



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči
sestrám v klinické praxi**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSVÍ**

Autor: Bc. Alžběta Šmejkalová

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.8.2023

.....
Bc. Alžběta Šmejkalová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D., za cenné rady, odborné vedení, profesionální a vstřícný přístup. Dále bych touto formou chtěla poděkovat všem sestřám, které napomohly výzkumnému šetření.

Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi

Abstrakt

Současný stav: Agresivní a nepřátelské chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi je alarmujícím a častým jevem, který ohrožuje bezpečnost a pohodu zdravotnického personálu.

Cíle: Prvním cílem této diplomové práce bylo vyhodnotit počet nežádoucích událostí ve skupině „Chování osob“ hlášených do „Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)“ ve sledovaném období 2018–2021. Druhý cíl spočíval ve vyhodnocení výskytu agresivního chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi. Třetím cílem bylo popsat spektrum preventivních ošetrovatelských postupů minimalizujících riziko agresivního chování pacientů vůči sestřám.

Metodika: První výzkumnou metodu představovala sekundární analýza statistických dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (ÚZIS ČR 2022). Druhou výzkumnou metodou byla kvantitativní část výzkumné studie, realizovaná technikou dotazování sester z interních a chirurgických oborů (standardní i intenzivní péče), prostřednictvím standardizovaného dotazníku. „Agrese pacientů vůči sestřám při výkonu povolání (Lepiešová et al. 2015)“. Třetí výzkumnou metodou se stal kvalitativní výzkum realizovaný technikou hloubkových rozhovorů s manažery ošetrovatelské péče.

Výsledky: Z výsledků bylo patrné, že nejčastěji hlášenou událostí do Národního portálu SHNU jsou dekubity. Výsledky kvantitativního šetření ukazují, že agrese pacientů nesouvisí s oborem péče ($p = 0,587$). Dále ukazují, že čím delší klinickou praxí sestra má, tím častěji se setkává s agresí pacientů ($p < 0,001$). Výsledky kvalitativního šetření popisují nejčastější preventivní postupy minimalizující riziko agresivního chování pacientů vůči sestřám, mezi které patří: školení a vzdělávání personálu, řádné hlášení nežádoucích událostí, řešení nedostatku personálu, použití omezovacích prostředků, farmakologických prostředků a vhodná komunikace s pacienty a jejich rodinou. Vedení nemocnice se připravuje na riziko agrese ze stran pacientů pomocí školení personálu.

Závěr: Praktickým výstupem této diplomové práce je soubor doporučení pro nelékařský zdravotnický personál.

Klíčová slova

Agrese; nepřátelství; pacient; konflikt; sestra; klinická praxe; nepřátelské chování; agresivní chování; sestra a agresivní chování

Hostile and aggressive behaviour of patients towards nurses in clinical practice

Abstract

Current state: Aggressive and hostile behaviour of patients towards nurses in clinical practise is an alarming and common phenomenon that jeopardizes the safety and well-being of healthcare personnel.

Objectives: The first objective of this thesis was to evaluate the number of adverse events in the “Behaviour of Individuals” category reported to the „National Portal for Reporting Adverse Events“ during the period 2018-2021. The second objective was to assess the occurrence of aggressive behaviour of patients toward nurses in clinical practise. The third objective was to describe a spectrum of preventive nursing procedures that minimize the risk of aggressive behaviour of patients towards nurses.

Methodology: The first research method involved a secondary analysis of statistical data from the National Portal for Reporting Adverse Events (ÚZIS ČR, 2022). The second research method utilized a quantitative study conducted through the administration of a standardized questionnaire called “Aggression of Patients towards Nurses in the Course of Their Profession (Lepiešová et al., 2015) “. This survey technique involved nurses from internal and surgical departments. Additionally, third research method was used, and it involved qualitative research through in-depth interviews with nursing care managers.

Results: The results indicated that the most frequently reported event to the National portal of Reporting Adverse Events was category called „pressure ulcers “. The results of the qualitative study showed that patient aggression was not related to the field of care ($p= 0.587$). Furthermore, the results revealed that nurses with longer clinical experience encountered aggression from patients more frequently ($p < 0,001$). The results of the qualitative study described the most common preventive measures to minimize the risk of patient aggression towards nurses, including training and education of nurses and proper reporting of adverse events, addressing staff shortages, use of restraining measures and pharmacological interventions and appropriate communication with patients and their

families. The hospital management prepares for the risk of patient aggression through staff training.

Conclusion: The practical outcome of this diploma thesis is a set of recommendations for non-medical healthcare personnel.

Key words

Aggression; hostility; patient; conflict; nurse; clinical practice; hostile behaviour; aggressive behaviour; nurse and aggressive behaviour

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	11
1.1 Agresivní chování	11
1.2 Nepřátelské chování	13
1.3 Příčiny agresivního a nepřátelského chování pacientů	14
1.4 Agresivní a nepřátelské chování pacientů vůči sestřám – národní přehled.....	18
1.5 Agresivní a nepřátelské chování pacientů vůči sestřám - mezinárodní přehled 21	
1.6 Preventivní opatření minimalizující agresivní chování pacientů vůči sestřám 25	
1.6.1 Komunikace	27
1.6.2 Omezovací prostředky	31
1.6.3 Farmakologická intervence	34
1.7 Hlášení nežádoucích událostí.....	37
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
2.1 Cíle práce	42
2.2 Hypotézy (vztahující se k prvnímu a druhému cíli).....	42
2.3 Výzkumné otázky (vztahující se ke třetímu cíli)	42
2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů.....	42
3 METODIKA	44
3.1 Metodika sběru dat.....	44
3.2 Metodika sběru dat kvantitativního výzkumného šetření.....	44
3.3 Charakteristika výzkumného souboru kvantitativního výzkumného šetření	45
3.4 Metodika sběru dat kvalitativního výzkumného šetření	45
3.1 Charakteristika výzkumného souboru kvalitativního výzkumného šetření.....	46
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	47
4.1 Sekundární analýza statistických dat SHNU	47
4.2 Výsledky dotazníkového výzkumného šetření	51
4.3 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	63
4.3.1 Kategorie 1- Účast a organizace na školení	64
4.3.2 Kategorie 2- Frekvence setkání s agresí	65
4.3.3 Kategorie 3- Nejkritičtější případ agrese.....	65
4.3.4 Kategorie 4- Minimalizace rizika.....	66

4.3.5	Kategorie 5- Potřebné informace v péči o agresivního pacienta.....	68
4.3.6	Kategorie 6- Postup při setkání s aktivním střelcem	69
4.3.7	Kategorie 7- Systém nežádoucích událostí	70
5	DISKUZE	72
6	ZÁVĚR	81
7	SEZNAM LITERATURY	83
8	SEZNAM ZKRATEK	90
9	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Téma týkající se nepřátelského a agresivního chování pacientů vůči sestřím v klinické praxi jsem si vybrala především proto, že jej považuji za zajímavé a velice aktuální. S agresivním a nepřátelským chováním se může v životě setkat každý, avšak v povolání sestry je pravděpodobnost setkání se s agresí mnohonásobně vyšší. Sama jsem se s agresivními pacienty v praxi několikrát setkala a stejně tak mé kolegyně. Mezi spouštěče agresivního chování u pacientů můžeme zařadit například: pocit ohrožení, strachu, bezmoci a strach z neznámé situace. Dalším velkým spouštěčem je alkohol, návykové látky a abstinenční příznaky.

Ošetřování agresivního pacienta má svá specifika a vyžaduje orientaci v dané problematice. Sestra by měla umět správně identifikovat potencionálně agresivního pacienta a následně znát možné techniky a postupy pro zvládnutí agresora.

Pro tuto práci byly stanoveny tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo analyzovat počet nežádoucích událostí ve skupině „Chování osob“ v období 2018–2021. Druhým cílem bylo zhodnotit výskyt agresivního chování pacientů vůči sestřím v prostředí klinické praxe a třetím podrobně popsat spektrum preventivních ošetrovatelských opatření, která slouží ke snížení rizika agresivního chování pacientů směrem k sestřím.

V rámci výzkumné části byla jako první provedena sekundární analýza statistických dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (ÚZIS ČR 2021). Další část představoval kvantitativní výzkum realizovaný pomocí standardizovaného dotazníku s názvem „Agrese pacientů vůči sestřím při výkonu povolání (Lepiešová et al. 2015)“. Osloveny byly sestry interních a chirurgických oborů, standardní i intenzivní péče. Následoval kvalitativní výzkum prováděný pomocí hloubkových rozhovorů s manažery ošetrovatelské péče ve vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji.

Klinickým výstupem této diplomové práce bude soubor doporučení pro nelékařský zdravotnický personál.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Agresivní chování

Agresivní chování pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům je velmi vážný celosvětově rozšířený problém. Pekurinen et al. (2017) definují agresi jako řadu chování nebo jednání, které mají potenciál poškodit nebo zranit jinou osobu, fyzicky nebo verbálně. Látalová (2013) definuje agresi jako záměrné a zjevné chování, jež má v úmyslu škodit či destruovat jiný organismus nebo předmět. Venglářová a Mahrová (2006) popisují agresivní chování jako vynucení si sama sebe na úkor druhých. Agresor dle nich nebere ohledy na požadavky a práva ostatních, záměrně je ponižuje a sraží jejich sebevědomí.

Dle Látalové (2013) jsou agresivní projevy v nemocnici častými jevy. Agrese se ve zdravotnickém zařízení dopouštějí pacienti a také jejich příbuzní. Oběti agresivního chování bývají nejčastěji zdravotničtí pracovníci nebo ostatní pacienti, kteří sdílejí pokoj s agresorem.

Agresivní chování lze rozdělit do tří skupin: impulsivní, psychotické a instrumentální (Látalová, 2013). Impulsivní agrese je akt neplánovaný, bez zájmu o následky daného chování. Psychotická agrese přímo vychází z psychotických příznaků, jako jsou například halucinace nebo manické stavy pacienta. Instrumentální agrese je plánovaný čin, jehož hlavním cílem je uspokojit potřebu. Častý výskyt agresivity instrumentální je u abúzu alkoholu a u poruch osobnosti (Látalová, 2013).

Venglářová a Mahrová (2006) dělí agresivní chování následovně: přímá agrese, transformovaná agrese, instrumentální agresivita a zadržování negativních projevů. Jako přímou agresi označují chování vůči zdravotníkovi, od ironizujícího hostilního chování až po přímý útok agresora. Transformovaná agrese je popisována jako nemožnost projevení svého názoru a následné přenesení hněvu na určitou věc nebo osobu. Instrumentální agresivita je naučený model chování, který slouží k záměrnému dosažení cíle. Zadržování negativních projevů je definováno jako neschopnost projevení svého názoru, čímž narůstá napětí a vnitřní konflikt. Při delším zadržování negativních projevů může dojít ke vzniku psychosomatického onemocnění (Venglářová a Mahrová 2006).

Zacharová (2017) dělí agresivní chování podobně, na: přímou agresi, přenesenou agresi, autoagresi a zadržovanou agresi. Do přímé agrese řadí ničení, bití a nadávky. Do přenesené agrese dle ní patří přesunutí centra zloby na jiné předměty, dále ničení a vandalismus.

Autoagresi popisuje jako přenesení problému na vlastní osobu, trestání sebe sama, které může vrcholit až pokusem o sebevraždu. Zadrženu agresi definuje jako agresi určitým způsobem potlačenou, jedinec vyhrožuje, ale není schopen činu.

Boháček (2008) dělí agresivní chování na tři typy. Prvním z nich je agitovanost, druhým agresivní chování eskalované a třetím agresivní chování zákeřné. Agitovaného pacienta popisuje jako dezorientovaného, zmateného, pokud takový pacient leží na lůžku, tak se zpravidla pokouší vstávat, kope, zmítá se, rozhazuje rukama a někdy také kouše a plive po ostatních. Agitovaný pacient se primárně nesnaží ublížit lidem okolo sebe, ale většinou se mu to povede. Eskalované agresivní chování se u pacienta projevuje zlostným výrazem, házením věcí, útočením, nadáváním, hádáním se a pacient je podrážděný a odtažitý. Vše začíná alarmujícími příznaky a eskaluje až v samotné fyzické napadení. Třetím a nejvíce nebezpečným typem útoku je ten, kterému nepředcházejí žádné varovné signály, a nazývá se proto agresivní chování zákeřné. Jedná se o překvapivý a lstivý útok, jako například bodnutí sestry nožem do zad. Sestra je v takové situaci šokována a neschopná jakkoliv zareagovat (Boháček 2008).

Zacharová (2009) popisuje sestru jako první osobu, která může vnímat a pozorovat výkyvy nálad, změny v chování a reakce pacienta. Dále také uvádí nejčastější projevy emočního neklidu, kdy lze předpokládat, že pacient situaci nezvládá a pravděpodobně dojde k aktivnímu agresivnímu projevu. Do agresivních projevů řadí nápadnou gestikulaci a nervozitu, podupávání a kopání do předmětů, bouchání dveřmi, důrazné klepání na dveře, házení dokumentace na stůl, upřený pohled do očí ostatních, nervózní pomrkávání, nepravidelný hlasitý dech, úšklebky nebo pevně sevřené rty, sevřené pěsti, strkání do jiných osob, agresi v řeči, vulgarismy, urážky a narušení přiměřené osobní zóny pracovníků.

Podobně popisuje projevy agrese také Burda (2014), který uvádí takzvané varovné signály předcházející samotné agresi pacienta. Mezi varovné signály řadí nadávky, výhružné chování, postoje, viditelný stres, podrážděnost, zlost v obličejí, psychomotorický neklid, teatrální ničení dokumentů a okolních předmětů. Dále také uvádí, že se může jednat o vyústění frustrace nebo projevy impulzivní či emočně nestabilní osobnosti. Na potencionální agresivní chování pacientů může upozornit předchozí dokumentace, ve které by mohla být uvedena anamnéza násilných činů, pracovně sociální anamnéza a návyky.

1.2 Nepřátelské chování

Nepřátelské chování neboli hostilita se dá definovat jako zjevný odpor vůči světu a jeho objektům. Zahrnuje sklon k podrážděnosti, podezíravost, nespolupráci a často také žárlivost (Látalová, 2013). Podobně definují nepřátelské chování také Nešpor a Scheansová (2008), jako hostilní naladění vůči sobě a světu nebo jako hněvivé popření skutečnosti. Hostilní člověk se chová nepřátelsky i když ho nikdo neprovokuje, jedná se často o osobu se sklony k hněvu.

Ve zdravotnickém zařízení má nepřátelské chování často obranný charakter, dochází k němu například v případě, že je pacient uveden do neznámé situace, na kterou se nemohl připravit, jako je například akutní onemocnění nebo náhlá změna jeho zdravotního stavu (Burda, 2014).

Joshi (2007) uvádí, že nepřátelské chování výrazně zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, ať už se jedná o otevřené, nebo potlačené nepřátelství. A pokud se člověk bude snažit své nepřátelské chování zmírnit, sníží tím i riziko ischemických chorob. Dle Nešpora a Scheansové (2008) nepřátelské chování (hostilita) také zvyšuje pravděpodobnost výskytu dalších onemocnění. Řadí sem vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění, vyšší riziko rozvoje diabetes mellitus, kratší délku života, vyšší riziko obezity, negativní vliv na imunitní systém a hojení ran, poruchy spánku a vyšší riziko agrese vůči jiným lidem, nebo dokonce vůči sobě samému.

Osoby s nepřátelským chováním lze rozdělit do dvou základních skupin. Na jedince, kteří nepřátelské chování zaměřili sami proti sobě, a na ty, kteří jsou nepřátelští vůči okolí (Burda 2014). Osoby, jež nepřátelské chování zaměřily proti sobě, se vyznačují tím, že ze všeho obviňují sami sebe, sami sebe ironizují a veškerou agresi směřují pouze na sebe. Osoby nepřátelské vůči ostatním směřují nepřátelské chování vůči okolí, věcem a lidem a často také vůči celému světu. Oba typy jednání jsou považovány za asociální formu poruchy chování (Burda 2014). Dle Paulíka (2017) je nepřátelské chování chápáno jako všeobecně hostilní postoj k lidem, který může a nemusí vést agresi. Rozděluje tyto případy na hostilitu bez agrese a agresi bez hostility.

Burda (2014) uvádí projevy hostility, mezi které řadí opakované a cílené projevy, jako například projevy zlosti, nepřátelství, nedůvěry, cynický a ironický postoj k okolí.

1.3 Příčiny agresivního a nepřátelského chování pacientů

Agresivní chování je přidruženým příznakem mnoha psychiatrických poruch a může se projevovat po celý život, od poruchy pozornosti s hyperaktivitou, u dětí a dospívajících, přes domácí násilí u dospělých až po demenci u seniorů (Liu et al., 2013). Agrese a krutost je do určité míry v každém z nás a jedná se o otázku etické vyspělosti člověka, která je dána výchovou, vztahy s blízkými osobami, morálkou, atmosférou ve společnosti (Kelnarová a Matějková, 2010).

Venglářová a Mahrová (2006) popisují určité spouštěče, které podporují vznik agresivního chování u pacienta. Patří mezi ně: pocit ohrožení a strachu, zklamané očekávání, pocit nespravedlnosti a křivdy, velká zátěž (například dlouhá čekací doba v čekárně), pocit bezmoci, pocit viny, ponížení, úzkost, psychopatické rysy daného jedince, zdánlivé ohrožení zájmu pacienta (například bolestivé ošetření).

Běhounek (2022) uvádí, že spouštěč je možné vnímat jako poslední kapku nahromaděné frustrace, která spustí konfliktní či ohrožující chování pacienta. Spouštěčů konfliktů je dle Běhouneka (2022) mnoho a jsou velmi individuální. Nejčastěji jde o následující situace: zákaz (pacientovi je zakázána například vycházka ven ze zařízení), nevyhovění požadavku (pacient má pocit, že nejsou respektovány jeho potřeby, např. odmítnutí uvařit kávu), špatná zpráva (negativní zpráva z domácího prostředí nebo od zdravotního týmu), rušivé chování ostatních pacientů, nevhodná komunikace (například neprofesionální komentář ze strany personálu), žádost (žádost personálu, aby pacient přestal s nevhodným chováním vůči ostatním).

Nešpor (2012) řadí agresivní a nepřátelské chování do takzvaného problémového chování a jmenuje faktory ovlivňující problémovost. Mezi tyto faktory řadí: činitele na straně samotného pacienta (osobnost, nemoc a její momentální stav, předchozí zkušenosti se zdravotnickým personálem), pacientovu rodinu (pocity viny příbuzných, jejich osobnost a zdravotní stav, rodinná historie a patologie), systém zdravotní péče a širší společnost, a v neposlední řadě také dané zdravotnické zařízení.

Výše zmíněné faktory se objevují vždy ve společné interakci, nikoliv osamoceně. V ideálním případě by ideální pacient s dobrým rodinným zázemím potkal ideálního zdravotníka v dokonalém zdravotnickém zařízení. V nejhorším případě problémový pacient s problémovou rodinou potká unaveného zdravotníka na problémovém

pracovišti, čímž snadno vznikne konflikt a agresivní či nepřátelské chování z pacientovy strany (Nešpor 2017).

Důležité jsou psychologické důvody agrese pacienta. Agresivní pacient se snaží ochránit své potřeby a hněv a agresivita se projevuje, když pacient vyhodnotí, že zdravotníckovo chování ohrožuje jeho potřeby. Hněv podpoří stresovou reakci na neurologické, hormonální i svalové úrovni, dojde k zalarmování organismu, jehož výsledkem je agresivní chování. Cílem tohoto chování je zastavení ohrožení, což je důvod, proč pacient útočí na zdravotnického pracovníka. Agresivní chování je tedy důsledek pocitu ohrožení, a pokud dokážeme odstranit to, co pacienta ohrožuje, pacient přestane být agresivní (Bednařík a Adrášiová 2020).

Látalová (2013) uvádí, že příčiny agresivního a nepřátelského chování jsou velmi různorodé. K agresivnímu chování vede mnoho cest a jednotlivé složky na sebe vzájemně působí. Dvě hlavní složky, které patří do etiologie agrese, jsou genetické faktory a vlivy vnějšího prostředí (Látalová 2013). Agresivní chování patří mezi dědičné chování, ale mechanismy genetického přenosu ještě nebyly úplně objasněny. Liu et al. (2013) také uvádí, že mnoho studií naznačuje genetický základ pro agresivní chování, ale zatím o vlivu genetiky existují pouze neprůkazné výsledky. U osob projevujících agresivní nebo nepřátelské chování je často na základě neurologického vyšetření (EEG) potvrzen klinický nález na CNS (Liu et al. 2013). Kelnarová a Matějková (2010) uvádějí, že pokud dojde k narušení frontálních laloků, může vzniknout agresivita z důvodu poškození centrální nervové soustavy.

Látalová (2013) popisuje vlivy vnějšího prostředí, které mohou podmiňovat vznik agresivity dítěte v dospělosti. Vnější vlivy lze rozdělit na prenatální a postnatální. Do prenatálních vlivů řadíme kouření a užívání alkoholu matek v těhotenství a nutriční deficit matky během prvních šesti měsíců těhotenství. Do postnatálních vlivů řadíme týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte a nízké socioekonomické postavení rodiny (Látalová 2013). Poškození dítěte v prenatálním a perinatálním období zmiňují také Kelnarová a Matějková (2010), kdy popisují poškození způsobené například klešťovými nebo protrahovanými porody, které později mohou mít vliv na agresivní chování dítěte. Pro každé dítě je porod stresovým zážitkem kvůli gravitaci, změně prostředí a oddělení se od matky. Do rizikových skupin řadí děti adoptované, nedonošené, ty, které musely být po porodu odděleny od matky z důvodu jejich hospitalizace na JIP.

Etiologie agresivního a nepřátelského chování lze rozdělit do dalších dvou skupin. První skupinu tvoří chování, které se objevuje v dětství a postupuje do dospělosti. Druhou skupinu představuje agresivní chování, jež vznikne a rozvíjí se v dospělosti. Toto chování se většinou rozvíjí v důsledku fyzického nebo emocionálního traumatu, může vzniknout v kombinaci s užíváním návykových látek, anebo také v důsledku poranění mozku (Liu et al., 2013).

Pokorná et al. (2023b) také uvádějí mnemotechnickou pomůcku sloužící pro identifikaci příčiny abnormálního chování u pacientů. Jedná se o název MOVE STUPID, což lze volně přeložit jako „posuň se hloupostí“. Písmeno M (metabolic) jsou metabolické příčiny jako například selhání jater, abnormalita elektrolytů, abnormální hladina glukózy, písmeno O (oxygen) je kyslík a konkrétně hypoxémie, písmeno V (vascular) je cévní příčina jako například mrtvice, subdurální krvácení, písmeno E (endocrine) je endokrinní příčina jako jsou abnormální hormony štítné žlázy, abnormální kortizol, písmeno S (seizures) jsou záchvaty a stavy po iktu, písmeno T (trauma) je trauma jako například otřes mozku, subdurální nebo subarachnoidální krvácení, U (uraemia) je renální příčina, P (psychiatric) jsou psychiatrické příčiny, I (infections) jsou infekce, kam řadíme například plicní, močové, zánět mozkových blan, a v poslední řadě písmeno D (drugs) jsou drogy a léky jako například odejmutí alkoholu a neuznání psychiatrické léčby pacientem (Pokorná et al., 2023b).

Existuje několik teorií vysvětlujících důvody agresivního chování. Jedná se o například frustrační teorii, v rámci níž je agrese chápána jako jedna z možných reakcí na frustraci a agresivní chování redukuje agresivní pud. Další teorie chápe agresi jako instinkt. Zde je agrese popsána jako výsledek nahromadění energie. Jedná se o zastaralejší model, který nyní slouží hlavně k vysvětlení spontánní agrese. Dále máme kognitivní neasociační teorii. Nepříjemné, nežádoucí události vyvolávají v jedinci negativní efekt a zahajují tendenci na únik a boj. Reakce na tyto události se dále ukládají v paměti a aktivují v podobné situaci, čímž dochází k opakování agrese (Kučera 2013). Další je teorie sociálního učení, jež předpokládá, že se jedinci učí agresivnímu chování pozorováním chování ostatních lidí, což by podle ní vysvětlovalo agresivní chování u dětí. Může se jednat o děti vystavené rodinnému násilí, které později mají větší sklony k agresivnímu chování, nebo o násilí a agresi, jež děti sledují v médiích a filmech a následně jsou jimi nepříznivě ovlivněny (Liu et al. 2013). Další je teorie transferu excitace. Velká míra nabuzení a vzrušení z události může vést ke vzniku agrese. Poslední je teorie

integrativního pohledu. V tomto případě vznik agrese v dané situaci záleží na osobnostních dispozicích a dané situaci (Kučera 2013).

Existují také spouštěče agresivního a nepřátelského chování, které blíže a velmi obdobně definují různé zdroje. Jedná se o pocit ohrožení, strachu, bezmoci, křivdy, nespravedlnosti a strach z neznámé situace (Brezovský, 2022). Dalším spouštěčem je alkohol, návykové látky a abstinenční příznaky. Zhoršení frontálních funkcí (abstraktní myšlení, plánování a organizace) alkoholem a návykovými látkami vede k neadekvátním reakcím a zkreslenému vnímání skutečnosti což může zvýšit náchylnost k impulzivnímu chování jako je nepřátelství, agresivita a násilí (Látalová, 2013). Existují data, která potvrzují souvislost zneužívání anabolických steroidů a zvýšeného rizika násilného a agresivního chování. Není ale jasné, zda je zvýšená hladina testosteronu a ostatních steroidů příčinou tohoto chování nebo jeho následkem (Vevera et al., 2011). U psychických onemocnění (například poruchy osobnosti, schizofrenie, bipolární afektivní porucha, deprese) může agresivní chování komplikovat nemoc jako takovou a být velmi nebezpečné. V očích veřejnosti může často docházet k předpokladu, že agresivní chování je běžné pro všechny pacienty s psychiatrickým onemocněním a často toto přesvědčení vede ke stigmatizaci duševně nemocných, se kterou psychiatři pacienti neustále bojují (Látalová, 2013). Život ohrožující stavy (například hypoglykémie, náhlá mozková příhoda, meningitida, mozkové nádory) mohou vyvolat podrážděnost, neklid, agresi a v krajních případech i následné bezvědomí (Vevera et al., 2011). Vyvolání negativní reakce zdravotnickým pracovníkem může následně vést k agresi ze strany pacienta.

Je důležité vždy zohledňovat pohled nejen pacienta, ale také pohled zdravotníků, kteří mají také rovněž své emoce a pocity. Samotné chování zdravotnických pracovníků, které jež může být v určitých případech nevhodné nebo neprofesionální, může vést k agresivní reakci ze strany pacienta. Příčinou může být nedostatečná znalost anamnézy pacienta, čímž dojde k použití nevhodného slovního spojení, a pracovník tak u pacienta nevědomky a nechtěně vyvolá hostilní, až agresivní chování u pacienta. Neznalost anamnézy ze strany zdravotnického pracovníka může být vyvoláno způsobena únavou nebo nadměrným ukládáním situací, kdy si personál nechá podobné chování pacienta líbit a pouze nad ním mávne rukou (Pekara, 2016).

Často může v praxi docházet k tomu, že zdravotník vyvolá agresivní nebo nepřátelské chování pacienta sám, pouze nátlakem při poskytování ošetrovatelské nebo lékařské péče.

Jednoduše pracovníci dělají s pacientem něco, čemu pacient v dané situaci nerozumí nebo co nechce dělat (Látalová, 2013). Podobnou situaci zmiňuje také Vondráček a Kučková (2014), kdy pacient s hospitalizací souhlasil a svůj souhlas vyjádřil podpisem na informovaném souhlasu. Podepsal také seznámení s vnitřním řádem a sestry jako poskytovatelky péče v tomto případě tedy postupovaly dle platných předpisů a ošetrovatelských standardů. Nicméně následně došlo k agresi ze strany pacienta. Mezi příčiny, kvůli kterým později došlo k aktivaci agrese ze strany pacienta, Vondráčková a Kukačková (2014) řadí: přepracování zdravotníka, únavu, jednání se sníženou empatií, syndrom vyhoření, jednání zdravotníka po předchozí negativní zkušenosti nebo po silném emocionálním prožitku v rámci péče o pacienty.

Možnou příčinou konfliktů mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky je samotná podstata práce ve zdravotnickém zařízení, kdy je nutné přijímat rychlé rozhodnutí pod tlakem a v neposlední řadě potlačení empatie jako sebeobrana zdravotníka (Netušilová a Brečka, 2015).

1.4 Agresivní a nepřátelské chování pacientů vůči sestřím – národní přehled

Agresivní a násilné chování se v celkové populaci České republiky nejčastěji vyskytuje u osob závislých a zneužívajících návykové látky. Co se týče nemocničních zařízení, tam patří mezi největší problém delirium pacientů způsobené alkoholem. Frekvence a intenzita napadání zdravotníků a pacientů roste, což vede k výraznému snížení bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních a k nárůstu nákladů na péči (Netušilová a Brečka, 2015). Vevera et al. (2011) konstatují, že i přes již zmíněný nárůst incidentů je ale velmi málo spolehlivých dat, která by se týkala výskytu násilného chování a důsledků spojených s ním. Jedna ze zmíněných překážek je dle nich nejednotná definice pojmů agresivita, násilí a agitovanost a také používání rozdílných hodnotících nástrojů při hodnocení násilí a agrese. S tím se shoduje také Látalová (2013), která uvádí, že četnost agresivních projevů v nemocnicích ještě nebyla podrobněji zkoumána a v České republice byly zveřejněny pouze případy útoků intoxikovaných pacientů vůči posádkám sanitních vozů a případy násilí v nemocnicích zpravidla zveřejňovány nejsou. Agresivita pacientů se přitom vyskytuje nejen v sanitkách a psychiatrických odděleních, ale také na nespočtu dalších oddělení. Popovičová a Vansač (2018) zmiňují, že se od 1. ledna 2017 rozšířil status chráněné osoby i na zdravotnické pracovníky, což znamená, že by těmto osobám měla být poskytnuta vyšší právní ochrana. Ale i přes to případů, ve kterých se zdravotničtí pracovníci stávají obětmi vyhrožování (verbální i fyzické agrese), stále přibývá.

Pekara (2013) uvádí, že na všeobecných lůžkách se nejčastěji vyskytuje násilí na základě vystupňovaných a nevládnutých negativních emocí, které se týkají jak pacientů, tak zdravotnických pracovníků. Dále také popisuje, že stále častěji přibývá incidentů, kdy zdravotnický personál nevědomě neohleduplným chováním vyprovokuje již podrážděného pacienta a situace může eskalovat v agresivní, případně násilné chování pacienta. Popovičová a Vansač (2018) popisují násilí a agresivitu jako aktuální fenomén v našich nemocnicích. Velký výskyt agresivních incidentů je dle nich hlavně na odděleních chirurgie, traumatologie a akutní péče.

V roce 2004 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR a Institutem zdravotní politiky a ekonomiky realizována výzkumná studie, zabývající se tématem násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách ČR. Cílem dotazníkového šetření byla objektivizace výskytu násilí na pracovišti ve zdravotnictví a v sociálních službách v České republice. Ze šetření vyplynulo, že násilí je v českém zdravotnictví velmi rozšířené. Konkrétně se jednalo hlavně o slovní agrese, se kterou se setkalo 42 % respondentů z celkového počtu 675 dotázaných. Fyzické násilí se týkalo 13 % ze všech dotázaných. Výskyt fyzického násilí byl ve srovnání s jinými zeměmi (Thajsko, Bulharsko, Brazílie, Libanon, Portugalsko) v České republice nejvyšší (Čabanová et al., 2004).

Pekara ve svém výzkumu v roce 2007 reflektoval situaci zvýšeného napadení posádek zdravotnických záchranných služeb. Výzkum byl realizován dotazníky, na jejichž základě se zjistilo, že slovní agrese je přítomna na každém třetím až pátém výjezdu a fyzická agrese byla zjištěna ve 13 % (Pekara, 2013).

V letech 2011–2013 probíhal v ČR vzdělávací program zaměřený na prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotníků. Organizátorem tohoto programu bylo Ministerstvo zdravotnictví ČR a Aesculap Akademie. Bylo zorganizováno 26 seminářů, v nichž bylo proškolen celkem 1 948 nelékařských zdravotnických pracovníků. Projekt zahrnoval také speciální proškolení v přístupu k agresivním pacientům, kterého se zúčastnilo celkem 550 všeobecných sester (Pekara, 2013).

V České republice stále neexistuje výuka směřovaná k profesionální komunikaci a prevenci tohoto druhu násilných a agresivních incidentů, kterou by studenti mohli absolvovat během studia, pouze krátké kurzy organizované v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků (Pekara, 2013). Hettnerová (2016) velmi pozitivně popisuje svůj zážitek na jednom takovém simulačním workshopu. Jednalo se o školení, ve kterém se

zdravotníci názorně učili, jak zvládat agresivní pacienty. Toto školení obsahovalo seznámení s projevy násilí a agrese ve zdravotnictví v České republice, správnou manipulaci s agresivním pacientem (včetně názorného nácviku), simulace vycházející ze skutečných situací, legislativu a právní aspekty fyzického omezení pacientů, diskusi, sebereflexi a celkové hodnocení. Hettnerová (2016) udává také pozitivní reakce ostatních zúčastněných, většina zmiňuje překvapení a nadšení z kurzu a možnosti využití nově naučených technik v praxi ve svém zaměstnání.

Popovičová a Vansač (2018) zahrnuli do svého výzkumu nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří se setkali s agresivními pacienty nebo s jejich rodinnými příslušníky. Uvádí, že sestry jsou ze všech dotazovaných pracovníků nejvíce ohrožené agresivitou pacientů. Je to tím, že tráví nejvíce času s pacientem, od chvíle příjezdu do zdravotnického zařízení do chvíle odjezdu. Zjistili, že typ agresora, oběť agresora a projevy agrese pacientů signalizující možné nebezpečí souvisí s typem oddělení. Dalším výzkumným zjištěním bylo, že délka praxe respondentů souvisí s formou řešení napjaté situace na oddělení a subjektivním pocitem při kontaktu s agresivními pacienty. Porovnáním věku respondentů byl zjištěn rozdíl v subjektivních pocitech zdravotnického pracovníka při kontaktu s agresivním pacientem. Nejmladší věková kategorie (21–29 let) při kontaktu s pacientem s agresivním chováním nejčastěji pocítila hněv, členové další věkové skupiny (30–39 let) nejčastěji zmiňovala úzkost, další skupina respondentů (40–49 let) uváděla strach a nejstarší věková kategorie (50 a více let) zvládala danou situaci bez problémů.

Pekara (2013) porovnal dosavadní výzkumy a shrnul je následovně: násilí je v českém zdravotnictví přítomno ve velkém počtu a agrese výrazně převyšuje nad fyzickým násilím, chybí sběr dat o násilí ve zdravotnictví (jak lokální, tak centrální), dosavadní realizované výzkumy měly malý počet respondentů, za část násilných incidentů si může zdravotnický personál sám, výuka kontinuální prevence násilí na zdravotnických školách chybí. Tyto body by dle Pekary (2013) měly sloužit jako podklad pro další pozorování.

Ústav zdravotnických informací statistiky ČR uvádí statistické výsledky z období let 2018–2021. Z celkového počtu nahlášených nežádoucích událostí se jedná o 10,9 % událostí souvisejících s negativním chováním osob. Počet nežádoucích událostí čítal 417 969 případů, 45 845 bylo spojeno s negativním chováním osob (ÚZIS, 2021).

Popovičová a Vansač (2018) ve svém závěru označují téma agresivity pacientů v českých nemocničních zařízeních jako velmi důležité, protože daná problematika snižuje kvalitu a efektivitu poskytované ošetrovatelské péče. Problém agresivního a nepřátelského chování pacientů dle nich negativně ovlivňuje psychologickou a sociální pohodu sester.

Studie Lepiešové et al. (2015) potvrzuje vysokou frekvenci výskytu verbální agrese ze strany pacientů, nejčastěji se projevuje urážkami a výtkami. Uvádí různé faktory podmiňující vznik agrese vůči sestřám, včetně vnímání vztahu mezi sestrou a pacientem. Agrese pacientů je dle jejich výzkumu nejčastěji hlášena na psychiatrických odděleních, v pohotovostních jednotkách a jednotkách intenzivní péče, poté na chirurgických a interních odděleních. Sestry, které pracují ve směnném provozu, jsou více vystaveny agresi pacientů než sestry pracující v jednosměnném provozu. Nejvíce verbální agrese bylo zaznamenáno v ranní směně. Závěrem článku zdůrazňují důležitost adresování problému agrese pacientů vůči sestřám a implementaci preventivních strategií pro zajištění bezpečného pracovního prostředí.

Kubešová (2021) ve svém výzkumném šetření potvrdila výskyt násilí a agresivity pacientů vůči sestřám v nemocnicích Jihočeského kraje, konkrétně 98 % oslovených respondentů se minimálně setkala s jistou formou agrese. 81,1 % respondentů se setkala s verbální agresi a 35,6 % s fyzickou agresi. Faktor zneužívání návykových látek byl identifikován jako nejrizikovější. Vzdělání respondentů nesouviselo s rozdílným vnímáním důležitosti zaznamenávání nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů. Výsledky dále ukázaly, že všechny oslovené nemocnice měly systém hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů. Jedna z nemocnic měla systém kontinuálního vzdělávání v oblasti prevence agrese u pacientů, všechny ostatní prováděly školiící akce jednorázově. Preventivní opatření zahrnovala využívání bezpečnostní služby, kamerového systému a omezovacích prostředků.

1.5 Agresivní a nepřátelské chování pacientů vůči sestřám - mezinárodní přehled

Z historického hlediska není agresivita a nepřátelské chování negativní jev, jedná se o součást evoluční strategie. Historicky agresivita vždy umožňovala získání teritoria, potravy, partnera, správného postavení, znamenala přežití nejsilnějších. Agrese se stává negativním jevem v ten moment, kdy dojde k jejímu nezvládnutí nebo zneužití (Netušilová a Brečka, 2015).

Agrese ve zdravotnictví je celosvětovým a kritickým problémem. Gillespie et al. (2013) určují fyzické násilí vůči sestřím jako endemický problém, který postihuje sestry ve všech prostředích. Jejich studie se zaměřuje na sestry ze Spojených států, Austrálie, Tchaj-wanu, Japonska, Saúdské Arábie, Jordánska, Itálie a v Egypta.

Pracovníci ve zdravotnictví mají vyšší pravděpodobnost, že budou napadeni při práci než například policejní důstojníci a dozorcí ve vězení. Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní rada ošetřovatelství udávají násilí a agresi ve zdravotnictví jako významný globální problém (Pinch a Roche, 2020).

Gillespie et al. (2013) dále zmiňují problém s dosavadním nedostatečným prozkoumáním násilí ve zdravotnictví kvůli nedostatečnému hlášení násilných událostí. Odhadují, že 70 až 80 % násilí ve zdravotnictví zůstává nenahlášeno. Sestry agresivní a nepřátelské chování nenahlašují z části proto, že mnoho z nich považuje násilí mezi nimi a pacientem za součást své práce a cítí, že nemají podporu od vedení zdravotnického zařízení. Dále také mnohé z nich věří, že nemají dostatečné dovednosti zvládat agresivní interakce na pracovišti.

Dle Národní zdravotní služby (National Health Service) bylo ve Velké Británii a Severním Irsku v letech 2011 až 2012 hlášeno 60 000 útoků na zaměstnance zdravotnických zařízení. Z těchto útoků bylo 69 % nahlášeno v zařízeních zaměřených na duševní zdraví a poruchy učení, zatímco 26 % útoků se týkalo personálu akutního příjmu v nemocnicích. Zbývajících 6 % útoků zaznamenal personál záchranné služby a 3 % pracovníci primární péče (Littlechild 2015).

Studie provedená American Journal of Emergency Medicine sledovala 213 poskytovatelů zdravotních služeb po dobu devíti měsíců. Bylo hlášeno celkem 827 násilných událostí, s průměrem 4,2 případů násilných útoků na zdravotnického pracovníka. Mnoho dalších studií také ukazuje znepokojivý trend nedostatečného hlášení případů násilí. Mezi jeho běžné příčiny patří nevyhovující organizační politika a kategorizace násilí jako trestného činu. Současná čísla pravděpodobně podceňují prevalenci a závažnost násilného chování ve zdravotnictví (Lenaghan et al. 2018).

V roce 2017 došlo k posouzení pracovních úrazů a nemocí americkým Úřadem práce a statistiky (Bureau of Labor and Statistics) a zjistilo se, že zdravotničtí pracovníci mají pětikrát vyšší pravděpodobnost, že zažijí násilí v práci než průměrný americký pracovník.

Nejvíce hlásí případy násilného chování zdravotničtí záchranáři a sestry. Americký Úřad práce a statistiky také uvádí, že nejčastějšími pachatelí násilí na zdravotnicích jsou muži mladší 35 let. Ze všech hlášených fyzických zranění na pracovištích v roce 2016 tvořili zdravotničtí pracovníci 69 %. S verbální agresí na pracovišti ze stran klientů se nejčastěji setkávají zdravotničtí záchranáři, sestry a nakonec lékaři. Nejvyšší míru hrozeb násilím ze stran klientů hlásí sestry (Pitts a Schaller, 2022).

Edward et al. (2015) se zaměřili na analýzu studií ve vybraných zemích, které se zaměřovaly na agresivitu vůči zdravotníkům, a hlavně na rozdíl mezi napadením mužských a ženských zdravotnických pracovníků. Porovnané studie pocházely z USA, Kanady, Velké Británie, Austrálie, Švédska, Itálie, Německa, Holandska, Portugalska a Izraele. Cílem analýzy bylo identifikovat nejčastější faktory, které s agresí souvisí, a také rozdíl četnosti mezi sestrami mužského a ženského pohlaví. Závěr ze všech studií byl jasný. V ošetrovatelské profesi dominuje ženské pohlaví a frekvence agrese vůči nim byla častější než u jejich mužských protějšků.

Spector et al. (2014) zpracovali souhrnný přehled o prevalenci násilí vůči sestram. V kvantitativním přehledu zahrnuli celosvětové údaje od 151 347 sester a ze 160 výzkumných souborů zmapovali výskyt různých forem násilí vůči sestram v jednotlivých regionech a klinických pracovištích. Jednotlivé formy agrese kategorizovali na základě projevů násilí do pěti kategorií – fyzické, nefyzické (verbální), sexuální obtěžování, zavražďování a kombinované formy násilí. Autoři zjistili, že přibližně třetina sester na celém světě je vystavována fyzickému násilí ze strany pacientů, jedna čtvrtina sexuálnímu obtěžování a dvě třetiny sester byly vystaveny různým formám nefyzického násilí. Jako země s nejvyšším výskytem fyzického násilí a sexuálního obtěžování byly identifikovány anglo-americké země. Nejvyšší výskyt nefyzického násilí vůči ženám byl zjištěn v zemích Středního východu. V anglo-amerických zemích byli aktéry násilí nejčastěji pacienti a v zemích Středního východu se nejčastěji jednalo o rodinné příslušníky (Spector et al., 2014).

Nelson (2014) zmiňuje nejvyšší výskyt fyzického násilí i sexuálního obtěžování vůči zdravotníkům v takzvaném „anglo“ regionu, který zahrnuje Austrálii, Anglii, Irsko, USA, Kanadu, Nový Zéland a Skotsko. Výskyt šikany vůči zdravotnickým pracovníkům je nejnižší v Evropě, ale nejvyšší v oblasti Středního východu. Míra sexuálního obtěžování je nejnižší v Evropě. Dřívější případová studie provedená WHO a několika dalšími

partnerskými agenturami uvedla, že více než polovina odpovídajícího zdravotnického personálu zažila v předešlém roce alespoň jeden fyzický nebo psychický incident násilí, konkrétně: 76 % v Bulharsku; 67 % v Austrálii; 61 % v Jižní Africe; 60 % ve zdravotních střediscích a 37 % v nemocnicích v Portugalsku; 54 % v Thajsku; a 47 % v Brazílii (Nelson, 2014).

V USA většina států přijala zákony, které činí útoky na zdravotnické pracovníky trestným činem, a jednotlivá zařízení začala brát násilí na pracovišti velmi vážně. Tyto zákony doporučují preventivní mechanismy, jako je například zvýšení počtu bezpečnostních pracovníků, uzavřené kamerové systémy s bezpečnostním personálem, takzvaná panická tlačítka sloužící k okamžitému přivolání pomoci anebo častější kontroly u vstupů do zdravotnických zařízení. Některé americké nemocnice zavedly detektory kovů, které mají zabránit vstupu pacientů se zbraní (Nelson 2014).

V Hongkongu byl vyvinut integrační program, jehož cílem bylo předcházet zraněním pacienta i personálu v důsledku násilí, dále rozvíjet harmonickou pracovní atmosféru a budovat důvěru a respekt mezi pacientem a personálem. Součástí plánu bylo také rozvinout kompetence pracovníků v oblasti zvládnutí násilí na pracovišti a jednou z intervencí bylo uspořádat „cvičení“, aby pracovníci měli příležitost procvičit si naučené dovednosti a techniky v klinickém prostředí. Tato edukační setkání připravila zdravotnické pracovníky na to, jak správně reagovat na reálnou mimořádnou událost (Nelson 2014).

Bezpečnostní opatření jsou prosazována již léta a měla by být přijata k ochraně zejména nejrizikovějších skupin zdravotnických pracovníků. Za prvé by se měla zdravotnická zařízení soustředit na nedostatek personálu, který je ve veřejných nemocnicích po celém světě velmi častý. Dále by se mělo přesunout více finančních prostředků do finančních ohodnocení lékařů a sester. Těmito opatřeními by se prodloužilo setkání každého pacienta s lékařem, zejména v přetížených veřejných nemocnicích, což by lékařům umožnilo vytvořit smysluplný vztah s pacientem. Za druhé, zdravotnické organizace a univerzity by měly výrazně zlepšit komunikační dovednosti současných a budoucích zdravotnických pracovníků, aby se snížila nerealistická očekávání nebo nepochopení pacientů a rodin. Za třetí, zdravotničtí pracovníci, kteří odsuzují jakékoli verbální nebo fyzické násilí, by měli být plně podporováni svými zdravotnickými organizacemi, tím by se snížil obrovský problém nedostatečného hlášení násilí na pracovišti. Měly by být

organizovány kurzy pro zdravotnické pracovníky, aby se naučili, jak identifikovat první známky toho, že se někdo může stát agresivním a násilným, jak zvládat nebezpečné situace a jak se chránit (Vento et al., 2020).

1.6 Preventivní opatření minimalizující agresivní chování pacientů vůči sestřám

Do prevence agresivního a hostilního chování řadíme identifikaci potencionálně agresivního pacienta. Identifikování takových pacientů nesmí být ovlivněno předsudky či zobecněním i když k tomu v praxi mnohdy dochází. Nejčastější předsudky se týkají rasy, sociálního postavení, národnosti nebo jiných specifických rysů pacienta. Pokud dojde k takovému neprofesionálnímu chování, může daná situace vyústit v hostilní nebo agresivní reakci pacienta (Burda, 2014).

Burda (2014) zdůrazňuje primární roli zdravotníka, kterou je pomáhat, nikoliv soudit. Dále rozděluje potencionálně agresivní pacienty do šesti skupin.

První skupinou jsou pacienti s mentálním postižením. Takoví pacienti vyžadují individuální přístup, co se týče komunikace a ošetrovatelských činností. Je důležité mít na paměti, že člověk s mentálním postižením má postižené pouze některé schopnosti a jiné mohou být zcela zachovány. Prostředí nemocničního zařízení je pro takového člověka velkým stresovým faktorem, zvláště pokud je zvyklý na svoji rutinu a má být akutně ošetřen. Autor udává, že dle jeho zkušeností je velkou pomocí, pokud je s pacientem přítomna také osoba, kterou zná a veškeré úkony mu mohou být vysvětleny a předvedeny. Nejčastější spouštěče agresivních projevů u mentálně postižených pacientů můžeme shrnout následovně: netrpělivost, neznalost pacienta, nekomunikace, nedostatek zkušeností a neznalost specifík komunikace (Burda, 2014).

Druhou skupinou jsou pacienti s duševní chorobou (Burda, 2014). Chování takových pacientů se velmi často nepředvídatelně mění, a proto je důležité, aby každá komunikace probíhala specificky. Důležité je pozorování raných interakcí, které u pacienta s duševním onemocněním eskalují až k agresivnímu chování (Liu et al., 2013). Do preventivních kroků u pacientů s duševním onemocněním řadíme: nepoužívání fabulací, nesouzení a pochopení, neuzívání slangu, poskytování přiměřených informací, zdvořilost, zákaz pejorativních slov (Burda, 2014).

Třetí skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách. U takových pacientů je potřeba drogy dominantní a všechno ostatní jde stranou. U pacientů trpících alkoholismem lze

pozorovat znaky abstinenčního syndromu, alkoholické psychózy a halucinace. U závislých na opioidech bývá porucha náhledu na situaci. Velký problém nastává v případě předávkování. U závislých na kanabinoidech může docházet k silným halucinacím při užití velké dávky a ty často vedou k agresivnímu chování. U pacientů se závislostí by sestra měla umět zařadit do komunikace s pacientem psychické důsledky závislosti a případně o nich daného pacienta edukovat. Sestra by si v komunikaci s uživatelem návykových látek měla udržovat bezpečnou vzdálenost, polohu s jasnou možností úniku a měla by správně oslovovat a neutrálně informovat pacienta. Měla by se rozhodně vyvarovat jakéhokoliv náznaku agrese vůči pacientovi (Burda 2014). Sklony k agresi a násilí u pacientů užívajících návykové látky popisují také Netušilová a Brečka (2015), kteří u těchto pacientů zmiňují také podmiňovací faktory, jako jsou vysoká zevní teplota a vlhkost, vysoká hlučnost a přeplněné prostory zdravotnického zařízení, jež sklony k agresivnímu chování takového pacienta často urychlí a podpoří.

Čtvrtou skupinou jsou osoby poskytující placené sexuální služby. Tyto osoby to často nedělají dobrovolně, ale jsou vedeny vnějším tlakem, výhrůžkami od okolí. Sestra musí pacientovu situaci brát v potaz a musí být schopna nabídnout pacientovi postupy, které zmírňují negativní důsledky prostituce, jako je například doporučení neziskové organizace zabývající se pomocí takovým pacientům (Burda 2014).

Pátou skupinou potencionálně agresivních pacientů jsou dlouhodobě nezaměstnaní jedinci. Nezaměstnaný pacient prožívá svou situaci jako stresovou zátěž, může trpět depresi, úzkostmi, propadá pesimismu, negativitě, depresi a právě v takové fázi může při kontaktu se sestrou dojít k agresi (Burda, 2014).

Šestou skupinu tvoří osoby bez přístřeší. Agrese u pacientů bez domova je spojena s odmítáním hodnot většinové společnosti a neschopností respektovat běžná pravidla soužití (Burda, 2014). Jedinci bez domova mají nízkou schopnost regulace emocí a snadno tedy podlehnou sociálně nežádoucímu chování. Velké procento také užívá různé druhy návykových látek, které agresivní a hostilní chování podněcují (Powell a Maguire, 2018).

Jako další do preventivních opatření minimalizujících agresivní chování pacientů vůči sestram řadíme: komunikaci, použití omezovacích prostředků včetně farmakoterapie, preventivní opatření v organizacích a hlášení nežádoucích událostí.

1.6.1 Komunikace

Komunikaci lze definovat jako přenos a výměnu informací v mluvené, psané, obrazové formě. V medicíně a ošetřovatelství není komunikace pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem, ale jedná se o různou úroveň působení ovlivňování, znesnadňování nebo usnadňování porozumění (Zacharová, 2016). Venglářová a Mahrová (2006) označují schopnost komunikace jako nástroj, který slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Rozvoj efektivní komunikace může sloužit jako vhodné preventivní opatření v rámci vzniku agresivního chování pacienta.

Nejčastěji používané dělení komunikace na verbální a neverbální. Verbální komunikací rozumíme vyjadřování pomocí slov a jazyka a jedná se o jeden z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Prostřednictvím slov sestra vysvětluje, motivuje, přesvědčuje, informuje o odborných postupech, které slouží k podpoře, udržení nebo obnově zdraví. Sestra musí dbát na rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, délku projevu, intonaci, musí hledat odpovědi na otázky, ověřovat si, zda jí pacient rozuměl a do jaké míry informace zpracoval a pochopil. Neverbální komunikací rozumíme vyjadřování bez použití slov, nejčastěji sem řadíme gestiku (nauka o pohybové činnosti člověka), mimiku (komunikace prostřednictvím svalů tváře), posturiku (držení těla a polohové konfigurace), kinetiku (analýza různých pohybů těla a jeho částí), haptiku (dotyky), proxemiku (vzdálenost člověka ke člověku) a pohled. Neverbální projevy ve zdravotnictví předávají hodně informací o pocitech a postojích pacientů. Neverbální chování je nesnadno interpretovatelné, ale dobře viditelné. Neverbální projevy mohou sestře pomoci ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, zvýšit efektivitu komunikace, překonat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní jednání (Zacharová 2016).

Agresivní pacient může projevovat útočné chování verbálně i neverbálně. Mezi verbální projevy řadíme křik, obviňování, kritizování, odmítání čokoliv, vyhrožování, nadávání. Mezi neverbální řadíme celkový tělesný neklid, mávání rukama (Bednařík a Adrášiová, 2020). Zacharová (2016) řadí do neverbálního projevu agresivity napjatý, zlostný výraz obličeje, specifické držení těla (například ruce v bok), snahu být dominantní, popocházení a zasahování do osobního prostoru druhých, dále hlasitý, přeskakující, výhrůžný nebo nadřazený tón hlasu a v neposlední řadě zatažené pěsti a ostrá, příkrá gesta.

Na to, aby zdravotnický pracovník zvládl komunikaci s pacientem, potřebuje používat dovednosti ke zvládnutí čtyř fází komunikace. První fáze je porozumění sám sobě a svým komunikačním projevům. Zdravotnický pracovník má velký vliv na pacienta tím, co a jak říká, je důležité, aby tomu zdravotník rozuměl a přizpůsobil své chování. Měl by chápat své chování a usměrňovat ho tak, aby získal důvěru a spolupráci pacienta. Druhá fáze je umění řízení interakce s pacientem. Jedná se o vedení rozhovoru tak, aby obsahoval agendu zdravotníka, ale také prostor pro pacientovy potřeby. Třetí fáze je umění zachycení komunikačních projevů pacienta a porozumění jim. Pacient má potřeby spojené přímo s daným onemocněním, ale také potřeby další, které jsou pro něj důležité, jedná se například o potřebu respektu. Čtvrtá fáze je umění vhodné reakce na pacientovy projevy. Projevení porozumění má pozitivní vliv na fyzické symptomy a psychické zvládnutí nemoci a léčby (Bednařík a Adrášiová, 2020).

Burda (2014) udává jako hlavní nástroj v práci zdravotníka s agresivními a hostilními pacienty krizovou komunikaci. V každé organizaci se krizovou komunikací zabývá oddělení pro styk s veřejností a krizový management. Cílem krizové komunikace je předcházení agrese, snížení úzkosti a napětí. Tento typ komunikace probíhá nejen s pacientem, ale také s jeho rodinnými příslušníky.

Podstata krizové komunikace je založena na budování důvěry a vnímání rizika. Role samotného zdravotníka v této komunikaci je daná a měla by vycházet ze schopností a vzdělání. Zdravotník musí chápat, jaký je obsah, forma a jaká jsou úskalí krizové komunikace. Zdravotnické zařízení by proto mělo mít připravené plány krizové komunikace, jako jsou například školení, semináře nebo metodické pokyny, a mělo by podporovat implementaci těchto plánů v případě vzniku krizové situace. Dále by mělo dojít ke zhodnocení, zda byla krizová komunikace účinná (Burda 2014).

Mezi pravidla účinné krizové komunikace řadíme formulování informace, krátké a zřetelné sdělení, práci s paralingvistickými projevy (tón hlasu, intonace řeči, hlasitost), pozitivní formulaci (omezit zápory). Zdravotnický pracovník by neměl omlouvat nebo tolerovat agresivní projevy, měl by však pochopit situaci a na základě toho pracovat s komunikací jako preventivním nástrojem. Agresor je často sám manipulátor, egoista a slaboch, jeho komunikace je zaměřena jen na sebe samotného. Verbální agrese startuje pomocí obviňování, napadání a kritizování, agresor často používá slova „já“ a „ty“. Použitím krizové komunikace nastavíme jasné hranice a nenecháme eskalovat agresivitu.

Důležité je, aby zdravotnický pracovník dobře poslouchal, hovořil o problému, snažil se vyřadit emoční zpracování informace, používal logiku, argumentoval. Naprosto neefektivní je vyhrožování, moralizování, nejednoznačné požadavky, politické debaty a vnucování svých názorů. Při osvojení těchto komunikačních dovedností je zdravotník schopen pracovat se všemi prvky verbální i neverbální komunikace a jeho komunikační schopnosti se stanou nástrojem, díky kterému lze zabránit agresivním a hostilným projevům (Burda 2014). Sestra využívá dovednost komunikovat s problémovým pacientem jako součást profesionálního vybavení (Venglářová a Mahrová 2006).

Bednařík a Adrášiová (2020) dělí nejčastější vhodné a nevhodné reakce na agresivního pacienta. Mezi reakce vhodné (reakce uklidňující konflikt) řadí: snahu porozumět s čím je hněv propojen (co si pacient chrání jako ohrožené), empatickou reakci, umožnění vyjádření hněvu pacientem, společné nalezení řešení a zjištění názoru pacienta na dané téma které podnítilo agresi. Jako reakce nevhodné (reakce stupňující konflikt) uvádí: napomíná pacienta, vyčítání, odmítání jeho pocitů, protiřečení, vyvracení důvodů hněvu, přesvědčování o tom, co je správné a rozumné.

Tři kroky ke správnému zpracování agresivity pacienta. První je projev porozumění pacientovi. Druhý je spojení jeho emocí s ohroženou potřebou. Třetí je zklidnění emocí a následné probrání tématu, které emoce vyvolalo a dialog o možných řešeních (Bednařík a Adrášiová, 2020).

Venglářová a Mahrová (2006) také popisují komunikační postup pro zvládnutí agresivního chování. Prvním krokem je zachování klidu při jednání a agresorem, vlídné chování sestry, respektování norem společenského chování, neodpovídání na agresi protiútokem, vyslechnutí stížnosti, hledání reálného důvodu pacientova hněvu. Dalším krokem je projevení zájmu o situaci nemocného, pokládání doplňujících otázek, které slouží k zjištění celé situace, čímž sestra zjistí lepší orientaci a projeví osobní postoj a zájem. Další krok je vyjádření empatie a porozumění verbálními i neverbálními prostředky. Pokud je to možné, měla by se setra snažit pacientovi vyhovět. Pokud je to možné, měla by se setra snažit pacientovi vyhovět. Pokud to možné není, je nutné vyjádřit své stanovisko a pochopení s nepříjemnými následky. Posledním krokem je srozumitelné reflektování, sumarizování a sdělení závěru situace a přesvědčení se, že pacient porozuměl možnému řešení.

Zmírnění agresivního chování pacienta je označováno jako deeskalace agresivního pacienta pomocí komunikace. Pekara (2016) deeskalaci nazývá také jako verbální sebeobranu.

První deeskalační přístup je neverbální komunikace. Sem řadíme respektování osobního prostoru pacienta, což má mimo jiné za úkol zvýšit bezpečí zdravotníka (Pekara, 2016). V případě násilného pacienta je doporučeno stát na vzdálenost dvou natažených paží. Při každém přiblížení zdravotníka k agresorovi se zvyšuje napětí agresora a jeho negativní emoce. Než se zdravotník pacienta dotkne, měl by se ho zeptat, zda je dotek možný a pacient s ním souhlasí (Richmond et al. 2012). Dále sem řadíme neprovokativní vystupování zdravotníka. Horní končetiny by měly být viditelné, pěsti nezaťaté, ruce nezvedat nad úroveň hlavy a naprosto se vyvarovat nevhodným náznakům jako je například vystrčený prostředníček (Nöllke, 2011). Dále sem řadíme mimiku zdravotníka, který by se měl vyvarovat vytřeštění očí, nadzvedávání obočí, svěšování koutků úst. Navázání očního kontaktu je doporučeno maximálně po dobu šesti vteřin a poté by se měl pohled zaměřit na jiné místo (Pekara, 2016). Dalším důležitým prvkem neverbální komunikace je postoj zdravotníka, jenž by měl vyjadřovat sebejistotu, ale zároveň působit uvolněně. Mělo by se jednat o vzpřímený postoj, který zdravotník bude držet, a je vhodné se vyvarovat se časté změny postoje (Nöllke 2011).

Druhý deeskalační přístup je verbální komunikace. Verbální složka musí být v rovnováze s neverbální složkou. Důležitý je uvolněný, klidný, pevný hlas (Pekara 2016). Na pacienta by vždy měla mluvit pouze jedna osoba, protože více hlasů zvyšuje napětí situace. Zdravotník by se měl pacientovi vždy představit a zeptat se ho, jak by chtěl být osloven (Nöllke 2011). Zdravotnickovy věty by měly být jednoduché a měl by používat stručná, jasná, srozumitelná slova. Vždy je nutné vyčkat na odpověď a poskytnout pacientovi dostatek času na odpověď. Samozřejmě je také okomentování a vysvětlení každé činnosti, kterou zdravotnický pracovník bude u pacienta provádět. Tento komentář předchází zbytečnému nedorozumění a agresivního pacienta může uklidnit (Pekara 2016). Pokud pacient používá agresivní chování jako nástroj k dosažení určitého cíle, může být v takové situaci vhodné nabídnutí jiné alternativy jako laskavosti (například jiný termín objednání). Zdravotník se ale musí vyvarovat slibů, které nejsou splnitelné (Richmond et al. 2012).

V některých případech není možné pacienta dále komunikačně deescalovat a je nutné přistoupit k farmakologickému zklidnění. Fyzikální a farmakologické zásahy ale řadíme mezi poslední volbu a možnost řešení agresivního chování a mimořádné události s ním spojené. Deescalace a komunikační techniky jsou podporovány moderním kritickým myšlením, ve kterém je vždy prioritou snaha o vyzvání pacienta k maximální spolupráci na partnerské úrovni. A to i přes to, že se pacient chová hostilně nebo agresivně (Pekara, 2016).

1.6.2 Omezovací prostředky

Použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotních služeb se řídí se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., tedy zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), konkrétně § 39. Paragraf jasně stanovuje, že k omezení volného pohybu pacienta lze použít úchop pacienta zdravotnickými pracovníky, omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, nasazení ochranné vesty zamezující pohyb horních končetin pacienta, použití psychofarmak nebo jiných léčebných přípravků, které jsou podány pacientovi s cílem zvládnutí jeho chování, nebo jakoukoliv kombinaci všech zmíněných prostředků (Zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění).

Omezovací prostředky je možno použít pouze pokud je jejich účelem ochrana před bezprostředním ohrožením života, zdraví a osob. Tyto prostředky lze používat pouze po dobu kdy přetrvává stav bezprostředního ohrožení. Dále je nutné začít vždy mírnějším postupem, než je použití omezovacích prostředků (Zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění).

Poskytovatel zdravotních služeb má povinnost zajistit, aby pacient byl vždy srozumitelně informován o použití omezovacího prostředku, a to s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. Dále je povinen o této skutečnosti informovat zákonného zástupce nebo opatrovníka daného pacienta, toto sdělení zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi musí být zaznamenáno do pacientovy zdravotnické dokumentace a musí být podepsáno zdravotnickým pracovníkem a zákonným zástupcem nebo opatrovníkem. Pacient musí být po dobu restrikce pod dohledem zdravotnických pracovníků a musí být zabráněno poškození zdraví pacienta. Použití omezovacího prostředku musí být vždy indikováno lékařem, pouze v neodkladných a výjimečných případech může použití prostředku indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, ale lékař musí být o této

restrikci neprodleně informován a musí potvrdit odůvodnění použití omezovacího prostředku. Veškeré použití omezovacího prostředku musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace pacienta včetně uvedení důvodu jeho použití (Zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění).

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést centrální evidenci o každém použití omezovacího prostředku. Tato evidence musí zahrnovat použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, pro každý omezovací prostředek zvlášť, konkrétní identifikační údaje pacientů se v evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se musí zaznamenat do centrální evidence nejpozději do šedesáti dnů ode dne jeho použití (Zákon č. 372/2011 Sb., v platném znění).

Náležitosti zápisu použití omezovacího prostředku v dokumentaci pacienta popisuje Petr a Marková (2014). Záznam musí obsahovat indikaci omezení (specifikace druhu, důvodu a účelu omezení, stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu), čas zahájení a ukončení používání omezovacího prostředku, záznam o průběžném stavu pacienta v době restrikce, v případě výskytu komplikací jejich popis, jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval (v případě, že s nejedná o lékaře musí záznam také obsahovat jméno a příjmení lékaře, jenž byl o použití omezovacího prostředku informován), pokud použití prostředku neindikoval lékař musí být v dokumentaci záznam o vyhodnocení odůvodněnosti omezení (včetně času kdy restrikci potvrdil), informace o tom, že zákonný zástupce byl informován o použití omezovacích prostředků.

Petr a Marková (2014) dále specifikují ošetrovatelskou péči u pacienta s omezovacím prostředkem. Sestra musí omezení provést plánovaně, rozhodně a profesionálně. Lůžko s popruhy musí být předem připraveno a návštěvy a ostatní pacienti by měli být požádáni o odchod z pokoje. Měl by být určen pouze jeden zdravotnický pracovník, který komunikuje s pacientem. Je důležité věnovat pozornost samotnému omezení, protože při prvním omezení pacienta není možné kvůli velkému odporu optimálně upravit a vypodložit všechny popruhy. Aktivní odpor pacienta často zůstává hlavně v době prvotního omezení a později je možné popruhy vypodložit a zajistit co největší pohodlí pacienta v rámci možností. Sestra musí zajistit také poskytnutí informací, blízkost ošetrovatelského personálu a citlivost k projevům pacienta. Jelikož použití omezovacího prostředku představuje pro pacienta stresovou zátěž, je vhodné také měřit vitální funkce

(zejména krevní tlak a puls). Po celou dobu restrikce musí sestra věnovat pacientovi zvýšenou péči, musí být průběžně sledován. Sledování by mělo zahrnovat stav vědomí, stav prokrvení fixovaných končetin, sledování dýchacích cest a celkové projevy nemocného.

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s omezovacím prostředkem musí zahrnovat následující intervence. Jedná se o péči o hydrataci pacienta (minimální příjem tekutin je 2000 ml/denně), péči o vyprazdňování (sledování vylučování moči a stolice), péči o hygienu (dutina ústní, celková koupel, výměna osobního a ložního prádla, úprava lůžka), prevence dekubitů (vypodložení predilekčních míst, používání antidekubitních pomůcek, péče o kůži), prevenci negativních důsledků z omezení končetin (pravidelné kontroly prokrvení končetin nejdéle v hodinových intervalech, správné přiložení a vypodložení popruhů), minimalizace psychické zátěže pacienta (zajištění pocitu bezpečí, přítomnost personálu u pacienta) (Petr a Marková, 2014).

Návštěvy pacientů s omezovacím prostředkem jsou povolené, pokud lékař neurčí jinak. Každý návštěvník musí být dopředu seznámen s důvody omezení pacienta a je vhodné, aby návštěva byla krátká a probíhala pod dohledem sestry (Petr a Marková, 2014).

Bártlová et al. (2015) považují používání omezovacích prostředků za problematiku týkající se všech úseků zdravotní péče. Indikace k užívání omezovacích prostředků se liší podle toho, ve kterých zdravotnických zařízeních nebo na kterých odděleních se aplikují. Téma restriktivních opatření považují za diskutované téma mezi laiky i odbornou společností. Použití omezovacích prostředků chápou jako omezení osobní svobody člověka a jejich užívání spojují s řadou etických i právních souvislostí. Samotné použití restriktivního prostředku je velká psychická zátěž jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál, který dané omezení provádí. Je nutné věnovat velkou pozornost důkladnému sledování pacienta a pravidelnému vyhodnocování používání omezovacích prostředků.

Luk et al. (2015) také zmiňují vnímání fyzických restrikcí ve zdravotnickém zařízení jako ohrožení práv pacientů, což dle nich generuje etický stres pro zdravotnické pracovníky.

Při každém použití omezovacího prostředku musí personál vždy postupovat v souladu s platnou legislativou a standardy daného zdravotnického zařízení. Sestra musí mít vždy na paměti, že při použití restrikce může dojít k poranění personálu i pacienta. Cílem je odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob při použití

takového prostředku, který povede k naplnění smyslu jeho užití s co nejmenšími riziky pro pacienta, v souladu se zachováním soukromí, důstojnosti a úcty po celou dobu restrikce (Bártlová et al., 2015).

Nadužívání omezovacích prostředků může být známkou nedostatečného proškolení a nevědomosti personálu v daném zdravotnickém zařízení (Bártlová et al., 2015).

Navzdory nejistotě ohledně zachování bezpečnosti pacienta a etickým obavám při použití omezovacích prostředků je používání restriktivních omezovacích prostředků u agresivních či nepřátelských pacientů běžné v mnoha zemích. Fyzické omezovací prostředky jsou považovány za přijatelné a jejich použití je dobře zdokumentováno v Severní Americe, mnoha evropských zemích, na Středním východě, v Asii a Africe. Naopak za nepřijatelné se použití omezovacích prostředků považuje ve Spojeném království a Skandinávii. Zde se restrikce tohoto druhu nepoužívá a jako přijatelnější alternativa se považuje použití farmakologické intervence (Luk et al., 2015).

Používání omezovacích prostředků je ovlivněno celou řadou faktorů. Mezi nejvýznamnější řadí Běhounek (2022) personální vybavení (odpovídající počet personálu, zkušenosti, znalosti a dovednosti personálu na oddělení, přítomnost mužských zaměstnanců), dále technické vybavení (rozložení oddělení, velikost pokojů, orientace a přehlednost oddělení, implementace bezpečnostních prvků na oddělení jako například tísňová tlačítka, bezpečnostní zapalovače, nerozbitná zrcadla), režimová opatření (soubor pravidel upravující život na oddělení a vyjasňující vzájemná očekávání personálu a pacientů, aktivizační a terapeutický program). Vedení zdravotnického zařízení dle Běhounka (2022) vytváří takové podmínky pro oddělení, které podporují potřebný pocit bezpečí pro zaměstnance a také poskytování bezpečné zdravotní péče. Zohledňuje přitom výše uvedené faktory a zrcadlí požadavky stanovené vedením oddělení.

1.6.3 Farmakologická intervence

Základní léčbou v případě akutní agitovanosti, agrese a násilí i nadále zůstává v nemocničním zařízení farmakoterapie (Vevera et al., 2011).

Je důležité si uvědomit, že farmakologická intervence by měla být použita pouze jako poslední možnost a měla by být zvažována pouze tehdy, pokud jsou nefarmakologické intervence neúčinné nebo nepraktické. Farmakologické léčby by měly být používány

s opatrností a podle konkrétních potřeb pacienta (National Collaborating Centre for Mental Health, 2015).

Výběr farmakologické intervence by měl být vždy individuální a přizpůsobený konkrétnímu pacientovi a jeho potřebám. Farmakologické intervence není vhodné používat jako primární způsob řešení agresivity u pacientů, ale spíše jako doplněk k dalším terapeutickým postupům a jako prostředek k rychlému snížení akutního rizika pro pacienta a jeho okolí (Stahl 2013).

Existuje několik tříd farmakologických léčiv, která se používají k léčbě agresivity pacientů v nemocničním zařízení. Mezi nejčastěji používané patří antipsychotika, benzodiazepiny a beta-blokátory (Krakowski et al., 2017)

Antipsychotika jsou léky, kterými léčíme psychózy, tedy závažné duševní stavy, kdy pacient ztrácí kontakt s realitou a často jsou u něj přítomny bludy a halucinace (Petr a Marková 2014). Psychotické příznaky často mohou vést k agresivnímu chování. Antipsychotika, jako je haloperidol nebo olanzapin, mohou být účinná při snižování agresivity u pacientů s psychotickými příznaky. Nicméně mohou mít vedlejší účinky, například příznaky Parkinsonovy choroby nebo sedaci, což může ovlivnit schopnost pacienta komunikovat a spolupracovat s personálem zdravotnického zařízení (Garriga et al. 2016). Použití antipsychotik u pacientů s agresivitou by mělo být prováděno s opatrností. Antipsychotika se obvykle používají v kombinaci s benzodiazepiny nebo jinými sedativy (Huf et al 2016).

Benzodiazepiny jsou další třídou léčiv, která se používají k léčbě úzkosti a agresivity u pacientů v nemocničním zařízení. Benzodiazepiny, jako je diazepam nebo lorazepam mohou pomoci snížit úzkost a napětí, což může vést k redukci agresivních reakcí ze stran pacienta. Nicméně benzodiazepiny mohou také způsobit sedaci a snížit kognitivní schopnosti pacienta (Garriga et al., 2016).

Další třídou léčiv užívanou k léčbě agresivity u pacientů v nemocničním zařízení jsou beta-blokátory. Beta-blokátory, jako je propranolol, mohou snižovat srdeční frekvenci, krevní tlak a také snížit agresivitu. Tyto léky jsou často používány u pacientů s poruchami způsobenými fyzickými příčinami, například traumatickým poraněním mozku. Tyto léky působí na snížení srdečního tepu a krevního tlaku a mohou tedy pomoci snížit úroveň úzkosti a stresu, což může vést k redukci agresivity (Krakowski et al. 2017).

Farmakologické intervence lze podat perorálně, intravenózně nebo intramuskulárně. Perorální aplikace je možná pouze při spolupráci pacienta a není vhodná, pokud je potřeba nejrychlejšího nástupu účinků dané medikace. Intravenózní aplikace umožňuje maximální rychlost nástupu účinku, téměř ihned je viditelný efekt a nedochází ke kumulaci celkové dávky, k čemuž může dojít u intramuskulární aplikace. Intramuskulární aplikaci medikace nejčastěji použijeme u nespolupracujícího pacienta, protože se pomalu a nespolehlivě vstřebává. Intramuskulární aplikace je spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků (Vevera et al., 2011).

Dle doporučení dle National Collaborating Centre for Mental Health (2015) by měl být první volbou v léčbě akutní agresivity benzodiazepin, který lze aplikovat intravenózně, intramuskulárně nebo per os. Toto doporučení zahrnuje použití benzodiazepinů jako první linie farmakologické léčby akutní agresivity u pacientů v nemocničním zařízení. Intravenózní aplikace benzodiazepinů se obvykle používá v případech, kdy je rychlost účinku kritická, například u násilných pacientů. Intramuskulární podání může být alternativou k intravenóznímu podání, pokud není k dispozici vhodný cévní přístup. Perorální podání benzodiazepinů může být vhodné u pacientů, kteří nejsou násilní, ale vykazují známky úzkosti a agitace (National Collaborating Centre for Mental Health, 2015).

Vevera et al. (2011) popisují specifické farmakologické postupy. Na prvním místě jsou u akutní nepsychotické agrese benzodiazepiny v perorální formě, které mají sedativní a anxiolytické účinky. Řadíme sem například klonazepam, alprazolam a diazepam. Pokud pacient odmítá perorální léčbu, může být nutná parenterální aplikace. Intravenózní aplikace diazepamu je rychlejší, ale provádí se velmi pomalu kvůli riziku dechového útlumu. Intramuskulární aplikace diazepamu je také vhodný způsob aplikace, ale pouze pokud můžeme čekat na nástup účinku 30-40 minut. Z léků dostupných v České republice má nejrychlejší nástup účinku lék midazolam, který dle Vevery et al. (2015) redukuje agresi a agitovanost rychleji než haloperidol. Je však třeba mít na paměti, že u některých benzodiazepinů (například u midazolamu) může být nevýhodou kratší doba poločasu, což může vyžadovat opakované dávkování. Je nutné tedy dbát zvýšené pozornosti, aby nedošlo k útlumu dýchacího centra, a proto je kontraindikováno podávat tyto léky při dýchacích potížích. Při převaze násilného chování se často používá haloperidol nebo antipsychotika druhé generace. Pokud ani antipsychotika nejsou účinná, postupujeme stejně jako při léčbě akutního psychotického násilí.

Za druhé, pokud je nepsychotická agitovanost trvalá a neustupuje po prvním kroku, přistupuje se k selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Mezi SSRI řadíme například setralin. Pokud touto terapií dosáhneme pouze částečného účinku, přidáváme nízkou dávku antipsychotik, například quetiapin (Vevera et al., 2011).

Za třetí Vevera et al. (2011) uvádějí přístup k akutní psychotické agitaci a agresivnímu chování. Zde zmiňují hlavně určení etiologie tohoto chování. Násilné chování mohlo vzniknout jako nežádoucí účinek antipsychotické léčby. Zde je nejčastější léčba benzodiazepiny, většinou diazepamem nebo midazolamem. Při stálé převaze násilného chování jsou nejčastější terapií antipsychotika v kombinaci s benzodiazepiny. U pacienta s persistentní psychotickou agitací je nutné také vždy kontrolovat spolupráci a užívání léků.

Farmakologické intervence by měly být vždy doplněny o jiné formy léčby, jako je například psychoterapie nebo terapeutická komunikace, které mohou pomoci identifikovat a řešit příčiny agresivity u pacienta. Personál nemocničního zařízení by také měl být dobře školený v tom, jak se vypořádat s agresivními pacienty a jak minimalizovat riziko dalšího agresivního chování (Stahl, 2013).

Farmakologické intervence lze podat intravenózně nebo intramuskulárně. Intravenózní aplikace umožňuje maximální rychlost nástupu účinku, téměř ihned je viditelný efekt a nedochází ke kumulaci celkové dávky, k čemuž může dojít u intramuskulární aplikace. Intramuskulární aplikaci medikace nejčastěji použijeme u nespolupracujícího pacienta, protože se pomalu a nespolehlivě vstřebává. Intramuskulární aplikace je spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků (Vevera et al. 2011).

1.7 Hlášení nežádoucích událostí

Nežádoucí událost je definována jako jakýkoli nepředvídatelný a nežádoucí výsledek nebo událost, která souvisí s poskytováním zdravotní péče, může poškodit pacienta a jejímž vzniku bylo možné se vyhnout (Pokorná et al., 2019).

Za nežádoucí události jsou také považovány situace, kdy je poškození pacienta pouze psychické nebo socioekonomické. Také případy, kdy je poškozeným samotný poskytovatel zdravotnických služeb nebo jeho pracovník. Dále je za nežádoucí události považované neočekávané zhoršení stavu pacienta, které má za následek trvalé poškození nebo úmrtí. Dále shledáváme nežádoucími událostmi také ty situace nebo okolnosti, které

mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není jasné, zda by se jim dalo vyhnout (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2012).

Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení jsou neplánované události, které se vyskytují v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí a mohou mít nepříznivé dopady na pacienty, personál a samotné zdravotnické zařízení. Nežádoucí události se mohou vyskytovat na různých úrovních zdravotnických zařízení, například v nemocnicích, ambulantních zařízeních, domácí péči (Safety, WHO patient and WHO, 2010).

Za nežádoucí události naopak nepovažujeme léčbu pacienta proti jeho vůli v případech, kdy je dodržen legislativou daný postup, jako je například detence psychiatricky nemocných nebo případy přenosných chorob s povinnou léčbou. Každý poskytovatel zdravotních služeb si může danou definici nežádoucích událostí doplnit o další události nebo okolnosti, které jsou v takovém zařízení sledovány jako nežádoucí události, ale nesplňují daná kritéria (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012).

Většina zdravotnických zařízení má zájem o správné definování nežádoucích událostí a zajištění jejich prevence a správného hlášení pomocí protokolů. Hlášení nežádoucích událostí je nedílnou součástí k získání a udržení akreditace daného zdravotnického zařízení. Musí být zaveden systém hlášení, který budou ovládat všichni pracovníci, a kdokoliv z nich bude moci informovat o výskytu rizika poškození pacienta. Dále musí být zajištěno, aby vytvořený systém také zaručil ochranu před postihem pracovníka, jenž nežádoucí událost hlásí. Pro tyto případy je možné zavést například anonymní hlášení pro jeho doručení na pracoviště zabývající se šetřením příčin nežádoucích událostí. Je potřebné mít v písemné formě přesně definovaný proces, jakým jsou hlášení nežádoucích událostí zpracovávána, vyhodnocována a šetřena, je nutné stanovit odpovědnost a pravomoci osob, které tuto funkci vykonávají (Plevová 2012).

Každé zdravotnické zařízení by mělo být schopné názorně předvést, jakým způsobem pozitivně motivuje pracovníky, aby byla zajištěna co nejvyšší míra hlášených událostí. Také by nemocnice měla na příkladech vysvětlit jakým způsobem dále používá získaná data a zpětnou vazbu k zajištění co nejvyšší míry bezpečí poskytovaných služeb (Plevová, 2012).

Manažer rizik sleduje nahlášení nežádoucích událostí, je pro něj důležitá včasnost nahlášení a monitorování napomáhá opakujícím se problémům, vše následně přispívá ke

kvalitě poskytované péče. Pokud dojde k rychlému vyplnění a předání formuláře Hlášení nežádoucí události, má manažer rizik a jeho tým více času na vyhodnocení situace v případě právního sporu (Plevová 2012).

Hlášení nežádoucích událostí se řídí určitými principy. Poskytovatel zdravotních služeb deklaruje nesankční přístup k hlášení nežádoucích událostí, což znamená, že zajišťuje ochranu osob nahlašujících nežádoucí události před postihem za provedení hlášení. Dalším principem je, že poskytovatel zdravotní péče podporuje každého pracovníka v tom, aby hlásil každou zjištěnou nežádoucí událost. Dalším principem je edukace pracovníků o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí. Dále umožnění anonymního hlášení nežádoucích událostí, zajištění snadného provedení a zaměření obsahu hlášení na textový popis nežádoucí události. A posledním principem je, aby se hlášení směřovalo přímo k osobám, které se zabývají zpracováním hlášení nežádoucích událostí. Není přitom vyžadován podpis vedoucího pracovníka a tento požadavek nesmí ovlivnit oddělený proces okamžité reakce na případnou změnu zdravotního stavu pacienta, který vyžaduje podpis nadřízeného pracovníka či ošetřujícího lékaře (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2012).

K evidenci vzniklých nežádoucích událostí v České republice slouží Centrální systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Jedná se o systém hodnocení, který slouží k vyhodnocování anonymizovaných seskupených dat a porovnávání zařízení mezi sebou. Systém využívá objektivizující škály pro zhodnocení stavu pacienta, umožňuje management rizik, je východiskem pro tvorbu nových doporučení pro prevenci nežádoucích událostí na základě jednotlivých doporučení a měl by také sloužit jako nástroj pro edukaci poskytovatelů zdravotních služeb. Cíle a metodická doporučení SHNU jsou připravována s pomocí jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Mezi nejdůležitější funkce systému podávání zpráv je podpora jednotné metodologie při sledování nežádoucích událostí, která poté umožňuje poskytování výsledků analýzy srovnatelných dat a jejich zkoumání. Cílem toho je pomoc zdravotnickým pracovníkům poskytovat péči co nejbezpečněji. V přehledech SHNU není nikdy možná identifikace konkrétního poskytovatele zdravotnických služeb ani konkrétního zdravotnického zařízení. Pro využití Centrálního systému hlášení nežádoucích událostí je potřeba mít zavedený lokální elektronický systém evidence nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2023a).

Nežádoucí události ovlivňují bezpečnost pacientů a kvalitu poskytované péče v nemocnicích. Epidemiologie škod zapříčiněných v souvislosti s poskytovanou zdravotnickou péčí je urgentním problémem v celosvětovém měřítku. Nejčastější chyby jsou způsobeny především běžnými lékařskými službami, u nichž úsilí o snižování nákladů ohrožuje bezpečnost pacientů. Většina pochybení tedy není z důvodu špatně fungujících lékařů nebo sester, ale častěji vznikají problémy s poskytováním péče, které jsou důsledkem podmínek na úrovni pacienta nebo personálu či zdravotnického týmu. Problémy mohou být dokonce zakořeněny v celém pracovním prostředí (Pokorná et al., 2023a).

Jedním ze způsobů, jak mohou poskytovatelé zdravotních služeb zlepšit bezpečnost pacientů je pomocí účelně navrženého dobrovolného interního systému hlášení nežádoucích událostí. Tento systém poté napomáhá budoucím chybám a identifikuje příčiny. Velkým problémem ale stále je, že dochází k hlášení nižšího počtu incidentů, než se ve skutečnosti odehrává. Tato situace se nazývá podhlášení. To že zdravotnický personál podhlašuje nastalé situace může být zapříčiněno neznalostí, neodhalením, pozdní identifikací nežádoucí události, strachem z reakce vedení, pacienta, lékaře na hlášení nežádoucích událostí anebo interní situací na daném pracovišti (Pokorná et al., 2023a).

Druhy nežádoucích událostí jsou mechanismy, které jsou nejbližší výslednému ohrožení pacienta nebo jiných osob. Hlavní kategorie druhů nežádoucích událostí zahrnují: problém s klinickou administrativou (například objednávání, informovaný souhlas, identifikace pacienta, příjem, propuštění), problém s klinickým výkonem (vyšetření, ošetření, screening, kontrola), problém se zdravotnickou dokumentací, nosokomiální infekce, problém s medikací či intravenózními roztoky, problém při podání transfuzních přípravků či krevních derivátů, při podání diety či výživy, při podání medicínálních plynů, při použití medicínských přístrojů či vybavení (například infuzní pumpy, resuscitační vozík, šití), problém s chováním pacienta (nebo pracovníka, návštěvy), nehody a neočekávaná zranění, pády, technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie, závady výpočetní techniky), problém s dostupností zdrojů (nedostatek personálu či vybavení) či organizací práce, dekubity. Neočekávané zhoršení klinického stavu nebo úmrtí pacienta není dle definice Národního systému hlášení nežádoucích událostí (Ministerstvo zdravotnictví 2012).

Mezi nejčastěji hlášené typy nežádoucích událostí patří: dekubity, pády, chování osob, nehody, a neočekávaná zranění a klinický výkon (Pokorná et al., 2023a).

Agresivní a nepřátelské chování pacientů řadíme do kategorie chování osob. Chování osob lze definovat jako soubor vnějších okem pozorovatelných projevů člověka. Jedná se o sociální interakci, což je proces, který spočívá v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu. Tato sociální interakce může mít verbální i neverbální podobu a jedná se o interakci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem nebo dalšími osobami přítomnými v procesu poskytování zdravotní péče a služeb (Pokorná et al., 2023b).

Při hlášení nežádoucí události chování osob je důležité zadat do systému dostupné stručné a strukturované informace o zaznamenaných nežádoucích událostech v procesu nebo problému při nespolupráci, nepřátelském chování, obtěžování, jakémkoliv napadení, krádeži apod., a to jak ze strany pacientů, tak i zdravotnického personálu nebo blízkých osob pacienta (Pokorná et al., 2023b).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Tato kapitola popisuje zvolený cíl, hypotézy a výzkumné otázky, které jsme si v této diplomové práci určili.

2.1 Cíle práce

1. Vyhodnotit počet nežádoucích událostí ve skupině „Chování osob“ hlášených do „Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)“ ve sledovaném období 2018-2021.
2. Vyhodnotit výskyt agresivního chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi.
3. Popsat spektrum preventivních ošetrovatelských postupů minimalizující riziko agresivního chování pacientů vůči sestřám.

2.2 Hypotézy (vztahující se k prvnímu a druhému cíli)

1. Nejčastějšími nežádoucími událostmi hlášenými do národního portálu SHNU jsou incidenty spojené s negativním chováním osob.
2. Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřám se významně mění v závislosti na oboru péče.
3. Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřám se významně mění v závislosti na délce klinické praxe.

2.3 Výzkumné otázky (vztahující se ke třetímu cíli)

1. Jakými preventivními ošetrovatelskými postupy sestry minimalizují riziko agresivního chování pacientů?
2. Jakým způsobem management nemocnice připravuje sestry na riziko agrese ze strany pacientů?

2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů

V této kapitole definujeme pojmy, které byly použity v cílech, hypotézách, výzkumných otázkách a vyskytují se v celé diplomové práci.

Nepřátelské chování neboli hostilitu definujeme ho jako zášť, averzi ke světu a objektům na něm. Do nepřátelského chování lze zařadit podrážděnost, nespolupráci, podezírání a žárlivost.

Agresivní chování má cíl poškodit a zranit ostatní, může se jednat o poškození osoby nebo ostatních objektů. Agrese se projevuje fyzicky nebo verbálně.

Pacient je člověk zraněný a nemocný, který potřebuje ošetření anebo je již ošetřován například ve zdravotnickém zařízení.

Sestra je nelékařský zdravotnický pracovník. Poskytuje ošetrovatelskou péči všem pacientům bez rozdílu, působí ve zdravotnických zařízeních.

Klinická praxe je skutečné klinické prostředí, kde se poskytuje péče pacientům a ve kterém zdravotníci aplikují teoretické znalosti a dovednosti.

3 METODIKA

3.1 Metodika sběru dat

Diplomová práce na téma „*Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi*“ se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část byla zpracována pomocí rešerše z Národní lékařské knihovny, Akademické knihovny Jihočeské univerzity a moderní on-line knihovny Bookport.

V diplomové práci bylo dále použito kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření.

3.2 Metodika sběru dat kvantitativního výzkumného šetření

První výzkumnou metodou je sekundární analýza statistických dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (ÚZIS ČR, 2022).

Druhou výzkumnou metodou v kvantitativním výzkumném šetření bylo dotazníkové šetření, které se skládalo ze dvou částí: identifikační údaje, standardizovaný dotazník. V první části dotazníku „Identifikační údaje“ bylo zjišťováno pohlaví, věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, na jakém oddělení respondent/ka pracuje a zda absolvoval/a v současném zaměstnání školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřám. Druhou částí byl standardizovaný dotazník doktorky Lepiéšové, s názvem „Výskyt agrese pacientů vůči sestřám“, viz příloha 1. Použití dotazníku bylo se souhlasem autorky Lepiéšové na základě emailové korespondence. Standardizovaný dotazník (Lepiéšová et al., 2015) se skládá ze čtyř základních částí, které se zaměřují na:

1. Formy agrese pacientů

Formy agresivního chování zde byly rozčleněny do několika druhů verbálního 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 vůči sestřám

Zhodnocení sester různých faktorů, o kterých si myslí, že ovlivňují agresi pacientů vůči sestřám, bylo hodnoceno v měřítku od nejmenšího po největší vliv v rozmezí 1-5. Kdy 1 znamená nejmenší vliv na riziko vzniku agrese a 5 znamená největší vliv na riziko vzniku agrese.

3. Postoj sester k agresii pacientů

Na základě osobních zkušeností sester byl hodnocen postoj sester směrem k agresorům. Hodnotily zkušenost na škále od 1 až 5. Číslo 1 znamenalo úplně, rozhodně nesouhlasím a číslo 5 znamená úplně, rozhodně souhlasím.

4. Negativní následky sester po styku s agresorem

Na základě osobních zkušeností sester byl hodnocen negativní vliv agresivního chování pacienta v osobním i pracovním životě sestry. Sestry odpovídaly pomocí šestistupňové škály, přičemž škály odpovídající stupnici: 1 = nikdy; 2 = zřídka; 3 = občas; 4 = často; 5 = velmi často; 6 = neustále.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru kvantitativního výzkumného šetření

Data pro sekundární analýzu statistických dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí byla čerpána z webových stránek www.shnu.uzis.cz, kde je veřejnosti volně přístupný „Přehled nežádoucích událostí všech kategorií“ (ÚZIS ČR, 2022).

Dotazníky byly distribuovány po souhlasu hlavních sester nebo náměstků pro vědu a výzkum do vybraných nemocnic Jihočeského kraje. Osloveny byly sestry z interních a chirurgických oborů, jak standardní, tak intenzivní péče. Výběr respondentů byl záměrný. Celkem se dotazování zúčastnilo 188 sester.

3.4 Statistické zpracování kvantitativních dat

Statistické zpracování dat dotazníkového šetření bylo zpracováno v programu Microsoft Excel a programu Descriptive Statistics. Hypotézy byly testovány pomocí jednovýběrového testu na relativní četnost, Kruskal-Wallisova testu a Spearmanova korelačního koeficientu.

3.4 Metodika sběru dat kvalitativního výzkumného šetření

Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno pomocí polostrukturovaných rozhovorů s manažery ošetrovatelské péče vybraných nemocnic Jihočeského kraje. Před zahájením výzkumného šetření jsme požádali o souhlas vedení zainteresovaných nemocnic. Všechny účastnice rozhovorů byly předem seznámeny s tématem a cíli diplomové práce. Rozhovory byly se souhlasem nahrávány a následně byla provedena jejich doslovná transkripce. Některé sestry byly výřečnější více a některé méně, ale všechny byly velmi

vstřícné a žádná z nich neodmítla poskytnout odpovědi na otázky v rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 12 otázek, viz příloha 2. Jeden rozhovor trval v průměru 45 minut. Výzkum byl realizován během června roku 2023. Po dosažení teoretické saturace byl ukončen sběr dat. Švaříček et al. (2010) uvádějí, že sběr dat by měl být prováděn do chvíle, kdy se přestávají generovat nové informace a dojde tedy k teoretickému nasycení dat. Po přesné transkripci jsme rozhovory zpracovali technikou otevřeného kódování, metodou „papír-tužka“. Rozhovory jsme rozdělili na jednotky a každé jednotce jsme přiřadili kód. Švaříček et al. (2010) popisují kód jako označení, slovo nebo krátkou frázi, které vystihuje určitý typ a odlišuje se tak od ostatních. Po udělení kódů jsme provedli kategorizaci neboli shromažďování kódů do jednotlivých kategorií dle jejich podobnosti. Jednotlivé kódy jsou v práci vyznačeny tučně, kurzívou jsou zvýrazněny doslovné odpovědi sester. Přesný přepis rozhovorů je na vyžádání dostupný u autorky diplomové práce.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru kvalitativního výzkumného šetření

Výběr komunikačních partnerek byl záměrný a velikost výzkumného vzorku byla dána teoretickou saturací dat. Rozhovory byly prováděny s deseti sestrami. Z dotazovaných sester byly všechny všeobecné sestry. Šlo o vedoucí sestry. Pro lepší orientaci jsou ve výsledkové části označeny S1-S10.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Sekundární analýza statistických dat SHNU

V první části výsledků je prezentována sekundární analýza statistických dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (ÚZIS ČR, 2022).

Tabulka 1 Počet hlášených NU v letech 2018-2021 dle druhu zařízení

Druh zařízení	Rok			
	2018	2019	2020	2021
Fakultní a velké nemocnice akutní péče	3905	3555	3161	3766
Ostatní nemocnice akutní péče	5117	5123	4727	4714
Specializované nemocnice/centra	121	90	56	79
Psychiatrické nemocnice	2090	2686	2263	2513
Nemocnice následné péče a LDN	263	318	234	278
Lázně, léčebny	207	205	168	135
Kojenecké ústavy	15	13	42	1
Celkem	11718	11990	10651	11486

Zdroj: ÚZIS ČR, 2022

Tabulka zobrazuje počet hlášených nežádoucích událostí (dále jen NU) v letech 2018-2021 rozděleného dle druhů nemocničních zařízení. Nejvíce hlášených nežádoucích událostí bylo v roce 2019 (celkem 11990 případů) a nejméně událostí bylo v roce 2020 (celkem 10651 případů). Dle druhu zařízení bylo nejvíce nahlášených nežádoucích událostí v ostatních nemocnicích akutní péče, dále ve fakultních a velkých nemocnicích akutní péče a dále v psychiatrických nemocnicích.

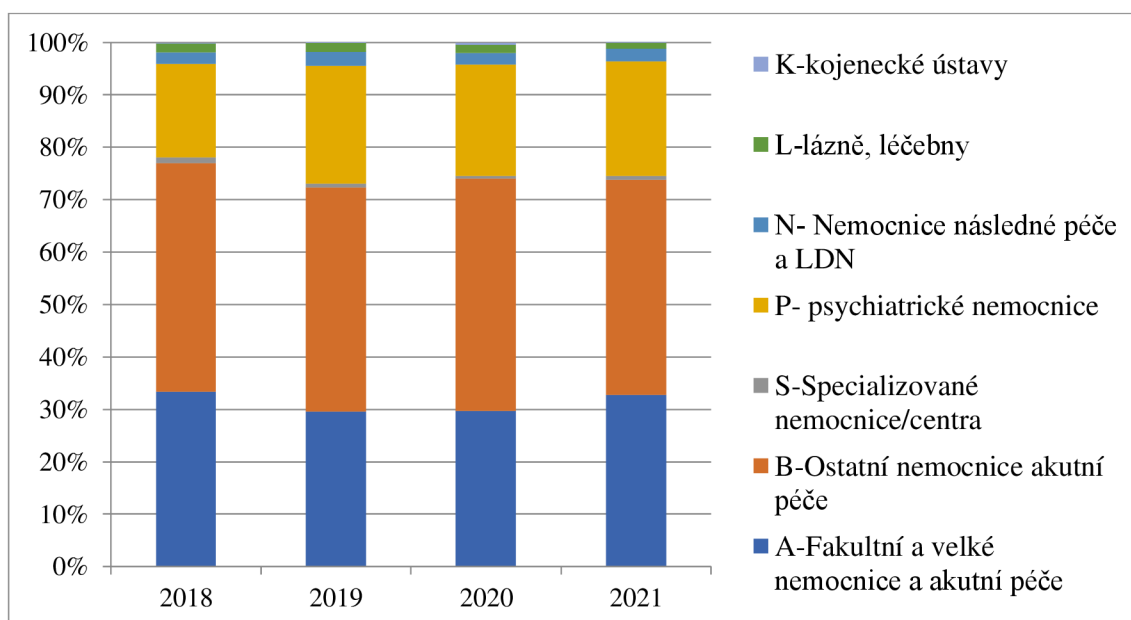
Tabulka 2 Počet hlášených NU v letech 2018-2021 dle druhu zařízení (%)

Druh zařízení	Rok			
	2018	2019	2020	2021
Fakultní a velké nemocnice akutní péče	33,3%	29,6%	29,7%	32,8%
Ostatní nemocnice akutní péče	43,7%	42,7%	44,4%	41,0%
Specializované nemocnice/centra	1,0%	0,8%	0,5%	0,7%
Psychiatrické nemocnice	17,8%	22,4%	21,2%	21,9%
Nemocnice následné péče a LDN	2,3%	2,7%	2,2%	2,4%
Lázně, léčebny	1,8%	1,7%	1,6%	1,2%
Kojenecké ústavy	0,1%	0,1%	0,4%	0,0%
Celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: ÚZIS ČR, 2022

Tato tabulka popisuje relativní četnost nahlášených NU v letech 2018, 2019, 2020 a 2021. Nejvyšší relativní četnost hlášení nežádoucích událostí byla v ostatních nemocnicích akutní péče (ve sledovaném období v průměru 43 %) a nejmenší v kojeneckých ústavech (ve sledovaném období v průměru 0,15 %).

Graf 1: Podíl jednotlivých typů zařízení na počtu hlášených případů (2018-2021)



Zdroj: ÚZIS ČR, 2022

Z grafu 1 je patrné, že nejvíce NU hlásily nemocnic akutní péče (stabilně kolem 41-44 %), dále z fakultních nemocnic (29-33 %) a z psychiatrických nemocnic (v posledních letech kolem 22 %, v roce 2019 došlo k nárůstu o více než 4 procentní body). Ostatní zařízení mají dohromady cca 5 % případů každý rok.

Tabulka 3 Typy NU hlášených do SHNU v období 2018-2021

Skupina NU	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pády	124516	29,8 %
Dekubity	196033	46,9 %
Klinická administrativa	1838	0,4 %
Klinický výkon	5125	1,2 %
Dokumentace	1661	0,4 %
Medikace/ i.v. roztoky	3230	0,8 %
Transfuze/krevní deriváty	910	0,2 %
Dieta/výživa	1894	0,5 %
Medicínální plyny	116	0,03 %
Medicínské přístroje/vybavení	3340	0,8 %
Chování osob	45845	11,0 %
Nehody neočekávaná zranění	10768	2,6 %
Technické problémy	7801	1,9 %
Zdroje (management organizace)	1161	0,3 %
Neočekávané zhoršení klinického stavu	3167	0,8 %
Jiné NU	10564	2,4 %
Celkem	417 969	100,0 %

Zdroj: ÚZIS ČR, 2022

V tabulce jsou zobrazeny všechny NU hlášené do Centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí v období 2018-2021. Nejvíce byly hlášeny dekubity (46,9 %), pády (29,8 %) a chování osob (11 %).

Hypotéza 1: Nejčastějšími nežádoucími událostmi hlášenými do národního portálu SHNU (Systém hlášení nežádoucích událostí) jsou incidenty spojené s negativním chováním osob.

Převáděno na: více než 50 % incidentů hlášených do SHNU je způsobeno chováním osob.

Tabulka 4 Chování osob v porovnání s ostatními NU

Typ incidentu	Počet případů	Podíl případů
Chování osob	45845	11 %
Ostatní	372124	89 %
Celkem	417969	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Byla provedena analýza pomocí jednovýběrového testu na relativní četnost (parametr π alternativního rozdělení), s cílem ověřit, zda je podíl případů „chování osob“ v národním portálu SHNU větší než 50 %.

$H_0: \pi = 0,50$ tj. podíl případů "chování osob" je roven 50%

$H_1: \pi > 0,50$ tj. podíl případů "chování osob" je větší než 50%

$\alpha = 0,05$

Počet případů celkem $n = 417969$

Počet případů „chování osob“ $m = 45845$

Podíl $p = m/n$ $0,11$ (11 %)

Předpoklad pro správné použití testu: $n * p * (1-p) > 9$ na základě teorie pro tento test; 40816,4835 splněno.

Tabulka 5 Testové kritérium U a p hodnota

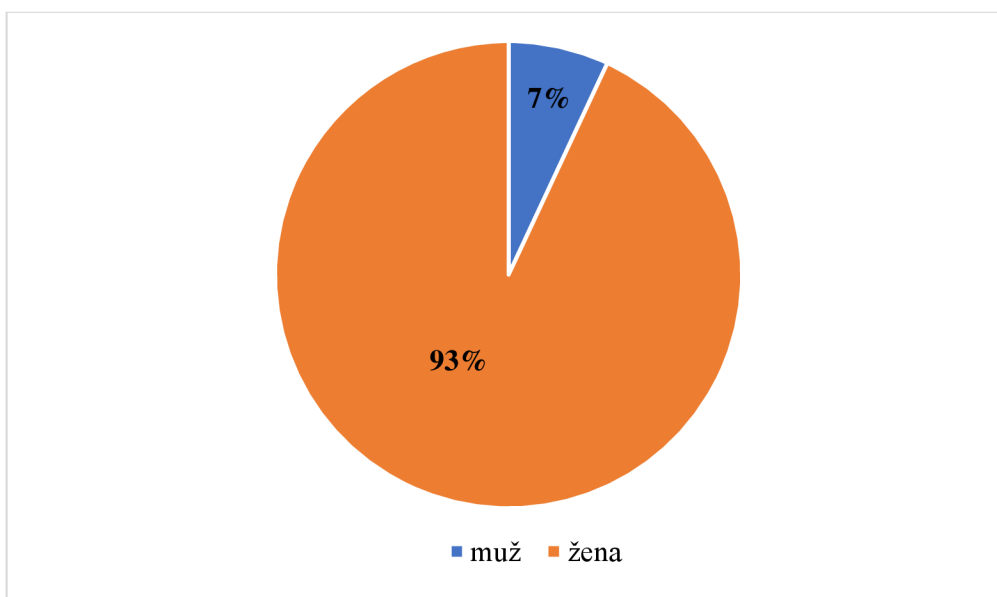
Testové kritérium U	-504,6812
p hodnota	1,0000

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pomocí testového kritéria U a vypočítané p-hodnoty bylo provedeno rozhodnutí o zamítnutí či nezamítnutí nulové hypotézy. Výsledkem je zjištění, že p-hodnota je v podstatě rovna 1 a tedy větší než hladina významnosti 0,05 a nezamítáme H_0 . Výsledky tedy neprokazují, že by podíl případů způsobených chováním osob byl větší než 50 %. **H1 nebyla potvrzena.**

4.2 Výsledky dotazníkového výzkumného šetření

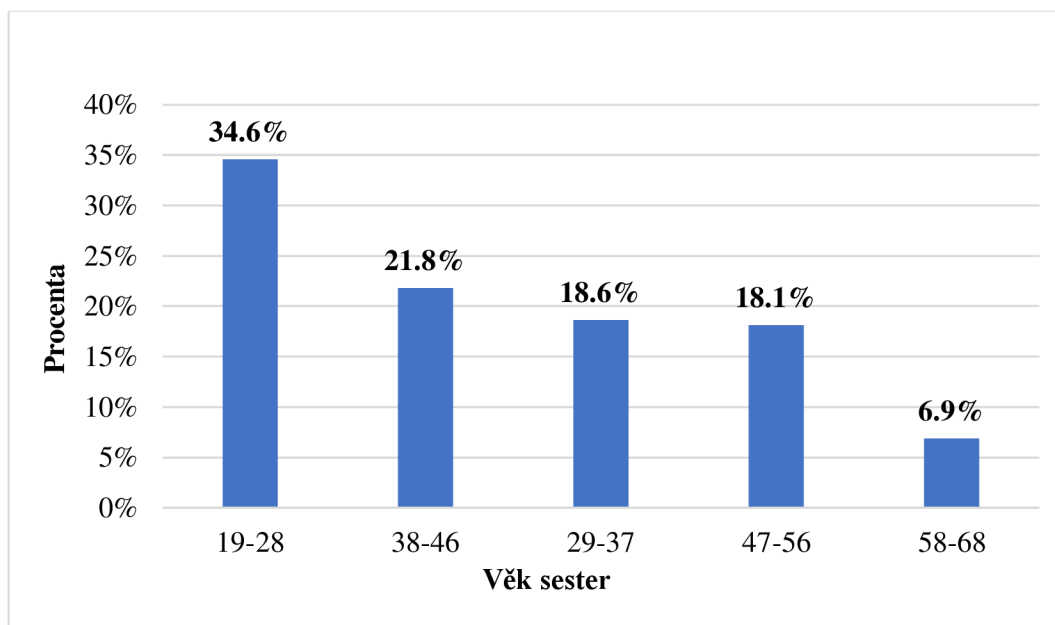
Graf 2: Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Z celkového počtu 188 sester (100 %) bylo 174 žen (93 %) a 13 mužů (7 %).

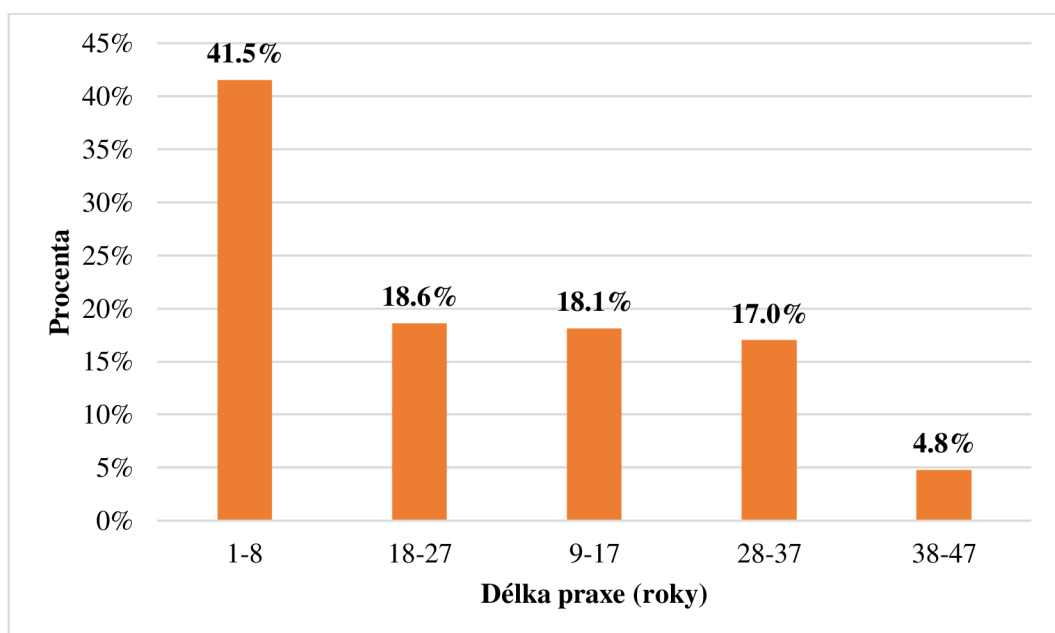
Graf 3 Věk sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Nejvíce sester bylo ve věku 19-28 let (34,6 %), další významnou skupinou byl věk 38-46 let (21,8 %), dále věková skupina 29-37 let (18,6 %), dále věková skupina 47-56 let (18,1 %) a nejmenší zastoupení měla věková skupina 58-68 let (6,9 %).

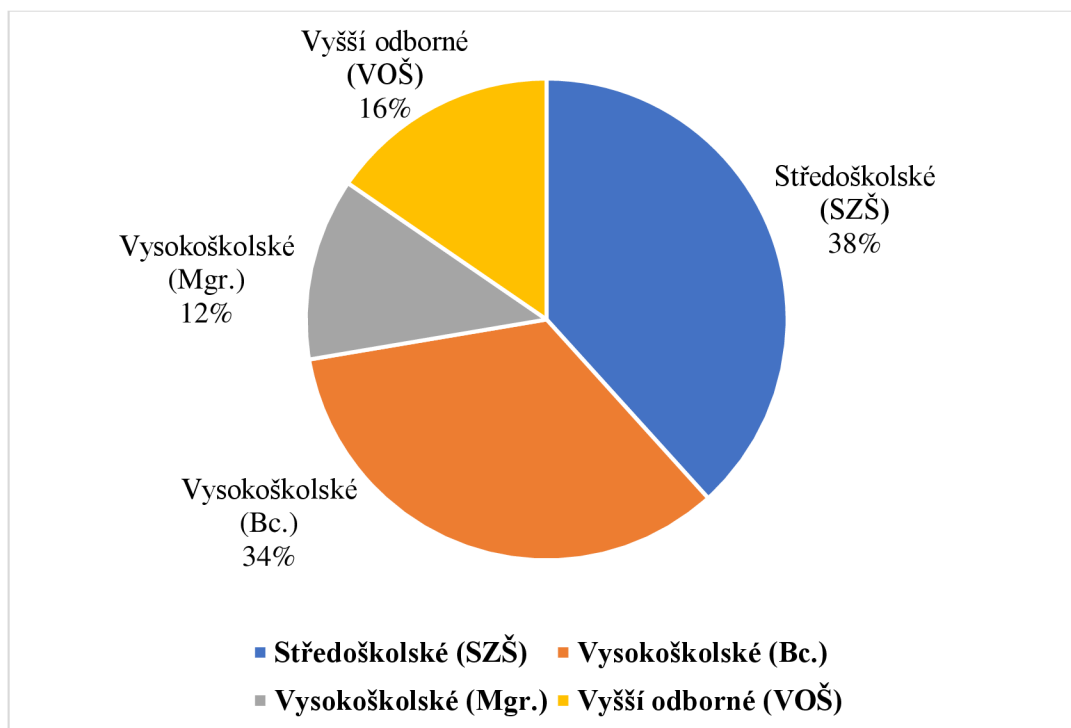
Graf 4: Délka praxe sester ve zdravotnictví (roky)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Graf znázorňuje délku praxe sester ve zdravotnictví. Nejvyšší počet sester (41,5 %) měl délku praxe 1-8 let. Nejmenší počet sester (4,8 %) měl délku praxe ve zdravotnictví 38-47 let.

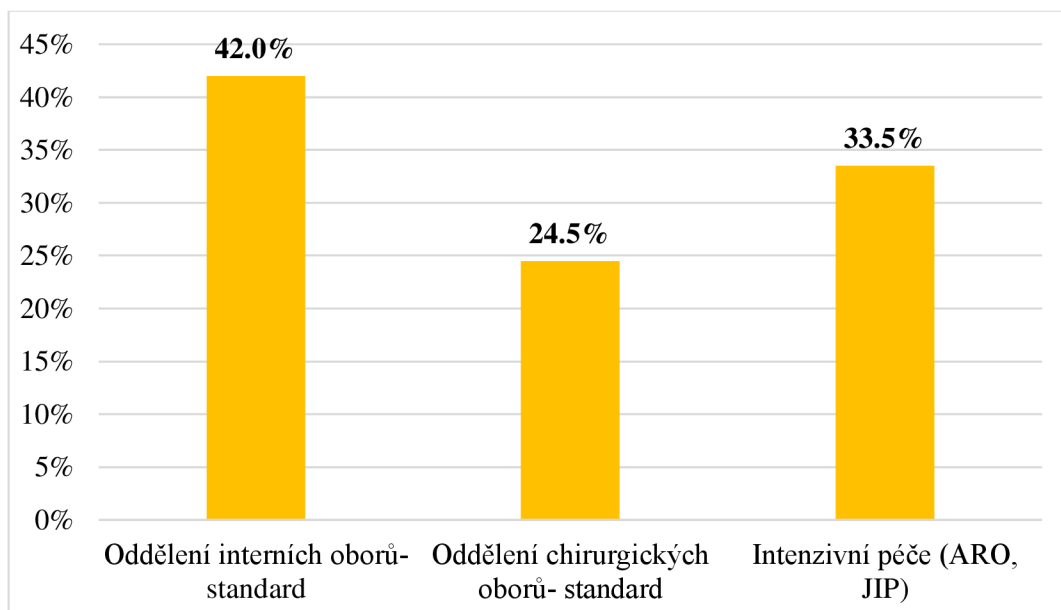
Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Nejpočetnější skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním (38 %). Další velkou skupinu tvořily sestry vysokoškolsky vzdělané na bakalářské úrovni (34 %). Další skupinou byly sestry se vyšším odborným vzděláním (16 %). A poslední skupinu tvořily sestry s vysokoškolským vzděláním na magisterské úrovni (12 %).

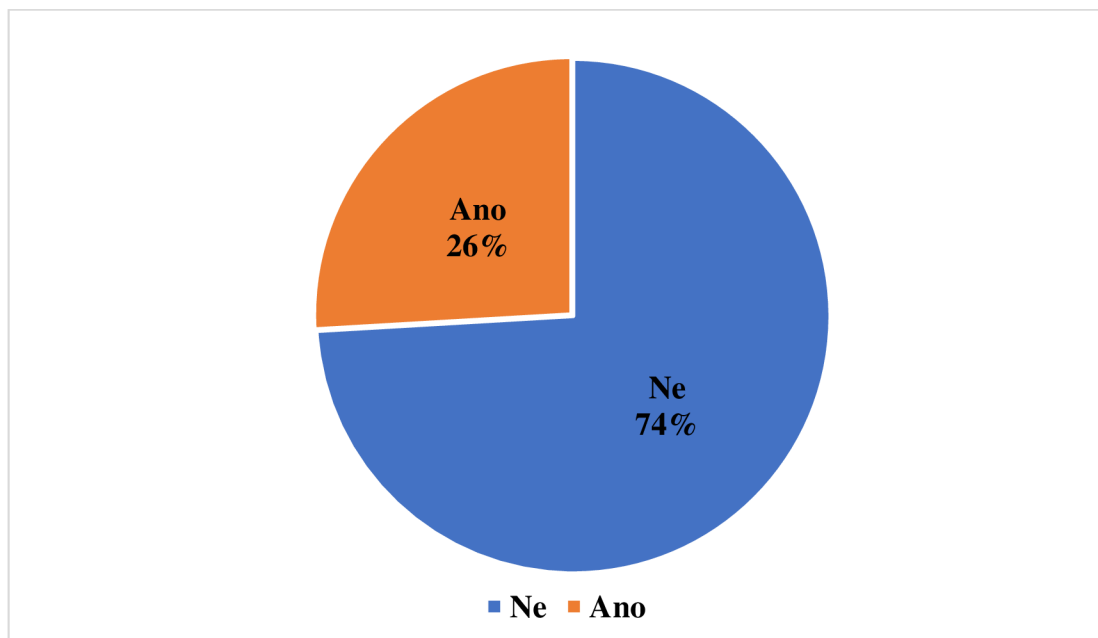
Graf 6 Pracoviště sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Nejvíce sester bylo z oddělení interních oborů standartního typu (42 %), dále z intenzivní péče (33,50 %) a nakonec z oddělení chirurgických oborů standartního typu (24,50 %).

Graf 7 Absolvování kurzu či výcviku zaměřeného na prevenci agrese pacientů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Z celkového počtu 188 oslovených sester (100 %), 140 (74 %) sester neabsolvovalo kurz či výcvik zaměřený na problematiku řešení agrese pacientů vůči sestřím A naopak 48 sester (26 %) takový výcvik absolvovalo.

Tabulka 6 Jednotlivé formy agrese pacientů

Forma agrese	1 (nikdy)	2 (zřídka)	3 (občas)	4 (často)	5 (velmi často)	6 (neustále)
Pomlouvání	11,7 %	25 %	26,6 %	22,3 %	11,7 %	2,7 %
Neoprávněné obviňování	6,9 %	21,3 %	31,9 %	23,9 %	12,8 %	3,2 %
Urážení	2,7 %	13,3 %	28,2 %	26,6 %	20,2 %	9,0 %
Zastrašování	16 %	26,6 %	31,4 %	15,4 %	8 %	2,6 %
Sexuální poznámky	22,9 %	35,0 %	17,6 %	14,4 %	9,6 %	0,5 %
Plivání	16,5 %	27,6 %	21,8 %	16,5 %	14,9 %	2,7 %
Škrabání	17 %	26,1 %	22,9 %	16,5 %	13,8 %	3,7 %
Házení předmětů	19,7 %	27,1 %	23,4 %	18,1 %	8 %	3,7 %
Strkání	34 %	27,7 %	21,8 %	9,6 %	5,3 %	1,6 %
Facka	34,7 %	35,2 %	13,4 %	9,7 %	5,4 %	1,6 %
Napadení	83 %	12,8 %	2,1 %	1,6 %	0,5 %	0 %
Škrceň	89,4 %	6,3 %	1,6 %	1,1 %	1,1 %	0,5 %
Kontakt se střelnou zbraní	96,3 %	2,7 %	0,5 %	0 %	0 %	0,5 %
Poškození věcí	20,7 %	23,9 %	23,9 %	18,6 %	8,5 %	4,4 %
Sexuální napadení	95,2 %	2,7 %	0,5 %	1,1 %	0 %	0,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Sestry se s jednotlivými formami agrese setkávaly následovně: s pomlouváním se setkávalo největší procento sester často (26,6 %) a nejmenší procento neustále (2,7 %), s neoprávněným obviňováním občas 31,9 % a neustále 3,2 %, s urážení občas 28,2 % a neustále 9 %, se zastrašováním zřídka 26,6 % a velmi často 8 %, se sexuálními

poznámkami zřídka 35 % a neustále 0,5 %, s pliváním občas 21,8 % a neustále 2,7 %, se škrábáním zřídka 26,1 % a neustále 3,7 %, s házením předmětů zřídka 27,1 % a neustále 3,7 %, se strkáním nikdy 34% a neustále 1,6 %, s fackou zřídka 35,2 % a neustále 1,6 %, s napadením nikdy 83 % a neustále 0%, se škracením nikdy 89,4 % a neustále 0,5 %, s kontaktem se střelnou zbraní nikdy 96,3 % a procentuálně shodně často 0% a velmi často 0%, s poškozováním věcí zřídka 24 % a neustále 4,4 %, se sexuálním napadením nikdy 95,2 % a velmi často 0 %.

Tabulka 7 Rizikové faktory ovlivňující agresi pacientů vůči sestřám

Faktory	1	2	3	4	5
Agrese je naučené jednání pacienta	10,1 %	24,5 %	31,4 %	21,8 %	12,2 %
Zneužívání návykových látek	1,1 %	4,8 %	14,4 %	23,3 %	56,4 %
Samotná diagnóza pacienta, duševní onemocnění	0,5 %	6,4 %	22,3 %	34,6 %	36,2 %
Rozdílná etnická příslušnost	14,9 %	28,2 %	33,5 %	17 %	6,4 %
Neúměrná bolest pacienta	6,9 %	31,9 %	35,6 %	20,2 %	5,4 %
Neuspokojené potřeby pacienta	4,3 %	30,3 %	30,9 %	24,5 %	10 %
Ztráta motivace do života	5,3 %	29,8 %	28,2 %	27,7 %	9 %
Strach, stres, obavy pacienta	3,2 %	22,8 %	34,6 %	26,6 %	12,8 %
Narušení intimity pacienta	14,4 %	42 %	29,3 %	10,6 %	3,7 %
Dlouhé čekací doby	11,2 %	13,8 %	30,9 %	26,6 %	17,5 %
Dlouhodobá hospitalizace pacienta	3,7 %	20,2 %	38,3 %	22,4 %	15,4 %
Používání omezovacích prostředků	3,2 %	16,5 %	33 %	29,3 %	18 %
Nedostatečné značení oddělení	35,1 %	35, 1 %	22,4 %	5,3 %	2,1 %
Časová zaneprázdněnost sestry	9 %	38, 9 %	32,4 %	15,4 %	4,3 %
Nesprávná komunikace s pacientem ze strany sestry	12,8 %	29,8 %	30,9 %	18,5 %	8 %
Věk sestry	43,6 %	27,1 %	18,6 %	6,4 %	4,3 %
Konfrontační chování či neetické chování sestry	18,3 %	21,9 %	33,6 %	16, 2 %	10 %
Neřešení konfliktů ze strany sestry	19, 1 %	27,7 %	31,9 %	11,2 %	10,1 %
Neschopnost sestry	20,2 %	27,2 %	28,7 %	15,4 %	8,5 %
Převaha žen v profesi	40,4 %	26,7 %	20,7 %	7,4 %	4,8 %
Muž na pozici profese sestry	60,1 %	25,5 %	10,6 %	2,7 %	1,1 %
Pohlavní rozdíly (opačné pohlaví)	48,9 %	28,2 %	17 %	4,8 %	1,1 %
Pohlavní rovnost (stejně pohlaví)	53,2 %	31,4 %	12,7 %	1,1 %	1,6 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Poznámka: Sestry odpovídaly na škále 1-5; kdy 1=nejmenší vliv na riziko vzniku agrese a 5= největší vliv na riziko vzniku agrese

Z tabulky vyplývá, že největší vliv na riziko vzniku agrese dle sester mělo zneužívání návykových látek (56,4 %), samotná diagnóza pacienta nebo duševní onemocnění (36,2 %), používání omezovacích prostředků (18 %), dlouhé čekací doby (17,5 %) a to, že agrese je naučené jednání pacienta (12,2 %). Naopak nejmenší vliv na riziko vzniku agrese dle sester měl muž na pozici profese sestry (60,1 %), pohlavní rovnost (53,2 %), pohlavní rozdíly (48,9 %), věk sestry (43,6 %) a převaha žen v profesi (40,4 %).

Tabulka 8 Postoj sester k agresi pacientů

Postoj sester	1	2	3	4	5
Myslím si, že je to příklad nespolupracujícího postoje pacienta	5,9 %	14,4 %	32,4 %	24,5 %	22,8 %
Je pro mě impulzem být obezřetnější vůči pacientovi	4,3 %	5,3 %	10,1 %	22,9 %	57,4 %
Je to pro mě nepříjemné a odpuzující chování	3,7 %	10,6 %	27,7 %	27,1 %	30,9 %
Agresivní chování nemůže být tolerováno	8 %	9 %	23,4 %	22,9 %	36,7 %
Je zbytečné, ničeho se nedocílí	8 %	10,6 %	23,9 %	27,7 %	29,8 %
Je to ochranný mechanismus pacienta na nemoc nebo prostředí	4,7 %	16 %	25 %	29,8 %	24,5 %
Je to násilné jednání vůči ostatním	4,3 %	10,6 %	25 %	26,1 %	34 %
Je to úmyslně konané jednání (s výjimkou psychicky nemocných)	4,8 %	14,9 %	32,4 %	25 %	22,9 %
Pacient chce za každou cenu dosáhnout svého cíle	4,3 %	13,2 %	24,5 %	33 %	25 %
Agresivní chování otravuje atmosféru na pracovišti	3,7 %	5,3 %	13,3 %	22,9 %	54,8 %
Agresivní chování má negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče	4,3 %	8 %	17 %	23,9 %	46,8 %
Pomáhá sestře vidět pacienta z jiného úhlu	8 %	19,1 %	34 %	18,1 %	20,8 %
Lze mu účinně předcházet	2,7 %	30,3 %	44,7 %	9 %	13,3 %
Správnou komunikaci vnímám jako účinný prostředek prevence agrese	4,2 %	14,9 %	29,3 %	21,3 %	30,3 %
Agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost	7,4 %	8,5 %	21,3 %	13,8 %	49 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Poznámka: Sestry odpovídaly na škále 1-5; kdy 1=úplně rozhodně nesouhlasíme a 5= úplně rozhodně souhlasím

Z tabulky vyplývá, že sestry úplně rozhodně souhlasily s tím, že agrese je impulzem být obezřetnější (57,4 %), agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí

událost (49 %), agresivní chování má negativní vliv na kvalitu ošetrovatelské péče (46,8 %), agresivní chování nemůže být tolerováno (36,7 %), agresivní chování je násilné jednání vůči ostatním (34 %). Sestry naopak rozhodně nesouhlasily s tím, že agresivní chování nemůže být tolerováno (8 %), je zbytečné a ničeho se nedocílí (8 %), pomáhá sestře vidět pacienta z jiného úhlu (8 %), musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost (7,4 %) a je příklad nespolutracujícího postoje pacienta (5,9 %).

Tabulka 9 Negativní následky sester po setkání s agresorem

Negativní následky	1 (nikdy)	2 (zřídka)	3 (občas)	4 (často)	5 (velmi často)	6 (neustále)
Celodenní pocit stresu	3,2 %	16,5 %	32,4 %	22,9 %	18,1 %	6,9 %
Pocit stresu při vykonávání pracovních činností	2,7 %	14,4 %	25,5 %	25 %	22,3 %	10,1 %
Nespavost	26,6 %	27,7 %	21,3 %	11,7 %	10 %	2,7 %
Pocit syndromu vyhoření	12,2 %	16,5 %	21,9 %	20,7 %	19,7 %	9 %
Úvaha nad změnou povolání (profese)	20,7 %	14,9 %	11,2 %	21,8 %	18,6 %	12,8 %
Úvaha nad změnou pracoviště (v rámci organizace)	19,7 %	23,9 %	18,6 %	13,3 %	17 %	7,5 %
Bolesti hlavy	22,9 %	20,6 %	21,3 %	18,1 %	11,2 %	5,9 %
Psychické vyčerpání	4,3 %	12,2 %	21,8 %	16 %	25 %	20,7 %
Fyzické vyčerpání	5,3 %	14,9 %	17,6 %	25 %	23,4 %	13,8 %
Strach ze zranění	7 %	14,9 %	20,7 %	19,7 %	20,7 %	17 %
Celková pracovní nespokojenost	12,8 %	26,8 %	26,8 %	18,1 %	6,5 %	9 %
Strach o život	20,8 %	25,5 %	17 %	17 %	10,1 %	9,6 %
Pocit bezmoci	8,5 %	13,3 %	23,9 %	21,3 %	14,9 %	18,1 %
Strach, že se incident může opakovat	4,7 %	14,4 %	16,5 %	24,5 %	18,6 %	21,3 %
Úvaha nad dlouhodobou neschopností	36,7 %	28,7 %	15,4 %	6,4 %	4,8 %	8 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Negativní následky po setkání s agresorem, které sestry udávaly byly následující: s celodenním pocitem stresu se setkávalo největší procento sester občas (32,4 %) a nejmenší procento sester neustále (6,9 %), s pocitem stresu při vykonávání pracovních činností občas 25,5 % sester a nikdy 2,7 % sester, s nespavostí zřídka 27,7 % a neustále

2,7 %, s pocitem syndromu vyhoření občas 21,9 % a neustále 9 %, s úvahou nad změnou profese nikdy 20,7 % občas 11,2 %, s úvahou nad změnou pracoviště zřídka 23,9% a neustále 7,5 %, s bolestí hlavy nikdy 22,9 % a neustále 5,9 %, s psychickým vyčerpáním velmi často 25 % a nikdy 4,3 %, s fyzickým vyčerpáním často 25 % a nikdy 5,3 %, se strachem ze zranění velmi často 20,8 % a nikdy 7 %, s celkovou pracovní nespokojeností občas 26,9 % a neustále 9 %, s pocitem bezmoci občas 23,9 % a nikdy 8,5 %, se strachem, že se incident může opakovat často 24,5 % a nikdy 4,7 %, s úvahou nad dlouhodobou neschopností nikdy 36,7 % a velmi často 4,8 %.

Hypotéza 2: Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřám se významně mění v závislosti na oboru péče.

Všechny podotázky týkající se forem agrese pacientů byly dle odpovědí označeny na stupnici 1-6 (1=nikdy, 6=neustále) a byl vypočten průměr těchto odpovědí u každého respondenta. Tedy průměrná hodnota 1 by znamenala, že se respondent s žádnou agresivní formou chování pacientů nesetkal, zatímco druhým extrémem by byl průměr 6, který znamenal, že se respondent setkává se všemi formami agrese neustále.

Tabulka 10 Výskyt případů agrese vůči sestřám vzhledem k oboru péče

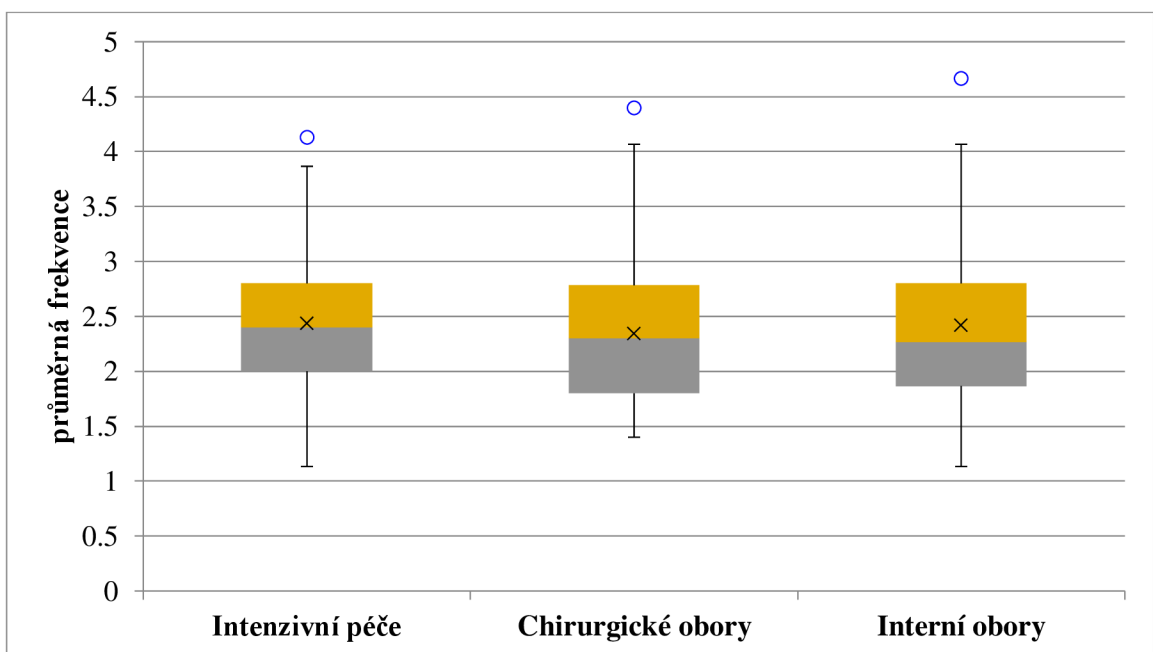
	Intenzivní péče	Chirurgické obory	Interní obory
Průměr	2,4	2,3	2,4
Medián	2,4	2,3	2,3
Modus	2,7	1,8	1,9
Směr. odchylka	0,6	0,7	0,7
Výběrový rozptyl	0,4	0,5	0,5
Maximum	4,1	4,4	4,7
Minimum	1,1	1,4	1,1
Počet	63	46	78

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pro jednotlivé skupiny byly vypočteny základní popisné charakteristiky, ze kterých lze vidět následující: Průměrné hodnoty frekvence agrese pacientů se u všech skupin velmi

podobají, pohybují se kolem 2,4. To znamená, že respondenti se s nějakou formou agrese setkávají zřídka až občas. Hodnoty mediánů jsou opět podobné kolem 2,3 resp. 2,4. Znamená to, že polovina respondentů v každé skupině se s agresí pacientů setkala v průměru od nikdy až po maximálně občas. U modusu je největší hodnota 2,7 u intenzivní péče, takže v těchto oborech se respondenti s agresí setkávají nejvíce zřídka až občas, zatímco u ostatních oborů je modus cca 1,8, tj. nejčastěji dochází k agresí pacientů nikdy až zřídka. Směrodatná odchylka intenzity agrese se pohybuje kolem 0,7 stupňů této škály. Maximální průměrné hodnoty intenzity forem agrese jsou ve všech skupinách větší než 4, tj. někteří z respondentů se s agresí pacientů setkávají v průměru často až velmi často. Naopak minimální průměry vyšly kolem 1,1-1,4 tj. nikdy až zřídka.

Graf 8 Box plot pro průměrnou frekvenci agresivity pacientů dle pracovního zařazení



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pro posouzení možných významných rozdílů ve zjištěné frekvenci agresivity pacientů u respondentů dle jejich oboru péče může sloužit i krabicový graf (box plot), na kterém vidíme, že u všech oborů jsou hodnoty kvartilů a také aritmetického průměru velmi podobné. U každého souboru se objevila jedna odlehlá hodnota, vždy se jednalo o maximální hodnotu (4,1, 4,4 a 4,7).

Tabulka 11 Statistické testování H2

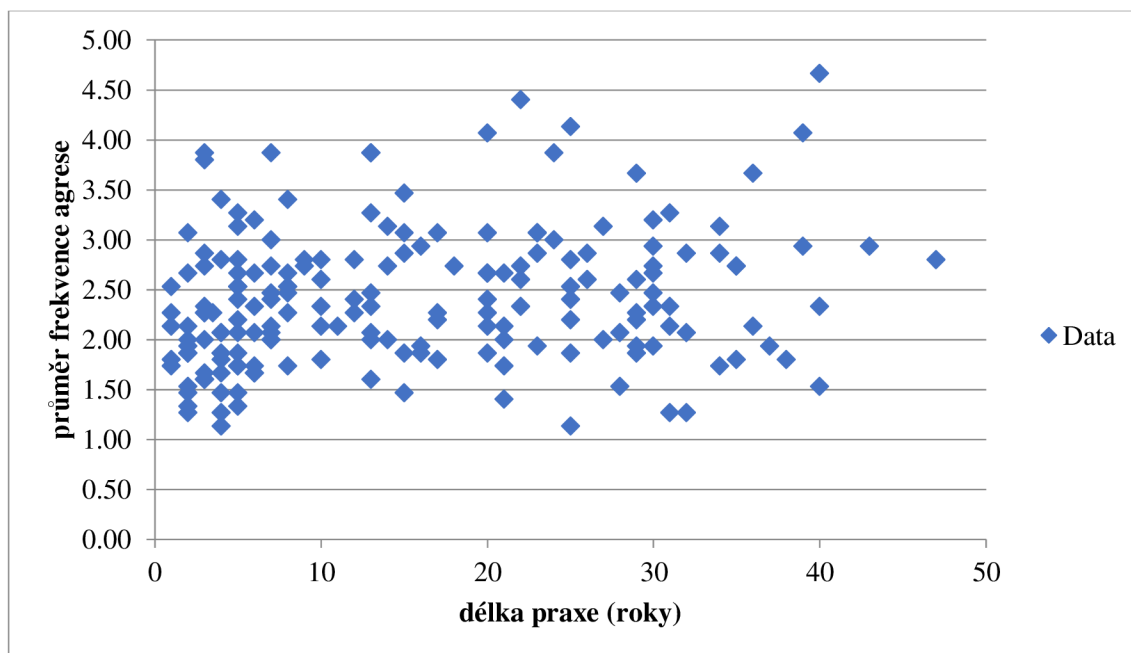
	Intenzivní péče	Chirurgické obory	Interní obory	
Median	2,400	2,300	2,267	
rank sum	6202,5	4031	7344,5	
r^2/n	610650,9	353238,28	691560	1655
H-stat				1,064
H-ties				1,065
df				2
p-value				0,587

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Na základě testu normality byl pro testování hypotézy zvolen neparametrický Kruskal-Wallisův test na shodu mediánů. Z výpočtů vidíme, že mediány jsou velmi podobné. Vypočtená hodnota testového kritéria je 1,065 a dosažená p hodnota testu je 0,587. **Hypotéza 2 nebyla potvrzena.** Neprokázalo se, že by se frekvence agrese pacientů významně lišila u jednotlivých skupin sester. Agrese pacientů tedy nesouvisí s oborem péče.

Hypotéza 3: Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřám se významně mění v závislosti na délce klinické praxe.

Graf 9 Korelační pole pro vztah průměrné frekvence forem agrese pacientů a délce praxe sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Poznámka: průměrná hodnota frekvence byla zaznamenána na Likertově škále 1-6, kde hodnota 1 znamenala, že se sestra s žádnou agresivní formou chování pacientů nesečkala, hodnota 6, že se sestra setkává se všemi formami agrese neustále.

Dle grafu 9 s délkou praxe roste frekvence forem agrese. Čím delší praxi sestra má, tím častěji se setkává s agresí pacientů.

Tabulka 12 Testování hypotézy 3

Test Spearmanův korelační koeficient	
Korelační koeficient	0,243
Testovací kritérium	3,406
p hodnota	0,0008***

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Na základě statistického testování **byla potvrzena** třetí hypotéza, že **výskyt případů agrese pacientů vůči sestřám se významně mění v závislosti na délce klinické praxe**

($p < 0,001$). Tedy čím delší praxi sestra má, tím častěji se setkává s agresí pacientů. Hodnota korelačního koeficientu je 0,243, což naznačuje možnou slabou přímou závislost mezi délkou praxe a průměrnou frekvencí setkávání se s agresí pacientů.

4.3 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Tato kapitola se zabývá výsledky výzkumného šetření kvalitativního výzkumného šetření.

Tabulka 13 Kategorizace výsledků

Kategorizace výsledků	
Kategorie 1	Účast a organizace kurzu zaměřeného na prevenci agrese pacientů
Kategorie 2	Frekvence setkání s agresí pacientů
Kategorie 3	Nejzávažnější případy agrese pacientů
Kategorie 4	Minimalizace rizika agrese pacientů
Kategorie 5	Potřebné informace v péči o agresivního pacienta
Kategorie 6	Postup při setkání s aktivním střelcem
Kategorie 7	System nežádoucích událostí

Pro lepší přehlednost jsou výsledky rozřazeny do sedmi kategorií.

Tabulka 14 Identifikační údaje sester

Sestry	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví
S1	30 let	VOŠ, DiS.	8 let
S2	42 let	SZŠ	23 let
S3	29 let	VOŠ, DiS.	8 let
S4	55 let	VŠ, Mgr.	36 let
S5	39 let	VŠ, Mgr.	20 let
S6	50 let	VŠ, Mgr., MBA	32 let
S7	47 let	VŠ, Mgr., Ph.D.	25 let
S8	46 let	VŠ, Mgr., Ph.D., MHA	27 let
S9	42 let	VŠ, Mgr.	20 let
S10	50 let	VŠ, Bc.	30 let

Nejmladší sestře bylo 29 let, naopak nejstarší sestře bylo 55 let. Do výzkumu byly zařazeny sestry se středoškolským, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Z dotazovaných sester měla jedna středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání měly dvě sestry a vysokoškolské mělo sedm sester. Nejkratší délku praxe sestry S1 byla osm let a nejdelší praxi měla S4 36 let.

4.3.1 Kategorie 1- Účast a organizace na školení

První kategorie je zaměřená účast sester na kurzu, školení nebo organizaci kurzu nebo školení zaměřeného na ošetřování pacienta s nepřátelským nebo agresivním chováním. V případě, že sestry absolvovaly kurz nebo školení na toto téma, byly dotazovány, jak tento kurz probíhal a zda absolvování pomohlo sestře nebo jejím kolegům v praxi. Pokud ne, tak zda by sestra měla zájem kurz absolvovat nebo zorganizovat.

Sestry S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 **absolvovaly** kurz, školení nebo odborný seminář týkající se ošetřování pacienta s nepřátelským nebo agresivním chováním. Sestra S4 odpověděla: *„Byla jsem na školení o zklidnění pacienta psychoterapeutickým rozhovorem.“* Sestra S5 doplnila: *„Zúčastnila jsem se Sorudo (český systém sebeobrany) a deaskalace.“* Sestra S6 odpověděla: *„Absolvovala jsem školení zorganizované naší nemocnicí a myslím si, že to pomohlo mým kolegyním a kolegům. Jednalo se o nácvik sebeobrany, deescalace a terapeutického rozhovoru s agresivním pacientem.“* Sestra S7 řekla: *„Absolvovala jsem školení ohledně přístupu k agresivním pacientům. Pomohlo to mě i mým kolegům v přístupu agresorům.“* Sestra S8 odpověděla: *„Ano organizovali jsme pro naše sestry školení zaměřené na ošetřování agresivních pacientů. Kurz obsahoval interaktivní přednášky, modelové situace a praktický nácvik. Myslím si, že získané znalosti a dovednosti z tohoto kurzu pomohly našim sestram porozumět agresivnímu chování některých pacientů a efektivněji se s nimi nyní dokážou vypořádat.“* Sestra S9 řekla: *„Neorganizovala jsem, ale absolvovala jsem školení zaměřené na takové chování pacientů. Kurz probíhal jako přednáška a poté byly praktické simulace případů agresivního chování. Kurz nám pomohl zvýšit kompetence našeho personálu v řešení konfliktních situací a doufám, že pomáhá minimalizovat agresivní a nepřátelské chování.“* Sestra S10 dodala: *„V minulosti jsem se zúčastnila školení na toto téma, byla tam sebeobrana, terapeutický rozhovor. Kolegové ocenili toto školení a získali užitečné znalosti i dovednosti si myslím.“*. Zároveň sestry S4, S5, S6, S7, S8, S10 by **měly zájem o organizaci kurzu** nebo semináře pro ostatní kolegy co ještě neměly příležitost být na

školení ohledně agresivního chování pacientů. Sestra S7 řekla: „*Zorganizovat bych chtěla kurz pro ostatní kolegyně a kolegy co nebyly na tom předchozím školení.*“ Sestra S8 odpověděla: „*Mám již zkušenosti s organizováním kurzů pro naše sestry v této oblasti a pokud by se objevila potřeba nebo velký zájem, byla bych nakloněná k organizaci dalšího školení.*“ Sestra S9 dodala: „*Měla bych zájem o organizování kurzu týkajícího se ošetřování pacientů s agresivním chováním. Jsem přesvědčená o důležitosti takového školení a jeho přínosu pro naše oddělení.*“

Naopak sestry S1, S2, S3 **neabsolvovaly** kurz ani školení zaměřený na ošetřování pacienta s nepřátelským a agresivním chováním pacientů.

4.3.2 Kategorie 2- Frekvence setkání s agresí

V této kategorii jsem se zajímal o to, jak často se sestry na jejich pracovišti setkávají s nepřátelským a agresivním chováním ze stran pacientů nebo jejich rodiny.

Jednou za týden se setkávají s nepřátelským a agresivním chováním sestry S8 a S9. Sestra S8 řekla: „*Na našem pracovišti se vyskytuje nepřátelské a agresivní chování asi jednou za týden.*“ Sestra S9 doplnila: „*Přibližně jednou týdně, většinou se jedná o pacienty pod vlivem drog a omamných látek.*“ **Každý týden** se setkává s agresí sestra S4: „*Řekla bych, že každý týden.*“ **Jednou až dvakrát do měsíce** se setkávají s nepřátelským a agresivním chováním sestry S3 a S5. Sestra S3 řekla: „*Téměř jednou do měsíce se setkám s agresivním chováním.*“ **Každý měsíc** se setkávají s nepřátelským a agresivním chováním sestry S6 a S7. Sestra S6 řekla: „*Každý měsíc bych řekla.*“ **Tři až pětkrát do měsíce** se setkává s nepřátelským a agresivním chováním sestry S1: „*Nevím, jestli dokážu takto přesně říct, ale asi tři až pětkrát do měsíce.*“ Pětkrát do měsíce uvádí Sestra S2: „*Setkáváme se s agresivními pacienty asi pětkrát do měsíce.*“ **Frekvenci nedokáže uvést** jedna sestra (S10): „*Poměrně často, nedokážu říct přesně. Jedná se o verbální i fyzickou agresi, pacienti projevují frustraci, jsou zmatení a mají strach.*“

4.3.3 Kategorie 3- Nejzávažnější případ agrese

V této kategorii jsme se zabývali, s jakými nejzávažnějšími případy agrese ze strany pacienta nebo jeho rodiny se sestry v klinické praxi setkaly.

V této kategorii jsme se zabývali, s jakými nejzávažnějšími případy agrese ze strany pacienta nebo jeho rodiny se sestry v klinické praxi setkaly.

Nejzávažnějším případem agrese ze strany pacienta a jeho rodiny dle sester S6, S7 a S10 bylo **vyhrožování smrtí**. Sestra S7 odpověděla: „*Výhrůžky smrtí mě a mé rodině poštou.*“. Sestry S10 a S6 popisují k výhrůžkám ještě i **strach o život**. Sestra S10 řekla: „*Když pacientova rodina začala vyhrožovat a sledovat mě a mé kolegy poté, co pacient dezinformoval rodinu o naší péči. Měla jsem velký strach o sebe a všechny ostatní.*“. Sestra S6 odpověděla: „*Vyhrožování rodinou pacienta, nejdříve staniční sestře a poté mě vrchní sestře, člen rodiny vyhrožoval, že ví, kde bydlím a, že si na mě a ostatní sestry z daného oddělení počká, měla jsem poprvé v životě opravdu strach o život a život mých kolegů. Pacient byl dezorientovaný senior, který řekl nepravdivé informace rodině, která se toho chytla.*“

Dalším velmi závažným případem agrese ze strany pacientů bylo, **vyhrůžka fyzického násilí s nožem v ruce**. Sestra S2 udává jako nejzávažnější případ agrese vyhrožování s nožem v ruce: „*Vyhrožování bodnutím nožem v ruce od pacienta romské příslušnosti, museli jsme ho zavřít na pokoji a zavolat policii.*“ Případy fyzického a slovního násilí ze strany pacienta uvedly i další sestry. Sestry S1 a S3 považují za nejhorší případy agrese, když je **pacient ohrožoval házením předmětů**. Sestra S1 řekla: „*Tak nejvíce nám asi pacienti slovně nadávají, ale to je spíše běžná záležitost než nejzávažnější. Jedno z nejhorších bylo asi když na nás agresivní pacient házel fekálie, aby nás vyhnal pryč z jeho pokoje. Ale když nad tím přemýšlím, tak asi úplně nejhorší byla pacientka, které bylo 70 let, byla kurtovaná v 6-ti lidech, ale vždy se z kurtů dostala, byli tam doktoři, sanitáři, zkrátka všichni. Pacientka po nás házela i patrony co patří k potrubní poště.*“ A sestra S3 řekla: „*Když dezorientovaný pacient ohrožoval personál hasičákem a hliníkovou tyčí, což byla část nábytku z pokoje.*“

Velmi závažné jsou případy agrese pacientů, které mají závažné zdravotní důsledky pro personál. Sestra S4 řekla: „*Po napadení pacientem jsem měla zlomená tři žebra a pamatuji si kdysi dokonce kolegyni, co byla znásilněná na noční službě pacientem.*“ Sestra S9 dodala: „*Pacient pod vlivem drog napadl a skočil na naši sestřičku na noční směně, která měla vážné zdravotní následky.*“

4.3.4 Kategorie 4- Minimalizace rizika

Tato kategorie je zaměřená na minimalizaci rizika vzniku nepřátelského a agresivního chování pacientů.

Pouze **omezovací prostředky** zmiňuje sestra S1: „*Tak při zmatenosti nebo při hrozbě agrese naše pacienty musíme kurtovat abychom zajistili bezpečí našich pracovníků, to se pak posílá na soud, že byl zaveden omezovací prostředek a je informována rodina.*“

Komunikaci uvádějí sestry S2, S3, S4, S5, S9. Sestra S9: „*Naše oddělení se snaží minimalizovat riziko vzniku tohoto chování pomocí zvýšené komunikace a informovanosti pacientů o jejich léčbě a postupech, důkladná identifikace rizikových a problémových pacientů.*“

Komunikaci a farmakologii zmiňují sestry S3 a S5. Sestra S3 odpověděla: „*Uklidnění pacienta intravenózní medikací, vždy snaha o kladný přístup sester k nemocnému.*“ Sestra S5: „*Pohovorem, převedením pozornosti, podání medikace na neklid...*“

Sestry S2 a S4 se shodují na použití **komunikace, omezovacích prostředků a farmakologie**. Sestra S2 řekla: „*Snažím se mít vřídny přístup a mluvit smysluplně.*“ A sestra S4 řekla: „*Kurtace, intravenózní a intramuskulární medikace a komunikace s pacientem.*“

Proškolení personálu považují za důležité sestry S6, S7, S8, S9 a S10. Sestra S8 řekla: „*Vzdělávání pracovníků v oblasti, zlepšení komunikace s pacienty, zvýšení bezpečnosti prostředí.*“ A sestra S10 odpověděla: „*Vyškolení sester, ...*“ Sestra S9 dodala: „*..., proškolení personálu považuju také za důležité.*“

Sestra S6 a S7 se dále shodují na **řešení nahlášených nežádoucích událostí**: „*Sestra S6 řekla: „Školením personálu v problematice agresivních pacientů, rozebírání nežádoucích událostí, které jsou spojené s agresí a nepřátelským chováním.*“ Sestra S7 odpověděla: „*Školením personálu a řešení nežádoucích událostí.*“

Sestry S8 a S10 kromě již zmíněných udávají také **dostatek personálu**. Sestra S8 řekla: „*A také navýšení personálu na rizikovějších odděleních.*“ Sestra S10 odpověděla: „*..., dostatek personálu.*“

Další otázkou bylo, jaký postup nebo techniky jsou nejčastěji používané pro zvládnutí agresivního pacienta.

Komunikaci, farmakologii a omezovací prostředky shodně uvádějí sestry S1, S2, S3, S4, S6, S7, S9. Sestra S1 řekla: „*Používáme farmakologickou, tam používáme nejvíce tiapridal, quetiapin a haloperidol a omezovací prostředky. Občas stačí také jen komunikace a domluva s pacienty.*“ Sestra S2 odpověděla: „*Nejdříve komunikace, poté omezovací prostředky a poté farmakologický přístup dle ordinace lékaře. Nic dalšího nepoužíváme.*“ Sestra S6 řekla: „*Nejčastěji komunikace, farmakologický přístup a kurtace s následným nahlášením na soud a řádnou dokumentací. Vše musí být pečlivě zaznamenáno a nahlášeno.*“ Sestra S9 odpověděla: „*Deeskalační techniky verbální komunikace, poté omezovací prostředky jako jsou kurty a farmakologické přístupy. Často*

pouze komunikace nestačí a musíme přistupovat okamžitě k omezovacím prostředkům nebo lékům.“ A sestra S10 dodala: *„Snaha nejprve o komunikaci, poté sedativa nebo antipsychotika a omezovací prostředky jako jsou třeba bezpečnostní pásy nebo fixační kurty.*“ Sestry S5 a S8 popisují **komunikaci a farmakoterapii**. S8 odpověděla: *„Určitě by měla na prvním místě být komunikace a deeskalace konfliktu. Sestra musí naslouchat pacientům, projevit empatii a najít společné řešení v řešení konfliktů. Farmakologické prostředky by se vždy měly volit jako poslední možnost, pokud už je ohrožena bezpečnost pacienta, spolupacientů nebo personálu.*“

4.3.5 Kategorie 5- Potřebné informace v péči o agresivního pacienta

V této kategorii sestry odpovídaly na otázku, co by jim více pomohlo v řešení nepřátelského a agresivního chování ze stran pacientů.

Více personálu by potřebovaly sestry S1, S9, S6, S7, S8, S9 a S10. Sestra S9: *„Větší podpora ze strany vedení nemocnice a poskytnutí dostatečných zdrojů a prostředků pro zvládnání agresivního a násilného chování.*“ Sestra S7 řekla: *„Větší počet personálu pro sestry, sanitáři i ochranka.*“ **Lepší rozřazovací systém** popisuje sestra S1: *„Moje sestřičky si stěžují, že občas mají pocit, že jde všechno na k nim internu než na záchytku. Takže možná i lepší rozřazovací systém od policie ČR nebo nevím kdo tohle má na starosti?*“ **Posílení ochranky** uvádějí sestry S2, S6, S7 a S9. Sestra S2 odpověděla: *„Nejvíce asi ochranka, která bude k něčemu. Členové naší ochranky jsou v důchodovém věku a opravdu na ně není spoleh, chtělo by to mladé hbité členy ochranky.*“ Sestra S9: *„Posílení ochranky, zvýšení povědomí o agresí vůči sestram.*“ Sestra S9: *„Posílení ochranky a zvýšení povědomí o agresí vůči sestram.*“ **Školení sester** popisují sestry S3, S6 a S8. Sestra S6 odpověděla: *„Asi intenzivní školení pro mé kolegy, zvýšení bezpečnostních opatření na pracovišti, možná zavedení kamer a lepší a dostupnější ochranka v nemocnici. Větší počet personálu na oddělení.*“ Sestra S4 zmiňuje kombinaci **více personálu a lepší komunikace mezi sestrami a doktory**: *„Víc personálu, zlepšení komunikace mezi sestrami a doktory.*“ **Reflexi sester** zmiňuje sestra S8: *„Možná větší prostor pro osobní zážitky mých sestřiček a reflektování na minulé setkání s agresivními pacienty, poučení z minulých chyb.*“

A v poslední řadě jsme se sester ptali, jaké další informace potřebují nebo jaké by chtěli získat.

Žádné další informace nepotřebují sestry S2, S4, S5, S6, S7 a S10. Sestra S2 odpověděla: „*Žádné informace nechci získat.*“ Sestra S10 řekla: „*Nemám momentálně další konkrétní informace, které bych potřebovala, ale jsem otevřená dalším otázkám, které by mohly pomoci lépe porozumět péči o agresivní pacienty.*“ **Komunikaci** udávají sestry S1 a S8. Sestra S1 řekla: „*Jak s takovými pacienty mluvit a více rad ke komunikaci obecně.*“ Sestra S3 by chtěla získat více informací o **zvládnání situace** s agresivním pacientem: „*Zvládnání vyhrocených situací ze strany personálu, jak to uklidnit.*“ **Nejnovější techniky zvládnání a poznatky z praxe** by se chtěla dozvědět sestra S9: „*Nejnovější techniky zvládnání tohoto chování pacientů. Další poznatky z praxe a nácvik nejběžnějších situací.*“

4.3.6 Kategorie 6- Postup při setkání s aktivním střelcem

V této kapitole jsme se sester ptali, jak by postupovali při aktivním střelci (pachateli, který volí použití střelné zbraně či zbraním proti jiným osobám) na jejich pracovišti.

Zavolání pomoci, policie a odlákání pozornosti uvádějí sestry S2 a S3. Sestra S2 řekla: „*Zavolala bych pomoc telefonem, také policii a snažila bych se střelce slovně odlákat, odlákat jeho pozornost.*“ Sestra S3 odpověděla: „*Zavolat lékaře, PČR, klidný přístup ke střelci, snaha ochránit sebe a ostatní pacienty, zkontaktovat ostatní oddělení a upozornit na nebezpečného člověka, odlákání pozornosti střelce.*“ **Úkryt a zavolání pomoci** popisují sestry S4, S5 a S10. Sestra S5 uvedla: „*Postupovala bych úprkem, úkrytem. Proti střelci nemá cenu bojovat. Odemkla bych naše uzamčené oddělení a nechala pacienty utéct pryč, zavolala policii a snažila se utéct pryč. Bohužel na tuhle situaci není nikdo pořádně připravený. A ať uděláte, co uděláte, uděláte aspoň něco.*“ Sestra S10 odpověděla: „*Snažila bych se dostat všichni na bezpečné místo, buď bych pacienty a personál uzamkla v pokojích například nebo bych se snažila o evakuaci lidí ven. Zavolala bych policii a pomoc.*“ **Úkryt, zavolání pomoci a varování ostatních** uvádí sestry S1, S6 a S7. Sestra S6 odpověděla: „*Zavolala bych ochranku a pomoc a snažila bych se dostat co nejrychleji a nejdál od daného útočnicka. Po cestě bych se snažila varovat ostatní, aby také byli v bezpečné vzdálenosti od střelce.*“ Sestra S7 odpověděla: „*Úprk do bezpečí, zavolání pomoci a varování kolegů a všech lidí které bych potkala na cestě při úprku.*“ **Aplikaci bezpečnostního protokolu** popisují sestry S8 a S9. Sestra S8: „*Aktivovala bych bezpečnostní protokol, což znamená vyhlášení poplachu, uzamčení příslušných prostor, evakuace personálu a pacientů na bezpečné místo a samozřejmě kontaktování policie a*

případně dalších bezpečnostních složek. “ Sestra S9 řekla: „*Plán evakuace a krizového managementu, evakuace pacientů a personálu z dosahu aktivního střelce. Zavolat pomoc z ostatních pracovišť a bezpečnostní složky.*“

4.3.7 Kategorie 7- Systém nežádoucích událostí

Tato kategorie se zabývá systémem hlášení nežádoucích událostí na pracovištích dotazovaných sester. Nejdříve jsme se sester ptali, jakým způsobem je používaný systém hlášení nežádoucích událostí.

Všechny dotazované sestry (S1-S10) používají systém hlášení nežádoucích událostí pomocí **elektronického zaznamenávání**. Sestra S6 řekla: „*Systém hlášení nežádoucích událostí používáme v rámci systému elektronické dokumentace. Veškeré nahlášené nežádoucí události poté vidí náměstkyně pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče, která se jimi poté zabývá v rámci zlepšování kvality péče.*“ S8 odpověděla: „*Máme systém elektronického hlášení nežádoucích událostí. Sestry nahlašují jakoukoliv situaci a událost, která je dle jejich názoru nežádoucí a problematická.*“ **Zaznamenávání do papírové dokumentace** používají sestry S3 a S10. Sestra S3: „*Nežádoucí události jsou zapisovány do papírové dokumentace a také do počítače, přímo do sekce nežádoucí události.*“ Sestra S10 zmínila: „*Elektronická dokumentace a papírová dokumentace. Vyplnění formuláře o nežádoucí události.*“ **Hlášení vedoucím pracovníkům** uvádějí dvě sestry (S5 a S7). Sestra S5: „*Nežádoucí události zapisujeme do PC do systému a hlásí se dalším vedoucím pracovníkům.*“ Sestra S7 dodala: „*Zadávání nežádoucích událostí do počítačové dokumentace a následné nahlašování náměstkyni pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče.*“

Další otázka v této kategorii se týkala frekvence hlášení nežádoucích událostí spojených s agresivním chováním pacientů.

Každý týden se setkává sestra S4 s hlášením nežádoucích událostí v kategorii agresivního chování pacientů: „*Myslím si, že skoro každý týden.*“ **Každý měsíc** uvádějí sestry S6 a S7. Sestra S6: „*Každý měsíc. Snažíme se motivovat všechny pracovníky k řádnému nahlašování všech nežádoucích událostí.*“ **Dvakrát do měsíce** udávají sestry S8 a S9: „*Řekla bych, že asi dvakrát do měsíce. Snažíme se pečlivě prošetřovat veškeré nežádoucí události a přijímat opatření k prevenci jejich opakování.*“ **Pravidelně** hlásí nežádoucí události spojené s agresivním chováním pacientů sestra S10: „*Jsou hlášeny*

*pravidelně a frekvence těchto událostí se liší. Řekla bych, že patří mezi méně nahlašované nežádoucí události.“ Sestry S3 a S5 **nedokážou říct frekvenci**. Sestra S3 řekla: „Nedokážu říct přesně, vždy při agresivním fyzickém chování pacienta, méně často u slovní agresivity.“ Sestra S5 odpověděla: „Jak často nedokážu odhadnout. Hlásí se spíše jen agresivní chování s následkem fyzického či jiného poškození dané osoby, ošetřovatelského personálu či spolupacientů, či poškození majetku nemocnice či spolupacientů.“ **Velmi zřídka** uvádějí sestry S1 a S2. Sestra S1: „U nás chování osob není úplně považováno za nežádoucí událost, takže moc často ne. Pouze pokud pacienti utečou ven z nemocnice, pak se musí zavolat policii, omezuje pacient sebe i ostatní a zapíše se to jako nežádoucí událost v rámci chování osob.“ Sestra S2 řekla: „Asi jednou jsem to zažila, jinak to moc nepíšeme. Nejvíce máme pády a záměny medikace.““*

5 DISKUZE

V této kapitole se budeme zabývat porovnáváním výsledků, které vyplynuly z provedených výzkumných šetření, s teoretickými poznatky.

První výzkumnou metodou byla sekundární analýza dat z Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (ÚZIS ČR, 2022). Pro tuto výzkumnou metodu byl stanoven cíl: vyhodnotit počet nežádoucích událostí ve skupině „Chování osob“ hlášených do „Národního portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)“ ve sledovaném období 2018-2021. Pro tento cíl byla stanovena hypotéza H1.

H1: Nejčastějšími nežádoucími událostmi hlášenými do Národního portálu SHNU jsou incidenty spojené s negativním chováním osob.

Na základě statistické analýzy nebyly nalezeny dostatečné důkazy pro potvrzení tvrzení, že více než 50 % incidentů hlášených do národního portálu SHNU je způsobeno chováním osob. Hypotéza 1 nebyla potvrzena.

Výsledky naší analýzy naznačují, že z celkového počtu 417969 incidentů hlášených do národního portálu SHNU připadalo na 45 845 případů na „chování osob“ (ÚZIS ČR, 2022), což představuje 11 % ze všech incidentů. To znamená, že podíl případů „chování osob“ nenaplnil naši původní hypotézu o tom, že přesahuje 50 %. Tato konkrétní analýza neprokázala statisticky významný podíl případů způsobených „chováním osob“ ve srovnání s ostatními typy nežádoucích událostí.

Dle mého názoru je velkým faktorem samotný proces hlášení nežádoucích událostí, což hraje roli v tomto rozdílu mezi našimi očekávanými výsledky a reálnými daty. Myslím si, že dochází ke značnému podhlašování NU v sekci „chování osob“ a proto je reálný obraz těchto nežádoucích událostí v datech zkreslený a nereálný.

Druhou výzkumnou metodou v této diplomové práci bylo dotazníkové šetření v rámci **kvantitativního výzkumu**. Podstatou a cílem šetření bylo vyhodnotit výskyt agresivního chování pacientů, vůči sestřím v klinické praxi. Dotazníkového šetření se dohromady zúčastnilo 188 sester. Z toho bylo 93 % žen a 7 % mužů. Nejpočetnější skupinou byli dotazovaní v letech 19-28 (34,6 %) viz graf 3. Naopak nejmenší skupinu tvořili respondenti mezi lety 58-68 (6,9 %). Celkem 74 % sester absolvovalo a 26 % neabsolvovalo kurz či výcvik zaměřený na prevenci agrese pacientů.

V dotazníku jsme zjišťovali frekvenci jednotlivých forem agrese. Sestry se neustále setkávaly s urážením (9 %), poškozováním věcí (4,4 %), škrábáním (3,7 %) a házením předmětů (3,7 %). Naopak nikdy se sestry nesetkaly se střelnou zbraní (96,3 %), sexuálním napadením (95,2 %) a škracením (89,4 %). Z výzkumného šetření Lepiešové et al. (2016) bylo jasné, že 97,6 % respondentů se setkala s různými formami agrese. Dle jejich dotazníkového šetření převládala verbální agrese (96,6 %) oproti fyzické agresí (77,5 %). Jako nejčastější formu agrese vůči sestram potvrzuje verbální agresí ve formě slovního napadení také Kowalczuk a Krajewska-Kulak (2017). Kubešová (2021) uvádí ve svém výzkumu jako nejčastější formu verbální agresí (urážení a nadávání (89,9 % respondentů) a neoprávněné obviňování (89,7 % respondentů) a jako třetí nejčastější řadí dle výzkumu pomlouvání (88,7 % respondentů). Jako méně častou formu agrese uvádí sexuální poznámky, sexuální napadení, kontakt se střelnou zbraní.

V rámci dotazníkového šetření byly stanoveny dvě hypotézy (H2 a H3).

Hypotéza 2: Výskyt případů agrese pacientů vůči sestram se významně mění v závislosti na oboru péče.

Nejvíce respondentů bylo tvořeno sestrami z oddělení interních oborů standartního typu (42 %), další početnou skupinou respondentů byly sestry z intenzivní péče (33,5 %) a nejmenší skupinu respondentů tvořily sestry z oddělení chirurgických oborů standartního typu (24,5 %), viz graf 6. Pro posouzení možných významných rozdílů ve zjištěné frekvenci agresivity pacientů u sester dle jejich oboru péče byl použit krabicový graf 8. Na něm je vidět, že u všech oborů jsou hodnoty kvartilů a aritmetického průměru velmi podobné. Neprokázalo se, že by se frekvence agrese pacientů významně lišila u jednotlivých skupin sester. Agrese pacientů tedy nesouvisí s oborem péče.

Hypotéza 3: Výskyt případů agrese pacientů vůči sestram se významně mění v závislosti na délce klinické praxe.

Nejvyšší počet respondentů (41,5 %) působil v praxi 1 rok až 8 let. Další skupinu tvořili respondenti 18-27 let (18,6 %). Další skupinou byli respondenti s praxí 9-17 let (18,1 %). Další skupinou byli respondenti s délkou praxe 28-37 let (17 %) a nejmenší počet respondentů (4,8 %) měl délku praxe ve zdravotnictví 38-47 let, viz graf 4. Na 5 % hladině významnosti lze říci, že délka praxe a průměrná frekvence setkávání se s agresivním

pacientem spolu slabě souvisí. Což znamená, že čím delší praxi sestra má, tím častěji se setkává s agresí pacientů.

Dále jsme se zabývali faktory ovlivňující agresí pacientů vůči sestram. Dle sester mělo největší vliv na riziko vzniku agrese u pacienta zneužívání návykových látek (56,4 %), samotná diagnóza (36,2 %), dlouhé čekací doby (17,5 %), používání omezovacích prostředků (18 %) a dlouhodobá hospitalizace pacienta (15,4 %). Kubešová (2021) udává zneužívání návykových látek jako nejvýznamnější faktor ovlivňující agresí pacientů (44,2 %). Venglářová a Mahrová (2006) zmiňují takzvané spouštěče, mezi které řadí velkou zátěž, jako je například dlouhá čekací doba, pocit ohrožení a strachu z diagnózy, pocit bezmoci a křivdy. Nešpor (2012) jmenuje faktory ovlivňující problémovost, kam řadí: činitele na straně samotného pacienta (doba hospitalizace, předchozí zkušenosti se zdravotnickým personálem), pacientovu rodinu (pocity viny příbuzných, rodinná historie a patologie), systém zdravotní péče a širší společnost, a dané zdravotnické zařízení. Na druhou stranu, nejmenší vliv na riziko vzniku agrese sestry v našem výzkumu zařadily muže na pozici profese sestry (60,1 %), dále pohlavní rovnost, kdy pacient a sestra jsou stejného pohlaví (53,2 %) a pohlavní rozdíly, kdy sestra a pacient jsou opačného pohlaví (48,9 %). Pohlavními rozdíly se ve své studii zabývali Kowalczuk a Krajewska-Kulak (2017) a uvádí, že nebyly vyzorován žádný významný vliv pohlaví zdravotnického pracovníka na intenzitu agresivního chování pacientů.

Dále jsme se zabývali postojem sester k agresí pacientů. Celkem 57,4 % sester uvedlo, že pro ně bylo agresivní chování pacienta impulzem, aby byly obezřetnější. Dle 54,8 % sester agresivní chování otravuje atmosféru na pracovišti, 49 % sester se shodlo, že agresivní chování musí být vždy zaznamenáno jako nežádoucí událost. Poskytovatelé zdravotních služeb zlepši bezpečnost pacientů i personálu pomocí účelně navrženého dobrovolného interního systému hlášení nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2023a). Lojková (2019) ve svém výzkumu zjistila, že 74 % respondentů nikdy nehlásilo agresivní chování pacienta jako nežádoucí událost. Jako hlavní důvod nehlášení uvedli, že chování nepovažovali za tak výrazné nebo neobvyklé. Dalším velkým důvodem bylo časové hledisko. Kubešová (2021) uvádí, že 52,9 % respondentů uvedlo, že rozhodně vždy souhlasí se zaznamenáváním agrese jako nežádoucí události a jen 5,5 % respondentů uvedlo opak.

V dotazníku jsme se také zabývali negativními následky sester po styku s agresorem. Sestry uvedly, že po styku s agresorem neustále setkávaly se strachem, že se incident může opakovat (21,3 %), dále se setkávaly s psychickým vyčerpáním (20,7 %), s pocitem bezmoci (18,1 %). Naopak nikdy se neseťkaly s úvahou nad dlouhodobou neschopností (36,7 %), nespavostí (26,6 %) a bolestí hlavy (22,9 %). Edward et al. (2014) ve svém výzkumu řadí mezi negativní následky sester psychické i fyzické vyčerpání, strach z možného dalšího agresivního útoku ze strany pacienta, pocit bezmoci a slabosti, deprese a úzkosti. Niu et al. (2019) konstatují, že agrese vede k negativním emocím a nepříznivým účinkům na tělo i ducha sestry. Snižuje kvalitu poskytované péče, pracovní morálku a zvyšuje fluktuaci sester. Sestry, které byly vystaveny agresi a násilí na pracovišti, byly v následujícím roce více ve stresu, což vedlo k nárůstu mezilidských konfliktů a snížení efektivity práce. Kubešová (2021) ve výsledcích uvádí, že 94,3 % respondentů zažilo celodenní pocit stresu a psychické vyčerpání a fyzické vyčerpání uvedlo 91,5 % respondentů.

Třetí výzkumnou metodou v této práci bylo **kvalitativní výzkumné šetření**. Cílem bylo popsat spektrum preventivních ošetrovatelských postupů minimalizující riziko agresivního chování pacientů vůči sestrám. K tomuto cíli se vážou následující výzkumné otázky: Jakými preventivními ošetrovatelskými postupy sestry minimalizují riziko agresivního chování pacientů? Jakým způsobem management nemocnice připravuje sestry na riziko agrese ze strany pacientů?

Výzkumné šetření bylo provedeno se sestrami na manažerských pozicích ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

První výzkumná otázka byla „**Jakými preventivními ošetrovatelskými postupy sestry minimalizují riziko agresivního chování pacientů?**“ V rámci diplomové práce jsme se u této výzkumné otázky zaměřovali na to, jakým způsobem se sestry snaží minimalizovat riziko agresivního chování pacientů.

Personál nemocničního zařízení by také měl být dobře školený v tom, jak se vypořádat s agresivními pacienty a jak minimalizovat riziko dalšího agresivního chování (Stahl, 2013). Sestry S6, S7, S8, S9 a S10 se shodly na důležitosti proškolení personálu. Sestra S8 řekla: „*Vzdělávání pracovníků v oblasti, zlepšení komunikace s pacienty, zvýšení bezpečnosti prostředí.*“ A sestra S9 dodala: „*..., proškolení personálu považuju také za důležité.*“ Měly by být organizovány kurzy pro zdravotnické pracovníky, aby se naučili,

jak identifikovat první známky toho, že se někdo může stát agresivním a násilným, jak zvládat nebezpečné situace a jak se chránit (Vento et al., 2020). Nelson (2014) také zmiňuje důležitost edukačních školení, kde je hlavním cílem naučit zdravotnické pracovníky, jak správně reagovat na reálnou situaci s agresivním pacientem. Cílem je předcházet zraněním pacienta i personálu v důsledku násilí a agrese, rozvíjet harmonickou pracovní atmosféru a budovat důvěru a respekt mezi pacientem a personálem. Součástí plánu je také rozvinout kompetence pracovníků v oblasti zvládnání násilí a agrese na pracovišti a jednou z intervencí je uspořádat „cvičení“, aby pracovníci měli příležitost procvičit si naučené dovednosti a techniky v klinickém prostředí. (Nelson, 2014).

Hlášení nežádoucích událostí považovaly sestry S6 a S7 jako nástroj pro minimalizaci vzniku agresivního chování pacientů. „Sestra S6 řekla: *„Školením personálu v problematice agresivních pacientů, rozebírání nežádoucích událostí, které jsou spojené s agresí a nepřátelským chováním.“* Sestra S7 odpověděla: *„Školením personálu a řešení nežádoucích událostí.“* Manažer rizik sleduje nahlášení nežádoucích událostí, je pro něj důležitá včasnost nahlášení a monitorování napomáhá opakujícím se problémům, vše následně přispívá do kvality poskytované péče. Pokud dojde k rychlému vyplnění a předání formuláře Hlášení nežádoucí události má manažer rizik a jeho tým více času na vyhodnocení situace v případě právního sporu (Plevová, 2012). Jedním ze způsobů, jak mohou poskytovatelé zdravotních služeb zlepšit bezpečnost pacientů je pomocí účelně navrženého dobrovolného interního systému hlášení nežádoucích událostí. Tento systém poté napomáhá budoucím chybám a identifikuje příčiny (Pokorná et al., 2023a).

Bezpečnostní opatření minimalizující riziko vzniku nežádoucí události jsou prosazována již léta a měla by být přijata k ochraně zejména nejrizikovějších skupin zdravotnických pracovníků. Zdravotnická zařízení by se měla soustředit na nedostatek personálu, který je ve veřejných nemocnicích po celém světě velmi častý (Vento et al., 2020). Sestry S8 a S10 uvedly dostatek personálu jako způsob minimalizace rizika agresivního chování pacientů. Sestra S8 řekla: *„A také navýšení personálu na rizikovějších odděleních.“* Dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2012) řadíme nedostatek personálu do samotné skupiny nežádoucích událostí, konkrétně se jedná o nedostatek zdrojů.

Sestry S1, S2 a S4 zmiňovaly jako techniku minimalizace vzniku agrese použití omezovacích prostředků. Sestra S1 odpověděla: *„Tak při zmatenosti nebo při hrozbě*

agrese naše pacienty musíme kurtovat abychom zajistili bezpečí našich pracovníků, to se pak posílá na soud, že byl zaveden omezovací prostředek a je informována rodina.“ Dle zákona č. 372/2011 Sb. je možno omezovací prostředky použít pouze pokud je jejich účelem ochrana před bezprostředním ohrožením života, zdraví a osob. Tyto prostředky lze používat pouze po dobu kdy přetrvává stav bezprostředního ohrožení. Dále je nutné začít vždy mírnějším postupem, než je použití omezovacích prostředků. Bártlová et al. (2015) uvádí cíl použití omezovacích prostředků. Cílem je odvrácení ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob při použití takového prostředku, který povede k naplnění smyslu jeho užití s co nejmenšími riziky pro pacienta, v souladu se zachováním soukromí, důstojnosti a úcty po celou dobu restrikce. Bártlová et al. (2015) také uvádí, že nadužívání omezovacích prostředků může být známkou nedostatečného proškolení a nevědomosti personálu v daném zdravotnickém zařízení.

Venglářová a Mahrová (2006) označují schopnost komunikace jako nástroj, který slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s jakýmkoliv pacientem. Burda (2014) udává jako hlavní nástroj v práci zdravotníka s potencionálně nebo aktivně agresivními pacienty krizovou komunikaci. Cílem krizové komunikace je předcházení agrese, snížení úzkosti a napětí. Tento typ komunikace probíhá nejen s pacientem, ale také s jeho rodinnými příslušníky. Sestry S2, S3, S4, S5, S9 všechny shodně uvedly komunikaci jako užitečný nástroj pro minimalizaci agresivního chování pacientů. Sestra S9 řekla: *„Naše oddělení se snaží minimalizovat riziko vzniku tohoto chování pomocí zvýšené komunikace a informovanosti pacientů o jejich léčbě a postupech, důkladná identifikace rizikových a problémových pacientů.*“ Mezi pravidla účinné krizové komunikace řadíme formulování informace, krátké a zřetelné sdělení, práce s paralingvistickými projevy (tón hlasu, intonace řeči, hlasitost), pozitivní formulace (omezit záporny). Zdravotnický pracovník by neměl omlouvat nebo tolerovat agresivní projevy, měl by však pochopit situaci a na základě toho pracovat s komunikací jako preventivním nástrojem (Venglářová a Mahrová, 2006). Sestra S2 ke komunikaci jako nástroji pro minimalizaci agresivního chování řekla: *„Snažím se mít vlivný přístup a mluvit smysluplně.*“ Dle Burdy (2014) je důležité, aby zdravotnický pracovník dobře poslouchal, hovořil o problému, snažil se vyřadit emoční zpracování informace, používal logiku, argumentoval. Při osvojení těchto komunikačních dovedností je zdravotník schopen pracovat se všemi prvky verbální i neverbální komunikace a jeho komunikační schopnosti se stanou nástrojem, díky kterému lze zabránit agresivním a hostilním projevům (Burda, 2014). Sestra využívá dovednost

komunikovat s problémovým pacientem jako součást profesionálního vybavení (Venglářová a Mahrová, 2006).

Základní léčbou v případě akutní agitovanosti, agrese a násilí i nadále zůstává v nemocničním zařízení farmakoterapie (Vevera et al., 2011). Sestry S3 a S5 zmínily jako osvědčené způsoby minimalizace rizika farmakologii. Sestra S3 odpověděla: „*Uklidnění pacienta intravenózní medikací, vždy snaha o kladný přístup sester k nemocnému.*“ Je důležité si uvědomit, že farmakologická intervence by měla být použita pouze jako poslední možnost a měla být zvažována pouze tehdy, pokud jsou nefarmakologické intervence neúčinné nebo nepraktické. Farmakologické léčby by měly být používány s opatrností a podle konkrétních potřeb pacienta (National Collaborating Centre for Mental Health, 2015). Farmakologické intervence by neměly být použity jako primární způsob řešení agresivity u pacientů, ale spíše jako doplněk k dalším terapeutickým postupům a jako prostředek k rychlému snížení akutního rizika pro pacienta a jeho okolí (Stahl, 2013).

Dle mého názoru je komunikace nejsnadnějším a nejdostupnějším postupem minimalizace rizika agresivního chování pacientů. Bohužel často pouze komunikace v praxi nestačí. Běžně se musí přistupovat k použití k farmakologie nebo omezovacích prostředků. Tyto přístupy považují také za správné a v některých případech dokonce nutné k sebeobraně sester, ale musí se dbát zvýšené opatrnosti v rámci jejich používání. Nadužívání farmakologie a omezovacích prostředků může mít dle mého názoru velmi negativní vliv na pacienta a také jeho rodinu. A v poslední řadě, nedostatek zdravotnického personálu je ve všech nemocnicích nejen v Evropě. V rámci prevence vzniku agresivního chování by posílení potřebovala hlavně nemocniční ochranka a počet sanitářů a sester především na nočních směnách.

Druhá výzkumná otázka byla „**Jakým způsobem management nemocnice připravuje sestry na riziko agrese ze strany pacientů?**“ V rámci diplomové práce jsme se u této výzkumné otázky zaměřovali na to, zda se sestry manažerky účastnily nebo organizovaly školení, kurz nebo odborný seminář týkající se problematiky agresivních pacientů.

Kvas a Seljak (2016) udávají, že školení a vhodné vzdělávací programy zaměřující se na identifikaci, prevenci a řízení násilí by měly být organizovány a připravovány profesními asociacemi s potřebnou infrastrukturou a podmínkami pro jejich realizaci, přičemž tematikou by se měly zabývat rovněž i programy celoživotního odborného vzdělávání

určené pro všeobecné sestry, protože jsou to právě vzdělávání a odborná příprava, co všeobecným sestřám poskytuje dovednosti nutné pro úspěšné zvládnutí násilí. Hettnerová (2016) popisuje velmi pozitivně svůj zážitek na školení, které obsahovalo seznámení s projevy násilí a agrese ve zdravotnictví v České republice, správnou manipulaci s agresivním pacientem (včetně názorného nácviku), simulace, které vycházely ze skutečných situací, legislativa a právní aspekty fyzického omezení pacientů, diskuze, sebereflexe a celkové hodnocení. Sestry S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10 odpověděly, že absolvovaly kurz, školení nebo odborný seminář týkající se ošetřování pacienta s nepřátelským nebo agresivním chováním. Sestra S4 odpověděla: „*Byla jsem na školení o zklidnění pacienta psychoterapeutickým rozhovorem.*“ Sestra S5 doplnila: „*Zúčastnila jsem se Sorudo (český systém sebeobrany) a deaskalace.*“ Sestra S6 odpověděla: „*Absolvovala jsem školení zorganizované naší nemocnicí a myslím si, že to pomohlo mým kolegyním a kolegům. Jednalo se o nácvik sebeobrany, deaskalace a terapeutického rozhovoru s agresivním pacientem.*“ Hettnerová (2016) udává pozitivní reakce ostatních zúčastněných, většina zmiňují překvapení a nadšení z kurzu a možnosti využití nově naučených technik v praxi v jejich zaměstnání. Sestra S8 odpověděla: „*Ano organizovali jsme pro naše sestry školení zaměřené na ošetřování agresivních pacientů. Kurz obsahoval interaktivní přednášky, modelové situace a praktický nácvik. Myslím si, že získané znalosti a dovednosti z tohoto kurzu pomohly našim sestřám porozumět agresivnímu chování některých pacientů a efektivněji se s nimi nyní dokážou vypořádat.*“ Sestry S4, S5, S6, S7, S8, S10 by měly zájem o organizaci kurzu nebo semináře pro ostatní kolegy co ještě neměli příležitost být na školení ohledně agresivního chování pacientů. Sestra S7 řekla: „*Zorganizovat bych chtěla kurz pro ostatní kolegyně a kolegy co nebyly na tom předchozím školení.*“ Sestra S9 dodala: „*Měla bych zájem o organizování kurzu týkajícího se ošetřování pacientů s agresivním chováním. Jsem přesvědčená o důležitosti takového školení a jeho přínosu pro naše oddělení.*“ Významnou roli v procesu prevence a zvládnutí agresivního chování hrají vedoucí pracovníci. Jejich školení by měla být věnována zvláštní pozornost, neboť jsou to právě oni, kdo mají vliv na organizační kulturu pracoviště, která může výskyt agresivního chování ovlivňovat. Vedoucí pracovníci hrají i další důležitou roli – měli by být schopni identifikovat vnější zdroje násilí a předcházet jim a také všeobecné sestry při předcházení násilí podporovat. V případě, že již k agresivnímu incidentu došlo, mají za povinnost nabídnout obětem vhodnou pomoc a podporu (Kvas a Seljak, 2016). 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 zvládání agresivního pacienta a nastavení pravidel hlášení nežádoucích událostí. S hlášením těchto událostí souvisí jejich pravidelné vyhodnocování s následnou implementací bezpečnostních opatření do provozu (Magurová et al., 2018).

Dle mého názoru je školení a příprava sester na agresivní chování pacientů velmi důležitá. Sestry se na školení naučí prevenci vzniku agrese, rozpoznání varovných signálů, techniky správného uklidnění a přístupu k agresivnímu pacientovi. Myslím si, že každé zdravotnické zařízení může mít své vlastní specifické postupy a programy pro školení sester v rámci agrese pacientů. Pokud nemají vlastní pracovníky, kteří by mohli pomoci s danou problematikou a edukovat ostatní, je žádoucí, aby si najmuli někoho, kdo se o danou problematiku zajímá, bude schopen předat nejnovější informace a připraví sestry a další zdravotnické pracovníky na riziko agrese ze stran pacientů nebo jejich rodiny.

6 ZÁVĚR

Prvním cílem této diplomové práce bylo vyhodnotit počet nežádoucích událostí ve skupině „chování osob“ hlášených do „Národního portálu SHNU“ v období 2018-2021. Pomocí sekundární analýzy dat z daného portálu byla ověřena hypotéza H1: „Nejčastějšími nežádoucími událostmi hlášenými do Národního portálu SHNU jsou incidenty spojené s negativním chováním osob“. Výsledky naznačují, že podíl případů ve skupině „chování osob“ byl nižší než 50 %.

Druhým cílem této diplomové práce bylo vyhodnotit výskyt agresivního chování pacientů vůči sestřím v klinické praxi. Tento cíl se vztahoval ke kvantitativnímu výzkumnému řešení a hypotézám H2 a H3. U hypotézy H2: „Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřím se významně mění v závislosti na oboru péče“ se neprokázalo, že by se frekvence agrese pacientů významně lišila u jednotlivých skupin sester a agrese pacientů tedy nesouvisí s oborem péče. U hypotézy H3: „Výskyt případů agrese pacientů vůči sestřím se významně mění v závislosti na délce klinické praxe“ se díky statistickým údajům ukázalo, že mezi délkou praxe a průměrnou frekvencí setkávání se s agresí pacientů existuje pozitivní korelace. Znamená to tedy, že čím delší praxi sestra má, tím častěji se setkává s agresí pacientů.

Třetím cílem této diplomové práce bylo popsat spektrum preventivních ošetrovatelských postupů minimalizující riziko agresivního chování pacientů vůči sestřím. K tomuto cíli se vztahovalo kvalitativní výzkumné šetření a dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: „Jakými preventivními ošetrovatelskými postupy sestry minimalizují riziko agresivního chování pacientů?“. Tato výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem se sestry snaží minimalizovat riziko agresivního chování pacientů. Z výsledků výzkumného šetření jsou způsoby minimalizace rizika agresivního chování následující: školení a vzdělání v oblasti personálu, frekventované a řádné hlášení nežádoucích událostí, řešení nedostatku personálu což je velmi častým jevem ve zdravotnických zařízeních, použití omezovacích prostředků a farmakologických prostředků v přetrvávajícím stavu bezprostředního ohrožení s využitím mírnějších postupů než je použití omezovacích prostředků, dále vhodná komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, směřující ke snížení napětí.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jakým způsobem management nemocnice připravuje sestry na riziko agrese ze strany pacientů?“. Tato výzkumná otázka byla zaměřena na to,

zda se sestry manažerky účastnily nebo organizovaly školení, kurz nebo odborný seminář týkající se problematiky agresivních pacientů. Většina oslovených sester se zúčastnila kurzu nebo seminářů zaměřených na dané téma. Sestry nadále mají zájem také o zorganizování kurzu nebo odborného semináře pro ostatní kolegyně a kolegy.

6.1 Doporučení pro praxi

Tato diplomová práce byla napsána s cílem poukázat na přítomnost agresivního a nepřátelského chování pacientů vůči sestřám na vybraných odděleních. Výsledky diplomové práce mohou sloužit jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů a zdravotnický personál a praktickým výstupem je následující doporučení pro praxi.

- Proškolení v oblasti agresivního a nepřátelského chování u všech sester;
- opakované pořádání kurzů či školení a motivace sester k jejich absolvování;
- zaměření se na komunikaci s pacientem, ovládnutí deeskalačních technik;
- zaměření se také na správné použití omezovacích prostředků a farmakologických přípravků, k minimalizaci rizika vzniku anebo zmírnění agresivního chování;
- řešení nežádoucích událostí, motivace sester k hlášení nežádoucích událostí v oblasti chování osob v rámci zvyšování kvality péče v daném zdravotnickém zařízení;
- navýšení personálu a lepší vyškolení, výběr a dostupnost členů ochranky na jednotlivých odděleních.

7 SEZNAM LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., PRAJSOVÁ, J., 2015. Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. *Kontakt*. 13(2). 86-93. ISSN 1212-4117.
2. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BĚHOUNEK, J., 2022. *Doporučený postup: Prevence, deeskalace a nezbytné použití omezovacích prostředků*. [online]. Reformapsychiatrie.cz [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-08/4_PDOv00.pdf
4. BOHÁČEK, P., 2008. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. 18(1), 33. ISSN 1210-0404.
5. BREZOVSKÝ, J., 2022. *Agresivita pacientů narůstá, fyzické útoky na zdravotníky nebývají výjimkou* [online]. Zdravotnickýdeník.cz [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2022/09/agresivita-pacientu-narusta-fyzicke-utoky-na-zdravotniky-nebyvaji-vyjimkou/>
6. BURDA P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: NCO NZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
7. ČABANOVÁ, B., DOBIÁŠOVÁ K., HNILICOVÁ, H., UZEL, J., 2004. První výsledky dotazníkového šetření k projektu Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách v ČR. In: HÁVA, P. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretická studie*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 79-111. ISBN 80-86625-21-4.
8. EDWARD, K.L., OUSEY, K., WARELOW, P., LUI, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*. 23(12), 653-659. doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653
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. *Journal of clinical nursing* 25(3-4), 289-99. doi: 10.1111/jocn.130
10. GARRIGA, M., PACCHIAROTTI, I., KASPER, S., 2016. Pharmacotherapy of Agitation and Agression in Hospitalized Patients with Bipolar Disorder: current

- evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 16(2), 167-181. doi: 10.3109/15622975.2015.1132007
11. GILLESPIE, G. L., GATES, D., BERRY, P., 2013. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*. 18(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man02
 12. HUF, G., ALEXANDER, J., GANDHI, P., ALLEN, M. H., 2016. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 11, 86-128. doi: 10.1002/14651858.CD005146.pub3
 13. JOSHI, V., 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
 14. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie 1. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
 15. KERR K., ORAM J., TINSON H., SHUM D., 2017. Health Care Workers Experiences of Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*.31(5), 457–462. doi: 10.1016/j.apnu.2017.06.011.
 16. KOWALCZUK, K., KRAJEWSKA-KULAK, E., 2017. Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of agricultural and environmental medicine*. 24(1), 113-116. doi: 10.5604/12321966.1228395
 17. KRAKOWSKI, M., CZOBOR, P., CITROME, L., 2017. Beta-blockers for the treatment of aggression in psychiatric patients: a review of the literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 37, 303-308.
 18. KUBEŠOVÁ, H., 2021. *Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje*. České Budějovice. Rigorózní práce. ZSF JU.
 19. KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.
 20. KVAS, A., SELJAK, J., 2016. Sources of workplace violence against nurses. *Work Journal*. 52, 177–184. doi: 10.3233/WOR-152040
 21. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 242 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
 22. LENAGHAN, P. A., CIRRINCIONE, N. M., HENRICH, S., 2018. Preventing emergency department violence through design. *Journal of emergency nursing*. 44(1), 7-12. doi: 10.1016/j.jen.2017.06.01
 23. LEPIEŠOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., KURUCOVÁ, R., 2015. Experience of nurses with inpatient aggression in the Slovak

- Republic. *Central Europa Journal of Nursing and Midwifery*. 6(3), 306-312. doi : 10.15452/CEJNM.2015.06.0020
24. 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.
25. LIU, J., LEWIS, G., EVANS, L., 2013. Iu aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 20(2), 156-168. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x
26. LITTLECHILD, B., 2015. *Violence and Aggression: Short-term Management in Mental Health, Health and Community Settings* [online]. NICE: National Institute for Health and Care Excellence [cit. 2022-1-12]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
27. LOJKOVÁ, M., 2019. *Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
28. LUK, E., BURRY, L., REZAIE, S., MEHTA, S., ROSE, L., 2015. Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: A prospective observational study. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 26(4). 16-22. PMID: 26837121.
29. MAGUROVÁ D., MAJERNÍKOVÁ L., ONDRIOVÁ I., GALDUNOVÁ H., JANOČKOVÁ J., 2018. Násilie a agresia pri výkone povolania v zdravotníckych zariadeniach. *Praktický lékař*. 98(1), 31-35. ISSN 0032-6739.
30. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2012. *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče* [online]. Věstník MZ ČR. [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: https://www.sneh.cz/_soubory/_clanky/36.pdf
31. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK), 2015. *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition*. London: British Psychological Society (UK) [online]. National library of medicine [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>
32. NELSON, R., 2014. Tackling violence against health-care workers. *The Lancet*. 383(9926), 1373-1374. doi: 10.1016/s0140-6736(14)60658-9.

33. NETUŠILOVÁ, V. K., BREČKA, T. A., 2015. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. *Urgentní medicína*. 3(15), 32-35. ISSN 1212-1924.
34. NEŠPOR, K., SCHEANSOVÁ, A., 2008. Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 12, 38-40. ISSN 1212-0383.
35. NEŠPOR, K., 2012. Takzvaně problémový pacient. *Praktický lékař*. 2, 404-406. ISSN 1805-4544.
36. NIU, S., KUO, S., TSAI, H., KAO, C., TRAYNOR, V., CHOU, K., 2019. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *Plos one*. 14(1), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0211183
37. NÖLLKE, M., 2011. *Trénink slovní sebeobrany*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-3517-7.
38. PAULÍK K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
39. PEKARA, J., 2013. *Násilí a české ošetrovatelství* [online]. Bezpecnostpersonalu.cz [cit. 2022-12-4]. Dostupné z: https://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Nasili_a_ceske_osetrovatelstvi.pdf
40. PEKARA, J., 2016. *Prevence násilí ve zdravotnictví* [online]. Stopnasili.cz [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-N%C3%A1sil%C3%AD-ve-zdravotnictv%C3%AD_zdravotn%C3%ADk_pacient.pdf
41. PEKURINEN, V., WILLMAN, L., VIRTANEN, M., KIVIMÄKI, M., VAHTERA, J., VÄLIMÄKI, M., 2017. Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International journal of environmental research and public health*. 14(10), 12-45. doi: 10.3390/ijerph1410124
42. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
43. PICH, J., ROCHE, M., 2020. Violence on the job: The experiences of nurses and midwives with violence from patients and their friends and relatives. *Healthcare*. 8(4), 522. doi: 10.3390/healthcare8040522

44. PITTS, E., SCHALLER, J., 2019. *Violent Patients* [online]. Europe PMC [cit. 2023-10-1]. Dostupné z: https://europepmc.org/article/NBK/nbk537281#_NBK537281_dtls__
45. PLEVOVÁ I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
46. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V., BŮŘILOVÁ, P., KUČEROVÁ, J., MUŽÍK, J., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
47. POKORNÁ, A., ŠTROMBACHOVÁ, V., KUČEROVÁ, J., BŮŘILOVÁ, P., DOLANOVÁ, D., POSPÍŠIL, M., 2023a. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče [online]. SHNU ÚZIS CZ [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/obecna_metodika_sledovani_nu_2022_final_na_web.pdf
48. POKORNÁ, A., ŠTROMBACHOVÁ, V., DOLANOVÁ, D., KUČEROVÁ, J., BŮŘILOVÁ, P., POSPÍŠIL, M., 2023b. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí: Metodika Nežádoucí událost: Chování osob*. [online]. SHNU ÚZIS CZ [cit. 2023-6-11]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/chovani_osob_plna_verze_metodiky_2022_final_na_web.pdf
49. POPOVIČOVÁ, M., VANSÁČ, P., 2018. Agresivita u pacientov v zdravotnických zariadeniach z pohľadu ošetrovateľského personálu. In: JIRKOVSKÝ, D. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XX*. s.56-66. ISBN 978-80-87347-40-9.
50. POWELL, K., MAGUIRE, N., 2018. Paranoia and maladaptive behaviours in homelessness: The mediating role of emotion regulation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 91(3), 363-379. doi: 10.1111/papt.1216
51. RICHMOND, J. S., BERLIN, J. S., FISHKIND, A. B., HOLLOMAN, G. H., ZELLER, S. L., WILSON, M. P., MUHAMAD, A.R., NG, A.T., 2012. Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. 13(1), 17. doi: 10.5811/westjem.2011.9.686

52. SAFETY, WHO PATIENT AND WORLD HEALTH ORGANISATION, 2010. *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009* [online]. World Health organization [cit. 2022-11-6]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>
53. SPECTOR, P. E., ZHOU, Z. E., CHE, X. X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International journal of nursing studies*. 51(1), 72-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010
54. STAHL, S., M., 2021. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press. 642 s. ISBN 978-1-108-97163-8.
55. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, s.r.o. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
56. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS), 2021. *Přehled NU všech kategorií PZS/ZZ* [online]. Národní portál: Systém hlášení nežádoucích událostí [cit. 2022-12-5]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/browser/analyzy/kategorie-tabulka/>
57. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-2471-262-8.
58. VENTO, S., CAINELLI, F., VALLONE, A., 2020. Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in public health*. 8(20). doi: 10.3389/fpubh.2020.570459
59. VEVERA, J., ČERNÝ, M., KRÁL, P. 2011. *Agrese a násilné chování* [online]. Zdravi.euro.cz [cit. 2022-12-2]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>
60. VEREŠOVÁ, J., KUBICOVÁ, M., 2014. *Sestra versus agresivní pacient* [online]. Prohuman.sk [cit. 2022-12-2]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/sestra-versus-agresivni-pacient>
61. VONDRÁČEK, L., KUČKOVÁ, E., 2014. Odmítání hygieny potřebným pacientem a napadání sestry. *Florence*. 5(14). ISSN 2570-4915.

62. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II – speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
63. ZACHAROVÁ, E., 2009. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků* [online]. Internimedicina.cz [cit. 2022-12-2]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>
64. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
65. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
66. ZÁKON č. 372/2011 Sb., *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011*. [online]. *Zákony pro lidi* [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>

8 SEZNAM ZKRATEK

ČR Česká republika

EEG Elektroencefalografie

NU Nežádoucí událost

SHNU Centrální Systém hlášení nežádoucích událostí

SSRI Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

USA United States of America (Spojené státy americké)

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

9 SEZNAM PŘÍLOH

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

Příloha 2: Otázky k rozhovorům (manažer/ka ošetrovatelské péče)

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

Vážená sestro,

ráda bych Vás požádala o vyplnění předloženého dotazníku, který je zaměřen na zmapování problému agresivního a nepřátelského chování vůči sestřám při výkonu povolání. Výzkumné šetření je součástí diplomové práce na téma „Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi“, které se zabývá problematikou agresivního a nepřátelského chování vůči sestřám ze strany pacientů.

Dotazník se sestává ze tří základních částí, zaměřených na:

- A. Identifikační údaje
- B. Standardizovaný dotazník
- C. Místo pro připomínky respondentů

Účast na výzkumu je dobrovolná, anonymní, získané údaje budou použity pouze za účelem zpracování uvedeného tématu. Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, v platném znění.

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

Bc. Alžběta Šmejkalová

A. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Pohlaví:

- 1. žena
- 2. muž

2. Jaký je Váš věk?

3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví (roky)?

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- 1. Středoškolské (SZŠ)
- 2. Vyšší odborné (VOŠ)
- 3. Vysokoškolské (Bc.)
- 4. Vysokoškolské (Mgr.)

5. Na jakém oddělení pracujete?

1. Oddělení chirurgických oborů - standard
2. Oddělení interních oborů - standard
3. Intenzivní péče (ARO, JIP)

6. Absolvoval/a jste někdy v současném zaměstnání školení či výcvik v problematice řešení agrese pacientů vůči sestřám?

1. Ano
2. Ne

B. STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK (Lepičšová et al., 2015)

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. FORMY AGRESE PACIENTŮ

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.	Škracení	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.	Agrese 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, ambulancí 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.	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 nepříjemné 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.	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		6

Zdroj: LEPIEŠOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., KURUCOVÁ, R., 2015. Experience of nurses with inpatient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 6(3), 306312, doi: 10.15452/CEJNM.2015.06.0020.

C. MÍSTO PRO VAŠE PŘIPOMÍNKY

Prosím podělte se o vaše zkušenosti a osobní zážitky o možnostech předcházení agresivního a nepřátelského chování pacientů a Vaše případné řešení agresivního chování pacientů.

Ještě jednou Vám velice děkuji. S úctou, Alžběta Šmejkalová

Příloha 2: Otázky k rozhovorům (manažer/ka ošetrovatelské péče)

1. Základní informace: věk sestry, dosažené vzdělání, jak dlouho působí ve zdravotnictví.
2. Jak často se na vašem pracovišti setkáváte s nepřátelským a agresivním chováním ze stran pacientů nebo jejich rodiny?
3. Jaký jste zažil/a nezávažnější případ agrese ze strany pacienta nebo jeho rodiny?
4. Pokud jste absolvoval/a anebo organizoval/a školení, kurz nebo odborný seminář týkající se ošetřování pacienta s nepřátelským nebo agresivním chováním, jak tento kurz probíhal? Pomohlo vám a vašim kolegům absolvování tohoto kurzu/semináře v praxi?
5. Pokud jste neabsolvoval/a kurz na danou tematiku měl/a byste zájem ho absolvovat nebo zorganizovat?
6. Jaké další informace potřebujete nebo jaké byste chtěli získat o péči o agresivního pacienta ve zdravotnictví?
7. Jakým způsobem minimalizujete riziko agresivního chování pacientů?
8. Jaká technika/postup je dle vás nejčastěji používaná pro zvládnutí agresivního pacienta (komunikace, farmakologické, omezovací prostředky, pravidla pro mezení pacientů)? Popište prosím.
9. Co by vám více pomohlo v řešení nepřátelského a agresivního chování ze stran pacientů?
10. Jak byste postupovala při aktivním střelci (pachatel, který volí použití střelné zbraně či zbraní proti jiným osobám) na Vašem pracovišti?
11. Jakým způsobem je používán systém hlášení nežádoucích událostí na vašem pracovišti?
12. Jak často jsou na vašem pracovišti hlášeny nežádoucí události spojené s agresivním chováním pacienta?