

Jaroslav Pekara

Agrese a násilí v ošetrovateľskej praxi





Poděkování za podporu publikace



Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Jaroslav Pekara

Agrese a násilí v ošetrovateľskej praxi

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

AGRESE A NÁSILÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Recenzenti: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2026
Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 10 605. publikaci
Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová
Sazba a zlom Josef Lutka
Obrázky dodal autor
Počet stran 144
1. vydání, Praha 2026

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-8710-2 (ePub)
ISBN 978-80-271-8709-6 (pdf)
ISBN 978-80-271-6250-5 (print)

Obsah

Použité zkratky	8
Úvod	10
1 Agrese a násilí	14
1.1 Agrese a násilí ve zdravotnictví	14
1.2 Agrese a násilí v ošetrovatelství	15
1.3 Definice pojmů	16
Agresivita	16
Agrese	17
Násilí	17
Neklid	17
Agitovanost	17
Antisociální chování	18
Pasivní agresivita	18
1.4 Dekonstrukce násilí v psychiatrii	18
1.5 Konstruktivní agrese a násilí	19
2 Jak (správně) měřit agresi a násilí	24
2.1 Nástroje pro zaznamenávání agrese a násilí na základě pozorování	26
Škála sociální dysfunkce a agresivity	26
Wardova škála hodnocení hněvu	26
The Overt Aggression Scale	27
The Modified version of the OAS	27
2.2 Nástroje pro zaznamenávání agrese a násilí na základě incidentu	29
The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS/SOAS-R)	29
Report Form for Aggressive Episodes (REFA)	29
Patient-Staff Conflict Checklist–Shift Report (PCC-SR) ...	31

2.3	Inovativní metody měření	31
3	Příčiny a zdroje agrese a násilného chování	38
3.1	Prostředí jako zdroj agrese a násilí	39
3.2	Osobnostní rovina jako zdroj agrese a násilí	41
3.3	Péče jako zdroj agrese a násilí	44
3.4	Na čem záleží nejvíce?	45
4	Prevence	50
4.1	Prostředí a atmosféra oddělení	50
4.2	Predikce agrese a násilí	52
	Brøset violence checklist	53
	Dynamic Appraisal of Situation Aggression	53
4.3	Preventivní strategie	58
	Safewards	59
	Six core strategy	63
	No force first	66
	Early Recognition Method	67
	The 'Forensic Early Signs of Aggression Inventory'	72
	Peer-konzultant a dobrovolníci	73
5	Školení personálu	82
5.1	Vyhodnocování školení	83
5.2	Moderní možnosti tréninku – simulace s herci a pacienty	85
5.3	Všeobecná doporučení pro organizaci školení	87
6	Deeskalace v ošetrovatelské praxi	94
6.1	Význam deeskalace	97
6.2	Deeskalační proces	98
	Technika BEN	101
	Tipy a triky k deeskalaci	111
7	Omezovací prostředky	118
7.1	Použití omezovacích prostředků a péče o pacienta v omezení v ČR	119
7.2	Omezení pacienta úchopem	120

7.3	Principy bezpečného držení násilného pacienta v praxi	121
7.4	Omezení (psycho)farmaky podanými silou	123
7.5	Omezení pacienta ochrannými pásy nebo kurty	124
7.6	Péče o pacienta omezeného v uzavřené místnosti	126
7.7	Omezení pacienta ochranným kabátkem	127
7.8	Obsah	128
8	Po konfliktu	132
	Pozitivní tečka místo závěru	135
	Poděkování	136
	Rejstřík	137
	Souhrn	141
	Summary	143

Použité zkratky

ADL	všední denní činnosti
ATAS	škála postojů k agresi (Attitudes Towards Aggression Scale)
BVC	Brøset violence checklist
BWC	nošení kamer připevněných na uniformu (body worn cameras)
DABS	škála deescalujícího agresivního chování (The De-escalating Aggressive Behaviour Scale)
DASA	Dynamic Appraisal of Situational Aggression
ERM	metoda včasného rozpoznání (Early Recognition Method)
FESAI	Forenzní inventář včasných varovných signálů (The ‘Forensic Early Signs of Aggression Inventory’)
IMPACS	škála dopadu agrese (Impact of Aggression Scale)
MOAS	modifikovaná verze OAS (The Modified version of the OAS)
OAS	stupnice zjevné agrese (The Overt Aggression Scale)
PAS	poruchy autistického spektra
PCC-SR	kontrolní seznam konfliktů mezi pacienty a personálem – směnová zpráva (Patient-Staff Conflict Checklist–Shift Report)
POAS	škála vnímání agrese (Perception of Aggression Scale)
SACS	škála postojů personálu k omezování (Staff Attitudes to Coercion Scale)
SDAS	škála sociální dysfunkce a agresivity (Social Dysfunction and Aggression Scale)
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
WARS	Wardova škála hodnocení hněvu (Ward Anger Rating Scale)

„Dno je dobrý na to, aby sis ho prohlíd ...“

Márdi, Vypsaná fixa

Úvod

Napsat knihu je velký závazek, protože jakmile se vydá, autor riskuje, že se přihodí něco nového. Obvykle vyjde nový článek s dramatickými objevy, objevíme na tréninku novou techniku držení, inspiruje vás někdo z personálu, pacient vás obohatí myšlenkou nebo příběhem.

Byl bych rád, kdyby se k této publikaci přistupovalo jako k dílu, které vznikalo díky lidem kolem mě a stále není konečné. Neobsahuje návody ani rady. Všechno je pouhé doporučení. Může fungovat a nemusí. Sám se o tom přesvědčuji v klinické praxi se svými kolegy a pacienty.

Knihla reflektuje zejména nové vědecké poznatky, které jsme dokázali ověřit s kolegy a pacienty. Většina citací je zahraničních, nicméně jsem přesvědčený, že jsou aplikovatelné na jakékoliv oddělení a podobné situace i u nás. Kapitoly obsahují poznatky z vědeckých studií, článků, ale také pro náš český kontext kazuistiky, tipy a doporučení. V závěru každé kapitoly je uvedeno krátké shrnutí, které připomíná nejdůležitější myšlenky.

Knihla je určena všem, kteří se pohybují mezi konflikty ve zdravotnictví, a je důkazem toho, jak se v pohledu na agresi a násilí dost často mýlíme a že mnohdy lze docílit uklidnění situace zejména prevencí nebo včasným rozpoznáním problému. Změny nastávají pouze u kolegů, kteří na nich aktivně pracují.

Agresi a násilí v českém zdravotnictví a ošetrovatelské praxi se věnuji přes 20 let. Za tu dobu mám pocit, že mám hlavně štěstí. Už když jsem začínal jako sanitář ve vizovické Nemocnici Milosrdných bratří, měl jsem štěstí na skvělé kolegy a kolegyně a trpělivé pacienty, protože jsem všechno teprve objevoval. Následně jsem pomáhal jako ošetrovatel a pak také jako sestra v Léčebně dlouhodobě nemocných v Ostravě-Radvanicích. Vznikalo tam dost kritických situací a já jsem měl zase štěstí a všechno dobře dopadlo. Za mě nejlepší praxe pro práci zdravotníka vůbec. Necelý rok jsem jezdil se sanitkou v Ostravě, kde jsem měl jsem „to štěstí“ učit se od zkušených kolegyně komunikaci s intoxikovanými a také kontext multikulturního prostředí,

což se následně jevilo jako skvělý trénink pro střet reality pražského života i podsvětí. Praxe na oddělení resuscitace ve Vinohradské nemocnici a následně anestezie ve Vojenské nemocnici v Praze mě jen utvrdila v tom, že jestliže chci vidět opravdu agresivní a násilné pacienty, musím jít do ulic. Několik let u pražské záchranky a výuky na vysoké škole potvrdilo, že největší kompetencí zdravotníků je právě komunikace. Když už jsem si myslel, že mám štěstí a nejlépe se bude trénovat komunikace na záchrance, přišla nabídka z Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde lze jít ještě hlouběji než na záchrance. Po 25 letech zdravotnické praxe se stále ukazuje, že nejlepší prevencí je slušnost, klid a v případě omezování vítězí nad hrubou silou zejména principy pohybu, převaha, nikoliv zázračné techniky. Velké štěstí také spatřuji v lidech nad sebou, v managementu, který mě vždy určitým způsobem inspiroval a věřil nám, když jsme se pokusili zavádět určité změny.

Občas svým kolegům připadám jako mimozemšťan nebo, jak mi naposledy řekla jedna pacientka: Vy nejste ani trenér, ani lektor, vy jste bavič ... tak mě pojd'te bavit.

Vážení listující, budu rád, když čtení, diskuse a sdílení zkušeností, bude více zábava a inspirace než moralizování a spory o tom, proč některé doporučení funguje více a jiné méně.

Přeji vám všem štěstí, protože když ho mít občas nebudete, může to dopadnout hodně špatně.

Věnováno mé nejlepší trenérce, manželce Hance.

„Zlo, které lidé pášou, je přežívá. Dobro je mnohdy pohřbeno
s jejich kostmi.“

William Shakespeare

1 Agrese a násilí

Příbuzný pacienta (otec) čekal se svým dítětem na pediatrické ambulanci pražské nemocnice na jeho vyšetření. Asi po půl hodině čekání začal po čekárně ambulance nervózně pochodovat a po hodině čekání se začal domáhat okamžitého ošetření svého syna bušením na dveře ambulance, kde probíhalo ošetřování jiných pacientů přivezených vozy ZZS. Sestra ve snaze vysvětlit situaci: „My tady přece pracujeme a vy musíte prostě počkat, až na vás přijde řada!“, byla označena za krávu a bylo jí doporučeno, aby se více snažila, protože jinak bude mít v čekárně bordel.

Praha, 2018

Pacientka v léčebně dlouhodobě nemocných poškrábala sestru a ošetřovatelku koplá do hrudníku, když se jí obě snažily přesunout na tzv. mycí lůžko, aby pokálenou pacientku odvezly do sprchy.

Ostrava, 2022

1.1 Agrese a násilí ve zdravotnictví

Zásahy zdravotnických pracovníků a všeobecných sester (dále jen sestry) probíhají ve skutečně vypjatých situacích, a proto i média stále častěji přinášejí informace o napadení zdravotníků (Hoyle et al., 2018; Pišl et al., 2021). Existují studie potvrzující, že až jedna čtvrtina společenského násilí se odehrává v prostředí zdravotnických zařízení (Sari, Yildiz, 2023). Nejčastěji se terčem agrese a násilí v ošetřovatelství stávají sestry, což platí i pro Českou republiku, kde bylo zjištěno, že v 70 % jsou oběťmi těchto incidentů právě ony (Pekara, Němcová, 2019).

Agrese a násilí na pracovišti vůči zdravotnickému personálu je celosvětově uznávaným problémem, pro který neexistuje optimální řešení. Nedávné studie zdůraznily, že je třeba vyvinout strategie na ochranu odborníků spolu s cílenými veřejnými politikami pro

prevenci násilí na pracovišti. Skutečná prevalence (výskyt) agrese a násilí se ve zdravotnické praxi velmi liší. Data získáváme zejména z prostředí psychiatrie a přednemocniční neodkladné péče, kde však výskyt agrese a násilí kolísá nejen mezi studiemi, ale i kontinenty. Například v USA zažily agrese a násilí v 2023 roce více než dvě třetiny personálu, v Austrálii to bylo 75 %, v Británii 27,6 % a ve Švédsku 64 %. Celkově studie uvedly, že prevalence zkušeností s agresí a násilím v průběhu kariéry se může pohybovat od 57 do 93 % (Paulin et al., 2024). Prevalence agresivního chování na psychiatrických odděleních se řeší téměř 150 studií také lišila, a to v rozmezí 8–76 % (Weltens et al., 2021). Mnohem důležitější jsou samozřejmě důsledky násilí, které vedou nejen k vysokým nákladům (v roce 2016 léčba a prevence úrazů pracovníků přinesla americkým zdravotním systémům odhadované přímé a nepřímé náklady ve výši 429 milionů dolarů), ale agrese s sebou nese dopady i na duševní zdraví sester (Janoušková, Pekara et al., 2024).

1.2 Agrese a násilí v ošetrovatelství

Z rešerše 253 studií (s celkem 331 544 účastníky) vyplývá, že verbální agrese je vystaveno zhruba 42 % sester a fyzickému násilí asi 24 %. Podíly se opět liší v závislosti na zemi, místě studie, pracovním prostředí, pracovním rozvrhu a povolání. Celosvětově jsou sestry nejvíce ohroženy agresí a násilím v asijských a severoamerických zemích, a to zejména na psychiatrických a pohotovostních odděleních (Liu et al., 2019). Násilí na sestrách je celosvětový problém, který má negativní dopad na zdraví obětí, zejména na jejich duševní zdraví a profesní motivaci (Jeong a Kim 2018). Nejčastěji popisovaným typem násilí je verbální agrese, jejíž globální následky mohou být závažnější než následky fyzického násilí (Faffiora et al. 2015), protože je považována za prediktor rozvoje syndromu vyhoření a fluktuace zaměstnanců (Alameddine et al., 2015). Zajímavým aspektem, který z analyzovaných studií vyplynul, je skutečnost, že ačkoliv je hlášeno mnoho případů fyzického násilí, chybí údaje o fyzických zraněních (modřiny nebo oděrky) a studie absentují informace o pracovních neschopnostech – jednoduše proto, že se nesledují (Çam a Top, 2021).

Nejčastěji jsou útokům vystaveny mladší a méně zkušené sestry, protože mají méně zkušeností s řešením napjatých situací (Alameddine et al., 2015). Zajímavostí je, že verbální agrese, výhrůžky, zastrašování a slovní obtěžování páchají spíše členové rodiny a pečovatelé, zatímco pacienti jsou často pachateli fyzického násilí (Feruglio et al., 2025).

V České republice podobné statistiky chybí (Pekara, 2011; Knor, Pekara et al., 2020), výzkumné snahy jsou v zájmu zatím lokálních průzkumů (Pekara, 2013) nebo absolventských prací, a proto i média, která přinášejí zprávy o útocích na zdravotníky, jsou mnohdy přeceňovaným faktem, protože těží především ze „senzace incidentu“, než aby se opírala o reálná data. Na druhou stranu víme, že většina českých pacientů je častěji verbálně agresivních a násilně se mnoho pacientů „naštěsí“ zatím nechová (Vevera a kol., 2018). Co přispívá medializaci problému je také nehomogenní fenomenologie jednotlivých termínů (Vevera, 2022).

1.3 Definice pojmů

Pro správné pochopení dané problematiky je nezbytná správná definice agrese a násilí. Násilí je totiž často zaměňováno příbuznými pojmy agrese nebo agresivita. Mnozí autoři poukazují na komplexnost a složitost významu slova násilí, někteří toto definování dokonce připodobňují k takzvané sémantické džungli (Hallet et al., 2024). Agrese a násilí nejsou diagnostickou (medicínskou) kategorií. Jedná se o typ chování v mezilidské interakci, které je spojeno s různými psychopatologickými příznaky (Pišl et al., 2022). A právě tato nejednotná terminologie se podílí na rozporuplných výsledcích při definici těchto fenoménů. Pro účely této publikace a navazujícího textu vycházíme z definic Vevery (2022), které modifikujeme pro účely ošetrovatelství.

Agresivita

Agresivita je určitá **vlastnost, povahový rys**. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učením) i psychosociálně (emo-

ní oblast a vliv vnějšího prostředí). Je přítomna u každého člověka ve větší nebo menší míře.

Agrese

Chování, které směřuje k dosažení vytyčeného cíle a projevuje se záměrným poškozováním nebo omezováním jiné osoby nebo věci. Jedná se o **akutní krátkodobou reakci**, která má vědomý cíl nebo účel. Agresi čelíme často ve verbální formě a lze ji zvládnout vhodnou komunikací (viz kapitola Deeskalace). Verbální agresi rozumíme vyhrožování a urážky. Mohou, ale nemusí být doprovázeny neklidem či agitovaností.

Násilí

Patologická agrese, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit. Jedná se o fyzicky agresivní chování, jako např. bití, kopání, strkání, házení předmětů, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím. Do této definice se nezahrnuje násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie a plány. U násilí lze pouze omezeně vyjednávat, často je nutné násilné osoby omezit (viz kapitola Omezení pacienta).

Neklid

Stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí.

Agitovanost

Vystupňovaná forma neklidu doprovázená celkovou motorickou aktivací. Neklid i agitovanost jsou doprovázeny pocitem vnitřního neklidu.

Antisociální chování

V angloamerické literatuře se jedná o termín charakterizující chování sahající od verbální agrese až po násilné **chování doprovázené nedostatkem empatie**. Velmi časté je u některých politiků, ředitelů či manažerů velkých společností.

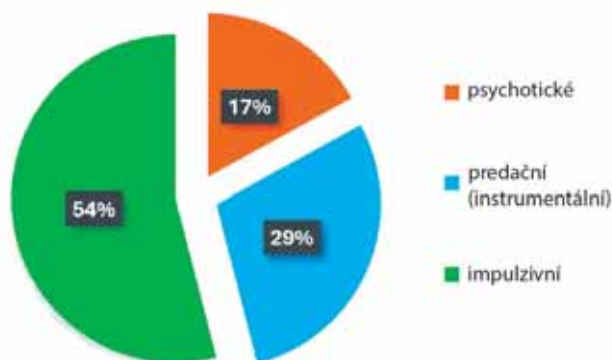
Pasivní agresivita

Chování aktivně znemožňující dosažení rozumného kontaktu nebo vytyčených cílů. Pasivně agresivní může být i sestra, která uvaří lékaři kávu, a protože jí vynadal, přidá mu do ní *Furon*.

1.4 Dekonstrukce násilí v psychiatrii

Dekonstrukce násilí v psychiatrii je poměrně nový filozofický a teoretický přístup, kdy postupem výzkumu je k násilnému jednání přistupováno jako k dimenzionálnímu konstruktu (Páv, Pekara a kol., 2024). Mezi tři jádrové domény (**obr. 1**), které podkládají násilné jednání, patří domény násilí impulzivního, predančního (instrumentálního) a psychotického (Stahl, 2014). Každá z těchto domén má odlišný neurobiologický podklad a konektom (komplexní mapa všech neuronových spojení v mozku). Toto dělení umožňuje lepší porozumění etiologii, predikci dalšího výskytu i hodnocení takového chování (Nichtová, 2021). Dimenzionální přístup umožňuje oddělení jednotlivých jádrových syndromů a hledání jejich neurobiologických korelátů, účinné a cílené léčby, dále také vývoj přesnějších diagnostických nástrojů. Takové dělení je pro praxi důležité, protože zatímco k ovlivnění jádrových psychotických syndromů je základní strategií antipsychotická medikace, u impulzivního násilí může být postup jiný, založený například pouze na deeskalčních technikách (Páv, Pekara a kol., 2024).

Psychotické násilí se objevuje v situacích, kdy je útok přímo ovlivněn pozitivními psychotickými symptomy, jako jsou halucinace, bludy a psychotická zmatenost nebo dezorganizace. Tento typ násilí je nejméně častým podtypem násilí ve všeobecné populaci, v českém prostředí je dominantní u nemocných se schizofrenií.



Obr. 1 Dekonstrukce násilí v psychiatrii

Impulzivní násilí je ovlivněno nízkou kontrolou impulsů, která je poměrně častá u schizofrenních pacientů a která je také propojena s emoční dysregulací. Je vyvoláno provokací (odmítnutí požadavku pacienta, potřeby nebo výzvy: „*Ted' se prostě kouřit nebude a hotovo!*“), dochází často ke ztrátě emoční kontroly a dominuje vztek. Zde je možné aplikovat již zmíněné deeskalační techniky („*Pokusím se zadržet, abyste si za půl hodiny mohl zakouřit.*“).

Predační (psychopatické) nebo též **instrumentální** násilí je považováno za nejzávažnější svým charakterem a důsledky pro oběti. Tento typ násilí dominuje u poruch osobnosti, psychopatů, vrahů.

1.5 Konstruktivní agrese a násilí

Z výše uvedených definic vnímáme agresivní a násilné chování výhradně emočně negativně, takže vzbuzuje představu něčeho zlého (destruktivního). A právě tato forma představy o agresi je v našem podvědomí hlouběji zakořeněna. Zodpovědnost za tuto **destruktivní formu agrese**, která je společná zvířatům i člověku, mají mozgová centra, která jsou vývojově starší a jsou zakotvena v limbickém systému, v amygdale. Nicméně tento výraz lze užít také v souvislosti s pozitivním emocionálním významem (Poněšický, 2008). Ambivalentem

destruktívnej formy je, v odborných textoch poněkud méně zmiňovaná, **agrese konstruktívnej** (Pekara, 2015). Jedná se o formu agrese specifickou výhradně pro lidské chování a myšlení, podléhá vývoje nejmladším mozgovým centráum, kortikálním oblastem frontálních laloků. Tato forma chování buduje a utváří relace a síly, které dávají vznik novým vztahům, napomáhá lidem při rozhodování, vyjadřování a utváření názoru, adaptaci nebo při reakci na konfliktní situace. Tato dospělá (agonální) agrese je částečně vrozená, postupem života se formuje a má své projevy již v dospívání. Příkladným obdobím formace je i puberta, ve které se objevuje velké období vzdoru (Pekara, 2015). Konstruktivně agresivní jsou lidé vykazující vysokou míru pracovitosti a svědomitosti. Mezi vlastnosti a hodnotovou orientaci těchto jedinců patří především úcta k tvořivosti, umění, vědě, objevům a intelektu, znalost cizích jazyků, využívání moderních technických a komunikačních technologií, vnitřní sebedůvěra a harmonie, ale také velká dávka sounáležitosti a solidarity (Hubálek, 2011).

Praktické shrnutí pro praxi

- Většina pacientů se v ČR násilně nechová.
- Agrese je akutní krátkodobá reakce, kterou lze řešit ve většině případů vhodnou komunikací.
- Násilí je chování, kdy dochází k ohrožení zájmů a zdraví zdravotnického personálu.
- Média o agresi a násilí rádi „častěji a více píšou“, skutečné statistiky v ČR chybí.
- Ochrana života a zdraví zdravotnických pracovníků má mít nejvyšší prioritu, a to i před ochranou zdraví pacienta.

Literatura

- Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS ONE* 2015; 9: 1–15.
- Çam HH, Top FU. Workplace Violence Against Nurses Working in the Public Hospitals in Giresun, Turkey: Prevalence, Risk Factors, and Quality of Life Consequences. *Perspectives in Psychiatric Care* 2021; 10(58): 1701–1711.

- de Oliveira AC, de Souza AS, Marcheti PM, Sperotto MM, Sarti ECFB, de Andrade Porto JV. Occupational violence in health care: A systematic review. *Acta Psychol (Amst)* 2025; 260: 105611.
- Faliora E, Bampalis VG, Zarlus G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G. Workplace Violence Against Nurses in Three Different Greek Healthcare Settings. *Work* 2015; 53(3): 551–560.
- Feruglio L, Bressan V, Cadorin L. Violence Against Nurses During Care: A Systematic Review. *J Clin Nurs*. 2025; 34(4): 1106–1123. doi: 10.1111/jocn.17424
- Hallett N, Whittington R, Eneje E, Richter D. Coercion and Violence in Mental Health Settings – Causes, Consequences, Management 2024. doi: 10.1007/978-3-031-61224-4
- Hoyle LP, Smith E, Mahoney C, Kyle RG. Media Depictions of „Unacceptable“ Workplace Violence Toward Nurses. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2018; 19(3–4): 57–71.
- Hubálek J. Práce jako životní styl. In: Hučín J. Články Jakuba Hučína [online] [cit. 30. 1. 2011]. Dostupné z: <http://jakub.hucin.cz/prace.html>
- Janoušková M, Pekara J, Kučera M, Kearns PB, Šeblová J, Wolfvová K, Kuklová M, Šeblová D. Experiences of stigma, discrimination and violence and their impact on the mental health of health care workers during the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 2024; 14(1): 10534.
- Jeong IY, Kim JS. The Relationship Between Intention to Leave the Hospital and Coping Methods of Emergency Nurses After Workplace Violence. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27(7–8): 1692–1701.
- Knor J, Pekara J, Šeblová J, Peřan D, Cmorej P, Němcová J. Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *West J Emerg Med*. 2020; 21(2): 463–468. doi: 10.5811/westjem.2019.10.43919.
- Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis *Occupational and Environmental Medicine* 2019; 76: 927–937.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). Violence and aggression: Shortterm management in mental health, health and community settings (NG10). Retrieved March 29, 2023. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Nichtová A, Volavka J, Vevera J, Příhodová K, Juričková V, Klemsová A, et al. Deconstructing violence in acutelyexacerbating psychotic patients. *CNS Spectr* 2021; 26(6): 643–647.

- Paulin J, Lahti M, Riihimäki H, Hänninen J, Vesanen T, Koivisto M, Peltonen LM. The rate and predictors of violence against EMS personnel. *BMC Emerg Med.* 2024; 24(1): 200.
- Páv M, Pekara J, Jirmus A, Korený D, Mužný R, Vevera J, Žaludek A, Nesvorná M. Nástroje hodnocení rizika násilného jednání v akutní psychiatrické péči [Risk assessment tools of violent behaviour in acute psychiatric care]. *Česká a slovenská psychiatrie* 2024; 120(4): 171–177.
- Pekara J. Prevence násilí v ošetrovateľství. Prevence úrazů, otrav a násilí 2011; 7(2): 187–191.
- Pekara J. Fenomén násilí v ošetrovateľské péči všeobecných sester České republiky. Online. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta 2015. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ltejzu/>
- Pekara J. Násilí ve zdravotnictví. *Prakt. Lék.* 2013; 93(6): 264–268.
- Pekara J, Němcová J. Důsledky násilí ve zdravotnictví. *Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích* 2019; 3(2): 5–11.
- Pišl V, Vevera J, Štěpanek N, Volavka J. Changes in ambulance departures for assault calls during COVID-19 pandemic restrictions. *Aggressive Behavior* 2023; 49(1): 76–84.
- Poněšický J. Agrese a násilí v psychopatologii a v psychoterapii. *Psychoterapie* 2008; 2(2): 100–106.
- Sari H, Yildiz İ, Çağla Baloglu S, Özel M, Tekalp R. The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors. *PLoS ONE* 2023; 18(7): e0289363.
- Stahl SM. Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS Spectr* 2014; 19(5): 357–365.
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* 2018; 114(6): 260–263.
- Vevera J. Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy? *Neurol. praxi.* 2022; 23(6): 432–436.
- Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE* (2021) 16(10): e0258346.
- World Health Organization (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

„Čím zdá se být nejvíc, nejméně ve skutečnosti je.“

William Shakespeare

2 Jak (správně) měřit agresi a násilí

*Kolegyně (sanitářka, 62 let, blondýna se šedinami ve vlasech) se přihlásila na náš seminář, aby se dozvěděla, jak má reagovat na situaci, kdy jí opilý pacient říká: „Co čumiš ty pí** blondátá!“, protože se jí to údajně stává často. Seminářem zazněl smích a objevilo se i několik expertních názorů, které doporučovaly zajímavé rady, včetně nereagování nebo jiné paradoxní reakce, u kterých nebylo jisté, zda budou skutečně v danou chvíli fungovat. Když se atmosféra uklidnila, ptali jsme se s kolegy, zda by takovou věc nahlásili jako nežádoucí reakci (mimořádnou událost Napadení). Ze dvaceti účastníků by ji nenahlásil a ani nedokumentoval ani jeden z nich, včetně zvědavé kolegyně.*

ze školení Deeskalace a sebeochrany,
Nemocnice Jablonec nad Nisou, 2017

Aby se omezilo zavádění zaujatosti, protože jednotlivci mohou mít různé vnímání agresivního chování, je zásadní objektivita při definici pojmů důležitá pro měřitelnost agresivních a násilných incidentů. Objektivní měření těchto pojmů je obtížné, protože se vyskytuje jako součást mezilidské dynamiky, a samotný záměr agrese může být zjevný nebo nezáměrný (WHO, 2021). Důkazy z praxe navíc ukazují, že skutečná újma může být méně stresující než potenciální újma, jako jsou opakované verbální výhrůžky (NICE, 2015). Subjektivní vnímání agresivního a násilného chování, například hluk, neodbytný pacient opakovaně narušující intimní zónu, se může lišit v závislosti na jednotlivci, minulých zkušenostech, skupinových normách, vztazích a prostředí a normách jednotky (Hallet et al., 2024). Subjektivní vnímání je tedy důležitým faktorem pro pochopení dopadu agresivního a násilného chování. Relevantní nástroje pro měření agrese a násilí mají proto zahrnovat kritéria pro subjektivní i objektivní závažnost bez ohledu na typ chování.

Měření agrese a násilí je však důležitá činnost, která může podpořit snahu o zlepšení bezpečnosti a kvality péče o pacienty v různých

prostředích. Měření v celém spektru závažnosti agrese a násilí poskytuje informace, které lze využívat v preventivních intervencích, které snižují použití omezovacích a donucovacích opatření nebo zranění pacienta nebo sester.

Všeobecně chybí měření expozice pracovníků, která se v současné době pohybuje od retrospektivních průzkumů zaměřených na data z uplynulého týdne, měsíce, roku nebo za celou kariéru až po použití ručních nebo nositelných zařízení k okamžité identifikaci expozice události. Většina zařízení však identifikuje expozici pracovníků „pouze“ pomocí úrazových událostí, které tak hrubě podceňují celkovou expozici jednotlivých pracovníků. Společným rysem mnoha stupnic pro pozorování agresivity je přítomnost předdefinovaných možností odpovědí, což zvyšuje časovou efektivitu a snadnost použití. Agresivní událost se zaznamenává pomocí možností, které se vztahují k pozorovanému agresivnímu chování. Můžeme argumentovat, že snadno použitelné a časově efektivní škály jsou proveditelnější, a proto je pravděpodobnější, že personál zaznamená všechny incidenty bez ohledu na jejich závažnost. V posledních letech mohou být některé škály ještě uživatelsky přívětivější díky dostupnosti digitálních verzí (např. aplikace, integrace elektronických zdravotních záznamů).

Níže je uveden přehled řady nástrojů pro měření agrese a násilí pacientů, které lze použít v závislosti na konkrétních klinických a pracovních potřebách. Některé z nich byly použity v různých prostředích, včetně lůžkových zdravotnických zařízení, pohotovostních oddělení i komunitní péče. Neexistuje žádný „dokonalý“ nástroj. Mezi nejčastěji používané nástroje patří SOAS-R a MOAS, které slouží k zaznamenávání charakteristik souvisejících s agresivními incidenty a násilným chováním. Některá zařízení již shromažďují informace za účelem monitorování a prevence agresivního chování a úrazů pracovníků, jakož i za účelem informování o plánech péče, aby bylo možné lépe porozumět opakovaným incidentům u násilných pacientů a předcházet jim. Škály jsou pro zjednodušení rozděleny na nástroje pro pozorování agresivního chování na základě incidentů a nástroje pro pozorování agresivního chování na základě období.

2.1 Nástroje pro zaznamenávání agrese a násilí na základě pozorování

Mezi nástroje pro pozorování agresivního/násilného chování jednotlivce v určitém časovém období patří:

- **The Overt Aggression Scale (OAS)** (Silver, Yudofsky, 1991; Yudofsky et al., 1986)
- **The Modified version of the OAS (MOAS/MOAS-R)** (Kay et al., 1988)
- **Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS)** (Wistedt et al., 1990)
- **Ward Anger Rating Scale (WARS)** (Novaco, 1994)

Škála sociální dysfunkce a agresivity

Škála sociální dysfunkce a agresivity (SDAS) byla vyvinuta k měření celého spektra agrese (od mírné po extrémně závažnou). Škála má devět položek identifikujících vnější agresivní chování (podrážděnost, dysforická nálada, negativismus, sociální poruchy, cílená nebo necílená verbální agresivita a fyzické násilí vůči personálu, věcem nebo ostatním) a dvě položky vnitřního agresivního chování (sebezraňování, sebevražedné myšlenky a impulzy). Těchto jedenáct položek se hodnotí na škále od 0 (není přítomno) do 4 (extrémně závažné) a stupnice má přijatelnou spolehlivost.

Wardova škála hodnocení hněvu

Wardova škála hodnocení hněvu (WARS) byla vyvinuta pro personál k hodnocení chování pacientů za uplynulý týden a zahrnuje 18 položek, včetně antagonistického chování, verbální a fyzické agrese, agrese vůči sobě samému, psychotických symptomů, emoční lability a paranoidního postoje. Škála má druhou část, která hodnotí charakteristiky hněvu na pětibodové škále od „vůbec ne“ po „velmi často“.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Agrese a násilí v ošetrovatelské praxi. Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.