



NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



## 11 Prevence násilí ve zdravotnictví – Mgr. Jaroslav Pekara

### 1. Násilí ve zdravotnictví – mezi zdravotníkem a pacientem

Studie potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě evropských výzkumů (včetně ČR) 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 více brutálnějšího charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích (Di Martino, 2003) a proto i média stále častěji přinášejí informace o napadení zdravotníků (Huckshorn, 2014). I ve společnosti ČR podle Maršové (2001) obecně kriminality přibývá ([www.policie.cz](http://www.policie.cz)). Násilí ve zdravotnictví je v dnešní době označováno fenoménem a někteří autoři hovoří až o endemickém výskytu (Koukolík, 2008). Po celém světě je tomuto fenoménu věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků. Také v Evropě, prostřednictvím skupiny European Violence in Psychiatry Research Group ([www.evipg.eu](http://www.evipg.eu)), jejíž členové jsou především všeobecné sestry. Násilí ve zdravotnictví je v České republice (ČR) zatím výsadou čtyř velkých projektů. Další informace získáváme zejména prostřednictvím mediálních zpráv – tyto informace však postrádají jakoukoliv analýzu problematiky a faktická data s konkrétními doporučeními či výstupy. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry (sestry), protože v rámci prvního kontaktu s pacienty pobývají – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času. Na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje. Pacienti v těchto chvílích očekávají od sestry pochopení, lidský přístup a osobní zájem. I přes tyto počáteční snahy je fenoménu násilí ošetřovatelství v České republice věnováno





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy a ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu povolání všeobecné sestry. 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 velmi závažné. Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách. Jednalo se o násilí, které ve svém důsledku vyžadovalo domácí léčení (poranění hlavy, zlomeniny). V polovině těchto případů si násilí v USA v roce 2004 vyžádalo smrt zdravotnického pracovníka (zastřelení, ubodání) (Zampieron, 2010). Obecné důsledky násilí ve zdravotnictví nakonec nepřispívají pouze k fluktuaci a odchodu zaměstnanců z profese, ale dopadají ekonomicky na celou společnost (Jones, 2013). Průměrný odhad nákladů za fyzické 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 milión liber (NHS Counter Fraud Service, 2007). Lze usuzovat, že i v ČR má tento problém významný ekonomický dopad.

## 1. 1 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 ošetřovatelství. 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*





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



(Weinreb, 2014<sup>1</sup>). 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 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“ (takzvaně 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.

### 1. 1. 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**

<sup>1</sup> MUDr. Michal Weinreb, Praha, Rodiče, jejich dítě a dětský lékař; interpretace rolí. Konference Pediatrie z druhé strany.





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 pocíťované 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 adaptací, 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 ne odborná 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 ptá otázkami jako u výslechu – i když jim pacient původně vše řekl)
- *pozornost* (pacientovi stačí vyjádřit pozornost na pár minut – vzniká pak pocit důvěry a pacient daleko lépe spolupracuje)





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



- *otázky na pocity* (nepředpokládejme, že víme, co pacient potřebuje)
- *zájem o problémy pacientů* (zdravotníci často devalvují 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)
- *uctivou komunikaci* (bez žargonu a zdobnělin, 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 stát kdykoliv pacientem)
- *lidskost* (Howard, 2014, Grimaldi, 2013).

Přání a představy pacientů často narážejí v nemocničním prostředí na tvrdou realitu. **K faktorům, které pacienti označují jako neprofesionální a pacienty 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)





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 reklamy. Pro tiskové zprávy jsou nejzajímavější právě případy hrubých chyb všeobecných sester nebo naopak špičkové výkony, kterých dosahují nejlepší pracoviště. Veřejnost nabývá zbytečné podezíravosti 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, nikoliv 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, aby saturovala potřebu vlastního bezpečí a snížila pocit bezmoci. V takových situacích rozhoduje o výsledku konfliktu komunikace. Nemáme na mysli jen slova, protože, když budeme vycházet z rozložení komunikace, tak jak je vnímána navenek, je komunikace především o chování (Montague, 2013).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



### 1. 1. 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 o tom, 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 sluhy. 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, nejen pacientů. Při výkonu své profese se zdravotníci dostávají do úzkého kontaktu s pacienty, a to v situacích, které jsou pro tyto pacienty 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 násilím, 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 v druhém najednou vidíme cizince a nepřítele**. Tato reakce však nemusí být chápána jako neprofesionální, nýbrž jako obranná – zdravotníka **jako člověka**, který je ve stresu a rozhoduje se mezi útokem (zastavení násilí útočnicka) či hledáním únikové cesty.





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 ovládní negativních emocí a v chirurgických oborech ohrožuje spánková deprivace 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 ctižádost, 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 pradávny nástroj, kdy osoba silnější chce dosáhnout svého pomocí síly.

- *minulé negativní životní zkušenosti*

Tento faktor je velmi významný u určitého typu pacientů (opilí pacienti, bezdomovci) může vést k předpojatosti a nepřiměřenému reagování ze strany všeobecných sester.

- *faktor času*

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

- *relevantní znalosti a dovednosti*







NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



Často se hovoří o profesionalitě zdravotníka a jeho maximálním úsilí, které je podmiňováno aktuálními ošetřovatelskými 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).

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 odrážet i jeho koncepční řešení. Co je naprosto evidentní, je těsný vztah negativních emocí a násilí. Negativní emoce se nevyhýbají ani profesionálům jako jsou zdravotnické profese. Je vždy 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).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



## 1. 2 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 (Škrla, 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 vysvětlit, 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).

**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). Paternalistický vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem byl





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 páčání 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





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 vyhrocenými 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, stačí 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





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 svalech – 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).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



## 1. 3 Deeskalace násilí zdravotníkem 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 prodělal výrazný vývoj. 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





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



zdravotník v opozici a měl by se bránit. V následujícím textu prezentujeme doporučení, které jsme nazvali verbální sebeobrana. Jedná se o výťah literatury a dovedností zkušených 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).

### 1. 3. 1 Neverbální komunikace jako deeskalační přístup

V následujícím textu prezentujeme doporučení, které nevychází 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 cokoli dělali. Proto na prvním místě deeskalice násilného pacienta zdravotníkem je takový přístup, který je bezpečný pro zdravotníka, pacienta, případně další personál a pacienty. Bezpečná deeskalice 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 situace 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).

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





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



zdravotníka. V případě násilného pacienta je doporučeno stát na vzdálenost dvou natažených paží. Jakékoliv další přiblížení (zvýšeně reagují lidé z ulice – bezdomovci, opilí lidé) 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 doteky. 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 zdravotník 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 případnou rychlou obrannou reakci 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, těkavé 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 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). Přířímým pohledem do očí pacienta







NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



můžeme projevit zájem, snížit napětí pacienta nebo působit sebejistě (pacient odvrátí zrak – náš pohled je mu nepříjemný (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 očí 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 pěsti, 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).

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, což 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).

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 dát 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





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



jedné nohy dopředu, což případně umožní rychlé postavení. Pokud je zdravotníkem a útočником stůl, měly by z něj být přesunuty předměty (minimálně na stranu stolu), které může útočnik použít jako zbraň. Po částečném zorientování se v situaci a sebekontroly neverbální komunikace zdravotníka je důležité vnímat také prostředí (všímat si ostrých rohů, předmětů), které by mohlo při eskalaci konfliktu přispět ke zranění nám nebo pacientovi (Nöllke, 2009).

### 1. 3. 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 více osobní a navozuje zájem (Lánský, 2012).

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

*„Teď jste v nemocnici.“*





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



*„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 nedorozumění. 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?“*





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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

*„Já opravdu potřebuji vědět, čeho teď chcete dosáhnout?“*

*„Mně opravdu velmi pomůže, když mi 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, tak 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 neměla 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 rozzuřený! Co se děje?“*

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

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

*Sestra: "Já si nemyslím, že je to dobrý nápad mi ublížit."*

*Pacient: „Co tím myslíš?“ Sestra: „Pojďme to zjistit.“*





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 forma 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 (přerušování zvyšujícího se napětí při násilné situaci). Neměli bychom však pacientovi slibovat 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 techniky spočívá 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 útočnicka bude překvapení, jindy až zastavení násilné reakce.

*Když nám pacient tvrdí: „Máte tady bordel, čekám tu už přes dvě hodiny!“*

*Zdravotník může odpovědět absurdně: „A jakým jste přijel autem?“*





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



*Pacient nejspíše odpoví ve smyslu: „Autem? --- PAUZA --- Co, co...co to s tím má 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 může udělat proto, abychom se pochopili?*“) zapojujeme pacienta do situace – dáváme mu najevo, že není „věc“ 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 - reakce, kterou by vystupňoval, bude považována za nepřijatelnou. Pokud je to nutné, zdravotník pacientovi sdělí také, že může být zatčen a stíhán, když ji jakkoliv napadne. Forma sdělení by měla být taková, aby pacient vnímal, že se jedná o upozornění skutečnosti, nikoliv o hrozbu:

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

(Richmond, 2012).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 se domluvit na dalším postupu. Abyste lépe komunikoval, je vhodné si vzít nějaké léky, které Vám udělají dobře. Souhlasíte, prosím?“*

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

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

*„Preferujete podání do svalů, 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:



ROSA – centrum pro ženy, Podolská 242/25, Praha 4, poradna Na Slupi 14, Praha 2  
pomoc ženám, obětem domácího násilí: poradenství, krizová intervence, azylové ubytování. tel. 241432466, SOS linka 602 246 102, [info@rosa-os.cz](mailto:info@rosa-os.cz), [www.rosa-os.cz](http://www.rosa-os.cz), [www.stopnasili.cz](http://www.stopnasili.cz)



NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



*„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 restrikce 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 ošetrovatelské dokumentace. Zápis by měl kromě běžných zvyklostí obsahovat také názor pacienta na danou restrikci (Richmond, 2012).

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 možností restrikce 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 o zdravotních službách č. 372/2012 Sb. může dle § 39, odstavec 3 písmena d) všeobecná sestra pacienta omezit omezujícími pomůckami bez přítomnosti lékaře







NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



(úchop, kurtační pomůcky). Toto jednání je však možné pouze v případě, že pacientovo násilné chování ohrožuje jeho samotného nebo okolí, a 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 oprávněnost situace všeobecné sestře záznamem do zdravotnické dokumentace (dostupné z: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



## 1. 4 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 slouží zdravotnická dokumentace 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 si být neustále vědom toho, 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 kdykoliv 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 těžko 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.





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



Je tak vhodné zapisovat zejména akt komunikace a veškerá slova, jak nejen celý incident začal, probíhal a skončil, ale co mu především předcházelo (Mach, 2010).

### 1. 5 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). Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. dle § 29 definuje nutnou obranu jako čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajícím útokem na zájem chráněný tímto zákonem, 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 skutek, který by byl za normálních okolností posuzován jako trestný čin a ten, kdo takový skutek 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 zákonem 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, 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 (Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.). 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,





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



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 nebyl 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, nikoliv 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 ní 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 police zahájila služební zákrok, zahájeno trestní stíhání, byla zvážena pachatelova nebezpečnost a případně, že trestní čin skutečně spáchá, uvážena možnost vzetí do vazby (umístění do zdravotnického zařízení poskytujícího psychiatrickou péči). Je vždy nutné důrazně žádat, aby policie podnikla kroky k prevenci a zamezení pokračování trestného činu, nikoliv 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 přešůpek proti občanskému soužití. I přestože zákonné řešení násilí je represivního charakteru, nikoliv preventivní (jako například komunikace), je vždy správné tuto mimořádnou událost ohlásit a sepsat (Mach, 2010).





NADACE  
OPEN SOCIETY FUND  
PRAHA



Z hlediska zápisu a popisu násilného incidentu je vždy potřeba zajistit co nejvíce svědků a zajistit si 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).

Bezprostředně po situaci napadení může zdravotník zažívat pocit fyzického a psychického vyčerpání, pocit ponížení, ztráty osobní hodnoty a obav z možných následků do budoucna. Nastává pocit beznaděje, 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, nezajímá nikoho. 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 stresem. 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 se 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 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.

