



KOMUNIKACE JAKO SEBEOBRANA ZDRAVOTNÍKA

Mgr. Jaroslav Pekara

Komunikace jako sebeobrana zdravotníka

Komunikace jako sebeobrana zdravotníka

Jaroslav Pekara

Jaroslav Pekara

Komunikace jako sebeobrana zdravotníka

Vydal: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Technická redakce: Eva Srbová

Grafická úprava: Mgr. Karolína Loskotová

Praha 2015

Autor

Mgr. Jaroslav Pekara

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

Abstrakt

Násilí je přirozenou součástí života. Důsledky této formy chování jsou převážně negativní. Tento typ vystupňované agresivní reakce je často kumulován také ve zdravotnickém prostředí. Blízký kontakt mezi nemocným a zdravotníkem násilí nahrává – dlouhé čekání, velká koncentrace stresu na straně zdravotníků i nemocných a nedostatečná prevence konfliktů vede k tomu, že téměř 25 % násilí společnosti zasahuje do zdravotních služeb. Následující kapitoly popisují násilí ve zdravotnictví aktuálně k současné době a souborým možnostem prevence. Násilí je popisováno pouze v oblasti zdravotnictví, zejména v nepsychiatrickém prostředí. Jádrem všech kapitol je prevence násilí prostřednictvím komunikace, neboť tento nástroj je ze všech prostředků obrany neefektivnější. Komunikaci lze využít nejen k obraně před násilným pacientem, ale zejména k prevenci násilí. V následujících kapitolách jsou popsány zdroje násilí a nejčastější trendy útoky pacientů vůči zdravotníkům. Jsou zde popsány také doporučené formy obrany a prevence. Závěrečná kapitola obsahuje fotografie jednoduchých technik, které na rozdíl od všech bojových sportů pacientovi neublíží, ale směřují k ochraně zdravotníků. Veškeré kapitoly si nekladou za cíl čtenáře vychovávat či poučit, ani neposkytovat rady na konkrétní situaci. Nic takového v prevenci násilí možné není, protože každá násilná situace je přísně individuální. Kapitoly obsahují doporučení, jak je možné násilným situacím předcházet nebo je obecně řešit. Jakékoliv případné neúspěchy použitých technik v reálné praxi jen dokazují předsevzetí autora – ideální opatření neexistuje, ale gram prevence bude vždy více, než kilogram léčby.

Obsah

1	Násilí ve zdravotnictví – shrnutí současného stavu v ČR do roku 2014	11
1. 1	Shrnutí.....	15
2	Definice násilí.....	17
2. 1	Pracovní definice násilí ve zdravotnictví.....	18
2. 2	Specifická forma násilí – dobrá agrese.....	19
3	Hlavní zdroje násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta.....	21
3. 1	Rovina: zdravotník vyvolává negativní emoce u pacienta	22
3. 2	Rovina: pacient vyvolává negativní emoce u zdravotníka	24
4	Prevence násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta	27
5	Deeskalace násilí všeobecnou sestrou při kontaktu s násilným pacientem.....	30
5. 1	Neverbální komunikace jako deeskalační přístup.....	31
5. 2	Verbální komunikace jako deeskalační přístup.....	33
5. 3	Další sebeobránné komunikační techniky	38
6	Záznam o násilí do zdravotnické dokumentace.....	46
7	Právní předpisy při obraně zdravotníka před násilným pacientem	47
8	Základní prvky fyzické sebeobrány	50
8. 1	Bezpečná vzdálenost	50
8. 2	Nejčastější útoky a základní kryty.....	52
8. 2. 1	Útoky horní končetinou – zepředu	52
8. 2. 1	Útoky horní končetinou – zezadu.....	65
8. 2. 3	Útoky dolní končetinou	67
	Seznam použité literatury	81

Seznam použitých zkratk

IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
ČR	Česká republika
FNO	Fakultní nemocnici Ostrava
NT	Nemocnice Třinec

Klíčová slova

komunikace, násilí, prevence, zdravotník, pacient

1 Násilí ve zdravotnictví – shrnutí současného stavu v ČR do roku 2014

Existují studie potvrzující, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě zahraničních výzkumů byla oblast zdravotnictví identifikována jako značně riziková z hlediska napadení pracovníků. Do pracovního prostředí zdravotníků proniká stále více domácího a pouličního násilí, na ulicích je více zbraní, lidé více řeší problémy pomocí násilí a nemalá část těchto konfliktů se dotýká i zdravotnictví. Násilí v jakékoliv podobě ve společnosti vzrůstá a dá se říci, že násilné činy nabývají čím dál brutálnějšího charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích, a proto i média stále častěji přináší informace o napadení zdravotníků (Di Martino, 2003; Huckshorn, 2009). I ve společnosti ČR obecně kriminality přibývá (Marešová, 2001; Marešová, 2009).

V případě výskytu prvků násilí dochází k prožitku silného pocitu ohrožení, a tím je i zvýšena pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce (Dynáková, 2005). Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potencionální útočníky k napadení. Na základě nedostatečné znalosti anamnézy se může stát, že personál použije slova, slovní spojení nebo svým chováním nevědomě či nechtěně působí na pacienta tak, že to u něj na základě předchozích, pro něj nepříjemných, zkušeností vyvolá nelibé pocity vedoucí až k agresivitě (Flutter, 2007). Násilí ve zdravotnictví se tak nedopouštějí jen samotní pacienti, ale také existují situace, při kterých mohou násilí eskalovat zdravotníci vůči pacientům (Hahn, 2010). Obecné důsledky nakonec nepřispívají pouze k fluktuaci zaměstnanců, ale dopadají na celou společnost (Johnes, 2013).

Násilí ve zdravotnictví je v dnešní době označováno fenoménem a někteří autoři hovoří až o endemickém výskytu (Koukolík, 2008; Duxbury, 2005). Po celém světě je tomuto fenoménu věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků. Také v Evropě, prostřednictvím skupiny European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), jejíž členskou základnu tvoří především všeobecné sestry.

Projekty zabývající se násilím ve zdravotnictví

Problematika násilí ve zdravotnictví je v České republice (ČR) zatím výsadou tří velkých projektů. Další informace získáváme zejména prostřednictvím mediálních zpráv –

tyto informace však postrádají jakoukoliv analýzu problematiky a faktická data s konkrétními doporučeními či výstupy.

Výzkum výskytu násilí v českém zdravotnictví

První velký projekt (2004) byl zaměřen na ověření násilí v ČR. Hlavní zadavatelem a řešitelskou institucí tohoto pětiletého projektu byl Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), garantem projektu Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Každá z participujících institucí se přičinila o to, že se v roce 2004 rozběhl výzkum, jehož cílem bylo objektivizovat výskyt a podobu násilí v českém zdravotnictví i v sociálních službách. Tento ojedinělý počin však v našich podmínkách nebyl dotažen do konce. V březnu 2006 byl rozhodnutím ministra zdravotnictví zrušen IZPE, a tím také předčasně ukončeny práce na tomto projektu. Během dvou let jeho existence však byl realizován empirický výzkum násilí ve zdravotnických zařízeních i v zařízeních sociální péče mapující násilí páchané na zdravotnících i poskytovatelích sociálních služeb. Byly také započaty práce na kvalitativním šetření, které se týkalo druhé strany mince, a to násilí páchaného zdravotníky na pacientech. Ukázalo se, že násilí je v českém zdravotnictví velmi rozšířené – zejména slovní, se kterým se v roce 2005 setkalo 42 % respondentů z celkového počtu 675 dotázaných. Fyzické napadení pocítilo 13 % dotázaných zdravotníků. Je zážející, že zejména výskyt fyzického násilí byl ve srovnání s jinými zeměmi (Thajsko, Bulharsko, Brazílie, Libanon, Portugalsko) v České republice nejvyšší. I když přihlédneme ke kulturním rozdílnostem v tom, co je za násilí považováno, byl tento výsledek velmi znepokojivý.

Neprofesionální komunikace ze strany zdravotníků

Průzkum ukázal i druhou stranu mince. Kvalitativní analýza rozhovorů Hnilicové (2007) s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků, ji prokazuje také v České republice. Například pacienti objedávající se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika) se někdy setkávají s projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester. Zdravotníci se chovají neprofesionálně, občas až hrubě či arogantně. Jako příklad lze uvést situaci, kdy jedna pacientka udávala, že jí lékařka řekla: „*Kdybyste nebyla tak tlustá, tak byste nemusela na operaci!*“ Z výsledků této nepublikované analýzy rozhovorů s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků, však vyplývá, že v rozporu s tímto očekáváním lékaři/sestry nevybíravým způsobem pacienty slovně atakovali. Zdravotníci se chovali neprofesionálně, byli hrubí, arogantní, a dokonce v některých případech obviňovali pacienty, že si svoji nemoc sami zapříčinili. Podobný obraz dokládají také rozhlasové rozhovory pacientů volajících do rádií a stěžujících si na neprofesionální chování zdravotníků po celé České republice.

Neprofesionální chování zdravotníků potvrdila i kvalitativní studie provedená Pekařou (2007), která reflektovala situaci zvýšeného napadení posádek zdravotnických záchranných služeb v ČR. Na základě rozhovorů s napadenými zdravotnickými záchranáři

a vedoucími pracovníky zdravotnických záchranných služeb ČR v jednotlivých krajích bylo zjištěno nejen to, že slovní agrese je přítomna na každém 3.–5. výjezdu (bráno na plochu celé ČR), ale také to, že za 15 % incidentů si mohou posádky záchranných služeb samy svým neprofesionálním chováním a útočnými k násilí provokují. Fyzická agrese byla v prostředí záchranných služeb identifikována průměrně ve 13 % ročně na každém středisku ze všech udaných incidentů.

Slovní agrese ze strany pacientů

Velmi přínosné bylo také dotazníkového šetření agresivity Szkanderové a Jarošové (2008), které bylo realizováno u 202 sester z pracujících na radioterapeutické klinice, chirurgické klinice, interní klinice, neurologické klinice, traumatologickém centru, stomatochirurgickém oddělení, psychiatrickém oddělení a na urgentním příjmu ve dvou zdravotnických zařízeních – Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) a Nemocnici Třinec (NT). Se slovní agresi se minimálně jednou setkala převážná většina oslovených sester (FNO – 90 % sester, NT – 89 % sester). Některé respondentky byly slovní agresi vystaveny opakovaně. Nejčastějším projevem slovní agrese směřované ke zdravotnickému personálu byly slovní urážky, křik, vyhrožování, vulgární nadávky apod. Kontakt sester s fyzickou agresi ze strany pacienta či jiné osoby ve zdravotnickém zařízení byl podle dotazníkového šetření poměrně vyvážený (FNO – 55 %, NT – 57 %).

Shrnutí průzkumů:

Souhrnně lze poukázat na základní body, které měly průzkumy a výzkumy v období 2004–2010 společně a měly se stát východiskem pro další pozorování:

- Násilí je ve zdravotnictví v ČR přítomno ve velké míře.
- Převažuje agrese slovní nad násilím fyzickým.
- Chybí centrální i lokální sběr dat o násilí ve zdravotnictví.
- Realizované průzkumy měly nízký počet respondentů.
- Za část násilných incidentů si mohou zdravotníci sami.
- Chybí výuka kontinuální prevence násilí ve školách.

Projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče

V letech 2010–2013 Českomoravská konfederace odborových svazů a Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky v roce 2010 zahájily projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. V roce 2010 byl proveden kvantitativní výzkum a bylo osloveno 1500 respondentů. Šetření ukázalo, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledním roce 31 % respondentů (z toho s fyzickým násilím 17 % respondentů a s verbálním násilím 41 % respondentů). Zajímavé je, že čísla jsou překvapivě shodná s rokem 2004, kdy psychického násilí bylo zaznamenáno 42 % a fyzického násilí dokonce o 4 % více! Ukázalo se také, že 60 % zaměstnavatelů zavedlo opatření proti

výskytu pracovního násilí na svém pracovišti (opatření spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a screening pacienta). Výrazně však klesala opatření, jako jsou úprava pracovního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, navýšení personálu nebo školení personálu v komunikačních dovednostech. I přestože od podobného projektu uplynulo 6 let, ze zkušeností respondentů vyplynulo, že nejčastějším zdrojem pracovního násilí je především špatná komunikace, přepracovanost a dezinformovanost (Hofmanová, 2011).

Projekt byl zaměřen nejen na analýzu dat ohledně násilí v českém zdravotnictví, ale proběhla také praktická část – proškolení 1004 tzv. klíčových osob, tj. zdravotníků a pracovníků sociální péče, v časové dotaci 5 školících dnů zaměřených na témata: management násilí, komunikace a fyzická sebeobrana. Také mělo být vytvořeno 14 zásahových týmů, které měly v jednotlivých krajích monitorovat násilí a incidenty následně pomáhat řešit. Bohužel tuto funkci vykonával efektivně pouze tým v nemocnici v Plzni v současné době je jeho situace nejistá. Ohledně vyškolených osob, které měly své znalosti z projektu předávat dál, tato aktivita také nepřinesla efekt. Volba klíčových osob byla náhodná, žádná z osob neprošla výběrem a pět vzdělávacích dnů se následně ukázalo jako nedostačujících, pokud si některá z klíčových osob znalosti samostatně nedoplňovala a neobnovovala. Další problém spočíval ve faktu, že lektori kurzů nebyli experty v dané problematice; jednalo se o „krátce zaškolené lektory“ z různých druhů pracovišť (psychology, pedagogy, všeobecné sestry, vedoucí pracovníky sociálních zařízení). Některé školící dny tak byly více zaměřeny na násilí prakticky, jiné se násilí příliš nedotýkaly. I přes nadcházející posouzení došlo po tomto projektu k vysoké nabídce školících akcí pro zdravotníky po celé ČR, a to právě v oblasti komunikace. Většina kurzů je bohužel jednorázová, a pokud nejsou znalosti opakovány a trénovány, jsou následně neúčinné.

Projekt zaměřený na nelékaře

V letech 2011–2013 probíhal v České republice velký vzdělávací program Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků. Pořadatelé byly MZ ČR a Aesculap Akademie. Projekt byl unikátní v tom, že se zaměřoval na specifickou edukační činnost a moderní vzdělávací aktivity. Byl kladen velký důraz na výběr, kvalitu a zkušenosti lektorů vzhledem k přednášené problematice. Jedním z témat vzdělávání byla bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví v České republice pod hlavičkou Pracovní skupiny Bezpečnost personálu, kterou zřizuje Aesculap Akademie. V tématech bezpečné komunikace a přístupu ke konfliktním pacientům bylo proškolen celkem 1948 nelékařů v rámci 26 seminářů a devíti celorepublikových konferencí. V tomto projektu byl také zahrnut speciální miniprojekt realizovaný v Nemocnici Jihlava. V miniprojektu bylo proškolen 550 nelékařských zdravotnických pracovníků v přístupu a komunikaci k agresivním pacientům nebo jejich příbuzným (Kovrzek, 2012).

Situace vyžaduje tvorbu standardů

I přes tyto počáteční snahy je fenoménu násilí ve zdravotnictví v České republice věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy a ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí a agrese při výkonu povolání zdravotnického pracovníka.

Je třeba si uvědomit, že kvalita služeb vycházející z ochrany před ohrožujícím a násilným chováním obou stran je prioritou. Jde o velice náročný úkol, jenž vyžaduje tvorbu vysoce etických a odborných standardů s podporou terapeutického klimatu v prostředí zdravotnických služeb, také nevyhnutelné dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP), eventuálně navržení úzké spolupráce s oddělením pracovního lékařství. Následky mohou být totiž závažné. Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí a agrese namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách, přičemž v 50 % se jednalo o úrazy smrtelné (Zampieron, 2010). Průměrný odhad nákladů za fyzického násilí v zaměstnání v roce 2008 byl ve Spojeném království (UK) asi 60,5 miliónů liber. V současné době je částka každoročně vyšší než 100 miliónů liber (NHS Counter Fraud Service, 2007).

1.1 Shrnutí

Na základě realizovaných a výše popsaných výzkumů lze charakterizovat vývoj prevence násilí v oblastech zdravotní péče v ČR:

- ČR má statistiky dokazující růst násilí ve společnosti (zdravotnictví).
- Výzkumy se zaměřují na větší počty respondentů.
- Násilné incidenty si udržují stejnou linii četnosti.
- Zdravotníci komunikují neprofesionálně.
- Vzdělávací akce jsou více zaměřovány na profesionální komunikaci.
- Je kladen důraz na větší kvalitu a zkušenosti lektora.
- Chybí systém hlášení dat, zdravotníci nejsou motivováni.
- Chybí výuka ve školách.
- Chybí pravidelné opakování již získaných znalostí a vědomostí.
- Chybí supervize.

Data z výše uvedených projektů byla získávána pouze prostřednictvím dotazníků, nikoli osobním kontaktem, proto by bylo vhodné doložit fakta strukturovanými rozhovory, popř. technikou focus group. Jen tak je možné odhalovat pravou podstatu konfliktů ve zdravotnictví. Zdravotnictví je vysoce specializovaná oblast péče, rozdíly jsou patrné již při srovnávání s oblastí sociální, potažmo s jinými odvětvími. Do obou předchozích projektů byly již zmíněné sociální služby navíc zahrnovány a velmi zajímavé poznatky o násilí ze strany zdravotníků vůči pacientům byly zaznamenávány až druhotně. Jedná o takzvané atribuční chyby, které mohou ve výzkumu nastat, protože opomenou či nerespektují proměnné, které mají na danou problematiku především situační vliv.

Příčiny konfliktních situací a možnosti jejich předcházení

Na jedné straně vysoké nároky na zdravotnický personál, na straně druhé však minimální výchova budoucích zdravotníků. Je nutné si uvědomit a zohledňovat profesionalitu zdravotnického povolání, a zároveň respektovat etické chování, únavu a potřebu uvolnit negativní emoce, a to nejen zdravotníků, ale i pacientů. Konflikty ve zdravotnictví jsou následkem vystupňovaných negativních emocí, je však třeba myslet i na situace, kdy zdravotnický personál potencionální útočníky provokuje – často nevědomě (Pekara, 2011).

Je vhodné provést nový výzkum, který bude zaměřen na detailnější rozbor násilných situací (velké dotazníkové šetření ve společné komunitě podpořené strukturovanými rozhovory), neboť chceme-li vypracovat mechanismy bránící a předcházející konfliktům v oblasti péče, kde má převažovat snaha o uchování životů a jejich kvality před násilnými situacemi, je potřeba nejprve identifikovat příčinné mechanismy, které se za těmito proměnami nacházejí (Zimbardo, 2008).

Výsledek, kdy opilý či psychiatrický pacient napadl lékaře či zdravotnický záchranář nadával pacientovi, je jednosměrný. Takový výsledek situaci nehodnotí, pouze ji obsahově popisuje. Je také potřeba počítat s faktem, že od roku 2006 násilných trestných činů přibývá. V České republice je tato okolnost způsobena vlivem politických a hospodářských změn, které někdy mohou vést k výraznému nárůstu kriminálního chování. Nárůst vražd lze vysvětlit právě sníženým rizikem odhalení a trestu a zvýšenou ekonomickou nerovností. Ani po tomto nárůstu ale česká data nijak nevybočují z průměru vyspělých zemí, kde dochází ke 2 až 4 vraždám či pokusům o vraždu na 100 000 obyvatel (Vevera, 2009). Je nutné akceptovat i skutečnost, že pacient, který se ocitá v rukou zdravotníka, cítí moc především na jeho straně a bude o tuto moc bojovat (Špatenková, 2003). Řada situačních faktorů, často zdánlivě jednoduchých, může mít vliv na chování zdravotníků i pacientů daleko větší, než si umíme představit. Je potřeba zdůraznit silný vliv jednotlivých rolí v profesi, zohlednit efekt autority, kdy se pacienti lékařů bojí na kolikv zeptat (Lánský, 2012), možný je také efekt uniformy, která může zvyšovat pocit moci, důležitosti a, jak popisuje Fraser (1974), být tak zdrojem nadřazenosti (moc z anonymity). Zohlednit musíme i tlak času (Darley, 1973), kdy ochota pomoci člověku v nouzi činí pouze 10 %, a nepochybně zamezovat označování pacientů stereotypovými obrazy a nálepkami (Franz, 2006).

Z mediálních informací dostáváme především ukázky situací, kdy pacient napadl zdravotnického pracovníka. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry či zdravotničtí záchranáři, protože v rámci prvního kontaktu s pacienty pobývají – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času. Na druhou stranu, na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládnou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potencionální útočníky k násilí provokuje. Pacienti v těchto chvílích očekávají od zdravotníků pochopení, lidský přístup a osobní zájem.

2 Definice násilí

Násilí je negativní fenomén, který souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Násilí bylo označeno jako složité a nebezpečné riziko, zejména pro zdravotnický personál, které v posledních letech nepřetržitě zvyšuje svou incidenci (Beech, 2006). Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, v níž existuje riziko násilí na pracovišti. Rozsáhlé studie prokazují velký dopad na psychickou a fyzickou stránku ošetřujícího personálu. Definice násilí a agrese používané ve výzkumu na toto téma jsou nekonzistentní, což brání nejen srovnávání výsledků výzkumu (Chappell, 2006), ale následné interpretaci v praxi.

Zjištění ze švýcarské metaanalýzy

Mohlo by se zdát, že definovat lidské násilí či agresivitu je snadné. Bohužel psychologie násilí zahrnuje řadu příbuzných a souvisejících témat a mnoho odlišných odborných přístupů. Mnozí autoři poukazují na komplexnost a složitost významu tohoto slova (Bédiarová, 2012), někteří pokus o jeho definici dokonce připodobňují k takzvané sémantické džungli (Abderhalden, 2008).

Švýcarská skupina vědců (všeobecné sestry) provedla metaanalýzu 1159 publikací (vydaných v letech 1990–2006) vztahujících se k násilí ve zdravotnictví, které následně podrobila detailnější kontrole (nejprve rozbor abstrakt, detailní analýza vybraných článků a na závěr selekce podle výzkumných hledisek) a vybrala 31 spolehlivých studií (výsledky měly charakter kvalitního výzkumu) zabývajících se násilím v ošetrovatelství. Z nich 11 studií poskytlo jednu definici násilí (kategorizace násilí jako verbálního nebo fyzického) nebo žádnou. Další publikace popisovaly násilné chování rozdílně (k definování byly často použity popisy rozlišující verbální nadávky, fyzický útok, vyhrožování a sexuální obtěžování). Největší snahy identifikovat a pochopit násilí byly zaměřeny na psychiatrická oddělení, relativně málo úsilí je však věnováno problému násilí v sektoru všeobecných lůžek (Duxbury, 2005).

Agrese versus agresivita

Psychiatrie popisuje násilí jako typ chování (impulzivní nebo promyšlené) vyskytující se v interakcích mezi lidmi, které je spojeno s různými formami psychopatologie. Při násilném chování se jedná o patologickou agresi, jejímž cílem je někoho poškodit; pojem nezahrnuje násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie, plány či agresi jako druh reakce (Geen, 2001). Psychiatrická definice násilí navíc vždy počítá s ublížením (zraněním) druhé osoby. Takové definice však neberou v úvahu komplexní kognitivní rozsudky, které často násilí předcházejí a nezohledňují skutečnosti, že agrese (násilí) je často reciproční

reakce, nebo že může sloužit jako cenný „pojistný ventil“ pro osobu, která zažívá extrémní úroveň hněvu (Geen, 2001).

Z hlediska charakteru násilí je pak rozlišována nejčastěji forma slovní a fyzická. Slovní násilí charakterizuje použití hrubého nebo urážlivého jazyka (včetně sexuálně zneužívající narážek), hanlivé poznámky nebo profánní a obscenní komentáře. Fyzické napadení zahrnuje plácnutí, svírání, tlačení, strkání, plivání nebo kopání, a to za použití zbraně nebo bez ní (Osmo, 2008). Výzkumy násilí se nejčastěji zaměřují na psychiatrická pracoviště a tato data bývají automaticky přenášena na lůžka somaticky nemocných (nepsychoatrická, neintenzivní oddělení), která jsou však výrazně odlišná (Hahn, 2010). Dříve byly na místo termínu *násilí* hojně užívány termíny agrese a agresivita. Někteří autoři pak tyto definice spojují a za násilí zaměňují. Mezi těmito termíny je však určitý rozdíl.

Agrese je totiž akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby (Špatenková, 2011). Agrese je časově omezenou reakcí. U savců se projevuje jako chování s prvky verbální nebo fyzické hrozby či útoku. Naproti tomu agresivita je považována za více či méně trvalou tendenci k útočným reakcím. Při agresivitě jde o sklon (vrozený i získaný), který určuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podněty či ohrožení (Lovaš, 2010).

Z uvedeného vyplývá, že se definovat pojem násilí složitě je. Buď se definice používá pouze pro interakce mezi lidmi a termín jako takový je ovlivněn zkušenostmi psychiatrických oddělení, kde je zpravidla násilí ve vztahu zdravotník-pacient nejvíce. Agrese (křik na dítě, které utíká přes přechod na červenou) je reakce – člověk reaguje útokem, útěkem, chce přežít – ubránit se, utéct – která má prvky obrany organismu a je časově omezená. Agresivita je dlouhodobě trvající agresivní reakce. Násilí (bodnutí lékařky nožem, protože se chovala neprofesionálně) je podle dostupných definic komplexní chování, které se již vymyká společenským normám a útočník není schopen ovládnutí.

Každá agrese tak nemusí mít nutně podobu násilí a násilné chování je typem vystupňované agresivní reakce, kterou není možné ovlivnit sebeovládáním. Vzhledem k existenci násilí ve zdravotnictví, patrně nejlépe vyhovuje definice respektující vztah zdravotník-pacient. Otázkou zůstává, zda opravdu zaměňovat násilí a agresivní chování.

2.1 Pracovní definice násilí ve zdravotnictví

Definice jsou závislé na tom, kým jsou vysloveny, jakým účelům slouží a jak se s nimi následně pracuje. Zásadním zjištěním je fakt, že násilí je oblastí agrese, což však neznamená, že každá agrese musí mít nutně podobu násilí (Lovaš, 2010). Pro potřeby naší práce tak zohledníme vztah, při kterém může dojít ke střetu protichůdných intencí a vznikne agrese nebo násilné chování (recipročně mezi nelékařským zdravotnickým pracovníkem a pacientem nebo jeho příbuzným). Jak bude uvedeno dále, nejčastější příčinou konfliktů ve zdravotnictví jsou vystupňované negativní emoce (zejména u nepsychoatrických pacientů, což však psychiatrické příčiny násilí nevyklučuje), které nejsou vhodně zpracovány.

V případě nemožnosti (neschopnosti) emoce ovládnout dochází k chování, které označujeme jako násilné.

Pro účely naší práce definujeme násilí jako vystupňované agresivní chování vznikající na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů, s prvky takové verbální či fyzické agrese, kterou již nelze považovat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy a důstojnost bytosti, na kterou je namířena. Definice zahrnuje také obranné chování, které svou razantností převyšuje povahu útoku a za dané situace a za daných okolností bylo možné tuto hrozbu odvrátit mírnější formou obrany.

2.2 Specifická forma násilí – dobrá agrese

Z výše uvedených definic je potřeba pozastavit se u stanoviska, kdy zpravidla násilí zpravidla vnímáme negativně. Všechno mě dvě strany, i násilí. Existuje takzvaně *dobrá* nebo *hodná* agrese.

Násilné chování vnímáme výhradně emočně negativně, takže budí emoční představu něčeho zlého (destruktivního) – a právě tato forma představy o agresi je v našem podvědomí zakořeněna hlouběji. Nicméně tento výraz lze použít také s pozitivní emocionálním významem (Janata, 1999). Zmíněné definice pojednávají o typu agrese, která má za cíl „něco zničit“ nebo někomu ublížit. Zodpovědnost za tuto formu násilí, chování, které je společně zvířatům a člověku, mají mozková centra, která jsou vývojově starší a jsou zakotvena v limbickém systému – v amygdale. V teoretické terminologii i odborné praxi je zmiňována především agrese destruktivní. Ambivalentem této formy je, v odborných textech poněkud méně zmiňovaná, agrese konstruktivní. Jedná se o formu agrese specifickou výhradně pro lidské chování a myšlení, která podléhá vývojově nejmladším mozkovým centrům – kortikálními oblastem frontálních laloků (Janata, 1999). 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 (Frielingsdorf, 2002). Tato dospělá neboli agonální agrese, jak ji lze také nazvat, je částečně vrozená, postupem života se formuje a má své projevy již v dospívání. Příkladným obdobím formace je i puberta, pro kterou je typické poměrně dlouhé tzv. druhé období vzdoru. Z hlediska etiologie agrese se jedná o stav akceptovatelný biologicky i psychologicky, a navíc je také plně uvědomován (Poněšický, 2002).

Konstruktivně agresivní jsou lidé vykazující vysokou míru pracovitosti a svědomitosti (Hubálek, 2011). 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. Z hlediska omezení násilných projevů může sehrávat konstruktivní agrese dle německých autorů významnou roli. Gugel a Jäger (1995) vybízejí ke konstruktivnímu využití vlastních agresivních impulzů a představ, které mají směřovat k hledání nenásilného způsobu jednání a myšlení. Jejich teorie zahrnuje

tří úrovně, na kterých lze pracovat tak, aby bylo možné zmírnit nebo odstranit agresivní chování. První je úroveň osobní, kdy je vybízeno k tomu, aby člověk žil především v harmonii „sám se sebou“ a agresivní chování využíval výhradně v případech nezbytně nutných. Druhou je oblast institucionální, která má být zaměřena na vytváření neagresivního prostředí a podporovat vznik podmínek pro zvýšení bezpečnostních opatření z hlediska jednotlivých institucí. Třetí úroveň je oblast sociální a mezinárodní, která má usilovat o politické a sociální změny ve prospěch prevence a ochrany před násilím.

Využití konstruktivní agrese nabízí hypotetickou otázku, zda je v určitých situacích vystupňovaných negativních emocí možné vlastní „energii negativních emocí“ využít k dobrému (k obraně), a nikoli k oplácení zlého (deescalace násilí). Podobných reakcí využívají některé filosofické směry nebo bojová umění (aikido, judo). Bez znalosti příčin násilných incidentů však není možné určit, zda je tento mechanismus reálný či nikoliv.

3 Hlavní zdroje násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta

Kapitola představující téma *proč dochází k násilí ve vzájemném vztahu pacienta (nebo jeho příbuzného) a zdravotníka* si klade za cíl definovat proměnné, které skutečně ovlivňují dané situace na úrovni ošetrovatelství. Na této úrovni je násilných konfliktů nejvíce – lékař odběhne k jinému pacientovi; sanitář jde pro vzorky do laboratoře, zdravotnický záchranář pacienta předá a jede na další výjezd, vedoucí sestra má především manažerský rozsah činností a účastní se porad, ale *všeobecná sestra zůstává po dobu své služby pacientovi neustále na blízku* (Weinreb, 2014). Situace, kdy se „zlobíme“, ovlivňují negativní emoce. Vystupňovaná negativní emoce snižuje adekvátní schopnost rychle ovládnout rozum a vyhnout se konfliktu, což navíc umocňuje stres plynoucí z nepříjemné situace. Prakticky ve všech studiích týkajících se násilí ve zdravotnictví a na pracovišti je zmiňováno těsné spojení mezi násilím a stresem. Jakmile je stres intenzivní a překračuje normy, stává se negativně působícím faktorem a u zaměstnance, který není schopen se s ním vypořádat, může dojít jak k fyzickému selhání, tak k psychickým poruchám (snížená sebekontrola, neprofesionální komunikace). To však neznamená, že každý negativní stres s sebou nese násilí (Hoel, 2000). Někteří zdravotníci mohou svým chováním, které je v určitých případech nevhodné či neprofesionální, provokovat potenciální útočníky k napadení. Vinou nedostatečné znalosti anamnézy se může stát, že personál použije nevhodná slova, slovní spojení nebo svým chováním nevědomě či nechtěně působí na pacienta tak, že to u něj na základě předchozích, pro něj nepříjemných, zkušeností vyvolá nelibé pocity vedoucí až k násilí. Takové chování však může být vyvoláno únavou nebo nadměrným ukládáním situací, kdy si zdravotník nechá určitou situaci „líbit“ (takzvané se „kousne a vydrží“). Proto je důležité zohledňovat vždy pohled nejen pacienta, ale také pohled z druhé strany – zdravotníka, který má také své pocity a emoce.

Zdroje násilí při kontaktu zdravotníka a pacienta/jeho příbuzného můžeme rozdělit na **dvě roviny**: rovina, kdy může zdravotník vyvolávat negativní emoce u pacienta, a rovina, kdy může pacient vyvolat negativní emoce u zdravotníka. Konečným důsledkem obou rovin může být projev násilí.

3.1 Rovina: zdravotník vyvolává negativní emoce u pacienta

Z hlediska mechanismů, které tuto rovinu ovlivňují, jsou důležité dva faktory, které je možné ovlivňovat vůlí. Jedná se především o **snížené sebeovládání a nevhodnou komunikaci**. Tyto faktory v případě zesilování **averzivními podněty** velmi pravděpodobně eskalují v násilí. Mezi sebeovládáním a komunikací je velmi těsný vztah.

Pokud jsou zájmy, bezpečí nebo hodnoty jedince ohroženy, spouští **kortex, thalamus a amygdala antistresový program, který lidem umožňuje chránit své zájmy, hodnoty, bezpečí, a to útekem nebo útokem. Člověk pak reaguje vztekem, agresí, hněvem nebo úzkostí, aby čelil nepříjemnému stresoru (Pospíšil, 1999). Právě vystupňované negativní emoce vedou ke zmíněnému násilí s projevy agrese nebo agresivity**. Mezi nejčastěji pocítované emoce patří především frustrace, strach a stresové situace, tedy faktory, které probíhají na emoční úrovni jak pacienta, tak zdravotníka. Samozřejmě samotná frustrace nebo strach násilí nevyvolávají, nutný je další faktor, který emoce zesiluje natolik, že dojde k překročení „tolerance“ a jedinec tzv. vybuchne. Mezi tyto zesilující faktory (zvané též averzivní podněty či precipitory negativních emocí) řadíme nejčastěji: nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, bolest, neschopnost řešit zátěžové situace, vlastní zklamání, nemoc, provedení chyby, neúspěch, neúctu druhých, sníženou adaptaci, interpersonální vztahy. O tom, zda v konkrétní situaci dojde k eskalaci emocí a následnému násilí, ať už jeho verbální či fyzickou formou, rozhoduje schopnost sebeovládání (Špatenková, 2003). **Na základě popsaného faktu nesouhlasíme se stanoviskem, že za případné násilné incidenty může samotný alkohol, návyková látka či psychiatrická diagnóza** (jak s oblibou publikují články mediálních zpráv nebo neodborná vyjádření k dané problematice). Další významnou příčinou násilí je totiž **nevhodná komunikace s lidmi pod vlivem návykové látky nebo s duševním onemocněním**.

O tom, jak bude komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem probíhat, velmi rozhoduje situační přání. Pacienti pokládají zdravotníky za vysoce specializované profesionály a očekávají od nich především:

- *naslouchání* (bohužel většina zdravotníků pacienty poslouchá (nenaslouchá jim) a nevěnuje slovům pacienta pozornost, a pak se pokládá otázky jako u výslechu – i když pacient původně vše řekl),
- *pozornost* (pacientovi stačí vyjádřit pozornost na pár minut – vzniká pak pocit důvěry a pacient daleko lépe spolupracuje),
- *otázky na pocity* (nepředpokládejme, že víme, co pacient potřebuje),
- *zájem o problémy pacientů* (zdravotníci často devalvuji a bagatelizují problémy pacientů = nemocniční rutina je možná pro zaměstnance, nikoliv pro pacienty),
- *pochopení* (například šetrná manipulace, když pacienti tvrdí, že je něco bolí),
- *respektování soukromí* (fyzického i duševního),

- *respektování osobnosti* (péče má být poskytována pacientovi, ne jeho nemoci a jejím příznakům),
- *poskytování informací* (každý krok má být náležitě okomentován),
- *uctívou komunikaci* (bez žargonu a zdvořilých představení sester pacientovi),
- *smysluplné vysvětlení* („jak něco udělat“ namísto „co má dotyčný dělat“),
- *respektovat osobnost, kterou původně pacient je/byl* (například pacient s demencí nebo pacienti trpící akutní fází nějaké nemoci – jejich reakce na ošetřování mohou vycházet z původního zaměstnání – kontrolor, lékař),
- *empatii a pocit, že sestře na pacientovi záleží* (i zdravotník se může kdykoli stát pacientem),
- *lidiskost* (Howard, 2014, Grimaldi, 2013).

Prání a představy pacientů často narážejí v nemocničním prostředí na tvrdou realitu.

K faktorům, které pacienti označují jako neprofesionální a pacienti devalvují při kontaktu se zdravotníkem, patří zejména:

- shazování domácích postupů (léčba bylinkami),
- označování pacientů čísly (diagnózami),
- nepozdravení, nepředstavení se,
- nezájem (zdravotník se na pacienta nedívá, když na něj mluví),
- neverbální gesta (pacient má pocit, že mu zdravotník nevěří), čekání (frustrace),
- nedostatek soukromí,
- nízké zapojení při rozhodování o ošetřování (Thiedke, 2007).

Očekávání versus realita

Velký vliv na těchto faktorech také zanechávají sdělovací prostředky a média. Zkušenosti pacienta, jeho příbuzných nebo lidí z jeho blízkého okolí často ovlivňují pozitivně i negativně jeho očekávání. K tomu přistupuje i vliv sdělovacích prostředků, seriálů a reklam. Pro tiskové zprávy jsou nejzajímavější právě případy hrubých chyb všeobecných sester nebo naopak špičkové výkony, kterých dosahují nejlepší pracoviště. Veřejnost nabývá zbytečné podezřavosti, nebo naopak má přehnaná očekávání a následně je zklamána (Nešpor, 2012).

To, co cítíme a očekáváme od života, nám pomáhá si uvědomit, co od života očekává a cítí druhý člověk. Tento zvláštní způsob empatie a očekávání charakterizuje osobnost lidí a více či méně umožňuje identifikovat realitu druhých lidí. **To, co si o druhých představujeme, není ani tak o tom, jaký druhý je nebo co cítí, ale spíš to, jakou představu si udělám,** abych s ním mohl/a mít určitý vztah (Grimaldi, 2013).

V případě situační odlišnosti (nespolupracující pacient či pacient pod vlivem omamné látky, stres, vysoká pracovní zátěž zdravotníků) jsou představy pacientů a zdravotníků rozdílné. Dochází k nedorozumění našich představ a vlivem stresu k aktivaci negativních

emocí vyvolávajících pocit ohrožení. Zde sehrává velký význam komunikace zdravotnických pracovníků. **Samotnému sebeovládání může pomoci uvědomění si faktu, že násilí je reakcí na danou situaci, nikoli na všeobecnou sestru jako takovou.**

Představy, které byly na straně zdravotníka i pacienta očekávány, nejsou naplněny, dochází k frustraci a k výsledné emoční rozladěnosti stačí přidat **slovo, větu** („Proč mě zase voláte?!“, „Kolik jste toho vychlastal, co?“; „Dělej!“; „To tu ruku nemůžete udržet chvíli v klidu?!“, „Uklidněte se!“) nebo **nevhodný neverbální projev** (smích, přetočení očí, přehlížení pacienta) a následkem interpersonální interakce dojde k násilí, které má povahu agrese slovní či fyzické, za účelem saturace potřeby vlastního bezpečí a snížení pocitu bezmoci. V takových situacích rozhoduje o výsledku konfliktu komunikace. Nemáme na mysli jen slova, protože, když budeme vycházet z toho, jak je vnímána navenek, komunikace je především o chování (Montague, 2013).

3.2 Rovina: pacient vyvolává negativní emoce u zdravotníka

V této rovině se jedná o faktory, které nejsou mnohdy ovlivnitelné vůlí.

O tom, jak druhé vnímáme, rozhodují zkušenosti a naše představy, jaký by ten druhý měl být (tedy naše vlastní představa „*jak jsme si toho druhého vykreslili*“). Základem je v druhých hledat své bližní, což je v oblasti ošetřování nemocných a raněných bráno jako profesionální základ. Pacienti očekávají od všeobecných sester zejména slušnost, empatii, úlevu od bolesti a symptomů, vyřešení problémů, úctu a mnohdy vidí zdravotníky jako sluhý. Zdravotník má však také určité představy (poděkování, spolupráce, dodržování nařízených opatření a za daných okolností určitou poslušnost) očekávání, která v realitě tvrdě narážejí stejně jako nesplněná přání pacienta. Detailnější pohled do nitra všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků chybí – současné studie a průzkumy se téměř bez výjimky zabývají spokojeností pacientů, nikoliv personálu. Na této pozici by byly velmi cenné skupinové focus groups reflektující také pocity zdravotníků, nikoli pouze pacientů. Při výkonu své profese se zdravotníci dostávají do úzkého kontaktu s nemocnými, a to v situacích, které jsou pro tyto osoby značně stresující. Jde o lidi v nesnázích, s pocitem bezmoci, v psychickém a fyzickém dyskomfortu a často musejí čekat na zásah pomoci určitou dobu, která jim připadá neúměrně dlouhá. Následný kontakt s takovými lidmi neprohlubuje stres jen u pacientů, ale také u všeobecných sester (Grimaldi, 2013).

Uklidnit se – přemýšlet – držet emoce na uzdě a hledat v druhém svého bližního, radí často příručky a monografie o tom, jak zvládat konfliktní situace. Zdravotníci ale nejsou stroje. Také mají právo na své emoce, a pokud mají čelit násilí, budou ve stresu. Navíc zde hraje roli představa, jak si pacienta ve své mysli vykreslili, a pokud se k nám někdo chová hrubě, již nepůjde o našeho bližního, již nepůjde o pacienta, který si zaslouží potřebnou pomoc, **ale najednou v druhém vidíme cizince a nepřítel.** Tato reakce však nemusí být

chápana jako neprofesionální, nýbrž jako obranná – zdravotníka **jako člověka**, který je ve stresu a rozhoduje se mezi útokem (zastavení násilí útočnicka) či hledáním únikové cesty.

K situacím, kdy zdravotník již není schopen efektivně řešit konfliktní a násilné situace s pacientem, nutně přispívá série faktorů, které zhoršují schopnost jejího sebeovládání a následné reakce (chování). Jedná se o faktory, které jsou zásadně důležité, často neuvědomované a podceňované. Prevence vlivu negativních faktorů na straně zdravotníka nebo jejich eliminace se do značné míry překrývá s prevencí profesionálního stresu a následného efektivního řešení konfliktů (Nešpor, 2007).

Faktory snižující schopnost sebeovládání zdravotníka:

Spánková deprivace nebo subdeprivace: Dochází k narušení kognitivních funkcí včetně schopnosti správného úsudku a rozhodování. Bylo prokázáno, že nedostatek spánku znesnadňuje ovládání negativních emocí a v chirurgických oborech spánková deprivace ohrožuje zejména pracovníky s kratší praxí. Efekt kofeinu jako „nabuditele“ při nočních službách může zlepšit pocit bdělosti, ale nevede ke snížení počtu chyb.

Zdravotníková osobnost: Například nepřiměřená tížádst, výchova, neřešené osobní nebo rodinné problémy, prodělaná zátěžová životní událost a tělesné či duševní onemocnění. Vliv má také výchova zdravotníka, kdy jeho kolegové mohou řešit konflikty prostřednictvím moci a síly – tento způsob řešení konfliktů je stále zakořeněn v lidské populaci. Jedná se o jakýsi pradávňý nástroj, kdy osoba silnější chce dosáhnout svého pomoci síly.

Minulé negativní životní zkušenosti: Tento faktor je velmi významný u určitého typu pacientů (opilí pacienti, bezdomovci) může vést k předpojatosti a nepřiměřenému reagoování ze strany všeobecných sester.

Faktor času: Nutnost nebo tendence provádět současně více úkonů (zejména když má zdravotník na starost velký počet pacientů najednou) zhoršuje výkonnost a přispívá k vyčerpání.

Relevantní znalosti a dovednosti: Často se hovoří o profesionalitě zdravotníka a jeho maximálním úsilí, které je podmiňováno aktuálními ošetrovatelskými a medicínskými poznatky a technikou. Odborná veřejnost ví, že to není možné, pacienti nikoliv.

Jednostranná tělesná a duševní zátěž: Nejčastěji se jedná o vliv nadměrného sezení nebo stání v nevhodné či zatěžující poloze. Následkem jsou bolestivé obtíže a předčasné vyčerpání.

Faktory týkající se pracoviště a organizace práce: Tyto faktory zahrnují dlouhé čekání, administrativní zátěž zdravotníků i pacientů, odcizení, interpersonální konflikty ve zdravotnických týmech, nedostatečnou možnost konzultovat problémy a komunikovat o nich, nedostatečné personální a technické vybavení, nevhodné členění a prostorové uspořádání pracoviště.

Systém zdravotní péče: Tento faktor zahrnuje výběr poplatků za zdravotní péči, nízkou dostupnost lékařské péče, lobby zdravotních pojišťoven a veškeré další problémy s koncepcí zdravotní péče v ČR, které doléhají na provoz jednotlivců (sester), kteří nemají možnost tyto faktory aktuálně ovlivňovat.

Faktory týkající se jiných sociálních vlivů: Zde se uplatňuje dostupnost alkoholu a nealkoholových drog včetně jejich reklamy, vliv sdělovacích prostředků (násilí v televizi a tisku), vliv kultury. Současně ve společnosti přetrvává názor, že pomocí síly lze dosáhnout úspěchu nebo si jej takto vynutit (Bennett, 2012; Nešpor, 2012).

Souhrn

Z výše uvedeného vyplývá, že faktorů, které ovlivňují konfliktní dění mezi zdravotníkem a pacientem, je mnoho. Problém tak nabývá na své složitosti, od čehož se může odrazet i jeho koncepční řešení. Co je naprosto evidentní, je těsný vztah negativních emocí a násilí. Negativní emoce se nevyhýbají ani profesionálům ve zdravotnických profesích. Vždy je důležité hodnotit situaci z obou stran – jak ze strany pacienta, tak zdravotníka – a vnímat situační chování a jeho reciprocitu. Absence těchto nezbytných faktů na jedné straně vyvolává pocity ponížení na straně druhé. A právě **ponížení** je jednou z nejsilnějších emocí (Baumeister, 1996).

4 Prevence násilí při vzájemném působení zdravotníka a pacienta

Praxe ukazuje, že násilným situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy se vyplatí vynaložit maximální úsilí k tomu, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit (Fehlau, 2003). I experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrála, 1998). Rozhodující roli v prevenci násilí tak sehrává především profesionální chování zdravotnického personálu. Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. *„Zdravit a něco vysvětlovat, to je věc, která u nás nemá tradici, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je přitom z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost“* (Lánský, 2012). Komunikace je tak především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Při aplikaci injekcí či chirurgickém zákroku je potřeba tréninku, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí o komunikaci. Reciproční vztahy mezi zdravotníky a pacienty jsou doslova nabitě emocemi. Právě emoce řídí naše neverbální chování, tedy složku komunikace, která je daleko výraznější než slovní obsah. Pacienti si pak emoce (nejen své) pamatují velmi dobře a dlouho. Zdravotníci samozřejmě mají právo také na své emoce. Bohužel většina pacientů práci zdravotníků opravdu nezná a jakákoliv emoční úleva zdravotníků *„Vy už jste tu zase? No tak pojdte dál.“*, *„Co zase chcete?“*, *„Teď jsem Vám to vysvětlil, tak proč děláte něco jiného?“*), může být brána jako neprofesionální (Ptáček, 2011).

Dva kroky v předcházení konfliktům

Z hlediska prevence konfliktů je klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat a případný konflikt maximálně deeskalovat. Prevenci v přístupu k násilným pacientům zohledňujeme ve dvou krocích. **Prvním efektivním krokem** prevence konfliktů je takové chování, které neutralizuje počáteční stres a další negativní emoce, které se kumulují již při prvním kontaktu zdravotníka s pacientem (jeho příbuzným). Paternalistic-

ký vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem byl nahrazen vztahem partnerským. Při prvním kontaktu s pacientem nemusíme svou profesionální aktivitu přehánět, naprosto stačí, když se zaměříme na faktory (uvedené v kapitole 3.1), které pacientům prohlubují stres a zvyšují riziko nežádoucí spolupráce.

Primárním faktorem, který může předcházet konfliktům, je (velmi často opomíjený) **zájem** o pacienta. Haló efekt probíhá i u pacienta, nejen u všeobecných sester vůči pacientům. U pacientů je první dojem navíc často zatížen „premiérou“ (návštěva ambulance, pobyt v nemocnici), kdežto pro všeobecnou sestru je to každodenní práce, která může přecházet v rutinu, což bývá důvodem nezájmu. Zdravotník však nemůže spoléhat na to, že pacient již předem ví, co jej čeká nebo – ještě lépe – na co právě zdravotník myslí. Pacientovi tak můžeme jediným gestem nebo slovem zalíbit, nebo naopak znelíbit. Abychom se vyhnuli nárůstu negativních emocí již při prvním setkání s pacientem nebo jeho příbuzným, je vhodné se představit (Pekara, 2013). **Představení** signalizuje zájem, tlumí strach a pomáhá nám vystoupit před druhým z anonymity, která je od počátku věků stvořená k páchání zla (Fraser, 1974; Zimbardo, 2008). Představením zdravotníka má pacient pocit, že si ho někdo všiml – je důležitý. Představení je nutným krokem k vytvoření **důvěry**, kterou si k nám pacient buduje. Následně pacient „bere“ všeobecnou sestru jako partnera a nestydí se mluvit nejen o svých zdravotních problémech, ale i o pocitech či emocích. Pacient, který ke všeobecné sestře získá důvěru, začíná vytvářet krátkodobý nebo dlouhodobý **vztah**, který rozhoduje o vzájemné spolupráci. Vztah je nutné udržet co nejdéle, protože opět stačí určitá negativní situace, pacient nám přestává věřit a budování vztahu začíná od začátku. **Jen tehdy, když máme s druhými lidmi vztah, nevidíme je jako pouhé objekty.** Pak neexistují nemoci, pouze nemocní lidé (Urbánková, 2013). Pokud takto zdravotníci vidí své pacienty, pak pacienti budou tolerantnější k čekání, loajální, spíše budou dodržovat medikaci a ochotněji poskytnou potřebné informace. I zdravotníci budou chráněni před vyhořením, pokud to takhle funguje. Úskalí u profesionálů je bohužel v tom, že od pacientů, kteří jsou v nemoci, nemohou očekávat vždy reciproční vztah, ale sami se o něj musí snažit. Kdo má moc, má totiž zodpovědnost. Představení a vytváření důvěry od zdravotníka k pacientovi je tedy zásadní pro prevenci konfliktů. Z dalších postupů je samozřejmá trpělivost, efektivní styl komunikace a účelné zasahování do násilného chování, protože ne vždy přichází pacient klidný a vyrovnaný. V mnoha případech jsme svědky násilného chování již při prvním kontaktu, aniž bychom cokoliv podnikli.

Druhým efektivním krokem je proto znalost fází násilného chování. Schopnost rozpoznat, ve které fázi se pacient nachází, nám umožňuje nejen na danou fázi spolehlivě reagovat, ale zvyšuje i bezpečnost samotných zdravotníků.

Novák a Capponi popisují vývoj konfliktní situace následovně, v pěti fázích:

Fáze spouštěcí: Dochází k odklonu od normálního neagresivního chování. Násilí souvisí s nezvyklými nebo vyhocenými negativními podněty, jejichž většinu lze odhadnout

předem podle určitých verbálních a neverbálních projevů, např. agresivní a nepřátelský postoj, manifestace nespokojenosti, frustrace, změna tónu hlasu, rozšíření zornic, postupně dochází k prohlubování a zvětšování signálů.

Fáze eskalační: V této fázi jsou reakce budoucího agresora nepřiměřené, zvyšují se, je snížena možnost vrátit se do původního stavu před konfliktem, ani oběť v této fázi mnohdy nereaguje zcela promyšleně.

Fáze krizová: Agresor je již fyzicky, citově i psychicky excitován, přestává se ovládat, stlačí nepatrný podnět k tomu, aby protějšek napadl.

Fáze uklidnění: Uklidnění a vztek agresora se mírní, člověk je zaskočen tím, co se stalo, zvýšená hladina adrenalinu agresora přetrvává až 90 minut po útoku, poté následuje postupná redukce této tenze).

Fáze postkrizové deprese: Nastupuje jako poslední. Je patrné rozrušení, pocit úzkosti a viny, zoufalství, někdy je typickým projevem zdůvodňování nezdůvodnitelného, jindy se objevují prosby o odpuštění, lítost.

Ne vždy a všude proběhne vše dle daného schématu. Optimální je nedovolit přechod spouštěcí fáze do eskalační a následně v krizovou – zdravotník může využít deeskalační komunikační techniky. Zdravotník musí neustále mít na mysli, že rozhněvaný člověk (*krizová fáze*) neuvažuje racionálně. Snaha uklidnit, takto rozhněvaného jedince klidnými argumenty může mít v případě krizové fáze opačný efekt. V důsledku stresové reakce, která krizovou provází, je nutné vycházet z předpokladu, že 80 % krve je shromažďováno ve svalcích – příprava na útok či útěk. Kognitivní centra mozku jsou v této fázi prokrvena minimálně, což se reálně projevuje tak, že útočník, kterého chceme zklidnit, neslyší, nevnímá a má omezené zorné pole. Jakékoliv dlouhé věty, vysvětlování či uklidňování dané situaci nepomáhá nebo může výslednou situaci zhoršit. Co v dané fázi udělat a jak využít konkrétní efektivní komunikační techniky deeskalace, je popsáno v následující kapitole (Bennett, 2012).

5 Deeskalace násilí všeobecnou sestrou při kontaktu s násilným pacientem

Komunikace jako efektivní nástroj ke zklidnění pacientů byla prokázána také v jedné farmakologické studii (Isbister, 2010). Agitovaným pacientům byly podávány léky na zklidnění (*midazolam*), nicméně část pacientů ze studie musela být vyloučena, protože personál dokázal pacienty deeskalovat komunikací a podání léku nebylo potřeba.

Komunikace je stále nejdůležitějším pojítkem péče poskytované občanům společnosti. Zdravotnická zařízení nejsou v tomto ohledu výjimkou. Technický rozvoj (přístroje, farmaka) současné medicíny v několika letech je výrazný. Na komunikaci ve vztahu zdravotník – pacient to zanechalo významný vliv. Komunikace přestala být středem zájmu. Nejvíce tento úpadek zaznamenali ti, kterých se to dotýká nejvíce – samotní pacienti. Pacient v dnešní době žádá samozřejmě nejvyšší možné nadstandardní služby, moderní přístroje a veškeré moderního vybavení, což se ale neobejde bez potřeby, aby „všemu“ rozuměl. Jen pacient, který je náležitě informován a dostatečně chápe „co s ním budou dělat“, je ochoten prolomit bariéry svého nitra a odevzdat se důvěře zdravotnického personálu. Takový pacient se cítí bezpečně, nemá důvod přetahovat se o moc se všeobecnou sestrou, která v něm může svým „profesionálním přístupem“ vyvolávat bezmoc (Špatenková, 2011). Pokud se pacient cítí bezpečně, zpravidla všeobecnou sestru neurazí, nevyčítá jí ani ji nenapadá.

Odpověď na násilnou situaci (extrémní stres) je zatížena rychlým rozhodováním a potřebou okamžité reakce. Je známo, že komunikace by měla být taková, aby zdravotník pacienta více neprovokoval – aby byla jeho verbální a neverbální složka v rovnováze. Při komunikaci ve stresové situaci však se skladba komunikace mění: 50 % obsahu komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a 10 % složka verbální. Na slovním projevu až tak úplně nezáleží, nejdůležitější je chování zdravotníků, kterým může násilnou situaci deeskalovat, nebo naopak eskalovat. Na základě zkušeností z praxe a odborné literatury je při násilí zdravotník v opozici a měl by se bránit. V následujícím textu prezentujeme doporučení, které jsme nazvali verbální sebeobrana. Jedná se o výtah literatury a dovedností zkušných v praxi, které mohou pomáhat násilné situace řešit. Jsme si vědomi úskalí, že každá násilná situace je jiná a proměnlivá. Nicméně i přesto se podařilo vytvořit techniky, které se v reálné praxi ukázaly jako funkční (Pekara, 2014).

5.1 Neverbální komunikace jako deeskalační přístup

V následujícím textu prezentujeme doporučení, které nevycházejí jen z nutné obrany, nýbrž zahrnuje postupy, kdy zdravotník působí na násilného pacienta s úctou, respektem a lidsky. Nesouhlasíme, že za násilí může vždy pacient, i zdravotníci mají svůj podíl, mnohdy už jen tím, že jsou v dané situaci, aniž by cokoliv dělali. Proto na prvním místě deeskalace násilného pacienta zdravotníkem je takový přístup, který je bezpečný pro zdravotníka, pacienta, případně další personál a pacienty. Bezpečná deeskalace zahrnuje využití veškerých možných technik s minimálním nebezpečím pro pacienta. Použití restriktivních pomůcek nebo obranných chvatů je dovoleno pouze v krajních případech ohrožení života pacienta nebo zdravotníka a při vyčerpání efektivních komunikačních dovedností (Richmond, 2012). Sebeobranná technika musí být vedena takovým způsobem, aby minimalizovala zranění všech přítomných v násilné situaci. Byly proto vybrány komunikační techniky a dovednosti, které napomáhají násilné situaci řešit efektivně – pacienta vyzývají ke spolupráci a zaměřují se na něj jako na celek, nikoli na jeho násilnou reakci. Jsme si vědomi úskalí, že každá násilná situace je jiná a proměnlivá. Nicméně i přesto se podařilo vytvořit techniky, které se v reálné praxi ukázaly jako funkční (Pekara, 2014).

Interpretace neverbální komunikace

Mimoslovní komunikace může zdravotníka i pacienta velmi zasáhnout – zranit, pokud nedojde ke správnému pochopení její interpretace. Navíc k tomu může dojít nevědomě, neúmyslně, nedopatřením, a to buď špatným výkladem, nebo vlivem situačních či osobních faktorů. Na základě rozložení komunikace ve stresu (70 % složka neverbální) je nutné, aby zdravotník v případě násilí ze strany pacienta nejdříve zapojil efektivní neverbální komunikaci a snažil se zaměřit na své vlastní sebeovládání. Respektování osobního prostoru pacienta zvyšuje i bezpečí zdravotníka. V případě násilného pacienta je doporučeno stát na vzdálenost dvou natažených paží. Jakékoliv další přiblížení (zvýšeně reagují osoby z ulice – bezdomovci, jedinci pod vlivem alkoholu) snižuje pacientův prostor, což automaticky zvyšuje jeho napětí a negativní emoci (proces funguje i obráceně, kdy se pacient přibližuje ke zdravotníkovi). V případě nemožnosti dodržet tuto vzdálenost je doporučeno natočení zdravotníka ze strany nebo únik dokola, nikoliv dozadu. Nebezpečné mohou být také dotyky. V případě, že chceme pacientovi poskytnout oporu a dotknout se ho, je potřeba, aby tento neverbální pohyb byl spojen s verbálním dotázáním, zda je to možné a byl sdělen důvod takového kontaktu. Po vymezení hranic osobního prostoru by se měl zdravotník snažit vyhnout zbytečné provokaci (Richmond, 2012).

Neverbální vystupování zdravotníka musí být neprovokativní. Vystupování má signalizovat bezpečí, nikoliv hrozbu ani nejistotu. Horní končetiny by měly být viditelné a ruce nezatnuté – nekonfliktní je držení rukou mezi pasem a bradou a mít je připraveny v pozici „modlení“ nebo „přemýšlení“. Tyto pozice nejsou provokativní a poskytují pří-

padnou rychlou obrannou reakcí při fyzickém násilí. V otázce gest jde především o to, aby pohyby nebyly příliš přehnané a negativní. Mezi negativní gesta patří pohyby vyjadřující nejistotu: krčení ramen, vrtění hlavou, ruce za zády, ruce v kapsách, neklidné pohyby rukou, tékaivé pohyby rukou a nohou. Naopak mezi gesta vyjadřující násilí patří používání nevhodných náznaků (vystrčený prostředníček, ukazováček), zvedání rukou nad úroveň hlavy, zatínání pěstí, rychlé a neúčelné pohyby horních končetin. Pro bezpečí situace je vždy lepší tato gesta vynechat (Nöllke, 2011).

Mimika

Mimika zdravotníka je velmi důležitá. Zdravotník by se měl vyvarovat vytřeštění očí, nadzvedávání obočí, svěšování koutků úst či příliš dlouhé otevření úst. Vyhledávat oční kontakt je správné, když začínáte mluvit a když dokončujete větu či myšlenku (Nöllke, 2009). Klidný pohled vzbuzuje důvěru. Provokativní však může být také dlouhodobý oční kontakt. Doporučuje se oční kontakt maximálně šest vteřin, a pak přesunutí pohledu na jiné místo (boky, ramena – lze postřehnout začínající pohyb pacient – chůze směrem k nám, kop, úder rukou). Příným pohledem do očí pacienta můžeme projevit zájem, snížit napětí pacienta nebo působit sebejistě (pacient odvrátí zrak – náš pohled je mu nepříjemný, neboť cítí převahu – snižuje své napětí). Ještě vhodnější technika je takzvané „třetí oko“ – představíme si oko uprostřed čela pacienta. Pozorováním tohoto bodu se nedíváme pacientovi přímo oči a vidíme mimický výraz pacientovi celé tváře. Zásadně se vyhýbáme jakémukoliv ponížení pacienta svým neverbálním projevem (mračení, smích, gesta nezájmu, povýšené chování), který by násilí jen stupňoval. Pozorováním mimického výrazu tváře pacienta může zdravotník zaznamenat neverbální prvky násilného pacienta: zatnuté pěstí, zvýšený hlas, cukání lícních kostí, rozšířené nosní dírky, zrychlené dýchání/pohyby hrudníku, zčervenání ve tvářích nebo naopak ztráta barvy, podupávání, přecházení sem a tam, rozšířené zornice, hrozba velkými svalovými skupinami (Skellern, 2013).

Postoj

Po úvodním prohlédnutí násilného pacienta by měl zdravotník zaměřit svou pozornost na postoj. Postoj zdravotníka by měl být pevný, vyjadřující sebejistotu, ale zároveň uvolněnost. Toho lze docílit tak, že chodidla nejsou příliš u sebe – jsou v úrovni ramen. Přední noha zdravotníka směřuje k pacientovi, zadní noha mu poskytuje oporu. Ve vzpřímeném postoji zdravotník budí důvěru a daleko lépe se mu dýchá. Zdravotník by se měl vyvarovat příliš časté změny postoje, která působí nervózně a neklidně. Tomu se lze vyhnout přesunutím váhy z jedné končetiny na druhou – pokud bude tento pohyb doprovázen hlubokým vydechnutím – dojde ke snížení případného napětí zdravotníka a zvýšení jejího sebeovládání (Nöllke, 2011).

Posed

K násilnému útoku na zdravotníka může dojít také, když zdravotník sedí. Pokud nad zdravotníkem pacient stojí, má zpravidla větší prostor k útoku než zdravotník k obraně. V ideálním případě je výhodné se také postavit (zbytečně se přitom nenaklánět). Při postavení je vhodné pak mezi sebe a útočníka umístit nějakou překážku (židli, za kterou je možné se schovat nebo ji využít k odražení útoku). Pokud není možné vstát (stresová reakce) nebo to pacientem nebude umožněno, měl by se zdravotník snažit uvolnit – výborně funguje vydechnutí a opření se do židle (křesla), čímž prodlouží délku osobní zóny. Při sezení není dobré zachytávat dolní končetiny o nohy židle. Pro sebejistý sed je mnohem efektivnější vzpřímený pohled a předsunutí jedné nohy dopředu, což případně umožní rychlé postavení. Pokud je zdravotníkem a útočníkem stůl, měly by z něj být přesunuty předměty (minimálně na stranu stolu), které útočník může použít jako zbraň. Po částečném zorientování se v situaci a sebekontrolě neverbální komunikace zdravotníka je důležité vnímat také prostředí (všimát si ostrých rohů, předmětů), které by mohlo při eskalaci konfliktu přispět ke zranění nám nebo pacientovi (Nöllke, 2009).

5.2 Verbální komunikace jako deeskalační přístup

Neverbální složka musí být sladěná s verbální. Hlas (tón) naše sdělení podbarvuje a v případě stresových situací může znít úplně jinak, než si uvědomujeme. Muži často „štěkají a hulákají“, ženy naopak více „piští“. Hlas nám při násilné situaci pomůže, pokud je klidný, uvolněný, ale přesto pevný. Správné dýchání je také důležitou součástí hlasového projevu, mluvíme při výdechu. Pro mluvení je vhodný dlouhý a hluboký dech. Ve stresu je výhodnější dýchat nosem – stres je možné doslova vydýchat. Ke stabilizaci verbálního projevu přispívá i řízení situace, pokud je kolem pacienta více osob. V takovém případě platí zásada, aby na násilného pacienta mluvila vždy jen jedna osoba – jeden zdravotník (více hlasů jen zvyšuje napětí v situaci). Z hlediska deeskalace úvodního napětí je vhodné, aby se zdravotník pacientovi představil a zeptal se jej, jak by si přál, aby ho oslovovali (Nöllke, 2011).

Je možné použít formulace:

„Dobrý den, jsem sestra Jitka. Jak se jmenujete vy?“

„Jak vás mohu oslovovat? Já jsem Jitka, a vy?“

I když známe jméno pacienta od příjmové sanitky nebo od příbuzných, dotaz na jméno je osobnější a navozuje zájem (Lánský, 2012).

Význam mají také poskytnuté informace o tom, kde pacient je a co bude následovat:

„Teď jste v nemocnici.“

„Uděláme všechno proto, aby vyšetření bylo rychle za vámi.“

(„Abyste se cítil co nejbezpečněji.“)

„Budu vás hlídat, aby se vám nic nestalo.“

Pacient, který je informovaný si většinou nestěžuje a násilí nevyvolává (Lánský, 2012). Při stresové reakce je výhodnější mluvit na pacienta ve stručných větách (věta by neměla mít více než 13 slov). Je vhodnější užívat jednoduché věty, otázky a známá slova (*„Jste v nemocnici. Já jsem sestra Jitka. Budu se o vás starat. Nejdříve pojedeme na CT vyšetření. CT nebolí, je to něco jako rentgen a trvá to 5 minut.“*)

Složitá slova, otázky nebo dlouhé nařizování pacienta často jenom zmatou a zvýší jeho podrážděnost (zvláště, když dlouho čekal). Okomentování každé činnosti, kterou zdravotník u pacienta nebo kolem něj provádí, pacienta uklidňuje a předchází zbytečným nedorozuměním. Na poskytnutí informací srozumitelným způsobem, a to v dostatečném rozsahu, má pacient právo i ze zákona (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Zdravotník by neměl zapomínat dát pacientovi čas na odpovědi (nezasahovat do řeči pacienta), čas vstřebat informace a čas na rozmyšlení odpovědi. Nezbytné a důležité informace zdravotník pacientovi opakuje a přesvědčí se, na kolik informacím pacient rozuměl (Nöllke, 2009). K ověření informací jsou vhodné otevřené otázky:

„Na co se chcete zeptat?“

„Co vám není jasné?“

„Jak tomu rozumíte?“

„Na co jsem zapomněla?“

Zdravotník i pacient budou v násilné situaci ovládnuti negativními emocemi. Uvědomění si přání (čeho chci dosáhnout) a možnost ventilovat emoce působí deeskalaci (Ptáček, 2011). Ke zjištění cílů pacienta se zdravotník může ptát:

„Já to opravdu potřebuji vědět: čeho teď chcete dosáhnout?“

„Mně opravdu velmi pomůže, když mi to řeknete: proč jste tady?“

„Jestli tomu dobře rozumím, tak vy se zlobíte, protože...?“

Otázky jsou v rámci verbální komunikace velmi účinné. Otázka působí jako pohlazení. Pokud je dobře zvolená, neprovokuje a poskytuje nám čas k další reakci. V případě křičícího pacienta je vhodné, aby zdravotník mluvil s pacientem na úrovni jeho hladiny tónu (hlasitý, pevný) a využil situace k položení otázky. Zdravotník by se měl vyvarovat nařizování a neměl by pacientovi radit, co má dělat. Daleko efektivnější je popsat pacientovo chování nebo může zdravotník popsat své pocity:

„Vidím, že se zlobíte! Kdo vás naštval?“

„Jste rozzuřeny! Co se děje?“

„Opravdu by bylo lepší, kdybychom si sedli. Když na mě křičíte, mám strach a nemohu se soustředit na vaše potřeby.“

Zajímavá je i koncepce zapojení pacienta podle MacYounga (2011):

Sestra: *„Já si nemyslím, že je dobrý nápad mi ublížit.“*

Pacient: *„Co tím myslíš?“*

Sestra: *„Pojďme to zjistit.“*

K pochopení toho, co pacient říká, by měl zdravotník přepokládat, že to, co říká pacient, je pravda. I v případě, že to pravda nebude, měl by se zdravotník snažit (předstírat), že to tak vnímá. Zájem o pacienta snižuje napětí při násilné situaci a napomáhá deeskalaci. Pokud navíc pacientovi potvrdíme, že má pravdu, přiznáme, že jsme nikdy nezažili to, co pacient prožívá, ale že si myslíme, že jeho pocity jsou oprávněné.

Když pacient například tvrdí:

„Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!“

zdravotník může odpovědět:

„Ano, čekáte už hodně dlouho, mělo by se s vámi zacházet více s úctou.“

Pacient ve stresu často bojuje o moc (je bezmocný) a formou jeho reakce (i obranná) může být útok nebo útěk. Pacient takto také může reagovat při snaze dosáhnout určitého cíle (úleva od bolesti, okamžité vyšetření, projev nemoci, dlouhé čekání). V takové situaci může být nabídnutá alternativa projevem laskavosti – nabídnutí vody, časopisu, umožnění jít si zakouřit na určené místo, informování o průběhu vyšetření, přístup k telefonu,

nabídnutí jiného termínu k objednání – a současně odvedením pozornosti, což je součástí deeskalace (přerušení zvyšujícího se napětí při násilné situaci). Neměli bychom však pacientovi slíbovat něco, co není možné, například kouření na pokoji (Richmond, 2012).

K odvedení pozornosti může stejně dobře fungovat komunikační technika, která se nazývá absurdní divadlo (Nöllke, 2009). Princip spočívá v jednoduchých větách, které nemají s danou situací vůbec žádnou návaznost. Technika vychází z teorie absurdního divadla, kdy pacienta překvapíme absurdní reakcí. Jde o to, že se říkají věci, které nesouvisí s tím, co bylo řečeno před chvílí. Reakce útočníka bude překvapení, jindy až zastavení násilné reakce. Například:

Když nám pacient tvrdí:

„*Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!*“

zdravotník může odpovědět absurdně:

„*A jakým jste přijel autem?*“

Pacient nejspíše odpoví ve smyslu:

„*Autem?*“ --- PAUZA --- „*Co, co ... co to s tím má co dělat?*“

na což může zdravotník odpovědět:

„*Vůbec nic, jen jsem trochu odbočil.*

Takže teď váš požadavek.“

U velmi rozhněvaného pacienta je efektivní zapojení do komunikace pomocí slůvka „my“. Použitím slov „já“ („*Já už nevím, jak vám to mám vysvětlit?*“) nebo „vy“ („*Vy to nechápete, nebo co?*“) nedokáže zdravotník pacienta zapojit do situace tak, aby vnímal, že je její součástí. Použitím slůvka „my“ („*Nevím, kde děláme chybu, že nám to stále není jasné.*“, „*Co můžeme udělat proto, abychom se pochopili?*“) zapojujeme pacienta do situace – dáváme mu najevo, že není „včec“ a že svým chováním se na situaci podílí a může o ní rozhodovat (Nešpor, 2012).

U intoxikovaných pacientů může v komunikaci nastat velký problém. V takové situaci velmi dobře funguje, když zdravotník pacientům dovolí, aby se z nich „na určitý čas“ stali jeho bližní. Zdravotník nebude hodnotit, že mu tykají, uráží ho nebo mu nadávají. Jen tak je možné danou situaci zvládnout, protože pokud intoxikovaný pacient zjistí, že nemá soupeře, má k němu zpravidla sympatie a neútočí na něj. Na druhou stranu je důležité, aby pacient byl jasně informován o přijatelné hranici chování. Zdravotník by měl pacienta informovat, že chování – reakci, kterou by vystupňoval, bude považována za nepřijatelnou. Pokud je to nutné, zdravotník pacientovi sdělí, i to, že může být zatčen a stíhán, když

jej jakkoli napadne. Forma sdělení by měla být taková, aby pacient vnímal, že se jedná o upozornění skutečnosti, nikoli o hrozbu:

„Nechci, aby na nás někdo zavolal polici. Třeba se dohodneme.“

(Richmond, 2012).

V případě, že není možné již pacienta dále komunikačně deeskalovat a není možné využít jinou variantu zklidnění, může zdravotník ve spolupráci s dalšími zdravotníky nabídnout pacientovi farmakologické zklidnění. V takovém případě by měl zdravotník jasně pacientovi uvést, že bude mít z léčby prospěch (jeho bezpečnost, bezpečnost dalších pacientů). Z variant může zdravotník využít:

„Vidím, že vám není dobře. Cítíte se nepříjemně? Mohu vám nabídnout nějaké léky?“

„Je důležité domluvit se na dalším postupu. Abyste lépe komunikoval, je vhodné si vzít nějaké léky, které vám udělají dobře. Souhlasíte, prosím?“

Dále je vhodné se pacienta také dotázat, zda mu již nějaké léky na zklidnění byly v minulosti aplikovány. V případě nutnosti podat léky informuje zdravotník pacienta, proč je dostává. Neměli bychom ani v tomto případě zapomínat na uctívou komunikaci a možnosti volby:

„Z hlediska vaší bezpečnosti vám nyní podáme léky na zklidnění.“

„Preferujete podání do svalu, žíly nebo jste ochoten si lék vzít ve formě prášku a zapít ho vodou?“

„Pokud souhlasíte s pilulkou, vyhneme se injekcím.“

„Máme zde tři druhy léků – který byste chtěl?“

(Richmond, 2012).

V případě reálné hrozby, která se vyvíjí ve prospěch pacienta, musí zdravotník vždy počítat s variantou, že ho fyzicky napadne. Často se jedná o násilí vedené strachem a i v takovém případě může zdravotník verbálně reagovat:

„Proč mi chcete ublížit? Jste v bezpečí? Nechci násilí ani zranění!“

(Fishkind, 2008).

Jiné varianty reflektující emoce zdravotníka nabízí zakladatel asertivní komunikace Smith (1975):

„Když se na mě takto díváte, mám z vás strach.“

„Já nechci, aby se někomu něco stalo, určitě se domluvíme.“

„Bojím se vás! Prosím, nechci z vás mít strach.“

Je potřeba mít vždy na mysli, že fyzikální a farmakologické zásahy omezení násilného pacienta nejsou bezpečné postupy a je třeba jich užít jako poslední možnost k řešení této mimořádné události (Zampieron, 2010). Ani kopání do dveří nebo rozbití židle nemusí nutně znamenat potřebu restriktce nebo farmakologického zklidnění. V případě, že jsou vyčerpány veškeré možnosti klidné deeskalace a je přistoupeno k omezení pacienta, je vždy nutné provést písemný zápis do ošetřovatelské dokumentace. Zápis by měl kromě běžných zvyklostí obsahovat také názor pacienta na danou restriktci (Richmond, 2012).

Co říká legislativa

Moderní klinické myšlení podporuje méně závažných donucovacích intervencí, ve kterém se snažíme pacienta vyzvat maximálně ke spolupráci jako partnera (i když je se chová násilně). Tyto přístupy mohou mít za následek mnoho výhod ve srovnání s tradičními restriktivními postupy. Nezabýváme se možnosti restriktce pacienta omezujícími prostředky, protože propagujeme jako deeskalační techniku komunikaci a téma omezení pacienta překračuje stanovený rozsah práce i jejích cílů. V této souvislosti uvádíme, že od roku 2012, kdy vešel v platnost zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách, může podle par. 39, odstavce 3, písmene d) všeobecná sestra pacienta omezit omezujícími pomůckami bez přítomnosti lékaře (úchop, kurtační pomůcky). Toto jednání je však možné pouze v případě, že pacientovo násilné chování ohrožuje jeho samotného nebo okolí, dojde k vyčerpání všech dostupných prostředků ke zklidnění a není přítomen lékař. Ve chvíli, kdy se objeví u události lékař, musí celou situaci posoudit (ponechat omezující prostředky nebo je odvolat) a potvrdit všeobecné sestře oprávněnost situace záznamem do zdravotnické dokumentace (dostupné z: www.zakonyprolidi.cz).

5.3 Další sebeobránné komunikační techniky

Technika „absurdní argumenty“

Tato technika¹ je již náročnější, protože musíte svou odpověď vyvodit ze situace. Více totiž ohromíte tím, když zvládnete zapojit do hry zcela nové aspekty.

¹ Techniky inspirovány knihou Nöllke Matthias. Velká kniha umění slovní sebeobrany. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-247-3004-2

Příklad z praxe 1

Na operačním sále bylo potřeba nachystat pomůcky k epidurální anestezii. Všeobecná sestra však zabraná myšlenkami někde úplně jinde, nachystala pomůcky k nervové stimulaci. Když si lékař vzal sterilní rukavice a odkryl roušku, kde byly pomůcky, začal volat na sestřičku: „Proč jste mi nachystala něco úplně jiného? Já jsem chtěl pomůcky k epidurální anestezii, a ne k nervové stimulaci.“ Sestra se jen usmála a řekla: „No vidíte, a já jsem si říkala, že když chcete pomůcky k epidurální anestezii, že vám nachystám pomůcky k nervové stimulaci. Pokud tedy nervy stimulovat nechcete, tak vám nachystám ten epidurál.“

Příklad z praxe 2

V autobuse je malá holčička v kočárku, která hodně křičí a maminka ji nemůže utiřit. Je horko a lidé se nevraživě na maminku dívají. Po chvíli starší pán utrousí poznámku, že by matka měla své dítě umět zklidnit. Maminka se na pána podívá a odpovídá mu: „Pracuji jako náměstek pro rozdělování důchodů a kdo si bude od této chvíle stěžovat, tak nedostane důchod.“

Jiné absurdní argumenty a doporučené odpovědi:

Mobil z roku jedna dva? = Dobrý ročník!

Moc tlustý? = No prostě kus chlapa!

Vždyť máte barevné vlasy! = Ale délka je akorát!

Nejste schopen pracovat sám? = Když kolegyně na mě visí!

Poznámka pod čarou:

Když zjistíte, že vám některá z technik nevyhovuje, nebuďte smutní.

Sami vykejte, která technika vám sedne nejlépe, a tu pak můžete pilovat.

Reakce na nepřiměřenou kritiku

Snad každý z nás těžko snáší, když jiní vidí věci jinak než my. Navíc pokud to vidí kriticky, pěkně nás to provokuje. Samozřejmě nejde o to, abychom slyšeli jen samé lichotky. Nepřiměřeně kritika nám může být v mnoha případech dokonce prospěšná, zvláště tehdy, když se dopustíme omylu. Podobně tomu je i s pochválením, pokud nám zásluhy nepatří – situace nám budou nepříjemné. V obou případech je důležitá férovost, protože chceme, aby nás lidé hodnotili férově. Jenže život občas není fair play, ale jenom play.

Pokud někdo udělá chybu, cítí se mizerně. Máme co dělat, abychom to strávili sami v sobě. Navíc se k tomu může přidat nějaký „chytrák“, který se bude snažit nám v tom

pěkně vymáchat nos. V takových případech je nejlepší danou věc přiznat, omluvit se. Některým jedincům však přiznání viny či slušná omluva nestačí. V takových případech můžete upozornit na dvě zásadní věci:

1) „*Chyba není udělat chybu, ale opakovat ji.*“

2) „*Kdyby člověk nedělal chyby, nic by se nenaučil.*“

Nejen chyby a jejich následné rozebírání kolektivem, ale i pomluvy, které se šíří rychlostí stepního požáru, mohou v druhých vyvolávat tendence k nespravedlivým názorům. V takových případech se jedná o nepřiměřenou kritiku, kdy nás někdo odsuzuje za něco, co není vůbec podstatné. Typickou situací je splnění úkolu, který se ve výsledku podařil, jenže opozice tento fakt ignoruje a hodnotí kriticky nepodstatné detaily. Dalšími častými situacemi jsou nespravedlivé očeřňování nebo okolnosti, kdy jsme hodnoceni podle jiných kritérií než ostatní.

Příklad z praxe

Radek pracuje jako všeobecná sestra v kolektivu dalších pěti kolegyně. Na směně měl služební lékař hodně práce, a když se Radek slušně zeptal, kdy bude přeložena jeho pacientka na jiné oddělení, lékař jej odbyl se slovy: „*Vidíš, že mám na starost důležitější věci, než nějaké překládání!*“ Radek mlčel a odešel. Odpoledne lékař obcházel vizitu a u jedné kolegyně kompletně změnil léčbu pacienta (celý proces úpravy z pohledu sestry trvá asi hodinu). Kolegyně však byla líná změnu udělat hned a začala s lékařem koketovat a umluvila jej, aby změnu nějakou dobu pozdržel. Lékař souhlasil. Radek se vše dozvěděl a přišlo mu neférové, že když on po lékaři něco chtěl, čas na něj si neudělal, a v případě kolegyně byl čas na domluvu i přátelský „pokec.“ Radek šel za lékařem a řekl mu, že se mu nelíbí, když se sestrami nejedná podle stejného měřítka. Lékař byl nucen tento fakt uznat a Radkovi náležela omluva.

Zde jsou nastíněny **nejčastější příčiny nepřiměřené kritiky** a následně jsou uvedeny techniky, které můžete v jejím případě užít:

- *nezájem* (často spojeno s haló efektem a předsudky) = v takovém případě zůstaňte věcní a jasně řekněte, jak vidíte věc vy,
- *chybějící kompetence* (hodnotitel dané věci nerozumí) = opět zůstaňte věcní, pokud se jedná o kontakt s nadřízeným, je zapotřebí velkého taktu,
- *skrytý motiv* (hodnotitel využívá úkol úplně k jinému cíli, než se předpokládalo) = je potřeba připravit dostatek podkladů, aby mohly sloužit jako podpora vašeho jiného názoru,
- *rozdílná pohled na věc* (hodnotitel užívá k hodnocení nestejných měřítek) = upozornit, že se na věc díváte jinak.

Technika „pohled z druhé strany“

Technika není úplně elegantní, ale v efektu patří k těm neúčinnějším. Vaše odpovědi se budou skládat ze dvou částí, kdy v první části dané tvrzení odmítnete a v části druhé uvedete vše na pravou míru.

Příklady z praxe

Staniční sestra v práci poznamená:

„To jste si to pěkně usnadnila, paní kolegyně.“

A kolegyně odpovídá:

„Nic jsem si neusnadnila, jen jsem pracovala efektivněji než ostatní.“

Starší lékař říká mladšímu:

„Vy chcete asi dřív domů, když jste si tak pospíšil.“

A dostává se mu odpovědi:

„Vůbec jsem si nepospíšil, jen jsem se při práci neloudal.“

Po poradě hodnotí kolegyně jednu kolegyni:

„Viděli jste Elišku? Zase si sedla vedle šéfa.“

Eliška kontruje:

„Já jsem si k šéfovi nesedla, šéf si totiž sedl ke mně sám.“

Při této technice můžete využít i uvozujících větných spojení, které vám pomohou získat čas k vymýšlení druhé části věty, kde vše uvádíte na pravou míru. V mnoha případech zase budete čelit velmi hloupým poznámkám. Jednoduše je odmítněte. Věty mohou začínat kupříkladu:

„To je váš názor. Pravda je taková, že ...“

„Když si to myslíte. Pravda je však taková ...“

„Když ti to pomůže...“

„To říkáš ty, mě je to jedno.“

„Máte smůlu.“

„Co je vám do toho?“

Technika „otázky“

Velmi jednoduchá technika, která na rozdíl od techniky předchozí, je jemnější a dá se využít především při komunikaci s nadřizeným. Otázky se výborně hodí, pokud není někdo věcný. Vracíte protivníka do obecné roviny, kdy je potřeba vysvětlit, co a jak říká, nebo jej dostanete do roviny, kdy mu začnou scházet argumenty.

Příklad z praxe

Kolegyně se baví v šatně. „*Tvé oblečení je hrozné,*“ povídá jedna druhé. „*Co tím myslíš, hrozné?*“ ptá se ta druhá. „*No že bych to neoblékla,*“ odpovídá první. Druhá se však nedá: „*Znamená to, že se nehodí k tobě nebo ke mně?*“ První je trochu zmatená a přidává: „*Je takové nevkusné.*“ Načež si jí dostává další otázka: „*Tak je hrozné nebo nevkusné? Víš vůbec, jaký je mezi tím rozdíl?*“

Další dotazy, které lze využívat v rámci této techniky:

„*Jak to myslíte?*“

„*Kam tím míříte?*“

„*Co si mám pod tím představit?*“

„*Jak jste na to přišel?*“

„*Proč si to myslíte?*“

„*Co se vám na tom nezdá?*“

Technika „přetlumočení“

Opět jedna z neúčinnějších technik slovní sebeobrany. Chováte se při ní jako tlumočnick a překládáte zle míněné útoky do přátelského jazyka, nebo z nich dokonce vykouzlíte komplimenty na vaši osobu. Můžete být drzí, agresivní, chytrí nebo hloupí. Uděláte vlastně jen jednu věc, a to, že zopakujete tvrzení partnera jinými slovy.

Příklady

„*Vy jste teda balvan!*“ = „*Ano, jsem pevný jako skála.*“

„*Vy jste ale vůl!*“ = „*Ano, jen zapřáhnete a jedu!*“ (ze všech tady nejvíc makám)

„Odcházíte domů jako první.“ = „Ano, pracuji tak efektivně, že si to mohu dovolit.“

Technika přetlumočení se dá velmi dobře využít s humorem. Nastávají však situace, kdy je potřeba diplomacie či trochu jedovatosti od nás samotných. V určitých situacích jsme totiž vystaveni chování, které lze souhrnně označit za netaktní, a přetlumočení můžeme využít k překladu štiplavých poznámek.

Příklady

Vyprávíte v práci kolegům o zajímavém filmu. V tom přijde jedna kolegyně a skočí vám do řeči: „Já se na televizi vůbec nedívám. Mám na práci důležitější věci.“

Diplomatická odpověď = „Chceš říct, že sledování televize není správné.“

Jedovatá odpověď = „Chceš říct, že jsem jen lenoch, co se válí u televize?“

Jste pozvaní na večírek a dorazíte jako první. Hostitel vás vítá se slovy: „Pozval jsem tolik lidí a ty dorazíš jako první!“

Diplomatická odpověď = „Tvá slova naznačují, že nemáš radost, že jsem přišel.“

Jedovatá odpověď = „To je teda přivítání. To ti teda pěkně děkuji!“

Z hlediska technik přetlumočení, zvláště pokud jednáme s nadřízenými, se více než jedovatá forma slovního sdělení nabízí jazyk diplomatický. Nabízené formulace vám mohou pomoci při jednání s rozčilenými šéfy. Je výhodné používat věty typu:

„Vaše netaktní jednání naznačuje, že...“ → „Chcete říci, že ...“

„Mám dojem, že jste podrážděný.“ → „Myslíte si, že ...“

„Vaše slova naznačují...“ → „Vaše otázka naznačuje, že...“

Reakce na vztek

Pokud na nás někdo křičí nebo zvyšuje hlas, zpravidla nás to vyvede z míry. Chvilí nejsme schopni slov ani jiné reakce, a pak se zpravidla dostaví dvojí reakce: začneme zvyšovat hlas a křičet také, nebo necháme agresora vyřvat a cítíme se poníženi.

Příklad z praxe

Ředitel nemocnice telefonicky vynadal primáři oddělení, protože překročil povolený finanční limit nároků oddělení. Primář po tomto telefonu vynadal vedoucímu lékaři oddělení, opět telefonem. Vedoucí lékař oddělení, který byl na vizitě, začal tedy vyčítat spořicí opatření vrchní sestře, se kterou se také nakonec pohádal. Vrchní sestra pak šla ihned za staniční sestrou oddělení, která dostala také vynadáno. Sestře, která čekala na

staniční sestru, protože od ní potřebovala poradit, se dostalo jen slovní ataky: „*Co tady tak stojíte? Nemáte co na práci?*“ Nakonec vše odnesla sestra, která vlastně za nic ani nemohla.

V situacích, kdy útočník vykazuje vysokou míru vzteku a agrese, není radno se pouštět do heroických výkonů, zvláště pokud jde o nadřizeného. Jak vidíme, řetězení agrese se nevyplácí a hrát obětího beránka je nepřijemné. Jak to tedy udělat, abychom vyšli ze spárů kolotoče vzteku suverénně? Pro jednání se vzteklými lidmi platí jedna zásada:

Nemusíte nechat na sebe nikoho křičet, a to ani v případě, že jste udělali nějakou chybu!

Pro komunikaci se vzteklým člověkem platí dvě doporučení:

- Pokud jste udělali nějakou chybu, narovinu ji přiznejte.
- Nikdy nediskutujte o urážkách (nadávky zkrátka přeslechněte, nebo můžete protivníka upozornit, aby vzal narážku zpátky; pokud se však verbální hrozby stupňují, musíte poukázat na urážení – „*Teď jsi mě urazil, očekávám omluvu.*“ – nebo opusťte místnost – zuřící děti také klidně nechte v pokoji a řeknete jim ať přijdou, až toho nechají).

Deeskalační postoj

Spoustu rozčilených lidí také dokáže zklidnit deeskalační postoj (ruce v bok, náklon na jednu stranu a výraz zaujetí). Nemusíte nic vysvětlovat, omlouvat se, nemusíte vůbec nic, jen tam buďte a počkejte, až se sopka vychrlí. Tím, že mlčíte a verbálně nereagujete, totiž začínáte řídit situaci. Jak správně napsal spisovatel Zdeněk Jirotka: „*Je zbytečné si to říkat, a přitom tak krásné o tom mlčet.*“ Ve své podstatě vlastně útočníka umlčíte a bude na vás, kdy začnete mluvit. Správné dávkování mlčení vám pomůže protistranu znejistět. Jakmile se partner (alespoň trochu) uklidní, můžete s ním začít mluvit v klidu. V komunikaci je lépe než obrat „myslel jsem“, vhodné používat slova typu „vycházel jsem“, „domníval jsem se“, „předpokládal jsem“.

Nastavení zrcadla

Může také nastat situace, kdy se vztek začne prohlubovat a hrozí vymknutí kontrole. Tehdy můžete nastavit partnerovi zrcadlo a klidným, ale pevným hlasem konstatovat:

„*Jste rozčilený.*“

„*Křičíte.*“

„*Zvyšujte na mě hlas.*“

„*Mluvíte se mnou výhružným tónem.*“

Tím, že poukážete na nevhodné chování, se samovolně vyřazujete z role oběti. Jste pozorovatel, který hodnotí chování vzteklého partnera. Podobně může v těchto situacích pomoci diplomacie. Říká se, že diplomat je ten, kdo si něco dvakrát rozmyslí, než neřekne vůbec nic. V situacích, kdy ještě přesně nevíte, proč na vás někdo křičí (a vztek se stupňuje), nebo umlčení není možné použít, je vhodné reagovat.

Zde nabízím tři body, jak urychleně ukončíte příval urážek. Důležité je nechat hlavu na krku – zůstaňte klidní a soustředění. Vyzkoušejte věty, které partnerovi nastaví zrcadlo:

„Právě jste mě nazval idiotem.“

„Právě jste mě urazil.“

Pokud nezabere tato slušná cesta, doporučené varianty jsou následující:

Zkuste jemně podat mírovou smlouvu. *„Je vidět, že jsem vás hodně naštvál, už se to příště nestane. A teď mě, prosím, přestaňte urážet.“*

„Očekávám, že se mi omluvíte.“ „Nehodlám dále trpět vaše urážky, omluvte se mi.“

Jestliže selžou první dvě jemné varianty, přerušete okamžitě rozhovor: *„Za těchto okolností nejsem ochoten pokračovat.“* Otočte se a odejděte.

Odchod by měl být výrazný. Pozor na bouchání dveřmi, maximálně je můžete lehce přibouchnout, protože nikdy nevíte, kdy se těmi dveřmi budete chtít vrátit.

Také se můžete pokusit ještě o poslední slovo, kdy můžete namítnout: *„Můžete se mi kdykoliv ozvat, až budete ochoten mluvit v klidu.“* Pak rázně odejděte.

Pokud za vámi bude protivník volat nějaké výhrůžky (*„Už se nikdy nevracejte!“*), nedělejte si z nich hlavu, většinou se jedná jen o planá slova. Samozřejmě můžete vrátit úder: *„Takže chcete mluvit konečně v klidu?“*

Sebevědomé vystupování vám získá respekt. Obavy z neblahých důsledků jsou často bezdůvodné. Kdo důrazně a slušně žádal omluvu a nenechal se odzbrojit výhrůžnými gesty, jednal sebevědomě. Nikdo si nemá právo na vás křičet ani vám nadávat, i když uděláte chybu. Chyba není chybu udělat, ale opakovat. Navíc, ten, kdo křičí a neumí řešit věci v klidu, shazuje často jen sám sebe, protože není schopen ovládnout své emoce. Nebojte se být asertivní a chraňte vlastní suverenitu. Jako znalí věci nezapomeňte na to, že hlavní podmínkou je slušnost a jakékoli vulgarismy či poukazování na partnerovi slabiny se při hádce považují za vrchol slabosti.

6 Záznam o násilí do zdravotnické dokumentace

Okolnosti násilného incidentu mezi pacientem a zdravotníkem je správné vždy dokumentovat, byť by se jednalo o verbální násilí či vyslovenou hrozbu. Zápis o násilném incidentu by neměl být součástí pouze hlášení o mimořádné události, ale je vhodné tuto skutečnost duplicitně potvrdit i zápisem do dokumentace, ideálně doplnit podpisem přítomných svědků. V rukou právníků a soudních znalců pak zdravotnická dokumentace slouží jako dobrý obhájce, nebo naopak nebezpečný žalobce (Mach, 2010). Proto doporučujeme nepsat hlášení o této mimořádné události ihned po incidentu. Zvýšená hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut od násilné akce. Hlášení a zápis do zdravotnické dokumentace by měl být napsán v klidu a s rozmyslem.

Je potřeba být si neustále vědom, že zápis bude číst soudní znalec. Kromě nutné posloupnosti (co předcházelo situaci – jak situace začala – jak proběhla a jak byla ukončena) by měla být zpráva jasná a důkladná (kdy byla volána pomoc a jaká). V případě, že bylo nutné užít k obraně či řešení fyzického úchopu nebo fyzickou obranu (zbraň na scéně), je potřeba velmi výrazně do zprávy zapsat, že bylo užito jen takové síly, která byla nutná k odvrácení útoku a že nebylo možné scénu v žádném případě opustit. Doporučujeme také vypsát veškeré možnosti, které mohly v dané situaci zamezit zranění obou stran a byly využity, případně proč nemohly být veškeré možnosti využity (Bennett, 2012). Bohužel současná situace ohledně hlášení incidentů je taková, že většina napadených incidenty nehlásí ani nezapisuje (Hoffmannová, 2010). Je třeba mít vždy na paměti, že cokoli do zdravotnické dokumentace napíšeme, neslouží jen pro naši ochranu, ale současně nám může i přitížit. To, co bude ve zdravotnické dokumentaci zapsáno, může kdykoli mít v ruce pacient, jeho právník nebo rodina. Ve zdravotnické dokumentaci by měly být veškeré informace o násilném incidentu, včetně toho, co přesně situaci násilí předcházelo. V situaci, kterou bude již řešit soud, je těžké tvrdit, že něco bylo uděláno (řečeno), pokud to není zapsáno ve zdravotnické dokumentaci. Netvrdíme, že jakýkoliv kontakt s pacientem je nutné zapisovat do dokumentace, nicméně je to rozhodně výhodné. Proto je vhodné zapisovat zejména akt komunikace a veškerá slova, jak nejen celý incident začal, probíhal a skončil, ale co mu především předcházelo (Mach, 2010).

7 Právní předpisy při obraně zdravotníka před násilným pacientem

Každý občan má právo na sebeobranu. Zdravotník má právo na sebeobranu jako každý jiný člověk a není pravdou, že obrana musí být útoku pouze přiměřená. V případě útoku na zdravotníka, kdy útok přímo hrozí nebo probíhá, má zdravotník právo tento útok odvrátit (pomocí nutné obrany).

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v par. 29 definuje nutnou obranu jako čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajících útok na zájem chráněný tímto zákonem a který za takových podmínek není trestným činem. O nutnou obranu nepůjde v případě, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Nutná obrana patří mezi okolnosti vylučující protiprávnost, to znamená, že skutek, který by byl za normálních okolností posuzován jako trestný čin (a ten, kdo jej spáchá, by byl potrestán), je za splnění určitých podmínek beztrestný. Mezi podmínky nutné obrany patří zásada, že útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákonem, přímo hrozí nebo trvá a definování přiměřenosti obrany.

Aspekt, kdy útok ohrožuje společenské vztahy a zájmy chráněné trestním zákoníkem, zahrnuje útok na život, zdraví, majetek – obránce může chránit své zájmy, ale i zájmy někoho jiného. Zpravidla se jedná o útok člověka, vyloučen však není útok poštvaného zvířete. Nutná obrana vždy směřuje proti útočníkovi, je-li jich více, pak proti kterémukoli z nich. Další podmínkou nutné obrany je, že útok přímo hrozí nebo trvá – nutná obrana není přípustná proti připravovanému útoku, který ještě bezprostředně nehrozí. U hrozícího útoku, který má bezprostředně nastat, není třeba s nutnou obranou vyčkávat. Po ukončeném útoku není nutná obrana přípustná, proto je nutná i definice přiměřenosti obrany – zjevně (očividně) hrubý nepoměr ke způsobu útoku – na první pohled je jasné, že obrana k odvrácení útoku nebyla potřebná v takové intenzitě (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

Trestní zákoník nevyžaduje, aby obrana byla zcela přiměřená způsobu útoku (Ústavní soud a Nejvyšší soud opakovaně zdůraznily, že přiměřená obrana by byla neúčinná a jistá nepřiměřenost je nezbytná). Obrana tak může být nepřiměřená, ale nesmí být nepřiměřená zjevně (zcela jasně, evidentně, na první pohled). Pokud tedy zdravotník v rámci nutné sebeobrany útočníka poraní, nebo dokonce usmrtí a jsou-li naplněny podmínky trestního zákoníku o nutné obraně, není tento čin trestným činem.

Podmínky nutné obrany jsou: útok na fyzickou integritu člověka přímo hrozí, aktuálně probíhá nebo stále trvá obrana, nesmí být zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Přímo hrozící útok může být podle okolností situace i výhrůžka osoby známé svým násilným chováním. Nutná obrana však není přípustná proti útoku teprve připravovanému, který ještě nehrozí bezprostředně. V případě napadení zdravotníka pacientem (holýma rukama u násilného pacienta) se zdravotník může bránit i například ostrým předmětem (nesmí jej však užít zjevně hned od počátku útoku – zjevná nepřiměřenost není beztrestná).

O vybočení z mezí nutné obrany by šlo v případě, kdyby obrana nebyla současná s útokem (v době, kdy už útok skončil nebo ještě přímo nehrozil) a pokud by byla nepřiměřenost zjevná. Přímo hrozící útok je takový, který má bezprostředně nastat nebo hrozí, že bezprostředně nastane. S obranou není potřeba čekat, až útočník vykoná první ránu, je-li zřejmé, že útok přímo hrozí. Útok je možné odvracet, nikoli oplácet. Obrana musí skončit bezprostředně s koncem útoku (Mach, 2010).

Pacient se trestného činu nebezpečného vyhrožování dopustí tehdy, pokud zdravotníkovi vyhrožuje usmrcením, újmou na zdraví nebo způsobem, že u něj vyvolá důvodnou obavu, že k takovému činu může dojít. Pokud je takto vyhrožováno zdravotníkovi při výkonu jeho služby, jde o trestní čin s vyšší trestní sazbou (zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník). Útočník nemusí zdravotníkovi přímo ublížit. Stačí, když používá verbální výhrůžky, které jsou již trestným činem. Ten je potřeba oznámit policii a žádat, aby policie zahájila služební zákrok, bylo zahájeno trestní stíhání, byla zvažena pachatelova nebezpečnost a v případě, že trestní čin skutečně spáchá, uvážena možnost vzetí do vazby (umístění do zdravotnického zařízení poskytujícího psychiatrickou péči).

Vždy je nutné důrazně žádat, aby policie podnikla kroky k prevenci a zamezení pokračování trestného činu, nikoli pouze pasivně přijela a sepsala, co se již stalo. Je nezbytné, aby policie vyšetřovala a zabránila, aby se trestný čin opakoval. Prostý útok na zdravotníka, který nebude spojen s vyhrožováním a nebude mít za následek ublížení na zdraví, nenaplní podstatu trestného činu (na rozdíl od útoku na veřejnou osobu), bude se jednat o přestupek proti občanskému soužití. I přestože zákonné řešení násilí je represivního charakteru, nikoli preventivní (jako například komunikace), je vždy správné tuto mimořádnou událost ohlásit a sepsat (Mach, 2010).

Z hlediska zápisu a popisu násilného incidentu je vždy potřeba zajistit co nejvíce svědků a jejich písemné výpovědi. V případě, že byl zdravotník na místě s pacientem sám, doporučujeme popis násilné situace s časovým odstupem, protože hladina stresových hormonů přetrvává i 90 minut po události. Sepsání mimořádné události by mělo nastat až po nejvyšším možném zklidnění, protože emoce násilné situace snižují schopnost koncentrace a dlouhodobého rozhledu (Bennett, 2012).

Negativní důsledky napadení

Bezprostředně po napadení může zdravotník zažívat pocit fyzického a psychického vyčerpání, ponížení, ztráty osobní hodnoty a obav z možných následků do budoucna. Nastává pocit bezraděje, úzkosti, přeceňování dalších rizik, strach z lidí, další obavy a předtuchy. S dopady násilí se každý vyrovnává jinak. Oběť často přemýšlí nad tím, co by bylo, kdyby se to nestalo. Z dlouhodobého hlediska zůstávají bolestné a neodbytné vzpomínky, které mohou mít za následky nespavost a noční děsy. Mohou nastoupit deprese, ztráta radosti ze života, pocit, že je člověk sám, že situace, kterou zažil, nikoho nezajímá. Je-li zdravotník vystaven opakovaně náročným situacím, jako je například brutální napadení, může časem zažívat i „pocit vyhoření“. Jeho práce, byť mu dříve přinášela uspokojení a pocit seberealizace, se pro něj může stát stresorem. Negativní důsledky napadení tvrdě dopadají na poskytování zdravotnických služeb, snížení jejich kvality, ale i rozhodnutí zaměstnanců zvolit jiné povolání, což může mít v konečném důsledku až zvýšení nákladů na zdravotní péči a snížení rozsahu služeb (Johnes, 2013).

Z výše uvedených důvodů je potřeba zaměřit prevenci násilných incidentů při kontaktu s násilným pacientem posílením komunikačních dovedností všech zdravotníků. To je jediný způsob prevence. Trestní zákon umožňuje patřičnou ochranu, nýbrž represivní, ex post, tj. po násilné situaci. Posílení však neobnáší aplikaci těchto intervencí pouze u zdravotníků v praxi. Je nutné začít s výchovou k lidskému přístupu u násilných pacientů tam, kde celý proces celostní výchovy a úcty k člověku začíná – u studentů zdravotnických a sociálních škol a fakult. V praxi je pak nutné posilovat odborné znalosti supervizními semináři, nácvikem a řešením kritických scénářů.

8 Základní prvky fyzické sebeobrany

V následující kapitole jsou znázorněny základní techniky sebeobrany. Při sestavování této kapitoly jsme vycházeli z potřeb praxe. Techniky jsou jednoduché, lze je jednoduše trénovat a podle osobního vyzkoušení v praxi také účinné. V žádném případě není smyslem sebeobraných technik pacientovi ubližovat, ale zabránit zranění (oboustrannému) a získat prostor k útěku.

8.1 Bezpečná vzdálenost

Některá literatura a bojové sporty doporučují vzdálenost na délku natažené jedné paže. Jak však vidíme na obrázcích 1 a 2, pro bezpečnou vzdálenost je potřeba alespoň dvou natažených paží.

Obr. 1: Vzdálenost na jednu délku natažené paže. Tato vzdálenost není bezpečná. V případě prudšího útoku agresora nemáte šanci uskočit, uhnout.



Obr. 2: Vzdálenost na délku dvou natažených paží. Tato vzdálenost je bezpečnější než na obr. 1.



Bezpečnou vzdálenost lze vytvořit také jednoduchým postojem ze strany. K distanci a obraně před potencionálním útočníkem lze využít loket – ruka v bok. Sami zkuste porovnat, zda je hlava lépe chráněna před možným útokem, pokud je rovně v ose těla, nebo je odkloněna (viz obr. 3 a 4).

Obr. 3: Prodloužení bezpečné vzdálenosti ze strany. Hlava je v ose těla.



**Obr. 4: Prodloužení bezpečné vzdálenosti ze strany.
Hlava je odkloněna od těla v rámci obrany před útokem.**



8.2 Nejčastější útoky a základní kryty

8.2.1 Útoky horní končetinou – zepředu

Mezi nejčastější útoky patří útok pěstí (rovný úder na hlavu, bradu, krk, břicho). Již při začátku útoku si můžeme všimnout natažené paže.

Obr. 5: Začátek útoku pěstí



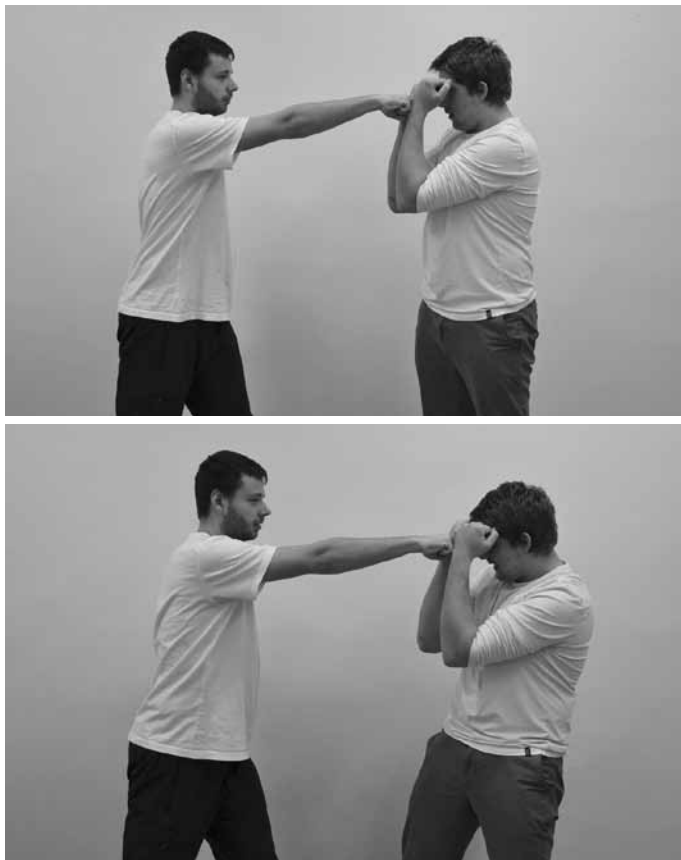
Pokud v takové situaci neuděláme nic, riskujeme údery vyznačené na obrázcích 6 a 7 a dále 8 a 9.

Obr. 6 a 7: Úder na bradu a nos bez obrany



Obr. 8 a 9: Úder na krk a břicho bez obrany

V případě těchto úderů můžeme využít takzvaný dvojitý kryt. Jedná se o zvednutí obou horních končetiny, jak je naznačeno na obrázku 10. Tento kryt můžeme využít ve variantě zavřených pěstí (palec není ukryt pod prsty, aby v případě nárazu nedošlo ke zlomenině) nebo jsou prsty volně od sebe (viz obr. 11).

Obr. 10 a 11: Dvojitý kryt před přímým úderem na hlavu nebo krk

V obou případech je dvojitý kryt volen správně. Hlava, oči, brada, nos, krk a částečně i žebra jsou kryta. Je důležité nastavit před úderem vnější stranu předloktí, aby bylo minimalizováno zranění. Nedoporučujeme postup znázorněný na obrázku 12, protože může dojít k poranění nervů a cév, které jsou vystaveny úderu. Na obrázcích 10 a 11 je nastavena vnější strana předloktí, kde nervy a cévy nejsou v takovém množství a bez krytu svalovinou.

Obr. 12: Dvojitý kryt vnitřní stranou předloktí. Nedoporučujeme – riziko poranění cév a nervů na vnitřní straně předloktí.



Určitě vás napadne, že pokud nebudete trénovaní nebo nebudete tyto techniky opakovat, tak vás v dané chvíli zobrazená obrana nenapadne. Na obrázku 13 nabízíme variantu, jak být ke krytu připraven (nenápadně) – takzvaná póza přemýšlení.

Obr. 13: Příprava ke krytu hlavy, očí, krku a brady



Dalším velmi častým útokem je hák – obloukový úder na úroveň hlavy, nejčastěji na bradu nebo oblast ucha a rozhraní temene (viz obr. 14).

Obr. 14: Hák – úder ze strany



V případě háku můžeme využít kryt, který zahájíme z pozice, jako když chceme udělat kryt dvojitý. Využíváme však pouze jednu ruku (viz obr. 15).

Obr. 15: Obrana před hákem



Pro obranu před hákem můžeme využít pozici podobnou jako při přípravě na dvojitý kryt (přemýšlení), zvedneme však úroveň lokte poněkud výše.

Obr. 16: Příprava ke krytu hlavy, očí, krku a brady



Podobně lze kryty využít, i když například držíme v rukou desky nebo podobný předmět, který je možné využít k obraně (viz obr. 17 a 18).

Obr. 17: Obrana před přímým úderem pomocí předmětu



Obr. 18: Obrana před hákem pomocí předmětu



Dvojitý krty lze efektivně využít i v případě úderu ze zdola na bradu – zvedák (viz obr. 19).

Obr. 19: Obrana před zvedákem pomocí dvojitého krytu



Při použití dvojitě krytu je také důležitý postoj. Pokud proti nám stojí útočník, pak naše dolní končetiny by měly mít určitou pozici, ve které budeme stabilní. Každý úder se sebou nese určité množství energie.

Obr. 20: Postoj při krytu. Jedna noha je odlehčená (přední, směřuje k nakračujícímu útočníkovi), zadní je stabilní a drží oporu těla.



Pro srovnání postojů věnujme pozornost **obrázkům 21 a 22**. Na obrázku 21 je patrné, že když se obránce v krytu přikrčí (což umožňuje postoj na obrázku 20), je útočnickova dráha úderu delší – tím ho vyvádíme z rovnováhy a jeho stabilního postoje. A naše obrana je pak také stabilnější.

Obr. 21: Dvojitý kryt při běžném postoji (dolní končetiny obránce jsou vedle sebe). Útočník nás zasahuje plnou silou úderu.



Obr. 21: Dvojitý kryt při stabilním postoji (dolní končetiny obránce jsou od sebe a ve stabilní pozici na zadní dolní končetině). Útočnickova dráha úderu je prodloužena, útočník nás nezasahuje plnou silou úderu a jeho postoj již není stabilní.



Obr. 22: Varianta předního krytu. Horní končetiny vystavíme před útočníka, který se k nám přibližuje. Zvyšujeme svou osobní zónu bezpečnosti a současně oddaluje hlavu z možného úhlu tak, aby případný úder byl směřován na horní končetiny, nikoli na hlavu.



K útoku může samozřejmě dojít nečekaně, aniž bychom zaktivovali kryt. V takovém případě nás může útočník například natlačit na zeď nebo ke skříni. V takovém případě pro obranu rozhoduje zejména postavení těla. Pokuste se zhodnotit, na kterém obrázku je výstup pro sebeobranu obránce před útočníkem výhodnější: na obrázku 23, nebo 24?

Obr. 23 a 24: Natlačení obránce na zeď

Pokud si myslíte, že lepší výchozí pozice pro sebeobranu při natlačení na zeď je na obrázku 24, máte pravdu. Pozice, kdy je obránce natočen k útočnickovi bokem mu umožňuje využít krytu daleko lépe, než když ho útočník natlačí na zeď zády. Taková výhoda pozice pro sebeobranu je minimální. Na obrázcích 25 a 26 je demonstrován kryt při natlačení na zeď nebo skříň či do prostoru, ve kterém je omezená pohyblivost a snažíte se prostor opustit či získat větší rozsah pohybu.

Obr. 25 a 26: Kryt při natlačení na zeď nebo do prostoru s omezenou pohyblivostí. V první verzi je možné využít ke krytu horní končetinu a dolní končetinu. Ve druhé verzi obrátce nastrčí lokty proti útočníkovi a snaží se opustit místo se sníženou prostorovou pohyblivostí.



V případě ženského pohlaví může při napadení dojít k velmi nepříjemnému útoku – držení za vlasy. V takovém případě vycházíme z toho, jakou úder působí bolest. Abychom mohli adekvátně reagovat, nejprve přitlačíme útočnickovu ruku, která drží vlasy směrem na hlavu – snížíme tak bolest. Nadále postupuje tahem a současným pohybem hlavy i horních končetin dolů směrem k dolním končetinám, čímž působíme útočnickovi na ruku takzvanou páku a vychylujeme jeho stabilní pozici. Tuto techniku demonstrují obrázky 26–28.

Obr. 26: Útok na hlavu – držení za vlasy



Obr. 27: Útok na hlavu – držení za vlasy. Obranná fáze – přitlačení útočnickovi ruky k hlavě obránce – snížení bolestivosti útoku.



Obr. 28: Útok na hlavu – držení za vlasy. Páka útočnickovi ruky.



8. 2. 1 Útoky horní končetinou – zezadu

Z posledních (základních útoků) horní končetinou je uvedeno napadení zezadu (do kravaty). Tento útok je velmi nepříjemný. Útočník stojí za našimi zády a podle pevnosti sevření nám způsobuje bolest a znemožňuje dýchání. Obrana v těchto chvílích bývá obtížná. Podle reakce a rychlosti vlastního zareagování lze využít několik možností. Jako základní východisko znázorňujeme tři obranné techniky (viz obr. 29–31).

Obr. 29 a 30: Útok zezadu do kravaty

Na obrázku 29 je znázorněna obrana horní i dolní končetinou. Jedna horní končetiny si vytvoří místo na útočnickově paži, aby mohl obránce dýchat, druhá ruka se snaží zasáhnout žebra útočníka. Je možné také využít kopnutí do holenní kosti útočníka. Na obrázku 30. Je možné využít situace, kdy se zaměříte jen na prohnutí v pase, ke kterému vás útočník může donutit. V takové situaci je nejvýhodnější zachycení útočnickovi nohavice (části oděvu na nejnižším místě dolní končetiny). Tahem nahoru za tuto část oděvu pak můžeme útočnickovu stabilitu ochromit nebo ho shodit na zem.

Další variantou může být uvolnění zepředu, možné však jen v případě, že nám útočník dovolí, abychom se s ním předklonili. V takové situaci se nám může podařit vyprostit uvolněním se kolem jeho boční strany, kolem žeber (viz obr. 31).

Obr. 31: Uvolnění z kravaty zepředu

8. 2. 3 Útoky dolní končetinou

Při útoku dolní končetinou útočníka si budeme prezentovat jednoduchý, avšak velmi účinný kryt, který spočívá v pouhém zvednutí naší dolní končetiny podle strany, na kterou útočník provádí útok.

Na obrázcích 32–37 vidíme jednoduché kryty. Účinnost krytu spočívá v rychlosti a bolesti spíše pro druhého. Nastavuje opět kosti a svaly, které jsou ochrannou schránkou částí našeho těla. Poskytujeme tak tělu skutečnou obranu před úderem útočníka.

Obr. 32 a 33: Kop na koleno a obrana proti kopu na koleno.



Obr. 33 a 34: Kop na stehno a obrana proti kopu na stehno.



Obr. 35 a 36: Kop na žebra a obrana dvojitým krytem.

Samozřejmě může dojít k situaci, kdy se nám může podařit kop zachytit. V případě zachycení kopu, držíme kop oběma rukama (viz obr. 37) a snažíme se jít **od útočníka** s jeho nohou fixovanou v našich rukou (nikoli tlačit mu nohu nazpět). Kopy, které jsou směřovány na žebra a stehna, se dají chytit lépe než kopy přímé – na břicho, hrudník (viz obr. 38). I v případě, že se nám takový kop podaří zachytit, je potřeba, abychom se

zbytečně nevystavovali úderům pěstí, ale od útočníka si volili bezpečnou vzdálenost (viz obr. 39 a 40).

Obr. 37: Zachycení kopu ze strany. Nohu držíme a jdeme směrem dozadu – od útočníka.



Obr. 38: Přímý kop na břicho



Obr. 39: Zachycení přímého kopu na blízkou vzdálenost



Obr. 40: Zachycení přímého kopu na bezpečnou vzdálenost



K napadení samozřejmě může dojít, i když sedíme. Na následujících obrázcích si ukážeme, jak je důležité správně sedět, pokud osoba naproti nám vykazuje známky násilného chování.

Obr. 41: Napadení při sezení za stolem

Pokud sedíme za stolem naproti osobě, která vykazuje známky násilného chování, je potřeba s napadením počítat. Obrázek 40 demonstruje situaci, kdy se násilí nedá zabránit, protože oběť sedí naproti útočníkovi a velmi těsně za stolem. Srovnajte stejnou situaci v případě, že dojde ke změně pozice židle, na které sedí potenciální oběť.

Obr. 42: Napadení při sezení za stolem. V této pozici si však oběť při posazení před útočníka posouvá židli nepatrně dozadu. Výsledek je ve srovnání s obrázkem 41 zřejmý. Nejlepší obrany dosáhneme, když si židli, na které sedíme, natočíme proti útočníkovi do úhlu 45° (viz obr. 43).



Obr. 43: Napadení při sezení za stolem. Natočení židle oběti v úhlu 45°.

Mnohdy dojde k útoku, kdy útočník je v pozici ve stoje a oběť sedí na židli. V takové situaci je potřeba, co nejdříve vstát a zajistit si bezpečnou vzdálenost. Tím, že si oběť stoupne, se snaží dosáhnout stejné úrovně očí a ramen, což je pro obranu velmi důležité. Pokud k tomu využije překážku mezi sebe a útočníka, tím lépe pro její obranu (viz obr. 44 a 45).

Obr. 44: Napadení (útočník) při sezení za stolem (oběť). Velmi nevýhodná pozice pro obranu oběti.

Obr. 44: Napadení (útočník) při sezení za stolem (oběť). Velmi výhodná pozice pro obranu oběti.



V případě násilného chování útočníka je nutné přemístit jakékoli předměty z dosahu zúčastněných osob, aby nedošlo k jejich použití proti nám.

Obr. 45: Útočník využívá předmětu při stoji za stolem vůči oběti. Oběť volí správně přípravu do krytu.



Samozřejmě může k obraně využít také předmět (viz obr. 46), nicméně riskujeme provokaci útočníka.

Obr. 46: Obrana oběti před útočníkem, který hrozí předmětem.



Nastanou-li situace, kdy se útočník chopí většího předmětu k útoku, je rozumné utéct. Útěk bychom měli volit tak, abychom na útočníka stále viděli (viz obr. 47 a 48).

Obr. 47: Útěk ze scény – nevidíme na útočníka.



Obr. 48: Útěk ze scény – vidíme na útočníka (+ ruce do krytu).



Rizikové situace mohou nastat také přístupem k pacientovi u lůžka. V takových situacích opět dbáme na to, abychom se zbytečně pacientovi nevystavovali otevřeným postojem, ale raději ze strany (viz obr. 49 a 50).

Rozhodně nedoporučujeme, aby se zdravotníci vystavovali dobrovolně nebezpečným situacím (viz obr. 51 a 52).

Obr. 49 a 50: Přístup k lůžku násilného pacienta. Ze strany je přístup bezpečnější a umožňuje kryt v případě útoku pacienta.



Obr. 51 a 52: Nebezpečný náklon zdravotníka přes hranu pelesti



Při kontaktu s násilným pacientem doporučujeme jakékoli vyšetřovací metody minimálně ve dvou zdravotnicích, aby mohl druhý kontrolovat pohyby pacienta a odvádět jeho pozornost (viz obr. 53).

Obr. 53: Odvedení pozornosti pacienta



Seznam použité literatury

- Abderhalden, CH.: The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Datwise: Universitaire Pers Maastricht NL* 2008; p. 165. ISBN: 978-90-5278-703-9.
- Baumeister R., Smart L., Boden J.: Relation of Threatened Egotism to Violence and Aggression: The Dark Side of High Self-Esteem. *Psychological Review* 1996; vol. 103, No. 1, pp. 5–33.
- Beech B., Leather P.: Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behaviour* 2006; vol. 11, pp. 27–43.
- Bědiová S.: Faktory determinující starostlivost o agresivního pacienta. *Sestra* 2012; č. 1–2, s. 30–31.
- Bennett M. A.: Conflict resolution. Canada: Lulu Enterprises 2012; p. 152. ISBN: 978-0-9878706-4-3.
- Chappell D., Di Martino V.: *Violence at Work*, 3rd ed. Geneva: International Labour Office 2006; p. 360. ISBN: 92-2-117948-6.
- Darley J. M., Batson C. D.: From Jerusalem to Jericho: A study of Situational and Dispositional Variables in Helping Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 1973; 27, 100–108.
- Di Martino V.: Relationship between stress and workplace violence in the health sector [on line]. Geneva: ILO/ICN/ WHO/PSI 2003 [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf.
- Duxbury J., Whittington R.: Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 2005; vol. 50, pp. 469–478.
- Dynáková Š.: „Nejsme si v něčem podobní?“. Praha: Sestra 2005; 15/7–8: 20.
- Fishkind A., Agitation I. I., Glick R. L., Berlin J. S., Fishkind A. B. et al. (eds.): *Emergency Psychiatry: Principles and Practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins 2008. ISSN: 1472–0213.
- Fehlau E. G.: *Konflikty v práci: Jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. Praha: Grada 2003; s. 108. ISBN: 80-247-0533-8.
- Flutter F.: The findings of the intervention study: „Early recognition of violence“ in forensic care (2007). In Callagan P et al.: *Proceedings of the 5th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Dwingeloo: Kavanah, pp. 175–178.
- Franz J.: *Opilci v rukách záchranářů*. Rescue report 2006; č. 1, s. 44. ISSN: 1212–0456.

- Fraser S. C.: Deindividuation: Effects of anonymity on aggression in children. Unpublished report 1974. Los Angeles: University of Southern California.
- Frienligsdorf K.: Agrese vytváří vztahy. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2002; s 159.
- Gugel G, Jäger U.: Gewalt muss nicht sein. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e. V. 1995; 352.
- Hahn S et al.: Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* 2010; vol. 4, pp. 1–12.
- Háva P a kol.: Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb ČR, Vstupní teoretické studie, Empirické šetření. Kostelec nad Černými lesy: SV, s.r.o., 2004; s. 136. ISBN: 80-86625-21-4.
- Hnilicová H.: Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovišti ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny* 2007; roč. 46, s. 14–16.
- Hoel H et al.: The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment. Report Commissioned by the International Labour Organization (ILO) Geneva 2000; s. 81. Dostupné z: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_108532.pdf. [cit. 26. 11. 2014].
- Hofmannová K.: Pracovní násilí a jeho zdroje. Florence 2010; 11 (10), 1.
- Howard C.: 10 Things Elderly Patients Want Nurses to Know. 2014 [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.nursetogether.com/things-to-know-nurse-patient-relationship>.
- Hubálek J.: Práce jako životní styl. In: Hučín J.: Články Jakuba Hučina. [online] [cit. 30. 1. 2011]. Dostupné z: <http://jakub.hucin.cz/prace.html>.
- Huckshorn K. A., LeBel J. L.: Improving safety in mental health treatment settings: Preventing conflict, violence and the use of seclusion and restraint. In Sharfstein S.S., Dickerson F. B. & Oldham J. M. (eds.): *Textbook of hospital psychiatry* 2009; pp. 253–265.
- Geen R. G.: Human aggression. 2001. Mapping social psychology series. Includes bibliographical references and indexes. ISBN: 0-335-20472-4.
- Grimaldi N.: Nelidskost. Praha: Academia 2013; s. 128. ISBN: 978-80-200-2258-5.
- Isbister G. K., Calver L. A., Page C. B. et al.: Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. *Ann Emerg Med* 2010;56:392–401.
- Janata J.: Agrese tolerance a intolerance. Praha: Grada 1999; 220.
- Johnes D.: Violence in the workplace: An endemic but no an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Belgium, Ghent: Kavanah 2013; pp. 31–34. ISBN: 978-90-574-0112-1.

- Kovrzek T. A.: Safe Healthcare Environment with Respect to Patient-clinic Communication. Global Aesculap Academy, Newsletter 2012; 2, 7.
- Koukolík F., Drtilová J.: Vzpouora deprivantů. Galén 2008. ISBN: 9788072624102.
- Lánský T.: Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti. Zdravotnické noviny [on line] 2012-02-02 [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-rci-kritizuji-pacienti-463262>.
- Lovaš J.: Agresia a násilie. Bratislava: Ikar 2010; s. 197. ISBN: 978-805511752-2.
- Mach J.: Lékař a právo. Praha: Grada 2010. ISBN: 978-80-247-3683-9.
- MacYoung M.: Four types of violence. No Nonsense Self-Defense Web site [cit. 20. 2. 2013]. Dostupné z: http://nonnonsenseselfdefense.com/four_types_of_violence.htm. Accessed September 2, 2011.
- Marešová A., Scheinost M.: Trendy kriminality v ČR z pohledu roku 2000. Sociologický časopis, XXXVII (1/2001). ISSN: 0038-0288.
- Marešová A.: Jsou statistické údaje dostatečným zdrojem informací o stavu a vývoji kriminality v ČR? [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Jarda/Downloads/Kriminalistika2-upraven%C3%BD.pdf>
- Montague E et al.: Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy. Journal of participatory medicine 2013; vol. 5 [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.jopm.org/evidence/research/2013/08/14/nonverbal-interpersonal-interactions-in-clinical-encounters-and-patient-perceptions-of-empathy/>
- NHS Counter Fraud Service Cost of Violence against NHS Staff: A Report Summarising the Economic Cost to the NHS of Violence against Staff. London: Department of Health 2007.
- Nešpor K: Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. Medicína pro praxi 2007; 4(9): 371–373.
- Nešpor K.: Takzvaně problémový pacient. Zdravotnictví a medicína 16/2012. ISSN: 2336–2987.
- Novák T., Capponi V.: Sám proti agresi. Grada Publishing 1996; s. 123. ISBN: 80-7169-253-0.
- Nöllke M.: Schlagfertigkeit Trainer. München: Rudolf Haufe Verlag 2009. ISBN-10: 3448095893.
- Nöllke M.: Trénink slovní sebeobrany. Praha: Grada 2011; 120 s. ISBN: 978-80-247-3517-7.
- Osmo V.: Study of Work-related Violence. In: Needham et al.: Workplace Violence in the Health Sector. Netherlands: Kavanah 2008; p. 379–390.
- Pekara J.: Napadení zdravotnických záchranářů v České republice. Florence 2006; č. 4/2007; s. 175–176. ISSN: 1801–464X.
- Pekara J., Trešlová Marie.: Prevence násilí v ošetrovatelství (přehledová studie). Prevence úrazů, otrav a násilí, ročník 7, č. 2/2011. ISSN: 1801–0261, 1804–7858 (online).

- Pekara J.: Metodické cvičení Pražská 155 – úloha Nemocnice. In: Urgentní medicína 2014; č. 1, s. 10–12. ISSN: 1212–1924.
- Pekara J., Trešlová M. and Hulinský P.: Education experiment: short time education – long time results for practice. Journal of Health Science 2014. ISSN: 2328–7136.
- Ponešický J.: Agrese, násilí a psychologie moci. Praha: Triton 2005; 226.
- Pospíšil M.: Zlost, hněv, rozčilení aneb jak ze slepé uličky krizové komunikace s dospělými i dětmi. 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství psychologické odborné literatury 1999; s. 266. ISBN: 80-238-4579-9.
- Ptáček P. a kolektiv.: Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada 2011; s. 528. ISBN: 978-80-247-3976-2.
- Richmond J. S. et al.: Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med 2012; Feb 13(1): 17–25. ISSN: 1936–900X.
- Skellern J., Lovell A.: Violence in Health and Social Care Settings: A training resource package for organisations and individuals. A training manual on how to use the DVD which also includes a 'notes for trainers' section. University of Chester 2013.
- Smith M. J.: When I Say No, I Feel Guilty: How To Cope – Using the Skills of Systematic Assertive Therapy. New York, NY: Dial Press/Bantum Books 1975; p. 352. ISBN-10: 0553263900.
- Szkanderová M., Jarošová D.: Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. Profese online: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory [online]. Červenec 2008; roč. 1, č. 1 [cit. 2010-06-16], s. 1–9. Dostupné na: <http://profeseonline.upol.cz/vyskyt-agresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich/>. ISSN: 1803–4330.
- Škrála P., Škrlová M.: Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada 1998. ISBN: 978-80-247-2616-8.
- Špatenková N.: Agresivní pacient. Osobní rádce zdravotní sestry. Tematická příloha 2/2003. Praha: Verlag dashöfer 2003; s. 1–10.
- Špatenková N. a kol.: Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada 2011. s. 200. Edice Psyché. ISBN: 978-80-247-2624-3.
- Thiedke C. C.: What do we really know about patient satisfaction? Family Practice Management 2007. ISSN: 1069–5648.
- Urbánková Z.: Neexistují nemoci, ale jen nemocní lidé. [cit. 28. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.denik.cz/poradna/bylinkarky-radi24022013-yd42.html>.
- Veveřa J., Černý M., Král P.: Agrese a násilné chování. Postgraduální medicína 2011; č. 02/2011. ISSN: ISSN 1212–4184.
- Zampieron A., Saraiva M., Pranovi R.: EDTNA/ERCA Recommendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units. 2010.

Zimbardo P.: The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil. Random House Trade Paperbacks 2008; reprint edition (January 22, 2008).

ISBN: 978-0812974447.

Karambol, Český rozhlas: Petr Karmazín o kvalitě vztahu mezi pacientem a zdravotníky [online] 2012-03-29 [cit. 1. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/strednicechy/karambol/_zprava/1038835

www.zakonyprolidi.cz

Curriculum vitae

Mgr. Jaroslav Pekara

Datum narození: 3. 8. 1984, místo narození: Vsetín

Vystudoval obor Zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity (2004–2007) a navazující magisterský obor Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze (2007–2009).

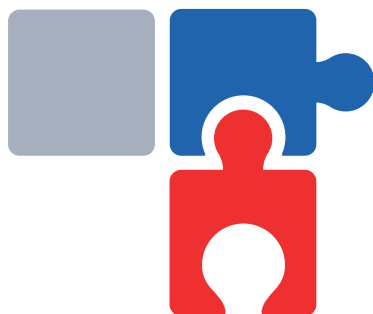
Profesionální praxi započal již před absolutoriem na Univerzitě Karlově, a to nejprve v letech 2006 až 2007 jako všeobecná sestra na oddělení LDN v Městské nemocnici Ostrava a v Územním středisku záchranné služby Moravskoslezského kraje (Zdravotnická záchranná služba Ostrava).

Od roku 2007 do roku 2010 byl zaměstnán na oddělení urgentního příjmu Kliniky anesteziologie a resuscitace Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha, a od roku 2010 do roku 2013 v Ústřední vojenské nemocnici Praha, na obou pracovištích taktéž vykonával profesi všeobecná sestra.

V roce 2013 se stal odborným asistentem na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Praha, a v letech 2013–2014 působil jako zdravotnický záchranář (ZZS Středočeského kraje, Říčany). Od roku 2014 je členem výjezdové skupiny RZP Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy a rovněž pracuje ve vzdělávací centru.

Věnuje se též pedagogické a publikační činnosti. Je lektorem pro rozvoj komunikace se zaměřením na prevenci násilí ve zdravotnictví, verbální sebeobranu a klientsko-pacientskou komunikaci, práci s emocemi a fyzickou sebeobranu a pořádá e-learningové kurzy. Publikuje odborné články a přednáší v rámci nejrůznějších projektů (přes 4000 proškolených zdravotníků ve verbální sebeobraně) a konferencí.

Je členem European Violence in Psychiatry Research Group a Pracovní skupiny Bezpečnost personálu Aesculap Akademie.



Vytvořeno a vtištěno v rámci Individuálního projektu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost "Odborné vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků I. ".
Číslo projektu: CZ.1.04/1.1.00/D3.00004.



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz