

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Andrea Hrubá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

AGRESIVNÍ PACIENT VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Andrea Hrubá

2021

Bakalářská práce

# PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23.06.2021

Andrea Hrubá v.r.

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Hrubá**  
Osobní číslo: **Z18147**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
2. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
3. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
4. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Klára Václavíková**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou chci poděkovat své vedoucí práce Mgr. Kláře Václavíkové za pomoc, ochotu a vedení při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu. Poděkování patří také pracovníkům nemocnice, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Teoretická část této bakalářské práce s názvem „Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení“ vysvětluje význam termínů agrese, agresivní pacient, delirium či delirantní stav pacienta. Dále se zabývá vhodnou komunikací s agresivním pacientem a zvládání takto problematických pacientů ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem praktické části je zmapovat míru výskytu agresivního chování a zjistit nejčastější strategie zvládání agresivity ze strany praktických/všeobecných sester.

Dotazníkového šetření v praktické části bakalářské práce se celkem zúčastnilo 76 respondentů, přičemž do průzkumu jich mohlo být zařazeno 67. Z analýzy dat vychází, že většina účastníků (73,1 %) byla napadena agresivním pacientem. Proto by tato problematika týkající se všech zdravotníků měla být více zveřejňována a řešena.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Agrese, agresivní pacient, komunikace

## **TITTLE**

Aggressive patient in health care institution

## **ANOTATION**

The theoretical part of this thesis named „ Aggressive patient in health care institution“ explains the importance of terms aggression, aggressive patient, delirium and delirious state of the patient. Furtermore, it looks at appropriate communication with the patient and handling of these problematic patients in a health care institution. The practical part aims to determine the level of aggressive behavior and to establish the best strategies for nurses to deal with aggression from patients.

A total of 76 respondents took part in the questionnaire survey in the practical part of the bachelor's thesis, while 67 of them could be included in the survey. The analysis of the data shows that the majority of participants (73,1 %) were attacked by aggressive patients. Therefore, this issue, which concerns all health professionals, should be made more public and addressed.

## **KEY WORDS**

Aggression, aggressive patient, communication



# OBSAH

1	Agrese .....	13
1.1	Druhy agrese .....	13
1.2	Agresivní pacient .....	13
1.3	Formy agresivního chování.....	14
1.4	Příčiny vzniku agrese pacienta.....	14
1.5	Varovné signály .....	17
1.6	Delirium .....	18
1.7	Komunikace s agresivním pacientem.....	19
1.8	Zásady pro komunikaci s agresivním pacientem .....	20
2	Uklidnění agresivního pacienta .....	20
2.1	Nefarmakologické metody .....	21
2.2	Farmakologické metody.....	21
2.3	Omezovací prostředky využívané v nemocničním prostředí .....	22
3	Screeningové nástroje k posouzení změny chování u pacienta .....	23
3.1	The Confusion Assessment Method (CAM).....	23
3.2	The Delirium Observation Screening (DOS).....	24
3.3	NEECHAM.....	24
3.4	Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist) .....	24
3.5	Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) .....	25
4	Výzkumy zaměřené na agresivitu pacientů .....	25
5	Průzkumná část .....	29
5.1	Metodika průzkumu .....	29
5.2	Charakteristika průzkumného souboru .....	30
5.3	Zpracování dat.....	31
6	Výsledky dotazníkového šetření .....	32

7	Diskuse.....	46
7.1	Limity práce .....	51
8	Doporučení pro praxi .....	52
9	Závěr .....	54
10	Použitá literatura .....	56
11	Seznam příloh .....	61

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	32
Graf 2 Zastoupení jednotlivých oddělení – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	33
Graf 3 Celková délka ošetrovatelské praxe zúčastněných respondentů – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	34
Graf 4 Praxe na současném pracovišti udávané hodnoty značí počet respondentů .....	35
Graf 5 Pracovní pozice respondentů - udávané hodnoty značí počet respondentů .....	35
Graf 6 Napadení pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	36
Graf 7 Projevy agrese pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	37
Graf 8 Nejčastější agresor – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	38
Graf 9 příčina agrese pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	39
Graf 10 Reakce na pacientovu agresi – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	40
Graf 11 Metoda zklidnění pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	41
Graf 12 Efektivita strategie zvládnutí agresivního pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	42
Graf 13 Důsledky na respondentech po konfliktu s agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	43
Graf 14 Vhodná komunikace s agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	44
Graf 15 Nutnost ošetření respondenta po napadení agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů .....	45
Tabulka 1 V případě nutnosti ošetření respondenta se dále hodnotí frekvence .....	45

## ÚVOD

Problematika agresivního chování pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům je velmi často nezveřejňovaná a opomíjená, i přesto, že je v současné době velmi aktuální. Téma bakalářské práce s názvem Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení jsem si zvolila právě z důvodu, abych zjistila, jak je agrese pacientů vážným problémem našeho zdravotnictví. Ve své dočasné praxi jsem se mnohdy setkávala s agresivním chováním pacientů na různých odděleních. Dle dostupných výzkumů a studií míra napadených zdravotníků rok co rok neustále stoupá. Zdravotníci, kteří se stali obětí právě agresivního pacienta velmi často udávají brachiální projev agrese, tedy fyzické násilí. Ve velké míře bývá zdravotnický personál také verbálně napadán, a to nejčastěji urážkami, hlasitým křikem či vyhrožováním. Je nutné brát také na vědomí, že náročnost profese zdravotníků, jak fyzická, tak i psychická, s sebou nese mnoho následků, které jsou velmi často opomíjené a neřešené. Z výzkumu na Slovensku bylo v roce 2019 zjištěno, že z celkového výzkumného vzorku, tedy 219 sester, jich 213 (97,2 %) mělo zkušenost s různými formami agrese ze strany pacientů. Z čehož celkem 212 (96,8 %) respondentů uvedlo, že se setkali s verbální formou agrese a 182 (83,1 %) zažilo fyzické napadení (Dimunová, Zemličková, 2019, str. 32-33).

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První kapitola teoretické části popisuje termíny jako je agrese nebo agresivní pacient, kdy cílem je seznámit čtenáře s problematikou agresivních pacientů. Dále se zaměřuje na vymezení možných příčin, které mohou vést ke změně chování pacienta. Další kapitola je věnována zásadám správné komunikace, které napomáhají zdravotníkům se vyhnout konfliktům s pacienty. Jsou zde také objasněny metody pro zklidnění agresivního pacienta a zásady při použití omezovacích prostředků.

Druhá část, tedy praktická, se zabývá průzkumem, kterému byl udělen hlavní cíl, a to zjistit míru výskytu agresivního chování a nejčastější strategie zvládnání agresivity ze strany všeobecných/praktických sester na vybraných odděleních. Průzkumná část této práce byla zrealizována na 6 odděleních zdravotnického zařízení (psychiatrie, geriatrie, neurologie, interna, chirurgie, urologie). Získávání dat bylo zvoleno metodou dotazníkového šetření. Sběru dat se zúčastnilo celkem 76 respondentů, ale na základě správnosti vyplněných dotazníků mohlo být pro tento průzkum použito 67. Dotazníky byly zcela anonymní.

# **CÍL PRÁCE**

## **Hlavní cíl bakalářské práce**

- Zjistit míru výskytu agresivního chování a nejčastější strategie zvládnání agresivity ze strany všeobecných/praktických sester na vybraných pracovištích.

## **Dílčí cíle bakalářské práce**

- Zjistit, jak všeobecné/praktické sestry vyhodnocují varovné signály u pacienta.
- Objasnit nejčastější příčiny agrese u pacientů z pohledu sester.
- Zjistit nejčastější reakce sester při verbálním i fyzickém napadení agresivním pacientem.
- Zjistit, jaký převažuje projev agrese a jaký je nejčastější způsob zklidnění pacienta na vybraných odděleních.

## **Průzkumné otázky**

- Jak často se sestry setkávají v ošetrovatelské praxi s agresivním chováním a kdo bývá nejčastěji agresorem?
- S jakými varovnými signály agresivního pacienta se nejčastěji sestry setkávají a jaký to má dopad na jejich zdraví?
- Jaká je z pohledu sester nejčastější příčina agrese pacienta?
- Jak nejčastěji sestry reagovaly na situaci agresivního pacienta a jaká metoda zklidnění agresora se nejčastěji používá na vybraných odděleních?

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Agrese

Existuje mnoho definic pro agresi, avšak nejvíce známá je Moyerova definice, která zní: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu*“ (Moyer, 1976) in (Látalová, 2013, str.16). Zacharová (2009, str. 471) vysvětluje agresi jako „*útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit*“. Agrese je tedy způsob chování jedince, který má za cíl slovně či fyzicky ublížit jiné osobě. Zjevnost a záměrnost jsou nezbytné součásti každé definice pro agresi. Záměrné agresivní chování může být vyvoláno kognitivní poruchou, opilostí a mnoha dalšími faktory (Látalová, 2013, str.16).

### 1.1 Druhy agrese

Burda (2014, str.15) rozeznává dva druhy agrese. Brachiální a verbální. Pro brachiální agresi existuje více známé označení, a to fyzická agrese. Vysvětlení tohoto termínu vychází z latinského označení ruky, tedy brachium. Jedná se o agresivitu vedenou rukou. Avšak přesnější termín je fyzická agresivita, protože dle zkušeností autora jsou často k agresi využívány i dolní končetiny. (např. kopnutí do dveří). Cíle verbální, slovní, agrese bývá zastrašování okolí či obrana. Verbální agresi můžeme dále dělit na přímou a nepřímou. Praško (2013, str. 780) vysvětluje přímou agresi jako vyhrožování či slovní ponižování druhé osoby. Agrese zprostředkovávaná například přes mobilní telefon či sociální sítě se označuje jako nepřímá agrese. Jak moc jsou sestry ohroženy násilným chováním při péči o své pacienty uvádí jeden z výzkumů roku 2017 v čínském Wu-chanu. Většina dotazovaných sester (94,6 %) uvedla, že zažila násilí na pracovišti ze strany pacienta. Incidence verbálního násilí činila 92,1 %, sexuální obtěžování 63,4 % a fyzické napadení 81,9 % (Yang et al., 2018).

### 1.2 Agresivní pacient

V tíživé situaci jedince, jako je například hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, se může pacientovo chování odlišovat od běžného, jemu vlastního chování. Vlivem náhlé změny zasahující do každodenních návyků. V této situaci mohou převážet spíše city nad rozumným uvažováním. Dochází tak k problémovému chování a nástupu rizikového jednání jako je agrese. Pro zdravotnický personál je tedy velmi důležité uvědomit si tyto okolnosti při jednání a komunikaci s pacientem (Kopecká, 2011, str. 28). Výskyt agresivního chování ze strany pacientů je velmi častý. Oběťmi agresivního napadení může být jak zdravotnický pracovník, tak i spolupacient.

Násilí může vyvolat jak samotný pacient, tak i jeho příbuzní (Látalová, 2013, str. 36). Dle Pekara (2013, str. 20) lze nejčastěji očekávat agresivní chování ze strany pacienta na psychiatrickém oddělení, avšak na všeobecných lůžkových oddělení tento incident není výjimkou. Sestra je osoba, která je první v kontaktu s pacientem. Může jako první vnímat výkyvy nálad či změny v chování svých pacientů (Burda, 2014, str.7). Závažnost agresivity ve zdravotnictví dokazuje jedna z dostupných světových studií v turecké nemocnici. Z celkového počtu 218 rozdaných dotazníků bylo možné do výzkumu zařadit pouze 148 správně vyplněných. Respondenty tvořily sestry s různou kvalifikací a z různých oddělení. Z analýzy všech dat vychází, že 64,6 % respondentů bylo vystaveno verbálnímu násilí od pacienta. Dále pak 11,1 % sester uvádí, že byly alespoň jednou fyzicky napadeny (Pazvantoglu et al., 2011, str. 498).

### **1.3 Formy agresivního chování**

Venglářová a Mahronová (2006, str. 82) rozeznávají tři formy agresivního chování. Přímá agrese cílená proti zdravotníkovi, kdy jsou napadáni zejména zdravotníci, kteří se dostávají do nejužšího kontaktu s pacientem, jako jsou především sestry. Agrese se projevuje ironií vůči personálu až po přímý útok. Dále existuje tzv. transformovaná agrese. Normy a pravidla společnosti nám občas neumožňují projevit svůj vlastní názor. Jedná se tedy o přenesenou zlost na jinou oběť, kdy pacient projeví hněv vůči jiné osobě, než je původně cíleno. Instrumentální agrese, zde se jedná o naučený model chování. Je pacientem naplánovaná a ten může mít dopředu připravený určitý scénář (Burda, 2014, str. 15). Praško (2013, str. 781) popisuje další formy agrese, a to plánovanou a impulsivní. Rozdílem mezi nimi je, že plánovaná forma agrese má jasný cíl, zato agrese vyvolané nějakým negativním impulsem je vyznačována jako vyprovokování vegetativního nervového systému člověka. Martínek (2015, str. 40-42) rozpoznává emocionální formu agrese, kdy příčinou bývá nahromadění mnohdy nevýznamných zážitků či zkušeností a frustrační formu, která je způsobená frustrací, tedy překážkou a následnou neschopností jedince dosáhnout svého cíle.

### **1.4 Příčiny vzniku agrese pacienta**

Spouštěče agresivního chování můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní spouštěče patří to, co se odehrává uvnitř jedince, například určité myšlenky či emoce. Vnějšími faktory může být vše, co pacienta aktuálně obklopuje. Jedná se třeba o předměty v jeho blízkosti či osoby v okolí. Když je pacient přijímán na oddělení zdravotnického zařízení, personál v mnoha případech již dopředu zná, ještě před přímým příchodem pacienta, předešlou dokumentaci.

Může v ní být informace o problematickém a agresivním chování tohoto jedince v minulém ošetřování. Personál tedy očekává, že nastupuje spíše „zákeřná osoba“ než „přátelský jedinec“. To se může odrazit v přístupu personálu k pacientovi, neboť ve většině případů vycítí nedůvěru či nepřátelské chování ze strany zdravotnického personálu. Takový způsob přístupu může v pacientovi vyvolat obranné chování a agrese (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, str. 99). Pekara (2013, str. 20) vysvětluje vzniklé násilí na všeobecných lůžkových odděleních jako vystupňování negativních emocí, které se staly jak pro pacienta, tak i zdravotnický personál nevladatelný.

### **Dědičnost**

Příčin agrese člověka je různorodá. Jedna z nejvýznamnější příčiny agresivního chování je právě dědičnost, kdy jsou nejvíce ohroženi příbuzní, žijící ve stejné domácnosti s agresivním členem rodiny (Látalová, 2013, str. 21).

### **Prenatální vlivy**

Prenatální vlivy působící na matku během těhotenství velmi ovlivňují vývoj dítěte. Kouření cigaret, tedy působení nikotinu, na matku během těhotenství zvyšuje riziko agresivity dítěte a v dospělosti páčání trestné činnosti (Látalová, 2013, str. 24-25). Konzumace alkoholu během těhotenství může u jedince vést k tzv. fetálnímu alkoholovému syndromu. Tato nemoc se projevuje příznaky, jako je mikrocefalie, opožděný vývoj a hyperaktivita (Látalová, 2013, str. 24-25).

### **Působení stresu**

Krátkodobé či dlouhodobé působení stresorů na pacienta vyvolá náhlé změny v jeho chování. Spouštěčem může být strach či obava z dosud nepoznaného (např. strach ze smrti, z operačního výkonu, z aktuální bolesti). Stresorem pro pacienta může ale také být časová tíseň, nadměrné naléhání na rozhodnutí, ale také i samotná hospitalizace či uvědomování si všech rizik nesoucí onemocnění pacienta (Kališová, 2014, str. 63).

### **Působení psychoaktivních látek**

Alkohol nebo jiné psychoaktivní látky mohou u pacienta vyvolat agrese vůči ostatním. Spouštěčem agrese bývá v i mnoha případech přítomnost halucinací (Látalová, 2013, str. 45).

Dle statistik se v České republice ročně vypije okolo deseti až šestnácti litrů alkoholu (z 1/2 se jedná o pivo). Podle odhadů odborníků je v naší zemi přibližně dvě stě až tři sta tisíc osob závislých na alkoholu (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, str. 142).



Zneužívání těchto látek vede k agresivnímu chování, ať už z důvodu intoxikace nebo vysazení, tedy nástupem abstinenčních příznaků (Látalová, 2013, str. 45).

Bohužel se tato problematika, užívání psychoaktivních látek, týká nejen dospělých, ale i adolescentů. V roce 2014 byl tento problém zaznamenán ve studii, kdy soubor respondentů tvořilo celkem 387 studentů (15 – 20 let) 1. a 4. ročníku z pěti různých středních škol na Slovensku. Metodikou byl zvolen dotazník, kde byly zpracovány otázky ohledně užívání návykových látek. Z analýzy dat se prokázalo, že 38,5 % studentů z 1. ročníku uvedlo, že několikrát požili alkohol (Miertová, 2014, str. 25). V roce 2011 byl v Německu téměř každý třetí násilný čin spáchán pod vlivem alkoholu (31,8 %). Současný výzkum naznačuje, že individuální sklon k agresi vyvolané alkoholem závisí nejen na neurobiologických faktorech, ale i na předchozích zkušenostech s násilnými konflikty a na podmínkách prostředí raného dětství (Beck, Heinz, 2013).

### **Vliv metabolismu cukru**

Dle studií katedry psychologie, univerzity v Kentucky, bylo zjištěno, že nízký obsah glukózy či její špatný metabolismus v organismu souvisí s agresi a násilným chováním. Celkový počet respondentů byl 62 osob. Účastníky tohoto výzkumu byli studenti univerzity v Kentucky ve věku 18 – 23 let. Respondenti byli rozděleni na dvě skupiny, kdy jedna popíjela glukozový nápoj a druhá nápoj s náhražkou cukru (tzv. placebo nápoj). Výsledkem bylo, že 95 % studentů popíjejících „placebo nápoj“ se chovalo agresivněji než druhá skupina studentů (Dewall et al., 2011, str. 75).

### **Huntingtonova choroba**

Studie Anahity Brownové (2016, str. 2922), která měla za cíl systematicky kontrolovat a sledovat projevy agrese u dědičné Huntingtonovy choroby, prokázala projevy agrese u devíti z deseti respondentů. Sledování probíhalo 90 dnů a během tohoto auditovaného období docházelo k časté verbální (37,1 %), ale i fyzické (33,8 %) agresivitě.

### **Schizofrenie**

Prevalence schizofrenie činí přibližně 0,3 % – 0,7 %. V roce 2020 bylo zaznamenáno, že 5 % – 6 % pacientů s diagnostikovanou schizofrenií spáchalo sebevraždu, přičemž asi 20 % se o ni pokusilo. Pacient s touto poruchou je pronásledován vtíravými myšlenkami či přesvědčením ublížit sobě i ostatním (Beck, Ballon, 2020, str. 428).

## **Demence**

Jedná se o neuropsychiatrickou poruchu, kdy je nejčastějším důsledkem agresivní chování. Tito pacienti vyžadují více času a velmi individuální přístup veškerého zdravotnického personálu. Mnohdy lidé s demencí vyžadují i více léků, tím se zvyšují náklady na zdravotní a ošetrovatelskou péči. Vyvolávající příčinou agresivity u demence bývají bludy či špatně rozpoznaná situace (Látalová, 2013, str. 95).

## **Deprese**

Slezáková (2013, str. 216) tvrdí, že deprese postihuje spíše ženské pohlaví. Depresivní ladění se projevuje patologicky pokleslou náladou, pocitem beznaděje, poruchou spánku či nesoustředěností a sebevražednými myšlenkami. Neléčená deprese může končit velmi tragicky, a to sebevraždou jedince. Důvodem agresivního jednání u depresivního člověka bývá odreagování vnitřního napětí (Burda, 2014, str. 17).

## **Porucha chování**

Mezi projevy poruchy chování patří například velmi často konflikty s rodiči, fyzické násilí či poškozování vlastního i cizího majetku (Látalová, 2013, str. 189). Dle americké psychiatrické asociace, která vydala již 4. manuál duševních poruch (DSM-IV), lze psychiatrické příznaky dělit na agresi k lidem či zvířatům, destrukci majetku a vlastnictví, krádež a násilné porušování pravidel (Látalová, 2013, str. 191).

## **1.5 Varovné signály**

Základním varovným signálem pro všeobecnou sestru je především dokumentace. V anamnéze nově příchozího pacienta lze identifikovat předešlé incidenty, změny chování či předešlé napadení nemocničního personálu (Burda, 2014, str. 16). Dle Venglářové a Mahrové (2006, str. 83) se může agrese projevovat různě. Nejčastější a méně závažnější je ironická a velmi chladná komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Dále se agrese může projevit i celkovým odmítáním péče ze strany pacienta. Do verbální agrese spadá křik, nadávky, jízlivost. Cílem je prosadit si svůj názor, přání či demonstrovat nadvládu. Mezi neverbální varovné signály patří psychomotorický neklid. Pacient se neustále pohybuje, ať už v lůžku nebo po celé místnosti. Zdravotnický personál může také velmi snadno identifikovat zlostné projevy v obličeji. Zlostí tváře zčervenají. Obočí může mít svráštělé a mračící se (Burda, 2014, str. 17). Mezi závažnější projevy patří přímé poškozování věcí jako přenesená forma agrese. Projevuje se boucháním dveří, nepřiměřenou manipulací s předměty a házením s nimi, kopáním do lůžka a jiné ničení nemocničního prostoru a vybavení.

V tomto případě se může jednat o signály vedoucí k fyzickému napadení druhé osoby. Nejhorší a nejzávažnější projev agrese je vůči druhým lidem, tedy násilí cílené proti zdravotnímu personálu, jiným spolupacientům či rodinným příslušníkům a jiným návštěvníkům. Dochází i k násilí vůči sobě samému (tzv. automutilace). Může se jednat o lehčí formu sebepoškozování, jako je škrábání, trhání vlasů. Závažnější forma sebepoškozování se projevuje údery hlavou do zdi, řezání, pálení vlastní pokožky. Extrémní formou je sebevražda. V těchto případech se jedná o lidi s určitou závažnou duševní poruchou, depresí (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 83).

## **1.6 Delirium**

Delirium se považuje za projev celkové křehkosti organismu a při dalším zhoršení zdravotního stavu téhož pacienta má tendenci se opakovat. Na možnost vzniku deliria se v praxi často zapomíná. Jak uvádí Káňová (2015) ve své studii, tento stav velmi zhoršuje prognózu a je jedním z ukazatelů delší hospitalizace a náročnější rekonvalescence pacienta. Tato podkapitola se věnuje delirantnímu stavu pacienta a zprostředkovává důležité informace, jak můžeme delirium u pacienta včas rozpoznat.

Delirium neboli blouznění je reverzibilní stav vědomí, kdy pacient není schopen pozornosti, vnímání okolí a je velmi dezorientován v čase, místě, ale může být i dezorientován vlastní osobou. Tato porucha vědomí spadá do skupiny kvalitativních poruch. Dále sem patří obnubilace (mráкотný stav), amence (zmatenost) a mezi nejzávažnější kvalitativní poruchu patří agonie, neboli selhávání základních životních funkcí, tedy období umírání (Čoupková, Slezáková, 2012, str. 119).

### **Delirantní stav pacienta**

Hosák, Hrdlička a Libiger (2015, str. 137) označili delirantní stav jako tzv. syndrom zapadajícího slunce (sun down syndrome). Důvodem takového označení je, že delirium se u starších pacientů nejčastěji objevuje v pozdních hodinách. Tento stav může být pouze jednorázovou záležitostí, ale také může přetrvávat hodiny až měsíce. Pro zhodnocení kvalitativní poruchy u pacienta, konkrétně deliria, se nejčastěji využívá škála dle Gajnda. Škála slouží ke zjištění a zhodnocení orientace jedince. Konkrétními otázkami zjišťujeme, jak moc je pacient zmatený v různých oblastech (čas, místo, osoba). Dále se tímto testem posuzuje paměť, abstraktní myšlenkové procesy či schopnost koncentrace. V tabulce (viz příloha 3) lze vidět zkrácenou verzi bodovacího testu podle Gajnda (Slezáková, 2014, str. 23). U delirantního pacienta bývá těžce narušena schopnost koncentrace, tedy pozornosti. Není schopen ani vnímat otázky vyšetřujícího personálu. Delirantní stav je mnohdy doprovázen úzkostí a neklidem.

Osoba postižena deliriem často trpí halucinacemi. Může reagovat paranoidně a cítit se v nebezpečí. Má tedy tendenci se agresivně bránit okolí (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, str. 136).

### **Hypoaktivní X Hyperaktivní delirium**

Dle způsobu projevení lze delirium dělit na hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené delirium. Hyperaktivní delirantní stav se projevuje výrazným psychomotorickým neklidem. Pacient má tendenci bezcílně vytahovat zavedené vstupy, projevovat se křikem a zmateným přecházením z místa na místo. Zatímco hypoaktivní delirium má opačné projevy chování. Osoba je spíše apatická, pasivní. Zbývající druh deliria, smíšené, se projevuje obměnou dvou předešlých, tedy střídání psychomotorického neklidu a pasivity (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, str. 137).

### **Možné následky delirantního stavu**

Hosák, Hrdlička a Libiger (2015, str. 136) ve své tvorbě popsali možné následky dlouhodobě přetrvávajícího stavu deliria, které mohou být velmi závažné. Pacient není schopen sám přijímat stravu ani tekutiny, je zde riziko podvýživy a dehydratace. U křehkých a dezorientovaných pacientů je vysoké riziko pádu a následným poraněním hlavy či zlomeniny.

## **1.7 Komunikace s agresivním pacientem**

Zdravotník při konfliktu s agresivním pacientem je v tu chvíli vystaven silnému tlaku. Musí řešit nejen krizovou situaci, ale současně může prožívat i velkou bezmoc i strach o svůj vlastní život. Proto je nutné znát základní zásady při komunikaci s agresivním pacientem a předcházet tak nežádoucím událostem (Evangelu, 2013, str. 60).

Pokud se dostane zdravotnický personál do konfliktu s agresivním pacientem, je důležité si uvědomit, zda jde o handicap pacienta nebo o tzv. systémový problém. Takový problém nastává, když je pacient hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení a je nutné, aby se řídil určitým zavedeným systémem či režimem daného oddělení. Přesto, že je pacient zvyklý jiných postupů ve vlastním domácím prostředí, při hospitalizaci v nemocnici se však musí řídit dle daného systému. Vzhledem k tomu, že je pacient nucen se podřizovat léčebnému režimu ve zdravotnickém zařízení, může to v něm vyvolat agresivní chování. Protiútok je tedy způsobený spíše okolním prostředím a tíživou životní situací, který pacient nezvládl přijmout (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007, str. 102).

## **1.8 Zásady pro komunikaci s agresivním pacientem**

Přibývá incidentů agresivního chování ve zdravotnických zařízeních, kdy zdravotnický personál, byť „nevědomě“, svým neprofesionálním chováním vyprovokuje již podrážděného pacienta k agresivnímu jednání (Pekara, 2013, str. 20). Důležitým a podstatným krokem při komunikaci s pacientem je aktivní naslouchání. Tím sestra dává najevo ochotu pomoci a snahu porozumět. Je důležité umět se na situaci dívat i z pohledu toho druhého (Petr, Marková, 2014, str. 161).

Petr a Marková (2014, str. 174) vysvětlují, že je vhodné používat krátké a srozumitelné věty. Mluvit na pacienta klidným vyrovnaným hlasem, nikdy na něho nekřičet. Vždy je nutné oslovovat osobu jeho jménem a nikdy pacientovi nelhat jen proto, aby se uklidnil. Burda (2014, str. 39) doporučuje vyhýbat se negativní formulaci, jako jsou slova: nikdy, nic, ne atd. Také je velmi vhodné komunikovat s pacientem upřímně a otevřeně. Pacient má právo vědět veškeré informace o svém zdravotním stavu, informace o výkonech, které ho čekají a jaký z toho může mít prospěch (Petr, Marková, 2014, str. 161). Cílem krizové komunikace je snižovat úzkost a předcházet agresivitě pacienta (Burda, 2014, str. 39). Petr a Marková (2014, str. 161) dále ve své tvorbě udávají možné chyby při komunikaci s pacientem, a to že zdravotnický personál zdůrazňuje a připomíná pacientovi jeho vlastní selhání, co vše udělal špatně. Není vhodné stanovovat neurčité cíle a rozhodovat za pacienta. Následkem agresivního chování pro zdravotníka bývá nejen fyzická, ale i psychická újma na zdraví (Látalová, 2013, str. 44).

## **2 Uklidnění agresivního pacienta**

Po krizové fázi agrese pacienta nastoupí fáze uklidnění. V této fázi si lze povšimnout poklesu projevu agrese. Pacient již uvažuje racionálně a není již tak impulzivní. Dále může nastat tzv. postkrizová deprese. Ta následuje po uklidňovací fázi. Může se projevit lítostivostí, plačtivostí a celkově se pacient cítí velmi vyčerpaný (Burda, 2014, str. 18). Lékař či sestra by se měli snažit motivovat pacienta k dodržování léčby a plně ho podporovat ve spolupráci s nimi. Často se vyskytne konflikt mezi rozhodnutím ponechat pacientovi autonomii, avšak riskovat tím negativní následky a „donucovacím režimem léčby“, kdy je možnost ochránit ostatní. Rozhodnutí je vždy velmi těžké a je vyžadováno důsledné analýzy nemoci i veškerých možností léčby. Správný postup pro zklidnění agresivního pacienta je velmi důležitý. Předcházíme tak možnému riziku poranění při napadení, ale i psychické újmě ať už samotného pacienta, tak i zdravotnického personálu (Látalová, 2013, str. 55-57).

## **2.1 Nefarmakologické metody**

Nejvhodnějším začátečním postupem u agresivních pacientů je právě nefarmakologická léčba. U starších jedinců může být vyvoláno mnoho nežádoucích účinků při podávání farmak, proto je nefarmakologická léčba mnohem bezpečnější a výhodnější (Látalová, 2013, str. 97).

### **Spánková deprivace**

U depresivně laděných pacientů bylo zpozorováno, že pokud v noci pacient tvrdě nespí, ale pouze bdí, tak ráno po probuzení má mnohem lepší náladu. Spánková deprivace se tedy zařadila do terapeutických metod (Petr, Marková, 2014, str. 112).

### **Kompenzační pomůcky**

Do nefarmakologické terapie řadíme i správné kompenzační pomůcky jako jsou například brýle či naslouchátko. Látalová (2013, str. 98) popisuje nástup agresivního chování u dementních pacientů, u kterých může být agrese vyvolána například smyslovou deprivací nebo samotou. Dále je vhodná podpora pacienta v aktivitě a možnosti nějaké činnosti.

### **Fytoterapie**

Mezi biologickou léčbu můžeme dále řadit i tzv. fytoterapii. Jedná se o přírodní léčbu pomocí extraktů z bylin. Výhoda pro pacienta je taková, že má sám pocit kontroly nad svým tělem. Antidepresivní účinek má například bylina třezalka či šafrán (Petr, Marková, 2014, str. 114).

## **2.2 Farmakologické metody**

### **Benzodiazepinová anxiolytika**

Využívají se při psychickém napětí, strachu a úzkosti. Benzodiazepiny patří k látkám, kde při dlouhodobém podávání je vysoké riziko závislosti, proto se doporučuje tyto látky využívat omezenou dobu, a to 2-6 týdnů (Látalová, 2013, str. 125).

### **Klasická antipsychotika**

Dle jejich účinku můžeme dělit klasická antipsychotika na incizivní a sedativní. Incizivní antipsychotika se využívají pro zvládnání agresivního chování při různých psychických poruchách (schizofrenie), pro potlačení psychotických symptomů jako jsou bludy či halucinace. Sedativní antipsychotika se využívají se pro zvládnání agresivity (Látalová, 2013, str. 212). Marek (2019, str. 706) udává zásadní prioritu při volbě vhodného antipsychotika, a tou je, aby pacientovi co nejrychleji přinesl pocit úlevy a nemocného nestigmatizoval.

## **Atypická antipsychotika**

Při podávání atypických antipsychotik starším osobám je nutnost zvýšit pozornost. Vzhledem k vyšší úmrtnosti pacientů s demencí jsou kontraindikovány, je možné riziko kardiovaskulárního selhání (Marek, Vrablík, 2019, str. 710).

## **Antidepresiva**

Jde o skupinu léků, které pozitivně ovlivňují pokleslou depresivní náladu. Působí ale i na řadu dalších příznaků, jako je porucha spánku nebo apatie. Jejich využití je zejména pro léčbu úzkosti, depresí a poruch spánku (Petr, Marková, 2014, str. 95).

## **2.3 Omezovací prostředky využívané v nemocničním prostředí**

Využívání omezovacích prostředků a opatření spravuje Úmluva o lidských právech a biomedicíně a zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách.

Pokud musí sestra řešit agresi, je nutné, aby dbala zejména na bezpečí pacienta, na bezpečí personálu a na bezpečí ostatních pacientů. V poslední řadě je také vhodná ochrana samotného zařízení (Petr, Marková, 2014, str. 176).

### **Kompetence zdravotníků při použití omezovacích prostředků**

Použití omezovacích prostředků ordinuje vždy lékař, který v ordinaci uvádí i důvod omezení. Pokud ale nastane situace vyžadující bezodkladné řešení, může rozhodnutí o využití omezovacích prostředků provést i sestra, a to i bez předchozí ordinace lékaře. V tomto případě musí být neprodleně lékař informován, aby mohl co nejdříve potvrdit vhodnost omezení nebo ho naopak vyvrátit a zvolit jiný postup pro uklidnění pacienta (Petr, Marková, 2014, str. 177).

### **Záznam do ošetřovatelské dokumentace**

Nezbytnou nutností při indikovaném omezení je provést záznam o tomto rozhodnutí. Uvést specifikace druhu omezení, důvod a účel. Dále je potřeba zaznamenat čas zahájení a ukončení omezení, jméno a příjmení zdravotníka, který indikoval omezovací prostředek, průběžné hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení a v případě výskytu komplikací jejich přesný popis (Petr, Marková, 2014, str. 178).

### **Ochranné pásy, kurty**

Pokud je agresivní pacient nevladatelný, ohrožuje personál, jeho okolí, i sám sebe a byly již zdravotníkem vyzkoušeny veškeré dostupné nerestriktivní metody pro zklidnění pacienta, je možné využít jako krajní řešení krizové situace fyzické omezení. Nejčastěji se v praxi využívají hrudní a končetinové pásy, kurty.

Používá se pouze po nezbytnou dobu a uvolní se v případě, že akutní agresivní/krizová fáze pominula. Toto omezení musí být šetrně aplikováno a dbá se na důstojnost pacienta (Petr, Marková, 2014, str. 177).

### **Péče o pacienta s omezením**

Za komplexní ošetrovatelskou péči zodpovídá sestra. Pacient by měl být v pravidelných časových intervalech kontrolován sestrou, ale i lékařem, který provede zápis a rozhodnutí o dalším postupu (pokračování či ukončení omezení). Na počátku, ještě před přímým omezením pacienta v lůžku, sestra změří tlak a puls.

Po celou dobu, co je pacient v omezení, by měl mít zvýšenou péči ošetrovatelského a zdravotního personálu. Ta spočívá zejména v kontrole stavu vědomí a stavu prokrvení fixovaných končetin (barva, teplota). Dále se věnuje pozornost dýchacím cestám, kdy hrozí riziko aspirace. Komplexní ošetrovatelská péče při omezení zahrnuje oblasti týkající se hydratace pacienta (nabízet tekutiny), vyprazdňování (sledovat vylučování moče a stolice), hygieny (celková koupel a péče o dutinu ústní), prevence dekubitů (pravidelná kontrola predilekčních míst, použití antidekubitních pomůcek) a důležitou oblastí péče je psychická podpora a minimalizace psychické zátěže pacienta. Po ukončení použití omezovacích prostředků lékař pacientovi znovu vysvětlí důvod použití omezení a požádá pacienta o dodatečný prokazatelný souhlas s jeho omezením (Petr, Marková, 2014, str. 178).

## **3 Screeningové nástroje k posouzení změny chování u pacienta**

Při péči o pacienta je vhodné pravidelně využívat hodnotící nástroje pro včasnou identifikaci změny chování pacienta, které by mohlo vyvrcholit v přímou agresi směřující nejen na zdravotnický personál, ale i na ostatní pacienty.

### **3.1 The Confusion Assessment Method (CAM)**

CAM je nástroj využívaný pro identifikaci delirantního stavu. Pomocí CAM zdravotník rozpozná dezorientované myšlení, změnu vědomí, nepozornost jedince či akutní nástup a kolísavý průběh deliria (WEI et al., 2008).

Pacienti by měli být v průběhu hospitalizace pravidelně hodnoceni pomocí standardizovaného hodnotícího nástroje CAM, který usnadní včasnou identifikaci a rozpoznání deliria a tím předcházení i možným konfliktům agresivních pacientů, zpříčiněné právě delirantním stavem (Waszynski, 2012).



### **3.2 The Delirium Observation Screening (DOS)**

Jedná se o nástroj pro zhodnocení změn v chování pacienta. Je složen ze třinácti prvků chování a hodnotí se, zda jsou přítomny či nikoli (viz příloha 1). Pokud zdravotník určitou změnu zachytil, pokud se projevuje někdy nebo vždy, pacient získá 1 bod. Pokud změna chování není přítomná, pacientovi nezapočítáme žádný bod (Gemert van, Schuurmans, 2007).

Delirium Observation Screening Scale (DOS) byla vyvinuta pro usnadnění včasného rozpoznání deliria sestrami během každé dvanácti hodinové směny. Tato hodnotící škála pomáhá sestram zpozorovat změnu chování a tím včasně reagovat na možný nástup agresivního chování pacienta (Neefjes et al., 2019).

### **3.3 NEECHAM**

NEECHAM škála se využívá pro hodnocení míry zmatenosti. Skládá ze tří úrovní, a to hodnocení schopnosti pacienta zpracovávat informace (pozornost a bdělost, slovní a motorická odezva, paměť a orientace), změny chování (obecné chování a postavení, senzomotorická reakce, slovní odpověď) a zhodnocení vitálních funkcí (známky života, nasycení krve kyslíkem, močová inkontinence). Pokud pacient hodnocením získá 0-19 bodů jedná se o střední až těžkou zmatenost. 20-24 bodů vypovídá o mírném nebo časném vývoji deliria a 25-30 bodů znamená, že pacient je plně orientovaný, normální funkci (Gemert van, Schuurmans, 2007).

Pokud se pacient vyskytne ve stavu zmatenosti, vyvolá to v něm pocit ohrožení a může situaci nepřesně vyhodnotit jako nutnost bránit se, a tak dojde k agresivnímu násilnému jednání. Proto je vhodné pravidelně využívat hodnotící škálu NEECHAM a předejít tak konfliktům.

### **3.4 Vyhodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist)**

Díky této škále hodnocení rizika agrese, je sestra schopná předvídat chování pacienta či potvrdit předpokládaný problém. Pokud pacient hodnocením nezíská žádný bod či jen jeden, je velmi nízké riziko jeho agresivního chování vůči okolnímu světu v následujících 24 hodinách. Jestliže ale bude pacientovi stanoveno dva a více bodů, zdravotnický personál tedy může během 24 hodin pravděpodobně očekávat agresivitu pacienta vůči okolí (viz příloha 4) (Petr, Marková, 2014, str. 90).

Při poskytování péče musejí zdravotníci počítat i s možným výskytem nežádoucích událostí, jako je agresivní chování pacientů. Základním krokem v průběhu vstupního vyšetření pacienta je třeba se zaměřit, mimo jiné, také na známky možného rizikového chování.

Ve světě široce využívaným nástrojem na rychlé vyhodnocení rizika agrese je právě Broset Violence Checklist (Petr, 2011).

### **3.5 Hodnocení rizika sebevražedného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk)**

Informace pro zhodnocení rizika sebevražedného jednání se získávají od pacienta přímými otázkami či jeho pozorováním. Škála se skládá z patnácti otázek. U otázek 1 až 5 lze získat maximálně 3 body z každé odpovědi. Zbývající otázky, tedy 6 – 15, lze získat pouze 1 bod (viz příloha 2). Pokud pacient celkem obdrží v tomto testu 0 - 7 bodů, je velmi nízké riziko sebevražedné činnosti. Celkový počet 8 – 13 bodů vypovídá o středním riziku. V případě, že pacient testem získá 14 – 25 bodů, je možné očekávat vysoké riziko sebevražedného jednání (Petr, Marková, 2014, str. 89).

Tato hodnotící škála se nejčastěji využívá na psychiatrických odděleních. Dle studie Hardinga (2019) přibližně 90% jedinců, kteří zemřou sebevraždou, trpí duševními chorobami. Po propuštění z lůžkového oddělení se riziko sebevražedného jednání zvyšuje, a tak je vhodné, ještě před případným propuštěním pacienta do domácího prostředí, vyhodnotit míry rizika.

## **4 Výzkumy zaměřené na agresivitu pacientů**

Agresivita pacientů je v současné době velmi diskutovanou záležitostí. Jak je tato problematika ve zdravotnictví závažná prokazují snad všechny současné studie, ze kterých vychází, že počet napadeného personálu stále roste.

Dimunová a Žemličková (2019, str. 32-33) ve svém výzkumu zjišťovaly míru výskytu agrese a formy agresivity hospitalizovaných pacientů vůči sestřím. Vzorek zahrnoval 219 sester pracujících na psychiatrickém oddělení na Slovensku. Z analýzy všech získaných dat se zjistilo, že z celkového vzorku mělo 97,2 % sester zkušenost s různými formami agrese ze strany pacientů. Z čehož 96,8 % respondentů uvedlo, že se setkali s verbální formou agrese a 83,1 % zažilo fyzické napadení pacientem bez použití útočné zbraně. Dalších 22,8 % sester deklarovalo agresi s použitím útočné zbraně.

Studie, jejíž vzorek byl sestaven z 260 zdravotních sester pracujících ve vybraných zdravotnických zařízeních v pěti zúčastněných zemích (Polsko, Česká republika, Slovensko, Turecko a Španělsko) prokazuje, že neustále roste počet sester, které zažívají jak verbální napadení v zaměstnání, tak i fyzické násilí od pacientů (např. kopání, kousání).

Z celkového počtu respondentů jich 20,4 % potvrdilo, že byli během 12 měsíců fyzicky napadeni a 76,9 % z nich uvedlo, že incidentu nelze nijak zabránit. Dále pak 60,9 % zkoumané populace bylo verbálně napadeno. Většina incidentů vychází z agrese pacienta samotného, menší míru tvoří napadení od rodinných příslušníků pacienta či nerodinných návštěv. Z celkového počtu 50 sester pracujících na území České republiky, 77,6 % uvedlo, že během své praxe zažilo verbální agresi na pracovišti. Tyto výsledky studie značí, že veškeré násilí, ať už fyzické či nefyzické činí mezinárodní vážný problém ve zdravotnictví (Babiarczyk et al., 2019).

Vážnost výskytu agresivních pacientů prokázal i výzkum v roce 2018 v Německu. Cílem tohoto průzkumu bylo studium četnosti násilí a zvládnání agresivního chování ze strany zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních. Celkem se zúčastnilo 81 různých zdravotnických zařízení a 1984 zdravotníků. Metodou pro získávání dat se stal dotazník, který byl vrácen přímo hodnotící instituci v adresované obálce. Výsledek šetření prokázal, že v předchozích dvanácti měsících 94,1 % respondentů zažilo verbální násilí a 69,8 % zažilo fyzickou agresi. Vysokou četnost výskytu agrese pacienta udávali zdravotníci zejména z nemocnic a zařízení pro zdravotně postižené. Jedna třetina respondentů se v důsledku častého napadení cítila pod vysokým tlakem a stresem v zaměstnání (Schablon et al., 2018, str. 4).

Kazuki Hayashi (2019, str. 5) zkoumal rizikové faktory pooperačního deliria a agrese u pacienta po resekci plic. Celkový počet respondentů byl 570 osob ve věkovém rozmezí 35 až 88 let, kdy 369 osob z celkového počtu tvořilo mužské pohlaví. Bylo vyzkoumáno, že doba trvání pooperačního deliria se pohybovala od 1 až 30 dní. skupina pacientů, u kterých se po operaci vyvinulo delirium, měla významně vyšší Brinkman index, který je definován jako počet vykouřených cigaret za den. Dále k vyššímu riziku projevu pooperačního deliria přispívá i vyšší věk. Bylo vyzkoumáno, že se delirantní stav projevil u 6,7 % pacientů, a to v průměrném věku 75,5 let.

Další studie s obdobným tématem vyšla roku 2018, kdy autorkou byla Maryam Ziaei (2018, str. 1). Potřebné informace pro tuto studii byly získány celkem z 200 článků k provedení komplexního přehledu týkajícího se násilí ve zdravotnictví. Na základě dostupných údajů bylo vyzkoumáno, že 35 až 80 % zdravotnického personálu, zejména pracovníci pohotovostního oddělení, alespoň jednou zažilo fyzické násilí a 100 % z nich zažilo verbální násilí na svém pracovišti.

Vysoká frekvence násilí je spojena se závažnou psychickou zátěží, jako je deprese, strach, posttraumatická stresová porucha, kariérní vyhoření, snížená spokojenost s prací, snížený výkon nebo dokonce ukončení kariéry.

Studie smíšených metod v Jeruzalémě roku 2017 zjišťovala faktory vzniku násilí vůči zdravotním sestřím a lékařům. Cílem bylo identifikovat a popsat vnímání personálu ohledně faktorů, které vedly k násilnému chování pacientů. Pro výzkum bylo získáno celkem 678 vyplněných dotazníků, zahrnující 34 % sester a 66 % lékařů. Další metodou výzkumu bylo 18 rozhovorů jak s oběťmi, tak i pachateli násilných epizod. Pacienti i zdravotníci hlásili podobné vnímání rizikových faktorů. Pokud jde o propuknutí násilí, 39 % respondentů uvedlo častou příčinu nevhodné chování zdravotníka, 26 % nevhodné chování pacienta/návštěvníka, 17 % uvedlo nevhodné organizační podmínky a 10 % za vznik násilí mohla dlouhá čekací doba. Navíc 35 % respondentů uvedlo, že jejich vlastní chování přispělo k vytvoření závažného konfliktu s pacientem (Shafran-Tikva et al., 2017, str. 5).

Studie autorů Piao, Jin a Lee (2018, str. 10) pro zjištění možných spouštěčů deliria použila sekundární analýzu dat s využitím klinických údajů z dokumentací pacientů od poskytovatele zdravotní péče z řídicích informačních systémů nemocnice v Jižní Koreji. Studie uvádí, že mezi nejčastější spouštěče delirantního stavu patří vyšší věk, a to 65 a více let. Na vznik deliria má určitý podíl i infekční onemocnění. Z analýzy dat vzešlo, že u 38 až 40 % zkoumaných pacientů byla diagnostikována infekční nemoc. Dále pak bylo prokázáno, že 87 % účastníků podstoupilo operační výkon, což by mohlo znamenat další rizikový faktor pro vznik deliria.

Bártlová, Hajduchová a Prajsová (2015, str. 91) zjišťovaly názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. Ze zjištěných údajů vyplynulo, že sestry považují pravděpodobnost výskytu poškození zdraví pacienta při užití omezovacích prostředků, konkrétně při kurtování pacienta, za zanedbatelnou (48 %) a nízkou (36,9 %). Chirurgické a interní sestry udávaly vyšší pravděpodobnost poškození zdraví pacienta během omezování na lůžku než sestry pracující na ostatních odděleních. Pomocí této studie se ukázalo, že pokládané otázky ohledně stupně dosaženého vzdělání sestry a doba ošetrovatelské praxe nesouvisí s rizikem poškození pacienta v omezování.

Studie Lepiešové (2015, str. 309) zkoumala zkušenosti zdravotních sester s agresí pacienta na Slovensku. Metodikou získávání dat bylo dotazníkové šetření. Z celého vzorku 97,4 % sester čelilo agresi hospitalizovaných pacientů během 12 měsíců před administrací dotazníku.

Osobní zkušenost s verbální agresí potvrdilo 96,8 % sester a 83,3 % sester zažilo fyzickou agresi, u nichž 77,7 % narazilo na fyzickou agresi bez použití zbraně a 27,5 % na fyzickou agresi s použitím zbraně. Výsledky studie potvrzují, že zdravotní sestry z různých pracovišť jsou konfrontovány s širokou škálou forem agresivity pacientů.

Anne Beck a Andreas Heinz (2013, str. 711) zkoumali sociální a neurobiologické faktory agrese související s alkoholem. Metodou analýzy dat bylo vyhledávání informací z původních článků, recenzí a knih s kapitolou o alkoholu a agresi. Znalci usoudili, že pouze menšina z osob, které pijí alkohol, se stávají agresivními. Na druhé straně závislost na alkoholu představuje druhou nejčastěji indikovanou příčinu sebevražd (15-43 %). Současný výzkum naznačuje, že individuální sklon k agresi vyvolané alkoholem záleží nejen na neurobiologických faktorech, ale také na osobním očekávání účinků alkoholu.

Madeleine Estry-Behar (2008, str. 109) ve své studii zkoumala výskyt násilného chování v ošetrovatelství. Metodou pro získávání dat byl dotazník, na který celkem odpovědělo 39 894 sester z deseti evropských zemí (Belgie, Německo, Finsko, Francie, Spojené království, Itálie, Polsko, Slovensko, Norsko, Holandsko). Správně vyplněných dotazníků se pro výzkum použilo pouze 13 820. Dle analýzy dat vzešlo, že bylo celkem napadeno 22 % z dotazovaných, a to nejvíce ve Francii. Studie prokazuje, že nejčastěji se násilí, ze strany pacienta či jejich příbuzných, vyskytuje na oddělení psychiatrie, geriatric a ambulantní pohotovostní službě. Většina sester na pracovišti s vyšší frekvencí násilí uvedla, že uvažují o změně profese.

## **5 Průzkumná část**

### **Hlavní cíl bakalářské práce**

1. Zjistit míru výskytu agresivního chování a nejčastější strategie zvládnání agresivity ze strany všeobecných/praktických sester na vybraných pracovištích.

### **Dílčí cíle bakalářské práce**

1. Zjistit, jak všeobecné/praktické sestry vyhodnocují varovné signály u pacienta.
2. Objasnit nejčastější příčiny agrese u pacientů z pohledu sester.
3. Zjistit nejčastější reakce sester při verbálním i fyzickém napadení agresivním pacientem.
4. Zjistit, jaký převažuje projev agrese a jaký je nejčastější způsob zklidnění pacienta na vybraných odděleních.

### **Průzkumné otázky**

1. Jak často se sestry setkávají v ošetrovatelské praxi s agresivním chováním a kdo bývá nejčastěji agresorem?
2. S jakými varovnými signály agresivního pacienta se nejčastěji sestry setkávají a jaký to má dopad na jejich zdraví?
3. Jaká je z pohledu sester nejčastější příčina agrese pacienta?
4. Jak nejčastěji sestry reagovaly na situaci agresivního pacienta a jaká metoda zklidnění agresora se nejčastěji používá na vybraných odděleních?

### **5.1 Metodika průzkumu**

Zvolena byla metoda kvantitativní formou dotazníkového šetření. Dotazník je vlastní tvorby a zcela anonymní. Obsahuje 14 otázek. První čtyři otázky jsou zaměřeny na identifikaci průzkumného vzorku (pohlaví, oddělení, délka celkové praxe ve zdravotnictví, délka praxe na současném pracovišti a pracovní pozice). Zbytek dotazníku je věnován zkušenostem sester s agresivitou pacientů. Ke konstrukci dotazníku byly využity dostupné literatury zabývající se agresivním chováním pacienta. Jedná se například o tvorbu Venglářové a Mahrové (2006, str. 83), které popisovaly možné varovné signály agresivního jednání. Dále pak v otázce soustředěné na příčiny agrese jsem se inspirovala ve tvorbě Kališové (2014, str. 63), která uvádí možné spouštěče agrese jako je působení stresu, strach, obava z neznámého nebo časová tíseň působená na pacienta.

Otázky z dotazníku soustředěné na řešení agrese pacienta či vhodnou komunikaci vychází z tvorby Petra, Markové (2014, str. 174) a dále i Burdy (2014, str. 39). Tito autoři popisují zásady pro vhodnou komunikaci a přístupu u agresivního jedince. Vzhledem k tvrzení Schablona (2018), že mezi faktory ovlivňující výskyt agresivního chování ve zdravotnickém zařízení patří celková doba vykonávání ošetrovatelské praxe sestry, jsem do dotazníku zanesla dvě otázky týkající se právě celkové délky ošetrovatelské praxe respondentů a délky praxe na konkrétním pracovišti. V otázce zabývající se nejčastějším agresorem, tedy v otázce č. 7, jsem stanovila více variant odpovědí, a to pacientka (žena), pacient (muž), rodinný příslušník a návštěva. Vycházela jsem z dostupných výzkumů pro obdobnou problematiku. Moji volbu ovlivnil například Alsaleem (2018), v jehož výzkumu popisuje, že většina násilí ve zdravotnictví je páchána samotnými pacienty, ale i návštěvami. Stejně tak Babyarcyk (2019) ve své práci popisuje napadení ze strany rodinných příbuzných, ale i nerodinných návštěv pacienta. To bylo důvodem, proč jsem do možností odpovědí nezařadila pouze pacienta jako možného agresora.

Dotazník obsahuje také otázky otevřené pro volnou odpověď respondenta, uzavřené s výběrem odpovědí ano či ne a polootevřené s možností doplnění vlastní odpovědi. Na každé vybrané oddělení bylo přineseno 16 dotazníků. Součástí každého dotazníku byla i nepopsaná obálka, do které respondenti vkládali svůj vyplněný dotazník. Každá obálka byla náležitě zalepena a přímo mně odevzdána. Sběr dat trval přibližně 30 dnů, aby se na pracovišti vystřídal všechny sestry a měly tak možnost dotazník vyplnit.

## **5.2 Charakteristika průzkumného souboru**

Do vzorku byly zařazeny praktické či všeobecné sestry ze šesti vybraných oddělení akutní lůžkové péče vybraného zdravotnického zařízení. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na psychiatrické, geriatrické, interní, chirurgické, neurologické a urologické oddělení. Celkem bylo rozdáno 96 dotazníků a z tohoto počtu bylo vráceno 76, z čehož jich 9 nemohlo být zařazeno do průzkumu. Důvodem vyřazení bylo to, že respondenti odpověděli pouze na polovinu otázek obsažených v dotazníku. Správně vyplněných se tedy vrátilo 67 dotazníků. Z psychiatrického oddělení to činí 12 respondentů, 10 z geriatrického oddělení, 14 z interního oddělení, 10 z chirurgického oddělení, 11 z neurologického oddělení a 10 respondentů bylo z urologického oddělení. Z celkového počtu respondentů jich 19 v otázce č. 5 zodpovědělo negativně, a tak nepokračovali v dalším vyplňování dotazníku. Porovnávání výsledků z dotazníkového šetření bylo vyloučeno z důvodu nepoměru počtů výzkumných souborů na jednotlivých odděleních.

### **5.3 Zpracování dat**

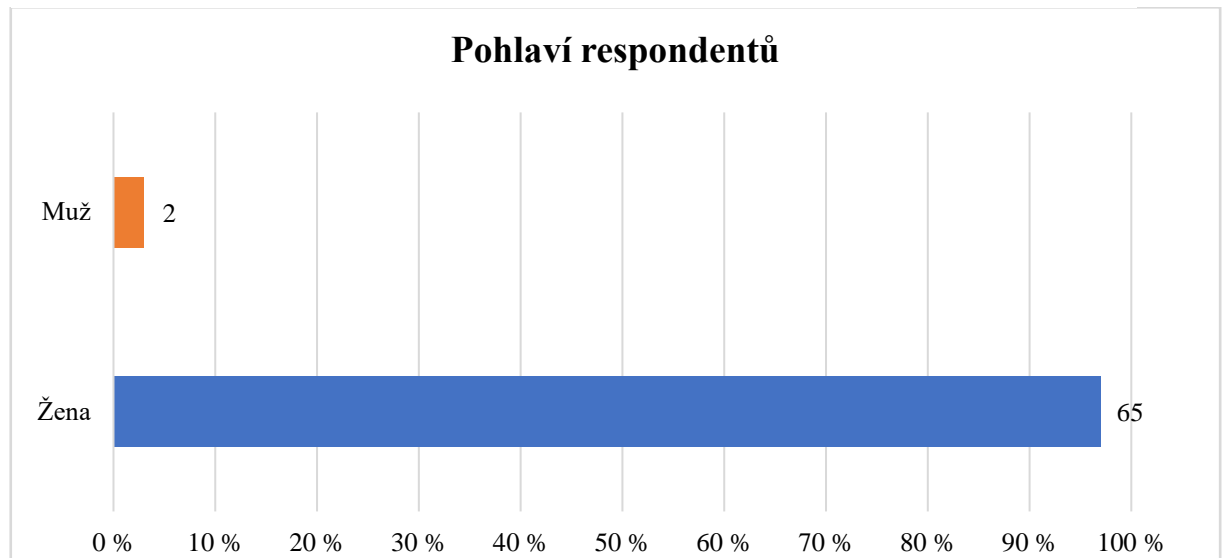
Výsledky šetření jsou prezentovány formou grafů a tabulek z důvodu větší přehlednosti. Pro jejich tvoření byl využíván program Microsoft Office Excel. Všechny tabulky a grafy jsou náležitě popsány a vysvětleny.



## 6 Výsledky dotazníkového šetření

### Otázka č. 1 – Jakého jste pohlaví?

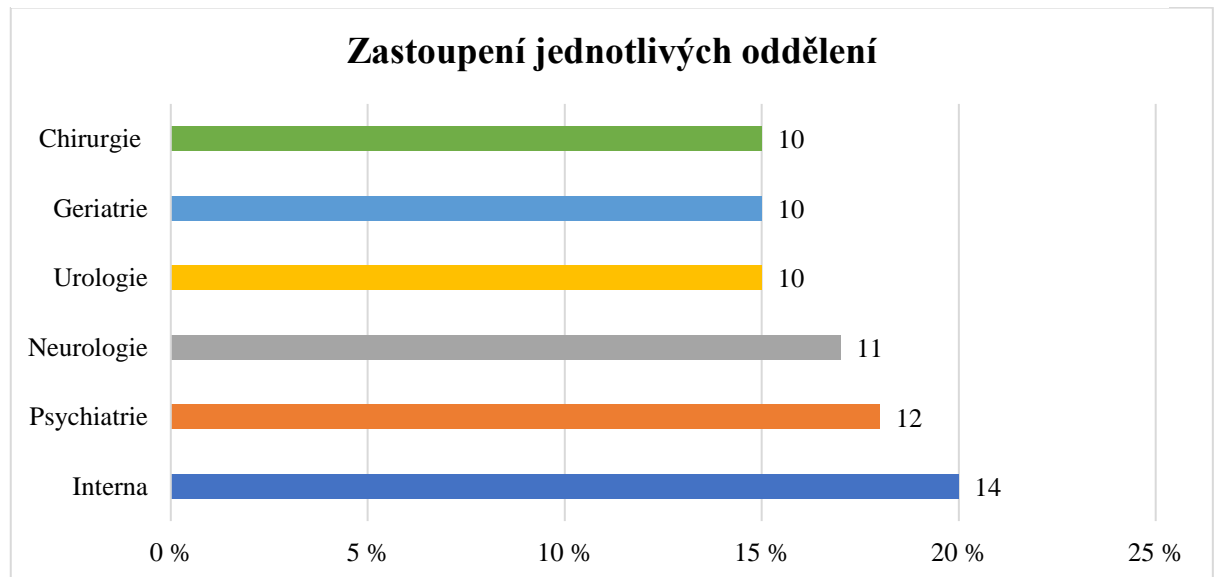
Graf 1 Pohlaví respondentů – udávané hodnoty značí počet respondentů



První otázka dotazníku zjišťovala pohlaví respondentů. Z grafu č. 1 vyplývá, že nejvíce dotazníků vyplnily ženy, a to v počtu 65 sester (97 %). Zbylí 2 respondenti zastupovali mužské pohlaví (3 %).

## Otázka č. 2 – Na jakém oddělení pracujete?

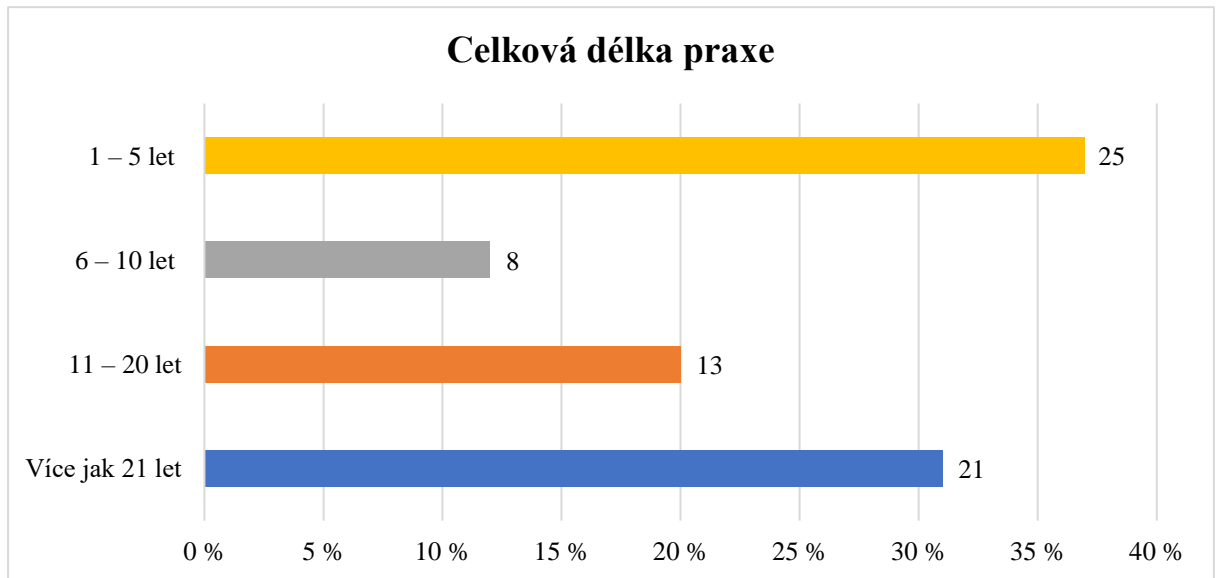
Graf 2 Zastoupení jednotlivých oddělení – udávané hodnoty značí počet respondentů



Graf č. 2 ukazuje kolik sester z jednotlivých oddělení se zúčastnilo průzkumu. Nejvíce správně vyplněných dotazníků se vrátilo z interního oddělení v počtu 14 (20 %), dále pak z oddělení psychiatrie v počtu 12 (18 %), o jeden dotazník méně, tedy 11 (17 %), bylo z neurologie. Z oddělení chirurgie, geriatrie a urologie se zúčastnil stejný počet respondentů, a to 10 sester z každého oddělení (15 %).

### Otázka č. 3 – Jaká je Vaše celková délka ošetrovatelské praxe ?

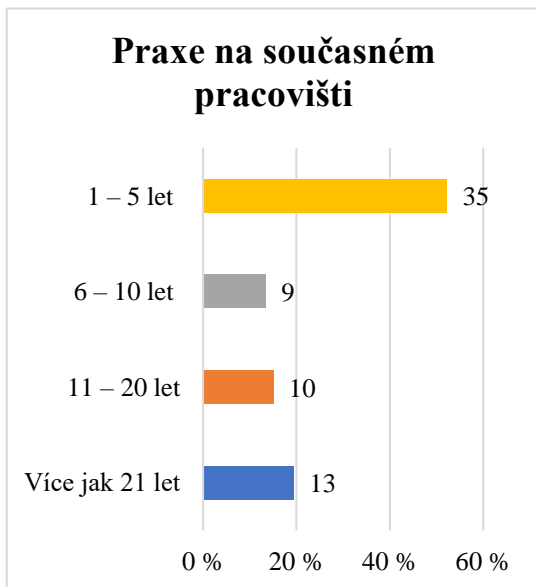
**Graf 3 Celková délka ošetrovatelské praxe zúčastněných respondentů – udávané hodnoty značí počet respondentů**



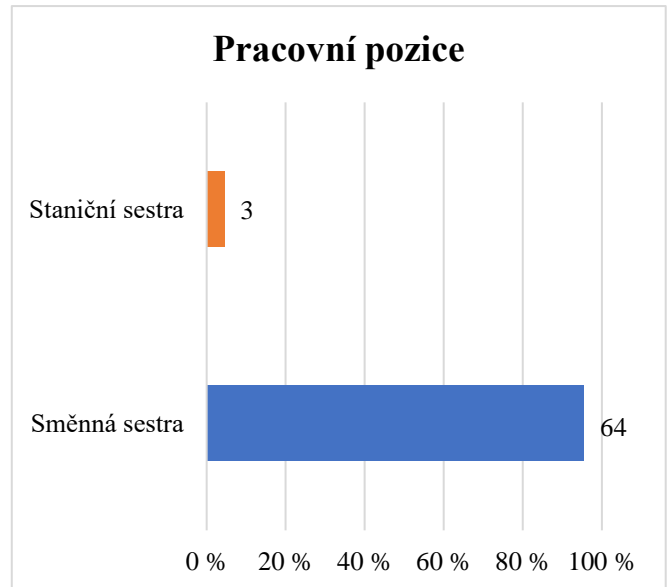
Největší počet zastoupení mají sestry s celkovou praxí v rozmezí 1 - 5 let, a to v počtu 25 respondentů (37,3 %). Další početnou skupinou jsou sestry s víceletou praxí nad 21 let v počtu 21 (31,3 %). Dále pak 13 sester (19,4 %) vykonává svou profesi 11 – 20 let a nejmenší zastoupení sester (12 %) mají dosavadní celkovou praxi 6 – 10 let. Tuto variantu zaškrtilo celkem 8 respondentů.

## Otázka č. 4 – Jak dlouho pracujete na současném oddělení a jaká je Vaše nynější pozice?

**Graf 4 Praxe na současném pracovišti**  
udávané hodnoty značí počet respondentů



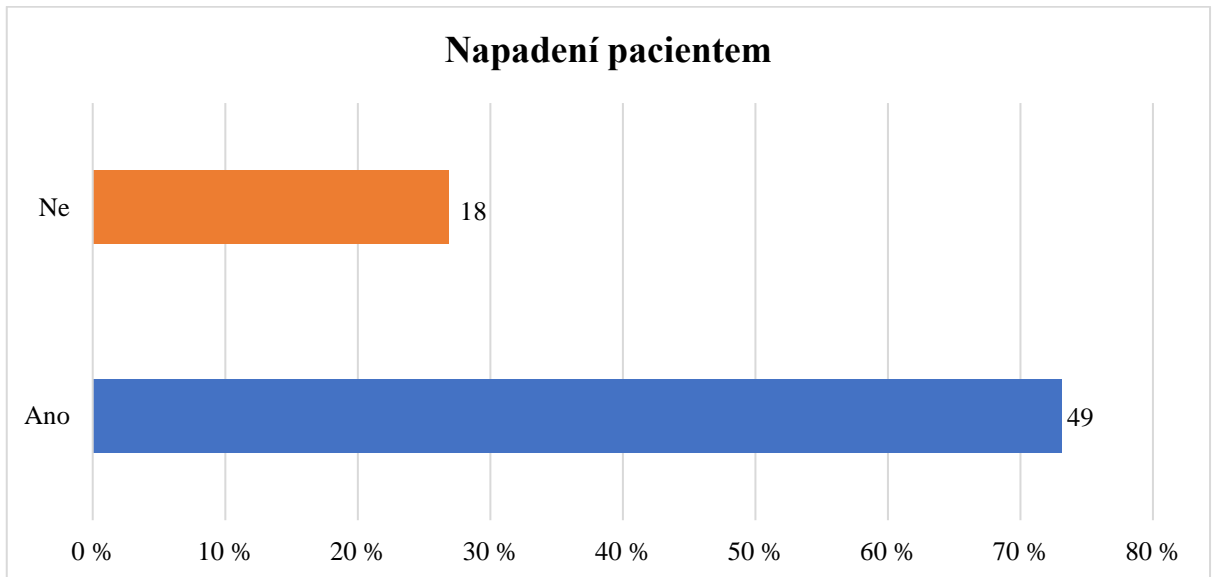
**Graf 5 Pracovní pozice respondentů** - udávané hodnoty značí počet respondentů



Z grafu č. 4 vychází, že 35 sester v otázce č. 4 odpovědělo, že na jejich současném oddělení vykonávají profesi méně jak 6 let, to činí 52,2 %. Dále 9 respondentů pracovalo na jejich současném oddělení 6 – 10 let (13,4 %), 10 respondentů vykonávalo profesi sestry na jejich současném pracovišti okolo 11 – 20 let (15 %), zatímco poměrně větší skupina sester, a to v počtu 13 (19,4 %), více jak 21 let nevyměnila místo svého působení. Jak lze vidět v grafu č. 5 z celkového počtu 67 respondentů, jich 64 (95,5 %) tvořily sestry v pracovní pozici směnné sestry a zbylé 3 osoby (4,5 %) tvořily sestry v pozici staniční sestry.

## Otázka č. 5 – Byl/a jste někdy na Vašem současném oddělení napadena pacientem?

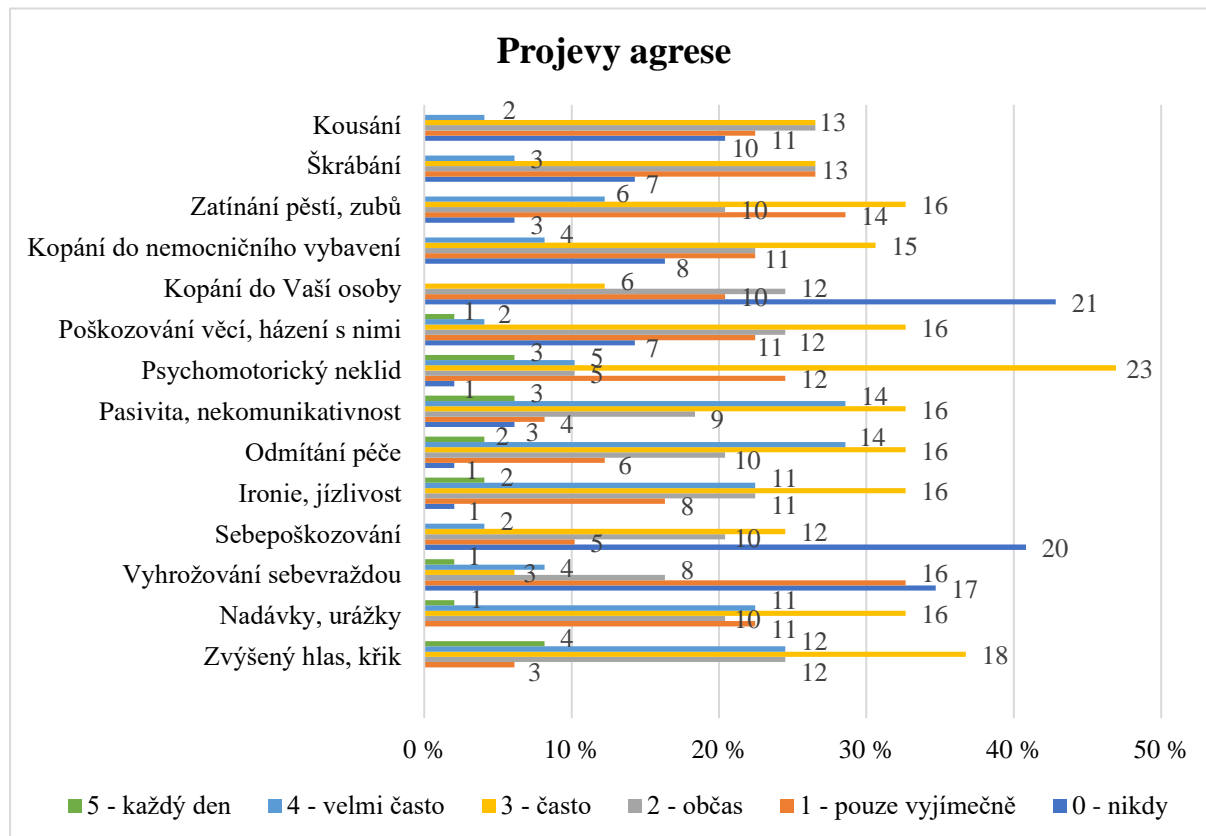
Graf 6 Napadení pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů



Z celkového počtu 67 respondentů jich 49 zodpovědělo (73,1 %), že během vykonávání své profese již byli napadeni pacientem na současném pracovišti, zatímco 18 sester (26,9 %) doposud nezažily násilí ze strany pacienta. Respondenti, kteří v této otázce odpověděli negativně, dále již ve vyplňování dotazníku nepokračovali. Další otázky z dotazníku jsou soustředěny na zkušenosti sester s agresivním pacientem, a tak se dále pracovalo pouze s odpověďmi 49 respondentů, kteří v otázce č. 5. zaškrtnuli odpověď ANO.

## Otázka č. 6 – Jak často se projevovala určitá forma agrese pacienta z vlastní zkušenosti zdravotníka za posledních 12 měsíců.

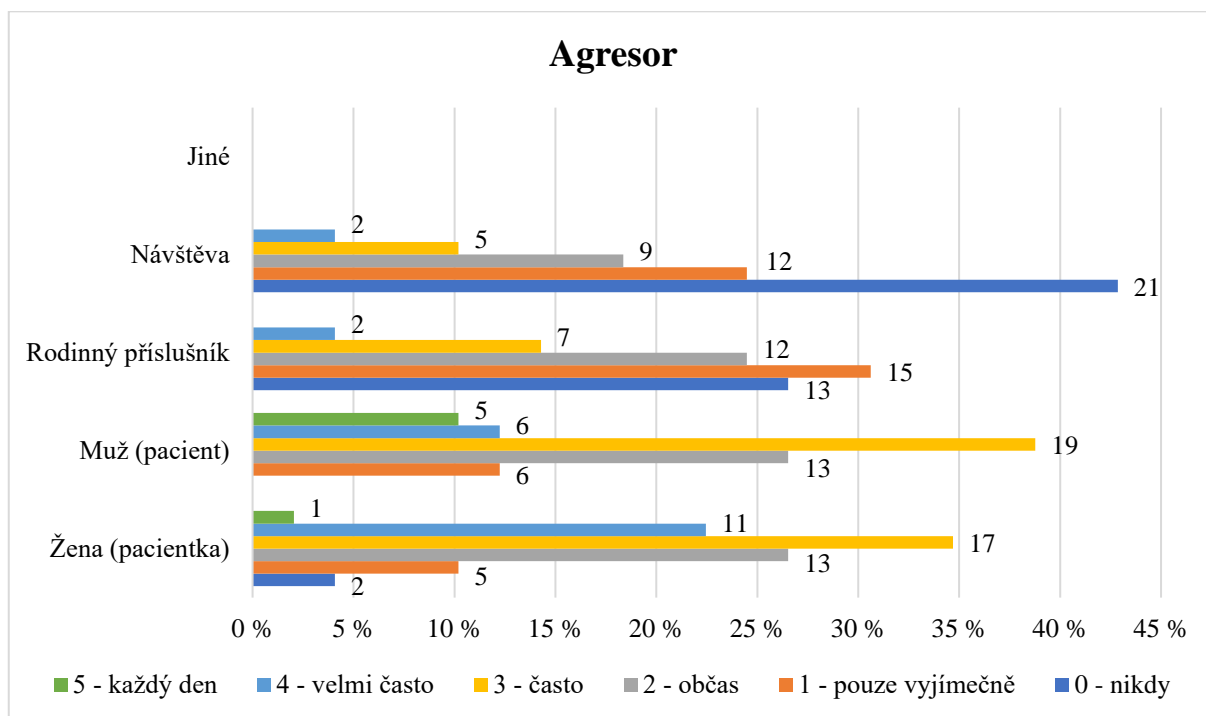
Graf 7 Projevy agrese pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů



V této otázce byli respondenti vyzváni k ohodnocení všech varovných signálů uvedené tabulce a označili je číslem, jak často se projevovala určitá forma agrese pacienta za uplynulých 12 měsíců. Respondenti měli možnost vybrat ze šesti stupňů frekvence výskytu daného projevu agrese, a to 0 – nikdy, 1 – pouze výjimečně (jednou za rok), 2 – občas (jednou za půl roku), 3 – často (několikrát měsíčně), 4 – velmi často (jednou týdně) a 5 – každý den. Nejvíce sester, a to v počtu 23 (46,9 %) zaznamenaly varovný signál psychomotorického neklidu (př. bezcílne chování z místa na místo) stupněm výskytu 3 – často. Jako další největší shodou vzešlo přímé kopání do jejich osoby, a to v počtu 21 sester (42,8 %), které označily tento projev agrese jako nikdy nezažitý. Mezi projevy, které sestry označily jako každodenní patří zvýšený hlas a křik v počtu 4 odpovědí (8,1 %), pasivita či nekomunikativnost zaznamenali 3 respondenti (6,1 %), ironie, jízlivost (4 %) a odmítání péče (4 %) bylo sledováno vždy 2 respondenty. Dále pak nadávky a urážky (2 %), vyhrožování sebevraždou (2 %) nebo poškozování věcí a házení s nimi (2 %) bylo sledováno vždy pouze jedním respondentem u každého projevu.

## Otázka č. 7 – Kdo byl za posledních 12 měsíců nejčastějším agresorem?

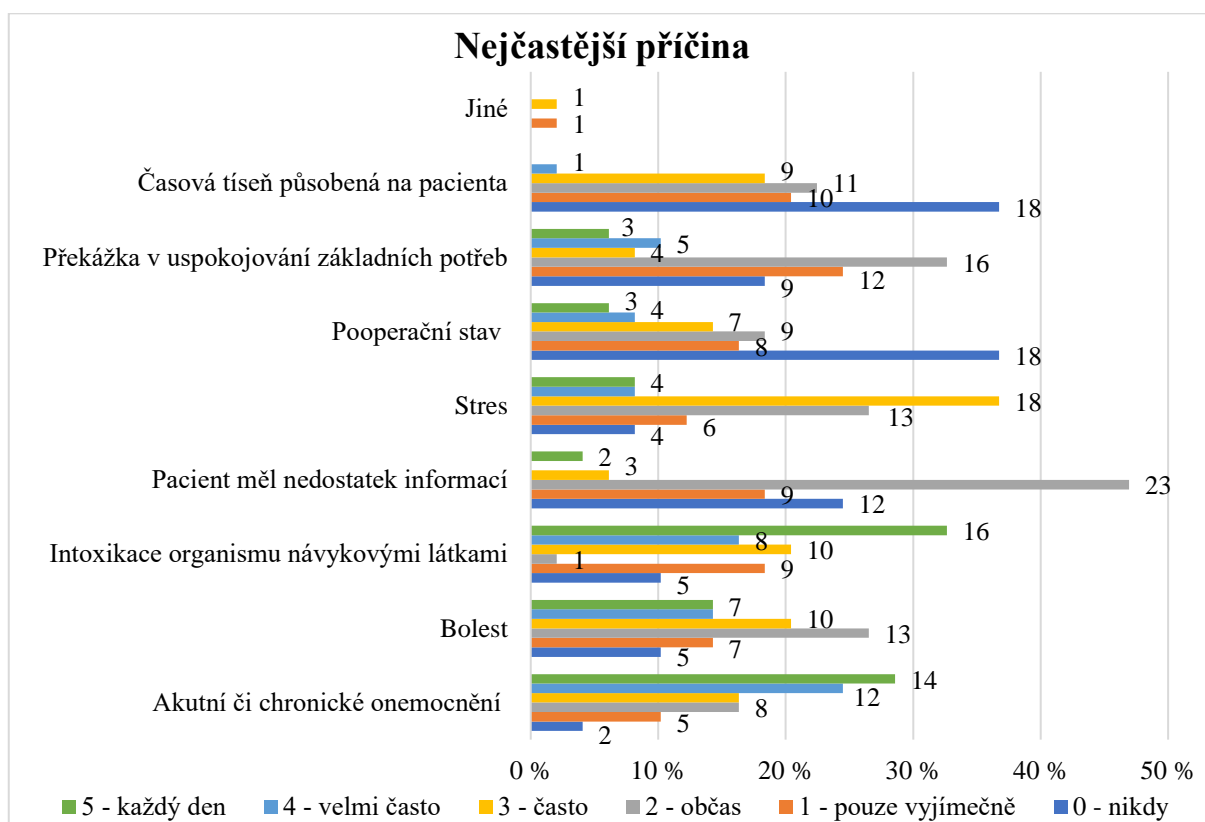
Graf 8 Nejčastější agresor – udávané hodnoty značí počet respondentů



V této otázce respondenti odpovídali na otázku, kdo bývá nejčastějším agresorem, dle jejich zkušeností. Agresorem napadení personálu ve zdravotnickém zařízení nemusí být samotný pacient, ale útočníkem se často stává i jiná osoba, jako je například návštěva přicházející za pacientem či příbuzná osoba, kdy agrese nejčastěji vzniká na podkladě strachu o svého blízkého. Graf č. 8 ukazuje, že dotazovaní respondenti z velké části, a to v počtu 17 (34,6 %) označili pacienta ženského pohlaví za častého agresora, tedy vyskytující se agrese několikrát měsíčně. Dle údajů se sestry každý den setkávají s agresivním chováním mužského pacienta častěji, odpovědělo 5 respondentů (10,2 %), nežli s agresivitou ženy s odpovědí pouze jednoho respondenta (2 %). Poměrně velká část dotazovaných sester, v počtu 15 (30,6 %), udávala, že se během 12 měsíců setkaly s agresí rodinných příslušníků. Největší shodu všech odpovědí této otázky ukazuje možnost agresivní návštěvy, kdy se 21 dotazovaných sester (42,8 %) shodlo, že se během uplynulého roku nesetkaly s tímto typem agresora. V možnosti volné odpovědi nikdo z respondentů neudával jiný typ agresora.

## Otázka č. 8 – Nejčastější příčina agrese pacienta

Graf 9 příčina agrese pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů

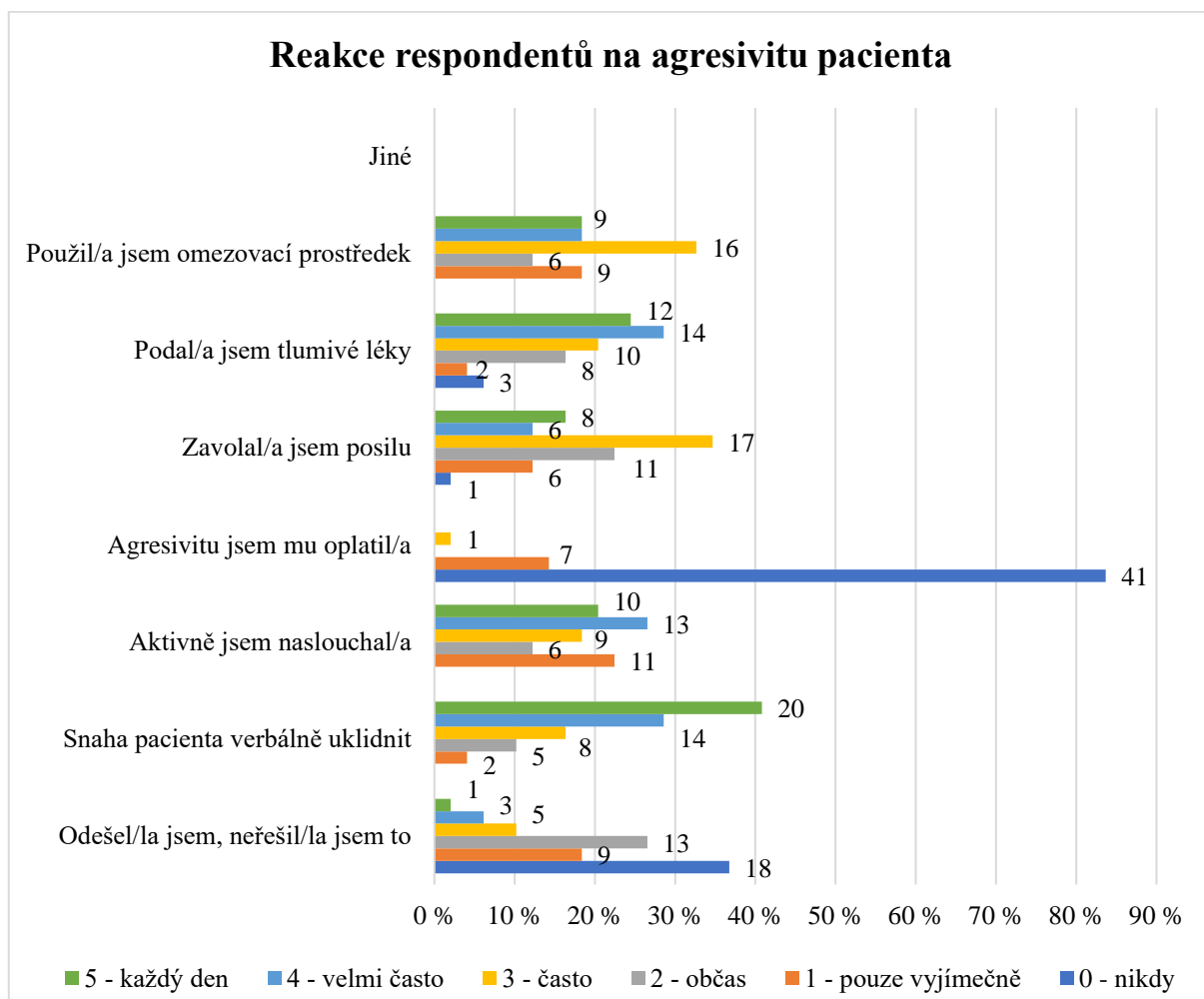


Otázka č. 8 byla směřována na zjištění nejčastějších příčin, z pohledu sester, vedoucí k agresivitě pacientů. Z analýzy dat byla zjištěna největší shoda odpovědí, v počtu 23 respondentů (26,9 %), v možnosti pacient měl nedostatek informací, a to označené v občasně frekvenci výskytu. Jako pouze výjimečnou příčinu agrese pacienta respondenti udávali překážku v uspokojování potřeb pacienta. To zaznamenalo celkem 12 dotazovaných osob (24,4 %). Dále za častou příčinu agresivního chování považovali respondenti zvýšené působení stresu na pacienta v počtu 18 odpovědí (36,7 %). Jako velmi častou etiologii agrese pacienta bylo udáváno akutní či chronické onemocnění s počtem 12 odpovědí (24,4 %). Velká část respondentů, a to 16 (32,6 %), dále v otázce zakroužkovali příčinu intoxikaci organismu návykovými látkami (alkohol, drogy, některé léky) jako každodenním problémem, zatímco časová tíseň působená na pacienta a pooperační stav během uplynulých 12 měsíců nebyl zaznamenán u 18 respondentů (36,7 %). Do možnosti jiné byly zanalyzovány dvě odpovědi, a to, že za častou příčinu jeden respondent považoval změnu prostředí pacienta, zatímco druhý respondent tvrdil, že agrese byla způsobena charakterem člověka „Byl to zlý člověk“. Tento stav vyhodnotil pouze jako výjimečný.



## Otázka č. 9 – Zhodnoťte Vaši reakci na pacientovu agresi za posledních 12 měsíců.

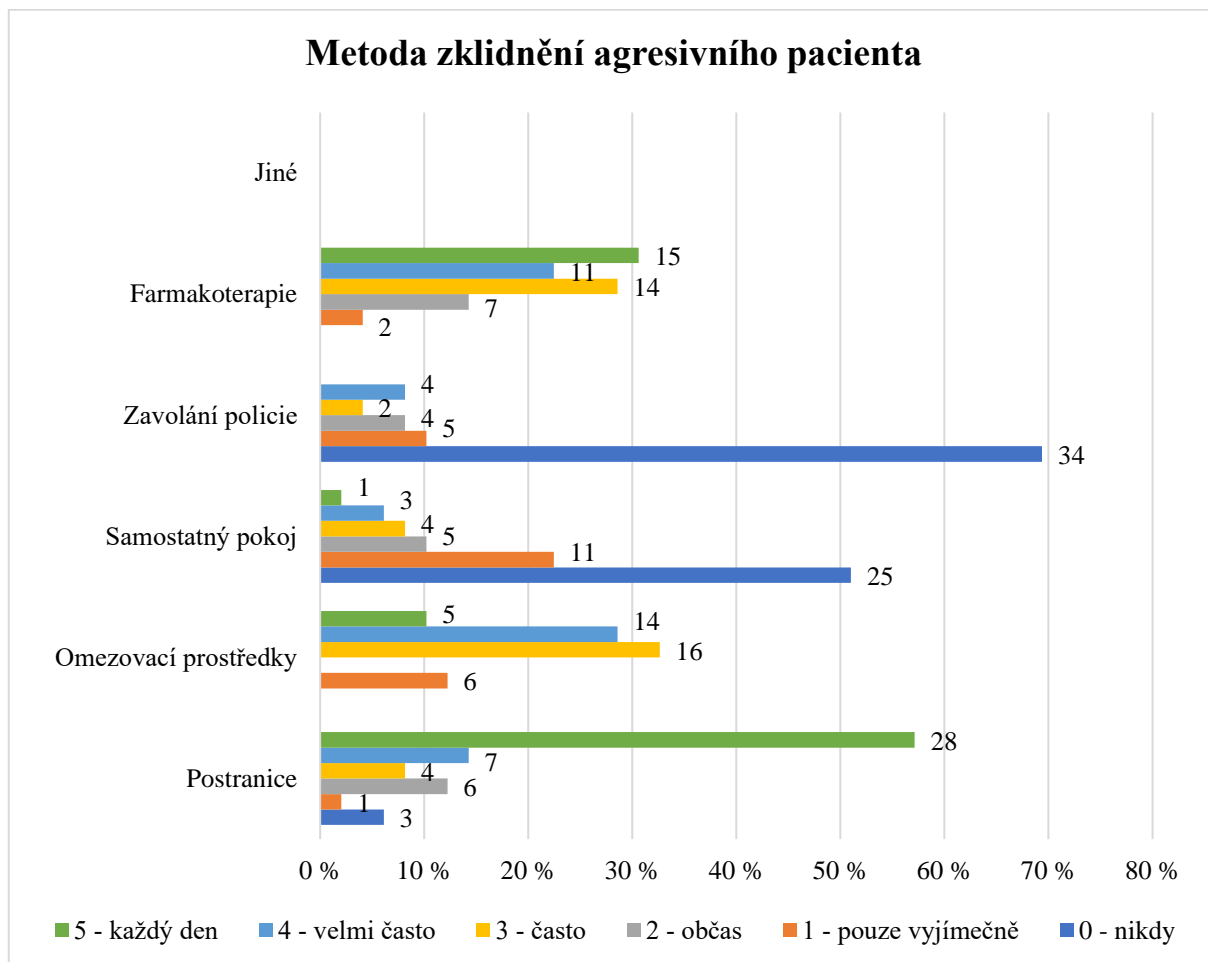
Graf 10 Reakce na pacientovu agresi – udávané hodnoty značí počet respondentů



V této otázce bylo cílem zjistit, jak nejčastěji respondenti reagovali na agresivní chování svého pacienta v uplynulých 12 měsících. Z grafu č. 10 můžeme vyčíst nejdelší křivku shody v možnosti agresivitu jsem mu oplatil/a v počtu 41 odpovědí (83,6 %), a to číselným hodnocením 0 – nikdy. Jako další nejvýznamnější shodou je považována možnost snaha pacienta verbálně uklidnit, v počtu 20 odpovědí (40,8 %) označené stupněm 5 – výskyt každý den. V oblasti použití omezovacích prostředků celkem 16 (32,6 %) osob uvedlo jako časté řešení agresivity pacienta. V možnosti volné odpovědi nikdo z respondentů neudával jinou možnost reakce na nepříznivou situaci.

**Otázka č. 10 – Jaká metoda pro zklidnění agresivního pacienta se u Vás na oddělení během 12 měsíců využila a zhodnoťte jak často.**

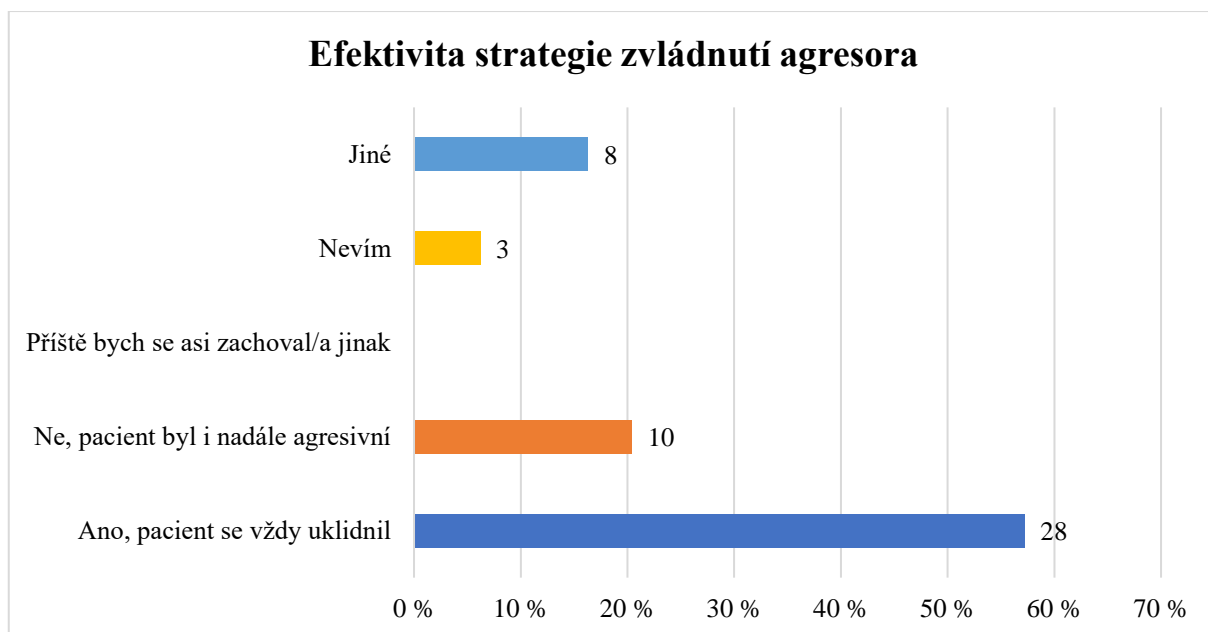
**Graf 11 Metoda zklidnění pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů**



Tato otázka zjišťovala, jaké jsou nejvíce používané metody ke zklidnění agresivního pacienta na vybraných pracovištích. Dle analýzy dat se ukázalo, že nejčastější zvolenou metodou 28 respondentů bylo použití postranic (57,1 %). Dále jako velmi častým řešením agresivního pacienta bylo využití omezovacích prostředků jako jsou kurty či pásy. Tuto možnost zvolilo celkem 14 respondentů (28,5 %). Farmakoterapie byla 7 sestrami (14,2 %) označena jako využívaná jen občas a samostatný pokoj byl dle 11 odpovědí (22,4 %) využitý pouze výjimečně. Velká část respondentů, a to celkem 34 (69,3 %), odpovědělo, že během posledních 12 měsíců nebyli nuceni zavolat policii, kvůli agresivnímu pacientovi. V možnosti volné odpovědi nikdo z respondentů neudával jinou metodu zklidnění agresivního pacienta využívanou na jejich pracovišti.

## Otázka č. 11 – Myslíte si, že byla strategie zklidnění pacienta efektivní?

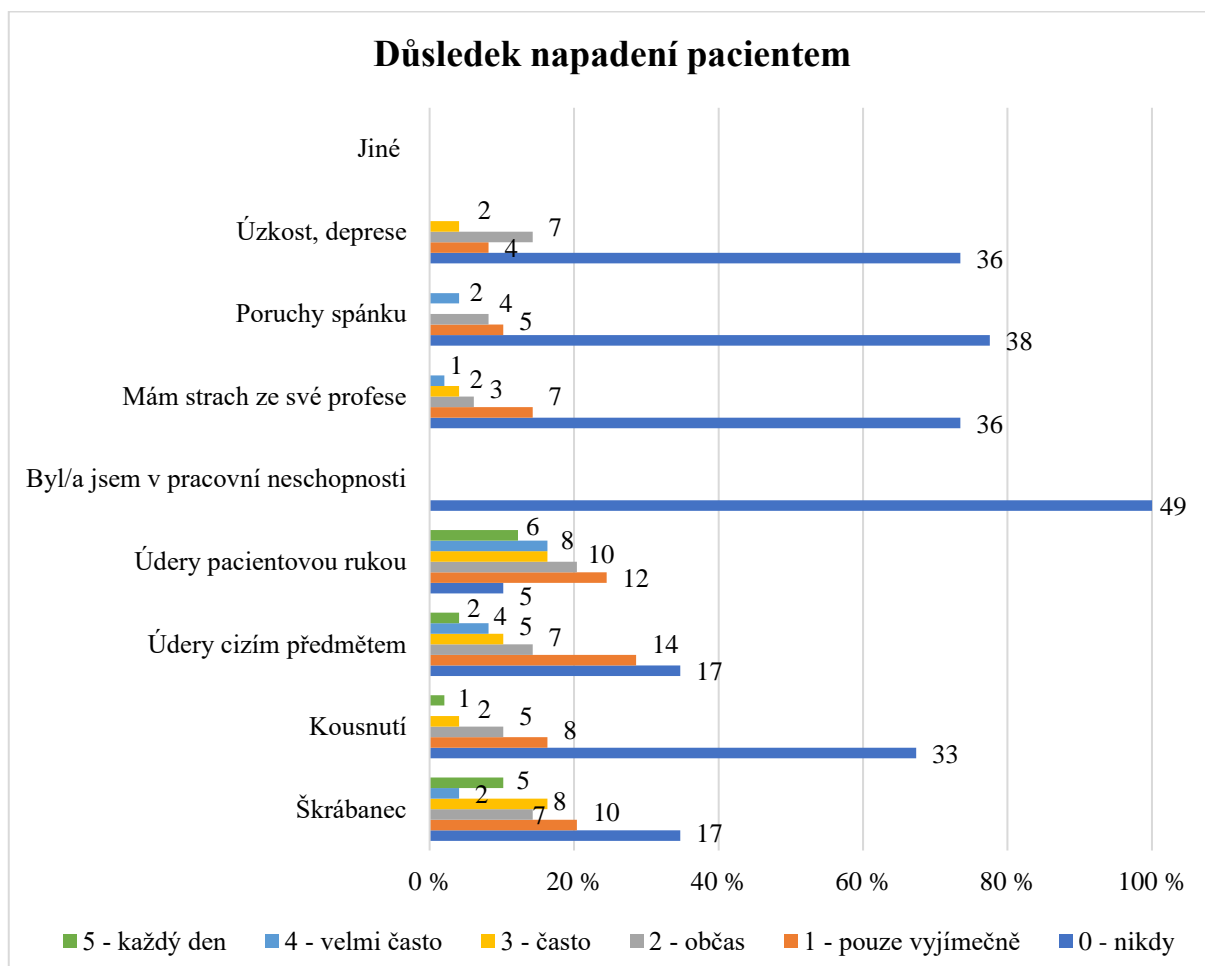
Graf 12 Efektivita strategie zvládnutí agresivního pacienta – udávané hodnoty značí počet respondentů



Otázka č. 11 zjišťovala vlastní názor respondentů na efektivitu strategie zvolenou při konfliktu s agresivním pacientem. Nadprůměrná část, tedy 28 respondentů (57,1 %) odpověděla, že agresor se pomocí vhodně zvolené metody uklidnil, zatímco 20,4 % dotazovaných respondentů nebylo spokojeno se zvolenou strategií a udávali, že i nadále byl pacient agresivní. Přibližně ¼ z celkového počtu respondentů se jednoznačně shodla ve volné odpovědi, že jde o individuální situaci, kdy zvolená metoda u některého pacienta vedla k uklidnění a u jiného zase ne. Avšak nikdo z dotazovaných nezaškrtnl možnost odpovědi, že by se příště zachoval/a jinak.

## Otázka č. 12 – Jaké byly nejčastější důsledky těchto napadení na Vaší osobě za posledních 12 měsíců?

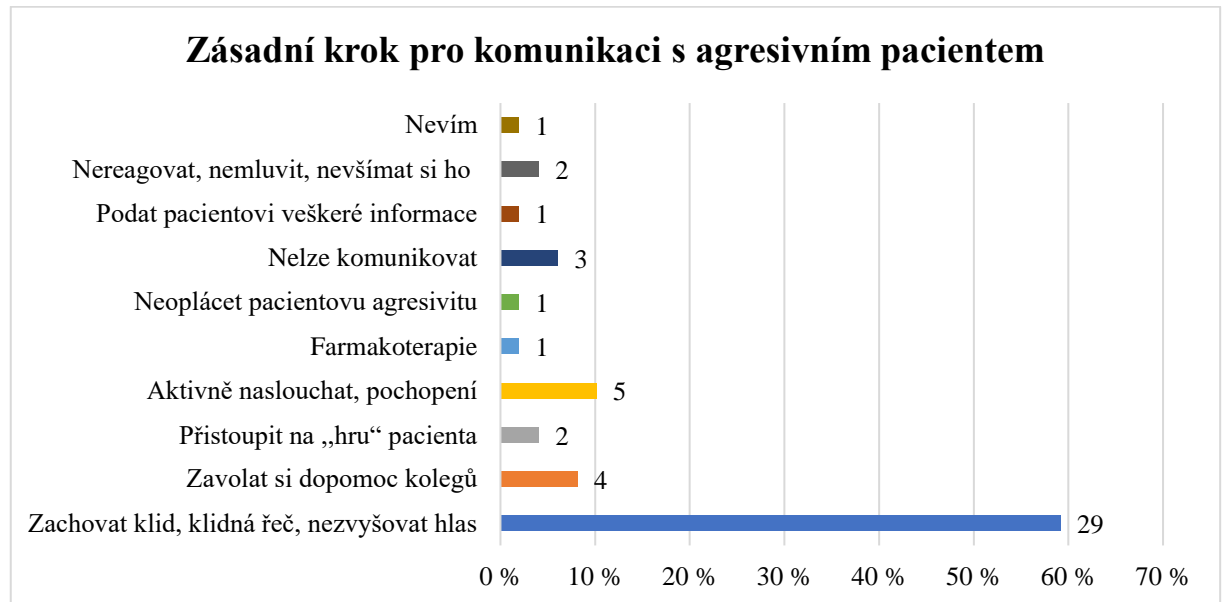
Graf 13 Důsledky na respondentech po konfliktu s agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů



Graf č. 13 odpovídá na otázku, jaký dopad měl na respondenty útok agresivního pacienta. Z celkového počtu 49 respondentů jich 5 udávalo (10,2 %), že během posledních 12 měsíců byli velmi často udeřováni pacientovou rukou. Dále 14 respondentů tvrdilo (28,5 %), že zažili údery cizím předmětem, ale pouze výjimečně. Všichni dotazovaní respondenti, tedy 49 sester (100 %), se jednoznačně shodli v odpovědi, že nikdy nemuseli být v pracovní neschopnosti z důvodu napadení pacientem. V možnosti volné odpovědi nikdo z respondentů neudával jiné dopady po napadení pacientem během uplynulých 12 měsíců.

**Otázka č. 13 – Uved'te, co je podle Vás nejzásadnějším krokem/postupem pro komunikaci s agresivním pacientem.**

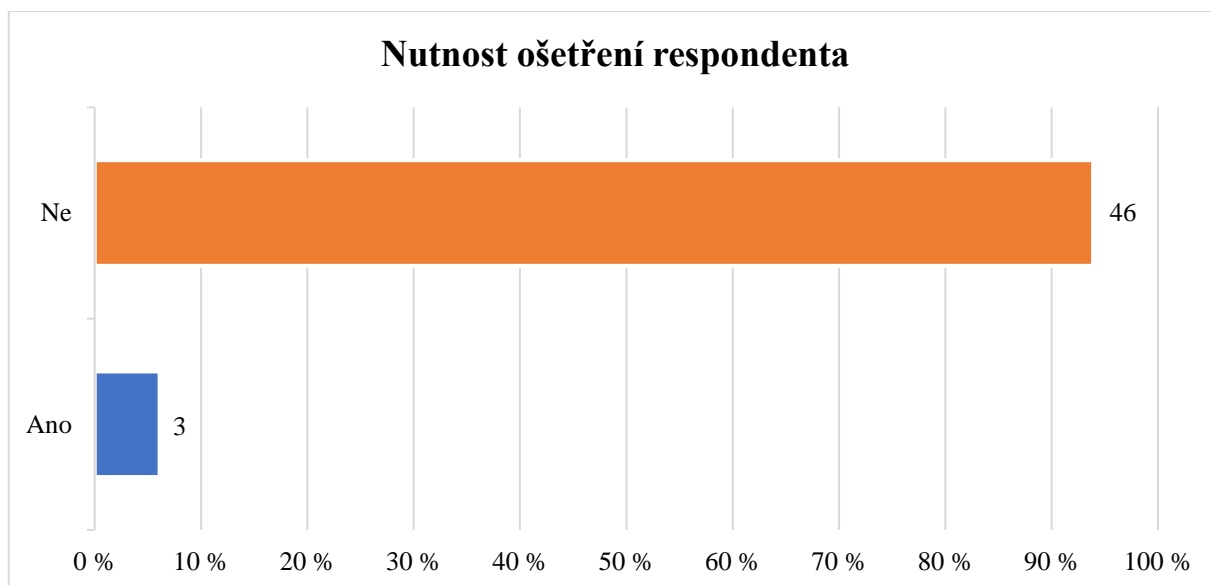
**Graf 14** Vhodná komunikace s agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů



Tato otázka znázorňuje vlastní názor respondentů, jaký krok či postup považují za zásadní při komunikaci s agresivním pacientem. Dle rozboru dat vychází, že 29 respondentů, což činí 59,2 %, za zásadní krok při komunikaci primárně považují zachovat klid, klidnou komunikaci a nezvyšovat na pacienta hlas. Dále pak 5 respondentů, tedy 10,2 % tvrdilo, že zásadní je aktivní naslouchání a pochopení pacienta. Další odpovědi respondentů byly rozdílné, avšak 3 osoby (6,1 %) v této otázce zaznamenaly, že s agresivním pacientem nelze nijak komunikovat.

## Otázka č. 14 – Bylo nutné Vás po napadení pacientem ošetřit lékařem?

Graf 15 Nutnost ošetření respondenta po napadení agresivním pacientem – udávané hodnoty značí počet respondentů



Poslední otázka v nestandardizovaném dotazníku zjišťovala, zda bylo nutné ošetření respondentů po konfliktu s agresivním pacientem. Většina dotazovaných sester, a to v počtu 46 (93,9 %) odpověděla, že nebylo nutné jejich ošetření, zatímco u 3 respondentů (6,1 %) muselo být po napadení pacientem ošetřeno lékařem.

Tabulka 1 V případě nutnosti ošetření respondenta se dále hodnotí frekvence

Frekvence ošetření	Počet (n)	%
Pouze jednou	3	100,0 %
Často	0	0,0 %
Velmi často	0	0,0 %
Vždy	0	0,0 %
CELKEM	3	100,0 %

V tabulce č.1 lze zjistit frekvenci nutnosti udávaného ošetření. Osoby, co označily kladnou odpověď, zda musely být ošetřeny po napadení pacientem, byly dále vyzváni k hodnocení frekvence nutnosti ošetření. Všechny 3 osoby (6,1 %) odpověděly, že musely být ošetřeny pouze jednou.

## 7 Diskuse

Tato část bakalářské práce se zabývá vyhodnocením a odpovídáním si na stanovené průzkumné otázky. Hlavním cílem bylo zjistit míru výskytu agresivního chování a nejčastější strategie zvládnání agresivity ze strany všeobecných/praktických sester na vybraných pracovištích. Otázky byly vyhodnoceny na základě dotazníkového šetření a analýzy získaných dat od respondentů. Pro srovnání výsledků jsem vybrala zejména zdroje, které již uvádím v teoretické části bakalářské práce.

### **PO1: Jak často se sestry setkávají v ošetrovatelské praxi s agresivním chováním a kdo bývá nejčastěji agresorem?**

První průzkumná otázka se vztahovala k otázkám č. 5 a 7 z dotazníku. Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, zda byli respondenti někdy během své dosavadní ošetrovatelské praxe napadeni pacientem. V případě, že odpověděli záporně, dále pak ve vyplňování dotazníku nepokračovali. V tomto případě se jednalo o 18 respondentů. Cílem otázky č. 7 bylo zjistit kdo byl nejčastějším agresorem.

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 67 sester z vybraných oddělení. Průzkum formou nestandardizovaného dotazníku ukázal, že sestry bývají velmi častým terčem agresivního pacienta. Z výsledků průzkumu této bakalářské práce vyplývá, že 73,1 % respondentů bylo během své praxe napadeno pacientem. Téměř shodné výsledky uvádějí i zahraniční výzkumy. Jak moc jsou i zahraniční sestry ohroženy násilným chováním při péči o své pacienty také potvrzuje jeden z výzkumů roku 2017 v čínském Wu-chanu. Většina dotazovaných sester (94,6 %) uvedla, že zažila násilí na pracovišti ze strany pacienta. Incidence verbálního násilí činila 92,1 % a fyzické napadení 81,9 % (Yang et al., 2017). O rok později, tedy v roce 2018, proběhl další výzkum v Německu. Výsledek šetření prokázal, že během předchozích 12 měsíců 94,1 % zúčastněných respondentů zažilo verbální násilí na svém pracovišti a 69,8 % zažilo fyzickou agresi (Schablon et al., 2018). Obdobný výsledek vzešel také ve výzkumu v roce 2019, kdy z celkového počtu 50 sester pracujících na území České republiky jich 77,6 % uvedlo, že zažilo verbální agresi ze strany pacienta (Babiarczyk et al., 2019). Dle zmiňovaných výsledků studií může být násilí ve zdravotnických zařízeních tedy označeno za běžnou situaci a frekvence výskytu agresivních pacientů se neustále udržuje v obdobných hodnotách. Ve zmiňovaném výzkumu Schablona (2018) se prokázal vyšší výskyt agrese než v mém průzkumu, a to celkem o 21 %. Tento výsledek činí poměrně značný rozdíl. Odpověď můžeme hledat v celkovém počtu respondentů zařazených do výzkumu.

U Schablona tvořilo výzkumný soubor celkem 1 984 zaměstnanců různých zdravotnických zařízeních, zatímco v mém průzkumu se zkoumaly odpovědi od 67 osob, z čehož vyplývá, že výsledky mohou být závislé na počtu výzkumného souboru zařazeného do výzkumu.

Babyarcyk (2019) ve svém výzkumu uvádí, že v turecké nemocnici většina sester hlásila útoky pacientů (92,3 %), avšak některé sestry také uvedly, že byly napadeny příbuznými pacientů či nerodinnými návštěvami. Z celkových 49 respondentů jich v tomto průzkumu 19 označilo (38,7 %), že častým agresorem byl právě pacient mužského pohlaví, avšak žena (pacientka) získala pouze o 2 hlasy méně (34,6 %). Agresivní chování ze strany rodinného příslušníka pacienta bylo zaznamenáno pouze u 15 respondentů (30,6 %), a to pouze jako výjimečné. Podprůměrná část respondentů, a to v počtu 21 (42,8 %) se během uplynulých 12 měsíců nesečkala s agresivní návštěvou přicházející za pacientem. Z těchto výsledků vychází, že nejčastěji jsou agresorem sami pacienti přicházející do zdravotnického zařízení nebo již hospitalizovaní. Z výzkumu Yanga (2017) vychází, že sestry pracující na psychiatrickém oddělení pro dospělé muže, uváděly mnohem vyšší výskyt napadení ze strany pacienta, a to i ve formě sexuálního obtěžování. V porovnání s mým průzkumem jsou výsledky obdobné a nejčastěji byl označován jako agresor také pacient – muž. Průzkumu se zúčastnilo z většiny spíše ženy, sestry. Můžeme také uvažovat o tom, že v očích hospitalizovaného mužského pacienta může sestra působit jako slabá, jednoduchá oběť, a proto může docházet k vyššímu výskytu násilí či sexuálního obtěžování sester na pracovišti.

## **PO2: S jakými varovnými signály agresivního pacienta se nejčastěji sestry setkávají a jaký to má dopad na jejich zdraví?**

Druhá průzkumná otázka se vztahovala k otázkám č. 6, 12 a č.14 z dotazníku. Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, s jakými varovnými signály agresivního pacienta se nejčastěji sestry potýkaly a v jaké frekvenci výskytu. Otázka č. 12 se zaměřila na zjišťování následků na respondentech po napadení agresivním pacientem. Bylo zde i možné vyplnění volné odpovědi, avšak nikdo z dotazovaných respondentů neudával jiné možné dopady na jejich osobu. Otázka č. 14 se zabývala tím, zda museli být napadení respondenti ošetřeni lékařem. Na tuto otázku navazuje jedna podotázka pro ty, co zodpověděli kladně, aby udali frekvenci nutného ošetření za uplynulých 12 měsíců.

Burda (2013) uvádí jako typický neverbální varovný signál agresivního pacienta psychomotorický neklid, kdy se pacient neustále bezcílně pohybuje, ať už v lůžku nebo po celé místnosti.



Toto tvrzení se shoduje s mým zjištěním, přičemž poměrně velká část respondentů, a to v počtu 23 (46,9 %) odpověděla, že častým projevem agrese u pacienta byl právě psychomotorický neklid. Dále pak pouze 4 osoby (8,1 %) zmínily zvýšený hlas nebo křik zažívaný každý den během uplynulých 12 měsíců, zatímco 18 respondentů (36,7 %) tuto možnost označily jako často vyskytující se, tedy několikrát měsíčně.

Vysoká frekvence násilí může na oběti zanechat psychické následky, jako je deprese, strach z profese či neschopnost dále vykonávat svou funkci a následné ukončení kariéry (Ziaei, 2018). Toto tvrzení se prokázalo v otázce č. 12, která se zabývala právě důsledky projevené na respondentech po konfliktu s agresivním pacientem. Ukázalo se, že 7 respondentů, tedy 14,2 %, po konfliktu s agresorem občas trpělo/trpí úzkostí nebo depresí, zatímco 3 respondenti (6,1 %) hlásili občasný strach z vykonávání profese sestry. Dále pak celkem 32 respondentů (65,3 %) utrpělo alespoň jednou po konfliktu s pacientem škrábanec. Dalším významným faktorem této otázky byla varianta hlášení pracovní neschopnosti, kdy všechny dotazované respondenti, tedy 49 sester (100 %), odpověděli, že během 12 měsíců nemuseli být umístěni v pracovní neschopnosti. Otázkou tedy zůstává, zda všichni tito respondenti řádně nahlásili nežádoucí událost nebo problém řešili sami a nevyhledávali jinou pomoc, i přesto, že by si třeba situace vyžadovala umístění sestry do pracovní neschopnosti. Stejně tak se můžeme zamyslet nad poslední otázkou v dotazníku, zda museli být respondenti po útoku pacienta ošetřeni lékařem. Většina (93,9 %) uvedla negativní odpověď a zbylí 3 respondenti (6,1 %) museli být ošetřeni lékařem, ale pouze jednou, přestože v předchozí otázce více respondentů, a to 32 (65,3 %) udávalo, že alespoň jednou po konfliktu utrpěli škrábanec. Můžeme se tedy ptát, zda respondenti opravdu neutrpěli vážné poranění vyžadující lékařské ošetření, nebo pouze sestry využily své odbornosti ve zdravotnictví a ošetřily se samy? Tuto otázku rovněž diskutuje Ziaei (2018), který tvrdí, že napadení zaměstnanci se často domnívají, že násilí ze strany pacientů nebo jejich příbuzných je běžnou součástí práce zdravotníků, a proto je neohlašují svému zaměstnavateli ani nepodávají hlášení o nehodách.

### **PO3: Jaká je z pohledu sester nejčastější příčina agrese pacienta?**

Třetí průzkumná otázka se vztahovala k otázkám č. 3, 4 a 8 z dotazníku. Cílem otázky č. 3 bylo zjistit celkovou délku ošetrovatelské praxe respondentů. Na tuto otázku navazuje další otázka č. 4, která měla za úkol zmapovat délku ošetrovatelské praxe respondentů na současném oddělení. Pro zjištění, co sestry nejčastěji považovaly za příčinu agrese pacienta, posloužila otázka č. 8. I v této otázce měli respondenti možnost volné odpovědi. Tu využily pouze 2 osoby (4 %). Za častou příčinu jeden respondent považoval změnu prostředí pacienta, zatímco druhý respondent tvrdil, že agrese byla způsobena charakterem člověka „Byl to zlý člověk“. Tento stav vyhodnotil pouze jako výjimečný.

V tomto průzkumu se ukázalo, že na otázku č. 3 největší skupina respondentů (37,3 %) odpověděla, že jejich celková délka praxe činí 1 - 5 let. Dále pak v otázce č. 4, která byla soustředěna na délku praxe na nynějším pracovišti, opět nejvyšší číslo napadených respondentů pacientem získala možnost odpovědi 1 – 5 let (52,2 %). Otázkou tedy zůstává, zda má vliv délka praxe a celkové zkušenosti na daném pracovišti zdravotnického zařízení na míru rizika napadení pacientem? Dle Schablona (2018) mezi faktory ovlivňující výskyt agresivního chování ve zdravotnickém zařízení patří celková doba vykonávání ošetrovatelské praxe sestry (delší doba praxe přináší více zkušeností), ale i vzdělání sestry (vyšší titul přináší více znalostí). Z výsledků průzkumu vyplývá, že sestry, které vykonávají ošetrovatelskou praxi krátkou dobu, se častěji setkávaly s agresivitou na pracovišti, což se shoduje s mým předchozím tvrzení. Dobrá příprava a otevřený přístup k tématu agresivního chování v zařízeních mají pozitivní vliv na zvládání stresových situací a na pracovní schopnost zdravotníka. Pokud se bude o tématu agresivity ve zdravotnictví více mluvit, dostane se do podvědomí zdravotníků a mohlo by to vést k jejich vyšší „připravenosti“ pro tuto situaci.

Z tohoto dotazníkového šetření dále vyplývá, že respondenti považují za nejčastější příčinu agrese pacienta intoxikaci návykovými látkami jako jsou drogy, alkohol či některé léky. Tento významný faktor 16 sester (32,6 %) označilo jako každodenní problém, zatímco 9 (18,3 %) sester pouze jako výjimečný a dokonce 5 sester (10,2 %) jako nikdy nezažitý. Souvislost mezi návykovou látkou, konkrétně alkoholem, a agresí bylo zkoumáno v roce 2013. Znalci usoudili, že pouze menšina z osob, kteří pijí alkohol, se stávají agresivními. Avšak závislost na alkoholu představuje jednu z nejčastějších indikovaných příčin sebevraždy, a to až 43 % (Beck, 2013). Proto je nutné se zamyslet nad otázkou, zda nemá veliký vliv na tuto problematiku především druh oddělení, kde dotyčný respondent nyní vykonával svou profesi?

Bylo potvrzeno, že lidé se závislostí na alkoholu či jiných látkách jsou nejběžněji hospitalizováni na psychiatrickém oddělení, proto je jasné, že sestry vykonávající profesi právě na tomto oddělení budou mnohem více v kontaktu se závislými lidmi, nežli třeba urologická sestra. V uvážení také bylo, zda by nebylo vhodné veškeré odpovědi respondentů z různých oddělení porovnávat mezi sebou, avšak to bylo zavrhnuto z důvodu nedostatečného množství výzkumného souboru a nerovnoměrném rozložení respondentů z různých oddělení.

**PO4: Jak nejčastěji sestry reagovaly na situaci agresivního pacienta a jaká metoda zklidnění agresora se nejčastěji používá na vybraných odděleních?**

Touto problematikou se zabývala otázka č. 9, 10 a č. 11 z dotazníku. Cílem otázky č. 9 bylo zmapovat, jak nejčastěji napadení respondenti reagují na vyhrocenou situaci s agresivním pacientem. V možnosti volné odpovědi nikdo z respondentů neudával jinou možnost reakce na nepříznivou situaci. Další otázka z dotazníku, a to č. 10 měla za úkol zjistit, jaké zklidňující metody se využily na vybraných pracovištích během uplynulých 12 měsíců. Další otázkou v pořadí je otázka č. 11, která zjišťovala, zda byla strategie zklidnění agresivního pacienta efektivní.

V otázce zaměřené na reakce sester na agresivního pacienta jich 20 (40,8 %) zvolilo odpověď snahy verbálního uklidnění pacienta označené stupněm 5 – výskyt každý den. V možnosti odpovědi odešel/la jsem, neřešil/a jsem to je shoda 13 respondentů ve frekvenčním hodnocení 2 – občas. To činí celkem 26,5 %. Vzhledem k nemalému procentuálnímu množství v této variantě odpovědi jsem nucena se zamyslet nad tím, zda respondenti, kteří takto odpověděli, měli celou situaci zajištěnou a opravdu nebylo žádné riziko poškození jak samotného pacienta, tak okolních spolupacientů či jiného zdravotnického personálu nebo tato reakce zdravotníka vycházela z neschopnosti vhodné komunikace s agresivním pacientem. Může to mít také velkou souvislost se samotným strachem zdravotníka z pacienta a proto je nutné si položit otázku, co bylo důvodem přehlížení a tedy neřešením neklidného pacienta?

Otázka č. 10 ukazovala, jaké jsou nejčastěji využívané metody pro zvládnutí agresivního pacienta. Více jak polovina dotazovaných respondentů, tedy v počtu 28 (57,1 %) během uplynulého roku každodenně využívalo u pacientova lůžka postranice. Dále pak 16 respondentů (32,6 %) uvedlo, že pro zvládnutí situace s agresivním pacientem často využívali omezovací prostředky, jako jsou kurty a pásy. Další využívanou strategií pro zvládnutí agrese pacienta byla často také farmakoterapie (28,5 %). Je jasné, že v porovnání třeba mezi interním oddělením a psychiatrie jsou rozdílné metody a i rozdílné vybavení pomůcek vhodné pro tyto situace.

Avšak z důvodu nedostatečného počtu výzkumného souboru nelze v této průzkumné práci mezi sebou různé oddělení porovnávat.

## **7.1 Limity práce**

Značným limitem pro vypracování bakalářské práce byla současná epidemiologická situace Covid-19, kdy jak v teoretické části, tak i v praktické jsem se potýkala s problémy z toho vyplývajícími.

## 8 Doporučení pro praxi

V návaznosti na zjištěné výsledky průzkumu, navrhuji sestry více vzdělávat a dostat tuto problematiku do jejich povědomí. S většími znalostmi by sestry možná dokázaly včas identifikovat možnou agresi a vhodně ji předcházet nebo dokonce i u některých pacientů zcela eliminovat.

Doporučuji, aby každá sestra vykonávající svou profesi prošla školením zaměřeným právě na agresivitu pacientů. V letech 2011 – 2013 probíhal v České republice rozsáhlý vzdělávací program pro nelékařské zdravotní pracovníky, kdy součástí byla speciální edukační činnost v oblasti bezpečnosti zdravotníků ve zdravotnických zařízeních při konfliktech s agresivními pacienty. V rámci 26 seminářů a 9 celorepublikových konferencí bylo proškoleno celkem 1 948 nelékařských pracovníků. Tímto proškolením bylo prokázáno, že je možné zdravotníky efektivně vzdělávat v krátkém časovém úseku a dostat do povědomí různé moderní techniky a metody pro řešení krizové situace (Pekara, 2015, str. 4). Myslím si, že by bylo vhodné školení touto formou pořádat častěji, protože problematika agresivních pacientů je stále aktuální a nelze ji zcela eliminovat, ale pouze redukovat.

Doporučuji do praxe zavést i modernější techniky podpory zdravotníků jako je třeba nošení bezpečnostního náramku. V rámci projektu s názvem Bezpečná nemocnice lékaři a sestry ve Svitavské nemocnici na Pardubicku nosí speciální náramky, kterými si v případě napadení mohou přivolat pomoc. Původně byly náramky určené pro pacienty, avšak se tímto projektem ukázalo, že zdravotnický personál se cítí mnohem bezpečněji a to se odráží i na kvalitě jejich práce (Spojená akreditační komise, 2010).

Doporučuji bezplatně zpřístupnit všem zdravotníkům online kurzy zaměřené na problematiku agresivních pacientů. Mnoho zdravotníků je časově vytíženo, a to může být i příčinou nedostatku vyškolených zdravotníků. Proto by stálo za zvážení, aby byly bezplatně zdravotníkům zpřístupněny online kurzy a mohli se proškolovat třeba v pohodlí svého domova.

Dále doporučuji se zaměřit také na vhodné vybavení nemocničního prostředí. Například čekárna, kde je vysoké riziko výskytu agresivních pacientů vzhledem k dlouhé čekací době, by mohla být vybavena pohodlnými křesly a zdravotnický personál by měl předem informovat pacienta o možné délce doby čekání. To by mohlo mít za následek snížení působeného stresu na pacienta a jeho vnitřního uklidnění.

V případě, že je zdravotník v psychickém napětí, doporučuji vyhledat tzv. peer podporu. Tato podpora je poskytována zdravotníkem s certifikovaným výcvikem se stejnou nebo podobnou profesní zkušeností. Tato služba je zaměřena na poskytování a zajištění podpory v náročných životních situacích a nabízí aktivní naslouchání či různé doporučení, jak situaci zvládnout. Každé zdravotnické zařízení by mělo nabízet svým zaměstnancům fungující tým peerů a krizových interventů, kteří zajišťují psychosociální intervenční službu.

## 9 Závěr

Jak již vyplývá z názvu mé bakalářské práce „Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení“ se v teoretické části věnuji pojmu agresivita, a to jak z pohledu obecného, tak i z pohledu zdravotnického, tedy výskytu agresivních pacientů. Důvodem volby tohoto tématu byl fakt, že se sestry velmi často setkávají v praxi s agresivním chováním ze strany pacientů a tato problematika, dle mého názoru, není dostatečně ve zdravotnictví řešena. Já sama jsem se během svého studia setkávala na praxi s násilným chováním nejen pacientů, ale i návštěv přicházejících za svým příbuzným. Setkala jsem se jak s verbální formou agrese, jako je přímé urážení mé osoby, ale i s fyzickou agresí, kdy jsem po konfliktu s pacientem byla udeřena jeho vlastní rukou. Proto bych ráda touto bakalářskou prací poukázala na vážnost této situace.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu agresivního chování a nejčastější strategie zvládnání agresivity ze strany všeobecných/praktických sester na vybraných odděleních, a to psychiatrie, geriatric, neurologie, interny, chirurgie a urologie. V návaznosti na vytyčený hlavní cíl byly stanoveny čtyři průzkumné otázky. Ty byly zaměřeny na odhalení frekvence výskytu násilného chování pacientů a kdo byl během uplynulého roku nejčastějším agresorem. Dále měly za úkol zjistit, s jakou formou agrese se nejčastěji sestry setkávaly a co mohlo být příčinou tohoto způsobu jednání. Průzkumné šetření bylo provedeno formou nestandardizovaného dotazníku. Z výsledků průzkumného šetření je patrné, že většina sester se již s agresivitou svých pacientů setkala. Jejich reakce na pacientovo chování byla různá, avšak se velká skupina sester shodla, že je v této situaci nutné zachovat klid a zásadně nezvyšovat hlas. Avšak z dotazníků je patrné, že neexistuje jeden jediný ověřený způsob, který by agresí vždy vyřešil. Jak některé sestry v dotazníku zmiňují, každý pacient je jedinečný, a proto i přístup k nim by měl být individuální.

Průzkumného šetření se ve většině účastnily směnné sestry, kdy jejich dosavadní délka ošetrovatelské praxe činila 1 – 5 let. Jako nejčastější projev agrese označily psychomotorický neklid a nejméně se setkaly s kopáním přímo do jejich osoby. Za častého útočníka většina sester označila pacienta mužského pohlaví a nejméně se setkávaly s agresivními návštěvami. Velká shoda v odpovědích nastala v otázce soustředěné na reakci zdravotníka, kdy se většina respondentů shodla, že nikdy agresivitu pacientovi neoplácela. Nadprůměrná část sester využívala každý den postranice u agresivních pacientů a 1/3 nemusela nikdy volat na pomoc policii. Jako největší shoda ze všech otázek dotazníku se ukázala v otázce č. 12, kdy všechny sestry zaznamenaly, že nikdy nemusely být umístěny do pracovní neschopnosti v důsledku napadení pacientem.

Velký přínos sledávám ve zvýšení povědomí o této problematice, která by měla být více řešena. Předpokládám, že zvyšování povědomí o této problematice pravděpodobně povede k vyšší míře hlášení incidentů, ale zároveň povede k vyšší připravenosti zdravotníků na tyto zátěžové situace.



## 10 Použitá literatura

1. ALSALEEM, Safar A. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine* [online]. 2018, 2018(25), 188-193. [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: doi: 10.4103/jfcm.JFCM\_170\_17.
2. ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4341-7.
3. BABIARCZYK, Beata., et al., Violence against nurses working in the health sector in five European countries—pilot study. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2019, 25(4) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12744
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAJDUCHOVÁ a Jitka PRAJSOVÁ. Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. *Kontakt* [online]. 2015, 17(2), e73-e79 [cit. 2021-5-2]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2015.04.001
5. BECK, Anne a Andreas HEINZ. Alcohol-Related Aggression. *Deutsches Arzteblatt Online* [online]. 2013 [cit. 2021-5-2]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2013.0711
6. BROWN, Anahita, Katherine SEWELL a Caroline A. FISHER. Characterisation of aggression in Huntington's disease: rates, types and antecedents in an inpatient rehabilitation setting. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2017, 26(19-20), 2922-2931 [cit. 2021-5-2]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.13614
7. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
8. BECK, Nataly S. a Jacob S. BALLON. Ethical Issues in Schizophrenia. *FOCUS* [online]. 2020, 18(4), 428-431 [cit. 2021-5-2]. ISSN 1541-4094. Dostupné z: doi:10.1176/appi.focus.20200030
9. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
10. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2.*, dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.

11. DEWALL, C. Nathan., et al., Sweetened blood cools hot tempers: physiological self-control and aggression. *Aggressive Behavior* [online]. 2011, **37**(1), 73-80 [cit. 2021-5-2]. ISSN 0096140X. Dostupné z: doi:10.1002/ab.20366
12. DIMUNOVÁ, Lucie, ŽEMLIČKOVÁ, Alžběta., Agresia pacientov voči sestram na psychiatrických pracoviskách. In: osetrovatelstvo.eu [online]. 2019 osetrovatelstvo.eu, [cit. 2021-02-11]. Dostupné z: [https://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2019/31-agresia-pacientov-voci-sestram-na-psychiatrickych-pracoviskach.pdf](https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2019/31-agresia-pacientov-voci-sestram-na-psychiatrickych-pracoviskach.pdf)
13. EVANGELU, Jaroslava Ester. *Krizová komunikace: efektivní zvládání krizových a zátěžových situací*. Ostrava: Key Publishing, 2013. Monografie (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-175-7.
14. GEMERT VAN, Liesbeth A a Marieke J SCHUURMANS. The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: Capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nursing* [online]. 2007, **6**(1) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6955-6-3
15. HARDING, Mary., Suicide Risk Assessment and Threats od Suicide, In: patient.info [online]. 2019 patient.info, [cit. 2021-03-09] Dostupné z: <https://patient.info/doctor/suicide-risk-assessment-and-threats-of-suicide>
16. HAYASHI, Kazuki., et al., Postoperative delirium after lung resection for primary lung cancer: Risk factors, risk scoring system, and prognosis. *PLOS ONE* [online]. 2019, **14**(11) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0223917
17. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
18. KALIŠOVÁ, Lucie., 2014. Neklidný pacient a somaticky obtížný pacient. In: PAPEŽOVÁ, Hana., et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: *Maxdorf*, s. 63-75. ISBN 978-80-7345-425-8.
19. KÁŇOVÁ, Marcela., et al., Delirium u kriticky nemocných-prospektivní studie. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, **78**/111(6), 662-667. ISSN 1803-6597.
20. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.

21. KOWALCZUK, Krystyna a Elżbieta KRAJEWSKA-KUŁAK. Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. 2017, **24**(1), 113-116 [cit. 2021-5-2]. ISSN 1232-1966. Dostupné z: doi:10.5604/12321966.1228395
22. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
23. LEPIEŠOVÁ, Martina., et al., Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2015, **6**(3), 306-312 [cit. 2021-5-2]. ISSN 23363517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0020
24. ESTRYN-BEHAR, Madeleine., et al., Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine* [online]. 2008, **58**(2), 107-114 [cit. 2021-5-2]. ISSN 0962-7480. Dostupné z: doi:10.1093/occmed/kqm142
25. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2.*, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753096.
26. MIERTOVÁ, Michaela. Chosen forms of risk behaviour in adolescents. *Profese online* [online]. 2014, 7(1), 23-29 [cit. 2021-5-2]. ISSN 18034330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2014.004
27. NEEFJES, Elisabeth., et al., Accuracy of the Delirium Observational Screening Scale (DOS) as a screening tool for delirium in patients with advanced cancer. *BMC Cancer* [online]. 2019, **19**(1) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1471-2407. Dostupné z: doi:10.1186/s12885-019-5351-8
28. PAZVANTOĞLU, Ozan., et al., Perception of patient aggression among nurses working in a university hospital in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2011, **17**(5), 495-501 [cit. 2021-5-2]. ISSN 13227114. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01967.x
29. PEKARA, Jaroslav., Násilí a české ošetrovatelství, In: *Bezpecnostpersonalu.cz* [online] 2013, [cit. 2020-12-28] Dostupné z: [https://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Nasili\\_a\\_ceske\\_osetrovatelstvi.pdf](https://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Nasili_a_ceske_osetrovatelstvi.pdf)

30. PEKARA, Jaroslav., Odborná studie: Výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků, In: [Bezpecnostpersonalu.cz](http://bezpecnostpersonalu.cz) [online] 2015, [cit. 2021-06-17] Dostupné z: [https://bezpecnostpersonalu.cz/wpcontent/uploads/2015/04/4\\_Studie\\_Vysledky\\_proskoleni\\_v\\_pristupu\\_k\\_agresivnim\\_pacientum\\_a\\_jejich\\_pribuznym.pdf](https://bezpecnostpersonalu.cz/wpcontent/uploads/2015/04/4_Studie_Vysledky_proskoleni_v_pristupu_k_agresivnim_pacientum_a_jejich_pribuznym.pdf)
31. PETR, Tomáš., Řízení rizika na psychiatrických odděleních, In: [cspsychiatr.cz](http://cspsychiatr.cz) [online] 2011, [cit. 2021-03-09] Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2011\\_2\\_106\\_109.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_2_106_109.pdf)
32. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
33. PIAO, Jinshi, Yinji JIN a Sun-Mi LEE. Triggers and nursing influences on delirium in intensive care units. *Nursing in Critical Care* [online]. 2018, **23**(1), 8-15 [cit. 2021-5-2]. ISSN 13621017. Dostupné z: doi:10.1111/nicc.12250
34. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
35. SCHABLON, Anja., et al., Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2018, **15**(6) [cit. 2021-5-2]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph15061274
36. SHAFRAN-TIKVA, Sigal., et al., Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research* [online]. 2017, **6**(1) [cit. 2021-5-2]. ISSN 2045-4015. Dostupné z: doi:10.1186/s13584-017-0183-y
37. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
38. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, Bezpečnost v nemocnicích [online]. Sakcr, 2010 Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/wrote-about-us/569>
39. TRPIŠOVSKÁ, Dobromila. *Kapitoly ze sociální psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-7044-304-9.
40. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

41. WASZYNSKI, Christine., The Confusion Assessment Method (CAM), In: geriatrictoolkit.missouri.edu [online]. 2012, [cit. 2021-03-09] Dostupné z: <https://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/Confusion-Assessment-Method-delirium.pdf>
42. WEI, Leslie A., et al., The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2008, **56**(5), 823-830 [cit. 2021-5-2]. ISSN 00028614. Dostupné z: doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x
43. YANG, Bing Xiang., et al., Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2018, **32**(1), 31-38 [cit. 2021-5-2]. ISSN 08839417. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnu.2017.09.013
44. ZACHAROVÁ, Eva., Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků, In: *intermedicina.cz* [online] 2009, [cit. 2020-12-28] Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200910-0009.php>
45. ZIAEI, Maryam., et al., Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Adv J Emerg Med.* [online]. 2018 Nov 29;**3**(1):e7. Dostupné z: doi: 10.22114/AJEM.v0i0.117.

## **11 Seznam příloh**

**Příloha 1:** Hodnotící škála DOS (Gemert van, Schuurmans, 2007)

**Příloha 2:** Hodnocení rizika sebevražděného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) (Petr, Marková, 2014, str. 89)

**Příloha 3:** Zkrácená škála dle Gajda (Slezáková, 2014, str. 23)

**Příloha 4:** Hodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist) (Petr, Marková, 2014, str. 90)

**Příloha 1: Hodnotící škála DOS (Gemert van, Schuurmans, 2007)**

	<b>The patient:</b>
1	Dozes during conversation or activities
2	Is easy distracted by stimuli from the environment
3	Maintains attention to conversation or action
4	Does not finish question or answer
5	Gives answers which do not fit the question
6	Reacts slowly to instructions
7	Thinks to be somewhere else
8	Knows which part of the day it is
9	Remembers recent event
10	Is picking, disorderly, restless
11	Pulls IV tubes, feeding tubes, catheters etc.
12	Is easy or sudden emotional (frightened, angry, irritated)
13	Sees persons/things as somebody/something else

**Příloha 2:** Hodnocení rizika sebevražděného jednání (Nurses Global Assessment of Suicide Risk) (Petr, Marková, 2014, str. 89)

1. Beznaděj	ano (3)	ne (0)
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ano (3)	ne (0)
3. Plán spáchat sebevraždu	ano (3)	ne (0)
4. Aktuální ztráta blízkého člověka nebo rozpad vztahu	ano (3)	ne (0)
5. Sebevražděný pokus v anamnéze	ano (3)	ne (0)
6. Přítomnost stresových událostí	ano (1)	ne (0)
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ano (1)	ne (0)
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ano (1)	ne (0)
9. Varovné známky sebevražděného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ano (1)	ne (0)
10. Psychóza v anamnéze	ano (1)	ne (0)
11. Ztráta manžela/ky nebo životního partnera	ano (1)	ne (0)
12. Známky sociálního stažení	ano (1)	ne (0)
13. Socioekonomická strádání v anamnéze	ano (1)	ne (0)
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ano (1)	ne (0)
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ano (1)	ne (0)



**Příloha 3:** Zkrácená škála dle Gainda (Slezáková, 2014, str. 23)

Otázky a úkoly		
1. Kolik Vám je let?	1	0
2. Kolik je hodin?	1	0
3. Jaká je adresa Vašeho bydliště?	1	0
4. Jaký je současný rok?	1	0
5. Kde se právě nacházíte?	1	0
6. Poznává pacient alespoň dvě osoby?	1	0
7. Jaký je Vaše datum narození?	1	0
8. Víte jméno současného prezidenta?	1	0
9. Počítejte zpět od 200 do 1 / Vyjmenujte měsíce od prosince do ledna.	1	0
Celkem bodů		

**Příloha 4:** Hodnocení rizika agrese (Broset Violence Checklist) (Petr, Marková, 2014, str. 90)

Zmatenost	Ano (1)	Ne (0)
Podrážděnost	Ano (1)	Ne (0)
Výbušnost	Ano (1)	Ne (0)
Slovní vyhrožování	Ano (1)	Ne (0)
Agrese vůči věcem	Ano (1)	Ne (0)

## **Příloha 5: Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Andrea Hrubá a jsem studentkou 3. ročníku fakulty zdravotnických studií v Pardubicích bakalářského oboru Všeobecná sestra. Touto formou bych Vás chtěla poprosit o vyplnění mého dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány do mé bakalářské práce s názvem Agresivní pacient ve zdravotnickém zařízení. Tento dotazník je naprosto anonymní. Vaše odpovědi zakroužkujte, případně v některých otázkách vlastními slovy dopište.

Předem děkuji za Vaši spolupráci!

**1. Jakého jste pohlaví? (zakroužkujte jen jednu odpověď)**

- Žena
- Muž

**2. Na jakém oddělení momentálně pracujete? (zakroužkujte jen jednu odpověď)**

- Neurologie
- Geriatrie/LDN/CEDR
- Interní oddělení
- Chirurgické oddělení
- Psychiatrické oddělení
- Jiné (uved'te): \_\_\_\_\_

**3. Jaká je Vaše celková délka praxe ve zdravotnictví? (zakroužkujte jen jednu odpověď)**

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- Více jak 21 let

**4. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení a jaká je Vaše nynější pozice? (zakroužkujte jen jednu odpověď)**

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- Více jak 21 let

**Nyní pracuji na pozici (řadová sestra/staniční sestra/vrchní sestra...):**

\_\_\_\_\_

**5. Byl/a jste někdy na Vašem současném oddělení napadena pacientem? (Pokud zaškrtnete odpověď NE, dále již v dotazníku nepokračujte.)**

- **Ano**
- **Ne**

6. Ohodnoťte všechny varovné signály vypsané v tabulce níže, jak často se projevovala určitá forma agrese pacienta z Vaší zkušenosti za posledních 12 měsíců.

0	1	2	3	4	5
Nikdy	Pouze výjimečně (jednou za rok)	Občas (jednou za půl roku)	Často (několikrát měsíčně)	Velmi často (jednou týdně)	Každý den

Zvýšený hlas, křik	0	1	2	3	4	5
Nadávky, urážky	0	1	2	3	4	5
Vyhrožování sebevraždou	0	1	2	3	4	5
Sebepoškozování	0	1	2	3	4	5
Ironie, jízlivost	0	1	2	3	4	5
Odmítání Vaší péče	0	1	2	3	4	5
Pasivita, nekomunikativnost	0	1	2	3	4	5
Psychomotorický neklid (př. Bezcílné chození z místa na místo)	0	1	2	3	4	5
Poškozování věcí, házení s nimi	0	1	2	3	4	5
Kopání do Vaší osoby	0	1	2	3	4	5
Kopání do nemocničního vybavení (př. Do lůžka či speciálních přístrojů)	0	1	2	3	4	5
Zatínání pěstí, zubů	0	1	2	3	4	5
Škrábání	0	1	2	3	4	5
Kousání	0	1	2	3	4	5
Jiné (uved'te na řádek níže): _____	0	1	2	3	4	5

7. Ohodnoťte, kdo za posledních 12 měsíců byl nejčastějším agresorem? (Zhodnoťte 0-5)  
Agresorem napadení personálu ve zdravotnickém zařízení nemusí být samotný pacient, ale útočníkem se často stává i jiná osoba, jako je například návštěva přicházející za pacientem či příbuzná osoba, kdy agrese nejčastěji vzniká na podkladě strachu o svého blízkého.

Žena (pacientka)	0	1	2	3	4	5
Muž (pacient)	0	1	2	3	4	5
Rodinný příslušník	0	1	2	3	4	5
Návštěva	0	1	2	3	4	5
Jiné (uved'te na řádek níže): _____	0	1	2	3	4	5

**8. Jaká z těchto příčin nejčastěji vedla k vyvolání agrese u pacientů dle Vašich vlastních zkušeností za posledních 12 měsíců? (Zhodnoťte 0 – nikdy až 5 – Nejčastěji)**

Akutní či chronické onemocnění	0	1	2	3	4	5
Bolest	0	1	2	3	4	5
Intoxikace organismu návykovými látkami (alkohol, drogy, některé léky a další)	0	1	2	3	4	5
Pacient měl nedostatek informací	0	1	2	3	4	5
Stres	0	1	2	3	4	5
Pooperační stav (následek anestézie)	0	1	2	3	4	5
Překážka v uspokojení základních potřeb pacienta	0	1	2	3	4	5
Časová tíseň působená na pacienta	0	1	2	3	4	5
Jiné (uveďte na řádek níže):  _____	0	1	2	3	4	5

**9. Zhodnoťte Vaši reakci na pacientovu agresi za posledních 12 měsíců. (Zhodnoťte 0-5)**

Odešel/la jsem, neřešil/a jsem to	0	1	2	3	4	5
Snažila jsem se pacienta verbálně uklidnit a situaci s klidem vysvětlit	0	1	2	3	4	5
Aktivně jsem naslouchal/a	0	1	2	3	4	5
Jeho agresivitu jsem mu oplátila stejnou formou	0	1	2	3	4	5
Zavolal/a jsem posilu, sám/sama jsem pacientovo chování nezvládla	0	1	2	3	4	5
Dle konzultace s lékařem jsem podal/a tlumivé léky	0	1	2	3	4	5
Použil/a jsem omezovací prostředek (kurty, pásy, fixace končetin)	0	1	2	3	4	5
Jiné (uveďte na řádek níže):  _____	0	1	2	3	4	5

**10. Jaká metoda pro zklidnění agresivního pacienta se u Vás na oddělení během 12 měsíců využila a zhodnoťte jak často.**

Postranice	0	1	2	3	4	5
Omezovací prostředky (kurty, pásy)	0	1	2	3	4	5
Samostatný pokoj	0	1	2	3	4	5

Zavolání policie	0	1	2	3	4	5
Farmakoterapie	0	1	2	3	4	5
Jiné (uveďte na řádek níže): _____	0	1	2	3	4	5

**11. Myslíte si, že byla strategie zlidnění pacienta efektivní? (zakroužkujte jen jednu odpověď')**

- Ano, pacient se vždy uklidnil
- Ne, pacient byl i nadále agresivní
- Příště bych se asi zachoval/a jinak
- Nevím
- Jiné (uveďte): \_\_\_\_\_

**12. Jaké byly nejčastější důsledky těchto napadení na Vaši osobě za posledních 12 měsíců?**

(Zhodnoťte 0-5)

Škrábanec	0	1	2	3	4	5
Kousnutí	0	1	2	3	4	5
Údery cizím předmětem	0	1	2	3	4	5
Údery pacientovou rukou	0	1	2	3	4	5
Byl/a jsem v pracovní neschopnosti	0	1	2	3	4	5
Mám strach ze své profese, že se tato situace bude opakovat	0	1	2	3	4	5
Poruchy spánku	0	1	2	3	4	5
Úzkost, deprese	0	1	2	3	4	5
Jiné (uveďte na řádek níže): _____	0	1	2	3	4	5

**13. Uveďte, co je podle Vás nejzásadnějším krokem/postupem pro komunikaci s agresivním pacientem.**

- \_\_\_\_\_

**14. Bylo nutné, abyste po napadení, které se událo na Vašem současném oddělení, byl/a ošetřen/a lékařem? (Pokud ANO, zakroužkujte jak často)**

- Ano    A) Pouze jednou    B) Často    C) Velmi často    D) Vždy
- Ne