



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Natálie Vrzáčková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů* jsem vypracovala 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 1.6.2020

.....

Natálie Vrzáčková

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěla upřímně poděkovat Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za to, že vedla moji bakalářskou práci a vždy byla ochotna mi pomoci a poradit s jejím zpracováním. Dále bych ráda poděkovala všem našim informantů za ochotnou spolupráci. Nakonec také děkuji své rodině za podporu při zpracování práce.

Zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá zkušenostmi sester s agresivním pacientem. Cílem naší bakalářské práce tedy bylo zmapovat zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů. Dle uvedeného cíle jsme si stanovili tyto výzkumné otázky: Jaké jsou zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů? Jaká jsou specifika péče o agresivního pacienta?

K provedení výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup. Pro naše informanty jsme vypracovali polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo celkem dvanáct sester, které mají zkušenosti s agresivním pacientem.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry mají zkušenosti především se slovním napadením ve formě nadávek a vulgarismů. Většina sester na slovní agresi reagovala slovním uklidněním, ovšem málo pozornosti věnovaly mimoslovní komunikaci. Při fyzickém napadení sestry většinou využívají omezovací prostředky, přičemž ale většina sester nepovažuje za omezovací prostředky podání či aplikaci medikace. Dále se sestry při fyzickém napadení snažily zajistit si větší personální obsazení, tedy dbaly o vlastní bezpečnost. Mezi omezovací prostředky sestry nejčastěji řadily ochranné pásy a místnost určenou pro bezpečný pohyb pacientů, které také nejčastěji využívají. Sestry při péči o omezeného pacienta věnují více pozornosti fyzickým potřebám pacienta než psychickým. Dále jsme zjistili, že sestry nejsou příliš často seznamovány s danou problematikou po teoretické ani po praktické části, například pomocí přednášek či kurzů sebeobrany. Všichni informanti by ale více vzdělání v dané problematice uvítali. Bakalářská práce může být využita jako studijní materiál pro sestry, které se s násilím ze strany pacientů setkávají a mohla by tak pomoci jeho předcházení.

Klíčová slova

Sestra; násilí; agresivní pacient; komunikace; ošetrovatelská péče; omezovací prostředky

Nurses experience with violence of patients side

Abstract

The bachelor thesis deals with the nurse experiences with an aggressive patient. The objective of our bachelor thesis was to map the experiences of nurses with violence from patients. According to the stated objective, we set ourselves these research questions: What are nurses' experiences of violence from patients? What are the specifics of caring for an aggressive patient?

We used qualitative research methods for our bachelor thesis. For ours nurses we devised half structured interviews. The research group was composed of twelve nurses, who have an experience with aggressive patient.

The research results showed that nurses have experiences mainly with verbal aggression in the form of swearing and vulgarisms. Reaction of most nurses to verbal aggression was verbal reassurance, but nurses did not dedicate a lot of attention to nonverbal communication. In physical aggression, nurses usually use restraints, but most of nurses do not think that application of medication belongs to restraints. Further, nurses in physical aggression tried to call help, so they ensured their own safety. Nurses most often classify between restraints: protective belts and a room designed for the safe movement of patients. This restraints are most often used. In caring for a limited patient, nurses pay more attention to the patient's physical needs than to the mental ones. Furthermore, we found that nurses are not very often acquainted with the issue in the theoretical or practical part, for example through lectures or self-defence courses. However, all informants would like to be more educated in the given issue.

Keywords

Nurse; violence; aggressive patient; communication; care of an aggressive patient; restraints

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Agresivní chování.....	9
1.1.1 Typy agrese	9
1.1.2 Agrese ve zdravotnickém zařízení.....	12
1.1.3 Příčiny agresivního chování pacientů.....	13
1.1.3.1 Neurobiologie agresivity	13
1.1.3.2 Vnější faktory	14
1.2 Násilné chování ze strany pacienta a jeho prevence.....	15
1.2.1 Komunikace	15
1.2.2 Verbální komunikace	17
1.2.3 Neverbální komunikace	19
1.2.4 Komunikace jako prevence násilí.....	21
1.3 Zvládnutí agresivního pacienta	24
1.3.1 Sebeobrana.....	25
1.3.2 Farmakoterapie	25
1.3.2.1 Antipsychotika první generace	26
1.3.2.2 Antipsychotika druhé generace	27
1.3.2.3 Benzodiazepiny	28
1.3.3 Fyzické omezení	28
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru.....	31
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření	33
4.1 Identifikační údaje	33
4.2 Kategorizace výsledků	35
4.2.1 Kategorie 1 – Násilí ze strany pacientů.	35

4.2.2	Kategorie 2 – Zkušenosti sester se slovní agresí.	36
4.2.3	Kategorie 3 – Reakce sester na slovní agresí.....	37
4.2.4	Kategorie 4 – Zkušenosti sester s fyzickou agresí.....	38
4.2.5	Kategorie 5 – Reakce sester na fyzickou agresí.	40
4.2.6	Kategorie 6 – Příčina agresivního chování pacienta z pohledu sestry.....	41
4.2.7	Kategorie 7 – Pocity sester po zkušenosti s agresivním pacientem.....	42
4.2.8	Kategorie 8 – Péče o agresivního pacienta.	43
4.2.9	Kategorie 9 – Omezovací prostředky ve zdravotnictví.	45
4.2.10	Kategorie 10 – Vzdělávání sester v dané problematice.	47
5	Diskuze.....	49
6	Závěr	56
7	Použitá literatura	58
8	Seznam zkratk.....	64
9	Seznam příloh	65

Úvod

Násilí ve zdravotnictví vůči sestřám ze strany pacientů je čím dál častěji se vyskytující fenomén. Právě sestry se ve zdravotnictví s agresí ze strany pacienta setkávají nejvíce, protože s pacienty stráví nejvíce času. Aby práce sester byla co nejkvalitnější a nejefektivnější, musí mít sestry co nejlepší podmínky práce. A právě agrese a násilí ze strany pacienta, může zásadně ovlivnit kvalitu a efektivitu práce sester.

Agrese se může vyskytovat v různých formách. Musíme si uvědomit, kdy je agrese záměrná a kdy naopak může být projevem pacientovi nemoci. Agrese pacienta může pramenit z jeho nemoci, kdy se jedná o patologickou agresi vyskytující se u duševních chorob. Dále může být agrese zapříčiněna nevhodným chováním a komunikací sestry či naopak sestra nemusí být původcem pacientovi agrese, ale stane se terčem agrese a to když pacient používá násilí jako obranný mechanismus při jeho trápení. Agresi nejčastěji rozdělujeme na slovní a fyzickou, ale zařazujeme sem i autoagresi, kdy nemocný útočí proti sobě samému a dále mezi agresivní chování řadíme i sexuální napadení. Ať už se jedná o jakýkoliv druh agrese, má vždy negativní dopad na psychickou někdy i fyzickou stránku sestry a snižuje kvalitu poskytované péče. Proto by mělo být v zájmu každé sestry takovému chování ze strany pacienta předejít, čemuž může pomoci správná a efektivní komunikace. Právě mezi hlavní důvody násilí ve zdravotnictví patří chyby v komunikaci, které vyplývají ze záporných emocí a to jak ze strany pacienta, tak i sestry.

V bakalářské práci se budeme tímto tématem zabývat, budeme se snažit zmapovat zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů. Toto téma jsem si vybrala, protože agrese ve zdravotnictví je globální problém. Násilí ve zdravotnictví se vyskytuje čím dál častěji, přesto je toto téma málo diskutované a nemedializované.

1 Současný stav

1.1 Agresivní chování

Roche et al. (2010) ve svém článku uvádí definici násilí Světové zdravotnické organizace z roku 2002 „*záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly nebo moci proti sobě samému, jiné osobě nebo skupině či společnosti osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání nebo újmu*“. (Roche et al., 2010, s. 14) Vokurka et al. (2015) uvádí jednoduchou definici agrese „*útočné jednání zaměřené na okolí*“. (Vokurka et al., 2015, s. 21) Agrese je očividná tedy pozorovatelná a úmyslná. (Látalová, 2013) Agresivním chováním člověk vnucuje své postoje a představy druhým a dožaduje se jejich akceptace, i když přitom porušuje práva ostatních. (Zacharová, 2016)

Agrese se objevuje při frustraci, kdy není uspokojována jedna ze základních potřeb člověka, jako náhlá a nedlouho trvající reakce, to znamená, že agrese je časově omezena. V opačném případě, kdy má jedince víceméně neustále tendence k útoku, hovoříme o agresivitě. Agresivita je tedy reakce, která má dlouhé trvání. (Pekara, 2015) Důležitou skutečností je, že „*násilí je oblastí agrese, což však neznamená, že každá agrese musí mít nutně podobu násilí*“. (Pekara 2015, s. 18)

1.1.1 Typy agrese

Častým dělením agrese je na verbální a brachiální. Slovní agresi vystihují urážky, sexuální narážky, vulgární výrazy, nemravné a znesvěcující komentáře. Do fyzického násilí patří například plivání, kopání, strkání apod. a to se zbraní nebo bez ní. (Pekara, 2015)

Agresi můžeme rozdělit do 4 stupňů. Prvním stupněm je hostilita neboli nepřátelskost, kdy pacient projevuje své antipatie. (Práško, 2013) Hostilita je jasně nepřátelské vystupování či averze k světu a jeho předmětům. Jinými slovy je to tendence k nedůvěřivosti, podrážděnosti, nesoučinnosti nebo žárlivosti. (Látalová, 2013) Druhý stupeň je slovní agrese. Pacient verbálně obtěžuje jiného člověka, může vyhrožovat, ponižovat ... Tomu říkáme přímá agrese. Agrese projevována např. přes mobilní telefon

je agrese nepřímá. Dalším stupněm je brachiální agrese, kdy pacient může být agresivní vůči věcem nebo lidem. Agrese vůči lidem je nejzávažnějším druhem násilí, při němž dochází k fyzickému napadení druhého a může dojít až k zranění či zabití. (Práško, 2013)

Látalová (2013) ve své knize uvádí vedle hostility další pojmy, které se od sebe nějak odlišují, ale mají podobný význam, patří sem vztek, podrážděnost, agitovanost a dysforie. Vztek je fyziologické chování sloužící k vybití či vyhrožování. Při podrážděnosti u jedince poklesne kontrola nad sebou samým, což přispívá k nerudnosti a projevuje se slovně či skutkem. Agitovanost je „motorický neklid (např. popocházení, pobíhání, neposednost) spojený s pocitem vnitřního napětí.“ (Látalová, 2013)

Cummings et al. (2015) ve svém článku dle výsledků výzkumu uvádí konsensuální prozatímní definici agitovanosti u kognitivních poruch ve čtyřech bodech:

- 1) vyskytující se u pacientů s kognitivním poškozením nebo syndromem demence;
- 2) projevy chování v souladu s emocionální úzkostí, přičemž pacient vykazuje alespoň jeden z následujících bodů:
 - a) Nadměrná pohybová aktivita
 - b) Verbální agrese
 - c) Fyzická agrese
- 3) chování, které způsobuje nadměrnou nezpůsobilost, což je podle názorů lékařů nad rámec toho, co je způsobeno kognitivní poruchou a zahrnující alespoň jedno z následujících:
 - a) Významné zhoršení mezilidských vztahů.
 - b) Významné zhoršení ostatních aspektů sociálního fungování.
 - c) Významné zhoršení schopnosti vykonávat nebo se účastnit každodenních životních činností.
- 4) agitovanost nelze připsat pouze psychiatrickým poruchám, suboptimálním podmínkám péče, zdravotnímu stavu nebo fyziologickým účinkům látky. (Cummings et al., 2015)

Dysforie je rozlad spojený s dlouhodobě smutnou náladou. (Látalová, 2013)

Lepiešová et al. (2012) ve svém výzkumu rozděluje agresi na slovní agresi, fyzické násilí s použitím nebo bez použití zbraně a sexuální násilí. Agresi rozdělila dle škály VAPS - Výskyt agrese pacientů vůči sestřám, do 11 skupin, které obsahují:

Pomluvy, neoprávněné obvinění, verbální útok – urážky, nadávky, verbální útok – zastrašování, výhružky, dále slovní poznámky sexuálního charakteru, k fyzickému útoku se řadí plivnutí, kousnutí, škrábání, štípání, dále strkání, házení předmětů, dále facka, úder pěstí, kopnutí, také škracení, napadení ostrým předmětem, bodnutí, postřelení, další je tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení) a poslední skupina je sexuální napadnutí. (Lepiešová et al., 2012)

Dalším druhem agrese je takzvaně přenesená (transferovaná) agrese, kdy se člověk chová agresivně vůči věcem nebo napadá druhého, aniž by byl původcem jeho násilí. Dále rozlišujeme zadržovanou agresi, kterou v sobě jedinec dusí a neprojevuje ji navenek. Pokud člověk směřuje agresi na sebe, což se může projevovat sebeobviňováním, automutilací či sebevraždou, hovoříme o autoagresi. (Magurová, 2018) Pomocí automutilace neboli sebepoškozování ze sebe jedinec potřebuje dostat vnitřní tenzi a úzkost, nikoliv se dopustit sebevraždy. Důvodem takového chování mohou být halucinace nebo bludy, ale může se také jednat o účelové chování. Automutilace má mnoho podob jako pořezávání, polykání cizích předmětů atd. (Novotná, 2014) Jak bylo uvedeno výše, do autoagrese patří i suicidium neboli sebevražda tedy úmyslné zapříčinění vlastní smrti. Parasuicidium je sebevražedný pokus, který nevede ke smrti, člověk chce pouze uniknout z těžké situace. Suicidální krize je stav před sebevražedným jednáním, kdy je důležité zasáhnout, neboť by mohlo dojít k dokonání sebevraždy. (Svoboda et al., 2015)

„Psychiatrie popisuje násilí jako typ chování (impulzivní nebo promyšlené) vyskytující se v interakcích mezi lidmi, které je spojeno s různými formami psychopatologie.“ (Pekara, 2015, s. 17) Častým rozdělením agrese je na plánovanou a vyvolanou nějakým impulsem, tedy impulsivní. Plánovaná agrese na rozdíl od impulzivní nesouvisí s neuspokojováním potřeb nebo s akutním ohrožením, plánovaná agrese má zřejmý cíl. Impulsivní agrese je vyznačena vybuzením vegetativního nervového systému a vzniká na podkladě provokující zkušenosti spojené s negativními emocemi. Pokud je impulzivní agrese

nepřiměřená situaci, jedná se již o patologickou agresi. (Látalová, 2013) Chorobná agrese vychází z duševní poruchy. (Svoboda et al., 2015) Při nedostatečně přiměřeném podnětu je patologická zlost a útočné projevy označovány jako endogenní agresivita. (Pokorný et al., 2010)

Kromě nepřiměřené impulzivní agrese se za patologickou agresi považuje psychotická agresivita a instrumentální agrese. Psychotická agresivita vzniká na podkladě příznaků nemoci duševně nemocných pacientů, jako jsou například bludy a halucinace. Instrumentální agrese je plánovaná s jasným cílem, která se vyskytuje i v běžné populaci nejen u psychiatricky nemocných. (Látalová, 2013)

Agrese je většinou vnímána a popisována jako negativní. U lidí se ale vyskytuje i pozitivní tzv. dobrá agrese či agrese konstruktivní. Tento druh agrese pomáhá lidem při přizpůsobování se, při reagování na konflikt, pomáhá navazovat vztahy, užitečná je při rozhodování se, při projevu a vytváření postojů. (Pekara, 2015)

1.1.2 Agrese ve zdravotnickém zařízení

Agrese a násilné chování vůči poskytovatelům zdravotní péče je globální problém. (Dickens, 2012) „Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti.“ (Pekara, 2017, s. 143)

„Násilí je negativní fenomén, který souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče.“ (Pekara 2015, s. 17) S násilím ze strany pacientů se sestry setkávají každý den. Sestry jsou násilím vystavené nejvíce, protože jsou s pacienty v nejbližším kontaktu. Agrese ovlivňuje kvalitu práce sester, snižuje motivaci a má dopad na duševní i tělesnou stránku sester. (Lepiešová, 2015) Dále ovlivňuje nízkou míru spokojenosti s prací, dopad má na emoční stránku personálu a na zvyšování úrovně úzkosti. (Dickens, 2012) Agrese má tedy negativní efekt na pracovní výkon sester a nakonec i na samotnou péči o pacienty. (Lim, 2011) Za poslední dobu se agrese ve zdravotnickém zařízení stále trvale zvyšuje. (Pekara, 2015)

Přibližně jedna třetina sester na světě se setkává s násilím ze strany pacientů. Brachiální agrese se vyskytuje nejvíce na urgentním příjmu, geriatrických a psychiatrických odděleních. Častěji se však sestry setkávají s agresí verbální. (Gurková et al., 2015)

Gurková et al. (2015) ve svém článku uvádí frekvenci výskytu jednotlivých forem agrese ve vybraném zdravotnickém zařízení v Rakousku, přičemž vychází z práce Lepiešové et al. (2012) a její kategorizace druhů násilí. Ve výzkumu bylo zjištěno, že nejčastější projev agrese ze strany pacientů je verbální útok - urážky a nadávky a druhým nejčastějším je verbální útok - zastrašování a výhrůžky. (Gurková, 2015) Dimunová et al. (2019) uvádí ve svém výzkumu frekvenci výskytu agrese od pacientů vůči sestřám na psychiatrickém oddělení a jako výsledek nejčastějšího projevu agrese je slovní agrese - urážky a nadávky. (Dimunová et al., 2019)

Svoboda et al. (2015) uvádí frekvenci agrese u duševně nemocných v rozmezí 7,5 -30 %. Agresivní chování se častěji projevuje u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou než u jiných duševních nemocí. (Svoboda et al., 2015) Z pohledu směnnosti sester se s agresí více setkávají sestry pracující ve vícesměnném provozu než sestry pracující na jednu směnu. (Lepiešová, 2015)

1.1.3 Příčiny agresivního chování pacientů

1.1.3.1 Neurobiologie agresivity

Dle Látalové (2013) násilné chování ovlivňuje orbitofrontální kůra odpovědná za reakce limbického systému, hlavně pak amygdaly, na nepříjemné impulsy.

Agresi nadále ovlivňuje serotonin. (Látalová, 2013) Serotonin působí jako neurotransmitter v centrálním nervovém systému, lokální mediátor v gastrointestinálním traktu a vazoaktivní činidlo v krvi. (Sarrouilhe, 2019) U savců ovlivňuje různé behaviorální rysy, mezi něž patří nálada a emoce, stejně jako sociální chování. (Kästner, 2019) Jak bylo již uvedeno, tento neurotransmitter ovlivňuje agresi a to tak, že ji snižuje. (Látalová, 2013) Tedy čím nižší je hladina serotoninu, tím vyšší je agrese. (Kästner, 2019) Naopak tomu katecholaminy mají za úkol agresivitu zvýšit. (Látalová, 2013) Mezi

katecholaminy patří 3 hormony a to adrenalin, noradrenalin a dopamin. (Vokurka, 2015)
Látalová (2013) ve své knize uvádí, že agresivita je dědičná. (Látalová, 2013)

1.1.3.2 Vnější faktory

Agresi a násilné chování jedince ovlivňuje již prenatální věk. Je zde určitá souvislost s kouřením v těhotenství a s následným násilným chováním potomků. Dalším faktorem v prenatálním věku je konzumace alkoholu. Jedinci, jejichž matky v těhotenství užívali alkoholové návykové látky, mohou trpět takzvaně alkoholovým syndromem. U poloviny lidí trpící alkoholovým syndromem se projevuje agrese a impulzivita. Dalším faktorem ovlivňujícím agresivní chování je výživa během prvního půl roku těhotenství. Nutriční deficit v těhotenství je rizikem pro následné agresivní chování jedince. Násilné chování ovlivňuje i perinatální období, kde jsou rizikem porodní komplikace. Agresi předchází i postavení jedince ve společnosti. Lidé s nižším vzděláním či nezaměstnaní mají vyšší pravděpodobnost násilného chování, čili socioekonomické strádání je dalším důležitým faktorem pro agresivní chování. (Látalová, 2013)

Pokorný et al. (2010) uvádí jako rizikové faktory ještě mladší věk, nestabilní vztahy s okolím a pacienty intoxikované alkoholem a drogami. Dalším důvodem agrese člověka může být stres. Stres je soubor reakcí a pochodů, které se uskutečňují v organismu a připravují ho na útěk či útok. (Pokorný, 2010)

Sám zdravotník může vyvolat agresi u pacienta a to především nevhodnou, neprofesionální komunikací a sníženým sebeovládáním, k těmto faktorům přispívá stres, který na zdravotníka v nemocnici působí a on jej nedokáže zvládnout. Zdravotník také může použít nesprávnou komunikaci s intoxikovaným pacientem nebo s psychiatricky nemocným. (Pekara, 2015)

1.2 Násilné chování ze strany pacienta a jeho prevence

1.2.1 Komunikace

„*Communicare est multum dare, tj. komunikovat znamená hodně dávat.*“ (Zacharová, 2016, s. 8) Komunikaci můžeme charakterizovat jako postup, kdy jeden člověk sděluje něco druhému s pomocí nějakého komunikačního kanálu a s určitým výsledkem. Komunikace je tedy předávání informací v různých formách, mezi které patří mluvení, psaní, obrázkové nebo činnostní znázornění, přičemž jsou informace vyměňovány pomocí kódovaných symbolů ať už verbálních či neverbálních. Sociální komunikace je tedy dorozumívání se mezi lidmi. Pro socializaci je komunikační dovednost nezbytným prostředkem. (Zacharová, 2016) Komunikace je klíčovým faktorem při poskytování a řízení péče o pacienty a zejména o pacienty s agresivním chováním. (Moss, 2015)

Komunikaci můžeme rozdělit na několik funkcí. První funkce je informativní, kdy si mezi sebou jedinci vyměňují určité údaje či informace, dále instruktivní, která rozšiřuje předchozí funkci o interpretaci pojmů, dále funkce přesvědčovací, kdy chceme změnit určitá přesvědčení ostatních, posilující a motivující funkce například k zvýšení sebevědomí a podpoření přístupu, dále funkce zábavná s cílem pobavit a zabavit jedince, poznávací funkce, kdy si sdělujeme své úmysly, vzpomínky a prožitky, svěřovací funkce s cílem předání soukromých a intimních informací a s pomocí překonávat těžké situace, úniková funkce s výsledkem zbavení se psychické zátěže, socializační a společensky integrující funkce k získávání a vytváření vztahů a funkce osobní identity ve smyslu sebekoncepce jedince. (Zacharová, 2016) Komunikační funkce se mohou navzájem mísit, nejsou vždy jednotvárné. (Zacharová, 2011) Komunikujeme vždy se snahou o nějaký výsledek. (Zacharová, 2016) Sestra by měla umět rozlišovat komunikaci na běžný rozhovor, kdy účelem je udržení mezilidské komunikace a na profesionální komunikaci, která má jistý účel. (Ledererová, 2014)

Dále v komunikaci rozlišujeme určité styly, ve vztahu sestra – pacient můžeme uplatnit styly dva a to symetrický styl, který je charakterizován rovností mezi pacientem a sestrou, kde se uplatňuje přátelský vztah. Druhý styl se nazývá asymetrický, kdy je sestra nadřazená a pacient na sestře závislý. (Zacharová, 2016)

Dále rozlišujeme komunikační modely, které jsou v práci sestry nejvíce používané. Patří sem model terapeutický, kde je hlavním bodem v ošetrovatelské péči nemocný. Sestry využívají empatický přístup a naslouchání. (Zacharová 2016) Pro sestru je schopnost empatie velice podstatná. V první řadě by se sestra měla naučit orientovat ve svých emocích a následně může pochopit pocity druhých. (Ledererová, 2014) Další modelem je model kvalifikovaných lidských vztahů je založen na tom, že komunikace ovlivňuje zdraví jedince, kdy je sestra schopna podat určité informace z více pohledů. Sociální model představuje pravidla určité společnosti, ze kterých sestra vychází, jedná se například o představení se apod. Informační model sestru využije při podávání běžných informací bez citového vyjádření. Hovorové modely se v ošetrovatelské praxi využívají běžně, kdy pacient hovoří například o sobě a své rodině, o své práci apod. během ošetrování. Dialogický model, při němž pacient otevřeně hovoří o svých pocitech a myšlenkách. Při tomto modelu je důležitá důvěra mezi sestrou a pacientem. (Zacharová 2016) Sestry používají komunikační modely každý den a mohou je využívat samostatně nebo je různě kombinovat. (Zacharová, 2011)

Pokud spolu dva hovoří, je mezi nimi a uvnitř každého účastníka komunikace nějaký děj a tento děj se nazývá komunikační proces. V každém komunikačním procesu je komunikátor, který informace posílá a komunikant, který je přijímá. Za zmínku stojí zpětná vazba, která by mezi nimi měla být. Zpětná vazba umožňuje komunikantovi nějakým způsobem reagovat na informace, které přijal. Informace, které jsou posílány, mohou mít podobu verbální i neverbální a nazývají se komuniké. (Zacharová, 2016)

Verbální a neverbální komunikace spolu souvisí a ani jedné nemůžeme přisuzovat větší význam. Mezi nástroje k dorozumívání patří nejen řeč a jazyk a to v jakékoliv podobě, ale i prvky neverbální komunikace – jak vypadáme, naše gesta a mimika. Neverbální projevy usměrňují a zesilují efekt verbální komunikace. Pokud sestra umí dobře rozpoznat neverbální projevy, pozná, když pacient něco jiného říká, ale jinak se cítí. (Vévoda, 2013)

Při hovoru záleží i na komunikační cestě, tedy jakým způsobem zprávu předáváme, záleží na komunikačním jazyku, prostředí a kontextu. Komunikační proces je závislý na tom, že

spolu jedinci chtějí komunikaci uskutečnit, má určitá pravidla a předává nejen data, ale i pocity a postoje. Pokud spolu dva mluví, vždy je mezi nimi nějaký vztah, který je buď kladný, který označujeme jako evalvace nebo záporný, který označujeme jako devalvace. Při devalvací může sestra snížit sebehodnocení pacienta a ponížit ho. Příkladem může být hrubé, násilné chování, skákání do řeči, šikana až křivé obvinění. Naopak i pacient se může chovat devalvačně, protože je sám devalvován svým onemocněním. Evalvace je pozitivní zvedá sebehodnocení nemocného, kdy sestra poskytuje pochopení a vyjadřuje úctu. (Zacharová, 2016)

V komunikaci mezi pacientem a sestrou je nezbytnou dovedností aktivní naslouchání. Aktivní naslouchání znamená, že sestra doopravdy vnímá informace předávané od pacienta a zároveň uplatňuje zpětnou vazbu. (Vévoda, 2013) Naslouchání neznamena pouze, že pacienta slyšíme, ale také že jsme jeho sdělení porozuměli. (Zacharová, 2016) Pokud chce sestra provádět aktivní naslouchání správně, měla by své myšlenky potlačit a koncentrovat se pouze na pacientovo sdělení. Při rozhovoru jsou důležité i neverbální prvky jako udržování očního kontaktu a přikyvování. Pacienta není nutné při hovoru zbytečně přerušovat. (Vévoda, 2013)

1.2.2 Verbální komunikace

„Verbální komunikace je specificky lidský proces a jev patřící k podstatným charakteristikám lidského jedince i lidského společenství.“ (Janoušek, 2015, s. 10)

Verbální komunikace má význam ve společenském životě a je nepostradatelná pro myšlení. Základem je pochopení, protože jeden informace předává a druhý se snaží sdělení porozumět. *„Význam řeči tedy určují lidé, ne slova“.* (Zacharová 2016, s. 29)

Zacharová (2016) rozděluje verbální komunikaci na přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou nebo psanou, živou nebo reprodukovanou. (Zacharová, 2016)

Dle Janouška (2015) můžeme verbální komunikaci rozdělit na komunikaci interpersonální, intrapersonální a masovou nebo skupinovou komunikaci. (Janoušek, 2015) Interpersonální komunikace je sdělování informací mezi dvěma nebo více jedinci. Intrapersonální komunikace je, když například zjišťujeme informace o pacientovi

z počítače či z minulých pobytů v nemocnici. Komunikace masová se předává hromadnými sdělovacími prostředky jako je televize, rádio či rozhlas. (Zacharová, 2016)

„Efektivní verbální komunikace by měla být jasná, stručná a srozumitelná.“ (Vévoda 2013, s. 67) Abychom dosáhli kvalitní komunikace mezi sestrou a pacientem, je nezbytné dodržovat určitá opatření. Patří sem individuální přístup, protože každý pacient je jiný a proto by sestra s každým pacientem měla jednat jinak, dle jeho zvláštností. Dále je důležité pacienta respektovat, dávat mu najevo úctu a mít ke všem pacientům kladný přístup, který ovlivňuje psychiku člověka. Nejméně důležitou součástí verbální komunikace je empatie. (Zacharová 2016) „*Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient zrovna prožívá*“. (Zacharová 2016, s. 31) Empatie je obvykle vnímána jako prosociální a morálně pozitivní vliv na chování. (Breithaupt, 2018)

Při péči o nemocné je důležité umět navazovat verbální kontakt a dále jej pěstovat. Slova mají velkou hodnotu a to nejenom při předávání informací, pomocí slov sestra pacientovi objasňuje určité odborné skutečnosti, ujišťuje, motivuje a podporuje pacienta a sama informace dostává. Než sestra začne mluvit, tak slova, která chce použít, musí zvážit, užít je uvědoměle a často i úmyslně. Slovy může totiž pacienta podpořit a pozitivně naladit, ale naopak jimi může pacienta devalvovat. Pokud sestra zvolí správná slova, bude se o pacienta zajímat a povzbuzovat ho, může si u pacienta vybudovat důvěru a usnadnit mu tak těžkou situaci. Pokud chce sestra dosáhnout kvalitní komunikace, která bude mít očekávaný efekt, měla by sledovat, jak rychle pacient hovoří, jak hlasitě hovoří, zdali přerušuje hovor a jakou má výšku hlasu, která může znázornit pacientovi emoce. Pokud se pacient odmlčí, nemusí to znamenat, že nemá co říct, ale neví, jak to má říct nebo přemýšlí, zdali se o tématu vůbec zmíní. Sestra se může odmlčet, aby dala pacientovi prostor pro zpracování podaných informací. Dále sestra musí u pacienta sledovat jeho reakce, zdali je u pacienta přítomna tenze či neklid. Mnohdy nechá pacient zdravotníky mluvit pouze ze slušnosti či ze strachu, i když už by rád hovor ukončil nebo se do hovoru vložil. Projev sestry by neměl být složitý a bez používání dlouhých vět. Dále by měl být logický, přehledný a stručný. Sestra by měla pacientovi nechat prostor na přemýšlení o sdělení a nakonec se vždy přesvědčit, zdali pacient sdělení dostatečně porozuměl. Sestra

by při rozhovoru s pacientem měla užívat nedirektivní empatický rozhovor, který je velmi významnou součástí ošetrovatelské péče. Při tomto rozhovoru se zdravotník snaží navodit přívětivé a bezpečné prostředí, čímž umocní důvěru. Zdravotník by měl pochopit pocity pacienta, dávat mu najevo zájem a projevovat empatii. Naopak s vyjádřením svého názoru by měla být sestra obezřetná. (Zacharová, 2016)

1.2.3 Neverbální komunikace

Nejenom slovy, ale i neverbální komunikací člověk vyjadřuje svoje city a vnitřní postoje. Mimoslovní komunikace řeč doplňuje a mnohdy ji může nahradit. Neverbální komunikaci můžeme dobře pozorovat, ale hůře se vykládá. Při kontaktu s pacientem sestra musí umět ovládat vlastní neverbální projevy a zároveň vnímat pacientovi, protože mimoslovní komunikace je na rozdíl od slovní komunikace neúmyslná. (Zacharová 2016) „Neverbální komunikace je tedy komunikace prostřednictvím „řeči těla“, zde se „zakresluje obraz duše“ – nálady, emoce, prožívání.“ (Zacharová, 2016, s. 55)

Mezi prvky neverbální komunikace patří kromě dalších to, jak je sestra upravená a jak vypadá. Pokud by sestra byla bez uniformy a neupravená, pak může být pacient vůči sestře nejistý a může mít různé pochybnosti. (Špatenková, 2009)

Neverbální komunikace se dělí podle částí těla, které je v určité poloze či v pohybu. Proxemika je věda o vytváření si vlastního prostoru, přičemž pomyslné hranice dodržujeme. Je to tedy vzdálenost mezi sestrou a pacientem. Proxemiku můžeme vnímat horizontálně a vertikálně. Horizontální je vzdálenost mezi komunikujícími lidmi a vertikální popisuje vztah mezi sestrou a pacientem ve výškové úrovni, například ji můžeme určit výškou očí. Vzdálenost mezi dvěma lidmi můžeme rozdělit do určitých zón. První zóna je přístupná pouze pro nejbližší příbuzné a přátele, nazývá se intimní zóna a vzdálenost mezi lidmi se uvádí 15 – 30 cm. Pokud do této zóny vstoupí člověk, který tam nepatří, vyvolá tím nepříznivé pocity a snahu se z této situace dostat pryč. V nemocnici se sestra často do intimní zóny pacienta dostává při odborných úkonech, předem musí pacientovi vždy vysvětlit proč tak činí a jak dlouho to může trvat, pokud pacienta neupozorní předem, mohla by se dočkat nepříznivé reakce. Další zónou je osobní, kdy je vzdálenost mezi osobami 45 – 120 cm. V této zóně je ještě možný fyzický

kontakt, například podání ruky. Třetí zóna se nazývá společenská neboli sociální, kde je vzdálenost uvedena 120 – 360 cm. V této zóně již není možný fyzický kontakt, ale ani výměna emocí. Poslední zóna se jmenuje veřejná se vzdáleností 360 cm a více, příkladem jsou semináře. (Zacharová, 2016) Každý člověk je individuální a každému je příjemná jiná vzdálenost od člověka. Pokud by se jeden člověk chtěl druhému přiblížit, ale ten druhý by se naopak chtěl vzdálit, potom mezi nimi vzniká tzv. proxemický tanec. Proxemický tanec tedy je, kdy jeden vzdálenost zkracuje a druhý naopak zvětšuje. (Špatenková, 2009)

Haptika je část neverbální komunikace zabývající se dotyky. Dotyk je důležitý pro budování vztahu. Při dotyku vnímáme teplotu (teplou či chlad), vibrace, chvění, ale i nepříjemné jako bolest. V této části musí sestra využívat empatii. Důležitou součástí haptiky je podání ruky. Do bezchybného podání ruky patří úměry stisk cca 5 vteřin, ruka by neměla být vlhká, vhodný je oční kontakt. Při podání ruky se zaměřujeme na intenzitu stisku, zběžné podání či podání pouze prstu. Tyto ukazatele je důležité sledovat, neboť by mohly být projevem pochybností, plachosti či dokonce agrese. (Zacharová, 2016) Některé dotyky by si pacienti mohli vyložit nesprávně např. jako sexuální. U těchto pacientů je důležité, aby sestra byla obezřetná a každý nezbytný dotyk pacientovi dostatečně vysvětlila a vyhnula se tak nepříjemnostem. (Špatenková, 2009) V určitých situacích mezi sestrou a pacientem je vhodné pohlazení či objetí. (Zacharová, 2016)

Posturologie prezentuje tělesné postoje, držení těla a polohového uspořádání. Ve vztahu sestra – pacient je rozumné zvolit polohu, která bude rovnocenná, například pokud pacient leží, sestra by se při rozhovoru měla posadit. (Zacharová, 2016) Sestra sleduje i polohu pacienta. Poloha nám neukazuje jenom to, co se právě stalo, ale i to co se odehrálo před chvílí. (Zacharová, 2011)

Kinetika popisuje pohyby těla, jak rychlé jsou, jak dlouho trvají a jaký je jejich soulad. Zabývá se nejen pohyby celého těla, ale i jeho částí. Dále se zabývá dynamikou, do které patří tempo změny pohybů a rytmikou udávající takt pohybu těla. Ve zdravotnictví pohyby poukazují na zdravotní stav pacienta, dále se užívá při rehabilitaci či znakové řeči. Gestika je součástí kinetiky, kdy sledujeme pohybové činnosti jedince. Mezi známé

gesta řadíme pohyby hlavy, kdy kýváním hlavy souhlasíme či nesouhlasíme. Rukami například zdravíme či prosíme. (Zacharová, 2016) „*Je mnoho gest, jež si neuvědomujeme.*“ (Zacharová 2016, s. 62)

Mimikou vyjadřujeme náš duševní stav za pomoci mimických svalů. Z mimiky můžeme poznat mnoho, ale nejčastější spojení je s emocemi. (Zacharová, 2016) „*Ve výrazu tváře (mimice) se nejsilněji odráží emoční prožívání (naše, ale i pacientovy pocity).*“ (Špatenková, 2009, s. 30)

Úsměv je jeden z nejvíce účinných nástrojů komunikace, vyjadřuje přátelství. (Zacharová, 2016) „*Antiagresivní funkci úsměvu považujeme za povzbuzující*“ (Zacharová 2016, s. 61) Usměvavý člověk tedy ukazuje, že mu nejde o výhru nebo útok. Úsměv slouží při překonávání bariér. Dalším citovým nástrojem mimoslovní komunikace je pláč. Síla pláče pokaždé nemusí být srovnatelná se silou smutku. Prožívání člověka můžeme zjistit i z čela a obočí. Sami zdravotníci by měli umět ovládat své emoce, aby nepoškodili pacienta. Pohled je velmi důležitý při prvním kontaktu sestry s pacientem. Při pohledu si všímáme jeho zaměřenosti, protože čím déle a častěji se na něco nebo na někoho díváme, značí to zájem. Dále sledujeme délku pohledu, přičemž by pohled neměl trvat více než tři vteřiny. Průměr zornic nám může prozradit, zdali pacient není intoxikovaný či ho něco bolí nebo prožil nějakou emoční situaci. Pohled z očí do očí může být vnímán jako přátelský, tak i nepřátelský. Neudržení očního kontaktu může znamenat rozpaky či je jedince introvert a komunikace s jinými je pro něj těžká. Mrkání může značit nervozitu, napětí či změnu duševního stavu. Pokud pacient zavře oči na delší časový úsek, potřebuje pauzu. (Zacharová, 2016)

1.2.4 Komunikace jako prevence násilí

Správnou komunikací můžeme zabránit agresii ze strany pacienta. Vždy je výhodné násilné situaci předejít než ji později řešit. Vhodná efektivní komunikace a profesionální přístup sester jsou podstatné dovednosti v prevenci agresivního chování pacientů. Než samotný slovní obsah je mnohem znatelnější mimoslovní komunikace, kterou řídí naše emoce a pacienti si právě emoce uchovávají v paměti na dlouho dobu. Nejlepší prevencí konfrontací je se násilnému konfliktu vyhnout či se snažit o největší zmírnění. Je důležité,

aby vztah pacienta a sestry byla partnerský nikoliv paternalistický. Při prvním kontaktu sestry a pacienta je podstatné na pacienta dobře zapůsobit, protože stačí jedno gesto, aby si sestru pacient oblíbil nebo naopak neoblíbil. Při prvním setkání je tedy vhodné se představit. Pacient má pocit, že o něj má někdo zájem a vytváří si k zdravotníkovi důvěru. Když má pacient důvěru k sestře, začne si budovat partnerský vztah, který vede k spolupráci. Pacient je sdílnější a nemá strach mluvit o svých pocitech a potížích. Vztah mezi sestrou a pacientem je dobré udržet co nejdéle, protože stačí jedna špatná zkušenost a vztah se začíná vytvářet znovu. (Pekara, 2015)

„Agresivní pacienti bývají zdravotnickými pracovníky vnímány jako komunikačně velmi nároční.“ (Špatenková, 2009, s. 85)

Pekara (2015) ve své knize uvádí podle Nováka a Capponiho pět fází násilné situace. Je důležité, aby sestra tyto fáze dokázala rozeznat a reagovat na ně. První fáze je spouštěcí a dochází zde ke změně normálního nenásilného vystupování. Jsou zde přítomny neobvyklé a napjaté podněty, které může sestra rozpoznat pomocí slovních a mimoslovních projevů jako je například projev nespokojenosti, pokud pacient nemá uspokojené všechny potřeby, pokud změní tón hlasu, dále projevy jako rozšířené zornice či násilný a hostilný postoj. (Pekara, 2015) Uzavřený postoj se projevuje sevřenými rty, pěstmi, zkříženými pažemi, pokleslými rameny a jedinec je nakloněný mírně dozadu. (Zacharová, 2016) Další fáze je eskalační, kdy pacient reaguje nepřiměřeně, tyto reakce rostou a je pravděpodobné, že se již pacient nezklidní tedy, že se nevrátí do stavu před konfrontací. Třetí fáze se nazývá krizová a agresor je nyní tělesně, emočně i duševně vybuzen. Pacient se neovládá a stačí malý impuls k napadení. Čtvrtá fáze je fáze uklidnění, kdy dochází k mírnění vzteku. Poslední fáze se nazývá fáze postkrizové deprese, kdy je pacient rozrušený, úzkostný, může mít pocity viny, ospravedlňovat neospraveditelné, mohou prosit o odpuštění a být lítostiví. Sestra může využít vhodnou deeskalační komunikaci, aby se pacient nedostal z první fáze do druhé nebo z druhé do třetí. Sestra musí vědět, že člověk v krizové fázi uvažuje iracionálně a uklidňovat ho klidnou komunikací může mít opačný efekt. Na jedince, který se nachází v krizové fázi, současně působí stresová reakce, kdy je člověk připraven na útěk nebo útok a v důsledku

toho jsou prokrveny především svaly. V mozku je tedy přítomno pouze minimální množství krve a proto útočník nevnímá. (Pekara, 2015)

Demshar (2015) uvádí základní deeskalační techniky, které mohou být v takových situacích použity. Sestra by měla zajistit svou vlastní bezpečnost, bezpečnost ostatního personálu a pacienta, používat empatický nekonfrontační přístup, zároveň ale stanovit hranice, mluvit tiše a vyhýbat se úsudku, poslouchat pacienta, ale vyhnout se vyjadřování vlastních názorů na problémy a stížnosti, pokusit se zůstat neutrální, i když to u iracionálního pacienta může být obtížné, pokusit se získat kontrolu nad situací, aniž bychom museli být nároční nebo rozkazovat, vyhnout se agresivním postojům a prodlouženému očnímu kontaktu, požádat ostatní zaměstnance o pomoc, řešit zdravotní problémy a to především bolest a nepohodlí, pokusit se zjistit co pacient opravdu žádá a jak moc to spěchá. (Demshar, 2015)

Verbální a neverbální komunikace by měla být rovnocenná. Při násilné situaci by sestra měla komunikovat tak, aby pacienta ještě více nevyprovokovala. V této situaci je slovní složka komunikace nejméně důležitá, podstatné je jak se sestra chová, tedy především její neverbální komunikace. Z verbální komunikace je důležitý tón hlasu. Ve stresové situaci by se zdravotník měl zaměřit na efektivní mimoslovní komunikaci, která by měla obsahovat 70 % a umět ovládnout sám sebe. (Pekara, 2015)

Jedním z nejdůležitějších kroků, které můžeme podniknout při konfrontaci s agresivním pacientem, je zůstat v klidu. Pacient se může pokusit vyvolat hádku. Sestra by se neměla nechat vyprovokovat, protože její hněv povede k zvýšení hněvu pacienta a to povede k eskalaci situace a možnému fyzickému násilí. (Demshar, 2015)

Je důležité dodržovat osobní prostor pacienta a to alespoň na dvě natažené paže. Nedodržení osobního prostoru u pacienta vyvolává negativní emoce. Pokud z nějakého důvodu nemůžeme dodržet doporučenou vzdálenost, je nutné se natočit ze strany. Sestry si také musí dát pozor na dotyky, pokud se agresivního pacienta chtějí dotknout, musí se slovně dotázat, zdali mohou a vysvětlit proč. Ruce by měl zdravotník mít mezi pasem a

bradou a je vhodná pozice jako při modlení či přemýšlení, působí to neprovokativně a zároveň je zdravotník připraven na obranu při fyzickém napadení. Gesta by neměla být negativní a příliš přemrštěná, patří sem například: pokrčování ramen, vrtění hlavou, těkavé a neklidné pohyby končetin ...

Co se týče mimiky, sestra by si měla dát pozor na vyvalené oči, zvedání obočí, klesání koutků úst a ústa by měla být otevřená spíše kratší dobu. Oční kontakt je vhodné vyhledávat na začátku sdělení a na jeho konci. Nejdelší doba očního kontaktu je šest vteřin poté je vhodné pohledem uhnout. Dlouhý pohled do očí může být dráždivý. Podstatné je pacienta mimoslovní složkou komunikace neponížit, což vede k zvýšení agrese. Kromě mimiky se sestra musí zaměřit na svůj postoj. Měl by působit sebevědomě a klidně, kotníky by měly být v úrovni ramen, jedna noha vpředu druhá vzadu, tím stoupá rovnováha sestry, dále není vhodné často pozice měnit. Pokud sestra sedí a pacient si stoupne, je bezpečnější aby se sestra také postavila a pokud to není možné, pak je vhodné se opřít a tím zvýšit osobní prostor. Pozornost si zaslouží i tón hlasu, který se ve stresu mění. Měl by působit sebejistě, pevně, klidně a uvolněně. Z verbální komunikace je důležité představení se, ale také zeptat se jak pacienta máme oslovovat. Pokud bude pacient o všem dostatečně informovaný a vše mu bude vysvětleno, bude se cítit bezpečně, čímž se sníží riziko agresivního chování. Slova volit jednoduchá, sdělení stručné a ne příliš složité, jinak by pacient nemusel všemu rozumět, což vede k podráždění. Také je důležité dát pacientovi dostatek času na vstřebání informací a na promyšlení odpovědi. Pokud pacient křičí, sestra by měla volit hlasitou a pevnou řeč a ptát se. (Pekara, 2015) „*Otázka působí jako pohlazení.*“ (Pekara 2015, s. 35)

1.3 Zvládnutí agresivního pacienta

Terapie agresivního pacienta vychází z příčiny. Při psychomotorické neklidu nejsou farmaka nutná, neboť se pacient dokáže zklidnit na vybidnutí. Pokud je u nemocného přítomna psychomotorická agitovanost, tak již pacient není schopen se na vyzvání

zklidnit. Pokud není možné pacienta zklidnit pomocí psychoterapie, poté se přistupuje k farmakoterapii a při silném neklid až k fyzickému omezení. (Svoboda et al., 2015)

1.3.1 Sebeobrana

Sebeobrana se skládá ze slov sebe a obrana. Dalo by se tedy říct, že je to činnost, při které jedinec brání sám sebe. Sebeobranu můžeme rozdělit na osobní a profesní. Osobní sebeobrana je vymezena pro širokou veřejnost, zde bychom mohli vytyčit sebeobranu žen. Profesní sebeobrana je vymezena pro profese, které ji v práci potřebují např. bezpečností složky. (Vít, 2012) Bohužel legislativa nemyslí na zdravotníky, tak jako na ostatní složky. (Urbanová, 2016)

Vhodným a bezpečným způsobem sebeobranu pro zdravotníky, kteří se během své práce dostávají do konfliktních situací je například krav maga. V rámci kurzu krav magy se zdravotníci dozvědí, jaké hrozby je mohou potkat nejen v nemocnici. (Barták, 2016) Při omezování agresivního pacienta je důležité, aby se zdravotník vyvaroval bolestivým hmatům či jinými nehumánní postupů. (Věstník MZ ČR č. 4/2018)

1.3.2 Farmakoterapie

Pro zvládnutí agresivního pacienta by měl lék mít určité kritéria. Efekt medikace by měl nastupovat rychle, měl by být přístupný ve více lékových formách, dále by lék měl mít co nejmenší řadu vedlejších účinků a co nejméně lékových intervencí. (Běhounek, 2014) V psychiatrii je u akutní agitovanosti cílem rychlé podání farmak. Pokud je agitovanost pacienta rychle pod kontrolou, tak pomáhá ústupu příznaků a přechodu na dlouhodobou terapii. (Svoboda et al., 2015) Farmakoterapii u agresivních pacientů předepisuje vždy lékař, a když je to možné, dáváme přednost orálnímu podání léku.

Běhounek (2014) ve své kapitole rozdělil farmaka pro neklidné, agitované a agresivní pacienty do 3 skupin. První jsou benzodiazepiny např. diazepam, klonazepam. Druhou skupinou jsou klasická antipsychotika např. haloperidol, levomepromazin. A do třetí skupiny patří atypická antipsychotika např. tiapridal. (Běhounek, 2014)

Baldacara et al. (2019) ve svém článku upřednostňuje podání léků per os, pokud to není možné, další nejlepší cestou je intramuskulární podání, intravenózní podání se

nedoporučuje, protože představuje větší riziko nežádoucích účinků. Farmakoterapii pro agitované pacienty můžeme rozdělit na antipsychotika první generace, antipsychotika druhé generace a benzodiazepiny. (Baldacara et al., 2019)

1.3.2.1 Antipsychotika první generace

Jejich účinek je spojen s redukcí psychotických příznaků, což s sebou ale i bohužel přináší extrapyramidové příznaky a další nežádoucí účinky. (Baldacara et al., 2019) Dle Vokurky et al. (2015) jsou extrapyramidové příznaky takové projevy, které vzniknou při poruše řízení svalového napětí a pohybu. Extrapyramidové příznaky rozlišuje na hypertonicko-hypokinetický syndrom, který se vyskytuje u Parkinsonovy choroby a na hypotonicko-hyperkinetický syndrom, jehož zaviněním mohou být nemoci určitých oblastí nebo vlivy vnějších látek jako jsou léky nebo alkohol. (Vokurka, 2015) Do extrapyramidových příznaků patří parkinsonský syndrom, který se projevuje svalovou ztuhlostí, třesem i v klidu, zpomalenými pohyby, poklesem pozornosti a apatií. Dále do extrapyramidových příznaků patří akutní dyskineze, což jsou stahy svalové i bolestivé, které neovládáme vlastní vůlí, dále tardivní dyskineze stereotypní pohyby v obličeji, které neovlivňujeme vlastní vůlí, další je tardivní dystonie což jsou pomalé a bolestivé kontrakce svalů krku, trupu a končetin, dále akatizie, kdy nemocný nemůže být v klidu, má vnitřní tenzi, cítí úzkost, je neustál v pohybu, pohyb je neklidný a obsedantní. (Běhounek, 2014)

Mezi antipsychotika první generace patří:

Chlorpromazin – ve studii nebyly prokázány žádné rozdíly v injekčním podání chlorpromazinu a haloperidolu. Mezi nežádoucí účinky patří náhlá a závažná hypotenze a status epilepticus. (Baldacara et al., 2019) Status epilepticus je stav, který ohrožuje nemocného na životě, má vysokou úmrtnost a vyžaduje okamžitou léčbu. (Strýček et al., 2018)

Levomepromazin – ve studii byla odpověď na levomepromazin lepší než na haloperidol a byla podobná s odpovědí na olanzapin. Mezi nežádoucí účinky patří extrapyramidové

příznaky, hypotenze, hypertenze, somnolence, závratě, paralytické ileum a ketoacidóza. (Baldacara et al., 2019)

Haloperidol - Almeida et al (2015) ve svém výzkumu uvádějí, že haloperidol podaný společně s benzodiazepiny dokázal agitované pacienty uklidnit lépe než haloperidol samotný. (Almeida et al., 2015) Nežádoucí účinky haloperidolu jsou především extrapyramidové příznaky a kardiotoxicita. (Baldacara et al., 2019) Kardiotoxicita je závažný vedlejší účinek protinádorové terapie. (Pudil, 2017)

Droperidol – má vysokou účinnost v kombinaci s benzodiazepiny ovšem je zde velké riziko respirační deprese. (Baldacara et al., 2019) Respirační deprese se může projevat: sníženou saturací, sníženou dechovou frekvencí a dalšími příznaky spojenými s poruchou dýchání např. cyanóza či zhoršení stavu vědomí. (Černý, 2016)

Loxapin – je klasifikován jako antipsychotikum první generace, nicméně má atypické vlastnosti.

1.3.2.2 Antipsychotika druhé generace

Jiným názvem také atypická antipsychotika mají takové vlastnosti, které mají na rozdíl od antipsychotik první generace menší pravděpodobnost extrapyramidového syndromu jako je parkinsonismus a tardivní dyskineze.

Mezi antipsychotika druhé generace patří:

Risperidon – při užití per os nebo pomocí orálně dyspergovatelných tablet nebo orálního roztoku byl risperidon u agitovaných pacientů účinný, když byl podáván samostatně.

Aripiprazol – prokázal účinnost při léčbě psychomotorické agitovanosti a je rovnocenně srovnatelný s podání intramuskulárního haloperidolu.

Olanzapin – je stejně účinný jako ziprasidon a haloperidol, ale nedoporučuje se používat s benzodiazepiny z důvodu nebezpečných účinků (např. hypotenze, bradykardie a respirační deprese).

Ziprasidon – výsledky byly pozitivní ve srovnání s haloperidolem, olanzapinem, a dalšími.

1.3.2.3 Benzodiazepiny

Benzodiazepiny mají účinky sedativní, hypnotické, anxiolytické, a konvulzivní.

Mezi nežádoucí účinky patří nadměrná sedace, závratě, slabost, ztráta orientace, bolesti hlavy, zmatenost, podrážděnost, riziko pádu, sucho v ústech, hypotenze a další. (Baldacara et al., 2019)

1.3.3 Fyzické omezení

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. § 39 pacienta můžeme omezit volný pohyb v případě, že pacient bezprostředně ohrožuje na životě sebe či své okolí, pouze po dobu dokud trvají důvody omezení pacienta, po použití a selhání mírnějšího postupu, tedy s výjimkou kdy je jasné, že by mírnější postup nevedl k dosažení účelu. Dále pacient musí být dle svého stavu informován o příčinách omezení, pokud pacient není plnoletý nebo není svéprávný, co nejdříve by měl být informován zákonný zástupce či opatrovník. Po celou dobu omezení musí být pacient pod dohledem zdravotnického personálu. O omezení pacienta rozhoduje vždy lékař, s výjimkou kdy případ vyžaduje okamžité řešení, může o omezení rozhodnout i pracovník nelékařského povolání, o čemž musí být příslušný lékař co nejdříve informován. (Zákon č. 372/2011 Sb. § 39)

Všechna zdravotnická zařízení by měla mít vypracovány standardy, kde jsou v případě omezení pacienta uvedeny povinnosti jak lékaře, tak ošetřovatelského personálu. (Petr, 2014)

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. 39 mezi fyzické omezovací prostředky patří: úchop pacienta ošetřovatelským personálem, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko, místnost určená k bezpečnému pohybu pacienta, ochranný kabátek, který zamezuje pohybu horních končetin, dále léky a kombinace uvedených omezovacích prostředků. (Zákon č. 372/2011 Sb. § 39)

Péče o omezené pacienty ve volném pohybu spočívá v péči o hydrataci, výživu, vyprazdňování, hygienu, zajištění tepelného a světelného komfortu a dále péče o

komplikace spojené s omezení. Dále musíme dbát na intimitu a důstojnost pacienta.
(Věstní MZ ČR 4/2018)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

V této kapitole představujeme cíl práce a výzkumné otázky, které jsme si pro naši bakalářskou práci zvolily.

Cíl práce

Cíl: Zmapovat zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů?
2. Jaká jsou specifika péče o agresivního pacienta?

3 Metodika

V této kapitole se věnujeme metodám, které byly použity při našem výzkumném šetření, dále se také věnujeme charakteristice polostrukturovaného rozhovoru a charakteristice výzkumného souboru.

3.1 Použité metody

K výzkumnému šetření jsme si vybrali kvalitativní metodu. Pro sběr dat jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který jsme realizovali se sestrami, které mají zkušenosti s násilím ze strany pacientů. Záznamy byly realizovány dle možností v pracovním i domácím prostředí. Všichni informanti byli pravdivě seznámeni s pořizováním záznamu, s účelem, ke kterému slouží a s anonymitou v naší práci. Všichni informanti souhlasili s pořizováním záznamu. Všechny rozhovory byly následně přepsány ze zvukového záznamu do programu Microsoft Word. Informace, které jsme s pomocí informantů získali, byly následně analyzovány s využitím otevřeného kódování. Rozhovory jsme pořizovali v březnu 2020.

3.2 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

K výzkumnému šetření jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru zvyšuje kvalitu odebraných informací vzhledem k jeho názornosti a možnosti dotázání se. Osnova otázek byla dopředu nachystána. Cílem rozhovorů bylo zjistit zkušenosti a vědomosti sester v dané problematice, ale také jejich postoje a pocity k danému tématu. Rozhovory probíhaly v klidné atmosféře a časově se pohybovaly přibližně okolo 10 minut.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 12 sester, které mají zkušenosti s násilím ze strany pacienta. Většina z informantů pracuje na psychiatrickém oddělení, kdy ale uvádějí

zkušenosti s násilím ze strany pacientů i z jiných oddělení. Informanty jsme získávali pomocí metody sněhové koule. Sestry jsme pro přehlednost označili písmenem S a k tomu náležitým číslem (S1-S12).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 - Identifikační údaje sester

Sestry	Zaměstnání	Věk	Délka praxe	Vzdělání
S1	Oddělení geriatrické a následné péče.	23 let	2,5 roku	SZŠ
S2	Psychiatrické oddělní.	48 let	31 let	VOŠ
S3	Psychiatrické oddělní.	35 let	9 let	VOŠ
S4	Psychiatrické oddělní.	27 let	1 rok	VOŠ
S5	Psychiatrické oddělní.	45 let	18 let	SZŠ
S6	Psychiatrické oddělní.	48 let	30 let	SZŠ
S7	Psychiatrické oddělní.	37 let	18 let	SZŠ
S8	Psychiatrické oddělní.	33 let	14 let	SZŠ
S9	Interní oddělení.	23 let	3 roky	SZŠ
S10	Psychiatrické oddělní.	23 let	1,5 roku	SZŠ
S11	Psychiatrické oddělní.	25 let	4 roky	VOŠ
S12	Psychiatrické oddělní.	45 let	25 let	VOŠ

S1 pracuje na oddělení pro geriatrické pacienty a dlouhodobě nemocné, její věk je dvacet tři let, v oboru pracuje dva a půl roku a její nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je střední odborná zdravotnická škola.

S2 pracuje na psychiatrické oddělení, její věk je 48 let, ve zdravotnictví pracuje celkem 31 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

S3 je zaměstnaná na psychiatrickém oddělení, je jí 35 let, v oboru pracuje 9 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

S4 pracuje na psychiatrickém oddělení, je jí 27 let a v oboru pracuje celkem 1 rok, její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

S5 nyní pracuje na psychiatrickém oddělení necelý rok, dále uvádí, že předtím pracovala v oblastní charitě asi 10 let. Její věk je 45 let v oboru pracuje celkem 18 let, její nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je střední odborná zdravotnická škola.

S6 nyní pracuje na psychiatrické oddělení, během své praxe byla zaměstnána na oddělení anesteziologie a resuscitace a na interním oddělení. Je jí 48 let a délka praxe ve zdravotnictví je 30 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání v oboru je střední odborná zdravotnická škola.

S7 pracuje na psychiatrickém oddělení, její věk je 37 let, délka praxe ve zdravotnictví 18 let, vystudovala střední odbornou zdravotnickou školu a poté si udělala specializaci pro psychiatrii.

S8 nyní pracuje na psychiatrickém oddělení dva roky, uvádí, že dříve pracovala dvanáct let na kardiologii. Je jí 33 let, celková délka praxe ve zdravotnictví je 14 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborná škola s maturitou.

S9 pracuje na interním oddělení, je jí 23 let, délka praxe ve zdravotnictví jsou 3 roky a nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborná zdravotnická škola.

S10 pracuje na psychiatrickém oddělení, její věk je 23 let, délka praxe ve zdravotnictví je jeden a půl roku. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborná zdravotnická škola.

S11 pracuje na psychiatrickém oddělení, je jí 25 let, ve zdravotnictví pracuje 4 roky a nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

S12 pracuje na psychiatrickém oddělení, je mu 45 let, délka praxe ve zdravotnictví je 25 let a nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborná škola.

4.2 Kategorizace výsledků

Pro lepší přehlednost byly výsledky rozděleny do deseti kategorií. Těmto kategoriím se budeme podrobně věnovat v následujících podkapitolách.

Kategorie 1: **Násilí ze strany pacientů.**

Kategorie 2: **Zkušenosti sester se slovní agresí.**

Kategorie 3: **Reakce sester na slovní agresí.**

Kategorie 4: **Zkušenosti sester s fyzickou agresí.**

Kategorie 5: **Reakce sester na fyzickou agresí.**

Kategorie 6: **Příčina agresivního chování pacienta z pohledu sestry.**

Kategorie 7: **Pocity sester po zkušenosti s agresivním pacientem.**

Kategorie 8: **Péče o agresivního pacienta.**

Kategorie 9: **Omezovací prostředky ve zdravotnictví.**

Kategorie 10: **Vzdělání sester v dané problematice.**

4.2.1 Kategorie 1 – Násilí ze strany pacientů.

Cílem této kategorie bylo zjistit, kolikrát se sestry setkaly s násilím ze strany pacientů za svoji praxi ve zdravotnictví a dále s jakým druhem násilí se sestry ze strany pacientů setkávají častěji.

Odpovědi našich informantů na četnost zkušeností s násilím ze strany pacientů se odlišují. Šest sester S3, S4, S5, S6, S8, S11 odpovědělo, že se s agresí ze strany pacienta setkaly v rozmezí desetkrát až patnáctkrát. Dále S1 uvádí, že se s agresí setkala přibližně padesátkrát a že se s násilím ze strany pacienta setkává pravidelně „*Periodicky nějak jednou týdně klidně, cca tak 50x.*“ (S1) Další sestra uvedla, že s fyzickou agresí se setkala pětkrát a se slovní agresí nesčetněkrát „*S agresí na mojí osobu, tak zhruba 5x. Na slovní agresí? To se ani spočítat, jakože fyzická asi pětkrát a slovní nesčetněkrát, když počítám nějaký ty vulgarismy a tak.*“ (S2) S7 uvádí „*No to už bylo hodněkrát, to se snad ani nedá vyčíslit, opravdu hodněkrát za ty roky.*“ S10 uvádí, že se s násilím ze strany pacienta

setkala přibližně dvacetkrát. Nejvíce se s agresí setkal informant S12 „*No tak to se za těch 25 let ani nedá sčítat, ale já bych řekl, tak třistakrát nebo čtyřistakrát.*“

Na otázku s jakým druhem agrese se sestry setkávají častěji, odpověděly všechny sestry téměř stejně. Všichni informanti až na S1 odpověděli, že se jednoznačně častěji setkávají více se slovní než s fyzickou agresí. S1 uvádí „*Já si myslím, že je to dost vyrovnaný, protože většinou jedno doprovází druhý, ale možná spíš s tou slovní agresí.*“ (S1)

4.2.2 Kategorie 2 – Zkušenosti sester se slovní agresí.

Tato kategorie sleduje konkrétní zkušenosti sester se slovní agresí ze strany pacienta.

Téměř všichni informanti až na S4 uvedli, že se často setkávají s nadávkami, dále deset sester kromě S3 a S8, odpovědělo, že se setkávají s vulgarismy. „*Nejčastěji nadávky, sprostý slova.*“ (S12) Dále pět sester S3, S4, S7, S8, S10 se často setkává s křikem. „*Tak nejčastěji jsou to, že pacienti spíš jako po nás křičí...*“ (S7) S3 ještě navíc uvedla jako slovní agresi, se kterou se setkává hlasitý pláč. „*No tak většinou jsou to nadávky, křik a já nevím třeba i hlasitý pláč.*“ (S3) S2 a S5 navíc uvádějí, že pacienti bývají slovně agresivní, když je vyžadována určitá spolupráce. „*Spíše jako vulgarismy a nadávky vůči osobě, při nějakém nevyhovění, většinou je to při nevyhovění nebo při nějakém dodržování nebo chtění dodržování nějakých hranic jo, tak většinou při tom jsou takové nadávky.*“ (S2) „*Tak pacienti nadávají sprostě, posílají sestřičku do oných míst, nechtěj třeba ošetřit, nebo když po nich něco chceme, tak prostě nadávají.*“ (S5)

S7 a S12 navíc ještě uvádějí proklínání a vyhrožování. „*Tak pacient nadávají, vyhrožují, ale i proklínají.*“ (S12) „*...pak jsou nějaké výhrůžky, už se nám stalo, že nás i pacienti prokleli...*“ (S7) S7 ještě uvádí, že pacienti bývají většinou slovně agresivní pouze pod vlivem nemoci a situaci si neuvědomují, dále ale uvádí, že se setkala s pacienty, kteří slovně útočí cíleně. „*Většinou přijdou pacienti v horším stavu, kdy je to spojený s psychózou, takže bych řekla, že si to třeba ani v tu chvíli neuvědomují, ale jsou i tací, kteří cíleně nadávají, ale většinou je to spojené s tou jejich nemocí.*“ (S7) S11 uvedla, že za verbální agresi považuje i to, že jsou pacienti protivní. „*Že pacienti nadávají, že jsou protivní, sprostí.*“ (S11) S5 ještě uvádí, že při minulém zaměstnání v domácí péči se

nejčastěji setkávala se slovní agresí mezi pacientem a rodinou pacienta a při snaze o uklidnění situace byl pacient slovně agresivní i na ni. „*Kolikrát teda, co bylo nejčastější úplně, tak jsme se setkávali se slovní agresí, když tam byla přítomna třeba rodina, takže ta slovní agrese pacient versus jeho rodina a když jsme se do toho snažili vstoupit usměrnit je, tak pak jsme to jako schytali taky.*“ (S5)

4.2.3 Kategorie 3 – Reakce sester na slovní agresí.

V této kategorii se zaměřujeme na to, jak sestry reagovaly při střetu s verbálně agresivním pacientem.

Všechny sestry kromě S2 a S9 uvádějí, že se pacienta snažily uklidnit slovně. Čtyři sestry S1, S3, S6, S10 odpověděly, že pokud by bylo slovní uklidňování bez efektu, uchýlily by se k medikamentóznímu řešení. Pro potvrzení těchto skutečností přikládáme některé odpovědi našich informantů. „*No tak buď to jsem se snažila pacienta sama uklidnit, když to prostě nešlo, tak jsem kontaktovala lékaře a pacientovi jsem třeba aplikovala nějakou injekční terapii.*“ (S3) „*No snažila jsem se uklidnit ty pacienty, popřípadě dle lékaře jsme píchli neklidovou injekci na zklidnění pacienta.*“ (S6) S10 oproti ostatním odpověděla, že pacientovi prvně zkusila podat medikaci per os a až teprve při odmítání aplikuje injekční terapii. „*Tak prvně se toho člověka snažíme slovně uklidnit, a pokud to nejde, tak potom se podají léky, když je odmítá per os, tak můžeme injekční terapii aplikovat.*“ (S10) S2 uvedla, že se se slovní agresí setkala většinou u pacientů, kteří byli fyzicky omezení, v těchto případech situaci neřešila vůbec. Dále se se slovní agresí setkala u nespolupracujících pacientů, kteří odmítali dodržovat určitá opatření, a situaci řešila medikamentózně po domluvě s lékařem. „*Tak většinou ti pacienti byli psychotičtí, neklidní, byli třeba fyzicky omezení a v těch případech to člověk, tak jako neřeší a když to bylo při nějakém nedodržení, tak jsme se domluvili jako tým s doktorem a pak se to nějak řešilo jako medikamentózně nebo tak. Ale většinou nijak no.*“ (S2) S2 tedy v některých případech slovní agresí neřeší žádným způsobem a stejně tak S1, která uvedla, že pacienty někdy nechají „*vyvztekat*“. „*...někdy taky se nechají třeba vyvztekat no.*“ (S1) S7 jako jediná uvedla, že pokud je pacient slovně agresivní snaží se mu situaci opakovaně vysvětlit. „*Tak samozřejmě člověk musí zachovat klid s pacientem, snažíme se jim*

všechno opakovaně vysvětlit, slovně je uklidnit, pokud to jde. Asi v tuhle chvíli se víc nedá dělat, než opravdu prostě být klidný a nedat na sobě nic znát a mluvit na pacienta v klidu a snažit se mu všechno opakovaně vysvětlovat, aby prostě situaci pochopil a aby se uklidnil po těch našich uklidňujících rozhovorech.“ (S7) S1 a S9 uvedly, že se pacienta snaží vyslechnout, zjistit proč je pacient agresivní. „Snažím se to s nimi nějak vyřešit, jako proč vlastně vyvíjejí tu agresi, jako jestli se něco děje, za problém, jako jak ten problém můžeme řešit.“ (S1) „Snažím se vyslechnout pacienta.“ (S9) S5 a S11 uvádějí, že je důležité, aby ony samy nezačaly být slovně agresivní „Tak snažím se s ním jednat v klidu, nekřičet na něj, nebyť na něj protivná...“ (S11) „...záleží i na tom jak s ním bude člověk mluvit, že jo, nesmí se jakoby uchýlit k tomu, aby taky na něj křičel.“ (S5) S12 jako jediný uvedl, že se při střetu s verbálně agresivním pacientem snaží odvést pozornost. „Tak snažit se klidně přistupovat k pacientovi, odvést pozornost, komunikovat s ním.“ (S12) S8 a S11 uvádějí jako jedině empatický přístup k pacientovi. S8 poté ještě uvádí, že je důležité neotáčet se k pacientovi zády, protože by situace mohla vyústit ve fyzické napadení. „Člověk by měl v první řadě zachovat klid, snažit se být empatický k tomu člověku, hlavně se neotáčet k němu zády, protože by to mohlo nějak progredovat, snažit se ho hlavně nějak slovně usměrnit a uklidnit.“

4.2.4 Kategorie 4 – Zkušenosti sester s fyzickou agresí.

Zde se budeme věnovat tomu, jaké konkrétní zkušenosti mají sestry s fyzickou agresí.

Polovina sester S4, S5, S6, S8, S9, S12 má zkušenosti s kopáním, dále pět sester S4, S5, S7, S8, S11 uvedlo útok s předměty a poté čtyři sestry S3, S7, S11, S12 zkušenosti s kousáním. Tři sestry S3, S7, S12 se setkaly se škrábáním, tři sestry S1, S2, S11 s taháním za vlasy a další trojice sester S4, S7, S12 se štípáním. Jedna sestra S10 nemá osobní zkušenost s fyzickým napadením vůbec a jedna sestra S6 má zkušenost, kdy pacient napadl její kolegyni, ale nikdy se nesečkala s útokem na vlastní osobu. Pro názornost předkládáme některé odpovědi našich informantů. „Tak stalo se mi třeba, že mě pacient poškrábal, pokousal, měla jsem třeba podlitiny, ale nikdy nic jakoby vážnějšího.“ (S3) „Pacienti nás štípou, hází po nás věcmi, kopou. Vyloženě mě pacient nenapadl, že bych z toho měla úraz.“ (S4) S7 navíc uvádí zkušenost, kdy se setkala kromě

fyzického napadení i s agresí vůči věcem a uvádí, že agrese vůči věcem často předchází fyzické napadení.“ „*No hodně pacient než útočí třeba, tak tomu předchází, že třeba praští rukou do stolu nebo jsou schopni třeba smést věci ze stolu, takže prvně je taková ta agrese vůči věcem*“ (S7). S5 navíc uvádí, že se setkala s fyzickou agresí ve formě silného zmáčknutí ruky. „*No občas se stalo, že třeba asi dvakrát, že pacient se třeba po ruce a trochu víc zmáčkl, tak drobná modřina, ale nebylo to, že by to bylo nějaký jako moc to ne, ale bylo to v tu chvíli nepříjemný.*“ (S5) S2 popisuje zkušenost s mentálně postiženým pacientem, který tahal za vlasy ženy s dlouhými vlasy, kdy takto uspokojoval své sexuální potřeby. „*No tak s fyzickou agresí jsem se setkala u retardovaného pacienta, který samozřejmě měl nějaký svoje potřeby a v rámci toho napadal ženy s dlouhými vlasy a tahal je za vlasy.*“ (S2) S12 navíc uvádí, že se setkal s fackou i s útokem hlavou tzv. „dostal hlavičku“. „*Stalo se, že mě pacienti napadli, jednou mě kopl do břicha, dostal jsem facku, byl jsem poškrábaný, pokousaný. Jednou jsem měl trochu zhmožděnou ruku, taky jsem dostal hlavičku.*“ (S12) S1 ještě navíc uvádí odstrkávání a tahání za oblečení a za ruce. Dále zmiňuje, že fyzickou agresí téměř vždy doprovází agrese slovní a také uvádí, že někdy pacienti napadají záměrně s cílem sestře ublížit. „*Tak to většinou provází i ta slovní a většinou jako se snaží jako u toho vylézat, jako z těch postelí a šermují rukama okolo, snaží se nás mlátit nebo nás jako odstrkávají od sebe, nebo nás různě jako chytají za oblečení někdy za vlasy, někdy za ruce a jde jako vyloženě vidět, že nám chtějí ublížit.*“ (S1) S8 a S11 navíc oproti ostatní uvádějí údery. „*Byly spíše údery a kopance a na kardiologii mě nakopli do holeně tenkrát a jeden pacient na nás šel se židlí.*“ (S8) „*Takže pacienti třeba hází předměty, bouchají, napadají nás rukama, bouchají, štípou, koušou, tahají za vlasy.*“ (S11)

S10 se s fyzickou agresí nesešla vůbec, pouze s gesty, které napadení předcházejí. „*Takže by se mě snažil někdo vyloženě napadnout, tak to ne, ale už jako pacienti před námi zatínali ruce v pěst, ale nikdy jsem jako vyloženě agresí, že by mě někdo napadl, nezažila.*“ (S10) S6 uvádí, že se s fyzickým napadením na svoji osobu nesešla, pouze byla přítomna u napadení jiné sestry. „*Naštěstí mě nikdo nenapadl, ale byla jsem u toho, ale napadl kolegyni ne mě a to bylo kopání.*“ (S6) S6 ale zároveň při následující otázce uvedla, že se setkala se škrábání a kousáním, zde předpokládám, že S6 škrábání a kousání

od pacientů nepovažuje za fyzickou agresi. Kdybych tyto údaje připočetla k celkovému počtu, nyní by se celkově s kousáním setkalo 5 sester a se škrábáním 4 sestry.

4.2.5 Kategorie 5 – Reakce sester na fyzickou agresi.

Celkem čtyři sestry S1, S3, S5, S11 odpověděly, že se fyzicky agresivního pacienta snažily nejdříve uklidnit slovně a až poté zvolí jiný přístup. Z toho dvě sestry S3 a S1 uvedly, že ve většině případů se pacienta slovně nepodaří uklidnit. „*No tak snažila jsem se pacienta uklidnit, a když to nešlo, jakože většinou to v těchto případech nejde, tak jsem si zavolala příslužbu, kontaktovala doktora a píchala se pacientovi injekční terapie nebo se omezil.*“ (S3) Často sestry zmiňovaly omezení a to celkem sedm sester S1, S3, S4, S6, S9, S10, S11. „*Tak většinou jsme použili omezovací prostředky, že se nakurtovali ty lidi nebo jsme je zavřeli na terapeutickou izolaci.*“ (S10) Injekční neklidovou terapii využilo sedm sester S3, S4, S6, S7, S8, S9, S11. Dále si z celku pět sester snažilo zajistit větší personální obsazení S2, S3, S6, S7, S12. „*Volali jsme výpomoc, za pomoci mužského personálu jsme aplikovali neklidovou terapii, informovali jsme lékaře, omezili jsme pacienta fixačními pásy no a popřípadě jsme izolovali na pokoji. Na interně to byli většinou starší pacienti, neklidní zmatení, škrábali nás, občas nás i kousali, snažili se nám utéct, takže jsme je taky občas přichytli měkkými kurty nebo jsme jim píchli neklidovou terapii injekci. A na ARU tam teda jsme taky jednou kurtovali, tam teda byl pacient mladý, neklidný, pod vlivem omamných látek, lysohlávek a ohrožoval vlastně okolí, takže ten byl kurotvanej a ten dostal neklidovou terapii, injekci.*“ (S6) S7 navíc ještě dodává, že fyzické napadení od pacienta většinou předpokládá. „*Pokud už to člověk předpokládá, většinou to předpokládá, protože to pacient na sobě dá znát, že se něco děje, už tomu předchází nějaký takový ty první náznaky agrese, tak se snažíme si zajistit personálně, aby nás tady bylo víc a snažíme se potom toho člověka vlastně i z naší strany fyzicky jako spacifickovat a pak ještě nějaká injekce na zklidnění.*“ (S7) S12 oproti ostatním navíc uvádí, že se snažil zajistit si únikový prostor. „*Tak samozřejmě snažil jsem se, abych měl únikový prostor a snažil jsem se přivolat kolegy, aby mi pomohli pacienta spacifickovat.*“ (S12) S12 a S2 oproti ostatním neuvěděly, že použily ochranné pásy nebo místnost určenou k bezpečnému pohybu pacienta, ale jako omezovací prostředek uvedly úchop pacienta. Jako nejdůležitější vnímají zajistit si pomoc čili větší personální obsazení a dále pacienta

fyzicky pacifikovat. *“No já jsem byla ráda, že mě přišel někdo pomoc, já jsem nepostupovala nijak, já jsem křičela, aby mě někdo pomohl. Potom jsme ho nějak pacifikovali.”* (S2)

4.2.6 Kategorie 6 – Příčina agresivního chování pacienta z pohledu sestry.

Jako důvod agresivního chování pacienta, sestry nejčastěji udávají duševní poruchu, psychózu, což uvedlo celkem sedm sester S2, S3, S6, S8, S10, S11, S12. Tři sestry S3, S6, S10 uvedly přímo schizofrenii. Dále sestry často udávají jako příčinu demenci, tuto nemoc uvedlo celkem šest sester S1, S4, S5, S6, S10, S11. Dále šest sester uvádí delirantní stavy S3, S4, S6, S8, S10, S11. Tři sestry S3, S6 a S12 uvedly jako příčinu agresivního chování pacientů vliv návykových látek a to především drog a alkoholu. Pro názornost uvádíme některé odpovědi našich informantů: *„Pacient byl psychotický pod vlivem bludného přesvědčení, cítil se tady ohrožený, nechtěl tady zůstat. Nebo byl pod vlivem drog. Ale nejčastěji psychotičtí pacienti, kteří jsou pod vlivem bludů, nechtějí tady zůstat, nejsou kritičtí ke své situaci.“* (S12) *„No tak hlavně když jsou pacienti psychotičtí, zmatení, u starých pacientů Alzheimer, delirantní stavy.“* (S11) *„No tak buď delirantní stavy nebo pod vlivem třeba drog, alkoholu a nebo jsem se často setkala u schizofreniků s tímhle.“* (S3) *„Nejčastěji jsem se setkala s agresí u demenčních pacientů a u delirantních stavů.“* (S4) S7 a S8 navíc ještě uvedly, že jsou pacienti agresivní i při nějakém nevyhovění. *„Bývá to hodně pod vlivem nemoci, ale občas stačí maličkosti, že se jim něco nelíbí, není jim hned vyhověno, tak jako začnou na nás nasazovat, zvyšovat hlas, protože není hned po jejich.“* (S7) *„U některých pacientů je to už jenom při nevyhovění a u jiných pacientů jsou to ty psychózy, vliv nějaký halucinace, delirantní stavy.“* (S8) S10 navíc uvedla odvykací stav. *„Tak odvykací stav nebo prostě to bylo vlivem nemoci schizofrenie, psychóza nebo tak. Potom demence, delirantní stavy.“* (S10) S1 ještě navíc uvedla jako důvod agresivního chování pacienta špatně nastavená medikace. *„Někdy je to i vlivem medikace, kterou mají, která se teda potom následně upravuje.“* (S1) S2 navíc uvedla jako příčinu sexuální podtext, což zmiňovala už v předchozích otázkách u mentálně postižených pacientů. *„No tak většinou to mělo nějaký sexuální podtext, jsem se setkala, pak že ten pacient byl psychotický že jo, takže na základě nějakých halucinací došlo k tomu napadení.“* (S2) S5 uvádí jako jedinou příčinu agrese jako

obraný mechanismus pacienta. „Myslím si, že tam byl ten důvod agrese i taková možná bezmoc, že ty lidi byli nešťastní sami ze sebe, byl to možná způsob takový jejich obrany, možná se i báli, těžko říct.“ (S5) S9 uvedla jako příčinu agresivního chování pacientů ještě nespokojenost pacientů a nádorové onemocnění.

4.2.7 Kategorie 7 – Pocity sester po zkušenosti s agresivním pacientem.

Šest sester S1, S2, S4, S6, S7, S10 uvedlo, že po střetu se slovním nebo fyzickým napadením se cítily nepříjemně. „Je to nepříjemný a člověku z toho není moc dobře, když musí nějakým způsobem zasahovat a pak třeba i toho člověka omezovat v pohybu, no je to nepříjemný a nemám z toho dobrý pocit.“ (S7) S6 uvedla, že se slovní agresí se vypořádala, ale s fyzickým napadením se vyrovnávala hůře, kdy v předchozích otázkách uváděla, že se nesetkala s fyzickou agresí na vlastní osobu, ale byla u napadení její kolegyně. „No po zkušenosti s verbální agresí s tím jsem se srovnala, ale po zkušenosti s fyzickou agresí – byla to pro mě velice nepříjemná zkušenost a už bych to nikdy nechtěla zažít.“ (S6) S10 se s fyzickou agresí nesetkala vůbec, ale nepříjemná je pro ni i slovní agrese. „Tak nebylo mi to vůbec příjemný, rozhodně bych nechtěla, aby se to opakovalo znovu, není to jako hezký no. Ale když vás ten člověk vyloženě nenapadne, tak je to ještě dobrý.“ (S10) S2 popisuje, že po střetu s agresivním pacientem na sobě pocítuje stresovou reakci. „No tak bylo to nepříjemný, jsem se cítila, tak většinou taková ta klasická stresová reakce že jo no, tak člověk je roztřesený, takový jako zvýšeně dýchá, tak takový prostě projevy stresové reakce akutní.“ (S2) S1 uvádí, že tyto situace jsou pro ni nepříjemné, ale vzhledem k častosti výskytu si již zvykla a spíše ji trápí, že neví, proč byl pacient agresivní a nepodařilo se jí situaci zklidnit slovně. „No tak nebylo mi to příjemný úplně, ale jako už jsem na to docela zvyklá takže, to jako nevyvolává to ve mě úplně nějaký pocity, spíš jsem jako naštvaná, protože nevím, co se děje a jak mám toho pacienta uklidnit a bojím se, aby něco někomu neudělal, třeba těm ostatním pacientům okolo nebo sobě a jinak jako nemám nějak vyloženě, že bych z toho měla nějaký extrémně negativní pocity.“ (S1) Naopak tomu další tři sestry S3, S9 a S11 uvádějí, že po střetu s agresivním pacientem se cítily normálně, nepocítávaly na sobě zvláštní pocity. „Já nevím no, tak normálně, mě to nikdy nic jako nedělalo, že bych z toho byla jako špatná.“ (S3) „Normálně, nijak zvláštně.“ (S11) S12 uvádí, že při setkání s fyzicky agresivním

pacientem zprvu cítí strach, a když se následně podaří situaci zvládnout, přichází úleva. S8 uvádí, že po zkušenosti s agresivním pacientem má obavy a zvýšeně si dává pozor i u ostatních pacientů. „Většinou si potom dává člověk hodně pozor i u ostatních, jsem tak jako zvýšeně obavná i jako personál dává si větší pozor prostě.“ (S8) S5 má zkušenosti a agresivními pacienty především z domácí péče, kdy k pacientům docházela domů a svoje pocity popisuje tak, že spíše přemýšlela nad pacientem a jeho rodinou, jak je pro ně situace těžká. „Přemýšlela jsem nad tím pacientem ne nad sebou není to o tom, že bych si foukala na bolístky svoje, ale spíš jako člověk přemýšlí i nad tím jak ta rodina to může zvládnout, že se ti honí hlavou, že vlastně s takovým pacientem je strašně těžké vyjít a my jsme tam vždycky přišli na chvíličku, ale mě se spíš jako honilo hlavou, že ta rodina s ním je třeba opravdu těch 24 hodin denně, jak to můžou zvládat...“ (S5)

4.2.8 Kategorie 8 – Péče o agresivního pacienta.

Cílem této kategorie bylo zmapovat vědomosti a zkušenosti sester ohledně péče o agresivního pacienta. Dále jsme se zde zaměřili na komunikaci s agresivním pacientem.

Jako zásadu péče o agresivního pacienta sestry nejvíce zmiňovaly, že je důležité se k pacientovi neotáčet zády. Tuto zásadu zmínilo celkem osm sester S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S11. Dále sestry nejčastěji uváděly jako zásadu péče o agresivního pacienta udržovat pouze krátký oční kontakt, toto uvedlo celkem pět sester S1, S3, S5, S8, S9. Naproti tomu S6 uvedla, že je důležité oční kontakt s pacientem udržovat. „Důležité je udržovat oční kontakt s pacientem a hlavně se neotáčet zády.“ (S6) Klidný přístup k pacientovi uvedly celkem 4 sestry S7, S8, S11, S12. Tři sestry S8, S11 a S12 uvedly, že je důležité udržovat si fyzický odstup. Tři sestry S3, S7, S8 si myslí, že je podstatné chovat se k pacientovi tak, aby ho ještě více nevyprovokovaly. „Tak hlavně asi člověk musí zachovat klid, nedat mu podnět k tomu, aby ho ještě více vyprovokoval a snažit se ho uklidnit.“ (S7) Dvě sestry S1 a S11 uvedly, že se na agresivního pacienta nemá křičet. „Tak dávat si od něj odstup, jednat s ním v klidu, nekřičet na něj, dbát na to abych k němu nebyla zády.“ (S11) S10 a S12 uvádí, že při zkušenosti s agresivním pacientem odstranily nebezpečné předměty. „...pokud stojí v ambulanci, abychom mu pod ruce nedávali žádné předměty třeba nůžky nebo tak, aby nás taky tím nemohl napadnout.“ (S10) S4 dále uvádí,

že je důležité pacienta neustále sledovat. „*Neotáčet se zády k pacientům, mít je furt na očích.*“ (S4) S8 mimo jiné navíc uvádí, že se snaží pacienta pochopit, snaží se zjistit proč je agresivní. „*No přistupovat k němu klidně, jako snažit se nevyprovokovat ho nějak jakoby, snažit se pochopit nějaký ten jeho vnitřní problém, moc nenavazovat příliš dlouhý oční kontakt, protože některé pacienty to dokáže taky dost vyprovokovat, jsem si všimla, neotáčet se k nim zády a zaujmout takový postoj jako naslouchací. Případně pokud začne příliš jako startovat, tak si hodně držet odstup od toho pacienta.*“ (S8)

U jedné sestry S2 se odpovědi od ostatních odlišovaly. Jako zásady uvedla, že je důležité zajistit si při péči pomoc dalšího personálu, dále si uvědomit, že pokud je pacient duševně nemocný, tak agrese z jeho strany není úmyslná, poté uvedla, že by bylo dobré zachovat klid, ale záhy uvedla, že to v takovýchto situacích to není možné. Nakonec uvedla, že teoretické zásady péče o agresivního pacienta se od praxe odlišují. „*No tak když teda pacient mi nezlomí ruku nebo mi teda něco neudělá, ale jenom mě napadne no tak tam je zásada, aby mi někdo pomohl, tak to je první zásada, samozřejmě že jsou to věci, za to napadení ten člověk nemůže, to je taky druhá zásada, že to nedělá schválně, že to je většinou v rámci nějakého onemocnění no a jako bylo by dobrý zachovat klid, ale ne vždycky to jde, ne nikdy to nejde, prostě zachovat klid, jako zásady teoretický by byly že jo, ale potom když se člověk setká jako tváří v tvář, tak jako zásady jdou stranou a jede se o holý život.*“ (S2)

Při otázce na komunikaci s agresivním pacientem celkem deset sester S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11 uvedlo, že využijí klidnou komunikaci. Dvě sestry S4 a S10 se shodly, že je zapotřebí s pacientem komunikovat, tak aby v něm agresi ještě více nezbuzovaly, aby ho neprovokovaly. „*Snažit se ho spíš uklidnit, klidná komunikace, neprovokovat je, nepopichovat, aby byli víc agresivní.*“ (S4) Další dvě sestry S10 a S11 uvádí, že je důležité nezvyšovat hlas či nekřičet. S10 navíc ještě uvádí, že s pacientem je vyloučené hovořit vulgárně. „*Tak rozhodně na něj nebýt vulgární, nezvyšovat na něj hlas, ale snažit se ho uklidit, aby to v něm ještě víc nevyvolalo agresi ta naše komunikace.*“ (S10) S11 jako jediná uvádí, že není vhodné agresivnímu pacientovi vyvracet jeho tvrzení. „*No musí to být hlavně v klid, nekřičet na něj, nevyvracet mu tu jeho pravdu.*“

(S11) S12 navíc uvádí, že se s agresivním pacientem má hovořit tiše a dále se snažit pomocí komunikace odvést pozornost. *„Tak hovořit tiše, nedívat se mu do očí, snažit se odvést pozornost.“* (S12) S2 se s odpovědí odlišuje. Dle S2 s agresivním pacientem komunikovat nelze, uvádí, že pokud je napadena, tak nekomunikuje, ale brání se.

4.2.9 Kategorie 9 – Omezovací prostředky ve zdravotnictví.

Cílem této kategorie bylo zjistit, co sestry považují za omezovací prostředky, v jakých situacích omezovací prostředky využívají a jak o omezené pacienty pečují.

Všechny tázané sestry uvedly, že za omezovací prostředky považují ochranné pásy. Dále téměř všechny sestry až na S9 považují za omezovací prostředek místnost určenou k bezpečnému pohybu pacienta. Dále šest sester S2, S3, S5, S6, S7, S12 uvedlo jako omezovací prostředek síťové lůžko. Dvě sestry S2 a S7 dále ještě uvedly ochranný kabátek. *„Tak je to všechno co člověka omezí nějakým způsobem v pohybu, ať je to terapeutická izolace, kde je ten člověk zavřený, sice teda má volný pohyb po té místnosti. Pak jsou tady fixační pásy, nebo jak mi říkáme kurty, kdy je ten člověk vlastně připoutaný k posteli. Potom ještě, dneska už se to tedy nepoužívá, ale používali se dřív svěrací kazajky a byli síťová lůžka, to jsou vlastně všechno věci, které nějakým způsobem omezují toho člověka.“* (S7) Pouze jedna sestra S1 uvedla jako omezovací prostředek léky. *„No za omezovací prostředky považuju teda kurty a pak se dá nějaká uklidňující medikace a pak případně tu izolaci, ale tu nemáme.“* (S1) S2 navíc ještě uvádí, že za omezovací prostředek považuje i to, že je pacient na uzavřeném oddělení. *„Omezení už je jenom to, že je na uzavřeném oddělení ten člověk, to už považuji za omezení ve volném pohybu, když nemá třeba vycházky a je fakt jenom zavřený na tom oddělení to je takový lehký omezení ...“* (S2)

Sestry nejčastěji využívají omezovací prostředky, když je pacient nebezpečný sobě či okolí, čili pokud je pacient agresivní. Toto uvedly téměř všechny sestry až na S2. Dále sedm sester S2, S4, S5, S7, S9, S11, S12 uvedlo jako důvod k omezení pacienta neklid, který by mohl předcházet agresi ze strany pacienta. *„No, především u neklidný pacientů a u pacientů, kteří jsou nebezpeční sobě a ostatním pacientům.“* (S11) Tři sestry S2, S7

a S11 se setkaly s tím, že pacient byl omezen na vlastní žádost. „...používali jsme omezovací prostředky i na žádost pacienta...“ (S2) „...to byl pacient, který vlastně řekl, že je neklidný a že má chuť někoho zabít a že chce sám nakurtovat a tak jsme mu po domluvě s lékařem vyhověli.“ (S11) Dvě sestry S7 a S10 se setkaly s omezením pacienta s poruchou příjmu potravy. Tito pacienti byli omezeni, když měli tendence nebo se předpokládalo, že si sami odstraní permanentní žilní katetr či nasogastrickou sondu. „...pokud to byli pacienti s poruchou příjmu potravy, že nechtěli jíst, musela se jim zavést sonda, to si třeba chtěli vytrhnout, tak jako v tom způsobu...“ (S10) S3 oproti ostatním uvedla, že omezí i pacienta v manickém stavu, který nemusí být agresivní, ale je neúnosný a nespolupracující. „No tak tu terapeutickou izolaci většinou používáme, když máme nějakého pacienta, který je manický a neustále je třeba v ambulanci a je prostě neodklonitelný, tak tam není potřeba třeba ty kurty, ale stačí, když ho jakoby, jak to mám říct, zavěreme na izolaci...“ (S3)

Do této kategorie jsme dále zařadili i péči o omezeného pacienta ve volném pohybu. Celkem pět sester S2, S3, S4, S5, S7 uvedlo v péči o omezeného pacienta ochrannými pásy komplexní ošetrovatelskou péči. Celkem šest sester S3, S4, S6, S10, S11, S12 uvedlo, že u pacienta omezeného ochrannými kurty je důležité sledovat prokrvení končetin a pět sester S3, S4, S7, S10, S11 uvedlo, že pacientovi pravidelně končetiny z omezení uvolňují. S11 navíc uvedla, že kurty uvolňuje každé dvě hodiny. Dvě sestry S4 a S9 uvedly polohování, čtyři sestry S2, S5, S9, S12 zmínily prevenci dekubitů a dvě sestry S5 a S12 uvedly péči o pokožku. Dále u pacientů omezené ochrannými kurty uvedly dvě sestry S5 a S12 aplikaci nízkomolekulárního heparinu. S12 uvedl jako jediný, že pacientovi zajistí tepelný komfort. Dále všechny sestry kromě S3 a S6 uvedly, že je důležité pacientovi zajistit stravování a šest sester S5, S6, S7, S10, S11, S12 pacientovi zajistí tekutiny. Sedm sester S1, S4, S6, S7, S8, S9, S12 uvedlo v péči omezeného pacienta, že je důležité zajistit hygienu a čtyři sestry S2, S5, S7, S11 uvedly, že zajistí péči o vyprazdňování. Dále tři sestry S2, S8, S12 uvedly měření fyziologických funkcí. S12 ještě navíc uvedl, že by pacient měl být pod neustálým dohledem pod kamerami. Pro potvrzení našich tvrzení předkládáme některé odpovědi našich informantů. „No tak

zabezpečit dostatek tekutin, jídlo, měření FF, pokud je pacient nakurtovaný, tak sledovat prokrvení končetin, preventivně se aplikuje fraxiparine nebo clexane proti TEN. Pacient by měl být stále sledován na kameře. Péče o hygienu, o tepelný komfort, o pokožku, prevence dekubitů atd.“ (S12) „Tak tam je komplexní ošetrovatelská péče, počínaje vlastně, že pacient museli jsme se starat o příjem potravy, tekutin, vyprazdňování, péče o pokožku, prevence dekubitů, pak když už je víc jak 24 hodin, tak se píchá fraxiparine nebo clexane.“ (S5)

4.2.10 Kategorie 10 – Vzdělávání sester v dané problematice.

Tato kategorie sleduje vzdělávání sester v dané problematice, konkrétně zda se zúčastňují různých vzdělávacích akcí, kam jsme mimo jiné zařadili i kurzy sebeobrany. Dále sleduje, jaký mají sestry na vzdělání názor a zda je pro ně vzdělání přínosné.

Šest sester S1, S4, S5, S9, S10, S11 nebylo seznámeno s danou problematikou vůbec. Z těchto šesti sester se všechny shodly, že by uvítaly nějaký druh vzdělání po teoretické stránce například pomocí přednášky a že by to pro ně bylo přínosné. Dále tři sestry S3, S6 a S2 uvedly, že byly s danou problematikou seznámeny od zaměstnavatele, ale pouze při nástupu do zaměstnání. S2 uvedla, že s touto problematikou byla seznámena ve škole a zdali ji zaměstnavatel při nástupu seznámil, si již nepamatuje. Dále uvedla, že si myslí, že by přednáška přínosná nejspíš byla, ale také uvádí, že praxe je potom jiná. „*Tak asi by to bylo dobrý, kdyby byly nějaký přednášky, ale tak praxe je jiná, že jo.*“ (S2) Poslední tři sestry S7, S8 a S12 uvedly, že byly seznámeny s danou problematikou i pomocí přednášek či seminářů. S7 uvádí, že pro ni informace byly přínosem a využívá je dodnes. „*Ano, myslím si, že je využívám pořád. Myslím si, že tohle je v psychiatrii téma, které je nepřetržitě a člověk využívá a naopak se snaží předávat dál ty informace.*“ (S7) Dále říká, že informace získává i od ostatního personálu. „*...ty ostatní věci potom člověk získá ze zkušeností a od ostatních kolegů, kteří prostě říkají ty svoje zkušenosti, co a jak a tak.*“ (S7) S12 uvádí, že byl s problematikou seznámen pomocí přednášky a myslí si, že to bylo přínosné a získané informace se snaží využívat. S8 byla také s danou problematikou seznámena pomocí přednášky, kdy uvádí, že pro ni byla přínosem, ale vzápětí při otázce,

zdali získané informace využívá v praxi, odpověděla: „*To tolik zase ne, to si spíš myslím, že je zase všechno spíš o tom osobním kontaktu a o tom poznat to potom osobně no.*“ (S8)

Celkem osm sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10 odpovědělo, že se s kurzem sebeobrany nesetkaly, ale všechny si myslí, že by pro ně byl přínosem. Dále čtyři sestry S7, S8, S11, S12 kurz sebeobrany absolvovaly. S7 absolvovala kurz celkem dvakrát. „*Já osobně dvakrát, poskytoval to zaměstnavatel, bylo to v rámci pracovní doby. Kurzy byly na celý den, od rána od osmi asi do čtyř nebo do pěti. Víceméně bylo všechno praktický.*“ (S7) Myslí si, že pro ni byl přínosem a některé prvky, které se zde naučila, využívá i v praxi. „*Bylo to i takové zpestření, byla to šetrná sebeobrana, bylo to o tom jak se ubránit agresivnímu pacientovi, ale neublížit mu, takže jako si z toho člověk něco odnesl.*“ (S7) S11 kurz sebeobrany absolvovala dohromady dvakrát, myslí si, že pro ni byl přínosem, ale pouze po teoretické stránce. Prvky, které se zde naučila, v praxi nevyužívá. „*Přínosné to bylo jen po teoretické stránce.*“ (S11) S12 absolvoval kurz sebeobrany dvakrát. Uvádí, že jeden se konal v Jihlavě a druhý v Brně. „*Absolvoval jsem v Brně a v Jihlavě. V Brně devět dní a v Jihlavě dva dny.*“ (S12) Kurz v Brně byl podstatně delší a uvádí, že pro něj byl přínosem a prvky sebeobrany, které se zde naučil, tak využíval, nyní je už ale zapomněl. Kurz v Jihlavě byl kratší a informant uvádí, že mu nepřinesl žádný přínos. Ukázka pro představu, jak informant odpověděl na otázku, zdali pro něj byly kurzy přínosné. „*Určitě, ten v Brně ano. V Jihlavě, abych byl upřímněj, možná tolik ne. Ale jako v Brně to bylo, že to bylo více dní, takže by se dalo říct, že si to člověk víckrát zkusil.*“ (S12)

5 Diskuze

Snahou této práce bylo zjistit, jak často se sestry setkávají s agresí ze strany pacienta, jaké jsou jejich zkušenosti s agresivním pacientem, jak o tyto pacienty pečují a jak s nimi komunikují. Cílem práce tedy bylo zmapovat zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů. Z cíle vyplynuly dvě výzkumné otázky a pomocí 12 rozhovorů se sestrami a analýzou získaných dat, byly tyto otázky zodpovězeny. V této kapitole jsou shrnuty a interpretovány výsledky, které jsme získali z výzkumného šetření. Výsledky jsou zde uvedeny do souvislostí s teoretickou částí bakalářské práce.

Dle odpovědí našich informantů se sestry jednoznačně častěji setkávají s verbální agresí. Toto tvrzení uvádí i Gurková et al. (2015) a Lepiešová et al. (2015). Gurková et al. (2015) také dále uvádí, že sestry se se slovní agresí setkávají nejčastěji ve formě urážek a nadávek a dále potom s výhrůžkami a zastrašováním. (Gurková, 2015) Lepiešová et al. (2015) ve svém výzkumu také uvádí, že se sestry nejčastěji setkávají s verbální agresí prostřednictvím urážek a nadávek, dále potom s neoprávněným obviňováním a třetí místo zaujaly výhrůžky a zastrašování. (Lepiešová et al., 2015) V našem výzkumném šetření se sestry také nejčastěji setkávají s nadávkami, na druhém místě nejčastěji uváděly vulgarismy a poté křik. *„Spíše jako vulgarismy a nadávky vůči osobě, při nějakém nevyhovění, většinou je to při nevyhovění nebo při nějakém dodržování nebo chtění dodržování nějakých hranic jo, tak většinou při tom jsou takové nadávky.“* (S2) *„Tak pacienti nadávají sprostě, posílají sestřičku do oných míst, nechtěj třeba ošetřit, nebo když po nich něco chceme, tak prostě nadávají.“* (S5) Výhrůžky uvedly pouze dvě sestry z dvanácti. *„Tak pacient nadávají, vyhrožují, ale i proklínají. Nejčastěji nadávky, sprostý slova.“* (S12) *„Tak nejčastěji jsou to, že pacienti spíš jako po nás křičí, pak jsou nějaké výhrůžky, už se nám stalo, že nás i pacienti prokleli, hodně nadávají, sprostě nadávají. Nejčastěji zvyšují hlas a nadávají.“* (S7)

Lepiešová et al. (2015) uvádí, že z fyzické agrese se sestry nejčastěji setkávají s pliváním, kousáním, škrábáním a štípáním. (Lepiešová et al., 2015) Naopak tomu naši informanti plivání neuvodli vůbec. S kousáním se setkali celkem 4 informanti z 12. Se škrábáním se

z našich informantů setkali 3 a stejně tak se štipáním. Naše sestry se nejvíce setkávají s kopáním, což uvedla přesně polovina sester. Dále se čtyři setkaly s útokem s předměty. „*Stalo se, že mě pacienti napadli, jednou mě kopl do břicha, dostal jsem facku, byl jsem poškrábaný, pokousaný. Jednou jsem měl trochu zhmožděnou ruku, taky jsem dostal hlavičku.*“ (S12) *To bylo úplně nejhorší, když jsme přišli k pacientovi, kterému bylo přibližně 96 let, mám pocit a asi 14 dní rodina pozorovala takovou jakoby, že ten pacient začíná být právě sprostý, ač nikdy sprostý slova neužíval, začal být agresivní, oháněl se po nich pěstí, kopal. A tenkrát to vyústilo, že když jsem tam přišla na péči a první co bylo, tak po mě pacient hodil hrnek a ač byl malinký, drobný, tak hodil po mě chodítko velký, vysoký, to teda mě trefilo, to tenkrát měla jsem modřiny.*“ (S5) Dle Lepišové et al. (2015) se sestry nejméně setkávají se sexuálním napadením. (Lepišová et al., 2015) Z našich informantů uvedla pouze jedna sestra zkušenost s fyzickým napadením se sexuální podtextem, kdy tuto zkušenost popisovala u retardovaného pacienta. „*No tak s fyzickou agresí jsem se setkala u retardovaného pacienta, který samozřejmě měl nějaký svoje potřeby a v rámci toho napadal ženy s dlouhými vlasy a tahal je za vlasy.*“ (S2)

Z výše uvedeného tedy vyplývá odpověď na první výzkumnou otázku, která zní: Jaké jsou zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů? Sestry se častěji setkávají se slovní agresí než s fyzickou agresí. Z verbální agrese převládají nadávky a vulgarismy. Naopak u brachiální agrese se sestry nejvíce setkávají s kopáním.

Komunikace je klíčovým faktorem při poskytování a řízení péče o pacienty a zejména o pacienty s agresivním chováním. (Moss, 2015) Při střetu s agresivním pacientem je mnohem znatelnější mimoslovní komunikace, kterou řídí naše emoce a pacienti si právě emoce uchovávají v paměti na dlouho dobu, než samotný slovní obsah. (Pekara, 2015) Bohužel ani jeden z našich informantů neverbální komunikaci nezmínil, téměř všechny sestry uvedly u verbální agrese slovní uklidnění. „*Neverbální komunikace je tedy komunikace prostřednictvím „řeči těla“, zde se „zakresluje obraz duše“ – nálady, emoce, prožívání.*“ (Zacharová, 2016, s. 55) Bylo by tedy na místě, aby se sestry více vzdělávaly v problematice neverbální komunikace, protože by tak mohly předejít napadení a zmírnit agresivní projevy pacienta. Při komunikaci s agresivním pacientem uvádějí naši

informanti často, že je důležité zůstat v klidu a nenechat se vyprovokovat: „*Tak snaží se člověk zachovat co nejvíc klid, toho člověka se snaží usměrnit, zklidnit, záleží i na tom jak s ním bude člověk mluvit, že jo, nesmí se jakoby uchýlit k tomu, aby taky na něj křičel. Takže snažit se v klidu promluvit s tím člověkem.*“ (S5) Stejně tvrzení uvádí i Demshar 2015. Jedním z nejdůležitějších kroků, které můžeme podniknout při konfrontaci s agresivním pacientem, je zůstat v klidu. Pacient se může pokusit vyvolat hádku. Sestra by se neměla nechat vyprovokovat, protože její hněv povede k zvýšení hněvu pacienta a to povede k eskalaci situace a možnému fyzickému násilí. (Demshar, 2015)

„*Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient zrovna prožívá.*“ (Zacharová 2016, s. 31) Pouze dvě naše sestry uvádějí empatický přístup a další dvě sestry se pacienta snažili vyslechnout a zjistit příčinu agresivního chování pacienta.

U fyzické agrese se většina sester uchyluje k užívání omezovacích prostředků. „*Tak většinou jsme použili omezovací prostředky, že se nakurtovali ty lidi nebo jsme je zavřeli na terapeutickou izolaci.*“ (S10) Slovně se pacienta snažily uklidnit pouze 4 sestry. „*No tak snažila jsem se pacienta uklidnit, a když to nešlo, jakože většinou to v těchto případech nejde, tak jsem si zavolala příslužbu, kontaktovala doktora a píchala se pacientovi injekční terapie nebo se omezil.*“ (S3) „*Tak taky se je snažíme jako uklidnit a nějak jako slovně, taky to zkusíme přes toho lékaře, ale většinou to jako nepomáhá a když teda jde na nich jako vidět, že by nějak mohli ublížit sobě, že by třeba vypadnout z těch postelí, to mají většinou tady ti pacienti zábrany, no kdyby si mohli jako ublížit nebo někomu okolo, tak se tedy přikurtují omezujícím prostředkem.*“ (S1)

Dle Demshara (2015) by v takovýchto situacích sestra měla zajistit svou vlastní bezpečnost, bezpečnost ostatního personálu a pacienta, používat empatický nekonfrontační přístup, zároveň ale stanovit hranice, mluvit tiše a vyhýbat se úsudku, poslouchat pacienta, ale vyhnout se vyjadřování vlastních názorů na problémy a stížnosti, pokusit se zůstat neutrální, i když to u iracionálního pacienta může být obtížné, pokusit se získat kontrolu nad situací, aniž bychom museli být nároční nebo rozkazovat, vyhnout se agresivním postojům a prodlouženému očnímu kontaktu, požádat ostatní zaměstnance

o pomoc, řešit zdravotní problémy a to především bolest a nepohodlí, pokusit se zjistit co pacient opravdu žádá a jak moc to spěchá. (Demshar, 2015) Všechny zásady dle Demshara (2015) kromě vyhnutí se agresivním postojům a řešení zdravotních potíží, sestry v rozhovorech uvedly.

Dále k péči o agresivního pacienta patří omezovací prostředky a péče o pacienty omezené ve volném pohybu. Dle Zákona č. 372/2011 Sb. mezi fyzické omezovací prostředky patří: úchop pacienta ošetřovatelským personálem, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko, místnost určená k bezpečnému pohybu pacienta, ochranný kabátek, který zamezuje pohybu horních končetin, dále léky a kombinace uvedených omezovacích prostředků. (Zákon č. 372/2011 Sb. § 39) Naši informanti uvedli všechny zmíněné prostředky, všichni uvedli ochranné pásy, což je nejvíce používaný omezovací prostředek. Dále sestry často uváděly místnost určenou k bezpečnému pohybu pacienta. Pouze jedna sestra při otázce co považuje za omezovací prostředek, odpověděla mimo jiné i léky. *U nás hlavně ty kurty horních i dolních končetin a pak tu medikaci uklidňující teda.*“ (S1) S2 za omezovací prostředek považuje i to, že je pacient na uzavřeném oddělení. *„Omezení už je jenom to, že je na uzavřeném oddělení ten člověk, to už považují za omezení ve volném pohybu, když nemá třeba vycházky a je fakt jenom zavřený na tom oddělení to je takový lehký omezení no a pak samozřejmě terapeutická izolace, síťové lůžko, pásy, bývalý kabátek.*“ (S2) Tímto se odlišuje od Zákona č. 372/2011, kde uzavřené oddělení není považován za omezovací prostředek. Zde je na zamyšlenou, zdali by už jenom to, že je pacient na uzavřeném oddělení nemělo oficiálně patřit mezi omezovací prostředky, protože tento pacient už je omezen ve volném pohybu.

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. § 39 pacienta můžeme omezit volný pohyb v případě, že pacient bezprostředně ohrožuje na životě sebe či své okolí, pouze po dobu dokud trvají důvody omezení pacienta, po použití a selhání mírnějšího postupu, tedy s výjimkou kdy je jasné, že by mírnější postup nevedl k dosažení účelu. (Zákon č. 372/2011 Sb. § 39) Naše sestry uváděly, že omezovací prostředky používají u pacientů, kteří jsou neklidní nebo ohrožují sebe či své okolí. Což souhlasí se zněním výše uvedeného zákona. Dvě

sestry se setkaly dokonce s tím, že pacient chtěl omezit sám. „*No především u neklidný pacientů a u pacientů, kteří jsou nebezpeční sobě a ostatním pacientům. Dále to byl pacient, který vlastně řekl, že je neklidný a že má chuť někoho zabít a že chce sám nakurtovat a tak jsme mu po domluvě s lékařem vyhověli.*“ (S11)

Péče o omezené pacienty ve volném pohybu spočívá v péči o hydrataci, výživu, vyprazdňování, hygienu, zajištění tepelného a světelného komfortu a dále péče o komplikace spojené s omezením. Dále musíme dbát na intimitu a důstojnost pacienta. (Věstní MZ ČR 4/2018) Sestry zmínily všechny body péče výše uvedené kromě péče o intimitu a důstojnost pacienta. „*No tak když je v pásech nebo kurtech, tak samozřejmě tam je celková ošetrovatelská péče od vylučování, stravování, fyziologických funkce, prevence dekubitů nebo prevence proleženin, celková ošetrovatelská péče, když je v terapeutický izolaci, tak tam zase sledování, aby si neublížil, je pacient monitorován dneska už na izolaci, v síťovém lůžku to je to samý to je sice pacient volně, ale jde o to, aby si neublížil, třeba tou sítí. Je to vlastně celková ošetrovatelská péče o ty lidi. A každý ten omezovací prostředek má svoje pravidla že jo..*“ (S2) Pouze jedna sestra uvedla, že pokud je pacient omezený je důležité s ním udržovat lidský kontakt. „*...pacient se pravidelně kontroluje, musí se s ním komunikovat, aby se udržoval v nějakém kontaktu, aby byl prostě klidnější, že tu není sám zavřený a neví co se děje.*“ (S7)

Dále jsme chtěli zjistit, jak jsou sestry v dané problematice vzdělávány. Zjistily jsme, že přesně polovina našich informantů s problematikou po teoretické stránce nebyla seznámena vůbec. Ovšem všechny tyto sestry uvedly, že by o vzdělání například pomocí přednášek či seminářů stály. Tři z našich informantů se zúčastnili semináře na dané téma a uvádějí, že pro ně bylo přínosné. Některé sestry, které pracují na psychiatrickém oddělení, uváděly, že s problematikou byly seznámeny při nástupu do zaměstnání. Dále jedna ze sester navíc dodala, že hodně informací o daném tématu získala od zkušenějších kolegů. „*Určitě, probíhají semináře, už jsem byla na semináře o agresivním pacientovi a já co si pamatuju, tak když jsem nastoupila, tak tenkrát se ještě dělali, taková krátká školení, že nás poučili co se může stát na co si máme dát pozor, ale jinak ty ostatní věci*

potom člověk získá ze zkušeností a od ostatních kolegů, kteří prostě říkají ty svoje zkušenosti, co a jak a tak.“ (S7)

Dále nás zajímalo, zdali jsou sestry vzdělávané v oblasti sebeobrany. Ze všech našich informantů absolvovaly kurzy sebeobrany pouze čtyři sestry. Ostatní informanti se neselekaly s žádnou praktickou výukou sebeobrany, ale všichni si myslí, že by pro ně tento druh vzdělání byl přínosem. Osobně si myslím, že sestry, které se ve své profesi s agresivním pacientem setkávají, by měly vzdělávací akce ve formě seminářů, přednášek, ale právě i kurzů sebeobrany navštěvovat pravidelně. Agresivnímu pacientovi by tak lépe porozuměly a zároveň by věděly jak se při napadení bránit, tak aby se vyvarovaly zranění své osoby, ale i zranění pacienta.

Z výše uvedeného odpovídáme na druhou výzkumnou otázku, která zní: Jaká jsou specifika péče o agresivního pacienta? Při setkání s agresivním pacientem je velice důležitá komunikace, ale především mimoslovní komunikace. Zjistili jsme, že sestry v této problematice mají slabé místo, neboť ani jedna se o neverbální komunikaci nezmínila. Verbální komunikaci sestry umějí ovládat lépe. Uvedly, že s agresivním pacientem musí hovořit klidně, tiše, slušně, nevyvracet mu jeho pravdu a nenechat se vyprovokovat. Dále jsme zjistili, že sestry příliš nevyužívají empatický přístup a také ani jedna z nich nezmínila péči o intimitu a důstojnost pacienta pokud je omezen ve volném pohybu. Sestry zmiňovaly jako zásady péče převážně vlastní bezpečnost, například neotáčet se k pacientovi zády a udržovat si fyzický odstup. Dále sestry uvádějí pouze krátký oční kontakt. Pokud se jednalo o péči o omezeného pacienta, dalo by se říci, že sestry zmiňovaly spíše péči o pacientovo tělo než duši. Z tohoto vyplývá, že sestry se příliš málo zaměřují na psychický stav a pocity pacienta, kdy si poté pacient k sestrami nevytvoří důvěru a může mít pocit, že mu sestra nerozumí, že je sestře lhostejný a na obtíž, což může být také důvodem k agresi. Ani jedna ze sester neuvedla jako příčinu agresivního chování pacienta jejich nevhodné chování a neefektivní komunikaci. Myslím si, že sestry si neuvědomují, že se k pacientovi někdy chovají nevhodně a možná nevědí, že svým chováním a komunikací (hlavně neverbální) v pacientovi vzbuzují ještě více agrese, i když neúmyslně. Proto si myslím, že by sestry měly být v tomto směru více

vzdělávané a kromě kurzů sebeobrany by měly mít i kurzy týkající se správné efektivní verbální i neverbální komunikace, čímž by se možná mohla snížit procenta napadení ze strany pacientů a také by se možná snížil počet pacientů, kteří během hospitalizace musejí být omezeni ve volném pohybu omezovacím prostředkem.

6 Závěr

Násilí vůči sestřím ze strany pacientů je téma velmi málo diskutované a nemedializované. Nárůst násilí vůči zdravotníkům se rapidně zvyšuje. Téměř každá sestra v jakémkoliv zdravotnickém zařízení se setkala s agresí od pacientů. Zdravotníci mají zkušenosti jak s verbální tak i brachiální agresí.

V teoretické části naší bakalářské práci se zabýváme tím, co to vůbec agrese je, jaké jsou její druhy, dále násilím ze strany pacientů ve zdravotnickém zařízení a proč vůbec pacienti agresivní bývají. V teoretické části jsme se dále věnovali mezilidské komunikaci mezi sestrou a pacientem, protože právě komunikace může být klíčová v prevenci a výskytu agrese ze strany pacientů. V poslední části teoretické části se zabýváme sebeobranou a omezovacími prostředky včetně medikace.

V empirické části jsme zjišťovaly, jaké jsou zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů, tedy jak často se sestry s agresí setkávají, co za agresi považují, s jakým druhem agrese se setkávají, jak se v daných situacích chovaly a jak se po zkušenosti s agresivním pacientem cítily. Dále jsme zjišťovali, jak sestry pečují o agresivní pacienty, co považují za omezovací prostředky, v jakých situacích omezovací prostředky použily a jak o omezené pacienty pečují. Zjišťovali jsme také, jak jsou sestry o dané problematice informované.

Cílem práce tedy bylo zmapovat zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů. K vyplnění cíle nám pomohli výzkumné otázky: Jaké jsou zkušenosti sester s násilím ze strany pacientů? Jaká jsou specifika péče o agresivního pacienta? Na základě těchto otázek jsme pro naše informanty vypracovali polostrukturovaný rozhovor, který byl zpracován následnou analýzou získaných dat.

Z rozhovorů se nám podařilo zjistit, že sestry mají zkušenosti ze strany pacientů především s verbální agresí ve formě nadávek a vulgarismů. Většina sester na verbální agresi reagovala slovním uklidněním, ovšem málo pozornosti věnovaly neverbální

komunikaci. Při brachiálním napadení sestry většinou využívají omezovacích prostředků, přičemž ale většina sester nepovažuje za omezovací prostředky podání či aplikaci medikace. Dále se sestry při brachiální agresi snažily zajistit si větší personální obsazení, tedy dbaly o vlastní bezpečnost. Mezi omezovací prostředky sestry nejčastěji řadily ochranné pásy a místnost určenou pro bezpečný pohyb pacientů, které také nejčastěji využívají. Sestry při péči o omezeného pacienta věnují více pozornosti fyzickým potřebám pacienta než psychickým. Dále jsme zjistili, že sestry nejsou příliš často seznamovány s danou problematikou po teoretické ani po praktické části, například pomocí přednášek či kurzů sebeobrany. Všechny informanti by ale více vzdělání v dané problematice uvítali.

Bakalářská práce může být využita jako studijní materiál pro sestry, které se s násilím ze strany pacientů setkávají a mohla by tak pomoci jeho předcházení.

7 Použitá literatura

1. LÁTALOVÁ, K. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.
2. PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., 2013. Náhlé situace v psychiatrii. In: PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, s. 767 - 795. ISBN 978-80-204-2798-4.
3. ZACHAROVÁ, E. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
4. SVOBODA, M. et al., 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
5. BĚHOUNEK, J., 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. Praha: Grada, s. 93-114. ISBN 978-80-247-4236-6.
6. NOVOTNÁ, B., 2014. Krize a krizová intervence. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. Praha: Grada, s. 143-149. ISBN 978-80-247-4236-6.
7. PETR, T., 2014. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním pacientům. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. Praha: Grada, s. 171-180. ISBN 978-80-247-4236-6.

8. PEKARA, J. 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-46-4.
9. PEKARA, J. 2017. *Fenomén násilí ve zdravotnictví*. *Urologie pro praxi*. 18(4), 143. ISSN 1213-1768.
10. ROCHE, M. et al., 2010. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. 42(1), 13-22. ISSN 15276546
11. LEPIEŠOVÁ, M. et al., 2012. Výskyt agresie pacientov voči sestram - psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. *Ošetrovateľstvo*. 2(1), 26-32. ISSN 1338-6263.
12. GURKOVÁ, E. et al., 2015. Agresia pacientov a pracovná spokojnosť sestier vo vybranom zdravotníckom zariadení v Rakúsku. *Ošetrovateľstvo*. 5(1), 6-12. ISSN 1338-6263.
13. DIMUNOVÁ, L. et al, 2019. Agresia pacientov voči sestram na psychiatrických pracoviskách. *Ošetrovateľstvo*. 9(1), 31-35. ISSN 1338-6263.
14. LIM, E. 2011. A systematic literature review: Managing the aftermath effects of patients' aggression and violence toward nurses. *Singapore Nursing Journal*. 38. 6-12. ISSN 0218-2475.
15. LEPIEŠOVÁ, M. 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 6(3), 306-312. ISSN 23363517.

16. MAGUROVÁ, D. et al., 2018. Násilie a agresia pri výkone povolania v zdravotníckych zariadeniach. *General Practitioner / Praktický Lékař*. 98(1), 31-35. ISSN 00326739.
17. SARROUILHE, D. 2019. Serotonin and human cancer: A critical view. *Biochimie*. 161, 46-50. ISSN 03009084.
18. KÄSTNER, N. et al., 2019. Brain serotonin deficiency affects female aggression. *Scientific Reports*. 9(1), 1-9. ISSN 20452322.
19. VOKURKA, M. et al., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
20. POKORNÝ, J. 2010. *Lékařská první pomoc*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-322-8.
21. MOSS, R., 2015. *Communication Skills of Novice Psychiatric Nurses with Aggressive Psychiatric Patients*. Minneapolis. Dissertation.
22. JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4295-3.
23. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
24. BREITHAUPT, F. et al., 2018. The bad things we do because of empathy. *Interdisciplinary Science Reviews*. 43(2), 166-174. ISSN 03080188

25. DEMSHAR J., 2015. I'm a Nurse ... I Didn't Sign Up for This! De-escalating the Aggressive and Violent Patient. *The Florida Nurse*. 63 (3), 8. ISSN 00154199
26. CUMMINGS, J. et al., 2015. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International psychogeriatrics*. 27(1), 7-17. ISSN 10416102
27. BALDAÇARA, L. et al., 2019. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 41(4), 324-335. ISSN 15164446.
28. ALMEIDA, C. et al., 2017. Rapid Tranquilization for Psychiatric Patients with Psychomotor Agitation: What is Known About it? *Psychiatric Quarterly*. 88(4), 885-895. ISSN 00332720.
29. Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011 [online]. *Zákony pro lidi. cz* [cit. 2020-01-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
30. PUDIL, R., 2017. Cardiotoxicity – basic terms and mechanisms. *Kardiologicka Revue*. 19(1), 7 - 10. ISSN 18018653.
31. STRÝČEK, O. et al., 2018. Nová definice status epilepticus a možnosti jeho farmakologické léčby. *Anaesthesiology*. 29(4), 207-216. ISSN 12142158.

32. ČERNÝ V., 2016. Praktická doporučení pro prevenci, diagnostiku a léčbu respirační deprese vzniklé v souvislosti s neuroaxiálně podanými opioidy. *Anaesthesiology*. 27(2), 123-125. ISSN 12142158.
33. DICKENS, G., 2013. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*. 22(6), 532-544. ISSN 14458330
34. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
35. LEDEREROVÁ, K., 2014. *Komunikace ve zdravotnictví*. Zdravotnictví a medicína [online]. Praha: Mladá fronta, [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>
36. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
37. VÍT, M. et al, 2012. *Základy osobní sebeobrany*. Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity [online]. Brno: Masarykova univerzita, [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/index.html>
38. URBANOVÁ, L., 2016. Sebeobrana či sebeochrana pomáhá ochránit zdraví a bezpečí záchranářů při zásahu [online]. Olomoucký kraj: Modrá hvězda života, [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <http://modrahvezdazivota.cz/2016/07/11/sebeobrana-ci-sebeochrana-pomaha-ochranit-zdravi-a-bezpeci-zachranaru-pri-zasahu/>

39. BARTÁK, J., © 2008-2018. Krav maga – bezpečná sebeobrana pro zdravotníky [online]. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [cit. 2020-03-09]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/novinky/2016/krav-maga-bezpecna-sebeobrana-pro-zdravotniky-clanek>
40. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 4/2018. Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta.

8 Seznam zkratk

SZŠ – Střední odborná zdravotnická škola

VOŠ – Vyšší odborná škola

TEN – tromboembolická nemoc

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam otázek k rozhovoru

Příloha č. 1: Seznam otázek k rozhovoru.

Identifikační údaje

1. Kde pracujete?
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru?

Násilí ze strany pacientů

5. Kolikrát za svoji praxi jste se setkal/a s agresí ze strany pacienta?
6. Setkáváte se častěji se slovní nebo s fyzickou agresí?
7. Jaké jsou vaše zkušenosti se slovní agresí ze strany pacientů?
Jak jste v takovýchto situacích postupoval/a?
8. Jaké jsou vaše zkušenosti s fyzickou agresí ze strany pacientů?
Jak jste v takovýchto situacích postupoval/a?
9. Jaký byl důvod agresivního chování pacienta?
10. Jak jste se cítil/a po zkušenosti s agresivním pacientem?
11. Jaké jsou zásady péče o agresivního pacienta?
12. Jak správně komunikovat s agresivním pacientem?

Omezovací prostředky

13. Co považujete za omezovací prostředky?
14. Použil/a jste někdy omezovací prostředky?
Odpověď: ANO
15. Jaké omezovací prostředky využíváte na Vašem oddělení?
16. V jakých situacích jste použil/a omezovací prostředky?
17. Jak jste pečoval/a o pacienta omezeného ve volném pohybu?
Odpověď: NE
- 14) V jakých situacích byste omezovací prostředky použil/a?
- 15) Jak byste pečoval/a o pacienta omezeného ve volném pohybu?

Informovanost o dané problematice

18. Seznámil Vás zaměstnavatel nějakým způsobem s násilím ze strany pacientů po teoretické stránce, například pomocí přednášek?

Odpověď ANO

19. Byli pro Vás informace ohledně péče o agresivního pacienta přínosem?

20. Využil/a jste získané informace v péči o agresivního pacienta?

Odpověď NE

19) Myslíte si, že by pro Vás přednášky ohledně násilí ze strany pacienta byli přínosné?

21. Absolvoval/a jste nějaké kurzy sebeobrany?

Odpověď ANO

22. Byl pro Vás kurz sebeobrany přínosem?

23. Využil/a jste prvky z kurzu sebeobrany v péči o agresivního pacienta?

Odpověď NE

22) Myslíte si, že by pro Vás byl kurz sebeobrany přínosem?