



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

**Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje**

## **RIGORÓZNÍ PRÁCE**

Obor:

**OŠETŘOVATELSTVÍ VE VYBRANÝCH KLINICKÝCH  
OBORECH**

**Autor: Mgr. Hana Kubešová**

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji rigorózní práci s názvem „*Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje*“ jsem vypracovala 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 rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Poděkování bych chtěla věnovat doc. MUDr. Jozefu Filkovi, Ph.D., za cenné rady, podporu, odborné vedení a připomínky, které mi během psaní mé rigorózní práce s ochotou poskytoval.

# Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje

## Abstrakt

Hlavním cílem rigorózní práce bylo zmapovat problematiku násilí a agresivity v nemocnicích Jihočeského kraje. Dílčí cíle identifikovaly četnost výskytu verbální a fyzické formy násilí, mapovaly nejrizikovější faktory pro výskyt agrese, zjišťovaly postoj sester k samotné agresi, identifikovaly negativní následky styku s agresorem zaznamenané u sester a mapovaly strategii zvládnání stresu u sester po zkušenosti tohoto druhu. K dalším dílčím cílům práce patřilo zmapování systému hlášení nežádoucích událostí, vyhodnocení systému proškolení personálu v chování vůči agresorovi, zhodnocení nastavení preventivních opatření v souvislosti s agresí pacientů a zmapování benefitů pro pacienty a zaměstnance v jednotlivých nemocnicích.

V empirické části byla využita kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. V kvantitativním výzkumném šetření byl sběr dat realizován pomocí dotazníků, které byly distribuovány do všech nemocnic v Jihočeském kraji prostřednictvím hlavních sester. Celkem bylo do nemocnic distribuováno 665 dotazníků. Kvalitativní část výzkumného šetření byla realizována prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami. Výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření tvořili top manažeři jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji.

Výsledky kvantitativní části potvrdily, že zkušenost ať už s verbální, či fyzickou formou agrese má celkem 98 % oslovených respondentů. Šetření potvrdilo, že verbální agrese převažuje nad fyzickou. Jako nejčastější faktor vzniku agrese bylo respondenty označeno zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety), přičemž bylo prokázáno, že nejčastěji tento faktor jako rizikový hodnotí sestry z chirurgických oborů a intenzivní péče. Postoj sester k agresi pacientů ukázal důležitost zaznamenávání těchto incidentů jako nežádoucích událostí, bez ohledu na vzdělání sester. Šetření poukázalo na fakt, jak sestry proškolené v oblasti agrese pozitivně vnímají preventivní chování a významně častěji se domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet. Školení v problematice řešení agrese pacientů přitom absolvovalo pouze 31 % dotazovaných respondentů. Nejčastěji uváděným negativním následkem styku s agresorem byl u sester celodenní pocit stresu či pocit stresu při vykonávání pracovních činností. Pocit syndromu vyhoření ve významně větší míře pociťují sestry s praxí dvacet

let a více než sestry s kratší dobou praxe. Mezi významnými ukazateli strategie zvládnání stresu po styku s agresorem se jako nejčastější ukázalo mluvení s přáteli, kolegy či rodinou o celém incidentu a také snaha na incident nemyslet. Výsledky kvalitativního šetření potvrdily dobře nastavený systém hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů ve všech nemocnicích Jihočeského kraje. Vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků, v problematice agresivního chování pacientů mají nemocnice nastavené spíše formou jednorázových školení a pouze jedna organizace má pro své zaměstnance kontinuální vzdělávací program věnující se této problematice. Preventivním opatřením se zabývají všechny nemocnice v Jihočeském kraji. Patří sem hlavně využívání bezpečnostní služby, kamerového systému a vybavení pracovišť bezpečnostními prvky. Všechny nemocnice také svým pacientům poskytují benefity formou různých služeb, jako jsou občerstvení, wi-fi free připojení, televize, vzdělávací a edukační materiály či slevový program v lékárně. Benefity pro zaměstnance se odvíjejí od ekonomické situace v nemocnici a jsou většinou jednorázového charakteru. Některé nemocnice disponují stálými benefity, jako jsou slevy v lékárně, dětské školky či skupiny, příspěvky na očkování, pojištění, příměstské tábory dětí, vzdělávací jazykové kurzy nebo relaxační program.

Rigorózní práce poukázala na problematiku agrese a násilí pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje. Zmapované faktory a postoje sester mohou být pro jednotlivé nemocnice výstupem pro nastavení preventivních opatření. Negativní následky identifikované u sester po styku s agresorem mohou být zčásti kompenzovány benefity pro zaměstnance, jako jsou prevence psychického a fyzického vyčerpání. Stanovené cíle rigorózní práce byly naplněny.

### **Klíčová slova**

Agresivita, násilí, agresivní pacient, sestra, stres.

# **Violence and Aggression in Hospitals in the South Bohemian Region**

## **Abstract**

The main goal of the rigorous thesis was to map the issue of violence and aggression in hospitals in the South Bohemian region. The sub-objectives identified the frequency of verbal and physical forms of violence, mapped the riskiest factors of aggression occurrence, identified nurses' attitudes to aggression, identified the negative consequences of nurses' contact with the aggressor, and mapped nurses' stress management strategies after this type of experience. Other partial goals of the work included mapping the system of reporting adverse events, evaluating the system of training staff in dealing with the aggressor, evaluating the set of preventive measures in connection with patient aggression, and mapping the benefits for patients and employees in individual hospitals.

In the empirical part, a combination of quantitative and qualitative research was used. In a quantitative research survey, data collection was carried out using questionnaires, which were distributed to all hospitals in the South Bohemian Region through head nurses. A total of 665 questionnaires were distributed to hospitals. The qualitative part of the research survey was carried out through the method of questioning, the technique of non-standardized interview with additional questions. The research set of the qualitative research survey consisted of top managers of individual hospitals in the South Bohemian Region.

The results of the quantitative part confirmed that a total of 98% of the addressed respondents have experience with either verbal or physical forms of aggression. The investigation confirmed that verbal aggression outweighs physical aggression. Abuse of addictive substances (alcohol, drugs, cigarettes) was identified by the respondents as the most common factor in the development of aggression, and it was shown that this factor is most often assessed as risky by nurses of surgical and intensive care department. Nurses' attitudes toward patient aggression have shown the importance of recording these incidents as adverse events, regardless of nurses' education. The survey pointed to the fact that nurses trained in aggression have a positive perception of preventive behaviour and significantly more often believe that aggressive behaviour can be effectively prevented. Only 31% of respondents completed training on the issue of patient aggression. The most frequently reported negative consequence of contact with

the aggressor was the all-day feeling of stress or the feeling of stress during work activities. The feeling of burnout syndrome is felt to a much greater extent by nurses with twenty years of experience and more than by nurses with shorter periods of practice. Talking with friends, colleagues, or family about the whole incident was proved as the most important and common stress management strategy after contact with the aggressor as well as trying not to think about the incident. The results of the qualitative survey confirmed a well-established system for reporting adverse events associated with aggressive patient behaviour in all hospitals in the South Bohemian Region. Education of employees, including healthcare professionals, in the issue of aggressive behaviour of patients, is set up by hospitals in the form of one-off training, while only one organization has a continuous training program for its employees dedicated to this issue. All hospitals in the South Bohemian Region deal with preventive measures. This mainly includes the use of security services, camera systems, and equipping workplaces with security features. All hospitals also provide their patients with benefits in the form of various services, such as refreshments, free wi-fi, television, and educational materials or a discount program at the pharmacy. The benefits for employees depend on the economic situation in the hospital and are mostly of a one-off nature. Some hospitals have permanent benefits, such as discounts at the pharmacy, kindergartens or children's groups, vaccination allowances, insurance, suburban children's camps, educational language courses, or a relaxation program.

The rigorous thesis pointed out the issue of aggression and violence of patients against nurses in hospitals in the South Bohemian region. The mapped factors and attitudes of nurses can form an output for individual hospitals to set preventive measures. The negative consequences coming from nurses' contact with aggressors may partially be compensated by benefits for employees, such as the prevention of mental and physical exhaustion. The set goals of the rigorous thesis were fulfilled.

### **Keywords**

Aggression, violence, aggressive patient, nurse, stress.

## OBSAH

ÚVOD .....	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....	9
1.1 Agresivita a násilí jako celospolečenský problém .....	9
1.2 Vymezení základních pojmů .....	10
1.2.1 Agrese .....	11
1.2.2 Agresivita .....	12
1.2.3 Násilí .....	13
1.2.4 Hostilita .....	14
1.2.5 Deeskalace .....	15
1.2.6 Stres .....	16
1.2.7 Frustrace .....	17
1.2.8 Bezpečí .....	18
1.3 Agresivita a násilí pacientů vůči sestřám .....	19
1.3.1 Agresivita a násilí ve světě .....	19
1.3.2 Agresivita a násilí v ČR .....	23
1.3.3 Faktory ovlivňující vznik agrese a násilí .....	25
1.3.4 Nejčastější formy agresivního chování .....	26
1.4 Komunikace jako prevence násilných incidentů .....	27
1.4.1 Význam komunikace s agresivním pacientem .....	28
1.4.2 Zvládání komunikace s agresorem pod vlivem drog a alkoholu .....	29
1.4.3 Účinná komunikace s agresivním psychicky nemocným pacientem .....	30
1.5 Ochrana zaměstnance před agresorem .....	32
1.5.1 Preventivní opatření v organizacích .....	32
1.5.2 Vzdělávání zdravotníků a ostatních zaměstnanců organizace .....	34
1.5.3 Účinná sebeobrana před agresorem .....	35
1.5.4 Řešení násilí v právním řádu .....	36
1.6 Psychosomatické následky po styku s agresorem .....	37
1.6.1 Strategie zvládání stresu z pohledu sestry .....	38
1.6.2 Psychické vyčerpání .....	40
1.6.3 Fyzická únava .....	40
1.7 Hlášení nežádoucích událostí .....	41
1.7.1 Význam hlášení nežádoucích událostí spojených s agresorem .....	43



1.7.2 Management řešení nežádoucích událostí .....	44
1.7.3 Výstupy z řešení nežádoucích událostí .....	45
2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU .....	46
2.1 Cíle práce .....	46
2.2 Hypotézy .....	46
2.3 Výzkumné otázky .....	47
3 METODIKA VÝZKUMU .....	48
3.1 Metodika sběru dat .....	48
3.1.1 Metodika sběru dat kvantitativního výzkumného šetření .....	48
3.1.2 Metodika sběru dat kvalitativního výzkumného šetření .....	49
3.2 Výzkumný soubor .....	50
3.2.1 Výzkumný soubor kvantitativního výzkumného šetření .....	50
3.2.2 Výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření .....	51
3.3 Metodika zpracování dat .....	51
3.3.1 Metodika zpracování kvantitativních dat .....	51
3.3.2 Metodika zpracování kvalitativních dat .....	52
4 VÝSLEDKY .....	53
4.1 Výsledky kvantitativního šetření .....	53
4.1.1 Statistické vyhodnocení hypotéz .....	65
4.2 Výsledky kvalitativního šetření .....	70
4.2.1 Problematika evidence a hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů .....	70
4.2.2 Problematika vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků v oblasti agresivního chování pacientů .....	78
4.2.3 Preventivní opatření v organizacích .....	86
4.2.4 Benefity poskytované pacientům a zaměstnancům v jednotlivých nemocnicích .....	98
5 DISKUZE .....	104
6 ZÁVĚR .....	125
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	127
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	128
9 SEZNAM PŘÍLOH .....	143
10 SEZNAM ZKRATEK .....	144

## ÚVOD

Násilí a agresivita provází v současném světě každého z nás, bez ohledu na věk. I když se nás v mnohých ohledech netýká osobně, setkáváme se s ní v podstatě denně. Je to dáno hlavně vlivem médií a vývojem technologií, včetně počítačových her, které jsou dostupné i těm nejmenším dětem. V neposlední řadě hraje roli i vlastní zkušenost, jelikož každý z nás se v životě setkal s jistou formou agrese. Pokud je jedinec vystaven agresivnímu chování opakovaně, může být agresivita vnímána jako norma a stává se běžnou součástí jeho života.

Násilí a agresivní chování se promítají i do života a práce zdravotníků. Agresoři nemusí být jen samotní pacienti, často se setkáváme s agresory, kteří jsou pouze doprovodem pacienta. Samotná práce zdravotníka je velmi psychicky i fyzicky náročná, a pokud dojde ke styku s agresorem, může být zdravotník vystaven velkému psychickému tlaku či stresu a může ve své práci chybovat. To může mít vliv na kvalitu péče, ať už lékařské, nebo ošetrovatelské. Problematika agrese ve zdravotnictví je obecně velmi diskutovaným a často medializovaným tématem.

Rigorózní práce je věnována násilí a agresivitě v nemocnicích Jihočeského kraje. Výzkum je soustředěn na nelékařský zdravotnický personál, jelikož ten bývá ve většině případů „v první linii“ při styku s pacientem či jeho doprovodem, a to hlavně v ambulantním provozu. V lůžkové péči je nelékařský zdravotní personál v každodenním několikahodinovém kontaktu s pacientem a tím se rovněž zvyšuje možnost styku s agresorem. Rigorózní práce je v kvantitativní části zaměřena na četnost výskytu verbální a fyzické agrese, mapuje faktory, které jsou pro výskyt agrese nejrizikovější, zjišťuje postoj sester k agresi pacientů, identifikuje negativní následky u sester po styku s agresorem a mapuje strategii zvládnání stresu u sester po styku s agresorem. Kvalitativní část se věnuje problematice hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou, systému proškolení personálu, preventivním opatřením v jednotlivých nemocnicích a benefitům, které jsou určeny jak pro pacienty, tak pro zaměstnance nemocnic.

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

## *1.1 Agresivita a násilí jako celospolečenský problém*

Agrese, agresivita a násilí představují problém, který v současné době prostupuje společnostmi napříč všemi generacemi a sociálními vrstvami. O agresivním chování se hovoří už celá staletí a také bylo vydáno mnoho různých knih a publikací na toto téma. Násilnické chování se stává celosvětovým problémem ve všech oborech, včetně zdravotnictví. Globálně se hovoří o fenoménu násilí. Díky různým masmédiím, internetu a zdokonalování technologií se v dnešní době prezentace násilí rychle šíří a rozmnožuje. Do dnešního dne bylo uskutečněno mnoho výzkumů a experimentů na lidských jedincích a zvířatech, aby se objasnily příčiny agresivního chování, kterému bychom mohli jako společnost čelit. Existuje značný počet teoretických studií na téma agresivita a násilí ve společnosti, ale ve skutečnosti se tomuto problému neumíme v praxi plně postavit. Agresivita a násilí se stávají problémem nejen psychologickým, ale také sociologickým a politickým (Fischer, Škoda, 2014; Hamerníková, 2014).

S agresivním a násilnickým chováním se setkáváme téměř denně. Dnešní doba nabízí mnoho televizních pořadů s touto tematikou, existuje mnoho akčních počítačových her a v neposlední řadě se s agresivním chováním setkáváme často i v běžném životě. Například v obchodě, při jízdě dopravou, ale i při rodinných neshodách či v zaměstnání. Mezi silně ohrožené skupiny profesí můžeme mimo zdravotnictví zařadit také policisty, řidiče a revizory ve veřejné dopravě, prodavače, barmany či sociální pracovníky (Hamerníková, 2014; Greitemeyer, McLatchie, 2011). Různé studie uvádějí, že až čtvrtina agresivního a násilnického chování se odehrává právě ve zdravotnictví. Výjimkou není ani Česká republika. Globální problém agrese a násilí ve zdravotnictví se týká všech zaměstnanců na různých pracovištích, což může mít za následek snížení kvality zdravotních služeb, odchod zaměstnanců ze zdravotnictví a s tím související obecné snížení kvality poskytovaných služeb (Pekara, Trešlová, 2011; Pekara, 2013). Kerr et al. (2017) a Hallett, Dickens (2017) se shodují, že násilí při výkonu profese negativně ovlivňuje fyzickou i psychickou pohodu zaměstnanců. Při dlouhodobé psychické i fyzické zátěži dochází ke snížení pracovní motivace, snižuje se produktivita práce a může docházet k syndromu vyhoření. To s sebou přináší i značné finanční ztráty v systému zdravotní péče.

Burda (2014) uvádí, že problémem agresivity se ve svých dílech zabýval již v 17. století anglický filozof Thomas Hobbes. Jeho kniha *Leviathan*, která byla inspirována anglickou občanskou válkou, popisuje teoretické aspekty zabývající se strukturou společnosti a pojednává hlavně o násilí, násilné smrti a nutné sebeobraně. Dalším významným představitelem zabývajícím se problematikou agrese byl známý psycholog a zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud. Věnoval se především analýze lidských pudů a založil teorii agrese. Ve svých teoriích se snažil popsat, že agrese má své biologické kořeny.

V současné době jsou ve světě prvořadým tématem hlavně studie a výzkumné projekty, které mapují problematiku agresivního jednání, a to zejména ve zdravotnictví. Na špičce v počtu studií, které se věnují problematice rizik ve zdravotnictví, jsou Spojené státy americké (USA). Rozsáhlé studie jsou zde prováděny jak v jednotlivých státech USA, tak i napříč celými státy (Netušilová, 2012). Výzkumné projekty a studie zabývající se otázkou agrese ve zdravotnictví jsou ve velké míře prováděny i v mnoha evropských zemích (Richter, 2014; Baby et al., 2016). Také v Austrálii a v některých asijských zemích, jako je například Japonsko, vznikají výzkumné projekty mapující problematiku agresivního chování ve zdravotnictví (Kerr et al., 2017; Sato et al., 2012). Agresivní a násilnické chování bývá projevem slabosti a neschopnosti řešit negativní situace s úctou k člověku (Popovičová, Vansač, 2018).

## ***1.2 Vymezení základních pojmů***

Pekara (2015b) i Burda (2014) popisují, že agrese, agresivita a násilí jsou pojmy, které jsou spolu mnohdy spojovány a užívány v jednom významu. V literatuře se s tím setkáváme velmi často, a to i v té odborné. I když obecně agresi, agresivitu i násilí vnímáme jako jeden problém a jednu skutečnost, nachází se mezi nimi rozdíly. Jednotné a přesné definice však pro tyto pojmy neexistují. Jak uvádí Pekara (2015b) s Burdou (2014), je také důležité od sebe oddělit agresivitu a násilí jako normu a jako patologii. Vědecká terminologie rovněž užívá pojmy, jako jsou emocionální zneužívání, psychologická agrese, verbální násilí, verbální agrese nebo emoční zneužívání (Richter, 2014).

### **1.2.1 Agrese**

Agrese pochází z latinského slova *ad-gredior*, což znamená napadnout, přistoupit blízko. Literatura uvádí mnoho definic pojmu agrese jak z oblasti psychologie, tak i psychiatrie. Základem agrese je emočně motivační pohnutka, která má za cíl poškodit věci, lidi nebo sebe samého. Jedná se o akutní krátkodobou reakci na základě neuspokojení nějaké potřeby. Je vnímána také jako vrozená vlastnost (Pekara, 2015a; Burda 2014). Burda (2014) s Hettnerovou (2015a) se shodují, že se jedná o porušení základních norem chování, která omezují práva živých bytostí a porušují celistvost neživých objektů. Agrese nemusí být chápána vždy negativně. Pokud dochází k překonávání překážek, může mít agresivní postoj sociálně žádoucí efekt. V oblasti zdravotnictví je agrese vnímána jako obranný či ochranný postoj nebo také jako nástroj pro vynucení si pozornosti a dosažení určitého cíle. Příkladem může být dlouhá čekací doba v čekárně, dlouhá objednávací doba na vyšetření či problém s vystavováním pracovních neschopenek. Prvotním signálem před vznikem agrese může být neklidné chování pozorované u pacienta, které je charakterizováno zvýšenou a nepřiměřenou psychomotorickou aktivitou. Mluvíme o afektivním chování spojeném s hněvem.

Obecně je agrese vnímána jako chování, které není schvalováno sociálními pravidly dané společností. Každá sociokulturní společnost má ovšem svoje pravidla a tradice, a co je v jedné zemi schvalováno jako norma, v druhé zemi může být považováno za asociální chování. Agresi je také možno definovat jako zálibu v ubližování druhým lidem. Pro jedince je pak agrese uvolněním, legrací, potěšením. V tomto případě mluvíme o maligní neboli zhoubné agresi. Směry agrese mohou být různé. Patří sem agrese vybitá na neživých předmětech, agrese vybitá na zvířeti nebo autoagrese, kdy dochází k sebepoškozování nebo k sebevražednému jednání. Mezi základní typy agrese patří přímá a nepřímá agrese, verbální a fyzická agrese nebo pasivní a aktivní agrese. K nejčastějším důvodům vzniku agrese patří emoční vlivy, frustrace či instrumentální vlivy. Příčiny vzniku agrese vychází ze samotné výchovy v dětství. Mimo každodenního mediálního násilí sem patří hlavně výchova dětí v rodinném životě a prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Důležitým faktorem je soulad mezi rodinou a školní výchovou. Vliv na agresi v dětském věku má také příslušnost k partě či subkultuře (Martínek, 2015; Bushman, 2015).

### 1.2.2 Agresivita

Agresivita je chování, které navazuje na agresi. Pochází z latinského slova *aggressio*, znamenajícího útok či výpad. Je charakterizována útočným jednáním, které má více či méně trvalou tendenci. Stejně jako agrese má za cíl poškození osob a věcí. Agresivita je obrannou reakcí na ohrožení, prosazování vlastních cílů a je projevem vnitřních pudů. Může jít o sklon vrozený, či získaný, který lze podporovat nebo tlumit způsobem výchovy (Pekara, 2015b; Burda, 2014). Fischer se Škodou (2014) uvádí mnoho různých teoretických definic agresivity. Rozdílná pojetí předkládají ve své knize, kde popisují Lorencovu koncepci, že agresivita je pouze pudová záležitost nepotřebující vnější podnět, stejně jako Dollardovu koncepci, která říká, že agresivita je reakce na frustraci. Vždy se ale jedná o útočné chování vůči jiné osobě či okolí.

Harmon-Jones (2013) a Tomanová (2015) shodně popisují, že agresivita může být i pozitivní odpovědí na obranu při hrozícím nebezpečí či napadení. Může být pro nás nezbytná, nebo dokonce žádoucí, při schopnosti bránit se. Je například nedílnou součástí kreativity a tvořivosti, což může vést k cenným produktům. S agresivitou je spojená i motivace. Pokud si zdravě agresivní jedinec umí jít za svým cílem a umí o něm komunikovat, tak zpravidla také umí přiměřeně hájit své zájmy. Oproti tomu patologická agresivita, která je způsobena psychickou chorobou, nemusí být adekvátní k dané situaci a může být vyvolána bez jakéhokoliv podnětu. Takto nemocný jedinec je nebezpečný nejen svému okolí, ale i sobě samému.

Agresivitu můžeme rozdělit do několika typů, podle způsobu provedení:

- Otevřená, přímá agresivita je namířena proti konkrétní osobě a proti určitému člověku, který agresi vyvolal. Nejčastěji se s tímto typem setkáváme u dětí, mužů a také osob s mentálním postižením.
- Nepřímá agresivita je namířena proti určitým významným hodnotám člověka, který agresi vyvolal. Není namířená na člověka tváří v tvář, ale je zaměřená na jeho věci.
- Přesunutá agresivita je taková, že si agresor vybíjí svůj vztek na jiné osobě či věcech bez souvislosti s danou událostí. Tento typ agresivity bývá nejčastější.
- Imitativní agresivita znamená, že agresor napodobuje chování člověka, u kterého dříve agresi viděl. Velmi časté je toto chování u šikanovaných či tělesně týraných jedinců. Můžeme se s ním ale také setkat u davového chování, jako je

například agresivní chování fanoušků při utkáních nebo u dlouho čekajících pacientů na ošetření v ambulancích.

- Autoagrese je chování, které je zaměřené vůči svojí osobě. Může docházet k sebepoškození až k sebevraždě. Vyskytuje se především u mentálně postižených osob nebo u osob s depresivními stavy (Hamerníková, 2014; Magurová et al., 2018).

Dalším dělením agresivity dle způsobu provedení je styl:

- Mentální, kdy se agresivní „jednání“ odehrává pouze v myšlenkách agresora. Přeje někomu něco zlého, v duchu proklíná.
- Verbální, jako součást slovního napadání. Často spojeno se slovními urážkami, nadávkami, křikem, sarkasmy či hanlivými vtipy. Tento styl je nejčastější.
- Neverbální, kdy se agresivita projevuje v mimice, gestech a postoji. Součástí tohoto projevu mohou být zaťaté pěsti, zkřížené ruce, zúžené zorničky, napjaté svaly nebo také semknuté rty.
- Grafický, projevující se různými čmáranicemi na sešitech, knihách, věcech, fasádách nebo také automobilech.
- Útočný, který je již spjatý s fyzickým napadením a souvisí s násilím na lidech (Hamerníková, 2014; Magurová et al., 2018).

### ***1.2.3 Násilí***

Pojem násilí bývá často s agresivitou zaměňován. Násilí a násilnické chování jsou součástí pouze lidské společnosti a jsou spojovány s lidským chováním. V přírodních vědách, tzn. v oblasti týkající se zvířat, je tradičně používán pojem agresivita. Násilí znamená vystupňované agresivní chování na podkladě negativní emoce, které je nekontrolovatelné a neakceptovatelné (Fischer, Škoda, 2014; Pekara, 2015b). Také pro násilí existuje mnoho definic. Z psychologického hlediska se jedná o řadu proměnných, které ovlivňují chování člověka a vyvolávají násilnické chování. Z pohledu psychiatrie jde o impulzivní, nebo promyšlené chování, které je spojeno s různými formami psychopatologie. Násilnické chování je patologická agrese, jejímž cílem je ublížit nebo poškodit. Vyskytuje se hlavně v interakci mezi lidmi. Násilí je mnohdy spojováno s ublížením a zraněním jiné osoby (Vorobej, 2016; Pekara, 2013). Magurová et al. (2018) doplňují, že s pojmem násilí je spojováno porušování a zneužívání lidských

práv. Je ohroženo právo na zdraví, právo na důstojné zacházení a v některém případě i právo na život.

Ministerstvo vnitra České republiky uvádí, že v roce 2018 došlo k poklesu násilné kriminality oproti ostatním rokům. Co se týče pachatelů násilných trestných činů v roce 2018, tak zde je registrován nárůst podílu dětí a mládeže na jejich spáchání. Vyšší podíl spáchaných trestných činů mají v tomto roce i cizí státní příslušníci a opakovaně trestané osoby (MV ČR, 2018). Násilí znamená záměrné použití hrozby nebo fyzické síly proti jiné osobě nebo skupině osob. Násilí může být zaměřeno i proti sobě samému. Důsledkem násilného jednání může být zranění, psychické poškození, újma na zdraví, či dokonce smrt. Dle povahy násilných trestných činů dělíme násilí na psychické, fyzické a sexuální (Brown, Campbell, 2010; WHO, 2020). Pugnerová s Kvintovou (2016) uvádějí, že sklony k násilnickému chování mohou být dány buď psychickým onemocněním, nebo mohou být ovlivněny rodinou a samotnou výchovou v dětském věku. Mezi rizikové rodiny z hlediska výchovného přístupu řadíme rodiny, které jsou lhostejné k agresivnímu a násilnickému chování a nepotlačují ho. Dále sem patří neúplné rodiny a také rodiny s despotickým tvrdě trestajícím otcem. Mezi nejsilnější faktory vzniku agresivity a násilí patří nízká socioekonomická úroveň rodiny. Další rizikové faktory jsou rodinné neshody, početné rodiny, odloučení či ztráta rodiče, delikvence rodičů a také dědičné predispozice určitých typů psychických onemocnění.

#### ***1.2.4 Hostilita***

Hostilita pochází z latinského slova *hostilis* – nepřátelský a může souviset s agresivním chováním. Jedná se o negativistický a nepřátelský projev, který můžeme pozorovat v různých činnostech lidského jednání. Hostilita se projevuje nepřátelským postojem vůči sobě i svému okolí a má znaky agresivního chování. Může být vyvolána závistí, žárlivostí, ale také některými duševními chorobami. Zpravidla se jedná o relativně dlouhodobou záležitost, kdy pozorujeme soupeřivé až nepřátelské chování daného člověka k ostatním lidem. Většinou se nejedná o momentální výlev nepřátelství, ale o postoj jako takový. Ve zdravotnictví může mít hostilní chování obranný charakter. Například akutní nemoc je pro pacienta neznámá situace, na kterou se nemohl připravit. Změna jeho zdravotního stavu vede k podráždění a reakce na nemoc mohou být nepřátelské až agresivní (Burda, 2014; Látalová, 2013). Burda (2014) dělí hostilitu do dvou základních skupin. První skupinu tvoří lidé, kteří nepřátelské chování namířili



sami proti sobě. V praxi to znamená, že pacient obviňuje sám sebe, je na sebe rozzlobený, sám sebe ironizuje a může i sám sebe poškozovat. Druhou skupinu tvoří lidé, kteří nepřátelské chování směřují ke všemu ostatnímu, co je kolem nich. Jsou nepřátelští vůči okolí, ostatním lidem, věcem a někdy i vůči celému světu. U obou skupin se mluví o asociálních formách poruch chování.

Paulík (2017) a Streaan (2014) se shodují, že hostilní člověk nemá zpravidla rád lidi a vyhýbá se jakémukoliv přátelení s nimi. Nemá rád navazování nových vztahů, k lidem je kritický, odmítavý a přeje každému neúspěch. Hostilní chování může být jednou z příčin agresivity, ale také nemusí. Agresi nemusí vždy předcházet hostilita a naopak. Hostilní člověk nemusí být vždy agresivní, pouze negativistický a nepřátelský.

### ***1.2.5 Deeskalace***

Eskalace neboli vystupňování určitého problému je opačným významem pro deeskalaci, tedy zmírnění problému. Deeskalace je doporučenou první reakcí na zvládnutí potenciální agrese a násilí ve zdravotnických zařízeních. Deeskalace zahrnuje řadu krátkých psychosociálních intervencí, jejichž cílem je zamezit agresivnímu chování a násilí. Metodu zklidnění definujeme jako interaktivní proces mezi pacientem a zdravotníkem, kdy se pacienta snažíme různými technikami zklidnit. Důležitou součástí osvojení těchto technik je dobrá teoretická znalost problematiky agrese a násilí a také vlastní intuice. K základním technikám deeskalace patří vyhodnocení daného incidentu, vhodná komunikace a taktika vyjednávání vedoucí ke zklidnění celé situace (Hallett, Dickens, 2017; Procházka et al., 2014). Hallett, Dickens (2017) a Pekara (2015a) také uvádějí, že vzájemné intervence zahrnují jak verbální, tak neverbální komunikaci. U neverbální komunikace je důležité, aby se zdravotník zaměřil na ovládnutí sebe samého a respektoval osobní prostor pacienta. Vystupování nesmí být provokativní a má signalizovat dojem bezpečí. Patří sem hlavně mimika, postoj, podání ruky a gestikulace. U verbální komunikace se zaměřujeme na tón a intonaci hlasu, rychlost mluveného slova a jeho správnou volbu. Při stresové situaci pacient nejprve vnímá neverbální komunikaci, tón hlasu, celkové chování personálu a až v poslední řadě obsah mluveného slova.

Barda (2015) doplňuje, že správné využívání deeskalačních technik vyžaduje umět rychle zhodnotit danou situaci, zvolit správnou cestu a účinně komunikovat v jakékoliv vypjaté situaci. V první řadě to znamená znát sebe samého. Člověk si musí být vědom,

co ho vyprovokuje, čeho se bojí a co mu vadí. Díky tomu dokáže efektivně využívat deeskalační techniky a nenechá se sám vyprovokovat. Důležitou součástí komunikace je nedávat najevo svůj strach a zoufalost z celé situace. Útočník zpravidla vycítí slabost, což mu zvyšuje sebevědomí, a hrozí vyhrocení situace.

### **1.2.6 Stres**

Stres a stresové situace se staly nedílnou součástí práce ve zdravotnictví. Současná doba nabízí hned několik definic stresu. Zásadním faktorem pro samotné vnímání stresu jsou komplexní lidské charakteristiky osobnosti jednotlivce. Stres je vnímán jako disharmonie v běžné činnosti, která má na jedince negativní vliv, nebo jako boj s nadlimitní zátěží člověka (Rokyta, 2015; Mandincová, 2011). O stresu je známo, že poškozují zdraví, hlavně v případě, pokud se jedná o dlouhodobý stres. Krátkodobý stres může být naopak vyhledáván v rámci různých adrenalinových sportů, kdy vede k určitému odreagování se a pobavení. Tento stres zpravidla nemá nežádoucí účinky na organismus. O pozitivní stresové zátěži mluvíme jako o eustresu. Pokud je stres přiměřený, stimuluje jedince k lepším výkonům. Dlouhodobý stres má na organismus negativní účinky. V tomto případě mluvíme o distresu, který škodlivě působí na lidský organismus a vyvolává mnoho nežádoucích jevů. Projevuje se psychickými nebo psychosomatickými onemocněními, což má negativní vliv na celkový společenský život jedince (Čeledová, Holčík, 2018; Šauerová, 2018).

Stres také můžeme definovat jako stav napětí, které je vyvoláno různými druhy stresorů. Stresory můžeme rozdělit do tří základních skupin. Do první skupiny patří fyziologické stresory. Řadíme sem hlavně bolest, nemoc, úraz, nadměrný hluk, ale také nenaplnění základních životních potřeb. Druhou skupinu tvoří psychické faktory, jako jsou strach, úzkost, obava či různé negativní emoce. Třetí skupina stresorů, které mají negativní vliv na jedince, jsou sociální podněty. K negativním sociálním podnětům patří onemocnění či úmrtí člena rodiny, rozvod, konflikty v rodině nebo náročné životní situace (Šauerová, 2018; Plamínek, 2013). Stres se nejčastěji projevuje ve třech stádiích. První je takzvaná alarmová reakce, která udržuje organismus v pohotovosti. Z organismu se vyplavuje adrenalin, noradrenalin a další mobilizující látky. Tyto látky mají vliv na tepovou frekvenci, změnu krevního tlaku, zvýšení svalového napětí, zrychlení dechové frekvence či rozšíření zorniček. Tento stav je pro organismus energeticky náročný. Druhé stádium je rezistence neboli adaptační fáze. V této fázi se organismus

přizpůsobuje stresové situaci a budují se účinné obranné mechanismy, aby se tělo umělo efektivně bránit. Často se vyskytuje u opakujících se stresových situací. Výhodou této fáze je vytvoření obranného mechanismu pro organismus, který se pak při opakovaných stresech snáze adaptuje. Třetí fází je stav vyčerpání. Ta nastává, pokud organismus vyčerpá všechny obranné mechanismy a není schopen správně fungovat. Negativním důsledkem jsou zdravotní komplikace, jako srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo psychické poruchy, konkrétně deprese, syndrom vyhoření či posttraumatická stresová porucha (Šauerová, 2018; Štětina, 2014).

Základní obrannou reakcí na stres je reakce fyziologická. Patří sem boj, který může být spojený s agresivitou a násilím, nebo útek. Kognitivní reakce na stres se nejčastěji projevuje úzkostí, hostilitou či psychosomatickými onemocněními. Behaviorální reakce mozku na stres je způsobena vyplavením stresových hormonů do těla, čímž mozek modifikuje reakci na stres. Pokud mluvíme o pracovním stresu, ten se stává jedním z nejvíce diskutovaných témat současnosti, a to nejen v oblasti pracovního lékařství, ale také v oblasti ochrany zdraví při práci (Raudenská, Javůrková, 2011; Ayers; De Visser, 2015). Vévoda (2018) popisuje pracovní stres jako konflikt dvou dimenzí. První dimenze se týká poskytovaných zdrojů v návaznosti na osobní cíle, motivy a hodnoty, druhá dimenze pak požadavků pracovišť a osobních znalostí a dovedností zaměstnance. Pokud existuje rozpor mezi těmito dimenzemi, nastává pro jedince stresová situace. Tento stres mohou pociťovat právě zdravotníci ve chvíli, kdy pracovní požadavky, které jsou na ně kladené, převyšují jejich schopnosti.

### ***1.2.7 Frustrace***

Frustrace pochází z latinského slova *frustra* – marně. O frustraci mluvíme jako o psychickém stavu v souvislosti s reakcí na nějakou frustrující neboli marnou situaci. Dochází k neuspokojení potřeby či nedosažení určitého cíle. Frustrace se zvyšuje v závislosti na důležitosti a preferenci dané neuspokojené potřeby. Základní rozdělení frustrace rozlišuje exogenní a endogenní typ. Exogenní frustrace může být fyzická, formou nějaké blokády, nebo psychická, týkající se například autoritativního zákazu. Endogenní typ je dán vnitřní překážkou, zábranou či bariérou, kdy strach nebo morální důvody nedovolí uskutečnit určité chování. Tímto dochází k frustrování sebe samého. Reakce na frustrace můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Častým typem aktivní frustrace je agrese. Ta je zaměřená buď na sebe samého, nebo na své okolí. Pasivní

reakce může spočívat ve sklíčenosti, odevzdanosti, rezignaci, depresi či určité nečinnosti. Dlouhodobé neuspokojování potřeb může vést k deprivaci (Paulík, 2017; Bělík et al., 2017).

Cakirpaloglu (2012) s Ptáčkem (2011) popisují frustraci jako zvláštní emoční prožitek, který souvisí s pocitem vlastní neúspěšnosti. Dlouhodobé frustrační napětí způsobuje mentální i fyzické vyčerpání, což může vést k úzkosti a strachu. Úzkost a strach negativně ovlivňují osobnost člověka, jeho chování a celkově interpersonální vztahy. Bělík et al. (2017) s Wernerovou (2010) uvádějí, že důsledky frustrace mohou být i pozitivní. To se děje, pokud frustrace člověka motivuje k dosahování cílů a zlepšuje jeho výkon. Z frustrace tak vzniká potřeba. Je to potřeba uznání, lásky, aktivity, komunikace, relaxace i peněz. Aby se jedinec vymanil z pocitu frustrace, musí změnit špatné stereotypní návyky, nezdravý životní styl, potlačit strach a nebýt sám. Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat frustrační toleranci. Patří mezi ně dědičné vlivy, úraz, nemoc, vyčerpání, nesprávná životospráva, výchova a věk.

### ***1.2.8 Bezpečí***

Stav bezpečí můžeme definovat jako bezstarostný stav, kdy se nám nemůže nic stát a cítíme se dobře. Absolutní bezpečí ovšem neexistuje a pojem bezpečí je relativní. Stav bezpečí je situace, kdy jsou eliminována a minimalizována veškerá rizika. Čím vyšší jsou rizika, tím vyšší je nebezpečí. To platí nejen v osobním životě, ale i v pracovním. Riziko nám vyjadřuje jistou pravděpodobnost negativního jevu, který je spojen s určitými důsledky. Nebezpečí můžeme definovat jako situaci, kdy nám hrozí bezprostřední riziko spojené s potenciálním úrazem či škodou na majetku. Pocit bezpečí je zprostředkován nervovým procesem, který může nastat bez vědomí člověka. Podvědomí neustále vyhodnocuje rizika a spouští adaptivní fyziologické reakce na nebezpečí nebo ohrožení života člověka (Geller, 2014; Kočí et al., 2013).

Mastiliaková (2014) s Šamákovou (2011) shodně uvádějí, že pocit bezpečí je základní lidská potřeba. Zahrnuje potřebu jistoty, stability, svobody, spolehlivosti a osvobození. Pocit bezpečí je také dán fungující státní strukturou, pořádkem, dodržováním zákonů a předpisů. Nejde tedy jen o pocit fyzického či psychického bezpečí, ale také o ekonomické, existenční a rodinné bezpečí. Cajthamlová (2017) doplňuje, že pocit bezpečí je základní podmínkou pro zdravý vývoj jednotlivce a vyvíjí se již od útlého dětství. Děti vnímají pocit bezpečí hlavně od svých rodičů a na základě celkové rodinné

situace. Jak dítě roste a vyvíjí se, stoupají jeho znalosti a s tím i jeho sebevědomí a sebedůvěra. Tím se posouvají hranice dětí v jejich poznání a rozšiřuje se prostor pro vnímání pocitu bezpečí. Vnímání pocitu bezpečí je dáno samotnou charakteristikou a osobností člověka, ale také objektivní realitou vnímání nebezpečí v našem životě.

### ***1.3 Agresivita a násilí pacientů vůči sestřím***

Agresivní chování lze spatřit napříč všemi obory a profesemi ve zdravotnictví. Nejčastěji konfrontovanou skupinou zdravotníků bývají zdravotní sestry, jelikož jsou ve většině případů první, kdo přichází s pacientem do kontaktu a tráví s ním nejvíce času (Čerňanová, Knezovič, 2012; Pich et al. 2010). Další ohroženou skupinou, která čelí agresí, jsou samotní pacienti v přímém kontaktu s pacientem agresorem. Často je také agrese vybita na věcech. Mezi méně časté patří útoky na lékaře, psychology či rodinné příslušníky (Čerňanová, Knezovič, 2012; Hamerníková, 2014). Agresivita a násilí ve zdravotnictví jsou specifické tím, že se zdravotník setkává tváří v tvář s pacientem, jenž se často neumí vyrovnat se svojí nemocí. Takový pacient může pociťovat úzkost, strach, zmatek, stres nebo bolest. Tyto pocity v něm mohou evokovat agresí a agresivní chování (Hamerníková, 2014; Pekara, 2015b). Pacient také může nabýt dojmu, že se mu zdravotnický personál nevěnuje tak, jak by si představoval. Vzhledem ke své nemoci může mít pocit, že by mu zdravotníci měli více naslouchat, zajímat se o jeho potřeby, pocity a problémy. Ze svého pohledu se setkává s nepochopením, což v něm může vyvolat frustraci (Phillips, 2016; Pekara, 2015b).

V praxi se lze setkat se situací, kdy se sestry pravidelně potýkají s agresí pacientů, ale nevnímají ji negativně. Sestry berou situaci jako součást profese a agresivní chování vnímají jako neúmyslné vzhledem k onemocnění pacientů (Sato et al., 2015; Martinez, 2016). Nejčastěji uváděnou formou agrese je agrese verbální, i když v mnoha případech je výskyt fyzické agrese nezanedbatelný. Největší počet agresivních útoků se odehrává na psychiatrických odděleních a souvisejí s daným onemocněním pacienta. Vysoká míra agresivity se objevuje také na geriatrických odděleních a na pracovištích akutního příjmu (Čerňanová, Knezovič, 2012; Martinez, 2016).

#### ***1.3.1 Agresivita a násilí ve světě***

Problém agresivity a násilí ve zdravotnictví je globální. V USA se s verbální agresí setkala většina zdravotnického personálu. S agresí fyzickou se setkala téměř čtvrtina

všech zaměstnanců ve zdravotnictví, přičemž z toho 20 % zdravotníků uvedlo, že fyzickou agresi zažilo během posledního roku opakovaně. K nejčastěji posuzovaným bezpečnostním incidentům patří napadení, únos, vandalismus, sexuální obtěžování, žhářství, krádeže a vliv prostředí. Nárůst těchto incidentů se v USA od roku 2006 téměř zdvojnásobil (Netušilová, 2012). To potvrzuje i Phillips (2016) v americké přehledové studii, která uvádí, že 100 % zaměstnanců se za poslední rok setkalo s verbální agresi, a 82 % dokonce s fyzickým napadením. Nejčastěji konfrontovanou skupinou se stali zaměstnanci urgentního příjmu a psychiatrických oddělení. Odborníci v této studii klasifikovali agresi a násilí do čtyř kategorií, které byly určeny na základě vztahu mezi pachatelem a pracovištěm. Hodnocena byla kategorie první, kdy pachatel neměl žádný vztah k pracovišti nebo personálu, dále kategorie druhá, kdy byl agresor v dané organizaci pacientem. Třetí kategorie byla hodnocena z pohledu toho, že je agresor bývalým či současným zaměstnancem v organizaci, a poslední, čtvrtá kategorie byla klasifikována tak, že pachatel měl osobní vztah k zaměstnanci, nikoliv k organizaci. Z přehledové studie vyplynulo, že nejčastěji hodnocenou kategorií byla druhá, tj. kdy agresor byl pacientem dané organizace.

Ve španělských nemocnicích je problém agresivního fyzického násilí spojen hlavně s urgentními příjmy. Zde je až 45 % všech vykazovaných nežádoucích událostí hodnoceno jako neklinické riziko spojené s fyzickou agresi. Jako jeden z důvodů růstu agrese je uváděno, že pacienti nerespektují povinnosti, ale svých práv jsou si dobře vědomi (Ballabriga, 2009).

Netušilová (2012) zmiňuje, že výsledky výzkumu Gournaye (2006) ukazují, že v Austrálii je problém na urgentních příjmech velmi podobný. Zkušenost s verbálním napadením má 100 % ošetrovatelského personálu a s fyzickým násilím téměř 90 %. Násilí se stalo v podstatě pravidlem. To ve své průřezové studii v australských nemocnicích potvrzují i Kerr et al. (2017), kteří uvádějí, že 98 % zdravotníků zažilo během své pracovní kariéry agresivní chování ze strany pacientů. Fyzické zranění utrpělo 40 % zaměstnanců a až 82 % zdravotníků mělo psychické problémy. Jako velmi zásadní se ukázal fakt, že pouze 12 % zaměstnanců vyhledalo odbornou lékařskou pomoc.

V nemocnicích v Kalifornii a New Jersey byl proveden průřezový průzkum na pohotovostních ambulancích a psychiatrických odděleních, který srovnával chování

sester při styku s agresorem. Výsledky byly velmi rozdílné. Sestry na pohotovostech se cítily ve svém zaměstnání více ohrožené než sestry na psychiatrických odděleních. Navíc sestry z psychiatrií lépe snášely urážlivé chování a také lépe zvládaly deeskalační techniky (Martinez, 2016). V pensylvánské nemocnici byly po dobu jednoho roku shromažďovány údaje o zvládnání agresorů. V počátečních fázích byly ve větší míře mimo deeskalačních technik používány omezovací prostředky a tlumicí léky. Během roku docházelo k systematickému proškolení personálu v deeskalačních technikách. Na konci šetření bylo zjištěno, že díky dovednostem v deeskalačních technikách došlo k poklesu užívání léků na tlumení agresivity a také ke snížení používání omezovacích prostředků (Dilman, 2015).

Výzkumné šetření bylo uskutečněno i v sousedním Slovensku, kde bylo zjištěno, že největší výskyt násilných incidentů se odehrává na odděleních akutní péče, a to hlavně na traumatologii a chirurgii. Z šetření dále vyplynulo, že agresorem bývá nejen samotný pacient, ale také často jeho rodinný příslušník. Jako nejčastější forma agrese se zde vyskytovala agrese verbální, a to formou výhrůžek. Délka praxe sester se ukázala jako zásadní při řešení konfliktních situací. Sestry s praxí nad 20 let uměly lépe zvládat agresora pohovorem a v menší míře si volaly na pomoc lékaře. Nejčastěji popisovanými pocity sester při styku s agresorem byly úzkost, strach a také hněv (Popovičová, Vansač, 2018). Rozsáhlý celonárodní slovenský výzkum Lepiešové et al. (2016) se věnoval nejen rozsahu agrese pacientů vůči sestrám, ale také mapoval frekvenci výskytu, závažnost, formy agrese a rizikové faktory. Jako příkladnou Lepiešová et al. (2016) uvádějí návratnost dotazníků, která byla 70,16 %, což svědčí o zájmu sester se této problematice věnovat, a zároveň srovnávají návratnost dotazníků s ostatními rozsáhlými studii ze zahraničí, která byla mezi 33 až 55 %. Z šetření vyplynulo, že 97,6 % sester se setkala s nějakou formou agrese. Převažovala agrese slovní (96,6 %) nad agresí fyzickou (77,5 %). Nejčastější výskyt agrese sestry uváděly na odděleních psychiatrie a intenzivní péče, a to hlavně sestry pracující ve směnném provozu.

Další studie, která byla na Slovensku uskutečněna, se věnovala zkušenostem slovenských sester s verbálním a sexuálním násilím ze strany pacientů. Šetření se zúčastnilo 531 respondentů, a to zdravotních sester a porodních asistentek. Jako nejčastější verbální agrese byly uváděny urážky a nadávky (85,9 %) a také zastrašování a vyhrožování (64,5 %). Nejčastější formou sexuálního obtěžování byly slovní poznámky (52,19 %), dále fyzické obtěžování (14,9 %) a sexuální návrhy s tělesným

kontaktem (12,9 %). Studie dále mapovala reakce sester na styk s agresorem. Až 33,7 % dotázaných se obávalo přijít další den do práce, a dokonce 27,9 % dotazovaných uvedlo, že uvažují o odchodu ze zaměstnání (Ševčovičová, 2018). Gurková et al. (2015) také ve svém výzkumném šetření v Rakousku potvrzují, že nejčastějším projevem verbální agrese u pacientů jsou urážky a nadávky. Stejně výsledky potvrdila i německá studie, kde se až 89,4 % respondentů setkalo s projevy verbální agrese (Habermann, 2013).

Spector et al. (2014) uvádějí, že verbální útoky ze strany pacientů jsou ve vyšší míře běžné na území Středního východu. Oproti tomu největší výskyt fyzického násilí a sexuálního obtěžování byl zmapován v anglo-amerických krajinách. Celosvětová studie Pich et al. (2010) poukázala na problém verbálního násilí vůči sestrám jako běžnou normu a každodenní událost. Jako nejběžnější slovní napadení se ukázaly nadávky. Fyzické násilí bylo často s verbálním útokem spojováno. Díky veřejné dostupnosti nemocničních zařízení má agresor snadný přístup k různým předmětům, jako jsou nůžky, jehly, stříkačky či nosítka, které může použít jako zbraň proti sestrám. Dlouhá čekací doba na ošetření se také ukázala jako jeden z hlavních spouštěčů agresivního chování. Jako nejběžnější pachatelé násilí byli identifikováni pacienti čekající jednu hodinu nebo déle. Při analýze času bylo zjištěno, že sestry jsou nejzranitelnější mimo běžnou pracovní dobu, a to většinou při večerní směně. Studie byla dále zaměřena na kulturní rozdíly ve společnosti. V řadě případů byla kulturní necitlivost či rasové napětí spouštěčem agresivního chování.

Studie napříč Novým Zélandem ve svém průzkumu hodnotila vládní a nevládní zdravotnické organizace. Zaměřila se na současnou povahu agrese a hlášení incidentů s ní spojených. Verbální agrese vždy převažovala nad fyzickou. Hodnocena byla dostupnost bezpečnostních opatření v jednotlivých organizacích. Vládní zdravotnické organizace byly lépe vybavené v rámci prevence agresivity než nevládní. Jednalo se hlavně o bezpečnostní tlačítka pro přivolání pomoci a využití bezpečnostní agentury dané organizace. Nevládní subjekty byly ve velké míře závislé na přivolání policie. Pozitivně bylo hodnoceno vzdělávání zaměstnanců v oblasti komunikace s agresorem a využívání deeskalačních technik. Více jak 90 % dotázaných bylo ve své organizaci proškolené v deeskalačních technikách. Vyšší procento bylo opět u vládních zdravotnických organizací (Baby et al., 2016).



Edward et al. (2015) analyzovali studie provedené ve vybraných zemích, které se týkaly nejen samotné agrese vůči zdravotníkům, ale hlavně podílu mužských a ženských sester. Výzkumné šetření zahrnovalo studie provedené v USA, Itálii, Švédsku, Anglii, Austrálii, Kanadě, Německu, Holandsku, Izraeli a v Portugalsku. Cílem analýzy bylo identifikovat nejčastější faktory, které souvisí s agresí, a také rozdíl v četnosti mezi mužskými a ženskými sestrami. Závěr byl jednoznačný. Ženské pohlaví dominuje v profesi zdravotní sestry a četnost výskytu agrese zaměřené na ně byla častější než u jejich mužských protějšků.

V Norsku byla zpracována studie zaměřená na porovnání psychické zátěže, kdy na jedné straně byla porovnávána agrese pacientů vůči sestrám a s ní spojené psychické následky a na straně druhé šikana vůči sestrám na pracovišti. Studie ukázala, že agrese pacientů vůči sestrám je mnohem častější jev než šikana na pracovišti. Ovšem u osob, které byly na pracovišti šikanovány, se projevily častější zdravotní komplikace spojené hlavně s duševním zdravím a celkově sníženou kvalitou života (Reknes, 2017).

### ***1.3.2 Agresivita a násilí v ČR***

I Česká republika se v posledních letech věnuje fenoménu násilí ve zdravotnictví. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí statistické výsledky z období let 2009 – 2015, kdy počet nežádoucích událostí čítal 93 601 případů celkem, přičemž 14 150 bylo nežádoucích událostí spojených s negativním chováním osob. Z celkového počtu nahlášených nežádoucích událostí se jedná o 15,12 % událostí souvisejících s negativním chováním v daném období (ÚZIS, 2019). Netušilová (2012) ve svém výzkumu, který je zaměřen na neklinická rizika na urgentních příjmech, uvádí, že nejčastějším ohrožením zdravotníků je agrese. Zdravotníci jsou napadáni nejen od pacientů, které léčí, ale také často od jejich doprovodu. Přibližně ze dvou třetin se jedná o agresi verbální, kterou dovedou pracovníci urgentních příjmů zvládat. Pokud dojde k agresi fyzické, jde hlavně o uhození, odstrčení, poškrábání či kousnutí. Výzkumem bylo vyhodnoceno, že nejkritičtější dny v týdnu jsou víkendy a svátky, a to v čase od 20 hodin do 2 hodin ráno. Tato skutečnost byla potvrzena i zahraničními studiemi. Celkem 40 % středních zdravotnických pracovníků uvedlo, že agrese má negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče (Netušilová, 2012; Martinez, 2016).

V roce 2010 proběhlo v České republice šetření napříč všemi nemocnicemi mimo Prahy, která nebyla do projektu zahrnuta. Projekt Prevence násilí na pracovištích

v oblasti zdravotnictví a sociální péče byl realizován pod záštitou Českomoravské konfederace odborových svazů a Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky. Týkal se zkušeností s pracovním násilím za posledních 12 měsíců. V šetření bylo osloveno 1500 respondentů a 31 % respondentů uvedlo, že měli zkušenost s pracovním násilím. Z toho 17 % respondentů potvrdilo zkušenost s fyzickým násilím a 41 % s psychickým násilím. Do psychického násilí byl v tomto projektu zahrnut i bossing, mobbing, rasové ponižování a sexuální obtěžování. Z šetření dále vyplynulo, že až 60 % zaměstnavatelů má na svém pracovišti zavedena opatření, která minimalizují výskyt pracovního násilí. To se týká opatření spojených s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, se screeningem pacientů, navýšením a proškolením personálu. Respondenti v tomto šetření uvedli, že nejčastější důvody pracovního násilí vidí v nesprávné komunikaci, přepracovanosti a dezinformovanosti (Hofmannová, 2010).

Vybíhalová (2010) ve svém výzkumném šetření provedeném ve Středomoravské nemocniční a. s. uvádí, že se s verbální agresí setkalo 100 % respondentů. Mezi nejčastější projevy slovní agrese patřil křik, výhrůžky a nadávky. Celkem 59 % oslovených se setkalo s fyzickým napadením ve formě kopnutí, kousnutí, škrábání či úderů různými předměty. Nikdo z oslovených nebyl díky fyzickému násilí v pracovní neschopnosti. Jako příčiny agresivního chování jsou nejčastěji uváděny abstinenční příznaky, 29 %, demence, 20 %, poruchy osobnosti, 15 %, vliv léků, 15 %, celkové onemocnění, 12 %, a bolest, 9 %.

V České republice byl v roce 2004 ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a Institutem zdravotní politiky a ekonomiky zahájen pětiletý projekt zaměřený na objektivizaci výskytu a podoby násilí ve zdravotnictví. Zadavatelem projektu bylo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Přesto, že byl projekt po dvou letech ukončen, bylo vyhodnoceno kvantitativní šetření mapující násilí na zdravotnících. Na vzorku 675 respondentů bylo zjištěno, že agresivita a násilí jsou v českém zdravotnictví rozšířeným jevem. Jako nejčastější byla uváděna verbální agrese, se kterou se setkalo 42 % respondentů. S fyzickým násilím se setkalo 13 % dotazovaných (IZPE, 2004).

Ve Středočeském kraji a Praze byl uskutečněn průzkum mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v aktivní službě zdravotnické záchranné služby, který byl zaměřen na zdroje agrese a vnímání zdravotníků na agresi vůči nim. Sběr dat probíhal

kvantitativní metodou, přičemž návratnost dotazníků byla 54 %. Až 85 % dotazovaných se setkala s verbální agresí a 43 % s fyzickou agresí. Psychické následky po styku s agresorem deklarovalo celých 38 % dotazovaných. Zajímavým výstupem průzkumu byl fakt, že jako nejčastější zdroj agrese vůči zdravotníkovi byl uváděn samotný přístup zdravotníka. Celkem tuto skutečnost potvrdilo 26 % respondentů. Důvody agrese ze strany zdravotníků byly spojené s přepracováním, únavou a syndromem vyhoření. Z toho plyne snížená empatie zdravotníka spojená s lhostejností. Druhým nejčtenějším zdrojem agrese byla intoxikace pacienta (22 %) a třetím relativní vnímání času ošetření pacienta (19 %). To je spojeno s neznalostí pracovních postupů zdravotníků v první linii u laické veřejnosti (Netušilová, 2015).

### ***1.3.3 Faktory ovlivňující vznik agrese a násilí***

Důvodů, proč agresivních útoků přibývá, je mnoho. Souvisí to nejen s postmoderní společností, ale je to také dáno vlivem sociálních nejistot ve společnosti a celkovou morálkou lidí. Trend agresivního a násilného chování vykazuje stoupající tendenci. Ve zdravotnictví je nejčastější agresor člověk pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek nebo pacient s duševními poruchami (Parrott, 2018; Danosová, 2017). Změněný psychický stav, který vede k agresivnímu chování, může být také spojen s demencí, deliriem nebo dekompenzací duševní choroby (Phillips, 2016). Negativistické chování pacienta může být také zapříčiněno jazykovou bariérou. Pacient cizí státní příslušnosti dobře nerozumí mluvenému slovu dané země, nechápe, co po něm zdravotník chce, a obává se tak o svoje zdraví. Pacient může být ve stresu a reagovat nepřiměřeně (Steinberg et al., 2016).

Agresivní a násilnické chování ve zdravotnictví nemusí být vždy vyvoláno samotným pacientem, ale může primárně vycházet z chování personálu, respektive sestry. Pokud se sestra nechová empaticky, je hrubá, nepřátelská a neprofesionální, může to být u pacienta spouštěčem negativní reakce. Příkladem může být neznalost anamnézy pacienta a následný nevhodný komentář, který pacient vnímá negativně (Pekara, Trešlová, 2011). Pekara (2015a) ve své knize uvádí, že v prevenci násilí je velmi důležité sebeovládání zdravotníka. Faktorů, které mohou negativně ovlivňovat sebeovládání zdravotníka, je, mimo jeho osobnosti, několik. Patří sem například spánková deprivace, kdy je zdravotník vyčerpan, či nedostatek času, jelikož má zdravotník na starosti velkou část pacientů a pracuje ve stresu. Dalším faktorem mohou

být zdravotníkovy negativní zkušenosti s agresorem nebo minimální znalosti s řešením incidentů.

Nespokojenost s léčbou a neuspokojené potřeby pacienta bývají také častou příčinou konfliktního jednání. U starších pacientů může být agresivní chování spojeno s přerušением jejich osobních rutin, které vyvolává nejistotu. Často nechápou a nerozumí, co se s nimi děje, a bojí se o vlastní budoucnost. Agresivní chování může vyvolat i změna prostředí, ve kterém se pacient nachází. Nedostatečná informovanost, narušení intimní zóny a omezení sexuální potřeby může být také důvodem pro negativistické chování (Richter, 2014; Jandurová, Vomastová, 2015). Přibývají i pacienti, kteří pociťují dlouhodobý stres například ze ztráty zaměstnání a řeší existenční problémy. Spouštěčem mohou být sociální či rodinné neshody, obava z bolestivého zákroku, z vývoje onemocnění a také obava z určitého znevýhodnění nebo omezení (Čerňanová, Knězovič, 2012; Kirsch, 2014).

Mezi podmiňovací faktory agresivního chování patří i vysoká zevní teplota a vlhkost prostředí. Stejně tak mohou být spouštěčem agresivního chování přeplněné a hlučné prostory. Z pohledu samotné nemoci mohou být důvody agresivního jednání spojené s odmítnutím hospitalizace, odložením výkonu či celkovou nespokojeností s úrovní poskytované péče. Nevhodné chování můžeme také pozorovat u jedinců, kteří dlouho čekají na ošetření. Jedná se hlavně o akutní příjmové ambulance, které nemusejí v daný čas zvládat nápor práce. Důvodem bývá i nedostatek personálu na pracovišti. Jedinec tak může mít pocit frustrace z nedostupnosti péče (Netušilová, 2015; Magurová et al., 2018). Magurová et al. (2018) ještě doplňují, že k dalším rizikovým faktorům patří možnost neomezeného pohybu veřejnosti ve zdravotnických zařízeních. Tato zařízení mohou být cílem pro lidi bez domova, pro narkomany, alkoholiky či sociálně slabé občany, kteří se zdržují v prostorách objektu.

#### ***1.3.4 Nejčastější formy agresivního chování***

Formy agresivního chování můžeme rozdělit do dvou základních skupin. Verbální a fyzické.

K nejčastějším verbálním formám násilí patří:

- Pomlouvání
- Neoprávněné obviňování
- Urážení a nadávání

- Zastrahování a vyhrožování
- Sexuální poznámky (Richter, 2014; Lepiešová et al., 2016).
- Sarkasmus
- Křik
- Hrubost
- Výsměch před ostatními
- Rasistické výroky (Pich et al., 2010).

K nejčastějším formám fyzického násilí patří:

- Plivání a kousání
- Škrábání a štípání
- Házení předmětů
- Strkání
- Facka, úder pěstí a kopnutí
- Napadení ostrým předmětem, včetně bodnutí
- Škrčení
- Kontakt se střelnou zbraní nebo postřelení
- Poškozování věcí
- Sexuální napadení (Lepiešová et al., 2016; Kerr et al., 2017).

#### ***1.4 Komunikace jako prevence násilných incidentů***

Správná a vhodná komunikace je jedna z nejlepších preventivních technik předcházení agresivnímu a násilnickému chování. Praxe ukazuje, že je lepší konfliktům předcházet než je následně řešit. Zdravotnictví je ve velké míře hlavně o komunikaci. Rozhodujícím faktorem v prevenci konfliktních situací je profesionální a slušné chování zdravotníků. Pacienti, kteří mohou být díky své nemoci přecitlivělí, vnímají velmi pozitivně slušné a klidné zacházení, empatii a podrobné vysvětlování dané situace. Zdravotník by měl v první řadě umět předcházet krizové situaci, a pokud k ní dojde, neměl by se nechat strhnout k témuž jednání. Důležitý je individuální přístup ke každému pacientovi, včetně zhodnocení jeho zdravotní, sociální i ekonomické situace (Netušilová, 2015; Pekara, 2015b). Informovaný pacient lépe spolupracuje, protože celé situaci porozuměl. Neinformovaný pacient je ve stresu, nerozumí pokynům, má strach a může se stát snáze agresivním. Komunikace je nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého, ale především o chování. Na základě zkušeností z praxe přibývá incidentů, kdy

zdravotník neovládne své negativní emoce a vyprovokuje tak potenciálního agresora k činu sám. Základem je profesionální přístup zdravotníka, zejména pak slušnost a empatie (Pekara, 2014a; Iedema, 2015). Jednou z nejdůležitějších věcí je sběr samotné anamnézy pacienta. Z anamnézy lze zjistit rizikové faktory. Patří sem například nezaměstnanost, častější požívání alkoholu či omamných látek, předchozí agresivní chování pacienta nebo kriminální záznam. Před samotným činem můžeme u pacienta při komunikaci sledovat svalové napětí, zvýšenou gestikulaci, slovní urážky nebo také úplné odmítání komunikace. Varovným signálem pro zdravotníka může být i neschopnost jedince soustředit se a vnímat podávané informace. Součástí efektivní komunikace je také dodržování osobního prostoru a soukromí jedince (Čerňanová, Knězovič, 2012; Magurová et al., 2018).

#### ***1.4.1 Význam komunikace s agresivním pacientem***

Až 25 % veškerého násilí ve společnosti je právě ve zdravotnictví. Z výzkumů vyplývá, že největší výhradou pacientů směrem ke zdravotníkům je špatná či nedostatečná komunikace. Vhodným slovem lze u pacienta navodit přátelskou atmosféru a motivovat ho. Nevhodně zvolená slova mohou vyvolat urážky, hněv a rozhořčení pacienta. Ve zdravotnické praxi je mnoho situací vypjatých, hlavně v akutních oborech, a negativní emoce jsou nepříjemné pro obě strany. Právě emoce řídí naši neverbální komunikaci a ta je často výraznější než samotný slovní obsah. Pro zdravotníka je tedy důležité zaměřit se na své vlastní emoce a pocity, aby mohl zvládnout efektivní komunikaci a vyhnout se agresivnímu jednání (Pekara, 2013; Pekara 2014b).

Čerňanová s Knězovičem (2012) popisují, že prvním krokem správné komunikace je udělat dobrý dojem. Pacientovi se představíme, nabídneme mu, aby se posadil, a sami si k němu přisedneme. Významnou úlohu při komunikaci hraje hlas. Jeho tón, vlídnost a rychlost mluveného slova. Součástí vhodné komunikace je zjištění kulturní a náboženské příslušnosti. Odlišné potřeby pacientů jiných etnik mohou výrazně ovlivnit vzájemnou spolupráci, která může vést k nepochopení a následně vyvolané agresi na straně pacienta. Ptáček et al. (2011) a Hannawa (2017) shodně popisují, že efektivní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem má ve zdravotnictví klíčový význam. Správná komunikace zahrnuje řadu konkrétních postupů, které mají pozitivní vliv na celkový stav a léčbu pacienta. Umění komunikovat nemusí být vrozená charakteristika člověka, ale dá se naučit a měla by být rozvíjena na profesionální úrovni.

Efektivní komunikace má pozitivní vliv na určení správné diagnózy pacienta, dodržování léčby s následně dobrými výsledky. V neposlední řadě je spokojen i sám pacient.

Dle Vévody (2013) ovšem komunikace ve zdravotnictví představuje jedno z nejslabších míst. Dokladují to poměrně časté stížnosti a soudní spory ze strany pacientů, které jsou zaměřené hlavně na špatné chování zdravotníků vůči nim a také na nedostatečnou či minimální komunikaci. Až 80 % styku pacienta se zdravotníkem je právě o komunikaci a v této oblasti může ve větší míře docházet k informačním šumům, nedorozuměním a konfliktům. Nezávládnutá komunikace se tak stává zdrojem nespokojenosti, vede k problémům a konfliktům.

Při jakékoliv komunikaci s agresorem je důležité uvědomit si základní pravidla:

- Komunikovat jednoduše, přímo a věcně.
- Držet se tématu a aktuálního problému.
- Komunikovat s cílem zjistit jeho záměr.
- Akceptovat argumenty agresora.
- Nenaléhat.
- Nedotýkat se, pokud ho předem neupozorníme.
- Zajistit vhodný prostor pro komunikaci.
- Snažit se zachovat klid a nadhled. Ustrašenost lidí dodává obecně agresorům pocit nadvlády, odvahu a zvedá jim sebevědomí, což může celou situaci negativně stupňovat (Hettnerová, 2015a; Čerňanová, Knězovič, 2012).

#### ***1.4.2 Zvládání komunikace s agresorem pod vlivem drog a alkoholu***

Komunikace s agresorem, který je pod vlivem alkoholu či drog, je mnohem obtížnější než s agresorem, který tímto není ovlivněn. Hlavním problémem u těchto agresorů je střídání nálad a výkyvy chování v krátkém sledu. Často se střídají nálady bujarosti a přátelství, které rychle přechází do agrese a často poté následuje pocit seblitosti až apatie. Důležitou součástí při komunikaci s podnapilou osobou nebo osobou pod vlivem návykových látek je:

- Snažit se zachovat klid, mít pevný hlas a vyvarovat se prudkých gest.
- Myslet na to, že změnu nálady může u agresora spustit maličkost.

- Uvědomit si, že agresor si většinou vymýšlí, hlavně pokud jde o údaj požitého množství alkoholu nebo drog.
- Při komunikaci se s agresorem nepřekřikovat a nezastrašovat ho.
- Snažit se zachovat osobní zónu agresora a o veškerém kontaktu ho informovat.
- Poučit osobu, že jí nehrozí žádné nebezpečí a že všechny úkony jsou standardní.
- S agresorem nepolemizovat a neoponovat mu.
- Myslet na možné výpadky pozornosti a paměti (Milam, Ketcham, 2011; Hettnerová, 2015a).

U pacienta pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek je důležité pozorovat abstinenční příznaky. Jedná se hlavně o pacienty závislé. Pokud se dostaví abstinenční syndrom, může pacient reagovat neklidem, úzkostí, depresí nebo podrážděnou náladou. Pacienti s abstinenčním syndromem mají také somatické příznaky, jako jsou třes, zrychlený puls, pocení. Dále se u nich vyskytují psychické příznaky, jako jsou halucinace či bludy. U těchto pacientů by měl zdravotník znát základní psychické důsledky závislosti, aby mohl efektivně komunikovat. Specifikum komunikace je také v rozpoznání, zda se jedná o akutní intoxikaci, abstinenční syndrom, nebo užití zvýšeného množství drogy (Milam, Ketcham, 2011; Burda, 2014).

#### ***1.4.3 Účinná komunikace s agresivním psychicky nemocným pacientem***

Agresivní chování u psychicky nemocných jedinců je nejčastěji způsobeno poruchou osobnosti, přičemž opakované násilné jednání je s největší pravděpodobností založeno na neurobiologickém podkladě. U psychicky nemocných pacientů je vedle určení správné diagnózy a následné léčby důležitým faktorem komunikace. K dosažení úspěšné spolupráce s psychicky nemocným jedincem je navázání kontaktu ihned při prvním setkání a získání si jeho důvěry. Navázání kontaktu u první návštěvy bývá zpravidla náročnější a delší, jelikož je to často pro pacienta nová, neznámá situace. Opakovaná setkání už bývají mnohem snazší ve směru opětovného navázání spolupráce.

Mezi základní pravidla komunikace patří:

- Pozdrav, oslovení a představení se pacientovi společně s podáním ruky.
- Udržování očního kontaktu s pacientem.



- Snažit se chovat vlídně, empaticky a získat si pacienta na svoji stranu (Raboch et al., 2013; Látalová, 2013).

Agresivní chování u lidí s duševními poruchami můžeme rozdělit do tří základních skupin. Patří sem:

- Psychotická agresivita, která vychází ze samotné psychotické symptomatologie, jako jsou například bludy či halucinace.
- Impulzivní agresivita, která je neplánovaná a vyplývá z nedostatku zábran v chování, přičemž součástí je nedostatek zájmu o následky.
- Instrumentální agresivita, která je plánovaná a spáchaná s cílem uspokojit potřebu. Tento typ agrese můžeme pozorovat i u běžné populace (Látalová, 2013).

Při hodnocení agrese u duševně nemocných se mimo správně určené diagnózy a následné léčby využívá i takzvané měření agrese. To je prováděno pomocí různých hodnoticích škál používaných u pacientů s duševními chorobami. Měřicí škály se používají hlavně k hodnocení pozitivních a negativních příznaků a sledování léčby těchto pacientů (Kumari, Malik, 2017).

U pacientů s duševními poruchami hraje velkou roli zkušenost zdravotníků v oblasti komunikace. To potvrdila i studie Moss (2015), která uvádí, že sestry s delší praxí na psychiatrických odděleních byly zkušenější ve zvládnání efektivní komunikace k uklidnění agresivního pacienta. Začínající sestry byly méně zdatné v komunikačních technikách, a to nejen u agresivních pacientů, ale i u těch neagresivních. Studie poukazuje na nutnost vzdělávání v oblasti komunikace s duševně nemocnými jak v rámci zaměstnání, tak při výuce studentů na školách. Petr et al. (2014) ve své knize popisují základní prvky terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Sestra by měla pacienta akceptovat takového, jaký je, a zároveň si uvědomovat svoji reakci na něj, aby byla neustále objektivní. Vzájemná interakce by měla být upřímná, otevřená a zaměřená na realitu. Psychicky nemocný pacient bývá často citlivý na neupřímnost, dvojsmyslné výrazy a také na nevlídný podtón hlasu. Sestra a jakýkoliv zdravotník by si měli uvědomovat, že nevhodné chování pacienta je v tomto případě dáno jeho základním onemocněním, nikoliv neochotou spolupracovat. Toto uvědomění lépe pomáhá zvládat komunikaci s psychicky nemocnými jedinci.

## ***1.5 Ochrana zaměstnance před agresorem***

Ochrana zaměstnance před agresorem se stala nedílnou součástí systémových opatření v organizacích. V řadě nemocnic se pravidelně provádějí odborné semináře a dochází ke kontinuálnímu vzdělávání zaměstnanců. Odborné semináře, které jsou zaměřené na ochranu personálu před útoky agresivních osob, jsou často vedené přímo Policií ČR. Pravidelné vzdělávání v organizacích se netýká pouze samotných zdravotníků, ale také pracovníků bezpečnostní služby. V řadě případů se nedá agresivnímu chování zcela zabránit. Proto jsou v některých organizacích pro zaměstnance zřízeny krizové e-mailové adresy, kam se mohou lidé obracet i anonymně (Hettnerová, 2015a).

Z pozice zaměstnavatele je rovněž nezbytná péče o své pracovníky ve smyslu tělesného a duševního zdraví. Organizace by měla nabízet pomoc od odborníků, zejména psychologů, kteří aktivně spolupracují s oběťmi agrese. Dále by měla nabízet různé benefity pro tělesnou i duševní regeneraci, třeba formou poukázek do relaxačních center, do fitness center, na masáže či příspěvků na dovolenou. Pokud organizace dokáže svým zaměstnancům nabídnout tyto benefity, je pracovník v dobré fyzické i duševní kondici a dokáže mnohem lépe a klidněji zvládnout stresové vypětí s agresorem (Hamerníková, 2014). McHugh (2011) i Hamerníková (2014) shodně uvádějí, že sestry bývají často nespokojeny s benefity, které jim organizace nabízejí. Buď jsou nevyhovující, je jich málo, nebo nejsou dokonce žádné. Neuspokojené potřeby sester mohou mít negativní důsledky v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

### ***1.5.1 Preventivní opatření v organizacích***

Mezi základní stavební prvky v oblasti prevence agrese a násilí patří bezesporu dostatečná informovanost směrem k zaměstnancům a proškolení zdravotnického personálu. Důležitou součástí tvoří jasně zpracované metodické pokyny pro zvládnání agresivního pacienta a nastavení pravidel hlášení nežádoucích událostí. S hlášením těchto událostí souvisí jejich pravidelné vyhodnocování s následnou implementací bezpečnostních opatření do provozu (Hamerníková, 2014; Magurová et al., 2018). Pracoviště by mělo být dostatečně technicky vybavené, aby chránilo zdravotníka při ošetřování agresivního pacienta. Bezpečnostní opatření se netýkají jen omezovacích prostředků, ale například také častější přítomnosti bezpečnostní služby na rizikových pracovištích, využívání osobních alarmů či monitorace kamerovým systémem (Popovičová, Vansač, 2018; Pich et al., 2010). Mezi základní vybavení organizace patří

také instalace plotů, aby byly prioritně využívány oficiální vstupy do objektu pro snadnější monitoraci příchozích. Mezi nadstavbové vybavení patří například instalace detektorů kovů (Phillips, 2016).

Stavebním pilířem prevence je dostatek personálu na pracovištích. Vyhláška o minimálním personálním obsazení při poskytování zdravotních služeb stanovuje personální zabezpečení na jednotlivých odbornostech, a to dle druhu poskytované péče. Jedná se ovšem pouze o minimální personální obsazení, zatímco v praxi je nutné důkladné plánování rozložení personálu, aby byla zajištěna kvalita péče a bezpečí jak pro pacienta, tak pro zdravotníka (Vyhláška, č. 99/2012; Burda, 2014). Burda (2014) navíc doplňuje, že personální převaha odrazuje pacienta od agresivních projevů, hlavně od těch fyzických. Praxe ukazuje, že výhodou je převaha mužů v týmu, která již od prvního dojmu odrazuje agresora od útočného jednání.

V prevenci agrese hraje také zásadní roli vzdělání zdravotníků ve smyslu jazykového vybavení k překonávání jazykových bariér nebo možnosti využití kvalitních tlumočnických služeb. Jazykové bariéry mohou být považovány za slabé stránky zdravotnického zařízení. Výzkumy ukazují, že jazykové bariéry nejenže brání v přístupu ke zdravotní péči, ale snižují kvalitu zdravotní péče a zvyšují riziko nepříznivých zdravotních následků u pacientů, kteří nerozumí jazyku dané země (Jacobs, Diamond, 2017; Slouka, 2017).

Velkou roli v bezpečnosti na pracovišti hrají bezesporu stavební úpravy. Ministerstvo zdravotnictví ČR určuje základní normy stavebních úprav ve zdravotnických zařízeních a uspořádání zdravotních provozů. Manuály stavebních standardů popisují velikost a umístění oddělení, místnosti a prostory včetně jejich schématu funkčních vazeb a v neposlední řadě technické a přístrojové vybavení, které je nutné pro funkční provoz. Veškeré doporučené požadavky by měly zaručovat vysokou kvalitu, která zajišťuje bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a chrání zaměstnance (MZ ČR Standardy, 2019). Se stavebními úpravami souvisí i samotné vybavení zařízení, které eliminuje stresové chování pacientů a má preventivní charakter. Patří sem hlavně vhodné osvětlené prostory, které nejsou hlučné a jsou prostorné. V ambulantním provozu je vhodné pacientům zkrátit čekací dobu nabídnutými službami. K těmto službám řadíme sledování televize v prostorách ambulance, připojení na wi-fi síť, nákup kávy či jídla v automatech, možnost četby edukačních letáků, knih či novin (Burda, 2014).

Preventivní opatření v organizaci by měla být poskytována ve dvou úrovních. Cílem první úrovně je, aby k násilným incidentům vůbec nedocházelo nebo aby byla minimalizována pravděpodobnost vzniku. Cílem druhé úrovně je maximální individuální pomoc a podpora pro oběť násilí. Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci doporučuje tři základní kroky prevence. První krok je zaměření na samotnou prevenci násilí při práci, druhým krokem je zhodnocení rizika vzniku násilí při práci a třetím krokem je nastavení přiměřených opatření v organizacích (Magurová et al., 2018; OSHA, 2020).

### ***1.5.2 Vzdělávání zdravotníků a ostatních zaměstnanců organizace***

Vzdělávání zaměstnanců v oblasti agrese a násilí je důležitou součástí každé organizace. Každý zaměstnanec by se měl v rámci své profese cítit bezpečně, aby mohl vykonávat svoje pracovní povinnosti bez omezení. V některých organizacích se školení personálu v oblasti zajištění bezpečí a různých bezpečnostních opatření stalo součástí povinného vstupního proškolení. Na dobrovolné bázi potom bývají pořádány kurzy sebeobrany, které jsou součástí celoživotního vzdělávání, a také workshopy věnované praktickým ukázkám řešení násilných situací (Hettnerová, 2015b; Hettnerová, 2016). Základní kurzy sebeobrany by měly být zaměřeny na malé množství univerzálních dovedností spíše než na velké množství specializačních technik. Kurz by měl obsahovat realistické útoky, simulovat stres a strach z útoku (Dougherty, 2013; Fowler, 2016).

Nedílnou součástí ve vzdělávání zdravotníků je nauka o schopnostech předvídat a umět číst potenciálního agresora. Podstatné je nenechat se vyprovokovat a naučit se chovat preventivně (Stuchlíková, 2013; Heckemann, 2015). Pro sestry je důležité vzdělávání v oblasti komunikace s agresivním pacientem a osvojení si varovných signálů, které agresivnímu chování předchází. Vhodné jsou také edukační materiály, které by měly sloužit sestrám jako pomocník pro zvládnání krizových situací s agresorem (Popovičová, Vansač, 2018; Šeblová et al., 2013).

Zásadní je také postoj manažerů a řídicích pracovníků, kteří by měli být proškoleni v oblasti řešení konfliktních situací a včasného odhalování problémů. Součástí práce manažera je dohled, monitorace dovedností a efektivní koučování svých podřízených (Sato et al., 2015). Jako nedostatečné vnímají Lepiešová et al. (2016) slabé financování výzkumných studií v oblasti agrese. Uvádí, že nízký počet vědeckých podkladů se může negativně odrážet v řešení těchto situací. Jako příklad ve své studii uvádí, že sestry mají

nejednoznačný a ambivalentní postoj k agresi ze strany pacienta a nejasně vnímají důvody vzniku této agrese. To úzce souvisí s důkladným a kontinuálním vzděláváním v oblasti prevence vzniku násilí a agrese.

### ***1.5.3 Účinná sebeobrana před agresorem***

Cílem sebeobrány není někomu ublížit, ale chránit si vlastní zdraví a zdraví ostatních (Hettnerová, 2015b). Za sebeobranu považujeme sled úkonů, jejichž cílem je zabránění útočníkovi v napadení vlastní osoby. Rozlišujeme dvojí charakter sebeobrány. Zprvu aktivní sebeobranu, jednak beze zbraně, kdy se bráníme různými chvaty a údery, jednak se zbraní, kdy se bráníme například nožem či pistolí, a zadruhé sebeobranu pasivní, kdy utíkáme. Sebeobrana musí být vždy přiměřená. Pokud bude pacient útočit na zdravotníka ve zdravotnickém zařízení, může napadený použít proti agresorovi jakoukoliv zbraň. Trestní zákoník definuje zbraň jako vše, co může zabránit útoku. To znamená i například použití paralyzéro nebo pepřového spreje (Šifta, 2018; Dougherty, 2013). Vondráček (2010) se však k používání paralyzéro ve zdravotnictví staví negativně. Poukazuje na fakt, že paralyzér byl vyvinut pro policii a armádu, která ho používá pouze v krizových situacích. Uvádí, že paralyzér není uveden v seznamu omezujících prostředků, které se využívají ve zdravotnictví, a je tedy vnímán jako nepřiměřená obrana. Jako další negativum zmiňuje případné zranění, ke kterému dojde v souvislosti s použitím paralyzéro. Otázkou zůstává případné odškodnění poranění a klasifikace přiměřené, či nepřiměřené obrany. S použitím paralyzéro souvisí mnoho nejasností a rozpaků, a proto se tento způsob obrany zdravotníkům spíše nedoporučuje.

Paragraf 29 trestního zákoníku říká, že nutná obrana jakožto „*čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku*“ (Trestní zákoník, 2009, § 29). Útok je nutné pouze odvracet, nikoliv napadení oplácet. S nutnou sebeobranou není nutné vyčkávat do přímého napadení, pokud jsou zjevné známky hrozícího útoku. Nutná obrana zaměstnance musí skončit bezprostředně vždy s koncem útoku agresora (Mach, 2010).

Pokud se zaměstnanec dostane do situace, kdy selhaly všechny preventivní a deeskalační techniky a cítí se v ohrožení života, měl by v první řadě:

- Předat informaci kolegům, kontaktovat ostrahu organizace nebo Policii ČR.

- Co nejdříve zajistit svoji bezpečnost útekem do bezpečného prostředí. Pokud je útek možný, není doporučováno žádné hrdinství.
- Pokud útek již není možný, doporučuje se ukrýt a zamknout se v místnosti a být v naprostém tichu, včetně vypnutého mobilního telefonu.
- Když není možný útek ani úkryt, je dle aktuální situace doporučeno přiměřeně komunikovat s agresorem. Snažit se útočníka uklidnit hlasem, neodporovat mu a snažit se celkově zklidnit a zpomalit situaci.
- Další a poslední variantou je využití momentu překvapení a útočníka fyzicky napadnout kopem či úderem.
- V případě, že agresor manipuluje se střelnou zbraní, doporučuje se vyčkat na příjezd Policie ČR (Hettnerová, 2015a).

#### **1.5.4 Řešení násilí v právním řádu**

Násilí je porušováním základních lidských práv. Listina základních práv a svobod (LZPS) uvádí, že nikdo nesmí být vystaven krutému, nelidskému nebo ponižujícímu jednání, které narušuje jeho důstojnost. Podle ustanovení čl. 10 LZPS má každý právo na zachování lidské důstojnosti, dobré pověsti a ochranu svého jména (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.; Šimečková, 2015). Česká republika nemá doposud žádný zvláštní předpis na ochranu zaměstnanců před násilím na pracovišti. Stěžejním právním předpisem je proto zákoník práce (ZP). V zákoníku práce je pojem ochrany zaměstnance rozpracován natolik široce, že z něj lze odvodit, že zaměstnavatel musí zajišťovat ochranu pracovníka, a to i před násilím na pracovišti (Šimečková, 2015; zákon č. 262/2006 Sb.). Šimečková ve své knize uvádí: „Zaměstnavatel je povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týkají výkonu práce. Přičemž péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci uložená zaměstnavateli je nedílnou a rovnocennou součástí pracovních povinností vedoucích zaměstnanců na všech stupních řízení“ (Šimečková, 2015, s. 45).

Prvním důležitým aspektem řešení násilí na pracovišti je hlášení. Veškeré události, které jsou spojené s agresivitou a násilím vůči zaměstnancům, by měly být zaznamenány a hlášeny jako nežádoucí událost. Pokud při vykonávání pracovní činnosti dojde k fyzickému napadení a následnému úrazu, musí toto být také zaznamenáno i v knize úrazů. Jakékoliv napadení je nutné neprodleně nahlásit nadřízenému pracovníkovi a popřípadě uvést i jména svědků, kteří incident viděli (Dandová, 2010; Larizgoitia

2013). Pokud je s fyzickým napadením spojen úraz a pracovní neschopnost, jedná se v tomto případě vždy o úraz pracovní (Šimečková, 2015). Pracovní úraz je zákoníkem práce definován jako poškození zdraví, k němuž došlo při plnění pracovních povinností (zákon č. 262/2006 Sb.). Poškození zdraví může být jak fyzické, tak psychické. Zaměstnanec, u kterého došlo k poškození zdraví, může po zaměstnavateli požadovat náhradu za ztrátu výdělku, za ztížení společenského uplatnění, za bolest, za náklady spojené s léčbou a v neposlední řadě i náhradu za vzniklou věcnou škodu. Zaměstnavatel nenes zodpovědnost za poškození zdraví, pokud zaměstnanec porušil bezpečnostní předpisy nebo byl pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek (Tomšej, 2018; Šenk, 2013). Šimečková (2015) doplňuje, že případné spory se v tomto případě řeší především pracovněprávní cestou nebo také občanskoprávní cestou, kde se ochrana osobnosti opírá o občanský zákoník. Pokud dojde k trestnému činu proti životu a zdraví, může se spor vyvíjet trestněprávní cestou.

Pracovní úraz a následná pracovní neschopnost s sebou nesou nejen utrpení postižených, ale také ztráty pro zaměstnavatele a společnost. Pro zaměstnavatele to znamená hlavně pojistné ztráty, které zahrnují zdravotní pojištění, úhradu zdravotní péče o postižené, vyplácení invalidních důchodů nebo vyplácení odškodnění úrazů. Nepojistné ztráty pro zaměstnavatele jsou hlavně ztráta produkce díky pracovní neschopnosti a zameškaná doba spolupracovníků řešících pracovní úraz. Dále je zde riziko ztráty produkce při invaliditě zaměstnance nebo náklady spojené s přijímáním nového zaměstnance. Pro stát tyto ztráty zahrnují náklady na vyšetřování příčin úrazu, náhrady škod ve veřejné správě a při invaliditě ztrátu produkce ve společnosti (Kočí et al., 2013).

### ***1.6 Psychosomatické následky po styku s agresorem***

Agresivní chování pacientů vůči sestřám má za následek nejen osobní problémy, ale i problémy pracovní. Osobní problémy u postižených osob jsou hlavně fyzického a psychického charakteru a mohou mít nepříznivý vliv také na pacienty a kolegy (Richter, 2014; Seys et al., 2012). V řadě případů mohou mít osobní problémy dopad i na rodinu postiženého, která může ztrácet funkčnost. Mezi následné organizační problémy se počítá hlavně nárůst chyb na pracovišti, které mohou být vzhledem k profesi sestry fatální. Dále pokles produktivity, který má negativní vliv na práci celého týmu, popřípadě pracovní neschopnost postiženého, negativně ovlivňující chod

pracoviště, přičemž se následně zvyšují náklady za chybějícího zaměstnance (Sato et al., 2012; Richter, 2014). Důsledky spojené s negativními následky souvisí se sníženou spokojeností s prací a následnou změnou povolání (Kerr et al., 2017). Emoční následky po styku s agresorem mohou mít pro zdravotníka negativní dopady.

Mezi nejčastější patří:

- Posttraumatický stresový syndrom
- Pracovní vyhoření
- Pocit viny a pochybnosti
- Touha opustit povolání
- Pocit profesionální neschopnosti
- Degradace povolání
- Nespavost
- Bezmocnost
- Strach, hněv
- Hanba
- Zneužívání drog a alkoholu (Pich et al., 2010; Magurová et al., 2018).

### ***1.6.1 Strategie zvládání stresu z pohledu sestry***

Řešení a strategie zvládání stresu mohou být velmi rozdílné. Hlavním faktorem je samotná osobnost člověka, včetně jeho charakteristických rysů. Mezi další faktory, které ovlivňují zvládání konfliktních situací, patří čas, ve kterém se událost vyskytla, pracovní vytížení, ale i profesní zkušenost daného zaměstnance. Samotnou strategii zvládání stresu rozdělujeme na aktuální, vycházející z dané situace, a na dlouhodobou, se kterou se zaměstnanec může potýkat dny, týdny či měsíce. Momentální reakce na aktuální negativní událost může být ignorace, racionalizace, bezmocnost, zklamání, ale i vyvolání agrese u samotného zdravotníka (Richter, 2014; Paulík, 2017). Z dlouhodobého pohledu je zvládání krizových situací velmi náročné a metody jsou různé.

Patří sem například:

- Mluvení s přáteli, rodinou či partnerem o daném incidentu.
- Vytěsnění incidentu z mysli.
- Provozování sportu a jiných fyzických aktivit.



- Věnování se svým koníčkům.
- Užívání léků.
- Odpočinek.
- Využívání benefitů organizace.
- Využití odborné pomoci z řad psychologů nebo psychiatrů.
- Mapování situace, jak se zachovat příště.
- Psaní, například deníku či knihy.
- Malování.
- Používání humoru, odlehčování situace (Lepiešová et al., 2016; Kerr et al., 2017).

Z výzkumného šetření v Austrálii vyplynulo, že až 91 % oslovených se dokázalo vyrovnat s krizovou situací, která souvisela s agresivním chováním. Nejčastější strategií zvládnání stresové situace byla kombinace mluvení o incidentu a snaha o tom moc nepřemýšlet (Kerr et al., 2017).

Zvládnání zátěžových situací může být také založeno na eliminaci samotných stresorů, kdy dochází k popírání či vyhýbání se známým stresorům, což je dané samotnou osobností člověka. Spouštěcí stresory jsou u řady lidí rozdílné. Základem je potlačení nepříjemných myšlenek a pocitů a jejich vytěsnění z vědomí. Při této situaci často dochází k přesunu pozornosti na jinou, i méně důležitou věc. Situace tímto může být bagatelizována, čímž je snížena význam celého události. Jedinec si také může přičítat vinu za něco, co neudělal a nemohl ovlivnit. Tento postoj definujeme jako sebeobviňující způsob chování. Dalším krokem pro zvládnání stresových situací je mobilizace a posilování vlastních vnitřních zdrojů tréninkem (Cheng et al., 2014; Paulík, 2017). Paulík (2017) ve své knize popisuje, že lidé mají tendence k určitému konzistentnímu způsobu chování v daných stresových situacích. Základem je takzvaný zvládací styl, kdy je chování jedince na stres relativně neměnné. Jedinec situaci hodnotí určitým zažitým způsobem a reaguje na ni v obecném smyslu. Druhou základní formou zvládnání stresové situace je zvládací strategie. Jedinec v tomto případě volí jistou, konkrétní strategii, aby pro něj byly dopady co nejméně negativní. Vše může být ovlivněno již předešlou zkušeností a aktuálním psychosomatickým stavem jedince.

### ***1.6.2 Psychické vyčerpání***

Psychické či emocionální vyčerpání můžeme také označit jako syndrom vyhoření čili burnout syndrom. Je to stav dlouhodobého psychického vyčerpání, které vzniká postupně. Spouštěčem syndromu u zdravotníků je hlavně dlouhodobý stres, který je spojený s permanentním časovým tlakem a vysokým emočním napětím. Zdravotníci jsou v neustálém kontaktu s pacienty, což vyžaduje profesionální komunikaci, plné nasazení do vykonávané práce a hlavně odpovědnost. Jednotlivci, kteří zažívají emoční vyčerpání, jsou apatičtí a lhostejní ke své práci. Dochází k depersonalizaci a cynismu a celkovému pocitu snížení osobního úspěchu. Zdravotník má negativní postoj k práci a na pracovišti se necítí dobře. Snižuje se produktivita práce, což ve zdravotnictví může vést ke snížení kvality poskytované péče (Bridgeman et al., 2018; Ptáček et al., 2011).

Jako nejčastější důvody psychického vyčerpání jsou uváděny:

- Vysoká pracovní zátěž, kdy požadavky překračují lidské limity a je omezený čas na odpočinek.
- Nejasné řízení a konflikt rolí, kdy nejsou jasně definované role na pracovišti.
- Nedostatečná finanční odměna a nedostatek uznání od nadřízených pracovníků.
- Nízká podpora profesní blízkosti a budování týmu.
- Netransparentnost v rozhodování a nedostatečné vnímání spravedlnosti od organizace.
- Osobní hodnoty neslučitelné s hodnotami organizace.
- Nesoulad mezi osobním očekáváním a samotným zaměstnáním (Bridgeman et al., 2018; Ptáček et al., 2011).

Ptáček et al. (2011) uvádějí, že významný podíl na rozvoji syndromu vyhoření má samotná osobnost člověka. Pokud je člověk perfekcionista, má vysokou disciplinovanost a je k sobě nadměrně kritický, může syndromu snáze podlehnout. Také nízká flexibilita a nerozhodnost mohou být spouštěčem psychického vyčerpání.

### ***1.6.3 Fyzická únava***

Fyzickou únavu můžeme rozdělit na fyziologickou a patologickou. Fyziologická únava je stav, který vzniká po určité zátěži a po odpočinku odeznívá. Oproti tomu patologickou únavu nebo také patologické vyčerpání definujeme jako stav trvalý. Dochází ke snížené schopnosti vykonávat fyzickou činnost. Je to stav, který u jedince

přetrvává i v klidovém stavu a po odpočinku. Jedinec se cítí vyčerpaný, malátný, slabý, ochablý, má nedostatek energie a je ospalý. Tento stav může být také označován jako chronický únavový syndrom, jehož příčiny nejsou přesně známy. Nejasnou souvislost s únavovým syndromem mohou mít infekce, poruchy imunity nebo stres, ale jednoznačná souvislost nebyla neprokázána (Bansal et al., 2012; Lukáš et al., 2014). Únavový syndrom mohou také provázet bolesti hlavy, jedinec není schopen soustředit se a má zhoršenou paměť. Díky tomu má postižený člověk tendenci zůstat doma, straní se společnosti, často odpočívá a ztrácí sebedůvěru. Rychle tak klesá kvalita jeho života. Chronický únavový syndrom je zpravidla diagnostikován při trvání obtíží šest měsíců a déle. Osoby s chronickým únavovým syndromem by měly být vyšetřeny na současnou depresi, poruchu spánku a související bolesti. Účinná léčba zatím nebyla prokázána. Základní léčba spočívá v kognitivní behaviorální terapii kombinované s fyzioterapií (Yancey, 2012; Látalová et al., 2015).

### ***1.7 Hlášení nežádoucích událostí***

Nežádoucí událost můžeme definovat jako událost, jež mohla vyústit nebo vyústila v poškození pacienta či jiné osoby, kterému se dalo vyhnout. Mimo fyzického poškození řadíme k nežádoucím událostem i poškození psychické a socioekonomické. Poškozený může být nejenom pacient, ale také návštěva v dané organizaci nebo samotný zaměstnanec organizace. Hlášení nežádoucích událostí se může vztahovat i k věcem, jako jejich poškození či ztráta. Existuje celá řada metod pro sběr dat nežádoucích událostí, a to jak retrospektivně, tak prospektivně (Rafter, 2015; Pokorná et al., 2019).

Klíčový element pro bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče představuje hlavně monitorování, vyhodnocování a zpracování všech nežádoucích událostí (NU).

Mezi základní typy nežádoucích událostí patří:

- Dekubity
- Pády
- Dieta/výživa
- Neočekávané zhoršení klinického stavu
- Chování osob
- Zdravotnická dokumentace
- Klinická administrativa

- Klinický výkon
- Medicinální plyny
- Přístroje a vybavení
- Medikace a intravenózní roztoky
- Transfúze a krevní deriváty
- Zdroje/management nemocnice
- Nehody a neočekávaná zranění
- Technické problémy
- Jiné NU (Pokorná et al., 2019; Šupšáková, 2017).

Sledování těchto nežádoucích událostí je v souladu s Minimálními požadavky pro zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a také vyhláškou o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (Šupšáková, 2017; vyhláška č. 102/2012 Sb.). Ve Věstníku MZ ČR je sledování nežádoucích událostí dáno standardem. Cílem standardu je zavedení procesu evidence hlášení nežádoucích událostí včetně jejich vyhodnocování (Věstník MZ ČR, 2018).

Je třeba, aby hlášení nežádoucích událostí bylo nedílnou součástí hlášení všech incidentů mezi pacientem a zdravotníkem. Záznam hlášení nežádoucí události by měl být součástí zdravotnické dokumentace a měl by dostatečně posloužit v případě soudních sporů. Důležitý je systémový a podrobný souhrn celého incidentu, který posoupně popisuje celou situaci od začátku do konce, včetně data, času a případných svědků. Praxe ovšem ukazuje, že velká část incidentů spojených s agresivitou a násilím vůči zdravotníkům se vůbec nezaznamenává (Bennett, 2012; Hoffmannová, 2010). Zaznamenávat by se mělo jakékoliv nepřátelské či hrubé chování ze strany pacienta, rizikové a nebezpečné chování spojené s alkoholem či jinými omamnými látkami. Dále jakákoliv agresivní nespolupráce pacienta, která je spojena s jeho léčbou nebo nepovoleným odchodem. Také obtěžování, poškozování věcí či sebepoškozování by mělo být řádně zaznamenáno (Pokorná et al., 2019; ÚZIS, 2019). Světové studie ukazují, že nepřesná hlášení nežádoucích událostí zůstávají jako jedna z hlavních překážek pro tvorbu organizačních politik a postupů k zajištění bezpečnosti poskytovatele zdravotní péče v přímé klinické praxi (Campbell, 2015).

### ***1.7.1 Význam hlášení nežádoucích událostí spojených s agresorem***

Hlášení nežádoucích událostí, které mají přímou souvislost s agresivitou a násilím, je důležitou součástí vykazování, následného řešení a nastavení preventivních programů. Jejich evidence je neodmyslitelnou složkou administrativní části. Řešení těchto událostí by mělo stát v popředí zájmu řešení ze strany vrcholového managementu. Nedostatečné či neúplné vykazování incidentů vede k podceňování problému, není pak zřejmý rozsah násilí a těžko se v organizacích nastavují preventivní opatření (Martinez, 2016; Pich et al., 2010). Sato et al. (2015) se snažili ve svém průřezovém výzkumu napříč šesti nemocnicemi akutní péče v Japonsku zjistit důvody nedostatečného či žádného vykazování. Až 70 % incidentů, které sestry vyhodnotily jako nezávažné, nebyly vůbec zaevidovány. Čím mírnější negativní dopady incidenty měly, tím méně se hlásily. Méně závažné incidenty tvořily v tomto případě více než jednu třetinu všech hlášení spojených s agresivitou a násilím. Sestry incidenty nehlásily z mnoha důvodů. Jedním z důvodů byl ten, že měly tendenci věřit tomu, že je to součást jejich práce, a pacienta nechtěly poškodit. Dalšími důvody byly tlak spolupracovníků, aby incident nehlásily, obava z obvinění z nedbalosti nebo nedostatečného výkonu a také neochota manažerů konfliktní situace řešit. Shodně vyšel výsledek šetření v australských nemocnicích, kde sestry odmítaly hlásit agresivní chování svým nadřízeným. Jako hlavní důvod uvedly nespokojenost s následným vedením a řešením celé situace ze strany manažerů (Kerr et al., 2017). Obdobný výsledek vyšel i z průřezového průzkumu Martinez (2016), která popisuje nedostatečné hlášení incidentů spojených s agresí. Jako hlavní důvod uvádí strach sester ze strany zaměstnavatele z odvetných opatření a také malou podporu ze strany administrativy. Pich et al. (2010) ve své studii uvádějí, že hlavní důvody pro nehlášení incidentů jsou nedostatek času, beznaděj a rezignace, nedostatek odpovídající podpory a zpětné vazby, strach z pokárání a také nedostatek znalostí o postupech podávání hlášení. Dle amerických studií je nejčastějším důvodem nehlášení incidentů nezájem ze strany managementu události vůbec řešit, přičemž jedné desetině sester bylo sděleno, že si za incident mohly samy. Laxní přístup k řešení těchto incidentů bývá běžný i ze strany policie a soudů v USA (Phillips, 2016).

Hlavní smysl řešení nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním představuje ochrana zdravotnického personálu před samotným agresorem. Proto by nedílnou součástí všech incidentů měla být důkladná analýza příčin vzniku s následným

provedením nápravných opatření a nastavením preventivních programů (Pokorná et al., 2019; Bartůněk et al., 2016).

### ***1.7.2 Management řešení nežádoucích událostí***

Podpora k řešení nežádoucích událostí, které jsou spojené s agresivitou, by měla vycházet ze všech úrovní manažerů organizací. Je nutné správně vyhodnotit všechny rizikové faktory a na základě toho provádět vhodné intervence. Intervence jsou založené na důkazech a vedou ke snížení výskytu násilí na pracovišti. Důležitou součástí je komunikace s personálem a přijetí návrhů na řešení násilných situací. Bezpečnost na pracovišti by měla stát v popředí zájmu celého vedení organizace (Martinez, 2016; Dilman, 2015).

Základním pravidlem pro bezpečnost personálu je zavedení preventivních opatření ve smyslu vypracování pracovních postupů v oblasti zdravotní péče, sledování rizikových oblastí a systémového nastavení kontrolních mechanismů. Preventivní mechanismy rizikových stavů se týkají vyhledávání rizikových oblastí, to znamená, kdy a co se může stát. Dále se týkají vyhodnocení rizikové oblasti ve smyslu, jaká je pravděpodobnost, že se nežádoucí událost stane a jaký bude mít dopad. Dalším základním mechanismem prevence je stanovení možnosti ovlivnění nežádoucí události, zda je možno ji eliminovat nebo jak nejlépe odstraňovat následky události. Jako nejzásadnější se ukazuje nutnost správného záznamu a vedení nežádoucí události s následnou možností zavedení preventivních opatření (Pokorná et al., 2019; Leistikow, 2017).

Pokud už k nežádoucí události dojde, musí mít organizace jasně nastavená pravidla hlášení, ať už v elektronické, či papírové podobě. Systém hlášení událostí by měl být dostupný všem zaměstnancům organizace. Organizace zajišťuje ochranu osoby, která incident hlásí, nebo musí zajišťovat i možnost anonymního hlášení incidentu (Plevová et al., 2012; Healy, 2016). Důležitou roli v hlášení nežádoucích událostí hrají linioví manažeři, kteří jsou v přímém kontaktu s řadovými zaměstnanci, odpovídají za plnění každodenních úkolů a řeší problémy vyskytující se v běžném provozu. Mohou tak objektivně hodnotit a analyzovat nežádoucí události a zajistit včasné předání veškerých informací svým nadřízeným. Střední manažeři plní strategické cíle vedení organizace, koordinují vykonávané úkoly a jsou součástí nastavení systémových opatření organizace. Důležitou roli hraje komunikace mezi jednotlivými manažery, což vede

k efektivní spolupráci a včasnému řešení provozních problémů včetně řešení nežádoucích událostí (Plevová et al., 2012; Hekelová, 2012).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2019) zveřejnil metodiku algoritmu prevence u nespolupracujícího a agresivního pacienta při hlášení vzniku nežádoucí události. Metodika jasně definuje kroky identifikace nežádoucí události a od toho se odvíjející další opatření. Základem algoritmu je zjištění, zda agrese byla vyvolána základním onemocněním pacienta, duševním onemocněním, nebo delirantním stavem. Po základním posouzení zdravotního a psychického stavu by mělo dojít k diagnostice možné příčiny agresivního chování. Následovat by měl sled intervencí založených na diagnóze a měla by se zahájit příslušná léčba, včetně případného využití omezovacích prostředků. Omezovací prostředky používáme pouze za účelem bezprostředního odvrácení ohrožení života a zdraví pacienta nebo pro bezpečnost pacienta a ostatních osob, a to pouze na dobu nezbytně nutnou. Součástí použití omezovacích prostředků je informovanost směrem k pacientovi či zákonnému zástupci o důvodech použití. Pacient je vždy pod zdravotním dohledem, aby nedošlo k poškození zdraví. Omezovací prostředky indikuje vždy lékař a provádí záznam do zdravotnické dokumentace (ÚZIS, 2019; zákon č. 372/2011 Sb.).

### ***1.7.3 Výstupy z řešení nežádoucích událostí***

Aby bylo možné relevantně vyhodnotit nežádoucí událost a provést z ní adekvátní výstup, je nutná důkladná analýza celé události. U závažných nežádoucích událostí se provádí kořenová analýza, která slouží jako systematický nástroj zjištění příčin. Každá analýza nežádoucí události by měla být strukturována a realizována dle předem jasně definovaného protokolu. Protokol by měl obsahovat podrobný popis incidentu a všech skutečností souvisejících s nežádoucí událostí, včetně případných svědků. Důležitou součástí zápisu je, kde, kdy a jak k incidentu došlo, a také, jak byl incident na pracovišti řešen. Po důkladné analýze všech událostí by měla být nastavena preventivní opatření, aby se incident neopakoval, a závěr by měl obsahovat doporučení pro klinickou praxi (Pokorná et al., 2019; ÚZIS, 2019). Pokud neexistují systematické metody identifikace nežádoucích událostí, nelze spolehlivě definovat a měřit kvalitu poskytovaných služeb v organizaci. Systémový přístup předpokládá, že jsou lidé omylní a mohou chybovat. Tento přístup může identifikovat prevalenci a povahu nežádoucích událostí a díky tomu může dojít k přezkoumání za účelem zlepšení systému (Rafter, 2015).

## 2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

### 2.1 Cíle práce

#### Hlavní cíl:

Zmapovat problematiku násilí a agresivity pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje.

#### Dílčí cíle kvantitativního výzkumu:

1. Zjistit četnost výskytu verbální formy násilí a fyzické formy násilí.
2. Zmapovat faktory, které jsou pro výskyt agrese nejrizikovější.
3. Zjistit postoj sester k agresi pacientů.
4. Identifikovat negativní následky u sester po styku s agresorem.
5. Zmapovat strategii zvládnání stresu u sester po styku s agresorem.

#### Dílčí cíle kvalitativního výzkumu:

1. Zmapovat systém hlášení nežádoucích událostí v nemocnicích Jihočeského kraje.
2. Vyhodnotit systém proškolení personálu v chování vůči agresorovi.
3. Zhodnotit nastavení preventivních opatření v nemocnicích Jihočeského kraje v souvislosti s agresí pacientů.
4. Zmapovat benefity pro pacienty a zaměstnance v jednotlivých nemocnicích.

### 2.2 Hypotézy

H1: Verbální forma násilí převažuje nad fyzickou formou násilí.

H2: Sestry z chirurgických a intenzivních oborů vnímají jako nejrizikovější faktor vzniku agrese a násilí zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety) oproti sestřím z ostatních oborů.

H3: Vysokoškolsky vzdělané sestry pozitivněji vnímají důležitost zaznamenávání agresivity a násilí jako nežádoucí události než sestry se středoškolským vzděláním.

H4: Proškolené sestry v oblasti prevence agrese se domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet, oproti sestřím neproškoleným v této oblasti.

H5: Sestry s délkou praxe 20 let a déle mají pocit syndromu vyhoření častěji než sestry s kratší dobou praxe.



### ***2.3 Výzkumné otázky***

1. Jakým způsobem je ve vaší organizaci nastaven systém evidence hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů?
2. Jaký je systém vzdělávání zaměstnanců ve vaší organizaci, včetně zdravotníků, na téma problematiky agresivního pacienta?
3. Jakým způsobem máte v organizaci nastavena preventivní opatření před agresorem?
4. Jaké benefity nabízíte pacientům a zaměstnancům ve vaší nemocnici?

## **3 METODIKA VÝZKUMU**

### ***3.1 Metodika sběru dat***

V rigorózní práci bylo použito kvantitativní výzkumné šetření a kvalitativní výzkumné šetření. Výzkumné šetření bylo směřováno k získání informací o agresi a násilí pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje.

#### ***3.1.1 Metodika sběru dat kvantitativního výzkumného šetření***

V kvantitativním výzkumném šetření byl sběr dat realizován pomocí dotazníku „Agrese pacientů vůči sestřím při výkonu povolání“ (Příloha 1). Coby předloha pro sestavený dotazník sloužil dotazník Lepiešové (Výskyt agrese pacientů vůči sestřím). Použití dotazníku bylo se souhlasem autorky Lepiešové na základě e-mailové korespondence. Sestavený dotazník byl upraven k potřebám sběru údajů k dané rigorózní práci.

Dotazník byl sestaven z šesti základních částí, zaměřených na:

#### **1. Formy agrese pacientů**

Jednotlivé formy agresivního jednání byly rozděleny do několika druhů jak verbálního, tak i fyzického násilí. Sestry odpovídaly pomocí šestistupňové škály, přičemž škály odpovídají stupnici: 1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.

#### **2. Faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřím**

Výsledkem bylo zhodnocení nejčastějších faktorů ovlivňujících vznik agresivního chování. Bylo hodnoceno v měřítku od nejmenšího až po největší vliv v rozmezí 1–5, přičemž 1 znamená NEJMENŠÍ vliv na riziko vzniku agrese a 5 znamená NEJVĚTŠÍ vliv na riziko vzniku agrese.

#### **3. Postoj sester k agresi pacientů**

Na základě osobních zkušeností byl hodnocen postoj sester směrem k samotným agresorům. Skutečnost byla hodnocena na škále od 1–5, přičemž číslo 1 znamená ÚPLNĚ, ROZHODNĚ NESOUHLASÍM a číslo 5 znamená ÚPLNĚ, ROZHODNĚ SOUHLASÍM.

#### **4. Negativní následky u sester po styku s agresorem**

Hodnoceny byly negativní následky u sester po styku s agresorem v osobním i v pracovním životě. Sestry odpovídaly pomocí šestistupňové škály, přičemž

škály odpovídají stupnici: 1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.

## **5. Strategie zvládnání stresu po styku s agresorem**

Hodnoceny byly osobní zkušenosti a názory, které nejvíce pomáhají vyrovnávat se s krizovou situací související s agresivním chováním ze strany pacientů. Sestry odpovídaly pomocí šestistupňové škály, přičemž škály odpovídají stupnici: 1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.

## **6. Demografické údaje**

K demografickým údajům mimo pohlaví a věku dotazovaných byla zařazena délka praxe v letech, nejvyšší dosažené vzdělání, typ provozu včetně pracoviště a údaj o absolvování školení či výcviku v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřím.

Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím hlavních sester do jednotlivých nemocnic Jihočeského kraje. Celkem bylo rozdáno 665 dotazníků. Návratnost dotazníků byla v počtu 566 kusů, což je 85,1 %. Vyřazeno bylo celkem 71 dotazníků pro neúplnost dat či nesplnění kritérií. Do statistické analýzy bylo použito 495 dotazníků. Dotazníkové šetření probíhalo od 3. 2. 2020 do 26. 6. 2020. Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní.

### ***3.1.2 Metodika sběru dat kvalitativního výzkumného šetření***

Sběr dat v kvalitativní části výzkumného šetření probíhal prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami (Příloha 2). Veškeré rozhovory byly s ústním souhlasem zaznamenány na diktafon, doslovně přepsány a poté analyzovány. Výzkumné otázky byly členěny do pěti základních kategorií.

Do první kategorie byla zařazena **problematika evidence a hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů**. Kategorie zahrnovala nastavení systému hlášení nežádoucích událostí, včetně hlášení agresivního chování pacientů, výstupy z hlášení nežádoucích událostí, informovanost o nežádoucích událostech směrem k zaměstnancům a evidenci pracovních neschopností spojených s agresivním chováním pacientů. Druhá kategorie byla zaměřena na **vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků, na téma problematiky agresivního chování pacienta**. Věnovala se

systemu proškolení zaměstnanců, včetně zdravotníků, v oblasti prevence agrese pacientů, formám vzdělávání zaměstnanců v oblasti prevence agrese pacientů, výběru skupin zaměstnanců k proškolení v této oblasti a systému informovanosti nově nastupujících zaměstnanců o nežádoucích událostech spojených s agresivním chováním pacientů. Třetí kategorie rozebírala **nastavení preventivních opatření v nemocnicích Jihočeského kraje v souvislosti s agresí pacientů**. Tato problematika zahrnovala možnosti využití bezpečnostní služby při výskytu agresivního chování pacienta, možnosti využití prostředků k adekvátní obraně před agresorem, nastavení systému přivolání rychlé pomoci při styku s agresorem, využití kamerového systému v organizaci, zabezpečení vstupních prostorů do areálu nemocnice v nočních hodinách a zpracování standardizovaných dokumentů v organizaci zaměřujících se na problematiku agresorů či manipulaci s nimi. Poslední, čtvrtá kategorie se věnovala **poskytovaným benefitům pro pacienty a pro zaměstnance v jednotlivých organizacích**. Zaměřila se na benefity poskytované pacientům v ambulantním provozu, na lůžkových stanicích a také na benefity poskytované zaměstnancům. Rozhovory byly provedeny v termínu od 9. 3. 2020 do 28. 5. 2020. Provedené rozhovory byly dobrovolné a anonymní.

### ***3.2 Výzkumný soubor***

Výzkumné šetření probíhalo napříč celým Jihočeským krajem ve všech osmi nemocnicích, kam patří:

- Nemocnice České Budějovice, a. s.
- Nemocnice Tábor, a. s.
- Nemocnice Písek, a. s.
- Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.
- Nemocnice Strakonice, a. s.
- Nemocnice Prachatice, a. s.
- Nemocnice Český Krumlov, a. s.
- Nemocnice Dačice, a. s.

#### ***3.2.1 Výzkumný soubor kvantitativního výzkumného šetření***

Výběr respondentů do kvantitativní části výzkumného šetření byl záměrný, přičemž mezi hlavní kritéria patřila délka praxe 1 rok a déle, provoz v ambulantní či lůžkové péči u dospělých pacientů, vyjma psychiatrických oddělení, a typ profese, která se

týkala všeobecných sester, praktických sester, porodních asistentek a zdravotnických záchranářů. Vzorek tvořilo 20 % všech těchto profesí napříč všemi nemocnicemi v Jihočeském kraji. Celkem se jednalo o 665 dotázaných respondentů, konkrétně: České Budějovice (n = 300), Tábor (n = 100), Písek (n = 80), Český Krumlov (n = 30), Jindřichův Hradec (n = 70), Strakonice (n = 45), Prachatice (n = 30), Dačice (n = 10). Data o počtu zaměstnanců byla získána z výročních zpráv jednotlivých nemocnic (Výroční zpráva, 2018).

Do statistické analýzy bylo po splnění všech kritérií zařazeno 495 respondentů. České Budějovice (n = 195), Tábor (n = 87), Písek (n = 66), Český Krumlov (n = 22), Jindřichův Hradec (n = 64), Strakonice (n = 33), Prachatice (n = 23), Dačice (n = 5). Průměrný věk respondentů byl 40,38 roku a průměrná délka praxe byla 17,99 roku.

### ***3.2.2 Výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření***

Výzkumný soubor kvalitativního výzkumného šetření byl záměrný a tvořili jej top manažeři jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji, zpravidla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nebo náměstci pro kvalitu a bezpečí zdravotní péče. Výběr respondentů byl závislý na ochotě participovat na výzkumném šetření. Výzkumný soubor byl tvořen osmi respondenty, přičemž žen bylo sedm a muž jeden. Délka praxe respondentů ve zdravotnictví se pohybovala v rozmezí 20 a 45 let. Vzdělání všech respondentů bylo vysokoškolské. Výzkumné šetření bylo ukončeno v okamžiku teoretického nasycení.

## ***3.3 Metodika zpracování dat***

### ***3.3.1 Metodika zpracování kvantitativních dat***

Analýza dat byla provedena prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS (Softwarová platforma).

Analýza byla prováděna na základě prvního a druhého stupně třídění. V prvním stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05).

Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test chí kvadrát dobré shody –  $X^2$  (Pearson Chi-Square) a test nezávislosti. Dále byly provedeny výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Čuprovova koeficientu, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a korelačního koeficientu. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti:  $\alpha = 0,05$ ,  $0,01$  a  $0,001$ .

V rámci popisu analyzovaných statisticky významných vazeb jsou standardně uváděny hodnoty testu Chí kvadrát dobré shody a testu nezávislosti. Aby bylo možné stanovit směr statisticky významného vztahu mezi dvěma znaky, byla úroveň možné odchylky vypočítána pro každé políčko kontingenční tabulky. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

### ***3.3.2 Metodika zpracování kvalitativních dat***

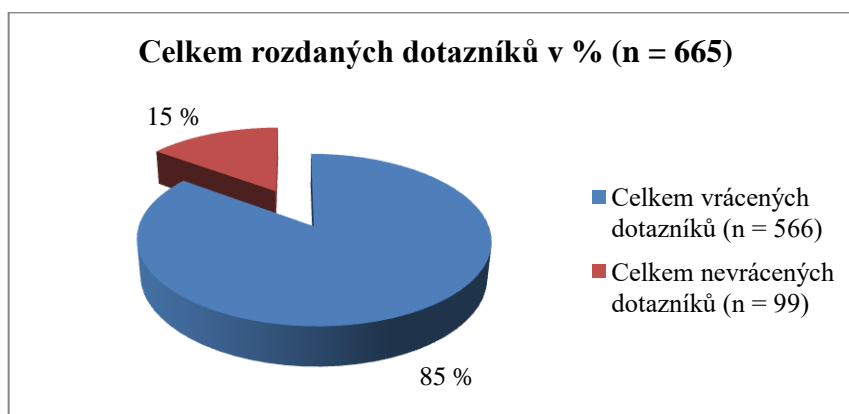
Při analýze transkripce rozhovorů s jednotlivými manažery (ve schématu dále jen „M“) byla využita metoda otevřeného kódování, technikou „*tužka a papír*“. Text rozhovorů byl redukován a rozčleněn na jednotlivé kódy. Kódy byly dle podobnosti seskupeny do kategorií (analytických jednotek). Odpovědi v jednotlivých kategoriích byly uspořádány prostřednictvím programu SmartArt do přehledných schémat. K interpretaci výsledku byla použita technika „*vyložení karet*“.

## 4 VÝSLEDKY

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku násilí a agresivity pacientů vůči sestřám v nemocnicích Jihočeského kraje. Výzkumné šetření ukázalo, že velká část oslovených respondentů se setkala, byť minimálně, s jistou formou agrese. Dílčí cíle kvantitativního výzkumného šetření identifikovaly četnost verbální a fyzické agrese, zmapovaly nejrizikovější faktory, zjistily postoje sester k samotné agresi pacientů, identifikovaly negativní následky u sester po styku s agresorem a zmapovaly strategii zvládnání stresových situací po styku s agresorem. Dílčí cíle kvalitativního výzkumného šetření poté identifikovaly systém hlášení nežádoucích událostí v organizaci, nastavení procesu vzdělávání v oblasti prevence agrese u pacientů, hodnotily systém nastavení preventivních opatření a mapovaly benefity pacientů a zaměstnanců, které jednotlivé organizace nabízejí.

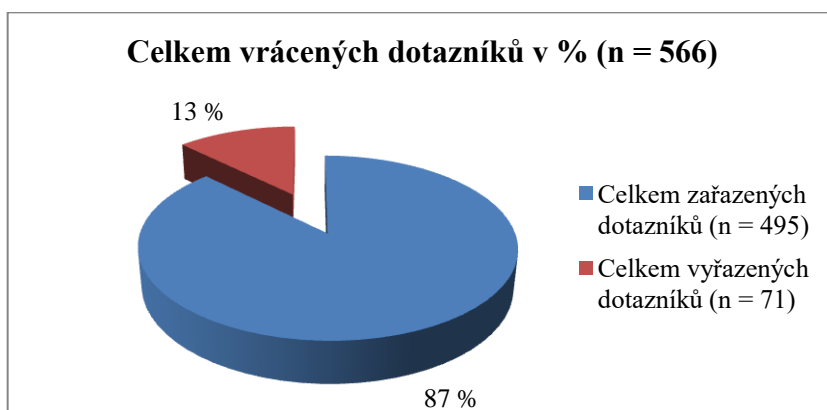
### 4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 – Celkem rozdaných dotazníků



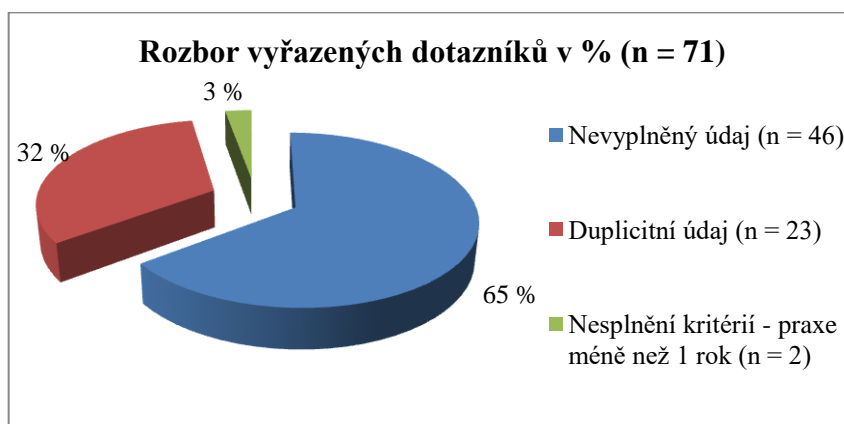
V kvantitativní části výzkumného šetření bylo celkem rozdáno 665 kusů dotazníků do všech nemocnic v Jihočeském kraji. Návratnost dotazníků byla 566 kusů, celkem tedy 85 %, konkrétně České Budějovice 40 % (n = 225), Tábor 17 % (n = 96), Písek 14 % (n = 79), Český Krumlov 4,5 % (n = 25), Jindřichův Hradec 12,5 % (n = 70), Strakonice 6,5 % (n = 39), Prachatice 4,5 % (n = 26), Dačice 1 % (n = 6).

Graf 2 – Celkem vrácených dotazníků



Z celkového počtu 566 vrácených dotazníků bylo do statistické analýzy použito 495 dotazníků, konkrétně České Budějovice 39,5 % (n = 195), Tábor 17,6 % (n = 87), Písek 13,3 % (n = 66), Český Krumlov 4,4 % (n = 22), Jindřichův Hradec 12,9 % (n = 64), Strakonice 6,7 % (n = 33), Prachatice 4,6 % (n = 23), Dačice 1 % (n = 5). Celkem 71 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost dat či nesplnění kritérií. Z celkového počtu vrácených dotazníků bylo do statistické analýzy zařazeno 87 % vyhovujících dotazníků.

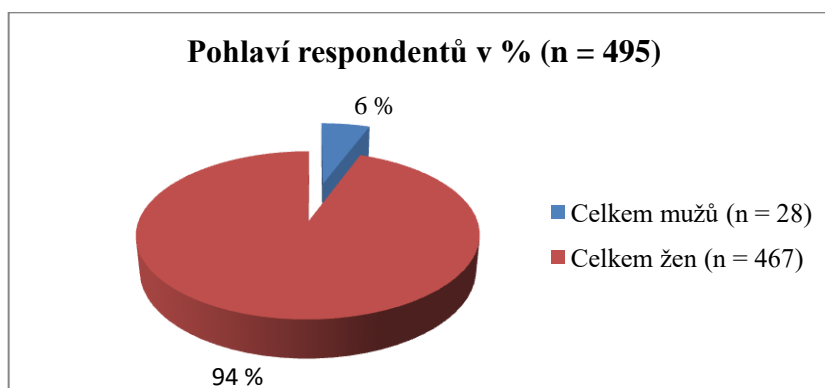
Graf 3 – Rozbor vyřazených dotazníků



Rozbor vyřazených dotazníků ukázal, že nejčastějším důvodem byl nevyplněný údaj, a to celkem v 65 % (n = 46) případech. Duplicitních údajů bylo celkem 32 % (n = 23) a 3 % (n = 2) dotazníků nesplňovala kritéria pro zařazení, konkrétně když respondenti měli kratší praxi než 1 rok.

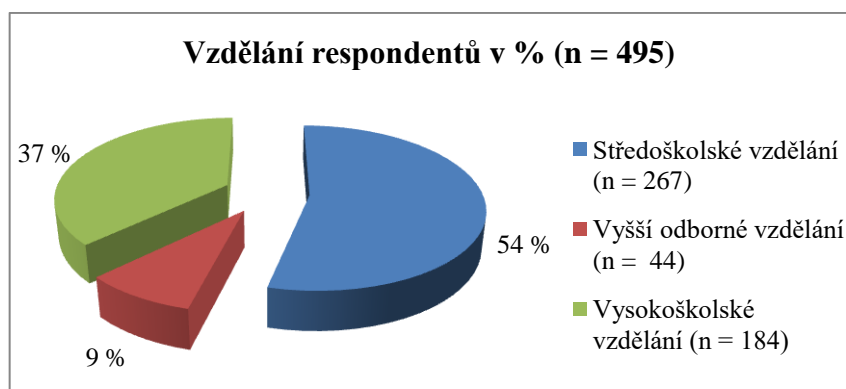


Graf 4 – Pohlaví respondentů



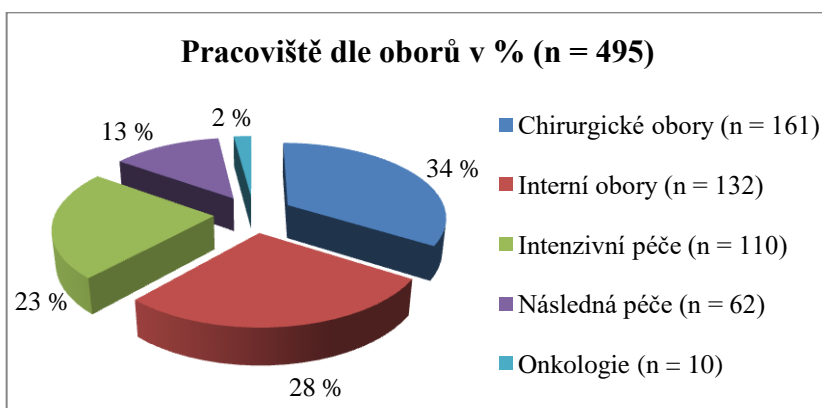
Výzkumný vzorek z celkového počtu 495 dotazníků tvořilo 5,6 % (n = 28) mužů a 94,4 % (n = 467) žen.

Graf 5 – Vzdělání respondentů



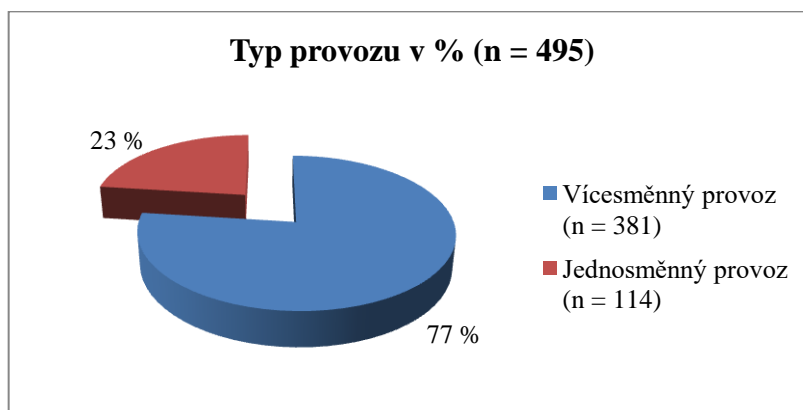
Vzdělání respondentů bylo rozděleno do tří kategorií, a to středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání. Do kategorie vysokoškolského vzdělání byli zahrnuti respondenti jak s bakalářským, tak s magisterským titulem. Největší zastoupení měla skupina respondentů se středoškolským vzděláním, a to celkem 54 % (n = 267). Druhou skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním. Tato skupina respondentů tvořila celkem 37 % (n = 184). Vyšší odborné vzdělání pak mělo 9 % (n = 44) respondentů.

Graf 6 – Pracoviště dle oborů



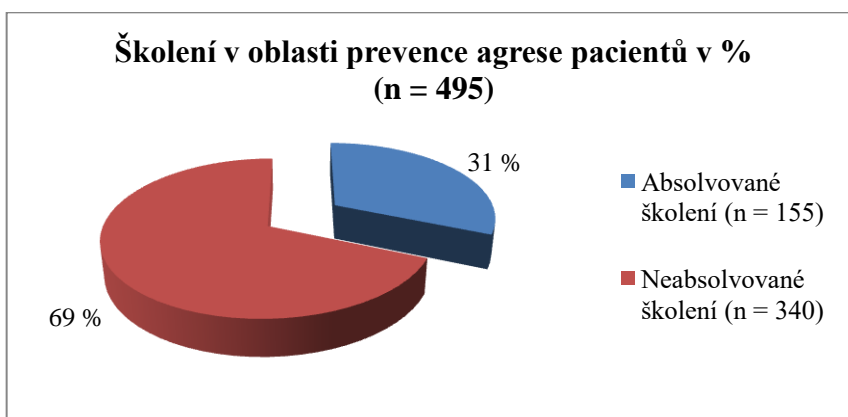
Respondenti byli dále rozděleni dle oborů, kde pracují. Největší skupina respondentů byla z chirurgických oborů 34 % (n = 161), následovala skupina respondentů z interních oborů 28 % (n = 132), intenzivní péče 23 % (n = 110), následné péče 13 % (n = 62) a onkologie 2 % (n = 10).

Graf 7 – Typ provozu



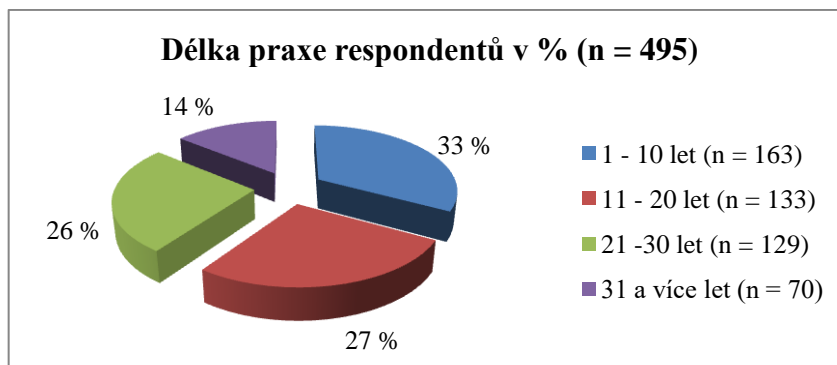
Většina odpovídajících respondentů byla z vícesměnného provozu, 77 % (n = 381), oproti jednosměnnému provozu, 23 % (n = 114).

Graf 8 – Školení v oblasti prevence agrese pacientů



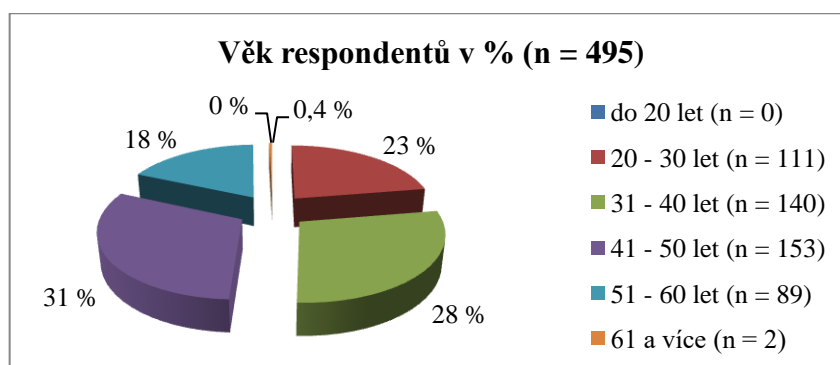
Přibližně třetina respondentů, konkrétně 31 % (n = 155), absolvovala školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřám ve své organizaci.

Graf 9 – Délka praxe respondentů



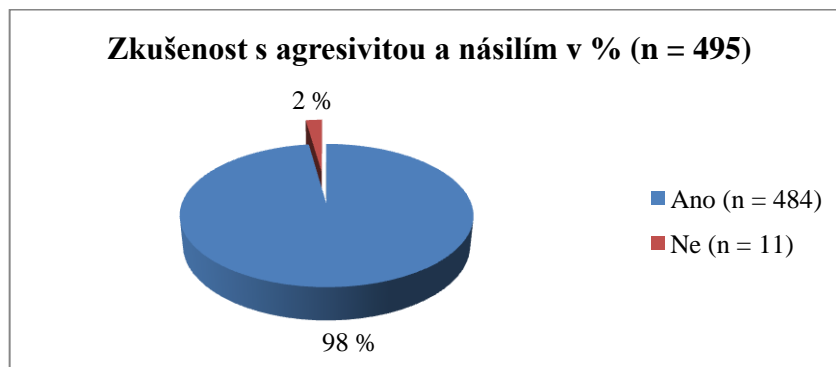
Délka praxe respondentů byla rozdělena do čtyř kategorií. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s délkou praxe od 1 roku do 10 let, celkem 33 % (n = 163). Respondentů s délkou praxe od 11 do 20 let bylo 27 % (n = 133). Třetí skupina respondentů, s délkou praxe od 21 do 30 let, tvořila 26 % (n = 129). Nejmenší skupinu respondentů činila skupina s délkou praxe 31 let a déle, a to celkem 14 % (n = 70).

Graf 10 – Věk respondentů



Věk respondentů byl rozdělen do šesti kategorií. V kategorii do 20 let nebyl žádný respondent. V kategorii od 20 do 30 let bylo 23 % (n = 111) respondentů. Druhá nejpočetnější kategorie, mezi 31 až 40 lety, čítala 28 % (n = 140) respondentů. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořila věková hranice mezi 41. a 50. rokem, a to celkem 31 % (n = 153). Respondentů ve věkové hranici 51 až 60 let bylo 18 % (n = 89). Nejmenší skupina respondentů byla ve věkové hranici 61 let a více. Tato skupina tvořila 0,4 % (n = 2).

Graf 11 – Zkušenost s agresivitou a násilím



Zkušenost s agresivitou a násilím mělo v Jihočeském kraji celých 98 % (n = 484) respondentů. Pouze 2 % (n = 11) se vůbec nikdy po dobu své praxe nesetkala s žádnou formou agresivity a násilím.

Tabulka 1 – Výskyt jednotlivých forem agrese pacientů

		1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále					
		1	2	3	4	5	6
1.	Pomlouvání	11,3 %	26,7 %	33,9 %	15,4 %	10,1 %	2,6 %
2.	Neoprávněné obviňování	10,3 %	30,9 %	31,9 %	17,4 %	8,1 %	1,4 %
3.	Urážení, nadávání	10,1 %	25,1 %	33,7 %	17,6 %	11,7 %	1,8 %
4.	Zastrašování, vyhrožování	26,7 %	36,8 %	21,2 %	8,5 %	6,5 %	0,4 %
5.	Sexuální poznámky	36,2 %	34,9 %	15,4 %	7,1 %	5,3 %	1,2 %
6.	Plivání, kousání	38,2 %	28,9 %	18,6 %	8,7 %	5,3 %	0,4 %
7.	Škrábání, štípání	32,9 %	29,7 %	20,2 %	10,5 %	6,7 %	0,0 %
8.	Házení předmětů	39,4 %	32,1 %	17,6 %	7,5 %	3,2 %	0,2 %
9.	Strkání	53,3 %	27,7 %	11,5 %	5,7 %	1,6 %	0,2 %
10.	Facka, úder pěstí, kopnutí	56,8 %	25,5 %	11,3 %	5,3 %	1,0 %	0,2 %
11.	Napadení ostrým předmětem, bodnutí	90,3 %	7,5 %	1,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %
12.	Škracení	95,6 %	3,8 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %
13.	Kontakt se střelnou zbraní, postřelení	96,0 %	3,6 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
14.	Poškozování věcí	45,3 %	25,7 %	17,0 %	7,5 %	4,0 %	0,6 %
15.	Sexuální napadení	96,0 %	3,2 %	0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %

Tato tabulka zobrazuje formy agrese pacientů. Formy agrese byly v dotazníku rozdělené na verbální a fyzické. Verbální formu představuje řádek 1 až 5. Fyzickou formu agrese představuje řádek 6 až 15.

Dle tabulky 1 – Výskyt jednotlivých forem agrese pacientů byla hodnocena hypotéza **H1 Verbální forma násilí převažuje nad fyzickou formou násilí.**

Tabulka 2 – Faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřám

1 – nejmenší vliv na riziko vzniku agrese, 5 – největší vliv na riziko vzniku agrese						
		1	2	3	4	5
1.	Agrese nebo násilí je naučené jednání pacienta (je to jeho zažitý způsob)	3,8 %	16,8 %	37,6 %	24,4 %	17,4 %
2.	Zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety)	1,0 %	7,3 %	18,4 %	31,1 %	42,2 %
3.	Samotná diagnóza pacienta, duševní onemocnění	0,8 %	7,3 %	27,5 %	39,2 %	25,3 %
4.	Rozdílná etnická příslušnost	12,7 %	28,3 %	34,9 %	20,0 %	4,0 %
5.	Neúměrná bolest pacienta	3,4 %	20,8 %	41,8 %	23,6 %	10,3 %
6.	Neuspokojené potřeby pacienta	4,2 %	23,4 %	39,8 %	24,6 %	7,9 %
7.	Ztráta motivace do života (špatné vyhlídky, ztráta funkčnosti organismu)	6,5 %	24,4 %	38,0 %	23,6 %	7,5 %
8.	Strach, stres, obavy pacienta (z výsledků, z operace, apod.)	4,8 %	22,4 %	36,6 %	25,1 %	11,1 %
9.	Narušení intimity pacienta, nedostatek soukromí	12,9 %	36,2 %	35,8 %	13,3 %	1,8 %
10.	Dlouhé čekací doby (čekání v čekárně, čekání na výkon)	4,0 %	16,8 %	31,7 %	29,3 %	18,2 %
11.	Dlouhodobá hospitalizace pacienta	5,9 %	17,6 %	37,8 %	29,3 %	9,5 %
12.	Používání omezovacích prostředků (medikamentózní tlumení, popruhy)	5,1 %	14,7 %	39,2 %	31,5 %	9,5 %
13.	Nedostatečné značení oddělení, ambulancí či nepřehledné místnosti	29,7 %	42,4 %	21,4 %	5,7 %	0,8 %
14.	Časová zaneprázdněnost sestry	10,3 %	33,5 %	32,1 %	15,8 %	8,3 %
15.	Nesprávná komunikace s pacientem ze strany sestry	10,1 %	32,1 %	31,5 %	16,2 %	10,1 %
16.	Věk sestry	48,1 %	27,7 %	16,4 %	5,7 %	2,2 %
17.	Konfrontační chování či neetické chování sestry	13,7 %	28,1 %	28,9 %	17,0 %	12,3 %
18.	Neřešení konfliktů ze strany sestry	14,1 %	29,5 %	29,9 %	17,0 %	9,5 %
19.	Neschopnost sestry (nedostatečná zručnost, nerozpoznání potřeb pacienta)	17,2 %	29,9 %	30,1 %	14,7 %	8,1 %
20.	Převaha žen v profesi	50,3 %	29,1 %	16,2 %	3,8 %	0,6 %
21.	Muž na pozici profese sestry	57,4 %	30,7 %	11,5 %	0,4 %	0,0 %
22.	Pohlavní rozdíly (sestra a pacient jsou opačného pohlaví)	52,1 %	35,4 %	9,7 %	2,2 %	0,6 %
23.	Pohlavní rovnost (sestra a pacient jsou stejného pohlaví)	56,4 %	33,5 %	9,3 %	0,6 %	0,2 %

Faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřám byly v dotazníku uspořádány do druhé tabulky. Celkem bylo hodnoceno 23 nejčastějších faktorů, které mohou ovlivnit agresi pacientů (Tabulka 2).

Výstupem pro zhodnocení hypotézy H2 se stal bod **2 Zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety)**.

Tabulka 3 – Postoj sester k agresi pacientů

1 = úplně, rozhodně NESOUHLASÍM, 5 = úplně, rozhodně SOUHLASÍM						
		1	2	3	4	5
1.	Myslím si, že je to příklad nespolutracujícího postoje pacienta	3,2 %	13,9 %	42,2 %	25,7 %	14,9 %
2.	Je pro mě impulzem být obezřetnější vůči pacientovi	3,6 %	4,8 %	20,6 %	33,1 %	37,8 %
3.	Je to pro mě nepříjemné a odpuzující chování	3,8 %	9,5 %	28,1 %	25,3 %	33,3 %
4.	Agresivní chování nemůže být tolerováno	5,1 %	6,5 %	20,0 %	25,1 %	43,3 %
5.	Je zbytečné, ničeho se nedocílí	8,1 %	10,9 %	22,0 %	23,2 %	35,8 %
6.	Je to ochranný mechanismus pacienta na nemoc nebo prostředí	2,8 %	10,5 %	29,9 %	28,3 %	28,5 %
7.	Je to násilné jednání vůči ostatním	4,8 %	7,9 %	31,7 %	30,3 %	25,3 %
8.	Je to úmyslně konané jednání (s výjimkou psychicky nemocných)	4,2 %	16,2 %	36,8 %	23,6 %	19,2 %
9.	Pacient chce za každou cenu dosáhnout svého cíle	3,6 %	8,7 %	36,2 %	25,7 %	25,9 %
10.	Agresivní chování otravuje atmosféru na pracovišti	4,8 %	6,5 %	18,2 %	24,2 %	46,3 %
11.	Agresivní chování má negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče	2,4 %	4,4 %	17,8 %	29,1 %	46,3 %
12.	Pomáhá sestře vidět pacienta z jiného úhlu	7,3 %	12,3 %	32,9 %	24,0 %	23,4 %
13.	Lze mu účinně předcházet	6,7 %	16,4 %	44,8 %	15,8 %	16,4 %
14.	Správnou komunikaci vnímám jako účinný prostředek prevence agrese	2,4 %	6,9 %	29,9 %	22,6 %	38,2 %
15.	Agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost	5,5 %	6,1 %	15,6 %	20,0 %	52,9 %

Postoj sester k agresi pacientů hodnotila třetí tabulka v dotazníku. Samotný postoj sester k agresi pacientů byl dán osobní zkušeností jednotlivých pracovníků. Jednotlivé postoje byly seskupeny do patnácti bodů, přičemž bod **13 Lze mu účinně předcházet** a bod **15 Agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost** byly využity pro zpracování hypotézy H3 a H4 (Tabulka 3).



Tabulka 4 – Negativní následky u sester po styku s agresorem

		1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále					
		1	2	3	4	5	6
1.	Celodenní pocit stresu	5,7 %	20,4 %	29,1 %	18,2 %	20,2 %	6,5 %
2.	Pocit stresu při vykonávání pracovních činností	6,1 %	21,0 %	26,7 %	20,0 %	19,8 %	6,5 %
3.	Nespavost	28,3 %	31,3 %	20,4 %	11,3 %	5,7 %	3,0 %
4.	Pocit syndromu vyhoření	24,0 %	25,3 %	18,0 %	13,1 %	12,1 %	7,5 %
5.	Úvaha nad změnou povolání (profese)	27,9 %	24,4 %	19,6 %	10,7 %	11,3 %	6,1 %
6.	Úvaha nad změnou pracoviště (v rámci organizace)	36,4 %	23,4 %	17,2 %	11,3 %	7,9 %	3,8 %
7.	Bolesti hlavy	22,6 %	30,3 %	23,0 %	12,1 %	8,1 %	3,8 %
8.	Psychické vyčerpání	6,7 %	20,6 %	27,3 %	20,0 %	17,8 %	7,7 %
9.	Fyzické vyčerpání	8,5 %	21,0 %	26,7 %	21,0 %	16,0 %	6,9 %
10.	Strach ze zranění	12,5 %	28,5 %	26,3 %	12,7 %	14,3 %	5,7 %
11.	Celková pracovní nespokojenost	18,8 %	33,3 %	23,6 %	13,1 %	8,9 %	2,2 %
12.	Strach o život	28,3 %	33,9 %	19,8 %	8,3 %	7,3 %	2,4 %
13.	Pocit bezmoci	12,1 %	27,3 %	24,6 %	15,2 %	16,6 %	4,2 %
14.	Strach, že se incident může opakovat	7,5 %	27,1 %	26,5 %	16,2 %	16,4 %	6,5 %
15.	Úvaha nad dlouhodobou neschopností	54,3 %	23,6 %	14,1 %	3,6 %	3,4 %	0,8 %

V tabulce 4 jsou zobrazeny negativní následky u sester po styku s agresorem. Nejčastější negativní následky byly rozděleny do patnácti základních bodů. Výstupem pro zhodnocení hypotézy H5 se stal bod **4 Pocit syndromu vyhoření** (Tabulka 4).

Tabulka 5 – Strategie zvládání stresu po styku s agresorem

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále							
		1	2	3	4	5	6
1.	Mluvením s přáteli, kolegy či rodinou o celé události	3,8 %	12,9 %	23,4 %	18,2 %	31,3 %	10,3 %
2.	Snažím se na incident nemyslet	4,4 %	16,4 %	29,9 %	22,0 %	22,0 %	5,3 %
3.	Provozují sport nebo jinou fyzickou zátěž	6,5 %	21,2 %	22,8 %	20,0 %	20,4 %	9,1 %
4.	Věnuji se více svým koníčkům	3,4 %	12,3 %	24,2 %	24,8 %	23,6 %	11,5 %
5.	Užívám léky	81,2 %	12,9 %	2,6 %	1,4 %	1,2 %	0,6 %
6.	Ve větší míře konzumuji alkohol	69,5 %	18,2 %	7,5 %	3,0 %	1,6 %	0,2 %
7.	Fyzicky odpočívám	4,4 %	17,6 %	29,1 %	21,8 %	18,6 %	8,5 %
8.	Využívám benefitů organizace	61,6 %	19,8 %	8,3 %	5,1 %	4,2 %	1,0 %
9.	Využívám rad psychologa (nebo psychiatra)	84,4 %	9,9 %	3,0 %	2,2 %	0,2 %	0,2 %
10.	Mapuju si, jak se zachovám příště	16,8 %	26,3 %	27,1 %	12,9 %	11,1 %	5,9 %
11.	Píšu (knihu, deník, záznamy o incidentu)	86,9 %	6,1 %	2,6 %	2,2 %	1,8 %	0,4 %
12.	Maluji	80,8 %	9,5 %	5,5 %	2,4 %	1,6 %	0,2 %
13.	Používám humor, odlehčuji celou situaci	9,1 %	14,9 %	23,2 %	17,4 %	20,8 %	14,5 %

Tabulka 5 znázorňuje strategii zvládání stresu u sester po styku s agresorem. Jednotlivé strategie zvládání stresu byly rozčleněny do 13 bodů (Tabulka 5).

#### 4.1.1 Statistické vyhodnocení hypotéz

**Testování hypotézy H1** – Verbální forma násilí převažuje nad fyzickou formou násilí.

Tabulka 6 – Vyhodnocení hypotézy H1

Formy agrese	N	Mo	Me	Průměr	$s^2$	s
1.1 Pomlouvání	495	3	3	2,941	1,510	1,229
1.2 Neoprávněné obviňování	495	3	3	2,863	1,327	1,152
1.3 Urážení, nadávání	495	3	3	3,012	1,462	1,209
1.4 Zastrahování, vyhrožování	495	2	2	2,325	1,359	1,166
1.5 Sexuální poznámky	495	1	2	1,139	1,445	1,202
1.6 Plivání, kousání	495	1	2	2,152	1,430	1,196
1.7 Škrábání, štípání	495	1	2	2,283	1,472	1,213
1.8 Házení předmětů	495	1	2	2,036	1,191	1,091
1.9 Strkání	495	1	0	1,752	0,991	0,995
1.10 Facka, úder pěstí, kopnutí	495	1	0	1,689	0,917	0,958
1.11 Napadení ostrým předmětem, bodnutí	495	1	0	1,131	0,207	0,455
1.12 Škrcezení	495	1	0	1,053	0,070	0,265
1.13 Kontakt se střelnou zbraní, postřelení	495	1	0	1,044	0,051	0,225
1.14 Poškození věci	495	1	2	2,012	1,382	1,175
1.15 Sexuální napadení	495	1	0	1,051	0,072	0,269

*N* – celkem odevzdaných dotazníků

*Mo* – modus

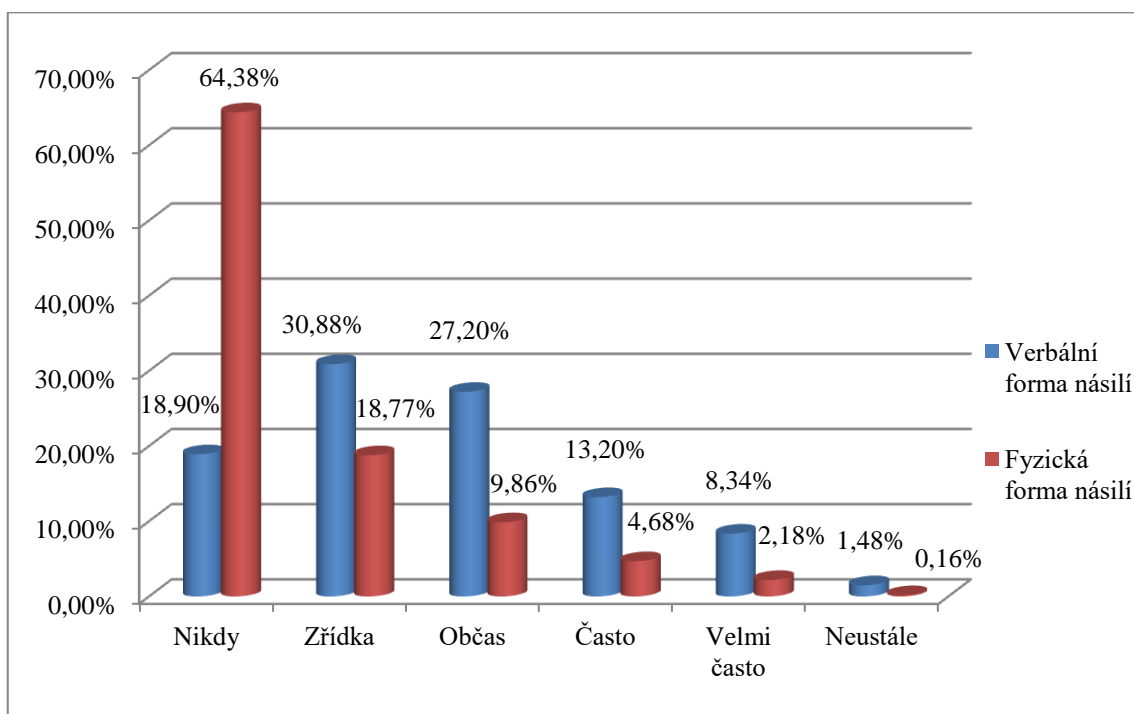
*Me* – medián

$s^2$  – rozptyl

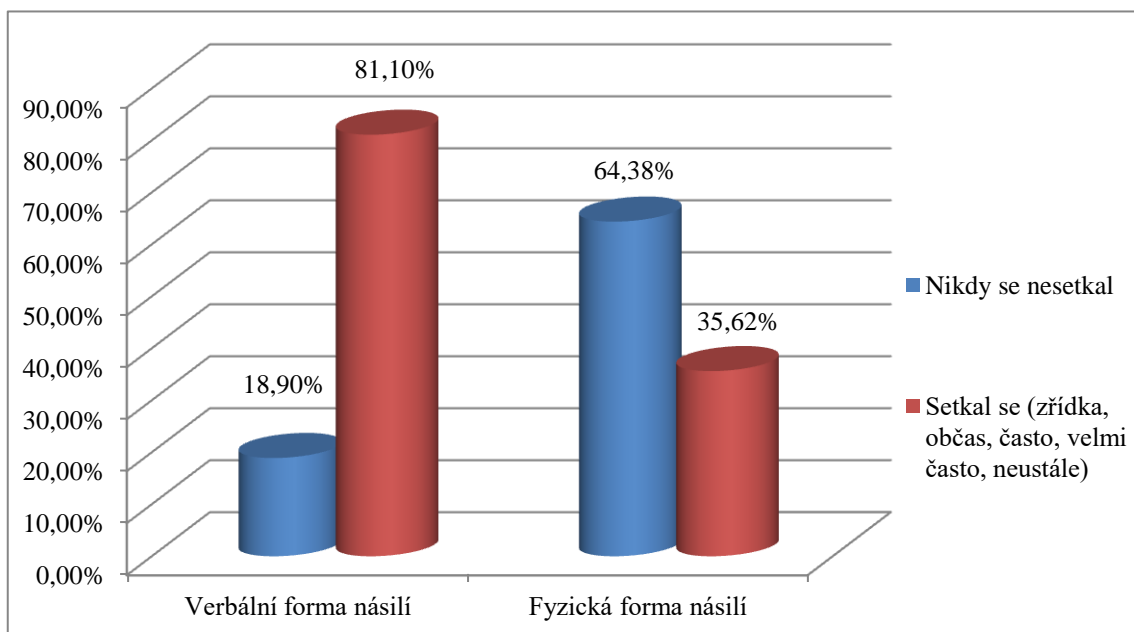
*s* – směrodatná odchylka

Pro stupnici o bodech škály 1 až 6, kde 1 = nikdy, 2 = zřídka, 3 = občas, 4 = často, 5 = velmi často, 6 = neustále, platí, že čím vyšší je hodnota modu, mediánu nebo průměru, tím častěji se daná forma agrese vyskytuje. Verbální formu agrese znázorňuje řádek 1–5, fyzickou formu agrese znázorňuje řádek 6–15.

Graf 12 – Rozdělení forem agrese na jednotlivé škály v procentech



Graf 13 – Četnost verbální a fyzické formy agrese v procentech



**Hypotéza byla potvrzena.** Z porovnání středních hodnot vyplývá, že čtenější jsou verbální formy agrese. Nejčastěji se sestry setkávají s urážením a nadáváním, pomlouváním, neoprávněným obviňováním a zastrašováním či vyhrožováním. Fyzické formy agrese jsou ve srovnání s verbálními méně časté. Nejčastěji sestry uvádějí škrábání nebo štípání, plivání nebo kousání, házení předmětů a poškozování věcí. Mezi

nejméně časté projevy z verbálních forem patří sexuální poznámky a z fyzických forem sexuální napadení, kontakt se střelnou zbraní či postřelení, škrcení a napadení ostrým předmětem či bodnutí.

**Testování hypotézy H2** – Sestry z chirurgických a intenzivních oborů vnímají jako nejrizikovější faktor vzniku agrese a násilí zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety) oproti sestřím z ostatních oborů.

Tabulka 7 – Vyhodnocení hypotézy H2

<i>Typ pracoviště</i>	<i>Hodnota <math>X^2</math></i>	<i>Df.</i>	<i>P</i>	<i>Statistický význam</i>
Zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety)	22,262	12	<0,05	*

$X^2$  – chí kvadrát

*P* – test nezávislosti

*Df.* – stupně volnosti

\* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$

**Hypotéza byla potvrzena.** Bylo prokázáno, že sestry z intenzivní péče (ARO, JIP) a chirurgických oborů vnímají zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety) významně častěji jako rizikový faktor vzniku agrese a násilí než sestry ostatních oborů ( $p < 0,05$ ).

**Testování hypotézy H3** – Vysokoškolsky vzdělané sestry pozitivněji vnímají důležitost zaznamenávání agresivity a násilí jako nežádoucí události než sestry se středoškolským vzděláním.

Pro větší sílu testů byla redukována stupnice vzdělání na 2 základní skupiny:

- a) SZŠ, VOŠ
- b) VŠ (Bc., Mgr.)

Tabulka 8 – Vyhodnocení hypotézy H3

<i>Vzdělání</i>	<i>Hodnota <math>X^2</math></i>	<i>Df.</i>	<i>P</i>	<i>Statistický význam</i>
Agresivní chování musí být zaznamenáno jako nežádoucí událost	8,060	4	0,089	n. s.

$X^2$  – chí kvadrát

$P$  – test nezávislosti

$Df.$  – stupně volnosti

*n. s.* – statisticky nevýznamný rozdíl

**Hypotéza nebyla potvrzena.** Nebylo prokázáno, že by vysokoškolsky vzdělané sestry pozitivněji vnímaly důležitost zaznamenávání agresivity a násilí jako nežádoucí události. Stanovisko vysokoškolsky vzdělaných sester se v této záležitosti statisticky významně neliší od stanoviska sester se SZŠ či VOŠ ( $p = 0,089$ ).

**Testování hypotézy H4:** Sestry proškolené v oblasti prevence agrese se domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet, oproti sestřím neproškoleným v této oblasti.

Tabulka 9 – Vyhodnocení hypotézy H4

<i>Absolvované školení</i>	<i>Hodnota <math>X^2</math></i>	<i>Df.</i>	<i>P</i>	<i>Statistický význam</i>
Agresivnímu chování lze účinně předcházet	11,265	4	<0,05	*

$X^2$  – chí kvadrát

$P$  – test nezávislosti

$Df.$  – stupně volnosti

\* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$

**Hypotéza byla potvrzena.** Bylo prokázáno, že sestry proškolené v problematice řešení agrese pacientů se významně častěji domnívají, že agresivnímu jednání pacientů lze účinně předcházet ( $p < 0,05$ ).

**Testování hypotézy H5:** Sestry s délkou praxe 20 let a více mají pocit syndromu vyhoření spíše než sestry s kratší dobou praxe.

Tabulka 10 – Vyhodnocení hypotézy H5

<i>Délka praxe</i>	<i>Hodnota <math>X^2</math></i>	<i>Df.</i>	<i>P</i>	<i>Statistický význam</i>
Pocit syndromu vyhoření	12,044	5	<0,05	*

$X^2$  – chí kvadrát

$P$  – test nezávislosti

*Df. – stupně volnosti*

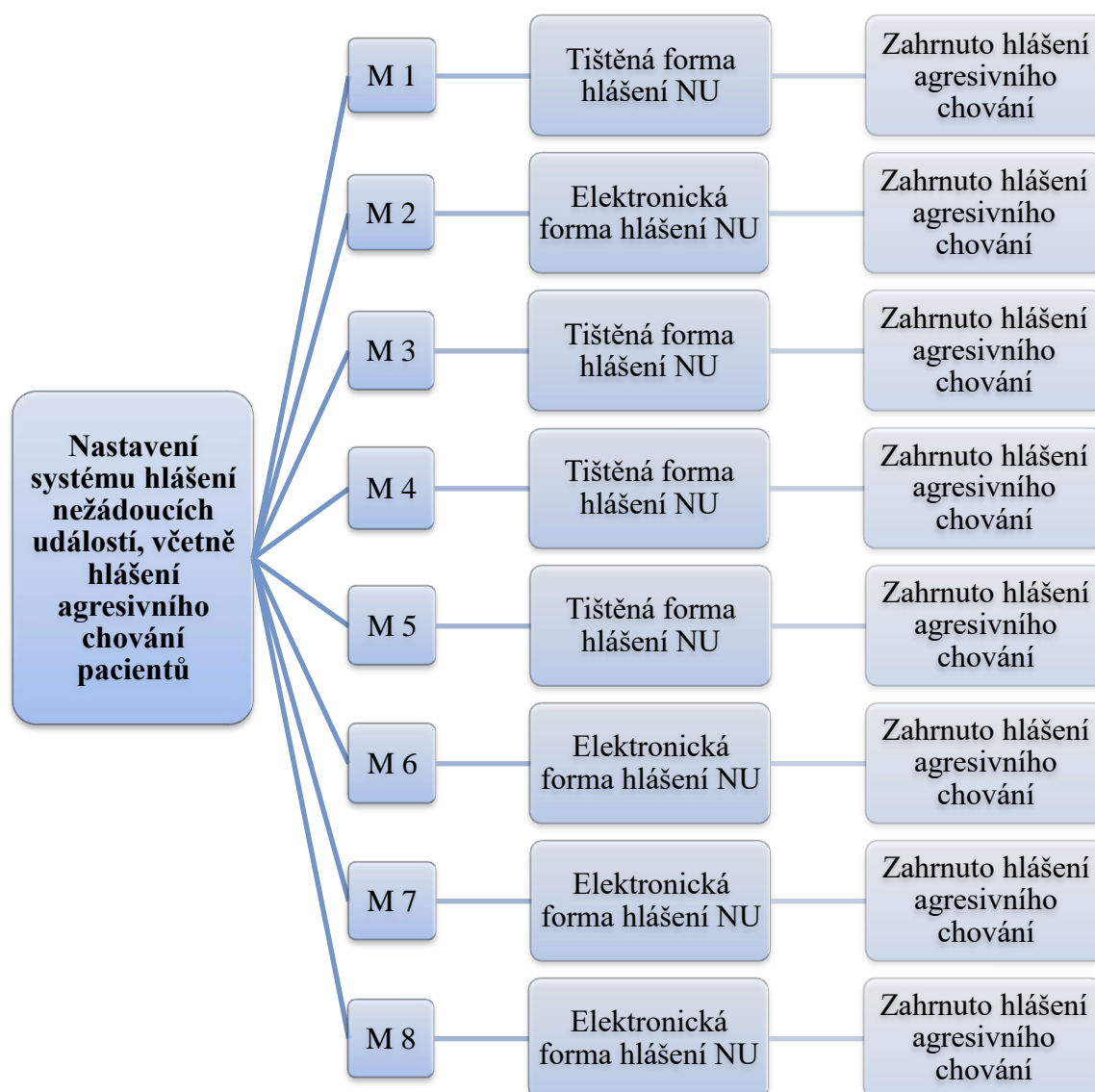
*\* – statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti  $\alpha = 0,05$*

**Hypotéza byla potvrzena.** Bylo prokázáno, že zkušené sestry s delší dobou praxe (20 a více let) ve významně větší míře trpí pocitem syndromu vyhoření než méně zkušené sestry s kratší dobou praxe ( $p < 0,05$ ).

## 4.2 Výsledky kvalitativního šetření

### 4.2.1 Problematika evidence a hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů

Schéma 1 – Nastavení systému hlášení nežádoucích událostí, včetně hlášení agresivního chování pacientů

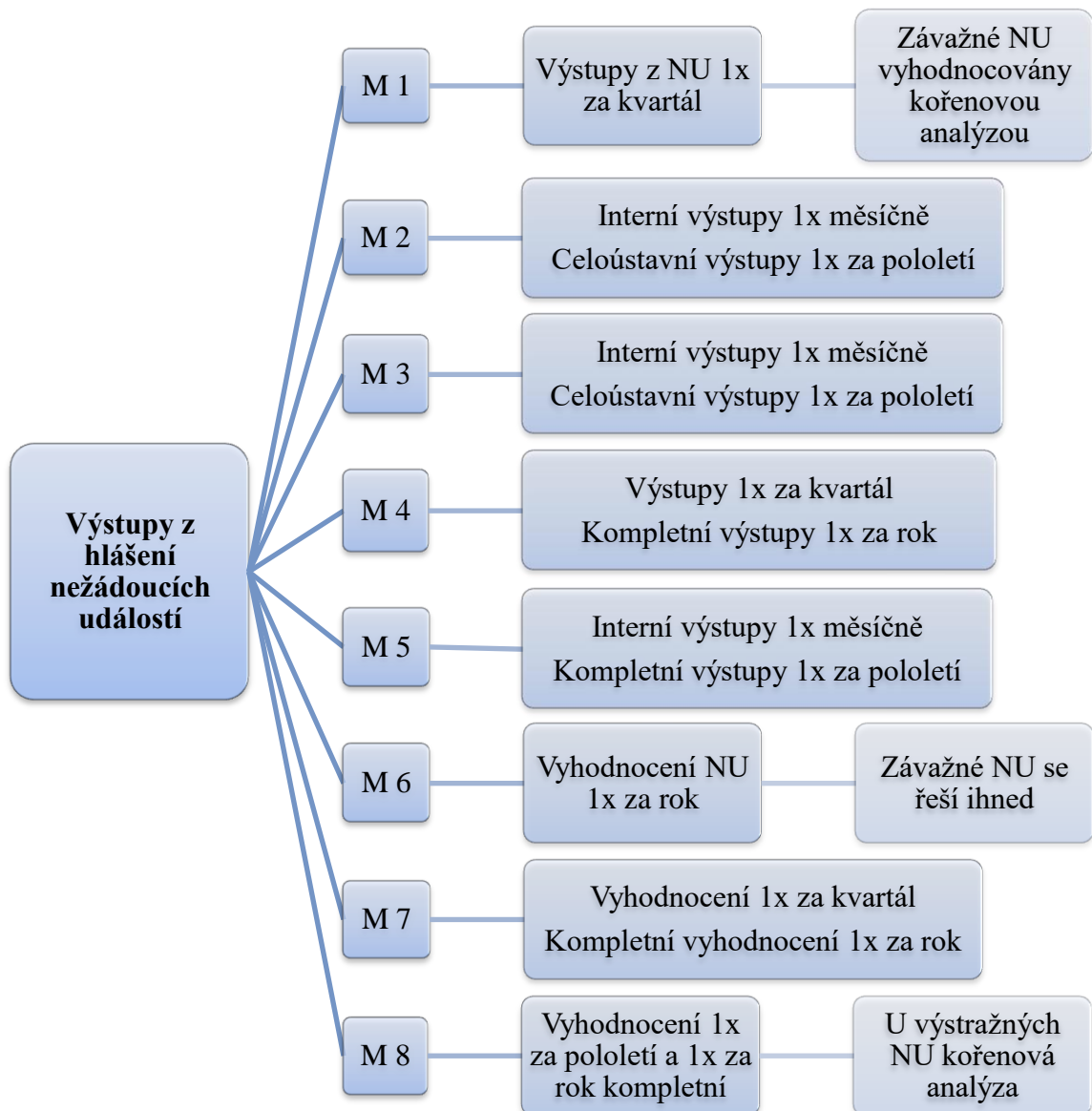




Z analýzy vyplývá, že všechny nemocnice v Jihočeském kraji mají nastavený systém hlášení nežádoucích událostí, včetně evidence hlášení agresivního chování pacientů vůči zaměstnancům. Polovina nemocnic má systém hlášení NU nastaven v tištěné podobě. Tištěná podoba hlášení nežádoucí události je součástí chorobopisu a není součástí nemocničního informačního systému. Manažer 5 uvádí: „*Hlášení nežádoucích událostí máme zatím v tištěné podobě a po vyplnění všech povinných údajů v předtištěném formuláři se originál zakládá do dokumentace a kopie se posílá k rukám hlavní sestry. V brzké době plánujeme hlášení formou elektronickou, aby vše bylo součástí nemocničního informačního systému.*“

Druhá polovina nemocnic má nastavený systém hlášení NU již v elektronické podobě a je zároveň součástí nemocničního informačního systému. Manažer 8 popisuje: „*U nás v nemocnici máme již řadu let hlášení nežádoucích událostí v elektronické podobě. Součástí těchto hlášení je i agrese pacientů nebo jejich příbuzných vůči personálu. Velkou výhodou elektronické podoby je nižší administrativní zátěž pracovníků, jelikož mnoho úkonů při vypisování události je již předdefinováno. Další výhodou je to, že trvale zůstává součástí nemocničního informačního systému a nedá se do něj zpětně vpisovat, což vede k objektivitě dat. Jako užitečný vnímám fakt, že veškerá data jsou následně dobře zpracovatelná pro výstupy z nežádoucích událostí.*“

Schéma 2 – Výstupy z hlášení nežádoucích událostí

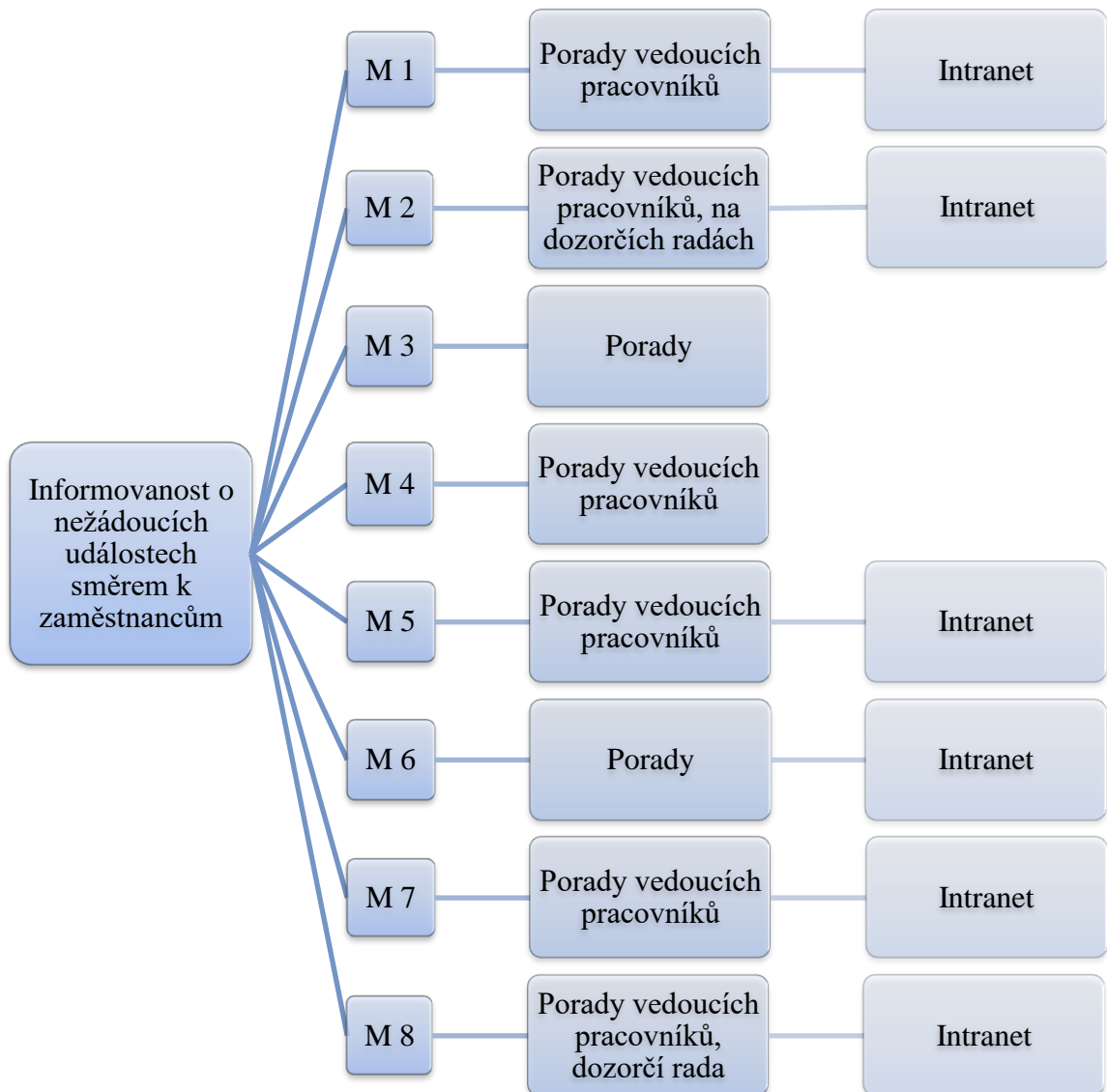


Z šetření vyplývá, že ve všech nemocnicích Jihočeského kraje je pravidelně prováděno vyhodnocení všech NU, včetně událostí souvisejících s agresí pacientů. Pravidelné vyhodnocování je prováděno dle interních předpisů či směrnic jednotlivých nemocnic. Tři manažeři odpověděli, že průběžné výstupy provádějí 1× měsíčně v rámci interního hodnocení. Manažer 2 uvedl: *„Nežádoucí události vyhodnocujeme 1× měsíčně na provozních poradách. Toto hodnocení je zpravidla určeno pro vedoucí pracovníky jednotlivých pracovišť. Následné, komplexní vyhodnocení provádíme jednou za pololetí, které se předkládá představenstvu a na dozorčí radě.“*

Tři manažeři shodně uvedli, že průběžné vyhodnocení nežádoucích událostí provádějí jednou za kvartál. Jeden manažer odpověděl, že průběžné hodnocení zpracovávají jednou za půl roku, a další manažer uvedl, že výstupy provádějí 1× za rok kompletní. Průběžné hodnocení nežádoucích událostí je kombinováno se závěrečnými výstupy, a to zpravidla za období pololetí či ukončeného roku.

Dva z manažerů uvedli, že u závažných či výstražných nežádoucích událostí provádí kořenovou analýzu. Jeden manažer odpověděl, že závažné nežádoucí události řeší ihned. Manažer 1 dodal: *„Pravidelné výstupy z nežádoucích událostí provádíme kvartálně a u závažných událostí, které se stanou, provádíme kořenovou analýzu. Výstupy provádí manažer kvality, který je průběžně zpracovává.“*

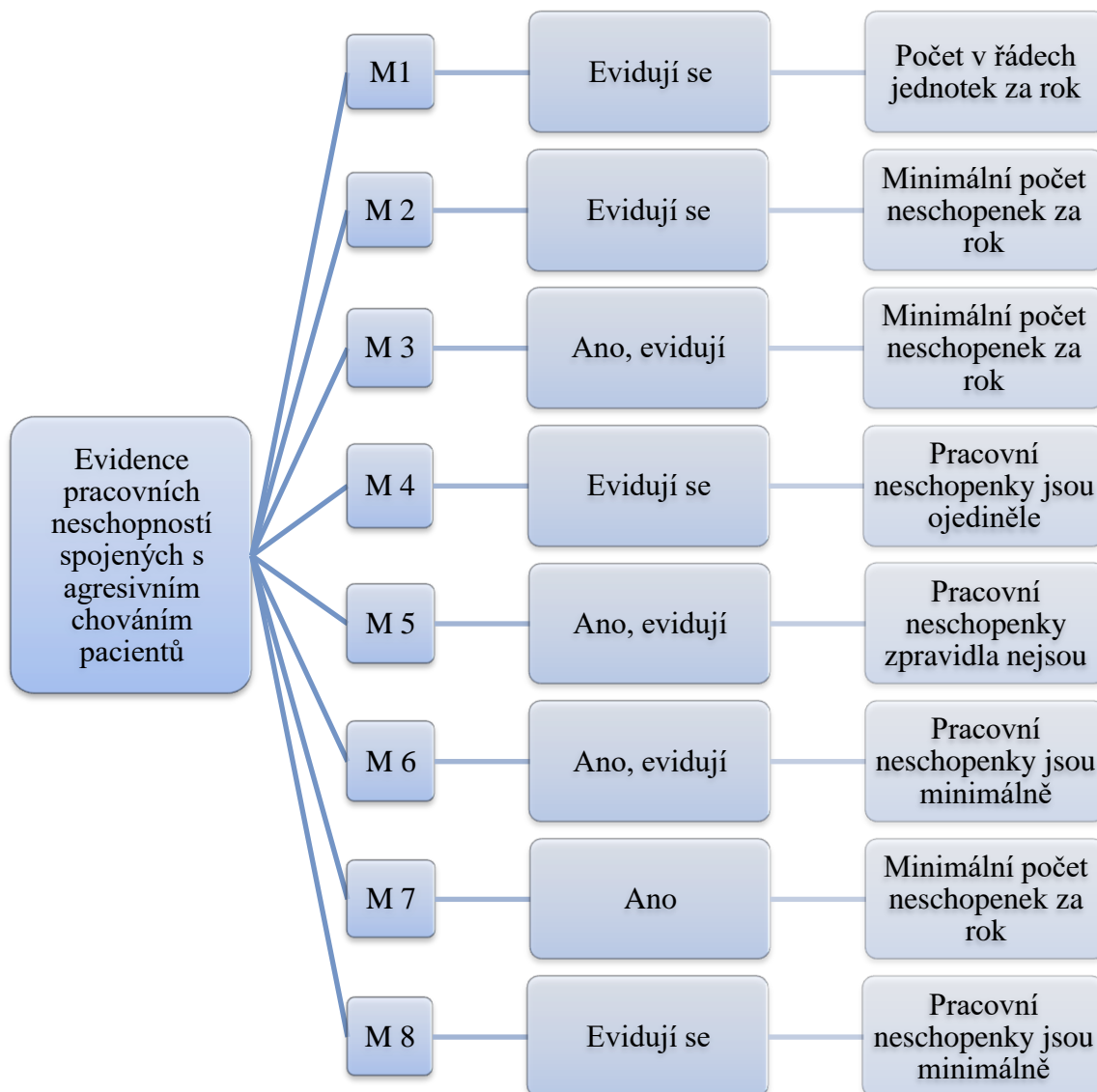
Schéma 3 – Informovanost o nežádoucích událostech směrem k zaměstnancům



Všech osm manažerů jednotně odpovědělo, že informace o nežádoucích událostech se zaměstnancům předávají prostřednictvím vedoucích pracovníků na pravidelných poradách. Dva manažeři také doplnili, že podklady z výstupů předkládají rovněž na dozorčí radě. Manažer 4 dodává: *„Všechny nežádoucí události jsou zpracovávány manažerkou kvality, která připravuje podklady a předkládá je vedení nemocnice. Průběžné podklady jsou také předkládány jednou za čtvrt roku vedoucím pracovníkům na pravidelných poradách. Zpravidla počátkem každého nového roku dochází k vyhodnocení a kompletaci výstupů z roku předešlého.“*

Šest z osmi manažerů uvedlo, že zároveň informují o pravidelných výstupech z nežádoucích událostí zaměstnance prostřednictvím interní počítačové sítě. Manažer 7 uvedl: *„V rámci organizace máme pravidelné měsíční porady vedoucích pracovníků jak lékařských, tak nelékařských. Jednou za čtvrt roku se na těchto poradách vyhodnocují nežádoucí události a zaměstnance informujeme hlavně o těch výstražných či o těch nežádoucích událostech, které mají stoupající tendenci. Vyhodnocení také pravidelně jednou za čtvrt roku umísťujeme na naši intranetovou síť, kde na to mohou nahlédnout všichni zaměstnanci. Jednou za rok se potom předkládá kompletní zpráva z nežádoucích událostí, která je taktéž umísťována na intranet.“*

Schéma 4 – Evidence pracovních neschopností spojených s agresivním chováním pacientů

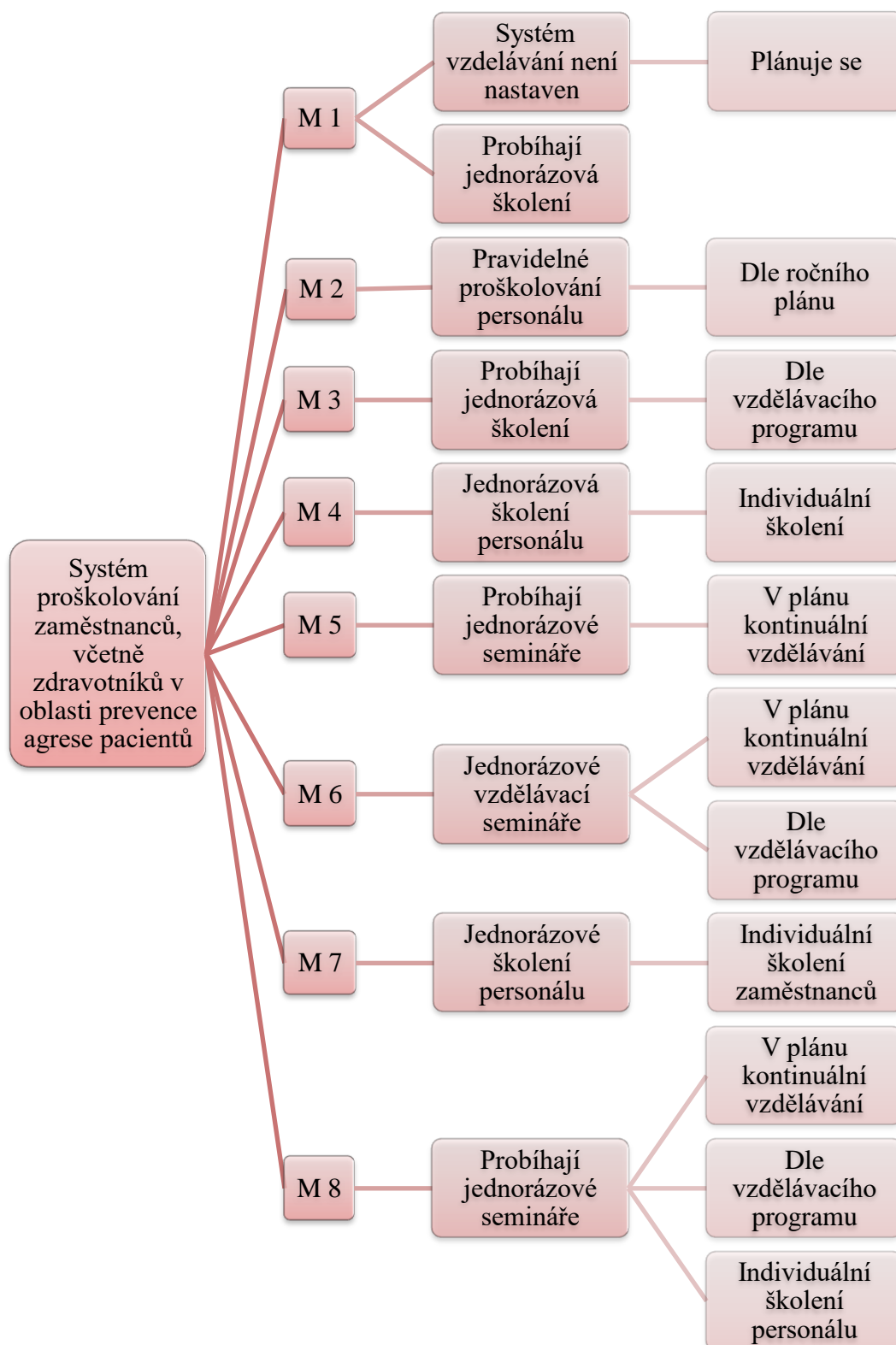


Na základě zaznamenávání nežádoucích událostí byla hodnocena i evidence a množství pracovních neschopenek zaměstnanců spojených s agresivním chováním pacientů. Všichni manažeři shodně odpověděli, že se vždy evidují pracovní neschopenky, které jsou spojené s agresí pacientů. Manažer 6 dodal: *„U nás se evidují veškeré úrazy a pracovní neschopenky, které vznikly během pracovního procesu, a to včetně toho, když dojde k úrazu vlivem napadení od pacienta či jeho příbuzných. Těchto neschopenek je ovšem minimum za rok a nejsem schopna vám toto číslo přesně sdělit.“*

Všichni manažeři také obdobně odpověděli na otázku týkající se množství vystavených pracovních neschopenek, které byly způsobeny vlivem agresivního chování pacientů. Množství těchto neschopenek se zpravidla pohybuje v řádech jednotek za rok. Manažer 1 doplňuje: *„V minulosti zde bylo zaznamenáno napadení zaměstnance, který byl uhozen do hlavy a následně byl v bezvědomí a s otokem mozku v těžkém stavu. Napadl ho opilý pacient. Zaměstnanec měl pak několik měsíců neschopenku. To je ovšem ojedinělý a doufám, že jediný případ v naší nemocnici. Pracovní neschopenky jsou z těchto důvodů skutečně minimálně vystavované. Konkrétní číslo by nám řekli na oddělení Bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Zvlášť tyto neschopenky ovšem neevidujeme.“*

#### 4.2.2 Problematika vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků v oblasti agresivního chování pacientů

Schéma 5 – Systém proškolení zaměstnanců, včetně zdravotníků v oblasti prevence agrese pacientů

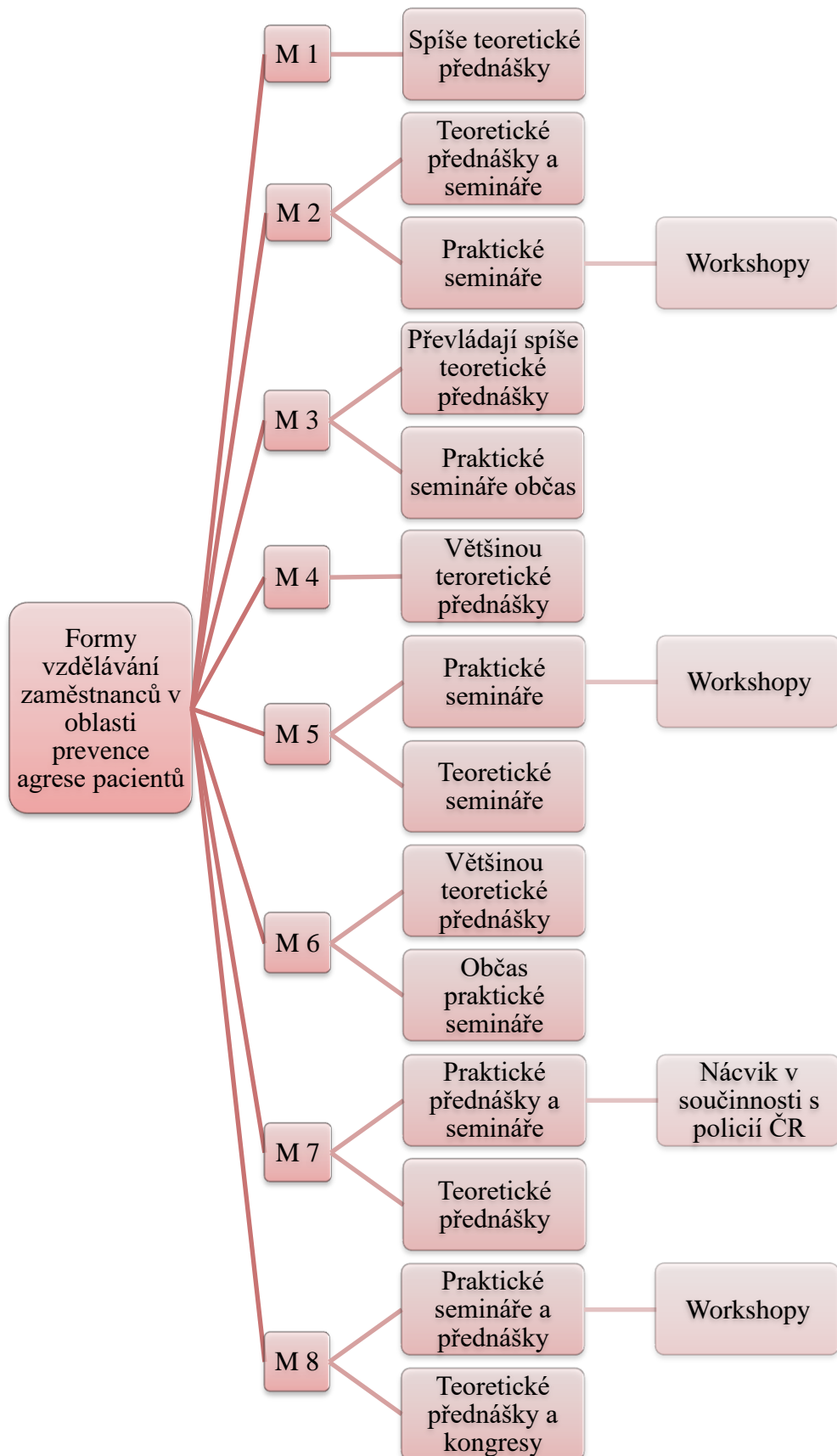




Problematika proškolení zaměstnanců v oblasti agresivity a násilí ze strany pacientů se věnovala systematickému nastavení pravidel vzdělávacího procesu. Pravidelné periodické proškolení v oblasti agrese má pouze jedna z osmi jihočeských nemocnic. Manažer 2 dodává: *„My máme v nemocnici pravidelné školení personálu na toto téma, kdy máme přednášky domluvené dlouhou dobu dopředu. Potom ještě máme dobrou spolupráci s firmou, kam cíleně posíláme zaměstnance na tento druh přednášek. Dále máme proškolené dva krizové interveny, kteří mají certifikát, pravidelně se dozdělávají a následně proškolují svůj personál. Tito dva interveni pracují v rámci urgentního příjmu, kde se zpravidla filtrují všichni pacienti, a interveni jsou zde nejvíce využiti.“*

Ostatních sedm manažerů shodně odpovědělo, že semináře či školení personálu na téma agrese ze strany pacientů probíhá spíše jednorázovou formou dle aktuální nabídky seminářů, které se zrovna pořádají nebo které pořádá sama nemocnice dle vzdělávacího programu. Čtyři manažeři uvedli, že organizace chce nastavit systém kontinuálního vzdělávání zaměstnanců v této oblasti. Manažer 8 upřesnil: *„V naší nemocnici je každoročně tvořen vzdělávací program s konkrétní vzdělávací tematikou. Některé semináře či kongresy pořádáme my, jako nemocnice, a také sami zaměstnanci poměrně hojně využívají individuální vzdělávací akce různě po republice, včetně aktivní účasti. Co se týče vzdělávání v oblasti agrese, tak zde bychom chtěli nastavit systém kontinuálního vzdělávání, které jde ruku v ruce s tzv. měkkými cíli.“*

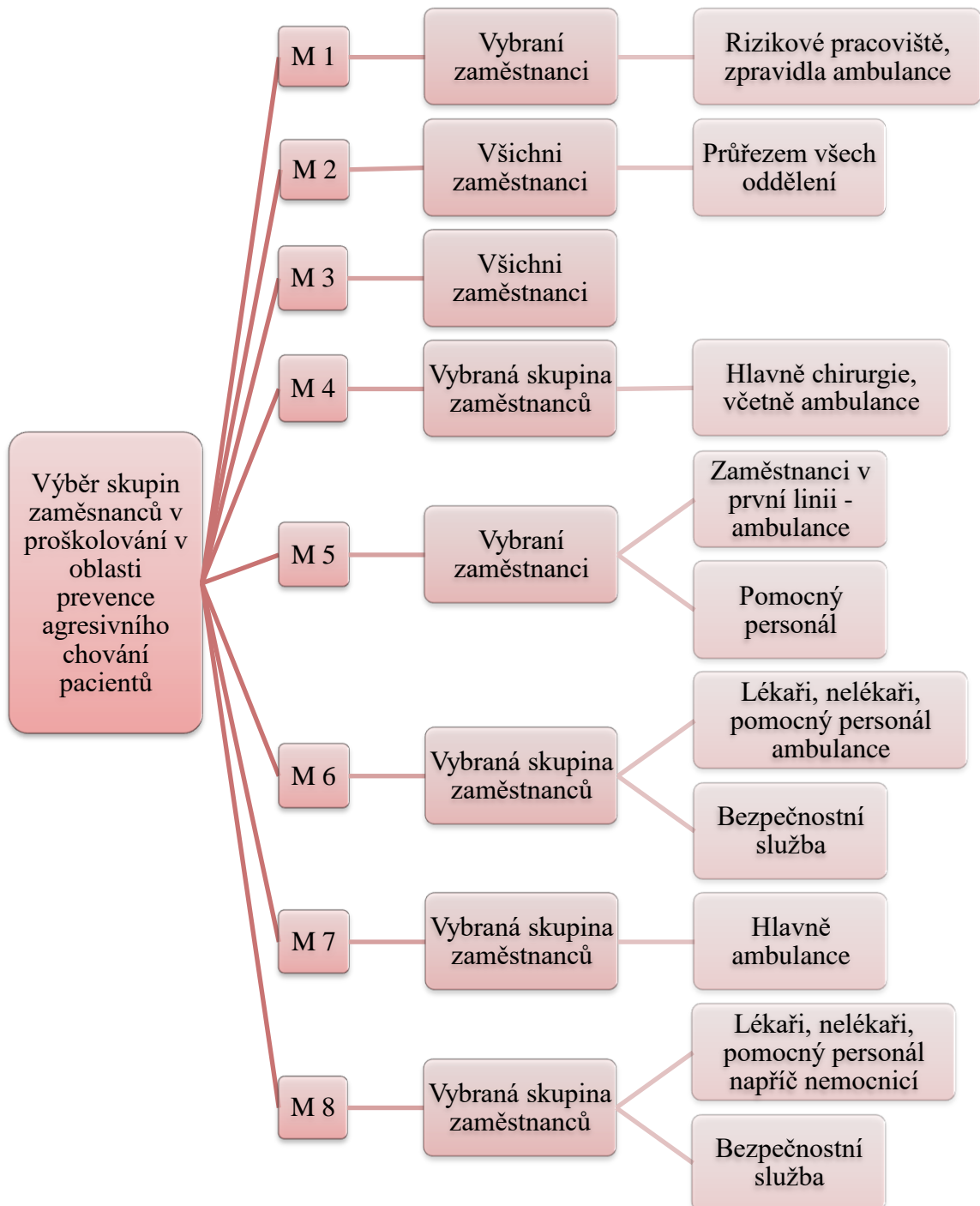
Schéma 6 – Formy vzdělávání zaměstnanců v oblasti prevence agrese pacientů



Z šetření v oblasti forem vzdělávání vyplývá, že všechny nemocnice pořádají přednášky, semináře či kongresy v oblasti prevence agrese pacientů teoretickou formou. Šest manažerů uvedlo, že pro zaměstnance pořádají praktické semináře nebo přednášky, přičemž z toho dva manažeři uvedli, že je pořádají pouze občas. Manažer 3 říká: *„V naší organizaci pořádáme spíše teoretické přednášky. Z velké části jsou to spíše externí přednášející, které máme domluvené s určitým předstihem. Praktické semináře pořádáme občas, v rádech jednotek za rok. Určitou roli zde hrají finance, jelikož na teoretické přednášky může přijít více lidí, kdežto u praktických je lepší, když je spíše menší skupina posluchačů. Při teoretických přednáškách tak vzděláme více zaměstnanců.“*

Jeden manažer uvedl, že praktický nácvik byl v součinnosti s Policií ČR, a tři manažeři zmínili, že pro zaměstnance pořádají workshopy. Manažer 7 dodává: *„Počátkem roku jsme v naší nemocnici uspořádali v součinnosti s Policií ČR nácvik napadení agresorem, který měl střelnou zbraň. Z mého pohledu se jednalo spíše o cvičení než o praktickou přednášku, jelikož útok byl skutečně simulovaný tak, jako by to byla skutečnost. Nácvik probíhal v budově bez pacientů a s vybranou skupinou zaměstnanců, zpravidla dobrovolníků. Policie simulovala střelbu ze zbraně slepými nábojnicemi a učila personál, jak se v těchto situacích zachovat. Na jednu stranu to bylo velmi poučné, ale na druhou stranu je otázka, zda bychom se ve skutečnosti opravdu takto zachovali.“*

Schéma 7 – Výběr skupin zaměstnanců v proškolení v oblasti prevence agresivního chování pacientů

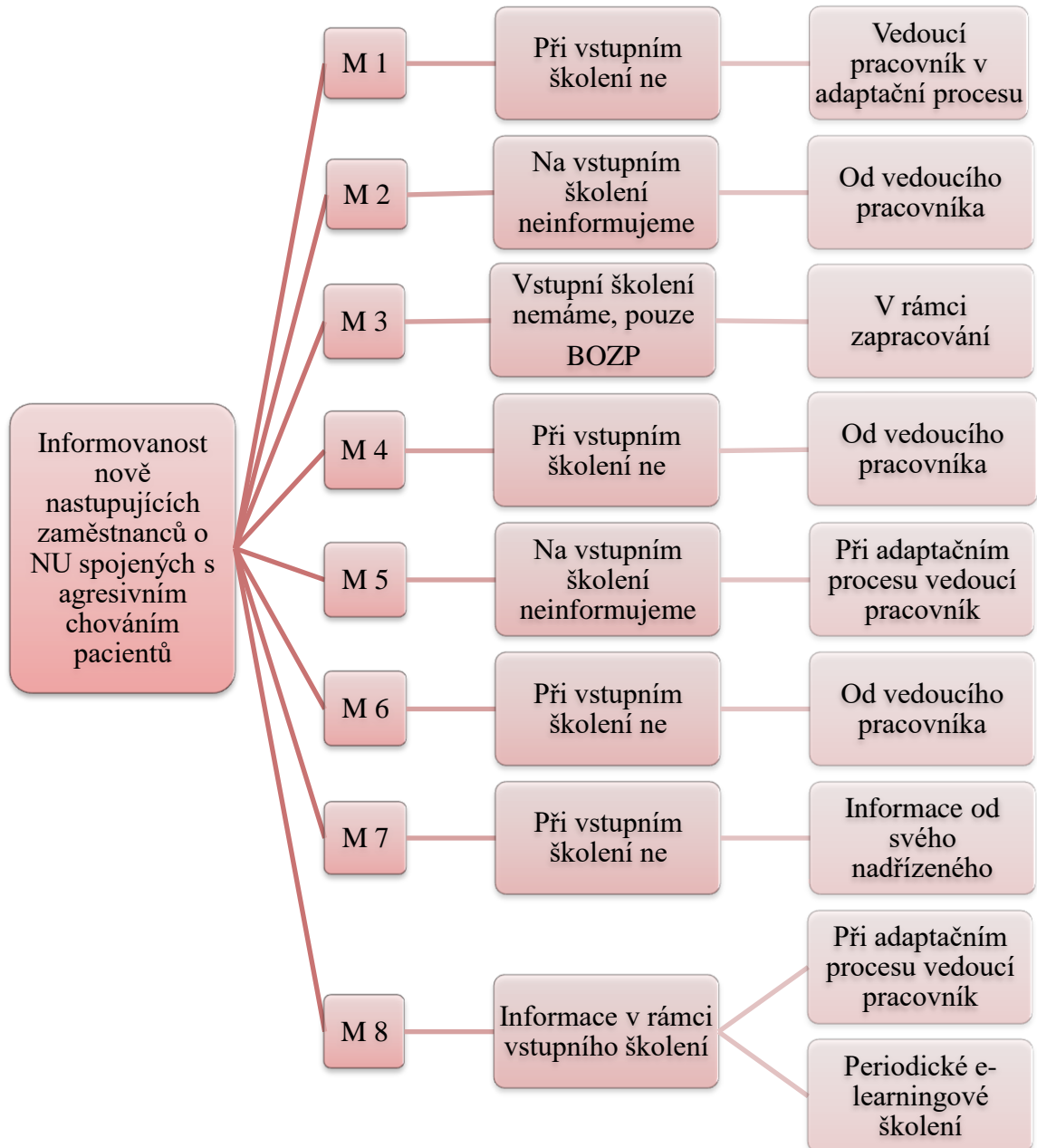


Výběr zaměstnanců k proškolení v oblasti prevence agresivního chování pacientů je z velké části záměrný. Celkem šest manažerů odpovědělo, že školení tohoto typu provádí u vybrané skupiny zaměstnanců. Z toho pět manažerů uvedlo, že skupiny zaměstnanců jsou vybrány z rizikových pracovišť, a to převážně z ambulantního provozu, tzv. zaměstnanci první linie. Jeden manažer uvedl, že vybraní zaměstnanci jsou ze všech oddělení napříč nemocnicí. Manažer 6 dodal: „*Náš výběr zaměstnanců na tento typ školení byl záměrný. Nejprve došlo k proškolení zaměstnanců z bezpečnostní služby a sanitářů. Tam se jednalo o semináře v oblasti asertivního chování a kurzy sebeobrany. Následně pro zdravotníky jsme pořádali sérii přednášek, které byly na téma komunikace s agresivním pacientem. Zdravotníci byli z různých pracovišť, ale největší zastoupení měla interna a chirurgie, a to hlavně z ambulantního provozu.*“

Pouze dva manažeri odpověděli, že se v jejich organizaci proškolují všichni zaměstnanci. Manažer 3 uvedl: „*My jsme tak malá organizace, s malým počtem zaměstnanců, že se zpravidla dostane na každého zaměstnance, který je v průběhu roku proškolen. Jednotlivá témata v průběhu roku měníme. Jedná se například o komunikaci s pacientem, asertivní chování zaměstnanců apod.*“

Dva manažeri shodně uvedli, že ve vybrané skupině zaměstnanců v oblasti prevence agrese jsou také pracovníci bezpečnostní služby.

Schéma 8 – Informovanost nově nastupujících zaměstnanců o NU spojených s agresivním chováním pacientů

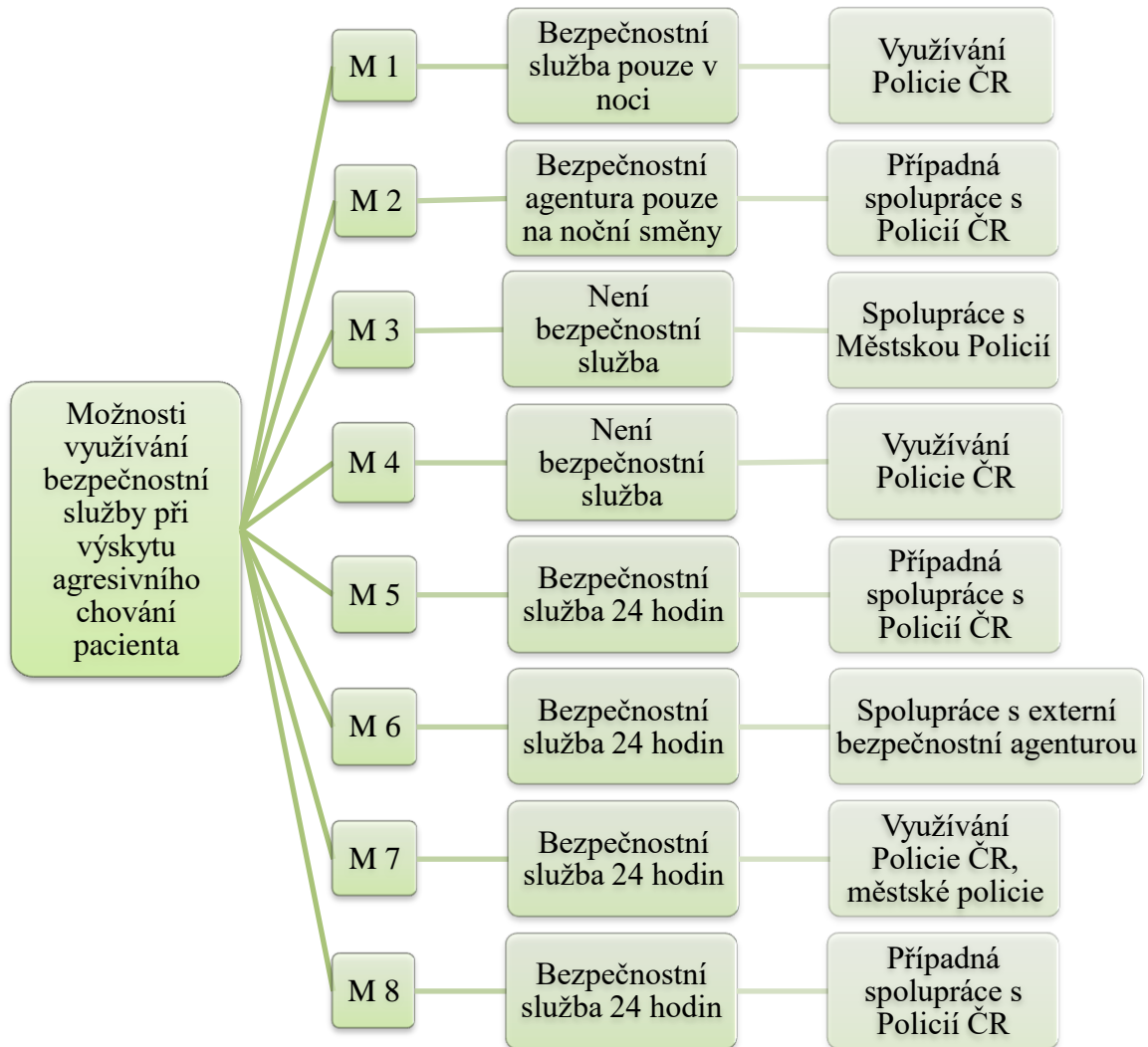


Z analýzy vyplývá, že informace nově nastupujícím zaměstnancům o nežádoucích událostech spojených s agresivním chováním pacientů podávají zpravidla vedoucí pracovníci daného pracoviště v rámci adaptačního procesu či zapracování. Všech osm manažerů uvedlo, že informace nastupujícímu zaměstnanci podávají nadřízení pracovníci. Manažer 4 dodává: *„My při vstupním školení nepodáváme žádné informace o nežádoucích událostech. Veškeré tyto informace dostává nově nastupující zaměstnanec od svého vedoucího pracovníka, a to až na pracovišti. Tam jsou informováni o všech nežádoucích událostech, včetně agresivního chování pacientů.“*

Jeden manažer navíc uvedl, že mimo vedoucího pracovníka dostávají nově nastupující zaměstnanci informace o nežádoucích událostech související s agresivním chováním pacientů při vstupním školení a dále také pro stávající zaměstnance je povinnost absolvovat periodické e-learningové školení na toto téma. Manažer 8 k tomu uvádí: *„Pro zvýšení kvality a bezpečí v naší nemocnici jsme se rozhodli v letošním roce připojit téma nežádoucích událostí do vstupního školení pro nově nastupující zaměstnance a máme to tak již uvedeno v interních předpisech. Součástí těchto nežádoucích událostí je i téma bezpečí zaměstnanců a téma agresivního chování pacientů, to znamená, jak postupovat a proč je pro nás psaní nežádoucích událostí důležité. Dále jsme v rámci zvýšení kvality nastavili systém periodického e-learningového školení, které máme na intranetu. Školení je určeno pro všechny stávající zaměstnance a test musí složit vždy 1 × za rok.“*

### 4.2.3 Preventivní opatření v organizacích

Schéma 9 – Možnosti využívání bezpečnostní služby při výskytu agresivního chování pacienta





Možnost využití vlastní bezpečnostní služby při styku s agresorem má šest nemocnic v Jihočeském kraji, přičemž z toho dvě nemocnice mají možnost využití této služby pouze v nočních hodinách. Dvě nemocnice nemají vlastní bezpečnostní službu a v případě potřeby napadení personálu volají Policii ČR nebo městskou Policii. Manažer 3 uvádí: *„V naší organizaci nemáme vlastní bezpečnostní službu. Incidentů, které jsou spojené s agresí pacientů vůči personálu, evidujeme málo, a pokud k tomu již dojde, máme velmi dobrou spolupráci s městskou Policií v našem městě. Dle vlastních zkušeností vím, že na zavolání přijede v řádech minut.“*

Policii, městskou či státní, využívá sedm z osmi nemocnic. Pouze jedna nemocnice využívá v rámci bezpečnosti personálu externí bezpečnostní službu. Manažer 6 uvádí: *„Asi před rokem jsme zde měli poměrně závažný incident, kdy došlo k napadení personálu agresorem. Po tomto incidentu jsme se jako vedení společnosti shodli, že je třeba posílit naši bezpečnostní službu. Ta byla proškolená, vybavená a připravená okamžitě řešit případné napadení personálu a pomáhat při manipulaci s agresory. Toto se nám velmi osvědčilo. V praxi je patrné i to, že bezpečnostní služba při častých obchůzkách budí respekt. Pokud by naše bezpečnostní služba nebyla schopna řešit nějakou závažnější situaci, máme jako organizace smlouvu s externí bezpečnostní agenturou, se kterou máme velmi dobrou spolupráci. Na zavolání přijede do několika minut.“*

Schéma 10 – Možnost využití prostředků k adekvátní obraně před agresorem

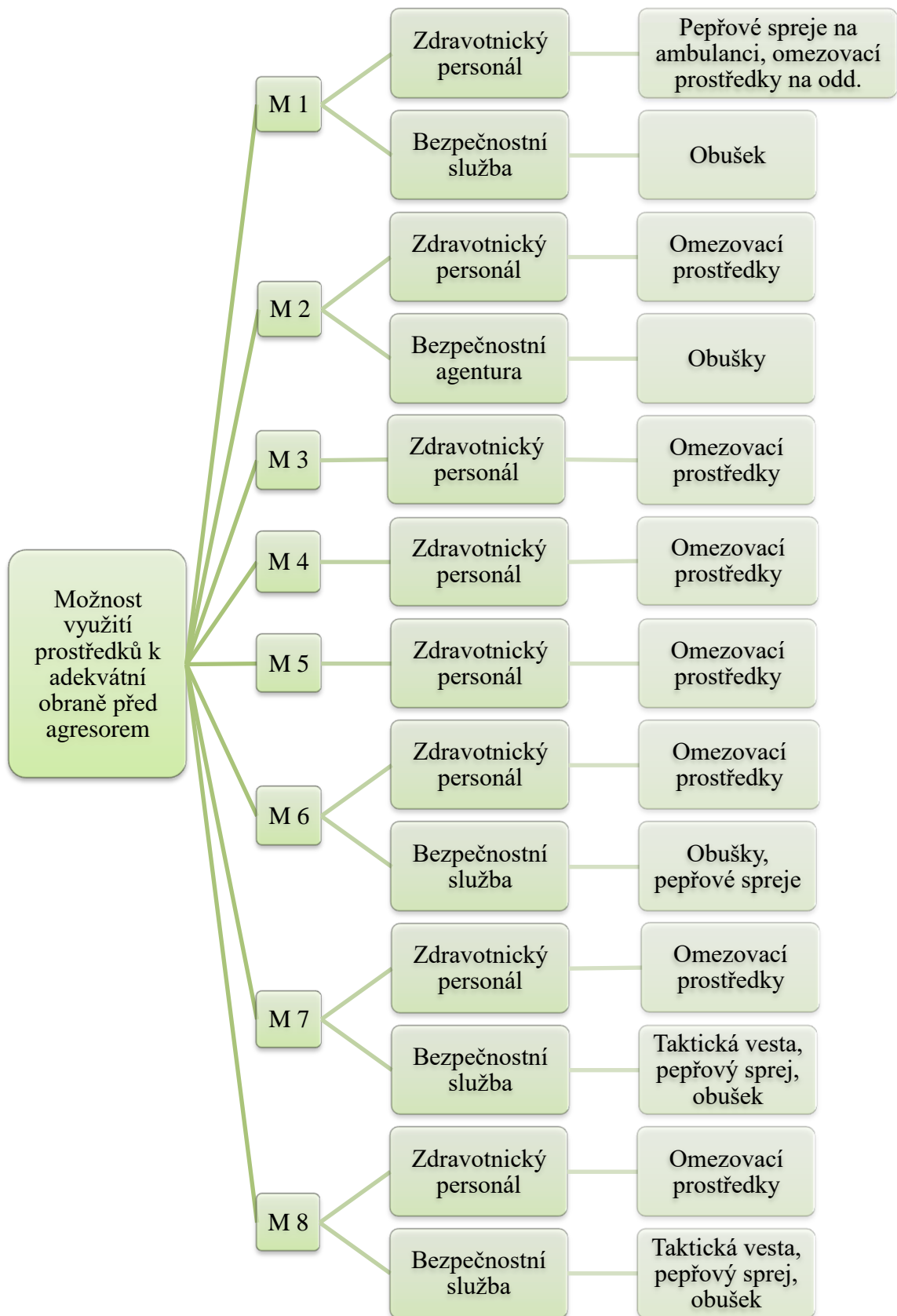
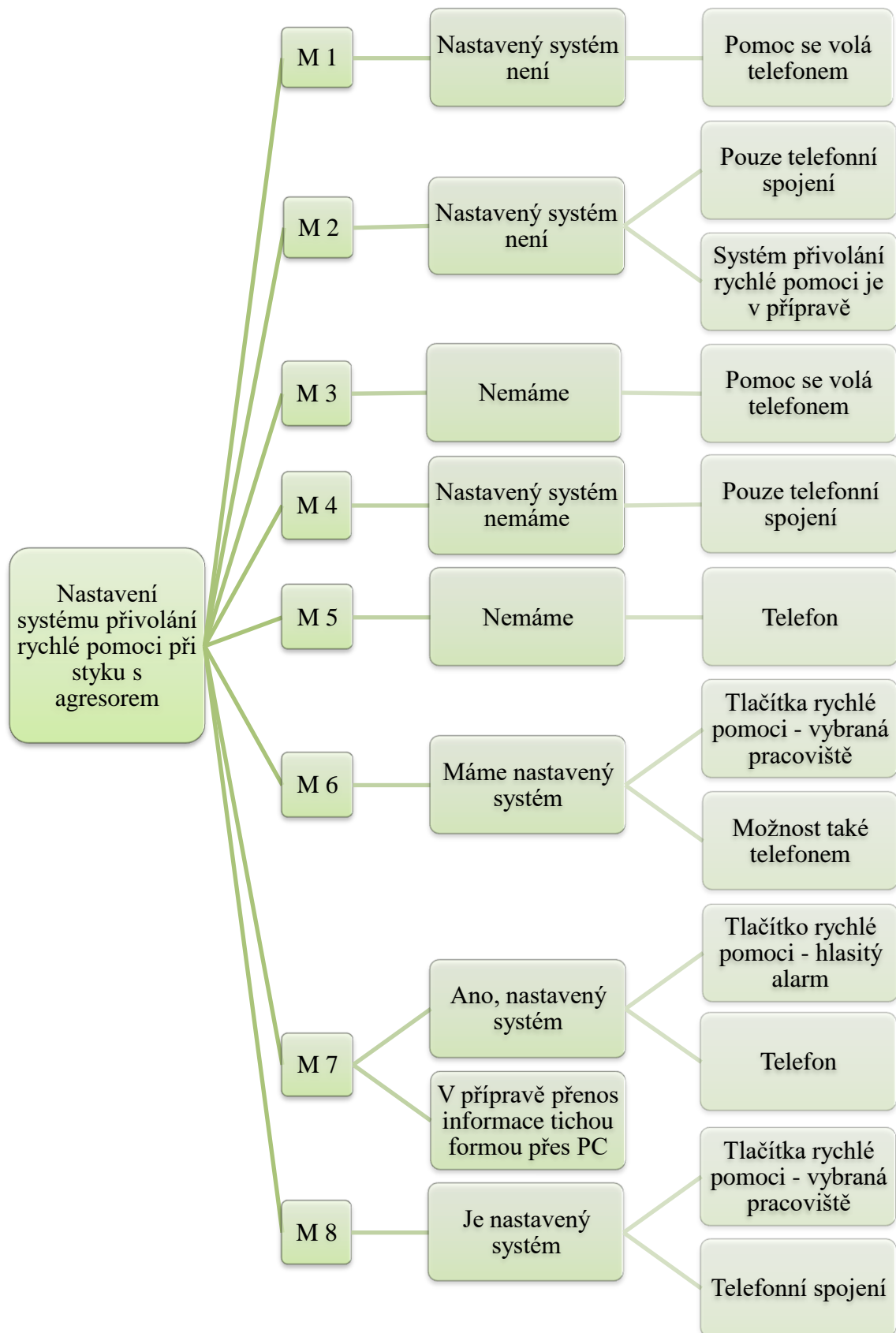


Schéma možnosti využívání prostředků k adekvátní obraně před agresorem ukazuje, že ve všech případech je zdravotnický personál vybaven omezovacími prostředky, které využívá pro bezpečnost jak pacienta, tak zaměstnanců u neklidných či agresivních pacientů. Manažer 5 doplňuje: „*Na odděleních jsme zvyklí, že u neklidných pacientů používáme omezovací prostředky. Ty se samozřejmě dávají až v okamžiku, kdy jsou vyčerpány všechny možnosti ke zklidnění pacienta. Stejně tak přistupujeme k omezovacím prostředkům u agresorů, například u zraněných opilých pacientů, které nelze zmanipulovat. Důležité je v tomto případě jak zdraví samotného pacienta, tak všech zdravotníků.*“

Jeden manažer odpověděl, že mimo omezovacích prostředků mají ještě na ambulancích k dispozici pepřové spreje. Manažer 1 upřesňuje: „*Pepřové spreje jsme rozdávali na jednotlivých ambulancích, kde jsou zaměstnanci v první linii při střetu s agresorem. Zaměstnanci jsou ovšem k využívání tohoto obranného prostředku opatrní a sprej zatím ještě nevyužili. Na lůžkových stanicích je k dispozici celá řada omezovacích prostředků, které se používají v rámci legislativy.*“

Pět manažerů odpovědělo, že mají vybavenou i bezpečnostní službu pomůckami k adekvátní obraně, kam patří hlavně obušek. Z toho tři manažeři uvedli, že jejich bezpečnostní služba vlastní i pepřový sprej, a dva z nich ještě zmínili, že součástí vybavení je i takzvaná taktická vesta.

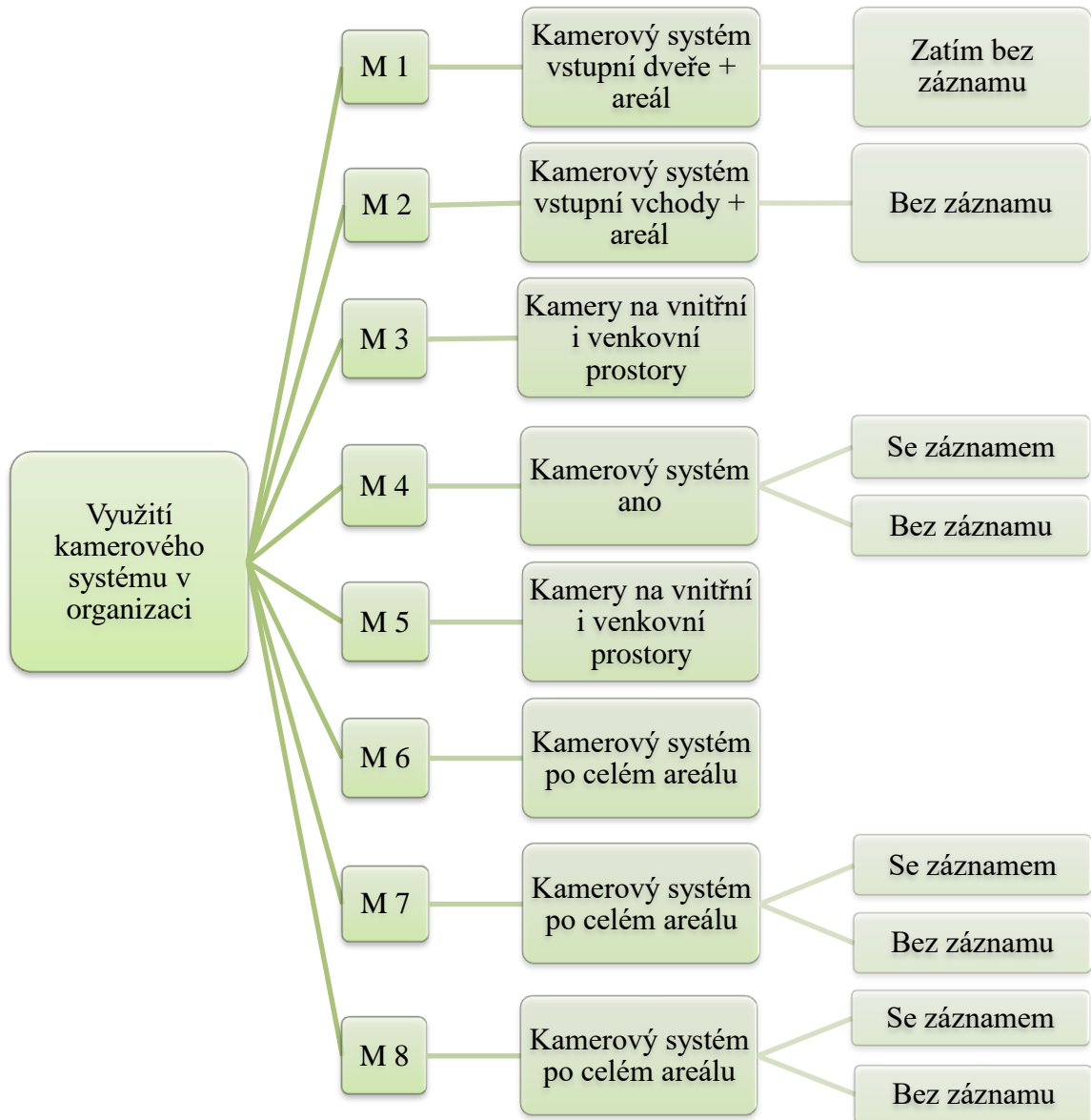
Schéma 11 – Nastavení systému přivolání rychlé pomoci při styku s agresorem



Nastavený systém přivolání rychlé pomoci při styku s agresorem mají pouze tři nemocnice v Jihočeském kraji. Tato tři pracoviště mají možnost zavolání rychlé pomoci stiskem tlačítka, ve dvou případech spojeného s bezpečnostní službou, která okamžitě reaguje na problém, a v jednom případě se jedná o hlasitý alarm, který má zastrašit útočníka a svojí hlasitostí přivolat zdravotníky z okolí na pomoc. Manažer 7 udává: *„Přibližně čtvrtým rokem máme u zdravotníků jak na ambulancích, tak na odděleních možnost přivolání rychlé pomoci hlasitým alarmem. Jedná se o malý alarm, který může mít pracovník po celou dobu služby u sebe v kapse. Alarm bohužel nemáme napojený na bezpečnostní službu. Jedná se o hlasitý alarm, který by měl v první fázi polekat agresora, zastavit ho před dalším útokem a poskytnout tak čas zdravotníkovi. V druhé fázi přivolat a informovat svou hlasitostí ostatní zdravotníky z okolí. Pokud si pamatují, tak k jeho využití našťestí ještě nedošlo. Další systém, který připravujeme, je takzvaný přenos informací tichou formou přes počítač. Systém bude spočívat v tom, že ať se kdykoli, kdekoliv, cokoliv stane v nemocnici nebezpečného, co by ohrožovalo zaměstnance na životě, spustí se na všech počítačích v nemocnici informace o nebezpečí.“*

Z analýzy dále vyplývá, že všechny nemocnice mohou řešit krizové situace po telefonu. Pro tři organizace je přivolání rychlé pomoci po telefonu spíše doplňkovou službou k nastavenému systému tlačítka rychlé pomoci. Pět nemocnic má využití telefonu jako rychlý a jediný nástroj pro přivolání pomoci. Manažer 2 doplňuje: *„Zatím jediná možnost přivolání bezpečnostní agentury na pomoc je po telefonu. V současné době se zpracovává bezpečnostní informační systém, který navazuje na měkké cíle a na bezpečnost veškerého personálu. Teď zpracováváme různé alternativy, jak systém nastavit, aby byl pro nemocnici co nejoptimálnější.“*

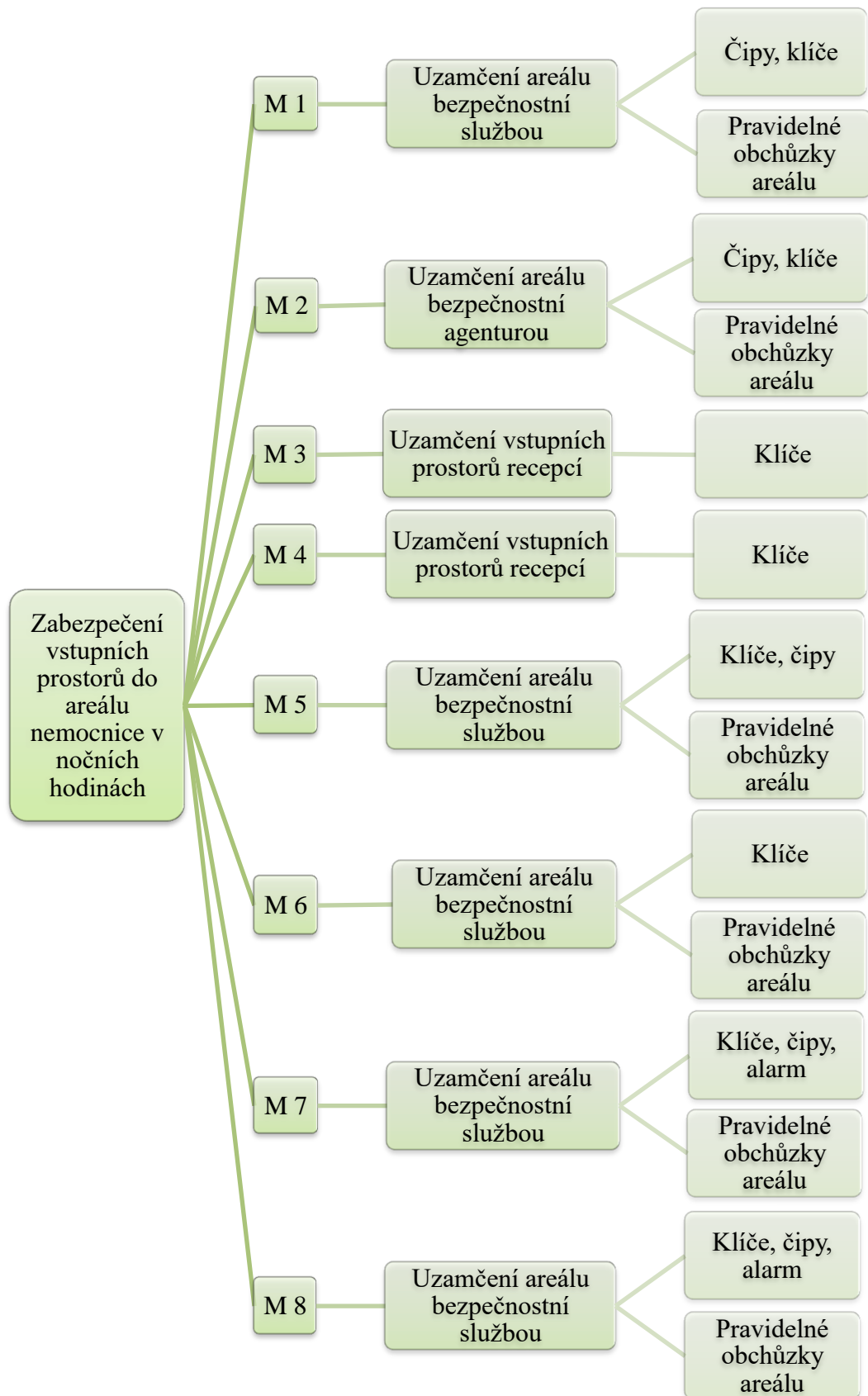
Schéma 12 – Využití kamerového systému v organizaci



Všechny nemocnice využívají ve svém provozu kamerový systém. Zpravidla se jedná o využití kamer u vstupních prostor do nemocnice a také ve venkovním areálu. Tři manažeři doplnili, že mají kamerový systém jak se záznamem, tak bez záznamu. Dva manažeři uvedli, že jejich kamerový systém je zatím bez záznamu. Manažer 4 uvedl: *„Kamerový systém máme zajištěn u všech vchodů do nemocnice. Kamery jsou se záznamem, pro eventuelní další využití například při krádeži či ničení majetku nemocnice, tak i bez záznamu, jako takzvané prohlížecí kamery.“*

Tři manažeři neuvedli, jak konkrétně jejich kamerový systém funguje. Manažer 6 poznamenal: *„Kamerový systém jsme díky poslednímu incidentu rozšiřovali. Kamery máme jak ve vnitřních prostorách nemocnice, tak ve venkovním areálu. Poslední kamery, které jsme naposledy umísťovali, byly k lékárně a k budovám externích zaměstnanců, které se zpravidla pronajímají. Pod kamerovým systémem máme v podstatě již celou nemocnici.“* Manažer 5 dodává: *„My máme v těch prvních liniích, tzn. v ambulantním provozu, kamerový systém. Sestra, která je v prvním kontaktu s pacientem, vidí, komu otevírá a v jakém stavu ten člověk je. Podle toho vyhodnocuje situaci a podle toho si v případě potřeby volá na pomoc sanitáře nebo bezpečnostní službu. Tento kamerový systém je ve všech krizových ambulancích a při vstupu do areálu nemocnice.“*

Schéma 13 – Zabezpečení vstupních prostorů do areálu nemocnice v nočních hodinách



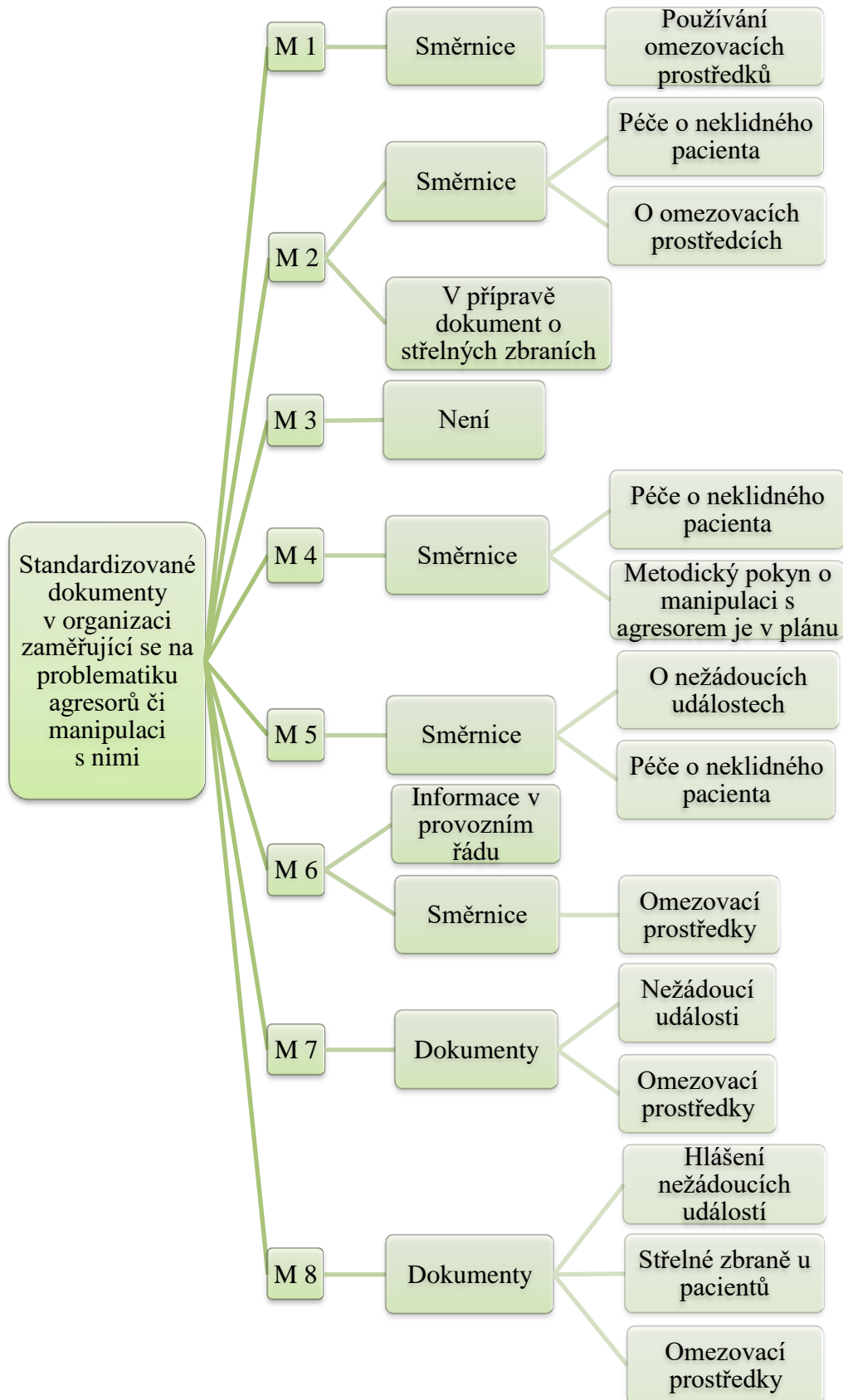


Vstupní prostory do areálu nemocnic jsou zabezpečeny v nočních hodinách uzamčením. V šesti případech uzavírá vstupy do nemocnic bezpečnostní služba, která navíc provádí pravidelné obchůzky areálu. Manažer 1 doplňuje: „*Máme zaměstnance na noční službu, který v určitou hodinu uzavírá boční vchody do nemocnice a pravidelně je během noci kontroluje. Samotná kontrola spočívá v obchůzce venkovního areálu, ale i vstupů do jednotlivých budov. Do jednotlivých budov se dá dostat buď odemčením dveří klíči, nebo otevřením přes čipovou kartu zaměstnance.*“

Ve dvou případech venkovní prostory uzamyká pracovník vrátnice a není zde nastaven systém pravidelných obchůzek areálu. Manažer 3 dodává: „*V nočních hodinách zavírá boční vchody zaměstnanec vrátnice a přístupný zůstává pouze hlavní vchod.*“

Pět nemocnic má již vstupy mezi jednotlivými budovami zabezpečeny čipovým systémem, kam se dostane pouze zaměstnanec nemocnice. Dvě nemocnice mají v některých budovách při odchodu posledního zaměstnance zavedeno nastavení bezpečnostního alarmu na základě zadaného kódu. Manažer 7 uvedl: „*Zaměstnanci bezpečnostní služby mají pravidelné povinné obchůzky areálu a součástí těchto obchůzek je i uzamykání vedlejších vstupů do areálu nemocnice v nočních hodinách. Venkovní vstupy jsou zpravidla na klíče, vstupy do jednotlivých budov jsou buď na klíče, čipové karty zaměstnance, nebo jsou zabezpečeny kódovacím systémem. Zaměstnanec bezpečnostní služby si při obchůzce musí na všech prošlých místech udělat záznam čipovou kartou, aby bylo patrné, že ke kontrole skutečně došlo a dané místo zkontroloval.*“

Schéma 14 – Standardizované dokumenty v organizaci zaměřující se na problematiku agresorů či manipulaci s nimi



Standardizované dokumenty, které se vztahují k problematice agrese či násilnického chování ze strany pacientů, má celkem sedm nemocnic z osmi. Celkem pět manažerů odpovědělo, že mají v nemocnici dokument o omezovacích prostředcích, kde jsou popsána pravidla jejich využívání v souvislosti s neklidným či agresivním pacientem. Manažer 2 uvádí: „*Co se týče dokumentů, tak zatím máme v přípravě směrnici o střelných zbraních přinesených pacientem. K hotovým dokumentům, které máme, patří směrnice a standardizovaný postup při péči o neklidného pacienta, což se týká hlavně ošetrovatelské péče, a dále o omezovacích prostředcích, které se musí u pacientů evidovat.*“

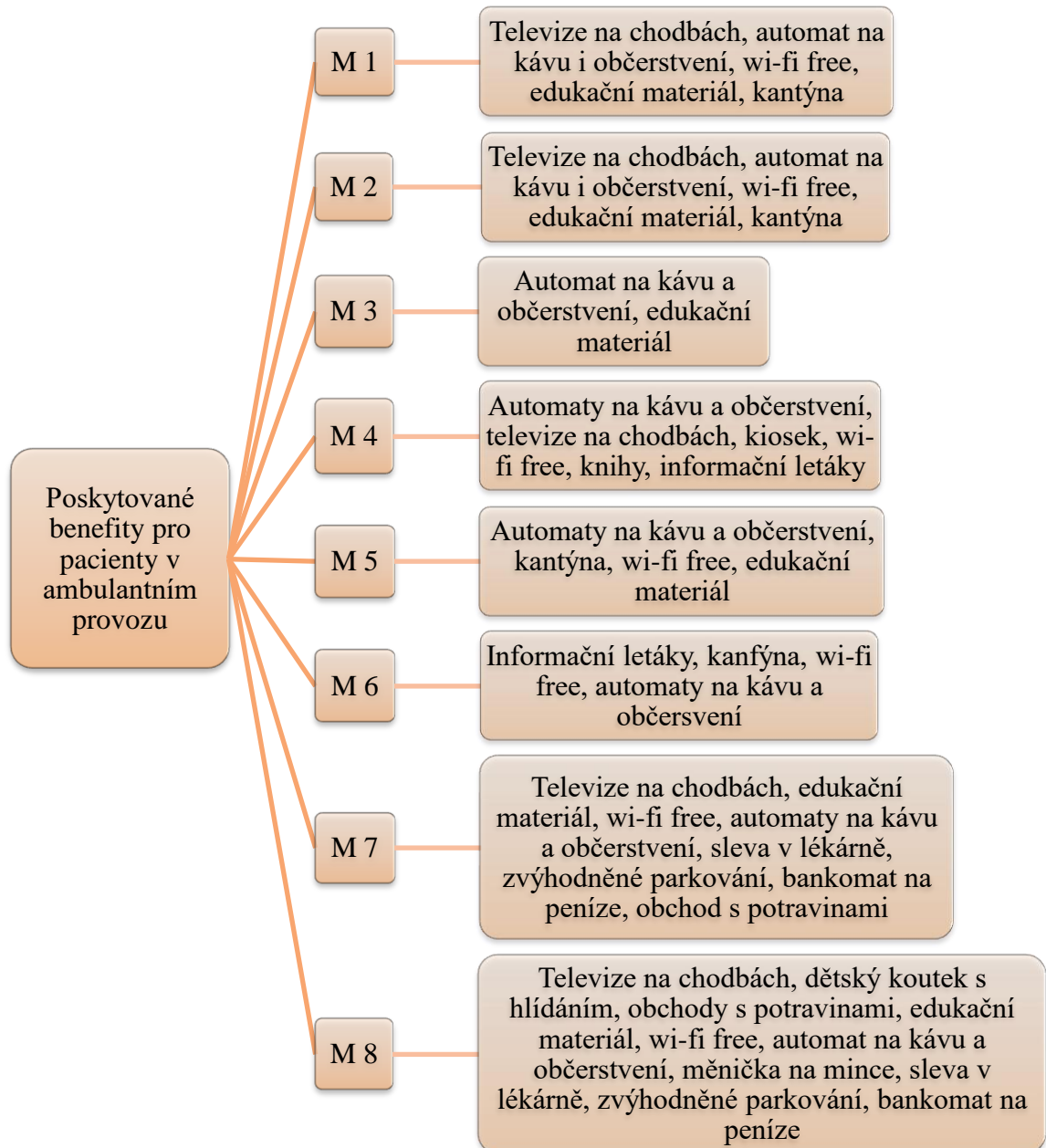
Tři nemocnice mají vypracované dokumenty o nežádoucích událostech, kde je taktéž popsána problematika agresivního chování pacientů směrem k zaměstnancům. Manažer 5 dodává: „*Máme na to vypracovanou směrnici, kde je takový všeobecný postup, jak s tím pacientem komunikovat, kde se pohybovat a podobně. Tato směrnice se týká i agresivních pacientů. Součástí směrnice je dokument, který popisuje péči o neklidného pacienta.*“

Jeden manažer uvedl, že v přípravě je dokument o střelných zbraních u pacientů, a jeden manažer uvedl, že pracují na metodickém pokynu k manipulaci s agresorem. Dokument o střelných zbraních u pacientů má zatím vypracovaný pouze jedna nemocnice. Manažer 8 doplňuje: „*Mimo dokumentů o nežádoucích událostech a omezovacích prostředcích máme také vypracovaný dokument o střelných zbraních přinesených pacientem. Tento dokument nám popisuje, jak se zachovat, když má pacient u sebe střelnou zbraň, a jak dále v těchto případech postupovat.*“

Tři manažeři doplnili, že mají vypracovanou směrnici, která popisuje péči o neklidného pacienta. Jeden manažer uvedl, že v organizaci nemají žádný dokument na toto téma.

#### 4.2.4 Benefity poskytované pacientům a zaměstnancům v jednotlivých nemocnicích

Schéma 15 – Benefity poskytované pacientům v ambulantním provozu

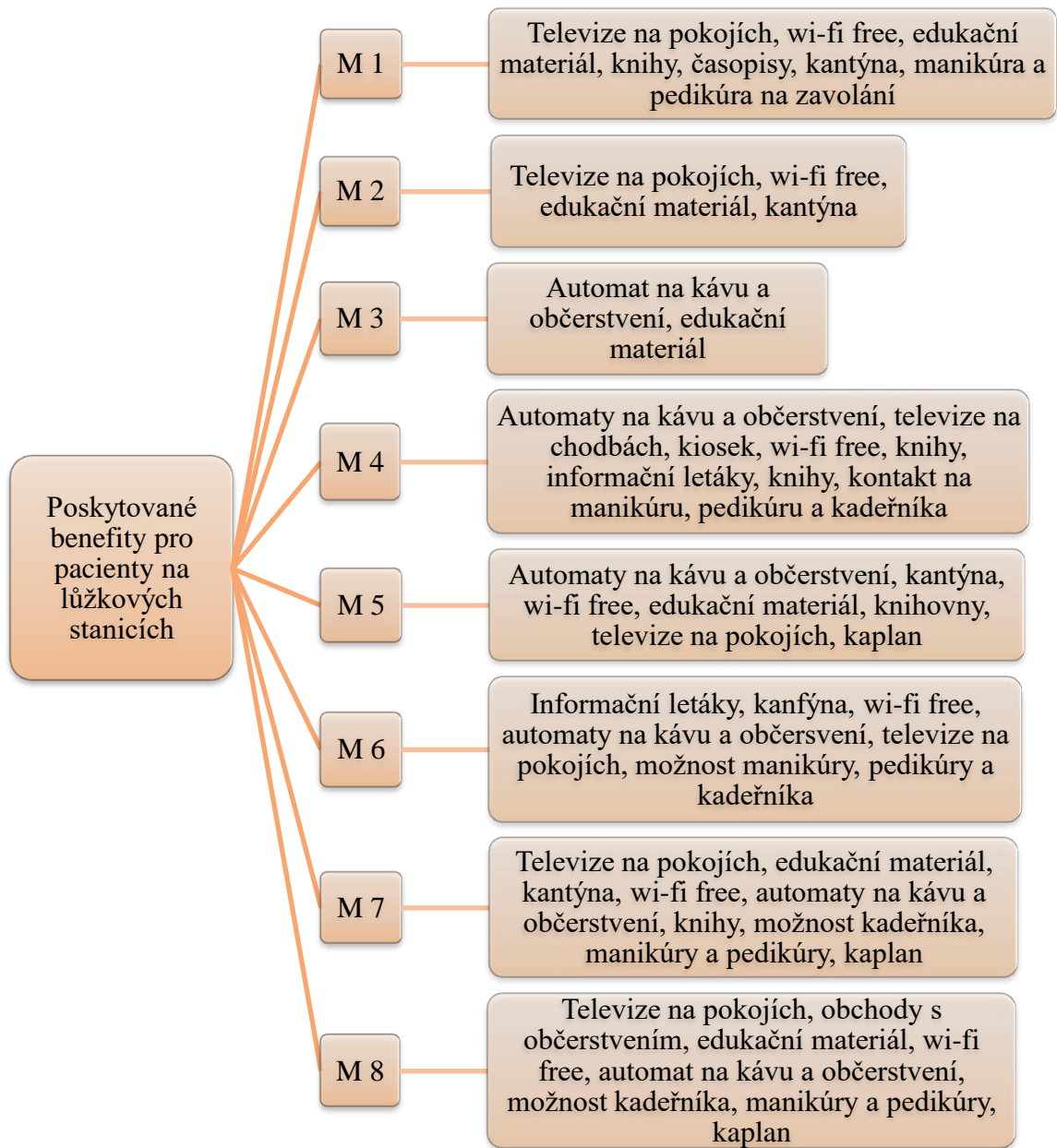


Každá nemocnice se snaží svým ambulantním pacientům poskytnout celou řadu benefitů. Mezi nejčastější benefity patří občerstvení formou automatů na kávu či na jídlo. Tuto službu poskytují všechny nemocnice. Všichni manažeři také shodně odpověděli, že pacienti mají na ambulancích veškerý edukační materiál či informační letáky vztahující se ke zdraví. Poměrně stejně časté je zajištění služby wi-fi free, která je v sedmi nemocnicích. Obdobně odpověděli manažeři v oblasti občerstvení typu kiosku, kantýny či občůdku s potravinami. Manažer 4 dodává: „*U nás v nemocnici pacienti na ambulantní vyšetření nečekají dlouho. Řádově je to několik minut. Co se týče automatů na kávu, tak ty máme již několik let, ale teď jsme rozšiřovali sortiment na automaty na občerstvení, jelikož byl nějakou dobu zavřený kiosek. Dále máme na každém patře televize, kde běží různé spoty o nemocnici nebo novinky, které poskytujeme. K dispozici je také po celé nemocnici wi-fi free. Pokud je ambulantní pacient v nemocnici déle, protože například čeká na výsledky, může si u nás sednout do čtenářského koutku, kde jsou k dispozici knihy a časopisy.*“

Méně časté jsou televize v ambulantním sektoru, což potvrdilo celkem pět manažerů. Dva manažeři uvedli, že jejich pacienti mohou využívat slevovou kartu v lékárně jako stálí zákazníci, se kterou je ještě spojeno zvýhodněné parkování při přečerpání časového limitu. Dva manažeři rovněž odpověděli, že mají pro své pacienty k dispozici i bankomaty na peníze, a jeden manažer uvedl, že nemocnice disponuje měničkou na mince pro snazší platbu například parkovného či pohotovostního poplatku. Manažer 7 uvádí: „*My se snažíme našim pacientům přinášet celou řadu benefitů, aby byli v naší nemocnici spokojeni. Základem je obchod s potravinami a automaty na kávu a občerstvení. Hodně pacientů k nám přichází v době pohotovosti, a proto máme automaty rozmístěné po celé nemocnici. Slouží tak i hospitalizovaným pacientům a návštěvám, když už je obchod s potravinami zavřený. Pokud sem pacient přichází často, má k dispozici věrnostní program v lékárně, kde je součástí pravidelná sleva. Tato sleva se také vztahuje na parkování v areálu nemocnice, které je pak výhodnější, když pacient přečerpá časový limit, který byl zdarma. Edukační materiály jsou celkem samozřejmostí a stejně tak připojení wi-fi, které je v celém areálu nemocnice zdarma. Asi třetím rokem máme k dispozici bankomat na peníze, který slouží nejen pacientům, ale také zaměstnancům.*“

Jeden manažer uvedl, že ambulantní pacienti mají k dispozici malou knihovnu, a jeden respondent zmínil, že pro pacienty mají dětský koutek se zajištěným hlídáním.

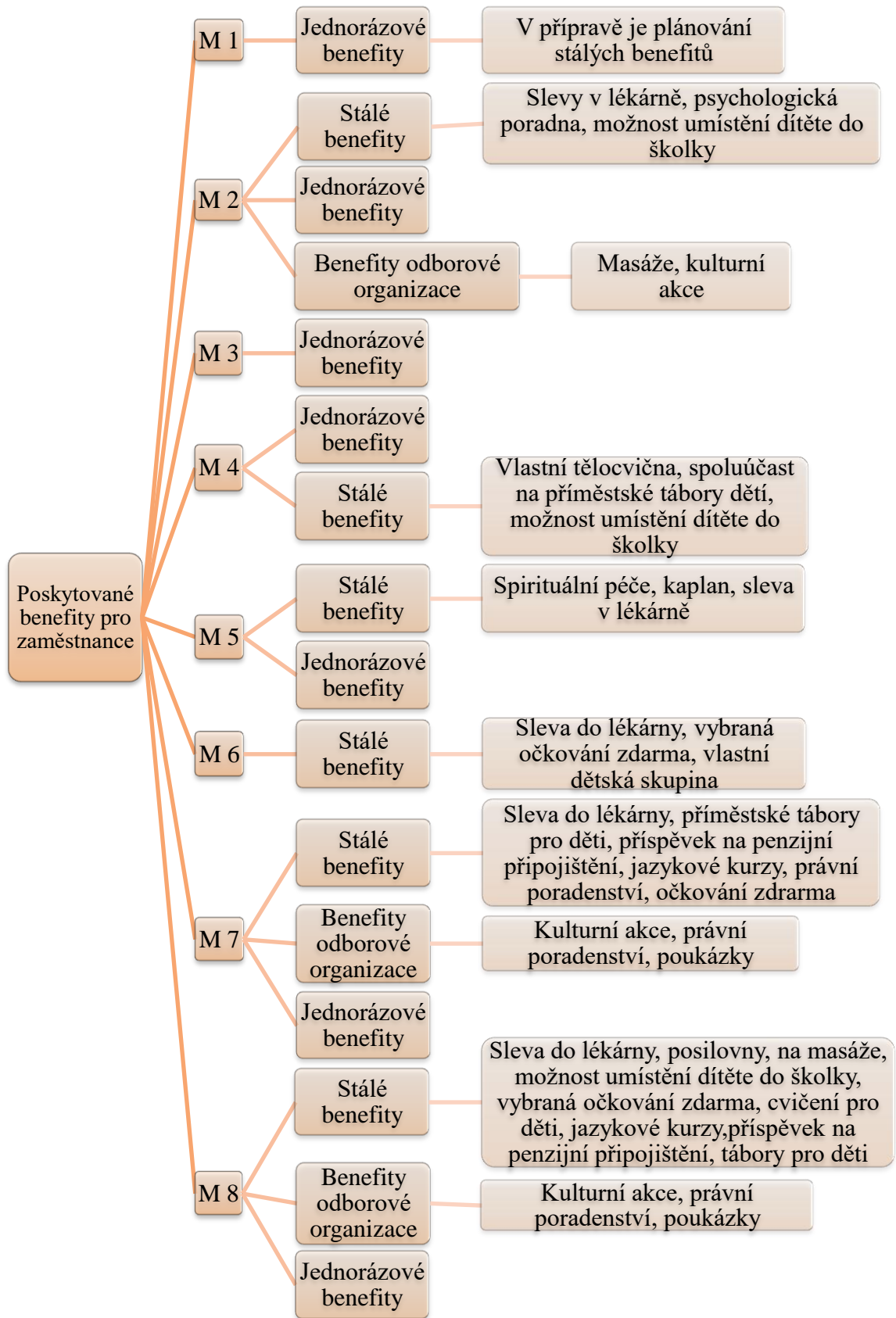
Schéma 16 – Benefity poskytované pacientům na lůžkových stanicích



Obdobné benefity nemocnice poskytují i pacientům na lůžkových stanicích. Celkem šest manažerů uvedlo, že pacienti mají k dispozici televize přímo na pokojích. Jeden manažer uvedl, že televize je součástí oddělení, ale je na chodbě ve společném prostoru pro všechny pacienty. Edukační materiál a informační letáky o zdraví a různých onemocněních jsou samozřejmostí ve všech nemocnicích na všech odděleních. Wi-fi free poskytuje celkem sedm nemocnic a šest nemocnic má na svých odděleních automaty na kávu a občerstvení. Čtyři manažeři uvedli, že součástí oddělení jsou i knihovny. Manažer 1 doplňuje: *„Každé lůžkové oddělení disponuje svojí knihovnou. Zde máme dobrou spolupráci s městskou knihovnou, která nám zdarma věnuje například vyřazené knihy, které jsou dále k dispozici našim pacientům. Dále jsou zde různé časopisy a edukační materiál. Součástí každého pokoje je televize a také internetové připojení zdarma. Pacienti si mohou zajít také do kantýny. Pacienti mají možnost si nechat zavolat službu na pedikúru a manikúru, ale pokud vím, tato služba není moc využívána, jelikož je to spojeno s finanční náročností.“*

Možnost zavolání služby na pedikúru či manikúru uvedli další čtyři manažeři, celkem tedy pět manažerů. Občerstvení formou bufetu či kantýny uvedlo jako samozřejmost sedm manažerů. Tři respondenti uvedli, že pro pacienty poskytují také služby kaplana. Manažer 5 doplňuje: *„Hospitalizovaným pacientům se snažíme zpříjemnit pobyt různými službami, jako jsou televize na pokojích, automaty na kávu či jídlo, zdarma internetové připojení. Dále mají na odděleních k dispozici knihy, časopisy a různý edukační materiál. Samozřejmostí je kantýna, kam si mohou pacienti dojít. V nemocnici také poskytujeme službu kaplana, o kterou je celkem z řad dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zájem.“*

Schéma 17 – Benefity poskytované zaměstnancům





Celkem sedm manažerů uvedlo, že velmi častá forma využívaných benefitů jsou benefity jednorázové, ve formě různých poukázek. Šest manažerů odpovědělo, že mají v organizaci i stálé benefity. Ke stálým benefitům patří v pěti případech sleva v lékárně pro všechny zaměstnance, a to zpravidla 10 % na všechny produkty. Ve třech případech organizace zajišťuje možnost umístění dítěte do školky. Jeden manažer odpověděl, že mají v organizaci vlastní dětskou skupinu. Tři manažeři uvedli, že organizace přispívá zaměstnancům na příměstské tábory dětí a některá očkování, která jsou potom zdarma. Ve dvou případech organizace přispívá na penzijní připojištění a jazykové kurzy pro zaměstnance. Jeden manažer uvedl, že mají v organizaci vlastní tělocvičnu. Další manažer dodal, že zaměstnancům poskytují spirituální péči a možnost využití kaplana. Druhý z manažerů zmínil, že je pro zaměstnance k dispozici psychologická poradna. Mezi další, méně časté benefity patří například právní poradenství, cvičení pro děti, příspěvek do posilovny a na masáže. Manažer 6 doplňuje: *„Pro zaměstnance máme vybraná očkování, která jsou zdarma, potom máme pro všechny zaměstnance 10% slevu v lékárně, která je na všechny produkty, a poměrně velký benefit je to, že máme vlastní dětskou skupinu. U nás v organizaci je dětské centrum a tam je vyčleněná dětská skupina, kam jsou přednostně umísťovány děti našich zaměstnanců. Na tyto děti naše organizace finančně přispívá.“*

Tři manažeři odpověděli, že benefity poskytuje svým členům také jejich odborová organizace. Většinou se jedná o různé kulturní akce, poukázky, masáže či právní poradenství. Manažer 2 udává: *„Mimo stálých a jednorázových benefitů musím ještě zmínit benefity odborové organizace, která poskytuje služby svým členům. Ty mají ve svém programu masáže a různé kulturní akce v průběhu celého roku.“*

## 5 DISKUZE

Hlavním cílem rigorózní práce bylo zmapovat násilí a agresivitu pacientů vůči sestřám v nemocnicích Jihočeského kraje. Rigorózní práce se skládá z teoretické a empirické části. Empirická část práce byla zpracována kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření a byly zde stanoveny dílčí cíle. K dílčím cílům kvantitativního výzkumného šetření patří identifikace četnosti verbální a fyzické agrese, zmapování nejrizikovějších faktorů, zjištění postojů sester k samotné agresi pacientů, identifikace negativních následků u sester po styku s agresorem a zmapování strategií zvládnání stresových situací po styku s agresorem. K dílčím cílům kvalitativního výzkumného šetření patří identifikace systému hlášení nežádoucích událostí, nastavení procesu vzdělávání v oblasti prevence agrese u pacientů, hodnocení systému nastavení preventivních opatření v organizaci a zmapování benefitů pro pacienty a zaměstnance v organizacích.

Kvantitativní část výzkumného šetření byla dotazníkem rozdělena do pěti základních oblastí a bylo stanoveno pět hypotéz. Vysoká návratnost dotazníků (85 %) svědčila o zájmu sester se danou problematikou zabývat. Podobnou zkušenost s návratností dotazníků měla ve svém výzkumu v České republice na obdobné téma i Vybíhalová (2010). Ta uvádí, že návratnost dotazníků byla 81,25 %. Stejnou zkušenost učinili i Lepiešová et al. (2016) na Slovensku, s výzkumným šetřením také zaměřeným na agresivní chování pacientů. Uvedli návratnost dotazníků 70,16 %, což svědčilo o zájmu zdravotníků danou situaci řešit a touto problematikou se zabývat. Sato et al. (2015) ve svém průřezovém průzkumu o agresivním chování pacientů distribuovali celkem 1953 dotazníků, přičemž 1498 jich bylo vráceno. Celkový počet vrácených dotazníků tak činil 76,6 %. Dle mého názoru je návratnost dotazníků ovlivněna dvěma základními faktory. Jako první faktor bych uvedla samotnou tematiku daného výzkumného šetření, která souvisí s aktuálností a následně se zájmem šetření podpořit. Druhým významným faktorem je spolupráce a komunikace s managementem nemocnice či organizace, kde je výzkumné šetření prováděno. Podle mých zkušeností vysoká návratnost dotazníků souvisela s ochotou managementu jednotlivých nemocnic participovat na šetření. Jednotliví manažeři byli osobně seznámeni s daným výzkumným šetřením a byla jim detailně představena celá problematika. Osobní komunikace zde sehrála velkou roli.

Výzkumné šetření potvrdilo, že zkušenost s agresivitou a násilím, ať už verbální, či fyzickou, má za poslední rok své praxe 98 % respondentů z nemocnic v Jihočeském kraji. Pouze 11 respondentů (2 %) v jihočeských nemocnicích se nikdy nesetkalo s žádnou formou agrese. Stejný výsledek ve svém průřezovém průzkumu uvedla i Kerr (2017), když 98 % jejích respondentů zažilo během své pracovní kariéry ve zdravotnictví agresi ze strany pacientů. Vybíhalová (2010) ve svém šetření ve Středomoravské nemocnici, a. s., dokonce uvádí, že s verbální agresí se minimálně jednou setkal celkový počet oslovených respondentů, to znamená 100 %. Stejný výsledek potvrdila i americká přehledová studie, kde se 100 % zaměstnanců setkalo za poslední rok své kariéry s verbální formou agrese, a dokonce 82 % s fyzickým napadením (Phillips, 2016). V australských nemocnicích je problém obdobný. Celých 100 % zaměstnanců se tam setkalo s verbální formou agrese a 90 % s fyzickým násilím, a to hlavně na odděleních urgentního příjmu (Netušilová, 2012). Z výzkumu Kubalíkové (2012), který proběhl ve slovenských nemocnicích, vyplynulo, že až 93 % respondentů má zkušenost s agresivním pacientem nebo jeho příbuzným. Netušilová (2012) ve své práci uvádí, že obdobný problém je i v nemocnicích USA, a zdůrazňuje, že agresivita a násilí ve zdravotnictví se stávají globálním problémem. Pekara s Trešlovou (2011) dokonce mluví o fenoménu násilí ve zdravotnictví, kdy nejvíce ohroženou skupinou jsou všeobecné sestry, které jsou zpravidla první v kontaktu s pacientem agresorem. Dále uvádějí, že až 24 % násilí ve společnosti se odehrává právě ve zdravotnictví. Dle mého názoru je situace ve zdravotnictví z tohoto pohledu skutečně alarmující. Na zdravotnický personál se kladou stále větší a větší nároky. Patří sem hlavně profesionalita, empatie, schopnost komunikace, zručnost, elektronická dovednost, kvalita péče, odbornost, která souvisí s neustálým sebevzděláváním, a podobně. Myslím si, že pokud je zdravotník vysokých kvalit opakovaně vystaven agresivitě a násilí ze strany pacienta, může se cítit degradován ve své profesi a například uvažovat i o změně povolání.

Agresivitu a násilí rozdělujeme na verbální a fyzickou. Četností těchto dvou forem násilí se věnovala první hypotéza **H1 Verbální forma násilí převažuje nad fyzickou formou násilí**. Tato hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena, jelikož skutečně slovní napadení převažuje nad fyzickou formou (Tabulka 6). Celkově lze říci, že až 81,10 % respondentů se v období posledního roku své praxe setkalo s nějakou formou verbální agrese. S některou z forem fyzické agrese se za poslední rok setkalo celkem

35,62 % respondentů (Graf 13). U forem verbální agrese můžeme konkrétně říci, že nejčastěji se sestry setkávají, ať už zřídka, či neustále, s urážením a nadáváním (89,9 %). Neoprávněné obviňování bylo druhou nejčastější verbální formou agrese (89,7 %). Třetí nejčastější formou verbální agrese bylo pomlouvání, na které v rozmezí zřídka až neustále odpovědělo 88,7 % respondentů. Zastrásování a vyhrožování už byly vyhodnoceny jako méně častá verbální agrese. Celkem se s touto formou agrese v nějaké míře setkalo 73,3 % respondentů. Mezi nejméně časté formy verbální agrese patřily sexuální poznámky (63,8 %). Fyzické formy agrese jsou ve srovnání s verbálními méně časté. Nejčastěji respondenti uvádějí zkušenost se škrábáním nebo štípáním (67,1 %). Dále, 61,8 % respondentů uvedlo, že mají v určité míře zkušenost s pliváním a kousáním, což se tedy ukázalo jako druhá nejčastější forma fyzické agrese. Házení předmětů se projevilo jako třetí nejčastější forma a celkem ji jako svoji zkušenost uvedlo 60,6 % respondentů. S poškozováním věcí, ať už zřídka, či neustále, mělo zkušenost 54,7 % respondentů, 46,7 % respondentů uvedlo zkušenost se strkáním a 43,2 % respondentů zkušenost s fackou, úderem pěstí či kopnutím. Sexuální napadení, kontakt se střelnou zbraní či postřelení, škrcení a napadení ostrým předmětem či bodnutí patří mezi nejméně časté projevy fyzické formy (Tabulka 1). Výsledek se shoduje s mnoha zahraničními studiemi. Příkladem je australská průřezová studie Kerr et al. (2017), kde verbální forma násilí převažovala nad fyzickou, přičemž fyzická forma nebyla zanedbatelná. I Lepiešová et al. (2016) ve svém výzkumném šetření na Slovensku uvádějí, že slovní agrese (96,6 %) převažovala nad agresí fyzickou (77,5 %), přičemž nejčastější výskyt agrese sestry uváděly na odděleních urgentního příjmu a na psychiatrii. Hned na první pohled můžeme vidět patrný rozdíl v procentuálním porovnání fyzické formy agrese současného výzkumu a výzkumu Lepiešové. Myslím si, že je to dáno hlavně výběrem výzkumného souboru, kdy Lepiešová do výzkumného souboru zařadila i psychiatrická oddělení, kdežto v současném výzkumném souboru byly psychiatrie záměrně vyjmuty. Důvody vyjmutí těchto oddělení z výzkumného šetření byly dva. Prvním důvodem bylo to, že psychiatrické lůžkové stanice jsou v nemocnicích Jihočeského kraje pouze ve dvou organizacích z osmi. Druhý důvod byl ten, že agrese u psychiatricky nemocných pacientů může být vyvolána samotným onemocněním, když například pacient s poruchou osobnosti si plně neuvědomuje důsledky svého chování. Látalová (2013) ve své knize zmiňuje, že velká část duševně nemocných pacientů spíše agresivní není, nicméně připouští, že agresivní chování je u těchto pacientů mírně vyšší. Důvody uvádí mnohé. Jako nejpravděpodobnější příčinu

vidí zneužívání psychotropních látek a intoxikaci, která vyvolává u duševně nemocných pacientů agresi. Dále mohou mít na četnost agresivního a násilnického chování vliv halucinace, bludy, slabá kontrola impulzivity nebo různé osobnostní charakteristiky, jako jsou asociální rysy. Také Ševčovičová (2018) ve svém výzkumném šetření potvrdila, že s verbální agresi se na Slovensku setkala více oslovených respondentů než s fyzickou formou agrese. Ševčovičová (2018) navíc do svého šetření přiřadila i sexuální obtěžování a sexuální návrhy s tělesným kontaktem. Stejný výsledek vyšel i ze studie napříč Novým Zélandem, která vyhodnotila, že verbální agrese vždy převažovala nad fyzickou (Baby et al., 2016).

Další oblast dotazníkového šetření byla zaměřena na faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřám (Tabulka 2). Jako velmi významný se ukázal faktor zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety), který byl respondenty označen jako nejvíce ovlivňující faktor v oblasti vzniku agrese. Tímto způsobem daný faktor vyhodnotilo celkem 42,2 % respondentů v porovnání s ostatními vlivy. S tím se shoduje i Hettnerová (2015), která ve své publikaci uvádí, že nejčastějšími agresory jsou pacienti pod vlivem návykových látek a pacienti pod vlivem alkoholu. Také Hamerníková (2014) tvrdí, že zvýšené riziko agresivního útoku hrozí od pacienta pod vlivem alkoholu nebo drog a dále od pacientů s duševními poruchami, onemocněním či úrazem mozku nebo u pacientů ve stresu. V zahraničí je problém obdobný. To potvrzuje i Parrott (2018), když píše, že trend agresivního a násilnického chování je stoupající, a potvrzuje, že nejčastěji je agresorem člověk pod vlivem alkoholu či návykových látek. Také dodává, že preventivní programy na snížení agresivity způsobené vlivem alkoholu jsou značně omezené, díky složitosti vztahu alkoholu k agresivnímu chování. Csémy et al. (2020) ve své zprávě uvádějí, že nadměrná konzumace alkoholu je často spojena se zvýšeným rizikem úrazů a násilných trestných činů. Konzumace alkoholu se stává běžnou součástí života většiny populace. Zpráva zmiňuje, že časté pití alkoholu, to jest denně či obden, uvedlo v roce 2019 celkem 17,4 % z 1806 dotazovaných občanů České republiky. Frekvence pití alkoholu se nijak nevymykala rokům předchozím. Dle mého názoru je číslo poměrně vysoké a v podstatě můžeme říci, že necelá pětina obyvatel dospělé populace pravidelně požívá alkohol. Myslím si, že s požíváním alkoholu nejsou spojena jen rizika úrazů a agresivity či násilí, ale že časté pití alkoholu má negativní vliv na zdraví lidí. Mezi rizika patří hlavně kardiovaskulární choroby, zažívací onemocnění, onemocnění jater, plic nebo nádorová onemocnění. To vše má negativní ekonomický

dopad na státní rozpočet a výdaje na zdravotnictví. Domnívám se, že by se občané naší země měli chovat více preventivně, a uvítala bych zde podporu státu k preventivním programům. V souvislosti s konzumací alkoholu a následnými úrazy byla stanovena hypotéza **H2 Sestry z chirurgických a intenzivních oborů vnímají jako nejrizikovější faktor vzniku agrese a násilí zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety) oproti sestřím z interních oborů.** Hypotéza byla výzkumným šetřením potvrzena (Tabulka 7). Dle mého názoru je zneužívání návykových látek často spojeno s úrazy a pro tyto pacienty jsou vstupní branou do nemocnice právě chirurgická oddělení či oddělení urgentních příjmů. To potvrzuje i Phillips (2016) a uvádí, že největší výskyt násilí je na pracovištích urgentního příjmu a na psychiatrických odděleních. Mimo duševních poruch je důvodem agresivního chování hlavně alkohol a následná intoxikace či delirium. Obdobně problém agresivního chování popisuje Čerňanová (2012), která považuje ambulance akutního příjmu za pracoviště s vysokou mírou agrese ze strany pacientů způsobené intoxikací alkoholem nebo návykovými látkami. Stejně tak Popovičová (2018) ve své práci uvádí, že velký výskyt agresivních incidentů se odehrává převážně na odděleních chirurgie, traumatologie a ambulancích akutního příjmu. Myslím si, že sestry z chirurgických oborů, včetně urgentního příjmu, jsou skutečně častěji v kontaktu s agresivním pacientem, který je pod vlivem návykové látky, než je tomu na ostatních pracovištích. Je to dáno hlavně úrazy, které jsou často s alkoholem spojovány.

Naopak Richter (2014) ve své studii prováděné v severozápadním Německu píše, že nejčastější agresori jsou pacienti s duševními poruchami nebo pacienti, kteří nebyli spokojeni s léčbou. Čerňanová (2012) jako hlavní příčiny agrese uvádí strach z bolestivého zákroku, ze samotné život ohrožující choroby nebo úzkost pacienta. Pekara (2013) například zmiňuje, že agresivní chování pacienta může být zapříčiněno nevhodným chováním zdravotníka. Pokud zdravotník pracuje pod stresem, chová se neprofesionálně a je emočně nestabilní, může to způsobit negativní interakci mezi pacientem a zdravotníkem, a snáze tak dojde k agresivní situaci či nevhodnému chování. Dle mého názoru existuje skutečně mnoho důvodů a příčin, které způsobují agresivní chování. Přikláním se k názoru, že většina agresorů je z řad pacientů, kteří jsou ovlivněni alkoholem či jinými návykovými látkami, a tím pádem se neumějí ovládat. Alkohol, který u pacienta způsobil agresivní jednání, může být pro zdravotníka frustrující, a to hlavně ze dvou důvodů. Zdravotník si je vědom, že pacientův úraz je

způsoben hlavně z důvodu požití nadměrného množství alkoholu. A za druhé si je zdravotník vědom, že se k agresivnímu pacientovi, který je pod vlivem alkoholu, musí neustále chovat profesionálně, empaticky a pomáhat mu, i když o to pacient kolikrát v dané situaci nestojí. Pokud je agresivní chování způsobené samotným onemocněním pacienta, ať už mluvíme o bolesti, strachu, či stresu, myslím si, že to každý zdravotník snáze chápe a danou situaci lépe toleruje. V jistých situacích se přikláním také k názoru Pekary, že i zdravotník může svým neprofesionálním chováním vyvolat pacientovu agresi. Zdravotník, který pracuje pod psychickým tlakem a stresem, nemusí vypjaté situace ustát a může reagovat nepřiměřeně. I v tomto výzkumném šetření bylo v bodě 17 hodnoceno konfrontační chování či neetické chování sestry (Tabulka 2). Celkem 12,3 % respondentů uvedlo, že nevhodné chování ze strany pracovníka má velký vliv na vyvolání agresivního chování u pacienta. Skoro třetina respondentů, konkrétně 28,9 %, uvedla, že nevhodné chování zdravotníka má středně velký vliv na riziko vzniku agrese. Dle mého názoru je vidět, že si zdravotníci uvědomují buď své chování, nebo chování svých kolegů, které nepovažují za profesionální. Podle mých zkušeností může být také agrese vyvolána dlouhou čekací dobou na ošetření, a to hlavně v akutním provozu. Tento problém popisují i Magurová et al. (2018), kteří jako příklad udávají přeplněné čekárny, posunutí zdravotního výkonu či odmítnutí hospitalizace. Na obdobný problém poukazuje i Netušilová (2015), která mezi podmiňovacími faktory vzniku agrese zmiňuje přeplněné prostory, vysokou hlučnost či zevní teplotu v prostorách. Dalším zajímavým výstupem bylo relativní vnímání času u pacientů, kteří čekají na vyšetření. Údajně až 19 % pacientů tento fakt negativně ovlivňuje. Důvodem je hlavně neznalost lékařských a ošetrovatelských postupů ze strany laické veřejnosti. Dle mého názoru je tento faktor také velmi důležitý. V akutním provozu, hlavně na ambulancích, kde není zcela možné dodržovat objednávkový systém k ošetření pacientů, je tento fakt celkem zásadní. Myslím si, že tento negativní faktor může být z části eliminován vybaveností čekáren, klidným vzdušným prostředím, které čekajícím pacientům zpříjemní čekací dobu. Důležitou roli zde hraje také neustálá a pravidelná komunikace od zdravotníků směrem k pacientům. Výzkumné šetření Vybíhalové (2010), které se uskutečnilo v České republice, bylo také věnováno příčinám agresivity ve zdravotnictví. Jako nejčastější příčinu zmiňuje abstinenci příznaky (29 %), dále demenci (20 %), poruchy osobnosti (15 %), užívání léků (15 %), celkové onemocnění (12 %) a bolest (9 %). Dotazníkové šetření bylo určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Třetí hodnocenou oblastí byl samotný postoj sester k agresi pacientů (Tabulka 3). Z této oblasti byla hodnocena hypotéza **H3 Vysokoškolsky vzdělané sestry pozitivněji vnímají důležitost zaznamenávání agresivity a násilí jako nežádoucí události než sestry se středoškolským vzděláním.** Hypotéza nebyla potvrzena (Tabulka 8) a stanovisko vysokoškolsky vzdělaných sester se v této záležitosti statisticky neliší od stanoviska sester se středoškolským vzděláním. Myslím si, že v tomto směru hraje hlavní roli nastavení systémových pravidel v organizaci ohledně hlášení nežádoucích událostí, které by mělo mít nesankční charakter, a do povědomí sester by se měla dostat důležitost zaznamenávání. Velkou roli zde sehrává vedoucí pracovník, který své podřízené vede k hlášení událostí a kontinuálně je v této oblasti vzdělává. Ve výzkumném šetření až 52,9 % respondentů uvedlo, že rozhodně vždy souhlasí se zaznamenáváním agrese jako nežádoucí události. Pouze 5,5 % respondentů uvedlo opak, to znamená, že agresivní chování se nemusí vždy zaznamenávat. Pokorná et al. (2019) zmiňují, že by se mělo zaznamenávat jakékoliv agresivní či hrubé chování, jakákoliv nespokojenost pacienta a jakékoliv rizikové chování, které je spojeno s alkoholem či jinými omamnými látkami. To potvrzuje i Hamerníková (2014), když tvrdí, že každá situace spojená s agresivním chováním pacienta musí být řádně zdokumentována. Dandová (2010) navíc ve svém článku zdůrazňuje, že pokud dojde při vykonávání pracovních činností k fyzickému napadení, které je spojeno s úrazem, je toto nutno hlásit jako pracovní úraz a je třeba k němu takto přistupovat. Sato et al. (2015) se ve svém průřezovém průzkumu snažili zjistit, proč sestry nežádoucí události spojené s agresivním chováním pacientů nechtějí hlásit. Důvodů uvedli několik. Některé sestry agresivní incidenty považovaly za součást své profese nebo se tyto události na nátlak svých spolupracovníků rozhodly nehlásit a také se bály obvinění z nedbalosti nebo nedostatečného pracovního výkonu. Jako poslední příklad uvádějí neochotu manažerů konfliktní situace vůbec řešit. S tím se zčásti shodují i Kerr et al. (2017), kteří popisují, že zdravotníci nechtějí hlásit tyto události, protože jsou nespokojeni s následným vedením těchto událostí ze strany manažerů. Martinez (2016) jako hlavní důvody uvádí strach sester z odvetných opatření ze strany zaměstnavatele a také malou podporu ze strany administrativy. I Pich et al. (2010) ve své studii popisují, že neodpovídající podpora a zpětná vazba od manažerů vedou k nehlášení nežádoucích událostí. Jako další důvody zmiňují nedostatek času, beznaděj, rezignaci a nedostatek znalostí o postupech hlášení nežádoucích událostí. Myslím si, že zásadní roli v hlášení jakýchkoliv nežádoucích událostí hraje management organizace. A jestliže se jedná o



agresivní chování směřované k zaměstnancům, mělo by být v popředí zájmu managementu personál chránit. Pokud má organizace dobře nastavený systém hlášení nežádoucích událostí, který není administrativně náročný, a personál je systematicky proškolen o důležitosti zaznamenávání, vnímám to velmi pozitivně. Domnívám se, že důležitou roli v podpoře zaznamenávání těchto událostí hrají i střední a linioví manažeři.

Z třetí oblasti (Tabulka 3) byla hodnocena i čtvrtá hypotéza **H4 Sestry proškolené v oblasti prevence agrese se domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet, oproti sestřím neproškoleným v této oblasti.** Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že sestry proškolené v problematice řešení agrese pacientů se významně častěji domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet. Hypotéza byla potvrzena. Výzkumné šetření také ukazuje na fakt, že pouze třetina respondentů, konkrétně 31 %, absolvovala školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje (Graf 8). Z mého pohledu je procento proškolených sester velmi nízké a myslím si, že by této problematice měl být přikládán větší význam. Hamerníková (2014) jednoznačně poukazuje na důležitost preventivního chování při práci s agresivním pacientem. Význam přikládá hlavně informovanosti a proškolení zdravotnického personálu, ale také jasným metodickým postupům daných pracovišť ohledně zvládnání agresivního pacienta. Martinez (2016) popisuje nutnost zvyšování povědomí sester o násilí na pracovišti. Poukazuje hlavně na důležitost zajištění dostupnosti vhodných školení v oblasti praktických dovedností při styku s agresorem, zvyšování komunikačních a deeskalačních dovedností a v neposlední řadě i společné práce týmu v klinickém prostředí při útočném jednání ze strany pacienta. Myslím si, že společná práce týmu ve vypjatých situacích způsobených agresorem je velmi podstatná. Proto by součástí školení v této oblasti měly být hlavně workshopy, které umožňují trénink týmové spolupráce. Halletta a Dickens (2017) také ve své práci kladou důraz na prevenci agrese a následného násilí. Konkrétně se zaměřili na efektivitu deeskalačních technik jako prostředku snižování agrese a násilí. Poukazují na skutečnost, že pomocí řady krátkodobých psychosociálních intervencí lze omezit nebo odstranit agresivní jednání. K těmto intervencím patří verbální a neverbální komunikace, samoregulace, hodnocení a akce. Popisují, že deeskalační kvality mohou mít lidé vrozené, nebo získané díky dlouhodobým pracovním zkušenostem. Účinnější forma je ale forma vzdělávací, pomocí modelování rolí. Jsem přesvědčená o tom, že

vzdělání v oblasti prevence agrese je velmi důležité, a to pro všechny skupiny zaměstnanců v nemocnicích. Zkušenosti, které nabýváme praxí, jsou jistě přínosné, ale trvá to řadu let. Myslím si, že zaměstnanec by měl být proškolen krátce po nástupu do zaměstnání, aby byl dobře připraven na krizové situace spojené s agresivitou. Hettnerová (2015a) například uvádí, že Ústřední vojenská nemocnice v Praze pro své zaměstnance pořádá vstupní školení, které je zaměřeno na oblast zajištění bezpečí a na bezpečnostní opatření. Dále svým zaměstnancům nabízí výcvikové kurzy a tematická školení, která jsou pro zaměstnance dobrovolná a zdarma. Myšlenka vzdělávací akce v rámci vstupního školení se mi velice líbí a myslím si, že je to dobrá cesta pro informovanost všech zaměstnanců, která se může stát vzorem pro ostatní organizace.

Čtvrtá hodnocená oblast se věnovala negativním následkům u sester po styku s agresorem (Tabulka 4). Z výzkumného šetření vyplynulo, že až 94,3 % respondentů v nějaké míře zažívá celodenní pocit stresu, a 93,3 % respondentů uvedlo pocit stresu při vykonávání pracovních činností od škály zřídka po neustále. Obdobně bylo také respondenty hodnoceno psychické vyčerpání, které v určité míře pociťuje 93,3 % respondentů, a fyzické vyčerpání, až 91,5 % respondentů. Pocit bezmoci uvedlo 87,9 % respondentů a pocit syndromu vyhoření 76 % respondentů. Výsledky Richterovy (2014) kvalitativní studie v Německu potvrdily, že agresivita vůči zdravotnickým pracovníkům je hlavním stresovým faktorem. Myslím si, že pokud je trend agresivních pacientů stoupající, bude přibývat i více zdravotníků pod vlivem stresu při vykonávání svého povolání. Pekara s Trešlovou (2011) poukazují na to, že když zdravotník pracuje pod dlouhodobým stresem, který překročí jistou normu, stává se tento zdravotník negativním a může jak fyzicky, tak psychicky selhat. To může mít negativní dopad na kvalitu poskytované péče a ohrozit tak i zdraví pacientů. Obdobně se vyjadřují ve svém šetření i Kerr et al. (2017), kteří z psychologických aspektů uvádí hlavně zvýšenou psychologickou úzkost zdravotníků, sníženou spokojenost v zaměstnání, stres, nespavost, smutek, šok a nízké sebevědomí. K důsledkům fyzického násilí řadí škrábance, modřiny, různá poranění či zlomeniny. Martinez (2016) například udává, že až 80 % sester se na svém pracovišti necítí bezpečně. Dodává, že v důsledku této skutečnosti se mnozí zdravotničtí pracovníci zamýšlí nad změnou zaměstnání či úplnou změnou profese. Tento faktor byl v rámci dotazníku také sledován. Šetření ukázalo, že nad změnou povolání (profese) zřídka uvažuje 24,4 % respondentů, občas 19,6 %, často 10,7 %, velmi často 11,3 % a neustále 6,1 % respondentů. Domnívám se, že je to velmi

významný ukazatel pro další podrobnější výzkumné šetření. Tento ukazatel by mohl predikovat budoucnost počtu všeobecných sester v českém zdravotnictví, pokud nedojde ke změně přístupu a situace ve zdravotnictví zůstane nadále stejná. Pich et al. (2010) ve svém šetření rozdělují negativní důsledky také na fyzické a psychické. K fyzickým řadí různá poranění, odřeniny, zlomeniny a ztráty vědomí. K psychickým zařazují strach, beznaděj, posttraumatickou stresovou poruchu nebo syndrom vyhoření. Také Martinez (2016) udává, že mnoho sester uvažuje nad změnou zaměstnání nebo i úplnou změnou profese. Obdobně se vyjadřuje ve svém výzkumu na Slovensku i Ševčovičová (2018), která píše, že až 33,7 % respondentů se obává díky agresivním pacientům přijít další den do zaměstnání, a dokonce 27,9 % respondentů se vyjádřilo v tom smyslu, že uvažují o odchodu ze zaměstnání. Z výzkumného šetření v Anglii vyplývá, že agrese a násilí způsobují jak krátkodobé, tak dlouhodobé psychické poškození oběti, a jsou často spojeny se syndromem vyhoření, sníženou produktivitou a také se zvýšenou absencí zaměstnanců v práci (Halletta et al., 2017). Na základě hodnocení negativních následků u sester po styku s agresorem byla stanovena hypotéza **H5 Sestry s délkou praxe 20 let a déle mají pocit syndromu vyhoření spíše než sestry s kratší dobou praxe.** Bylo prokázáno, že zkušené sestry s delší dobou praxe (20 a více let) ve významně větší míře trpí pocitem syndromu vyhoření než méně zkušené sestry s kratší dobou praxe. Hypotéza byla potvrzena. Raudenská (2011) ve své knize popisuje, že syndrom vyhoření vzniká v důsledku řady okolností, nejčastěji však při chronickém stresu vázaném na pracovní prostředí. Rizikovými faktory jsou neustále rostoucí životní tempo, nároky kladené na člověka, profese vyžadující neustálý kontakt s lidmi a vysoké až nadměrné požadavky na výkon. Jako neutrální faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření popisuje věk, vztah, vzdělání a délku praxe. Poukazuje na rozdílné názory ohledně vzniku syndromu v souvislosti s délkou praxe na úrovni jedné pozice, a to buď jako irelevantní, nebo naopak jako opodstatněný faktor. Venglářová (2011) popisuje vznik syndromu jako projev dlouhotrvajícího a nadměrného stresu, kdy dochází k psychickému, fyzickému i mentálnímu vyčerpání. Udává, že ve zdravotnickém zařízení jsou nejrizikovější obory onkologické, gerontologické a psychiatrické. Vévoda (2018) doplňuje, že ke vzniku syndromu do značné míry přispívají i osobnostní rizikové charakteristiky jedinců, kam patří například vysoká míra empatie, obětavost a úzkostný zájem o druhé. Popisuje řadu negativních důsledků, které jsou se syndromem spojené. Vedle snížení kvality zdravotní péče vede syndrom také k vysoké fluktuaci zaměstnanců. Syndrom vyhoření dopadá rovněž na pracovní motivaci

a spokojenost v práci. Vyhořelý zdravotník v první řadě pracuje pro finanční odměnu a pacienti jsou zpravidla na druhém místě. Také Pugnerová et al. (2019) tvrdí, že délka praxe může být jedním z faktorů přispívajících ke vzniku syndromu. Jako další faktor například doplňují personální změnu ve vedení, změnu zaměření od poslání k výkonu a nedostatek podpory od vedoucích pracovníků. Špidurová (2015) ve své knize popisuje, že nejohroženější skupinou ve smyslu vzniku syndromu vyhoření jsou sestry s délkou praxe 16–25 let na pracovištích pro seniory, přičemž v nemocničním prostředí jsou nejvíce ohroženy sestry s praxí do 10 let a dále pak s praxí 20 let a více. Dle mého názoru je možné, že délka praxe a obzvláště pak na jednom pracovišti je významným faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Myslím si, že je nutné negativním následkům u zdravotníků, včetně syndromu vyhoření, věnovat větší pozornost. Jednak je důležité, aby v organizacích byla zachována kvalitní zdravotní péče a neustále se zlepšovala, a jednak zabránit odchodu kvalitních zapracovaných zdravotníků, což jde ruku v ruce s kvalitou péče. Myslím si, že je vhodné, aby organizace zajišťovala například psychologické poradenství pro své zaměstnance a rovněž aby poskytovala řadu benefitů, při kterých se může zaměstnanec od stresu odreagovat. Z mého pohledu je důležité ukázat zdravotníkům, že je jejich práce ceněna a že si jich organizace váží. Myslím si, že vše by mělo vycházet z managementu nemocnic.

Poslední hodnocenou oblastí, ze které nevzešla žádná hypotéza, byla strategie zvládnání stresu po styku s agresorem (Tabulka 5). Mezi nejčastější strategie zvládnání stresu většina respondentů (96,2 %) zařadila, ať už zřídka, či neustále, mluvení s přáteli o celé události. Celkem 95,6 % respondentů uvedlo, že se snaží v nějaké míře na incident nemyslet. Obdobnou zkušenost uvádí i Kerr et al. (2017) z australského zdravotnictví, kde byla jako nejčastěji používaná strategie uváděna kombinace mluvení o incidentu a snaha na incident moc nemyslet. Paulík (2017) ve své knize uvádí, že zvládací strategie vůči stresu jsou různorodé a záleží hlavně na osobnosti člověka. Jedná se o určité styly či vzorce chování, které jsou pro daného jednotlivce stabilní, obvyklé, ustálené a člověk je kontrolovaně využívá. To potvrzuje i Křivohlavý (2010), který píše, že každá lidská osobnost má svoji strategii zvládnání stresu. Strategie jsou většinou zaměřené na řešení problému, kam patří konfrontační způsob zvládnání stresu, sebeovládání, hledání sociální opory, hledání řešení problému, distancování se či snaha vyhnout se stresovým situacím v podobě pracovní výpovědi. Z šetření dále vyplývá, že 95,6 % respondentů preferuje fyzický odpočinek. Oproti tomu 96,6 % respondentů odpovědělo, že se v určité míře

věnují svým koníčkům, a 93,5 % respondentů provozuje sport nebo jinou fyzickou zátěž. Dále, 90,9 % respondentů v určité míře používá humor a snaží se odlehčit celou situaci. Mandincová (2011) ve své knize popisuje, že důležitá je při zvládání krizových situací osobnost člověka, a udává, že strategie zvládání stresu jednoznačně popisuje realitu a směřuje k vědomému řešení situace. Myslím si, že zvládání jakýchkoliv krizových či stresových situací je skutečně dáno osobností člověka. Určitou roli vidím také v pracovních zkušenostech, které jdou ruku v ruce s věkem člověka.

Druhá část výzkumného šetření byla zpracována kvalitativní formou a věnovala se čtyřem oblastem. První analyzovanou oblastí byla **Problematika evidence a hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů**. Prvním tématem této oblasti bylo hodnocení nastavení systému hlášení nežádoucích událostí, včetně hlášení agresivního chování pacientů, ve všech nemocnicích Jihočeského kraje. Všichni manažeři shodně uvedli, že mají ve své organizaci nastavený systém hlášení nežádoucích událostí, a také všichni shodně odpověděli, že je v těchto hlášeních zahrnuta problematika agresivního chování pacientů. Polovina manažerů odpověděla, že mají tento systém hlášení již v elektronické podobě a je součástí nemocničního informačního systému a také součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Druhá polovina manažerů uvedla, že mají systém hlášení pouze v tištěné podobě a je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Bennett (2012) popisuje, jak je důležitý systémový a podrobný souhrn celé události, který by měl dokumentovat událost od začátku do konce, včetně případných svědků. Důležitost zaznamenávání událostí přikládá hlavně kvůli případným soudním sporům. To potvrzuje i Hoffmannová (2010) a uvádí, že veškeré incidenty, které se stanou mezi pacientem a zdravotníkem, by měly být nedílnou součástí hlášení nežádoucích událostí. Domnívám se, že nastavení systému zaznamenávání nežádoucích událostí je dnes již nutnou součástí řízení kvality ve všech zdravotnických organizacích. Myslím si, že preferencí vedení nemocnic by mělo být spíše zaznamenávání elektronickou formou, které je součástí nemocničního informačního systému, a to hlavně kvůli objektivitě a transparentnosti údajů. Druhým hodnoceným tématem této oblasti byla četnost výstupů z hlášení nežádoucích událostí. Výzkumné šetření potvrdilo, že všechny organizace pravidelně vyhodnocují nežádoucí události. Každá organizace dle svých interních předpisů vyhodnocuje události různě v průběhu roku. Vyhodnocení se provádí buď formou interních výstupů v častějších intervalech, nebo formou celoustavních výstupů v průběhu roku, a to v kombinaci

čtvrtletně, pololetně a souhrnně za celý rok. Pokorná et al. (2019) kladou důraz na důkladnou analýzu událostí. Uvádí, že pokud je událost relevantně vyhodnocená, teprve poté se z ní dá udělat adekvátní výstup. U závažnějších nežádoucích událostí doporučuje provést kořenovou analýzu. Ve výzkumném šetření pouze dva manažeři zmínili, že u závažných či výstražných událostí provádějí kořenovou analýzu. Dle Šupšákové (2017) by měla být kořenová analýza prováděna dle předem přesně specifikovaného a připraveného protokolu. Analýzu by měl provádět multidisciplinární tým, který by měl systematicky identifikovat a analyzovat latentní chyby. Konečným cílem kořenové analýzy je hlavně prevence, aby se událost již neopakovala nebo se minimalizovala možnost jejího výskytu. Dle mého názoru je velmi důležité relevantně vyhodnocovat nežádoucí události a u těch závažných je určitě vhodné provést kořenovou analýzu. Myslím si, že preventivní chování v tomto směru je zásadní. Chrání pacienty, neustále nám umožňuje zvyšovat kvalitu a bezpečí poskytované péče a v neposlední řadě chrání i zaměstnance. Třetí téma bylo věnováno informovanosti o nežádoucích událostech směrem k zaměstnancům v jednotlivých nemocnicích. Všichni manažeři shodně odpověděli, že informace z výstupů ohledně nežádoucích událostí podávají zaměstnancům na poradách vedoucích pracovníků. Celkem šest manažerů doplnilo, že veškeré informace ještě umísťují na intranetové stránky nemocnice, aby k nim měl přístup každý zaměstnanec. Myslím si, že je velmi důležité předávat zásadní informace vedoucím pracovníkům, kteří by pak následně měli informovat své podřízené. Za stejně důležité považuji umísťování těchto informací na intranet. Ve vícesměnném provozu se může stát, že vedoucí pracovník nepředá důležité informace všem zaměstnancům v adekvátní době, a také interpretace od vedoucích pracovníků směrem k podřízeným může být rozdílná. Intranet považuji za velmi vhodný doplňkový nástroj k podávání a doplňování informací, které již byly předány, a také může sloužit jako hlavní informační kanál pro zaměstnance, kteří se k informacím od svých nadřízených ještě nedostali, například z důvodu směnného provozu. Samozřejmostí je ovšem pravidelná aktualizace všech informací na intranetových stránkách nemocnice. Hekelová (2012) ve své knize uvádí, jak důležitou roli hraje předávání informací, a popisuje komunikaci jako klíčovou součást práce ve zdravotnictví. V předávání informací je hlavně důležitá interní komunikace, ať už mezi kolegy samotnými, či mezi podřízenými a nadřízenými. Zásadní a důležité informace by měly být předávány na pravidelných poradách. Přikrylová et al. (2019) navíc ve své knize zmiňují, že komunikačních kanálů, které zabezpečují tok odborných informací, může být více.

Mimo pravidelných porad dále zmiňuje organizační pravidla, kam patří manuály či směrnice, dále pracovní schůzky a také intranet či elektronickou poštu. Poslední téma této oblasti bylo věnováno evidenci pracovních neschopenek spojených s agresivním chováním pacientů. Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny nemocnice v Jihočeském kraji vždy evidují pracovní neschopenky vztahující se k úrazům, ke kterým došlo kvůli agresivnímu chování pacienta. Současně všichni manažeři odpověděli, že těchto pracovních neschopenek evidují málo, v řádech jednotek za rok. Dandová (2010) uvádí, že pokud dojde vlivem agresivního chování pacienta k pracovnímu úrazu, hlásí se nejen nežádoucí událost, ale vše také musí být řádně zaznamenáno v knize úrazů a nahlášeno nadřízenému pracovníkovi. Šimečková (2015) doplňuje, že se vždy jedná o pracovní úraz s náležitými kompenzacemi pro poškozeného zaměstnance. Jsem přesvědčená o tom, že v dnešní době se tato problematika nezanedbává, a pokud dojde ke zranění zaměstnanců, tak ti jsou skutečně naučeni tyto události hlásit. Myslím si, že tomu napomáhá i povinné školení zaměstnanců na téma bezpečnost a ochrana zdraví při práci, kde je problematika pracovních úrazů zdůrazňována.

Druhou analyzovanou oblastí byla **Problematika vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků, v oblasti agresivního chování pacientů**. Tato oblast byla rozdělena do čtyř témat, přičemž první téma se věnovalo nastavení systému proškolení zaměstnanců, včetně zdravotníků, v oblasti prevence agrese pacientů. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny nemocnice zajišťují vzdělávací akce, které se věnují problematice agresivity a násilí. Sedm manažerů uvedlo, že mají tato školení zajištěna spíše jednorázovou formou dle momentálního vzdělávacího programu nemocnice a dle aktuálních potřeb. Pouze jeden manažer uvedl, že v průběhu každého roku probíhá kontinuální proškolení personálu v oblasti prevence agresivity a násilí pacientů směrem k zaměstnancům. Čtyři manažeři uvedli, že organizace má v plánu kontinuální vzdělávání v této oblasti zavést. Myslím si, že kontinuální vzdělávání personálu v této oblasti je dobrou a dnes již nutnou cestou. I když všechny nemocnice svým zaměstnancům tento typ vzdělávací akce jednorázovou formou zajišťují, domnívám se, že díky určité fluktuaci personálu ve zdravotnictví je nutné periodické proškolení určitě poskytovat. Martinez (2016) popisuje, že je důležité neustálé zvyšování povědomí sester o násilí na pracovišti a kontinuální vzdělávání v této oblasti. Doplňuje, že je nutné podporovat bezpečnost personálu na pracovišti vhodným školicím

programem, aby se personál uměl chovat preventivně a účinně zvládal incidenty související s agresivitou. Pich et al. (2010) popisují, že vzdělání a odborná příprava představují účinný nástroj v boji proti násilí na pracovišti a mnoho pracovišť prosazuje tento typ vzdělávací aktivity jako povinnou odbornou přípravu. Na druhou stranu ve své práci tvrdí, že některé studie zpochybňují účinnost vzdělání v této oblasti a nezaznamenávají žádný rozdíl v incidenci napadení před a po vzdělání. Domnívám se, že vzdělání je v tomto směru určitě důležité. Na agresora a samotné napadení se nedá zcela jistě vždy připravit, ale pokud je člověk proškolen například v komunikačních dovednostech nebo deeskalačních technikách, jistě se mu agresora podaří lépe zvládnout. Druhé téma této oblasti bylo věnováno formám vzdělávání zaměstnanců ohledně prevence agrese. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny nemocnice pořádají vzdělávací akce prostřednictvím přednášek, seminářů či kongresů teoretickou formou. Šest manažerů uvedlo, že vedle teoretických seminářů pořádají i praktické, a jeden manažer doplnil, že praktické semináře probíhají v součinnosti s Policií ČR. Tři manažeři zároveň dodali, že praktické semináře jsou realizovány formou workshopů. Termín workshop bývá často zaměňován s praktickou ukázkou. Workshop je interaktivní děj, kdy se jednotlivci, týmy či celé skupiny snaží dojít k předem danému cíli. Moderátor proces workshopu řídí, vstupuje do něj a metodicky ho vede. Moderátor se často stává členem týmu, spoluřeší, radí a vyhodnocuje danou situaci. Základem workshopu je to, že účastníci již znají teoretickou část dané problematiky a mají poznatky z této oblasti. Výhodou workshopů je několikanásobná zpětná vazba od účastníků, aktivní zapojení lidí do práce, skutečnost, že účastník může učit účastníka, a to, že workshop motivuje lidi, kteří si odnášejí praktické dovednosti, jež mohou okamžitě využít ve své praxi (Medlíková, 2013). Domnívám se, že workshopy jsou úplně ideální vzdělávací akcí pro praktické dovednosti, kde jsou předpokladem teoretické znalosti. Nevýhodou může být fakt, že dochází k proškolení menšího počtu personálu, a při opakovaných akcích to může vést ke zvýšené finanční zátěži pro organizaci. Teoretické semináře jsou určitě nedílnou součástí vzdělávacího systému. Společně s praktickými semináři a workshopy tvoří ideální vzdělávací kombinaci. Mendlíková (2013) dále ve své knize uvádí, že přednášky jsou vhodné pro velké auditorium, účastníci si při nich rozšíří základní vědomosti, získají informace a pochopí souvislosti v širším kontextu. Myslím si, že pro nemocnice, kde nejsou silné finanční zdroje, bude výhodné pořádat spíše přednášky, na nichž bude proškolen větší část zaměstnanců. Důležité je, aby měl management zájem své zaměstnance v této oblasti



vzdělávat a pomáhal tak chránit jejich bezpečí. Dalším tématem druhé oblasti kvalitativní části byl výběr skupin zaměstnanců v proškolení v oblasti prevence agrese. Šest manažerů uvedlo, že školí vybranou skupinu zaměstnanců, přičemž pět manažerů zmínilo, že zaměstnanci jsou vybráni z rizikových pracovišť. Jeden manažer uvedl, že daná skupina zaměstnanců je vybírána napříč všemi odděleními v nemocnici, aby byl na oddělení vždy někdo proškolen. Dva manažeři uvedli, že v organizaci proškolují všechny zaměstnance. Další dva manažeři zmínili, že ve své organizaci proškolují bezpečnostní službu. Vodák a Kucharčíková (2011) uvádí, že je důležité důkladné plánování vzdělávání. Základem je přípravná fáze, kde se specifikují potřeby, a vypracovává návrh vzdělávacího programu. U dlouhodobých programů by se měly stanovovat dílčí cíle a jednotlivé tematické oblasti. Mimo vhodně zvolených témat je při plánování nutné zvolit také cílovou vzdělávací skupinu. Témata a cílové skupiny vychází z potřeb organizace. Domnívám se, že v nemocnici určitě nemusí být všichni zaměstnanci nutně proškoleni v oblasti prevence agrese. Důležité je vytipování cílových rizikových skupin a nastavení vzdělávacího programu na tyto zaměstnance. Myslím si, že do této cílové skupiny by neměli patřit jen zdravotníci, ale skutečně všichni ti, kteří se mohou s agresí na pracovišti setkat. Mimo zdravotníků bych určitě do této skupiny zařadila bezpečnostní službu, řidiče, pomocný personál a všechny zaměstnance, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty. Posledním hodnoceným tématem v této oblasti byla informovanost nově nastupujících zaměstnanců o nežádoucích událostech spojených s agresivním chováním zaměstnanců. Pouze jeden manažer uvedl, že zaměstnanci dostávají informace v rámci vstupního školení a že mají v rámci organizace nastavený systém periodického e-learningového školení. Hettnerová (2015a) uvádí, že Ústřední vojenská nemocnice v Praze pořádá pro své zaměstnance při nástupu do zaměstnání také povinné vstupní školení v oblasti zajištění bezpečí a bezpečnostních opatření. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že informace o bezpečnostních opatřeních dostávají všichni zaměstnanci shodně ve všech nemocnicích od svých nadřízených v rámci adaptačního procesu. Špidurová (2015) ve své knize tvrdí, že adaptační proces ve zdravotnictví může být různě dlouhý a je dán vnitřním předpisem organizace. Důležitou součástí procesu adaptace je věcné zapracování spojené s určitými odbornými výkony v rámci kompetencí a seznámení se s vnitřními dokumenty organizace, jako jsou směrnice, standardy či metodické pokyny.

Třetí analyzovanou oblastí byla **Preventivní opatření v organizacích**. Tato oblast zahrnovala celkem šest témat. První téma bylo věnováno možnostem využívání bezpečnostní služby při výskytu agresivního chování pacienta. Z výzkumného šetření vyplynulo, že vlastní bezpečnostní službu má celkem šest nemocnic v Jihočeském kraji. Ve dvou případech poskytuje bezpečnostní agentura službu pouze v nočních hodinách. Sedm manažerů doplnilo, že pracují v součinnosti s Policií ČR nebo městskou policií a jeden manažer zmínil, že využívají služeb externí bezpečnostní služby. Dle Bureše (2013) zastávají bezpečnostní služby v organizacích důležitou úlohu. Zajišťují především ostrahu majetku a osob. Jedná se o služby spojené s ostrahou movitého i nemovitého majetku, sledování pohybu osob v objektu, ostrahu peněz či cenností, zajišťování pořádku v organizaci, vyhodnocování plánů bezpečnostních rizik a zpracovávání plánů ochrany. Bureš (2013) dále zmiňuje bezpečnostní poradenství, které může být v rámci organizace využíváno. Domnívám se, že vlastní bezpečnostní služba by měla být nedílnou součástí všech nemocnic. Už samotná přítomnost bezpečnostní služby v organizaci budí respekt. Pacienti i personál nemocnice se tak mohou cítit více v bezpečí a mají možnost kdykoliv tuto službu využít. Druhé téma věnované této oblasti byla možnost využití prostředků k adekvátní obraně před agresorem. Co se týče vybavení jednotlivých oddělení, tak všichni manažeři shodně odpověděli, že zdravotníci mají možnost využití omezovacích prostředků. Dle zákona využíváme omezovací prostředky pouze na dobu nezbytně nutnou a vždy pouze za účelem bezprostředního odvrácení ohrožení života a zdraví pacienta nebo jiné osoby (zákon č. 372/2011 Sb.). Dle Duška a Večeřové (2015) patří k nejčastěji používaným omezovacím prostředkům ochranné pásy nebo kurty, které omezí pacienta v pohybu. U psychicky nemocných pacientů se například dále využívají místnosti určené k bezpečnému pohybu, ochranné kabátky či vesty a také psychofarmaka. Petr et al. (2014) navíc doplňují základní pravidla, která je nutné dodržet při použití omezovacích prostředků. Patří sem záznam o indikaci omezení včetně druhu a důvodu, čas zahájení a ukončení, záznam průběžného hodnocení zdravotního stavu omezovaného, záznam případných komplikací a jména zdravotnických pracovníků podílejících se na podání omezovacího prostředku. Jsem toho názoru, že omezovací prostředky jsou nutnou výbavou zdravotníků při zvládnutí kritických situací, které ohrožují zdraví a život pacienta nebo zdravotníka. Myslím si, že než používání silných psychofarmak je lepší pacientovi omezit pohyb, obzvláště když se jedná o agresivní chování spojené s alkoholem. Psychofarmaka mohou mít negativní dopad na zdraví pacienta a většinou mají dlouhodobý nástup. Omezovací prostředky

fungují okamžitě a pacientovi do budoucna nepoškozují fyzické zdraví. Jeden manažer uvedl, že vedle omezovacích prostředků mají zdravotníci možnost proti agresorovi využít také pepřový sprej. Pět manažerů navíc doplnilo, že jejich bezpečnostní služba disponuje obrannými pomůckami, kam patří hlavně obušek. Tři manažeři uvedli, že služba má k dispozici pepřový sprej, a z toho dva doplnili, že je součástí taktické vesty. Dalším hodnoceným tématem byla problematika nastavení systému přivolání rychlé pomoci při styku s agresorem. Z analýzy vyplývá, že systém přivolání rychlé pomoci mají nastaven pouze tři nemocnice. Jedná se o možnost zavolání pomoci stiskem tlačítka, které je ve dvou případech spojeno s bezpečnostní službou, a v jednom případě se jedná o tlačítko hlasitého alarmu, které má přivolat jakoukoliv pomoc. Další možností je přivolání rychlé pomoci telefonem. Zbylých pět manažerů odpovědělo, že jako jedinou možnost přivolání pomoci mají telefon. Domnívám se, že tlačítka přivolání rychlé pomoci by měla být běžnou součástí vybavení, a to hlavně na krizových pracovištích. Též Baby et al. (2016) ve své práci potvrzují, že preferencí hlavně vládních nemocnic je využívání tlačítek přivolání rychlé pomoci či obdobného alarmu. Doplnuje, že násilí ve zdravotnictví přibývá a je zaměstnanci velmi negativně vnímáno. Časté je také využívání vlastní bezpečnostní služby spíše než využívání služeb policie. K dalším bezpečnostním prvkům organizace patří využívání kamerového systému, což bylo následujícím tématem oblasti. Všichni manažeři shodně odpověděli, že ve své organizaci využívají kamerový systém. Ten zabezpečuje hlavně vstupní vchody do areálů a do jednotlivých budov v nemocnici. Tři z manažerů doplnili, že mají kamerový systém již se záznamem. Nezmar (2017) ve své knize popisuje, že kamerový systém v organizaci by měl být instalován hlavně z důvodu zajištění bezpečnosti. Doplnuje, že z hlediska obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) je používání kamerového systému bráno jako sběr osobních údajů. Proto je povinností provozovatele kamerového systému sdělit všem osobám, které jsou monitorovány, důvody monitorování a zajistit, aby všechna snímaná místa byla náležitě označena. Jsem přesvědčená o tom, že využití kamerového systému v organizaci má svůj smysl. Pokud potřebujeme aktuální náhled do určitého prostoru v konkrétní době, například čekárny, určitě je vyhovující kamerový systém bez záznamu. V ostatních případech bych spíše volila kamerový systém se záznamem, který může zpětně poskytnout informace o vzniklých incidentech. Kamerový systém je ovšem jen jedna z možností, které jsou využívány k zabezpečení. Důležitou součástí tvoří i zabezpečení vstupních prostor do areálu a budov nemocnice v nočních hodinách, čemuž bylo věnováno další téma.

Všechny vstupní prostory do areálu nemocnic jsou vždy zabezpečeny uzamknutím. Jedná se hlavně o vedlejší vstupy do areálu, přičemž k dispozici zůstává otevřený vždy hlavní vchod. Dále jsou v nočních hodinách uzamykány vstupy do jednotlivých budov. Šest manažerů uvedlo, že vstupy uzamyká bezpečnostní služba, která také po areálu provádí pravidelné noční obchůzky. Ve dvou případech vstupy uzamyká pracovník recepce. Uzamčení vstupů do areálu či budov je všude standardně prováděno klíči, šest respondentů uvedlo, že mají možnost uzamčení čipem, a z toho dva manažeři doplnili, že některé budovy kódují. Phillips (2016) ve své práci udává, že k základnímu vybavení organizace patří instalace plotů, aby byly prioritně používány oficiální vstupy do objektů. Pozitivně se také staví k instalaci detektorů kovů. Jsem přesvědčená o tom, že instalace oplocení objektu je dnes standardní záležitostí. Ohledně instalace detektoru kovů bych byla opatrnější a nemyslím si, že je to v našich podmínkách vůbec reálné. Domnívám se, že všechny nemocnice mají dobře nastavený systém uzavření areálu a budov v nočních hodinách a považuji ho za dostačující. Současně s bezpečnostními prvky v organizaci byly také hodnoceny standardizované dokumenty, které se v organizaci zaměřují na problematiku agresorů či manipulaci s nimi. Sedm manažerů uvedlo, že mají ve své organizaci dokumenty vztahující se k této problematice. Jedná se o kombinaci dokumentů vztahujících se k používání omezovacích prostředků, nežádoucích událostí nebo k péči o neklidného pacienta. Jeden manažer uvedl, že mají vytvořený dokument týkající se střelných zbraní u pacienta. Jeden manažer zmínil, že dokument o střelných zbraních mají v přípravě. Jeden manažer prozradil, že v organizaci nemají žádný dokument vztahující se k této problematice. Hamerníková (2014) ve svém článku upozorňuje, že nejlepší prevencí při práci s agresivním pacientem je dostatečná informovanost a školení personálu a jasné metodické postupy pro zvládnutí agresivního pacienta. Domnívám se, že pokud všechny nemocnice v Jihočeském kraji mají a používají omezovací prostředky, měly by všechny mít také interní předpis dané problematiky formou metodického pokynu či směrnice.

Poslední, čtvrtá oblast byla věnována problematice **Benefitů poskytovaných pacientům a zaměstnancům v jednotlivých nemocnicích**. Oblast byla rozdělena do tří témat. První téma se týkalo benefitů pro pacienty v ambulantním provozu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny nemocnice svým ambulantním pacientům poskytují celou řadu benefitů. Mezi základní benefity patří občerstvovací služby formou kantýn či kiosků, různých automatů na občerstvení či kávu a nápoje. Všichni manažeři

také shodně odpověděli, že na ambulancích mají k dispozici spoustu edukačních a vzdělávacích materiálů vztahujících se ke zdraví. Sedm manažerů uvedlo, že mají pro své pacienty zdarma internetovou síť v celém areálu nemocnice. Méně častým jevem jsou televize umístěné v ambulantním sektoru. Těmi disponuje celkem pět nemocnic v Jihočeském kraji. Mezi další, již méně časté benefity patří například slevový program v lékárně, bankomaty na peníze, automat na měnění peněz, knihovna či služba hlídání dětí. Obdobné benefity mají i hospitalizovaní pacienti na lůžkových stanicích, čemuž bylo věnováno druhé téma. Standardem na všech odděleních byl edukační materiál a informační letáky související se zdravím nemocných. Internetové připojení zdarma uvedlo sedm manažerů a šest manažerů potvrdilo, že součástí oddělení jsou i televize, automaty na kávu a občerstvení. Celkem pět manažerů doplnilo, že pacienti mají možnost zavolání si pedikúry či manikúry. Méně častá je služba kaplana, kterou uvedli celkem tři respondenti. Dle Ptáčka et al. (2011) je důležitým aspektem finanční stránka jednotlivých organizací, které mají určité ekonomické mantinely. Od toho se odvíjí nejen technické a přístrojové vybavení, ale také vybavení čekáren a patientských pokojů, zvyšujícího jistý komfort pro pacienta. Myslím si, že pokud má pacient v ambulantním sektoru nebo na odděleních určité pohodlí a cítí se v prostředí příjemně, může to mít vliv na jeho spolupráci se zdravotnickým personálem. Pacient zpravidla při vstupu do nemocnice vnímá prostředí, vybavenost, čistotu, osvětlení, hluk a velikost prostoru, ve kterém se nachází. Pokud se pacient ocitá v nevyhovujících podmínkách, jako je nedostatečný prostor, nečistota či špatné osvětlení, myslím si, že to může způsobit obavy a stres a pacient může už při prvním kontaktu s personálem jednat nepřiměřeně. Burda (2014) potvrzuje, že vyhovující stavební úpravy i samotné vybavení pracovišť eliminují stresové chování pacienta a působí preventivně. Doplnuje, že pacientům je vhodné zkrátit čekací dobu na ambulancích a zpříjemnit pobyt na odděleních. K základním prvkům vybavenosti řadí televizi, internetové připojení, možnost nákupu potravin a nápojů, edukační materiál, knihy či noviny. Vybavenost pracovišť a benefity jsou také důležité pro zaměstnance. Benefity pro zaměstnance bylo věnováno poslední téma oblasti. Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny nemocnice mají k dispozici určité benefity pro své zaměstnance. Ve všech nemocnicích jsou nejčastěji využívány jednorázové benefity formou různých slevových poukázek. Šest manažerů odpovědělo, že mají benefity stálého charakteru, a tři manažeři odpověděli, že benefity poskytuje i jejich odborová organizace. Ta nejčastěji poskytuje slevy na kulturní akce, slevové poukázky, právní poradenství či masáže. Mezi

nejčastější benefity stálého charakteru patří slevy v lékárně. Mezi méně časté náleží možnost umístění dítěte do školky, což potvrdili tři manažeři, a jeden manažer uvedl, že mají v organizaci dětskou skupinu pro děti zaměstnanců. Tři organizace přispívají zaměstnancům na příměstské tábory dětí a také na některá očkování. Ve dvou případech přispívá organizace na penzijní připojištění a jazykové kurzy. Mezi ojedinělé benefity patří vlastní tělocvična, poskytování spirituální péče, využití kaplana pro zaměstnance, slevy na masáže či do posilovny. Myslím si, že rozsah poskytovaných benefitů se odvíjí od finanční situace dané nemocnice. Pokud jsou nemocnice schopny poskytovat řadu benefitů, může to mít vliv na rozhodování při výběru zaměstnání a následně to může snížit fluktuaci zdravotnického personálu. Také Hamerníková (2014) potvrzuje, že pro zaměstnavatele je nezbytná péče o duševní i tělesné zdraví svých zaměstnanců. Mimo různých příspěvků a slev také uvádí možnost využití rad psychologa s návaznou spoluprací s oběťmi agrese. K tomu dodává, že průzkumy ukazují nespokojenost sester s nabízenými benefity, které jsou buď neuspokojivé, nebo dokonce žádné. S tím se ve svém článku shoduje i Phillips (2016). Klade důraz na snížení fluktuace pracovníků, na zajištění jejich bezpečí na pracovišti a také na péči o duševní zdraví zaměstnanců. Jako nejdůležitější zmiňuje fakt personální politiky s cílem zvýšit počet zaměstnanců na rizikových pracovištích v nejvíce zátěžovém období. Uvádí, že při dostatečném počtu personálu se snižuje čekací doba pacientů na ošetření a nedochází k jejich shlukování. Myslím si, že hlavně stálé benefity by měly být základem péče o duševní a tělesné zdraví zaměstnanců. Mezi základní bych radila příspěvek na penzijní připojištění, zajištění školky či dětské skupiny, příspěvek na regeneraci organismu, například na masáže, pohybové aktivity, wellness či ozdravné pobyty. Mezi další důležité benefity bych radila možnost ubytování pro dojíždějící zaměstnance, kterou nezmínil ani jeden respondent. Přitom vím, že tuto službu nabízí minimálně dvě nemocnice v Jihočeském kraji. Péči o duševní zdraví bych také zařadila k základním benefitům. Zaměstnanci by měli mít k dispozici psychologickou pomoc nebo možnost využití služeb kaplana. Určitě by bylo vhodné tyto služby v některých nemocnicích v Jihočeském kraji rozšířit.

## 6 ZÁVĚR

Rigorózní práce byla zaměřena na problematiku násilí a agresivity pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje s cílem tuto problematiku zmapovat. Výzkumné šetření probíhalo celkem v osmi nemocnicích Jihočeského kraje a bylo rozděleno na kvantitativní a kvalitativní část. Kvantitativní sběr dat byl realizován pomocí dotazníků, přičemž návratnost dotazníků byla 85 %. Výběr respondentů byl záměrný a vzorek tvořilo 20 % sester z každé nemocnice v Jihočeském kraji. V kvalitativní části výzkumného šetření tvořilo výzkumný soubor osm top manažerů z jednotlivých jihočeských nemocnic. Sběr dat probíhal prostřednictvím metody dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s doplňujícími otázkami.

Výzkumné šetření ukázalo, že velká část oslovených respondentů se, byť minimálně, setkala s jistou formou agrese (98 %). K dílčím cílům kvantitativního výzkumného šetření patřilo zjistit četnost výskytu verbální formy násilí a fyzické formy násilí. Šetření ukázalo, že s nějakou z forem verbální agrese se celkem setkala 81,10 % respondentů a fyzickou formou celkem 35,62 % respondentů, což potvrdilo první hypotézu. Druhým dílčím cílem bylo zmapovat faktory, které jsou pro výskyt agrese nejrizikovější. Jako nejrizikovější se ukázal faktor zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety), přičemž bylo statisticky potvrzeno, že tento faktor vnímají jako nejrizikovější sestry z chirurgických a intenzivních oborů spíše než sestry z ostatních oborů. Zjistit postoj sester k samotné agresi pacientů bylo stanoveno jako třetí dílčí cíl. Nejvíce souhlasný postoj měly sestry k vnímání zaznamenávání agrese a násilí jako nežádoucí události. Celkem se rozhodně souhlasně vyjádřilo 52,9 % respondentů. Šetření ukázalo, že vzdělání respondentů nesouviselo s rozdílným vnímáním důležitosti v zaznamenávání nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů. Naopak bylo výzkumným šetřením potvrzeno, že sestry proškolené v oblasti agrese se významně častěji domnívají, že agresivnímu jednání lze účinně předcházet. Výzkumné šetření ukázalo, že pouze třetina respondentů konkrétně 31 %, absolvovala školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřím v nemocnicích Jihočeského kraje. Čtvrtým dílčím cílem byla identifikace negativních následků po styku s agresorem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že až 94,3 % respondentů v nějaké míře zažívá celodenní pocit stresu a 93,3 % respondentů uvedlo pocit stresu při vykonávání pracovních činností od škály zřídka až neustále. Šetřením bylo prokázáno, že sestry v jihočeských nemocnicích s délkou praxe 20 let a déle mají

pocit syndromu vyhoření spíše než sestry s kratší dobou praxe. Posledním dílčím cílem kvantitativního šetření bylo zmapovat strategii zvládnání stresu u sester po styku s agresorem. Mezi nejčastější strategie zvládnání stresu většina respondentů (96,2 %) zařadila, ať už zřídka či neustále, mluvení s přáteli o celé události. Celkem 95,6 % respondentů uvedlo, že se snaží v nějaké míře na incident nemyslet.

Druhá část empirického výzkumného šetření byla zpracována kvalitativní formou. Prvním dílčím cílem této části bylo zmapovat systém hlášení nežádoucích událostí. Šetření ukázalo, že všechny nemocnice mají nastavený systém hlášení nežádoucích událostí, jehož součástí je hlášení událostí spojených s agresivním chováním pacientů. Druhý dílčí cíl klasifikoval systému proškolení personálu vůči agresorovi. Hodnocena byla problematika vzdělávání zaměstnanců, včetně zdravotníků v oblasti agresivního chování pacientů. Z šetření vyplynulo, že pouze jedna nemocnice má nastaven systém kontinuálního vzdělávání v oblasti prevence agrese u pacientů a ostatních sedm nemocnic má nastavené vzdělávání spíše jednorázovými školicími akcemi, dle aktuálního vzdělávacího programu. Zhodnocení nastavení preventivních opatření v nemocnicích Jihočeského kraje se věnoval třetí dílčí cíl. Z výzkumného šetření vyplynulo, že každá nemocnice má v určité míře nastavena preventivní opatření. Mezi nejčastější patří využívání bezpečnostní služby, kamerového systému a omezovacích prostředků. K méně častým pak patří využití tlačítek rychlé pomoci. Posledním dílčím cílem bylo zmapovat benefity pro pacienty a zaměstnance v jednotlivých nemocnicích. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny nemocnice svým zaměstnancům i pacientům, ať už v ambulantním provozu, či na odděleních, poskytují celou řadu benefitů. Výše benefitů se odvíjí od finančních možností jednotlivých nemocnic.

Neustálý monitoring nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů s následnými analýzami těchto incidentů je základním předpokladem pro formulování cílených preventivních postupů v jednotlivých nemocnicích Jihočeského kraje. Na základě výše uvedeného byly hlavní cíl a dílčí cíle práce naplněny.



## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### Doporučení pro praxi na národní úrovni

- Osvěta v prevenci nadužívání omamných látek, jako jsou alkohol a drogy a jejich negativní vliv na organismus.
- Pravidelné preventivní programy pro základní a střední školy v souvislosti s negativními dopady spojenými s užíváním omamných látek (alkohol, drogy, cigarety).
- Pro pojišťovny zvážení většího množství nabízených benefitů pro pacienty chovající se preventivně ke svému zdraví.
- Zvážení finanční dostupnosti alkoholu.
- Finanční podpora k preventivním programům spojeným s problematikou prevence agrese a násilí.

### Doporučení pro praxi na krajské úrovni

- Organizace preventivních programů spojených s problematikou prevence agrese a násilí pacientů vůči sestřám.
- Finanční podpora těchto programů.
- Možnost sjednocení interních předpisů pro jednotlivé nemocnice v Jihočeském kraji.

### Doporučení pro praxi jednotlivým nemocnicím

- Zajištění kontinuálního vzdělávání zaměstnanců v oblasti prevence agrese.
- Zajištění technického dovybavení, jako jsou alarmy pro rychlé přivolání pomoci či kamerový systém se záznamem.
- Zavedení pouze elektronického hlášení nežádoucích událostí.
- U závažných nežádoucích událostí doporučit vypracovat kořenovou analýzu.
- Rozšíření benefitů směrem k zaměstnancům.
- Vypracování jasných metodických pokynů pro komunikaci a manipulaci s agresorem.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AYERS S., DE VISSER R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BABY M., SWAIN N., GALE CH., 2016. *Healthcare Managers' Perceptions of Patient Perpetrated Aggression and Prevention Strategies: A Cross Sectional Survey*. Issues in Mental Health Nursing. Str. 507 – 516. ISSN 0161-2840.

BALLABRIGA, M. 2009. No sólo controlar enfermedad – La seguridad también es una necesidad básica. Cuadernos de Seguridad – Enfermerías Especial, Publi Seguridad Madrid, vol. 238, oct. 2009, str. 32 – 34.

BANSAL A. S., et. al., 2012. *Chronic fatigue syndrome, the immune system and viral infection*. Brain, Behavior, and Immunity. Volume 26, Issue 1, January 2012, Pages 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2011.06.016>.

BARDA M., 2015. *Udeř a uteč. Jak se ubránit napadení a jak to nikdy nepotřebovat*. Martin Kolářek – E-knihy. ISBN 978-80-7512-291-9.

BARTŮNĚK P. a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BENNETT M. A., 2012. *Conflict resolution*. Canada: Lulu Enterprises 2012, p. 152. ISBN 978-0-9878-706-4-3.

BĚLÍK V., HOFERKOVÁ S., KRAUS B., a kol., 2017. *Slovník sociální patologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 120 s. ISBN 978-80-271-0599-1.

BRIDGEMAN P. J., BRIDGEMAN M. B., BARONE J., 2018. *Burnout syndrome among healthcare professionals*. American Journal of Health-System Pharmacy, Volume 75, Issue 3, 1 February 2018, Pages 147–152, <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>.

BROWN J. M., CAMPBELL E. A., 2010. *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. First Published. Cambridge University Press. ISBN 978-0521-70181-5.

BURDA P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. 1. vydání. Brno: NCO NZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.

BUREŠ O. a kol., 2013. *Privatizace bezpečnosti: České a zahraniční zkušenosti*. Praha: Grada Publishing a. s., 320 s. ISBN 978-80-247-4601-2.

BUSHMAN B. J., GOLLWITZER M., CARLOS C., 2015. *There is broad consensus: Media researchers agree that violent media increase aggression in children, and pediatricians and parents concur* [online]. *Psychology of Popular Media Culture*, Vol 4(3), Jul 2015, 200-214 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/buy/2014-41977-001>

CAJTHAMLOVÁ KATEŘINA, 2017. *Abeceda moderního rodiče*. Praha: Albatros Media a. s., 480 s. ISBN 978-80-7429-933-9.

CAKIRPALOGLU P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1.

CAMPBELL C. L., BURG M. A., GAMMONLEY D., 2015. *Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review* [online]. *Aggression and Violent Behavior*. Volume 25, Part B, November–December 2015, str. 314–322 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.014>

CSÉMY L. a kol., 2019. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-394-5.

ČELEDOVÁ L., HOLČÍK J. a kol., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. 1. Vydání. Karolinum: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3996-3.

ČERŇANOVÁ A., KNĚZOVIC R., 2012. *Komunikačné prostriedky na upokojenie agresívneho pacienta*. Florence: Časopis moderního ošetrovatelství. Ročník 8, č. 2, s. 20–21. ISSN 1801-464X.

DANDOVÁ E., 2010. *Agresivní chování pacienta*. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Ročník 20, č. 1. s. 12–13. ISSN 1210-0404.

DANOSOVÁ M., JEŽEK M., 2017. *S agresí se setkáváme denně*. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. Číslo 1, s. 12. ISSN 2336-2987.

DILMAN Y., 2015. *Code Green for Workplace Violence*. Critical Care Nurse, 35, e34–e35.

DOUGHERTY M. J., 2013. *Sebeobrana Boj beze zbraně*. Praha: Grada Publishing a. s. 320 s. ISBN 978-80-247-4676-0.

DUŠEK K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

EDWARD K. L., STEPHENSON J., OUSEY K., LUI S., WARELOW P., GIANDINOTO J. A., 2015. *A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff*. J Clin Nurs. 2016 Feb;25(3–4):289-99. doi: 10.1111/jocn.13019.

FISCHER S., ŠKODA J., 2014. *Sociální patologie – Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 47 s. ISBN: 978-80-247-5046-0.

FOWLER D., 2016. *Healthcare Defensive Tactics System: Student Manual*. CreateSpace Independent Publishing Platform. 112 s. ISBN 978-15-349-2095-8.

GELLER S. M., PORGES S. W., 2014. *Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships* [online]. Journal of Psychotherapy Integration, Vol 24(3), Sep 2014, 178-192 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/buy/2014-37846-003>

GREITEMEYER T, MCLATCHIE N., 2011. *Denying Humanness to Others: A Newly Discovered Mechanism by Which Violent Video Games Increase Aggressive Behavior*. Psychological Science. Volume: 22 issue: 5, page(s): 659-665. <https://doi.org/10.1177/0956797611403320>.

GURKOVÁ E., GÁLLIKOVÁ D., ŽIAKOVÁ K., GRZYWNA T., 2015. *Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution*. Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie, vol. 5, no. 1, p 6-12. ISSN 1338-6263.

HABERMANN M., 2013. *Introductory remarks: violence in nursing – international perspectives*. In nursing international perspectives. Frankfurt am Main: Peter Lang, 13-27.

HALLETT N., DICKENS G. L., 2017. *De – escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis*. International Journal of Nursing Studies. Str. 10 – 20. ISSN 0020-7489.

HAMERNÍKOVÁ V., 2014. *Agresivita vůči zdravotnickému personálu*. Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. Číslo 14, s. 20 – 21, ISSN 2336-2987.

HANNAWA A., WENDT A., DAY L., 2017. *New Horizons in Patient Safety: Safe Communication: Evidence-based core Competencies with Case Studies from Nursing Practice*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG. 271 s. ISBN 978-3-11-045304-1.

HARMON-JONES E., HARMON-JONES C., PRICE T. F., 2013. *What is Approach Motivation?* Emotion Review. Volume: 5 issue: 3, page(s): 291–295. <https://doi.org/10.1177/1754073913477509>.

HEALY J., 2016. *Improving Health Care Safety and Quality: Reluctant Regulators*. Routledge. 350 s. ISBN 9781317118206.

HECKEMANN B., et. al., 2015. *The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature* [online]. Nurse Education Today. Volume 35, Issue 1, January 2015, Pages 212-219 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>

HEKELOVÁ Z., 2012. *Manažerské dovednosti a znalosti pro sestry*. Praha: Grada Publishing a. s. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

HETTNEROVÁ M., 2015a. *Útoků na zdravotníky přibývá, bezpečnostní opatření a prevence také*. Florence. Časopis moderního ošetřovatelství. Ročník 11, č. 7–8, s. 3–5. ISSN 1801-464X.

- HETTNEROVÁ M., 2015b. *Ubránit se dá i propiskou či mobilem. Sestry ve VFN v Praze se učily jak*. Florence: Časopis moderního ošetrovatelství. Ročník 11, č. 6, s. 3–4. ISSN 1801-464X.
- HETTNEROVÁ M., 2016. „*Jsi jen pitomá sestra*“. Florence. Časopis moderního ošetrovatelství. Ročník 12, č. 12, s. 45–46. ISSN 1801-464X.
- HOFMANNOVÁ K. 2010. *Prevence a násilí ve zdravotnictví*. Zdravotnictví v České republice. 2010, roč. 13, č. 4, s. 127. ISSN 1213-6050.
- CHENG C., LAU H. P. B., CHAN M. P. S., 2014. *Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, Vol 140(6), Nov 2014, 1582–1607.
- IEDEMA R., PIPER D., MANIDIS M., 2015. *Communicating Quality and Safety in Health Care*. Cambridge University Press. 372 s. ISBN 978-1-107-69932-8.
- IZPE – INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY, 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: SV, s.r.o., 2004. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
- JACOBS E. A., DIAMOND L. C., 2017. *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives*. Multilingual Matters. ISBN 9781783097784.
- JANDUROVÁ V., VOMASTOVÁ K., 2015. Florence: Časopis moderního ošetrovatelství. Ročník 11, č. 5, s. 16. ISSN 1801-464X.
- KERR K., ORAM J., TINSON H., SHUM D., 2017. *Health Care Workers' Experiences of Aggression*. Archives of Psychiatric Nursing. Str. 457–462. Oct; 31(5):457–462. doi: 10.1016/j.apnu.2017.06.011.
- KIRSCH D. L., 2014. *Stress in Health and Disease*. Elsevier Health Sciences. 4.Edition. 281 s. ISBN 978-0-323-32676-6.
- KOČÍ M., KOPECKÁ M., STIEBITZ J., 2013. *Průvodce odborně způsobilých osob problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, hornické činnosti a požární ochrany*. 1. vydání. Anag. 400 s. ISBN 978-80-7263-834-5.

KŘIVOHLAVÝ J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing a. s. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUBALÍKOVÁ M., 2012. *Agresívny pacient v zdravotníckom zariadení: diplomová práca*. Ružomberok: Katolícka Univerzita v Ružomberku Fakulta Zdravotníctva, 2012. 91 s.

KUMARIS., MALIK M., 2017. *An Assessment of Five (PANSS, SAPS, SANS, NSA-16, CGI-SCH) commonly used Symptoms Rating Scales in Schizophrenia and Comparison to Newer Scales (CAINS, BNSS)*. Journal of Addiction Research & Therapy. ISSN: 2155-6105. Published online 2017 May 11. doi: 10.4172/2155-6105.1000324.

LARIZGOITIA I., BOUESSEAU M. CH., KELLEY E., 2013. *WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning* [online]. Journal of Public Health Research. Dec 1; 2(3): e29 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147748/>

LÁTALOVÁ K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. 1. Vydání, Praha: Grada Publishing a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

LÁTALOVÁ K., KAMARÁDOVÁ D., PRAŠKO J., 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing a. s. 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.

LEPIEŠOVÁ M., BÓRIKOVÁ I., ČÁP J., FARSKÝ I., KURUCOVÁ R., NEMCOVÁ J., OVŠONKOVÁ A., TOMAGOVÁ M., ZANOVITOVÁ M., ŽIAKOVÁ K., 2016. *Identifikácia výskytu a analýza agresie pacientov voči sestram – projekt VEGA*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. s. 127-133. ISBN 978-80-7464-826-7.

LEPIEŠOVÁ, M. et al., 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. Central European Journal of Nursing and Midwifery [online]. s. 306–312. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: [http://periodicals.osu.eu/cejnm/5\\_88\\_experience-of-nurses-with-in-patientaggression-in-the-slovak-republic.html](http://periodicals.osu.eu/cejnm/5_88_experience-of-nurses-with-in-patientaggression-in-the-slovak-republic.html)

LEISTIKOW I., 2017. *Prevention Is Better Than Cure: Learning from Adverse Events in Healthcare*. CRC Press LLC. 118 s. ISBN 9781138197763.

LUKÁŠ K., ŽÁK A., 2015. *Chorobné znaky a příznaky: Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a. s. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MAGUROVÁ D., MAJERNÍKOVÁ L., ONDRIOVÁ I., GALDUNOVÁ H., JANOČKOVÁ J., 2018. *Násilie a agresia pri výkone povolania v zdravotníckych zariadeniach*. Praktický lékař: Časopis pro další vzdělávání lékařů. 2018, roč. 98, č. 1, s. 31-35. ISSN: 0032-6739.

MACH J., 2010. *Lékař a právo*. Praha: Grada Publishing a. s. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

MANDINCOVÁ P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing a. s. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARTÍNEK Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-5309-6.

MARTINEZ A. J. 2016. *Managing Workplace Violence With Evidence – Based Interventions*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. Vol. 54. No. 9. 31-36.

MASTILIAKOVÁ D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

McHUGH M. D., et. al., 2011. *Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care* [online]. Health Affairs vol. 30, no. 2: Variety Issue [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2010.0100>

MEDLÍKOVÁ O., 2013. *Lektorské dovednosti*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 176 s. ISBN 978-80-247-4336-3.

MILAM J. R., KETCHAM K., 2011. *Under the Influence: A Guide to the Myths and Realities of Alcoholism*. Random House Publishing Group, 256 s. ISBN 0-553-27487-2.

MOSS R., 2015. *Communication Skills of Novice Psychiatric Nurses with Aggressive Psychiatric Patients* [online]. Walden University ScholarWorks. College of Health



Sciences. Walden Dissertations and Doctoral Studies. [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: [https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1325&=&as\\_sdt=0%2C5&=&context=dissertations&=&hl=cs&=&httpsredir=1&=&referer=https%253A%252F%252Fscholar.google.com%252Fscholar%253Fq%253Dcommunication%2520with%2520an%2520aggressive%2520psychiatric%2520patient&=&sei-redir=1#search=%22communication%20an%20aggressive%20psychiatric%20patient%22](https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1325&=&as_sdt=0%2C5&=&context=dissertations&=&hl=cs&=&httpsredir=1&=&referer=https%253A%252F%252Fscholar.google.com%252Fscholar%253Fq%253Dcommunication%2520with%2520an%2520aggressive%2520psychiatric%2520patient&=&sei-redir=1#search=%22communication%20an%20aggressive%20psychiatric%20patient%22)

MV ČR Zpráva o situaci, 2018. *Zpráva o situaci v oblasti vnitřní bezpečnosti veřejného pořádku na území České republiky v roce 2018* [online]. [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/statistiky-kriminality-dokumenty.aspx>

MZ ČR Standardy, 2019. *Standardy stavebně technických normativů pro výstavbu zdravotnických zařízení 2019*. [online]. [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: [http://staryweb.mzcr.cz/Odbornik/obsah/standardy-stavebne-technicky-normativu-pro-vystavbu-zdravotnickych-zarizeni\\_1621\\_3.html](http://staryweb.mzcr.cz/Odbornik/obsah/standardy-stavebne-technicky-normativu-pro-vystavbu-zdravotnickych-zarizeni_1621_3.html)

NETUŠILOVÁ V.K., 2012. *Sborník z mezinárodního kongresu AWPB*.

NETUŠILOVÁ V.K., BREČKA T. A., 2015. *Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii*. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. 2015, roč. 18, č. 3, s. 32-35. ISSN: 1212-1924.

NEZMAR L., 2017. *GDPR: Praktický průvodce implementací*. Praha: Grada Publishing a. s. 304 s. ISBN 978-80-271-0668-4.

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION, 2020. *Workplace Violence*. [online]. [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/>

PAULÍK K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.

PARROTT D., ECKHARDT CH., 2018. *Effects of alcohol on human aggression* [online]. *Current Opinion in Psychology*. Volume 19, February 2018, Pages 1-5 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.023>.

- PEKARA J., TREŠLOVÁ M., 2011. *Prevence násilí v ošetrovatelství*. Prevence úrazů, otrav a násilí: Odborný a vědecký časopis. 2011, roč. 7, č. 2, s. 187-191. ISSN: 1801-0261.
- PEKARA J., 2013. *Násilí ve zdravotnictví*. Praktický lékař: Časopis pro další vzdělávání lékařů. 2013, roč. 93, č. 6, s. 264-268. ISSN: 0032-6739.
- PEKARA J., 2014a. *Proč dochází k násilným incidentům při ošetrování pacientů?* Florence: Časopis moderního ošetrovatelství. 2014, roč. 10, č. 1-2, s. 21-23. ISSN: 1801-464X.
- PEKARA J., 2014b. *Význam komunikace při prevenci násilných incidentů*. Florence: Časopis moderního ošetrovatelství. 2014, roč. 10, č. 3, s. 23-25. ISSN: 1801-464X.
- PEKARA J., 2015a. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. 1. vydání. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 86 s. ISBN 978-80-87023-4.
- PEKARA J., 2015b. *Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči*. Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. Číslo 1. s. 22-23, ISSN 2336-2987.
- PETR T., MARKOVÁ E., a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing a. s. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PHILLIPS J.P., 2016. *Násilí páchané na zdravotnících v USA rok od roku sílí*. Medical Tribune. 2016, roč. 12, č. 15, A4. ISSN: 1214-8911.
- PICH J., HAZELTON M., SUNDIN D., KABLE A., 2010. *Patient-related violence against emergency department nurses*. Nursing and Health Sciences. Vol. 12. No 268-274. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x.
- PLAMÍNEK J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebeovládání*. 3. Vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
- PLEVOVÁ I. A kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a. s. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- POKORNÁ A., a kol., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a. s. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

- POPOVIČOVÁ M., VANSÁČ P., 2018. *Cesta k modernímu ošetřovatelství: recenzovaný sborník příspěvků z konference*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. Ročník 20. s. 56-65.
- PROCHÁZKA R., ŠMAHAJ J., KOLAŘÍK M., LEČBYCH M., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada Publishing a. s. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
- PTÁČEK R., BARTŮNĚK P., a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing a. s. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PUGNEROVÁ, M. a kol., 2019. *Psychologie pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada Publishing a. s. 280 s. ISBN 978-80-271-0532-8.
- PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing a. s. 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
- PŘIKRYLOVÁ J., a kol., 2019. *Moderní marketingová komunikace*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 344 s. ISBN 978-80-271-0787-2.
- RABOCH J., PAVLOVSKÝ P., 2013. *Psychiatrie*. Karolinum Press. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RAFTER N., ET AL., 2015. *Adverse events in healthcare: learning from mistakes* [online]. An International Journal of Medicine, Volume 108, Issue 4, April 2015, Pages 273–277 [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/qjmed/article/108/4/273/1552104>
- RAUDENSKÁ J., JAVŮRKOVÁ A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a. s. 304 s. ISBN 978-80-247-7154-0.
- REKNES I., et. al., 2017. *Aggression from Patients or Next of Kin and Exposure to Bullying Behaviors: A Conglomerate Experience?* Nursing Research and Practice. Volume 2017, Article ID 1502854, 12 pages. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2017/1502854>.
- RICHTER D., 2014. *Verbal aggression against health-care staff: results of a qualitative study*. Gesundheitswesen. 76(8-9):494-9. doi: 10.1055/s-0033-1361149.

ROKYTA R. a kol., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing a. s. 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

ŘEHÁK J., BROM O., 2015. *SPSS Praktická analýza dat*. Brno: Computer Press, Albatros Media a. s. 336 s. ISBN 978-80-251-4609-5.

SATO K., WAKABAYASHI T., KIYOSHI-TEO H., FUKAHORI H., 2012. *Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey*, International Journal of Nursing Studies. Str. 1368 – 1376. Oct;50(10):1368-76.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.011.

SEYS D., et. al., 2012. *Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review* [online]. SAGE Journals. Evaluation & the Health Professions [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0163278712458918#>

SLOUKA D., 2017. *Vedení a marketing malých zdravotnických zařízení: Příručka pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s. 144 s. ISBN 978-80-271-0469-7.

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 Studie. Vol. 51, ni. 1, p. 72-84. ISSN 0020-7489.

STEINBERG E. M. at. al., 2016. *The “Battle” of Managing Language Barriers in Health Care* [online]. Clinical pediatrics [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990509/>

STREAN H. S., 2014. *Psychoanalytic Approaches With the Hostile and Violent Patient*. Psychology Press. 83 s. ISBN 9781317774310.

STUHLÍKOVÁ M., 2013. *Vyjednávání, řešení konfliktů a sebeobrana proti agresivnímu pacientovi*. Zdravotnické fórum: pravidelná příloha časopisu Právní fórum. Roč. 2013, č. 2, s. 29-30. ISSN: 1804-9664.

ŠAMÁNKOVÁ M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing a. s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAUEROVÁ M. Š., 2018. *Techniky osobního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada Publishing a. s. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.

ŠEBLOVÁ J., KNOR J., a kol. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠEVČOVIČOVÁ A., KMECKOVÁ L., 2018. *Skúsenosti slovenských sestier s verbálnym a sexuálnym násilím zo strany pacientov*. Cesta k modernímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference). Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2018, roč. 20, s. 33-39.

ŠENK Z., 2013. *Pracovní úrazy ve vybrané judikatuře*. Anag. 384 s. ISBN 987-80-7263-837-6.

ŠIFTA R., 2018. *Zbraň v ordinaci proti agresivnímu pacientovi? Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. Číslo 3. s. 13, ISSN 2336-2987.

ŠIMEČKOVÁ E., JORDÁNOVÁ J., 2015. *Násilí na pracovišti a jeho řešení v právním řádu České republiky, Francie a Itálie*. Praha: Leges. 191 s. ISBN 978-80-7502-070-3.

ŠPIRUDOVÁ L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing a. s. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠTĚTINA J. a kol., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 560 s. ISBN 978-80-247-4578-7.

ŠUPŠÁKOVÁ P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

TOMANOVÁ J., 2015. *Agrese pomáhajícího pracovníka – nutná výbava*. Sestra: Odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2015. 23 s. ISSN: 1210-0404.

TOMŠEJ J., 2018. *Zákoník práce v praxi: komplexní průvodce s řešením problémů*. Praha: Grada Publishing a. s. 200 s. ISBN 978-80-247-3471-2.

ÚSTAVNÍ ZÁKON č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., *Listina základních práv a svobod*. [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS)., 2019. *Obecná metodika – taxonomický slovník*. [online]. Národní portál: Systém hlášení nežádoucích událostí [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/obecna-metodika/>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS)., 2019. *Chování osob – metodické materiály*. [online]. Národní portál: Systém hlášení nežádoucích událostí [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/chovani-osob/>

VENGLÁŘOVÁ M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing a. s. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing a. s. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VÉVODA J., VÉVODOVÁ Š., NAKLÁDALOVÁ M., 2018. *Psychosociální rizika ve zdravotnictví*. Časopis lékařů českých. 2018, roč. 157, č. 8, s. 411-418. ISSN: 0008-7335.

VĚSTNÍK MZ ČR č. 5/2012. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012\\_6452\\_2510\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html)

VĚSTNÍK MZ ČR č. 7/2018. *Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-7-2018/>

VODÁK J., KUCHARČÍKOVÁ A., 2011. *Efektivní vzdělávání zaměstnanců*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-3651-8.

VONDRÁČEK J., ZIKA J., 2010., *Paralyzér ve zdravotnickém zařízení z pohledu právníka*. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. 2010, roč. 13, č. 1, s. 29-30. ISSN: 1212-1924.

VOROBEJ M., 2016., *The Concept of Violence*. Routledge, 206 s. ISBN 978-1-317-28603-5.

VYBÍHALOVÁ L., 2010. *Agresivní pacient – výzkum*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. Ročník 20, č. 12, s. 22-23. ISSN 1212-0404.

VYHLÁŠKA MZ ČR č.99/2012 Sb., *o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*, [online]. V platném znění, 2012 [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.zakony.cz/zakon-SB2012099>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice České Budějovice a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice České Budějovice a. s. 2018 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/vyrocní-zpravy-2/>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Český Krumlov a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Český Krumlov a. s. 2018 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.nemck.cz/dok/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-2018.pdf>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Dačice a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Dačice a. s. 2018 [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.justice.cz/>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Jindřichův Hradec a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Jindřichův Hradec a. s. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.nemjh.cz/dokumenty>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Písek a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Písek a. s. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://nemopisek.cz/onas/vyrocní-zpravy/>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Prachatice a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Prachatice a. s. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.nempt.cz/pro-media/dokumenty-ke-stazeni/>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Strakonice a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Strakonice a. s. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-st.cz/index.php/vyrocní-zpravy>

VÝROČNÍ ZPRÁVA, 2018. *Nemocnice Tábor a. s.* [online]. Výroční zpráva Nemocnice Tábor a. s. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://www.nemta.cz/o-nemocnici/vyrocní-zpravy/>

WHO, 2020. *World Health Organization* [online]. [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.who.int/>

WERNEROVÁ I., 2010. *Komunikace pro každého*. Computer Media s.r.o. ISBN 978-80-7402-064-3.

YANCEY J. R., SARAH M. THOMAS S. M., 2012. *Chronic Fatigue Syndrome: Diagnosis and Treatment*. American Family Physician. Am Fam Physician. 2012 Oct 15;86(8):741-746.

ZÁKON č. 262/2006 Sb., *Zákon zákoník práce, 2006*. [online]. Sbírka zákonů ČR [cit. 2020-01-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

ZÁKON č. 40/2009 Sb., *Zákon trestní zákoník, 2009*. [online]. Zákony pro lidi [cit. 2020-02-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ZÁKON č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011*. [online]. Zákony pro lidi [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>



## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1** Dotazník „Agrese pacientů vůči sestřím při výkonu povolání“.

**Příloha 2** Témata k nestandardizovanému rozhovoru s doplňujícími otázkami.

## 10 SEZNAM ZKRATEK

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČR	Česká republika
GDPR	General Data Protection Regulation (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů)
LZPS	Listina základních práv a svobod
M	Manažer
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
NU	Nežádoucí událost
OSHA	The European Agency for Safety and Health at Work (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci)
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ZP	Zákoník práce

## Příloha 1 Dotazník „Agrese pacientů vůči sestřám při výkonu povolání“

### AGRESE PACIENTŮ VŮČI SESTRÁM PŘI VÝKONU POVOLÁNÍ

Vážená kolegyně / kolego,

díky neustále narůstajícímu počtu pacientů s agresivním chováním bych Vás ráda požádala o vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je zaměřen na zmapování problému násilí vůči sestřám při výkonu povolání, obzvláště agresivnímu chování ze strany pacientů. Výzkumné šetření je součástí rigorózní práce na téma „*Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje*“, které se zabývá problematikou agresivního chování vůči sestřám ze strany pacientů.

Dotazník sestává z šesti základních částí, zaměřených na:

1. Formy agrese pacientů
2. Faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřám
3. Postoj sester k agresi pacientů
4. Negativní následky sester po styku s agresorem
5. Strategie zvládnání stresu po styku s agresorem
6. Demografické údaje

Účast na výzkumu je dobrovolná, anonymní, získané údaje budou mít důvěrný charakter a budou použity pouze za účelem zpracování uvedeného tématu.

**Za Vaši ochotu a spolupráci při vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.**

**Mgr. Hana Kubešová**

#### 1. FORMY AGRESE PACIENTŮ

Jak často jste se v období posledního roku Vaší ošetrovatelské praxe setkal/a s níže uvedenými formami agresivního chování ze strany pacienta. U jednotlivých případů prosím zakřížkujte číslo v tabulce, přičemž **1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.**

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále							
1.	Pomlouvání	1	2	3	4	5	6
2.	Neoprávněné obviňování	1	2	3	4	5	6
3.	Urážení, nadávání	1	2	3	4	5	6
4.	Zastrašování, vyhrožování	1	2	3	4	5	6
5.	Sexuální poznámky	1	2	3	4	5	6
6.	Plivání, kousání	1	2	3	4	5	6
7.	Škrábání, štípání	1	2	3	4	5	6
8.	Házení předmětů	1	2	3	4	5	6
9.	Strkání	1	2	3	4	5	6
10.	Facka, úder pěstí, kopnutí	1	2	3	4	5	6
11.	Napadení ostrým předmětem, bodnutí	1	2	3	4	5	6
12.	Škrceň	1	2	3	4	5	6
13.	Kontakt se střelnou zbraní, postřelení	1	2	3	4	5	6
14.	Poškozování věcí	1	2	3	4	5	6
15.	Sexuální napadení	1	2	3	4	5	6

#### 2. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ AGRESI PACIENTŮ VŮČI SESTRÁM

Zhodnoťte různé faktory, o kterých si myslíte, že ovlivňují agresi pacientů vůči sestřám. Svůj názor prosím zakřížkujte v níže uvedené tabulce v rozmezí od 1 – 5, přičemž **1** znamená **NEJMENŠÍ vliv na riziko vzniku agrese** a **5** znamená **NEJVĚTŠÍ vliv na riziko vzniku agrese.**

1 – nejmenší vliv na riziko vzniku agrese, 5 – největší vliv na riziko vzniku agrese						
1.	Agrese nebo násilí je naučené jednání pacienta (je to jeho zažitý způsob)	1	2	3	4	5
2.	Zneužívání návykových látek (alkohol, drogy, cigarety)	1	2	3	4	5
3.	Samotná diagnóza pacienta, duševní onemocnění	1	2	3	4	5
4.	Rozdílná etnická příslušnost	1	2	3	4	5
5.	Neúměrná bolest pacienta	1	2	3	4	5
6.	Neuspokojené potřeby pacienta	1	2	3	4	5
7.	Ztráta motivace do života (špatné vyhlídky, ztráta funkčnosti organismu)	1	2	3	4	5
8.	Strach, stres, obavy pacienta (z výsledků, z operace, apod.)	1	2	3	4	5
9.	Narušení intimity pacienta, nedostatek soukromí	1	2	3	4	5
10.	Dlouhé čekací doby (čekání v čekárně, čekání na výkon)	1	2	3	4	5
11.	Dlouhodobá hospitalizace pacienta	1	2	3	4	5
12.	Používání omezovacích prostředků (medikamentózní tlumení, popruhy)	1	2	3	4	5
13.	Nedostatečné značení oddělení, ambulanci či nepřehledné místnosti	1	2	3	4	5
14.	Časová zaneprázdněnost sestry	1	2	3	4	5
15.	Nesprávná komunikace s pacientem ze strany sestry	1	2	3	4	5
16.	Věk sestry	1	2	3	4	5
17.	Konfrontační chování či neetické chování sestry	1	2	3	4	5
18.	Neřešení konfliktů ze strany sestry	1	2	3	4	5
19.	Neschopnost sestry (nedostatečná zručnost, nerozpoznání potřeb pacienta)	1	2	3	4	5
20.	Převaha žen v profesi	1	2	3	4	5
21.	Muž na pozici profese sestry	1	2	3	4	5
22.	Pohlavní rozdíly (sestra a pacient jsou opačného pohlaví)	1	2	3	4	5
23.	Pohlavní rovnost (sestra a pacient jsou stejného pohlaví)	1	2	3	4	5

### 3. POSTOJ SESTER K AGRESI PACIENTŮ

Na základě Vašich osobních zkušeností zakřížkujte prosím Váš postoj k níže uvedeným vyjádřením. Zhodnoťte tuto skutečnost na škále od 1 až 5. Číslo 1 znamená **ÚPLNĚ, ROZHODNĚ NESOUHLASÍM** a číslo 5 znamená **ÚPLNĚ, ROZHODNĚ SOUHLASÍM**.

1 = úplně, rozhodně NESOUHLASÍM, 5 = úplně, rozhodně SOUHLASÍM						
1.	Myslím si, že je to příklad nespolupracujícího postoje pacienta	1	2	3	4	5
2.	Je pro mě impulzem být obezřetnější vůči pacientovi	1	2	3	4	5
3.	Je to pro mě nepřijemné a odpuzující chování	1	2	3	4	5
4.	Agresivní chování nemůže být tolerováno	1	2	3	4	5
5.	Je zbytečné, ničeho se nedocílí	1	2	3	4	5
6.	Je to ochranný mechanismus pacienta na nemoc nebo prostředí	1	2	3	4	5
7.	Je to násilné jednání vůči ostatním	1	2	3	4	5
8.	Je to úmyslně konané jednání (s výjimkou psychicky nemocných)	1	2	3	4	5
9.	Pacient chce za každou cenu dosáhnout svého cíle	1	2	3	4	5
10.	Agresivní chování otravuje atmosféru na pracovišti	1	2	3	4	5
11.	Agresivní chování má negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče	1	2	3	4	5
12.	Pomáhá sestře vidět pacienta z jiného úhlu	1	2	3	4	5
13.	Lze mu účinně předcházet	1	2	3	4	5
14.	Správnou komunikaci vnímám jako účinný prostředek prevence agrese	1	2	3	4	5
15.	Agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost	1	2	3	4	5

#### 4. NEGATIVNÍ NÁSLEDKY SESTER PO STYKU S AGRESOREM

Na základě Vašich osobních zkušeností prosím zhodnoťte, jaký negativní vliv má na Vás agresivní chování pacienta v osobním i pracovním životě. V níže uvedené tabulce zakřížkujte Váš názor na stupnici od 1 až 6, přičemž **1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.**

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále							
1.	Celodenní pocit stresu	1	2	3	4	5	6
2.	Pocit stresu při vykonávání pracovních činností	1	2	3	4	5	6
3.	Nespavost	1	2	3	4	5	6
4.	Pocit syndromu vyhoření	1	2	3	4	5	6
5.	Úvaha nad změnou povolání (profese)	1	2	3	4	5	6
6.	Úvaha nad změnou pracoviště (v rámci organizace)	1	2	3	4	5	6
7.	Bolesti hlavy	1	2	3	4	5	6
8.	Psychické vyčerpání	1	2	3	4	5	6
9.	Fyzické vyčerpání	1	2	3	4	5	6
10.	Strach ze zranění	1	2	3	4	5	6
11.	Celková pracovní nespokojenost	1	2	3	4	5	6
12.	Strach o život	1	2	3	4	5	6
13.	Pocit bezmoci	1	2	3	4	5	6
14.	Strach, že se incident může opakovat	1	2	3	4	5	6
15.	Úvaha nad dlouhodobou neschopností	1	2	3	4	5	6

#### 5. STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ STRESU PO STYKU S AGRESOREM

Zhodnoťte Vaše osobní zkušenosti a názory, které situace Vám nejvíce pomáhají vyrovnávat se s krizovou situací, která byla vyvolána na základě styku s agresorem. Váš názor prosím ohodnoťte křížkem na stupnici od 1 až 6, přičemž **1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.**

1 – nikdy; 2 – zřídka; 3 – občas; 4 – často; 5 – velmi často; 6 – neustále							
1.	Mluvením s přáteli, kolegy či rodinou o celé události	1	2	3	4	5	6
2.	Snažím se na incident nemyslet	1	2	3	4	5	6
3.	Provozují sport nebo jinou fyzickou zátěž	1	2	3	4	5	6
4.	Věnuji se více svým koníčkům	1	2	3	4	5	6
5.	Užívám léky	1	2	3	4	5	6
6.	Ve větší míře konzumuji alkohol	1	2	3	4	5	6
7.	Fyzicky odpočívám	1	2	3	4	5	6
8.	Využívám benefitů organizace (masáže, slevy na cestování, cvičení,	1	2	3	4	5	6
9.	Využívám rad psychologa (nebo psychiatra)	1	2	3	4	5	6
10.	Mapuju si, jak se zachovám příště	1	2	3	4	5	6
11.	Píšu (knihu, deník, záznamy o incidentu)	1	2	3	4	5	6
12.	Maluji	1	2	3	4	5	6
13.	Používám humor, odlehčuji celou situaci	1	2	3	4	5	6

## 6. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Na závěr Vás prosím vyplnit následovné údaje o Vás a Vašem pracovišti (\*vhodné zakroužkujte):

Pohlaví\*:

- žena
- muž

Váš věk:.....

Délka praxe (roky):.....

Nejvyšší dosažené vzdělání\*:

- SZŠ
- VOŠ
- Bc.
- Mgr.
- PhDr.
- Ph.D.

Provoz, ve kterém pracujete\*:

- Jednosměnný
- Vícesměnný

Pracoviště, na kterém pracujete (zvolte jeden obor)\*:

- Chirurgické obory standardní odd.
- Chirurgické obory ambulance
- Interní obory standardní odd.
- Interní obory ambulance
- Onkologické nebo paliativní obory
- Intenzivní péče (ARO, JIP)
- Následná péče

Absolvoval/a jste někdy v současném zaměstnání školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřím\*?

- Ano
- Ne

Ještě jednou mnohokrát děkuji  
S úctou

Mgr. Hana Kubešová

## **Příloha 2** Témata k nestandardizovanému rozhovoru s doplňujícími otázkami

### **Kvalitativní výzkumné šetření – management nemocnic Jihočeského kraje**

#### **1/ Jakým způsobem je ve vaší organizaci nastaven systém evidence hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivitou pacientů?**

##### **Doplňující otázky:**

1. Popište, jak máte v organizaci nastaven systém hlášení nežádoucích událostí.
2. Jakým způsobem je v hlášení NU zahrnuta problematika agresivního chování ze strany pacientů?
3. Jaké pravidelné výstupy provádíte u incidentů spojených s agresí pacientů?
4. Jak často provádíte výstupy incidentů spojených s agresí pacientů?
5. Jakou formou řešíte incidenty spojené s agresivním chováním ze strany pacientů?
6. Jak často je přivolána policie ČR v problematice agresivního chování pacienta ve Vaší organizaci?
7. Kolik evidujete pracovních neschopností u svých zaměstnanců, které mají přímou spojitost s agresí a násilím vůči zaměstnancům?

#### **2/ Jaký je systém vzdělávání zaměstnanců ve vaší organizaci, včetně zdravotníků, na téma problematiky agresivního pacienta?**

##### **Doplňující otázky:**

1. Popište, jaké formy vzdělávání uskutečňujete ve Vaší organizaci v problematice prevence agrese (E-learning, teoretické školení, workshopy, praktická školení).
2. Jak často provádíte ve Vaší organizaci školení personálu (vstupní, periodické)?
3. Popište, zda se školení personálu provádí u všech zaměstnanců, nebo pouze u vybrané skupiny.

#### **3/ Jakým způsobem máte v organizaci nastavena preventivní opatření před agresorem?**

##### **Doplňující otázky:**

1. Jakým způsobem ve Vaší organizaci funguje bezpečnostní služba?
2. Popište, zda mají zaměstnanci (bezpečnostní služba, zdravotníci) ve Vaší organizaci k dispozici prostředky k adekvátní ochraně před agresorem (pepřový sprej, obušek, zbraň).
3. Jakým způsobem máte nastavený systém přivolání rychlé pomoci při ohrožení zdravotníka agresorem (alarmy apod.)
4. Jaké máte v organizaci standardizované postupy či metodické pokyny k oblasti ochrany zaměstnance před agresorem?
5. Popište, jak máte v organizaci zajištěn kamerový systém.
6. Jak máte v organizaci zajištěny vstupy do areálu?
7. Popište, jaké omezovací prostředky využíváte ve Vaší organizaci.
8. Jakým způsobem evidujete použití omezovacích prostředků?

#### **4/ Jaké benefity nabízíte zaměstnancům organizace?**

##### **Doplňující otázky:**

1. Jaké benefity poskytujete zaměstnancům v rámci duševního a tělesného zdraví?
2. Jakou zkušenost máte s využíváním benefitů u svých podřízených?

3. Jakou máte zpětnou vazbu o efektivitě využívání benefitů v souvislosti s prevencí duševního a tělesného zdraví?
4. Popište, zda zajišťujete dětskou třídu pro děti zaměstnanců organizace.

**5/ Jaké benefity nabízíte pacientům nemocnice?**

**Doplňující otázky:**

1. Popište, zda poskytujete nějaké benefity pacientům v rámci hospitalizace (televize, rádio, wi-fi připojení, knihovny, edukační materiály, automaty na kávu, automaty na jídlo apod.).
2. Popište, zda poskytujete nějaké benefity pacientům v rámci ambulantního provozu při čekání na ošetření (televize, rádio, wi-fi připojení, knihovny, edukační materiály, automaty na kávu, automaty na jídlo apod.).
3. Popište, zda poskytujete služby, jako jsou hlídání dětí, možnost nákupu potravin v organizaci, manikúra, pedikúra, kadeřnictví, domácí péče.