

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Veronika Foffová, DiS.

Agresivní pacient v ošetrovatelské péči

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Šaňáková

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 29. června 2018

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Šaňákové za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady při její tvorbě.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Agresivní pacient v ošetrovatelské péči

Název práce: Agresivní pacient v ošetrovatelské péči

Název práce v AJ: Aggressive patient in nursing care

Datum zadání: 2018-01-31

Datum odevzdání: 2018-07-09

Vysoká škola, fakulta, univerzita: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Foffová Veronika, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Šaňáková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá tematikou agresivního pacienta v ošetrovatelské péči. Cílem práce bylo předložit dohledané publikované aktuální poznatky o této problematice. Byly stanoveny tři dílčí cíle. První dílčí cíl předložil aktuální dohledané poznatky o rizikových faktorech agresivního chování pacientů. Bylo zjištěno, že rizikových faktorů fungujících jako spouštěče agresivního chování pacientů vůči zdravotním sestřám je velké množství. Druhý dílčí cíl zkoumal aktuální dohledané poznatky o dopadu agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru, přičemž bylo zjištěno, že studie prezentovaly množství dopadů na všeobecnou sestru, a to na jejich psychickou i fyzickou stránku, a významnější roli nehrál charakter agresivního útoku. Třetí dílčí cíl prezentoval aktuální dohledané poznatky o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů a zjistil, že na poli prevence není situace příliš dobrá. Publikované poznatky byly dohledány v českých a zahraničních odborných periodikách pomocí vyhledávání v databázích EBSCO, BMČ, PubMed, Google Scholar.

Abstrakt v AJ: The present overview bachelor thesis deals with the topic of an aggressive patient in nursing care. The aim of the work was to present the published current knowledge about this issue. Three partial aims have been identified. The first partial aim presented the current knowledge about the risk factors for aggressive patient behaviour. Risk factors that act as trigger for aggressive patient behaviour toward nurses have been found to be many. The second partial aim examined the current knowledge about the impact of aggressive patient behaviour on the general nurse, and it was found that the studies presented several impacts on

the general nurse, both on their psychic and physical side, and the character of the aggressive attack did not play a significant role. The third partial aim presented current knowledge on the prevention of aggressive behaviour of hospitalized patients and found that the situation in the field of prevention was not very good. The findings were searched in Czech and foreign specialized journals by searching in databases EBSCO, BMC, PubMed, Google Scholar.

Klíčová slova v ČJ: všeobecná sestra, ošetrovatelství, pacient, násilí, agrese, prevence agrese, dopad

Klíčová slova v AJ: nurse, nursing, patient, violence, aggression, prevention of aggression, impact.

Rozsah: 46 stran/ 0 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 AGRESIVNÍ PACIENT V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	12
2.1 Identifikace rizikových faktorů násilí	16
2.2 Dopady agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru	19
2.3 Prevence agresivního chování u pacienta	24
2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků	37
ZÁVĚR.....	38
REFERENČNÍ SEZNAM	41

ÚVOD

Agrese a agresivní chování patří mezi základní psychické reakce všech živočichů, tedy nejen zvířat, ale i člověka. Momenty ztráty bezpečí, pocitu ohrožení či stresu mohou v lidech vyvolat podráždění, frustraci, ale i extrémnější reakce, jako jsou násilné či agresivní projevy v situacích, v nichž takové reakce nejsou očekávány. Do těchto krajních situací se často dostávají pacienti při hospitalizaci, kdy se musejí vyrovnávat s více či méně závažnou diagnózou a prognózou jejich zdravotního stavu.

Prvním člověkem, jenž je při hospitalizaci s pacientem velmi úzce spojen, je zpravidla všeobecná sestra. Pacient během hospitalizace musí čelit strachu z vyšetření, z léčby, často pociťuje bolest či úzkost (Zacharová, 2009, s. 471) a v těchto momentech může být jeho reakce neadekvátní, nebo dokonce agresivní.

Ačkoliv jsou všeobecné sestry zpravidla vyškoleny, či spíše proškoleny, jak se v případě hrozícího nebezpečí napadnutí zachovat, někdy není možné agresivním incidentům zcela zabránit. Agresivní projev pacienta všeobecné sestry znejišťuje, protože tímto jednáním pacient vybočuje ze své role, tudíž se i všeobecné sestry dostávají mimo svou roli (Vymětal, 2010, s. 55). Takové konflikty pak mají negativní vliv na vztah všeobecná sestra – pacient a činí ošetřování mnohem náročnějším (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 81), respektive se domníváme, že důsledky agresivního jednání mohou mít negativní vliv na kvalitu poskytované zdravotnické péče, neboť zvládnání agresivního jednání pacienta je velice obtížné a stresující. Tato skutečnost tak zdůrazňuje nutnost prevence takového chování.

Předložená práce se tak věnuje právě agresivnímu chování pacientů a hlavním cílem přehledové bakalářské práce je sumarizovat poznatky o rizikových faktorech agresivního chování pacientů, o dopadu agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru a o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů v ošetrovatelské praxi. Na základě formulace jsou stanoveny tyto tři dílčí cíle:

1. Předložit aktuální dohledané poznatky o rizikových faktorech agresivního chování pacientů.
2. Předložit aktuální dohledané poznatky o dopadu agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru.
3. Předložit aktuální dohledané poznatky o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů.

Vstupní studijní literatura:

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

ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999, 204 s. ISBN 8090261418.

HŘEBÍČKOVÁ, M., MACEK, P., ČERMÁK, I. ed. *Agrese, identita, osobnost*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. ISBN 80-86620-06-9.

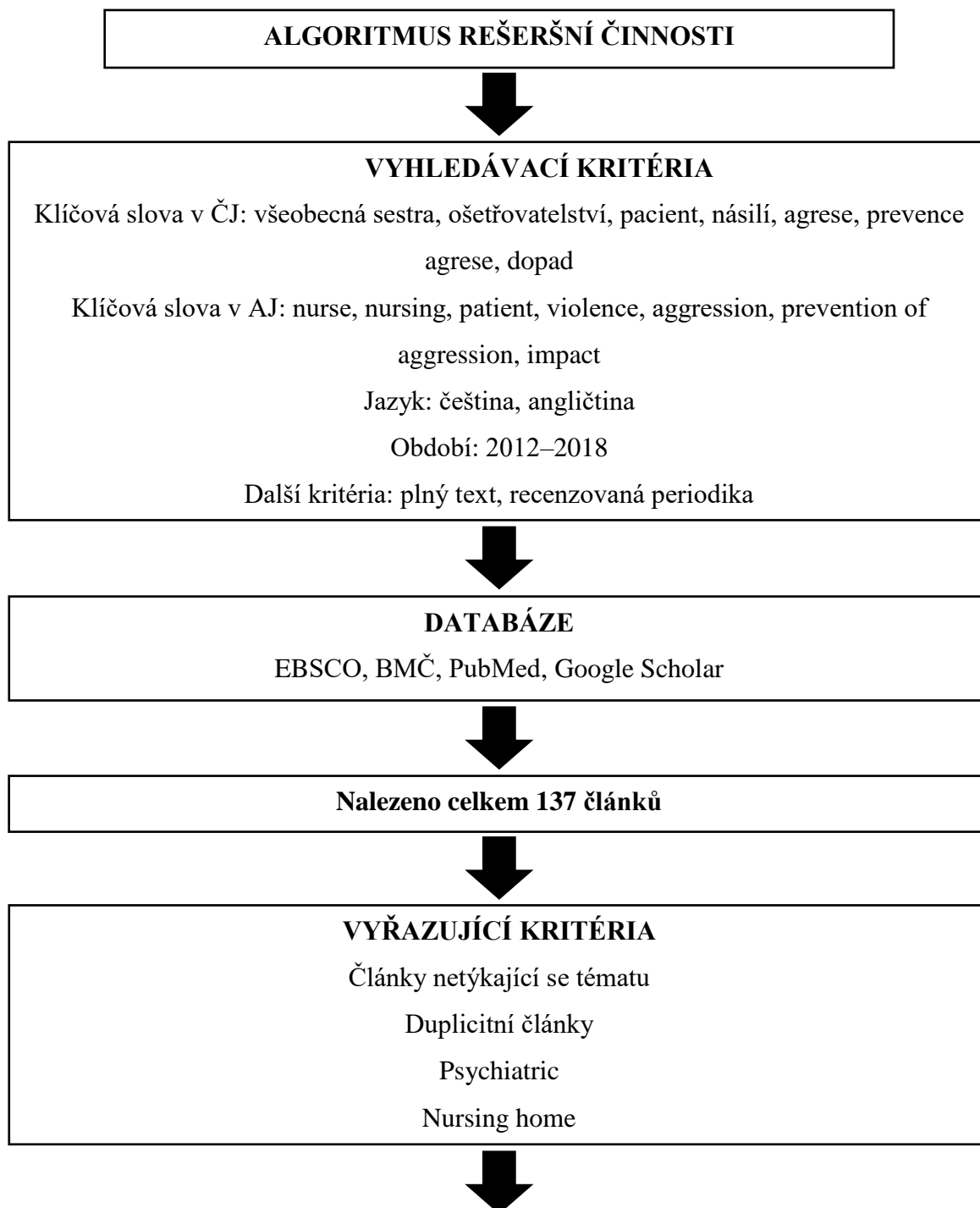
ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, c2006, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím vhodných klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů. Rešeršní činnost byla zahájena v prosinci 2017 a ukončena v březnu 2018. Algoritmus rešeršní činnosti je uveden níže.



**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH
DOKUMENTŮ**

BMČ – 1 článek

EBSCO – 34 článků

PubMed – 18 článků

Google Scholar – 0 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

2nd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts

SGEM 2015, Conference Proceedings – 1 článek

Aggression and Violent Behavior – 2 články

American Journal of Critical Care – 1 článek

Art & science – 1 článek

BMC Family Practice – 1 článek

BMC Health Services Research – 1 článek

British Journal of Nursing – 2 články

Collegian – 1 článek

Eastern Mediterranean Health Journal – 1 článek

Emergency Nurse – 1 článek

Florance – 2 články

Intensive and Critical Care Nursing – 1 článek

International Emergency Nursing – 2 články

International Journal of Nursing Studies – 8 článků

Health Services Management Research – 1 článek

Interní Med. – 1 článek

Journal of Advanced Nursing – 5 článků

Journal of Emergency Medicine – 1 článek

Journal of emergency nursing – 1 článek

Journal of Interpersonal Violence – 1 článek

Journal of Nursing Scholarship – 1 článek

Nurse Education Today – 2 články
Online Journal of Issues in Nursing – 1 článek
Ošetrovatelstvo – 1 článek
Praktický lékař – 2 články
Psychologie a její kontexty – 1 článek
PT in Motion – 1 článek
Revista Gaúcha de Enfermagem – 2 články
Scandinavian Journal of Caring Sciences – 2 články
Western Journal of Emergency Medicine – 1 článek
Work – 2 články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo využito celkem 51 dohledaných zdrojů.

2 AGRESIVNÍ PACIENT V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Agresivní chování se manifestuje v mnoha podobách a je vždy třeba jej posuzovat v komplexním pohledu, podle příslušného prostředí a s přihlédnutím k daným proměnným, tématům i odlišným odborným přístupům.

Násilné chování můžeme definovat jako skutečnou „*patologickou agresi, jejímž cílem je někoho poškodit*“ (Pekara, 2013a, s. 265), nejde však o sebepoškozování ani o plány či fantazie. Ze sociálně-interakčního hlediska je možné pod pojmem agrese vnímat „*jakékoliv jednání nebo chování, které pachatel směřuje k cíli, který je charakterizován pachatelovým úmyslem poškodit nebo způsobit újmu za účelem dosažení blízkého nebo vzdálenějšího výsledku, vyhnout se něčemu*“ apod. (Hills, Joyce, 2013, s. 555).

Agresivitu je možné rozdělit na agresivitu verbální, fyzickou nebo sexuální, přičemž ve zdravotnictví je nejčastější forma verbální (Halletta, Dickens, 2017, s. 11). Agrese verbální zahrnuje ohrožení, nadávání, šikanování, verbální zneužívání; k agresi fyzické řadíme fackování, kopání, kousání, bodnutí apod. (Heckemann et al., 2016, s. 574). Z hlediska rozdělení agrese podle pachatele je možné ji klasifikovat na agresi horizontální (šikana) ze strany pracovních kolegů či nadřízených a na agresi páchanou pacienty nebo návštěvníky (Heckemann et al., 2015, s. 212). Z hlediska intenzity se agrese může pohybovat od poměrně mírných slovních projevů nespokojenosti, frustrace nebo nepřátelství přes deliberativnější taktiky obtěžování a šikany, až k extrémním násilným činům (Hills, Joyce, 2013, s. 555).

Agresivní chování ve zdravotnickém prostředí je možné blíže definovat. V úvodu ke studii věnované strukturovanému pozorování Jackson, Wilkes a Luck (2014, s. 66) uvádějí, že v oblasti zdravotnictví je pod pojmem násilí vnímáno fyzické napadení, hrozící agresivní chování, šikanování, slovní zneužívání a různé formy obtěžování. Pekara (2013a, s. 265) ve své přehledové studii zdůrazňuje skutečnost, že pozornost je v této oblasti zaměřena zpravidla na násilí v psychiatrických zařízeních, ale oblast všeobecné zdravotní péče je ponechána stranou.

Z důvodu nedostatečné pozornosti a podhodnocení tematiky nalezneme nedostatečně prozkoumaná místa. V přehledovém článku Pekara (2013, s. 20) uvádí, že v sektoru zdravotnictví jsou doposud rozšířeny tři mýty související s agresivním chováním, jde o přesvědčení, že:

1. násilí lze očekávat nejčastěji na psychiatrii, tento mýtus je živěn skutečností, že výzkumy týkající se násilného a agresivního chování se zpravidla zaměřují jednak na

oddělení intenzivní péče, jednak na psychiatrická pracoviště, přičemž takto získaná data bývají automaticky přenášena na oddělení nepsychiatrická. Jde však o zásadní chybu, neboť na všeobecných lůžkových odděleních se agrese vyskytuje na základě vystupňovaných a nezvládnutých negativních emocí (Pekara, 2013, s. 20), a to jak ze stran pacienta, tak i zdravotníků;

2. za násilí při kontaktu může vždy pacient / jeho příbuzný, což rovněž není tak zcela pravdivé, neboť přibývá incidentů, kdy zdravotníci svým chováním vědomě či nevědomě vyprovokovali k agresivnímu chování již „nastartovaného“ pacienta, jak již bylo uvedeno výše;
3. zdravotníci vědí, co dělat, když je pacient napadne: jako metoda první volby se jeví deescalace agresivních tendencí vhodným zásahem a specifickým přístupem; tyto funkce, postupy a jejich efektivitu však český zdravotnický personál neovládá nebo nemá dostatek znalostí o těchto přístupech (Pekara, 2013, s. 20), což vyvrací třetí výše uvedený mýtus (jednotlivým mýtům bude pozornost věnována dále).

Výše uvedené skutečnosti ukazují, že oblast agresivního chování ze stran pacientů je nedostatečně probádána a nesprávně interpretována. Je třeba oblasti věnovat jak teoretickou, tak praktickou pozornost a prostřednictvím odborných prací rozšiřovat obzory a přispívat k povědomí o výskytu, rizicích i prevenci agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestřám.

Na základě výše uvedeného můžeme potvrdit, že agresivita ve zdravotnických zařízeních je složitým problémem s možnými závažnými negativními důsledky (Heckemann et al., 2016, s. 574), jehož incidence se ve zdravotnických zařízeních celosvětově zvyšuje (Sato et al., 2013, s. 1368). Zdravotničtí pracovníci poskytují pacientům zpravidla kvalitní a efektivní péči, jejímž předpokladem je bezpečné a terapeutické prostředí. V tomto prostředí je však globálně přítomno také agresivní a násilné chování pacientů vůči všeobecným sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům (Wong, Chien, 2017, s. 46).

Hrozba agresivního chování je globálním problémem a nevyhýbá se takřka žádné zemi, přičemž je možné vysledovat obdobné vzorce chování napříč světem. Kvantitativní analýza padesáti mezinárodních studií provedená Edwardem et al. (2014, s. 653–659) měla za cíl zkoumat úzkost z povolání související s agresivitou na pracovišti a ukázala, že agrese vůči všeobecným sestřám je napříč různými zeměmi většinou podobné typologie, přičemž verbální napadení se objevuje třikrát častěji ve srovnání s jinými typy útoků. Je přitom evidentní, že

prevalence násilí na pracovišti se liší podle země a oddělení, což dokládají řady studií provedených po celém světě.

O tom, že rovněž i incidence agresivního chování je celosvětově podobná, vypovídají výsledky systematické, narativní studie provedené ve Spojených státech amerických, které ukázaly, že téměř třetina všeobecných sester zaznamenala fyzickou a/nebo psychickou agresivitu na pracovišti, přičemž výzkumy v Evropě předkládají obdobná čísla: studie provedená v deseti zemích Evropské unie zjistila, že nejčastěji se s agresivním chováním potýkají všeobecné sestry ve Francii (39 %), ve Velké Británii (29 %), v Německu (28 %) a v Belgii (23 %) (Heckemann et al., 2015, s. 213). Vysoké riziko násilných incidentů je rovněž i v palestinských nemocnicích – průřezový výzkum Kitaneha a Hamdana zjistil, že agresí na pracovišti čelilo až 80 % respondentů, z čehož bylo 20 % násilí fyzické a téměř 40 % násilí slovní či sexuální obtěžování, zbývajících necelých 20 % pak čelilo oběma typům násilí (Kitaneh, Hamdan, 2012, s. 472). Schablon et al. (2012, s. 1–11) v retrospektivní průřezové studii zkoumali četnost a důsledky agresivních útoků na pracovníky ve zdravotnictví v Německu. Výzkum zahrnoval odpovědi 1973 pracovníků z 39 zdravotnických zařízení. Bylo zjištěno, že 56 % respondentů se setkalo s fyzickým násilím a 78 % s verbální agresí. Setkání s fyzickým útokem na svoji osobu uvedlo v průřezovém výzkumu provedeném ve čtyřech pákistánských nemocnicích 17 % dotazovaných, přičemž v téměř 30 % z nich byla použita zbraň, a 67 % respondentů potvrdilo slovní napadení (Zafar et al., 2013, s. 765). Spector, Zhou a Che (2014, s. 75) ve své kvantitativní analýze 136 článků uvádějí, že až 36,4 %, všech sester z výzkumného vzorku bylo vystaveno fyzické agresí, 66,9 % nefyzickému násilí, 39,7 % šikanování a 25 % sexuálnímu obtěžování, přičemž až 32,7 % všeobecných sester uvedlo, že byly fyzicky zraněny. Lepping a Lanka (2013, s. 1) provedli průřezovou studii na šesti odděleních s vysokou rizikostí výskytu agresivního chování tří nemocnic v severním Walesu a zjistili, že ze 158 dotázaných (12 mužů, 144 žen, u dvou respondentů nebylo pohlaví specifikováno) se během posledních čtyř týdnů celých 83 % respondentů setkalo se slovní agresí, polovina z nich byla agresivně ohrožena a 63 % bylo skutečně fyzicky napadeno, přičemž až polovina obětí (56 %) musela být lékařsky ošetřena.

Obdobná prevalence je přítomna i v českém prostředí, avšak výzkumy z nedávné doby chybí. Za hranicemi České republiky se agresivním chováním pacientů badatelé zabývají poměrně často a do větších detailů než u nás. Projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče byl realizován v letech 2010 až 2013 a zjistil, že se slovní agresí se setkala převážná většina (až 90 %) dotázaných sester minimálně jednou (Pekara, 2013, s. 21).

Vyšší a častější výskyt agresivního chování je možné vysledovat na některých odděleních nemocnic. Nejčastěji se s agresivním chováním setkávají zdravotní pracovníci a všeobecné sestry na odděleních urgentního příjmu. Jde o místo, kde zpravidla pacienti vstupují do zdravotnického zařízení, a je to také místo s největší pravděpodobností výskytu osob pod tlakem, s akutními bolestmi apod. Je to pak právě všeobecná sestra, kdo je první kontaktní osobou s pacientem a je tedy taktéž osobou zodpovědnou za zvládání případných incidentů (Wong, Chien, 2017, s. 46). Zhang et al. (2017, s. 9) ve své průřezové práci citují výzkumy, které zjistily, že výskyt setkání s agresí ze stran pacientů u sester pracujících na pohotovostních odděleních se pohybují od 55,5 % do 81 %. Podobně mluví i Edward et al. (2014, s. 653–659) v jejich kvantitativní analýze, když uvádějí, že všeobecné sestry na odděleních pohotovostního příjmu jsou častějším terčem agrese; i Hahn et al. (2012, s. 2685), kteří v provedeném kvalitativním výzkumu zjistili, že nejvíce násilí je doloženo na pohotovostních příjmech (73 %), na zotavovacích pokojích, anestezii a intermediální péči (59 %) a na intenzivní péči (58 %), naopak v ambulancích byla zjištěna nejnižší míra násilí (57 %); podobně Heckemann et al. (2015, s. 213) v systematickém průzkumu jako nejčastější místa výskytu agresivního chování uvádějí psychiatrické a geriatrické oddělení a také pohotovostní příjem, přičemž je třeba si být vědom skutečnosti, že prostory, kontext i incidenty na nemocničních odděleních jsou v mnoha ohledech odlišné od prostředí pohotovostního příjmu (Morken, Alsaker, Johansen, 2016, s. 18).

Pachatelem ve zdravotnickém prostředí může být jednak pacient, jednak se může jednat o násilí páchané kolegy či nadřízenými. Studie prováděné v různých národních souvislostech však ukázaly, že ve zdravotnickém sektoru je rozšířeno násilí páchané obzvláště pacienty, přičemž riziko možného vystavení agresivnímu chování je ve zdravotnictví výrazně vyšší než u jiných odvětví (Woodrow, Guest, 2012, s. 24). Pacienty jako primární zdroj agresivního chování ve zdravotnictví potvrzují i Spector, Zhou a Che (2014, s. 75–84) ve své kvantitativní analýze 136 článků zahrnujících údaje o 151 347 všeobecných sestřích ze 160 výzkumů o ošetrovatelském násilí. Kitaneh a Hamdan v roce 2011 provedli za použití dotazníkového šetření průřezový výzkum v pěti veřejných nemocnicích, nacházejících se v oblastech severní Palestiny, který zjišťoval různé aspekty násilí proti lékařům, jichž se zapojilo 271, a všeobecným sestřím, kterých na výzkumu participovalo 240. Autoři vyzkoumali, že nejčastěji byli pachateli fyzického násilí pacienti a jejich příbuzní (Kitaneh, Hamdan, 2012, s. 473). Rovněž i jordánská kvantitativní studie Ahmeda (2012, s. 318–319), jež byla v roce 2010 realizována na několika odděleních (chirurgie, pediatrie, porodnice, intenzivní péče, pohotovosti) tří nemocnic (univerzitní, vládní a soukromé) mezi 447

všeobecnými sestrami a zjišťovala údaje o verbální a fyzické agresi v předchozích šesti měsících, uvádí jako nejčastější pachatele pacienty a jejich příbuzné.

2.1 Identifikace rizikových faktorů násilí

Násilné a agresivní chování je důsledkem působení rizikových faktorů, které při maximální kumulaci zažehnou agresivní reakci jedince. Pekara (2013a, s. 265–266) ve své přehledové studii vysvětluje s využitím práce Špatenkové (2003) mechanismus vzniku agresivního chování. Dle něj jde o vystupňovanou negativní emoci snižující adekvátní schopnost okamžitě ovlivnit rozum a vyvarovat se konfliktu, přičemž negativní roli hraje i stres z nepříjemné situace. V případě ohrožení zájmů, bezpečí či hodnot individua iniciují kortex, thalamus a amygdala antistresový program umožňující lidským jedincům ochraňovat své zájmy, hodnoty a bezpečí dvěma způsoby – buď útekem, anebo útokem. Mezi nejčastěji pociťované emoce balancující na hraně možného vyvolání agresivní chování pacientů ve zdravotnickém prostředí řadí obzvláště frustraci, strach a stresové situace, což jsou faktory probíhající na emoční úrovni jak pacienta, tak zdravotníka. V takto rozehrané situaci pak stačí přítomnost některého z averzivních podnětů, tj. zesilujících faktorů, a situace může vyústit v agresivní chování, o jehož spuštění či nespouštění v této chvíli rozhoduje schopnost sebeovládání.

Pekara (2013a, s. 265) pak dále mluví o tom, že násilné chování vůči zdravotníkovi je komplexním jednáním vymykajícím se společenským normám, chováním, jež útočník není schopen ovládat, a upozorňuje na rozdíl mezi agresi, která nemusí mít nutně podobu násilí, a násilným chováním, které je typem vystupňované agresivní reakce, již je neovlivnitelná sebeovládáním. Na základě výše uvedeného pak Pekara formuluje definici ve vztahu zdravotník – pacient. Dle autora se v případě agrese jedná o úmyslné chování anebo jednání, které vzniká na základě eskalované negativní emoce (touto emocí mohou být stres, strach, agrese), častokrát zesílené různým spouštěčem (alkohol, dlouhé čekání, neprofesionalita zdravotníka), přičemž důsledkem pak může být právě verbální či fyzické násilí různého stupně (viz dále).

Motivace či impulzy k agresivnímu chování jsou vnímány jednotlivými skupinami odlišně a ze zřetelně různých perspektiv. Spouštěčem nemusí být vždy nutně pacient, mnohdy je spouštěčem incidentů zdravotník, který svým neohleduplným chováním, třeba i nevědomě, podnítil k agresivnímu chování již „nastartovaného“ pacienta (Pekara, 2013, s. 20). Agresivní chování je totiž zapříčiněno řadou vnitřních a vnějších faktorů a jejich interakcemi a doposud

nebyl definitivně stanoven mechanismus jeho výskytu na lůžkových odděleních (Heckemann et al., 2016, s. 575). Rizikové faktory jsou tedy velmi variabilní a zahrnují jak individuální vlivy, jako jsou agrese, psychiatrické poruchy, zneužívání návykových látek, stres, frustrace, úzkost, bezmocnost (Halm, 2017, s. 504), tak environmentální faktory, do nichž je třeba zařadit nedostatečnou bezpečnost a přeplněnost oddělení, dlouhé čekací doby, víkendy, přesčasy a nedostatek školení, jak se vypořádat s agresivním jedincem (Halm, 2017, s. 504). Pekara (2013a, s. 265–266) ve své přehledové studii mezi precipitory negativních emocí jmenuje nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, bolest, neschopnost řešit zátěžové situace, vlastní zklamání, nemoc, provedení chyby, neúspěch, neúctu druhých, sníženou adaptaci, interpersonální vztahy; taktéž uvádí výsledky švýcarské kvantitativní analýzy (provedené Hahn et al. roku 2008), jež zkoumala 1159 publikací vydaných v letech 1990 až 2006 a věnovaných násilí ve zdravotnictví. Podle této analýzy jsou hlavními důvody násilného chování čekání na vyšetření a ošetření, tlak na pacienta prostřednictvím zákazů nemocničních zařízení a nepochopení podaným informacím, přičemž pacienti s depresivními stavy, užívající drogy nebo trpící delirantními stavy tyto situace snášejí nejhůře. Analýza podtrhla i vzájemný vztah násilí s managementem zařízení, především s pasivním přístupem k řešení násilí na pracovišti; dále upozornila na vztah se zdravotnickým prostředím, jmenovitě zmínila nízký počet personálu zejména na nočních směnách, pak i dlouhé chodby a velkou zaměstnanost žen. Pozornost je podle výsledků třeba věnovat i neverbálnímu chování personálu, čímž poukazuje na to, že chování personálu mohlo násilný incident „vyprovokovat“. Gerdtz et al. (2013, s. 1435) v této souvislosti ve své kvantitativní studii představují zjištění kvalitativního výzkumu Duxbury (2002), podle kterého pacienti vnímají přístup sester jako příliš kontrolující, rozvoj agrese také připisovali environmentálním faktorům a špatné komunikaci. Naopak zdravotnický personál agresivní chování pacienta dává za vinu vnitřním faktorům (pacientovým/biomedicínským).

Heckemann et al. (2015, s. 213) v provedeném systematickém přehledu zmiňují mezi faktory osobnostní charakteristiky jak pachatele (pacienta), tak oběti (všeobecné sestry). Konkrétně věk a pohlaví a dále pak faktory související interaktivním, environmentálním, sociálním a kulturním kontextem a rovněž i pracovní situací, čímž je myšlena dlouhá čekací doba, nedostatek personálu apod.

Nešpor ve svém přehledovém článku (2012) tvrdí, že příčin agresivity pacienta je několik, respektive se na ní podílí několik faktorů, jejichž součinností je agresivní chování podmíněno. Jmenuje vlastní osobnost pacienta, jeho stav a také psychický stav jeho

příbuzných, jenž často bývá závažnější než stav samotného pacienta. Další faktory souvisejí s pracovištěm – kvalita komunikace, délka čekání na ošetření či výkon a povědomí o zdravotnictví.

Rizikové faktory popisuje i jordánská studie Ahmeda (2012, s. 318–323). Její výsledky ukázaly, že nejčastějším problémem je špatná image sester, špatná podpora státu a vedení nemocnic v přístupu ke všeobecným sestřám, následuje nedostatek personálu, časová tíseň a vysoká zátěž ve zdravotnictví. Až na poslední místa pak studie řadí zdravotní a psychický stav pacienta a také špatnou komunikaci, nedostatek znalostí, zkušeností a kompetencí sester.

Hahn et al. (2012) v kvalitativním výzkumu zjistili, že mezi nejčastější příčiny agresivního chování patří poruchy chování nebo psychická nemoc, dále kardiovaskulární onemocnění a zmatenost z důvodu abstinence. Nejčastěji pak k agresivním výstupům docházelo tehdy, kdy pacienti museli čekat na vyšetření, když na ně personál neměl dostatek času, a významným faktorem bylo i hlučné prostředí.

Podle průřezového výzkumu provedeného Kitanehem a Hamdanem (2012, s. 474) v palestinských nemocnicích byly nejčastějšími důvody fyzického násilí vztek (44 %), deprese (22 %), strach nebo stres (14 %), bolesti hlavy / únava (8 %) a frustrace (6 %), důvody nefyzického násilí se mírně procentuálně odlišovaly – hněv (50,3 %), bolesti hlavy / únava (18,2 %), deprese (12,6 %) a frustrace (8,4 %).

Ahmed (2012, s. 321) se ve svém průřezovém výzkumu, provedeném v Jordánsku, respondentů dotazoval, jaké faktory podle nich přispívají k násilí. Dotazovaní uvedli, že na vině je podle jejich názoru negativní společenský obraz všeobecných sester (64 %), špatná podpora ze strany vyšších orgánů a nemocnice (60 %), nedostatek všeobecných sester (56,5 %), nedostatek času a mnoho práce (51 %), fyzický a emocionální stav pacientů (33,4 %), strach a úzkost příbuzných pacientů (30,6 %), vysoké náklady nemocnice (27 %), nedostatečná bezpečnost (24 %), nedostatek komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu (18,7 %), nedostatek dovedností, zkušeností a kompetencí ze strany všeobecné sestry (15 %) a nesprávné nebo neúplné informace poskytované pacientům (14,8 %).

Jak uvádí Farrella a Shafieie (2012, s. 1426–1430), je násilí podmíněno zejména osobností člověka, dále pak psychiatrickým onemocněním, namáhavým pracovním prostředím, užíváním drog a jiných návykových látek, špatnou informovaností pacientů a intoxikací.

Lepiešová (2015, s. 699–705) provedla na Slovensku kvalitativní výzkum pomocí dotazníku MAVAS. Podle odpovědí 247 všeobecných sester je agresivní chování zapříčiněno

nejčastěji vnitřními faktory (nemoc, osobnostní vlastnosti), na druhém místě pak jmenovaly situačně-interakční příčinné faktory (situace, špatná komunikace, ošetřovatelé pacientovi nenaslouchají) a jako nejméně častou příčinu jmenovaly externí faktory (prostředí).

Vnímáním interakce mezi zdravotníkem a pacientem při agresivních událostech na odděleních pohotovosti se zabývala kvalitativní studie Morkena, Alsakera, Johansena (2016), jež v interakci identifikovala tři hlavní spouštěče agresivního chování, a to nesplněné potřeby pacientů, nedobrovolné vyšetření (například krevní test přikázaný policií) a nevyžádané dotyky (pacient je napjatý a úzkostný, zdravotnický personál se k němu přiblíží ve snaze o uklidnění či vyjádření soucítění, na což pacient reaguje agresivním výpadem).

Heckemann et al. (2016, s. 575) ve své kvalitativní studii citují Winstanleyho (2005), podle kterého je riziko agresivního chování na lůžkových odděleních podmíněno také nutností proniknout během ošetřovatelských intervencí do fyzického soukromí pacientů, což může vyvolávat pocity strachu nebo ohrožení, které mohou zapříčinit právě agresivní reakci.

Zhang et al. (2017, s. 1242) ve své průřezové studii řadí mezi faktory ovlivňující násilí na pracovišti situační a environmentální faktory, jako jsou různá prostředí, například jednotky intenzivní péče, dále dlouhou čekací dobu či těžké pracovní zatížení, pak také organizační faktory, mezi něž patří neúčinná týmová práce nebo organizační nespravedlnost, a individuální psychosociální faktory, například nezkušenost, předchozí zkušenosti s násilím či nedostatek komunikačních dovedností a neschopnost interpretovat agresivní situace.

Faktorů, jež hrají roli v procesu agresivního chování, je celá řada, přičemž v různých prostředích se různé faktory demonstrují s větší či menší intenzitou. Je tak evidentní, jak delikátním a citlivým problémem je hrozba agresivního chování, jež může být v delikátních situacích vyprovokováno i malým množstvím spouštěče.

2.2 Dopady agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru

Zdravotnické povolání je z pohledu výskytu agresivního chování velmi rizikovou oblastí a toto nebezpečí se stalo velkou hrozbou pro zaměstnance, u nichž může posléze ovlivnit i jejich psychickou a fyzickou pohodu, snížit jejich motivaci a kvalitu poskytované péče (Pekara, 2013a, s. 265). Aby byla zajištěna účinná péče, vyžaduje proces ošetřování pacientů akutní pozornost věnovanou i detailům. V případě, že je ošetřující personál fyzicky či psychicky vyčerpan či unaven, může být výkon povinnosti značně narušen, stejně jako je možné pozorovat negativní vlivy v oblasti jejich zdraví a kvality života mimo zaměstnání (Wolf et al., 2017, s. 48–49).

Freeman, Fothergill-Bourbonnais a Rashotte (2014, s. 6–12) provedli kvalitativní výzkum u sedmi zdravotních sester pracujících na úrazové jednotce jedné kanadské univerzitní nemocnice. Zajímalo je, s jakými potížemi se během praxe setkávají. Zjistili, že ačkoliv tyto sestry v práci našly smysl a jsou v ní spokojeny, jsou traumatizovány násilnými incidenty, které tvoří běžnou součást jejich ošetrovatelské praxe.

Woodrow a Guest (2012, s. 25) ve svém národní srovnávací studii uvádějí, že někteří badatelé považují agresivní chování ze strany pacientů ve zdravotnictví za naléhavější problém než obtěžování zaměstnanců. Avšak porovnání následků agresivního chování těchto dvou oblastí nebylo dostatečně průkazně provedeno. Domnívají se, že posoudit, které chování je škodlivější, je velmi obtížné. Tito dva autoři provedli srovnávací studii, která porovnávala důsledky veřejného násilí a obtěžování zaměstnanců. Využili údaje Národního statistického úřadu Velké Británie z let 2006 a 2009, jež tak poskytly údaje o více než sto tisících anglických zdravotních sester z různých oddělení, jež byly do výzkumu zařazeny. Výsledky ukázaly, že agrese ze strany pacientů páchaná na zdravotnickém personálu souvisí se sníženou úrovní pohody zaměstnanců, v obou zkoumaných letech kladli dotazovaní této skutečnosti stejnou váhu (Woodrow, Guest, 2012, s. 27).

Kitaneh a Hamdan (2012, s. 474) ve své průřezové studii v palestinských nemocnicích uvádějí výsledky svého výzkumu, v němž zjišťovali povahu a důsledky agresivního chování na všeobecné sestry. Zjistili, že v případě nefyzického násilného chování oběti pociťovaly hněv (50,3 %), bolesti hlavy / únavu (18,2 %), depresi (12,6 %) a frustraci (8,4 %) a v 31,5 % případů zdravotní problémy přetrvávaly. Oběti nefyzického násilí po ataku nevyhledaly péči žádného lékaře (62,9 %) či se o sebe postaraly samy (30 %) nebo vyhledaly péči psychiatra (4,9 %). V 59,2 % oběti nefyzického násilí uvedly, že útok měl dopad na jejich pracovní postavení, včetně omezení či absencí v zaměstnání. Naopak oběti fyzického násilí v 18 % případů uvedly, že jim tento útok přivodil trvalé zdravotní problémy, dále oznámily jako nejčastější důsledky fyzického násilí hněv (44 %), deprese (22 %), strach nebo stres (14 %), bolesti hlavy / únavu (8 %) a frustraci (6 %). V důsledku agresivního chování musely oběti vyhledat pomoc lékařů (28 %), psychiatrů (8 %) nebo o sebe pečovaly samy (18 %), 46 % obětí nebylo léčeno vůbec. Dále pak 48 % obětí fyzického násilí ve výzkumném šetření uvedlo, že agresivní chování vůči nim mělo vliv na jejich pracovní postavení, včetně omezení v zaměstnání (16 %), absencí z práce (16 %) nebo převedení na jiné místo (12 %).

Podobné výsledky negativních důsledků verbálního a fyzického chování na všeobecné sestry ukázal i kvantitativní výzkum Ahmeda (2012, s. 321) v jordánských nemocnicích. V případě nefyzického násilí všeobecné sestry vykazují v oblasti zdravotních problémů

bolesti hlavy (66,3 %), potíže se spánkem (60,8 %), únavu (61,4 %), žaludeční potíže (43,4 %), úzkosti (87,3 %) a strach (39,8 %). Respondentky, které byly obětí fyzického útoku, uvedly bolesti hlavy (42,7 %), potíže se spánkem (36,6 %), únavu (80,5 %), žaludeční potíže (32,9 %), úzkosti (73,2 %) a strach (48,8 %). Všeobecné sestry, které byly oběťmi verbálního násilí, uvedly v oblasti negativních důsledků incidentu na pracovní a společenský život sníženou produktivitu a kvalitu práce (51,8 %), myšlenky na odchod z oboru (57,8 %), zhoršený společenský život a vztahy (42,2 %) a narušený rodinný život (30,1 %). Respondentky, které byly oběťmi fyzického násilí, vykazovaly sníženou produktivitu a kvalitu práce (53,6 %), myšlenky na opuštění ošetrovatelství (59,8 %), zhoršený společenský život a vztahy (36,6 %) a narušený rodinný život uvedlo téměř stejné procento dotázaných (30,5 %).

Galián-Muñoz et al. (2014) ve své deskriptivní průřezové studii ve španělských veřejných nemocnicích nepochybuje o tom, že následky agresivního chování páchaného na všeobecných sestřích či na zdravotnickém personálu obecně jsou velice závažného charakteru a není možné je brát na lehkou váhu, neboť způsobují fyzické a/nebo psychické poškození oběti krátkodobého a dlouhodobého charakteru. To potvrzuje i kvantitativní studie Edwarda et al. (2014, s. 653–659), kteří dodávají, že agresivní chování může způsobit i eventuelní fyzická poranění a mít organizační důsledky, konkrétně pak absenci v zaměstnání, škody na majetku, nízkou morálku, nespokojenost v zaměstnání apod. Může vést až k posttraumatické stresové poruše, syndromu vyhoření, zvýšenému stresu či také záměru opustit povolání (Heckemann et al., 2015, s. 212). Následky jsou také spojeny se sníženou produktivitou, zvýšenou absencí a přerušením péče o pacienta (Hallett, Dickens, 2017, s. 11).

Demir a Rodwell (2012, s. 376–384) realizovali průřezovou studii zaměřenou na důsledky různých forem agrese na zdravotnický personál v Austrálii. Zkoumaný vzorek tvořilo 207 všeobecných sester a porodních asistentek. Autoři na základě analýzy výzkumu došli k závěru, že šikana a verbální sexuální obtěžování byly u zkoumaného vzorku po setkání s agresivním chováním spojeny se zvýšenou úrovní psychické tísně a respondentky vykazovaly v této souvislosti snížený organizační závazek. Žádný typ agrese vůči respondentkám nebyl spojen se změnami jejich spokojenosti s prací.

Bernaldo-De-Quiros et al. (2015, s. 260–267) v retrospektivní průřezové studii zkoumali, jaké psychologické důsledky si nesou zdravotní pracovníci, včetně všeobecných sester, pracující v Madridu a vystavení násilí na pracovišti. Výsledky ukázaly, že dotazovaní, kteří byli vystaveni fyzickému a/nebo verbálnímu násilí, vykazovali ve srovnání s těmi, kteří

nebyli vystaveni žádné agresi, výrazně vyšší procento úzkosti (3,9 % vs. 6,2 %), somatických problémů (2,9 % vs. 7,7 %), deprese (0 % vs. 0,5 %) a sociálních disfunkcí (1,3 % vs. 1,4 %). Frekvence verbálního násilí (více než pětkrát) pak souvisela s emočním vyčerpáním a depersonalizací, resp. se syndromem burnout.

Bordignon a Monteiro (2016) vypracovaly přehledovou studii zabývající se důsledky násilí na pracovišti, které všeobecné sestry zažívají. Autorky uvádějí, že vystavení násilí souvisí se zdravotními problémy sester, konkrétně se může jednat o fyzická zranění (bolesti hlavy, poškození sluchu, poruchy zažívání), emoční poškození a psychické poruchy (poruchy spánku, stres, deprese, strach z pacientů, únava), což může v důsledku ovlivňovat nejenom výkon zaměstnance, ale i jeho rodinné a sociální interakce. Dále také píší, že všeobecné sestry v Brazílii vystavené vysoké míře agrese pociťovaly duševní a fyzické poruchy, osamělost, podrážděnost, vztek, smutek, nízké sebevědomí a nutkání k pláči, přičemž poslední symptomy vykazovaly rovněž i sestry vystavené nízké míře agresivity.

Wolf et al. (2017, s. 48–52) provedli kvalitativní studii u šestnácti všeobecných sester, u nichž je zajímavé, jaké jsou příčiny a následky agrese na pracovišti. Zjistili, že nejvýraznějším dopadem agresivních útoků na sestru je vysoká únava, která druhotně ovlivňuje praxi vykonávanou sestrami, tj. péči o pacienty, dále má také negativní vliv na osobní život sester.

Schablon et al. (2012, s. 3–6) v retrospektivní průřezové studii zkoumali četnost a důsledky agresivních útoků na pracovníky ve zdravotnictví v Německu. Výzkum zahrnoval odpovědi 1973 pracovníků z 39 zdravotnických zařízení a zjistil, že třetina dotazovaných se cítí vystresovaně pod vlivem prožitého násilí. Výsledky rovněž ukázaly, že většina dotazovaných pociťovala hněv a zlost v reakci na agresivní zážitek, dále bylo zjištěno, že v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením byl nejčastějším pocitem v reakci na agresi pocit zklamání, v ostatních zařízeních převažoval pocit bezmocnosti. Schablon et al. citují další důsledky násilí, a to dopad na výkonnost práce, sníženou kvalitu práce a sníženou kontrolu na vykonávanými úkoly. Oběti agresivních útoků se mohou také cítit stresovaně, podrážděně, nemusejí být motivováni k práci, což může vést až k touze opustit profesi, oběti mohou pociťovat obavy z opakování incidentu, což navozuje pocit nejistoty na pracovišti. Schablon et al. uzavírají studii konstatováním, že důsledky násilí na pracovišti ovlivňují celou instituci, neboť ta je postavena na jednotlivých pracovních a snížení pracovního výkonu ovlivňuje výkon celého týmu, ohrožuje kvalitu poskytované péče a vytváří náklady na znovuoobnovení stavu.

Allen, Holland a Reynolds (2015, s. 381–390) provedli průřezovou kvantitativní studii za pomoci dotazníkového šetření, provedeného na 762 australských všeobecných sestřích, s cílem zkoumat vztah mezi šikanováním a syndromem burnout. Analýza jejich zjištění ukázala, že šikana negativně ovlivňuje zdravotní sestry a je úzce spojena se syndromem vyhoření, který může mít zásadní až destruktivní následky.

Marešová s Třešlovou (2017, s. 57) v úvodu ke své kvantitativní studii uvádějí, že práci všeobecné sestry negativně ovlivňuje několik činitelů. Následně je klasifikují na faktory mající vliv na oblast fyzickou i psychickou. Autorky s odkazem na Venglářovou a Máhrovou jako zátěžové situace jmenují péči o umírající, péči o nevyлéčitelně nemocné a trpící pacienty, agresivní pacienty, zmatené pacienty, případně o rodinu pacientů a dále pracovní a osobní podmínky pro profesi všeobecné sestry. Podobně odpověděly i respondentky jejich výzkumu realizovaného kvantitativní metodou technikou dotazníku vlastní konstrukce v roce 2016, zúčastnilo se na 255 žen pracujících v nemocnicích a hospicových zařízeních Jihočeského kraje a Kraje Vysočina (Marešová, Třešlová, 2017, s. 64). Pro dotazované bylo nejvíce zatěžující pečovat o agresivního pacienta. Marešová a Třešlová (2017, s. 57) dále citují Mareše, který se zabývá popisem těchto a podobných zátěžových situací na všeobecnou sestru, a je toho názoru, že jejich působení na organismus všeobecné sestry se rovná reakci, jakou organismus zažívá při přetížení, což je náročné na energii a vyčerpává to rezervy organismu, a pokud není toto působení zavčas odhaleno a kompenzováno, může vyústit až v nejrůznější choroby, včetně psychofyzického vyčerpání. Marešová s Třešlovou (2017, s. 64) pak uzavírají studii, že nejefektivnějším způsobem zvládnání pracovní zátěže, tedy i konfrontací s agresivním pacientem, je relaxace, odpočinek a spánek. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že všeobecné sestry při řešení těchto zátěžových situací postrádají podporu zaměstnavatele. Ti sice poskytují možnost účasti na školení či například příspěvek na zotavenou, ale dotazované by spíše ocenily zvýšení platu či více volna.

Hopkins, Fetherston a Morrison (2018, s. 159–162) provedli výzkum spočívající v komplexním vyhledávání publikací dle zadaných klíčových slov s cílem zjistit prevalenci agrese a násilí páchaných na studentech ošetrovatelství a objasnit, jaké mají důsledky. Prozkoumali 60 článků a zjistili, že v zahrnutých člancích jsou dopady agrese na zdravotníky popisované jako negativní, mající za následek prožívání akutního stresu, což je však obtížné objektivně kvantifikovat.

Na základě výše uvedeného je možné konstatovat, že je více než evidentní, že agresivní chování přináší negativní dopad na své oběti, a to nejen na jejich psychickou a fyzickou pohodu, protože to, jak na všeobecné sestry působí agrese, může ovlivňovat

zvládání agresivního chování. Na tuto oblast se v nedávné době zaměřily výzkumy, které k měření postoje sester vůči příčinám a faktorům agrese využily tři instrumenty. Jde o dotazníková šetření:

1. Attitudes Towards Patient Physical Assault Questionnaire (ATPPAQ),
2. Perception of Aggression Scale (POAS),
3. Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS), přičemž tento posledně uvedený dotazník je jediným, který zároveň zjišťuje názory sester na aktuálně používané strategie v oblasti řízení násilí (Wong, Chien, 2017, s. 46–47).

Právě MAVAS použila jako výzkumný nástroj ve své studii Lepiešová (2015, s. 699–705). Cílem její kvantitativní studie provedené na 247 všeobecných sestřích slovenských zdravotnických zařízeních bylo zjistit, jak sestry vnímají zvládání agrese pacientů, jaké strategie zvládání agrese upřednostňují (podávání léků, fyzické zábrany atd.), jaké je jejich vnímání frekvence využití těchto strategií na pracovištích a jaké jsou jejich přesvědčení o různých příčinných faktorech agrese pacienta. Autorka uvedla, že výsledky výzkumné studie lze považovat za první krok v úsilí prezentovat tematiku agrese pacienta ve slovenském prostředí.

Citované studie dokládají závažnost negativního působení zkušeností s agresivním napadením na všeobecné sestry. Nejde jen o psychické a fyzické poškození a traumata, kterým musí sestry čelit, dopad má agresivní chování na kvalitu a kvantitu péče poskytované dalším pacientům.

2.3 Prevence agresivního chování u pacienta

Násilí ve zdravotnictví je celosvětově velmi rozšířeno, a jak uvádějí McPhaul, London a Lipscomb (2013, s. 1) ve své přehledové studii, často je také mlčky přehlíženo a omlouváno stresujícím prostředím. I v této oblasti totiž platí, že včasné rozpoznání prediktorů agresivního chování a navazující implementace vhodné strategie jeho deeskalace může pozitivním způsobem ovlivnit další vývoj potenciálně nebezpečných událostí (Jackson, Wilkes a Luck, 2014, s. 66).

Vznik agresivního chování je možné rozdělit do pěti fází:

1. fáze spuštění, kdy dochází k odklonu od obvyklého chování;
2. fáze eskalace, v níž jedinec přestává odpovídat na racionální argumenty;
3. fáze krize, během které jedinec nad sebou ztrácí zcela kontrolu;

4. fáze uklidnění, v níž se navrací k základní formě chování;
5. fáze post-krizové deprese.

Zásadním krokem je detekce agrese již v počáteční fázi, všeobecné sestry by měly mít na paměti, že optimem je nedopustit přechod z fáze spuštění do fáze eskalace (Heckemann et al., 2016, s. 575). Podobnou skutečnost vyzdvihuje Pekara (2013a, s. 267) ve své přehledové práci, když jako důležitou skutečnost uvádí názor Škrly a Škrlové (1998), kteří zdůrazňují nezbytnost efektivního zvládnutí emocí v profesionálním repertoáru všech zdravotníků, neboť uklidněním pacienta a jeho deescalací je možné konflikty nejen řešit, ale také jim předcházet.

Prevence násilí by tedy měla být prioritou. Na základě výše uvedených fakt velké incidence agresivního chování je více než evidentní, že stávající preventivní program je spíše nedostačující a nefunkční, preventivní programy obsahují četné funkční nedostatky a neposkytují takovou úroveň vědomostí, jak se vypořádat s agresivním chováním, jakou by měly (Jackson, Wilkes a Luck, 2014, s. 66). Tuto skutečnost podporují rovněž i výsledky studií. Například projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče, který realizovaly Českomoravská konfederace odborových svazů a Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky v letech 2010 až 2013, zjistil, že proškolení pracovníků ve zdravotnictví, pokud není obnovováno a doplňováno, není dostačující (Pekara, 2013, s. 21). Dále průřezový výzkum provedený Kitanehem a Hamdanem (2012, s. 474) v pěti veřejných nemocnicích nacházejících se v oblastech severní Palestiny odhalil skutečnost, že většina respondentů (85–95 %) uvedla, že jejich nemocnice nemá konkrétní politiku/proceduru ani vzdělávací programy proti násilí, pouze 13 % dotázaných odpovědělo, že obdrželo školení o bezpečnostních opatřeních, řešení násilí, komunikaci nebo zvládání stresu. Velmi málo dotazovaných také referovalo o dostupnosti politik/postupů proti verbálnímu násilí (18,3 %), ochraně zdraví a bezpečnosti (16,6 %), proti fyzickému násilí (12,5 %), ohrožení (12,5 %) a sexuálnímu obtěžování (10,4 %). Na druhou stranu nemocnice mají jistá bezpečnostní opatření, a to zejména bezpečnostní personál (75,4 %), bezpečnostní alarmy (36 %), kamerové systémy (26,3 %), mobilní telefony (15 %) a detektory kovů (8,3 %).

Současná školení týkající se zvládání agresivního chování zpravidla obsahují kromě získávání znalostí a dovedností základy sebeobranu či demobilizace pachatele (Hackemann et al., 2015, s. 213). Margo Halm (2017) ve svém analytickém článku zkoumala sedm výzkumných studií zabývajících se efektivností vzdělávání při řízení agrese. Jejich analýzou zjistila, že díky vzdělání získaly všeobecné sestry znalosti, dovednosti a sebedůvěru, aby lépe řešily agresivní situace. Například výsledky kvalitativní studie Heckemanna et al.

(2015, s. 212–219) ukázaly, že všeobecné sestry díky školení kladou větší důraz a pozornost na signály pacienta a řeč jeho těla (hlas, gesta, držení těla, vzdálenost) a také se naučily používat techniky deeskalace, přičemž tyto dovednosti nezměnily negativní názor všeobecných sester na agresivní chování pacientů.

Hackemann et al. (2015, s. 218) však poznamenávají, že vzdělávání sice zvyšuje povědomí a znalosti sester o problematice, avšak ke snížení incidence agresivního chování nedochází. Heckemann et al. (2016a, s. 575–583) dále prostřednictvím kvalitativní studie metodou rozhovoru se sedmi sestrami zjišťovali, jak školení ovlivňuje postoj sester, zvládnutí agresivního chování a jak školení ovlivňuje proces prevence, strategii včasné intervence a deeskalace agrese. Rozhovory s respondentkami byly provedeny před školením zvládnutí agresivního chování a po něm. Autoři zjistili, že školením se sice rozšířily teoretické znalosti sester, ale neznamená to, že tyto nutně získaly nové strategie, jak zvládat pacientovu agresivitu. Kurz zopakoval stávající znalosti strategie prevence, intervence a deeskalace a rozšířil znalosti o environmentálních a situačních faktorech signalizujících možnou agresivitu. Autoři jsou toho názoru, že respondentky získaly strategie pro vlastní emocionální vypořádání se se situací a staly se (potenciálně) jistějšími v řešení agresivních situací. V oblasti prevence sestry po absolvování školení kladou ve srovnání s odpověďmi před školením větší důraz na strategie prevence, například kladly větší důraz na informování pacientů během čekání, věnovaly zvýšenou pozornost udržování vhodné fyzické vzdálenosti, v interakci s pacienty vnímaly tóny hlasů, gesta, mimiku apod. a v důsledku toho si všimly a přiměřeně řešily situace s potenciálem agrese. V oblasti deeskalace agrese všeobecné sestry používaly po školení dané strategie deeskalace jistěji, neboť jejich činy byly nyní podpořeny teoretickými znalostmi. V oblasti vypořádávání se s agresí výsledky výzkumu ukázaly, že k žádné velké změně nedošlo, i když některé sestry prohlásily, že získaly nové osobní strategie, jak se vyrovnat s vlastními emocemi. Heckemann et al. uzavírají, že je nutné provést více studií o tom, jak lze znalosti získané školením uplatnit v praxi.

Zdá se tedy, že by bylo vhodné vzdělávací programy upravit. Margot Halm (2017, s. 507) ve svém analytickém článku zkoumala sedm výzkumných studií zabývajících se efektivností vzdělávání při řízení agrese a na základě svých zjištění sestavila doporučené kognitivní, afektivní a behaviorální výsledky vzdělávání v oblasti agresivního řízení. Vzdělání by se mělo soustředit na předávání sedmi základních skupin dovedností:

1. Znalost příčin a typů agrese.
2. Porozumění pro potřeby agresora.
3. Použití protokolů pro posouzení rizikových profilů.

4. Uvědomění si situace, včetně rozpoznání varovných signálů, a význam včasného zásahu.
5. Interpersonální styl využívající efektivní komunikaci, včetně nespolehání se na vyhýbavé, nepřátelské nebo kritické chování, které může vyvolat eskalaci, empatictější a soucitnější reakce na eskalaci a zvýšená sebereflexe.
6. Emoční seberegulace (snížení strachu, zlosti, pocitu viny) při řízení agresivní situace.
7. Behaviorální dovednosti, tj. užívání bezpečnostních zařízení, jako jsou poplašné systémy, technik deeskalace zabraňujících nebo mírnících situace a progresivních metod kontroly chování.

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 sestram poskytuje dovednosti nutné pro úspěšné zvládnutí násilí (Kvas, Seljak, 2015, s. 182–183). McPhaul, London a Lipscomb (2013, s. 1) jsou ve své přehledové studii toho názoru, že ke snížení násilí ve zdravotnictví je třeba poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, vstřícné zaměstnance a pořádat semináře a školení na toto téma. Na druhou stranu ačkoliv jsou vzdělávací programy v prevenci agresivního chování pacientů stále považovány za klíčové, Gerdtz et al. (2013, s. 1435–1445) ve své kvantitativní studii uvádějí, že pouze několik málo provedených studií zjistilo, že školení či vzdělání mělo skutečně vliv v procesu prevence agrese pacienta. Tyto autorky provedly kvantitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s téměř 500 dotazovanými zdravotními sestrami a porodními asistentkami v australských nemocnicích. Chtěly zhodnotit dopad vzdělávacího programu věnovaného podpoře využívání technik deeskalace a komunikačních dovedností při preventivních opatřeních zabránění agresi pacientů. Výsledky ukázaly, že i přes absolvování školení byli účastníci výzkumu nerozhodní v tom, zda je možné agresivitě pacienta zabránit, a nebyli si také jisti v otázce používání fyzických zábran. Autorky uzavírají studii shrnutím, že školicí program MOCA-REDI, skládající se z teoretické a praktické části, má na postoje zaměstnanců ohledně příčin agrese pacientů a jeho zvládnutí jen malý vliv, byť někteří nadřízení evidovali změnu kvalitativního přístupu svých podřízených k prevenci agrese, a doporučením, že je třeba vyvinout nástroje měřící dopad školení na prevenci a zvládnutí agrese v praxi.

Rovněž i Heckemann et al. (2015, s. 213–218) provedli systematický, narativní přehled, který zkoumal a shromažďoval aktuální výzkumné důkazy o dopadu školení zvládnání agrese pro všeobecné sestry a studenty tohoto oboru. Analyzovali 9 studií publikovaných v angličtině, francouzštině nebo němčině mezi lety 2000 a 2011 a zjistili, že závěry všech studií prezentovaly po absolvování školení zvýšenou sebedůvěru, zdokonalené dovednosti a znalosti o rizikových faktorech absolventů školení, přičemž však nebyla evidována signifikantní změna ve výskytu agrese pacientů. Podle jejich názoru to mluví o nutnosti zaměřit se na změnu a reorganizaci organizačního přístupu k řešení agrese, vedle školení pracovníků je nutná změna politiky týkající se zdraví a bezpečnosti, ale i kultury organizace, tj. změna v hodnotách a chování pracovníků, což sekundárně podporuje prevenci agresivního chování.

Nicola Swain a Christopher Gale (2014, s. 1241–1244) provedli komparační studii, v níž porovnali, zda školení v komunikačních dovednostech sníží výskyt agrese vůči zdravotníkům na pracovišti. Účastníci výzkumu participovali na multimediálním školení, skládajícím se ze čtyř workshopů v délce 50 až 75 minut a obsahujícím jak výukové bloky, tak diskuze a DVD materiály s ilustrativními příklady z klinické praxe, jež vytvořili autoři na základě svých dlouholetých praktických i teoretických zkušeností s tématem, a je tedy možné vzdělávací program považovat za vhodně připravený. Účastníci výzkumu byli požádáni, aby vyplnili evaluační dotazníky, a to čtyřikrát: po prvním workshopu, po posledním workshopu, měsíc po posledním workshopu a dva měsíce po posledním workshopu. Výsledky komparace ukázaly, že došlo k významnému snížení ve vnímání agrese a s tím související snížení úzkosti a zlepšení celkového duševního zdraví. Je tak evidentní, že kvalitní vzdělávací program je efektivní metodou.

Výše uvedené studie by mohly poskytnout základ pro představu, jak by měl efektivní a funkční vzdělávací program vypadat. Konkrétně se k tomuto tématu vyjádřily i výsledky několika výzkumů. Za kvalitní a funkční preventivní program považují Hackemann et al. (2015, s. 213) systém, který by byl vždy přizpůsobený, systematický, obsahoval by vícekomponentní strategie posuzování a redukce rizik a systémy hodnocení, přičemž pravidelná a odpovídající školení zaměstnanců by zahrnovala jak potřeby zaměstnanců, tak i místní rizikové profily. Navíc je třeba, aby došlo i k „vnitřním proměnám“ v hodnotách, chování, aspiraci, jež ovlivňují aktivní prevenci agrese ze strany pacientů. Jedině takto je možné snížit prevalenci agresivního chování (Hackemann et al., 2015, s. 218). Verešová a Kubicová (2014) pak k tématu dodávají, že všeobecné sestry by měly být schopny zvládat

neklid a agresi pacientů, těmto technikám by se měly aktivně učit a posilovat tak vlastní sebevědomí.

Významnou roli v procesu zvládnání agresivního chování i v procesu prevence 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 případech, že již k agresivnímu incidentu došlo, mají za povinnost nabídnout obětem vhodnou pomoc a podporu (Kvas, Seljak, 2015, s. 183). Je třeba rovněž uvést, že řešení agrese pacientů je pro management obtížné, a to z důvodu častého nedostatku efektivní komunikace, organizační zpětné vazby a postupů, které je nutné z organizačních důvodů při řešení agresivních událostí dodržovat. Heckemann et al. (2017, s. 3050) dodávají, že je třeba brát v úvahu i problémy nedostatečných finančních zdrojů a nedostatečného zájmu o problematiku.

Riziko agrese ze strany pacienta je možné zhodnotit již preventivně, byť toto hodnocení nemusí být vždy stoprocentně spolehlivé a zejména se jedná o nástroje využívané velmi limitovaně a poměrně málo. K hodnocení rizika agresivního chování ze strany pacientů bylo vyvinuto několik nástrojů, přičemž jejich účelem je zabránit úrazům pracovníkům ve zdravotnictví, zabránit sebevraždě a zneškodnit pacienta dříve, než spáchá násilný čin (Calow, 2016, s. 19). Podle systematického přehledu, které provedl Calow (2016) a jehož cílem bylo vyhodnotit použití nástrojů pro hodnocení agresivních rizik týkající se násilí na pracovišti, se jako nejefektivnější a nejčastěji užívané ukázaly nástroje pro posuzování rizik nazvané Staring, Tone and Volume of Voice, Anxiety, Mumbling, and Pacing (STAMP) a Brøset Violence Checklist (BVC). První uvedený byl nejčastěji užíván k identifikaci chování pacienta, které vedlo k násilnému jednání na odděleních pohotovostního příjmu, a BVC byl naopak nejčastěji používaným nástrojem hodnocení rizik na lůžkových odděleních (Calow, 2016, s. 21). Rovněž i Gillespie et al. (2015, s. 67) ve své přehledové studii uvádějí, že jedním ze způsobů, jak snížit riziko při práci s pacienty, je provádět posuzování a identifikaci potenciálně násilných pacientů, přičemž jako jeden z možných nástrojů jmenuje P3Southwest Initial Assessment Violence Screening. Jde o dvojdílný nástroj, který v jedné části uvádí a klasifikuje násilné události pacientů během předchozích šesti měsíců, a to konkrétně jejich charakter, četnost a intenzitu, a v druhé části na základě strukturovaného rozhovoru s rodinnými příslušníky pacienta hodnotí jeho kognitivní funkce, jeho komunikativní schopnosti atd. Posuzováním výskytu agrese pacientů se zabývali i Lepiešová et al. (2012).

Ti v rámci svého kvantitativního výzkumu vytvořili škálu pro posuzování výskytu agrese pacientů vůči sestřím ve slovenských podmínkách – Výskyt Agresie Pacientov voči Sestrám (VAPS). Škála se sestává z 11 položek formulovaných na základě literárního přehledu a výsledků parciálního výzkumu v daných podmínkách. Všeobecné sestry odpovídají pomocí šestistupňové frekvenční škály na dotazníkové položky, představující různé formy agrese, jak často se staly objektem uvedených forem agrese ze strany pacientů v období posledního roku výkonu jejich praxe. Autoři jsou toho názoru, že důkazy o výskytu agrese pacientů vůči sestřím získané pomocí validního a spolehlivého nástroje jsou přínosem v oblasti managementu a řízení, neboť mohou pomoci při zavádění programů prevence či řešení tohoto problému v klinické ošetrovatelské praxi, stejně jako přípravě specifických preventivních opatření.

Nejdůležitější však je, aby všeobecné sestry věděly, jak mají v kritické situaci reagovat. Konkrétní preventivní opatření a obsahy školení proti násilí ve zdravotnictví by tedy měly zahrnovat odhalení a redukci rizikových faktorů, s nimiž je potřeba absolventy seznámit. Strukturované pozorování Jacksona, Wilkese a Lucka (2014, s. 65–70) zkoumalo, zda existují určitá konkrétní chování předpovídající fyzické násilí pacienta. Autoři sledovali 1501 případů agresivního chování a zjistili, že je možno identifikovat pět faktorů predikujících možné fyzické násilí ze strany pacientů, konkrétně se jednalo o bránění se zdravotní péči, agresivní výroky, křik, nadávání/klení, dlouhotrvající nebo intenzivní fixace očima.

Nešpor (2012, s. 404–406) uvedl ve své přehledové studii několik doporučení, jak je možné se pokusit o snížení rizika agresivního chování. Klíčovým bodem je podle jeho názoru sledování známek agrese a v případě podezření nebýt s pacientem o samotě, mít tedy možnost zavolat o pomoc.

Rovněž i Gillespie et al. (2015, s. 68–69) ve své přehledové studii vyzdvihují znalost a použití univerzálních opatření, jež mohou prevenci závažných násilných incidentů usnadnit. Mezi takováto všeobecná preventivní opatření řadí přítomnost doprovodu při ošetrování vysoce rizikových pacientů, nezůstávat o samotě s pacienty s historií agresivních útoků, udržování bezpečného odstupu od pacientů a ponechání dveří vždy volných.

Signály blížící se agrese prezentují také Verešová a Kubicová (2014). Podle těchto autorek je třeba si klást tyto otázky, přičemž kladné odpovědi znamenají hrozbu agrese:

- Působí nervózně, je rozrušený?
- Dívá se upřeně do očí?
- Výhružně nebo nápadně gestikuluje?

- Podupává, naznačuje kopnutí?
- Bouchá či kope do zařízení v místnosti?
- Práská dveřmi?
- Svírá pěsti?
- Vědomě či nevědomě ukazuje zatnutou pěst?
- Působí jako napjatý člověk, jen vybuchnout?
- Tvář je napjatá, objevuje se agresivní úšklebek?
- Nervózně pomrkává, objevují se tiky, které dříve neměl?
- Má semknuté rty?
- Objevují se gesta připomínající bití?
- Začíná do mě strkat?
- Chová se jinak než obvykle? Intuice mi naznačuje, že se blíží nebezpečí?

Jak uvádějí autorky, možné je rovněž použít i dotazník Glynis Breakwell k odhalení rizika napadení, který byl v češtině publikován Markovou, Venglářovou a Babiakovou (2006). Skládá se z patnácti otázek, a čím více je odpovědí „ano“, tím je nebezpečí agresivního útoku větší. Riziko je dosti výrazné v případě pěti odpovědí „ano“, v případě deseti odpovědí „ano“ je následný útok značně pravděpodobný. Patnáct kladných odpovědí znamená prakticky jasný útok:

- Je člověk, se kterým právě jednám, pod vlivem výrazného stresu?
- Je podnapilý či pod vlivem drog?
- Projevil se již v minulosti jako násilník?
- Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?
- Trpěl nebo trpí duševní chorobou, která snižuje přičetnost?
- Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?
- Napadl nás ten člověk v minulosti nebo nám vyhrožoval?
- Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?
- Zaútočil na mne již někdy?
- Myslí si dotyčný, že ohrožují jeho děti nebo jiné jemu velmi blízké osoby nebo jsem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?
- Myslí si dotyčný, že ohrožují jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kdož by jeho svobodu mohli ohrozit?
- Má onen člověk nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?

- Je přesvědčen, že mu úmyslně nechci pomoci?
- Měl jsem z tohoto člověka již v minulosti strach?
- Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mé osobě a kteří by mohli přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči mně podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

Rovněž i Powley (2013, s. 28) ve své analytické studii prezentuje seznam známek bezprostředního násilného chování, které publikovala britská Royal College of Nursing.

Jde o:

- Zvýšený nepokoj, napětí těla, popocházení a excitabilita.
- Zvýšený hlas nebo křik, nepravidelné pohyby.
- Napjatý, rozzlobený výraz obličeje.
- Odmítnutí komunikovat, neodpovídání na dotazy, odtažitost.
- Nejasné myšlenkové procesy, špatná koncentrace.
- Násilné iluze nebo halucinace.
- Slovní hrozby nebo gesta.

Znalost možných signálů má v preventivním programu svoji roli, neboť jejich identifikace umožňuje eliminovat agresi již v možném počátku. Powley (2013, s. 29) publikuje i návod Royal College of Nursing, jak konkrétně násilné situace potlačit v samém zárodku a být na ně připraven:

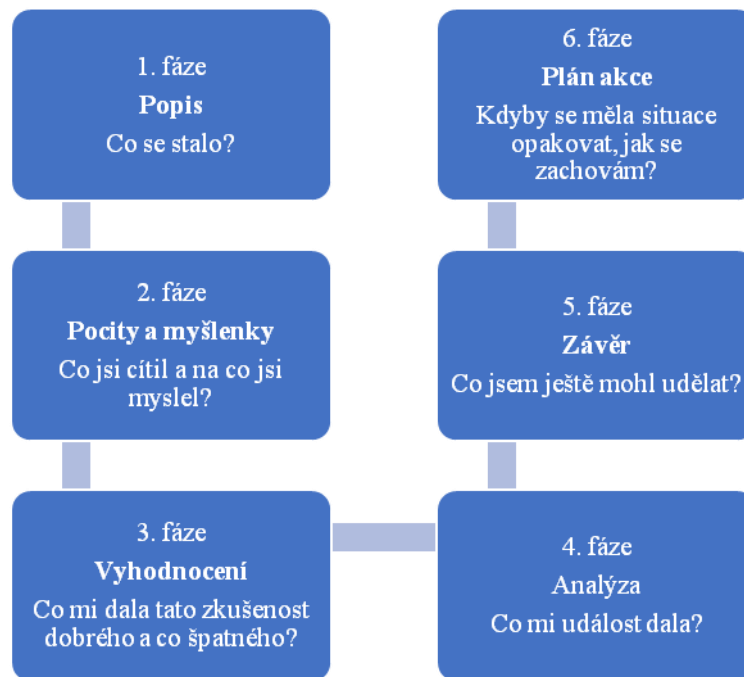
- Vypadat klidně a sebevědomě, ovládat se.
- Ujistit se, že neverbální komunikace nevyznívá nebezpečně.
- Zapojit do konverzace další osobu a přiznat obavy.
- Požádat o informování o problémech a podporovat uvažování o nich.
- Udržovat dostatečnou vzdálenost.
- Přesun směrem do bezpečí, vyhnout se zahrnutí do kouta.
- Požádat o položení případných zbraní na zem, ne pouze o jejich sklonění.
- Zvážit jiné uklidňující metody, jako jsou farmaka.
- Vysvětlit pacientům vaše záměry.
- Vědět, jak zavolat o pomoc.

V případě, že již k agresivnímu činu došlo, a ten je v běhu, je třeba, aby jedince věděl, jak má zakročit. Nešpor (2012, s. 404–406) ve své přehledové studii uvedl, jak postupovat v případě již eskalovaného agresivního chování. Uvádí, že je třeba omezit ošetřovanému přístup k nebezpečným předmětům, jež by mohl využít jako zbraň. V případě, že je pacient ozbrojen, je doporučeno zavolat policii. Navrhuje dodržovat od pacienta bezpečnou, dostatečnou vzdálenost a mluvit a chovat se klidně, bez prudkých pohybů. V případě, že je pacient usazen, je nebezpečí fyzické agrese nižší. Je-li třeba podat farmakologické preparáty, je vhodné aplikaci provést větším počtem ošetřovatelů. Výslovně také uvádí, že je dobré vše zdokumentovat.

Gillespie et al. (2015, s. 68–69) uvádějí, že pokud se již schyluje k násilnému incidentu (signály agrese jsou evidentní), je třeba reagovat proaktivně a snažit se včas intervenovat, například dotazem, zda můžeme pro pacienta něco udělat, a neustále sledovat neverbální signály potenciálního agresora. Zdravotničtí pracovníci by měli být proškoleni o tom, jaké snahy o potlačení násilné situace mohou být neúčinné až ohrožující – dlouhodobý oční kontakt, hlasitá mluva, rozzlobený tón. Rovněž i tito autoři vyzývají ty, kteří fyzické násilí ze strany pacientů zažili, aby incident podrobili reflexi a spolupracovali na prevenci s odborníky, čímž mohou vytvořit efektivnější strategie preventivních zásahů, jež by měly obsahovat varovný systém pro výstrahu spolupracovníků v případě, že je na oddělení agresivní osoba, postup, jak se zachovat při násilné události, a účinnější proces péče o oběti. Gillespie et al. (2015, s. 69, 71) dále zdůrazňují, že je důležité, aby to byli sami podřízení, kdo nadřízeným doporučí takovou strategii prevence, jež by zabránila budoucím incidentům, protože změny provedené na úrovni jednotlivců a vztahů mohou mít okamžitý dopad na zvýšení bezpečnosti zdravotníků.

Denise Powley (2013) ve své analytické studii přichází s názorem, že při prevenci je třeba vycházet z již prožitého, tedy ze zkušeností. Svůj program prevence tak staví na metodě reflexe agresivních výstupů, na což následně aplikuje komplexní program prevence. Tím, že všeobecné sestry reflektují násilné incidenty, jichž byly svědky, mohou získat nové znalosti, zlepšit zásahy v praxi a připravit se na podobné události. Powley (2013, s. 26) ve svém analytickém článku aplikuje na analýzu násilného incidentu pacienta vůči všeobecné sestře Gibbsův reflektivní cyklus (obrázek 1).

Obrázek 1 Gibbsův reflektivní cyklus



Zdroj: POWLEY, D. Reducing violence and aggression in the emergency department. *Art & science*. 2013, 21(4), s. 27.

Autorka se domnívá, že aplikace násilných událostí na tento cyklus pomůže lépe pochopit, jak reagovat v případě podobných událostí. Popisuje vlastní zkušenost s agresivní pacientkou a přiznává, že v prvním případě setkání s agresivním chováním nedokázala odhalit znaky, které agresivnímu chování předcházely a upozorňovaly na něj (viz výše seznam známek bezprostředního násilného chování Royal College of Nursing). Toto svědčí o tom, že by se do přípravy školení týkajících se prevence osvědčilo zapojení těch, kteří s tímto fenoménem mají zkušenosti.

Šestý bod výše uvedeného Gibbsova cyklu vyzývá k přípravě plánu akce v případě budoucí nutnosti intervence. Powley (2013, s. 29) ve studii předložila svůj vlastní plán akce, který zahrnuje účast na školeních k řízení agrese, jejímu rozpoznání a reagování na ni, dále zaznamenávání incidentů a zamyšlení se nad nimi v možném poučení se v další praxi a zlepšení poslechových a pozorovacích dovedností s cílem odhalit známky počínající agrese. Závěrem svého článku Powley zdůrazňuje svůj názor, že sestry by měly vědět, jak se s násilím a agresí vypořádat, a proto by měly být v tomto směru školeny, přičemž podtrhává zejména nutnost zaměření se na deescalační techniky a rozpoznávání rizik agresivních hrozeb. Zdá se tedy, že efektivní součástí prevence a také metodou vlastní elaborace zkušenosti

s agresivním napadením by měla být analýza prožité zkušenosti, a to vlastní osobou, anebo i v kruhu spolupracovníků či jiných odborníků.

Jinou metodu komplexních preventivních opatření zmiňuje bývalý velitel policie University Park v Illinois Darryl Stroud, který je toho názoru, že k zajištění bezpečnosti při agresivním chování je efektivní tzv. ABC – Assess, Be in control, and Contain and communicate (posoudit, mít pod kontrolou, zaujmout a komunikovat) (Hayhurts, 2017, s. 20). Na tomto principu funguje pětidílný preventivní program americké Occupational Safety and Health Administration (OSHA), o kterém se tvrdí, že je účinným nástrojem, jak snížit nebo eliminovat riziko agrese na pracovišti. Podle společnosti by měla být prvním krokem systematická analýza, na jejímž základě se podniknou příslušná opatření k prevenci nebo kontrole zjištěných rizik, jinými slovy zaměstnavatel by měl (1) identifikovat a vyhodnotit možnosti kontroly rizik na pracovišti; (2) vybrat efektivní a proveditelné kontroly za účelem odstranění nebo omezení nebezpečí; (3) provádět tyto kontroly na pracovišti; (4) ověřit, zda jsou tyto kontroly správně prováděny a opakovány; a (5) zhodnotit účinnost kontrol a podle potřeby je vylepšit, rozšířit nebo aktualizovat (OSHA, 2017, s. 12).

V oblasti prevence je dále třeba upozornit na jednu skutečnost, která efektivní prevenci, respektive také včasný zásah a kvalitní přípravu na možnou intervenci ztěžuje. Oběti agresivního chování ve zdravotnictví poměrně často považují agresivní výpady vůči svým osobám za „součást práce“, a proto obdobné incidenty nehlásí (Woodrow, Guest, 2012, s. 25).

Kitaneh a Hamdan (2012, s. 474) ve svém průřezovém výzkumu v palestinských nemocnicích zjistili, že 20,4 % respondentů událost ústně ohlásilo svým nadřízeným a 19,2 % podalo písemné hlášení. Více než polovina – 56,3 % dotázaných – agresivní incident nehlásila, neboť se domnívala, že to bylo zbytečné a podle jejich zkušenosti by stejně nebyla podniknuta žádná opatření (32,5 %), že to nebylo důležité (20,8 %), dále se respondenti obávali negativních důsledků (20 %), cítili se vinni či se styděli (14,6 %), anebo nevěděli, komu by měli incident ohlásit (10 %). Bylo však také zjištěno, že nemocnice zpravidla nemají zavedeny postupy pro hlášení násilí (60 %) a respondenti nejsou motivováni k hlášení událostí (59 %).

Campbell, Burg a Gammonley (2015) provedli za pomoci klíčových slov systematický přehled literatury a článků z let 1994 až 2014 nacházejících se ve zdravotnických databázích a zabývajících se agresí a agresivním chováním pacientů. Na základě analýzy výsledků výzkumu uvádějí, že prozatím neexistuje žádné nápravné opatření, jak tento fakt zvrátit. Přitom studie ukázaly, že právě přesné hlášení incidentů je jednou ze základních podmínek

vytváření organizačních politik a postupů k zajištění bezpečného klimatu v klinickém prostředí (Campbell, Burg, Gammonley, 2015, s. 314). Podobně hovoří i Fouracre (2013, s. 14), který píše, že je třeba, aby zdravotníci věděli o nezbytnosti oznamovat agresivní chování a podíleli se tak na jeho dokumentování.

Mnoho zemí po celém světě se s tímto problémem snaží bojovat zavedením přístupu tzv. nulové tolerance k agresivnímu chování v oblasti zdravotní péče. Příkladem je kampaň Zero Tolerance Zone Campaign, jež byla realizována ve Velké Británii a jejímž cílem bylo zvýšit informovanost a vzdělání zaměstnanců a pacientů ohledně nepřijatelného charakteru agresivního chování a zvýšit počet hlášení (Woodrow, Guest, 2012, s. 25).

Je nezbytné, aby se na oznamování agresivních incidentů kladl velký důraz, neboť jak již bylo uvedeno výše, je možné na jejich základě provést zhodnocení aplikovaných zásahů a je možné se z nich poučit do budoucna.

Ne vždy se podaří agresivní jednání ukončit v jeho počátku a agresora utlumit. Hahn et al. (2012, s. 2690–2692) ve svém kvalitativním výzkumu mluví o dvou způsobech zásahů k zajištění agresivního pacienta, a to o krátkodobých a dlouhodobých intervencích. Do krátkodobých zásahů řadí uklidňující a informativní diskusi, opuštění místnosti, požádání o zastavení chování, podání předepsaných léků, zavolání policie apod. Mezi dlouhodobé pak patří podání sedativ nebo použití restričních pomůcek či překlad pacienta na jiné oddělení.

V některých případech je nezbytné na agresivní chování pacienta reagovat fyzickými a mechanickými zábranami nebo také podáváním léků ke zvládnutí akutní agitace (Holloman, Zeller, 2012, s. 1–2), přičemž odborná doporučení říkají, že by donucovací opatření neměla být považována za možnost první volby pro násilné incidenty. Mělo by se spíše volit jiných, odstupňovaných intervencí, a k donucovacím opatřením by se mělo přistupovat až tehdy, když nedojde k odvrácení násilí. Hallett s Dickensem (2017, s. 11–18) provedli analytickou studii, v níž za použití klíčových slov prohledávali ošetrovatelské a zdravotní databáze a vyhledávali studie z let 1980 až 2017, v nichž byly nalezeny příslušné zmínky. Podařilo se jim vyhledat 79 takovýchto studií a na základě jejich analýzy identifikovali atributy, jež považují za funkčnější než právě donucovací opatření, jedná se o: efektivní verbální i neverbální komunikaci, posouzení situace, opatření k odstranění potenciálně agresivní situace a zajištění bezpečnosti pro všechny zúčastněné. Rovněž i Čerňanová a Knezovič (2012, s. 21) doporučují v případě, že je třeba skutečně použít omezovacích prostředků, přítomnost více osob, neboť na prvním místě je třeba dbát na bezpečnost personálu. Je-li to nutné, je možné zavolat i policii.

2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Práce shrnuje informace o agresivním chování pacienta, konkrétně předkládá poznatky o rizikových faktorech agresivního chování pacientů, znalosti o dopadu agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru a o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů.

Agresivní výpady pacientů vůči všeobecným sestram jsou významně negativním jevem, který je přítomen ve zdravotních zařízeních na celém světě. Faktorů, které agresivní jednání vyvolávají, je velké množství a příznačné jsou i jejich kombinace. Znalost rizikových faktorů je v možnosti prevenci či potlačení agresivity klíčová, jediné informovaností a vhodným chováním je možné agresivitu potlačit. Pokud již dojde k agresivnímu výpadu na všeobecnou sestru, dopady jsou poměrně zásadní, a to jak v oblasti fyzické, tak psychické, přičemž jejich vlivy jsou jak krátkodobého, tak dlouhodobého charakteru. Neměly by být v žádném případě podceňovány, neboť nemají vliv pouze na osobu všeobecné sestry, ale také na kvalitu a kvantitu péče jimi poskytované. Prevence by měla být vnímána jako priorita při zvládání agresivního jednání a pozornost by na ni měla být upřena zejména na odborných školeních a vzdělávacích kurzech, protože znalost prvotních signálů vzrůstající agrese ji může zastavit nebo ji zásadně snížit. Je však také třeba, aby vzdělávací programy byly kvalitní a funkční. Zároveň je zapotřebí klást důraz na osvětu mluvení o agresivitě, již jsou oběti vystaveny, neboť oběti agresivního chování ve zdravotnictví poměrně často považují agresivní výpady vůči svým osobám za „součást práce“, což eliminaci agrese znemožňuje.

Agresivní chování pacientů je celosvětovým problémem, jemuž je v zahraničí věnována poměrně velká pozornost, česká odborná veřejnost však ještě nezbytnost věnování se této oblasti nedocenila a článků je minimum. Odborná literatura a výzkumy se však zabývají zejména rizikovými faktory, přičemž možnosti prevence jsou zmiňovány jen okrajově. Podobně není příliš pozornosti věnováno dopadům na psychický a fyzický stav všeobecných sester vystavených agresivnímu útoku. Množství studií je věnováno agresivnímu chování v prostředí psychiatrických léčeben či oddělení, což však znamená jinou výchozí situaci pro jeho vznik i zvládání, a proto nebyly tyto studie zahrnuty do předložené přehledové studie.

ZÁVĚR

Agresivní chování pacientů vůči zdravotnickému personálu je čím dál častějším a závažnějším problémem, který však zůstává trochu stranou pozornosti odborné veřejnosti. Předložená práce si kladla za cíl sumarizovat a předložit informace o tomto tématu, jež zformulovala do třech dílčích cílů. Prvním cílem bylo předložit dohledané poznatky o rizikových faktorech agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru, druhý cíl si kladl za úkol předložit dohledané poznatky o dopadu agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru a třetí cíl předložil dohledané poznatky o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů v ošetrovatelské praxi.

První cíl prezentoval množství odborných studií, které předložily závěry výzkumů zabývajících se rizikovými faktory násilí. Bylo zjištěno, že rizikových faktorů fungujících jako spouštěče agresivního chování pacientů vůči zdravotním sestram je velké množství. Je možné je klasifikovat do několika oblastí. První oblastí jsou vnitřní faktory, tj. fyzický/zdravotní a psychický stav pacienta, přičemž jako hlavní inhibitory můžeme jmenovat věk a pohlaví pacienta, bolest, strach, vztek, deprese, osobnostní vlastnosti. Druhou oblastí je skupina rizikových faktorů ve formě návykových látek, jako jsou drogy a alkohol. Třetí oblastí jsou enviromentální/externí faktory, mezi které řadíme hluk, nedostatek soukromí. A čtvrtou oblastí jsou situačně-interakční příčinné faktory, kam je třeba zařadit dlouhou čekací dobu, nedostatek personálu nemocnice, kvalitu komunikace ve vztahu pacient – zdravotní sestra, nedostatek komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu. Je evidentní, že rizikových faktorů je velké množství a roli hrají rovněž i jejich kombinace. První dílčí cíl byl splněn.

Druhý dílčí cíl předložil dopady agresivního chování pacientů na všeobecnou sestru. Dohledané odborné studie prezentovaly množství dopadů na všeobecnou sestru, přičemž se jednalo o dopady negativní na jejich psychickou i fyzickou stránku a významnější roli nehrál charakter agresivního útoku. Bylo zjištěno, že jde o dopady v fyzického rázu, a to konkrétně ve formě zranění, jež nevyžaduje či vyžaduje ošetření a krátkodobou či dlouhodobou péči. V oblasti psychických dopadů jde o závažnější dopady na psychiku člověka, které se projevují krátkodobým či dlouhodobým vyčerpáním, depresemi, stresem, podrážděním, demotivací k práci, obavami z opakování incidentu, somatickými problémy, což se projevuje sníženou produktivitou, zvýšenou absencí a přerušením péče o pacienta, emočním vyčerpáním, depersonalizací, což může vyústit až v syndrom burnout. Ne vždy se nutně zkušenost s agresivním chováním vázala na změny ve spokojenosti s prací. Dopady agrese na

zdravotníky je tak třeba popisovat jako negativní a mající za následek prožívání akutního stresu, který je však obtížné objektivně kvantifikovat. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Třetí dílčí cíl si kladl za úkol předložit dohledané poznatky o prevenci agresivního chování hospitalizovaných pacientů v ošetrovatelské praxi. Na základě dohledaných studií je možné shrnout, že na poli prevence není situace příliš dobrá. Jsou pořádány četné vzdělávací semináře, avšak proškolení pracovníků ve zdravotnictví, pokud není obnovováno a doplňováno, není dostačující. Výzkumy rovněž upozornily na skutečnost, že ne vždy jsou semináře obsahově vhodné a nenabízejí efektivní metody prevence. 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 to jsou právě vzdělávání a odborná příprava, co všeobecným sestřím poskytuje dovednosti nutné pro úspěšné zvládnutí násilí. Je samozřejmostí, že primární prevence je preferována; byly předloženy signály značící možné agresivní napadení. Dále bylo uvedeno, jak by měl jedinec zakročit v případě agresivního napadení, a byly zmíněny možnosti zajištění a zvládnutí situace. Závažným problémem je skutečnost, že oběti agresivního chování ve zdravotnictví poměrně často považují agresivní výpady vůči svým osobám za „součást práce“, a proto obdobné incidenty nehlásí, zde je třeba iniciovat nápravu. Třetí dílčí cíl byl splněn.

Předložená bakalářská práce prezentovala výsledky mnoha zahraničních studií týkajících se agrese a agresivního chování pacientů vůči zdravotním sestřím. Studií z českého prostředí je velmi málo, jedná se především o přehledové články. Je tak evidentní, že v českém prostředí je toto téma spíše okrajové a není mu věnována pozornost, kterou by zasluhovalo.

Zahraničních studií týkajících se všeobecně tématu agrese je mnoho, avšak z velké části se týkají psychiatrických pacientů, kterým se tato studie z důvodu odlišného přístupu k pacientům a odlišného prostředí nevěnovala. Studií zabývajících se pacienty mimo psychiatrickou péči již bylo méně a věnovaly se zejména rizikovým faktorům. Informací k dopadům a k prevenci agresivního chování bylo významně méně, což také svědčí o nedostatečné pozornosti, které se tematice dostává.

Je třeba upozornit na rozdíl mezi evropskými a arabskými státy, v nichž byly prováděny výzkumy. Sociokulturní kontext těchto zemí je bezesporu odlišný, na druhou stranu při pohledu na výsledky výzkumů je viditelné, že rozdíly mezi evropskými a arabskými státy nejsou propastné.

Předložená práce by mohla sloužit jako podklad pro další výzkumy v oblasti a mohla by inspirovat management nemocnic a zdravotnických zařízení k iniciaci kvalitních a efektivních preventivních programů a k realizaci seminářů na téma agrese a násilí ve zdravotnických zařízeních.

REFERENČNÍ SEZNAM

- AHMED, A. S. Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012, **18**(4), s. 318–324.
- ALLEN, B. C., HOLLAND, P., REYNOLDS, R. The effect bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*. 2015;71(2):381-90.
- BERNALDO-DE-QUIROS, M., PICCINI, A. T., GOMEZ, M. M., CERDEIRA, M. M. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2015, 52, s. 260–270.
- BORDIGNON, M., MONTEIRO, M. I. Violence in the workplace in Nursing: consequences overview. *Revista Gaucha De Enfermagem*. 2016, 69(5).
- CALOW, N. Literature synthesis: Patient aggression risk assessment tool in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. 2016, **42**(1), s. 19–24.
- CAMPBELL, C. L., BURG, M. A., GAMMONLEY, D. Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2015, 25, s. 314–322.
- ČERŇANOVÁ, A., KNEZOVIC, R. Komunikačné prostriedky na upokojenie agresívneho pacienta. *Florance*, 2012, **8**(2), s. 20–21. ISSN 180-464X.
- DEMIR D, RODWELL J. Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012, 44(4), s. 376–384.
- EDWARD, K. L., OUSEY, K., WARELOW, P., LUI, S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*. 2014, **23**(12), s. 653–659.
- EDWARD, K., OUSEY, K., WARELOW, P., LIU, S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*. 2014, **23**(12), s. 653–659.

- FARRELL, G. A., SHAFIEI, T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive study (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*. 2012, **49**(11), s. 1423–1431.
- FOURACRE, A. Gathering evidence of violence. *Emergency Nurse*. 2013, **21**(8), s. 14. ISSN 1934-8150.
- FREEMAN, L., FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F., RASHOTTE, J. The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2014, **30**, s. 6–12.
- GALIÁN-MUÑOZ, I., RUIZ-HERNÁNDEZ, J. A., LLOR-ESTEBAN, B., LÓPEZ-GARCÍA, C. User violence and nursing staff burnout: the modulating role of job satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*. 2014, **31**(2), s. 302–315.
- GERDTZ, M. F., DANIEL, C., DEARIE, V., PREMATUNGA, R., BAMERT, M., DUXBURY, J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies*. 2013, **50**, s. 1434–1445.
- GILLESPIE, G. L., GATESA, D. M., FISHER, B. S. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*. 2015, **51**, s. 67–71.
- HAHN, S., HANTIKAINEN V., NEEDHAM I., KOK G., DASSEN T., HALFENS R. J. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 2012, **68**(12), s. 2685–2699.
- HALLETTA, N., DICKENS, G. L. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, **75**, s. 10–20.
- HALM, M. Aggression Management education for acute care nurses: what's the evidence? *American Journal of Critical Care*. 2017, **26**(6), s. 504–508.
- HAYHURTS, C. When the workplace turns violent. *PT in Motion*. 2017, **9**(6), s. 16–23.

HECKEMANN, B., BREIMAIER, H. E., HALFENS, R. J. G., SCHOLS, J., HAHN, S. The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016, 30, s. 574–585.

HECKEMANN, B., BREIMAIER, H. E., HALFENS, R. J. G., SCHOLS, J., HAHN, S. The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016a, 30, s. 574–585.

HECKEMANN, B., PETER, K. A., HALFENS, R. J. G., SCHOLS, J., KOK, G., HAHN, S. Nurse managers: Determinants and behaviours in relation to patient and visitor aggression in general hospitals. A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2017, 73, s. 3050–3060.

HECKEMANN, B., PETER, K. A., HALFENS, R. J. G., SCHOLS, J., KOK, G., HAHN, S. Nurse managers: Determinants and behaviours in relation to patient and visitor aggression in general hospitals. A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2017, 73(12), s. 3050–3060.

HECKEMANN, B., ZELLER, A., HAHN, S., DASSEN, T., SCHOLS, J. M. G. A., HALFENS, R. J. G. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*. 2015, 35, s. 212–219.

HILLS, D., JOYCE, C. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*. 2013, 18, s. 554–569.

HOLLOMAN, G. H., ZELLER, S. L. Best practice in evaluation and treatment of agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012, 13(1), s. 1–2.

HOPKINS, M., FETHERSTON, C. M., MORRISON, P. Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students: A narrative review of the literature. *Nurse Education Today*. 2018, 62, s. 158–163.

- IDEKER, K, TODICHEENEY-MANNES D., KIM, S. C. A confirmatory study of Violence Risk Assessment Tool (M55) and demographic predictors of patient violence. *Journal of Advanced Nursing*. 2011, **67**(11), s. 2455–2462. ISSN 1365-2648.
- JACKSON, D., WILKES, L., LUCK, L. Cues that predict violence in the hospital setting: Findings from an observational study. *Collegian*. 2014, 21, s. 65–70.
- KITANEH, M., HAMDAN, M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012, **12**(1), s. 469–477. ISSN 1472-6963.
- KVAS, A., SELJAK, J. Sources of workplace violence against nurses. *Work*. 2016, 52, s. 177–184.
- LEPIEŠOVÁ, M. Nurses' perception of patient aggression management – research study in selected Slovak healthcare facilities. *2nd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2015, Conference Proceedings*. 2015, Aug 26 – Sept 01; Book 1, Vol. 1, s. 699–706. ISBN 978-619-7105-44-5 / ISSN 2367-5659.
- LEPIEŠOVÁ, Martina, ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K., NEMČEKOVÁ, M. Výskyt agresie pacientov voči sestram – psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. *Ošetrovatel'stvo*. 2012, **2**(1), s. 26–32. ISSN 1338-6263. Dostupné tiež z www: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/vyskyt-agresie-pacientov-voci-sestram-psychometricke-vlastnosti-meracieho-nastroja>
- MAREŠOVÁ, L., TŘEŠLOVÁ, M. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty*. 2017, **8**(1), s. 55–65.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MCPHAUL, K. M., LONDON, M., LIPSCOMB, J. A. A Framework for Translating Workplace Violence Intervention Research into Evidence-Based Programs. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2013, **18**(1), s. 1.

- MORKEN, T., ALSAKER, K., JOHANSEN, I. H. Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents – a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2016, 17:54.
- NEŠPOR, K. Takzvaně problémový pacient. *Praktický lékař*. 2012, 2, s. 404–406. ISSN 1805-4544.
- OSHA. *Guidelines for PReventing workplace violence for Healthcare and Cosial Service Workers*. [online] 2017 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z www: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
- PEKARA, J. Násilí a české ošetrovatelství. *Florence*. 2013, 12, s. 20–22.
- PEKARA, J. Násilí ve zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2013a, **93**(6), s. 264–268.
- POWLEY, D. Reducing violence and aggression in the emergency department. *Art & science*. 2013, **21**(4), s. 26–29.
- SATO, K., et al. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior. A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2013, **50**(10), s. 1368–1376.
- SCHABLON, A., ZEH, A., WENDELER, D., PETERS, C., WOHLERT, C., HARLING, M., NIENHAUS, A. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012,2(5). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420
- SPECTOR, P. E., ZHOU, Z. E., & CHE, X. X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014, **51**(1), s. 72–84.
- SWAIN, N., GALE, C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014, 51, s. 1241–1245.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada 2006. 144 s. Edice Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

VEREŠOVÁ, J., KUBICOVÁ, M. *Sestra versus agresivní pacient* [online]. sep. 2, 3014 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z www: <http://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/sestra-versus-agresivni-pacient>

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

WOLF, L. A., PERHATS, C., DELAO, A. D., CLARK, P. R. Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigued. *International Emergency Nursing*. 2017, 33, s. 48–52.

WONG, W. K., CHIEN, W. T. Psychometric properties of the Management of Aggression and Violence Attitude Scale in Hong Kong's emergency care setting. *International Emergency Nursing*. 2017, 31, s. 46–51.

WOODROW, C., GUEST, D. E. Public violence, staff harassment and the wellbeing of nursing staff: an analysis of national survey data. *Health Services Management Research*. 2012, 25, s. 24–30.

ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med.* 2009, 11(10), s. 471. ISSN 1803-5256.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6

ZAFAR, W., et al. Health care Personnel and Workplace Violence in the Emergency Departments of a Volatile Metropolis: Results from Karachi, Pakistan. *Journal of Emergency Medicine*. 2013, 45(5), s. 761-772. ISSN 0736-4679.

ZHANG, L. et al. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, 72, s. 8–14.