



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Bezpečnost sester na traumatologických ambulancích

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Kateřina Kliková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D., MBA

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **„Bezpečnost sester na traumatologických ambulancích“** jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne: 7. 8. 2024

.....

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych velmi ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce, kterým byl Mgr. František Dolák, Ph.D., MBA, za jeho ochotu, trpělivost a konstruktivní připomínky během zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kolegům zdravotníkům, kteří si našli čas a trpělivost k vyplnění dotazníku.

Bezpečnost sester na traumatologických ambulancích

Abstrakt

Tato práce zkoumá roli všeobecných sester v traumacentrech a jejich zkušenosti s agresí i násilím ve sféře zdravotnictví. Je zde zjišťován současný stav profese, včetně specifických výzev, jimž čelí všeobecné sestry, a to jak z hlediska psychického, tak fyzického zatížení. Dále jsou diskutovány kompetence potřebné pro všeobecnou praxi zdravotních sester a pocit bezpečí mezi sestrami. Práce se zabývá různými aspekty agrese, včetně jejích příčin, typů a varovných signálů. Také zkoumá konflikty mezi všeobecnými sestrami a pacienty, zejména na pohotovostních odděleních, a strategie pro řešení konfliktů i komunikaci s agresivními pacienty. Navíc se zabývá napadením zdravotnického personálu, včetně poskytované pomoci po útoku, hlášení nežádoucích událostí, sebeobrany, možností ochrany personálu a prevence násilí.

V rámci této práce je proveden jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkum. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na zkušenosti sester s agresí a násilím na pracovišti, ale i jejich postřehy ohledně bezpečnosti. Kvantitativní výzkum se zabývá analýzou kvantitativních dat o pocitech bezpečí a zkušenostech sester se situacemi, v nichž dochází k agresivnímu chování. V diskuzi jsou zhodnoceny výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu, závěr pak shrnuje klíčové poznatky a doporučení pro praxi.

I přesto, že nelze vždy předejít agresivnímu chování, existují opatření a strategie, které mohou významně snížit riziko násilných incidentů. Zásadní zde je poskytování vhodné podpory, školení v oblasti komunikace, ale také i vytváření bezpečného pracovního prostředí. Je potřeba, aby zaměstnavatelé investovali do preventivních opatření, ale aby zároveň pravidelně posuzovali jejich účinnost a reagovali na potřeby svých zaměstnanců. Je na místě také zajistit dostupnost relevantních školení a kurzů pro zaměstnance k získání potřebných znalostí pro řešení náročných situací.

Práce přináší ucelený pohled na problematiku agresivního chování ve zdravotnictví a přispívá k diskusi o bezpečnosti i ochraně zdravotnického personálu. Je potřeba neustále zdokonalovat strategie a opatření pro prevenci agresivního chování a zajištění bezpečného pracovního prostředí pro všechny zaměstnance.

Klíčová slova

Agrese; konflikt; násilí; sebeobrana; traumatologické centrum

Safety of nurses in trauma clinics

Abstract

This thesis explores the role of general nurses in trauma centres and their experiences of aggression and violence in the healthcare sphere. The current state of the profession is explored, including the specific challenges faced by general nurses, both in terms of psychological and physical strain. Furthermore, the competencies needed for general practice nurses and the sense of safety among nurses are discussed. The paper discusses various aspects of aggression, including its causes, types and warning signs. It also examines conflicts between general nurses and patients, particularly in emergency departments, and strategies for conflict resolution as well as communication with aggressive patients. In addition, it examines assaults on healthcare personnel, including assistance provided after an assault, reporting adverse events, self-defense, options for protecting staff, and violence prevention.

Both qualitative and quantitative research is conducted in this thesis. The qualitative research focuses on nurses' experiences of aggression and violence in the workplace, as well as their perceptions of safety. Quantitative research is concerned with analysing quantitative data on nurses' feelings of safety and experiences of situations in which aggressive behaviour occurs. The discussion reviews the results of the qualitative and quantitative research, and the conclusion summarizes key findings and recommendations for practice.

Although aggressive behaviour cannot always be prevented, there are measures and strategies that can significantly reduce the risk of violent incidents. Providing appropriate support, communication training, as well as creating a safe working environment are essential. There is a need for employers to invest in preventive measures, but also to regularly assess their effectiveness and respond to the needs of their employees. It is also appropriate to ensure that relevant training and courses are available for employees to acquire the necessary knowledge to deal with difficult situations.

The work provides a comprehensive view of the issue of aggressive behaviour in healthcare and contributes to the discussion on the safety and protection of healthcare

staff. There is a need for continuous improvement of strategies and measures to prevent aggressive behaviour and to ensure a safe working environment for all staff.

Key Words

Aggression; conflict; self-defense; trauma center; violence

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část	10
1.1 Všeobecná sestra a specifika její práce.....	10
1.1.1 Role všeobecné sestry	10
1.1.2 Specifika práce všeobecné sestry	11
1.1.3 Kompetence všeobecné sestry	15
1.1.4 Pocit bezpečí sester	16
1.2 Násilí a agrese ve zdravotnictví	16
1.2.1 Agrese a agresivita.....	17
1.2.2 Příčiny agresivity	18
1.2.3 Druhy agresivity	19
1.2.4 Agresivní chování a varovné signály	20
1.2.5 Příčiny konfliktů a agrese ve zdravotnictví	21
1.3 Konflikty sester s pacienty.....	23
1.3.1 Konfliktní pacient	24
1.3.2 Agresivita pacienta na urgentním příjmu.....	25
1.3.3 Strategie při řešení konfliktu.....	26
1.3.4 Zásady jednání s agresivním pacientem	28
1.3.5 Komunikace s agresivním pacientem	28
1.4 Napadení zdravotnického personálu.....	30
1.4.1 Pomoc po napadení pacientem	30
1.4.2 Hlášení nežádoucích událostí.....	31
1.4.3 Sebeobrana.....	32
1.4.4 Možnosti ochrany pro personál.....	33
1.4.5 Prevence násilí	34
2 Cíl práce	36
2.1 Cíl práce.....	36

2.2	Hypotézy	36
3	Metodika	37
3.1	Kvalitativní výzkum	37
3.1.1	Metoda sběru dat.....	37
3.1.2	Etika výzkumu	38
3.1.3	Výzkumný soubor.....	38
3.1.4	Metoda zpracování výsledků	39
3.2	Kvantitativní výzkum	40
3.2.1	Metoda sběru dat.....	40
3.2.2	Etika výzkumu	40
3.2.3	Výzkumný soubor.....	41
3.2.4	Metoda zpracování výsledků	43
4	Výsledky výzkumného šetření	44
4.1	Vyhodnocení a výsledky kvalitativního výzkumu.....	44
4.1.1	Kategorie: Druh a specifika napadení.....	45
4.1.2	Kategorie: Pocity sester při útoku a po útoku.....	48
4.1.3	Kategorie: Školení a využívané strategie.....	50
4.1.4	Kategorie: Současné pocity bezpečí/ohrožení a případná doporučení ...	52
4.1.5	Shrnutí výsledků	58
4.2	Výsledky a vyhodnocení kvantitativního výzkumu.....	59
4.3	Vyhodnocení hypotéz	73
5	Diskuse	77
	Závěr.....	89
	Seznam použité literatury.....	90
	Seznam grafů, tabulek a příloh.....	97

Úvod

Tato diplomová práce se věnuje bezpečnosti sester, a to na vybraných traumatologických ambulancích. Bezpečnost sester je velmi důležitým tématem, protože počet agresivních pacientů je stále vysoký. Agresivní může být pacient s poruchou chování, ale také pacient zklamaný diagnózou a omezenými možnostmi léčby, také si může na sestře vybíjet svou frustraci.

Sester je nejen v České republice nedostatek, slouží dlouhé i noční směny, mívají mnoho přesčasů, nemají dostatek času na svůj soukromý život a cítí se mnohdy nedocenené a ve stresu. Po agresivním chování ze strany pacientů, které se v současnosti bohužel vyskytuje stále častěji, tak může všeobecná sestra zažívat další tlak, stres, dokonce se může rozhodnout ukončit kariéru. Některá napadení ze strany pacientů mohou na psychiku sester dlouhodobě negativně působit. Je proto velmi důležité věnovat se tomuto tématu, zejména možnostem prevence.

Teoretická část práce představí hlavní specifika této profese, fyzickou i psychickou zátěž sester. Definovány budou také oblasti agrese a násilí, varovné signály agrese. Zmíněny budou také konflikty sester s pacienty, možnosti řešení konfliktů a způsoby vhodné komunikace s agresivním pacientem. V teoretické části bude také upřesněno, jaký postup se používá v případě napadení zdravotnického personálu pacientem, jaké jsou možnosti ochrany personálu a jaká existuje možná prevence.

Praktická část práce se skládá ze dvou výzkumů – tím prvním je kvalitativní výzkum. Tato část využívá polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, tedy praktickými i všeobecnými sestrami, které pracují v traumatologických ambulancích. U respondentů zjišťujeme, zda se někdy setkali nebo setkávají s agresí ze strany pacientů, jak takové útoky probíhaly a jakými strategiemi se je snažili zvládnout. Zjišťujeme také, zda se sestry cítí v práci bezpečně a zda absolvovaly školení na zvládnání útoků ze strany pacientů. Zároveň budeme zjišťovat, jaké jsou zkušenosti sester traumatologické ambulance s násilným či nevhodným chováním ze strany pacientů, a po konzultaci s managementem oddělení navrheme doporučení pro praxi.

Hlavním cílem práce je analyzovat zkušenosti sester v traumatologických ambulancích s agresí ze strany pacientů a následně stanovit návrh doporučení pro praxi.

1 Teoretická část

1.1 Všeobecná sestra a specifika její práce

Všeobecná sestra je zdravotnický pracovník, který hraje klíčovou roli v poskytování kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče. Její práce zahrnuje širokou škálu činností a vyžaduje vysokou úroveň odborných znalostí, dovedností a osobních kvalit, jak je rozvedeno v této kapitole.

1.1.1 Role všeobecné sestry

Profesní role sestry se mění v průběhu času, mění se také v závislosti na dané kultuře. Roli sestry nelze zcela jednoznačně a jedinou definicí přesně vymežit, jelikož práce sestry je velmi různorodá a stále se měnící v reakci na proměnu společnosti. K základním rolím v sesterské profesi nicméně můžeme řadit nejen roli ošetrovatelky, ale také edukátorky a poradkyně, komunikátorky, manažerky, týmové hráčky. K těmto mnoha rolím se v poslední době také řadí role výzkumnice. V souvislosti s rolí sestry velmi úzce souvisí její kompetence, kterým se ještě v práci budeme věnovat (Špirudová, 2015, s. 8).

Zahraniční autor Nadzam (2009, s. 184) doplňuje, že ať už je role sestry jakákoliv, ať už směřuje k pacientovi, ke kolegům nebo k vedení, vždy musí obsahovat efektivní komunikaci a schopnost týmové spolupráce.

V průběhu jedné směny dochází mezi sestrou a mnoha dalšími účastníky k bezpočtu interakcí, které vyžadují včasné sdílení informací i přesnou a efektivní komunikaci. Sestra – ošetrovatelka, poradkyně, mentorka, manažerka nebo týmová hráčka – vždy musí efektivně komunikovat (Nadzam, 2009, s. 184).

Všeobecné sestry mají významnou roli v zajištění kvality péče a bezpečnosti pacientů, výrazně také mohou přispět k prevenci. Důležitá je také role sester v propagaci zdravého životního stylu, zdravotní gramotnosti. Jsou také označovány za „efektivní praktikantky“, jakési zdravotní trenérky, a jejich role spočívá jak v komunikaci s pacienty, tak i jejich rodinami. Důležitá je role sestry jak v každodenní péči o pacienta, tak z dlouhodobějšího pohledu. Sestry přispívají k dosahování zdraví i blahobytu populace a mají zásadní roli také v případě řešení mimořádných událostí, katastrof a epidemií, jak například ukázala také pandemie covidu-19 (World Health Organization, 2020, s. 12–13).

1.1.2 Specifika práce všeobecné sestry

Práce všeobecné sestry je zcela odlišná od ostatních profesí, a to především tím, že významnou roli hraje zdraví, potažmo život pacienta. Mezi specifika této práce lze tedy zařadit skutečnost, že zdraví není zboží. Tato skutečnost by měla všeobecným sestrám a lékařům posloužit jako filozofický základ v přístupu k jejich práci. Tato myšlenka je základem práce v oblasti zdravotnictví. Další specifikum této práce je, že oblast zdravotnictví představuje výskyt mnoha etických dilemat. Jako problém vedoucích pracovníků lze vidět zvyšující se náklady na potřebná zařízení, která znemožňují poskytovat stejnou péči plošně všem pacientům. To s sebou přináší mnohá etická dilemata, která souvisejí s rozhodováním lékařů i dalších pracovníků v oblasti zdravotnictví (Hekelová, 2012, s. 9).

Příkladem této problematiky je zdravotnická etika, která se řídí určitými zásadami. Ty se vztahují jak na pacienta, tak také na zdravotníka. Týkají se skutečnosti, že člověk nemůže v nemocnici ztratit svoji důstojnost. Taktéž je člověk lidská bytost a nemůže být považován za prostředek k dosažení jiného cíle. Též je třeba si uvědomit, že blaho a zájmy člověka jsou vždy nadřazeny zájmům vědy a společnosti. Zásadní dilema dále může představovat skutečnost, že je třeba člověka vždy respektovat v jeho celostnosti (Munzarová, 2005, in: Ondriová, 2021, s. 13).

Hekelová (2012, s. 10) dále zmiňuje působení ekonomicko-společensko-politických tlaků jako specifikum práce ve zdravotnictví. Všeobecná sestra se tak potýká se čtyřmi základními oblastmi: kvalitou, dostupností, rovností a profitabilitou. Opět vzniká dilema pro zainteresované subjekty. Jejich zájmy bývají často zcela protichůdné. To celou situaci komplikuje. V tomto případě jde především o problémy manažerské pozice, což znamená, že se s nimi mohou potýkat také vrchní sestry, následně pak i sestry na všech odděleních.

Jinak řečeno, oblast zdravotnictví vyžaduje, stejně jako jiné oblasti, tvorbu vhodné organizační struktury, zavedení plánovacích postupů, vytvoření vhodných motivačních nástrojů a kontrolních aktivit (Synek a Kislingerová, 2010, s. 403).

Ondriová a Fertaľová (2021, s. 14) tuto skutečnost potvrzují, když uvádějí, že zdravotnictví 21. století čelí stále se zvyšujícím nárokům ze strany vlády, pacientů, zdravotnických organizací, ale také rozvíjející se vědy.

Jako další specifikum práce ve zdravotnictví lze vidět nejasná pravidla této profese a celkově oblasti zdravotnictví. Právě obor zdravotnictví v poslední době zažívá nejvíce

změn. Neustále dochází ke společenským změnám, především v oblasti zdravotních reforem. Tím se znatelně zvyšuje nejistota a typická je absence závazných pravidel. Tyto skutečnosti znesnadňují jakékoliv plánování a strategický přístup vedoucích pracovníků ve zdravotnictví. Příkladem je standardní a nadstandardní péče, která má na práci zdravotních sester přímý vliv (Hekelová, 2012, s. 11).

Zdravotnictví, a tedy také práci všeobecných sester, je možné považovat za specifický typ služby, protože je zde řešen lidský život člověka. To zvyšuje míru zodpovědnosti všech zdravotnických pracovníků. Další důležitou součástí práce všeobecných sester je, že dochází k častému hodnocení kvality péče o pacienty. V rámci anketních šetření jsou definovány žebříčky spokojenosti pacientů v daných zařízeních. Hodnocena je především míra jejich spokojenosti po stránce vhodné komunikace, která je vedena s pacienty, ale také objednáci a čekací lhůty i obslužnosti zdravotnického zařízení. Tou se rozumí přístupnost zařízení, lékárna v blízkosti či počet a dostupnost parkovacích míst. Hodnocena je též čistota zařízení, nebo i například kvalita stravy. Naopak kvalita poskytovaných služeb je z pohledu pacientů jen těžko hodnotitelná (Hekelová, 2012, s. 12).

Práce ve zdravotnictví je dále specifická tím, že na místech všeobecných sester jsou především ženy. Pracuje zde asi 99 % žen, a tak lze hovořit o chybějícím mužském prvku na pracovišti. Ženy bývají často emotivnější, což se projevuje při komunikaci s kolegy i pacienty, ale také při řešení problémů, konfliktů, či při zvýšené zátěži. Dalším charakteristickým rysem práce všeobecných sester je, že jsou zvýšené nároky na různé typy komunikace. Zdravotničtí zaměstnanci v práci komunikují v podstatě neustále. Tato oblast však vyžaduje komunikaci velice opatrnou a zkušenou. Na druhé straně komunikace totiž stojí pacienti, kteří jsou obvykle nemocní, trpí bolestmi, tudíž mohou být nervózní, nebo mohou mít strach. Jde tedy o specifikum, které se v jiných oborech neobjevuje. Celou situaci doprovází skutečnost, že do kontaktu vstupují také rodinní příslušníci, kteří se do komunikace rovněž zapojují (Hekelová, 2012, s. 12).

Vévoda (2013, s. 65) uvádí, že v podmínkách české praxe komunikace ve zdravotnictví s největší pravděpodobností představuje nejslabší místo. Autor současně dodává, že málokterý pacient dokáže posoudit odbornost zdravotnických pracovníků. Téměř každý pacient však dokáže posoudit komunikační stránku mezi ním a zdravotnickým personálem. Tím zcela potvrzuje předchozí text, že pacienti hodnotí v oblasti zdravotnictví jiné aspekty nežli odbornost zdravotnického personálu.

Autor též uvádí, že prostor, kde se mohou objevovat nedorozumění, konflikty a komunikační šумы, je skutečně velký. Komunikace je totiž přítomna při každém setkání sestry s pacientem. Od všeobecné sestry se proto očekává efektivní komunikace s pacientem. Pouze vhodná komunikace umožňuje partnerskou spolupráci pacienta na léčbě. Na komunikaci je v oblasti zdravotnictví proto kladen značný důraz (Vévoda, 2013, s. 65).

Neméně významným specifickým prvkem práce všeobecných sester i ostatních zdravotníků je zvýšená míra stresu na pracovišti, ale také riziko syndromu vyhoření. Míra stresové zátěže se v oboru zdravotnictví považuje obecně za velmi vysokou. Taktéž je známo, že pracovníci zdravotnického oboru obvykle nechávají řešení až na poslední chvíli, protože mají pocit, že potenciální pomoc je nablízku (Hekelová, 2012, s. 12).

Obecně je možné hovořit o náročné práci všeobecných sester. Za ochranu před syndromem vyhoření je možné považovat dobrou motivaci k práci, duševní vyspělost, zralost a systematické vzdělávání v oblasti odbornosti, ale také morálky a etiky. Důležitou roli hrají zájmové aktivity a schopnost jedince odpočívat (Zadák a Havel, 2017, s. 26).

Kromě zmíněných specifických prvků do této oblasti podle Nešpora (2007, in: Takács et al. 2015, s. 179) patří také kontakt s tabuizovanými tématy lidské společnosti, kontakt s negativními emocemi pacientů, velká morální a právní odpovědnost, nutnost rozhodovat při neúplných informacích, náročný životní styl, konflikt rolí, riziko profesionálního selhání či hrozící zdravotní rizika.

❖ **Psychická zátěž**

Lékař bývá pro pacienta zpravidla tou nejdůležitější osobou, na kterou se obrací. Naopak je ale všeobecná sestra tou, která je často pacientovi ze zdravotnického personálu nejbližší. Zdravotní sestra se nachází mezi lékařovými požadavky a pacientovým přáním. Nároky na ni kladené jsou vysoké. Očekává se od ní profesionalita a odbornost, pozitivní naladění, empatie, pochopení. Zdravotní sestra by měla umět navodit atmosféru důvěry, umět poradit za každé situace. Všeobecná sestra musí také kromě velmi efektivní komunikace umět rozeznat reakce pacienta, i ty neverbální, a umět je správně vyhodnotit (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 122).

Psychická zátěž představuje proces psychického zpracování požadavků okolního prostředí a vyrovnávání se s nimi. Je to jistý způsob adaptace na okolní změny. Pro sestry je v práci psychická zátěž velmi významným rizikovým faktorem. Pokud je psychická zátěž dlouhodobá, může u sester docházet k poruchám v oblasti mentálního i fyzického

zdraví. Psychickou zátěž může způsobovat přetížení sester, časový tlak, vysoké nároky na ně kladené, konflikty na pracovišti, agresivní pacienti, riziko ohrožení vlastního zdraví a mnohé další (Vévoda, 2013, s. 88).

Psychická zátěž bývá zpravidla spojena se stresem, který má negativní vliv na kardiovaskulární, imunitní i svalový systém, dýchání nebo spánek. Stres je pak spouštěčem mnoha dalších nemocí. Vyrovnávání se se stresem může být obtížné, zvláště když na jedince stresové faktory působí nepřetržitě a intenzivně. Existují však jisté strategie, jejichž základy by měl znát každý člověk. V práci sester, kde je stresových faktorů mnoho, je tato znalost zvláště důležitá. Pro zvládnání psychické zátěže lze využívat hledání sociální opory, tedy někoho, kdo by sestře poradil a pomohl, nebo také různé techniky a způsoby sebeovládání, například dechová cvičení. Další strategií může být distancování se od vnějších vlivů, snaha „utéct“ ze stresové situace, například podáním výpovědi, a mnohé další (Křivohlavý, 2010, s. 26, 30).

❖ Fyzická zátěž sestry

S psychickou zátěží se do jisté míry potýkají všechny sestry pracující napříč různými zařízeními a odděleními. Fyzická zátěž se týká zejména sester na lůžkových odděleních. Úroveň fyzické zátěže pak záleží nejen na konkrétním typu oddělení, ale také na zdravotním stavu pacientů i jejich věkových skupinách. Například jiná fyzická zátěž se týká sestry u dětských pacientů, jiná u seniorů. Důležité také je, zda jsou pacienti imobilní. Kromě manipulace s pacienty však sestry vykonávají také jiné činnosti s fyzickou zátěží, ať už jde o stlaní postelí, manipulaci s prádlem nebo se zdravotnickým materiálem (Vévoda, 2013, s. 86).

Výzkumy Špirudové a Mastiliakové (2014, s. 9–16) prokázaly souvislost mezi fyzickou zátěží v profesi sestry a syndromem vyhoření.

Čím více se zvyšuje fyzická zátěž, tím je mezi zdravotními sestrami vyšší i míra vyhoření (Špirudová, 2015, s. 36). Taktéž bylo prokázáno, že se stoupající fyzickou zátěží stoupá i psychická zátěž zdravotních sester. Tato skutečnost se týká především intervenčních pracovišť (Mazalová et al., 2018, s. 40).

Snížování fyzické zátěže je možné zajistit dostatečným počtem zdravotnického personálu, což je ovšem v současnosti velký problém. Snížení fyzické zátěže pak napomůže také dostatek kvalitních pomůcek pro manipulaci s pacienty nebo těžkými věcmi, odstraňování případných bariér a optimální prostorové řešení. Důležitý je také kvalitní nácvik správných ošetrovatelských postupů v péči o pacienty (Vévoda, 2013, s. 87).

1.1.3 Kompetence všeobecné sestry

Oblast kompetencí ve zdravotnických profesích je v posledních letech mezi odborníky výrazně diskutována. Kompetence sester je ale v literatuře nejednotně chápáný pojem. Kompetence jsou často používány jako synonymum ke způsobilosti, schopnosti, kvalifikaci či zručnosti apod. V literatuře se můžeme setkat s definováním kompetencí jako komplexem činností charakteristických svým vynikajícím výkonem v některé z oblastí. Kompetence může být v českém prostředí chápána jako způsobilosti či pravomoc k vykonávání určité činnosti. K definovanému pojmu existují tři přístupy, a to behaviorální, generický a celostní či komplexní. Behaviorální přístup bývá často používán například v Evropě a vztahuje kompetence k výkonu povolání, jako chování, které lze sledovat a hodnotit. Generický přístup je širší. Chápe kompetence jako základní charakteristiky dané osoby související s výkonem její profese, jež zahrnují například také kritické myšlení nebo vědomosti. Celostní přístup pak integruje vědomosti, postoje, zručnosti i měnící se kontext, ve kterém jsou aplikovány (Vörösová et al., 2015, s. 9–10).

Jiné zdroje (Jamison a Lis, 2014) doplňují, že kompetencemi je myšleno získání příslušných a pro danou profesi vyžadovaných znalostí a dovedností, ale také schopnost je vhodně aplikovat v praxi i v daném kontextu.

Dále zdroje uvádí, že zdravotní péče se mění působením výrazných vlivů, jako jsou stárnutí populace, měnící se struktura různých onemocnění a další. V souladu s tím se mění také systémy zdravotní péče a nároky na zdravotní péči kladené. Sestry tedy musí poskytovat komplexní péči, která vyhovuje různorodým potřebám pacientů. Od sester se očekává, že převezmou profesionální odpovědnost za nepřetržité poskytování péče, navíc musí zdokonalovat své kompetence a využívat je ve své praxi. Kompetence jsou zde definovány dvojím způsobem, a to jednak jako dovednosti a znalosti získané učením, schopnosti získané zkušeností, jednak coby motivace využívat tyto znalosti i schopnosti v praxi (Fukada, 2018).

Kompetence sester jsou natolik široká oblast, že je vhodné je dále rozdělit. Například podle oboru, kterým se všeobecná sestra zabývá, existují kompetence sester v intenzivní péči, kompetence k hojení ran apod. Další kompetence zase mají všeobecné sestry v ošetřovatelské edukaci, kdy dochází k interakci sestry a pacienta za účelem dosažení cíle ošetřovatelského procesu a edukace pacienta. V případě kompetencí zdravotní sestry v ošetřovatelské edukaci mohou být kompetence projektové, realizační, reflexivní. Projektovými kompetencemi jsou myšleny činnosti spojené s přípravou edukačního

procesu pacienta, kdy sestra využívá teoretické odborné znalosti, srozumitelně formuluje doporučení. Realizační kompetence zahrnuje v této interakci s pacientem především schopnosti efektivní komunikace, rozpoznání verbálních i neverbálních signálů, vytváření pozitivní atmosféry apod. Reflexivní kompetence by měla sestra mít proto, aby byla úspěšná a dosahovala sebepoznání, mohla se dále rozvíjet (Kuberová, 2010, s. 78–83).

Všeobecné sestry se tedy potýkají s řadou výzev, od nedostatku personálu a nedostatku času na pacienty, přes fyzickou a psychickou zátěž, až po vysoké nároky na ně kladené. Všeobecná sestra by měla mít jisté charakteristiky, jako jsou empatie, schopnost efektivní komunikace, týmovost a podobně, ale musí také flexibilně reagovat na další výzvy a měnící se společnost. Následující kapitola se bude věnovat druhé důležité oblasti pro tuto práci, a to oblasti násilí a agrese, zejména ve vztahu sester s pacienty.

1.1.4 Pocit bezpečí sester

Potřeba bezpečí a jistoty patří v Maslowově pyramidě potřeb k těm základním, společně s potřebami fyziologickými. Potřeba bezpečí a jistoty se projevuje ve vyhýbání se neznámým, neobvyklým, hroživým situacím (Šupšáková, 2017, s. 152).

Potřeba bezpečí a jistoty se vyvíjí u každého člověka už od narození. Původně je tato potřeba uspokojována matkou i jinými členy rodiny, zejména prostřednictvím fyzického doteku, pocitu tepla, známých tváří apod. S přibývajícím věkem získává potřeba bezpečí jinou podobu (Honzák a Novotná, 2006, s. 44–45).

Pocit bezpečí je důležitý i v dospělosti, a to jak v osobním, tak profesním životě. Sestry, které se setkávají s mnoha různými pacienty, pak mohou pociťovat ohrožení. Zdravotní sestra se může setkávat také s agresivními pacienty, což je skutečnost, kterou nemůže ovlivnit. Co ovšem ovlivnit může, jsou její reakce a zajištění takového vývoje situace s agresivním pacientem, který jí umožní podpořit svůj i pacientův pocit bezpečí. Možnostem jednání s agresivním pacientem se věnuje následující kapitola, nicméně při komunikaci s agresivním pacientem musí sestra dbát jak na svůj pocit bezpečí, tak na bezpečí pacienta, ostatních pacientů i personálu, teprve poté až na případnou ochranu zařízení (Marková et al., 2006, s. 110).

1.2 Násilí a agrese ve zdravotnictví

Násilí a agrese ve zdravotnictví jsou bohužel poměrně rozšířeným problémem, který má negativní dopad na zdravotnický personál i pacienty. Tato agrese má různé

příčiny a druhy. Z tohoto důvodu je nezbytné zajistit bezpečné pracovní prostředí a poskytnout zdravotníkům podporu a pomoc, jak popisuje tato práce.

1.2.1 Agrese a agresivita

Agresivita je termín pocházející z latinského *aggressivus* ve smyslu *útočný*. Agresivitou je myšlen jistý postoj či vnitřní připravenost k agresi. Agresivita je také charakterizována jako jedna z osobnostních charakteristik, kterou má v menší či ve větší míře každý jedinec, ale také jako dispozice k agresivnímu chování. Lidé s vyšší mírou agrese mívají větší sklony ke vztahovačnosti a k urážlivosti (Martínek, 2015, s. 11).

Všeobecně uznávaná a přijatá definice agresivity neexistuje, přesto je možné agresivní chování definovat také jako porušení sociálních norem, tedy jako chování, které narušuje sociální normy a omezuje práva i integritu sociálního okolí. Z pohledu sociální patologie lze hovořit o chování, ve kterém je možné pozorovat epizodické chování s různou latencí. Agresivita může znamenat jeden ze symptomů konkrétní poruchy. Agresivitou se obecně označuje tendence k útočnému a násilnému jednání vůči jiné osobě nebo okolí (Fischer a Škoda, 2014, s. 48).

Agrese je pak již konkrétním chováním, které navazuje na agresivitu jako myšlenku či postoj. Agrese je tedy vyjádření agresivity určitým jednáním, jehož cílem je poškodit či zničit někoho či něco jiného. Jedná se jak o fyzické, tak verbální jednání s cílem poškodit či ublížit. Jedna z definic také agresi charakterizuje jako nepřátelské, destruktivní či zraňující jednání, způsobené často frustrací. Agrese může být projevována jak individuálně, tak kolektivně. Součástí agresivity je vždy úmysl, neboť pokud například k poškození věci či osoby dojde neúmyslně, například následkem nehody, nejedná se o agresi (Látalová, 2013, s. 10, 16).

Agrese může být projevována v několika formách, buď jako nepřátelství, jako verbální agrese, nebo jako brachiální agrese. Nepřátelství je prvním stupněm agresivity, kdy je z pacientova chování agrese patrná, ale nijak se nestupňuje, je „mírná“. Druhý stupeň představuje agresi verbální, kdy pacient zdravotníka uráží, ať už například přes telefon, či v osobní interakci. Třetí stupeň představuje brachiální agresi, kdy pacient fyzicky zdravotníka napadá (Plevová a Zoubková, 2021, s. 20).

Látalová (2013, s. 19) doplňuje, že agresivita může být také impulzivní (neplánovaná, reakce na akutní stav), psychotická (například v rámci halucinace nebo při paranoidních bludech) či instrumentální (plánovaná, s cílem uspokojení určité potřeby agrese). U pacientů se může objevovat jakýkoliv z uvedených typů agrese.

Jandourek (2012, s. 17) ze sociologického pohledu doplňuje, že bez určité míry agresivity by člověk ve společnosti vůbec nemohl existovat. Jedná se o vlastnost, která je do jisté míry chápána jako vlastní živým organismům. Příkladem je, že bez menší dávky agresivity by člověk například nebyl schopen vystoupit z přeplněné tramvaje. Je třeba zmínit, že agresivita nutně nemusí vyústit v agresi. Obvykle k takovému vyústění dochází až ve chvíli, kdy nastanou větší nebo menší dráždivé podněty. Teprve poté dochází k agresivnímu aktu. Stupeň agresivity je podmíněn vnitřními faktory, například hladinou hormonů, nebo je založen na předchozích zkušenostech člověka.

Je vhodné zmínit, že násilí neboli violence bývá často s pojmem agresivita zaměňováno. Pojem *násilí* se užívá pouze pro lidské chování a jednání. Termín *násilí* je tradičně využíván v sociologii i ve forezních disciplínách. Přírodní vědy však tradičně používají pojmy *agrese* a *agresivita* (Fischer a Škoda, 2014, s. 48).

1.2.2 Příčiny agresivity

Agresivita má různé příčiny, často se jednotlivé podněty i vlivy kombinují. Agresivita může být do jisté míry geneticky podmíněna, vliv na ni mají také zneužívání či traumatizující zážitky v dětství, později se přidávají faktory jako nízká úroveň vzdělání, nízký socioekonomický status a další. Etiologie agresivního chování je velmi heterogenní. Jednotlivé vlivy na sebe vzájemně působí, ať už jsou to vlivy politické, společenské, zdravotní, psychologické, ekonomické a další (Látalová, 2013, s. 19, 27).

Martínek (2015, s. 11) uvádí, že genetické faktory často způsobují až 60 % míry agresivity. Jestliže se jedinec chová extrémně agresivně, pak důvodem často bývá agrese v primární rodině.

Andršová (2012, s. 78) řadí k častým příčinám agresivity pacientů frustraci, bolest, bezmoc a strach, pocit ohrožení či zklamání, pocit křivdy, zesměšňování, velkou zátěž (například příliš mnoho procedur). Pacient může být agresivní také z důvodu psychických poruch nebo vlivem užití návykových látek. Navíc agresivní nemusí být pouze pacient, ale také jeho doprovod, rodina.

Bylo zmíněno, že skutečné příčiny agresivního chování jsou velice pestré a heterogenní. Proto platí, že jsou multifaktoriálně podmíněny, tedy důležitou roli hrají tělesné činitele, ale také faktory psychické a zdravotní. Důležitou roli mohou představovat také činitele náboženské, ale i širší kontexty související s dobou a její kulturou (Orel, 2020, s. 125).

Orel (2020, s. 125) předchozí informace potvrzuje. Proto rozdělil vnější faktory, jež vedou k agresivním činům, na faktory prenatalní a postnatální. Prenatálními faktory se rozumí především užívání psychoaktivních látek v těhotenství matky, včetně kouření a požívání alkoholu. Dále může být příčinou nutriční deficit matky, tedy nedostatečná výživa matky a současně plodu. Příčinou může být též nepřijetí či odmítání dítěte matkou v době těhotenství nebo opakované pokusy o ukončení těhotenství. Mezi postnatální faktory autor řadí opět nedostatečnou podporu dítěte a jeho nepřijetí, deprivaci, týrání či zanedbávání. Důležitá je též otázka sociokulturního postavení rodiny a působení reálných vzorů na dítě.

Agrese a agresivní projevy mohou dále souviset se změnami, jež se odehrávají na úrovni mozkových neuronálních spojů. Tento stav může nastat po úrazech či po působení psychoaktivních látek, ale i v dalších obdobných případech. „*V takových případech je agrese doslova ‚zaryta v mozku‘. Zejména opakovaná a nekorigovaná agrese a opakované násilné jednání tento neurobiologický podklad může mít*“ (Orel, 2020, s. 125).

Za příčinu agrese je možné dále považovat zmíněnou genetickou výbavu, ale také nerovnováhu mozkových mediátorů, především serotoninu, dopaminu a noradrenalinu, a také oblast neuronálních okruhů. K agresi a obecně agresivnímu jednání mohou významně přispívat také hormony, především mužský hormon testosteron. V neposlední řadě může být příčinou vliv médií, násilných počítačových her či samotné prostředí sociálních sítí (Orel, 2020, s. 126).

1.2.3 Druhy agresivity

Agresivní chování se vyznačuje typicky destruktivním zaměřením. Z pohledu společenské nebezpečnosti je potřeba dokázat rozlišit různé druhy takového chování. Jednotlivé druhy agresivity souvisejí s motivací a aktuálními podněty i potřebami. Jiný projev má agresivita, která je spjata s obranou, jiné znaky má agresivita spojená s nenávistí či touhou někomu ublížit nebo vyvolat bolest (Fischer a Škoda, 2014, s. 49).

Z hlediska formy se nejčastěji využívá odlišení agrese fyzické a verbální. Je možné odlišovat také agresi přímou a nepřímou. Jedná se o způsoby, které reprezentují způsob neboli techniku ubližování. Z hlediska povahy a kontextů příčin je možné popsat agresi afektivní a instrumentální neboli agresi reaktivní a proaktivní (Výrost et al., 2019, s. 203).

Z pohledu různých druhů agrese lze hovořit o zlostné neboli **afektivní agresi**. Jedná se o reaktivní formu agresivního chování. Též se může projevovat jako vyjádření nevole.

Jedná se o chování, kterým není dosahován žádný cíl. Naopak je možné ji chápat spíše jako impulzivní výraz afektu s minimální nebezpečností. Pokud by se jednalo o odplatu, tu je možné považovat za společensky nebezpečnou. V takovém případě se jedná o projevy nenávisti, zášti či snahy o cílené způsobování bolesti. To vše vede k vnitřnímu uspokojení člověka (Fischer a Škoda, 2014, s. 49).

Výrost et al. (2019, s. 203) dodávají, že osoba vlastně jenom reaguje na určitý podnět, který v ní vyvolává odpor. Afektivní reakce není plánována. Tato reakce má spíše reaktivní charakter a souvisí především s hostilitou a se zlostí.

Instrumentální agrese je již možné považovat za prostředek vedoucí k dosažení cíle. Cílem takové agrese může být vlastní ochrana nebo ochrana blízkých osob. Též může jít o chování zaměřené na uspokojování vlastních potřeb (Fischer a Škoda, 2014, s. 49).

Výrost et al. (2019, s. 203) doplňují, že tento způsob agrese je takzvaným vedlejším produktem dosahování jiných, často neagresivních cílů. Lze jej tedy považovat za mezikrok při dosahování něčeho jiného. Takto agresivní člověk obvykle nekoná pod vlivem zlosti, jeho ubližování není vyprovokováno chováním druhé strany. Tento způsob jednání se v praxi objevuje ve sportu, kde se hráč může chovat agresivně k jiným hráčům. Důvodem jeho chování je například dostat míč do branky a získat pro družstvo bod.

Spontánní agrese může být zapříčiněna působením ostatních. Způsobení bolesti jiným může agresorovi přinášet emocionální uspokojení, či může vést k uspokojení jiných potřeb, které mohou být abnormální až patologické. Dále je možné se setkat s **agresí predátorní**. Kromě profesionálních lupičů a vrahů sem často spadají také psychiatričtí pacienti, kteří agresivitu a násilí produkují z důvodu uspokojování materiálních potřeb. Při nedostatku potřeb dochází ke zvýšení četnosti agresivního chování. Známa je též **agrese ideologická**. V praxi se jedná o různé etnické čistky, vraždění nebo řádění fotbalových fanoušků. Takové negativní chování je tedy inspirováno uspokojováním potřeb bezpečí a jistoty či seberealizace (Fischer a Škoda, 2014, s. 49–51).

1.2.4 Agresivní chování a varovné signály

Agresivní chování lze definovat jako takové chování, při kterém dochází k porušování sociálních norem, omezování práva a narušování integrity sociálního okolí (Fischer a Škoda, 2014, s. 48).

Agresivní chování je možné pozorovat již před jeho vypuknutím, tedy jako činnosti směřující k násilí. Pozorovatelné jsou u pacientů zejména podrážděnost,

psychomotorický neklid, zatínání pěstí, projevy zlosti v obličeji, obranné postoje, neodpovídání na otázky, házení věcí, slovní výhrůžky či nadávky, neschopnost podřídit se požadavkům apod. Jedná se o faktory, které musí sestra sledovat a situaci správně vyhodnotit (Plevová a Zoubková, 2021, s. 20).

Co se týká vlivu pohlaví na agresivní chování, zdůrazňována je právě odlišnost v agresivitě mezi ženami a muži. Jedním z rozdílů odlišné agresivity je vliv testosteronu. Právě vysoké hladiny testosteronu v krvi, které mají muži, souvisí se soutěživostí, s podrážděností i se zlostí. Je pravděpodobné, že ženy svou agresivitu více potlačují, vzhledem k tlaku společnosti a jistým očekáváním, nicméně v některých situacích jsou ženy stejně agresivní jako muži, především pokud je nikdo nevidí, nebo mají-li být za agresivní chování odměněny. Jestliže už je agrese projevoována, pak se u žen častěji jedná o agresi verbální, kdežto u mužů jde o agresi fyzickou. Agresivita se pak snižuje s přibývajícím věkem, obecně také klesá s vyšším stupněm vzdělání (Šnýdrová, 2006, s. 22).

Podle Kelnarové a Matějkové (2014, s. 32) lze pozorovat neverbální projevy agresivního pacienta, a na ty následně vhodně reagovat. Za klasické projevy, které mohou zdravotníka informovat o agresivitě pacienta, se považuje verbální agrese, fyzické napadení, poškozování věcí, sebepoškozování, ale také neverbální projevy. Pro zdravotníka hrají významnou roli právě neverbální projevy, mezi které patří nervózní popocházení pacienta, trhavé podupávání, kopání do předmětů nebo do prostoru, nebo pak bouchání předměty či dokumentací o stůl.

Stejně tak je možné za varovný signál považovat intenzivní gestikulaci celými pažemi, rozrušení je možné pozorovat také v oblasti mimiky. Projevem je taktéž nepravidelný dech, zesilování hlasu či používání vulgarismů. Pacient často v prvotních fázích agrese narušuje intimní zónu zdravotníků a při rozhovoru se naklání do blízkosti jejich obličejů (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 32).

1.2.5 Příčiny konfliktů a agrese ve zdravotnictví

Zdravotníci by ve své profesi měli být připraveni na agresivní pacienty. Měli by vědět, které skupiny osob vykazují vyšší pravděpodobnost agresivity. Jedná se například o určité psychické či psychiatrické diagnózy, uživatele návykových látek, alkoholiky apod. Za zdroj násilí je nutné považovat nejen konkrétní skupiny pacientů, ale také prostředí. Velmi rizikovým prostředím je obecně zařízení, kde se poskytuje zdravotní

péče, zejména však pohotovostní služby, všechny čekárny na různých pracovištích a odděleních i geriatrické kliniky (Andršová, 2012, s. 7).

Potenciální zdroje násilí jsou tedy určité skupiny pacientů, vyšší riziko agresivity také panuje v některých konkrétních typech zařízení zdravotnické péče. Zdrojem násilí je také samotná ošetrovatelská péče. Plevová a Zoubková (2021, s. 20) dokonce uvádí, že bez ohledu na specializaci, se s agresivním pacientem, ať už v jakékoliv míře, setkají všechny sestry. V rámci ošetrovatelského procesu totiž dochází mnohdy k vypjatým situacím, kdy je pacient ve stresu, ať už z důvodu obav o prognózu, šoku nebo strachu o blízkou osobu apod., přičemž vysoký stres může velmi rychle vést k projevu agresivity. Násilí a agrese jsou tedy rizika, na něž by měla být sestra dobře připravena. Pacientů v ordinacích a čekárnách přibývá, personálu je nedostatek a v interakci se sestrou může na pacienta působit celá řada stresových faktorů.

Podle Petra a Markové (2014, s. 175) patří mezi nejčastější zdroje konfliktů mezi pacienty a personálem následující skutečnosti. Ačkoliv se jedná o zdroje konfliktů především v psychiatrickém oddělení, nelze je vyloučit ani z běžného oddělení. Konkrétně jde o dotazy ohledně propuštění a vycházky, nesouhlas s medikací, odkazy na dodržování stanovených pravidel, nedostatek informací, neoblíbené ošetrovatelské intervence, k nimž náleží například hygiena. Násilí a agrese mohou nastat též jako důsledek čekání zcela bez vysvětlení a omluvy. Jako problém lze vidět také zamezení přístupu k cigaretám či penězům nebo nedostatek soukromí a konflikty s jinými pacienty.

Konflikty a následné agresivní chování pacienta však může vyvolat také samotná zdravotní sestra svým přístupem k pacientům. Důvodem je skutečnost, že konflikt nikdy není záležitost jednostranné zodpovědnosti. Mezi konflikty a nedorozumění, které vyvolala zdravotní sestra, patří verbální nedorozumění. Například sestra neodhadla schopnost vnímání pacienta, nebo využila příliš odborné výrazy. Konflikt může vzniknout také neadekvátností požadovaných výkonů, kdy sestra nesprávně zhodnotí fyzické i psychické možnosti pacienta a požaduje od něj výkon, který není v rámci jeho možností. Konflikt může sestra vyvolat i nesprávným vnímáním pozice pacienta. Je třeba si uvědomit, že sestra je tu pro pacienta, ne naopak. Konflikt lze vyvolat také neodůvodněným zásahem do soukromí pacienta. Konflikt může vzniknout i v důsledku profesionální deformace sestry nebo její nedostatečné empatie (Macková, 2008, s. 189).

Ke konfliktu může dojít též z důvodu vynucené změny režimu dne pacienta. Především tyto změny zvládají těžko pacienti, kteří jsou dlouhodobě v sociálních či ve zdravotních zařízeních, nebo v ošetrovatelské péči. Ke konfliktu může dále přispět

neodbornost sestry, ale také její nedbalost či nešetrnost během ošetření. Autorka uvádí, že v tomto případě jde o nejčastější zdroje konfliktu mezi sestrou a pacientem. Lze jim přitom předcházet celoživotním vzděláváním. Neméně významným problémem je přenášení osobních problémů sestry na pacienta (Macková, 2008, s. 189).

Zahraniční zdroje, konkrétně Ian Peate (2019, s. 648), uvádí, že pacientovo agresivní chování může vyvolat dokonce samotná čekárna. Většina nemocničních zařízení ve všech oblastech disponuje čekárnami, které jsou velmi spoře vybavené, což může vést k následné frustraci pacientů. Autor konkrétně hovoří o neuspokojivé dekoraci, nepohodlných židlích, či dokonce o zcela nepříznivé výzdobě. Kromě toho zdravotníci často pacienty soudí a velkou roli zde hraje také sympatie či nesympatie ve vztahu pacienta a zdravotníka.

Podle Pekary (2015, s. 25) je třeba taktéž zmínit, že existují faktory, které snižují schopnost sebeovládání zdravotníka. Jedná se o spánkovou deprivaci či subdeprivaci. Bylo prokázáno, že nedostatek spánku komplikuje ovládání negativních emocí. Celou situaci komplikuje zdravotníková osobnost, ale také dřívější negativní životní zkušenosti, například při práci s opilci nebo bezdomovci. To může vést k předpojatosti. Problém představuje taktéž faktor času, kdy musí zdravotník současně provádět více úkonů. Problematické mohou být též relevantní znalosti a dovednosti zdravotníka. Neméně důležitá je jednostranná tělesná i duševní zátěž, konkrétně jde o vliv nadměrného sezení nebo stání v nevhodné či zatěžující poloze. To může mít za následek bolestivé obtíže a předčasné vyčerpání.

Všechny popsané a mnohé další příčiny mohou vést ke konfliktům a vystupňovanému násilí mezi pacientem, jeho doprovodem a zdravotnickým personálem. Důležité proto je, aby sestra věděla, jak co nejlépe a nejefektivněji zvládat konflikty, což bude předmětem následující kapitoly.

1.3 Konflikty sester s pacienty

Konflikty mezi sestrami a pacienty mohou mít různé příčiny a projevy. Často vznikají kvůli nedorozumění, nesplněným očekáváním nebo rozdílným představám o léčbě. Sestry mohou být pod tlakem kvůli nedostatku času a velkému množství práce, což může vést k podrážděnosti a menší trpělivosti při komunikaci s pacienty. Pacienti zase mohou být frustrováni z dlouhého čekání, bolesti, strachu a nejistoty ohledně svého zdravotního stavu, na což se zaměřuje tato třetí kapitola teoretické části práce, které se zaměřuje také na strategie při řešení konfliktů a komunikaci s agresivními pacienty.

1.3.1 Konfliktní pacient

V první řadě je možné zmínit nespolupracující pacienty, kteří znamenají možný konflikt se zdravotnickým personálem. Tito pacienti mohou nespolupracovat z mnoha různých důvodů. Obvykle je jejich chování ovlivněno přímo samotnou diagnózou. Jedná se tedy o pacienty s psychiatrickou a neurologickou diagnózou typu Alzheimerovy choroby, či může jít o pacienty s nádory mozku. Často odmítají spolupráci také pacienti v delirantním stavu. Celá situace může vyústit až v agresivní chování v podobě verbální či brachiální autoagrese nebo heteroagrese (Pokorná et al., 2019, s. 55).

Za konfliktního pacienta lze považovat osobu, která má vůči zdravotnickému personálu zcela neadekvátní požadavky. Konkrétně může jít o snahu pacienta maximálně využít sestru na uspokojování vlastních neadekvátních požadavků. Jde především o požadavky, které je schopen pacient zajistit sám. Sestra by měla na takové jednání pacienta upozornit. Je třeba jej však upozornit citlivým způsobem, aby nedošlo ke vzniku konfliktu (Macková, 2008, s. 190).

Konfliktním pacientem je dále osoba, která uplatňuje projekci. Konflikt vychází z toho, že pacient se nedokáže smířit se svým zdravotním stavem a svůj hněv projektuje do osob, které jsou nejbližší. V případě zdravotnického zařízení představuje tuto osobu zdravotní sestra. Za konfliktního pacienta lze dále považovat osobu, která se vyznačuje nedisciplinovaností. Je důležité, aby zdravotní sestra pacientovi připomněla důstojnost a hodnotu každé lidské bytosti. Též si zdravotní sestra musí uvědomit, že se každý člověk adaptuje na novou situaci jiným způsobem. Konflikt vzniká též ve chvíli, kdy si pacient nesprávně uvědomuje roli sestry. Často ji pacienti podceňují a považují ji pouze za pracovní nástroj lékaře (Macková, 2008, s. 190).

Existují také pacienti, které lze označit za problémové neboli konfliktní. V případě těchto pacientů by měla zdravotní sestra zpozornět a věnovat jim dostatek pozornosti. Jedná se o pacienty psychotické, se závislou poruchou osobnosti, ale také pacienty impulzivní a emočně nestabilní, pacienty narcistické, anankasticky nemocné, dále pacienty s paranoidní poruchou osobnosti, pacienty trpící schizoidní poruchou osobnosti, dále pacienty s pasivně agresivní poruchou osobnosti a disociální poruchou (Hosák et al., 2015, s. 565–568).

Zahraniční zdroje poukazují na to, že konfliktnost pacienta se může vztahovat také ke kulturním odlišnostem. Konkrétně je možné vycházet z toho, že zdravotní péče vychází ze vztahů mezi lidmi, dále se přímo dotýká technologií, ale také má souvislost

s historickým působením a souvisí se společenskými trendy. Z těchto důvodů je třeba přihlídnout ke kulturním rozdílům, které mohou práci zdravotních sester značně komplikovat (Dundas, 2016, s. 3).

1.3.2 Agresivita pacienta na urgentním příjmu

Urgentní příjem v traumatologické ambulanci se vyznačuje péčí o akutně nemocné či zraněné osoby. Stav pacientů často vyžaduje provedení diagnostiky a současně zahájení léčby. Vše se odehrává v co nejkratším čase. Pacienti mohou být v ohrožení života, nebo selhávají jejich základní životní funkce. To vše může negativně ovlivňovat atmosféru na pracovišti.

V oblasti řešení agrese a násilí je proto podle odborných zdrojů základem urgentní medicíny zhodnotit rizika a agresi pacienta předvídat. Bylo zjištěno, že signály v chování téměř vždy, konkrétně v 97 % případů, předcházejí vlastní agresi pacienta. Proto musí být zdravotnický pracovník na urgentním příjmu vybaven schopností rozpoznat agresi pacienta, a tu následně za pomoci psychologických prostředků snížit. Pracovník urgentního příjmu taktéž musí vědět, že riziko agrese je nejvyšší u pacientů, kteří zneužívají návykové látky. Taktéž je vznik rizika agrese větší, pokud byl v minulosti pacient agresivní, případně byl dokonce za tuto činnost ve vězení. Rovněž je vznik agrese pravděpodobnější u pacientů, kteří se jeví jako asociální, nebo se vyznačují explozivními či impulzivními osobnostními rysy (Šeblová a Knor, 2018, s. 411).

Agresi na urgentním příjmu traumatologické ambulance lze dále očekávat, pokud pacient nespolupracuje, nebo zažívá subjektivní pocit ohrožení, bezmoci či strachu. Agrese se vyskytuje též po sdělení informace o úmrtí. Na urgentním příjmu je pak vhodný následující postup. „*V podobných případech je nejlepší prevencí klidné a srozumitelné informování pacientů i všech zúčastněných, empatický přístup a snaha o minimalizaci nepohody a diskomfortu*“ (Šeblová a Knor, 2018, s. 411).

Zahraniční studie uvádějí, že zbraně jsou na pohotovostních odděleních považovány za hlavní faktor vzniku těžkých nebo smrtelných zranění. Na toto téma byla v nemocnici Los Angeles realizována čtrnáctiletá studie, ve které bylo zjištěno, že 26 % pacientů s traumatem bylo vyzbrojeno smrtícími zbraněmi. Studie byla prováděna v letech 1979 až 1993 (Charney, 2009, s. 7–8).

Zahraniční zdroje hovoří o nutnosti pracovníků traumatologické ambulance znát rizika agrese na pracovišti a současně plánovat, jak se s takovým chováním pacientů vypořádat. K tomu mohou dopomoci multidisciplinární týmy a včasné identifikování

rizika. Za základ lze považovat právě proaktivní plán, kdy má každý zdravotnický pracovník předem dáno, jak se má v dané situaci zachovat (Macintire et al., 2012, s. 629).

Pokorná et al. (2006, in: Macková, 2008, s. 190) doplňuje, že konflikty a nedorozumění na urgentním příjmu mohou plynout také z mnoha dalších faktorů, které je třeba si včas uvědomit a řešit je. Jedná se o možnosti špatné organizace práce na oddělení, taktéž může jít o nedostatečné materiálně technické vybavení oddělení, diagnózu pacienta nebo společenské ohodnocení sester.

1.3.3 Strategie při řešení konfliktu

Plevová a Zoubková (2021, s. 22) uvádí, že pokud sestra vyzkouší, že pacient by mohl mít násilnické chování, pozoruje jisté znaky vedoucí k násilí, pak by měla zůstat co nejklidnější a informovat lékaře či pověřeného pracovníka. Je důležité správně vyhodnotit, zda je nutné přivolat pomoc nebo bezpečnostní službu. Žádoucí je také rychlé vyhodnocení bezpečnosti situace, zda jsou například ohroženy další osoby, pacienti, personál. Sestra si musí položit otázku, zda je nutné z dosahu pacienta odstranit nějaké věci. Kromě oslovování pacienta jménem a nedávání najevo pocitu ohrožení je doporučováno také nechodit k pacientovi příliš blízko, aby se necítil ohrožen, současně je třeba si udržovat možnost únikové cesty. Sestra by měla nabízet řešení, v případě podávání léků popisovat přesně, co právě dělá a jak bude pokračovat. Pokud se po doporučeném postupu pacient uklidní, je nutné ho dále bedlivě pozorovat, situaci zdokumentovat a přesně popsat průběh incidentu.

Venglářová a Mahrová (2006, s. 84) také doporučují, aby se v případě vyzkoušeného blížícího se agresivního chování sestra chovala vlídně, neodpovídala na agresi další agresi, neboť to by vedlo k eskalaci násilí. Sestra může konstatovat, že pacient působí rozčíleně, a též jak toto působí na samotnou sestru. Důležité je také neodsuzovat a nehodnotit pacienta, a pokud tomu nic nebrání, je třeba se snažit pacientovi vyhovět.

Po skončení konfliktu je však důležitá také následná péče. Sestra by v případě, že je již pacient klidný a nic nenasvědčuje další eskalaci násilí, měla pacientovi pomoci s tím, aby konflikt zpracoval. Důležité je posilovat pozitivní chování, naslouchat obavám, umožnit mu, aby mohl znovu ovlivňovat některá rozhodnutí, pokud je to možné (Plevová a Zoubková, 2021, s. 23).

V praxi je možné využívat různé strategie, o kterých hovoří Jan Mach (2010, s. 232). Jedná se o vyzkoušené metody jednání v různých situacích, kdy se pacient stává vulgárním či agresivním, a tudíž je potřeba změnit běžný přístup. V prvním případě se

jedná o metodu zvanou **obehraná deska**. Tato metoda se užívá v případech, kdy se pacient či jeho blízké osoby neustále vyptávají na stejnou věc, která jim již byla objasněna. V takovém případě zdravotní pracovník velice trpělivě a stále dokola opakuje své stanovisko. Jako by jehla gramofonu přeskočila vždy zpět a stále opakovala stejný text.

Mach (2010, s. 232) dále zmiňuje **metodu otevřených dveří**. Využívá se v situacích, kdy se někdo takzvaně vlamuje do dveří. Metoda spočívá v tom, že mu jsou dveře otevřeny, a on v podstatě padne dovnitř. Pokud se tedy pacient nebo jeho blízké osoby něčeho domáhají, zdravotník předchází konfliktu a sděluje těmto osobám, že právě chtěl navrhnout řešení, které navrhnou také pacient i jeho blízké osoby. Osvědčenou metodou je též **selektivní ignorování**. Jde o metodu poměrně náročnou. Zdravotník, který chce efektivně předejít konfliktní situaci, nebo ji řešit, dělá, jako by neslyšel některé nevhodné narážky pacienta a jeho doprovodu. Naopak se věcně věnuje problému a na určité narážky vůbec nereaguje, jelikož by tím mohl zbytečně vyvolat konfliktní situaci.

Velice zajímavá a v praxi přínosná je také strategie Bednařika a Andrášiové (2020, s. 193). Uvádějí, že v první řadě je nutné zjistit potřeby pacienta. Jde o první krok při řešení konfliktů. Je potřeba se na jeho potřeby přímo ptát. Pacient tak může objasnit své potřeby, ale také vysvětlit své prožívání či vyložit své obavy. Současně je mu umožněno pokládat otázky. Pro řešení konfliktů je důležité pochopit prožívání pacienta.

Druhým krokem této strategie je dát pacientovi najevo, že zdravotník rozumí jeho potřebám. Součástí strategie jsou proto aktivní naslouchání a koncentrovaná snaha mu porozumět. Třetím krokem strategie je seznámit pacienta s potřebami zdravotnického personálu. Je třeba, aby pacient porozuměl potřebám lékaře, ale i jeho lidským potřebám. Zde platí více než jindy následující tvrzení: „*Spolupráce je efektivní tehdy, když obě strany vědí, co chce a potřebuje druhá strana, a rozumí tomu*“ (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 194). Autoři dodávají, že pacient mnohem lépe vyjde potřebám lékaře vstříc, pokud jim rozumí a sám cítí porozumění ze strany lékaře.

Čtvrtým zásadním krokem popsané strategie je hledání společných řešení. V této fázi je třeba sladit potřeby lékaře a potřeby pacienta. Současně je důležité udržovat rozhovor v nekonfliktní hladině a respektovat i chápat pocity nemocného. Ošetřující osoba nemusí souhlasit s prožíváním, názory a se smýšlením pacienta, musí je však chápat a respektovat (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 194).

1.3.4 Zásady jednání s agresivním pacientem

Pokorná et al. (2019, s. 55) uvádí, že je důležité stát v bezpečné vzdálenosti od pacienta. Tuto vzdálenost je třeba měnit podle míry agrese pacienta. Zejména je potřeba stát v blízkosti únikových dveří. Neméně důležité je zachovat klid a nedělat prudké pohyby. Zdravotnický personál by měl dále v případě ohrožení veškeré své záměry oznamovat druhé straně jasně a s předstihem. Taktéž se vyžaduje snaha zdravotní sestry pacienta zapojit do rozhovoru a přesvědčit ho ke spolupráci. Důležitou roli hraje upřímná komunikace, která je myšlena opravdově a je užívána bez žargonu neboli slangu.

Dále se vyžaduje nenavazování fyzického kontaktu, nedoporučuje se zaujímat autoritativní postoj a je třeba sladit verbální a neverbální komunikaci. Zdravotní sestra by se měla dále pokoušet navázat trvalý oční kontakt, zároveň se však vyhýbat zastrašujícím pohledům. Zdravotník se dále snaží přesvědčit pacienta o vlivu jeho chování na ostatní. Například je v případě křiku pacient utvrzen v jeho síle, a nemá tedy potřebu dále křičet nebo křik zesilovat. Důležitou zásadou je pokusit se pacienta neomezovat, tedy je třeba vystupovat v roli pomáhající osoby. Pokud první vlna agrese ustoupí, je potřeba zanechat působení na pacienta, protože by to mohlo vést k dalšímu povzbuzení nové vlny agrese. Pokud je to zapotřebí, je vhodné přizvat dalšího odborníka (Pokorná et al., 2019, s. 55).

Šeblová a Knor (2018, s. 413) doplňují, že je důležité při hrozící agresi nezůstávat s pacientem o samotě, je třeba mít možnost si přivolat pomoc neboli stisknout nouzové tlačítko. Neméně důležité je odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty, hovořit klidným hlasem a poskytovat pacientovi jasné a srozumitelné informace. Důležité je nereagovat na slovní útoky a nevstupovat do konfrontace s pacientem. Taktéž je třeba kontrolovat neverbální postoje, aby nevysílaly agresivní či obranné signály.

1.3.5 Komunikace s agresivním pacientem

Je třeba si uvědomit, že agresivní chování pacienta má nějaký spouštěč, a nenastává tedy náhodou. Spouštěčem může být u pacienta strach, pocit krivdy či nespravedlnosti, zklamání, zbytečná zátěž, ale také ponížení, bezmoc, zesměšnění, nesnesitelná bolest, psychopatické rysy jedince či alkohol (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 32).

Podle autorek je potřeba s agresivním pacientem vhodně komunikovat. K tomu vymezily určité zásady komunikace. Základem je pacientovi naslouchat. Konkrétně je potřeba nechat ho mluvit, a především mu neskákat do řeči, tedy ho nepřerušovat. Současně může zdravotník zjistit důvod jeho emočního jednání. Pacient se v takovém případě může sám uklidnit (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 32).

Neméně významné je udržovat při komunikaci s agresivním pacientem určitou bezpečnou vzdálenost, v žádném případě ho nenechat vstupovat do intimní zóny zdravotnického pracovníka. Takové jednání může představovat vážné nebezpečí. Naopak je vhodné se chovat klidně, což pacienta může také uklidnit (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 33).

Intimní zónou se podle Plevové (2019, s. 39) rozumí odstup čtyřicet pět a méně centimetrů od pacienta. Jde o zónu, která je vyhrazena nejbližším lidem, jako jsou přátelé či rodina. Přítomnost druhého člověka v této zóně je registrována všemi smysly a má velký emocionální náboj. Kontakt v tomto prostoru se může pojit k lásce, ale také soubojí.

Dalším pravidlem vhodné komunikace s agresivním pacientem je snažit se jej posadit a povzbudit ke klidnému dýchání, pokud živě gestikuluje. Současně je třeba být při jeho silné gestikulaci ve střehu. Dále je potřeba nenechat se strhnout k hrubé komunikaci, kterou pacient používá. Zdravotník nevyužívá vulgarismy, protože by se situace mohla obrátit proti němu samotnému. Při komunikaci s agresivním pacientem je zapotřebí hovořit jasně, stručně, srozumitelně a také klidně. Pokud nedojde ke zklidnění pacienta, měla by si zdravotní sestra přivolat na pomoc lékaře, který mu může naordinovat uklidňující léky. Na pomoc si osoba ošetřovatele může přivolat také Policii České republiky (Kelnarová a Matějková, 2014, s. 33).

Je třeba zmínit, že v případě podání medikace na zklidnění je nutné pacienta informovat a vysvětlit mu, jaký lék mu bude podán. Pokud je pacient ochoten sám přijmout tabletku nebo tekutou formu léku, je třeba tuto formu preferovat před parenterální aplikací. Pacient tak pocítuje větší důvěru v lék, o kterém je informován, je pojmenován a je mu sděleno, k čemu slouží (Petr a Marková, 2014, s. 175).

Kelnarová a Matějková (2014, s. 33) uvádějí také další důležité pravidlo při komunikaci s agresivním pacientem. V případě, že se jednalo o chybu lékařů, je třeba se pacientovi omluvit. Tím se může zklidnit a může dojít k obnovení jeho důvěry v lékaře i ve zdravotnický personál. Při komunikaci sestry a agresivního pacienta je důležité správně využívat neverbální komunikaci. Nedoporučuje se špulit rty, zvedat obočí, bouchat pomůckami či dělat prudká gesta a obdobné jevy. Naopak se vyžaduje udržování očního kontaktu.

1.4 Napadení zdravotnického personálu

Zdravotnický personál se při výkonu své profese může setkat s různými formami napadení, ať už se jedná o verbální či fyzické útoky ze strany pacientů nebo jejich blízkých. Tyto incidenty mohou mít závažné dopady na psychické i fyzické zdraví zdravotníků a ovlivnit kvalitu poskytované péče. Proto je nezbytné věnovat pozornost prevenci těchto napadení a zajistit bezpečné pracovní prostředí, jak vyplývá z této čtvrté kapitoly teoretické části práce.

1.4.1 Pomoc po napadení pacientem

Pekara (2015) uvádí, že v případě, že již došlo k sevření zdravotnického pracovníka útočником, je třeba používat takový způsob sebeobrany, který pomůže vymanit se z útočnickova sevření. Současně je třeba zalarmovat bezpečnostní službu nebo policii. Dále je potřeba zavolat na pomoc kolegy. Poté následuje pacifikace pacienta proti jeho vůli. Před úkonem je nutné jej alespoň dvakrát varovat a mít na to svědky. Následně je prováděna samotná pacifikace, kdy je třeba, aby ke každé končetině byla přítomna jedna osoba, poté jedna osoba velí a současně chrání hlavu a krk. Tím je využito fyzického omezení útočnicka a může dojít k jeho farmakologickému zklidnění. Veškerý postup je třeba podrobně zapsat. Posléze je zkontrolováno, zdali nedošlo k poškození pacienta.

Dušek a Večeřová-Procházková (2005, s. 51) doplňují, že v případě, kdy skutečně dojde k napadení personálu pacientem, bývá obvykle řešení značně složité. Za základ proto autoři považují klást důraz na bezpečí pacienta, ale také jeho okolí. Pacienta je podle autorů potřeba položit opatrně na záda, opět ke každé končetině přiřadit jednoho pracovníka a současně ponechat jednomu zdravotnickému pracovníkovi volné ruce, aby případně mohl aplikovat psychofarmaka. Současně je třeba hlídat, zda pacient volně dýchá. Jakmile dojde ke zklidnění pacienta, je potřeba jej co nejdříve uvolnit. Až do příjezdu policie je vhodné se vyhnout pokusům o spolupráci s jeho rodinou. Po příjezdu policie je třeba objasnit důvod zákroku proti vůli pacienta. Poté je pacient policií fixován a zdravotník aplikuje sedativum.

Venglářová a Mahrová (2006, s. 87) uvádějí, že po zážitku napadení je potřeba o situaci s kolegy mluvit, a to např. i opakovaně. Tímto postupem dochází k odreagování emocí, které se k negativnímu zážitku pojí, ale také je tímto postupem možné vytvořit preventivní strategie a omezit tak další rizika. Pomoc po napadení pacientem dále spočívá v pochvalě účastníků za zvládnutí krize. Důležité je získání informací od zkušenějších kolegů. Pomoc spočívá i v tom, že pokud dochází k rozvoji posttraumatických symptomů

u napadeného zaměstnance, je třeba vyhledat poradenské či terapeutické služby. Je třeba vědět, že reakce na napadení se může dostavit až později. Určitou pomoc pro napadeného zdravotnického pracovníka představuje i jeho návrat do práce.

Podle aktuálního trestního zákona může být pacientovi, který fyzicky napadl zdravotnického pracovníka, uložen trest odnětí svobody na dva roky až osm let, a to podle následků v souvislosti s ublížením na zdraví (Vondráček a Wirthová, 2009, s. 66).

1.4.2 Hlášení nežádoucích událostí

Hlášení nežádoucích událostí představuje důležitou součást řešení násilí ve zdravotnictví. Má stejnou důležitost jako identifikace agresora, určení příčin konfliktu, nebo případná následná diskuse o vzniklém konfliktu (McConnell, 2013, s. 202).

To potvrzují také tuzemské zdroje, konkrétně Šupšáková (2017, s. 107), která uvádí, že sledování nežádoucích událostí lze chápat jako jednu ze základních metod retrospektivního a také retroaktivního řízení rizik při poskytování zdravotní péče. Zároveň jde o cenný nástroj benchmarking nežádoucích událostí mezi jednotlivými zařízeními. Slabinou systému je, že se se týká pouze zařízení, která dobrovolně zpětně poskytují data Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, známému pod zkratkou ÚZIS.

Vondráček a Wirthová (2009, s. 66) uvádějí, že aby mohl být zdravotnický pracovník při obhajobě svých práv úspěšný, je třeba, aby ihned po nežádoucí příhodě sepsal konkrétní věcný záznam. Je potřeba zcela bez emocí sepsat jak, kdy a co se stalo. Existují-li svědci celé události, je třeba, aby také oni sepsali a vytvořili písemný záznam. Pokud existuje více svědků, je nutné, aby každý sepsal svůj záznam sám. Jestliže se řeší odškodnění, pak je vhodné, aby záležitost poškozeného zdravotnického pracovníka řešil kvalifikovaný právní zástupce. Trestní oznámení či oznámení o přestupku může pracovník podat sám, může je však podat také kvalifikovaný právní zástupce. Za nevhodný postup se považuje skutečnost, kdy se napadený pracovník nejdříve obrátí na média. Tím dochází ke zveřejnění účelově změněných informací. Ty pak následně mohou být použity v neprospěch napadeného pracovníka z oblasti zdravotnictví.

Pekara (2015, s. 46) doplňuje, že dokumentace je potřebná jak v případě verbálního násilí, tak i vyslovené hrozby. Mach (2010, in: Pekara, 2015, s. 46) doplňuje, že zápis o násilném incidentu by neměl být pouze součástí hlášení o mimořádné události. Naopak je potřeba tuto skutečnost duplicitně potvrdit také zápisem do dokumentace, ideálně doplnit podpisy přítomných svědků. U právníků a soudních znalců pak zdravotnická

dokumentace slouží jako dobrý obhájce, může však posloužit také jako nebezpečný žalobce.

Pekara (2015, s. 46) upozorňuje, že není vhodné psát hlášení ihned po incidentu. Důvodem je zvýšená hladina stresových hormonů, která přetrvává až devadesát minut od násilné akce. Hlášení je třeba psát s rozmyslem a zcela v klidu. Bennett (2012, in: Pekara, 2015, s. 46) podotýká, že při psaní je třeba mít na mysli, že hlášení bude číst soudní znalec. Je proto nezbytné dodržovat posloupnost celého dění, též je třeba v hlášení sdělit, kdy byla volána pomoc a jaká. Do záznamu je dále vhodné uvést, že v případě užití fyzického úchopu nebo obrany bylo použito jen takové síly, která byla nutná k odvrácení útoku, a že nebylo možné útok odvrátit či opustit místnost. Taktéž je vhodné zmínit, jaké byly k odvrácení útoku využity možnosti, a rovněž i to, proč některé být využity nemohly.

Hoffmannová (2010, in: Pekara, 2015, s. 46) podotýká, že situace v praxi je taková, že velká část napadených pracovníků incidenty nezapisuje ani nehlásí. Na druhé straně je třeba poznamenat, že hlášení může mít také negativní charakter, protože k němu mají přímý přístup pacient, jeho rodina a právník. Proto je třeba zde uvádět i to, co incidentu předcházelo. Je proto výhodné zapisovat do dokumentace i jakýkoliv kontakt s pacientem (Mach, 2010, in: Pekara, 2015, s. 46).

1.4.3 Sebeobrana

Všeobecná sestra by si v rámci sebeobrany měla uvědomit, že na jedné straně zloba a vztek představují pozitivní sílu, která lidem pomáhá řešit některé záležitosti a dělat potřebná rozhodnutí. Na straně druhé hostilita či verbální agrese představuje chování, které vede k zastrašení, nebo může být příčinou emoční újmy, jež vede k fyzické agresi. Tato agrese se následně mění v chování vedoucí k poškozování, trestání a násilí vůči jinému člověku (Videbeck, 2010, s. 177).

Jak již bylo nastíněno, nejlepší sebeobranou je kvalitně a efektivně vedená komunikace, která může předejít skutečnému konfliktu nebo napadení. Pekara (2015, s. 33) z toho důvodu hovoří o možnostech využití verbální komunikace jako deeskalačního přístupu. V první řadě je vhodné, aby se zdravotník pacientovi představil a zeptal se na jeho jméno, a to i v případě, že často jeho jméno z poskytnutých informací zná. Následně je možné se domnívat, že pacient, který je dostatečně o všem informován, si nestěžuje a nevyvolává násilí. Negativně působí složitá slova a zbytečné otázky. Deeskalačně dále působí možnost obou stran ventilovat emoce. Pozitivní vliv mají taktéž dobře zvolené otázky. Rovněž je třeba se v rámci vhodné sebeobrany vyvarovat

nařizování pacientovi. Ani by zdravotník pacientovi neměl radit, co by měl dělat. Sebeobrana zdravotníka dále může spočívat v odvedení pozornosti, kdy je pacient překvapen absurdní reakcí. Účinnou obranou je též zapojení rozzlobeného pacienta do situace tak, aby vnímal, že i on je její součástí. Deeskalace – a tedy sebeobrana zdravotnického pracovníka – spočívá také v tom, že pacientovi nehrozí, ale pouze jej upozorňuje na skutečnost.

Zampieron (2010, in: Pekara, 2015, s. 38) uvádí, že v rámci sebeobrany je potřeba si uvědomit, že farmakologické zásahy nejsou příliš bezpečné a měly by být až poslední variantou řešení. Autor uvádí, že dokonce ani kopání do dveří nebo rozbití židle nemusí nutně znamenat potřebu restrikce nebo farmakologického zklidnění.

1.4.4 Možnosti ochrany pro personál

Tyto možnosti jsou obecně velice nízké a vztahují se k prevenci, která bude blíže objasněna v následující podkapitole. Důležitá jsou zjištění z průzkumů, které byly provedeny v letech 2010 až 2014 v České republice. Bylo zjištěno, že násilí v českém zdravotnictví je přítomno ve velké míře. Též bylo zjištěno, že převažuje slovní agrese nad fyzickým násilím. Jako hlavní problém při ochraně personálu lze vidět absenci centrálního i lokálního sběru dat v oblasti násilí a agrese ve zdravotnictví. Veškeré realizované průzkumy ukázaly, že za část násilných incidentů mohou zdravotníci sami. Taktéž je možné jako zásadní problém spatřovat chybějící výuku prevence násilí v oblasti zdravotnictví (Pekara, 2015, s. 13).

V rámci ochrany zdravotnického personálu mělo dojít k vytvoření projektu, který by především analyzoval data ohledně násilí v českém zdravotnictví, taktéž mělo dojít k poskytnutí školicích dnů pro zaměstnance zdravotnických organizací, které by se zabývaly tematikou násilí, komunikace a fyzické obrany. Měly být vytvořeny zásahové týmy, které by monitorovaly násilí ve zdravotnictví v rámci jednotlivých krajů a negativní situace by pomáhaly efektivně řešit. Taktéž byly nabídnuty kurzy a školicí akce pro zdravotnický personál. Ve všech případech projekty selhaly, jelikož nebyl k dispozici kvalitně proškolený personál, ukázalo se, že školicí dny byly příliš krátké, a současně bylo zjištěno, že zásahové týmy správně nefungovaly. Též se ukázaly jako zcela neefektivní jednorázové kurzy a školení.

Podle získaných informací je možné se domnívat, že základem ochrany zdravotnického personálu je profesionální a efektivní komunikace s pacienty. Této komunikaci je třeba se učit v rámci opakujících se kurzů i školení a klást na tuto

komunikaci značný důraz. Pekara (2015, s. 15) na základě provedených výzkumů uvedl, že zdravotníci komunikují neprofesionálně, a tudíž si násilné činy udržují stejnou linii četnosti.

1.4.5 Prevence násilí

Prevence je velice důležitá. Statistiky ukazují, kolik zdravotních sester nebo studentek a studentů na praxi se v roce 2015 setkalo s násilným a agresivním chováním pacientů. Podle statistik z výzkumů provedených organizací Occupational Health & Safety (OSHA) 21 % zdravotních sester a praktikantů čelilo v posledních dvanácti měsících fyzickému napadení a 50 % z nich vypovědělo, že se setkalo s verbálním útokem. V případě pracovníků pohotovostního oddělení zažilo 12 % fyzické násilí v posledních sedmi dnech a 59 % se setkalo v posledních sedmi dnech se slovním útokem (Taylor et al., 2022).

Ptáček a Bartůnek (2011, s. 244) dodávají, že slovní napadení lze považovat za velice zatěžující a stresující pro všechny členy zdravotnického týmu. Verbální konflikt proto od sestry vyžaduje profesionální chování. To je možné získat vhodnými školeními a tréninkem. Lze proto hovořit o určité prevenci. Taktéž je třeba v rámci prevence zachovat klid a plně respektovat normy společenského chování. Prevencí je též na agresi neodpovídat. Naopak by sestra měla s pacientem komunikovat a pokusit se nalézt příčinu jeho agresivního chování. Až v případě, že se komunikace nedaří, je v rámci prevence třeba, aby si sestra včas přivolala na pomoc další členy zdravotnického týmu, nebo aby zvážila možnosti obrany před fyzickým útokem.

Praxe ukazuje, že násilným situacím ve zdravotnictví je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik, jak bylo popsáno v předchozích kapitolách. Vždy se vyplatí vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu vůbec nedošlo, než jej následně řešit. Odborníci se shodují, že nejúčinnější prevencí je skutečně efektivní verbální komunikace (Škrála, 1998, in: Pekara, 2015, s. 27).

Žaludek (2020, s. 139) zmiňuje, že k zajištění bezpečí personálu, především na pracovištích, kde hrozí napadení personálu pacienty, by měl být zaveden signalizační systém. Může se jednat například o náramky systému Panic, které po zmáčknutí spínače přivolají potřebnou pomoc.

Ptáček a Bartůnek (2022, s. 292) upozorňují, že kromě klasického fyzického a psychického napadání zdravotnického personálu je třeba klást důraz také na nebezpečné sledování. Obrana proti nevyžádanému kontaktování je velice obtížná. Kromě toho

vyvolává nepříjemné pocity a obavy. I na tyto aktivity by se proto měla prevence vztahovat. Sledování se však problematicky řeší.

Každá sestra by v rámci prevence proto měla znát konkrétní rizika hrozící v daném zařízení. Například jiná rizika více hrozí v nízkoprahovém zařízení, jiná v geriatrických ústavech. Sestra musí vědět, jak se v případě agresivního pacienta zachovat, jaký je bezpečnostní postup, jaká je například možnost přivolání posily nebo bezpečnostní služby. K prevenci patří pozorné sledování chování, které klient vykazuje a které by neslo verbální či neverbální znaky poukazující na sílící agresi. V prevenci hrají důležitou roli také prostředí a jeho úprava, zahrnující dostatek prostoru, klid, soukromí, signalizaci v případě hrozby a další (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 84).

2 Cíl práce

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je analyzovat zkušenosti sester v traumatologických ambulancích s agresí ze strany pacientů a následně stanovit návrh doporučení pro praxi.

Na tento hlavní cíl navazují následující cíle výzkumu:

1. Zhodnotit zkušenosti zdravotních sester s agresivním chováním.
2. Zjistit úroveň obav sester z agresivního chování ze strany pacientů nebo jejich doprovodu během pracovní služby.
3. Posoudit dostupnost a účinnost opatření pro řešení agresivního chování na pracovišti.
4. Zhodnotit reakce sester na verbální a fyzické napadení, včetně hlášení incidentů nadřízeným.
5. Posoudit podporu a reakce nadřízených na výskyt verbálního a fyzického násilí.
6. Zhodnotit možnosti předejití agresivnímu chování a zlepšení bezpečnosti na pracovišti.
7. Posoudit pocit bezpečí sester během vykonávání práce a dostatečnost opatření zaměstnavatele pro ochranu zaměstnanců.
8. Zjistit dostupnost a zájem sester o účast na školeních a kurzech týkajících se komunikace s agresivními pacienty a sebeobrany.

2.2 Hypotézy

Na cíl práce navazují následující hypotézy.

Hypotézy

H1₀: Způsob reakce sester, které zažily verbální útok, nezávisí na délce praxe.

H1_A: Způsob reakce sester, které zažily verbální útok, závisí na délce praxe.

H2₀: Způsob reakce sester, které zažily verbální i fyzický útok, nezávisí na délce praxe.

H2_A: Způsob reakce sester, které zažily verbální i fyzický útok, závisí na délce praxe.

H3₀: Zájem o vzdělávání v prevenci násilí nezávisí na tom, zda sestry byly fyzicky napadeny.

H3_A: Zájem o vzdělávání v prevenci násilí závisí na tom, zda sestry byly fyzicky napadeny.

3 Metodika

Metodika práce popisuje postupy realizovaného výzkumného šetření, jehož výsledky jsou uvedeny v kapitole čtvrté. V této práci je využit smíšený výzkum, který kombinuje kvantitativní a kvalitativní metody sběru a analýzy dat. Tento typ výzkumu se snaží využít silných stránek obou metod a kompenzovat jejich slabiny. Smíšený výzkum umožňuje získat komplexnější pohled na zkoumaný problém, protože kvantitativní data poskytují přesné a zobecnitelné informace, zatímco kvalitativní data nabízejí hlubší porozumění a kontext.

3.1 Kvalitativní výzkum

Výzkumné šetření bylo rozděleno do etap. V první etapě byl proveden kvalitativní výzkum, jehož metodika je představena v této kapitole.

3.1.1 Metoda sběru dat

Konkrétní metodou kvalitativního výzkumu je polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor lze vnímat jako přechod mezi kvalitativní a kvantitativní výzkumnou strategií. Nachází se totiž na pomezí mezi čistě kvalitativní výzkumnou strategií, do které řadíme nestrukturovaný rozhovor, a kvantitativní výzkumnou strategií, kam patří strukturovaný rozhovor s uzavřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor kombinuje prvky obou těchto přístupů. Tazatel má připravený soubor témat a otázek, které chce v rámci interview probrat, avšak jejich pořadí a formulace se může přizpůsobovat konkrétní situaci a respondentovi. Tento typ rozhovoru tedy umožňuje určitou flexibilitu a prostor pro doplňující otázky, zároveň ale zajišťuje, že budou probrána všechna klíčová témata. Díky tomu polostrukturovaný rozhovor poskytuje jak bohatá kvalitativní data, tak i určitou míru standardizace a srovnatelnosti mezi jednotlivými rozhovory. Tento přístup umožňuje výzkumníkovi odkrýt nové souvislosti a získat bohatá, detailní data, která by byla obtížně dosažitelná pomocí strukturovaných dotazníků nebo kvantitativních metod (Hricová et al., 2023, s. 60).

Polostrukturovaný rozhovor byl realizován se sestrami pracujícími na traumatologických ambulancích. Předem byla připravena osnova výzkumu. Ta byla připravena na základě cílů práce, vlastních zkušeností, odborné literatury a výzkumného záměru.

3.1.2 Etika výzkumu

Před samotným výzkumem byli všichni informanti seznámeni s účelem rozhovoru i s pořizováním zvukového záznamu a s účastí na výzkumu souhlasili. Průměrný čas realizovaných rozhovorů činil 30 minut.

Během celého výzkumného procesu byly striktně dodržovány etické zásady s ohledem na ochranu a spokojenost zapojených respondentů. Při osobních setkáních byl kladen důraz na poskytnutí dostatečného prostoru pro vyjádření názorů a zkušeností jednotlivých respondentů. Anonymita respondentů byla zajištěna neuváděním jejich příjmení a dalších bližších informací, které by mohly vést k jejich identifikaci.

Výzkum se opíral o princip dobrovolnosti, přičemž účastníci měli možnost kdykoliv od spolupráce odstoupit. Výzkumník se zavázal k ochraně soukromí a anonymity respondentů, čímž byla zajištěna důvěryhodnost. Získaná data nebyla poskytnuta žádným třetím stranám. V neposlední řadě byl kladen důraz na přesnost, tedy správnost a věrohodnost získaných údajů. Výzkum probíhal v souladu s platnou legislativou České republiky, konkrétně se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, autorským zákonem č. 121/2000 Sb. a zákonem o archivnictví č. 343/1992 Sb. Tyto právní normy zaručují ochranu práv a zájmů všech zúčastněných stran během výzkumného procesu.

3.1.3 Výzkumný soubor

Níže uvedené otázky vychází z cílů práce a ze stanovených výzkumných otázek. Rozhovory probíhaly v období od 5. 2. 2024 do 9. 2. 2024. Se všemi byl rozhovor veden osobně.

Jednalo se o záměrný výběr s kritériem všeobecné nebo praktické sestry pracující v traumatologické ambulanci. K tomuto záměrnému výběru byla poté využita technika „nabalování“, tedy snowball sampling, kterou Hricová et al. (2023, s. 89) definují jako techniku sněhové koule. Autoři uvádí, že při ní od komunikačních partnerů sbírá výzkumník další komunikační partnery, kteří splňují zadaná kritéria a které by bylo možné dále oslovit ohledně účasti ve výzkumu.

Celkem se tedy podařilo získat 10 respondentů. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné a praktické sestry pracující v traumatologických ambulancích v Jihomoravském kraji. Použito bylo všech 10 rozhovorů, a to především z důvodu různorodých odpovědí. Charakteristika respondentů je uvedena v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Charakteristika respondentek

RESPONDENT	VĚK	DÉLKA PRAXE VE ZDRAVOTNICTVÍ	VZDĚLÁNÍ
Respondentka č. 1 (R1)	62 let	40 let	SZŠ + specializace
Respondentka č. 2 (R2)	52 let	34 let	SZŠ + specializace
Respondentka č. 3 (R3)	49 let	31 let	SZŠ
Respondentka č. 4 (R4)	34 let	10 let	VOŠ
Respondentka č. 5 (R5)	46 let	27 let	VŠ (magisterské)
Respondentka č. 6 (R6)	30 let	11 let	SZŠ
Respondentka č. 7 (R7)	28 let	9 let	SZŠ
Respondentka č. 8 (R8)	28 let	9 let	VŠ (bakalářské)
Respondentka č. 9 (R9)	35 let	12 let	VOŠ
Respondentka č. 10 (R10)	40 let	21 let	VŠ (bakalářské)

Zdroj: vlastní zpracování autorky

V tabulce vidíme, že dotazovaní mají dosažené vzdělání od středního s maturitou až po vysokoškolské. Podařilo se do výzkumu sehnat osoby různého věku, a to v rozpětí od 28 do 62 let. Také délka praxe ve zdravotnictví byla rozmanitá, od 9 až do 40 let praxe.

3.1.4 Metoda zpracování výsledků

Následně byly zpracovány přepisy všech rozhovorů ze zvukových záznamů a za použití programu Microsoft Word přepsány.

Nejprve byly identifikovány hovorové a nespisovné výrazy, které byly nahrazeny jejich spisovnými ekvivalenty. Získané přepisy pak byly analyzovány pomocí otevřeného kódování metodou „tužka a papír“. Tato metoda je jedním z tradičních způsobů, jak vyhodnotit polostrukturovaný rozhovor. Při této metodě výzkumník pečlivě prochází přepis rozhovoru a ručně si poznamenává důležité body, témata a poznatky. Tento proces zahrnuje opakované čtení přepisu, zvýrazňování klíčových pasáží a psaní poznámek na okraj. Výzkumník se snaží identifikovat opakující se vzorce, podobnosti a rozdíly mezi odpověďmi respondentů. Současně si všimá i neverbálních projevů, pokud jsou zaznamenány, jako jsou pauzy, důrazy či emoce. Postupně tak vytváří kategorie nebo témata, do kterých seskupuje související myšlenky a postřehy. Metoda byla vybrána proto, že umožňuje výzkumníkovi hlubší ponoření do dat a poskytuje mu prostor pro vlastní interpretaci a pochopení zkoumaného jevu (Hendl, 2023, s. 236).

V rámci kódování rozhovorů je identifikováno celkem 25 kódů, které se ve výpovědích respondentů opakovaly, a současně měly relevanci ke zkoumanému cíli práce a k výzkumným otázkám. Tyto kódy byly poté seskupeny do čtyř kategorií: Druh a specifika napadání, Pocity sester při útoku a po něm, Školení a využívané strategie, a následně Současné pocity bezpečí/ohrožení a případná doporučení.

3.2 Kvantitativní výzkum

Na základě první fáze výzkumu byl realizován kvantitativní výzkum.

3.2.1 Metoda sběru dat

Kvantitativní výzkum staví na nestandardizovaném dotazníku. Nestandardizovaný dotazník je speciální typ dotazníku, který není jednotný ani normalizovaný. To znamená, že otázky v něm obsažené nejsou předem dané a mohou se lišit v závislosti na tom, kdo dotazník vytváří a za jakým účelem. Tento typ dotazníku umožňuje větší flexibilitu a přizpůsobení konkrétní situaci či výzkumnému záměru.

Tento dotazník byl pečlivě vybrán na základě doporučení renomovaných organizací, jako jsou Mezinárodní úřad práce (ILO), Mezinárodní rada ošetrovatelských pracovníků (ICN), Světová zdravotnická organizace (WHO) a Public Services International (PSI).

Zejména WHO doporučila tento dotazník jako součást svého programu zaměřeného na snižování násilí na pracovištích ve zdravotnictví (Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire). Původní dotazník vyvinutý WHO obsahuje pět hlavních kategorií s několika podkategoriemi a celkově obsahuje více než 100 otázek. Tento dotazník je trvale dostupný na oficiálních stránkách WHO, což poskytuje široký a ověřený základ pro sběr dat i analýzu v oblasti násilí na pracovištích ve zdravotnictví. Po doslovném přeložení všech otázek a předložení dotazníku pěti respondentům bylo zjištěno, že časová náročnost a obsáhlost jsou příliš velké. Proto bylo využito z dotazníku pouze několik otázek týkajících se aktuálního výzkumného šetření.

Pomocí tohoto dotazníku byly zjišťovány informace o zkušenostech zdravotních sester s násilím v ambulancích. Dotazníkové šetření pro kvantitativní výzkum probíhalo online formou od 11. 3. 2024 do 25. 3. 2024.

3.2.2 Etika výzkumu

Etika dotazníku je důležitou součástí výzkumného procesu, která zajišťuje, že sběr dat probíhá způsobem, jenž respektuje práva a důstojnost respondentů. Etika výzkumu

byla zajištěna tím, že výzkum byl zcela dobrovolný, respondenti měli možnost kdykoli od výzkumu odstoupit. Respondenti byli plně informováni o účelu výzkumu, typu shromažďovaných dat a způsobu jejich využití. V neposlední řadě byla zajištěna anonymita a důvěrnost poskytnutých informací, aby nemohlo dojít k identifikaci jednotlivých respondentů.

3.2.3 Výzkumný soubor

Dotazníky byly rozesílány formou odkazu sestřím pracujícím na traumatologických ambulancích a které následně dotazníky rozšiřovaly dál na svá pracoviště. Dále byly všeobecné sestry oslovovány pomocí skupin na sociálních sítích, kdy byly vybrány skupiny zaměřené na traumatologické ambulance. Celkem se za dané období nashromáždilo 130 vyplněných dotazníků. Jinými slovy výsledkem bylo získání 130 respondentů, kteří se zúčastnili našeho dotazníkového šetření.

Sociodemografické proměnné jsou patrné v následující tabulce č. 2.

Tabulka 2: Sociodemografické proměnné

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Pohlaví</i>		
Žena	110	85 %
Muž	20	15 %
<i>Věková kategorie</i>		
20–24	15	12 %
25–29	27	21 %
30–34	29	22 %
35–39	7	5 %
40–44	12	9 %
45–49	21	16 %
50–54	12	9 %
55–59	3	2 %
60 let a více	4	3 %
<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>		
SŠ s maturitou	29	22 %
SŠ s maturitou a specializací	23	18 %
Vyšší odborné	25	19 %
Vysokoškolské	53	41 %
<i>Délka praxe</i>		
Méně než 1 rok	2	2 %
1–5 let	27	21 %
6–10 let	34	26 %
11–15 let	13	10 %
16–20 let	10	8 %
Nad 20 let	44	34 %

Zdroj: vlastní zpracování

Poznámka: U otázek, kde bylo více možných odpovědí, není součet procent roven 100. Tabulka 2 poskytuje přehled základních sociodemografických charakteristik respondentů, mezi které patří pohlaví, věková kategorie, nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe. Z celkového počtu respondentů tvoří ženy 85 % (110 osob) a muži 15 % (20 osob). Věkové rozložení ukazuje, že nejpočetnější skupina respondentů spadá do kategorie 30–34 let (22 %), následovaná kategorií 25–29 let (21 %). Další významné věkové skupiny zahrnují respondenty ve věku 45–49 let (16 %) a 40–44 let (9 %). Nejmenší zastoupení mají respondenti ve věkových kategoriích 55–59 let (2 %) a nad 60 let (3 %). Z ostatních dat lze vidět, že skupina 35–39 let byla zastoupena 7 respondenty (5 %), 20–24 pak 15 respondenty (12 %), se stejným počtem je zastoupena i skupina ve věku 50–54 let.

Co se týká vzdělání, většina respondentů (41 %) dosáhla vysokoškolského vzdělání, zatímco 22 % má středoškolské vzdělání s maturitou. Respondenti s vyšším odborným vzděláním tvoří 19 %, ti se středoškolským vzděláním s maturitou a specializací 18 %.

Délka praxe mezi respondenty je rozmanitá. Největší skupina (34 %) má více než 20 let praxe, následuje skupina s 6–10 lety praxe (26 %) a 1–5 lety praxe (21 %). Menší skupiny respondentů zahrnují ty s 11–15 lety praxe (10 %), 16–20 lety praxe (8 %) a méně než jedním rokem praxe (2 %).

3.2.4 Metoda zpracování výsledků

Pro všechny varianty uzavřených otázek dotazníku byly vypočteny absolutní i relativní četnosti a následně zobrazeny pomocí sloupcových grafů a tabulek. Testování hypotéz bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyho testu a chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Pro proměnné ordinálního typu byly vypočteny pořadové statistiky, které byly následně zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Výpočty byly provedeny pomocí programu TIBCO STATISTICA, hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze byla zvolena 5 %.

4 Výsledky výzkumného šetření

V rámci čtvrté kapitoly jsou popsány výsledky výzkumného šetření, přitom jsou výsledky rozděleny na informace získané pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dotazníkového šetření.

4.1 Vyhodnocení a výsledky kvalitativního výzkumu

Kódy a jim přiřazené kategorie jsou nejprve pro lepší orientaci znázorněny v níže uvedené tabulce č. 3.

Tabulka 3: Kódy a kategorie

DRUH A SPECIFIKA NAPADENÍ	POCITY SESTER PŘI ÚTOKU A PO NĚM	ŠKOLENÍ A VYUŽÍVANÉ STRATEGIE	SOUČASNÉ POCITY BEZPEČÍ/OHROŽENÍ A PŘÍPADNÁ DOPORUČENÍ
Slovní útok	Strach a obavy	Komunikace a tón hlasu	Noční směna
Fyzické napadení	Zlost	Přivolání ostražky	Samota
Sexuální obtěžování	Ohrožení	Kurty	Prostor ambulance není bezpečný
Kombinace verbálního a fyzického útoku	Ponížení	Školení komunikace jednou ročně	Vyžadování okamžitého ošetření
Vliv návykových látek		Pomalé pohyby	Zvyšující se agrese
Pacient chce odejít bez ošetření			Potřeba školení
Nárůst agrese			Chybějící modelové situace a kurzy sebeobrany
			Sanitář či vhodná ostražka (nejen) při nočních směnách
			Změna legislativy

Zdroj: vlastní zpracování autorky

Jednotlivé kategorie budou nyní přiblíženy v následujících podkapitolách, kde budou také využity přímé výpovědi respondentů. Pro lepší orientaci v textu jsou jednotlivé kódy vyznačeny tučným písmem.

4.1.1 Kategorie: Druh a specifika napadení

V kategorii Druh napadení byl identifikován kód **Slovní útok**. Zkušenosti s verbálním napadením potvrdil R1: „*Verbální napadení a agrese je u pacientů velmi častá. Setkávám se s ní téměř každou svoji službu. Většinou jsou nespokojeni s délkou čekání.*“

Se slovními útoky se často setkává i R10: „*Častěji to je tedy verbální agrese, ale i fyzická tady není nijak ojedinělá.*“

Kód **Fyzické napadení** popsal R1 následovně: „*Fyzické napadení bývá většinou od pacientů, kteří jsou v ebrietě, pod vlivem omamných látek nebo mají komoci mozkovou. Konkrétně tento pacient se mně i moji kolegyni snažil vlepít facku. Zběsile kolem sebe mával rukama a snažil se zasáhnout každého, kdo se k němu přiblížil.*“

Fyzické napadení přiblížil R2 takto: „*Zažila jsem verbální a fyzické napadení. Zřejmě do konce života nezapomenu, když se proti mně rozběhl pacient s infuzním stojanem a chtěl mě s ním uhodit do hlavy. Naštěstí jsem zasažena nebyla.*“

R6 charakterizoval fyzické napadení takto: „*V tom okamžiku nás s kolegyní začal bít pěstmi a kopal kolem sebe. Zasáhl mě pěstí do břicha a kopl mě do boku.*“

R8 uvedl: „*Ano, setkala. Můj první agresivní pacient byl již třetí den mého zaučování na traumatologické ambulanci. Následně jich bylo mnoho za ty roky, co působím na ambulanci.*“

R9 svou zkušenost vylíčil následovně: „*V čekárně čekal zhruba 20 minut, protože před ním bylo ještě spoustu pacientů. Zvedl se, opět přišel ke mně k evidenci a zopakoval mi, že spěchá, tak na co kurva čeká. Když jsem mu zopakovala to stejné, co během zadávání do systému, začal na mě křičet, jestli mně má rozbít hubu, aby se dostal na řadu, nebo co pro to má udělat. Začal mě nazývat vypatlanou krávou a zdůraznil, že si nás platí ze svého zdravotního pojištění, takže bychom měli pohnout tou svojí prdelí a začít něco dělat. Následně pěstí bouchl do evidence a začal chodit doslova jako tygr v kleci přes celou čekárnu tam a zpět.*“

Sexuální obtěžování zmínil R3: „*Řekla bych, že to obojí, a hlavně i se sexuálním obtěžováním. Nejdříve to začalo jako sexuální obtěžování, kdy mi sdělil, že mám pěkné oči a určitě ztuhlou krční páteř, poté se mě začal pacient nevhodným způsobem dotýkat, když jsem mu chtěla změřit tlak. Hned po tom, co mě začal hladit a dotýkat se mě na zadní části krku, jsem se odtáhla, ale zřejmě pomalu, protože mě stačil silou chytit a odmítal mě pustit.*“

Dále dotazovaní uváděli, že se během své praxe setkali jak se slovními útoky, tak s fyzickým napadením, mnohdy však se jednalo o kombinaci obojího chování. **Kombinaci verbálního a fyzického útoku** potvrdil ve svém tvrzení i R4. Zároveň uvedl, že agresivní jsou nejen pacienti, ale i jejich doprovod: „*Bohužel setkala, a nejednou. Setkala jsem se několikrát s agresivním chováním jak u pacienta, tak i u doprovodu pacienta. Zažila jsem verbálně agresivního pacienta i fyzický útok z jeho strany. Nerada na to vzpomínám, protože kdybych měla být upřímná, na hlasité urážení a výhrůžky jsme už tak nějak zvyklé, ale fyzické napadení je rychlé, nečekané a velmi bolestivé.*“

O kombinaci fyzického i verbálního útoku se zmínil i R5: „*Když bych měla popsat nejdříve ten slovní útok, tak je to většinou kvůli nespokojenosti pacienta, takže ‚Proč? Nesahej na mě, nech mě být, nebudu, nechci‘ – takhle to většinu začíná... Ne vždy následuje fyzický útok, to je na momentálním rozpoložení pacienta, ale v tomhle popisovaném případě ano, zde na nás pacient následně zaútočil. Pacienta jsem si navezla na lehátku do ambulance a chtěla mu změřit tlak, protože jsem plnila ordinace lékaře. Nejdříve nechtěl natáhnout ruku, následně se zvedl na lehátku a vyslal ‚dělo‘ pěstí – jasný pokyn, že opravdu nechce, aby se na něj sahalo.*“

K tomu R6 dodává: „*Samozřejmě, že jsem se setkala s agresivním chováním pacienta, kdo v naší profesi ne (smích)?*“. Zároveň zmiňuje setkání s různými druhy agrese, jak vypovídá: „*Zažila jsem snad všechny druhy agrese. Slovní, fyzický, i se sexuálním podtextem. Konkrétně tedy ten fyzický ve mně zanechal asi největší stopy. Člověk si fyzické násilí pamatuje mnohem lépe a dýl, než když se jedná pouze o slovní nadávky a urážky.*“

R7 zažil také různé druhy agrese: „*Ano, setkala jsem se s každým druhem agrese. Verbální i fyzická, a řekla bych, že ta verbální je u nás na ambulanci na denním pořádku.*“

R8 k problematice doplňuje: „*Nejdříve se jednalo o verbální útok a následně fyzické napadení. Ve většině případů je to vždy takhle. Pacienti nejdříve křičí, uráží nás a následně se snaží prosadit fyzickou silou.*“

R10 také potvrzuje tuto zkušenost: „*No jéje – a s kolika... Ať už se jednalo o pacienta, nebo doprovod. Kdybych to měla zprůměrovat, tak určitě se každých 14 dní jeden takový najde. Buď po nás křičí, nebo se nás snaží rovnou přizabít.*“

Vliv návykových látek je kód potvrzený R4: „*Pokud bych měla hovořit přímo o konkrétním fyzickém napadení, tak se jednalo o mladíka dovezeného záchrannou službou v doprovodu policie. Při příjezdu a předání byl v klidu, takže policie naznala, že mohou odjet. Nejdříve se zdálo, že pacient bude opravdu klidný, ale protože byl*

pod vlivem omamných látek a zřejmě začal mít halucinace, tak hned po převezení na lehátku do ambulance začalo rodeo. Stalo se to strašně rychle. Asi jsem to měla čekat, nevím. V ambulanci začal jevit známky zmatenosti, začal být vulgární, brachiálně agresivní. Chtěl na záchod, tak jsme mu podaly bažanta, do kterého se vymočil, a následně ho po nás plný hodil. Když seskočil z lehátka, nejdříve se snažil zaútočit na moji kolegyni, které se snažil dát pěsti, to se mu nepovedlo, a tak stočil pozornost směrem ke mně. Nejdříve mě přitiskl ke zdi a následně odhodil na hranu dveří. Měla jsem modřinu přes půlku zad a obražená celá záda. Naštěstí byl i pod vlivem alkoholu, takže se mu zamotaly nohy a sám pak spadl na zem, kde ho zalehl lékař.“

Také R5 tuto zkušenost potvrzuje: *„Pokud jsou v podnapilém stavu, nebojí se používat různé tituly sprostých slov a následně ponižení. Takže kromě toho, že nás nazve ‚pindou‘, se přidá ještě ‚táhni, ty špino‘ a podobně.“*

I R6 se zmiňuje o negativní zkušenosti s agresí pacienta pod vlivem návykových látek: *„Jednalo se o pacienta, u kterého se začala velmi rychle rozvíjet zmatenost v důsledku úrazu a omamných látek. Nejdříve byl agresivní slovně, začal mě urážet, následně chtěl odcházet z lůžka, což nebylo možné, a tak jsme se mu v tom snažily zabránit.“*

Vliv alkoholu potvrdil R7: *„No, pacient byl přivezený záchrankou v ebrietě. Ležel na lehátku utlumen velkým množstvím alkoholu a spíš pospával. Navezla jsem ho na pokyn lékaře do ambulance a chystala jsem se mu vysvléknout bundu, abych mu mohla změřit krevní tlak. Zničehonic se probрал, začal křičet a zaútočil na mě.“*

Své zkušenosti s pacientem pod vlivem návykových látek popsal také R8: *„Jednalo se o ženu, která pod vlivem alkoholu řídila, nabourala a byla k nám dovezena záchrannou službou. Nejdříve byla klidná, poslali jsme ji na neurologické vyšetření, odkud se nám vrátila, a už byla silně vulgární. Navezla jsem si ji do ambulance, abych ji mohla uklidnit, ale nechtěla. Začala si vytahovat flexily, házela je po mně. Když jsem se jí snažila zastavit krvácení z ranek od vstupů po flexilách, napráhla se a chtěla mě uhodit do obličeje. Protože byla silně opilá, tak její gesta byla pomalá, takže jsem ji ruku chytila, bohužel mě udeřila druhou rukou.“*

Kód **Pacient chce odejít bez ošetření** byl jako důvod pozdější agrese identifikován ve výpovědi R1: *„Pacienta přivezla záchranná služba k nám na ošetření. Někdo ho viděl ležet na ulici a hlavu měl zakrvácenou. Když nám ho záchranáři předali, pacient nejdřív vykřikoval na celou čekárnu sprostá slova a nadávky. Pak chtěl za každou cenu odejít, což jsme nemohli dopustit, protože neměl hotové vyšetření.“*

Také R7 uvádí, že některé útoky zahrnovaly snahu pacienta odejít bez ošetření: *„Nejdřív křičel, následně zatmul ruce v pěst a udeřil mě vší silou do obličeje. Spadla jsem na zem a on stihl seskočit z lehátka dolů. Ležela jsem na zemi před dveřmi, kterými se snažil utéct ven. V tu chvíli zavrával a upadl také, téměř hned vedle mě.“*

Nárůst agrese jako specifika průběhu útoku potvrdil R1: *„V ambulanci se nechtěl nechat vyšetřit od lékaře a nespolupracoval. Při každém pokusu o změření tlaku se pak oháněl a jeho agresivita narůstala.“*

R8 k této problematice zmiňuje: *„Když se její verbální agrese začala stupňovat, snažila jsem se s ní mluvit, uklidnit ji.“*

R10 se k tématu vyjádřil následovně: *„Tak třeba u konkrétní pacientky se jednalo o to, že nejdříve křičela, dožadovala se rychlého ošetření a odmítala čekat na výsledky vyšetření, následně se mi zakousla do ruky a začala se s námi prát... Když mi pacientku předávali záchranáři, zmínili se, že je chvilkami velmi rozrušená a agresivní. Byly to takové vlny. Nejdříve byla v čekárně klidná, sem tam něco vykřikla, ale dala se uklidnit. Následně začala znovu křičet, a když jsem se jí snažila udržet na lehátku v ambulanci, aby ji mohl lékař vyšetřit a následně zašit ránu na hlavě, stočila se do klubička a zakousla se mi do zápěstí. Následně se mě snažila praštit pěstí a kopala nohama kolem sebe.“*

4.1.2 Kategorie: Pocity sester při útoku a po útoku

Strach a obavy jsou pocity, které potvrdil R1. K tomu však doplňuje, že v průběhu praxe strach slábl. *„Jistě je to obava a strach, ale myslím si, že za svoji praxi už nemám asi takový strach jako dřív. Spíš je to vše o zvládnutí situace.“*

Strach potvrdil také R3: *„Bylo to všechno strašně rychlé, že snad jen strach. Ano, v ten okamžik jsem měla opravdu jen hrozný strach.“*

Jak uvedl R5, *„rozhodně jsem měla strach. Veliký strach, přestože se snažím po těch letech praxe nejít do rizika... Měla jsem panický strach. Přiznám se, že i v té ambulanci jsem měla panický strach. Vysílala jsem signály ve smyslu toho, komu otevřít dveře, koho zavolat. Bylo strašné zjištění, že pacienta musel doslova přeprat lékař mnohem menší a starší, aby situace neměla daleko horší následky. Z celé té situace, kdy na něm ležel lékař, nás dostali až sanitáři, kteří náhodně přišli pro jiného pacienta.“*

R8 k tomu upřesňuje: *„Nejdříve jsem se nebála, protože jsem si říkala, že se jedná o ženu. Nenapadlo mě vůbec, že by žena mohla být tak agresivní a nebezpečná. Během prvního pokusu o udeření mě jsem asi zaznamenala trochu strach. Nevěděla jsem, co dál dělat, jak postupovat. Měla jsem pouze příkaz od lékaře, že pacientka nesmí opustit*

nemocnici, takže jsem se asi trochu bála i toho, aby mně neutekla. Následně přišla facka druhou rukou.“

Strach je patrný i ve výpovědi R9: *„Bylo mi strašně nepříjemně. Už od samotného začátku, kdy byl arogantní u evidence, jsem cítila, jak mně buší srdíčko. Tušila jsem, že s tímto pacientem budou problémy. Cítila jsem nával strachu z toho, že nevím, jak to bude dál pokračovat.“*

Kromě strachu také dotazovaní uváděli **zlost**, jako například R1: *„Byla jsem naštvaná. Cítila jsem zlost a rozčarování na toho pacienta.“*

Zlost vyjadřuje i R3: *„Upřímně jsem mu to chtěla nějak vrátit. Agresivně. Byla jsem na něj tak naštvaná, že si toto ke mně dovolil, že jsem si přála mu to prostě nějak vrátit.“*

I ve výpovědi R4 zaznívá zlost: *„S prominutím mě napadaly v duchu jen nadávky a možná i dotaz, proč se o něj musíme starat, když o to evidentně nestojí. Ano, napadaly mě slova jako ‚to je opravdu debil‘... Byla jsem vyděšená a strašně nasraná. Říkala jsem si, jestli si ten člověk uvědomuje, kolik lidí svým chováním zaměstnává. Chlastá, fetuje a následně sedne za volant. Místo toho, než aby byl rád, že se mu někdo snaží pomoci, tak svým chováním jen zaměstnává téměř všechny složky IZS a následně si druhý den nebude nic pamatovat.“*

O zlosti hovoří i R6 toto: *„Ano, zlost vůči tomu člověku, že mám bolest, že mě bolí břicho, bok, ruka. Taky že si myslím, že není vhodný nás takhle mrzačit, když se jim snažíme pomoci.“*

K tomu R7 dodává: *„Byla jsem naštvaná. Bolel mě obličej a měla jsem chuť ho uhodit také.“*

Respondenti často ve svých výpovědích zmiňovali zlost vůči agresivním pacientům, ale v některých případech také vůči lékařům. Jak uvedl R8, *„v prvním okamžiku jsem se soustředila na to, abych pacientku udržela na lehátku. Následně mně došlo, že mě bolí celá půlka obličeje, a že jsem na ni neskutečně naštvaná. Byla jsem naštvaná ale i na lékaře, který přestože věděl, jak začíná být pacientka agresivní, absolutně se nepodílel na tom, mi nějak pomoci.“*

R9 uvedl: *„A taky pěkně naštvaná, mírně řečeno. Cítila jsem nával adrenalinu, když na mě začal křičet, a ruce se mi třásly ještě tak dobrou hodinu po incidentu.“*

Zlost vystihnul v rozhovoru též R10: *„Nejdříve jsem se nebála. Jen jsem na ni byla naštvaná, protože přestala spolupracovat a já se s ní musela téměř prát, aby ji lékař mohl ošetřit ránu. Říkala jsem si, zda tohle mám zapotřebí. Napadlo mě v jednu chvíli, že se na to vykašlu, a ať si prostě odejde domů s tržnou ránou na hlavě... Po útoku jsem byla*

doslova nasraná, jestli to tak mohu říct. Netušila jsem, zda nemá nějaké nemoci, a já mám rodinu, děti. Představa, že něco chytím, ve mně vyvolala téměř panický strach. Byla jsem vzteklá a k smrti vyděšená dohromady. Ten pocit bych nikomu nepřála.“

Pocit ohrožení blíže popsal R2: *„Cítila jsem pocit ohrožení. Všechno mi to došlo až po útoku, kdy byl pacient zpacifikován. Došlo mi, že jsem na ambulanci opravdu sama a člověk nikdy neví, co se stane.“*

Pocit ohrožení nejen při útoku, ale i dlouho po něm popisuje R7: *„Asi tak půl roku po tomhle incidentu jsem se opravdu bála se přiblížit k pacientovi na lehátku. Do teď, když mám pacienta v ebrietě, si hlídám jeho ruce a nohy, nepředkláním se k němu a ten strach tam i dodnes je.“*

Ponížení cítil R9: *„Ponížená. Křičel na mě nadávky před celou čekárnou. Přestože ho někteří pacienti za jeho chování odsoudili, já jsem se cítila zostuzená.“*

4.1.3 Kategorie: Školení a využívané strategie

Kód **Komunikace a tón hlasu** byl identifikován jako jeden ze způsobů, jak se sestry snaží zvládat agresivní chování pacientů. Tento kód zmínil R1: *„Snažíme se zabránit, aby jeho chování eskalovalo. Snažíme se s pacientem mluvit vřídlným tónem hlasu, ale u těchto pacientů to moc nefunguje, takže jejich agresivní chování pokračuje dál.“*

O komunikaci jako snaze zvládat agresi hovořil také R2: *„No snažila jsem se ho slovně uklidnit. Mluvit k němu, ale neposlouchal.“*

Komunikací se snažil pacientovo nevhodné chování zvládnout také R3, ale také potvrzuje, že komunikace nepomáhala: *„Nejdříve jsem ho slušně poprosila, ať přestane s lichotkami, protože při měření krevního tlaku by neměl mluvit. Následně jsem mu řekla znovu a důrazně, ať se mě nedotýká, snažila jsem se odtáhnout a u toho volala o pomoc.“*

Tón hlasu zmiňuje i R4: *„Snažily jsme se já i kolegyně mluvit pomalu, klidně a mírným tónem.“*

Komunikaci se snaží využít také R5, avšak i v tomto případě by samotná komunikace nenapomohla zvládnutí situace: *„Přistupovaly jsme k němu s mírným tónem hlasu. Snažily jsme se komunikovat. Bohužel to dopadlo tak, jak jsem říkala, a z celé této situace nás dostal až lékař, který vyběhl a dal pacientovi ránu do pevného límce, který měl nasazený od záchranky, tím ho sundal na zem a zalehl. Kdyby tam nebyl, věřím tomu, že kolegyně i já dopadneme mnohem hůř.“*

Komunikaci jako hlavní strategii používá i R6: *„Ano, snažily jsme se pacientovi vysvětlit, že není možné, aby opouštěl lůžko. Že to je pro jeho bezpečnost... Snažila jsem*

se s ním komunikovat, ale nemyslím si, že se v takové situaci dají podniknout nějaké preventivní kroky.“

Další neúspěšnou snahu o komunikaci popisuje R8: *„Když začala být fyzicky agresivní, odstoupila jsem od ní a stále na ni klidným hlasem mluvila. Bohužel jsem se přiblížila, když si vytrhla obě flexily. Sice jsem jí stihla jednu ruku zachytit, ale tu druhou už ne. Následně po tom, co mně kolegyně přiběhla na pomoc, protože slyšela křik, se nám ji podařilo přikurtovat k lehátku, a tím jí znemožnit jakýkoliv pohyb.“*

Komunikací se snaží vyřešit problém také R9: *„Ano, snažila jsem se mu vysvětlit, že během pohotovostní služby je počet lékařů omezen, že na ambulanci sedí pouze jeden lékař a snaží se dělat vše, co je v jeho silách. Nejdříve jsem zavolala do ambulance a řekla kolegyni, že zde máme mírně agresivního pacienta, který se dožaduje přednostního ošetření.“*

R10 uvedl: *„Nejdříve jsem se s ní snažila mluvit po dobrém. Vysvětlila jsem jí, co jí teď čeká, a řekla, že pokud bude vše v pořádku, půjde domů hned, jak lékař dokončí ošetření. Když slova nestačila a lékař musel paní zašít ránu na hlavě, musela jsem ji za ramena chytit, aby sebou tolik necukala.“*

Dalším krokem, jak se sestry snaží zvládat agresivní pacienty, je **Přivolání ostrahy**, jak uvádí R1: *„Protože chování pacienta eskaluje, přistoupím k sebeochraně a volám pomoc při zpacifikování pacienta. Ve většině případů je to ostraha.“* Jak ovšem R1 doplňuje, může zde být velká časová prodleva, než ostraha dorazí: *„...nebo si můžeme zavolat tu ostrahu. Ta bohužel není v této budově, tak někdy trvá, než se za námi dostanou.“*

Jak doplnil R4, *„vím, že si můžu zavolat ostrahu, ale v okamžiku, kdy se nám podařilo se dostat k telefonu a zavolat je, mi minuty čekání přišly jako hodiny. Neskutečně dlouhá doba. A bohužel jediné dveře, ze kterých jsem mohla utéct, byly zavřené a v cestě nám stál agresivní pacient... bohužel díky mé zkušenosti jsem se přesvědčila, že ostraha je od našich ambulancí strašně daleko, v jiné budově, a tak trvá, než se k nám dostanou.“*

R9 uvádí: *„Když pak po mě začal křičet a udeřil do evidence, vyzvala jsem ho ať se uklidní, jinak budu muset zavolat ostrahu. Pacient se stejně neuklidnil, takže jsem ji zavolala.“*

Přivolání ostrahy jako jednu z možností jmenuje také R2, který mluvil i o kurtech. **Kurty** však podle něj nezajistí bezpečí sester: *„Pokud předem víme, že nám vezou agresivního pacienta, můžeme si zavolat ostrahu nebo zkusit poprosit centrální sanitáře, zda by nám nepomohli. Následně můžeme na pacienta použít kurty, ale pokud jsme s ním*

sami s lékařem v ambulanci, jde to jen velmi těžko. Navíc ti šikovnější pacienti se dokážou z kurtů dostat poměrně rychle.“

Přivolání ostrahy i kurty byly jako možnosti zvládnání agresivních pacientů uváděny také R3: „Víceméně je to vše na našem uvážení. Pokud víme, že přijede agresivní pacient, můžeme si zavolat ostrahu, nebo máme možnost pacienta přikurtovat.“

Přivolání ostrahy a omezení na pohybu pomocí kurtů zmiňuje také R10: „Bohužel se nálada paní změnila a po zakousnutí do mé ruky jsme ji museli s lékařem zpacifikovat a následně i přikurtovat, aby se trochu uklidnila, a ostrahu jsme nakonec zavolat také museli.“

Jak ale doplňuje R6, kurty se smí používat pouze v daných případech, nikoliv při jakékoliv agresi pacienta: „I kurtaci smíme použít, až se něco stane, nemůžeme přikurtovat každého pacienta, u kterého máme jen subjektivní podezření, že by mohl něco udělat.“

O využití kurtů hovořil R7: „Nebylo nejdříve co řešit a zvládat. Ležel a pospával. Když začal křičet, bylo už pozdě, protože hned nato následovala rána pěstí. Opatření jsme provedli s lékařem a kolegyní až následně, kdy se nám ho podařilo dostat zpět na lehátko a přikurtovat.“

Školení komunikace jednou ročně je kód, který hovoří o „krátkém“ školení komunikace s agresivním pacientem, což potvrdil R1 na otázku, zda jsou sestry v komunikaci s náročnými pacienty proškoleny: „Možná jednou za rok máme nějaké školení na 30 minut ohledně komunikace s agresivním pacientem a bohužel školení v komunikaci bývá velmi často široce pojato.“

K danému školení komunikace s agresivním pacientem dodal R2, že se nejedná o praktický kurz, který by byl potřebný: „Školení ohledně komunikace bývá, ale není praktické a je to taková pěkná teorie, která není slučitelná s praxí.“

Pomalé pohyby jako strategii pro uklidnění pacienta použil R4: „Dokonce jsem se soustředila na své pohyby, nedělala jsem nic prudce, snažila jsem se vystupovat klidným dojmem, ale pacient nechtěl spolupracovat. Takže ho následně musel zvládnout až doktor, když ho zalehl, a tím mu vlastně znemožnil další pohyb.“

4.1.4 Kategorie: Současné pocity bezpečí/ohrožení a případná doporučení

Ve výpovědích byly identifikovány kódy **Noční směna** a **Samota**, které přispívají k pocitům ohrožení sester. Ty se cítí více ohrožené na noční směně než na denní, a také mají větší pocit ohrožení, pokud jsou na danou situaci samotné, například jsou jako první

u agresivního pacienta. Jak uvádí R1, „no někdy bohužel ne. Vždycky když jsem jako první u agresivního pacienta, zejména na noční, tak jsem s ním sama. Také bohužel nemáme celkově ambulance uzpůsobené k tomu, abychom mohli případně někam utéct nebo se schovat. Ocenila bych i nějakého muže, sanitáře během nočních služeb.“

R3 doplňuje následující: „Během nočních služeb se určitě v bezpečí necítím.“

R5 poznamenává: „Uvědomění, že nejsme schopni si zavolat okamžitou pomoc, když ji potřebujeme, mě děsí ještě dnes při každé pohotovostní službě... Co se týče toho, že se můžeme spolehnout jedna na druhou, tak ano. Ale ve smyslu toho, že ostraha mě spasí, když cesta jim může trvat 20–30 minut, tak to opravdu ne. Jde o to, že i když víme, že pacient je neklidný, voláme okamžitě ostrahu a třeba záchranku doprovází policejní hlídka, ta spolu se záchranáři odjede, jsou tam časové prodlevy, kdy jsme s agresorem samy. Obzvláště na nočních službách.“

Noční směna z pohledu pocitu bezpečí představuje problém i pro R6: „Ne, necítím se určitě v bezpečí. Přes den je to lepší, protože je tady více lidí, tak si říkám, že by mi snad někdo na pomoc přišel, ale když tu jsem téměř sama na noční, tak mám opravdu nepříjemný pocit a říkám si, co to bude tentokrát.“

Noční směny zmiňuje také R7: „Ne, rozhodně ne. A už vůbec ne během nočních služeb nebo kdykoliv nám dojede někdo v ebrietě.“

R8 shodně potvrzuje: „Abych to vysvětlila, tak přes den, ať už ve všední, nebo o víkendech, je nás tady víc. Máme k dispozici i sanitáře, který nám vozí pacienty na vyšetření a mnohdy nám pomůže s nespolupracujícím pacientem. Během nočních služeb je to jiné. Jsme tu v omezeném počtu a jen samé ženy. Býváme s pacientem v ambulanci samotné, a to bych řekla, že není příjemné pro žádnou z nás.“

R10 doplnil: „Necítím, sloužíme tady především ženy. Ublížit nám dokáže i mnohem menší žena, než jsme my, co teprve nějaký agresivní chlap nebo někdo pod vlivem návykových látek. Bojím se já a vím, že i mé kolegyně, každou noční směnu.“

Z výpovědí dotazovaných také vyplynul kód **Prostor ambulance není bezpečný**, který sestřám k pocitům bezpečí nepřispívá. Skutečnost, že sestry nemohou utéct a nemají pocit bezpečí, potvrzuje též R2: „Řekla bych, že ne. Ale je to také bohužel prostorami, ve kterých se nacházíme. Nemáme možnost únikového východu, nepřehledné čekárny, absence zrcadel. Ostraha má mnohdy velikou prodlevu, než se k nám dostanou, a pohotovostní ambulance nemají ani okna. Evidence v čekárně je otevřena, zabezpečena pouze plexisklem. Prostory čekárny jsou volně přístupné, takže se někdy stane, že se nám

někdo schová na toaletu a následně odmítá prostory opustit. Na nočních je sestra na ambulanci sama, já osobně bych ocenila sanitáře, jakožto chlapa.“

Své vyjádření poskytuje rovněž R1: *„Bohužel nemáme celkově ambulance uzpůsobené k tomu, abychom mohli případně někam utéct nebo se schovat.“*

R3 o prostoru ambulance uvádí, že by chtěl, *„abychom měly možnost uzamykatelných dveří“.*

To potvrzuje i R4: *„Další věc je, že v akutní ambulanci nemáme možnost únikového východu. Nemáme tam vlastně ani okno, kdyby bylo nejhůř.“*

K tématu se R5 vyjadřuje následovně: *„Bohužel únikové východy tu moc nejsou, takže během krizové situace nejsme schopni opustit ambulanci nebo čekárnu pohotovějším způsobem.“*

V bezpečí se necítí ani R8: *„Absolutně ne. V čekárně je jeden únikový východ, ale v pohotovostních ambulancích nemáme ani okna. A pokud se včas nestihneme dostat k telefonu, abychom si zavolali alespoň ostrahu, nikdo nemá šanci ani zjistit, co se v ambulanci odehrává... Čekárnu máme otevřenou ze dvou stran, takže k nám kdykoliv kdokoliv může přijít, anebo se někde ukryt, protože naše čekárna má spoustu slepých míst, kam z evidence nevidíme.“*

Vyžadování okamžitého ošetření je jedním z častých začátků agresivity pacienta, jak vícekrát zmiňuje R1, podle něhož je takových pacientů stále více: *„Je jich daleko víc a situace se horší. A bohužel se nejedná jen o pacienty pod vlivem omamných látek. Agresivní jsou i pacienti přicházející na běžné ošetření a jsou nespokojeni s délkou čekání. Bohužel musím říct, že agresivní jsou především mladší ročníky, které vyžadují lékařskou péči téměř okamžitě.“*

R1 pak doplňuje i další důvody: *„...určitě mezi důvody patří dlouhé čekací doby. To se ale potom můžeme bavit i o systému poskytování zdravotní péče a o zneužívání pohotovostních služeb, díky čemuž se v čekárnách hromadí obrovské množství neakutních pacientů a čekací doba se tím logicky prodlouží.“*

Zvyšující se agrese je kód, který potvrzuje R2: *„Agresivita se zvyšuje a narůstá. Řekla bych, že dříve tolik verbálních a fyzických útoků rozhodně nebylo.“*

Z důvodu zvyšující se agrese pacientů se sestry cítí méně v bezpečí, a jak doplňuje R2, *„za prvé je to určitě politickou situací, která je v posledních letech taková, jaká je. Pacienti se bojí z různých důvodů, jsou ve stresu a bohužel my jsme první na ráně. Hrnou se sem opravdu kvanta běženců z různých směrů, u kterých ta agrese je opravdu vidět, a těžko říct, jestli i naši lidé se možná trošku bojí, možná přizpůsobují – těžko říct. A za*

druhé zdravotnictví je stále podáváno zdarma, vše je zdarma, a co je zdarma, toho si nevážím, tím můžu plýtvat a na vše mám právo.“

Zvyšující se agrese pacientů si všimá R3: *„V porovnání několika let bych řekla, že se agresivita pacientů zvyšuje. To v každém případě. Určitě je to dobou. Pacienti mají pocit, že mohou vše, dostanou, co chtějí, a když to není dle jejich představ, nemají problém začít po personálu křičet, urážet nás, nebo dokonce vyhrožovat.“*

O zvyšující se agresi hovoří i R4, který uvádí: *„No myslím si, že se situace horší, protože se agrese pacientů zvyšuje. Asi to bude tím, že je dnes vše dovoleno. Každý zná svá práva, bohužel ne však svoje povinnosti. Vše je dovoleno, nikdo za sebe nenese zodpovědnost a vše hází na nás jakožto na zdravotníky.“*

R5 doplňuje: *„Za těch mých let vím, že pocituji větší agresi ze stran pacientů. Nevím, zda je to dobou, nebo větším stresem, ale rozhodně agresivních incidentů nám tady hodně přibývá.“*

Také R6 uvádí: *„Určitě ano. Řekla bych, že situace je horší. Pacienti si více dovolují, více křičí a bez jakýchkoliv okolků se uchylují k násilí. Tomu tak ještě před pěti roky nebylo, no alespoň ne v takové míře. Myslím si, že to je díky tlaku společnosti. Hodně lidí má v této době strach o budoucnost, finance a jiné. Jsou podráždění a nás vidí jako snadný cíl, kde si svoji zlost vybit.“*

R7 dodává: *„Ano, situace je horší, lidé jsou rozhodně agresivnější... Začala jsem to pozorovat po covidu, kdy se k nám nejdříve chovali velice pěkně, ale následně po druhé vlně byli více ve stresu, měli pocit, že jsme dostali příliš velké odměny, a tak si představují zřejmě i jinou péči. Chtějí být ošetřeni hned, na vše si volají záchranku a chodí do pohotovosti s věcmi, které by počkaly na obvodního lékaře. Pak se diví, že dlouho čekají, ale když jich přijde do pohotovosti tolik, nejsme schopni všechny pacienty ošetřit do 30 minut, jak by si mnozí představovali. Nezlepšila to ani situace na Ukrajině, kdy mají pocit, že náš systém upřednostňuje spíše uprchlíky.“*

Stejného názoru je R8: *„Agresivní pacienti byli vždycky a asi vždycky budou. Ve srovnání s roky před bych řekla, že ale agrese narůstá a stává se to naším denním chlebem. Těžko říct, zřejmě to je tím, že si lidé přestali našeho zdravotnictví vážit. Berou to jako samozřejmost. Nikoho jen tak nenapadne uhodit nebo hrubě slovně urazit příslušníka PČR, protože by se to řešilo dál. Ve zdravotnictví je to jiné. Postihy za ublížení na zdraví sester nejsou. Většina sestřiček to ani neohlásí, a když ano, odškodní je nemocnice a tím to končí. Agresorovi to opět projde.“*

Potřeba školení se prokázala ve výpovědi R1 1: „*Myslím si, že by bylo potřeba nás trochu proškolit a ukázat možnosti, jak se v situacích s agresivním pacientem zachovat, případně přijmout jistá opatření k ochraně personálu, zvláště pak v pohotovostní službě.*“

Potřebu školení na to, jak se bránit, umiňuje i R3: „*Seminář na komunikaci s agresivním pacientem jsme párkrát měli, ale nebylo to cílené přímo na naše situace. Jakože na ambulantní provoz. A možnost kurzů sebeobrany jsme nikdy neměli. Nevíme, jak se fyzicky bránit.*“

R6 k tomu doplňuje: „*Řekla bych, že nás nikdo s možností obrany neseznámil. Mně osobně určitě ne a ani jsem nic neslyšela od kolegyň... Nemáme, komunikaci s agresivním pacientem jsem měla naposledy v hodinách psychologie na střední škole. Za tu dobu jsem pracovala na třech různých odděleních, nyní na ambulanci, a nikde nic takového nebylo.*“

Chybějící školení vyplynulo z výpovědi R9: „*Komunikace s agresivním pacientem by se nám určitě hodila, protože každá z nás máme tendenci po čase na pacienta také zvýšit hlas, zvláště když nás uráží. Bohužel to vyvolá zas jen další a větší agresi. Takže si myslím, že naučit se nějaké fráze by nebylo na škodu.*“

R10 doplňuje: „*No asi neseznámil. Vím, že staniční nám klade na srdce, ať zvážíme kurtaci pacientů, zda je to opravdu nutné, a že v případě nouze máme použít únikový východ. Samozřejmě máme dbát na své bezpečí, ale jak? S tím nám asi jen tak někdo neporadí... Aby se náš zaměstnavatel zamyslel, jak by nám mohl zajistit bezpečnost, protože v posledních letech s událostmi, které se dějí všude možně (nemocnice, fakulta), ten strach v nás opravdu narůstá. Obávám se ale, že ke změně dojde tak jako vždy, až se stane něco opravdu vážného. Napadení sester se totiž stalo tak nějak součástí našeho povolání, a tak se to moc neřeší.*“

Chybějící modelové situace a kurzy sebeobrany potvrzuje R2: „*Jinak fyzický způsob nácviku nebo modelové situace jsme nikdy neměly. Je to vše jen na naší rozvaze, našich schopnostech komunikace a zhodnocení situace.*“

R4 potvrzuje: „*Nevím o žádném kurzu. Možná se někdy něco objevilo na nástěnce pouze jako informativní leták, ale víc bych řekla, že ne. Cíleně mně nikdo nikdy nic nenabídl, a myslím si, že je to škoda, protože jsem četla, že takové kurzy – třeba sebeobrany – existují.*“

R5 připojuje své vyjádření: „*Tady v nemocnici? Rozhodně tady nějaké kurzy jsou, ale nejsou pro všechny, protože těch míst je opravdu málo. Možnost sebeobrany ne, to jsem neviděla ani nikde na nástěnce.*“

Jak uvádí i R7, „*ne, opravdu netuším. Řekla bych, že nám staniční sestra ani vrchní sestra nic takového neříkaly. A nějaké postupy tady vypracované taky nejsou... Možná nějaká ta komunikace s agresivním pacientem, ale nikdy jsem na takové přednášce nebyla. Kurzy sebeobrany tady nikdy nebyly, ale moc bych si je přála a vím, že hodně mých kolegyně taky, protože jsme se o tom už párkrát bavily.*“

R8 k tomu také připomíná: „*Jeden takový seminář byl. Bohužel to bylo zaměřeno na onkologicky nemocné pacienty a jak reagovat na jejich negativní přijetí diagnózy, což pro nás jako traumatologickou ambulanci bylo absolutně nepředemětné. O kurzech sebeobrany jsem slyšela, ale náš zaměstnavatel nic takového nenabízí.*“

Různé modelové situace v komunikaci s agresivním pacientem by uvítal R9: „*Když nad tím teď opravdu přemýšlím, asi by bylo potřeba pro nás sestry dělat pravidelné kurzy a semináře ohledně komunikace s pacientem. Musím přiznat, že třeba já se snažím vydržet dlouho v klidu, ale pokud na mě pacient nepřestává křičet, uchýlím se ke křiku taky. Pak po sobě křičíme, a nikam to nevede.*“

R10 uvádí: „*Školení máme na KPR, hojení ran a podobně, ale na komunikaci s pacientem ne, a už vůbec ne nějaké kurzy sebeobrany. Řekla bych, že je to škoda, ale vše stojí peníze a pochybuji, že v dnešní době by nám toto zaměstnavatel zajistil.*“

Sanitář či vhodná ostraha (nejen) při nočních směnách je kód potvrzený požadavkem R3: „*Myslím si, že je důležité, abychom se cítily během služby alespoň trochu v bezpečí a chráněné. Aby tu s námi byl během nočních služeb nějaký mužský, třeba sanitář, aby ostraha dělala častější obhlídky.*“

R5 doplňuje: „*Myslím si, že by nám pomohlo zlepšení situace v řadách naší ostrahy. Neměli by být v jiné budově a rozhodně by to měli být muži, kteří jsou na tom zdravotně a fyzicky dobře.*“

Podle E6 by byla žádoucí vhodná ostraha: „*Snad jen to, že by bylo fajn, kdyby se těmto věcem předcházelo. Abychom nebyly tak na ráně. Aby ostraha byla více přítomna a pánové k tomu, co dělají, byli více kompetentní, protože momentálně z nich nejde ani respekt. Doktor se nás v takové situaci nezastane, protože se sám bojí o své zdraví, a odchází z ambulance, takže ve výsledku jsme na to opravdu samy.*“

R7 upozorňuje zejména na dlouhé čekání na ostrahu: „*Určitě bych ocenila změnu v systému naší ostrahy. Sledují nás na kamerách, ale nepřijdou, dokud je nezavoláme. Mnohdy je nestihneme zavolat, a tak ani nikdo z ostrahy nepřijde. Průměrný čas jejich příchodu je zhruba 10 minut, což mi přijde šílené.*“

Stejný názor zastává R9: „*A hlavně asi udělat něco s ostrahou, protože pokud se nám ji vůbec podaří zavolat, přijdou minimálně až za 10 minut, což se mi zdá jako docela dlouhá doba.*“

Změna legislativy je kód, který by uvítal R8: „*Myslím si, že by bylo potřeba změnit legislativu. Mělo by se dát lidem jasně najevo, že nejsme fackovací panáci. Že za své činy ponесou odpovědnost, ať už jsou střizlivý, nebo pod vlivem omamných látek. Sester je celkově málo, a pokud nás agresori budou systematicky likvidovat a chovat se k nám tak, jak se chovají, lze jen těžko pak očekávat příjemnou sestřičku, která udělá první poslední, a následně za to dostane pěsti nebo kopanec.*“

4.1.5 Shrnutí výsledků

První kategorie se tedy věnovala tématu druhů a specifík útoků, stejně jako jejich četnosti. Z výzkumu vyplynulo, že sestry se (nikoliv výjimečně) setkávají s různými druhy útoků, a to jak s útoky slovními, tak fyzickými, dokonce i se sexuálními. Nejčastěji sestry zmiňovaly kombinaci různých útoků, zejména verbálního a posléze fyzického útoku. Jak vyplynulo z výpovědí respondentů, s agresí ze strany pacientů se setkávají často, například podle R7 je určitý druh agrese v ambulanci „*na denním pořádku*“, a R10 dokonce uvádí, že průměrně odhaduje, že „*určitě se každých 14 dní jeden takový najde*“. Při popisu útoků byly často zmiňovány vlivy návykových látek na pacienta. Specifický byl také pro některé případy postupný nárůst agrese.

Druhá kategorie se zaměřila na pocity sester při útoku a po něm. Byly identifikovány hlavní emoce a pocity, a to strach a obavy, zlost, ohrožení a ponížení. Tyto emoce nejsou přítomny pouze v průběhu útoku, ale i dlouho po něm. Například R7 uvádí, že se bála přiblížit k pacientovi na lehátku ještě asi půl roku po závažném incidentu. Dokonce dodala, že „*ten strach tam i dodnes je*“.

Strategie, které sestry využívají, jsou zejména komunikace, klidný tón hlasu, vysvětlování. Pokud komunikace nepomáhá, sestry mohou využít omezení na pohybu pacienta nebo přivolat ostrahu. Jak ale bylo mnohokrát zdůrazněno, přivolání ostrahy je časově velmi zdlouhavé. Co se týká absolvovaných školení ohledně práce s agresivním pacientem, zmiňováno bylo pouze školení komunikace, které je ale obecné a není přímo zaměřeno na komunikaci s agresivním pacientem. Toto školení navíc některé sestry neabsolvovaly. Jiná školení pro práci s agresivním pacientem sestry nemají, ale rády by se jich zúčastnily. Jedná se zejména o praktická cvičení, modelové situace, mnohé také projevíly zájem o sebeobranu.

Poslední kategorie poukázala na současné pocity bezpečí sester, či naopak jejich současné pocity ohrožení a identifikovala také některá doporučení pro praxi a potřeby sester k tomu, aby se mohly v ambulancích cítit bezpečněji.

Velice nebezpečnou situaci pro sestry představuje samotná noční směna. Jak potvrzují sestry, na noční směně je méně personálu a prostor ambulance není bezpečný. Sestry například nemají možnost úniku, R2 uvádí: „*Nemáme možnost únikového východu, nepřehledné čekárny, absence zrcadel... pohotovostní ambulance nemají ani okna. Evidence v čekárně je otevřena, zabezpečena pouze plexisklem.*“ Sestry navíc upozorňují na zvyšující se agresivitu ze strany pacientů i nedostatečnou ostrahu, zejména při nočních směnách. Alarmující je pak průměrná doba, za kterou ostraha k agresivnímu pacientovi dorazí. Ta činí přibližně 10 minut.

4.2 Výsledky a vyhodnocení kvantitativního výzkumu

V následující tabulce jsou patrné sociodemografické proměnné.

Tabulka 4: Pracovní podmínky a vnímání rizik v zaměstnání

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Pohlaví pacientů, o které se staráte</i>		
Ženy	4	3 %
Muži	1	1 %
Obě pohlaví	125	96 %
<i>Pracujete na směny?</i>		
Ano	102	78 %
Ne	28	22 %
<i>Jak moc se obáváte agresivního chování ze stran pacientů nebo doprovodu během Vaší služby?</i>		
1	7	5 %
2	42	32 %
3	46	35 %
4	27	21 %
5	8	6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4 se zaměřuje na pracovní podmínky respondentů a jejich vnímání rizik spojených s prací, včetně pohlaví pacientů, směnného provozu a obav z agresivního chování. Z tabulky 4 je patrné, že většina respondentů (96 %) se stará o pacienty obou pohlaví, zatímco pouze 3 % se starají výhradně o ženy a 1 % výhradně o muže. Co se

týká směnného provozu, 78 % respondentů pracuje na směny, zatímco 22 % pracuje bez směnného provozu.

Obavy z agresivního chování ze strany pacientů nebo jejich doprovodu během služby se liší. Přibližně 35 % respondentů hodnotí své obavy stupněm 3 na pětibodové škále, což značí střední úroveň obav. Stupněm 2 hodnotí své obavy 32 % respondentů, zatímco 21 % udává obavy na stupni 4. Nejmenší počet respondentů uvádí extrémní obavy (stupněm 5) – pouze 6 %, naopak minimální obavy (stupněm 1) uvádí 5 % respondentů.

Tabulka 5: Práce na směny a obavy z agresivního chování pacientů/doprovodu

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Pohlaví pacientů, o které se staráte</i>		
Pacient	37	65 %
Doprovod pacienta	20	35 %
<i>Pracujete na směny?</i>		
Ano	102	78 %
Ne	28	22 %
<i>Jak moc se obáváte agresivního chování ze stran pacientů nebo doprovodu během Vaší služby?</i>		
1	7	5 %
2	42	32 %
3	46	35 %
4	27	21 %
5	8	6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 5 se zabývá zkušenostmi respondentů s agresivním chováním ze strany pacientů nebo jejich doprovodu a jejich reakcemi na takové incidenty. Co se týká směnného provozu, 78 % respondentů pracuje na směny, zatímco 22 % nepracuje ve směnném provozu.

Obavy z agresivního chování během služby jsou rozloženy následovně: 35 % respondentů uvádí stupeň 3 na pětibodové škále, což značí střední úroveň obav. Stupněm 2 hodnotí své obavy 32 % respondentů, zatímco 21 % respondentů uvádí obavy na stupni 4. Nejmenší počet respondentů udává extrémní obavy (stupněm 5) –pouze 6 %, minimální obavy (stupněm 1) uvádí 5 % respondentů.

Graf 1: Možnosti řešení agresivního chování na pracovišti



Zdroj: vlastní zpracování

Možnosti řešení agresivního chování znázorňuje graf 1. Nejčastějšími možnostmi jsou kamerový systém (68 %) a služební telefon (66 %). Silně je dále zastoupena ostraha (63 %). Méně časté zastoupení pak mají omezovací prostředky (42 %), únikové východy (37 %), alarm (17 %), nejmenší zastoupení pak má omezení přístupu veřejnosti (12 %).

Tabulka 6: Zkušenost s agresivním chováním

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Zažil(a) jste nějakou formu agresivního chování za posledních 12 měsíců?</i>		
Fyzická	7	5 %
Verbální	57	44 %
Obě varianty	57	44 %
Žádné	9	7 %
<i>Kdo byl útočníkem verbální agrese?</i>		
Pacient	37	65 %
Doprovod pacienta	20	35 %
<i>Reagoval(a) jste na verbální útok?</i>		
Ano: Snažila jsem se ho mírným hlasem uklidnit.	33	58 %
Ano: Řekla jsem, ať toho okamžitě nechá.	17	30 %
Ano: Zvýšila jsem hlas a křičeli jsme po sobě.	4	7 %
Ne	3	5 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6 poskytuje přehled zkušeností respondentů s agresivním chováním za posledních 12 měsíců, včetně typu agrese, identity útočníka a reakcí na incidenty.

Zkušenosti s agresivním chováním jsou rozděleny do čtyř kategorií: fyzická agrese (5 % respondentů), verbální agrese (44 % respondentů), kombinace fyzické a verbální agrese (44 % respondentů) a žádná agrese (7 % respondentů).

Verbální agrese byla častěji páchána pacienty (65 % případů) než doprovodem pacienta (35 % případů). Pokud jde o reakce na verbální útoky, 58 % respondentů se snažilo útočníka uklidnit mírným hlasem, 30 % řeklo, aby toho okamžitě nechal, 7 % zvýšilo hlas a křičelo, a 5 % nereagovalo.

Tabulka 7: Hlášení agresivního chování

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Hlásil(a) jste incident nadřízenému?</i>		
Ano	30	53 %
Ne	27	47 %
<i>Pokud jste incident nenahlásil(a), proč?</i>		
Bál(a) jsem se dalšího vysvětlování a řešení	2	7 %
Bylo to zbytečné	8	30 %
Nezdálo se mi to důležité	17	63 %
<i>Reaguje Váš nadřízený na výskyt verbálního násilí na Vašem pracovišti?</i>		
Nabídl mi psychologickou intervenci	2	3,6 %
Dostal(a) jsem volno, odpočinek	1	1,8 %
Donutil mě udělat zápis do dokumentace	20	35,7 %
Ne, při našem povolání je třeba s tím počítat	35	66,1 %

Zdroj: vlastní zpracování

Incidenty agrese byly hlášeny nadřízeným v 53 % případů, zatímco 47 % respondentů incidenty nehlásilo, jak uvádí tabulka 7. Důvody nehlášení incidentů zahrnovaly pocity zbytečnosti (30 %), vnímanou nedůležitost (63 %) a obavy z dalšího vysvětlování a řešení (7 %).

Reakce nadřízených na výskyt verbálního násilí byly různé. Celkem 36 % respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta psychologická intervence, 18 % dostalo volno k odpočinku, 57 % bylo nuceno udělat zápis do dokumentace a 29 % respondentů uvedlo, že jejich nadřízený nereagoval, protože se s takovými situacemi při jejich povolání počítá.

Tabulka 8: Prevence verbálního útoku a jeho důsledky

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Myslíte si, že šlo verbálnímu útoku zabránit?</i>		
Ano	4	7 %
Ne	53	93 %
<i>Přemýšlel(a) jste po útoku nad změnou povolání?</i>		
Ano	7	12 %
Ne	50	88 %

Zdroj: vlastní zpracování

Většina respondentů (93 %) se domnívá, že nebylo možné verbálnímu útoku zabránit. Pouze malá část (7 %) věří, že by útoku bylo možné předejít. Naprostá většina respondentů (88 %) nepřemýšlela o změně povolání po zkušenosti s verbálním útokem. Jen malý podíl (12 %) zvažoval tuto možnost.

Tabulka 9: Fyzický útok

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Kdo byl útočником fyzického násilí?</i>		
Pacient	5	71 %
Doprovod pacienta	2	29 %
<i>Došlo při napadení k Vašemu zranění?</i>		
Ano	2	29 %
Ne	5	71 %
<i>Jaký byl charakter fyzického násilí?</i>		
Odstrčení, odhození	2	29 %
Kopnutí	1	14 %
Pokousání, poškrábání	2	29 %
Poplivání	2	29 %
<i>Jaká byla Vaše reakce?</i>		
Snažil(a) jsem se na něj mluvit klidným hlasem	1	14 %
Neudělal(a) jsem nic, bylo to příliš rychlé a nečekané	2	29 %
Snažil(a) jsem se bránit	4	57 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 9 se zaměřuje na zkušenosti respondentů s fyzickým násilím, včetně identity útočnicka, následků, charakteru násilí a reakcí na tyto incidenty. Většina fyzických útoků byla spáchána pacienty (71 %), zatímco menší část (29 %) byla způsobena

doprovodem pacientů. Pokud jde o zranění, většina respondentů (71 %) nebyla při fyzickém napadení zraněna, zatímco zranění utrpělo 29 % respondentů. Fyzické násilí mělo různorodý charakter. Nejčastěji respondenti hlásili odstrčení nebo odhození (29 %), pokousání nebo poškrábání (29 %) a poplívání (29 %). Kopnutí hlásil 14 % respondentů.

Reakce na fyzické násilí se lišily. Většina respondentů (57 %) se snažila bránit, 29 % respondentů uvedlo, že nereagovali, protože útok byl příliš rychlý a nečekaný, a 14 % se snažilo mluvit klidným hlasem. Tabulka č. 9 tedy ukazuje, že fyzické násilí je častěji páčáno pacienty než jejich doprovodem. Většina útoků nezpůsobila zranění, což může naznačovat méně závažné incidenty. Rozmanitost charakteru fyzického násilí ukazuje, že zdravotníci čelí různým formám agresivního chování. Reakce na fyzické násilí se liší, přičemž někteří zdravotníci se snaží bránit, zatímco jiní nejsou schopni okamžitě reagovat.

Tabulka 10: Hlášení fyzického napadení a situace po napadení

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Nahlásil(a) jste fyzické napadení?</i>		
Ano	4	57 %
Ne	3	43 %
<i>Pokud nebylo hlášeno, proč?</i>		
Bylo by to zbytečné	2	67 %
Bál(a) jsem se následků	1	33 %
<i>Dalo se fyzickému útoku předejít?</i>		
Ano	1	14 %
Ne	6	86 %
<i>Jaká byla reakce nadřízeného na Vaše napadení?</i>		
Nabídl mi psychologickou intervenci	1	14 %
Dostal(a) jsem volno, odpočinek	1	14 %
Donutil mě udělat zápis do dokumentace	5	71 %
Žádná, při našem povolání se s tím počítá	2	29 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10 se zaměřuje na hlášení fyzického napadení, důvody pro nehlášení incidentů, možnosti předejití útokům a reakce nadřízených na tyto incidenty. Z respondentů, kteří byli fyzicky napadeni, 57 % incident nahlásilo, zatímco 43 % jej

nenahlásilo. Důvody pro nehlášení incidentů zahrnovaly pocity zbytečnosti (67 %) a obavy z následků (33 %).

Pokud jde o možnost předejití fyzickým útokům, 86 % respondentů uvedlo, že útoku nebylo možné zabránit, zatímco 14 % se domnívá, že fyzickému útoku by se dalo předejít. Reakce nadřízených na fyzické napadení byly různé. Většina respondentů (71 %) byla nucena udělat zápis do dokumentace. Celkem 14 % respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta psychologická intervence, a dalších 14 % dostalo volno k odpočinku. Celkově 29 % respondentů uvedlo, že jejich nadřízený na incident nereagoval, protože se s takovými situacemi při jejich povolání počítá.

Tabulka 11: Verbální násilí a reakce na něj

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Kdo byl útočником verbální agrese?</i>		
Pacient	44	77 %
Doprovod pacienta	13	23 %
<i>Reagoval(a) jste na verbální útok?</i>		
Ano: Snažil(a) jsem se ho mírným hlasem uklidnit.	38	67 %
Ano: Řekl(a) jsem, ať toho okamžitě nechá.	11	19 %
Ano: Zvýšil(a) jsem hlas a křičeli jsme po sobě.	4	7 %
Ne	4	7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 11 se zaměřuje na zkušenosti respondentů s verbální agresí, včetně identity útočnicka, reakcí na útoky a hlášení incidentů. Většina případů verbální agrese byla páchána pacienty (77 %), zatímco menší část byla způsobena doprovodem pacientů (23 %). Co se týká reakcí na verbální útoky, 67 % respondentů se snažilo útočnicka uklidnit mírným hlasem, 19 % řeklo útočnickovi, aby toho okamžitě nechal, 7 % zvýšilo hlas a křičelo, zatímco 7 % nereagovalo.

Tabulka 12: Verbální násilí a jeho hlášení

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Hlásil(a) jste incident nadřízenému?</i>		
Ano	31	54 %
Ne	26	46 %
<i>Pokud jste incident nenahlásil(a), proč?</i>		
Bál(a) jsem se dalšího vysvětlování a řešení	3	12 %
Bylo to zbytečné	12	46 %
Nezdálo se mi to důležité	11	42 %
<i>Reaguje Váš nadřízený na výskyt verbálního násilí na Vašem pracovišti?</i>		
Nabídl mi psychologickou intervenci	4	7 %
Dostal(a) jsem volno, odpočinek	3	5 %
Donutil mě udělat zápis do dokumentace	25	45 %
Ne, při našem povolání se s tím počítá	32	57 %

Zdroj: vlastní zpracování

Pokud jde o hlášení incidentů nadřízeným, 54 % respondentů je nahlásilo, zatímco 46 % je nikoliv. Důvody pro nehlášení incidentů zahrnovaly pocity zbytečnosti (46 %), vnímanou nedůležitost (42 %) a obavy z dalšího vysvětlování a řešení (12 %).

Reakce nadřízených na výskyt verbálního násilí byly různé. Pouze 7 % respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta psychologická intervence, a 5 % dostalo volno k odpočinku. Nejčastější reakce byla nutnost provést zápis do dokumentace (45 %). Více než polovina respondentů (57 %) uvedla, že jejich nadřízený nereagoval, protože se s takovými situacemi při jejich povolání počítá (viz tabulka č. 12).

Tabulka 13: Prevence verbálního útoku a situace po něm

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Myslíte si, že šlo verbálnímu útoku zabránit?</i>		
Ano	9	16 %
Ne	48	84 %
<i>Přemýšlel(a) jste po útoku nad změnou povolání?</i>		
Ano	13	23 %
Ne	44	77 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 13 se zaměřuje na názory respondentů na možnost zabránění verbálním útokům a jejich úvahy o změně povolání po takových incidentech. Podle výsledků tabulky 16 % respondentů věří, že se verbálnímu útoku dalo zabránit, zatímco 84 % se domnívá, že nebylo možné útoku předejít.

Pokud jde o úvahy o změně povolání po útoku, celkem 23 % respondentů uvedlo, že po útoku přemýšleli o změně povolání, následně pak 77 % respondentů o změně povolání po verbálním útoku nepřemýšlelo.

Tabulka 14: Aspekty fyzického napadení

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Kdo byl útočником fyzického násilí?</i>		
Pacient	51	89 %
Doprovod pacienta	6	11 %
<i>Došlo při napadení k Vašemu zranění?</i>		
Ano	18	32 %
Ne	39	68 %
<i>Jaký byl charakter fyzického násilí?</i>		
Údery pěstmi	16	28 %
Kopnutí	25	44 %
Odstrčení, odhození	39	68 %
Poplivání	19	33 %
Pokousání, poškrábání	15	26 %
<i>Jaká byla Vaše reakce?</i>		
Neudělal(a) jsem nic, bylo to příliš rychlé a nečekané	19	33 %
Snažil(a) jsem se na něj mluvit klidným hlasem	15	26 %
Snažil(a) jsem se bránit	16	28 %
Snažil(a) jsem se utéct	7	12 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 14 se zaměřuje na fyzické násilí, kterému respondenti čelili, a poskytuje podrobnosti o identitě útočníka, následcích, charakteru násilí i reakcích na tyto incidenty. Většina fyzických útoků byla spáchána pacienty (89 %), zatímco menší část (11 %) byla způsobena jejich doprovodem. Pokud jde o následky, většina respondentů (68 %) nebyla při fyzickém napadení zraněna, zatímco 32 % respondentů utrpělo zranění.

Fyzické násilí mělo různorodý charakter. Nejčastějšími formami byly odstrčení nebo odhození (68 %), kopnutí (44 %), údery pěstmi (28 %), poplívání (33 %) a pokousání nebo poškrábání (26 %). Reakce na fyzické násilí se lišily. Přibližně 33 % respondentů nereagovalo, protože útok byl příliš rychlý a nečekaný, 26 % se snažilo mluvit klidným hlasem, 28 % vyvinulo snahu se bránit a 12 % se pokusilo utéct.

Tabulka 15: Hlášení fyzického napadení a situace poté

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Nahlásil(a) jste fyzické napadení?</i>		
Ano	46	82 %
Ne	10	18 %
<i>Pokud nebylo hlášeno, proč?</i>		
Bál(a) jsem se následků	1	12,5 %
Bylo by to zbytečné	5	62,5 %
Nebylo to důležité	2	25,0 %
<i>Dalo se fyzickému útoku předejít?</i>		
Ano	14	25 %
Ne	43	75 %
<i>Jaká byla reakce nadřízeného na Vaše napadení?</i>		
Nabídl mi psychologickou intervenci	3	5 %
Dostal(a) jsem volno, odpočinek	1	2 %
Donutil mě udělat zápis do dokumentace	38	67 %
Žádná, při našem povolání se s tím počítá	13	23 %
Podali jsme žalobu	6	11 %
<i>Přemýšlel(a) jste po útoku nad změnou povolání?</i>		
Ano	23	40 %
Ne	34	60 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 15 se zaměřuje na hlášení fyzického napadení, důvody pro nehlášení, možnosti, jak předejít útokům, reakce nadřízených na tyto incidenty a úvahy respondentů o změně povolání po napadení.

Podle výsledků tabulky 82 % respondentů, kteří byli fyzicky napadeni, incident nahlásilo, zatímco 18 % ho tak neučinilo. Důvody nehlášení incidentů zahrnovaly obavy z následků (10 %) a pocit zbytečnosti (50 %).

Pokud jde o možnost předejití fyzickým útokům, 75 % respondentů uvedlo, že útoku nebylo možné zabránit, zatímco 25 % se domnívá, že fyzickému útoku by se dalo předejít.

Reakce nadřízených na fyzické napadení byly různé. Většina respondentů (67 %) byla nucena provést zápis do dokumentace. Pouze 5 % respondentů uvedlo, že jim byla nabídnuta psychologická intervence, a 2 % dostala volno k odpočinku.

Více než čtvrtina (23 %) respondentů uvedla, že jejich nadřízený na incident nereagoval, protože se s takovými situacemi v jejich povolání počítá, a 11 % uvedlo, že podali žalobu.

Po fyzickém napadení přemýšlelo 40 % respondentů o změně povolání, zatímco 60 % o této možnosti neuvažovalo.

Tabulka 16: Pocit bezpečí

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Cítíte se během vykonávání služby v bezpečí?</i>		
Ano	73	57 %
Ne	56	43 %
<i>Máte pocit, že pro Vaše bezpečí na pracovišti dělá zaměstnavatel dost?</i>		
Rozhodně ano	9	7 %
Spíše ano	61	47 %
Spíše ne	52	40 %
Rozhodně ne	8	6 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 16 se zaměřuje na pocity bezpečí respondentů během vykonávání služby a jejich názory na to, zda zaměstnavatel dělá dost pro jejich bezpečí na pracovišti.

Podle výsledků tabulky 57 % respondentů uvedlo, že se během vykonávání služby cítí v bezpečí, zatímco 43 % si v bezpečí nepřipadá. Tento výsledek ukazuje, že téměř polovina respondentů má pocit, že jejich pracovní prostředí není dostatečně bezpečné.

Pokud jde o názory na opatření zaměstnavatele pro zajištění bezpečí, 7 % respondentů odpovědělo „rozhodně ano“ a 47 % „spíše ano“, což znamená,

že celkem 54 % respondentů má pozitivní názor na bezpečnostní opatření svého zaměstnavatele. Na druhé straně 40 % respondentů odpovědělo „spíše ne“ a 6 % „rozhodně ne“, což znamená, že celkem 46 % respondentů není spokojeno s tím, jak jejich zaměstnavatel řeší bezpečnost na pracovišti.

Tabulka 17: Preventivní možnosti

Proměnná/varianta	Absolutní četnost	Relativní četnost
<i>Máte v zaměstnání možnost se zúčastnit seminářů, např. Komunikace s agresivním pacientem?</i>		
Ano	80	62 %
Ne	50	38 %
<i>Máte v zaměstnání možnost zúčastnit se kurzů sebeobrany?</i>		
Ano	21	16 %
Ne	109	84 %
<i>Pokud by možnost kurzů a seminářů byla, využil(a) byste příležitost se zúčastnit?</i>		
Ano	110	86 %
Ne	18	14 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 17 se zaměřuje na možnosti účasti respondentů na seminářích zaměřených na komunikaci s agresivními pacienty a kurzech sebeobrany, a na jejich ochotu tyto příležitosti využít, pokud by byly dostupné.

Podle výsledků tabulky má 62 % respondentů možnost zúčastnit se seminářů zaměřených na komunikaci s agresivními pacienty, zatímco 38 % tuto možnost nemá. To naznačuje, že většina zaměstnavatelů poskytuje nějakou formu školení v této oblasti, ale stále existuje významná část pracovníků, kteří tuto možnost nemají.

Co se týká kurzů sebeobrany, pouze 16 % respondentů má možnost se jich zúčastnit, zatímco 84 % tuto možnost nemá. To ukazuje na nedostatek dostupnosti kurzů sebeobrany, přestože by mohly být pro zdravotníky velmi užitečné při zvládnutí agresivního chování.

Pokud by byly tyto kurzy a semináře dostupné, 86 % respondentů uvedlo, že by příležitost využili, zatímco 14 % by se nezúčastnilo. Tento vysoký zájem o vzdělávací příležitosti ukazuje, že zdravotníci si uvědomují důležitost těchto dovedností a mají zájem se v této oblasti vzdělávat.

Dokázal(a) byste navrhnout pár opatření, která by Vám dodala větší pocit bezpečí na pracovišti a pomohla v případě útoku?

Chcete ještě něco doplnit k danému tématu?

Otázky č. 31 a č. 32 nabízely respondentům možnost otevřené odpovědi a ti měli zde možnost se vyjádřit k problematice bezpečnosti sester v traumatologických ambulancích. Celkem se vyjádřilo 72 a 42 respondentů, z čehož se mnoho odpovědí shoduje. Níže je uveden výčet nejvíce se opakujících vyjádření.

Otázka č. 31

„Ochranka v prostorách čekárny nebo v její blízkosti. Nouzové tlačítko na okamžité přivolání pomoci. Chlap na službě, více zabezpečené pracoviště.“

„Lepší únikové východy. Lepší systém ochranky - např. jeden člen neustále přítomný při ambulancích, alespoň okno v pohotovostní ambulanci, protože tam žádné není a máme jen dveře. Dále zřejmě ostraha v místě ambulance v pohotovostní době.“

Více personálu, kontrola podezřelých pacientů, policie v dosahu, více míst na záchytkách, aby nebyly věčně plné.“

„Větší počet sester na směny, více chlapů, lepší ostraha. Kdyby byl přítomen nějaký muž sanitář nebo ostraha a já nemusela na ostrahu čekat 20 minut, mohlo se předejít tomuto napadení.“

„Možná nějaké nouzové tlačítko, jako mají v bankách, abychom si mohli přivolat okamžitou pomoc. Když pacienta přiveze PČR, měla by s ním zůstat po dobu vyšetření. Nebo mají zavčas oznámit, ať stihneme zavolat ostrahu. Ostraha přišla až po 15 minutách.“

„Nevím, nejlepší by bylo mít možnost pacienta odmítnout ošetřit, nechat ho zavézt za hranice areálu zařízení ve stavu, v jakém je, a provést zápis do dokumentace o neprovedení ošetření u pacienta rizikového pro své okolí a prakticky si nad tím umýt ruce. A mít po ruce taser. Všechno by samozřejmě muselo být právně ošetřeno.“

„Možnost okamžité kurtace, lepší spolupráce s PČR s ostrahou.“

Lepší ostraha (ta naše je v invalidním důchodu), nouzové tlačítko (podobné jako v domovech pro seniory). Ochranka, nejen ostraha objektu.“

„Lepší ochrana nemocnice, možnost zabránění vstupu ‚problémovým osobám‘. Lepší právní ochrana zdravotníků.“

„Ostraha pro ambulanci, školení ze strany PČR/MP. Možnost kurzů komunikace a sebeobrany.“

Otázka č. 32

„Během útoku jsem byla v 1. trimestru těhotenství a opravdu jsem se bála. Jsem ráda, že se mi nic nestalo, ale mělo by se takovým událostem předcházet.“

„Za ty roky mohu posoudit, že se situace zhoršuje. Pacienti jsou více agresivní na sestry i lékaře. Možná je to situací na Ukrajině, možná díky covidu. Neumím si představit, kam až to zajde, ale mělo by se s tím začít něco dělat.“

„Většina agresivity je způsobena dlouhým čekáním, pomohlo by navýšit počty lékařů a personálu. Je to i selhání systému. Anebo možnost vyhodit opilého pacienta. Další opatření je alarm.“

„Agrese vzrůstá, mělo by se s tím začít něco dělat. Ten, kdo napadne zdravotníky, by za to měl nést zodpovědnost. Mělo by to být opravdu přísně trestané.“

„Napadnutí zdrav. personálu by mělo být více řešeno. Je to strašně časté všude, a neřeší se to.“

4.3 Vyhodnocení hypotéz

V kapitole třetí jsou vyhodnoceny hypotézy, a to za pomoci chí kvadrátu.

Statistické hypotézy:

H₀: Způsob reakce sester, které zažily verbální útok, nezávisí na délce praxe.

H_A: Způsob reakce sester, které zažily verbální útok, závisí na délce praxe.

Vzhledem k četnostem variant reakcí na verbální útok byly do testování zahrnuty pouze varianty „Ano: Snažila jsem se ho mírným hlasem uklidnit“ a „Ano: Řekla jsem, ať toho okamžitě nechá“.

Tabulka 18: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné charakteristiky

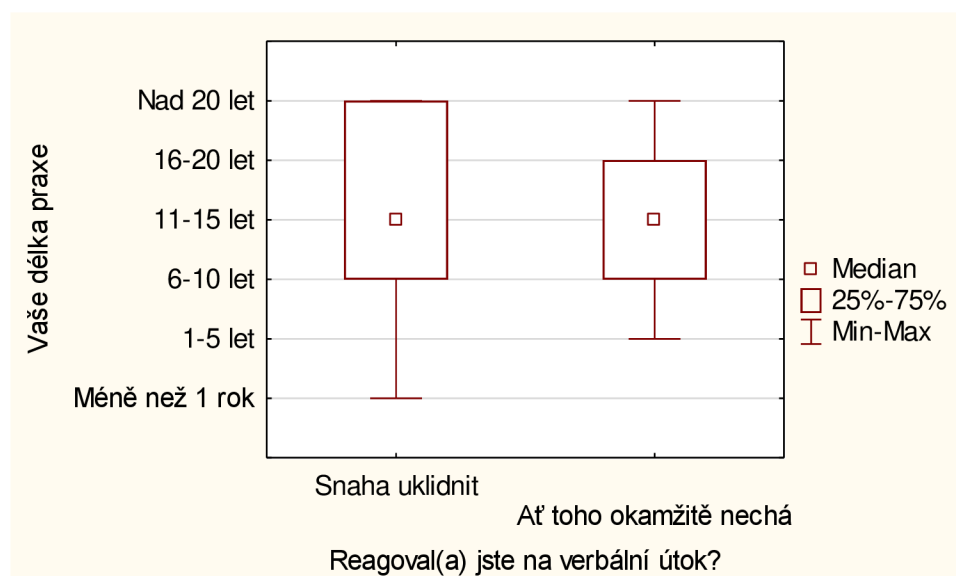
Reakce	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	p-hodnota
Snaha uklidnit	6–10 let	11–15 let	nad 20 let	0,509
Okamžitě nechá	6–10 let	11–15 let	16–20 let	(nezamítáme H ₀)

Zdroj: vlastní zpracování

Délka praxe sester, které se snažily situaci uklidnit, byla v dolním kvartilu a mediánu stejná jako délka praxe sester, které útočníkovi řekly, ať toho okamžitě nechá. V horním kvartilu byla délka praxe vyšší u skupiny sester, které se snažily situaci uklidnit. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,509, tj. vyšší než volená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost způsobu reakce sester, které zažily verbální

útok, na délce praxe. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 2: Reakce na verbální útok



Zdroj: vlastní zpracování

Statistické hypotézy:

H₀: Způsob reakce sester, které zažily verbální i fyzický útok, nezávisí na délce praxe.

H_A: Způsob reakce sester, které zažily verbální i fyzický útok, závisí na délce praxe.

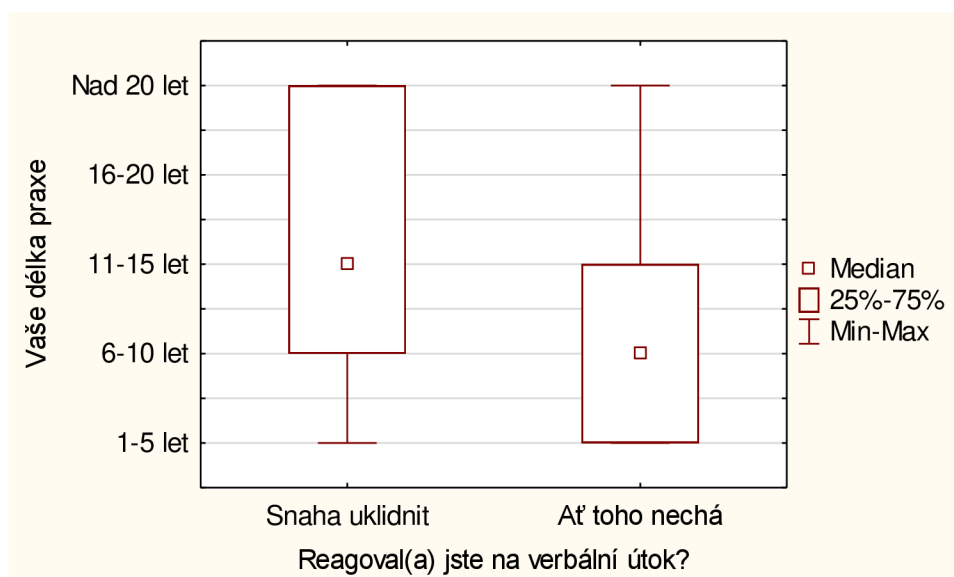
Tabulka 19: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné charakteristiky

Reakce	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	P-hodnota
Snaha uklidnit	6–10 let	11–15 let	nad 20 let	0,189
Okamžitě zanechat	1–5 let	6–10 let	11–15 let	(nezamítáme H ₀)

Zdroj: vlastní zpracování

Délka praxe sester, které se snažily situaci uklidnit, byla v dolním kvartilu, mediánu i horním kvartilu vyšší než délka praxe sester, které útočníkovi řekly, ať toho okamžitě nechá. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,189, tj. vyšší než volená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost způsobu reakce sester, které zažily verbální i fyzický útok, na délce praxe. Pořadové statistiky obou srovnávaných skupin byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 3: Reakce na verbální útok



Zdroj: vlastní zpracování

Statistické hypotézy:

H₀: Zájem o vzdělávání v prevenci násilí nezávisí na tom, zda sestry byly fyzicky napadeny.

H_A: Zájem o vzdělávání v prevenci násilí závisí na tom, zda sestry byly fyzicky napadeny.

Tabulka 20: Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,016	Využití příležitosti zúčastnit se semináře				Celkem
	Ano		Ne		
Zkušenost s fyzickým napadením	n	%	n	%	
Ano	58	94	4	6	62
Ne	52	79	14	21	66
Celkem	110		18		128

Zdroj: vlastní zpracování

Příležitosti zúčastnit se semináře by využilo 94 % sester, které byly fyzicky napadeny, a 79 % sester, jež fyzicky napadeny nebyly. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce vyšla s ohledem na tři desetinná místa 0,016, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost zájmu o vzdělávání v prevenci násilí na tom, zda sestry byly fyzicky napadeny. Sestry, které

byly fyzicky napadeny, projevily zájem o vzdělávání statisticky významně častěji než sestry, které fyzicky napadeny nebyly.

5 Diskuse

V rámci diplomové práce bylo zjištěno mnoho důležitých poznatků, přičemž řada z nich byla nalezena také ve studiích podobného zaměření.

Dílčí cíl 1: Zhodnotit zkušenosti zdravotních sester s agresivním chováním.

Výsledky zde realizovaného výzkumu ukázaly, že všechny oslovené sestry na traumatologických ambulancích mají četné zkušenosti s agresivním chováním pacientů, a to nikoliv ojedinělé. Zkušenosti sester s agresivními pacienty jsou četné, jak uvádí tabulka 5. Jeden z dotazovaných dokonce uváděl agresivní útok průměrně minimálně jednou za dva týdny. Ve zde realizovaném výzkumu se sestry setkávají jak s verbálním útokem, tak s fyzickou agresí, nejčastěji pak s kombinací obou druhů agrese (44 %), viz tabulka 6. O častých útocích na traumatologickém oddělení mluví také Avander et al. (2016). Tato skupinová studie se zaměřila na zkušenosti sester pracujících na traumatologických ambulancích v souvislosti s násilím a hrozbami ze strany agresivních pacientů. Obsahová analýza provedená v rámci studie odhalila, že se sestry často setkávají s ohrožujícími situacemi, zahrnujícími situace, kdy sestry cítí ohrožení nebo jsou vystaveny hrozbám ze strany agresivních pacientů. Že je násilí na pracovišti traumatologických center problém, zjistil také Martha (2005). Autor tvrdí, že násilí na pracovišti je významným pracovním rizikem ve zdravotnictví. Sestry, největší skupina zaměstnanců ve zdravotnictví, jsou zvláště ohroženy násilím na pracovišti, přičemž zejména jsou ohroženy jsou ty, které pracují na pohotovostních odděleních. V rozhovorech pohotovostní sestry identifikovaly konkrétní zkušenosti s násilím na pracovišti. Autoři dodávají, že tyto zkušenosti mohou mít negativní dopad na poskytovanou péči, protože sestry se snaží minimalizovat riziko násilných situací, což může vést k omezení komunikace s pacienty a snížení celkové kvality péče. Je důležité brát v úvahu tyto zkušenosti a poskytnout sestřím adekvátní podporu a školení, aby byly lépe vybaveny k řešení agresivního chování pacientů a minimalizovaly negativní dopady na poskytovanou péči (Avander et al., 2016).

Podle studie (Chazel et al., 2023), která byla provedena pomocí rozhovorů a pozorování, bylo zjištěno, že sestry jsou na oddělení urgentního příjmu často terčem agresivního chování. Hussein, Faraj (2021) zjistili podobné výsledky. Autoři provedli deskriptivní prediktivní studii. Z 380 zdravotních sester z pohotovostních oddělení 12 nemocnic v centru Bagdádu, které byly vybrány k analýze, se cca polovina z nich setkala s hrozbou násilí. Dále podle Escribano et al. (2019, s. 120) jsou právě zdravotní sestry

nejvíce vystaveni násilí mezi všemi zdravotními pracovníky. Autoři dále uvádí, že je to tím, že zdravotní sestry jsou pracovníky v první linii a pacienti tráví se sestrami více času než s ostatními poskytovateli zdravotní péče, což automaticky zvyšuje riziko násilí. Podle Cheungové a kol. (2017, s. 14) je výskyt agresivního chování různý, a to vzhledem k typu oddělení. Velmi vysoký je na odděleních pro seniory (63,8 %), v pediatrii (22,1 %), v porodnicích (15,3 %), na psychiatrických odděleních (14,7 %) a na pohotovosti (< 10 %). Přitom jak bylo zjištěno v tabulce č. 6, na traumatologickém oddělení mělo celých 93 % zdravotních sester zkušenost s agresí.

Dále bylo zjištěno ve výzkumu, že sestry vnímají spíše pocity ohrožení než bezpečí (viz. Tabulka č. 16), což je velmi alarmující zjištění. Pouze jedna všeobecná sestra z 10 dotazovaných uvedla, že se cítí vždy v bezpečí, jak bylo zjištěno z rozhovoru. Ostatní sestry se cítí být ohroženy, a to zejména na nočních směnách, opět viz výsledky rozhovoru. Sestry jsou znepokojeny nejen nedostatečným školením ohledně práce s agresivním pacientem (viz. Tabulka č. 17), ale také velmi dlouhou čekací dobou na přivolanou ostrahu a také prostorem ambulance, který není přizpůsoben tak, aby se v něm sestry cítily bezpečně. O čemž hovoří také World Health Organization (2021). Násilí a agrese páchané na zdravotních sestrách je dokonce pandemií. Podle Světové zdravotnické organizace se 8 % až 38 % zdravotních sester v určitém období setkala s nějakým typem násilí (fyzické, sexuální, psychické).

K podobným výsledkům ve svém kvalitativním výzkumu, kterého se zúčastnilo devět sester z traumatologického oddělení, dospěl také Freeman et al. (2014). Uvádí, že traumatologické sestry se cítily velmi ohroženy zejména při péči o mladé pacienty mužského pohlaví ve věku 20 až 30 let, kteří byli přijati na oddělení pro poranění způsobená činnostmi spojenými s gangy, jako jsou střelná zranění a bodnutí.

Sestry vnímaly své bezpečí jako vážně ohrožené, pociťovaly potřebu být neustále ve střehu a mít připraven plán zvládnutí potenciálních rizikových situací. Používaly strategie, jako jsou ponechávání dveří otevřených a udržování kontaktu s ostatními členy týmu, aby byly připraveny na případné útoky. Cítily, že musí vždy být na pozoru a mít připraveny záložní plány pro případ nebezpečí, aby mohly efektivně reagovat a chránit své vlastní bezpečí i bezpečnost ostatních pacientů i personálu (Freeman et al., 2014).

Dílčí cíl 2: Zjistit úroveň obav sester z agresivního chování ze strany pacientů nebo jejich doprovodu během pracovní služby.

Dílčí cíl zjistit úroveň obav sester z agresivního chování pacientů nebo jejich doprovodu během pracovní služby byl úspěšně naplněn prostřednictvím kvantitativního

výzkumu, konkrétně pomocí otázky č. 7. Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že mezi respondentkami existuje rozmanitost v úrovni obav z agresivního chování, což je důležitá informace pro správní orgány a vedení personálu. Nejčastější odpovědí byla hodnota 3 (viz. Tabulka č. 4), což naznačuje, že většina dotazovaných má střední úroveň obav. To může naznačovat určitou míru přizpůsobení se situaci a schopnost zvládat agresivní chování v rámci své práce.

Nicméně výzkum také odhalil, že existuje nezanedbatelný podíl respondentů s vysokou úrovní obav, tj. hodnota 4 (viz. Tabulka č. 4). Tato skupina sester je pravděpodobně náchylnější k negativním důsledkům agresivního chování pacientů či jejich doprovodu, což může mít vliv na jejich psychické zdraví i pracovní výkon. Takové zjištění naznačuje, že je nezbytné poskytnout sestřím dodatečnou podporu i školení zaměřené na zvládání stresových situací a konfliktů.

Výzkum tedy úspěšně identifikoval úroveň obav sester a potvrdil, že agresivní chování pacientů a jejich doprovodu představuje závažný faktor, který ovlivňuje pracovní prostředí sester na traumatologickém oddělení (viz. Tabulka č. 4). Tyto poznatky jsou klíčové pro plánování bezpečnostních opatření, poskytování podpory a školení i optimalizaci pracovních podmínek, což by mohlo vést ke zlepšení celkového pracovního prostředí a snížení rizika vystavení sester agresivnímu chování.

Také Itzhaki et al. (2015) dospěli ve své studii k podobným výsledkům ohledně obav při výkonu povolání sester na traumatologických odděleních. V této studii byla provedena analýza účinků vystavení násilí, pracovního stresu, odolnosti personálu a posttraumatického růstu (PTG) na životní spokojenost sester s duševním zdravím, přičemž se zaměřila na úroveň obav sester z agresivního chování ze strany pacientů nebo jejich doprovodu během pracovní služby. Z výsledků studie vyplývá, že téměř 90 % sester uvedlo zkušenost s verbálním násilím a více než polovina z nich zažila fyzické násilí v posledním roce. Tato vysoká míra zkušenosti s násilím naznačuje vysokou úroveň obav sester z agresivního chování ze strany pacientů.

Dále byla zjištěna korelace mezi fyzickým a verbálním násilím vůči sestřím, pracovním stresem a životní spokojeností, přičemž faktory jako PTG a odolnost personálu byly většími determinanty životní spokojenosti než samotné násilí na pracovišti. Tato studie tak jasně potvrzuje, že sestry pracující v oblasti duševního zdraví mají vysokou úroveň obav z agresivního chování pacientů, což má vliv na jejich životní spokojenost i celkové pracovní prostředí. Na základě těchto zjištění se doporučuje vyvinout a implementovat intervenční programy zaměřené na podporu odolnosti personálu a

snižování pracovního stresu, aby se sestry mohly lépe vyrovnat s tímto významným pracovním stresem a zlepšit tak celkovou kvalitu péče poskytované pacientům (Itzhaki et al., 2015).

Dílčí cíl 3: Posoudit dostupnost a účinnost opatření pro řešení agresivního chování na pracovišti.

Druhý dílčí cíl výzkumu, kterým bylo posoudit dostupnost a účinnost opatření pro řešení agresivního chování na pracovišti, byl naplněn prostřednictvím analýzy odpovědí respondentů na dotazník. Zjištění v tabulce č. 17 naznačují, že většina respondentů má v rámci svého zaměstnání možnost účastnit se seminářů zaměřených na komunikaci s agresivními pacienty, což svědčí o určité dostupnosti školení v této oblasti. To je důležité opatření pro prevenci a zvládnání agresivního chování na pracovišti.

Nicméně menší část respondentů nemá možnost účastnit se kurzů sebeobrany (viz. Tabulka č. 17), což může naznačovat nedostatek prostředků pro zvládnání fyzického násilí na pracovišti. To je znepokojivé zjištění, neboť schopnost reagovat na fyzické hrozby je klíčovým aspektem zajištění bezpečnosti zaměstnanců. Zároveň je pozitivní, že většina dotazovaných projevila zájem o možnost účasti na těchto kurzech a seminářích (viz. Tabulka č. 17), což naznačuje, že zaměstnanci jsou ochotni investovat do svého profesního rozvoje a získávat dovednosti pro řešení agresivního chování. To může být klíčové pro zajištění bezpečnosti a pohody zaměstnanců v jejich pracovním prostředí.

Celkově bylo zjištěno, že i když některá opatření pro zvládnání agresivního chování jsou dostupná (viz. Tabulka č. 17), existuje potřeba posílení prostředků pro zvládnání fyzického násilí a zlepšení dostupnosti školení v této oblasti. Zaměstnavatelé by měli poskytovat širokou škálu opatření a podpory pro zvládnání agresivního chování na pracovišti, aby zajistili bezpečné a podpůrné pracovní prostředí pro své zaměstnance.

Ohledně školení sester v oblasti sebeobrany mluví také studie Hartley et al. (2015), který zkoumal několik traumatologických center v různých oblastech a zjistil, že dostupnost je poměrně dobrá. Studie autorů se zaměřila na zhodnocení účinků kurzů sebeobrany na bezpečnost a pohodu pracovníků na traumatologickém oddělení. Cílem bylo zjistit, jaké jsou vlivy těchto kurzů na subjektivní pocit bezpečí a celkovou pohodu personálu, zejména sester, které jsou vystaveny riziku agresivního chování pacientů. V rámci studie byl proveden průzkum mezi pracovníky, který zahrnoval dotazníkové šetření.

Výsledky ukázaly, že kurzy sebeobrany měly pozitivní dopad na pracovníky. Respondenti, kteří absolvovali tyto kurzy, vyjádřili vyšší míru sebedůvěry a dovedností

v řešení potenciálně agresivních situací. Pocit bezpečí během práce se zvýšil, což vedlo k lepší pracovní pohodě a nižší míře pracovního stresu. Důležitým zjištěním bylo také to, že kurzy sebeobrany byly na daném pracovišti traumatologického oddělení dostupné pro sestry. To naznačuje, že zaměstnavatel bere vážně potřebu zvýšení bezpečnosti i pohody svých zaměstnanců a investuje do jejich školení a vzdělávání. Tyto kurzy poskytují sestřím užitečné nástroje a techniky pro řešení agresivních situací, což může snížit riziko úrazů a zlepšit celkovou kvalitu péče poskytované na oddělení (Hartley et al., 2015).

Dílčí cíl 4: Zhodnotit reakce sester na verbální a fyzické napadení, včetně hlášení incidentů nadřízeným.

Tento dílčí cíl se zaměřoval na zhodnocení reakcí sester na verbální a fyzické napadení a také na to, jak často tyto incidenty hlásí svým nadřízeným. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že existuje určitá rozmanitost v reakcích nadřízených na incidenty napadení (viz. Tabulka č. 7). Většina respondentů uvádí, že po fyzickém napadení byl požadován zápis do dokumentace, jak uvádí tabulka č. 7, což naznačuje důraz na zaznamenání události a možný postih agresora.

Nicméně někteří respondenti sdělili, že neobdrželi žádnou reakci od svých nadřízených, což může ukazovat na různorodost přístupu k těmto situacím. Co se týká verbálního napadení, většina respondentů nepopisuje explicitní reakce svých nadřízených na tuto formu agresivního chování, jak je patrné v tabulce č. 7. Toto zjištění může naznačovat nedostatečnou citlivost na verbální znevažování a možná nedostatečné povědomí o jeho škodlivých dopadech na zaměstnance.

Pokud jde o hlášení incidentů nadřízeným, výsledky naznačují, že někteří respondenti hlásili incidenty svým nadřízeným, zatímco jiní to neučinili. To může být důsledkem různých faktorů, včetně obav o možné následky hlášení, nedostatečného povědomí o procesu hlášení nebo nedostatečné podpory ze strany vedení (viz. Tabulka č. 7). Celkově tyto výsledky ukazují na potřebu důkladného zhodnocení a posílení postupů pro reakci na agresivní chování na pracovišti, včetně poskytování jasných směrnic pro hlášení incidentů a podporu zaměstnanců, kteří jsou obětmi těchto incidentů.

Odpověď na otázku, proč sestry často nehlásí incidenty nadřízeným, může poskytnout například studie z roku 2020 od kolektivu autorů vedeného Dafny (Dafny et al., 2020). Studie provedená na odděleních urgentního příjmu, jednotkách intenzivní péče a psychiatrických odděleních ve veřejné nemocnici v australském Queenslandu odhalila, že sestry často nehlásí verbální útoky nadřízeným z několika důvodů. Jeden z hlavních faktorů zahrnuje zdlouhavost a složitost formulářů, které jsou vyžadovány

pro zaznamenání incidentů. Tyto formuláře často vyžadují podrobné informace a zdůvodnění, což může odrazovat sestry od jejich vyplňování, zejména v situacích, kdy jsou již vystaveny pracovní zátěži a stresu.

Dalším důvodem je zdlouhavý proces samotného hlášení, který může vyžadovat mnoho času a úsilí. Sestry jsou v pracovním prostředí často vytíženy a mohou mít pocit, že toto vyplňování formulářů není prioritou vzhledem k dalším povinnostem, které mají plnit. Kromě toho, pokud proces hlášení nevede k žádným zřejmým opatřením nebo změnám, může být vnímán jako zbytečný a neefektivní, což může dále odradit sestry od jeho příští realizaci (Dafny et al., 2020).

Výsledky této studie naznačují potřebu zjednodušení a zefektivnění procesu hlášení verbálních útoků, aby byl přístupnější a méně náročný pro sestry. To by mohlo zahrnovat revizi formulářů s důrazem na snížení jejich komplexity a zkrácení času potřebného k jejich vyplnění. Dále by mohlo být užitečné zlepšit zpětnou vazbu a podporu ze strany nadřízených, aby sestry měly pocit, že jejich hlášení jsou brána vážně a vedou ke konkrétním opatřením pro zlepšení pracovního prostředí a bezpečnosti (Dafny et al., 2020).

Dílčí cíl 5: Posoudit podporu a reakce nadřízených na výskyt verbálního a fyzického násilí.

Posouzení podpory a reakcí nadřízených na výskyt verbálního a fyzického násilí bylo dalším dílčím cílem výzkumu. Z výsledků uvedených v tabulce č. 7 vyplývá, že reakce nadřízených na tyto formy násilí se liší. Většina dotazovaných uvádí, že po fyzickém napadení byl požadován zápis do dokumentace (viz. Tabulka č. 7), což může naznačovat snahu o zaznamenání události a možný postih pachatele. Na druhé straně někteří respondenti sdělili, že od svých nadřízených neobdrželi žádnou reakci, což ukazuje na možnou nedostatečnou citlivost nebo nedostatečné povědomí o vážnosti fyzického napadení.

V případě verbálního násilí však většina respondentů nepopisuje explicitní reakce svých nadřízených (viz. Tabulka č. 7). Toto zjištění může naznačovat nedostatečnou citlivost vůči verbálnímu znevažování a možná nedostatečné povědomí o jeho negativních dopadech na zaměstnance. Co se týká podpory, někteří respondenti uvádějí, že po fyzickém napadení jim byla poskytnuta nabídka psychologické intervence nebo možnost odpočinku. Tato podpora může být důležitá pro zvládnutí traumatických událostí a emocionálního zotavení po agresivním incidentu.

Nicméně další respondenti nezaznamenali žádnou podobnou podporu, což může naznačovat nedostatek citlivosti nebo prostředků k poskytování emocionální podpory zaměstnancům postiženým násilím (viz. Tabulka č. 7). Celkově tyto výsledky ukazují na potřebu důkladného zhodnocení postupů pro reakci na verbální i fyzické násilí a posílení podpory zaměstnanců, kteří jsou oběťmi těchto forem agresivního chování. Důraz by měl být kladen na poskytování jasných směrnic pro reakci na násilí, poskytování emocionální podpory a posílení komunikace mezi nadřízenými a zaměstnanci v případě výskytu těchto situací.

Ve studii „Traumatický stres u sester na pohotovosti: Připadá vám vaše pracovní prostředí jako válečná zóna?“, publikované v roce 2020 v časopise „Pohotovostní ošetřovatelství“, se zkoumala zkušenost sester na pohotovosti ohledně traumatického stresu. V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že mnohé sestry vnímají své pracovní prostředí jako místo, které připomíná válečnou zónu. Tento pocit byl důsledkem častého vystavování stresovým a traumatickým událostem, se kterými se sestry na pohotovosti setkávají (Wolf et al., 2020).

V této studii zaměřené na pracovní prostředí traumatologických sester bylo zjištěno, že se sestrám nedostává dostatečná podpora od jejich nadřízených v případě konfliktů s pacienty ohledně verbálního a fyzického násilí. Namísto aktivního přístupu k řešení těchto situací nadřízení často pouze zaznamenávají incidenty, avšak neposkytují sestrám adekvátní podporu či ochranu. Mnohdy se řešení omezuje pouze na administrativní procedury a absenci skutečných opatření k prevenci opakujícího se násilí. Tento nedostatek podpory a interakce ze strany nadřízených může vést k pocitu izolace a nejistoty u sester a ovlivňovat jejich pracovní spokojenost i celkové duševní zdraví (Wolf et al., 2020).

Dílčí cíl 6: Zhodnotit možnosti předejití agresivnímu chování a zlepšení bezpečnosti na pracovišti.

Posouzení možností předcházení agresivnímu chování a zlepšení bezpečnosti na pracovišti bylo dalším dílčím cílem výzkumu. Z výsledků uvedených v tabulce č. 10 vyplývá, že většina respondentů uvádí, že fyzickému útoku nelze předejít. To naznačuje složitost situací vedoucích k fyzickému násilí a možné nedostatky v preventivních opatřeních. Fyzický útok často vzniká na základě působení různých faktorů, jako jsou emocionální stavy, konflikty nebo násilné impulzy, které mohou být obtížně předvídatelné nebo zvladatelné (viz. Tabulka č. 10).

Nicméně existují určité strategie a opatření, které mohou snížit riziko fyzického násilí, například poskytování emocionální podpory, prevence konfliktů a vytváření bezpečného a podpůrného pracovního prostředí. Přestože nelze zcela vyloučit možnost fyzického útoku, vhodné intervence a preventivní opatření mohou významně snížit jeho výskyt. V rámci zlepšení bezpečnosti na pracovišti je také důležité zhodnotit reakce nadřízených na výskyt verbálního a fyzického násilí.

Poskytování jasných směrnic pro reakci na násilí, poskytování emocionální podpory a posílení komunikace mezi nadřízenými a zaměstnanci mohou přispět k prevenci agresivního chování a zlepšení bezpečnosti na pracovišti. Celkově tyto výsledky ukazují na potřebu neustálého hodnocení a vylepšování strategií pro prevenci agresivního chování a zajištění bezpečného pracovního prostředí pro všechny zaměstnance. Komunikace, školení a vytváření kultury, která podporuje otevřenost a vzájemnou podporu, jsou klíčovými faktory při dosahování tohoto cíle.

O tom, že násilí na pracovišti nelze ve většině případů předejít, se zmiňuje i Šupšáková (2017). V knize se uvádí, že na pracovištích, jako jsou pohotovostní oddělení a oddělení intenzivní péče, není možné úplně předejít násilným incidentům. To je způsobeno kombinací faktorů, včetně nevyzpytatelné povahy akutních situací, s nimiž se personál setkává, a často agresivního chování pacientů v důsledku stresu, bolesti nebo duševních poruch. Na těchto pracovištích dochází k vysokému tempu, personál často čelí situacím, kdy jsou pacienti v krizové situaci, což může zvýšit riziko agresivního chování. Navíc může být personál vystaven verbálnímu i fyzickému násilí v důsledku nadměrného stresu pacientů, což může situaci ještě zhoršit.

Navzdory snahám o prevenci násilí, jako jsou školení v deeskalaci situací nebo bezpečnostní opatření, není možné úplně eliminovat riziko násilných incidentů na těchto pracovištích. To je způsobeno přirozenou povahou akutní medicíny a nevyzpytatelnými okolnostmi, které mohou vést k eskalaci napětí mezi pacienty a zdravotnickým personálem (Šupšáková, 2017).

Analýzou Yongchao et al., (2023) bylo zjištěno, že násilí na sestřích ze strany pacientů a návštěvníků na oddělení urgentního příjmu je především projevem interpersonálního násilí založeného na pracovním vztahu, kdy se pacient anebo návštěvník stává útočníkem a sestra se stává cílem v případě absence schopného opatrovníka. Dochází také k úmyslnému použití fyzické síly nebo moci, které má za následek nebo má vysokou pravděpodobnost způsobení újmy. Z tohoto důvodu je nutné jasně porozumět atributům a důsledkům násilí na sestřích ze strany pacientů a

návštěvníků. Přitom však podle Carvera, Bearda (2021) je prevence násilí na traumatologickém oddělení složitá, a přestože legislativa a větší opatření vůči pachatelům jsou vítány, je třeba tomuto jevu lépe porozumět, aby bylo možné smysluplně využívat preventivní taktiky. Většina studií v oblasti faktorů přispívajících k násilí na sestřích ze strany pacientů a návštěvníků se zaměřuje na chování a charakteristiky útočníků, identifikaci rizikových osob a jejich zaměření. Jak uvádí Timmins (2021) na rozdíl od mnoha jiných zdravotnických zařízení jsou traumatologická oddělení veřejně přístupná a fungují 24 hodin denně. Zohlednění faktorů prostředí oddělení proto může pomoci pochopit fenomén násilí. Mnohé asociace vyzývají k politice nulové tolerance násilí ve zdravotnickém prostředí (ACEM, 2011). Cíl nulové tolerance sám o sobě nestačí a je skutečně příliš ambiciózní vzhledem k vysoce rizikové povaze ošetrovatelské práce na sledovaném oddělení. Mnohostranný přístup k prevenci násilí proto vyžaduje uznání tohoto vysokého profesního rizika zdravotních sester, aby mohla být přijata vhodná opatření ke snížení výskytu násilí (Aljohani et al., 2021).

Řešení tohoto problému vyžaduje také jasnou dokumentaci, která podpoří vyšetřování a opatření v konkrétních případech, ale také pochopení rozsahu problému. Dokumentace násilných událostí ve zdravotnictví však obecně chybí, a to z důvodu nedostatečného hlášení (Aljohani et al., 2021).

Prevence podle Yongcha et al., (2023) představuje identifikaci, rozpoznání a hlášení situací, kdy dochází k úmyslnému slovnímu a fyzickému násilí, které je potenciálně škodlivé, a zároveň odlišení těchto situací od situací, kdy k úmyslu nedochází. To vyžaduje účinnou podporu ze strany vedoucích sester, aby byly schopny rozklíčovat, pochopit, zvládnout a nahlásit, když dojde k násilí, které není úmyslné. Komplexní povaha násilí na sestřích ze strany pacientů a návštěvníků tedy podtrhují význam toho, aby sestry byly schopny porozumět případům násilí a hlásit je.

Existují však také důkazy naznačující, že sestřím chybí informace, zkušenosti a zájem o včasné varovné příznaky násilí a související preventivní strategie (Koller, 2016).

Dílčí cíl 7: Posoudit pocit bezpečí sester během vykonávání práce a dostatečnost opatření zaměstnavatele pro ochranu zaměstnanců.

Posouzení pocitu bezpečí sester během vykonávání práce a dostatečnosti opatření zaměstnavatele pro ochranu zaměstnanců je klíčovým aspektem hodnocení pracovního prostředí. Z výsledků uvedených v tabulce č. 16 vyplývá, že většina respondentů uvádí, že se během své práce necítí v bezpečí, avšak menší část má opačný názor, viz tabulka č. 16. Tato rozmanitost odpovědí může odrážet různorodost pracovních podmínek,

vnímaného rizika i zkušeností zaměstnanců. Pro mnoho jedinců je pocit bezpečí důležitým faktorem ovlivňujícím jejich pohodu a výkonnost během pracovního dne.

Bezpečnostní opatření, jako jsou školení v oblasti prevence rizikových situací, zajištění vhodného vybavení nebo podpora nadřízených a kolegů, mohou hrát klíčovou roli při posilování tohoto pocitu. Na druhé straně nedostatečná opatření k prevenci rizikových situací, nedostatečná komunikace nebo podpora ze strany vedení mohou negativně ovlivňovat pocit bezpečí zaměstnanců. Je důležité, aby zaměstnavatelé pravidelně posuzovali a vylepšovali svá bezpečnostní opatření na základě zpětné vazby od zaměstnanců a neustále se snažili vytvářet pracovní prostředí, kde by se zaměstnanci cítili chráněni a podporováni. Komunikace, školení a vytváření kultury, která podporuje otevřenost a vzájemnou podporu, mohou být klíčovými faktory při posilování pocitu bezpečí a důvěry mezi zaměstnanci a vedením.

Zároveň je nutné zhodnotit, zda opatření poskytovaná zaměstnavatelem dostatečně chrání zaměstnance. Z výsledků uvedených v tabulce č. 16 vyplynulo, že většina respondentů má dojem, že jejich zaměstnavatel dělá dost pro jejich bezpečí na pracovišti, avšak menší část má pochybnosti. Je důležité, aby zaměstnavatelé nejen poskytovali opatření k prevenci rizikových situací, ale také vnímali a respektovali obavy i potřeby svých zaměstnanců v této oblasti. Posilování bezpečnosti na pracovišti a podpora zaměstnanců v pocitu bezpečí jsou klíčovými aspekty udržení zdravého a produktivního pracovního prostředí.

Téma zkoumali také Crabbe et al. (2002). Výsledky studie naznačují, že většina sester vyjadřovala nedostatečný pocit bezpečí během vykonávání své práce na pracovišti. Tento nedostatek pocitu bezpečí byl často spojován s obavami z možného verbálního i fyzického napadení ze strany agresivních pacientů nebo jejich doprovodu. Respondenti uváděli, že se cítí ohroženi a nechráněni při poskytování péče pacientům, kteří vykazují agresivní chování. Jedním z hlavních faktorů, které přispívají k nedostatečnému pocitu bezpečí, bylo vnímání nedostatečné podpory a ochrany ze strany zaměstnavatele. Sestry se často cítily opuštěny a nedostatečně vybaveny pro řešení potenciálně nebezpečných situací.

Opatření zaměstnavatele nebyla považována za dostačující, což vedlo k pocitu bezmoci a zranitelnosti během práce. Navíc byla identifikována nedostatečná komunikace a nedostatek konkrétních postupů pro zvládnutí agresivních situací, což přispělo k nepříznivému pracovnímu prostředí. Tento nedostatek bezpečí má negativní dopad nejen na pracovní prostředí sester, ale také na kvalitu poskytované péče.

Nedostatečný pocit bezpečí může vést k nadměrnému stresu, vyhoření, dokonce i k fyzickým a psychickým potížím u zdravotnického personálu. Je tedy nezbytné, aby zaměstnavatelé přijali konkrétní opatření ke zlepšení bezpečnostních opatření a poskytli sestřím potřebnou podporu a ochranu při výkonu jejich práce (Crabbe et al., 2002).

Studie, již provedli Freeman et al. (2014), zdůraznila, že sestry pracující v traumatologických centrech mají často vážné obavy ohledně své osobní bezpečnosti. Z výsledků polostrukturovaných rozhovorů s těmito zdravotními sestrami vyplývá, že řada z nich pociťuje při vykonávání své práce výrazné úzkosti a obavy. Tyto obavy mohou být spojeny s různými faktory, jako jsou riziko fyzického a verbálního napadení ze strany agresivních pacientů nebo jejich doprovodu, nedostatečná podpora a ochrana ze strany zaměstnavatele, nedostatečná bezpečnostní opatření na pracovišti a nedostatek konkrétních postupů pro zvládnání potenciálně nebezpečných situací.

Dílčí cíl 8: Zjistit dostupnost a zájem sester o účast na školeních a kurzech týkajících se komunikace s agresivními pacienty a sebeobrany.

Posouzení dostupnosti a zájmu sester o účast na školeních a kurzech týkajících se komunikace s agresivními pacienty a sebeobrany je klíčové pro posílení jejich schopností a dovedností v řešení potenciálně násilných situací na pracovišti. Z výsledků vyplývá, že většina dotazovaných má v rámci svého zaměstnání možnost účastnit se těchto školení a kurzů. Tato možnost je pozitivním signálem, který naznačuje, že zaměstnavatelé si uvědomují důležitost přípravy svých zaměstnanců na komunikaci s agresivními jedinci i na situace vyžadující sebeobranu (viz. Tabulka č. 17).

Účast na těchto školeních a kurzech může sestřím poskytnout užitečné nástroje a strategie pro řešení konfliktních situací, zlepšení komunikačních dovedností a zvýšení sebevědomí při jednání s agresivními pacienty. Tím se nejen zvyšuje bezpečnost zaměstnanců, ale také se zvyšuje kvalita péče poskytované pacientům. Nicméně je důležité si všimnout, že menší část respondentů nemá možnost účastnit se těchto školení a kurzů. To může odrážet nedostatek zájmu nebo investic ze strany zaměstnavatelů do školení svých zaměstnanců v této oblasti.

Je důležité, aby zaměstnavatelé poskytovali přístup k relevantním školením a podporu zaměstnanců v jejich profesním rozvoji, aby byli schopni úspěšně reagovat na náročné situace na pracovišti. Poskytování školení a kurzů týkajících se komunikace s agresivními pacienty a sebeobrany může být klíčovým faktorem v prevenci potenciálního násilí na pracovišti a zajištění bezpečného a podpůrného pracovního prostředí pro všechny zaměstnance.

Garvey et al. (2016) ve svém článku představují důležitou reflexi o průběžném vývoji v oblasti pracovního prostředí a profesního rozvoje zdravotnických pracovníků. Zjištění naznačují, že sestry mají v mnoha případech přístup ke školením a kurzům, které jsou zaměřeny na zlepšení komunikačních dovedností i schopnosti řešit konfliktní situace s pacienty. Tato opatření se ukazují jako klíčová pro posílení jejich schopností a sebejistoty v každodenní praxi. Nicméně navzdory této dostupnosti existuje menší část respondentů, kteří nemají možnost účastnit se těchto školení.

Tento fakt může reflektovat širší problém nedostatku investic do profesního rozvoje zdravotnických pracovníků a podpory zaměstnanců v jejich dalším vzdělávání. V kontextu stoupajících nároků a nároků na zdravotní personál je třeba zaměřit se na zajištění dostatečných zdrojů a podpory pro vzdělávání, které odpovídá potřebám pracovníků a zvyšuje jejich schopnost reagovat na náročné situace v praxi. Celkově lze tedy konstatovat, že podpora profesního rozvoje a investice do dalšího vzdělávání jsou klíčové pro vytvoření bezpečného a podpůrného pracovního prostředí, které zajišťuje kvalitní péči pro pacienty a zvyšuje spokojenost i efektivitu zaměstnanců (Garvey et al., 2016).

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo analyzovat zkušenosti sester v traumatologických ambulancích s agresí ze strany pacientů a následně stanovit návrh doporučení pro praxi. Tento cíl byl v práci naplněn. Nejprve byly v teoretické části práce zmíněny relevantní souvislosti s prací sester na traumatologických odděleních. Byly vymezeny klíčové pojmy a celkově byla provedena charakteristika práce traumatologických sester. Závěr teoretické části práce vypověděl o tom, že role sester v poskytování zdravotní péče přináší jak fyzickou, tak psychickou zátěž, která může být důsledkem agresivního chování pacientů. Je důležité chápat, že agrese a násilí na pracovišti znamenají vážné riziko pro zdraví i bezpečnost zdravotnického personálu. Přehled agrese, násilí a varovných signálů je klíčový pro identifikaci potenciálně rizikových situací i prevenci konfliktů.

Zmíněné oblasti ukazují na nutnost vhodné komunikace s agresivními pacienty a správného postupu v případě napadení personálu. Významnou součástí této části je také zdůraznění postupů ochrany personálu a možností prevence agresivního chování. Pouze systematický přístup k těmto otázkám může zajistit bezpečné pracovní prostředí pro zdravotnický personál i kvalitní péči pro pacienty.

V praktické části práce byl proveden kvalitativní a následně kvantitativní výzkum, přičemž byly stanoveny výzkumné otázky, hlavní i dílčí cíle práce. Na základě výsledků výzkumu byly všechny výzkumné otázky zodpovězeny. Na základě analýzy provedeného výzkumu lze prohlásit, že problematika agresivního chování na pracovišti a bezpečnosti zaměstnanců je velmi komplexní a vyžaduje systematický přístup. Zjištění naznačují, že ačkoli nelze vždy předejít agresivnímu chování, existují opatření a strategie, které mohou významně snížit riziko násilných incidentů.

Klíčový faktor sestává z poskytování vhodné podpory, školení v oblasti komunikace a deeskalace situací i vytváření bezpečného pracovního prostředí. Je nezbytné, aby zaměstnavatelé nejenom investovali do preventivních opatření, ale také pravidelně posuzovali jejich účinnost a reagovali na potřeby svých zaměstnanců. Kromě toho je důležité zajistit dostupnost relevantních školení a kurzů pro zaměstnance, aby získali potřebné dovednosti pro řešení náročných situací.

Celkově je tedy zásadní neustále zdokonalovat strategie a opatření pro prevenci agresivního chování a zajištění bezpečného pracovního prostředí pro všechny zaměstnance. Pouze tak lze zajistit, že pracovní prostředí bude podporovat zdraví i efektivitu zaměstnanců a zároveň poskytovat kvalitní péči pacientům.

Seznam použité literatury

1. ACEM. 2011. *Policy on violence in Emergency Departments*. [online] ACEM [cit.2024-07-09]. Dostupné z URL:<https://acem.org.au/getattachment/7b0819a6-93cc4d89-8fe8-22c6ea307a>
2. ALJOHANI, B., et al., 2021. Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 196, 186–197. DOI:org/10.1016/j.puhe.2021.02.009
3. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
4. AVANDER, K. et al., 2016. Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: short-and long-term consequences in a Swedish setting. *Journal of Trauma Nursing*. 23(2), 51–57. ISSN 1932-3883.
5. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
6. CARVER, M., BEARD, H. 2021. Managing violence and aggression in the emergency department. *Emergency Nurse*, 29(6), 32–39. DOI:10.7748/en.2021.e2094
7. CRABBE, J. et al., 2002. Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *Irish journal of psychological medicine*. 19(4), 121–124. ISSN 2051-6967.
8. DUNDAS, T. A., 2016. *Intimate Adversaries: Cultural Conflict Between Doctors and Women Patients*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press. 174 p. ISBN 9781512808025.
9. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
10. ESCRIBANO R. et al. 2019. Violence in the Workplace:Some Critical Issues Looking at the Health Sector. *Heliyon*.
11. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

12. FREEMAN, L., FOTHERGILL-BOURBONNAIS, F., RASHOTTE, J., 2014. The experience of being a trauma nurse: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(1), 6–12. ISSN 1532-4036.
13. FUKADA, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*. 61(1), 1–7, doi:10.33160/yam.2018.03.001.
14. GARVEY, P. et al., 2016. Trauma tactics: rethinking trauma education for professional nurses. *Journal of Trauma Nursing*. 23(4), 210–214. ISSN 1932-3883.
15. HARTLEY, D. et al., 2015. Workplace violence prevention for nurses on-line course: program development. *Work*. 51(1), 79–89. ISSN 1051-9815.
16. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
17. HUSSEIN, M., FARAJ, R. 2021. Risk of Violence among Nurses in Emergency Departments at Baghdad City Hospitals: The Mediating Role of the Work Environment. *Medico Legal Update*. 21. 303-309. DOI:10.37506/mlu.v21i2.2696.
18. HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
19. HONZÁK, R., NOVOTNÁ, V., 2006. *Jak se asertivně prosadit. Psychologie pro každého*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1226-1.
20. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
21. HRICOVÁ, A., ONDRÁŠEK, S., URBAN, D., 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3636-0.
22. CHARNEY, W., 2009. *Handbook of modern hospital safety*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press. 1226 p. ISBN 142004785X.
23. CHEUNG T. et al. 2017. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Environ Res Public Health*. 14:879.
24. CHAZEL M. et al. 2023. Violence against nurses in the emergency department: an observational study. *BMJ Open*. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067354.

25. ITZHAKI, M. et al., 2015. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International journal of mental health nursing*. 24(5), 403–412. ISSN 1445-8330.
26. JAMISON, T., LIS, G. A., 2014. Engaging the Learner by Bridging the Gap Between Theory and Clinical Competence. *Nursing Clinics of North America*. 49(1), 69–80, doi: 10.1016/j.cnur.2013.11.004.
27. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada Publishing. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
28. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
29. KOLLER, L. H. 2016. It could never happen here: Promoting violence prevention education for emergency department nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(8), 356–360. DOI:10.3928/00220124-20160715-06
30. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
31. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
32. LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
33. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
34. MACINTIRE, D. K. et al., 2012. *Manual of small animal emergency and critical care medicine*. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell. 704 p. ISBN 978-0-8138-2473-4.
35. MACKOVÁ, M., 2008. Proč vznikají nedorozumění v komunikaci sestry pacient? In: *Edukační sborník* [online]. Brno: Katedra ošetrovatelství, Masaryková univerzita, s. 189–190 [cit. 2024-02-02]. ISBN 978-80-86793-11-5. Dostupné z: https://www.linkos.cz/files/abstrakta/BOD2008_113.pdf
36. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.

37. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.
38. MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-5309-6.
39. MAZALOVÁ, L. et al., 2018. *Profesionalita v ošetrovatelství III/2. Sborník abstraktů e-posterů z konference s mezinárodní účastí*. Olomou: Univerzita Palackého v Olomouci. 54 s. ISBN 978-80-244-5345-3.
40. MCCONNELL, C. R., 2013. *Out of Print: Umiker's Management Skills for the New Health Care Supervisor*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers. 658 p. ISBN 9781449688868.
41. NADZAM, D., 2009. Nurses' Role in Communication and Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 24(3), 184–188, doi: 10.1097/01.NCQ.0000356905.87452.62.
42. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
43. ONDRIOVÁ, I., FERTALOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing. 104 s. ISBN 978-80-271-1728-4.
44. OREL, M., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
45. PEATE, I., 2019. *Alexander's Nursing Practice E-Book: Hospital and Home*. Edinburgh: Elsevier Health Sciences. 992 p. ISBN 9780702065026.
46. PEKARA, J., 2015. Agresivní pacient. In: *Bezpecnostpersonalu.cz* [online]. 15. 4. 2015 [cit. 2023-24-02]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/navody/jak-zkrotit-agresivniho-pacienta/>
47. PETR, T., MARKOVÁ, E., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
48. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
49. PLEVOVÁ, I., ZOUBKOVÁ, R., 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.

50. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing. 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
51. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
52. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.
53. SYNEK, M., KISLINGEROVÁ, E., 2010. *Podniková ekonomika*. 5., přeprac. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck. 498 s. ISBN 9788074003363.
54. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing. 492 s. ISBN 978-80-271-0596-0.
55. ŠNÝDROVÁ, I., 2006. *Manažerka a stres*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 80-247-1272-5.
56. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
57. ŠPIRUDOVÁ, L., MASTILIAKOVÁ, D., 2014. Syndrom vyhoření u sester v České republice ve vztahu k podmínkám jejich práce – přehledová studie. *Zdravotnické listy*. 2(1), 9–16. ISSN 1399-3022.
58. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
59. TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
60. TAYLOR, C. R., LYNN, P., BARLETT, J., 2022. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1272 p. ISBN 9781975168162.
61. TIMMINS, F., TIMMINS, B. 2021. An integrative review of waiting time, queuing, and design as contributory factors to emergency department violence. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 14(2), 139–151. DOI:10.1111/jebm.12432

62. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
63. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
64. VIDEBECK, S. L., 2010. *Psychiatric-mental Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 530 p. ISBN 9781605478616.
65. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada Publishing. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
66. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
67. VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada Publishing. 760 s. ISBN 978-80-247-5775-9.
68. WOLF, L. A. et al., 2020. Traumatic stress in emergency nurses: does your work environment feel like a war zone? *International emergency nursing*. 52, 100895, doi: 10.1016/j.ienj.2020.100895.
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. Nursing Roles in 21st-century health systems. In: *State of the World's Nursing 2020* [online]. Geneva: World Health Organization, s. 11–18 [cit. 2023-12-01]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/resrep27836.10#metadata_info_tab_contents
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021. Workplace Violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [online]. Geneva: World Health Organization, 2021. [cit. 2023-12-01]. Dostupné z: https://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en.
71. YONGCHAO H. et al. 2023. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: An integrative Review. *Journal of Advanced Nursing*, DOI:10.1111/jan.15837.

72. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
73. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada Publishing, 2020. 248 s. ISBN 978-80-271-2275-2.

Seznam grafů, tabulek a příloh

Graf 1: Možnosti řešení agresivního chování na pracovišti	61
Graf 2: Reakce na verbální útok	74
Graf 3: Reakce na verbální útok	75
Tabulka 1: Charakteristika respondentek	39
Tabulka 2: Sociodemografické proměnné	42
Tabulka 3: Kódy a kategorie.....	44
Tabulka 4: Pracovní podmínky a vnímání rizik v zaměstnání.....	59
Tabulka 5: Práce na směny a obavy z agresivního chování pacientů/doprovodu	60
Tabulka 6: Zkušenost s agresivním chováním.....	62
Tabulka 7: Hlášení agresivního chování.....	63
Tabulka 8: Prevence verbálního útoku a jeho důsledky	64
Tabulka 9: Fyzický útok	64
Tabulka 10: Hlášení fyzického napadení a situace po napadení	65
Tabulka 11: Verbální násilí a reakce na něj.....	66
Tabulka 12: Verbální násilí a jeho hlášení.....	67
Tabulka 13: Prevence verbálního útoku a situace po něm.....	68
Tabulka 14: Aspekty fyzického napadení.....	68
Tabulka 15: Hlášení fyzického napadení a situace poté	69
Tabulka 16: Pocit bezpečí.....	70
Tabulka 17: Preventivní možnosti	71
Tabulka 18: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné charakteristiky	73
Tabulka 19: Mann-Whitneyho test: p-hodnota a popisné charakteristiky	74
Tabulka 20: Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test.....	75
Příloha 1: Dotazník – kvantitativní výzkum	98
Příloha 2: Otázky k rozhovoru.....	103

Příloha 1: Dotazník – kvantitativní výzkum

Bezpečnost sester na traumatologických ambulancích

Vážená kolegyně, vážený kolego,

ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění předloženého dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou zpracovány výhradně pro moji diplomovou práci, která se věnuje tématu „Bezpečnost sester na traumatologických ambulancích“. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10–15 minut a Vaše odpovědi pro mě budou obrovským přínosem v právě probíhajícím výzkumu.

Děkuji Vám za Váš čas,

Kateřina Kliková,

*studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
magisterské studium – specializace v ošetrovatelství*

1. Vaše pohlaví?
Žena × Muž

2. Vaše věková skupina?
19 let a méně
20–24
25–29
30–39
40–44
45–49
50–54
55–59
60 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
SŠ s maturitou
SŠ s maturitou a specializací
Vyšší odborné
Vysokoškolské

4. Vaše délka praxe?
- Méně než 1 rok
 - 1–5 let
 - 6–10 let
 - 11–15 let
 - 16–20 let
 - Nad 20 let
5. Jaké je pohlaví pacientů, o které se staráte?
- Muži
 - Ženy
 - Obě pohlaví
6. Pracujete na směny?
- Ano × Ne
7. Jak moc se obáváte agresivního chování ze stran pacientů nebo doprovodu během Vaší služby?
- Neobávám se vůbec 1 2 3 4 5 Velmi se obávám
8. Máte nějaké možnosti (prvky) pro řešení agresivního chování na Vašem pracovišti?
- Alarm
 - Služební telefon
 - Únikové východy
 - Ostraha
 - Omezovací prostředky (kurty)
 - Omezování přístupu veřejnosti
 - Kamerový systém
9. Zažil(a) jste nějakou formu agresivního chování za posledních 12 měsíců?
- Verbální
 - Fyzická
 - Obě varianty
 - Žádné

10. Verbální agrese – kdo byl útočníkem verbální agrese?
Pacient × Doprovod pacienta
11. Reagoval(a) jste na verbální útok?
Ano, snažil(a) jsem se ho mírným hlasem uklidnit
Ano, řekl(a) jsem, ať toho okamžitě nechá
Ano, zvýšil(a) jsem hlas a křičeli jsme po sobě
Ne
12. Hlásil(a) jste incident nadřízenému?
Ano × Ne
13. Pokud jste incident nenahlásil(a), proč? Pokud ano, na otázku neodpovídejte.
Bylo to zbytečné
Nezdálo se mi to důležité
Bál(a) jsem se dalšího vysvětlování a řešení
14. Reaguje Váš nadřízený na výskyt verbálního násilí na Vašem pracovišti?
Ne, při našem povolání se s tím počítá
Nabídl mi psychologickou intervenci
Dostal(a) jsem volno, odpočinek
Donutil mě udělat zápis do dokumentace
15. Myslíte si, že šlo verbálnímu útoku zabránit?
Ano × Ne
16. Přemýšlel(a) jste po útoku nad změnou povolání?
Ano × Ne
17. Fyzické násilí: Kdo byl útočníkem fyzického násilí?
Pacient × Doprovod pacienta
18. Došlo při napadení k Vašemu zranění?
Ano × Ne

19. Jaký charakter fyzického násilí?

Údery pěstmi

Pokousání, poškrábání

Poplivání

Kopnutí

Odstrčení, odhození

20. Jaká byla Vaše reakce?

Snažil(a) jsem se na něj mluvit klidným hlasem

Snažil(a) jsem se bránit

Snažila(a) jsem se utéct

Neudělal(a) jsem nic, bylo to příliš rychlé a nečekané

21. Nahlásil(a) jste fyzické napadení?

Ano × Ne

22. Pokud nebylo hlášení, proč?

Nebylo to důležité

Bál(a) jsem se následků

Bylo by to zbytečné

23. Dalo se fyzickému útoku předejít?

Ano × Ne

24. Jaká byla reakce nadřízeného na Vaše napadení?

Ne, při našem povolání se s tím počítá

Nabídl mi psychologickou intervenci

Dostal(a) jsem volno, odpočinek

Donutil mě udělat zápis do dokumentace

Podali jsme žalobu

25. Přemýšlel(a) jste po útoku nad změnou povolání?

Ano × Ne

26. Bezpečnost na pracovišti: Cítíte se během vykonávané služby v bezpečí?

Ano × Ne

27. Máte pocit, že pro Vaše bezpečí na pracovišti dělá zaměstnavatel dost?
Rozhodně ano
Spíše ano
Spíše ne
Rozhodně ne
28. Máte v zaměstnání možnost účastnit se seminářů, např. Komunikace s agresivním pacientem?
Ano × Ne
29. Máte v zaměstnání možnost zúčastnit se kurzů sebeobrany?
Ano × Ne
30. Pokud by možnost kurzů a seminářů byla, využil(a) byste příležitosti se zúčastnit?
Ano × Ne
31. Dokázal(a) byste navrhnout pár opatření, která by Vám dodala větší pocit bezpečí na pracovišti a pomohla v případě útoku?
32. Chcete ještě něco doplnit k danému tématu?

Příloha 2 Otázky k rozhovoru

1. Identifikační údaje (věk, délka praxe, vzdělání).
2. Setkala jste se někdy s agresivním chováním pacienta nebo někoho jiného během Vaší služby?
 - Jaký druh napadení to byl?
 - Když zavzpomínáte, jak útok začínal?
 - Jaký průběh měl?
3. Pokusila jste se situaci nějak zvládnout?
 - Jakým způsobem?
 - Provedla jste nějaké preventivní kroky a opatření?
4. Popište mi Vaše pocity bezprostředně před napadením.
5. Jak jste se cítila po útoku?
6. Seznámil Vás nadřízený s možnostmi obrany, útěku?
7. Máte v zaměstnání možnost školení se v komunikaci s agresivním pacientem nebo využití kurzů sebeobrany?
8. Cítíte se během služby v bezpečí?
9. Přijde Vám chování pacientů a jejich doprovodu jiné než v minulých letech?
10. Řekla byste, že se situace spíše horší, nebo lepší?
11. Proč si myslíte, že je agresivní chování ve zdravotnictví na vzestupu?
12. Chtěla byste závěrem ještě něco dodat k tomuto tématu?