

UNIVERZITA KARLOVA

2.LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Zuzana Petříková

Agresivní chování pacientů z pohledu sestry

Bakalářská práce

Praha 2019

Autor práce : **Zuzana Petříková**

Vedoucí práce: **PhDr. Andrea Bratová, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.**

Datum obhajoby: **2019**

Bibliografický záznam

PETŘÍKOVÁ, Zuzana, 2019. *Agresivní chování pacientů z pohledu sestry*. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství. 63 s., přílohy.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Andrea Bratová, Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce „Agresivní chování pacientů z pohledu sestry“ se zabývá problematikou vzrůstajícího výskytu agrese a násilí vůči sestřím ve zdravotnických zařízeních. Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a empirickou. Obsahem teoretické části je úvod do dané problematiky a seznámení se s několika základními pojmy, které jsou důležité pro pochopení tohoto nežádoucího jevu. Teoretická část přináší stručný přehled již publikovaných studií na dané téma v České republice, v Evropě i ve světě. Empirická část informuje o výsledcích vlastního šetření provedeného za účasti 178 respondentů pracujících na pozici sestry ve 2 velkých nemocnicích v Praze. Byla použita metoda dotazníku vycházejícího ze škály VAPS (Výskyt Agrese Pacientů vůči Sestrám), zjišťující frekvenci kontaktu sester s různými formami patientské agrese v posledním roce. Statistické zpracování bylo provedeno pomocí Mann–Whitneyho U-testu. S verbální formou agrese se v posledním roce setkalo 95,5% sester a s fyzickou formou agrese 80,3% sester, což jsou obdobné výsledky jako v jiných studiích s použitím VAPS škály, ale je to více, než se obvykle uvádí v literatuře. Součástí empirické části je též zhodnocení vlastních výsledků a stanovených hypotéz, komparace výsledků s již publikovanými studiiemi, diskuse, doporučení pro praxi, vytvořená na základě výsledků výzkumného šetření a závěrečné shrnutí.

Klíčová slova: ošetřovatelství, agrese, sestra, pacient

Abstract

Bachelor thesis „ Aggressive patients' behavior from the nurse's point of view“ deals with the problems of rising incidence of aggression and violence towards nurses in health care facilities. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. Theoretical part includes an introduction to the given problem and getting familiar with several basic concepts., which are important for understanding of this phenomena. The theoretical part is bringing a brief overview of already published studies with the same topic in the Czech Republic, in Europe and across the world. Empirical part informs about own research outcomes, which was conducted with the participation of 178 respondents, who work as nurses in two large health care facilities in Prague. We used a questionnaire method based on VAPS scale (Violence and Aggression of Patients Scale), which determines the frequency of nurses contact with different types of patients' aggression during the last year. Statistical processing was done by using Mann–Whitney U-test. Over the preceding 12 months, 95.5% of respondents had experienced verbal aggression and 80.3% physical violence, which are similar numbers as in other studies using VAPS scale, but more than is reported in the literature. Empirical part also contents evaluation of own results and hypotheses, comparison of own results with already published studies, followed by discussion, recommendations for future practice , based primarily on our own research results, and conclusion.

Keywords: nursing, aggression, patient, nurse

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Zuzana Petříková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Agresivní chování pacientů z pohledu sestry**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- BEER, D., M., PEREIRA, M. S., PATON, C. et al. 2005. Intenzivní péče v psychiatrii. Praha: Grada, publishing s.r.o., 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
- HAHN, S., et al. 2006. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Mental Health and Psychiatric Nursing* [online]. 2006. vol. 13, pp. 197–204. Dostupné na: <http://gegdir.hosted.exlibrisgroup.com>
- LEPIEŠOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*. [online]. 2013 č. 45 s. 172–194. Dostupné na: <https://www.sav.sk/journals/uploads/05031018>.
- LEPIEŠOVÁ, M. et al. 2012. Výskyt agresie pacientov voči sestram – psychometrické vlastnosti meracieho nástroja. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 2012. roč. 2, č. 1, s. 26. ISSN 1338-6263.
- NABB, D. 2000. Visitors' Violence: The Serious Effects of Aggression on Nurses and Others. In: *Nursing Standard* [online]. 2000. vol. 14, No. 23, p. 36-38. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11309978>.
- SCHABLON, A. et al. 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. In *BMJ Open*. [online]. 2017. vol. 39, pp. 230–240. Dostupné na: <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001420>.
- SPECTOR, P., E., ZHOU, Z., E., CHE, X., X. 2014. Nurse Exposure to Physical and Nonphysical Violence, Bullying and Sexual Harassment: A Quantitative Review. In *International Journal of Nursing Studies*. [online]. 2014. Vol. 51, no. 1, pp. 72–84. Dostupné na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913000357>.
- WATSON, R., 2006. Is there a role for higher education in preparing nurses? In: *Nurse Education Today*. [online]. 2006. vol. 26, pp. 622–629. Dostupné na internete: 26, pp. 622–626. <http://eprints.whiterose.ac.uk>.
- TAYLOR, D. 2000. Student Preparation in Managing Violence and Aggression. In *Nursing Standard*. [online]. 2000. vol. 14, no. 30, pp. 39–41. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/11973893>.
- WELLS, J., BOWERS, L. 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?

In Journal of Advanced Nursing [online], 2002. vol. 39, pp. 230–240. Dostupné na:
<http://gegdir.hosted.exlibrisgroup.com>.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Bratová Andrea, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Tomová Šárka, Ph.D., Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 12.4.2018

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 12.4.2018



.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (1)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Andrey Bratové, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 24. 4. 2019

Zuzana Petříková

Poděkování

Velmi ráda bych touto cestou poděkovala především PhDr. Andree Bratové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat RNDr. Petru Boschkovi, CSc. za kontrolu statistického zpracování dat v empirické části práce a v neposlední řadě pak děkuji své rodině a přátelům za jejich neutuchající podporu, pomoc a trpělivost během celé doby mého studia.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	10
1 ÚVOD	11
1.1 CÍLE PRÁCE	12
2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	13
2.1 AGRESE A NÁSILÍ VE SPOLEČNOSTI	13
2.1.1 Definice agrese a násilí.....	14
2.1.2 Agrese a násilí na pracovišti.....	16
2.1.3 Násilí ve zdravotnictví ve světové literatuře	17
2.1.4 Násilí ve zdravotnictví v České republice	20
2.1.5 Opatření proti agresi a násilí z hlediska zaměstnavatele	24
2.1.6 Prevence a zvládání agrese násilí z hlediska sestry	26
2.2 NÁSTROJE KE SLEDOVÁNÍ AGRESE A NÁSILÍ NA PRACOVIŠTI.....	27
2.3 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ	29
3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	31
3.1 METODIKA	31
3.2 SOUBOR RESPONDENTŮ.....	32
3.3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT	34
3.3.1 Statistické zpracování dat	35
3.3.2 Dílčí cíle výzkumu a hypotézy	35
3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	36
3.4.1 Rozbor odpovědí na jednotlivé otázky	38
3.4.2 Hypotézy	48
3.5. DISKUSE.....	50
3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám	50
3.5.2 Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií.....	53
3.5.3 Doporučení pro praxi.....	54
4. ZÁVĚR	57
REFERENČNÍ SEZNAM	58
SEZNAM GRAFŮ	64
SEZNAM TABULEK.....	65
SEZNAM PŘÍLOH.....	66
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

ATAS – the Attitude Towards Aggression scale

(Škála přístupů k agresi)

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

FNM – Fakultní nemocnice v Motole

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava

MAVAS – L – the Management of Violence and Attitude Scale

(Škála zvládnání a postojů k agresi)

min. – minimum

max. – maximum

NNH – Nemocnice na Homolce

NT – Nemocnice Třinec

PWSI – EN – The Personal Safety Workplace Instrument for Eergency Nurses

(Nástroj pro osobní bezpečnost na pracovišti pro sestry na urgentním příjmu)

SOAS – R – Staff Observation Aggression Scale

(Škála pozorování agrese personálem)

SOVES – Survey of Violence Experienced by Staff

(Průzkum násilí zažitého personálem)

VAPS – Výskyt agrese pacientů vůči sestřím

1 ÚVOD

Agrese je v dnešní době velice diskutované a důležité téma. S agresivním chováním se více či méně setká během života každý. Jsou však zaměstnání, kde se dá předpokládat výskyt agrese vyšší. Povolání sestry je rozhodně jedním z nich. Sestra tráví s pacientem velmi mnoho času, nejvíce z celého zdravotnického personálu, a proto je zde pro vyjádření emocí, jak těch pozitivních, tak právě i těch negativních velmi široký prostor. Pobyt v nemocnici je pro každého zátěžová situace a v kombinaci se strachem často dojde k nahromadění stresu a sestra pak bývá první osoba, proti které se tato negace obrátí.

Cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, jak často se sestry s agresí setkávají a jak velký problém to v porovnání s jinými zeměmi je. Podle našich empirických zkušeností se sestry hlavně se slovní agresí setkávají celkem často, zajímalo mě tedy, zda je to specifikum oddělení cévní chirurgie, na kterém pracuji, či zda je výskyt na jiných typech oddělení podobný. Přestože vyloženě násilné incidenty jsou spíše raritní záležitostí a jsou skoro vždy medializovány, s méně vyhrocenými projevy agrese se sestra setkává mnohem častěji a tyto zůstávají obvykle veřejnosti skryté. Cílem práce je tedy na problém agrese více poukázat a pokusit se navrhnout nějaká řešení, která by mohla situaci zlepšit. Tím, jak celkově výskyt agrese ve společnosti v dnešní době vzrůstá, zdravotnictví nevyjímaje, objevují se stále více různé kurzy a semináře, zaměřující se na tuto problematiku. Mělo by být snahou každé sestry se v tomto směru vzdělávat, a to nejenom v rámci vysokoškolského studia, ale také v každodenní praxi. Většinou jde ale spíše o jednorázové akce a nedochází tak k pravidelnému obnovování nabytých vědomostí a procvičování získaných dovedností. Obvykle sestry jednájí krizových momentech instinktivně a podle svých dosavadních zkušeností. Jedním z dalších cílů této práce tedy bylo zjistit, jaké postupy či techniky se sestrám osvědčují při setkání s agresí či jejím předcházení nejvíce. Většina sester je již zvyklá, že se agresivnímu chování pacientů v praxi nevyhne, s přibývajícím věkem praxe to však často vede k nechuti do práce, postupnému vyhoření, ztrátě empatického přístupu k pacientům, pocitu, že si jejich práce okolí málo váží. Proto jsme se rozhodli se problematikou agrese a násilí ve zdravotnictví v předkládané bakalářské práci zabývat.

1.1 Cíle práce

V předkládané bakalářské práci jsme si stanovili tyto cíle:

- Definovat pojmy agrese a násilí
- Ozřejmit problematiku agrese a násilí ve zdravotnictví dle světové i domácí literatury
- Navrhnout a realizovat výzkum typu a četnosti výskytu agrese pacientů vůči sestřám na vybraných odděleních dvou velkých nemocnic
- Výsledky našich zjištění statisticky zpracovat
- Popsat zjištěné výsledky a přehledně je prezentovat
- Nalézt vztahy mezi typem a frekvencí agrese a sociodemografickými charakteristikami respondentů
- Porovnat zjištěné výsledky s výsledky dříve realizovaných studií
- Navrhnout doporučení pro praxi

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Agrese a násilí ve společnosti

Agrese a násilí na pracovišti se stalo alarmujícím jevem po celém světě. Skutečná velikost problému je do značné míry neznámá a aktuální informace ukazují, že současné znalosti jsou jen špičkou ledovce. Je zřejmé, že násilí v práci způsobuje značné náklady pro jednotlivce, pracoviště i společnost jako celek. Násilí může být definováno různě v různých sociálně-kulturních prostředích a násilí na pracovišti se často považuje pouze za odraz obecnějšího a rostoucího fenoménu násilí v mnoha oblastech života společnosti. Jeho výskyt má ale větší dopad na pracoviště, než se dříve předpokládalo. Zaměstnavatelé i zaměstnanci jsou proto stále silněji motivováni k prevenci násilí a společnost obecně má zájem zabránit šíření násilí do pracovního života (Di Martino, 2002).

Násilí se vyskytuje ve všech pracovních prostředích. Některá odvětví, jako zdravotnictví a sociální služby, jsou však přirozeně vystavena násilí více. Protože většina zaměstnanců těchto odvětví jsou ženy, je zde vyjádřen i genderový aspekt. Kromě práva zdravotnických pracovníků na důstojné pracovní prostředí zde jde též o výkonnost zdravotnického systému, kterou násilí na pracovišti může snižovat. Pracovní prostředí, kde se zaměstnanci cítí ohroženi, snižuje atraktivitu práce ve zdravotnictví a ještě více prohlubuje nedostatek pracovníků v tomto odvětví (Di Martino, 2002).

Agrese je běžná charakteristika lidského chování a současné společnosti. Násilí je považováno za její nejextrémnější formu. Agrese a násilí mohou být obzvláště stresující v práci, která je prospěšná pro společnost, jako je práce ve zdravotnictví. Ačkoliv se lidé většinou domnívají, že chápou význam těchto pojmů včetně jejich aplikace na pracovní prostředí, jejich přesná definice je obtížná (Hills, 2018).

Agrese může být vyzdvihována či odsuzována, záleží na kontextu, v kterém k ní dochází, o jakou formu agrese se jedná a jaké má následky. Při sportu (například v hokeji, v bojových sportech) je určitá míra agrese očekávána, ale její přijatelnost záleží na tom, zda je projevená míra agresivity ve shodě s pravidly hry a společenskými normami. Obdobně je určitá forma agrese žádoucí v politice či ve válečných konfliktech.

Naopak agrese vyjádřená antisociálním, kriminálním nebo jinak škodlivým chováním je společností odsuzována a vyžaduje právní postih (Hills, 2018).

Interpersonální agrese je jednání nebo chování, při kterém má pachatel úmysl poškodit nebo zranit cíl agrese. Jedná se záměrné jednání, se snahou dosáhnout nějakého výsledku, i když nemusí být jednoznačně určený. Je pravděpodobné, že cíl agrese bude mít snahu se tomuto jednání vyhnout. Další důležitou složkou pro definování agrese je, zda je posuzované jednání či chování přiměřené nebo nepřiměřené, žádoucí nebo nežádoucí a zda porušuje společenské normy nebo je s nimi v souladu (Hills, 2018).

2.1.1 Definice agrese a násilí

Výklad pojmu agrese se historicky měnil, což může být problematické, protože bez konsensu o tom, co je agrese, se nemůže dosáhnout ani konsensu ve výzkumu agrese a ve vývoji strategií, jak jí předcházet a minimalizovat její následky. Během posledních 40 let došlo v psychologické literatuře k vývoji definice agrese. Podle behavioristické definice navržené v 60. letech minulého století Bussem (1961) byla agrese široce definována jako averzivní stimulace namířená proti jinému organismu. Tato definice byla později rozšířena a upřesněna tak, že obsahuje i nebehavioristické aspekty jako jsou myšlenky a pocity, záměr škodit (týká se agresora), snahu poškození zabránit (týká se cíle agrese) a překročení individuálních a společenských norem (DeWall, 2011; Hershcovis, 2017; Huber, 2011).

Ve světle těchto diskusí a s přihlédnutím k pozdějším sociologickým pracím je možno konstatovat, že aby chování osoby mohlo být považováno za agresivní, musejí být splněny 4 podmínky: **Záměr:** agresor zamýšlí poškodit nebo poranit. **Účel:** agresor očekává, že dosáhne určitého výsledku. **Snahu poškození zabránit:** cíl agrese se snaží chránit svoji emocionální a fyzickou integritu. **Porušení pravidel:** cíl agrese nebo širší společnost považuje agresi za nežádoucí, nepřiměřenou a protiprávní (DeWall, 2011; Hershcovis, 2017; Huber, 2011).

Agrese může být tedy definována jako jakékoliv jednání nebo chování pachatele namířené proti cíli agrese, charakterizované úmyslem pachatele způsobit mu poškození nebo poranění ve snaze dosáhnout určitého výsledku, snahou cíle agrese vyhnout se

takovému jednání nebo chování a porušením společenských a právních norem (Hills, 2018).

Tato široce aplikovatelná definice vylučuje události, u kterých chybí záměr agresora, ale zahrnuje ty asociální formy, u kterých chybí emoce. Zahrnuje také otevřené a skryté formy, jako je sexuální obtěžování a stalking, přechodné i déle trvající, včetně verbálního napadání a šikanování, aktivní i pasivní formy. Kromě toho definice zahrnuje jednání jednotlivců nebo skupin vůči jednomu nebo více cílům digitálními prostředky, za použití emailů, sociálních sítí nebo hackerství (DeWall, 2011; McMurrin, 2009).

Násilí je definováno jako zvláštní případ agrese, který zahrnuje použití fyzické síly k poškození osoby nebo majetku, nebo narušuje osobní práva a svobodu (DeWall, 2011).

Být násilný tedy vždy znamená být agresivní, ale každá agrese nemusí být násilná.

Z pohledu sociální psychologie je přechod mezi agresivním a násilným chováním spojitý se stoupající mírou použití síly a zahrnuje v dolní části spektra minimální akty agrese, jako např. lehké postrčení, v horní části spektra potom případy extrémního násilí, jako je vražda (Allen, 2017).

Z psychologického hlediska je možno agresi rozlišovat podle motivace: **Agrese instrumentální** znamená, že jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout, agrese je nástrojem – instrumentem pro dosažení cíle. **Agrese samoučelná** je agrese pro agresi, jedinci přináší užitek sama o sobě, neboť destrukce může být příjemná. **Agrese afektivní** bývá přítomna u lidí s narcisistickou poruchou osobnosti, kteří jsou nadměrně citliví na ponížení a reagují afektem. **Agrese reaktivní** je odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity, např. na bolest (Vymětal, 2003).

Hněv se od agrese liší, i když může být její součástí. Hněv je typicky definován jako negativní emocionální odpověď na vnitřní nebo vnější podněty, která může mít různou intenzitu od lehkého podráždění nebo mrzutosti až po vztek nebo zuřivost (Huesman, 2017). Hněv je u lidí i jiných primátů provázen určitými výrazy obličeje a gesty, jako je např. stažené obočí a zatnuté zuby, což je důležitá vizuální informace pro ostatní, protože znamená diskomfort a je varováním před potenciálním nebezpečím. Hněv může agresi předcházet nebo být afektivní komponentou některých forem agrese. Podstatné je, že osoba může reagovat na hněv vyvolávající podněty konstruktivně, jako

přiměřeným slovním vyjádřením svých pocitů a asertivitou nebo destruktivním způsobem, tj. agresí (Archer, 2009).

2.1.2 Agrese a násilí na pracovišti

Obdobně jako u vymezení pojmů agrese a násilí obecně je i definice agrese a násilí na pracovišti široká. Guidelines Světové zdravotnické organizace z roku 2002 uvádí, že násilí na pracovišti jsou události, kde personál je zneužíván, ohrožován nebo napadán na pracovišti, včetně dopravy z práce a do práce, zahrnující explicitně nebo implicitně ohrožení bezpečnosti, pohody nebo zdraví (Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002). Evropská komise v roce 2010 uvádí, že termín násilí na pracovišti zahrnuje fyzické i nefyzické formy agrese (Milczarek, 2010). Podle těchto definic tedy oba pojmy splývají a v odborné literatuře jsou často používány ve stejném smyslu. Pro účely předkládané práce bude s přihlédnutím k použité literatuře používáno pojmu agrese a násilí pro všechny formy verbálních i fyzických útoků.

Verbální agrese na pracovišti zahrnuje přímé zneužívání jako posmívání, obtěžování, pohrdavé chování, vyhrožování, zastrasování nebo nepřímé způsoby jako šíření pomluv, zpochybňování důvěryhodnosti nebo zatajování důležitých informací. Může k ní docházet v přímém styku nebo v písemné formě, včetně formy digitální (Hills, 2018).

Fyzická agrese znamená přímý nebo nepřímý kontakt, může to být i pozdvižená ruka nebo předmět v hrozícím nebo zastrasujícím gestu, fyzické blokování cesty nebo odmítnutí fyzické pomoci v nesnázích, nežádoucí dotek nebo sexuální nebo jiný fyzický útok (Hills, 2018).

Sledování frekvence těchto dvou forem agrese na pracovišti umožňuje stanovit jejich incidenci a prevalenci.

V českém prostředí jsou za násilí považovány i slovní napadení, urážky, výhrůžky a vůbec jakékoliv chování či jednání, které je pro adresáta nepříjemné, ponižující nebo urážlivé. Fyzické násilí je pak pouze jednou z forem tohoto nevhodného chování či jednání, které adresátovi působí jakoukoliv duševní či fyzickou újmu (Veselá, 2004a).

J. Veselá definuje násilí na pracovišti následovně: „Případy, kdy jsou zaměstnanci uráženi, je jim spíláno, vyhrožováno nebo jsou napadeni při výkonu své práce na pracovišti nebo cestou do práce a z práce, případy, které obsahují skryté nebo otevřené ohrožení jejich bezpečnosti, pohodlí nebo zdraví“ (Veselá, 2004b).

Agresi na pracovišti lze též klasifikovat podle původce. V oblasti zdravotních služeb to mohou být osoby mimo pracoviště, tj. příbuzní a blízcí pacientů, dále personál pracoviště, tj. lékaři, sestry a pomocní pracovníci a posléze pacienti. Obdobně lze rozlišovat dle cíle agrese, kterým může být personál, pacienti i osoby mimo zdravotnické zařízení (Hills, 2018).

Široce užívané je členění agrese na pracovišti do 4 kategorií (Ferns, 2006), které vycházejí z klasifikace kalifornské agentury zaměřené na ochranu zdraví a bezpečnosti při práci (OSHA):

Typ I: Pachatel nemá žádná vztah k pracovišti, typicky zloděj, teroristický útok

Typ II: Pachatelem je konzument zdravotní péče, tj. pacient nebo klient, násilí je zaměřené proti personálu

Typ III: Násilí mezi zaměstnanci

Typ IV: Institucionální násilí, tj. násilí páchané organizací na personálu nebo konzumentech zdravotní péče.

V této práci jsme se zaměřili na násilí typu II, speciálně na agresi pacientů vůči sestram.

2.1.3 Násilí ve zdravotnictví ve světové literatuře

O násilí a agresi ve zdravotnictví existují ve světové literatuře stovky studií. Ve většině prací se pod násilí zahrnuje i násilí verbální a psychické a pojmy agrese a násilí tak splývají. Incidence násilí je odhadována ve velmi širokých mezích. Zeh (2009) ve svém **přehledu literatury** uvádí 11–96% případů za rok. Pompeii (2013) v přehledu z 19 studií nalézá verbální agresi v 22–90%, fyzické hrozby v 12–64% a fyzické útoky 2–32%. Konstatuje, že chybí jednotná metodika hodnocení agrese.

Rozsáhlou rešeršní práci na téma agrese ve zdravotnictví publikoval Hills (2013). Výskyt agrese uvádí též v širokém rozmezí, a to verbální agresi 15–75% a fyzickou 2–29%, všímá si toho, že studie se liší studovanou populací, počtem respondentů, metodikou i sledovaným obdobím (6 měsíců, 1 rok, 2 roky i celkovou dobou zaměstnání ve zdravotnictví). Zdrojem agrese jsou nejvíce pacienti, pouze v jedné studii příbuzní pacientů a spolupracovníci. Jako rizikové faktory charakterizující útočníka nachází mužské pohlaví, mladší věk, psychiatrické onemocnění, nedobrovolný pobyt v psychiatrickém zařízení, dlouhou hospitalizaci, užívání alkoholu a drog. Zjistil též

pozitivní korelaci mezi sexuální agresí a užíváním drog. Mladší a méně zkušené zaměstnanci jsou ve větším riziku verbální patientské agrese než starší a zkušenější, totéž platí pro sexuální obtěžování, ne však pro agresí fyzickou. Nabízí vysvětlení, že zaměstnanci během zaměstnání a v důsledku event. školení získají zkušenost ve zvládnání patientské agrese. Ženské pohlaví představuje obvykle větší riziko agrese od pacientů a příbuzných, ale podle jiných studií toto není jednoznačné. Cizí původ nebo původ z minoritní národnosti v dané zemi představují též zvýšené riziko agrese na pracovišti, zvláště diskriminace a obtěžování. Pokud se oborů týká, nejrizikovější z hlediska agrese je emergency, psychiatrie a geriatrie, kde pacienti jsou nejvíce vystaveni stresu, frustraci nebo mají kognitivní poruchy. Vliv má též pracovní doba, podle některých studií je nejvíce napadení v odpoledních hodinách.

Schablon se spolupracovnicí koordinovala velkou studii v **Německu** v letech 2008–2009, o které vzhledem ke geografické a kulturní blízkosti referuji podrobněji. Vzorek sestával ze zaměstnanců 39 zdravotnických zařízení, kteří byli v denním styku s pacienty nebo klienty, Zaměstnanci vyplnili dotazník, vycházející ze škály SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale–Revised) dle Nijmana (1999).

Otázky zahrnovaly sociodemografická data, zkušenost s verbálně nebo fyzicky agresivním chováním v posledních 12 měsících, způsob jeho zvládnutí, hlášení incidentu nadřízeným, jeho psychické a fyzické následky a podporu zdravotnického zařízení k jejich zvládnutí. Nejméně jednou měsíčně bylo 44% respondentů vystaveno fyzické agresí a 68% verbální agresí. Ve všech segmentech byla nejčastější agrese verbální, hrozící gesta byla nejvíce hlášena z pečovatelských zařízení, zatímco v nemocnicích bylo častější štípnutí nebo škrábnutí a též úder. Reakce personálu na napadení byla nejčastěji verbální, co do četnosti následovalo přivolání pomoci a medikamentózní zklidnění. Policie byla přivolána v 6% případů v nemocnicích a v 10% v pečovatelských zařízeních. Incidenty byly ve 41% nahlášený nadřízenému, ale jen 2% incidentů byla nahlášena jako pracovní úraz. Následkem kontaktu s násilným chováním byl u většiny zaměstnanců hněv a znechucení, dále zklamání a pocit bezmoci. Méně než třetina respondentů se domnívala, že je zaměstnavatel dobře připravil na násilné chování, oproti tomu 2/3 respondentů cítily podporu od kolegů. Jako rizikový faktor pro verbální i fyzické násilí vyšel věk pod 30 let a práce na oddělení s geriatrickým zaměřením. Zaměstnanci, kteří absolvovali školení o zvládnání násilí, se s agresí setkávali méně často (Schablon, 2012).

Riziko násilí v ošetrovatelství sledovala **evropská studie** NEXT, v které na dotazník odpovědělo 39 894 sester z 10 zemí. Rizikové faktory byly zjišťovány metodou logistické regrese. Riziko představovala nejistota v léčbě pacienta, práce pouze v nočních směnách, vysoká pracovní zátěž, vyhoření a plán změnit místo (Camerino, 2008).

Studie Winstanley a kol. provedená ve **Velké Británii** ukázala, že v posledním roce bylo fyzicky napadeno 27% respondentů, 23% zažilo vyhrůžky od pacientů a 15% od návštěv, s verbální agresí se setkalo 68%, z toho 15% nejméně 1x za měsíc. Celkem 42% incidentů se odehrálo na odděleních interního charakteru, 36% na chirurgických odděleních a 30% na emergency. Častěji byly napadány sestry (43%) než lékaři (13%) (Winstanley, 2004).

Zampieron a kol. ve studii provedené v **Itálii** za účasti 700 sester konstatuje, že 95% z nich zažilo agresi v posledním roce, z toho 82% pouze verbální, nejčastěji byly postiženy sestry-ženy pracující na emergency a geriatrických a psychiatrických odděleních. Byla shledána statisticky významná asociace mezi pocitem únavy, stresem, nespokojeností s prací a frekvencí agrese (Zampieron, 2010).

Ferri a kolektiv ze šetření provedeného též v Itálii zjistili, že sestry jsou častěji napadány než ošetrovatelky a lékaři a že nejvíce incidentů se odehrálo na psychiatrii, emergency a geriatrii, verbálního násilí se častěji dopouštěli lidé lucidní v normálním stavu vědomí, zatímco fyzického častěji lidé s demencí, mentální retardací, psychiatrickými onemocněními nebo pod vlivem drog (Ferri, 2016).

Rozsáhlý výzkum (n = 11 000) v **USA** koordinovala Pompei. Roční prevalence násilí typu II (pacient/návštěvník proti personálu) byla fyzického charakteru v 39% a verbálního v 50%. V riziku byli přímí i nepřímí poskytovatelé péče. Nebezpečí napadení zvyšoval alterovaný duševní stav pachatele, poruchy chování, medikace, bolest a nespokojenost s péčí. O svou bezpečnost se obávalo 39% obětí napadení. Pouze 19% událostí bylo oficiálně hlášeno (Pompeii, 2015).

Podle Speroni se za rok se s násilím setkalo 76% sester, nejvíce sestry pracující na emergency. Pachateli fyzického násilí byli nejčastěji bílí muži ve věku 26–35 let pod vlivem alkoholu a drog (Speroni, 2014).

Swain s kolektivem provedla studii na **Nového Zélandu** (n = 227), ve které bylo použito škály POPAS-NZ. Verbální agresi za rok pocítilo 93% zdravotnických

pracovníků a fyzickou 65%, přímé fyzické napadení 38%. Sestry byly častěji napadeny než lékaři a pomocný personál. Nebyl prokázán rozdíl v pohlaví napadených. Nejvíce incidentů bylo na psychiatrii (Swain, 2014a).

Farrell se spolupracovníky se v **Austrálii** dotazovali 6 326 sester na zkušenost s agresí v předchozích 4 týdnech. Nějakou formu agrese v té době zažilo 63% sester, tato zkušenost byla pro ně stresující, zhoršovala jejich produktivitu a měla vliv na jejich rozhodování, zda dále pokračovat v práci sestry. Postižené ale většinou odmítaly incidenty oficiálně hlásit (Farrell, 2006).

Násilí proti sestrám je problémem i v zemích kulturně vzdálených, o čemž svědčí 3 práce vydané v minulém a letošním roce.

Azami provedl metaanalýzu 26 studií z **Iránu**, do které bylo zahrnuto více než 10 000 sester. Prevalence verbálního násilí byla 80,8%, fyzického 24,8%, sexuálního 14,6% a rasistického násilí 44%. Násilí se dopouštěli nejvíce příbuzní pacientů, následovali pacienti a zdravotní pracovníci mezi sebou (Azami, 2018).

Niu a kolektiv referují o **šetření na Taiwanu** s 2 627 respondenty, z nichž 70% se setkalo s násilím na pracovišti, 31% zažilo fyzické násilí a 66% psychologické násilí. Menší riziko setkat se s násilím měly sestry vdané a sestry starší 50 let. Původci násilí byli nejčastěji pacienti. Nejčastější reakce postižených byla říci původci násilí, aby přestal, zmínit se o události příbuzným a přátelům a hlásit událost nadřízenému, což však učinilo jen 2,3% napadených (Niu, 2018).

Rayan se spolupracovníky provedli průzkum mezi sestrami z největší nemocnice v **Saudské Arábii**, která zdravotně zajišťuje pouť do Mekky. Účastnilo se 118 sester, z toho 65% žen. Nejméně jedna forma násilí byla zaznamenána u 56 % respondentů. S bullyingem a mobbingem se setkalo 61%, s rasovým ponižováním 15%, s hrozbami 12% a s fyzickým násilím 12% respondentů. Sestry vykazovaly vysokou hladinu stresu a vyhoření. Byla nalezena pozitivní korelace mezi mírou stresu a emocionálním vyčerpáním (Rayan, 2019)

2.1.4 Násilí ve zdravotnictví v České republice

První projekt s tématem Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR byl zadán Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2004. Tento

projekt byl po dvou letech zrušen, přesto však přinesl některá zajímavá data. Zprávu o vstupním empirickém šetření podala Čabanová (2004). Do vyšetřovaného souboru bylo zahrnuto 1 286 respondentů, 82,5% žen, 16,3% mužů, 1,2% pohlaví neuvedlo, dotazovaní pracovali v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech, poliklinikách, hygienických stanicích, v záchranných službách, část dotazovaných byla zaměstnána v sociálních službách. Výzkumným nástrojem byl rozsáhlý dotazník, otázky mapovaly typy násilí, údaje o zaměstnavateli a jeho přístupu k násilí na pracovišti a vlastní názory respondentů na problematiku násilí na pracovišti.

Pro účely tohoto šetření byly zkoumané nežádoucí jevy definovány:

Fyzické násilí znamená použití fyzické síly proti jiné osobě nebo skupině osob (mezi zaměstnanci a pacienty/klienty, mezi zaměstnanci navzájem, apod.), které vyústí ve fyzickou újmu, v sexuální nebo psychickou újmu. Může zahrnovat bití, kopání, fackování, bodání, střílení, strkání, kousání, píchání a jiné (Čabanová, 2004).

Slovní napadání je spolu s bullyingem a mobbingem, sexuálním obtěžováním a rasovým ponižováním případem psychického násilí, které znamená úmyslné využití moci, včetně vyhrožování fyzickým násilím proti jiné osobě nebo skupině osob, které může vyústit v újmu na fyzickém, mentálním, duchovním, morálním nebo sociálním vývoji (Čabanová, 2004).

Sexuální obtěžování je jakékoliv nevyvolané, nežádoucí a nevítané chování sexuální povahy, které uráží osobu, vůči níž je zaměřeno a působí tak, že daná osoba má strach nebo se cítí ponížena nebo zahanbená.

Fyzicky napadeno bylo v posledním roce 12% respondentů, ve zdravotnictví 13%, v sociálních službách 9,3%. Za pachatele napadení označili zdravotničtí pracovníci v 93% pacienta, ve 2% jiného zaměstnance a v 1% příbuzného pacienta, externího zaměstnance nebo neznámého člověka. Slovně napadeno bylo 38% ze všech respondentů, z oblasti zdravotnictví 42%, pachateli byli pacienti (64%), ostatní zaměstnanci (13%), příbuzní (11%) a nadřízení (10%). Bullying a mobbing, definované zde jako opakované a při delším působení urážlivé chování projevující se invektivami, krutými nebo zlomyslnými pokusy ponížit nebo zesměšnit jednotlivce nebo skupinu zaměstnanců, zažilo v posledním roce 13% respondentů z oblasti zdravotnictví, pachateli byli ostatní zaměstnanci (38%) pacienti (29%) a nadřízení (27%). Sexuální obtěžování postihlo ve zdravotnictví 3,2% respondentů, pachatelem byl v 50% jiný

zaměstnanec, v 35% pacient a v 15% nadřízený. Závěrem šetření je uvedeno, že násilí na pracovišti je vnímáno jako problém. Polovina zaměstnavatelů neměla zavedené postupy pro hlášení případů násilí na pracovišti a obětem násilí se nedostalo odpovídající podpory. Dobře byla naopak řešena problematika bezpečnosti a ochrany zdraví při práci – BOZP (Čabanová, 2004).

V rámci projektu Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR vypracovala Veselá (2004b) rámcový návod, jak se vypořádat s násilím na pracovišti ve zdravotnictví, který pokrývá prevenci násilí, zacházení s násilím, zvládnutí a zmírnění dopadů násilí, podporu a péči o zaměstnance postiženého násilím a trvalou udržitelnost podniknutých iniciativ.

V roce 2006 Pekara provedl výzkum výskytu agrese a fyzického násilí u zdravotnických záchranných složek ČR. Ten potvrdil, že slovní agrese se vyskytla na každém 3–5 výjezdu a fyzická agrese v průměru ve 13% ročně na každém středisku (Pekara, 2007).

Rozsáhlý výzkum provedly v roce 2008 Szkanderová a Jarošová, který byl realizován ve Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) a v nemocnici Třinec (NT). Respondenty bylo 202 sester. Autorky zjistily, že kontakt sester se slovní agresí je velmi častý (FNO 90 % sester, NT 89 % sester), alespoň jedenkrát se s ním setkala většina sester. Jeho nejčastějším projevem byl křik, nadávky, výhrůžky a podobně. S fyzickým násilím se setkala přibližně polovina tázaných respondentů. Kontakt sester s fyzickou agresí ze strany pacienta či jiné osoby ve zdravotnickém zařízení byl mezi oběma nemocnicemi podle dotazníkového šetření poměrně vyvážený (FNO 55 %, NT 57 %). Nejčastějším projevem bylo kousnutí, kopání, údery předmětem. Z toho okolo 25 % respondentů bylo zraněno. Nejčastějším útočníkem při slovní i fyzické agresí byl pacient – skoro polovina tázaných uvádí, že útočník byl muž. Ve 22 % byla útočnicí žena a ve zbývajících procentech útočili ženy i muži společně. Celkem 82% sester uvedlo, že se slovní agresí dokážou bránit a 53% se jich domnívalo, že se dokážou bránit i fyzickému útoku (Szkanderová, 2008).

Tyto výzkumy poukázaly na to, že násilí je ve zdravotnictví v ČR přítomno ve velké míře; slovní agresivita je výrazně častější než agresivita fyzická; již realizované průzkumy neměly dostatečný počet respondentů; v ČR chybí systém kontinuální výuky prevence proti násilí ve školách.

V roce 2010 byl pod záštitou Českomoravské konfederace odborových svazů s podporou Norských fondů zahájen projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti

zdravotnictví a sociální péče, v rámci kterého byl proveden rozsáhlý kvantitativní výzkum (2010–2012). Výsledky tohoto výzkumu byly prezentovány na Mezinárodní konferenci 14.10.2014 v Praze. Celkem se účastnilo 1 052 respondentů z 88 organizací ze všech krajů v ČR. Šetření ukázalo, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledním roce 32 % respondentů (s fyzickým násilím 17 %, s verbálním násilím 44 % respondentů). Výskyt verbálního násilí byl obdobný jako v roce 2004 (kdy bylo verbální násilí hlášeno u 42% respondentů ve zdravotnictví), fyzického násilí přibylo o 4%. Za zmínku též stojí, že s dalšími formami psychického násilí jako je např. mobbing, bullying se někdy setkalo 14% respondentů. Ačkoliv primárně většina respondentů nepociťovala obavy z násilí na svém pracovišti (45%), tak ve velké většině nebyly incidenty fyzické agrese respondenty nahlášeny. Jako hlavní důvod respondenti uvedli, že by to buď bylo zbytečné (38%) nebo že to nebylo důležité (45%). Výzkum se též zaměřoval na zhodnocení dopadu změn provedených zaměstnavateli na výskyt agrese na pracovišti. Pozitivně se tyto změny projevíly podle respondentů hlavně v oblasti sociálních služeb (42%), zatímco ve zdravotnictví nebyl pozitivní efekt těchto opatření tolik pocíťován (18%). Poslední oblastí, kterou se výzkum zabýval, bylo jak respondenti vnímají svou práci a pracovní podmínky. Drtivá většina respondentů (98%) odpověděla, že ví, co se od nich v práci očekává a že je pro ně jejich práce důležitá (92%). Pouze 15% respondentů však uvedlo, že má ve svém stávajícím zaměstnání nějakou vyhlídku na zvýšení platu, či lepší pracovní pozici (Létal, 2014).

Hofmannová (2010) konstatuje, že zaměstnavatelé v 60% zavedli opatření proti výskytu pracovního násilí na svém pracovišti, většinou spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a též screening pacienta z hlediska rizika agrese. Nedošlo však k realizaci opatření k úpravě pracovního prostředí, rozvoji lidských zdrojů, navýšení personálu a jeho proškolení v komunikačních dovednostech, a to ani, když se zjistilo, že hlavním problémem vzniku agresivity ve zdravotnictví je špatná komunikace, přepracovanost a dezinformovanost.

V rámci projektu Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče proběhla i praktická část, kdy 1 004 zdravotníků absolvovalo 5denní školení na téma: Management násilí, komunikace a fyzická sebeobrana. Cílem bylo vytvořit v jednotlivých krajích zásahové týmy, které měly za úkol násilí ve zdravotnictví v jednotlivých krajích monitorovat a případné konflikty eventuálně pomáhat řešit. Tato aktivita se však ukázala jako neefektivní. V týmech byla špatná spolupráce, proškolení

zdravotníci si své znalosti neobnovovali a nedoplňovali. Též lektoři těchto kurzů nebyli vždy odpovídajících kvalit a vzdělání. I přesto však v následujícím období došlo ke zvýšení nabídky kurzů pro zdravotníky zaměřené právě na komunikaci. Jedná se však většinou o jednorázové akce a znalosti a dovednosti opět nejsou dostatečně trénovány a obnovovány účastníky výše zmíněného projektu (Létal, 2014).

Na základě uvedených výzkumů došlo k vývoji prevence násilí v oblastech zdravotní péče v ČR. Je zaznamenáno zvyšování výskytu násilí ve zdravotnictví; výzkumy zahrnovaly vyšší počet respondentů; vzdělávací akce se více zaměřují na profesionální komunikaci, která zdravotníkům chyběla; je kladen větší důraz na kvalitu a zkušenost lektorů; chybí často systém hlášení dat; zdravotníci nejsou motivováni události hlásit; chybí výuka ve školách; chybí pravidelná kontrola již získaných znalostí a dovedností.

Na jedné straně vysoké nároky na zdravotnický personál, na straně druhé však minimální výchova budoucích zdravotníků ve zvládnání projevů agrese a násilí. Je nutné si uvědomit a zohledňovat profesionalitu zdravotnického povolání a zároveň respektovat etické chování, únavu a potřebu uvolnit negativní emoce, a to nejen zdravotníků, ale i pacientů. Konflikty ve zdravotnictví jsou následkem vystupňovaných negativních emocí, je však třeba myslet i na situace, kdy zdravotnický personál potencionální útočníky provokuje, často nevědomě (Pekara, 2011). Ke zjištění podrobnějších příčin výskytu násilí ve zdravotnictví by eventuálně bylo možné dotazníkovou metodu výzkumu ještě doplnit podrobnějšími strukturovanými rozhovory se zdravotníky. Je také potřeba počítat s faktem, že od roku 2006 násilných trestných činů přibývá. V České republice je to způsobeno vlivem politických a hospodářských změn, které někdy mohou vést k výraznému nárůstu kriminálního chování. Nárůst vražd lze vysvětlit právě sníženým rizikem odhalení a trestu a zvýšenou ekonomickou nerovností. Ani po tomto nárůstu ale česká data nijak nevybočují z průměru vyspělých zemí (Vevera, 2011).

2.1.5 Opatření proti agresi a násilí z hlediska zaměstnavatele

O tématu prevence a zvládnání násilí existuje rozsáhlá literatura. Přehled o současném stavu na úrovni zdravotnických zařízení podal v minulém roce kolektiv australských autorů (Morphet, 2018). Do souhrnu bylo zahrnuto 20 odborných statí, které většinou

zkoumaly více než jednu intervenci. Výsledky byly rozděleny do sekcí úprava prostředí (zlepšená viditelnost, omezený přístup ke zbraním, bezpečné místnosti), odhad rizikovosti potenciálních násilníků (konzumentů zdravotní péče, tj. pacientů), vzdělávání zdravotního personálu a management případů násilí (týmy pro zvládnutí násilných událostí, podpora napadeného personálu).

Zlepšená viditelnost. Podle studie Magnavity (2011) náhrada plných dveří průhlednými snížila počet násilných událostí o 0,24 za rok, což bylo statisticky významné. Podle studie Adamsona (2009) se po zavedení bezpečnostních kamer snížil počet případů fyzického napadení o 49%. Záznamy byly též využity pro edukaci personálu.

Omezení přístupu ke zbraním. Ve studii provedené ve 3 psychiatrických zařízeních bylo zkoumáno připevnění nábytku k podlaze, aby nemohl být použit jako zbraň. Snížil se počet fyzických napadení a zranění personálu, ale zvýšil se počet verbálních útoků (Lipscomb, 2006). Byl sledován i efekt zavedení detektorů kovů při vstupu do nemocnice, který však nebyl jednoznačný, protože detektor byl umístěn u vchodu do nemocnice a prohlídce unikli pacienti přijíždějící přímo na ambulanci (Rankins, 1999). V nemocnicích, kde byl součástí přijímací procedury dotaz, zda pacient nemá u sebe zbraň, přijímající personál se však při dotazování cítil nekomfortně a screening byl nedůsledný (Gillespie, 2013).

Bezpečné místnosti (safe assessment rooms) jsou oddělené prostory, kam se umísťují pacienti s poruchami chování, které jsou vybavené pomůckami pro zklidnění násilníků. Podle jedné studie byly tyto místnosti použity u 0,4% pacientů přijatých na urgentní příjem, u více než poloviny z nich bylo nutné medikamentózní nebo mechanické zklidnění, ostatní se podařilo zvládnout pomocí deeskalačních technik (Cowling, 2007).

Skórovací systémy hodnocení rizika násilného chování u přijímaných pacientů hodnotilo 6 studií. Byly použity různé skórovací systémy, nejčastěji Alert System a Bröset Violence Checklist a výsledek byl zaznamenán v dokumentaci pacienta. Některé studie konstatovaly, že hodnocení rizika usnadňuje identifikaci potenciálního násilníka a redukuje tak počet násilných incidentů (Daniel, 2015; Kling, 2011). Jiná studie ukázala, že sestry se při vyplňování rizikového skóre cítí nekomfortně a že přímé otázky, zvláště na přítomnost zbraně, mohou labilního pacienta vyprovokovat. Doporučuje se proto zde používat nepřímé otázky (Gillespie, 2013).

Vzdělávání personálu je účinným opatřením k redukci agrese na pracovišti (Ching, 2010; Magnavita, 2011; Gillam, 2014). Podrobněji se tímto tématem zabýváme v diskusi k hypotézám.

Týmy pro zvládnutí agrese. Autoři zjistili, že již samotná přítomnost těchto týmů vedla ke snížení počtu násilných incidentů, ale ve značné části případů bylo nutno použít farmakologické a mechanické prostředky ke zklidnění agresora. Zřízení těchto týmů hodnotí jako přínosné a při jejich činnosti nezaznamenali žádné zranění personálu (Downes, 2009).

2.1.6 Prevence a zvládnutí agrese násilí z hlediska sestry

Sestra je často první osobou, která se s pacientem setkává, i později při hospitalizaci je s pacientem v bezprostředním kontaktu, může proto pozorovat výkyvy nálad a změny v chování pacienta, které mohou být předzvěstí agrese.

Podle Zacharové (2009) mezi nejčastější projevy emočního neklidu, kdy lze předpokládat, že pacient situaci nezvládá a chystá se k aktivnímu projevu, patří nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace, podupávání a kopání do předmětů v okolí, prudké klepání, bouchání dveřmi, házení dokumentace na stůl, upřený až provokující pohled do očí, napětí ve tváři, nervózní pomrkávání, semknuté rty nebo úšklebky, nepravidelný hlasitý dech, sevřené pěsti, gesta připomínající bití, strkání do osob, celkové napětí směřující k výbuchu, agrese v řeči, spojená s vulgarizmy, urážkami, vyhrůžkami, narušení osobní zóny lékaře i sestry.

Za faktory, které zvyšují riziko agrese, se považují (Králová 2005; Zacharová, 2009): **Osobnost pacienta** – největší riziko představují emočně nestabilní, impulzivní a násilnické typy; **rodinné prostředí pacienta**, způsob, jakým se v rodině řešily konflikty, výskyt násilí; **momentální psychický stav** útočníka, vliv alkoholu, drog, případně medikace; **frustraci pacienta** z choroby, jeho nespokojenost s průběhem léčby, bolest, pocity křivdy, ublížení; **onemocnění**, organické poškození mozku, demence, duševní choroby; **situace a prostředí**, osamocení, nepřítomnost dalších osob, nemožnost dovolat se pomoci; **chování komunikujícího pracovníka**, tón řeči, arogantní vystupování; **konflikt** mezi pacientem a zdravotníkem v minulosti.

Pekara (2013) mezi tyto zesilující (aversivní) faktory doplňuje nedostatečný spánek, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, neschopnost řešit zátěžové situace, neúspěch v osobním životě, neúctu druhých, sníženou adaptaci, špatné interpersonální vztahy, neschopnost sebeovládání.

Průběh napadení rozebírá Králová (2005), která rozeznává několik fází: **Spouštěcí fáze**, která se projevuje odklonem od obvyklého chování. **Eskalační fáze**, kdy se agresor odchyľuje ještě více od svého obvyklého chování, nepřiměřeně se soustředí na určitý problém, snižuje se pravděpodobnost, že bude reagovat na racionální intervenci. **Krizová fáze**, kdy se snižuje ovládnání, agresor již nedokáže reagovat racionálně. **Fáze uklidnění**, chování se vrací k základní hladině. **Fáze postkrizové deprese**, kdy pacient je vyčerpan, může plakat, pociťovat lítost. Úkolem zdravotníka je nepřipustit, aby spouštěcí fáze přešla do eskalační eventuálně krizové fáze.

Zacharová (2009) doporučuje v těchto případech dva postupy: **Zjistit spouštěcí moment** neadekvátního chování pomocí rychlých otázek. Sestra tak získá čas pro rozhodnutí o dalším postupu a překvapí pacienta, který se mnohdy zklidní. Možným postupem je **nereagovat** na pacientovo chování, trpělivě ho vyslechnout a omluvit se s ujištěním, že dojde k nápravě.

Pro jednání s agresivním pacientem jsou doporučována následující pravidla: zachovat klid, nenechat se vyprovokovat. Pozorně vyslechnout stížnost, zachovat akceptující postoj, který však neznamená souhlas. Aktivně naslouchat, snažit se porozumět důvodu pacientovi nespokojenosti. Vyjádřit verbálně i neverbálně empatii. Pokusit se nemocnému vyhovět, nebo klidně vysvětlit své stanovisko, i když se neshoduje s pacientovými představami. Přesvědčit se, že nemocný porozuměl. Volit pomalé tempo řeči, udržovat oční kontakt. Udržovat od pacienta bezpečnou vzdálenost. Nechat otevřenou ústupovou cestu, v případě nebezpečí volat pomoc. Konflikt po ukončení řádně zadokumentovat; zapsat do zdravotní dokumentace a napsat hlášení o nežádoucí události, což má význam pro pozdější možné vyšetřování.

2.2 Nástroje ke sledování agrese a násilí na pracovišti

Aby bylo možno zavést opatření k potlačení agrese a násilí na pracovišti, je třeba tento fenomén sledovat, získat informace o jeho rozšíření a popsat okolnosti, které jej

provázejí. Nejpoužívanější metodou sběru dat je dotazníkové šetření. Celosvětově existuje větší množství škál, které vycházejí z dotazníkového šetření mezi zaměstnanci zdravotnických zařízení.

Mezi nejpoužívanější patří škály MAVAS-L – the Management of Violence and Attitude Scale) (Duxbury, 2003), vyvinutá pro změření různých přístupů k agresi v závislosti na její příčině a zjištění způsobů, jak agresi zvládnout a ATAS – the Attitude Towards Aggression Scale (Jansen, 2005). Pro oddělení psychiatrie je pak celosvětově nejpoužívanější škála SOAS – the Staff Observation Scale (Palmstierna, 1987), eventuálně v novější upravené verzi SOAS-R (Nijman, 1999) a POAS – the Evaluation of the Perception of Aggression Scale (Palmstierna, 2009). Pro oddělení akutního příjmu (emergency) je pak používána škála PWSI-EN (the Personal Safety Workplace Instrument for Emergency Nurses), která byla vyvinuta pro sestry na akutním příjmu k monitorování násilí pocházející od návštěv pacientů – patients visitor violence (Burchill, 2015). Další škálou je SOVES (the Survey of Violence Experienced by Staff), používaná v nemocnicích na standardních odděleních se zvýšeným rizikem výskytu agrese (Lepping, 2013; SOVES-A questionnaire, 2013).

Lepiešová (2012) vytvořila pro zkoumání výskytu agrese ve zdravotnictví na Slovensku škálu VAPS (the Violence and Aggression of Patients Scale), kterou jsme si zvolily pro geografickou a kulturní blízkost pro náš výzkum.

Škála VAPS byla vytvořena ve spolupráci s odborníky z oblasti ošetrovatelství, psychologie, filosofie. Autorkami byla otestována na souboru 270 sester z vybraných nemocnic na Slovensku. Škála VAPS má celkem 11 položek, přičemž položky 1–5 jsou shrnuty do subškály S – slovní agrese, položky 6–8 do subškály T1 – tělesná agrese bez použití útočné zbraně a položky 9–11 do subškály T2 – tělesná agrese s použitím útočné zbraně. Ve škále jsou uvedeny konkrétní příklady slovní a fyzické agrese jako např. neoprávněné obviňování, slovní poznámky sexuálního charakteru, škrcení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení apod.) Odpovědi byly kategorizovány na 6stupňové stupnici (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále). Čím vyšší je skóre VAPS, tím častější je tedy sestrami udávaný výskyt agrese ze strany pacientů. Vnitřní konzistence škály se testuje Cronbachovým koeficientem alfa. Na základě prezentovaných výsledků byla VAPS škála ověřena jako validní a spolehlivý nástroj použitelný pro posuzování výskytu jednotlivých forem agrese pacientů vůči sestram při výkonu jejich povolání (Lepiešová, 2013).

2.3 Přehled dříve realizovaných studií

Rozsáhlý výzkum za použití výše popsané VAPS škály provedly autorky škály na **Slovensku** v roce 2011 (Lepiešova, 2013). Do výzkumného souboru bylo zařazených 270 sester z klinické praxe na standardních lůžkových odděleních 3 velkých nemocnic, které pracovaly na lůžkové ošetrovací jednotce standardního typu či JIP po dobu nejméně posledních 12 měsíců a byly v přímém kontaktu s pacienty při vědomí.

Bylo zjištěno, že jen 8 sester (3% souboru) nebylo v posledních 12 měsících při své práci konfrontováno se žádnou formou agrese ze strany pacientů. Výskyt slovních forem agrese vůči sestřám (96,3%) byl v souladu s očekáváním autorek vyšší než výskyt tělesných forem agrese (80,7%), ten byl však výrazně vyšší než dle zahraničních studií.

Detailnější analýza fyzické agrese pacientů vůči sestřám pak ukázala vysoký výskyt některé z forem fyzické agrese bez použití útočné zbraně (79,3%) a s použitím útočné zbraně (26,3%). Velmi vysoký byl též výskyt sexuální agrese pacientů vůči sestřám ať už v kontaktní (15,9%) nebo nekontaktní formě (75,2%). Z typů slovní agrese bylo nejvíce sester vystaveno urážkám a nadávkám (87%) a 81,5% sester se stalo terčem neoprávněného obviňování (Lepiešova, 2013). Výsledky výzkumu považují autorky za velmi alarmující, a proto se dané problematice věnují dodnes. Na její studii posléze na Slovensku navázaly Kačmárová a Tomagová. Kačmárová (2014) použila ve svém výzkumu VAPS škálu v souboru 117 sester ze 2 nemocnic v Prešově a v Košicích. Její studie se též zabývala kromě zkoumání frekvence výskytu agrese pacientů vůči sestřám též zjišťováním faktorů, které tuto agresi ovlivňují. Studie zahrnovala sestry na interních, chirurgických a psychiatrických odděleních.

Tomagová (2016) se ve své studii zaměřila na sestry na psychiatrických odděleních. Zkoumaným souborem zde bylo 227 sester z 10 různých nemocnic na Slovensku. Zjistila, že více než 98% sester na psychiatrických odděleních se s agresí u pacientů během posledních 12 měsíců setkala.

Z dat uvedených v odborných sděleních Kašmírové (2014) a Tamagové (2016) nelze vyčíst podíl sester, které se v posledním roce s agresí setkaly, porovnání s výsledky Lepiešové (2013) a Tomagové (2016) je možné pouze na úrovni subškál agrese.

Výsledky Lepiešové (2013) a Kačmarové (2014) se výrazněji neliší. U Tamagové (2016) vychází poněkud větší výskyt agrese verbální i fyzické (tabulka 1)

Tabulka 1: Porovnání frekvence agrese v dříve realizovaných studiích

VAPS škála *	Lepiešová (2013)	Kačmarová (2014)	Tomagová (2016)
Subškála S (μ)	2,566	2,50	3,27
Subškála T1 (μ)	2,158	2,01	2,61
Subškála T2 (μ)	1,162	1,19	1,32

* použitá 6stupňová frekvenční škála 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále,
 μ – aritmetický průměr

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

Téma naší bakalářské práce bylo zvoleno na základě našich dosavadních empirických zkušeností. Agresivita a násilí jsou aktuální témata, důležitá jak pro každodenní sesterskou praxi, tak i pro osobní život. Obsahem empirické části práce je výzkum realizovaný ve Fakultní nemocnici v Motole a v Nemocnici na Homolce v Praze. Na základě našich empirických zkušeností byly stanoveny cíle a hypotézy, výsledky byly statisticky zpracovány a vyhodnoceny a následně byla vytvořena doporučení pro praxi, která by měla vést k lepšímu zvládnání, popřípadě ke snížení výskytu agresivního chování pacientů.

3.1 Metodika

Ke sběru dat k předkládané bakalářské práci bylo použito nestandardizovaného dotazníku. Dotazník byl vytvořen po prostudování dané problematiky z dostupných literárních zdrojů. Součástí dotazníku je se souhlasem autorky Lepiešové (vysloven na základě mailové komunikace dne 21.9.2018) VAPS škála (Výskyt Agrese Pacientů vůči Sestrám, the Violence and Aggression of Patients Scale), hodnotící četnost výskytu agrese pacientů vůči sestřím (Lepiešová, 2012). Škála má 11 položek, přičemž položky 1–5 jsou shrnuty do subškály S – slovní agrese, položky 6–8 do subškály T1 – tělesná agrese bez použití útočné zbraně a položky 9–11 do subškály T2 – tělesná agrese s použitím útočné zbraně.

Odpovědi byly kategorizovány na 6stupňové stupnici (1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále). Dotazník byl dále doplněn sociodemografickými charakteristikami respondentů a 8 otevřenými a polootevřenými otázkami, které sloužily hlavně k zjištění postoje sester k agresi a ke zjištění, co by jim, podle jejich názoru, ke zvládnání či předcházení agrese pomohlo. Před vlastním sběrem dat bylo nejprve provedeno pilotní šetření u 10 sester na cévní chirurgii Nemocnice na Homolce. Žádná z otázek se neukázala při pilotním šetření pro sestry jako problematická, či nesrozumitelná. Po konzultaci a doporučení vedoucí práce a Mgr. Lepiešové byly provedeny úpravy a dotazník byl následně v tištěné podobě sestřím rozdán.

3.2 Soubor respondentů

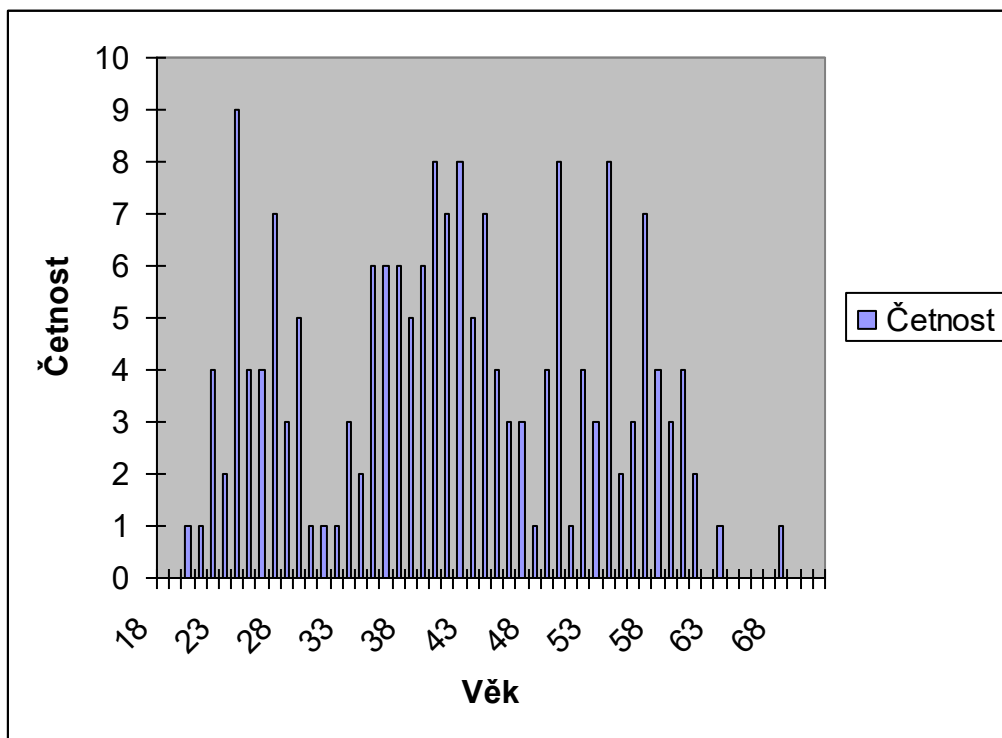
Charakteristiky souboru dotazovaných

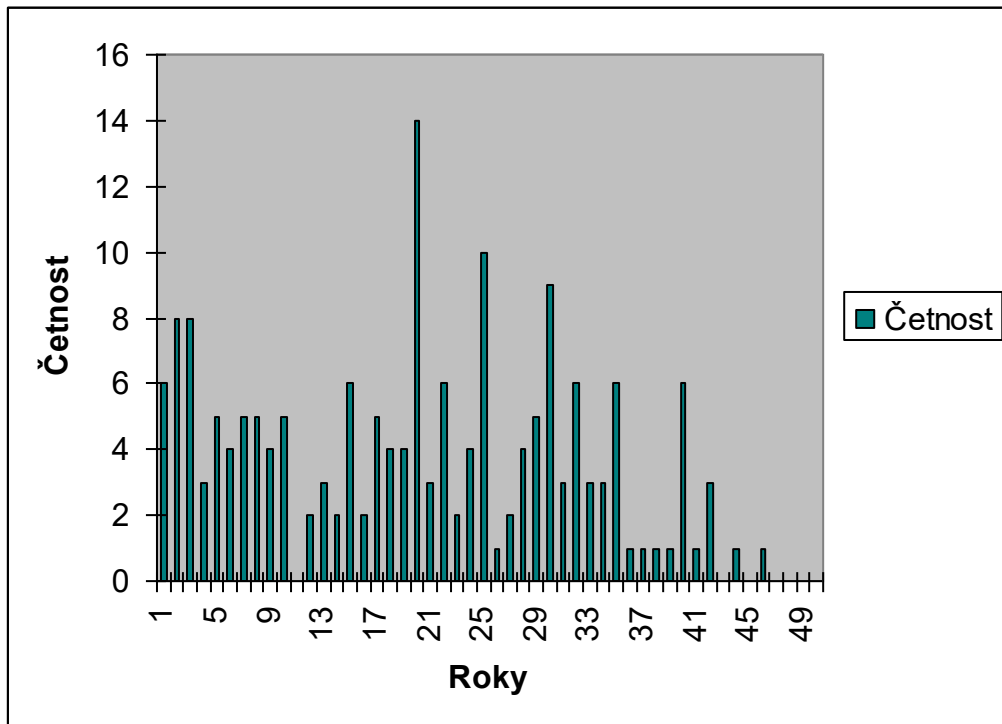
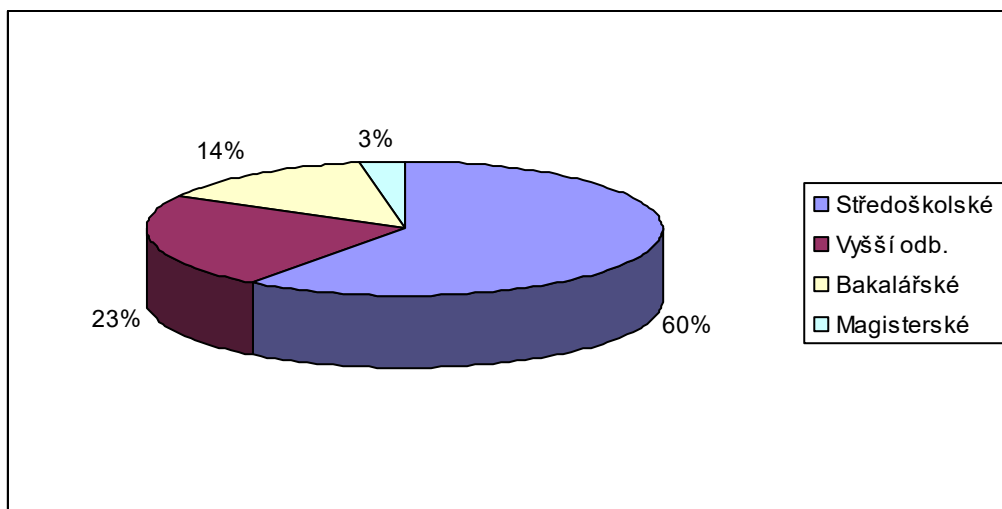
Do souboru bylo zahrnuto 178 respondentů, průměrného věku 41,3 let, SD 11,48, medián věku 41 let. Nejmladšímu bylo 20 let, nejstaršímu 68 let (graf 1).

Žen bylo 171 (96%) a mužů 7 (4%). Průměrná délka praxe byla 19,8 roků, SD 12,0 medián 20 let, nejkratší délka praxe byla 1 rok, nejdelší 30 let (graf 2).

Středoškolské vzdělání mělo 106 respondentů (59,6%), 41 (23%) mělo vyšší odborné vzdělání, 26 (14,6%) bakalářské a 5 (2,8%) magisterské (graf 3).

Graf 1: Věkové složení respondentů



Graf 2: Délka praxe respondentů**Graf 3: Vzdělání respondentů**

3.3 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Před vlastní distribucí dotazníků byla žádost o dotazníkové šetření schválena pro Fakultní nemocnici v Motole náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Mgr. Janou Novákovou (příloha 2) a pro Nemocnici na Homolce náměstkyní Mgr. Ivanou Kirchnerovou (příloha 3).

Přípravná fáze výzkumu probíhala během celého roku 2018, přičemž vlastní sběr dat se uskutečnil během listopadu a prosince 2018. Zpracování dat bylo provedeno v lednu 2019. Při volbě oddělení jsme se řídili literárními údaji, podle kterých je více patientské agrese na emergency (Hills, 2013), psychiatrii (Zampieron, 2010), geriatrii (Schablon, 2012) a interně (Wistanley, 2004). Pro porovnání jsme zařadili oddělení chirurgického charakteru. Velikost souboru byla stanovena po konzultaci s vedoucí práce. Sběr dat proběhl na odděleních cévní chirurgie (2 standardní oddělení, JIMP, 2x JIP), všeobecné chirurgie a interním oddělení Nemocnice Na Homolce a v centru následné péče, na klinikách všeobecné chirurgie, na interní klinice, na oddělení urgentního příjmu dospělých a na odděleních dětské psychiatrie Fakultní nemocnice v Motole. Dotazníky byly rozdány buď osobně, nebo byly distribuovány prostřednictvím vrchních a staničních sester spolu s vysvětlením a byly zodpovězeny případné otázky. Dotazníků bylo rozdáno 350, validně vyplněných se vrátilo 178, návratnost tedy byla 50,86%. Detailní návratnost z jednotlivých oddělení uvádí následující tabulka 2.

Tabulka 2: Návratnost dotazníků

Oddělení	Rozdaných	Navracených	Návratnost [%]
Centrum následné péče FNM	60	37	62
Kliniky všeobecné chirurgie FNM	40	28	70
Interní kliniky FNM	35	23	66
Urgentní příjem dospělých FNM	40	7	17
Dětská psychiatrická klin. FNM	25	8	32
Cévní chirurgie NNH	85	51	60
Interní odd. NNH	30	5	17
Odd. všeobecné chir. NNH	35	17	48
Celkem	350	178	51

Vysvětlivky: FNM – Fakultní nemocnice v Motole, NNH – Nemocnice na Homolce

3.3.1 Statistické zpracování dat

Údaje byly zpracovány v programu Microsoft Excel za použití kontingenčních tabulek. U odpovědí na jednotlivé otázky byl kalkulován průměr, směrodatná odchylka, medián, minimální a maximální hodnota, a to jak u odpovědí na jednotlivé otázky, tak u subškál. Rozložení odpovědí na jednotlivé otázky bylo znázorněno histogramy.

K posouzení spolehlivosti odpovědí bylo použito standardizovaného Cronbachova koeficientu alfa, který vyjadřuje vnitřní konzistenci testu. K jeho výpočtu byl použit Free Statistics Software (v1.2.1), Office for Research Development and Education, URL https://www.wessa.net/rwasp_cronbach.wasp/.

Pro porovnání statistické významnosti rozdílů souborů jsme použili neparametrický U test Mannův–Whitneyův, protože u odpovědí na otázky VAPS škály nelze předpokládat normální rozdělení.

Kalkulace byla provedena ve webové aplikaci Mann–Whitney U Test Calculator, URL http://www.statskingdom.com/170median_mann_whitney.html. Rozdíl byl považován za statisticky významný, pokud hodnota p byla menší než 0,05.

3.3.2 Dílčí cíle výzkumu a hypotézy

C1: Porovnat četnost výskytu agrese mezi odděleními chirurgického a nechirurgického typu

1H: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese mezi chirurgickými a nechirurgickými pracovišti

C2: Porovnat četnost výskytu agrese vůči ženám ve srovnání s výskytem agrese vůči mužům

2H: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k ženám a k mužům

C3: Posoudit vliv absolvovaného školení o komunikaci s agresivním pacientem na četnost výskytu agrese vůči sestřím

3H: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k respondentům, kteří školení absolvovali a kteří školení neabsolvovali

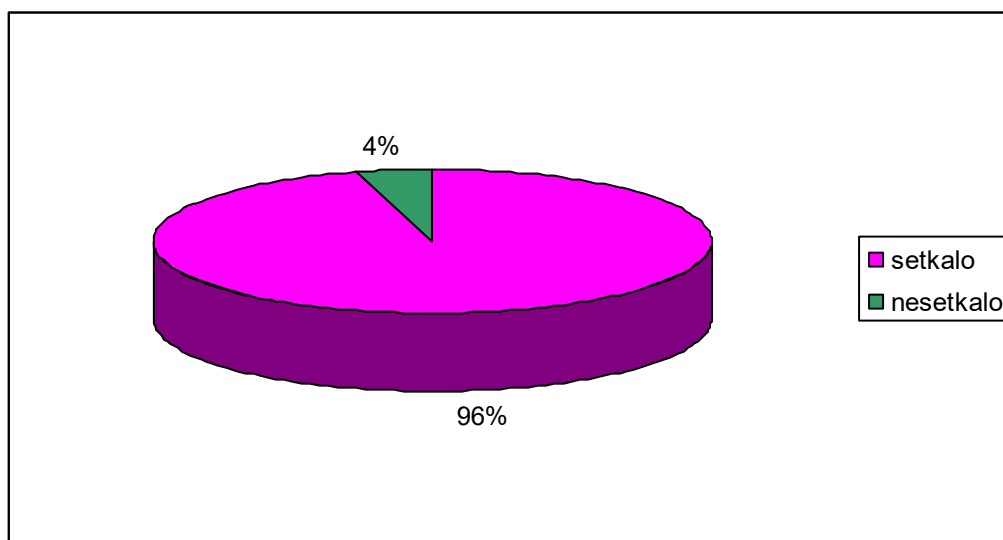
C4: Posoudit vliv vzdělání respondentů na četnost výskytu agrese proti nim

4H: Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k respondentům s vyšším a nižším vzděláním

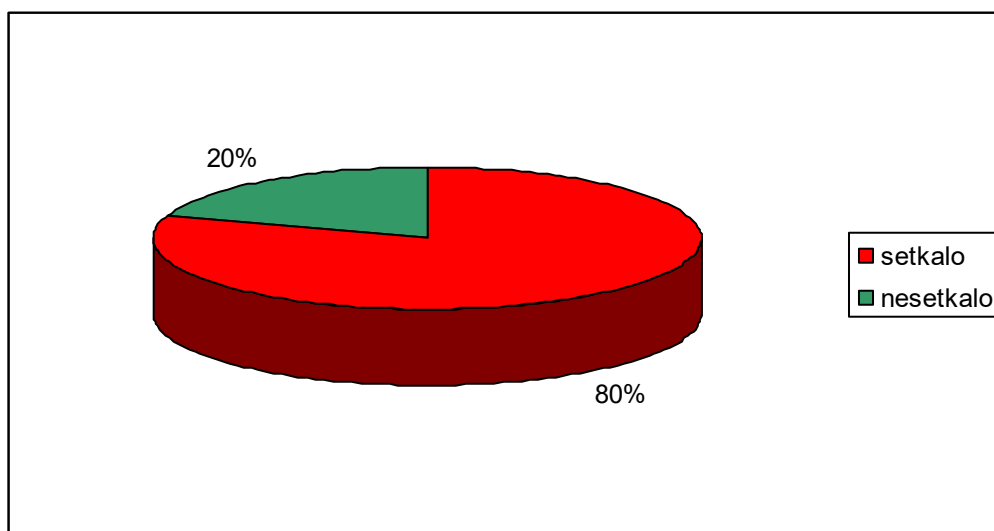
3.4 Výsledky vlastní práce

Podle četností kontaktu s některou formou agresivního chování v posledních 12 měsících vychází, že s verbální agresí se setkalo 170 ze 178 respondentů, tj. 95,5% (graf 4) a s fyzickou agresí bylo v kontaktu 143 ze 178 respondentů, tj. 80,3% (graf 5).

Graf 4: Setkání s verbální agresí v posledních 12 měsících



Graf 5: Setkání s fyzickou agresí v posledních 12 měsících



Odpovědi na jednotlivé otázky VAPS škály pak shrnuje tabulka 3.

Tabulka 3: Popisné charakteristiky VAPS škály na úrovni položek, subškál a VAPS jako celku

VAPS ŠKÁLA*	POPIS		μ	SD	MEDIÁN	MIN.	MAX.
V1	pomluvy	178	2,6	1,22	3	1	6
V2	neoprávněné obviňování	178	2,66	1,1	3	1	6
V3	verbální útok – urážky, nadávky	178	2,78	1,15	3	1	6
V4	verbální útok – zastrašování, výhrůžky	178	2,2	1,04	2	1	6
V5	poznámky sexuálního charakteru	178	1,83	0,89	2	1	5
Subškála S	slovní agrese	178	2,41	0,78	2,4	1	5,6
V6	plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípání	178	2,16	0,98	2	1	5
V7	strkání, hození předmětů	178	2,01	1	2	1	6
V8	facka, úder pěstí, kopnutí	178	1,69	0,93	1	1	6
Subškála T1	tělesná agrese bez použití zbraně	178	1,95	0,85	1,7	1	5,67
V9	škracení, bodnutí, postřelení	178	1,08	0,3	1	1	3
V10	tělesný kontakt se sexuálním záměrem	178	1,08	0,28	1	1	2
V11	sexuální napadnutí s fyzickým ublížením	178	1	0	1	1	1
Subškála T2	tělesná agrese s použitím zbraně, kontaktní formy sexuální agrese	178	1,06	0,14	1	1	1,67

Vysvětlivky: *n* – celkový počet respondentů, μ – aritmetický průměr, *SD* – směrodatná odchylka,

* použitá 6stupňová frekvenční škála 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále,

min. – minimum, *max* – maximum

Cronbachův koeficient alfa pro položky slovní agrese je 0,7554, pro položky tělesné agrese bez použití zbraně 0,8503, což ukazuje vysokou vnitřní konzistenci a spolehlivost testu v této oblasti (test se obvykle považuje za spolehlivý, pokud Cronbachův koeficient alfa je větší než 0,7).

Pro tělesnou agresi s použitím zbraně vychází Cronbachův koeficient alfa 0,2058, což je zřejmě dáno tím, že frekvence agrese typu V9 a V10 je velmi nízká a typu V11 nulová.

Proto v hypotézách porovnávajících frekvenci agrese se sociodemografickými charakteristikami respondentů subškály T2 nebylo použito.

3.4.1 Rozbor odpovědí na jednotlivé otázky

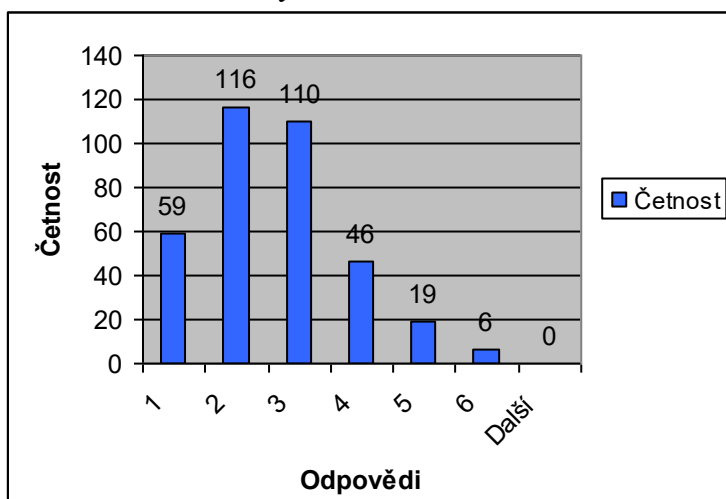
VAPS škála

Respondenti odpovídali na 6stupňové frekvenční škále 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále.

Otázka V1 – Pomluvy

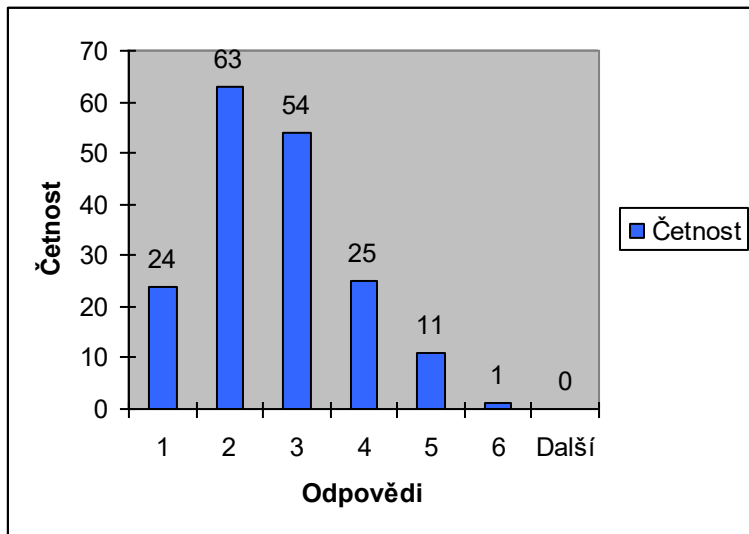
Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V1 znázorňuje následující histogram (graf 6). Nejčastější byla odpověď 2 – zřídka a 3 – občas. S pomluvami se vůbec nesešlo 59 (33%) respondentů.

Graf 6 V1 – Pomluvy

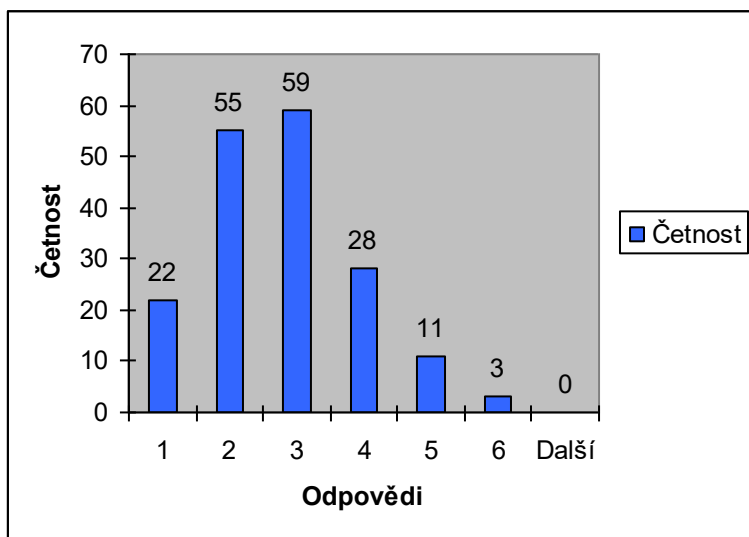


Otázka V2 – Neoprávněné obviňování

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V2 znázorňuje následující histogram (graf 7). Nejčastější odpovědi bylo 2 – zřídka (35%) a 3 – občas (30,4%). 14% respondentů uvedlo, že se s neoprávněným obviňováním setkává často.

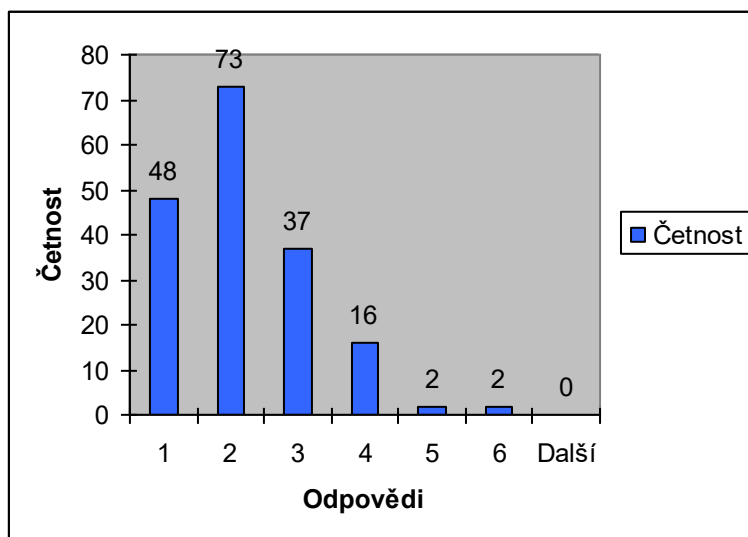
Graf 7 V2 – Neoprávněné obviňování**Otázka V3 – verbální útok – urážky, nadávky**

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V3 znázorňuje následující histogram (viz. graf 8). Nejčastější odpovědí bylo 2 – zřídka (30,9 %) a 3 – občas (33,1%). 6,2% respondentů dokonce uvedlo, že se s verbálními útoky v podobě urážek a nadávek setkává velmi často.

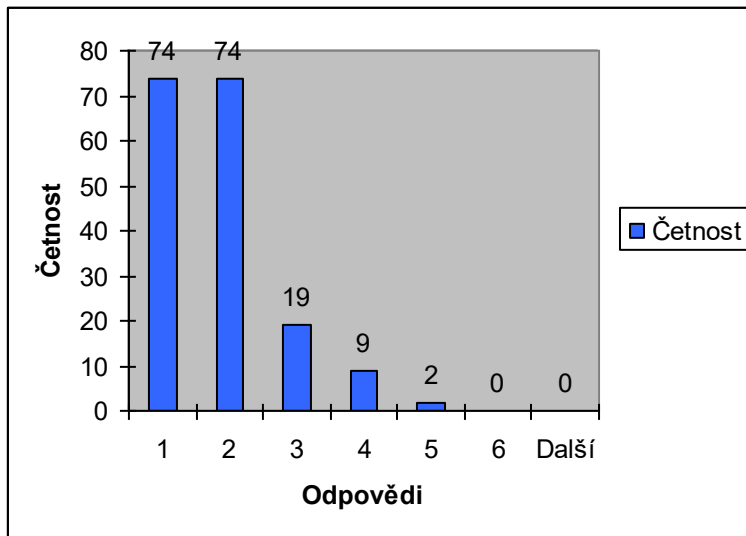
Graf 8 Verbální útok – urážky, nadávky

Otázka V4 – verbální útok – zastrašování, výhrůžky

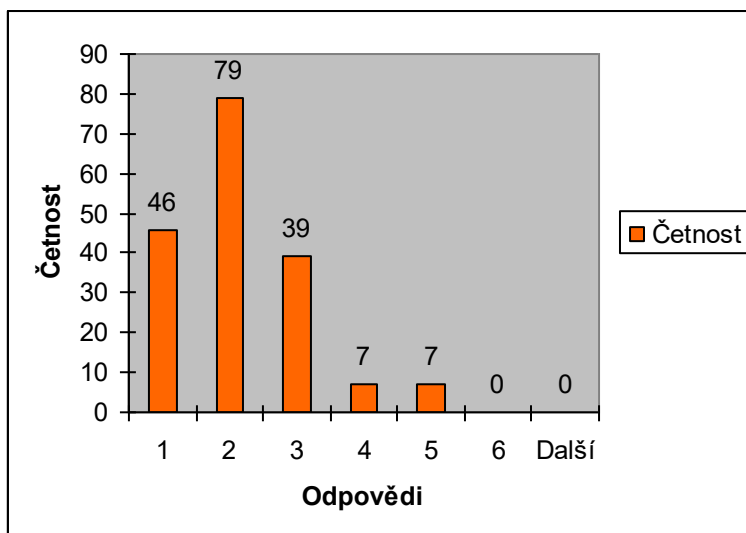
Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V4 znázorňuje následující histogram (graf 9). Nejčastější odpovědí bylo 2 – zřídka (41%) 27% respondentů uvedlo, že se zastrašováním a výhrůžkami nesešlo nikdy, 21% naopak občas ano.

Graf 9 *Verbální útok – zastrašování, výhrůžky***Otázka V5 – slovní poznámky sexuálního charakteru**

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V5 znázorňuje následující histogram (graf 10). Velká většina respondentů se slovními poznámkami sexuálního charakteru buď nikdy nesešla (41,6%) nebo jenom velmi zřídka (41,6%).

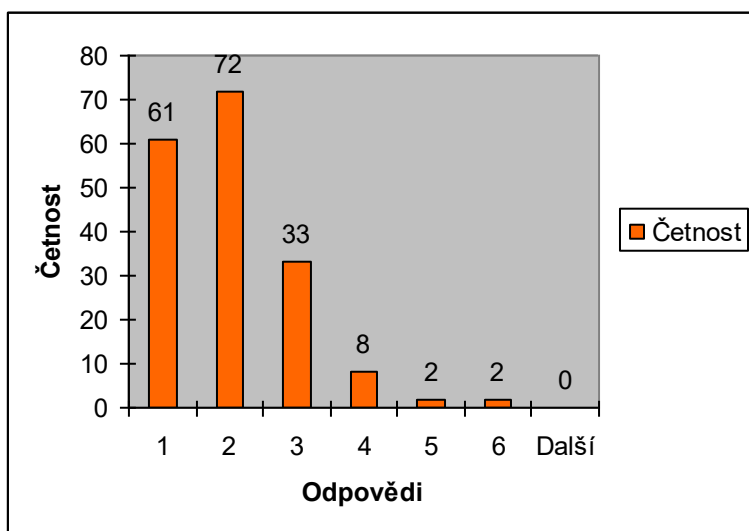
Graf 10 *Slovní poznámky sexuálního charakteru***Otázka V6 – plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí**

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V6 znázorňuje následující histogram (graf 11). Nejčastější odpovědí bylo 2 – zřídka (44,4%). 22% respondentů uvedlo, že občas a 25,9% se s tímto typem agrese nesetkalo nikdy.

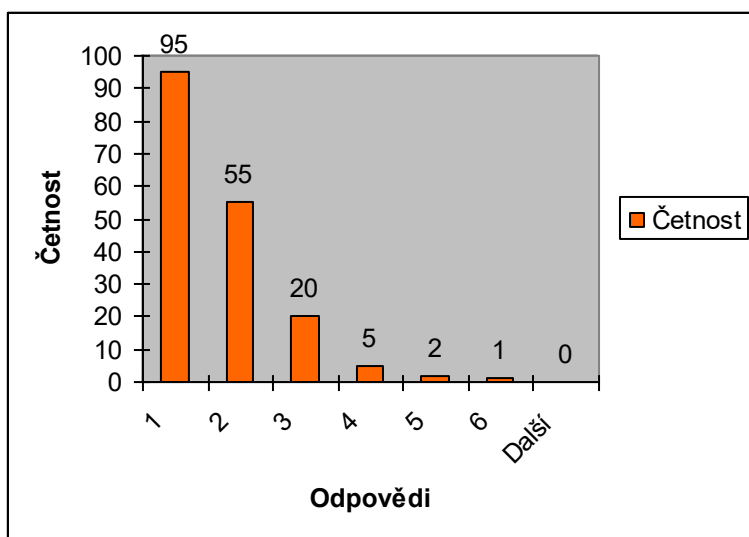
Graf 11 *Plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí*

Otázka V7 – strkání, hození předmětu

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V4 znázorňuje následující histogram (graf 12). Nejčastější odpovědí bylo 2 – zřídka (40,4%). 18,5% respondentů uvedlo, že občas a 34,2% respondentů nebylo tomuto typu agrese vystaveno nikdy.

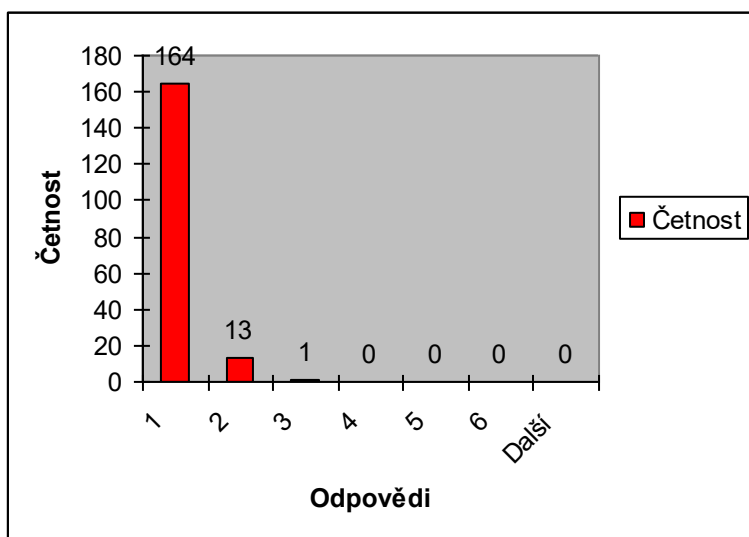
Graf 12 *Strkání, hození předmětu***Otázka V8 – facka, úder pěstí, kopnutí**

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V7 znázorňuje následující histogram (graf 13). Většina respondentů (53,4%) se s tímto typem fyzické agrese v posledním roce nesešla, 30,9% respondentů uvedlo, že zřídka a pouze 11,2% uvedlo, že občas.

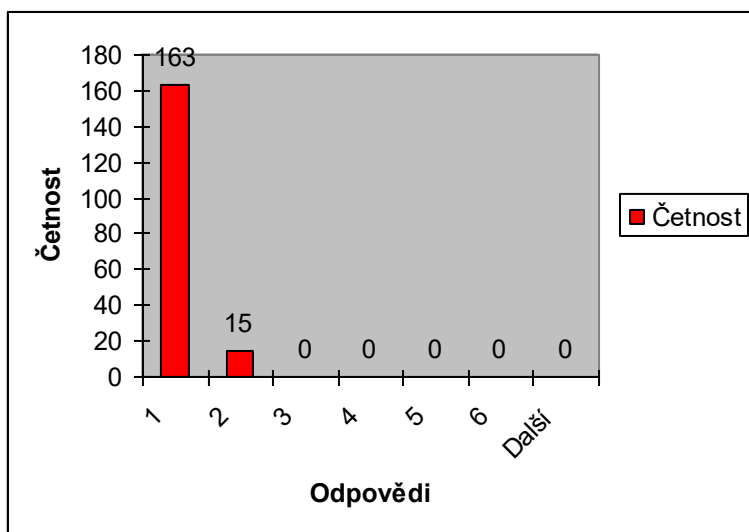
Graf 13 *Facka, úder pěstí, kopnutí*

Otázka V9 – škrčení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V9 znázorňuje následující histogram (graf 14). S touto agresí se setkalo celkem pouze 7,9% respondentů. 93% respondentů se s tímto typem agrese neseťkalo nikdy.

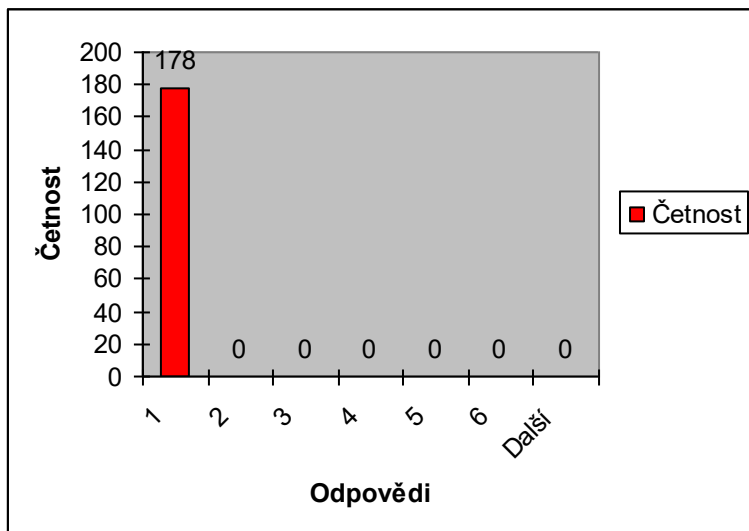
Graf 14 Škrčení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení**Otázka V10 – tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)**

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V10 znázorňuje následující histogram (graf 15). S touto agresí se setkalo celkem pouze 8,4% respondentů, 91,4% respondentů se s touto agresí neseťkalo nikdy.

Graf 15 Tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)

Otázka V11 – sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)

Četnost jednotlivých odpovědí na otázku V10 znázorňuje následující histogram (graf 16). S touto agresí se nikdo z respondentů nesetkal.

Graf 16 Sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)

Celkově shrnuto, verbální agrese je ve zdravotnictví mnohem častější než agrese fyzická, ani ta však není úplně ojedinělá. Otázky 9–11 zahrnují velmi násilné příklady fyzické agrese, kdy se podle mého názoru jedná pouze o ojedinělé incidenty, proto se s nimi skoro nikdo z dotazovaných respondentů nesetkal.

Otázka č. 12

Pokud jste se setkal/a s některým z výše zmíněných typů agrese, hlásil/a jste to zaměstnavateli jako mimořádnou událost? Jaká byla reakce zaměstnavatele?

Pouze 51 ze 178 respondentů uvedlo, že incident nahlásilo, 92 respondentů incident nenahlásilo a 35 se nepamatovalo. V 5 případech zaměstnavatel na incident reagoval, a to ve 4 případech na oddělení psychiatrie zesílením ostrahy a v 1 případě podáním trestního oznámení. Důvodem nenahlášení incidentu jako mimořádné události bylo v 10 případech to, že se vše vyřešilo na místě s pacientem, ve 4 případech byl proveden záznam do dokumentace a byl informován lékař, v 6 případech byla u pacienta přítomna kvalitativní porucha vědomí (po aplikaci celkové anestézie), a ve 2 případech sestry nepovažovaly událost za tak závažnou, aby ji bylo nutno hlásit. Ve zbývajících 70

případech nebyl důvod nenahlášení uveden. Z odpovědí je patrné, že nahlášené případy tvoří jen špičku ledovce a o mnohých incidentech se nadřízení a management vůbec nedozví.

Otázka č. 13

Máte ověřenou komunikační nebo jinou taktiku, jak se s agresí u pacientů vypořádat či jak jí předcházet?

V odpovědích respondentů bylo možno nalézt několik technik či komunikačních dovedností, které většina respondentů považuje za osvědčené a fungující. Respondenti v 19 případech uvedli, že je účinné hlavně zachovat klid a agresorovi neodporovat, ve 4 případech zmínili, že je důležité nenechat se vtáhnout do konfliktu, aby agrese dále neeskalovala. Za podstatnou také respondenti považovali milou a vlídnou komunikaci s přiměřenou dávkou asertivity, což zmínilo 23 respondentů. Pro 3 respondenty bylo důležité snažit se pacienta vyslechnout a vše si v klidu vysvětlit, pokud je to v dané situaci možné. V dalších 3 případech respondenti zmínili, že někdy je účinné chování agresora ignorovat a nevšímát si ho, což je podle mého názoru však možné jen do určité míry. Zbývajících 126 respondentů neodpovědělo. Z odpovědí vyplývá, že různým pracovníkům se osvědčují různé techniky a to od odstupu až k vlídnosti a aktivnímu naslouchání.

Otázka č. 14

Co by Vám nejvíce pomohlo v řešení problému agrese vůči sestram?

Na otázku 17 respondentů odpovědělo, že by pomohl větší počet středního zdravotnického a pomocného personálu na oddělení, zvláště by přivítali větší zastoupení fyzicky zdatných mužů. Školení na téma komunikace s agresivním pacientem by ocenilo 15 respondentů, popřípadě by si školení rádi zopakovali. Lepší spolupráce s lékaři při řešení konfliktů s pacienty by pomohla 8 respondentům, dva respondenti považovali za podstatnou rychlou dostupnost psychologa či psychiatra. Jedenkrát bylo uvedeno zvýšení společenské prestiže povolání sestry, úprava legislativy a dostatek času na práci s pacienty snížením nutné administrativy. Neodpovědělo 133 respondentů. V návrzích na zlepšení se objevily tedy návrhy směřující k posílení personálu, vzdělávací průprava, ale také podněty směřující k změně systému.

Otázka č. 15

Vnímáte rozdíly v agresivitě pacientů vůči sestřám a vůči lékařům? Pokud ano, v čem?

Ukázalo se, že respondenti vnímají rozdíl v agresivitě vůči sestřám a vůči lékařům velmi citlivě, neboť 113 respondentů odpovědělo kladně a nikdo odpověď nevynechal. Jako důvod tohoto vnímání 42 respondentů uvedlo, že pacienti mají z lékařů přirozeně mnohem větší respekt než ze sester a tolik si k nim nedovolí, protože mají pocit, „že jejich zdraví je v jejich rukou“. Pro 11 respondentů je rozdíl způsoben tím, že sestra tráví s pacientem mnohem více času než lékař a je takříkajíc „na ráně“, 5 respondentů považuje za podstatné větší zastoupení mužů mezi lékaři. Důvod nevedlo 55 respondentů. Odpovědi reflektují zásadní rozdíly v přístupu pacientů k lékařům ve srovnání se zdravotními sestrami. Vyskytuje se zde tedy jak profesní, tak také genderový aspekt.

Otázka č. 16

Absolvovala jste nějaké školení/seminář na téma komunikace s agresivním pacientem?

Školení absolvovalo 78 respondentů, 91 se školení nezúčastnilo a 9 si to nepamatovalo.

Otázka č. 17

Pomohlo Vám absolvování tohoto školení ve Vaši praxi a jak?

Školení bylo užitečné v praxi pro 78 respondentů, a to 10 z nich pomohlo lépe zvládat krizové situace a přiměřeně na dané situace reagovat, 8 respondentů dokáže po absolvování školení rizikové pacienty odhadnout a konfliktům předcházet, 9 respondentů pociťuje zlepšení svých komunikačních dovedností, 8 respondentů se naučilo zůstat za každé situace v klidu a udržet si nadhled, 7 respondentům pomohl nácvik modelových situací vycházejících z praxe, 8 respondentů oceňovalo, že se na školeních naučili základům sebeobrany a jakým způsobem uniknout z dosahu agresora, když už k fyzickému napadení dojde. Některá školení zahrnovala i nácvik relaxačních technik. Z odpovědí tedy vyplývá, že větší dostupnost školení by byla prospěšná. Konkrétní přínos školení nevedlo 28 respondentů.

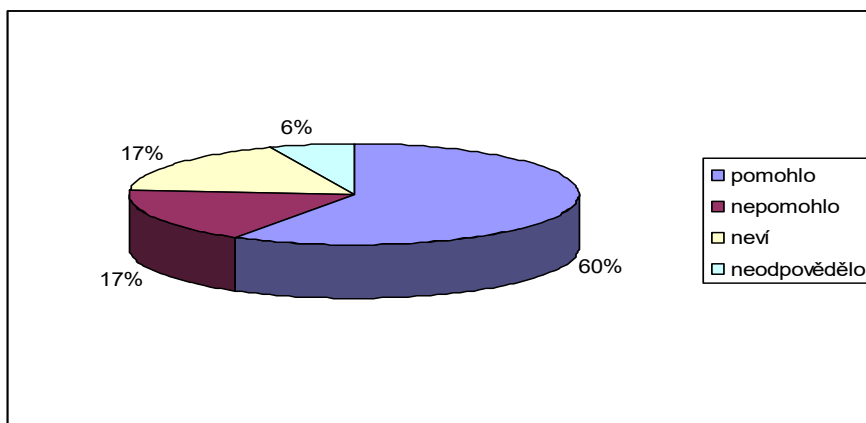
Otázka č. 18***V čem spatřujete přínos školení pro sebe osobně?***

Pro 15 respondentů se ukázalo jako přínosné, že naučené techniky a komunikační dovednosti dokázali uplatnit i v situacích, se kterými se setkávají v běžném životě. Lépe zvládají případné vypjaté situace a konflikty a naučili se, jak co nejrychleji dojít k oboustranně uspokojivému řešení. Zajímavým zjištěním se také ukázalo, že 12 respondentů si díky školení uvědomilo, že je důležité nejen to, jak se chová pacient ke zdravotníkovi, ale i to, jak se naopak chová zdravotník k pacientovi. I toto je velmi důležité pro práci sestry a i dalších zdravotníků. Uvědomit si, jak může naše chování na pacienty působit, a jak ho v dané situaci vnímají. Osobní přínos nespécifikovalo 51 respondentů.

Otázka č. 19***Dokážete díky absolvování tohoto kurzu/semináře podle Vás lépe včas odhalit rizikové faktory agresivního chování a případně jim předejít?***

Z respondentů, kteří absolvovali školení, 47 odpovědělo, že absolvování kurzu jim pomohlo v lepším a časnějším rozeznávání rizikových faktorů agresivního chování a tudíž případně lépe dokáží agresii předcházet. Dále potom 13 respondentů odpovědělo, že ve včasném rozeznávání rizikových faktorů jim kurz nepomohl s nejčastějším odůvodněním, že „každá situace a člověk jsou individuální a nedá se to předvídat“. Rovněž 13 respondentů uvedlo, že neví a 5 na tuto otázku neodpovědělo, i když kurz absolvovali (graf 17).

Graf 17: Účinnost absolvovaného školení/kurzu komunikace s agresivním pacientem pro včasné odhalení rizikových faktorů agresivního chování



3.4.2 Hypotézy

1H Agrese na chirurgických pracovištích ve srovnání s agresí na pracovištích nechirurgického charakteru

1H₀ Chirurgická a nechirurgická pracoviště se co do výskytu agrese statisticky významně neliší

1H_A Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese mezi chirurgickými a nechirurgickými pracovišti

Pracoviště	n	Medián	Průměr	* <i>p</i> Mann–Whitney
S chir	97	2	2,28	$p < 0,0001$
S nechir	81	2	2,57	vysoce signifikantní
T1 chir	97	2	1,81	$p < 0,0001$
T1 nechir	81	2	2,13	vysoce signifikantní

Vysvětlivky: * hodnota *p* stanovená Mannovým–Whitneyovým *U* testem
chir – chirurgické, nechir – nechirurgické

Hodnota *p* je v obou případech menší než 0,05, zamítáme tedy na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu

Závěr: Na nechirurgických pracovištích byl prokázán statisticky významně větší výskyt agrese verbální (S) i fyzické bez použití zbraně (T1).

Hodnocení fyzické agrese s použitím zbraně (T2) nebylo možno provést, protože výskyt tohoto typu agrese byl pro účely statistického hodnocení příliš nízký (s tímto typem agrese se setkala 26 ze 176 respondentů s frekvencí převážně 2 – zřídka).

2H Agrese zaměřená proti ženám ve srovnání s agresí proti mužům

2H₀ Výskyt agrese k ženám a k mužům se statisticky významně neliší

2H_A Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k ženám a k mužům

Pracoviště	n	Medián	Průměr	* <i>p</i> Mann–Whitney
S ženy	171	2	2,41	$p = 0,4420$
S muži	7	2	2,40	nesignifikantní
T1 ženy	171	2	1,97	$p = 0,0937$
T1 muži	7	1	1,62	nesignifikantní

Vysvětlivky: * hodnota *p* stanovená Mannovým–Whitneyovým *U* testem

Hodnota *p* je v obou případech větší než 0,05, nemůžeme tedy na 5% hladině významnosti zamítnout nulovou hypotézu.

Závěr: Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v agresi verbální (S) i fyzické bez použití zbraně (T1) k ženám a k mužům

Fyzická agrese s použitím zbraně (T2) nebyla hodnocena z výše uvedených důvodů.

3H Vliv absolvovaného školení na výskyt agrese

3H₀ Výskyt agrese k respondentům, kteří prodělali školení o agresi, se statisticky významně neliší od výskytu k těm, kteří školení neprodělali

3H_A Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k respondentům, kteří školení absolvovali a kteří školení neabsolvovali

Pracoviště	n	Medián	Průměr	* <i>p</i> Mann–Whitney
S školení ano	79	2,0	2,44	<i>p</i> = 0,1746
S školení ne	99	2,0	2,39	nesignifikantní
T1 školení ano	79	2,0	2,02	<i>p</i> = 0,1154
T1 školení ne	99	2,0	1,90	nesignifikantní

Vysvětlivky: * hodnota *p* stanovená Mannovým–Whitneyovým *U* testem

Hodnota *p* je v obou případech větší než 0,05, nemůžeme tedy na 5% hladině významnosti zamítnout nulovou hypotézu

Závěr: Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v agresi verbální (S) i fyzické bez použití zbraně (T1) k respondentům, kteří školení absolvovali a kteří školení neabsolvovali

4H Vliv vzdělání respondentů na výskyt agrese zaměřené proti nim

4H₀ Výskyt agrese k respondentům s vyšším vzděláním (vyšší odborná škola, bakalářské, magisterské studium) se statisticky významně neliší od výskytu agrese k respondentům s nižším vzděláním (středním odborné vzdělání)

4H_A Existuje statisticky významný rozdíl ve výskytu agrese k respondentům s vyšším a nižším vzděláním

Pracoviště	n	Medián	Průměr	* <i>p</i> Mann–Whitney
S vyšší vzdělání	72	2,0	2,54	p = 0,00576 signifikantní
S nižší vzdělání	106	2,0	2,32	
T1 vyšší vzdělání	72	2,0	1,97	p = 0,7785 nesignifikantní
T1 nižší vzdělání	106	2,0	1,94	

*Vysvětlivky: * hodnota p stanovená Mann–Whitneyovým U testem*

V kategorii S (verbální agrese) je *p* menší než 0,05, zamítáme tedy na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu.

V kategorii T1 (fyzická agrese bez použití zbraně) je *p* větší než 0,05, nemůžeme tedy na 5% hladině významnosti zamítnout nulovou hypotézu.

Závěr: Byl zjištěn statisticky vyšší výskyt agrese verbální (S) k respondentům s vyšším vzděláním než k respondentům s nižším vzděláním. V případě agrese fyzické se rozdíl nepotvrdil.

3.5. Diskuse

3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám

1H Agrese na chirurgických pracovištích ve srovnání s agresí na pracovištích nechirurgického charakteru

Porovnávali jsme výskyt agrese na odděleních nechirurgického a chirurgického charakteru. Do první skupiny jsme zařadili oddělení oborů, ve kterých je podle literárních údajů vyšší riziko patientské agrese (urgentní příjem, psychiatrická klinika, centrum následné péče a interní klinika), do druhé skupiny pro srovnání oddělení chirurgického charakteru (cévní a všeobecná chirurgie). Hills (2013) ve své rešeršní práci uvádí, že nejrizikovější z hlediska agrese je emergency, psychiatrie a geriatrie, kde jsou pacienti nejvíce vystaveni stresu, frustraci nebo mají kognitivní poruchy. Schablon (2012) z velkého průzkumu v Německu vyšla jako nejrizikovější místa práce z hlediska patientské agrese zařízení geriatrického charakteru. Podle práce Winstanley (2004) se více incidentů odehrálo na odděleních interního charakteru než na chirurgických odděleních. Zampieron (2010) uvádí, že nejvíce násilných událostí bylo na psychiatrii,

emergency a geriatrii, což potvrzuje i studie Ferriho (2016). Speroni (2014) zjistila nejvyšší frekvenci násilí vůči sestřám na emergency, zatímco Swain (2014a) na psychiatrii.

V našem šetření vyšel výskyt agrese statisticky významně vyšší na odděleních nechirurgického charakteru, která zahrnují výše uvedené rizikové obory, naše zjištění je tedy ve shodě s literárními údaji. Jedním limitem našeho šetření byl omezený výběr oddělení, kde jsme šetření vykonávali, proto by v dalším šetření bylo možné počet oddělení ještě rozšířit.

2H Agrese zaměřená proti ženám ve srovnání s agresí proti mužům

Násilím na pracovišti jsou postihováni muži i ženy, i když rozdílným způsobem, přičemž zvláště ženy bývají vystaveny určitým typům násilí, jako je sexuální zneužívání (Di Martino, 2002). Veselá (2004b) konstatuje, že stále pokračující koncentrace žen v málo placených a málo ceněných zaměstnáních v sektoru zdravotnictví a sociálních služeb činí ženy skutečným nebo předpokládaným nejsnáze zranitelným cílem násilí. Ženy jsou tedy vzhledem k značné feminizaci povolání zdravotní sestry nejčastějšími objekty násilí. Údaje o tom, zda je častější kontakt s násilím u žen než u mužů za určitou časovou jednotku již tak jednoznačné nejsou. Cavalcanti (2018) neshledává v tomto parametru žádný rozdíl, v jeho souboru však bylo zastoupeno pouze 5,4% mužů, obdobně nebylo riziko násilí vůči ženám vyšší než vůči mužům v pracích Lundströma (2007), Zampieron (2010) a Schablon (2012). Di Martino (2002) ve své souhrnné zprávě uvádí, že riziko násilí bylo genderově podmíněné jen v několika národních studiích, například v Bulharsku a Portugalsku byly ženy více vystaveny verbálnímu násilí, zatímco v Thajsku byli muži ve větším riziku fyzického násilí, mobbingu a rasového násilí. Yang (2018) zjistil v šetření v čínském psychiatrickém zařízení, že muži byli statisticky významně častěji napadeni než ženy (muži 2 incidenty za rok, ženy 1,4 incidentu za rok), situace zde však byla specifická, neboť 33% personálu byli muži, kteří pečovali o pacienty mužského pohlaví.

V našem souboru vyšel poněkud vyšší výskyt násilí vůči ženám než vůči mužům, rozdíl však nedosáhl statistické významnosti, což je vzhledem k malému zastoupení mužů (4 %) pochopitelné. Naše výsledky jsou v souladu s literárními údaji.

3H Vliv absolvovaného školení na výskyt agrese

Školení o prevenci a zvládání agrese na pracovišti obvykle zahrnuje tři složky: poznání rizikového chování a jeho spouštěčů, komunikace včetně deeskalačních technik a sebeobrana s nácvikem úniku. Programy trvají od 4 hodin do 3 dnů, někde se opakují v ročních intervalech (Morphet, 2018). Několik studií ukázalo, že tyto programy redukuje počet násilných incidentů (Ching, 2010; Magnavita, 2011; Gillam, 2014). Ve studii zaměřené pouze na únikové techniky a sebeobranu se ale zjistilo, že zdravotníci nejsou při simulovaném napadení schopni tyto způsoby obrany použít, proto jejich širší výuka nebyla doporučena (Dickens, 2009). Efekt nácviku komunikačních dovedností sledovala Nicola Swain. Výuka zdravotnických pracovníků probíhala interaktivní formou v malých skupinách s použitím multimediálních technologií ve čtyřech krátkých blocích. Po absolvování kurzu se snížila míra pociťované patientské agrese a hladina stresu a zvýšil se pocit pohody (Swain, 2014b). Překvapivý výsledek ukázala švédská studie, zaměřená na práci se zdravotním personálem, který se již setkal s fyzickým napadením. Šlo o prospektivní studii v trvání jednoho roku za účasti 1 203 respondentů z různých zdravotnických pracovišť, kteří vyplnili na začátku a konci studijního období dotazník zaměřený na výskyt násilných incidentů a znalosti o jejich zvládání. Respondenti byli randomizováni do 2 skupin, které se ve výchozích odpovědích nelišily. V průběhu studie byly s jednou skupinou jednotlivé incidenty podrobně analyzovány a byly doporučeny správné způsoby jejich řešení. Po jednom roce respondenti ve skupině, ve které bylo intervenováno, zaznamenali o 50% větší počet násilných incidentů než kontrolní skupina a statisticky významně častěji správně odpovídali na otázky týkající se hodnocení rizika a jak zacházet s rizikovým pacientem. Autoři to hodnotí jako přínos, protože respondenti se naučili lépe násilné chování identifikovat a zvládat ho (Arnetz, 2011).

V našem šetření se absolvování školení neukázalo být významné pro frekvenci patientské agrese. Může to být dáno počtem a výběrem respondentů, chyběly nám údaje o typu a rozsahu školení, mnozí respondenti se již na školení nepamatovali. Žádný z dotazovaných nevedl, že by absolvoval opakované školení pro obnovení znalostí. Dalším limitem výzkumu byla neochota respondentů odpovědět na otevřené otázky. V budoucnu proto plánujeme náš výzkum propracovat pro lepší sběr dat a vyhodnocení výsledků.

4H Vliv vzdělání respondentů na výskyt agrese zaměřené proti nim

Studie jsou většinou zaměřené na vliv postgraduálního školení zaměřeného na prevenci a zvládnutí agrese, studium pregraduální na úrovni vyššího a vysokoškolského vzdělání sester však také zahrnuje předměty psychologie a komunikace, proto jde o problematiku podobnou jako v předchozí hypotéze. Vliv jmenovitě pregraduálního vzdělávání zahrnují do svých studií např. Cavalcanti (2018) a Yang (2018), kteří shodně uvádějí, že výše vzdělání sester incidenci patientské agrese neovlivňuje. Nám vyšlo, že respondenti s vyšším vzděláním se častěji setkávají s verbální agresí než respondenti s nižším vzděláním, pro agresi fyzickou nebyl rozdíl statisticky významný. Očekávali bychom výsledek opačný. Snad se to dá vysvětlit větší vnímavostí vzdělanějších respondentů ke slovní agresi.

3.5.2 Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií

V literatuře jsme našli pouze 3 práce používající VAPS škálu (Lepiešová, 2013; Kačmárová, 2014; Tomagová, 2016). Ve srovnání s prací autorky škály Lepiešové nám vychází výskyt verbální i fyzické agrese nižší, porovnat s prací Kačmárové a Tomagové absolutní výskyt nelze, protože v publikaci nejsou příslušná data uvedena. Subškály verbální agrese (S), tělesná agrese bez použití zbraně (T1) a tělesná agrese s použitím zbraně (T2) ukazují v naší práci též nižší hodnoty (tabulka 4). Ke zjištění, zda jsou tyto rozdíly významné, by bylo nutno použít statistických metod, k čemuž by však bylo nutno mít k dispozici zdrojová data autorek.

Tabulka 4: Porovnání vlastních výsledků s předchozími studii používajícími VAPS škálu

VAPS škála *	Lepiešová (2013)	Kačmárová (2014)	Tomagová (2016)	Vlastní výsledky
Subškála S (μ)	2,566	2,50	3,27	2,41
Subškála T1 (μ)	2,158	2,01	2,61	1,95
Subškála T2 (μ)	1,162	1,19	1,32	1,06

* použita 6stupňová frekvenční škála 1 – nikdy, 2 – zřídka, 3 – občas, 4 – často, 5 – velmi často, 6 – neustále,

μ – aritmetický průměr

Výskyt agrese verbální i fyzické nám vyšel vyšší než ve velkých studiích provedených v ČR i vyšší, než je nejčastěji uváděno ve světové literatuře (tabulka 5), což může být – kromě kulturních a sociálních rozdílů ve zkoumané populaci – způsobeno použitou VAPS škálou, která je nestandardizovaná a není příliš rozšířena. Domníváme se, že nutnost kvantifikovat frekvenci kontaktu s agresí v posledním roce na stupnici 1–6 (zřídka až stále) vede k nadhodnocení. Respondent snáze odpoví, že setkal s agresí zřídka nebo občas, což je logicky hodnoceno, že se s agresí setkal, než kdyby se zamyslel nad otázkou typu ano/ne. Platnost našich výsledků je v každém případě omezená počtem a výběrem respondentů a jejich ochotou odpovídat na otázky. Pro porovnání výskytu agrese v ČR s ostatními zeměmi jsou potřeba větší studie za použití rozsáhlejšího spektra výzkumných nástrojů.

Tabulka 5: Porovnání vlastních výsledků s předchozími studii na úrovni kontaktu s agresí v posledním roce

Autor	Hills (2013) * [%]	Pompei (2013) * [%]	Čabanová (2004) [%]	Létal (2014) [%]	Lepiešová (2013) [%]	Vlastní výsledky [%]
Verb. ag.	15–75	22–90	42	44	96,3	95,5
Fyz. ag.	2–29	2–32	13	17	80,7	80,3

Vysvětlivky: verb.ag. – verbální agrese, fyz.ag. – fyzická agrese

** jde o rozsáhlé rešeršní práce zahrnující větší počet jednotlivých studií, které se liší metodikou i sledovaným obdobím*

3.5.3 Doporučení pro praxi

Agresivní chování pacientů je velmi častým jevem.

Jaké jsou tedy možnosti řešení, nebo alespoň částečného řešení problému? Některé návrhy řešení byly uvedeny v dotazníkovém šetření a další se osvědčily v mezinárodní praxi.

Z hlediska budoucího vývoje lze rozdělit možnosti řešení na několik úrovní:

A. Úroveň sestry a zdravotnického personálu

Co mohou udělat sestry pro zlepšení své situace? Jednou z nejdostupnějších možností je dlouhodobé vzdělávání, a to v oblasti prevence násilného chování, komunikace

s pacientem a nácvik deeskalačních strategií při řešení modelových situací. Vzhledem k široce dostupným odborným materiálům na internetu je možné si informace a možnosti vzdělávání aktivně vyhledávat na profesních webech nebo na dalších specializovaných zdravotnických platformách. Také lze získávat zkušenosti od starších spolupracovníků či nadřízených.

Dalším důležitým aspektem je hlášení agresivních incidentů. Jak ze samotného výzkumu, tak z veřejně dostupných dat je zřejmé, že ohlášené případy tvoří jen špičku pomyslného ledovce. Zdravotní personál by měl hlásit incidenty nadřízeným a managementu, v závažných případech ale také orgánům činným v trestním řízení.

B. Vedení nemocnice či oddělení – vnitřní aspekty

Management nemocnice má poměrně široké pravomoci v oblasti organizace práce, vnitřního řádu a dalších pravidel. Ve výzkumných datech se objevilo, že větší podpora nadřízených by byla velkou pomocí pro zdravotnický personál při jednání s agresivními pacienty a jejich příbuznými. Vedení nemocnice by mělo pravidelně organizovat kurzy pro personál týkající se problematiky agrese, násilí, komunikace s pacientem a zvládání stresových situací. Do vnitřního řádu pro pacienty mohou být zahrnuta opatření ke snížení agrese. Pro zlepšení vnitřní komunikace lze zřídit anonymní schránky, kam personál může směřovat své podněty, problémy a obavy.

Důležitá je dobrá dostupnost psychologa či psychiatra, který může s rizikovým pacientem pracovat a byl by k dispozici i zaměstnancům, kteří se s agresí setkali. Může též zajistit školení zdravotníků. Přínosem pro zvládání agresivních pacientů by bylo větší množství zdravotnického personálu, zvláště výraznější zastoupení mužů.

V zahraničí se osvědčily týmy pro zvládání agrese, které by v našich podmínkách mohla nahradit rychle dostupná pomoc vyškolené bezpečnostní služby.

C. Komunikace s veřejností, vnější komunikace

Tato úloha může připadnout zdravotnickým profesním organizacím, akademické obci, neziskovým organizacím, ministerstvu zdravotnictví či dalším expertním institucím, které na problém upozorní a budou o něm referovat ve veřejném prostoru.

D. Legislativní řešení

Z hlediska budoucího legislativního řešení by tak bylo možné zvážit nadstandardní právní ochranu pro zdravotnický personál v případě agresivních a násilných útoků.

Nevyřešená je kontrola zbraní u pacientů a návštěvníků nemocnice, která je podle zahraničních studií doporučena. Zdravotníci nemají právo se ptát na přítomnost zbraně ani kontrolovat obsah jejich zavazadel. Může tak docházet k podobným tragickým událostem, jako v březnu tohoto roku ve Vinohradské nemocnici (Česká tisková kancelář, 2019).

4. ZÁVĚR

Z mezinárodních výzkumů i z výsledků této práce je zřejmé, že násilné jednání vůči zdravotnickému personálu, zejména k sestrám, je významným negativním jevem ve zdravotnické praxi. S verbální formou agrese se v naší studii setkala 95,5% sester a s fyzickou formou agrese 80,3% sester, což jsou obdobné výsledky jako v jiných studiích, ve kterých bylo použito VAPS škály. Je to však více, než vyšlo v rozsáhlejších průzkumech v České republice i než se uvádí ve světové literatuře. Domníváme se proto, že by bylo potřeba provést další studie s větším počtem respondentů a s použitím širšího spektra výzkumných nástrojů. Limitací výzkumu byla malá ochota respondentů odpovídat na otevřené otázky. Větší motivace respondentů ke spolupráci by se dala dosáhnout realizováním některých návrhů a doporučení, uvedených v této práci, aby dotazovaní pozorovali snahu se problémem agresivity pacientů zabývat. Z výsledků našeho výzkumu lze usuzovat, že se jedná o rozsáhlý a aktuální problém, kterému má být věnována náležitá pozornost jak odbornou, tak laickou veřejností. Důležité také je, aby se zdravotničtí pracovníci cítili v práci bezpečně, neměli pocit ohrožení a mohli tak v klidu vykonávat svou práci. Kontakt s agresí snižuje atraktivitu zdravotnického povolání a přispívá ke vzniku syndromu vyhoření. Je proto důležité agresivitu ve zdravotnictví co nejvíce eliminovat, aby při dnešním nedostatku zdravotnického personálu nedocházelo k dalšímu odlivu zdravotníků do jiných profesí.

Náš výzkum i přes výše zmíněné limitace potvrdil, že většina respondentů problém agresivity ve zdravotnictví intenzivně pociťuje, avšak nevidí dostatečnou oporu v managementu nemocnic a snahu problém řešit. Cílem předkládané bakalářské práce bylo přispět k lepší informovanosti o dané problematice, jejím rozsahu a přinést návrhy na možná řešení. Všechny tyto cíle se podle našeho názoru podařilo splnit.

REFERENČNÍ SEZNAM

ADAMSON, Mary A., Audrey A. VINCENT a Jeff CUNDIFF, 2009. Common Ground Not A Battle Ground. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* [online]. **47**(8), 28-35 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.3928/02793695-20090706-01. ISSN 0279-3695.

ALLEN, Johnie J. a Craig A. ANDERSON, 2017. Aggression and Violence: Definitions and Distinctions. STURMEY, Peter. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression* [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2017-09-08, s. 1-14 [cit. 2019-03-22]. DOI: 10.1002/9781119057574.whbva001. ISBN 9781119057550.

ARCHER, John, 2009. The nature of human aggression. *International Journal of Law and Psychiatry* [online]. **32**(4), 202-208 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1016/j.ijlp.2009.04.001. ISSN 01602527.

ARNETZ, Judith E., Deanna ARANYOS, Joel AGER a Mark J. UPFAL, 2011. Development and application of a population-based system for workplace violence surveillance in hospitals. *American Journal of Industrial Medicine* [online]. **54**(12), 925-934 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1002/ajim.20984. ISSN 02713586.

AZAMI, Milad, Moslem MOSLEMIRAD, Mohammad Hossein YEKTAKOUSHALI, et al., 2018. Workplace Violence Against Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Violence and Victims* [online]. **33**(6), 1148-1175 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1891/0886-6708.33.6.1148. ISSN 0886-6708.

BURCHILL, Christian, 2015. Development of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses. *Work* [online]. **51**(1), 61-66 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.3233/WOR-141889. ISSN 10519815.

BUSS, Arnold H., 1961. *The psychology of aggression*. [online]. Hoboken: John Wiley & Sons [cit. 2019-03-01].

CAMERINO, Donatella, Madeleine ESTRYN-BEHAR, Paul Maurice CONWAY, Beatrice Isabella Johanna Maria VAN DER HEIJDEN a Hans-Martin HASSELHORN, 2008. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **45**(1), 35-50 [cit. 2019-03-19]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013. ISSN 00207489.

CAVALCANTI, Alessandro Leite, Eduardo dos Reis BELO a Emanuella de Castro MARCOLINO, 2018. Occupational Violence against Brazilian Nurses. *Iran J Public Health*. **47**(11), 1636-1643.

COWLING, Susan A., Margaret A. MCKEON a Tracey J. WEILAND, 2007. Managing acute behavioural disturbance in an emergency department using a behavioural assessment room. *Australian Health Review*. **31**, 296-304.

ČABANOVÁ, Bohumila, Karolína DOBIÁŠOVÁ a Helena HNILICOVÁ, 2004. První výsledky dotazníkového šetření k projektu Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách v ČR. In: HÁVA, Petr. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 79-111. ISBN 80-86625-21-4.

ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ, 2019. Postřelený pacient z pražské nemocnice zemřel [online]. Praha, 9.3.2019 [cit. 2019-04-12]. Dostupné z:

<https://zpravy.aktualne.cz/regiony/praha/v-prazske-nemocnici-na-vinohradech-strilel-pacient-zranil-dv/r~88d78518423911e9a049ac1f6b220ee8/>

DANIEL, Catherine, Marie GERDTZ, Stephen ELSOM, Jonathan KNOTT, Roshani PREMATUNGA a Elizabeth VIRTUE, 2015. Feasibility and need for violence risk screening at triage: an exploration of clinical processes and public perceptions in one Australian emergency department. *Emergency Medicine Journal* [online]. **32**(6), 457-462 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1136/emmermed-2013-202979. ISSN 1472-0205.

DEWALL, C. Nathan, 2011. The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence* [online]. **1**(3), 245 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1037/a0023842. ISSN 2152-0828.

DICKENS, Geoffrey L., G. ROGERS a Carol A. ROONEY, 2009. An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital: a replication study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. **16**(9), 777-783 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01449.x. ISSN 13510126.

DI MARTINO, Vittorio, 2002. *Workplace violence in the health sector: Synthesis Report*. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector.

DOWNES, Michael A, Paul HEALY, Colin B PAGE, Jennifer L BRYANT a Geoffrey K ISBISTER, 2009. Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia* [online]. **21**(3), 196-202 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1111/j.1742-6723.2009.01182.x. ISSN 17426731.

DUXBURY, Joy, 2003. Testing a new tool: the management of aggression and violence attitude scale (MAVAS). *Nurse Researcher* [online]. **10**(4), 39-52 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.7748/nr2003.07.10.4.39.c5906. ISSN 1351-5578.

FARRELL, Gerald A., Christina BOBROWSKI a Peter BOBROWSKI, 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **55**(6), 778-787 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03956.x. ISSN 0309-2402.

FERNS, Terry, 2006. Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standard* [online]. **21**(13), 42-46 [cit. 2019-03-02]. DOI: 10.7748/ns.21.13.42.s50. ISSN 0029-6570.

FERRI, Paola, Monica SILVESTRI, Cecilia ARTONI a Rosaria DI LORENZO, 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management* [online]. **9**, 263-275 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.2147/PRBM.S114870. ISSN 1179-1578.

GILLAM, Sally Wakefield, 2014. Nonviolent Crisis Intervention Training and the Incidence of Violent Events in a Large Hospital Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal* [online]. **36**(2), 177-188 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1097/TME.000000000000019. ISSN 1931-4485.

GILLESPIE, Gordon L., Sharon L. FARRA a Donna M. GATES, 2014. A workplace violence educational program: A repeated measures study. *Nurse Education in Practice* [online]. **14**(5), 468-472 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.nepr.2014.04.003. ISSN 14715953.

HERSHCOVIS, M. Sandy, Nathan A. BOWLING, Nathan A. BOWLING a M. Sandy HERSHCOVIS, 2017. Introduction. BOWLING, Nathan A. a M. Sandy HERSHCOVIS, ed. *Research and Theory on Workplace Aggression* [online]. Cambridge: Cambridge University Press, s. 1-6 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1017/9781316160930.001. ISBN 9781316160930.

HILLS, Danny J., 2018. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian* [online]. **25**(6), 607-612 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1016/j.colegn.2018.08.002. ISSN 13227696.

HILLS, Danny a Catherine JOYCE, 2013. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior* [online]. **18**(5), 554-569 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.avb.2013.07.014. ISSN 13591789.

HOFMANNOVÁ, Kateřina, 2010. Pracovní násilí a jeho zdroje. *Florence*. **6**(11), 1. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/11/>

HUBER, Robert. a Patricia A. BRENNAN, 2011. Aggression. HUBER, Robert a Danika L. BANNASH. *Aggression*. San Diego: Elsevier, s. 1-6. ISBN 978-0-12-380858-5.

HUESMANN, L Rowell, 2018. An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology* [online]. **19**, 119-124 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.04.015. ISSN 2352250X.

CHING, Hannah, Michael DAFFERN, Trish MARTIN a Stuart THOMAS, 2010. Reducing the use of seclusion in a forensic psychiatric hospital: assessing the impact on aggression, therapeutic climate and staff confidence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* [online]. **21**(5), 737-760 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1080/14789941003681361. ISSN 1478-9949.

JANSEN, Gerard J., Berry MIDDEL a Theo W.N. DASSEN, 2005. An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **42**(4), 467-477 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.007. ISSN 00207489.

KAČMÁROVÁ, Monika, Elena GURKOVÁ a Lucia ČELAKOVSKÁ, 2014. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. *Ošetrovatelstvo*. **4**(1), 16-24. ISSN 1338-6263.

KLING, Rakel N., Annalee YASSI, Elizabeth SMAILES, Chris Y. LOVATO a Mieke KOEHOORN, 2011. Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **48**(5), 534-539 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.10.006. ISSN 00207489.

KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2005. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. **85**(4), 232.

LEPIEŠOVÁ, Martina, Juraj ČÁP, Katarína ŽIAKOVÁ a Mária NĚMČEKOVÁ, 2012. Výskyt agresie pacientov voči sestram: psychometrické Vlastnosti meracieho nástroja. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. **2**(1), 26-32.

LEPIEŠOVÁ, Martina a Mária NĚMČEKOVÁ, 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. *Sociológia*. **45**(2), 172-194.

LEPPING, Peter, Srinivas V. LANKA a Jim TURNER, 2013. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. *Clinical*

Medicine [online]. **13**(6), 543-546 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.7861/clinmedicine.13-6-543. ISSN 1470-2118.

LÉTAL, Jiří, 2014. *Statistické výstupy diagnostického šetření výskytu násilí na pracovištích ve zdravotnictví a sociálních službách* [online]. Praha: Unie zaměstnavatelských svazů ČR [cit. 2019-03-08]. Dostupné z: http://www.crauzs.cz/images/1418764065_sbornik.pdf

LIPSCOMB, Jane A. a Kathleen MCPHAUL, 2006. Violence prevention in the mental health setting: The New York State experience. *Canadian Journal of Nursing Research*. **38**, 96-117.

LUNDSTRÖM, Mats O., Sture ÅSTRÖM a Ulla H. GRANEHEIM, 2007. Caregivers' experiences of exposure to violence in services for people with learning disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. **14**(4), 338-345 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01081.x. ISSN 1351-0126.

MAGNAVITA, Nicola, 2011. Violence prevention in a small-scale psychiatric unit: Program planning and evaluation. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. **17**, 336-344.

MCMURRAN, Mary a Richard C. HOWARD, 2009. *Personality, personality disorder, and violence*. New York: Wiley. ISBN 978-0-470-05948-7.

MILCZAREK, Malgorzata, 2010. Definitions for violence and harassment at work. In: EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, s. 16-23. DOI: 10.2802/12198. ISBN 978-92-9191-268-1.

MORPHET, Julia a Debra GRIFFITHS, 2018. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review. *Collegian* [online]. **25**(6), 621-632 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.colegn.2018.04.003. ISSN 13227696.

NIJMAN, Henk a Peter MURIS, 1999. The Staff Observation Aggression Scale—Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*. **25**, 197-209.

NIU, Shu Fen a Tung Yao LEE, 2018. Workplace violence against nurses in northern Taiwan: A cross-sectional study. *Journal of Nursing* [online]. **65**(6), 44-54 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.6224/JN.201812_65(6).07.

PALMSTIERNA, Tom a Eva BARREDAL, 2009. Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. *Nordic Journal of Psychiatry* [online]. **60**(6), 447-451 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1080/08039480601021803. ISSN 0803-9488.

PALMSTIERNA, Tom a Börje WISTEDT, 1987. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. **76**(6), 657-663.

PEKARA, Jaroslav, 2007. Napadení zdravotnických záchranářů. *Florence*. **3**(4), 175-176.

PEKARA, Jaroslav, 2013. Násilí ve zdravotnictví. *Praktický lékař*. **93**(6), 264-268.

PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ, 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství: přehledová studie. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. (2), 187-191. ISSN 1804-7858.

POMPEII, Lisa A., Ashley L. SCHOENFISCH, Hester J. LIPSCOMB, 2015. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*

[online]. 58(11), 1194-1204 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1002/ajim.22489. ISSN 02713586.

POMPEII, Lisa, John DEMENT, Ashley SCHOENFISCH, 2013. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research* [online]. 44, 57-64 [cit. 2019-03-13]. DOI: 10.1016/j.jsr.2012.09.004. ISSN 00224375.

RAMÍREZ, J.Martin a Jose Manuel ANDREU, 2006. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [online]. 30(3), 276-291 [cit. 2019-03-01]. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2005.04.015. ISSN 01497634.

RANKINS, Robert C a Gregory W HENDEY, 1999. Effect of a security system on violent incidents and hidden weapons in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* [online]. 33(6), 676-679 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/S0196-0644(99)80006-7. ISSN 01960644.

RAYAN, Ahmad, Mo'men SISAN a Omar BAKER, 2019. Stress, Workplace Violence, and Burnout in Nurses Working in King Abdullah Medical City During Al-Hajj Season. *Journal of Nursing Research* [online]. [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1097/jnr.000000000000291. ISSN 1682-3141.

SCHABLON, Anja, Annett ZEH, Dana WENDELER, Claudia PETERS, Claudia WOHLERT, Melanie HARLING a Albert NIENHAUS, 2012. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* [online]. 2(5) [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420. ISSN 2044-6055.

SPERONI, Karen Gabel, Tammy FITCH, Elaine DAWSON, Lisa DUGAN a Martin ATHERTON, 2014. Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. *Journal of Emergency Nursing* [online]. 40(3), 218-228 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1016/j.jen.2013.05.014. ISSN 00991767.

SWAIN, Nicola, Chris GALE a Rachel GREENWOOD, 2014. Patient aggression experienced by staff in a public hospital setting. *Journal of the New Zealand Medical Association*. 127(1394), 8-10. ISSN 1175 8716.

SWAIN, Nicola a Christopher GALE, 2014. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 51(9), 1241-1245 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016. ISSN 00207489.

SZKANDEROVÁ, Michaela a Darja JAROŠOVÁ, 2008. THE INCIDENCE OF AGGRESSION IN HEALTHCARE INSTITUTIONS. *Profese online* [online]. 1(1), 1-9 [cit. 2019-03-07]. DOI: 10.5507/pol.2008.001. ISSN 18034330.

TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ a Martina LEPIEŠOVÁ, 2016. Nurses' experience and attitudes towards inpatient aggression on psychiatric wards. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 7(3), 462-469.

VESELÁ, Jana, 2004b. *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví : rámcový návod pro řešení*. Praha: Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR.

VESELÁ, Jana, 2004a. Příčiny a prevence násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociální péči. In: *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*.

Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 14. ISBN 80-86625-21-4.

VEVERA, Jan, Martin ČERNÝ a Pavel KRÁL, 2011. Agrese a násilné chování. *Postgraduální medicína*. **13**(2), 220-227. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/agrese-a-nasilne-chovani-457912>

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

WINSTANLEY, Sue a Richard WHITTINGTON, 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **13**(1), 3-10 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x. ISSN 0962-1067.

YANG, Bing Xiang, Teresa E. STONE, Marcia A. PETRINI a Diana L. MORRIS, 2018. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. **32**(1), 31-38 [cit. 2019-03-21]. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.09.013. ISSN 08839417.

ZACHAROVÁ, Eva, 2009. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med.* **11**(10), 471.

ZAMPIERON, Alessandra, Marilena GALEAZZO, Susanna TURRA a Alessandra BUJA, 2010. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing* [online]. no-no [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03118.x. ISSN 09621067.

ZEH, Annett, Anja SCHABLON a Claudia WOHLERT, 2009. Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. *Das Gesundheitswesen* [online]. **71**(08/09), 449-459 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.1055/s-0029-1192027. ISSN 0941-3790.

SOVES-A questionnaire, 2013. *Clinical Medicine* [online]. **13**(6), 1-1 [cit. 2019-03-03]. DOI: 10.7861/clinmedicine.13-6-1. ISSN 1470-2118. Dostupné z: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/cgi/doi/10.7861/clinmedicine.13-6-1>

Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector: Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, 2002. Geneva: International Labour Office. ISBN 92-2-113446-6.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Věkové rozložení respondentů

Graf 2 – Délka praxe respondentů

Graf 3 – Vzdělání respondentů

Graf 4 – Setkání s verbální agresí v posledních 12 měsících

Graf 5 – Setkání s fyzickou agresí v posledních 12 měsících

Graf 6 – otázka V1 – Pomluvy

Graf 7 – otázka V2 – Neoprávněné obviňování

Graf 8 – otázka V3 – Verbální útok – urážky, nadávky

Graf 9 – otázka V4 – Verbální útok – zastrašování, výhružky

Graf 10 – otázka V5 – Slovní poznámky sexuálního charakteru

Graf 11 – otázka V6 – Plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí

Graf 12 – otázka V7 – Strkání, hození předmětu

Graf 13 – otázka V8 – Facka, úder pěstí, kopnutí

Graf 14 – otázka V9 – Škracení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení

Graf 15 – otázka V10 – Tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)

Graf 16 – otázka V11 – Sexuální napadnutí s fyzickým ublížením

Graf 17 – Účinnost absolvování školení/kurzu komunikace s agresivním pacientem pro odhalení rizikových faktorů agresivního chování

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání frekvence agrese v dříve realizovaných studiích

Tabulka 2: Návratnost dotazníků

Tabulka 3: Popisné charakteristiky VAPS škály na úrovni položek, subškál a VAPS jako celku

Tabulka 4: Porovnání vlastních výsledků s předchozími studiiemi používajícími VAPS škálu

Tabulka 5: Porovnání vlastních výsledků s předchozími studiiemi na úrovni kontaktu s agresí v posledním roce

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** Dotazník
- Příloha 2** Povolení k výzkumnému šetření ve FN v Motole
- Příloha 3** Povolení k výzkumnému šetření v Nemocnici na Homolce

PŘÍLOHA 1 Dotazník***Vážené respondenty, vážení respondenti***

Jmenuji se Zuzana Petříková a jsem studentkou 3. ročníku ošetrovatelství, studijního oboru: Všeobecná sestra na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, získané informace poslouží jako hlavní podklad k praktické části mé Bakalářské práce na téma „Agresivní chování pacientů z pohledu sestry“.

Dotazník je anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jednu vyhovující odpověď. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10-15 minut.

Předem děkuji za Vaši trpělivost a ochotu

DOTAZNÍK**Violence and Aggression of patients scale- -VAPS škála**

Jak často jste se setkali s těmito typy agrese pacientů vůči Vám během posledních 12 měsíců? Hodnoťte prosím na 6 st. frekvenční škále.

1 nikdy 2 zřídka 3 občas 4 často 5 velmi často 6 neustále
Číslo prosím zakroužkujte.

<u>Slovní agrese:</u>						
1. pomluvy	1	2	3	4	5	6
2. neoprávněné obviňování	1	2	3	4	5	6
3. verbální útok- urážky, nadávky	1	2	3	4	5	6
4. verbální útok- zastrašování, výhrůžky	1	2	3	4	5	6
5. slovní poznámky sexuálního charakteru	1	2	3	4	5	6
<u>Tělesná agrese bez použití útočné zbraně:</u>						
6. plivnutí, kousnutí, poškrábání, štípnutí	1	2	3	4	5	6
7. strkání, hození předmětu	1	2	3	4	5	6
8. facka, úder pěstí, kopnutí	1	2	3	4	5	6
<u>Tělesná agrese s použitím útočné zbraně</u>						
9. škrcení, napadnutí ostrým předmětem, bodnutí, postřelení	1	2	3	4	5	6
10. tělesný kontakt se sexuálním záměrem (bez fyzického ublížení)	1	2	3	4	5	6
11. sexuální napadnutí (i s fyzickým ublížením)	1	2	3	4	5	6

12. Pokud jste se setkal/a s některým z výše zmíněných typů agrese, hlásil/a jste to zaměstnavateli jako mimořádnou událost?

a) ano

Pokud ano, jaká byla reakce Vašeho zaměstnavatele či řešení?

b) ne

Pokud ne, jaký byl důvod?

c) nevím

13. Máte ověřenou komunikační nebo jinou taktiku jak se s agresi pacientů vypořádat či jak ji předcházet?

a) ano

Pokud ano, popište ji

.....
.....
.....
.....

b) ne

c) nevím

14. Co by Vám nejvíce pomohlo v řešení problému agrese vůči sestram?**15. Vnímáte rozdíly v agresivitě pacientů vůči sestram a vůči lékařům?**Pohlaví: muž žena**Rodinný stav:** svobodný(á) vdaná/ženatý rozvedený/rozvedená
vdovec/vdova

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? SŠ VOŠ VŠ - bakalářské magisterské

Jaká je délka Vaší praxe v oboru?

Na jakém pracovišti aktuálně pracujete?

16. Absolvoval/a jste nějaké školení/seminář na téma komunikace s agresivním pacientem? ano ne

Pokud ano přejděte prosím k otázce číslo 17, 18 a 19

17. Pomohlo Vám absolvování tohoto školení ve Vaší praxi? Jak?**18. V čem spatřujete přínos školení pro sebe osobně?****19. Dokážete díky absolvování tohoto kurzu/semináře podle Vás lépe včas odhalit rizikové faktory agresivního chování a případně mu předejít?** ano ne nevím

PŘÍLOHA 2

Povolení k výzkumnému šetření ve FN v Motole

Zuzana Petříková, Chopinova 6, Praha 2, 12000, Tel:73864915, e-mail: zuzannka.p@centrum.cz

Mgr. Jana Nováková MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
Praha 5, 15000

Věc: Žádost o umožnění provedení empirického šetření ve FN v Motole

Vážená paní náměstkyně,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Ústavu ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol v Praze. Podmínkou ukončení mého studia je zpracování bakalářské práce. Obracím se na Vás s žádostí zrealizovat ve FN v Motole svůj průzkum na téma „*Agresivní chování pacientů z pohledu sestry*“. Konkrétně na interních klinikách, klinikách všeobecné chirurgie, Centru následné péče, Urgentním příjmu dospělých a na Dětské psychiatrické klinice. Průzkum plánuji zrealizovat formou dotazníku pro zdravotní sestry, který příkládám.

Za kladné vyřízení předem velmi děkuji

S pozdravem

V Praze, dne 5.11.2018

Zuzana Petříková



- 8 - 11 - 2018

dočetla jsem.

Mgr. Jana NOVÁKOVÁ, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Motol

PŘÍLOHA 3

Povolení k výzkumnému šetření v Nemocnici na Homolce



Roentgenova 2, 150 30 Praha 5
Tel.: +420 257 271 111
IČO: 00023884

03_F_NNH_104

Žádost o provádění výzkumného šetření v NNH za účelem studijních prací

Žádost o provádění výzkumného šetření v NNH za účelem studijních prací

Jméno a příjmení žadatele	Zuzana Petříková, DiS.
Datum narození	20.12.1978
Adresa trvalého bydliště	Chopinova 6, Praha 2, 120 00
Kontaktní telefon	737 864 915
Kontaktní email	Zuzanka.p@centrum.cz
Název vzdělávací instituce, kde žadatel studuje	2. LF UK, Praha
Anotace výzkumu	Agresivní chování pacientů z pohledu sestry.
Způsob provádění výzkumu	Dotazník.
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn	Cévní chirurgie, Všeobecná chirurgie, Interna
Doba trvání výzkumu (od – do)	21.11. – 31.12.2018
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (GDPR), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Dotazník pro sestry.

V Praze dne 21/11/18

Podpis studenta

V Praze dne 21/11/18

Podpis garanta výzkumu (vedoucí stud. práce)

Vyjádření a podpis náměstka OP/náměstka LPP

 souhlasím nesouhlasím

Podpis náměstka OR/náměstka LPP

Verze: 01, 7/2018

Stránka 1 z 1