

# **Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient**

Lenka Vašáková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Vašáková**  
Osobní číslo: **H14598**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury, zmapování současného stavu řešené problematiky.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti agresivity pacientů ve zdravotnickém zařízení.  
Stanovení cílů a příprava metodiky empirické části.  
Realizace průzkumu technikou dotazníku.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.  
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

ČERMÁK, Ivo. Lidská agrese a její souvislosti. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s. 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.

DETTMORE, Diane, Ann KOLANOWSKI a Malaz BOUSTANI. Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. Geriatric Nursing. 2009, 30(1), 8-17. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2008.03.001. ISSN 01974572. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457208000864>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie. 1 vyd. Praha: Grada Publishing. 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. 3. vyd. Praha: Portál. 2015. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Petr Snopek, DiS.**

Ústav zdravotnických věd

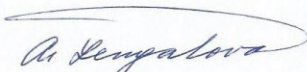
Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

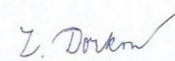
Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

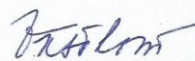
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 10. 2. 2017



*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Cílem mé bakalářské práce je zmapování chování agresivních pacientů ve zdravotnických zařízeních. Je členěna do dvou částí a to na část teoretickou a empirickou.

Teoretický úsek práce je věnován podrobnému definování agrese a agresivity, dále se zaměřuji na stres ve zdravotnických profesích, komunikaci s agresivním pacientem a závěrem se zabývám možnostmi řešení zvládnání agresivních pacientů.

V empirické části práce je použita kvantitativní metoda pomocí strukturovaného dotazníku. Dotazníkové šetření bylo provedeno na vybraných pracovištích chirurgických a interních oborů.

Klíčová slova: agresivní pacient, agresivita, stres, komunikace, omezovací prostředky

## **ABSTRACT**

The aim of this thesis is to analyse aggressive patients' behaviour in selected health care institutions. The paper is divided into two parts – a theoretical part and a practical one.

The theoretical part is devoted to problems concerning aggression, furthermore, it is focused on stress in health care professions and communicating with aggressive patients. Several possibilities of dealing with such patients are mentioned in the end of this section.

A quantitative method using questionnaires is utilized in the practical part. The research was implemented on selected Medical and Surgical Wards.

Keywords: aggressive patient, aggression, stress, communication, restrictive means

Děkuji PhDr. Petru Snopkovi, DiS. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, čas, vstřícnost a velmi trpělivý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem vrchním i staničním sestřám a především respondentům, kteří se byli ochotni zúčastnit dotazníkového šetření.

Děkuji také své rodině za trpělivost, podporu a pomoc při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 OPERACIONALIZACE ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>	<b>12</b>
1.1 SOUČASNÝ STAV ŘEŠENÉ PROBLEMATIKY .....	13
<b>2 AGRESE.....</b>	<b>14</b>
2.1 TEORIE AGRESE .....	15
2.2 STUPNĚ AGRESE .....	15
2.3 TYPY AGRESE .....	16
<b>3 AGRESIVITA.....</b>	<b>18</b>
3.1 PŘÍČINY AGRESIVITY .....	19
3.1.1 Biologické příčiny agresivity .....	19
3.1.2 Sociální faktory agresivity .....	19
<b>4 STRES VE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍCH JAKO PŘÍČINA AGRESE.....</b>	<b>21</b>
<b>5 ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA.....</b>	<b>25</b>
5.1 AGRESIVNÍ PACIENT .....	25
5.2 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM .....	26
5.2.1 Agresivní pacient v přednemocniční péči .....	26
5.2.2 Agresivní pacient na klinickém oddělení .....	29
5.2.3 Agresivní pacient na psychiatrickém oddělení.....	31
5.3 NEVERBÁLNÍ A VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	34
5.4 NEFARMAKOLOGICKÉ PROSTŘEDKY KE ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY .....	34
5.5 FARMAKOLOGICKÉ PROSTŘEDKY KE ZVLÁDÁNÍ AGRESIVITY .....	35
<b>6 PRÁVNÍ ASPEKTY V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>37</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>7 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>39</b>
7.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	39
7.2 SBĚR DAT .....	39
7.3 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	39
7.4 LIMITY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	40
<b>8 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT.....</b>	<b>41</b>
<b>9 DISKUZE .....</b>	<b>63</b>
<b>10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>66</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
<b>11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>



## ÚVOD

*„Život se podobá zápasu.*

*Musíš pevně stát a bez zakolísání přijímat nečekané rány.“*

*(Marcus Aurelius)*

Současná „moderní doba“ je poznamenána vzestupem stresu, který ovlivňuje psychiku člověka a meziosobní vztahy. Dochází ke zvýšenému výskytu násilí, agresivity a brutality. Každá agrese a násilí je projevem slabosti a neschopnosti řešit negativní situaci s úctou k člověku a jeho okolí. Agresivní chování, jako důsledek celkové situace se ve společnosti stává fenoménem, který v případě, že mu nebude věnována dostatečná pozornost, může vyústit až k tragickým následkům.

Lidé více řeší své problémy pomocí násilí, důkazem toho jsou přesycená média zprávami o násilných činech, která na tento jev stále více upozorňují, a není výjimkou, že agresivní jednání zasahuje do oblasti zdravotnictví.

Negativní důsledky agresivního jednání se mohou odrážet na poskytování zdravotních služeb a snižovat tak kvalitu poskytované péče. Proto je oblast zdravotnictví jakýmsi modelem, na kterém se dá poukázat, jak nárůst agresivního chování může negativně ovlivňovat samotnou činnost zdravotnických zařízení, a proto je nutné preventivně připravovat personál na eventuální zvládnání krizových situací.

Zvládnání agresivního jednání u pacienta je pro sestry velmi náročné, stresující a vyžaduje i určitou úroveň znalostí a dovedností. Při dlouhotrvajícím opakujícím se stresu, který je spojen s ošetřováním agresivního pacienta, mohou negativní vlivy vést u sester k různým psychickým poruchám a fyzickým onemocněním. Nezřídka dochází k syndromu vyhoření nebo dokonce odchodu z profese.

Relevantní studie v České republice k dané problematice doposud chyběla. Ta byla v období 2012-2015 provedena fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pro výzkum byla zvolena kombinace kvantitativního výzkumu a kvalitativní studie hloubkovými rozhovory. Soubor tvořil téměř devět stovek respondentů ze všech zdravotnických kategorií. Výzkum potvrdil, že nejčastějším terčem násilí se stávají všeobecné sestry a je to dáno tím, že na rozdíl od jiných profesí tráví s pacienty nejvíce času (Zdravotnický deník, 2016).

Mojí motivací pro výběr tématu bakalářské práce je velká aktuálnost problematiky agresivních pacientů v klinické praxi a osobní zkušenost s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům s agresivním chováním.

Věřím, že bakalářská práce bude přínosem jak respondentům pro výkon jejich další profese, tak i managementu nemocnice, který podle výsledků výzkumného šetření může podniknout další opatření vedoucí k vytvoření bezpečného pracovního prostředí pro poskytování léčebné a ošetrovatelské péče a pro eliminaci výskytu negativních jevů spojených s agresí u ošetřovaných pacientů na jednotlivých pracovištích.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OPERACIONALIZACE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

**Neklid** je stav zvýšené pohybové aktivity, jenž může přecházet od mírných podob, k nimž patří zvýšená gestikulace, přešlapování nebo podupávání až po značný celkový neklid, kdy konkrétní osoba zmatečně pobíhá a aktivním způsobem zasahuje do okolí (Chval, 2008, s. 164).

**Hněv** je možné charakterizovat jako specifickou silnou emoční reakci na frustraci či urážku (Hartl, Hartlová 2015, s. 191). Obvykle se udává, že předchází samotnému projevu agrese. Jeho příčinou může být kupříkladu ponížení, osobní urážka, případně nějaká forma ohrožení vlastního sebepojetí. Toto samé platí i pro situace, kdy se výše zmíněné dotýká nějaké osoby, na níž dotyčným člověku záleží (Vymětal, 2003, s. 257).

Z pohledu intenzity je nejsilnějším projevem afekt zuřivosti, nejslabší je pak zpravidla krátkodobé rozčilení. Hněv je symptomem toho, že se události vyvíjejí jinak, než očekáváme a jistá situace je v rozporu s naším očekáváním a přáním. Je možné mu rozumět jako varovnému signálu pro existenci problému, jenž by měl být včas řešen. Z tohoto pohledu je možné chápat hněv jako kladný stav emocí, jenž pro nás může být i užitečný. Na druhou stranu nahromaděný hněv má obvykle za důsledek reakci, jež má destruktivní povahu a je charakteristická pro projevy agresivního chování (Žitný, 2008, s. 9).

**Afektem** se rozumí silný, ale krátce probíhající stav, jenž je doprovázený reakcemi, mimickými a pantomimickými projevy. Rozlišuje se afekt stenický, jenž je příznačný zrychleným dýcháním a tepem, dále i zčervenáním, dále potom afekt astenický, který se naopak projevuje zpomaleným tepem a dechem a zblednutím (Hartl, Hartlová, 2015, s. 19).

**Agitovanost** můžeme chápat jako nepřiměřenou, bezcílnou motorickou verbální i neverbální aktivitu, která pacientovi i jeho rodině zapříčiňuje závažné problémy. V těžších formách má agitovanost za následek extrémní osobní utrpení pacienta i jeho násilné destruktivní chování (Trčková, Tittlbach, Pospíšil, 2006, s. 69). Jinými slovy můžeme tento termín popsat jako roztěkanost, doprovázenou pohybovým neklidem. Ten může vést až k neúčelnému chování a zároveň může být spojen s afektivními výbuchy (Hartl, Hartlová, 2015, s. 21).

**Násilí** (violence) bývá často z agrese vyčleňováno a je *definováno jako záměrný pokus fyzicky někomu ublížit* (Čermák, 1998, s. 12).

### 1.1 Současný stav řešené problematiky

Agrese a násilí se rozhodně nevyhýbá i jiným zahraničním zemím. Výzkumy, které jsou celosvětově prováděny, dokazují, že například na urgentních příjmech v USA je násilí velkým problémem. Je zde ohroženo zdraví, vztahy i bezpečnost pacientů. V palestinských nemocnicích výzkum ukázal, že se sestry na pracovištích setkávají se slovním násilím, fyzickým napadením, ale také se sexuálním obtěžováním. Ve fakultní nemocnici v Teheránu jsou nejčastějšími průvodci agrese příbuzní pacientů. V pákistánské nemocnici byla k fyzickým útokům použita zbraň. Urgentní příjem v Londýně, podle britské studie uvádí, že téměř 90 % respondentů je napadených slovně i fyzicky a dochází zde i k poškození nemocničního vybavení. Švýcarská nemocnice zaznamenala výskyt fyzického i slovního násilí ve většině případů samotnými pacienty. Nejčastěji jsou tomuto násilí vystaveny porodní asistentky a všeobecné sestry. Na texaské pohotovosti převládá agrese na zdravotnický personál, který je páchán muži bílé pleti na pokojích pacientů. Mezi projevy agrese patří škrábání, kousání, kopání a házení předmětů. V nemocnicích na Novém Zélandu se objevují hrozby, verbální i fyzické násilí a psychické útoky. Některá napadení končí i soudními spory. Čínský výzkum, který probíhal jak ve státních nemocnicích, tak v soukromých, zjistil, se sklon k násilí mají častěji muži než ženy. Agrese se projevuje na denních službách v kancelářích, ambulancích, na odděleních, pokojích a na pohotovostech (Rozkydalová, 2014).

V České republice není problému násilí věnována dostatečná pozornost. V nemocnicích v Ostravě a v Třinci se například setká se slovní agresí až 90 % sester. Nejčastějšími projevy jsou nadávky, výhrůžky a křik. Na Slovensku také chybí výzkumy a projekty k této problematice (Rozkydalová, 2014, s. 15).

## 2 AGRESE

O problematice agrese a násilí existuje poměrně bohatá literatura. Jak už tomu v takových případech bývá, tato kvantita vede k tomu, že se od sebe jednotlivé definice poněkud různí. Zásadní rozpor pramení především z úhlu pohledu. K. Lorenz, jenž tvrdil, že agresivita je spontánní pudová tendence, kdežto s nástupem behaviorismu začaly být příčiny agresivity objeveny hlavně v okolí člověka. J. Dollard je kupříkladu autorem teorie, že agresivita je reakcí na frustraci (Fischer, Škoda, 2009, s. 46).

Agresí se rozumí násilné jednání, nepřátelství i útočnost směrem k nějakému objektu s cílem mu ublížit nebo ho přinutit k tomu, aby vyhověl. Sociokulturní tradice pracují s různou mírou tolerance a jsou v každém státě jiné. Co je někde hodnoceno jako násilné porušení práv, jinde je chápáno jako asertivní jednání, jestliže konkrétní osoba prosazuje svoje názory a práva v souladu s tamními platnými zákony (Martínek, 2009).

V literárních zdrojích je možné se setkat s celou řadou definic agresivity i agrese, přičemž se liší hlavně s ohledem na oborovou orientaci daného autora. Hlavně v minulosti se názory na agresi značně lišily, vzorem může být Berkowitz, jenž soudil, že agresi můžeme rozumět jako základu intelektuálního vývoje člověka, jenž směřuje k získání vlastní hrdosti a nezávislosti. Richard B. Felson pro změnu chápal agresi primárně jako donucovací prostředek jednání, jenž sleduje především cíl získání moci nad druhým člověkem. Valzelli se zase domníval, že agrese má v životě jedince kladnou funkci, protože směřuje k zachování vlastního druhu a mimo predátorské aktivity není jejím cílem destrukce soupeře (Čermák, 1998, s. 9).

Z českých odborníků Jan Poněšický (2010) rozumí agresi jako „*odpovědi na frustraci potřeby sounáležitosti, vztahovosti, spolupráce a životní orientace, která má příčinu v současném civilizačním procesu.*“ Klára Látalová (2013, s. 16) proti tomu soudí, že „*agrese je zjevná a chování je záměrné.*“

Z výše uvedeného je možné vyvodit, že agrese působí na chování jedince v celém procesu vývoje lidské populace. Kdežto na počátku lidských dějin ji lze považovat za kladnou, protože byla nutnou premisou pro přežití i získání převahy nad zbytkem živočišné říše, v souvislosti s rozvojem lidské inteligence se posléze stále častěji obracela i vůči jedincům a skupinám vlastního druhu, a to pod rozličnými cíli i směry. Takové jednání v důsledku přinášelo výhody pro agresory.

## 2.1 Teorie agrese

Jednou z nejrozšířenějších teorií agrese je Freudova. Tento význačný psychoanalytik na sklonku svého života soudil, že lidé čerpají hlavně ze dvou hlavních zdrojů lidské energie, jimiž jsou libido (životodárné a usilující o rozkoš) a thanatos (destruktivní instinkt smrti). Ve Freudově teorii byl pud agrese viděn jako základní a spojený s pudem smrti (Burda, 2014). Typickým znakem pro agresi je zaměření na ničení okolí, ale může se zaměřit i sám proti vlastní osobě (Krahulcová, 2009, s. 18).

Lorenzova teorie potom pracuje s tím, že agrese je především důsledkem vrozených genetických faktorů, jež zapříčiňují automatické nepřátelské reakce cílené proti druhým. Tento systém se opírá o množství energie, jež se v jednotlivci kumuluje, až nakonec dojde k jejímu spuštění (Krahulcová, 2009, s. 18).

Buss a Loew se potom proti této Lorenzově teorii vymezili, když z jejich pokusů vyplynulo, že opakovaná agresivita může agresivitu ještě více vystupňovat. Dokonce je možné mluvit až o touze po násilí (Krahulcová, 2009, s. 18).

## 2.2 Stupně agrese

V odborné literatuře jsou běžně zmiňovány tři stupně agrese, a to hostilita, verbální agrese a brachiální agrese.

**Hostilitou** se rozumí nepřátelský postoj, kdy dotyčná osoba jasně projevuje svoje antipatie. Nepřátelské ladění může směřovat k světu i její vlastní osobě. Hostilita je často zapříčiněna žárlivostí, duševní poruchou nebo závistí. Hostilní člověk jedná nepřátelsky, i když jej nikdo neprovokuje. Hostilita je spojena s mnoha zdravotními riziky a lze ji hodnotit celou řadou psychologických testů a pomocí škál (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

**Verbální agrese** představuje druhý stupeň agrese a obvykle se objevuje především u žen. Dělí se na přímou, nepřímou, pasivní a ideatorní. Přímá spočívá v urážkách a nadávkách, k nepřímé je možné zařadit psaní dopisů a různé telefonáty, jestliže tyto nadávky probíhají pouze v představách, jde o rovinu ideatorní. Pasivní agresí se rozumí reakce na nesplnění nějaké povinnosti, když dotyčný přestane odpovídat, mluvit, tváří se uraženě a odvrací pohled.

**Brachiální agrese** je nejzávažnějším druhem agrese, přičemž jde o agresi fyzickou, jež může být zaměřena na živé bytosti, ale také věci. Tento typ agrese se ještě dále dělí na

autoagresi a heteroagresi. Autoagresí je vážná forma násilí, která je zaměřená na sebe (Burda, 2014). Jedná se o různé druhy sebepoškozování, které mohou mít lehčí projevy, ale také někdy vyústí až v sebevraždu. Heteroagrese je potom směřována k druhým osobám (Venglářová, Mahrová, 2006).

Sebepoškozování se může dít jednorázově nebo opakovaně, když si člověk úmyslně poškozují svoje zdraví. V odborné literatuře se rozlišuje patické sebepoškozování, jež se děje v důsledku duševní poruchy, a dále biické, k němuž dochází s cílem dosáhnout zisku, výhody nebo úniku z konkrétní situace (Orel, 2012).

Edelsberger (2000) ve své práci rozlišil čtyři stupně agresivity, a to agresi bez vnějších projevů, agresi, jež se projeví navenek, agresi projevující se destruktivním chováním a fyzické napadení druhé osoby. První z nich je společensky nejméně závadná, protože se uskutečňuje pouze v myšlenkách jedince, může být ale zrádná a proměňovat se ve vyšší stupeň agresivity. Projevem agrese, jež se projeví navenek, může být verbální agrese, která má výraz v nadávkách, posměscích a výhrůžkách. Třetí stupeň agrese projevující se destruktivním chováním má své symptomy v agresi směrem k předmětům, kdy příkladem může být destrukce okolního prostředí. Konečně čtvrtou etapou je fyzické napadení druhé osoby, což je nejtěžší stupeň agresivity, kdy jedinec ohrožuje zdraví dalšího člověka.

### 2.3 Typy agrese

Agrese také sestává z pestrého spektra projevů. Vždy jde především o to, co chce badatel nebo diagnostik zdůraznit, především se pak jedná o to, k jaké teorii se hlásí. Agrese může být rozuměna jako násilné porušení práv jiného člověka, jako ofenzivní jednání nebo procedura, ale rovněž i jako asertivní jednání. Někdy je chápána i jako komponenta normálního chování, jež je v jistých podnětových souvislostech a ve formách zaměřených na cíl uvolněna s cílem uspokojit vitální potřeby nebo překonat ohrožení fyzické nebo psychické integrity. Tato kladná funkce agrese má za cíl posloužit ochraně jedince jako druhů a s výjimkou predátorské aktivity necílí ke zničení soupeře (Čermák, 1998, s. 9).

Všeobecně platná definice agresivity tedy neexistuje. Z pohledu sociální patologie je možné hovořit o porušení sociálních norem, což je třeba chování omezující práva a narušující integritu sociálního okolí. Agresivita je označením pro tendenci k útočnému a násilnému jednání směrem k druhé osobě nebo okolí. Agrese je potom reálným projevem tohoto jednání (Fischer, Škoda, 2009, s. 46).



Rozlišuje se hned několik typů agrese. Z nejznámějších je možné zmínit ideologickou, predátorní, impulsivní, afektivní, pseudoorganickou a organickou.

U **ideologické agrese** obvykle není jejím cílem nějaký hmotný zisk, patří sem mimo jiné řádění fotbalových fanoušků. **Predátorní agrese** v sobě nese pomstychtivost i příjemné pocity z ubližování, když dochází k plánování násilí dopředu. Predátorní agresi je možné často zaznamenat kupříkladu u psychiatrických pacientů. **Impulsivní agrese** vzniká bez nějakého plánování nebo vidiny hmotného zisku. Stojí za ní pudy a instinkty v podvědomí. Jde o častý druh agrese hlavně u diagnózy demence. Dochází k agresivním projevům vzhledem k blízkým i personálu, jenž věnuje nemocnému péči. Zde je za vztekem třeba hledat hlavně hledání způsobu, jak se je možné vypořádat s pocity zmatenosti a úzkosti než nějaký cíl někomu ublížit (Krahulcová, s. 19-20).

**Afektivní agresi** je možné sledovat u osob, které se nechají lehce vyprovokovat. Patří k ní hlasové projevy, útoky i obranné postoje. **Pseudoorganická agrese** je spojena se špatným socioekonomickým stavem, přičemž charakteristický je pro ni strach, rozrušenost, zmatenost a tělesná nebo emoční labilita. S tímto druhem agrese se lze setkat často u bezdomovců. Konečně **organická agrese** bývá dávana na vrub mozkové nebo systémové nemoci, již lze diagnostikovat samostatně. Vede k neschopnosti kontrolovat své jednání i ke sklonům k impulsivitě (Musil, 2006).

### 3 AGRESIVITA

S přihlédnutím k motivaci se běžně hovoří o čtyřech druzích agrese, a to o instrumentální, samoučelné, důsledku afektu a konečně reaktivní. **Instrumentální agresivita** se vyznačuje tím, že jedinec se snaží prostřednictvím agrese dosáhnout nějakého cíle a agrese je mu v tom prostředkem. Jedinec imituje druhé a snaží se opakovat učením osvojenou taktiku, která je u něho díky zkušenostem z minulosti spojena s dosažením konkrétního cíle. Typickým příkladem jsou vývojově podmíněné agresivní projevy dětí (Vymětal, 2003, s. 259). Klára Látalová (2013, s. 19) říká, že „*je to plánovaný čin, spáchaný s cílem uspokojit potřebu.*“

**Agresivita samoučelná** je specifickým typem agrese, který přináší jedinci požitky sám o sobě. Může si jejím prostřednictvím kupříkladu zvyšovat sebevědomí. Samoučelná agresivita je významným povahovým rysem a motivací jsou potom subjektivní potřeby jedince. Jako velmi nebezpečná se jeví hlavně v okamžiku, kdy se potřebou agresora stává potěšení z fyzického a psychického utrpení druhých (Vymětal, 2003, s. 259).

S agresivitou jako **důsledkem afektu** se je nejčastěji možné setkat u jedinců, kteří jsou sebevědomí a orientovaní na sebe. Často tímto způsobem reagují na chování, které chápou jako osobní ponížení. Afekt může vyústit až v agresivní jednání, přičemž jedinec posléze trpí amnézií. Konečně **reaktivní agresivita** je rozuměna jako ohrožení vitálních potřeb nebo fyzické integrity. Její příčinou se tedy stává fyzická nebo psychická bolest. Sleduje pak cíl, jímž je odstranění pramene bolesti (Vymětal, 2003, s. 260).

Optikou sociální patologie se tato klasifikace rozšiřuje o zlostnou a spontánní agresivitu, jež jsou rozděleny podle stupně nežádoucího chování směrem k společnosti. Jde o zlostnou a spontánní agresivitu. Zlostnou agresivitu je možné vymezit jako reaktivní formu agresivního chování, kdy se může jednat o projev nevole. V daném případě jde jen o velmi málo zaměřené jednání z pohledu cíle. Projevem je spíše impulsivní výraz afektu s minimální nebezpečností. Jestliže se však jedná o odplatu, která je také reaktivní, lze již hovořit o jednání, které je společensky nebezpečné. Řadí se sem projevy zášti a nenávisti i cílené působení bolesti. U spontánní agresivity není míra reaktivity spolehlivě prozkoumána. Patologií je bezesporu agresivní chování, kdy způsobení bolesti přináší subjektu emocionální uspokojení a uspokojení potřeb, někdy takových, jež jsou abnormální a patologické (Fischer, Škoda, 2009, s. 47-48).

### 3.1 Příčiny agresivity

Fischer se Škodou (2009, s. 50) hovoří o vrozených (biologických) a získaných (sociálních) příčinách, které vedou k agresivnímu jednání. U každého člověka je možné sledovat vrozené dispozice k agresivitě, podobně je to i u jiných vrozených předpokladů. Dispozice k agresivitě jsou v populaci rozloženy rovnoměrným způsobem. Největší podíl osob má k agresivnímu chování předpoklady průměrné, extrémní varianty se vyskytují poměrně výjimečně. Tyto vrozené dispozice jsou charakterizovány jako nutné k chránění vlastního teritoria a jsou rovněž potřebné k produkci společenské hierarchie.

#### 3.1.1 Biologické příčiny agresivity

Významným biologickým faktorem, jenž má spojitost s vyšším sklonem k agresivitě u mužů je hladina testosteronu. Vysoká hladina testosteronu má podle výzkumů spojitost s protispolečenským chováním, ale nesouvisí se sociální úspěšností a dosažením úspěchu. Tyto částečně odkazují k pudové podstatě a odkazují na teorii agrese podle Freuda. Biologické předpoklady k agresivitě také mohou souviset s proměnou ve struktuře nebo funkci CNS, nejde jen o genetickou podmíněnost. Vyšší sklon k agresivnímu jednání může mít spojitost i s úrazem nebo onemocněním. Jako útočnější a agresivnější jsou označovány osoby s poškozením kůry čelních laloků. Předpokládá se rovněž, že vyšší pohotovost k agresivnímu reagování a jednání je spojena s dysfunkcí serotoninergního systému (Fischer, Škoda, 2009, s. 50-51).

K biologickým faktorům by bylo možné zařadit i dědičnost, kdy má každý člověk jisté dispozice k agresivnímu chování, jež slouží k obraně vlastního teritoria a vytvoření sociálního postavení (Vágnerová, 2004).

#### 3.1.2 Sociální faktory agresivity

Tendence k agresivnímu chování se rozvíjejí i zásluhou sociálních faktorů, především sociálním učením. K získání i rozvíjení vzorců agresivního chování se mlže u jedince dospět i v rámci působení rodiny i jiných sociálních skupin, mezi které patří spoluvrstevnické party, sportovní kluby, armáda a další. Důležitý je také vliv společnosti a celého jejího systému. Zde jde o důsledek vlivu médií, politického působení i vlivu rozličných ideologií (Fischer, Škoda, 2009, s. 50-51).

Agresivita má často svůj původ v nesprávných výchovných postupech v rámci rodiny. Aby vývoj člověka probíhal pokud možno bez výraznějších potíží a bylo dosaženo harmonie,

je nutné odpovídajícím způsobem uspokojovat základní vývojové potřeby. Ty vycházejí ze základních funkcí rodiny, jež by měla uspokojovat. Jde o potřebu místa, potřebu podpory, potřebu bezpečí, potřebu péče a potřebu limitu. Negativně působit na vývoj člověka již od dětství může také rodina se špatnými vztahy mezi jednotlivci, kde si takové vzorce chování dítě osvojuje a vidí je jako přirozené. K rozvoji agresivity může přispět rovněž neúplná rodina, protože absence jednoho z rodičů může v dítěti vyvolat pocit nejistoty nebo potřebu se nějak zviditelnit. Všechny tyto pocity mohou vést ke zvýšení rizika agresivního chování (Martínek, 2009).

Odras rodinného prostředí se následně ukáže i v další společenské skupině, kterou představuje škola. Zde jsou totiž pravidla chování dána školním řádem a dítě, které přijde z prostředí, v němž nemělo vymezeny hranice pro své chování, může mít problémy tato pravidla akceptovat. Děti, které procházejí volnou výchovou, mají dojem, že všechno smí a agrese směrem k druhým je pro ně přirozenou formou sebeprosazování. To si pochopitelně nesou s sebou dál i do dalšího života (Martínek, 2009).

## 4 STRES VE ZDRAVOTNICKÝCH PROFESÍCH JAKO PŘÍČINA AGRESE

Pro zdravotnické profese je typická značná odpovědnost, neustálá připravenost k pracovní činnosti, nejistý výsledek této pracovní činnosti, malá nebo vůbec žádná zpětná vazba, směnný provoz, nepředvídatelnost pracovní činnosti bez ohledu na biorytmy, situační tlaky, práce s jinými lidmi v akutním stresu, atd. Nejvyšší riziko těmto pracovníkům ale hrozí při kombinaci vysokých nároků a nízké autonomie, kdy nemá jedinec možnost o tom, aby sám rozhodoval o tempu své práce, o její povaze a individuálních podmínkách dané pracovní činnosti. Takové tempo má totiž následně negativní dopad na osobní i pracovní život jednotlivce a může vést až ke zhoršení či zničení vzájemných vztahů s jeho nejbližšími i spolupracovníky (Kebza, Šolcová, 2003).

Na zdravotníky jsou přitom kladeny z pohledu společnosti i pacientů vysoké nároky na stabilní a především neselhávající výkonnost. Na lékaře tak doléhá při každodenní práci stres z toho, aby neudělal chybu, jelikož ta by mohla vést k vážným důsledkům, v některých případech i k nevratným. Lékař dále neustále vnímá pocit, že úsilí není adekvátní nízkému výslednému efektu. Všechny tyto možnosti následně vedou u lékařů a ostatních zdravotníků ke vzniku syndromu vyhoření. Jeho projevy jsou poté u nich pozorovatelné z hlediska chování, které se proměňuje jak ve vztahu k samotným pacientům či spolupracovníkům, ale také v rodinném prostředí. Pracovník se syndromem vyhoření je poté apatický, cynický, podrážděný, necitlivý k pacientům a jeho sociální komunikace se stává do značné míry omezenou. V psychické úrovni prožívání se následně dostávají pocity beznaděje, bezmoci, ztráty iluzí, úzkosti, pocitů viny či selhání, v některých případech dochází dokonce až ke ztrátě sebedůvěry. Takový pracovník není oblíben ani pacienty, kterým připadá, že se k nim nechová s dostatečnými ohledy a zájmem, ale zhoršují se i jeho vztahy doma. Není schopen fungovat v rámci rodiny jako dosud, nezastává roli, která mu v ní příslušela, což vede ke vzniku celé řady problémů (Kebza, 2005).

Zdravotnický pracovník musí každý den vykonávat odbornou, fyzicky i psychicky náročnou práci, která v sobě nese i značnou míru zodpovědnosti a potřeby. Tyto osoby se musejí každý den setkávat s postiženými osobami, které potřebují jejich pomoc, ať již na místě nehody či následně ve zdravotnických zařízeních, kdy se jejich záchraně musejí

věnovat profesionální lékaři. Všichni zdravotničtí pracovníci jsou denně vystavováni neskutečně vysoké zátěži, která není způsobena jen samotnou nebezpečnou situací, jako je například účast u havárií, náhlých porodů či trestných činů, ale v mnoha případech také rodinnými příslušníky, jejichž účast a obrovský strach mohou ve většině případu pacientovi spíše uškodit než pomoci (Sihelská, 2007).

U pracovníků zdravotnické záchranné služby je přesně vymezen charakter jejich práce, jenž se v mnoha ohledech liší od charakteru práce zaměstnanců zdravotnických organizací. Zdravotnický pracovník totiž nese za pacienta vysokou zodpovědnost, jsou na něj kladeny velké nároky na schopnost rozhodovat se, musí se prakticky denně účastnit vyhocených situací, nachází se u něj malá autonomie pracovního procesu, musí dokázat potlačit veškeré emoce na místě události nebo nehody, musí se také vypořádat s nerovnoměrným rozložením pracovního výkonu v době služby, musí být prakticky kdykoli připraven na to, aby mohl lidem zachraňovat život, ale také musí umět čelit agresivitě některých pacientů nebo jejich příbuzných, alespoň do chvíle, než se jim je podaří uklidnit (Šeblová, 2007).

Zdravotničtí pracovníci se tak setkávají prakticky každý den s více či méně intenzivní zátěží, která na ně pochopitelně nějak působí. Tato zátěž je ale naprosto rozdílná od jiných profesí, jelikož se zdravotníci musejí setkávat s tabuizovanými oblastmi lidské existence, jako je bolest, smrt, tělní dutiny či tekutiny, atd., ve většině případů se také musí setkávat s emočně negativními stavy pacientů. Pracovníci nesou vysokou odpovědnost za cizí lidské životy, musí se také umět rozhodovat v extrémně náročných situacích či se umět vyrovnat s nepříznivými fyzikálními faktory, mezi které je možné řadit například hluk, prach, kouř, déšť, záplavy, atd. (Hoskovcová, 2009).

Existuje naštěstí celá řada faktorů, které mohou zdravotnickým pracovníkům pomoci vyrovnat se s náročností své profese. Mezi tyto faktory proto patří například nadprůměrná informovanost o zdraví a jeho ochraně, znalost toho, kde mohou v případě potřeby hledat pomoc, pocit smysluplnosti a zaujetí, vysoká inteligence a vzdělání, ale též společenská prestiž (Kebza, 2005).

U záchranářů se může často objevit stres, který se může proměnit až do podoby posttraumatické reakce na zátěž. Podle Hoskovcové (2009) patří mezi základní projevy tohoto opakovaně prožívaného stresu vracení se v myšlenkách k tíživé situaci, nepříjemné sny, vyhýbání se takovým situacím, které mohou jedinci připomínat celou

traumatizující situaci, neschopnost vzpomenout si na důležité části zásahu, poruchy spánku, podrážděnost, problémy s udržením pozornosti či přehnané úzkostné reakce, které nejsou přiměřené dané situaci.

Na základě výsledků studie Šeblové (2007), která se zaměřovala na zátěž a stres pracovníků záchranných služeb, je možné mezi hlavní stresory záchranné profese řadit resuscitaci, v horším případě také smrt dítěte nebo hromadné dopravní nehody. Podobných stresorů je ale celá řada. Mezi jinými například čekání na výjezd, zodpovědnost, nemožnost konzultace, atd. Stejně tak byla studie zaměřena i na pozitiva této profese, kde byla zmíněna například pomoc lidem a záchrana života nebo zdraví, zajímavost a pestrost profese, plat, volný čas, který je způsoben rozdělením práce na směny, případně také uznání ze strany široké společnosti.

Zajímavý je též pohled z hlediska etiky, jelikož členové záchranného týmu mají povinnost být pro svou profesi z hlediska odborného, fyzického i morálního neustále připraveni. Zdravotničtí pracovníci se musí každý den setkávat s určitými typickými situacemi, které jsou charakteristické pro urgentní stav pacienta, kterého se pokoušejí zachránit. V urgentní medicíně se proto vyskytuje celá řada případů, kdy záchrannář nemusí respektovat a zachovávat práva na nezávislost svého pacienta či informovaný souhlas. Veškeré jednání pracovníků záchranné služby se podřizuje požadavkům na záchranu co nejvyššího počtu lidských životů (Rapčíková, 2007).

Důležitou roli na zdravotnické pracovníky z hlediska prevence stresu a syndromu vyhoření má také samotná zdravotnická organizace. Ta by měla dbát na pozitivní komunikaci na všech úrovních a také na to, aby se mohli zaměstnanci vyjádřit k pracovním záležitostem. Stejně tak by se činnost organizace měla zaměřit také na zavedení preventivních programů, mezi které se řadí například nejrůznější relaxační programy, sportovní programy či péče o pracovníky v tom nejobecnějším směru. Stejně tak důležitý je zde i systém supervize (Kebza, 2005). Ve většině případů ale nejsou zdravotnické organizace schopny poskytovat svým zaměstnancům tento typ služeb a prevence, a to především díky velkému množství služeb, jež nabízí svým pacientům a také vlivem vysokých nároků, které jsou na ně ze strany státu i samotné společnosti každý den kladeny.

V rámci České republiky bylo do dnešní doby publikováno jen velmi malé množství studií, které by se věnovaly psychologické zátěži pracovníků v oboru urgentní medicíny.

Jednou z mála a přitom velice přínosnou se stala v roce 1998 příručka „Jak vidíme sami sebe“, jejímž úkolem bylo mimo jiné také zjistit základní příčiny a míru nespokojenosti v souvislosti se zaměstnáním a vznikem syndromu vyhoření. Nejvyšší hodnoty emoční exhauscce podle zjištění vykazovaly operátorky, na místo toho nejvyšší hodnoty depersonalizace byly zjištěny u lékařů. Záchranáři měli poté naproti ostatním skupinám hodnocených výrazně vyšší hostilitu, interpersonální senzitivitu, vysoký parametr životní nespokojenosti, ale také pocit nedostatečné podpory v profesním prostředí (Konopásek, Šeblová, 1998).

Chronické působení stresu v zaměstnání může v konečném důsledku vést až ke vzniku syndromu vyhoření, jenž je následkem chronického psychosociálního stresu, který má souvislost s pracovní činností, obsahem práce i jednotlivými pracovními úkoly. Akutní stres nevede ke vzniku syndromu vyhoření. Ten je vyvolán spíše chronickým stresem spojeným s pracovní zátěží, který je charakterizován fyzickými, emočními a obrannými zvládacími mechanismy. Syndromem vyhoření však není možné nazvat pouze chvíle, kdy se jedinec začíná cítit unavený a přetížený. Jedná se o psychický stav, který je vždy propojen s otázkou vlastní činnosti (Kebza, 2005).

Syndromem vyhoření jsou obecně více ohroženi pracovníci v takových zaměstnáních, v nichž mají zaměstnanci v popisu práce častý kontakt s lidmi. Proto jsou asi nejvíce ohroženou skupinou především zaměstnanci tzv. „pomáhajících profesí“, mezi něž se řadí lékaři a ostatní zdravotníci, učitelé, policisté, atd. Zapomenout se nesmí samozřejmě ani na dispečery a dispečerky zdravotní záchranné služby. Odborná literatura přitom poukazuje na vysoké procento výskytu syndromu vyhoření právě u lékařů a ošetrovatelského personálu v takových zdravotnických oblastech, jako je chirurgie, onkologie, intenzivní péče, psychiatrie či geriatric (Kebza, Šolcová, 1998).

Na klinických odděleních se na vzniku psychické zátěže podílí více faktorů. Jedním z nich je časová tíseň, která i přesto, že si sestry snaží vytvořit časovou rezervu například pro ležící pacienty nebo náhlé zhoršení stavu bývá velmi častá. Dalšími vlivy psychické zátěže může být nedostatek personálu, nadměrná administrativa, materiální a technické vybavení. Rozhodně nejvíce stresujícím faktorem je péče o onkologické a umírající pacienty. Negativně také na všeobecné sestry působí nepřítomnost lékaře na oddělení (Adámková, 2010, s. 15).



## 5 ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA

Zdrojů agresivního jednání pacienta může být podle Kristové celá řada. Autorka hovoří o strachu nebo úzkosti, bezmocnosti nebo pasivitě, ale rovněž neschopnosti plnit základní role nebo o dlouhém čekání na vyšetření. Agresivní chování pacienta může být současně i důsledkem sociální izolace, neuspokojených potřeb nebo rozličných dietních, spánkových, pohybových či sexuálních omezení (Kristová, 2008, s. 23).

### 5.1 Agresivní pacient

Boháček (2008, s. 23) rozlišil u pacientů s agresivním chováním agitovanost, agresivní chování eskalované a také agresivní chování zákeřné. **Agitovaný pacient** se projevuje znatelným psychomotorickým neklidem, výraznou dezorientací a zmateností. Důležité je, že nesleduje cíl ublížit, což ovšem nevylučuje, že k tomu nedojde. U **eskalovaného agresivního chování** je možné sledovat výše uvedené symptomy, jež upozorňují na vlastní napadení. U pacienta jsou patrné projevy nevůle, odmítá se podřídit, bývá podrážděný a odtažitý. V obličejí je zřejmá zlost, pacient někdy vyhrožuje, hází věcmi a nakonec může přijít útok na zdravotníka. Nejnebezpečnější je jednoznačně **agresivní chování zákeřné**, protože se neprojevuje žádnými varovnými příznaky, načež přijde rychlý, překvapivý a leckdy také bezdůvodný atak.

Kristová u pacientů rozeznala rozličné typy agresivního chování podle cílového zaměření, ale také podle míry sebekontroly i intenzity. S ohledem na cílové zaměření rozlišila agresi přímou, transferovanou, autoagresivní, zadržovanou, zlostnou a instrumentální. **Agrese přímá** je zacílena přímo na někoho ze zdravotnického personálu a projevuje se verbálním nebo fyzickým útokem. **Transferovaná agrese** nabývá podobu útoku na předměty a spolupacienty. Jedná se tedy o její přenesení. **Autoagresivní agrese** spočívá v útoku pacienta na svoji vlastní osobu, přičemž tu hrozí nebezpečí sebepoškození pacienta. Při **zadržované agresi** se pacient snaží svoji agresi potlačovat a vyčkává pouze na vhodnou příležitost, aby ji mohl projevit. **Zlostná agrese** má svůj původ v pudové výbavě a projeví se ihned. Pro **instrumentální agresi** je typické, že nemocný působí na svoje okolí a rozličným způsobem se je snaží směřovat, aby se mu povedlo dosáhnout uskutečnění svých záměrů (Kristová, 2008, s. 23).

S ohledem na míru agresivity a intenzitu agresivního chování Kristová zmínila čtyři stupně agresivního chování. Tím nejnižším je agrese na úrovni myšlení, představ a fantazie, jež se

obejde bez verbálních a neverbálních agresivních projevů. Druhý stupeň představuje agresivita vůči okolí, třetí destruktivní agrese směřovaná vůči předmětům a prostředí a konečně čtvrtou a nejnebezpečnější etapou agrese je brachiální atak čili fyzické napadení (Kristová, 2008, s. 23).

## **5.2 Komunikace s agresivním pacientem**

Způsob komunikace s agresivním pacientem se bude do značné míry lišit v závislosti na tom, jestli bude probíhat v přednemocniční péči na klinickém oddělení nemocnice nebo na psychiatrickém oddělení.

### **5.2.1 Agresivní pacient v přednemocniční péči**

Pod termín přednemocniční péče jsou zahrnuty různé složky integrovaného záchranného systému i ambulantní zařízení. Kelo si při svém výzkumu povšiml, že agrese v komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem vůbec není ojedinělým jevem, ale vyskytuje se naopak stále častěji. Příčinou tohoto stavu je nespokojenost pacientů s poskytnutou péčí, ale i neakceptování potřeby vzájemného respektu. Kelo došel k závěru, že agrese často neplyne z nějaké chybné komunikace nebo z nějakého špatného vyhodnocení situace, ale je bezdůvodná. Agresory přitom nejčastěji bývají mladí muži, kteří jsou pod vlivem návykových látek, nejběžněji alkoholu. Stoupá však i podíl žen agresorek, které se projevují nejčastěji verbálními útoky (Kelo, 2008, s. 23).

Křížová (2006, s. 43) dala agresivní chování rovněž do souvislosti s náhlým akutním neklidem, který je možné hodnotit jako důležitou poruchu chování. Akutní neklid bývá spojen s řadou onemocnění, k nimž patří záněty a poranění mozku, mozková hypoxie, mentální retardace, hypoglykemie, epilepsie či schizofrenie. Zpravidla se jedná také o intoxikaci drogami, alkoholem nebo léky.

Pekara došel podle mě k tristnímu závěru, že agresivní napadání zdravotníků je skutečně na vzestupu. Ve svém dotazníkovém výzkumu, který adresoval v podstatě všem našim krajským záchranným službám, prokázal, že kupříkladu k verbální agresivitě od pacientů k záchranářům dochází každý třetí až čtvrtý den. Fyzické napadení sice není naštěstí natolik obvyklé, přesto se dostal k padesáti případům ročně! Podle zjištěných dat se útoky na záchranáře odehrávají běžně v nočních hodinách a jejich důvodem jsou záporné emoce v podobě strachu, úzkosti nebo zlosti. Spouštěcím faktorem se stávají alkohol a jiné návykové látky (Pekara, 2007, s. 175).

S agresivními pacienty se je možné setkat také v ambulantních složkách přednemocniční péče. Honzák si povšiml agresivity v čekárnách, která je ventilována především směrem k sestřím a to v mezilidské i profesní rovině. Útočí na jejich osobnost ale také na ochotu pomáhat druhým. Honzák v této souvislosti zdůraznil, že agrese na sestru od pacienta není většinou nějak cílená, ale jedná se spíše o vzteklou reakci na nečekanou ránu osudu, kdy se nemocný pokouší překonat úzkost z bolesti nebo nemoci tímto specifickým způsobem. Mezi další příčiny agresivního chování se řadí v této souvislosti i psychická onemocnění, pocity nemohoucnosti, ohrožení, případně provokace z okolí (Honzák, 2008, s. 52).

Honzák se pokusil i o jakousi typologii agresorů, přičemž vymezil škálu od chladného, ale ještě zdvořilého chování, přes nadávky s výhrůžky až k útoku. Podobně jako jiní autoři položil důraz na rozličné neverbální projevy pacienta, na projevy nespokojenosti, jež ke zdravotníkům vysílá, přičemž je třeba vnímat je jako varování, že k útoku může dojít. Honzák zmiňuje jako charakteristické rysy poblednutí v obličeji, semknutí rtů, zaťaté pěsti, vzrušenou gestikulaci i podupávání. Jestliže je verbální projev nemocného stručnější a hlasitější, jsou v něm obsaženy výhrůžky a výčitky, zbývá již údajně pouze malý krok k fyzickému útoku (Honzák, 2008, s. 52).

Již při prvním styku záchranáře s agresivním pacientem je podle Křížové a Kříže (2006, s. 43) nezbytně nutné správně vyhodnotit situaci, pokusit se pochopit důvody agrese a umět odpovídajícím způsobem v dané chvíli zareagovat. Sama autorka zmínila tři techniky sloužící ke zvládnutí agresivního pacienta. Jednu z nich představují komunikační techniky. Je třeba dbát na to, aby byly zvládnuty na vysoce profesionální úrovni, protože práce s agresivním pacientem bývá velice komplikovaná. Zdravotníkovi by se mělo podařit sladit verbální i neverbální složku svého projevu, aby působil důvěryhodně. Oční kontakt, jenž by měl s pacientem udržovat, pak nesmí působit provokujícím způsobem. Zásluhou jisté dávky empatie a srozumitelné mluvy lze pacienta přimět ke kooperaci. Jinou možností je farmakologické zklidnění, a to především v okamžiku, kdy se účinky psychologického zklidnění jeví jako nedostatečné. Takové látky vždy indikuje lékař, přičemž nejčastěji se využívají různá neuroleptika a benzodiazepiny, jež mohou být užity intravenózně i intramuskulárně. Třetí variantou je podle Křížové a Kříže fyzické omezení, k němuž se přistupuje v okamžiku, kdy se jako neúčinné či neuskutečnitelné ukázaly předchozí metody. Také fyzické omezení pokaždé indikuje lékař a mělo by k němu dojít šetrně a rychle. Je nutné pamatovat na to, že se jedná o výkon, který probíhá bez souhlasu nemocného, přičemž na něj pamatuje zákon.

Jak tedy postupovat při kontaktu s agresivním pacientem. Všečekková (2010, s. 34) přišla pro tento případ s několika praktickými radami. Během poskytování první pomoci by měl podle jejího názoru zdravotník pacienta nepřetržitě sledovat, neprovokovat ho nadbytečně dlouhým očním kontaktem, dávat mu jednoznačné a srozumitelné instrukce. Současně by se měl i ujistit, že pacient u sebe nemá žádné nebezpečné zbraně.

Podle Kela (2008, s. 24) přispívá ke zvládnutí nebezpečné situace monitorování verbálních i neverbálních signálů možného nebezpečí, jejich správné vyhodnocení, ale také odebrání potenciálně nebezpečných předmětů z dosahu možného agresora.

Zdravotník by si měl také udržovat bezpečnou vzdálenost a myslet na případnou únikovou cestu. Jestliže situace eskaluje, je třeba pozornost agresora upnout nějakým jiným směrem. Ideální je situace, kdy má posádka záchranné služby příležitost k tomu, aby v případě problémů odeslala signál operačnímu středisku, jež může zorganizovat pomoc ze strany policie i jiných složek integrovaného záchranného systému.

Nejdůležitějšími pravidly chování k agresivnímu pacientovi se zabíral rovněž Němec (2007, s. 24). Kládl důraz na zachování zdvořilosti, zdravotník by se neměl chovat autoritativním způsobem. Spíše by se měl snažit najít pro pacienta pochopení. Mezi nejběžnější chyby v této situaci řadil Němec reagování instinktivním způsobem, protiútokem, vykonání ošetření za každou cenu i mylnou představu zdravotníka, že danou situaci zvládne sám bez jakékoli pomoci.

Honzák (2008, s. 53), jenž se zaměřil při svém výzkumu především na zdravotní sestry, došel k závěru, že agresivní chování u nich vyvolá poplachovou stresovou reakci, jež má organismus připravit na boj či útek. Jako největší chybu hodnotí případnou agresivní reakci, naopak nejvhodnější se mu jeví asertivní komunikační techniky. Zasazuje se podobně jako jiní autoři o klidný přístup k pacientovi, slušné vstupování, užití tlumeného hlasu a důsledné vyhýbání se ironickým poznámkám a kárání. Již tím bývá pacient vyveden z míry, protože podvědomě očekává reakci v podobě odporu nebo strachu.

Pozornost by jistě v souvislosti s možným výskytem agresivního pacienta bylo záhodno věnovat prevenci. Křížová a Kříž (2006, s. 43) přišla s názorem, že ve chvíli, kdy je obdržena z operačního centra zpráva, že existuje pravděpodobnost agresivního chování, by měla být domluvena kooperace s policií, o dotyčné osobě by potom měly být skrz operační centrum zjištěny informace, zda byla někdy v minulosti agresivní, jestli vykazuje známky užívání alkoholu nebo drog a zda není na první pohled rozrušená nebo příliš hlučná.

Podle Boháčka (2008, s. 33) je nutné spolehnout se na instinkty a především pud sebezáchovy. S jejich oporou je potom třeba posoudit možná rizika, která je pokaždé možné dělit na rizikové prostředí a rizikového pacienta. Rizikové prostředí může zahrnovat rozličné konfliktní situace, kupříkladu ošření v přelidněném prostoru. Občas mohou být tímto rizikovým prvkem i příbuzní ošetřovaného. Rizikový pacient je potom takový, u něhož lze počítat předem s agresivním chováním.

### 5.2.2 Agresivní pacient na klinickém oddělení

Je neoddiskutovatelnou skutečností, že samotný pobyt v nemocnici je pro mnoho lidí velmi stresující záležitostí, která ještě získává na intenzitě, pokud se jedná o první pobyt. Trpí nejistotou z budoucnosti a současně mají i nevyjasněná očekávání k lékařům i sestřám. To se projevuje na psychice nemocného, přičemž jeho reakce nemusí být v souladu s danou situací. Zacharová (2007, s. 318) proto tvrdí, že nemoc i návštěva nemocničního zařízení může pro některé pacienty být nepřiměřenou zátěží a může v nich vyvolat strach, úzkost, ale také nespokojenost a zklamání. To vše může vyústit v agresivní chování.

S tímto tvrzením se ztotožnila rovněž Kovaříková, která hledá příčinu agrese pacienta obvykle v situaci, kdy je nějak omezen. Toto omezení může být přitom ztotožněno již se samotnou hospitalizací. Ta může způsobit napětí, jež eskaluje a pak dochází k rezignaci nebo právě k agresi. K agresivnímu chování na somatických odděleních nemocnic v současnosti dochází nejčastěji ve chvílích, kdy je nemocný ovlivněn alkoholem i jinými návykovými látkami, na čelních místech je nutné zmínit i stavy zmatenosti po operacích, stavy zmatenosti při rozličných organických poruchách i agresi nemocných s epileptickými mráкотnými stavy a s duševní poruchou (Kovaříková, 2009, s. 34).

Podle Lahodové (2003, s. 244) sestry na somatických pracovištích přijdou nejčastěji do kontaktu s agresi v okamžicích, kdy je pacientům oznamována diagnóza, dále se tak děje u starších pacientů a lidí s různými změnami v centrálním nervovém systému. Významné faktory představují také bolesti a změna prostředí nemocného.

Szkanderová (2008, s. 2) tuto problematiku rovněž podrobila dotazníkovému šetření, aby posléze dospěla k názoru, že agresivní chování je nejpravděpodobnější u pacientů, kteří se ocitají ve stavu fyzické a psychické nepohody, trpí pocity bezmocnosti i nerovnoprávnosti ke zdravotnickému personálu. Podle Szkanderové patří mezi mimořádně rizikové osoby

drogově závislí pacienti, pacienti pod vlivem alkoholu a s duševní poruchou. Jak již bylo zmíněno, významnou roli při změně chování nemocného má také změna prostředí, v němž se člověk ocitne.

Zacharová (2007, s. 318) pak charakterizovala projevy emočního neklidu, jejichž vyústěním může být právě agresivní chování. Jmenuje značnou nervozitu nemocného, výraznou gestikulaci, podupávání, upřený pohled do očí, semknuté rty, zaťaté pěsti a vůbec celkové napětí. Takový nemocný mnohdy personál uráží nebo mu vyhrožuje.

Zajímavé je rozdělení Lahodové (2003, s. 244), která se agresivitou u pacientů zaobírala z pohledu impulzivitu. Díky tomu mohla definovat agresivitu afektivní, iktální, predátorskou a pseudoorganickou. **Afektivní** se vyskytuje u pacientů, kteří jsou explozivní, a není problém je snadno vyprovokovat. Tuto agresi zpravidla doprovází hřmotný hlasový projev, nadávky či přímý útok. **Iktální** agresivita může být příznakem mozkové nestability. V **predátorské** agresivitě je znatelný pacientův pocit ublížení, kdy se chce dotyčný pomstít a vše si zpravidla naplánuje dopředu. **Pseudoorganická** agrese je spjata se zhoršeným sociálním a ekonomickým stavem, přičemž mezi její viditelné příznaky patří nervozita, rozrušení, ale rovněž tělesná a emoční labilita. Mezi další faktory, které mohou na agresivního pacienta zapůsobit, patří rovněž osobnosti v ošetřujícím personálu a také jeho temperament. Dokonce i existence konfliktních vztahů na pracovišti mezi personálem může být na vině agresivního jednání pacienta.

Zacharová (2007, s. 317) přináší řadu cenných rad, jak by se mělo k agresivnímu pacientovi pokud možno přistupovat. Většinou se zakládají na zachování rozličných pravidel chování i komunikace. Zacharová mezi těmi nejvýznamnějšími zmiňuje nezbytnost zachování klidu, současně je třeba respektovat pacientovo chování, ovládat se, je nutné projevit nesouhlas, ale zároveň klientovo chování nehodnotit a pátrat po příčinách verbální i neverbální agrese. Od pacienta by měl být v každém případě udržován bezpečný odstup. Mezi významné uklidňující faktory je možné zařadit pomalejší tempo mluvy, udržování očního kontaktu, ale i klidný postoj.

Podobný přístup k agresivnímu pacientovi vyznává ve své práci i Lahodová (2003, s. 244), když zdůrazňuje nutnost zachování klidu a absenci agresivity v reakci na chování pacienta.

Váchová (2006, s. 22) potom při komunikaci s agresivním pacientem hodně spoléhá na asertivní chování. To je podle ní zdrojem emoční pohody obou partnerů ve vzájemném

dialogu, jestliže má být jejich cílem vzájemná dohoda. Nemělo by se ovšem zaměřovat agresivní chování pramenící ze stresu a asertivita.

Úspěch přístupu k agresivnímu pacientovi závisí podle Kovaříkové (2009, s. 34) na komunikaci a zvýšené observaci. Vždy je třeba pokusit se o individuální přístup a o maximální umenšení rizika. Nutné je dbát i na pravidla bezpečnosti. K agresivnímu pacientovi by se například nikdy neměla přibližovat sestra osamocena, ale vždy v doprovodu nějakého jiného člena ošetrovatelského týmu. Měla by se rovněž postarat o to, aby byly z dosahu pacienta odstraněny rozličné předměty, jež by v případě přímé agrese mohl využít jako zbraň.

### 5.2.3 Agresivní pacient na psychiatrickém oddělení

Typickým rysem psychiatrických oddělení je skutečnost, že se tu je možné setkat s agresivními pacienty častěji. Většina pacientů v nějaké akutní fázi onemocnění je přijata na psychiatrické oddělení bez svého souhlasu, s čímž koresponduje rovněž jejich postoj k léčbě a celkové spolupráci. Již samotnému přijetí takového pacienta běžně předcházejí okolnosti, jež ohrožují jeho osobu nebo jeho okolí. Důvody, jež stojí za agresivitou těchto pacientů, spočívají v duševní chorobě samotné. Pojzlová (2003, s. 51) mezi osobami, jež se často uchylují k násilnému jednání, zaznamenala značný podíl osob s emočně nestabilní poruchou osobnosti, se schizofrenií, akutní reakcí na stres nebo depresivní poruchou s úzkostí, demencí či encefalopatií. Pojzlová zmínila i další důvody, jež mohou být spouštěčem agresivního chování. K nim patří mimo jiné těsná blízkost jiných pacientů, hlučné prostředí, ztráta soukromí, omezování různými pravidly. S dalšími riziky jsou potom spojeny psychické faktory, k nimž patří úzkost a frustrace, ale i změna sociálních rolí.

Také výzkumy Hanuškové (2008, s. 168) dokazují, že agresivita může propuknout v podstatě u všech psychických poruch. Je přitom lhostejné, jestli se jedná o schizofrenii, afektivní, návykové, úzkostné nebo organické.

Vevera (2007, s. 66), jenž se zabíral typologizací důvodů násilného chování pacientů, je rozdělil do tří okruhů, z nichž první představují důvody primárně nepsychiatrické, k nimž zařadil stavy během epilepsie, cévních mozkových příhod, hypertenzi nebo hypoglykemií. Druhý okruh je tvořen nemocnými užívající návykové látky, kteří se

nacházejí ve fázi akutní intoxikace, nebo abstinčních problémech. Konečně ve třetím okruhu jsou zastoupeni nemocní primárně psychiatrickými, k nimž patří schizofrenici a lidé, kteří trpí afektivní či úzkostnou poruchou.

Petr (2003, s. 69) poukázal na společný rys těchto duševních poruch, jenž spočívá v tom, že projevy jsou velmi různorodé a jen stěží předvídatelné. K těm nejobvyklejším se řadí neklid, násilné chování a hněv. Jako nejméně nebezpečnou agresi definoval Petr nepřátelské chování nemocného, dále hovořil o verbální agresivitě, jež může cílit přímo na zdravotníka, ale nabýt i nepřímé podoby, kdy nemocný píše dopisy a telefonuje. Konečně nejhorší je brachiální agrese, jež může být zacílená na předměty, ale také osoby, které se pohybují v okolí pacienta.

Velmi důležité je podle mého názoru rozdělení Pojzlové (2003, s. 51) podle stupně psychomotorického neklidu do různých dílčích skupin. K nim patří vnitřní neklid, jenž bývá založen na vnitřní tenzi, dále potom psychomotorický nepokoj, který může eskalovat až do agitovanosti. Tyto příznaky jsou běžně dlouhodobého charakteru a v průběhu času eskalují. Podceňovat ovšem není možné ani krátkodobé formy – impulsivní jednání, jež se vystupňuje do raptu, kde se jedná o nečekané a neúčelné jednání s mimořádnou intenzitou motorického projevu. Pojzlová rozdělila podle intenzity agresi do pěti stupňů, a to na vůli potlačenou, která se projevuje mimo jiné zatřásáním rty nebo sevřenými rty, verbální agresi v podobě nadávek a vyhrůžek a fyzickou agresi k věcem, zvířatům a konečně i lidem. Jejím vyvrcholením může být dokonce zabití jedince.

Je možné nějakým způsobem zavčas identifikovat signály hrozící agrese? Podle Gerlové a Pilařové (2003, s. 27) by měl pracovník zdravotnického personálu pozorně monitorovat různé symptomy agresivního chování, k nimž patří narůstající neklid, jenž nachází svůj výraz v rostoucí pohybové aktivitě, ale také neverbální projevy pacienta. Patrné jsou především rozličné příznaky nervozity, rozrušení i výrazná gestikulace. Agrese se podle Gerlové a Pilařové může někdy projevovat jen symbolicky, ale to rozhodně neznamená, že by nemohla eskalovat.

Čermáková (2010, s. 20) pak soudí, že takřka všechny projevy agresivního chování nachází svůj výraz v neverbálním chování pacienta. Zmiňuje na první pohled zřejmý zvýšený neklid, agresivitu směrem k předmětům, patrné rozrušení ve tváři, zvyšování hlasu i narušování osobního prostoru zdravotníka.



Obrana vůči duševně nemocnému agresorovi má svoje specifická pravidla. Šlaisová (2005, s. 23) zdůraznila primárně nezbytnost garantovat bezpečnost samotnému útočnickovi, dalších pacientů, ale samozřejmě i zdravotnického personálu. Toho se má docílit co nejlepším přístupem, klidným chováním, vysvětlením celé situace a empatií. Pamatovat je třeba na odstranění potenciálně nebezpečných předmětů z dosahu.

Velmi přínosné jsou potom rady, které ve své práci zmínil Petr (2003, s. 69). Klidný a vstřícný přístup je samozřejmostí. Autor však zdůrazňuje i nutnost přistupovat k pacientovi pokud možno čelem, aby se neobával nějakého ohrožení od personálu, současně nesmí být narušen jeho osobní prostor. V průběhu rozhovoru s ním by měly být používány pokud možno krátké věty, je třeba hovořit klidným hlasem a vždy si zajistit zpětnou vazbu kvůli tomu, abychom věděli, zda pacient dobře rozumí a chápe to, co mu vysvětlujeme. Petr varuje před náhlými a nečekanými pohyby.

Obecná pravidla pro komunikaci v podstatě s jakýmkoli agresivním pacientem zachytil ve své práci Vevera (2007, s. 66). V první etapě by podle něho mělo být uskutečněno navázání důvěryhodného styku s nemocným, přičemž u některých lehčích případů již to stačí ke zvládnutí rizikové situace. Během styku s agitovaným nemocným je potom nutné dbát na obecná pravidla, jež mají zaručit bezpečnost pro zdravotníka i pacienta. K nim patří skutečnost, že vyšetření nebo sběr anamnézy by se nemělo dít v uzavřené místnosti, pacient by měl v ideálním případě sedět, protože tím se zmenší jeho agresivní postoj. Vzdálenost od pacienta by měla být alespoň na délku jedné paže. Hovořit by se s ním mělo tichým a klidným hlasem, přičemž se doporučuje dbát na absenci ostrých pohybů i gest. Nemocný by měl obdržet informace jednoduchým, zřetelným a srozumitelným způsobem, osvědčuje se oslovovat jej jménem a v projevu zdravotníka by měl být patrný respekt k jeho osobě. Sestry by potom neměly nemocným vyvracet jejich poruchy myšlení a vnímání a měly by jim naopak dát prostor, aby mohli projevit své pocity, myšlenky i představy.

Gerlová a Pilařová (2003, s. 27) přibližuje dva protichůdné přístupy při jednání s agresivním pacientem. Jeden představuje již zmiňovaný klidný a profesionální přístup zdravotního personálu, kdy není na pacienta zvyšován hlas, mluví se na něho klidným a pomalým způsobem. Druhý přístup je pak založen na takzvaném zrcadlení a využívá techniky „pacing“. Jedná se o dynamické reakce na agresora. Ty spočívají v tom, že ve chvíli, kdy nemocný hovoří kupříkladu hlasitě a rychle, dojde k uzpůsobení mluvy

zdravotníka tím způsobem, že zrychlí tempo řeči a bude hovořit hlasitě. Je důležité s tím uvést do harmonie také gestikulaci.

### 5.3 Neverbální a verbální komunikace

Zacharová (2009, s. 471) lékařům i sestřím doporučuje zachovat klid, respektovat společenské chování, nenechat se zbytečně vyprovokovat k vulgárnímu či hrubému chování, vyslechnout stížnost, projevit zájem o situaci, nehodnotit jeho chování, vyjádřit porozumění, snažit se najít důvody hněvu pacienta, vyjádřit pochopení, vyhodnotit situaci, sdělit pacientovi závěr a přesvědčit se, že nám porozuměl, důležité je potom udržovat dostatečnou vzdálenost a osobní prostor od pacienta.

Zároveň poukazuje na další vlivy, vedoucí k uklidnění. Nesnažit se dominovat, dochází tím ke zmírnění napětí. Důležité je také udržovat oční kontakt, přerušovaný letnými pohledy po místnosti. Sedět či stát klidně, nepoužívat prudká gesta. V případě nebezpečí pamatovat na ústupovou cestu a možnost zavolat si o pomoc (Zacharová, 2009, s. 471).

### 5.4 Nefarmakologické prostředky ke zvládnutí agresivity

Názory na omezovací prostředky se v zemích Evropské unie rozcházejí. Například Velká Británie považuje síťová lůžka za neetická a dává přednost manuální fixaci přesto, že u tohoto způsobu může dojít k úrazu či usmrcení pacienta (Hanušková, 2008, s. 169).

Fyzické omezení používáme pouze tehdy, kdy pacient sebe nebo své okolí bezprostředně ohrožuje a jsou vyčerpány veškeré jiné prostředky. Za fyzické omezení tedy můžeme považovat:

- *Manuální fixaci (omezení pacienta ošetřujícím personálem, provádí j 3-5 vyškolených pracovníků, kteří pacienta drží ve stoje nebo na zemi po dobu několika minut)*
- *Upínací popruhy na lůžku (kurty)*
- *Svěrací kazajka*
- *Síťové lůžko, které je uzavřeno*
- *Izolační místnost, která je uzavřena (Hanušková, 2008, s. 169)*

Při použití jakýchkoliv omezovacích prostředků, musí být vždy udán důvod, pro který bylo omezení indikováno. Omezovací prostředky používat pouze v případě, že by mohlo dojít k ohrožení zdraví pacienta (Dohnalová, 2011, s. 86).

O fyzickém omezení rozhoduje vždy lékař, jasně dokumentuje a definuje důvody omezení a jeho délku. Musí trvat co nejkratší dobu (Hanušková, 2008, s. 169).

Dohnalová sice potvrzuje, že indikace je v kompetenci lékaře, ale zároveň poukazuje na skutečnost, že může o indikaci rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník, který má k tomu danou způsobilost. Který zdravotnický pracovník je způsobilý k tomuto rozhodnutí neudává, ale odkazuje v této věci na vyhlášku č. 424/2004 Sb. (Hejdová Mošťková, 2012, s. 25). Taktéž se zmiňuje, že za ošetrovatelskou péči a vlastní provedení odpovídá sestra, která je také zodpovědná za správné vedení ošetrovatelské dokumentace a sledování fyziologických funkcí zaznamenávané v pravidelných intervalech (Dohnalová, 2011, s. 86). Hanušková dodává, že je třeba věnovat pozornost prevenci dekubitů, tromboembolické nemoci, zaměřit se na dostatečný příjem tekutin, potravy a důslednou hygienu (Hanušková, 2008, s. 169).

## 5.5 Farmakologické prostředky ke zvládnání agresivity

Cílem podání farmak je zvládnutí neklidu agresivního pacienta a zmírnění rizika sebepoškození. Zároveň se zkracuje doba fyzického omezení a strádání. Ke zvládnutí agrese pacienta používáme farmaka, které mají rychlý nástup účinku a navozují mírnou sedaci. Po zklidnění máme prostor pro další diagnostiku a terapeutické postupy. První volbou medikace je perorální podání. Při nespolupráci pacienta přistupujeme k volbě intramuskulárního či intravenózního podání (Hanušková, 2008, s. 168).

Mezi nejčastěji používaná psychofarmaka patří:

- Benzodiazepiny (BZD) – lorazepam, midazolam, diazepam, klonazepam
- Typická antipsychotika (TAP) – volumepromazin, zudopenthixol, haloperidol, tiapridal
- Atypická antipsychotika (AAP) – risperidon, olanzapin, quetiapin, ziprasidon (Nawka, 2012, s. 71)

Jak vyplývá z klinické studie ve Spojených státech (Dettmore, Kolanowski, Boustani, 2009), která je podrobena přísné kontrole jsou haloperidol, olanzapin a risperidon nejčastěji podávanými antipsychotiky. Staly se základem farmaceutické intervence k léčbě agresivity. Nutno však dodat, že při podávání těchto antipsychotik existují důkazy o zvýšeném riziku cévních mozkových příhod, srdečních problémů, obezity a onemocnění diabetem II typu.

I Látalová (2013, s. 212) se zmiňuje o haloperidolu, říká, že je jediným antipsychotikem, které se používá ke zvládnutí agresivity. Je dostupný ve všech lékových formách (injekce, tablety i kapky). Intravenózní aplikace se však u haloperidolu nedoporučuje.

## 6 PRÁVNÍ ASPEKTY V ČESKÉ REPUBLICE

V případě, že se zdravotník setká s agresivitou, měl by mít podporu ze strany zaměstnavatele. Právní jistotu potom ze strany společnosti. Projevy verbální agrese jsou řešeny občansko-právní cestou za pomoci Policie České republiky a daným občanskoprávním odborem (Burda, 2014).

*V roce 2009 vstoupila v platnost novelizace zákona č. 40/2009 Sb., se zásadními změnami v oblasti výkonu zdravotnického povolání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví a jejich možného ohrožení. Právní normu, vztahující se na útočníky najdeme v § 145 (Těžké ublížení na zdraví), §146 (Ublížení na zdraví) a § 353 (Nebezpečné vyhrožování). Dle závažnosti se sazba odnětí svobody pohybuje mezi 1 až 12 lety (Burda, 2014).*

Od roku 2009 jsou do kategorie chráněných osob zahrnuti i zdravotničtí pracovníci. V § 146 se popisuje, že *trestán bude ten, kdo úmyslně ublíží na zdraví zdravotnickému pracovníku, při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání, nebo na jiném, který plnil obdobnou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce (Zákon č. 40/2009 Sb., Burda, 2014).*

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## **7 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

### **7.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky**

**Cíl 1:** Zmapovat, zda se zdravotnický personál ve své praxi setkává s agresivními pacienty.

**Cíl 2:** Zjistit, jaká je nejčastější příčina agresivního chování u pacientů.

**Cíl 3:** Zjistit, zda je zdravotnický personál dostatečně edukován o postupech a komunikaci při zvládnutí agresivních pacientů.

### **7.2 Sběr dat**

V rámci výzkumného šetření byla použita kvantitativní metoda pomocí strukturovaného dotazníku, který byl anonymní. Dotazník obsahoval 20 položek, z nichž bylo 13 uzavřených, kde byla na výběr pouze jedna odpověď, 6 polo-uzavřených, zde si mohli respondenti vybrat z více odpovědí a uvést i jiné možnosti a 1 otázka otevřená, kde byla možnost uvést a popsat svou zkušenost z praxe.

### **7.3 Etické aspekty výzkumu**

Data z dotazníků jsou zpracována do tabulek četností. Každá položka je vyhodnocena do samostatné tabulky, která obsahuje absolutní a relativní četnost. K tabulkám je přiřazeno i grafické znázornění výsledků. U otevřené otázky jsou data zpracována pomocí otevřeného kódování. Dotazníky byly vyhodnoceny anonymně.

Získané vzorky jsou zpracovány v programech Microsoft Excel a Microsoft Word.

Po vytvoření dotazníku byly pilotní vzorky rozdány k vyplnění kolegyním z traumatologického oddělení, které se s verbálním nebo fyzickým napadením agresivního pacienta setkávají. Byla ověřena srozumitelnost a správnost formulace otázek a po konzultaci s vedoucím práce byl dotazník po stránce obsahové i formální poupraven a schválen.

Se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně bylo rozdáno 102 dotazníků na lůžkovou část, ambulantní trakt a jednotky intenzivní péče vybraných chirurgických a interních oborů. Samotné šetření proběhlo v lednu 2017, dotazníky byly určeny pro zdravotnické pracovníky všech kategorií.

Z celkového počtu bylo vráceno 88 dotazníků, tedy (86 %). 3 dotazníky byly pro neúplnost a chybné vyplnění vyřazeny.

#### **7.4 Limity výzkumného šetření**

Sběr dat probíhal v období jednoho měsíce v lednu 2017. Vzhledem k záměru dotazníkového šetření je nutné počítat s omezujícími faktory, které mohou ovlivnit validitu získaných dat. Mezi bariéry výzkumu patří časová vytíženost, aktuální osobní rozpoložení, otevřenost a upřímnost respondentů. Snahou bylo získat početný vzorek dotázaných. Jelikož návratnost nebyla úplná, pracovali jsme i s menšinovým počtem dotazníků.

Z tohoto malého vzorku nelze odvodit validitu výsledků, proto je výzkumné šetření inspirací dalšího rozsáhlého výzkumu zaměřeného na zvládnutí agresivního pacienta.

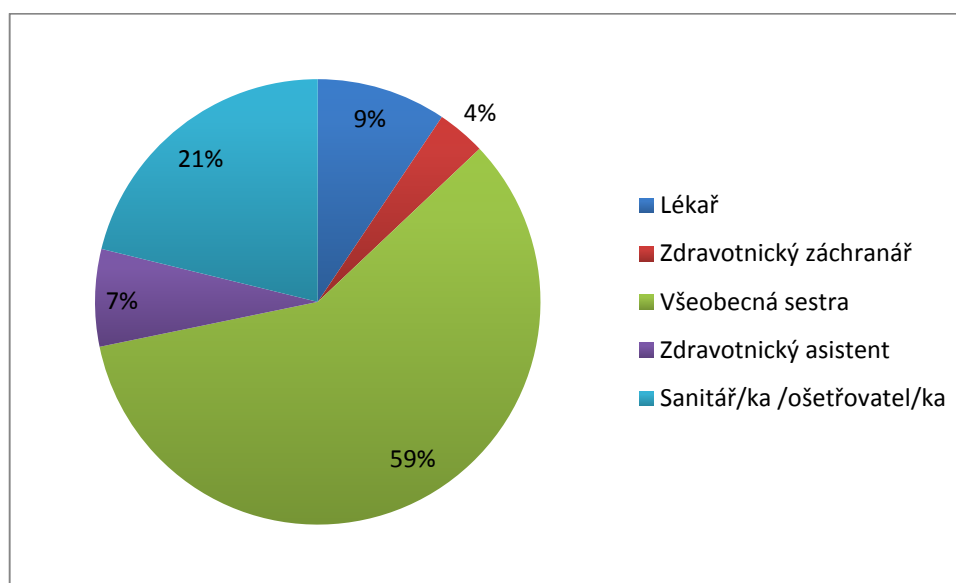


## 8 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

### Otázka č. 1: Pracujete jako:

Tabulka 1 Profese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař	8	9
Zdravotnický záchranář	3	4
Všeobecná sestra	50	59
Zdravotnický asistent	6	7
Sanitář/ka /ošetřovatel/ka	18	21
Celkem	85	100

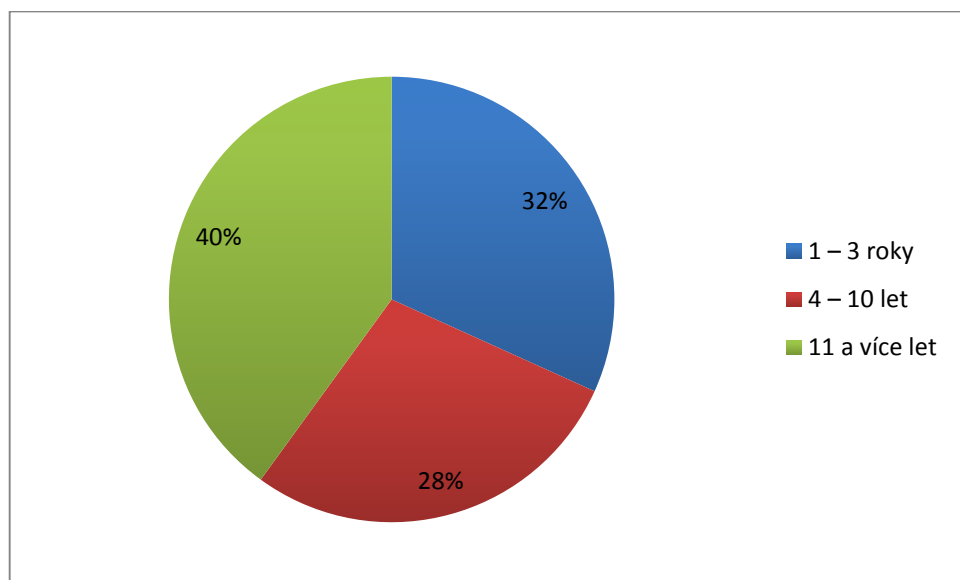


Graf 1 Profese

**Komentář:** Na první otázku z celkového počtu 85 respondentů (100 %) nejčastěji odpovídaly *všeobecné sestry* 50 (59 %), druhou nejpočetnější skupinu tvořily *sanitáři/ky - ošetřovatelé/ky* 18 (21 %), *lékaři* byli zastoupeni v počtu 8 (9 %), další skupinu tvořili *zdravotničtí asistenti* 6 (7 %), *zdravotnický záchranář* byl uveden v počtu 3 (4 %).

**Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?****Tabulka 2** Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>1 – 3 roky</b>	27	32
<b>4 – 10 let</b>	24	28
<b>11 a více let</b>	<b>34</b>	<b>40</b>
<b>Celkem</b>	85	100

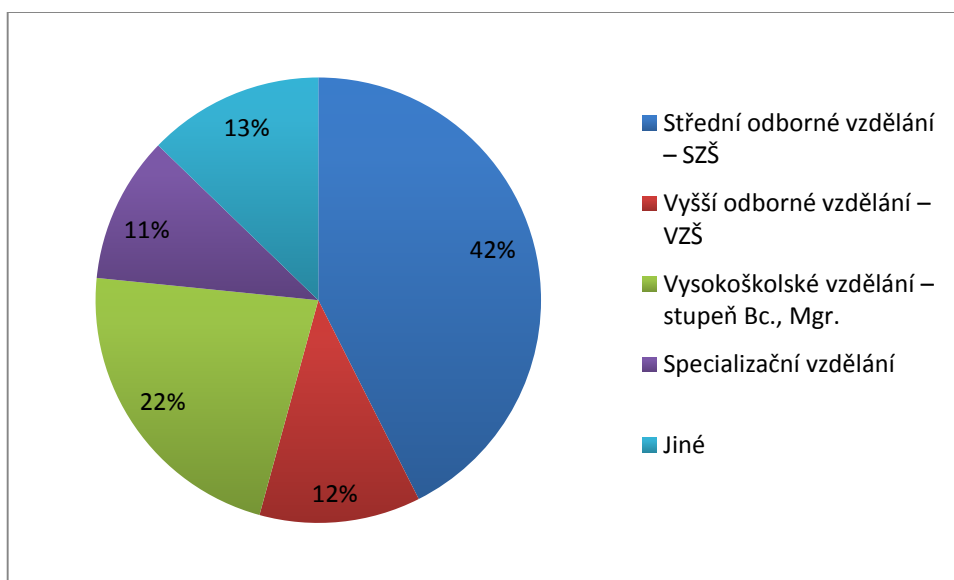
**Graf 2** Délka praxe

**Komentář:** Druhá položka dotazníku zjišťuje délku praxe respondentů. 34 (40 %) respondentů odpovědělo, že pracuje *více než 11 let*, 27 (32 %) respondentů uvedlo, že délka jejich praxe je *1 – 3 roky* a 24 (28 %) dotázaných má za sebou *4 – 10 let* praxe.

### Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Střední odborné vzdělání – SZŠ	40	42
Vyšší odborné vzdělání – VZŠ	11	12
Vysokoškolské vzdělání – stupeň Bc., Mgr.	21	22
Specializační vzdělání	10	11
Jiné	12	13
<b>Celkem</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

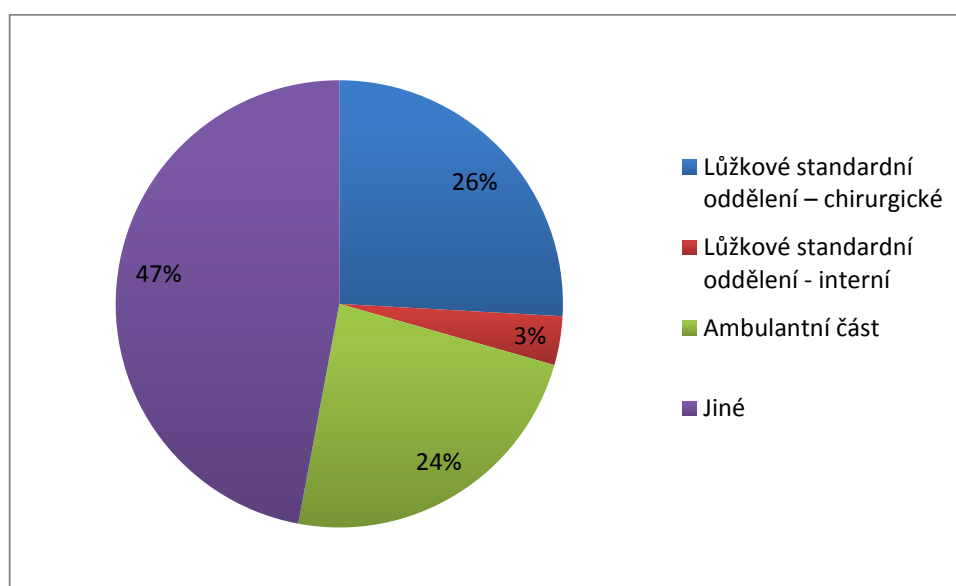


Graf 3 Dosažené vzdělání

**Komentář:** Touto otázkou jsme zjišťovali dosažené vzdělání. *Střední odborné vzdělání* vystudovalo 40 (42 %) dotazovaných. *Vysokoškolsky vzdělaných* respondentů bylo 21 (22 %). V odpovědi *jiné* – nejčastější odpověď byla učební obor – odpovědělo 12 (13 %) respondentů a 10 (11 %) dotázaných uvedlo *specializační vzdělání*.

**Otázka č. 4: Uved'te prosím, na kterém oddělení pracujete:****Tabulka 4 Pracoviště**

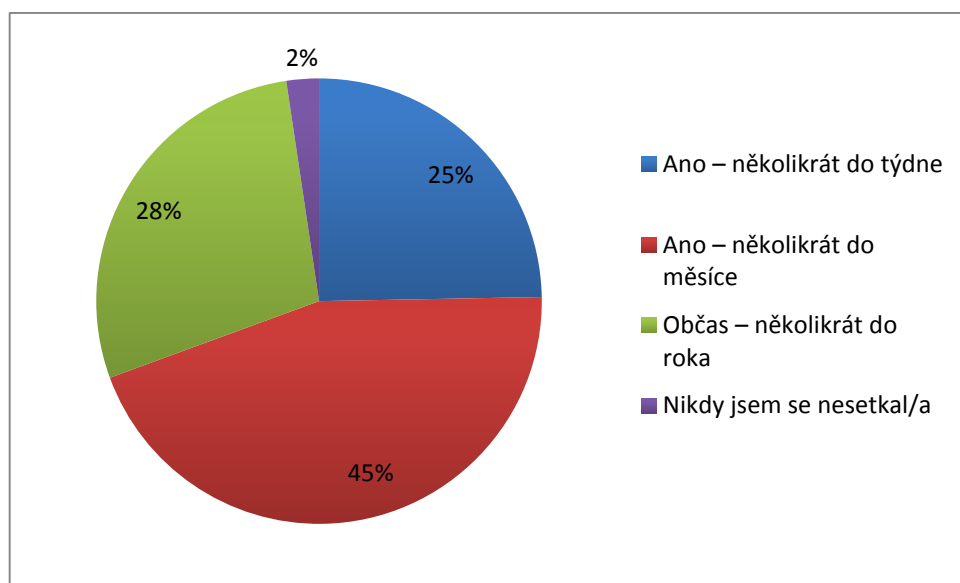
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lůžkové standardní oddělení – chirurgické	22	26
Lůžkové standardní oddělení - interní	3	3
Ambulantní část	20	24
Jiné	<b>40</b>	<b>47</b>
<b>Celkem</b>	85	100

**Graf 4 Pracoviště**

**Komentář:** Další dotazníkovou položkou je charakteristika pracoviště. 40 (47 %) dotazovaných odpovědělo *jiné* – nejčastější odpověď byla jednotka intenzivní péče. 22 (26 %) respondentů pracuje na *lůžkovém standardním oddělení chirurgického typu*. 20 (24 %) respondentů odpovědělo, že jejich pracovištěm je *ambulance* a na *lůžkovém standardním oddělení interního typu* pracují 3 (3 %) dotázaných.

**Otázka č. 5: Setkáváte se s agresivními pacienty?****Tabulka 5** Styk s agresivními pacienty

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano – několikrát do týdne	21	25
Ano – několikrát do měsíce	38	45
Občas – několikrát do roka	24	28
Nikdy jsem se nesetkal/a	2	2
<b>Celkem</b>	85	100

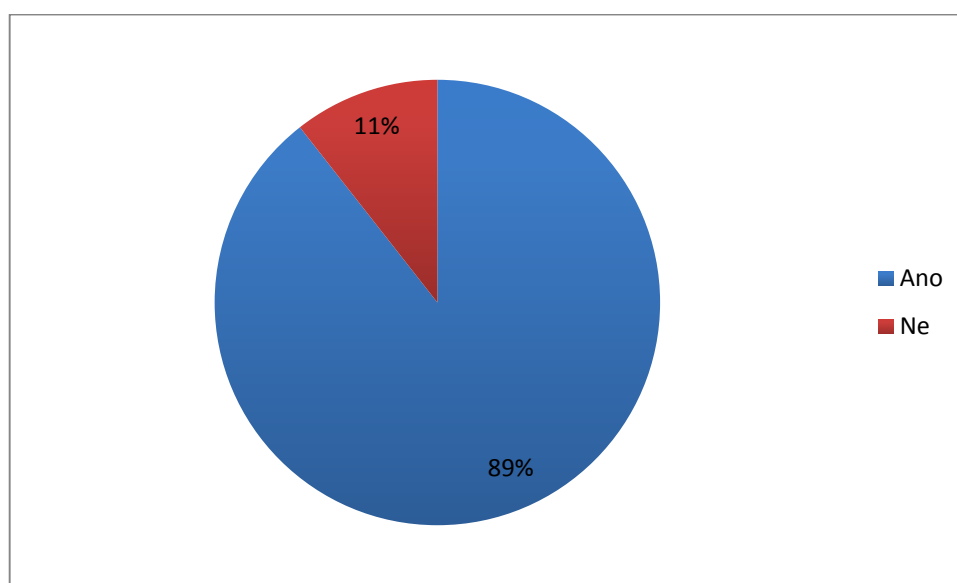
**Graf 5** Styk s agresivními pacienty

**Komentář:** Na tuto otázku odpovědělo všech 85 respondentů. *Ano – několikrát do měsíce* se s agresivními pacienty setkalo 38 (45 %) dotázaných. 24 (28 %) respondentů se s agresivitou setkává *občas – několikrát do roka*. *Ano – několikrát do týdne* se s agresivním chováním setkává 21 (25 %) dotázaných a pouze 2 (2 %) se s agresivním pacientem během své praxe *nesetkali*.

**Otázka č. 6: Byl/a jste při výkonu povolání verbálně nebo fyzicky napaden/a?**

**Tabulka 6** Napadení verbální nebo fyzické

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	76	89
Ne	9	11
<b>Celkem</b>	85	100



**Graf 6** Napadení verbální nebo fyzické

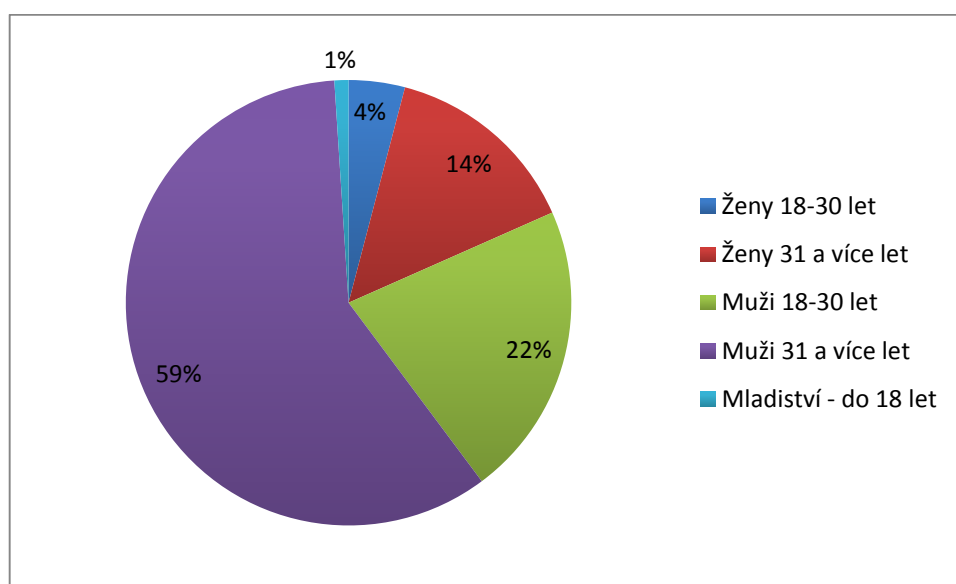
**Komentář:** V této dotazníkové položce mě zajímalo, zda byli respondenti ve své praxi verbálně nebo fyzicky napadeni. Naprostá většina dotázaných 76 (89 %) odpověděla *ano*. Jen 9 (11 %) respondentů se s verbálním ani fyzickým napadením *nesetkalo*.

**V následujících otázkách odpovídali už jen ti respondenti, kteří se s napadením již ve své praxi setkali.**

**Otázka č. 7: S jakými nejčastějšími typy agresorů – pacientů se setkáváte?**

**Tabulka 7** Typ agresorů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy 18-30 let	4	4
Ženy 31 a více let	14	14
Muži 18-30 let	21	22
Muži 31 a více let	<b>58</b>	<b>59</b>
Mladiství - do 18 let	1	1
Celkem	98	100

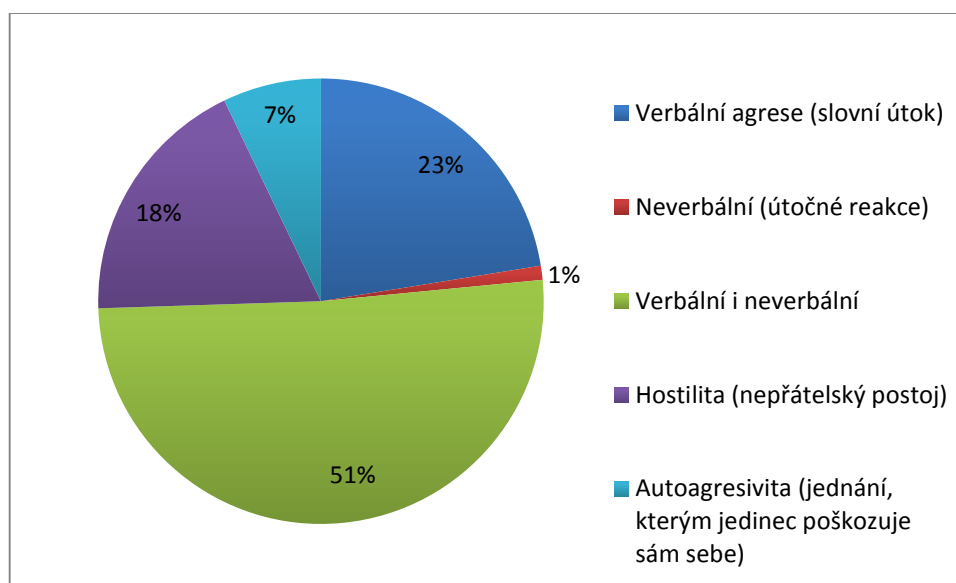


**Graf 7** Typ agresorů

**Komentář:** Velká většina respondentů 58 (59 %) uvedla, že nejčastějšími typy agresorů jsou *muži nad 31 let*. *Muži mezi 18 – 30 lety* byli uvedeni u 21 (22 %) dotázaných. Odpověď *ženy nad 31 let* se vyskytla u 14 (14 %) respondentů. Ve 4 (4 %) případech byla odpověď *ženy 18 – 30 let* a pouze 1 (1 %) respondent uvedl *mladistvého do 18 let*.

**Otázka č. 8: S jakým typem agrese, jste ve své praxi setkal/a?****Tabulka 8** Typ agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Verbální agrese (slovní útok)</b>	22	23
<b>Neverbální (útočné reakce)</b>	1	1
<b>Verbální i neverbální</b>	<b>50</b>	<b>51</b>
<b>Hostilita (nepřátelský postoj)</b>	18	18
<b>Autoagresivita (jednání, kterým jedinec poškozuje sám sebe)</b>	7	7
<b>Celkem</b>	98	100

**Graf 8** Typ agrese

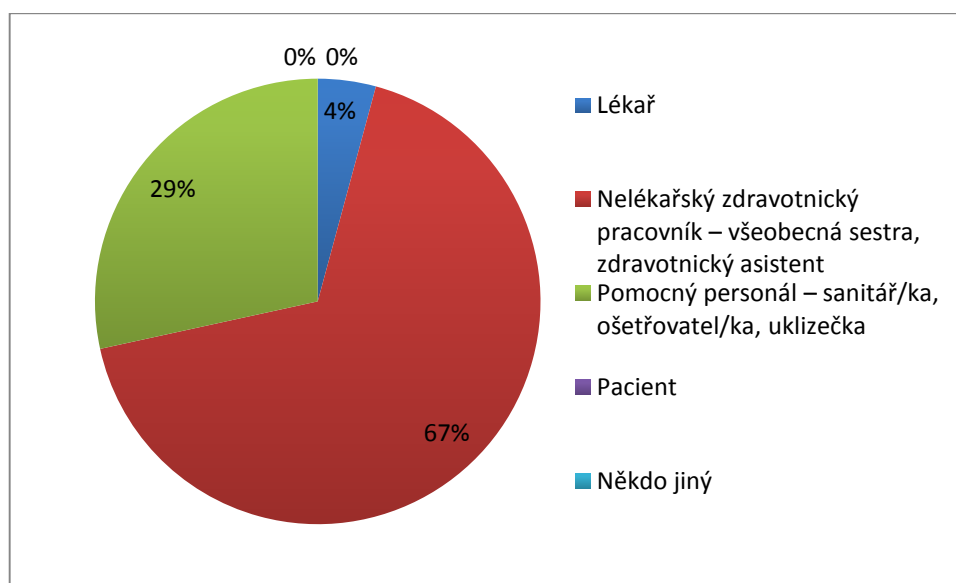
**Komentář:** Tento graf ukazuje, že většina respondentů 50 (51 %) uvedla, že byla napadena *verbálně i neverbálně*, 22 (23 %) odpověděla, že byla napadena *verbálně*. *Hostilita* byla uvedena v 18 (18 %) případech, možnost *autoagresivita* se vyskytla u 7 (7 %) dotázaných a pouze 1 (1 %) respondent odpověděl jako útočný typ agrese *neverbální* napadení.



## Otázka č. 9: Nejčastější obětí agrese byl?

Tabulka 9 Oběti agrese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař	4	4
Nelékařský zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, zdravotnický asistent	64	67
Pomocný personál – sanitář/ka, ošetřovatel/ka, uklízečka	27	29
Pacient	0	0
Někdo jiný	0	0
Celkem	95	100



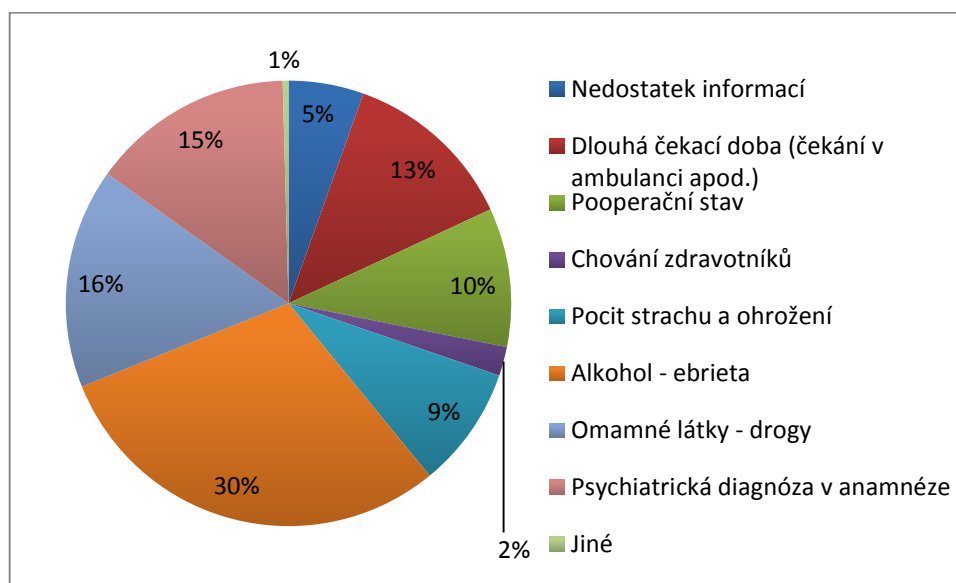
Graf 9 Oběti agrese

**Komentář:** V této položce jsme se dotazovali, kdo se stává nejčastější obětí agrese. Většina respondentů 64 (67 %) odpovědělo *nelékařský zdravotnický personál*. *Pomocný personál* se objevil u 27 (29 %) dotázaných a ve 4 (4 %) případech byl jako napadený *lékař*. Možnost *pacient* nebo *někdo jiný* se v odpovědích neobjevila.

### Otázka č. 10: Jaká je podle Vás nejčastější příčina agresivního jednání pacienta?

Tabulka 10 Příčina agresivního chování

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatek informací	13	5
Dlouhá čekací doba (čekání v ambulanci apod.)	30	13
Pooperační stav	24	10
Chování zdravotníků	5	2
Pocit strachu a ohrožení	21	9
Alkohol - ebrieta	71	30
Omamné látky - drogy	38	16
Psychiatrická diagnóza v anamnéze	35	15
Jiné	1	1
<b>Celkem</b>	<b>238</b>	<b>100</b>



Graf 10 Příčina agresivního chování

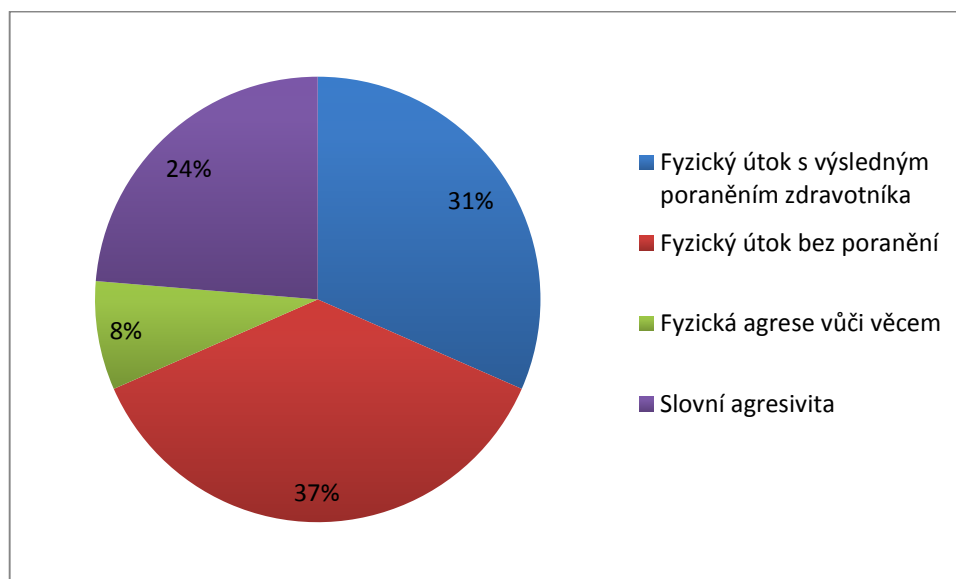
**Komentář:** V této otázce byla možnost označení více odpovědí. Z grafu vyplývá, že 71 (30 %) dotázaných uvedli, jako nejčastější příčinu *alkohol*. V 38 (16 %) případech to byly *omamné látky*, 35 (15 %) respondentů zvolila možnost *psychiatrická diagnóza v anamnéze*. Ve 30 (13 %) odpovědích se objevila možnost *dlouhá čekací doba* a ve 24 (10 %) případech se vyskytla možnost *pooperační stav*. 21 (9 %) dotázaných zvolilo odpověď

*pocit strachu a ohrožení, nedostatek informací* odpovědělo 13 (5 %) respondentů. *Chování zdravotníků* se objevilo u 5 (2 %) dotázaných a pouze u možnosti *jiné* byla 1 (1%) odpověď.

### Otázka č. 11: S jakou nejhorší formou agresivity dle vašeho názoru jste se zatím osobně setkal/a?

Tabulka 11 Projev agresivity

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka	24	31
Fyzický útok bez poranění	28	37
Fyzická agrese vůči věcem	6	8
Slovní agresivita	18	24
Celkem	76	100



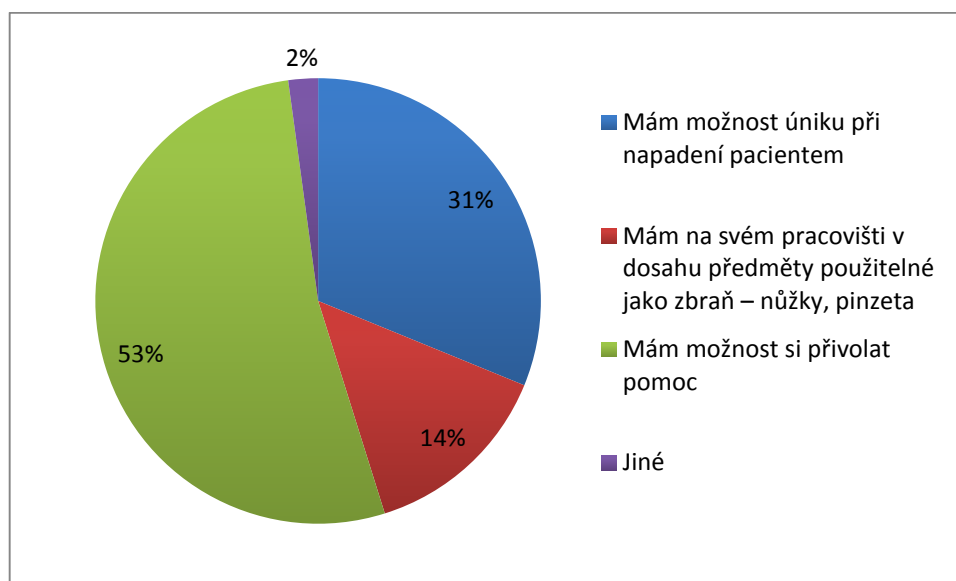
Graf 11 Projev agresivity

**Komentář:** Cílem této dotazníkové položky bylo zjistit, s jakou formou agresivity se zdravotní personál setkává. Převládá odpověď *fyzický útok bez poranění* 28 (37 %). Druhou nejčastější odpovědí je *fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka* 24 (31 %). *Slovní agresivita* se objevila u 18 (24 %) respondentů a možnost *fyzická agrese vůči věcem* byla zastoupena v 6 (8 %).

**Otázka č. 12: V případě agresivity ze strany pacienta:**

Tabulka 12 Zvládnutí napadení při agresi

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mám možnost úniku při napadení pacientem	29	31
Mám na svém pracovišti v dosahu předměty použitelné jako zbraň – nůžky, pinzeta	13	14
Mám možnost si přivolat pomoc	49	53
Jiné	2	2
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

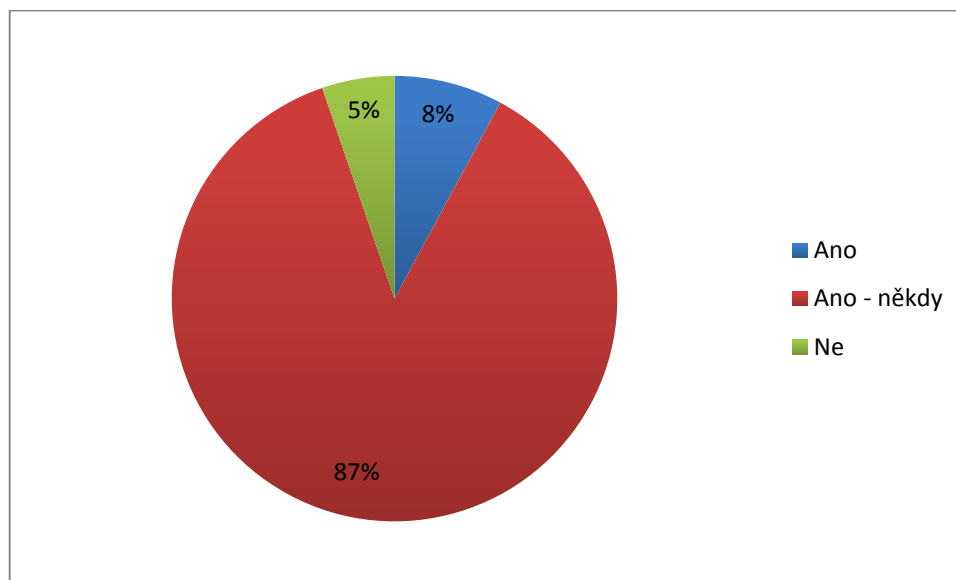


Graf 12 Zvládnutí napadení při agresi

**Komentář:** V této otázce převládá většinový názor a to, že 49 (53 %) dotázaných mají možnost přivolat si pomoc. Ve 29 (31 %) případech se objevila odpověď, mám možnost úniku při napadení pacientem, 13 (14 %) má na svém pracovišti v dosahu předměty použitelné jako zbraň a 2 (2 %) respondenti zvolili možnost jiné.

**Otázka č. 13: Daří se Vám agresivního pacienta uklidnit verbálně?****Tabulka 13** Verbální zklidnění

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	6	8
Ano - někdy	66	87
Ne	4	5
Celkem	76	100

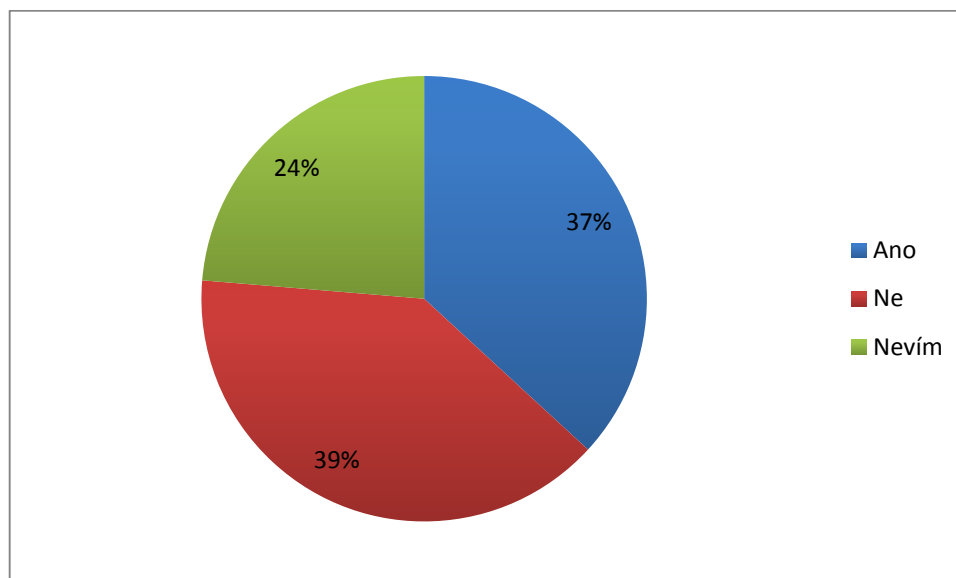
**Graf 13** Verbální zklidnění

**Komentář:** Tento graf názorně ukazuje, že 66 (87 %) respondentů se podaří agresivního pacienta zklidnit verbálně *ano – někdy*, 6 (8 %) dotázaných odpovědělo *ano* a jen u 4 (5 %) se vyskytla možnost *ne*.

**Otázka č. 14: Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován/a v postupech jak jednat s agresivním pacientem?**

**Tabulka 14** Edukační postupy

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	28	37
Ne	30	39
Nevím	18	24
Celkem	76	100



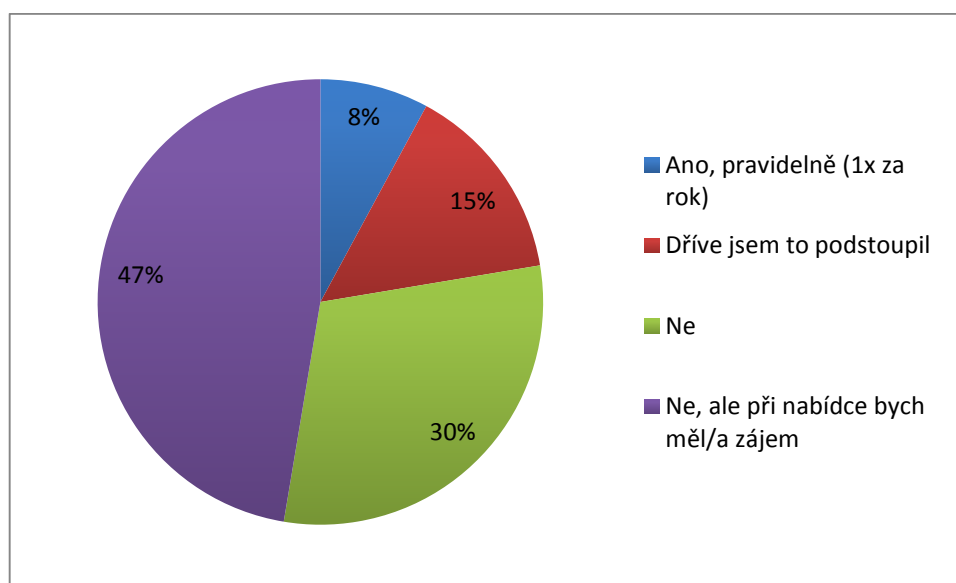
**Graf 14** Edukační postupy

**Komentář:** Na otázku, zda jsou respondenti edukováni v postupech, jak zvládat agresivního pacienta 30 (39 %) odpovědělo *ne*, *ano* se objevilo 28 (37 %) případech a možnost *nevím* se vyskytlo v 18 (24 %) odpovědích.

## Otázka č. 15: Vzděláváte se v oblasti komunikace?

Tabulka 15 Vzdělání v oblasti komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pravidelně (1x za rok)	6	8
Dříve jsem to podstoupil	11	15
Ne	23	30
Ne, ale při nabídce bych měl/a zájem	<b>36</b>	<b>47</b>
<b>Celkem</b>	76	100

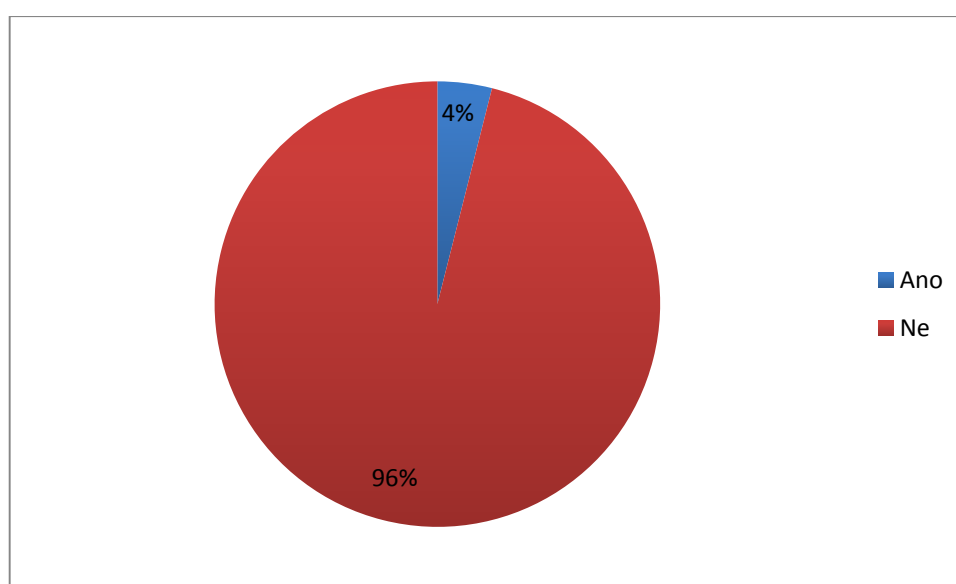


Graf 15 Vzdělání v oblasti komunikace

**Komentář:** Z tohoto grafu lze konstatovat, že se v oblasti komunikace *nevzdělává* 36 (47 %) respondentů, *ale při nabídce by měli zájem*. Odpověď *ne* zvolilo 23 (30 %) dotázaných, 11 (15 %) už vzdělání v této oblasti *podstoupili* a 6 (8 %) se *pravidelně* v komunikaci *proškoluje*.

**Otázka č. 16: Absolvoval/a jste v zaměstnání kurz sebeobrany?****Tabulka 16** Kurz sebeobrany

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	3	4
Ne	73	96
Celkem	76	100

**Graf 16** Kurz sebeobrany

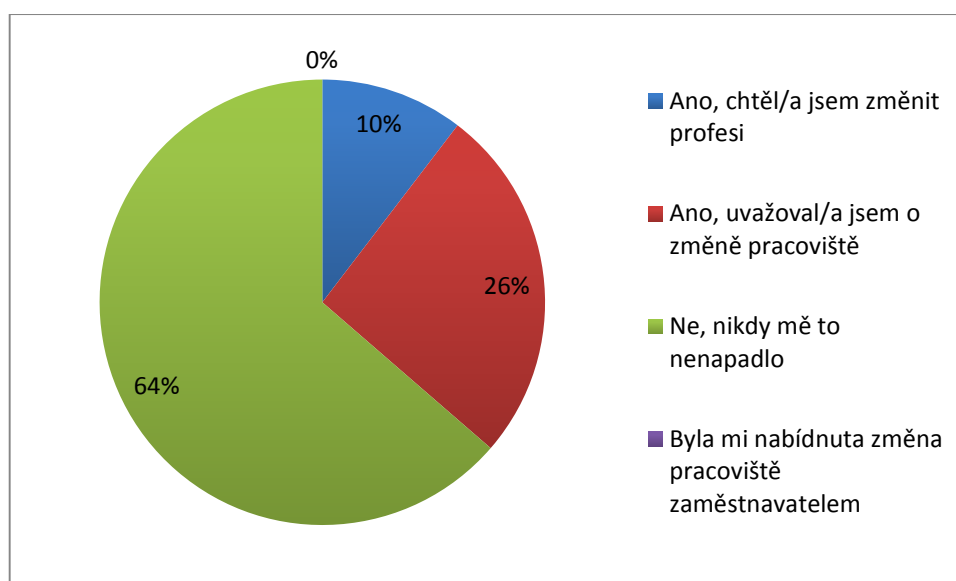
**Komentář:** Na tuto otázku odpovídalo všech 76 respondentů. Jednoznačně z ní vyplývá, že 73 (96 %) dotázaných kurz sebeobrany nikdy *nepodstoupili* a pouze 3 (4 %) respondenti už tento kurz *podstoupili*.



**Otázka č. 17: Chtěl(a) jste někdy kvůli situaci s agresivními pacienty svoji profesi opustit nebo jste uvažoval(a) o změně pracoviště?**

**Tabulka 17** Změna pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, chtěl/a jsem změnit profesi	8	10
Ano, uvažoval/a jsem o změně pracoviště	19	26
Ne, nikdy mě to nenapadlo	49	64
Byla mi nabídnuta změna pracoviště zaměstnavatelem	0	0
<b>Celkem</b>	76	100

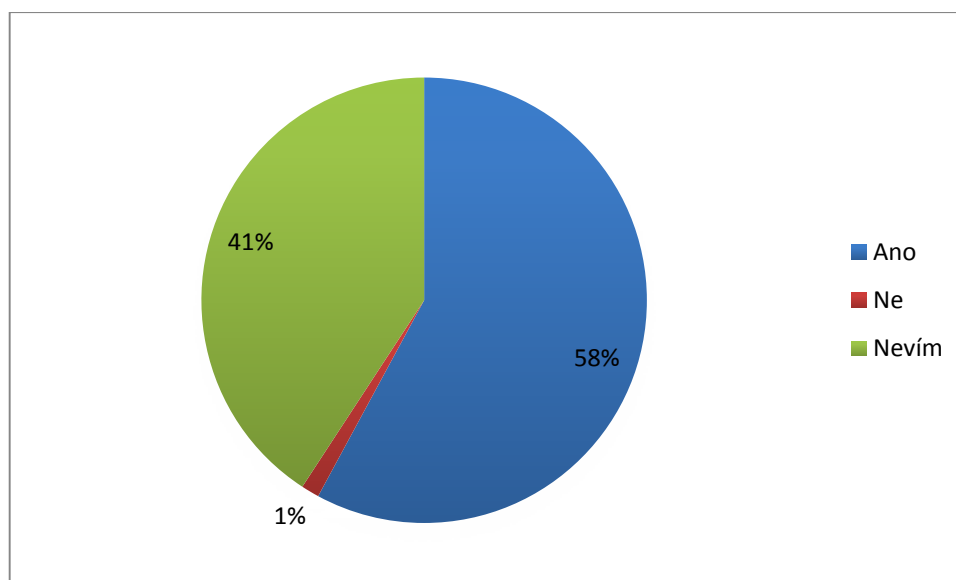


**Graf 17** Změna pracoviště

**Komentář:** Z následujícího grafu lze usuzovat, že 49 (64 %) respondentů nikdy *nenapadlo* kvůli agresivitě pacientů *svoji profesi opustit*, 19 (26 %) *uvažovalo o změně pracoviště* a 8 (10 %) dotázaných *chtěli změnit profesi*. Ani jeden respondent nevyužil možnost, *byla mi nabídnuta změna pracoviště zaměstnavatelem*.

**Otázka č. 18: Uvítal/a byste, kdyby byl zdravotníkům přiznán status úřední osoby?****Tabulka 18** Status úřední osoby

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	44	58
Ne	1	1
Nevím	31	41
Celkem	76	100

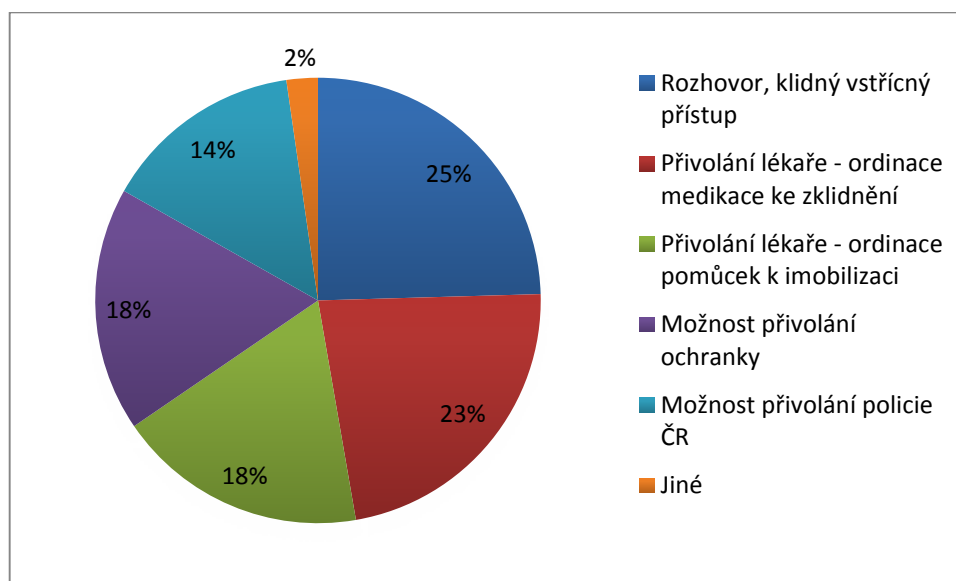
**Graf 18** Status úřední osoby

**Komentář:** Na otázku, zda by zdravotníci uvítali status úřední osoby 44 (58 %) odpovědělo *ano*, 31 (41 %) respondentů zvolilo možnost *nevím* a pouze 1 (1 %) dotázaný uvedl jednoznačnou odpověď *ne*.

### Otázka č. 19: Jaké prostředky využíváte k pacifikaci agresivního pacienta?

Tabulka 19 Prostředky k pacifikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Rozhovor, klidný vstřícný přístup</b>	<b>54</b>	<b>25</b>
Přivolání lékaře – ordinace medikace ke zklidnění	50	23
Přivolání lékaře - ordinace pomůcek k imobilizaci	40	18
Možnost přivolání ochranky	39	18
Možnost přivolání policie ČR	32	14
Jiné	5	2
<b>Celkem</b>	<b>220</b>	<b>100</b>



Graf 19 Prostředky k pacifikaci

**Komentář:** V této položce jsem vyhodnotila 220 různých odpovědí. Nejčastěji zastoupenou odpovědí byla možnost 54 (25 %) *rozhovor, klidný vstřícný přístup*, v 50 (23 %) byla využita možnost *přivolání lékaře – ordinace medikace ke zklidnění*, 40 (18 %) dotázaných zvolilo odpověď *přivolání lékaře – ordinace pomůcek k imobilizaci*. *Možnost přivolání ochranky* bylo uvedeno v 39 (18 %) případech a 32 (14 %) se objevila *možnost přivolání policie ČR*. 5 (2 %) respondentů zvolili odpověď *jiné*.

**Otázka č. 20:** Tato poslední otázka byla otevřená, zde mohli respondenti uvést své zkušenosti a názory, které se týkají napadení zdravotníků. I když jsem nepředpokládala, že se někdo z dotázaných vyjádří, překvapila mě ochota se se svými zkušenostmi podělit.

Zde bylo použito otevřené kódování.

### **Alkohol – ebrieta**

- „Silvestr, ebrieta sedmnáctiletého muže, byl slovně i fyzicky agresivní, přivezen příkurtovaný. Při překlada na lůžko nutnost odkurtování – fyzická agrese, házení, napadení sanitářky kopem do obličeje (rozbité brýle) i mne do hlavy.“
- „Pokopání a poškrábání agresivním pacientem v ebrietě. Starší žena hodila sklenicí, ta mi proletěla kolem hlavy.“
- „Pacient s poraněním mozku mě nečekaně kopl. Delirantní pacient mi vytrhl tužku z kapsy a snažil se mne bodnout.“
- „Napadení sanitáře se zraněním opilcem. Když se ho snažil zpacifikovat, opilec ho udeřil do ruky. Následovala bolest a modřina.“
- „Pacient pod vlivem alkoholu odmítal uposlechnout příkazy lékaře a sester. Opouštěl lůžko, trhal si kanylu, ohrožoval svým agresivním chováním ostatní pacienty v čekárně. V batohu měl nůž a alkoholické nápoje. Situaci řešila ochranka a policie ČR.“
- „Pacient s těžkým krvácením do mozku v ebrietě, odmítá uložení do lůžka, je verbálně i fyzicky agresivní, odmítá hospitalizaci. Do lůžka je nutno ho dostat v pěti lidech.“
- „Delirantní stavy, stavy při poranění mozku, zpravidla verbální.“
- „Ebrieta – verbální napadení, neuposlechnutí pokynů, nemožnost odběrů – kurty – nutně jsme ho museli zklidnit léky – ohrožení, že přestane dýchat, dušný – stres pro pracovníky.“
- „Přivezen muž RZP s dg. ebrieta – při odběru krve agresivní (verbálně i fyzicky). S prosbou o natažení HK vytasil z kapsy nůž – díky přítomnosti posádky RZP a ostatního personálu pacient včas zpacifikován (nasazeny kurty), vyvázla jsem bez újmy na zdraví.“
- „Napadení pacientem v deliriu s výsledným zničeným vybavením sesterny. Pacifikace policií ČR.“

### **Drogy – omamné látky**

- „K otázce č. 17 – jako těhotná jsem čelila agresivnímu pacientovi, raději jsem poté šla na PN, abych neriskovala. Zdrogovaný odmítal hospitalizaci, musela jej donutit policie. Opilý si odmítal lehnout do lůžka, velmi těžká pacifikace, nebezpečí úderu rukou a pádu pacienta.“
- „Pacient po kraniotraumatu agresivně kousal sestry (drogy). Drželo ho osm pracovníků. Dokopal sestry.“

### **Slovní agrese**

- „Vždy se jednalo o slovní agresivitu, která se vyřešila domluvou.“
- „Pacient byl po příchodu na pokoj zničehonic na nás slovně agresivní. Snažili jsme se ho slovně uklidnit.“
- „Matka dvou dětí (těhotná) na léčebném pobytu v Luhačovicích. Jedno dítě zůstává v léčebně, druhé pro bolest břicha odesláno z Luhačovic na dětskou JIP, odtud do akutní ambulance OUP. Dítě plačtivé, matka nedostatečně informována na předešlých pracovištích k nám přichází afektovaná, hysterická - nechápe situaci - nerozumí, proč musí s dítětem, které má horečku jezdit ode dveří ke dveřím, slovně útočí na personál, dítě reaguje na matku, začíná být neutišitelné. Až po opakovaném rozhovoru se daří matku i dítě zklidnit. Konstatována viróza – odesláni domů.“
- „Pacient hádavý, agresivní, sprostě mluvící.“
- „Verbální urážení, řvaní nevhodných slov, snaha o napadení.“

### **Slovní a fyzické napadení**

- „Slovní a agresivní napadení. Urážky. Demolice oddělení.“
- „Pokus o napadení bodnou zbraní.“
- „Chycení za límec, slovní agrese.“

- „Dlouhá čekací doba na ambulanci, pacient verbálně napadá nižší zdravotnický personál i lékaře, stejně tak příbuzní od pacienta verbálně napadají sloužící personál. Fyzický útok zejména od pacientů pod vlivem alkoholu.“
- „Verbální i fyzické napadení. Následné napadení personálu (kolegyň). Zdemolovaná sesterna. Volána policie ČR.“

### **Agresivní chování – výhružky**

- „Setkávám se spíše s vulgárními, netrpělivými a hulvátsky se chovajícími pacienty. Při jakékoliv neshodě či problému volám lékaře (ten poté situaci řeší).“
- „Nepříčetný hospitalizovaný pacient v civilu opouští nemocnici, rozbíjí služební vchodové dveře na kartu, kope do skla, násilím je rozevírá, křičí, vulgárně nadává ochrance i personálu, odchází.“
- „Pacient se utrl z popruhů, točí jimi nad hlavou, běhá po oddělení.“
- „Pacient běhá po balkoně oddělení, vyskočil malým okýnkem (fraktura páteře) a chce seskočit z balkonu. Ohrožoval sebe i personál.“
- „Propuštěný vězeň (14 let) vyhrožoval, že jde koupit na benzinku benzín, nemocnici podpálí (3 hod. ráno), urologický problém volána policie, nepříjemný, opakované návštěvy na chirurgickém urgentním příjmu – vždy agresivní!!“

## 9 DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat, zda se zdravotnický personál ve své praxi setkává s agresivními pacienty. Druhým cílem bylo zjistit, jaká je nejčastější příčina agrese a v neposlední řadě mě zajímalo, zda je zdravotnický personál dostatečně edukován v postupech a komunikaci s agresivními pacienty. Šetření bylo provedeno za pomoci strukturovaného dotazníku s jednou otevřenou otázkou, kde mohl zdravotnický personál vyjádřit své zkušenosti z praxe.

Tohoto dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 85 respondentů z chirurgických a interních oborů zařazených do všech pracovních kategorií.

### **Cíl 1: Zmapovat, zda se zdravotnický personál ve své praxi setkává s agresivním pacientem.**

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že se zdravotnický personál s agresivními pacienty setkává několikrát do měsíce (45 %), několikrát do roka (28 %), několikrát do týdne (25 %) a (2 %) se s agresí doposud nesetkali. Z odpovědí lze vyhodnotit, že se agresivita objevuje velmi často.

V otázce č. 6 jsme se dotazovali, zda byly respondenti verbálně nebo fyzicky napadeni. (89 %) odpovědělo ano a u (11 %) se vyskytlo ne. V otázce č. 8 pak mohli dotázaní odpovědět, s jakým nejčastějším typem agrese se ve své praxi setkali. Všichni respondenti, kteří na tuto otázku odpovídali, se zároveň setkali jak s agresí verbální, tak i neverbální (51 %), s neverbálním typem agrese se setkalo pouze (23 %) dotázaných. Pokud se agresivita objeví, je většinou v kombinaci verbální i neverbální.

### **Cíl 2: Zjistit, jaká je nejčastější příčina agresivního chování u pacientů.**

Na tento cíl se zaměřovala otázka č. 10. Respondenti měli možnost zaškrtnout více odpovědí, maximálně však 3. Jelikož dotázaní využili zaškrtnutí většího množství odpovědí, pracovali jsme se všemi variantami. Z celkového počtu odpovědí byl ve (30 %) příčinou agresivního chování alkohol – ebrieta, (16 %) omamné látky – drogy, (15 %) psychiatrická diagnóza v anamnéze, (13 %) dlouhá čekací doba a v (10 %) to byl pooperační stav. U (9 %) se objevil pocit strachu a ohrožení, (5 %) nedostatek informací,

chování zdravotníků se vyskytlo ve (2 %) a jiné (1 %). Nejčastější příčinou agrese je tedy alkohol.

Velká většina respondentů uvedla, že se jim daří pacienta uklidnit verbálně ano – někdy (87 %), jednoznačnou odpověď ano zvolilo (8 %) a ne se objevilo v (5 %). Zároveň (53 %) dotázaných uvedlo, že mají v případě napadení možnost přivolat si pomoc, ve (31 %) mají možnost úniku při napadení a (14 %) má na svém pracovišti v dosahu předměty použitelné jako zbraň.

### **Cíl 3: Zjistit, zda je zdravotnický personál dostatečně edukován o postupech a komunikaci při zvládnání agresivních pacientů.**

Respondenti v této otázce uvedli, že v této oblasti není edukováno (39 %) dotázaných, ano zvolilo (37 %) a odpověď nevím zvolilo (24 %). (47 %) se v komunikaci nevzdělává, ale při nabídce by měli zájem, ne se objevilo ve (30 %), proškolení podstoupilo (15 %) dotázaných a pravidelně 1x za rok se školí (8 %) odpovídajících respondentů. Je zde patrné, že zdravotnický personál není dostatečně edukován v této oblasti.

V otázce, zda zdravotnický personál absolvoval kurz sebeobrany, panuje většinová odpověď a to, že zdravotnický personál ve (4 %) kurz sebeobrany podstoupil a (96 %) ne.

Svou bakalářskou práci srovnávám s kolegyní, která se zabývala stejnou problematikou. Autorka Ivana Krahulcová v roce 2009 napsala bakalářskou práci pod názvem „Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu klientovi.“ Výzkum uskutečnila v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, v Psychiatrické léčebně v Kroměříži a v nemocnici Kroměříž. Analýzou dat jednotlivých položek dospěla k názoru, že věk respondentů se pohybuje v rozmezí mezi 20-24 lety, na pracovištích pracují převážně ženy a délka praxe dotázaných je 11 a více let. Z výzkumu dále vyplývá, že nejčastější typ agrese je verbální dále následuje fyzická agrese a nakonec nepřátelský postoj. Z verbální agrese se nejčastěji objevují výhrůžky, nadávky či vulgární slova při jakékoliv činnosti prováděné s pacientem nebo hned po příchodu na oddělení. Nadávky a výhrůžky byly adresovány přímo na respondenty, fyzické napadení bylo směřováno jak na dotázané, tak na ostatní členy personálu. Pacienta se daří zklidnit přivoláním lékaře, který naordinuje buď léčbu na uklidnění, nebo popruhy. Agresi nejčastěji způsobuje



alkohol, osobní poruchy pacientů, drogy. Velkým rizikem při práci sester je zranění jako škrábance, hematomy, zhmožděniny, pokousání, facky. Zájem dozvědět se více informací o agresivitě pacientů projevilo 64 (74 %) respondentů.

Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastěji zastoupenou profesí je všeobecná sestra a pomocný personál se středoškolským vzděláním v praxi pracující 11 a více let. S agresivními pacienty se respondenti setkávají několikrát do měsíce, za agresory označily muže ve věku 31 a více let. Na dotazníkovou položku, kde jsme se ptali na druh agrese, polovina dotázaných odpověděla, že se současně jedná o verbální i fyzické napadení. Obětí agresivity bývá všeobecná sestra, zdravotnický asistent, pomocný personál. Za nejčastější příčinu agresivity respondenti uvedli alkohol – ebrietu, drogy a psychiatrickou diagnózu v anamnéze. V případě agresivity ze strany pacienta mají dotázaní možnost přivolat si pomoc nebo možnost úniku a s nejčastější formou, kterou se setkali je fyzický útok bez poranění personálu. Jako prostředek ke zklidnění pacienta používají rozhovor, klidný vstřícný přístup, verbálně se daří agresivního pacienta pouze někdy, pokud se nedaří agresora zklidnit je přivolán lékař, který naordinuje buď farmaka ke zklidnění, nebo pomůcky k imobilizaci. V oblasti komunikace se personál pravidelně nevzdělává, ale při nabídce by měli zájem.

V rámci srovnání dotazníkového šetření se ukázalo, že většina respondentů jsou všeobecné sestry. U kolegyně, která zjišťovala pohlaví, vyplynulo, že 80 (92 %) dotázaných, pracujících na pozici sester, jsou ženy. Na otázku délky klinické praxe se u dotázaných nejčastěji objevuje odpověď 11 a více let. Pokud se u pacienta již agresivní chování objeví, je to vždy většinou současně verbální i fyzické napadení. Nejvíce zastoupenou odpovědí na příčinu agresivního chování je alkohol – ebrieta, psychická nebo osobní porucha pacienta, drogy. Shodu jsme také zaznamenali v položce pacifikace pacienta. Převládají odpovědi jako rozhovor a druhou početnou skupinou uvedenou v dotazníku je přivolání lékaře za účelem ordinace medikace ke zklidnění či ordinaci pomůcek k imobilizaci pacienta. Další shodná odpověď byla uvedena v otázce, zda se zdravotníci vzdělávají v oblasti komunikace a zda by měli zájem o více informací. U kolegyně Krahulcové to bylo 64 (74 %) a v našem průzkumu 36 (47 %). Je rozhodně důležité se touto problematikou i nadále zabývat.

## 10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky naší práce mohou být přínosem jak respondentům pro výkon jejich profese v rámci zefektivnění komunikace, tak pro management nemocnice, který podle výzkumného šetření může podniknout další opatření vedoucí k vytvoření bezpečného pracovního prostředí a pro eliminaci výskytu negativních jevů spojených s agresí.

Jako návrh řešení bychom doporučili managementu nemocnice pravidelná školení v oblasti komunikace s agresivními pacienty. Je potřeba umět rozpoznat varovné signály agresora jak už verbální nebo fyzické. Znat zásady a uplatnit je v praxi. Komunikace je bezesporu nejučinnější prostředek, jak agresivitu zvládnout. Podle našeho průzkumu by o toto proškolení byl evidentní zájem.

Dalším doporučením pro praxi bychom navrhovali kurz sebeobrany, který by byl realizován ve spolupráci s policií ČR, kde by si mohli zaměstnanci sami vyzkoušet na určitých situačních modelech rozborem konkrétních situací, jak konfliktům s agresory čelit, kde si mají přivolat pomoc a jak se v takových situacích bránit.

Jako další intervenci je možné doporučit manuál ke zlepšení zvládnání projevů agrese pacientů. Obsahoval by preventivní opatření pro lékařský i nelékařský personál. Pravidla komunikace s agresivními pacienty a varovné signály projevů verbální či fyzické agresivity. Dále možnosti zvládnutí agresivních pacientů, jako je medikamentózní léčba, imobilizace pacienta nebo přivolání pomoci.

Po závěrečné obhajobě bakalářské práce budou výsledky dotazníkového šetření předány primáři traumacentra Krajské nemocnice T. Bati, a. s. MUDr. Marcelu Guřanovi, Ph.D.

## ZÁVĚR

Záměrem naší bakalářské práce na téma: „Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient“ bylo zmapovat na základě dotazníkového šetření, jestli se zdravotnický personál setkává s agresivními pacienty, zda zvládá komunikaci v této oblasti a je schopen se adekvátně bránit v případě napadení.

V teoretické části naší bakalářské práce jsou vymezeny pojmy agrese a agresivita. Dále jsem se zaměřila na stres ve zdravotnických profesích jako možnou příčinu agrese a závěrem se zabývám komunikací s agresivním pacientem.

V praktické části naší bakalářské práce předkládám výsledky výzkumu. Data byla získána kvantitativní metodou za pomoci strukturovaného dotazníku. Šetření probíhalo na chirurgických a interních úsecích v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Výzkumné šetření ukázalo, že s agresivitou se zdravotníci setkávají často a to i několikrát do měsíce. Napadení probíhá současně ve formě jak verbální tak i fyzické a jsou to především pacienti pod vlivem alkoholu nebo omamných látek. Terčem násilí se nejčastěji stává nelékařský zdravotnický pracovník, především všeobecné sestry. Je to dáno tím, že sestra je pro pacienta jakýmsi „nárazníkem“ a tráví s ním nejvíce času. Jednou z položek v dotazníku byla otázka, zda by zdravotníci uvítali status úřední osoby. 58 %, což byla většina dotázaných, odpověděli - ano. Možná by stálo za úvahu se touto otázkou do budoucna zabývat.

Situace ve zdravotnictví začíná být téměř kritická. Nemocnice se potýkají s nedostatkem lékařů a sester. A ti, kteří zůstávají a pracují, vnímají jakousi „neúctu“ ke své profesi. Zdravotníci nejsou dostatečně finančně ohodnoceni, míra přepracovanosti zhoršuje mezilidské vztahy, může dojít k vyčerpání a následně k syndromu vyhoření. Na jedné straně stojí zdravotník a na straně druhé nervózní pacient, který má pocit, že se mu nedostává dostatečné péče. V takových situacích může snadno dojít ke konfliktu až k agresivitě.

Z vlastní zkušenosti vím, že konflikty jak s pacienty, tak i s jejich příbuznými bývají v naší profesi velmi časté. Nelze předpokládat, že by agresivita ve zdravotnictví byla na ústupu, spíše naopak - přesycená média brutálními činy, počítačové hry a výchova v rodinách ukazují na fakt, že násilí se bude v budoucnu pravděpodobně ještě více zhoršovat.

Provedené šetření přineslo pro klinickou praxi poznatek, věnovat se dále zdravotnickému personálu v oblasti psychologie, komunikace a verbálního projevu. Je potřeba budovat psychickou připravenost nejen lékařů a všeobecných sester, ale i pomocného personálu. Důležité je také minimalizovat faktory, které mohou agresivitu zintenzivnit.

Výskyt agresivity je velmi aktuální téma, bude rozhodně přínosné se touto problematikou zabývat a sledovat jeho další vývoj ve zdravotnictví.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- ADÁMKOVÁ, Lucie, 2010. *Problematika psychické zátěže práce sestry* [online]. Brno [cit. 2017-4-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství LF MU. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/69585/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/69585/lf_b/)
- BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. 1. vyd. Brno: NCONZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
- BOHÁČEK, Pavel, 2008. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra* [online]. Roč. 18, č. 1/2008, s. 33-34 [cit. 2017- 3-15]. ISSN 1210-0404.
- ČERMÁK, Ivo, 1999. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Nakladatelství Fakta v.o.s. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
- ČERMÁKOVÁ, Jitka, 2010. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence* [online]. Roč. 6, č. 3/2010, s. 20-21 [cit. 2017-3-19]. ISSN 1801-464X.
- DETTMORE, Diane, Ann KOLANOWSKI a Malaz BOUSTANI, 2009. Aggression in Persons with Dementia: Use of Nursing Theory to Guide Clinical Practice. *Geriatric Nursing*. 30(1), 8-17. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2008.03.001. ISSN 01974572. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0197457208000864>
- DOHNALOVÁ, Hana, 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. 8(2), s. 86-88. ISSN 1214-8687.
- EDELSBERGER, Ludvík, 2000. *Detektologický slovník*. 3. vyd., nakladatelství H&H. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing. 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
- GERLOVÁ, Erika a Irena PILAŘOVÁ, 2003. Lékař a agresivní pacient. *Tempus medicorum* [online]. 12/2003, č.7/8, s. 26-28 [cit. 2017-3-19]. ISSN 1214-7524.
- HANUŠKOVÁ, Vlasta, 2008. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 9(4), s. 168-169. ISSN 1213-0508.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.

HEJDOVÁ MOŠŤKOVÁ, Kateřina, 2012. *Zásady přístupu k nemocnému s alkoholovou intoxikací* [online]. Olomouc [cit. 2017-3-10]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Dostupné z: <http://theses.cz/id/xtnqpn/?furl=%2Fid%2Fxtqnqpn%2F;so=nx;lang=en>

HONZÁK, Radkin, 2008. Sestra a problémoví pacienti v čekárně. *Praktikus* [online]. Roč. 7/8, 7/2008, s. 52-53 [cit. 2017-3-10]. ISSN 1213-8711.

CHVAL, Josef, 2008. Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 9(4), s. 164-165. ISSN 1803-5272.

HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.

KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 1. vyd.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 1998. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Časopis psychologie 42* [online]. s. 429 – 448 [cit. 2017-3-11].

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2 vyd. ISBN 80-7071-231-7.

KELO, Ján, 2008. Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra* [online]. Roč. 18, 3/2008, s. 23-24 [cit. 2017-3-8]. ISSN 1210-0404.

KONOPÁSEK, Zdeněk a Jana ŠEBLOVÁ, 1998. Jak vidíme sami sebe. *Urgentní medicína 1*, 1(2), s. 33-35.

KOVAŘÍKOVÁ, Hana a Stanislav JIRKOVSKÝ, 2009. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra* [online]. Roč. 19, č. 6/2009, s. 34 [cit. 2017-3-5]. ISSN 1210-0404.

KRAHULCOVÁ, Ivana, 2009. *Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivnímu pacientovi* [online]. Zlín [cit. 2017-3-10]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9002/krahulcov%C3%A1\\_2009\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9002/krahulcov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1)

KRISTOVÁ, Jarmila, 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra* [online]. Roč. 18, č. 12/2008, s. 23-24 [cit. 2017-2-27]. ISSN 1210-0404.

KŘÍŽOVÁ, Valentýna a Petr KŘÍŽ, 2006. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra* [online]. Roč. 16, č. 10/2006, s. 43 [cit. 2017-2-26]. ISSN 1210-0404.

LAHODOVÁ, Miroslava, 2003. Problémový nemocný v urologické praxi. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen. 6. s. 244-245. ISSN 1803-5299.

LÁTALOVÁ, Klára, 2014. *Agresivita v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada publishing. 352 s. ISBN 8024711516.

MARTÍNEK, Zdeněk, 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže: druhy agresí, přístupy k agresivnímu chování, poruchy chování, šikana*. 1.vyd. Praha: Grada. 152 s. Pedagogika. ISBN 978-802-4723-105.

MUSIL, Jiří a kol, 2006. *Klinická psychologie a psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc. 205 s. ISBN 8024411539.

NAWKA, Alexander, 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 13(2), s. 69-74. ISSN 1803-5272.

Nejčastějším terčem násilí ve zdravotnictví jsou zdravotní sestry, potvrdila česká studie. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha 19. 8. 2016 [cit. 2017-4-21]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/08/nejcastejsim-tercem-nasili-ve-zdravotnictvi-jsou-zdravotni-sestry-potvrdila-ceska-studie/>

NĚMEC, Ivo a Helena STUHLÍKOVÁ, 2007. Agresivní pacient. *Sestra* [online]. Roč. 17, 11/2007, s. 24 [cit. 2017-3-7]. ISSN 1210-0404.

OREL, Miroslav a kol, 2012. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada. 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.

PEKARA, Jaroslav, 2007. Napadení zdravotnických záchranářů. *Florence* [online]. Roč. 3, č. 4/2007, s. 175-176 [cit. 2017-2-24]. ISSN 1801-464X.

PETR, Tomáš, 2003. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. *Sestra* [online]. Roč. 13, 7- 8/2003, s. 69-71 [cit. 2017-3-2]. ISSN 1210-0404.

POJZLOVÁ, Zdena, 2004. Agrese - zvládání neklidu. In: *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství: Sborník přednášek*. 1.vyd. Praha: Psychiatrická sekce ČAS. s. 56.

PONĚŠICKÝ, Jan, 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton. 226 s. ISBN 978-80-7387-378-3.

RAPČÍKOVÁ, Tatiana, 2007. Etický rozmer práce zdravotnického záchranára. *Urgentní medicína*. 2/2007. s. 26-30.

ROZKYDALOVÁ, Jarmila, 2014. *Agrese a násilí ve zdravotnickém zařízení, cílena na zdravotnický personál* [online]. Olomouc [cit. 2017-4-22]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství. Dostupné z: [http://theses.cz/id/to1ku4/Rozkydalova\\_Jarmila\\_Agrese\\_a\\_nasiliv\\_ve\\_zdravotnickem\\_zari.pdf](http://theses.cz/id/to1ku4/Rozkydalova_Jarmila_Agrese_a_nasiliv_ve_zdravotnickem_zari.pdf)

SIHELSKÁ, Dana, 2007. Zdravotnícky záchranár – profesionál, osobnost, *Urgentní medicína*. č. 2, s. 30-32.

SZKANDEROVÁ, Michaela a Darja JAROŠOVÁ, 2008. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese* [online]. Roč. I/1. [cit. 2017-2-25]. ISSN 1803-4330.

ŠEBLOVÁ, Jana, 2007. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. *Ochrana zdraví* 112, č. 3. s. 12-14.

ŠLAISOVÁ, Ivana, 2005. Komunikace v ošetřovatelství. 1. díl: Agresivní pacient. *Florence* [online]. Roč. 1, č. 1/2005, s. 23-24 [cit. 2017-2-24]. ISSN 1801-464X.

TRČKOVÁ, Monika, Jan TITLBACH a René POSPÍŠIL, 2006. *Agitovaný pacient ve zdravotnické péči. Diagnóza v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Promediamotion spol. s. r. o. Roč. 2, č. 2. s. 69-70. ISSN 1801-1349.

ZÁKON č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009. Sbíрка zákonů Česká republika. In: *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2017-3-10]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#cast2>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VÁCHOVÁ, Jaroslava, 2006. Obtížný pacient. *Sestra* [online]. Roč. 16, č. 5/2006, s. 22-23 [cit. 2017-2-24]. ISSN 1210-0404.



VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VEVERA, Jan, et al, 2007. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen. 2, s. 66-71. ISSN 1803-5272.

VŠETEČKOVÁ, Renáta a Linda BUŘIČOVÁ, 2010. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a na urgentním příjmu. *Florence* [online]. Roč. 6, č. 10/2010, s. 32- 34 [cit. 2017-2-21]. ISSN 1801-464X.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., v nakl. Portál 1. vyd. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80- 7178-740-X.

ZACHAROVÁ, Eva, 2007. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence* [online]. Roč. 3, č. 7-8/2007, s. 318 [cit. 2017-3-10]. ISSN 1801-464X.

ZACHAROVÁ, Eva, 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. 11(10), s. 471. ISSN 1212-7299.

ŽITNÝ, Petr, 2008. *Agresivita*. [online]. Brno [cit. 2017-3-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/199874/pedf\\_b/Bakalarska\\_prace\\_-\\_Agresivita\\_Finalova\\_verze\\_1.pdf](https://is.muni.cz/th/199874/pedf_b/Bakalarska_prace_-_Agresivita_Finalova_verze_1.pdf)

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. s.	akciová společnost
cit.	Citace
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
č.	číslo
dg.	diagnóza
et al	a kolektiv
HK	horní končetina
hod.	hodin
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
OUP	oddělení urgentního příjmu
PN	pracovní neschopnost
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
s.	strana
Sb.	sbírka

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1</b> Profese .....	41
<b>Tabulka 2</b> Délka praxe.....	42
<b>Tabulka 3</b> Dosažené vzdělání .....	43
<b>Tabulka 4</b> Pracoviště .....	44
<b>Tabulka 5</b> Styk s agresivními pacienty.....	45
<b>Tabulka 6</b> Napadení verbální nebo fyzické .....	46
<b>Tabulka 7</b> Typ agresorů.....	47
<b>Tabulka 8</b> Typ agrese .....	48
<b>Tabulka 9</b> Oběti agrese .....	49
<b>Tabulka 10</b> Příčina agresivního chování .....	50
<b>Tabulka 11</b> Projev agresivity.....	51
<b>Tabulka 12</b> Zvládnutí napadení při agresi .....	52
<b>Tabulka 13</b> Verbální zklidnění .....	53
<b>Tabulka 14</b> Edukační postupy .....	54
<b>Tabulka 15</b> Vzdělání v oblasti komunikace .....	55
<b>Tabulka 16</b> Kurz sebeobrany.....	56
<b>Tabulka 17</b> Změna pracoviště .....	57
<b>Tabulka 18</b> Status úřední osoby .....	58
<b>Tabulka 19</b> Prostředky k pacifikaci.....	59

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf 1</b> Profese .....	41
<b>Graf 2</b> Délka praxe.....	42
<b>Graf 3</b> Dosažené vzdělání .....	43
<b>Graf 4</b> Pracoviště.....	44
<b>Graf 5</b> Styk s agresivními pacienty .....	45
<b>Graf 6</b> Napadení verbální nebo fyzické .....	46
<b>Graf 7</b> Typ agresorů .....	47
<b>Graf 8</b> Typ agrese.....	48
<b>Graf 9</b> Oběti agrese .....	49
<b>Graf 10</b> Příčina agresivního chování.....	50
<b>Graf 11</b> Projev agresivity .....	51
<b>Graf 12</b> Zvládnutí napadení při agresi .....	52
<b>Graf 13</b> Verbální zklidnění .....	53
<b>Graf 14</b> Edukační postupy .....	54
<b>Graf 15</b> Vzdělání v oblasti komunikace.....	55
<b>Graf 16</b> Kurz sebeobrany .....	56
<b>Graf 17</b> Změna pracoviště.....	57
<b>Graf 18</b> Status úřední osoby.....	58
<b>Graf 19</b> Prostředky k pacifikaci .....	59

**SEZNAM PŘÍLOH**

<b>Příloha I:</b> Dotazník .....	78
<b>Příloha II:</b> Žádost o umožnění dotazníkového šetření .....	82
<b>Příloha III:</b> Žádost o umožnění přístupu k informacím .....	83

# PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

## Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Vašáková. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient.

Součástí výzkumné části mé práce je mimo jiné dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pro moji bakalářskou práci.

Předem Vám děkuji za vyplnění, ochotu a spolupráci.

Lenka Vašáková

### **Otázka č. 1. Pracujete jako:**

- a) Lékař
- b) Zdravotnický záchranář
- c) Všeobecná sestra
- d) Zdravotnický asistent
- e) Sanitář/ka /ošetřovatel/ka

### **Otázka č. 2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) 1 – 3 roky
- b) 4 – 10 let
- c) 11 a více let

### **Otázka č. 3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání? (Lze označit i více odpovědí)**

- a) Střední odborné vzdělání – SZŠ
- b) Vyšší odborné vzdělání – VZŠ
- c) Vysokoškolské vzdělání – stupeň Bc., Mgr.
- d) Specializační vzdělání – jaké?.....
- e) Jiné.....

### **Otázka č. 4. Uveďte prosím, na kterém oddělení pracujete:**

- a) Lůžkové standardní oddělení – chirurgické
- b) Lůžkové standardní oddělení - interní
- c) Ambulantní část
- d) Jiné.....

**Otázka č. 5. Setkáváte se s agresivními pacienty?**

- a) Ano – několikrát do týdne
- b) Ano – několikrát do měsíce
- c) Občas – několikrát do roka
- d) Nikdy jsem se nesetkal/a

**Otázka č. 6. Byl/a jste při výkonu povolání verbálně nebo fyzicky napaden/a?**

- a) Ano
- b) Ne

**Pokud jste odpověděl/a NE, dál už nevyplňujte.**

**Otázka č. 7. S jakými nejčastějšími typy agresorů – pacientů se setkáváte?**

- a) Ženy 18-30 let
- b) Ženy 31 a více let
- c) Muži 18-30 let
- d) Muži 31 a více let
- e) Mladiství - do 18 let

**Otázka č. 8. S jakým typem agrese, jste ve své praxi setkal/a?**

- a) Verbální agrese (slovní útok)
- b) Neverbální (útočné reakce)
- c) Verbální i neverbální
- d) Hostilita (nepřátelský postoj)
- e) Autoagresivita (jednání, kterým jedinec poškozuje sám sebe)

**Otázka č. 9. Nejčastější obětí agrese byl?**

- a) Lékař
- b) Nelékařský zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, zdravotnický asistent
- c) Pomocný personál – sanitář/ka, ošetřovatel/ka, uklízečka
- d) Pacient
- e) Někdo jiný.....

**Otázka č. 10. Jaká je podle Vás nejčastější příčina agresivního jednání pacienta?  
(Lze označit i více odpovědí – max. 3)**

- a) Nedostatek informací
- b) Dlouhá čekací doba (čekání v ambulanci apod.)
- c) Pooperační stav
- d) Chování zdravotníků

- e) Pocit strachu a ohrožení
- f) Alkohol - ebrieta
- g) Omamné látky - drogy
- h) Psychiatrická diagnóza v anamnéze
- ch) Jiné (uved'te jaké).....

**Otázka č. 11. S jakou nejhorší formou agresivity dle vašeho názoru jste se zatím osobně setkal/a?**

- a) Fyzický útok s výsledným poraněním zdravotníka
- b) Fyzický útok bez poranění
- c) Fyzická agrese vůči věcem
- d) Slovní agresivita

**Otázka č. 12. V případě agresivity ze strany pacienta:**

- a) Mám možnost úniku při napadení pacientem
- b) Mám na svém pracovišti v dosahu předměty použitelné jako zbraň – nůžky, pinzeta
- c) Mám možnost si přivolat pomoc
- d) Jiné (uved'te jaké).....

**Otázka č. 13. Daří se Vám agresivního pacienta uklidnit verbálně?**

- a) Ano
- b) Ano - někdy
- c) Ne

**Otázka č. 14. Jste dle vašeho názoru dostatečně edukován/a v postupech jak jednat s agresivním pacientem?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Otázka č. 15. Vzděláváte se v oblasti komunikace?**

- a) Ano, pravidelně (1x za rok)
- b) Dříve jsem to podstoupil
- c) Ne
- d) Ne, ale při nabídce bych měl/a zájem



**Otázka č. 16. Absolvoval/a jste v zaměstnání kurz sebeobrany?**

- a) Ano
- b) Ne

**Otázka č. 17. Chtěl(a) jste někdy kvůli situaci s agresivními pacienty svoji profesi opustit nebo jste uvažoval(a) o změně pracoviště?**

- a) Ano, chtěl/a jsem změnit profesi
- b) Ano, uvažoval/a jsem o změně pracoviště
- c) Ne, nikdy mě to nenapadlo
- d) Byla mi nabídnuta změna pracoviště zaměstnavatelem

**Otázka č. 18. Uvítal/a byste, kdyby byl zdravotníkům přiznán status úřední osoby?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**Otázka č. 19. Jaké prostředky využíváte k pacifikaci agresivního pacienta? (Lze označit i více odpovědí)**

- a) Rozhovor, klidný vstřícný přístup
- b) Přivolání lékaře - ordinace medikace ke zklidnění
- c) Přivolání lékaře - ordinace pomůcek k imobilizaci
- d) Možnost přivolání ochranky
- e) Možnost přivolání policie ČR
- f) Jiné (uved'te jaké).....

**Otázka č. 20. Pokud máte zkušenost s agresivitou pacientů, popište prosím situaci z praxe.**

.....

.....

.....

.....



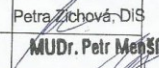

Děkuji za vyplnění dotazníku, přeji hezký zbytek dne.  
Lenka Vašáková

# PŘÍLOHA II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

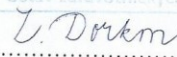
Jméno a příjmení studenta	Lenka Vašáková		
Téma bakalářské práce	Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Petr Snopek, DiS.		
	 ..... podpis		
Skupina respondentů	Personál chirurgických a interních oborů		
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis	
OIP00 - KNTB, a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		Dr. Zlatica Dorková
IK - KNTB, a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		Petra Zichová, DiS.
TRAUMATOLOGIE - KNTB, a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		MUDr. Petr Meščík

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 23. 11. 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd


- 9 -12- 2016

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

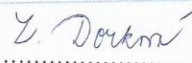
Jméno a příjmení studenta	Lenka Vašáková	
Téma bakalářské práce	Bezpečí zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Petr Snopek, DiS.  ..... podpis	
Skupina respondentů	Personál chirurgických a interních oborů	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodí se škrtněte)	Podpis
TRAUMATOLOGIE	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
ODD. + AMB.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
		MUDr. Marcel Guřan, Ph.D. primář traumatologického oddělení

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


Ve Zlíně dne 23. 11. 2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

- 9 - 12 - 2016

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Krajské nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení