



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Reakce zdravotnického personálu na fyzický útok ve
zdravotnickém zařízení**

Bakalářská práce

**Studijní program: [SPECIALIZACE VE
ZDRAVOTNICTVÍ](#)**

Autor: Vojtěch Kácha

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Reakce zdravotnického personálu na fyzický útok ve zdravotnickém zařízení jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6.5. 2022

Vojtěch Kácha

Poděkování:

Rád bych poděkoval vedoucímu své práce Mgr. Miroslavu Majerovi za cenné rady a vedení této práce a také své rodině a přátelům za jejich veškerou podporu a trpělivost při tvoření této studie, i po celou dobu studia.

Reakce zdravotnického personálu na fyzický útok ve zdravotnickém zařízení

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou fyzického napadení zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních, a to především na odděleních urgentního příjmu. Zdravotnický personál se může dostat do konfrontace s pacientem, který může být pod vlivem drog, alkoholu, vážném psychickém stavu, nebo v těžké životní situaci, která vyvolá konfliktní chování. Tato konfrontace pak může ohrožovat bezpečnost personálu zdravotnického zařízení, ale jejich pacientů.

Teoretická část se zabývá charakteristikou násilí, agrese a teoretickou metodologií při napadení zdravotnického personálu pacientem. Práce definuje násilí a jeho kategorie. Dále nahlíží na způsoby prevence a řešení již probíhající konfrontace.

V praktické části práce zjišťuje a porovnává řešení agrese mezi dvěma okresními a dvěma nemocnicemi v krajských městech. Konkrétně identifikuje, jaké techniky zdravotní personál ve zdravotnickém zařízení využívá v rámci prevence fyzického útoku ze strany pacienta, jak na útok reaguje a také jak často se s verbální, či fyzickou agresí během svých služeb setkává. Tento výzkum bude prováděn technikou kvalitativního výzkumného šetření pomocí metody dotazování a hloubkových rozhovorů, přičemž výzkumným vzorkem budou zdravotničtí pracovníci oddělení urgentního příjmu, tj. všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři.

Výsledky studie naznačují, že zdravotnický personál se s verbální agresí setkává téměř každou službu, s fyzickou pak jen výjimečně, byť se její incidence za poslední roky zvýšila. Výzkum dále ukazuje, že v krajských nemocnicích je incidence agresivního jednání logicky větší, kvůli většímu počtu lidí. Procentuálně by se ale dalo říct, že zastoupení je přibližně stejné, nehledě na lokalitu zdravotnických zařízení.

Tím, jak je zdravotnický personál stále více v kontaktu s konfliktními osobami, nezbyvalo jim nic jiného než se přizpůsobit. A tak pokud si všímají, že situaci nelze deeskalovat, raději si přivolají ochranku, či Policii České republiky, než aby ohrožovali své zdraví, nebo ostatních pacientů. Primárně se však pokoušejí situaci zvládnout zásadami správné komunikace.

Znepokojujícím zjištěním je skutečnost, že konfliktní jednání pacientů je pro personál nemocnice na denním pořádku a nevyvolává u něj žádné překvapení.

Prevalence agrese v nemocničních zařízeních poukazuje na širší společenský problém, kdy agresivní jednání je stále mnohými viděno jako legitimní cesta, jak dosahovat svých potřeb.

Práce je upozorněním na prevalenci agrese v nemocnicích. Řešení tohoto problému vyžaduje spolupráci na několika úrovních. Vedení nemocnic by mělo vedení nemocnic na aktuální situaci a zajistit co největší bezpečnost personálu i pacientů před agresory a také zajistit dostatečnou edukaci personálu ohledně jednání s agresivními jedinci a případně i základní kurzy sebeobrany. Výsledky by ale také měly upoutat pozornost médií, která by se měla zaměřit na primární prevenci a začít na tento problém aktivně upozorňovat a sdělovat lidem, že pro agresi ve zdravotnictví bez legitimního důvodu není prostor, protože právě řešení konfliktů zdržuje zdravotnický personál od poskytování kvalitní a efektivní zdravotnické péče.

Klíčová slova:

Fyzické napadení; útok; zdravotnické zařízení; zdravotnický personál; pacient; agrese; urgentní příjem; reakce; sebeobrana; konflikt; prevence

Medical staff reaction on physical attack in a health-care institution

Abstract:

This bachelor thesis deals with the matter of physical attack on medical personnel in health-care institution, especially on the emergency unit. Medical staff can get into confrontation with patient, who can be influenced by drugs, alcohol, serious mental illness, or by difficult life situation, which evoke conflict behavior. This confrontation then can be dangerous for safety of health workers, but also their patients.

Theoretical part will be based on characteristics of violence, aggression and theoretical methodology during encounter with aggressive patient. Study define violence and it's categories. It also shows resolving methods already escalated confrontation.

In practical part study searches and compares aggression resolution between two regional and two district hospitals. It mainly identifies, which techniques health-care institution workers use in order to prevent physical attack from patient, then how health-care workers react to it and also how often do they encounter verbal and physical aggression during their shift. For this research the qualitative technique, along side with inquiring method and in-depth conversation will be used, whereas the research sample is going to be medical staff on the emergency department i.e. nurses and paramedics.

Result of the study shows, that health-care workers are in contact with verbal aggression almost every workshift, with physical then only occasionally, eventhough the number of cases have grown. Result of thesis tells, that there is bigger number of cases in district hospitals, than,logically, in regional hospitals, especially because of higher number of patients in district hospitals. But in percentage sign it could be told, that the number is same, no matter the location.

The more the health-care workets are in contact with aggressive behavior, the more they had to adapt to it. And so if they notice, that the situation cannot be deescalated, they will rather call for security service of the hospital, or for the police, so they would not have to risk their own, or the patients' health. But primarily they are trying to handle the situation with principles of correct communication.

Unsettling discovery is, that patients' conflict behavior is happening to hospital personnel on daily basis and it is no longer suprising for them.

Prevalence of aggression in health-care institution points on wider society problem, where aggressive behaviour is by many people seen as legitimate way of, how to achieve their goals.

Study is warning before aggressive prevalence in health-care institutions. Solution of this problem stands on cooperation of several pillars.

Hospital headquarters should provide enough safety for their workers and patients from aggressors and also organise educational programs about correct approach towards aggressive people a eventually elementary courses of self-defence, if needed. These results should also alarm media companies, which should aim for primary prevention a should actively draw attention and convey people about that there is no place for aggression in health-care institution without legitimate reason, because resolution of conflicts is exactly what holds off personnel from providing quality and effective health-care.

Key words:

Physical attack; assault; health-care institution; medical staff; patient; aggression; emergency unit; reaction; self-defence; conflict; prevention

Obsah

| | |
|---|----|
| 1. Úvod | 10 |
| 2. Teoretická část | 11 |
| 2.1. Zdravotnické zařízení | 11 |
| 2.2. Konflikt | 12 |
| 2.2.1. Definice a vznik konfliktu | 12 |
| 2.2.2. Typy chování při konfliktu | 13 |
| 2.2.2.1. Pasivita | 13 |
| 2.2.2.2. Agresivita | 13 |
| 2.2.2.3. Asertivita | 14 |
| 2.3. Agrese | 15 |
| 2.3.1. Definice agrese | 15 |
| 2.3.3. Projevy agrese | 17 |
| 2.3.4. Příčiny agrese | 17 |
| 2.3.5. Prevence vzniku agrese | 18 |
| 2.3.6. Řešení a zvládnání agrese | 19 |
| 2.3.7. Delirium | 21 |
| 2.3.7.1. Rozdělení deliria | 21 |
| 2.3.7.2. Rizikové faktory deliria | 21 |
| 2.3.7.3. Prevence deliria | 22 |
| 2.3.7.4. Léčba deliria | 23 |
| 2.4. Násilí | 23 |
| 2.4.1. Definice násilí | 24 |
| 2.4.2. Příčiny násilí | 24 |
| 2.4.3. Rozdělení násilí | 25 |
| 2.4.4. Proces napadení | 25 |
| 2.4.5. Prevence násilí | 26 |

| | |
|---|----|
| 2.5. Zdravotnický personál a agrese..... | 26 |
| 2.5.1. Přípravenost a edukace zdravotnického personálu..... | 27 |
| 2.5.2. Reakce zdravotnického personálu | 27 |
| 2.5.5. Následky | 31 |
| 2.6. Statistiky..... | 32 |
| 3. Praktická část..... | 33 |
| 3.1. Cíle práce | 33 |
| 3.2. Výzkumné otázky..... | 33 |
| 3.3. Metodika výzkumu a technika sběru dat..... | 34 |
| 3.4. Charakteristika výzkumného souboru..... | 35 |
| 4. Výsledky výzkumného šetření | 35 |
| 4.1. Shrnutí výzkumného šetření..... | 48 |
| 5. Diskuse | 50 |
| 5.1. Využití pro praxi | 51 |
| 6. Závěr..... | 52 |
| 7. Seznam použité literatury | 53 |

1. Úvod

K roku 2017 proběhla studie, která měla za úkol porovnat zdravotnictví ve 195 zemích světa a Česká republika se umístila na třicátém místě. Nebezpečí takové špičkové péče však spočívá v tom, že u některých obyvatel může vést k očekávání ošetřování bez jakýchkoliv komplikací, pocitu okamžité dostupnosti, toto pak k možnému nevděku a následně k prvotním projevům agrese vůči zdravotnickému systému při neuspokojení pacientových potřeb. Pokud situace neprobíhá tak, jak pacient doufal, tak se jako první nárazník jeho nespokojenosti nabízí zdravotnický personál.

Tyto situace, i přestože jsou stále častější, jsou bohužel opomíjené a nevěnuje se jim příliš velká pozornost, a to i přestože zdravotnický personál může utrpět jak fyzické, tak i psychické trauma, což následně může vést ke snížení efektivity a kvality zdravotnického zařízení.

Říká se, že člověk si uvědomí, co má, až ve chvíli, kdy to ztratí. Degradace zdravotnického systému, aby si pacienti uvědomili aktuální úroveň zdravotnictví v České republice by však nedávala smysl. Proto se zdravotnický personál potýká s čím dál tím větším procentem fyzického napadení, které se může rozrůstat i mimo oddělení urgentního příjmu, čekárny jednotlivých ambulancí, či psychiatrická oddělení, kde se s rizikem konfliktu vždy do jisté míry počítalo.

Důvody těchto napadení bývají nejčastěji alkohol, drogy, psychický stav, ale i těžká životní situace, či nedůvěra pacienta vůči zdravotnickému personálu. Problém těchto konfliktů spočívá v tom, že je každý zcela individuální a nelze určit, kam až je situace schopna vygradovat. Toho jsme si mohli všimnout v případě střelby z roku 2019 ve FN Ostrava, kdy do čekárny přišel ozbrojený muž a na místě postřelil 9 lidí, nebo když v roce 2005 v nemocnici ve Slaném pacient bodl zdravotní sestru nožem do zad.

Ke zklidnění pacienta, který vykazuje známky agrese je primárně zapotřebí duchapřítomnost a správná reakce zdravotnického personálu. Tímto se bude zabývat teoretická část této práce společně s charakteristikou násilí, agrese, konfliktu a dalšími tématy. Naopak praktická část výzkumu se bude přímo zabývat připraveností a zkušenostmi s agresí ve zdravotnickém zařízení zdravotnického personálu z oddělení urgentních příjmů.

2. Teoretická část

2.1. Zdravotnické zařízení

Dle zákona 372/2011 sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování se ve 4 § (1) zdravotnické zařízení definuje jako prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. (Zákon 372/2011 sb., § 4)

Dále se v § 11 (6) říká: „Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f) a i). Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor a vybavení vybranými zdravotnickými prostředky, jinými přístroji a zařízeními, na vybavení kontaktního pracoviště, a v případě lékárenské péče poskytované v odloučeném oddělení výdeje léčiv i na místo poskytování péče, stanoví prováděcí právní předpis. Tímto nejsou dotčeny požadavky na zdravotnická zařízení podle jiných právních předpisů.“ (Zákon 372/2011 sb., § 11)

Ve zdravotnickém zařízení rozdělujeme péči na dva druhy – ambulantní a lůžkovou.

Ambulantní se řadí do ošetrovatelství, které nevyžaduje hospitalizaci, nebo lůžkovou péči maximálně na jeden den, kdy je pacient ošetřován lékaři, či odbornými specialisty. Ambulantní péči lze rozdělit na primární ambulantní, která se provádí za účelem prevence, diagnostiky, léčby, konzultace, dále se dělí na specializovanou ambulantní, která poskytuje péči v rámci jednotlivých oborů a další typ je tzv. stacionární, která se poskytuje těm pacientům, kteří vyžadují opakovanou denní ambulantní péči. (MZČR, 2012)

Lůžkovou péči v nemocnici doporučuje lékař, nebo ambulantní specialista v případě, že to vyžaduje pacientův stav. Na základě tohoto stavu se rozhoduje, zdali bude poskytována akutní standartní, akutní intenzivní, následná nebo dlouhodobá zdravotní péče.

Akutní lůžková péče standartní se poskytuje pacientovi s náhlým onemocněním, nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožuje zdraví pacienta, ale nevede bezprostředně k selhávání životních funkcí, případně pokud pacient vyžaduje provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně.

Akutní lůžková péče intenzivní se naopak poskytuje v případě přímého ohrožení, nebo možného náhlého selhání základních životních funkcí, nebo pokud tyto stavy lze předpokládat.

Následnou lůžkovou péči pacient čerpá v případě, že byla stanovena diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ale vyžaduje doléčení, nebo rehabilitaci. Dále se poskytuje pacientovi, který je zcela nebo částečně závislý na podpoře základních životních funkcí.

Dlouhodobá zdravotní lůžková péče je nutná pro pacienty, jejichž zdravotní stav již nelze podstatně zlepšit sebeintenzivnější léčbou a zároveň se bez kontinuální ošetrovatelské péče zhoršuje. Stejně tak se poskytuje i pacientům s poruchou základních životních funkcí. (2012)

2.2. Konflikt

2.2.1. Definice a vznik konfliktu

Křivohlavý (2008) hovoří o konfliktu dvou lidí nebo skupin (interpersonální konflikt), jako o střetnutí dvou cílů, přičemž částečné, nebo úplné naplnění cíle jednoho, znamená více, či méně neuspokojení cíle druhé osoby, a tak dochází ke konfrontaci dvou názorů, postojů, nebo tužeb.

Na rozdíl od jiných zdravotnických profesí se zdravotničtí záchranáři a zdravotní sestry dostávají do konfliktu s pacientem mnohem častěji. Toto je podle Hnilicové (2007) způsobeno právě tím, že zdravotničtí záchranáři a zdravotnické sestry stráví více času v prvotním kontaktu s pacientem než ostatní.

V článku o příčinách násilných konfliktů při ošetrování v časopisu Florence autor uvádí tři zákonitosti, které říkají že pokud nastane spor mezi pacientem a zdravotníkem, který situaci vystupňuje, jde především o nezvládnutí negativních emocí obou stran. (Pekara, 2014)

Další zákonitost vyplývá z toho, že zdravotníci nejsou stroje, které jsou neúnavné a snesou vše, a proto neprofesionální chování a nezvládnutí situace, které vede k nevhodným gestům a slovům je následkem obranné reakce zdravotníků.

Třetí a poslední úskalí správného zvládnutí konfliktní situace je vynaložení maximální energie na její zamezení, než tuto situaci následně řešit. Právě toto totiž většinou spotřebuje mnohem více energie než při prevenci. (2014)

2.2.2. Typy chování při konfliktu

„Chování je soubor všech vnějších zjistitelných nebo měřitelných projevů duševního života člověka.“ (Čížková, 1997).

Každý člověk se chová a reaguje na základě svého charakteru a stavu, ve kterém se nachází a na základě aktuální situace společně s emocemi. Obzvláště když se lidé dostanou do situace, kdy musí navštívit zdravotnické zařízení a obzvláště, když se tak stane z donucení či doporučení blízkých, nebo když pacient nemá na výběr vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

Dle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) se při konfliktu rozdělují tři základní typy chování:

- Pasivita – člověk omezuje vlastní práva
- Agresivita – člověk porušuje práva ostatních
- Asertivita – člověk dodržuje práva svá, i ostatních

Hovoří také o specifickém, čtvrtém druhu chování, a to o manipulaci, kterou definují jako skryté chování spojené s prvky pasivního a asertivního chování, kdy se jedinec pokouší schovat svůj pravý účel chování za něco jiného.

Tato práce však bude věnovat největší pozornost agresivitě.

2.2.2.1. Pasivita

Toto chování je charakterizováno jakousi rezignací na prosazení vlastních zájmů a práv. Pasivní člověk je nejistý, ustupuje ostatním, nechce se pouštět do konfliktů a výměny názorů a okolí obviňuje z agresivity. Raději se přizpůsobí silnějšímu a přejímá postavení „oběti“ a doufá, že ostatní odkryjí jeho potřeby a emoce. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011)

2.2.2.2. Agresivita

„Agresivita je vlastnost, postoj, nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem.“ (Martínek, 2015).

Tento typ chování se vyznačuje tím, že agresivní jedinec ostatním předkládá a vnucuje své nápady a názory a následně vyžaduje jejich přijetí. (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011). Martínek (2015) zastává názor, že člověk, který má větší dispozice k agresivitě, je více náchylný k tomu tak jednat. Se svou vnitřní agresi může vnitřně

válčit, ale často jen těžko ovládat. To znamená, že například u věcí, nad kterými by se ostatní lidé například pousmáli, by tento typ člověka jednal spíše impulzivně a přehnaně. Tito lidé mají stejně tak větší sklony k urážlivosti, vztahovačnosti a komunikace bývá většinou složitá a musí být vedena opatrně. Z těchto důvodů může okolí vůči tomuto člověku být odtažitě.

Martínek (2015) tvrdí, že výraznou roli zvýšení agresivity u daného jedince hrají genetické faktory a predispozice. V některých studiích se uvádí, že až z 60 % je míra agresivity dědičná.

2.2.2.3. Asertivita

Asertivní člověk je schopen vyjádřit jeho potřeby, myšlenky a názory. Je schopný naslouchání, kompromisu a i změně názoru pod tlakem argumentů. (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011). *„Asertivní člověk přebírá plnou odpovědnost za svoje chování. ví, co chce dělat a jakým způsobem to bude dělat. Jsou mu jasné i důsledky. Je vesměs aktivní a vyhýbá se agresi a manipulaci. Většinou přímo říká, co cítí a o co mu jde. Nepovyšuje se a zásadně se neponižuje. Umí naslouchat. Když udělá chybu, přizná ji. Umí přistoupit na kompromisy. Působí vyrovnaně, uvolněně, srozumitelně.“* (Praško, Prašková 2007).

Tab. 1: Charakteristika způsobu chování při konfliktu

| Neverbální složka | Agresivita | Asertivita | Pasivita |
|--------------------------|---|---|--|
| Výraz obličeje | Napjatý, zlostný výraz, upřený pohled na druhého člověka | Uvolněný, příjemný, oči na stejné úrovni | Nervózní vzhled, sklopené oči |
| Držení těla | Ruce v bok, popocházení a zasahování do osobního prostoru | Uvolněné, vzpřímené, zachovává vlastní prostor ostatním | Shrbené, nepohodlné, je vždy připraven utéct |
| Tón hlasu | Hlasitý, přeskakující, vymáhající, výhrušný, nadřazený | Pevný, sebejistý, přívětivý, projevující úctu k druhému | Tichý, chvějící se, má blízko k podceňování |
| Gesta | Ostrá, příkrá, zaťaté pěsti | Přiměřená pro zdůraznění problému | Nervózní, neklidná |

(Zachrarová, Šimíčková-Čížková, 2011)

2.3. Agrese

„Agrese je vrozený pud, který lze usměrnit, ale nelze mu zcela zamezit.“ (Fromm, 1997)

2.3.1. Definice agrese

Ve světě neexistuje žádná charakteristika, která by přesně vyjadřovala pojem „Agrese“, nejčastěji se však využívá tzv. Moyerova definice, která říká, že: „Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu, nebo předmětu.“ (Moyer, 1976) in (Látalová, 2013). Toto chování však do sebe nezahrnuje násilí vůči sobě.

Další definice agrese dle Kunika vypovídá o tom, že se jedná o fyzické, nebo verbální chování za účelem ublížení. (Kunik et al., 2010) in (Látalová, 2013).

Hlavní myšlenka z těchto dvou definic, kterou Látalová (2013) ve své knize reflektovala byla, že akt agrese je vědomý. Způsob, jakým se agresor chová je tedy úmyslný a dá se pozorovat, stejně tak i motiv, který se děje za účelem ublížení, či poškození. Toto je velice důležité, protože nezbytnou součástí každé definice o agresi je to, že byl přítomen úmysl poškození druhé osoby, předmětu, či zvířete. Velmi často stává, že k poškození dojde neúmyslně, bez motivu, a tedy se nejedná o agresi. Jako příklad lze využít dopravní nehodu způsobenou špatnými podmínkami na vozovce. V tomto případě by se nejednalo o agresi, což by vedlo k podstatně rozdílnému morálnímu, i případnému soudnímu jednání, než kdyby šlo o úmyslnou a tedy agresivní, srážku.

2.3.2. Druhy a formy agrese

Za poslední dobu se vznikem nových technologií vzniklo i mnoho nových způsobů šikany a agresivního chování (kyberšikana, cybergrooming – spočívá v navázání důvěrného vztahu přes sociální sítě, následném setkání v reálném prostoru, které vede k sexuálnímu zneužití, nebo jinému zneužití důvěry dané osoby). To ale neznamená, že se opouští od šikany v reálném čase i prostoru. Nejen ve zdravotnických zařízeních se můžeme setkat s tímto chováním, které má mnoho forem a druhů. Tato práce zmiňuje ty nejvýznamnější.

Autoři článku *Současné projevy agrese* (Harsa et al., 2012) vymezují několik rysů u agresivního chování a to:

- Záměrnost – zdali jde o jednání úmyslné
- Trvání – pokud se incidenty opakují
- Asymetrické síly – jestli je nepoměr mezi silami fyzickými, nebo i psychickými
- Následky – oběť je neschopná obrany, a to vede ke sníženému sebevědomí, pochybnostem atp.

Co se týče nemocničního prostředí mohli bychom agresi rozdělit také na:

- Fyzickou s použitím zbraně
- Slovní a zastrašování zbraněmi
- Násilné a manipulativní chování a příkazy

Pospíšil (2011) rozeznává další tři odlišné druhy agrese:

- Emocionální, impulsivní, hostilní reakce – v tomto případě je vytlačena veškerá rozumová stránka jednajícího člověka a jediné o co mu jde, je dosažení svého cíle.
- Instrumentální agrese – spočívá v chladnokrevném splnění svého úkolu. Tento druh se vyskytuje často u sportovců, zlodějů, teroristů, či občanů na úřadech.
- Šikana – jde o tyranii, kdy agresor je v pozici mocnějšího či silnějšího. To znamená, že je například v silové převaze, nebo má lepší sociální postavení. Šikana může probíhat buď dlouhodobě, nebo opakovaně a obrana proti ní není často zcela účinná. Hlavní rys šikany je ten, že je plánovaná a agresorovi jde především o co největší nepohodu a utrpení šikanovaného jedince. (2011)

2.3.3. Projevy agrese

Zacharová ve svém článku *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků* (2009) uvádí hned několik projevů emočního neklidu, jsou to například:

- Nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace
- Podupávání a kopání do okolních předmětů
- Prudké klepání, bouchání dveřmi
- Tenze v obličeji, semknuté rty
- Sevřené pěsti, strkání
- Agrese řeči, urážky, výhružky
- Celkové napětí směřující k výbuchu

U těchto projevů je potřeba předpokládat, že se můžou kdykoliv přeměnit na projevy aktivní. (2009)

Zacharová dále vypovídá o tom, že když dojde ke zpozorování této situace, je dobré okamžitě a adekvátně reagovat. Osvědčilo se odhalit spouštěcí mechanismus tohoto chování a pomocí rychlých otázek získat více času a prostoru k vyřešení situace.

Je však také možné pacientův záchvat vzteku ignorovat, vyslechnout si jeho příčinu nespokojenosti, následně se omluvit a ujistit ho, že dojde k okamžité nápravě. (2009)

2.3.4. Příčiny agrese

U žádného pacienta se agresivní chování neprojeví z ničeho nic a bez nějaké příčiny. Vengelářová a Mahronová (2006) považují za nejčastější příčiny agresivního chování pacienta pocit ohrožení nebo strachu například z nadcházející operace, či

z nemocničního prostředí. Pacient může mít strach i z toho, že se zákrok nemusí vydařit a že jeho očekávání nebudou naplněna. Mnoho agrese u lidí pramení i z dlouhého čekání například na vyšetření, nebo když musí opakovaně odpovídat na již zodpovězené, nebo zbytečné otázky – mluvíme zde tedy o větší a zbytečné zátěži. Dále pak hovoří o možném ponížení či zesměšnění, když například personál nepovažuje jejich zdravotní stav za závažný. Lidé se také mohou bát jisté bezmoci, kdy své zdraví plně odevzdávají do rukou ošetřujících. Původcem agrese bývá též velmi intenzivní bolest, kdy pacient vyžaduje úlevu od bolesti ihned po příchodu do zdravotnického zařízení, stejně tak když je pacientova realita zkreslená například omamnými látkami, alkoholem, nebo vlivem duševního onemocnění. Pokud jsou všechny tyto možnosti u pacienta vyloučeny, je možné, že agrese pramení z psychopatických rysů a predispozic. (2006)

2.3.5. *Prevence vzniku agrese*

Je velmi těžké se vžít do situace, kdy je pracovník zdravotnického zařízení vystaven počínajícímu agresivnímu chování, když se sám aktuálně nachází v nelehké situaci. Může mít například hlad, být unavený, do toho řešit osobní problémy a pak se vystaví dalšímu stresoru ve formě nepříjemného pacienta.

Zdravotnický personál má buď na výběr z konfliktu utéct a zeptat se jiného kolegy, jestli by nemohl jít situaci vyřešit, nebo může odpovědět na agresi agresi, což by nepřišlo vhod ani jedné straně, anebo může na chvíli zapomenout na své nedostatky a pokusit se situaci vyřešit profesionálním přístupem. (2006)

Pospíšil (2011) ve své publikaci o krizovém jednání s problémovým pacientem píše, že s prevencí je nutno začít již v mladém věku.

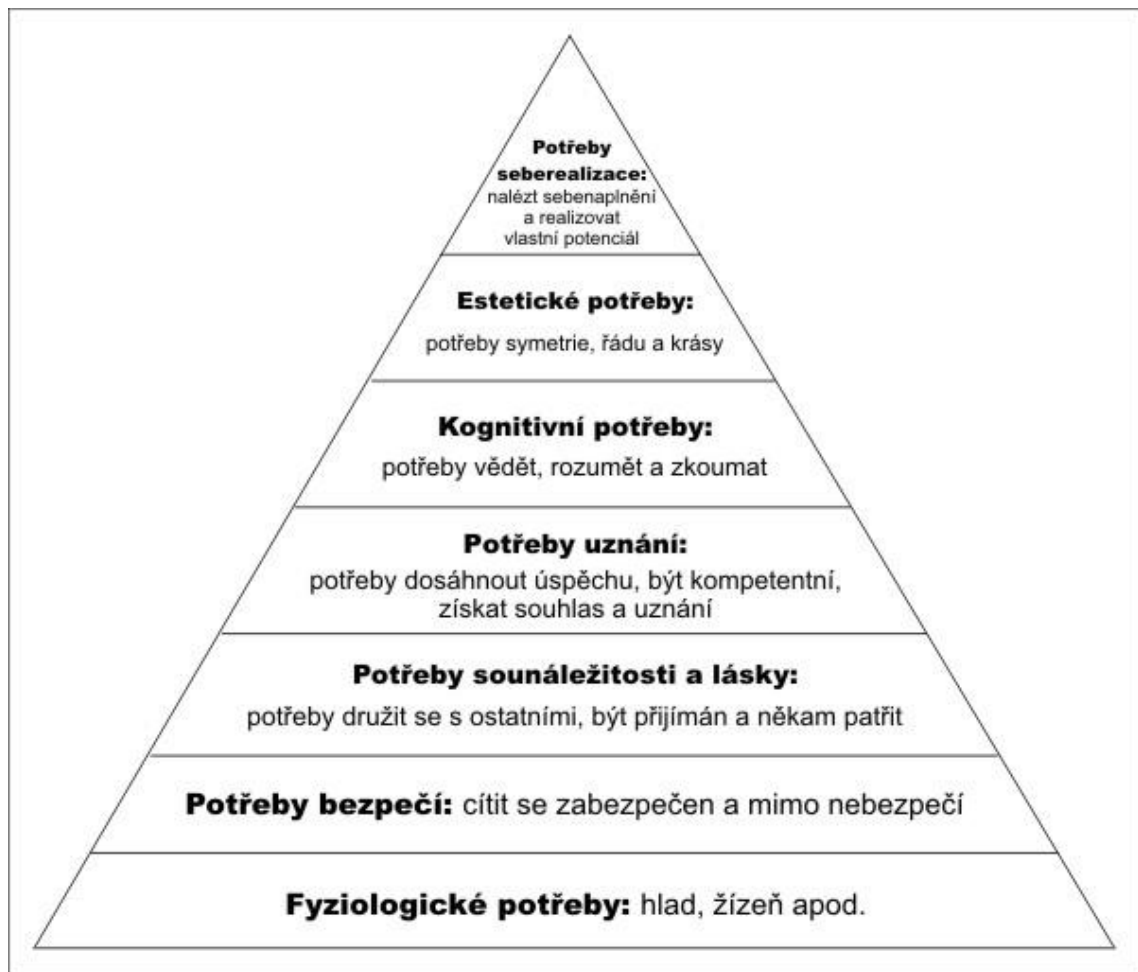
První metoda vypovídá o trestání za agresi. Tento trest však musí odpovídat svou vahou vůči agresivnímu aktu a musí být proveden okamžitě.

Druhý způsob je katarze, kdy se pokoušíme zvyšovat úroveň, při které jedinec začne být agresivní. Učí se, aby se jedinec nenechal vtáhnout do situace, nebo aby se učil ventilovat svou agresi společensky přijatelným způsobem, ale stejně tak se naučil udělat si z nepříjemné situace příležitost pro žert. Další metoda je regulace například reklam či počítačových her, které by měly za následek zvýšení agresivity mládeže.

Primární prevence je v tomto případě nejučinnější, a proto by na ní měl být brán největší zřetel. Pokud by šlo o člověka, který by sebekontroly nebyl schopen, doporučuje se psychoterapie. (2011)

2.3.6. Řešení a zvládnutí agrese

Je důležité si uvědomit proč je v první řadě pacient neklidný. Většinou jde o nenaplnění jeho základních potřeb a ty vykresluje Maslow (2014) ve své pyramidě.



(Obr. 1: Maslowova hierarchie potřeb. Vysekalová, 2011)

Za účelem uspokojení svých potřeb, nebo zabránění jejich ohrožení má každý člověk nutkání jednat. Toto nutkání je propojeno s emocemi, které mají za úkol člověka informovat o uspokojení, či ohrožení těchto potřeb. Na základě těchto emocí se pak mění chování člověka. (Bednařík, Andrášiová, 2020)

Když tedy přijdeme do styku s konfliktním pacientem, je důležité zjistit jeho potřeby, protože bez nich nebudeme moci dále postupovat při řešení situace. Je možné, že pacient bude do svých neuspokojených potřeb zahleděn do takové míry, že nebude

zdravotnický personál vnímat. Je proto zapotřebí, aby personál dal pacientovi najevo, že ho vnímá a respektuje ho, stejně tak je velmi důležité dát najevo, že rozumíte těmto potřebám. Následně je dobré seznámit pacienta se svými potřebami, co se od něho očekává, vyjádřit dobrý úmysl personálu a poukázat na společné zájmy zaměstnanců nemocnice a pacienta. Když se obě strany navzájem s tímto seznámí, následuje hledání společného řešení.

Bohužel se může stát, že konflikt bude v této fázi nevyhnutelný, ale pokusit se ještě jednou shrnout pacientova potřeby a opět projevit porozumění není na škodu. Když se naskytne společný zájem, či cíl, není od věci ho pojmenovat. Stejný postup je dobré opakovat i u svých potřeb a rozhodnutí. Je dobré se následně zeptat pacienta co lze udělat, aby byly jeho potřeby uspokojeny. Pokud je pacient ochoten pokračovat v řešení situace, je zásadní si ustanovit věci, na kterých se obě strany dohodli a shrnout je. (2020)

Když se jedinec pokouší vyřešit eskalující situaci, je zapotřebí zpomalit, začít tvořit řešení, a přitom se neustále ujišťovat, že korespondují s pacientovými potřebami. I přestože se nebude dařit vyhovět ani jedné straně, není to špatně, nýbrž i toto vede k prohloubení důvěry pacienta vůči zdravotnické péči a zájem o ní. (Bednařík, Andrášiová, 2020)

Další zdroj, konkrétně Králová, ve svém článku „Agresivní pacient“ (2005) určuje postup jednání s agresivním pacientem vzhledem k aktuálnímu stupni jeho agrese. Pokud se pacient nachází ve fázi, kdy má vztek, či pociťuje zlost, je nejvýhodnější zvolit nedirektivní postup. To znamená nereagovat emocionálně a neoplácet jeho chování stejným způsobem, ale usilovat o celkové zklidnění situace.

Když můžeme o pacientovi říct, že zuří, či je vzteklý, je lepší využít naopak direktivní styl jednání, to znamená chovat se kompetentně. Tento styl chápeme jako energické, dominantní, jisté a přesvědčivé chování. Je důležité, aby se zaměstnanec zdravotnického zařízení vyjadřoval stručně a jasně, nezacházel do detailů a hovořil primárně o dané problematice. Dále je zapotřebí ignorovat svou emocionální stránku a neoplácet urážky za účelem jakési úlevy. Ukazování pacientovi „dominanci“ nemá v tuto chvíli žádný smysl. (2005)

Jeli pacient zběsilý a v amoku, nezbyvá nic jiného, než pokus o zastavení agrese pomocí silného podnětu, jako například vykřiknutí příkazu „TICHO!“ a bouchnutí do stolu, aby se agresorovi ukázalo, že nelze vyjednávat. O toto se však personál může pokusit pouze jednou, neboť další pokusy už zdaleka nemají takový efekt. (2005)

Pokud vše selže, je zapotřebí taktický zákrok. To znamená, aby čtyři členové personálu zajistil všechny končetiny, a ještě jeden člen personálu hlavu. To znamená pět lidí na jednoho pacienta, a ještě další k případné aplikaci farmak. Pokud toto není možné z důvodu nedostatku personálu, je lepší zvolit útěk než riskovat své zdraví. (2005)

2.3.7. Delirium

Slovo vychází z latinského „*deliare*“, což znamená být pomatený, či vychýlení od běžného chování. Jedná se o neuropsychiatrické onemocnění, charakterizováno akutním zhoršením pozornosti a dalších kognitivních funkcí. Pacienti trpí zhoršenou schopností komunikovat a kvůli změně jejich vědomí, se mohou nacházet ve stavu počínajícího kóma, ale i hypervigility, či bolestivé agitace. Stejně tak mohou prožívat vysoce stresové příznaky psychózy, včetně přeludů, halucinací a změn nálad. Tyto příznaky mohou být vážné, ale i nevýrazné. (Wilson et al., 2020, přeloženo autorem z anglického jazyka)

2.3.7.1. Rozdělení deliria

Delirium se rozděluje na tři základní typy: hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené. Hypoaktivní delirium je definované jako tak zvané „tiché delirium“ a to, protože na pacientovi není téměř znát, není mu přisuzována přílišná pozornost. Ze strany zdravotnického personálu a u příbuzných, či přátel může být často zaměňováno za přechodnou špatnou náladu. Podle Káňové (2015) a dalších autorů článku stoprocentně platí pravidlo: „*Kdo nehledá, nenajde*“. Pro tento stav je charakteristicky snižená schopnost komunikace, zpomalené vnímání a aktivita, omezení spolupráce a apatie.

Naopak u hyperaktivního deliria převládá neklid až agresivita a agitace. Charakteristické je i kolísání aktivity v průběhu dne, kdy ze začátku je pacient velmi neklidný a ve výsledku může být až apatický. (Chval, 2006)

Smíšená forma je kombinace obou forem.

2.3.7.2. Rizikové faktory deliria

Etiologie onemocnění není zcela známá, existuje ale kombinace faktorů, které přispívají ke vzniku onemocnění. Jsou to faktory predispoziční, což jsou závažná onemocnění, kterými pacient trpí, jako například demence. A pak to jsou faktory precipitační, které sekundárně souvisí se zdravotním stavem člověka, je tím myšleno

například infekce, chirurgické zákroky a podobně. Největší nebezpečí ale představuje pacientův věk. Čím je tedy člověk starší, tím je větší pravděpodobnost, že bude trpět deliriem. Statistiky říkají, že demence byla prokázána u dvou třetin postižených, kteří trpí deliriem. (Chval, 2006)

Rizikové faktory můžeme tedy dělit na neovlivnitelné a potenciálně ovlivnitelné. Do neovlivnitelných řadíme, jak už je psáno výše, demenci, či vysoký věk, který se většinou počítá od šedesáti pěti a výš. Dále mužské pohlaví, polymorbidita, chronické renální a hepatatální onemocnění, cévní mozkové příhody, nebo jiné komplikace. (2006)

Do potenciálně ovlivnitelných rizikových faktorů řadíme poruchy sluchu, nebo zraku, dále imobilizaci, která může pramenit z mechanického omezení, ale také například z katetrizace močového měchýře nemocného. Další ovlivnitelný faktor je akutní, nebo chronická medikace. Některá farmaka, třeba sedativa, narkotika, kortikosteroidy, nebo polypragmazie jsou pro pacienta rizikové, co se týče vyvolání deliria. Tyto léky se však dají nahradit za méně ohrožující typy. S tímto souvisí i odvykací stav, kdy pacient může být chronický alkoholik, rozhodne se o abstinenci a může se tak dostat do života ohrožujícího stavu nazývaný „*Delirium Tremens*“. (2006)

Jako další ovlivnitelné faktory jsou akutní neurologická onemocnění (cévní mozková příhoda, meningitida, encephalitida), metabolické poruchy, chirurgické zákroky, bolest, emoční stres, spánková deprivace a také interkurentní onemocnění. (Košňarová, 2021)

Je tedy zapotřebí, aby si zdravotnický personál, konkrétně na jednotkách intenzivní péče, kde jsou právě lidé většinou s těmito symptomy, uvědomoval tyto predispozice. Případně aby byl připraven na rozvoj deliria, ale také na případnou konfrontaci s pacientem. Primárně by však měl být vybaven na adekvátní prevenci a léčbu deliria. (2021)

2.3.7.3. Prevence deliria

Co se týče primární prevence, tak je nejdůležitější pozornost. Zdravotnický personál si musí všimnout především predispozičních faktorů, ať už potenciálně ovlivnitelných, tak i neovlivnitelných. Tyto faktory jsou zmíněny výše. Je dále potřeba vysadit medikaci, která by mohla vyvolat delirium a vyhodnotit, který pacient je rizikový pro jeho vznik a věnovat mu zvýšenou pozornost. (Jiráček, 2020)

2.3.7.4. Léčba deliria

Podle Francise a Younga (2021) není žádná konkrétní léčba deliria. Místo toho se ale zdravotnická péče soustředí na pár základních principů.

- Vyhnout se faktorům, o kterých je známe, že mohou vyvolat, či zhoršit stav deliria, jako například konkrétní medikace.
- Identifikovat a zaléčit původní onemocnění.
- Zajistit adekvátní podpůrnou a obnovující péči.
- Sledovat nebezpečné, nebo rizikové chování, aby nebylo ublíženo personálu, ani pacientovi.

Holmerová (2017) uvádí doporučené postupy managementu deliria, které vychází z NICE (The National Institute for Health and Care Excellence). Vyplatí se vytvořit si dobrý vztah s pacientem a jeho blízkými a získat si jejich důvěru, dále pak utvořit pro pacienta stabilní prostředí. To znamená, aby se zbytečně nepřesunovaly předměty, nábytek, nebo další věci do, nebo z pokoje. Další doporučení je podpora pacienta v orientaci, aby měl dobře osvětlené prostředí a signalizaci a také aby s pacientem zůstával trvalý kontakt, aby dostával informace a byly mu odpovězeny jeho otázky. Pokud to bude možné, je dobré se vyvarovat imobilizaci a pokud to není možné, tak se pokusit o včasnou reconvalescenci a poskytnout případné pomůcky (chodítka, berle, hole).

Je důležité i kontrolovat pacientovu bolest, aktivně se na ni ptát, nechat pacienta, aby popsal, jak je silná a zajistit včasnou terapii.

Další nutností je zajistit vyváženou výživu a hydrataci, podporovat přirozený rytmus spánku a pak kompenzovat smyslové poruchy. To znamená zjistit, jak je na tom pacient se sluchem a zrakem, popřípadě zajistit kompenzační pomůcky.

Je vidět, že kompenzace deliria nespočívá v ničem složitém. Jediné, co je zapotřebí, je adekvátní a včastá komunikace s pacientem. Komunikací je možné docílit rychlé a efektivní léčby deliria. (2017)

2.4. Násilí

Jedním z důvodů, proč se trend fyzického, verbálního násilí a také sexuálního obtěžování ve zdravotnictví neustále zvyšuje je společnost, která toleruje, až oslavuje násilí, jako častokrát legitimní prvek k dosažení cílů. Další úskalí je i snižující se počet

zaměstnanců přímé zdravotnické péče a také zvyšující se pečovatelské nároky na tyto pracovníky. Tomu všemu ještě přispívá míra finančního ohodnocení zdravotnického personálu, versus osobní zodpovědnost vůči pacientům a také požadavky společnosti a zaměstnavatele. (Nitschová, Králová, 2008).

Toto chování snižuje efektivitu a kvalitu zdravotnického personálu a může vést až k syndromu vyhoření a zároveň ke snížení spokojenosti pacientů, což vede k nárůstu stížností a na této bázi nově vzniklých konfliktů na pracovišti. (2008)

2.4.1. Definice násilí

„Násilí je využívání (nejčastěji fyzické) převahy k vykonávání bezpráví vůči jiné osobě, respektive osobám. Násilí a agrese mohou být na jedné straně reakcí na krizi, projevem (symptomem) krize, nebo už důsledkem krize a na druhé straně příčinou, spouštěčem krizí dalších (a to jak vlastních, tak především krizí u jiných osob).“ (Špatenková, 2011).

2.4.2. Příčiny násilí

Králová (2005) uvádí, že násilné chování pacienta pramení z několika zdrojů, a to z osobnosti, kdy pacient může být emočně nestabilní, impulzivní, nebo manipulující. Další důvod je chování, které mohlo způsobit účinek návykové látky, frustrace, či stres. Toto chování ale může také pramenit z dlouhodobé nespokojenosti, z pocitu křivdy, ublížení, či přesvědčení, že všechno jde proti němu. Stejně tak jeden z faktorů může být i onemocnění různé etiologie – psychiatrické, nebo organické poškození mozku, a nebo pocit ohrožení.

„Klíčovým zdrojem pacientových pocitů zloby, hněvu, vzteku je rozpor mezi jeho představou, jak má vypadat svět (vše, co je kolem něho, např. co mu má doktor poskytnout, co mu má předepsat, jak se k němu má chovat) a realitou, která jeho představu popírá (např. lékař odmítne předepsat pacientem vyžadovaný lék bez vyšetření).“ (2005)

Jan Rychetský (2003) sdílí poznatky ohledně toho, co se pacientům nelíbí. Jde především o špatné chování a liknavý přístup lékařů, pak o nízkou kvalitu podávaných informací, dále neschopnosti nabídnout více alternativ léčby, zanedbání zdravotní pomoci a pochybení při operacích.

2.4.3. Rozdělení násilí

Rozeznáváme dva základní typy násilí:

- Fyzické
- Psychické

Fyzické násilí využívá především fyzickou sílu proti dotyčné osobě, nebo osobám. Toto jednání zahrnuje bodání, kousání, strkání, bití, kopání atp. a většinou vyústí v psychickou, sexuální, či fyzickou újmu. (Hnilicová et al., 2008)

Psychické násilí naopak zneužívá dané moci k vyhrožování fyzickým násilím proti dotyčné osobě, nebo osobám, přičemž zahrnuje slovní útoky, obtěžování anebo vyhrožování. Toto následně může vyústit v psychickou, fyzickou, duchovní, morální anebo sociální újmu ve vývoji. (2008)

Co se týče násilí na pracovišti, tak studie New England Journal of Medicine (Stephens, 2019, překlad autora z anglického jazyka) rozeznává čtyři typy násilníků, kteří se mohou objevit a to:

- Člověk bez asociace k pracovišti, či zaměstnancům
- Člověk, který přichází, jako pacient
- Člověk, který je zaměstnancem daného pracoviště
- Člověk, který má vztah k zaměstnanci, či zaměstnancům, ale ne k pracovišti

2.4.4. Proces napadení

Podle Králové (2005) samotné napadení probíhá v určitém cyklu s několika fázemi.

První fáze je spouštěcí, která se projevuje odklonem chování pacienta od jeho běžného chování. Problém může nastat, když zdravotnický personál vidí pacienta poprvé a nemůže tak určit jeho běžné chování. I přesto je důležité vnímat a všímat si aktuálních varovných signálů v chování u pacient, či u osob, které ho doprovázejí.

Další fáze je eskalační. V tuto chvíli se pacient stále více odchyluje od svého standartu a začíná se soustředit na konkrétní problém, nebo přání. Zároveň se snižuje pravděpodobnost, že bude reagovat na racionální intervenci.

Třetí fáze spočívá ve ztrátě kontroly nad svým jednáním a pacient již není schopen jednat racionálně. Této fázi se říká krizová.

Následuje fáze uklidnění. V tuto chvíli se chování vrací k běžné hladině. V této chvíli má zaměstnanec zdravotnického zařízení tendenci trvat na konverzaci s pacientem

za účelem vyjasnění si situace, příčinách jeho projevů atp. Tato fáze je ale poměrně nebezpečná, neboť se zapomíná na přetrvávající hladinu a účinky adrenalinu, což může vést k dalšímu napadení.

Poslední fáze je postkrizová deprese, kdy se pacient dostává zpět na, i pod svou původní hladinu normálního chování a může začít pociťovat výčitky, provinění, může se rozplakat, či litovat svého chování. (2005)

Samozřejmě je lepší, pokud se pacient nedostane přes spouštěcí fázi. Je důležité si uvědomit, že člověk, který je rozzuřený nedokáže přemýšlet a jednat racionálně. Z tohoto důvodu se stává, že logické argumenty poskytované zdravotnickým personálem rozzuří pacienta ještě více. Navíc pacient nikdy nevnímá vše, co se mu zaměstnanci pokoušejí sdělit, a ještě ke všemu si pacient filtruje informace podle sebe. Je tedy důležité mluvit jasně a stručně a zároveň vyjadřovat pozitivní emoce a průběžně si ověřovat, jaké poskytované informace si pacient vybírá a jaké z nich činí závěry.

Správný postup zajistí minimalizaci šance na vznik nevlídných následků, nedorozumění, nebo špatné komunikace. (2005)

2.4.5. Prevence násilí

Je praxí ověřeno, že pokud zvolíme správné komunikační prostředky a vynaložíme maximální snahu o to předejít konfliktu, vyplatí se toto mnohokrát více než se následně zabývat řešením těchto konfliktů. (Fehlau, 2003) in (Pekara, 2015). Pekara (2015) přiznává, že co se týče prevence násilí, je zapotřebí hlavně profesionální přístup ze strany zdravotnického personálu. Na druhou stranu myšlenka, že zdravotníci se automaticky rodí se schopností empatické komunikace, je mylná. *„Zdravit a něco vysvětlovat, to je věc, která u nás nemá tradici a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je přitom z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost.“* (Lánský, 2012) in (Pekara, 2015)

2.5. Zdravotnický personál a agrese

Tato část se bude zabývat tím, jakým způsobem je zdravotnický personál proškolen, protože od toho se odvíjí jeho další postup při fyzickém napadení. Tyto postupy a prostředky, které zdravotníci využívají zde budou představeny, vysvětlen jejich

účinek a za jakých okolností se využijí. Tato kapitola se také pokusí stručně představit statistiky z České republiky, ale i zahraničních zemí, co se týče násilí ve zdravotnických zařízeních.

2.5.1. Přípravenost a edukace zdravotnického personálu

V roce 2010 Českomoravská konfederace odborových svazů společně s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče České republiky spustily výzkum s názvem: „*Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče*“, který trval rok. Tento výzkum se zaměřil nejen na analýzu dat,

V roce 2011-2013 byl v České republice proveden rozsáhlý vzdělávací projekt pod záštitou ministerstva zdravotnictví a akademie Aesculap. Tento projekt spočíval v proškolení a prohlubování odborných znalostí v komunikaci s agresivními pacienty a také v oblasti bezpečnosti zdravotnického personálu. Edukace se zúčastnilo 1948 lékařů a 550 všeobecných sester.

2.5.2. Reakce zdravotnického personálu

Pekara (2014) představuje článek, ve kterém dává návod, jak se chovat v případě setkání s agresivním a násilným pacientem. Jelikož sestry tvoří jakýsi nárazník mezi lékařem a pacientem a jsou tak často oběťmi násilí ze strany pacienta. Jenom v České republice toto platí v 70 %. Primární úkol je převzít kontrolu nad situací, aby nedošlo k ještě větším škodám. Tohoto lze nejlépe docílit při zachování těchto postupů.

Nejdůležitější je zůstat v klidu a nebát se požádat o pomoc jednoho, nebo více lidí. V tomto případě kolegu, nebo pokud by ve výjimečné situaci nebyl k dispozici žádný spolupracovník, není od věci požádat cizího člověka, či si zavolat ochranku, nebo policii. Je zapotřebí vždy mít připravenou únikovou cestu. (2014)

Další krok je pokusit se situaci a případné násilí deeskalovat. Toho lze docílit tím, že se bude s pacientem mluvit jasně a srozumitelně. Tón musí být především klidný, a to i veškeré pohyby personálu nemocnice. Pro agresivní vyjadřování, jak verbální, tak i motorické ze strany zdravotníků, není prostor a neklidného člověka to pouze ještě více vyprovokuje. (2014)

Zaměřit se na to, co říká pacient je další klíč ke zlepšení situace. Projev empatie, naslouchání a navození pocitu, že je agresivní jedinec vnímán, je vždy správným krokem

ke zlepšení situace. Pocit, že pacient je chápán, slyšen a oceňován může vést k celkovému zklidnění situace. (2014)

Pokud se pacient dostal do fáze, kdy křičí a nenechá se jednoduše uklidnit, je zapotřebí zachovat klid a neodpovídat okamžitě, ale naopak se pokusit o rozšíření ticha. Toto vede ke snížení napětí. Odpověď by měla být rozvážná a především krátká. Hlavní myšlenka a body vyjednávání by měly být opakovány. Další věc je nevytvářet nátlak na pacienta, nechat mu čas na rozmyšlenou a dát mu příležitost ventilovat své pocity. (2014)

Jestliže se personál octne v kritické situaci, měl by se snažit navodit pocit důvěry. Toho lze dosáhnout, když se bude pacient oslovovat celým jménem, nebo pokud se podpoří v tom, aby řekl, co ho konkrétně trápí a co ho vedlo k jeho chování. Další milník je oznámit, že křikem a agresí ničeho nedosáhne. Stále je důležité připomínat, že primární úkol je pacientovi pomoci. Navrhnout kompromis a omluvu za celý personál je správné rozhodnutí. (2014)

Pokud ani toto nezabralo, pacient je stále agresivnější a riziko fyzického napadení stoupá, je personál oprávněn k několika zákrokům. Pokud dojde k napadení, je personál oprávněn k použití sebeobrany za účelem dostat ze sevření agresora. Další krok je zavolání kolegů, policie, či bezpečnostní služby a připravit se na pacifikaci agresora proti jeho vůli. Při tomto zákroku je jedince potřeba alespoň dvakrát varovat před svědky. Na pacifikaci je zapotřebí alespoň pět lidí, kdy čtyři zajistí končetiny a pátý, který velí, zajistí hlavu. Následuje fyzické, či farmakologické zajištění pacienta. Tento postup je vždy zapotřebí řádně zapsat a zkontrolovat, jestli nedošlo ke zranění pacienta, nebo personálu. (2014)

Tento postup by měl být vždy využit jako poslední varianta, která by vedla k vyřešení situace. Fyzické i verbální napadení je vždy vedeno jako mimořádná událost a je zapotřebí ji zapsat do dokumentace. Kdokoliv by byl účastníkem podobného případu, by měl mít příležitost k řádné psychologické podpoře a náhradě škody. (Pekara, 2014)

2.5.3. Omezovací prostředky

Dle zákona 372/2011 sb., „*O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, § 39*“ jsou omezovací prostředky určeny k:

(1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít

- a) *úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,*
- b) *omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,*
- c) *umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,*
- d) *ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,*
- e) *psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, nebo*
- f) *kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až e),*

(2) *Omezovací prostředky lze použít:*

- a) *pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob,*
- b) *pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a) a*
- c) *poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle písmene a), přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.*

(3) *Poskytovatel je povinen zajistit, aby:*

- a) *pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku,*
- b) *zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl o použití omezovacích prostředků uvedených v odstavci 1 písm. b), c), d) nebo e) bez zbytečného odkladu informován; sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník,*
- c) *pacient po dobu použití omezovacího prostředku byl pod dohledem zdravotnických pracovníků; dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta,*
- d) *použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař; ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný*

zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení,

e) každé použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho použití, bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

(4) Poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť; identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití. (Zákon č. 372/2011 sb., § 39)

Omezovací prostředek je chápán, jako zákrok, který slouží k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví, nebo bezpečí pacienta, nebo jiných osob, který vede k restrikci mobility pacienta.

Jedna z hlavních zásad využívání omezovacích prostředků je, že mohou být použity pouze v případech, kdy je to nezbytně nutné. Veškeré využití musí mít legitimní účel a musí být přiměřené. To znamená, že každá situace má být posuzována individuálně vzhledem ke stavu a chování pacienta. Omezovací prostředky by měly být použity pouze po dobu nezbytně nutnou a jejich nasazení by měly předcházet veškeré mírnější postupy, které jsou dostupné. Toto však neplatí u pacientů, u kterých by toto nevedlo ke zlepšení situace. Tento krok by se ale stále měl snažit o zachování co největší bezpečnosti, důstojnosti a soukromí pacienta. Vedení oddělení, na kterém k těmto praktikám dochází častěji, by mělo usilovat o korektní etické postoje a vysokou kulturu personálu. (Lukasová, 2016)

2.5.4. Farmakologie

Pokud způsoby, které by měly pomoci ke snížení napětí situace a vyřešení krize, které byly zmíněny výše, nebyly dostatečné, je zapotřebí je využít v kombinaci farmak. Jestliže se na tento způsob přistoupí, má tato forma pouze jedno pravidlo a to takové, že farmaka vždy a pouze indikuje lékař. (Křížová, Kříž, 2006)

Farmaka rozlišujeme podle toho, jestli se pacient nachází v úzkostném stavu anebo je neklidný.

Pokud je pacient neklidný, nejčastěji se podle Nawky (2012) využívají benzodiazepiny. Tyto léky jsou frekventovaně využívané preparáty uzívané ke ztlumení psychotického i nepsychotického stavu. Pokud jde o léčbu nepsychotického stavu, jsou benzodiazepiny využívány monoterapeuticky. Naopak při psychotických stavech se využívá společně s antipsychotiky – polyterapeuticky. Pokud se benzodiazepiny využijí v kombinaci antipsychotik, stačí pak nižší dávka antipsychotik. Toto má ve výsledků lepší účinek a terapeutickou šíři než monoterapie.

Nejvyužívanější jsou rychlepůsobící léky jako například lorazepam, klonazepam, nebo midazolam. Studie však ukazuje, že evropští psychiatři dávají často přednost perorálnímu podání diazepamu.

U benzodiazepinů, stejně jako u dalších farmak, je zapotřebí si být vědom vedlejších účinků (útlum dýchacího centra, paradoxní dezinhibice, atd.), především pak u intoxikace alkoholem, opiáty, nebo jinými neznámými látkami. Tato kombinace může vést k neřízenému sedativnímu účinku.

Takzvaná typická antipsychotika jsou velmi spolehlivá efektivní farmaka se sedativním a antipsychotickým účinkem. Jako každý lék má ale několik vedlejších účinků, jako třeba akutní dystonie, elevace hladin prolaktinu, nebo riziko vzniku maligního neuroleptického symptomu. V dnešní době se nejčastěji využívá haloperidol. Jen v České republice je využíván až v polovině případů neklidové medikace. (2012)

2.5.5. *Následky*

Zkušenost v roli oběti agresivního člověka není nikdy příjemná, obzvlášť pokud jde o ohrožení vlastního zdraví, či dokonce života. Zdravotnický pracovník může toto chápat jako osobní profesní selhání, nedostatečné zvládnutí situace, ale také může prožívat pocit viny a strach z jeho dalšího chování při dalším setkání s nespolupracujícím pacientem.

Proto by každý, jak už bylo řečeno, měl mít přístup k psychologické pomoci od vedení nemocnice a náhradě škody. Stejně tak by měla být v rámci přípravy profesionálních zdravotníků k dispozici kvalitní výuka zaměřená na komunikaci a práci s agresivními jedinci, aby se dalo předejít těmto negativním dopadům a stresu zdravotnického personálu v pracovních podmínkách a osobním životě. (Zacharová, 2009)

2.6. Statistiky

K roku 2011 Pekara a Trešlová (2011) došli k tomu, že až 25 % veškerého násilí, které nabírá stále brutálnějšího rázu se odehrává v oblasti zdravotní péče. Toto má pak velký dopad na kvalitu péče, protože se u zdravotnického personálu, který přišel do kontaktu s agresivním pacientem, snižuje míra empatie vůči lidem, a tudíž se snižuje jejich profesionalita. Toto může vést k provokaci vzniku dalších konfliktů nejen u ošetřovaných pacientů, ale i mezi samotným zdravotnickým personálem.

Tento fenomén násilí, který se odehrává ve zdravotnických zařízeních, má tedy velký dopad na snižování kvality a efektivitu ošetřování. (Háva et al., 2004)

V roce 2017 Shafran-Tikva, Chinitz, Stern a Feder-Budis provedli rozsáhlou analýzu v Hadassah University Medical Center, ve které bylo odesláno 678 dotazníků zaměstnancům zdravotnického zařízení. Dotazník vyplnilo 34 % zdravotních sester a 66 % lékařů, návratnost tedy byla 93 %. Dále bylo provedeno 18 hloubkových rozhovorů jednak s oběťmi agresivního chování a jednak s jedinci, kteří konflikt vyvolali. Následně byl veden dialog se čtyřmi skupinami po dvaceti subjektech, kteří se skládali ze zdravotních sester, lékařů, vrchních sester a zástupců ochranky nemocnice. Studie se zaměřila na původ agresivního chování a došlo k vyhodnocení, že 39 % dotazovaných odkázalo na chybu chování personálu, 26 % vyhodnotilo jako konfliktní osobu pacienta/návštěvníka, 17 % odkázalo na organizační pochybení a 10 % označilo, jako příčinu agrese prodlevu v čekání, například na vyšetření. Po optání toho stejného personálu na vlastní chování v souvislosti s vyvoláním krizové situace, 35 % respondentů uvedlo, že jejich vlastní chování vedlo k rozvoji krizové situace. Data z výše zmíněných čtyř skupin poukázala na postrádání pochopení a empatie k pacientům společně s absencí zásad správné komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem. (Shafran-Tikva et. al, 2017, přeloženo autorem)

Výzkum z roku 2015 zprostředkovan Lepiešovou, Tomagovou, Bórikovou, Fárským a dalšími výzkumníky ze Slovenské republiky se zaměřil na 1042 zdravotních sester, kde průměrný věk byl 40,3 let a průměrná doba v praxi 19,23 let. Dotazníky byly zaslány po většině nemocnicích na Slovensku, kde se největší zastoupení dotazníků vrátilo z Nitry, Bratislavy, Bánské Bystrice a Prešova. Zdravotnické sestry pracovaly především na chirurgické jednotce (308), pak dále na psychiatrickém oddělení (220) a

nejmenší skupina působila na urgentním příjmu a jednotkách intenzivní péče. 97,4 % respondentů se dvanáct měsíců před vyplněním dotazníku setkalo s agresí. 96,8 % sester potvrdilo slovní napadení, 83,3 % z nich byla součástí fyzické agrese z čehož 77,7 % bylo bez využití zbraně a tedy 27,5 % se zbraní. V tomto období 67,7 % přiznalo sexuální obtěžování ze strany pacientů, z čehož 78,9 % se odehrálo nekontaktní formou a 18,1 % sester se přihlásilo ke zkušenostem s fyzickým sexuálním napadením. (Lepiešová et al., 2015, přeloženo autorem)

Další výzkum, tentokrát ze Saudské Arábie z roku 2018, zprostředkoval Alsaleem, Alsabaani, Alamri a další členové výzkumného týmu, kteří se zaměřili na dvě státní nemocnice a deset poliklinik ve městě Abha. Každý zdravotnický pracovník se mohl zúčastnit tohoto průzkumu. Dohromady se vrátilo 738 dotazníků (92 % návratnost), kdy průměrný věk byl 31 let a většina (64,9 %) byly ženy. Z výzkumu vyplynulo, že 57,5 % pracovníků se setkalo s násilím na pracovišti alespoň jednou, kdy většina spočívala ve slovní agresi a uhození tváře. (58 %). (Alsaleem et. al., 2018, přeloženo autorem)

3. Praktická část

3.1. Cíle práce

Cíl č.1: Zjistit, jaké techniky zdravotnický personál ve zdravotnickém zařízení využívá v rámci prevence fyzického útoku ze strany pacienta.

Cíl č.2: Zjistit, jak zdravotnický personál reaguje při konfliktu s pacientem.

Cíl č.3: Zjistit etiologii, četnost, průběh a důsledky agresivního jednání.

3.2. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jaké techniky využívá zdravotnický personál, jako prevenci vzniku fyzického útoku ze strany pacienta?

Výzkumná otázka č.2: Jak zdravotnický personál reaguje na eskalující konflikt ze strany pacienta?

Výzkumná otázka č.3: Jak reaguje zdravotnický personál na fyzické napadení?

3.3. Metodika výzkumu a technika sběru dat

Jako výzkumná metoda v této práci byla zvolena kvalitativní forma. S respondenty byl proveden hloubkový rozhovor a na základě jejich odpovědí byly pokládány dotazy za účelem získání informací důležitých pro výzkum.

Základních otázek bylo patnáct a respondentům mohly být předem zaslány, pokud projevíli zájem. Výzkum probíhal dohromady ve čtyřech nemocnicích, z toho dvě byly okresní a dvě krajské. Všechny rozhovory byly zaznamenávány na diktafon za účelem následného přepisu důležitých dat v korektním kontextu a jejich plné šíři. Všechna zařízení poskytla k rozhovoru klidné a nerušené místnosti až na jedno zařízení, kde místnost nebyla k dispozici, a tak rozhovor probíhal přímo na oddělení. Na urgentním příjmu se ale zrovna nevyskytoval žádný pacient, a tak nebyl problém se koncentrovat na rozhovor ani jedné z obou stran a nebylo tak těžké výzkum provést.

Každá nemocnice poskytla 3 respondenty, kteří jsou zde označeni písmenem „S“ (Sample) a číslicí od 1 do 12. Otázky byly rozdělené do okruhů, které se zabývaly praxí respondenta ve zdravotnictví, jaké má personální zkušenosti s agresí na pracovišti, jaký má názor na etiologii, průběh, prevenci a řešení a důsledky agrese a dále jestli dotazovaný prošel nějakou formou vzdělávání v této oblasti.

3.4. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal během března a dubna v roce 2022. Výzkumný soubor byl složen ze zdravotnických sester a zdravotnických záchranářů na oddělení urgentního příjmu, neboť právě oni tráví s pacientem v primární péči většinu času.

Výzkumný soubor byl vybrán na základě dobrovolnosti, vždy došlo k řádné komunikaci s hlavní, či vrchní sestrou oddělení v dané nemocnici a byly provedeny nezbytné náležitosti k povolení výzkumného šetření.

Všichni respondenti byli vyrozuměni o průběhu šetření, součástí výzkumu se stali dobrovolně, byli informováni o zachování jejich anonymity, a to i zdravotnického zařízení, ve kterém se výzkum odehrával.

Před začátkem výzkumu byli dotázáni, zda může být rozhovor nahráván na diktafon.

Délka praxe dotazovaných se velmi odlišovala a v drtivé většině byly respondenti ženy – zdravotní sestry.

4. Výsledky výzkumného šetření

První šetření proběhlo 18.3. a byli k dispozici 3 respondenti a šetření probíhalo v oddělené místnosti.

S1: Praxe ve zdravotnictví dvacet pět let (jedenáct let ZZS, ARO, anesteziologická sestra, chirurgické oddělení/ambulance, urgentní příjem). Uvádí, že se počet agresivních pacientů od začátku pandemie SARS-CoV-2 určitě snížil, avšak ne zcela v důsledku viru samotného, ale kvůli životnímu stylu těchto agresivních pacientů, jelikož se jednalo často o lidi z nižší sociální třídy a jejich počet se v tomto důsledku poměrně snížil. Podle respondenta se dá potenciální agresor vytipovat nejčastěji podle mimiky, verbálních i neverbálních projevů a obecně podle vzhledu (otrhané oblečení, roztěkanost, neklid), avšak zmiňuje, že i když pacient vzhledově působí jako „neškodný“, může následně vyvolat konflikt. Tyto případy ovšem nejsou tak časté. V porovnání s muži, jsou ženy velmi agresivní, avšak častěji jsou na oddělení spíše muži, kvůli excesivnímu příjmu alkoholu. Respondent uvedl, že verbální agrese je na oddělení urgentního příjmu velmi častá. Ta pramení z časové tísně, nejčastěji pak u důchodců. Udává ale také, že mimo intoxikace, nedostatek času a bolest, je občas příčina agrese i pochybení v komunikaci ze

strany zdravotnického personálu. Obzvláště v situaci, kdy je v čekárně velké množství lidí a zdravotnického personálu nedostatek. Zdravotnická sestra si pak přijde vybrat identifikační karty zdravotní pojišťovny, získá jen nejpodstatnější informace od pacientů a opět odejde do místnosti. V tuto chvíli pacienti mohou mít pocit, že nebyli dostatečně vyslechnuti a začínají se projevovat první známky agrese. Co se týče zvládnání vygradované situace, záleží na příčině eskalace. Pokud se lze s pacientem domluvit, využije se verbální komunikace, pokud se s pacientem nedá domluvit a odmítá naslouchat, jsou pak dvě možnosti. Pokud jde o člověka závislého např. na benzodiazepinu, podá se mu malá dávka této látky, aplikují se kurty a následně se předá na jednotku intenzivní péče, kde je připojen k monitoru a je pod dohledem. Pokud jde o pacienta, který je verbálně i neverbálně agresivní, pokouší se respondent pacienta nechat „vyřvat“. Někteří se uklidní, někteří intoxikovaní pacienti i usnou. Jen ve výjimečných případech muselo dojít k přivolání ochranky, či PČR. Respondent má za to, že se většině útoků předejít nedá, obzvláště pak u intoxikace alkoholem. Co se týče důsledků agrese, tak až na pár drobných zranění se nevyskytla psychická ani fyzická újma. Jako nejzásadnější krok při komunikaci považuje klidný tón, nemluvit vulgárně a primárně k ničemu nenutit a mluvit jako rovný s rovným. Co se týče vzdělání v oblasti jednání s agresivním pacientem, tak dotazovaná osoba se s teoretickou částí setkala pouze na vysoké škole, jinak se spoléhá výhradně na praxi, a i kdyby by byla příležitost zúčastnit se školení, tak by se i nadále spoléhala primárně na zkušenosti z praxe.

S2: Praxe ve zdravotnictví třicet osm let. Předchozí oddělení – chirurgické oddělení lůžka/ambulance, urgentní příjem. Respondent uvedl, že za poslední rok se s fyzickou agresí setkal zhruba pětkrát a má za to, že se od začátku pandemie incidence a míra eskalace konfliktů určitě zvedla, především kvůli nervozitě a nejistotě pacientů. Jinak udává, že mírné konflikty v čekárně jsou na denním pořádku. Mimo typické příznaky intoxikace, lze vytipovat potenciálního agresora velmi těžko, jeden ze znaků však může být i arogantní přístup při primárním kontaktu. Respondent nedokázal přesně určit, jestli jsou spíše agresivnější muži, či ženy, zmínil však i fakt, že výjimečně konflikt vyvolávají i příbuzní, či přátelé pacienta. Nejčastěji jde o verbální agresi, následuje agrese vůči věcem a pak fyzické násilí bez zranění. S fyzickým útokem s vážnějším zraněním se za dobu praxe respondent nesešel, i přestože jeden z neklidných pacientů měl u sebe nůž, který však nestihl využít dřív, než ho zpacifikovala ochranka. Nejčastější příčiny se shodují s S1, až na to, že S2 si myslí, že komunikace ze strany zdravotníků není

primárním spouštěčem agrese u pacientů. Co se týče deeskalace situací, respondent vždy začíná klidnou domluvou, pokud to nelze, vykřikne nahlas nějaký stručný, jasný příkaz, který má většinou pozitivní účinek, pokud i toto selže, tak přivolá ochranku, udává, že k farmakologii se nikdy nepřiklonil. Dále udává, že často pacienti přijdou již v agresivním stavu a že občas se podaří pacienta uklidnit verbálně, ale spíše se to nepodaří. Stejně jako u předchozího dotazovaného, neměly tyto zkušenosti žádný vliv na psychické, ani fyzické zdraví. Dříve se respondent účastnil každý měsíc seminářů a školení na různá témata, včetně jednání s agresivním pacientem. Tato činnost se však pozastavila kvůli pandemii a následnému ukončení akreditace, avšak příležitosti nadále se účastnit podobných seminářů podle něho stále jsou. Pokud by respondent měl příležitost opět se kurzů a seminářů účastnit a získávat z nich informace, spíše by se řídil zkušenostmi z praxe, ale tyto akce by určitě doporučil zdravotnickým pracovníkům, kteří ještě takovou praxi nemají.

S3: Délka praxe sedmnáct let. S verbální agresí se setkává každý den a s fyzickou jen výjimečně, pokud nejde o intoxikované pacienty. Zastává se názoru, že od vzniku pandemie se množství agresivního chování mírně zvýšilo. Potenciální agresory lze vytypovat dle diagnózy jednotlivých pacientů (intoxikace, duševní porucha etc.), další indikátor může také být celkový vzhled (oblečení, chování). S názorem S1, že verbálně agresivní jsou spíše a častěji muži a ženy jsou verbálně agresivní méně častěji, zatímco fyzicky agresivní jsou častěji než muži, se respondent shoduje. Nejčastěji se dotazovaný potýká s verbální agresí a to především v čekárnách s velkým výskytem pacientů, kteří čekají na ošetření a s veškerým fyzickým napadením se setkává jen výjimečně, především pak při nočních službách, kdy se zvyšuje výskyt intoxikovaných pacientů, nebo bezdomovců, než při službách denních. Fyzickým útokům občas předchází výhrůžky a nadávky, ale občas je konflikt již tak vyhrocený, že pacient máchá rukama, plive, nebo se i třeba pomočuje a v zásadě se nechce nechat ošetřit, jen odejít z oddělení. Jako hlavní příčiny vzniku konfliktu respondent popisuje zdravotní stav, netrpělivost, časovou tíseň a také občasnou neprofesionalitu personálu vycházející z nedostatku času. Co se týče zvládnání agresivního jedince, názor dotazujícího se shoduje s názorem S1. Pokud jde o možné předcházení útoků, tak vypovídá o pacientech, kteří jsou nezvladatelní a nelze situaci jakkoliv zklidnit. Tito pacienti jsou většinou pod vlivem drog, nebo alkoholu. Mimo tyto případy je prioritou vstřícné chování, empatie, klidná a jasná artikulace a mluvit v jednoduchých větách. Co se týče neverbální složky, tak nedělat prudké pohyby,

držet si odstup alespoň na dosah ruky atp. Na otázku, jestli respondent utrpěl jakoukoliv psychickou, nebo fyzickou újmu odpověděl negativně. Respondent se dříve účastnil kurzů pořádané nemocnicí, které ale kvůli pandemii skončili, na vysoké škole měl také teoretickou přípravu o tom, jak se chovat k nespolupracujícím pacientům, největší znalosti však obdržel z praxe, kterým přisuzuje největší váhu, ale nevidí důvod, proč tyto semináře a kurzy nedoporučit každému, kdo se v této oblasti necítí patřičně edukován, nebo má jakékoli nejasnosti.

Další šetření proběhlo 21.3. a rozhovor poskytly 3 osoby. Rozhovor probíhal v klidném kancelářském prostředí.

S4: Délka praxe dalšího respondenta je dvanáct let a s agresivním jednáním (primárně s verbálním) se setkává téměř každý den. Udává, že množství agrese se od počátku pandemie nezvýšil a zůstal stejný. Na otázku, zdali lze potenciálního agresora vytipovat dotazovaný uvedl, že většinou, pokud nejde o intoxikované pacienty, nebo obecně lidi s pozorovatelnými změnami chování, tohoto člověka vytipovat nelze a že je to velmi individuální. Stejně tak, jako S1 a S2, uvedl, že nejčastější agresor je muž, avšak co se týče chování, je agresivnější většinou žena. Na otázku „Jak útoky vypadaly?“ dotazovaný odpověděl, že primárně záleží na tom, že pacient se pokouší dostat pryč z urgentního příjmu, a tedy následovně se jeho chování odvíjí od toho, s jakým odporem se setká. (někdo mu zastoupí cestu – odstrčí ho etc.) Přiznává, že jedna z příčin vzniku konfliktu, krom intoxikace, strachu a chvilky odejít ze zdravotnického zařízení, byla špatná komunikace zdravotníků, kteří svým jednáním mohli situaci vystupňovat. Co se týče řešení konfliktní situace, respondent uvádí, že jako první možnost volí deeskalaci verbálním způsobem, kterou zmiňuje i jako primární prevenci samotného vzniku konfliktu, pokud toto selže, tak přivolá PČR, která pacienta zpacifikuje a vydá se do speciální místnosti, jelikož na ochranku se občas nelze spolehnout. Na otázku ohledně důsledků útoků a agresivního jednání, respondent zmínil, že až na drobná fyzická poranění nic neregistroval a stejně tak ani psychickou fragilitu. Při diskusi ohledně nejzásadnějších kroků pro komunikaci s agresivním jedincem zmínil, že nejdůležitější je s pacientem komunikovat, protože povětšinou jde o pacientovi o pozornost, následně je důležité vyhodnotit, jestli pacient stojí, nebo nestojí o ošetření, nebo pomoc, u komunikace je hlavní být klidný, slušný a mluvit, jako rovný s rovným, i když pacient zrovna není strážlivý. Při otázce na vzdělání v oblasti jednání s nespolupracujícími

pacienty, dotazovaný uvedl, že se občas účastnil kurzů před pěti lety, následně však skončila zdravotnickému zařízení akreditace a kurzy se museli ukončit, tři roky zpátky zdravotnické zařízení zorganizovalo jednorázovou přednášku a školení na toto téma pro celou nemocnici, i přesto se respondent spíše spoléhá na vlastní praxi, avšak všechny tyto školení a kurzy by vřele doporučila pro zdravotníky začínající svou kariéru.

S5: Délka praxe dvacet šest let, střední zdravotnická škola, vysoká škola obor ošetrovatelství. Subjekt uvádí, že s agresí se setkal několikrát, obzvlášť pak kvantita stoupla od dob pandemie. Avšak v prvotní fázi pandemie se lidé báli a byli pokorní a zbytečně nezatěžovali zdravotnictví, ve druhé fázi (cca půl roku až rok od začátku nákazy) si lidé zvykli, přestali se bát a došlo k rozvolnění, ve třetí fázi společnost velmi rozdělila „kauza“ s očkováním a zároveň lidé začali vyčítat zdravotníkům, že musí odkládat své operace a obtíže a dávali jim vinu za to, že se lidé cítí špatně, jsou nemocní a pro některé lidi, kteří se nedočkali své operace to mělo i fatální důsledky a v nynější fázi respondent popisuje, že je to nejhorší, protože se ke všem těmto negativním důvodům přidalo ještě to, že zdravotníci dostali finanční odměny za svou práci a někteří lidé si myslí, že neprávem. I když se počet pacientů hospitalizovaných kvůli Covid-19 značně snížil, zdravotnický systém je stále zatížen operacemi, které „dohání“ z minulých let a také ambulance jsou vytížené z důvodu, že lidé přicházejí s obtížemi, které je zatěžují právě z dob pandemie, kdy neměli možnost dojít si na vyšetření. Tímto vzniká velký časový tlak na personál, který je umocněn nespokojeností pacientů čekajících na ambulantní ošetření z důvodu časové tísně. Na otázku, zda lze agresory vytipovat, dotazovaný odpověděl, že lze poznat již na první pohled pacienty, jejichž negativní přístup vznikl v důsledku problému „zvenčí“ (např. špatný den v práci, špatná životní situace, atp.) a tito pacienti se pak mnohdy přijdou pouze pohádat a není s nimi žádná řeč. S těmito pacienty jde pak mnohem hůře komunikovat než například s pacienty, kteří nadávají a jsou vulgární kvůli problému, který vznikl uvnitř nemocnice a lze vyřešit. Dotazovaný však vypovídal i o případech, kdy do ambulance přišel například slušně oblečený člověk, měl nastudovanou právní legislativu a asertivním způsobem se domáhal vyšetření, i když to bylo v danou dobu složité. S těmito lidmi se pak velmi těžko domlouvá, pomalu nezbyvá nic jiného než jim vyhovět. Nebo byl i případ, kdy se lidé přijdou zeptat na nějakou informaci, nechají se v klidu ošetřit a nic nenasvědčuje konfliktu, či špatnému jednání ani z jedné strany, ale ve výsledku pak tito lidé, nebo jejich příbuzní podají stížnost na oddělení kvůli údajnému špatnému zacházení. Na otázku, kdo

je nejčastěji agresor a s jakým druhem agrese se respondent setkává nejčastěji uvedl, že mezi muži a ženami je to půl na půl, ale že ženy v poslední době jsou agresivnější, jak verbálně, tak fyzicky. Nejčastější pak bývá verbální agrese – téměř na denním pořádku, pacienti pak také často ničí okolní nábytek, či shazují věci ze stolu a při případném výjimečném fyzickém útoku mají zdravotníci k dispozici tlačítko na přivolání ochranky a PČR. Při popisu jednotlivých druhů útoků S5 uvedl, že je to velmi různé, někdy je eskalace postupná, někdy je naopak náhlá a přichází z ničeho nic. To zavedlo výzkum k otázce ohledně příčin agrese. Došli jsme k tomu, že krom intoxikací to bývá i chuť si na někom „vylít vztek“ většinou pak na sestry, záchranáře, nebo sanitáře. Velmi výjimečně pak na samotné lékaře. Jako další důvod pak udává i nedorozumění z obou stran, nebo také v případě, kdy se pacientovi řekne, že bude muset chvíli počkat, že lékař například zrovna operuje, tak pacient si to špatně vyloží a vznikne prvotní konflikt. Při otázce na zvládání konfliktů respondent uvádí, že záleží na verbální vybavenosti sestry a její asertivitě. Od toho se pak odvíjí vývoj situace. Pokud jde o již o rozvinutý konflikt, nejdříve se vyhrožuje přivoláním ochranky, či PČR. Při diskusi o předcházení útokům respondent odpověděl, že to možné je, byť se to občas nezdá, jen je to velmi obtížné a člověk musí mít vůli a být vytrvalý a pokorný. O fyzických důsledcích se respondent zmínil jen minimálně, jako o drobných poraněních a psychické důsledky u své osoby vyvrátil, občas si ale u kolegů, do kterých by to neřekl, všiml změny chování například při nočních službách, kdy na oddělení zazvoní pacient a kolegové pak jsou různě nervózní a mají strach. Problém oddělení prý je, že nemá spolehlivé kamery před vchodem, mluvítka, se kterým by šlo si s pacientem promluvit a ani žádný průhled, nezbývá pak jiná možnost, než pacientovi otevřít a vystavit se přímému kontaktu. Další dotaz směřoval na nejzásadnější postup při jednání s agresivním pacientem. Dotazovaný již zmiňoval klid a asertivitu a co se týče neverbální komunikace uvedl, že vlastně neví, že dříve na toto téma měli přednášku od nemocnice, ale že si z toho bohužel nic nevzali a v podstatě se nemají čím řídit, a tak se defacto řídí praxí a intuicí. Nemocnice dříve organizovala nepovinné školení pro personál, ale to ukončila. Respondent, byť má dlouholetou praxi, by určitě uvítal nějaké školení v této oblasti pro rozšíření obzorů a rád by si nechal poradit.

S6: Délka praxe 5 let, vysoká škola obor zdravotnický záchranář. Dotazovaný se s verbální agresí setkává alespoň jednou denně za službu a pokud jde o fyzickou agresi, tak s tou především při nočních službách ze strany opilých pacientů zhruba jedenkrát za

týden. Co se týče agrese v souvislosti s pandemií Covid 19 se S6 shoduje s S5 na vlně solidarity a strachu v prvopočátcích. V půlce roku 2021 se toto obrátilo v sebestřednost a obecně na rozdělení společnosti kvůli očkování. Co se týče vytipování agresorů, respondent zmiňuje opilce, nikoliv bezdomovce, neboť ti jsou povětšinou rádi, že se dostanou do tepla a na měkkou postel. Také zmiňuje ženy, obzvláště v mladém věku, většinou intoxikované alkoholem i drogami, které jsou verbálně i fyzicky agresivní, ale také vypovídá paradoxně i o lidech s vysokoškolským vzděláním a vyšším titulem než místní personál, kteří jsou arogantní vůči zdravotníkům a považují je za neschopné, či hloupé. Také zmiňuje místní problém s Romy, kteří občas bývají poměrně nevyzpytatelní. Co se týče pohlaví, které je nejčastěji agresivní, tak pokud započítáme intoxikované jedince (nejčastěji pak pervitinem a alkoholem), jako specifickou skupinu, tak respondent uvádí muže, jako verbálně nejagresivnější, zatímco ženy označuje za fyzicky agresivnější. Rodina, či přátelé pacienta většinou nebývají takový problém, jelikož zůstávají mimo oddělení urgentního příjmu, a tudíž lze situaci mnohem lépe korigovat, než kdyby byli v přímém kontaktu s pacientem. Co se týče nejčastější agrese, tak dotazovaný popisuje, jako nejčastější verbální agresi a následně fyzickou, mířenou vůči předmětům (na jejich oddělení speciálně vznikl expektační pokoj speciálně navržen pro intoxikované pacienty s vlohami k agresi, ale i k suicidii). Vůči personálu je agrese prý velmi nezvyklá, pacienti nejspíš uznávají personál, jako vyšší autoritu, vůči které si takové chování většinou nedovolí. Jako nejčastější příčiny agrese uvádí, krom jednotlivých abusů, zdravotních stavů a časové tísní pacientů, také pochybení v komunikaci a neprofesionální chování zdravotníků, ale nejčastěji pak u lékařů, kteří často přicházejí na oddělení až po dlouhé době a za tu dobu se pacient stává více a více neklidným, protože nemůže podepsat bez lékaře negativní revers atp. Samozřejmě s tím souvisí i pochybení v komunikaci sestra-pacient, lékař-pacient, lékař-sestra, kdy pacienti občas nejsou podrobně informováni o následující proceduře a kvůli tomu jsou neklidní, a nebo když nelékařský personál občas není informován ze strany lékaře a nemůže dát validní informace pacientovi. Tyto případy jsou však poněkud výjimečné. Jako nejpoužívanější postup zvládnutí konfliktních jedinců dotazovaný uvádí primárně komunikaci a pokud je potřeba pacifikace ochrankou, či PČR, tak to nejčastěji u pacientů s deliriem, nebo pokud jsou pacienti natolik intoxikovaní, že si nenechají domluvit. V těchto případech se pak se svolením lékaře humánním způsobem využijí kurty. Jen velmi vzácně se stává, že PČR nestihne přijet včas a agresor začíná ohrožovat své okolí. V tuto chvíli bylo nutné pacienta zalehnout a využít, se svolením lékaře, konkrétní

farmaka ke zklidnění. Na otázku, jestli jde útokům nějak předejít, respondent uvedl, že se nejdříve pokouší projevit empatii a klidně komunikovat s pacientem, což zabírá nejčastěji a ve velkém procentu případů a mezitím informovat lékaře, aby co nejdříve přišel, aby se zabránilo zbytečným časovým prodlevám, které by mohly vést k eskalaci konfliktu. Jako důsledek těchto zkušeností, dotazovaný přiznal, že fyzickou újmu neměl žádnou, ale například za dob nejvyššího rozmachu pandemie, kdy bylo mnoho práce a velmi málo času na odpočinek, pociťoval obecně psychickou únavu a zhoršení nálady. Tento pocit se však dá lehce zvrátit, když si respondent dostatečně odpočine. Za nejzásadnější kroky pro správnou komunikaci považuje empatii, asertivitu, profesionalitu, vyvarování se negativním nonverbálním projevům (zaťaté pěsti, zkřížené ruce, arogantní přístup), pokud je přítomen i doprovod pacienta, tak mluvit i s nimi i přesto, že není v přímém kontaktu s pacientem, neboť to mohou být právě oni, kdo by mohl pacienta umírňovat ve svém chování, pokud by zdravotnický personál nic nezmohl a pokud se tato komunikace zanedbá, může to vést i k opačnému výsledku, a to že bude agresivní i pacient, i jeho doprovod. Dotazovaný absolvoval na vysoké škole předmět, který se zabýval správnou metodologií při jednání s agresivními, nebo neklidnými pacienty. Tento předmět považuje za nejpřínosnější a ostatní kurzy a přednášky, které organizovala nemocnice byly pro něho spíše jen opakování a nebyly až tak přínosné. Respondent považuje své znalosti z vysoké školy, jako dostačující, ale různé postgraduální kurzy a přednášky by doporučil personálu, který má vystudovaný obor Zdravotnická sestra, kde se této metodologii a sebeobraně nevěnuje dostatečně velká pozornost.

Třetí šetření proběhlo 29.3. rozhovor poskytly opět tři osoby a probíhalo v prázdném ošetrovatelském pokoji.

S7: Délka praxe 43 let. S verbální agresí se setkává každou směnu jedenkrát, až dvakrát a s fyzickou agresí vůči věcem se setkává méně často než s fyzickou agresí vůči personálu. Na otázku, jestli se počet agresivních pacientů od roku 2019 zvýšil, respondent udává, že se počet spíše zmenšil, jelikož se lidé báli do nemocnic chodit. Zastává také názor, že potenciální agresori se vytipovat nedají, ale zpozorní, pokud pacient má v anamnéze něco podstatného (schizofrenie, psychické onemocnění, intoxikace etc.). Ze své zkušenosti dotazovaný může říct, že poměr mezi verbálně i nonverbálně agresivními muži a ženami je vyrovnaný. Na otázku ohledně průběhu fyzického útoku vypověděl, že na začátku je přítomna verbální agrese, posťuchování a bránění se vyšetření. Toto prý

v jednom případě i vygradovalo v napadení zdravotnické sestry, kterou začal bránit sanitář a než se podařilo agresora zpacifikovat, vykloubil sanitářovi ruku. Toto se však stalo jedenkrát za celou dobu praxe. Jinak rozlišuje pacienty na ty, kteří se „přijdou poprat“ a na ty, se kterými je možné komunikovat a domluvit se s nimi. Jako hlavní příčiny agrese dotazovaný zmiňuje alkohol, drogy, časovou tíseň, zdravotní stav, špatný přístup zdravotníků v kombinaci s arogantním přístupem pacienta. Jako nejčastější prostředek k deeskalaci situace respondent volí primárně komunikaci, pokud toto selže a pacient je stále agresivnější, volí se možnost zavolání PČR, či ochranky, pacient se zpacifikuje a aplikují se zklidňující farmaka. Jako nejzásadnější krok při deeskalační komunikaci uvádí klidnou, pomalou, jasnou mluvu, oslovovat pacienta jménem, mluvit vstřícně a efektivně využít krátký čas, kdy pacient naslouchá a zbytečně věci neprotahovat. Co se týče nonverbální složky, tak respondent jedná intuitivně, nemá žádné konkrétní postoje, které zaujímá atd. Co se týče důsledků agrese na zdravotnický personál, tak uvedl, že fyzické důsledky byly minimální ve formě odřenin a jen výjimečně došlo k většímu zranění (vykloubené rameno, rána pěstí do obličeje), ale psychické důsledky neuvádí žádné. Na otázku, jestli dotazovaný prošel nějakým výcvikem, nebo školením v oblasti sebeobranu, nebo komunikace s agresivním člověkem, uvedl, že na sebeobranu se necítí fyzicky zdatný, i kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu a dříve se zúčastnil pár přednášek ohledně komunikace, ale to je už před dlouhou dobou. V nynější době se spoléhá primárně na své zkušenosti z praxe a již by se dalších přednášek neúčastnil, ale vřele by je doporučil mladším, začínajícím kolegům.

S8: Délka praxe 28 let, s agresí se respondent setkává třikrát do týdne, primárně tedy s verbální s tím, že při nočních službách je toto číslo o trochu větší než při denních službách. V porovnání s dobou před pandemií a během jejího průběhu se číslo spíše snížilo, protože se lidé báli chodit do nemocnic a nyní, když se situace trochu uklidnila a lidé začínají řešit své zdravotní potíže, které se objevili během pandemie, ale nemohli je řešit, tak množství konfliktních situací opět zvýšil. Na otázku, jestli lze agresory vytipovat respondent uvedl, že na pacientech je toto často poznat – způsob komunikace (arogance, porucha řeči z důvodu intoxikace), zanedbaný vzhled atd. Na další otázku ohledně nejčastějších agresorů odpověděl, že fyzicky agresivní jsou nejčastěji muži a verbálně je to v rovnoměrném poměru muži-ženy. Na pracovišti se nejčastěji vyskytuje verbální agrese, následně je poměrně výjimečná fyzická agrese vůči personálu, protože personál se vyskytuje v těsné blízkosti pacienta, když ho například vyšetřuje a jen velmi zřídka se

objeví fyzická agrese vůči předmětům. Jako příčiny agrese dotazovaný uvádí důsledky intoxikace, časová tíseň, zdravotní stav a potom primárně charakter pacientů (pokud mají problémy se zvládnutím agrese a jsou výbušní, je velmi pravděpodobné, že budou agresivní i v nemocnici). Jako způsoby zvládnutí agresivních jedinců respondent uvedl, že nejčastěji využívá verbální komunikaci, kdy pacienta vlídným způsobem uvědomí o průběhu vyšetření, potenciálně za jak dlouho bude vyšetřen a pokud toto selže, zavolá si pomoc dalšího personálu a potažmo ochranku, nebo PČR. Na otázku, jestli jde útokům předejít odpověděl, že většinou ne, protože když pacient přijde již v agresivní náladě, tak s tím nelze nic moc dělat. Ohledně důsledků na fyzické a psychické zdraví, odpověděl, že z fyzických jen drobná poranění a z o psychických si není u sebe, ani u kolegů vědom. Dotazovaný uvedl, že neprošel žádným školením ohledně komunikace s agresivním pacientem a „nemá ani chuť“ protože má za to, že to, co by jí na školeních přednesli, by nemohlo nikdy nasimulovat to, co se skutečně děje na odděleních urgentního příjmu a tak se raději spoléhá na svoje vlastní zkušenosti z praxe a intuici.

S9: Délka praxe 20 let, s agresí se setkává jedenkrát za směnu a při nočních službách je případů o trochu více primárně kvůli skladbě pacientů. Od roku 2019/2020 zastává názor, že počet případů agresivního jednání se nezměnil. Na otázku, jestli lze potenciální agresory vytipovat, respondent uvedl, že primárně podle vzhledu pacienta a podle jeho pohledu. Je názoru, že nejčastěji verbálně agresivní bývají muži, protože jsou častěji intoxikováni alkoholem, u fyzické agrese je poměr mezi muži a ženami stejný, ale u žen fyzická agrese není na takové úrovni, jako u mužů. U hlavních příčin se shoduje s S8 a S7 a zároveň vypovídá i o případech komunikace ze strany zdravotnického personálu, která vedla k verbální agresi u pacienta, ale ta byla následně zklidněna. Říká, že na toto zklidnění není však žádný psaný postup, a tak jedná vždy zcela intuitivně a na základě praxe, kdy se s postupem shoduje s S8. Respondent uvádí, že u otázky, jestli lze případnému útoku předejít, velmi záleží na samotném pacientovi, jak je schopný naslouchat a jaký má temperament. Ohledně následků agrese u respondenta, nebo jeho kolegů zmínil, že u jeho samotného se nic nevyskytlo, ale u jeho kolegyně došlo v důsledku trhnutí za vlasy k lehkému poranění krční páteře, jinak docházelo spíše k lehkým poraněním. Psychické následky respondent neguje. Dotazovaný uvádí, že v minulosti se účastnil semináře o zásadách komunikace s pacienty a také ve škole získal lehké povědomí o tomto tématu, nyní se však ničeho neúčastní z nedostatku volného času, ale pokud by měla příležitost a čas, nejspíš by se účastnil.

Další výzkum proběhl 19.4. opět se třemi respondenty v klidné kanceláři a prázdném pokoji.

S10: Délka praxe dvacet pět let, z toho sedm let na urgentním příjmu. S verbální agresí se setkává průměrně dvakrát za službu. Na otázku, zda se incidence agresivního jednání od počátku Covidové pandemie zvýšil, respondent uvedl, že se počet markantně nezvýšil, ani nezmenšil. Ze zkušenosti vypovídá o tom, že potenciálně agresivní jednání lze vytipovat na základě přístupu pacientů ke zdravotnickému personálu (arogantní chování, podrážděnost). Nevlídné chování lze předpokládat i u intoxikovaných pacientů, nebo pacientů s psychiatrickou diagnózou, a tak těmto konkrétním lidem dotazovaný věnuje speciální pozornost a je tomto ohledu opatrnější. Přiznává však, že jsou i tací jedinci, kteří se vymykají této charakteristice a stejně u nich propukne záchvat agrese. Na základě zkušenosti usuzuje, že největší počet agresorů jsou právě muži a následně rodinní příslušníci. Nejčastěji se tedy setkává s verbální agresí a výjimečně se objeví agrese vůči předmětům. Se závažnou fyzickou agresí vůči personálu se neseťkal. U těchto konfliktů rozděluje dva typy lidí. První typ je agresivní již od počátku, kdy pacient vstoupí na oddělení urgentního příjmu a u dalšího typu ke konfliktu dojde eskalační formou, kdy pacient je nejdříve neklidný z konkrétního důvodu, následně začne nadávat a vyhrožovat a eventuálně toto může vyústit ve fyzickou konfrontaci. Tyto konkrétní důvody a příčiny, které vedou ke konfliktnímu chování jsou podle něho primárně intoxikace, novodobé chování a přístup společnosti ke zdravotnickému personálu, kdy pacienti znají například svá práva ve zdravotnickém zařízení, ale již zapomínají na své povinnosti a když jim toto zdravotnický personál připomene, tak začnou být pacienti vzteklí a neklidní. Jako další důvod ale udává občasnou neprofesionální komunikaci ze strany zdravotníků. Na otázku ohledně zvládnání přístupu agresivních pacientů uvedl, že pokud jsou pacienti intoxikovaní, tak si vždy volá ochranku a pokud je i toto neúčinné, tak zavolá i policii. Pokud pacienti intoxikovaní nejsou, tak se situaci primárně pokoušejí zvládnout verbální komunikací, což je i hlavní způsob předcházení těmto vyhroceným situacím. Mluví především o rovnocenném přístupu ošetřovatel-pacient, klidném a stručném jednání a maximální snaze předejít eskalaci konfliktu. Čili většinou se konfliktu předejít dá, ale občas přijdou pacienti, tak rozrušení, že deeskalace není bohužel možná. Respondent uvedl, že za celou dobu praxe nebyl nijak psychicky, ani fyzicky afektován agresivním

jednáním pacientů. Občas pociťoval zaraženost, nebo pochmurnost, ale ne do takové míry, aby to ovlivnilo jeho chování v osobním životě atp. Jako nejzásadnější kroky pro správnou komunikaci označuje stručnou, klidnou, pomalou, jasnou mluvu, vyhýbání se zbytečné gestikulaci a rozčílení, přičemž vychází hlavně ze své praxe. Dříve se účastnila různých kurzů na zvládání stresu, jednání s agresivními pacienty a i sebeobrany. V nynější době by se klidně dalších kurzů účastnila, i přestože má dlouholetou praxi ve zdravotnictví, primárně proto že všechny konflikty jsou velmi individuální a jakýkoliv kurz může být velmi přínosný.

S11: Délka praxe 44 let a s verbální agresí se setkává až třikrát denně. Od doby covidu se incidence lehce zvýšila, má ale za to, že to nebylo kvůli Covidové pandemii, ale kvůli společnosti, podobně jako zmiňoval S10, hlavně pak u mladých pacientů. Potenciální agresory nelze vždy 100 % vytipovat, ale respondent se řídí primárně podle chování a přístupu k personálu nemocnice. Oblečení není nikdy zcela jasný znak potenciálního agresivního chování, neboť se velmi často stává, že když na oddělení přijde například bezdomovec, tak je mnohdy mnohem zdvořilejší než slušně oblečený člověk. Tímto se navázalo na otázku, kdo je nejčastěji agresor. Na toto respondent odpověděl, že nejčastěji to jsou mladí lidé a pak muži. Jako rizikové osoby je zapotřebí brát ale i příbuzné. Říká, že je důležité s nimi komunikovat, protože je pochopitelné, že jejich neznalost o zdravotním stavu jejich blízkého může vést ke značnému neklidu a vzniku konfliktu, pokud se jim informace včas neposkytnou. Nejčastěji se tedy setkává s verbální agresí a dále pak s agresí vůči předmětům, jelikož pacienti si často netroufnou napadnout zdravotnický personál. Tyto případy, včetně agrese vůči personálu, jsou velmi výjimečné. Uvedl, že útokům ve velkém procentu případů předchází postupná eskalace ve formě vulgární mluvy, křiku, vulgární gestikulace, vyhrožování a eventuálně v postrkování, mlácení do věcí a kopání. Příčiny této agrese jsou pak nejčastěji intoxikace, strach, bolest, časová tíseň, zdravotní stav a neprofesionální komunikace ze strany personálu. Dodává však, že konflikt nikdy nevznikne pouze z jedné příčiny, ale většinou to je kombinace vícero důvodů. Jako nejčastější způsob zvládání vyhocené situace udává primárně zklidnění ve formě verbální komunikace s tím, že se občas zadaří a občas ne. V tomto případě je nutné přivolat ochranku, nebo policii, aby se zabránilo napadení personálu, nebo dalších pacientů. Nevzpomíná si, že by někdy cítila negativní dopad jednání s agresivním pacientem na své psychické, nebo fyzické zdraví. Na otázku, jaký je nejzásadnější postup při řešení konfliktní situace udává, že je zapotřebí získat si důvěru

pacienta, čehož lze nejlépe docílit tím, že s pacientem, byť je třeba intoxikovaný, budete jednat jako s rovnocenným a bude se mu aktivně naslouchat a bude projeven zájem o vyřešení jeho problému. Dotazovaný udává, že prošel různými kurzy a školeními v rámci této problematiky, ale v nynější době se spoléhá hlavně na praxi a dalších kurzů by se spíše neúčastnil.

S12: Praxe ve zdravotnictví dvacet tři let, z toho osm let na urgentním příjmu. S agresí se setkává průměrně jedenkrát za směnu. Respondent udává, že od roku 2019 se primárně zvýšil počet případů verbální agrese a částečně i fyzické. Domnívá se, že potenciální agresory lze vytypovat podle způsobu jednání se zdravotnickým personálem. Udává také, že tyto znaky počínající agrese si společně předávají mezi personálem. Dotazovaný říká, že primární agresor je doprovod pacienta, protože mají o něho strach. Z doprovodu jsou to pak hlavně manželky. Dále říká, že nejčastěji fyzicky agresivní jsou mladí lidé. Za hlavní příčiny agresivního jednání považuje intoxikace, strach o příbuzného, který je ošetřován, psychické onemocnění, časová tíseň a také nesprávná komunikace ze strany zdravotnického pacienta. Udává, že se pacient spíše pustí do fyzické potyčky s personálem, než že by ničil předměty ve své blízkosti a okolí. Když na urgentním příjmu dostane personál informace, že pacient je již neklidný v sanitce, tak si na oddělení připraví kurtovací lůžko, kdyby bylo potřeba. Na otázku, jak personál zvládá agresivního jedince, respondent odpověděl, že mají primárně směny, kde je rovnoměrně zastoupený personál muži-ženy. Další technika je, že si zjistí, na koho pacient reaguje lépe, jestli na muže, nebo na ženy a ten pak s pacientem komunikuje. Zásady verbální komunikace je pak mluvit klidně a stručně a opakovat cíle, kterých se personál snaží dosáhnout. Zásady neverbální komunikace je udržování osobního prostoru, nebýt na dosah pacientovy ruky, nedělat zbrklé pohyby, nebýt k pacientovi zády, dívat se do očí a nebýt v blízkosti ostatních pacientů a mít u sebe svědky. Pokud je situace nezvladatelná komunikací, tak si personál přivolá ochranku, nebo policii. Domnívá se, že některým fyzickým útokům lze zamezit, ale velmi záleží na charakteru agresora. Ohledně dopadů agrese na respondentovo fyzické a psychické zdraví, udává, že nikoliv, ale říká, že jeden kolega byl uhozen do tváře a také mu byla vykloubena ruka. Jedna doktorka se pak stala součástí střelby v nemocnici a respondent uváděl, že si musela vzít tři týdny dovolenou, a i přesto pak měla panické stavy, kdy někdo zazvonil na dveře a ona pak měla úzkostné stavy, že se nesmí pacientovi otevřít. Dotazovaný udává, že se zabývá psychologií, a tak se účastnil mnoha kurzů a školeních na téma ohledně komunikace s agresorem atp. Zároveň i kdyby

byly k dispozici nějaké další kurzy, tak by se rozhodně zúčastnil, protože na oddělení urgentního příjmu jsou tyto případy velmi časté, a tak se vždy hodí vědět něco více.

4.1. Shrnutí výzkumného šetření

Z výzkumu vyplynulo, že s agresí se většina zdravotnického personálu potýká velmi často, přičemž s verbální agresí zhruba každý den. S fyzickou agresí vůči personálu i předmětům, nacházejících se v blízkosti agresivního jedince, však jen vzácně. Personál okresních nemocnic pak má zkušenosti s tím, že od počátku Covidové pandemie se incidence konfliktů zvýšila, zatímco v krajských nemocnicích zůstala poměrně stejná.

U potenciálně agresivních pacientů se nejčastěji objevují tyto znaky:

- Arogantní chování a nevlídný přístup ke zdravotnickému personálu
- Diagnóza psychiatrického onemocnění
- Intoxikace alkoholem, drogami, farmaky
- V některých případech i vzhled pacienta

Podle popisu respondentů se konfliktní pacienti rozdělují na 2 typy. Ti, u kterých došlo k eskalaci konfliktů v nemocničním prostředí z konkrétních důvodů a ti, kteří do zdravotnického zařízení přišli již rozrušení a nebylo je možné zklidnit pomocí verbální komunikace a bylo zapotřebí si přivolat další pomoc.

U konfliktů, které se vyhrotily v nemocničním prostředí byl většinou průběh podobný. To znamená, že pacient byl nejdříve neklidný z důvodu nenaplnění jeho potřeb, následně došlo ke konfrontaci s personálem, což vedlo k nadávkám a obecně většímu neklidu obou stran. Pokud se situaci nepodařilo zklidnit, mohlo dojít k fyzické konfrontaci ve formě postrkování, kopání, či účelnému pomočování, nebo plivání. K fyzické konfrontaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem však došlo jen výjimečně.

Většina respondentů se shodla na tom, že hlavní příčiny agrese byly:

- Intoxikace cizími látkami
- Strach o svůj zdravotní stav
- Neprofesionální komunikace a přístup zdravotnického personálu
- Nemocniční prostředí
- Bolest
- Časová tíseň pacientů

100 % respondentů uvedlo, že zásadní intervence za účelem deeskalace konfliktu je verbální komunikace a snaha o vyhovění požadavků mezi oběma stranami a následné snížení napětí. Pokud toto selže a vzniká riziko fyzického útoku, přivolá se ochranka, nebo Policie České republiky. Jen jedna nemocnice se přikláněla k využití farmakologických prostředků ze skupiny benzodiazepinů, pokud situace byla opravdu nevladatelná. K tomu však došlo pouze u pacientů, kteří měli abstinenční syndrom a byli nekontrolovatelní. Tito jedinci byli následně přikurtováni a neustále monitorováni do dalšího dne na jednotce intenzivní péče.

Co se týče prevence vzniku případného útoku všichni uvedli jako zásadní krok správnou komunikaci. Většina dotazovaných však uvedlo, že občas agresi nelze předejít ani tímto způsobem a konfrontace se tak stává nevyhnutelnou.

Na otázku, jestli mělo agresivní jednání významný psychický dopad na personál všichni respondenti uvedli, že nikoliv. Někteří ale udávali, že občas pociťovali jistou skleslost, nebo mírné zhoršení nálady. Nebylo však nutné žádné odborné pomoci, neboť jim postačil krátký odpočinek mimo službu. Co se týče fyzického dopadu na zdraví uvedli, že občas byli nevýznamně zraněni ve formě drobných ran, nebo pohmožděnin.

Pro respondenty je nejzásadnější krok, či postup pro komunikaci s agresivním jedincem klidný přístup, pomalá, jasná a stručná mluva a snaha jednat s pacientem jako rovný s rovným, i když byl třeba intoxikovaný omamnými látkami. U neverbální komunikace to bylo vyhýbání se zbytečné a zbrklé gestikulaci, nemít zaťaté pěsti a zachovávat osobní prostor pacienta.

Většina subjektů prošlo různou formou vzdělávání v oblasti jednání s agresivním pacientem, které organizovala nemocnice. Část se i zúčastnila základních kurzů sebeobrany, nebo měla přímo předmět na vysoké škole, který se zabýval touto problematikou.

Na otázku, jestli by se respondenti účastnili kurzů, nebo přednášek na téma týkající se komunikace a jednání s agresivními pacienty se názory rozdělovaly. Starší respondenti přiznali, že by se spíše spoléhali na své zkušenosti, neboť zastávali názor, že tato problematika je vždy velmi individuální a nelze se na ní připravit jinak než praxí. Mladší respondenti bez dlouhodobé praxe a zkušenostmi s konfliktními situacemi, by naopak toto školení uvítali.

5. Diskuse

Ve výzkumu se potvrdilo, že příčinou agrese bylo většinou neuspokojení pacientových potřeb, nebo cílů, jak zmiňoval Křivohlavý. (2008) Na druhou stranu zdravotnický personál uváděl i případy, kdy do zdravotnického zařízení přišel již rozrušený pacient, jehož hlavním cílem bylo pohádat se a vyvolat konflikt, přičemž toto není situace, které by se dalo v nemocnici předejít.

Látalová (2013) ve své knize zastává názor, že akt agrese je vědomý a dá se pozorovat agresorův motiv. Je však důležité si položit otázku do jaké míry si jsou pacienti s psychickým onemocněním, v deliriu, nebo v intoxikovaném stavu vědomi svého chování. Další otázka je, zdali je lze v tuto chvíli považovat za svéprávné a tím pádem jim přisuzovat veškerou zodpovědnost za jejich chování.

Dva respondenti zmínili jako jednu z příčin vzniku konfliktu změnu přístupu společnosti ke zdravotnickému personálu. Uváděli, že dříve lidé měli důvěru a respekt ke zdravotním sestřám. V poslední době se však začíná ukazovat, že společnost, a především mladší lidé začínají považovat personál za podřadný. Toto koresponduje s názorem Nitschové a Králové (2008), které se domnívají, že jeden z důvodů, proč se verbální i fyzická agrese zvyšuje, je, že společnost začíná tolerovat a uznávat násilí, jako jeden ze způsobů, jak dosáhnout svých cílů.

V okresních nemocnicích toto může vznikat i v kombinaci nedostatku personálu, který může být tím pádem vyčerpanější, a to následně vést k nezvládnutí svých emocí a tedy k větší pravděpodobnosti vzniku konfliktu. Je logické, že se z dlouhodobého hlediska pak snižuje efektivita a kvalita zdravotnické péče a potažmo vzniká riziko vzniku syndromu vyhoření.

Na toto lze navázat názorem Jana Rychetského, který již v roce 2003 ve své knize udává, že jeden z důvodů nespokojenosti pacientů je špatné chování a nevhodný přístup zdravotnického personálu, který může právě vycházet z vyčerpanosti a syndromu vyhoření u personálu nemocnic.

Výzkum udává, že všichni respondenti, nezávisle na znalosti odborného článku od Pekary (2015), který Cituje Fehlaua (2003), se shodují nad tím, že pokud se vynaloží dostatek energie na prevenci vzniku a eskalaci konfliktu, tak je množství této energie ve výsledku mnohem menší, než energie a čas, který je nutný vynaložit na deeskalaci situace.

Na základě načerpaných zkušeností ohledně vedení výzkumu na toto téma je rozhodně prostor na zlepšování. Ostatně jak uvádí Kutnohorská (2009), kvalitativní výzkum je časově velmi náročný, stejně tak jako na vědomosti a dovednosti výzkumníka. Mohlo by dojít ke zlepšení formulace některých výzkumných otázek, a především jejich dalšího rozvádění a získávání důležitých informací.

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal v pracovní době respondentů, bylo očividné, že i přestože rozhovory probíhaly v poklidném a nerušeném prostředí, tak respondenti nemohli být časově zcela oddáni probíhajícímu výzkumu. Nemohli tedy své odpovědi maximálně rozvést a výzkumu se tak plně oddat.

Bylo by proto lepší rozhovory provádět mimo pracovní dobu respondentů, obzvláště pokud se jedná o tak časově náročnou práci, jako je na oddělení urgentního příjmu.

Je možné, že tímto způsobem by bylo možné dosáhnout zajímavějších výsledků výzkumného šetření. Zároveň by se tím i výzkumník odprostil od pocitu, že respondenty jakýmsi způsobem zdržuje od práce a tím pádem by se i on do hloubky zaměřil na výzkum a rozvádění otázek.

Největší překážka byla komunikace a domluva s vedením zdravotnických zařízení o provedení výzkumu, neboť právě toto zabralo více času, než se počítalo.

5.1. Využití pro praxi

Starší respondenti většinou uvedli, že kdyby měli příležitost zúčastnit se přednášek, či kurzů, které by se věnovaly problematice komunikace s konfliktním pacientem, tak se nezúčastní, jelikož se ve svém věku spoléhají hlavně na svou praxi. I přesto ale část z nich, a především respondenti s kratší dobou praxe, uvedlo, že kdyby měli čas a školení by bylo kvalitní a přínosné, téměř s jistotou by se zúčastnili.

Toto by tudíž mohlo být mnohem přínosnější a efektivnější než brožura, která byla v původním plánu této bakalářské praxe.

6. Závěr

Bylo řečeno, že případy, kdy pacienti jednají agresivně vůči zdravotnickému personálu, se neustále zvyšují. Toto se ve výzkumu potvrdilo v plné míře, kdy respondenti uvedli, že například s verbální agresí se setkávají až třikrát za směnu. Z logiky věci by se tedy mělo předpokládat, že se zvýší i výskyt fyzické agrese. Ukázalo se však, že zdravotnický personál se stal obětí fyzického útoku za dobu jejich praxe jen výjimečně.

To vedlo k otázce, do jaké míry jsou agresivní pacienti schopni přejít z verbální agrese na fyzickou a pokud sami pociťují strach, či do určité míry respekt ze zdravotnického personálu a k fyzické konfrontaci se ve výsledku neodváží.

Ukázalo se však, že i přestože poměr mezi verbální a fyzickou agresí je markantní, jeho incidence se také zvýšila – jako tomu bylo u agrese verbální. Zdravotnický personál se s fyzickou agresí pouze naučil zacházet, a to tím způsobem, že s ní jednoduše nepřijde do kontaktu. Raději si tak na pomoc zavolá ochranku nemocnice, či Policii České republiky, než aby riskoval své, nebo zdraví ostatních pacientů.

Tím, že personál zdravotnických zařízení musí jednat s agresí čím dál, tím častěji, získává tak přehled o tom, kdo by mohl být příštím potenciálním útočníkem. Na základě obdobných rysů všech agresorů se pak může pokusit útokům do jisté míry předejít a časně zahájit preventivní přístup vzniku konfliktů u těchto pacientů.

Agrese ve zdravotnictví se vyskytuje v takové míře, kdy se stává normou. A skutečnost, že toto není nic neobvyklého, se objevuje nejen u zdravotnického personálu, ale také u pacientů, kteří jsou agresivní. Chtějí totiž, aby jim byla poskytnuta přednější péče než u ostatních pacientů, kteří mohou být vážně ohroženi na zdraví. Další problém je, že se toto stává normou i pro média, která píšou často jen o extrémních případech, kdy například pacient ohrožuje personál střelnou zbraní, nebo když pacient pod vlivem drog zdemoluje vybavení oddělení a ohrožuje své okolí.

Kdyby se této problematice věnovala i vedení nemocnic a pokoušela by se zajistit co největší bezpečnost personálu, i pacientů a média by nepsala pouze o výjimečných případech, ale pokoušela by se sdělit lidem, že agrese ve zdravotnictví bez legitimního důvodu není v pořádku, mohlo by se zamezit vzniku některých konfliktů, což by mělo pozitivní dopad na personál i pacienty, kterým by byla věnována ve všech ohledech kvalitnější, a hlavně rychlejší péče. Zdravotnický personál by pak nemusel trávit čas zklidňováním nespokojených pacientů, kteří si paradoxně velmi často stěžují právě na dlouhý čas strávený čekáním na vyšetření nejen na oddělení urgentního příjmu.

7. Seznam použité literatury

1. ALSALEEM, A. S., et al., 2018. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine*. 25 (3). 188-193 s. ISSN 22308229
2. BEDNAŘÍK, A. a ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 1025 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. ČÍŽKOVÁ, J., 1997. *poznávání duševního života člověka*. Olomouc: Univerzita Palackého. 62 s. ISBN 80-7067-7067-779-1.
4. Druhy zdravotní péče Ministerstvo zdravotnictví, (2012). *Druhy zdravotní péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/>
5. FRANCIS, J., YOUNG, G. B., 2021, *Patient education: Delirium (Beyond the Basics)*. [online]. UpToDate [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/delirium-beyond-the-basics>
6. FROMM, E., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 1997. *Anatomie lidské destruktivity: a new approach to studying the effects of modern technologies on human behavior*. Praha: Psyché (Grada), 520 s. ISBN 80-710-6232-4.
7. HARSA, P., et al., 2012. Současné projevy agrese: Contemporary displays of aggression. *Psychiatria pre prax*. Bratislava: SOLEN. 13 (4). 151-154. ISSN 1335-9584.
8. HÁVA, P., et al, 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
9. HNILICOVÁ, H. a BENCO, V. a DOBIÁŠOVÁ, K., 2008. Násilí jako znepokojivý fenomén současného zdravotnictví. *Praktický lékař*. 5. 267–271 s. ISSN 0032-6739.
10. HNILICOVÁ, H., 2007. Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovišti ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 46, 14-16 s., ISSN 0044-1996.

11. HOLMEROVÁ, I., 2017. Delirium – nové poznatky a zkušenosti pro praxi. *Geriatric a Gerontologie*, 6 (2). 79-82. ISSN 1805-4684.
12. CHVAL, J., 2006. Delirium nealkoholové etiologie na somatickém oddělení. *Interní Medicína pro praxi*. 8 (2). 82-84 s. ISSN 1803-5868.
13. JIRÁK, R., 2020. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén. 73-75 s. ISBN 978-80-7492-461-3.
14. KÁŇOVÁ, M. et al., 2015. Delirium u kriticky nemocných – prospektivní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 6. 662-667 s. ISSN 1210-7859.
15. KOŠŇAROVÁ, B., 2021. *Delirium postihuje hlavně starší pacienty. Ovlivňuje vnímání, myšlení i paměť*. [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/delirium-priciny-priznaky/>
16. KRÁLOVÁ, J., 2005. Agresivní pacient. *Praktický lékař*, 85 (4). 230-232 s. ISSN 0032-6739.
17. KŘIVOHLAVÝ, J., 2008. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vydání. Praha: Portál. 37 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
18. KŘÍŽOVÁ, V., KŘÍŽ, P., 2006. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči*. [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nekolidny-a-agresivni-pacient-v-prednemocnicni-peci-274000>
19. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 22 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
20. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. 16 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

21. LEPIEŠOVÁ, M., et al., (2015). Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 6 (3). 306-312 s. ISSN 2336-3517
22. LUKASOVÁ, M., 2016. Omezovací prostředky ve zdravotní péči: zásady a úskalí jejich použití. *Geriatric a Gerontologie*. 5 (3), 154-158 s. ISSN 1803-6597.
23. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. vydání. Praha: Grada. 14 s. ISBN 978-80-247-5309-6.
24. MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
25. NAWKA, A., 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 13 (2), 69-74 s. ISSN 1803-5272
26. NITSCHOVÁ, R. a KRÁLOVÁ, J., 2008. *Násilí při práci sester v nemocnici*. [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nasili-pri-praci-sester-v-nemocnici-397954>
27. PEKARA, J. a TŘEŠLOVÁ, M., 2011. *Prevence násilí v ošetrovatelství*. [online]. Prevence úrazů, otrav a násilí. [cit. 2022-2-22]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120514102106667618.pdf>
28. PEKARA, J., 2014. *Agresivní pacient*. [online]. Bezpečnost personálu. [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/navody/jak-zkrotit-agresivniho-pacienta/>
29. PEKARA, J., 2014. Proč dochází k násilným incidentům při ošetrování pacientů? *Florence*. 1 (2), 21-23. ISSN 1801-464X.
30. PEKARA, J., 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. 86 s. ISBN 978-80-87023-46-4.
31. POSPÍŠIL, M., 2011. *Krizová komunikace s agresivním pacientem*. [online]. Akutně.cz [cit. 2021-12-20]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-komunikace-s-pacientem.pdf>

32. PRAŠKO, J., a PRAŠKOVÁ, H., 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2. vydání. Praha: Grada. 26 s. ISBN 978-80-247-1697-8
33. RYCHETSKÝ, J., 2003. *Pacienti viní lékaře, komora je brání*. [online]. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/pacienti-vini-lekare-komora-je-brani-156248>.
34. Shafran-Tikva, S., et al., 2017. *Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study*. [online]. Isr J Health Policy. [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13584-017-0183-y>
35. ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 106 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
36. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
37. VYSEKALOVÁ, J., 2011. Maslowova hierarchie potřeb. Chování zákazníka. 22 s. ISBN 978-80-247-3528-3.
38. WALLACE, S., 2019. *Violence against healthcare workers: A rising epidemic* [online]. AJMC.com [cit. 2022-2-22]. Dostupné z: <https://www.ajmc.com/view/violence-against-healthcare-workers-a-rising-epidemic>
39. Wilson, J.E., Mart et al., 2020. *Delirium*. [online]. Nature Reviews Disease Primers. [cit. 2022-2-22] Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>.
40. ZACHAROVÁ, E. a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 1022-1029 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
41. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Medicína pro praxi*. 11(10). 471 s. ISSN 1803-5256.

42. Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [online]. MPSV. [cit. 26.01.2022]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011).