

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019/2020

Aneta Březinová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Agrese ve zdravotnictví

Aneta Březinová

Bakalářská práce

2019/2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Aneta Březinová**
Osobní číslo: **Z17370**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Agrese ve zdravotnictví**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Analýza a interpretace získaných dat
4. Zhodnocení výsledků práce

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

Seznam doporučené literatury:

1. ANDRŠOVÁ, Alena (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. HARSA, Pavel (2012). Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Solen, (13) s. 15-18. ISSN 1213-0508.
3. LOVAŠ Ladislav in VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK (2008). *Sociální psychologie. 2., přeprac. a rozš. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
4. NAKONEČNÝ, M. (2009). *Sociální psychologie, 2., rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Academia. ISBN: 978-80-200-1679-9.
5. PEKARA, Jaroslav (2015). *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Č. Budějovice. disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12. 5. 2020

Aneta Březinová

PODĚKOVÁNÍ

Mé velké poděkování patří panu Mgr. Janu Pospíchalovi Ph.D. za vedení mé práce, jeho cenné rady, čas, vstřícné jednání a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat za finální korekturu Mgr. Šárce Novákové.

ANOTACE

Tato práce pojednává o agresi ve zdravotnických zařízeních. V této době je toto téma stále více aktuální. Případů napadených zdravotníků roste. Zajímá se o vysvětlení pojmů vztahujících se k agresi a popisuje prevenci agrese. Praktická část se věnuje managementu agrese pomocí systematické rešerše. Studie byly vyhledávány v zahraničních databázích PubMed a CINAHAL a v české databázi Medvik. Cílem rešeršní části bylo zjistit rešeršní publikací, jaké jsou možné způsoby zvládnutí konfliktu, pokud selžou preventivní opatření proti agresivnímu chování pacienta.

KLÍČOVÁ SLOVA

Násilí, management agrese, prevence agrese, zdravotnictví, deeskalace

TITLE

Aggression in the health care

ANNOTATION

This bachelor's thesis is about aggression in the health care institutions. This topic is more and more discussed these times. The number of cases of attacked health care providers has been growing. It takes interest in explaining poems, which relate to aggression and it describes the prevention of aggression. The practical part is about management of aggression. It was made by systematic review. Studies were searched in international databases PubMed and CINAHAL and in a Czech database Medvik. The aim of the review part was to find out through systematic review possible ways of management of conflict, if prevention precautions against aggressive patient fail.

KEYWORDS

Violence, aggression management, aggression prevention, health care, de-escalation

OBSAH

Úvod.....	11
Cíl práce.....	12
1. Teoretická část	13
1.1 Vysvětlení pojmů z psychologie souvisejících s agresivitou.....	13
1.1.1 Hněv.....	13
1.1.2 Frustrace.....	13
1.1.3 Násilí.....	13
1.1.4 Agrese	13
1.1.5 Agresivita.....	14
1.1.6 Hostilita.....	14
1.2 Druhy agrese	14
1.2.1 Verbální	14
1.2.2 Fyzická.....	14
1.2.3 Afektivní	15
1.2.4 Instrumentální	15
1.2.5 Šikana.....	15
1.3 Typy agresivity.....	15
1.3.1 Agresivita instrumentální.....	15
1.3.2 Agresivita afektivní.....	16
1.3.3 Agresivita samoúčelná.....	16
1.3.4 Agresivita reaktivní.....	16
1.4 Násilí v ošetrovatelské péči.....	16
1.5 Příčiny agresivního chování.....	17
1.5.1 Interní model.....	17
1.5.2 Externí model.....	18
1.5.3 Situační model	19

1.6	Varovné signály agresivního jedince	19
1.7	Prevence	20
1.7.1	Deeskalační techniky	21
1.7.2	Komunikace	22
1.7.3	Zásady v komunikaci s agresorem.....	24
2.	Rešeršní část	26
2.1	Metodika	26
2.2	Hodnocení vybraných studií	31
3.	Diskuse.....	53
4.	Závěr	56
5.	Použitá literatura	57

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Klíčová slova v českém jazyce	26
Tabulka 2 Key words	26
Tabulka 3 Vyhledávání PubMed	27
Tabulka 4 Vyhledávání CINAHL Plus	27
Tabulka 5 Vyhledávání MEDVIK	28
Tabulka 6 Seznam studií	30
Tabulka 7 Hodnotící nástroj pro průřezové studie (JBI, 2014)	33
Tabulka 8 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	35
Tabulka 9 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	37
Tabulka 10 Hodnotící nástroj pro studie případů (JBI, 2014)	39
Tabulka 11 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	41
Tabulka 12 Hodnotící nástroj pro studie případů (JBI, 2014)	43
Tabulka 13 Hodnotící nástroj pro RCT studie (JBI, 2014).....	45
Tabulka 14 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	48
Tabulka 15 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	50
Tabulka 16 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)	52
Obrázek 1 Vývojový diagram literárního přehledu	29

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT – počítačová tomografie

CCPAI – škála pro zhodnocení sebejistoty ve vyrovnávání se s agresí pacientů

ČPS – Česká psychiatrická společnost

EBM – evidence based medicine

MRI – magnetická rezonance

EU – Evropská unie

EVIPRG – the the European Violence in Psychiatry Research Group

NIOSH – The National Institute for Occupational Safety and Health

PMA – psychomotorická agitace

PRN – pro re nata – pokud je potřeba

RCN – Royal College of Nursing

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Násilím a agresí se rozumí chování a akce, které mohou vyústit ve zranění, způsobit psychickou újmu dalšímu člověku. Bez ohledu na to, zda je agrese vyjádřena fyzicky či psychicky (NICE, 2015).

Agrese ve zdravotnických zařízeních je mezinárodně vnímána jako velký problém s rostoucím počtem případů. Její formy jsou různé od verbální po fyzickou. Některé studie odhalily, že pravděpodobnost vystavení násilí na pracovišti je pro zdravotnické pracovníky vyšší oproti policejním strážníkům a strážníkům vězeňské služby (Hughes, 2019). Přesné statistiky počtu násilných incidentů nejsou známy, z důvodu nepřesné definice, podcenění a nedostatečnému hlášení incidentů vedení. Nicméně, 35–80 % zdravotníků, hlavně pracovníci z urgentních příjmů, zažilo fyzické násilí alespoň jedenkrát za svoji kariéru a všichni (100 %) zažili agresi verbální (Clements 2005, Pich 2010). Fyzická agrese je spojená i s vážnými ekonomickými výdaji a psychologickými problémy, jako je například vyhoření, deprese, strach, posttraumatická stresová porucha, snížená spokojenost s prací, snížení výkonu nebo ukončení kariéry (APNA, 2008).

Stále častěji se v médiích objevují zprávy o napadení zdravotníků, a to především v zahraničí. V České republice je těchto zpráv méně, ale i přesto se už i zde nějaké informace objevují.

K zabránění agrese a vystupňování konfliktu je potřeba porozumět agresi jako takové a znát základy prevence a jejího managementu. Mezi rizikové faktory agresivního chování patří například závislost na návykových látkách, intoxikace, psychické poruchy, dlouhé čekání, strach a další. Řešení tohoto problému systematicky může zlepšit bezpečí pro zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb i pro pacienty. To zahrnuje identifikaci a management včasných příznaků agrese, mít jasné pokyny, co dělat v případě vystupňované agrese, ovládat deeskalační techniky a v případě selhání těchto měkkých technik, užít tvrdší.

Mým cílem bylo vysvětlit pojmy vztahující se k agresi a dále zaměřit se na prevenci a management agresivního chování. Možnými řešeními agresivního jednání se věnuje rešeršní část.

CÍL PRÁCE

Cíle teoretické části:

1. Vysvětlit pojmy vztahující se k agresivitě.
2. Popsat psychologii agresivního chování.
3. Popsat dostupné metody prevence násilného chování ve zdravotnictví

Cíle rešeršní části:

1. Zjistit rešeršní publikací, jaké jsou možné způsoby zvládnutí konfliktu, pokud selžou preventivní opatření proti agresivnímu chování pacienta ke zdravotnickému personálu.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Vysvětlení pojmů z psychologie souvisejících s agresivitou

Pro hlubší porozumění této práci je důležité vysvětlit pojmy, které úzce souvisí s agresivním chováním.

1.1.1 Hněv

Jedná se o sekundární lidskou emoci, která je součástí každého člověka. To znamená, že vzniká na základě primárních emocí, jako je například strach, smutek. Tyto emoce vyvolávají pocity zranitelnosti, a že věci nejsou pod kontrolou, a proto se jim člověk snaží vyhnout jakýmkoliv způsobem. Jendou z možností je právě hněv. Hněv vytváří dojem síly a energie.

Podnětem pro hněv může být nespravedlivé zacházení, kritika nebo jednoduše nedostání toho, co daná osoba chce. Hněvivá reakce může vést od zanedbatelné přes frustraci až k agresivnímu projevu (Pratt, 2014).

1.1.2 Frustrace

Definice je dvojího druhu. První typ je situace, ve které je cílenému, motivovanému chování jedince do cesty postavena fyzická nebo psychická překážka při cestě za cílem. Je zmenšena nebo zcela nedosažitelná očekávaná odměna. Druhý typ je psychický stav jedince, který je důsledkem výše popsané situace. Znamená ztrátu psychické rovnováhy a jedinec se s danou situací musí vyrovnat. Selhání obranných mechanismů a neobnovení psychické rovnováhy může vést k agresivnímu chování, jehož intenzita je dána stupněm blokování cílené potřeby (Nekonečný, 2018).

1.1.3 Násilí

Je chování, které je účinným prostředkem k dosažení určitého cíle. Působí jedinci škodu, popřípadě újmu na zdraví. Nejčastější výskyt je při konfliktu. Je nástrojem pro vynucení něčeho záměru proti vůli druhého. Může to být vláda, jedinec, skupina (Kubát, 2017).

Všechno násilí je považováno jako agrese, ale ne všechny případy agrese jsou považovány za násilné (Anderson and Bushman, 2002).

1.1.4 Agrese

Je motivem sociálního chování. Je vymezena jako chování, které má intenci poškodit, ublížit, omezit. Afektivní agresivní reakce je zřejmě vrozenou reakcí na frustraci, původně na fyzickou

překážku, kterou se jedinec snaží rozbít. Zatímco instrumentální agrese je naučená (Nakonečný, 2009).

Existuje více druhů agrese:

- podle formy: verbální, fyzická
- podle povahy a kontextu příčin: afektivní, instrumentální, šikana
- podle zaměření: proti osobám, věcem (Nakonečný, 2009).

1.1.5 Agresivita

Vychází z latinského slova *aggredi*, které znamená přistoupit, napadat, přiblížit, útočit. Agresivita je určitá vlastnost, povahový rys. Je určovaná dědičností, učením. Může být ve formě několika podob. Je to způsob reakce. Má vrozený základ, v průběhu života je ovlivnitelná prostředím a psychologickými prostředky. Slouží k formování a rozvoji osobnosti. Je součástí každého člověka u někoho méně u jiného více (Nakonečný, 2009, Harsa, 2011).

1.1.6 Hostilita

Hostilní osoba zaujímá nepřátelský postoj vůči ostatním. Projevuje se negativním smýšlením o druhých, přáním neúspěchu, pomluvami (Lovaš, 2008).

1.2 Druhy agrese

Rozlišujeme několik druhů agrese. Některé formy jsou dokonce společensky tolerované například sport, demonstrace.

1.2.1 Verbální

Projevuje se vulgarismy, skákáním do řeči, nadávkami, ironií, sarkasmem, pliváním léků. Cílem je nejčastěji někoho urazit či ho rozhněvat, způsobit emocionální újmu (Andršová, 2012).

1.2.2 Fyzická

Fyzická forma nezůstává pouze u slov, ale dochází u ní k tělesnému kontaktu. Způsobuje fyzickou újmu v různém rozsahu. Zahrnuje strkání, narážení, bouchání, kopání, užívání zbraní (Andršová, 2012).

1.2.3 Afektivní

Můžeme ji jinými slovy označit také reaktivní, emocionální, impulzivní. Tento typ agrese souvisí s hněvem. Agresor ji většinou předem neplánuje, reaguje na podnět, který u něj vyvolal negativní reakci (Lovaš, 2008).

1.2.4 Instrumentální

Je vedlejším produktem dosahování jiných, neagresivních cílů. Agresor obvykle nejedná pod vlivem hněvu. Je to takový mezikrok při následování vlastního cíle. Jako příklad lze uvést situaci z fotbalu, kdy jeden hráč v honbě za vítězstvím neváhá zranit jiného hráče, pokud už nelze jinak zabránit vstřelení gólu (Lovaš, 2008).

1.2.5 Šikana

Chování, jehož záměrem je způsobit újmu na zdraví, ohrožit nebo zastrašovat druhého. Oběť se nemůže nebo nedokáže bránit. Agresor využívá jak fyzické, tak psychické útoky. Jedná se o jedince nebo celou skupinu. Forma může být i jako sexuální obtěžování. Nově se vyskytující formy šikany jsou mobbing a bossing. Jedná se o šikanu, která se vztahuje k pracovnímu prostředí. Mobbing je šikana v pracovním týmu a bossing z pozice vedoucího (MŠMT, 2010, Andršová 2012).

1.3 Typy agresivity

V psychologii rozeznáváme podle motivace čtyři základní typy agresivního jednání.

Někdy bývá těžké rozlišit o jaký druh agresivity se jedná, ale je důležité se o to pokusit. Jelikož afektivní agrese je v právním systému brána jinak (má méně závažné důsledky) nežli agresivita instrumentální. Každopádně může nastat i případ, že všechny druhy agresivity jsou alespoň částečně instrumentální, protože slouží nějaké potřebě agresora.

1.3.1 Agresivita instrumentální

Jedná se o nejběžnější a nejčastější formu. Znamená, že jedinec jedná záměrně, plánovaně. Cílem je ublížit a něčeho dosáhnout například pozornosti, peněžní odměny nebo politického vlivu. Příkladem může být i člověk, který ví, že mu druhý vyhoví, jestliže se rozčílí a dá to najevo. Může křičet, vyčítat, nadávat. Extrémnější případy jsou teroristé, kteří zabíjejí, aby získali respekt a moc, dále šikanující, aby získali uznání (Vymětal, 1999, Stangor, 2015).

1.3.2 Agresivita afektivní

Determinují ji hlavně impulzivní emoce. Je výsledkem extrémních negativních emocí, které jedinec prožívá v daném momentě. Často bývá u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jsou sebevědomí a zaměření na sebe. Dále jsou příliš citliví na ponížení, na které snadno hněvivě reagují, až to celé ústí v agresivní jednání. Po takovém záchvatu může dojít k amnézii. Dalším příkladem je pacient napadající sestru, protože se nestará o jeho zraněnou manželku nebo fanoušci vandalizující stadion po prohře jejich týmu, dále truchlící rodiče, kteří se nedokáží vyrovnat se ztrátou dítěte (Vymětal, 1999, Stangor, 2015).

1.3.3 Agresivita samoučelná

Člověku přináší libé pocity sama o sobě, jelikož destruktivní jednání může být samo o sobě příjemné. Někdy je vázána na to, jak jedinec vnímá sám sebe. Tímto způsobem si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a najít ujištění. Nebezpečná je v kombinaci se sadismem. Jednotlivci přináší požitek utrpení druhého. (Vymětal, 1999)

1.3.4 Agresivita reaktivní

Bývá odezvou na ohrožení životních potřeb nebo tělesné a duševní celistvosti. Příkladem může být silná psychická nebo tělesná bolest vyvolávající agresivitu, kdy cílem je odstranění zdroje bolesti. (Vymětal, 1999)

1.4 Násilí v ošetrovatelské péči

Násilí na pracovišti v oblasti poskytování zdravotnické péče je častým, ale málo hlášeným problémem. Může mít neblahé dopady na psychiku zdravotnických pracovníků a tím i negativně ovlivnit jejich pracovní činnost. Což má pak za následek snížení kvality poskytované péče, ovlivnění pacientova zdraví a spokojenosti (Alsaleem, 2018).

8 % až 38 % pracovníků ve zdravotnictví zažilo na vlastní kůži fyzické násilí během jejich kariéry. Mnohem více jich je vystaveno vyhrožování či verbální agresí. Nejvíce případů násilí pochází z řad pacientů a návštěvníků. Může se však stát, že se stanou cílem politického nebo společenského násilí (WHO, 2018).

Mezi nejvíce ohrožené pracovníky patří zdravotní sestry, personál pracující na urgentním příjmu a zdravotničtí záchranáři (WHO, 2018).

Národní institut pro pracovní bezpečnost a zdraví (NIOSH) definuje násilí na pracovišti jako „násilné jednání zahrnující fyzické napadení, vyhrožování namířené proti pracovníkovi,

který je ve službě či na pracovišti.“ Podle NIOSH jsou zdravotníci nejvíce zranitelní ve sféře násilí na pracovišti oproti jiným profesím (NIOSH, 2017).

Výzkum Mgr. Jaroslava Pekary, Ph.D. ukazuje, že i zde v České republice dochází k násilným incidentům velice často. Převládá verbální forma agrese (80 % zdravotníků má zkušenost jednou ročně) a fyzickým útokům čelilo 20 % zdravotníků jedenkrát za rok. Domnívá se, že s nějakým typem se setkal každý zdravotnický pracovník. Mnohdy by však stačila lepší efektivnější komunikace mezi personálem a pacientem. Negativní reakce může být vyvolána nedostatkem informací, bolestí či s negativním zážitkem z nemocnice. Riziko agresivního chování je zvýšené u intoxikovaných pacientů a psychiatrických, například s demencí (Pekara, 2017).

Rizikové faktory vztahující se k násilí na zdravotnickém pracovišti (NIOSH, 2017):

- práce s lidmi, kteří již mají v historii násilné chování, užívání omamných látek, členové pouličních gangů, příbuzní pacientů,
- transport pacientů,
- nevhodné pracovní prostředí, které zabraňuje možnosti úniku při incidentu,
- neadekvátně nasvícené chodby, pokoje, parkoviště a ostatní prostory,
- nedostatečná znalost zaměstnanců v oblasti krizové komunikace a zvládnutí konfliktu,
- práce při nedostatečném počtu pracovníků,
- dlouhé čekací doby na ošetření,
- nekomfortní čekárny,
- obecný pohled, že agresivita je tolerována a oběti nejsou schopny/nechtějí incident nahlásit a vznést obvinění.

1.5 Příčiny agresivního chování

Počty incidentů souvisejících s agresivitou ve zdravotnictví přibývá, a proto je tento fenomén sledovaný již nějaký čas. V průběhu let bylo vytvořeno několik teorií, které vysvětlují příčiny. Mohou být zúženy do tří modelů: interní, externí a situační (Duxbury, Whittington, 2005).

1.5.1 Interní model

Interpretace interního modelu je založena na interních faktorech ovlivňujících agresi. Agrese může být důsledkem zdravotního, neurologického nebo psychiatrického problému.

Data z humánních i nehumánních studií ukazují, že subkortické oblasti mozku, hlavně limbický systém a amygdala, jsou spojovány se zpracováním emocionálně výrazných událostí, včetně agrese. Amygdala je mediátorem strachu, obranných reakcí, emočního učení a motivace. Pacienti s poruchou amygdaly vykazují známky zhoršení v rozeznávání výrazu strachu ve tváři (Scott, 2011).

Pacientům s organickou mentální poruchou a násilným chováním byly pomocí MRI a CT mozku nalezeny léze v regionu amygdaly a hippocampu, které nebyly nalezeny u nenásilných pacientů se stejnou diagnózou (Tonkonogy, 1991). Větší poškození amygdaly tedy způsobuje násilné chování a odstraňuje zábrany (Scott, 2011).

Pacienti s demencí se často projevují agresivně nebo agitovaně. Tyto symptomy mohou být způsobeny deliriem a povahou a rozsahem poškození mozku (Ballard, 2009). Demence není jediná diagnóza, u které je symptomem agrese. Jsou to i další psychiatrická onemocnění například intermitentní explozivní porucha. Četné menší epizody této nemoci, u kterých dochází k selhání odolnosti vůči agresivním impulzům, vedou k závažným násilným aktům a ničení majetku (Scott, 2011). Důkazy, které by potvrdzovaly souvislost mezi agresí a schizofrenií jsou kontroverzní (Hodgins, 2008).

Intoxikace, nejčastěji alkoholem, je další příčinou nežádoucího chování. Podle WHO je konzumace alkoholu spojována s agresivním chováním více úzce než s jinými psychotropními látkami (WHO, 2007). V roce 2011 skoro jedna třetina násilných činů v Německu byla spáchána pod vlivem alkoholu (Beck, 2013).

Dalším faktorem může být snížená hladina glukózy v krvi, či zvýšená hladina testosteronu. (Lovaš, 2008).

1.5.2 Externí model

Externí model zahrnuje faktory, které souvisejí s prostředím a následně vedou k agresivnímu jednání. Mezi ně patří poskytnutí soukromí a prostoru, lokace, režim a vliv designu místa k ošetření. Dále také potlačování osobní svobody (Duxbury, Whittington, 2005). Obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení může mít také vliv na pozdější jednání pacienta (Petr, 2013).

1.5.3 Situační model

Několikero studií podporuje názor, že negativní vztah mezi pacientem a zdravotníkem vede k agresi pacienta (Nijman et al. 1999, Duxbury 2002).

Jedním z faktorů je i frustrace. K tomu můžeme zahrnout i situace, které frustraci vyvolávají jako například vysoká teplota, přelidnění, dlouhá čekací doba, hlasité zvuky, bolest, útok, kurtování. Agrese vlivem bolesti nevzniká pouze z bolestného stavu jedince, ale i z bolesti u zdravotnických výkonů, proto je nutná příprava (Bushman, 2019, Andršová, 2012).

O vlivu situačních faktorů hovoří i například Zimbardův vězeňský experiment. Myšlenkou experimentu bylo ověřit, že chování člověka je určováno prostředím a rolí, kterou v něm zaujme (Honzák, 2010).

1.6 Varovné signály agresivního jedince

Konfliktní situaci se lze vyhnout pozorováním pacientů, se kterými přicházíme do kontaktu. Důležité je sledovat varovné signály agresivního chování. Dělíme je na neverbální a verbální.

Mezi neverbální signály řadíme (CCOHS, 2014):

- červený nebo naopak bledý obličej,
- pocení,
- přecházení, podupávání,
- projevy extrémní únavy (např. kruhy pod očima),
- třes, klepání,
- sevřené čelisti nebo pěsti,
- přehnaná nebo násilná gesta,
- změna hlasu,
- povrchní, rychlé dýchání,
- zírání nebo vyhýbání se očnímu kontaktu,
- narušení osobního prostoru,
- zamračený výraz.

Verbální signály (CCOHS, 2014):

- hlasitá mluva nebo pokřikování,
- nadávání,
- neposlouchání rad, dotazů zdravotníků,
- úsečné odpovědi,
- výčitky, výhružky.

Z angličtiny si lze půjčit akronym STAMP, podle kterého si lze snadněji příznaky zapamatovat (Bruun, Denham 2013):

- S – staring (zíráni) – dlouhý pohled na zaměstnance
- T – tone (tón) – ostrý, sarkastický, hlasitý
- A – anxiety (úzkost) – začervenalý obličej, rychlé dýchání, reakce na bolest
- M – muttering (mumlání) – mluvení si pod vousy, kritika či napodobování zdravotníků
- P – pacing (přecházení) – popocházení po místnosti.

1.7 Prevence

Prevence je nejdůležitějším nástrojem v boji proti agresi. Násilí může být očekávané, ale lze se mu vyhnout nebo alespoň zmírnit. Díky správně použitým technikám lze počínající konflikt zklidnit a zabránit tak negativním následkům, které mohou být značné. Správně naučené techniky řešení konfliktu mohou zvýšit bezpečnost a zdraví pracovníků, poskytnout zaměstnancům prostředky potřebné k identifikaci problémů s bezpečností a potencionálních agresivních pacientů, a tím pravděpodobně snížit procento napadení. Všichni zaměstnanci nemocnic a zdravotnických záchranných služeb by měli projít profesionálním školením, ideálně každý rok (NIOSH, 2017).

Preventivní chování zdravotníka, je takové, které vede k neutralizaci počátečního stresu pacienta a dalších jeho nepříznivých emocí, které se postupně kumulují (Pekara, 2017).

Podle Guidelines pro prevenci násilí na pracovišti pro zdravotnické a sociální pracovníky, které vydal NIOSH, by nemocnice měly mít napsaný preventivní program jako součást celkového bezpečnostního plánování zařízení. Jednotlivé komponenty by měly zahrnovat, jak bude postupovat vedení nemocnice a jak budou reagovat její zaměstnanci, dále analýzu

jednotlivých pracovišť, prevenci a kontrolu nebezpečí a rizik, tréninkový program pro bezpečí a zdraví zaměstnanců a pacientů, a zhodnocení programu. Program zaměřený na zdravotní a psychologické poradenství by měl být povinný pro všechny pracovníky, kteří zažili nebo byli svědky napadení. Stejně tak je důležité mít nastavené opatření, které zajistí hlášení, zaznamenávání a monitoraci incidentů (NIOSH, 2017).

Analýza pracovního prostředí je organizovaný proces vyhodnocení k identifikaci existujících i potenciálních rizik, které by mohly vést k násilnému incidentu (NIOSH, 2017). Tato analýza zahrnuje informace získané hlášením incidentů, monitorací prostředí, vyplněných dotazníků od zaměstnanců a pacientů.

Dalším potřebným krokem pro prevenci je edukace a trénink zdravotnických pracovníků. Mělo by se zvýšit povědomí o potenciálním nebezpečí, a jak ochránit sám sebe a své spolupracovníky. Trénink by měl zahrnovat deeskalační techniky, management agresivního jednání, a jak zabránit napadení. Jeho součástí by mělo být i to, jakým způsobem, a kde nahlásit tyto nežádoucí události (NIOSH, 2017).

1.7.1 Deeskalační techniky

Techniky jsou souborem psychosociálních poznatků, které mají za cíl snížit či eliminovat riziko násilí během eskalující situace, hlavně skrze verbální a non-verbální dovednosti (Price a Baker, 2012).

K zmírnění konfliktu je potřeba znát a rozeznat brzké varovné signály agitace, hněvu a agrese, dále porozumět pravděpodobným spouštěčům agrese. Vědět, jak správně použít techniky pro odvedení pozornosti, zklidnění a možnosti podpoření relaxace. Rozeznat a zachovat osobní prostor. Vyhýbat se provokaci (APNA, 2008).

Zaměření se na potřeby jedince při interakci s ním může pomoci pacientovi cítit se bezpečněji a méně vystresovaně (Sim, Wain, Khong, 2011).

Zdravotník, který úspěšně ovládá deeskalační techniky, je otevřený, upřímný, podporující, nesoudící, empatický, sebevědomý a má promyšlený další postup. Vyjadřuje zájem o pacienta, jedná s klidem a má non-autoritativní přístup. Tyto kvality napomáhají vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Zachování klidu sděluje pacientovi, že zdravotník danou situaci kontroluje. Strach naproti tomu může zvýšit pacientovu úzkost, rozrušit ho, či mu dát pocit, že je pánem situace (Price a Baker, 2012).

Personál, který se chová s respektem a přátelsky může snížit riziko agrese. Důležitou roli hraje porozumění jednotlivci a jeho problému. Velkou roli hraje správná verbální a non-verbální komunikace (Sim a Wain a Khong, 2011). Každému typu komunikace je dále věnována kapitola.

1.7.2 Komunikace

Jeden z nejdůležitějších nástrojů v prevenci je efektivní verbální komunikace a sebeovládání. Všeobecná představa, že zdravotníci umí správně komunikovat je mylná. Ačkoliv součástí studia jsou předměty komunikace a psychologie. Hodně záleží na přístupu studenta, ale i vyučujícího k danému předmětu. Zdravotnictví je z 80 % o komunikaci (Pekara, 2015).

Dříve se ve zdravotnictví využíval paternalistický přístup, v současnosti je snaha ho měnit v partnerský. To znamená, že sestra nebo lékař se nestaví do role nadřazeného, ale do role na stejné úrovni, role partnerské. Pacient má tak větší jistotu, tolik se nebojí a je schopen lépe vyjádřit své problémy. Mezi lékařem a pacientem vzniká osobní vztah, který je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Dobře informovaný pacient lépe spolupracuje (Medical Tribune, 2009).

Důležitý krok pro vyhnutí se konfliktu je představení se (Pekara, 2015). Představení ukazuje na zájem, snižuje strach a zdravotník tak vystupuje z anonymity, která je od jakživa zdrojem pro páchání zla (Zimbardo, 2011). Pacient cítí, že je pro zdravotnického pracovníka důležitý a lépe spolupracuje. Dalšími kroky jsou trpělivost, respekt, empatie, aktivní naslouchání, zájem, stručnost, jasnost a srozumitelnost. Lze si zapamatovat pravidlo 4P: pozdravit, představit se, poprosit, poděkovat (Pekara, 2015, Andršová, 2012).

„Prvním pravidlem je zachovat klid, být zdvořilý a trpělivý. Pokud se skutečně něco stalo, musíme počítat s tím, že pacient je rozrušený a plný úzkostí. Sebevědomý klid je nejlepší lék na úzkost. Netrpělivost a arogance negativní emoce podněcuje, trpělivost a zdvořilost je klidní (J. Šimek, str. 32, 2008)“

1.7.2.1 Nonverbální komunikace

Nonverbální komunikace je stejně důležitá jako verbální. Pacient jen z postoje a dalších gest může vyčíst, zda se mu lže nebo říká pravda. Pokud se liší verbální komunikace od nonverbálního projevu, pacient může být zmatený a může to podpořit agresivitu.

Nonverbální komunikace je často popisována jako řeč těla. Vyjadřuje mnoho o pocitech vnitřním postoji a o zájmu v právě probíhající komunikaci. Může se stát, že člověk říká něco, ale jeho tělo vyjadřuje opak. Prostřednictvím úst lze lhát vcelku jednoduše, ale ovládnout i tělo je těžší. Je důležité uvědomovat si svůj postoj, oční kontakt, výraz tváře a dotek při jednání s pacientem či jeho blízkými. Vše musí být v souladu s tím, co se řekne. Pacient se na zdravotníka kouká a vnímá ho již od vstoupení do jeho prostředí (RCN, 2016).

Mezi základní složky neverbální komunikace patří (Chrudimská, 2017):

- gesta – posunky, gestikulace, pohyb končetin,
- mimika – stahy obličejových svalů, lze vyjádřit emoce,
- vizika – pohledy, kontakt pomocí očí,
- haptika – předávání a přijímání informací pomocí přímého doteku,
- proxemika – vzdálenost mezi komunikujícími,
- kinezika – pohyby těla jiného druhu než gesta,
- posturika – postoj a držení těla.

Doporučení pro komunikaci s pacientem (RCN, 2016):

- obličej zdravotníka v úrovni pacienta, nenaklánět se nad něj,
- být uvolněný, nespěchat, trpělivý,
- udržovat dobrý oční kontakt, ale pozor na kulturní odlišnosti. Pro některé kultury může být oční kontakt nezdvořilý,
- dávat pozor na výraz obličeje (obrácení očí v sloup, grimasy při cítění zápachu, zívání, ...),
- jemný dotek může být silným výrazem komunikace. Ukazuje, že zdravotníkovi na pacientovi záleží. Opět nutnost myslet na kulturní rozdíly.

1.7.2.2 Verbální komunikace

Tento typ komunikace využívá k dorozumívání jazyk, slova. Může být přímá nebo zprostředkovaná či mluvená nebo psaná. Sdělení ovlivňují i různé faktory například: komunikační styl, použití jazyka, situační kontext, objem řeči, paralingvistika. Paralingvistikou se rozumí aspekty řeči, které se nevážou přímo na slova. Patří k neverbálním projevům komunikace a jsou to: rychlost, hlasitost, tón, barva hlasu, intonace, důraz, přestávky v řeči, chyby v řeči, modulace (Chrudimská, 2017).

K pacientům je potřeba mluvit jasně, přesně, upřímně a adekvátně k jejich věku, stavu a kultuře. Vždycky je nutné hovořit s respektem, vykat, oslovovat titulem a příjmením. Někteří pacienti si sami řeknou, jak chtějí být oslovováni. Záleží i na tónu hlasu. Velmi jednoduše lze z něj odvodit, jaké má zdravotník pocity, proto je vhodné mluvit klidně a soustředit se na pacienta. Nevhodné je používat lékařskou terminologii, protože jí pacient nerozumí. Pokud se užije, je nutné vysvětlit použitý termín (RCN, 2016).

1.7.3 Zásady v komunikaci s agresorem

Doporučení napsaná platí obecně na každého pacienta a měly by se aplikovat i na agresivního jedince, zejména představení se a dostatečně informovat pacienta. Další pomocné intervence jsou (Kristová, 2008):

- akceptace hněvu pacienta,
- zachovat klid,
- nepoužívat slovní výrazy typu „Nehněvejte se, nebuďte agresivní.“,
- hledat příčinu agresivity, nesoustředit se na projev,
- projevit pochopení pro problém, který vyvolal zlost,
- příliš se nepřibližovat, ale ani se neoddalovat, neotáčet se zády,
- žádné prudké pohyby,
- nepřerušovat pacienta, neskákat do řeči,
- nevysvětlovat, nezdůvodňovat (neříkat NE, protože..., ale říci pouze NE),
- nezvyšovat hlas,
- nezrychlovat řeč,
- nereagovat agresivitou, „nenechat se rozhodit“,
- neslibovat nic, co se nedá splnit,

- nevyhrožovat,
- nesvírat ruce v pěst, nemít ruce v kapsách,
- nebrat si pacientovo chování osobně,
- nabídnutí pomoci a řešení situace – výběr nechat na pacientovi,
- ujistit se, že v blízkosti nejsou předměty, kterými by se dalo zaútočit.

2. REŠERŠNÍ ČÁST

2.1 Metodika

K vypracování této bakalářské práce byl zvolen postup pomocí rešerše publikovaných článků a studií v odborných časopisech a indexovaných ve vybraných vědeckých databázích. Ke správnému vytvoření bylo postupováno podle metodiky Joanna Briggs Institute (JBI), neziskové organizace, zabývající se výzkumem medicíny založené na důkazech (EBM-evidence based medicine).

K tomuto tématu byla vytvořena „background“ rešeršní otázka:

Jaké jsou dostupné metody ke zvládnutí agresivního chování pacienta pro zdravotnické pracovníky?

Vytvoření otázky je důležité k identifikaci, vybrání a kritického zhodnocení relevantních vyhledávaných studií. Publikace Zdravotnictví založené na vědeckých důkazech (Marečková, Klugarová a kol. 2015) definuje tuto otázku jako základní, takže hledá obecné poznatky vztahující se k dané problematice.

Tabulka 1 Klíčová slova v českém jazyce

Násilí, napadení, pacient, agrese
Deescalace, pracovní násilí prevence a kontrola
Zdravotnictví, nemocnice, akutní péče

Tabulka 2 Key words

Patient assault, violence, aggression
Deescalation, workplace violence prevention and control
Healthcare, hospital, acute care

K vyhledávání publikací byly využity internetové zahraniční databáze PubMed, CINAHL a česká databáze Medvik. Vyhledávání bylo omezeno na publikace vydané v posledních 10 letech a musely být napsány v anglickém, českém nebo slovenském jazyce. Dalším kritériem pro vyhledávání bylo, že práce musela mít dostupný plný text. Vyhledávání probíhalo podle klíčových slov, pro českou databázi dle tabulky 1, pro zahraniční databázi dle tabulky 2.

Do každé databáze byly zadávány klíčová slova, pomocí booleánských operátorů OR a AND a výsledky vyhledávání jsou znázorněny v tabulkách č. 3, č. 4, č. 5.

Tabulka 3 Vyhledávání PubMed

	Klíčové slovo	Počet nalezených výsledků
1.	Patient assault	509
2.	violence	15997
3.	aggression	7454
4.	1 OR 2 OR 3	23960
5.	deescalation	34
6.	Workplace violence prevention and control	116
7.	5 OR 6	150
8.	Health care	361022
9.	Hospital	1133277
10.	Acute care	44932
11.	8 OR 9 OR 10	1539231
13.	4 AND 7 AND 11	98
14.	Počet relevantních studií	8

Tabulka 4 Vyhledávání CINAHL Plus

	Klíčové slovo	Počet nalezených výsledků
1.	Patient assault	544
2.	violence	64691
3.	aggression	19985
4.	1 OR 2 OR 3	56291

5.	deescalation	44
6.	Workplace violence prevention and control	526
7.	5 OR 6	2162
8.	Health care	604097
9.	Hospital	1130014
10.	Acute care	12072
11.	8 OR 9 OR 10	4277593
13.	4 AND 7 AND 11	195
14.	Počet relevantních studií	2

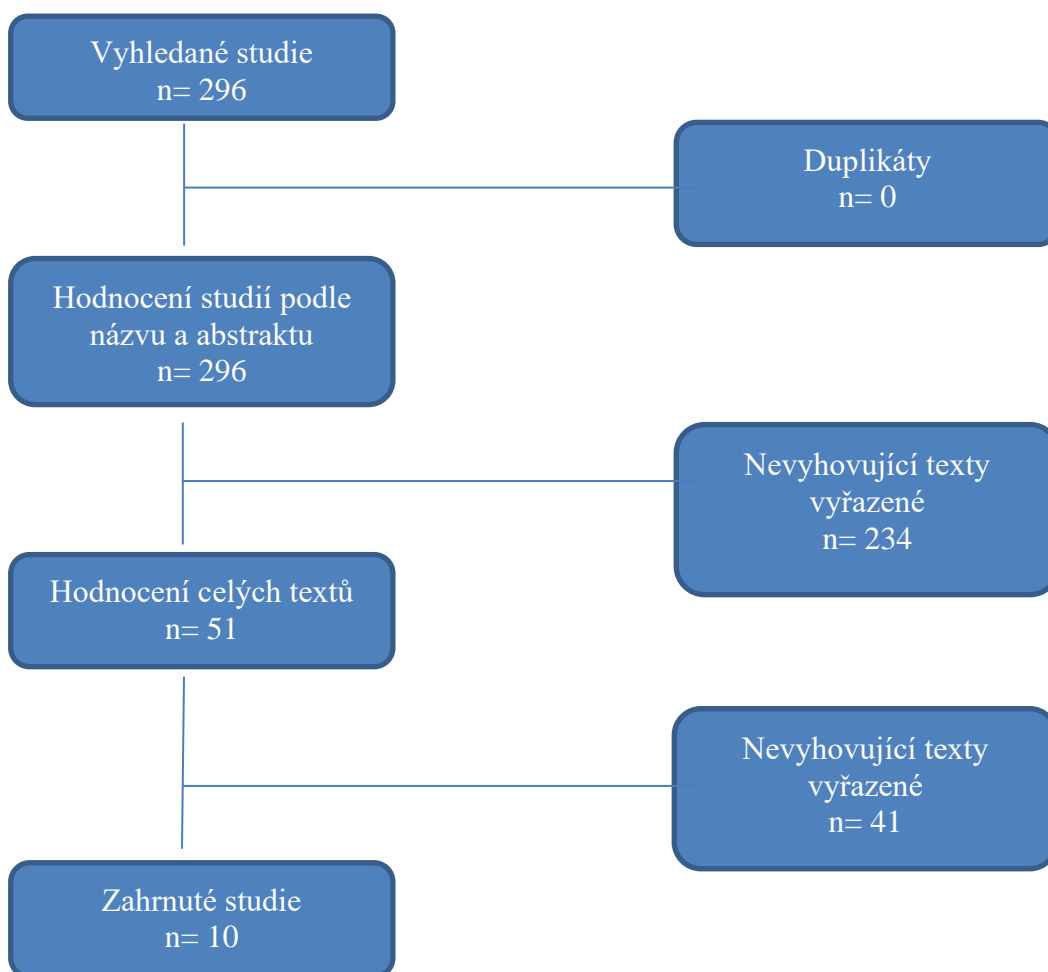
Tabulka 5 Vyhledávání MEDVIK

	Klíčové slovo	Počet nalezených výsledků
1.	Násilí	1771
2.	Pacient	8002
3.	napadení	59
4.	agrese	995
5.	1 OR 2 OR 3 OR 4	10414
6.	deescalace	23
7.	Pracovní násilí prevence a kontrola	0
8..	6 OR 7	23
9.	zdravotnictví	55205
10.	nemocnice	58538
11.	Akutní péče	3324
12.	9 OR 10 OR 11	111229

13.	5 AND 8 AND 12	3
14.	Počet relevantních studií	0

Celkem bylo vyhledáno 296 studií dle hodnocení názvu a abstraktu. 234 studií, i přes požadavek ve vyhledávání „plný text“, neobsahovaly celý text a nebyly proto zařazeny k dalšímu hodnocení. Zbytek studií (51) byl hodnocen na základě přečtení plného textu studií. Po tomto kroku bylo vyřazeno 41 studií. Nejčastějším důvodem vyřazení bylo, že studie se zabývaly jinou problematikou, než jsem potřebovala a dále, že studie nebyly primární. Zbývajících 10 je vypsáno v následující tabulce č. 6 a dále zpracovány podle metody JBI (Klugar, 2015). Celý postup vyhledávání studií je zobrazen v tzv. vývojovém diagramu (Obrázek č.1).

Obrázek 1 Vývojový diagram literárního přehledu



Tabulka 6 Seznam studií

Autoři, rok publikace	Typ studie
1) Owen Price, John Baker, Penny Bee, Karina Lovel (2017)	Průřezová
2) Ambrose H. Wong, MD, Lisa Wing, RN, Brenda Weiss, Maureen Gang, MD (2015)	Kohortová, retrospektivní
3) Cowman Seamus, Björkdahl Anna, Clarke Eric, Gethin Georgina, Maguire Jim (2017)	Kohortová, prospektivní
4) Mary Lavelle, Duncan Stewart, Karen James, Michelle Richardson, Laoise Renwick, Geoffrey Brennan a Len Bowers (2016)	Analytická, studie případů
5) Jón Snorrason MS, Páll Biering PhD (2018)	Kohortová, prospektivní
6) Jenni Kaunomäk, Markus Jokela, Raija Kontio, Tero Laiho, Eila Sailas, Nina Lindberg (2017)	Analytická, studie případů
7) Lubna Baig, Sana Tanzil, Shiraz Shaikh, Ibrahim Hashmi, Muhammad Arslan Khan, Maciej Polkowski (2018)	Randomizovaná kontrolovaná
8) Birgit Heckeman RN, MSc; Helga Elisabeth Breimaier RN, MScN; Ruud J. G. Halfens Phd; Jos M. G. A. Schols MD, PhD; Sabine Hahn MNS, PhD (2016)	Kohortová, retrospektivní
9) Jen-Chieh Wu, Hao-Yu Chen, Jane Lee Hsieh, Daniel L. Cliniciu, Heng-Hsin Tungrok (2019)	Kohortová, retrospektivní
10) Scott Lamont, Scott Brunero (2018)	Kohortová, retrospektivní

2.2 Hodnocení vybraných studií

1) **The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.**

autor: Owen Price, John Baker, Penny Bee, Karina Lovel

rok vydání: 2017

vydáno v: International Journal of Nursing studies

Deeskalační techniky jsou doporučovány k managementu násilí a agrese, ale restriktivní praktiky jsou stále hojně využívány. Bariéry a důvody pro začlenění a efektivita deeskalačních technik nejsou v praxi plně srozumitelné. Cílem je získat popis deeskalačních technik, které se v současné době používají ve zdravotnictví a zjistit faktory, které jsou vnímané jako efektivní.

Metodika: Kvalitativní, polo-standardizované rozhovory a rámcová analýza byly použity k vytvoření této studie. Projektu se zúčastnilo 5 nemocničních oddělení: 3 mužské psychiatrické intenzivní oddělení, jedno ženské akutní oddělení a jedno mužské akutní oddělení ve 3 psychiatrických nemocnicích ve Velké Británii. Studie se zúčastnilo 20 zdravotnických profesionálů. Individuální rozhovory byly nahrávány a zanalyzovány pomocí softwaru k analyzování dat.

Výsledky: Participanti popsali 14 rozdílných technik používaných při eskalování agrese. Mohou být klasifikovány do 3 skupin rozdělených podle závažnosti intervencí, které musely být použity ke zkrocení chování pacienta. Skupiny jsou následující: podpora, ne fyzická kontrola, fyzická kontrola. První dvě skupiny jsou považovány jako součást deeskalační techniky, třetí nikoliv.

V první skupině bylo záměrem ukázat pacientovi, že pacient sám dokáže ovlivnit míru agrese. Často bylo potřeba pomoci pacientovi si uvědomit, že není potřeba dojít k násilí. Popsáno bylo 6 technik: pasivní intervence (nic nedělat kromě pomoci uvolnit vztek kontrolovaným způsobem), ujištění (opakování frází pro zlepšení pocitu bezpečí), distrakce (zaměření pacientovy pozornosti od provokujících stimulů), identifikace problému (hledání důvodu agrese a jeho řešení), vysvětlení (intenzivní vysvětlení situace, co bude následovat, co je potřeba). Účinnost těchto technik závisí na motivu agrese.

Ve druhé skupině byly použity více autoritativní intervence. Často to zahrnovalo upozornit pacienta na vážnost situace a její důsledky a dát možnosti deeskalace před nechtěnými intervencemi. 4 techniky byly popsány: enviromentální manipulace (kontrola nad podmínkami prostředí ke snížení stimulace, maximalizování bezpečnosti a omezení rozšíření agrese), pokárání (vyjádření nesouhlasu s chováním pacienta a zopakování pravidel nemocnice), odstrašující prostředky (zastrašování pozdější agrese pomocí zvýraznění potencionálních následků), instrukce (poskytnutí instrukcí pacientovi).

Nefyzické kontrolní techniky byly často použity, když agrese nebyla vyvolána nemocí. U agrese vyvolané nemocí se vyplatila použít technika jasných a srozumitelných instrukcí, jiné techniky mohou naopak zhoršit agresivní reakci.

Ve třetí skupině bylo použito fyzické omezení, aby bylo docíleno uklidnění pacienta. Takové omezení může být dosaženo farmakologicky, izolací, restrikcí a vynuceným podáním léků intramuskulárně. Použití těchto prostředků bylo spojeno s organizačními faktory a s individuálními faktory personálu (nedostatek zkušeností, strach, míra tolerance agrese).

Závěr: Deeskalační techniky jsou důležitým prvkem při agresivním chování. Mohou pomoci uklidnit vyhrocený konflikt a předejít vynuceným intervencím. Nicméně je nutnost, aby personál uměl tyto techniky používat.

Tabulka 7 Hodnotící nástroj pro průřezové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek?		ne			Různá oddělení
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?			nejasné		
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?				neaplikovatelné	Jedná se o průřezovou studii
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?		ne			
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	ano				

2) Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum.

autor: Ambrose H. Wong, MD, Lisa Wing, RN, Brenda Weiss, Maureen Gang, MD

rok vydání: 2015

vydáno v: The western journal of emergency medicine

Personál i pacienti mohou být zraněni při řešení násilného incidentu. Dřívější studie ukázaly, že přístup založený na týmové spolupráci s cíleným výcvikem zaměstnanců má velké pozitivní účinky na zmírnění násilí ve zdravotnictví. Cílem studie bylo vytvoření interprofesionálního vzdělávacího programu zaměřeného na vylepšení týmové spolupráce a přístupu k násilí pomocí simulační medicíny. Druhým cílem bylo zhodnocení postoje zaměstnanců k agresivním pacientům před a po absolvování programu.

Metodika: Program se skládal z deseti tříhodinových lekcí. Každému členu týmu byla přidělena formální role a zodpovědnost, včetně pozice v případě použití restriktivních prostředků. Do interprofesionálních týmů byli přiděleni lékaři, sestry a členové nemocniční ochranky. Program začínal úvodní diskusí o deeskalačních technikách a restriktivních metodách a o zásadách spolupráce v týmu. Dále v programu byly zahrnuty 2 standardizované modelové situace a debriefing po nich. Studie spočívala na průzkumu, který porovnával intervence před a po programu pomocí studentova t-testu ke zhodnocení změn v přístupu zaměstnanců. Autoři použili platnou škálu: management agrese a přístup k násilí (MAVAS), která se skládá ze 30 otázek Likertovy škály rozdělených do 4 oddílů.

Výsledky: 162 zaměstnanců urgentního příjmu dokončili kurz s >95 % participací, to celé vedlo k vytvoření 106 dokončených šetření před a po absolvování programu. Perspektiva externích, interních, situačních faktorů ovlivňující agresi pacientů se po programu podstatně zlepšila. Postoj zaměstnanců k managementu agresivních pacientů se nijak zásadně nezměnil. Zaměstnanci postupně vytvořili seznam vylepšení kvality, mnoho bodů ze seznamu bylo úspěšně zařazeno, včetně vytvoření protokolu managementu upozornění a odezvy interprofesionálního týmu. Zaměstnanci ocenili modelové situace a uvítali interakci s figuranty během tréninku.

Závěr: Výukový program s použitím modelových situací úspěšně zlepšil přístup zaměstnanců k faktorům ovlivňujícím péči o pacienty s problematickým chováním na urgentním příjmu. Po absolvování programu byli zaměstnanci podrobně seznámeni s problematikou agrese a naučili se, jakým způsobem se mají v takových situacích chovat, konkrétně se zabývali

deeskalačními technikami a za jakých podmínek je vhodné použít více restriktivní metody, jako je například omezení pohybu nebo sedativa.

Tabulka 8 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemocí?	Ano				
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?		Ne			Je pouze pospáno, že 60 nedokončil o výzkum, více se o nich studie nezmiňuje.
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

3) A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries.

autor: Cowman Seamus, Björkdahl Anna, Clarke Eric, Gethin Georgina, Maguire Jim a the European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG).

rok vydání: 2017

vydáno v: BMC Health Services Research

V Evropské unii není žádné platné doporučení, dohoda ani směrnice, jaké donucovací prostředky použít při násilí v nemocnici a jaký je nejlepší přístup.

Metodika: Tento projekt vznikl pomocí skupiny expertů, the European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). Cílem této studie bylo začlenit multidisciplinární a EU reakci při určování postupů v oblasti managementu násilí a souvisejících výzkumných a vzdělávacích priorit v 17 evropských zemích. Jeden člen EViPRG z každého státu souhlasil, že se stane hlavním koordinátorem pro svůj stát. Protože je to mezinárodní projekt, bylo zvoleno eDelphi šetření a kolekce dat. Do projektu se zapojilo 17 zemí EU (Švédsko, Nizozemsko, Německo, Norsko, Švýcarsko, Dánsko, Irsko, Anglie, Belgie, Turecko, Portugalsko, Wales, Rumunsko, Island, Srbsko, Bulharsko, Řecko).

Výsledky: Do projektu se zapojilo 2809 respondentů ze 17 zemí a 999 respondentů se samo přihlásilo na druhé kolo šetření eDelphi. Nejvíce respondentů pracovalo na akutních psychiatrických odděleních (54 %, n = 1511), ambulancích (10,5 %, n = 295), soudní (9,3 %, n = 262). Další pracovní oblasti byly rehabilitace, primární péče a urgentní příjmy. Vzděláním v oblasti managementu násilí neprošlo 19,5 % (n = 435) zúčastněných. Výsledky ukázaly, že nejčastěji používanými intervencemi při řešení násilného pacienta byly: fyzické zadržení (17 %, n = 943), izolace (15 %, n = 817), podání medikamentů (14 %, n = 795). Terapie mluvením 11 % (n = 609) a deescalace 7 % (n = 393) byly další používané techniky. Výsledky z druhého kola průzkumu se zaměřovaly na top priority pro edukaci a top priority pro výzkum v managementu násilí. Podobné věci se trvale objevovaly v odpovědích v obou oblastech a to následující: prevence násilí, vliv prostředí a zaměstnanců na míru agrese, nejlepší praktiky v řešení násilí, vyhodnocení rizika, etiologie a spouštěče násilí a agrese.

Závěr: V mnoha zemích Evropy je nedostatek jasných postupů v managementu násilí. Řešení násilí v Evropě se zdá jako fragmentované s žádnou ideální pozicí ani žádnou spoluprací na edukaci a výzkumu. V EU není žádné přímé řízení této problematiky, a to se promítá i v číslech této studie, kdy relativně velké procento (9 %) zdravotníků nikdy neprošlo tréninkem

managementu agrese a dalších 22,5 % takový trénink měli před více jak 5 lety. Nejčastěji využívanou technikou pro management agrese bylo využití autority, jako jsou například fyzické omezení, izolace, medikace. Jsou to tradiční metody, které přetrvávají z historie.

Tabulka 9 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemoci?		Ne			Různé země, různá oddělení
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?		Ne			
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?				Neaplikovatelné	
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?				Neaplikovatelné	
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

4) Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings.

autor: Mary Lavelle, Duncan Stewart, Karen James, Michelle Richardson, Laoise Renwick, Geoffrey Brennan a Len Bowers

rok vydání: 2016

vydáno v: Journal of Clinical Nursing

Cílem této studie bylo zjistit faktory, které ovlivňují použití deeskalačních technik a jejich úspěch v zadržení konfliktu na akutním psychiatrickém oddělení.

Metodika: Data byla sbírána z 31 nemocnic z Londýna a okolí. Každý pacient (n=522), který se zúčastnil konfliktu, nebo musel být omezen v průběhu dvou týdnů svého pobytu na oddělení, byl zařazen do studie. Každou směnu se zaznamenávala frekvence a pořadí konfliktů a nutných omezení. Sekvence událostí, které zahrnovaly deeskalaci, byly analyzovány. To znamená, že byly zaznamenávány události předcházející deeskalaci (všechny prekurzory), události těsně před deeskalací (okamžité prekurzory), události těsně po deeskalaci a všechny události, které se děly po deeskalaci. Tyto sekvence byly rozděleny do dvou kategorií: úspěšná deeskalace (ukončení konfliktu) a neúspěšná (i přes deeskalaci se konflikt dál rozvíjel). Všechny typy prekurzorů poté byly dále popsány.

Výsledky: Z 522 pacientů více jak polovina (53 %) prošla deeskalací a z toho 37 % minimálně dvakrát. 61 % (n=476) událostí bylo kategorizováno jako úspěšných, zatímco 35 % (n=276) událostí bylo kategorizováno jako neúspěšných. Zbývající 4 % (n=32) událostí skončilo po opakovaných pokusech o deeskalaci. Tyto události byly vyjmuty z dalšího průzkumu, protože by mohly negativně ovlivnit výsledky.

Nejčastějším prekurzorem u úspěšných deeskalací byla verbální agrese (16 %), druhým nejčastějším byla agrese k objektům (13 %), podání předepsaných léků (11 %), chování spojené s porušením pravidel a konflikty spojené s medikací tvořily dohromady 17 %.

Největší procento (33 %) neúspěšných deeskalací začalo verbální agresí, zatímco 17 % začalo agresí k objektům nebo fyzickým násilím (7 %). Polovina neúspěšných deeskalací (49 %) byla hned následována použitím vynucených prostředků, nejčastěji administrací léků (35 %).

Závěr: Výsledky odhalily, jaké prekurzory mohou vést k úspěšné či neúspěšné deeskalaci a její efektivitu při uklidnění konfliktu. Interpretace závěru z této studie může být, že deeskalace je nejvíce efektivním prostředkem, pokud je zahájena včas.

Tabulka 10 Hodnotící nástroj pro studie případů (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemoci?	Ano				
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?			Nejasné		
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

5) The attributes of successful de-escalation and restraint teams.

autor: Jón Snorrason MS, Páll Biering PhD

rok vydání: 2018

vydáno v: International Journal of Mental Health Nursing

Cílem této studie byla identifikace a porozumění faktorů, které vylepšují šance D-E&R (deeskalací a kontrolní tým) týmu při zvládnání agresivních pacientů efektivně a bezpečně. Porozumění těmto faktorům přispěje k lepšímu tréninku a supervizi týmu D-E&R.

Metodika: Výzkum byl proveden ve Fakultní nemocnici Islandu. Zúčastnilo se ho 12 členů D- E&R týmu (8 mužů, 4 ženy). Všichni měli signifikantní zkušenosti s managementem agresivních pacientů. S každým participantem se vedlo interview 30-60 min. Rozhovor byl otevřený s následující otázkou: Z vaší zkušenosti, jaké faktory vylepšily nebo zhoršily možnost deeskalace agresivních pacientů, a pokud bylo potřeba, tak museli být upoutáni?

Výsledky: Hlavním motivem, který vyplývá z dat, je koncept bezpečí týmu. Zajištění bezpečnosti pro tým jako celek, ale i pro každého člena, je předpokladem pro úspěšnou týmovou spolupráci při zvládnání konfliktů. Jednání a práce v týmu může být rozdělena do dvou oblastí: interní dynamika a jednání s pacienty.

Zanalyzovaná data odhalila, že pod interní dynamiku lze zařadit 2 podkategorie: důvěra a flexibilita dovedností a pozic. Pocit spolehnutí se a důvěry je velice důležitý pro fungování celého týmu. Faktory, které vylepšují tyto pocity jsou vzájemná důvěra, rozhodnutí na základě informací a znalost fungování týmu.

Tým potřebuje určitou flexibilitu v jeho uspořádání a dovednosti adaptace na danou situaci. Navíc rozdílné dovednosti a kvalifikace jednotlivých členů hrají důležitou roli v pěstování důvěry. Jedním z hlavních faktorů je pohlaví členů. Na některé situace se spíše hodí ženy, na jiné zase muži. Dalšími faktory jsou fyzická síla a komunikační dovednosti.

Z interpretace dat vyplývají dvě podkategorie, které se zaměřují na to, co je potřeba k úspěšné deeskalaci nebo manuální restrikci pacienta. Podkategorie jsou komunikace s pacientem a interakce v týmu. Interakce mají specifické vlastnosti jako je to, že každý ví, jakou má v týmu roli a nehraje sólo. Je potřeba dobře ovládat verbální a nonverbální komunikaci. Nejčastěji se objevovaly tzv. podpůrné interakce. Účastníci zdůrazňovali, že je důležité podporovat vztah s pacientem, spojit se s ním a mít dobré terapeutické dovednosti.

Jinými slovy je potřeba, aby v týmu byla kombinace fyzické síly a dobrých terapeutických a komunikačních dovedností. Pokud deeskalace selže a je potřeba pacienta manuálně zajistit, pacient musí být informován, co se bude dít dál a důvod takového jednání.

Závěr: D-E&R týmy budou potřeba na psychiatrických odděleních v blízké budoucnosti k prevenci a k reakci na násilí. Pokud se zaměstnanci nepodaří uklidnit pacienta, může být velice důležité pro bezpečí pacienta i personálu mít dobře vycvičený D-E&R tým. Porozumění faktorům, které vedou k úspěšné deeskalaci je velmi důležité. Může to být využito při cvičení týmu a jeho vedení.

Tabulka 11 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?		Ne			Pouze 12 respondentů
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemoci?	Ano				
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?			Nejasné		
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?				Neaplikovatelné	
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?			Nejasné		
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

6) Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward

autor: Jenni Kaunomäk, Markus Jokela, Raija Kontio, Tero Laiho, Eila Sailas, Nina Lindberg
rok vydání: 2017

vydáno v: BMC Health Service Research

Cílem této studie bylo zjistit, jaké jsou intervence, které jsou aplikovány personálem psychiatrických oddělení po identifikaci vysoce rizikového pacienta, a jak často dané intervence byly použity, a jak moc byly efektivní.

Metodika: Data byla sbírána během šesti měsíců od 1.5. do 31. 10. 2013. Průměrný věk pacientů byl 42,9 let a nejvíce trpěli změnami nálad, schizofrenií a užíváním návykových látek. Zdravotníci každý den hodnotili pacienty se škálou DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression – dynamické hodnocení situační agrese), což je strukturované hodnocení rizika násilí po dobu 24 h. Intervence, které následovaly po vysokém DASA skóre (≥ 4) byly sepsány ze zdravotnické dokumentace pacienta. Použita byla induktivní analýza obsahu.

Výsledky: Celkem bylo zahrnuto 64 pacientů, kterým 217krát vyšlo vysoké skóre DASA. V 91,2 % případů byla použita minimálně jedna intervence ke snížení rizika násilí. Nejčastěji používané intervence byly PRN (pokud je potřeba) medikace (33,5 %), izolace (15,8 %) a cílená diskuse se sestrou (10,8 %). Další intervence se objevily tyto: intramuskulární medikace podána bez souhlasu (3,8 %), verbální stanovení hranic (6,3 %), změna medikace (5,8 %), limitace volného pohybu (3,3 %).

V této studii PRN medikace se nijak výrazně nepojila se snížením DASA skóre následující den, což naznačuje, že nesnižuje riziko násilí. Aktuální použití PRN je založeno spíše na zvyku používání a klinickou zkušeností, než na kvalitním důkazu o farmakologické účinnosti.

Další častou intervencí byla izolace. Používání restriktivních metod je často diskutovaným tématem. Výzkumníci se nedokážou shodnout, zda snížení izolace zvyšuje násilné incidenty, nebo zda je to bez efektu.

Třetí nejčastější intervencí byla cílená diskuse se sestrou, což je sesterská intervence používaná každý den jako první krok a alternativa k restriktivním metodám. Pacienti, sestry i lékaři vyjádřili, že pravidelné diskuse s pacienty jsou potřeba. Empatické naslouchání, pozornost a porozumění, aktivní komunikace, přítomnost mysli, takt, lidská reflexe na pacientovu psychopatologii jsou nezbytnými elementy takové diskuse. Vytváří se atmosféra bezpečí,

jistoty a porozumění, a zároveň to sestře poskytuje lepší vyhodnocení aktuálního psychického stavu pacienta.

Závěr: Ve většině případů identifikace vysoce rizikového pacienta vedla k určité intervenci. Většina intervencí byla farmakologická či vynucená. Ke zklidnění situace byla komunikace využita jen v 10,8 % případů.

Tabulka 12 Hodnotící nástroj pro studie případů (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemoci?	Ano				
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?			Nejasné		
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

7) Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi.

autor: Lubna Baig, Sana Tanzil, Shiraz Shaikh, Ibrahim Hashmi, Muhammad Arslan Khan, Maciej Polkowski

rok vydání: 2018

vydáno v: Pakistan Journal of Medical Sciences.

Kvůli vysokému výskytu násilí proti zdravotnickému personálu v Pákistánu APPNA – Instituce veřejného zdraví vyvinula program pro prevenci násilí mezi poskytovateli zdravotnické péče. Cílem programu bylo vybavit zdravotníky schopnostmi nezbytnými pro kontrolu agresivního chování a k prevenci verbálního a neverbálního násilí v pracovním prostředí. Tato studie hodnotí efektivitu tohoto programu v prevenci, deeskalaci a managementu násilí ve zdravotnických zařízeních.

Metodika: Tato kvazi-experimentální studie proběhla v říjnu 2016 za použití smíšené metody designu. Studie hodnotila efektivitu programu na oddělení urgentního příjmu, gynekologicko-porodnickém oddělení, interním oddělení, chirurgickém oddělení ve dvou fakultních nemocnicích v Karáči. Zhodnocení bylo provedeno po čtyřměsíčním tréninku deeskalačních technik v intervenční nemocnici a kontrolní nemocnici, kde trénink zaměstnanců nebyl prováděn. Kvantitativní zhodnocení bylo uděláno skrze strukturovaný dotazník a vyhodnocení pomocí statistických metod. Úroveň sebejistoty ve vyrovnávání se s agresí pacientů byla měřena za využití škály Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument (CCPAI) Kvalitativní zhodnocení bylo provedeno pomocí 2 cílených skupinových diskusí s lékaři a sestrami.

Výsledky: Kvantitativní data byla sesbírána od 141 zdravotnických profesionálů, z toho 71 bylo v intervenční skupině a 70 v kontrolní skupině. Cílené skupinové diskuse se zúčastnilo 30 participantů, z toho 14 z intervenční skupiny a 16 z kontrolní skupiny. Zdravotníci z intervenční skupiny uznali, že program jim pomohl s ovládním emocí v náročném prostředí a umožnil jim efektivně praktikovat aktivní naslouchání a empatii. Také cítili, že se zlepšila jejich schopnost poradit a cítili se více sebejistí v komunikaci s pacienty a ve vyhýbání se hádkám a konfliktům. V kontrolní skupině participanté sdělili, že mají nedostatek sebejistoty při řešení agrese. Členové intervenční skupiny zvládali agrese a násilí použitím techniky naslouchání pacientovi, zachování mlčení při urážkách a vyjádření souhlasu s agresorem. Zdravotníci z kontrolní skupiny jasně vyjádřili, že by také potřebovali trénink ke zvládním

agrese. Výsledky ukázaly, že zdravotníci z intervenční skupiny mají vyšší úroveň sebejistoty a schopností ve zvládnání agrese a násilí ve srovnání s kontrolní skupinou. Frekvence incidentů s agresivními pacienty se nijak výrazně nezmenšila.

Závěr: Program byl shledán efektivním ve zlepšení sebejistoty zdravotníků v managementu agrese. Je potřeba takovýto trénink provádět v každé instituci. Naučili se ovládat deeskalační techniky, a pak byli schopni vyřešit situace spojené s agresivním pacientem.

Tabulka 13 Hodnotící nástroj pro RCT studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je přiřazení do výzkumných skupin skutečně náhodné?	Ano				
2. Byli participanti zaslepeni při alokaci intervencí?	Ano				
3. Byla alokace léčebné skupiny zaslepena výzkumníkovi?		Ne			
4. Byly výstupy participantů, kteří odstoupili z výzkumu, vysvětleny a zařazeny do analýzy?			Nejasné		
5. Byly hodnocené výstupy zaslepené k alokaci intervencí?			Nejasné		
6. Byly kontrolní a experimentální skupiny srovnatelné na začátku?	Ano				
7. Bylo se skupinami zacházeno stejně bez použití jiné intervence u jedné ze skupin?	Ano				
8. Byly výsledky/výstupy měřené stejným způsobem ve všech skupinách?	Ano				
9. Byly výsledky/výstupy měřené spolehlivým způsobem?	Ano				
10. Byla statistická analýza použita vhodně?	Ano				

8) The participant's perspective: learning from an aggression management training course for nurses. Insights from a qualitative interview study

autor: Birgit Heckeman RN, MSc; Helga Elisabeth Breimaier RN, MScN; Ruud J. G. Halfens Phd; Jos M. G. A. Schols MD, PhD; Sabine Hahn MNS, PhD

rok vydání: 2016

vydáno v: Scandinavianl Journal of Caring Sciences

Tréninkové programy managementu agrese pro sestry jsou důležitou součástí ucelené strategie pro snížení agrese pacientů a návštěvníků zdravotnických zařízení. Cílem této studie je zjistit a popsat ze sesterské perspektivy učení získané účastí na tréninku pro management agrese. Konkrétně, jak program ovlivnil postoj sester a vyrovnání se s agresí pacientů a jak program ovlivnil prevenci, intervence a deeskalační techniky jednotlivých sester.

Metodika: Tato studie byla deskriptivní kvalitativní interview. Autoři prováděli polostrukturované rozhovory se sedmi sestrami před (září/říjen 2012) a po (leden/únor 2013) účasti v programu. Rozhovory byly přepsány a zhodnoceny analýzou obsahu.

Program byl vyvinut Švýcarskou univerzitou aplikovaných věd. Skládal se z teorie a praktických nácviků.

Výsledky: Čtyři kategorie popisují efekt programu: efekt učení, převedení teorie do praxe, postoj vůči chování pacienta a vyrovnávání se a zvládání vlastních emocí.

Kategorie 1 – efekt učení: Sestry získaly přehled teorie agrese například: faktory ovlivňující agresi (interní, situační, enviromentální). Zajímavé je, že sestry ne zcela získaly nové vědomosti o strategiích zvládání agrese. Namísto toho trénink jim pomohl oživit již existující vědomosti nebo si uvědomily, že některé techniky podvědomě používají. Praktické nácviky (modelové situace s agresivním pacientem) jim upevnily získané dovednosti. Celkově tento program zvýšil jistotu sester v řešení agresivních situací, hlavně u těch participantů, kteří měli méně zkušeností s touto problematikou. Participant si také uvědomili vlastní limity.

Kategorie 2 – převedení teorie do praxe: Sestry si uchovaly své vlastní preventivní strategie, ale trochu si je poupravily. Například usilovaly o to, aby pacienty pravidelně informovaly během čekání, dávaly více pozor na vzdálenost mezi nimi a pacienty, uvědomovaly si tón hlasu, gesta, tělesný postoj během interakce s pacientem. Také si více všímaly výrazu ve tváři pacienta, jeho gest a vyhodnocovaly potencionální agresivní situace. Před absolvováním programu sestry popisovaly, jak zvládaly prvotní stádia agrese pomocí komunikace a vyjádření

empatie. Pokud to nevyšlo tak raději odešly. Po programu zmiňovaly, že se jim rozšířily obzory ohledně možností reakcí na agresi a staly se více zdrženlivější v použití restriktivních metod.

Kategorie 3 – postoj vůči chování pacienta: Postoj sester ovlivňoval jejich emoční reakci na agresivní chování. Pokud důvodem agrese byla nemoc nebo nežádoucí účinky léků, tak sestry za to pacienty nevinily a zůstaly emočně distancované. Pokud však chování bylo vnímáno jako neadekvátní reakce, neuctivé nebo jako urážlivé, tak to vyvolalo emoční reakci sestry. Postoj sester se po programu nezměnil.

Kategorie 4 – vyrovnávání se a zvládání vlastních emocí: Rozhovory po programu ukázaly, že management zvládání vlastních emocí se nijak výrazně nezměnil. Nejdůležitější pro vyrovnání emocí po incidentu byli kolegové a tým. Některé sestry ale vyjádřily, že získaly nové personální strategie copingu. Některé také popsali, že se lépe dokázali zbavit negativních emocí a lépe zareagovat na agresivní chování.

Závěr: Programy pro management agrese jsou důležitým prvkem celkové strategie pro omezení agrese, ale důkazy efektivity jsou nedostatečné. Tato studie nabízí sesterský náhled na účinnost programu. Z rozhovorů vyplývá, že se zvýšilo povědomí o situačních a enviromentálních faktorech, také jistota zvládání konfliktu a zlepšení technických dovedností pro prevenci a management agrese. Nicméně zvládání emočního dopadu zůstalo i po programu náročné.

Tabulka 14 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?		Ne			Pouze 7 rozhovorů
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemocí?	Ano				
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?				Neaplikovatelné	
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

9) Enhancing Health Care Personnel's Response to ER Violence Using Situational Simulation

autor: Jen-Chieh Wu, Hao-Yu Chen, Jane Lee Hsieh, Daniel L. Clinciu, Heng-Hsin Tungrok
vydání: 2019

vydáno v: Clinical Simulation in Nursing

Tato studie má za cíl poskytnout prostředky ke snížení násilí na pracovišti urgentního příjmu metodou simulovaného cvičení založeném na klinických případech násilí na pracovišti.

Metodika: Pro studii byl využit design jedné kontrolní skupiny, která byla testována před a po absolvování simulačního tréninku. Participanti byli z urgentních příjmů z fakultních nemocnic okrsku Taipei, Taiwan. Celkem se zúčastnilo 34 zaměstnanců urgentu, kteří pracovali jako lékaři, všeobecné sestry, členové ochranky a sociální pracovníci. Studie byla založena na Kolbově experimentální studijní teorii, kde je potřebné zapojení pacientů do simulačních klinických případů z urgentu. Trénink zahrnuje čtyři stádia učení a zhodnocení efektivity: konkrétní zážitek, observace se zpětnou vazbou, abstraktní konceptualizace a aktivní experimentování. Kurz obsahoval scénáře násilného pacienta, ale i scénáře se standardními pacienty, zahrnoval i teoretickou část prevence násilí: jak identifikovat a přistupovat k násilí. K interpretaci výsledků byl využit t-test. Ve studii byla využita i metoda autorů Zhang a Schwarzer, kteří vytvořili škálu pro měření soběstačnosti.

Výsledky: Výsledky ukazují, že úroveň soběstačnosti při reakci na násilí výrazně pozitivně koreluje s úrovní vzdělanosti participantů. Měření úrovně se provádělo hned po absolvování tréninku a s časovým odstupem. Předchozí zkušenost s managementem násilí na pracovišti výrazně pozitivně korelovala s úrovní soběstačnosti před tréninkem. Při porovnání měření před a po tréninku se úroveň soběstačnosti a reakce na násilí zvýšila a vylepšila. Realistické scénáře umožňují vidět autentické reakce participantů a následnou zpětnou vazbu. Po dvou týdnech od absolvování tréninku se participanti zúčastnili další modelové situace, což pomohlo účastníkům upevnit si nabitě vědomosti a zkušenosti. Násilné chování je lépe zvládáno v týmu, a proto se tato studie zabývala i týmovou reakcí. Zde byla nalezena pozitivní korelace mezi týmovou spoluprací a řešením násilného chování. Jednotlivci různých specializací, kteří spolu pracují, musí efektivně společně pracovat, aby mohli poskytovat nejlepší zdravotní péči, včetně adekvátní reakce na fyzickou a verbální agresi.

Závěr: Simulované scénáře s dobrými hereckými výkony pacientů byly klíčem k naučení adekvátní reakce na násilí pacientů. Interakce mezi zdravotníky a figuranty napodobovala

aktuální situace na urgentním příjmu. Studie ukázala, že tento způsob tréninku byl efektivní. Participanti se naučili vyhodnotit situaci a zvolit správnou strategii řešení, ať je to použití deeskalačních technik či vynucené řešení situace.

Tabulka 15 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemocí?		Ne			Participanti jsou rozdílných profesí
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?				Neaplikovatelné	
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

10) The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study.

autor: Scott Lamont, Scott Brunero

rok vydání: 2018

vydáno v: Nurse Education Today

Tato studie má za cíl prozkoumat efekt tréninkového programu, který se zabývá násilím na pracovišti a jeho obsahem je vyhodnocení rizika, praktiky ke zvládnutí agrese a násilí, deeskalační techniky, únikové techniky a míra sebejistoty.

Metodika: Studie je kvazi-experimentální s měřením před a po workshopu a dalším měřením po dvou týdnech. Účastníky byly všeobecné sestry z oddělení identifikovaných jako vysoce rizikové (urgentní příjmy, neurocentra, geriatric, sociální služby) a přizvány byly i sestry z respiračního a infekčního oddělení a spinální jednotky. Výzkum byl prováděn v New South Wales v Austrálii. V roce 2017 od března do prosince proběhlo 11 workshopů, jejichž součástí byla teorie i praktická výuka pomocí modelových situací. Jeden workshop trval jeden den. Součástí výzkumu byl dotazník využívající 2 validní škály, první se zabývá profesním rozvojem (CPD) a druhá mírou sebejistoty při jednání s agresivním jedincem. Součástí byly i otevřené otázky. Dotazníky byly vyplněny před tréninkem a po tréninku a poté ještě po uplynutí dvou týdnů.

Výsledky: Studie se zúčastnilo 104 sester. Statisticky se významně zvýšilo skóre u škály CPD konkrétně v oddíle o vyhodnocení rizika a plánování, v oddíle o použití deeskalačních technik a v oddíle o schopnostech a důvěře. Dále bylo nalezeno signifikantní zvýšení celkové sebejistoty při jednání s agresivním pacientem při hodnocení po dvou týdnech od tréninku. Žádný markantní rozdíl nebyl nalezen v souvislosti s expozicí násilnému chování před a po absolvování tréninku. Výsledky z otevřených odpovědí napovídají, že účastníci shledali workshop jako relevantní a prospěšný.

Závěr: Tréninkový program v této studii měl pozitivní výsledky. Měl by být zvážen jako povinný komponent vzdělávání o agresi. Díky tomuto workshopu si byly sestry více jisté v jednání s agresivním jedincem a cítily se bezpečněji. Zdokonalily se v deeskalačních technikách a ve vyhodnocení rizikové situace.

Tabulka 16 Hodnotící nástroj pro kohortové studie (JBI, 2014)

Kritéria	Ano	Ne	Nejasné	Neaplikovatelné	Komentář
1. Je vzorek pacientů reprezentativní vzhledem k dané populaci?	Ano				
2. Jsou pacienti v tom samém bodě z hlediska jejich podmínek/nemocí?		Ne			Participantů z různých oddělení
3. Byla systematická chyba minimalizována ve vztahu k výběru případů a kontrol?	Ano				
4. Jsou zavádějící faktory identifikované a jsou stanovené strategie, jak s nimi naložit?	Ano				
5. Jsou výsledky hodnoceny za použití objektivních kritérií?	Ano				
6. Je sledování participantů prováděno dostatečně dlouhou dobu?	Ano				
7. Jsou výstupy participantů, kteří nedokončili, popsány a zahrnuty do analýzy?				Neaplikovatelné	
8. Jsou výsledky měřeny reliabilním způsobem?	Ano				
9. Je použita vhodná statistická analýza?	Ano				

3. DISKUSE

Mým cílem bylo zjištění dostupných metod pro zvládnutí agresivního pacienta za pomoci literární rešerše. Metody využívané k managementu agresivní epizody se skládají z verbálních, fyzických a chemických metod, které se navzájem mohou kombinovat dle situace.

Deeskalační techniky se řadí mezi nejčastěji využívané metody první volby, jak říkají studie od Price (2017), Wong (2015), (Baig, 2018), Heckeman (2016), Lamont (2018), Lavelle (2016). Price (2017) k tomu ještě dodává že techniky je nutné mít dobře naučené a být si v nich jist. Dobrým způsobem trénování těchto technik je za pomoci simulační medicíny, jak ukazují studie od Ambrose Wong (2015), Birgit Heckeman (2016), Jen-Chieh Wu (2019) a Scotta Lamonta (2018). Participanti ve studii od Wong (2015) se shodují na efektivitě tréninku pomocí simulace, toto také tvrdí studie od Jen-Chieh Wu (2019) i od Lamonta (2018). Ve studii od Jen-Chieh Wu (2019) spatřují výhodu v tom, že byl využit design kontrolní skupiny. Méně relevantní výsledky interpretuje studie od Heckemanové (2016), jelikož má pouze 7 participantů.

Navíc, aby deeskalační techniky fungovaly, je potřeba rozumět a rozpoznat vodítka, podle kterých je možné konflikt předvídat, na to odkazuje studie od Snorrasona (2018). Tento autor se však podrobněji věnoval faktorům, které vylepšují šance deeskalačního a kontrolního týmu, a proto prediktory konfliktu lépe popisuje studie od Mary Lavelle (2016), kde hlavním výsledkem této studie bylo, že deeskalační techniky jsou účinné pouze tehdy, pokud se zahájí včas. Pokud zdravotníci projdou školením/tréninkem ohledně agresivního pacienta, zvyšuje se jejich sebedůvěra a zlepšují se jejich schopnosti deeskalace. Například ve studii od Baig (2018) účastníci tréninku poté agresivního pacienta dokázali zvládnout pomocí naslouchání pacientovi, zachování mlčení při urážkách a pomocí souhlasu s pacientem. Ve studii od Price (2017) jsou popsány obdobné praktiky a cílem je pomoci pacientovi si uvědomit, že není potřeba dojít k násilí, nicméně tato studie má pouze 20 účastníků, takže z ní nelze vyvozovat obecné závěry.

Zajímavou studii napsali autoři Seamus a spol. (2017), kteří zjišťovali doporučené postupy pro management agresivního pacienta v rámci zemí EU. Zjistili, že EU nemá žádné sjednocené postupy a každá země si je tvoří sama. V některých dokonce ani žádné nejsou. Pro ČR je vytvořila Česká psychiatrická společnost. Z této studie i vyplynulo, že nejčastější intervence nejsou deeskalační techniky, ale využití autority.

Také studie od Cowmana (2017) tvrdí, že nejvíce frekventované techniky jsou restriktivní metody, jako je například fyzické zadržení (17 %), izolace a farmakoterapie. Podobné výsledky interpretuje i studie od Kaunomäk (2017), kde farmakoterapie byla na prvním místě. Španělští psychiatři (Vieta a spol., 2017) vydali oficiální protokol a algoritmus pro řešení agitovaného pacienta, kde popisují, že hlavním cílem farmakologické léčby je rychle zklidnit pacienta, ale bez jeho předávkování. I přes sedaci je třeba se pokusit o verbální deeskalaci a změny v prostředí. Pokud je to možné, medikace by měla být podána jako monoterapie. Pokud je agitace důsledkem psychiatrické choroby, měly by být antipsychotika lékem volby. Když je potřeba rychlý efekt antipsychotika a pacient spolupracuje, lze zvážit inhalační (loxapine) nebo orální/sublinguální podání (olanzapine, risperidone, asenapine, aripiprazole, quetiapine, ziprasidone, haloperidol). Intramuskulární antipsychotika (haloperidol, alanzipne, ziprasidone, aripiprazole, levomepromazine) mohou být zvážena, pokud pacient odmítá spolupracovat s inhalačním/orálním podáním. Pokud je pravděpodobným spouštěčem alkohol a/nebo intoxikace benzodiazepiny, je potřeba myslet na to, že sedativa mají riziko respirační deprese. Při alkoholovém nebo benzodiazepinovém abstinenčním syndromu by měly být zváženy benzodiazepiny, aby se snížilo riziko křečí a delirium tremens. U případů uživatelů kokainu a jiných syntetických drog by se měly místo antipsychotik použít benzodiazepiny.

Podobné doporučení interpretuje i článek How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings, který také tvrdí, že nejdříve se má zkusit dobrovolná cesta a vzít si lék per os, pak teprve použít více vynucené techniky. Jako hlavní skupinu léků vypichuje benzodiazepiny (Lorazepam) a z antipsychotik Haloperidol, u kterého se však musí hlídat extrapyramidové příznaky, protože je zhoršuje (Harwood, 2017). Taktéž článek od lékařky Vlasty Hanuškové (2008) popisuje nutnost použití farmakoterapie při vystupňování konfliktu, taktéž preferuje medikaci per os a až při nespolupraci parenterální cestu. Jako vhodné léky uvádí benzodiazepiny (diazepam, clonazepam, lorazepam), klasická (haloperidol, levopromazin, chlorpromazin) a atypická antipsychotika (olanzapin, quietiapn, risperidon, ziprasidon) a antihistaminika (promethazin). Využití omezovacích prostředků a psychofarmak zmiňuje v Doporučených postupech psychiatrické péče Česká psychiatrická společnost (2010). Aby omezovací prostředky mohly být využity, tak nejdříve musí selhat mírnější opatření, vyloučeny odstranitelné příčiny a osoba musí ohrožovat sebe, ostatní nebo ničit majetek ve svém okolí.

Při zvláštních podmínkách, a jako poslední možnost, lze použít izolaci a fyzické zadržení. Pokud nefunguje deeskalace nebo není možná farmakoterapie, lze využít fyzické zadržení,

které by však mělo být prováděno pouze školeným personálem (Harwood, 2017, Vieta, 2017, ČPS, 2010). Fyzické zadržení je limitování osobní svobody, musí se postupovat dle platné legislativy (ČR věstník MZ č. 5 část 7/2009). Pokud je pacient fyzicky omezen, měl by být monitorován po celou dobu zadržení.

Jako další možnost způsobu řešení konfliktu je vytvoření speciálního týmu. O tom mluví studie od Wonga (2015), která byla zaměřena na spolupráci uvnitř týmu, a tím se zároveň zvýšila jeho efektivita práce. Tímto tématem se zabývala i studie od Snorrasona, která se ale zabývala i faktory, které zvyšují šance úspěšnosti takového týmu. Mezi důležité vlastnosti týmu pro jeho fungování patří vzájemná důvěra, spolupráce, flexibilita dovedností a jasně určené role (Snorrason, 2018). Studie od Dilmana (2015) taktéž popisuje užití speciálně vycvičeného týmu jako intervenci EBM. Ten tým popisuje tak, že by se měl skládat z vrchní sestry, člena ochranky, lékaře a sestry. Výsledky (za dobu 1 roku) ukázaly, že 85 % aktivace tohoto týmu vyústilo v úspěšné vyřešení situace a snížilo použití restriktivních metod o 11 % (Dilman, 2015).

4. ZÁVĚR

Mým cílem pro rešeršní část práce bylo zjištění dostupných metod pro zvládnutí agresivního pacienta. Studií bylo nalezeno mnoho, ale pouze 10 vyhovovalo předem daným kritériím. Agresivní pacienti mohou významně ovlivnit fyzické a psychické zdraví zdravotníků. Dle výsledků studií by bylo vhodné zavést povinné školení a tréninky pro personál. Tím by se mohla zvýšit efektivita řešení konfliktů a snížit tak počet násilných incidentů. Takové výcvikové programy by měly zajistit vedoucí oddělení a nemocnic. Obsahovat by měly specifické a praktické dovednosti, jako je například rozpoznání příznaků agresivity, zlepšení komunikačních dovedností a použití verbálních deeskalačních technik, ale důležitá je i znalost použití farmakoterapie a fyzického zadržení. Ze studií vyplývá, že vedení nemocnice by mohlo zvážit i vytvoření speciálního reakčního týmu. Dalším důležitým prvkem je vytvoření algoritmů a standardů pro postup řešení agresivního pacienta. Nikde není zcela jasně napsáno, který postup je nejlepší a nejefektivnější, vždy záleží na situaci a na zkušenostech jednajícího pracovníka, ale mělo by se postupovat od těch nejméně rizikových metod, jako jsou deeskalační techniky, k těm více invazivním. Je důležité identifikovat výhody a nevýhody jednotlivých metod, a kterou zvolit v každé jednotlivé situaci. Pokud tedy selžou preventivní techniky, je potřeba zachovat chladnou hlavu, snažit se o deeskalování konfliktu, a pokud ani toto nebude fungovat, tak přistoupit na vynucené metody, nejčastěji k adekvátní farmakoterapii.

Cílem teoretické části bylo vysvětlení pojmů vztahujících se k agresi a popsání prevence konfliktu. Myslím, že se mi podařilo dané kapitoly sepsat srozumitelně a věcně. Zdrojů k sepsání bylo dostatek a hlavně těch zahraničních.

5. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) PRATT, Kim. Psychology Tools: What is Anger? A Secondary Emotion. *HEALTHYPSYCH* [online]. 2014, 2014(February 3) [cit. 2019-10-27]. Dostupné z: <https://healthypsych.com/psychology-tools-what-is-anger-a-secondary-emotion/>
- 2) VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999. Psychoterapie. ISBN 80-861-2308-1.
- 3) EDELSBERGER. Defektologický slovník. 3. upr. vyd. Jinočany, 2000. ISBN 80-860-2276-5.
- 4) Zátěžové situace, agresivita a agrese. Studium psychologie [online]. webygo.cz, 2016 [cit. 2019-09-08]. Dostupné z: <https://www.studium-psychologie.cz/socialni-psychologie/4-zatezove-situace-agrese.html>
- 5) ANDERSON, Craig A. a Brad J. BUSHMAN. Human Aggression. Annual Reviews. 2002, , 28-29. ISSN 1545-2085.
- 6) NAKONEČNÝ, Milan. Frustrace. In: Sociologická encyklopedie [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2019-09-21]. ISBN 978-80-7330-308-2. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Frustrace>
- 7) KUBÁT, Daniel. Násilí. In: Sociologická encyklopedie [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2019-10-26]. ISBN 978-80-7330-308-2. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/N%C3%A1sil%C3%AD>
- 8) PETRUSEK, Miloslav. Agrese. In: Sociologická encyklopedie [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017 [cit. 2019-10-26]. ISBN 978-80-7330-308-2. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Agrese>
- 9) NAKONEČNÝ, M. Sociální psychologie, 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Academia, 2009. ISBN: 978-80-200-1679-9
- 9) HARSA, Pavel. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*. Praha, 2011, 2012(13), 15-18.
- 10) ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

- 11) *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*. In: . Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2010, ročník 2010, číslo 28.
- 12) STANGOR, Charles. *Principles of Social Psychology*. Minnesota: University of Minnesota Libraries Publishing, 2015. ISBN 9781946135209.
- 13) ALSALEEM, Safar A. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*. 2018, 2018(25), 188-193. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_170_17.
- 14) NIOSH, *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. 2. Washington D.C.: Occupational Safety and Health Administration, 2017.
- 15) PEKARA, Jaroslav. Násilí ve zdravotnictví: Nejlepší obranou bývá obyčejná slušnost. *Komora záchranářů* [online]. 2017, 14.07.2017, 2017(7) [cit. 2019-10-13]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/nasili-ve-zdravotnictvi-nejlepsi-obranou-byva-obycejna-slusnost>
- 16) DUXBURY, J. and WHITTINGTON, R. (2005), *Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives*. *Journal of Advanced Nursing*, 50: 469-478. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x11)
- 17) TONKONOGY J. M. (1991). *Violence and temporal lobe lesion: Head CT and MRI data*. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(2), 189-196.
- 18) BALLARD CG, GAUTHIER S, CUMMINGS JL, et al. *Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease*. *Nat Rev Neurol*. 2009 May;5(5):245–255.
- 19) HODGINS S. *Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention*. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008 Aug 12;363(1503):2505–2518.
- 20) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. World health organization expert committee on problems related to alcohol consumption.
- 21) BECK A, HEINZA. *Alcohol-related aggression—social and neurobiological factors*. *Dtsch Arztebl Int*. 2013; 110:711–715. doi:10.3238/arztebl.2013.0711.
- 22) LOVAŠ Ladislav in VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

- 23) BUSHMAN B. J. (2019). *Aggression and violence*. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), Noba textbook series: Psychology. Champaign, IL: DEF publishers. Retrieved from <http://noba.to/63vj7ykn>
- 24) HONZÁK, Radkin. *Stanfordský experiment*. In: Psychologie [online]. Praha: Mindlab, 2010, 2010 [cit. 2019-10-20]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/stanfordsky-experiment/>
- 25) CCOHS (Canadian Centre for Occupational Health & Safety). *Violence in the Workplace - Warning Signs*. In: Canadian Centre for Occupational Health & Safety [online]. Hamilton ON, 2014 [cit. 2019-11-11]. Dostupné z: https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence_warning_signs.html
- 26) BRUUN, A. & DENHAM, G. (2013). *Managing Aggression & Potentially Violent Situations*. In A. Bruun & P. Mitchell (Eds.) YouthAOD Toolbox. www.youthaodtoolbox.org.au. Melbourne: YSAS.
- 27) PEKARA, Jaroslav. *Fenomén násilí v ošetrovateľskej péči všeobecných sester České republiky*. Č. Budějovice, 2015. disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
- 28) MEDICAL TRIBUNE. *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámeček komunikace*. In: Tribune.cz [online]. Praha, 2009. [cit. 2019-11-17]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15445-vztah-mezi-lekarem-a-pacientem-urcuje-ramecek-komunikace>
- 29) ŠIMEK, J. *Etické problémy urgentní medicíny*. Urgentní medicína 2008, 4, s. 31–33.
- 30) ROYAL COLLEGE OF NURSING. *Non-verbal communication*. RCN - Royal College of Nursing [online]. London: Royal College of Nursing of the United Kingdom, 2013, 2016 [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://rcni.com/hosted-content/rcn/first-steps/non-verbal-communication>
- 31) KRISTOVÁ, Jarmila, *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Zdraví euro [online]. 10.12.2008 [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestry-s-pacientem-s-agresivnim-chovanim-398385>
- 32) LANZA, M.L., RIERDAN, J., FORESTER, L. & ZEISS, R.A. (2009). *Reducing violence against nurses: The violence prevention community meeting*. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 745–750. doi:10.3109/01612840903177472
- 33) MAREČKOVÁ, Jana a Jitka KLUGAROVÁ. *Evidence-based health care: zdravotnictví založené na vědeckých důkazech*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4784-1.
- 34) KLUGAR, Miloslav. *Systematická review ve zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4785-8.

- 35) MARTINEZ A.(2016). *Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 54(9) 31-36. doi: 10.3928/02793695-20160817-05
- 36) GAYNES, B. N., BROWN, C. L., LUX, L. J., BROWNLEY, K. A., VAN DORN, R. A., EDLUND, M. J., ... LOHR, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819–831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- 37) VIETA E, GARRIGA M, CARDETE L, BERNARDO M, LOMBRANA M, BLANCH J, et al. *Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation*. BMC psychiatry. 2017;17(1):328. doi: 10.1186/s12888-017-1490-0.
- 38) PRICE O, BAKER J, BEE P, LOVELL K. *The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings*. Int J Nurs Stud. 2018;77:197–206. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002
- 39) WONG AH, WING L, WEISS B, GANG M. *Coordinating a Team Response to Behavioral Emergencies in the Emergency Department: A Simulation-Enhanced Interprofessional Curriculum*. The western journal of emergency medicine vol. 16,6 (2015): 859-65. doi:10.5811/westjem.2015.8.26220
- 40) COWMAN S, BJÖRKDAHL A, CLARKE E, GETHIN G, MAGUIRE J; “*A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries*.” BMC health services research vol. 17,1 59. 19 Jan. 2017, doi:10.1186/s12913-017-1988-7
- 41) LAVELLE, M. et al. “*Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings*.” Journal of Clinical Nursing, vol.25(15–16), 2016, str. 2180–2188. doi: 10.1111/jocn.13239.
- 42) SNORRASON J., BIERING, P. „*The attributes of successful de-escalation and restraint teams*.” International Journal of Mental Health Nursing, 2018, 27: 1842-1850. doi:10.1111/inm.12493
- 43) KAUNOMÄKI J, JOKELA M, KONTIO R, LAIHO T, SAILAS E, LINDBERG N. *Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward*. BMC Health Service Research. 2017;17(1):26. Published 2017 Jan 11. doi:10.1186/s12913-016-1942-0
- 44) BAIG, L. ET AL. ‘Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behavior faced by health care providers in public sector hospitals of Karachi’, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2018 34(2), pp. 1–6. doi: 10.12669/pjms.342.14432.
- 45) JEN-CHIEH WU, HAO-YU CHEN, JANE LEE HSIEH, DANIEL L. CLINCIU, HENG-HSIN TUNG, *Enhancing Health Care Personnel's Response to ER Violence Using Situational Simulation*, Clinical Simulation in Nursing, Volume 28, 2019, Pages 6-14, ISSN 1876-1399, <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.12.003>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139918301816>)

- 46) LAMONT Scott, BRUNERO Scott, *The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: A quasi-experimental study*, Nurse Education Today, Volume 68, 2018, Pages 45-52, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.008>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691718302004>)
- 47) CLEMENTS PT, DERANIERI JT, CLARK K, MANNO MS, KUHN DW *Workplace violence and corporate policy for health care settings.*, Nurs Econ. 2005 May-Jun; 23(3):119-24, 107.
- 48) PICH J, HAZELTON M, SUNDIN D, KABLE A, *Patient-related violence against emergency department nurses.*, Nurs Health Sci. 2010 Jun; 12(2):268-74.
- 49) The American Psychiatric Nurses Association APNA. *Workplace violence position statement*. Falls Church, 2008. Dostupné také z: https://www.apna.org/files/public/APNA_Workplace_Violence_Position_Paper.pdf
- 50) National Institute for Health and Care Excellence, NICE. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*, 2015. Dostupné také z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- 51) PRICE, Owen a John BAKER. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*. Manchester, 2012, 2012(21), 310 - 319. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x.
- 52) SIM, Moira G., Toni WAIN a Eric KHONG. Aggressive behaviour Prevention and management in the general practice environment. *Australian Family Physician*. 2011, 40(11), 866-872.
- 53) HARWOOD, Rowan. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2017, 47(2), 176-182. DOI: 10.4997/JrCPe.2017.218.
- 54) ZIAEI, Maryam, Ali MASSOUDIFAR, Ali RAJABPOUR-SANATI, Ali-Mohammad POURBAGHER-SHAHRI a Ali ABDOLRAZAGHNEJAD. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine*. 2019, 3(7), 1-18. DOI: 10.22114/ajem.v0i0.117.
- 55) DILMAN, Yana. EB72 code green for workplace violence: Dilman, Y. (2015). EB72 code green for workplace violence. *Critical Care Nurse*, 35, e34–e35. *Critical Care Nurse*. 2015, 35(2), 34-35. DOI: 101756264.
- 56) HANUŠKOVÁ, Vlasta. Terapie akutního neklidu a agrese, *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9(4), 168-169.
- 57) RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-984-1.

