



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Průzkum ohrožení personálu při poskytování
zdravotních služeb**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Bc. et Bc. Michaela Lojková

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

Michaela Lojková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Doc. MUDr. Jozefu Filkovi, Ph.D. za vedení mé diplomové práce a za jeho pomoc při realizaci výzkumu k této práci. Moje poděkování patří také všeobecným sestřám, které ochotně vyplnily můj dotazník.

Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje především na agresivní a násilné chování pacienta vůči všeobecným sestřím. Teoretická část této práce obsahuje kapitoly, které se zabývají přímo agresí, její příčinou a také možnou obranou, preventivními prvky či zásadami, které jsou při kontaktu a komunikaci s konfliktním pacientem nutné použít. Protože se výzkum zaměřuje na všeobecné sestry, je jedna kapitola věnována povolání a náročnosti profese právě všeobecné sestry.

Praktická část byla realizována pomocí kvantitativního výzkumu. Vytvořený dotazník byl umístěn na internetové stránky zaměstnanců Nemocnice České Budějovice, kde jej po dobu jednoho měsíce vyplňovaly všeobecné sestry. Data získaná od respondentů byla následně zpracována do tabulek a grafů a statisticky vyhodnocena.

Stanoveným cílem diplomové práce bylo zmapovat problém násilí a agrese pacientů vůči všeobecným sestřím při výkonu jejich povolání v Nemocnici České Budějovice, a. s., popsat problematiku agrese pacientů ve zdravotnictví a metodou dotazování zjistit zkušenost dotazovaných sester s agresivním chováním pacientů.

Dle tohoto výzkumu se s agresivním chováním pacienta v průběhu posledního roku setkalo 95 % respondentů. 94,5 % respondentů se setkalo s agresivním chováním verbálního charakteru a 70 % s agresivním chováním fyzického charakteru. Dle výzkumu bylo také zjištěno, že respondenti měli zkušenost s agresivním chováním více u mužského pohlaví než u ženského. Respondenti jsou v nemocnici pravidelně školeni ohledně jednání s konfliktním pacientem. Z výzkumu ale vyplynulo, že by respondenti uvítali větší intenzitu školení na toto téma. Více jak polovina respondentů totiž vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

Klíčová slova:

agrese, agresivní chování pacienta, konfliktní pacient, komunikace s pacientem, všeobecná sestra

The research of personnel endangerment during providing of health service

Abstract

This thesis is aimed at aggressive and violent behaviour of patients towards general nurses. Theoretical part of this thesis contains chapters which are dealing with direct aggression, its' causes and also with possible defences, preventive elements and principles, which are necessary to be used in contact and communication with conflicting patient. Because this research is focused on general nurses, one chapter is also dedicated to this profession and its' difficulties.

The practical part was realized by means of quantitative research. Created questionnaire was placed on the webpage of České Budějovice hospital where it could be filled by nurses for a period of one month. Data obtained from respondents were subsequently processed into tables and graphs and statistically evaluated.

The aim of this thesis was to map the problem of violence and aggression of patients towards general nurses in their profession at České Budějovice Hospital a. s., to describe the problematics of patient aggression in healthcare and through method to find out the experience of general nurses with aggressive behaviour of their patients. According to this research, 95 % of respondents encountered aggressive behaviour of the patient during the last year. 94,5 % of respondents encountered aggressive behaviour of verbal character and 70 % with aggressive behaviour of physical character. According to the research, it was also found that respondents had more experience with aggressive behaviour from male population than from female population. Respondents from the hospital are regularly trained in dealing with conflicting patient. However, the research showed that the respondents would welcome a greater intensity of training on this subject. More than half of respondents perceive the deficit in training in communication with a conflicting patient.

Key words:

Aggression, aggressive behaviour of patient, conflicting patient, communication with patient, general nurse

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Všeobecná sestra	9
1.1.1 Profesionální role všeobecné sestry	10
1.1.2 Zátěž sester – fyzická	10
1.1.3 Zátěž sester – psychická	11
1.1.4 Funkce a práce všeobecné sestry	11
1.2 Konflikt a konfliktní pacient	12
1.2.1 Konflikt	12
1.2.2 Strategie při řešení konfliktu	13
1.2.3 Konfliktní pacient neboli problémový pacient	13
1.3 Agrese a agresivní chování	14
1.3.1 Agrese	14
1.3.2 Agresivita	14
1.3.3 Teorie agrese	14
1.3.4 Příčiny agresivity	15
1.3.5 Varovné signály před agresivním chováním	16
1.3.6 Agresivní chování	16
1.3.7 Vliv pohlaví na agresivní chování	17
1.4 Komunikace	19
1.4.1 Komunikace s pacientem	19
1.4.2 Komunikace s agresivním pacientem	21
1.4.3 Působení zdravotníka na pacienta	25
1.5 Napadení pacientem	28
1.5.1 Napadení zdravotnického personálu	28
1.5.2 Pomoc po zážitku napadení	28
1.5.3 Techniky zklidnění pacienta	29
1.5.4 Léky využívající se při léčbě pacientů s příznaky agrese	31
1.5.4 Sebeobrana	31
1.6 Nežádoucí události a jejich hlášení	33
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	35
2.1 Cíle práce	35

2.2 Hypotézy.....	35
3 METODIKA.....	36
3.1 Použité metody a technika sběru dat.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
4 VÝSLEDKY.....	38
4.1 Výsledky dotazníkového šetření.....	38
4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz.....	64
5 DISKUSE.....	67
6 ZÁVĚR.....	72
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	74
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	84
9 SEZNAM ZKRATEK .	85

Úvod

Název diplomové práce zní Ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb. Personál ve zdravotnictví je ohrožen několika způsoby, tato diplomová práce je však zaměřená na ohrožení personálu agresivním chováním pacienta. Zdravotníci jsou z hlediska napadení pracovníků velice riziková skupina, výzkumy ukazují, že až jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví (Pekara, 2015). Dle Lepiešové a kol. (2015) je agrese pacientů součástí každodenního života zdravotníků. Výsledky studií a výzkumů ukazují, že agresivita pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům je zcela běžná a celosvětová (Sansone R., Sansone L., 2014).

Ze zdravotnických profesí jsme se v diplomové práci zaměřili na profesi všeobecná sestra právě proto, že tráví s pacientem mnoho času, a je tak velice ohrožená napadením či jiným agresivním chováním. Teoretická část diplomové práce se z velké části zabývá právě profesí všeobecná sestra, její náročností a popisem práce. Dále se teoretická část také zaměřuje na agresi, agresivní chování pacientů, konflikt a konfliktní chování a samozřejmě také na to, jak agresivnímu či konfliktnímu chování pacienta předcházet či jaké opatření učinit při již vzniklém konfliktu.

Diplomová práce měla tři cíle. Hlavním cílem je zmapovat problém násilí a agrese pacientů vůči všeobecným sestram při výkonu jejich povolání v Nemocnici České Budějovice, a. s. Dílčím cílem bylo popsat problematiku agrese pacientů ve zdravotnictví. Tento cíl byl naplňován v teoretické části, kde byly s pomocí odborné literatury popsány pojmy a skutečnosti, které s tímto tématem souvisí. Druhým dílčím cílem bylo metodou dotazování zjistit zkušenost dotazovaných sester s agresivním chováním pacientů. Tento cíl byl naplňován pomocí uskutečněného výzkumného šetření, které probíhalo v Nemocnici České Budějovice. Všeobecné sestry vyplňovaly po dobu jednoho měsíce vytvořený dotazník, pomocí kterého byla zjišťována jejich zkušenost s různými druhy agresivního chování pacientů. Respondenti měli u některých otázek příležitost doplnit odpovědi vlastními slovy, a projevit tak svůj pohled na daný problém či seznámit veřejnost se zkušenostmi, které během své praxe jako všeobecné sestry získaly.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Všeobecná sestra

Dle Venglářové et al. (2011) patří povolání všeobecné sestry k těm nejnáročnějším, a proto je nezbytné mít pro tuto profesi určité kvalifikační i osobnostní předpoklady. Všeobecná sestra (dříve nazývaná jako zdravotní sestra) získá kompetenci vykonávat toto povolání po absolvování příslušné školy a nadále musí být připravená se do konce své profese vzdělávat. Nezbytným předpokladem k vykonávání tohoto povolání je schopnost vnímání lidí a interpersonální komunikace, a to nejen s pacienty, ale také se spolupracovníky navzájem (Kalisch et al., 2010).

O náročnosti této profese také vypovídá fakt, že všeobecné sestry často inklinují k syndromu vyhoření (Venglářová et al., 2011). Hartl a Hartlová (2010) definují syndrom vyhoření jako: „*syndrom, který se projevuje po letech terénní, emočně vyčerpávající práce ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí a týká se zejména tzv. pomáhajících profesí; je spojen se ztrátou činnosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti.*“ I podle Venglářové et al. (2011) se syndrom vyhoření nejvíce vyskytuje právě u profesí, které pracují s lidmi.

Zdravotní sestry jsou sice odborně podřízeny lékaři, ale v ošetrovatelské péči jsou samostatná jednotka a jejich vztah s lékařem by měl být vyvážený (Bártlová et al., 2010).

Všeobecné sestry mají dle hierarchie různé postavení a pravomoci. Rozlišuje se hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra a ostatní sestry na nižších pozicích. Hlavní sestra působí ve vrcholovém managementu nemocnice a má na starosti plánování a koncepcie systému, předpokládá se u ní určité charisma a velká zodpovědnost. Vrchní sestra je postavou středního managementu, komunikuje s hlavní sestrou, předává informace staničním sestram a koordinuje činnosti na klinice. Staniční sestry řídí a zajišťují provoz daného oddělení a jsou prostředníkem mezi vyšším vedením a pracovníky na oddělení. Nejnižším, avšak neméně důležitým článkem v hierarchii sester jsou všeobecné sestry, jejichž hlavní náplní je zajišťovat ošetrovatelskou péči na pracovišti (Venglářová et al., 2011).

1. 1. 1 Profesní role všeobecných sester

Pojem profesní role je užším pojmem než pojem sociální role a vyjadřuje chování, které většina osob očekává od jedince určité profese (Špirudová, 2015). Farkašová et al. (2006) uvádí, že pro roli sestry jsou nejdůležitější 3 základní vlastnosti: musí být schopná porozumět trápení nemocného a vidět tak a snažit se naplnit jeho potřeby, dále by se měla snažit zajistit nemocnému pocit bezpečí, a nakonec by měla umět ovládat své emoce a být tak vždy v tomto směru nestrannou osobou. Dle Plevové et al. (2011) může všeobecná sestra zastávat hned několik rolí, například roli *ošetřovatelky* při poskytování ošetřovatelské péče, roli *edukátorky* v situacích, kdy pacientovi i jeho rodině pomáhá zvládat komplikované životní situace a dále roli *koordinátorky* při plánování ošetřovatelské péče. Špirudová (2015) i Farkašová et al. (2006) uvádějí dokonce roli sestry jako *advokáta*, kdy sestra pomáhá pacientovi, který není schopen řádné komunikace, sdělovat jeho přání, problémy či potřeby. Při těchto situacích pak sestra působí jako mluvčí či advokát a ochránce daného pacienta (Farkašová et al., 2006). Farkašová et al. (2006) dále vyzdvihuje důležitou roli sestry *výzkumnice*, která se stará o využití nejnovějších vědomostí z ošetřovatelství. Spolupracuje s vedením nebo sama vede vývojové programy, účastní se produkce ošetřovatelských standardů a nabývá nových znalostí z odborných publikací (Plevová et al., 2011). Neméně důležitou rolí je sestra *mentorka*, dohlížející především na studenty ošetřovatelství a porodní asistence, u které je velice důležitá nejen klinická, ale také pedagogická schopnost (Farkašová et al., 2006). Sestra jako *asistentka* se podílí například na přípravě nemocného k vyšetření, asistuje při vyšetření a při celé diagnosticko-terapeutické péči (Plevová, 2011). Dle Šamánkové et al. (2006) však role sester neustále přibývají, což souvisí s neustálým rozvojem ošetřovatelské péče. Nutno podotknout, že všeobecné sestry fungují také jako propojovací články mezi jednotlivým zdravotnickými profesemi a napomáhají k interdisciplinární týmové práci (Australian College of Nursing., 2015).

1. 1. 2 Zátěž sester – fyzická

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, rozděluje fyzickou zátěž na celkovou fyzickou zátěž a lokální fyzickou zátěž. Celkovou fyzickou zátěž definuje toto nařízení jako zátěž při dynamické fyzické práci,

kteřá je vykonávána velkými svalovými skupinami, při níž je zatěžováno více jak 50 % svalové hmoty. Lokální fyzickou zátěž definuje nařizení jako zátěž malých svalových skupin při výkonu práce končetinami. Mellanová et al. (2014) rozděluje fyzickou zátěž na statickou a dynamickou.

Při práci je všeobecná sestra zatížena statickou fyzickou zátěží například při dlouhodobém stání při asistenci lékaři či na vizitách a dynamickou fyzickou zátěží při vykonávání různých ošetrovatelských výkonů (Mellanová et al., 2014). Velkou celkovou fyzickou zátěží pro všeobecnou sestru je především manipulace s imobilními pacienty, ale také manipulace s prádlem a zdravotnickým materiálem (Gučková, 2007; Komačková, 2009). Dle Vévody et al. (2013) jsou nejvíce fyzickou zátěží zatíženy sestry na lůžkových odděleních, a to především na odděleních s převážnou většinou imobilních pacientů, kde je nutná asistence především při osobní hygieně či polohování pacienta. Pro snížení fyzické zátěže sester je nezbytný dostatečný počet personálu na oddělení a možnost využití různých kompenzačních pomůcek, které sestřám ulehčují fyzickou námahu (Vévoda et al., 2013).

1. 1. 3 Zátěž sester – psychická

Dle nařizení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, patří do práce s psychickou zátěží taková práce, která je spojená například s monotonií, s vnuceným pracovním tempem, s třísměnným nebo nepřetržitým pracovním provozem, nebo práce vykonávaná pouze v noční době. Vévoda et al. (2013) definuje psychickou zátěž jako „*proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.*“ Všeobecná sestra je zatěžována psychickou zátěží nejen proto, že se její profese setkává s nemocí, trápením nebo úmrtím, ale také proto, že jsou na ni neustále kladeny náročné povinnosti a nutnost interpersonální komunikace jak s pacienty, tak i se svými kolegy (Komačková, 2009; Kadučáková, 2011). Míra zatížení sestry psychickou zátěží však velmi závisí i na její osobnosti, osobním životě a rodinném zázemí (Kadučáková, 2011). Dle Valáškové (2008) je pro psychickou pohodu sestry velice důležitý odpočinek, dostatek spánku a relaxace.

1. 1. 4 Funkce a práce všeobecné sestry

Kompetence všeobecných sester jsou zakotveny v příslušných právních předpisech jako například ve vyhlášce 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických

pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů. Kompetence jsou dále ovlivňovány i charakterem oddělení a zvyklostmi na daných odděleních. V praxi se však stává, že kompetence a povinnosti všeobecné sestry jsou vlivem nedostatku personálu rozšířeny o náplň práce, která spadá do povinností nižšího zdravotnického personálu, to však může být v některých případech i příčinou různých konfliktů (Bártlová et al., 2010).

Dle Březinové (2006) patří do kompetence všeobecné sestry vykonávat ošetrovatelskou praxi, která zahrnuje podporu zdraví a předcházení nemocím. Dále pak zahrnuje péči o nemocné či osoby s mentálním či fyzickým hendikepem (Březinová, 2006). Všeobecná sestra realizuje ošetrovatelskou péči za pomoci ošetrovatelského procesu a dále také proškoluje, kontroluje a dohlíží na nižší ošetrovatelský personál a podílí se na zdravotní výchově populace (Březinová, 2006).

1. 2 Konflikt a konfliktní pacient

1. 2. 1 Konflikt

Pojem konflikt je odvozen z latinského slova *conflictus*, což doslova vyjadřuje srážku (Křivohlavý, 2008). Křivohlavý (2008) popisuje konflikt jako střetnutí dvou nebo více proti sobě jdoucích či nesourodých sil, tendencí nebo snah. Jde o vyjádření boje mezi dvěma odlišnými názory na tutéž věc. Dle Vágnerové (2008) může nezvládnutý či dlouho trvající konflikt působit za určitých podmínek jako významný stresový faktor. Konflikty můžeme rozdělit na interpersonální, intrapersonální a skupinové (Křivohlavý, 2008).

Interpersonální konflikt definují Plamínek a Franc (2012) jako konflikt, který se odehrává mezi lidmi nebo skupinami lidí. Jako příklad uvádí různé spory sousedské, komunitní, manželské, generační, politické či obchodní. Tyto konflikty jsou zapříčiněny odlišnými představami, názory, postoji a zájmy jednotlivých lidí (Křivohlavý, 2008).

Intrapersonální konflikt je dle Plamínka a France (2012) konflikt, který se odehrává uvnitř člověka, tedy v jeho psychice. Jde o jakési vnitřní konflikty osoby, které se projevují pocitem vnitřního napětí v situaci, kdy jedinec musí volit (Křivohlavý, 2008). S takovýmto konfliktem se v běžném životě můžeme setkat například při plnění určitých úloh, které se dostávají do konfliktu s naším svědomím či

do konfliktu s našimi životními rolemi (manželka, matka, milenka) (Plamínek, Franc, 2012).

Skupinové konflikty je označení pro konflikty mezi dvěma skupinami. Velice závažné jsou konflikty právě ve zdravotnické praxi, kde je nejčastější formou konflikt mezi dvěma profesními skupinami, a to například mezi skupinou lékařů a sester (Venglářová et al., 2011).

1. 2. 2 Strategie při řešení konfliktů

Pojem strategie, původně spojovaný s vojenskou armádou, označuje jakýsi plán či postup, který vede k dosažení vytyčených cílů. Při řešení konfliktů strategie ovlivňují rozhodování lidí v konfliktních situacích (Křivohlavý, 2008). Při řešení konfliktních situací se využívá několik strategií: soupeření, spolupráce či odpuštění.

Při *soupeření* jsou stresováni všichni účastníci konfliktní situace, účastníci jedné strany často nenávidí účastníky druhé strany a na konci bývá vítěz a poražený (Křivohlavý, 2010).

Při *spolupráci* dochází k dohodě a stanovení pravidel, na konci není vítěz ani poražený, vytyčené cíle se dosahují spoluprací a společnými silami a stres se v tomto případě při řešení konfliktní situace téměř nevyskytuje (Křivohlavý, 2010).

Při *odpuštění* nastává zmírnění touhy po pomstě za prohru při řešení konfliktu. Odpuštění napomáhá snaze ke smířování (Křivohlavý, 2010).

1. 2. 3 Konfliktní pacient neboli problémový pacient

Sestry se během výkonu svého povolání mnohdy setkávají i s tak zvanými problémovými pacienty, s kterými se jim jednoduše nepracuje dobře. Práce s takovými lidmi zabere více času, je náročnější a stresující. Chování takového pacienta může mít příčinu buď v jeho osobnosti, nebo v chování a osobnosti sestry nebo i v organizaci práce. Nejednou se sestry setkávají s takovými pacienty v ambulanci vlivem dlouhého čekání na ošetření či vyšetření. Problémové chování pacienta může vyvolat například i administrativní zatížení pacientů nebo personálu, prostředí čekárny či pracoviště, nedostatek času na pacienta způsobený nedostatkem personálu apod. Typicky problémové chování se objevuje u pacientů se závažnou životní situací, poruchou osobnosti či u pacientů s problémy s alkoholem či narkotiky (Nešpor, 2012).

1. 3 Agrese a agresivní chování

1. 3. 1 Agrese

Agrese je pojem, který má původ v latinském slově *agressio*, což znamená výpad či útok, a dle Harsa et al. (2012) je to jakékoliv chování, jehož záměrem je někomu ublížit či ho poškodit. Stejně tak Martínek (2009) označuje za agresi takové jednání vůči objektu, které je násilné a nepřátelské a má za cíl objektu ublížit či přinutit k tomu, aby vyhověl. Poněšický (2010) uvádí, že agrese je odpovědí na frustraci, která je zapříčiněna nenaplněním potřeby sounáležitosti, vztahovosti, životní orientace či spolupráce, jež současný civilizační proces může vytvářet. Látalová (2013) zase ve své publikaci tvrdí, že agrese je chování záměrné.

Zacharová (2009) popisuje agresi z pohledu ošetřovatelství, a to jako útočné jednání, které má za cíl záměrně nebo nezáměrně ublížit.

1. 3. 2 Agresivita

Pojem agresivita vznikl z latinského slova *aggressivus*, což v překladu znamená útočný. Agresivita vyjadřuje vlastnost, postoj nebo vnitřní náklonnost k agresi. V širokém pojetí by se tento pojem dal vyložit jako schopnost organismu mobilizovat vnitřní síly a připravit se čelit a vzdorovat obtížným situacím (Edelsberger, 2000).

Agresivita může být definována jako chování, které má potenciálně ublížit, nebo zranit jinou osobu a to buď fyzicky nebo verbálně (Pekurinen et al., 2017).

1. 3. 3 Teorie agrese

Freudova teorie agrese je dle Burdy (2014) jedna z nejrozšířenějších teorií agrese. Freud usuzoval, že lidé čerpají svou energii hlavně ze dvou hlavních zdrojů: z libida (rozkoš) a thanata (instinkt smrti). A s thanatem byl spojen právě pud agrese (Burda, 2014).

Další teorií je Lorenzova teorie, dle níž je agrese převážně důsledkem genetických faktorů, které způsobují automatickou nepřátelskou reakci vůči druhé osobě či osobám. Dle této teorie se v daném jedinci kumulují energie, která z něj nakonec musí vyjít ven (Krahulcová, 2009). Jedna z teorií je tedy ta, že agrese je vrozená síla, která je potřebná k udržení života a pomáhá při adaptaci, získávání

potravin či obraně a sebeprosazení (Poněšický, 2010). Dle výzkumu, který provedli Buss a Loew, se opakovaná agresivita může ještě více vystupňovat a dotyčný jedinec může pociťovat dokonce až jakousi touhu po násilí (Krahulcová, 2009).

Další teorií o zdrojích agresivity je frustrace, tedy agrese vyvolaná frustrací. Dle této teorie vznikne agresivní reakce v důsledku překonávání některých obtížných překážek a dosahování významných cílů (Poněšický, 2010). Dle Poněšického jsou dnešní děti potenciálně náchylnější k pozdějším frustracím kvůli tomu, že rodiče vedou tak zvanou rozmazlující výchovu, která odstraňuje dětem překážky. Děti se pak nenaučí zvládat neúspěch a překonávat překážky a hranice frustrační tolerance je u nich velmi nízká.

Poněšický (2010) zmiňuje ve své publikaci i teorii tzv. smíšeného "humanistického" konceptu Ericha Fromma, dle kterého každý člověk ovládá benigní konstruktivní agresivitu, pomocí které může uspokojovat své potřeby, porážet nepřátele či překonávat různé překážky. Fromm se domníval, že v člověku je přirozeně zakotvena pouze obranná agrese, dále je člověk ovlivňován jak instinktem, tak také rozumem a danou kulturou (Poněšický, 2010).

1. 3. 4 Příčiny agresivity

Dle Rapčíkové (2008) je pacient náchylnější k agresivnímu chování právě proto, že v důsledku nemoci prochází zátěžovou situací a dochází u něj k poruše adaptačních mechanismů a narušení sociálních kontaktů. Kromě toho se agrese vyskytuje jako doprovodný jev u řady nemocí a stavů, jako například při intoxikaci léky, drogami či alkoholem nebo při různých poraněních mozku (Křít, 2007). Agrese je častá i u lidí s duševní poruchou (Výrost, 2008).

Pravděpodobnost výskytu agresivního jednání se zvyšuje například i při dlouhém čekání pacienta na ošetření. Strach, bolest, úzkost, zklamání či bezmoc a beznaděj jsou také faktory, které přispívají ke vzniku agresivního chování (Výrost, 2008). Kristová (2008) uvádí, že příčinou agrese může být i nedostatečná informovanost, neuspokojení potřeb pacienta, sociální izolace, spánkové omezení, pohybové, sexuální či dietní omezení pacienta. Takový agresivní pacient jednak nespolupracuje při léčbě, a může být nebezpečný i pro své okolí (Kristová, 2008).

1. 3. 5 Varovné signály před agresivním chováním

Marková et al. (2006) poukazuje na to, že sestra musí být při výkonu své profese ostražitá a jakmile vycítí neklid pacienta či hrozbu napadením, musí zvolit vhodná opatření a přístup, který napadení odvrátí. Mnohem těžší je to při příjmu pacienta, kdy je velmi těžké vycítit z prvotního styku s pacientem ohrožující situaci (Marková et al., 2006).

Důležité pro zdravotní sestru je vnímat tak zvané varovné signály. Tyto signály mohou být *fyzické*, k nimž můžeme zařadit neklid, výhružná gesta nebo pohyby, ale i nadávky, hlasitý projev, ignoraci komunikace. Mezi *psychické* můžeme zařadit signály z myšlení a vnímání, tedy například neschopnost koncentrace, bludy a halucinace, neodbytné naléhání na splnění požadavků. Pojmem *signály z hranic* se označují vyžadování splnění nesplnitelných požadavků. *Signály z minulosti* či z kontextu jsou výpovědi svědků, tedy známých či příbuzných daného pacienta, kteří již mají negativní zkušenost s jeho chováním (Zelman et al., 2006).

1. 3. 6 Agresivní chování

Dle Zacharové a Čížkové (2011) je agresivní chování takové chování, při němž si jedinec vynucuje jakýmkoliv způsobem přijetí názorů či myšlenek druhou osobou, a přitom porušuje práva dané osoby. Dá se říci, že svých cílů dosahuje na úkor někoho jiného (Zacharová a Čížková, 2011). Člověk s agresivním chováním není otevřený k druhým lidem, tedy nedokáže otevřeně komunikovat a obecně je "chladný" v mezilidských vztazích. (Zacharová a Čížková, 2011).

K agresivnímu chování se řadí také hrubá slova, ironie, sarkasmus a devalvace druhých (Zacharová a Čížková, 2011).

Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují projevy agresivního chování na *verbální, poškozování věcí, fyzické napadání lidí a sebepoškozování*. Mezi verbální agresivitu řadíme nadávky, výčitky, křik, výhružky, ale i jízlivost a ironii. Pacienti, kteří takový druh agresivního chování používají, mají za cíl zastrašit druhé lidi a donutit je k takovému chování, které si oni sami přejí. Často chtějí ukázat svoji nadvládu nebo pouze "vypustit" vnitřní napětí. Tento druh agresivního chování je nejčastější. Další formou agresivního chování je poškozování věcí, které osoba využívá, protože fyzicky napadnout daného člověka nemůže kvůli společenské nepřipustnosti, a tak agresor

napadá alespoň věc. Toto chování se může vystupňovat i k napadení osob a projevuje se například: kopáním do věcí, házením a boucháním s věcmi apod. Dalším agresivním chováním je fyzické napadání lidí a v tomto případě jsou v ohrožení všechny osoby, které se do styku s dotyčným dostanou. Posledním zmíněným typem je sebepoškození, tedy násilí obrácené proti sobě samému (Venglářová a Mahrová, 2006).

Boháček (2008) zase rozděluje agresivní chování na 3 následující projevy neboli útoky.

1) Pacient, který je agitovaný, je nejčastěji zmatený, dezorientovaný a typicky psychomotoricky neklidný. Pokud tento pacient leží na lůžku, pokouší se všemi možnými způsoby vstát, například kopáním, máváním rukama kolem sebe, v některých případech může i kousat nebo plivat, a ač není jeho cílem někomu z okolí ublížit, velice často zdravotní personál při pokusech vstát uhodí.

2) Další situací je eskalované agresivní chování, kterému většinou předchází celá řada varovných signálů. Tyto signály pak vyvrcholí právě ve fyzické napadení. Pacient se hádá, nadává, je podrážděný a vzpurný. Tomuto rozzlobenému chování odpovídá i pacientův výraz a projev (bouchá a kope do věcí kolem, bouchá za sebou dveřmi). Tento pacient fyzicky napadá i osoby kolem sebe.

3) Třetím typem a zároveň nejnebezpečnějším typem útoku je zákeřný a překvapivý útok, kterému nepředchází žádný varovný signál pro okolí. Tento typ útoku se bohužel může projevit také jako náhlé překvapivé bodnutí sestry nožem do zad. Takové případy jsou již bohužel známy. Na takovýto typ útoku je nemožné jakýmkoliv způsobem zareagovat (Boháček, 2008).

1. 3. 7 Vliv pohlaví na agresivní chování

Všude na světě je společností utvářena a podporována odlišná role muže a ženy. Dle Janošové (2008) se mužské a ženské role vytváří především během výchovy a působením různých podnětů na chlapce a různých podnětů na dívky. Dle Karstena (2006) jsou děvčata a chlapci utvrzováni již od dětství v takovém způsobu chování a jednání, který náleží právě roli ženské nebo roli mužské. A právě dané zmíněné role a podporování v jejich plnění může ovlivňovat to, jak se muži a ženy dívají na agresivní chování a mohou mít vliv i na to, jak se jedinec může agresivně projevovat (Karsten, 2006).

Genderové role vyjadřují jakési očekávané chování a jednání, které udává daná společnost mužům a ženám. Je to tedy chování a jednání, které si jedinec vlivem okolí a společnosti osvojuje od prvních týdnů života. S dívkami je například jednáno jako s křehkými líbeznými bytostmi, které by se tak měly i chovat, a chlapi jsou naopak považováni za ty silnější. (Hrdličková, 2007).

Při utváření mužské a ženské role má nesporný vliv i výchova v rodině. Dle odborné literatury mají otcové vliv na děti především po stránce intelektové, ovlivňování po citové stránce je předností matek. Otcové například rozvíjí a podněcují u synů především samostatnost, soutěživost a fyzickou zdatnost a matky zase podporují jak u synů, tak u dcer rozvoj vhodného chování, citlivost, přívětivost, slušnost i empatii (Janošová, 2008). Dcery jsou v domácnosti chváleny za čistotu a pořádnost, ale například i za mírné vystupování, zatímco chlapi jsou více než dívky chváleni za soutěživé chování a výkon (Karsten, 2006). Dle autora jsou chlapi trestáni za chybné jednání mnohem častěji než dívky, které jsou ale zase častěji mnohem více hlídány a omezovány ve svém jednání (Karsten, 2006). Vedení k ženské nebo mužské roli je utvářeno například i dětským oblečením, hračkami, knížkami a jinými věcmi kolem dítěte a děti samy se navzájem ovlivňují i v dětských kolektivech (Renzetti a Curran, 2003).

Obecně se velice často říká, že muži jsou "od přírody" více agresivní než ženy (Karsten, 2006). Poněšický (2010) tvrdí, že chlapi mají v prvních dvou letech svého života jako identifikační vzor matku a teprve po těchto dvou letech se musí od tohoto vzoru odvrátit, potlačit v sobě jakési "holčičí já" a přiklonit se k mužskému, tedy otcovskému vzoru. A v tomto to mají chlapi těžší než dívky. Z citového hlediska se dle Janoškové (2008) chlapi přestávají dříve mazlit než dívky právě proto, že není dostatečně "chlapské" projevat emoce a ukazovat slabost a potřebu například právě objetí. Od malička se v těchto malých mužích podporuje projev sebevědomí, síly a nezávislosti (Karsten, 2006). Dle Karstena (2006) jsou vlastnosti, jako je slabost, bezmocnost, soucit či empatie, společností považovány za typické projevy "ženskosti". A právě proto se také může stát, že chlapi mají někdy větší problém navázat mezilidské vztahy a jsou méně citliví vůči druhým (Karsten, 2006). V souvislosti s agresivním chováním lze říci, že mužům je agresivní chování společensky více tolerováno než ženám. Chlapec je totiž mimo jiné veden ke skrývání slabostí, k prosazování vlastní vůle a ke schopnosti bránit se (Karsten, 2006).

Karsten (2006) uvádí, že společnost vnímá muže právě jako agresivní, neohrožené, dominantní, statečné, sebevědomé, silné, realistické, nesnadno zranitelné, odolné, zodpovědné, a především jako ty, co nepláčou.

Ve výchově dívek se naopak dbá na podporování citů, přítulnosti, slušného a spořádaného chování a pláč je u nich tolerovaným projevem slabosti a křehkosti (Karsten, 2006). U dívek se očekává ústupnost, přizpůsobivost a soucitnost. Proto jsou typickým ženám připisovány vlastnosti jako empatie, jemnost, mírnost, ohleduplnost, něžnost, ale i nelogičnost, nerozhodnost, nesamostatnost či kladný vztah k dětem (Karsten, 2006).

Někteří vědci jsou toho názoru, že v otázce agresivního chování u mužů a u žen neexistuje pohlavně specifický rozdíl. Rozdíl je pouze ve výchově a naučeném chování, které nutí ženy agresivní chování potlačovat, a proto nebývají navenek tolik výbušné a impulzivní jako muži. A z tohoto důvodu je agresivní chování obecně připisováno více mužům než ženám (Karsten, 2006).

1. 4 Komunikace s pacientem

1. 4. 1 Komunikace

Dle Venglářové a Mahrové (2006) je komunikace dovednost, která se může dále rozvíjet v každé části života. Je to výměna informací mezi dvěma nebo více lidmi (Šlaisová, 2005). Toto slovo může dále vyjadřovat výměnu pocitů a společenské působení, tedy vytváření sociálních vztahů (Šlaisová, 2005).

Dle Zacharové (2009) je komunikace jedním ze základních aspektů ošetrovatelství. Je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče, protože slouží k navázání kontaktu s nemocným (Venglářová, Mahrová, 2006). Tutková (2007) ve své publikaci uvádí, že v ošetrovatelství můžeme rozdělit komunikaci na sociální, strukturovanou a terapeutickou. Sociální komunikace je běžná komunikace, při níž předem není zájmem záměrně sdělit dotyčnému pacientovi nějakou informaci, tato komunikace je neplánovaná a neformální. Strukturovaná komunikace je cílená a při ní plánujeme sdělit dotyčnému určitou informaci. Do terapeutické komunikace se řadí taková komunikace, která léčí, pomáhá překonat stres, pomáhá překonávat psychické překážky a přizpůsobit se současné situaci (Tutková, 2007).

Dle Tutkové (2007) je nejčastější komunikací mezi sestrou a pacientem záměrný rozhovor s cílem předat si mezi sebou informace, ať už doplnění informací, anamnézy, upřesnění současného stavu, poučení či uklidnění pacienta apod.

Dle autorky je pro úspěšný rozhovor nutné dodržovat určité zásady, mezi které patří: příjemné klidné prostředí, vhodná doba, mluvit srozumitelně, jednat trpělivě a s ohledem na individuální potřeby pacienta (Tutková, 2007). Dle Zacharové et al. (2010) je zapotřebí pomocí komunikace navodit v pacientovi pocit bezpečí a důvěry a zbavit ho obav a strachu. Při úspěšné komunikaci musí sestra volit vhodná slova a styl komunikace s přihlédnutím k věku pacienta, ekonomickému postavení či kultuře a vyznání a musí dodržovat nezbytné etické zásady (Zacharová et al., 2010). Kvalitní komunikaci všeobecné sestře mnohdy znesnadňují překážky v podobě rušivého prostředí, bolesti či únavy pacienta, nesoustředěnost či neschopnost pacienta pochopit odborné výkony a termíny či dokonce jazyková bariéra apod. Velký důraz klade Zacharová et al. (2010) na vyvarování se takové komunikace, z které by pacient získal pocit nepochopení, lhostejnosti či méněcennosti. Takový pacient pak často ztrácí důvěru ke zdravotnickému personálu a jeho spolupráce při léčbě je ohrožena (Zacharová et al., 2010).

Zacharová et al. (2010) dále vyzdvihuje několik nezbytných položek pro úspěšnou komunikaci s pacientem: *chtění komunikovat*, *umění komunikovat*, *moci komunikovat*, *příprava na komunikaci* a další. *Chtít komunikovat* by v úspěšné komunikaci měla chtít jak sestra, tak i pacient. Při nesplnění této podmínky není možné vést kvalitní rozhovor. Spojením *umění komunikovat* apeluje autorka na nutné vzdělávání a rozvíjení komunikačních schopností všeobecných sester. Spojení *moci komunikovat* znamená vytvořit vhodné podmínky a možnosti ke komunikaci. Dalším nezbytným bodem pro úspěšnou komunikaci sestry je *příprava na rozhovor*, při níž by si sestra měla osvojit informace a vědomosti, které chce pacientovi prostřednictvím rozhovoru předat. Veliký význam hraje i *postoj k pacientovi*, *pochopení* a nevynechání *prostoru pro dotazy* pacienta (Zacharová et al., 2010). Důležitá je i neverbální komunikace sestry, která svým očním kontaktem či dotykem vyjadřuje zájem o pacienta a zmírňuje i případný pacientův stres (Richards, 2003). Naopak špatně vedená konverzace může vážně narušit vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem a může přispět k vytvoření pocitu úzkosti či frustrace pacienta (Jootun et al., 2011).

1. 4. 2 Komunikace s agresivním pacientem

Dle Kela (2008) má agrese pacienta v komunikaci se zdravotnickým personálem narůstající trend. Čím dál více jsou pacienti nespokojeni s poskytovanou zdravotnickou péčí a nerespektují své povinnosti. Chybná komunikace dle Kela (2008) není důvodem agresivního jednání pacientů, naopak se často vyskytuje agrese bezdůvodná. Autor prováděl výzkum u posádek zdravotní záchranné služby a zjistil, že při poskytování této zdravotní péče jsou nejčastějšími agresory muži, kteří jsou pod vlivem alkoholu (Kelo, 2008).

Křížková et al. (2006) zase uvádí, že agresi pacientů vůči zdravotnickému personálu má velmi často na svědomí náhle vzniklý neklid (významná porucha chování), často akutní neklid, který je doprovodným jevem při různých onemocněních a poruchách např. při epilepsii, hypoglykemii, při poranění mozku, mozkové hypoxii, schizofrenii a dalších psychických poruchách. Dále se ale částečně shoduje s Kelem (2008) v tom, že nejčastější příčinou agrese je intoxikace alkoholem, drogami či léky.

I v ambulantní péči se agresivní pacienti vyskytují velice často. Doktor Honzák tvrdí, že problémoví pacienti se projeví hned v čekárně ambulantního zařízení, kde často napadají sestru jak po stránce profesionální, tak i po stránce mezilidské. Dle Honzáka (2008) si pacient ve většině případů tímto chováním pouze kompenzuje stres, úzkost z nemoci, bezmocnost či bolest, nebo trpí psychickým onemocněním. Projevy takového člověka jsou různé. Mnohdy může jít pouze o chladnou komunikaci bez emocí, dále to pak může být agresivní slovní napadení a výhrůžky vůči personálu nebo dokonce fyzické napadení. I tento autor upozorňuje na varovné signály pacienta, které mohou zdravotnický personál předem upozornit na možné agresivní chování. Dle Honzáka (2008) takovými varovnými signály před fyzickým napadením jsou: zčervenání, zblednutí, zaťaté pěsti, semknuté rty, výhrůžný pohled, upřený pohled na sestru či lékaře. Mezi signály slovního projevu patří hlasitá mluva pacienta, výhrůžky, výčitky či strohé odpovědi na otázku (Honzák, 2008). Kvalifikovaná komunikace a vyjednávání představují nejlepší způsob, jak zvládat situace a vyhnout se nebezpečným střetům (Harwood, 2017).

Profesor Nešpor ve své publikaci uvádí několik zásad, které snižují vznik agresivního chování u pacientů. Při komunikaci s pacientem bychom vždy měli dodržovat bezpečnou vzdálenost a vždy bychom měli mít blízko dveře či únikovou cestu nebo prostor pro únik z dosahu pacienta. Neměli bychom, pokud je to možné, s

pacientem zůstat o samotě, popřípadě bychom měli mít možnost jednoduše přivolat pomoc. Kvůli bezpečnosti by pacient na pracovišti neměl mít v dosahu ostré nebo jinak nebezpečné předměty. Při komunikaci oslovujeme pacienta jménem nebo oslovením "pane" či "paní". Pokud je nutné jednat s neklidným pacientem, upřednostňujeme spíše komunikaci vsedě než vestoje a hovoříme klidně, ne příliš hlasitě a bez prudkých pohybů a gest. Dle autora se významně snižuje riziko vzniku agrese u pacienta v případě, že je nablízku přítomen mužský personál či pouze dostatečný počet personálu. Pacienta je nutné neustále sledovat a registrovat případný neklid, výhrušné pohledy či slovní agrese (Nešpor, 2012).

V odborné literatuře můžeme najít i další pravidla a zásady, které by mohly pomoci při komunikaci s agresivním pacientem. Měli bychom být klidní, občansky zdvořilí, nepoužívat strohé příkazy a zdravotnický slang (Linhartová, 2007). Měli bychom mluvit pomalu, srozumitelně a v poklidu vyslechnout stížnosti a připomínky dotyčného, a přitom se nijak nevyjadřovat k agresivnímu chování či poznámkám dotyčného. Stále bychom měli vyjadřovat zájem a empatii. Pokud to jde, měli bychom se agresivnímu pacientovi pokusit vyhovět, a pokud to není možné, srozumitelným a pochopitelným způsobem mu vysvětlit důvody nemožnosti uskutečnění jeho požadavků (Zachárová, 2007). I Zachárová (2007) doporučuje udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost.

Někteří autoři ve svých publikacích upozorňují na některá zvláštní pravidla komunikace s některými typy agresivních pacientů. Jiná pravidla uvádí při komunikaci s úzkostně-agresivním typem pacienta a jiná pravidla při komunikaci s bezohledně-agresivním typem, jiné chování doporučují k pacientovi s psychózou a jiné zas k pacientovi pod vlivem alkoholu (Janáčková a Weiss, 2008; Venglářová a Mahrová, 2006).

Pacient s psychózou

Pacient s psychózou má většinou obtíže s přijímáním a poskytováním informací a také s jejich zpracováním. Trpí poruchou vnímání toho, co se kolem něj děje, a často má halucinace či bludy. Nerozumí tomu, co po něm okolí chce, a chová se nepřiměřeným způsobem. Poruchy myšlení vedou k pocitům ohrožení, přehnané vztahovačnosti, pocitům útoku na něho samého. Z tohoto důvodu může neadekvátně zaútočit i na zdravotnického pracovníka, který mu nedal žádnou příčinu k útoku (Venglářová a Mahrová, 2006).

V takovýchto situacích je doporučováno stále se chovat empaticky, hovořit jednoduchým a pochopitelným způsobem. V žádném případě nepřesvědčovat pacienta a nenaléhat na něj, nečekaně se ho nedotýkat a nehledět mu dlouhou dobu přímo do očí (Venglářová a Mahrová, 2006).

Úzkostně-agresivní typ pacienta

Tento pacient má zpravidla bojovný pohled s odměřeným výrazem ve tváři, vzpřímené držení těla a křečovitý pevný úchop předmětů. Typický je pro něj strohý hlasový projev, na kterém je patrná nervozita a tíseň. Je to pacient s odmítavým postojem k pomoci a s jízlivými poznámkami ve snaze zranit city druhých osob.

K takovým pacientům je třeba opět přistupovat klidně, věcně a srozumitelně s plynulým a konstantním hlasem a s občasným kontaktem očí, který je dobré střídat se sklopením pohledu stranou. Doporučuje se je se zájmem a pochopením vyslechnout (Janáčková a Weiss, 2008).

Bezohledně-agresivní typ

Tento typ pacienta je obvykle robustní postavy s konstantně nepřátelským výrazem v obličejí. Je podezíravý, vztahovačný a má zpomalené myšlení. Tento pacient se vyjadřuje často vulgárně, nelogicky, hlučně a nespisovně. Výjimkou u takového typu pacienta nebývá ani výbušné a netolerantní chování. Obvykle dává výrazným způsobem najevo své záporné postoje k obecně uznávaným zvyklostem a hodnotám (Janáčková a Weiss, 2008).

I s tímto typem pacienta je nutné hovořit klidně, jistě, srozumitelně, konstantním hlasem. Při komunikaci s tímto typem pacienta je nejdůležitější udělat si mezi sebou téměř metrovou vzdálenost a tuto pozici neměnit. Rázný, neuhýbavý, přímý oční kontakt je v tomto případě pomocným prostředkem při sdělování různých informací. V situaci, kdy mluví pacient, by však tento přímý pohled měl být střídán se sebejistými pohledy jinam. Za svými požadavky je nutné si pomoci věcných argumentů stát (Janáčková a Weiss, 2008).

Pacient s projevy demence

Pacienti s demencí jsou pacienti s různou poruchou paměti, řeči a pozornosti. Tito pacienti mají tendenci si vymýšlet právě proto, že si zapomenuté věci nepamatují, a

kvůli tomu může nastat konfliktní situace se zdravotnickým personálem (Venglářová a Mahrová, 2006).

Při komunikaci s dementním pacientem je důležité neklást mu otázky, na které on sám nemůže odpovědět, ignorovat jeho případné nevhodné chování a dopřát mu dostatečný čas k vyjádření a úkonům. Je vhodné používat krátké věty s jednoznačným významem (Venglářová a Mahrová, 2006).

Pacient pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek

Tito pacienti mají snížené vnímání a pozornost. Obecně se uvádí, že lidé pod vlivem alkoholu či drog jsou buď ve stavu euforie, nebo právě agresivity. Komunikace s tímto typem pacienta je velice náročná kvůli jeho nespolupráci, nevypočitatelnému chování a jeho nerespektování pravidel a právních a společenských standardů (Venglářová a Mahrová, 2006).

I v komunikaci s těmito pacienty je nutné hovořit jasně, plynule a srozumitelně a důsledně a rozhodně vyjadřovat požadavky. Navíc je nutné hlídat, jak se my nebo pacient neverbálně projevujeme. Při komunikaci je nevhodné jakýmkoliv způsobem hodnotit pacientovo chování či mu promlouvat do svědomí udělováním rad a poučováním (Venglářová a Mahrová, 2006).

Pekara (2015) ve své publikaci upozorňuje na důležitost neverbální složky komunikace při komunikování s konfliktním pacientem. Dle zmíněného autora komunikaci ve stresové situaci tvoří z 50 % neverbální složka, ze 40 % tón hlasu a z 10 % verbální složka, a právě proto velice záleží na celkovém chování zdravotníků, a nejen na tom, jaká slova použijí. Projev zdravotníka tak může danou situaci deeskalovat, nebo právě naopak eskalovat.

Pekara (2015) se ve své publikaci zabývá dvěma neverbálními projevy – mimikou a postojem. Mimika zdravotníka by dle autora měla vyzařovat klid. Zdravotník by se měl vyvarovat například vytřeštění očí, zdvihání obočí či příliš dlouho otevřených úst. Oční kontakt by určitě neměl chybět, ovšem neměl by být přehnaně dlouhý, autor uvádí u problémových pacientů maximálně 6 vteřin a poté přesunout zrak jinam. Zajímavou pomůckou je technika "třetího oka", při níž si zdravotník představí uprostřed mezi očima pacienta třetí oko, kam pak soustředí svůj pohled. Vyhne se tak přímému očnímu kontaktu, který by pacientovi mohl být nepříjemný, a přitom může snadno pozorovat jeho mimiku a je s ním v kontaktu.

Postoj je dle Pekary (2015) při komunikaci s agresivním nebo neklidným pacientem také důležitý. Měl by vyjadřovat sebejistotu, ale zároveň uvolněnost. Pekara (2015) popisuje tento postoj jako vzpřímený, s nohama rozkročenýma tak na šířku pánve s přední nohou směřující k pacientovi a zadní jistící, poskytující oporu. Zdravotník by se měl vyvarovat příliš časté změně polohy, což působí nervózně a neklidně.

Neméně důležitý je i posed, při kterém musí mít zdravotník na paměti, že proti stojícímu útočnému pacientovi má značnou nevýhodu. Měl by tedy být schopen, pokud možno, co nejdříve vstát či si vytvořit co možná největší osobní zónu. Velice výhodné je postavit mezi útočnicka a bránícího se nějakou překážku, například stůl (Nöllke, 2009).

Hlas se vyplatí mít v napjatých situacích klidný, uvolněný, ale přitom pevný. Na útočného pacienta by měla mluvit vždy jen jedna osoba, protože více hlasů může naopak vyvolávat zvýšené napětí. Ve vypjaté situaci je lepší na pacienta mluvit krátkými, jednoduchými a srozumitelnými větami, ve kterých je pacient informován o všem, co se s jeho osobou bude dít. Doporučuje se detailně a v dostatečné míře popsat pacientovi každý zákrok či vyšetření, které se ho týká. Informovaný pacient je mnohem klidnější (Pekara, 2015).

V některých případech však na agresivního pacienta nestačí psychologické působení a je zapotřebí tento přístup kombinovat s léky. Obtížné v tomto případě může být podání takového léku. Velice důležité je pacientovi zdůraznit důvody podání farmak, sdělit název léků a vysvětlit mu, jak působí. Takový pacient má paradoxně větší důvěru v lék, který mu je popsán a o němž ví, jak se jmenuje, než k léku, u kterého neví, co způsobuje (Vyskočilová, 2003).

V případě, že není možné vypořádat se s agresivním pacientem slovně, musí nastat fyzické přemožení pacienta. Předpis 372/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů přesně definuje situace, při nichž je možné omezit pacienta i bez jeho souhlasu.

1. 4. 3 Působení zdravotníka na pacienta

Dle Pekary (2015) za vznik agresivního či jinak násilného chování u každého člověka vděčíme především vystupňované negativní emoci a neschopnosti ji ovládnout. K takovým emocím řadí autor frustraci, strach a stresové situace, které jsou vystupňované tak zvanými averzivními podněty neboli jinak řečeno zesilujícími

faktory, mezi které lze zařadit sociální či finanční problémy, nedostatek spánku, bolest, zklamání, nemoc, neúspěch, neschopnost řešit obtížnou situaci, ale i alkohol či jiné návykové látky (Pekara, 2015).

To, zda dojde k násilnému chování či incidentu, velice záleží mimo jiné na dvou vřídí ovlivnitelných faktorech, a to na sebeovládání a komunikaci. Z publikace tohoto autora vyplývá, že nesouhlasí s tvrzením, že násilný incident vznikl pouze na základě například návykové látky či alkoholu. Dle autora se na vzniklém incidentu významnou měrou podílí právě i komunikace s dotyčnou osobou.

Dle Pekary (2015) některé konflikty mohou vznikat i kvůli nenaplněným očekáváním pacienta či jiné osoby. Jako příklad uvádí, že pacient očekává od všeobecné sestry naslouchání, pozornost, otázky na pocity, zájem o problémy pacienta, pochopení, respektování, smysluplné vysvětlování, empatii, lidskost, uctívou komunikaci apod. Dle Nešpora (2012) jsou pacienti velice ovlivněni sdělovacími prostředky, médii, seriály, reklamami a nesetkání se s očekávanou realitou často vede k přehnanému očekávání a následnému zklamání. V takovém případě dochází k frustraci pacienta a následným chybným či nevhodným verbálním nebo i neverbálním projevem (smích, protočení očí) se rozpoutá konflikt slovní nebo fyzický (Pekara, 2015).

Pokorná et al. (2017) v publikaci Metodika: Nežádoucí událost chování osob popisuje několik zásad, které by měl mít zdravotnický pracovník na paměti při jednání s pacientem s negativním chováním:

- Prvním velice důležitým bodem je správné a úplné odebrání anamnézy, z níž lze v mnohých případech odhalit možné konfliktní chování pacienta (možný abúzus či přítomnost nemoci duševního charakteru, ale i možné negativní vztahy mezi členy rodiny).
- Další pravidlo navazuje na předchozí zjištění z anamnézy. Autorka klade důraz na správné dodržování medikamentózní léčby, například při psychickém onemocnění, a také možné předejití delirantního stavu pomocí léků například při abúzu na alkohol či jinou návykovou látku. Při komunikaci s pacientem je nutné soustředit se na způsob jeho vyjadřování, neklidné chování, dezorientaci místem, časem, osobou apod.
- Je dobré dát pacientovi zřetelně najevo netoleranci agresivního chování autoritativním přístupem, srozumitelně zdůraznit nepřípustnost jakéhokoliv negativního a agresivního chování a upozornit na možné urychlené přivolání dalších osob či Policie ČR.

- Při jednání s pacientem musí mít zdravotnický pracovník neustále na paměti svůj profesionální přístup a sebeovládání.
- Zdravotnický pracovník by měl v ideálním případě zaujmout partnerský, otevřený a nezaujatý postoj. Měl by umět naslouchat a získat si pacientovu důvěru a sympatie. Tím může dojít k uvolnění negativní atmosféry či získání dalších důležitých informací pro spolupráci s pacientem.
- Komunikace by měla být vedena v přátelském tónu. V žádném případě nezvyšovat hlas, jednat v úrovni očí s profesionálním odstupem, bez slovních soubojů. Pracovník by měl profesionálně ignorovat urážky a podobné slovní útoky a rozhovor usměrňovat.
- Vhodná je podpora spolupráce a motivace pacienta.
- Dobré je registrovat změny chování pacienta v průběhu hospitalizace a u rizikových pacientů dbát zvýšené opatrnosti.
- V případě ohrožení je nutné použít omezovací prostředky, dle postupu uvedeného v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. § 39 odst. 2.
- Nutností je také zajištění bezpečného prostředí a dodržování denního režimu daného oddělení.
- Doba hospitalizace pacienta by měla být pouze na dobu nezbytně nutnou.
- Dobré je seznámit a průběžně a včas informovat pacienta o všech zákrocích a aktivitách, které se pacienta budou týkat.
- Zdravotník by měl mít na paměti, že pokud se cítí jakýmkoliv způsobem ohrožen a cítí, že danou situaci nezvládá nebo by ji nemusel zvládnout, měl by si neprodleně přivolat pomoc.
- O každé změně chování či rizikovém chování pacienta by měl zdravotník předat informaci dalším zdravotníkům, kteří s daným pacientem přichází do styku.
- Alarmní tlačítko by mělo být k dispozici především na pohotovostních ambulancích. Dále by zde měl být více než jeden únikový východ. Pacient by měl být dostatečně vzdálen od věcí, kterými by mohl snadno ublížit sobě či svému okolí.
- Zdravotnický personál by měl být pravidelně vzděláván a školen v této problematice.

- Na daném pracovišti by měl být dokumentovaný postup pro řešení konkrétních situací (například postup při ošetřování neklidného pacienta apod.) (Pokorná et al., 2017).

1. 5 Napadení pacientem

1. 5. 1 Napadení zdravotnického personálu

Dle Stuchlíkové (2007) je napadení některého člena zdravotnického personálu definováno jako použití fyzické síly agresivního pacienta na zdravotníka v průběhu plnění pracovních povinností. Ve většině případů bývají napadeny sestry, ale jsou známy i případy, kdy byl agresorem napaden lékař. Napadena fyzicky či psychicky však může být kterákoli osoba ze zdravotnického personálu (Stuchlíková, 2007).

Takové napadení může na zdravotnickém personálu zanechat krátkodobé i dlouhodobé následky. Mezi krátkodobé lze zařadit ztrátu jistoty. Takový zdravotník může trpět pocitem viny, psychickým či fyzickým vyčerpáním a ztráta jistoty při komunikaci s pacienty mu může řádně komplikovat zaměstnání. Takové následky mohou být i dlouhodobějšího charakteru. Napadená osoba může mít obavy z dalšího napadení, a to jak v pracovním, tak i v mimopracovním prostředí (Venglářová a Mahrová, 2006). Dle Venglářové a Mahrové (2006) se může rozvinout až posttraumatická stresová choroba.

1. 5. 2 Pomoc po zážitku napadení

Dle Zachárové (2007) může napadený pracovník po události vnímat sebe jako chybujícího a nežádoucí událost chápat jako své vlastní profesionální selhání. Mnohdy se dostaví pocit viny a pochybnosti o tom, jestli případně zvládne další podobnou situaci (Zachárová, 2007). V každém případě by pracovník neměl své pocity držet v sobě a několikrát danou situaci probrat se svými spolupracovníky, kteří by měli svého kolegu podpořit a podržet. Společně by se daný tým měl zamyslet nad preventivními opatřeními a strategiemi tak, aby se snížilo riziko vzniku další podobné nežádoucí události. V případě, že se objeví u napadeného zdravotního pracovníka znaky posttraumatického syndromu, je nutné vyhledat poradenskou či terapeutickou pomoc (Venglářová a Mahrová, 2006). Zdravotníkům může být nápomocná služba Systém

psychosociální intervenční služby neboli zkráceně SPIS. Je to služba, která je tu především pro záchranáře, lékaře, zdravotní sestry, ale i pro svědky nežádoucích událostí, příbuzné či známé, kteří prošli těžkou situací. Tato služba je poskytována vyškolenými zdravotníky a pomáhá, jak již bylo zmíněno, hlavně zdravotníkům po těžké psychické či profesní situaci. Takovou situaci může být například úmrtí člověka a sdělení této skutečnosti rodině nebo jakýkoliv traumatický zážitek a situace, která je pro daného zdravotníka nějakým způsobem obtížná (Humpl, 2019).

Dle Mclaye (2012) je *posttraumatický stresový syndrom*, zkráceně PTSD, běžnou reakcí na abnormální události. Projev tohoto syndromu velice záleží na osobnosti daného člověka, na předchozích problémech a zážitcích a na možnosti podpory u lidí ve svém okolí, tedy na sociálním zázemí (Mclay, 2012). Dle Kryla (2002) je PTSD opožděnou a protražovanou reakcí na situace či události nezvyklé intenzity. Dle Mclaye (2012) se při PTSD každá nepříjemná událost prožitá před traumatem zdá mnohem nepříjemnější a každé budoucí rozhodování má dotýčný spojené s nebezpečím. Často pak volí pouze mezi dvěma zly (Mclay, 2012).

I díky České lékařské komoře se podařilo prosadit zákon, který trestné činy napadení, poškození zdraví nebo dokonce vraždy spáchané na zdravotníkovi postihuje přísnější sazbou, než kdyby tyto činy byly spáchané na jiném občanovi (Jan, 2010). V případě, že se zdravotník stane obětí trestné činnosti například fyzického útoku, může do 1 roku od dané události zvolit postup dle zákona 209/1997 Sb. o poskytování peněžité pomoci obětem trestné činnosti ve znění pozdějších předpisů (Dostal, 2007).

1. 5. 3 *Techniky zklidnění agresivního pacienta*

- Fyzické omezení

Dle zákona 372/2011 Sb. o poskytování zdravotních služeb lze omezit volný pohyb pacienta, pokud bezprostředně ohrožuje svůj život či zdraví nebo je nebezpečný pro své okolí. Vždy však musí nejprve selhat použití mírnějších prostředků a omezení je pouze na dobu, po kterou hrozba nebezpečí trvá (zákon 372/2011 Sb. §39). Tento zákon dále také definuje prostředky k omezení volného pohybu pacienta: *úchop pacienta* zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami, které k tomuto účelu určil poskytovatel zdravotní služby, dále pak omezení pacienta pomocí *kurtů* a *ochranných pásů*, umístění pacienta do *síťového lůžka*, umístění pacienta do *místnosti určené k*

bezpečnému pohybu, omezení pohybu pomocí *ochranné vesty* či *kabátku*, které omezují pohyb horních končetin a dále pak *léky*.

Dle Beera et al. (2005) nejsou omezovací prostředky určené k uklidnění agresivního pacienta, ale pouze k ochraně pacienta a jeho okolí do té doby, než začnou působit léky, tedy psychofarmaka.

- Psychoterapie

Dle Křivohlavého (2002) je v oblasti medicíny pojmem psychoterapie označovaná somaticky orientovaná terapie, jejímž nástrojem k terapeutickému efektu bývá nejčastěji rozhovor. Ve vztahu k agresivnímu pacientovi může mít psycholog významnou roli při určení psychologických činitelů, které mohou vytvářet agresivní jednání pacienta (Beer et al., 2005). Protože agresivní pacienti mohou často trpět psychickým onemocněním, úkolem psychologa či psychiatra je onemocnění odhalit, aby pak dotyčný mohl být léčen přesně dle stanovené diagnózy. Dle publikace Křivohlavého (2002) je pro psychoterapeuty nejdůležitější zjistit v komunikaci s agresivním pacientem jeho emocionální stav, pocity, které u něj vyvolávají hněv, zuřivost a nepochopení. Při terapii pak psychologové využívají různé techniky a metody, aby naučili dotyčného ovládat své emoce, a tím ovládat i své nekontrolovatelné a nežádoucí chování. Snaží se o to, aby dotyční uměli svůj zdroj hněvu, strachu či úzkosti poznat a adekvátně na ně reagovat (Beer et al., 2002). Úspěšnost terapie se však odvíjí jak od schopností a zkušeností daného terapeuta, tak i od ochoty a schopností pacienta vnímat sebe a své prožívání a snažit se aplikovat získané poznání v praxi (Křivohlavý, 2002). Záleží nejen na terapeutovi, ale i na celém kolektivu personálu, který s agresivním pacientem pracuje či přichází do styku. Beer et al. (2005) uvádí, že pokud se kolektiv pracovníků rozhodne, že s agresivním pacientem bude pracovat metodou psychoterapie, je nezbytná podpora vedení se zajištěním veškerých potřebných podmínek pro tuto terapii. Takovýto přístup k pacientovi není vhodný u pacienta, který není ochoten spolupracovat, nebo si není jistý, že dokáže řádně ovládat své emoce (Beer et al., 2002).

- Farmakologická léčba

V některých případech však nestačí psychologický přístup a je nutné kombinovat ho s léky. K tomuto účelu se užívají psychofarmaka, která mají neuronální a antipsychotickou aktivitu (Beer et al., 2005).

1. 5. 4 Léky využívající se při léčbě pacientů s příznaky agrese

Neuroleptika jsou v této oblasti, tedy při léčbě agresivních pacientů, nejčastěji používanými léky (Ewald a Mankopf, 2002). V případě, že pacient dobře spolupracuje, tyto léky potlačují příznaky psychóz a obvykle vrací dotyčného do normálního života (Martínková, 2007). Po zahájení terapie neuroleptiky se antipsychotický účinek většinou dostavuje po určité době latence. Psychotické změny zpočátku trvají a v průběhu týdne ustupují. Terapie neuroleptiky se provádí za pomoci léčiv: fenothiazinů, butyrofenonů a atypických neuroleptik (Lullmann et al., 2012).

Benzodiazepiny jsou látky, které mají široké spektrum účinků. Působí sedativně, navozují spánek, snižují napětí kosterního svalstva, mají anxiolytické účinky a mohou se použít i k navození celkové anestezie (Lüllmann a kol., 2012). Dle Ewalda a Mankopfa (2002) jsou benzodiazepiny v akutních stavech většinou lékem druhé volby. Benzodiazepiny se používají jako hypnotika, v nízkých dávkách uklidňují agresivní či rozčilené pacienty a působí anxiolyticky (Lullmann et al., 2012).

Beta-blokátory se používají k uklidnění agresivního pacienta v případě onemocnění CNS (Ewald a Mankopfa, 2002).

Antileptika jsou podobně jako soli lithia účinnou látkou k redukci agresivního chování (Wehling, 2004).

Soli lithia působí na transmitery v různých částech CNS. Tyto látky se používají při psychózách, především při maniodepresivních stavech, ale jsou účinné i u ostatních pacientů, kteří nemají tuto poruchu diagnostikovanou (Wehling, 2004).

1. 5. 5 Sebeobrana

Dle Rýče a Petrů (2010) pojem sebeobrana označuje soubor znalostí a dovedností, které se uplatňují jak v předcházení útoku na vlastní osobu, tak v ochraně dotyčného před fyzickou či psychickou újmou. Soubor těchto znalostí je tedy určen také k odsunutí negativních jevů útoku na psychiku osoby, která byla napadena (Rýč a Petrů, 2010).

Náchodský (1992) definuje sebeobranu jako jev, při němž se napadený jedinec snaží zabránit jednomu nebo více útočníkům v tom, aby mu způsobili závažné škody, tělesné zranění či dokonce smrt. Dle Náchodského (1992) patří do tohoto pojmu

přípravenost jak po stránce fyzické, psychické, technické a taktické, tak i právní vědomí a morální vlastnosti.

Dle Ďurecha (2000) je sebeobrana činností legální a může být využita každým občanem. Ďurech (2000) uvádí, že při sebeobraně je snahou napadené osoby odvrátit fyzický střet, popřípadě vyřadit útočníka z boje prostředky, které musí být přiměřeny stupni nebezpečí útoku (Ďurech, 2000).

Právo na sebeobranu

Obecně dle Listiny základních práv a svobod (1993) platí, že co není zákonem zakázáno, je občanovi povoleno a nikdo nesmí být nucen činit to, co zákon neukládá.

V České republice jakožto právním státě jsou všechny činnosti, které osoba na území České republiky koná, ohraničeny právem postaveným na principech demokratického státu. Základní lidská práva a svobody jsou v České republice zakotveny a garantovány zákonem 1/1993 Sb. (Ústava České republiky) a zákonem 2/1993 Sb. (Listina základních práv a svobod). Právě Listina základních práv a svobod (1993) se sebeobranou a její realizací úzce souvisí. Občan je oprávněn bránit svá základní lidská práva, jako jsou například právo na lidskou důstojnost, právo na dobrou pověst, právo na ochranu svého jména a samozřejmě i právo na lidský život, který je chráněn již před narozením. S tímto právem souvisí i právo nesmět být mučen či trestán ponižujícím způsobem či zbavením života (Z 2/1993 Sb. - Listina základních práv a svobod).

V případě, že dojde ke konfliktu mezi dvěma jedinci, z nichž alespoň jeden neakceptoval práva druhého, je toto chování vyhodnocené jako trestná činnost a orgány státu jsou povinny konflikt zásahem a donucovacími prostředky přerušit a potrestat (Kuchta, 1999). I stát se však v takových případech musí řídit zákonem a postupovat dle daných právních předpisů (Kuchta, 1999). Dále Kuchta (1999) uvádí, že stát se v některých vymezených případech obrací i na pomoc a aktivitu jednotlivých občanů. Zákon uvádí, že pokud selžou orgány státu při dodržování práv a povinností, je každý občan povinen, pokud je to možné a pokud jedná v zájmu státu a společnosti, odvrátit útok či trestný čin (Kuchta, 1999).

1. 6 Nežádoucí události a jejich hlášení

Dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR číslo 7/2016 se pojmem nežádoucí události (NU) označují okolnosti, které mohly způsobit nebo způsobily poškození pacienta, přičemž tomu mohlo být zabráněno. Poškození pacienta však může být i psychické či socioekonomické. Dle uvedeného Věstníku však může být nežádoucí událostí postižen také sám poskytovatel zdravotních služeb či jeho pracovník. Dále je za nežádoucí událost považováno jakékoliv zhoršení stavu pacienta či poškození pacienta, přičemž zatím není jisté, zda mohlo být tomuto zhoršení nějakým způsobem zabráněno. Věstník dále uvádí, že definici nežádoucích událostí si každý poskytovatel zdravotních služeb může dále doplnit o další události, které jsou v jeho zdravotnickém zařízení jako nežádoucí událost sledovány.

K nežádoucím událostem se dle Pokorné a kol. (2017) řadí také situace nazývané jako "skorochyby" nebo také "téměř dokonaná pochybení" či anglicky "near miss", při kterých byl včas odhalen chybný postup neodpovídající doporučeným postupům, který by následně vedl nebo mohl vést k poškození pacienta či zdravotnických pracovníků.

Dle Filky (2010) se nežádoucí událostí označuje událost, při které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta nebo procedury. Při nežádoucí události neproběhl lékařský nebo ošetrovatelský zásah dle plánu, ošetrovatelských standardů či platných směrnic. Je to jakási odchylka od standardizované péče, v důsledku které došlo k poškození pacienta, zaměstnance nebo jiné osoby či majetku.

Dle Filky (2010) patří mezi nejčastěji hlášené nežádoucí události mimo jiné také neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů. Pokorná (2017) popisuje nežádoucí událost nazvanou chování osob, do které řadí nespolupráci, nepřátelské hrubé chování s nevhodným či vulgárním vyjadřováním a verbální agresí, obtěžování, slovní napadení spojené s urážkami, fyzické napadení či hrozbu napadením, sexuální napadení apod.

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2018 uvádí, že sledovat nežádoucí události ve zdravotnických zařízeních především lůžkové péče vychází z Doporučení Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009. Právně je sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče v ČR aktuálně zakotveno v zákoně 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů), dále pak ve Věstníku MZ č. 16/2015 – Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních

služeb, dále pak Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů a nakonec také Vyhláška č. 373/2017 Sb., o Programu statistických zjišťování na rok 2018, dle které je poskytovatel lůžkové, akutní i následné a dlouhodobé zdravotní péče povinen podávat informace o nežádoucích událostech do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí, a to s platností od 1. 1. 2018 (Pokorná et al., 2019).

Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen zřídit lokální systém sledování nežádoucích událostí, uzpůsobený vlastním potřebám daného zařízení (Pokorná et al., 2019).

Wichsová a Příkryl (2013) uvádějí, že nežádoucí události jsou citlivým tématem právě proto, že ve většině případů jsou tyto události chápány jako pochybení konkrétní osoby než jako chyba systémová. Když se potvrdí nežádoucí událost, měla by se nejdříve analyzovat situace a zjistit proč k ní mohlo dojít. Poté by v ideálním případě měly být navrženy a realizovány změny a opatření, které by pomohly k zamezení opakovatelnosti dané události.

Hlášení nežádoucích událostí

Lokální systémy hlášení nežádoucích událostí jsou záznamy NU na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb (Pokorná et al., 2019). Na základě tohoto lokálního systému lze vytvářet konkrétní strategie a opatření pro zlepšení bezpečí pacientů či jiných osob v daném konkrétním zařízení.

Centrální systém hlášení nežádoucích událostí v ČR eviduje nežádoucí události všech poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče (Pokorná et al., 2019). Na základě toho se dále vytváří například nová doporučení pro prevenci nežádoucích událostí. Do centrálního systému se posílají nežádoucí události až v době jejich vypořádání na lokální úrovni pracoviště. Agregovaná data o NU jsou do centrálního systému předávána jednou ročně (Pokorná et al., 2019).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2. 1 Cíle práce

Cíl diplomové práce: Zmapovat problém násilí a agrese pacientů vůči všeobecným sestřím při výkonu jejich povolání v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Dílčí cíl č. 1: Popsat problematiku agrese pacientů ve zdravotnictví.

Dílčí cíl č. 2: Metodou dotazování zjistit zkušenost dotazovaných sester s agresivním chováním pacientů.

2. 2 Hypotézy

H1: Více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester se v průběhu posledního roku setkala s agresivním chováním pacienta.

H2: Více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

H3: Všeobecné sestry se setkávají s agresivním chováním více u pacientů mužského pohlaví než u pacientů ženského pohlaví.

3 METODIKA

3.1 Použité metody a technika sběru dat

Pro praktickou část této diplomové práce bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Data byla sbírána pomocí vytvořeného dotazníku (viz Příloha č. 1). Dle Olecké a Ivanové (2010) pomocí kvantitativního výzkumu získáme informace od většího počtu jedinců a stanovenou teorii či hypotézu pak můžeme otestováním potvrdit, nebo vyvrátit. Nespornou výhodou kvantitativního výzkumného šetření je jeho vysoká spolehlivost neboli reliabilita. Tato vlastnost vyjadřuje to, že při opakování správně provedeného kvantitativního výzkumu bychom měli získat stejné nebo velice podobné informace a určitě bychom měli dospět ke stejným závěrům (Olecká a Ivanová, 2010).

Předlohou vytvořeného dotazníku byl dotazník Lepiešové (2015). Dotazník Lepiešové byl pro účely této diplomové práce příliš rozsáhlý a složitý. Protože respondenti vyplňovali dotazník ve své pracovní době, bylo nutné tento dotazník zjednodušit a zkrátit tak, aby respondentům nezabíral čas delší než 5 min. Vytvořený dotazník byl poté zkušebně rozdán všeobecným sestřám v nemocnici v Dačicích a byl upraven dle postřehů a připomínek jednotlivých sester. Finální verze dotazníku byla přenesena do online dotazníku SURVIO.COM. Dotazník byl pak pomocí odkazu zpřístupněn na intranetu pro zaměstnance Nemocnice České Budějovice. K vyplnění dotazníku tak měla přístup každá všeobecná sestra českobudějovické nemocnice. Dotazník mohly sestry vyplňovat během měsíce března 2019.

Dotazník byl samozřejmě krátce uveden úvodem, který obsahoval mé jméno jako tazatele, účel použití dotazníku, ubezpečení o anonymitě účastníků a ujištění, že získané informace nebudou nijak zneužity. Úvodem byli respondenti požádáni o spolupráci. Dotazník měl 19 otázek a obsahoval jak otázky uzavřené, tak i polouzavřené. U některých otázek tak mohli respondenti své odpovědi upřesnit či doplnit. Čtyři otázky byly doplňující a odpovídali na ně pouze respondenti, kteří v předchozí otázce zaškrtnuli příslušnou odpověď.

Návratnost dotazníku byla 100 %. Dohromady bylo získáno 329 vyplněných dotazníků. Dva dotazníky vyplnily laborantky, a protože je výzkum zaměřený na zkušenosti všeobecných sester, byly tyto dotazníky vyřazeny. Bylo tedy použito 327 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice pracuje (dle výroční zprávy z roku 2018)

1431 všeobecných sester. Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo 23 % všeobecných sester.

Informace z dotazníků získané od respondentů byly následně zpracovány do tabulek a grafů pomocí programu MS Office Excel.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry zaměstnané v Nemocnici České Budějovice. Jak již bylo zmíněno výše, výzkumu se zúčastnilo 327 všeobecných sester a tedy 23 % z celkového množství zaměstnaných všeobecných sester v Nemocnici České Budějovice. Díky umístění dotazníku na nemocniční intranet, do kterého mají přístup všichni zaměstnanci nemocnice, měla každá všeobecná sestra možnost se výzkumu zúčastnit.

Výzkumu se zúčastnily sestry nejen z lůžkových oddělení, ale i z ambulantních ordinací. Konečné zastoupení všeobecných sester z jednotlivých oddělení či ambulancí je patrné z tabulky č. 1, která je uvedena v praktické části této diplomové práce.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky šetření jsou pro přehlednost prezentovány formou tabulek a grafů, které byly vytvořeny za pomoci tabulkového programu Microsoft Office Excel. Všechny tabulky či grafy jsou náležitě popsány a vysvětleny. V této části diplomové práce jsou uvedeny pouze nejdůležitější informace získané z výzkumu. Další zajímavé informace, získané od respondentů, jsou uvedeny v příloze této práce.

Zastoupení jednotlivých oddělení

Tabulka číslo 1 ukazuje kolik všeobecných sester z jednotlivých oddělení se zúčastnilo výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo nejvíce všeobecných sester z oddělení úrazové chirurgie (8 %), dále pak z oddělení kardiologie (7,3 %), z obou oddělení následné péče (6,4 % a 4,9 %), z chirurgického oddělení (6,1 %) a dětského oddělení (5,8 %). Ostatní oddělení a ambulance mají nižší zastoupení. Účast je názorněji zobrazena v grafu č. 1.

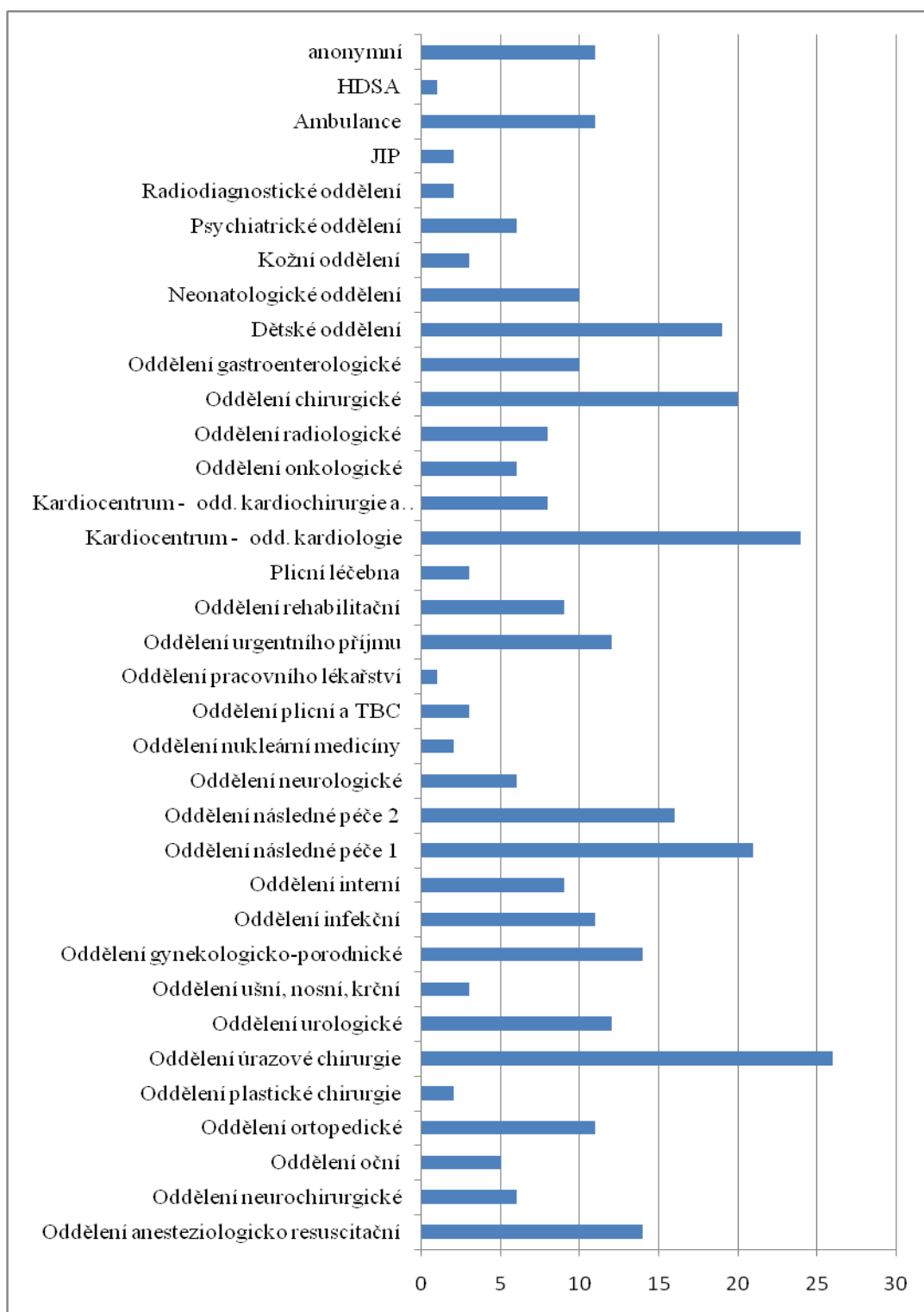
Tabulka č. 1: Zastoupení jednotlivých oddělení

Pracoviště	počet	%
Oddělení anesteziologicko-resuscitační	14	4,3
Oddělení neurochirurgické	6	1,8
Oddělení oční	5	1,5
Oddělení ortopedické	11	3,4
Oddělení plastické chirurgie	2	0,6
Oddělení úrazové chirurgie	26	8,0
Oddělení urologické	12	3,7
Oddělení ušní, nosní, krční	3	0,9
Oddělení gynekologicko-porodnické	14	4,3
Oddělení infekční	11	3,4
Oddělení interní	9	2,8
Oddělení následné péče 1	21	6,4
Oddělení následné péče 2	16	4,9
Oddělení neurologické	6	1,8
Oddělení nukleární medicíny	2	0,6
Oddělení plicní a TBC	3	0,9
Oddělení pracovního lékařství	1	0,3
Oddělení urgentního příjmu	12	3,7
Oddělení rehabilitační	9	2,8

Plicní léčebna	3	0,9
Kardiocentrum – odd. kardiologie	24	7,3
Kardiocentrum – odd. kardiochirurgie a hrudní chirurgie	8	2,4
Oddělení onkologické	6	1,8
Oddělení radiologické	8	2,4
Oddělení chirurgické	20	6,1
Oddělení gastroenterologické	10	3,1
Dětské oddělení	19	5,8
Neonatologické oddělení	10	3,1
Kožní oddělení	3	0,9
Psychiatrické oddělení	6	1,8
Radiodiagnostické oddělení	2	0,6
JIP	2	0,6
Ambulance	11	3,4
HDSA	1	0,3
Anonymní	11	3,4
CELKEM	327	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1: Zastoupení jednotlivých oddělení



Zdroj: Vlastní výzkum

Délka praxe všeobecných sester

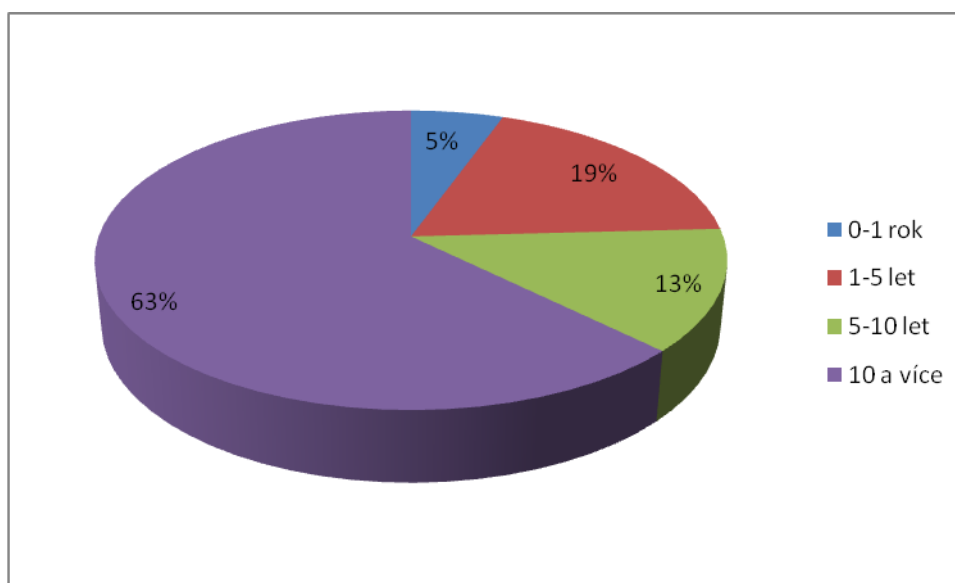
Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry s převážně víceletou zkušeností. 63 % zúčastněných všeobecných sester mělo deseti a víceletou praxi v oboru všeobecné sestry. 13 % respondentů mělo praxi 5 – 10 let, 19 % respondentů 1 – 5 let a 6 % respondentů má praxi všeobecné sestry do 1 roku.

Tabulka č. 2 Délka praxe všeobecných sester

Délka praxe	počet	%
0-1 rok	18	5,5
1-5 let	61	18,7
5-10 let	43	13,1
10 a více	205	62,7

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 Délka praxe všeobecných sester



Zdroj: Vlastní výzkum

Výskyt agresivního chování slovního charakteru

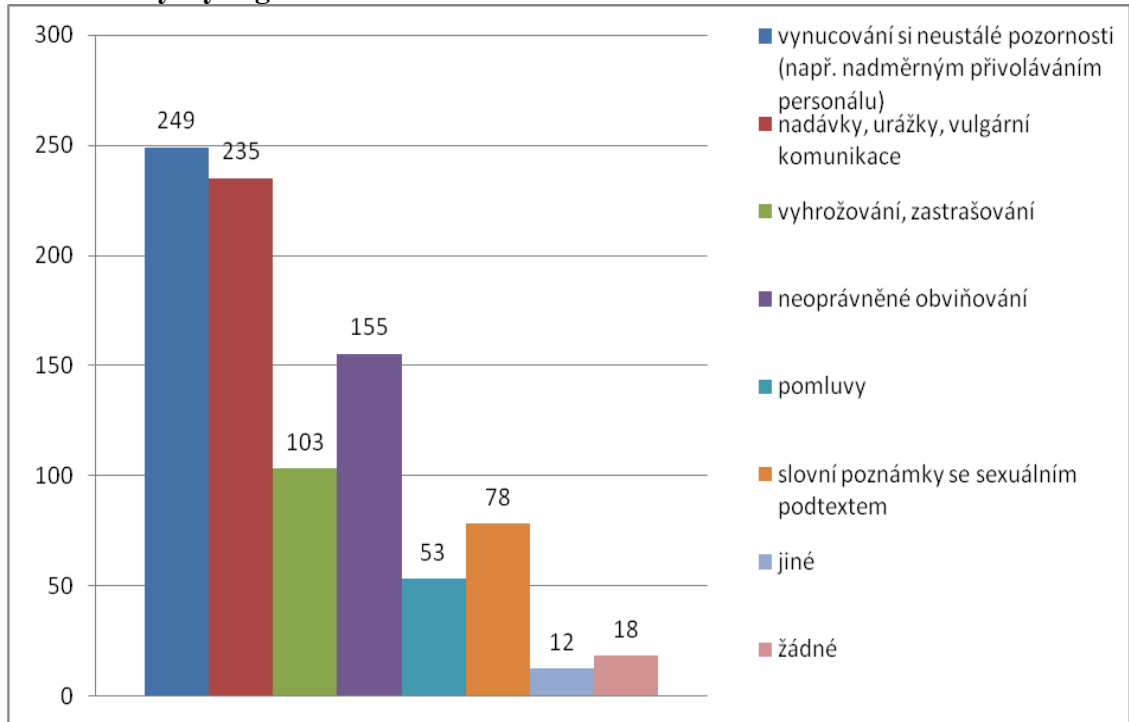
Zde odpovídali respondenti na otázku: S kterým agresivním chováním slovního charakteru jste se v období posledního roku setkal/a? U této otázky bylo možné uvést více odpovědí. Nejvíce všeobecných sester (249) označilo odpověď vynucování si neustálé pozornosti, 235 sester označilo odpověď, podle které se setkaly s nadávkami, urážkami a vulgárním chováním. 103 sester se setkala s vyhrožováním a zastrašováním a 155 sester s neoprávněným obviňováním. Pouze 53 sester se setkala s pomluvami, 78 sester se slovními poznámkami se sexuálním podtextem a 18 všeobecných sester se dle dotazníkového šetření s žádným agresivním chováním slovního charakteru za období posledního roku neseťkalo. 12 všeobecných sester označilo možnost jiné, u které měly možnost vypsát pacientovo chování. 7 z nich u této odpovědi vyzdvihlo fyzické agresivní chování, na které se dotazník ptá v následující otázce. Všechny odpovědi JINÉ z této otázky jsou uvedeny v příloze č. 3.

Tabulka 3 Výskyt agresivního chování slovního charakteru

MOŽNOSTI:	POČET:
vynucování si neustálé pozornosti (např. nadměrným přivoláváním personálu)	249
nadávký, urážky, vulgární komunikace	235
vyhrožování, zastrašování	103
neoprávněné obviňování	155
pomluvy	53
slovní poznámky se sexuálním podtextem	78
jiné	12
žádné	18

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 Výskyt agresivního chování slovního charakteru



Zdroj: Vlastní výzkum

Četnost agresivního chování slovního charakteru

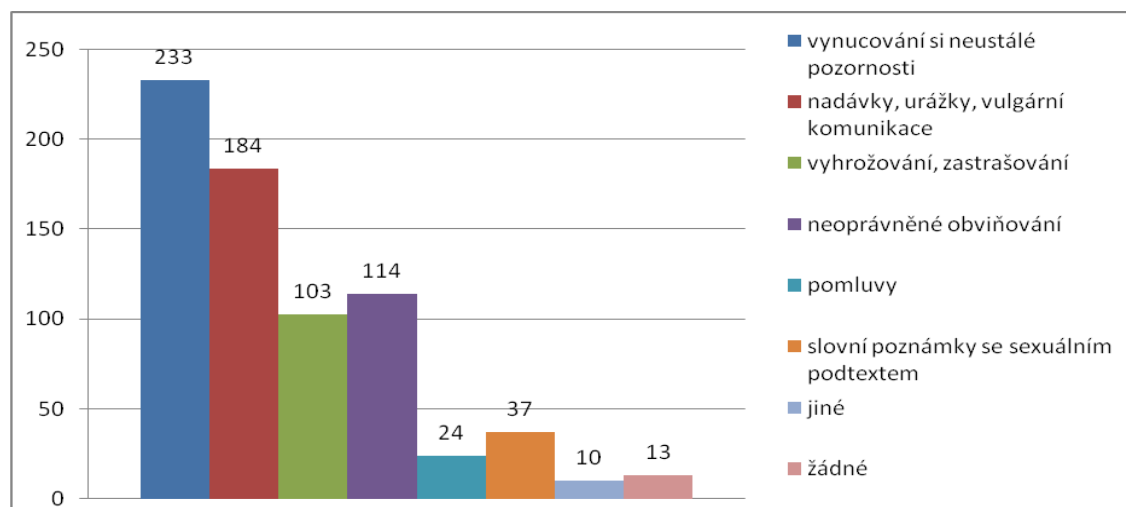
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce nezaškrtnuli možnost žádné. Nejčastěji se všeobecné sestry u pacientů setkávají s vynucováním si neustálé pozornosti (233 všeobecných sester). 184 všeobecných sester se často setkává s nadávkami, urážkami a vulgárním chováním. 103 všeobecných sester se často setkává s vyhrožováním a zastrašováním, 114 sester s neoprávněným obviňováním, 24 sester s pomluvami a 37 se slovními poznámkami se sexuálním podtextem. 10 sester s jinými a 13 s žádným.

Tabulka č. 4 Četnost agresivního chování slovního charakteru

MOŽNOSTI:	POČET:
vynucování si neustálé pozornosti	233
nadávky, urážky, vulgární komunikace	184
vyhrožování, zastrašování	103
neoprávněné obviňování	114
pomluvy	24
slovní poznámky se sexuálním podtextem	37
jiné	10
žádné	13

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf. č. 4 Četnost agresivního chování slovního charakteru



Zdroj: Vlastní výzkum

Výskyt agresivního chování fyzického charakteru

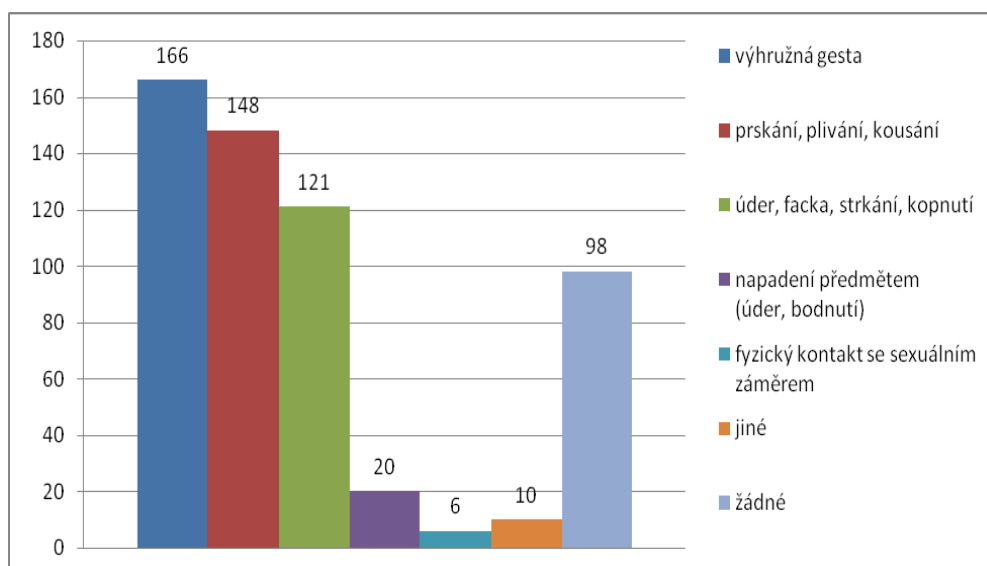
V této otázce byli respondenti dotazováni na výskyt agresivního chování fyzického charakteru u pacientů za období posledního roku. I u této otázky bylo možno označit více odpovědí. 166 všeobecných sester se setkala s výhružnými gesty pacientů. 148 všeobecných sester se setkala s prskáním, pliváním a kousáním. 121 všeobecných sester má za poslední rok zkušenost s úderem, fackou, strkáním či kopnutím od pacienta. 20 sester uvedlo zkušenost s napadením předmětem a 6 sester označilo odpověď fyzický kontakt se sexuálním záměrem. 98 všeobecných sester odpovědělo, že za poslední rok se s žádným agresivním chováním fyzického charakteru neseťkalo. 10 sester označilo možnost jiné, kde mohly vypsát pacientovo chování. Odpovědi u této možnosti jsou uvedeny v příloze č. 3

Tabulka č. 5 Výskyt agresivního chování fyzického charakteru

MOŽNOSTI:	POČET:
výhružná gesta	166
prskání, plivání, kousání	148
úder, facka, strkání, kopnutí	121
napadení předmětem (úder, bodnutí)	20
fyzický kontakt se sexuálním záměrem	6
jiné	10
žádné	98

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 Výskyt agresivního chování fyzického charakteru



Zdroj: Vlastní výzkum

Četnost výskytu agresivního chování fyzického charakteru

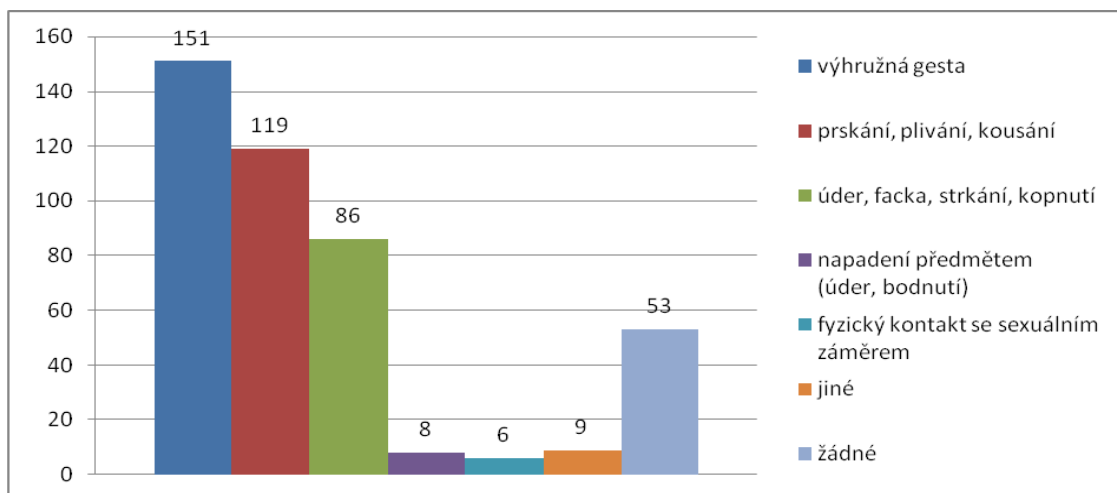
Na tuto otázku odpovídaly pouze sestry, které nezaškrtnuly v předchozí otázce odpověď žádná. S výhrůžnými gesty se setkává často 151 všeobecných sester. 119 všeobecných sester se setkává často s prskáním, pliváním a kousáním. 86 všeobecných sester uvedlo, že se často setkávají s úderem, fackou, strkáním, kopáním. Napadení předmětem je časté pro 8 všeobecných sester a 6 sester uvedlo časté setkání s fyzickým kontaktem se sexuálním záměrem.

Tabulka č. 6 Četnost výskytu agresivního chování fyzického charakteru

MOŽNOSTI	POČET
výhrůžná gesta	151
prskání, plivání, kousání	119
úder, facka, strkání, kopnutí	86
napadení předmětem (úder, bodnutí)	8
fyzický kontakt se sexuálním záměrem	6
Jiné	9
Žádné	53

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 Četnost výskytu agresivního chování fyzického charakteru



Zdroj: Vlastní výzkum

Výskyt agresivního chování u mužů a žen

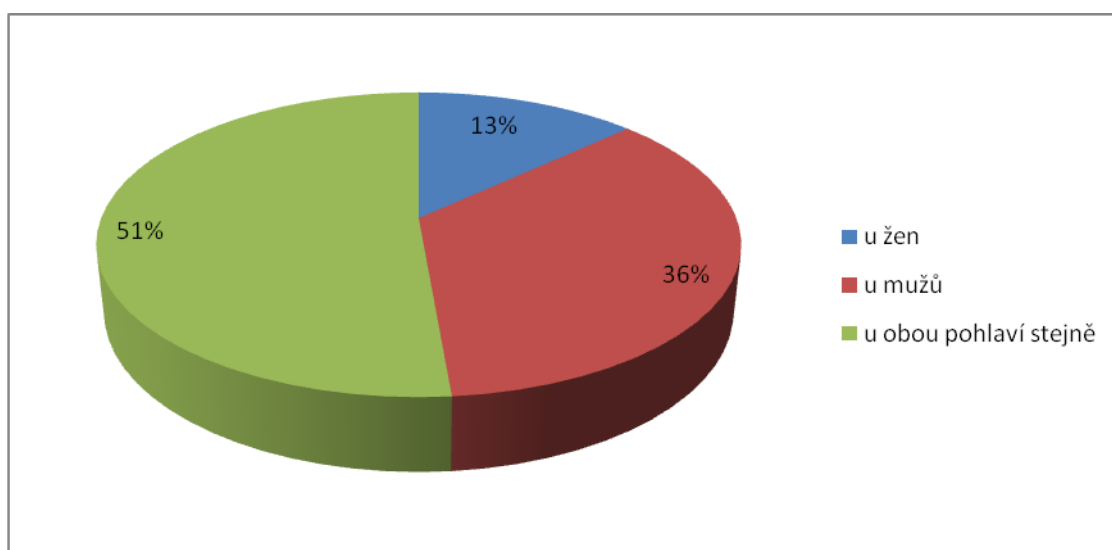
Touto otázkou byl zjišťován rozdíl výskytu agresivního chování u mužů a u žen, tedy zda všeobecné sestry pozorují výskyt agresivního chování u jednoho pohlaví více než u druhého, nebo zda rozdíl nepozorují. 13,1 % dotazovaných sester označilo odpověď první, tedy že výskyt agresivního chování pozoruje častěji u žen. 35,5 % z dotazovaných pozoruje častější výskyt agresivního chování u mužů a 51,4 % respondentů rozdíl nepozoruje.

Tabulka č. 7 Výskyt agresivního chování u mužů a žen

MOŽNOSTI	POČET	%
u žen	43	13,1
u mužů	116	35,5
u obou pohlaví stejně	168	51,4

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 Výskyt agresivního chování u mužů a žen



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější setkání s agresivním chováním pacienta

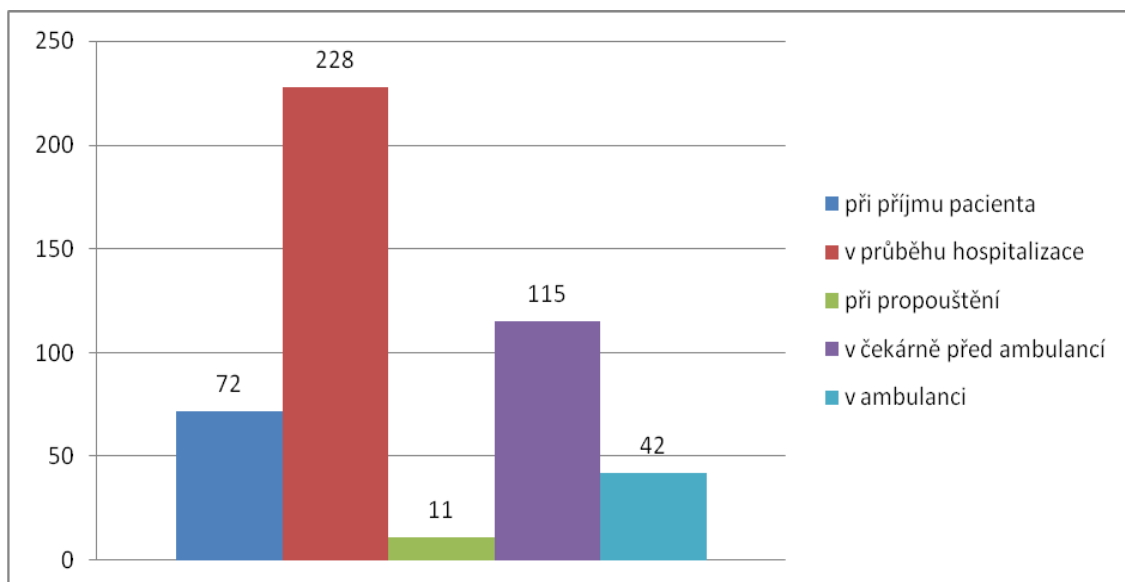
I v této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Nejvíce všeobecných sester se s agresivním chováním u pacientů setkává v průběhu hospitalizace – 228 respondentů, v čekárně před ambulancí se s agresivním chováním setkává 115 respondentů, při příjmu pacienta 72 respondentů, v ambulanci 42 respondentů a při propouštění se často s agresivním chováním setkává 11 respondentů.

Tabulka č. 8 Nejčastější setkání s agresivním chováním pacienta

MOŽNOSTI	POČET
při příjmu pacienta	72
v průběhu hospitalizace	228
při propouštění	11
v čekárně před ambulancí	115
v ambulanci	42

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8 Nejčastější setkání s agresivním chováním pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Možné důvody agresivního chování pacienta

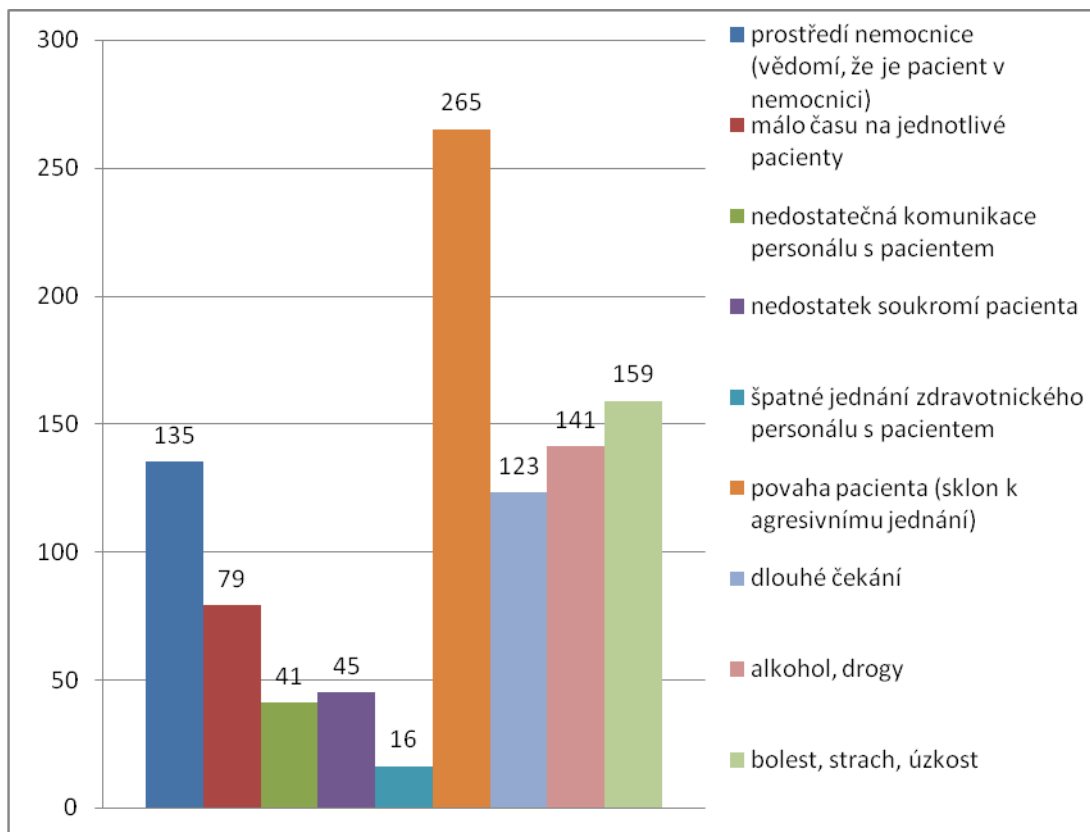
V této otázce byli respondenti dotazováni na možné důvody agresivního chování pacienta z jejich pohledu. I zde měli respondenti možnost více odpovědí. Nejvíce všeobecných sester označilo za důvod agresivního chování pacienta jeho povahu (265 respondentů). Druhým nejčastěji uváděným důvodem respondentů byla bolest, strach a úzkost pacientů (159 odpovědí). 141 všeobecných sester zdůrazňuje jako možný důvod alkohol a drogy. 135 všeobecných sester označilo jako možný důvod prostředí nemocnice. 79 všeobecných sester si myslí, že možným důvodem agresivního chování je málo času na jednotlivé pacienty, 45 sester označuje důvodem nedostatek soukromí pacienta a 41 všeobecných sester označilo možným důvodem nedostatečnou komunikaci personálu s pacientem. Pouze 16 všeobecných sester uvedlo jako možný důvod agresivního chování pacienta špatné jednání zdravotnického personálu s pacientem.

Tabulka č. 9 Možné důvody agresivního chování pacienta

MOŽNOSTI:	POČET:
prostředí nemocnice (vědomí, že je pacient v nemocnici)	135
málo času na jednotlivé pacienty	79
nedostatečná komunikace personálu s pacientem	41
nedostatek soukromí pacienta	45
špatné jednání zdravotnického personálu s pacientem	16
povaha pacienta (sklon k agresivnímu jednání)	265
dlouhé čekání	123
alkohol, drogy	141
bolest, strach, úzkost	159

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 Možné důvody agresivního chování pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Agrese z pohledu všeobecné sestry

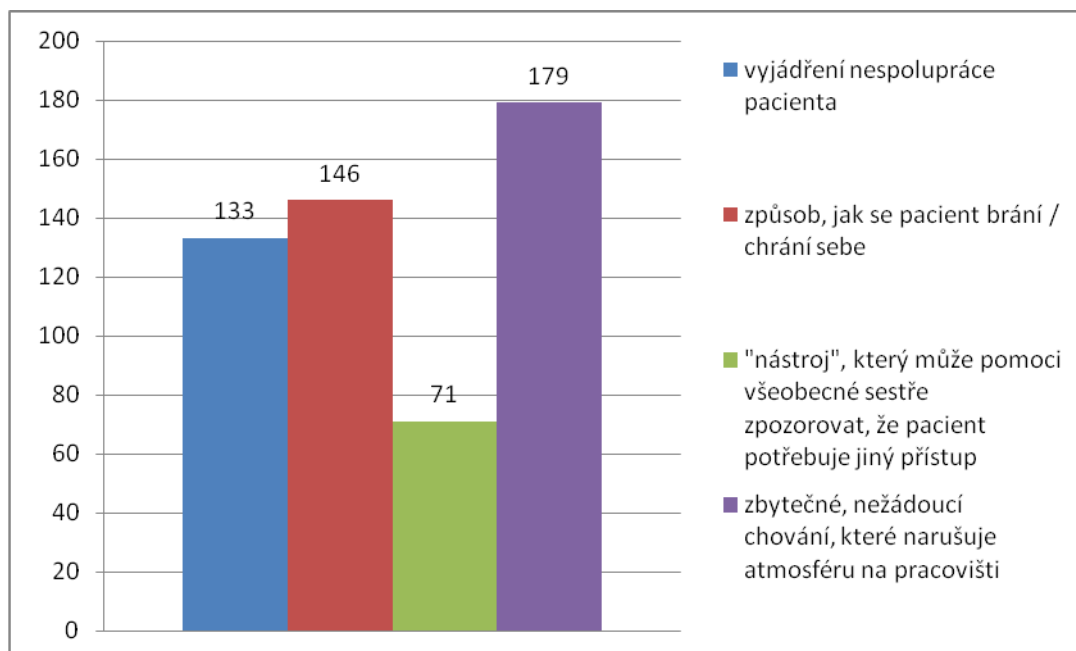
U této otázky respondenti odpovídali na otázku, co je dle jejich pohledu agrese. Nejvíce všeobecných sester, tedy 179 respondentů, odpovědělo, že agrese je zbytečné, nežádoucí chování, které narušuje atmosféru na pracovišti. 71 sester zaškrtno možnost, že agrese může být ale také nástrojem, který může pomoci všeobecné sestře zpozorovat, že pacient potřebuje jiný přístup.

Tabulka č. 10 Agrese je dle všeobecných sester

MOŽNOSTI	POČET
vyjádření nespolupráce pacienta	133
způsob, jak se pacient brání / chrání sebe	146
"nástroj", který může pomoci všeobecné sestře zpozorovat, že pacient potřebuje jiný přístup	71
zbytečné, nežádoucí chování, které narušuje atmosféru na pracovišti	179

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10 Agrese je dle všeobecných sester



Zdroj: Vlastní výzkum

Nutnost pomoci při agresivním chování pacienta

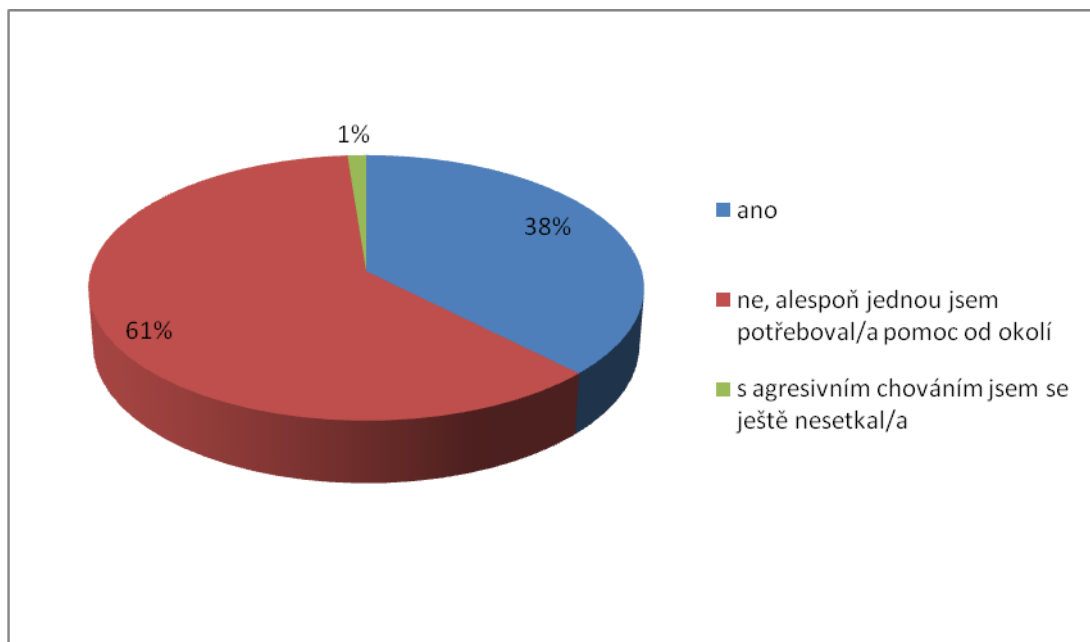
V této otázce byli respondenti dotazováni, zda vždy zvládli situaci s agresivním chováním sami, nebo zda potřebovali pomoc od okolí. 4 respondenti se ještě s agresivním chováním pacienta nesetkali. 123 respondentů si s agresivním chováním pacienta poradilo samo a 200 respondentů alespoň jednou potřebovalo pomoc od ostatních.

Tabulka č. 11 Nutnost pomoci při agresivním chování pacienta

MOŽNOSTI	POČET	%
ano	123	37,6
ne, alespoň jednou jsem potřeboval/a pomoc od okolí	200	61,2
s agresivním chováním jsem se ještě nesetkal/a	4	1,2

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 Nutnost pomoci při agresivním chování pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

Možnost předejití agresivnímu chování pacientů

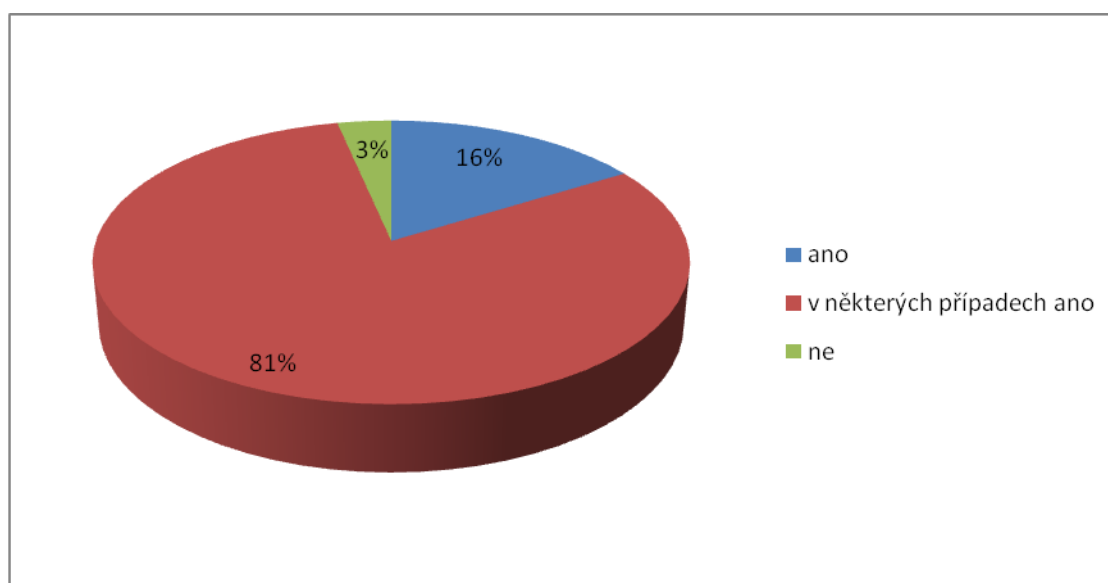
V této části byli respondenti dotazováni na možné předejití agresivního chování pacienta. 16,2 % respondentů odpovědělo, že je možné předejít agresivnímu chování pacienta. 80,4 % odpovědělo, že lze předejít agresivnímu chování pacienta pouze v některých případech a 3,4 % z dotazovaných odpovědělo, že agresivnímu chování pacienta dle jejich názoru nelze předejít.

Tabulka č. 12 Možnost předejití agresivnímu chování pacientů

MOŽNOSTI	POČET	%
ano	53	16,2
v některých případech ano	263	80,4
ne	11	3,4

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12 Možnost předejití agresivnímu chování pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum

Dostatečné školení zdravotnického personálu v předcházení konfliktním situacím a v komunikaci s agresivním pacientem z pohledu personálu

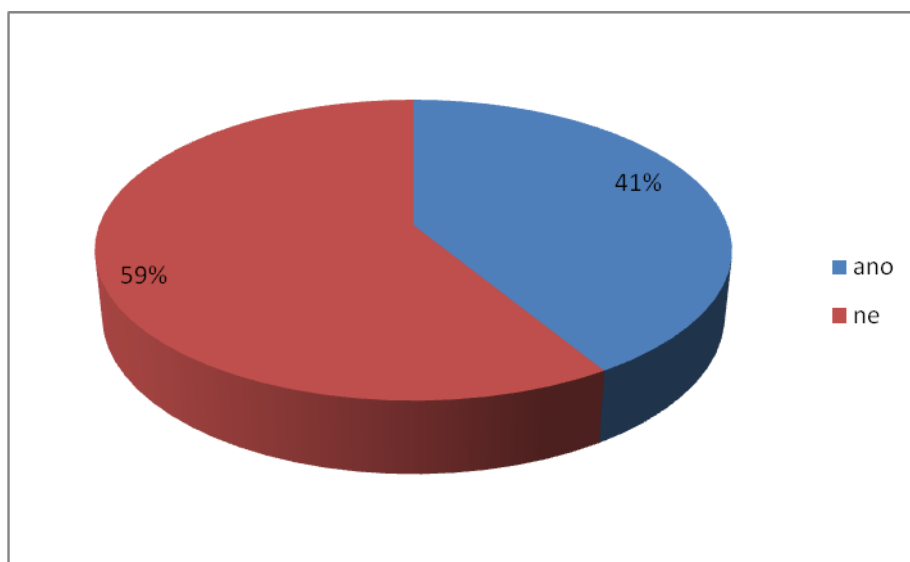
Respondenti byli dotazováni na to, zda se cítí být dostatečně proškoleni v komunikaci s agresivním pacientem a v předcházení konfliktním situacím. 41 % všeobecných sester odpovědělo kladně, tedy že jsou dostatečně školeni, a 59 % cítí deficit v proškolení v této oblasti.

Tabulka č. 13 Dostatečné školení zdravotnického personálu v předcházení konfliktním situacím a v komunikaci s agresivním pacientem z pohledu personálu

MOŽNOSTI	POČET	%
ano	136	41
ne	193	59

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 Dostatečné školení zdravotnického personálu v předcházení konfliktním situacím a v komunikaci s agresivním pacientem z pohledu personálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Zájem respondentů o školení (školení o komunikaci s konfliktním pacientem, předcházení konfliktním situacím)

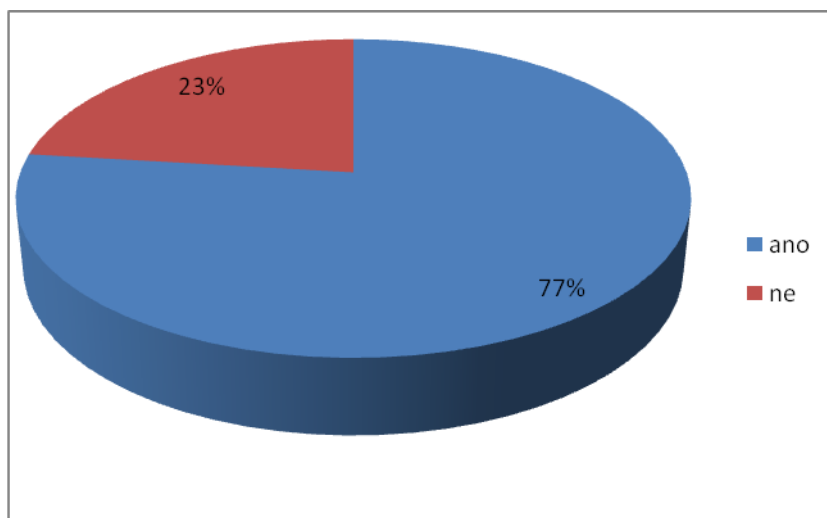
V této otázce byl zkoumán případný zájem všeobecných sester o školení, které by se týkalo předcházení konfliktním situacím, komunikaci s agresivním pacientem apod. 77 % respondentů odpovědělo kladně, tedy že by školení týkající se této oblasti uvítalo. 23 % respondentů by zájem o školení nemělo.

Tabulka č. 14 Zájem respondentů o školení (školení o komunikaci s konfliktním pacientem, předcházení konfliktním situacím)

MOŽNOSTI	POČET	%
ano	253	77
ne	76	23

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 Zájem respondentů o školení (školení o komunikaci s konfliktním pacientem, předcházení konfliktním situacím)



Zdroj: Vlastní výzkum

Hlášení agresivního chování pacienta jako nežádoucí událost

Respondenti byli dotazováni, zda někdy hlásili agresivní chování jako nežádoucí událost. 74 % dotazovaných uvedlo, že nehlásilo. 26 % dotazovaných hlásilo agresivní chování jako nežádoucí událost.

Ti, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, mohli dále v následující otázce popsat pacientovo chování, které bylo hlášené jako nežádoucí událost. Odpovědi všeobecných sester jsou uvedeny v Příloze č. 4.

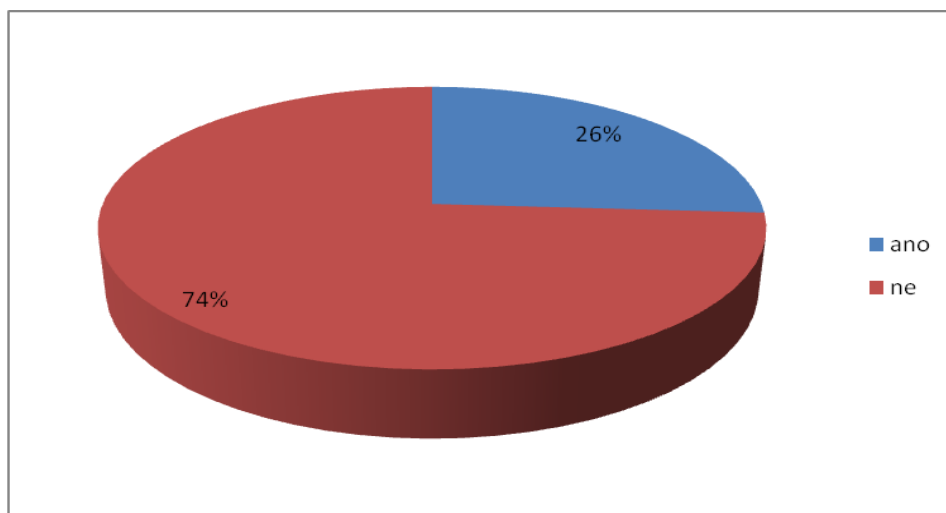
Ti, kteří naopak odpověděli záporně, odpovídali na otázku: Z jakého důvodu jste agresivní chování nehlásil/a jako nežádoucí událost? Odpovědi na tuto otázku jsou uvedeny v Příloze č. 4.

Tabulka č. 15 Hlášení agresivního chování pacienta jako nežádoucí událost

MOŽNOSTI	POČET	%
ano	85	26
ne	242	74

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15 Hlášení agresivního chování pacienta jako nežádoucí událost



Zdroj: Vlastní výzkum

Účinné řešení agresivního chování na pracovišti

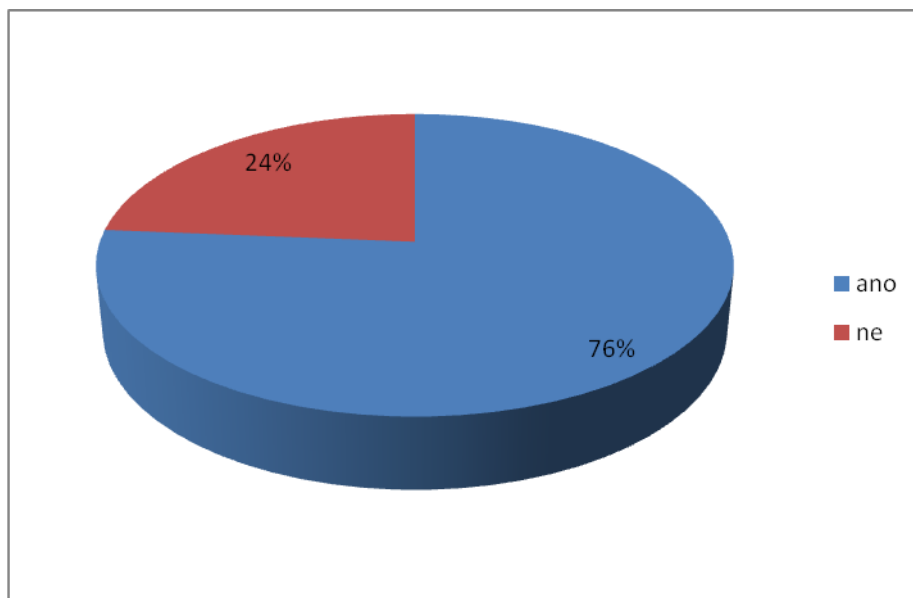
76 % dotazovaných respondentů je spokojeno s opatřeními, která jsou zavedena na jejich oddělení z hlediska prevence a řešení agresivního chování pacienta. 24 % respondentů si myslí, že otázka agresivního chování pacientů na pracovišti účinně řešena není.

Tabulka č. 16 Účinné řešení agresivního chování na pracovišti

MOŽNOSTI	POČET	%
Ano	249	76
Ne	78	24

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 Účinné řešení agresivního chování na pracovišti



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna či opatření na pracovišti z hlediska předcházení agresivního chování pacienta

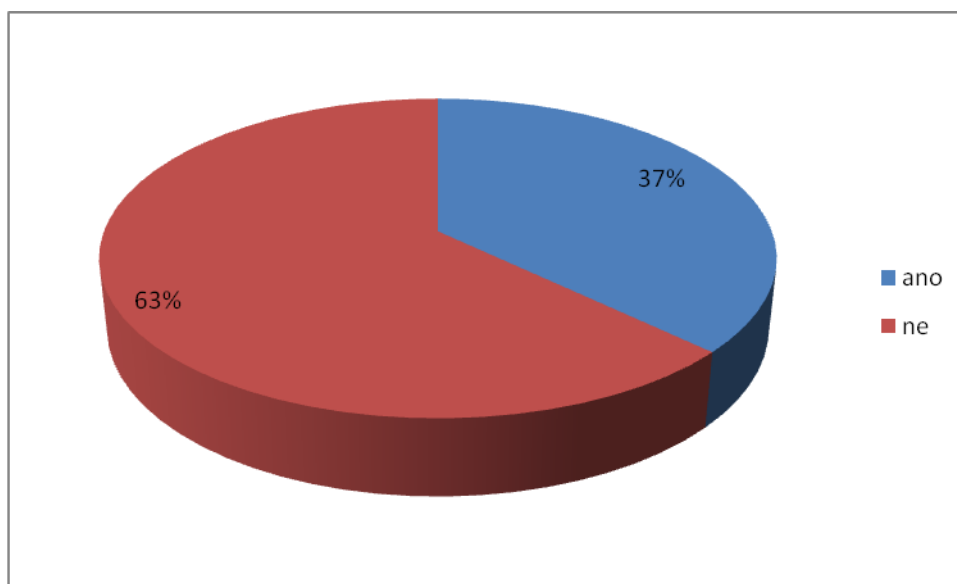
Zde byli respondenti dotazováni na to, co by na jejich pracovišti změnili, aby se lépe předcházelo agresivnímu chování pacientů či aby byla lépe zvládána případná konfliktní situace. 63 % dotazovaných odpovědělo, že není nic, co by změnili. 37 % dotazovaných odpovědělo, že by rádi něco změnili. Tato otázka byla polouzavřená, a proto respondenti mohli své nápady a připomínky přímo napsat. Pod grafem jsou uvedeny jednotlivé odpovědi respondentů, kteří svou odpověď ANO dále rozepsali.

Tabulka č. 17 Změna či opatření na pracovišti z hlediska předcházení agresivního chování pacienta

MOŽNOSTI	POČET	%
Ano	122	37
Ne	205	63

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17 Změna či opatření na pracovišti z hlediska předcházení agresivního chování pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 18 Doslovné odpovědi respondentů, kteří odpověděli ANO na otázku:
Existuje něco, co byste změnila na Vašem oddělení, co byste změnil/a, aby se lépe
předcházelo agresivnímu chování pacienta?**

"spolupráce s lékařem, který ve většině případů může pacienta zklidnit léky, ale naopak ani pacienta nemusí hospitalizovat, protože to jeho zdravotní stav nevyžaduje"
"soukromí pro pacienty, prostor pro sestry (sesterna), nedostatečná předoperační informovanost pacientů o pooperačním průběhu (aktualizace brožury)"
"Aby doprovod k ambulancím čekal za dveřmi. A dále některé pacientky mívají i 10 návštěv najednou.. omezit, redukovat, prostřídat.. O COŽ SE SNAŽÍME..."
"lepší spolupráce s lékaři, lepší spolupráce s PČR, více ochranných pomůcek, možnost ostrahy na odd., nepřijímat pacienty tohoto typu na běžné oddělení"
"V nemocniční lékárně by bylo vhodné pořadové číslo, kdy pacient přijde na řadu, aby se pacienti nehádali, kdo přišel dřív apod., je to zbytečné."
"Bylo by dobré, aby jsme měli přímo v naší budově pověřeného člověka (ochranku), který by mohl kdykoli přijít a hlavně hned. Občas jde o vteřiny."
"Regulovat přítomnost doprovodů, kteří s pacienty do nemocnice míří a bývají více agresivní, nervózní a nepříjemní v jednání než samotní pacienti."
"u konfliktních pacientů neustupovat jejich požadavkům z důvodu, že se nechtějí lékaři s nimi dohadovat a psát nežádoucí událost, trvat si na svém"
"neustálá přítomnost pracovníka ostrahy v noci a o víkendech, více možností omezení pacienta z důvodu předejití úrazu personálu a jiných pacientů"
"Je velice těžké dobře odpovědět. Chyba je v pohledu spol. na práci a společenské postavení sestry=služba " mám právo, platím daně a pojištění""
"Ano, pacienti by si měli uvědomit, že mají i nějaké povinnosti a ne jenom práva. Rozvěsila bych cedule, že slušnost je základ dobrého vychování."
"Navýšení míst protialkoholní záchytné stanice. Zjednodušení dokumentace při užití om. prostředků. Lepší dotazník k vyhodnocení problematiky."
"Změnila bych to, aby na naše odd. nebyli přijímáni opilý pacienti nebo pod vlivem drog, jen z důvodu, že není místo na záchytné stanici"
"ano, pacienti se musí lépe edukovat o své nemoci, vědět proč určité vyšetření potřebují, jak je důležité, jaké jsou čekací doby a proč."
"Sanitář na oddělení přítomen v noci i o víkendu, drogově závislí pacienti s HIV a Hepatitidou C nejsou pro 1 sestru zrovna bezpeční"
"dostatek prostoru, větší soukromí nemocných a hlavně dostatek času na vyjádření potřeb nemocného a na jejich realizaci"
"Někdy agrese souvisí s dg. pacienta, tudíž nelze ovlivnit, větší spolupráce s obvodním psychiatrem pacienta nebo OL."

"pacienti vnímají zdravotníka jako sluhu; větší podpora ze strany vedení nemocnice v případě řešení sporů a stížností"
"včasná medikace, více sanitářů na odd. (při nočních směnách má i tři oddělení najednou a často tak není k dispozici."
"více ambulancí, personálu, dodržování objednávání pacientů, a aby pacienti měli doporučení od praktického lékaře"
"Čekací doby na ambulancích při příjmu a propuštění pacienta, více zastání pro personál ze strany lékařů a vedení"
"omezení příjmů do klecového lůžka v době plné záchytné stanice, tito pacienti výrazně omezují chod oddělení JIP"
"sama nevím, obecně se vytrácí slušnost, úcta, pokora... arogantní chování vůči sestřím je na denním pořádku"
"aby byla dána jasná pravidla: pacient přichází do nemocnice se léčit, a ne na dovolenou a ne do hotelu."
"Bylo by třeba zlepšit systém chodu oddělení, aby pacienti nebyli nuceni čekat na ozáření i několik hodin"
"Vyšší počet lůžek na protialkoholní stanici, možnost uložení pac. na box či mimo hlavní místnost JIP"
"objednávat pacienty k ambulantním výkonům tak, aby se nehromadili v čekárnách a byli včas ošetřeni"
"prodloužila bych čekací doby na operaci, v ambulanci bych nechala delší čas na ošetření pacienta."
"včasná prevence u pacientů závislých na alkoholu či jiných látkách, u demenčních pacientů apod."
"Slovní vulgarita by byla řešitelná nahráváním verbální komunikace (sestra-pacient-příbuzní)."
"přístup k těmto pacientům, a zvážení překladu na psychiatrické oddělení ke zvážení zaléčení"
"bohužel přístup pacientek, které nás sestry vidí pouze jako služky, se změnit takto nedá"
"účinnější komunikace, dostatečné personální zastoupení - zejména nižšího zdravotnického"
"Dostatečné informování pacientů, co se s nimi bude dělat, přístup personálu k pacientům"
"více personálu, více mužského personálu, velice přísné trestání agresivních pacientů"
"přijímání opilých pacientů, kteří nejeví známky traumatu a je pouze suplována PZS"
"větší spolupráce s policií při kontaktu a zajištění pacienta a při převozu na PZS"
"aby jsme takového pacienta mohli vykázat pryč pokud se nebude chovat normálně"
"více personálu na tak veliký nápor pacientů jak v ambulanci, tak hospitalizaci"
"pořadová čísla, a cedule na dveře ambulance, že pořadí pacientů určuje lékař"

"Více mužů do směn a včasný transport pacientů v ebrietě na záchranné stanice"
"více důvěry personálu pokud hlásí agresivní chování pac. nemá vždy pravdu"
"Zlepšení komunikace personálu s pacienty a mít více času s nimi hovořit"
"stačilo by, aby byla i u zaměstnanců dodržována lidská práva a zákon ČR"
"dobře odebraná anamnéza, podchycení závislostí a jejich včasná léčba"
"stálá přítomnost ochranky, mají mnohem větší respekt než sestra..."
"Vchod do budovy by kontrolovala ochranka a procházela čekárnou."
"Rychlejší práce lékařů, ochota personálu vyslechnout pacienta"
"více času na pacienta - vysvětlit mu co ho čeká při léčbě -"
"vždy je to individuální přístup jak pacienta tak personálu"
"méně pacientů na pokojích, více personálu, muž na pracovišti"
"vylovení těchto pac. z léčebného procesu v naší nemocnici"
"více jednolůžkových pokojů, kratší čekací doba na příjem"
"pacienti ví, co si mohou dovořit, že jim nikdo nic neudělá"
"VÍCE PERSONÁLU VÍCE AKTIVIT NENÍ PRO PAC. ŽÁDNÉ ZABAVENÍ"
"klienti si mohou dovořit "vše", jen aby si nestěžovali"
"tyto pacienty bez ohrožení života bych neošetřovala"
"více času na pacienta, kratší čekací doby v čekárně"
"školení, jak se chovat k agresivnímu pacientovi"
"Více personálu, aby se předešlo dlouhému čekání"
"ochranka trvale, pacient nesmí mít vždy pravdu"
"utlumení agresivního pacienta ihned po přijetí"
"případné řešení lékaře s agresivním pacientem"
"Lepší kamerový systém, pomoc sanitáře, pomůcky"
"více pomocného personálu mužského pohlaví"
"zlepšit spolupráci mezi lékařem a sestrou"
"sestra by měla mít zastání v nadřízených"
"více zdr. personálu, více času na pacienta"
"Zavedla bych větší bezpečnostní opatření"
"vhodná medikace a komunikace s lékaři"
"Zlepšit komunikační dovednosti sester"
"ano, ale není to vhodné k publikování"
"dostatek času, personálu, ochranka"
"větší soulad vyšetření a výkonu"
"větší možnost sestry se bránit"
"VÝBĚR PACIENTŮ, VÍCE PERSONÁLU"
"nepřetížený spokojený personál"
"pomoc ochranky či PČR, sanitáře"
"zastání od lékařů ev. primáře"

"chování pacienta nelze změnit"
"větší ochranu personálu, práva"
"ochranka trvale na ambulanci"
"přístup nadřízených a lékařů"
"lepší spolupráce s policií"
"preventivně podávat léky"
"přístup některých sester"
"včasné podání medikace"
"Lepší edukace pacienta"
"Proškolení personálu."
"více času na pacienty" (2x)
"výchova populace..."
"myslím, že to nelze"
"tlumení pacienta" (2x)
"kurzy komunikace"
"čekání pacientů"
"včasná medikace"
"více personálu, více kurtů"
"více pomocného personálu"
více (dostatek) personálu (13x)"
"nevím přesně" (2x)
"vybavenost..."
"proškolení"
"medikace"
"nevím"
"čas"

4. 2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Pro výzkum této diplomové práce byly vytvořeny 3 hypotézy (H1 – H3). Hypotézy byly následně testovány. Na hodnocení podílu byl použit Z test. Stanovená hladina významnosti, se kterou jsme srovnávali výsledek testu, byla 5 %.

Testování hypotézy H1: Více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester se v průběhu posledního roku setkala s agresivním chováním pacienta.

VŠEOBECNÉ SESTRY	POČET	%
Setkaly se s agresivním chováním pacienta	312	95
Nesetkaly se s agresivním chováním pacienta	15	5
Celkem	327	100

Zdroj vlastní výzkum

Z 327 respondentů se 312 (95,4 %) setkala v průběhu posledního roku s agresivním chováním pacienta. Pouze 15 (4,6 %) respondentů se s agresivním chováním v průběhu posledního roku nesetkala.

Protože je zastoupení jedné skupiny více než 95 %, hypotézu nemá smysl statisticky hodnotit. Můžeme říci, že hypotéza byla správná. Platí tedy tvrzení, že více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester se v průběhu posledního roku setkala s agresivním chováním pacienta.

Testování hypotézy H2: Více jak polovina z dotazovaných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

VŠEOBECNÉ SESTRY	POČET	%
Jsou dostatečně školeny	135	41
Nejsou dostatečně školeny	192	59
Celkem	327	100

H_A: Více jak polovina z dotazovaných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

H_0 : 50 % z dotazovaných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

$H_0 = 50 \%$, $H_A > 50 \%$

střední chyba: 0,028

Z TEST: 3,15

p - 0,08 %

p < 0,1%

Hodnota p je menší než 0,1 % , a proto můžeme potvrdit vytvořenou hypotézu H2 (H_A). Potvrzujeme tím tedy tvrzení, že: Více jak polovina z dotazovaných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem.

Testování hypotézy H3: Všeobecné sestry se setkávají s agresivním chováním více u pacientů mužského pohlaví než u pacientů ženského pohlaví.

AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ	POČET	%
u žen	43	13,1
u mužů	116	35,5
u obou pohlaví stejně	168	51,4
Celkem	327	100

Zdroj: Vlastní výzkum

H_A : Všeobecné sestry se setkávají s agresivním chováním více u pacientů mužského pohlaví než u pacientů ženského pohlaví.

H_0 : Všeobecné sestry se setkávají s agresivním chováním stejně u mužů i u žen.

$H_0 = 50 \%$, $H_A > 50 \%$

střední chyba: 0,040

Z TEST: 5,79

p: 0,0000004 %

p < 0,1%

Hodnota p je menší než 0,1 % , a proto potvrzujeme hypotézu H_A a zamítáme hypotézu H_0 . Potvrzujeme tím tedy tvrzení, že se všeobecné sestry setkávají s

agresivním chováním více u pacientů mužského pohlaví než u pacientů ženského pohlaví.

5 DISKUSE

Problematika agrese a násilí ve zdravotnictví si zaslouží náležitou pozornost už jen kvůli tomu, že přináší problémy a nebezpečí pro personál zdravotnických zařízení. Právě zdravotnictví je dle Pekary (2015) hodnoceno jako jedno z nejpravděpodobnějších prostředí, kde dochází k násilí na pracovišti. Sato et al. (2013) poukazuje na celosvětově vzrůstající tendenci agrese a násilí ve zdravotnických zařízeních a dle Pekary (2015) není výjimkou ani Česká republika.

Tato diplomová práce se zabývá právě agresí, agresivním chováním, konfliktními situacemi, a to především v prostředí nemocnice mezi zdravotnickým personálem a pacientem, konkrétně se zaměřuje na agresivní chování pacientů vůči všeobecným sestřím. Všeobecné sestry jsou totiž dle Lepiešové a Němčkové (2013) nejpočetnější zdravotnický personál, který je v přímém kontaktu s pacientem po delší dobu. Jsou tedy nejvíce vystaveny riziku násilí a agrese od pacienta.

Teoretická část práce je úvodem do problematiky a obsahuje kapitoly Všeobecná sestra a náročnost její profese, Konflikt a konfliktní pacient, Agrese a agresivní chování, Komunikace, Napadení pacientem a Nežádoucí událost a její hlášení. Myslím si, že kapitoly jsou dobrým zdrojem informací především pro všeobecné sestry a širokou veřejnost, která se těmito otázkami zabývá. Teoretická část práce také naplňuje dílčí cíl diplomové práce číslo 1 tím, že mimo jiné popisuje problematiku agrese pacientů ve zdravotnictví.

Druhým dílčím cílem diplomové práce bylo zjistit metodou dotazování zkušenost všeobecných sester s agresivním chováním pacientů. Výzkum byl proveden v Nemocnici České Budějovice. Výsledky mého výzkumu mohu v některých částech porovnávat například s prací Lepiešové et al. (2015), která na toto téma provedla rozsáhlou studii na Slovensku.

Pro účely výzkumu byl vytvořen dotazník pro všeobecné sestry. Dotazník byl vytvořen podle dotazníku Lepiešové (2015), avšak pro účely tohoto výzkumu byl zkrácen a zjednodušen tak, abychom zjistili potřebné informace a vyplňování dotazníku respondentům nezabralo více jak 5 min. Jedním z důvodů tohoto zjednodušení byl i fakt, že ho respondenti vyplňovali ve své pracovní době.

První otázka zjišťovala, na jakém oddělení respondent pracuje. Nejvíce dotazníků vyplnili respondenti z oddělení úrazové chirurgie (8 % respondentů). Dle mého názoru je největší zastoupení dotazníků z úrazové chirurgie právě proto, že výskyt agresivního chování pacienta na tomto oddělení je velmi častý, a proto se o tuto problematiku

personál výrazněji zajímá. Zastoupena však byla téměř všechna oddělení a pracoviště Nemocnice České Budějovice, kde všeobecné sestry pracují. Dohromady se výzkumu zúčastnilo 23 % všeobecných sester ze všech všeobecných sester zaměstnaných v českobudějovické nemocnici.

Dále byli respondenti dotazováni také na délku praxe jako všeobecné sestry. Výzkumu se zúčastnila převážná většina zkušených sester s praxí nad 10 let.

Dle výzkumného šetření se v průběhu poslední roku setkala 94,5 % dotazovaných všeobecných sester s agresivním chováním verbálního charakteru. V porovnání se zkoumanou situací na Slovensku (v období 2014–2015) se s agresivním chováním verbálního charakteru za daný rok setkala 96,8 % (Lepiešová, 2015). S agresivním chováním fyzického charakteru se dle mého výzkumu za poslední rok setkala 70 % všeobecných sester českobudějovické nemocnice. V porovnání s výsledky Lepiešové (2015) ze Slovenska je to o něco méně, na Slovensku se s tělesnou agresivitou setkala 83,3 % sester. V obou případech ale slovní agresivita pacientů převyšuje nad agresivitou fyzickou.

Respondenti mohli v obou případech, jak u výskytu agrese verbální, tak i fyzické, zaškrtnout přímo konkrétní projev agrese pacienta. U agrese slovního charakteru uvedly všeobecné sestry nejčastěji možnost: vynucování si neustálé pozornosti (např. nadměrným přivoláváním personálu) (249 odpovědí), dále pak možnost: nadávky, urážky, vulgární komunikace (235 odpovědí) a na třetím místě možnost: neoprávněné obviňování. 103 respondentů označilo možnost: vyhrožování, zastrasování, 78 odpovědělo: slovní poznámky se sexuálním podtextem a 53 uvedlo: pomluvy. Protože mě zajímalo, zda se všeobecné sestry setkaly ještě s nějakým jiným, třeba i neobvyklým chováním pacienta, které by se dalo zařadit do skupiny agresivního chování slovního charakteru, umožnila jsem respondentům zaškrtnout i možnost JINÉ, kde mohli popsat pacientovo chování. Z těchto odpovědí bych asi poukázala jen na odpověď, která se v dnešním elektronickém světě přímo nabízí, a to "natačení personálu na mobilní telefon". Ostatní odpovědi jsou uvedeny v příloze 3. V následující otázce měly ještě všeobecné sestry možnost zdůraznit agresivní chování, se kterým se setkávají často, a nejvíce sester opět označilo možnost vynucování si neustálé pozornosti.

U agresivního chování fyzického charakteru odpovědělo nejvíce respondentů, že se za poslední rok setkali s výhrůžnými gesty (166 odpovědí), 148 sester se za poslední rok setkala s prskáním, pliváním či pokousáním, 121 respondentů zažilo úder, facku, strkání či kopnutí od pacienta, 20 všeobecných sester bylo napadeno předmětem a 6

sester odpovědělo, že během posledního roku má zkušenost s fyzickým kontaktem se sexuálním záměrem. I zde měly sestry možnost připsat ještě další agresivní chování pacienta (Příloha 4) a v další otázce mohly opět označit agresivní chování fyzického charakteru, se kterým se setkávají často.

Protože v poslední době Nemocnice České Budějovice pozorovala v systému hlášení nežádoucích událostí nárůst hlášení týkajících se problémového chování pacientů, výzkumem jsme potvrzovali hypotézu: Více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester se v průběhu posledního roku setkala s agresivním chováním pacienta. S agresivním chováním pacienta se dle výzkumu setkala 95,4 % dotazovaných všeobecných sester. Můžeme říci, že hypotéza byla správná.

Další otázkou, která byla tímto výzkumem řešená, bylo porovnání výskytu agresivního chování u pacientů mužského a ženského pohlaví z pohledu všeobecných sester. 51,4 % sester uvedlo, že se setkává s agresivním chováním stejně u mužů i u žen. 13,1 % uvedlo častější frekvenci výskytu agrese u žen, 35,5 % u mužů a 51,4 % u obou pohlaví stejně. Výsledky jsme podrobili statistickému testování a potvrdili jsme tím správnost vytvořené hypotézy: "Všeobecné sestry se setkávají s agresivním chováním více u pacientů mužského pohlaví než ženského pohlaví". Větší agresivitu mužů potvrzuje také výsledek výzkumu Hrabákové (2012), dle kterého jsou muži z hlediska přímé fyzické agrese agresivnější než ženy. Tento výsledek je dle mého názoru logický právě i z historického a vývojového hlediska. Muži byli historicky ti, co lovili, bojovali, bránili rodinu a jsou i z konstitučního hlediska na boj mnohem více vybaveni než ženy. I dle zahraničního výzkumu Burtona et al. (2007) muži využívají fyzickou agresi více než ženy. Nutno zdůraznit, že tento fakt však Burton et al. (2007) potvrzuje pouze pro fyzickou agresi.

Dle mého výzkumu se všeobecné sestry setkávají s problémovými pacienty převážně v průběhu hospitalizace než při příjmu či propouštění pacienta z nemocnice a převážně v čekárně před ambulancí než v ambulanci.

Při dotazování na možné důvody agresivního chování pacienta uvedlo 265 sester jako důvod povahu samotného pacienta. Tvrzení, že agrese pacienta záleží na osobnosti pacienta a jeho stavu zastává i Nešpor (2012) a doplňuje, že veliký vliv má i psychické naladění jeho příbuzných. Naopak nejméně krát označily sestry ve výzkumu možnost *špatné jednání zdravotnického personálu s pacientem*. Z toho dle mého názoru vyplývá, že všeobecné sestry se snaží vždy přistupovat k pacientům, jak nejlépe dovedou, a ani u svých kolegů nespatřují chybné chování, které by mohlo být spouštěčem agresivního

přístupu pacienta ke zdravotnickému personálu. Ze zahraničních výzkumů, například ze studie z Jižní Karolíny, je patrné, že se nejčastěji setkávají s agresivními pacienty s poruchou kognice a pacienty pod vlivem alkoholu či drog (Ideker et al., 2011). I v našem výzkumu všeobecné sestry považují alkohol a drogy za významný důvod agresivního chování pacienta. Jako důvod to označilo 141 respondentů z 327. Medley (2013) zase ve svém výzkumu označuje ovlivnění agrese poměrem počtu pacientů a personálu, důvodem je tedy dle mého názoru méně času zdravotnického personálu na jednotlivé pacienty. Tuto možnost v našem výzkumu označilo 79 sester. Mnohem více všeobecných sester označilo možnosti jako: dlouhé čekání (123), prostředí nemocnice (135) nebo bolest, strach a úzkost (159).

V případě, že se respondenti setkali s agresivním chováním pacienta, nás zajímalo, zda se byli vždy schopni sami ubránit, nebo zda alespoň jednou potřebovali pomoc od okolí. 61,2 % sester odpovědělo, že nikdy od okolí pomoc při řešení uvedeného konfliktu nepotřebovalo. 37,6 % alespoň jednou potřebovalo pomoc od okolí. Ubráněním se však nepříjemná situace pro zdravotníka nemusí končit. Dle Pekary (2015) může zdravotník bezprostředně po napadení pacientem zažívat pocit ponižení, psychické vyčerpanosti a obavy z možných následků do budoucna. Často si danou situaci promítá a zjišťuje, co mohl udělat lépe, aby k dané situaci nedošlo.

V Nemocnici České Budějovice jsou také zdravotníci různou měrou školeni na toto téma, a proto byli respondenti dotazováni také na to, zda se cítí dostatečně proškoleni v předcházení konfliktním situacím a v komunikaci s agresivním pacientem. 59 % odpovědělo, že se necítí dostatečně školeni, a 41 % respondentů odpovědělo, že jsou dostatečně školeni. Druhá hypotéza zněla: "Více jak polovina z dotazovaných všeobecných sester vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem." Tato hypotéza byla testováním potvrzena a na základě tohoto výzkumu lze tedy říci, že: Více jak polovina všeobecných sester v Nemocnici v Českých Budějovicích vnímá deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem. Na otázku, zda by respondenti uvítali další školení v této oblasti, odpovědělo 77 % respondentů kladně a 23 % záporně. I z těchto údajů vyplývá pro management nemocnice, že by bylo vhodné se z hlediska školicích akcí na toto téma více zaměřit právě i proto, že by se setkali převážně s kladnou odezvou od zdravotníků.

Dle Pekary (2015) by se události jak verbálního, tak i fyzického násilí, které se odehrávají mezi pacientem a zdravotníkem, měly vždy hlásit. I z hlediska právního je dobře zaznamenaná situace nejlépe i s podpisem svědků dobrý materiál v rukou

právníků, ať už z hlediska obhájce nebo žalobce. V dotazníku odpovídali respondenti na to, zda agresivní chování pacienta za celou dobu své praxe někdy hlásili jako nežádoucí událost. Protože se s agresivním chováním jen za poslední rok setkalo 95 % respondentů a z ostatních otázek dotazníku vyplynulo, že za celou dobu své praxe se s agresivním chováním neseťkali pouze 4 respondenti, lze na základě těchto údajů předpokládat, že převážná většina respondentů by měla mít zkušenost s hlášením nežádoucí události tohoto druhu. Výsledky z odpovědí jsou však jiné. Pouze 26 % respondentů někdy hlásilo agresivní chování jako nežádoucí událost a 74 % respondentů nikdy agresivní chování jako nežádoucí událost nehlásilo. Ti, co odpověděli záporně, byli pak dotazováni na důvod nezaznamenání této události. Nejvíce respondentů označilo možnost: *nepovažoval/a jsem takové chování za tak výrazné a neobvyklé, aby bylo nutné ho zaznamenat* (62,1 %), 15 % uvedlo důvod: *z časového hlediska*. 3,4 % respondentů uvedlo, že se s agresivním chováním ještě neseťkalo. 3,1 % označilo možnost, že o formuláři nežádoucích událostí neví, a 7,6 % respondentů vypsalo jiný důvod. Tyto důvody jsou uvedeny v příloze 4. Z těchto údajů je vidět, že agresivní chování pacienta je opravdu velice častým jevem a že všeobecné sestry jsou z časového hlediska a možná i kvůli složitosti formuláře NÚ (jak některé sestry v dotazníku uvádějí) nuceny zaznamenávat pouze opravdu neobvyklé a závažné chování pacienta. I Pekara (2015) uvádí, že převážná většina napadených událost v současné době nehlásí. I tak je ale problém s chováním pacienta v českobudějovické nemocnici druhou nejčastěji hlášenou nežádoucí událostí v nemocnici, jak je vidět na grafu v příloze 2.

76 % dotazovaných respondentů je spokojeno s opatřením, která jsou zavedená na jejich oddělení, a 24 % ne. Na otázku, zda je něco, co by na svém pracovišti změnili z hlediska předcházení či řešení konfliktů pacienta, odpovědělo NE 62,7 % respondentů a 37,3 % respondentů odpovědělo, že by něco změnilo, a své odpovědi rozepsali (Tabulka č. 17 v praktické části diplomové práce).

6 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou agresivního chování pacientů ve zdravotnictví, a především působením tohoto negativního jevu na všeobecné sestry. V teoretické části jsem se snažila shromáždit veškeré dostupné informace k tématům, která s agresí a agresivním chováním souvisí. Zaměřila jsem se na příčiny a teorie agresivního chování, varovné signály, které mohou takovému chování předcházet, i na vliv pohlaví na agresivní chování jedince. Pozornost jsem v teoretické části věnovala také povolání všeobecné sestry. Jak jsem již v práci uváděla, povolání všeobecná sestra patří pro svůj blízký a častý kontakt s pacientem do skupiny s vysokým rizikem napadení pacientem nebo jeho blízkými. Část kapitoly patřila také nežádoucím událostem, mezi něž jakékoliv rizikové chování pacienta bezpochyby patří, a jejich hlášení.

Vytyčené cíle byly naplněny praktickou částí této práce. Tuto část tvořilo kvantitativní výzkumné šetření, které bylo realizováno pomocí dotazníků. Dotazníky, zaměřené na zjišťování zkušeností s agresivním chováním, vyplňovaly všeobecné sestry českobudějovické nemocnice. Šetření se zúčastnilo 327 všeobecných sester z 1431, tedy téměř 23 %. Pomocí tohoto šetření bylo zjištěno, že se s agresivním chováním pacienta za poslední rok setkalo 95,4 % respondentů. 94,5 % respondentů se u pacientů za poslední rok setkalo s agresivním chováním verbálního charakteru a 70 % respondentů s agresivním chováním fyzického charakteru. Dále bylo zjištěno, že se všeobecné sestry setkávají s agresivním chováním častěji u pacientů mužského pohlaví než ženského pohlaví. Z výzkumu mimo jiné dále také vyplynulo, že by respondenti uvítali více školení v této oblasti, tedy například školení o komunikaci s konfliktním pacientem apod.

Přesto, že by měla být každá nežádoucí událost hlášena do systému Hlášení nežádoucích událostí, výzkum i praxe všeobecných sester ukázaly, že se tomu tak neděje. 74 % respondentů nikdy nehlásilo agresivní chování pacienta jako nežádoucí událost. Respondenti jako nejčastější důvod nehlášení nežádoucí události uvedli, že chování nepovažovali za tak výrazné a neobvyklé, aby bylo nutné ho zaznamenat. Druhou nejčastější odpovědí jako důvod nehlášení nežádoucí události bylo časové hledisko. Z těchto údajů můžeme vidět, že nemocnice nemůže mít zdaleka takový přehled o konfliktním chování pacientů a řešení konfliktních situací s agresivními pacienty, které pravděpodobně denně musí všeobecná sestra na svém pracovišti vyřešit.

První hypotéza byla sestavena na základě toho, že byl v systému hlášení NÚ NCB

zaznamenán zvýšený počet hlášení v sektoru s problémovým chováním pacienta. Na základě výzkumného šetření se potvrdilo, že více jak polovina všeobecných sester se za poslední rok setkala s agresivním chováním pacienta. Statistickým vyhodnocením získaných dat se potvrdila i druhá hypotéza, která ukazuje, že více jak polovina všeobecných sester cítí deficit v proškolení v komunikaci s konfliktním pacientem. Respondenti by uvítali více školení na toto téma. Management nemocnice by tedy mohl tomuto tématu věnovat větší pozornost. Potvrzením třetí hypotézy se ukázalo, že respondenti měli více zkušeností s agresivním chováním u pacientů mužského pohlaví než u pacientů ženského pohlaví.

Agresivní chování pacienta ve zdravotnictví je důležitým aktuálním problémem, na který by se nemělo zapomínat. Tato diplomová práce na to upozorňuje. Pokud se většina zdravotníků musí téměř denně setkávat s konfliktními situacemi a řešit je, je namístě začít se tomuto tématu věnovat a snažit se navrhnout účinná preventivní opatření. I když, jak některé sestry samy ve výzkumu podotkly, záleží hodně na samotných pacientech a společnosti. Ve společnosti by se nemělo zapomínat na náročnost povolání všeobecné sestry. Obecně by si tato profese zasloužila mít lepší postavení a uznání široké veřejnosti.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. AUSTRALIAN COLLEGE OF NURSING, 2015. Nursing in General Practice: A guide for the general practice team. Australian College of Nursing: Canberra. p. 37. ISBN 978-0-9943105-3-8.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 8024711974.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
4. BEER, M. et al., 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
5. Burton, L. et al., 2007. Gender differences in relational and physical aggression. *Social Behavior and Personality: An international journal* [online]. , 35, 41-50. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/1561>
6. BŘEZINOVÁ, J., 2006. Povolání sestra. *Sestra*. 11(6), 57. ISSN 1210- 0404.
7. BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.
8. BOHÁČEK, P., 2008 Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra* [online]. 18 (1). [cit. 2019-03-12], s. 33. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/agresivni-chovani-vuci-zdravotnickemu-personalu340582>.
9. BOHÁČEK, P., 2008. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. 18 (1), s. 33-34. ISSN 1210-0404.
10. DOSTAL, O., 2007. Právní ochrana zdravotníka. *Sestra*. 17, (11), s. 10-11. ISSN 1210-0404.

11. ĎURECH, M., 2000 *Úpoly*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava. 64 s. ISBN 80-223-1381-5.
12. EDELSBERGER, L. et al., 2000. *Defektologický slovník*. 3. vydání. Jinočany: HaH ISBN 80-86022-76-5.
13. EWALD, R., MANKOPF, A., 2002. *Psychiatrie*. Praha: Garda. 446 s. ISBN 80-247-0363-7.
14. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osvěta. ISBN 80-8063-227-8.
15. FILKA, J., 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. Prevence úrazů, otrav a násilí [online]. 2/2010. [cit. 2019-04-15]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/zsf/journals/prevence-urazu-otrav-a-nasilio-old/jednotliva-cisla-podle-rocniku/2010/2-2010/editorial-system-rizeni-nezadoucich-udalosti-full>
16. GUČKOVÁ, M., 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 17(6), 21. ISSN 1210-0404.
17. HARSA et al., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 13 (1): 15–18, [cit. 2019-03-11]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>
18. HARSA, P., TUKOV I., CSÉMY L., 2008. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. *Česká a slovenská psychiatrie*. 104 (8). ISSN: 1212-0383.
19. HARTL, P., HARTLOVÁ H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
20. HARWOOD, R. H., 2017. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *J R Coll Physicians Edinb* [online]. [cit. 2019-05-01]. . 2017, 47 (2), s. 94-101. DOI 10.4997/JRCPE.2017.218. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28675195>
21. HONZÁK, R., 2008. Sestra a problémoví pacienti v čekárně. *Praktikus*. 7 (7/8), s. 52-53. ISSN 1213-8711.

22. HRABÁKOVÁ, M., 2012. Rozdíly v agresi a hostilitě u mužů a žen. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie.
23. HRDLIČKOVÁ, A. 2007. *Úvod do gender studies*. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií. 165 s. ISBN 978-80-86708-41-6.
24. HUMPL, L., 2019. SPIS - Systém Psychosociální Intervenční Služby [online]. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://spis.cz/>
25. IDEKER, K., 2011. A confirmatory study of Violence Risk Assessment Tool (M55) and demographic predictors of patient violence. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, 67 (11) [cit. 2019-04-19], s. 2455-2462. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=5e6b9bf5-52fa45c3-b709-5f56e6929e08%40sessionmgr4002&hid=115>.
26. JAN, M., 2010. *Lékař a právo – Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Garda. str. 320. ISBN 978-80-247-3683-9.
27. JANÁČKOVÁ, L., WEISS P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
28. JANOŠOVÁ, P., 2008. *Dívčí a chlapecká identita: vývoj a úskalí*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2284-9.
29. JOOTUN, D. et al., 2011. Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard* [databáze]. 25 (25), 40-46. DOI nebylo uvedeno.
30. KADUČÁKOVÁ, H., 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011: sborník z mezinárodní konference, které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolickéj univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 299-307. ISBN 978-80-87035-37-5.
31. KALISCH, B., J., et al., 2010. *The Development and Testing of the Nursing Team work Survey*. *Nursing Research* [online]. 59(1), 42–50 [cit. 2019-04-21]. ISSN 1538-9847. Dostupné z:

journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2010/01000/The_Development_and_Testing_of_the_Nursing.7.aspx

32. KARSTEN, H., 2006. *Ženy - muži: [genderové role, jejich původ a vývoj]*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 80-7367-145-x.
33. KELO, J., 2008.. Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra*. 18 (3), s. 23-24. ISSN 1210-0404.
34. KUČHTA, J., 1999. *Nutná obrana*. Brno: Masarykova univerzita. 218 s. ISBN 80-210-2198-5.
35. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 19 (7-8), s. 26-27. ISSN 1210-0404.
36. KRAHULCOVÁ, I., 2009. *Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu pacientovi* [online]. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. [cit. 2018-12-10] Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9002/krahulcov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1
37. KRISTOVÁ, J., 2008. Komunikace sestry s pacientem a s agresivním chováním. *Sestra*. 18 (12), s. 22-23. ISSN 1210-0404.
38. KRYL, M., 2002. Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie ve zkratce*. Psychiatrie pro praxi 2001/1 [online]. [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/01/08.pdf>
39. KRÍT, V., 2007. Jak zvládnout agresi. *Florence*, 3 (7-8), s. 319. ISSN 18001-464X.
40. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 8024701790.
41. KŘIVOHLAVÝ, J., 2008. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-407-6.

42. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
43. KŘÍŽKOVÁ, A. et al., 2006. *Pracovní a rodinné role a jejich kombinace v životě českých rodičů: plány versus realita*. Sociologické studie. Praha: Sociologický ústav AV ČR. 105 s. ISBN 80-7330-112-1.
44. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.
45. LEPIEŠOVÁ, M. et al., 2015. *Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic*. Central European Journal of Nursing and Midwifery [online]. s. 306–312. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: http://periodicals.osu.eu/cejnm/5_88_experience-of-nurses-with-in-patient-aggression-in-the-slovak-republic.html
46. LEPIEŠOVÁ, M., NĚMČEKOVÁ, M., 2013. *Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania*. Sociológia 45, č. 2. [online]. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/05031018Nemcekova%20-%20Lepiesova%20-%20ML%20-%20SD%20-%20OK.pdf>
47. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 974-80-247-1784-5.
48. *Listina základních práv a svobod*. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
49. LÜLLMANN-RAUCH, R., 2012. *Histologie*. Praha: Grada. 576 s. ISBN 978-80-247-3729-4.
50. MARKOVÁ, E. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.
51. MARTÍNEK, Z., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2310-5.

52. MARTÍNKOVÁ, J., 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
53. MEDLEY, D. et al., 2013. An Association Between Occupancy Rates in the Emergency Department and Rates of Violence Toward Staff. *Journal of Emergency Medicine* [online]. 43 (4), [cit. 2013-12-21]. s. 736-744. ISSN 0736-4679. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467911011486>.
54. MCLAY, R. N., 2012. *At war with PTSD: battling post traumatic stress disorder with virtual reality*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 206 p. ISBN 14-214-0593-8.
55. MELLANOVÁ, A. et al., 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 140s. ISBN 978-80-7013-559-4.
56. NÁCHODSKÝ, Z. *Učebnice sebeobrany pro každého*. Praha: Futurama, 1992. 385 s. ISBN 8085523019.
57. Nařízení vlády č.361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, 2007. [online]. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361-4>.
58. NEŠPOR, K., 2012. Takzvaně problémový pacient. Alkoholismus a drogové závislosti: odborný časopis Ministerstva zdravotnictva Slovenskej republiky [online]. [cit. 2019-03-25]. ISSN: 0862-0350 Dostupné z: <http://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-2012-47-3-169-176.pdf>
59. NÖLLKE, M., 2009. *Schlagfertigkeit Trainer*. München: Rudolf Haufe Verlag. ISBN-10: 3448095893.
60. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
61. PEKARA, J., 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha, Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [online]. [cit. 2019-03-21].

Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>

62. PEKURINEN, V. et al., 2017. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings [online]. *International journal of environmental research and public health* vol. 14, 10 1245. DOI: 10.3390/ijerph14101245. [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664746/>
63. PHILLIPS, J., 2016. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*. N Engl J Med 2016, 374:1661-9.

DOI: 10.1056/NEJMra1501998. Copyright © 2016 Massachusetts Medical Society.
64. PLAMÍNEK, J., FRANC, D., 2012. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
65. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 228 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
66. POKORNÁ, A. et al., 2017. Centrální systém hlášení nežádoucích událostí, Metodika Nežádoucí událost, chování osob [online]. verze 01/2017. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/chovani_osob_plna_verze_metodiky\(1\).pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/chovani_osob_plna_verze_metodiky(1).pdf)
67. POKORNÁ, A. et al., 2019. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče [online]. verze 3.0. [cit. 2019-02-20]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Obecna_metodika_sledovani_NU_u_PZS.pdf
68. PONĚŠICKÝ, J., 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Triton. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-378-3.

69. RAPČÍKOVÁ, T. 2008. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. *Sestra*, 18 (5), s. 24. ISSN 1210-0404.
70. RENZETTI, C. M., CURRAN D. J., 2003. *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum. 644 s. ISBN 80-246-0525-2.
71. RICHARDS, H., 2003. Sociology of health and illness. *Volume 25, Issue 1* [online]. p 137-139. [cit 2019-04-03]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.03285>
72. ROZKYDALOVÁ, J., 2014. *Agrese a násilí ve zdravotnickém zařízení, cílena na zdravotnický personál*. Bakalářská práce [online]. Univerzita Palackého v Olomouci. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/to1ku4>
73. RÝČ, B., PETRŮ V., 2010. *Sebeobrana pro ženy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3145-2.
74. SATO, K. et al., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patientes' aggressive behavior. A cross-sectional suvey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. roč. 50, č. 10 [cit. 2019-04-25], s. 1368-1376. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912004397>.
75. STUHLÍKOVÁ, H. Agresivní pacient. *Sestra*, 2007, 17 (11), s. 24. ISSN 1210-0404.
76. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
77. SANSONE, R., SANSONE, L., 2014. Patient Aggression: Is the Clinical Practice Setting Safe?. *Innov Clin Neurosci* [online]. 11(11-12), s 36-40. [cit. 2019-04-05] PMC4301031. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4301031/>
78. ŠLAISOVÁ, I., 2005. Komunikace v ošetrovatelství. 1. díl: Agresivní pacient. *Florence*. 1 (1/2005), s. 23-24. ISSN 1801-464X.

79. ŠLAISOVÁ, I., 2005. Komunikace v ošetrovatelství. *Florence*. 4 (1), s. 23-24. ISSN 18001-464X.
80. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
81. TUTKOVÁ, J., 2007. Komunikace sestry - pacient. *Sestra*. 2007, 17, 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
82. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
83. VALÁŠKOVÁ, D., 2008. Sestra denně stráví v předklonu 96 minut. *Sestra*. Praha: Saníma Magazines. 12 (37-39). ISSN 1212 0404.
84. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestra v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, s. 192. ISBN 978-80-247-3174-2.
85. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-246-1262-8.
86. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-802-4747-323.
87. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011 [online]. [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=55&r=2011>
88. VYSKOČILOVÁ, K., 2003. Ošetrování agresivních a neklidných nemocných. *Sestra*. 13 (12), s. 18. ISSN 1210-0404.
89. VÝROST, J., 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Garda, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
90. WEHLING, M., 2004. *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Garda. 725 s. ISBN 80-247-0836-1.

91. WICHISOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
92. ZACHÁROVÁ, E., 2007. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. 3, (7-8), s. 318. ISSN 18001-464X.
93. ZACHÁROVÁ, E., 2007. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. roč. 3, č. 7-8, s. 318. ISSN 18001-464X.
94. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 11 (10) [cit. 2019-03-12]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>
95. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. s. 288. ISBN 978-80-247-4062-1.
96. ZACHAROVÁ, E. et al., 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.
97. Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi. cz* [online]. [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
98. ZELMAN, M. et al., 2006. Zvládanie akutného psychomotorického nekládu a agresivity pacienta. *Psychiatr pro Praxi* [online]. 7 (4), s. 185-190 [cit. 2018-12-07]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/10.pdf>.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Nežádoucí události za rok 2018 hlášené v NCB

Příloha 3 - Doplnění odpovědí na otázku č. 3 a č. 5

Příloha 4 - Doplnění odpovědí na otázku č. 15

9. SEZNAM ZKRATEK

NCB - Nemocnice České Budějovice

NÚ - nežádoucí událost

Příloha 1 Dotazník

AGRESE PACIENTŮ VŮČI SESTRÁM PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ V NCB

INFORMACE PRO SESTRU

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Lojková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího studia oboru Odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví na ZSF JU. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce, která se zabývá výskytem a předcházením agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestřím. Výsledky výzkumu dále také poslouží managementu Vaší nemocnice. Účast je zcela anonymní.

Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

1) Na kterém oddělení pracujete?

2) Jaká je délka Vaší praxe v povolání všeobecné sestry?

- a) 0 - 1 rok
- b) 1 - 5 let
- c) 5 - 10 let
- d) 10 a více

3) S kterým agresivním chováním slovního charakteru ze strany pacienta jste se v období posledního roku setkal/a?

- a) vynucování si neustálé pozornosti (např. nadměrným přivoláváním personálu)
- b) nadávky, urážky, vulgární komunikace
- c) vyhrožování, zastrašování
- d) neoprávněné obviňování
- e) pomluvy
- f) slovní poznámky se sexuálním podtextem
- g) jiné:
- h) žádné

4) S kterým agresivním chováním slovního charakteru z výše uvedených se setkáváte často?

- a) vynucování si neustálé pozornosti (např. nadměrným přivoláváním personálu)
- b) nadávky, urážky, vulgární komunikace
- c) vyhrožování, zastrašování
- d) neoprávněné obviňování
- e) pomluvy
- f) slovní poznámky se sexuálním podtextem
- g) jiné
- h) žádné

5) S kterým agresivním chováním fyzického charakteru ze strany pacienta jste se v období posledního roku setkal/a?

- a) výhružná gesta
- b) prskání, plivání, kousání
- c) úder, facka, strkání, kopnutí
- d) napadení předmětem (úder, bodnutí)
- e) fyzický kontakt se sexuálním záměrem
- f) jiné:
- g) žádné

6) S kterým agresivním chováním fyzického charakteru z výše uvedených se setkáváte často?

- a) výhružná gesta
- b) prskání, plivání, kousání
- c) úder, facka, strkání, kopnutí
- d) napadení předmětem (úder, bodnutí)
- e) fyzický kontakt se sexuálním záměrem
- f) jiné
- g) žádné

7) U kterého pohlaví se u pacientů setkáváte častěji s agresivním chováním?

- a) u žen
- b) u mužů
- c) u obou pohlaví stejně

8) Kdy se nejčastěji setkáváte s agresivním chováním pacienta?

- a) při příjmu pacienta
- b) v průběhu hospitalizace
- c) při propouštění
- d) v čekárně před ambulancí
- e) v ambulanci

9) Jaké jsou možné důvody agresivního chování pacienta z Vašeho pohledu?

- a) prostředí nemocnice (vědomí, že je pacient v nemocnici)
- b) nedostatečná komunikace personálu s pacientem
- c) nedostatek soukromí pacienta
- d) špatné jednání zdravotnického personálu s pacientem
- e) povaha pacienta (sklon k agresivnímu jednání)
- f) dlouhé čekání
- g) alkohol, drogy
- h) bolest, strach, úzkost

10) Agrese je z Vašeho pohledu:

- a) vyjádření nespolupráce pacienta
- b) způsob, jak se pacient brání / chrání sebe
- c) "nástroj", který může pomoci všeobecné sestře upozorovat, že pacient potřebuje jiný přístup
- d) zbytečné, nežádoucí chování, které narušuje atmosféru na pracovišti

11) Dokázal/a jste si vždy sám/sama poradit s agresivním chováním pacienta?

- a) ano
- b) ne, alespoň jednou jsem potřeboval/a pomoc od okolí
- c) s agresivním chováním jsem se ještě nesetkal/a

12) Je z Vašeho pohledu těžké předejít agresivnímu chování pacienta?

- a) ano
- b) v některých případech ano
- c) ne

**13) Jste z Vašeho pohledu dostatečně školeni o možnostech předcházení
konfliktních situací a způsobu komunikace s konfliktním pacientem?**

- a) ano
- b) ne

14) Měla byste zájem o případné proškolení v této oblasti?

- a) ano
- b) ne

**15) Hlásila jste někdy za celou dobu své praxe agresivní chování pacienta jako
nežádoucí událost?**

- a) ano

Jaké bylo pacientovo chování?

- b) ne

Z jakého důvodu jste agresivní chování nehlásil/a jako nežádoucí událost?

- a) s agresivním chováním slovního ani fyzického charakteru jsem se ještě
nesetkala
- b) nepovažovala jsem takové chování za tak výrazné a neobvyklé, aby bylo
nutné ho zaznamenat
- c) z časového hlediska
- d) o formuláři nežádoucích událostí nevím
- e) jiný důvod

**16) Je na Vašem oddělení z Vašeho hlediska agrese pacientů dostatečně zvládnána
(účinně řešena)?**

- a) ano
- b) ne

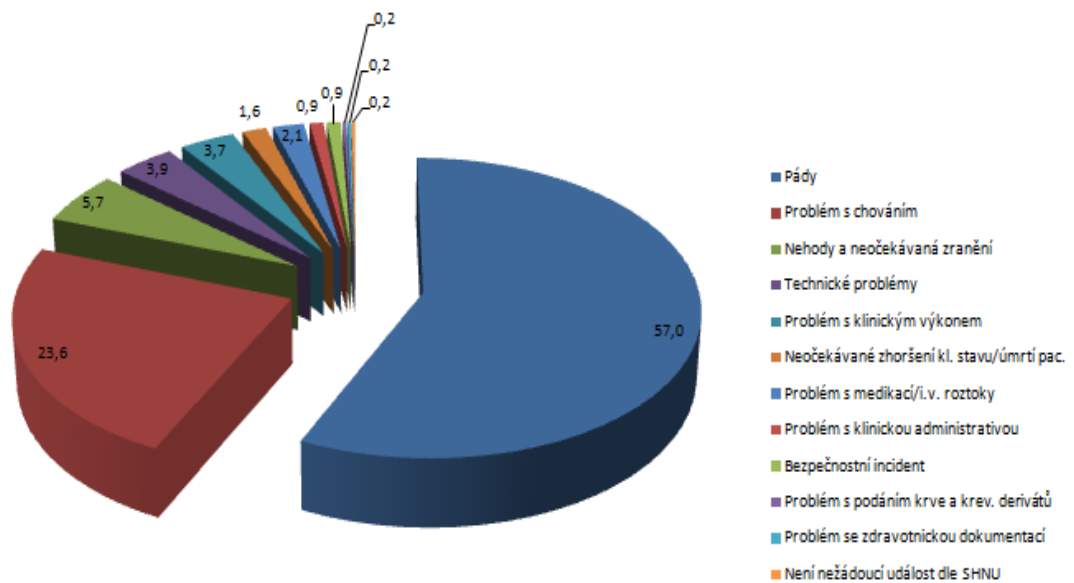
17) Existuje něco, co byste změnila na Vašem oddělení, aby se lépe předcházelo agresivnímu chování pacienta?

a) ano:

b) ne

Příloha 2

Nežádoucí události za rok 2018 (%)
n=437



Zdroj: NCB NU 2018

Příloha 3

Odpovědi na otázku č. 3) **S kterým agresivním chováním slovního charakteru ze strany pacienta jste se v období posledního roku setkal/a?**
u možnosti "jiné"

12 odpovědí JINÉ:
fyzické napadení (3x)
NAPADENÍ
fyzický útok - rány rukou, kopance
napadení, kousání
natáčení personálu na mobilní telefon
poznámky se sexuálním podtextem výhradně ze strany vedení nemocnice; dožadování se neindikovaných vyšetření, případně transportu sanitním vozem apod.
fyzická agresivita, podezřívání, pasivní agrese
časté netolerování vyšetřování jiných pacientů, obcházení PL jako první volby u potíží - nepříjemné hlasité komentování
brachiálně
agresivní, zmatený

Zdroj: Vlastní výzkum

Odpovědi na otázku č. 5) **S kterým agresivním chováním fyzického charakteru ze strany pacienta jste se v období posledního roku setkal/a?**
u možnosti "jiné"

10 odpovědí "jiné"
kopání do zdi, kdyby mezi námi nebylo skleněné okýnko, možná by i facka přiletěla...
slovní napadání
Bouchnutí personálu holí!!!
slovní urážky
házení půllitrů, použití hrazdičky
výbušný, nespolupracující
napadení
slovní vyhrožování, nadávky
slovní agresivita
napřažení k úderu

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 4

Doplnění otázky č. 15: **Jaké bylo pacientovo chování?**

Hlášení agresivního chování:
agresivní s vyhrožováním fyzického charakteru
Slovní agrese, vyhrožování, napřažení ruky
výhrušná gesta
fyzické napadení, sprosté nadávky a urážky směrem ke mě, kolegyni a naší rodině
agrese, vynucení pozornosti
zmatené agresivní vůči okolí
výbušné
hrubé, hlasité, zmatené
urážlivé chování, slovní napadání
agresivní, nespolupracující, nechtěl odpovídat na otázky a řídit se našimi pokyny
vulgarity, vyhrožování, gesta, kopání do nábytku
agresivní, vulgární, smyšlené, výhrušné
slovní i brachiální agrese,
vulgární, vyhrožování, sprosté, plivání
Delirantní stav
vulgární gesta
vulgární, výhrůžky
agresivita, alkohol
agresivita, verbální i fyzické napadání
byl agresivní, kopal a kousal a sprostě nadával
Vyhrožování, nadávky, sprostá slova
agrese, vulgarity, vyhrožování a rozbíjení věcí v ambulanci
Agresivní, nechtěl čekat na ošetření domáhal se vrchní sestry i primáře odd. i přes veškeré vysvětlení jaká je situace v ambulanci, že přijelo několik akutnějších pacientů (retence, krvácení kolika) vůbec neposlouchal mé vysvětlování dané situace, stále vykřikoval že si jde stěžovat na ředitelství nemocnice a chtěl mé jméno!!
vulgarity vyhrožování
agrese fyzická i slovní
KOPÁNÍ, KOUSÁNÍ, ŠTÍPÁNÍ, PLYVÁNÍ, NADÁVÁNÍ, SCHVÁLNOSTI VYLÍVÁNÍ JÍDLA DO POSTELE
urážky, nadávky
nadávky, kopance, napadení, nespolupráce
slovní napadení, fyzické napadení
Hrubé, sprosté, nevhodné, agresivní, vulgární
napadení personálu při intoxikaci alkoholem
úder
Agrese v ebrietě
Slovní neoprávněné napadení, vulgární chování. Neoprávněné obviňování - nechtěl dodržovat léčebný režim.

fyzické napadení
verbální i fyzická agrese
napadení sestry fyzicky
arogantní
slovní napadání
vzbuzující strach
slovní agrese, vulgarizace, poškozování majetku nem.
Vyhrožování napadením
PĚSTI, AGRESIVNÍ SLOVNÍ CHOVÁNÍ, PLIVÁNÍ, KOUSÁNÍ.....
Agresivita, slovní napadání personálu, nespolupráce, samoublížení
agresivní, zmatený, nespolupracující, odcházel z postele, z oddelení, vytrhal si všechny hadičky
opakovane vulgární slova, výhrůžky, gesta
slovní napadání, vyhrožování
slovní vulgární napadání
agresivní, vulgární, útočné
agresivní, napadal fyzicky personál
kousnutí
vymyšlené obviňování zdravotnického personálu, výhrůžky zažalováním, nadávky
slovní vyhrožování a nadávky, fyzický útok
nadávky, úder pěstí
agresivita, fyzické napadení, výhrůžky, dovolávání se známostí na úřadech,
fyzické napadnutí
verbálně agresivní
slovně napadal, vyhrožoval
agresivní chování, nadávky, slovní vyhrožování
vytrhání hadiček, pokousání, mlácení..
házení předmětů, nadávky, kopání do dveří
slovní napadání, že si ho nevšímáme, vyhrožování, že si na nás počkají cikáni
POKOPANÁ KOLEGYNĚ...
verbální i fyzický útok pacienta na ošetř. personál, nadávky, výhrůžky, fyzické ublížení - dlouhodobé zdravotní komplikace, nutnost operačního výkonu s následnou rehabilitací
slovně i fyzicky
Rozličné (mnoho agresivních pacientů a nežádoucích událostí)
fyzický a verbální útok na personál
Fyzické napadání, mlácení a vyhrožování smrtí
Fyzické napadnutí personálu, vždy jsem byla svědkem
agresivita slovní fyzická po požití alkoholu či drog
slovní i fyzické napadení
slovní agrese
agrese, házení sklenic, házení židlí
agresivní, intoxikovaný, vulgární
agresivní, slovně vulgární

napadení, vulgární chování
urážky, nadávky
AGRESIVNÍ
pomluvy, obviňování, vynucování pozornosti
vulgarita, agresivita
neklid, slovní urážky, pokus o napadení
prokopnutí dveří
vyhrožování, vztek, obviňování
trhal si vstupy, kanylu, cévku, ničil majetek, křičel, ...
Agresivní, vulgární
vulgarita, nadávky, vyhrožování fyzickým útokem

Zdroj: Vlastní výzkum

Doplnění otázky č. 15:

Z jakého důvodu jste nehlásil/a agresivní chování jako nežádoucí událost?

MOŽNOSTI	POČET
s agresivním chováním slovního ani fyzického charakteru jsem se ještě nesetkala	11
nepovažoval/a jsem takové chování za tak výrazné a neobvyklé, aby bylo nutné ho zaznamenat	203
z časového hlediska	51
o formuláři nežádoucích událostí nevím	10
jiný důvod:	25

Zdroj: Vlastní výzkum

JINÉ důvody nehlášení agresivního chování jako nežádoucí událost

Jiné důvody nehlášení agresivního chování pacienta jako nežádoucí událost:
Chodí to stejně tak, že zdravotník nemá žádná práva a pacient a jeho doprovod může vše a ve všem se mu vyhoví. Hlavně, aby si nestěžoval....
i když si budu stěžovat, agresivně nezabráním, pacient stejně potrestaný nebude a já budu ze strany rodiny nařčena, že jsem třeba rasista.
na našem oddělení pac. podepisují před operací souhlasy s omezovacími prostředky, jelikož je agresivní chování velmi časté.
protože psát nežádoucí událost, je neskutečně dlouhé a podrobné, na to není čas, bylo by vhodné formulář upravit.
při agresivním chování pacientů, kteří jsou zmatení a nejsou orientovaní.
příkládala jsem jeho agresi za důsledek jeho onemocnění (fyzické útoky)
Na našem oddělení by jsme takové to chování hlásili každou chvíli.

nikoho to nezajímá, nežádoucí událost nakonec stejně není sepsána
hlasila jsem to lékaři v amb. a ten provedl zápis do dokumentace
není čas vypisovat nežádoucí události několikrát za službu
byl přivolán a řešil to s pacientem primář oddělení
v době incidentu nebyla nutnost nahlašovat
lékař neuznal tuto událost jako nežádoucí
vždy je provedem zápis o chování pacienta
zbytečné, stejně se mě nikdo nezastane
Téměř každý den se někdo takový najde.
nepovažovala jsem to za důležité
asistence PČR se pac. zklidnil
Zmatenost a demence pacienta
slovní osočení - nehlášeno
pouze záznam do dekurzu
složitost formuláře
je to velice časté

Zdroj: Vlastní výzkum