



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Možnosti deeskalace násilných projevů u pacientů
všeobecnou sestrou – model reaktivního
managementu**

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Obor:

**OŠETŘOVATELSTVÍ VE VYBRANÝCH
KLINICKÝCH OBORECH**

Autor: Mgr. Patrik Burda

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji rigorózní práci s názvem „*Možnosti deeskalace násilných projevů u pacientů všeobecnou sestrou – model reaktivního managementu*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 rigorózní práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé rigorózní práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30. 5. 2021

Možnosti deeskalace násilných projevů pacientů všeobecnou sestrou – model reaktivního managementu

Předkládaná práce se zabývá problematikou násilí při poskytování ošetrovatelské péče a způsoby deeskalace z pohledu všeobecných sester. Cílem práce je vytvořit model reaktivního managementu na základě zmapování výskytu násilí, se kterým jsou všeobecné sestry konfrontovány. Jako dílčí cíle jsme si stanovili posoudit zásahy všeobecných sester při setkání s projevy násilí a jejich limity. Dále chceme zjistit, jak jsou všeobecné sestry na tyto situace připraveny a jaké volí postupy po odeznění násilí. Snažili jsme se rovněž identifikovat nedostatky při předcházení a zvládnání násilí v interakci všeobecná sestra – pacient.

K dosažení stanovených cílů jsme využili kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření (metodu smíšeného designu). V rámci kvalitativního výzkumu jsme realizovali 22 polostrukturovaných rozhovorů, které jsou podkladem k odpovědím na výzkumné otázky. Cíle kvantitativního výzkumu byly ověřeny čtyřmi hypotézami, výzkumný vzorek tvořilo 357 respondentů. Aby byl pohled na zkoumanou problematiku komplexní, součástí dotazníku byla i standardizovaná VAPS škála (škála výskytu agrese pacientů vůči sestřím). Na základě výzkumného šetření jsme prokázali, že mezi všeobecnými sestrami bylo možné pozorovat větší výskyt násilí slovního než tělesného. V našem výzkumném šetření 22,90 % všeobecných sester popisuje nedostatky v připravenosti na setkání s pacientem s projevy násilí. Dále jsme zjistili, že 43,13 % všeobecných sester setkání s incidentem neřeší. 83,89 % všeobecných sester identifikovalo potřebu informací o způsobech zvládnání násilí. Záměrně jsme zjišťovali, jaký způsob předání informací by byl akceptovatelný. 54,20 % dotázaných by přivítalo graficky zpracovaný materiál, který by popisoval možné zásahy sester na násilné projevy ze strany pacientů. Na základě těchto informací jsme vytvořili grafickou vizualizaci modelu reaktivního managementu, který popisuje empatický nekonfrontační přístup k pacientovi s projevy násilí. Snahou je, aby výstupy z naší práce mj. pomohly všeobecným sestřím působit preventivně před vznikem násilí. V případě vzniku násilí, by měly zvládnout deeskalační techniky, především pomocí vhodně volených komunikačních strategií.

Klíčová slova

násilí; všeobecná sestra; ošetrovatelská péče; pacient; deeskalace; komunikace; prevence

Possibilities of Deescalation of Violent Manifestations of Patients by a Nurse - Model of Reactive Management

The presented rigorous thesis deals with the issue of violence in providing of nursing care and methods of de-escalation from the perspective of the nurse. The aim of the thesis is to create a model of reactive management based on mapping the incidence of violence which the nurse is confronted with. We set to assess the interventions of the nurse when encountering manifestations of violence and her limits as partial goals. We also want to find out how the nurse is prepared for these situations and what procedures she chooses after the violence has subsided. We tried to identify shortage in the prevention and coping with violence in the nurse-patient interaction.

To achieve the goals, we used a combination of qualitative and quantitative research (mixed design method). As part of qualitative research, we conducted 22 semi-structured interviews, which bring answers to the research questions. The objectives of quantitative research were verified by four hypotheses. The research sample consisted of 357 respondents. In order to assure the most complex view on this topic, the standardized VAPS scale (Violence and Aggression of Patients Scale) was also included in the questionnaire.

Based on a research survey, we showed that it was possible to observe a higher incidence of verbal than physical violence among nurses. In our research survey, 22.90% nurses describe they are not prepared to meet a patient with signs of violence. We also found that 43.13% of nurses do not deal with incidents. 83.89% of nurses identified the need of information for ways how to cope with violence. We deliberately found out which method of transmitting information would be acceptable. 54.20% of respondents would welcome graphically processed material that would describe possible interventions of nurses on violent manifestations by patients. Based on this information, we created a graphical visualization of the reactive management model, which describes an empathic non-confrontational approach to the patient with manifestations of violence. The aim is that the outcomes of our thesis will help nurses to act preventively against the beginning of violence. In case of violence, they should be able to cope with de-escalation techniques, especially through appropriately chosen communication strategies.

Keywords

violence; nurse; nursing care; patient; de-escalation; communication; prevention

OBSAH

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	9
1. Výskyt násilí ve zdravotnictví.....	9
1.1 Vymezení základních pojmů z multioborového hlediska	11
1.2 Etiologie násilí	14
1.2.1 Teorie vzniku násilí	15
1.2.2 Prostředí jako možná příčina násilí	17
1.2.3 Péče jako možná příčina násilí	17
1.2.3 Všeobecná sestra jako možná příčina násilí.....	18
1.3 Hostilita pacientů při poskytování ošetrovatelské péče	20
1.4 Ošetrovatelský proces při péči o pacienta s násilnými projevy.....	21
2. Problematika eskalace násilných projevů	28
2.1 Potencionálně rizikový pacient.....	28
2.2 Eskalace násilných projevů	32
3. Prevence násilných projevů a její limity.....	36
3.1 Osobnost všeobecné sestry jako nástroj prevence	36
3.2 Komunikace jako nástroj prevence	37
3.3 Ošetrovatelská péče jako nástroj prevence.....	38
3.4 Prevence ze strany poskytovatele zdravotních služeb	39
4. Deeskalační techniky při setkání s projevy násilí	43
4.1 Vyhodnocení situace	43
4.2 Deeskalace pomocí komunikační strategie	44
4.3 Taktika vyjednávání	48
4.4 Deeskalace fyzické agrese.....	49
4.5 Model reaktivního managementu	50
4.6 Specifika zdravotnické dokumentace při konfrontaci s násilím.....	51

5. Všeobecná sestra – oběť násilí	54
5.1 Supervize a intervize ve zdravotnictví	54
5.2 Krizová intervence	58
5.3 Specifický přístup k všeobecným sestřím – obětem násilí	59
5.4 Legislativa ČR – ochrana všeobecných sester proti násilí	60
EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	63
6. Kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření	63
6.1 Cíl práce a cíle výzkumu	63
6.2 Hypotézy a výzkumné otázky.....	64
6.3 Metodika kvantitativního výzkumu	64
6.3.1 Pilotní studie.....	65
6.3.2 Výzkumný vzorek a výzkumné prostředí	66
6.3.3 Presentace výsledků kvantitativního výzkumu	67
6.4 Metodika kvalitativního výzkumu	89
6.4.1 Kritéria a schéma rozhovoru	90
6.4.2 Presentace výsledků kvalitativního výzkumu	98
7. DISKUZE	118
9. ZÁVĚR.....	125
SEZNAM ZDROJŮ	128
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	141
SEZNAM PŘÍLOH.....	144
SEZNAM ZKRATEK.....	145

Úvod

Násilí je celospolečenským problémem, s nějakou z forem násilí se setká každý člověk během svého života. Ve zdravotnickém prostředí, kdy objektem péče je nemocný člověk – pacient, je riziko vzniku násilí značné. Ze všech zdravotnických pracovníků je nejpočetněji zastoupena všeobecná sestra, právě ona tráví s pacientem v přímém kontaktu zásadní část své pracovní doby. Vyhledání zdravotnických služeb bývá pro pacienty zátěžová situace, která je často doprovázena strachem a nejistotou. Strach a nejistota mohou vést k projevům ze strany pacienta, které v běžných životních situacích zůstávají okolí skryté. Vzhledem k charakteru ošetrovatelského povolání a roli všeobecné sestry bývá právě ona tím, kdo je konfrontován s celou řadou emotivních projevů, jak pozitivních, tak negativních. V České republice se věnuje výskytu násilí ve zdravotnictví nedostatečná pozornost, medializovány jsou jen případy, kdy dojde k napadení sester s vážnými následky. Ani při přípravě na povolání není nastavena systematická koncepce vzdělávání v prevenci před výskytem násilí, popř. ke zvládnutí násilí ze strany pacientů.

V této práci se pracujeme s pojmem *násilí*, který oproti *agresi* lépe vystihuje celou paletu projevů a často není časově ohraničen. Na násilí nahlížíme z pohledu všeobecné sestry, jelikož právě ona má velký prostor působit již preventivně před vznikem problémových situací, které mohou vyústit až v násilí, popř. provádět i další zásahy, které mohou již vzniklé násilí do určité míry deeskalovat.

Cílem práce bylo vytvořit model reaktivního managementu, který by byl pomůckou pro všeobecné sestry, jak předcházet výskytu násilí, popř. jak zvládnout násilí, které již vzniklo. Model je záměrně vytvořen na základě zmapování výskytu násilí, se kterým se všeobecné sestry při své práci setkávají. Dále jsme posoudili zásahy všeobecných sester při setkání s projevy násilí a jejich limity. Snažili jsme se identifikovat, jak jsou všeobecné sestry na setkání s násilím připraveny a jaké volí postupy po odeznění násilí.

Předkládaný model reaktivního managementu jsme vytvořili na základě konkrétních zjištění, jaká forma by byla pro všeobecné sestry akceptovatelná pro praktické využití. Klademe si za cíl, aby náš model pomohl všeobecným sestřám při přípravě na setkání s násilným pacientem, aby byl prakticky použitelný a návodný při práci. V práci nepopisujeme možnosti sebeobrany při fyzickém napadení (v současné době jsou informace o sebeobraně a různé semináře sebeobrany pro zdravotníky dostupné).

S ohledem na to, že problematiku nahlížíme z pohledu všeobecné sestry, tak se jen okrajově zabýváme problematikou farmakologického řešení násilí.

Ve zdravotnictví mohou vznik násilí ovlivnit různé faktory, zásadní roli hraje prostředí, kde probíhá interakce mezi všeobecnou sestrou a pacientem, dále osobnost všeobecné sestry, způsoby její komunikace a v neposlední řadě i forma poskytování ošetrovatelské péče. Pokud jsou identifikovány násilné projevy u pacienta, je dle našeho názoru nutné všemi dostupnými prostředky se pokusit deeskalovat tyto projevy. Právě deeskalační techniky zásadním způsobem ovlivňují, jak se bude celá situace vyvíjet a jaký bude mít dopad pro obě strany. V naší práci doporučujeme, jakým způsobem reagovat na jednotlivé projevy v interakci s násilným pacientem tak, aby bylo zabráněno vzniku násilí, popř. se podařilo deeskalovat násilí již probíhající.

Výskyt násilí při poskytování ošetrovatelské péče má zásadní dopady jak na jednotlivce, tak i na celou společnost. Předkládaná práce by měla pomoci všeobecným sestřám předcházet vzniku násilí, zvládat umění komunikace s pacientem s projevy násilí, dokázat se bránit násilí a v neposlední řadě pomoci najít postupy po konfrontaci s násilím.

TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. Výskyt násilí ve zdravotnictví

Výskyt násilí je celospolečenským problémem, se kterým se lze setkat v různých oblastech lidské činnosti. Pro některé profese je typický častější výskyt násilí, pracovníci v pomáhajících profesích jsou konfrontováni s projevy násilí ze strany pacientů či klientů poměrně často. Celá jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnických službách (Pekara, 2015). Typickým klientem ve zdravotnictví je nemocný člověk, tedy pacient, který si prochází náročnou životní situací. Vzhledem k tomu, že ze všech zdravotnických pracovníků to je právě všeobecná sestra (dále také jen sestra), kdo je převážnou část své pracovní doby v přímé interakci s pacientem, existuje důvodný předpoklad, že se setká s nějakou z forem násilí. Násilné projevy ve zdravotnictví je nutno chápat jako závažný problém. Následky mohou zásadním způsobem ovlivňovat kvalitu poskytované péče, mají vliv na délku hospitalizace, na syndrom vyhoření u profese všeobecné sestry a také mají ekonomické dopady na celý zdravotnický systém.

Aby byl pohled na problematiku komplexní, budeme se dále v práci zabývat pojmem násilí, pro který je typická celá škála projevů (vyhrožování, hostilita, atp.) a který nemá časové omezení. Oproti násilí je agrese relativně krátkodobá reakce. Agrese je zjevná, časově omezená a při agresi je chování záměrné (Látalová, 2013). Všeobecné sestry by měly dokázat na základě svých odborných znalostí odlišit násilí a agresivní chování jako takové od antisociálního chování, nátlaku či aditivnosti. Je nutno jasně rozlišit při práci s pacientem co je agrese a násilí (Allen a Anderson, 2017).

V posledních letech se objevuje celá řada autorů, zabývajících se výskytem násilí a agrese ve zdravotnictví. S násilnými projevy se lze setkat napříč zdravotnickým systémem, lze je identifikovat během transportu pacienta k ošetření, při poskytování péče v ambulanci či v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Násilí, které se objeví při poskytování ošetrovatelské péče, je zásadním negativním fenoménem a jedná se o nebezpečné riziko pro všeobecné sestry (Pekara, 2015). Rizikem není jen ublížení nebo poškození fyzické, ale také násilí, které se odráží na stránce psychické. V posledních letech se i laická veřejnost setkává s informacemi, že došlo k napadení zdravotnických pracovníků, objevují se i ty nejtragičtější zprávy, kdy se ve zdravotnických zařízeních objeví i aktivní

střelec. Násilí, které je páčáno při poskytování péče, je ze strany veřejnosti, politiků i odborníků vždy odsuzováno a jedná se o negativní společenský jev.

Výzkumná šetření provedená mezi zdravotnickými pracovníky jednoznačně poukazují na četný výskyt násilí, které je vedeno ze strany pacienta ke zdravotnickým pracovníkům. Pekara (2015) ve svém výzkumu mezi zdravotnickými pracovníky uvádí, že 71,5 % (n=641) respondentů se setkala s verbální agresí, 18,4 % respondentů bylo napadeno fyzicky. Lojková (2019) ve své práci uvádí, že 95 % (n=327) všeobecných sester se setkala s nějakou z forem agrese. Vybíhalová (2011) identifikovala, že dokonce 59% (n=130) všeobecných sester se setkala s fyzickým násilím ze strany pacienta. Obdobný výskyt agrese lze pozorovat i na Slovensku (záměrně jsme pro srovnání vybrali právě Slovensko vzhledem ke kulturně a společensky blízkému prostředí), kdy Lepiešová a Němčeková (2013) ve svém výzkumu o zkušenostech sester s hospitalizovanými pacienty uvádějí, že 96,3 % (n=270) všeobecných sester se setkala s nějakým druhem agrese. Tomagová et al. (2016) ve svém výzkumu, který byl proveden mezi všeobecnými sestrami na psychiatrických klinikách napříč Slovenskem, popsala, že za rok se jich 98 % (n=227) setkala s projevy násilí.

Ve výsledcích výzkumů publikovaných v zahraničí lze taktéž jednoznačně identifikovat vysoký výskyt násilí při poskytování péče pacientům. V některých zemích se realizují celonárodní výzkumy výskytu agrese ve zdravotnictví, kdy samy sestry popisují velký problém výskytu násilí při jejich povolání. Velké národní výzkumy byly provedeny v USA, Kanadě, Švédsku, Holandsku, Austrálii a v dalších zemích (Lepiešová a Němčeková, 2013).

Pro doplnění zde uvádíme příklady výsledků výzkumů některých zahraničních autorů. Jako příklad lze uvést výzkumné šetření, které realizoval Zemperion et al. (2010) v Itálii, kdy se s některou z forem násilí setkala 95 % (n=700) sester. Z výzkumu realizovaného v letech 2003 a 2004 ve Velké Británii je zřejmé, že 68 % z respondentů se setkala a verbálními projevy agrese, 25,7 % dotázaných potom tuto agresi zažívá častěji než 1 x za měsíc (Winstanley a Whittington, 2004). Autoři ovšem neuvádí velikost svého vzorku.

Sestry tráví při výkonu povolání nejvíce času v přímém kontaktu s potenciaálními aktéry násilných projevů, tedy s příjemci ošetrovatelské péče a jejich rodinnými příslušníky (Taylor, 2000).

Častá konfrontace s pacienty s agresivními projevy, nedostatečná podpora obětí násilných projevů a pocit ohrožení, vedou často všeobecné sestry k fluktuaci mezi jednotlivými pracovišti, popř. úplně ke změně oboru. Díky tomu se však ještě více prohlubuje personální krize ve zdravotnictví, která má zásadní dopad na celou společnost. (Lepiešová a Němčková, 2013; Johnes, 2013; Kačmárová et al., 2014)

Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům je nutné, aby všeobecná sestra byla vnímavá ke skutečnosti, že se pacient mnohdy poprvé setkává se zdravotnickým pracovníkem a nemocničním prostředím. Je to situace, která je pro něj nová a nemohl se na ni připravit. Přichází s onemocněním, stavem či problémem, kdy očekává pomoc při jeho řešení. Některé situace spojené s poskytováním péče jsou pro pacienta něčím novým, stresujícím. Při poskytování ošetrovatelské péče může dojít k nesplnění očekávaného, k neshodě, což vytváří prostor pro nedorozumění. Následkem může být vznik násilných projevů jak ze strany pacienta, tak ze strany všeobecné sestry (Burda, 2014).

1.1 Vymezení základních pojmů z multioborového hlediska

Pro předkládanou práci charakterizujeme některé základní pojmy. Na pojmy je nahlíženo z pohledu pracovníka v pomáhající profesi, tedy konkrétně z pohledu všeobecné sestry. Záměrně se zaměřujeme na jednotlivé pojmy napříč obory tak, aby byl pohled komplexní a podporoval multidisciplinární přístup v poskytování ošetrovatelské péče. Zvolili jsme autory z oblasti ošetrovatelství, medicíny, sociální práce, psychologie, sociologie a filosofie.

Agrese je z pohledu psychiatrie vnímána jako fyziologická odpověď, která si klade za cíl přežití organismu v přírodě. Oproti tomu násilné chování je již druh patologické agrese, kdy je záměr poškodit. Násilí je fyzicky agresivní chování, kdy je jasný cíl poškodit jinou osobu nebo osobu vlastní. Pojem násilí se používá jen v interakci mezi lidmi (Vevera et al., 2011).

Násilí je pojem, který v sobě zahrnuje paletu projevů. Již v roce 1996 Světová zdravotnická organizace definuje násilí jako hrozbu či úmyslné použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, komunitě, skupině. Použitá síla bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti. Na násilí nelze pohlížet jen jako na nástroj, který působí fyzickou či psychickou újmu, ale v posledních letech se již začíná stále častěji hovořit o násilí sociálním, institucionálním nebo násilí na

sociálních sítích. Jak bylo již výše uvedeno, z pohledu psychiatrie jako vědy lze nahlížet na násilí jako na patologickou agresi, jejímž jednoznačným cílem je někoho poškodit, někomu ublížit (Geen, 2001).

Agrese (na rozdíl od násilí) je krátkodobá reakce, která se projevuje v situacích, kdy jedinec identifikuje frustraci (Špatenková, 2011; Látalová, 2013). Z pohledu psychologie je chápána agrese jako vrozená vlastnost. Vágnerová (1999, s. 226) ji popisuje jako: *„porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení.“*

Agrese je také chápána jako jakákoliv forma chování, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit, nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vytýčenému cíli (Harsa a Kertészová, 2012; Nawka, 2012).

Někteří autoři, např. Vágnerová (2002), Poněšický (2005) či Cornaggia et al. (2011), přímo popisují agresi jako psychologickou, emočně motivační mohutnost, jež má za cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého. Z vlastních zkušeností při poskytování ošetrovatelské péče pacientům lze uvést, že frekvence setkání s jakýmkoliv druhem agresivního chování je stále častější. Pacienti využívají agresi nejen jako obrannou reakci, ale zároveň jako nástroj pro dosažení určitého cíle (zkrácení čekací doby v čekárně, vystavení pracovní neschopnosti, atd.). Dále lze poznamenat, že v některých případech lze odhalit potencionálně agresivního pacienta již při prvním kontaktu a předcházet tak násilí dříve než nastane (Burda, 2014).

Agresivita či **agresivní jednání** jako pojem navazuje na agresi. Některá odborná literatura tyto dva pojmy popisuje jako synonymum, popř. jsou vykládány jako pojmy totožně. Obecně lze popisovat agresivitu jako tendenci k útočnému jednání. Z pohledu sociální práce potom lze na agresivitu pohlížet jako na útočnost, která poškozuje věci nebo osoby, bývá reakcí na ohrožení. Někdy také naučeným způsobem prosazovat vlastní přání. V určitých sociálních skupinách agresivita posiluje pocit moci a do určité míry i prestiž. Při agresivitě hraje významnou roli i výchova (Matoušek, 2003). Fischer a Škoda (2009) popisují agresivitu jako sociálně patologický jev, který je vnímán narušením sociálních norem, jako je chování, které omezuje právo a narušuje integritu sociálního okolí. Toto chování se v epizodách opakuje a může mít i různý stupeň latence. Z pohledu filosofie je agresivita souhrn tendencí a pudů, je to nástroj, jímž se živá bytost prosazuje

a brání expanzi jiných organismů. Slouží k hájení vlastního území. Pud agresivity se obvykle zaměřuje na ničení okolí, pokud se otočí proti vlastní osobě, lze pojmenovat tuto situaci jako masochismus (Durozoi a Roussel, 1994). S masochistickou agresivitou, popř. autoagresí se též lze při poskytování ošetrovatelské péče setkat. Tento druh agrese bývá spojen s nějakým psychiatrickým onemocněním, popř. se situací, kdy je klient pod vlivem návykových látek. Autoagrese může být při poskytování ošetrovatelské péče spojena např. s nešetrným oznámením vážné diagnózy, s nesplněním očekávání, s odchodem blízkého člověka, atp.

Před samotným vznikem násilného chování lze pozorovat **afektivní chování**, které se vyznačuje nepřiměřenou psychomotorickou aktivitou. Ta může být neúčelná a zvyšuje psychickou tenzi (Chval, 2008). Ze zkušeností lze podotknout, že zcela výjimečně agresivní chování nebo násilí vůči zdravotníkům probíhá bez varovných příznaků, které by nebyly identifikovatelné. Hartl (1996) například uvádí, že afekt je charakterizován jako bouřlivý stav, který probíhá krátce a může mít příznaky stenického afektu (zrychlený dech, zrudnutí) nebo astenického afektu (zpomalený dech, zblednutí).

U řady pacientů je možno při poskytování ošetrovatelské péče pozorovat **hněv**. Pro všeobecné sestry bývá etiologie hněvu někdy zřejmá, často se jedná o reakci na probíhající situaci. Zcela ojediněle jsou příčiny hněvu ukryty, pacient nehovoří o příčině hněvu, popř. nechce o hněvu hovořit vůbec, i přesto, že jsou jednoznačně identifikovány příznaky (Špatenková, 2011).

S násilím úzce souvisí i **hostilita**. Obecně se jedná o nepřátelsky zaměřený postoj v komunikaci. Tento nepřátelský postoj je nejen k okolí, ale také přímo k vlastní osobě. Hostilita může být vyvolána pocitem žárlení, závisťi nebo způsobena patologickými duševními pochody (Hartl 1996; Fischer a Fischer, 2009).

Špatenková (2011, s. 35) popisuje konkrétní příklady, kdy hostilita není ze strany pacienta, ale přímo toho, kdo má pomáhat, tzn. ze strany sestry. Jako příklad uvádí: „*To je zas ten, co nám furt volá!*“ A také: „*Už mě vážně nebaví ho poslouchat!*“

Eskalaci násilných projevů při poskytování ošetrovatelské péče je možno vnímat jako zvyšování, stupňování úsilí, kdy roste napětí, popř. se vyhrocuje konflikt (Vevera et al., 2018). Eskalace je situace, která má být pro sestru varovná, je nutné užít všechny známé prostředky na přerušení eskalační křivky růstu, k deeskalaci násilných projevů.

Deeskalaci lze charakterizovat jako bazální intervenci, která si klade za cíl snížit napětí pacienta, ale také ošetřujícího personálu. Deeskalace má tři základní složky – vyhodnocení situace, komunikaci a taktiky vyjednávání (Huber et al., 2011; Pekara, 2015; Veveřa et al., 2018).

Předkládaná práce si za jeden z cílů klade předložit všeobecným sestřám model reaktivního managementu, který má být návodný v deeskalaci násilných projevů. **Model** je určitá vědecká konstrukce, představa, popis zkoumaného jevu, idea. Modely lze prezentovat různými způsoby, graficky, verbálně, schematicky, abstraktně, atp. (Pavlíková, 2006). V případě interakce s násilným pacientem lze výraz **reaktivní** chápat jako postoj, chování, reagující na něco, schopnost reakce člověka. V případě reaktivity se jedná o princip akce a reakce. Z vlastní zkušenosti lze uvést, že převážná část péče o pacienta nutí pečující neustále reagovat na aktuální projevy pacienta, na akci pacienta provádět adekvátní reakci. **Management** lze v obecné rovině chápat jako činnosti, které je potřeba učinit, aby byl funkční proces, organizace a řízení lidí (Plevová et al, 2011). Z pohledu modelu reaktivního managementu při práci s pacientem s násilnými projevy se jedná o základní informace, které je nutno poskytnout pro plánování, organizaci a motivaci tak, aby sestra zvládla deeskalovat násilné projevy.

1.2 Etiologie násilí

V odborné literatuře se objevuje řada popisných teorií vzniku násilných a agresivních projevů u člověka. Vždy záleží, z jakého vědního oboru je na násilí pohlíženo. Liší se pohled odborníků ze sociologie, psychologie, pedagogiky či medicíny. Některé faktory jsou pro vznik násilí shodně popisovány napříč vědními obory.

Zásadním faktorem, který hraje roli v predispozici násilných projevů, je jakési schéma o světě a jeho fungování, sociální chování a normativní přesvědčení o tom, co je vhodné. Pokud již během dospívání jsou mladí lidé opakovaně vystavováni násilí, může dojít k situaci, že získávají sociální poznání, které může podporovat některý z druhů agrese (Huesmann, 2018). Z pohledu všeobecné sestry je nutno mít na paměti, že již situace, kdy pacient vyhledá pomoc z důvodu změny zdravotního stavu, je situací stresovou, je krizí. Šamánková (2011, s. 34) říká: „*Přechod ze zdraví do nemoci je svým způsobem krizová situace. S touto situací je nutno se vyrovnat – adaptovat se.*“

1.2.1 Teorie vzniku násilí

Vznik agrese může mít tři základní zdroje: biologicko-psychologický, sociálně-psychologický a sociologický (Fischer a Škoda, 2009). Příčiny vzniku násilí jsou graficky zobrazeny v příloze č. 1. Psychologie popisuje vznik násilí a agrese jako vrozenou pudovou sílu, jako agresi získanou v důsledku frustrací a jako agresi dle smíšeného – humanistického modelu (Poněšický, 2005). Pokud pohlédneme na vznik násilných projevů jako **vrozené pudové síly**, je nutno poznamenat, že každému jedinci jsou do určité míry dány násilné projevy, určitý způsob agrese. Vznik násilí jako vrozené pudové síly popsal rakouský psycholog Konrad Zacharias Lorenz a zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud. Lorenzova teorie zastává postoj, že při agresivitě se nejedná jen o primární reakci na určité podněty, ale také se jedná o situace, kdy jedinec do určité míry hledá ve svém okolí příležitost k vybití. Celý výše popsáný proces slouží k přežití individua (Poněšický, 2005). Násilí jako vrozená pudová síla má význam i v případě, že jedinec zažívá hněv, který překročil adaptační mechanismy, a dochází k reakci na tento hněv, často i násilnými projevy (Geen, 2001). Autoři Poněšický (2005), Vybíral a Magrová (2009) nebo Richmond (2012) se přiklánějí k teorii vzniku agrese, kterou na základě analýzy a zkoumání lidských pudů popsal Freud. Ten vnímal násilí a agresi jako vlastnost, která není daná jen evolučním vývojem. Jeho zkoumání a pozorování stále častěji naráží na biologické kořeny předurčující vznik násilných projevů. V podstatě vždy existují dva pudy, které jsou buď v rovnováze, nebo v nerovnováze. Jedná se o základní pudy k životu nebo ke smrti, pudy mezi Erothem a Thanatem, mezi konstruktivním a destruktivním. Freud vnímá agresi jako projev základního pudu ke smrti. Freud na základě svých teorií a zkoumání popisuje, že neexistuje jiná volba než volba mezi zánikem vlastním nebo napadením druhého. Jedná se o všeobecně známé buď „já“ nebo „ty“. Z tohoto pohledu chápeme smrt jako konečnou sebedestrukci, když již jedinec nemá dostatek sil k boji o život (Burda, 2014).

Při vzniku **násilných projevů v důsledku frustrace** se uplatňují životní situace, kdy má jedinec z nějakého důvodu omezení v uspokojování potřeb na cestě k dosažení cíle. Může se jednat i o následek maladaptace nebo psychických traumat. Frustrace je psychický stav, který může být také způsoben ohrožením, oddálením nebo znemožněním uspokojit potřebu. Poněšický (2005, s. 35) se domnívá, že *„frustrační teorie platí hlavně v případě aktuálních agresivních reakcí. Připravenost k násilnému reagování, která by měla být*

naopak dle této teorie tím slabší, čím méně frustraci zažije například dítě ve výchově.“ Z výše uvedeného vyplývá, že pokud má jedinec uspokojeny základní potřeby, zásadním způsobem se snižuje riziko vzniku násilných a agresivních projevů. Při poskytování ošetrovatelské péče se jedná o uspokojení potřeb biologických, sociálních, psychických a spirituálních. Jako první tento koncept vzniku násilí popsal filozof a sociolog Erich Fromm. Fromm vychází z teorie, že v každém člověku je určitý předpoklad k agresivním sklonům. Nevhodné sociální podmínky jedince mohou být spouštěčem agresivity. Ve Frommově teorii vzniku agrese je popsáno, že každý člověk je v podstatě ve své přirozenosti dobrý, tzv. benigní, konstruktivní agresivita mu slouží při překonávání překážek na cestě k uspokojení potřeb a k obraně osobních, vitálních zájmů. Fromm popisuje, že jedinec prostřednictvím agresivního chování, která páchá na svém okolí, může skrytým způsobem poukazovat na svou vlastní minulost, jež byla poznamenána traumaty. Někdy využívá násilné projevy jako nástroj komunikace. (Ponešický, 2005; Cakirpaloglu, 2012; Burda, 2014)

Ze smíšeného humanistického konceptu vzniku násilí jednoznačně vyplývá, že agrese může být pro jedince nástrojem, který slouží k překonávání překážek na cestě životem.

Biologickou teorií popsal italský lékař, biolog a kriminalista Caesar Lambroso. V literatuře se lze setkat s pojmem biologická teorie kriminality. Lambroso popsal své experimenty na pachatelích trestných činů a uvedl, že 25 % pachatelů má vrozené předpoklady, zbylých 75 % páchá zločin v afektu nebo se snaží využít příležitost. Dle Lambrosa dokonce zločinci porušují zákon, protože se jedná o projev jejich primitivního stádia vývoje (Vevera, 2018). Tuto teorii – kriminalistickou antropologii – jako nevědeckou a plnou předsudků, ještě za Lambrosova života vědecká obec zavrhlá. Současná moderní medicína zkoumá agresivní a násilné projevy u jedinců pomocí vyšetřovacích metod. Ze současných výzkumů vyplývá, že násilné chování impulzivní nebo promyšlené má některé společné biologické nálezy.

Odborníci zabývající se biologickou teorií vzniku násilí jsou z řad psychiatrů, biologů, neurologů, neurochirurgů, endokrinologů a dalších lékařských oborů. Anatomické a funkční systémy agresivity se zkoumají pomocí vyšetřovacích metod jako PET a MRI. Z těchto studií je zřejmé určité snížení objemu frontálních laloků a je identifikován snížený glukózový metabolismus frontálně. Také při vyšetření EEG se objevují určité společné znaky, které mají impulzivní agresori (Fischer a Škoda, 2009; Vevera et al.,

2011). Traumatické poškození mozku bývá spojeno s vyšším rizikem závažných a trvalejších poruch v oblasti psychických funkcí, v některých případech může vést k dočasné nebo trvalé změně osobnosti (Vágnerová, 2002; Vevera et al. 2011).

1.2.2 Prostředí jako možná příčina násilí

Prostředí při poskytování ošetrovatelské péče je faktor, který dokáže do určité míry ovlivnit chování pacienta a jeho pocity. Jedním z metaparadigmat ošetrovatelství je právě prostředí, ve kterém se realizuje ošetrovatelská péče (Mastiliáková, 2004). Z pohledu vzniku násilí je nutno chápat prostředí jako celek. Jedná se nejen o prostředí, kde probíhá interakce sestra – pacient, ale také o prostředí, kde člověk vyrostl a kde tráví svůj čas (společensko-ekonomické prostředí, sociální prostředí). Člověk je během celého svého života v interakci s okolním prostředím, které ho ovlivňuje. Již počátkem 20. století Florenc Nightingale popsala prostředí jako základní pojem pro poskytování kvalitní a efektivní ošetrovatelské péče. Ve svém humanistickém modelu vnímá prostředí nejen z pohledu fyzického, ale také prostředí emocionální a sociální. Pavlíková (2006, s. 39) uvádí, že *„emocionální prostředí má vliv na fyzickou stránku zdravého i nemocného jedince. Škodlivé fyzické prostředí negativně působí na emocionální prožívání jedince.“* Prostředí je i souhrn všech jevů, podmínek a bytostí mezi nimiž jedinec žije a interaguje. Prostředí, ve kterém jedinec interaguje, ho zásadním způsobem ovlivňuje (Jarošová a Szkanderová, 2008). Nevhodné prostředí, kde je poskytována ošetrovatelská péče, může u obou stran (u sestry i pacienta) způsobovat dyskomfort. Jako příklad dyskomfortu lze uvést situaci, kdy pacient, z jeho pohledu neúměrně dlouho čeká na ošetření v prostředí, které je nevhodně osvětlené, nevětrané, je tam velké množství rušivých vlivů atp. Některá zdravotnická zařízení jsou stavebně upravena tak, že nezajišťují bezpečnost všeobecných sester při setkání s potencionálně násilným pacientem. Jako příklad lze uvést problém s přivoláním bezpečnostních složek, absence únikových cest, velké množství prostředků, které může pacient použít k napadení, atp. (Johnes, 2013; Pekara, 2015).

1.2.3 Péče jako možná příčina násilí

Péče poskytována pacientům v sobě zahrnuje všechny činnosti, které vykonávají sestry ve prospěch osoby nebo společně s ní (Mastiliáková, 2004). Poskytovaná ošetrovatelská péče by měla být systémem partnerským, nikoliv paternalistickým. Empatie, autonomie a správně volená komunikační strategie během péče může být užitečným nástrojem proti vzniku násilí.

Jedním z faktorů, který znesnadňuje péči o pacienty je velká pracovní zátěž sester. Čím je vyšší, tím více dochází k podráždění, chybám a narušení bezproblémové interakce mezi pacientem a sestrou. Samotný výkon péče může být zdrojem negativních emocí. Negativní emoce snižují schopnost reagovat adekvátně, emočně stabilně s cílem vyhnout se konfliktu. Stres, který se objevuje při péči o pacienty, může narušit sebeovládání sester, což přispívá ke vzniku násilí (Ferns, 2006; Lovašová et al. 2014).

Pekara (2015) uvádí, že faktory, které mohou během péče přispět ke vzniku násilných projevů ze strany všeobecné sestry, jsou: nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost, sociální a finanční problémy, vlastní zklamání, chyby při poskytování péče, snížená adaptace a interpersonální vztahy. Jestli dojde k eskalaci násilí a v jaké formě, rozhoduje (u obou stran) schopnost ovládat se (Špatenková, 2003).

Eliminovat vznik násilí při poskytování ošetrovatelské péče lze např. dostatečným proškolením personálu v ošetrovatelských činnostech, dodržováním standardů ošetrovatelské péče a metodických pokynů.

Situace, které mohou být během poskytování péče spouštěčem násilí, jsou např. medikační chyby, nedostatek morální odpovědnosti, nezáměr o pacienta, neochota zapojit pacienta do péče, případně nezvládnutí emočních stavů pacientů.

1.2.3 Všeobecná sestra jako možná příčina násilí

Každý, kdo se podílí na péči, může být zdrojem nedorozumění, zdrojem násilných projevů. Zásadní roli při setkání má jednoznačně osobnostní charakteristika obou zúčastněných stran (pacienta i všeobecné sestry). Všeobecná sestra očekává od pacienta, že bude dodržovat všechna doporučení, že bude chápavý, respektující a bude partnerem při poskytování ošetrovatelské péče. Očekává slušnost a poděkování. Pacient, někdy ovlivněn médii (televizní seriály) může mít na sestru nereálné požadavky. Jako příklad lze uvést neustálý úsměv při práci, čas pro sebe, rychlé řešení požadavků, bezbolestné činnosti, atp. Při vzájemné interakci mezi všeobecnou sestrou a pacientem je zásadní oboustranná potřeba interagovat, aby celá akce proběhla bez problémů a ke spokojenosti obou stran. V některých situacích se lze setkat s tím, že již při prvotním setkání jedna ze stran přistupuje k interakci s předsudky, s touhou vyvolat konflikt (Křivohlavý, 2004).

Již při prvním setkání je velmi důležité napomoci pocitu důvěry ze strany pacienta. Důvěru je pak nutno dále prohlubovat při každé další interakci mezi pacientem a všeobecnou sestrou, což se jeví jako dobrý nástroj při předcházení agresivním projevům.

K násilným projevům mohou přispívat i situace, které jsou do určité míry ovlivnitelné. Jako příklad lze uvést: nedostatečné podání informace ze strany všeobecné sestry (např. schází vysvětlení, proč pacient tak dlouho čeká na ošetření či na výsledek, jaký bude postup), nevhodné komunikační prostředky (např. nevhodný postoj, paralingvistické projevy, infantilizace), nedostatek času (na komunikaci, na ošetrovatelské činnosti). Ke vzniku napětí, které může eskalovat až v násilí, přispívá také nedostatečná empatie (např. odsuzování projevů bolesti, nevěnování pozornosti projevům nemoci) a anonymita (oslovování pacienta diagnózou, číslem pokoje). Ovládání negativních emocí ze strany sestry může narušit také směnný provoz a spánková deprivace. Nejproblematictější vyrovnání se se spánkovou deprivací mají všeobecné sestry, které pracují kratší čas ve směnném provozu (Nešpor, 2007). Všeobecná sestra potřebuje ke své práci úzkou týmovou spolupráci. Mohou vznikat i interpersonální problémy, které mohou ovlivnit způsoby komunikace s pacientem a můžou vést k násilným projevům i ze strany těch, kteří péči poskytují (Nešpor, 2007; Venglářová et al., 2011).

Veškeré výše uvedené faktory mohou narušovat komunikační proces směrem k pacientovi. Pacient má často očekávání, které pokud není splněno, může vést k poruše interakce a být základem k násilným a agresivním projevům. Pacient očekává, že bude mít dostatek informací o prováděných výkonech, o tom, co bude následovat, atp. Očekává komunikaci bez infantilních projevů, žargonu, zesměšňování a předsudků. Komunikace je dominantní nástroj v bezproblémovém poskytování péče potenciálně problematickým pacientům. Každá strana má svá očekávání při interakci, pokud nedochází k jejich naplnění, hrozí emoční nestabilita, frustrace a dyskomfort. V této situaci může být spouštěčem k eskalaci násilí už jen nepatrný, komunikačně nezvládnutý projev („*Můžete mi říct, proč zase zvoníte?*“, „*Mám na oddělení více pacientů.*“, „*Na tohle jste si volal sanitku?*“) Velkou roli ve spouštěči násilí hrají také neverbální projevy. Pacient sleduje každý projev sestry, jako příklad lze uvést nevhodný úsměv, nesouhlasné kývání hlavou, otočení očí na důkaz opovržení, opuštění komunikačního prostředí během rozhovoru, atp. Uvedené projevy vyvolávají pocity ponížení na straně pacientů. Ponížení pacientů je vnímáno jako jedna z nejsilnějších emocí se všemi důsledky (Pekara, 2015).

1.3 Hostilita pacientů při poskytování ošetrovatelské péče

Všeobecná sestra se při své práci často setká s projevy hostility. Jedná se o soupeřivý až nepřátelský postoj daného člověka k druhým lidem. Ne vždy se jedná o momentální vliv nepřátelství, ale může se jednat o záležitost, která se projevuje po celou dobu poskytování péče (Křivohlavý, 2002; Křivohlavý, 2008; Nešpor a Scheansová, 2009). Hostilní projevy mohou být zaměřeny proti okolí („*No jasně, zase tady budu dvě hodiny čekat a stejně mi nepomůžete.*“), nebo přímo proti vlastní osobě („*Stejně si za to můžu sama, dobře mi tak*“). V některých případech se jedná o asociální formy chování. Někdy dokonce i všeobecná sestra může identifikovat projevy ze strany pacienta, kdy se sám na sebe zlobí (někdy dokonce trestá) za okolnosti, které nelze z jeho strany ovlivnit. Ve zdravotnictví je hostilita často vyjádřena zlostí navenek, tzv. anger-out, kdy negativistické ladění je dlouhodobé a jedinec vkládá do popředí negativistickou vlastnost („*Já už jsem úplně k ničemu, nemůžu si dojít ani na záchod.*“). Ladění takového jedince je mrzuté, pesimistické a vše je špatné (Křivohlavý, 2002; Hájek, 2012; Ondrejko, 2011).

U některých jedinců lze pozorovat tzv. cynickou hostilitu, při níž je typické bezcitné a druhým ubližující chování, pohrdání mravností, uznávanými hodnotami (Burda, 2014). V souvislosti s péčí o pacienta se sestra může setkat s postojem pacienta, který vyjadřuje určitý stupeň podezřívavosti, kterou interpretuje hostilním postojem. Jedná se o nedůvěru ze strany pacienta, která v extrémních případech může vyústit až v pocit nebezpečí, v pocit, že mu bude ublíženo.

Hostilní projevy chování mohou vyústit až v agresi. Dle zjištění Jarošové a Szkanerové (2008) se ještě častěji než přímo s násilím (fyzickým nebo verbálním) setká všeobecná sestra s hostilními znaky chování. Může se jednat o nepřátelský postoj, urážky, znevažování profese, atp.

Násilné a agresivní projevy jsou vnímány jako nástroj pro narušení zdraví, ničení neživých objektů. Hostilita nenarušuje integritu živých a neživých objektů. Pro sestru je stresující a náročné komunikovat s hostilním pacientem, který je nepřátelský, cynický a někdy až ironický. Z osobních zkušeností lze uvést konkrétní hostilní projevy, které mohou mít podobu jízlivé poznámky („*Já si vás platím z pojištění a vy mi nepomůžete! Já moc dobře vím, že tady nic neděláte!*“), nebo podobu výhrůžky („*Jestli mě okamžitě neošetříte, napíšu o vás do médií, nechám vás vyhodit!*“).

V souvislosti s rozvojem mobilní techniky a vznikem sociálních sítí nastávají situace, kdy jsou během komunikace sestry pacienty nebo jejich doprovodem natáčeny a videa zveřejněna. Ombudsman pro zdraví (2018) popisuje, že je problematické přesně stanovit, zda je pacient oprávněn nahrávat všeobecné sestry při poskytování služeb. O nahrávání je možno uvažovat ve chvíli, kdy se pacient domnívá, že mu hrozí nějaká újma. Toto hodnocení je subjektivní, těžko uchopitelné a staví sestry do pozice, že nevědí, jak reagovat, často a pochopitelně odmítají poskytovat péči nebo komunikovat, pokud jsou nahrávány. To může mít za následek zvýšení napětí a vznik konfliktu. Projevy násilí mohou souviset s rozvojem a využíváním sociálních sítí a informačních komunikačních technologií. Mezi tyto projevy agrese lze zařadit např. kyberšikanu, kyberstalking, kdy mohou být sestry obětí těchto agresivních projevů ze strany pacienta (Harsa, et al., 2012).

1.4 Ošetrovatelský proces při péči o pacienta s násilnými projevy

V moderní ošetrovatelské praxi sestry poskytují ošetrovatelskou péči na základě vědeckých poznatků, vycházejí z toho, že ošetrovatelství má svou filosofii, metaparadigma a metodologii (Mastiliáková, 2004). Důležité je, aby všeobecná sestra po celou dobu péče o pacienta pracovala metodou ošetrovatelského procesu. V každé z pěti fází procesu má všeobecná sestra možnosti provádět úkony, které mohou identifikovat a deeskalovat vznik násilí.

Při plánování ošetrovatelské péče lze využít velkou řadu koncepčních modelů. Vhodný se jeví systémový model Dorothy Johnsové nebo Imogene Kingové. Právě model Johnsové do jisté míry definuje etiologii násilných projevů pacienta, kdy je vnímán jako behaviorální systém se svými podsystémy. Podsystémy je nutno udržovat v harmonii, pokud se takto neděje, může do určité míry vznikat problém, který by sestra měla identifikovat a dokázat řešit (Pavlíková, 2006; Pekara, 2015).

Kingová ve svém modelu staví na teoretických základech humanistické psychologie a filozofie. Vnímá jako velmi důležité zvládnutí komunikace v interakčním prostředí tak, aby nedocházelo ke komunikačním bariérám a k poruše interakce. V modelu Kingové je upraven vztah sestry a pacienta a jejich interakce. Model si klade za cíl podporu udržení zdraví. Kingová popisuje, že lidé jsou otevřené systémy a neustále interagují se svým prostředím. Výhodou modelu Kingové je jeho rozmanité použití v praxi (Žiaková, 2007).

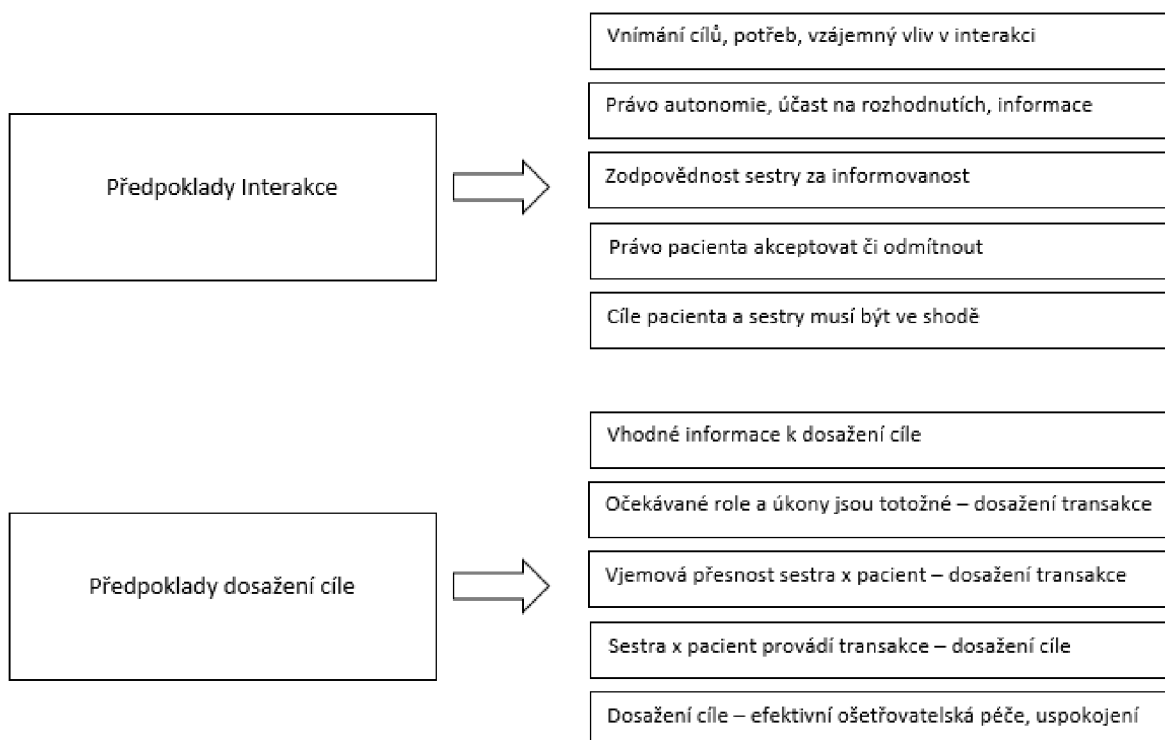
Z pohledu tohoto modelu je možno pacienta s projevy násilí chápat jako bytost sociální, racionální, vnímavou, která je v neustálé interakci s interpersonálními systémy a sociálním prostorem, který v tomto případě tvoří vztah sestra a pacient. Zdraví je dynamický stav, jedinec se musí adaptovat na stresory a stresy z vnějšího prostředí. Narušení může být způsobeno poruchou adaptace, nerovnováhou personálního systému. V případě poruchy adaptace, poruchy zdraví, může jedinec reagovat v interakci se sestrou, případně prostředím nestandardně, což může vyústit i v násilné projevy.

Ošetrovatelství je charakterizováno v tomto modelu jako interakce mezi pacientem a sestrou. Cílem je pomáhat navracet zdraví tak, aby jedinec mohl plnit své role (Mastiliáková, 2004; Pavlíková, 2006; Žiaková, 2007). Společná cesta za tímto cílem může bránit vzniku nedorozumění a napětí.

Shieloff a Frey (2007) popisují, že při dosažení cíle dochází k interakci mezi sestrou a pacientem, sestra při této interakci využívá svých poznatků a vědomostí. Při prvním setkání se setra a pacient neznají, oba vnímají personální systém toho druhého, následně vnímají interpersonální systém a usuzují na možný interaktivní vztah, který se skládá z akce, reakce, interakce a transakce. Akce vzniká při setkání sestry a pacienta. Reakce je způsob, jak sestra a pacient reagují na akci toho druhého. Interakce je výsledkem komunikace mezi zainteresovanými, kteří mají zájem společně dosáhnout ošetrovatelských cílů. Transakce – dosažení shody a společná cesta k cíli.

Vzájemnou interakcí mohou pacient a sestra dosáhnout cíle. Aby interakce mohla proběhnout bez problémů, které by vedly k projevům hostility, násilí nebo agrese, je nutno respektovat určité předpoklady, které model Kingové jasně pojmenovává. Především se jedná o předpoklady interakce a dosažení cíle, které jsou uvedeny na obrázku č. 1.

Obrázek 1 Předpoklady interakce mezi sestrou a pacientem, interakce dosažení cíle dle Kingové



Zdroj: Zpracováno dle (Pavlíková, 2006; Sielof a Frey, 2007)

Dominantní je při interakci s pacientem komunikace, důležité je vytvářet prostředí s odstraněním bariér. Komunikace mezi sestrou a jedincem má nezastupitelnou roli v péči o zdraví a v preventivních opatřeních. Pokud má pacient uspokojeny základní potřeby, má dostatek informací, možnost autonomie při rozhodování, volbu akceptovat či odmítnout, pak se zásadním způsobem snižuje riziko vzniku násilných projevů.

Při jednotlivých krocích ošetrovatelského procesu je nutné věnovat pozornost násilným projevům v počátku a snažit se při plánování i realizaci ošetrovatelské péče všemi možnými prostředky tyto projevy omezovat na minimum.

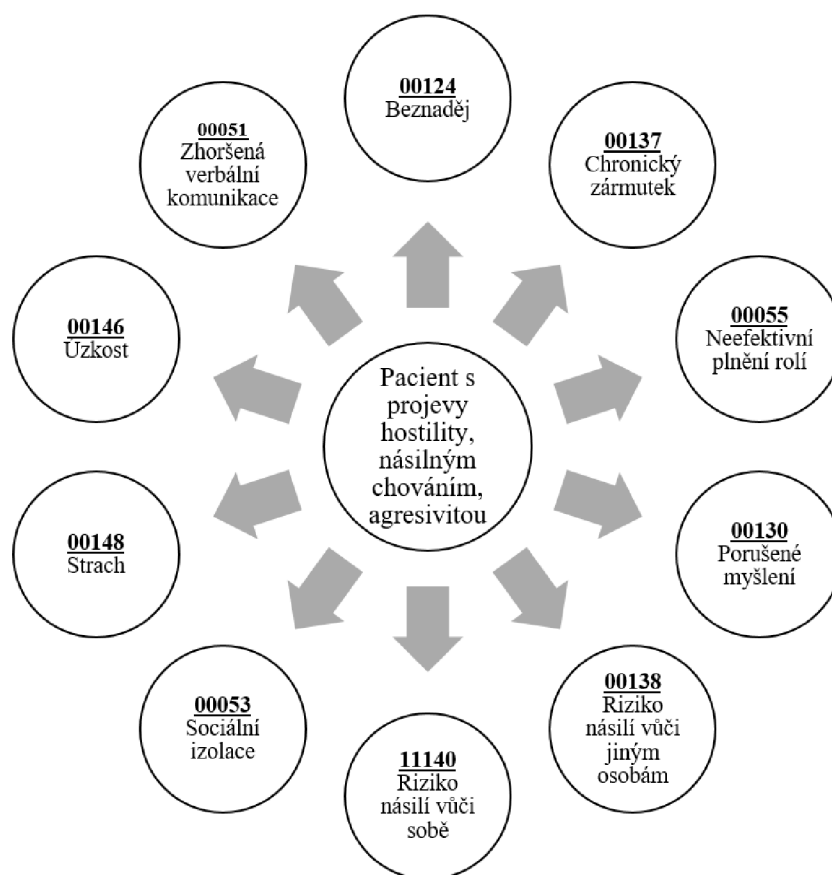
V rámci sestavování **ošetrovatelské anamnézy** může sestra dohledat předchozí záznamy, kde mohou být uvedeny nežádoucí události, případně agresivní projevy pacienta. Správně odebraná ošetrovatelská anamnéza a práce se získanými informacemi (např. oslovování, respekt k zvyklostem, přístupu ke zdraví, atp.) může pomoci předcházet napětí. Během hodnocení pacienta sestra používá různé měřicí a hodnotící nástroje, které pomáhají předcházet dalšímu násilnému chování. Jako příklad uvádíme Škálu zjevné agrese (Overt Aggression Scale – OAS), která zohledňuje verbální agresi a agresi fyzickou vůči sobě, předmětům a okolí. Škála se hodnotí ihned po incidentu a

zakládá do dokumentace. Slouží jako poklad pro hodnocení vývoje či frekvence výskytu násilí u konkrétního pacienta (Silver a Yudofsky, 1991). Škála je uvedena v příloze č. 2.

V rámci **ošetřovatelské diagnostiky** sestra identifikuje problémy dle analýzy a syntézy získaných informací. Na základě stanovených ošetřovatelských problémů a potřeb sestra formuluje ošetřovatelské diagnózy a stanoví jejich priority. Ve spolupráci s pacientem stanovuje **ošetřovatelský plán**, jehož cílem je snížení případného napětí. V průběhu realizace ošetřovatelského procesu aplikuje metody ke zklidnění pacienta a zajištění jeho bezpečí (Pekara, 2015). Bezpečná a profesionální realizace ošetřovatelských intervencí snižuje napětí a strach u pacienta, posiluje důvěru a vztah sestra – pacient, což působí preventivně před vznikem nežádoucích událostí (vzniku násilí).

Ve fázi **zhodnocení** efektivnosti poskytnuté péče je vhodné srovnat anamnestické údaje, plán ošetřovatelské péče a aktuální stav pacienta (Mastiliáková, 2002). V případě agresivních projevů pacienta může sestra identifikovat řadu ošetřovatelských diagnóz. Některé z nich jsou uvedeny na obrázku č. 2.

Obrázek 2 Některé NANDA ošetřovatelské diagnózy u pacienta s násilnými projevy



Zdroj: (NANDA International, 2013)

Pro praktické využití ošetrovatelské diagnostiky u pacienta s projevy násilného chování je nutné pracovat s aktuálním stavem, potřebami, negativními emocemi a reflektovat jeho reakci na ošetrovatelskou péči. Při identifikaci negativních emocí a jejich správné reflexi může dojít ke snížení, popř. úplnému odstranění násilných projevů.

Pro tuto práci jsme vybrali jednu z nejčastějších ošetrovatelských diagnóz, která může vyvolat negativní emoce – a to úzkost.

Úzkost (00146)

Doména 9: zvládání / tolerance zátěže; Třída 2: Reakce na zátěž

Sesterská komunikační diagnóza: Úzkost

Definice: Úzkost je nepříjemný prožitek a duševní emoční stav doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí, předtuchou hrozby, kterou pacient není schopen přesně určit. Úzkost je složitá reakce na stres.

Příčiny vzniku: Prožívání nevědomého konfliktu týkajícího se základních životních hodnot, ohrožení nebo změny zdravotního stavu, ohrožení nebo změny společenského postavení.

Určující znaky: Subjektivní (znepokojení, změny vegetativního systému – pocení, bušení srdce, tlak na hrudníku, nauzea, pálení žáhy). Objektivní (slovní vyjádření obav, neklid, snížená pozornost, neschopnost soustředit se, neschopnost řešit situaci, nespavost).

Očekávané výsledky: Konkrétní (pacient má dostatek informací, je uklidněný, spolupracuje, pacient umí vyjádřit své pocity, u pacienta je snížena úzkost na únosnou míru převedením na konkrétní obavy, pacient umí rozlišit úzkost a konkrétní strach). Dlouhodobé (pacient užívá správné postupy k účinnému zvládnutí úzkosti, pacient užívá správné postupy v prevenci jejího vzniku, pacient efektivně využívá všechny druhy pomoci a podpory, pacient řeší správně problémy).

Ošetrovatelské intervence: Posouzení příčin a souvisejících faktorů (Zjistí od pacienta i rodinných příslušníků možné příčiny úzkosti. Zjistí stupeň úzkosti. Sleduj pacientovy projevy úzkosti). Provádění intervence (Mluv s pacientem klidně bez spěchu. Používej krátké věty. Naslouchej pacientovi se zájmem, úctou a respektem. Informuj pacienta o

léčebném postupu a o nutnosti jeho spolupráce. Umožni pacientovi popsat jeho pocity. Umožni mu v klidném prostředí vyjádřit emoce - pláč, hněv, podrážděnost. Nauč pacienta psychologické techniky vedoucí ke snížení a zvládnání úzkosti. Zapoj pacienta do nejrůznějších aktivit, které mohou odvést pozornost od problému. Podávej léky dle ordinace lékaře.).

Komunikační intervence při poskytování péče pacientovi s úzkostí

Dostatek srozumitelných informací, které vedou ke snížení úzkosti („*Teď Vám vyhrnu rukáv a potřebuji Vám odebrat krev na vyšetření. Lékař musel odejít za jiným pacientem, hned se za Vámi vrátí.*“). Vyvaruj se otázkám zvyšující úzkost, která může vyústit až v agresi („*A proč zase brečíte? Z čeho máte úzkost? Nikdo vám nic nedělá.*“). Umožni pacientovi vyjádřit emoce a nevnímej to jako konkrétní útok na svou osobu („*Křičíte, protože jste z toho smutný.*“). Není vhodné skákat pacientovi do řeči, dejte mu prostor ke komunikaci. Zjisti příčinu úzkosti („*Vidím, že nejste v pohodě, co se stalo? Můžeme vám teď nějak pomoci?*“). Zajisti pro pacienta klidné a bezpečné prostředí, kde může ventilovat své emoce („*Řeknete mi to až v ambulanci, ať to neřešíme v čekárně před ostatními.*“). Naslouchej pacientovi se zájmem, úctou, respektem jako profesionál. Představ se, informuj o současné situaci, co se děje, nabídní reálnou pomoc, neslibuj nesplnitelné („*Pojďte se posadit a zkusíme spolu vymyslet, jak Vám v téhle situaci pomoci.*“). Důležité je zjištění aktuálních pocitů („*A jak je Vám teď, pomohla vám ta infuze? Je Vám dneska lépe?*“). Ujistí pacienta, že jsi ochotný ho vyslechnout, že jsi nablízku („*Když budete chtít, dodělám tady práci a pak to spolu můžeme probrat.*“). Akceptuj pacienta se všemi projevy („*Chápu Vaši situaci, takhle by se cítil každý. Situace je složitá, ale proto jste u nás, abychom Vám pomohli ji zvládnout.*“).

Komunikační intervence při poskytování péče pacientovi s vystupňovanou úzkostí a násilnými projevy

Zajisti bezpečné prostředí pro obě strany. Ujistí pacienta, že je v bezpečí, že je chráněn a naším cílem je celou situaci zvládnout. Veškeré výkony a činnosti dělej s jeho svolením („*Teď bych Vám sundal bundu a podíval se na to poraněné zápěstí.*“). Poskytuj nepřetržitý kontakt („*Vidím, že jste z toho všeho naštvaný, posadíme se a probereme to?*“). V případě narůstajícího neklidu neprodleně informuj lékaře. Řádně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace i s intervencemi, časem a reakcí pacienta na intervence (velmi důležitá je dokumentace i po odeznění akutní situace).

Zhodnocení efektu poskytnuté péče

Pacient má dostatek jemu srozumitelných informací, které vedou ke snížení úzkosti. Pacient může bez obav vyjadřovat své emoce, které sestra akceptuje a dále s nimi pracuje. Pacient ve spolupráci se sestrou identifikuje situace, které úzkost zhoršují, společně pojmenovávají metody, které je dokážou snížit. Pacient ovládá svůj způsob komunikace, racionálně komunikuje se sestrou. Pacientovy projevy nevykazují známky agrese. Pokud došlo ke splnění stanovených cílů (očekávaných výsledků) na základě intervencí považuje sestra celý proces za úspěšný. V opačném případě je nutno plán přehodnotit a změnit jej na základě zkušeností z předchozího plánu (Nanda international, 2013).

2. Problematika eskalace násilných projevů

Cílem této kapitoly není poukazovat na potenciálně rizikové pacienty ve smyslu „dát si pozor“, ale přistupovat k těmto pacientům s ještě větší dávkou empatie, rozvahy a uplatňovat komunikační dovednosti. Důležité je při předcházení násilného chování stanovit, kdo z pacientů by mohl být při poskytování péče potenciálně rizikový. Vždy je nutno mít na paměti, že identifikování potenciálně rizikového pacienta nesmí být zaměněno za zevšeobecnění, paušalizaci či předsudky (Burda, 2014).

2.1 Potenciálně rizikový pacient

Při přístupu k potenciálně rizikovým pacientům (osoba se závislostí, osoba bez domova, atp.) je třeba respektovat člověka jako jedinečnou bytost, zbavit se předsudků a dodržovat etický kodex sester. Rizikové skupiny jsou často lidé, kteří jsou snadno zranitelní. Poskytování péče těmto lidem je náročná a je nutno dodržovat veškerá pravidla komunikace, která snižují vznik konfliktních situací.

Matoušek (2003) uvádí, že mezi potenciálně rizikové pacienty lze zařadit především lidi s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, osoby bez domova, děti bez rodinného zázemí, uživatele drog a alkoholu, případně příslušníky některých etnických skupin. V dalším textu popíšeme jednotlivé potenciálně rizikové pacienty, se kterými se může všeobecná sestra setkat při poskytování ošetrovatelské péče napříč zdravotnickým systémem.

Pro pacienty s **mentálním postižením** je charakteristická neschopnost porozumět svému okolí a v očekávané míře se mu přizpůsobit (Vágnerová, 2008). Jedná se o duševní zaostalost, příčiny mohou být genetické, nebo získané v období prenatálním, perinatálním a časně postnatálním (Hugo et al., 2004). Pokud jedinec s mentálním postižením žije v jemu známém prostředí, pečují o něj profesionálové se znalostmi v této oblasti, nebývá zpravidla zásadní problém s násilnými projevy. Problém může nastat ve chvíli, kdy je jedinci poskytována péče v jemu neznámém prostředí, cizími profesionály. K problematickým situacím, které mohou vyústit až v násilné projevy, se řadí např. bolestivé nebo nepříjemné ošetrovatelské výkony. Z vlastních zkušeností lze uvést, že problematické situace mohou nastat, když je po primárním ošetření indikována hospitalizace. Jako jedna z možností, jak snížit napětí a zvolit vhodnou strategii je možnost přítomnosti známé osoby při ošetřování. Při komunikaci je vhodné se vyhnout

infantilizaci, tykání či jinak nevhodným komunikačním strategiím. Je vhodné pacienta oslovovat jménem, udržovat oční kontakt, omezit odbornou terminologií, mluvit pomalu a používat krátké věty. Při komunikaci nedokončovat větu za pacienta, nemluvit o něm ve 3. osobě. Sestra by měla mít schopnost se opakovaně zeptat, když nerozumí, požádat o vysvětlení vhodným způsobem. Komunikace by měla probíhat primárně s pacientem a až potom s doprovodem (Chrástková et al., 2010).

Další skupinou potenciálně rizikových pacientů z pohledu vzniku násilí mohou být pacienti s dekompenzovaným **psychiatrickým onemocněním**. Někteří autoři Ferri et al. (2011), Tomagová et al. (2016) nebo Šimonová et al. (2016) ve svých výzkumných pracích jednoznačně popisují, že nejčastější výskyt agrese vůči zdravotnickému personálu ve srovnání mezi klinickými pracovišti je na psychiatrických odděleních. Právě na psychiatrických pracovištích je snaha identifikovat ohniska agrese pomocí interních, externích a situačních interakčních modelů (Duxbury, 2002).

Některá oddělení jsou pro všeobecnou sestru z pohledu agresivních projevů specifická. Jonker (2009) uvádí, že 76 % (n=113) všeobecných sester na psychiatrických pracovištích se setkalo s nějakou formou násilných projevů. Čerňanova (2010) uvádí ve svém výzkumu, že 84 % (n=117) všeobecných sester bylo při péči o psychiatricky nemocné napadeno fyzicky. Tomagová (2016) dokonce ve svém výzkumu zjistila, že 98,58 % (n=223) všeobecných sester má zkušenost s násilím ze strany pacientů na psychiatrickém oddělení. Právě při péči o takto nemocné pacienty je nezastupitelná role všeobecné sestry jako odborníka na deeskalační techniky. Projevy násilí mohou u psychiatricky nemocných souviset se základním onemocněním. Jako příklad lze uvést pacienty s psychotickým onemocněním, bipolární afektivní poruchou, organickým poškozením mozku nebo pacienty se syndromem závislosti (Vevera et al., 2018). Aby se minimalizovalo riziko vzniku konfliktů, nedorozumění a vznik násilných situací ze strany pacienta, je nutno, aby i všeobecná sestra byla dostatečně připravená na tuto práci (zde se jeví jako velmi důležité kromě základní přípravy projít i semináři, které učí, jak pracovat s potenciálně agresivním pacientem, jak deeskalovat násilné projevy, atp.). Předchozí zkušenosti s napadením v anamnéze sestry mohou snižovat její schopnost odolnosti vůči projevům pacientů s psychiatrickým onemocněním (Zelman et al., 2006). Na psychiatrických odděleních jsou nejčastěji napadáni muži do 30 let (Vevera et al., 2018).

U pacientů se **syndromem demence** je k zajištění bezproblémové komunikace a eliminaci agresivních projevů zásadní osobnost sestry a její komunikační schopnosti. Agresivní projevy lze v některých fázích onemocnění u pacienta se syndromem demence pozorovat relativně často (Jirák, 2011). Zároveň je důležité, aby nedošlo k paušalizaci a zevšeobecnění, že jedním ze symptomů demence je agresivita. U pacientů, kteří trpí syndromem demence je typická změna emočního ladění, schopnost sebekontroly, ovládání vlastních emocí. Celková emoční reaktivita může být méně přiměřená okolí (Vágnerová, 2014). Projevy agrese bývají spojeny se situacemi, kdy si pacient nemůže vzpomenout, má poruchy paměti, bloudí, zažívá situace, kterým není schopen porozumět. Z násilných projevů může sestra identifikovat nadávky, proklínání, vyhrožování, což z pohledu pečujících ještě celou situaci pro obě strany negativně ovlivňuje. Ve fyzických násilných projevech sestra může pozorovat celou škálu projevů od ničení věcí (trhání prádla, kopání do nábytku) až po napadání pečujících, nejčastěji těch nejbližších, profesionálních pečovatelů a zdravotníků (Venglářová, 2007; Burda, 2014). Napadení nejbližších může vést k velké frustraci pečujících, kdy je zpětná vazba jiná, než jsou očekávání. Projevy aktivního negativismu lze pozorovat v situacích, kdy se klient brání některých aktivním úkonům - hygienická péče, podávání stravy, atp. (Jirák, 2018). V péči, která má předcházet výše uvedeným situacím, je důležité být trpělivý, empatický, mít dostatek informací o projevech onemocnění. Napětí snižuje omezení konfrontace člověka s demencí s jeho nedostatky („*Co to tady zase děláte? Vždyť jsem Vám to říkal už několikrát!*“). Jednotlivé činnosti přizpůsobovat momentální situaci (nikoliv dle potřeb instituce, např. tzv. plány hygienické péče). Pro snížení napětí ze strany pacienta trpícího syndromem demence může přispět i pravidelný režim pro jednotlivé aktivity, které se co nejvíce podobají životu před vznikem onemocnění. Z vlastní zkušenosti lze uvést, že ke snížení násilných projevů, bezproblémové interakce a navození vhodné atmosféry byla podpora dobré nálady a uchránění pacienta před situacemi, ve kterých by mohl selhat. Při péči o dementního pacienta je zapotřebí podporovat jakoukoliv aktivitu bez ohledu na výkon či výsledek.

Jako prevence vzniku nedorozumění může působit eliminace konfliktů. Vhodné je podporovat pocit užitečnosti a využít potenciál pacienta (arteterapie, ergoterapie, atp.). Složka neverbální komunikace má při komunikačním procesu nezastupitelnou úlohu a může vést k odvrácení násilí – u pacientů s demencí neverbální složka hraje ještě významnější úlohu v komunikaci (Venglářová et al., 2006; Venglářová, 2007).

Při poskytování péče, nejen v ambulantní sféře, se mohou setkat všeobecné sestry s pacienty, kteří poskytují **placené sexuální služby**, pracují v erotickém byznysu. V převážné míře se jedná o ženy. Klient poskytující placené sexuální služby tak činí výjimečně dobrovolně. Někdy ho k tomu vede vnější tlak, někdy vnitřní potřeba, někdy racionální úvaha (Vodáčková et al., 2002). Z osobních zkušeností při poskytování péče je možno uvést, že nejčastěji ošetřujeme tyto pacienty jako oběti trestné činnosti (často se jedná o intoxikace, kdy je droga podána do pití či jinou cestou). Agrese u klienta poskytujícího placené služby bývá spojena s intoxikací alkoholem nebo drogou. Při poskytování péče není vhodné provádět resocializaci. Všeobecná sestra může v rámci poskytování ošetrovatelské péče využít prostor pro zmírnění škod pramenících z prostituce. Jako příklad lze uvést: taktně poučit o prevenci sexuálně přenosných chorob, zjistit jestli má žena kde bydlet, má doklady a navázat spolupráci s odborníky v oblasti sociální práce, případně nabídnout možnost léčení závislosti. Osoby, poskytující placené sexuální služby, se pohybují v sociální skupině, kdy násilí může být projevem přežití a bývá častým způsobem komunikace. Ženy, poskytující placené služby, jsou citlivé na jakékoliv projevy odsuzování, ironizování. Opět je důležité mít na paměti, že primární rolí sestry je pomáhat, nikoliv odsuzovat (Vodáčková, 2002, Matoušek, 2003).

Další skupinou osob, se kterými se všeobecná sestra setkává, jsou **nezaměstnaní pacienti**. I přes veškeré negativy této sociální skupiny sestra musí zvolit vhodnou metodu komunikace, postoje a přístupu. Především se setkáváme s tím, že sestry mají někdy tendenci odsuzovat, popř. zevšeobecňovat (každý může pracovat, nepracuje, protože nechce). Člověk bez práce a tím pádem bez prostředků na živobytí, po čase aktivity a optimismu propadá pesimismu a pasivitě, která může vyústit v násilné projevy při setkání se zdravotnickými službami. Nezaměstnaný člověk se dostává mimo oblast normy. Ztráta zaměstnání vyvolává psychické a somatické reakce jedince, který se musí se svou novou situací vyrovnat (Vágnerová, 2002). V určité fázi nezaměstnaný prožívá svou situaci jako stresovou se všemi důsledky. Trpí úzkostí a depresi. Právě v této fázi, pokud je nutné poskytnout zdravotní péči, může dojít k různým stupňům násilných projevů. Někdy se může jednat o banální spouštěč, např. když sestra vyžaduje zaplacení regulačního poplatku (i když je předem jasné, že pacient nemá prostředky).

Osoba bez přístřeší, bezdomovec, osoba bez domova v roli pacienta může být zdrojem vzniku nestandardních situací. Často se všeobecná sestra může setkat s tím, že osoba bez přístřeší ani tak nežadá zdravotní péči v pravém slova smyslu, ale spíše hledá pomoc

(žádá jídlo, teplo, ošacení, pomoc se závislostí). Osoba bez přístřeší není zpravidla žádoucím pacientem zdravotní péče – často bez dokladů, bez přispívání do systému zdravotního pojištění, její stav bývá špatný, ale ne natolik, aby potřeboval hospitalizaci (Matoušek, 2003; Burda, 2014). Pacient, osoba bez přístřeší, může být v interakci se zdravotnickými službami určitým zdrojem problémových situací, které mohou vyústit až v násilné projevy jak ze strany pacienta, tak ze strany personálu. Hlavním rysem bezdomovectví je jakási stigmatizace, nepřijetí jedince do společnosti. Nepřijetí je především na základě nežádoucí odlišnosti. Nedorozumění při péči může mít za následek násilné projevy. To mohou umocnit i určité společné rysy jako nezaměstnanost, závislostní poruchy, odpudivost, lhostejnost (Michlová, 2012). Násilné projevy a agrese u těchto osob bývá spojena s odmítáním hodnot majoritní společnosti, z toho je zřejmý asociální způsob života. Při poskytování péče se všeobecná sestra může setkat s pro ni nepřijatelnými projevy chování a neschopností respektovat běžná pravidla (rozložení věcí v čekárně, žebrání mezi ostatními pacienty, požívání jídla a pití alkoholu v čekárně, kouření, atp.). Při snaze o nápravu jsou tyto situace zdrojem agresivních projevů z obou stran. Dalším důvodem agresivního chování může být i odmítnutí hospitalizace nebo provedení vyšetření. A v neposlední řadě selhání zdravotníka v oblasti komunikace a přístupu k této skupině pacientů.

2.2 Eskalace násilných projevů

Před samotným výskytem násilí je možno identifikovat varovné signály. Je důležité, aby všeobecná sestra dokázala tyto varovné signály rozpoznat a adekvátně na ně reagovat. Někteří autoři Čadilová et al. (2007) či Harsa a Kertészová (2012) popisují jako primární varovný signál neklid. Ve většině případů se může jednat o předstupeň blížícího se násilí. Při poskytování ošetrovatelské péče se sestra může setkat se situací, kdy neklid není symptomem onemocnění. K neklidu mají spíše tendenci osobnosti impulzivní nebo emočně nestabilní (Fischer a Škoda, 2009).

Klasický vzorec eskalace násilných projevů může být od verbálních a neverbálních projevů agrese, přes poškozování věcí až po fyzické napadení. Jsou situace, kdy eskalace násilí ze strany pacienta může začít přímo fyzickým napadením (strkáním do sestry) bez jakéhokoliv varovného signálu (Burda, 2014). Eskalování násilí u pacienta je graficky znázorněno na obrázku č. 3 níže.

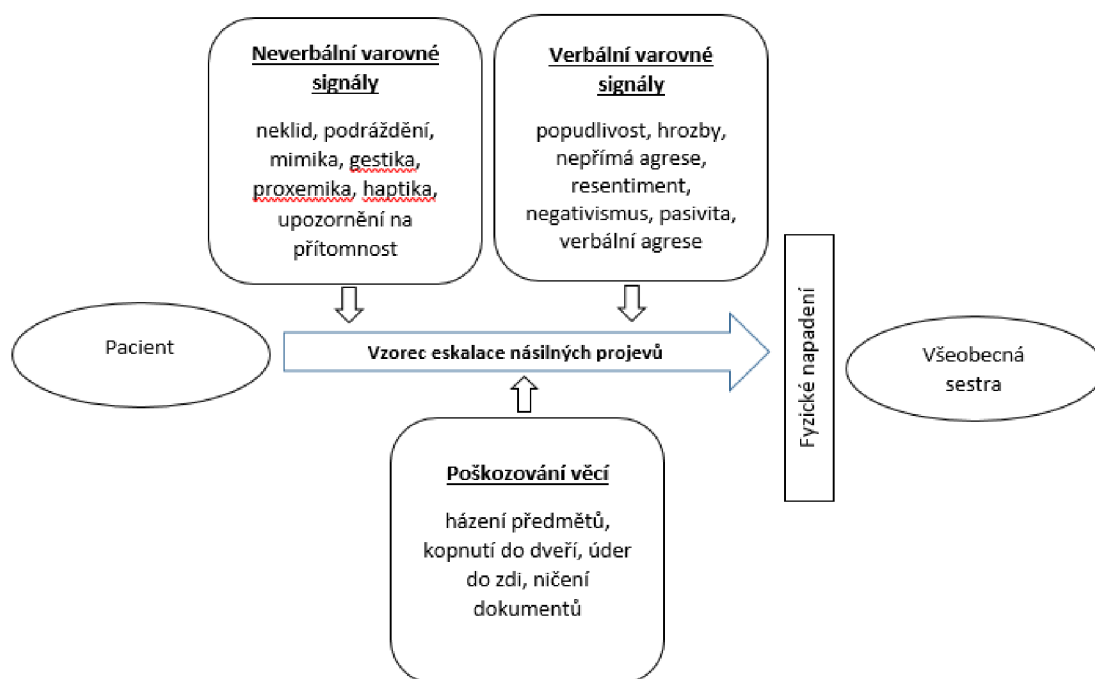
Interakce s pacienty bývá často v situacích, které jsou pro ně značně stresující. Jsou to lidé v nesnázích, s pocitem bezmoci, v psychickém a fyzickém dyskomfortu. Často musejí čekat na poskytnutí pomoci dobu, která jim připadá neúměrně dlouhá (Pekara et al., 2011).

Případné **varovné signály (verbální)** blízcího se násilí identifikované všeobecnou sestrou: Informace v anamnéze (předchozí problémy při ošetření, užívání návykových látek, atp.). Prvky nepřímé agrese (např. teatrálnost při čekání na ošetření, pacient vtahuje ostatní jako publikum, popř. se snaží je dostat na svou stranu. „*Minule jsem tady čekal dvě hodiny a stejně mi nepomohli.*“). Popudlivost („*Už jsem vám jednou tu kartičku pojištění dával, máte v tom zmatek.*“). Projevy pasivní agrese („*S vámi se vůbec nebudu bavit, zprávu ukážu až lékaři.*“). Hrozby („*Vy nevíte, kdo já jsem. Počkejte, budu si na Vás stěžovat*“). Negativistické ladění („*Proč mě posíláte na jiné pracoviště? Stejně mi tam nepomůžou.*“). Resentiment – pozůstatek dřívější křivdy z ošetření („*Minule tady byla sestra, která nedala paní v čekárně napít a byla na ni zlá.*“). Absolutní pasivita (pacient neodpovídá na otázky, odmítá rozhovor). Verbální agrese se všemi projevy (nadávky, vyhrožování).

Případně **varovné signály (neverbální)** blízcího se násilí identifikované všeobecnou sestrou: Psychomotorický neklid (přecházení z místa na místo, bouchání dveřmi, syndrom neklidných nohou). Podráždění jako nepřiměřená reakce na standardní situaci („*Už mi to říkáte po druhé, nejsem hluchý.*“). Mimické projevy (projevy zlosti v obličeji, změna barvy, semknutí rtů, svráštělé obočí, rychlé dýchání nosem). Projevy gestiky (prudké pohyby horních končetin, tleskání hřbetem dlaní). Projevy proxemiky (přibližování se blíže k sestře, snaha mít převahu, agresor se zvedá ze židle). Projevy haptiky (např. odstrčení paže sestry, která měří krevní tlak). Upozorňování na svou přítomnost (bouchání dveřmi, pokašlávání v čekárně, opakované klepání na ambulanci, atp.).

Uvedené signály mohou, pokud nedojde k jejich deeskalaci, gradovat a vyústit až ve fyzické napadení sestry. Někdy se jako mezistupeň může objevit tzv. fáze poškozování věcí. Projevy mohou být značně různorodé, jako příklad lze uvést házení předmětů (taškou, bundou), kdy již reálně může dojít k fyzickému napadení. Na základě vlastních zkušeností lze uvést, že někteří pacienti projevují svou agresivitu ničením dokumentů (roztrháním žádanky, lékařské zprávy, atp.).

Obrázek 3 Eskalace násilí ze strany pacienta



Zdroj: Vytvořeno autorem.

Pokud pacient vede násilí proti své osobě a trestá se, jedná se o autoagresivní chování. Všeobecná sestra se s těmito projevy může setkat při oznámení závažné diagnózy, při bolesti či při psychiatrickém onemocnění (Ryan a Maguire, 2006).

Fyzické napadení může přicházet i bez varovných příznaků. Typičtější je situace, že se agresivní projevy stupňují a eskalují.

V první fázi fyzického násilí je možné identifikovat spouštěč. Pacient začíná porušovat určité společenské normy, jeho chování se odklání od normálu. V této fázi sestra může vnímat výše uvedené varovné signály (Poněšický, 2005). Spouštěč může být pacientem i verbalizován („*Už toho mám dost, chceš přestít?*“), nebo může zůstat skrytý. Druhou fází je eskalace, kdy chování pacienta vykazuje iracionální prvky, které mohou sloužit až k patologickému dosažení cíle. Pacient často v tuto chvíli nereaguje na racionální intervenci. Pokud nedojde ke zklidnění pacienta, eskaluje násilí a přichází třetí fáze krize, pro kterou je charakteristické, že reakce pacienta jsou iracionální, impulzivní. Pacient přestává vnímat okolí a absolutním středem všeho dění se stává jeho problém (Burda, 2014). V této fázi dochází k samotnému aktu fyzického napadení. V různých časových odstupech za použití deeskalčních technik, popř. spontánně, přichází fáze uklidnění. U

některých pacientů lze pozorovat projevy racionality a zklidnění projevů agrese. Není vhodné v této chvíli žádat vysvětlení, poučovat pacienta, vyčítat, popř. vyhrožovat. Po napadení bývá u agresora přítomna vyšší hladina hormonů, které neumožňují racionálně reagovat, může dojít k opakovanému vystupňování agrese (Váchová, 2006; Newman a Newman, 2010).

3. Prevence násilných projevů a její limity

Vznik násilí při poskytování ošetrovatelské péče je do určité míry preventabilní. Sestra bývá často první osobou, se kterou je pacient konfrontován. Během hospitalizace s ním tráví velkou část své pracovní doby. Její role v odhalování projevů, které mohou vést k agresi je nezastupitelná. Osobnost všeobecné sestry, její vlastnosti, zkušenosti a vědomosti mohou preventivně působit před vznikem násilí. Správně poskytovaná ošetrovatelská péče, která citlivě vnímá osobnost pacienta a respektuje zásady moderních ošetrovatelských přístupů je nástrojem vedoucím ke snižování nedorozumění, napětí a vzniku násilí. Komunikace a chování sestry jako nástroj prevence má nezastupitelnou roli v péči o pacienta, dokáže zásadně eliminovat vznik násilí ve zdravotnictví.

Pekara (2015) uvádí, že zdravotnictví je z 80 % o komunikaci. Odborníci, kteří se zabývají mimořádnými událostmi, popisují, že efektivní verbální komunikace by mohla přinést zásadní snížení násilných projevů ve zdravotnictví (Škrla, 2005).

3.1 Osobnost všeobecné sestry jako nástroj prevence

V prevenci násilí, se kterým se setká všeobecná sestra při poskytování ošetrovatelské péče, má osobnost sestry své nezastupitelné místo. Ošetrovatelské povolání bývá spojeno se vznikem konfliktních situací nejen interpersonálními, ale také ve vztahu k pacientovi (Trešlová, 2010; Trešlová, 2012). Jedním z předpokladů eliminace situací, které by mohly vést k násilí, je nutná odolnost sestry k náročným pracovním situacím (převážná část pracovní doby v blízké interakci s ostatními kolegy, pacienty).

Dále uvedené situace mohou narušovat interakci mezi pacientem a sestrou a mohou se podílet na vzniku problémových situací, které mohou vyústit v násilí. Jako příklad těchto situací lze uvést neustálou konfrontaci s dotazy, požadavky a reakcemi pacienta, které sestra vyhodnocuje, reguluje a analyzuje. Sestra je kontinuálně sledována a hodnocena (pacienti, doprovod, nadřízení), má velké množství úkolů, které nesnesou odklad a musí mezi nimi plynule přecházet (Vrublová, 2002; Váchová, 2006). Tato přemíra podnětů vyvolává napětí, které může vést k podrážděnosti a narušení neuropsychické rovnováhy (Zacharová, 2006).

Nejdůležitějšími předpoklady pro zvládnutí nároků na osobnost všeobecné sestry je poznat sebe sama, všítat si sebe a svých reakcí a dokázat komunikovat o svých představách a potížích (Venglářová et al., 2011).

Z pohledu prevence vzniku konfliktů a problémových situací při poskytování ošetrovatelské péče, má osobnost všeobecné sestry vliv na způsob a styl komunikace. Dominantní – autokratický styl je z pohledu vzniku násilí nejproblematictější. Dominantní rysy sestry mohou být především rozkazy, minimální respekt přání, omezení autonomie rozhodování na základě svých předchozích zkušeností, paušalizace a zevšeobecnování. Tento autokratický styl bývá zdrojem nedorozumění a konfliktů (Zacharová, 2006; Venglářová, 2011).

Vhodnějším způsobem, který působí proti vzniku konfliktů je integrační (sociálně-integrační) – demokratický styl, kdy sestra vyžaduje dodržování léčebných postupů a režimu, ale zároveň podporuje iniciativu, autonomii.

Tento styl bývá výsledkem vzdělání, zkušeností, zralosti (Hartl, 1996; Špatenková, 2003; Venglářová, 2011). Rozhodující roli v prevenci násilí sehrává především profesionální chování všeobecné sestry vůči pacientovi (Pekara, 2015).

3.2 Komunikace jako nástroj prevence

Komunikační dovednosti patří mezi nejzákladnější nástroj k předcházení nedorozumění, konfliktů a násilí ve zdravotnictví. Komunikační schopnosti směrem k pacientovi působí jako prevence násilí, v určitých fázích násilných projevů přispívají k deeskalaci násilného chování. Dostatek srozumitelných informací, které má pacient k dispozici, slouží jako motivace pro spolupráci, snižuje napětí a vznik nežádoucích situací. Pacient s dostatečným množstvím jemu srozumitelných informací lépe spolupracuje (snižuje se vznik agrese). Lánský (2013) uvádí, že informovaný pacient se rychleji uzdraví. To může značnou měrou urychlovat vyléčení s veškerými pozitivními ekonomickými dopady. Komunikace během poskytování ošetrovatelské péče mezi pacientem a sestrou bývá plná emocí, což se odráží především na neverbální složce komunikace (otočení očí v sloup, zavření dveří, když ještě pacient hovoří, atp.). Pacienti si emoce (nejen své) pamatují velmi dobře a dlouho. Zároveň i zdravotníci mají právo na své emoce (Pekara, 2015).

Obecně při interakci mezi pacientem a sestrou jde vždy o správné pochopení a uchopení situace. Sestra musí užívat své komunikační dovednosti jako nástroj prevence. Pacient – agresor často sám sobě nevěří, jeho násilné projevy mohou být voláním o pomoc, na kterou není vždy nutno reagovat protiútokem. Všeobecná sestra by při konfrontaci s projevy násilí měla věřit svým schopnostem, vážít si sebe i druhých, nejednat agresivně,

užívat tvořivost, empatii, ohleduplnost, znát zákony a aplikovat vyhlášky. V extrémních případech při setkání s násilím je vhodné mít na paměti, že agresor může být i manipulátorem, egoistou a v komunikaci preferuje svou osobu (Vevera et al., 2011; Vevera et al., 2018).

Všeobecná sestra by se měla pomocí komunikačních technik vyvarovat násilného střetu s pacientem. Pokud se tak již stane, veškeré úsilí musí vést k deeskalaci násilí (Potts a Potts, 2013; Pekara, 2015;). Pokud interakce komunikace probíhá ve vztahu partnerském (nikoliv paternalistickém), bývá napětí při komunikaci omezeno na minimum. Mastiliáková (2007) uvádí, že všeobecné sestře, která se chová lidsky, pacient odpustí i občasnou neprofesionalitu.

Pokud si sestra osvojí své komunikační schopnosti (trénují se stejně jako ostatní ošetrovatelské činnosti), bude schopna pracovat se všemi verbálními i neverbálními komunikačními prostředky. Komunikační dovednosti se stanou nástrojem, kterým je možno předcházet, deeskalovat nebo zmírňovat dopady násilí ve zdravotnictví (Burda, 2014).

3.3 Ošetrovatelská péče jako nástroj prevence

Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům by v sobě měla zahrnovat kladný přístup. Respekt k pacientovi, pochopení jeho nemoci, psychického prožívání a přístup k pacientovi jako osobnosti může snižovat potencionální napětí. Při péči sestra bere na vědomí pacientovu sociální situaci včetně prognózy onemocnění a s tím související změny životního režimu (Zacharová a Šimíčková - Čížková, 2011).

Předcházet problematickým situacím poskytováním ošetrovatelské péče by všeobecná sestra měla ihned při prvním kontaktu s pacientem mimo jiné i dále uvedenými činnostmi.

Seznámení s osobou – eliminovat anonymitu („*Dobrý den, jmenuji se Patrik Burda, jsem sestra zde na ambulanci a teď Vám pomůžu se z té bundy svléct.*“). **Seznámení s prostředím** (dostatek informací o novém prostředí, poučení pacienta o neznámých věcech usnadňuje celkovou orientaci a snižuje stres z neznámého prostředí). **Seznámení s činnostmi** (minimalizují se záporné emoce a s nimi i strach, obavy, stud, úzkost, čímž se předchází komplikacím. „*Potřebuji Vám teď do žíly zavést tuto hadičku, kam budete dostávat léky, které vám pomohou. Je to stejné jako odběr krve.*“). **Být profesionálem v**

ošetřovatelství (projevit zájem, empatii, účast, podporovat vzájemný kontakt a výměnu informací).

Nejčastější chyby, které provázejí poskytování ošetřovatelské péče a mohou podpořit vznik násilí, jsou nešetrně provedené ošetřovatelské činnosti. Nezajištění soukromí, intimity. Tzv. „rány pod pás“ („*Už minule s Vámi byly problémy.*“). Negativní emoce vytěsni argumenty, logiku („*Ta vaše léčba je pěkně drahá a stejně dál pijete.*“). Nejasné, nejednoznačné požadavky na pacienta („*Nehýbejte tou rukou, je tam zavedena kanyla. Vy neslyšíte?*“). Nepřipouštět pseudoproblémy v péči („*Zase máte zmuchlanou peřinu před vizitou.*“).

Stejně jako osobnost sestry, její komunikační dovednosti, tak i kvalitně poskytnutá ošetřovatelská péče s dávkou empatie a porozumění, poskytovaná na základě vědeckých poznatků může zajistit bezproblémový vztah mezi sestrou a pacientem, který je zásadním předpokladem k omezení vzniku násilí.

3.4 Prevence ze strany poskytovatele zdravotních služeb

Zásadním úkolem, před kterým stojí všechna zdravotnická zařízení, je předcházet jakýmkoliv násilným projevům při poskytování ošetřovatelské péče. Je nutné a žádoucí, aby sestry zvládly krizové situace, kam patří právě setkání s násilím ať ve vztahu sestra – pacient nebo mezi jednotlivými zaměstnanci. Součástí strategie managementu zdravotnických zařízení musí být i péče o zaměstnance. Bezpečnost práce je velmi důležitou součástí péče o zaměstnance. Její součástí by měla být i pracovní rehabilitace (Gladkij et al., 2003).

Jedním z preventivních opatření před násilnými projevy i před napadením je **personální obsazení** jednotlivých pracovišť. Odpovědnost za řádné poskytování ošetřovatelské péče, za správnou organizaci práce a určování zaměstnanců ve službách má odpovědný poskytovatel zdravotnických služeb, tj. zaměstnavatel. Nedostatečné množství personálu při poskytování péče může přispět k násilí ze strany sestry i pacienta. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 99/2012 stanovuje minimální personální obsazení při poskytování zdravotnických služeb. Dále stanovuje personální obsazení dle jednotlivých odborností a druhu poskytované péče. Již při plánování zdravotní péče je nutno postupovat tak, aby nastaveným počtem personálu byla zajištěna kvalitní a bezpečná zdravotní péče pro sestru i pacienta (Burda, 2014). Nejen počet personálu

poskytujícího péči, ale také jeho vzdělání, zkušenosti a prestiž mohou přispět k eliminaci násilí. Od počátku 90. let 20. století dochází ve všech rezortech ke změnám, které se týkají pregraduálního i postgraduálního vzdělávání. V oblasti ošetřovatelství je vzdělávání pružnější a cílenější k potřebám pacienta. Vzdělávání se přizpůsobuje měnícím se celospolečenským podmínkám. Rozvíjí se profesní profily a kompetence zdravotnických pracovníků (Zacharová, 2006). Při personálním výběru všeobecné sestry na pozici, kde je frekvence setkání s násilnými projevy častější (urgentní příjmy, psychiatrická oddělení), je vhodné zhodnotit některé vlastnosti, např. schopnost sebeovládání, osobností zralost, profesní zkušenost, schopnosti komunikace, atp. (Needham et al., 2005).

Doporučení, která si kladou za cíl snížit riziko násilných projevů, zajistit interakci s pacienty a minimalizovat problémy jsou následující: zajistit dostatečnou podporu ze strany zaměstnavatele, věnovat dostatek času a prostředků k rozvojovým aktivitám zaměstnanců a zlepšovat tím sociální dovednosti, organizovat služby tak, aby byl v maximální možné míře zajištěn dostatečný odpočinek, pokud si zaměstnanec přeje, poskytnout radu, konzultaci, rozhovor.

Z vlastní zkušenosti lze uvést, že dostatečný počet zaměstnanců ve službě může odradit pacienta od agresivních projevů, především fyzických. Velmi vhodné se jeví, aby byla v týmech zastoupena obě pohlaví všeobecných sester. Pokud všeobecná sestra identifikuje násilné projevy před zahájením ošetřovatelské péče, měla by mít možnost zajistit si přítomnost dalších kolegů.

Stavební úprava prostoru, kde je poskytována ošetřovatelská péče je dána základními normami, především ji upravuje vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 92/2012, která stanovuje minimální požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Prostředí má být pro všeobecnou sestru, pacienta i ostatní, kteří se podílí na realizaci péče, bezpečné a funkční. Pro přehlednost dále uvádíme výhody a nevýhody stavebního uspořádání při ambulantním provozu. Prvním uspořádáním je jednoprostorové řešení, kdy je pracoviště sestry a lékaře v jedné místnosti (např. stomatologická ambulance). V případě eskalace agresivních projevů je velmi důležité mít k dispozici únikové cesty, mít možnost dostatečné vzdálenosti od pacienta v případě potřeby. V případě fyzické agrese se jeví toto uspořádání jako nejméně vyhovující. U dvouprostorového uspořádání (pracovní sestry a lékaře) propojené místnosti je výhodou, že při identifikaci agrese

(někdy bývá zřejmá již při prvním setkání), se může eliminovat vstup do dalšího prostoru a deeskalační postupy provést v odděleném prostoru. Další výhodou je i možnost přivolání druhé osoby z místnosti, otevření dveří, popř. úniku. Zcela specifické má být uspořádání psychiatrických pracovišť. Z důvodu bezpečnosti zde nemusí být zdroj elektrické energie, komunikační zařízení mezi pacientem a sestrou, umyvadlo. Na těchto pracovištích je možno mít k dispozici observační místnost (vyhláška MZČR č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče).

Preventivně před vznikem agrese můžou působit i další stavební a technické úpravy. Především se jedná o centralizaci příjmového místa v rámci ambulantního prostoru (především v nočních hodinách). Kamerový systém plní roli nejen v prevenci nežádoucího chování, ale také v případě analýzy hodnocení situace. Pokud je místo pro příjem pacientů prostorné, dobře označené, větrané a dobře osvětlené, dochází ke snižování napětí (Burda, 2014; Pekara, 2015). Z vlastních zkušeností je možno uvést, že když jsou prostory čekáren světlé, osvětlené, je možno si krátit čekání, např. wi-fi připojením, sledováním TV, snižují nervozitu při čekání („*Sestřičko v pohodě, já počkám, vyřídím si tady emaily.*“). Stavebně by mělo být zajištěno, aby sestra při poskytování péče měla možnost mít volné únikové cesty v případě napadení (nábytek, materiál u těchto cest může být pastí v nutnosti opuštění prostoru). Při poskytování péče pacientům je žádoucí, aby prostředí bylo upravené, čisté, uklizené, bez zápachu, osvětlené. V takovém prostředí se snižují podněty k trestnému činu (Zimbardo, 2011).

Dalším z nástrojů ze strany poskytovatele zdravotnických služeb při předcházení násilí je dostatečná informovanost, proškolení a jasné **metodické pokyny, metodické příručky** nebo **standardy ošetrovatelské péče**, zaměřené na práci s potencionálně násilným pacientem. Metodické pokyny jako dokumenty, které mají mít návodný charakter řešení dílčího problému v ČR, vydávají státní instituce, např. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Palečková a Hovorková (2019) uvádějí, že v současné době obecně závazný právní předpis ani závazný interní pokyn ministerstva zdravotnictví, který upravuje zabezpečení zaměstnanců, poskytovatelů zdravotní péče, neexistuje. Zajištění bezpečnosti zaměstnanců je nastaveno ve vnitřních řádech nemocnic (vnášení zbraní, zabezpečení prostředí, možnost přivolání pomoci, atp.). Předchozí zdravotnická dokumentace může být i do určité míry varovným signálem pro sestru – pokud je zde uvedena přechozí problémová situace, abúzus, pracovně sociální anamnéza, atp. (Burda, 2014).

Standard jako platná a dohodnutá definice přijatelné ošetrovatelské péče určuje, co je potřebné a nezbytné k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (Mastiliáková, 2004). V případě násilí, se kterým se sestra setká ve zdravotnictví, může být standard ošetrovatelské péče nápomocný v postupu řešení pro sestru, pacienta, ostatní zúčastněné i nadřízené. Ve fázi incidentu standard nemůže určovat jednotlivé kroky jak postupovat, jeho význam je v nastavení preventivních opatření a nastavení postupu řešení agrese. Je vhodné, když mají sestry k dispozici jednoduchou metodickou příručku, která je návodná v tom, jak působit preventivně před násilnými projevy, jak se zachovat ve chvíli agrese, popř. jak postupovat po odeznění incidentu. Pokud je metodická příručka podpořena seminářem, školením či jinou vzdělávací aktivitou, která se věnuje přístupu k násilným pacientům, sebeobraně, komunikačním či jiným dovednostem, stává se vhodným preventivním nástrojem.

4. Deeskalační techniky při setkání s projevy násilí

Z pohledu poskytování ošetrovatelské péče pacientovi, u kterého lze pozorovat násilné chování, by měla sestra využít všech deeskalačních technik, které vedou ke snížení napětí a odvrácení hrozící agrese. Deeskalace je způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí u pacienta i u ošetrujícího personálu (Richmond et al., 2012; Vevera et al., 2018). Deeskalační postupy při setkání s pacientem mají svá specifika v tom, že reakce musí být rychlá, je omezený prostor pro rozhodování a volbu strategie a tím tvoří silnou zátěžovou situaci pro sestry (Pekara a Trešlová, 2011). Vevera (2011) uvádí, že cílem deeskalace není, aby sestra nad pacientem zvítězila.

Společné dosažení cíle, snížení napětí a zabránění vzniku násilí při interakci mezi sestrou a pacientem, sestru ujišťuje v profesionalitě a ve zvládnání komunikačních technik. Sestra, která dokáže pomocí deeskalačních technik pracovat s násilím a agresí, bývá i okolními spolupracovníky vnímána jako ta, která zvládá náročné situace a bývá vzorem pro ostatní kolegyně. Pacient, který pomocí deeskalačních technik dosáhne zklidnění, má navozen pocit zvládnutí celé situace a nesehnání v interakci s neznámým prostředím, situací nebo svým onemocněním.

Někteří autoři Ptáček (2011), Poněšický (2015), Pekara (2015) či Vevera (2018) popisují, že základní deeskalační strategie se skládá ze tří složek, z vyhodnocení situace, správné komunikace a taktiky vyjednávání.

4.1 Vyhodnocení situace

Správné vyhodnocení celé situace je důležité pro další vývoj a případné zklidnění nežádoucích událostí, které mohou při poskytování ošetrovatelské péče nastat. Schopnost sestry vnímat všechny projevy – co se děje, proč se to děje a co dost pravděpodobně bude následovat a stanovit řešení je jedním z předpokladů zvládnutí deeskalace.

Informace pro základní orientaci v celé situaci může poskytnout anamnéza (lze využít informací od svědků, blízkých, policie). Pokud to situace dovoluje, je vhodné získat prostor a čas na deeskalaci („*Prosím posaďte se tady, odložte si, jste v nemocnici a teď již se nemusíte obávat, pomůžeme Vám.*“). Přesně tato situace může poskytnout pacientovi prostor pro přehodnocení celé situace, jež může směřovat k agresivitě (komunikace je najednou jiná než např. ze strany policie ČR, kdy je pacient omezen v pohybu).

Získání času a prostoru pro adekvátní reakci potřebuje i sestra, která musí sledovat své verbální a neverbální reakce. Vzhledem k prostoru, kde se situace odehrává („naše teritorium“), a ke vztahu sestra – pacient, může být přirozená útočná reakce i ze strany sestry („*Neřvěte, nebo Vás neošetříme!*“). Zvyšuje se pravděpodobnost hostilných projevů ze strany sestry (Pekara, 2015; Vevera, 2018). Pokud to situace dovoluje, je vhodné využít nástroje na hodnocení rizika násilí a možnosti ochranných faktorů, především na psychiatrických lůžkových odděleních (Nijman et al., 2005; De Voguel et al., 2012). Pokud již při prvním setkání u pacienta jednoznačně vystupují do popředí projevy zlosti, rozčilení či agresivity, není efektivní se snažit situaci uklidnit dominantní pozicí – např. připomenutím péče v prostředí instituce („*Laskavě se uklidněte, tady jste v nemocnici a ne v baru.*“) či připomenutím sociální situace pacienta („*Nemáte doklady a peníze na regulační poplatek, můžeme vás klidně vyhodit.*“).

Ve fázi vyhodnocování situace musí všeobecná sestra identifikovat a pracovat s veškerými informacemi, které získala již v rámci vstupní anamnézy. Napětí a vznik agrese může umocňovat přehlížená bolest pacienta, pocity úzkosti, frustrace, ponížení.

4.2 Deeskalace pomocí komunikační strategie

Komunikační strategie s užitím vhodných technik je zásadní v předcházení deeskalaci násilí. Základním předpokladem komunikace je navázání důvěry mezi pacientem a sestrou (důležitá tři pravidla pro navázání důvěry: představ se – sděl, co se děje – sděl, co se bude dít). Tento samotný akt snižuje napětí a zásadním způsobem přispívá k zabránění eskalace násilí (Ptáček, 2011).

V případě vystupňování emocí nebo stresové situace se dle některých autorů, např. Špatenková (2003), Pekara (2015) či Vevera et al. (2018) mění způsob vnímání komunikace, kdy 50 % tvoří komunikace neverbální, 40 % tón hlasu a paralingvistické projevy a jen 10 % zastupuje verbální část komunikace. Z výše uvedeného je zřejmé, jaký význam má správně vedená neverbální komunikace na snižování napětí. Správně uchopená komunikace se stává bezkontaktní, deeskalační metodou se všemi svými výhodami (vyhnutí nutnosti použít sebeobranu, eliminace zranění obou stran).

V posledních desetiletích, s nárůstem počtu pacientů (zvyšuje se věk dožití), a s vývojem společnosti (technika v ošetrovatelské péči, tlak na rychlost a výkony), sami pacienti popisují, že komunikace se dostává mimo střed zájmu (Trešlová, 2010). Přitom správně

vedená komunikace je základ pro budování důvěry, snížení napětí, zajištění pocitu bezpečí a jistoty. Je zřejmé, že nejdůležitějším nástrojem deeskalace je právě komunikace.

Při deeskalaci násilných projevů tvoří **neverbální složka komunikace** převážnou část celého komunikačního procesu (jak bylo uvedeno výše). Je zřejmá nutnost sledovat a vyhodnocovat neverbální projevy nejen ze strany pacienta, ale také ze strany sestry. Právě sestra musí kontrolovat své neverbální projevy, které by mohly mít zásadní podíl na eskalaci násilí, či přímo by vedly k fyzickému napadení (ironický úsměv, ignorace z pozice moci – zavření dveří beze slov, opovrhující výraz tváře).

Vyjádření empatie neverbálními prostředky může snižovat vznik konfliktu a pomáhá zvládat nepřiměřené chování (Venglářová a Mahrová, 2006; Venglářová et al., 2011). Sestra musí kontinuálně sledovat i neverbální projevy ze strany pacienta, které by ji mohly signalizovat nežádoucí eskalaci násilí, např. ruce v pěst, rozšířené nosní dírky, zrychlené hlasité dýchání, změna barvy v obličeji – bledost, zčervenání, motorický neklid dolních a horních končetin, přecházení z místa na místo (Lazare a Levi, 2011; Pekara, 2015).

Z pohledu deeskalace násilí je nejdůležitější z prvků neverbální komunikace respektovat zásady **proxemiky** a **kineziky** (Vevera et al., 2018). Proxemika – vnímání prostoru ve chvíli stupňování napětí je z pohledu deeskalace a bezpečnosti zásadní. Pokud dochází ke stupňování agrese, sestra musí udržovat bezpečnou vzdálenost (cca 1,2 m), která dává pocit bezpečí oběma stranám (Vevera et al., 2018). Tento prostor je důležitý a umožňuje se vyhnout fyzické atace ze strany pacienta. Není vhodné tento prostor zkracovat a tím zvyšovat napětí pacienta – do prostoru by sestra měla vstoupit za podpory verbální („*Pane Pokorný, teď udělám krok k vám a podám vám kelímek s vodou a tabletku proti bolesti.*“). Pokud je zpětná vazba nepřiměřená, sestra volí jinou strategii. Vhodnější se jeví přistupovat k pacientovi z boku, který může pacient vnímat jako starostlivý, ale zároveň neohrožující (Vevera et al., 2002; Vevera, et al., 2018). Při vzdalování od pacienta by se sestra neměla otáčet zády. Po celou dobu je nutno omezovat konfrontační postoj (postoj „tváří v tvář“) a preferovat postoj v úhlu k pacientu (Ptáček, 2011; Pekara et al., 2014). Pokud již dojde k bezprostřední verbální agresi („*Chceš facku? Dostaneš pěstí!*“), sestra jednoznačně začíná osobní prostor od pacienta prodlužovat (cca 2 m). Neustále je nutné mít přehled o únikových východech, o možnosti přivolat pomoc

(signalizační tlačítko, telefon v ruce). Kinezika – pohyby těla vnímají obě strany senzitivněji než při běžné komunikaci. Jakýkoliv nevhodně volený pohyb může být i spouštěčem agrese, ze kterého nemusí být již „cesty zpět“ a končí fyzickou atakou. Pokud u pacienta sestra pozoruje neklid, popocházení z místa na místo, mračení se, ohlížení se, ruce v pěsti, nakročenou dominantní dolní končetinu, stupňující se hlasité projevy, může identifikovat hrozící fyzické napadení (Zacharová, 2009). V této fázi je nutno reagovat racionálně a se sebekontrolou svých neverbálních projevů, které musí působit podpůrně, deeskalačně, bezpečně. Deeskalační zásady kineziky ze strany všeobecné sestry jsou např.: oční kontakt (kratší, nekonfrontační), pravidelné pokyvování hlavy jako vyjádření souhlasu (neironické pokyvování jako účast sestry na problému pacienta), postavení horních končetin (pacient vidí obě otevřené dlaně, které jsou volně podél těla). U pacienta může podvědomě zvyšovat napětí postavení horních končetin sestry – „ruce v bok“, ruce překřížené na prsou, ruce v kapse (Špatenková, 2003; Vybíral et al., 2009). Ideální je, když obě strany účastníci se komunikace sedí (nikoliv konfrontačně „čelem k sobě“, ale opět v určitém úhlu, což dává prostor nejen pro únik v případě potřeby, ale také pocit bezpečí). Z dalších neverbálních projevů lze jako deeskalační metodu použít haptiku, kdy ve fázi hrozícího fyzického napadení je nutno postupovat velmi obezřetně. Dotyky v této fázi je nutno eliminovat. Dotyky bezprostředně spojené s prováděním péče pacientovi (dopomoc při převlékání, připnutí identifikačního náramku, atp.) dopředu oznamujeme, v některých případech čekáme na reakci pacienta ještě před dotykem („*Ted' bych vám pomohl sundat to tričko, máte ho mokré, souhlasíte, že bych vám dal suché naše pyžamo?*“).

Z pohledu neverbální komunikace musí být jasné, že veškeré projevy směřující ze strany sestry k pacientovi podporují bezpečí, navozují klid, minimalizují pocit ohrožení a despektu, snižují nejistotu pacienta (Vevera et al., 2002; Trešlová, 2010; Burda, 2014).

Verbální složka komunikace, pokud se stupňuje násilí, sděluje méně než při běžné komunikaci, přesto tvoří zásadní deeskalační nástroj. Důležité je hovořit klidně, profesionálně, emočně neutrálně, být klidný. Pevnost v hlasu může navodit v pacientovi pocit jistoty a autority. Pokud je v interakci s pacientem více osob, platí zásada, že jen jeden by měl vést komunikaci a hovořit, více hlasů a dotazů od různých osob zvyšuje pocit napětí (Venglářová, 2006; Trešlová, 2010; Pekara, 2015).

Zásadní vývoj směřování komunikace může sestra nastavit při prvotním setkání s agresivním pacientem verbální triádou: kdo jsme – kde jsme – co se bude dít. Lánský (2013) uvádí, že pacient, který je informovaný si většinou nestěžuje a nevyvolává násilí. Navíc je nutné mít na paměti, že pacient má právo na jemu srozumitelné informace podle zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.). S pacientem je nutno hovořit srozumitelně (nikoliv infantilně), klidný, pevný tón hlasu dává informacím dostatečnou důvěryhodnost. Důvěryhodnost k sestře může pomoci pacientovi ventilovat emoce (nestydí se za pláč, za sdělení obav) což může navodit pocit klidu a důvěry (Ptáček, 2011).

Sestra v interakci s násilným pacientem má k dispozici **verbálně komunikační strategie**, které mohou snižovat napětí a vést k deeskalaci násilí, jako příklad uvádíme: **zastavení rychlých úsudků**, pokud má sloužit verbální složka komunikace k deeskalaci násilí, musí se sestra vyvarovat od počátku rychlých úsudků („*Už jste si zase nevezal léky, oznámím to lékaři!*“). **Tichá pauza** – snižovat napětí, které lze sledovat u projevu násilí pomáhá i tzv. tichá pauza, kdy není vždy potřeba odpovědět hned po položení otázky - pauza nesmí být ignorací (Špatenková, 2003). **Položení otázek** – správně položená otázka může pomoci získat čas a snížit napětí, působí doslova jako pohlazení (Pekara, 2015). Otázky musí být pokládány vhodně tak, aby nepůsobily provokativně, neprofesionálně místo: „*Proč vlastně tady nadáváte, když Vám nikdo nic nedělá,*“ raději: „*Křičíte, protože máte bolesti, nebo Vás trápí jiné problémy, mně by pomohlo, kdybych to věděl.*“ **Možnost vyjádřit emoce**, sestra může v tomto vyjádření identifikovat pacientovy problémy, zároveň je vhodné své emoce utlumit. Pacient teď potřebuje prostor, který může přispět k deeskalaci („*Ve vaší situaci je přirozené, že jste naštvaný, že křičíte. I pro mě by to bylo velmi složité.*“). **Eliminace rad a příkazů**, ve fázi zvyšování násilných projevů není vhodné poskytovat direktivně pacientovi rady a příkazy („*Když tady budete bouchat do stolu, tak akorát naštvete pana doktora a pojedete na psychiatrii.*“). Vhodnějším způsobem je do určité míry verbalizovat své pocity a sdělit je nahlas („*Když tady kopete do dveří, není mi to příjemné, chystám pro vás žádanku na rentgen a nemohu se soustředit.*“). Edmüller (2012) uvádí, že popsáním svých pocitů přímo pacientovi působí efektivně na zastavení stupňování násilí. Jako příklad lze uvést: „*Když křičíte, mám strach.*“ **Nabídka kompromisu místo vítězství**, ideálně se jedná o kompromis, který je výhodný pro obě strany, kompromisem můžeme získat čas nebo dokonce zastavit stupňování násilných projevů („*Pokuste se posadit, vím, že to není jednoduché, ale mně se bude lépe pracovat a vytisknu Vám žádanku na rentgen.*“). **Slova „já“ a „my“**,

pacienta do určité míry „vtáhnout“ do komunikace, která se ho bezprostředně týká. Kdy místo slova „já“ sestra užije slovo „my“. Sestra dává jednoznačně najevo, že pacient se přímo podílí svým chováním a projevy na situaci a rozhoduje o ní (Nešpor, 2009; Pekara, 2015). „*Já jsem vám snad již desetkrát řekla, ať tady nekopete do těch dveří, jak už Vám to mám říci,*“ oproti situaci, kdy pacient může být vtažen do celé situace: „*Možná se úplně nechápeme, proto jste nervózní a kopete do dveří, pojďme to spolu ještě probrat.*“ **Reálné sliby**, slibovat nespílitelné může být pro pacienta podnětem k narušení důvěry, ke zvýšení napětí nebo k zahájení útoku. Místo: „*Když se teď uklidníte, pustíme Vás domů,*“ by mělo být reálně pojmenováno: „*Není Vám ještě dobře, ale až tohle společně zvládneme, budete zase blíže domovu.*“ Neměli bychom však pacientovi slibovat něco, co není možné, například kouření na pokoji (Richmond, 2012).

Je zřejmé, že verbální deeskalační techniky mají při násilných projevech nezastupitelné místo a slouží jako ten nejdostupnější nástroj. Vhodně zvolená verbální komunikace, která se zakládá na poznacích, zkušenostech a je podložena kontinuálním vzděláváním v oblasti péče o pacienty s projevy agrese, je ta nejefektivnější obrana všeobecné sestry.

4.3 Taktika vyjednávání

Role sestry je při této taktice nezastupitelná, stejně jako její schopnosti a ochota pomoci pacientovi v náročných situacích. Vevera (2018) popisuje, že základním cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Tuto změnu lze uskutečnit dvěma základními způsoby, které se mohou prolínat a opakovat v konfrontaci s násilným pacientem. **Zaměřit pozornost od emotivního k méně emotivnímu**, kdy sestra získává čas a prostor a snižuje napětí. Změna pozornosti musí být **vhodně** interpretována: „*Vidím, že jste se polil čajem, jak jste byl rozzlobený, tady máte suché prádlo, ať nenastydnete.*“ **Nevhodně** interpretovaná změna pozornosti: „*Podívejte, jak jsou kolem Vás všichni v klidu a Vy se chováte hrozně.*“ **Shoda jako změna z konfrontace na diskuzi**, shoda musí sloužit jako nástroj pochopení, akceptace, nikoliv jako nástroj pro odbytí pacienta, pro klid „ať už je to hlavně za mnou“. Příklad shody interpretované **vhodně**: „*Přivezla Vás policie, není to pro nikoho příjemné, ale takto jsou nastavena pravidla, oni dělají svou práci.*“ Naopak shoda, která je **nevhodně** užitá může být spouštěčem agrese: „*To já bych taky viděl postavy, kdybych vypil tolik alkoholu jako Vy.*“

Při správné strategii vyjednávání není ani jedna strana poražená, ideální situace nastává, když obě dvě strany jsou v pozici vítěze. Při prohře pacienta, který je v jemu neznámém

prostředí se svými problémy se cítí izolovaně, může dojít k situaci, že zaútočí jako „zvíře zahnané do kouta“ – v tom případě se jedná o selhání vyjednávání a nezvládnutí deeskalačních technik.

Narušit strategii vyjednávání mohou základní dva nevhodné postoje. **Ultimátní postoj** („*Buď se okamžitě uklidníte, nebo hledejte pomoc jinde!*“) a **konfrontační postoj** („*Podívejte se, co tady vyvádíte, domů Vás nepustíme!*“). (Škrla, 2005; Jan, 2010) I při vyjednávací taktice musí sestra opakovaně nastavovat, popř. udržovat určité hranice. Sestra musí dát jasně verbálně najevo, co již není ochotna akceptovat: „*Čekáte na vytištění zprávy, chci, abyste seděl, křikem rušíte vážně nemocné pacienty kolem Vás.*“ (Veveřa, et al., 2018) V nastavování hranic pomáhá dodržovat pravidlo „méně je někdy více“. Sdělení má být krátké a jasné bez vyhrožování. Nastavení hranic musí být reálné v prostředí, kde probíhá komunikace (Venglářová, 2006; Vybíral et al., 2009).

I přes všechny deeskalační strategie, dodržení zásad komunikace, proaktivním a pro-pacientským přístupem, může dojít k eskalaci a nemožnosti zklidnění pacienta. Sestra musí tuto situaci vnímat nikoliv jako selhání, ale jako výzvu. Racionalizovat, že některá onemocnění, osobnostní rysy a charakterové vlastnosti omezují možnosti deeskalace jako metody k zabránění stupňování násilných projevů.

4.4 Deeskalace fyzické agrese

V případě fyzického napadení bývají nejčastější možností zvládnutí situace restriktivní postupy. Ve zdravotnickém zařízení se jedná především o farmakologické omezení pohybu nebo užití jiných prostředků (úchopy, kurty, pásy, izolační místnosti, atp.). Vzhledem k zaměření celé práce a jejím cílům se této problematice dále nebudeme věnovat. Pokud celá situace eskalovala ve fyzické napadení se všemi důsledky a následky, musí mít sestry dostatek prostředků, informací a možností se bránit – odvrátit útok. Pekara (2015) uvádí, že v případě reálné hrozby, která se vyvíjí ve prospěch pacienta, musí všeobecná sestra vždy počítat s variantou, že ji fyzicky napadne. Při vzniku fyzické agrese je vždy zdraví a život sestry prioritní bez ohledu na to, co předcházelo napadení, popř. co bude následovat, bez ohledu na materiální škody. Při napadení sestry je primární reakce defenzivní a každý následující krok musí směřovat k zajištění vlastní bezpečí (Veveřa, et al., 2018).

Poslední možností, kdy již celá situace eskaluje a blíží se napadení je možno identifikovat naturalisticky svůj pocit a odkrýt své pocity: „*Bojím se Vás, že mě uhdíte,*“ či například: „*Přece ženě nedáte pěstí, mám strach, určitě se domluvíme.*“ (Špatenková, 2004; Pekara et al., 2014; Pekara, 2015)

Pokud se interakce mezi sestrou a pacientem (po vyčerpání všech výše popsaných preventivních a deeskalačních možností) blíží k fyzickému napadení, jsou z pohledu sestry tři možnosti reakce. Tyto možnosti jsou v danou chvíli definitivní, jedná se o **zakročení proti agresi** (obrana, odražení útoku), **útěk** (bez ohledu na další škody), **ukrytí se** (držet dveře na sesternu a přivolat pomoc). (Vevera et al., 2011; Vevera et al., 2018)

4.5 Model reaktivního managementu

Hlavním cílem celé práce je vytvořit grafický **model reaktivního managementu**. Z vlastních zkušeností lze uvést, že pokud jsou informace zpracovány jinou formou než souvislým textem (např. vizualizací), je jejich implementace do praxe efektivnější. Model reaktivního managementu si klade za cíl veškeré informace, které slouží k deeskalaci násilných projevů zpracovat tak, aby byly použitelné nejen v rámci vzdělávání (příprava na povolání, semináře, kurzy), ale také v rámci adaptačního procesu na pracovišti. Používáním našeho modelu si klademe za cíl, že dojde ke snížení násilí a sestry dokáží eskalovat násilné projevy během interakce s pacientem a tím eliminují fyzické napadení. Model lze i chápat jako empatický, nekonfrontační přístup k pacientovi s projevy agrese s nastavením hranic.

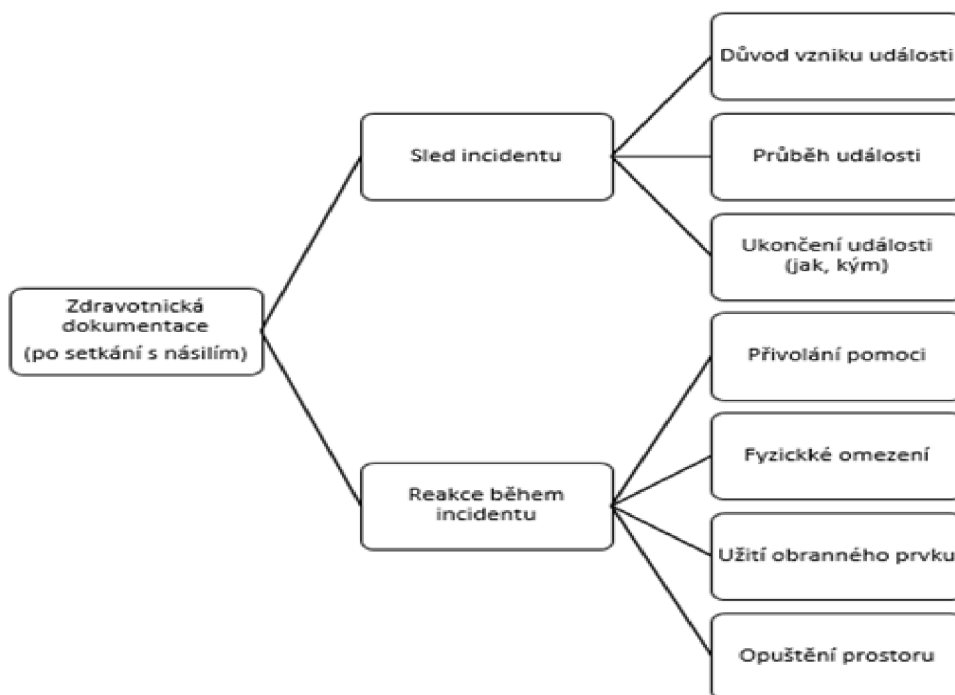
Model vizuálně zpracovává eskalační a deeskalační křivku (s veškerými projevy pacienta a zásahy ze strany sestry) od chvíle setkání až po zklidnění situace. Ve fázi prvních projevů násilí sestra provádí základní, tzv. **ABC posouzení** (A – primární zhodnocení celé situace, B – chování pacienta, C – možnost použití předmětu z okolí jako zbraně). Na základě tohoto jednoduchého posouzení situace vyhodnocuje potenciální riziko vzniku agrese, tzv. **Risk Assessment**. Sestra sleduje veškeré verbální a neverbální varovné signály pacienta. Během celé eskalace se snaží svými zásahy o změnu v deeskalaci. Sestra opakovaně identifikuje, informuje a hodnotí, využívá verbální a neverbální komunikační strategie a taktiky vyjednávání k tomu, aby zabránila vzniku fyzické agrese. Pokud jsou její zásahy neúčinné, fyzické napadení je nevyhnutelné a situace to dovoluje (dostatek personálu, bezpečné prostředí), aplikuje neklidovou

medikaci, omezení v pohybu (kurty, pásy, atp.). Pokud je situace pro sestru nebezpečná (je na pracovišti sama, pacient má zbraň), volí zásah, útěk nebo úkryt. Graficky zpracovaný model reaktivního managementu je uveden v příloze č. 3.

4.6 Specifika zdravotnické dokumentace při konfrontaci s násilím

Pokud dojde k porušení interakce mezi sestrou a pacientem, je nutné, aby tato skutečnost byla řádně dokumentována. Porušená interakce může vykazovat celou řadu projevů. Jako příklady lze uvést verbální nadávky, vyhrožování, ničení věcí, autoagresivní projevy i fyzické napadení. Z pohledu právních sporů je obecně zdravotnická dokumentace jednou z mála objektivizovaných informací, které hrají roli v obhajobě obou stran (Mach, 2010). Po incidentu by měl být záznam zapsán s rozmyslem po nějaké době – zvýšená hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut po násilné akci (Pekara, 2015). Záznam v dokumentaci musí být popsán objektivně a srozumitelně, ideální je, když svědek incidentu stvrdí svým podpisem záznam (v elektronické dokumentaci je uveden svědek včetně kontaktu). Záznam slouží jako podklad v případě soudního sporu, pro další působení na zaměstnance (supervize, krizová intervence, atp.), pro vyhodnocení bezpečnostních rizik nebo pro tvorbu metodik. Zápis v dokumentaci by měl jednoznačně popsat sled a reakce stran během incidentu. Příklad toho, jaká je posloupnost a co by měl zápis v dokumentaci obsahovat je na obrázku č. 4.

Obrázek 4 Dokumentace při setkání všeobecné sestry s projevy násilím



Zdroj: Vytvořeno autorem

Při zápisu do zdravotnické dokumentace je nutná objektivita, je třeba zaznamenávat pouze skutečnosti, které se opravdu staly, s potlačením emotivních projevů. Sestra by se měla vyvarovat jednostranného hodnocení celé události. V případě řešení incidentu je samozřejmé, že i pacient má nárok na poskytnutí informací, shromážděných ve zdravotnické dokumentaci, vedených o jeho osobě (Doležal a Doležal, 2007).

Sestry mohou vnímat sepsání nežádoucí události a zápis do dokumentace jako nadměrnou administrativu, jejíž zpětná vazba není taková, jaká je představa obětí násilného chování. Celou situaci komplikuje často to, že incidenty nejsou ani hlášeny, ani zaznamenány (Hoffmanová, 2011).

Pokud dojde k násilným projevům při poskytování ošetrovatelské péče, popř. k zásadnímu narušení interakce mezi pacientem a sestrou, je vhodné celou situaci popsat také v hlášení nežádoucích událostí. Nežádoucí události se sepisují při pochybení ve strategii léčby, při medikačních chybách, pádech pacientů, při nebezpečném chování zaměstnanců i pacientů, při poškození nemocničního nebo pacientova majetku (Pokorná et al., 2019). Součástí moderní ošetrovatelské péče je také hlášení nežádoucích událostí, které tvoří zpětnou vazbu, vedoucí k nápravám v systému (Škrla, 2005). Dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2016 se nežádoucí událostí označují okolnosti, které vedou k poškození pacienta, přičemž jim mohlo být zabráněno. Postižen nežádoucí událostí může být jak pacient, tak poskytovatel péče.

Pro zajištění bezpečné péče je pro pacienta i sestru evidence, analýza a zpětná vazba z nežádoucích událostí důležitá. Evidence nežádoucích událostí je pro management zdravotnických zařízení důležitý údaj k vyhodnocení kvality a bezpečnosti péče. I když je setkání s násilím a agresí vždy situace, která je pro oběť emočně složitá, je nutné při zápisu uvádět faktické, objektivní údaje, nespekulovat, nesoudit a neuvádět v dokumentaci nepodložená tvrzení. **Nevhodný záznam** například: „*Pacient mě napadl, protože byl opilý!*“ **Vhodný záznam** například: „*Ve 22.15 u pacienta provedena orientační dechová zkouška 2,36 promile alkoholu, pacient verbálně agresivní v ebrietě, používá vulgarismy.*“

Zdravotnická dokumentace při poskytování péče pacientům slouží nejen jako doklad o provedené péči. V případě konfrontace s násilnými projevy má zápis v dokumentaci

zásadní význam v situaci, kdy je po čase celý spor řešen. Jedná se o nástroj ochrany sestry, ale zároveň se může jednat o materiál, který může sloužit jako nástroj obrany i ze strany pacienta.

5. Všeobecná sestra – oběť násilí

Setkání s násilím je pro každého jedince stresová situace se všemi biologickými, sociálními, psychickými a spirituálními důsledky. Pro zdravotnické zařízení je typické, že kolegové mezi sebou pocítují pochopení a podporu pokud dojde k násilí proti jednomu z nich. Oběť násilných projevů může situaci vnímat jako profesní selhání, může identifikovat pocity nezvládnutí situace – „*Za napadení si můžu sám.*“ (Burda, 2014). Pokud dojde k agresivním projevům zaměřeným na všeobecnou sestru, důsledky mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé následky lze zařadit pocit viny, nejistoty při poskytování další ošetrovatelské péče, psychickou únavu, která postupně přechází i v únavu fyzickou. Z dlouhodobých příznaků lze identifikovat např. iracionální strach z dalšího krizové situace, neschopnost vykonávat dále svou práci, úzkosti, deprese, syndrom vyhoření se všemi důsledky (Venglářová et al., 2006, Venglářová et al., 2011).

Ve zvlášť závažných případech, pokud není poskytnuta, popř. není vyhledána pomoc po setkání s násilím, může všeobecná sestra vykazovat příznaky posttraumatické stresové poruchy. Tato porucha vzniká v situacích, kdy bylo zatížení organismu tak nadměrné, že se objevují trvalejší příznaky, které mohou vést k nemocem ze stresu (Vokurka et al., 2004).

Pokud je všeobecná sestra vystavena opakovaně projevům násilí, může se z práce, která kdysi poskytovala určitý druh uspokojení, stát stresor, který snižuje kvalitu poskytované péče. V extrémních případech dochází k časté změně pracoviště, tzv. personální turistice (Burda, 2014; Pekara, 2015). Při práci se všeobecnou sestrou, která byla konfrontována s násilím, je nutný proaktivní přístup nadřízených, kteří se diskuzi na toto téma nevyhýbají.

5.1 Supervize a intervize ve zdravotnictví

Supervizi lze vnímat jako metodu, která si klade za cíl podpořit a rozvíjet kvalitu práce pracovníka, týmu, organizace. Supervize může být nástrojem, jak dělat svou práci co nejlépe, porozumět sobě, svému chování a prožívání (Matoušek, 2003).

V oblasti ošetrovatelství by supervize měla pomoci všeobecné sestře, která se setkala s projevy násilí, pomoci porozumět pocitům, hledat řešení odborných problémů, vyhodnocovat, pojmenovávat. Obsahem supervize jsou i situace, které všeobecná sestra zažila. Zátěž při poskytování ošetrovatelské péče působí nejen přímý kontakt

s nemocným, bolestí, stresem, ale také problémy v interpersonálních vztazích (Venglářová, 2013).

Formy supervize zdravotníka – oběti násilí mohou být různé, např. vedení rozhovoru, práce se zpětnou vazbou, projevy emocí, racionální řešení problémů, kazuistika konkrétního případu (Vaňková a Bártlová, 2015).

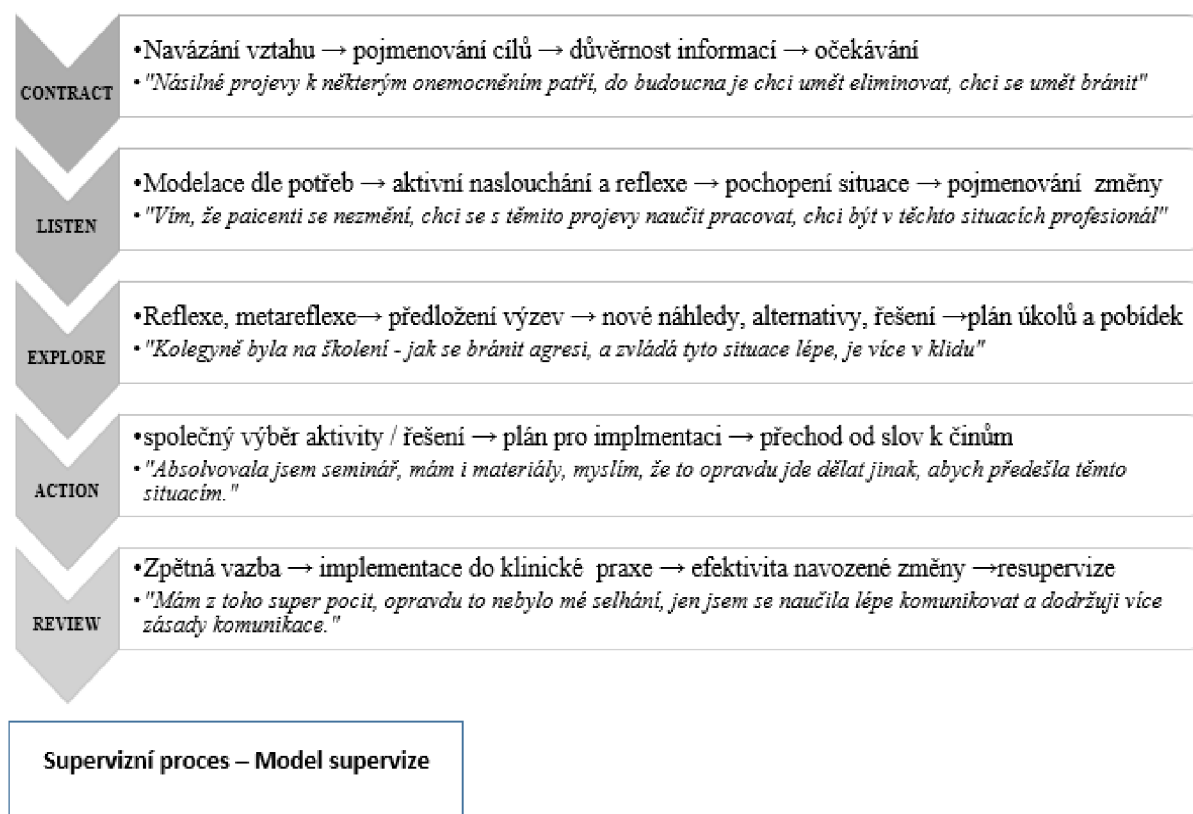
Supervizor může být jak **interní** (zaměstnanec organizace, kde se supervize provádí), tak **externí** (supervizor není zaměstnancem organizace). Supervize může probíhat **individuálně** nebo **skupinově**. Supervize v ošetrovatelství umožňuje všeobecným sestřám, aby se učily z vlastní zkušenosti při práci s příjemci zdravotní péče – s pacienty. Cílem je zkoumat a přemýšlet o přístupu k péči jako službě, která je poskytována podle nejlepších standardů praxe (Vaňková a Bártlová, 2015). Supervizor nemá mít roli kontrolora, nemá se podílet na přímém řízení jednotlivých procesů v práci supervidovaného. V souvislosti s násilnými projevy, agresí ve zdravotnictví se může supervizor setkat i s etickými dilematy, kdy je konfrontován s vážným pochybením, porušením etických norem nebo dokonce s porušením zákona ze strany supervidovaného (Hawkins a Shohet, 2016). Supervizor může pomoci všeobecné sestře v činnostech, které mohou snižovat napětí a působit preventivně před dalším vznikem násilných projevů. Pacientovi lépe **porozumět**: „*Nedělá to schválně, je to příznak onemocnění.*“ **Sledovat** své odezvy a reakce na projevy pacienta: „*Už jsem pochopil, že křičí, protože je nešťastný, volá o pomoc.*“ **Pochopit**, jak probíhá interakce mezi sestrou a pacientem: „*Když bude pacient mít možnost podílet se na rozhodování, bude více spokojen.*“ Sledovat, jak všeobecná sestra **působí** na pacienty a sledovat dopady tohoto působení: „*Když jsem dala pacientovi prostor, mohl si vybrat, byl klidnější a spolupracoval.*“

Supervize má několik konkrétních funkcí, které lze využít jako preventivní nástroje před vznikem násilí při poskytování ošetrovatelské péče, popř. jako nástroj, který má zabránit opakování těchto situací. **Formativní – vzdělávací funkce**, vhodná pro začínající zaměstnance. Ve spolupráci s mentorem a získáním zpětné vazby je zaměstnanec proveden novou rolí. Supervizor rozvíjí dovednosti, znalosti a schopnosti (Havrdová et al., 2008). Jako příklad lze uvést práci absolventa školy na psychiatrických odděleních, kde je výskyt násilných projevů častější než na jiných pracovištích. Absolventovi je přidělen zkušený mentor, který ho provází problémovými situacemi. **Resorativní – podpůrná funkce**. Supervizor pomáhá porozumět vlastním prožitkům při konfrontaci

s pacienty (s jejich utrpením, bolestí, projevům násilí, atp.). Důležité je si uvědomit, jak vlastní emoce mohou ovlivnit poskytování péče, pochopit vlastní pocity a objektivně zhodnotit konkrétní situaci a na ni adekvátně reagovat (Hawkins a Shohet, 2016). Hlavní funkcí supervize je nalezení pocitu emoční opory. Pomáhá mobilizovat vlastní sílu, udržet emočně zdravou atmosféru a především najít konstruktivní řešení vzniklých problémů (Havrdová et al., 2008). Výsledkem supervize může být postoj, kdy všeobecná sestra zvládne emočně neutrálně reagovat na hostilní projevy – nevnímá je jako útok na sebe, ale jako např. projev psychiatrického onemocnění pacienta. **Normativní – řídící funkce.** Vedení zaměstnanců s cílem správného počinání v souladu se stanovenými pravidly a dobrou praxí. Tato supervize zabezpečuje bezpečné prostředí pro práci a klade důraz na podporu kvality výsledků (Havrdová, 2008; Venglářová, 2013). Jako příklad lze uvést zavádění nové metodiky předcházení násilných projevů ze strany pacienta do praxe, kdy supervizor provází všeobecnou sestru metodikou a na základě dodržování určitých postupů, doporučení se cítí všeobecná sestra bezpečněji, dodržuje pravidla a z pohledu případných soudních sporů vnímá podporu při dodržování zaváděné metodiky. **Krizová supervize.** V případě mimořádné události na pracovišti. V situacích, kdy dochází na pracovišti k napadení personálu, trestně právními přestupkům, suicidálním pokusům pacienta, atp. (Hájek, 2012; Matoušek, 2013) Právě při setkání s agresí se jeví jako nejlepší způsob supervize krizová. Všeobecná sestra potřebuje podporu v relativně krátkém čase po incidentu.

Na obrázku č. 5 je graficky zpracován model, který Hawkins a Shohet (2006) nazývají „CLEAR (JASNÝ)“, poukazuje na to, jak lze provádět krizovou supervizi u sestry, která se setkala s násilím.

Obrázek 5 Supervizní model „CLEAR (JASNÝ)“



Zdroj: Zpracováno dle (Hawkins a Shohet, 2006; Vaňková a Bártlová, 2015)

Pekara (2015) ve svém výzkumu uvádí, že 34,1 % (n=641) respondentů sdělilo jen svým kolegům, že se setkala s verbálními projevy násilí, 15,8 % respondentů informovalo o verbálním násilí jen svého nadřízeného. Při fyzickém násilí dokonce 48,5 % respondentů sdělilo tuto informaci jen kolegům. Z toho vyplývá, že sdílení násilných projevů se svými kolegy a nadřízenými je pro oběť důležité a často je to jediná pomoc, kterou vyhledávají.

Jako jedna z možností, které by mohla oběť využít, je **intervize**, kdy se setká skupina a není přítomný supervizor. Bývá doplňkem externí supervize. Zásadní výhodou je, že ji lze realizovat v relativně krátkém časovém úseku od setkání s násilím (Venglářová, 2013). Intervize může být vykonávána zkušenějšími kolegy nebo nadřízenými, kteří se mohou i střídat. Nevýhodou intervize může být do určité míry neobjektivnost z pozice intervizora, snížená důvěra intervizovaného a strach z nezachování mlčenlivosti interpretovaných informací.

V posledních letech se supervize profesionalizuje, v rámci terciálního vzdělávání se

objevuje obor řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Management ve zdravotnictví by měl mít k dispozici seznam supervizorů (interních i externích), kteří budou k dispozici v případě potřeby.

5.2 *Krizová intervence*

Krise je normální reakce na nestandardní situaci. Jedná se o situaci, kterou nelze vyřešit v rámci standardních strategií (Špatenková, 2011). Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s násilným chováním může sestra prožívat krizi. Ta se může projevovat narušením každodenní reality, následující situace sestra vnímá jako ohrožení, běžné situace jsou plné emocí. Do popředí vystupuje pocit nejistoty, pocit ztráty kontroly. Někdy po setkání s projevy agrese se objevuje stav chronického emočního napětí (Křivohlavý, 2004; Špatenková, 2004).

Pokud se sestra opakovaně setká s násilím, je jí vhodné nabídnout pomoc. Tato pomoc může být realizována několika konkrétními způsoby. Jako příklad lze uvést telefonickou krizovou pomoc nebo terénní krizovou pomoc (intervenční centra). Na základě vlastních zkušeností lze uvést, že krizovou intervenci poskytují obětem násilných projevů i zaměstnanci zdravotnického zařízení (zdravotně sociální pracovník, psycholog, atp.).

V některých případech oběť násilí nechce problémy řešit přes své nadřízené a vyhledá sama pomoc v krizi. Krizová intervence vyhledaná všeobecnou sestrou by měla naplňovat základní cíle. Především navázání kontaktu, společnou identifikaci problému, podporu oběti násilí a návrh řešení situace (Špatenková, 2011). **Navázání kontaktu.** Vytvořit dobrý vztah, empatický, citlivý přístup, ve vhodném prostředí (prostředí mimo pracoviště). Využití technik aktivního naslouchání, povzbuzení: „*Řekněte mi o tom něco více. Vidím, že Vás to trápí.*“ **Společná identifikace problému.** Ptát se na zásadní věci, na to, co se děje: „*Co Vás motivovalo si domluvit tuto schůzku? Co se vlastně stalo?*“ **Podpora oběti násilí.** Snaha o eliminaci bezmocnosti, podpora rozhodování, možnost vyjadřovat své pocity: „*Věřím, že máte předpoklady to zvládnout. Jsou možnosti, jak vám pomoci.*“ **Řešení situace.** Komplexní pomoc všeobecným sestram po setkání s násilím spočívá v ochraně právní a psychologické, dále ale také v emocionální podpoře.

Stejně jako supervize i krizová intervence je odborná metoda práce s jedincem. Krizová intervence reaguje na stav, kdy jedinec prožívá zátěžovou, nepříznivou nebo dokonce pro něj ohrožující situaci (Matoušek, 2003).

5.3 *Specifický přístup k všeobecným sestřám – obětem násilí*

Specifický přístup k obětem násilí, které se setkají na pracovišti s agresí v jakékoliv formě, musí být systematický. Jako velmi vhodná se jeví možnost opakovaně hovořit o svém zážitku ve fungujícím týmu, možnost ho rozebírat, slyšet názory ostatních – toto může být nástrojem vedoucím k odreagování. Výhodou týmového řešení problému je i možnost zvolit strategii, která bude předcházet případným dalším násilným situacím. Jako žádoucí se jeví najít si v týmu někoho s podobnou zkušeností a snažit se je i porovnávat (Burda, 2014). Pokud má sestra možnost připustit si i nepříjemné emoce může předejít chronicitě obtíží (Látalová, 2013). Sestra, která byla konfrontována s násilím, potřebuje podporu nadřízených, kolegů i okolí v tom, aby pochopila, že prožitky jsou normální reakcí na nenormální situaci (Veveřa et al., 2011).

Okolí sestry může pozorovat stavy, které bezprostředně se setkáním s násilím souvisí, jako příklad lze uvést vytěsnění celého období, problémy v oblasti spánku, emoční nestabilitu, problémy se soustředěním, ztrátu zájmu o běžné činnosti: „*Já vůbec nevím, proč mě napadl, vždyť jsem mu nic neudělala, už mě to tady nebaví.*“

Aby se minimalizovala možnost vzniku posttraumatické stresové reakce, syndromu vyhoření a předcházelo se dalším problémovým situacím, je vhodné volit ze strany nadřízených i kolegů tzv. **specifický přístup** k obětem násilí.

Bezprostředně po setkání s násilím **nedopustit pocit opuštění po napadení**, podpora má nezastupitelnou roli: „*Tak já si s tebou úsek pacientů vyměním. Neboj, jsme tady s tebou.*“ **Stopnout disociaci**, stále je nutné vnímat realitu: „*Tohle se může v naší práci stát, i když to není normální. Půjdeme na seminář, mám nějaké nápady jak tomu předejít.*“ **Adekvátně informovat** okolí působí jako prevence před další traumatizací, není žádoucí, pokud sám postižený nechce sdílet aktivně téma: „*Kolegyně měla spor s pacientem, už se to vyřešilo, pojďme dál.*“

S odstupem času je vhodná **kompetentní pomoc** (nemocniční psychoterapeutická pomoc, případová supervize, právní pomoc). **Objektivní racionální distanc**, udržet si odstup, který se zakládá na racionálním, emočně oploštěném vyhodnocení celé situace: „*Napadl mě, protože je opravdu psychiatricky nemocný, teď už vím, co jsem měla udělat jinak.*“ **Potřeba jistoty** (pravidelné semináře, zvýšení personálního obsazení, možnost přivolat okamžitě pomoc, možnost hovořit o pocitech). **Odstranit trigger** – vše, co připomíná spouštěč incidentu: „*Jsem ráda, že na chodbách jsou teď kamery a sloužíme*

na noční ve dvou. “ **Odborníci na psychotraumatologii** (odborníci zabývající se péčí i o oběti násilných činů, např. Český institut pro psychotraumatologii).

Pokud se s obětí násilí nepracuje dostatečně, není prostor pro sdílení pocitů, není nastavená dostatečně další péče (intervize, supervize), může dojít až ke vzniku posttraumatického stresového syndromu. Pokud při poskytování ošetrovatelské péče je sestra dlouhodobě vystavována dalším náročným situacím (opakované konflikty na pracovišti, péče o problematické pacienty, násilí) může dojít až ke vzniku syndromu vyhoření (Nešpor, 2007).

5.4 Legislativa ČR – ochrana všeobecných sester proti násilí

Právní úprava zakotvená v ČR musí dávat všeobecným sestřím jistotu, že pokud se stanou obětí jakékoliv formy násilí při poskytování ošetrovatelské péče, budou mít maximální možnou podporu – právní jistotu. Česká republika jako demokratická společnost od roku 1993 garantuje svým občanům základní lidská práva a svobody dle Listiny základních práv a svobod. Ta jednoznačně uvádí, že občan je oprávněn bránit svá lidská práva, má právo na lidskou důstojnost. Občan nesmí být mučen, trestán ponižujícím způsobem, či zbaven života (zákon č. 2/1993 Sb. – Listina základních práv a svobod). Jedním z nástrojů, jak eliminovat násilné projevy ve zdravotnictví a jak ochránit všeobecné sestry je vyšší trestní sazba, pokud došlo k napadení, poškození zdraví nebo vraždě zdravotníka (Jan, 2010).

Všeobecná sestra, stejně jako každý občan, má právo použít nutnou obranu, pokud dojde k vystupňování násilných projevů. Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. dle § 29 jednoznačně popisuje, že čin, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajících útok není trestným činem. Zároveň z tohoto paragrafu vyplývá, že obrana má být přiměřená způsobu útoku. V extrémních případech mohou nastat situace, kdy sestra má strach o zdraví, popř. o svůj život a použije obranu, která může být nepřiměřená celé situaci. Pekara (2015) uvádí, že pokud všeobecná sestra v rámci nutné sebeobrany útočníka poraní, nebo dokonce usmrtí (a jsou-li naplněny podmínky trestního zákoníku o nutné obraně), není tento čin trestným činem.

Při konfrontaci s násilným pacientem, který vyhrožuje násilným chováním (především pacient, který má násilné projevy uvedeny v anamnéze), může tuto situaci sestra

vyhodnotit jako přímo hrozící útok a může ho odvrátit. I zde by se jednalo o přiměřenou obranu.

Za příklad nepřiměřené obrany ze strany všeobecné sestry lze považovat např. útok ze strany sestry, dříve než útok bezprostředně hrozil: „*Tady nejste doma, takhle se chovat nebudete. Facka je, abyste si to dobře zapamatoval.*“ Útok ze strany sestry, kdy již je incident ukončen: „*Co si o sobě myslíte, Vy jste do mě taky strkal.*“ Zjevná nepřiměřenost – incident s imobilním pacientem. Útok ze strany sestry jako odplata: „*Za to, co jste tady předvedl, budete teď přikurtován, abyste si to uvědomil.*“

S přiměřenou obranou není nutno vyčkat, až dojde k fyzickému napadení. Pokud sestra vyhodnotí, že bezprostředně hrozí útok a nelze ho odvrátit, může provést akt obrany (chytne pacienta za končetinu, kterou napřahuje). Vždy je nutné mít na paměti, že cílem celé obrany je útok odvracet, nikoliv oplácet. Obrana musí kopírovat útok - začátek a konec (Mach, 2010; Pekara, 2015).

Jedním z násilných projevů, se kterým se všeobecné sestry setkávají při výkonu své profese, jsou i různé formy vyhrožování. Legislativa specifikuje přímo zdravotnické pracovníky při výkonu své profese jako skupinu osob, která je chráněna proti vyhrožování vyšší trestní sazbou pachatele. Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. dle § 353 uvádí, že kdo jinému vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo takovým způsobem, že to může vzbudit důvodnou obavu, že k takovému činu dojde, bude potrestán.

Obecně verbální výhrůžky narušují proces péče a znesnadňují práci sestry. I při vyhrožování může jít o trestný čin se všemi dopady na násilnou osobu. Kromě řádně sepsané dokumentace je nutno v určitých případech kontaktovat policii ČR, aby zahájila úkony trestního řízení. Policie zváží pachatelovu nebezpečnost a jak relevantní jsou výhrůžky. **Reálná výhrůžka:** „*Počkejte, až půjdete z práce, počkám si na vás,*“ oproti tomu **nereálná výhrůžka:** „*Prezident vás nechá zatknout a popravit!*“ Policie může převést pachatele do vazby nebo lékař indikovat umístění do zdravotnického zařízení na psychiatrické oddělení (Pekara, 2015).

Z pohledu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování se mimo jiné uvádí, za jakých podmínek je možno odmítnout poskytnutí zdravotnických služeb dle § 50 odst. 1. písm. b) Zdravotnický pracovník má právo

neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení života zdravotníka nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.

V tomto případě se jedná o situaci, kdy by všeobecná sestra byla bezprostředně ohrožena na zdraví nebo životě (pacient vchází do čekárny s nožem, sestra bude poskytovat péči až za asistence policie ČR). Odmítnutí péče je právně velmi sporné (odmítnutí péče znečištěnému, opilému pacientovi).

Všeobecné sestry mají čím dál větší právní oporu v případě napadení či jiných násilných projevech agrese. Také společnost vnímá napadení sester jako nepřijatelné. V posledních letech se také stále rozšiřují služby (krizová intervence, krizová supervize, psychologická podpora), které pracují s oběťmi násilných projevů ve zdravotnictví.

I přes všechny uvedené skutečnosti je nutné mít na paměti, že nejdůležitější je prevence napadení všemi dostupnými prostředky (vzdělávání, komunikace, autonomie při péči, atp.) než represivní řešení (zákonné řešení, přivolání policie ČR).

EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

6. Kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření

Pro výzkumnou část práce jsme zvolili metodiku smíšeného designu výzkumu. Při výzkumném šetření mezi všeobecnými sestrami jsme zvolili kvantitativní výzkum (dotazníkové šetření) a kvalitativní výzkum (polostrukturované rozhovory).

6.1 Cíl práce a cíle výzkumu

Cíl práce

Cílem celé této práce je za pomoci standardizované VAPS škály, dotazníku a polostrukturovaných rozhovorů zmapovat druh násilí, se kterým se všeobecné sestry setkají na svém pracovišti, jejich reakci na něj a způsoby deeskalace. Vytvořit model reaktivního managementu na základě identifikace potřeby v oblasti získávání nových informací.

Cíle kvantitativního výzkumu

- C 1 :** Porovnat četnost výskytu slovního a tělesného násilí.
- C 2 :** Posoudit postupy všeobecných sester po odeznění násilí.
- C 3 :** Zjistit, jestli byly všeobecné sestry na incident ze strany zaměstnavatele připraveny.
- C 4 :** Posoudit potřebu všeobecných sester mít při práci s násilným pacientem k dispozici model reaktivního managementu.

Cíle kvalitativního výzkumu

Popsat a analyzovat zkušenosti sester s násilnými projevy pacienta a jejich reakci na něj. Zjistit, jakou formou by sestry akceptovali předání nových informací o práci s pacientem s projevy násilí.

6.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy ke kvantitativnímu výzkumu

- H1** Existuje statisticky významný rozdíl mezi výskytem slovního (verbálního) a tělesného (fyzického) násilí ze strany pacientů.
- H2** Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které incident řešily a které incident neřešily.
- H3** Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které byly na incident ze strany zaměstnavatele připraveny a které připraveny nebyly.
- H4** Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které by při své práci využily nové informace o způsobu deeskalace násilných projevů a které tento materiál nepotřebují.

Výzkumné otázky ke kvalitativnímu výzkumu

1. S jakou formou násilí se všeobecné sestry setkaly?
2. Jak reagují všeobecné sestry na projevy násilí?
3. Jak spolu souvisí forma předání informací o deeskalačních technikách a jejich implementace do péče?

6.3 Metodika kvantitativního výzkumu

Pro sběr dat v rámci kvantitativního výzkumného šetření byl použit dotazník, který vychází z doporučení ICN a WHO. Dotazník, který WHO užívá, jako nástroj ke snížení násilí ve zdravotnictví zkoumá 5 základních kategorií, které jsou dále děleny na subkategorie, a celkem respondent odpovídá na 100 otázek. Dotazník je od roku 2003 dostupný na stránkách WHO (Workplace Violence in the Health Sector). Námi předkládaný dotazník byl doplněn ještě o škálu VAPS (The Violence and Aggression of Patients Scale – výskyt agrese pacientů vůči sestram). Škála hodnotí frekvenci výskytu násilí vůči sestram (četnost výskytu a formu násilí). Autorka Lepiešová validitu své škály ověřovala při rozsáhlých výzkumných šetřeních (Lepiešová, 2012). Souhlas s použitím VAPS škály jsme získali oslovením autorky v e-mailové komunikaci ze dne 3. 10. 2021. Celkově má škála 11 položek identifikujících s jakým druhem a jak často se setká respondent s projevy násilí. Položky 1 – 5 v sobě zahrnují slovní agresi a jsou seskupeny do subškály **S1**. Položky 6-8 v sobě zahrnují tělesnou agresi bez použití útočné zbraně a

jsou seskupeny v subškále **T1**. Položky 9 – 11 v sobě zahrnují tělesnou agresi s použitím útočné zbraně a jsou seskupeny v subškále **T2**. Odpovědi na jednotlivé položky byly kategorizovány podle standardní stupnice (1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále). Dotazník byl doplněn sociodemografickými charakteristikami respondentů, dále jednou zjišťovací a dvěma doplňovacími otázkami, ve kterých jsme se snažili identifikovat potřebu nových informací o možnostech deeskalace násilí, popř. v jaké formě by respondenti uvítali způsob předání informací, aby mohl být efektivně zaveden do praxe.

6.3.1 Pilotní studie

Před vlastním provedením dotazníkového šetření jsme provedli pilotní ověření. Pilotní ověření bylo realizováno od října 2020 do listopadu 2020. Pilotní ověření bylo zásadním způsobem ovlivněno probíhající pandemickou situací v ČR. Z důvodu nouzového stavu v ČR, přetížení zdravotnického systému jsme byli nuceni eliminovat návštěvu zdravotnických pracovišť a jakoukoliv další zátěž (dotazníkové šetření) všeobecných sester v této době. Z tohoto důvodu byl dotazník vytvořen v prostředí Google Forms a všeobecným sestřám přeposlán jako odkaz na e-mailovou adresu. Pro pilotní ověření dotazníku jsme oslovili 8 všeobecných sester pracujících v lůžkových zdravotnických zařízeních ve středočeském kraji (2 sestry na příjmové chirurgické ambulanci, 1 sestra na psychiatrické klinice, 2 sestry na chirurgickém oddělení, 1 sestra na oddělení pro dlouhodobě nemocné, 1 sestra na ARO a 1 sestra na urologickém oddělení). Po vyplnění dotazníku jsme provedli s respondenty krátký rozhovor ve virtuálním prostředí MS Teams. Všichni respondenti VAPS škálu vnímají jako jednoduchý nástroj pro hodnocení četnosti a formy výskytu násilí. Jako nevhodné popisují velké množství otázek v části dotazníku, který byl vytvořen na základě přeloženého dotazníku WHO. Otázky jsou pro respondenty nepřehledné, nevhodně položené a dle jejich sdělení po části otázek již soustředění na další části dotazníku nebylo možné (část respondentů sdělila, že vyplnila méně než polovinu položených otázek), zároveň ani časová náročnost nebyla ze strany respondentů akceptovatelná. Aby mohlo dotazníkové šetření pokračovat efektivně, odpovědi byly pravdivé a byla zajištěna signifikantní návratnost řádně vyplněných dotazníků, eliminovali jsme počet otázek tak, aby otázky byly vázány na naše hypotézy a byly zacíleny právě na všeobecné sestry. Zpracováním zjištění pilotní studie jsme

dotazník upravili tak, že VAPS škála má 11 položek, tak jak byla vytvořena (schválena 3. 10. 2020 autorkou pro naše využití), a dotazník má celkem 23 položek (příloha č. 4).

6.3.2 Výzkumný vzorek a výzkumné prostředí

Realizace kvantitativního výzkumného šetření probíhala od prosince 2020 do dubna 2021. Vzhledem k výše uvedeným důvodům nebylo de facto možné provést výzkum jinou formou než v on-line prostředí. Dotazník jsme vytvořili v prostředí Google Forms. Během dotazníkového šetření bylo naší snahou co nejméně v této době zatěžovat všeobecné sestry, nevstupovat do zdravotnických zařízení a zároveň získat dostatečné množství relevantních dat. Oslovili jsme celkem čtyři fakultní nemocnice se žádostí o souhlas s provedením výzkumným šetřením. Odpověď jsme obdrželi od dvou fakultních nemocnic v Praze. Ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady jsme obdrželi souhlas s provedením výzkumného šetření mezi sestrami od náměstkyně Úseku pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče (příloha č. 5). Ve Fakultní nemocnici v Motole jsme obdrželi souhlas s možností provedení výzkumného šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (příloha č. 6). V obou dvou fakultních nemocnicích byla možnost vytvořit odkaz s textem a umístit na intranetové stránky nemocnice. V textu jsme popsali pro koho je dotazník určený (že se jedná o sestry všeobecné/praktické, které se setkali za posledních 12 měsíců s projevy násilí ze strany pacienta), jednalo se o náhodný výběr respondentů. Dále jsme odkaz umístili v období 21. 12. 2020 – 6. 1. 2021 do Facebookové skupiny, která slouží jako prostor pro diskusi a sdílení příspěvků s ošetrovatelskou a zdravotnickou tematikou – Ošetrovna od portálu Ošetrovatelství.info.

Celkem jsme obdrželi 412 dotazníků, které byly odeslány jako vyplněné. Z tohoto množství jsme museli celkem 55 dotazníků vyřadit (dotazníky byly vyplněny neúplně, byly vyplněny respondenty, pro které nebyl určen – lékaři, ošetrovatelé, atp.). Celkem tedy vzorek odevzdaných dotazníků, který byl použit pro výzkum v naší rigorózní práci, činil 357 respondentů. Výstupy z dotazníku jsme připravili pro statistické zpracování v programu Microsoft Excel. Statistické výpočty byly realizovány ve spolupráci se statistikem.

Soubor byl tvořen vzorkem 357 náhodně vybraných respondentů, nejpočetnější skupinu respondentů 338 (94,68 %) tvořily všeobecné sestry, 19 respondentů (5,32 %) tvořily praktické sestry. Respondenti pracují napříč zdravotnickými zařízeními a to jak v ambulantní části (akutní příjmová ambulance, ambulance praktického lékaře, jiné odborné ambulance), tak i v lůžkové části (oddělení interní, chirurgické, neurologické, psychiatrické, geriatrické, pediatrické, ARO a JIP).

6.3.3 Prezentace výsledků kvantitativního výzkumu

Pro přehlednost výsledků kvantitativního šetření jsme zpracovali získané údaje do tabulek, při vyhodnocení VAPS škály jsme po statistickém zpracování jednotlivých položek využili obrazového zpracování pomocí grafů, kde zobrazujeme četnost jednotlivých odpovědí.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Ženy	314	87,955 %	87,955 %
Muži	43	12,045 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0,000 %	
Celkem	357	100,00 %	

Tabulka 1 Genderové zastoupení respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnil vzorek 357 náhodně vybraných respondentů (všeobecných/praktických sester), které se za poslední rok setkaly s projevy násilí ze strany pacientů. Vzorek tvořilo 314 žen (87,96 %) a 43 mužů (12,05 %).

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
20-24 let	111	31.092 %	31.092 %
25-29 let	21	5.882 %	36.975 %
30-34 let	60	16.807 %	53.782 %
35-39 let	43	12.045 %	65.826 %
40-44 let	84	23.529 %	89.356 %
45-49 let	15	4.202 %	93.557 %
50-54 let	9	2.521 %	96.078 %
55-60 let	14	3.922 %	100.000 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000	

Tabulka 2 Věkové rozložení respondent

Nejmladšímu respondentovi bylo 20 let, nejstaršímu 58 let. Ve věkové skupině 20 – 24 bylo 111 respondentů (31,09 %), ve věku 25 – 29 bylo 21 dotázaných (5.88 %), do věkové kategorie 30 – 34 let se zařadilo 34 dotázaných, 35 – 39 bylo 43 respondentům (16,80 %), ve věku 40 – 44 let bylo 84 respondentů (23,53 %), ve věku 45 – 49 let 15 respondentů (4,20 %), ve věku 50 – 54 let bylo 9 respondentů (2,52 %) a ve věku 55 – 60 let bylo 14 respondentů (3,92 %).

Podrobné rozložení respondentů podle pohlaví a věku je uvedeno v tabulce č. 3.

		Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Ženy				
	20-24 let	106	33.758 %	33.758 %
	25-29 let	17	5.414 %	39.172 %
	30-34 let	54	17.197 %	56.369 %
	35-39 let	30	9.554 %	65.924 %
	40-44 let	72	22.930 %	88.854 %
	45-49 let	13	4.140 %	92.994 %
	50-54 let	8	2.548 %	95.541 %
	55-60 let	14	4.459 %	100.000 %
	Neuvedeno	0	0.000 %	
	Celkem	314	100.000 %	
Muži				
	20-24 let	5	11.628 %	11.628 %
	25-29 let	4	9.302 %	20.930 %
	30-34 let	6	13.953 %	34.884 %
	35-39 let	13	30.233 %	65.116 %
	40-44 let	12	27.907 %	93.023 %
	45-49 let	2	4.651 %	97.674 %
	50-54 let	1	2.326 %	100.000 %
	55-60 let	0	0.000 %	100.000 %
	Neuvedeno	0	0.000 %	
	Celkem	43	100.000 %	

Tabulka 3 Věkové zastoupení podle pohlaví

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Svobodná/ý	133	36,974 %	36,974 %
Vdaná/ženatý	172	48,180 %	85,154 %
Rozvedená/ý	43	12,045 %	97,199 %
Ovdovělá/ovdovělý	9	2,871 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000	

Tabulka 4 rodinný stav respondentů

Z našich respondentů (bez ohledu na pohlaví) bylo 133 svobodných (36,97 %). 172 vdaných nebo ženatých (48,18 %), 43 respondentů (12,05 %) bylo rozvedených a 9 respondentů (2,87 %) ovdovělých.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Všeobecné sestry	338	94.678 %	94.678 %
Praktické sestry	19	5.322 %	100.000 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000	

Tabulka 5 Zastoupení všeobecných a praktických sester

Z celkového počtu respondentů bylo 338 (94,68 %) všeobecných sester a 19 (5,32 %) praktických sester.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Středoškolské	139	38.936 %	38.936 %
Vyšší odborné	167	46.779 %	85.714 %
Vysokoškolské	51	14.286 %	100.000 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000 %	

Tabulka 6 Vzdělání respondentů

139 (38,94 %) respondentů mělo středoškolské vzdělání, 167 (46,78 %) respondentů vyšší odborné vzdělání a 51 (14,29%) respondentů vysokoškolské.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Úvazek 1,0	204	57.143 %	57.143 %
Úvazek 0,5	93	26.050 %	83.193 %
Úvazek 0,25	32	8.964 %	92.157 %
DPP/DPČ	28	7.843 %	100.000 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000 %	

Tabulka 7 Druh pracovního úvazku na současném pracovišti

204 (57,14 %) respondentů pracovalo na současném pracovišti na celý pracovní úvazek, 93 (26,05 %) na úvazek 0,5 a 32 (8,94 %) dotázaných na úvazek 0,25, 28 (7,84 %) mělo dohodu (DPP/DPČ).

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
méně než 1 rok	9	2.521 %	8,123 %
2 – 4 let	20	5,602 %	5,602 %
5 – 9 let	86	24,090 %	32,213 %
10 – 19 let	168	47,058 %	79,271 %
20 - 29 let	60	16.807 %	96,078 %
30 a více let	14	3.922 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	357	100.000	

Tabulka 8 Délka praxe na současném pracovišti

Z celkového počtu respondentů jich na současném pracovišti pracuje méně než rok 9 (2,52 %), 2 – 4 roky 20 respondentů (5,60 %), 5 – 9 let 86 respondentů (24,09 %), 10 – 19 let 168 respondentů (47,06 %), 20 – 29 let na současném pracovišti pracuje 60 respondentů (16.81 %) a více než 30 let 14 respondentů (3,92 %).

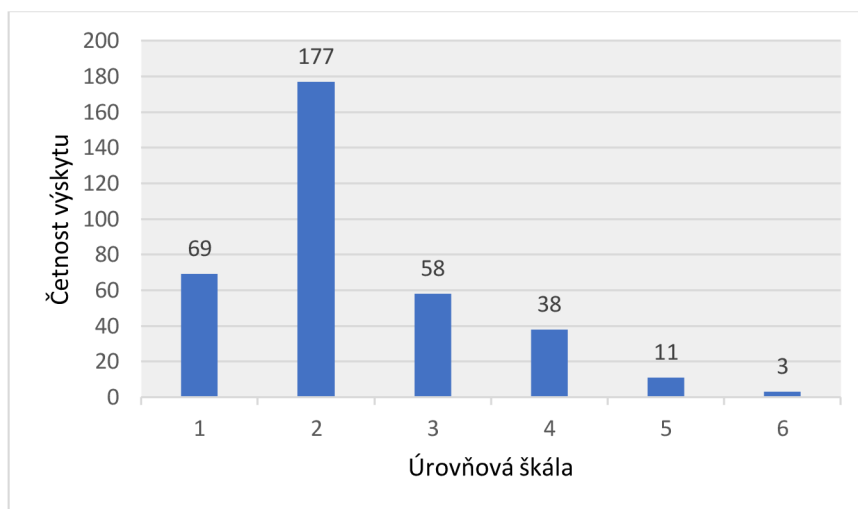
VAPS škála v našem výzkumném šetření nás měla informovat o tom s jakou formou násilí jsou sestry nejčastěji konfrontovány při poskytování ošetrovatelské péče. Důležitý je i časový údaj, který informuje o násilí, které se vyskytlo v posledním roce. Z celého souboru respondentů se s nějakou formou násilí setkalo v posledním roce 99,16 %

dotázaných. Tabulka č. 9 shrnuje odpovědi na jednotlivé otázky (popisné charakteristiky VAPS škály na úrovni položek, subškál a celku.

	Položka VAPS škály*	Valid	Missing	Mean	Median	SD	Min.	Max.
V1	Pomluvy	354	0	2.328	2,000	1,056	1,000	6,000
V2	Neoprávněné obviňování	354	0	2.873	3,000	1,241	1,000	6,000
V3	Verbální útok - urážky, nadávky	354	0	2.658	3,000	1,257	1,000	6,000
V4	Verbální útok - zastrašování, výhružky	354	0	2.113	2,000	1,178	1,000	6,000
V5	Slovní poznámky sexuálního charakteru	354	0	2.034	1,000	1,467	1,000	6,000
S1	Subškála – Slovní agrese	354	0	2,401	2,200	1,239	1,000	6,000
V6	Plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí	354	0	2.494	2,000	1,431	1,000	6,000
V7	Strkání, hození předmětu	354	0	2.393	2,000	1,581	1,000	6,000
V8	Facka, úder pěstí, kopnutí	354	0	1.542	1,000	0,702	1,000	4,000
T1	Subškála – Tělesná agrese bez použití zbraně	354	0	2,143	1,666	1,238	1,000	5,333
V9	Škracení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení	354	0	1.376	1,000	0,645	1,000	3,000
V10	Tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)	354	0	1.096	1,000	0,295	1,000	2,000
V11	Sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)	354	0	1,000	1,000	0,000	1,000	1,000
T2	Subškála – Tělesná agrese s použitím zbraně, kontaktní formy sexuální agrese	354	0	1,157	1,000	0,313	1,000	2,000

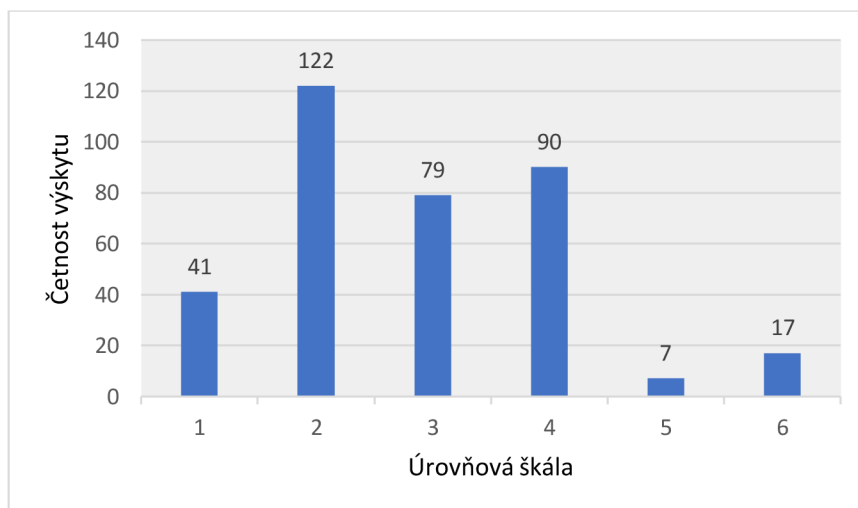
Tabulka 9 Vyhodnocení VAPS škály (descriptive statistic). Vysvětlivky: Valid – validně vyplněné, Missing – chybějící odpověď, Mean - průměr, Median - medián, SD - Std. Deviation – směrodatná odchylka, Min. – minimální hodnota, Max. – maximální hodnota. * Použita 6 stupňová škála (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále).

Pro dokreslení zkoumané problematiky jsou dále zpracovány detailně odpovědi na jednotlivé položky ve VAPS škále. Jednotlivé odpovědi byly v rámci VAPS škály stupňovány (1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále).



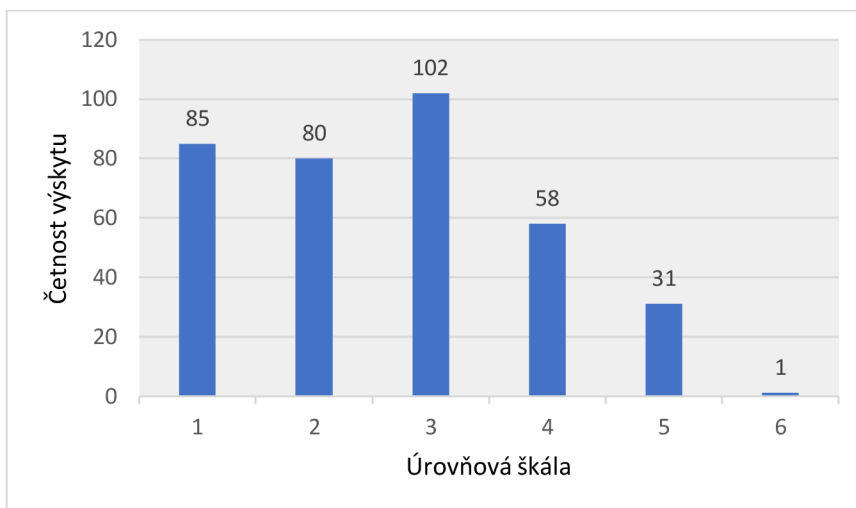
Obrázek 6 Subškála S1 Slovní agrese, položka V1 pomluvy

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 6. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 2 – zřídka 177 respondentů (49,58 %). S pomluvami se v našem výzkumu nesetkalo 69 respondentů (19,33 %). 3 respondenti (0,84 %) se s pomluvami naopak setkávají neustále.



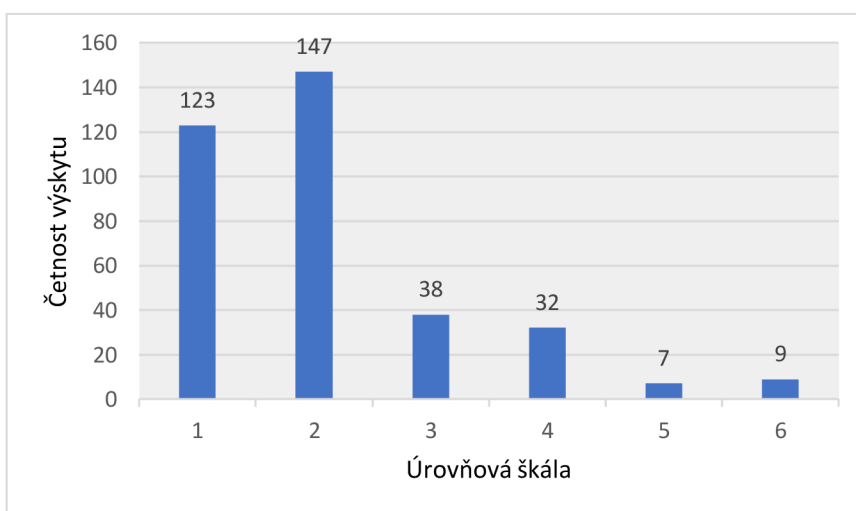
Obrázek 7 Subškála S1 slovní agrese, položka V2 neoprávněné obviňování

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 7. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 2 – zřídka 122 respondentů (34,17 %). S neoprávněným obviňováním se v našem výzkumu nesetkalo 41 respondentů (11,48 %). 17 respondentů (4,76 %) se s neoprávněným obviňováním setkává neustále.



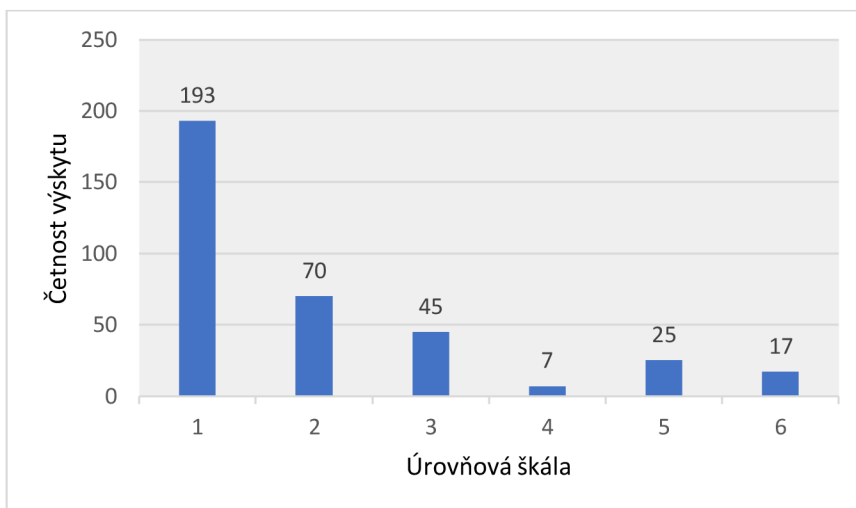
Obrázek 8 Subškála S1 slovní agrese, položka V3 verbální útok - urážky, nadávky

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 8. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 3 – občas 102 respondentů (28,57 %). S urážkami a nadávkami se v našem výzkumu nesetkalo 85 respondentů (23,81 %). 1 respondent (0,28 %) se s urážkami a nadávkami setkává neustále.



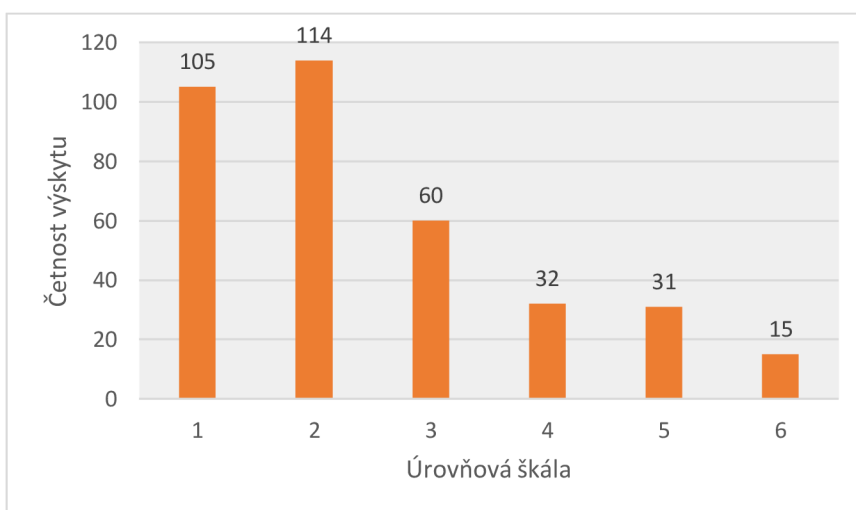
Obrázek 9 Subškála S1 slovní agrese, položka V4 verbální útok - zastrašování, výhrůžky

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 9. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 2 – zřídka 147 respondentů (41,18 %). Se zastrašováním a výhrůžkami se v našem výzkumu nesetkalo 123 respondentů (34,45 %). 9 respondentů (2,52 %) se se zastrašováním a výhrůžky setkává neustále.



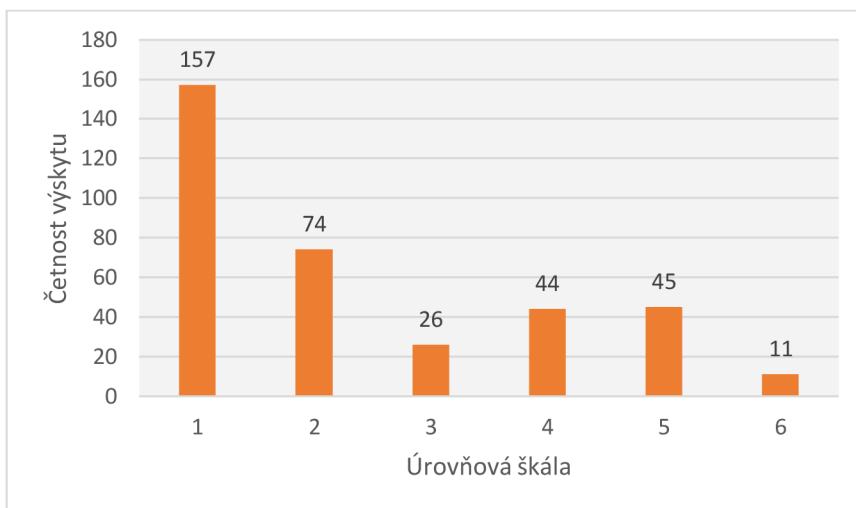
Obrázek 10 Subškála S1 slovní agrese, položka V5 verbální útok - slovní poznámky sexuálního charakteru

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 10. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy 193 respondentů (54,06 %), tudíž se slovními poznámkami sexuálního charakteru se nikdy nesečkali. 17 respondentů (4,76 %) se se slovními poznámkami sexuálního charakteru setkává neustále.



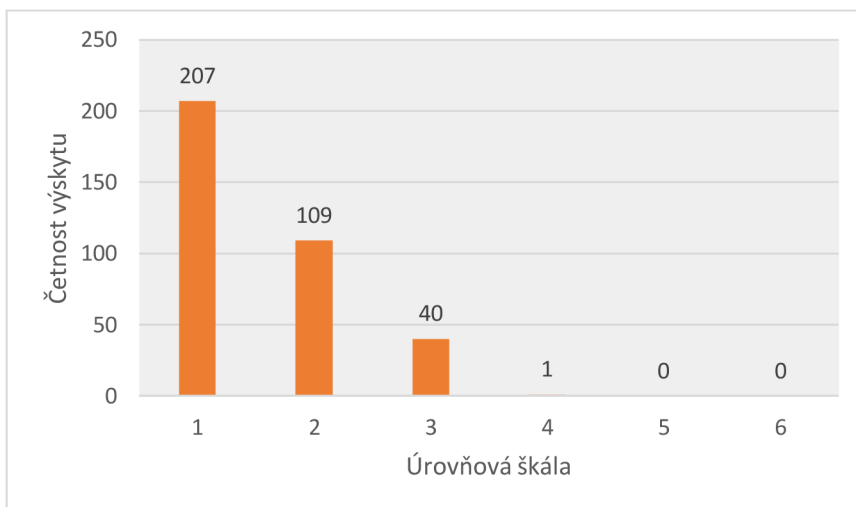
Obrázek 11 Subškála T1 tělesná agrese bez použití zbraně, položka V6 - plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 11. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 2 – zřídka 114 respondentů (31,03 %). S tělesnou agresí bez použití zbraně (plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí) se v našem výzkumu nesečkalo 105 respondentů (29,41 %). 15 respondentů (4,20 %) se s tělesnou agresí bez použití zbraně (plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí) setkává neustále.



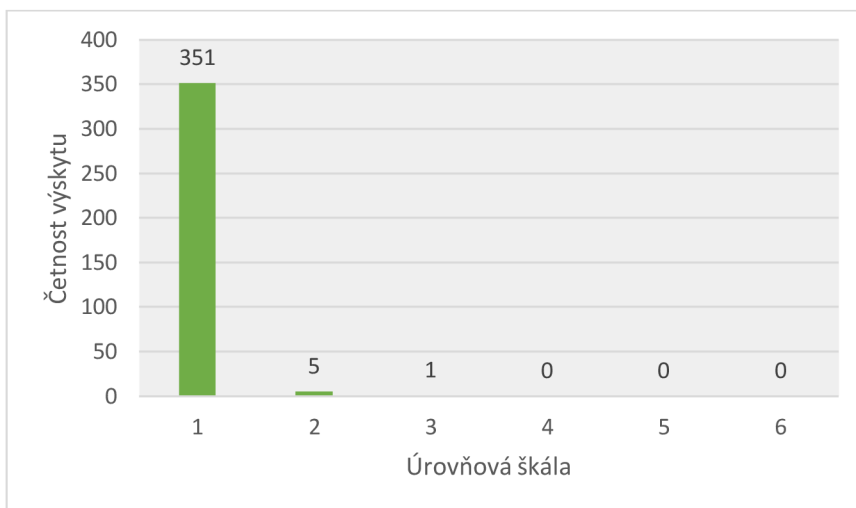
Obrázek 12 Subškála T1 tělesná agrese bez použití zbraně, položka V7 - strkání, hození předmětu

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 7. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy 157 respondentů (43,98 %). S tělesnou agresí bez použití zbraně (strkání, hození předmětu) se tudíž neseťkali. 11 respondentů (3,08 %) se s tělesnou agresí bez použití zbraně (plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí) setkává neustále.



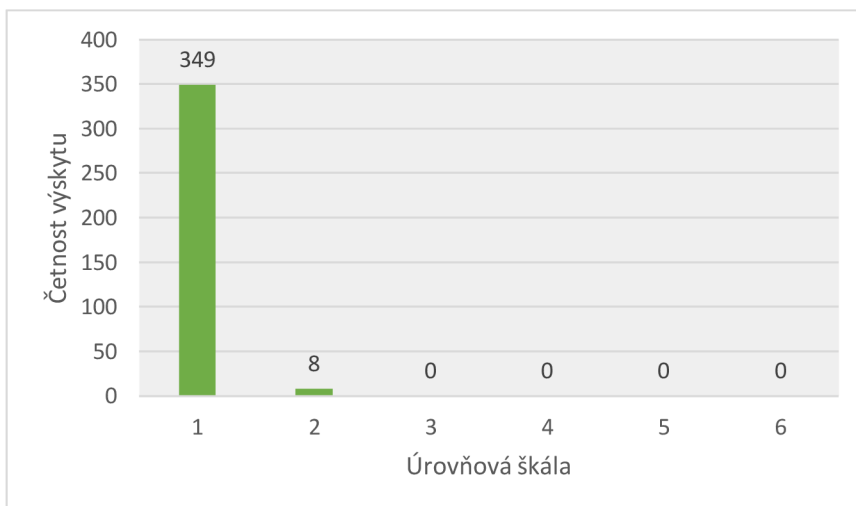
Obrázek 13 Subškála T1 tělesná agrese bez použití zbraně, položka V8- facka, úder pěstí, kopnutí

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 13. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy 207 respondentů (57,98 %). S tělesnou agresí bez použití zbraně (facka, úder pěstí, kopnutí) se tudíž neseťkali. 40 respondentů (11,20 %) se s tělesnou agresí bez použití zbraně (facka, úder pěstí, kopnutí) setkává občas. 1 respondent (0,28 %) se s tímto násilím setkává často. Nikdo z respondentů nevyužil stupně škály 5 a 6.



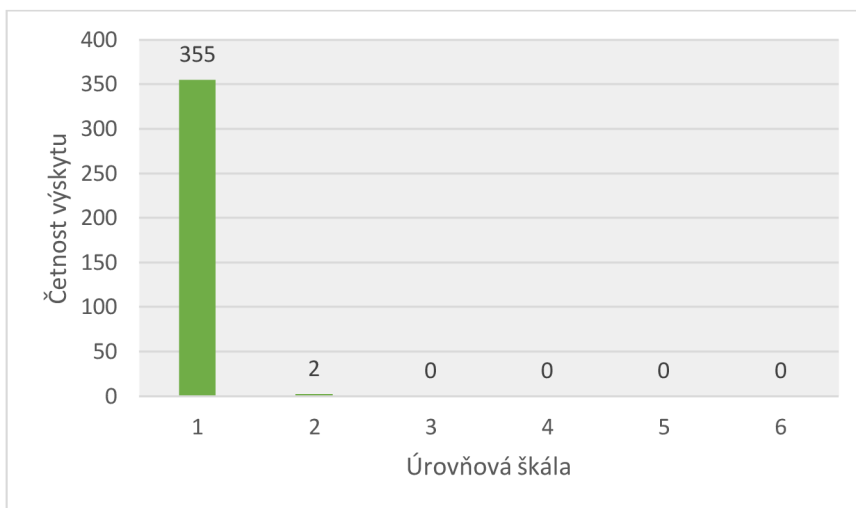
Obrázek 14 Subškála T2 tělesná agrese s použitím zbraně, položka V 9- škracení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 14. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy 351 respondentů (98,32 %). S tělesnou agresí s použitím zbraně (škracení, napadení ostrým předmětem, bodnutí, postřelení) se tudíž neseťkali. 5 respondentů (1,40 %) se zřídka setkali s touto tělesnou agresí a 1 respondent (0,28 %) se setkává občas s tělesnou agresí s použitím zbraně (škracení, napadení ostrým předmětem, bodnutí, postřelení). Nikdo z respondentů nevyužil stupně škály 4, 5 a 6.



Obrázek 15 Subškála T2 kontaktní formy sexuální agrese, položka V 10- Tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 15. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy 349 respondentů (71,71 %). S kontaktní formou sexuální agrese (tělesný kontakt se sexuálním záměrem – bez fyzického ublížení) se tudíž neseťkali. 8 respondentů (2,24 %) uvedlo, že se zřídka s touto formou agrese setkává. Nikdo z respondentů nevyužil stupně škály 3, 4, 5 a 6.



Obrázek 16 Subškála T2 kontaktní formy sexuální agrese, položka V 11- sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)

Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena na obrázku č. 16. Nejčastěji respondenti odpovídali stupněm 1 – nikdy, celkem 355 respondentů (99,44 %). S kontaktní formou sexuální agrese (tělesný kontakt se sexuálním záměrem – s fyzickým ublížením) se tudíž neseťkali. 2 respondenti (0,56 %) se zřídka setkali s touto kontaktní formou sexuální agrese (tělesný kontakt se sexuálním záměrem – s fyzickým ublížením). Nikdo z respondentů nevyužil stupně škály 3, 4, 5 a 6.

Z výše uvedených výstupů lze jednoznačně uvést, že verbální druhy násilí vedené proti sestřím zásadně převyšují fyzické násilí. Nejčastěji sestry identifikovaly, že se setkávají s pomluvami, neoprávněným obviňováním, s urážkami a nadávkami nebo zastrašováním a výhrůzkami (obrázek č. 6 – 9). Některé ze sester uvádějí, že se setkaly i s poznámkami na jejich osobu, které měly sexuální charakter (obrázek č. 10). Dále je z vyhodnocení VAPS škály zřejmé, že se v menší formě vyskytuje i násilí vedené proti sestřím bez použití zbraně. Nejčastěji se jedná o plivnutí, kousnutí, štípnutí (obrázek č. 11). Část sester se setkala i se situací, kdy došlo k hození předmětu nebo strkání (obrázek č. 12). Nejnižší výskyt v oblasti napadení bez použití zbraně jsou situace, kdy je proti sestře vedeno fyzické násilí jako facka, úder, pěstí, kopnutí (obrázek č. 13). Nejtěžší formy násilí, které jsou vedeny proti sestřím, se vyskytují při poskytování ošetrovatelské péče sporadicky (obrázky č. 14 – 16). Vzhledem k tomu, že se jedná o ty nejtěžší formy násilí, se kterými se lze setkat, je jejich výskyt ve zdravotnictví ojedinělý.

Pokud došlo k setkání s násilnými projevy dle VAPS škály, zjišťovali jsme postupy všeobecných sester. Vzhledem k tomu, že i přes vstupní informace k vyplňování dotazníku, 3 respondenti ve VAPS škále uvedli, že se za poslední rok neseťkali

s žádným násilím (všechny hodnocené oblasti označili na úrovněvé škále stupněm 1), bude v dalších otázkách pracováno s počtem respondentů 354.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Snaha o uklidnění situace	200	56,497 %	56,497 %
Ignorace situace	29	8,192 %	64,689 %
Užití omezovacích prostředků	65	18,362 %	82,051 %
Kontatována PČR/ochranná služba	49	13,842 %	96,893 %
Opuštění prostoru	11	3,107 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 10 Reakce bezprostředně na násilí

Tabulka č. 10 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100 %), kteří byli konfrontováni s nějakou z forem násilí. 200 respondentů (56,50 %) se snažilo celou situaci uklidnit. 29 respondentů (64,69 %) i přes probíhající projevy násilí situaci ignorovalo. 65 respondentů (18,36 %) bezprostředně při výskytu násilí kontaktovalo PČR, popř. ochrannou službu ve zdravotnickém zařízení, 11 respondentů (3,11 %) opustilo prostor při vzniku násilí.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Omezovací prostředky	281	79,379 %	79,379 %
Proškolení v brachiálním omezení v pohybu	4	1,130 %	80,509 %
Farmakologické omezení v pohybu	32	9,040 %	89,549 %
Observační místnost	13	3,672 %	93,221 %
Bez prostředků	24	6,780 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 11 Prostředky pro zvládnutí fyzických projevů násilí

Tabulka č. 11 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100%), kteří byli konfrontováni s nějakou formou fyzického násilí a hodnotí, jaké mají k dispozici prostředky pro zvládnutí fyzických projevů násilí. 281 respondentů (79,38 %) má k dispozici omezovací prostředky (kurty, popruhy). 31 respondentů (9,04 %) má na pracovišti k dispozici možnosti farmakologického omezení v pohybu. 13 respondentů (3,67 %) může využít i

observační místnost, která je uzamykatelná. 4 respondenti (1,13 %) jsou proškoleni v možnostech brachiálního omezení v pohybu. 24 respondentů (6,78 %) nemá na svém pracovišti žádné prostředky pro zvládnutí fyzického násilí.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Sepsání nežádoucí události	121	34,181 %	34,181 %
Oznámení nadřízeným / kolegům	63	17,797 %	51,978 %
Zápis do zdravotnické dokumentace	12	3,390 %	55,368 %
Kontaktována PČR	4	1,130 %	56,498 %
Situace dále neřešena	154	43,503 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0,000 %	
Celkem	354	100,000 %	

Tabulka 12 Reakce po odeznění situace

Tabulka č. 12 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), zjišťovali jsme reakci po odeznění celé situace. 121 respondentů (34,18 %) sepsalo hlášení nežádoucí události. 63 respondentů (17,80 %) celou situaci řešilo jen oznámením nadřízeným či kolegům. 12 respondentů (3,39 %) provedlo záznam do zdravotnické dokumentace (nikoliv jako nežádoucí událost). 4 respondenti (1,13 %) i po odeznění celé situace kontaktovali PČR. 154 respondentů (43,50 %) situaci s odstupem času neřešilo.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Nepřikládání významu	15	9,740 %	9,740 %
Ztráta času, nic by se nedělo	4	2,597 %	12,337 %
Velké množství dokumentace	112	72,727 %	85,064 %
Chybí podpora vedení a kolegů	17	11,039 %	96,103 %
Situaci si vyřeším sám	6	3,896 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0,000 %	
Celkem	154	100,000 %	

Tabulka 13 Důvody neřešení konfrontace s násilím

V tabulce č. 13 představujeme důvody neřešení konfrontace s násilím. Z tabulky č. 12 je zřejmé, že 154 respondentů (100,00 %) neřeší násilné situace, se kterými se setkali. 112 respondentů (72,73 %) uvádí jako důvod neřešení velké množství dokumentace. 15

respondentů (9,74 %) nepřikládá žádný význam řešení násilí. 4 respondenti (2,58 %) uvedli jako důvod neřešení „ztrátu času“. 17 respondentů (11,04 %) uvádí jako důvod nedostatečnou podporu vedení a kolegů. Situaci si sami vyřeší 6 dotázaných (3,90 %).

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Dostatek informací od zaměstnavatele	62	17,514 %	17,514 %
Standardy, metodické pokyny	12	3,390 %	20,904 %
Absolvování semináře, školení	32	9,040 %	29,994 %
Jednání na základě zkušeností	167	47,175 %	77,119 %
Nepřípravenost na situaci setkání s násilím	81	22,881 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 14 Přípravenost na setkání s násilím

Tabulka č. 14 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), zjišťovali jsme, jak byli respondenti připraveni na setkání s pacientem s projevy násilí ze strany zaměstnavatele. 167 respondentů (47,18 %) uvádí, že jednalo na základě vlastních zkušeností z předchozích setkání. 62 respondentů (17,51 %) má dostatek informací od svého zaměstnavatele. 12 respondentů (3,39 %) je připraveno na setkání s násilím pomocí standardů a metodických pokynů. 32 respondentů (9,04 %) absolvovalo seminář nebo školení na zvládání násilí ve zdravotnictví. 81 respondentů (22,88 %) nebylo ze strany zaměstnavatele na setkání s násilím připraveno.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Kontakt na psychologa, supervizora	107	30,226 %	30,226 %
Možnost vzít si volno na odpočinek	21	5,932 %	36,158 %
Komunikace s nadřízenými, kolegy	112	31,638 %	67,796 %
Možnost změnit pracoviště	11	3,107 %	70,903 %
Bez podpory	103	29,096 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 15 Podpora po setkání s násilnými na pracovišti

Tabulka č. 15 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), zjišťovali jsme možnosti podpory po setkání s násilím na pracovišti. 112 respondentů (31,64 %) vnímá jako podporu možnost komunikace s nadřízenými a kolegy. 107 respondentů (30,23 %) má možnost využít pomoci odborníka (psychologa, supervizora). 21 respondentů (5,93 %) si může vzít volno na odpočinek. 11 respondentů (3,11 %) má možnost změnit pracoviště.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Vyhledání pomoci po setkání s násilím	96	27,119 %	27,119 %
Nevyhledání pomoci po setkání s násilím	258	72,881 %	100,00 %
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 16 Další postup po setkání s násilnými projevy ze strany pacienta

Tabulka č. 16 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), v tomto případě jsme zjišťovali, jestli respondenti vyhledali pomoc po konfrontaci s násilím ze strany pacienta. 258 respondentů (72,88 %) pomoc vyhledalo. 96 respondentů (27,12 %) žádnou pomoc nevyhledalo.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Postupy znám	48	13,559 %	13,559 %
Postupy částečně znám	89	25,141 %	38,700 %
Postupy neznám	217	61,299 %	100,00%
Neuvedeno	0	0.000 %	
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 17 Znalost postupů k předcházení násilí

Tabulka č. 17 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), zjišťovali jsme, jestli respondenti znají postupy jak předcházet násilí. 217 respondentů (61,30 %) tyto postupy nezná. 48 respondentů (13,56 %) postupy zná. 89 respondentů (25,14 %) postupy částečně zná.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Postupy dokážu aplikovat	27	19,708 %	19,708 %
Postupy částečně dokážu aplikovat	46	33,577 %	52,285 %
Postupy nedokážu aplikovat	52	37,956 %	91,241 %
Neuvedeno	12	8,759 %	100,00 %
Celkem	137	100.000 %	

Tabulka 18 Aplikace postupů při předcházení násilí

V tabulce č. 18 zjišťujeme, jestli respondenti dokáží aplikovat postupy, které by předcházeli násilí. Z tabulky č. 17 je zřejmé, že 137 respondentů (100,00 %) postupy předcházení násilí zná nebo částečně zná. 52 respondentů (37,96 %) postupy předcházení násilí nedokáže aplikovat. 27 respondentů (19,71 %) je dokáže aplikovat. 46 respondentů (33,58 %) postupy předcházení násilí dokáže částečně aplikovat.

	Četnost	Procento	Kumulativní procenta
Materiál k deeskalaci násilí by byl využit	297	83,898 %	83,898 %
Materiál k deeskalaci násilí by nebyl využit	57	16,102 %	52,285 %
Neuvedeno	0	0,000 %	100,00 %
Celkem	354	100.000 %	

Tabulka 19 Potřeba materiálu s informacemi, který by pomohl snižovat (deeskalovat) možnosti výskytu násilných projevů

Tabulka č. 19 v sobě zahrnuje 354 respondentů (100,00 %), v tomto případě jsme zjišťovali, jestli by respondenti uvítali materiál s informacemi, který by na základě informací pomohl deeskalovat násilí. 297 respondentů (83,90 %) by tento materiál při své práci uvítalo. 57 respondentů (16,10 %) by materiál ve své práci nevyužilo.

Na základě výsledků výzkumu dále posuzujeme stanovené hypotézy.

H1 Existuje statisticky významný rozdíl mezi výskytem slovního (verbálního) a tělesného (fyzického) násilí ze strany pacientů.

Pro vyhodnocení hypotézy H1 jsme použili párový t-test, který je vhodný k porovnání středních hodnot. V našem případě jsme porovnávali dvě proměnné (výskyt slovního – verbálního a tělesného – fyzického násilí). Dále jsme využili deskriptivní statistiku.

Proměnná 1	Proměnná 2	t	df	p	Cohen's d
Slovní násilí	Tělesné násilí	32,136	356	0,01	1,701

Tabulka 20 Párový T-Test

	N	M	SD	SE
Slovní násilí	357	2,293	0,731	0,039
Tělesné násilí	357	1,163	0,259	0,014

Tabulka 21 Deskriptivní statistika

V testovaném vzorku respondentů bylo možné porovnat větší výskyt zkušeností se slovním (verbálním) násilím ($M = 2,293$, $SD = 0,731$) než s tělesným (fyzickým) násilím ($M = 1,163$, $SD = 0,259$), $t(356) = 32,136$, $p < 0,001$.

Na základě vyhodnocení VAPS škály jsme prokázali, že respondenti jsou nejčastěji konfrontováni se slovními – verbálními projevy násilí. Nejčastější projevy verbálního násilí jsou seřazeny sestupně podle výskytu v tabulce č. 22.

Subškála S1	Popis VAPS	Průměr*
V1	Neoprávněné obviňování	2,873
V2	Urážky, nadávky	2,658
V3	Pomluvy	2,328
V4	Zastrašování, výhrůžky	2,113
V5	Slovní poznámky sexuálního charakteru	2,034

Tabulka 22 Nejčastější násilné - verbální projevy, se kterými se sestry setkávají (VAPS škála) *
Vysvětlivky: použita 6 stupňová škála (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále).

Při realizovaných rozhovorech, v rámci kvalitativního výzkumného šetření lze také sledovat výskyt verbálního násilí při poskytování ošetrovatelské péče. Nejčastěji při rozhovorech respondenti uvádějí nadávky, zesměšňování, znevažování profese a hostilní projevy (R1, R4, R7, R8, R10).

Méně častý (nikoliv zanedbatelný) je výskyt tělesného – fyzického násilí. V tabulce č. 23 uvádíme, s jakou formou násilí se respondenti nejčastěji setkávají. Opět jsou jednotlivé formy řazeny sestupně dle výskytu.

Subškála T1	Popis VAPS	Průměr*
V6	Plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí	2.494
V7	Strkání, hození předmětu	2.393
V8	Facka, úder pěstí, kopnutí	1.542
Subškála T2		
V9	Škracení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení	1.376
V10	Tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyz. ublížení)	1.096
V11	Sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)	1,000

Tabulka 23 Nejčastější násilné - fyzické projevy, se kterými se sestry setkávají (VAPS škála) *
 Vysvětlivky: použita 6 stupňová škála (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále).

V rozhovorech také respondenti (R1, R2, R3 a R5) uvádějí konfrontaci s násilím tělesným a to jak ze strany pacienta, tak ze strany příbuzných.

Závěr: Ze statistického vyhodnocení je zřejmé, že vyšší počet respondentů má zkušenost s verbálním (fyzickým) násilím než tělesným (fyzickým) násilím.

H2 Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které incident řešily a které incident neřešily.

Pro vyhodnocení hypotézy H2 jsme stanovili četnost rozdílů mezi všeobecnými sestrami, které incident řešily a které incident neřešily. Pro stanovení statistického rozdílu jsme použili binomální test, kdy se jednalo o neparametrický test s dvěma veličinami (počet respondentů, kteří incident řešili a počet respondentů, kteří incident neřešili), jednalo se o test, který je určen pro dva závislé výběry.

	Četnost	Procento	Validní procenta	Kumulativní procenta
Incident jsem neřešil/a	154	43,137 %	45,503 %	45,503 %
Incident jsem řešil/a	200	56,022 %	56,497 %	100,00 %
Neuvedeno	3	0,840 %		
Celkem	357	100,00 %		

Tabulka 24 Reakce na setkání s násilím

	Četnost	N	Poměr	p
Incident jsem neřešil/a	154	354	0,435	0,017
Incident jsem řešil/a	200	354	0,565	0,017

Tabulka 25 Binomální test – řešení incidentu

Poměr mezi všeobecnými sestrami, které incident řešily a které incident neřešily, se lišil na 5 % hladině statistické významnosti ($p < 0,05$). Více všeobecných sester incident dále řešilo (56,5 %).

Na základě odpovědí z našeho dotazníku jsme identifikovali, že nejčastějším důvodem neřešení incidentu je velké množství dokumentace, 72,727 % z dotázaných uvádí, že toto je právě ten důvod, proč incident neřeší. Dalším důvodem, neřešení je u 11,039 % dotázaných, že nevnímají podporu kolegů a svých nadřízených. U 9,740 % dotázaných nedochází k nahlášení incidentu, protože celému násilnému aktu nepřikládají význam. Jako důvod k nehlášení incidentu uvádí 2,567 % dotázaných pocit ztráty času, nevnímají, že by to mělo nějaký další vliv na snižování výskytu násilí.

Z kvalitativního výzkumného šetření je zřejmé, že respondent (R10) incident neřešil. Další z dotázaných (R1, R3, R4), incident řešili jen zápisem do dokumentace (bez sepsání nežádoucí události) a pak již dále s touto informací nepracovali.

Závěr: Ze statistického vyhodnocení je zřejmé, že vyšší počet respondentů po setkání s násilným incidentem tuto situaci dále řešil než počet respondentů, kteří tuto situaci neřešili.

H3 Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které byly na incident ze strany zaměstnavatele připraveny a které připraveny nebyly.

I v případě H3 jsme pro stanovení statistického rozdílu použili binomální test, kdy jsme pracovali se dvěma veličinami (počet respondentů, kteří byli na setkání s násilím připraveni a kteří na setkání s násilím připraveni nebyli).

	Četnost	N	Poměr	p
Připravenost	Ne	81	0,229	< ,001
Připravenost	ANO	273	0,771	< ,001

Tabulka 26 Binomální test - připravenost na setkání s násilím

Počet sester, které byly ze strany zaměstnavatele na incident připraveny (77,1 %) a které na incident připraveny nebyly (22,9 %) byl rozdílný na 5 % hladině statistické významnosti.

Pokud respondenti vnímali připravenost na výskyt násilí, zjišťovali jsme konkrétní podobu, která pomáhá této přípravě. 47,175 % respondentů jedná při výskytu násilí na základě zkušeností. 17,514 % z dotázaných má dostatek informací o reakci na výskyt násilí od svého zaměstnavatele. 9,040 % respondentů absolvovalo seminář nebo školení, které se zabývalo výskytem násilí ve zdravotnictví. 3,390 % respondentů při přípravě na výskyt násilí využilo metodické pokyny nebo standardy.

Závěr: Ze statistického vyhodnocení je zřejmé, že vyšší počet respondentů byl na incident připraven než respondentů, kteří nebyli na incident ze strany zaměstnavatele připraveni.

H4 Existuje statisticky významný rozdíl mezi všeobecnými sestrami, které by při své práci využily nové informace o způsobu deeskalace násilných projevů a které tento materiál nepotřebují.

Pro vyhodnocení hypotézy H4 jsme stanovili četnost rozdílu mezi všeobecnými sestrami, které by přivítali informace o způsobech deeskalace násilných projevů a všeobecnými sestrami, které by tento manuál při své práci nevyužily. Pro stanovení statistického rozdílu jsme taktéž použili binomální test, kdy se jednalo o neparametrický test s dvěma veličinami (počet respondentů, kteří by informace využili a počet respondentů kteří by tyto informace nevyužili), jednalo se o test, který je určen pro dva závislé výběry. Vzhledem k tomu, že hlavním výstupem z práce má být tvorba modelu reaktivního managementu, záměrně jsme statisticky zpracovali i formu předání, která by byla pro všeobecné sestry akceptovatelná, aby došlo k maximálnímu možnému využití nových informací při praxi. K tomuto vyhodnocení jsme použili multinomiální test, kdy jednotlivé hodnoty nastávají s pevnými pravděpodobnostmi.

	Četnost	Procento	Procenta bez vyplněných	Kumulativní procenta
ANO	297	83,193 %	83,898 %	83,898 %
NE	57	15,966 %	16,102 %	100,00 %
Neuvedeno	3	0,840 %		
Celkem	357	100,00 %		

Tabulka 27 Využití informací o deeskalaci při práci

Proměnná	Četnost	N	Poměr	p
Informace bych využil/a	297	354	0,839	< ,001
Informace bych nevyužil/a	54	354	0,161	< ,001

Tabulka 28 binomální test - využití informací o deeskalaci při práci

Lze předpokládat, že procento všeobecných sester, které by uvítaly informace o deeskalaci se statisticky významně ($p < 0,01$) lišilo od procenta sester, které by tyto informace nevyužily. Sester, které by o takové materiály měly zájem, bylo přitom více (83,90 %).

Dále jsme zjišťovali, jaká by byla nejakceptovatelnější forma předání nových informací. Především nás zajímal způsob předání pro jejich praktické využití.

	Četnost	Procento	Validní procenta	Kumulativní procenta
Seminář, kurz, e-learning, kurz pro sestry,	79	83,193 %	26,599 %	26.529 %
Předání postupu ze strany nadřízených v ústní a písemné podobě	57	15,966 %	19,192 %	45.751 %
Graficky návodně zpravovány postupy o deeskalaci pro všeobecné sestry	161	45,098 %	54,209 %	100,00 %
Neuvedeno	60	16,807 %		
Celkem	357	100,00 %		

Tabulka 29 Akceptovatelná forma předání nových informací o deeskalaci

Při multinomiálním testu byl použit tento vzorec:

Multinomiální Test

χ^2	df	p
H ₀ 60.687	2	< .001

	Pozorované	Očekávané H ₀
Seminář, kurz, e-learning, kurz pro sestry,	0,266	0,333
Předání postupu ze strany nadřízených v ústní a písemné podobě	0,192	0,333
Graficky návodně zpracovány postupy o deescalaci pro všeobecné sestry	0,542	0,333

Tabulka 30 Multinomiální test - akceptovatelná forma předání nových informací o deescalaci

Na základě multinomiálního testu lze předpokládat, že u všeobecných sester ze zkoumaného vzorku neexistuje rovnoměrné rozdělení o preferovaném způsobu předání nových informací o způsobech deescalace, $\chi^2 (2)=60.687$, $p < 0,01$. Jako preferovaný způsob se ukazují graficky návodně zpracované postupy, které jsou cíleně určeny pro všeobecné sestry, které se setkávají s pacienty s projevy násilí. Tento způsob preferuje 54,2 % dotazovaných sester.

Z kvalitativního výzkumného je zřejmé, že respondenti (R1, R3, R8, R9, R10) preferují omezení teoretických informací o práci s pacientem s projevy násilí. Někteří z respondentů (R4, R5, R6) sami popisují, že by jim vyhovoval vizuálně zpracovaný materiál, které v sobě zahrnuje projevy pacienta a správné reakce ze strany sestry.

Závěr: Ze statistického vyhodnocení je zřejmé, že preferovaný způsob předání nových informací o deescalaci násilných projevů ze strany pacienta jsou graficky návodně zpracované informace cíleně určené pro všeobecné sestry.

6.4 Metodika kvalitativního výzkumu

Druhou částí výzkumného šetření metodou smíšeného designu byl kvalitativní výzkum. Metodou polostrukturovaných rozhovorů jsme chtěli získat odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si stanovili. Naší snahou bylo během rozhovorů podchytit celou podstatu výskytu násilí u pacientů z pohledu všeobecných sester, reakce na násilné projevy a identifikovat potřeby v oblasti předání informací a jejich formu. Aby byl pohled

na zkoumanou problematiku komplexní, pomohli nám rozhovory zachytit konkrétní jevy, které při kvantitativním výzkumu jsou obtížněji uchopitelné. Vzhledem k intimitě informací, ke kterým patří i výskyt násilí v interakci sestry a pacient byl osobní kontakt při rozhovoru nezbytný.

Během rozhovorů jsme se snažili o logické pochopení celého jevu násilí, snažili jsme se identifikovat i důvody, proč se tento jev vyskytuje (nikoliv vznik na základě již známých teorií, ale z pohledu všeobecných sester). Při stanovení cíle a výzkumných otázek kvalitativní části výzkumu jsme přistupovali z pohledu explanačního výzkumu.

Záměrně byla vybrána jedna profese respondentů (všeobecné sestry), pro které bylo společné i prostředí (zdravotnická zařízení), kde jsou konfrontováni s pacienty. Celý rozhovor byl zaměřen na zkoumanou problematiku (výskyt násilí). Pro předkládanou práci jsme využili metodu rozhovoru k doplnění dotazníkového šetření. Pro realizaci používáme polostrukturovaný rozhovor, který byl zaměřen na základní oblast výskytu násilí při práci všeobecné sestry. Úvodní část byla zaměřena na pojmenování společného cíle rozhovoru, navození důvěry a časového ohraničení rozhovoru. Další část rozhovoru byla zacílená na interpretaci osobní zkušenosti (pohled na současnou situaci výskytu násilí, konkrétní zkušenost s násilím, reakci na násilí, podmínky k deeskalaci násilí a způsobu přenosu informací s cílem pomoci k předání deeskalačních technik). V rámci rozhovoru byly použity i doplňující otázky zacílené na prohloubení identifikace významu výpovědí.

Pro odpověď na výzkumné otázky jsme respondentům (všeobecným sestřím) položili 8 základních otázek. Respondent volně odpovídal a z rozhovorů jsme se snažili identifikovat klíčové postoje, motivy a vztahy k pochopení vzniku násilí a reakci na ně. Také jsme se snažili zjistit postoj k předání informací v oblasti deeskalace projevů násilí, který by všeobecné sestry prakticky využily při své práci.

6.4.1 Kritéria a schéma rozhovoru

Základem pro kvalitativní výzkum jsou polostrukturované rozhovory. Záměrně jsme oslovily všeobecné sestry, které mají zkušenost s výskytem násilí za posledních 12 měsíců. V rámci pilotního ověření jsme oslovily 3 všeobecné sestry s žádostí o rozhovor. Původně otázek bylo 10, což bylo nejen časově náročné pro obě strany (rozhovory trvaly déle než 60 minut, ale také se část odpovědí opakovala). Po úpravě pak činil konečný

počet otázek 8. Rozhovorů se zúčastnilo 22 sester (v rozhovorech se část informací pravidelně opakovala, proto jsme vybrali pro tuto práci 10 ukázkových rozhovorů).

	Respondent	Vzdělání	Délka Praxe	Současné pracoviště	Prostředí rozhovoru
R1	Žena, 35 let	SZŠ	17 let	Kardiologické oddělení -	MS Teams
R2	Žena, 26 let	VŠ, Mgr.	3 roky	ARO	MS Teams
R3	Muž, 33 let	VŠ, Mgr.	7 let	Úrazová ambulance	MS Teams
R4	Žena, 45 let	SZŠ	27 let	Chirurgické oddělení	Osobní setkání
R5	Muž, 31 let	VOŠ	11 let	JIMP	Osobní setkání
R6	Žena, 31 let	VŠ, Mgr.	9 let	Psychiatrická klinika	ZOOM
R7	Žena, 63 let	SZŠ	45 let	Interní oddělení	Osobní setkání
R8	Žena, 19 let	SZŠ	1 rok	LDN	Google Meet
R9	Žena, 54 let	VŠ, Bc.	36 let	Urgentní příjem	Osobní setkání
R10	Žena, 37 let	VŠ, Mgr.	19 let	Odběrové centrum	Osobní setkání

Tabulka 31 Detailní charakteristika vzorku respondentů hloubkových rozhovorů

Realizace ukázkových rozhovorů probíhala od září 2020 do listopadu 2020, z důvodu pandemické situace probíhající v ČR jsme byli nuceni i část rozhovorů (5) realizovat v internetovém prostředí po jedné z běžně dostupných platforem (MS Teams, Zoom by Oracle, Google Meet). Část rozhovorů (5) probíhala v klidném prostředí mimo zdravotnické zařízení (na pracovišti výzkumníka). Po verbálním souhlasu byla ze všech rozhovorů pořízena audio nahrávka (pomocí aplikace v mobilním telefonu, popř. přímo pomocí jednotlivých platforem v internetovém prostředí). Na začátku celého rozhovoru jsme představili cíle výzkumu, tazatelem byly zodpovězeny otázky o využití získaných informací, zajištění anonymity a přístupu k informacím jako k důvěrným. **Přepis** audio záznamů jednotlivých rozhovorů do písemné podoby byl realizován v únoru 2021 v programu Microsoft Word. Během přepisu došlo k odstranění znaků, kterými by se dal respondent identifikovat, dále došlo k úpravě slangových výrazů (část výrazů je ponechána). Respondenti jsou označeni jako respondent 1 – 10.

Analýza po třídění a organizaci textu nám pomohla identifikovat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. **Prezentace** jednotlivých rozhovorů po vytvoření kódovacího schématu s induktivními kódy je uvedena dále v textu. Kódování bylo vytvořeno pomocí zakotvené teorie Glassera a Strausse. Naším cílem nebyl jen popis, ale konceptuální schéma postihující vztahy mezi proměnnými. Na základě dat identifikovat proměnné a operacionalizovat vztahy mezi nimi. Výsledná teorie je pak sadou tvrzení o vztazích mezi

proměnnými. Zakotvená teorie ukazuje, jak změny podmínek ovlivňující jednání nebo interakci vedou ke změnám reakcí aktérů (Strauss a Corbinová, 1999).

Během analytického zpracování rozhovorů jsme si všímali, proč a v jaké formě se násilné incidenty objevují, co se děje během těchto incidentů a také co následuje po odeznění. Dále jak byly sestry na násilí připraveny, jestli mají dostatečnou podporu, jestli by uvítaly nové informace a v jaké formě. V našem kvalitativním výzkumu jsme hledali změny podmínek a snažili se vysledovat k jakému odpovídajícímu jednání nebo interakci vedly. Dle Strausse a Corbinové (1999) jsme identifikovali, co vznik a průběh násilí pohání, zastavuje nebo obrací. Během rozhovorů se vyskytly desítky pojmů, které jsme na základě teoretických poznatků, osobních zkušeností a námi zvažované důležitosti seskupovali mezi jednotlivými respondenty. Na základě tohoto seskupování podobných s podobnými vznikaly následující kódy.

1	Růst násilí
2	Verbální agrese
3	Stav pacienta
4	Napadení fyzické
5	Prostředí
6	Omezení v pohybu
7	Absence postupů
8	Podpora
9	Absence informací
10	Modelové situace

Tabulka 32 Respondent 1 (R1)

1	Strach
2	Incident
3	Autoagrese
4	Prostředí
5	Blízcí pacienta
6	Osobnost
7	Reakce
8	Komunikace
9	Omezení v pohybu
10	Podpora
11	Praktické informace

Tabulka 33 Respondent 2 (R2)

1	Závislostní porucha
2	Prostředí
3	Neverbální komunikace
4	Absence pomoci
5	Ohrožení
6	Absence personálu
7	Sebeobrana
8	Dokumentace
9	Deeskalační strategie

Tabulka 34 Respondent 3 (R3)

1	Nedodržení režimu
2	Osobnost
3	Komunikace
4	Kyberšikana
5	Reakce
6	Ignorace
7	Posílení pravomocí
8	Souhra
9	Praktické rady

Tabulka 35 Respondent 4 (R4)

1	Osobnost
2	Podpora
3	Zdravotní stav
4	Incident
5	Reakce
6	Personální převaha
7	Podpora vedení
8	Dokumentace
9	Bezpečné prostředí
10	Tolerance
11	Komunikace
12	Informace akce - reakce

Tabulka 36 Respondent 5 (R5)

1	Zdravotní stav pacienta
2	Efektivní komunikace
3	Nedorozumění
4	Nedodržení postupů
5	Nebezpečné prostředí
6	Podpora
7	Postupy
8	Krizová linka
9	Vzdělávání sester
10	Deeskalační model

Tabulka 37 Respondent 6 (R6)

1	Vzestup násilí
2	Respekt k autoritám
3	Závislostní porucha
4	Verbální násilí
5	Osobnost
6	Incident
7	Reakce
8	Dokumentace
9	Nebezpečné prostředí

Tabulka 38 Respondent 7 (R7)

1	Pomoc pacientovi
2	Blízcí pacienta
3	Osobnost
4	Verbální násilí
5	Emoce
6	Dokumentace
7	Podpora
8	Komunikace
9	Kazuistiky

Tabulka 39 Respondent 8 (R8)

1	Násilí dle demografie
2	Sociální skupina
3	Absence informací
4	Poškození věcí
5	Reakce
6	Personální převaha
7	Omezovací prostředky
8	Bezpečné prostředí
9	Postupy
10	Supervize
11	Prevence

Tabulka 40 Respondent 9 (R9)

1	Očekávání
2	Prostředí
3	Osobnost
4	Strach / bezmoc
5	Absence postupů
6	Demotivace
7	Zpracování incidentu
8	Dokumentace
9	Podpora
10	Školení

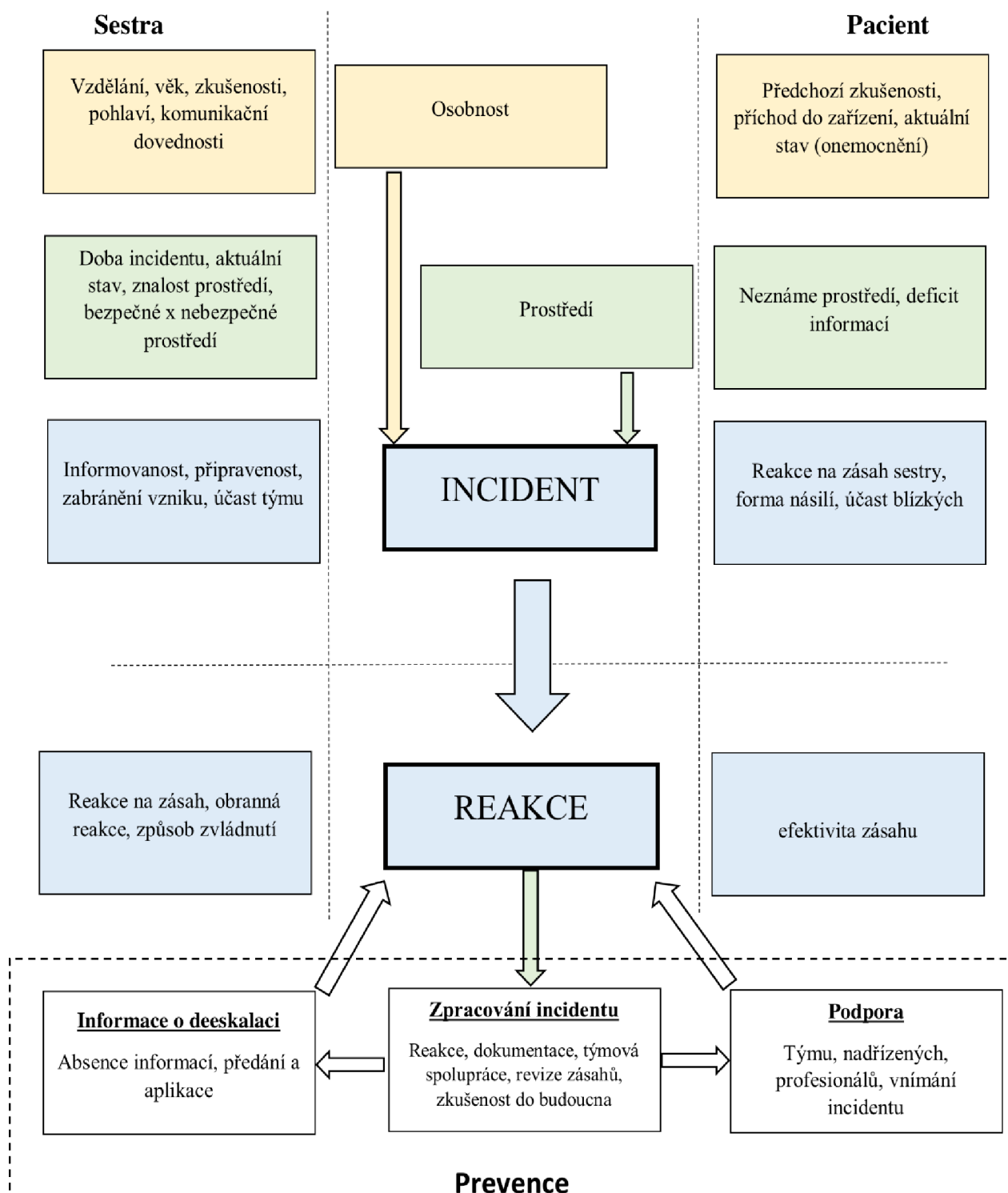
Tabulka 41 Respondent 10 (R10)

Ve všech hloubkových rozhovorech docházelo k podobnosti kódů, proto bylo možné provést otevřené kódování, kde jsme zachytili 7 společných kategorií.

Kategorie 1 (K1)	Osobnost
Kategorie 2 (K2)	Prostředí
Kategorie 3 (K3)	Incident
Kategorie 4 (K4)	Reakce
Kategorie 5 (K5)	Podpora
Kategorie 6 (K6)	Zpracování
Kategorie 7 (K7)	Informace o deeskalaci

Tabulka 42 Společné kategorie otevřeného kódování

Na základě společných kategorií jsme vytvořili kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům, které zobrazují faktory podílející se na vzniku, průběhu a výstupu při incidentu násilí, které je uvedeno na obrázku č. 17.



Obrázek 17 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům

Pro hodnocení vzniku a průběhu násilí je nutno vycházet ze stran, které spolu interagují, tedy ze strany sestry i pacienta. V **Kategorii K1** pro osobnost (sestra) ovlivňuje vznik a charakter násilí a reakci na něj vzdělání, pohlaví, věk, zkušenosti a především komunikační strategie (která se jeví jako ten nejvýznamnější nástroj pro zabránění vzniku násilí, jeho deeskalaci, popř. může být nástrojem pro provokaci k násilí). K1 (pacient) hraje významnou roli reakce na zásah sestry (její přístup, komunikaci). Tyto faktory zásadním způsobem ovlivňují formu případného násilí a účast či reakci blízkých pacienta. **Kategorie K2** pro prostředí (sestra) zohledňuje prostředí jako jistotu ke zvládnutí konfliktů (bezpečné prostředí a jeho znalost), důležitý je aktuální stav sestry (denní doba, únava). Pacienta může neznalost prostředí a absence informací provokovat ke vzniku násilí. Kódovací znak K2 pro pacienta zohledňuje příjem do zdravotnického zařízení (jaké oddělení, plánovaný nebo akutní příjem), předchozí zkušenosti, pohlaví a druh onemocnění / stavu. To vše ovlivňuje vznik a druh násilí, popř. předchází vzniku násilných incidentů. Osobnost sestry i pacienta má rozhodující vliv při prvním kontaktu, osobnost dokáže zásadním způsobem předcházet násilí. V **kategorii K3** při vzniku incidentu (sestra) je zásadní informovanost sester o vzniku incidentů a možnostech deeskalace, dále připravenost na možný vznik násilí. Všechny prostředky se snažit incidentu zabránit. Významnou roli hraje i případná podpora a pomoc kolegů z týmu. V kódovacím znaku K3 u pacientů zohledňuje formu násilí, reakci pacienta na zásah sestry a případnou účast blízkých (příbuzných). **Kategorie K4** pro reakci zohledňuje u sestry obrannou reakci a způsob zvládnutí celého incidentu. Kódovací znak K4 u pacientů zohledňuje, jaká byla efektivita zásahu sestry, jestli zásahem došlo k deeskalaci.

Další kódovací znaky odkazují k tomu, jak lze předcházet dalším útokům, jak působit preventivně. Jaké jsou bezprostřední reakce po incidentu, jak je incident zdokumentován, jaká je podpora týmu a vedení. Dále zachycují informační deficit v oblasti deeskalace násilí a případný zájem o tyto informace. V **Kategorii K5** hraje zásadní roli podpora týmu a nadřízených po odeznění incidentu, nabídnutí další pomoci pro zvládnutí dalších situací. V **Kategorii K6** je velmi důležitá dokumentace jako nejjednodušší a nejdůležitější nástroj k popsání incidentu. Sestra reviduje své zásahy (působení deeskaláčně, provokativně). Týmově může zpracovávat své zážitky (intervize) a má další zkušenosti do budoucna, které ovlivňují chování pro každý násilný incident.

V **Kategorii K7** sestra vnímá, co jí chybělo za informace ke zvládnutí násilného incidentu. Jestli má potřebu (v jaké formě) získat nové informace, které by byly aplikovatelné při setkání se s projevy násilí ze strany pacienta.

6.4.2 Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu

Po provedení otevřeného kódování bylo vytvořeno 7 kategorií, jejichž podrobnější popis následuje níže.

Kategorie K1 – Osobnost

Všeobecná sestra může i do určité míry předcházet vzniku konfliktních situací svou osobnostní charakteristikou, vzděláním a komunikační strategií. Reakci na konfrontaci s násilným pacientem ovlivňuje i pohlaví a věk.

Osobnost sestry svým charakterem, temperamentem, schopnostmi a vlastnostmi zásadním způsobem ovlivňuje celou situaci, může působit na vznik násilí nebo naopak na snižování násilných konfliktů. Právě osobnost hraje zásadní roli v reakci na násilí a při zpracování celé situace i v budoucnu. Nevhodnou strategií, která vychází z osobnostních vlastností, se jeví potřeba konfrontace ze strany sestry, jako příklad uvádí R3: *„Možná jsem měl v tuhle chvíli zavřít dveře a zavolat pomoc. Asi jsem i udělal chybu, když jsem mu řekl, ať se uklidní, že stejně tenhle boj nevyhraje.“* Dále R4 identifikuje pocity, kdy není vnímána její osobnost jako autorita: *„Násilí se u nás vyskytuje, protože pacienti si dělají, co chtějí a vůbec nás nerespektují, když něco řeknu, tak stejně to porušuje... Říkala jsem si více takových pacientů a dám výpověď, strašně mě to rozčililo a stálo hodně energie.“* Pokud sestra svými schopnostmi dokáže pacienta vnímat jako partnera při poskytování péče, pacient se podílí na spolurozhodování (pokud to lze), může docházet i ke snížení rizika vzniku konfliktů, R6 uvádí: *„Co se týká ošetrovatelského přístupu, myslím, že autonomie hraje velkou roli ve snižování vzniku násilí.“*

Informace, které všeobecná sestra získává již během přípravy na povolání, při svém vzdělávání, vnímají respondenti (R2, R7, R8) jako důležitý nástroj při práci s agresivním pacientem. Důležitost vysokoškolského vzdělání sester při práci u skupin pacientů, kde se předpokládá vyšší výskyt problémových situací a násilí popisuje např. R7: *„Myslím si, že by v ošetrovatelském týmu vždy mělo být co nejvíce vysokoškolsky vzdělaných sester, které mají dostatečné zkušenosti.“* Dále respondent uvádí: *„Dle mého názoru vnímám jako nezbytné, aby vzdělávání všeobecných sester se uskutečňovalo v rámci*

vysokoškolského studia a tam byly základní informace předány.“ Nedostatečnou formu předání informací při vzdělávání na střední zdravotnické škole identifikuje R8: *„Strašně mě mrzí, že jsme komunikaci braly sice na zdravotnické škole, ale jako teorii.*“

Komunikační strategie se jeví jako nejdůležitější nástroj v předcházení vzniku násilí při poskytování ošetrovatelské péče, správně vedená komunikace může zásadním způsobem ovlivnit již probíhající násilí a působit na pacienta a jeho projevy uklidňujícím způsobem – dokáže deeskalovat projevy násilí. Jedná se o klíčovou dovednost všeobecné sestry. Jako důležitý deeskalační nástroj komunikaci popisuje většina respondentů (R1, R2, R3, R5, R6, R8). R1 vnímá potřebu naučit se prakticky aplikovat komunikační dovednosti: *„Osobně pro mě by byl lepší praktický nácvik, kde bych si mohla vše vyzkoušet.*“ Význam komunikace při práci všeobecné sestry popisuje i R2, který uvádí: *„No já si myslím ze své praxe, že vše je o komunikaci, když se s lidmi mluví, tak se omezuje násilí.*“ Potřebu pro snižování násilí identifikuje i R3: *„Opakovaně nás proškoloval nejen v sebeobraně, ale také v komunikaci a ve způsobech předcházení konfliktům.*“ Dále k tomu R8 uvádí: *„Za mě jednoznačně snížení výskytu ve zdravotnictví pomůže zkušenost sester, kurzy komunikace...“* Někteří z dotázaných (R2, R5, R6) popisují určité nedostatky a limity při komunikaci s pacientem ze strany sester. Konkrétně uvádí R2: *„Myslím si obecně, že nám zdravotníkům chybí komunikační návyky.*“ Tuto informaci doplňuje i R5: *„A i z naší strany vhodnější komunikace a tolerance. Naučit se chápat projevy pacienta.“* Nedostatek komunikace přímo jako jednu z příčin vzniku násilí vnímá i R6, který uvádí: *„Myslím, že násilí se vyskytuje, protože málo pracujeme s pacienty, protože s nimi nekomunikujeme nebo neumíme komunikovat.“*

Ze strany pacienta se může na vzniku incidentu podílet jeho základní onemocnění (aktuální stav). Respondenti (R1, R2, R3, R5, R9) identifikují nejčastěji důvod ke vzniku agrese intoxikací alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Další respondenti (R1, R2, R6) uvádějí jako příčinu agrese dekompenzované psychiatrické onemocnění nebo úrazy mozku. Někdy právě základní onemocnění dominuje jako příčina při vzniku násilí, R2 např. uvádí: *„Na našem oddělení je násilí spojené především se základním onemocněním nebo s poraněním mozku.“* V některých případech i přes léčbu může docházet k projevům onemocnění vedoucích ke vzniku násilných projevů, což popisuje R6: *„...delirantní mladý pacient, nereagující na psychiatrickou medikaci... najednou utekl na WC a držel dveře.“*

Na základě rozhovorů s respondenty lze uvést, že jsou sestry konfrontovány s násilím nejčastěji ze strany pacientů mužů (R1, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10).

Kategorie K2 – Prostředí

Prostředí by mělo vytvářet jistotu při zvládnání konfliktů, mělo by sestřám poskytovat bezpečí a podílet se na deeskalaci násilí. Nebezpečné prostředí, bez únikových cest může ohrožovat obě strany. Na absenci únikových cest a nebezpečném prostředí se shodlo více respondentů (R1, R3, R6, R10), pro dokreslení R1 uvádí: „*Nejhorší bylo, že jsem nemohla utéct, protože jsem měla za sebou EKG.*“ R3 uvádí: „*Bylo to velmi nepříjemné, protože nebyl z ambulance možný jiný únik, na okně byly mříže a agresor za dveřmi.*“ R10 dále doplňuje: „*Je to tady malé, není kam utéct, dveře do čekárny se nedají ani zamknout.*“ R3 identifikuje absenci kamerového systému, který vedl k tomu, že respondent otevřel dveře od ambulance a došlo k napadení: „*neměli jsme k dispozici žádný kamerový systém, otevřel jsem dveře.*“ Bezpečnost celého prostoru mohou snižovat pomůcky, které lze použít jako zbraň, popř. mohou ohrozit na zdraví i samotného pacienta. Prostředí by mělo být bezpečné pro obě strany. R2 uvádí: „*kopala do instrumentálního vozíku,*“ a dále doplňuje: „*úplně bezhlavě nám vytrhali přívody do centrálního katetru a k monitoru.*“ Pokud vzniknou u pacienta autoagresivní projevy chování, mohou být nebezpečné i zdravotnické prostředky, které se běžně na oddělení vyskytují, R6 uvádí: „*Utekl na toaletu, kde nohou držel dveře. Celá situace se ještě více vyhrotila, když našel za mísou dezinfekci a té se napil.*“ Další použití zbraně popisuje R9: „*Pacient si vzal infuzní stojan a pokusil se udeřit kolegyni, když utekla z vyšetřovacího boxu, postupně zdemoloval celý box, včetně monitoru, přístrojů a okna.*“ Respondenti identifikují, že by se zásadní mírou na zabezpečení prostředí podílela ochranná služba nemocnice, která by v případě přivolání pomohla zdravotníkům. Problém popisuje např. R1: „*V každém obchodě je ochranka a my tady byly dvě ženské samotné na takového chlapa,*“ dále také R7: „*Jakou tady máme vrátnou, která ani neví, kdo jde okolo ní a ochranka v noci spí.*“

Většina problémových situací se stane v noci, kdy je menší personální obsazení jednotlivých pracovišť, více se objevují pacienti pod vlivem alkoholu, popř. drog. R6 k tomu uvádí: „*Pacient chtěl jít na záchod, bylo to v noci, kolega sanitář byl mimo oddělení.*“ R7 popisuje: „*Přijmuli jsme na oddělení bezdomovce, který byl údajně dušný, na oddělení v noci okradl pár pacientů.*“ R1 potom: „*Asi nejhorší bylo, když nám přivezli na oddělení v noci narkomana.*“ Menší množství personálu vnímá jako problém R2: „*Bylo to kolem 20.00 hodiny a bylo nás tam méně a sloužila jedna lékařka.*“

Na vzniku násilí se také podílí aktuální stav sestry, zásadní roli hraje únava (velké množství služeb s minimem odpočinku snižují schopnost zvládnání konfliktních situací). R4 uvádí: „*Jsem sice profesionál, ale taky jsem člověk a po třetí noční už jsem fakt nevládala její projevy a neustále natáčení na telefon.*“ Velké množství nočních služeb ovlivňuje reakce sestry, jako další příklad R6 popisuje: „*Uvědomila jsem si přesně kroky, které jsem udělala špatně, ale byla to už 3. noční, byla jsem strašně unavená a navíc ještě měla služby za kolegyni. Opravdu jsem tomu šla naproti.*“

U pacienta se mohou na vzniku násilí podílet např. nedostatečná (nevhodná) informovanost ze strany všeobecné sestry a strach z neznámého prostředí. Dostatek informací může v některých případech působit jako nástroj prevence R1 uvádí: „*Pacient mi nadával, protože si vytrhl kanylu a říkal, že jsem mu jí špatně zalepila.*“ Někdy se na eskalaci násilí, jež vede až k fyzickému napadení sestry, může podílet i nevhodná odpověď na požadavek (požadavek ze strany pacienta sice není reálný, ale je možná nějaká alternativa). R3 uvádí: „*Tvrdil mi, že je epileptik a má auru a pokud nedostane Rivotril, tak bude mít záchvat. Řekl jsem mu, že mu nic nedám... Asi jsem i udělal chybu, když jsem mu řekl, ať se uklidní, že stejně tenhle boj nevyhraje.*“ Pro dokreslení ne vždy reálných požadavků, R4 uvádí: „*Má načteno z internetu, jak se to má dělá.*“ R10 uvádí: „*Lidé často mají jiná očekávání, než je realita, já si myslím, že hodně narostlo násilí, když se rozmohl internet, pacienti si najdou vyšetření nebo léčbu, které třeba nejsou ani pravdivé a pak je po zdravotnictví požadují.*“ Pokud nemá pacient dostatečné množství informací o průběhu péče, není podpořen ke spolupráci, popř. není mu umožněno se na spolupráci podílet, může dojít k vzniku problémových situací. R8 identifikuje: „*Pacienti odmítají třeba zapít léky a plivou je po nás, nebo že když je polohujeme, tak mě občas škrábnou nebo křičí. Občas nám nadávají, když pacienty vezeme do koupelny.*“ Dalším příkladem, kdy nevhodná informovanost rodinného příslušníka vedla k eskalaci násilí lze uvést u R8: „*Jednou jsem se setkala s tím, že jsem přišla do pokoje a on si dával do batohu jogurt od snídaně a jablko. Strašně mě to rozčílilo a řekla jsem mu, jestli je normální, že to patří pacientce, která je hubená a moc nejí.*“

Respondenti (R1, R3, R5, R7, R9) uvádějí, že nemocniční prostředí (absence bezpečnostních složek, omezená možnost izolace) především u pacientů, kteří zde nejsou dobrovolně (pod vlivem návykových látek, účastníci trestně činnosti), může zvyšovat riziko, že se objeví násilné chování. R9 uvádí: „*Přivezli nám na ambulanci cizince, překupníka drog z Václavského náměstí, bylo to velmi nepříjemné, i když přijel*

v doprovodu policie, tak hlídka musela odjet k jinému problému. Přesně, jak jsem předpokládala, došlo k napadení personálu. Nebo R1 dodává: „Nejhorší bylo, když nám přivezli na oddělení v noci narkomana...když jsem mu šla změřit tlak, tak na mě plivl a strašně mi nadával, chytl mě za vlasy a měl hroznou sílu.“ Někdy za projev násilného chování ze strany pacienta následoval převoz do prostředí, které není vhodné pro deeskalaci projevů násilí, R1 uvádí: *„Tak jsme mu dali kurty a odvezly ho do koupelny... v případě, že fakt je agresivní, tak ho můžeme dát do koupelny, aby nerušil ostatní, když nadává třeba.“* Tento fakt může vést u pacienta ještě více ke stupňování agrese. Projevy násilí se mohou objevit i v situacích, kdy má probíhat změna prostředí – např. R4 uvádí: *„Den před propuštěním na standardní oddělení mu nesla kolegyně ošetřovatelka oběd a on na ní začal křičet, že to jíst nebude... hodil talíř na zem a jí chytil za horní část haleny a začal ji škrtit.“*

V kategorii prostředí jednoznačně vyplývá z rozhovorů, jak je důležité být před případným vznikem násilí odpočatý (jeví se to i jako preventivní opatření před vznikem konfliktu). Na pracovišti by měl být dostatek personálu (i v nočních hodinách). Stavební úprava celého prostoru může působit preventivně před vznikem násilí (prostorné, dobře osvětlené prostory, centralizace příjmového místa). Velkou roli v případném řešení fyzického napadení hraje možnost útěku (únikové cesty bez zbytečných překážek), možnost zachovat dostatečný odstup od pacienta (minimálně na vzdálenost paže). Respondenti popisují velký význam kamerového systému a potřebu mít možnost přivolat adekvátní pomoc (ochranná služba nemocnice). Z pohledu pacientů se preventivním nástrojem jeví dostatečné množství jemu srozumitelných informací (každou činnost okomentovat, dohodnout se na spolupráci). Preventivně před vznikem násilí, popř. deeskalačně může působit i prostředí, se kterým je pacient dostatečně seznámen (proč je v nemocnici, co bude následovat, podporovat pocit bezpečí z pohledu prostředí).

Kategorie K3 – Incident

Ve všech rozhovorech respondenti (R1 – R10) zmiňují nárůst násilí v posledních letech, vnímají, že se jedná o celospolečenský problém, který z pohledu sestry lze ovlivnit jen omezeně. R1 například uvádí: *“Násilí se vyskytuje, protože je taková nálada ve společnosti. Obecně si myslím, že jsou lidi nějaká podráždění a agresivní.“* Především se násilí vyskytuje v terénu a na příjmových ambulancích (R5): *„Násilí je prostě problémem všude. Když jsem jezdil na záchrance, tak to bylo na pořadu dne. Téměř ke každému třetímu výjezdu jsme museli přivolávat policii.“* R3 uvádí: *„Ambulance poskytuje péči i*

celou noc vede k vyššímu výskytu násilí,“ Rovněž tak R7: „Násilí je nejvíce na naší příjmové ambulanci.“ Výskyt násilí může být ovlivněn i umístěním nemocnice, R9 uvádí: „Velký vliv má to, kde se nemocnice nachází, myslím si, že výskyt násilí je spojen s velkými městy.“

Jako zásadní ve zvládnání násilí se jeví dostatek použitelných informací, které má k dispozici všeobecná sestra ještě před tím, než dojde k problémové situaci (školení, metodické pokyny, standardy ošetrovatelské péče). Podle přísloví „šťěstí přeje připraveným“ i příprava na případný konflikt, který může eskalovat, až ve fyzické napadení zásadním způsobem hraje ve prospěch sestry. Připravená sestra lépe reaguje, dokáže i úplně předejít vzniku nedorozumění. Sestry potřebují informace, jak předcházet a jak reagovat na projevy násilí. Část dotázaných (R1, R2, R4, R5, R8, R10) popsala, že mají k dispozici informace, co dělat s projevy násilí po odeznění. R1 uvádí: *„Máme standard, který jsme podepsali, ale tam je spíš, co máme dělat a koho kontaktovat.“* Dále R2 dodává: *„V nemocnici jsou nastaveny postupy, co dělat po tom, když nás někdo napadne.“* R4 k této problematice uvádí: *„Staniční sestra nám vytiskla standard, co musí být v dokumentaci, když použijeme kurty.“* R5 srovnává situaci při poskytování péče mimo zdravotnické zařízení: *„Pokud mohu srovnávat, tak na záchrance to bylo lepší, tam přesně bylo stanoveno, jak reagovat na násilí.“*

Někteří respondenti popisují, že informace, jak komunikovat s pacientem s projevy násilí při své práci, získali během studia – např. R2: *„Pamatuji si ze školy, že je nutno zachovat klid a snažit se takového člověka akceptovat a tolerovat.“* R3 naopak identifikuje potřebu získat informace o deeskalaci již během studia: *„Především by pomohlo, kdyby již od přípravy na povolání byli zdravotníci připravováni, že se s něčím takovým mohou setkat.“* Snížení výskytu násilí by dle R6 pomohlo: *„Především dostatečné vzdělání sester, zvýšení komunikačních dovedností.“* Dále R6 v tomto kontextu uvádí: *„Myslím si, že by v ošetrovatelském týmu vždy mělo být co nejvíce vysokoškolsky vzdělaných sester, které mají dostatečné zkušenosti.“*

Absence postupů, jak interagovat s pacientem s projevy násilí, zásadním způsobem ovlivňuje výskyt problémových situací na pracovišti, tuto absenci respondenti (R1, R3, R4, R7, R10) popisují. Pro ilustraci R1 uvádí: *„Jinak si myslím, že postupy nemáme, je to vždycky o konkrétní situaci a hlavně o tom s kým sloužíte.“* Dále R3 identifikuje úplnou absenci postupů k deeskalaci násilí: *„Ze strany zaměstnavatele nevím o žádných*

postupech kromě toho, že máme vždy sepsat nežádoucí událost, jinak žádný jiný postup nemáme nastavený.“ Pouze informace o zápisu incidentu popisuje R7: *„Myslím, že nemáme nastaveno nic, jen vím, kam mám co napsat, na tohle se ani nejde připravit.“* V nelůžkových zdravotnických zařízeních je situace dle R10 obdobná: *„Nemáme na pracovišti vůbec nic, u nás na poliklinikách se vůbec nepředpokládá, že bychom se setkali s takovými lidmi.“* Pokud jsou k dispozici postupy a jsou užívány, mohou být nástrojem pro eliminaci násilí, R6 uvádí: *„Jednoznačně máme nastaveny postupy, jak pracovat a snižovat projevy násilí ze strany pacienta... Díky těmto postupům se u nás fyzická agrese vyskytuje minimálně.“*

Ve chvíli vzniku a eskalace násilných projevů je nutná podpora a pomoc ze strany týmu, nebýt sám v této chvíli. Početní převaha může i odradit případného agresora v projevech násilí, fyzickém napadení. Podpora kolegů dokáže zásadním způsobem ovlivnit průběh incidentu, dokáže být nápomocná ke zvládnutí celé situace. K tomuto tématu R5 uvádí: *„S kolegyní jsme ji přišli na pomoc... vnímám absolutní podporu ze strany kolegů, lékařů i vedení kliniky.“* Dále R8: *„Šla jsem za starší kolegyní a řekla jsem jí, co se stalo, ona mě uklidnila.“* K dokreslení, z pohledu staniční sestry R9 lze uvést: *„Já jsem hlavně bránila personál, holkám jsem řekla, ať jsou dál, že nevíme, co má v tom batohu.“*

Zásadní je, jaká forma násilí je ze strany pacienta vedena, tomu musí být přizpůsobeny reakce sestry (velkou roli zde hrají emoce obou stran). Často sestra musí reagovat na kombinaci násilných projevů, se kterými se při výkonu své profese setká. U respondentů, se kterými byl veden polostrukturovaný rozhovor bylo rozložení násilí následující: verbální násilí (R1, R4, R5, R8, R10), ničení věcí a prostředí (R2, R5, R9), fyzická agrese (R1, R3, R7) a autoagrese, popř. sebepoškozování vedené proti sobě samému (R2, R6).

Reakce pacienta na zásah sestry je zásadní a je nutné kontinuálně tuto reakci vyhodnocovat. Příklad reakce na brachiální omezení uvádí R1: *„S kolegyní jsme mu drželi ruce a razantně řekli, ať se uklidní, že za tohle si půjde sednout. Sice se nám vysmíval, ale trochu se uklidnil.“* Pokud sestra ve chvíli eskalace násilí narušuje blízký prostor pacienta, může se situace zhoršit, R2 uvádí: *“Když jsem se k ní chtěla přiblížit, tak se ten stav ještě více zhoršoval.“* Reakce na nevhodně uchopenou komunikaci v interakci sestra – pacient, může vést k eskalaci – R4 uvádí: *„Rázně jsem ji vysvětlila, ať se uklidní, že tady není sama a já mám na starost další nemocné. Agrese z její strany se stupňovala, až to vygradovalo, že si vše natáčela na mobil a zavolala na mě policii, že*

prý ji týráme.“ Pokud sestra nezajistí bezpečné prostředí, může dojít k pokusu o sebepoškození pacientem – R6 uvádí: *„Pacienta jsem tedy odpoutala a chtěla ho doprovodit, najednou utekl na WC a držel dveře... když našel za mísou dezinfekci a té se napil.*“ Sestra by se neměla, pokud k tomu nemá vhodné podmínky (bezpečné prostředí, dostatek zkušeností, personální převahu, atp.), pokoušet zadržet pacienta, tato situace může být pro obě strany zbytečně nebezpečná, R7 např. uvádí: *„Objevila jsem ho v koupelně a během zadržení na mě plivl a pak mi zkroutil ruku a dal pěsti do břicha a utekl.*“ Pokud se sestra snaží uklidnit situaci z pozice své profese, může pacient vyhrožovat fyzickým násilím, R10 např. uvádí: *„Když jsem se jí zastala se slovy, ať se uklidní, řekl mi, jestli chci pěsti.*“

V některých případech je jedinou možností reakce na stupňující se násilí útěk (R3, R9), na který agresor může reagovat různými způsoby, v podstatě se jedná o strategii, kdy se sestra snaží ochránit své zdraví. R3 uvádí: *„Jediné, co jsem zvládl, bylo odstoupit a zabouchnout dveře, do kterých kopal.*“ Dále R9 dodává: *„Pokusil se udeřit kolegyni, když utekla z vyšetřovacího boxu, postupně zdemoloval celý box, včetně monitoru, přístrojů a okna.*“

Při rozhovorech respondenti (R1, R2, R3, R5, R9) často jako jedinou možnost volili omezení pacienta v pohybu. V některých případech to bylo jediné možné řešení, aby nedošlo k poranění jedné ze stran konfliktu. V určitých situacích veškeré pokusy o deeskalaci násilí jiným způsobem nebyly možné. Pro dokreslení těchto případů R2 uvádí: *„Pomohli nám tu příbuznou zpacifikovat, museli jsme ji přivázat na lůžku a aplikovat diazepam.*“ Dále uvádí R5: *„Pak jsem přivolal pomoc lékaře a druhého sestry – muže a s velkými problémy jsme provedli omezení v pohybu.*“ V některých případech se podařilo pacienta omezit v pohybu až přivolaným profesionálům, R9 popisuje: *„Zakleknout na něj, použili jsme kurty a čekali s pacientem na zemi na příjezd policie.*“

Někdy samotné konfliktní situace nastávali mezi sestrou a blízkými (příbuznými) pacienta. V některých případech postoj profesionálů může do určité míry mít projevy předsudků, např. R1 uvádí: *„Nejhorší jsou rodiny, pořád si na něco stěžují a jsou agresivní.*“ Dále R4: *„Někdy jsou problematické rodiny, hlavně u starších pacientů, když trvají na tom, aby byli v nemocnici a že je doma nechťejí.*“ V extrémních situacích se lze setkat i s verbální agresí ze strany přímo příbuzného, kdy R8 uvádí: *„V tom on mi začal tykat, strašně sprostě nadával a řval, kdo je můj nadřízený.*“ Ošetrovatelská péče v sobě

zahrnuje i komunikaci s blízkými (příbuznými) pacienta, kteří mohou vnímat péči o své blízké jako nedostatečnou či vnímat nedostatek komunikace. Správně vedená komunikace, dostatek informací a zájem o společný cíl (pomoc pacientovi) zásadním způsobem snižuje problémové situace.

V kategorii incidentu je zásadní mu předcházet (všemi dostupnými možnostmi) velmi důležité jsou informace o preventivním opatření, dříve než k incidentům vůbec dojde. Všeobecné sestry výše popisují, že mají nastaveny postupy, jak reagovat na násilné projevy spíše po jejich odeznění (kam provést záznamy, jak postupovat při omezení pacienta v pohybu, atp.). Část respondentů během incidentu využívala znalosti o komunikaci s agresivním pacientem, které získali v rámci přípravy na povolání. Což pokládají za jistou výhodu (především při poskytování ošetrovatelské péče v prostředí, pro které je charakteristické zvýšené riziko vzniku násilí). Jednoznačně je během incidentu důležitá účast a podpora celého týmu.

Ve chvíli incidentu je nutno neustále vyhodnocovat jaké jsou reakce ze strany pacienta na zásah sestry a přizpůsobit těmto reakcím následující zásahy. Cílem vždy musí být celý proces násilí vést k bezprostřednímu ukončení, zklidnění, popř. odvrácení fyzické agrese. Reakce sestry by vždy měla adekvátně reagovat na formu násilí, která se v danou chvíli objevila (na hostilní projevy není vhodné reagovat stejnou strategií, popř. nelze použít omezovací prostředky). V některých situacích jsou aktéry násilných situací blízcí či rodinní příslušníci pacienta, sestra musí i s nimi dokázat vést efektivní komunikaci, a pokud vzniká konflikt, využívat deeskalační techniky, aby předcházela, popř. zastavila probíhající situaci.

Kategorie K4 – Reakce

Reakce sestry na zásahy pacienta při interakci je velmi důležitá. Tato reakce může působit jak deeskalačně, tak naopak, může zvyšovat napětí. Sestra by při reakcích měla zvládat pracovat se svými emocemi, dokázat využít všechny komunikační nástroje a své dovednosti v tom, aby zásahy pacienta dokázala zpracovat ve prospěch celé situace. Např. při odmítání léků si pacient vytrhne periferní žilní kanylu – **zásah pacienta** („*Už toho mám dost, ještě jednou, přivážu vám ruce.*“), **reakce sestry působící eskalačně** na vznik násilí, oproti tomu („*Pojďme se spolu dohodnout, léky můžete dostat v tabletkách nebo v injekcích, dohodneme se s lékařem.*“), **reakce sestry působící deeskalačně** na vznik násilí. Všeobecná sestra využívá svých obranných reakcí (nejedná se primárně jen o

obranu proti fyzickému násilí), ale o obranu před dalším stupňování násilí. Obranné reakce vznikají u sester přirozeně, ať vědomě či podvědomě. V reakcích na zásahy pacienta je důležité sledovat, jaké způsoby zvládnutí ze strany sestry byly uplatněny.

Reakce na zásahy pacienta se liší podle způsobu a formy násilí, které sestra identifikovala. Respondenti (R1, R2, R4, R6, R9, R10) popisují snahu o zklidnění celé situace, ke které využívali různé deeskalační techniky. Důležité pro deeskalaci násilí může být zachování klidu, např. R2 uvádí: *„Pamatuji si ze školy, že je nutno zachovat klid a snažit se takového člověka akceptovat a tolerovat.“* Dále R6 vnímá projevy násilí na pracovišti následovně: *„Incidentů je při mé práci velká řada, ale pokud se podchytí hned v počátku, používá se vhodná komunikace, dodržují zásady bezpečí pro personál i pacienta, tak se to dá zvládnout.“* V některých případech (R1, R3, R4, R7, R8) strategie nebyly zvoleny vhodně a reakce na zásahy pacienta nebyly účinné (reakce, které by měli být nástrojem pro eliminaci násilných projevů ze strany pacienta), popř. ještě více celá situace eskalovala. Nevhodně zvolenou reakci popisuje R3: *„Asi jsem i udělal chybu, když jsem mu řekl, ať se uklidní, že stejně tenhle boj nevyhraje,“* což mělo za následek následující zásah pacienta: *„...a najednou bez dalšího varování mě udeřil silně pěstí do tváře.“* Dále R4 popisuje, pokus o uklidnění celé situace následovně: *„Já jsem se nejdříve snažila s ní mluvit jako se svou dcerou, byla v tom věku,“* což ovšem nevedlo k předpokládanému zklidnění, R4 dále uvádí: *„...ale pak už to nešlo a rázně jsem ji vysvětlila, ať se uklidní, že tady není sama a já mám na starost další nemocné... až to vygradovalo v to, že si vše natáčela na mobil a zavolala na mě policii, že prý ji týráme.“* Strategii, která nevedla ke zklidnění situace, popisuje i R7: *„Křičela jsem o pomoc a křičela jsem na něj, že to teda opravdu nevyjde z kriminálu,“* verbální reakce byla umocněna pokusem o zadržení, což bývá pro obě strany nebezpečné: *„Během zadržení na mě plivl a pak mi zkroutil ruku a dal pěstí do břicha.“*

Reakce na zásah sestry ze strany pacienta je různá, pokud celou násilnou situaci nebylo možno zvládnout pomocí neinvazivních deeskalačních postupů (např. verbální a neverbální komunikace) a muselo být použito omezovacích prostředků jako neklidové medikace nebo brachiální omezení v pohybu – což je z pohledu následků strategie, která je zvláště nebezpečná pro obě strany (R1, R5, R9). Jako příklad lze uvést reakci na neklidovou medikaci u R1: *„Lékař mi ještě naordinoval nějaké léky do žíly a pak byl jako beránek a uklidnil se.“* Před tím, než R1 užil neklidovou medikaci, pokusil se o zklidnění pomocí brachiálního omezení v pohybu a komunikace: *„S kolegyní jsme mu*

drželi ruce a razantně řekli, ať se uklidní, že za tohle si půjde sednout. Sice se nám vysmíval, ale trochu se uklidnil.“ Brachiální omezení v pohybu naučenými postupy, které vedly ke zklidnění celé situace, popisuje R5: *„Já si ještě ze záchranky a ze školení pamatoval nějaké úchopy a hmaty, tak jsem ho s velkými problémy zpacifikoval.“*

Pokud je situace nebezpečná pro obě strany a dochází k fyzické agresi, jeví se výhodná i početní personální převaha, která může deeskalovat fyzickou agresi, tuto převahu použili respondenti (R1, R2, R9). Početní převaha pomohla zvládnout situaci např. u R1: *„Když přišel sanitář z ambulance a z vrátnice pán z ochranky a lékař, tak jsme mu dali kurty a odvezly ho do koupelny.“* K tomu lze uvést další zkušenost u R9: *„Jen díky početní převaze se nám ho nakonec podařilo povalit na zem a použít kurty.“*

V některých případech docházelo k tomu, že na zásahy respondentů (R2, R3, R4, R7, R10) pacient reagoval stupňováním násilí, některé dostupné metody eskalace nebyly účinné a často k uklidnění celé situace vedlo až omezení v pohybu (užití kurtů), popř. přivolání pomoci (ochranná služba, policie ČR). V některých případech se lze setkat s nepřiměřenou reakcí na zásah sestry, kterou nelze odhadnout dopředu, k tomu R2 uvádí: *„Já jsem řekla, že musím jít kousek od lůžka a nechat prostor po práci.“* Reakce byla nečekaná a respondenta zaskočila: *„Zažila jsem něco strašného, ta romská příbuzná si klekla, začala křičet a vytrhávala si vlasy a trhala ze sebe tričko.“* I nereálné požadavky pacientů, které nejsou ze strany sestry splněny, mohou vést ke zvyšování nátlaku a vyústit v násilí vedené proti zdravotníkovi, jako příklad uvádí R3: *„Řekl jsem mu, že mu nic nedám a že bez lékaře ani nemohu.“* Na nesplnění požadavku zareagoval pacient stupňováním projevů násilí, které vyústilo až v napadení fyzické: *„Začal zvyšovat hlas, že ten lék potřebuje, že nechce recept, ale balení, že ho kdysi tady dostal a že ví, že ho máme na ambulanci... Bez dalšího varování mě udeřil silně pěstí do tváře.“* Další nereálný požadavek ze strany pacienta a reakci na jeho nesplnění popisuje R4: *„Zvonila, že má bolesti, nedalo se jí vysvětlit, že už nemůže nic dostat, až za 4 hodiny. Začala křičet a rušila ostatní.“* Když není požadavek splněn a jako neefektivní se jeví pokus o racionální vysvětlení důvodu, může dojít k dalšímu vyhrocení celé situace: *„Agrese z její strany se stupňovala, až to vygradovalo v to, že si vše natáčela na mobil a zavolala na mě policii, že prý ji týráme.“* Ve zdravotnických zařízeních, kde není poskytována psychiatrická péče (nařízená ústavní ochranná léčba) by sestra měla zvážit i své zásahy, které se týkají zamezení odchodu pacienta ze zařízení, či přímo pokus o zadržení, pro příklad lze uvést situaci, se kterou se setkal R7: *„Během zadržení na mě plivl a pak mi*

zkroutil ruku a dal pěsti do břicha a utekl.“ Specifický případ popisuje R6, kdy pacient na zajištění komfortu a podpory důstojnosti zareagoval specificky: *„Pacient chtěl jít na záchod...já jsem tedy odpoutala pacienta a chtěla ho doprovodit, najednou utekl na WC a držel dveře.“*

Po celou dobu, kdy sestra začíná identifikovat projevy pacienta, které mohou vést k jakékoliv formě násilí, provádí zásahy (vědomě či nevědomě). Důležité je kontinuálně vyhodnocovat reakce pacienta na své zásahy (komunikační, ošetrovatelské, deeskalační) a dle toho modelovat další strategii. Cílem by mělo být zklidnění celé situace. Nenechat se od pacienta „vtáhnout“ do celé situace a přistoupit na nevhodnou strategii („ping-pong“ komunikaci, zklidnění z pozice moci, pocit odplaty, atp.). Vzhledem k výše uvedenému je někdy jediná možnost celou situace zastavit (především při fyzickém násilí) omezením pacienta v pohybu.

Kategorie K5 – Podpora

Podporu ze strany kolegů a nadřízených vnímají (R1, R5, R6, R8, R9) jako podpůrnou, což by jim mohlo pomoci v reakci na případné budoucí konfliktní situace, např. R5: *„Při poradě sester jsem otevřel téma násilí a vrchní sestra zorganizovala seminář... vnímám absolutní podporu ze strany kolegů, lékařů i vedení kliniky.“* Dále R6 uvádí: *„Ráno jsem celou situaci rozebírala s kolegy, staniční, lékařem a psycholožkou. Bylo to strašně fajn, že jsem to mohla probrat.“* R8 popisuje podporu staniční sestry: *„Mám super staniční, za kterou mohu kdykoliv přijít a poradí mi, dokonce mi dala i své telefonní číslo a mohu ji volat i mimo službu.“* Jako důležitou vnímá možnost probrání celé situace bezprostředně po incidentu v týmu R9: *„V podstatě jsme si o tom s kolegy promluvili ještě ve směně.“* Respondenti (R2, R3, R5, R6, R9) využívají i možnost podpory ze strany profesionálů (psychologů, sociálních pracovníků, možnosti supervize) a vnímají jako důležité mít možnost kontaktovat takové odborníky. Pro příklad R2 uvádí: *„Máme i kontakty na sociální pracovníci a psychologa, které se dají využít.“* V některých případech byla využita pomoc profesionálů pomocí internetových poraden, např. u R3: *„Osobně jsem si pak vyhledával dostupné informace na internetu a snažil se zjistit možnosti pomoci zdravotníkům.“* R5 dokonce využil možnosti skupinové konzultace: *„Já jsem pak společně s ní šel k naší psycholožce a bylo super, že jsme mohli celou situaci probrat.“*

Vnímání incidentů, se kterými se respondenti setkávají, ovlivňuje celá řada faktorů. Důležité je, aby respondenti za výše uvedené podpory dokázali vnímat incident jako

výzvu (jak se v maximální možné míře vyhnout dalším podobným situacím, jak dokázat deescalovat projevy během násilí, jak využít své osobnosti, komunikačních dovedností, vzdělání a zkušeností k předcházení vzniku) nikoliv jako selhání a demotivaci (vyhnout se paušalizaci, že všichni pacienti a jejich blízcí jsou problematictí, že to nikdy nebude jiné a bylo by lepší změnit obor, atp.). Vnímání incidentů respondenti popisují různě, jako příklad lze uvést R2, který popisuje: „*Vlastně jsem si uvědomila tu bezmoc, jak vlastně jsem nedokázala moc uklidnit příbuznou, která se poškozovala a ničila věci. Štve mě, že jsem kromě kurtů a apaurinu nedokázala zvládnout nic jiného.*“ Zároveň si uvědomuje s odstupem času význam komunikace, která by mohla být deeskalačním nástrojem: „*Dneska už bych asi reagovala jinak a zkusila s ní více mluvit a vysvětlit vše ve větším klidu.*“ Jako efektivní z pohledu respondenta R6 se jeví možnost mít i nějakou dobu čas na odpočinek po setkání s krizovou situací: „*Dohodla jsem se i na pár dní volna. Měla jsem pocit totálního selhání, kdy jsem si uvědomila přesně kroky, které jsem udělala špatně.*“ Důležité je i s odstupem času analyzovat své chování (bez zbytečného zapojení emocí), R8 uvádí: „*Uvědomila jsem si, že jsem to přehrnala, že to šlo říct jinak, ale mě švalo.*“ Dále popisuje i zkušenost do budoucna při komunikaci s příbuznými pacientů: „*Ale možná i já jsem byla ostrá a mohla jsem spíš s ním diskutovat než rovnou takhle na něj vystartovat.*“

V některých případech se celý incident zásadním způsobem podepsal na dalším vnímání pacientů i své profese (R3, R4, R10). Respondent R3 popisuje: „*A úplně nesmysl bylo, že jsem ho chtěl vychovávat, že lék nedostane a že se musí léčit dlouhodobě.*“ I s odstupem času respondent identifikuje své pocity, kdy s incidentem nijak dále nepracoval a vnímal ze své strany určité předsudky: „*Stejně to ve mně bylo a už jsem se k pacientům s intoxikací choval jinak, možná i trochu s předsudky.*“ R4 identifikuje: „*Říkala jsem si více takových pacientů a dám výpověď, strašně mě to rozčílilo a stálo hodně energie.*“ Veškerý problém vidí v přístupu pacientů a i s odstupem času popisuje, jak lze eliminovat násilí: „*Zakázat seriály, které ukazují nesmysly ve zdravotnictví, které pak pacienti vyžadují po nás a není to reálné. Kdyby pacient, který nedodržuje režim, si měl celou péči zaplatit, tak si to také rozmyslí, jak se bude chovat.*“ V extrémním případě může dojít i k situaci, kdy respondent reaguje na násilí pocitem pomsty, odplaty, konkrétně R10 uvádí: „*Reagovala jsem spontánně a snažila se zastat kolegyně.*“ Bezprostředně po incidentu během opouštění prostoru pacientem by měl být cíl celou situaci deescalovat svým klidem, další stupňování agrese je pro obě strany velmi nebezpečné: „*Už jsem se*

dívala po něčem, čím bych se mohla bránit, kdyby neodešel, vzala bych ho po hlavě. Tak jsem byla vytočená a bezmocná.“

Při předcházení krizovým situacím, které jsou spojeny s výskytem násilí ze strany pacientů, je nutná určitá připravenost. Nejedná se jen o připravenost z pohledu vzdělání, prostoru, nastavených metodických pokynů, atp., ale také o určitý druh podpory, kterou může všeobecná sestra identifikovat v týmu, ze strany nadřízených, možnost obrátit se s problémem na profesionály. Důležité je, jak je celý incident vnímán sestrou samotnou i jejím okolím (nejen pro aktuální incident, ale také jako podpora pro případné další konfrontace s pacienty s projevy násilí).

Kategorie K6 – Zpracování

Po setkání s násilnými projevy ze strany pacienta respondenti (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9) celý incident popsali v dokumentaci (ošetřovatelská dokumentace, hlášení sester). Respondenti (R2, R5, R9) přímo sepsali nežádoucí událost. Důležitá je i identifikace svědků, kteří byli během události přítomní, R5 k tomu např. dodává: *„Vše jsem hlásil přes nežádoucí událost, sepsal jsem objektivně celý incident a nechal podepsat svědky.“* R1 nezaznamenal písemně incident, využil jen ústní předání při ranním hlášení sester: *„Při předání hlášení jsem řekla denní směně, ať ho raději neodkurtovávají a lékař napsal psychiatrické konzilium.“* Z forenzních důvodů je tento ústní záznam nedostatečný. V ambulantním provozu mimo nemocnice může být i problém s nastavením místa v dokumentaci, kam by měl být případný incident poznamenán, toto popisuje R10: *„Nemáme tady ani dokumentaci, jen takový provozní deník, kam zapisujeme teploty v lednicích a stav přístrojů.“*

Zpětnou vazbu ze strany nadřízených vnímají někteří z respondentů (R2, R3, R8, R9, R10) jako nedostatečnou. Jako příklad uvádí R2: *„Trošku je mi líto, že jsem neměla žádnou zpětnou vazbu, vlastně ani nevím, jestli má význam něco sepisovat nebo je to jen statistický údaj.“* Dále nedostatečné řešení ze strany zaměstnavatele popisuje R3: *„Vzhledem k tomu, že jsem neměl žádné vážné zranění, jsem celý incident dále neřešil... když jsem to ráno říkal staniční sestře, tak nijak s tou informací dále nepracovala.“* Nedostatečnou podporu vnímá i R8, který uvádí: *„Bylo s tím strašně práce a vyplňování papírů. Nakonec to vypadalo, že si za to můžu sama, protože mi říkala, proč jsem se s ním prala, že teď nebude mít nikoho do služby.“* Nedostatek času na řešení události popisuje R9: *„V podstatě jsme si o tom s kolegy promluvili ještě ve směně, ale nebyl moc čas s tím*

pracovat, protože čekali další pacienti na ošetření.“ V jednom případě o celém incidentu ani nadřízení nebyli informováni (R10): *„Ani jsme to nevolala vedoucí sestře, sídlí na jiné budově a stejně je jí to jedno.“*

Všeobecná sestra v odstupu času reviduje své zásahy. Důležitá je zpětná vazba, kterou sám respondent identifikuje efektivitu reakce, popř. které zásahy nevedly k deeskalaci násilných projevů. Jako příklad reakce na svůj vlastní zásah uvádí R2: *„Dneska už bych asi reagovala jinak a zkusila s ní více mluvit a vysvětlovat vše ve větším klidu.“* Někdy svými zásahy mohlo dojít i k ohrožení vlastního zdraví, např. R3 popisuje: *„No když se na celou situaci dívám s odstupem, musím říci, že jsem udělal celou řadu chyb, kdy jsem jednoznačně ohrozil své zdraví.“* Někdy následkem incidentu může dojít k situacím, kdy se ze strany respondenta objevují určité rysy paušalizace, R3 uvádí: *„Stejně to ve mně bylo a už jsem se k pacientům s intoxikací choval jinak, možná i trochu s předsudky.“* Z rozhovoru s R6 jednoznačně vyplývá, že s odstupem času identifikuje své selhání a dále vyhledá pomoc odborníka: *„Měla jsem pocit totálního selhání, kdy jsem si uvědomila přesně kroky, které jsem udělala špatně... Docházela jsem párkrát na sezení ke kolegyni psychologce a hodně jsem o tom mluvila.“*

Zkušenosti, které popisují respondenti, po setkání s násilím ze strany pacientů jsou různé. Někteří z respondentů (R1, R3, R7, R9) vnímají potřebu eliminace přijímání k ošetření pacienty, kteří jsou pod vlivem návykových látek a nemají jiný zdravotní problém. Jako příklad lze uvést, to co uvádí R1: *„Jednoznačně jsme se ohradily proti tomu přijímat k nám takové pacienty, protože nejsme na to uzpůsobeny ani s prostorem ani s personálem... Prostě, když je někdo agresivní má být na psychiatrii a ne na normálním oddělení.“* Pokud již je takový pacient přijat do nemocnice, může deeskalačně působit přítomnost policie, což potvrzuje R3: *„Uvítal bych dále, kdyby pacienti pod vlivem alkoholu a drog byli do nemocnice přiváženi v doprovodu policie a ta tam byla po celou dobu přítomnosti pacienta.“* Dále R7 k problematice přijímaných pacientů uvádí: *„Trestat pořádně takové lumpy, nepřijímat do nemocnice bezdomovce, opilce a narkomany, ať mají nějakou svoji nemocnici, kde jsou pořádný chlapy ošetřovatelé a ne my ve dvou sestřích.“* To doplňuje i R9: *„Pomohlo by to, kdyby záchranná stanice více spolupracovala a měla více lůžek pro nemocnice.“* Pokud nedochází po incidentu k revizi celého incidentu a podpoře ze strany vedení, může docházet k frustraci a pocitu selhání, např. R4 uvádí: *„Říkala jsem si více takových pacientů a dám výpověď, strašně mě to rozčílilo a stálo hodně energie.“* Respondent R10 vnímá potřebu prostupnosti

dokumentace mezi jednotlivými zařízeními, což by mohlo upozornit na minulost násilného chování: „*Mít možnost uvést v záznamu pacienta, že byl agresivní, což by se zobrazovalo ve všech zdravotnických zařízeních, které by navštívil.*“

Dokumentace je nejjednodušším nástrojem, který je důležitý nejen k popsání celé situace, ale také často slouží jako jeden z málo podkladů v případě soudních sporů. Řádně sepsaná a faktická dokumentace může být i podkladem pro nastavení bezpečnostních pravidel, identifikaci nedostatků a rezerv v připravenosti na projevy násilí ze strany pacienta. Všeobecná sestra reviduje své zásahy a může na základě předchozích zkušeností při identifikaci s jedním z druhů násilí se vyvarovat chyb pro případné další konfrontace s těmito projevy. Ideální se jeví, když má možnost celou situaci zpracovat týmově (jakýsi způsob neformální intervize, popř. se svými nadřízenými), podpora týmu, respekt a pomoc se jeví jako jeden z nejdůležitějších faktorů, který přispívá ke zpracování celé situace. Pro oběť násilných projevů je týmová podpora a možnost sdílení zásadní.

Kategorie K7 – Informace o deeskalaci

Část respondentů (R1, R3, R5, R7, R10) identifikuje nedostatek praktických informací v oblasti předcházení a zvládnání deeskalačních technik při setkání s násilím, popř. mají k dispozici jen postupy (metodické pokyny, standardy ošetrovatelské péče), které popisují, jak administrativně zpracovat setkání s násilným pacientem nebo jak popsat užití omezovacích prostředků. Teoretické semináře nejsou dle dotázaných (R1, R2, R8, R9, R10) natolik efektivní, aby bylo možné prakticky informace použít při konfrontaci s pacientem. Jako příklad lze uvést R1: „*Někdy mám pocit, že jsou semináře ztrátou času, když nám tam lektor osm hodin něco povídá.*“ Podobně R2: „*My jsme měli nějaká školení na komunikaci, ale vždy to bylo strašně teoretické.*“ Většina dotázaných (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9, R10) by ráda měla k dispozici informace, které by byly pro ně vhodnou formou předány tak, aby byly pro jejich práci prakticky použitelné. Především formou grafického zpracování, R3 uvádí: „*Osobně by se mi líbilo, kdybych měl k dispozici nějakou tabulku, kde by bylo popsáno, jak na jednotlivé projevy pacienta reagovat, tak abych neporušil zásady.*“ Další z dotázaných (R5) doplňuje: „*Myšlenková mapa, která by stručně popsala akci pacienta a na ní reakci sestry.*“ Potřebu myšlenkových map identifikuje i R6: „*Pro mě osobně bylo nejlepší předání informací o komunikaci s agresivním pacientem pomocí myšlenkových map. Kdy jednotlivé projevy pacienta měly přiřazeny reakce sestry, které omezují další vznik násilí.*“ Z pohledu času by mělo být předání informací časově nenáročné, R9 uvádí: „*Jednoznačně forma, která zabere málo*

času, je srozumitelná a pro sestry použitelná v případě potřeby. Vyhledávání metodických pokynů, čtení standardů nebo jiných materiálů nemá žádný efekt.“

Aby byly informace co nejvíce využitelné, oslovili jsme během rozhovorů respondenty s otázkou, jaká forma je pro ně nejzajímavější, která by vyhovovala jejich potřebám a pomohla by jim působit preventivně před vznikem násilí. Pro příklad zde uvádíme představu R1: *„Třeba nějaké modelové situace, které jsme dělali na zdravotnické škole v rámci psychologie. A hlavně by bylo dobré mít ty informace i třeba rok po školení pro oživení v paměti.“* Další respondent (R3) identifikuje potřebu materiálu přímo při své práci: *„Násilí by mohlo snižovat i mít např. v nějakých deskách k dispozici návod, jak na konkrétní situaci reagovat, aby zdravotník něco zbytečně nehrotil.“* Také u dalšího respondenta R6: *„Sestry měly tyto myšlenkové mapy pověšeny i na sesterně.“* Respondenti (R4, R7) odmítají jakékoliv nové informace, R4 přímo uvádí: *„Co se týká nějakých školení, tak já už nikam nechci chodit, stačí ty povinná. Za celou dobu jsem jich prošla spoustu a jen pár jich bylo k něčemu.“* K tomu R7 dodává: *„Já už nechci žádné další informace, já už jsem v důchodu a těch školení, které jsem absolvovala, bylo tolik, že už nechci nic.“*

Získání nových informací o deeskalaci násilných projevů, které lze aplikovat jako preventivní nástroj, popř. lze s ním zasáhnout do již probíhajícího násilí, by většina respondentů uvítala. Ideální způsob pro příjem informací je forma s praktickým zaměřením, která by pro sestry působila návodně, byla srozumitelná, prakticky zaměřená. Vhodné by bylo též grafické zpracování problematiky, kde by na reakci pacienta vždy následoval zásah, který by měl za cíl deeskalovat nežádoucí projevy.

Jak bylo výše uvedeno, kvantitativní šetření jsme doplnili polostrukturovanými rozhovory. Záměrně byly za respondenty vybrány všeobecné sestry, které se v posledních 12 měsících setkali s některým z projevů násilí. Rozhovory jsme se snažili detailně pochopit vznik, průběh a následek incidentu. Pro kvalitativní šetření jsme si stanovili výzkumné otázky, na které jsme zpracováním rozhovorů získali následující odpovědi.

1. Výzkumná otázka - S jakou formou násilí se všeobecné sestry setkaly?

Z polostrukturovaných rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že za posledních 12 měsíců se všeobecné sestry setkávají nejčastěji se smíšeným druhem násilí. **Verbální násilí** (R1, R4, R7, R8, R10) dominovalo ve formě nadávek, zesměšňování, znevažování profese, hostilními projevy. V některých případech násilí eskalovalo, až ve **fyzické napadení**

všeobecných sester (jednalo se o jednorázový akt, po kterém nenásledovala pracovní neschopnost), fyzické napadení popisuje R1, R3 a R5. S různou formou **agrese ze strany blízkých** (příbuzných) se setkal R2 (autoagrese) a R8 (verbální agrese). V jednom případě (R6) se setkal se situací, kdy bylo vedeno násilí ze strany pacienta proti sobě samému – s projevy **autoagrese**. S ničením **věcí**, poškozováním prostoru zdravotnického zařízení, popř. vybavení se setkali respondenti R7, R9 a R10.

2. Výzkumná otázka – Jak reagují všeobecné sestry na projevy násilí?

Vzhledem k tomu, že z provedených rozhovorů jsme identifikovali rozdílné reakce během incidentu, bezprostředně po incidentu a s odstupem času po „vychladnutí“ emocí, i odpověď na tuto otázku jsme rozdělili do dvou kategorií.

Reakce na projev násilí (ve chvíli násilí, bezprostředně po něm)

Respondenti při eskalaci násilí minimálně využívali deeskalační techniky (pouze R2 se snažil zachovat **klid**, využívat **vhodné komunikační techniky**). Téměř všichni respondenti měli možnost **přivolat pomoc** (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9) a využili jí (kolegy, ochranku nemocnice, policii). Při výskytu fyzického násilí respondenti hojně využívali **omezovací prostředky - kurty** (R1, R2, R5, R9), dále byla používána **neklidová medikace** (R1, R2, R5) nebo přímo **brachiální omezení** v pohybu (R1, R9). V jednom případě došlo i k poranění pacienta při snaze o zadržení (R7). V bezprostředním uklidnění situace, omezení v pohybu pacienta někteří z respondentů popsali, že pociťovali potřebu zareagovat **odplatou za incident** (R1, R3, R7, R10). Reakcí na násilné projevy ze strany pacienta byl i pokus o zklidnění pomocí **komunikace z pozice autority** (R3, R4), která v obou případech vedla k ještě většímu stupňování násilí. Jako velmi neefektivní a problematické bylo **vyhrožování ze strany sestry** (R1, R7, R10), u pacienta to také vedlo ke zkomplikování celé situace a neodradilo jej v pokračování v násilném chování. Respondent (R3) dokonce vnímá, že svou reakcí na projevy pacienta ohrozil své zdraví. Vzhledem k nedostatku zkušeností a krátkou dobu působení ve zdravotnictví respondent (R8) během incidentu požádal o **radu od zkušenější kolegyně**. V některých situacích (R9) se jevil **útek** jako nejbezpečnější řešení i za cenu materiálních ztrát (ničení ambulance). Téměř všichni respondenti (R1 – R9) celý incident zaznamenali do **dokumentace** (nežádoucí událost, ošetřovatelská dokumentace).

Reakce s odstupem času po setkání s násilím

Po zklidnění celé situace v řádu hodin od incidentu dojde k racionalizaci a snižuje se hladina stresových hormonů. Od bezprostředních reakcí jsou reakce s odstupem již rozdílné. Část respondentů již po prvotním popsání události do dokumentace dále **incident neřešila** (R1,R3, R4), R10 situaci nezanesl do dokumentace. Vznik, průběh a reakci na násilí ze strany pacienta respondenti probírali se svými kolegy nebo nadřízenými a hledali **podporu v týmu**, využili možnost rozebírat problém bez přítomnosti supervizora, jednalo se o neformální způsob **intervize** mezi kolegy navzájem (R2, R4, R6, R8, R9). Někteřím obětem se jevila tato pomoc jako nedostatečná a vyhledali pomoc odborníka z oblasti **psychologie** (R5, R6). Sdílení zážitku vnímali respondenti jako situaci, která jim zásadním způsobem pomohla se zpracováním celé krizové situace. V odpovědích se objevilo, že respondent vnímá incident jako **zkušenost do budoucna**, díky které dokáže eliminovat své chyby a eliminovat nebo odrážet případné další problémové situace (R2). Incident odhalil a vedl k **nápravě prostředí**, které bylo nebezpečné pro obě strany (R1, R6). Incident mohl vést i k touze **změnit pracovní místo** (R4), někdy k pocitu bezmoci a selhání (R10). Někteřé projevy násilí byly natolik závažné, že respondent musel vyhledat **lékařské ošetření** (R7). Respondentům (R3, R5) chyběl dostatek informací o deeskalaci, tak po incidentu dále vyhledávali informace (semináře i jiné zdroje).

3. Výzkumná otázka - Jak spolu souvisí forma předání informací o deeskalačních technikách a jejich implementace do péče?

Z výzkumné otázky č. 1 jednoznačně vyplynulo, že respondenti užívají efektivní deeskalační techniky minimálně. Před počátkem incidentu respondenti popisují, že nemají na pracovišti dostatečně nastaveny postupy a informace ke zvládnutí násilí ze strany pacientů (R1, R3, R4, R5, R7, R10). **Žádné nové informace** nepožadují pouze respondenti (R4, R7), osobnost sestry a její talent komunikovat vnímají jako nejlepší nástroj prevence. Respondenti (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9, R10) identifikují potřebu aktuálních informací, které pomohou deeskalovat průběh násilí nebo dokonce omezit samotný vznik. Aby byly předané informace implementovány do praxe a došlo k jejich efektivnímu využití, respondenti (R1, R3, R8, R9, R10) preferují **omezení teoretických informací**. Požadují jiné formy než předání informací frontální přednáškou na semináři nebo školení. Školitel by měl realizovat **seminář přímo v prostředí** poskytování péče

s praktickým nácvikem (R10). Respondenti (R1, R2, R4, R9) popisují snadnější implementaci do praxe, pokud informace budou předány **srozumitelnou formou s praktickým nácvikem**, která zabere **minimum času**, popř. **brožury s kazuistikami** (R3, R8). Za důležité považovali při rozhovorech respondenti (R3, R8) umět lépe **komunikovat s příbuznými** pacienta. Někteří respondenti (R4, R5, R6) by uvítali **myšlenkové mapy** nebo **vizuálně zpracované informace**, které v sobě zahrnují projevy pacienta a správné reakce ze strany sestry, které by nebyly jen součástí standardů ošetrovatelské péče nebo metodických pokynů, ale byly by vždy v případě potřeby použitelné. Při polostrukturovaných rozhovorech zazněla i potřeba modelových situací zpracovaných ve **formě videa** (R1, R2, R5).

7. DISKUZE

Násilí je celospolečenský problém a lze jej zjevně pozorovat kolem nás. Objevuje se téměř ve všech oblastech lidské činnosti a to nejen v České republice. Nárůst násilí lze pozorovat i při poskytování zdravotnických služeb – všeobecné sestry se setkávají s takovou formou násilných událostí, která se v minulosti téměř nevyskytovala. Pekara (2015) uvádí, že celá jedna třetina násilí probíhá při poskytování zdravotnických služeb. Aktuálnost této situace dokládá i odborná literatura (Nitschová a Králová, 2008), která se dívá i do situace v zahraničí. Násilí se řeší v mezinárodních institucích, které provádějí nejen analýzu a sledují vývoj násilí ve zdravotnictví, ale také se snaží výstupy z těchto analýz působit na snižování násilí, jako příklad lze uvést Mezinárodní radu sester (ICN) nebo Světovou zdravotnickou organizaci (WHO). Výskyt násilí při poskytování zdravotnických služeb v ČR má zásadní dopady nejen na zdravotníky, ale také na celou společnost. Násilí v ošetrovatelství je problémem, který negativně dopadá nejen na kvalitu ošetrovatelské péče, ale také na snižování počtu ošetrujícího personálu a vysoké koncentraci stresu (Pekara a Trešlová, 2011).

Součástí provedeného kvantitativního šetření byla i standardizovaná VAPS škála. Jedná se o hodnotící nástroj, který se snaží získat co nejspolehlivější údaje o výskytu fenoménu násilí při práci sester. Její autorky zkonstruovaly VAPS škálu pro posouzení jednotlivých forem agrese vedených proti sestrám (Lepiešová a Niemčková, 2013). V našem sociokulturním prostředí ji lze považovat nejen validní, ale i reliabilní nástroj pro posouzení výskytu jednotlivých forem agrese pacientů vůči sestrám při výkonu povolání (Lepiešová et al., 2015). V odborných studiích a dalších pracích je VAPS škála jako spolehlivý nástroj užívána u řady autorek (Lepiešová a Němčková, 2013; Kačmárová et al. 2014; Lepiešová, 2015; Šimonová et al., 2016; Tomagová, 2016; Petříková, 2019; Dimunová a Žemličková, 2020).

Při vyhodnocení subškál (S1 – subškála slovní agrese, T1 – subškála tělesné agrese bez použití zbraně, T2 – subškála tělesné agrese s použitím zbraně) jsme v našem šetření získali následující výsledky S1 – M = 2,401; T1 – M = 2,143; T2 = 1,157. Výsledky jsou srovnatelné s výše uvedenými autorkami. Rozdíly mezi jednotlivými hodnotami jsou zanedbatelné. Zásadnější rozdíl pozorujeme u autorek Tomagové (2016) a Šimonové et al. (2016). Tomagová uvádí hodnotu v subškále S1 – M = 3,27. Takto vysoký výskyt verbální agrese je ovlivněn výběrem respondentů, kdy se autorka zaměřila jen na

všeobecné sestry, které pracují na lůžkových odděleních psychiatrických oddělení. U Šimonové se lze setkat ještě s vyšší hodnotou u subškály S1 – $M = 3,32$. Respondenti z jejího vzorku byly ovšem sestry, které pracují na lůžkových odděleních chirurgie, neurologie a oddělení dlouhodobě nemocných na Slovensku. Jak bylo již výše uvedeno, ostatní hodnoty subškál jsou s minimálním rozdílem bez ohledu na čas, kdy byla jednotlivá šetření realizována (mezi lety 2013 – 2021) a bez ohledu na vzorek respondentů (sestry pracující napříč celým zdravotnickým systémem).

Dále se zaměříme na diskuzi vlastních výsledků práce ke stanoveným hypotézám. U **hypotézy H1** jsme zjišťovali rozdíl ve výskytu mezi slovním (verbálním) a tělesným (fyzickým) násilím ze strany pacientů. Při této hypotéze jsme porovnávali výskyt verbální a tělesné agrese. V našem výzkumném šetření jsme pozorovali vyšší výskyt slovního (verbálního) násilí ($M = 2,293$, $SD = 0,731$) než tělesného (fyzického) násilí ($M = 1,163$, $SD = 0,259$). Výskyt fyzické agrese je nižší i z toho důvodu, že mu předcházejí varovné signály. Někteří autoři Čadilová et al. (2007) či Harsa a Kertészová (2012) popisují jako primární varovný signál neklid. Ve většině případů se může jednat o předstupeň blížícího se násilí. V tuto chvíli má sestra prostor k eliminaci případného fyzického napadení. Stejně jako z našich zjištění i dostupné zdroje uvádějí, že deeskalace verbálního násilí vede ke snížení rizika vzniku fyzického násilí. Deeskalace je způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí u pacienta i u ošetřujícího personálu (Richmond et al., 2012; Vevera et al., 2018). Věříme, že snížení napětí vede k tomu, že sestry jsou v konečném důsledku méně často konfrontovány s fyzickým násilím ze strany pacientů.

Pekara (2015) ve svém výzkumu uvádí, že 71,5 % ($n=641$) zdravotníků se setkalo s verbálním násilím a 18,4 % zdravotnických pracovníků s fyzickým násilím. Z výsledků dříve provedených studií lze také identifikovat vyšší výskyt verbálního násilí. Pro srovnání lze uvést výsledky Hahn (2012), která uvádí, že proti sestrám je nejčastěji vedeno 45,9 % ($n=98$) verbální násilí, fyzické násilí se vyskytuje u 16,9 %, dále se lze v tomto výzkumu setkat s vyhrožováním. V některých studiích dokonce verbální způsoby agrese zásadně převyšují jiné formy násilí, např. 95 % ($n=447$) sester se setkalo s verbálním násilím Darawad (2015). Výsledky některých studií uvádějí výsledky, které nemají velký rozptyl a tudíž nelze jednoznačně identifikovat výskyt jednotlivých druhů násilí. Pro příklad zde uvádíme výsledky rozsáhlé analýzy 19 studií – Pompei (2013)

uvádí, že verbální agrese se vyskytuje u 22 – 90 % dotázaných a fyzické hrozby u 12 – 64 % dotázaných.

Pro doplnění ještě uvádíme konkrétní formy verbálního násilí, se kterými byly všeobecné sestry konfrontovány. Nejčastěji se námi dotázaní respondenti setkali s neoprávněným obviňováním ($M = 2,87$), podobné to bylo i u dalších autorek, např. Lepiešová a Němčeková (2013) uvádějí $M = 2,98$ nebo Petříková (2019) $M = 2,60$, či Kačmárová (2014) $M = 2,86$. I u ostatních způsobů verbální agrese (pomluvy, zastrašování a výhrůžky, slovní poznámky sexuálního charakteru) jsou naše výsledky podobné s výsledky výše uvedených autorek. Určitý rozdíl lze pozorovat u výskytu urážek a nadávek. V našem výzkumu ($M = 2,66$), Lepiešová a Němčeková (2013) dále uvádějí $M = 3,24$ nebo Petříková (2019) $M = 2,78$, či Kačmárová (2014) $M = 3,25$. Lze vyslovit domněnku, že vyšší výskyt v této oblasti souvisí se sociokulturním prostředím (výzkumy provedené na Slovensku ukazují právě na vyšší výskyt urážek a nadávek). V rámci kvalitativního výzkumu jsme stanovili jednu z výzkumných otázek, s jakou formou násilí se všeobecné sestry setkaly. V rozhovorech jsme identifikovali, že všeobecné sestry se setkávají s kombinací násilných projevů. Lze pozorovat, že pokud nejsou vedeny adekvátní zásahy, celý incident vyústí až ve fyzickou konfrontaci. Respondenti během rozhovorů uvedli, že se setkali s verbálním násilím (R1, R4, R5, R8, R10), ničením věcí a prostředí (R2, R5, R9), fyzickou agresí (R1, R3, R7) a autoagresí, popř. sebepoškozováním vedeným proti sobě samému (R2, R6).

Bez ohledu na druh násilí, se kterým se všeobecné sestry setkávají, jsme dále zjišťovali v **hypotéze H2**, jak jsou incidenty dále řešeny. Porovnávali jsme skupinu všeobecných sester, které incident řešily a které již dále po odeznění celé situace incident neřešily. Pokud incident nebyl řešen, snažili jsme se identifikovat i proč tomu tak bylo. 43,137 % námi oslovených sester incident dále řešilo, 56,022 % po události dále již neřešilo setkání s násilím. Statisticky poměr sester, které incident řešily a neřešily, byl 0,435 : 0,565 ($p < 0,05$). Výzkumné šetření z roku 2000, které interpretují Ericksonom a Eilliams-Evansom (2000) poukazuje na to, že z počtu 606 sester, které se setkaly s násilím, jich jen 7 incident nahlásilo a bylo možno dohledat záznam v dokumentaci. Pekara (2015) uvádí ve svém výzkumu, že pouze 2,9 % verbálního násilí bylo hlášeno a jen 31,6 % fyzického násilí bylo hlášeno. Z velké studie, které byla realizována ve 39 zařízeních poskytující zdravotní nebo sociální péči, lze vysledovat, že setkání s násilím při poskytování péče bylo hlášeno

ve 41 % případů (Schablon, 2012). Nejčastější důvody, proč nedochází k nahlášení incidentu, je velké množství dokumentace 72,727 %, dále neostatečná podpora nadřízených a kolegů 11,039 %. 9,740 % potom nepřikládá nahlášení význam. Nahlášení incidentu považuje přímo za ztrátu času 2,567 % respondentů. Pekara (2015) uvádí, že 59,1 % respondentů nehlásilo verbální incident, protože to není podle nich důležité. Hlášení fyzického napadení podkládalo 31,3 % respondentů za nevýznamné. Lepiešová a Němčková (2013) uvádějí, že nedostatečná hlášení incidentů, ovlivňují validitu analýz záznamů výskytu násilí v ošetrovatelství. V rámci kvalitativního šetření jsme si stanovili další otázku, jak reagují všeobecné sestry na projevy násilí. Všichni respondenti incident po odeznění řešili (výjimkou je R10), někteří respondenti (R1, R3, R4) incident řešili jen zápisem do dokumentace (bez sepsání nežádoucí události) a pak již dále s touto informací nepracovali. Jako důležitou hodnotili respondenti během rozhovorů i podporu v týmu (R2, R4, R6, R8, R9). Obdobně důležitý význam této podpory uvádí Pekara (2015) ve svém šetření, kdy celkem 238 respondentů hledalo pomoc u svých kolegů.

Hypotézou H3 jsme se snažili zjistit, jakou roli má zaměstnavatel při přípravě všeobecných sester na problémové situace v interakci s pacientem. Vzhledem k vysokému výskytu násilí při poskytování ošetrovatelské péče má právě příprava nezastupitelnou roli. Sami respondenti popsali, že vnímají dostatečnou přípravu na setkání s násilím. Počet sester, které byly ze strany zaměstnavatele na incident připraveny (77,10 %) a které na incident připraveny nebyly (22,90 %) byl rozdílný na 5% hladině statistické významnosti. Schablon (2012) uvádí, že kromě absence dostatečného vzdělávání v komunikaci, vnímají sestry i absenci preventivních opatření ze strany zaměstnavatele, které by vedly ke snižování výskytu násilí. Méně než třetina respondentů se domnívala, že je zaměstnavatel dobře připravil na násilné chování. Lepišeová (2013) popisuje, že by podpora ze strany zaměstnavatele při přípravě na setkání s násilím měla být formou specifických interních předpisů a postupů, které vytvoří zaměstnavatelské organizace jak administrativního, tak technického charakteru. Pak by implementace praktických opatření mohla působit preventivně před vznikem násilí. Pekara (2015) uvádí, že sestry lze preventivně připravit na kontakt s násilným pacientem a předcházet vzniku násilí správnou komunikací.

Pokud respondenti vnímali, že jsou připraveni na setkání s násilím od zaměstnavatele, zjišťovali jsme konkrétní podobu této přípravy. Skoro polovina dotázaných 47,175 %

respondentů vnímá podporu ze strany zaměstnavatele jen jako prostor pro získávání osobních zkušeností, které napomáhají při řešení násilí. Rozsáhlé šetření, které provedl Hills (2013) poukazuje na to, že zaměstnanci během zaměstnání získávají zkušenosti, často podpořené různými formami vzdělávání, což vnímají jako podpůrné ze strany zaměstnavatele. Z našich dat je dále zřejmé, že 17,514 % dotázaných má dostatek informací o reakci na výskyt násilí od svého zaměstnavatele. Ovšem jen 9,040 % respondentů absolvovalo seminář nebo školení, které se zabývalo výskytem násilí ve zdravotnictví. Pekara (2015) uvádí, že podpora ze strany zaměstnavatele (komunikační kurzy, sebeobrana, aktivní spolupráce s Policií ČR) snížila výskyt násilných činů u Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy o více než polovinu. 3,390 % našich respondentů při přípravě na výskyt násilí využilo metodické pokyny nebo standardy. I v kvalitativní části výzkumu jsme se zabývali přípravou na setkání s násilím, část respondentů (R1, R3, R5, R7, R10) identifikuje nedostatek praktických informací v oblasti předcházení a zvládnutí deeskalčních technik při setkání s násilím, popř. mají k dispozici jen postupy (metodické pokyny, standardy ošetrovatelské péče), které popisují, jak administrativně zpracovat setkání s násilným pacientem nebo jak popsat užití omezovacích prostředků.

Cílem práce je předložit sestřím nové informace o způsobech předcházení nebo deeskalaci násilí ze strany pacientů. Ze zkušenosti lze uvést, že pokud sestry sami participují na vzniku materiálu, je jeho implementace do praxe snazší. V **hypotéze H4** jsme zjišťovali, jestli by všeobecné sestry využily při své práci nové informace o způsobech deeskalace násilných projevů. 83,193 % by přivítalo nové informace, 15,966 % by nové informace nevyužilo. Nové informace, které se zaměřují na zvládnutí násilí ve zdravotnictví, mají nezastupitelnou roli v prevenci. Hlavním nástrojem prevence násilí v ošetrovatelství jsou odborné kurzy (Jarošová a Szkanderová, 2008). Lepping a Lanka (2013) popisují, že na snižování násilí ve zdravotnictví jsou zásadní semináře pro rozvoj komunikačních dovedností. Pekara (2015) uvádí, že 22,30 % respondentů by volilo vzdělávání jako formu řešení násilí. Nové informace, které sestry získaly při seminářích, mohou pomoci při přecházení nebo zvládnutí násilí. Petříková (2019) uvádí, že předání nových informací sestřím pomohlo lépe a časněji odhalit rizikové faktory agresivního chování a sestry v důsledku toho dokáží lépe agresii předcházet. Pekara (2015) volil jako metodu předání nových informací seminář, identifikoval, že respondenti nové informace využijí ke zlepšení komunikace s násilným pacientem (34,90 %), 17,50 % respondentů

potom informace využije ke zvládnání krizových situací. Právě praktická využitelnost předávaných informací je klíčová, proto jsme v rámci kvantitativního i kvalitativního výzkumu zjišťovali i formy, které by sestřám nejvíce vyhovovaly. Nejčastěji sestry požadují předávání informací formou graficky návodně zpracovaných postupů o deeskalaci zacílených na všeobecné sestry (45,098 %). Kvantitativní výzkumné šetření jsme ještě doplnili o výsledky z rozhovorů, respondenti (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9, R10) identifikují potřebu aktuálních informací, které pomohou deeskalovat průběh násilí nebo dokonce omezit samotný vznik. Většina dotázaných (R1, R3, R8, R9, R10) preferuje prakticky zaměřené informace, jež budou předávány jinou formou než frontální metodou výuky. (R4, R5, R6) by uvítali myšlenkové mapy nebo vizuálně zpracované informace, které v sobě zahrnují projevy pacienta a správné reakce ze strany sestry, které by nebyly jen součástí standardů ošetrovatelské péče nebo metodických pokynů, ale byly by vždy v případě potřeby použitelné.

Z uvedené diskuze je zřejmé, že násilí, se kterým se setkávají sestry při poskytování ošetrovatelské péče, je velmi častým jevem. Z pohledu druhu násilí dominuje verbální násilí, které díky komunikačním dovednostem, umění využití deeskalačních technik a empatickému přístupu dokáží sestry v některých případech deeskalovat, aby nepropuklo v násilí fyzické. Je zřejmé, že umění komunikace při setkání s násilným pacientem má nezastupitelnou roli nejen při zvládnání násilí, ale působí preventivně před jeho vznikem. Kombinace efektivní komunikace a kvalitního vzdělání v předcházení a deeskalaci násilí se jeví jako ten nejsilnější nástroj sester. Pokud se sestry setkají s násilnými projevy, většina z nich tuto situaci dále řeší a požaduje zpětnou vazbu ze strany svých nadřízených. Opakovaně zmiňují význam spolupráce a podporu nadřízených a kolegů, tato podpora jim pomáhá zvládat náročné životní situace, mezi něž patří právě konfrontace s násilím. Převážná část sester také popsala, že vnímá připravenost ze strany zaměstnavatele na možnost, že se setká s projevy násilí. Aby byly sestry připraveny na efektivní zásahy na projevy pacienta, samy identifikují potřebu nových informací o možnostech deeskalace násilí. Nové informace by pro ně byly přijatelné ve formě, která je graficky zpracovaná, návodná a kdykoliv použitelná.

V současné době se stále více autorů zabývá problematikou výskytu násilí ve zdravotnictví, realizují se stále nová výzkumná šetření. Výstupem bývají data nebo obecná doporučení. Z preventivního hlediska bude nutné do budoucna více posilovat

komunikační dovednosti a připravovat sestry na možnost setkání se s násilím napříč vzdělávacím systémem. Dále bude nutné zajistit pro sestry ještě větší podporu nadřízených a jejich zpětnou vazbu, pokud dojde k hlášení nežádoucí události. A v neposlední řadě zajistit možnost odborné pomoci obětem násilí ve zdravotnictví. Všechny zásahy sestry ve vztahu k pacientovi by měly působit preventivně, protože vždy je lepší předcházet vzniku násilí než řešit jeho následky.

8. ZÁVĚR

Při poskytování ošetrovatelské péče se všeobecné sestry setkávají s násilím velmi často, což potvrzují jak výzkumy, které byly realizovány v České republice, tak výzkumy realizované v zahraničí. V posledních letech se i u nás setkáváme se situacemi, že násilí, které se objevuje ve zdravotnictví, může mít ty nejzávažnější důsledky – smrt člověka. Je zřejmé, že se jedná o významný negativní jev, se kterým se sestry setkávají stále častěji. Realizované dotazníkové šetření upozornilo na narůstající trend výskytu násilí při poskytování péče. I přes tento narůstající trend 43,503 % (n=354) sester situaci neřeší. Právě řešení a hlášení incidentů může být jedním ze způsobů, jak pomáhat v řešení tak závažné problematiky jako je výskyt násilí vůči sestřám. Dále z našeho šetření je zřejmé, že 22,881 % sester nebylo na incident připraveno, nemělo dostatek informací jak při přípravě na povolání, tak ze strany zaměstnavatele. A právě dostatek nových, kvalitních informací zásadním způsobem pomáhá předcházet a zvládat násilí ve zdravotnictví. Z polostrukturovaných rozhovorů i dotazníkového šetření jednoznačně vyplývá, že konfrontace s násilím při výkonu povolání má zásadní dopady na fyzickou, psychickou i emocionální stránku sester. Pokud se výskyt násilí na pracovišti opakuje, není ze strany managementu dostatečně řešen, zásadním způsobem to ovlivňuje motivaci všeobecných sester k dalším činnostem. Do určité míry může výskyt násilí ovlivnit i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a může vést až k syndromu vyhoření se všemi důsledky. Je zřejmé, že poskytování zdravotnických služeb je oblast, kde je relativně vysoké riziko setkání se s násilím. Jak bylo výše uvedeno, stále více se medializuje násilí ve zdravotnictví – především to, které má tragické následky, ale obecně lze uvést, že tomuto problému není věnována dostatečná pozornost. Všeobecné sestry při našem výzkumném šetření samy identifikovaly, že potřebují informace předávat jinou formou než metodickými pokyny a standardními postupy, které popisují spíše, jak postupovat z pohledu správného zaznamenání události a nahlášení nežádoucí události.

V předkládané práci jsme si stanovili jako hlavní cíl vytvořit model reaktivního managementu na základě zmapování výskytu násilí, se kterým jsou všeobecné sestry konfrontovány při poskytování ošetrovatelské péče v interakci sestra – pacient. V návaznosti na druh násilí identifikovat reakce sester na jednotlivé projevy násilí. Jako dílčí cíle jsme si stanovili zmapování četnost výskytu verbálního a fyzického násilí při poskytování ošetrovatelské péče. K tomuto stanovení jsme využili VAPS škály jako

nástroje, který hodnotí četnost výskytu agrese pacientů vůči sestřám. Zjistit, jaké konkrétní druhy násilných projevů, a jak často se vyskytují při poskytování ošetrovatelské péče. Posoudit zásahy sester na jednotlivé projevy pacienta a jejich efekt. Dalším dílčím cílem bylo zmapovat, jak všeobecné sestry postupují po zklidnění celé situace a jaké mají možnosti pomoci. Snažili jsme se zjistit, jestli jsou na setkání s násilím všeobecné sestry připraveny ze strany zaměstnavatele, jaké mají podmínky pro preventivní působení před vznikem násilí a při aplikaci deeskalačních technik. V neposlední řadě jsme chtěli identifikovat, jestli mají sestry k dispozici informace, které by jim pomohly zvládat setkání s násilím, popř. jestli mají potřebu získat nové informace, které by konkrétním způsobem popisovaly efektivní zásahy na jednotlivé projevy pacienta tak, aby byly bezpečné, působily nekonfrontačně a s cílem deeskalovat násilné projevy. Záměrně jsme zjišťovali, jaká forma předání nových informací by byla akceptovatelná tak, aby došlo ke konkrétnímu využití při každodenní praxi.

Všechny výše uvedené cíle se nám podařilo naplnit pomocí výzkumu, který jsme realizovali metodou smíšeného designu, kdy jsme kombinovali metodu kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Záměrně jsme oslovili všeobecné sestry, které se s násilným incidentem setkaly v posledním roce. Realizovali jsme rozhovory, vzorek tvořilo 22 všeobecných sester napříč zdravotnickými pracovišti v rámci celé České republiky (pro práci jsme použili 10 ukázkových rozhovorů). Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu tvořilo 357 respondentů – všeobecných sester (94,678 %) a praktických sester (5,322 %) z různých zdravotnických pracovišť.

Výsledky našeho výzkumného šetření poukazují na to, že násilí, se kterým se všeobecné sestry setkávají, je problém, který si zaslouží pozornost nejen odborné veřejnosti, zaměstnavatelů, ale také celé společnosti. Všeobecné sestry potřebují mít kolem sebe bezpečné prostředí, mít podporu okolí při poskytování ošetrovatelské péče. Všeobecné sestry jako nejpočetnější skupina zdravotnických pracovníků jsou nejčastěji v přímé interakci s pacienty, jejich osobnost, komunikační dovednosti, aplikace získaných poznatků a poskytování péče s ohledem na nejnovější poznatky v ošetrovatelství se jeví jako ten nejefektivnější preventivní nástroj při snižování výskytu násilí ve zdravotnictví.

Právě na základě identifikovaných potřeb sester jsme vizualizovali model reaktivního managementu do formy, která by byla použitelná nejen během přípravy na povolání, ale také při každodenní práci. Model je graficky zpracován s přihlédnutím ke zkušenostem

v oblasti pedagogiky a didaktické metodiky tak, aby splňoval soudobé požadavky na předávání nových informací. Námi vytvořený materiál chceme nabídnout institucím, které se podílejí na vzdělávání zdravotnických pracovníků, zařízením zdravotnických služeb, a výsledky této práce i zmíněný model prezentovat v odborných periodikách.

Z pohledu dalšího doporučení bude nutné do budoucna více připravovat všeobecné sestry na možnosti výskytu násilí ve zdravotnictví, na způsoby předcházení a zvládnání násilí. Tato příprava musí být nejen v rámci sekundárního a terciárního vzdělání, ale také v rámci celoživotního vzdělávání. Dále je nutné, aby všechny incidenty byly hlášeny a řešeny. Podstatné je, aby nezůstalo jen u nahlášení, ale aby i všeobecné sestry měly zpětnou vazbu, jak dále bylo s touto informací pracováno ze strany managementu zařízení. Všeobecné sestry požadují výuku formou, která jim v relativně krátkém čase poskytne dostatečné množství aplikovatelných informací. Naopak rozsáhlé metodické pokyny a standardy všeobecné sestry hodnotí jako nástroj, který jim není nápomocný při zvládnání těchto situací, preferují srozumitelné a jasné informace. Aby došlo ke snížení výskytu násilí, popř. k eliminaci následků výskytu násilí v ošetrovatelství, bude do budoucna nutné ještě více posilovat oblast supervize a intervize ve zdravotnictví a zajistit možnosti i krizové intervence a další odborné pomoci, pokud se všeobecná sestra stala obětí násilí. Dále doporučujeme do budoucna ověřit, jestli došlo ke snížení výskytu násilí na pracovištích, kde bylo s naším materiálem pracováno – ať již při vzdělávání sester v této problematice nebo jako s dostupnými informacemi na pracovišti v interakci s pacientem s projevy násilí.

Výhodnější ve všech směrech je pro obě strany (všeobecnou sestru i pacienta) násilí předcházet a nikoliv řešit důsledky. Pro předcházení je nutné, aby všeobecná sestra měla nejen dostatek informací ke způsobům řešení, ale také aby znala jejich limity. Zásadní je dokázat efektivně vést komunikaci a mít podporu zaměstnavatele a kolegů. Realizací uvedených doporučení může dojít k nezanedbatelnému snížení výskytu násilí v ošetrovatelství.

SEZNAM ZDROJŮ

1. ADAMCZYK, R., KAČOROVÁ, J., HALUZÍKOVÁ, J., ed., 2017. *Pacient je naší prioritou*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7510-226-3. Dostupné také z: <https://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/sbornik-2017/>
2. ALLEN, J., J., ANDERSON, A., C., 2017. Aggression and Violence: Definitions and Distinctions. STURMEY, P., ed. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*. Chichester: John Wiley, **07**(03), 1-14. ISBN 9781119057550.
3. BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: NCONZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
4. CAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.
5. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, A., 2004. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac. 183 s. ISBN 80-861-9975-4.
6. CORNAGGIA, C., M., BEGHI, M., PAVONE, M., 2011. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*. **189**(1), 10-20. ISSN 01651781.
7. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., et al., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
8. ČERŇANOVA, A., 2010. Agresivny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovatel'stva. *Ošetrovateľský obzor*. **7**(3), 1-8. Dostupné také z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/index.php/rok-2010/36-3-2010/173-agresivny-pacient-v-podmienkach-psychiatrickeho-osetrovatel'stva>
9. DARAWAD, M., et al., 2015. Violence against nurses in emergency departments in Jordan: nurses' perspective. *Workplace Health Safety*. **1**(63), 9-17. ISSN 2165-0799.
10. DE VOGEL, V., DE RUITER, C., BOUMAN Y, et al., 2012. *Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Netherlands: Van der Hoeven Stichting. ISBN 978-90-79649-20-4.

11. DIMUNOVÁ, L., ŽEMLIČKOVÁ, A., 2020. Agresia pacientov voči sestram vo vzťahu k vybraným socio-demografickým faktorom. *Zdravotnicke listy*. **8**(1). ISSN 2644-4909. Dostupné také z: https://zl.tnuni.sk/fileadmin/Archiv/2020/2020-8.c.1/ZL_2020_8_1_09_Dimunova.pdf
12. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A., 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde. 144 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
13. DUROZOI, G., ROUSSEL, A., 1994. *Filozofický slovník*. Praha: EWA Edition. 352 s. ISBN 80-85764-07-5.
14. DUXBURY, J., 2002. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. **9**(3), 325-337.
15. DUXBURY, J., 2003. Testing a new tool: the management of aggression and violence attitude scale (MAVAS). *Nurse Researcher*. **10**(4), 39-52. ISSN 1351-5578. Dostupné z: doi: 10.7748/nr2003.07.10.4.39.c5906.
16. EDMÜLLER, A., WILHELM, T., 2012. *Manipulationstechniken*. German: Haufe Lexware. ISBN: B009LUFFBO.
17. ERICKSON, L., WILLIAMS-EVANS, S. A., 2000. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*. **26**(3), 210-215.
18. FARRELL, G. A., 1999. Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*. **29**(3), 532-541.
19. FERNS, T., 2006. Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standard*. **21**(13), 42-46. ISSN 0029-6570.
20. FERRI, P., REGGIANI, F., DI LORENZO, R., 2011. Aggressive behavior toward nursing staff in three different health care settings. *Professioni Infermieristiche*. **64**(3), 143-150.
21. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

22. GEEN, R. G., 2001. *Human Aggression (Mapping Social Psychology)*. 2nd edition. Open University Press. 170 s. ISBN 978-0335204717.
23. GLADKIJ, I., et al., 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. 382 s. ISBN 80-7226-996-8.
24. GURKOVÁ, E., GÁLLIKOVÁ, D., ŽIAKOVÁ, K., 2015. Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **5**(1), 6-12. ISSN 1338-6263.
25. HAHN, S., et al., 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. **68**(12), 2685-2699. ISSN 1365-2648.
26. HÁJEK, K., 2012. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 3. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 120 s. ISBN 978-80-262-0221-9.
27. HARSA, P., KERTÉSZOVÁ, D., et al., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. **13**(1), 15-18. ISSN 1803 – 5272.
28. HARTL, P., 1996. *Psychologický slovník*. 3. vydání. Praha: Nakladatelství Budka. 297 s. ISBN 80-90-1549-0-5.
29. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., 2008. *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 213 s. ISBN 8072625321.
30. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.
31. HILLS, D., JOYCE, C., 2013. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*. **18**(5), 554-569. ISSN 13591789. Dostupné z: doi:10.1016/j.avb.2013.07.014
32. HOFFMANNOVÁ, K., 2011. Jak potřebná je prevence pracovního násilí? *Florence*. **3**, 4-5. ISSN 1801-464X.

33. HUBER, R., BANNASCH, D., BRENNAN, P., ed., 2011. *Aggression: Volume 75*. Academic Press. ISBN 978-0-12-380858-5.
34. HUESMANN, L., 2018. An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology*. **19**(1), 119-124. ISSN 2352250X.
35. CHRÁSTKOVÁ, E., KOJECKÁ, R., 2011. Komunikace u osob s mentálním postižením. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. (10). ISSN 1210-0404.
36. CHVAL, J., 2008. Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatrie pro praxi*. **8**(4), 164-165. ISSN 1803-5272.
37. ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. *Česká asociace sester* [online]. [cit. 2021-3-15]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
38. JAN, M., 2010. *Lékař a právo – Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Garda. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
39. JAROŠOVÁ, D., SZKANDEROVÁ, M., 2008. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese*. **1**(1), 1-9. ISSN 1803-4330.
40. JIRÁK, R., 2011. Poruchy nálad a chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. **12**(2), 56–60. ISSN 1213-0508.
41. JOHNES, D., 2013. Violence in the workplace: An endemic but no an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In: *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Kavanah: Ghent, Belgium, s. 31-34. ISBN 978-90-574-0112-1.
42. JONKER, E. J., GOOSSENS, P. J., STEENHUIS, I. H., et al., 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. **15**(6), 492–499.
43. KAČMÁROVÁ, M., et al., 2014. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **4**(1), 16-23. ISSN 1338-6263.

44. KAČMÁROVÁ, M., GURKOVÁ E., ČELAKOVSKÁ, L., 2014. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. *Ošetrovatelstvo*. **4**(1), 16-24. ISSN 1338-6263.
45. KRUG, G. E., DAHLBERG, L., MERCY, J. A., 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. 394 s. ISBN 92 4 154561 5.
46. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a.s. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
47. KŘIVOHLAVÝ, J., 2004. *Jak přežít vztek, zlost a agresí*. Praha: Grada Publishing, a.s. 160 s. ISBN 80-247-0818-3.
48. KŘIVOHLAVÝ, J., 2008. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál s.r.o. 192 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
49. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
50. KVĚTENSKÁ, D., 2014. *Krizová intervence v kontextu sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-435-9.
51. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.
52. LAZARE, A., LEVY, R., 2011. Apologizing for humiliations in medical practice. *Chest*. **4**, 746-51. ISSN 0012-3692.
53. LEPIEŠOVÁ, M., ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K., et al., 2012. Výskyt agresie pacientov voči sestram: psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **2**(1), 26-32.
54. LEPIEŠOVÁ, M., NĚMČEKOVÁ, M., 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. *Sociológia*. **45**(2), 172-194.
55. LEPIEŠOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., et al., 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **6**(3), 306-312. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0020

56. LEPPING, P., LANKA, S., 2013. Prevalence of patient and visitor violence against staff on high-risk medical wards. *European Psychiatry*. **28**, 1-1. ISSN 0924-9338.
57. LOJKOVÁ, M., 2019. *Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
58. LOVAŠOVÁ, S., ŽIAKOVÁ, E., KOČIŠOVÁ, A., et al., 2014. *Analýza vybraných faktorov klientskeho násilia v sociálnej práci*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-8152-218-5.
59. MACH, J., 2010. *Lékař a právo*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9
60. MASTILIÁKOVÁ, D., 2004. *Úvod do ošetrovatelství 1. díl – Systémový přístup*. 2. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
61. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-717-8549-0.
62. MICHLOVÁ, K., 2012. *Přístup ke zdravotní péči u bezdomovců v Praze*. Praha. Diplomová práce. UK FSV.
63. MROCZEK, B., et al., 2014. Patient aggression towards health care professionals. *Progress in Health Sciences*. **12**(4), 67-74. ISSN 2083-1617.
64. NAWKA, A., 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. **13**(2), 69-74. ISSN 1803-5272
65. NEEDHAM, I., ABDERHALDEN, C., HALFENS, R. J. G., et al., 2005. The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. **42**(6), 649-655. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.10.003.
66. NEŠPOR, K., 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*. **4**(9), 371-373. ISBN 1214-8687.
67. NEŠPOR, K., 2012. Takzvaně problémový pacient. *Zdravotnictví a medicína*. **16**. ISSN 2336-2987.

68. NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ A., 2009. Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejich ovlivnění. *Česká a slovenská psychiatrie*. **105**(1), 38-40. ISSN 1212 – 0383.
69. NEWMAN, W., NEWMAN, E., 2010. *Domestic Violence: Causes and Cures and Anger Management*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN 978-1-4528-4323-0.
70. NIJMAN, H. L. I., PALMSTIERNA, T., ALMVIK, R., et al., 2005. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. **111**(1), 12-21. ISSN 0001-690X.
71. NITSCHOVÁ, R., KRÁLOVÁ, J., 2008. Násilí při práci sester v nemocnici. *Sestra*. **8**(11), 28-31. ISSN 12-10-0404.
72. ONDREJKOVIČ, P., 2011. Násilie – spoločensky nežiaduci jav ako výzva pre sociálne profesie. In: CHYTIL, O., MATULAYOVÁ, T., eds. *Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti*. Prešov: Prešovská univerzita, s. 119-138. ISBN 978-80-555-0336-3.
73. *Ošetrovateľské diagnózy*, 2013. Praha: Grada Publishing, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
74. PALEČKOVÁ, J., HOVORKOVÁ, J., 2019. Agresivita pacientů není normální, mluvíme o jejím řešení. *Florence: Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese* [online]. [cit. 2021-02-07]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/agresivita-pacientu-neni-normalni-mluvme-o-jejim-reseni/>
75. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
76. PEKARA, J., 2015. *Fenomén násilí v ošetrovateľskej péči všeobecných sester České republiky*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
77. PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M., 2011. Prevence násilí ve zdravotnictví (přehledová studie). *Prevence úrazů, otrav a násilí*. **6**(2), 187-191, ISSN 1804-7858.

78. PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M., HULINSKÝ, P., 2014. Education Experiment: Short Time Education - Long Time Results for Practice. *Journal of Health Science*. **2**(9), 436-440. ISSN 2328-7136.
79. PETŘÍKOVÁ, Z., 2019. *Agresivní chování pacientů z pohledu sestry*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Bratová, Andrea.
80. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
81. POKORNÁ, A., et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
82. POMPEII, L., DEMENT, J., SCHOENFISCH, A., et al., 2013. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*. **44**, 57-64. ISSN 00224375. Dostupné z: doi:10.1016/j.jsr.2012.09.004
83. PONĚŠICKÝ, J., 2005. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 2. vydání. Praha: Triton. 226 s. ISBN 80-7254-593-0.
84. POTTS, C., POTTS, S., 2013. *Assertiveness: How To Be Strong In Every Situation*. John Wiley. ISBN 978-0-857-08367-8.
85. PTÁČEK, P., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
86. RICHMOND, J., et al., 2012. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. **13**(1). Dostupné z: doi:10.5811/westjem.2011.9.6864.
87. ROCHE, M., et al., 2010. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. **42**(1), 13-22. ISSN 15276546.

88. RYAN, D., MAGUIRE, J., 2006. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*. Blackwell Publishing, **14**(01), 106-115. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x.
89. SAGAN, S., 2007. *Awakening the Third Eye*. Australia: Clairvision. ISBN 0-9586700-5-6.
90. SATO, K., WAKABAYASHI, T., KIYOSHI-TEO, H., et al., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. **50**(10), 1368-1376. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.011.
91. SCHABLON, A., ZEH, A., WENDELER, D., et al., 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. **2**(5). ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:10.1136/bmjopen-2012-001420
92. SIELOFF, CH., FREY, M., 2007. *Middle range theory development using Kings conceptual system*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826102386.
93. SILVER, J. M., YUDOFKY, S., 1991. The Overt Aggression Scale. *Journal of Neuropsychiatry*. **1991**(2), 22-29. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/profile/Jonathan_Silver2/publication/21335197_The_Overt_Aggression_Scale_Overview_and_guiding_principles/links/56c7813e08ae96cdd0678978/The-Overt-Aggression-Scale-Overview-and-guidingprinciples.pdf
94. SPECTOR, P. E., ZHOU, Z. E., XUAN CHE, X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. **51**(1), 72-84.
95. STRÁNSKÝ, M. J., 2021. Video či audio záznamy při poskytování zdravotní péče? *Ombudsman pro zdraví* [online]. Praha [cit. 2021-3-15]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/video-ci-audio-zaznamy-pri-poskytovani-zdravotni-pece/>

96. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert. ISBN: 80-85834-60-X.
97. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
98. ŠIMONOVÁ, Z., ŠULIČOVÁ, A., ŠANTOVÁ, T., et al., 2016. Skúsenosti sestier s agresiou pacientov na jednotlivých klinických pracoviskách. In: ADAMCZYK, R., KAČOROVÁ, J., HALUZÍKOVÁ, J., eds. *Sborník příspěvků Pacient je naší prioritou*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 139-145. ISBN 978-80-7510-226-3.
99. ŠKRLA, P., 2005. *Především neublížit*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
100. ŠPATENKOVÁ, N., 2003. Přiměřená, problematická, patologická komunikace. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Tematická příloha č. 2., s. 1-7. ISSN 1214-0074.
101. ŠPATENKOVÁ, N., 2004. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0888-4.
102. ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
103. TAYLOR, D., 2000. Student preparation in managing violence and aggression. *Nursing Standard*. **14**(30), 39-41.
104. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., LEPIEŠOVÁ, M., et al., 2016. Nurses' experience and attitudes towards inpatient aggression on psychiatric wards. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. **7**(3), 462-469. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2016.07.0016.
105. TREŠLOVÁ, M., 2010. *Význam komunikace ve vztahu sestra – lékař*. In BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. *Vztah sestra – lékař*. Brno: NCONZO, 2010. 82-92 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

106. TREŠLOVÁ, M., 2012. Simulation, Debriefing and Safety in Nursing Education and Practice. *International Symposium Present and the Future of Nursing and Midwifery*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 290-293. ISBN 978-80-7394-365-3.
107. Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky, 1993. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 1. ISSN 1211-1244.
108. VÁGNEROVÁ, M., 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
109. VÁCHOVÁ, J., 2006. Obtížný pacient. *Sestra*. **16**(5), 22-23. ISSN 1210-0404.
110. VAŇKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S., 2015. Základní metodický rámec pro realizaci supervize v českém ošetrovatelství. *Florence*. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/zakladni-metodicky-ramec-pro-realizaci-supervize-v-ceskem-oseetrovatelstvi/>
111. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2170-5.
112. VENGLÁŘOVÁ, M., et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
113. VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. 104 s. ISBN 978-80-247-8789-3.
114. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
115. VEVERA, J., UHROVÁ, T., STOPKA, P., et al., 2002. Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění. *Psychiatrie pro praxi*. **2**(5), 226-229. ISSN 1803-5272
116. VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P., 2011. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína*. (2), 220-222. ISSN 1212-4184.

117. VEVERA, J., NICHTOVÁ, A., STRUNZOVÁ, V., et al., 2018. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a Slovenská psychiatrie*. **5**(114), 213-217. ISSN 1212-0383.
118. VODÁČKOVÁ, M., et al., 2002. *Krizová intervence: krize v životě člověka: formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál s.r.o. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
119. VOKURKA, M., HUGO, J., 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o. ISBN 80-7345-058-5.
120. VOLAVKA, J., 2010. Violent Behavior in Mental Illness: The Role of Substance Abuse. *JAMA*. **304**(5). ISSN 0098-7484. Dostupné z: doi:10.1001/jama.2010.1097.
121. VRUBLOVÁ, Y., 2002., Etické normy v ošetrovatelství. In: JAROŠOVÁ, D., et al., eds. *Trendy v ošetrovatelství. Trends in Nursing*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 19-21. ISBN 80-7042-335-8.
122. VYBÍHALOVÁ, L., 2011. *Problematika agresivního pacienta ve zdravotnickém zařízení*. Olomouc 2011. 60 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
123. VYBÍRAL, Z., MAGROVÁ, G., 2009. *Psychologie komunikace: krize v životě člověka – formy krizové pomoci a služeb*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 319 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
124. Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36. ISSN 1211-1244.
125. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39. ISSN 1211-1244.
126. WINSTANLEY, S., WHITTINGTON, R., 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*. **13**(1), 3-10. ISSN 0962-1067. Dostupné také z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x.

127. ZACHAROVÁ, E., 2006. Význam sociální komunikace ve vzdělávání zdravotnických pracovníků. In DUŠOVÁ, B., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y., eds. *Trendy v ošetrovatelství IV. Trends in Nursing IV*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 251-254. ISBN 80-7368-182-X.
128. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. **11**(10), 471. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>
129. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-621.
130. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131. ISSN 1211-1244.
131. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11. ISSN 1211-1244.
132. ZAMPIERON, A., GALEAZZO, M., TURRA, S., et al., 2010. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*. ISSN 0962-1067. Dostupné také z: doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x.
133. ZELMAN, M., HOLLÝ, K., BRAČOKOVÁ, H., 2006. Zvládanie akútneho psychomotorického nekludu a agresivity pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. **7**(4), 185-190. ISSN 1803-5272.
134. ZIMBARDO, Philip, 2011. *Psychology: Core Concepts*. USA: Pearson. 260 s. ISBN 978-0205183463.
135. ŽIAKOVÁ, K., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 232 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 PŘEDPOKLADY INTERAKCE MEZI SESTROU A PACIENTEM, INTERAKCE DOSAŽENÍ CÍLE DLE KINGOVÉ.....	23
OBRÁZEK 2 NĚKTERÉ NANDA OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA S NÁSILNÝMI PROJEVY	24
OBRÁZEK 3 ESKALACE NÁSILÍ ZE STRANY PACIENTA	34
OBRÁZEK 4 DOKUMENTACE PŘI SETKÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY S PROJEVY NÁSILÍ.....	51
OBRÁZEK 5 SUPERVIZNÍ MODEL „CLEAR (JASNÝ)“	57
OBRÁZEK 6 SUBŠKÁLA S1 SLOVNÍ AGRESE, POLOŽKA V1 POMLUVY	73
OBRÁZEK 7 SUBŠKÁLA S1 SLOVNÍ AGRESE, POLOŽKA V2 NEOPRÁVNĚNÉ OBVIŇOVÁNÍ....	73
OBRÁZEK 8 SUBŠKÁLA S1 SLOVNÍ AGRESE, POLOŽKA V3 VERBÁLNÍ ÚTOK - URÁŽKY, NADÁVKY	74
OBRÁZEK 9 SUBŠKÁLA S1 SLOVNÍ AGRESE, POLOŽKA V4 VERBÁLNÍ ÚTOK - ZASTRAŠOVÁNÍ, VÝHRUŽKY	74
OBRÁZEK 10 SUBŠKÁLA S1 SLOVNÍ AGRESE, POLOŽKA V5 VERBÁLNÍ ÚTOK - SLOVNÍ POZNÁMKY SEXUÁLNÍHO CHARAKTERU	75
OBRÁZEK 11 SUBŠKÁLA T1 TĚLESNÁ AGRESE BEZ POUŽITÍ ZBRANĚ, POLOŽKA V6 - PLIVNUTÍ, KOUSNUTÍ, POŠKRÁBÁNÍ, ŠTÍPNUTÍ.....	75
OBRÁZEK 12 SUBŠKÁLA T1 TĚLESNÁ AGRESE BEZ POUŽITÍ ZBRANĚ, POLOŽKA V7 - STRKÁNÍ, HOZENÍ PŘEDMĚTU	76
OBRÁZEK 13 SUBŠKÁLA T1 TĚLESNÁ AGRESE BEZ POUŽITÍ ZBRANĚ, POLOŽKA V8 - FACKA, ÚDER PĚSTÍ, KOPNUTÍ	76
OBRÁZEK 14 SUBŠKÁLA T2 TĚLESNÁ AGRESE S POUŽITÍM ZBRANĚ, POLOŽKA V9 - ŠKRCENÍ, NAPADNUTÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM, BODNUTÍ, POSTŘELENÍ	77
OBRÁZEK 15 SUBŠKÁLA T2 KONTAKTNÍ FORMY SEXUÁLNÍ AGRESE, POLOŽKA V10 - TĚLESNÝ KONTAKT SE SEXUÁLNÍM ZÁMĚREM (BEZ FYZICKÉHO UBLÍŽENÍ)	77
OBRÁZEK 16 SUBŠKÁLA T2 KONTAKTNÍ FORMY SEXUÁLNÍ AGRESE, POLOŽKA V11 - SEXUÁLNÍ NAPADNUTÍ (I S FYZICKÝM UBLÍŽENÍM)	78
OBRÁZEK 17 KÓDOVACÍ SCHÉMA K HLOUBKOVÝM ROZHOVORŮM	96

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 GENDEROVÉ ZASTOUPENÍ RESPONDENTŮ	67
TABULKA 2 VĚKOVÉ ROZLOŽENÍ RESPONDENT	68
TABULKA 3 VĚKOVÉ ZASTOUPENÍ PODLE POHLAVÍ	69
TABULKA 4 RODINNÝ STAV RESPONDENTŮ	70
TABULKA 5 ZASTOUPENÍ VŠEOBECNÝCH A PRAKTICKÝCH SESTER	70
TABULKA 6 VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ	70
TABULKA 7 DRUH PRACOVNÍHO ÚVAZKU NA SOUČASNÉM PRACOVIŠTI	71
TABULKA 8 DÉLKA PRAXE NA SOUČASNÉM PRACOVIŠTI	71
TABULKA 9 VYHODNOCENÍ VAPS ŠKÁLY (<i>DESCRIPTIVE STATISTIC</i>)	72
TABULKA 10 REAKCE BEZPROSTŘEDNĚ NA NÁSILÍ	79
TABULKA 11 PROSTŘEDKY PRO ZVLÁDNUTÍ FYZICKÝCH PROJEVŮ NÁSILÍ	79
TABULKA 12 REAKCE PO ODEZNĚNÍ SITUACE	80
TABULKA 13 DŮVODY NEŘEŠENÍ KONFRONTACE S NÁSILÍM	80
TABULKA 14 PŘIPRAVENOST NA SETKÁNÍ S NÁSILÍM	81
TABULKA 15 PODPORA PO SETKÁNÍ S NÁSILNÝMI NA PRACOVIŠTI	81
TABULKA 16 DALŠÍ POSTUP PO SETKÁNÍ S NÁSILNÝMI PROJEVY ZE STRANY PACIENTA	82
TABULKA 17 ZNALOST POSTUPŮ K PŘEDCHÁZENÍ NÁSILÍ	82
TABULKA 18 APLIKACE POSTUPŮ PŘI PŘEDCHÁZENÍ NÁSILÍ	83
TABULKA 19 POTŘEBA MATERIÁLU S INFORMACEMI, KTERÝ BY POMOHL SNIŽOVAT (DEESKALOVAT) MOŽNOSTI VÝSKYTU NÁSILNÝCH PROJEVŮ	83
TABULKA 20 PÁROVÝ T-TEST	84
TABULKA 21 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA	84
TABULKA 22 NEJČASTĚJŠÍ NÁSILNÉ - VERBÁLNÍ PROJEVY, SE KTERÝMI SE SESTRY SETKÁVAJÍ	84
TABULKA 23 NEJČASTĚJŠÍ NÁSILNÉ - FYZICKÉ PROJEVY, SE KTERÝMI SE SESTRY SETKÁVAJÍ	85
TABULKA 24 REAKCE NA SETKÁNÍ S NÁSILÍM	85
TABULKA 25 BINOMÁLNÍ TEST – ŘEŠENÍ INCIDENTU	86
TABULKA 26 BINOMÁLNÍ TEST - PŘIPRAVENOST NA SETKÁNÍ S NÁSILÍM	86
TABULKA 27 VYUŽITÍ INFORMACÍ O DEESKALACI PŘI PRÁCI	88
TABULKA 28 BINOMÁLNÍ TEST - VYUŽITÍ INFORMACÍ O DEESKALACI PŘI PRÁCI	88
TABULKA 29 AKCEPTOVATELNÁ FORMA PŘEDÁNÍ NOVÝCH INFORMACÍ O DEESKALACI ...	88

TABULKA 30 MULTINOMIÁLNÍ TEST - AKCEPTOVATELNÁ FORMA PŘEDÁNÍ NOVÝCH INFORMACÍ O DEESKALACI.....	89
TABULKA 31 DETAILNÍ CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ HLOUBKOVÝCH ROZHOVORŮ.....	91
TABULKA 32 RESPONDENT 1 (R1).....	92
TABULKA 33 RESPONDENT 2 (R2).....	92
TABULKA 34 RESPONDENT 3 (R3).....	93
TABULKA 35 RESPONDENT 4 (R4).....	93
TABULKA 36 RESPONDENT 5 (R5).....	93
TABULKA 37 RESPONDENT 6 (R6).....	94
TABULKA 38 RESPONDENT 7 (R7).....	94
TABULKA 39 RESPONDENT 8 (R8).....	94
TABULKA 40 RESPONDENT 9 (R9).....	95
TABULKA 41 RESPONDENT 10 (R10).....	95
TABULKA 42 SPOLEČNÉ KATEGORIE OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ	95

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Etiologie násilí
Příloha 2	Overt Aggression Scale – OAS
Příloha 3	Model reaktivního managementu
Příloha 4	Dotazník ke kvantitativnímu výzkumu
Příloha 5	Souhlas s výzkumným šetřením ve FNKV
Příloha 6	Souhlas s výzkumným šetřením FNM
Příloha 7	Otázky polostrukturovanému rozhovoru
Příloha 8	Rozhovory s respondenty 1 - 10

SEZNAM ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika
PET	Pozitronová emisní tomografie
MRI	Magnetická rezonance
EEG	Elektroencefalograf
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
JIMP	Jednotka intenzivní metabolické péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
ICN	Council of Nurses
PČR	Policie České republiky
VAPS	the Violence of Patients Scale (výskyt agrese pacientů vůči sestřám)
FNKV	Fakultní nemocnice Královské vinohrady
FNM	Fakultní nemocnice v Motole