



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Andrea Fišerová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.5.2017 .....

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady a trvalou podporu. Velké poděkování patří mojí rodině, za trpělivost a lásku, kterou mi prokazovala po celou dobu mého studia.

# Úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním

## Abstrakt

**Současný stav:** V současné době hovoříme o fenoménu násilí, který nápadně snižuje efektivitu a kvalitu zdravotní péče. V oboru zdravotní péče se stalo násilí globálním problémem. Při násilném chování jde o patologickou agresi, za účelem někoho poškodit. Můžeme dle charakteru rozlišit formu slovní a fyzickou. Komunikační chyby vyplývající z nekontrolovaných negativních emocí jsou příčinou násilného chování, zejména u nepsychiatrických pacientů. Zdravotníci jsou vystaveni velkému riziku násilí na pracovišti ve srovnání s ostatními pracovišti. Bylo potvrzeno, že až jedna čtvrtina společenského násilí se odehrává v prostředí zdravotnických zařízení. Dalším problémem je, že násilí negativně ovlivňuje psychologickou a sociální pohodu sester a také vede k velkým finančním ztrátám v systému zdravotní péče.

**Cíle práce:** Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké jsou úlohy sestry v péči o nemocné s násilným chováním. Druhým cílem je zjistit, jaké dovednosti sestra musí mít v prevenci proti násilí. Posledním cílem je zjistit, jak se sestra chová, předtím, než je napadena pacientem.

**Metodika:** Ke zpracování empirické části diplomové práce byla použita kvalitativní metoda výzkumného šetření. Realizace sběru dat byla prováděna pomocí hloubkových rozhovorů. Získaná data byla přepsána a kódována do konkrétních kategorií a podkategorií.

**Výzkumný soubor:** Šetření probíhalo v období leden–březen 2017. Výzkumný soubor tvořilo celkem 14 sester z chirurgického, interního, gastroenterologického, traumatologického oddělení a jednotek intenzivní péče na chirurgii, gastroenterologii a interně v nejmenované okresní nemocnici v Jihočeském kraji.

**Výsledky:** Z hloubkových rozhovorů se sestrami, kterým byla zachovaná anonymita, byly zjištěny následující skutečnosti. Jako nejčastější slovní projevy pacientů před tím, než se začali chovat agresivně, uváděly sestry nadávky a urážky. Pacienti před počátkem násilí projevovali neklid. S psychickým násilím se setkala převážná většina probandek. Pacienti jim vyhrožovali anebo nadávali.

Péče o klienty závislími na alkoholu je pro sestry náročná, klienti nespolupracují, chtějí jenom jediné, a to alkohol. Také bylo zmiňováno, že péče je neefektivní, protože se nechtějí léčit.

Znalosti probandek o deliriu tremens byly rozsáhlé, sestry většinou poznají, pokud klienta přijímají, že delirium u nich nastane a jsou proto na to připravené. Pro zklidnění takového klienta sestry uváděly, že je potřeba použít léky nebo pomůcky k omezení ve volném pohybu. Část sester se zaměřila na narušenou komunikaci a část na psychický stav klienta v deliriu.

Dále bylo zjišťováno, jak sestry postupují při zklidnění klienta. Velká část dotazovaných využívá komunikaci, jako hlavní část deeskalace. Pouze pár sester se komunikaci spíše vyhýbalo, z důvodu, aby klienta více nerozzlobila. Velký význam přičítaly sestry v přivolání lékaře, aby mohl stav klienta zhodnotit. Některé sestry poukazovaly na potřebu použití léku nebo kurtů k omezení ve volném pohybu.

Sestry se také vyjadřovaly k tomu, jak se starají o to, aby klienta ochránily, pokud se chová agresivně. Ve výzkumném šetření byly zjištěny různé činnosti, které sestry využívají. Např. klienta ve zvýšené míře pozorují, pokud jsou v okolí nebezpečné předměty, odstraní je, kurtují klienta, aby si neublížil, nebo klienta přemístí na bezpečné místo.

Na druhou stranu bylo potřeba prozkoumat, jak chrání všeobecné sestry sebe. Převážná většina se schovala do bezpečí, aby jí nemocný neublížil. Jako další bylo uváděno zavolat lékaři, bezpečnostní službu anebo byly nucené omezit nemocného v pohybu, aby sestrám neublížil.

Co se týče preventivních opatření proti násilí ze strany pacienta se probandky shodovaly v tom, že se má agrese klienta předvídat. Další názory byly různého charakteru, jako např. chovat se opatrně v rizikové situaci, neprovokovat klienta k násilí nebo nezapojovat do rozhovoru emoce.

**Doporučení pro praxi:** Z výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry by měly zájem o kurz nebo seminář týkající se násilí ve zdravotnictví. Proto navrhuji plán celodenní odborné konference.

### **Klíčová slova**

agresivita; násilí; napadení; ošetrovatelská péče; sestra; pacient; prevence; dovednosti

# **The role of nurses in the care of patients with violent behaviour**

## **Abstract**

**Current status:** Currently we are talking about the phenomenon of violence, which remarkably reduces efficiency and the quality of health care. In the field of health care happened violence global problem. In violent behavior is pathological aggression, to someone. We can vary according to the form of verbal and physical. Communication errors from uncontrolled negative emotions are the cause of violent behaviour, in particular for non-psychiatric patients. Paramedics are at great risk of violence in the workplace compared with other work. It was confirmed that up to one quarter of social violence in the facilities. Another problem is that violence affects the psychological and social well-being and also leads to losses in the health care system. Tasks of nurses in the care of patients with violent behavior.

**Objectives:** Goal of the investigation is to find out what are the sisters in the care of patients with violent behavior. The second objective is to find out what skills sister must be in preventing violence. The aim is to find out how the sister, before it is attacked.

**Methodology:** The empirical part of the thesis was used qualitative method of investigation. The data collection was carried out through in-depth interviews. The data has been rewritten and coded to specific categories and subcategories.

**The file:** The investigation covered the period January – March 2017. The file of a total of 14, internal, gastroenterologického, trauma and surgery, intensive care units and gastroenterologii internally in an unnamed district hospital in South Bohemian Region.

**Results:** From in-depth interviews with the nurses, and the anonymity, the following. As word of the patients before the nurses began aggressively, curses and insults. They patients before the beginning of the violence. With psychological violence met most respondents. Patients they threatened or cursed.

The clients dependent on alcohol is, the clients do not cooperate, they just want the alcohol. It was also mentioned that custody is inefficient, because they don't want to.

Knowledge of delirium tremens probandek, most extensive, if a client, delirium and that they are ready for this. That's for the client to use drugs or devices to limit the freedom of movement. Part of the focus on impaired communication and part of a client state in delirium.

It was then established as sisters to the client. A large proportion of respondents using communication as a key part of de-escalation. Only a few sisters avoided more communication, more nerozzlobila to client. In the call, added to the client state. Some pointed to the need for the use of the medicine or courts to limit the freedom of movement.

Nurses also expressed, that the client, if he acts out aggressively. In a research investigation activities have been identified, sisters. For example, a client at an increased rate, if they are in the vicinity of dangerous objects, kurtuji, client, or a client, to a safe place.

On the other hand, need to examine how to protect general sisters. The vast majority, she hid her sick. A call is placed, security or were forced to move to the sisters.

With regard to preventive measures against violence by patient respondents matched that of the client. Other opinions were of different nature, such as being in a risk situation, carefully to provoke violence or nezapojovat in emotions.

**Recommendations for practice:** The investigation on the basis of research, which has shown that the general be interested in either a course or seminar on violence in health is my recommendation for the practice plan a conference.

### **Keywords**

aggression; violence; assault; nursing; sister; the patient; prevention; the skills;

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>11</b>
1.1 NÁSILÍ – SOUČASNÝ STAV VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	11
1.1.1 Definice násilí .....	13
1.1.2 Příčiny násilí .....	15
1.1.3 Klasifikace agresivního chování .....	18
1.1.4 Management prevence násilí.....	19
1.1.5 Násilí vůči zdravotnickému personálu .....	21
1.1.5.1 Situace po napadení pacientem .....	22
1.1.5.2 Oběti a pachatelé násilí .....	23
1.1.5.3 Chyby v chování zdravotníků .....	25
1.1.6 Násilí na pracovišti a právní souvislosti .....	27
1.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO V OMEZENÍ VE VOLNÉM POHYBU.....	29
1.3 OMEZENÍ PACIENTA VE VOLNÉM POHYBU.....	30
1.4 KRIZOVÁ KOMUNIKACE.....	32
1.4.1 Způsob komunikace s klientem agresivním, s psychickými obtížemi a pod vlivem alkoholu.....	33
1.5 ZÁKLADY SEBEOBRANY .....	36
<b>2 EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
2.1 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
2.2 METODIKA .....	39
2.3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	40
<b>3 VÝSLEDKY.....</b>	<b>41</b>
<b>4 DISKUSE .....</b>	<b>52</b>
<b>5 ZÁVĚR.....</b>	<b>62</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>64</b>
<b>7 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>
<b>8 SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>75</b>



## Úvod

Pobyt člověka v nemocnici představuje náročnou životní situaci, která bývá spojená s odloučením od rodiny, se stresem z neznámého prostředí, s očekáváním bolesti u diagnostických a terapeutických zákroků, se strachem a úzkostí při sdělování informací o výsledcích vyšetření či vyrovnání se s nepříznivou prognózou nebo nutností dodržovat léčebný režim, jak uvádí Zacharová (2016). Všechny tyto situace vedou pacienta k tomu, že ve výjimečných situacích může napadnout zdravotnického pracovníka. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče stává všeobecná sestra či zdravotnický záchranář, protože v rámci prvního kontaktu tráví s pacientem nejvíce času. Na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví (Hnilicová, 2007). Ovšem na základě zkušeností z praxe a proběhlých průzkumů přibývá konfliktů ve zdravotnictví při kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem, které jsou vyvolány především nezvládnutými negativními emocemi. Nezvládnuté negativní emoce zdravotníků potencionální útočníky k násilí provokují. To znamená, že k vystupňovanému projevu negativních emocí tak může dojít i ze strany zdravotnického pracovníka k pacientovi a nejen opačně (Pekara, Trešlová, 2011).

V České republice výskyt násilí není omezen pouze na psychiatrická oddělení. Velký výskyt násilných incidentů se objevuje převážně na pracovištích chirurgie, traumatologických ambulancích a odděleních akutní péče, včetně prostředí zdravotnické záchranné služby (Hahn et al., 2010).

Hnilicová et al. (2008) zmiňuje, že je důležité omezit výskyt násilí ve zdravotnictví, protože oproti jiným zařízením, zde má násilí ničivý dopad na vlastní činnost nositelů profese. Tam, kde se násilí objeví, dochází k výraznému zhoršení kvality zdravotní péče. V České republice je politická i mediální pozornost věnována spíše domácímu násilí, a to zejména násilí na ženách a dětech. Násilí na pracovišti není zatím v České republice centrem zájmu. Je však stále častěji vnímáno jako vzrůstající problém vznikající v poslední době v pomáhajících profesích, především ve zdravotnictví a sociálních službách. Co se týče mezinárodních institucí, tak násilím se dlouhodobě zabývá Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní organizace sester a Mezinárodní odborová centrála pracovníků veřejných služeb. Jejich společným cílem je objektivizovat výskyt násilí, dále pochopit jeho příčiny v jednotlivých zemích a iniciovat opatření vedoucí k omezení násilí a jeho prevenci.

Projevy agrese rozděluje Harsa et al. (2012) na verbální, neverbální, psychické, fyzické, proti lidem, věcem, zvířatům apod. Každý člověk disponuje agresivitou v různé

intenzitě a rozsahu, a proto ji nelze z našeho života zcela vyloučit. Současně nám agresivita pomáhá nejen přežít, ale i překonávat nejrůznější překážky, protože je to adaptační mechanismus. U jedince se agresivní sklony vytvářejí během prvních let života na základě dědičných dispozic, instinktivní výbavy, výchovy, učení, předchozí zkušenosti a vlivu prostředí. Agresivitu je třeba kultivovat, kontrolovat, regulovat a usměrňovat, aby nedocházelo k narušování vztahů mezi lidmi a normami společnosti.

Podle Pekary (2015, a) je základem pro všeobecnou sestru uklidnit se před rozhněvaným pacientem, který nás uráží, protože pro řešení konfliktu je to nezbytné. Všeobecná sestra může pomoci pacientovi situaci zvládnout pouhým uvědoměním si, že vztek a agrese nejsou ve většině případů namířeny na nás, ale na situaci, které jsou všeobecné sestry součástí. Mnohdy k tomu stačí slušnost a základní společenské návyky, představení se a projevení zájmu. To všechno vykoná ve výsledku víc, než si myslíme.

# 1 Teoretická východiska

## 1.1 Násilí – současný stav ve zdravotnictví

O tom, že agresivita v naší společnosti neustále vzrůstá, jak uvádí Králová (2005), se můžeme průběžně přesvědčovat všude kolem nás, je patrná v pracovním i osobním životě. Vnímáme ji na politické scéně i mezi dětmi ve školách, promítá se do kultury i celospolečenské nálady. Protože se s agresivitou dostáváme do styku čím dál častěji, je důležité, abychom byli schopni v takových situacích adekvátně reagovat. Smutnou skutečností je také to, že násilné činy se objevují i na místech a v situacích, kde byl do nedávna jejich výskyt hodně nepravděpodobný.

Nitschová a Králová (2008) píše, že násilí na pracovištích ve zdravotnictví je aktuálním fenoménem ve světě i v České republice. Zabývají se jimi instituce, odborové i profesní organizace. Již několik desetiletí se násilím zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní organizace práce (ILO), Mezinárodní organizace sester (ICN) a Mezinárodní odborová centrála pracovníků veřejných služeb (PSI).

Podle Hávy (2004) od konce osmdesátých a devadesátých let minulého století, věnuje soustavnou pozornost násilí na pracovišti zvláště Severní Amerika, Evropa a Austrálie. Přes veškeré snahy je velmi těžké odhadnout skutečný výskyt násilí na pracovištích, protože existují různé definice, a data získaná pozorovateli je obtížné porovnávat. V oblasti zdravotní péče se v současné době koncentruje až 25 % veškerého násilí ve společnosti, zmiňuje Pekara (2015, c). Nejvíce jsou ohrožené všeobecné sestry, které tvoří „narázník“ mezi klienty. Následkům přenášené agrese jsou často vystaveni i lékaři, uvádí Pekara (2015, c). Dle studie od Gillespie (2015), kterou zveřejnil časopis *Journal of Emergency Nursing*, zažila každá třetí ze čtyř sester slovní či fyzické napadení, kopání, škrábání nebo křik ze strany klientů či jejich návštěv. Starší výzkum z roku 2007, který uveřejnil Hahn et. al. (2010) se zaměřil na 2 495 zaměstnanců pracujících na různých odděleních ve švýcarské univerzitní nemocnici. Zjistil, že polovina zdravotníků zažila za posledních 12 měsíců násilí od klienta či návštěvy a 11 % zaměstnanců dokonce v předcházejícím týdnu. Hnilicová et al. (2008) uvádí, že mezinárodní organizace WHO, ILO, ICN a PSI z roku 2003 odhadují, že přibližně 30 % nákladů vydaných EU v souvislosti s nemocemi a úrazy, lze přičíst na vrub stresu a násilí, což představuje výdaje ve výši 1,5 - 3 % HDP ročně. Výzkum, který proběhl v České republice, se konal v letech 2004–2006, uvádí Hnilicová et al. (2008). Měl trvat pět let, ale bohužel byl předčasně zrušen rozhodnutím ministrem zdravotnictví. Cílem tohoto výzkumu bylo

objektivizovat výskyt a podobu násilí v českém zdravotnictví i sociálních službách. Potvrdilo se, že násilí v našem zdravotnictví je velmi rozšířené.

Pekara a Trešlová (2011) se zmiňují o tom, že v současné době je násilí v ošetrovatelství problémem, který negativně dopadá nejen na kvalitu ošetrovatelské péče, ale odráží se především na straně ošetrujícího personálu, a to kolísáním počtu zaměstnanců a vysoké koncentraci stresu. White (2014) uvádí, že přítomnost násilí na pracovišti většinou vede k okamžitému poškození mezilidských vztahů mezi kolegy k narušení organizace práce i průběhu většiny pracovních činností. Násilí také znamená těžce vyčíslitelné škody související se snížením kvality a produktivity práce, a to nejenom dotčených aktérů, ale celých pracovišť a institucí kromě osobního neštěstí a osobní újmy jeho přímých účastníků. Výskyt násilí se odráží ve statistikách příčin úmrtí, úrazů a nemoci z povolání. Násilí také negativně ovlivňuje zdravotní stav jedince i celé populace.

Násilí je výrazně podhodnoceno, uvádí mezinárodní organizace ILO, ICN, WHO, PSI (2002), které ukazují, že mnoho incidentů je neodhalených, a to i v zařízení se systémem s formálním hlášením incidentů. Průzkum sester v Minesotě (2002) ukázal, že pouze 69 % fyzických útoků a 71 % slovních útoků byly hlášeny manažerovi. Mimořádně nedostatečně hlášená je šikana a slovní napadání. Důvodem může být strach z odvety, nedostatek víry v systém hlášení incidentů nebo špatná politika hlášení.

Docksai (2013) zmiňuje, aby sestry nečekali, že jejich práce bude jednoduchá. Zdravotníci čelí stresu, tvrdé práci, únavě a práci s pachy, které mnozí dospělí špatně snášejí. Pro sestru jsou tyto faktory součástí profese a většina z nich se snaží odvést co nejlepší práci. Pokud existuje něco, co sestra nemusí akceptovat, tak je to násilné chování od lidí, o které pečují.

Králová (2005) zmiňuje, že některé profese jsou rizikovější než ostatní, zvláště ty, v nichž pracovníci přicházejí do styku s lidmi, kteří se ocitají v zátěžových situacích, přičemž i sami zaměstnanci jsou v průběhu výkonu své profese na tom obdobně. Tyto opakující se situace jsou typické pro zdravotnictví. Situace, které jsou značně stresující: čekání na ošetření, které trvá neúměrně dlouhou dobu, strach, pocity bezmocnosti a nerovnoprávnosti vůči zdravotníkům, psychická i fyzická nepohoda. Vyrůstající agresivitu můžeme pozorovat u nemocných i jejich blízkých. V řadě zahraničních výzkumů píše Jacobson (2014), že je zdravotnictví hodnoceno jako významně rizikové z hlediska výskytu násilí na pracovišti. Podobně ohroženy jsou pracovníci, kteří se dostávají do kontaktu s osobami v určitém psychickém vypětí, např. pracovníci

v sociálních službách nebo ve školství. V USA došla situace až tak daleko, že se zabývají problémem vražd na pracovišti, jako sice ne příliš frekventovanou, leč víceméně běžnou záležitostí. Bohužel není důvod, aspoň zatím, proč by podobný vývoj jako v USA neměl probíhat i v Evropě.

Zdravotníci často nemohou sami rozhodovat o tempu své práce, o době a pořadí svých úkonů, musí hned dělat rozhodnutí, pro která nemají dostatek výchozích informací a která potom mohou mít dalekosáhlé dopady (Chromý, 2014). Taková práce je značně stresující, což v průběhu doby může vést k rostoucímu sklonu k násilnému chování z jejich strany. Může to být vůči klientům či vůči spolupracovníkům.

Jak uvádí Docksai (2013) proběhl průzkum Emergency Nurses Association po celých Spojených státech, který oslovily více než 3 200 zdravotních sester. Měl za úkol zmapovat, jaké rizikové skupiny lidí páchají násilí ve zdravotnických zařízeních. Klienti, pod vlivem alkoholu tvořili 54,7 % z útoků, zatímco pod vlivem drog 49,5 % a 43,1 % byli mentálně postižení klienti.

### ***1.1.1 Definice násilí***

Podle Hamerníkové (2014) byly dříve místo termínu násilí hojně užívány termíny agresivita a agrese. Tudíž někteří autoři chybně tyto termíny zaměňují. Mezi významy těchto termínů je určitý rozdíl. Agrese je akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby. Je časově omezenou reakcí. Proti tomu agresivita je označována za více či méně trvalou tendenci k útočnému jednání. Při agresivitě jde o sklon vrozený i získaný, který určuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podmínky či ohrožení. Dle Vágnerové (2014) je agresivní chování porušení sociálních norem omezující práva, symbolické nebo reálné omezování, poškozování, nebo narušení celistvosti živých bytostí i neživých objektů.

Měli bychom vědět, zmiňuje Harsa et al. (2012), že každý člověk agresivitou v různém rozsahu a intenzitě disponuje a nelze ji z našeho života zcela vyloučit. Agresivita nám nejenom pomáhá přežít, ale i překonávat nejdůležitější překážky, protože je i adaptačním mechanismem. V prvních letech života se agresivní sklony vytvářejí na základě dědičných dispozic, instinktivní výbavy, výchovy, učení, předchozí zkušenosti a vlivu prostředí. Je potřeba agresivitu kontrolovat, regulovat a usměrňovat prosociálně účelným směrem tak, aby nedocházelo k narušování mezilidských vztahů a normami společnosti. Bohužel predikce agresivních projevů je obtížný úkol, píše Nawka (2012). Násilí totiž bývá doprovázeno současným zneužíváním alkoholu a drog, což zvyšuje

riziko agresivity. Nezaměstnanost, násilné chování, komorbidita s poruchou osobnosti, léková non-compliance (klient neužívá léčivé přípravky tak, jak je předepsáno) patří mezi nejčastější prediktory násilného chování.

Podle Chromého (2014) je násilí typem chování, ale není diagnostická kategorie. Jinak řečeno násilné chování je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho poškodit. Zatímco agresi popisujeme jako fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě.

Jak uvádí Vevera a Černý (2011), většinu násilných činů lze rozdělit na impulzivní nebo promyšlené. Nenaplánované čili impulzivní násilí je zpravidla bez hmotného zisku, a často zde nacházíme snížení serotoninergní transmise a sníženou kortikální inhibici. Vědomé plánování násilného chování je promyšlené násilí, které může být predátorské, provedené za účelem vlastního prospěchu. Oběťmi násilí jsou nejčastěji členové klientovy rodiny. Na druhém místě je to zdravotnický personál. Sníženou aktivitu limbických struktur nacházíme u promyšleného násilného chování bez emočního doprovodu. Je typické u psychopatů, kteří jednají bez soucitu a lítosti. Poslední dělení je perzistentní násilné chování, které trvá déle jak 14 dní.

Kristová (2008) vysvětluje nejčastěji se vyskytující formy agresivního chování podle cílového zaměření. Jako první je přímá forma, která je orientovaná na sestru, lékaře či jiné zdravotnické pracovníky. Může mít podobu verbálního nebo fyzického útoku. Druhou formou je transformovaná forma, která nastává v situacích, kdy pacient útočí na osobu nebo předmět, který není vyvolávajícím podnětem jeho nespokojenosti. Třetí je autoagrese, která je orientovaná na sebe samého. Klient obviňuje sebe samého v případech, kdy nese podíl viny na vzniku svojí choroby, respektive zhoršení stavu. Za čtvrté zadržovaná forma agrese, kdy klient ji neprojevuje navenek, ale čeká na vhodnou příležitost, aby ji projevil, respektive vrátil „odplatu“. Dále je to forma zlostná, která má pudový původ, nastupuje okamžitě, směřuje k poškozování, ubližování a ničení. Navenek je prezentována pocity hněvu, zlosti mrzutosti, hostility a nenávisti. Poslední formu uvádí Kristová (2008) jako instrumentální, kdy klient pomocí naučené sociální techniky vyvíjí nátlak na okolí. Není provázená zlostnými a hostilními projevy.

K posouzení intenzity násilného chování a neklidu se používá řada různých škál, uvádí Látalová (2013). V České republice nejčastěji Overt Aggression Scale (OAS) a její modifikace. OAS má čtyři podškály, které samostatně hodnotí slovní agresivitu, fyzickou agresivitu vůči sobě, fyzickou agresivitu vůči předmětům a fyzickou agresivitu vůči

lidem. Čtyři stupně závažnosti má každá podškála. OAS také umožňuje podškálu pro záznam zásahu zdravotnického personálu.

Násilné chování z pohledu neurobiologie lze popsat dle Vevery a Černého (2011) takto: Spouštěčem agresivního jednání je provokační stimul, který je nejdříve zpracován sensorickými centry, jako jsou vizuální, sluchová a jiná. Porušené sensorické centrum (porucha sluchu, zraku), do kterého můžeme zařadit i sensorickou distorzi, kdy vlivem alkoholu, drog a metabolických poruchy způsobí neúplný nebo zkreslený smyslový dojem, který zvyšuje pravděpodobnost vnímání stimulu jako více provokativního. Do center pro zpracování časných sociálních informací se dostává stimul po sensorickém zpracování, kde může být zkreslen kulturními a sociálními faktory, kognitivní poruchou či negativními zkušenostmi ze stresujících a traumatizujících situací. Následně podle Vevery a Černého (2011) se zpracovaný stimul dostává do limbické oblasti, kde může aktivovat a spustit agresivní jednání, zatímco orbitofrontální kůra a přední cingulum tyto emocionální odpovědi inhibuje.

### ***1.1.2 Příčiny násilí***

S obecným nárůstem násilí ve společnosti úzce souvisí i nárůst výskytu případů násilí na pracovištích, zmiňuje Angelovski (2004). Může jít o násilí páchané na zaměstnancích nebo na jejich klientech, kdy násilníkem může být kdokoliv, např. nadřízený, podřízený i klient.

Násilnická společnost, tedy společenství, jak uvádí Angelovski (2004), kde více lidí je připraveno řešit své problémy pomocí násilí. Vlastní zbraně a nebojí se je použít. Násilí ve společnosti se toleruje i oslavuje, protože je často vnímáno jako prostředek pro dosažení cíle. Velká část tohoto násilí ve společnosti přechází na pracoviště. Také snižování počtu zdravotnických institucí přispělo k tomu, aby se projevovalo více násilí. Vede to k přeplnění zbývajících zařízení. Někteří z těchto klientů mohou mít násilnickou minulost. Dále snižování počtu zaměstnanců má nepříznivý dopad. Bohužel požadavky na veřejné zdravotnické služby vzrostly. Počet zaměstnanců v řadě zařízení neodpovídá počtu klinických případů, a to zvyšuje frustraci zaměstnanců i klientů. Je třeba si uvědomit, píše Zacharová (2009), že ne každý klient je schopen zvládnout novou, pro něj problémovou situaci, obzvláště když prožívá úzkost a strach, je nespokojený s péčí v průběhu hospitalizace, když až příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, má pocity beznaděje ze sdělené prognózy, z omezených možností léčby či

prožívá silnou bolest. V některých případech se stává klient za těchto, ale i jiných okolnostech agresivní.

Jako nejvýznamnější příčinu násilí na pracovišti uvádí Hnilicová et al. (2008) stres, a to v různých podobách. Stres násilí nejen vyvolává, ale také je i jeho důsledkem. U zdravotníků je prokázáno, že ti, kteří při své práci prožívají stresovou situaci, je zvýšené riziko, že se stanou oběťmi násilí. Zdá se, že práce pod stresem ústí u části zdravotnických pracovníků v určitý typ chování, který u potencionálních pachatelů vyvolává agresivní chování, které může eskalovat až v násilí. Kvalita managementu a organizace práce na všech úrovních zdravotnictví významně souvisí s mírou stresu, kterému jsou zdravotničtí pracovníci vystavení.

Dle Pekary (2015, b) jsou hlavní příčinou násilí komunikační chyby vyplývající z nekontrolovatelných negativních emocí. Tyto chyby mohou být nejen na straně klienta, ale i na straně personálu. Ovšemže na prvním místě je postavení klienta, ale zdravotníci nejsou jen stroje a také projevují své emoce. Účinné zvládnání emocí by mělo být součástí vybavení činností každého poskytovatele zdravotní péče, protože deescalace emocí a zklidnění klienta může konfliktům často předejít, a nejen je řešit. Pekara (2015, b, 21 s.) dále popisuje, proč dochází k násilí ve zdravotnictví: *„Vystupňovaná negativní emoce snižuje adekvátní schopnost rychle ovládnout rozum a vyhnou se konfliktu, což navíc umocňuje stres nepříjemné situace. Pokud jsou zájmy, bezpečí nebo hodnoty jedince ohroženy, spouští kortex, hypotalamus a amygdala antistresový program, který lidem umožňuje chránit své zájmy, hodnoty, bezpečí, a to útekem nebo útokem. Člověk pak reaguje vztekem, agresí, hněvem nebo úzkostí, aby čelil nepříjemnému stresoru.“* Frustrace, strach a stresové situace patří mezi nejčastější vystupňované emoce. Tyto faktory probíhají jak na emoční úrovni klienta, tak i zdravotníka. Další zesilující faktory jsou nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, bolest, nemoc, neúspěch, snížená adaptace na prostředí, osobní labilita, problémy sociální a finanční. Důležitá je schopnost sebeovládání jak na straně klienta, tak zdravotníka.

Také Hnilicová et al. (2008) píše že, jedním z dalších významných zdrojů násilí jsou problematičtí pacienti. K takovým především patří klienti pod vlivem alkoholu nebo drogově závislí, kteří jsou psychicky nemocní nebo aktuálně psychicky narušení, trpí kognitivními poruchami, případně se jedná o agresivní typ osobnosti. S takovými problémy lidé často ztrácejí kontrolu nad svým jednáním a ztrácejí veškeré zábrany. S takovými lidmi se lze často setkat v psychiatrických nebo protialkoholních léčebnách,



při léčbě drogově závislých, na odděleních akutního příjmu a neodkladné péče, na ARO a na kožních či infekčních odděleních.

Násilí se častěji objevuje, jak zmiňuje Hnilicová (2008) v určitých situacích a na určitých pracovištích. Příkladem je situace akutního příjmu, kde jsou přítomní frustrovaní a vystrašení klienti v akutním ohrožení života, někdy trpící bolestí a nejistotou, tyto situace jsou obzvláště kritické. Také různě dlouhá čekací doba může klienta vystresovat a rozčílit, obzvláště když oni sami nebo i jejich příbuzní dostávají od zdravotníků jenom kusé nebo vůbec žádné informace.

Také verbální násilí ze strany lékařů či sester musejí klienti podstupovat, píše Nitschová a Králová (2008), a to např. když jsou přijímáni k plánovanému výkonu. Klienti v těchto chvílích očekávají od lékařů lidský přístup, pochopení a osobní zájem. Ovšem z analýzy rozhovoru s klienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků, však vyplývá, že v rozporu s tímto očekáváním, lékaři či sestry nevybíravým způsobem klienty slovně napadali a byli arogantní. Dokonce někdy obviňovali klienty, že si za svoji nemoc mohou sami.

Dle studie od Nitschové a Králové (2008), která zjišťovala názory sester na příčiny fyzického a psychického násilí na pracovišti ukázala, že 12,1 % sester se domnívá, že příčinou fyzického násilí je základní onemocnění pacientů, 11,2 % sester stav po anestezii, 7,5 % alkoholismus, 9,3 % psychiatričtí klienti a 8,7 % vysoký věk klientů. Jako příčinu psychického násilí uváděly sestry, 14,9 % základní onemocnění klientů, 10,1 % stres, 8,7 % vysoký věk klientů, 5,9 % nedostatek personálů.

Příklady situací, kdy klient napadl zdravotnického pracovníka, OSAHA (2015, 15s.):  
*„Opilý muž na traumatologickém příjmu napadl sestřičku. Bil ji pěstí do obličeje. Před dalšími ranami ji zachránili lékař a přivolaná policie.“*

*„Dva případy pacientů s poraněným mozkem, kteří k nám byli přijati po napadení v opilosti. Nedodržovali režim, odcházeli z oddělení, napadali personál slovně i fyzicky. Jeden z nich dokonce ohrožoval personál i spolupacienty kapesním nožem a lahví od vypitého piva. Další vyhazoval vybavení pokoje z okna.“*

*„Agresivní pacient v nemocnici nedávno chtěl vyskočit z okna a ošetřovatele, který mu v tom chtěl zabránit, chytil za oděv u krku a způsobil mu strangulační rýhu.“*

*„Na oddělení ARO zase pacient pod vlivem sedativ napadl sesterský personál. Zranit se mu naštěstí nikoho nepodařilo, jen rozbil jeden z monitorů.“*

### ***1.1.3 Klasifikace agresivního chování***

Existuje celá řada dělení agresivního chování Höschl et al. (2004) klasifikuje agresí na predátorskou, kde primární motivací je hmotný zisk. Dále na ideologickou, kde hmotný zisk není primární. Na agresí pod vlivem alkoholu a drog. Na impulzivní agresí, která je bez plánování a hmotného zisku a jedná se především o reaktivní reakce a agresí ovlivněnou duševní nemocí, jako jsou halucinace, bludy či demence.

Koukolík (2011) rozlišuje násilné chování na tělesné, sexuální a psychologické násilí a přiřazuje k nim i zanedbávání a deprivaci. Agresivita může být směřována na sebe samého, na druhé nebo může být kolektivní. U autoagrese se setkáváme s akuzací, píše Vymětal (2009), neboli obviňování sebe samého v těch případech, kdy pacient nese podíl viny na vzniku svojí choroby. Násilné chování vůči druhým může být směřováno přímo vůči sestře, lékaři či jinému zdravotnickému pracovníku i rodinnému příslušníku. Přeneseně nastává násilné chování v situacích, kdy klient přenesse zlost na člověka nebo předmět, které nejsou vyvolávajícími podněty jeho nespokojenosti. Např. klient málokdy projeví hněv vůči lékaři, protože je pro něj vyšší autoritou než jiný zdravotník, proto transferuje zlost směrem k sestře.

Zacharová et al. (2006) dělí agresivní chování na přímou agresí, která zahrnuje bití, kopání, nadávky nebo ničení. Na přenesenou agresí, kdy se jedná o přesunutí zloby na jiné předměty, ničení a vandalismus. Dále na autoagresí, která je přenesená na vlastní osobu, trestání sama sebe, může být vyhrocená až k sebevražednému pokusu. Jako poslední je agrese zadržovaná. Jedná se o agresí, která je určitým způsobem potlačovaná, kdy jedinec vyhrožuje, ale neničí.

Dle Vymětala (2015) klasifikujeme stupně agresivity ve smyslu navenek manifestované intenzity na: Agresivitu probíhající na úrovni myšlení, představ, fantazie, bdělého snění a nočních snů bez verbálních a neverbálních projevů. Poté na agresivitu manifestovanou navenek verbálními projevy. Na agresivitu s destruktivními projevy např. vůči předmětům. A na agresivitu s podobou brachiálního útoku.

Prvním hlavním typem násilí podle Motzingové (2007, 319 s.) je psychické násilí, které bylo pro účely výzkumu na základě definice WHO vymezeno jako: „*Úmyslné využití moci, včetně vyhrožování fyzickým násilím proti jiné osobě nebo skupině osob, které může vyústit v újmu na fyzickém, mentálním, duchovním, morálním nebo sociálním vývoji.*“ Do psychického násilí na pracovišti ve zdravotnictví lze zařadit slovní napadání, bullying či mobbing, sexuální obtěžování a rasové ponižování. Motzingová (2007) uvádí, že psychické násilí se děje obvykle prostřednictvím trestů a tím, že jsou dotyčnému

odepřeny odměny a pochvaly. Psychické násilí se obrací proti potřebám klienta, na jeho chování se reaguje nepřiměřeně a neprofesionálně.

Druhým základním typem, podle Hnilicové (2008), je fyzické násilí, které znamená použití fyzické síly proti jiné osobě nebo skupině osob, a vyústí ve fyzickou, psychickou či sexuální újmu. Tento typ zahrnuje např. bití, kopání, bodání, škrábání, fackování a kousání. Retrospektivní průzkum od Hahn et al (2010) ukazuje, že 42 % všeobecných sester zažilo fyzické násilí ze strany klientů i návštěvníků nemocnice za posledních dvanáct měsíců. Z těchto 42 % všeobecných sester bylo 23 % zraněno a jedna byla v pracovní neschopnosti. V roce 2010 byl v Německu proveden retrospektivní průřezový průzkum (Franz et al, 2010), který měl za úkol pomocí standardizovaného dotazníků zjistit, jestli se sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci setkávají s agresí na pracovišti. Zkoumaný vzorek tvořili pracovníci a pracovníci z domova s pečovatelskou službou, psychiatrické kliniky a stacionáře pro zdravotně postižené. Bylo zjištěno, že v průběhu předchozích dvanácti měsíců se setkala 70,7 % respondentů s fyzickou agresí a 89,4 % s verbální agresí. Fyzická agrese se vyskytovala častěji v domech s pečovatelskou službou (83,9 % zaměstnanců) a verbální agrese byla běžnější v psychiatrické klinice (96,7 % zaměstnanců). Tato studie potvrdila, že agrese se vyskytuje velmi často vůči zdravotníkům v různých oblastech zdravotní péče.

Člověk, který se nedokáže vyrovnat se zátěžovou situací, ventiluje svou agresi jedním z těchto uvedených způsobů. Podle Stuhlíkové (2013) se zdravotníci ocitají v nezáviděníhodné pozici. Na jedné straně mají klientovi poskytovat zdravotní péči, na straně druhé se dostávají do situace, v níž jsou sami uráženi, ba dokonce ohroženi na zdraví. Zvládnout takovou situaci, aby vznikla co možná nejmenší škoda na zdraví či na majetku, je jednou z klíčových dovedností, které by měli zdravotníci zvládat.

#### ***1.1.4 Management prevence násilí***

Zdravotnictví je oblast, ve které není zcela rovnocenný vztah mezi pracovníkem poskytující služby a mezi příjemcem služby. Nemocní lidé jsou ovlivněni svou chorobou, a tudíž nemohou čelit rovnocenným způsobem případným projevům násilí ze strany zdravotnického personálu. Ovšem ke skutečnému násilí z jejich strany dochází výjimečně. Častěji je opak, kdy klient se dopouští chování, které lze zahrnout mezi některou formu násilí, uvádí Merhautová (2010).

Při poskytování zdravotní péče se oběťmi násilí stávají nejčastěji nelékařští a sociální pracovníci, píše Pekara (2015, c), kteří v rámci prvního kontaktu s klienty

pobývají nejvíce času. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, jak vyplývá ze zkušeností z praxe a dat z výzkumů, vzrůstá také incidentů, kdy tito pracovníci neovládnu své negativní emoce a jejich chování působí na klienty vyčítavě a možné útočníky k násilí provokuje. Přitom klient očekává ve chvílích nemoci především pochopení, lidský přístup a osobní zájem.

Dle Pekary (2015, c) praxe ukazuje, že násilným situacím lze předejít prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy je lepší vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu nedošlo než ho následně řešit. Experti na mimořádné situace se shodují, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by přinesl efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace. V prevenci konfliktu hraje také rozhodující roli profesionální chování zdravotnického personálu. Např. představení se nebo okomentování každé činnosti, kterou děláme. Uvědomit, si že klient velmi dobře vnímá slušnost a trpělivé zacházení. Ve stresové situaci by se každý pracovník měl při verbálních či fyzických hrozbách vyhnout oplácení. Takovou technikou násilí spíše prohlubují. Vhodné je zvolit metodu komunikačního zrcadlení, kdy neříkáme klientovi, co má dělat, ale jak se chová.

Příklad (Pekara 2015, 23 s.): „Přestaňte tady řvát a okamžitě se uklidněte!“ je vhodnější zvolit: „Křičíte. Zkuste mi prosím říct, co se stalo, že jste tak rozzuřený.“

K prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků byl zahájen v roce 2011 vzdělávací program. Byl zaměřen na edukační činnost a moderní vzdělávací aktivity v tématech bezpečné komunikace a přístupu ke konfliktním klientům. Pořadatelem projektu bylo ministerstvo zdravotnictví a Aesculap Akademie. Mezi didaktické metody patřilo předání znalostí prostřednictvím zážitku, case studies neboli učení se praxí – prezentace reálných situací, zpětná vazba a řešení problému. V neposlední řadě zapojení všech účastníků do diskuze. Pro řešení konfliktů byla jako hlavním nástrojem doporučována profesionální komunikace, jelikož i výzkumy za posledních dvacet let prokázaly pozitivní přínos vzdělávání komunikačních dovedností zdravotníků. Speciální semináře vzdělaly 550 nelékařských zdravotnických pracovníků a po dvanácti měsících provedly kontrolu a ověřovaly, jak si respondenti počínali v praxi. Úspěšně využila více jak polovina respondentů své znalosti komunikačních technik. (Pekara, c, 2013)

### ***1.1.5 Násilí vůči zdravotnickému personálu***

Výskyt násilí vůči zdravotnickému personálu v České republice není omezen pouze na psychiatrické oddělení, zmiňuje Hahn et al. (2010). Násilné incidenty se stávají převážně na odděleních chirurgie, traumatologických ambulancích a odděleních akutní péče, včetně prostředí zdravotnické záchranné služby. Jak píše Hnilicová et al. (2008), tam kde se násilí vyskytne, dojde okamžitě ke zhoršení kvality života nejenom těch, kteří se stali jeho obětí, ale i ostatních zúčastněných. V pracovním prostředí vede násilí k okamžitému poškození mezilidských vztahů a k narušení průběhu většiny pracovních činností.

Často jednáme s lidmi, jako zdravotníci ve vypjatých a těžkých životních situacích, s osobami psychopatologickými, závislými na drogách nebo alkoholu, píše Boháček (2006). V pozici všeobecné sestry není možné si vybírat, jakého člověka je třeba ošetřovat. Sestra musí počítat s možností, že ten, komu jde na pomoc, zaútočí. Ovšem nelze si myslet, že sestra či jiný zdravotník slouží jako hromosvod na vybití zlosti. Je tedy třeba zdůraznit, že sestra má stejné právo na sebeobranu jako jakákoliv jiná osoba, pokud je sebeobrana odpovídající dané situaci.

Pokyny, které zveřejnila Occupational Safety and Health Administration (Wu et al., 2014) vymezují organizační rizikové faktory pro zdravotníky, které se týkají násilí ve zdravotnictví. V první řadě je to nedostatek proškoleného personálu, v deeskalaci klienta či návštěvníka zdravotnického zařízení, který se chová násilně. Dalším faktorem je nedostatek personálu a vysoká fluktuace zdravotnických pracovníků. Riziková je též dlouhá čekací doba, kdy klienti sedí v přeplněné nepohodlné čekárně. Problémem může být nedostatečné zabezpečení zdravotnického personálu nebo neomezený pohyb veřejnosti ve zdravotnických zařízeních. Jako poslední rizikový faktor je fakt, že násilí je ve společnosti tolerováno a oběti násilí nejsou schopni oznámit incident na policii.

Po vstupu do zdravotnického zařízení, kde pracuje zdravotnický personál, zvyšuje napětí klienta řada faktorů. Podle Petra et al. (2014) mezi tyto faktory patří: obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, dlouhá čekací doba, hluk na pracovišti, špatná organizace práce. Také nedostatek informací, jako například, klient neví, co ho čeká, nemá dostatek času zpracovat informace nebo se personál nepředstaví. Dále také neprofesionální přístup zdravotníků, nevhodné poznámky, rutinní přístup, nedostatek empatie apod. Dalším faktorem je neumožnění kontaktu s příbuznými anebo také podávání zkreslených informací.

Pekara a Trešlová (2011) uvádějí, že v případě výskytu násilí, jak psychického, tak fyzického, prožívají zdravotníci pocit silného ohrožení. Tím je i zvýšená pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce. Chování všeobecné sestry může být v některých případech spouštěčem agresivního chování. Může se stát, že všeobecná sestra na základě neznalosti klientovy anamnézy, použije slova, slovní spojení, které klienta podráždí, nebo svým chováním nechtěně či nevědomě působí na klienta tak, že na základě předchozí zkušenosti, pro něj nepříjemných zkušeností vyvolá nelibé pocity vedoucí až k agresivitě.

#### ***1.1.5.1 Situace po napadení pacientem***

Hamerníková (2014) píše, že sestry bohužel často přijímají agresivní klienty jako něco, co k jejich práci patří. Laická veřejnost tento názor sdílí. Jedním názorem je i to, že pokud je viníkem klient, soudní žaloba je neetická a neprofesionální. Většinou se stává, že sestry vezmou vinu na sebe a obviňují se z neschopnosti zvládnout agresivní chování.

Podle Stuhlíkové (2013) se po slovním či fyzickém napadení zdravotníci ocitají v nezáviděníhodné pozici. Na jedné straně mají klientovi poskytovat zdravotní péči, na straně druhé se dostávají do situace, v níž jsou sami uráženi, ba dokonce ohrožováni na zdraví. Klíčovou dovedností především lékařů, sester a zdravotnických záchranářů je takovou situaci zvládnout, aby vznikla co možná nejmenší škoda na majetku či na zdraví, a to jak zdravotníka, tak pacienta nebo jeho blízkých.

Zacharová (2009) zmiňuje, že zážitek spojený s napadením, tedy pocity vlastního ohrožení, zanechá stopy na všech napadených zaměstnancích. Zdravotník tuto situaci může chápat jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí incidentu, někdy pocity viny, ale i obavy, jak se zachová příště. Řešením podle Zacharové (2009) je připravit profesionální zdravotníky na možné krizové situace. Proškolit je v komunikaci s agresivními klienty, a tím předcházet stresu a negativním pocitům v těchto napjatých pracovních situacích.

Jestliže je zdravotník napaden, tak dle Vágnerové (2014), to na něm zanechá určité následky. Záleží, jakým typem osobnosti zdravotník je, jakou měl minulou zkušenost s napadením a podle toho, jaké je jeho naučené chování. U oběti, která je vnímavá, se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Bezprostřední reakce na napadení zahrnuje projevy disociace a dezorientace. Je možné, že dojde ke zhroucení standardních adaptačních mechanismů. Napadený člověk se nedokáže orientovat v situaci, a proto selhává kognitivní složka. Sestra se ocitá ve stavu bezmoci, kdy není schopna účelně

jednat. Emoční prožívání může prožité trauma ovlivnit různým způsobem, jako například může vést ke znečitlivění a otupělosti, ale mohou se objevit i bouřlivé afektivní reakce. Většinou má akutní reakce charakter strnutí, zúžení vědomí a omezení pozornosti. Pokud napadená sestra nepřijme zážitek z traumatizující události do svého vědomí, může se to projevit amnézií, a to částečnou nebo trvalou, která je považována za obrannou reakci, a která vede k vytěsnění všeho, co by mohlo narušit integritu sestry.

Stevenson et al. uvádí (2015), že násilí může mít psychické a fyzické následky. Psychologické důsledky mohou zahrnovat hněv, strach nebo úzkost, posttraumatickou stresovou poruchu, pocit viny, sebeobviňování a hanbu. Dále snížené uspokojení z práce, úmysl opustit organizaci, snížená péče o své zdraví. Fyzické důsledky zahrnují v některých případech zranění dočasné nebo trvalé invalidity.

Podle Hamerníkové (2014) může sestra po napadení od ostatních zaměstnanců pociťovat podporu, ale i naopak obviňování, že si může za danou situaci sama. Tyto postoje mohou zdravotníci vyjadřovat verbálně i neverbálně. Pokud dojde k fyzickému napadení zdravotníka, řeší se na prvním místě právě toto zranění, ale duševní újma se již skoro neřeší. Někteří se s tímto problémem chtějí vyrovnat sami, jiní vyžadují terapeutickou pomoc. V některých případech bývá uzdravení po traumatu složitou a dlouhodobou záležitostí. Člověk by neměl být na tuto etapu sám. Vhodné je, aby docházel k odborníkovi na terapeutické sezení.

#### ***1.1.5.2 Oběti a pachatelé násilí***

Jak píše Bláha et al. (2003), každodenní kontakt s nemocnými lidmi, rodinnými příslušníky a spolupracovníky je znakem sesterského povolání. Již Hippokrates vyzoroval, že jisté projevy chování jsou u některých skupin lidí společné. Při rychlé orientaci v povaze agresivních lidí nám může pomoci rozčlenění osob na určité povahové rysy. Každý typ je jen částečnou variantou, celou osobnost nikdy nepostihuje. Návody, které uvádíme nelze brát striktně. V praxi jde o různé kombinace typů a tedy i projevů chování. V každé typologii jde o to, že „čisté“ typy se ve svých podobách téměř nevyskytují, uvádí Bláha et al. (2003).

**Úzkostně agresivní typ klienta:** postava štíhlá, křečově vzpřímený sed i postoj, nohy u sebe, odměřený pohled, sevřené rty. V řečovém projevu je strohý, nervózní v hlase, ve věcech nesdílí názor. Energicky rychlé obranné reakce, pocity újmy a křivdy. Má jízlivé poznámky a zraňující výroky, cílené na city a morálku druhých. Je útočný za každou cenu, mívá pláč na krajíčku. Zvládnutí situace sestrou: pohledem

signalizovat ochotu, vyvarovat se pohledu z patra, nezvyšovat hlas a tempo řeči, používat co nejméně výrazu „ne“. Hovořit klidně, srozumitelně a věcně. Podat vyčerpávající informace, aby se mohl klient rozhodnout.

**Narcistně agresivní typ klienta:** má upravený zevnějšek, důstojně a okázale vystupuje. Rád se poslouchá, velmi moudře se vyjadřuje. Běžná péče a pozornost zraňuje jeho sebeúctu. Pokud je domněle ponížěn reaguje okázale rezervovaným vyčkáváním, kroucením hlavou, sarkasmy či ostře vznesenou kritikou. Pokud nastane konfliktní situace, prezentuje se jako mocensky silný člověk výjimečného postavení. Zvládnutí situace sestrou: jako první je nutné jít klientovi vstříc. Dodržovat vzdálenost alespoň na 1,3 metru. Pokud se nelze věnovat klientovi ihned, vyžádat si jeho strpení. Často vyhledávat pohled z očí do očí, aby si myslel, že je středem pozornosti, být při jednání v pohybu kolem jeho osoby. Vyvarovat se mentorování a poučování. Vždy podat kompletní informace. Vždy vystupovat na úrovni. Pokud dojde ke konfliktu a je-li to na místě, slušně a krátce se profesionálně omluvit.

**Bezohledně agresivní typ klienta:** Jeho postava je robustní. Neměnný, nepřátelský výraz obličeje. Podezíravý a vztahovačný. Jazyk je nespisovný. Je hlučný a má nelogický řečový projev. Vehementně prosazuje vlastní názory. Výbušné reakce. Má nepřátelský postoj vůči obecně uznávaným hodnotám, autoritám, ideálům a zvyklostem. Zvládnutí situace sestrou: klientovi se dívat z očí do očí a být ve vzdálenosti 0,7 metrů od něj a tuto pozici neměnit. Pokud hovoří sestra nasadit rázně setrvalý pohled do očí a pokud klient odvrátí pohled, ani ne dolu a ani ne nahoru. Mluví-li sestra, tak klidně, věcně, pomalu, plynule, srozumitelně, jistým nevzrušeným hlasem, neosobně a bez afektu. Mít uvolněný postoj a nepodléhat panice. Jednat vážně a důstojně, aby to nepůsobilo nadřazeně. Důsledně stát na svých stanoviscích, pokud možno, projevit uznání a pochopení. Snažit se, aby jednání nevedlo do slepé uličky a nabídnout možnost důstojného ústupu.

Základním zdrojem násilného chování pachatele je dle Hamerníkové (2014) emočně nestabilní, impulzivní, manipulující osobnost nebo klient pod vlivem návykové látky či klient, který je frustrovaný, stresovaný, dlouhodobě nespokojený, přesvědčený, že všichni jsou proti němu, mající psychiatrické či organické poškození mozku. Zdrojem může být i pocit ohrožení.

K předpokladu, že klient situaci nezvládá a chystá se k aktivnímu projevu, patří dle Zacharové (2009), nervozita, nápadná gestikulace, rozrušení. Podupávání a kopání do předmětů v jeho okolí. Bouchání s dveřmi, pohazování předmětů. Jeho pohled je



upřený až provokující. V obličeji lze zpozorovat pomrkávání, napětí ve tváři, semknuté rty či úšklebky, nepravidelný a hlasitý dech. Při řečovém projevu používá vulgarismy, urážky a výhrůžky. Pokud se podíváme na ruce, může mít pachatel sevřené pěsti či provádět gesta napodobující bití.

Králová (2005) doporučuje zamyšlení se nad následujícími otázkami. Čím vícekrát odpovíte na otázky „ano“, tím větší riziko násilí vám hrozí. Je osoba, se kterou komunikuji, pod vlivem vysoké hladiny stresu? Stres může způsobovat jazyková bariéra či odlišná kultura. Můžeme předpokládat, že člověk je pod vlivem alkoholu nebo drog? Projevil se klient už někdy násilně? Byl někdy v minulosti odsouzen? Projevila se u něho psychická choroba? Napadl mě někdy slovně či vyhrožoval násilím? Myslí si o mě, že mu nechci záměrně pomoci? Vyvolává ve mě tento člověk pocit strachu? Říká nám, že ohrožujeme jeho svobodu?

Hnilicová et al. (2008) uvádí, že oběti násilí mají také určité společné znaky. Většinou jde o mladou ženu, zdravotní sestru. Dále je velice pravděpodobné, že jde o osobu, která je ve zdravotnictví krátkou dobu a nemá tudíž dostatek zkušeností, jak v určitých rizikových situacích reagovat. Je rovněž zjištěno, že někteří zdravotníci se stávají oběťmi násilí opakovaně. Tento fakt dovoluje předpokládat, že potencionální oběť má pravděpodobně určité typické postoje a chování, které jsou pro možného pachatele spouštěcím signálem násilnického chování.

V případě potřeby, podle Callaghana et al. (2013), je třeba obětem násilí poskytnout dostatečnou psychologickou pomoc. Všechny prostředky je důležité zabránit rozvoji posttraumatické stresové poruchy a dalším negativním důsledkům prožitého násilí. Boj proti násilí ve zdravotnictví, a to proti všem jeho formám, by se měl stát součástí strategie všech manažerů zdravotnických zařízení.

### ***1.1.5.3 Chyby v chování zdravotníků***

Vevera et al. (2007) uvádí, že zdrojem agresivity mohou u klienta být strach, úzkost, nespokojenost, beznaděj, bezmocnost, zklamání, pocity křivdy, neschopnost plnit premorbidní role, absence abúzu, existenční obavy, pasivita, ale také chyby v chování zdravotníků. Některé z nich zmiňuje Vevera et al. (2002), jde o nedodržení etických zásad při obnažování, nezáměr ze strany zdravotnických pracovníků, dlouhé čekání na vyšetření v nevhodných podmínkách, nedostatečná informovanost, nepružnost poskytování terapeutické a ošetrovatelské péče, nespokojení široké škály potřeb, sociální izolace,

pohybová, dietní, spánková omezení. Některé odpovědi uvádí Kristová (2008, 23 s.), co dokáže klienty v nemocnici rozhněvat: „*Sestřička mi stále povídá, rychle pospěšte, jenže já jsem starý a pomalý člověk.*“ „*Sestřička mi slíbila, že mi hned přinese lék, ale musel jsem ji opakovaně prosit.*“ „*Na sestřičku musím dlouho zvonit.*“

Hnilicová et al. (2008) poukazuje na to, že k násilnému incidentu často dochází z důvodu neovládnutí emocí zdravotnického personálu. Hnilicová et al. (2008) provedla kvalitativní analýzu rozhovorů, která zahrnuje pacienty, kteří prožili násilí ze strany zdravotnických pracovníků v nemocnici při objednávání se na plánované výkony. Ze strany lékařů i sester zažili pacienti projevy verbálního násilí. Např. formou, píše Hnilicová et al. (2008, 271 s.): „*Kdybyste nebyla tak tlustá, nemusela jste na operaci!*“ V roce 2005 odhalila vstupní sonda do problematiky násilí v systému zdravotnických záchranných služeb, že 15 % takových případů vydráždí právě zdravotníci, kteří klientům tykají či hodnotí nevhodným způsobem jejich stav, jako např. „*Kolik jste toho vychlastal!*“ nebo „*To neumíte chodit, že jste spadl ze schodů?!*“ nebo „*A kvůli tomu nás jako voláte?!*“ Jako příklad dále uvádí Pekara (2013, b, 267 s.) pacientku, která si po katetrizaci srdce stěžovala na silnou bolest hlavy a sestra jí na to odpověděla: „*Bud'te ráda, že jste výkon přežila, můj tatínek na to umřel!*“

Pekara (2015, c) popisuje některé faktory, které klienti označují jako neprofesionální ze strany zdravotníka a mají za následek devalvací klienta. Patří sem zavrhování domácí léčby zdravotníky, léčba bylinkami, označování klienta diagnózami nebo čísly. Po vstupu do místnosti se sestra nepředstaví ani nepozdraví, když sestra mluví s klientem ani se na něj nepodívá, neverbální gesta, kdy klient má pocit, že mu zdravotník nevěří. Klient má nedostatek soukromí nebo zdravotníci nezapojují dostatečně klienta do rozhodování o ošetření.

Jak píše Zacharová (2016), každý zdravotník by si měl uvědomit, že pobyt člověka v nemocnici sám o sobě představuje náročnou životní situaci, která bývá spojená se stresem z neznámého prostředí, s odloučením od rodiny a přátel, s očekáváním bolesti u diagnostických a terapeutických výkonů, se strachem a úzkostí při sdělování informací o výsledcích vyšetření či vyrovnání se se špatnou prognózou nebo nutností dodržovat režim. Psychické problémy spojené s neklidem, nervozitou a strachem, způsobuje nedostatek informací. Mimořádně důležitou roli ve vztahu pacient – zdravotník hraje rozhovor. Ten je prospěšný k navázání vzájemného vztahu, vysvětlení dané situace, umožňuje navodit atmosféru důvěry, pomáhá při utišení obav a strachu. Informace, které

jsou důležité je vhodné správně načasovat, a pokud to situace dovolí, také aplikovat v dostatečném časovém předstihu, Zacharová et al. (2006).

### ***1.1.6 Násilí na pracovišti a právní souvislosti***

Staňková et al. (2003) zmiňuje že, vztah sestry – pacient, je vztah založený na vzájemné důvěře a úctě. Není zřejmé, že oba členové vztahu mají stejná práva a povinnosti. Názor společnosti, že pacient má právo se dovolávat ochrany proti neetickému nebo protiprávnímu jednání zdravotnického pracovníka, bývá obecně přijímán více než názor, že zdravotník má stejné právo. Tedy pokud se klient chová neeticky nebo pokud fyzicky či verbálně napadá zdravotnického pracovníka. Důvodem je to, že násilné chování klienta je ovlivněno jeho zdravotním stavem, a proto je omluvitelné, pro zastávce klientů.

Dle Vymětala (2015) je nutné počítat s tím, že od roku 2006 v České republice přibývá násilných činů. Vina je přisuzována politickým a hospodářským změnám, které mohou vést k násilnému chování. Zvýšená ekonomická nerovnost, nízké tresty a snížené riziko odhalení může být důvodem nárůstu vražd. S tímto problémem se nezabývá pouze Česká republika, která příliš nevybočuje z průměru vyspělých zemí, kde se stanou dvě až čtyři vraždy či pokusy o vraždu na sto tisíc obyvatel. Právní řád České republiky přes určitou nedokonalost obsahuje dostatek nástrojů pro ochranu lékařů, sester i dalších zdravotnických pracovníků. Na zdravotnicích je, aby se tyto nástroje nezdráhali použít či na ně upozornit.

Důležitou povinností klienta je dodržovat vnitřní řád zdravotnického zařízení. V zákonu č. 48/1997 Sb. je určeno, že pojištěnec, který porušuje hrubým způsobem domácí řád nemocnice a odmítá zásadním způsobem spolupráci, může být z ústavní péče propuštěn. Ovšem za předpokladu, že netrpí závažnou duševní poruchou a také nebylo by okamžitým ukončením péče ohroženo vážným způsobem klientovo zdraví. Předčasně propustit nelze pojištěnce v případech, kdy se jedná o povinné léčení. Jak uvádí Dostál (2007), lékař či sestra může na možnost propuštění upozornit notoricky problémové klienty, u kterých je předčasné propuštění možné, vzhledem k jejich méně závažnému zdravotnímu stavu. Pokud nahlédneme do Listiny základních práv a svobod do článku jedna, zdůrazňuje Staňková et al. (2003), přečteme si, že lidé jsou si rovni v důstojnosti i právech. Znamená to tedy, dle právního předpisu nejvyšší právní síly, že mezi zdravotníkem a klientem není rozdíl. Ochranu osobnosti konkretizuje občanský zákoník. Každá fyzická osoba, tedy i sestra a klient, má právo na ochranu života

a zdraví, lidské důstojnosti a občanské cti, jak se v zákoníku píše. Sestra se na soud může obrátit, pokud je zasahováno do její osobnosti. Pokud je to oprávněný důvod, má nárok na odstranění následků těchto neoprávněných zásahů.

Potrestán bude podle přestupkového zákona také ten, píše Staňková et al. (2003), kdo jinému ublíží na cti, nebo úmyslně naruší občanské soužití vyhrožováním újmou na zdraví. Trestem bývá pokuta. Její výše je dána dle správního řízení před přestupkovou komisí.

Staňková et al. (2003) dále uvádí, že se všeobecná sestra může dovolat ochrany své osobnosti u trestního zákona. Trest bude udělen tomu, kdo o jiném sdělí nepravdivý údaj, který značně ohrozí pracovní pozici či rodinné vztahy nebo způsobí jinou vážnou újmu. Pokud klient vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo jinou těžkou újmou tak, že to může způsobit důvodnou obavu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžním trestem. Odnětím svobody až na dvě léta bude potrestán ten, kdo se dopustí napadení zdravotnického pracovníka, podle § 197 trestního zákona č. 140/1961 Sb. Jedná se o ublížení na zdraví či těžkou újmou na zdraví. A pokud chce klient dosáhnout neoprávněných výhod násilím lze použít § 235 trestního zákona č. 140/1961 Sb., podle kterého ten, kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy nutí, aby něco konal, opominul nebo trpěl, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta (Staňková et al. 2003).

Průzkum Sato et al. (2013) ukázal, že nedostatečné hlášení případů agresivního chování klientů převládá mezi všeobecnými sestrami. Ty si ovšem neuvědomují, že neohlašování násilných činů může vést k neefektivní prevenci agresivního chování. Plně 1 385 vyplněných dotazníků od všeobecných sester pracujících v akutní péči ukázalo, že 1/3 z dotazovaných zažila násilí, ale jen 30 % z nich nežádoucí událost nahlásilo.

Pokud je klient pod vlivem alkoholu nebo návykových látek a je agresivní, poskytovanou péči odmítá a brachiálně se jí brání, a proto ji nelze poskytnout, nejedná se o odmítnutí poskytování péče sestrou, ale o odmítnutí péče pacientem (Vondráček a Ludvík 2003). O takové skutečnosti je nutné učinit podrobný záznam do dokumentace a informovat ošetřujícího lékaře. Odmítnout se postarat o klienta nelze, jestliže je klient sestře nesympatický, je špinavý nebo opilý. Z důvodu, že každý občan má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky a s porozuměním.

## ***1.2 Ošetrovatelská péče o nemocného v omezení ve volném pohybu***

Králová (2005) uvádí, že v první řadě by sestry měly mít na paměti, že použití omezovacího prostředku je poslední krajní možností řešení, omezovací prostředky lze použít poté, co byly za účelem zklidnění klienta bezúspěšně použity jiné, mírnější postupy, než je aplikace omezovacích prostředků. Jako první sestra zjistí, zda se jedná o neklidného pacienta a zda je to úmyslné chování. Dále vyloučí příčiny neklidu způsobené nevhodnou ošetrovatelskou péčí. Jako nevhodnou péči uvádí např. vynucená poloha, plný močový měchýř nebo bolest. Následně se sestra pokusí o slovní zklidnění pacienta, informuje lékaře, zaznamená do dokumentace hodinu vzniku a obraz neklidu, podle ordinace lékaře podá uklidňující léky, odstraní z okolí potencionálně nebezpečné předměty, dbá na funkčnost katétrů, cévek a infuzí. Sestra zajistí zvýšený dozor, zabrání vzniku úrazu, sebepoškození, eventuálně ohrožení okolí. Pokud je to možné, umístí sestra klienta na menší pokoj nebo použije zástěnu mezi lůžky. Pokud klient natolik ohrožuje sebe či okolí, je nutné přikročit k použití omezovacích prostředků. Za omezovací prostředky se nepovažuje pobyt pacienta v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny. Nepovažuje se ani fixace v křesle pro udržení stability. Dále připoutání končetiny při aplikaci infuze a jako poslední se nepovažuje upevnění zábran k lůžku.

Dle standardu, omezení pacienta ve volném pohybu z Nemocnice České Budějovice, a. s. (2012) je použití omezovacích prostředků krajní řešení v případech, kdy je potřebné dosáhnout zklidnění klienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí. Lze je použít pouze tehdy, pokud slouží k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví, bezpečnosti klienta nebo jiných osob. Omezovací prostředky lze použít pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Prostředky, které mohou zdravotníci použít podle standardu, omezení pacienta ve volném pohybu z Nemocnice České Budějovice, a. s. (2012) jsou: Klient je nucený k pobytu ve zdravotnickém zařízení, úchop klienta do jeho zklidnění. Následné omezení pomocí ochranných pásů či kurtů na horních a dolních končetinách. Lze je použít pouze na horních nebo na dolních končetinách. Dále umístění pacienta v síťovém lůžku či umístění klienta v místnosti určené k bezpečnému pobytu. Prostředkem je také použití kabátku/vesty zamezujícího pohyb horních končetin nebo parenterální užití léčivých přípravků, které jsou vhodné k omezení volného pohybu nemocného, ovšem nejedná se o léčbu na žádost klienta nebo soustavnou léčbu psychiatrických poruch.

Podle Zacharové (2010) je cílem ošetrovatelské péče o klienta v omezení ve volném pohybu, zabránit sebepoškození nemocného, zajistit bezpečnost pro ostatní

pacienty a ošetřující personál, zabránit poškození majetku. Posledním cílem je vytvořit podmínky pro zahájení léčebných opatření. Intervence sestry, které předcházejí omezení ve volném pohybu, jsou následující: V první řadě potřeba mít sestavený tým zdravotníků tak, aby vlastní omezení proběhlo rychle a bezpečně. Sestra na pokyn lékaře i sám lékař může na pomoc přizvat Policii ČR, pokud není v jejich silách klienta omezit. Než dojde k omezení, musí být nemocnému navržena možnost omezení bez užití fyzického nátlaku. Všeobecná sestra naplánuje průběh omezení, tak aby bylo pro klienta co nejméně stresující a zatěžující, aby byla respektována lidská důstojnost, a také aby nebyly používány postupy, které jsou nehumánní.

Dle Králové (2005) se od sestry v přístupu k pacientovi s násilnými sklony očekává sebekontrola a sebedisciplína. Důležitou zásadou v komunikaci, je nenechat se vyprovokovat. Pokud si není sestra jistá, že situaci zvládne, je vhodnější pacienta opustit. To však neznamená, že se k němu nevrátí se záměrem, zjistit vyvolávající příčinu jeho nespokojení. Pokud je vyvolávajícím podnětem ona sama, je na místě, aby se mu omluvila.

Nawka (2012) uvádí, že je důležité, aby v průběhu omezení byl pacient pod dohledem sestry, aby nedošlo k poškození zdraví. Po celou dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená péče. To znamená, kontrola každou hodinu se záznamem do dokumentace. Sestra sleduje projevy chování nemocného, stav vědomí, stav prokrvení fixovaných končetin, stav dýchacích cest, fyziologické funkce (tlak a pulz). Dále sestra pečuje o vyprazdňování, o hygienu a výměnu osobního prádla, upravuje lůžko a vyměňuje ložní prádlo. Sestra zavede polohovací záznam k prevenci dekubitů. Sestra kontroluje prokrvení končetin každou hodinu, pravidelně provádí uvolnění omezených končetin. Sestra minimalizuje psychickou zátěž klienta tím, že zajistí pocit bezpečí a je neustále přítomná u pacienta.

### ***1.3 Omezení pacienta ve volném pohybu***

Omezovací opatření lze použít pouze v případech, kdy klient ohrožuje sebe nebo své okolí. Hranice mezi tím, kdy už je pacient nebezpečný sobě a okolí, může být velmi subjektivní (Marková et al., 2006). Problematiku omezovacích prostředků řeší zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento zákon stanovuje celkem šest možností, jak omezit pacienta ve volném pohybu. První možností je úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem. Druhou variantou je omezení pacienta v pohybu bezpečnostními kurty. Třetí alternativou je umístěním

pacienta v síťovém lůžku. Čtvrtou je situování pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu. Pátou variantou je použití ochranného kabátku (vesty) zamezujících pohybu horních končetin pacienta. Jako poslední možností je použití omezovacího prostředku, popřípadě jiných léčivých přípravků podávaných parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb. Pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy.

Výhradně v kompetenci lékaře je rozhodnutí o omezení v lůžku, píše Petr et al. (2014) Výjimkou je naléhavý případ, kdy není možné otálet, jinak by to vedlo k sebepoškození klienta nebo poškození jeho okolí. Rozhodnutí je tedy na všeobecné sestře. V těchto případech musí lékař v co nejkratší době posoudit rozhodnutí všeobecné sestry, které může potvrdit či zvolit jinou variantu. Svou ordinaci stvrzuje podpisem v dekuru. Pouze dostatečně kvalifikovaný a zkušený lékař odpovídá za kontrolu používání omezení v lůžku. Za zajištění komplexní ošetrovatelské péče o nemocného a za správné provedení omezení v lůžku je zodpovědná všeobecná sestra oprávněná pracovat bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb. Zároveň je kompetentní k tomu, aby rozhodla ukončit omezení.

Komplikace, které mohou nastat při omezení ve volném pohybu, podle Markové et al. (2006), jsou: Úraz klienta nebo zdravotníků během procesu omezení. Poranění klienta v důsledku přílišného utažení kurtů, např. porucha prokrvení, porucha inervace, vznik trombózy nebo odřeniny. Nezajištění tepelného komfortu, který má za následek prochladnutí klienta. Dále nedostatečná ošetrovatelská péče, která vede k dehydrataci, tenzi nebo vzniku dekubitů u pacienta. V neposlední řadě může být komplikací i psychická traumatizace vyplývající z omezení.

Podmínkou omezení pacienta, jak uvádí Petr et al. (2014), je uložit ho mimo dosah ostatních pacientů. Důvodem je hrozící riziko uvolnění popruhů a napadení spolupacienta. Také vzájemný kontakt mezi klienty, může mít negativní dopad na psychický stav. Dostatečný počet zdravotnického personálu, aby omezení bylo provedeno rychle a bezpečně. Dále také dostatečná praktická i teoretická erudice sester, která je nezbytná k minimalizaci komplikací plynoucích z omezení v lůžku.

Užitím omezovacích prostředků má i významný etický rozměr, uvádí Dohnalová (2011). Zdravotnický personál by si měl uvědomit, že omezovací prostředky, mají zajistit bezpečnost pacienta, ne pouze usnadnit práci sestrám nebo potrestat klienta. Lékař by měl

důkladně zvážit, zda restriktivní prostředek použít, pro zachování respektu k osobnosti pacienta. A také zvážit nejsou-li základní etické principy v rozporu s jeho konáním.

Cílem ošetrovatelské péče o pacienta v omezení, podle Petra et al. (2014), je zabránit sebepoškození klienta. Zajistit bezpečnost pro ostatní zdravotníky, pacienty, a také pro zahájení terapeutického procesu vytvořit podmínky. V neposlední řadě, je cílem péče zabránit poškození majetku.

#### **1.4 Krizová komunikace**

Když se člověk setká na cestě za důležitými cíli s takovou překážkou, kterou v obvyklém čase není schopen překonat obvyklým způsobem řešením problémů, vzniká krize. Poté nastane, jak píše Švarc (2008), období dezorganizace a zmatku většinou s mnohými marnými pokusy o řešení. Ke zvládnutí psychické krize slouží krizová intervence, která je speciálním diagnosticko-terapeutickým postupem. Při úvodním posuzování klienta přesahuje obvykle krizová intervence do oblasti emergentní psychiatrie, především z hlediska zvažování rizik ohrožení života na straně klienta a ohrožení bezpečnosti personálu případnou agresí, uvádí Klimpl (2009).

Lahodová (2005) zmiňuje, že je třeba, aby naše sesterské jednání bylo adaptivní a komunikace tak profesionální, jak o tom píše ve své knize Florenc Nachtigalová, zakladatelka moderního ošetrovatelství: „*Musíte-li s nemocným jednat o důležité věci, posad'te se k němu, nedávejte najevo nepokoj nebo chvat, nýbrž naslouchejte pozorně jeho slovům. Posad'te se vždy tak, aby nemocný vás měl před sebou. Hled'te, aby nemocný žádné přání nemusel vyslovit dvakrát*” (Lahodová, 2005, s. 218).

Švarc (2003) uvádí, co nedělat, pokud komunikujeme s člověkem v krizi: Neradit mu, co má dělat a nevyslychat ho. Neapelovat na vůli klienta, nebagatelizovat a falešně neutěšovat. Nesrovnávat jeho osud s osudem jiných či s vlastním v podobné situaci. Neposuzovat chování klienta v kategorii dobré nebo špatné. Nekritizovat klienta za chyby. Snažit se, aby klient našel řešení a smysl krize sám. Nejednat a nečinít důležitá rozhodnutí za klienta.

Zásady krizové komunikace jsou podle Lahodové (2005): Jasně formulovat anamnestické dotazy a zaměřit je na stresory. Může to být na zaměstnání, partnerskou a finanční situaci, snažit se pátrat po klientově stylu řešení důležitých rozhodnutí, zda před nějakým stojí, jaké má lidi kolem sebe, jaké má životní a morální postoje. Vybrat jeho cíle a problémy. Poskytnout informace o tom, co může očekávat, které problémy se mohou objevit a jaké jsou přirozené reakce. Poskytnout prostor pro ventilaci. Chovat se



stejně a klidně i přes agresivní projevy klienta. Pomoci v hledání řešení a strategií. Posluchač, který je empatický nabízí pochopení a ne řešení. Snaží se oddělit své emoce od reakcí a nedovolit silným emocím, aby bránily při chápání a naslouchání klienta. Zkusit hledat to, co nebylo řečeno, přičemž se lze hodně dozvědět. Sedět uvolněně tváří k nemocnému a nebát se mu dívat do očí. Věnovat plnou pozornost tomu, kdo mluví a nerozptylovat se. V krizové komunikaci je nezbytné, aby se lidé sami zotavili, pojímat jejich emoční reagování, jako adekvátní, překonatelné a dočasné je nepotlačovat.

Cíle krizové komunikace jsou podle Vymětala (2009): zachránit životy, redukovat zneužívání služeb, usnadňovat záchranné práce a snižovat nebezpečí, redukovat úzkost a tvořit obraz krize.

#### ***1.4.1 Způsob komunikace s klientem agresivním, s psychickými obtížemi a pod vlivem alkoholu***

Pekara (2013, a) uvádí, že prostřednictvím vhodných komunikačních technik je možné konfliktním situacím předcházet a pokaždé se vyplatí vynaložit co největší úsilí, aby k násilnému konfliktu nedošlo, než ho následně řešit. Bohužel představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s klienty je mylná.

Efektivní komunikace je důležitá pro navázání úspěšného profesionálního rozhovoru a terapeutických vztahů, ale především pro poskytnutí kvalitní péče a dosahování léčebných cílů. Jak píše Venglářová a Marhrová (2006) to znamená, že obsahuje důležité informace, je založena na důvěře a atmosféře, informace jsou ve srozumitelné formě, je zachována důstojnost klienta, sestra nechá prostor pro dotazy a klienti mohou vyjádřit svůj názor.

Vůjtková (2007) zmiňuje že, sestra má za úkol převzít nad situací kontrolu, aby co nejvíce minimalizovala možné následky. Při práci s násilnickým klientem, je vhodné zachovat určitá pravidla v chování i komunikaci, která pomohou sestrám i lékařům při řešení náročné situace.

Jako první je vhodné zachovat klid při jednání s klientem i s jeho rodinou, neodpovídat na agresi protiútokem, respektovat normy společenského chování a pokud je klient vulgární, jemným tónem hlasu ho upozornit: „Mám z vás strach, pokud toho nenecháte, zavolám o pomoc“ (Čerňanová 2012, 20 s.). Sestra by měla udržovat přiměřenou vzdálenost, nedotýkat se agresivního klienta, nedělat prudké pohyby, nenakračovat náhle směrem ke klientovi a vždy mít na paměti únikovou cestu. Nenechat

se vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, jak uvádí Čabanová (2005). Pozorně vyslechnout stížnost klienta a zaměřit se na jeho pocity, píše Vůjtková (2007). Dále akceptovat jeho stížnosti, to ovšem neznamená souhlasit se situací. Je vhodné projevit empatii a to tak, že posloucháte celým tělem. To znamená, udržet oční kontakt s klientem. Přátelský postoj může sestra vyjádřit tím, že nebude zvedat ruce a nechá je v dolní polovině těla dlaněmi k pacientovi. Pocit důvěry lze u klienta navodit tak, že ho zdravotník osloví celým jménem. Pro zklidnění je potřeba se snažit podpořit klienta tak, aby personálu sdělil své obavy a příčiny hněvu. Pokud klient křičí, je doporučeno neodpovídat ihned a spíše se snažit o rozšíření ticha. Pro lepší srozumitelnost mluvit v kratších větách a důležité věci klientovi opakovat. Snažit se neuspěchat konverzaci, nechat klienta domluvit a rozmyslet ho, aby neměl pocit nátlaku.

Jestliže je situace stále více vyhrocená, mluva pacienta je stručnější, úsečnější, hlasitější, obsahuje výčitky, výhrůžky a požadavky a fyzické hrozby se zvyšují, sestra je oprávněná použít takový způsob sebeobrany, aby se vymanila z jeho sevření, v případě, že k sevření útočníkem došlo, popisuje Nawka (2012).

Pokud se nám nedaří situaci zvládat verbálními komunikačními technikami, je potřebné přivolat pomoc a uklidnit klienta fyzickým omezením, zmiňuje Čerňanová (2012). Je nutné nikdy k použití omezovacích prostředků nepřistupovat o samotě. Je nutné zabezpečit si pomoc minimálně čtyř osob. Nezapomínat, že prvořadá je vlastní bezpečnost. Sestra může povolat členy policie, pokud to situace vyžaduje.

Pokud se jedná o depresivního klienta, dle Pokorné (2006), je nutné dávat najevo pochopení pro stav i situaci pacienta a umožnit klientovi, aby reagoval podle svého stavu. Sestra se nesnaží apelovat na silnou vůli, protože snížená vůle je projevem deprese. Je doporučeno trvat na proti sebevražedné smlouvě.

Jde-li o neurotického klienta, píše Vůjtková (2007), je potřeba sledovat jeho verbální i neverbální projevy. Umožnit mu telefonický hovor, pokud dojde ke zklidnění. Povzbuzovat klienta např. tím, že sestra řekne: „Chápu, že máte obtíže, jistě je to nepříjemné“. Dále je třeba projevovat zájem o jeho obtíže. Snažit se zvolit vhodný komentář, aby nedošlo, jak naznačuje Vůjtková (2007, 55 s.), k podpoře somatizace: „Pochybuji, že by se něco potvrdilo, ale pro jistotu“. Poskytnout možnost konzultace s psychologem.

Zásady komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu nebo drog jsou, dle Pokorné (2006), následující: Snažíme se být srozumitelní a konkrétní. Jasně sdělit, co požadujeme. Je potvrzené, že pokud zůstaneme neutrální, je riziko neadekvátních reakcí pacienta

menší. Dále hlídáme své i klientovy neverbální projevy. Pokud je náznak ke změně chování, podpoříme jej. Závislý pacient se chová manipulativně a je třeba toto chování nepřijmout. Vůjtková (2007) zmiňuje, že i sestra může trpět předsudky vůči těmto klientům a přistupovat k nim s odstupem. Nejdůležitější je lidskost a profesionalita.

Podle Zmekové (2003) se při rozhovoru soustředíme na možnost intoxikace psychoaktivní látkou, syndromu odnětí návykové látky a rovněž na delirantní stavy komplikující odvykací stav nebo nasedající na organické onemocnění mozku. Velmi cennou informací je, zda se u klienta někdy v minulosti objevil podobný stav. Pokud ano, tak jaký postup, respektive lék, byl snášen a efektivní při jeho zvládnutí. Newka (2012) také uvádí, že je třeba vyloučit traumatické poškození mozku, cévní poškození mozku, infekce CNS. Ale i další somatogenní původy neklidu, jako je anemie, hypertenze, hypoglykemie a jiné.

Nešpor (2012) zmiňuje, že často bývá obtížnější práce s příbuznými pacienta, než s pacientem samotným. Tato oblast je důležitá a často ovlivňuje průběh i výsledek léčby. První činitele zmiňuje Nešpor (2012), jako pocity viny u příbuzných. Klient se někdy snaží vykompenzovat nepřiměřenými nároky na zdravotní péči a přehnanou kritičností, to že příbuzní ho nechávali dlouho bez hmotné nebo psychologické podpory. Dále duševní a zdravotní stav či.kn osobnost příbuzných ovlivňuje i jejich komunikaci s klientem a se zdravotníky. Může také jít o sdílenou závislost, a to že např. oba manželé jsou závislí na alkoholu nebo na drogách. Pokus jednoho se léčit je sabotován, může to být vědomě či nevědomě. Nešpor také uvádí triangulaci. To znamená, že pokud klient mluví, např. se sestrou vyjadřuje kritičnost vůči rodičům, a naopak při komunikaci s nimi ventiluje výhrady vůči sestram. Nejlepší obranou je přímá komunikace mezi těmi, se kterými manipuluje.

Podceňované a neuvědomované často bývají činitelé na straně zdravotníka, píše Nešpor (2012). Mezi tyto faktory patří spánková deprivace nebo sub deprivace. Nedostatek spánku ovlivňuje ovládnutí emocí. Zdravotníci bývají podráždění, nesprávně usuzují a rozhodují se. Významným činitelem je také zdravotníková osobnost, nepřiměřená ctižádost, prodělaná zátěžová životní událost, onemocnění či neřešené osobní problémy. Řešením je včas vyhledat odbornou pomoc. Dále negativní životní zkušenosti s některým typem klientů mohou vést k předpojatosti a nepřiměřenému reagování. Tendence provádět současně více úkonů najednou může zhoršovat výkonnost a vést k vyčerpání. Jako poslední důvod, uvádí Nešpor (2012), jednostrannou tělesnou či

duševní zátěž. Např. vliv nadměrného sezení nebo stání v nevhodné poloze často způsobuje bolestivé obtíže a vede k předčasnému vyčerpání.

### ***1.5 Základy sebeobrany***

O tom, jak je sesterská profese náročná můžeme diskutovat, sestry v této realitě žijí, píše Zacharová (2009). Sestry zažívají náročnou pracovní situaci ve vztahu s pacientem, který prostřednictvím zlostných verbálních útoků, sexuálními narážkami nebo zapíráním přijaté péče ventiluje neutišenou bolest, obavy či strach z budoucího vývoje onemocnění. Na pracovištích, kde vládne spolupráce, vzájemný respekt či dokonce kamarádké vztahy, se cítí dobře i klient. Pokud vládne rivalita i v kolektivu, bývají rozepře i mezi klienty samotnými. Také se stává že, zdravotníci vystupují nepřiměřeně nebo nepřiléhavě situaci. Takové projevy se od profesionálního chování vzdalují.

Pekara (2015, b) uvádí, že každý občan má právo na sebeobranu, to znamená i zdravotník. Není pravdou, že jeho sebeobrana musí být pouze přiměřená. Zdravotník má právo pomocí nutné obrany útok odvrátit. Návčky vhodných reakcí sester v modelových konfliktních situacích jsou správnou šancí k prevenci profesionální deformace nebo syndromu vyhoření. Stuhlíková (2013) zmiňuje že, na kurzech sebeobrany proti agresivnímu pacientovi se zdravotníci připravují na zvláštní situace, v níž na ně někdo fyzicky zaútočí. Jako důležité uvádí, aby se zdravotničtí pracovníci nenechali vyprovokovat k útoku, a spíše se pouze co nejdříve dostali z dosahu agresivního klienta. Stuhlíková (2013) také uvádí, že zdravotníci se více, jak jiní občané bojí toho, že útočníkovi ublíží, zvláště když jde o jejich klienta během výkonu povolání. Z toho důvodu je jejich sebeobrana neúčinná. V tomto ohledu jsou ideální pepřové spreje a pěny, které násilníka v dané chvíli účinně paralyzují, avšak nezpůsobí mu žádné zranění.

Dle Pekary (2015, a) jsou zdravotníci oprávněni použít, pokud došlo k sevření útočníkem, takový druh sebeobrany, aby se dokázali vyprostit z jeho sevření. Na pomoc je oprávněn zdravotník zavolat bezpečnostní službu, policii nebo si zavolat pomoc kolegy. Dále je třeba se připravit na pacifikaci klienta proti jeho vůli, pokud k ní dojde. Je třeba mít svědky na to, že byl klient předtím nejméně dvakrát varován o jejím provedení. Při kurtování je třeba jedné osoby na každou končetinu a poslední zdravotník velí a chrání hlavu a krk. Vždy je nutné posoudit, zda nedošlo ke zranění a vše zapsat do dokumentace. Pekara (2005, a) také varuje, že fyzické a farmakologické zásahy nejsou bezpečnými postupy a pokud možno jich využít, jako poslední možnosti k řešení této

mimořádné události. Psychická podpora a náhrada škody je to, co si zdravotníci po incidentu vždy zaslouží.

Petr (2014) zdůrazňuje, že pokud se na oddělení vyskytují častěji projevy agrese, lze učinit určitá organizační opatření zajišťující větší bezpečnost personálu. Mezi tato opatření, řadí Petr et al. (2014), přítomnost bezpečnostní služby, kamerový systém, systém tísňových tlačítek pro personál, kontrolované vstupy na pracoviště, dostatečně početný personál a vhodné architektonické uspořádání oddělení. Některé incidenty vyústí ve fyzické napadení zdravotníka. Často se stává, že je způsobeno jeho chybným vyhodnocením situace, nevhodným často až neprofesionálním chováním a špatnou komunikací. Rozmanitost a složitost těchto incidentů, jež musí zdravotníci řešit, je značně velká a nelze poskytnout jednoznačný návod, jak jim předcházet. Klíčové k prevenci násilných činů, dle Petra et al. (2014), jsou: vhodná komunikace, kvalifikovaný personál, dostatečné množství personálu, dobrá organizace práce, odpovídající vybavení pracoviště, standardizované postupy řešení násilných incidentů.

## **2 Empirická část**

### **2.1 Cíl práce a výzkumné otázky**

#### **Cíl práce**

Cíl 1: Zjistit úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním.

Cíl.2: Zjistit, jaké dovednosti sestra musí mít v prevenci násilí.

Cíl. 3: Jak se sestra chová, pokud jí hrozí napadení pacientem.

#### **Výzkumné otázky**

1. Jaká je role sestry v prevenci proti násilí?
2. Jaké dovednosti sester jsou potřeba, aby sestra ochránila sebe i pacienty?
3. Jaké specifické znalosti musí mít sestry v péči o klienty závislé na alkoholu?
4. Jaká je role sestry v péči o klienty závislé na alkoholu?
5. Jak se sestry chovají v situaci s agresivním pacientem?
6. Jak sestra rozpozná příznaky hrozícího konfliktu?
7. Jak se sestry brání fyzické nebo psychické agresi?
8. Čeho si sestry všímají, než se začnou pacienti násilně chovat?
9. Co musí sestra znát (vědomosti, dovednosti, znalosti) v péči o pacienta s deliriem tremens.

## **2.2 Metodika**

V této diplomové práci byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Ke sběru dat bylo využito záměrného výběru a techniky „nabalování“ probandek, tedy snowball sampling. Realizace sběru dat byla provedena pomocí hloubkových rozhovorů. Podle Kutnohorské (2008) pro získání kvalitativních dat, patří rozhovor mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější technikou. Rozhovor byl veden s probandkami podle předem připravených otevřených otázek, které byly doplněné dotazováním se na konkrétní náležitosti pro upřesnění odpovědí. Rozhovor obsahoval 25 otázek. Rozhovory se sestrami, dále jen probandkami, byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány. Jednotlivé rozhovory s probandkami byly očíslovány. Pomocí čísel je lze identifikovat ve výsledkové části jako S1 – Probandka 1 až S14 – probandka 14. První okruh otázek (otázka č. 1 - č. 3) zjišťuje identifikační údaje o dotazovaných. Druhý okruh otázek (otázka č. 4 - č. 9) zjišťoval informace o oboru, ve kterém probandky pracují, jejich hlavní pracovní činnosti a jejich spokojenost na pracovišti. Třetí oddíl otázek (otázka č. 10 - č. 22) byl tvořen dotazy, zjišťujícími způsoby komunikace, postupy a ošetrovatelské péče o pacienty s násilným chováním. Poslední okruh otázek (otázka č. 23 - č. 25) se týkal vzdělávání, pomoci ze strany zaměstnavatele a způsobem odreagování od práce. Získaná data byla přepsána a kódována do konkrétních kategorií a podkategorií. Poté byla v rozhovorech vyhledávána podobná nejčastěji vyskytující se slova nebo pojmy, které příslušely k jednotlivým podkategoriím. Následně označeny přehledně barvou tak, aby bylo možné získané údaje správně zařadit. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracované do přehledných schémat a přehledně rozepsané. Hloubkové rozhovory jsou k dispozici v elektronické podobě na přiloženém CD.

### **2.3. Charakteristika výzkumného souboru**

Šetření probíhalo v období leden–březen 2017. Výzkumný soubor tvořilo celkem 14 sester z chirurgického, interního, gastroenterologického, traumatologického oddělení a jednotek intenzivní péče na chirurgii, gastroenterologii a interně v nejmenované okresní nemocnici v Jihočeském kraji. Výzkumné šetření povolil předseda představenstva a hlavní sestra nemocnice. V diplomové práci nebude jméno nemocnice zveřejněno, z důvodu ochrany osobních dat. Sestry pracující na zmíněných odděleních byly předem seznámeny s tématem diplomové práce a důvodem samotného výzkumného šetření. Účast probandek ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Sporné etické otázky se ve vlastním šetření nevyskytovaly. Většina rozhovorů se uskutečnila v denní místnosti sester, kde byl zajištěn dostatek klidu. S jednou probandkou byl rozhovor uskutečněn na náměstí Přemysla Otakara II v Českých Budějovicích v restauraci a s další probandkou jsme se sešly v knihovně Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazované probandky disponovaly různou délkou své praxe i vzděláním. Nejnižší dosažené vzdělání byla střední škola zdravotnická s maturitou, nejvyšší dosažené vzdělání bylo bakalářské. Délka praxe se u probandek hodně lišila. Nejkratší doba v praxi byla 7 měsíců a nejdelší 18 let.



### 3 Výsledky

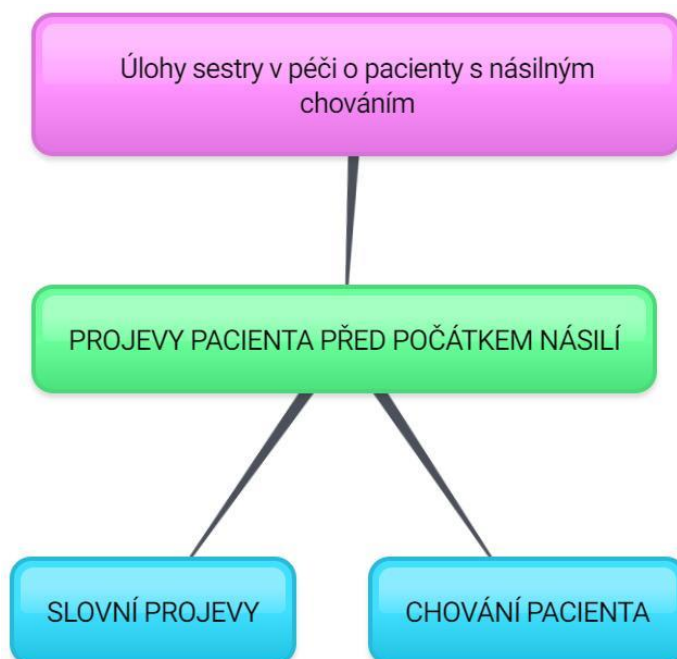
V rámci zpracování výzkumného šetření jsem vytvořila 6 kategorií a z některých jsem analyzovala podkategorie.



*zdroj: autorka*

V kategorii projevy pacienta před počátkem násilí jsem vytvořila dvě podkategorie, první podkategorie se týká slovního projevu pacienta a druhá chování pacienta. Všeobecné sestry se vyjadřovaly k tomu, jak se klient slovně projevuje předtím, než se začne chovat násilně. S1, S5, S8 a S12 uvedly, že klienti křičí, jsou hluční a zvyšují hlas. Nejčastěji zmiňovaný slovní projev byly nadávky, které uvedlo 11 ze 14 zkoumaných sester. S3 řekla: „Klienti si nenechají nic vysvětlit, bývají hlavně slovně agresivní, nadávají hlavně sestrám a pomocnému personálu, neumí se ovládat a svoje chování ani

*nijak neřeší.*” Také S6 odpověděla na otázku, jak se nejčastěji klienti projevují, než se začnou chovat násilně. Odpověděla, že se to dá očekávat, pokud odmítají jakoukoliv péči, to znamená, pokud jí nadává nebo slovně uráží. Další 3 všeobecné sestry S5, S9 a S14 řekly, že nejen nadávají, ale i vyhrožují. S9 se setkala s výhrůžkami, kdy jí klient hrozil ublížením na zdraví. „*Pacient mi vyhrožoval, že mi brzy dá přes hubu, jestli ho nepřestanu otravovat.*” S1, S7 a S14 zmínily, že pacienti předtím, než je slovně nebo fyzicky napadli, měli požadavky, které nejdou splnit. Mezi tyto požadavky patří, jak uvedla S1: „*Chtějí být propuštěni i přes jejich nepříznivý zdravotní stav. Také se mi stalo, že chtějí někomu zavolat ve 2:00 ráno.*“ Jako jediná probandka S4 uvedla, že mají klienti narážky na drobnosti, jsou vztahovační, úzkostní a nechtějí být v nemocnici.

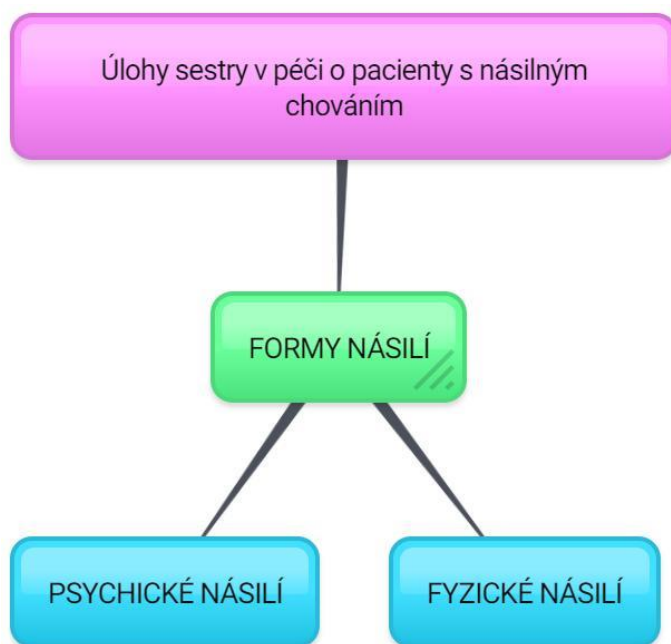


*zdroj: autorka*

Druhá podkategorie se týkala chování pacienta před počátkem násilí. Zde nejvíce všeobecných sester S1, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13 odpovědělo, že jsou klienti neklidní. Např. probandka S3 řekla: „*Poznám to podle toho, jakou má klient diagnózu, pokud už někdy v minulosti se choval násilně. Těsně před napadením jsou klienti neklidní. Většinou v případě deliria tremens bývá nástup agresivity rychlý. Nejdříve pacienti slovně vyhrožují a poté fyzicky napadají.*” Také probandka S5 mluvila o neklidných klientech, že vstávají z postele a přitom nesmějí. S7 zmínila, že nevydrží na jednom místě. Podobně se vyjádřila S10, která popsala, že jsou klienti roztěkaní

a nervózní. Dále 4 všeobecné sestry uvádějí, že se chovají naštvane. S3 uvedla: „Péče o závislé na alkoholu je složitá v tom, že většinou klienti nechtějí spolupracovat, jsou naštvaní, protože jim není dobře a chybí jim alkohol“ S6 říká: „Dále se dá očekávat, že budou agresivní, pokud odmítají jakoukoliv péči a chovají se nepřátelsky. To znamená, když všeobecnou sestru odhání, nadává jí a uráží.“

Všeobecné sestry si dále všimají toho, že jsou klienti zmatení. Myslí si to např. probandka S3, která říká, že jsou dezorientovaní časem, místem i osobou, nebo S12 zmínila: „Začal se chovat hlučně, nadával, měl spoustu požadavků a byl dezorientovaný.“ To, že mají klienti poruchu chování, zmiňuje 8 ze 14 dotázaných všeobecných sester S3, S5, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14. „Zřídka se jedná o seniora, u kterého násilné chování většinou vyvolá nějaká porucha chování v kombinaci s různými léky,“ tak to popisuje všeobecná sestra S5.

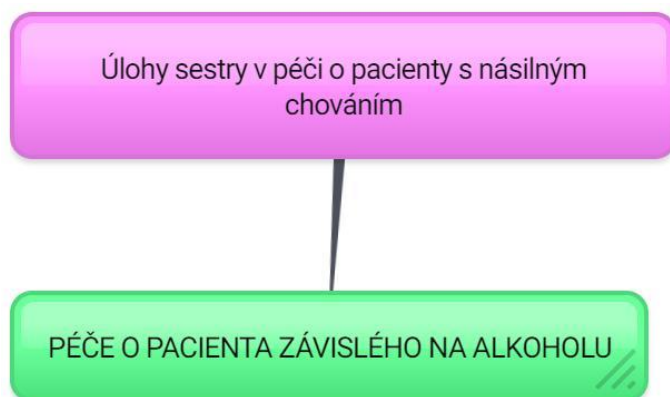


zdroj: autorka

Druhou kategorií jsou formy násilí, která má 2 podkategorie, a to fyzické násilí a psychické násilí. Co se týče fyzického násilí 7 sester S1, S2, S5, S7, S8, S11, S14 uvedlo, že došlo ke zranění. Všeobecnou sestru S2 praštil klient do ruky a od toho měla modřinu. Hůře dopadla sestra S1, kterou pacient zranil tak, že skončila na traumatologii se zlomeným zápěstím. Praštěná hůlkou do kolene byla S8, která se snažila, aby se seniorka napila. Poslední probandka S14 zažila autoagresi u mladého klienta, který se

bouchal hlavou o zeď. Sestra S5, která se snažila vrátit klienta do postele, protože neustále vstával a nesměl, byla odstrčená a následně narazila na postel. Jediná z dotazovaných S3 zažila škrcení, když se nahnula k pacientovi, aby mu dala kapat infuzi. Některé ze sester byly ohroženy předměty, konkrétně na sestru S6 vytáhl klient nůž a chtěl jí napadnout o noční službě. Situace, která se stala sestře S13, byla neméně děsivá, kdy příbuzného, kterého nechtěla za klientkou pustit, protože byl zákaz návštěv, na ní vztáhnul ruku a naznačil jako by chtěl sestru praštit. A poslední byl pacient, který vylihl celý obsah močové láhve na klienta, ležící vedle na lůžku. Další 3 sestry S2, S4 a S10 pacient kopnul. Sestru S10 kopnul ležící klient, protože si nechtěl vzít léky a probandka S2 zažila klienta, který kopl kolegyni do břicha. Jedné ze zkoumaných sester S7 se klient vysmekl z kurtů a ohrožoval ji.

Druhá podkategorie se zabývala psychickým násilným, kdy všechny dotazované sestry se setkaly s nadávkami ze strany klienta. Jedna z dotazovaných S3 odpověděla: *„Slovní rozepře jsou téměř na denním pořádku. Nejčastěji se mě klienti snaží ponižit nadávkami, které nejsou zrovna příjemné.“* Sestra S1 uvedla pacientku, která po premedikaci sprostě nadávala všem sestřám. Nepříjemné pro probandku S9 bylo, když jí seniorka vyhrožovala, že jí zabije. Také probandka S14 se setkala s nadávkami ze strany klienta, svěruje se: *„Pořád se dožadoval příchodu sestry, nakonec začal nadávat a říkal, že chce domů a na pivo, ať ho pustíme. Jeho tav se ještě zhoršoval. Začal vstávat z lůžka a nadával všem. Říkal, že ho týráme a budeme za to pykat. Poté už jsme ho museli kurtovat i přes to, že již byl po několika ampulích tiapridalu.“* Jediná z dotazovaných sester S2 se setkala se sexuálními narážkami, které jsou podle ní způsobené kontuzí temporálního laloku. Projevuje se to tak, že se před ní klient uspokojuje a má spousta sexuálních narážek. 4 všeobecné sestry S1, S5, S6 a S12 si myslí, že hlavním terčem slovních útoků jsou právě ony. Probandka S5 zmiňuje, že: *„Většinou to odnese sestra, která je trvale u pacienta.“* Podle ní, si lidé k lékaři tolik nedovolí. Další sestra S6 říká: *„Svoje naštvání si většinou vylévají na nás sestřách, protože jsme s pacientem nejvíce času.“* Podobně si to myslí sestra S12, která se svěřila, že potom co lékař odešel z pokoje a nevybíravým způsobem odbyl klienta, tak jí pacient ponižoval a nadával, i když byl podle sestry na vině doktor, který se nehezky zachoval. Některé z probandek, konkrétně S4, S7, S8 a S12 pozorují u klientů, to že jsou nejdříve psychicky agresivní a poté fyzicky. Dotazovaná S8 dala za příklad starší klientku, která jí nejprve začala nadávat a nakonec ji ještě praštila hůlkou do kolene.



zdroj: autorka

Třetí kategorie se týká péče o pacienta závislého na alkoholu. Nejvíce sester, a to S1, S3, S4, S6, S8, S9, S12 a S14 odpovídalo, že péče o ně není snadná. Probandka S1 řekla: „Péče o tyto klienty není snadná, protože klienti málokdy spolupracují a po propuštění se většinou rychle vracejí k hospitalizaci, protože s pitím alkoholu nepřestanou.“ Podobně se vyjádřila sestra S3: „Péče o pacienty závislémi na alkoholu je někdy obtížná. Hlavně pokud mají vysoké hladiny amoniaku v krvi. To potom musím přizpůsobit komunikaci jejich zdravotnímu stavu.“ Poslední z dotazovaných S14 se ptá: „Má to cenu piplat se s takovými lidmi, když hned, co opustí nemocnici, tak zase pijí někde v hospodě?“ Sestry S1, S4, S9 a S11 uvedly o klientech závislých na alkoholu, že nespolupracují. Např. probandka S9 uvádí: „Péče o závislé na alkoholu je složitá v tom, že většinou klienti nechtějí spolupracovat, jsou naštvaní, protože jim není dobře a chybí jim alkohol.“ Dvou sestrám S4 a S8 vadí to, že jsou pacienti špinaví. Musí hlavně pečovat o hygienu. Probandka S4 se o tyto pacienty nerada stará, protože jsou většinou špinaví, páchnou a jsou agresivní. Musí tedy pečovat nejen o zranění, ale také ho kompletně celého umýt. Jediná sestra S2 podle ordinace lékaře podávala klientovi do sondy alkohol, aby ho abstinence neohrozila na životě. Dále také sestra S2 konstatuje, že: „Péče o ně je stejná jako o všechny ostatní pacienty, pokud jsou v bezvědomí. Potom když se začnou budít, tak se jejich závislost projeví a většinou je kurtujeme.“ Další početnou skupinou jsou sestry, které mají péči o pacienty závislé na alkoholu spojenou s podáváním léků nebo kurtováním. Jde o probandky S1, S2, S7, S8, S10 a S13, kdy S7 zmiňuje: „Péče o alkoholiky spočívá hlavně v tlumení pacienta různými anxiolytiky a nejlépe už hned při přijetí, aby nikoho nezranili, protože chvíli trvá, než se u pacientů vytvoří hladina léku v těle.“ Sestra S10 zmiňuje, že je u nich riziko delirantního stavu a veliká

pravděpodobnost násilného chování. Proto většinou už od počátku hospitalizace nasazuje lékař léky, aby tento stav nenastal. Pro dvě dotazované sestry S3 a S5 je důležitá komunikace v péči o pacienty závislé na alkoholu.



*zdroj: autorka*

Čtvrtou kategorií jsou specifické znalosti všeobecných sester o deliriu tremens. Početná skupina sester S1, S2, S3, S5, S6, S10 a S12 říká, že klienti s deliriem tremens jsou agresivní. Některé z dotazovaných jsou schopné předpovědět agresivitu, jako je sestra S1, která říká: „Už při přijetí klienta do nemocnice, poznám že, bude agresivní podle toho, že je to alkoholik, a dá se počítat s tím, že za tři dny nastane delirium.“ Probandka S10 zmiňuje: „U alkoholiků je riziko delirantního stavu a velká pravděpodobnost násilného chování.“ Dvě sestry si myslí, že by klienti s deliriem měli být přemístěni. První z nich S7 převezme klienta v deliriu na jednotku intenzivní péče, protože je to závažný stav a pacient musí být monitorován. Druhá sestra S13, která pracuje na jednotce intenzivní péče, ukládá klienta v deliriu tremens na samostatný box, aby tam nerušil ostatní pacienty. Tři z dotazovaných sester S8, S9 a S14 vidí důležitost v týmové práci v péči o pacienty s deliriem tremens. Probandka S8 uvádí, že o klienta v deliriu tremens vždy pečuje v týmu a jen málokdy k němu jde sama, aby jí neublížil. Všeobecné sestry S1, S2, S4, S8, S10 a S12 jsou toho názoru, že hospitalizovaným s deliriem tremens mohou pomoci ke zklidnění léky a kurty. Např. S5 uvedla, že pacienti jsou velmi agresivní a k potlačení agrese nepomáhá nic jiného než omezení v pohybu. Probandka S10 zmiňuje, že lékař většinou nasazuje léky u klientů závislých na alkoholu, aby delirantní stav nenastal. O změně psychiky mluví 3 sestry S7, S10 a S11. Sestra S7 řekla: „Delirium tremens je stav, kdy je psychika pacienta narušená, je neklidný, zmatený, mívá halucinace i křeče.“ Probandka S10 uvedla, že si klienti

po deliriu nic nepamatují a pokud ano, většinou se za to poté omlouvají. Další tři sestry S4, S5 a S14 mluvily o komunikaci, kdy sestra S4 přestává využívat komunikaci jako uklidňující článek při fyzické agresivitě pacienta v deliriu tremens. Druhá sestra S5 říká, že u pacientů s deliriem tremens dochází k poruše verbální komunikace z důvodu zmatenosti, změny smyslového vnímání, nespolupráce a agresivity. Poslední probandka S14 uvádí, že je s klienty v deliriu špatná domluva a většinou končí v kurtech, aby nikomu jinému neublížili. To, že jsou pacienti v deliriu tremens hlavně fyzicky agresivní, udávají sestry S3, S4 a S6. Sestra S3 říká: „*Kopou, mlátí rukama, a přitom jsou naštvaní hlavně na personál, protože jim samozřejmě bráníme v pohybu.*“



zdroj: autorka

Pátou kategorií je postup deescalace, kdy nejpočetnější skupinu tvoří sestry S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S12 a S13, které využívají komunikaci k deescalaci pacienta. Např. probandka S9 uvádí, že se snaží navázat důvěru, podat dostatek informací, klidně a pomalu mluvit a dát si pozor na mimiku, to znamená, nijak se před ním neušklíbat. Dále se snaží, aby neřekla něco, co ho ještě víc rozčílí a dává mu prostor, aby se mohl vyjádřit. Podobně se chová sestra S2, která se snaží pacientovi vysvětlit, kde leží, co ho čeká, jak se dostal do nemocnice a cokoliv mu vysvětlit, na co se zeptá. Probandky S7 a S14 se spíše komunikaci vyhýbají. U sestry S7 je to ve smyslu nešeptání si s kolegyní před klientem, ale věnování maximální pozornosti násilníkovi. Raději moc nemluvit se snaží sestra S14, aby neřekla něco, co klienta ještě víc rozčílí. Spíše se snaží naslouchat a ptát se kvůli čemu je rozzlobený. Pokud to jde problém vyřešit. O navázání důvěry se snaží dotazované S9, S10 a S11. Probandka S10 to dělá tak, že se snaží klientovi podat pomocnou ruku a nebrat si jeho urážky k srdci. Říká: „*Beru to tak, že ve většině případů za to pacienti nemohou.*“ Pro 7 všeobecných



sester S3, S4, S6, S8, S10, S13 a S14 jsou důležité léky v deeskalaci klienta, pokud není možné klienta zklidnit za pomoci komunikace. Např. sestra S8 použije farmakologické prostředky podle ordinace lékaře, pokud po slovním zklidnění je klient dále agresivní. Probandka S14 je toho názoru, že pokud je klient zmatený, tak to většinou komunikace nespraví a musí se domluvit s lékařem, co mu podat na uklidnění. Skupina šesti dotazovaných S4, S5, S7, S12, S13 a S14 vidí důležitost při uklidnění agresivního klienta v přivolání lékaře. Sestra S7 volá lékaře, pokud jí klient ohrožuje na zdraví. V případě, že není čas volat lékaři, indikuje omezení ve volném pohybu sama. Probandka S5 zmiňuje: „*Vyloženě jednotný postup nemáme, záleží na tom, jak se člověk chová. V zásadě je důležité zavolat lékaři, který například indikuje omezit klienta ve volném pohybu.*”



zdroj: autorka

Pátou kategorií je sebeobrana sestry a tvoří ji dvě podkategorie. Ta první podkategorie se nazývá ubránit pacienta a druhá ubránit sebe.

Podkategorie ubránit pacienta se zabývala tím, jak všeobecná sestra brání klientovo zdraví v situacích, kdy se chová agresivně. Několik všeobecných sester, a to S1, S3, S9 a S10 uvedlo shodně to, že klientovi věnovaly zvýšenou pozornost a víc času než, neagresivním klientům. První ze sester věnuje víc času převážně agresivním seniorům, protože u nich je většinou velké riziko pádu. Probandka S3 se zmínila: „*U schizofreniček je nebezpečné, že ublíží samy sobě. Jsou schopné se říznout i papírem,*



*a proto se jim více věnuji.*” Zvýšenou opatrnost věnovala všeobecná sestra S9 klientovi, který byl v deliriu a házel po ní všechny možné předměty. Zasáhla tak, že mu nebezpečné věci odebrala z jeho blízkosti, aby se nezranil. Podobně se vyjádřila probandka S10, která také odklidí z místnosti nebezpečné předměty, aby se klient nezranil, např. o něco ostrého. 4 probandky mluvily o omezení klienta ve volném pohybu, z toho jen jedna S2 kurtuje, až když je to opravdu potřeba, z důvodu ochrany práv klienta. Zbylé probandky S8, S12 a S14 jsou toho názoru, že pokud klient ohrožuje sebe, je potřeba ho omezit ve volném pohybu. Další 3 všeobecné sestry S5, S7 a S13 musí klienta přemístit, aby si neublížil. Několikrát uložit do lůžka, musela probandka S5 klienta, aby někde neupadl. Skončilo to tak, že jí klient odstrčil a ona se narazila o postel. Druhou byla sestra S7, která se účastnila semináře na téma násilí ve zdravotnictví. Podle vrchní sestry musí být klienti, kteří jsou na pokoji a nejsou zdrojem násilí, odvedeni do bezpečí. *„Až se ocitnu v takové situaci nevím, jak to provedu.”* Svěřila se všeobecná sestra z gastroenterologického oddělení. Poslední sestra S13, která se snaží klienta přemístit si myslí, že by to mělo být na samostatný box na jednotce intenzivní péče, aby tam nemohl rušit ostatní klienty. Jediná probandka S11 by se ráda zúčastnila kurzu sebeobrany, aby klientovi nemohla ublížit. Posledním způsobem, jak ubránit klienta byl případ sestry S4, která řekla: *„Pamatuji si, když měl klient centrální žilní katétr a mě nezbývalo nic jiného než pacienta odpojit od infuze, aby si katétr nevytáhl, čímž by si mohl způsobit silné krvácení.”*

Druhá podkategorie se týká toho, jak ubránit sebe před agresí ze strany hospitalizovaného klienta. Nejpočetnější skupinu celkem 8 všeobecných sester S3, S5, S6, S10, S11, S12, S13 a S14 se raději ke klientovi nepřibližuje nebo uteče do bezpečí. Např. probandka S3 říká: *„Jestliže je klient nebezpečný, nepřibližuji se k němu a čekám na ochranu, kterou máme k dispozici 24 hodin denně, nebo můžu zavolat policii.”* Probandka S5 se vyjádřila takto: *„Využívám profesionální přístup, ale pokud agrese vznikne stáhnou se rychle do bezpečí. Reaguji hlavně podle situace a tělesného vybavení pacienta, to je nejlepší obrana,”* Rychle se schovat musela všeobecná sestra S11, která mi sdělila: *„Když jsem seděla u počítače, pacient najednou vyběhl z pokoje s vytrženým centrálním žilním katétrem a běžel rozzuřený směrem ke mně. Běžela jsem se schovat na sesternu na záchod a vzala si cestou telefon, abych zavolala policii. Pamatuji si, že se mi hrozně třáslы ruce. Policii jsem řekla, aby okamžitě přijela se zásahovkou.”* Někoho na pomoc si zavolá 5 dotazovaných sester S2, S7, S8, S9 a S13. Pokud je někdo agresivní na oddělení, kde pracuje sestra S2, tak jí hned někdo pomůže, protože dělá na otevřeném oddělení. Nejčastěji to bývá někdo z kolegů, kteří jsou trvale na blízku nebo lékař.

Probandka S13 co nejdříve spěchá pro pomoc, pokud je klient rozzlobený, nadává jí nebo vidí, že je agresivní a má přes sto kilo. Ochranku volají 3 všeobecné sestry ze čtrnácti dotazovaných. První je sestra S1, která čekala na ochranku pro ni dlouhých pět minut. Druhá sestra S3 volá ochranku, pokud je pacient pro ni nebezpečný. Poslední sestra S4, která zmínila, že volá ochranku, uvedla: „*Záleží na situaci, pokud jsou agresoři násilní, volám ochranku nebo policii. Na tyto situace jsme celkem dobře připravené.*” Probandky S7 a S12 udávají, že kurtují proto, aby zabránily tomu, že je klienti napadnou. První sestra S7 říká: „*Nejdříve se snažím pacienta slovně uklidnit. Jestliže mně ohrožuje, musím zavolat lékaře, aby mi sdělil, co dál dělat. Pokud na to není čas, musím ho kurtovat, aby neublížil sobě nebo mně.*“ A druhá sestra S12 vysvětluje: „*Museli jsme kurtovat pacienta závislého na alkoholu, aby nám neublížil.*” Jediná ze sester S7 se mi svěřila, že péči odmítla jednou, když se jednalo o agresivního klienta. Tolik se ho bála ošetřovat, že ho přenechala ostatním, aby se o něj nemusela starat. „*Někdy to tak prostě je.*” uvedla.



zdroj: autorka

Poslední sedmá kategorie se zabývala prevencí násilí, konkrétně toho, co všeobecná sestra dělá pro to, aby k násilí nedošlo.

Počtené zastoupení měla skupina 8 všeobecných sester S2, S4, S5, S6, S7, S9 a S14, které byly toho názoru, že násilné chování se má předpokládat. Sestra S6 na otázku, jak pozná, že chce klient použít některou formu násilného chování, odpověděla: „*Většinou už podle diagnózy se dá říct co můžeme očekávat. Pokud jsou to alkoholici nebo drogově závislí je třeba počítat s tím, že budou agresivní. Dále se dá očekávat, že budou agresivní, pokud odmítají jakoukoliv péči a chovají se nepřátelsky. To znamená, když všeobecnou sestru odhání, nadává jí a uráží.*“ Zdravotní asistentka S9 si myslí: „*Předvídat agresivní chování u pacienta lze pouze v některých případech, většinou klient*

*začne vyhrožovat slovně, než zaútočí nebo to můžeme poznat z neverbální komunikace, tak že má například sevřené ruce v pěst.*” Být opatrné v rizikových situacích chtějí být 3 probandky S3, S8, a S11. První říká, že se snaží být ve střehu pokaždé, když je v těsné blízkosti klienta. Druhá sestra S8 říká, že často klienti projevují nedůvěru vůči personálu a mají nepříjemné připomínky, než se začnou chovat násilně. U nich na oddělení jsou to velmi často senioři. V tomto okamžiku bývá sestra ve střehu, co se týče agresivního chování. 2 z všeobecných sester S6 a S14 se chováním snaží neprovokovat klienta k agresi. „*V první řadě se snaží neprovokovat pacienta nevhodnými otázkami, nekřičím na něho, pokud křičí on, snažím se ho zklidnit a poskytnout mu informace, aby cítil, že má někdo o něj zájem,*“ svěřila se probandka S6. Vyzpovídaná sestra S13 si myslí, že se musí pacientům ustupovat, komunikovat s nimi v klidu a nezapojovat tolik do rozhovoru emoce. Poslední část sester S1, S11 a S12 k prevenci agrese hledá řešení problému. Příkladem je sestra S12, která se podle vzniklé situace snaží klientovi pomoci a utěšit ho.

## 4 Diskuse

Problematikou násilí v oblasti zdravotní péče je velmi důležité se zabývat, neboť násilí ve zdravotnictví snižuje kvalitu a efektivitu zdravotní péče a jak uvádí Pekara (2015, a), komunikační chyby vyplývající z nekontrolovatelných negativních emocí, jsou hlavní příčinou násilí a z toho vyplývajících důsledků pro zdravotní péči.

Diplomová práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Použitou metodou výzkumného šetření byly hloubkové rozhovory. Rozhovory byly prováděny s všeobecnými sestrami na interním, chirurgickém, gastroenterologickém, psychiatrickém a ARO oddělení ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji. Celkem bylo osloveno 14 sester pracujících v různých pozicích na jednotlivých odděleních. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do počítače. Na všech odděleních jsem byla velmi mile překvapena ochotou všeobecných sester spolupracovat a zodpovídat na všechny mé otázky. Po uskutečněných rozhovorech jsem byla velmi ráda, že většina dotazovaných mi poskytla jiný pohled na danou problematiku, a že mi probandky sdělily své zajímavé zkušenosti.

V diplomové práci byly vytyčeny 3 cíle. Prvním cílem bylo zjistit úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním. Druhým bylo zjistit, jaké dovednosti sestra musí mít v prevenci proti násilí. Posledním třetím cílem bylo zjistit, jak se sestra chová, když jí hrozí napadení pacientem.

K tomu abych došla k vytyčeným cílům, stanovila jsem si 7 kategorií. Z těchto kategorií měly další 3 ještě 2 podkategorie. První kategorie se zabývala projevem pacienta před počátkem násilí a dělila se do dvou podkategorií, a to podkategorie slovního projevu klienta a podkategorie jeho chování. Druhá kategorie se týkala forem násilí a měla dvě podkategorie psychické a fyzické násilí. Třetí kategorie se zabývala péčí pacienta závislého na alkoholu. Specifickými znalostmi o deliriu tremens se zabývala čtvrtá kategorie. Další pátá kategorie měla za úkol zjistit postupy deescalace v práci sestry. Šestá kategorie sebeobrana sestry měla 2 podkategorie, a to podkategorii – ubránit sebe a ubránit pacienta před násilím. A poslední sedmá měla za úkol zjistit, co dělají sestry v prevenci proti násilí.

První kategorie se zabývala nejčastěji zmiňovaného slovního projevu. Probandky nejčastěji zmiňovaly, že jsou to nadávky a výhrůžky, kdy 12 zkoumaných sester (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14) tak uvedlo. S3 řekla: „*Klienti si nenechají*

*nic vysvětlit, bývají hlavně slovně agresivní, nadávají hlavně sestřím a pomocnému personálu, neumí se ovládat a svoje chování ani nijak neřeší.”*

Jak uvádí Merhautová (2010), do kategorie násilí na pracovišti ve zdravotnictví lze zahrnout každé chování, které ponižuje, naznačuje nerespektování důstojnosti a zahanbuje. Výzkum zabývající se násilím ve zdravotnictví realizovaný v České republice uvádí Merhautová (2010), kdy odpovědi z dotazníků, které byly rozeslány 88 organizacím ukázaly, že největší zastoupení respondentů se setkalo se slovním napadáním, konkrétně 45,2 %. Dále pak 16,6 % respondentů se setkalo s fyzickým napadáním a 2,4 % respondentů se sexuálním obtěžováním. Se slovními výhrůžkami se setkaly 3 všeobecné sestry, kdy klient vyhrožoval ublížením na zdraví hned, anebo sestře sliboval, že si na ni počká jinde, aby ji mohl ublížit. V Journal of Advanced Nursing zmiňuje Hahn et, al. (2010), že personál by měl být chráněn politikou důvěry a incidenty by měly být pečlivě sledovány. A dále, že násilí na pracovišti je jednou z nejsložitějších a nejnebezpečnějších pracovních rizik, kterým všeobecné sestry musí čelit. Druhým nejčastějším slovním projevem pacienta u dotazovaných byl křik, uváděly to 4 z nich. Tuto reakci u pacienta může způsobit nějaká náročná situace v jeho životě, píše Zacharová (2016). I samotné onemocnění se pro něho stává obtěžující záležitostí.

Z psychologického hlediska je jeho nemoc mimořádně zatěžující emoční a vztahový problém. Velice zatěžující jsou pro člověka všechna invazivní vyšetření a výkony vyvolávající v něm větší strach a úzkost. 2 ze zkoumaných sester se setkaly s fyzickým násilím, kterému nepředcházela žádný slovní projev. Např. probandka S11 uvedla, že nejčastěji rozzlobené seniory z ničeho nic naštve to, že tam u nich stojí sestra a v ten okamžik je uhozená. Další 3 všeobecné sestry S1, S7 a S14 poukázaly na požadavky, které nejdou splnit předtím, než začali klienti být násilní. Jako příklad uvedla S1 to, že: *„Chtějí být propuštěni i přes jejich nepříznivý zdravotní stav. Také se mi stalo, že chtějí někomu zavolat ve 2:00 ráno.“*

Chováním klienta před počátkem násilí se zabývala druhá podkategorie. Nejvíce zmiňované bylo neklidné chování klienta. Podle Králové (2005) se jedná o tzv. spouštěcí fázi, kdy se klient nechová jako obvykle. V případě, že klienta vidíme poprvé a nemáme o něm informace, je hlavní všimnout si aktuálních varovných signálů chování. Signály mohou být vysílány různě dlouho před napadením, lze je dělit na verbální a neverbální. Do neverbálních zařazuje Králová (2005), např. ztuhnutí, začervenání či zblednutí, hluboké oddechování, zatínání zubů, svírání pěstí, upřený a výhrůžný pohled, gesta připomínající bití, vzrušená gestikulace apod. Probandka S9 si všímá, že většinou klient

nejdříve vyhrožuje slovně, než zaútočí. Z neverbální komunikace to pozná tak, že má sevřené ruce v pěst. Mezi verbální projevy uvádí Králová (2005), např., že mluva se stává stručnější, úsečnější, hlasitější, obsahuje výhrůžky, požadavky, výčitky apod. Mezi další typy chování řadily dotazované sestry nedůvěru, zmatenost a našťvanost klienta. Např. probandka S3 zmínila: „*Poznám to podle toho, jakou má klientka diagnózu, pokud už se někdy v minulosti chovala násilně. Těsně před napadením jsou klientky neklidné. Většinou v případě deliria bývá nástup agresivity rychlý. Nejdříve pacientky slovně vyhrožují a poté fyzicky napadají.*”

Dále jsem se v šetření zaměřila na projevy fyzického násilí, kdy nejpočetnější skupinu tvořily probandky, které utrpěly nějaká zranění nebo se s ním setkaly kolegyně. Jako v případě sestry S2, která zažila dokonce dvě zranění svých kolegyně. První zranění se odehrálo, podle probandky, už hodně dávno, kdy její kolegyni kopl klient do břicha. Čin nehlásily, protože prý nedošlo ke zranění. Druhou byla sestra, která musela na zubní pohotovost s rozlomeným zubem od pacienta. Jak uvádí Mach (2009), k právní ochraně zdravotníků jednal prezident České republiky s ministrem spravedlnosti. Výsledkem je návrh příslušného ustanovení nového trestního zákona, ve kterém je vražda, ublížení na zdraví a vyhrožování zdravotníkům hodnoceno stejnou trestní sazbou, jako jde-li o vraždu, ublížení na zdraví a vyhrožování veřejnému činiteli. V tomto případě se tedy jedná o zvýšenou právní ochranu, kterou dříve zdravotník neměl. Mach (2009) ještě dodává, že se zatím nepodařilo do trestního zákona prosadit, aby i obyčejný útok na zdravotnického pracovníka, který nebude mít následky na zdraví či životě, byl hodnocen stejně, jako např. prostý útok na policistu.

V realizovaném šetření po 3 sestrách bylo mezi fyzickými útoky zaznamenáno házení předměty, kopání a ohrožování předměty. Děsivý případ byl u probandky S6, která vypráví: „*Nejhorší byl klient, který na mou kolegyni a mě vytáhl nůž a chtěl nás napadnout. Byla to noční služba. Pacient měl schizofrenii a myslel si, že jsme mimozemšťani a chceme ho odvést na naši vesmírnou loď. Volaly jsme ochranku i policii. Naštěstí se nikomu nic nestalo.*” Jedna ze sester (S3) uvedla hned dvě formy násilí, které různí klienti použili, a to přímou agresi, kdy ji začal škrtit a zadržovanou instrumentální agresi, když po ní házel kelímky od pití. Jedna ze sester zažila autoagresi u mladého pacienta s autismem. Musela ho držet s několika dalšími sestrami na posteli, dokud se neuklidnil. Vymětal (2015) píše, že autoagrese je naměřená na sebe samého, kdy se může jednat o obviňování sebe samého, klient nese podíl viny na vzniku svého onemocnění nebo zhoršení jeho zdravotního stavu. Jistě nepříjemnou situaci zažila probandka S13,

kteřé chtěl ublížit nepřímó pacient, ale jeho návštěva. Konkrétně se jednalo o romského občana, který chtěl navštívit svou přítelkyni v době zákazu návštěv. Zacharová (2016) uvádí, že se sestry mohou dostat do konfliktu s rodinou nemocných, která se snaží vyžadovat více péče nabížením úplatků, poukazovat na to, aby se chovaly ohleduplně k jejich blízkému člověku a požadují aktivity, které by naopak nemocného poškodily.

Co se týče psychického násilí, i v této oblasti sestry přiznávaly, že se s ním setkaly. Hnilicová et al. (2008) zmiňuje, že psychické násilí je vědomé zneužití moci, stejně tak i vyhrožování fyzickým násilím proti jinému jedinci nebo skupině osob, které může vyústit v újmu na fyzickém, mentálním, duchovním, morálním nebo sociálním vývoji. Zařazuje mezi něj slovní napadání, sexuální obtěžování, bullying/mobbing a výhrůžky. Všechny zkoumané sestry se setkaly s nadávkami nebo urážkami ze strany klienta. Probandka S3 uvádí, že slovní nadávky jsou téměř na denním pořádku. Nejčastěji se klienti probandku snaží ponížít nadávkami, které nejsou pro ni zrovna příjemné. Jedna sestra S10 se cítila v ohrožení života v situaci, kdy se ocitla sama na pokoji. Pacient stál u dveří a křičel na ni různé výhrůžky a nadávky. Další sestrou, co si vyslechla nadávky, byla S13, která řekla, že se pacienti častokrát chovají nenávistně k personálu. To se projevuje nadávkami nebo fyzickými útoky. Bývají to pacienti psychicky labilní. Také jsou to většinou pacienti s návykovým chováním, těžce nemocní, senioři a bývají to, dle probandky, spíše muži. Také Hnilicová et al. (2008) píše, že jedním zdrojem násilného chování jsou problematičtí klienti. Mezi ně patří především pacienti pod vlivem alkoholu nebo drog, psychicky nemocní, aktuálně psychicky narušení, trpící kognitivními poruchami, případně se jedná o agresivní typ osobnosti. Dle probandky S10, je na vině agresivního chování především povaha klienta nebo odvykáci stav. Hnilicová et al. (2008) dále poukazuje na to, že klienti s takovými problémy lehce ztrácejí veškeré zábrany nad svým jednáním. 4 probandky S4, S7, S8 a S12 poukázaly na to, že byly nejdříve pacienti slovně a následně fyzicky agresivní. Sestry se shodují na tom, že skoro vždy předchází slovní narážky před fyzickým napadením.

Následující třetí kategorie měla za cíl zjistit, jak pečují všeobecné sestry o klienta závislého na alkoholu. Většina z dotazovaných sester se k péči vyjadřovala, jako o obtížné, nesnadné a těžké. Např. sestra S4, která pracuje na traumatologii se o tyto klienty nerada stará, protože jsou většinou špinaví, páchnou a jsou agresivní. Nejen, že pečuje o jejich zranění, ale ještě je musí kompletně celé při příjmu umýt. Dále ještě dodává: „*Druhý den si častokrát nic nepamatují, a když jim řeknu, jak se chovali, tak tomu nevěří a někdy se mi ani za své chování neomluví.*” Agresivita u alkoholiků je častá,

zmiňuje Nogová (2008). Člověk je kvůli alkoholu schopný čehokoliv, třeba napadnout zdravotní sestru a poškodit majetek. Většinou mají klienti negativní postoj k léčbě, jsou si jistí, že žádný problém nemají a konzumaci alkoholu mají pod kontrolou, uvádí Nogová (2008). Dále probandka S3, která pracuje na psychiatrickém oddělení, mi sdělila, že jsou pacienti většinou hospitalizováni na oddělení nedobrovolně a alkoholikům musí přizpůsobit komunikaci, protože většinou mají vysoké hladiny amoniaku v krvi.

O nedobrovolné hospitalizaci píše Kožoušek (2005), který uvádí, že Listina základních práv a svobod vymezuje podmínky k převzetí a držení člověka v ústavní zdravotní péči bez jeho souhlasu. Do 24 hodin musí takovéto opatření být hlášeno soudu, který o převzetí rozhodne do 7 dnů. Podle zákona o péči o zdraví lidu lze provádět léčebné a vyšetřovací zákroky i bez souhlasu pacienta. A je-li to třeba, převzít do ústavní péče nemocného má-li známky duševního onemocnění nebo intoxikace ohrožující jeho a okolí. Dvě ze zkoumaných sester S3 a S5 mluvily o komunikaci, která by měla být přizpůsobena pacientovi závislém na alkoholu. Pokud je klient alkoholem intoxikovaný píše Nešpor (2007), chová se v kontaktu s pracovníky nemocnice agresivně nebo jinak nevhodně. Pokud se jedná o takovou situaci, je vhodné zapojit mimoslovní komunikaci a udržovat bezpečnou vzdálenost, mluvit klidným hlasem, tišším hlasem, vyhnout se prudkým gestům, přivolat spolupracovníky při ohrožení. Zavolat policii, pokud se jedná o hrozící násilí a poškození majetku.

Na kategorii péče o alkoholově závislé pacienty navazuje kategorie specifické znalosti sestry o deliriu tremens. Probandka S3 mi sdělila: „*Těsně před napadením jsou klienti neklidní. Většinou v případě deliria tremens bývá nástup agresivity rychlý. Nejdříve pacienti slovně vyhrožují a poté fyzicky napadají.*” Podobně odpovídalo ještě dalších 6 sester S1, S2, S5, S6, S10 a S12. Od odvykacího stavu po alkoholu je třeba odlišit alkoholovou intoxikaci, uvádí Nešpor (2007). Odvykací stav se projevuje alespoň třemi znaky z následujících deseti uváděných: třes jazyka, víček nebo napřažených rukou, pocení, nauzea, dávení nebo zvracení, tachykardie nebo hypertenze, psychomotorický neklid, bolesti hlavy, nespavost, malátnost nebo slabost, přechodně zrakové potíže, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze a křeče. Probandky S1 a S2 poznají už při přijetí klienta do nemocnice, že bude agresivní podle toho, že je to alkoholik, a lze počítat s tím, že za tři dny nastane delirium. V literatuře je uvedeno, že příznaky deliria tremens se obvykle objevují za 24 až 72 hodin po přerušení nadužívání alkoholu, trvají průměrně 4 dny (v rozmezí 1–7 dnů), maximum příznaků bývá kolem třetího dne Stuhlíková (2013).



Početná skupina sester S1, S2, S4, S5, S8, S10 a S12 si myslí, že léky a omezení ve volné pohybu je potřebné u skoro každého klienta v deliriu tremens. Naproti tomu je článek Stuhlíková (2013), který uvádí, že nejpříjemnější je tomuto stavu předejít a hledat u pacientů v anamnéze i v laboratorních odběrech po nadužívání alkoholu. Výhodné je to z toho důvodu, jelikož je delirium tremens silně zatěžující pro pacienta i personál. Poté rizikové klienty zvýšeně sledovat a včas zahájit léčbu při rozvíjejícím se odvykacím stavu. Týmová péče je nezbytná v péči o pacienta s deliriem tremens pro 3 probandky S7, S13 a S14. Jedna z nich S7 zmiňuje, že pacienty s deliriem převážejí na jednotku intenzivní péče. Také Chvala (2007) uvádí, že je nutné neustálé sledování stavu a životních funkcí, u těžkých delirií je nutná trvalá monitorace životních funkcí na jednotce intenzivní péče. Využívat komunikaci přestávají u klientů v deliriu sestra S4, S5 a S14. Např. probandka S5 s komunikací přestává v případě uznání za vhodné absolutní zbytečnost slov. Důležité podle Hermana (2007) je zachování důstojnosti nemocného a vytvoření důvěrné atmosféry. Při správné komunikaci smí klient vyjádřit svůj názor, zdravotníci komunikují srozumitelně bez odborných termínů, sdělení jsou jasná, informace konkrétní a důraz je kladen na sjednocení verbální a neverbální komunikace.

Jak sestry postupují při deescalaci agresivního klienta, na to se zaměřila pátá kategorie. Největší část zkoumaných sester se zaměřují na komunikaci (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S12, S13, S14). Probandka S1 uvedla, že komunikaci bere jako důležitou součást při zklidnění agresivního pacienta. Vždy se snaží klidným hlasem s klienty promlouvat. Pokud křičí a jí uráží, nenechá se vyprovokovat k neetickému chování. Na komunikaci s agresivním chováním se zaměřuje Vymětal (2015), který tyto pacienty řadí do skupiny pacientů s problémovým chováním. Všeobecná sestra by svým tvořivým individuálním přístupem a komunikací měla přispět ke zmírnění jeho starostí. Pokud sestra vedle standardních komunikačních technik bude ovládat i specifika komunikace vztahující se k agresivnímu chování, výrazně tím kladně ovlivní nejen jeho osobnost, ale i kvalitu plnění role komunikátorky. Ve smyslu omezení slovního projevu se přiklonily 2 sestry S7 a S14. Sestra S14 se u agresivního pacienta snaží moc nemluvit, aby pacientovi neřekla něco, co ho ještě víc rozčílí a kvůli čemu by ji mohl napadnout. Spíše naslouchá a ptá se, kvůli čemu je rozzlobený, a pokud to jde, problém vyřeší. Jestliže je klient zmatený, tak to většinou komunikace nespraví a musí se domluvit s lékařem, co mu podat na uklidnění. Podle Pekary (2015, a), ve stresové situaci komunikace koreluje s neverbálními projevy, které naše tělo vysílá. Neverbální komunikaci ovlivňují emoce, tato komunikace je daleko výraznější než slovní obsah. Před rozhněvaným pacientem

není snadné se uklidnit, ale pro řešení konfliktu je to potřebné. Potřeba je uvědomění si, že agrese není namířena na nás, ale na situaci, které jsme součástí. Komunikace je právě vhodným prostředkem, která pacientovi pomůže situaci zvládnout. Další většina sester se přiklání k tomu názoru, že je důležité spolupracovat s lékařem a pokud sestru klient ohrožuje, zavolat mu. Jako v případě sestry S7. Ta řekla, že jí lékař po zavolání sdělil, jak má postupovat dál. Ovšem pokud na to není čas a klient je hodně agresivní, musí ho kurtovat bez indikace lékaře, aby neublížil sobě nebo jí. Podle Zacharové (2009), je vhodné použít osvědčený přístup k agresivnímu pacientovi. Za prvé zjistit, co bylo startovacím momentem neadekvátního chování, pomocí rychlých otázek. Sestra tak získá čas na rozmyšlenou, jak postupovat dál a překvapit pacienta opačnou reakcí, než očekával. Za druhé je možné nereagovat na pacientův hněv, trpělivě si poslechnout příčinu jeho chování a následuje omluva a ujištění, že dojde ke změně k dobrému.

Kategorií „sebeobrana sestry“ se zabývala kategorie číslo 6. Rozdělila jsem jí ještě na dvě podkategorie, ubránit sebe a ubránit klienta před násilím. Nejvíce probandek (S3, S5, S6, S10, S11, S12, S13 a S14) se raději ukryje do bezpečí při hrozícím napadení. Např. probandka S13 která, odejde preventivně z pokoje co nejdříve pro pomoc, když je pacient rozzlobený, nadává a sestra vidí, že má třeba přes sto kilo. Z toho důvodu se cítí v ohrožení. Králová (2005) popisuje fáze cyklu samotného napadení. První je spouštěcí fáze, kterou poznáme podle toho, že se klient chová jinak než obvykle. Druhá fáze se nazývá eskalační, kdy se klient nepřiměřeně soustředí na konkrétní problém, přání a snižuje se pravděpodobnost, že se bude chovat racionálně. Třetí fází je krizová, kdy se snižuje ovládání násilných impulzů, člověk už nereaguje racionálně. Předposlední čtvrtá fáze je uklidnění, při které se chování vrací k základní hladině a poslední pátá fáze je postkrizová deprese. V této fázi je často jedinec vyčerpan, může plakat, mít výčitky a pociťovat lítost. O poslední fázi mluví sestra S10, kdy klienti si po proběhlém agresivním chování většinou údajně nic nepamatují. Někdy ano, ale později se za to stydí a omlouvají se. Zhruba polovina sester (S1, S2, S3, S4, S7, S8, S9 a S13), aby se ubránila, si volá na pomoc ochranku, policii nebo kolegu z okolí.

Co dělat v případě násilného a agresivního chování, radí Pekara (2015, b). Pokud došlo k fyzické hrozbě je sestra oprávněna zavolat službu, která slouží pro ochranu pracovníků nebo policii. Dále může zavolat kolegy na pomoc. Pokud došlo k úchopu zdravotníka pacientem, může použít takovou sebeobranu, která by byla účinná při vymanění se ze sevření. V posledním bodě se Pekara (2013, b) zaměřuje na přípravu k pacifikaci pacienta i při jeho nesouhlasu, kdy je potřeba klienta dvakrát varovat nahlas

a mít k tomu svědky. Jedna ze sester S5 uvedla, že její největší obranou je její profesionální přístup nepodporující příčinu ke vzniku agrese. Vznikne-li, pak rychle ustupovat. Příkrylová (2001) z psychiatrické kliniky radí, pokud jde o lehčí průběh agrese, je vhodné překvapit klienta jiným vzorcem chování, než na jaký je zvyklý. Namísto reagování agresí, která ho ještě více popudí, je lepší projevit porozumění. Při nadměrné agresi je lepší volit heminevrin v intravenózní formě v infuzi. Druhou možností je v perorální formě, píše Příkrylová (2001).

V kategorii sebeobrana sestry je ještě druhá podkategorie, která se týká ubránění pacienta. Naprostá většina si pod ubráněním klienta představuje ochránění jeho zdraví. Např. probandka S4 řekla: „*Pamatuji si, když měl klient centrální žilní katetr a mě nezbyvalo nic jiného než pacienta odpojit od infuze, aby si katetr nevytáhl, čímž by si mohl způsobit silné krvácení.*” Nebo sestra S9 uvedla: „*Měla jsem strach, když byl klient v deliriu a házel po mě všechny možné předměty. Zavolala jsem si na pomoc jinou sestru a snažila jsem se mu odebrat věci, kterými by se mohl zranit.*” Nešpor (2012) uvádí, proč si klienti na zdravotníky stěžují. Popisuje, že je to většinou kvůli faktoru psychologické povahy na straně pacientů a zdravotníků. Mezi ně řadí neochotu, nemožnost klienta vyslechnout, jeho nedostačující informovanost, snahu najít pachatele za nepřízeň osudu a nemožná očekávání. Sestra S1 a S3 si na klienta udělá více času a poskytuje jim zvýšený dohled, hlavně S1 u seniorů, protože je u nich velké riziko pádu.

Ve standardu 004, Péče o neklidného nemocného (2010), je také zmínka o odstranění z okolí klienta všech nebezpečných předmětů a dále je zde uvedeno, že má sestra provést preventivní opatření, která zabrání vzniku úrazu, sebepoškození a ohrožení okolí. Také by měla zajistit cévky, infuze, katetry, znehybnit končetinu, kde kape infuze a zvýšeně klienta sledovat. Jedna z probandek S2 se zaměřila na ochranu klienta před nedůstojným chováním. Sestra mi sdělila, že nerada kurtuje pacienty a snaží se je mít odkurtované co nejdéle, protože nerada zasahuje do jejich práv. Opět je na místě ujasnit jaké podmínky musí být splněny, pokud chce sestra klienta omezit ve volném pohybu. Jsou to intervence, které jsou popsány ve Standardu ošetrovatelské péče 037, omezení pacienta ve volném pohybu. Než tedy nemocného omezíme v pohybu je potřeba zvážit, zda je to poslední krajní možnost řešení.

Pokud ano, je kurtování vhodné. Na místě je také mít dostatečný počet personálu, to v mém šetření také sestry zmiňovaly (S5, S12). Dále podle standardu je potřeba pracovat rychle, bezpečně, organizovaně plánovaně a profesionálně. Pokud není v silách personálu klienta zvládnout, je možné volat Policii ČR. Než je klient kurtován, je mu nabídnuta

možnost omezení bez použití nátlaku. Všeobecná sestra dbá na důstojnost klienta. V průběhu omezování nesmí být používány bolestivé hmaty ani jiné nelidské postupy. V posledním bodě je potřeba kontrolovat pomůcky ke kurtování, zda jsou funkční. Bártlová et al. (2015) považují za důležité v souvislosti s používáním omezovacích prostředků průběžné proškolení a vzdělávání zdravotníků, audity plnění standardů ošetrovatelské péče, aby se zabránilo komplikacím spojeným s užitím restriktivních postupů. Dále využívání těchto prostředků jen v opravdu potřebných a odůvodněných případech.

Poslední kategorie měla za úkol zjistit, co sestry dělají, aby zabránily násilnému chování. Probandky ve většině předvíдалy násilné chování a byly připravené (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S10). Naopak probandka S14 mi řekla, že by to ráda poznala pokaždé, ale někdy je to pro ni složité a uvedla: „*Když jim najednou přeskočí v hlavě a chytanou vás třeba za ruku a zařvou, že chtějí na cigaretu, jako se mi jednou stalo.*” Je nutné, aby zdravotní sestry dovedly rozpoznat příznaky hrozícího konfliktu a věděly, jak mu předcházet, uvedly Szkanderová a Jarošová (2008).

Součástí preventivního chování je rozvážná a klidná komunikace, jež kladně ovlivňuje chování nemocného a nedovolí, aby se z něj stal násilník. Pro 2 sestry (S6 a S13) je důležité neprovokovat klienta svým chováním, např. nevhodnými otázkami a spíše ustupovat, být v klidu a nezapojovat tolik emoce.

Merhautová (2010) zmiňuje, že pracovníci ve zdravotnictví jsou postaveni do náročných situací, a proto je nemocniční prostředí náchylné ke vzniku konfliktů. Pokud toto všechno pochopíme, poté jsou na programu preventivní opatření, která mohou rizika vzniku konfliktních událostí snížit. Pro sestry bylo také důležité najít řešení problému, aby se klient uklidnil a nezačal být agresivní.

Doporučení, co se týče prevence před násilným chování, popisuje Králová (2005), která uvádí, že je potřeba napsat podrobný záznam o průběhu každého násilného jednání nemocného. Záznam slouží k lepšímu poznání a následně tedy pomáhá vnímat varovné signály u klienta. Dále slouží k preventivnímu opatření, např. přítomnost další osoby při jednání. Pozitivní také je, že poskytne cenné informace kolegovi, který přebírá službu. V neposlední řadě jsou cennými informacemi pro nadřízené, kteří mohou podle nich tvořit preventivní opatření a jsou podkladem pro některá řízení, co se týče pacienta, např. stížnost nebo trestní řízení.

Na závěr diskuze lze dodat, že podle Pekary (2015, a), lze potvrdit, že násilí ve zdravotnictví se dotýká nejvíce ošetrovatelství. Proto jsem se zaměřila na toto téma a chtěla zjistit, zda naleznu dostatek sester, které se s násilím setkaly a jaké zkušenosti s agresí měly. Každá ze zkoumaných sester se setkala, jak s fyzickým, tak i psychickým násilím, což jsem nečekala, jelikož jsem nebyla v této tématice orientovaná. Sehnat sestry, které se s nějakým druhem násilí setkaly, nebylo vůbec obtížné. Pozitivní moment ve mne vyvolalo to, že většina probandek měla zájem se dále v této problematice vzdělávat.

## 5 Závěr

Výzkumné šetření kvalitativního charakteru metodou hloubkového rozhovoru bylo zaměřeno na zajištění úloh sester v péči o pacienty s násilným chováním. Předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat chování sester v situaci s agresivním pacientem, zjistit jaké mají dovednosti v prevenci proti násilí a jak se sestra chová, pokud jí hrozí napadení. Objektem výzkumu bylo 14 všeobecných sester pracujících na oddělení psychiatrickém, traumatologickém, gastroenterologickém, ARO a chirurgickém.

Z hloubkových rozhovorů se sestrami, kterým byla zachovaná anonymita, byly zjištěny následující skutečnosti. Co se týče slovního projevu pacientů předtím, než se začali chovat agresivně, uváděly sestry nadávky a urážky, jako nejčastější. Nejvíce uváděné chování klienta před počátkem násilí byl projev neklidu. Všeobecné sestry, které napadl klient, a byly při tom ony samy zraněné, nebo jejich kolegyně, byla celá polovina zkoumaného vzorku. S psychickým násilím se setkala převážná většina probandek. Pacienti jim vyhrožovali a nadávali. Péče o klienty závislé na alkoholu je pro sestry náročná, klienti nespolupracují, chtějí jenom jediné, a to alkohol. Také bylo zmiňováno, že péče je neefektivní, protože se nechtějí léčit. Znalosti probandek o deliriu tremens byly rozsáhlé, kdy polovina dotazovaných sester mi sdělila, že pozná, pokud klienta přijímají, že delirium u nich nastane, a jsou proto připravené. Pro zklidnění takového klienta se sestry vyjadřovaly tak, že je potřeba použít léky nebo pomůcky k omezení ve volném pohybu. Část sester se zaměřila na narušenou komunikaci a část na psychický stav klienta v deliriu.

Dále jsem se zaměřila na to, jak sestry postupují při zklidnění klienta. Velká část dotazovaných sester využívá komunikaci, jako hlavní část deeskalace. Pouze pár sester se komunikaci spíše vyhýbalo, jen z toho důvodu, aby klienta více nerozzlobily. Za významné považovaly sestry přivolání lékaře, aby mohl stav klienta zhodnotit. Část sester poukazovalo na potřebu použití léku a kurtů k omezení ve volném pohybu. Sestry se také vyjadřovaly k tomu, jak se starají o to, aby klienta ochránily, pokud se chová agresivně. Ve výzkumném šetření byly zjištěny různé činnosti, které sestry využívají. Např. klienta ve zvýšené míře pozorují. Pokud jsou v okolí nebezpečné předměty, odstraní je. Musejí klienta kurtovat, aby si neublížil. Popřípadě klienty přemístí na bezpečné místo. Na druhou stranu bylo potřeba prozkoumat, jak brání sebe. Převážná většina se schovala do bezpečí, aby jim nemocný neublížil. Jako další bylo uváděno zavolat lékaře, bezpečnostní službu, anebo byly nucené omezit nemocného v pohybu, aby

sestrám neublížil. Co se týče preventivních opatření proti násilí ze strany pacienta, se probandky shodovaly v tom, že se má agrese klienta předvídat. Další názory byly různého charakteru, jako např. chovat se opatrně v rizikové situaci, neprovokovat klienta k násilí a nezapojovat do rozhovoru emoce.

### **Doporučení pro praxi**

Z výzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry by měly zájem o kurz či seminář týkající se násilí ve zdravotnictví. Doporučuji proto pro praxi plán celodenní odborné konference. Ranní program je zaměřován na přednášky, odpoledne je věnováno workshopu a v pozdní odpoledních hodinách je realizováno praktické cvičení sebeobrany.

## 6 Seznam použité literatury

1. ANGELOVSKI, I., 2004. Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice*. 3(7), 119-123. ISSN 1213-6050.
2. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. *Kontakt*. 2(15), 86-93. ISSN 1212-4117.
3. BLÁHA, K. et al., 2003. Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Brno: IDVPZ. 74 s. ISBN 8070133880.
4. BOHÁČEK, P., 2006. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. 1(8), 33-34. ISSN 1210-0404.
5. CALLAGHAN, P. et al., 2013. Violence in Clinical Psychiatry. Amsterdam: Publisher Kavanah. 488 s. ISBN 978-90-574-0112-1.
6. ČABANOVÁ, B. et al., 2005. Násilí na pracovišti ve zdravotnictví. *Zdravotnictví v ČR*. 8(3), 116-123. ISSN 1213-6050.
7. ČERŇANOVÁ, A., 2012. Komunikačné prostriedky na upokojenie agresívneho pacienta. *Florenc*. 8(2), 20-21. ISSN 1801-464X.
8. DOCKSAI, R., 2013. Lawmakers and hospitals take actions to curb violence against nurses. [online]. Copyright: Nursing Licensure. [cit. 2017-04-27]. <http://www.nursinglicensure.org/articles/workplace-violence.html>
9. DOHNALOVÁ, H., 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnictví a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi*. 8(2), 86-88. ISSN 1214-8687.



10. DOSTÁL, O., 2007. Právní ochrana zdravotníka. *Sestra*.11(7), 10-12. ISSN 1210-0404.
11. FRANZ, S. et al., 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *BioMed Central* [online]. Copyright [cit. 2016-12-23] ISSN: 1472-6963 Dostupné z: <http://1url.cz/utB8F>
12. GILLESPIE, G., 2015. Sisters Face an epidemic of violence at work. [online]. Copyright: Robert Wood Johnson Foundation. [cit. 2017-04-27]. [1url.cz/Itk07](http://1url.cz/Itk07)
13. HAHN, S. et al., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*. [online]. Blackwell Publishing [cit. 2016-12-20] ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20958803>.
14. HAMERNÍKOVÁ, V., 2014. Agresivita vůči zdravotnickému personálu. *Zdravotnictví a medicína*. 14(2), 20-21. ISSN 2336-2987.
15. HARSA, P. et al., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*.13(1), 15-18. ISSN 1213-0508.
16. HÁVA, P., 2004. Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
17. HERMAN, E. et al., 2007. Konziliární psychiatrie. Praha: Galén, 604 s. ISBN 978-807-2624-980.
18. HNILICOVÁ, H. et al., 2008. Násilí jako znepokojující fenomén současného zdravotnictví. *Praktický lékař*. 88(5), 267-271. ISSN 1803-6597.
19. HŐSCHL, C. et al., 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. 895 s. ISBN 82-900130-7-4

20. CHROMÝ, J., 2014. Násilí na pracovišti: charakteristika, rizikové faktory, specifické formy a právní souvislosti. Praha: Wolters Kluwer. 213 s. ISBN 978-80-7478-552-8.
21. CHVAL, J., 2007. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. 8(6), 254-256. ISSN 1213-0508.
22. ILO, ICN, WHO, PSI., Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. 2002. [online]. Geneva: International Labour Office. 35 s. [cit. 2016-12-20] ISBN 92-2-113446-6. Dostupné z: <http://1url.cz/4tBZW>
23. JACOBSON, R., 2014. Epidemic of Violence against Health Care Workers Plagues Hospitals. [online]. Nature America: Scientific American. [cit. 2016-12-27]. Dostupné z: <http://1url.cz/gtpua>
24. KLIMPL, P., 2009. Krizová intervence. *Psychiatrie pro praxi*. 10(5), 235-238. ISSN 1213-0508.
25. KOUKOLÍK, F., 2011. Základy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy III. Agrese a násilní chování. *Praktický lékař*. 91(3), 123-126. ISSN 1801-2434.
26. KOŽOUŠEK, J., 2005. Právní ochrana duševně nemocných ve zdravotní péči. *Medicína pro praxi*. 2, 83-84. ISSN 1214-8687.
27. KRÁLOVÁ, J., 2005. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. 85(4) 230-232. ISSN 1803-6597.
28. KRISTOVÁ, J., 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. 12(8). 23-25. ISSN 1210-0404.
29. LAHODOVÁ, M., 2005. Komunikace základ kvalitní péče. *Urologie pro praxi*. 5(5), 217-218. ISSN 1213-1768.

30. LÁTALOVÁ, K., 2013. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.
31. MACH, J., 2009. Aktuální právní problémy českého lékaře. *Zdravotnictví a právo*. 1(2), 3-7. ISSN 1211-6432.
32. MARKOVÁ, E. et al., 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
33. MERHAUTOVÁ, I., 2010. Násilí na pracovišti. *Sestra*. 20(11), 16-17. ISSN 12-10-0404.
34. MOTZINGOVÁ, G., 2007. Násilí v ošetrovatelství. *Florenc* 3(7), 319-320. ISSN 1801-464X.
35. NAWKA, A., 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 13(2), 69-74. ISSN 1213-0508.
36. Nemocnice České Budějovice a. s., 2012. Standard ošetrovatelské péče, 004. Péče o neklidného nemocného.
37. Nemocnice České Budějovice a. s., 2012. Standard ošetrovatelské péče, 037. Omezení pacienta ve volném pohybu.
38. NEŠPOR, K., 2007. Intoxikace alkoholem. *Praktické lékařství*. 3(4), 156-158. ISSN 0032-6739.
39. NITSCHOVÁ, R., KRÁLOVÁ, J., 2008. Násilí při práci sester v nemocnici. *Sestra*. 8(11), 28-31. ISSN 12-10-0404.
40. NOGOVÁ, S., 2008. Alkoholismus. *Sestra*. 5(8), 30-31. ISSN 12-10-0404.

41. OSAHA.,2015. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. [online]. USA: Department of Labor. 60 s. [cit. 2016-12-20] ISBN neznámé. Dostupné z: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
42. PEKARA, J., 2005(a). Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientů? *Florence*. 10(1-2), 21-23. ISSN 1801-464X.
43. PEKARA, J., 2005(b). Význam komunikace při prevenci násilných incidentů. *Florence*. 10(3), 23-25. ISSN 1801-464X.
44. PEKARA, J., 2013(a). Násilí a české ošetřovatelství. *Florence*. 9(12), 25-27. ISSN 1801-464X.
45. PEKARA, J., 2013(b). Násilí ve zdravotnictví. *Praktický lékař*. 93(6), 264-268. ISSN 1801-2434.
46. PEKARA, J., 2013(c). Odborná studie: Výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků [online]. Praha: Aescup Akademie. Dostupné z <http://1url.cz/ft2g1>
47. PEKARA, J., 2015(a). Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
48. PEKARA, J., 2015(b). Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. 1. Praha: Institut pro postgraduální vzdělávání. 86 s. ISBN 978-80-200-2258-5. 3.
49. PEKARA, J., 2015(c). Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 7(1), 22-23. ISSN 2336-2987.
50. PEKARA, J., TREŠLOVÁ, M., 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 7(2). 187-191. ISSN 1801-0261.

51. PETR, T. et al., 2014. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
52. POKORNÁ, A., 2006. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO. 101 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
53. PŘIKRYLOVÁ, D., 2001. Poruchy chování v interní praxi. *Interní medicína pro praxi*. 3(11), 9-14. ISSN 1212-7299.
54. RAINFORD, C.W. et al., 2015. The Disruptive Force of Lateral Violence in the Health Care Setting. *Journal for Nurse Practitioners*. [online]. USA: Copyright. [cit. 2016-05-29]. ISSN: 1555-4155. Dostupné z: [http://www.npjournals.org/article/S1555-4155\(14\)00688-6/pdf](http://www.npjournals.org/article/S1555-4155(14)00688-6/pdf)
55. SATO, K. et al., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. [online]. Copyright [cit. 2016-01-17] Dostupné z: [1url.cz/StTrT](http://url.cz/StTrT)
56. STAŇKOVÁ, M. et al., 2003. České ošetrovatelství 13, Sestra a pacient, Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 67 s. ISBN 90-7013-388-0.
57. STEVENSON, N. K. et al., 2015, Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *Bio med central nursing*. [online]. London: BioMed Central. [cit. 2016-12-05] ISSN 1472-6955. Dostupné z: [1url.cz/RtTrd](http://url.cz/RtTrd)
58. STUHLÍKOVÁ, M., 2013. Vyjednávání, řešení konfliktů a sebeobrana proti agresivnímu pacientovi. *Zdravotnické fórum*. 13(2), 29-30. ISSN 1804-9664.
59. SZKANDEROVÁ, M., JAROŠOVÁ, D., 2012. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line*. 1(1), 1-9. ISSN 1803-4330.

60. ŠVARC, J., 2003. Princip krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi*. 3(6), 277-279. ISSN 1213-0508.
61. ŠVARC, J., 2008. Omezovací prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 9(5), 243-245. ISSN 1213-0508.
62. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
63. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
64. VEVERA, J. et al., 2002. Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění II. Díl – Neurotransmitery a farmakoterapie. *Psychiatrie pro praxi*. 6(12), 272-276. ISSN 1213-0508.
65. VEVERA, J. et al., 2007. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2(4), 66-71. ISSN 1213-0508.
66. VEVERA, J., ČERNÝ, M., 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi*. 12(2), 69-71. ISSN 1213-0508.
67. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, H., 2003. *České ošetřovatelství 12, Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
68. VŮJTKOVÁ, J., 2007. *Způsoby komunikace lékař – sestra – pacient*. Ostrava: Dům techniky Ostrava. 76 s. ISBN 978-80-02-01881-0.
69. VYMĚTAL, J., 2015. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 1(3), 22-23. ISSN 2336-2987.

70. VYMĚTAL, Š., 2009. Krizová komunikace. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
71. WHITE, J., 2014. Why patient violence happens in hospitals – and how you can stop it. [online]. Copyright: Healthcare business and technology. [cit. 2016-12-27]. Dostupné z: <http://www.healthcarebusinesstech.com/violence-hospitals/>
72. WU, CH.J. et al., 2015. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of occupational of health*. [online]. Japan: Copyright. [cit. 2016-06-01]. ISSN 1348-9585. Dostupné z: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/57/6/57\\_15-0111-OA/\\_html](https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/57/6/57_15-0111-OA/_html)
73. ZACHAROVÁ, E. et al., 2006. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada. 229 s. ISBN: 978-80-247-2068-5.
74. ZACHAROVÁ, E., 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. 11(10), 471. ISSN 1212-7299.
75. ZACHAROVÁ, E., 2016. Změny v prožívání pacienta v průběhu odborného výkonu. *Zdravotnictví a medicína*. 6(16), 22-23. ISSN 1805-2355.
76. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4904. ISSN 1211-1244.
77. Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. 2016. [online]. [cit. 2016-11-28] In: *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48#TopA>
78. ZMEKOVÁ, J., 2003. Deliriózní stavy nealkoholické etiologie. *Psychiatrie pro praxi*. 3(12), 108-111. ISSN 1213-0508.

## 7 Seznam příloh

### Příloha 1 Druhy kurtů



*zdroj: zdravi.euro.cz*



## Příloha 2 Magnetické kurty v lůžku



*zdroj: sestra (zdravi.euro.cz)*

## **ODBORNÁ KONFERENCE**

na téma násilí ve zdravotnictví

### **VÁŽÍME SI SESTER ANEB DOKÁŽEŠ SI PORADIT!**

1. setkání všeobecných sester

Místo konání: České Budějovice, dne 27. 10. 2017

Organizační výbor kongresu: Bc. Andrea Fišerová

Kreditní hodnota akce: 4 kredity

#### **Časový harmonogram:**

8.00-9.00 Registrace

9.00-9.30 občerstvení v 1. patře

#### **I. Blok**

9.30-10.15 Násilí ve zdravotnictví současný stav

10.15-11.00 Kazuistiky z psychiatrického oddělení

11.00-11.45 Možnosti přístupu k násilnému klientovi

11.45-12.45 Oběd formou rautu v budově kongresu na 1. patře

#### **II. Blok**

12.45-13.45 Workshop – pomůcky k omezení klienta ve volném pohybu

#### **III. Blok**

13.45-14.45 Praktický nácvik sebeobrany zdravotníka

14.45-15.10 Coffe break v 1.patře

15.15-16.00 Praktický nácvik komunikačních technik – slovní sebeobrana

16.00-16.45 Dotazy na odborníka v péči o násilné klienty

## **8 Seznam zkratek**

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ČR – Česká republika

EU – Evropská Unie

HDP – hrubý domácí produkt

ICN - Mezinárodní organizace sester

ILO – Mezinárodní organizace práce

Např.- například

OAS – Overt Aggression Scale – škála na posouzení násilného chování

PSI – Mezinárodní odborová centrála pracovníků veřejných služeb

USA – Spojené státy americké

WHO – world health organization – Světová zdravotnická organizace