází pod přímým vlivem psychotické produkce). U depresivních nemocných může dojít k násilí především proti vlastní osobě a v rámci rozšířené sebevraždy také vůči okolí. Hypoglykémie vyvolává podrážděnost a neklid, přechod do násilí je častý (Hill, 1943). Souvislost mezi hypoglykémií, habituálním násilím a impulzivitou významně potvrzena nebyla (DeJong, 1992).

Hormony mají také ve vztahu k násilí své místo. Zneužívání anabolických steroidů zvyšuje riziko násilného chování. U mužů i žen, kteří byli odsouzeni za násilné trestné činy, byly zjištěny vyšší hodnoty testosteronu než u běžné populace. Dosud však není jasné, zda zvýšení hladin testosteronu (a ostatních steroidů) je příčinou násilného chování nebo následkem (Stoff, 1996).

2. 4 Proces péče jako zdroj násilí

Z hlediska mechanismů, které ovlivňují samotný výkon péče, je podstatná dynamika emocí. Situace, kdy se „zlobíme“, ovlivňují negativní emoce. Vystupňovaná negativní emoce snižuje adekvátní schopnost rychle ovládnout rozum a vyhnout se konfliktu. Stres v dané situaci schopnost sebeovládání také snižuje. O tom, jak druhé vnímáme, rozhodují naše zkušenosti a představy, jaký by ten druhý měl být (tedy naše vlastní představa „jak jsme si toho druhého vykreslili“). Základem je v druhých hledat své bližní, což je v oblasti ošetřování nemocných a raněných bráno jako profesionální základ (Grimaldi, 2013). Pokud jsou však zájmy, bezpečí nebo hodnoty jedince ohroženy, spouští kortex, thalamus a amygdala antistresový program, který lidem umožňuje chránit své zájmy, hodnoty, bezpečí, a to útěkem nebo útokem. Člověk pak reaguje vztekem, násilím, hněvem nebo úzkostí, aby čelil nepříjemnému stresoru (Pospíšil, 1999). Právě vystupňované negativní emoce vedou ke zmíněnému násilí s projevy agrese nebo agresivity. Mezi nejčastěji pociťované emoce patří (především) frustrace a strach, které probíhají na emoční úrovni jak pacienta, tak sestry. Samozřejmě samotná frustrace nebo strach násilí nevyvolají, nutný je další faktor, který emoce zesiluje natolik, že dojde k překročení „tolerance“ a jedinec takzvaně vybuchne. Mezi tyto zesilující faktory (zvané též averzivní podněty či precipitory negativních emocí) řadíme nejčastěji: nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, bolest, neschopnost řešit zátěžové situace, vlastní zklamání, nemoc, provedení chyby, neúspěch, neúctu druhých, sníženou adaptaci, interpersonální vztahy. O tom, zda v konkrétní situaci dojde k eskalaci emocí a následnému násilí, ať už jeho verbální či fyzickou formou, rozhoduje schopnost sebeovládání (Špatenková, 2003). Zkušenosti pacienta, jeho příbuzných nebo

lidí z jeho blízkého okolí často ovlivňují pozitivně i negativně jeho očekávání. Velký vliv v tomto ohledu zanechávají také sdělovací prostředky a média. Pro tiskové zprávy jsou nejzajímavější právě případy hrubých chyb všeobecných sester nebo naopak špičkové výkony, kterých dosahují nejlepší pracoviště. Veřejnost tak nabývá zbytečné podezíravosti nebo naopak má přehnaná očekávání a následné zklamání (Nešpor, 2012). To, co cítíme a očekáváme od života, nám pomáhá si uvědomit, co od života očekává a cítí druhý člověk. Tento zvláštní způsob empatie a očekávání charakterizuje osobnost člověka a více či méně umožňuje identifikovat realitu druhých lidí. To, co si o druhých představujeme, není o tom, jaký druhý člověk je nebo co cítí, ale spíš o tom, jakou představu si udělám, abych s ním mohl/a mít určitý vztah (Grimaldi, 2013). Pokud představy, které byly na straně sestry i pacienta očekávány, nejsou naplněny, dochází k frustraci a k výsledné emoční rozladěnosti pak stačí přidat slovo, větu („Proč mě zase voláte?!“, „Kolik jste toho vypil, co?“, „Pohněte, nejste tady sama!“, „To tu ruku nemůžete udržet chvíli v klidu?!“, „Uklidněte se!“) nebo nevhodný neverbální projev (smích, přetočení očí, přehlížení pacienta) a následkem interpersonální interakce dojde k násilí, které má povahu agrese slovní či fyzické, aby saturovala potřebu vlastního bezpečí a snížila pocit bezmoci. V takových situacích rozhoduje o výsledku násilí komunikace. Nemáme na mysli jen slova, protože, když budeme vycházet z rozložení komunikace, tak jak je vnímána navenek, je komunikace především o chování (Montangue, 2013). V případě eskalace negativních emocí u pacienta nebo u všeobecné sestry je klíčové zaměření na faktory, které je možné ovlivňovat vůlí.Jedná se především o snahu zabránit snížení sebeovládání a oproštění se od nevhodné komunikace. Tyto faktory v případě zesilování averzivními podněty eskalují v násilí. Mezi sebeovládáním a komunikací je velmi těsný vztah. Na základě popsaného faktu nesouhlasíme se stanoviskem, že za případné násilné incidenty může samotný alkohol, návyková látka či psychiatrická diagnóza (jak s oblibou hlásí články mediálních zpráv nebo neodborná vyjádření k dané problematice). Hlavní významnou příčinou násilí je totiž nevhodná komunikace s pacienty pod vlivem návykové látky nebo s duševním onemocněním (Pekara, 2014d). Uklidnit se – přemýšlet – držet emoce na uzdě a hledat v druhém svého bližního, je nejlepší prevencí při násilných situacích. Všeobecné sestry ale nejsou stroje. Všeobecné sestry mají právo na své emoce, a pokud mají čelit násilí, budou ve stresu. Navíc zde hraje roli představa, jak si pacienta ve své mysli vykreslily

(ovlivněná výše uvedenými impulzy) a pokud se k nim pacient chová hrubě, již nepůjde o jejich bližního, již nepůjde o pacienta, který si zaslouží potřebnou pomoc, ale v druhém najednou vidí cizince a nepřítele. Tato reakce však nemusí být chápána nutně jako neprofesionální, (neschopnost se ovládnout), nýbrž jako obranná–všeobecné sestry jako člověka, který je ve stresu a rozhoduje se mezi útokem (zastavení násilí útočníka) či obranou. K situacím, kdy všeobecná sestra již není schopna efektivně řešit konfliktní a násilné situace s pacientem přispívá série faktorů, které zhoršují schopnost jejího sebeovládání a následné reakce (chování). Jedná se o faktory, které jsou velmi důležité, často neuvědomované a podceňované. Prevence vlivu negativních faktorů na straně zdravotníka nebo jejich eliminace se do značné míry překrývá s prevencí profesionálního stresu a následného efektivního řešení konfliktů (Nešpor, 2007).

3 Prevence násilí při vzájemném působení sestry a pacienta

Praxe ukazuje, že násilným situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy se vyplatí vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit. Experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrla, 1998). Rozhodující roli v prevenci násilí sehrává především profesionální chování všeobecné sestry vůči pacientovi. Představa, že všeobecné sestry mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. Zdravotnictví je z 80%o komunikaci. Pacient, se kterým zdravotník srozumitelně mluví, je informovaný pacient. Takový pacient i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. To má vliv také na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost (Lánský, 2012). Komunikace je tak především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Stejně jako při aplikaci injekcí či chirurgickém zákroku je potřeba opakování, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí i o komunikaci (Cottingham, 2008). Reciproční vztahy mezi zdravotníky a pacienty jsou doslova nabité emocemi. Právě emoce řídí naše neverbální chování, tedy složku komunikace, která je daleko výraznější než slovní obsah. Pacienti si pak emoce (nejen své) pamatují velmi dobře a dlouho. Zdravotníci samozřejmě také mají právo na své emoce. Bohužel většina pacientů práci zdravotníků opravdu nezná a jakákoliv emoční úleva zdravotníků *(„Vy už jste tu zase? ‚No tak pojďte dál.“, „Co zase chcete?“, Teď jsem Vám to vysvětlil, tak proč děláte něco jiného?“),* může být brána jako neprofesionální (Ptáček, 2011). Pochopení dané situace – i to, že je pacient ve stresu (chová se hrubě a mluví sprostě) všeobecnou sestru zavazuje k tomu, aby se mu snažila pomoci. Aby vnímala násilí od pacienta jako volání o pomoc, nikoliv jako reakci, při které se musí jen bránit (utéct). Z hlediska prevence konfliktů je klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat a případné násilí maximálně deeskalovat. Prevence v přístupu k násilným pacientům vychází ze sebeovládání a komunikace. Prevence násilí znamená takové chování všeobecné sestry, které směřuje k neutralizaci počátečního pacientova stresu a dalších negativních emocí, které se začínají kumulovat

již od prvního kontaktu všeobecné sestry s pacientem (jeho příbuzným). Paternalistický vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem byl nahrazen vztahem partnerským (Vácha, 2008). Profesionální chování všeobecné sestry neznamená, že svou péči při prvním kontaktu s pacientem musí přehánět. Zcela dostačující je, když se všeobecná sestra chová lidsky a vyvaruje se faktorů, které pacientům prohlubují stres a zvyšují riziko nežádoucí nespolupráce. Všeobecné sestře, která se chová lidsky, pacient odpustí o občasnou neprofesionalitu (Mastiliaková, 2007). Jedním z nejdůležitějších impulzů, který může předcházet násilí, a současně velmi opomíjeným, je zájem o pacienta. Haló efekt probíhá i u pacienta, nejen od všeobecných sester vůči pacientům. U pacientů je první dojem navíc často zatížen „premiérou“ (návštěva ambulance, pobyt v nemocnici), kdežto pro všeobecnou sestru je to každodenní práce, která může přecházet v rutinu, což bývá důvodem nezájmu. Všeobecná sestra však nemůže spoléhat na to, že pacient již předem ví, co jej čeká nebo – ještě lépe – na co právě všeobecná sestra myslí. Pacientovi se tak může sestra jediným gestem nebo slovem zalíbit nebo naopak znelíbit. Abychom se vyhnuli nárůstu negativních emocí již při prvním setkání s pacientem nebo jeho příbuzným, je vhodné se představit (Pekara, 2013b). Představení signalizuje zájem, tlumí strach a pomáhá nám vystoupit před druhým z anonymity, která je od počátku věků stvořená k páchání zla (Zimbardo, 2011). Představením všeobecné sestry má pacient pocit, že si ho sestra všimla, že je pro ni důležitý. Představení je nutným krokem k vytvoření důvěry, kterou si k nám pacient buduje. Následně pacient akceptuje všeobecnou sestru jako partnera a nestydí se mluvit nejen o svých zdravotních problémech, ale i pocitech či emocích. Pacient, který ke všeobecné sestře získá důvěru, začíná vytvářet krátkodobý nebo dlouhodobý vztah, který rozhoduje o vzájemné spolupráci. Vztah je nutné udržet co nejdéle, protože opět stačí určitá negativní situace, pacient nám přestává věřit a budování vztahu začíná od začátku (Beran, 2010). Jen tehdy, když máme s druhými lidmi vztah, nevidíme je jako pouhé objekty. Pak neexistují nemoci, pouze nemocní lidé (Urbánková, 2013). Pokud takto všeobecné sestry vidí své pacienty, pak pacienti budou tolerantnější a loajálnější k čekání, spíše budou dodržovat medikaci a ochotněji poskytnou potřebné informace. Ani všeobecné sestry nevyhoří, pokud to takto funguje. Úskalí profesionálů je bohužel v tom, že oni od pacientů, kteří jsou v nemoci, nemohou očekávat vždy reciproční vztah, ale sami se o něj musí snažit. Kdo má moc, má totiž zodpovědnost. Představení a

vytváření důvěry od sestry k pacientovi je tedy zásadní pro prevenci násilí. Z dalších postupů je samozřejmá trpělivost, efektivní styl komunikace a účelné zasahování do fází násilného chování, protože ne vždy přichází pacient klidný a vyrovnaný. V mnoha případech jsme svědky násilného chování již při prvním kontaktu, aniž bychom cokoliv podnikli. V případech, kdy již není možné působit preventivně je násilí potřeba deeskalovat.

4 Deeskalace násilí sestrou při kontaktu s násilným pacientem

Zásady pro používání slovní deeskalace lze nalézt v psychoterapii, jazykových vědách, v dokumentech zabývajícím se trestním řízením, u bojových umění, ale také v ošetřovatelských profesích. Všeobecné sestry, které pracují s neklidnými pacienty denně, vedou k dokonalosti komunikační dovednosti, které jsou v patrné ve zdrojích psychoterapie a v psychologických přístupech. Přehled literatury ukazuje, že vědeckých studií ohledně verbální deeskalace je málo a chybí popisy konkrétních technik, včetně jejich účinnosti (Livingston, 2010). Deeskalace znamená takový způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí nejen násilného pacienta, ale i samotné všeobecné sestry, která navzdory vlastním negativním emocím vystupuje klidně a empaticky. Deeskalace se skládá ze tří složek – vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání (Ptáček, 2011). Odpověď na násilnou situaci je zatížena rychlým rozhodováním a potřebou okamžité reakce (extrémní stres). Základní podmínkou deeskalace je uvědomění si vlastních reakcí a podmínek dané situace (vyhodnocení). Následná komunikace by měla být taková, aby všeobecná sestra pacienta více k násilí neprovokovala – aby byla její verbální a neverbální složka v rovnováze. Taktiky vyjednávání usilují o dosažení kompromisu všeobecné sestry s pacientem. Cílem není, aby sestra nad pacientem vítězila (Vevera, 2011). Komunikace je stále nejdůležitějším pojítkem péče poskytované občanům společnosti. Zdravotnická zařízení nejsou v tomto ohledu výjimkou. Současná medicína prodělala v posledních několika letech výrazný vývoj (přístroje, farmaka). Na komunikaci ve vztahu všeobecná sestra – pacient to zanechalo významný vliv. Komunikace přestala být středem zájmu. Nejvíce tento úpadek zaznamenali ti, kterých se to dotýká nejvíce - samotní pacienti (Bartlová, 2010). Pacient v dnešní době žádá samozřejmě nejvyšší možné nadstandardní služby, moderní přístroje, nejlepší dostupnou léčbu a veškeré moderního vybavení, což se neobejde bez potřeby, aby „všemu“ rozuměl. Jen pacient, který je náležitě informovován a dostatečně chápe „co s ním budou dělat“ je ochoten prolomit bariéry svého nitra a odevzdat svou důvěru zdravotnickému personálu (Baštecká, 2013). Takový pacient se cítí bezpečně, nemá důvod se přetahovat se všeobecnou sestrou o moc, která v něm může svým „profesionálním přístupem“ vyvolávat bezmoc (Špatenková, 2011). Pokud se pacient cítí bezpečně, zpravidla všeobecnou sestru neurazí, nevyčítá jí, ani ji nenapadá.

Komunikace jako efektivní nástroj ke zklidnění násilných pacientů byla prokázána také v jedné farmakologické studii (Isbister, 2010). Agitovaným pacientům byly podávány léky na zklidnění (midazolam). Část pacientů ze studie musela být vyloučena, protože personál (všeobecné sestry) dokázal pacienty deeskalovat komunikací a podání léku nebylo potřeba.

4. 1 Neverbální komunikace jako deeskalační přístup

Nejdůležitější složkou komunikace je neverbální projev (chování všeobecné sestry), kterým může sestra násilnou situaci deeskalovat nebo naopak eskalovat. Nesouhlasíme, že za násilí může vždy pacient, i všeobecné sestry mají svůj podíl, mnohdy už jen tím, že jsou v dané situaci, aniž by cokoliv dělaly (Bártová, 2010). Na prvním místě deeskalace násilného pacienta všeobecnou sestrou je takový přístup, který je bezpečný pro všeobecnou sestru, pacienta, případně další personál a pacienty. Bezpečná deeskalace zahrnuje využití veškerých možných technik s minimálním nebezpečím pro pacienta. Použití restrikčních pomůcek nebo obranných chvatů je dovoleno pouze v krajních případech ohrožení života pacienta nebo všeobecné sestry a při vyčerpání efektivních komunikačních dovedností (Richmond, 2012). I sebeobranná technika musí být vedena takovým způsobem, aby minimalizovala zranění všech přítomných v násilné situaci. Jsme si vědomi úskalí, že každá násilná situace je jiná a proměnlivá. Je nutné, aby všeobecná sestra v případě násilí ze strany pacienta nejdříve zapojila efektivní neverbální komunikaci a snažila se zaměřit na své vlastní sebeovládání (Vevera, 2011). Bezpečí všeobecné sestry zvyšuje respektování osobního prostoru i pacienta (Sawada, 1996). V případě násilného pacienta je doporučeno stát na vzdálenost dvou natažených paží. Jakékoliv další přiblížení (zvýšeně reagují lidé na ulici – bezdomovci, opilí lidé) zmenšuje pacientův prostor, což automaticky vede ke zvýšení napětí pacienta a jeho negativních emocí (proces funguje i obráceně, kdy se pacient přibližuje k všeobecné sestře). V případě nemožnosti dodržení této vzdálenosti se doporučuje natočení sestry bokem nebo únik dokola, nikoliv otočení zády (Dougherty, 2013). Nebezpečné mohou být také doteky. V případě, že chceme pacientovi poskytnout oporu a dotknout se jej, je potřeba, aby byl tento neverbální pohyb zdůvodněn (Stahopulou, 2003). Po vymezení hranic osobního prostoru by se měla všeobecná sestra i dále vyhnout zbytečné

provokaci. Neverbální vystupování všeobecné sestry musí být neprovokativní. Chování má signalizovat bezpečí a klid, nikoliv hrozbu ani nejistotu. Horní končetiny by měly být viditelné a ruce nezatnuté – nekonfliktní je držení rukou mezi pasem a bradou a mít je připraveny v pozici „modlení“ nebo „přemýšlení“. Tyto pozice nejsou provokativní a poskytují případnou rychlou obrannou reakci při fyzickém násilí (Jacobs, 2011). V otázce gest jde především o to, aby pohyby nebyly příliš přehnané a negativní. Mezi negativní gesta patří pohyby vyjadřující nejistotu: krčení rameny, vrtění hlavou, ruce za zády, ruce v kapsách, neklidné pohyby rukou, těkavé pohyby rukou a nohou. Mezi gesta vyjadřující násilí patří používání nevhodných náznaků (vystrčený prostředníček, ukazováček), zvedání rukou nad úroveň hlavy, zatínání pěstí, rychlé a neúčelné pohyby horních končetin. Je vždy lepší, pro bezpečí situace, tato gesta vynechat (Nöllke, 2011). Mimika všeobecné sestry je velmi důležitá. Všeobecná sestra by se měla vyvarovat vytřeštění očí, nadzvedávání obočí, svěšování koutků úst či příliš dlouhé otevření úst. Vyhledávat oční kontakt je vhodné, když začínáte mluvit a když dokončujete větu či myšlenku (Nöllke, 2011). Klidný pohled vzbuzuje důvěru. Provokativní však může být také dlouhodobý oční kontakt. Doporučuje se oční kontakt maximálně šest vteřin a pak přesunutí pohledu na jiné místo (boky, ramena – lze postřehnout začínající pohyb pacienta – chůze směrem k nám, kop, úder rukou). Přímým pohledem do očí pacienta můžeme projevit zájem, snížit napětí pacienta nebo působit sebejistě (pacient odvrátí zrak – náš pohled je mu nepříjemný, cítí převahu). Ještě vhodnější technika je takzvané „třetí oko“ – představíme si oko uprostřed čela pacienta. Pozorováním tohoto bodu se nedíváme pacientovi přímo očí a vidíme mimický výraz celé pacientovy tváře (Sagan, 2007). Zásadně se vyhýbáme jakémukoliv ponížení pacienta svým neverbálním projevem (mračení, smích, gesta nezájmu, povýšené chování), který by násilí jen stupňoval (Lazare, 2011). Pozorováním mimického výrazu tváře a celkového postoje pacienta může všeobecná sestra zaznamenat neverbální prvky násilného pacienta: zatnuté pěsti, zvýšený hlas, cukání lícních kostí, rozšířené nosní dírky, zrychlené dýchání/pohyby hrudníku, zčervenání ve tvářích nebo naopak ztráta barvy, podupávání, přecházení sem a tam, rozšířené zornice (Skellern, 2013). Po úvodní oční kontrole násilného pacienta by měla všeobecná sestra zaměřit svou pozornost na svůj postoj. Postoj všeobecné sestry by měl být pevný, vyjadřující sebejistotu, ale zároveň uvolněnost. Toho lze docílit tak, že chodidla nejsou přílišu sebe – na vzdálenost ramen.

Sestra je nakročena směrem k pacientovi (přední noha), zadní noha všeobecné sestře poskytuje oporu. Ve vzpřímeném postoji sestra budí důvěru a daleko lépe se jí dýchá. Časté změny postoje působí nervózně a neklidně. Tomu se lze vyhnout přesunutím váhy z jedné končetiny na druhou – pokud bude tento pohyb doprovázen hlubokým vydechnutím – dojde ke snížení případného napětí všeobecné sestry a zvýšení jejího sebeovládání (Nöllke, 2011). V situaci, kdy sestra sedí, může dojít snáze útoku.Pokud pacient nad sestrou stojí, má zpravidla větší prostor k útoku, než sestra k obraně. V ideálním případě je třeba se také postavit (zbytečně se přitom nenaklánět). Přitom je vhodné mezi sebe a útočníka umístit nějakou překážku (židli, za kterou je možné se schovat nebo ji využít k odražení útoku). Pokud není možné vstát (stresová reakce) nebo to pacientem nebude umožněno, měla by se sestra snažit uvolnit – vydechnutí a opření se do židle (křesla), čímž prodlouží délku osobní zóny. Při sezení není dobré zachytávat dolní končetiny o nohy židle. Pro sebejistý sed je mnohem efektivnější vzpřímený pohled a předsunutí jedné nohy dopředu, což případně umožňuje rychlé postavení. Pokud je mezi sestrou a útočníkem stůl, měly by z něj být odsunuty předměty (minimálně na stranu stolu), které by útočník mohl použít jako zbraň (Holloman, 2011). Po alespoň částečném zorientování se v situaci a sebekontrole neverbální komunikace všeobecné sestry je důležité vnímat také detaily prostředí (všímat si ostrých rohů, předmětů), které by mohly při eskalaci konfliktu způsobit zranění sestře nebo pacientovi.

4. 2 Verbální komunikace jako deeskalační přístup

Neverbální složka musí být sladěná s verbální (Lazare, 2011). Náš hlas (tón) je v případě stresové situace podbarven a zní jinak, než si uvědomujeme. Muži často „štěkají a hulákají“, ženy naopak více „piští“. Hlas nám při násilné situaci pomůže, pokud je klidný, uvolněný, ale přesto pevný. Správné dýchání je také důležitou součástí hlasového projevu, mluvíme při výdechu. Pro mluvení je vhodný dlouhý a hluboký dech. Ve stresu je výhodnější dýchat nosem – stres je možné doslova vydýchat (Hájková, 2012). V případě, že je kolem pacienta více ošetřovatelů platí zásada, aby na násilného pacienta mluvila vždy jen jedna osoba – sestra (více hlasů zvyšuje napětí). Z hlediska deeskalace úvodního napětí je vhodné, aby se sestra

pacientovi představila a zeptala se jej, jak by si přál, aby ho oslovovala. Představením lidé vystupují z anonymity (Zimbardo, 2011). Je možné použít formulace: *„Dobrý den, jsem sestra Jitka. Jak se jmenujete Vy?“, „Jak Vás mohu oslovovat. Já jsem Jitka, a Vy?“*I když známe jméno pacienta od příjmové sanitky nebo od příbuzných, dotaz na jméno je více osobní a navozuje zájem (Lánský, 2012). Význam má také poskytnutí informací o tom, kde pacient je a co bude následovat: *„Teď jste v nemocnici.“, „Uděláme všechno proto, aby vyšetření bylo rychle za vámi.“* nebo*„Budu Vás hlídat, aby se Vám nic nestalo.“* Pacient, který je informovaný si většinou nestěžuje a násilí nevyvolává (Lánský, 2012). Při stresové reakci je výhodnější mluvit na pacienta ve stručných větách (věta by neměla mít více než 13 slov). Je vhodnější užívat jednoduché věty, otázky a známá slova („*Jste v nemocnici. Já jsem sestra Jitka. Budu se o Vás starat. Nejdříve pojedeme na CT vyšetření. CT nebolí, je to něco jako rentgen a trvá to 5 minut.*“. Složitá slova, otázky nebo dlouhé vysvětlování pacienta často zmatou a zvyšují jeho podrážděnost (zvlášť když dlouho čekal). Okomentování každé činnosti, kterou sestra u pacienta nebo kolem něj provádí, pacienta uklidňuje a předchází zbytečným nedorozuměním. Na poskytnutí informací srozumitelným způsobem, a to v dostatečném rozsahu, má pacient právo i ze zákona (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Všeobecná sestra by neměla zapomínat dát pacientovi čas na odpovědi (nezasahovat do řeči pacienta), čas vstřebat informace a čas na rozmyšlení odpovědi. Nezbytné a důležité informace sestra pacientovi opakuje a přesvědčí se, zda pacient informacím rozuměl (Murphy, 2011). K ověření informací jsou vhodné otevřené otázky (*„Na co se chcete zeptat?“, „Co Vám není jasné?“, „Jak tomu rozumíte?“ „Na co jsem zapomněla?“).* Sestra i pacient v násilné situaci budou ovládáni negativními emocemi. Uvědomění si přání (čeho chci dosáhnout) a možnost ventilovat emoce působí deeskalačně (Ptáček, 2011). Ke zjištění cílů pacienta se všeobecná sestra může ptát: *„Já opravdu potřebuji vědět, čeho teď chcete dosáhnout?“„Mně opravdu velmi pomůže, když mi řeknete, proč jste tady?“„Jestli tomu dobře rozumím, tak vy se zlobíte, protože…?“* Otázky jsou v rámci verbální komunikace velmi účinné. Otázka působí jako pohlazení. Pokud je dobře zvolená, tak neprovokuje a poskytuje nám čas k další reakci (Dufresne, 2003). V případě křičícího pacienta je vhodné, aby sestra mluvila s pacientem na úrovni jeho hladiny tónu (hlasitý, pevný) a využila situace k položení otázky. Všeobecná sestra by se měla vyvarovat nařizování a neměla by pacientovi radit,

co má dělat. Daleko efektivnější je popsat pacientovo chování nebo může všeobecná sestra popsat své pocity:*„Vidím, že se zlobíte! Kdo Vás naštval?,“„Jste rozzuřený! Co se děje?“, „Opravdu by bylo lepší, kdybychom si sedli. Když na mě křičíte, tak mám strach a nemohu se soustředit na Vaše potřeby.“* (Edmüller, 2012). Zajímavá je i koncepce zapojení pacienta podle MacYounga (2011): Sestra*: „Já si nemyslím, že je to dobrý nápad mi ublížit."* Pacient*: „Co tím myslíš?"* Sestra*: „Pojďme to zjistit."*

K pochopení toho, co pacient říká, by měla sestra předpokládat, že to, co říká pacient, je pravda. I v případě, že to pravda nebude, měla by se sestra snažit (předstírat), že to tak vnímá. Zájem o pacienta snižuje napětí při násilné situaci a napomáhá deeskalaci. Navíc pokud pacientovi potvrdíme, že má pravdu, přiznáme tím, že jsme nikdy nezažili to, co pacient prožívá. Dáváme tím najevo, že pocity pacienta jsou oprávněné. Když pacient například tvrdí: *„Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!*, sestra může odpovědět:*„Ano, čekáte už hodně dlouho, mělo by se s vámi zacházet více s úctou.“* Pacient ve stresu často bojuje o moc (je bezmocný) a forma jeho reakce (i obranná) může být útok nebo útěk. Pacient takto také může reagovat ve snaze dosáhnout určitého cíle (úleva od bolesti, okamžité vyšetření, dlouhé čekání). V takové situaci může být nabídnutá alternativa projevem laskavosti – nabídnutí vody, časopisu, umožnění jít si zakouřit na určené místo, informování o průběhu vyšetření, přístup k telefonu, nabídnutí jiného termínu k objednání – a současně odvedením pozornosti, což je součástí deeskalace (přerušení zvyšujícího se napětí při násilné situace). Neměli bychom však pacientovi slibovat něco, co není možné, například kouření na pokoji (Richmond, 2012). K odvedení pozornosti může stejně dobře fungovat komunikační technika, která se nazývá absurdní divadlo (Nöllke, 2009). Princip techniky spočívá v jednoduchých větách, které nemají s danou situací vůbec žádnou souvislost. Technika vychází z teorie absurdního divadla, kdy pacienta překvapíme absurdní reakcí. Jde o to, že se říkají věci, které nesouvisí s tím, co bylo řečeno před chvílí. Reakce útočníka bude překvapení, jindy až zastavení násilné reakce. Když nám pacient tvrdí:*„Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!“*Sestra může odpovědět absurdně: *„A jakým jste přijel autem?“*Pacient nejspíše odpoví ve smyslu: „*Autem?--- PAUZA --- Co, co...co to s tím má dělat?“*Na což může sestra odpovědět: „*Vůbec nic, jen jsem trochu odbočila. Takže teď Váš požadavek.“*

U velmi rozhněvaného pacienta může být efektivní zapojit jej do komunikace pomocí slůvka „my“. Použitím slov „já“ *(„Já už nevím, jak Vám to mám vysvětlit?“)* nebo „vy“ *(„Vy to nechápete nebo co?“)* nedokáže sestra pacienta zapojit do situace tak, aby vnímal, že je její součástí. Použitím slůvka „my“ („*Nevím, kde děláme chybu, že nám stále nedaří dohodnout?“, „Co můžu udělat proto, abychom se pochopili*?“) zapojujeme pacienta do situace – dáváme mu najevo, že není „věc“ a že svým chováním se na situaci podílí a může o ní rozhodovat (Nešpor, 2012). Velký problém může nastat při komunikaci s intoxikovanými pacienty. V takovém případě velmi dobře funguje, když sestra pacientovi dovolí, aby se z něj„na určitý čas“ stal její bližní. Sestra nebude hodnotit, že jí tyká, uráží jí nebo ji nadává. Jen tak je možné danou situaci zvládnout, protože pokud intoxikovaný pacient zjistí, že nemá soupeře, získá k sestře zpravidla sympatie a neútočí na ni (Taft, 2010). Na druhou stranu je důležité, aby pacient byl seznámen s přijatelnou hranicí chování. Všeobecná sestra by měla pacienta informovat, že chování - reakce, kterou by vystupňoval, bude považována za nepřijatelnou. Pokud je to nutné, všeobecná sestra pacientovi sdělí také, že může být zatčen a stíhán, když ji jakkoliv napadne. Forma sdělení by měla být taková, aby pacient vnímal, že se jedná o upozornění na skutečnost (*„Nechci, aby na nás někdo zavolal polici. Třeba se dohodneme.“)*, nikoliv o hrozbu (Richmond, 2012). V případě, že není možné již pacienta dále komunikačně deeskalovat a není možné využít jinou variantu zklidnění, může sestra ve spolupráci s lékařem nabídnout pacientovi farmakologické zklidnění. V takovém případě by měla všeobecná sestra jasně pacientovi uvést, že bude mít z léčby prospěch (jeho bezpečnost, bezpečnost dalších pacientů). Z variant, které nabízí Murphy (2011) může všeobecná sestra využít: *„Vidím, že Vám není dobře. Cítíte se nepříjemně? Mohu Vám nabídnout nějaké léky?“„Je důležité se domluvit na dalším postupu. Abyste lépe komunikoval, je vhodné si vzít nějaké léky, co Vám udělají dobře. Souhlasíte, prosím?“*Je vhodné se pacienta dotázat, zda mu již v minulosti byly nějaké léky na zklidnění aplikovány. V případě nutnosti podat léky informuje sestra pacienta, proč je dostává. Neměli bychom ani v tomto případě (Richmond, 2012) zapomínat na uctivou komunikaci a možnosti volby:*„Z hlediska vaší bezpečnosti Vám nyní podáme léky na zklidnění.“ „Preferujete podání do svalu, žíly nebo jste ochoten si lék vzít ve formě prášku a zapít ho vodou?“, „Pokud souhlasíte s pilulkou, vyhneme se injekcím.“„Máme zde tři druhy léků – který byste chtěl?“*

Sledování verbálních hrozeb a neverbálních projevů je velmi důležitým východiskem nejen pro řešení násilné situace, ale současně cestou, jak do nepříjemné atmosféry konfliktu vstoupit bezpečně. Znalost fází násilného chování všeobecné sestře umožňuje rozpoznat, ve které fázi se pacient nachází. Toto zjištění jí následně může pomoci zvolit vhodnou a přiměřenou reakci na násilí, což zvyšuje bezpečnost její samotné. Novák (1996), Spurný (1996) a Smiar (2012) popisují vývoj konfliktní situace v pěti fázích následovně. Při *fázi spouštěcí* dochází k odklonu od normálního neagresivního chování. Násilí lze odhadnout předem podle určitých verbálních a neverbálních projevů: agresivní a nepřátelský postoj, manifestace nespokojenosti, frustrace, změna tónu hlasu, rozšíření zornic, postupně dochází k prohlubování a zvětšování signálů (Kachadourian, 2014). Ve *fázi eskalační* jsou reakce budoucího agresora nepřiměřené, zvyšují se, je snížena možnost vrátit se do původního stavu před konfliktem. Ani oběť v této fázi mnohdy nereaguje zcela promyšleně (Newman, 2010). *Fáze krizová* nastává tehdy, když je agresor fyzicky, citově i psychicky excitován, přestává se ovládat a stačí nepatrný podnět k tomu, aby protějšek napadl (Gibson-Smith, 2010). Po této fázi následuje *fáze uklidnění*. Uklidnění a vztek agresora se mírní, člověk je zaskočen tím, co se stalo. Zvýšená hladina adrenalinu agresora (i oběti) přetrvává až 90 minut po útoku, poté následuje postupná redukce této tenze (Newman, 2010). V poslední fázi (*postkrizová deprese*) je patrné rozrušení, pocit úzkosti a viny, zoufalství. Někdy je typickým projevem zdůvodňování nezdůvodnitelného, jindy se objevují prosby o odpuštění, lítost (Bennet, 2012).

Ne vždy a všude proběhne vše dle daného schématu. Optimální je snaha zabránit přechodu spouštěcí fáze do eskalační a následně v krizovou – všeobecná sestra může využít deeskalační komunikační techniky. Všeobecná sestra musí neustále mít na mysli, že rozhněvaný člověk (*krizová fáze*) neuvažuje racionálně. Snaha uklidnit, takto rozhněvaného jedince klidnými argumenty může mít v případě krizové fáze i opačný efekt (Králová, 2005). Smiar (2011) uvádí, že při krizové fázi je rozhodující volba komunikace s pachatelem násilí. V důsledku stresové reakce je 80 % krve shromažďováno ve svalech (příprava na útok či útěk). Kognitivní centra mozku jsou v této fázi prokrvena minimálně, což se reálně projevuje tak, že útočník, kterého chceme zklidnit, neslyší, nevnímá a má omezené zorné pole. Jakékoliv dlouhé věty,

vysvětlování či uklidňování dané situaci nepomáhá nebo může výslednou situace zhoršit.

V případě reálné hrozby, která se vyvíjí ve prospěch pacienta, musí všeobecná sestra vždy počítat s variantou, že ji fyzicky napadne. Často se jedná o násilí vedené strachem (Fishkind, 2008) a i v takovém případě může všeobecná sestra verbálně reagovat: *„Proč mi chcete ublížit? Jste v bezpečí? Nechci násilí ani zranění!“*. Další varianty reflektující emoce všeobecné sestry:*„Když se na mě takto díváte, mám z Vás strach.“ „Já nechci, aby se někomu něco stalo, určitě se domluvíme.“ „Bojím se Vás! Prosím, nechci z Vás mít strach.“*

Je potřeba mít vždy na mysli, že fyzikální a farmakologické způsoby omezení násilného pacienta nejsou bezpečné postupy a je třeba jich užít jako poslední možnost k řešení této mimořádné události (Zampieron, 2010). Ani kopání do dveří nebo rozbití židle nemusí nutně znamenat potřebu restrikce nebo farmakologického zklidnění. V případě, že jsou vyčerpány veškeré možnosti klidné deeskalace a je přistoupeno k omezení pacienta, je vždy nutné provést písemný zápis do ošetřovatelské dokumentace. Zápis by měl kromě běžných zvyklostí obsahovat také názor pacienta na danou restrikci (Richmond, 2012). Moderní klinické myšlení podporuje méně závažných donucovacích intervencí. Snažíme se pacienta vyzvat k maximální spolupráci (i když je se chová násilně). Tyto přístupy mohou mít mnoho výhod ve srovnání s tradičními restriktivními postupy. Nezabýváme se možností restrikce pacienta omezujícími prostředky, protože propagujeme jako deeskalační techniku komunikaci a téma omezení pacienta překračuje stanovený rozsah práce i jejích cílů. V této souvislosti uvádíme, že od roku 2012, platí dle zákona č. 372/2012 Sb., podle§ 39, odstavec 3 písmena d) může všeobecná sestra pacienta omezit omezujícími pomůckami bez přítomnosti lékaře (úchop, kurtační pomůcky). Takové opatření je možné pouze v případě, že pacientovo násilné chování ohrožuje jeho samotného nebo okolí, a byly vyčerpány všechny dostupné prostředky ke zklidnění pacienta a není přítomen lékař. Ve chvíli, kdy se dostaví na místo události lékař, musí celou situaci posoudit (ponechat omezující prostředky nebo je odvolat) a potvrdit řešení situace všeobecné sestře záznamem do zdravotnické dokumentace (www.zakonyprolidi.cz, 2014).

5 Záznam do zdravotnické dokumentace

Okolnosti násilného incidentu mezi pacientem a sestrou je správné vždy dokumentovat, byť by se jednalo o verbální násilí či vyslovenou hrozbu. Zápis o násilném incidentu by neměl být součástí pouze hlášení o mimořádné události, ale je vhodné tuto skutečnost duplicitně potvrdit i zápisem do dokumentace, ideálně doplnit podpisem přítomných svědků. V rukou právníků a soudních znalců pak slouží zdravotnická dokumentace jako dobrý obhájce nebo naopak nebezpečný žalobce (Mach, 2010). Proto doporučujeme nepsat hlášení o této mimořádné události ihned po incidentu, protože zvýšená hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut od násilné akce. Hlášení a zápis do zdravotnické dokumentace by měl být napsán v klidu a s rozmyslem. Je potřeba si být neustále vědom toho, že zápis bude číst soudní znalec. Kromě nutné posloupnosti (co předcházelo situaci – jak situace začala – jak proběhla a jak byla ukončena) by měla být zpráva jasná a důkladná (kdy byla volána pomoc a jaká). V případě, že bylo nutné užít k obraně či řešení fyzického úchopu nebo fyzickou obranu (zbraň na scéně) je potřeba velmi výrazně do zprávy zapsat, že bylo užito jen takové síly, která byla nutná k odvrácení útoku a že nebylo možné scénu v žádném případě opustit. Doporučujeme také vypsat veškeré možnosti, které mohly v dané situaci zamezit zranění obou stran a byly využity, případně proč nemohly být veškeré možnosti využity (Bennett, 2012). Bohužel současná situace ohledně hlášení incidentů je taková, že většina napadených incidenty nehlásí, ani nezapisuje (Hoffmannová, 2011). Podle National audit office (2003) není reálně hlášeno až 39 % incidentů. Je třeba mít vždy na paměti, že cokoliv do zdravotnické dokumentace napíšeme, neslouží jen pro naši ochranu, ale současně nám může i přitížit. To, co bude ve zdravotnické dokumentaci zapsáno, může kdykoliv mít v ruce pacient, jeho právník nebo rodina. Ve zdravotnické dokumentaci by měly být veškeré informace o násilném incidentu, včetně toho, co přesně situaci násilí předcházelo. V době, kdy incident již řeší soud, je těžké tvrdit, že něco bylo uděláno (řečeno), pokud to není zapsáno ve zdravotnické dokumentaci. Netvrdíme, že jakýkoliv kontakt s pacientem je nutné zapisovat do dokumentace, nicméně je to rozhodně výhodné. Je tak vhodné zapisovat zejména akt komunikace a veškerá slova, nejen jak celý incident začal, probíhal a skončil, ale především, co mu předcházelo (Mach, 2010).

6 Právní předpisy při obraně sestry před násilným pacientem

Každý občan má právo na sebeobranu. Všeobecná sestra má právo na sebeobranu jako každý jiný člověk a není pravdou, že obrana musí být útoku pouze přiměřená. V případě útoku na všeobecnou sestru, kdy útok přímo hrozí nebo probíhá, má všeobecná sestra právo tento útok odvrátit (pomocí nutné obrany). Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. dle § 29 definuje nutnou obranu jako čin, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný zákonem. V jakémkoliv jiném případě by takové jednání mělo povahu trestného činu. V případě obrany se však o trestný čin nejedná. O nutnou obranu nepůjde v případě, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Nutná obrana patří mezi okolnosti vylučující protiprávnost. To znamená, že skutek, který by byl za normálních okolností posuzován jako trestný čin a pachatel by byl potrestán, je za splnění určitých podmínek beztrestný. Mezi podmínky nutné obrany patří zásada, že útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákonem, přímo hrozí nebo trvá a definování přiměřenosti obrany. V případě, že útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákonem (útok na život, zdraví, majetek), může obránce chránit nejen zájmy své, ale i zájmy někoho jiného. Zpravidla se jedná o útok člověka, vyloučen však není útok poštvaného zvířete. Nutná obrana vždy směřuje proti útočníkovi, je-li jich více, proti kterémukoli z nich. Další podmínkou nutné obrany je, že útok přímo hrozí nebo trvá - nutná obrana není přípustná proti připravovanému útoku, který ještě bezprostředně nehrozí. U hrozícího útoku, který má bezprostředně nastat, není třeba s nutnou obranou vyčkávat. Po ukončeném útoku není nutná obrana přípustná, proto je nutná i definice přiměřenosti obrany - zjevně (očividně) hrubý nepoměr ke způsobu útoku - na první pohled je jasné, že obrana k odvrácení útoku nebyla potřebná v takové intenzitě (www.zakonyprolidi.cz, 2014). Trestní zákoník nevyžaduje, aby obrana byla zcela přiměřená způsobu útoku (Ústavní soud a Nejvyšší soud opakovaně zdůraznily, že přiměřená obrana by byla neúčinná a jistá nepřiměřenost je nezbytná). Obrana tak může být nepřiměřená, ale nesmí být nepřiměřená zjevně (zcela jasně, evidentně, na první pohled). Pokud tedy všeobecná sestra v rámci nutné sebeobrany útočníka poraní nebo dokonce usmrtí (a jsou-li naplněny podmínky trestního zákoníku o nutné obraně), není tento čin trestným činem. Podmínky nutné obrany jsou: útok na fyzickou integritu člověka přímo hrozí, aktuálně probíhá nebo stále trvá;obrana nesmí být zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Přímo hrozící útok může být

podle okolností situace i výhružka osoby známé svým násilným chováním. Nutná obrana však není přípustná proti útoku teprve připravovanému, který ještě nehrozí bezprostředně. V případě napadení všeobecné sestry pacientem holýma rukama se u násilného pacienta všeobecná sestra může bránit i ostrým předmětem (nesmí jej však užít zjevně hned od počátku útoku – zjevná nepřiměřenost není beztrestná). O vybočení z mezí nutné obrany by šlo v případě, kdyby obrana nebyla současná s útokem (v době, kdy už útok skončil nebo ještě přímo nehrozil) a pokud by byla nepřiměřenost zjevná. Přímo hrozící útok je takový, který má bezprostředně nastat nebo hrozí, že bezprostředně nastane. S obranou není potřeba čekat, až útočník vykoná první ránu, je-li zřejmé, že útok přímo hrozí. Útok je možné odvracet, nikoliv oplácet. Obrana musí skončit bezprostředně s koncem útoku (Mach, 2010). Pacient se trestného činu nebezpečného vyhrožování dopustí tehdy, pokud všeobecné sestře vyhrožuje usmrcením, újmou na zdraví nebo způsobem, který u ní vyvolá důvodnou obavu, že k takovému činu může dojít. Pokud je takto vyhrožováno zdravotníkovi při výkonu jeho služby, jde o trestný čin s vyšší trestní sazbou (www.zakonyprolidi.cz, 2014). Útočník nemusí všeobecné sestře přímo ublížit. Stačí, když používá verbální výhružky, které jsou již trestným činem. Ten je potřeba oznámit policii a žádat, aby police zahájila služební zákrok (trestní stíhání) a byla zvážena pachatelova nebezpečnost a případně, že trestný čin skutečně spáchá, uvážena možnost vzetí do vazby (umístění do zdravotnického zařízení poskytujícího psychiatrickou péči). Je vždy nutné důrazně žádat, aby policie podnikla kroky k prevenci a zamezení pokračování trestného činu, nikoliv pouze pasivně přijela a sepsala, co se již stalo. Je nezbytné, aby policie vyšetřovala a zabránila, aby se trestný čin opakoval. I přestože zákonné řešení násilí je represivního charakteru, nikoliv preventivní (jako například komunikace), je vždy správné tuto mimořádnou událost ohlásit a sepsat (Mach, 2010).

Z hlediska zápisu a popisu násilného incidentu je vždy potřeba mít co nejvíce svědků a zajistit si jejich písemné výpovědi. V případě, že byla všeobecná sestra na místě s pacientem sama, doporučujeme zapsat popis násilné situace s časovým odstupem, protože hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut po události. Sepsání mimořádné události by mělo nastat až po nejvyšším možném zklidnění, protože vzniklé emoce násilné situace snižují schopnost koncentrace a dlouhodobého rozhledu (Bennett, 2012).

Bezprostředně po situaci napadení může všeobecná sestra zažívat pocit fyzického a psychického vyčerpání, pocit ponížení, ztráty osobní hodnoty a obav z možných následků do budoucna. Nastává pocit beznaděje, úzkosti, přeceňování dalších rizik, strach z lidí, další obavy a předtuchy. S dopady násilí se každý vyrovnává jinak. Oběť často přemýšlí nad tím, co by bylo, kdyby se to nestalo. Z dlouhodobého hlediska zůstávají bolestné a neodbytné vzpomínky, které mohou mít za následek nespavost a noční děsy. Může nastoupit deprese, ztráta radosti ze života, pocit, že je člověk sám, že situace, kterou zažil, nikoho nezajímá. Je-li všeobecná sestra vystavena opakovaně náročným situacím, jako je například brutální napadení, může časem zažívat i „pocit vyhoření“. Její práce, byť jí dříve přinášela uspokojení a pocit seberealizace, se pro ni může stát stresorem. Negativní důsledky násilí se projevují v poskytování zdravotnických služeb, snížením jejich kvality, ale i rozhodování zaměstnanců zvolit jiné povolání, což v konečném důsledku způsobu je navýšení nákladů na zdravotní péči a snížení rozsahu služeb (Jones, 2013). Z výše uvedených důvodů je potřeba zaměřit se na prevenci násilných incidentů posílením komunikačních dovedností všeobecných sester. Komunikace je nejefektivnější způsob prevence před vznikem násilí. Trestní zákon umožňuje určitou ochranu všeobecných sester, bohužel vždy ex post po násilné situaci. Komunikace na rozdíl od zákona není represivní metoda, ale preventivní. Prevence by se neměla týkat pouze všeobecných sester v praxi. Je nutné začít s výchovou k lidskému přístupu u násilných pacientů u studentů zdravotnických a sociálních škol, včetně lékařských fakult. V praxi je pak nutné posilňovat odborné znalosti supervizními semináři, nácvikem a řešením kritických scénářů (Melnyk, 2010).

7 Ošetřovatelský proces při kontaktu s násilným pacientem

Z výše uvedeného vyplývá, že všeobecná sestra má mnoho možností jak deeskalovat pomocí komunikace násilné pacienty. Již při prvním kontaktu s pacientem odebírá všeobecná sestra anamnézu, která slouží k odhalení příčin násilného chování pacienta nebo jeho příbuzného (neverbální a verbální projevy). V další fázi ošetřovatelského procesu se všeobecná sestra zaměří na příčinu násilného chování a zvolí strategii ke snížení napětí pacienta (ošetřovatelský plán). V průběhu realizační fáze ošetřovatelského procesu aplikuje stanovené metody ke zklidnění pacienta a zajištění jeho bezpečí. Následně je nutné zhodnocení procesu a posoudit, zda došlo ke splnění cíle. Nabízí se celá řada koncepčních modelů, které lze využít pro aplikaci ošetřovatelského procesu při kontaktu s násilným pacientem. Systémový model Dorothy Jonhsonové umožňuje definovat příčiny násilného chování nemocného pacienta. Model je zaměřen na pacienta, který je vnímán jako behaviorální systém, který tvoří podsystémy. Tento systém je pro každého pacienta specifický a vždy vzniká vztah, který si jedinec vytváří spolu s prostředím. Jednotlivé podsystémy by měly být ve vzájemné harmonii, a pokud se jeden z nich naruší, vzniká problém. Úkolem sester je pak tento problém najít a vytvořit efektivní řešení, které povede k žádoucímu chování pacienta. Rovnováhy pacienta dosáhnou sestry tím, že mu pomohou adaptovat se na vlivy (stres, strach, nedostatek informací), které přicházejí z prostředí. To, co pacienta motivuje k násilnému jednání, jsou často jeho neuspokojené potřeby. Tím, že mu sestra pomůže uspokojit potřebu, která je pro něj v dané chvíli aktuální, může předcházet násilí. Koncepční model Dorothy Jonhsonové napomáhá sestrám předcházet násilí ze strany pacientů tím, že minimalizuje aktivitu impulsů, které by násilí mohly vyvolat (Pavlíková, 2006). Jeden ze subsystémů tohoto koncepčního modelu je dokonce přímo zaměřen na násilí - subsystém agresivity. Subsystém vychází z funkce chránit sám sebe nebo jiné, z potřeby prosadit se a prezentovat sama sebe. Pacient může chtít chránit sám sebe například před tím, jak ho změní dané onemocnění nebo před působením prostředí, ve kterém se aktuálně nevyzná. Prostředí, které pacient vnímá je vnitřní (pocity pacienta) a vnější (působící na pacienta zvenku). Mezi prostředími dochází k interakci, jejímž důsledkem může být frustrace a následně projevy násilí. Chování jedince je ovlivňováno situacemi, událostmi, jevy v prostředí. Minulá zkušenost a očekávání budoucnosti ovlivňuje sestry i pacienta různorodě. Koncepční model Dorothy

Jonhsonové se zabývá nejrůznějšími změnami v jednotlivých subsystémech tak, aby byly aktivně vyhledávány potřeby nemocného, jejichž neuspokojení by mohlo být důvodem pacientovi frustrace. Podobně jako koncepční model Dorothy Jonhsonové i sestra Betty Neuman vytvořila systémový model pro praxi, a to v oblasti poradenství duševního zdraví. Při koncepci modelu vycházela především z teorií o stresu a adaptaci. Ve svém modelu pohlíží na člověka jako na kongruentní bytost. Koncepce modelu je tvořenapěti základními pojmy - jedná se o základní proměnné (faktory přežití), základní strukturu (centrální jádro přežití), linii obrany (ochrana před působením stresorů), stresory (napětí vyvolávající nevyrovnanost systému) a prevenci (účelný zásah). Základní strukturu popisuje Betty Neumanová jako centrální jádro přežití. Jádro se skládá z faktorů přežití a jedinečného vlastnictví individuálních charakteristik každého jedince - genetická struktura, orgánové funkce, vzorce chování, struktura ega. Faktory přežití jsou zcela individuální a jsou zdrojem energie pro fungování jádra. Aplikace modelu Betty Neumannové je vhodná zejména pro jedince odlišné kultury. Odlišnost pacientů (rasová) může snižovat sebeovládání všeobecné sestry, například u Romů (Pavlíková, 2006). Na cizince se musí sestra dívat jako na člověka (bytost jako celek), nikoliv jako cizince či nepřítele (Grimaldi, 2013). Model Betty Neumanové pomáhá hledat cestu k jedincům jiné kultury tak, aby byly respektovány jejich zájmy a docházelo k naplnění jejich potřeb, čímž současně předcházíme tomu, aby se vyčerpaly jejich zdroje energie, což by následně vedlo k násilí. Důraz na interakce mezi sestrou a nemocným kladla také Imogene Kingová. Struktura jejího modelu ukazuje vztahy komplexních systémů, které tvoří svět, v němž všichni jednotlivci i skupiny ovlivňují svoje každodenní životy (Sieloff, 2007). Kingová při tvorbě modelu vycházela hlavně z humanistické filozofie a z psychologie, což se odráží v poselství vyvinout univerzální jazyk pro sestry, aby zvládly komunikaci v interakčním prostředí (King, 1981). Kingová si uvědomovala moc komunikace, kterou sestra může chránit nejen sebe, ale i nemocného (prevence násilí). Model Kingové je tak založen především na poskytování informací (komunikaci) o zdraví pacientů a preventivní péči. Opět se setkáváme s naplněním základních potřeb nemocného, které může předcházet násilí (informovanost, komunikace, uspokojování potřeb). Veškeré nenaplnění potřeb může vést ke stresu, což zohledňuje také model Calysty Royové, jehož východiskem je stresová adaptační teorie dle Selyeho. I tento model je založen na lidskosti a byl

ovlivněn Maslowovými pracemi, sociální interakční teorií a humanistickou filosofií holismu (Farkašová, 2006). Dle tohoto modelu člověka (pacienta) nejlépe vystihuje celistvost, vzájemná závislost, systém kontroly chování, zpětná vazba prostřednictvím informací a komplexnost člověka jako systému. Tyto atributy, pokud se sestře podaří u pacienta naplnit, pak bude pacient lépe spolupracovat a nebude mít důvod sestru napadat. V jiném případě může dojít k reakci na stres, kdy organismus je připraven bojovat nebo utíkat (Mastiliaková, 2007). Cílem ošetřovatelské péče je snaha pomáhat jedincům ve zdraví a nemoci k efektivním adaptivním odpovědím (nenásilným). Taková péče je potřebná tehdy, když nadměrný stres nebo zvládání situace člověka oslabuje natolik, že není schopen zvládnout situaci efektivním způsobem (Trachtová, 1999). Pokud vycházíme z předpokladu, že ten kdo potřebuje při vyčerpání pomoci, aby nedošlo k projevům násilí, jsou i sestry, pak možná by tato teorie byla úspěšně aplikovatelná i na ně. Můžeme tím zabránit násilí směřovaného od sestry k pacientovi. V praxi by aplikace ošetřovatelského procesu měla být zaměřena na nejčastější negativní emoce, které u pacienta definuje i systém Nanda domén 2012 – 2014.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/Tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Sesterská komunikační diagnóza: Strach

Definice: Reakce člověka na hrozbu, kterou si připouští jako nebezpečí.

Příčiny vzniku:přirozený důvod, vrozené spouštěče strachu, nedostatek znalostí, nesrovnalosti, jazyková bariéra, podněty ze zevního prostředí, zhoršení smyslů, ztráta životních jistot – zaměstnání, hospitalizace, léčení, fobické podněty, fobie, navození nejistoty rozporuplnými informacemi, odebrání jistoty, výkony bez psychologické přípravy.

Určující znaky: subjektivní(identifikace objektů vyvolávajících strach, zaměření na objekt vyvolávající strach, zlé předtuchy, tělesné příznaky – pocit bušení srdce, nevolnost, sucho v ústech, zvýšené napětí, panika, vyděšení, hrůza) a objektivní(násilí, ústup, široce otevřené oči, zvýšená čilost, soustředění na zdroj strachu, zvýšené napětí,

nervozita, impulzivnost, snížená sebejistota, bledost, zrychlená srdeční akce a dechová frekvence, pocení, třes, průjem, pláč, ustrašený výraz).

Očekávané výsledky: pacient je schopen rozpoznat objekt strachu, diskutovat o něm, pacient se snaží eliminovat zdroj strachu, pacient umí odlišit zdravý strach od nezdravého, pacient se naučí vhodné techniky zvládání strachu.

Ošetřovatelské intervence

posouzení příčin a souvisejících faktorů

- nalezni zdroj strachu – jazyková bariéra, náhlá změna zdravotního stavu, nedostatek informací, senzomotorické poruchy, podněty navozující fobie, odloučení od opory
- posuď stupeň strachu vnímaného pacientem, vliv strachu na život pacienta
- sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování

prováděcí intervence

- buď pacientovi nablízku, naslouchej mu a povzbuzuj ho
- podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocný porozuměl
- dávej prostor pro možné dotazy nemocného
- požádej další členy zdravotnického týmu o pomoc při nedostatečné informovanosti pacienta
- snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací
- podávej léky dle ordinace lékaře, sleduj jejich účinek, veď záznam

Komunikační intervence:

Akceptuj pacientův hněv *(„Vidím, že jste naštvaný.“).*

Vyvaruj se vět typu: „*Uklidněte se!*“, „*Přestaňte řvát!*“, které pacientovi jen nařizují.

Soustřeď se na příčiny násilí, ne na jeho projevy!(*„Proč máte strach?“, „Proč se zlobíte?“)*

Dodržuj bezpečnou vzdálenost (bezpečná zóna je významná zejména pro pacienta).

Dej prostor k ventilaci emocí (Neskákej pacientovi do řeči, pokud mluví).

Snaž se ovládat při jakékoliv reakci pacienta – nereaguj na nadávky a urážky.

Užij klidný tón hlasu (Stůj pevně v bezpečné pozici – ze strany).

Kontroluj svůj neverbální projev (vyhni se násilným gestům) a okolní potencionální zbraně (tužka, hrnek, klávesnice, telefon).

Informuj pacienta o každém svém kroku („*Změřím Vám tlak.“„Můžu vyhrnout rukáv?“ Teď vám namotám manžetu.“)*

Zajisti pacientovo bezpečí – všímej si okolí (ostré hrany), co by pacienta mohlo poranit.

Neurčuj pacientovi nereálné limity (Neslibuj, nevyhrožuj pacientovi)!

Nedotýkej se pacienta, pokud si to nepřeje.

Neotáčej se k pacientovi zády.

Nabídni pomoc a možnosti řešení situace (*„Jste naštvaný. Pojďme si sednout a probereme možnosti, jak vám vyhovět.“*).

Zapoj pacienta do komunikace (představení, informovanost, vytváření klidné atmosféry).

Vyvolej v pacientovi zájem – otevřené otázky.

Zaznamenávej plnění intervencí podle možnosti společně s efektem dané činnosti v časové a logické posloupnosti.

Hodnocení:

Pacient pozná zdroje nespokojenosti, hněvu a násilí. Pacient si uvědomuje svoje chování, jednání a jejich důsledky v interakci s dalšími lidmi. Pacient změnil způsob verbální komunikace (mluví klidně, nekřičí, nenapadá sestru). Pacient klidně žádá informace týkající se jeho léčebného režimu. Pacient se ovládá a nepřenáší násilné chování na druhé. Sestra vyhodnocuje splnění cílů na základě porovnání s výslednými kritérii stanovenými ve fázi plánování. Sestra ve vymezeném časovém rámci zjišťuje (například 12 hod.), zda byl cíl stanovený v plánu splněn, přičemž porovnává odpovědi pacienta s výslednými kritérii. Přesně definuje, jak bylo cíle dosaženo. V opačném případě nesplněný komunikační plán přehodnocuje a modifikuje (Nanda international, 2013).

8 Metodika výzkumu

Pro výzkum byla zvolena metodika smíšeného designu. Jedná o kombinaci kvantitativního výzkumu, kvalitativní studie - hloubkové rozhovory (Příloha 1 a 2) a metodu ex-post evaluace k ověření přínosu vlastní výukové metody.

8. 1 Cíle disertační práce

Hlavním cílem disertační práce je zmapování násilí, které vzniká ve zdravotnickém prostředí výhradně při vzájemném působení všeobecné sestry a pacienta, se snahou identifikovat nejčastější nedostatky zvládání těchto situací a hledat možnosti jejich nápravy.

Jako dílčí cíle jsme stanovili:

Zmapovat výskyt násilí při vzájemném působení zdravotnických pracovníků a pacientů v České republice. Zjistit, který tip násilí dominuje ve zdravotnictví v České republice. Zjistit, která profesní skupina je násilím ve zdravotnictví ohrožena nejvíce (reflektovat gender aspekty). Znázornit představu o vývoji daného problému v České republice. Prezentovat souhrnný přehled faktorů násilí a agrese ve zdravotnictví v České republice. Identifikovat faktory podněcující násilí při vzájemném působení všeobecných sester a pacientů v České republice. Zjistit preventivní opatření, která se používají v rámci násilného chování ve zdravotnictví v České republice.Monitorovat vliv problematiky násilí na chování pracovníků ve zdravotnictví v České republice. Inovovat didaktické postupy ke zvládání násilí ve zdravotnictví v České republice.

8. 2Hypotézy a výzkumné otázky

H1: Ženy (pracovnice ve zdravotnictví) jsou náchylnější k násilí od pacientů více než muži (pracovníci ve zdravotnictví).

H2: Všeobecné sestry jsou konfrontovány více s verbálním násilím než ostatní NLZP.

H3: Středoškolsky vzdělané sestry jsou vystaveny násilí více než vysokoškolsky vzdělané sestry.

Výzkumná otázka

- Přispívají všeobecné sestry svým jednáním k eskalaci konfliktů?

Ex post evaluace

H4: Dovednosti získané školením o prevenci násilí jsou závislé více na didaktické metodě než na délce školení.

8. 3 Kvantitativní výzkum

Nástrojem pro kvantitativní výzkum byl zvolen validizovaný dotazník. Dotazník byl vybrán na základě doporučení International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organisation (WHO) a Public Services International (PSI). Samotná WHO doporučila dotazník jako program pro snižování násilí na pracovištích ve zdravotnictví. Dotazník je trvale dostupný na stránkách WHO.[1] Původní dotazník WHO obsahuje 5 hlavních kategorií s dalšími podkategoriemi a celkem zahrnuje přes 100 otázek.

S výzkumem pomocí dotazníků jsme začali prostřednictvím předvýzkumu, který zahrnoval předložení 30 dotazníků všeobecným sestrám z různých oddělení (oddělení následné péče, chirurgie, interní oddělení, akutní ambulance). Předvýzkum byl realizován na začátku ledna 2011 a dotazníky byly sesbírány na konci ledna 2011. Ověřovali jsme spokojenost a zkušenosti všeobecných sester při vyplňování doslova přeloženého dotazníku. Pro účely naplnění našich hypotéz a zacílení se na výzkumnou skupinu musel být originální dotazník upraven, protože zkušenosti všeobecných sester byly negativní – sestry sdělovaly, že dotazník je velmi dlouhý a ve výsledku nezajímavý. Více než polovina sester dotazník nevyplnila celý (důvodem byla časová náročnost dotazníku). Z těchto důvodů jsme dotazník omezili na 30 otázek (Příloha 3). Samotný kvantitativní výzkum byl realizován od března 2011 do května 2014, kdy jsme oslovili 1000 respondentů. Respondenti byli oslovováni na seminářích a konferencích zaměřených na prevenci násilí při vzájemném kontaktu s pacientem (případně jeho příbuzným). Ve většině se jednalo se o semináře pro všeobecné sestry, mnohdy však byly na kurzu přítomni také lékaři, zdravotničtí záchranáři, fyzioterapeuti nebo

[1]http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf?ua=1&ua=1

pomocný zdravotnický personál a technicko-hospodářští pracovníci nemocnic, kteří přicházejí do styku s pacienty. Dotazník byl vždy skupině posluchačů předložen na konci semináře/kurzu, a lektorem byl osobně sesbírán a následně analyzován (cílem bylo 1000 dotazníků). Veškerá data z dotazníku jsou demonstrována v kontingenčních tabulkách. Ke každé otázce je pro znázornění přiřazena tabulka s krátkým komentářem. Tabulky jsou vypracovány v programu Microsoft Office Exel 2007. Pro ověření hypotéz jsme použili kontingenční tabulky s různými stupni volnosti (podle sledovaných charakteristik, viz Příloha 4) a test $\chi 2$ – pro nezávislost. Vypočtenou testovací statistiku našich kontingenčních tabulek jsme srovnávali s kritickou hodnotou $\chi 2$ rozdělení o odpovídajícím stupni volnosti na hladině významnosti 95 %. Test nezávislosti je pro naše hypotézy vhodný, protože se používá k posouzení závislosti dvou kvantitativních veličin měřených na prvcích téhož výběru. Tento test patří mezi neparametrické metody a nevyžaduje znalost rozdělení zkoumaných statistických proměnných. Chí-kvadrát test pro nezávislost ověřuje, zda mohou být rozdíly skutečných a očekávaných četností pouze náhodné nebo jsou natolik vysoké, aby byly pouze náhodné, a jsou tedy statisticky významné (Hendl, 2006). Pro výpočty četností jsme použili webovou aplikaci na stránce: http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/. Podle hodnoty testového kritéria jsme rozhodovali o zamítnutí nebo potvrzení hypotéz.

8. 3. 1Charakteristika souboru

Z hlediska validace stanovených hypotéz jsme se zaměřili v případě kvantitativního šetření především na všeobecné sestry. Celkový počet rozdaných a navrácených dotazníků od respondentů byl 1000 (návratnost 100 %). 40 dotazníků jsme však pro neúplnost vyplnění museli vyloučit. Vzhledem k tomu, že jedna z hypotéz byla zaměřena právě na vztah násilí a stupeň vzdělání, tak jsme dále analyzovali pouze sestry středoškolsky vzdělané a sestry vzdělané vysokoškolsky. Dalších 64 dotazníků jsme do výběrového souboru nezahrnuli záměrně - jednalo se o sestry s vyšším odborným vzděláním (VOŠ). Celkový počet respondentů kvantitavního výzkumu byl 896 (100 %). Všeobecné sester bylo 500 a tím tvoří nejpočetnější skupinu kvantitavního výzkumu. Všeobecné sestry byly z různých oddělení (ambulance, lůžková a pohotovostí oddělení, zdravotnická záchranná služba).

8. 3. 2 Prezentace výsledků kvantitativního výzkumu

Tabulka 1

Pohlaví respondentů	Počet	%
Muž	188	21,0%
Žena	708	79,0%
celkem	896	100,0%

Celkový počet respondentů výzkumu činí 896 respondentů, 708 žen (79,0 %) a 188 mužů (21,0 %).

Tabulka 2

Věk respondentů	počet	%
20 – 24	33	3,7%
25 – 29	85	9,5%
30 - 34	92	10,3%
35 – 39	131	14,6%
40 – 44	141	15,7%
45 – 49	146	16,3%
50 – 54	133	14,8%
55 – 59	108	12,1%
60 a více	27	3,0%
celkem	896	100,0%

33 respondentů (3,7 %) bylo ve věku 20 – 24 let, 85 respondentů (9,5 %) ve věku 25- 29 let, 92 respondentů (10,3 %) ve věku 30 - 34, 131 respondentů (14,6 %) ve věku 35 – 39 let, 141 respondentů (14,6 %) ve věku 40 – 44 let, 146 respondentů (15,7 %) ve věku 45 – 49 let, 133 respondentů (16,3 %) ve věku 50 – 54 let (14,8 %), 108 respondentů (12,1 %) ve věku 55 – 59 let a 27 respondentů (3,0 %) ve věku 60 a více let.

Tabulka 3

Profesní skupina respondentů	počet	%
Lékař	92	10,3%
Sestra	500	55,8%
Záchranář	151	16,9%
řidič ZS	25	2,8%
Fyzioterapeut	60	6,7%
bezpečnostní pracovník	18	2,0%
PZP (sanitář, ošetřovatel/ka)	50	5,6%
Celkem	896	100,0%

92 respondentů (10,3 %) byli lékaři, 500 respondentů (55, 8 %) byly všeobecné sestry, 151 respondentů (16,9 %) zdravotničtí záchranáři, 25 respondentů (2,8 %) řidiči záchranných služeb, 60 respondentů fyzioterapeutů (6,7 %), 18 respondentů bezpečnostních pracovníků (2 %) a 50 respondentů (5,6 %) pomocného zdravotnického personálu.

Tabulka 4

Nemoci pacientů – rozdělení	počet	%
interní	300	33,4%
Úraz	220	24,6%
Psychiatrie	80	8,9%
Onkologie	65	7,3%
Geriatrie	90	10,0%
mentální postižení	86	9,6%
Pediatrie	55	6,1%
Celkem	896	100,0%

300 respondentů (33,4 %) pracovalo s pacienty interního charakteru, 220 respondentů (24,6 %) s traumatologickými pacienty, 80 respondentů (8,9 %) s psychiatrickými pacienty, 65 respondentů (7,3 %) s pacienty onkologickými, 90respondentů (10 %), s pacienty geriatrickými (bez mentálního postižení nebo psychiatrické nemoci), 86

respondentů (9,6 %) s pacienty s mentálním postižením a 55respondentů s pacienty pediatrickými (6, 1%).

Tabulka 5

Vzdělání respondentů	počet	%
Základní	9	1,0%
vyučen - střední bez maturity	72	8,0%
střední nebo SŠ s maturitou	521	58,1%
vyšší odborné	130	14,5%
Vysokoškolské	164	18,3%
Celkem	896	100,0%

9 respondentů (1 %) mělo základní vzdělání, 72 respondentů (8 %) byla vyučena, 521 respondentů (58,1 %) absolvovalo střední školu s maturitou, 130 respondentů (14,5 %) absolvovalo vyšší odborné vzdělání a 164 respondentů (18,3 %) bylo vysokoškolsky vzdělaných.

Tabulka 6

Respondenti podle délky praxe	počet	%
nad 20 let	381	42,5 %
16 - 20 let	138	15,4 %
11 - 15 let	142	15,8 %
6 - 10 let	106	11,8 %
1 - 5 let	96	10,7 %
méně než 1 rok	33	3,7 %
Celkem	896	100,0%

381 respondentů (42,5 %) mělo praxi nad 20 let, 138 respondentů (15, 4 %) pracovalo 16 – 20 let, 142 respondentů (15, 8 %) pracovalo 11 – 15 let, 106 respondentů (11,8 %) pracovalo 6 – 10 let, 96 respondentů (10,7 %) pracovalo 1 - 5 let a 33 respondentů (3,7 %) pracovalo méně než jeden rok.

Tabulka 7

Respondenti dle pracoviště	Počet	%
pouze ambulance (ne oddělení)	106	11,8%
interní oddělení	85	9,5%
RTG	20	2,2%
Pediatrie	20	2,2%
Onkologie	17	1,9%
Chirurgie	87	9,7%
Psychiatrie	80	8,9%
ARO	60	6,7%
LDN	80	8,9%
ordinace PL	15	1,7%
záchranná služba	190	21,2%
zubní	20	2,2%
domácí péče	30	3,5%
operační sál	20	2,2%
Gynekologie	6	0,7%
RHB	60	6,7%
Celkem	896	100,0%

106 respondentů (11,8 %) pracovalo pouze na ambulanci, 85 respondentů (9,5 %) pracovalo na interním oddělení, 20 respondentů (2,2 %) pracovalo na rentgenovém pracovišti, pediatrii, zubním oddělení a operačním sále, 17 respondentů (1,9 %) pracovalo na onkologii, 87 respondentů (9,7 %) pracovalo na chirurgii, 80 respondentů (8,9 %) pracovalo na psychiatrii a LDN, 60 respondentů (6,7 %) pracovalo na oddělení ARO a rehabilitaci, 15 respondentů (1,7 %) pracovalo v ordinaci praktického lékaře, 190 respondentů (21,2 %) pracovalo na záchranné službě, 30 respondentů (3,5 %) pracovalo v domácí péči, 6 respondentů (0,7 %) pracovalo na gynekologii.

Tabulka 8

Členění péče o pacienty dle pohlaví	počet	%
Muži	196	21,9%
Ženy	250	27,9%
Obojí	450	50,2%
Celkem	896	100,0%

196 respondentů (21,9 %) se staralo jen o muže, 250 respondentů (27,9 %) se staralo jen o ženy, 450 respondentů (50,2 %) se starala o muže i ženy.

Tabulka9

Řešení násilí - pracoviště	počet	%
žádné	130	14,5%
Alarm	150	16,7%
mobilní telefon	160	17,9%
čisté prostředí	70	7,8%
omezení přístupu veřejnosti	90	10,0%
screening násilného chování	52	5,8%
zvýšený počet zaměstnanců	12	1,3%
Vzdělávání	200	22,3%
Celkem	896	100,0%

130 respondentů (14,5 %) nemělo žádné opatření pro řešení násilí na pracovišti, 150 respondentů (16,7 %) používalo alarm, 160 respondentů (17,9 %) používalo mobilní telefon, 70 respondentů (7,8 %) udržovalo čisté pracovní prostředí, 90 respondentů (10 %) využívalo omezení přístupu veřejnosti, 52 respondentů (5,8 %) provádělo screening násilného chování, 12 respondentů (1,3 %) preferovalo zvýšený počet zaměstnanců a 200 respondentů (22,3 %) volilo vzdělávání jako formu řešení násilí.

Tabulka 10

Násilí za posledních 12 měsíců	Počet	%
verbální	641	71,5 %
fyzické	165	18,4 %
žádné	90	10,0 %
Celkem	896	100,0 %

641 respondentů (71,5 %) zažilo verbální násilí za posledních 12 měsíců, 165 respondentů zažilo fyzické násilí a (18,4 %) a 90 respondentů (10 %) nezažilo žádné násilí.

Tabulka 11

Pohlaví a násilí	fyzické	%	verbální	%	žádné	%	celkem	%
muž	68	41,2%	100	15,6%	20	22,2%	188	21,0%
žena	97	58,8%	541	84,4%	70	77,8%	708	79,0%
Celkem	165	100,0%	641	100,0%	90	100,0%	896	100,0%

Z celkového počtu mužů bylo vystaveno fyzickému násilí 68 respondentů (41,2 %), verbálnímu násilí 100 respondentů (15,6 %) a 20 respondentů (22,2 %) se s násilím nesetkalo. 97 respondentů (58,8 %) ženského pohlaví bylo vystaveno fyzickému násilí, 541 respondentů (84,4 %) verbálnímu násilí a 70 žen (77,8 %) se s násilím nesetkalo.

Tabulka 12

Vztah pohlaví respondentů a násilí						
skutečná četnost	násilí	%	žádné	%	celkem	%
muž	168	20,8%	20	22,2%	188	21,0%
žena	638	79,2%	70	77,8%	708	79,0%
Celkem	806	100,0%	90	100,0%	896	100,0%
očekávaná četnost	násilí	%	žádné	%	celkem	%
muž	169,1161	21,0%	18,88393	21,0%	188	21,0%
žena	636,8839	79,0%	71,11607	79,0%	708	79,0%
Celkem	806	100,0%	90	100,0%	896	100,0%

Z našeho souboru zažilo násilí 168 mužů (20,8 %) a 638 žen (79,2 %). Z hlediska očekávaných četností byly výsledky shodné – násilí mělo zažít 169,1161 mužů (21 %) a

636,8839 žen (79 % žen). Na základě χ^2 = 0,093 (hodnota jednoho stupně volnosti 3,841)nezáleží při vzniku násilí na pohlaví respondenta.

Tabulka 13

Násilí u profesní skupiny	fyzické	%	verbální	%	Žádné	%	celkem	%
lékař	7	4,2%	60	9,4%	25	27,8%	92	10,3%
sestra	88	53,3%	386	60,2%	26	28,9%	500	55,8%
záchranář	38	23,0%	107	16,7%	6	6,7%	151	16,9%
řidič ZS	8	4,8%	10	1,6%	7	7,8%	25	2,8%
fyzioterapeut	2	1,2%	40	6,2%	18	20,0%	60	6,7%
bezpečnostní pracovník	10	6,1%	8	1,2%	0	0,0%	18	2,0%
(sanitář, ošetřovatel/ka)	12	7,3%	30	4,7%	8	8,9%	50	5,6%
Celkem	165	100,0%	641	100,0%	90	100,0%	896	100,0%

Z tabulky 13 je velmi významná hodnota zastoupeného počtu násilí za posledních 12 měsíců u všech profesních skupin. Pro vztah k hypotéze jsme nuceni z této tabulky vyloučit lékaře, proto Tabulka 14 demonstruje porovnání násilí za posledních 12 měsíců u všeobecných sester a dalších NLZP (záchranáři, řidiči ZS, fyzioterapeuti, bezpečnostní pracovníci, ošetřovatel + sanitář).

Tabulka 14

Násilí u NLZP	fyzické	%	verbální	%	žádné	%	celkem	%
sestra	88	55,7%	386	66,4%	26	40,0%	500	62,2%
další NLZP	70	44,3%	195	33,6%	39	60,0%	304	37,8%
Celkem	158	100,0%	581	100,0%	65	100,0%	804	100,0%

88 sester (55,7 %) bylo vystaveno fyzickému násilí a 386 sester (66,4 %) násilí verbálnímu. Vůči ostatním skupinám NLZP 26 sester (40 %) nezažilo násilí žádné. Zeskupiny další NLZP bylo vystaveno fyzickému násilí 70 respondentů (44,3 %)

a verbálnímu násilí bylo vystaveno 196 respondentů (33, 6 %). Oproti skupině sester nezažilo násilí 39 respondentů (60 %) ze skupiny ostatních NLZP.

Tabulka 15

Vztah druhu násilí a skupin NLZP								
skutečná četnost	fyzické	%	verbální	%	žádné	%	celkem	%
Sestra	88	55,7%	386	66,4%	26	40,0%	500	62,2%
další NLZP	70	44,3%	195	33,6%	39	60,0%	304	37,8%
Celkem	158	100,0%	581	100,0%	65	100,0%	804	100,0%
očekávaná četnost	fyzické	%	verbální	%	žádné	%	celkem	%
Sestra	98,2587	62,2%	361,318	62,2%	40,423	62,2%	500	62,2%
Ostatní	59,7413	37,8%	219,682	37,8%	24,577	37,8%	304	37,8%
Celkem	158	100,0%	581	100,0%	65	100,0%	804	100,0%

386 všeobecných sester (66,4 %) zažilo verbální násilí, ostatní NLZP byli vystaveni verbálnímu násilí ve195 případech (33,6 %). Skutečné četnosti byly u skupiny všeobecných sester daleko vyšší než očekávané (386 oproti 361,318), u skupiny NLZP tomu bylo naopak (195 vůči 219,682).Na základě χ^2 = 20.896 (kritická hodnota $\chi 2$ odpovídající dvěma stupňům volnosti je 5,991) jsou sestry více vystaveny verbálnímu násilí než skupina ostatní.

Tabulka 16

Násilí a vzdělání sester	fyzické	%	verbální	%	žádné	%	celkem	%
SŠ	55	62,5%	266	68,9%	6	23,1%	327	65,4%
VŠ	33	37,5%	120	31,1%	20	76,9%	173	34,6%
Celkem	88	100,0%	386	100,0%	26	100,0%	500	100,0%

Ze středoškolsky vzdělaných sester zažilo fyzické násilí 55 respondentů (62,5 %), verbální násilí 266 respondentů a 6 respondentů (23,1 %) násilí nezažilo. Z vysokoškolsky vzdělaných sester zažilo fyzické násilí 33 respondentů (37,5 %), verbální násilí 120 respondentů (31,1 %)a 20 respondentů (76,9 %) násilí nezažilo.

Tabulka 17

Vztah vzdělání sester a násilí						
skutečná četnost	násilí	%	žádné	%	celkem	%
SŠ	321	67,7%	6	23,1%	327	65,4%
VŠ	153	32,3%	20	76,9%	173	34,6%
celkem	474	100,0%	26	100,0%	500	100,0%
očekávaná četnost	násilí	%	žádné	%	celkem	%
SŠ	309,996	65,4%	17,004	65,4%	327	65,4%
VŠ	164,004	34,6%	8,996	34,6%	173	34,6%
Celkem	474	100,0%	26	100,0%	500	100,0%

Dle skutečných četností bylo násilí vystaveno 321 středoškolských sester (67,7 %) a 153 vysokoškolsky vzdělaných sester (32,3 %). Skutečné čestnosti u skupiny středoškolských sester byly vyšší než očekávané (321 vůči 309,996), u skupiny vysokoškolsky vzdělaných sester byly skutečné četnosti nižší než očekávané (153 vůči 164,004). Na základěχ^2 = 21,69 (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) jsou VŠ sestry jsou méně vystaveny násilí než středoškolsky vzdělané sestry.

Tabulka 18

Verbální násilí za posledních 12 měsíců	počet	%
Ano	697	77,8%
Ne	199	22,2%
Celkem	896	100,0%

Z celkového počtu 896 respondentů (100 %) 697 respondentů (77, 8 %) zažilo verbální násilí za posledních 12 měsíců, 199 respondentů (22,2 %) nikoliv.

Tabulka 19

Útočník – verbální násilí	počet	%
pacient/klient	456	65,4%
příbuzný pacienta	241	34,6%
Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 456 respondentů (65,4 %) zažilo násilí od pacientů, 241 respondentů (34,6 %) zažilo násilí od příbuzných.

Tabulka 20

Prostředí incidentu	počet	%
zdravotnické zařízení	502	72,0%
byt pacienta (domácí péče, záchranná služba)	75	10,8%
Ulice	120	17,2%
Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 502 respondentů bylo (72,0 %) vystaveno násilí ve zdravotnickém zařízení, 75 respondentů (10,8 %) v bytě pacienta a120 respondentů na ulici (17,2 %).

Tabulka 21

Bezprostřední reakce na verbální násilí	počet	%
uklidňoval jsem útočníka	100	14,3 %
nedělal/a jsem nic	280	40,2%
řekl jsem útočníkovi, ať přestane	100	14,3%
snažil dát převahu (zvýšení hlasu)	217	31,1 %
Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 100 respondentů (14,3 %) se snažilo útočníka při verbálním násilí bezprostředně uklidňovat, 280 respondentů (40,2 %) nedělalo nic, 100 respondentů (14,3 %) řeklo útočníkovi, ať přestane a 217 respondentů (31,1 %) dávalo najevo převahu zvýšením hlasu.

Tabulka 22

Dokumentace verbálního násilí	počet	%
Ano	40	2,9%
Ne	677	97,1%
Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 20 respondentů (2,9 %) verbální násilí hlásilo, 677 respondentů (97,1 %) nikoliv.

Tabulka 23

Důvod nehlášení verbálního násilí	počet	%
nebylo to důležité	400	59,1%
styděl(a) jsem se	12	1,8%
cítil(a) jsem vlastní vinu	60	8,9%
bál jsem negativních následků	50	7,4%
bylo by to zbytečné	155	22,9%
Celkem	677	100,0%

Tabulka zahrnuje 677 respondentů (100 %), kteří nehlásili verbální násilí. 400 respondentů (59,1 %) verbální násilí nehlásilo, protože podle nich to nebylo důležité, 12respondentů (1,8 %) se stydělo, 60 respondentů (8,9 %) cítilo vlastní vinu, 50 respondentů (7,4 %) se bálo negativních následků a 155 respondentů (22,9 %) verbální násilí nehlásilo, protože by to bylo zbytečné.

Tabulka 24

Prošetření verbálního násilí	počet	%
Ano	90	12,9%
Ne	607	87,1%

Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 90 respondentů (12,9 %) uvedlo, že se vyšetřovaly příčiny verbálního násilí, 607 respondentů (87,9 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 25

Verbální násilí bylo preventabilní	Počet	%
Ano	547	78,5 %
Ne	150	21,5 %
Celkem	697	100,0 %

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 547respondentů (78,5 %) uvedlo, že verbálnímu násilí se dalo zabránit, 150 respondentů (21,5 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 26

Reakce zaměstnavatele na verbální násilí	Počet	%
nabídl radu	110	15,8%
incident ohlásit	110	15,8%
volno – odpočinek	0	0,0%
nedělal nic	477	68,4%
Celkem	697	100,0%

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 110 respondentů (15,8 %) uvedlo, že jejich zaměstnavatel jim po verbálním násilí nabídl radu, 110 respondentů (15,8 %) uvedlo, že jim zaměstnavatel umožnil násilí ohlásit jako mimořádnou událost a 477 respondentů (68,4 %) uvedlo, že neudělal nic.

Tabulka 27

Pozdní reakce na verbální násilí – (odstup 2 dnů)	počet	%
sdělení kolegům	238	34,1 %
sdělení nadřízenému	110	15,8 %
hledání odborné rady	36	5,2 %
předstírá, že se "nic nestalo"	313	44,9 %
Celkem	697	100,0 %

Tabulka zahrnuje 697 respondentů (100 %), kteří zažili verbální násilí. 238 respondentů (34,1 %) sdělilo násilí kolegům, 110 respondentů (15,8 %) nadřízenému, 36 respondentů (5,2 %) hledalo odbornou radu a 313 respondentů (44,9%) předstíralo, že se „nic“ nestalo.

Tabulka 28

Fyzické násilí za posledních 12 měsíců	Počet	%
ano	206	23,0 %
ne	690	77,0 %
Celkem	896	100,0 %

Z celkového počtu 896 respondentů (100 %) 206 respondentů (23 %) zažilo fyzické násilí za posledních 12 měsíců, 690 respondentů (77 %) nikoliv.

Tabulka 29

Útočník – fyzické násilí	počet	%
pacient/klient	157	76,2 %
příbuzný pacienta	49	23,8 %

Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 157 respondentů (76,2 %) zažilo fyzické násilí od pacientů, 49 respondentů (23,8 %) zažilo fyzické násilí od příbuzných pacienta.

Tabulka 30

Charakter fyzického násilí	počet	%
beze zbraně	188	91,3 %
se zbraní	18	8,7 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 188 respondentů (91,3 %) zažilo fyzické násilí beze zbraně, 18 respondentů (8,7 %) zažilo fyzické násilí se zbraní.

Tabulka 31

Prostředí fyzického násilí	počet	%
zdravotnické zařízení	102	49,5 %
byt pacienta (domácí péče, záchranná služba)	30	14,6 %
ulice	74	35,9 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 102 respondentů bylo (49,5 %) bylo vystaveno fyzickému násilí ve zdravotnickém zařízení, 30 respondentů (14,6 %) v bytě pacienta a74 respondentů na ulici (35,9 %).

Tabulka 32

Vznik zranění u fyzického násilí	počet	%
ano	10	4,9%
ne	196	95,1%

Celkem	206	100,0%

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 10 respondentů (4,9 %) bylo při fyzickém násilí zraněno, 196 respondentů (95,1 %) nikoliv.

Tabulka 33

Bezprostřední reakce na fyzické násilí	počet	%
uklidňoval jsem pacienta	5	2,4 %
neudělal/a jsem nic	6	2,9%
řekl/a jsem útočníkovi, ať přestane	90	43,7%
snažil/a jsem se bránit	60	29,1%
snažil/a jsem se utéct	40	19,4%
Celkem	206	100,0%

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 5 respondentů (2,4 %) se snažilo útočníka při fyzickém násilí bezprostředně uklidňovat, 6 respondentů (2,9 %) nedělalo nic, 90 respondentů (43,7 %) řeklo útočníkovi, ať přestane, 60 respondentů (29,1 %) se snažilo bránit a 40 respondentů (19,4 %) se snažilo utéct.

Tabulka 34

Dokumentace fyzického násilí	počet	%
ano	65	31,6%
ne	141	68,4%
Celkem	206	100,0%

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 65 respondentů (31,6 %) fyzické násilí hlásilo, 141 respondentů (68,4 %) nikoliv.

Tabulka 35

Důvod nehlášení fyzického násilí	počet	%

nebylo to důležité	44	31,2%
styděl(a) jsem se	15	10,6%
cítil(a) jsem vlastní vinu	60	42,6%
bál jsem negativ. Následků	5	3,5%
bylo by to zbytečné	17	12,1%
Celkem	141	100,0%

Tabulka zahrnuje 141 respondentů (100 %), kteří nehlásili fyzické násilí. 44 respondentů (31,2 %) fyzické násilí nehlásilo, protože podle nich to nebylo důležité, 15 respondentů (10,6 %) se stydělo, 60 respondentů (42,6 %) cítilo vlastní vinu, 5 respondentů (3,5 %) se bálo negativních následků a 17 respondentů (12,1 %) fyzické násilí nehlásilo, protože by to bylo zbytečné.

Tabulka 36

Prošetření fyzického násilí	počet	%
ano	26	12,6 %
ne	180	87,4 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 26respondentů (12,6 %) uvedlo, že se vyšetřovaly příčiny fyzického násilí, 180 respondentů (87,4 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 37

Fyzické násilí bylo preventabilní	počet	%
ano	60	29,1 %
ne	146	70,9 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 60 respondentů (29,1 %) uvedlo, že fyzickému násilí se dalo zabránit, 146 respondentů (70,9 %) uvedlo, že nikoliv.

Tabulka 38

Reakce zaměstnavatele na fyzické násilí	počet	%
nabídl radu	56	27,2 %
incident ohlásit	121	58,7 %
volno – odpočinek	5	2,4 %
nedělal nic	24	11,7 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 56 respondentů (27,2 %) uvedlo, že jejich zaměstnavatel jim po fyzickém násilí nabídl radu, 121respondentů (58,7 %) uvedlo, že jim zaměstnavatel umožnil násilí ohlásit jako mimořádnou událost, 5 respondentů (2,4 %) využilo od zaměstnavatele volno a 24 (11,7 %) respondentů uvedlo, že zaměstnavatel neudělal nic.

Tabulka 39

Pozdní reakce na verbální násilí – (odstup 2 dnů)	počet	%
sdělení kolegům	100	48,5 %
sdělení nadřízenému	16	7,8 %

hledání odborné rady	5	2,4 %
zápis do dokumentace	65	31,6 %
předstírá, že se "nic nestalo"	10	4,9 %
podání žaloby	10	4,9 %
Celkem	206	100,0 %

Tabulka zahrnuje 206 respondentů (100 %), kteří zažili fyzické násilí. 100 respondentů (48,5 %) sdělilo násilí kolegům, 16 respondentů (7,8 %) nadřízenému, 5 respondentů (2,4 %) hledalo odbornou radu, 65 respondentů zapsalo incident do dokumentace, 10 respondentů(4,9 %) předstíralo, že se „nic“ nestalo a 10 respondentů (4,9 %) podalo žalobu.

Tabulka 40

Názory a komentáře respondentů	počet	%
za násilí si můžeme sami	33	3,7%
chybí nám komunikace	138	15,4%
neumíme ovládat emoce	142	15,8%
zaměstnavatel se nesnaží o prevenci	106	11,8%
málo personálu jako příčina násilí	96	10,7%
bez komentáře	381	42,5%
Celkem	896	100,0%

Tabulka zahrnuje všechny respondenty. 33 respondentů (3,7 %) uvedlo v komentářích, že si za násilí mohou sami, 138 respondentů (15,4 %) uvedlo, že jim chybí vzdělávání v komunikaci, 142 respondentů (15,8 %) uvedlo, že neumí ovládat emoce, 106 respondentů (11,8 %) uvedlo, že se jejich zaměstnavatel v prevenci násilí nesnaží, 96 respondentů (10,7 %) uvedlo, že hlavní příčinou násilí je málo personálu a 381 (42,5 %) respondentů se ke komentáři nevyjádřila.

8. 4Kvalitativní výzkum

Pro ověření výzkumné otázky jsme se rozhodli pro kvalitativní ověření pomocí rozhovoru. Hloubkové rozhovory byly v tomto tématu velmi důležitým mezníkem, neboť mají velké využití především u výzkumů týkajících se osobních či citlivých témat a odkrývají skutečnou podstatu násilí při vzájemném kontaktu sestry a pacienta. Prostřednictvím hloubkových rozhovorů byli zkoumáni detailněji členové určitého prostředí a specifické sociální skupiny. Cílem bylo získat náhled na události a jejich jednání, jakým disponují právě členové dané skupiny (všeobecné sestry), a to ve specifických situacích (násilí). Hloubkový rozhovor zachycuje výpovědi všeobecných sester v jejich přirozené podobě, což je základní princip kvalitativního výzkumu. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru jsou zkoumáni členové určitého prostředí s cílem získat stejný náhled na události a jejich jednání. Tuto zkušenost kvantitativní výzkum (dotazník) nedokáže odhalit. Hloubkový rozhovor zachycuje výpovědi respondentů v jejich přirozené podobě, což je základním principem kvalitativního výzkumu (Švaříček, 2007). Metoda hloubkového rozhovoru může být využívána samostatně, jako je tomu v dotazníkových šetřeních, nebo v kombinaci s dalšími metodami. Rozhovorem můžeme například doplnit zúčastněné pozorování a získat tak podrobnější informace, v našem případě o skutečných příčinách a důvodech násilných incidentů při vzájemném kontaktu všeobecné sestry a pacienta (Hendl, 2005). Naším cílem bylo zjistit nejen, jak se chovají všeobecné sestry při násilném incidentu (a ověřit tak faktory, které mohou násilí v pacientech provokovat), ale především důvody jejich chování (zda se všeobecná sestra nechová mnohdy násilně dříve, než pacient). Hloubkový rozhovor na rozdíl od dotazníku umožňuje odhalení skutečných faktorů, které ovlivňují násilí při vzájemném kontaktu všeobecné sestry a pacienta (Kozel, 2011). Hloubkový rozhovor umožňuje dotázaným respondentům(všeobecné sestry) vyjadřovat jejich názory na zkoumanou problematiku, díky tomu výsledky výzkumu přináší detailní informace o zkoumaném jevu (Karlíček, 2013). Hloubkový rozhovor byl založen na bázi nestrukturovaného individuálního rozhovoru výzkumníka a respondenta (všeobecné sestry). Vybrali jsme deset otázek zaměřených pro ověření našich výzkumné otázky a snažili jsme se proniknout do nitra respondentů a objevit klíčové postoje, motivy a vztahy směřující k pochopení predispozičních faktorů násilného chování. Nechali jsme všeobecné sestry volně odpovídat, a pokud se ve vyprávění vyskytla

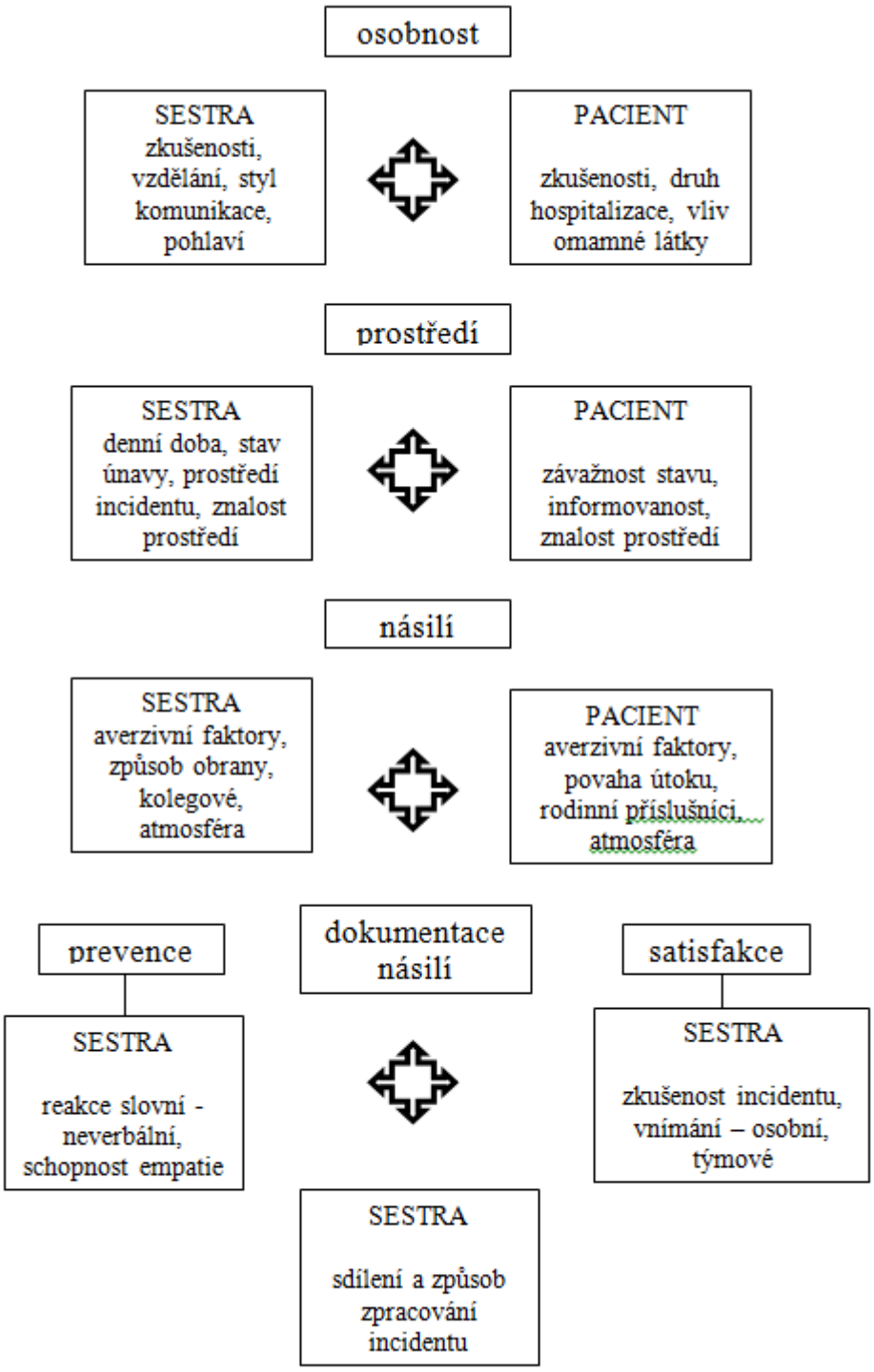
nějaká zajímavá informace, byly sestry vybídnuty k rozvinutí myšlenek. Pomocí co nejvolnějších, ale tematicky předem vymezených asociací, jsme ověřovali specifické relevantní obsahy (ve vztahu k násilnému chování), které lze najít na všech úrovních vědomí (Hendl, 2008).

8. 4. 1Kritéria hloubkového rozhovoru

Jádrem našeho kvalitativního zkoumání je deset hloubkových rozhovorů se všeobecnými sestrami (z rozdílných oddělení včetně ambulancí a přednemocniční neodkladné péče), které prodělaly násilný incident. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je hloubkový rozhovor prováděn s menší skupinou respondentů. Rozhovorů bylo původně provedeno celkově 50, nicméně určité atributy se opakovaly, proto bylo vybráno deset ukázkových rozhovorů s nejvýznamnějšími přínosy. Rozhovory byly pořizovány od dubna 2012 do prosince 2014 se všeobecnými sestrami (lůžková a ambulantní zařízení zdravotnická záchranná služba). Rozhovor se vždy odehrával na přání respondentů na klidném a nerušeném místě. Tazatel používal nahrávací zařízení mobilního telefonu nebo digitální kamery (respondenti však odmítli mluvit na kameru přímo). Záznam rozhovoru byl následně přepisován v programu Microsoft Word 2007. Kritérium pro rozhovor bylo stanoveno nejméně 35 minut (průměrná doba rozhovorů byla 58 minut). Rozhovor vždy začínal vysvětlením (úvod) a cílem výzkumu. Tato úvodní část zahrnovala nejen popis způsobů, které zajišťují respondentovi anonymitu, ale i žádost o povolení k nahrávání rozhovoru. Stejně tak by byly zodpovězeny případné respondentovy otázky o povaze studie. Následovalo takzvané „rozehřátí“, kdy byl navázán vztah mezi tazatelem a respondentem. Následně jsme se začali ptát otázkami, které byly předem připravené (hlavní rozhovor). Po vyčerpání otázek proběhlo hodnocení, byla dána případná možnost na dovysvětlení a relaxaci. Poté následovalo postupné odvracení se od tématu (zchladnutí) a směřování ke konci (Wildemuth, 2009). V poslední fázi (uzavření) tazatel nasměroval rozhovor do neformální roviny, aby se lépe ukončoval. Ukončení bylo provedeno poděkováním a rozloučením. Úprava spočívala ve změně částí, které by mohly vést k identifikaci respondentů nebo jejich pracovišť. Jednalo se především o úpravu výrazných prvků nářečí, vynechání specifických slovních tvarů či upravení slovosledu. Nakonec proběhlo také celkové

upravení do spisovného jazyka. Některé prvky jsou záměrně ponechány pro osobitější styl citace nebo pro prokázání výzkumné otázky. Při přepisování rozhovoru jsme označili respondenty číslem (1 – 10), které je shodné s pořadím čísla rozhovoru (tedy Rozhovor 1 a Respondent 1).

8. 4. 2 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům



Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům zobrazuje faktory ovlivňující vznik, průběh a výstup násilného incidentu. Schémata se soustřeďují na skutečné faktory

násilí, které jsou středem násilného chování pacientů, ale i všeobecných sester. Pro hodnocení je nutné vždy vycházet ze strany sestry i pacienta. Kódovací znak pro *osobnost (sestra)* zohledňuje pohlaví, vzdělání, zkušenost (dle těchto atributů se může lišit charakter násilí i obrany) a styl komunikace (velmi významný faktor provokující nebo naopak deeskalující násilné chování). Kódovací znak pro *osobnost (pacient)* zohledňuje zkušenosti se zdravotnickým zařízením (pozitivní, negativní), druh hospitalizace (plánovaná, akutní). To vše má rozhodující vliv na primární kontakt s profesionálem. Ve všech případech se jedná o významné faktory předcházející násilí. Kódovací znak pro *prostředí* (sestra) zohledňuje především emoční stav profesionála (denní nebo noční směna, vliv únavy) a jistotu při řešení konfliktu (znalost prostředí). Ze strany pacientů jsou to v kódovacím znaku *prostředí* naopak faktory negativně přispívající k násilí (neznalost prostředí, nedostatek informací a deficit moci ovlivňovat svůj aktuální stav (závažnost zdravotního stavu). V kódovacím znaku *násilí* (sestra) je velmi důležitá atmosféra pracoviště, přístup a případná pomoc (podpora) kolegů. V kódovacím znaku *násilí* (pacient) hraje významnou roli přístup profesionála a styl jeho komunikace. Z těchto faktorů se odvíjejí potencionální averzivní faktory pro násilí ze strany pacienta, případně chování a jednání příbuzných a charakter možného útoku. Z těchto činitelů se také odvíjejí averzivní faktory a druh obrany. Dále je zobrazeno jakým způsobem se vzniklé situace řeší preventivně, jakým způsobem jsou dokumentovány a jak by se měly tyto události zpracovávat v týmu. Kódovací znak prevence umožňuje sestře zamyšlení a rozbor nad stylem své komunikace, oblast dokumentace poukazuje na jednu z nejjednodušších metod pro evidenci násilí. Oblast satisfakce je významným mezníkem, který následně ovlivňuje zkušenosti získané z vypjaté (násilné) situace a odvíjí chování pro každý násilný incident.

8. 4. 3 Výsledky kvalitativního výzkumu

Rozhovor 1 (Respondent 1)

Muž, 11 let praxe pouze na zdravotnické záchranné službě, bakalářské studium ošetřovatelství (dálkově). *Pracuje ve dvojici* s řidičem záchranné služby, *místa zásahu předem neznámá*. V *minulosti dva násilné incidenty* (fyzické) – *dva přes den, jeden v noci*, verbální útoky velmi časté. *Dvakrát neútočil pacient* – náhodní kolemjdoucí,

jednou pacient. První incident nastal následkem *nedorozumění* (profesionálova komunikace arogantní, přikazující, hrozící – „*Já to odmítl a řekl jim, ať vypadnou, že potřebujeme jenom vycouvat. V tu chvíli mi jeden začal nadávat, ať vypadnu já a co jim mám co přikazovat. Řekl jsem jim, že se o tom s nimi nebudu bavit a ukazoval jsem řidiči, aby couval.“*). Došlo ke kopnutí zezadu *(fyzické násilí)*, další hrozby odvráceny pomocí kolegy. Útok zapříčiněn *nerespektováním osobního prostoru pacienta*. Další útok zapříčiněn *nepřiměřenou slovní reakcí profesionála: „V tu ránu se ty dveře otevřeli potřetí a do mě vjela naprostá zlost. Šel jsem ven bočními dveřmi a namířil si to rovnou proti těm dvěma klukům. Smáli se a moje zlost ještě více vzrostla. Když jsem byl téměř u nich a chtěl jsem jim pořádně vynadat, tak mě zastavila pěst jednoho z nich*.“ Charakter útoku pacientů byl vždy fyzický – *profesionál možné konflikty eskaluje*, nevyužívá formy deeskalace. Profesionál neumožnil čas ke smírnému řešení situace: „*Je to o komunikaci. I velmi násilný člověk se dá zklidnit.“*. Útoky proběhly v různou denní dobu, vždy o samotě s profesionálem (snaha profesionála řešit situace sám – proti přesile reaguje silou). *Incidenty proběhly pro pacienty vždy v neznámém prostředí*. Profesionál neovládl své emoce *a nechal se vyprovokovat* (neprofesionalita), což profesionál uznává. Profesionál přemýšlí o využití své negativní energie ve prospěch řešení násilí – prevence a deeskalace („*Můžeme si za to sami. Komunikace je klíčová. Znám kolegy, které nikdo nenapadl a kolegy, které napadli, ale nehlásili to, protože by museli napsat, že to vyprovokovali sami.“)*. Profesionál uznává nedostatek empatie a lidskosti s pacienty a přiznává problémy v komunikaci, které mnohdy násilí spouštějí („*Občas nastane situace, když jsem unavený nebo rozespalý a pak toho mám plné zuby. Pak mě rozhodí naprostá maličkost – třeba jen otázka pacienta, na něco, co jsem mu před chvílí odpověděl, ale mu to není jasné a tak se ptá znova. Mám kolikrát lidem chuť říci, že jsou úplně debilní, že naprosto nechápou, jak funguje zdravotnictví, že zneužívají péči, že si neváží toho, co mají, že nás obtěžují!“)*. Profesionál se cítí pod tlakem, unavený – rád by využil pomoci – uvolnění energie po těžké atmosféře incidentu („*Když to nebude fyzické napadení, tak mi asi stačí třeba půl hodiny oraz a bouchnutí do boxovacího pytle. Hodně mi pomáhá, když to můžu s někým probrat, je výhoda, že jezdíme dva. Když by to bylo fyzické napadení, tak bych chtěl jít domů a zapomenout na to.“).* K reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionál

kladně („*Vynadat ano, ale uhodit ne. I když jich mám plné zuby, tak uhodit to ne.“). Incident nebyl dokumentován ani nahlášen.*

Rozhovor 2 (Respondent 2)

Žena, bakalářské studium, 12 let v praxi (interní oddělení, nyní čtvrtý rok péče o seniory). Na směně *málo personálu* – práce náročná, *noční směny rizikové*. Násilný incident se týkal rizikové pacientky – nerada se myje, přesto byla násilím doprovázena do koupelny – *převaha síly profesionálky („…každá z jedné strany, za ruku a nohu, jako dítě, tedy pokud se brání, jinak pokud pacient spolupracuje, tak to může i dojít sám. Paní křičela a pištěla, tak jsme jí hned nesli do sprchy.“)*. *Pacientka, diagnóza demence*, byla v případě mytí *násilná verbálně i fyzicky*. K násilí dochází v koupelně – *pacientka vyrazila s profesionálkou dveře*, když se jí profesionálka snažila zabránit v útěku. Impulzem bylo puštění vody – vystupňování dominanty *strachu*. Po incidentu byl proveden zápis (*„My tu toho máme docela dost. Když se něco nějak hodně vyhrotí, tak se to hlídá a holky píšou mimořádné události. Po čase to ale vždycky pomine, koncepce kontinuální není. Ani nevím, jestli to k něčemu je.“)*. Varianty jako koupání pěnou nebo olejem v lůžku (bez vody) ji nenapadlo – nehledá jiné řešení situace. Z hlediska komunikace nebyla pacientce nabídnuta žádná alternativa dohody či pokus o domluvu. Komunikace profesionálky je agresivní, snaží se vyhrát a prosadit své postavení (moc). Komunikace postrádá prvky empatie. Z hlediska komunikace profesionálka nehledá prevenci, pouze represivní opatření (*Pacienti nemají vůbec páru o tom, co sestra dělá. Nemá smysl jim ani nic vysvětlovat. Pořád si melou svoje.“).* Z hlediska prevence vidí profesionálka východisko jen v počtu personálu a v násilí („*Možná kdyby nás tam bylo více, tak jí jeden další člověk mohl během koupání držet a ošetřovatelka by to rychle udělala“; „Někdy k ránu, když jsem hodně unavená, a pacienta třeba přebaluji a on nepomáhá, tak to mi někdy rupnou nervy a nadávám.* Profesionálka je v práci pod tlakem – východisko k řešení násilí spatřuje silou („*Možná bychom mohli mít více kurtačních pomůcek, určitě jsou i nějaké moderní. Taky by bylo fajn, kdyby nám v takových domovech pro seniory posílili kompetence - aplikovat lidem na zklidnění léky, které může ordinovat pouze lékař.“).* K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionálka kladně *(*Verbální*: „No, když mě neposlouchá nebo nerespektuje. Občas na pacienty musím zvýšit hlas, aby to bylo tak jak potřebuji.*

Vynadat jako jestli myslíte, že je poslat někam? To by se mi líbilo. Věřím, že by se mi i velmi ulevilo.“ Fyzické*: „Pak si i říkám si, když mě chce fackovat (občas se i trefí) a bije mě do rukou, tak si říkám, že možná jedna facka by to uklidnila.“).*

Rozhovor 3 (Respondent 3)

Žena, magisterské studium Ošetřovatelství. Ve zdravotnictví praxe 22 let (interní oddělení, JIP a nyní 11 let na dialýze). Pracuje v kolektivu kontinuální dialýzy, personálu dostatek. Profesionálka zažila verbální napadení („*Pak se na mě podíval a řekl, abych se podívala na sebe, že jsem tlustá jako kráva!“)* v důsledku nedorozumění. Násilí bylo namířeno od pacienta (chronická léčba), kterého profesionálka dobře znala. Pacient znal prostředí, ve kterém se incident odehrál velmi dobře (stabilita pro útok). Emoce z incidentu zůstávaly v profesionálce dlouho („*Je to asi dva měsíce, ale když si na to vzpomenu, tak mi není úplně dobře.“; „… já se pak hned kontrolovala v zrcadle a asi týden si měřila pas.“).* Profesionálka se snažila incident analyzovat – snaha pro objasnění chování pacienta („*Dneska už vím, že pacient asi neměl den...“; „… na dialýze jsou lidé hodně nemocní, čekají na transplantace, umírají.“; „Postupně mi dochází, že není možné odhadnout reakci pacientů.“).* Profesionálka je za násilí ráda, bere si z něj poučení. Profesionálka se snaží být velmi empatická, nespravedlnost však tvrdě odsuzuje *(„…kdy jsem se k ní přiblížila, tak mi jen řekla, ať k ní ta rezavá kurva nepřibližuje, nebo ji zabije! To mi přišlo hrozně nefér. My tady kolem nich skáčeme a oni na nás takto. Měla jsem chuť jí jednu ubalit.“).* O incidentu *nebyl proveden zápis*, byla provedena rozmluva s kolegy. Profesionálka se snaží hledat pochopení pro násilí: „*Práce mě baví, nedokážu si představit, že bych dělala něco jiného. My jsme spíš naučeni, že když nám někdo nadává, tak máme hned reagovat ještě větší silou, ale u těch pacientů je to jinak. Tam bude násilí projevem nějakého volání o pomoc, nebo tak něco. A když po něm začnete hned řvát nebo mu třeba oponovat, nebo i jen vysvětlovat, tak se naštve. Můžeme si za to sami.“* Profesionálka vystupuje lidsky a preventivně. Jiné vážnější incidenty neměla. Profesionálka postrádá rozsáhlejší vzdělávací činnosti v oblastech komunikace a práce s emocemi. K odpovědi na případné násilí násilím odpovídá profesionálka kladně *(„No já jsem spíš klidná a snažím se domluvit. Ale nedávno tu jedna Romka zaútočila slovně na kolegyni a to jsem jí měla chuť jednu ubalit.“).*

Rozhovor 4 (Respondent 4)

Muž, v oboru praxe 16 let (LDN, chronická péče), magisterské studium. Profesionál si uvědomuje svou pozici a zranitelnost pacientů („*Občas jim něco neřekneme, třeba co bude a oni jsou pak dezorientování, bojí se a útočí. Já se jim nedivím.“).* Incident se stal na *denní směně* (spousta pacientů na oddělení) při večeři. Riziko pacienta – časté *hypoglykémie* a *předpokládané sklony k násilí*. Příčina násilí známá, přesto styl řešení incidentu od profesionála dominantní („*Tak jsem mu znova zopakoval, že jíst prostě bude...“).* Násilí nejdříve *verbální*, následně *fyzické násilí* pomocí předmětů. Prostor k deeskalaci byl, možnost přivolat pomoc také. Profesionál uznává chybu („ *...asi jsem byl příliš horlivý s tím jídlem, možná jsem na něj moc tlačil. Odstupem času si říkám, že je to moje chyba.“).* Profesionál si uvědomuje i ponaučení (*„Já si myslím, že je to hodně o komunikaci. Každý má jiné představy a jak se neprotnou, tak vzniká problém. Občas jsem nerudný i já, když se třeba nevyspím, tak těm lidem taky nedávám, co si zaslouží. Nebo na noční jsem kolikrát ospalý, tak výkony dělám bez vysvětlení. Když lidem všechno vysvětluji a mám dobrou náladu, tak je to fajn.“).* Profesionál vyjádřil názor pro prevenci násilí u všeobecných sester („*Musí začít školy, ale efektivně. Já měl několikrát komunikaci, ale je to furt dokola, samá teorie. To je naprosto k ničemu. Všeobecně vzdělání pedagogové nemají dobré přednášky, vůbec s námi nedělali modelové situace. Já jsem byl několikrát na semináři pro komunikaci se seniory. Když jsem narazil na nějakého specialistu, tak to bylo velmi přínosné. Když pracujete se sebou, tak je možnost změny nebo třeba jen zkusíte něco nového.“).* V zařízení profesionála *existuje hlášení* o mimořádných událostech – *fyzické násilí napsáno bylo*, *drobné konflikty* (plácnutí) *profesionál nehlásí*. K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionál kladně *(„Já myslím, že když jste naštvaní, tak už je jen krůček k tomu, aby z nadávky byla facka.“).*

Rozhovor 5 (Respondent 5)

Žena, v oboru praxe 17 let (7 let chirurgie, 10 let zdravotnická záchranná služba). Vzdělání středoškolské, specializace sestra pro intenzivní péči, dále studovat neuvažuje („*Možná bych i mohla ještě dál studovat, každý má teď bakaláře, ale mě škola nebaví."). Pracuje ve dvojici* s řidičem záchranné služby, *místa zásahu předem*

neznámá. K násilí došlo při předávání pacienta na *denní směně v nemocnici (*čekárna*).* Násilí bylo *verbálního* charakteru a v incidentu byly zapojeny 4 osoby (sestra ze záchranky, sestra na ambulanci, pacient a jeho příbuzný, který dorazil do čekárny). Příčinou bylo naléhání *romského* příbuzného na ošetření svého druha. Sestra ze záchranky se zapojila do verbální eskalace mezi sestrou z ambulance a příbuzným Roma. Styl komunikace sestry agresivní a arogantní – dominance moci a síly (*„Žádné ale! Tady si sedněte a čekejte, než přijde lékař.“ „Romové jsou tady v regionu celkově hrozní, máme s nimi dost často konflikty, ale tvrdé slovo na ně platí."*). Prostor k deeskalaci a vysvětlení byl, nebyl však využit. Z rozhovoru vyplývají prvky xenofobie (*„Romy prostě nemám ráda.“).* Profesionálka odmítá jakékoliv pochybení v komunikaci, odmítá zpětnou vazbu. Profesionálka je přesvědčena, že zdrojem násilí je nevědomost pacientů a odmítá jakoukoliv vliv na násilí (*„… na prvním místě je to spíš chování lidí, kteří naši práci vůbec neznají a nerozumí jí. Pak se stane, že nám začnou radit nebo poučovat... Pak je vzteklý i zdravotník, ale dá se říct, že ten vztek je oprávněný....Ti pacienti jsou někdy úplně dementní!“). Hlášení o incidentu neproběhlo,* možnost ale profesionálka má (*„... nedělám to, protože pokud mě někdo napadá, volám hned policii, aby mu dali co proto. Záznam nepíšu, každé ráno nebo večer jsem ráda, že můžu jít domů.“).* K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionálka kladně *(„Pacienti se opravdu občas chovají, jako když jsme taxi. To mě vytáčí natolik, že mám sto chutí je vykopnout ze sanitky!“).*

Rozhovor 6 (Respondent 6)

Žena, v oboru 1 rok praxe – intenzivní péče. Profesionálka je zdravotnický asistent, vyšší odborné vzdělání jako zdravotnický záchranář, studuje bakalářské studium stejného oboru. Personálu dostatek. Profesionálka vystavena verbálnímu násilí a následně se stala svědkem fyzického útoku na kolegyni *(„...sestru uhodil pěstí do hlavy, když přinášela infuzní roztok – nejdříve se po ní ohnal, a když jí roztok spadl na zem a ona se pro něj ohnula, tak jí praštil do hlavy.“).* Jednalo se o *denní směnu*. Rizika bylo možné předem odhadnout *(„…v záchrance začínal být velice agresivní“; „pacient zmatený“).* Pacient následně ohrožoval ostatní pacienty (*„K jednomu z nich dokonce přišel a z extuboval ho.“).* Sestry se dali na útěk, volali lékaře, který pacienta nakonec se sanitářem zpacifikovali – byla použita hrubá síla a medikace. I přes početní převahu

personálu došlo k hrubému fyzickému útoku. Profesionálka uznává, že v incidentu byl nedostatek komunikace („*Možná jsme u pacienta měli zůstat celou dobu, povídat si sním, trochu ho uklidňovat, a kdyby začal být agresivní, nenechat ho vystoupit z lůžka a rovnou ho přikurtovat.“)* a sama profesionálka se pokusila definovat impulzy, které mohly vést k vystupňování násilí („*Možná agresi vyvolala nervozita z nemocničního prostředí.“).* Profesionálka si všímá okolí a uznává, že k násilí systémovou změnou (*„Je pravda, že zdravotnických pracovníků je málo. Možná je to měsíc od měsíce horší. Sama to vidím, na našem oddělení sestry odcházejí, nezvládají práci, některé už jsou tu dlouhou dobu a jsou vyhořelé.“; „…občas slyším sanitáře, že by je (pacienty) nejraději vyhodily z okna. Ale znáte chlapy. Kdybych to okno otevřela, tak ho stejně nevyhodí.“).* Profesionálka si uvědomuje rizika přikurtovaných pacientů – lidskost *(„…je třeba pacienta chodit pravidelně kontrolovat a vést záznam o tom, že na končetinách nedochází k žádné změně.“).* Z návrhů na změnu situace vidí možnost v posílení farmakologických kompetencí. Komunikaci vidí jako možnost obrany, nikoliv prevence. K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionálka záporně. Násilí bylo dokumentováno do nemocničního systému mimořádných událostí.

Rozhovor 7 (Respondent 7)

Muž, 7 let praxe v oboru (tři roky sanitář, pak sestra na ARO). Všeobecná sestra, bakalářské studium zdravotnický záchranář, magisterské studium Intenzivní péče. Profesionál popisuje *verbální násilí* a následně pokus o *fyzické násilí* (kopnutí). Útočníkem byl pacient na intenzívním lůžku po probuzení z umělého spánku. Na oddělení bylo *dostatek personálu*. Komunikační styl profesionála uklidňující, preventivní (*„Jste v nemocnici.“).* Profesionál včas odhadnul rizika a eskalaci násilí. S pomocí sanitáře pacienta přikurtoval – bezpečí obou stran a ihned informoval lékaře. Hlášení o násilí bylo sepsáno téměř ihned po incidentu, bohužel selhalo na úrovni středního managementu oddělení („*Ostatní kolegyně se smály, že to staniční řešit nebude. Později jsem se dozvěděl, že to opravdu neřešila ani nepostoupila dál. Prý s tím nemá zkušenost a jsou prý důležitější věci na řešení.“).* Z hlediska prevence násilí a následně i rychlé deeskalace bylo postupováno velmi správně. Profesionál identifikoval rizika, choval se lidsky a sepsal protokol a násilí. Profesionál se vyjádřil také k obecné problematice prevence násilí: „*K násilí stačí jediná věc, a to když slušní lidé zůstanou*

nečinně přihlížet se založenýma rukama. U nás to platí na kolegyně i management kliniky. Já myslím, že každý incident je preventabilní a slušnou komunikací se dá i deeskalovat.“ Profesionál se snaží, aby ho práce bavila, a přistupuje k ní zodpovědně (*„Já se snažím, aby k tomu nedocházelo. Kromě této práce jinou nemám, snažím se sportovat a vzdělávat se. Nemám pak potřebu být zvýšeně unavený, ani neberu služby přes čas, prostě se snažím, aby mě práce bavila ve všech směrech. Je nutné být v pohodě, pak vás máloco/kdo vytočí.“).* K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionál záporně.

Rozhovor 8 (Respondent 8)

Muž, 17 praxe v let v oboru (pět let chirurgie a interní ambulance, jedenáct let dialýza). Všeobecná sestra se vzděláním zaměřeným na dialýzu a nefrologii. V anamnéze pracoviště mnoho *verbálního násilí*. Jednalo se o *denní směnu*. Příčinou incidentu chování profesionála, který svou vinu uznává (*„Když tam přišel, začal nadávat (cokoliv jsme udělali, bylo špatně nebo k tomu měl nějaký komentář), tak jsem mu řekl, že není jediný, kdo má trable a že by mohl vyjádřit trochu uznání, vděk a přestat řídit svět podle sebe.“). Reakce* profesionála *neprofesionální*. Následně došlo k velké hádce mezi profesionálem a pacientem, kterou usměrnila další kolegyně a lékař. Na místě bylo *dostatek personálu*, k *fyzickému násilí nedošlo*. Příčinou verbálního konfliktu nepochopení vzájemných stran, eskalace negativních emocí. Po incidentu došlo k vyjasnění a udobření obou stran, nicméně v profesionálovi vina zůstala (*„I když mi pak zpětně řekl, že mi děkuje, protože jsem mu pomohl to z něj dostat, bylo to velmi nepříjemné. Když tak sedí v posteli a řve na Vás ta mužská přirození. Fuj, úplně se mi teď zrychlil dech a puls.“).* O násilném incidentu *profesionál neprovedl zápis („Já ty incidenty nehlásím, musel bych tam psát, že si za to můžu sám. Máme asi možnost napsat mimořádnou událost.“).* Profesionál se velmi obával přijetí kolektivu, protože si byl vědom svého selhání v komunikaci. Dostalo se mu efektivní podpory od lékaře (*„Řekl jen, že se to dnes nepovedlo a že to příště bude lepší. Když Vás někdo podepře, je to nejlepší, co může být.“).* Profesionál vyjádřil přání směrem k prevenci násilí: *„„Asi kdyby s námi někdo pracoval. Třeba supervize nebo nějaká sezení. Měli jsme tu jednou psychologa, ale nebyl ze zdravotnictví. Vůbec nám nerozuměl a jeho doporučení byla na nic. Pak tu byl jeden lektor, který se zabývá komunikací a jinak pracuje ve zdravotnictví,*

to bylo přínosné. On jediný dokázal pochopit, jak nám je. Ten lektor nám nedával žádnou radu, nechal nás, ať to prostě nějak vyřešíme.“). K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionál záporně.

Rozhovor 9 (Respondent 9)

Žena, 12 let praxe v oboru (chirurgie – devět let na oddělení, nyní jen ambulance). Profesionálka udává velmi *rizikové noční směny*. V případě násilí se jednalo se o *noční směnu (druhá noční v řadě).* Příčinou bylo *přednostní ošetření pacientů od záchranné služby*, kumulace negativních emocí u pacientů v čekárně. Pacienty o tomto omezení nikdo neinformoval (*„Potřebovala jsem asistovat lékaři při ošetření a druhá sestra byla někde odběhnutá. Pak začali už do dveří kopat.“).* Na ambulanci byla *převaha pacientů* nad personálem. Profesionálka se snažila řešit situaci – komunikace útočná (*„Jsem se naštvaně zeptala: „Kdo to tady kopal do dveří?!“)*. Místo efektivní deeskalace směřovala komunikace sestry a pacienta k eskalaci (*„Řekla jsem mu, že musí počkat, že přijely tři záchranky. Odpověděl, že ho to nezajímá a ať si sjednám pořádek. Řekla jsem mu, že záchranky mají přednost. Odpověděl, že si to mám zařídit jinak, protože tam mám bordel. Řekla jsem mu, ať mi netyká, že jsme spolu krávy nepásly. Řekl mi, že mi klidně bude tykat, že jsem stejně jen blbá kráva a začal se rozohňovat čím dál více.“*) Čas a prostor k deeskalaci byl. Následkem *verbální násilí*. Profesionálka si zpětně uvědomuje pochybení v komunikaci (*„Samozřejmě moje reakce mohla být asi jiná, když jsem hned vyšla z těch dveří, možná jsem měla i zvýšený hlas. Ale jak se do mě hned pustil, tak jsem se neudržela.“).* Reakce sestry na verbální násilí obdivuhodná (*„Byla jsem úplně vytočená a otočila jsem se k němu zády na lidi v čekárně. Ani nevím, co mě to napadlo, a zeptala jsem se ostatních, zda si se mnou ještě nechce někdo potykat. V tu chvíli zalapal po dechu a někteří se v čekárně začali smát. Pak si jen naštvaně sedl a byl klid.“).* Odstupem času profesionálka velmi dobře analyzuje své chování a hledá pro budoucnost nápravu (*„Asi bych se snažila, abychom oba seděli a pokud by to šlo, tak ho nějak rozpohybovat, vzít ho za roh, neřešit to před těmi dalšími lidmi.“).* Verbální násilí nebylo dokumentováno *(„No kdybych měla psát každé napadení, tak musím po práci po noční zůstat ještě hodinu v práci. Máme nějaký systém hlášení mimořádných událostí a v čekárně je kamera. Když je to nahrané na kameru, tak to napíšu, jinak ne.“).* Profesionálka se vyjádřila obecně o příčinách násilí

v ošetřovatelství *(„Noční jsou příšerné. To je samý úraz a alkohol, já ty alkoholiky úplně nesnáším! Tady domluva nepomáhá, tady je potřeba zavolat sanitáře nebo policii. No a někdy už je to neúnosné, tak si na ty lidi musíte zařvat a jim se to samozřejmě nelíbí. Lidé jsou drzí a sprostí, nejen Ti opilí, ale taky staří lidé a mladí, to je taky něco. Ty je potřeba hned na příjmu spražit, aby věděli, že si nemají co dovolovat.“).* K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionálka kladně *(*Verbální*: „Cha, to dělám skoro pořád. Hodně mi to pomáhá.“* Fyzické*: „Občas Vás chytnou za ruku a nechtějí pustit. Snaží se Vás k sobě přitáhnout, pak se musíte nějak bránit. Mně občas pomůže, když mě nějaký opilec drží za ruku, tak se natáhnu z jeho dosahu a pak ho bouchnu do ruky, kde mě drží.“).* Profesionálka vyjádřila přání k prevenci násilí („*Aby toho šmejda zavřeli. Když to pak bude ve zprávách, tak možná i ten bezduchý opilec si to rozmyslí, zda bude mlátit sestru nebo ne.“).*

Rozhovor 10 (Respondent 10)

Muž, 3 roky praxe v oboru (chirurgická ambulance). Všeobecná sestra, nyní studuje zdravotnického záchranáře. *Noční směna*. V danou dobu *dostatek personálu* na pracovišti. Komunikace profesionála informativní, vlídná, snaživá, seznámil s průběhem i doprovod pacientky. Následně z časové úspory *doprovod* (manžel) *neinformován* o provedení imobilizace končetiny manželky sádrovým obvazem. Po zjištění této informace přechod manžela do *skryté formy agrese a násilí* se projevilo kopnutím do dveří ambulance, před odjezdem z nemocnice („*Vyběhl jsem ven před naší ambulanci a viděl jsem toho pána, jak nasedá do auta. Když mě uviděl, tak po mě jen zařval: ‚Hajzlové, děláte si, co chcete, ani nikomu nic neřeknete‘ Pak odjel.“). Neinformovanost* byla příčinou fyzického násilí směřovaného k věcem. Profesionál analyzoval možné příčiny neočekávané reakce příbuzného pacientky („*Možná bych se ho zeptal hned na začátku, jaké informace chce vědět. Možná chtěl i do ošetřovny, ale to bych ho asi nevzal.“).* Profesionál se vyjádřil k příčinám násilí i jeho prevenci („*Hlavní příčinou jsou podle mě alkohol, drogy a někdy taky nereálné požadavky lidí. Očekávají pak něco, co prostě není možné. Mně by se líbilo, kdyby každého, kdo má úraz a jde do nemocnice, doprovázela policie. Když je člověk opilý, měl by za vše zaplatit, snad by si to pak rozmysleli.“).* Incident byl dokumentován („*Máme na to takový systém. Ty poškozené dveře jsem tam musel zapsat, ale kdyby mi to neřekla kolegyně, tak bych to*

ani neudělal.“). K proti-reakci verbálním či fyzickým násilím odpovídá profesionál kladně *(*Verbální: *„Já se chovám k lidem, tak jak oni ke mně. Když jsou slušní, tak se snažím dělat i věci navíc, více si s nimi povídat. Ale když prudí, tak je taky prudím – třeba oplácím nadávky.“* Fyzické*: Začal jsem teď chodit na ruský sebeobranný systém. Jednou tady jeden chirurg pacifikoval pacienta, který demoloval čekárnu. Šel rovnou k němu, zařval na něj a začali se prát. Chirurg ho pak chytil do zajímavého chvatu, to se mi moc líbilo. Začal jsem na tréninky nakonec chodit s ním, takže teď se tolik násilných lidí nebojím. Už nějaké chvaty ovládám.“).*

8. 5 Ex post evaluace k ověření didaktické metody

Třetí část praktické části disertační práce tvoří realizované dotazníkové šetření pomocí evaluační metody. V rámci této kategorie byla stanovena hypotéza: **H4:** Dovednosti získané školením o prevenci násilí jsou závislé více na didaktické metodě než na délce školení.

V roce 2011 – 2013 probíhal v České republice velký vzdělávací program pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Tématem bylo Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků. V tomto projektu byl také zahrnut speciální miniprojekt realizovaný v Nemocnici Jihlava. V miniprojektu bylo proškoleno 550 nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) v komunikačních dovednostech při kontaktu s násilnými pacienty nebo jejich příbuznými. Hlavním cílem bylo zjistit, zda je možné dosáhnout efektivních výsledků aplikací komunikačních dovedností při prevenci násilného chování a zda je možné předat posluchačům takové komunikační dovedností v krátké časové dimenzi.

8. 5. 1Metodologie ex post evaluace

Jednalo se o praktické proškolení 550 nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP - všeobecné sestry, sanitáři, ošetřovatelé) prostřednictvím 14 seminářů, které proběhly během 11 měsíců. Každý seminář byl určen maximálně pro 40 NLZP a trval 120 minut. Mezi použité didaktické metody patřilo předávání vědomostí pomocí zážitku, reálné situace – case studies, feed back a řešení problému. Efektivita školení byla ověřena po uplynutí 12 měsíců od začátku miniprojektu ex post evaluací. Vyhodnocená data byla

posuzována metodou dotazníkového šetření, což je jednou z metod evaluace. Evaluace slouží jako podklad pro určení kvality vzdělávacích programů, institucí či efektivity školení nebo seminářů. Evaluaci můžeme realizovat již před zahájením semináře, na jeho začátku, v průběhu vzdělávací aktivity nebo na konci vzdělávání (ex post evaluace).Evaluace může sloužit nejen k zjišťování, ale i k zajišťování kvality a efektivity vzdělávacích programů, lektorů či institucí poskytujících programy a kurzy dalšího vzdělávání (Dvořáková, 2015).

Vzdělávací semináře probíhaly v roce 2012 (poslední v listopadu 2012) a zahrnovaly maximálně 40 zdravotnických pracovníků na jeden seminář. Velká důležitost byla věnována přípravě seminářů (speciálně vybrané modelové situace a jejich konzultace před začátkem seminářů s náměstkyní pro ošetřovatelskou péči Nemocnice Jihlava). Semináře byly interaktivní, aby byla zachována bdělost všech účastníků po celou dobu semináře. Seminář byl koncipován jako příběh pacienta (case studies), který přichází do nemocnice, protože si při ranní hygieně nahmatal bulku v podpaží. Všechny semináře byly vedeny jedním lektorem (zachování stejné metodiky a hodnoty předaných informací), který se zabývá násilím v podmínkách českého ošetřovatelství a zdravotní péče (zkušenosti z projektů zaměřených na prevenci násilí, zkušenosti s interaktivními semináři v prevenci násilí a zkušenosti ve fyzické sebeobraně z různých bojových sportů). Lektor interpretoval příběh pacienta, který si našel bulku v podpaží – jeho zážitky při příchodu do nemocnice, pocity z času stráveného na ambulanci, následně na oddělení, očekávání výsledků z laboratoře a histologie. V každé situaci byla snaha interpretovat příběh do konfliktů, které proběhly v minulosti na odděleních Nemocnice Jihlava – tyto situace byly konzultovány před začátkem projektu s náměstkyní pro ošetřovatelskou péči Nemocnice Jihlava. Lektor vystupoval v těchto situacích jako herec v roli pacienta (muž, žena, příbuzný – jejich rozdílné chování a vnímání při ošetřování). V každé situaci lektor nejdříve sehrál konflikt a následně nechal NLZP účastnící se semináře celou situaci analyzovat (feed back) a hledat klíčové faktory, které by mohly konflikt ovlivnit nebo mu předejít (řešení problému). Lektor zastával při řešení konfliktu před publikem roli mediátora a neustále nabízel druhou stranu pocitů – od pacienta nebo jeho příbuzného (feed back) a srovnával je s pocity NLZP. Byly doporučovány techniky, které mohou pomoci jednoduše snížit napětí a pomoci násilí efektivně řešit: technika představení; otevřené otázky; technika

zrcadlení – mluvit o emocích (Já vidím, že se zlobíte; Já slyším, že jste hrozně naštvaná; Já cítím, že Vás něco rozčílilo); absurdní divadlo, okomentování veškerých činností, které provádíme; použití pozitivních slov (my namísto vy); pochválení pacienta nebo parafráze (viz kapitola 4.2). Komunikační techniky byly modifikovány na základě zkušeností z praxe tak, aby bylo možné je automaticky použít a samostatně v praxi nadále trénovat (Nöllke, 2009). K následnému ověření hypotézy sloužilo dotazníkové šetření. Hlavní podmínkou hypotéz byl časový odstup od proškolení (vyžadovali jsme nejméně 6 měsíců). Poslední seminář proběhl v listopadu 2012. V květnu 2013 byly rozeslány dotazníky 550 NLZP, kteří se zúčastnili školících seminářů. Po dalších šesti měsících (listopad 2013) byly vyplněné dotazníky zaslány zpět následně vyhodnoceny. Dotazník byl složen ze dvou částí – první reflektovala přínos semináře a jeho hodnocení (13 otázek) společně s dalšími 4 otázkami zaměřené na základní demografické údaje (Příloha 5).

Celkový počet nelékařských zdravotnických pracovníků v celém miniprojektu byl 550. Po uplynutí 12 měsíců se vrátilo 239 dotazníků správně vyplněných (návratnost 42 %).

8. 5. 2 Výsledky ex post evaluace

Tabulka 41

Pohlaví respondentů	počet	%
muži	19	8,0%
ženy	220	92,0%
Celkem	239	100,0%

Soubor tvořilo 239 respondentů. 220 bylo žen (92 %) a 19 mužů (8, 1 %).

Tabulka 42

Věk respondentů	Počet	%
15 - 24 let	5	2,1%
25 - 54 let	192	80,3%
55 - 64 let	42	17,6%
65 a více	0	0,0%
Celkem	239	100,0%

5 respondentů (2,1 %) bylo ve věku 15 – 24 let, 192 respondentů (80,3 %) ve věku 25 – 54 let a 42 respondentů (17,6 %) ve věku 55 – 64 let.

Tabulka 43

Vzdělání respondentů	Počet	%
základní	7	2,9 %
středoškolské	181	75,7 %
vyšší odborné	37	15,5 %
vysokoškolské	14	5,9 %
Celkem	239	100,0 %

7 respondentů (2,9 %) mělo základní vzdělání, 181 respondentů (75,7 %) mělo středoškolské vzdělání, 37 respondentů (15,5 %) mělo vyšší odborné vzdělání a 14 respondentů (5,9 %) mělo vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 44

Oddělení respondentů	Počet	%
dětské	31	13,0%
dispečink ošetřovatelů a sanitářů	29	12,1%
JIP	26	10,9%
chirurgické	69	28,9%
Interní	67	28,0%
emergency	17	7,1%
Celkem	239	100,0%

31 respondentů (13,0 %) pracovalo na dětském oddělení, 29 respondentů (12,1 %) z dispečinku ošetřovatelů a sanitářů, 26 respondentů (10,9 %) z oddělení JIP, 69 respondentů (28,9 %) z chirurgického oddělení, 67 respondentů (28,0 %) z oddělení interního a 17 respondentů (7,1 %) v z oddělení emergency.

Tabulka 45

Celkové hodnocení semináře	počet	%
velmi dobrý	152	63,6%
dobrý	86	36,0%
špatný	1	0,4%
Celkem	239	100,0%

152 respondentů (63,6 %) označilo absolvovaný seminář jako velmi dobrý, 86 respondentů (36 %) jako dobrý a 1 respondent jako špatný (0,4 %).

Tabulka 46

Přínos semináře pro Vaši praxi	počet	%
Ano	229	95,8%
Ne	10	4,2%
Celkem	239	100,0%

229 respondentů (95,8 %) uvedlo, že seminář byl přínosem pro jejich praxi, 10 respondentů (4,2 %) uvedlo, že nebyl.

Tabulka 47

Zdůvodnění přínosu semináře	počet	%
zlepšování komunikace s násilným pacientem	80	34,9%
praktické příklady konfliktních situací (doporučení na řešení)	65	28,4%
zvládání krizových situací	40	17,5%
praktičnost, využitelnost v praxi	30	13,1%
nácvik vypjatých situací	11	4,8%
nevím, nepamatuji se	3	1,3%
Celkem	229	100,0%

80 respondentů (34,9 %) ohodnotilo seminář přínosný při zlepšování komunikace s násilným pacientem, 65 respondentů (28,4 %) ocenilo praktické příklady konfliktních situací (doporučení na řešení), 40 respondentů (17,5 %) zvládání krizových situací, 30 respondentů (13,1 %) praktičnost, využitelnost v praxi, 11 respondentů (4,8 %) nácvik vypjatých situací, 3 respondenti (1,3 %) si na nic nevzpomněli.

Tabulka 48

Vhodnost didaktických metod pro pochopení problematiky	počet	%
Ano	237	99,2%
Ne	2	0,8%
Celkem	239	100,0%

237 respondentů (99,2 %) ohodnotilo, že použité metody a modely komunikačních technik byly vhodné k pochopení problematiky a 2 respondenti (0,8 %) uvedli odpověď ne.

Tabulka 49

Spokojenost s didaktickými přístupy	Počet	%
příklady z praxe, dobře zvolené modelové situace	76	31,8%
interaktivní přístup	22	9,2%
vtipnost, humorná forma, atraktivnost, poutavost	118	49,4%
návody na řešení konkrétních situací	9	3,8%
nevím, nepamatuji se	14	5,9%
Celkem	239	100,0%

76 respondentů (31,8 %) pozitivně hodnotilo příklady z praxe, 22 respondentů (9,2 %) interaktivní přístup, 118 respondentů (49,4 %) humor a interaktivní formu semináře, 9 respondentů (3,8 %) návody na řešení situací a 14 respondentů (5,9 %) si na nic nevzpomnělo.

Tabulka 50

Negativa semináře	počet	%
bylo tam obsaženo vše	109	45,6%
rád/a si zopakuji vše	33	13,8%
nevím, nepamatuji se	97	40,6%
Celkem	239	100,0%

109 respondentů (45,6 %) uvedlo, že na semináři bylo obsaženo vše, 33 respondentů (13,8 %)by si rádo vše zopakovalo a 97 respondentů (40,6 %) si negativa neuvědomovala.

Tabulka 51

Na semináři chybělo	počet	%
nic, vše vyhovovalo	173	72,4%
občerstvení	28	11,7%
možnost nácviku	14	5,9%
učební text	10	4,2%
více času, bylo to moc krátké	7	2,9%
více poznatků z praxe	7	2,9%
Celkem	239	100,0%

173 respondentů (72,4 %) uvedlo, že na semináři nepostrádalo nic, 28 respondentů (11,7 %) postrádalo občerstvení, 14 respondentů (5,9 %) postrádalo možnost nácviku, 10 respondentů (4,2 %) postrádalo učební text, 7 respondentů (2,9 %) uvedlo, že byl seminář krátký a 7 respondentů (2,9 %) uvedlo, že mělo být více poznatků z praxe.

Tabulka 52

Hodnocení lektora semináře	počet	%
velmi dobrý	167	70,0%
dobrý	72	30,0%
Celkem	239	100,0%

167 respondentů (70 %) hodnotilo lektora semináře jako velmi dobrého, 72 respondentů (30 %) jako dobrého.

Tabulka 53

Časová dotace semináře	počet	%
ano, 120 minut stačilo	217	90,8%
ne, seminář měl být delší	22	9,2%
Celkem	239	100,0%

217respondentů (90,8 %) souhlasilo s tím, že časová dotace semináře byla dostatečná, 22 respondentů (9,2 %) chtěla, aby byl seminář delší.

Tabulka 54

Dostatečnost časové dotace semináře	počet	%
doba byla nastavena správně, čas stačil	180	75,3%
věnovat více času na vyzkoušení teorie v praxi	31	13,0%
více času věnovat diskusi	14	5,9%
bylo to zajímavé, čas utekl, nutilo mě k zamyšlení	14	5,9%
Celkem	239	100,0%

180 respondentů (75,3 %) si myslí, že doba byla nastavena správně, 31 respondentů (13 %) by více času věnovalo tréninku, 14 respondentů (5,9 %) by více času věnovalo diskuzi a 14 respondentů (5,9 %) to nutilo k zamyšlení.

Tabulka 55

Využití komunikačních dovedností v praxi	počet	%
ano, úspěšně	121	50,6%
ano, neúspěšně	23	9,6%
zatím ne	95	39,7%
Celkem	239	100,0%

121respondentů (50,6 %) měla možnost techniky vyzkoušet úspěšně v praxi, 23 respondentů (9,6 %) měla možnost vyzkoušet techniky v praxi, ale neúspěšně a 95 respondentů (39,7 %) zatím neměla možnost techniky vyzkoušet.

Tabulka 56

Odůvodnění využití komunikačních technik v praxi	počet	%
každodenní jednání s klienty, s návštěvami	44	30,6%
zvládání agresivních pacientů	28	19,4%
zdůvodňování dlouhých čekacích dob	23	16,0%
při nespolupráci druhé strany	23	16,0%
využití asertivních technik komunikace	10	6,9%
zvýšení sebedůvěry	8	5,6%
při práci s pacienty ve stresu	8	5,6%
Celkem	144	100,0%

44 respondentů (30,6 %) využilo techniky získané ze školení při každodenním jednání s klienty, 28 respondentů (19,4 %) při zvládání agresivních pacientů, 23 respondentů (16 %) ke zdůvodňování dlouhých čekacích dob, 23 respondentů (16 %) při nespolupráci druhé strany, 10 respondentů (6,9 %) využití asertivních technik

komunikace, 8 respondentů (5,6 %) ke zvýšení sebedůvěry a 8 respondentů (5,6 %) při práci s pacienty ve stresu.

Tabulka 57

Využití komunikačních technik v osobním životě	Počet	%
ano, úspěšně	102	42, 7 %
ano, neúspěšně	19	7, 9 %
zatím ne	118	49,4 %
Celkem	239	100,0%

102 respondentů (42,7 %) využilo úspěšně komunikační techniky v osobním životě, 19 respondentů (7,9 %) je využilo, ale neúspěšně a 118 respondentů (49,4 %) zatím nevyužilo.

Tabulka 58

Odůvodnění využití komunikačních technik v osobním životě	Počet	%
při jednání s dětmi, rodinou, sousedy	35	28,9%
komunikace ve vypjatých situacích	30	24,8%
druhá strana nespolupracovala	15	12,4%
využívámtechniku přijatelného kompromisu	11	9,1%
při nákupech	11	9,1%
využití asertivních technik komunikace	7	5,8%
učím se říkat ne	7	5,8%
snažím se aktivně naslouchat	5	4,1%
Celkem	121	100,0%

35 respondentů (28,9 %) využilo techniky získané ze školení v osobním životě při jednání s dětmi, rodinou, sousedy, 30 respondentů (24,8 %) při komunikaci ve vypjatých situacích, 15 respondentů (12,4 %) když druhá strana nespolupracovala, 11 respondentů (9,1 %) využilo techniku přijatelného kompromisu, 11 respondentů (9,1 %)

při nákupech, 7 respondentů (5,8 %) využilo asertivní techniky komunikace, 7 respondentů (5,8 %) se učí říkat ne a 5 respondentů (4,1 %) se snaží aktivně naslouchat.

Tabulka 59

Využití komunikačních technik v budoucnu	Počet	%
Ano	170	71,1%
Ne	69	28,9%
Celkem	239	100,0%

170 respondentů (71,1 %)plánuje používat techniky i nadále, 69 respondentů to neplánuje (28,9 %).

Tabulka 60

Zdůvodnění použití komunikačních technik	Počet	%
lze využívat všude, pokud se naskytne situace	62	36,5%
při předcházení konfliktům a nedorozumění	42	24,7%
určitě využiji – jednání s konfliktními pac.	24	14,1%
je to dobrý návod, jak zvládat krizové situace	14	8,2%
budu pracovat na vylepšení komunikace	14	8,2%
při obhajobě vlastního názoru	14	8,2%
Celkem	170	100,0%

62 respondentů (36,5 %) chce využívat techniky všude, kde to bude možné, 42 respondentů 24,7 %) při předcházení konfliktům a nedorozumění, 24 respondentů (14,1 %) je určitě využije při jednání s konfliktními pacienty, 14 respondentů (8,2 %) plánuje užití jako návod, jak zvládat krizové situace, 14 respondentů (8,2 %) k práci na vylepšení komunikace a 14 respondentů (8,2 %) při obhajobě vlastního názoru.

Tabulka 61

Zájem o navazující seminář	počet	%
Ano	217	90,8%
Ne	22	9,2%
Celkem	239	100,0%

217 respondentů (90,8 %) by uvítalo navazující seminář, 22 respondentů (9,2 %) zájem neprojevilo.

Tabulka 62

Vztah didaktiky a délky semináře				
skutečná četnost	didaktika	%	časová dotace	%
vhodné	121	84,0%	217	90,8%
nevhodné	23	16,0%	22	9,2%
celkem	144	100,0%	239	100,0%
očekávaná četnost	didaktika	%	časová dotace	%
vhodné	127,08	88,3%	210,92	88,3%
nevhodné	16,92	11,8%	28,08	11,7%
celkem	144	100,0%	239	100,0%

Tabulka zahrnuje respondenty, kteří měli možnost získané komunikační dovednosti na semináři aplikovat v praxi (144 respondentů) a názor respondentů na délku vzdělávacího semináře. Ze 144 respondentů, kteří aplikovali získané komunikační dovednosti v praxi, bylo 121 úspěšných (84, %) a 23 (16 %) neúspěšných. Tyto skutečné četnosti se blížili očekávaným četnostem (vhodné: 121 vs. 127,08 a nevhodné 23 vs. 16,92). Skutečné četnosti z hlediska časové dotace semináře, označené jako vhodné, byly vyšší než očekávané (217 oproti 210,92) a skutečné četnosti označené jako nevhodné nedosáhly hodnot očekávaných (22 ve srovnání s 28,08). Na základě χ^2 = 3.967 (kritická hodnota $\chi 2$ odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841) záleží více na didaktickém přístupu než na délce semináře.

Tabulka 63

Preference semináře jako e-learning	počet	%
Ano	47	19,7%
Ne	192	80,3%
Celkem	239	100,0%

47 respondentů (19,7 %) by dalo přednost před seminářem e-learningové formě, 192 respondentů (80,3 %) nikoliv.

Tabulka 64

Zdůvodnění e-learningové formy	Počet	%
chyběla by diskuse s odborníkem	59	24,7%
komunikační dovednosti nejsou vhodné pro e-learning	45	18,8%
chyběla by zpětná vazba, osobní kontakt	45	18,8%
seminář naživo je lepší	43	18,0%
e-learningový seminář není časově omezen	29	12,1%
e-learningový seminář je snadněji dostupný	18	7,5%
Celkem	239	100,0%

59 respondentů (24,7 %) uvedla, že by jim při e-learningové formě školení chyběla diskuze s odborníkem, 45 respondentů (18,8 %) uvedlo, že komunikační dovednosti nejsou pro e-learning vhodné, 45 respondentů (18,8 %) uvedlo, že by jim chyběla zpětná vazba a osobní kontakt, 43 respondentů (18 %) uvedlo, že seminář naživo je lepší, 29 respondentů (12,1 %) uvedlo, že e-learningový seminář není časově omezen a 18 respondentů (7,5 %) uvedlo, že e-learningový seminář je snadněji dostupný.

9 Diskuze

Důvodem šetření je všeobecně narůstající násilí kolem nás. Zrychlováním doby se zrychlují i reakce lidí. V prostředí ošetřovatelské péče může vyhrocená interpersonální interakce být důsledkem násilí. Opakovaně bylo prokázáno, že násilí je v podmínkách ošetřovatelské péče při vzájemném kontaktu pacienta a všeobecných sester realitou po celém světě (Rozkydalová, 2014). Ani Česká republika není výjimkou (Pekara, 2013a). WHO určila řešení násilí ve zdravotnictví jako problém, který je nutné řešit. Cílené preventivní kroky WHO jsou dohledatelné v letech 2005 - 2006 (www.who.int), dále je problematika násilí v ošetřovatelství v zájmu projektů a studií. Zájem ČR je obdobný - prevence násilí v ošetřovatelství je spojena výhradně s průzkumnými studiemi a organizovanými projekty. Relevantní studie zabývající se problémem do hloubky doposud chybí.

První hypotézou H1: Ženy (pracovnice ve zdravotnictví) jsou náchylnější k násilí od pacientů více než muži (pracovníci ve zdravotnictví) jsme se snažili prokázat, že při vzniku násilí záleží na pohlaví pracovníků ve zdravotnictví. Impulzem ke stanovení hypotézy bylo studium dostupné literatury. Zjistili jsme, že velmi málo studií a výzkumů se orientovalo na oběť násilí (vliv pohlaví), proto nás zajímalo, zda jsou více ve zdravotnictví ohroženými pracovníky muži nebo ženy. Hahn a kolektiv (2008) provedli velký rozbor 31 studií z celého světa zaměřených na násilí při kontaktu s pacientem (26 studií bylo retrospektivních). V celkovém srovnání jejich parametrů, měly významný vliv pro násilí i gender aspekty. Skupina vedená Hahn (2008) potvrdila, že obecně jsou více násilí vystaveni ve zdravotnictví pracovníci mužského pohlaví, bez rozdílu formy násilí (verbální nebo fyzické). V novější studii z Palestiny (Kitaneh et al., 2012) se autoři dotazovali pracovníků ve zdravotnictví na násilí v posledních 12 měsících (celkový počet respondentů 928 - 636 sester a 292 NLZP; zastoupení mužů 40,8 %, ženy zastoupeny v 59,2 %). Bylo zjištěno, že násilí od pacientů (jejich příbuzných) jsou více vystaveni muži (27,6 %), ale pouze v případě násilí fyzického. Ženy (nejčastěji sestry) potvrdily fyzické násilí v 16,2 % (Kitaneh et al., 2012). Větší výskyt fyzického násilí u zdravotníků mužů potvrdily i další studie (Adib, 2002; Farrell, 2006; McKenna, 2003). Hahn (2012) provedla vlastní výzkum orientovaný na problematiku násilí v ošetřovatelství ve Švýcarsku, ve kterém zjistila, že nejvíce jsou ve zdravotnictví napadány ženy. Studie byla provedena u 2495 pracovníků ve zdravotnictví

(21,8 % sestry a porodní asistentky, ostatní pracovníky reprezentovali lékaři a další různá profesní odvětví – fyzioterapeut, ošetřovatel). Násilí za posledních 12 měsíců byly více vystaveny ženy (51,2 %) než muži (46,6 %). Stejné výsledky nalézáme i v Polsku (Kowalczuk et al., 2011), kde bylo do výzkumu zahrnuto 1498 pracovníků ve zdravotnictví (32, 9 % sestry, 33,6 % porodní asistentky, 33,5 % ostatní zdravotnický personál). Každá ze zkoumaných skupin zažila násilí za posledních 12 měsíců s vysokou incidencí (92 % sestry, 86 % lékaři, 74 % porodní asistentky). Z výsledků je patrné, že nejvíce byly násilí vystaveny ženy, nicméně tato kvóta nebyla hlavním kritériem výzkumu. Zda dochází k násilí více u mužů nebo u žen, je tak spíše okrajovým a náhodným zjištěním výzkumů a studií (studie nezkoumají hlouběji, zda pracovníci, kteří zažili násilí, jsou muži nebo ženy, případně zda má vliv na násilí pohlaví v určité profesní skupině). V české literatuře se také dozvídáme především o násilí v ošetřovatelství u ženského personálu, což lze považovat za přirozené. Szkanderová a Jarošová (2008) zkoumaly 202 sester pracujících ve dvou nemocnicích Moravskoslezského kraje. Bylo zjištěno, že kontakt s násilím byl vysoký (verbální násilí v obou nemocnicích zastoupeno v 90 % a fyzické násilí v 56 %). Faktor pohlaví (pracovníka jako oběti) pozorován nebyl. V roce 2010 Českomoravská konfederace odborových svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky realizovaly projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Byl proveden kvantitativní výzkum, ve kterém bylo osloveno 1 500 respondentů (20 % muži, 80 % ženy). Šetření ukázalo, že zkušenost s násilím mělo v posledních 12 měsících 31 % respondentů (fyzické násilí potvrdilo 17 % respondentů a zkušenost s některou z forem psychického násilí pak dokonce 41 % respondentů). Faktor pohlaví ani významnost profesní skupiny nebyl analyzován (Hoffmanová, 2011).

Náš soubor tvořilo 896 respondentů (viz Tabulka 1). Profese, které jsme do zkoumání zahrnuli (viz Tabulka 3) byly: sestry (500 respondentů), lékaři (92 respondentů), zdravotničtí záchranáři (151 respondentů), řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby (25 respondentů), fyzioterapeuti (60 respondentů), bezpečnostní pracovníci (18 respondentů) a pomocný zdravotnický personál – sanitáři, ošetřovatelé (50 respondentů). Z celkového počtu respondentů (viz Tabulka 10) našeho zkoumání (896 respondentů) 641 respondentů (71,5 %) zažila verbální násilí za posledních 12 měsíců a 165 respondentů (18,4 %)zažila fyzické násilí. 90 respondentů (10 %) nezažilo za

posledních 12 měsíců žádné násilí. Skupinu 806 respondentů (viz Tabulka 11), kteří zažili násilí za posledních 12 měsíců, tvořilo 638 žen (79,1 %) a 68 mužů (7,9 %). Pro testování hypotézy jsme použili kontingenční tabulky (viz Tabulka 12) s jedním stupněm volnosti (podle sledovaných charakteristik) a test $\chi 2$ pro nezávislost. Vypočtenou testovací statistiku našich kontingenčních tabulek jsme srovnávali s kritickou hodnotou $\chi 2$ rozdělení o jednom stupni volnosti na hladině významnosti 95 %. Pomocí aplikace (http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/) jsme spočítali $\chi 2 = 0{,}093$ (hodnota jednoho stupně volnosti 3,841). Z našich výsledků, sledovaných v průběhu tří let (březen 2011 – květen 2014) a ověření statistických testem vyplývá, že pokud dojde k násilí v ošetřovatelské péči, nezáleží při násilí pacienta vůči personálu na pohlaví zdravotníka. Naše výsledky ukázaly, že na pohlaví pracovníků ve zdravotnictví při vzniku násilí nezáleží. Násilí jsou vystaveny jak ženy (pracovnice ve zdravotnictví), tak muži (pracovníci ve zdravotnictví) bez rozdílu. **Hypotéza H1 nebyla potvrzena.**

Příčiny násilí jsou rozmanité. Velký vliv má také profesní skupina pracovníků v ošetřovatelství (sestry vs. ostatní NLZP), dále forma násilí (verbální vs. fyzická), vzdělání (středoškolské vs. vysokoškolské), významné jsou také předchozí zkušenosti s násilím (zejména z praxe). Ohledně výskytu násilí v ošetřovatelství dle typu oddělení, byly identifikovány z hlediska nejvyšší incidence násilí urgentní příjmy (Ferns, 2012), intenzivní péče a pohotovost (Hahn, 2012). Jak ukázala naše kvalitativní studie (hloubkové rozhovory) násilí více než na typu oddělení záleží především na chování ošetřovatelského personálu. Násilí je tak možné na jakékoliv typu oddělení. Z nejnovějších studií aplikovaných na násilí v ošetřovatelství a ve zdravotnictví vyplývá, že nejvíce jsou násilí vystaveny všeobecné sestry (Darawad et al., 2015) a z hlediska typu násilí je to násilí verbální (Futé et al., 2015).

Druhou hypotézou (H2: Všeobecné sestry jsou konfrontovány více s verbálním násilím než ostatní NLZP) jsme se snažili prokázat, že z profesních skupin ve zdravotnictví v ČR jsou násilí vystaveny především všeobecné sestry (druh násilí verbální), čímž lze prokázat, že násilí není problémem zdravotnictví, ale hlavně ošetřovatelství. Hahn (2008) na základě literární revize 16 studií prokázala, že nejvíce je násilí vystavena profesní skupina všeobecných sester (oproti lékařům, fyzioterapeutům a dalším NLZP). Stejná autorka potvrdila (2012) největší výskyt násilí ze skupiny fyzioterapeutů, lékařů, zdravotnických asistentů a dalších NLZP u všeobecných sester

(70,3 %). Dominovala forma verbálního násilí (45,9 %) oproti hrozbám (15,6 %) a fyzickému násilí (16,9 %). Darawad a kol. (2015) popisuje extrémní četnost verbálního násilí sester v Jordánsku (95 %; celkový počet respondentů 447 – všeobecné sestry). Podobně i Futé a kol. (2015) popisuje četnost verbálního násilí (90 %) sester v Jižní Etiopii (průzkumný vzorek tvořilo 660 všeobecných sester). Ve studii Kitaneh a Hamdan (2012) byly násilí vystaveny více sestry (65,8 %) než lékaři (34,2 %), nejvíce násilí bylo verbálního (57 %). Mroczek a kolektiv (2014) zkoumali násilí za posledních 12 měsíců u 201 zdravotnických pracovníků (sestry, záchranáři, lékaři, bezpečnostní pracovníci). Nejvíce verbálního násilí zažily sestry (92,1 %) na rozdíl od dalších pracovníků (77,5 %). Nejvíce násilí bylo verbálního (84 % - křik, nadávky) oproti fyzickým útokům (55,2 %). Szkanderová a Jarošová (2008) potvrdily verbální násilí u všeobecných sester v 90 %. V projektu ČMKOS z roku 2010 bohužel nebyly analyzovány detaily – která profesní skupina z dotazovaných byla verbálnímu násilí vystavena nejvíce (Hoffmannová, 2011). Další validní průzkum, který by kromě Szkanderové a Jarošové (2008) prokázal nejvíce násilí u všeobecných sester v ČR, je z roku 2006 (Hnilicová, 2007). Jednalo se o vůbec první studii v ČR zaměřenou na násilí ve zdravotnictví v ČR. Průzkum u 675 respondentů (pracovníci ve zdravotnictví a sociální péči) potvrdil, že v 70 % byly oběťmi těchto incidentů všeobecné sestry (Hnilicová, 2007). Jiné podrobnější studie zahrnující násilí v ošetřovatelství v ČR nenalézáme. V našem výzkumu (viz Tabulka 11) byl z 896 respondentů vystaveno verbálnímu násilí 641 respondentů (71,5 %) a fyzickému násilí 165 respondentů (18,4 %). Z této skupiny jsme vyloučili lékaře, kteří zažili verbální násilí v 9,4 % a fyzické násilí ve 4,2 %, abychom mohli statistickou významnost hypotézy potvrdit u NLZP (viz Tabulka 13). Porovnali jsme skupinu sester (vit Tabulka 14), které zažily násilí proti skupině dalších NLZP (fyzioterapeuti, sanitáři, ošetřovatelé, záchranáři, řidiči vozidel záchranné služby, bezpečnostní pracovníci). Sestry byly verbálnímu násilí vystaveny v 66,4 %, skupina dalších NLZP ve 33,6 %. Pro testování hypotézy jsme použili kontingenční tabulky (viz Tabulka 15) se dvěma stupni volnosti (podle sledovaných charakteristik) a test χ^2. Vypočtenou hodnotu χ^2 našich kontingenčních tabulek jsme srovnávali s kritickou hodnotou χ^2 rozdělení o dvou stupních volnosti na hladině významnosti 95 %. Pomocí aplikace (http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/) jsme spočítali χ^2 = 20.896 (kritická hodnota $\chi 2$ odpovídající dvěma stupňům volnosti je

5,991). Na základě uvedených výpočtů jsou sestry v ČR vystaveny verbálnímu násilí více než skupina dalších NLZP, což odpovídá i výše uvedeným zahraničním studiím. Násilí ve zdravotnictví v ČR je problémem především ošetřovatelství. **Hypotéza H2 byla potvrzena.** Na základě výsledků můžeme potvrdit, že všeobecné sestry v ČR (nezáleží na pohlaví) jsou profesní skupinou ve zdravotnictví, která je nejvíce vystavena verbálnímu násilí. Vedlejším výstupem srovnání našich výsledků se zahraničními publikacemi lze vypozorovat, že incidence násilí (především verbálního) má stoupající incidenci (Lepping a Lanka, 2013). Hahn (2008) srovnáním studií dosahuje průměrné incidence verbálního násilí 49 %. Od roku 2012 však studie (Kitaneh a Hamdan, 2012; Mroczek, 2014; Futé, 2015; Darawad 2015) o násilí poukazují na incidenci vyšší (Kitaneh a Hamdan 57 %, Mroczek 92 %, Futé 90 %, Darawad 95 %). Důvody stoupající incidence (verbálního) násilí vůči všeobecným sestrám se nejspíše odvíjejí od tolerancenásilí ve společnosti (Benett, 2012) a od nedostatečného řešení násilí v ošetřovatelství (nízký zájem výkonných politických a zákonných institucí zastupující všeobecné sestry v ČR a bagatelizace prevence v oblasti tohoto negativního fenoménu).

Ve třetí hypotéze (**H3: Středoškolsky vzdělané sestry jsou vystaveny násilí více než vysokoškolsky vzdělané sestry**) nás zajímalo, zda o případné vyšší incidenci k násilí rozhoduje vzdělání všeobecných sester. Prostudováním relevantních studií (Kowalczuk, 2011; Hahn, 2012; Lepping 2013; Mroczek 2014; Darawad, 2015) nenacházíme ve výzkumných sděleních zaměření na vztah násilí a vzdělání všeobecných sester, které zažily násilí. Vzdělání může přispívat k vyšší trpělivosti jedince a zároveň změnit jeho pohled na riziko (násilí) například tím, že jedinec začne přikládat větší význam následkům svého jednání. Významným znakem vzdělaných osob je efekt sociální skupiny – jsem zde, abych pomáhal, nikoliv abych ubližoval. Vzdělaní lidé se budou pravděpodobně více zdržovat mezi vzdělanými lidmi, kteří jsou méně náchylní k páchání násilí (Šipkovská, 2013). Dle Hubálka (2011) jsou velmi vzdělaní lidé (nezahrnuje vzdělané jedince trpící deprivací) takzvaně konstruktivně agresivní. Hubálek popisuje tyto jedince jako osoby vykazující vysokou míru pracovitosti a svědomitosti. Mezi vlastnosti a hodnotovou orientaci těchto jedinců patří především úcta k tvořivosti, umění, vědě, objevům a intelektu, znalost cizích jazyků, využívání moderních technických a komunikačních technologií, vnitřní sebedůvěra a harmonie, ale také velká dávka sounáležitosti a solidarity(Hubálek, 2011). Využitím potenciálu

vzdělanosti v určitých násilných situacích, kdy dochází k vystupňování negativních emocí, je možné aplikovat vlastní „energii negativních emocí“ k efektivní obraně (Tomanová, 2015). Na dvou pohovostních příjmech v Londýně došlo díky zvýšení počtu vysokoškolského personálu ke snížení násilných incidentů (Roche et al., 2010). V našem výzkumu (viz Tabulka 16) ze středoškolsky vzdělaných sester zažilo fyzické násilí 55 respondentů (62,5 %), verbální násilí 266 respondentů a 6 respondentů (23,1 %) násilí vystaveno nebylo. Z vysokoškolsky vzdělaných sester zažilo fyzické násilí 33 respondentů (37,5 %), verbální násilí 120 respondentů (31,1 %)a 20 respondentů (76,9 %) násilí nezažilo. Pro testování hypotézy jsme použili kontingenční tabulky (viz Tabulka 17) s jedním stupněm volnosti (podle sledovaných charakteristik) a test χ^2. Vypočtenou hodnotu χ^2 našich kontingenčních tabulek jsme srovnávali s kritickou hodnotou χ^2 pro rozdělení o jednom stupni volnosti na hladině významnosti 95 %. Pomocí aplikace (http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/) jsme spočítali χ^2 = 21,69 (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841). Na základě výsledků kvantitativního výzkumu zjišťujeme, že v ČR dochází nejčastěji k verbálnímu násilí u středoškolsky vzdělaných všeobecných sester. **Hypotéza H3 byla potvrzena.**

Nejčastěji uváděnými příčinami násilných incidentů (Yu, 2011) mezi všeobecnými sestrami a pacienty (jejich příbuznými) jsou abstinenční příznaky pacientů (Ideker et al., 2011) nebo je násilí vedeno od pacienta pod vlivem omamné látky (Kalandyk, 2013). Dále může být násilí důsledkem dlouhého čekání (Roche, 2010) na vyšetření (Ahmed, 2012) nebo ošetření pro nedostatek personálu (Medley, 2013). Rozsáhlý přehled všech nejčastějších faktorů, které vedou k násilí při vzájemném kontaktu všeobecné sestry a pacienta, jsme popsali v teoretické části (viz kapitola 2). Na druhou stranu, na základě zkušeností z praxe a realizovaných výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládnou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje. K vystupňovanému projevu negativních emocí může tak dojít nejen ze strany pacienta ke zdravotnickému pracovníkovi, ale jak zmíněná interakce naznačuje, i směrem opačným (Pekara, 2014a). Nepublikovaná kvalitativní analýza rozhovorů Hnilicové (2007) s pacienty, ukazuje zásadní obrat v problematice násilí v ošetřovatelství v České republice. Hnilicová uvádí, že pacienti objednávající se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika) se někdy setkávají s projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester. Zdravotníci se

chovají nejen neprofesionálně, ale občas hrubě a arogantně. Jako příklad lze uvést situaci, kdy jedna pacientka udávala, že jí lékařka řekla: „*Kdybyste nebyla tak tlustá, tak byste nemusela na operaci!*“ (Hnilicová, 2007). Po vzoru Hnilicové jsme začali namátkově odkrývat tuto oblast násilí v ošetřovatelství, kdy všeobecné sestry provokují potenciální útočníky k násilí svou nevhodnou a neprofesionální komunikací. Krátké úryvky z některých rozhovorů byly publikovány jako doplňkové kazuistiky v odborných článcích (Pekara 2014c). Nechtěli jsme však, podobně jako Hnilicová, provádět rozhovory s pacienty. Díky technice hloubkových rozhovorů jsme provedli interview u skupiny všeobecných sester, které zažily násilí, za účelem detailních rozborů násilných incidentů. Hloubkové rozhovory mají velké využití u výzkumů týkajících se osobních či citlivých témat (násilí). Rozhodli jsme se proto doplnit naše šetření také kvalitativními rozhovory a stanovili jsme si **výzkumnou otázku (Přispívají všeobecné sestry svým jednáním k eskalaci konfliktů?)**. Cílem této kvalitativní studie bylo ověření, zda mohou všeobecné sestry svým jednáním opravdu přispívat ke vzniku násilí při kontaktu s pacienty, protože v případě násilného incidentu jsme odkázáni na výpovědi všeobecných sester (méně často také pacientů) nebo svědků těchto událostí. V ČR taková kvalitativní analýza zatím stále neexistuje. Z odborných českých publikací můžeme uvést Venglářovou (2007) a Bártlovou (2010), které popisují možné konflikty u seniorů, k nimž dochází při vzájemném nepochopení ošetřující osoby a pacienta. Obecně však v domácích publikacích nenalézáme podobné studie analyzující detailní rozbor situací s konkrétními závěry. Mediální zprávy i recenzované články zobrazují problematiku násilí v ošetřovatelství pouze jako případy, které vycházejí hlavně ze strany pacienta. Naše zjištění vybízí k realizaci častějších kvalitativních studií a k důkladnějšímu prověřování příčin násilí (Medley, 2013). Realizované rozhovory jsou popsány v příloze B a v empirické části disertační práce je popsáno kódování rozhovorů (viz kapitola 8. 4. 3). Kódování jsme vytvořili podle zakotvené teorie podle Glasera a Strausse (Hendl, 2008), a to tvorbou konceptů a podskupin (viz 8. 4. 2). Při hodnocení rozhovorů jsme se zaměřili na tři proměnné, které mají vliv na vznik (Zimbardo, 2011) a průběh násilného incidentu (Grimaldi, 2013), a jsou společné pro sestru i pacienta **(osobnost, prostředí a podmínky násilí).** Dále jsme hodnotili proměnné jen pro všeobecné sestry - **prevence, dokumentace násilí a satisfakce**(Sato, 2013).Rozhovory byly provedeny s deseti respondenty (5 mužů a 5 žen z oddělení ARO, chirurgie,

zdravotnická záchranná služba, dialýza a oddělení pro seniory). **Z hlediska analýzy faktoru osobnosti** jsme se zaměřili na reakci při násilí. U šesti analyzovaných rozhovorů došlo v důsledku násilné reakce pacienta k násilné reakci také od profesionálů (u dvou rozhovorů byla snaha o prevenci počínaje první násilnou reakcí a dva respondenti nebyli následkem stresu schopni odpovědi). Objevovala se reakce násilím od profesionálů, nikoliv snaha o zklidnění násilného pacienta a úsilí zjistit, co bylo příčinou násilného chování: *„V tu chvíli mi jeden začal nadávat, ať vypadnu já a co jim mám co přikazovat. Řekl jsem jim, že se o tom s nimi nebudu bavit.*“ (Respondent 1); Respondent 9: „*Zařvala jsem: Kdo to tady kopal do dveří?!“*. Konkrétně ve čtyřech případech se objevila komunikace útočná a propagace moci profesionálů (Respondent 5): *„Žádné ale! Tady si sedněte a čekejte, než přijde lékař.“;* Respondent č. 4: *„Tak jsem mu znova zopakoval, že jíst prostě bude...“*; Respondent 2: *„Řekla jsem jí, ať toho nechá, že čím dříve to bude za námi, tím lépe.“*; Respondent 8: „*Tak jsem mu řekl, že není jediný, kdo má trable a že by mohl vyjádřit trochu uznání, vděk a přestat řídit svět podle sebe.“*Reakce respondentů odpovídá teorii o násilí jako pudu, který se projevuje zejména ve stresu (Zimbardo, 2011). Velký vliv má také výchova společnosti – lidé se domnívají, že násilím dosáhnou cíle (převaha moci). Ve zdravotnickém prostředí však hrozba vyvolá vždy více eskalace než uklidnění (Bennett, 2012). Z hlediska faktoru osobnosti mělo význam vzdělání respondentů, což koreluje i s **H3: Středoškolsky vzdělané sestry jsou vystaveny násilí více než vysokoškolsky vzdělané sestry** (viz Tabulka 17). Při rozhovorech byly příčiny a následky násilí s respondenty rozebírány. 9 respondentů (vysokoškolské vzdělání) díky rozboru situace své pochybení v komunikaci samo uznalo (Respondent 8: „*Já ty incidenty nehlásím, musel bych tam psát, že si za to můžu sám.“; Respondent č. 9: „Samozřejmě moje reakce mohla být asi jiná, když jsem hned vyšla z těch dveří, možná jsem měla i zvýšený hlas.“),* jedna respondentka to odmítla (středoškolské vzdělání). Největší zájem o potřeby pacientů (snahu o prevenci násilí) a profesionální komunikaci projevovali respondenti s magisterským vzděláním.

Z hlediska prostředí a podmínek násilí jsme analyzovali povahu násilí, druh směny a okolní faktory. K násilí došlo třikrát na noční směně (jednou fyzické napadení, fyzická hrozba a verbální násilí), sedmkrát na směně denní (dvakrát fyzické násilí, pětkrát násilí verbální).Tři fyzická napadení vznikla v důsledku organické poruchy chování (delirium,

hypoglykémie, demence) a jedno fyzické napadení vzniklo v důsledku nedodržení osobní vzdálenosti pacienta. Vztah počtu personálu (dostatek versus více pacientů na malý počet personálu) měl dle naší analýzy význam pouze při řešení fyzického násilí (pacifikace pacienta viz Respondent 1 a 6), nikoliv u preventivní deeskalace (zde rozhoduje chování personálu – viz kapitola 2). Významnými averzivními faktory, které přispívaly k násilí, byly alkohol (opilý pacient - snížená ochota respondentů zacházet s pacientem slušně) a spánkový deficit profesionálů v důsledku nočních směn: *„To je samý úraz a alkohol. Já ty alkoholiky úplně nesnáším!“* (Respondent 9); „*Lidi celkově hodně nadávají, jsou velmi vulgární, hlavně mladí a opilí lidé.“* (Respondent 10); „*Občas jsem nerudný i já, když se třeba nevyspím, tak těm lidem taky nedávám, co si zaslouží. Nebo na noční jsem kolikrát ospalý, tak výkony dělám bez vysvětlení.“* (Respondent 4); „*Noční jsou nejhorší – opilí s úrazem.“*(Respondent 9); *„Někdy k ránu, když jsem hodně unavená a pacienta třeba přebaluji a on nepomáhá, tak to mi někdy rupnou nervy a nadávám.“* (Respondent 2). Z uvedené analýzy vyplývá, že alkohol a nedostatek spánku jsou významnými prediktory absence kontroly vlastního nenásilného vystupování.

Dokumentace o násilí byla provedena pouze v případech fyzické hrozby a fyzického napadení, verbální násilí nepovažují respondenti za důležité. Dané zjištění koreluje se s výsledky kvantitativního výzkumu (viz Tabulka 22 a Tabulka 34). 97,1 % respondentů nehlásilo verbální útoky a 68,4 % respondentů nehlásilo fyzické násilí. Toto zjištění potvrzují výsledky zahraničních studií (Sato, 2013). Hlavní důvody, proč respondenti incidenty nehlásí, korelují s Tabulkou 23 (59,1 % nebylo to důležité) a Tabulkou 35 (42,6 % cítil jsem vlastní vinu, 10,6 % styděl jsem se). Zajímavá jsou přiznání, některých respondentů, kteří potvrdili, že si za násilí mohou sami: „*Můžeme si za to sami. Komunikace je klíčová. Znám kolegy, které nikdo nenapadl a kolegy, které napadli, ale nehlásili to, protože by museli napsat, že to vyprovokovali sami.“* (Respondent 1); „*A když po něm začněte hned řvát nebo mu třeba oponovat, nebo i jen vysvětlovat, tak se naštve. Můžeme si za to sami.“* (Respondent 3); „*Já ty incidenty nehlásím, musel bych tam psát, že si za to můžu sám.“* (Respondent 8); „*To s tou protézou jsem napsal, ale to plácnutí nepíšu. To k tomu přebalování asi patří.“* (Respondent 4); „*Můžeme hlásit napadení a násilí jako mimořádnou událost. Narovinu,*

nedělám to, protože pokud mě někdo napadá, volám hned policii, aby mu dali co proto. Záznam nepíšu, každé ráno nebo večer jsem ráda, že můžu jít domů.“(Respondent 5).

Z hlediska kódu prevence a satisfakce sehrává zásadní roli styl obranné reakce sestry, schopnost empatie a způsob zpracování incidentu. Z hlediska prevence je významná komunikace: „*Možná bych se ho zeptal hned na začátku, jaké informace chce vědět.“* (Respondent 10). Pro deeskalaci komunikací byl ve všech případech čas i prostor. Preventivně působit se však podařilo pouze jednou (Respondent 7), taktéž aplikace verbální sebeobrany (Respondent 9). Zajímavé byly satisfakční názory. Sedm respondentů vyjádřilo pozitivní příklon k násilí (Respondent 1: *„Uhodit ne. Vynadat ano, ale uhodit ne. I když jich mám plné zuby, tak uhodit to ne.*“; Respondent 2: *„Pak si i říkám, když mě chce fackovat (občas se i trefí) a bije mě do rukou, tak si říkám, že možná jedna facka by to uklidnila.“*; Respondent 3: *„Jedna Romka zaútočila slovně na kolegyni a to jsem měla chuť jí jednu ubalit.“*; Respondent 5: „*Ti pacienti jsou někdy úplně dementní! Mám sto chutí je vykopnout ze sanitky!“;* Respondent9: „*Ti opilí, ale taky staří lidé a mladí, to je taky něco. Ty je potřeba hned na příjmu zpražit, aby věděli, že si nemají co dovolovat.*“; Respondent 10: *„Já se chovám k lidem, tak jak oni ke mně. Když jsou slušní, tak se snažím dělat i věci navíc, více si s nimi povídat. Ale když prudí, tak je taky prudím – třeba oplácím nadávky.“* Pouze tři respondenti (vysokoškolské vzdělání) by v situaci násilí nereagovali (nechtěli reagovat) násilím vůči pacientovi (snažili se využít komunikaci): „*K pacientovi si ale nemůžeme nikdy nic dovolit a dle mého by se neměl ani zvyšovat hlas. Můžeme je tím vyděsit a dostat se do komplikací, které nejsou příjemné. Je lepší zajít za roh nebo to vydržet domů a zanadávat si mimo oddělení.“* (Respondent 6); „*Pokud k násilí dojde, měl by si pracovník říct, co mohl udělat jinak a zda pacienta nějak neprovokoval.“* (Respondent 7); „*Ale víte co, pacienti za to fakt mnohdy nemůžou. I ten opilý se prostě jenom opije. A když si dám pivo po práci já, v čem je to jiné? Vůbec v ničem.“* (Respondent 8). **Na základě analyzovaných rozhovorů odpovídáme na výzkumnou otázku, že sestry svým jednáním připívají k eskalaci konfliktů.**

Vzhledem k tomu, že i zahraniční studie (Hahn, 2008) poukazují na neprofesionalitu všeobecných sester, je potřeba zlepšovat podmínky pro prevenci násilí. Kvalitativní analýza rozhovorů odkryla novou dimenzi násilí v ošetřovatelství. Není možné, aby všeobecné sestry reagovaly na násilí násilím. Efektivní zvládnutí emocí by mělo být

součástí profesionálního repertoáru každého zdravotníka, protože právě deeskalace a uklidnění pacienta mnohdy nejen konflikty řeší, ale umí jim i předcházet. Velkou roli v prevenci násilí sehrává především profesionální chování všeobecných sester a dalších NLZP. Respondenti v našich rozhovorech prosazovali jako účinný nástroj v prevenci násilí při vzájemném kontaktu sestry a pacienta komunikaci (Respondent č. 1: „*Je to o komunikaci. I velmi násilný člověk se dá zklidnit.“;* Respondent č. 7:*Já myslím, že každý incident je preventabilní a slušnou komunikací se dá i deeskalovat.“* Experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrla, 2008). Každé pochybení, byť ze strany profesionálů, je potřeba zohledňovat z obou stran, nejen ze strany pacienta, ale i unavených zdravotníků. Sestry nejsou stroje a mají také právo na své emoce. Během projektu Českomoravské konfederace odborových svazů, Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky v roce 2010 se také ukázalo, že 60 % zaměstnavatelů zavedlo opatření proti výskytu pracovního násilí na svém pracovišti (opatření spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci). Bylo však také zjištěno, že stále výrazně chybí opatření, jako jsou úprava pracovního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, navýšení personálu nebo školení personálu v komunikačních dovednostech. Z odpovědí většiny respondentů (projekt ČMKOS) také vyplynulo, že nejčastějším zdrojem násilí ve zdravotnictví není jen přepracovanost, ale hlavně špatná komunikace (Pekara, 2011). Únava personálu se odráží na spokojenosti pacientů (Lanctôt a Guay, 2014). Tu sledují i ankety Ministerstva zdravotnictví ČR. Z jejich výsledků vyplývá, že pacienti v českých nemocnicích mají řadu výhrad k chování lékařů. Z výsledků průzkumu uveřejněného v roce 2007 je patrné, že pacientům vadí zejména nedostatek soukromí při probírání jejich zdravotního stavu, lékař se nepředstaví a nevěnuje pacientům dostatečnou pozornost (Vašek, 2007). Z podobného průzkumu, provedeného o 5 let později, zaznívá stejná nota: Lékaři by se mohli víc chovat jako lidi – častěji zdravit, představovat se a více říkat o naší diagnóze jazykem, jemuž rozumíme (Lánský, 2012). Výzkumy za posledních 20 let prokázaly pozitivní přínos vzdělávání a tréninků komunikačních dovedností pro zdravotníky. Podobně zaměřené semináře mají měřitelné výsledky a sami zdravotníci je označují za přínosné (Brown a Bylund, 2008). Důsledky násilí nejsou jen v oblasti snižující se kvality péče o

nemocné, konsekvence mohou být daleko rozsáhlejší. Již od roku 1994 právníci poukazují na nevhodnou komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem jako primární důvod soudních sporů pro zanedbání péče, a to až v 70 % případů (Levinson, 2010). Z výše uvedeného vyplývá, že násilí je těsně spojeno s komunikací mezi profesionály a pacienty, všeobecné sestry jsou však v českých průzkumech opomíjené. My jsme se proto zaměřili na efektivní komunikační dovednosti u všeobecných sester a dalších NLZP. Ošetřovatelství v ČR od roku 2000 registruje velkou nabídku vzdělávání zdravotnických profesionálů především prostřednictvím projektů. Současně roste nabídka knih zabývajících se zlepšováním vztahů a řešením konfliktů mezi pacienty a zdravotníky (Haškovcová, 2010). Většina projektů je však koncipována jako jednodenní kurz bez návaznosti či opakování a pro čtení jistě zajímavých knih není pro náročnost profese čas. Proto čtvrtá hypotéza (**H4: Dovednosti získané školením o prevenci násilí jsou závislé více na didaktické metodě než na délce školení)** měla ověřit, zda je možné dosáhnout efektivních výsledků v osvojení komunikačních dovedností s násilným pacientem v krátké časové dimenzi. Realizovali jsme praktické proškolení 550 nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP - všeobecné sestry, sanitáři, ošetřovatelé) prostřednictvím 14 seminářů, které proběhly během 11 měsíců (semináře probíhaly v roce 2012, poslední v listopadu 2012). Každý seminář byl určen maximálně pro 40 NLZP a trval 120 minut. Projekt byl realizován v Nemocnici Jihlava. Mezi použité didaktické metody patřilo předávání vědomostí pomocí zážitku, reálné situace – case studies, feed back a řešení problému. Při přípravě edukačního projektu jsme vycházeli nejen z nedostatků, které odhalily výše uvedené rozhovory, ale také z ohlasů odborné veřejnosti (absence praktických ukázek na kurzech). Snažili jsme se nastavit semináře tak, aby posluchači sami mohli následně – již bez naší pomoci a kontroly – trénovat doporučené techniky sami v praxi. Analýza a snaha NLZP řešit konflikt ex post je velmi důležitou zpětnou vazbou a tato metoda je zásadní pro pochopení celé situace (kritické myšlení). Tato metoda umožňuje se v celé situaci zastavit a prozkoumat ji z hlediska faktorů, které v reálné praxi pod vlivem stresem unikají. Analýzou situací vyplynou na povrch faktory, které si zkrátka běžně neuvědomíme, avšak při klidné diskuzi je možné je identifikovat a následně se na ně v praxi zaměřit. Výsledky byly ověřeny po uplynutí 12 měsíců od začátku miniprojektu ex post evaluací. Celkový počet nelékařských zdravotnických pracovníků v celém miniprojektu byl 550. Po uplynutí 12

měsíců se vrátilo 239 dotazníků správně vyplněných (návratnost 42 %). Naší skupinu tvořilo210 všeobecných sester (87,9 %) a 29 (12,1 %) pomocných zdravotnických pracovníků (sanitáři, ošetřovatelé) z čehož bylo 92 % žen a 8 % mužů.Největší zastoupení našich respondentů tvořily ženy (viz Tabulka 41) ve věkovém průměru (viz Tabulka 42) 25 – 54 let (80,3 %) se středoškolským vzděláním (75,7 %) (viz Tabulka 43). Nejvíce respondentů (viz Tabulka 44) bylo z oddělení chirurgického (28,9 %) a interního (28 %). 229 respondentů (95,8 %) vyhodnotilo semináře (viz Tabulka 46) jako velmi přínosné pro praktické využití (více respondenti s věkovým průměrem 55-64 let). Největší přínos respondenti ocenili především (viz Tabulka 47)v rozvoji komunikačních dovedností při kontaktu s agresivními pacienty, dále praktické příklady deeskalace a jednoduché obranné hmaty při kontaktu s fyzickým násilím (byl kladen důraz na jednoduchost a bezpečnost ze strany zdravotníka i ze strany pacienta). Didaktika komunikačních technik (na což byl kladen velký důraz) byla vyhodnocena 237 respondenty jako případná (99,2 %), respondenti označili metody a modely komunikačních technik jako vhodné k pochopení dané problematiky (tabulka 48). Respondenti pozitivně hodnotili (viz Tabulka 49)příklady z praxe, dobře zvolené modelové situace (31,8 %), interaktivní přístup (9,2 %), využití humoru jako relaxačního prostředku při kolizních situacích (49,4 %) a návody na řešení konkrétních situací (3,8 %). 217 respondentů (90,8 %) bylo spokojeno s časovou dotací semináře (120 minut), 22 respondentů (9,2 %) by uvítalo semináře příště delší (viz Tabulka 53). Klíčovým zjištěním bylo (viz Tabulka 55), jak respondenti využili komunikační dovednosti při práci s pacienty a jejich příbuznými za posledních 12 měsíců. 121 respondentů (50,6 %) využilo úspěšně komunikační dovednosti v praxi (nejvíce respondenti s věkovým průměrem 55-64 let). 23 respondentů (9,6 %) se snažilo techniky využít, ale neúspěšně a 95 respondentů (39,7 %) nemělo příležitost k řešení konfliktů. Respondenti (odpovídalo jen 144), kteří komunikační techniky aplikovali (viz Tabulka 56), tak nejčastěji činili při každodenním jednání s klienty (44 respondentů; 30,6 %), zvládání agresivních pacientů (28 respondentů;19,4 %), 23 respondentů (16 %) ke zdůvodňování dlouhých čekacích dob, 23 respondentů (16 %) při nespolupráci druhé strany, 10 respondentů (6,9 %) využilo asertivních technik komunikace, 8 respondentů (5,6 %) si novým přístupem pomohlo ke zvýšení sebedůvěry a 8 respondentů (5,6 %) techniky aplikovalo při práci s pacienty ve stresu.

Zajímalo nás také případné využití komunikačních technik v osobním životě (viz Tabulka 57). 102 respondentů (42,7 %) využilo úspěšně komunikační techniky v osobním životě, 19 respondentů (7,9 %) je využilo, ale neúspěšně a 118 respondentů (49,4 %) zatím nemělo možnost techniky v osobním životě vyzkoušet. Navzdory iniciálnímu neúspěchu při použití deeskalačních technik u části respondentů (viz Tabulka 59) plánuje 170 respondentů (71,1 %) používat techniky i nadále, 69 respondentů to neplánuje (28,9 %). Ze 170 respondentů (viz Tabulka 60), kteří chtějí využívat techniky i nadále 62 respondentů (36,5 %) chce využívat techniky všude, kde to bude možné, 42 respondentů (24,7 %) při předcházení konfliktům a nedorozumění, 24 respondentů (14,1 %) je určitě využije při jednání s konfliktními pacienty, 14 respondentů (8,2 %) plánuje využití technik jako návod, jak zvládat krizové situace, 14 respondentů (8,2 %) k práci na vylepšení komunikace a 14 respondentů (8,2 %) při obhajobě vlastního názoru. Dalším velkým přínosem bylo zjištění, že 217 respondentů (90,8 %) by chtělo navazující semináře (Tabulka 61). Pro testování hypotézy jsme použili kontingenční tabulky (viz Tabulka 62) s jedním stupněm volnosti (podle sledovaných charakteristik) a test χ^2. Vypočtenou hodnotu χ^2 našich kontingenčních tabulek jsme srovnávali s kritickou hodnotou χ^2 pro rozdělení o jednom stupni volnosti na hladině významnosti 95 %. Pomocí aplikace (http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/) jsme spočítali $\chi^2 = 3.967$ (kritická hodnota χ^2 odpovídající jednomu stupni volnosti je 3,841). Prokázali jsme, že je možné předat komunikační dovednosti NLZP v krátké časové periodě. Výsledkem je připravený speciální vzdělávací model komunikačních dovedností pro prevenci násilí (NLZP mohou komunikační dovednosti automaticky trénovat při kontaktu s násilným pacientem nebo jeho příbuzným sami v reálné praxi). **Čtvrtá hypotéza byla potvrzena.** Tento projekt byl realizován v nemocnici Jihlava a jeho realizace by nebyla možná bez efektivní podpory managementu – náměstkyně pro ošetřovatelskou péči sama chtěla vzdělávat všeobecné sestry v prevenci násilí při vzájemném kontaktu sester a pacientů. Analogický vzdělávací kurz (certifikovaný kurz - 30 hodin výuky, z toho: 6 hod. teorie, 18 hod. odborné praxe, 6 hod. řešení modelových situací) byl vytvořen i pro studenty a odbornou veřejnost ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v

Českých Budějovicích[2]. Na tvorbě kurzu pracovala Mgr. Alena Polanová z Katedry ošetřovatelství a porodní asistence. Kurz byl nabídnut nejen studentům, ale i pracovníkům z nemocnic. Certifikovaný kurz byl v roce 2012 nabízen v rámci velkého vzdělávacího programu pro nelékařské zdravotnické pracovníky zdarma (Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků). Bohužel do dnešní doby nebyl kurz realizován (nepřihlásil se žádný student ani odborný pracovník). Vzdělávání v prevenci násilných incidentů je efektivní nástroj, jak je možné snížit incidenci násilí, je však potřeba všeobecné sestry do prevence více angažovat (McPhaul, 2013). Tuto úlohu v Nemocnici Jihlava ukázkově naplnil vrcholový management ošetřovatelské péče[3]. Podobné zkušenosti s podporou managementu při minimalizaci násilí má i Zdravotnická záchranná služba hl. města Prahy. Po opakovaných útocích na zaměstnance Zdravotnické záchranné služby hl. města Prahy zavedl její management všechny dosavadní možnosti ochrany i prevence před násilím (komunikační kurzy, sebeobranu, pepřové spreje, aktivní spolupráci s Policií ČR) a počet násilných událostí klesl o více než polovinu. Zdravotnická záchranná služba hl. města Prahy také jako první zdravotnická záchranná služba začala s opatřeními proti násilí zdravotnických záchranářů a o tomto problému vede důkladné statistiky (Pekara, 2007).

Z kvalitativních rozhovorů vyplynuly výzvy zaměřit se na prevenci násilí již na školách, které připravují profesionály na náročné povolání v ošetřovatelských oborech (Respondent č. 4: „*Musí začít školy, ale efektivně.“)*. V rámci doktorského studia byl vytvořen sylabus takového předmětu a nyní je vyučován na Vysoké škole zdravotnické v oboru Zdravotnický záchranář. Jedná se o povinný předmět *Profesionální komunikace a sebeobrana* v délce tří let (6 semestrů). Výuka předmětu začala v roce 2014 a po skončení výuky u daného oboru bude proveden výzkum, nakolik byla výuka úspěšná. V případě úspěchu bude snaha aplikovat tento předmět ostatním vysokým školám a univerzitám. Řada expertních studií (Szkanderová, Jarošová, 2008) se shoduje na tom, že hlavním nástrojem prevence (nikoliv léčby) násilí v ošetřovatelství jsou odborné kurzy (McPhaul, 2013) a semináře pro rozvoj komunikačních dovedností (Lepping,

[2] http://www.zsf.jcu.cz/cs/czv/celozivotni-vzdelavani-czv/an-prevence-nasili

[3]http://m.nemji.cz/vismo/dokumenty2.asp?id=5033&n=zamestnanci-se-skoli-v-komunikaci-s-klienty&p1=4369

2013). U velmi násilných pacientů je možné použití omezovacích prostředků, nebo farmakologické zklidnění. Vždy je ale nutná snaha násilným projevům zabránit správnou komunikací, a pokusit se vysvětlit situaci proč agrese vznikla (Szkanderová, Jarošová, 2008). Z těchto důvodů jsme se zaměřili především na deeskalační přístupy v komunikaci, které jsme rozsáhle popsali v teoretické části (viz kapitola 4). Farmakologické zklidnění a restriktivní přístupy nepatří mezi metody prevence, proto jsme se na ně při zkoumání nezaměřovali detailně, což odpovídá i výsledkům našeho kvantitativního výzkumu. Z 896 respondentů (100 %) uvedlo 150 respondentů (16,7 %), že v případě násilí používalo alarm, 160 respondentů (17,9 %) používalo mobilní telefon, 70 respondentů (7,8 %) se snažilo udržovat čisté pracovní prostředí, 90 respondentů (10 %) využívalo omezení přístupu veřejnosti, 52 respondentů (5,8 %) provádělo screening násilného chování, 12 respondentů (1,3 %) preferovalo zvýšený počet zaměstnanců a 200 respondentů (22,3 %) volilo vzdělávání jako formu řešení násilí (viz Tabulka 9). Efektivní komunikace je z hlediska prevence násilného chování nejúspěšnější (Richmond, 2012). K posílení preventivních postupů lze také využít škály k hodnocení rizika a míry násilí u hospitalizovaných pacientů. Zkušenosti s těmito škálami jsou bohužel zatím známé pouze z psychiatrických oddělení. Ze zahraničí je preferovaný a známý především SAPROF (Structured Assessment of Protective factors for violence risk), tedy strukturované hodnocení ochranných faktorů pro riziko násilí. Jedná se o nástroj vyvinutý forenzní psychiatrickou léčebnou v Nizozemí ve spolupráci s Pompeho klinikou (Nizozemí) a Univerzitou v Maastrichtu (viz Příloha 6). SAPROF obsahuje 17 ochranných faktorů rozdělených do tří složek (vnitřní, motivační a vnější). 15 faktorů je dynamických (zohledňující léčebné cíle, hodnotící léčbu a ochranná opatření). Kódováním 17 položek na tříbodové škále (0-2) je hodnotiteli poukázáno na nejdůležitější ochranné faktory (práce, vztahy, medikace, motivace, zvládání zátěže, empatie, inteligence, životní cíle, sociální přizpůsobivost a další) posuzovaného jednotlivce v jeho konkrétní situaci. Ochranné faktory snižují nebo zvyšují riziko násilí a jejich častým kódováním je možné definovat nejsilnější chrániče proti riziku násilí u konkrétního pacienta (Vogel, 2012). Z dalších nástrojů, hojně užívaných v zahraničí můžeme uvést ještě například START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability), který slouží k vyhodnocení rizika násilí u pacienta, který se chová násilně k druhým, pokusil se o sebevraždu nebo se sebepoškozuje či zanedbává, užívá

návykové látky nebo je riziko, že se stane obětí násilí (viz Příloha 7). START byl vyvinut pro použití u dospělých pacientů s mentálním postižením, poruchou osobnosti. Je však možné jej aplikovat také v nápravných ústavech či pro civilní a forenzní pacienty umístěné ve výkonu trestu (Webster, 2009). Je věcí dalšího výzkumu, zda a které škály by případně byly vhodné pro měření rizika násilí na nepsychiatrických odděleních. V současné době má své zastoupení i simulační výuka (Trešlová, 2012;www.sice.cz). Simulační výuka kombinuje běžnou školní výuku a praxi v reálném simulovaném prostředí zdravotnického zařízení. Je doplněním stávajících forem výuky a umožňuje propojit teorii s praxí díky okamžité zpětné vazbě. Ta může být poskytována samotným učitelem, lektorem, specifickým expertem (psycholog, psychiatr), ale zejména dalšími přítomnými spolužáky, kolegy. Lidé se učí (pamatují si) různými způsoby: 10 % si zapamatují čtením, 20 % poslechem, 30% si zapamatují, když určitou činnost vidí, 50 % si zapamatují, pokud činnost vidí a je jim okomentována, 70 % pokud ji diskutují s ostatními, 80 % pokud si činnost osobně vyzkouší nebo situaci zažili a 95 %, pokud činnost vysvětlují jiným (Metcalf, 1997). Zkušenost nabytá ze simulované situace umožňuje prohloubit sebereflexivní aktivitu účastníka výuky tak, aby byl schopen vědomě volit vhodnou komunikační strategii a vyvaroval se případných neadekvátních reakcí (www.fnusa-icrc.org). Stejně tak jako příčiny násilí v ošetřovatelství jsou multifaktoriální, bude vždycky lepší, když i komunikace jako hlavní preventivní metoda násilí, bude doplňována simulačním tréninkem a včasným hlášením incidentů. Tato problematika verbálního násilí, pokud nedojde přímo k fyzickému násilí, je stále velmi opomíjená (Sato, 2013). V našem výzkumu (viz Tabulka 22) bylo verbální násilí (697 respondentů) hlášeno pouze 20 respondenty (2,9 %). Ze 677 respondentů (100 %), kteří verbální násilí nehlásili/nedokumentovali 400 respondentů (59,1 %) nepovažuje verbální násilí za důležité, 12 respondentů (1,8 %) se za násilí stydělo, 60respondentů (8,9 %) cítilo vlastní vinu, 50 respondentů (7,4 %) se bálo negativních následků a 155 respondentům (22,9 %) by hlášení přišlo zbytečné (viz Tabulka 23). Fyzické násilí, které v našem výzkumu zažilo 206 respondentů (viz Tabulka 34), bylo dokumentováno 65 respondenty (31,6 %). Důvody, proč fyzické násilí 141 respondentů (68,4 %) nedokumentovalo, byly následující: 44 respondentů to nepovažovalo za důležité (31,2 %), 15 respondentů se za incident stydělo (10,6 %), 60 respondentů cítilo vlastní vinu

(42,6 %), 5 respondentů se bálo negativních následků (3,5 %) a 17 respondentů (12,1%) uvedlo, že by to bylo zbytečné (viz Tabulka 35). Výsledky podtrhují skutečnost zjištěnou v rozhovorech – personál je za většinu násilných incidentů odpovědní vlastním chováním. Incidenty navíc nejsou natolik výrazné, aby je sestry dokumentovaly. V závěrečné části našeho výzkumu měli respondenti možnost vyjádřit se k problematice násilí (viz Tabulka 40). I přesto, že 381 respondentů (42,5 %) své názory neuvedla, byly výsledky překvapivé: 33 respondentů (3,7 %) napsalo, že násilí si můžeme ve své profesi sami, 138 respondentů (15,4 %) uvedlo, že postrádají efektivní komunikaci při své práci s pacienty, 142 respondentů (15,8 %) napsalo, že neumí ovládat své emoce, 106 respondentů (11,8 %) se domnívá, že se jejich zaměstnavatel nesnaží o prevenci a nedostatek personálu jako příčinu násilí uvedlo 96 respondentů (10,7 %). Skutečnost, že násilí v ošetřovatelství není dostatečně dokumentováno, nesnižuje závažnost zkoumaného problému. V ČR zatím nebyly provedeny relevantní průzkumy na dopady násilí u všeobecných sester, zahraniční studie tuto oblast také zkoumají okrajově nebo náhodně. Autorky Lanctôt a Guay (2014) provedly rozbor 7078 odborných článků (v letech 1985 – 2012), ze kterých definovaly 68 studií, které popisovaly důsledky násilí při vzájemném kontaktu zdravotníka s pacientem (dopady násilí na zdravotníka jako oběť násilí). Studie autorek identifikovala sedm oblastí, které mají nejčastěji dopad na všeobecné sestry: (1) fyzické následky násilí (incidence od 4,9 % - 65 %; dominovaly bolesti hlavy), (2) psychologické následky (některé studie dokonce popisovaly vznik posttraumatického stresového syndromu; četný byl výskyt negativních vzpomínek v incidenci 68,5 % – 73,5 %), (3) emocionální důsledky násilí (7,2 % – 86 % reflektující bezmocnost, ponížení zdravotníků, zoufalství, obviňování), (4) dopady na kvalitu práce (2,32 % zdravotníků po fyzickém útoku opustili pracoviště; 0,5 % - 8,6 % museli změnit pracovní pozici; 0,8 – 8,8 % změnili služby – nechtěli např. sloužit v noci); bylo také zjištěno, že pokud incidence násilí překračuje 62 %, má to významný dopad na snížení produktivity práce na pracovišti, (5) vztahy na pracovišti s pacienty (50,8 % zdravotníků po zažití násilí udávalo nižší zájem o pacienty a jejich potřeby), (6) sociální dopady (17,2 % obětí násilí ve zdravotnictví uvedlo dopad na jejich sociální život mimo práci, (7) finanční dopad násilí ve zdravotnictví (například 134 úrazů v jedné nemocnici v průběhu jednoho roku dosahuje celkových nákladů 766 290 $).

Na základě uvedené diskuze můžeme potvrdit, že násilí ve zdravotnictví se dotýká nejvíce ošetřovatelství. Důsledky dopadají na všeobecné sestry, bez rozdílu pohlaví, nejvíce ve formě verbálního násilí. Vyšší incidence násilí byla prokázána u všeobecných sester středoškolského vzdělání, oproti vysokoškolsky vzdělaným sestrám. Další významným protektivním faktorem (vedle vzdělání) je komunikace. Prokázali jsme, že je možné vzdělávat všeobecné sestry krátkým seminářem s významnou odezvou – sestry samy i po uplynutí jednoho roku odabsolvování semináře, dokázaly trénovat komunikační techniky v reálné praxi. I přes metody prevence zůstává důležitým faktorem chování sester, které mnohdy zbytečně násilného pacienta podporují při jeho násilné reakci. V případě již proběhlého incidentu není zvykem dokumentovat případy násilí, což lze efektivně změnit příkladnou spoluprací managementu a všeobecných sester. Z hlediska nápravných a preventivních opatření doporučujeme příklady dobré praxe. O násilí bylo v ošetřovatelství napsáno mnoho, ČR se dotýká problému stále jen okrajově. Na základě poznání stojíme však před úkolem novým. Data o incidenci násilí, jak k němu dojde včetně jeho důsledků, jsou zmapována. Je na čase přestat se zabývat tématem jako takovým, ale spíše hledat cesty konstruktivnější – vyhledávat jedince, kteří dokážou deeskalovat i velmi neklidné a násilné jedince a působit tak pozitivním směrem – příklady dobré praxe. Prevence a názorný příklad bude vždy lepší než následné řešení důsledků.

10 Závěr

Násilí v ošetřovatelství je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry. V posledních letech násilí nepřetržitě zvyšuje svou incidenci. Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti. Fenoménu násilí v ošetřovatelství je v České republice věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu povolání všeobecné sestry. Následky násilí mohou být velmi závažné. Konsekvence násilí se odráží následky fyzickými, psychologickými, emocionálními, násilí má vliv na kvalitu práce a vztahy na pracovišti. Nezanedbatelné nejsou ani finanční důsledky násilí.

Hlavním cílem disertační práce bylo zmapování násilí, které vzniká ve zdravotnickém prostředí výhradně při vzájemném působení všeobecné sestry a pacienta, se snahou identifikovat nejčastější nedostatky zvládání těchto situací a hledat možnosti jejich nápravy. Dílčími cíli bylo zmapovat výskyt násilí při vzájemném působení zdravotnických pracovníků a pacientů v České republice a zjistit, který typ násilí dominuje ve zdravotnictví v České republice a která profesní skupina je násilím ve zdravotnictví ohrožena nejvíce (reflektovat gender aspekty). Snažili jsme se znázornit představu o vývoji daného problému v České republice a prezentovat souhrnný přehled faktorů násilí a agrese ve zdravotnictví v České republice. Dále jsme chtěli identifikovat faktory podněcující násilí při vzájemném působení všeobecných sester a pacientů v České republice. V neposlední řadě jsme chtěli zjistit, jaká preventivní opatření se používají v rámci násilného chování ve zdravotnictví v České republice a inovovat didaktické postupy ke zvládání násilí v ošetřovatelství v České republice.

Všechny uvedené cíle se podařilo naplnit. Pro výzkum byla zvolena metodika smíšeného designu - kombinaci kvantitativního výzkumu, kvalitativních hloubkových rozhovorů a ověření přínosu vlastní výukové metody metodou ex-post evaluace. Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu tvořilo 896 respondentů (500 všeobecných sester, 92 lékařů, 151 zdravotnických záchranářů, 25 řidičů záchranných služeb, 60 fyzioterapeutů, 18 bezpečnostních pracovníků a 50 osob pomocného zdravotnického personálu). Jádrem našeho kvalitativního zkoumání je deset hloubkových rozhovorů se

všeobecnými sestrami (z rozdílných oddělení včetně ambulancí a přednemocniční neodkladné péče), které prodělaly násilný incident (analýza kódováním dle Glasera a Strausse). V případě ex-post evaluace se jednalo se o zhodnocení praktického proškolení 550 nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry, sanitáři, ošetřovatelé) prostřednictvím 14 seminářů, které proběhly během 11 měsíců. Celkový počet nelékařských zdravotnických pracovníků v celém miniprojektu byl 550. Po uplynutí 12 měsíců se vrátilo 239 dotazníků správně vyplněných (návratnost 42 %).

Na základě první stanovené hypotézy jsme prokázali, že násilí v ošetřovatelství jsou v ČR vystaveny jak ženy (pracovnice ve zdravotnictví), tak muži (pracovníci ve zdravotnictví) bez rozdílu. Druhá hypotéza potvrdila, že všeobecné sestry v ČR jsou profesní skupinou ve zdravotnictví, která je nejvíce vystavena verbálnímu násilí. Násilí ve zdravotnictví je tak v ČR problémem především ošetřovatelství. Třetí hypotéza dokázala, že středoškolsky vzdělané sestry jsou vystaveny násilí více než vysokoškolsky vzdělané sestry. Kvalitativní analýza rozhovorů odkryla novou dimenzi násilí v ošetřovatelství – chování sester významně připívá k eskalaci konfliktů a je jedním z příčin násilí. Čtvrtá hypotéza ověřila, že je možné sestry preventivně připravit na kontakt s násilným pacientem a předcházet vzniku násilí správnou komunikací. Vytvořili jsme takový vzdělávací program, který v krátké časové periodě, umožňuje předat komunikační dovednosti deeskalující násilí sestrám, které následně mohou tyto dovednosti automaticky trénovat samostatně při kontaktu s násilným pacientem.

Výsledky kvalitativního i kvantitativního průzkumu poukázaly nedostatečné hlášení násilných událostí a nízkou podporu managementu zdravotnických zařízení. Hlavním faktorem, proč dochází k násilí při vzájemném kontaktu sestry a pacienta v ČR je neprofesionální komunikace s pacienty, což je častější u pacientů opilých nebo pod vlivem omamné látky. Proto jsme vytvořili speciální didaktickou metodu pro výuku prevence násilí, prokázali, že správná komunikace je velmi účinným nástrojem prevence násilných událostí.

Z hlediska doporučení do praxe je nutné efektivně vzdělávat budoucí zdravotníky na všech úrovních vzdělávacího systému. Je nutné zavést povinné hlášení násilných incidentů a aktivní podporu managementu zdravotnických zařízení. Je nezbytné využít sílu médií a snažit se o prevenci prostřednictvím odborných publikací a modelových kazuistik. Je důležité aktivně vyhledávat jedince, kteří násilí za svou dlouhou kariéru

vystaveni nebyli a vytěžit je jako vzory pro výchovu studentů i zaměstnanců z praxe. Pouze aplikace reálných scénářů a zapojení simulační výuky může sestry přiblížit realitě násilné situace, která bude vždy zatížena velkým stresem. Je také velmi důležité pracovat s personálem, který je pod tlakem – supervizní setkání a péče o zaměstnance je nedílnou součástí zdravého systému. Sestra, která není unavená, dokáže motivovat nejen sama sebe, ale i ty druhé – vystrašené pacienty a demotivované kolegy. Násilným incidentů je vždy lepší předcházet, než je následně řešit.

11 Seznam použitých zdrojů

ABDERHALDEN, Christoph, 2008.*The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. Datwise: Universitaire Pers Maastricht NL. ISBN 978-90-5278-703-9.

ADIB, Salim et al., 2002.Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. In: *International Journal of Nursing Studies.* vol. 39, no. 4, pp. 469-78. ISSN: 0020-7489.

AHMED, Salem, 2012. Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. In: *Eastern Mediterranean Health Journal*. vol. 18, no. 4, s. 318-324. ISSN 1020-3397.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra - lékař.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4195-6.

BEECH, Bernard and Phil LEATHER, 2006. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. In: *Aggression and Violent Behaviour*. Vol. 11, pp. 27–43. ISSN 1359-1789.

BÉDIOVÁ, Stanislava, 2012. Faktory determinujúce starostlivosť o agresívného pacienta. In: *Sestra.* Roč. 11, č. 1-2, s. 30 – 31. ISSN 1335-9444.

BENNETT, Adam, 2012.*Conflict resolution.* Canada: Lulu Enterprises, Inc. ISBN 978-0-9878706-4-3.

BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi.* Praha: Psyché. ISBN 978-80-247-1125-6.

BROWN, Richard and Carma BYLUND, 2008. Communication skills training: describing a new conceptual model. In: *Academic Medicine.* Vol. 83, no. 1, pp. 37-44. ISSN 1938-808X.

COTTINGHAM, Ann et al., 2008. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. In: *Journal of General Internal Medicine.* Vol. 23, no. 6, pp. 715–722. ISSN 0884-8734.

CHAPPELL, Duncan and Vittorio DI MARTINO, 2006. *Violence at Work 3rd edn.* Geneva: International Labour Office. ISBN 92-2-117948-6.

DARAWAD, Muhammad, et al., 2015. Violence against nurses in emergency departments in jordan: nurses' perspective. In: *Workplace Health Safety.* Vol. 1, no. 63, pp: 9-17. ISSN 2165-0799.

DeJONG, Judith, Matti VIRKKUNEN and Marrku LINNOILA, 1992. Factors associated with recidivism in a criminal population. In: *Journal of Nervous and Mental Disease.* No. 180, pp. 543-550. ISSN 0022-3018.

DI MARTINOVittorio, 2013. *Workplace violence in the health sector. Relationship between stress and workplace violence in the health sector.* [online]. [cit. 20. 04. 2013]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf.

DVOŘÁKOVÁ, Miroslava, 2015. *Evaluace jako nástroj zjišťování kvality v dalším vzdělávání.*[online]. [cit. 20. 04. 2015]. Dostupné z:http://www.nuv.cz/cinnosti/analyzy-trhu-prace-rozvoj-kvalifikaci-dalsiho-vzdelavani/evaluace-jako-nastroj-zjistovani-kvality-v-dalsim-vzdelavani

DUFRESNE, Jerilyn, 2003. Communication Is the Key to Crisis De-escalation. In: *Law and Order.* Vol. 51, no. 8, pp. 72–75. ISSN 0023-9194.

DYNÁKOVÁ, Šárka, 2005. „Nejsme si v něčem podobní?“ In: *Sestra*. 15(7-8), 20. ISSN 1335-9444.

EDMÜLLER, Andreas and Thomas WILHELM, 2012. *Manipulationstechniken*. German: Haufe Lexware. ASIN: B009LUFFBO.

EVIPRG.EU, 2013. European violence in PsychiatryResearch Group 2013. [online]. [cit. 20. 04. 2013]. Dostupné z:www.eviprg.eu.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetřovatelství-teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

FARRELL, Gerald et al., 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. In: *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 55, no. 6, pp. 778-87. ISSN 1365-2648.

FERNS, Terence, 2012. Recording violent incidentes in the emergency department. In: *Nursing Standart*. Vol. 26, no. 28, pp. 40-48. ISSN 0029-6570.

FISHKIND, Avrim, 2008. Emergency Psychiatry: Principles and Practice. In: *Wolters Kluwer Health/Lippincott.* ISSN 1472-0213.

FUTE, Mathewos et al., 2015. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. In: *BMC Nursing*. Vol. 14, no. 9.ISSN 1472-6955.

FRIENLIGSDORF, Karl, 2002. *Agrese vytváří vztahy*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-502-0.

GEEN, Russel, 2001. *Human aggression.* Mapping social psychology series. Philadelphia: Open University Press. ISBN-10: 0335204716.

GRIMALDI, Nicolas, 2013. *Nelidskost*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2258-5.

GUGEL, Günther and Uli JÄGER, 1995. *Gewalt muss nicht sein.*. ISBN 392283387X.

HAHN, Sabine et al., 2012.Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. In: *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 68, no. 12, pp. 2685-99. ISSN 1365-2648.

HAHN, Sabine et al., 2010. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. In: *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 4, pp. 374–385. ISSN 0020-7489.

HAHN, Sabine. et al., 2008. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. In: *Aggression and Violent Behavior.* Vol. 13, no. 6, pp. 431–441. ISSN 1359-1789.

HÁJKOVÁ, Eva, 2012. *Rétorika pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1990-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Proč nekomunikujeme, když to umíme? In: *Vedení lékařské praxe.* Č. 4, s. 1-8. ISSN 1801-8106.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HILL, Dents and William SARGANT, 1943. A case of matricide. In: *Lancet.* No. 244, pp. 526-527. ISSN 0140-6736.

HOFFMANNOVÁ, Kateřina, 2011. Jak potřebná je prevence pracovního násilí? In: *Florence.* Č. 3, s. 4-5. ISSN 1801-464X.

HOEL, Helge et al., 2000. The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment. In: *Report Commissioned by the International Labour Organization (ILO) Geneva*. ISBN neuvedeno.

HOLLOMAN, Garland and Scott ZELLER, 2011. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. In: *Western Journal of Emergency Medicine.* Vol. 13, pp. 1–2. ISSN 1936-900X.

HOWARD, Cynthia, 2014. *10 Things Elderly Patients Want Nurses to Know.* [online]. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.nursetogether.com/things-to-know-nurse-patient-relationship.

HNILICOVÁ, Helena, 2007. Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovišti ve zdravotnictví. In: *Zdravotnické noviny.* Č. 46, s. 14. ISSN 1805-2355.

HUBÁLEK, Slavomil. Práce jako životní styl. In: HUČÍN, Jakub, 2011. *Články Jakuba Hučína*. [online]. [cit. 30. 1. 2014]. Dostupné z: http://jakub.hucin.cz/prace.html.

HUCKSHORN, Kevin, Janice LeBeland Harvey JACOBS, 2014. An organizational approach to reducing and preventing restraint and seclusion use with people with acquired brain injury. In: *NeuroRehabilitation.* Vol. 34, no. 4, pp. 671-80. ISSN 1053-8135.

IDEKER, Kristy et al., 2011. A confirmatory study of Violence Risk Assessment Tool (M55) and demographic predictors of patient violence. In: *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no. 11, pp. 2455-2462. ISSN 1365-2648.

JACOBS, Mark, 2011. *The Principles of Unarmed Combat.* USA: Turtle Press. ISBN-10: 1934903272.

JANATA, Jaromír, 1999. *Agrese tolerance a intolerance.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-889-X.

JOHNES, David, 2013. Violence in the workplace: An endemic but no an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In: *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry.* Kavanah: Ghent, Belgium, pp. 31–34. ISBN 978-90-574-0112-1.

KACHADOURIAN, Lorig, Brian QUIGLEY and Kenneth LEONARD, 2014. Alcohol expectancies and evaluations of aggression in alcohol-related intimate-partner verbal and physical aggression. In: *Journal of Studies on Alkohol and Drugs.* Vol. 75, no. 5, pp. 744-52. ISSN 1937-1888.

KALANDYK, Halina and Beata PENAR-ZADARKO, 2013. A perception of professional problems by nurses. In: *Progress in Health Sciences.* Vol. 3, no. 2, pp. 100-109. ISSN 2083-6260.

KING, Imogene, 1981. *A Theory for nursing: Systems, concepts, progress.* New York: John Wiley & Sons. ISBN 0-8273-4267-5.

KITANEH, Mohamad and Motasem HAMDAN, 2012. Workplace violence against psychicians and nurses in Palestian public hospitals: a cross-sectional study. In: *BMC Health Services Research.* Vol. 12, no. 1, s. 469-477. ISSN 1472-6963.

KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ, 2008. *Vzpoura deprivantů*. Praha: Galén. ISBN 9788072624102.

KOWALCZUK, Krystyna, et al., 2011. Comparsion of the level of aggression towards healthcare Works within Podlaskie Voivodeship. In: *International Journal of Occupational Medicine & Enviromental Health.* Vol.24, no. 3, pp. 267-274. ISSN 1896-494X.

LANCTÔT, Nathalie and Stéphane GUAY, 2014. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. In: *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 19, no. 5, pp. 492–501. ISSN 0020-7489.

LÁNSKÝ, Tomáš. 2013. Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti. In: *Zdravotnické noviny.* [online]. [cit. 20. 4. 2013]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-reci-kritizuji-pacienti-463262.

LAZARE, Aaron and Robert LEVY, 2011. Apologizing for humiliations in medical practice. In: *Chest*. Vol. 4, pp. 746-51. ISSN 0012-3692.

LEPPING, Peter and Srinivas LANKA, 2013. Prevalence of patient and visitor violence against staff on high-risk medical wards. In: *European Psychiatry.* Vol. 28, pp. 1-1. ISSN 0924-9338.

LEVINSON, Ariana, 2010. Legal ethics in the employment law context: Who is the client? In: *The Northern Kentucky Law Review*. Vol. 37, no. 1, pp. 1. ISSN 0198-8549.

LOVAŠ, Ladislav, 2010. *Agresia a násilie.* Bratislava: Ikar. ISBN 978-805511752-2.

ISBISTER, Geoffrey et al., 2010. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. In: *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 56, pp. 392–401. ISSN 0196-0644.

MAREŠOVÁ, AlenaaMiroslav SCHEINOST, 2001. Trendy kriminality v ČR z pohledu roku 2000. In: *Sociologický časopis.* 37(1), 23-41. ISSN 0038-0288.

MEDLEY, Dylan et al., 2012. An Association Between Occupancy Rates in the Emergency Department and Rates of Violence Toward Staff. In: *Journal of Emergency Medicine.* Vol. 43, no. 4, pp. 736-744. ISSN 0736-4679.

MELNYK, Bernadette, 2010. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Praktice.* USA: LWW. ISBN-10:1605477788.

METCALF, Tom, 1997. Listening to your clients.In:*Life Association News.* Vol. 92, no. 7, pp. 16–18. ISSN0024-3078.

MCKENNA, Brian et al., 2003. Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. In: *Journal of Advanced Nursing.* Vol. 42, no. 1, pp. 90-96. ISSN 1365-2648.

MCPHAUL, Kathleen, et al., 2013. A Framework for Translating Workplace Violence Intervention Research into Evidence-Based Programs. In: *Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 18, no. 1, pp. 1-1. ISSN 1091-3734.

MACYOUNG, Marc, 2013. *Four types of violence. No Nonsense Self-Defense Web site.* [online]. [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: http://nononsenseselfdefense.com/four_types_of_ violence.htm.

MACH, Jan, 2010. *Lékař a právo*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO. ISBN-13: 978-80-7013-457-3.

MONTANGUE, Enid. et al., 2013. Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy.In: *Journal of Particulary medicine.* Vol. 5. ISSN 2152-7202.

MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů.* Praha: Grada. ISBN 978-80-24-7787-23.

MROCZEK, Božena et al., 2014. Patient aggression towards health care professionals. In: *Progress in Health Sciences.* Vol. 12, no. 4, pp. 67-74. ISSN 2083-1617.

MURPHY, Judy, 2011. *Assertiveness:How to Stand Up for Yourself and Still Win the Respect of Others*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN-10: 1495446859.

NEŠPOR, Karel, 2012. Takzvaně problémový pacient. In: *Zdravotnictví a medicína.* Roč. 16. ISSN 2336-2987.

NEŠPOR, Karel, 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. In: *Medicína pro praxi.* 4(9), 371-373. ISBN 1214-8687.

NEWMAN, Willis and Esmeralda NEWMAN, 2010. *Domestic Violence: Causes and Cures and Anger Management*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN 978-1-4528-4323-0.

NOVÁK, Tomáš a Věra CAPPONI, 1996. *Sám proti agresi.* Praha: Grada. ISBN 80-7169-253-0.

NÖLLKE, Michael, 2009. *Schlagfertigkeit Trainer.* München: Rudolf Haufe Verlag. ISBN-10: 3448095893.

NÖLLKE, Michael, 2011. *Trénink slovní sebeobrany.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3517-7.

NHS, 2013. *Security Management Service. Counter Fraud Service Cost of Violence against NHS Staff: A Report Summarising the Economic Cost to the NHS of Violence against Staff. 2007/2008.* [online]. [cit. 20. 4. 2013]. Dostupné z: http://www.nhsbsa.nhs.uk/SecurityManagement/Documents/SecurityManagement/2007_2008_Cost_of_Violence_Against_NHS_StaffFINAL.pdf

OSMO, Vuori, 2008. Study of Work-related Violence. In: Needham et al. *Workplace Violence in the Health Sector. Netherlands: Kavanah*. Pp. 379-390. ISBN-13: 978-90-5740-0889.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely v ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ, 2011. Prevence násilí v ošetřovatelství (Přehledová studie). In: *Prevence úrazů, otrav a násilí.* 7(2), 187-191. ISSN 1801-0261.

PEKARA, Jaroslav, 2013a. Násilí ve zdravotnictví. In: *Praktický lékař.* 6(93), 264-268. ISSN 0032-6739.

PEKARA, Jaroslav, 2013b. Násilí a české ošetřovatelství. In: *Florence.* 9(12), 20–22. ISSN 1801-464X.

PEKARA, Jaroslav, Marie TREŠLOVÁ a Petr HULINSKÝ, 2014a. Education experiment: short time education - long time results for practice. In: *Journal of Health Science.* Vol. 2, pp. 436-440. ISSN 2328-7136.

PEKARA, Jaroslav, Marie TREŠLOVÁ a Petr HULINSKÝ, 2014b. The Experiences With Nurses Trainings Concerning Prevention of Violence in the Czech Republic in Years 2010-2013. In: *Psychology Research*. Vol. 11, No. 11., pp. 922-927. ISSN 2159-5542.

PEKARA, Jaroslav, 2014c. Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientů? In: *Florence.* 10(1-2), 31–33. ISSN 1801-464X.

PEKARA, Jaroslav, 2014d. Význam komunikace při prevenci násilných incidentů. In: *Florence.* 10(3), 23–25. ISSN 1801-464X.

PEKARA, Jaroslav, 2014e. Metodické cvičení Pražská 155 – úloha Nemocnice. In: *Urgentní medicína.* Č. 1, s. 10–12. ISSN 1212-1924.

PEKARA, Jaroslav, 2007. Napadení zdravotnických záchranářů. In: *Florence*. 3(4), 175-176. ISSN 1212-1924.

POLICIE.CZ, 2013. *Statistické přehledy kriminality. Informační servis, statistiky*. [online]. [cit. 28. 3. 2014]. Dostupné z: http://www.policie.cz/statistiky-kriminalita.aspx

PONĚŠICKÝ, Jan, 2005. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-378-3.

POSPÍŠIL, Miroslav, 1999. *Zlost, hněv, rozčilení aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými i dětmi*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství psychologické odborné literatury. ISBN 80-238-4579-9.

PTÁČEK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

RICHMOND, Janet et al., 2012. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. In: *Western Journal of Emergency Medicine.*Vol. 13, no. 1, pp. 17–25. ISSN 1936-900X.

ROCHE, Michael et al., 2010. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. In: *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 42, no. 1, pp. 13-22. ISSN 1547-5069.

ROZKYDALOVÁ, Jarmila, 2014. *Agrese a násilí ve zdravotnickém zařízení, cílena na zdravotnický personál.* Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav Ošetřovatelství.

SAGAN, Samuel, 2007. *Awakening the Third Eye*. Australia: Clairvision. ISBN 0-9586700-5-6.

SATO, Kana et al., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patientes' aggressive behavior. A cross-sectional suvey. In: *International Journal of Nursing Studies.* Vol. 50, no. 10, pp. 1368-1376. ISSN 0020-7489.

SEITLOVÁ, Jitka, 2014. *Za dlouhé čekání na operace má pojišťovna platit pokutu*. [online]. [cit. 28. 3. 2014]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/seitlova-za-dlouhe-cekani-na-operace-ma-pojistovna-platit-pokutu-468745?category=z-domova.
SICE. 2015. Simulační vzdělávání. [online]. [cit. 28. 3. 2015]. Dostupné z: http://www.sice.cz/simulacni-vzdelavani/

SIELOFF, Christina and Maurinne FREY, 2007. *Middle range theory development using Kings conceptual system.* New York: Springer Publishing Company. ISBN-13: 978 – 0826102386.

SHAW, Adrian. 2015. NHS in crisis: Record number of nurses off sick because of stress. [online]. [cit. 28. 1. 2015]. Dostupné z: http://www.mirror.co.uk/news/uk-news/nhs-crisis-record-number-nurses-5001446.

SKELLERN, Joanne and Andrew LOVELL, 2013. Violence in Health and Social Care Settings: A training resource package for organisations and individuals. In: *A training manual on how to use the DVD which also includes a 'notes for trainers' section.* University of Chester.

STEADMAN, Henry et al., 1998. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. In: *Archiv General Psychiatry*. Vol. 55, pp. 393-401. ISSN 0003-990X.

STOFF, David et al., 1996. *Experience and neuroendocrine parameters of development: aggressive behavior and competencies. Aggression and Violence: Genetic, Neurobiological, and Biosocial Perspectives.* Lawrence Erlbaum Associates, Publishers: Mahwah, New Jersey. ISBN-13: 978-0805825046.

SZKANDEROVÁ, Michaela a Darja JAROŠOVÁ, 2008. Agresivita ve zdravotnických zařízeních. In: *Profeseonline.* 1(8), 1-9. ISSN 1802-2081.

ŠÍPKOVSKÁ, Silvie, 2013. *Vzdělání a kriminalita – národohospodářský pohled*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut ekonomických studií.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2003. Přiměřená, problematická, patologická komunikace. In: *Osobní rádce zdravotní sestry.* Tematická příloha č. 2., s. 1-7. ISSN 1214-0074.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAFT, Casey, Lisa SCHWARTZ and Jane LIEBSCHUTZ, 2010. Intimate partner aggression perpetration in primary care chronic pain patients. In: *Violence Victim.* Vol. 25, no. 5, pp. 649-661. ISSN 0886-6708.

THIEDKE, Carolyn, 2007. What Do We Really Know About Patient Satisfaction? In: *Family Practice Management.* Vol. 14, no. 1, pp. 33-36. ISSN 1069-5648.

TOMANOVÁ, Jana, 2015. Agrese pomáhajícího pracovníka – nutná výbava. In: *Sestra (Zdravotnictví Medicína).* Č. 1., s. 23. ISSN 2336-2987

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 1999. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-285-X.

TRESTNÍ ZÁKONÍK. *Zákony pro lidi: Předpisč. 40/2009 Sb*. [online]. 2009 [cit. 30. 9. 2014]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#redakce

TREŠLOVÁ, Marie, 2012. Simulation, Debriefing and Safety in Nursing Education and Practice. In: *International Symposium Present and the Future of Nursing and Midwifery*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, pp. 290-293. ISBN 978-80-7394-365-3.

VÁCHA, Marek, 2008. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země.* Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-104-8.

VAŠEK, Petr, 2012. Pacientům vadí jídlo a chování lékařů. In: *Hospodářské noviny.* [online].
[cit. 28. 11. 2012]. Dostupné z: http://hn.ihned.cz/c1-22190140-pacientum-vadi-jidlo-i-chovani-lekaru.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN *978-80-247-2170-5.*

VEVERA, Jan, Martin ČERNÝ a Pavel KRÁL, 2011. Agrese a násilné chování. In: *Postgraduální medicina.* Č. 2., s. 220-222.ISSN 1212-4184.

VOGEL, Vivienneet al., 2012. *SAPROF*. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. Netherlands: Van der Hoeven Stichting. ISBN 978-90-79649-20-4.

VOLAVKA, Jan and Jeffrey SWANSON, 2010. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. In: *JAMA.* Vol. 304, p. 563-564. ISSN 1538-3598.

WEBSTER, Christopher et al., 2014. *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability.*Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare. [online]. [cit. 28. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.bcmhsus.ca/start

WEINREB, Michal, 2014. Rodiče, jejich dítě a dětský lékař; interpretace rolí. In: *Konference Pediatrie z druhé strany.* Praha, Národní technická knihovna, 12. 9. 2014.

WHO, 2015. Violence and Injury Prevention. Violence against health workers. [online]. [cit. 2015-01-20]. Dostupné z:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace

YU, Li Qun et al., 2011. The comparative study of workplace violence in both the stateowned hospitals and private hospitals. In: *Applied Mechanics and Materials.* Vol. 50, no. 51, pp. 982-986. ISSN 1662-7482.

ZAMPIERON, Alessandra et al., 2005. Survey on violence and aggression prevention and management strategies in European renal units. In: *Journal of Renal Care.* Vol. 36, no. 2, pp. 60–67. ISSN 1755-6686.

ZIMBARDO, Philip, 2011. *Psychology: Core Concepts,* USA: Pearson. ISBN-13: 978-0205183463.

ŽIAKOVÁ, Katarína a kol., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely.* 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-247-2.

12 Seznam zkratek

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ČMKOS – Českomoravská konfederace odborových svazů

ČR – Česká republika

H – hypotéza

NHS – National Health Service

NLZP – nelékařský zdravotnický personál

WHO – světová zdravotnická organizace

Sestry – všeobecné sestry

13 Přílohy

Příloha 1 Hloubkový rozhovor - otázky

Příloha 2 Rozhovor 1 - 10

Příloha 3Anonymní dotazník

Příloha 4 Vybrané testované závislosti pro kontingenční tabulku

Příloha 5 Hodnocení semináře

Příloha 6 SAPROF

Příloha 7 START

Příloha 1 Hloubkový rozhovor - otázky

1. Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.

2. Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

3. Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?

4. Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

5. Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?

6. Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?

7. V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?

8. V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?

9. Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?

10. V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?

Příloha 2 Rozhovor 1 - 10

Rozhovor číslo 1

Rozhovor trval 58 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 23 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 9 459 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 1 obsahuje 7150 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„*Mám střední odborné vzdělání jako všeobecná sestra a pak bakalářské studium ošetřovatelství. Ve zdravotnictví pracuji již 11 let. Celou dobu pracuji na zdravotnické záchranné službě. Na jiném pracovišti jsem nikdy nepracoval.*“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„No ty incidenty byly celkově asi tři. Mám teď na mysli ty fyzické útoky. Co se týká slovního násilí, tak toho je na záchrance opravdu hodně. Někdy stačí, když se na lidi (pacienty) jen křivě podívám a už vyšilují. Lidi celkově hodně nadávají, jsou velmi vulgární, hlavně mladí a opilí lidé. Ale ať se vrátím k fyzickému násilí. Incidenty byly tři – dvakrát mě kopli a jednou jsem dostal pěstí do hrudníku, to bylo teď naposledy, než jste mi volal a poprosil mě o rozhovor. V tom prvním případě to bylo, když jsem na záchrance začínal. Jednalo se o nějakou hromadnou akci, demonstraci. Měli jsme nařízeno, abychom jen zajeli s kolegou se sanitkou na určené místo a případně poskytli první pomoc raněným. Měli jsme nařízeno, abychom ze sanitky nevystupovali. V průběhu akce však došlo ke srocení davu a policie, která měla akci potlačit. V místě, kde jsme stáli, za námi přišel policista a říkal, abychom si přeparkovali. Řidič chtěl zacouvat do ulice, která byla za námi, akorát tam byl docela nízký strop, tak jsem mu šel ukázat ven. V tu chvíli tam přiběhli nějací kluci a začali se motat kolem sanitky a chtěli se mnou fotit. Já to odmítl a řekl jim, ať vypadnou, že potřebujeme jenom vycouvat. V tu chvíli mi jeden začal nadávat, ať vypadnu já a co jim mám co přikazovat. Řekl jsem jim, že se o tom s nimi nebudu bavit a ukazoval jsem řidiči, aby couval. Dál jsem si jich nevšímal a viděl jsem, jak se otočili. Po chvíli mě však něco silně uhodilo zezadu do stehna a já jsem spadl na zem. Byl to jeden z kluků, který se mě snažil kopnout, když jsem upadl na zem. Stihl jsem jen zvednout ruce nahoru a slyšel jsem, jak to další na něj řvali, aby mě kopl ještě jednou. V tu chvíli byl venku ze sanitky už i řidič a běžel proti

klukovi, který mě chtěl kopnout podruhé. Řval na ně, že jsou hajzlové a ať mě nechají na pokoji. Utekli.

Druhý incident se stal, když jsme ošetřovali pána v hypoglykemickém komatu. To bylo asi před dvěma lety. Pacient byl velmi neklidný. Byl jsem sám s řidičem v zadní části sanitky (pán ležel na zemi na chodníku a měl křeče, tak jsme ho hned naložili). V sanitce jsme udělali diferenciální diagnostiku a naměřili hypoglykémii. Když se mi podařilo zajistit periferní žilní katétr a aplikovat glukózu, začal se pán probouzet a setřele mluvit. Chtěl jsem ho trochu probrat a začal mávat rukama, tak jsem mu jeho ruce zachytil a chtěl ho zklidnit. V tu ránu jsem jen viděl, jak se zvedá pacientova noha a následně mě už jen kopl do levé strany žeber. Měl jsem tehdy kontusi hrudníku a byl jsem 14 dní doma. No a ten poslední incident, ten byl nedávno. Bylo to na noční směně a ošetřoval jsem pacienta, kterého vyhodili z jednoho baru, protože si tam údajně dovoloval na jednu slečnu a její přítel mu při rvačce poranil rameno. Pacient ležel na zemi před barem a tvrdil, že ho bolí rameno. Vzali jsme ho s řidičem dovnitř do sanitky. Po vyšetření jsem jen řekl řidiči, že musím vypsat fakturu, protože pán byl cizinec a neměl pojištění. Řidič šel pak na můj pokyn dopředu, aby se připravil k jízdě. V tu ránu se otevřely zadní dveře sanitky. Ve dveřích se objevil mobilní telefon, který začal v sanitce natáčet. Šel jsem k zadním dveřím, kde stáli dva kluci (asi do 30 roků) a natáčeli si mě na telefon (to mi řekli, že natáčí). Zeptal jsem se pacienta, zda jsou to jeho známí a on jen kývl hlavou, že ne. Řekl jsem jim, aby toho nechali a že zavírám. Věnoval jsem se psaní faktury, když v tom se podruhé otevřely dveře a opět se objevil mobilní telefon. Byli to zase ti dva. Tak jsem na ně zařval, ať už táhnou do háje, že tady není žádná výkladní skříň a zabouchl jsem. Když jsem si sedl, tak se jen řidič z přední části zeptal, co se děje. Řekl jsem, že někdo vzadu otravoval, ale že je to v pohodě. V tu ránu se ty dveře otevřeli potřetí a do mě vjela naprostá zlost. Šel jsem ven bočními dveřmi a namířil si to rovnou proti těm dvou klukům. Smáli se a moje zlost ještě více vzrostla. Když jsem byl téměř u nich a chtěl jsem jim pořádně vynadat, tak mě zastavila pěst jednoho z nich. Dostal jsem ji do krku a spadl jsem na zem. V tu chvíli tam byl řidič a okamžitě volal polici. Říkal, že to vše viděl ve zpětném zrcátku. Ten kluk říkal, že jsem ho první napadl já, protože jak jsem se na ně rozběhl, tak měli pocit, že jim chci ublížit. Tvrdil, že se lekl. Ten druhý říkal, že jen blafujeme a že žádní policie nepřijede. Za chvíli tam však byla hlídka (dva policisté) a řidič jim řekl, že mě napadli. Policie je

okamžitě začala legitimovat. Oni se jim vysmáli, že na ně nic nemají a začali si z nich dělat srandu. Jeden policista potom někam zavolal a do minuty tam byla tzv. policejní motorová jednotka (PMJ). Bylo tam toho času dohromady asi šest policistů a okamžitě ty dva zpacifikovali.“

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„No víte, já o těch incidentech hodně přemýšlel, i s kolegy se občas bavíme, když k násilí dojde. Myslím, že můj problém je, když neovládnu emoce a chci Tě lidem vynadat, tak se to jen zhorší a obrátí se to proti mně. V podstatě, kdybych ty první kluky nechal na pokoji, u druhého pacienta snad ani nešlo o cílený útok a v tom posledním případě to byla moje chyba.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„*Řeknu vám to jen k té poslední, tu mám docela v hlavě. Asi bych jel se sanitkou pryč, někam za roh, když nás bude někdo obtěžovat otevíráním zadních dveří. Rozhodně nebudu vystupovat a řešit cokoliv sám, když tam mám kolegu. Snažil bych se to více komunikačně usmlouvat. Víte možná i to, že budu s těmi lidmi mluvit, mi pak pomůže třeba i klidnit moje emoce.“*

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Jak jsem říkal, bavíme se o tom hodně s kolegy. Můžeme si za to sami. Komunikace je klíčová. Znám kolegy, které nikdo nenapadl a kolegy, které napadli, ale nehlásili to, protože by museli napsat, že to vyprovokovali sami. Je to o komunikaci. I velmi násilný člověk se dá zklidnit.“

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„*Rozhodně kazuistiky a jejich následné rozbory. Sdílení zkušeností je výborná věc. Pak je jedno, jestli to je v rámci semináře nebo sebevzdělávání. V současné době má velký vliv reklama, možná se toho dalo nějak využít.“*

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„No, to musím chvíli přemýšlet (asi půl minuty). Ale jo máte pravdu. Občas nastane situace, když jsem unavený nebo rozespalý a pak toho mám plné zuby. Pak mě rozhodí naprostá maličkost – třeba jen otázka pacienta, na něco, co jsem mu před chvílí odpověděl, ale mu to není jasné a tak se ptá znova. Mám kolikrát lidem říci, že jsou

úplně debilní, že naprosto nechápou, jak funguje zdravotnictví, že zneužívají péči, že si neváží toho, co mají, že nás obtěžují!“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Uhodit ne. Vynadat ano, ale uhodit ne. I když jich mám plné zuby, tak uhodit to ne. A co k tomu může vést druhé? No, možná dojde k nějaké enormní reakci, asi se člověk někde zlomí lidsky, když se pak takto chová. Asi je to možné při sebeobraně, když je pacient opravdu velmi útočný. Teď mě ale napadá, že jsem jednou viděl, jak mlátili pacienta do nohou (pěstmi) na jednom akutním příjmu. Nechápal jsem to. Tvrdili, že neposlouchá a že ho potřebují otočit a on nechce. Skončilo to rvačkou a přijela policie. Personál na něj byl velmi hrubý. Ani nevím, proč ho chtěli otočit. Bylo to zvláštní, jako by je popadla šílená zlost, kterou už nedokázali ovládat.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„My můžeme v případě napadení zavolat inspektora provozu, pak bychom měli situaci nahlásit a poslat k ní vyjádření.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál (a), aby po něm následovalo?**

„Já si nepřeji incidenty, nebaví mě je řešit. Někdy je mi to až nepříjemné, když se musím s někým dohadovat. Asi záleží, co to bude. Když to nebude fyzické napadení, tak mi stačí třeba půl hodiny oraz nebo bouchnutí do boxovacího pytle. Hodně mi pomáhá, když to můžu s někým probrat, je výhoda, že jezdíme dva. Když by to bylo fyzické napadení, tak bych chtěl jít domů a zapomenout na to. Nejvíc bych si přál, aby k násilí nedošlo vůbec, rozumíte mi, jako snažit se mu předejít. V případě, že k němu dojde, tak ať hlavně nevyjde najevo, že by to byla moje vina (smích).“

Rozhovor číslo 2

Rozhovor trval 38 minut a 26 vteřin. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 15 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 9 459 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 2 obsahuje 5 302 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Mám střední odborné vzdělání jako všeobecná sestra a vystudovala jsem dálkově bakalářské studium Ošetřovatelství. Ve zdravotnictví pracuji již 12 let. Celou dobu jsem pracovala na interním oddělení a nyní jako všeobecná sestra v zařízení pro seniory (čtvrtý rok). Naše oddělení je charakteru chronické péče. Máme kapacitu 25 lůžek – na denní směnu je tu jedna sestra, ošetřovatelka a sanitář. Na noční směnu jedna sestra a sanitář dochází pomáhat jen v určitých intervalech, jinak jsem tu na noční sama.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Dobře. Bylo to na denní směně a byla jsem tu s ošetřovatelskou a sanitářem. Ten den jsme měli na plánu vykoupat jednu paní, která se hrozně nerada myje (má demenci a návštěvy za ní nechodí; pacientka je mobilní s dopomocí, ale inkontinentní). Nechávám si ji v plánu koupání vždycky na konec. Je to s ní velmi náročné. Koupání se brání velmi usilovně. Snažíme se paní koupat pravidelně (alespoň jednou za týden, ale ne vždy nám to dovolí), protože se hodně potí a je inkontinentní. Paní před koupáním nespolupracuje, je velmi agresivní, vulgární a dojde často i na fyzické násilí (facky, údery pěstí, štípání) do našich rukou. Když jsme přišli do pokoje, úplně mě ohromil zápach, který se nesl od lůžka dané pacientky. Paní se nekoupala již třetí týden, protože byla v poslední době velmi agresivní. Ostatní sestry jí bály. Já se nebojím a navíc ten zápach byl příšerný. Přišla jsem s ošetřovatelkou k lůžku a řekla paní, že se půjdeme vykoupat. Začala na nás prskat a chytla se postele a začala křičet, že nikam nepůjde. Řekla jsem jí, ať toho nechá, že čím dříve to bude za námi, tím lépe. Začala se vztekat, ale na to já jsem už zvyklá. Řekla jsem jí, že jí to stejně nepomůže a ať s tím okamžitě přestane. S ošetřovatelkou jsme jí nejdříve silou povolili prsty, kterými se držela postele, a pak jsme jí chytly za ruce, tak aby nás nemohla poškrábat. Už na pacienty tady máme grif – každá z jedné strany, za ruku a nohu, jako dítě, tedy pokud se brání, jinak pokud pacient spolupracuje, tak to může i dojít sám. Paní křičela a pištěla, tak jsme jí hned nesli do sprchy (je hodně hubená, takže to šlo snadno a rychle). V minulosti jsme paní zkoušeli do sprchy doprovázet, kde se pacienti posazují na židli a pak je umýváme. To ale není dost dobře možné, paní se brání a chová se jako pominutá. Tak jsme jí tam nakonec dostali a posadili jí na židli. Ošetřovatelce jsem řekla, ať jí drží na židli a já

jsem se postavila do dveří, protože opakovaně nám už ze sprchy utekla. Ošetřovatelka si nachystala koupací pomůcky, sundala paní noční košili a pustila vodu, aby odhadla její teplotu. Paní začala plakat a naříkat, že jsme teroristi a že nás dá k soudu. Snažila jsem se jí uklidnit, že nic takového se neděje, že jde jen o to se umýt a hned zpátky do postele. Pořád plakala. Jakmile ošetřovatelka pustila vodu na paní, tak hrozně hlasitě vyjekla, vyskočila ze židle a nahá se rozběhla rovnou proti mně. Bylo to velmi rychlé, nestihla jsem vůbec zareagovat. Pacientka do mě narazila a vyrazila se mnou dveře. Dopadli jsme obě na vylomené dveře a paní mě začala bušit do prsou. Byla jsem docela ohromená a já jsem si bránila horními končetinami obličej a hlavu. Po chvíli dorazil sanitář a s ošetřovatelkou ze mě pacientku sundali, uložili do lůžka, přikurtovali a byl volán lékař, který k nám dochází k dořešení situace. K úrazu nikoho nedošlo, já byla hodně vylekaná, ale časem to přejde."

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„No do jaké míry zabránit? Paní jsme prostě umýt potřebovali, ten zápach je jinak příšerný. Možná kdyby nás tam bylo více, tak jí jeden další člověk mohl během koupání držet a ošetřovatelka by to rychle udělala. Tak by na nás nezaútočila. Možná u těch dementních pacientů je to jiné, ti za to nemůžou, takže tam se s násilím počítá."

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„My už jsme to opakovaně řešili i na pracovišti, všechno se muselo dopsat a nahlásit. Vyměnily se dveře, naštěstí po mě nikdo nic nechtěl. U paní je teď zaveden speciální režim (chodíme vždy ve dvou), ale fyzické násilí u koupání zůstává. Píšeme to více do hlášení. Uvidíme, co bude dál."

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„To si nemyslím. Lidi jsou celkově horší. Myslím jako pacienty. Už na interně se někteří chovali hrozně. Předbíhali se na ambulancích, v ordinaci nás zdržovali a na oddělení dokonce psali i stížnosti jako že bychom měli být milejší a trávit s nimi více času. Jenže to se prostě nedá. Pacienti nemají vůbec páru o tom, co sestra dělá. Nemá smysl jim ani nic vysvětlovat. Pořád si melou svoje."

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„Sester je málo, mělo by nás být víc. Taky bychom měli mít nějaká práva. Máme vůči pacientům jen povinnosti.“

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„No když mě neposlouchá nebo nerespektuje. Občas na pacienty musím zvýšit hlas, aby to bylo tak jak potřebuji. Vynadat jako jestli myslíte, že je poslat někam? No to by se mi líbilo. Věřím, že by se mi i velmi ulevilo. Doma si když zanadáváme, tak je to pak lepší.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Někdy k ránu, když jsem hodně unavená, a pacienta třeba přebaluji a on nepomáhá, tak to mi někdy rupnou nervy a nadávám. Pak si i říkám si, když mě chce fackovat (občas se i trefí) a bije mě do rukou, tak si říkám, že možná jedna facka by to uklidnila. Občas i opětuji bouchnutí do rukou nebo při silnějším držení, aby mě pacient pustil.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„My tu toho máme docela dost. Když se něco nějak hodně vyhrotí, tak se to hlídá a holky píšou mimořádné události. Po čase to ale vždycky pomine, koncepce kontinuální není. Ani nevím, jestli to k něčemu je.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Aby nás více něco chránilo – zákon, zaměstnavatel, ministerstvo. Možná bychom mohli mít více kurtačních pomůcek, určitě jsou i nějaké moderní. Taky by bylo fajn, kdyby nám v takových domovech pro seniory posílili kompetence - aplikovat lidem na zklidnění léky, které může ordinovat pouze lékař.“

Rozhovor 3

Rozhovor trval 52 minut a 26 vteřin. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 42 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 8 756 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 3 obsahuje 4649 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Mám vysokoškolské vzdělání – magisterské studium Ošetřovatelství. Ve zdravotnictví jsem už 22 let. Nejdříve jsem pracovala na interním oddělení, asi sedm let, pak 4 roky na jipce a nyní jsem 11 let na dialýze. Práce mě baví, nedokážu si představit, že bych dělala něco jiného.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„No to bylo docela husté. Je to asi dva měsíce, ale když si na to vzpomenu, tak mi není úplně dobře. Nebo nevím, jak to mám popsat. Bylo to tak náhlé, že když si teď na to vzpomínám, tak mě spíš mrzí, že jsem nedokázala zareagovat a beru si z toho velké poučení. Zkrátka dostala jsem se do slovní hádky s pacientem, ale bylo to tak nečekané, že mě to úplně dostalo. My pacienty na dialýze vždy na začátku vážíme, aby lékař věděl, kolik bude potřeba odfiltrovat. Tento pacient tady chodí už asi tři roky a je docela pohodový. Vždy jsme se trochu špičkovali. Bylo po Vánocích, asi dva týdny, když jsem ho vážila a pouze v legraci jsem utrousila, že od minula docela přibral, že to bude asi těmi svátky. Sestoupil z váhy, chvíli se na mě vůbec nedíval a nic neříkal. Pak se se na mě podíval a řekl, abych se podívala na sebe, že jsem tlustá jako kráva! Úplně mě to vyděsilo, nebyla jsem schopná slova. On pak odešel na dialýzu, a když jsem k němu šla, tak se se mnou ten den vůbec nebavil. Teď už je to trochu lepší, ale pořád ve mně zůstává ta jeho reakce, která pro mě byla chvíli nepochopitelná.“

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„To souvisí s tím, jak se to pak řešilo. Probírala jsem to s kolegyněmi a byly zděšené. Některé i nadávali a chtěli to řešit, ale já jsem jim říkala, ať ho nechají. Po těch dvou měsících je to lepší, zvlášť po Vašem semináři. Bylo dobré, když jsme si tu scénku sehráli a nechal jste nás identifikovat faktory, které jsem v té chvíli nebyla schopná pojmout, protože jsem byla ve velkém stresu, jak mě jeho věta vyvedla z rovnováhy. Dneska už vím, že pacient asi neměl den a že přes vztah, který jsme si spolu za tři roky vybudovali, jsem ho už brala spíš jako kamaráda a ne jako pacienta. Postupně mi

dochází, že není možné odhadnout reakci pacientů. Víte, na té dialýze jsou lidé hodně nemocní, čekají na transplantace, umírají. V té chvíli jsem nechápala, co se ho tak dotklo a že na mě tak útočil. Na vašem semináři jste nás docela dobře dostal do kůže pacientů a já si uvědomila, že by mě to popustilo asi taky. I když to byl jen vtip, tak bych to znova asi neřekla. Nikdy nevím, zda má slova pacientům neublíží a vždycky to bylo zatím spíše pozitivní (i vtipy). To je stejně strašně jakou mají slova váhu.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„I když bych to znovu řekla a pacient by reagoval stejně, hned bych se omluvila. Hlavně bych se nesnažila si to tolik brát osobně – já se pak hned kontrolovala v zrcadle a asi týden si měřila pas (smích). Teď vím, že to bylo zbytečné. Omluvila bych se, hned. Jsem za tu zkušenost moc ráda.“

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Jsem toho krásným příkladem, i když jste vy sám říkal, že někdy je to složité, tak já když jsem zjistila, jak to od nás vezme pacient, tak mi to moc pomohlo. My opravdu nevidíme jejich očima. My jsme spíš naučeni, že když nám někdo nadává, tak máme hned reagovat ještě větší silou, ale u těch pacientů je to jinak. Tam bude násilí projevem nějakého volání o pomoc, nebo tak něco. A když po něm začněte hned řvát nebo mu třeba oponovat, nebo i jen vysvětlovat, tak se naštve. Můžeme si za to sami.“

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„Uvědomit si, že pacient má kolikrát na vztek právo a to, že nadává mu třeba i pomáhá. Každý zdravotník by si občas měl sednout do čekárny jako pacient, aby viděl, jak se k lidem opravdu chováme. Tohle by se měli zdravotníci učit ve škole. Když už to s nimi někdo začne ve škole, tak je možná nějaká naděje, že jim pak bude docházet častěji.“

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„No já jsem spíš klidná a snažím se domluvit. Ale nedávno tu jedna Romka zaútočila slovně na kolegyni, to jsem jí měla chuť jednu ubalit. Jedna kolegyně má rezavé vlasy a je spíše od rány. Ošetřovala jednu Romku (jsou s ní problémy – pořád nás sekýruje) a nějak se nepohodly. Romka chtěla svačinu o půl hodiny dříve, než ostatní a začala tu vyvádět a vyřvávat na celé oddělené, kde je ta rezavá potvora, co jí nechce dát svačinu. Kolegyně tam přišla a vynadala jí, že co si to dovoluje, tady řvát a nadávat. Prostě ji zpucovala a myslím, že i ponížila. Romka pak byla zticha, ale kdy jsem se k ní přiblížila,

tak mi jen řekla, ať k ní ta rezavá kurva znovu nepřibližuje, nebo ji zabije! To mi přišlo hrozně nefér. My tady kolem nic skáčeme a oni na nás takto. Měla jsem chuť jí jednu ubalit.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„To jsem teď řekla. Já vím, že je to hrozné, ale my jsme přece taky jenom lidé nebo ne? Já netvrdím, že bych to udělala, ale chuť tam byla. Samozřejmě bych to neobhájila, ale znám jednu sestru, která opilé pacienty fackovala. Občas to pomohlo, ale víckrát se jí to spíše vymstilo.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„My máme protokoly na mimořádné události, ale kolegyně tam konflikty a verbální násilí nepíšou. My to bereme tak, že s těmi pacienty vlastně žijeme a hněv a vztek patří k reakci na osud, který je potkal. Někdy si s nimi i zanadáváme, pomáhá jim to.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Dokázat se uklidnit a umět rychle reagovat.“

Rozhovor 4

Rozhovor trval 1 hodinu a 12 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 2 hodiny a 5 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 10 564 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 1 obsahuje 4 746 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Mám středoškolské vzdělání (všeobecná sestra), bakaláře (taktéž) a nyní studuji magisterské studium Ošetřovatelství. Ve zdravotnictví jsem už 16 let. Nejdříve jsem pracoval jako sanitář v léčebně dlouhodobě nemocných, pak v charitativním domě (prakticky totéž jako LD) a pak na interním oddělení, asi sedm let. Nyní jsem zase jako všeobecná sestra v léčebně dlouhodobě nemocných. Se starými lidmi je to fajn, vyhovuje mi to. Kolegové a kamarádi ze školy třeba pracují na jipech nebo chirurgii, tady je to dobré.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Je to asi dva roky, já moc konflikty nemám. S lidmi se většinou domluvím, pokud ne, tak se snažím ustoupit a počkat až to přejde. Celkově jsem měl fyzických útoků jen pár – asi pět – takových těch plácnutí po ruce od dementního seniora, když ho třeba přebaluji. Občas jim něco neřekneme, třeba co bude a oni jsou pak dezorientování, bojí se a útočí. Já se jim nedivím. Ale zpět k tomu, co bylo před tím. Staral jsem se o nemocného, který byl diabetik, a byly u něj časté hypoglykémie, pokud po dávce inzulínu nejedl. Já mu ke konci směny nesl večeři, inzulín už dostal před tím, samozřejmě před 20 minutami. Když jsem mu přinesl večeři, tak na mě jen koukal. Tvářil se zle, tak jsem se ho zeptal, co se stalo. Odpověděl, že nic a že žrát nebude! Trochu jsem znejistěl a přisunul mu blíž tác, který měl na stolečku v posteli. Na tácu byla miska s krupicovou kaší, lžíce, kompot a sklenička s čajem. Říkal jsem mu, že se musí najíst, jinak mu bude špatně. Úplně se rozohnil a zařval, že nic jíst nebude. Tak jsem mu znova zopakoval, že jíst prostě bude, protože jinak může umřít. Vzal jsem lžíci a snažil se mu dát trochu kaše do úst. Myslel jsem si, že mu zachutná. Začal vyvádět, že co mu to cpu, co ho pořád otravuji a proč mu to nutím, když to nechce. Pak bouchl oběma rukama do stolečku, až se převrátila sklenička s čajem. Pak mi vytrhl lžíci a začal mi jí hrozit. Okamžitě jsem byl u dveří. Když jsem otevíral, abych šel pro lékaře, aby mi pomohl, tak přiletěla lžíce. Stihl jsem se sklonit. Pak přiletěla na ruce, kterými jsem si kryl hlavu, sklenička od čaje. Pak jsem stihl zavřít dveře, slyšel jsem rozbít misku a čekal jsem kompot. Dočkal jsem se. Pak jsem vstoupil zpátky, abych viděl, zda si někdo neublížil, byla tam ještě jeden pacient. Pacient se na mě díval a rukama hledal, co by po mě hodil. Nakonec si sáhl do úst, vyndal si protézu a hodil po mě protézu. Pak jsem šel pro lékaře, pán dostal kanylu a glukózu nitrožilně.“

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„To je jasné. Kdybych si více hlídal tu hypoglykémii, tak by k tomu nedošlo. S tím pánem to bylo poprvé, od té doby nic. On je pořád tady a vycházíme spolu. Možná jsem na to mohl jinak i takticky, asi jsem byl příliš horlivý s tím jídlem, možná jsem na něj moc tlačil. Odstupem času si říkám, že je to moje chyba. Člověk než k tomu dojde.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Určitě bych si zavolal na pomoc kolegyni, třeba z jiného oddělení nebo sanitáře. Vyčlenil bych si na pána více času a snažil jsem se ho třeba zeptat, co by si dal, na co

má chuť. Až by se trochu upravila nálada, zkusil bych větší jídlo. Jsem vlastně rád, že se mi to stalo. Jinak bych se nepoučil.“

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Já si myslím, že je to hodně o komunikaci. Víte na jedné straně pacient jeho nemoc nebo očekávání a na druhé my – zdravotníci. Každý má jiné představy a jak se neprotne, tak vzniká problém. Občas jsem nerudný i já, když se třeba nevyspím, tak těm lidem taky nedávám, co si zaslouží. Nebo na noční jsem kolikrát ospalý, tak výkony dělám bez vysvětlení. Když lidem všechno vysvětluji a mám dobrou náladu, tak je to fajn a málo co mě rozhodují. Taky si myslím, že hodně rozhoduje nálada zdravotníka. Když jste v pohodě, málokdo Vás rozhodí. Vydržíte hodně.“

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„Musí začít školy, ale efektivně. Já měl několikrát komunikaci, ale je to furt dokola, samá teorie. To je naprosto k ničemu. Všeobecně vzdělání pedagogové nemají dobré přednášky, vůbec s námi nedělali modelové situace. Já jsem byl několikrát na semináři pro komunikaci se seniory. Když jsem narazil na nějakého specialistu, tak to bylo velmi přínosné. Když pracujete se sebou, tak je možnost změny nebo třeba jen zkusíte něco nového. Samozřejmě to chce, aby člověk chtěl, aby se něco změnilo. Máme tu kolegy, kteří jsou kameny. Když si představíte, že vzdělání je voda, kterou na ně lejete, tak jenom stéká. Ach jo.“

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Na noční, k ránu. Když jsem hodně unavený a pacient nespolupracuje. Naposledy jsem přebaloval ve tmě na pokoji pacienta, a když jsem vše dodělal, tak jsem si v tichosti poblahopřál, že to bylo rychle a nevzbudil jsem další pacienty. Do toho si pacient začal trhat plenu a zmateně řvát.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Já myslím, že když jste naštvaní, tak už je jen krůček k tomu, aby z nadávky byla facka.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„No my máme hlášení o mimořádných událostech. To s tou protézou jsem napsal, ale to plácnutí nepíšu. To k tomu přebalování asi patří.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Já bych chtěl umět incidentům předcházet. Dělat to tak, abych se nemusel učit z prohry, ale vůbec se do nějakého zápasu s pacientem nedostat. Ale je to o těch představách a náladě. A to je velmi těžké.“

Rozhovor 5

Rozhovor trval 1 hodinu a 12 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 7 586 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 5 obsahuje 4 352 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Mám středoškolské vzdělání. Na záchrance pracuji už 10 let. Mám vystudovánu ještě specializaci pro ARIP. Před záchrankou jsem pracovala na chirurgickém oddělení, asi 7 let. Už bych se tam nevrátila, celkově do nemocnice nechci, záchranka je pohoda, i když teď začínáme jezdit více. Možná bych i mohla ještě dál studovat, každý má teď bakaláře, ale mě škola nebaví."

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Bylo to přes den v nemocnici, při předání pacienta. Byli jsme na chirurgii - já se svým řidičem a paní od nehody (bolelo jí koleno). Chtěla jsem paní předat, ale sestra na příjmu neměla čas. Do toho přijela další sanitka, kolegové s nějakým Romem, který údajně při výstupu z tramvaje upadl a nemohl chodit. Mezitím vyběhla sestra z ordinace a chtěla, abychom pacienty předaly. Kolegům zase pískala vysílačka, tak jsem je nechala předat první a Roma pak přeložili na postel a nechali ho na chodbě s ostatními pacienty. Pak jsem předávala svou paní já.Při předávání mého výjezdu se do čekárny vřítil další muž romské národnosti, ve věku asi 45 let. Muž byl vysoký, měl krátké černé vlasy, velké břicho a na krku zlatý řetěz, oblečen byl v černých kalhotách a koženém černém kabátku. Pokračovala jsem v předání výjezdu a v tom začal ten vysoký muž se zlatým řetězem bušit na přepážku, kde jsme si se sestrou předávali záznam o

výjezdu.“ Sestra za přepážkou na tuto reakci muži řekla: ‚Vydržte moment, jen předáme informace a bude se Vám věnovat.‘ Muž však začal hulákat na celou čekárnu: ‚Ale on přijel od nehody! Ať ho okamžitě někdo vyšetří!‘ Sestra mu opět řekla, že musí chvíli vydržet. Pán se však nedal odbýt a křičel: ‚Ale on má úraz! Okamžitě potřebuje pomoc,‘ bušíc přitom do přepážky. ‚Ten chlap se choval jako smyslu zbavený. Laskavě se uklidněte. Tady jste na úrazové ambulanci, tady má každý úraz,‘ řekla jsem spíše důrazně tomu Romovi já. V této chvíli muž zanechal bušení na přepážku a šel ke mně. ‚Co si to dovoluješ! Co se do toho pleteš?!‘ křičel na mě muž. ‚Pane, netykejte mi!‘ upozornila jsem ho. ‚Jsem sestra a přivezla jsem klientku s úrazem podobně jako vašeho známého na vyšetření. Zatím nikdo neumírá, tak si tu sedněte a počkejte až to vyřídím.‘ (Myslím, že můj hlas byl zvýšený, ale křik to nebyl. Chlap na mne chvilinku civěl a pak se nadechl a říkal: ‚Ale…‘, v tom jsem ho přerušila a přikázala mu: ‚Žádné ale! Tady si sedněte a čekejte, než přijde lékař. Váš kamarád bude ošetřen s mojí klientkou přednostně, protože byl přivezen záchrankou. Tak už laskavě seďte a nekřičte tady,‘ hlasem klidným, ale důrazným odvětila všeobecná sestra. V této chvíli se pan nasupil a začal zhluboka dýchat, nic už však neřekl. Odebral se k lehátku, kde ležel jeho příbuzný a v čekárně nastal opět klid. Já jsem předala záznam a odešla z čekárny.

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„No kdyby měl ten Rom nějaké vychování a neřval na celou čekárnu, tak bychom nemuseli ostatním dělat divadlo. Já jsem z toho samozřejmě taky byla neklidná, ale Romy prostě nemám ráda. Často si nás volají a pak se chovají jako kdyby nás vlastnili. Dožadují se okamžité pomoci, která by třeba kolikrát i počkala. Romové jsou tady v regionu celkově hrozní, máme s nimi dost často konflikty, ale tvrdé slovo na ně platí.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Reagovala bych úplně stejně, na ně se musí zostra."

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Já myslím, že na prvním místě je to spíš chování lidí, kteří naši práci vůbec neznají a nerozumí jí. Pak se stane, že nám začnou radit nebo poučovat a někdo si to samozřejmě

nenechá líbit. Pak je vzteklý i zdravotník, ale dá se říct, že ten vztek je oprávněný. Vy máte rád, když Vás někdo poučuje - někdo kdo o tom nic neví?"

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„Určitě nějaká osvěta široké veřejnosti o tom, kdo sestry jsou a co dělají. Mě třeba vytáčí, když mi pacienti říkají, abych dělala to a to, protože si mě platí. Z toho jsou taky občas hádky. Ale je zbytečné jim cokoliv vysvětlovat, oni si pořád melou tu svou."

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Hlavě, když na mě lidi povyšují nebo vedou řeči, které nás ponižují. Pacienti se opravdu občas chovají, jako když jsme taxi. To mě vytáčí natolik, že mám sto chutí je vykopnout ze sanitky! Úplně nejlepší jsou Ti, kteří se Vás ještě zeptají, jestli je pak odvezete zpátky. Ti pacienti jsou někdy úplně dementní!“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„To jsem teď řekla. Oni by si to fakt někteří zasloužili!“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„Můžeme hlásit napadení a násilí jako mimořádnou událost. Narovinu, nedělám to, protože pokud mě někdo napadá, volám hned policii, aby mu dali co proto. Záznam nepíšu, každé ráno nebo večer jsem ráda, že můžu jít domů.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Nějakou vysokou ochranu pro nás a tresty pro pacienty! Vždyť my máme jen povinnosti a oni jen právo! Je to nespravedlivé.

Rozhovor 6

Rozhovor trval 45 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 8 868 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 6 obsahuje 4 442 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Mám střední odborné vzdělání jako zdravotnický asistent. Dále jsem studovala vyšší odbornou školu v Příbrami obor zdravotnický záchranář. Nyní studuji bakalářské studium také obor zdravotnický záchranář na škole v Praze. Ve zdravotnictví pracuji od září roku 2014 na oddělení Koronární jednotky ve VFN. Naše oddělení je charakteru akutní péče. Naše kapacita je 7 lůžek- na denní směnu se většinou slouží ve 4 - 5 sestrách a na noční službu ve 3-4 sestrách. Sanitář je s námi pouze přes den, a to od 6:30 do 18:30. Na noční směnu je možnost zavolání sanitáře z jiného oddělení.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Jednalo se o denní směnu. Na pokoji jsme měli dva pacientu na UPV a čekali jsme příjem na třetí lůžko. Měl to být pacient zmatený, s klidovou dušností, bolestmi na hrudi a změnami na EKG.Pacienta přivezla RLP hlavního města Prahy a již při přidání nám bylo řečeno, abychom si na pacienta dávali pozor, že v záchrance začínal být velice agresivní.Během příjmu jsme provedli klasické věci (změření fyziologických funkcí, natočení 12svodového EKG, základní odběry, lékař provedl sonografii). Při veškerých výkonech se zdál být pacient v klidu, pouze měl občasné připomínky. Pacienta jsme po těchto výkonech nechali odpočinout a čekali jsme na vizitu od lékaře.Při dostání vizity si ošetřující sestra následně připravila léky a infuzi dle ordinace a šla k pacientovi. V tu dobu byl již pacient vulgární, začal být agresivní a jednu sestru uhodil pěstí do hlavy, když přinášela infuzní roztok. Nejdříve se po ní ohnal, a když jí roztok spadl na zem a ona se pro něj sehnula, tak jí praštil do hlavy. Ihned potom opustila pokoj. Pacient přestal respektovat klidový režim, začal běhat po pokoji, křičet, dovádět. Pochopitelně nikdo ze sester nechtěl na pokoj vejít. Ošetřovatel byl v tu chvíli s lékařem a další sestrou na katetrizaci, kde přebírali dalšího pacienta. Ihned jsme je po telefonu kontaktovali, co se děje. Pacient začal být agresivní i k okolním pacientům na pokoji, což už se nemohlo nechat jen tak. K jednomu z nich dokonce přišel a z extuboval ho.

V tu chvíli naštěstí vešel doktor a začal danou situaci řešit. Poškozeného pacienta zaintuboval a zaúkoloval sestry. Agresivního pacienta se sanitářem fyzicky zpacifikovali, utlumili ho léky a přikurtovali ho k lůžku.“

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„Toto je těžká otázka, lékař mohl začít pacienta tlumit hned při příjmu, ale nemohl tušit, k čemu všemu dojde. U každého pacienta může dojít ke změně chování. Proto by se museli tlumit asi všichni hned při příjmu, a to prostě nejde. Možná jsme u pacienta měli zůstat celou dobu, povídat si sním, trochu ho uklidňovat, a kdyby začal být agresivní, nenechat ho vystoupit z lůžka a rovnou ho přikurtovat.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Jak už jsem uvedla, asi by bylo lepší u pacienta zůstat a více sním komunikovat. Možná agresi vyvolala nervozita z nemocničního prostředí, z bolesti na hrudi a ze strachu co bude dál. Komunikace je velmi důležitá a zde jí bylo asi nedostatek."

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Určitě hraje roli únava, spánková deprivace, porušování zákoníku práce, bezmoc, netýmová spolupráce lékařů a sester. To všechno vede k napětí, které se může obrátit ve vztek zdravotníků k pacientům.“

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„*Je pravda, že zdravotnických pracovníků je málo. Možná je to měsíc od měsíce horší. Sama to vidím, na našem oddělení sestry (odcházejí, nezvládají práci, některé už jsou tu dlouhou dobu a jsou vyhořelé). Jde ale i o to, že pacienti občas zneužívají naší ochoty. Taky bychom měli mít nějaká práva. Máme vůči pacientům jen povinnosti.“*

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Chvíle, kdy máme někoho tak akorát dost, nastávají v životě u někoho poměrně často. Nastávají jak v soukromém životě, tak v pracovním. Do práce by se neměly zatahovat soukromé věci, i když to vždy tak nejde. K pacientovi si ale nemůžeme nikdy nic dovolit

a dle mého by se neměl ani zvyšovat hlas. Můžeme je tím vyděsit a dostat se do komplikací, které nejsou příjemné. Je lepší zajít za roh nebo to vydržet domů a zanadávat si mimo oddělení.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Já osobně ne, spíš občas slyším sanitáře, že by je (pacienty) nejraději vyhodili z okna, ale znáte chlapy. Kdybych to okna otevřela, tak ho stejně nevyhodí.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„Je nutné odeslat v medee nežádoucí událost o napadení sestry. Dále také musíme odeslat událost o tom, že pacient byl tlumen a že se použily kurty. Při kurtování je třeba pacienta chodit pravidelně kontrolovat a vést záznam o tom, že na končetinách nedochází k žádné změně.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Mělo by být vše spravedlivě ukončeno. Bylo by dobré, kdyby sestry měly více pomůcek ke kurtování a kdybychom měli zvýšené oprávnění ohledně aplikace léků na zklidnění.“

Rozhovor 7

Rozhovor trval 54 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 10 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 768 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 7 obsahuje 3 544 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

*„Mám střední odborné vzdělání jako všeobecná sestra**.** Dále jsem vystudoval vysokou školu – zdravotnický záchranář, bakalář. Teď si ještě dodělávám specializační studium Sestře pro intenzivní péči. V nemocnici pracuji už asi sedmým rokem, tři roky jsem pracoval jako sanitář, pak sestra na ARO.“*

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Ošetřoval jsem ten den muže po dopravní nehodě. Muž byl v nemocnici již třetí den a na mé službě se extuboval. Lékař ráno nařídil vypnout analgosedaci a pak jsme čekali, až se bude probouzet. Pacient se začal probouzet asi dvě hodiny po vypnutí analgosedace do neklidu. Snažil jsem se na pacienta mluvit a vysvětlit mu, že je v nemocnici. Asi půl hodiny se s ním dalo domlouvat, vždy dal najevo souhlas, že rozumí. Ale po té půl hodině úplně otočil, začal být velmi vulgární a snažil se opustit lůžko. Naštěstí byl slabý, takže se spíš vždy jen nadzvedl a upadl zpátky do lůžka. Pak ale zjistil, že může vykopávat nohama a když jsem se mu snažil opakovaně vysvětlit (‚Jste v nemocnici.'), že je v nemocnici, tak se mě snažil kopnout. Zavolal jsem na pomoc sanitáře a společně jsme pána přikurtovali. Samozřejmě se mu to nelíbilo, ale když přišel lékař a naordinoval tlumící léky, tak se uklidnil. Od té doby, co můžeme kurtovat pacienty sami a lékař to dodatečně potvrdí, tak je to fakt super. Pak jsem sepsal protokol o mimořádné události – napadení a nechal to staniční sestře v kanceláři. Ostatní kolegyně se mi smály, že to staniční řešit nebude. Později jsem se dozvěděl, že to opravdu neřešila ani nepostoupila dál. Prý s tím nemá zkušenost a jsou prý důležitější věci na řešení."

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„Ono se to vlastně povedlo, protože jsme zareagovali včas. Bohužel vzhledem k postoji managementu (staniční sestra), se to bude určitě opakovat, protože i ostatní kolegyně jsou lhostejné (nepíšou mimořádné události, i když to končí napadením)."

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Úplně stejně, ale mimořádnou událost zašlu na ředitelství, protože ani vrchní sestru tato problematika netrápí."

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Někde jsem četl, že k násilí stačí jediná věc, a to když slušní lidé zůstanou nečinně přihlížet se založenýma rukama. U nás to platí na kolegyně i management kliniky. Já myslím, že každý incident je preventabilní a slušnou komunikací se dá i deeskalovat. Pokud k násilí dojde, měl by si pracovník říct, co mohl udělat jinak a zda pacienta nějak neprovokoval."

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„*Možná by stačilo, kdybychom si více pomáhali a nepodceňovali rizikové situace. Nedávno jsme tu měli velmi agresivního alkoholika, který se probral z komatu pro akutní pankreatitis. Byl velmi agresivní a byli jsme domluveni, že k němu na box budeme chodit ve dvou. Byl však příjem a jedna kolegyně to nerespektovala a šla na box sama. Skončilo to tím, že jí chytil zezadu, protože byla k němu otočená zády, když urovnávala něco do košíku s materiálem. Chytil ji za řetízek, který měla na krku, a začal jí tím škrtit. Když jsme tam přiběhli, byla už modrá, chudák. Pak jsme jí pomohli a vše bylo nakonec v pořádku. Ta situace ale byla naprosto zbytečná.“*

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Já se snažím, aby k tomu nedocházelo. Kromě této práce jinou nemám, snažím se sportovat a vzdělávat se. Nemám pak potřebu být zvýšeně unavený, ani neberu služby přes čas, prostě se snažím, aby mě práce bavila ve všech směrech. Je nutné být v pohodě, pak vás máloco/kdo vytočí.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„U ostatních nevím, asi jejich kombinace několika prací dohromady a pak jsou unavení.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„To už jsem sdělil.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Aby se o to někdo staral, aby to vyšetřoval, aby byly podmínky a vůle věci zlepšovat. Prevence je nejdůležitější.“

Rozhovor 8
Rozhovor trval 49 minut, 15 vteřin. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 10 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 6 168 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 8 obsahuje 3 838znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Jsem všeobecná sestra už 17 let, mám specializaci pro dialýzu. Na dialýze jsemuž 11 rokem, před tím jsem pracoval na chirurgii asi pět let a chvíli i na příjmové interní ambulanci, pak tu postavili dialýzu.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Těch konfliktů je tady docela dost, hlavně verbálních. Ale pacienti za to nemůžou. Jsou chronicky nemocní několik let, naštvaní na celý svět, jsou ukřivdění a pasivně za to obviňují nás. Nás, kteří jim pomáháme. Je to jejich obrana. K mému konfliktu – s tím souvisí pak zase naše obrana. Já vydržím docela hodně, snažím se vždy vcítit do jejich situace, nebo si ji alespoň představit. Občas si říkám, že pacient tady jezdí každý den, každý den je na dialýze, několik let a pořád to dává. Já bych se zbláznil - najednou vám ten jeho vztek připadá normální, oprávněný. Takže je to hodně o tom, jak se to snažíte pochopit. Jednou jsem někde četl, že toho ale každý není schopný, jde o nějaký sebepřesah nebo tak něco. No a ten mi minulý týden chyběl. Přišel jsem do práce, doma jsme se pohádali s dcerou, takže jsem od rána byl pěkně napružený. Pacient se asi taky špatně vyspal a někdo ho naštval v tramvaji. Když tam pak přišel, tak začal nadávat (cokoliv jsme udělali, bylo špatně), tak jsem mu řekl, že není jediný, kdo má trable a že by mohl vyjádřit trochu uznání, vděk a přestat řídit svět podle sebe. Byla to jedna věta, ale úplně stačila, pacient mi hrozně vynadal (byl velmi vulgární). Pak tam musela přijít kolegyně a odtáhnout mě, protože jsme se opravdu začali přeřvávat. Nakonec ho pak zklidnil lékař.

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„Na vině jsem já. Stydím se za to, protože jsem ho jenom rozjel, prostě jsem si neohlídal svoje chování. Mrzelo mě to. I když mi pak zpětně řekl, že mi děkuje, protože jsem mu pomohl to z něj dostat, bylo to velmi nepříjemné.Když tak sedí v posteli a řve na Vás ta mužská přirození. Fuj, úplně se mi teď zrychlil dech a puls. Fuj, úplně se mi teď zrychlil dech a puls. Lékař byl taky docela v pohodě, protože mě podpořil. Řekl jen, že se to

dnes nepovedlo a že to příště bude lepší. To mě hodně podpořilo. Když Vás někdo podepře, je to nejlepší, co může být.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Budu se snažit se uklidnit, co nejvíce to půjde.“

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„Určitě. Jde o to, jak se protne naše chování a požadavky pacienta. Ale víte co, pacienti za to fakt mnohdy nemůžou. I ten opilí se prostě jenom opije. A když si dám pivo po práci já, v čem je to jiné? Vůbec v ničem.

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„Asi kdyby s námi někdo pracoval. Třeba supervize nebo nějaká sezení. Měli jsme tu jednou psychologa, ale nebyl ze zdravotnictví. Vůbec nám nerozuměl a jeho doporučení byla na nic. Pak tu byl jeden lektor, který se zabývá komunikací a jinak pracuje ve zdravotnictví, to bylo přínosné. On jediný dokázal pochopit, jak nám je. On se o to snad ani nesnažil. Nějak mu to šlo samo, postupně jsme se začali otevírat a mluvit o problémech. Pak jsme zkoušeli sehrát nějaké situace, to byla strašná sranda. Ale co mě zaujalo nejvíce, ten lektor nám nedával žádnou radu, nechal nás, ať to prostě nějak vyřešíme, i kdyby to skončilo slovem ‚nevím‘. To bylo dost často a on jen vždycky řekl, vidíte, že to není jednoduché, ještě musíme všichni na sobě makat. Asi tím většinu nepotěšil, ale zpětně mu i kolegyně dali za pravdu a psali mu emaily. Občas nám napíše, je to milé. No a my na sobě makáme.

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„To se vlastně stalo. Mně se ulevilo jen v té chvíli, ale pak mě to mrzelo.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„U ostatních nevím, asi jejich kombinace několika prací dohromady a pak jsou unavení.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„Já ty incidenty nehlásím, musel bych tam psát, že si za to můžu sám. Máme asi možnost napsat mimořádnou událost. Jestli by to do toho patřilo nevím.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Setkání s lidmi, kteří se tím zabývají a mají možnost pracovat ve zdravotnictví. Také setkání s pacienty by mohla pomoci. Bezprostředně po incidentu bych si přál, abych mohl zmizet. A pokud to má být reálné, tak asi být sám, aspoň na chvíli, třeba na hodinu a mít pak podporu týmu, i když vím, že jsem třeba udělal chybu.“

Rozhovor 9

Rozhovor trval 44 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 56 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 7 334 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 9 obsahuje 4 325 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Jsem všeobecná sestra – střední škola i bakalář. Pracuji ve zdravotnictví 12 let, stále na chirurgii, poslední tři roky na ambulanci, předtím na oddělení. Na ambulanci jsme dvě sestry a máme velký spád asi pro 300 000 obyvatel. Noční jsou nejhorší – opilí s úrazem.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Byla to druhá noční v řadě. Sloužila jsem s kolegyní, se kterou se dobře znám. Začali jsme v 18 hod. a v čekárně bylo asi 7 lidí, což je málo. Kolem osmé tam bylo asi dvacet lidí a pak přijely tři sanitky, takže jsme je brali nejdříve přednostně. V čekárně, jak už to bývá, se strhla vlna nevole. Pacienti začali klepat a ptát se, kdy je někdo ošetří. Potřebovala jsem asistovat lékaři při ošetření a druhá sestra byla někde odběhnutá. Pak začali už do dveří kopat. Lékař tedy dovolil, abych se šla podívat, co se děje. Jak jsem vstoupila do čekárny a zařvala jsem: ‚Kdo to tady kopal do dveří?!‘ Zvedl se velký

chlap (já mám asi 160 cm, on měl skoro dva metry) a říkal, že on, že je tu se synem s úrazem ruky, potřebují jen rentgen, ruka do sádry a domů. Zeptala jsem se ho, proč kopal do dveří a on začal, že potřebují ošetřit, že už čeká přes hodinu a půl, nic se neděje a syn se potřebuje vyspat. Řekla jsem mu, že musí počkat, že přijely tři záchranky. Odpověděl, že ho to nezajímá a ať si sjednám pořádek. Řekla jsem mu, že záchranky mají přednost. Odpověděl, že si to mám zařídit jinak, protože tam mám bordel. Řekla jsem mu, ať mi netyká, že jsme spolu krávy nepásly. Řekl mi, že mi klidně bude tykat, že jsem stejně jen blbá kráva a začal se rozohňovat čím dál více. Byla jsem úplně vytočená a otočila jsem se k němu zády na lidi v čekárně. Ani nevím, co mě to napadlo, a zeptala jsem se ostatních, zda si se mnou ještě nechce někdo potykat. V tu chvíli zalapal po dechu a někteří se v čekárně začali smát. Pak si jen naštvaně sedl a byl klid. Pak jsem šla zpátky za lékařem a pak už byl klid. Ani pak při vyšetření nic neříkal."

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„Já si myslím, že tou svojí reakcí na okolí jsem ho docela překvapila, ale vytočil mě hrozně. Primárně byl naštvaný on i já, protože nám kopal do dveří. Možná kdyby jeden z nás byl v pohodě, tak by to bylo lepší. Co si to dovoluje kopat do dveří. Samozřejmě moje reakce mohla být asi jiná, když jsem hned vyšla z těch dveří, možná jsem měla i zvýšený hlas. Ale jak se do mě hned pustil, tak jsem se neudržela. Nicméně myslím, že jsem svým chováním tomu nejhoršímu předešla (myslím fyzické napadení)."

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Asi bych se snažila, abychom oba seděli a pokud by to šlo, tak ho nějak rozpohybovat, vzít ho za roh, neřešit to před těmi dalšími lidmi. Možná by pak reagoval jinak, ale nevím. U nás jsou ty slovní útoky časté. Občas pomůže zvýšit hlas, jindy lékař, jindy policie."

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„To asi ano. Víte, my pracujeme pod permanentním stresem a lidé vůbec neberou ohledy na naše potřeby, ani zaměstnavatel. Noční jsou příšerné. To je samý úraz a alkohol. Já ty alkoholiky úplně nesnáším! Tady domluva nepomáhá, tady je potřeba zavolat sanitáře nebo policii – někdy jsou již od příjmu v jejich doprovodu. No a někdy

už je to neúnosné, tak si na ty lidi musíte zařvat a jim se to samozřejmě nelíbí. Ale co máme dělat, je to začarovaný kruh.

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„*Já si myslím, že konkrétně na chirurgii násilí k péči patří. Je tam alkohol, bolest, lidé se brání. Bohužel mi nejsme školeni v nějaké fyzické sebeobraně. Já bych se školit ani nechtěla. Prostě by tu měl být policista celou noc a někdy i přes den. Domluva nepomáhá, lidé jen řvou a vůbec Vás neposlouchají. Policajt by to mohl hodně omezit.“*

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Cha, to dělám skoro pořád. Hodně mi to pomáhá. Bohužel na pacienty to někdy nefunguje. Lidé jsou drzí a sprostí, nejen Ti opilí, ale taky staří lidé a mladí, to je taky něco. Ty je potřeba hned na příjmu spražit, aby věděli, že si nemají co dovolovat.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Tam nejde ani o chuť, ale spíš nutnost. Občas Vás chytnou za ruku a nechtějí pustit. Snaží se Vás k sobě přitáhnout, pak se musíte nějak bránit. Mně občas pomůže, když mě nějaký opilec drží za ruku, tak se natáhnu z jeho dosahu a pak ho bouchnu do ruky, kde mě drží.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„No kdybych měla psát každé napadení, tak musím po práci po noční zůstat ještě hodinu v práci. Máme nějaký systém hlášení mimořádných událostí a v čekárně je kamera. Když je to nahrané na kameru, tak to napíšu, jinak ne.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Nejlepší by bylo, kdyby k tomu vůbec nedošlo. Pokud by šlo opravdu o napadení, tak snad abych to přežila a byla zdravá, bez omezení. Aby toho šmejda zavřeli. Když to pak bude ve zprávách, tak možná i ten bezduchý opilec si to rozmyslí, zda bude mlátit sestru nebo ne.“

Rozhovor 10

Rozhovor trval 48 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 12 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5008 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 10 obsahuje 3 480 znaků.

1. **Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.**

„Pracuji na chirurgické ambulanci třetím rokem jako všeobecná sestra. Ještě dále studuji bakaláře zdravotnického záchranáře.“

2. **Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)**

„Záchranka přivezla paní s úrazem nohy. Její manžel čekal venku v čekárně. Řekli jsme mu, že paní zavezeme na rentgen; pak podle výsledku dostane třeba sádru. Manžel řekl, že počká v čekárně. Zdál se mi docela v pohodě. Zavezli jsme paní na rentgen, a jak lékař čekal na výsledek, přijela další sanitka s vážným úrazem. Chirurg odběhl. Já jsem pak paní zavezl zase zpátky a výsledek z rentgenu mi zavolal chirurg z příjmu od nehody. Říkal, že snímek viděl, že mám paní říct, že noha je zlomená a že ji musíme zasádrovat. Paní souhlasila, tak jsem paní odvezl rovnou do sádrovny a sanitář jí udělal sádru. Pak mě sanitář zavolal a já jsem paní vyvezl na vozíčku manželovi do čekárny. Manžel jen koukal a já mu vše vysvětlil. Vypadal udiveně, a když jsem se ho zeptal, zda chce něco vědět nebo se na něco zeptat, tak řekl spíše přísně, že ne. Manželku zavezl k autu. Já jsem ho ještě poprosil, aby pak vozíček vrátil zpátky. Pak jsem šel pomáhat ošetřovat další úkoly od lékaře. Uběhlo asi pět minut, když se ozvala velká rána (do dveří). Úplně jsem se polekal a měl jsem strach jít ke dveřím. Chvíli jsem čekal a pak jsem opatrně otevřel jiné dveře, abych se podíval, co se stalo. Viděl jsem jen velkou díru v úrovni kolen ve dveřích. Vyběhl jsem ven před naší budovu a viděl jsem toho pána, jak nasedá do auta. Když mě uviděl, tak po mě jen zařval: ‚Hajzlové, děláte si, co chcete, ani nikomu nic neřeknete‘ Pak odjel. “

3. **Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?**

„Opravdu nevím. Ten pán vlastně seděl v čekárně a jediný jeho projev po ošetření manželky byly zničené dveře. Marně přemýšlím, o co mu šlo – zda mu vadilo, že jsme

mu neřekli, co manželka má s nohou, co s ní budeme dělat, jak dlouho to bude trvat? Nevím. Občas je to jako blesk z čistého nebe, někdy tomu prostě předejít nejde.“

4. **Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?**

„Možná bych se ho zeptal hned na začátku, jaké informace chce vědět. Možná chtěl i do ošetřovny, ale to bych ho asi nevzal. Lidi se nám tam jen pletou, je lepší, když jsme tam sami s lékařem a pacientem. I když je pacient (často opilý) agresivní, tak je lepší, když nás tam je pak pro případnou pacifikaci méně (ještě pacifikovat příbuzného).“

5. **Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?**

„To nevím, nad tímto jsem ještě nepřemýšlel. Hlavní příčinou jsou podle mě alkohol, drogy a někdy taky nereálné požadavky lidí. Očekávají pak něco, co prostě není možné.“

6. **Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči všeobecným sestrám?**

„*Mně by se líbilo, kdyby každého, kdo má úraz a jde do nemocnice, doprovázela policie. A taky bych jim to vše nechal uhradit. Tohle by měly pojišťovny ohlídat. Když je člověk opilý, měl by za vše zaplatit, snad by si to pak rozmysleli.“*

7. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„Já se chovám k lidem, tak jak oni ke mně. Když jsou slušní, tak se snažím dělat i věci navíc, více si s nimi povídat. Ale když prudí, tak je taky prudím – třeba oplácím nadávky.“

8. **V jaké situaci jste měl (a) chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?**

„To spíš jen v sebeobraně. Začal jsem teď chodit na ruský sebeobranný systém. Jednou tady jeden chirurg pacifikoval pacienta, který demoloval čekárnu. Šel rovnou k němu, zařval na něj a začali se prát. Chirurg ho pak chytil do zajímavého chvatu, to se mi moc líbilo. Bavili jsme se potom o tom, a začal jsem na tréninky nakonec chodit s ním, takže teď se tolik násilných lidí nebojím. Už nějaké chvaty ovládám.“

9. **Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?**

„Máme na to takový systém. Ty poškozené dveře jsem tam musel zapsat, ale kdyby mi to neřekla kolegyně, tak bych to ani neudělal.“

10. **V případě, že nastane násilný incident, co byste přál(a), aby po něm následovalo?**

„Aby to vyšetřovala policie a pojišťovna. Ty lidi, co se tak chovají, by měli trestat a zavírat.“

Příloha 3 Anonymní dotazník

Anonymní dotazník

Fenomén násilí v ošetřovatelské péči všeobecných sester České republiky

Vážená kolegyně/vážený kolego.
Prosím Vás o vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je anonymní. Výsledná data budou zpracována výhradně pro účely mé disertační práce. Při vyplňování prosím jen zaškrtávejte u každé otázky jednu odpověď (ta, která se případně nejvíce podobá vaší odpovědi, zkušenostem nebo se s ní dokážete nejvíce ztotožnit), případně využijte možnost jiné a odpověď vypište. Vážená kolegyně a vážený kolego, moc Vám děkuji za čas strávený nad dotazníkem. Anonymní výstupy upozorní na závažnost násilí, které snižuje kvalitu vámi velmi náročné a záslužné poskytované péče.

Děkuji, Jaroslav Pekara

(Zdravotně – sociální fakulta, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, doktorandské studium Ošetřovatelství)

1. Označte prosím Vaše pohlaví

☐ muž ☐ žena

2. Přiřaďte se prosím k věkové skupině

20-24	
25-29	
30-34	
35-39	
40-44	
45-49	
50-54	
55-59	
60 a více	

3. Přiřaďte se prosím do profesní skupiny

lékař	
sestra	
záchranář	
řidič ZS	
fyzioterapeut	
bezpečnostní pracovník	
PZP (sanitář, ošetřovatel/ka)	

4. O jaké pacienty (dle povahy nemoci) se staráte nejčastěji

interní	
úraz	
psychiatrie	
onkologie	
geriatrie	
mentální postižení	
pediatrie	

5. Přiřaďte se prosím ke skupině dle svého nejvyššího vzdělání

základní	
vyučen - střední bez maturity	
střední nebo SŠ s maturitou	
vyšší odborné	
vysokoškolské	

6. Přiřaďte se prosím ke skupině podle délky odpracované praxe

nad 20 let	
16 - 20 let	
11 - 15 let	
6 - 10 let	
1 - 5 let	
méně než 1 rok	

7. Přiřaďte se prosím ke skupině podle toho, na jakém charakteru pracoviště pracujete

Ambulance – bez lůžkového oddělení	
interní oddělení	
RTG	
pediatrie	
onkologie	
chirurgie	
psychiatrie	
ARO	
LDN	
ordinace PL	
záchranná služba	
zubní	
domácí péče	

operační sál	
gynekologie	
RHB	

8. Pohlaví pacientů, o které se starám

muži	
ženy	
obě pohlaví	

9. Zaškrtněte prosím opatření pro řešení násilí na Vašem pracovišti (více odpovědí)

žádné	
alarm	
mobilní telefon	
čisté prostředí	
omezení přístupu veřejnosti	
screening násilného chování	
zvýšený počet zaměstnanců	
ochranné oděvy - nenošení uniformy	
vzdělávání	

10. Zažil(a) jste za posledních 12 měsíců násilí?

verbální	
fyzické	
žádné	

Pokud jste zažil pouze fyzické násilí, pokračujte otázkou 20

Verbální násilí

11. Kdo byl útočníkem?

pacient/klient	
příbuzný pacienta	

12. Kde se incident odehrál?

zdravotnické zařízení	
byt /domácí péče	
ulice	

13. Jaká byla vaše reakce na verbální násilí – bezprostřední?

nedělal/a jsem nic	
řekl jsem útočníkovi, ať přestane	
snažil jsem se ho uklidnit	
snažil jsem se dát najevo převahu (zvýšení hlasu)	

14. Bylo verbální násilí hlášeno?

ano	
ne	

Pokud hlášeno nebylo, proč nebylo?

nebylo to důležité	
styděl(a) jsem se	
cítil(a) jsem vlastní vinu	
bál jsem negativ. následků	
bylo by to zbytečné	

15. Vyšetřovaly se příčiny daného incidentu?

ano	
ne	

16. Myslíte, že bylo možné verbálnímu násilí zabránit?

ano	
ne	

17. Reakce zaměstnavatele na výskyt verbálního násilí na pracovišti?

nabídl radu	
ohlášení nadřízeným	
volno - odpočinek	
nedělal nic	

18. Způsob reakce na verbální násilí – pozdní reakce (odstup 2 dnů)

sdělení kolegům	
sdělení nadřízenému	
hledání odborné rady	
zápis do dokumentace	
předstírá, že se "nic nestalo"	

- **Fyzické násilí**

Pokud jste fyzické násilí nezažil (a), pokračujte k otázce 30

20. Kdo byl útočníkem?

pacient/klient	
příbuzný pacienta	

21. Charakter fyzického násilí?

beze zbraně	
se zbraní	

22. Kde se incident odehrál?

zdravotnické zařízení	
byt /domácí péče	
ulice	

23. Došlo při násilí ke zranění?

ano	
ne	

24. Jaká byla vaše reakce na fyzické násilí – bezprostřední?

neudělal/a jsem nic	
řekl/a jsem útočníkovi ať přestane	
snažil/a jsem se bránit	
snažil/a jsem se utéct	
opětování útoku	
snažil/a jsem se vyjednávat	

25. Bylo fyzické násilí hlášeno?

ano	
ne	

Pokud hlášeno nebylo, proč nebylo?

nebylo to důležité	
styděl(a) jsem se	
cítil(a) jsem vlastní vinu	
bál jsem negativ. následků	
bylo by to zbytečné	

26. Vyšetřovaly se příčiny fyzického násilí/incidentu?

ano	
ne	

27. Myslíte, že bylo možné fyzickému násilí zabránit?

ano	
ne	

28. Reakce zaměstnavatele na výskyt fyzického násilí na pracovišti?

nabídl radu	
ohlášení nadřízeným	
volno - odpočinek	
nedělal nic	

29. Způsob reakce na fyzické násilí - pozdní reakce (odstup 2 dnů)

sdělení kolegům	
sdělení nadřízenému	
hledání odborné rady	
zápis do dokumentace	
předstírá, že se "nic nestalo"	
podání žaloby	

30. Zde můžete vyjádřit vaše případné názory nebo komentáře:

Příloha 4Vybrané testované závislosti pro kontingenční tabulku

Otázky	testovací statistika χ^2	kritická mez pro hladinu významnosti 0,05 a odpovídající počet stupňů volnosti	korigovaný koeficient kontingence pomocí Pearsona	Cramerův koeficient
1, 2	118,73	15,51	0,44	0,21
1, 3	229,68	15,51	0,57	0,30
1, 4	205, 30	15,51	0,54	0,28
1, 6	129,53	5,99	0,45	0,23
1, 7	29,55	5,99	0,25	0,15
1,13	3,98	5,99	-	-
1, 16	3,25	5,99	-	-
1, 17	100,74	15,51	0,41	0,20
1, 18	65,77	15,51	0,35	0,18
6,10	105,50	3,84	0,53	0,40
6,14	1,88	5,99	-	-
6, 16	0,97	3,84	-	-
6, 17	79,42	9,49	0,37	0,17
7, 8 (nejrozšířenější příčina slepoty)	17,02	3,84	0,11	0,16
7, 8 (vyléčení v případě rozvoje nemoci)	4,96	3,84	0,13	0,97
7, 17	403,93	9,49	0,69	0,39
15,17	85,51	15,51	0,55	0,28
15, 18	32,79	12,59	0,29	0,13
presbyop,	130,83	5,99	0,64	0,43

věková skupina				

Příloha 5 Dotazník - Hodnocení semináře

Bezpečné prostředí zdravotníka z pohledu klinicko-pacientské komunikace

Vážená kolegyně, vážený kolego,

na základě seminářů, které proběhly v Nemocnici Jihlava (14 seminářů v průběhu roku 2012 až do listopadu 2012), si Vás dovolujeme oslovit ke zhodnocení semináře, který jste absolvoval/a. Jednalo se o interaktivní semináře vedené **Mgr. Jaroslavem Pekarou**, které byly zaměřeny na komunikaci s agresivními pacienty a bezpečné prostředí zdravotníka z pohledu klinicko-pacientské komunikace.

Děkujeme za Váš čas. Váš názor nám pomůže zlepšit kvalitu a přínos vzdělávání v oblasti přístupu k agresivním a násilným pacientům.

1. Pohlaví

Muž ☐ Žena ☐

2. Věková kategorie

15 – 24 let ☐ 25 – 54 let ☐ 55 – 64 let ☐

3. Dosažené vzdělání

Základní ☐ Středoškolské ☐ Vyšší odborné ☐ Vysokoškolské ☐

4. Oddělení, kde pracuji:

5. Celkové hodnocení kurzu:

Velmi dobrý (1) Dobrý (2) Špatný (3)

6. Byl seminář přínosem pro Vaši praxi?

Určitě ano (1) Spíše ano (2) Ne (3)

Pokud ano, co konkrétně?

.....

7. Byly použité metody a modely komunikačních technik vhodné k pochopení dané problematiky?

Určitě ano (1) Spíše ano (2) Ne (3)

8. Uveďte prosím, co konkrétně se Vám líbilo?

.....

9. Co už byste, prosím nechtěl/a opakovat a proč?

.....

10. Co jste na semináři postrádal/a?

.....

11. Jak hodnotíte lektora semináře?

Velmi dobrý (1) Dobrý (2) Špatný (3)

Komentář:

.....

12. Časová dotace semináře byla 120 minut. Byla podle Vás dostatečná?

Ano, 120 minut stačilo (1) Ne, seminář by měl být delší (2)

.....

13. Měl/a jsem již možnost využít některé z komunikačních technik v praxi?

Ano, úspěšně Ano, neúspěšně Zatím ne

Prosím odůvodněte:

.....
.....

---

14. Měl/a jsem již možnost využít některé z komunikačních technik v osobním životě?

Ano, úspěšně Ano, neúspěšně Zatím ne

Prosím odůvodněte:

.....
.....

15. Plánujete používat některé z komunikačních technik i nadále?

Ano, úspěšně Ano, neúspěšně Zatím ne

Prosím zdůvodněte Vaši odpověď:

.....
.....

16. Uvítal/a byste nějaký navazující seminář na podobné téma?

Ano ne

17. Dal/a byste přednost e-learningové formě semináře?

Určitě ano (1) Spíše ano (2) Ne (3)

.....
.....

Vyplněním následující stránky dotazníku přispějete ke zkvalitnění organizace budoucích vzdělávacích kurzů a monitorování potřeb účastníků. Děkujeme

Příloha 6 SAPROF

Appendix I - SAPROF coding sheet

Coding sheet SAPROF
Protective factors for violence risk

To be used only in combination with the HCR-20 / HCR-20^{V3}
or related structured risk assessment instruments

Name:	**Date:**
Age:	**Gender:** ❑ Male ❑ Female
Context risk assessment:	

	Internal factors	**Score**	**Key**	**Goal**
1.	Intelligence		❑	
2.	Secure attachment in childhood		❑	
3.	Empathy		❑	❑
4.	Coping		❑	❑
5.	Self-control		❑	❑

	Motivational factors	**Score**	**Key**	**Goal**
6.	Work		❑	❑
7.	Leisure activities		❑	❑
8.	Financial management		❑	❑
9.	Motivation for treatment		❑	❑
10.	Attitudes towards authority		❑	❑
11.	Life goals		❑	❑
12.	Medication ❑ n/a		❑	❑

	External factors	**Score**	**Key**	**Goal**
13.	Social network		❑	❑
14.	Intimate relationship		❑	❑
15.	Professional care		❑	❑
16.	Living circumstances		❑	❑
17.	External control		❑	❑

Other considerations:

Final Protection Judgment and Integrative Final Risk Judgment *SAPROF + HCR-20 / HCR-20^{V3}*	**Protection** ❑ Low ❑ Low - Moderate ❑ Moderate ❑ Moderate - High ❑ High	**Risk** ❑ Low ❑ Low - Moderate ❑ Moderate ❑ Moderate - High ❑ High

Name assessor(s): **Position:**

© Copyright 2013, Van der Hoeven Kliniek
Vivienne de Vogel, Corine de Ruiter, Yvonne Bouman and Michiel de Vries Robbé

Příloha 7 START

St. Joseph's Healthcare Hamilton
Centre for Mountain Health Services
FORENSIC SERVICE

FPSC FORENSIC PSYCHIATRIC SERVICES COMMISSION

Name: _____
Last First Middle

Record #: _____

Male ☐ Female ☐ D.O.B.: _____
yy / mm / dd

START Summary Sheet ©

For use with explanations given in the Comprehensive Guide or the Abbreviated Guide

Diagnoses: DSM-IV TR ☐ ICD-10 ☐ 1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____ 5 _____

STATUS: **(A)** HOSPITAL ☐ COMMUNITY ☐ **(B)** ASSESSMENT ☐ TREATMENT ☐ **(C)** **T.H.R.E.A.T.** Yes ☐ No ☐

START Time Frame: _____
days / weeks / months

Key Item	Strengths 2	1	0	START Items		Risks 0	1	2	Critical Item	SIGNATURE RISK SIGNS			
○	☐	☐	☐	1.	Social Skills	☐	☐	☐	○				
○	☐	☐	☐	2.	Relationships (TA:Y/N)*	☐	☐	☐	○				
○	☐	☐	☐	3.	Occupational	☐	☐	☐	○				
○	☐	☐	☐	4.	Recreational	☐	☐	☐	○	**SPECIFIC RISK ESTIMATES**			
○	☐	☐	☐	5.	Self-Care	☐	☐	☐	○	Risk to Others	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	6.	Mental State	☐	☐	☐	○	Self-Harm	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	7.	Emotional State	☐	☐	☐	○	Suicide	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	8.	Substance Use	☐	☐	☐	○	Unauthorized Leave	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	9.	Impulse Control	☐	☐	☐	○	Substance Abuse	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	10.	External Triggers	☐	☐	☐	○	Self-Neglect	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	11.	Social Support (PPS:Y/N)**	☐	☐	☐	○	Being Victimized	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	12.	Material Resources	☐	☐	☐	○	Case Specific Risks	Low ☐	Mod ☐	High ☐
○	☐	☐	☐	13.	Attitudes	☐	☐	☐	○	**CURRENT MANAGEMENT MEASURES**			
○	☐	☐	☐	14.	Medication Adherence	☐	☐	☐	○	Seclusion	No ☐	Yes ☐	
○	☐	☐	☐	15.	Rule Adherence	☐	☐	☐	○	1-to-1 Observation	No ☐	Yes ☐	
○	☐	☐	☐	16.	Conduct	☐	☐	☐	○	Privileges Suspended	No ☐	Yes ☐	
○	☐	☐	☐	17.	Insight	☐	☐	☐	○	Return To Hospital	No ☐	Yes ☐	
○	☐	☐	☐	18.	Plans	☐	☐	☐	○	**COMMUNITY ACCESS (in hospital)**			
○	☐	☐	☐	19.	Coping	☐	☐	☐	○	NONE☐ SUPERVISED☐ UNSUPERVISED☐			
○	☐	☐	☐	20.	Treatability	☐	☐	☐	○	**Current Management Plan:**			
○	☐	☐	☐	21.	Case Specific Item _____	☐	☐	☐	○				
○	☐	☐	☐	22.	Case Specific Item _____	☐	☐	☐	○				

Health Concerns/Medical Tests:

Risk Specificity: what factors/predict-explain/which person/will carry out/what act/when?

COMPLETED BY: _____ **DATE:** _____

*TA - Therapeutic Alliance ** PPS - Positive Peer Support

Version 1.1 Consultation Edition © December, 2005