

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Jan Černý

**Deeskalace agresivního chování pacienta na
psychiatrickém oddělení**

Bakalářská práce

Praha 2022

Autor práce: Jan Černý

Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Oponent práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Datum obhajoby: červen 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení zpracoval samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedl veškeré použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložena do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 3. 4. 2022

Jan Černý

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval vedoucímu bakalářské práce PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA, za jeho odborné vedení, poskytnutí cenných rad a trpělivý přístup při konzultacích. Dále bych chtěl poděkovat své rodině za jejich podporu a trpělivost během mého studia.

Bibliografický záznam

Černý, Jan. Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2022. 82 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. RNDr. Daniela Jirkovský, Ph.D., MBA.

Abstrakt

Bakalářská práce „Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení“ se zabývá problematikou výskytu agrese, její prevencí a efektivním řešením. **Cílem práce** bylo zjistit četnost výskytu agrese, jejímu typu, příčiny a způsobu řešení. Dalším cílem práce bylo zjistit četnost školení, která respondenti absolvovali, a jejich zájem o případnou nabídku školení zaměřeného na zvládání agrese. **Teoretická část** práce uvádí základní přehled řešené problematiky, popis deeskalačních technik a dalších možností zvládání agrese a jejímu předcházení. **V empirické části** práce jsou uvedeny výsledky vlastního šetření a jejich komparace s výsledky jiných odborných výzkumů. **Metodou** výzkumného šetření byl dotazník vlastní konstrukce, který byl distribuován všeobecným a praktickým sestřím Psychiatrické nemocnice Bohnice. Do vlastní studie bylo zahrnuto 108 řádně vyplněných dotazníků. **Výsledky:** Bylo zjištěno, že se více než 58 % respondentů setkává s verbální agresí minimálně jednou v týdnu a téměř 29 % respondentů se minimálně jednou v týdnu setká s agresí brachiální. Vzhledem k takto častému výskytu agrese bylo pouze necelých 59 % dotazovaných alespoň jednou v uplynulých pěti letech proškoleny v řešené problematice. **Závěr:** Z vlastního výzkumu vyplývá nutnost zaměřit se na problematiku zvládání agrese a předcházení vzniku násilí při poskytování ošetrovatelské péče v psychiatrii.

Klíčová slova: agrese; deeskalace; konflikt; násilí; psychiatrie

Abstract

The bachelor's thesis "De-escalation of aggressive patient behavior in the psychiatric ward" deals with the issue of aggression, its prevention and effective solution. **The aim of the work** was to determine the frequency of aggression, its type, cause and method of solution. Another aim of the work was to find out the frequency of trainings that the respondents completed and their interest in a possible offer of training focused on managing aggression. **The theoretical part** of the thesis provides a basic overview of the issue, a description of de-escalation techniques and other options for managing aggression and its prevention. **The empirical part** of the work presents the results of own research and their comparison with the results of other professional research. **The method** of the survey was a self-designed questionnaire, which was distributed to general and practical nurses of the Psychiatric Hospital Bohnice. 108 duly completed questionnaires were included in the study itself. **Results:** It was found that more than 58% of respondents experience verbal aggression at least once a week and almost 29% of respondents experience brachial aggression at least once a week. Due to such a frequent occurrence of aggression, only less than 59% of respondents have been trained in the issue at least once in the past five years. **Conclusion:** The research shows the need to focus on the management of aggression and prevention of violence in the nursing care in psychiatry.

Key words: aggression; de-escalation; conflict; violence; psychiatry

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jan Černý**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

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

Název práce: **Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení**

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:

BOWERS L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 21(6):499-508, 2014 Aug. Dostupné také z: <https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12129>

COWMAN S; BJORKDAHL A; CLARKE E; GETHIN G; MAGUIRE J; European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res.* 17(1):59, 2017 01 19. Dostupné také z: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>

GEOFFRION S; GONCALVES J; GIGUERE CE; GUAY S. Impact of a Program for the Management of Aggressive Behaviors on Seclusion and Restraint Use in Two High-Risk Units of a Mental Health Institute." *Psychiatr Q.* 89(1):95-102, 2018 03. Dostupné také z: <https://dx.doi.org/10.1007/s11126-017-9519-6>

KRAČMÁROVÁ, Monika, Elena GURKOVÁ, Lucia ČEJOVSKÁ a Alexandra RENDEKOVÁ. Prediktory postojov sestier k agresii pacientov. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2014, 4(1), 16-24 [cit. 2021-01-19]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2014/01/2014-rocnik-4-cislo-1.pdf

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/agresivita-v-psihiatrii-2184/>

LEPIEŠOVÁ, Martina, Martina TOMAGOVÁ, Ivana BÓRIKOVÁ a Jana POLJAKOVÁ. Porovnanie názorov zdravotníckeho personálu a psychiatrických pacientov na agresiu pacientov v psychiatrii s použitím škály MAVAS. Psychiatrie. 2015, 19(2), 70-75. ISSN 1211-7579. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/>

LEPIEŠOVÁ, Martina, Martina TOMAGOVÁ, Ivana BÓRIKOVÁ, Ivan FARSKÝ, Katarína ŽIAKOVÁ a Radka KURUCOVÁ. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. Central European Journal of Nursing and Midwifery [online]. 2015, 6(3), 306-312 [cit. 2021-01-19]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: doi:10.15452/CEJNM.2015.06.0020

LORENZ, Konrad. Takzvané zlo: přírodní zákonitosti agrese. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1477-9.

OZCAN NK; BILGIN H; BADIRGALI BOYACIOGLU NE; KAYA F. Student nurses attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression. Int J Nurs Pract. 20(4):346-52, 2014 Aug. Dostupné také z: <https://dx.doi.org/10.1111/ijn.12157>

PÁV, Marek, Radek PTÁČEK a Martina VŇUKOVÁ. SAPROF: strukturované posouzení protektivních faktorů při posuzování rizika násilného chování. [Praha]: [Ministerstvo zdravotnictví ČR], [2020]. ISBN 978-80-85047-59-2.

PEKARA, Jaroslav. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.

VŇUKOVÁ, Martina, Radek PTÁČEK, Marek PÁV a Jan VEVERA. HCR-20v3: hodnocení rizika násilí. [Praha]: [Ministerstvo zdravotnictví ČR], [2020]. ISBN 978-80-85047-61-5.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **Mgr. Dorková Zlatica, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry
V Praze dne 26.4.2021


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

Obsah

SEZNAM ZKRATEK	11
1. ÚVOD.....	12
1.1. Cíle práce	13
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	14
2.1. Agrese	14
2.1.1. Základní dělení agrese	14
2.2. Agresivita	15
2.3. Hostilita (nepřátelství).....	15
2.4. Neklid.....	16
2.5. Násilí	16
2.6. Agrese v psychiatrii.....	16
2.7. Příčiny vzniku agrese ze strany pacienta	18
2.8. Příčiny vzniku agrese ze strany ošetrovatelského personálu	20
2.9. Deeskalace.....	21
2.9.1. Vyhodnocení situace	23
2.9.2. Správná komunikace	23
2.9.3. Neverbální komunikace	24
2.9.4. Verbální komunikace	26
2.9.5. Taktické vyjednávání	27
2.10. Další možnosti zvládnání agrese	28
2.10.1. Fyzické omezení.....	28
2.10.2. Prevence vzniku agrese (Safewards).....	29
3. EMPIRICKÁ ČÁST	34
3.1. Cíle práce a stanovení hypotéz.....	34
3.2. Metodika sběru dat	35
3.3. Organizace vlastního výzkumu	35
3.4. Charakteristika výzkumného souboru	36
3.5. Výsledky vlastní práce	41
3.6. Diskuse	53
3.6.1. Výsledky vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám.....	53
3.6.2. Porovnání vlastních výsledků šetření s dříve provedenými studii.....	63
3.6.3. Doporučení pro praxi	65

4. ZÁVĚR.....	66
REFERENČNÍ SEZNAM	68
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	72
SEZNAM TABULEK	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74
PŘÍLOHY	75

SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

cit. – citace

č. – číslo

ČR – Česká republika

et al. – a kolektiv

EU – evropská unie

H – hypotéza

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

n – absolutní četnost

např. – například

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

s. – strana

Sb. – sbírka

SD – směrodatná odchylka

Sm. odch. – směrodatná odchylka

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

tj. – to je

tzn. – to znamená

Var. koef. – variační koeficient

vč. – včetně

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

% – relativní četnost

1. ÚVOD

Agresivní a násilné chování je v dnešní době velmi aktuálním a často řešeným tématem v odborné i veřejné společnosti. Jak upozorňuje celá řada autorů a např. také Honzák (2015), současný společenský vývoj je naneštěstí obecně poznamenán narůstající agresivitou, brutalitou a násilím, které se stále častěji obracejí i proti zdravotnickému personálu.

„Ze zahraničních studií je patrné, že sestry jsou násilím ve zdravotnictví ohroženy nejvíce. Slouží jako „nárazník“ mezi pacientem a lékařem, jsou v neustálém a přímém kontaktu s pacientem“ (Pekara, 2011, s. 190).

Násilí a agrese obracející se proti sestřím se vyskytuje napříč celé klinické praxe ve všech ošetrovatelských disciplínách. Agrese a násilí byly již od raných dob ošetrovatelství potenciálním či aktuálním rizikem výkonu povolání zdravotní sestry (Lepiešová, 2013).

V rámci své praxe v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB) se s hostilným chováním, agitovaností a verbální či brachiální agresivitou setkávám prakticky denně, proto jsem při volbě tématu bakalářské práce volil právě toto téma. Povolání sestry je samo o sobě náročné, ať už z hlediska odborné přípravy, aktuálního systému vzdělávání, nedostatečného ohodnocení a nepravdivosti životního stylu, nebo právě pro mnohdy obtížné jednání s pacienty. To platí zvláště při poskytování ošetrovatelské péče v psychiatrii, kde se s agresivním chováním pacientů sestra může setkávat poměrně častěji než na odděleních somatických. Opakované setkání s agresí či násilím může být pro sestry velmi stresující, a tím negativně ovlivňující kvalitu poskytované péče. V některých případech může vést až k syndromu vyhoření či psychickým poruchám, proto je v první řadě důležité takovým situacím předcházet. Z vlastní zkušenosti vím, že v mnoha případech končí konflikty na oddělení fyzickým omezením pacienta, chemickým omezením, tj. farmakologickým řešením neklidu a v převážné většině kombinací těchto dvou omezení. Takové druhy restriktivních opatření však nesmí být první volbou při zvládnutí agrese, a to jak s ohledem na nebezpečí ohrožení zdravotního stavu pacienta či narušení terapeutického vztahu s ošetrujícím personálem, tak s ohledem na možnost zneužití takových opatření. Těmto omezením a s nimi spojenými nežádoucími účinky lze v mnoha případech předcházet použitím vhodných komunikačních technik a správného jednání s potencionálním agresorem. Takové jednání se nazývá deescalace. Alespoň základní techniky deescalace by měl znát každý zdravotník. To platí zejména při poskytování ošetrovatelské péče v psychiatrii. Věřím, že teoretická část této práce bude přínosem právě pro uvedení těchto poznatků.

1.1. Cíle práce

Jak bylo uvedeno výše, záměrem této bakalářské práce je zmapování a vyhodnocení četnosti výskytu agrese na lůžkových odděleních akutní a následné péče Psychiatrické nemocnice Bohnice a dále analýza přístupu sester k danému problému. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle bakalářské práce:

- Uvést relevantní poznatky k řešené problematice za použití světové i domácí literatury.
- Vytvořit dotazník vlastní konstrukce a zadat ho určené skupině.
- Získaná data utřídit, provést jejich analýzu a získat tak relevantní statistická data.
- Statisticky významná data interpretovat.
- Vyhodnotit závěry z vlastního šetření, porovnat je s dříve provedenými studiemi a stanovit doporučení pro praxi.

2. TEORETICKÁ ČÁST

Úvodní část teoretické části práce obsahuje základní pojmy související s agresí. Dále je pozornost věnována možným příčinám vzniku agresivního chování na psychiatrii a stěžejní je popis samotné deeskalace a deeskalačních technik. Na konci teoretické části jsou uvedeny další možnosti zvládnání agrese a také prevence jejího výskytu na psychiatrických odděleních.

2.1. Agrese

Řada autorů má snahu jasně definovat agresi a agresivitu, avšak přesto, že se v určitých kritériích obecně shodují, obecně platné univerzální vymezení agrese dosud neznáme. Agrese (z lat. *agressio* = výpad, útok) je projev agresivního chování jedince a je chápána jako jakákoliv forma chování nebo jednání, jejímž cílem je úmyslně poškodit nebo ublížit druhým, celkově zahrnuje široké spektrum projevů (Harsa, 2012, Martínek, 2015).

Britský národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE, 2015) popisuje agresi jako chování či jednání, které má potenciál ublížit, poškodit nebo zranit jinou osobu, ať už fyzicky nebo verbálně, a to bez ohledu na to, zda je újma skutečně utrpěna či nikoli nebo na to, zdali se jedná o jasný záměr.

Látalová definuje agresi jako nepřátelské, zraňující nebo destruktivní chování, které je zapříčiněno multifaktoriálně, včetně politických, společenských, ekonomických, zdravotních a psychologických faktorů. Také udává, že agresi často zapříčiňuje frustrace (Látalová, 2013).

„Agrese je často doprovázena afektem hněvu, vzteku nebo pocity nenávisti a může vést až k fyzickému zranění zdravotníka nebo spolupacienta či zničení nejrůznějších předmětů“ (Petr, 2014, s. 171).

2.1.1. Základní dělení agrese

Verbální agrese – Agresor křičí, nadává, je ironický nebo sarkastický. Obecně řečeno je styl jeho komunikace proti oběti devalvační. Cílem verbální agrese je většinou zastrašit protějšek, demonstrovat nadvládu, prosazovat své požadavky nebo poukazovat na jeho moc nad situací (Venglářová, 2006, Andršová, 2012).

Petr (2014) dále verbální agresi dělí na přímou, kdy pacient sestře přímo vynadá nebo ji uráží, a na nepřímou, která je typická například psaním dopisů nebo telefonováním a skrze tyto prostředky agresi ventiluje (Petr, 2014).

Brachiální agrese – Fyzický útok zaměřený vůči věcem nebo živým tvorům, který je proveden se zbraní či bez zbraně. Může se jednat o strkání, kopání, údery pěstí či facky aj. (Petr, 2014, Andršová, 2012).

Autoagrese – Cílené násilí proti vlastní osobě. Projevy autoagrese mohou být např. různé formy sebepoškozování, v extrémní formě pak suicidium (sebevražda) (Marková, 2006). Tato forma agrese však není předmětem této práce.

Heteroagrese – Agrese zaměřená na ostatní jedince (Andršová, 2012).

2.2. Agresivita

Agresivitu lze do jisté míry považovat za charakteristický znak osobnosti neboli individuální dispozici k agresivnímu chování. Agresivita (z lat. *aggressivus* – útočný) je vlastnost jedince, jeho postoj nebo pohotovost k agresi (Martínek, 2015).

Harsa (2012) definuje agresivitu jako vlastnost nebo také povahový rys, který je determinován biologicky, kognitivně i psycho-sociálně. Tato vlastnost je přítomna u každého člověka, a to ve větší nebo menší míře (Harsa, 2012).

2.3. Hostilita (nepřátelství)

Je považována za nejnižší stupeň agrese, je zřejmá z chování a vystupování pacienta, kdy svým chováním jasně projevuje své antipatie vůči personálu (Petr, 2014).

Látalová hostilitu vymezuje jako pojem vztahující se k agresivitě. V chování pacienta je nápadný sklon k podrážděnosti, podezíravosti, nespolupráci či žárlivosti (Látalová, 2013).

I při evidentní blízkosti k možné agresi je hostilita obecným nepřátelským postojem vůči lidem, který se nemusí projevit ublížením druhé osobě, tzn. nemusí mít charakter agresivity (Výrost a kol., 2019).

2.4. Neklid

Psychomotorický neklid je stav nadměrné pohybové aktivity, kterou pacient sám není schopen ovládnout. Může se projevovat od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, bezúčelné přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy pacient může bezcílně pobíhat, aktivně zasahovat do okolí braním různých předmětů, jejich házením do okolí nebo proti druhým lidem. Celkovou motorickou aktivací a velký neklid označujeme jako agitovanost. Agitovaný pacient není schopen vyhovět výzvám ke zklidnění, vnímá výrazné vnitřní napětí, které ho nutí k pohybu. Takový stav je často spojen s násilným chováním. Psychomotorický neklid je psychotický příznak, který se může vyskytovat u mánií, schizofrenie, u delirií a amencí (Petr, 2014, Kučerová, 2013).

2.5. Násilí

Stejně jako existuje mnoho definic agrese a agresivity, i násilí je definováno mnoha způsoby, které by se od sebe mohly v jisté míře lišit, protože záleží na účelu, za jakým je násilí definováno. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2002) definuje násilí jako: *„Úmyslné použití fyzické síly nebo moci, výhružné či aktuální, a to proti sobě, druhé osobě nebo proti skupině osob, či komunitě, které vede ke způsobení, nebo má vysokou pravděpodobnost, že způsobí zranění, smrt, psychickou újmu, špatný vývoj nebo deprivaci“* (WHO, 2002, s. 4).

Tato definice však ne zcela koreluje s definicí Jana Volavky (1999), který udává, že by pojem násilí neměl být používán v případě použití síly při obraně, a to ani v případech, kdy je množství použité síly intenzivnější než u původní agrese. V plném rozsahu se neshoduje ani s definicí Vevery (2018a), který násilné chování definuje jako použití síly vůči lidem, zvířatům nebo předmětům, často ve spojení s nepřátelským afektem. Termín násilí se používá pouze pro interakci mezi lidmi. Je to patologické, fyzicky agresivní chování. Jedná se například o bití, kopání, strkání, házení předmětů, používání zbraně aj., avšak pod definici násilí nezařazujeme násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie nebo plány.

2.6. Agrese v psychiatrii

Ačkoliv se většina duševně nemocných pacientů agresivně nechová, u některých z nich je toto chování poměrně častým projevem, a to zejména u konkrétních poruch,

jakými jsou: psychotická onemocnění, bipolární afektivní poruchy a organická poškození mozku (Vevera et al., 2018a).

Dle psychologa a profesora psychiatrie a behaviorální vědy na lékařské fakultě Duke University Erica B. Elbogena, který studuje násilí a duševní poruchy, je páčání násilí u osob s duševním onemocněním spíše méně obvyklé, ale pokud už k němu dojde, je v mnoha případech spojeno s dalšími problémy, jako je souběžné užívání návykových látek, nepříznivé faktory prostředí a dětské zkušenosti pacientů (DeAngelis, 2021).

Zdravotnický personál nejčastěji zažívá agresi verbální, nicméně asi třetina sester v prostředí psychiatrické péče alespoň v jednom případě zažila fyzické násilí. Násilí, ale i agrese samotná způsobuje zdravotníkům jak psychickou, tak fyzickou újmu a je úzce spojeno se sníženou produktivitou, syndromem vyhoření a zvýšenou absencí. S výskytem násilí v ústavní psychiatrické péči se také pojí finanční náklady, například ve Velké Británii se přibližně polovina všech ročních zdrojů v oblasti duševního zdraví používá k potlačení a řešení konfliktů. Vzhledem k výše zmíněným nežádoucím faktorům výskytu konfliktů by měla být prioritou prevence jejich vzniku (Hallett et al., 2017).

Pro sestru pracující v psychiatrické péči je velmi důležitá schopnost rozpoznat, v jakých situacích a u jakých pacientů násilné chování hrozí. V případě rozpoznání takových pacientů je jejím úkolem vhodným přístupem předcházet rozvoji agresivního jednání a zajistit tak bezpečí pro ně samotné i jejich okolí. Pro včasné rozpoznání potencionální agrese je pro sestru důležité získat o pacientovi a jeho situaci co nejvíce informací, zejména přítomnost agrese v anamnéze, zkušenost s násilím, míru stresu, kterému je aktuálně vystaven, či srozumitelnost informací, které pacient má. Velmi důležitou složkou včasného rozpoznání možného vzniku agrese je sledování neverbálních projevů pacienta, které jsou často předzvěstí agrese. Mezi takové projevy patří například upřený pohled do očí, nedodržování společenského odstupu, výhružná nebo jinak nápadná gestikulace, podupávání nohou či svírání pěstí. Takových neverbálních projevů existuje celá řada, a je-li k nim sestra citlivá, může tak riziko vzniku agrese včasně odhalit (Marková, 2006).

Ve službách psychiatrické péče existuje mnoho metod používaných ke zvládnání agrese a násilí. Bylo zpracováno mnoho literatury o zvládnání konfliktních situací v psychiatrickém ošetřovatelství, avšak neexistují žádné standardizované postupy nebo pokyny ze strany EU ohledně toho, jaká donucovací opatření by v členských státech EU měla být uplatňována. Zvládnání násilí a donucovací opatření jsou také velmi diskutabilní, zejména s ohledem na rozdíly v jednotlivých zemích Evropy. Mezi převládající metody

používané při zvládnání násilí a agrese patří fyzické omezení, izolační místnosti a farmakologické metody (Cowman et al., 2017). Takové metody jsou však dle National Association of State Mental Health neprospěšné a degradující, a proto je doporučeno, aby nebyly považovány za primární intervence u potencionálně násilných incidentů, ale pouze v případě, že se nepodaří násilí odvrátit jiným způsobem (Hallett et al., 2017). Mezi takové způsoby patří aktivity zaměřené zejména k vyvarování se agrese a násilí, kterými jsou například hodnocení rizik, pozorování, bdělost personálu, používání kamerových systémů, zvýšený počet přítomných zaměstnanců ve službě a techniky deeskalace. Takové metody předcházení agrese omezují použití zbytečných donucovacích opatření, která jsou v rozporu s autonomií a informovanou volbou tím, že se pacient v rámci léčby dostává do procesu, nad kterým má malou nebo žádnou kontrolu (Cowman et al., 2017).

2.7. Příčiny vzniku agrese ze strany pacienta

Výsledky Studie Elboga (2009) objasňující souvislost mezi duševní poruchou a násilím udávají, že duševní choroba není primárním prediktorem vzniku násilí, avšak při souběžném zneužívání nebo závislosti na psychoaktivních látkách je výskyt násilí vyšší než u lidí se samotným užíváním nebo závislostí na těchto látkách.

Volavka (2011) uvádí, že „*samotný abúzus alkoholu a drog, i bez komorbidní přítomnosti jakékoliv další vážné duševní poruchy, zvyšuje riziko agresivního chování. To vyplývá jak z každodenní zkušenosti, tak nesmírného množství literatury, jež nás zásobuje podrobnostmi o vztahu mezi dávkou a účinkem, o úloze očekávání jedince, kulturních vlivech a mechanismech účinku*“ (Volavka, 2011, s. 337).

Elbogen (2009) dále u agresivních pacientů s psychiatrickou diagnózou poukazuje na přítomnost environmentálních stresorů spojených se zvýšeným rizikem vzniku agrese a násilí v jejich anamnéze. Výsledky této studie zpochybňují představu, že těžká duševní nemoc je hlavní příčinou agrese či násilí, ačkoliv nevyvrací fakt, že spojení mezi nimi existuje. Kromě zneužívání psychoaktivních látek tak mohou příčiny násilí a agrese u psychiatrických pacientů určovat faktory sociálně-environmentální, jako je nezaměstnanost, týrání v dětství nebo život ve čtvrti s vysokou kriminalitou.

V některých případech mohou agresi či násilí podněcovat samotné symptomy psychiatrického onemocnění. Například u nemocných s psychotickými poruchami, jako je schizofrenie, studie ukazují, že pozitivní příznaky psychózy mohou vyvolávat násilí. Jako pozitivní příznaky psychózy označujeme bludy, a to zejména bludy perzekuční, kdy

postižený může trpět nevývratným přesvědčením, a to například, že ho někdo sleduje, lidé mu vkládají do hlavy implantáty nebo na něj míří laserovými paprsky, zvláště když se také cítí podráždění. Dalšími pozitivními příznaky psychózy, které mohou podnítit nemocného k agresi, jsou imperativní halucinace. Imperativní sluchové halucinace jsou takzvané hlasy, které postiženému přikazují, co má dělat. Někdy právě to, aby nemocný člověk někomu ublížil (DeAngelis, 2021).

Metaanalýza Fazela et al. (2009) ukazuje, že u pacientů trpících schizofrenií je více než pětinasobně vyšší pravděpodobnost agresivního jednání než u osob bez schizofrenie. „*Míra rizika násilí v populaci se udává v rozmezí mezi 3,3 až 9,9 %, což znamená, že pokud by hypoteticky došlo k úplnému vymýcení schizofrenie, pak by incidence násilných zločinů klesla o méně než 10%*“ (Volavka, 2011 s. 336).

Dalším onemocněním, jehož symptomy mohou zapříčinit vznik agresivního chování, je bipolární porucha, respektive její hypomanické a manické fáze. Grandiozita, grandiózní bludy a mánie mohou hrát svou roli při vzniku násilí a agrese, jak zjistily studie. Lidé mohou mít přehnaný pocit vlastní síly, který může omezit jejich schopnost vcítit se do druhých a může podporovat pocit práva využívat nebo vykořisťovat ostatní (DeAngelis, 2021).

Stejně důležitou roli, jakou je primární onemocnění, hrají osobnostní rysy pacienta. Výzkumy ukazují, že agresivita a násilí u lidí s vážným duševním onemocněním jde často ruku v ruce s mladistvou anamnézou poruch chování a současnou diagnózou asociální poruchy osobnosti, která se vyznačuje lhostejností k druhým, klamavostí a manipulací druhých za účelem osobního prospěchu (DeAngelis, 2021).

Látalová (2013) také k možnosti rozvoje agresivního chování řadí faktory prostředí, mezi které zahrnuje nestabilní a neutěšené rodinné či sociální poměry (Látalová, 2013).

Faktory prostředí jako možné spouštěče konfliktních situací či agrese jsou uvedeny také ve sborníku příspěvků jedenáctého sjezdu Psychiatrické společnosti, kde jsou mezi ně zařazeny například hluk, osvětlení, nepořádek, institucionální prostředí aj. (Vevera, 2016).

V poslední řadě také nelze opomenout fakt, že pacient, který se ocitá v rukou zdravotníka, pocítuje v takové situaci moc převážně na jeho straně, a proto o tuto moc může bojovat (Pekara, 2015).

Poněkud obecněji shrnul nejčastější důvody nutnosti deescalace Hallett et al. (2017), kterými podle něj byly z velké části agitovanost, sebepoškozování nebo pokusy

o něj, dále chování pacientů porušující léčebný režim, včetně útěku, sebeobnažování, nedovolených doteků, odmítání jídla, odmítání spánku, odmítání vstávání a kouření v nekuřáckých prostorách. V menší míře pak mezi důvody vedoucí k nutnosti deeskalace patřilo odmítání medikace či žádosti o fakultativní medikaci, zásahy personálu do soukromí pacienta, zadržování pacienta na oddělení nebo jeho převoz na jiné oddělení a také neustálá pozorování.

Bowers (2014a) v rámci modelu Safewards popisuje výskyt agrese jako jednu ze složek konfliktu, ke kterému může vést celá řada důvodů, které dělí do tří skupin:

- Symptomy nemoci, kterými jsou například paranoia, specifické bludy motivující iracionální chování, sluchové halucinace, které pacienta instruují, aby se choval určitým způsobem, deprese a zneužívání alkoholu nebo drog.
- Osobnostní rysy, zejména rysy antisociální poruchy osobnosti, nebo hraniční porucha osobnosti spojená se sebepoškozováním.
- Demografické rysy, zejména muži mladšího věku.

2.8. Příčiny vzniku agrese ze strany ošetrovatelského personálu

Násilí ve zdravotnictví se naneštěstí nedopouštějí pouze pacienti, ale může se také stát, že ho eskalují právě zdravotníci. Ať už vědomě, či nevědomě mohou svým chováním pacienty provokovat k agresivnímu chování nebo dokonce k napadení. Zkušenosti i proběhlé výzkumy poukazují na přibývání incidentů, kdy právě zdravotníci mohou potencionální útočníky k agresi vyprovokovat. Průzkum Hnilicové (2007) se věnoval analýze rozhovorů s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků. Výsledky ukazují na přítomnost neprofesionální komunikace ze strany zdravotníků, místy až hrubého či arogantního chování. Dokonce i ve studii Pekary (2007), zaměřující se na přítomnost agresivity mezi pacienty a posádkami zdravotnických záchranných služeb ČR, bylo zjištěno, že za 15 % incidentů si posádky záchranných služeb mohou samy, a to svým neprofesionálním chováním (cit. Dle Pekara, 2015).

2.9. Deeskalace

Nejjednodušší definice pojmu deeskalace ve zdravotnictví by mohla znít: „zklidnění agresivního nemocného“. Ne vždy se ale jedná pouze o zklidnění pacienta, Správně provedená deeskalace totiž může vést ke zklidnění celé situace. Zvýšené napětí mezi pacientem a ošetrovatelským personálem může vést k nežádoucímu výsledku, a to k agresivnímu jednání nejen ze strany pacienta, ale bohužel i stran zdravotníků. Proto je v dnešní době deeskalace upřednostňována jako první intervence pro zvládnání agrese ve zdravotnictví.

Termín deeskalace byl v prevenci násilí ve zdravotnictví a sociálních službách poprvé použit v polovině 80. let, do té doby byl z velké části používán k popisu řešení geopolitických konfliktů. Používání termínu deeskalace se ve zdravotnictví postupně rozrostlo a nahradilo jiné termíny pro zvládnání agrese (Hallett et al., 2017).

Turnbull et al. (1990) definuje termín deeskalace jako soubor verbálních a neverbálních dovedností, které jsou-li použity selektivně a vhodně, mohou snížit úroveň agrese, zmírnit hněv agresora, a tím snížit riziko napadení (Turnbull et al., 1999)

„Tyto dovednosti nejsou ani intuitivní, ani instinktivní a ne vždy jsou výsledkem zkušenosti. Vyžadují kvalifikovanou výuku a praxi k dosažení kompetence v jejich aplikaci“ (Turnbull et al., 1999, s. 95).

Tuto skutečnost potvrzuje i Pekara (2011), který napsal: *„Studie dokazují nutnost tréninků pracovníků v nácviku chování v zátěžových situacích a především komunikačních dovedností“* (Pekara, 2011, s. 190).

Bowers (2014b) uvádí, že v současnosti neexistují žádné systematické popisy toho, co je deeskalace, proto syntetizoval existující literaturu a vytvořil „model deeskalace“, který může pomoci tento model pochopit. Model zobrazuje deeskalaci jako lineární proces řídící řadu intervencí. Je zaměřen na komunikační strategie, specifické taktiky a žádoucí vlastnosti a dovednosti ošetrovatelského personálu provádějícího deeskalaci. Bowers tento model rozdělil do několika fází. První fází je vymezení situace, to znamená učinit situaci maximálně bezpečnou pro všechny přítomné osoby. To může zahrnovat separaci neklidného pacienta od ostatních, nebo naopak separaci ostatních pacientů vedoucí k vytvoření klidné atmosféry. Pokud má personál k dispozici nouzový systém přivolání pomoci, měl by jej aktivovat. Po celou dobu je nutné dodržovat od neklidného pacienta dostatečný odstup. Druhá fáze je vyjasnění problému, jinými slovy zjistit důvod pacientova rozrušení. Je vhodné k tomu používat otevřené, nezavádějící

otázky typu: „Co se děje?“ nebo „Co vás rozčílilo?“ Je důležité pacientovi připomenout, kdo jste, kde se nacházíme, případně poukázat na existující (pozitivní) vztah, který mezi sebou máte. To může ve velké míře pomoci udržet pacientovu orientaci, a tím i jeho chování v přijatelných mezích. Pacientovi nabízíme pomoc, komunikujeme s ním srozumitelně, řešíme všechny nejasnosti a ověřujeme si, že nám pacient rozumí. Závěrečnou fází Bowersova modelu deeskalace je řešení. Hledáme takový způsob řešení pacientova rozrušení, který jej uklidní. Deeskalující zdravotník by měl být flexibilní a navrhopvat různé způsoby řešení. Tam, kde flexibilní být nemůžeme, upřímně pacientovi vysvětlíme důvody, které za pravidly stojí. S pacientem můžeme do jisté míry souhlasit s tím, že některá pravidla se nemusí zdát správná. Při hledání řešení především pacientovi věnujeme čas a pozornost tomu, co říká, nabízíme alternativy a snažíme se udržet pacienta aktivního v komunikaci, protože dokud pacient namísto konání mluví, je to známka úspěšné deeskalace. Bowers ve svém modelu mimo výše zmíněných fází také popisuje vhodné chování deeskalujícího zdravotníka, ten by měl hlavně dbát na sebeovládání. Ovládat se znamená nedávat najevo pocity strachu, úzkosti či frustrace, které při deeskalaci můžeme pociťovat. Je potřeba vystupovat klidně, sebejistě a uvolněně, mluvit plynule při mírné hlasitosti a nízké výšce tonu hlasu i přes to, že pacient je podrážděný, může křičet nebo být vulgární. Soustředíme se na situaci a chování pacienta si nebereme osobně, neobhajujeme se a nekritizujeme ho, naopak se snažíme ukázat empatii a respekt. Není vhodné pacientovy pocity jakkoliv bagatelizovat, posmívat se nebo jednat povýšeně, takovým jednáním vyhrocenou situaci nezklidníme a riziko agrese bude naopak eskalovat (Bowers, 2014b).

S Bowersovým modelem deeskalace se v jistém úhlu pohledu ztotožňuje více autorů věnujících se tomuto tématu. V České republice popsal postup deeskalace například Vevera et al. (2018b), který přikládá důležitost stejnému chování zdravotníků jako Bowers, avšak popisuje rozdílné kroky tohoto procesu, kterým se dále budeme věnovat.

Vevera et al. (2018b) definuje deeskalaci jako způsob chování a umění použití verbální i neverbální komunikace, která vede ke snížení napětí u pacienta i ošetřujícího personálu v situacích, při nichž hrozí riziko agresivního či násilného chování. Deeskalace se skládá ze tří složek, kterými jsou: *vyhodnocení situace*, *komunikace* a *taktiky vyjednávání*. Pro úspěšné zvládnutí deeskalace je nezbytné si pro ni zajistit dostatečný čas a prostor a je naprosto nutné, aby si zdravotník provádějící takovou intervenci jasně uvědomoval své emoce a okolnosti dané situace, tak aby ji mohl správně vyhodnotit.

Ošetrovatelský personál by měl mít na paměti, že na prvním místě je jeho vlastní bezpečnost. Úspěšná deeskalace s sebou přináší výhody jak pro pacienta, tak pro ošetrovatelský personál. Nejen že se její pomocí můžeme vyhnout zranění pacienta či zdravotníků, ale také se z důvodu násilného jednání pacienta nemusí prodlužovat doba hospitalizace pacienta (Vevera et al., 2018b).

V deeskalačním procesu je na prvním místě takový přístup zdravotníka, který je bezpečný jak pro něj a pacienta, tak pro další personál a ostatní pacienty (Pekara, 2015).

2.9.1. Vyhodnocení situace

„Vyhodnocení situace znamená schopnost posoudit, co se děje, proč se to děje a co se asi bude dít dále, a navrhnout odpovídající intervence“ (Vevera et al., 2018b, s. 214).

Vyhodnocení situace zahrnuje rychlé zjištění anamnestických informací o pacientovi, abychom se dozvěděli možné důvody agrese, rizikové faktory a jejich souvislosti. Pro úspěšné zvládnání deeskalace je důležité získat čas, hledat možné příčiny pacientovy agresivity a poskytnout mu prostor pro přehodnocení jeho jednání. I v takto nepříjemných situacích by ošetrovatelský personál provádějící deeskalační techniky měl zachovat klid nebo alespoň klidně působit, uvědomovat si vlastní reakce a nepostupovat impulzivně, a to i přesto, že se tyto situace odehrávají v „domácím“ prostředí zdravotníka, což v něm může vyvolat spíše útočné reakce. Při vyhodnocování situace se soustředíme na projevy pacienta signalizující bezprostřední hrozbu fyzické agrese. Takovými projevy jsou: náhlé ukončení proudu řeči a očního kontaktu, navázání upřeného pohledu, ruce sevřené v pěst a nezvyklé přibližování. V takovém případě by měl být okamžitě zahájen defenzivní postup k zajištění vlastní bezpečí (Vevera et al., 2018b).

2.9.2. Správná komunikace

Správné použití komunikačních dovedností může často pomoci k předcházení konfliktů či násilnému jednání a také k vytvoření důvěry mezi zdravotníkem a pacientem (Vevera et al., 2018b).

Pro ošetrovatelský personál je v získání správných komunikačních dovedností s agresivním pacientem nutná sociální zralost. Jak bylo uvedeno výše, agresivní chování zahrnuje celou škálu projevů. Při znalosti takových projevů je zdravotník schopen včas

identifikovat možné riziko agrese a také spouštěcí situace, kterým se následně může vyhnout (Ptáček, 2011).

Správná komunikace by měla být hlavně neprovokativní. Zahrnuje informovanost pacienta o situaci, ve které se právě nachází, a také o tom, jakým způsobem by se tato situace měla dále vyvíjet. Taková informovanost může sama o sobě přispět k navození důvěry pacienta k ošetřujícímu personálu. Poměr verbální a neverbální komunikace by měl být vyrovnaný. Pekara (2015) však uvádí, že tento poměr se ve stresové situaci mění, a to v poměru 50 % neverbální složky, 40 % tón hlasu a 10 % verbální složky (Vevera et al., 2018b).

Z toho vyplývá, že až tak nezáleží na slovním projevu jako na chování ošetřovatelského personálu, které může konflikt eskalovat k násilnému jednání, nebo naopak vést k efektivní deeskalaci (Pekara, 2015).

2.9.3. Neverbální komunikace

„Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme“ (Venglářová, 2006, s. 39).

Mezi velmi důležité součásti neverbální komunikace při deeskalaci patří proxemika, kinezika a prozódie (Vevera et al., 2018b).

Proxemika

Proxemika je součástí neverbální komunikace, která se zabývá pozicemi zaujímanými v prostoru. Při deeskalaci je důležité, jak nakládáme s vlastním prostorem nejen pro zklidnění situace, ale hlavně pro naši bezpečnost. Obecně platí, že v konfliktních situacích bychom od agresivního pacienta měli udržovat bezpečnou vzdálenost, která je popisována jako vzdálenost dvou natažených paží. Snižování osobního prostoru pacienta může zvyšovat jeho napětí, a tím se zvyšuje i riziko násilí. Dalším důležitým aspektem proxemiky je udržení si bezpečné cesty k únikovému východu, tedy abychom v prostoru zaujíмали takovou polohu, kdy agresivní pacient nebude stát mezi námi a východem z místnosti. Pro vymezení si osobního či únikového prostoru bychom se měli vyhnout zbrklým pohybům nebo zbytečné provokaci pacienta. K pacientovi bychom měli přistupovat ze strany, přístup zepředu by totiž mohl vnímat jako konfrontaci, a nikdy bychom se k němu neměli otáčet zády (Vevera et al., 2018b, Pekara, 2015).

Pokud by pacient požadoval, abychom mu okamžitě přestali stát v cestě, je vhodnější ustoupit, pokud nás takový ústup neohrozí. Přiměřená úroveň soukromí může konfliktní situaci zklidnit, avšak nemocnému by mělo být zřejmé, že je k dispozici dostatek personálu a prostředků k zabránění nežádoucímu jednání (Běhounek et al., 2021).

Kinezika

Kinezika se zabývá interpretací pohybů těla v sociálních interakcích, mezi její součásti patří mimika, posturologie a gestikulace (Vevera et al., 2018b).

Mimika je v roli zdravotníka velice důležitým aspektem neverbální komunikace. Jak uvádí Venglářová (2006), z výrazu obličeje lze celkem spolehlivě vyčíst primární lidské emoce, jako je například strach, rozčilení, nezájem aj. Právě úzké spojení mezi výrazem obličeje a sdělováním emocí je v procesu deeskalace důležitým faktorem, na něž je potřeba se soustředit.

Ošetrovatelský personál by se měl vyhnout takovým mimickým gestům, která mohou působit devalvačně, jako je zvedání obočí, svěšování koutků, mračení, smíchu, ale také nepřiměřeně dlouhému udržování očního kontaktu, který se doporučuje přerušovat po uplynutí šesti vteřin, naopak těkavý pohled nebo časté ohlížení jsou vnímány jako projevy nejistoty. Doporučuje se například technika „třetího oka“, kdy můžeme svým pohledem mířit doprostřed pacientova čela, a tím můžeme sledovat mimické výrazy jeho celé tváře, ale nehledět mu při tom přímo do očí (Vevera et al., 2018b, Pekara, 2015).

Postoj zdravotníka by měl vyjadřovat klid a sebejistotu, ale nepůsobit útočně či defenzivně. Nedoporučuje se mít ruce v bok nebo zkřížené na prsou, krčení ramen, není vhodné mít ruce v kapsách či za zády. Ruce bychom měli mít spuštěné podél těla s otevřenými dlaněmi. Je důležité, aby chování ošetrovatelského personálu působilo bezpečně a klidně, a ne jako hrozba (Vevera et al. 2018b, Běhounek et al., 2021).

Prozódie

Prozódie představuje nejazykovou složku verbální komunikace, tedy zvukové vlastnosti jazyka, jako je přízvuk, frázování, intonace hlasu či jeho rytmus. Tón hlasu podbarvuje verbální sdělení a ve stresové situaci může znít zcela jinak, než si uvědomujeme. Myslíme tedy na to, jakým tónem s nemocným mluvíme. Hlas by měl být

klidný a uvolněný, ale zároveň pevný. Měli bychom se vyvarovat hlasitému a ostrému projevu (Vevera et al., 2018b, Pekara, 2015).

2.9.4. Verbální komunikace

Již v roce 1991 Stevenson popisuje deescalaci jako efektivní komunikaci s agresivním pacientem, která vede k přeměrování jeho chování do klidnějšího prostoru, a tím poskytuje pacientovi možnost situaci řešit jinak než agresí. Dále tedy budeme mluvit o verbální deescalaci.

Základní a nejdůležitější pravidlo při verbální deescalaci je pacienta neprovokovat a neposkytovat mu impulzivní odpovědi. I přesto v jaké situaci se nacházíme, musíme jednat v rámci slušného chování. To, že je pacient agresivní, neznamena, že s ním budeme jednat neuctivě, jde nám především o deescalaci napětí ne naopak. Je vhodné se pacientovi při prvním kontaktu představit a uvést svou funkci, zároveň se můžeme dotázat na jméno pacienta. Taková věta by mohla znít: „*Dobrý den, já se jmenuji Černý a jsem zde sestra, jak se jmenujete vy?*“ Představení je důležitým krokem k navození důvěry a signalizuje zájem o pacienta (Vevera et al., 2018b, Pekara, 2015).

První osoba, která je s agresivním pacientem schopna navázat verbální kontakt, by měla verbální deescalaci provádět a také ji dokončit. Taková osoba může být ošetrovatelským týmem předem zvolena a měla by to být osoba, která je v deescalaci již zkušená. Fakt, že na pacienta mluví na přeskáčku více lidí, může napětí eskalovat (Běhounek et al., 2021).

Agitovaní pacienti mohou mít s vnímáním verbální komunikace problém, proto bychom v komunikaci s takovým pacientem měli být struční, používat jednoduchá slova a krátké, srozumitelné věty bez odborných termínů. Každá taková věta by měla obsahovat pouze jednu informaci. Zdlouhavé edukace mohou působit zmatečně a napětí tak eskalovat, avšak klíčová sdělení bychom měli opakovat, dokud je nemocný skutečně vyslyší. Pacientovi poskytneme dostatek času na to, aby pochopil, co se mu snažíme sdělit. Důležité je pacientovi poskytnout plnou pozornost a aktivně mu naslouchat (Vevera et al., 2018b, Běhounek et al., 2021).

Aktivní naslouchání znamená poskytnutí pacientovi zpětné vazby týkající se jeho sdělení, tedy zopakujeme to, co nám právě řekl (reflexe), jen s pozměněným začátkem věty. Jedná se například o věty: „*Rozumím tomu správně, že...*“, nebo „*snažíte se mi tedy říct, že...*“. Pacient tak bude vnímat, že věnujete pozornost tomu, co říká (Běhounek et al., 2021).

Vyjádření souhlasu s pacientovými pocity může významně posílit terapeutický vztah mezi pacientem a sestrou a posílit proces deeskalace. Není samozřejmě nutné souhlasit se vším, co pacient řekne, obzvláště v případech, kdy takové sdělení může být ovlivněno bludnou produkcí pacienta. Jde spíše o obecné souhlasy typu: „*Taky by se mi nelíbilo, kdybych musel tak dlouho čekat...*“ nebo „*Chápu, že se zlobíte...*“ V každé situaci lze souhlasně potvrdit, že slyšíme, co nám pacient říká, a že chápeme jeho pocity (Běhounek et al., 2021).

Je nezbytné určit agresivnímu pacientovi jasné hranice mezi akceptovatelným a nepřijatelným chováním. Jakékoliv násilné napadání druhých je naprosto nepřijatelné. Pacienta je možné i poučit o případných následcích takového chování, to však musí být komunikováno jako fakt a ne jako výhrůžka. Určování hranic musí být sdělováno s respektem, ten ale musí být vzájemný. Snažíme se nemocného vést k tomu, aby udržel kontrolu nad svým jednáním. Pacientovo chování tedy nekritizujeme ani nebagatelizujeme a vyhýbáme se výhrůžné komunikaci. Pacientovi sdělujeme vlastní pocity, například: „*Když kopete do stolku, nemohu se soustředit na to, abych vám pomohl...*“ nebo „*Vím, že se zlobíte, ale vaše chování mne zneklidňuje...*“ (Veveřa et al., 2018b, Běhounek et al., 2021).

2.9.5. Taktické vyjednávání

Hlavním cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Pacient se v určitých situacích může cítit „zahnán do kouta“ a agresivita se mu může jevit jako jediné východisko z takové situace. Sestra musí vystupovat jako osoba, která je ochotna a schopna pacientovi pomoci. Nabídnutí volby a jisté míry kontroly nad situací může ve velké míře zefektivnit proces deeskalace. Pacientovi můžeme nabídnout možnost zakouřit si, napít se nebo být chvíli o samotě. Takovou nabídku pacient může vnímat jako laskavost, kterou vám následně oplatí. Výběr volby také můžeme poskytnout při nabídnutí podání medikace, což bývá podstatným momentem v deeskalaci agresivního pacienta. Je vhodné ujistit pacienta, že podání medikace je nabídka, jejímž cílem není sedace pacienta, nýbrž zklidnění situace a získání jeho sebekontroly či prostředek k zamezení tomu, aby někomu ublížil. Pacientovi nabídneme možnost volby aplikace, například tablety, kapky, injekce. Dotazujeme se na druh medikace, se kterou má pacient zkušenost z podobných situací. S nabízením medikace nespěcháme, avšak pokud to situace vyžaduje, ani příliš neotálíme. Je vhodné začít větou např.: „*Vidím na vás, že jste rozrušen, myslím, že by vám mohla pomoci medikace.*“ Verbalizujeme skutečnost

pacientova stavu. Při nesouhlasu můžeme pokračovat: „*Lékař vám při úzkosti předepsal tuto medikaci, vážně si myslím, že ji nyní potřebujete.*“ Nezapomínáme pacientovi opakovaně zdůrazňovat, že nabízená medikace mu pomůže k získání sebekontroly. V komunikaci s neklidným pacientem se po celou dobu snažíme působit optimisticky vzhledem k tomu, že si pacient sebekontrolu udrží (Běhounek et al., 2021).

2.10. Další možnosti zvládnání agrese

2.10.1. Fyzické omezení

Podle ustanovení §39 v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, mohou být k omezení agresivního pacienta použity následující prostředky:

- *úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem*
- *omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty*
- *umístění pacienta v síťovém lůžku*
- *umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu*
- *ochranný kabátek nebo vesta zamezující pohybu horních končetin pacienta*
- *psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo*
- *kombinaci prostředků výše uvedených*

Tyto prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a to pouze po dobu, po kterou tyto důvody trvají (zákon č. 372/2011 Sb.).

Druh zvoleného omezovacího prostředku musí být úměrný k hrozící újmě a je zcela nepřijatelné jej použít jako preventivní opatření nebo dokonce jako způsob jakéhosi potrestání pacienta (MZ ČR, 2018).

Dle Lukasové (2019) panují na použití omezovacích prostředků různé názory a i praxe jejich používání se liší v rámci Evropy i v jednotlivých organizacích (zařízeních) v České republice. „*Mechanické omezení se provedením i důsledky velmi liší od izolace. Účinek použití kurtů na tělo člověka je mnohem závažnější než použití síťového lůžka.*“

Farmakologické omezení zase má úzkou vazbu na nedobrovolnou léčbu a jejich odlišení v konkrétní situaci není snadné“ (Lukasová, 2019, s. 4).

Při použití omezovacích prostředků v praxi hrozí nebezpečí zneužití a kvůli negativním vedlejším účinkům je zde vyžadována velká obezřetnost. S omezením je často spjato utrpení pacienta, a to nejen s ohledem na fyzickou bolest a možné poškození plynoucí z imobilizace a narušení integrity kůže, ale také na pacientovu bezmoc, jeho osamocení, ponížení a narušení terapeutického vztahu s ošetřujícím personálem a možné přítomnosti strachu do budoucna. Lukasová dále uvádí, že v krajním případě může mít aplikace omezení za následek náhlé úmrtí, zadušení nebo kardiovaskulární obtíže, ovšem příčinná souvislost je zde obtížně prokazatelná (Lukasová, 2019).

Výše popsané zkušenosti uvedené v souhrnné zprávě MZ ČR, jež pojednává o používání omezovacích prostředků v psychiatrii, jasně poukazují na nutnost deeskalace agresivního chování pacientů, které může ve velké míře předejít použití omezovacích prostředků. To je také zahrnuto v metodickém doporučení k omezení a použití omezovacích prostředků vydaném MZ ČR, kde je uvedeno: *„K omezení pacienta je možné přistoupit poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, například slovní intervence (deeskalace), úprava prostředí nebo nabídka podání psychofarmaka nebo jiného léčivého přípravku za účelem jeho zklidnění a podání tohoto psychofarmaka nebo jiného léčivého přípravku pacientovi, pokud s tím vyslovil souhlas. Výjimkou je případ, kdy by použití mírnějšího postupu zjevně nevedlo k odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví, nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob“ (MZ ČR, 2018, s. 2).*

2.10.2. Prevence vzniku agrese (Safewards)

V ideálním případě bychom se při poskytování zdravotní péče s agresí setkávat neměli, naneštěstí zkušenosti potvrzují opak. Můžeme však učinit určité kroky, kterými se těmito nepříjemným situacím můžeme vyhnout, jinými slovy vložit maximum do prevence vzniku agresivního jednání pacientů. Takové kroky popisuje metodika Safewards, která agresivní chování považuje za jednu z několika složek tzv. nežádoucího chování, pro které autoři tohoto modelu používají termín konflikt.

„Metodika Safewards se snaží zdroje konfliktů běžně přítomné na každém oddělení systematicky zmírňovat a tím aktivně předcházet výskytu konfliktů“ (Petr, 2021, s. 308).

Britské (2015) či australské studie (2017) uvádějí, že po zavedení modelu Safewards do provozu psychiatrických oddělení došlo k redukci používání omezovacích prostředků o více než 25 % v obou případech.

Při předcházení vzniku konfliktů se Safewards nesoustředí na odstraňování příčin konfliktů či zaměření se na chyby, ale na to, jaká opatření zavádět a co a jak dělat. Tato pozitivní strategie pak nabízí konkrétní řešení týkající se provozního řádu oddělení, která jsou snadno realizovaná, anebo srozumitelným způsobem demonstruje nekonfliktní způsoby komunikace a chování ošetřujícího personálu (Petr, 2021).

„Tato pozitivnost, konkrétnost a flexibilita zajišťují modelu Safewards snadnou aplikovatelnost do praxe“ (Petr, 2021, s. 308).

Metodika Safewards klade důraz na fyzické a sociální prostředí oddělení, nesoustředí se pouze na určité diagnostické skupiny či druhy násilí. Autoři Safewards vytvořili 10 konkrétních intervencí, které podrobně popsali a opatřili jej přílohami, příklady či pomůckami. Pro každé opatření je na oddělení určen člen týmu, který má na starost jeho realizaci. Přidělení odpovědnosti za tato opatření má členům týmu usnadnit zavedení několika změn najednou, a navíc podporuje pocit aktivní účasti a spoluvlastnictví (Petr, 2021).

Safewards intervence:

- *Poznávejte jeden druhého*

Tato intervence věnuje pozornost shromáždění a následnému zveřejnění informací o sociální povaze pacienta i personálu, jejich životě, zájmech a postojích. Zjištěné informace pak mohou výrazně pomoci k navázání kontaktu s pacientem, nalezení možných společných zájmů a konverzačních témat, a tím přispět k rychlejšímu utváření vztahů mezi personálem a pacienty i mezi pacienty navzájem. Tyto vztahy pak mohou snížit výskyt konfliktů mezi pacienty a personálem, tomu navíc mohou pomoci pacienti lépe usměrňovat ve stresových situacích, na které by jinak mohli reagovat například agresivitou (Safewards intervence, 2021).

- *Vyjasněná vzájemná očekávání*

Jedná se vlastně o pravidla oddělení a jejich dodržování, avšak slovo „*pravidla*“ mohou pacienti považovat za nežádoucí, proto je lepší mluvit o očekáváníích, pokynech nebo standardech. Vyjasnění očekávání poskytuje personálu možnost být jednotní a

pacientům zas pochopení jejich povinností i povinností personálu (Safewards interence, 2021).

Tato pravidla nejsou stanovená pouze personálem, ale i pacienti a průběžně se přizpůsobují situaci na oddělení. K dojednání pravidel se pořádají společná setkání pacientů a personálu (Petr, 2021).

Výsledným produktem dohodnutých očekávání (pravidel) je plakát, jenž je vyvěšený na dobře viditelném místě či více místech na oddělení. Tento plakát je využíván již během přijímajícího procesu a nadále po dobu jeho aktuálnosti. Je vhodné pacienty na uvedená očekávání odkazovat například při žádosti o upuštění od jejich nevhodného chování, nebo když je žádáme, aby něco udělali. Zároveň pacienty povzbuzujeme, aby se na ně odvolali v případě, kdy jsou tato pravidla porušována personálem (Safewards interence, 2021).

- *Pozitiva a ocenění*

Tuto intervenci uplatňujeme při předávání služeb, která často bývá jedinou příležitostí k setkání většiny ošetrovatelského personálu, kde se předávají informace o všech pacientech na oddělení. Tyto informace jsou však často zaměřeny na nežádoucí chování pacientů a rizika s ním spojená, což může posilovat negativní pohled na tyto pacienty. Na základě této intervence by sestry při předávání směny měly u každého pacienta uvést nejméně jednu kladnou vlastnost nebo něco pozitivního na jeho chování. V případě, že předáváme informace o náročném či problematickém chování pacienta, měli bychom k němu nabídnout jeho možné psychologické vysvětlení. Autoři Safewards k této intervenci vytvořili přílohy s názvem „*Jak porozumět chování pacientů*“, které by sestřám měly s tímto vysvětlením pomoci (Safewards interence, 2021).

- *Vlídne vyjadřování*

Jedná se o zásady vstřícného jednání a řešení vzájemných požadavků či potřeb pacientů s cílem vytvoření určité kultury vyhovění. Zahrnuje tipy a názorné ukázky vhodného přístupu personálu vytištěné a průběžně zveřejňované na sesterně (Petr, 2021).

- *Kruh vzájemné pomoci*

Kruh vzájemné pomoci je názvem pro dobrovolná setkání pacientů, kde se jako komunita mohou vzájemně podporovat a nabízet si pomoc. Tato setkání mají strukturovaný program podporující rozvoj svépomoci pacientů na oddělení (Petr, 2021).

Přibližně polovina násilných situací na oddělení vychází z chování pacienta nebo z interakcí mezi pacienty navzájem. Pokud si pacienti budou vzájemně pomáhat a oceňovat se, může to výrazně pomoci těmto situacím předcházet (Safewards intervence, 2021).

- *Zklidňování situace*

Pokud na oddělení dojde ke konfliktnímu incidentu mezi pacienty, je po takovém konfliktu důležitá přítomnost personálu na oddělení mezi pacienty s cílem obnovení pocitu klidu a bezpečí, a také vysvětlení tohoto konfliktu a ošetření rozrušených emocí pacientů. Věnujeme zvýšenou pozornost hlavně svědkům konfliktu a vhodným způsobem jim situaci vysvětlíme (Petr, 2021).

- *Zmírňování dopadu špatných zpráv*

Personál by měl být vnímavý k událostem, na které by pacienti mohli reagovat agresí. Tím mohou být například nevíтанé zprávy od léčebného týmu jako odmítnutí propustky či negativní výsledky soudního jednání ohledně nedobrovolné hospitalizace, ale také telefonické hovory s rodinou. V takových situacích musí být personál připraven poskytnout pacientovi vhodnou psychosociální podporu a tím zabránit možnému rozvoji konfliktu (Safewards intervence, 2021).

- *Pomůcky pro zklidnění*

Na oddělení by měla být k dispozici krabice obsahující pomůcky, které mohou pacienta v případě rozrušení zklidnit. Můžeme tím předejít k podání fakultativní medikace, která je možná používána nadbytečně. Při zaznamenání podrážděnosti nebo neklidu pacienta bychom měli pacientovi tyto pomůcky nabídnout přednostně, právě před případným farmakologickým řešením. Krabice s pomůckami pro zklidnění by neměla být uložena volně na oddělení, ale na sesterně, aby nedošlo k jejich odcizení či poškození. Může obsahovat například tyto předměty: antistresové balóčky, plyšové hračky, hudební přehrávač s relaxační hudbou, bylinkové čaje, masky na oči či špunty do uší aj. (Safewards intervence, 2021).

- *Deeskalace*

Tato intervence byla podrobně popsána v kapitole č. 8 jako „*Bowersův model deeskalace*“. Na pracovně sester by měl být vyvěšen plakát shrnující principy postupu deeskalačního jednání. Člen týmu odpovědný za toto opatření by se měl pravidelně věnovat rozvoji deeskalačních dovedností zbytku ošetrovatelského týmu (Petr, 2021).

- *Vzkazy při propuštění*

Každý propouštěný pacient může v den svého propuštění či překlada na jiné oddělení napsat vzkaz, který bude následně vystaven na speciální nástěnce na oddělení. Tento vzkaz by měl obsahovat sdělení, co se mu na oddělení a personálu líbilo a jak jeho pobyt na oddělení probíhal. Tyto zprávy by měly ostatním pacientům dodat naději a podpořit pozitivní účinek hospitalizace, je možné ukazovat je novým pacientům, aby jim dodaly pocit jistoty (Safewards intervence, 2021).

Výzkumy potvrzují, že metodika Safewards přispívá ke zlepšení partnerského a terapeutického prostředí, podporuje svépomoc pacientů a výrazně zpříjemňuje celkovou atmosféru na oddělení. Tím následně dochází ke snižování počtu konfliktů a používání restriktivních postupů (Petr, 2021).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

V úvodu empirické části budou uvedeny cíle práce a pracovní hypotézy vztahující se ke kvantitativnímu výzkumu, který byl proveden v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Dále bude prezentována metodika sběru dat a charakteristika výzkumného souboru. Získaná data budou popsána a v závěru empirické části bude uvedena diskuse, ve které budou zhodnoceny výsledky vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám.

3.1. Cíle práce a stanovení hypotéz

V této podkapitole jsou popsány cíle empirické části práce a pracovní hypotézy.

Cíl č. 1: Sestavit dotazník vlastní konstrukce a zadat ho určené skupině.

Cíl č. 2: Vyhodnotit statisticky významná data.

Cíl č. 3: Statisticky významná data interpretovat.

Cíl č. 4: Vyvodit závěry z vlastního šetření a stanovit doporučení pro praxi.

Na shora uvedené cíle navazují následující pracovní hypotézy:

Lze předpokládat, že se odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich:

H1: pohlaví

H2: věku

H3: délce praxe na psychiatrii

H4: vykonávaném povolání

H5: dosaženém vzdělání

3.2. Metodika sběru dat

K získání požadovaných dat byla použita kvantitativní metoda šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který obsahoval 31 otázek, z nichž 23 bylo uzavřených, 5 polouzavřených a 3 otázky otevřené. U polouzavřených otázek měli respondenti možnost doplnění vlastní odpovědi v případě, že jim nabízené varianty odpovědí nevyhovovaly. 27 otázek z dotazníku bylo povinných a 4 otázky nepovinné. V úvodu dotazníku se nachází oslovení respondentů, představení zkoumajícího, vysvětlení smyslu výzkumu a instrukce k jeho vyplnění. Dotazník má standardní konstrukci, ta obsahuje otázky zaměřené na charakteristiku respondentů, dále pak otázky zjišťovací, orientační, motivační i podpůrné. Šetření bylo zcela anonymní a celé znění dotazníku je uvedeno jako příloha č. 2.

3.3. Organizace vlastního výzkumu

Před zahájením vlastního výzkumu probíhala příprava struktury dotazníku, po jejímž dokončení byla oslovena etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice s žádostí o souhlas s dotazníkovým šetřením, ta souhlas následně vydala. Souhlas etické komise je přiložen jako příloha č. 1.

Mezi tím bylo provedeno pilotní ověření, ve kterém bylo zadáno 10 dotazníků vybraným sestřám sloužícím na centrálním příjmu pacientů v PNB, přičemž hlavním přínosem testování bylo ověření srozumitelnosti dotazníku, správnost formulace otázek a zjištění potřebného času k jeho vyplnění. Dotazníky z uvedené pilotáže nejsou zahrnuty ve vlastním šetření.

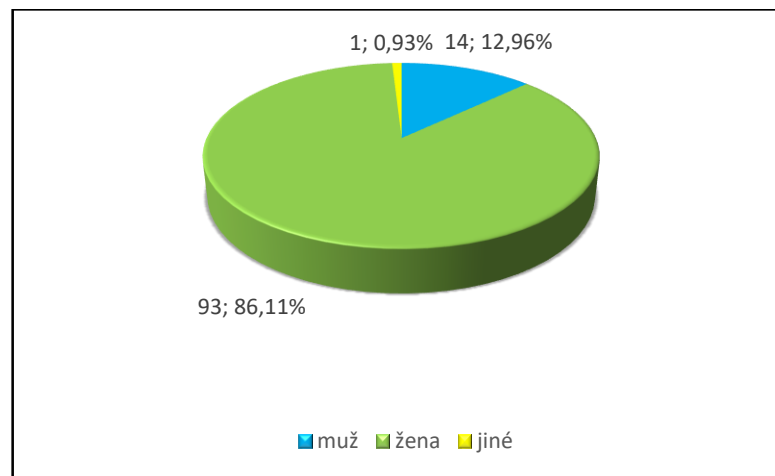
Po dohodě s vedoucím práce byl dotazník přepracován do online formy pomocí programu *Microsoft Forms* (online) a poté byl odkaz k jejich přístupu distribuován interní emailovou platformou *GroupWise*. Tím byla zajištěna nejen distribuce všem sestřám PNB, ale zároveň anonymita vlastního šetření.

Šetření probíhalo od 24. 9. 2021 a možnost vyplnění dotazníku byla až do jejich uzavření, konkrétně do 1. 2. 2022. Do uzavření možnosti vyplňování dotazníků jich bylo vyplněno 111, z nichž bylo možné použít 108, což bylo dostatečné množství pro jejich statistické zpracování.

3.4. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal ze všeobecných a praktických sester pracujících na všech lůžkových oddělení v PNB. Výzkumný soubor je charakterizován podle pohlaví, věku, vykonávaného povolání, stupně vzdělání, délky praxe v psychiatrii a podle typu oddělení, na kterém respondenti aktuálně pracují, a typu poskytované péče tímto oddělení.

Pohlaví respondentů



Obrázek 1: Pohlaví respondentů

Z grafu na obrázku č. 1. vyplývá, že z celkového počtu 108 (100 %) respondentů velkou část tvořily ženy, jejichž počet činil 93 (86,11 %), významně menší část respondentů byla pohlaví mužského, a to 14 (12,96 %). Jeden respondent označil jako své pohlaví jiné, což z celkového počtu činí 0,93%. V době rozeslání dotazníků pracovalo v Psychiatrické nemocnici Bohnice 496 sester, z nichž 423 (85,28 %) byly ženy a 73 (14,72 %) byli muži, z toho vyplývá, že rozložení pohlaví respondentů odpovídá rozložení pohlaví všech zaměstnaných sester k datu 24. 9. 2021, avšak z důvodu nízkého počtu mužů ve výzkumném vzorku nebylo možné provést statistické posouzení rozdílů odpovědí respondentů podle pohlaví, protože výsledky statistické analýzy by nedávaly pravdivý obraz o rozdílech.

Věk respondentů

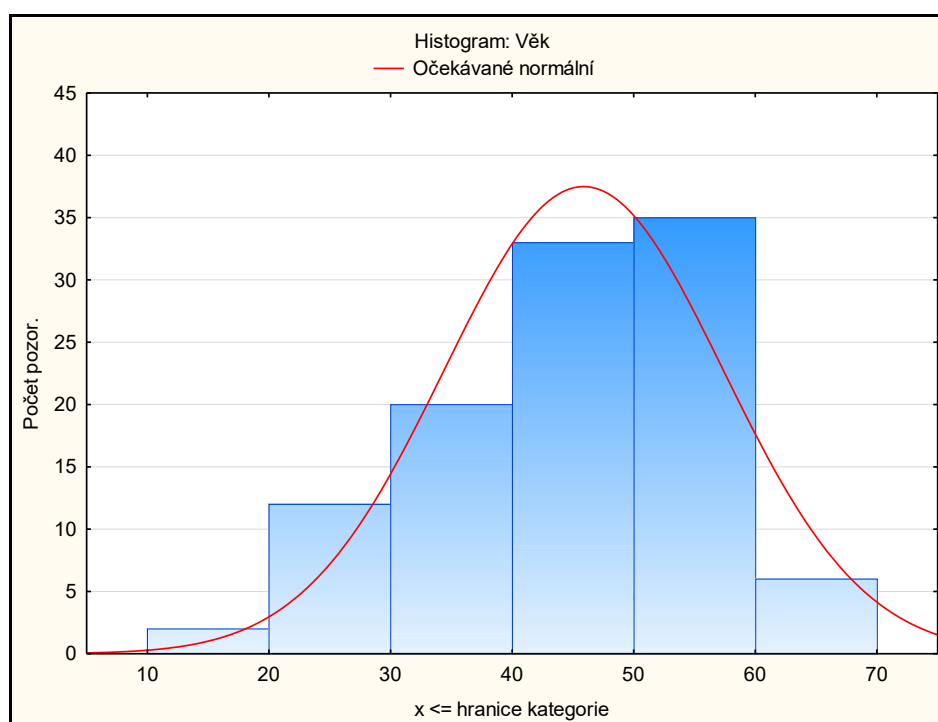
Dále uvedená tabulka č. 1 zobrazuje věkové složení respondentů a je z ní patrné, že výzkumný soubor tvořili respondenti všech věkových kategorií. Nejmladšímu

respondentovi bylo v době provádění výzkumu 20 let a nejstaršímu 67 let. Celkový aritmetický průměr věku respondentů činí 45,88 let, SD 11,49, medián věku 47 let.

Popisná statistika – věk respondentů						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm. odch.	Var. koef.
108	45,88889	47,00000	20,00000	67,00000	11,49184	25,04274

Tabulka 1: Popisná statistika – věk respondentů

Na obrázku číslo 2 je zobrazen histogram obsahující Gaussovu křivku pravděpodobnosti normálního rozdělení, ze kterého vyplývá, že získaná data neodpovídají očekávanému normálnímu rozdělení. Pro statistické zpracování proto byli respondenti rozděleni dle mediánu do dvou skupin, a to na respondenty do věku 47 let vč. a na respondenty ve věku 48 let a více.

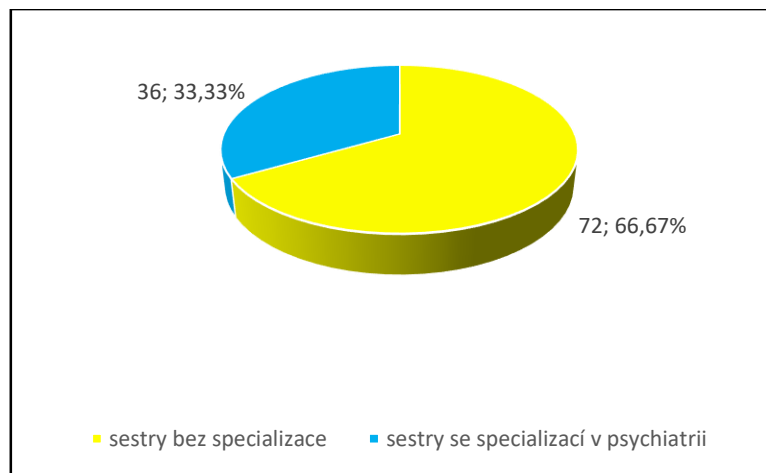


Obrázek 2: Věk respondentů

Vykonávané povolání

V souboru respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, byla většina dotazovaných zaměstnaná v pozici všeobecná sestra, a to v počtu 55 (50,93 %), další skupinu tvořily sestry se specializací v psychiatrii v počtu 36 (33,33 %). Respondentů, kteří jako své

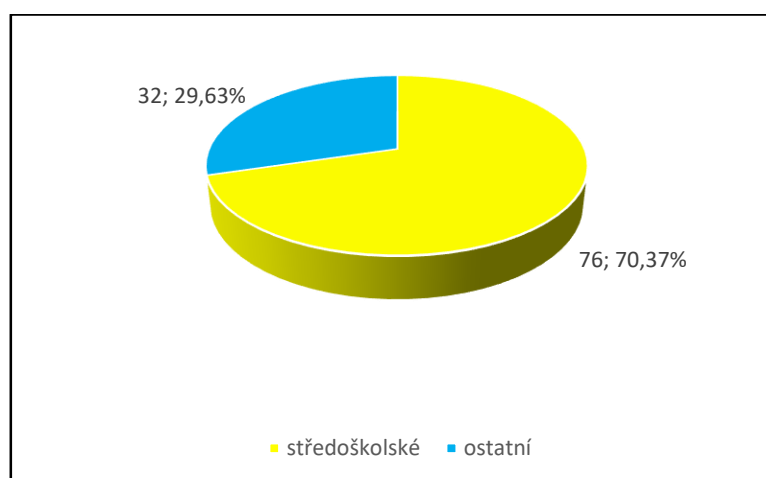
povolání označili „praktická sestra“, bylo 17 (15,74 %). Pro statistické zpracování dat byli respondenti rozděleni na skupinu sester bez specializace v psychiatrii v počtu 72 (66,67 %) a na skupinu sester se specializací v psychiatrii v počtu 36 (33,33 %). Grafické znázornění je uvedené na obrázku číslo 3.



Obrázek 3: Vykonávané povolání

Stupeň vzdělání

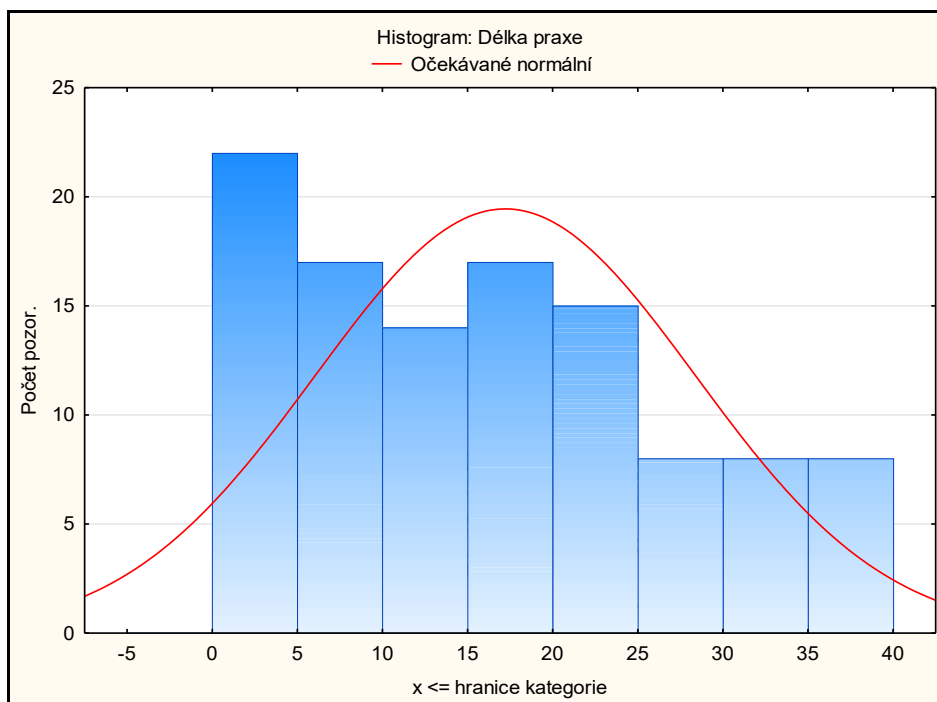
Většinu respondentů tvořily sestry se středoškolským vzděláním, a to v počtu 73 (67,59 %), vysokoškolsky vzdělaných respondentů s bakalářským titulem bylo 18 (16,67 %). Dále v počtu 10 (9,26 %) respondentů byly sestry s vyšším odborným vzděláním, 4 (3,70 %) respondenti měli vysokoškolské vzdělání s titulem magisterským a 3 (2,78 %) pak měli vzdělání jiného typu. Tyto skupiny byly pro statistické vyhodnocení rozděleny do dvou kategorií, a to na sestry se středoškolským vzděláním a sestry s dalším vzděláním. Zastoupení těchto kategorií je znázorněno na obrázku číslo 4.



Obrázek 4: Stupeň vzdělání

Délka praxe v psychiatrii

Obrázek č. 5 zobrazuje histogram znázorňující délku praxe respondentů na psychiatrii. Dle Gaussovy křivky rozdělení respondentů neodpovídá očekávanému normálnímu rozdělení.



Obrázek 5: Délka praxe na psychiatrii

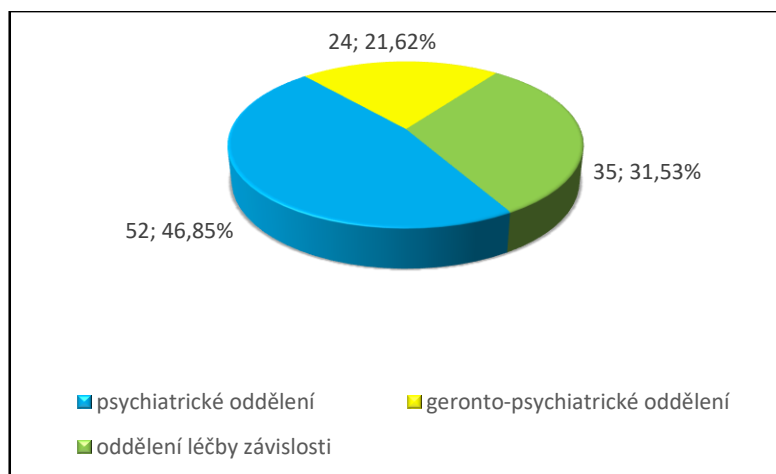
Popisná statistika – délka praxe na psychiatrii						
N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm. odch.	Var. koef.
108	17,22018	16,00000	1,00000	40,00000	11,18146	64,93232

Tabulka 2: Popisná tabulka – délka praxe na psychiatrii

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že průměrná délka praxe respondentů byla 17,22 let, SD 11,18, medián 16 let. Nejkratší délka praxe byla 1 rok, nejdelší pak 40 let. Na základě mediánu byli respondenti pro další analýzu rozdělení do dvou skupin, a to na skupinu respondentů s délkou praxe do 16 let vč. a skupinu respondentů s délkou praxe 17 let a více.

Typ oddělení

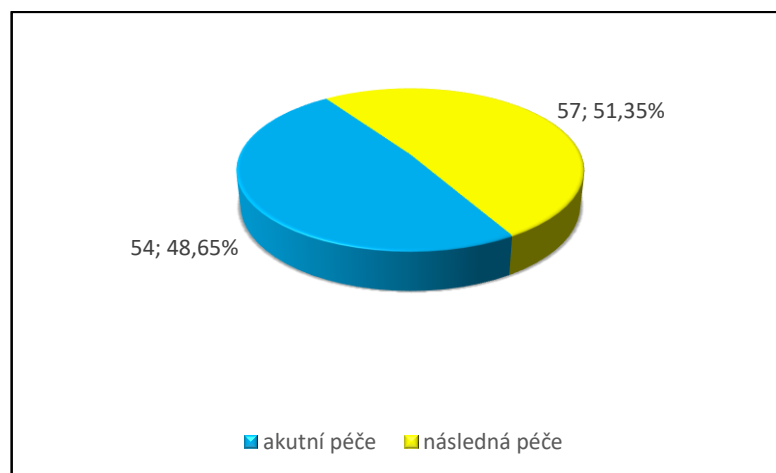
Níže uvedený graf na obrázku č. 6 zobrazuje rozdělení respondentů dle typu oddělení, na kterém pracovali v posledním roce před vyplněním dotazníku. Z grafu je zjevné, že nejvíce, a to 52 (46,85 %) respondentů, pracovalo na oddělení psychiatrickém, 35 (31,53 %) na oddělení léčby závislosti a nejméně respondentů, tj. 24 (21,62 %), pracovalo na gerontopsychiatrickém oddělení.



Obrázek 6: Typ oddělení

Typ poskytované péče

Z obrázku č. 7 vyplývá, že zastoupení respondentů dle typu poskytované péče na oddělení, kde v době výzkumu pracovali, bylo víceméně rovnoměrné. Celkem 57 (51,35 %) dotazovaných pracovalo na oddělení následné péče a 54 (48,65 %) jich pracovalo na oddělení poskytujícím péči akutní.



Obrázek 7: Typ poskytované péče

3.5. Výsledky vlastní práce

Otázka č. 4: Jak často jste se v posledním roce setkal/a s verbální agresí?

Setkání s verbální agresí		
Proměnná	n	%
denně	12	11,11 %
několikrát v týdnu	30	27,78 %
jednou v týdnu	21	19,44 %
jednou za 14 dní	12	11,11 %
jednou za měsíc	20	18,52 %
méně často	13	12,04 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 3: Setkání s verbální agresí

Z analýzy získaných dat vyplývá, že téměř 28 % (n=30) respondentů se na svém pracovišti s verbální agresí setkává několikrát v týdnu. Dále 19,44 % (n=21) respondentů uvedlo setkání s verbální agresí jednou týdně a 18,52 % (n=20) jednou měsíčně. Odpověď „méně často“ vyplnilo 13 respondentů, tj. 12,04 %. Identických hodnot dosáhly odpovědi „denně“ a „jednou za 14 dní“, tyto varianty vybralo 12 (11,11 %) respondentů pro každou z nich.

Otázka č. 5: Jak často jste se v posledním roce setkal/a s brachiální agresí?

Setkání s brachiální agresí		
Proměnná	n	%
denně	3	2,78 %
několikrát v týdnu	14	12,96 %
jednou v týdnu	14	12,96 %
jednou za 14 dní	11	10,19 %
jednou za měsíc	25	23,15 %
méně často	41	37,96 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 4: Setkání s brachiální agresí

S brachiální agresí se ve své praxi největší počet respondentů setkává méně často než jednou měsíčně, a to téměř v 38 % (n=41). Jednou v měsíci se s tímto typem agrese potýká 25 respondentů (23,15%). Po 14 (12,96 %) respondentech uvedlo odpovědi „několikrát v týdnu“ a „jednou v týdnu“. Jednou za 14 dní zažije setkání s brachiální

agresí 11 respondentů (10,19 %) a pouze ve třech případech (2,78 %) respondenti volili odpověď „denně“.

Otázka č. 6: Jak často jste se v posledním roce setkal/a s eskalací verbální agrese do agrese brachiální?

Eskalace agrese od verbální k brachiální		
Proměnná	n	%
denně nebo téměř denně	4	3,70 %
několikrát v týdnu	6	5,56 %
jednou v týdnu	15	13,89 %
jednou za 14 dní	14	12,96 %
jednou za měsíc	22	20,37 %
méně často než jednou za měsíc	47	43,52 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 5: Eskalace agrese od verbální k brachiální

Eskalaci agrese od verbální k brachiální zažívá méně často než jednou za měsíc 47 (43,52 %) dotazovaných. Ve 20,37 % tj. 22 respondentů, byla na tuto otázku zvolena odpověď „jednou za měsíc“. Jednou v týdnu se s uvedenou eskalací agrese setkává 15 (13,89 %) respondentů a o jednoho méně, tj. 14 (12,96 %) zažívá toto setkání jednou za dva týdny. Odpověď „několikrát v týdnu“ zvolilo 6 (5,56 %) oslovených a pouze 4 (3,70 %) respondenti vybrali odpověď „denně nebo téměř denně“.

Otázka č. 7: Jak často vnímáte brachiální agresi jako skutečný problém?

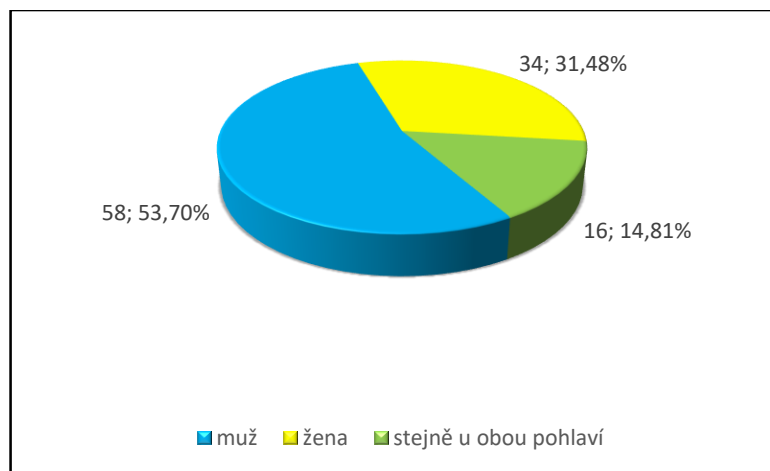
Vnímání brachiální agrese jako skutečný problém		
Proměnná	n	%
ve všech případech	58	53,70 %
ve většině případů	26	24,07 %
přibližně v polovině případů	13	12,04 %
v méně než polovině případů	8	7,41 %
nevnímám brachiální agresi jako reálný problém	3	2,78 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 6: Vnímání brachiální agrese jako skutečný problém

Více než polovina účastníků šetření, tj. 58 (53,70 %), vnímá brachiální agresi jako reálný problém, a to ve všech případech, kdy k ní dojde. Celkem 26 (24,07 %)

respondentů ji jako skutečný problém vnímá ve většině případů. Přibližně v polovině případů vnímá brachiální agresi jako reálný problém 13 (12,04 %) dotazovaných. Dále 8 (7,41 %) respondentů chápe tento typ agrese jako opravdový problém v méně než v polovině případů a 3 (2,78 %) respondenti brachiální agresi jako skutečný problém nevnímají.

Otázka č. 8: Jakého pohlaví byl agresor nejčastěji?



Obrázek 8: Pohlaví agresora

Jak vyplývá z obrázku 8, více než polovina respondentů tj. 58 (53,70 %), se ve většině případů setká s agresorem mužského pohlaví. S agresorem ženského pohlaví se nejčastěji setkává 34 (31,48 %) účastníků šetření a 16 (14,81 %) respondentů zvolilo odpověď „stejně u obou pohlaví“.

Otázka č. 9: Jaký byl nejčastější důvod agrese u pacienta?

Nejčastější důvod agrese		
Proměnná	n	%
nesouhlas s přijetím/překladem/propuštěním	46	42,59 %
nesouhlas s podáním medikace	7	6,48 %
nesouhlas s režimovými opatřeními	41	37,96 %
antipatie vůči personálu	2	1,85 %
jiné	12	11,11 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 7: Nejčastější důvod agrese

Nesouhlas s přijetím, překladem či propuštěním označilo jako nejčastější důvod agrese 46 (42,59 %) respondentů. Druhá nejčastější odpověď „nesouhlas s režimovými opatřeními“, byla účastníky šetření označena ve 41 případech tj. 37,96 %. Jiný nejčastější důvod agrese uvedlo 12 (11,11 %) respondentů.

Otázka č. 10: Domníváte se, že adekvátním způsobem zvládáte obranu proti verbální agresi?

Ovládáte adekvátní obranu proti verbální agresi		
Proměnná	n	%
ano	41	37,96 %
spíše ano	65	60,19 %
spíše ne	2	1,85 %
ne	0	0,00 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 8: Ovládáte adekvátní obranu proti verbální agresi

Většina účastníků výzkumu zvolilo odpověď „spíše ano“, a to v 65 (60,19 %) případech. Dále celkem 41 (37,96 %) respondentů si je jisto, že adekvátním způsobem zvládá obranu proti verbální agresi. Odpověď „spíše ne“ označili 2 (1,85 %) respondenti a nikdo z dotazovaných se nedomnívá, že by obranu proti verbální agresi neovládal.

Otázka č. 11: Domníváte se, že adekvátním způsobem zvládáte obranu proti brachiální agresi?

Ovládáte adekvátní obranu proti brachiální agresi		
Proměnná	n	%
ano	24	22,22 %
spíše ano	64	59,26 %
spíše ne	18	16,67 %
ne	2	1,85 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 9: Ovládáte adekvátní obranu proti brachiální agresi

Jako odpověď na tuto otázku zvolilo 64 (59,26 %) respondentů variantu „spíše ano“. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „ano“, a to ve 24 (22,22 %) případech. Necelých 17 % (n=18) účastníků šetření vybralo odpověď „spíše ne“ a pouze 2 (1,85 %) respondenti si myslí, že adekvátní obranu proti brachiální agresi neovládají.

Otázka č. 12: Jak je podle Vás na Vašem pracovišti nejčastěji řešeno agresivní chování ze strany pacienta?

Řešení agrese		
Proměnná	n	%
verbální deescalací	41	37,96 %
psychofarmaky	50	46,30 %
fyzickým omezením úchopem	1	0,93 %
fyzickým omezením v lůžku	8	7,41 %
izolací	0	0,00 %
jiné	8	7,41 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 10: Řešení agrese

Z vlastního šetření vyplývá, že 50 (46,30 %) respondentů uvedlo jako nejčastější řešení agrese na jejich pracovišti podání psychofarmak. Dále pak verbální deescalaci jakožto řešení agrese uvedlo téměř 38 % (n=41) dotazovaných. Fyzické omezení v lůžku uvádí jako řešení agrese 8 (7,41 %) respondentů a stejný počet, tj. 8 (7,41 %) respondentů, vybralo odpověď „jiné“. Jen jeden (0,93 %) účastník šetření uvedl jako nejčastější řešení agrese fyzické omezení úchopem a žádný z respondentů nevybral možnost „izolací“.

Otázka č. 13: Cítíte se na Vašem oddělení bezpečně?

Pocit bezpečí		
Proměnná	n	%
ano	48	44,44 %
spíše ano	47	43,52 %
spíše ne	11	10,19 %
ne	2	1,85 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 11: Pocit bezpečí

Z výše uvedené tabulky plyne, že 48 (44,44 %) respondentů se na svém pracovišti cítí bezpečně. Druhou nejčastější odpovědí byla varianta „spíše ano“, kterou jako svou volbu označilo 47 (43,52 %) respondentů. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 11 (10,19 %) dotazovaných a necelé 2 % (n=2) respondentů se na svém pracovišti v době šetření necítila bezpečně.

Otázka č. 14: Bylo pro Vás první setkání s agresí na pracovišti zatěžující/stresující?

První setkání s agresí		
Proměnná	n	%
ano	40	37,04 %
spíše ano	32	29,63 %
spíše ne	24	22,22 %
ne	12	11,11 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 12: První setkání s agresí

Pro 40 (37,04 %) účastníků šetření bylo první setkání s agresí zatěžující. Necelých 30 % (n=32) respondentů vybralo odpověď „spíše ano“ a 24 (22,22 %) respondentů vybralo „spíše ne“. Pro 12 (11,11 %) respondentů první setkání s agresí na pracovišti zatěžující nebylo.

Otázka č. 15: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano nebo spíše ano, prosím uveďte, u koho jste po ataku vyhledal/a psychosociální podporu?

Psychosociální podpora		
Proměnná	n	%
u nařízené/ho	11	10,19 %
u kolegyň/kolegů na vlastním oddělení	48	44,44 %
u kolegyň/kolegů mimo vlastní oddělení	1	0,93 %
u lékaře	0	0,00 %
v rodině	6	5,56 %
nevyhledal	27	25,00 %
jiné	0	0,00 %
nevyplněno	15	13,89 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 13: Psychosociální podpora

Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo vyhledání psychosociální podpory po prvním setkání s agresí u kolegyň či kolegů na vlastním pracovišti, takto odpovědělo 48 (44,44 %) dotazovaných. Z výzkumného vzorku 25 % (n=27) respondentů po prvním setkání s agresí psychosociální podporu nevyhledalo. Celkem 15 (13,89 %) účastníků výzkumu tuto otázku nevyplnilo. U nadřízeného vyhledalo pomoc 11 (10,19 %) respondentů. Dále pak 6 (5,56 %) respondentů vyhledalo pomoc v rodině, 1 (0,93 %) u

kolegyň či kolegů mimo vlastní pracoviště a odpovědi „u lékaře“ a „jiné“ nezvolil nikdo z účastníků šetření.

Otázka č. 16: Uvažoval/a jste někdy o vyhledání odborné pomoci po setkání s agresivním pacientem?

Vyhledání odborné pomoci		
Proměnná	n	%
ano	2	1,85 %
spíše ano	2	1,85 %
spíše ne	25	23,15 %
ne	79	73,15 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 14: Vyhledání odborné pomoci

Z výše uvedené tabulky je patrné, že převážná většina respondentů, tj. 79 (73,15 %), po setkání s agresí nikdy nezvažovala možnost vyhledání odborné pomoci. Odpověď „spíše ne“ označilo 25 (23,15 %) dotazovaných. Stejná četnost odpovědí byla v kategoriích „ano“ a „spíše ano“, a to v počtu 2 (1,85 %) pro každou z nich.

Otázka č. 17: Nabízí Váš zaměstnavatel odbornou pomoc nebo systémové řešení pro zaměstnance, kteří se setkali s agresí na pracovišti a chtěli by vyhledat odbornou pomoc?

Nabídka odborné pomoci zaměstnavatelem		
Proměnná	n	%
zaměstnavatel tuto pomoc nabízí a vím, kde ji hledat	49	45,37 %
zaměstnavatel tuto pomoc nabízí, ale nevím kde ji hledat	27	25,00 %
nejsem si jist/a, zdali zaměstnavatel tuto pomoc nabízí	30	27,78 %
myslím si, že zaměstnavatel takovou pomoc nenabízí	2	1,85 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 15: Nabídka odborné pomoci zaměstnavatelem

Z výzkumného vzorku celkem 49 (45,37 %) účastníků uvedlo, že jejich zaměstnavatel nabízí odbornou pomoc a jsou si vědomi, kde tuto pomoc najít, zatímco 30 (27,78 %) účastníků si není jisto možností takovéto nabídky. Celých 25 % (n=27) účastníků o nabídce pomoci sice ví, ale nejsou si vědomi, kde by tuto pomoc hledali, a 2 (1,85 %) respondenti si myslí, že výše uvedenou pomoc jejich zaměstnavatel nenabízí.

Otázka č. 18: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a, že Váš zaměstnavatel tuto pomoc nabízí a že víte, kde ji vyhledat, uveďte prosím, o jaké formy pomoci jde:

Tato otázka byla otevřená, nenabízela tedy výběrové možnosti odpovědí. Získané odpovědi byly utříděny podle četnosti. Výsledky jsou zobrazeny v níže uvedené tabulce.

Forma nabízené pomoci		
Proměnná	n	%
SPIS	12	11,11 %
supervize	7	6,48 %
psychoterapeutický pohovor s pověřeným pracovníkem	10	9,26 %
odborné semináře	6	5,56 %
jiné	8	7,41 %
nevyplněno	65	60,19 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 16: Forma nabízené pomoci

Otázka č. 19: Víte, co jsou deeskalační techniky?

Znalost deeskalačních technik		
Proměnná	n	%
ano	74	68,52 %
myslím si, že ano	33	30,56 %
nejsem si jist/a	0	0,00 %
ne	1	0,93 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 17: Znalost deeskalačních technik

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že většina respondentů ví, co jsou to deeskalační techniky, tuto znalost jich uvedlo 74 (68,52 %). Celkem 33 (30,56 %) respondentů se

domnívá, že ví, co jsou deeskalační techniky, a pouze jeden (0,93 %) označil odpověď „ne“. Varianta odpovědi „nejsem si jist/a“ nebyla uvedena vůbec.

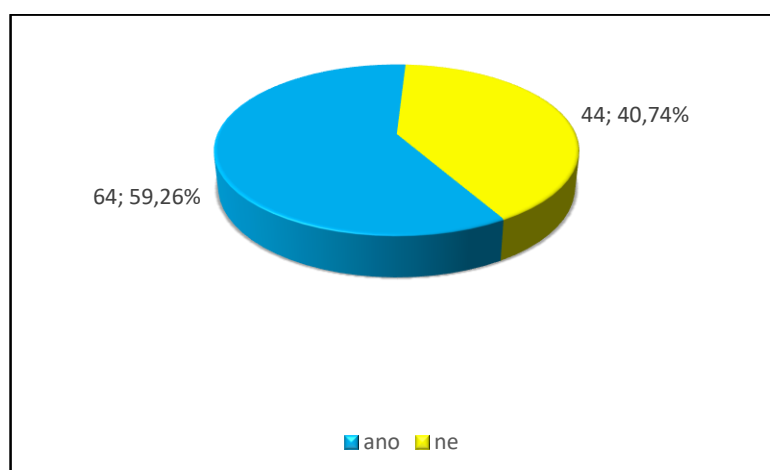
Otázka č. 20: Myslíte si, že jsou deeskalační techniky účinné?

Účinnost deeskalačních technik		
Proměnná	n	%
ano	28	25,93 %
spíše ano	65	60,19 %
spíše ne	14	12,96 %
ne	1	0,93 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 18: Účinnost deeskalačních technik

Většina dotázaných respondentů uvedla jako odpověď na tuto otázku variantu „spíše ano“, a to v počtu 65 (60,19 %). Téměř 26 % (n=28) respondentů souhlasí s tvrzením, že deeskalační techniky jsou účinné. Dále pak 14 (12,96 %) účastníků výzkumu vybralo odpověď „spíše ne“ a odpověď „ne“ byla označena pouze jednou (0,93 %).

Otázka č. 21: Absolvoval/a jste v posledních 5 letech nějaký kurz zaměřený na zvládnutí agresivního chování pacienta? (Pokud zvolíte „ne“, otázky 22 a 23 nevyplňujte)



Obrázek 9: Absolvoování kurzu zvládnutí agrese

Z grafu na obrázku výše je patrné, že více než polovina tj. 64 (59,26 %) respondentů se v posledních pěti letech účastnila kurzu či školení zaměřené na řešení

problematiku. Oproti tomu 44 (40,74 %) respondentů se žádného takového kurzu nezúčastnilo.

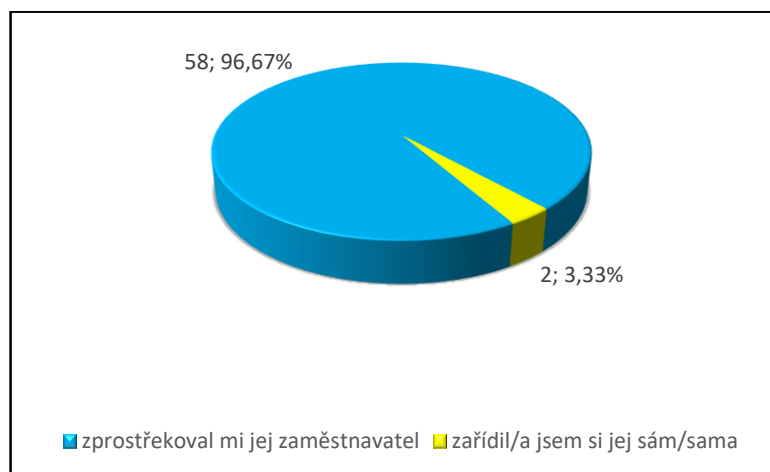
Otázka č. 22: Školení, které jste absolvoval/a, bylo zaměřeno na:

Zaměření školení		
Proměnná	n	%
projevy neklidu a agrese	13	12,04 %
použití omezovacích prostředků	32	29,63 %
nácvik šetrné sebeobraný	2	1,85 %
komunikace s agresivním pacientem	7	6,48 %
praktický nácvik zvládnání agresivního pacienta	3	2,78 %
právní problematika agrese ve zdravotnictví	0	0,00 %
jiné	4	3,70 %
nevyplněno	47	43,52 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 19: Zaměření školení

Tuto otázku nevyplnilo 47 (43,52 %) respondentů. Školení zaměřené na použití omezovacích prostředků se účastnilo 32 (29,63 %) dotazovaných. Celkem 13 respondentů (12,04 %) absolvovalo školení zaměřené na projevy neklidu a agrese. Relativně menší účast byla na školení se zaměřením na komunikaci s agresivním pacientem, to absolvovalo 7 (6,48 %) respondentů. Ve 4 (3,70 %) případech účastníci šetření uvedli odpověď „jiné“, 3 (2,78 %) respondenti uvedli odpověď „praktický nácvik zvládnání agresivního pacienta“ a necelá 2 % (n=2) respondentů vybrala možnost odpovědi „nácvik šetrné sebeobraný“. Školení zaměřené na právní problematiku agrese ve zdravotnictví nenavštívil v posledních pěti letech žádný účastník šetření.

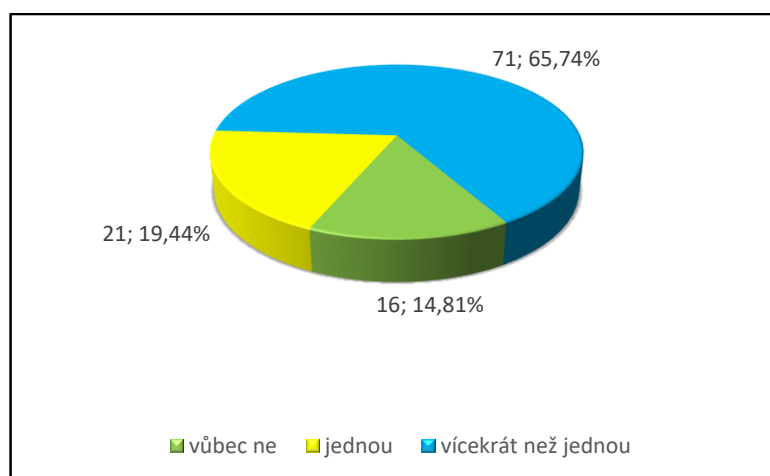
Otázka č. 23: Bylo toto školení zprostředkováno zaměstnavatelem nebo jste si jej vyhledal sám/sama?



Obrázek 10: Zprostředkovatel školení

Z obrázku č. 10 vyplývá, že respondentům, kteří v posledních pěti letech absolvovali školení zaměřené na agresivní chování, bylo toto školení v 58 (96,67 %) případech zprostředkované jejich zaměstnavatelem a jen ve dvou (3,33 %) případech si školení respondenti zařizovali sami. Výše uvedená data jsou však interpretovaná s rezervou, jelikož jak plyne z otázky číslo 21, kurzu se účastnilo 64 (59,26 %) respondentů, ale na otázku 23 týkající se zprostředkování kurzu odpovědělo o 4 respondenty méně tj. 60 (55,56 %).

Otázka č. 24: Jak často během posledních 5 let Vám byla zaměstnavatelem nabídnuta účast na školení zaměřeném na zvládnutí agresivního chování?



Obrázek 11: Nabídka školení

Nejvyššího počtu odpovědí dosahovala varianta „vícekrát než jednou“, a to v počtu 71 (65,74 %). Odpověď „jednou“ zvolilo 21 (19,44 %) respondentů a necelých

15 % (n=16) účastníků šetření uvedlo, že jim v posledních pěti letech nebyla nabídnuta možnost školení ani jednou.

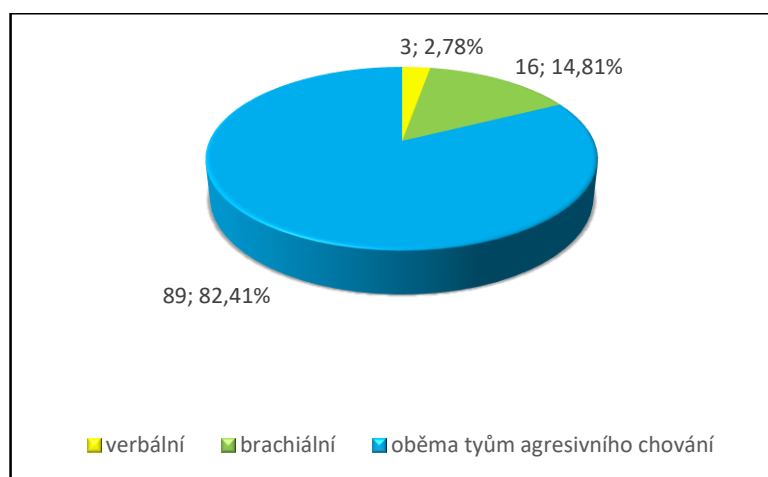
Otázka č. 25: Uvítal/a byste možnost častějšího školení deeskalačních technik? Jak často?

Zájem o nabídku školení / jak často		
Proměnná	n	%
ne	13	12,04 %
ano - 1x ročně	65	60,19 %
ano - 2x ročně	24	22,22 %
ano - 3x ročně a častěji	6	5,56 %
Celkem	108	100,00 %

Tabulka 20: Zájem o nabídku školení / jak často

Výše uvedená tabulka zobrazuje, že 65 (60,19 %) respondentů by uvítalo nabídku školení deeskalačních technik jednou ročně. O dvě školení za rok projevilo zájem 24 (22,22 %) účastníků šetření. O nabídku školení by neprojevilo zájem 13 (12,04 %) respondentů a školení ve frekvenci třikrát ročně a častěji by zajímalo 6 (5,56 %) respondentů.

Otázka č. 26: V obraně proti jakému typu agrese byste uvítali školení?



Obrázek 12: Typ školení

Naprostá většina respondentů tj. 89 (82,41 %) uvedla v případě nabídky školení zájem o zdokonalení se v obraně proti verbální i brachiální agresi. Necelých 15 % (n=16)

respondentů by v takovém případě preferovala školení zaměřené na brachiální agresi a nácvik obrany proti verbální agresi by upřednostňovala necelá 3 % (n=3) respondentů.

3.6. Diskuse

V této podkapitole budou diskutovány výsledky vlastního výzkumu, a to především ve vztahu k dříve stanoveným hypotézám, dále budou tyto výsledky porovnány s dříve realizovanými studiemi.

3.6.1. Výsledky vlastní práce ve vztahu k pracovním hypotézám

Pro tuto práci byly stanoveny následující hypotézy:

Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich:

H1: pohlaví (z důvodu malého počtu mužů ve výzkumném vzorku nebyla tato hypotéza testována)

H2: věku

H3: délce praxe na psychiatrii

H4: vykonávaném povolání

H5: dosaženém vzdělání

Vzhledem k charakteristice výzkumného souboru bylo pro statistickou analýzu nutné kategorizovat některé skupiny, a to konkrétně podle věku, vykonávaného pohlaví a délky praxe respondentů, a to tak, jak bylo uvedeno v kapitole č. 3.4. Charakteristika výzkumného souboru. Ze získaných dat byl vypočten Pearsonův Chí-kvadrát. Výsledky této statistické operace jsou uvedeny v následující tabulce. Statisticky významné rozdíly, tj. případy, kdy vypočtená P-hodnota byla nižší než stanovená statistická hodnota významnosti 0,05, jsou pro lepší orientaci v tabulce zvýrazněny tučně.

Proměnná:	věk	délka praxe	vzdělání	Speci- lizace	typ péče
Druh oddělení	0,1592	0,10426	0,1786	0,09484	0,35427
Pro jaké pohlaví pacientů	0,4906	0,39567	0,77536	0,83742	0,40027
Setkání s verbální agresí	0,12786	0,04361	0,28054	0,30755	0,13164
Setkání s brachiální agresí	0,09963	0,0381	0,13003	0,05939	0,40284
Eskalace agrese od verbální k brachiální	0,01666	0,02164	0,08165	0,05021	0,29037
Vnímání brachiální agrese jako skutečný problém	0,54368	0,50324	0,7831	0,55112	0,89471
Pohlaví agresora	0,50463	0,59254	0,92579	1	0,1345
Nejčastější důvod agrese	0,01156	0,0115	0,39759	0,33333	0,16483
Ovládáte adekvátní obranu proti verbální agresí	0,27842	0,28732	0,72456	0,09547	0,18362
Ovládáte adekvátní obranu proti brachiální agresí	0,77841	0,614	0,40898	0,42034	0,29404
Řešení agrese	0,10318	0,1406	0,74898	0,59496	0,37005
Pocit bezpečí	0,96582	0,92028	0,92079	0,92207	0,68176
První setkání s agresí	0,25905	0,49132	0,64441	0,76971	0,18152
Psychosociální podpora	0,49152	0,36114	0,84814	0,57243	0,10585
Vyhledání odborné pomoci	0,59573	0,58127	0,60468	0,69095	0,51436
Nabídka odborné pomoci zaměstnavatelem	0,47473	0,40141	0,10789	0,12665	0,94938
Forma pomoci	0,97185	0,95258	0,13647	0,34781	0,09176
Znalost deeskalačních technik	0,55537	0,54418	0,80212	0,7516	0,31985
Účinnost deeskalačních technik	0,21589	0,42169	0,65351	0,68094	0,5949
Absolvování kurzu zvládnutí agrese	0,63162	0,42296	0,38231	0,78181	0,93053
Zaměření školení	0,78255	0,66758	0,74195	0,71536	0,70961
Zprostředkovatel školení	0,65178	0,43728	0,63701	0,8787	0,86578
Nabídka školení	0,45942	0,54919	0,74477	0,77326	0,70561
Zájem o nabídku školení / jak často	0,99373	0,9704	0,59232	0,71666	0,65395
Typ školení	0,86859	0,85203	0,45595	0,74457	0,13808

Tabulka 21: Souhrnná tabulka Pearsonova Chi-kvadrátu

Z výše uvedené souhrnné tabulky vyplývají následující závěry:

H2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na jejich věku.

Tuto hypotézu lze u většiny položek dotazníku přijmout, avšak s výjimkou níže uvedených položek:

„Eskalace agrese od verbální k brachiální“

„Nejčastější důvod agrese“

U těchto otázek byl zjištěn statisticky významný rozdíl. Četnosti odpovědí respondentů budou uvedeny v následujících kontingenčních tabulkách.

Eskalace agrese od verbální k brachiální	Pozorované četnosti		
	Věk do 47 let včetně	Věk 48 let a více	Řádkové součty
Denně nebo téměř denně	2	2	4
Sloupcová relativní četnost	3,51 %	3,92 %	
Řádková relativní četnost	50,00 %	50,00 %	
Celková relativní četnost	1,85 %	1,85 %	3,70 %
Několikrát v týdnu	4	3	7
Sloupcová relativní četnost	7,02 %	5,88 %	
Řádková relativní četnost	57,14 %	42,86 %	
Celková relativní četnost	3,70 %	2,78 %	6,48 %
Jednou v týdnu	9	6	15
Sloupcová relativní četnost	15,79 %	11,76 %	
Řádková relativní četnost	60,00 %	40,00 %	
Celková relativní četnost	8,33 %	5,56 %	13,89 %
Jednou za 14 dní	12	3	15
Sloupcová relativní četnost	21,05 %	5,88 %	
Řádková relativní četnost	80,00 %	20,00 %	
Celková relativní četnost	11,11 %	2,78 %	13,89 %
Jednou za měsíc	14	6	20
Sloupcová relativní četnost	24,56 %	11,76 %	
Řádková relativní četnost	70,00 %	30,00 %	
Celková relativní četnost	12,96 %	5,56 %	18,52 %
Méně často	16	31	47
Sloupcová relativní četnost	28,07 %	60,78 %	
Řádková relativní četnost	34,04 %	65,96 %	
Celková relativní četnost	14,81 %	28,70 %	43,52 %
Celkem	57	51	108
Celková relativní četnost	52,78 %	47,22 %	100,00 %

Tabulka 22: Eskalace agrese x věk respondentů

p=0,01666

Z uvedené tabulky lze konstatovat, že respondenti ve věkové kategorii 48 let a více se s eskalací agrese od verbální k brachiální setkávají výrazně méně často nežli respondenti ve věkové kategorii do 47 let věku včetně. Významný rozdíl můžeme vidět u položky „méně často“, kterou označilo pouze 16 (28,07 %) účastníků šetření mladších 48 let, zatímco účastníci z kategorie věku 48 let a více tu jistou položku označili v 31 (60,78 %) případech.

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi eskalací agrese z verbální k brachiální a věkem respondentů v tom smyslu, že četnost takové eskalace agrese je významně nižší u skupiny dotazovaných ve věku 48 let a více než u skupiny dotazovaných ve věku do 47 let včetně.

Nejčastější důvod agrese	Pozorované četnosti		
	Věk do 47 let včetně	Věk 48 let a více	Řádkové součty
Nesouhlas s přijetím/překladem/propuštěním	23	22	45
Sloupcová relativní četnost	40,35 %	43,14 %	
Řádková relativní četnost	51,11 %	48,89 %	
Celková relativní četnost	21,30 %	20,37 %	41,67 %
Nesouhlas s podáním medikace	6	1	7
Sloupcová relativní četnost	10,53 %	1,96 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celková relativní četnost	5,56 %	0,93 %	6,48 %
Nesouhlas s režimovými opatřeními	15	25	40
Sloupcová relativní četnost	26,32 %	49,02 %	
Řádková relativní četnost	37,50 %	62,50 %	
Celková relativní četnost	13,89 %	23,15 %	37,04 %
Antipatie vůči personálu	1	1	2
Sloupcová relativní četnost	1,75 %	1,96 %	
Řádková relativní četnost	50,00 %	50,00 %	
Celková relativní četnost	0,93 %	0,93 %	1,85 %
Jiné	12	2	14
Sloupcová relativní četnost	21,05 %	3,92 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celková relativní četnost	11,11 %	1,85 %	12,96 %
Celkem	57	51	108
Celková relativní četnost	52,78 %	47,22 %	100,00 %

Tabulka 23: Nejčastější důvod agrese x věk respondentů

p=0,01156

Z tabelárního přehledu je zřejmé, že respondenti v kategorii věku 48 let a více, nejčastěji označili odpověď „Nesouhlas s režimovými opatřeními“ a to v počtu 25 (49,50 %) respondentů z této kategorie. Respondentů z kategorie mladších 48 let věku, kteří označili tuto položku, bylo proti tomu jen 15 (26,32 %).

Dále můžeme pozorovat rozdíl v položce „Jiné“, kdy ji účastníci šetření mladší 48 let věku označili ve 12 (21,05 %) případech, zatímco stejnou odpověď volili pouze 2 (3,92 %) respondenti z věkové kategorie 48 let a více.

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje signifikantní závislost mezi věkem respondentů a vnímáním nejčastějšího důvodu vzniku agrese.

H3: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na délce jejich praxe na psychiatrii.

Také tuto hypotézu lze u většiny položek dotazníku přijmout, avšak s výjimkou následujících položek, u kterých byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi délkou praxe respondentů a jednotlivými odpověďmi.

„Setkání s verbální agresí“

„Setkání s brachiální agresí“

„Eskalace agrese od verbální k brachiální“

„Nejčastější důvod agrese“

Četnosti odpovědí respondentů na výše uvedené otázky budou uvedeny v následujících kontingenčních tabulkách.

Setkání s verbální agresí	Pozorované četnosti		
	Praxe do 16 let včetně	Praxe 17 let a více	Řádkové součty
Denně	8	5	13
Sloupcová relativní četnost	13,56 %	10,20 %	
Řádková relativní četnost	61,54 %	38,46 %	
Celková relativní četnost	7,41 %	4,63 %	12,04 %
Několikrát v týdnu	20	10	30
Sloupcová relativní četnost	33,90 %	20,41 %	
Řádková relativní četnost	66,67 %	33,33 %	
Celková relativní četnost	18,52 %	9,26 %	27,78 %
Jednou v týdnu	11	10	21
Sloupcová relativní četnost	18,64 %	20,41 %	
Řádková relativní četnost	52,38 %	47,62 %	
Celková relativní četnost	10,19 %	9,26 %	19,44 %
Jednou za 14 dní	9	2	11
Sloupcová relativní četnost	15,25 %	4,08 %	
Řádková relativní četnost	81,82 %	18,18 %	
Celková relativní četnost	8,33 %	1,85 %	10,19 %
Jednou za měsíc	7	13	20
Sloupcová relativní četnost	11,86 %	26,53 %	
Řádková relativní četnost	35,00 %	65,00 %	
Celková relativní četnost	6,48 %	12,04 %	18,52 %
Méně často	4	9	13
Sloupcová relativní četnost	6,78 %	18,37 %	
Řádková relativní četnost	30,77 %	69,23 %	
Celková relativní četnost	3,70 %	8,33 %	12,04 %
Celkem	59	49	108
Celková relativní četnost	54,63 %	45,37 %	100,00 %

Tabulka 24: Setkání s verbální agrese x délka praxe respondentů

p=0,04361

Z tabulky č. 24 je zřejmé, že kategorie respondentů s délkou praxe na psychiatrii do 16 let včetně se setkává s verbální agresí statisticky významně častěji než kategorie respondentů s praxí 17 let a více. Z toho lze uvažovat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi délkou praxe respondentů a četností setkání s verbální agresí.

Setkání s brachiální agresí	Pozorované četnosti		
	Praxe do 16 let včetně	Praxe 17 let a více	Řádkové součty
Denně	2	1	3
Sloupcová relativní četnost	3,39 %	2,04 %	
Řádková relativní četnost	66,67 %	33,33 %	
Celková relativní četnost	1,85 %	0,93 %	2,78 %
Několikrát v týdnu	8	8	16
Sloupcová relativní četnost	13,56 %	16,33 %	
Řádková relativní četnost	50,00 %	50,00 %	
Celková relativní četnost	7,41 %	7,41 %	14,81 %
Jednou v týdnu	12	3	15
Sloupcová relativní četnost	20,34 %	6,12 %	
Řádková relativní četnost	80,00 %	20,00 %	
Celková relativní četnost	11,11 %	2,78 %	13,89 %
Jednou za 14 dní	8	3	11
Sloupcová relativní četnost	13,56 %	6,12 %	
Řádková relativní četnost	72,73 %	27,27 %	
Celková relativní četnost	7,41 %	2,78 %	10,19 %
Jednou za měsíc	14	8	22
Sloupcová relativní četnost	23,73 %	16,33 %	
Řádková relativní četnost	63,64 %	36,36 %	
Celková relativní četnost	12,96 %	7,41 %	20,37 %
Méně často	15	26	41
Sloupcová relativní četnost	25,42 %	53,06 %	
Řádková relativní četnost	36,59 %	63,41 %	
Celková relativní četnost	13,89 %	24,07 %	37,96 %
Celkem	59	49	108
Celková relativní četnost	54,63 %	45,37 %	100,00 %

Tabulka 25: Setkání s brachiální agresí x délka praxe respondentů

p=0,03810

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že byl zjištěn statisticky významný rozdíl v četnosti setkání s brachiální agresí v závislosti na délce praxe jednotlivých respondentů. Účastníci šetření s praxí do 16 let vč. se s brachiální agresí setkávají častěji než respondenti z kategorie s praxí 17 let a více.

Eskalace agrese od verbální k brachiální	Pozorované četnosti		
	Praxe do 16 let včetně	Praxe 17 let a více	Řádkové součty
Denně nebo téměř denně	2	2	4
Sloupcová relativní četnost	3,39 %	4,08 %	
Řádková relativní četnost	50,00 %	50,00 %	
Celková relativní četnost	1,85 %	1,85 %	3,70 %
Několikrát v týdnu	4	3	7
Sloupcová relativní četnost	6,78 %	6,12 %	
Řádková relativní četnost	57,14 %	42,86 %	
Celková relativní četnost	3,70 %	2,78 %	6,48 %
Jednou v týdnu	10	5	15
Sloupcová relativní četnost	16,95 %	10,20 %	
Řádková relativní četnost	66,67 %	33,33 %	
Celková relativní četnost	9,26 %	4,63 %	13,89 %
Jednou za 14 dní	12	3	15
Sloupcová relativní četnost	20,34 %	6,12 %	
Řádková relativní četnost	80,00 %	20,00 %	
Celková relativní četnost	11,11 %	2,78 %	13,89 %
Jednou za měsíc	14	6	20
Sloupcová relativní četnost	23,73 %	12,24 %	
Řádková relativní četnost	70,00 %	30,00 %	
Celková relativní četnost	12,96 %	5,56 %	18,52 %
Méně často	17	30	47
Sloupcová relativní četnost	28,81 %	61,22 %	
Řádková relativní četnost	36,17 %	63,83 %	
Celková relativní četnost	15,74 %	27,78 %	43,52 %
Celkem	59	49	108
Celková relativní četnost	54,63 %	45,37 %	100,00 %

Tabulka 26: Eskalace agrese x délka praxe respondentů

p=0,02164

Analýzou dat z tabulky č. 26 bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi četností setkání s eskalací agrese od verbální k brachiální a délkou praxe respondentů. Méně často než jednou za měsíc se s takovou eskalací agrese setká 61 % respondentů s praxí 17 let a delší a jen 29 % respondentů s praxí do 16 let včetně.

Nejčastější důvod agrese	Pozorované četnosti		
	Praxe do 16 let včetně	Praxe 17 let a více	Řádkové součty
Nesouhlas s přijetím/překladem/propuštěním	25	20	45
Sloupcová relativní četnost	42,37 %	40,82 %	
Řádková relativní četnost	55,56 %	44,44 %	
Celková relativní četnost	23,15 %	18,52 %	41,67 %
Nesouhlas s podáním medikace	6	1	7
Sloupcová relativní četnost	10,17 %	2,04 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celková relativní četnost	5,56 %	0,93 %	6,48 %
Nesouhlas s režimovými opatřeními	15	25	40
Sloupcová relativní četnost	25,42 %	51,02 %	
Řádková relativní četnost	37,50 %	62,50 %	
Celková relativní četnost	13,89 %	23,15 %	37,04 %
Antipatie vůči personálu	1	1	2
Sloupcová relativní četnost	1,69 %	2,04 %	
Řádková relativní četnost	50,00 %	50,00 %	
Celková relativní četnost	0,93 %	0,93 %	1,85 %
Jiné	12	2	14
Sloupcová relativní četnost	20,34 %	4,08 %	
Řádková relativní četnost	85,71 %	14,29 %	
Celková relativní četnost	11,11 %	1,85 %	12,96 %
Celkem	59	49	108
Celková relativní četnost	54,63 %	45,37 %	100,00 %

Tabulka 27: Nejčastější důvod agrese x délka praxe respondentů

p=0,01150

Z tabelárního přehledu vyplývá, že existuje statisticky významný rozdíl mezi délkou praxe respondentů a jejich vnímáním nejčastějšího důvodu vzniku agrese. Respondenti s praxí 17 let a více nejčastěji označili odpověď „Nesouhlas s režimovými opatřeními“, a to v počtu 25 (51,02 %) respondentů z této kategorie. Respondentů z kategorie mladších 48 let věku, kteří označili tuto položku, bylo jen 15 (24,42 %).

H4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na vykonávaném povolání.

H5: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou statisticky významně lišit v závislosti na dosaženém vzdělání.

Obě výše uvedené hypotézy lze na základě statistické analýzy přijmout. Jak bylo uvedeno v tabulce č. 3, v odpovědích na konkrétní položky dotazníkového šetření nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v závislosti na vykonávaném povolání ani na dosaženém vzdělání respondentů.

3.6.2. Porovnání vlastních výsledků šetření s dříve provedenými studii

Některé výsledky vlastního šetření budou v této podkapitole porovnány s dříve realizovanými studii na podobné téma. V porovnání různých studií se mohou vyskytovat značné rozdíly způsobené například rozdílnými metodami šetření, velikostí zkoumaného vzorku či rozdílným obdobím šetření.

Zrubcová (2011) ve výzkumu s názvem: „*Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach*“ zjišťovala setkání s agresí bez rozdělení verbální či brachiální formy a bez určení časového úseku. Výsledky jejího šetření udávají, že s agresivním chováním pacienta se setkává denně celých 83,4 % respondentů, 13,3 % uvedlo četnost setkání s agresí minimálně jednou v týdnu a pouze 3,3 % respondentů přichází do kontaktu s agresivním pacientem méně často. Uvedené výsledky nekorespondují s výsledky vlastní práce, ve které byla zjištěna četnost kontaktu s verbální i brachiální agresí v podstatně menší míře.

Dalším parametrem, který lze s výše uvedeným výzkumem Zrubcové porovnat, je pohlaví agresora. Ve výzkumném vzorku uvedlo 58,3 % respondentů „obě pohlaví stejně“, nejčastějšího agresora mužského pohlaví uvedlo 30,0 % dotazovaných a 11,7 % uvedlo jako nejčastějšího agresora ženu.

Cowman et al. (2017) zkoumal zvládání násilí v psychiatrii ve velmi početném vzorku (2809) respondentů v 17 evropských zemích. Mezi hlavní cíle výzkumu patřily prevence násilí, vliv prostředí a personálu, osvědčené postupy při zvládání násilí,

hodnocení rizik a příčiny vzniku násilí. Do tohoto výzkumu nebyly zařazeny pouze sestry, ale i další pracovníci na psychiatrii, např.: lékaři, psychologové, sociální pracovníci aj., avšak sestry tvořily nejpočetnější (57,1 %) skupinu respondentů. Autoři studie uvádějí znepokojení v oblasti školení zaměřeného na zvládnání agrese. Celkem 19,5 % respondentů uvedlo, že žádné takové školení nikdy neabsolvovali. Tyto výsledky lze porovnat s vlastním výzkumem, kde byly hodnoty ještě vyšší, kdy 40,7 % respondentů uvedlo, že kurz zaměřený na zvládnání agrese neabsolvovali, avšak takový rozdíl mohl být způsoben limitací období do 5 let.

Další položkou, kterou lze s tímto výzkumem porovnat, je způsob řešení agrese. Cowmanova studie uvádí jako nejčastěji používanou intervenci při zvládnání agrese fyzické omezení, a to v 17 %, na druhém místě izolaci pacienta (15 %), dále podání medikace v 14 %, a pokud bychom položku „talk therapy“, kterou lze považovat za verbální deescalaci, sloučili s uvedenou deescalací, bylo by takové řešení agrese označeno u 18% výzkumného vzorku. Ve vlastním šetření uvedlo verbální deescalaci jako primární intervenci při řešení agrese 38 % respondentů, podání medikace 46 % respondentů a izolaci pacienta neoznačil žádný z dotázaných.

Dimundová a Žemličková (2019) prováděly výzkum s názvem: „*Agresia pacientov voči sestram na psychiatrických pracoviskách*“, kde soubor respondentů tvořily sestry z jedenácti psychiatrických pracovišť ve Slovenské republice. Autorky výzkumu očekávaly statisticky významný rozdíl mezi výskytem agrese a vzděláním respondentů, který se však nepotvrdil. Ve vlastním výzkumu taktéž nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi výskytem agrese a vzděláním účastníků šetření. Dimundová s Žemličkovou ve výsledcích své práce dále uvádějí vyšší četnost setkání sester na psychiatrii s verbální agresí, než s agresí fyzickou, i v tomto případě se výsledek shoduje s vlastním šetřením.

Na podobné téma bylo zpracováno také několik bakalářských prací, mezi nimi byla i práce, ve které výzkumný soubor také tvořily sestry Psychiatrické nemocnice Bohnice. Němec (2017) v této práci mimo jiné zkoumal četnost sester, které absolvovaly školení zaměřené na zvládnání agrese. 58,5 % respondentů v době výzkumu neabsolvovalo žádné takové školení a 41,5 % takový typ školení absolvovalo. Z vlastního výzkumu plyne, že se tyto hodnoty po uplynutí pěti let téměř nezměnily. Jak je uvedeno výše, 59,3 % respondentů vlastního šetření uvedla, že se v posledních pěti letech nezúčastnili kurzu

se zaměřením na řešenou problematiku, zatímco 40,7 % označilo, že takový kurz ve stejném období absolvovali. Pozitivněji vypadají výsledky týkající se zájmu o takové školení, kdy z vlastního výzkumu plyne, že 88 % respondentů by uvítalo nabídku školení zaměřeného na zvládání agrese, zatímco v roce 2017 by takovou nabídku uvítalo pouze 69 % dotázaných respondentů.

3.6.3. Doporučení pro praxi

Jak vyplývá z výsledků vlastního šetření, tak z dříve realizovaných studií, agrese a násilí je velmi aktuální problém, kterému stále není věnována dostatečná pozornost. Existuje relativně velká část zdravotnického personálu, která není adekvátně proškolená v oblasti zvládání a předcházení agrese. Dlouhodobé a pravidelné vzdělávání v této oblasti by mělo být standardem zejména při poskytování ošetrovatelské péče v psychiatrii. Vlastní šetření prokázalo relativně velký zájem respondentů o vzdělávání v dané problematice, které by mělo být zajištěno zaměstnavatelem. Ten dále může k prevenci vzniku konfliktů alespoň částečně použít metodiku Safewards, která výskyt agrese a násilí na psychiatrických odděleních snižuje. Sestry by měly brát v úvahu možnost, že jejich chování a styl komunikace může mít obrovský vliv na vznik agrese pacienta. Osobní komunikace mezi sestrou a pacientem je velmi silným nástrojem k ovlivnění chování pacientů, proto by měl být trénink správné komunikace a vnímání vlastního chování pravidelnou součástí života sester.

4. ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry se respondenti PNB setkávají s hlavními formami agresivního chování pacientů, zda a případně v jakém rozsahu jsou pro zvládnutí těchto situací proškoleni a zda by o taková školení projevíli zájem, případně v jaké frekvenci. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující cíle práce:

1. Přinést přehled relevantních poznatků řešené problematiky se zaměřením na deeskalaci agrese a prevenci násilí.
2. Sestavit dotazník vlastní konstrukce a zadat jej vybrané skupině respondentů.
3. Získaná data utřídit, provést jejich vyhodnocení a statistickou analýzu.
4. Statisticky významné rozdíly popsat a interpretovat.
5. Vyvodit závěry z vlastního šetření, porovnat je s dříve provedenými studii a stanovit doporučení pro praxi.

Záměr bakalářské práce se podařilo naplnit. Byly splněny všechny cíle práce. Výsledky této práce potvrzují, že zvolené téma je aktuálním problémem, který zasluhuje náležitou pozornost všech zdravotnických pracovníků i vedení nemocnic s cílem zlepšit schopnosti sester efektivně zvládat agresivní chování pacientů.

Z vlastních výsledků práce je patrné, že sestry, které mají kratší praxi v psychiatrii (do 16 let včetně), uvedly, že se jak s verbální, tak i s brachiální agresí setkávají častěji než sestry s delší praxí. To může naznačovat, že zkušenější sestry jsou schopny lépe odhadnout hrozbu agrese, které následně předcházejí. Více než polovina respondentů uvedla, že se během vykonávání svého zaměstnání pravidelně setkávají s verbální agresí, a to minimálně jednou v týdnu. S brachiální agresí se dle výsledků potýká přes 62 % sester jednou měsíčně a častěji. I přes takto vysokou četnost výskytu agrese na odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice se téměř 88 % sester cítí na svém oddělení v bezpečí. Tento pocit může pramenit i ze zkušeností při zvládnutí agrese, neboť více než 98 % respondentů uvedlo, že adekvátním způsobem ovládá obranu proti verbální agresii. Adekvátní obranu proti brachiální agresii, dle výsledků vlastního šetření, deklarovalo přes 81 % dotazovaných. Pozitivním zjištěním bylo, že 99,07 % respondentů uvedlo znalost deeskalačních technik a 88,12 % z nich si myslí, že tyto techniky jsou účinné. Dále 38 % respondentů uvedlo, že verbální deeskalaci používají jako primární intervenci při řešení agrese. To svědčí o tom, že nemalá část respondentů tyto techniky ovládá, případně se o to alespoň snaží. Méně uspokojivé pak byly výsledky týkající se celoživotního vzdělávání

v prevenci a ve zvládnání agrese. Z těchto výsledků vyplývá, že téměř 41 % respondentů v posledních pěti letech žádné takové školení neabsolvovalo, a to i přesto, že alespoň jednou ročně by o školení deeskalačních technik mělo zájem přes 94 % dotázaných.

Výsledky vlastního šetření mohou inspirovat vedení PNB ke zdokonalení systému vzdělávání sester v řešené problematice či k přijetí preventivních opatření proti výskytu agrese na konkrétních odděleních.

S odstupem času bych se dnes lépe připravil na organizaci vlastního šetření, podrobněji se seznámil s dříve realizovanými studiemi a na základě těchto poznatků bych některé položky dotazníku pozměnil nebo volil jiné varianty odpovědí. Zároveň se domnívám, že by podobný výzkum zasloužil větší účast respondentů, neboť dle zjištěných dat bylo v době výzkumu v Psychiatrické nemocnici Bohnice zaměstnáno 496 sester, ze kterých bylo ochotných zúčastnit se dotazníkového šetření pouze 111 (22,38 %).

Problematice agrese v psychiatrii a jejímu řešení se chci i nadále věnovat a tato práce mně samotnému rozšířila vědomosti v této oblasti. Osobně jsem absolvoval několik souvisejících kurzů a seminářů na dané téma a jednou bych se rád stal členem týmu, který tyto kurzy pořádá.

Záměrem bakalářské práce nebylo vyčerpávajícím způsobem popsat a řešit danou problematiku, ale na základě vlastního šetření upozornit na aktuálnost problému, kterým výskyt agresivního chování na odděleních psychiatrické péče nepochybně je.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.

BĚHOUNEK, Jan, Jaroslav PEKARA a Pavel TRANČÍK. *Metodika praktického nácviku a tréninku postupů pro zvládnutí krizových situací v péči o děti a dospívající s duševní poruchou v Psychiatrické nemocnici Bohnice*. [Praha]: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2021. ISBN 978-80-906574-3-4.

BOWERS, L. A model of de-escalation. *Mental health practice* [online]. 2014, 17(9), 36-37 [cit. 2022-03-08]. ISSN 1465-8720. doi:10.7748/mhp.17.9.36.e924. Dostupné z: <https://journals.rcni.com/mental-health-practice/a-model-of-deescalation-mhp.17.9.36.e924>

BOWERS L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. [online]. 2014;21(6):499-508. [cit. 2022-03-08]. doi:10.1111/jpm.12129. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4237187/>

COWMAN, S., BJÖRKDAHL, A., CLARKE, E., GETHIN, G., MAGUIRE, J. European violence in psychiatry research group (EViPRG). *A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries*. [online]. BMC Health Serv Res. 17(1):59, 2017 01 19. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>

DEANGELIS, T. Mental illness and violence: Debunking myths, addressing realities. *Monitor on Psychology*, 52(3). [cit. 2022-03-08] Dostupné z: <http://www.apa.org/monitor/2021/04/ce-mental-illness>

ELBOGEN, EB., JOHNSON, SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. [online] 2009;66(2):152–161. [cit. 2022-03-08] doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210191>

HALLETT N, DICKENS GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 Oct;75:10-20. [cit. 2022-03-08] doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003. Epub 2017 Jul 4. PMID: 28709012. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748917301451?via%3Dihub>

HARSA, P., KERTÉSZOVÁ, D., MACÁK, M., VOLDŘICHOVÁ, I., ŽUKOV, I. Současné projevy agrese. *Psychiatr. Praxi* [online] 2012; 13(1): 15–18. ISSN 1803-5272. [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-142-1.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4454-4.

LEPIEŠOVÁ, Martina and Mária NEMČEKOVÁ. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania: Violence and aggression against nurses in their professional practice. *Sociológia: časopis pre otázky sociológie*. [online] Bratislava: Sociologický ústav SAV, **45**(2), 172-194. [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/05031018Nemcekova%20-%20Lepiesova%20-%20ML%20-%20SD%20-%20OK.pdf>

LUKASOVÁ, Marie. Omezovací prostředky v psychiatrii, souhrnná zpráva, část 1., Právní pohled na používání omezovacích prostředků. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky, příloha 6* [online]. 2019, [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a_Priloha%206a_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.

MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5309-6.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings* [online]. 2015, [cit. 2022-02-16]. NICE Guideline, ISBN 978-1-4731-2542-1. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs154/resources/violent-and-aggressive-behaviours-in-people-with-mental-health-problems-pdf-75545539974853>

NĚMEC, Tomáš. *Násilí a agresivita na zdravotnickém pracovišti se zaměřením na pracoviště akutní psychiatrické péče*. 2017. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Jirkovský, Daniel.

PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ. Prevence násilí v ošetrovatelství (přehledová studie). *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. 2011, **7**(2), 187-191. [cit. 2022-02-16]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasilii/administrace/clankyfile/20120514102106667618.pdf>

PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš a Marek PROCHÁZKA. Jak pracovat s konflikty na psychiatrických odděleních? Představení metodiky Safewards, intervence, přínosy pro praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2021, **117**(6), 306-311 [cit. 2022-03-17]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/archiv.php>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně* [online]. Praha: Grada, c2011 [cit. 2022-02-12]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/etika-a-komunikace-v-medicine-632/>

STEVENSON, S. (1991) Heading off aggression with verbal deescalation, *Journal of Psychosocial Nursing*, 29: 6–10 [online]. [cit. 2022-02-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19910901-04>

TURNBULL, John, and Brodie PATERSON. *Aggression and Violence : Approaches to Effective Management*. Macmillan, 1999, s. 95-96. [cit. 2022-02-16]. ISBN 978-0333-62251-3. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-13577-6_6

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Deeskalace - základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2018b, **114**(5), 213-217 [cit. 2022-04-19]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1227>

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2018a, **114**(6), 260-263 [cit. 2022-02-16]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1238>

VOLAVKA, Jan a Pavel MOHR. Vliv komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2011, **107**(6), 335-342 [cit. 2022-02-10]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché. ISBN 978-80-247-5775-9.

ZRUBCOVÁ, Dana. Agresivny pacient na psychiatrických oddeleniach. *Jihlavské zdravotnické dny 2011* [online]. 2011, 728-732 [cit. 2022-03-29]. ISBN 9788087035375. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

Duševní zdraví - věc veřejná: *sborník příspěvků XI. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno: Tribun EU, 2016, s. 45. ISBN 978-80-263-1047-1. Dostupné také z: <https://www.psychiatrie.cz/images/stories/sborniky/2016-sjezd-cps-sbornik-prispevku.pdf>

Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. 2018, **2018**(4), 2-5 [cit. 2022-02-10]. ISSN 1211-0868. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestniky/>

Safewards: Intervence [online]. Přeložili Marek PROCHÁZKA a Lenka PROCHÁZKOVÁ. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s., 2021 [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/safewards-intervence-web.pdf>

World report on violence and health: summary. Geneva: WHO, 2002. ISBN 92-4-154562-3. Dostupné také z:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, 4730-4904. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/zakon-c-372-2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-pouzivani-omezovacich-prostredku-pravni-nazor-mz/>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Pohlaví respondentů	36
Obrázek 2: Věk respondentů.....	37
Obrázek 3: Vykonávané povolání.....	38
Obrázek 4: Stupeň vzdělání	38
Obrázek 5: Délka praxe na psychiatrii.....	39
Obrázek 6: Typ oddělení.....	40
Obrázek 7: Typ poskytované péče.....	40
Obrázek 8: Pohlaví agresora	43
Obrázek 9: Absolvování kurzu zvládnání agrese	49
Obrázek 10: Zprostředkovatel školení.....	51
Obrázek 11: Nabídka školení.....	51
Obrázek 12: Typ školení.....	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Popisná statistika – věk respondentů	37
Tabulka 2: Popisná tabulka – délka praxe na psychiatrii.....	39
Tabulka 3: Setkání s verbální agresí	41
Tabulka 4: Setkání s brachiální agresí	41
Tabulka 5: Eskalace agrese od verbální k brachiální.....	42
Tabulka 6: Vnímání brachiální agrese jako skutečný problém.....	42
Tabulka 7: Nejčastější důvod agrese	43
Tabulka 8: Ovládáte adekvátní obranu proti verbální agresí	44
Tabulka 9: Ovládáte adekvátní obranu proti brachiální agresí	44
Tabulka 10: Řešení agrese	45
Tabulka 11: Pocit bezpečí.....	45
Tabulka 12: První setkání s agresí	46
Tabulka 13: Psychosociální podpora	46
Tabulka 14: Vyhledání odborné pomoci	47
Tabulka 15: Nabídka odborné pomoci zaměstnavatelem	47
Tabulka 16: Forma nabízené pomoci.....	48
Tabulka 17: Znalost deeskalačních technik	48
Tabulka 18: Účinnost deeskalačních technik.....	49
Tabulka 19: Zaměření školení	50
Tabulka 20: Zájem o nabídku školení / jak často	52
Tabulka 21: Souhrnná tabulka Pearsonova Chí-kvadrátu.....	54
Tabulka 22: Eskalace agrese x věk respondentů	56
Tabulka 23: Nejčastější důvod agrese x věk respondentů	57
Tabulka 24: Setkání s verbální agrese x délka praxe respondentů	59
Tabulka 25: Setkání s brachiální agresí x délka praxe respondentů	60
Tabulka 26: Eskalace agrese x délka praxe respondentů.....	61
Tabulka 27: Nejčastější důvod agrese x délka praxe respondentů	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Schválení etické komise PNB s výzkumným šetřením

Příloha č. 2: Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Schválení etické komise PNB s výzkumným šetřením

EK PNB	Psychiatrická nemocnice Bohnice
	státní příspěvková organizace
	Etická komise
	Ethics Committee of the Psychiatric Hospital Bohnice
	Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel: 284016111
e-mail: etickakomise@bohnice.cz , www.pnbohnice.cz	

Titl: Vážený pan Jan Černý, PNB Praha 8, Centrální příjem pacientů

Etická komise PNB schvaluje žádost o provedení výzkumného dotazníkového anonymizovaného šetření mezi personálem vybraných oddělení PNB v rámci výzkumu: „Deeskalace agresivního pacienta na psychiatrickém oddělení.“ Výzkum bude realizován šetřením mezi středním zdravotnickým personálem PNB za účelem vypracování diplomové práce bakalářského typu.

Podmínkou je dobrovolnost, důsledná anonymizace získaných dat a zachování zásad GDPR.

Jsem s pozdravem

Psychiatrická léčebna Bohnice
Etická komise
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,
Tel.: 28 4016141
e-mail: eticka.komise@plbohnice.cz,
www.plbohnice.cz

MUDr. Richard KROMBOLZ, MBA, LL.M.

V Praze dne 18.9.2021

MUDr. Richard Krombolz, MBA, LL.M.
předseda EK PLB P-8

Příloha č. 2: Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Jan Černý a studuji ve 3. ročníku bakalářský studijní program Všeobecného ošetrovatelství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Získaná data budou využita v empirické části mé bakalářské práce s názvem: „Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení“.

Smyslem výzkumu je zjistit, zda má sesterský personál povědomí o tom, co jsou deeskalační techniky, zda a v jaké míře se tyto techniky využívají na jednotlivých odděleních při setkání s agresivním pacientem a jestli je v tomto ohledu ošetrovatelský personál dostatečně proškolen, případně, zda by uvítal celoživotní vzdělávání v této oblasti.

Účast na výzkumu je dobrovolná, šetření probíhá anonymně.

Vyplnění dotazníku by Vám nemělo trvat více než 10 minut. **Pokud není uvedeno jinak, při vyplňování dotazníku prosím označte pouze jednu z nabízených odpovědí.**

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který budete vyplnění dotazníku věnovat.

Jan Černý

Centrální příjem pacientů

1. Na jakém typu oddělení aktuálně pracujete?
 - a) akutní péče
 - b) následná péče

2. Na jakém oddělení jste v posledním roce převážně pracoval/a?
 - a) psychiatrické oddělení
 - b) gerontopsychiatrické oddělení
 - c) Oddělení léčby závislosti

3. Pro pacienty jakého pohlaví je určeno oddělení, na kterém jste v posledním roce převážně pracoval/a?
 - a) pro ženy
 - b) pro muže
 - c) koedukované oddělení

4. Jak často jste se v posledním roce setkal/a s verbální agresí?
- a) denně
 - b) několikrát v týdnu
 - c) jednou v týdnu
 - d) jednou za 14 dní
 - e) jednou za měsíc
 - f) méně často
5. Jak často jste se v posledním roce setkal/a s brachiální agresí?
- a) denně
 - b) několikrát v týdnu
 - c) jednou v týdnu
 - d) jednou za 14 dní
 - e) jednou za měsíc
 - f) méně často
6. Jak často jste se v posledním roce setkal/a s eskalací verbální agrese do agrese brachiální?
- a) denně nebo téměř denně
 - b) několikrát v týdnu
 - c) jednou v týdnu
 - d) jednou za 14 dní
 - e) jednou za měsíc
 - f) méně často než jednou za měsíc
7. Jak často vnímáte brachiální agresi jako skutečný problém?
- a) ve všech případech, kdy k ní dojde
 - b) ve většině případů, kdy k ní dojde
 - c) přibližně v polovině případů
 - d) v méně než polovině případů
 - e) nevnímám brachiální agresi jako skutečný problém

8. Jakého pohlaví byl agresor nejčastěji? (Odpověď vztáhněte k poslednímu roku výkonu Vašeho povolání.)
- a) muž
 - b) žena
 - c) stejně u obou pohlaví
9. Jaký byl nejčastější důvod agrese u pacienta?
- a) nesouhlas s přijetím/překladem/propuštěním
 - b) nesouhlas s podáním medikace
 - c) nesouhlas s režimovými opatřeními
 - d) antipatie vůči personálu
 - e) jiný důvod – prosím
uveďte: _____

10. Domníváte se, že *adekvátním způsobem* zvládáte obranu proti verbální agresi?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
11. Domníváte se, že *adekvátním způsobem* zvládáte obranu proti brachiální agresi?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

12. Jak je podle Vás na Vašem pracovišti nejčastěji řešeno agresivní chování ze strany pacienta?

- a) verbální deeskalací
- b) psychofarmaky
- c) fyzickým omezením úchopem
- d) fyzickým omezením v lůžku (ochranné pásy, kurty)
- e) izolací
- f) jiné – prosím

uveďte: _____

13. Cítíte se na Vašem oddělení bezpečně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Bylo pro Vás první setkání s agresí na pracovišti zatěžující / stresující?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano nebo spíše ano, prosím uveďte, u koho jste po ataku vyhledal/a psychosociální podporu?

- a) u nadřízené/ho
- b) u kolegyň / kolegů na oddělení
- c) u kolegyň / kolegů mimo vlastní pracoviště
- d) u lékaře
- e) v rodině
- f) jinde, prosím

uveďte: _____

- g) nevyhledal/a

16. Uvažoval/a jste někdy o vyhledání odborné pomoci po setkání s agresivním pacientem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

17. Nabízí Váš zaměstnavatel odbornou pomoc nebo systémové řešení pro zaměstnance, kteří se setkali s agresí na pracovišti a chtěli by vyhledat odbornou pomoc?

- a) zaměstnavatel tuto pomoc nabízí a vím jak ji vyhledat
- b) zaměstnavatel tuto pomoc nabízí, ale nevím, kde bych ji hledal/a
- c) nejsem si jist/á zdali takovou pomoc zaměstnavatel nabízí
- d) myslím si, že takovou pomoc zaměstnavatel nenabízí

18. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a, že Váš zaměstnavatel tuto pomoc nabízí a že víte, kde ji vyhledat, uveďte prosím, o jaké formy pomoci jde:

19. Víte, co jsou deeskalační techniky?

- a) ano
- b) myslím si, že ano
- c) nejsem si jist/a
- d) ne

20. Myslíte si, že jsou deeskalační techniky účinné / smysluplné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

21. Absolvoval/a jste v posledních 5 letech nějaký kurz zaměřený na zvládnání agresivního chování pacienta? (Pokud zvolíte „ne“, otázky 22 a 23 nevyplňujte.)
- a) ano
 - b) ne
22. Školení, které jsem absolvoval/a, bylo zaměřeno na:
- a) projevy neklidu a agrese
 - b) použití omezovacích prostředků
 - c) nácvik šetrné sebeobrany
 - d) komunikace s agresivním pacientem
 - e) praktický nácvik zvládnání agresivního pacienta
 - f) právní problematika agrese ve zdravotnictví
 - g) jiné – prosím
uveďte: _____

23. Bylo toto školení zprostředkováno zaměstnavatelem nebo jste si jej vyhledal sám/sama?
- a) zprostředkoval mi jej zaměstnavatel
 - b) zařídil/a jsem si jej sám/sama
24. Jak často během posledních 5 let Vám byla zaměstnavatelem nabídnuta účast na školení zaměřeném na zvládnání agresivního chování?
- a) vůbec ne
 - b) jednou
 - c) vícekrát než jednou
25. Uvítal/a byste možnost častějšího školení deeskalačních technik? Jak často?
- a) ne
 - b) ano – 1x ročně
 - c) ano – 2x ročně
 - d) ano – 3x ročně a častěji

26. V obraně proti jakému typu agrese byste uvítali školení?

- a) verbální
- b) brachiální
- c) oběma typům agresivního chování

A nyní Vás poprosím o vyplnění několika informací o Vás.

27. Prosím uveďte vaši pohlaví:

- a) žena
- b) muž
- c) jiné
- d) nechci uvést

28. Kolik je Vám let?

29. Jaké zdravotnické povolání vykonáváte?

- a) praktická sestra
- b) všeobecná sestra
- c) všeobecná sestra se specializací v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii
- d) všeobecná sestra s psychoterapeutickým výcvikem

30. Uveďte Vaše **nejvyšší dosažené odborné zdravotnické** vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské bakalářské
- d) vysokoškolské magisterské
- e) jiné

31. Jaká je délka vaší praxe na psychiatrii? (uveďte číslem)

Děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku. Váš případný zájem o výcvik v deeskalačních technikách předám vedení úseku ošetrovatelské péče PN Bohnice.