

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Studijní program

Všeobecné ošetřovatelství

**ROLE VŠEOBECNÝCH SESTER V PREVENCI
NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ U PSYCHIATRICKÝCH
PACIENTŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: Jaroslav Lesina

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jaroslav Lesina
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Role všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Kusínová
Cíl práce:	Zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat efektivní strategie, které snižují riziko agresivního jednání v rámci ošetrovatelské péče.

Abstrakt

Prevence násilného chování u psychiatrických pacientů představuje významnou součást ošetrovatelské péče v oblasti duševního zdraví. Všeobecné sestry působící na psychiatrických odděleních zaujímají důležitou roli v identifikaci rizikových faktorů agrese, včasné intervence a vytváření bezpečného terapeutického prostředí. Jejich práce vyžaduje nejen odborné znalosti z oblasti psychiatrie, ale také vysokou míru komunikačních dovedností, empatie, schopnost deeskalace konfliktních situací a zvládnání zátěžových podmínek.

Teoretická část práce se zaměřuje na vymezení pojmu násilného chování v kontextu psychiatrické péče, na jeho etiologii a rizikové faktory. Dále se věnuje kompetencím všeobecných sester v prevenci agrese, možnostem včasného rozpoznání varovných signálů, využití verbálních a neverbálních deeskalačních technik a významu multidisciplinární spolupráce. Součástí teoretického rámce je rovněž problematika bezpečnosti zdravotnického personálu a prevence pracovních úrazů souvisejících s agresivním chováním pacientů.

Výzkumná část práce prezentuje kvantitativní šetření realizované formou dotazníkového průzkumu mezi všeobecnými sestrami a sestrami specialistkami pracujícími na psychiatrických odděleních. Cílem práce bylo zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat efektivní strategie, které snižují riziko agresivního jednání v rámci ošetrovatelské péče. Výsledky ukazují, že všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci násilného chování jako velmi významnou a aktivně využívají zejména terapeutickou komunikaci, deeskalační techniky a týmovou spolupráci. Současně byly identifikovány významné bariéry, především nedostatek personálu, vysoká pracovní zátěž a náročný psychický stav pacientů, které mohou efektivní prevenci omezovat.

Na základě získaných poznatků jsou formulována doporučení pro klinickou praxi zaměřená na posílení kompetencí sester v oblasti prevence násilí, podporu bezpečného pracovního prostředí a rozvoj preventivních programů na úrovni zdravotnických zařízení. Práce přispívá k hlubšímu porozumění roli všeobecných sester v prevenci násilného chování a zdůrazňuje význam jejich postavení při zajištění bezpečné a kvalitní psychiatrické péče.

Klíčová slova

Agresivní chování; bezpečnost zdravotnického personálu; deeskalační techniky; prevence násilí; psychiatrická péče; ošetrovatelská péče; všeobecná sestra.

Abstract

The prevention of violent behaviour in psychiatric patients represents a significant component of nursing care in the field of mental health. Registered nurses working in psychiatric units play an important role in identifying risk factors for aggression, implementing timely interventions, and creating a safe therapeutic environment. Their work requires not only professional knowledge in psychiatry but also a high level of communication skills, empathy, the ability to de-escalate conflict situations, and effective management of demanding working conditions.

The theoretical part of the thesis focuses on defining violent behaviour in the context of psychiatric care, its etiology, and associated risk factors. It further addresses the competencies of registered nurses in the prevention of aggression, the early recognition of warning signs, the use of verbal and non-verbal de-escalation techniques, and the importance of multidisciplinary collaboration. The theoretical framework also includes the issue of healthcare staff safety and the prevention of occupational injuries related to aggressive patient behaviour.

The research part presents a quantitative study conducted through a questionnaire survey among registered nurses and nurse specialists working in psychiatric wards. The aim of the study was to map the role of registered nurses in the prevention of violent behaviour in psychiatric patients and to identify effective strategies that reduce the risk of aggressive behaviour within nursing care. The results indicate that general nurses perceive their role in the prevention of violent behaviour as highly significant and actively employ therapeutic communication, de-escalation techniques, and teamwork. At the same time, significant barriers were identified, particularly staff shortages, high workload, and the demanding psychological condition of patients, which may limit the effectiveness of preventive measures.

Based on the findings, recommendations for clinical practice are formulated, focusing on strengthening nurses' competencies in violence prevention, promoting a safe working environment, and developing preventive programs at the level of healthcare institutions. The thesis contributes to a deeper understanding of the role of registered nurses in the prevention of violent behaviour and emphasizes their importance in ensuring safe and high-quality psychiatric care.

Keywords

Aggressive behaviour; De-escalation techniques; Healthcare staff safety; Nursing care; Prevention of violence; Psychiatric care; Registered nurse.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 28. dubna 2026

.....

Podpis studenta

Poděkování

Rád bych touto cestou upřímně poděkoval své vedoucí bakalářské práce Mgr. Veronice Kusínové za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a vstřícnost při zpracování této práce. Velmi si vážím jejího profesionálního přístupu, podnětných připomínek a ochoty věnovat mi svůj čas i zkušenosti. Její podpora a konstruktivní zpětná vazba pro mě byly významnou motivací a přispěly k odborné úrovni této práce.

Obsah

Seznam tabulek	9
Seznam zkratk.....	10
Úvod	11
Motivace	12
Cíl práce.....	12
1 Teoretická část	13
1.1 Násilné chování v psychiatrii.....	13
1.1.1 Vymezení pojmu agrese a násilí	13
1.1.2 Formy a typy agresivního chování.....	13
1.1.3 Etiologie násilného chování u psychiatrických pacientů	14
1.1.4 Rizikové faktory agrese	14
1.2 Specifika psychiatrické péče a role všeobecné sestry	15
1.2.1 Charakteristika psychiatrických oddělení.....	16
1.2.2 Diagnózy spojené se zvýšeným rizikem agresivního chování.....	16
1.2.3 Role všeobecné sestry v prevenci násilného chování	17
1.2.4 Identifikace varovných signálů agresivního chování	18
1.2.5 Terapeutická komunikace jako preventivní nástroj	19
1.2.6 Edukace pacientů jako součást prevence agresivního chování.....	20
1.2.7 Krizová intervence u pacientů s duševní poruchou	21
1.2.8 Deeskalační techniky v ošetrovatelské praxi.....	22
1.3 Strategie a opatření v prevenci násilí	23
1.3.1 Úrovně prevence	23
1.3.2 Standardizované postupy a bezpečnostní protokoly	24
1.3.3 Restriktivní opatření – etické a právní aspekty, ochrana práv pacientů.....	24
1.3.4 Bezpečnost zdravotnického personálu	25
2 Výzkumná část	27
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumu	27
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	28
2.4 Průběh výzkumu	30
2.5 Zpracování získaných dat.....	31
2.6 Výsledky výzkumu.....	31
2.6.1 Vnímání role sester v prevenci násilného chování pacientů.....	31
2.6.2 Strategie a komunikační techniky sester v prevenci násilného chování pacientů	34
2.6.3 Ošetrovatelské postupy v prevenci násilného chování pacientů.....	38
2.6.4 Faktory přispívající ke vzniku násilného chování pacientů.....	40

3	Diskuse	43
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	46
	Závěr	48
	Seznam použité literatury	49
	Přílohy.....	52
	Příloha A: Dotazník.....	53
	Příloha B: Povolení k výzkumu	58

Seznam tabulek

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	29
Tabulka 2: Věk respondentů	29
Tabulka 3: Vzdělání respondentů.....	29
Tabulka 4: Délka praxe na psychiatrii.....	30
Tabulka 5: Odd., na nichž respondenti pracují.....	30
Tabulka 6: Význam role sestry v prevenci násilného chování.....	32
Tabulka 7: Souhlas s tvrzením o významu role sestry v prevenci násilného chování	32
Tabulka 8: Zkušenosti s agresivním chováním u pacientů	33
Tabulka 9: Formy agrese, s nimiž se sestry setkávají	33
Tabulka 10: Aktivní sledování změn chování u pacientů	33
Tabulka 11: Činnosti sestry v rámci prevence agrese	34
Tabulka 12: Varovné signály agresivního chování	35
Tabulka 13: Strategie ke snížení rizika agrese.....	35
Tabulka 14: Terapeutická komunikace	36
Tabulka 15: Využívané komunikační techniky v rámci deescalace	36
Tabulka 16: Četnost využívání deeskaláčnických technik v praxi.....	37
Tabulka 17: Bariéry efektivní komunikace	37
Tabulka 18: Frekvence vyhodnocování rizik	38
Tabulka 19: Efektivita ošetrovatelských postupů	39
Tabulka 20: Vnímání vlastních znalostí	39
Tabulka 21: Frekvence vyhodnocování rizik	40
Tabulka 22: Faktory zvyšující riziko agrese	40
Tabulka 23: Situace vedoucí k agresí	41
Tabulka 24: Výskyt agresivních incidentů	42
Tabulka 25: Pocit ohrožení v práci	42

Seznam zkratk

BVC	Brøset Violence Checklist
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Úvod

Problematika násilného chování ve zdravotnictví představuje v současné době významné téma, které zasahuje nejen samotné pacienty, ale i zdravotnický personál. Zvýšené riziko agresivního jednání je dlouhodobě spojováno především s prostředím psychiatrické péče, kde zdravotníci přicházejí do kontaktu s osobami v akutní fázi duševního onemocnění, pod vlivem psychotických symptomů, silné úzkosti, impulzivity či poruch vnímání reality. Násilné chování může mít podobu verbální agrese, vyhrožování, fyzického napadení nebo autoagresivních projevů a představuje závažný bezpečnostní i terapeutický problém (Petr, Marková, 2015).

Všeobecná sestra působící na psychiatrickém oddělení je zdravotnickým pracovníkem, který s pacientem tráví nejvíce času a je s ním v každodenním úzkém kontaktu. Právě sestra často jako první rozpozná změny v chování pacienta, varovné signály eskalace napětí či známky blížící se agresivní reakce. Její role proto nespočívá pouze v poskytování ošetrovatelské péče, ale také v aktivní prevenci násilného chování, v aplikaci deeskalačních technik a ve vytváření bezpečného terapeutického prostředí pro všechny zúčastněné.

Prevence násilí v psychiatrii není zaměřena pouze na ochranu zdravotnického personálu, ale především na zachování důstojnosti pacienta a minimalizaci použití restriktivních opatření. Moderní psychiatrická péče klade důraz na včasnou identifikaci rizikových faktorů, efektivní komunikaci, týmovou spolupráci a využívání preventivních strategií, které mohou předejít eskalaci konfliktu. Kvalitní a bezpečná péče je podmíněna nejen odbornou připraveností zdravotnického personálu, ale také podporujícím pracovním prostředím a jasně stanovenými postupy (Petr, Marková, 2015).

Agresivní chování pacientů může mít závažné dopady na fyzickou i psychickou pohodu sester. Opakovaná expozice konfliktním situacím může vést k pocitům ohrožení, stresu či vyčerpání. Z tohoto důvodu je nezbytné zaměřit se na systematickou prevenci násilí, podporu kompetencí sester v oblasti rozpoznávání a zvládání agrese a na posilování bezpečnosti na pracovišti. Efektivní prevence násilného chování přispívá nejen ke zvýšení ochrany zdravotnického personálu, ale také ke zlepšení kvality poskytované péče a terapeutického výsledku (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2025).

Tato práce se proto zaměřuje na roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů. Teoretická část vymezuje základní pojmy související s agresí a násilím v kontextu psychiatrické péče, popisuje etiologii a rizikové faktory násilného chování a charakterizuje specifika práce všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení. Dále se věnuje preventivním strategiím a deeskalačním technikám.

Výzkumná část práce je zaměřena na zmapování role všeobecných sester v prevenci násilného chování a identifikaci strategií, které jsou v praxi považovány za efektivní při snižování rizika agresivního jednání. Výsledky kvantitativního šetření budou prezentovány pomocí tabulek a grafů a následně diskutovány v kontextu odborné literatury. Na základě získaných poznatků budou formulována doporučení pro klinickou praxi, jejichž cílem je podpořit bezpečné pracovní prostředí a posílit kompetence sester v oblasti prevence násilí.

Motivace

K výběru tématu mě vedla nejen aktuálnost problematiky násilného chování v psychiatrické péči, ale také osobní profesní zkušenost z práce na psychiatrickém oddělení. V každodenní praxi jsem opakovaně svědkem situací, kdy dochází k verbálním či fyzickým projevům agrese ze strany pacientů. Tyto situace představují významnou zátěž nejen pro samotné pacienty, ale i pro zdravotnický personál, zejména všeobecné sestry, které jsou s pacienty v bezprostředním a dlouhodobém kontaktu.

Domnívám se, že prevence násilného chování by měla být nedílnou součástí ošetrovatelské péče v psychiatrii. Včasná identifikace varovných signálů, efektivní komunikace a schopnost využívat deeskalační techniky mohou významně přispět k minimalizaci rizika eskalace konfliktu. Zároveň však vnímám, že úroveň podpory, systematického vzdělávání a jasně nastavených postupů se může v jednotlivých zdravotnických zařízeních lišit.

Z tohoto důvodu považuji za důležité se dané problematice věnovat nejen z teoretického hlediska, ale také prostřednictvím výzkumného šetření mezi všeobecnými sestrami, které v psychiatrické péči působí. Hlubší porozumění jejich zkušenostem, vnímání vlastní role a používaným strategiím může přispět k formulaci praktických doporučení směřujících ke zvýšení bezpečnosti pracovního prostředí a ke zkvalitnění péče o pacienty.

Řešení této problematiky má význam nejen pro jednotlivé zdravotnické pracovníky, ale i pro celý systém psychiatrické péče. Posilování kompetencí sester v oblasti prevence násilí může napomoci snížení počtu konfliktních situací, omezení používání restriktivních opatření a podpoře terapeutického vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Současně může přispět k prevenci profesního vyčerpání a zvýšení stability ošetrovatelského personálu v oboru psychiatrie.

Cíl práce

Cílem práce je zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat efektivní strategie, které snižují riziko agresivního jednání v rámci ošetrovatelské péče.

1 Teoretická část

Teoretická část této práce se zaměřuje na vymezení a popis základních pojmů a poznatků, které tvoří odborný rámec pro pochopení role všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů. Cílem této kapitoly je nejen definovat a charakterizovat agresivní a násilné chování, jeho etiologii a rizikové faktory, ale rovněž objasnit specifika práce na psychiatrických odděleních a kompetence, které sestry využívají při předcházení agresí.

1.1 Násilné chování v psychiatrii

Násilné chování u pacientů v psychiatrické péči představuje závažný problém, který může ohrozit bezpečí pacientů, zdravotnického personálu i dalších osob v prostředí zdravotnického zařízení. V odborné literatuře je agresivní chování definováno jako jakýkoli verbální nebo fyzický projev, jehož cílem je ublížit sobě, jiné osobě nebo poškození majetku. V širším pojetí zahrnuje také chování, které ohrožuje bezpečné a terapeutické prostředí oddělení, například manipulativní či destruktivní jednání. Psychiatrická praxe vyžaduje citlivý přístup k rozpoznávání těchto projevů, protože jejich intenzita a motivace se výrazně liší mezi jednotlivými pacienty a typy psychických onemocnění (Petr, Marková, 2015).

1.1.1 Vymezení pojmu agrese a násilí

Agrese je chápána jako přirozená součást lidského sociálního chování, orientovaného na uspokojování potřeb a dosahování cílů. Jedná se o záměrné chování, které může být fyzické, verbální nebo symbolické a jehož cílem je omezit svobodu jiné osoby nebo poškodit osobu či věci. Náhodné či neúmyslné poškození nelze považovat za agresi (Výrost, Slaměník, 2009).

Násilí je obvykle interpretováno jako explicitní a závažnější forma agrese, která zahrnuje použití fyzické síly nebo hrozby k dosažení cíle, kontrole situace nebo uvalení moci. V psychiatrii se pojmy agrese a násilí často prolínají, protože pacienti mohou vykazovat široké spektrum agresivního chování, které se liší intenzitou, frekvencí a motivací (Výrost, Slaměník, 2009).

Podle Giraska et al. (2022) lze násilné chování definovat jako zjevné chování zaměřené proti jiným osobám, objektům či sobě samému, využívající fyzickou či verbální sílu s úmyslem ublížit, prosadit si vlastní vůli nebo vyjádřit hněv a frustraci. V kontextu psychiatrické péče jde o závažný klinický projev, který často komplikuje léčbu a vyžaduje okamžitou profesionální intervenci.

Agrese je tedy širším pojmem, zahrnujícím myšlenky, pocity a verbální projevy, zatímco násilí představuje extrémní, obvykle fyzickou formu agresivního chování, která může vyžadovat okamžitá opatření s cílem zajistit bezpečí pacientů i personálu (Výrost, Slaměník, 2009).

1.1.2 Formy a typy agresivního chování

Agresivní chování u psychiatrických pacientů je heterogenní a lze jej členit podle charakteru, motivace a cíle chování. Základní dělení zahrnuje agresi verbální, fyzickou, instrumentální a reaktivní. Verbální agrese se projevuje například nadávkami, výhrůžkami, křikem, urážkami nebo zastrašováním. Tento typ agresivity je často prvním signálem nárůstu napětí a může předcházet fyzickým útokům (Výrost, Slaměník, 2009).

Fyzická agrese zahrnuje útoky na jiné osoby, sebepoškození, destrukci majetku nebo sebevražedné pokusy. Tento typ vyžaduje okamžitou intervenci a zajištění bezpečnosti. Instrumentální agrese představuje cílené chování směřující k dosažení konkrétního cíle, například získání kontroly, moci či zdrojů. Tento typ agrese je často plánovaný a méně emocionálně impulzivní. Oproti tomu reaktivní (impulzivní) agrese je emocionálně podmíněná, vzniká jako okamžitá reakce na frustraci, provokaci nebo vnímání ohrožení. Tato forma agresivity bývá spontánní a vysoce riziková z hlediska eskalace násilí (Výrost, Slaměník, 2009).

Podle Giraska et al. (2022) jsou základními znaky násilného chování cílevědomost a úmysl, kdy je chování vědomě (i když patologicky) zaměřeno na poškození fyzické nebo psychické, či na omezování svobody jiné osoby. Formy násilného chování lze dále rozlišit na fyzické násilí (úder, kopání, strkání, ničení majetku, sebepoškození), verbální násilí (výhrůžky, křik, zastrašování) a psychické a sociální násilí (manipulace, zastrašování, nátlak, izolace).

V prostředí psychiatrických oddělení je nejčastější kombinace fyzické a verbální agrese, často spojená s emocionální dysregulací pacienta. Identifikace typu agrese je nezbytná pro volbu vhodné strategie prevence a intervence, přičemž každá forma vyžaduje odlišný přístup a techniku zvládnutí (Petr, Marková, 2015).

1.1.3 Etiologie násilného chování u psychiatrických pacientů

Etiologie agresivního a násilného chování u psychiatrických pacientů je multifaktoriální, zahrnující biologické, psychologické a sociálně-environmentální determinanty. Biologické faktory zahrnují neurobiologické abnormality, například poruchu nebo narušení normálního regulačního mechanismu neurotransmiterových systémů (dopamin, serotonin, noradrenalin), strukturální a funkční poruchy exekutivních funkcí mozku, organické poškození mozku či genetickou predispozici k impulzivité a agresivitě (Harsa et al., 2012).

Psychologické faktory zahrnují impulzivitu, nízkou frustrační toleranci, zvýšenou úzkost, psychotické symptomy, poruchy nálady či narušené mechanismy zvládnutí, stresu. U některých pacientů mohou být agresivní tendence spojeny s poruchami osobnosti, například s hraniční nebo antisociální poruchou osobnosti. Sociální a environmentální vlivy pak zahrnují konfliktní interakce s personálem, nevhodné nebo stresující prostředí oddělení, nedostatek stimulace, izolaci, nebo subjektivní pocit ohrožení. Tyto faktory mohou eskalovat napětí a vést k agresivním projevům, zejména u pacientů s křehkou psychickou rovnováhou (Harsa et al., 2012).

1.1.4 Rizikové faktory agrese

Rizikové faktory agresivního a násilného chování u psychiatrických pacientů jsou multidimenzionální a lze je systematicky členit do tří základních kategorií: individuální, situační a environmentální. Individuální faktory zahrnují charakteristiky konkrétního pacienta, které zvyšují pravděpodobnost agresivního jednání. Patří sem věk, pohlaví, typ duševní poruchy (např. schizofrenie, poruchy osobnosti, akutní psychóza), historie předchozího agresivního chování, nízká schopnost regulace emocí, impulzivita, zvýšená úzkost nebo frustrace. Tyto faktory jsou úzce spojeny s neurobiologickými a psychologickými determinantami agrese (Pavlas Martanová, 2014).

Situační faktory souvisejí s konkrétními okolnostmi a dynamikou na oddělení. Mezi ně patří akutní stres, konfliktní interakce s personálem, nedostatečná komunikace, nedostatek strukturace denního režimu, přeplněnost oddělení nebo přítomnost spouštěčů frustrace u pacientů. Tyto faktory mohou eskalovat napětí a vyvolat impulzivní agresi, zejména u pacientů s poruchou emoční regulace (Pavlas Martanová, 2014).

Environmentální faktory se týkají širšího kontextu a fyzického prostředí oddělení. Patří sem nedostatečné zabezpečení prostoru, absence jasně definovaných pravidel a postupů, nízká podpora a supervize personálu, nedostatek personálu a nedostatečné vybavení pro bezpečné zvládnutí krizových situací. Tyto faktory mohou zvyšovat riziko eskalace agresivního chování a ohrožení bezpečnosti pacientů i zdravotnického personálu (Pavlas Martanová, 2014).

Význam identifikace rizikových faktorů spočívá v možnosti včasné intervence a prevence násilného chování. Systematické sledování a hodnocení rizik umožňuje sestřám adekvátně plánovat a aplikovat deeskalační techniky, vytvářet bezpečné prostředí a minimalizovat riziko fyzického i psychického ohrožení všech zúčastněných. Moderní ošetrovatelská praxe zdůrazňuje nejen reakci na agresi, ale zejména její predikci a prevenci prostřednictvím kombinace klinického zhodnocení pacienta, jeho chování a multidisciplinární spolupráce (Pavlas Martanová, 2014).

1.2 Specifika psychiatrické péče a role všeobecné sestry

Psychiatrická péče se v mnoha ohledech liší od ostatních oblastí zdravotnictví. Je charakterizována vysokou komplexností poskytované péče, specifickými nároky na terapeutické prostředí a zvýšeným důrazem na bezpečnost pacientů i zdravotnického personálu.

Psychiatrická péče je v České republice organizována do několika základních forem, především na péči ambulantní a lůžkovou, přičemž v současnosti se stále více rozvíjí také péče komunitní. Ambulantní psychiatrická péče je poskytována pacientům, kteří nevyžadují hospitalizaci, a je zaměřena na diagnostiku, farmakoterapii, psychoterapii a dlouhodobé sledování zdravotního stavu. Tento typ péče umožňuje pacientům zůstat v přirozeném sociálním prostředí a podporuje jejich běžné fungování v každodenním životě. Naopak lůžková péče je určena pro pacienty v akutním stavu nebo v situacích, kdy není možné zajistit bezpečnost a adekvátní léčbu v ambulantním režimu. Hospitalizace probíhá na akutních nebo následných odděleních a jejím cílem je stabilizace psychického stavu pacienta, úprava medikace a prevence rizikového chování. V rámci moderního přístupu k psychiatrické péči je kladen důraz na provázanost těchto forem péče a na rozvoj komunitních služeb, které napomáhají plynulému přechodu pacienta mezi jednotlivými úrovněmi systému a podporují jeho zotavení a sociální začlenění (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Pacienti hospitalizovaní na psychiatrických odděleních často trpí poruchami myšlení, emocí či chování, které mohou ovlivňovat jejich schopnost spolupracovat na léčbě a adaptovat se na podmínky hospitalizace. V některých případech mohou tyto faktory vést k projevům agresivního nebo násilného chování, které představuje významné riziko pro bezpečnost prostředí zdravotnického zařízení (Petr, Marková, 2015).

Prevence násilného chování v psychiatrii proto vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen farmakologickou léčbu, ale také psychosociální intervenci, vhodnou organizaci prostředí oddělení a systematické hodnocení rizikových faktorů. Významnou roli v tomto procesu hrají

všeobecné sestry, které jsou v každodenním kontaktu s pacienty a podílejí se na kontinuálním sledování jejich psychického stavu, chování a reakcí na léčbu (Kolářová, 2025).

Sestry na psychiatrických odděleních plní řadu specifických funkcí. Vedle poskytování základní ošetrovatelské péče se podílejí na monitorování rizikového chování, identifikaci varovných signálů agrese, realizaci preventivních opatření a využívání deeskalačních technik. Zároveň jsou důležitým článkem multidisciplinárního týmu a jejich pozorování často představují důležitý zdroj informací pro plánování léčby a intervencí. V rámci své profesní role tak významně přispívají k vytváření bezpečného a terapeutického prostředí, které podporuje stabilizaci zdravotního stavu pacienta a minimalizuje riziko vzniku agresivních incidentů (Petr, Marková, 2015).

1.2.1 Charakteristika psychiatrických oddělení

Psychiatrická oddělení představují specifické zdravotnické prostředí, které se vyznačuje odlišnou organizací péče a zvýšenými nároky na bezpečnostní opatření. Na rozdíl od somatických oddělení je zde kladen důraz nejen na léčbu samotného onemocnění, ale také na stabilizaci psychického stavu pacienta, podporu jeho sociálního fungování a prevenci rizikového chování. Tato specifika vytvářejí rámec pro cílené prevenční strategie, které jsou v kompetenci všeobecných sester (Petr, Marková, 2015).

Pacienti hospitalizovaní na psychiatrických odděleních mohou být přijímáni v různých fázích onemocnění, od akutních psychotických stavů až po stabilizované chronické poruchy. Akutní oddělení často přijímají pacienty s výraznými symptomy, jako jsou halucinace, bludy, výrazná úzkost, agitovanost nebo dezorganizované chování. Tyto projevy mohou být spojeny se sníženou schopností nahlédnu na vlastní onemocnění a v některých případech i s impulzivním či agresivním jednáním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Důležitou součástí organizace psychiatrické péče jsou také bezpečnostní opatření, která mají za cíl minimalizovat riziko sebepoškození nebo násilného chování. Patří sem například kontrola předmětů přinášovaných na oddělení, zabezpečení potenciálně nebezpečných prostor, dohled nad pacienty či zajištění dostatečné přítomnosti zdravotnického personálu. Současně je důležité, aby tato opatření byla realizována citlivě a s respektem k důstojnosti pacientů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Dalším charakteristickým rysem psychiatrických oddělení je multidisciplinární spolupráce. Na péči o pacienty se podílejí psychiatři, psychologové, všeobecné sestry, sociální pracovníci, ergoterapeuti a další odborníci. Společně vytvářejí individuální plán léčby a rehabilitace, který zohledňuje nejen zdravotní stav pacienta, ale i jeho sociální situaci a potřeby. Významnou roli hraje také strukturované terapeutické prostředí. Denní režim na oddělení je obvykle organizován tak, aby poskytoval pacientům jasnou strukturu dne, pravidelné aktivity a terapeutické programy. Stabilní a předvídatelné prostředí může přispívat ke snížení stresu, úzkosti a frustrace pacientů, čímž nepřímo napomáhá prevenci agresivního chování (Petr, Marková, 2015).

1.2.2 Diagnózy spojené se zvýšeným rizikem agresivního chování

Riziko agresivního a násilného chování u psychiatrických pacientů není spojeno se všemi duševními poruchami ve stejné míře. Podle Látalové (2013) se zvýšená pravděpodobnost

agresivních projevů objevuje zejména u některých diagnostických skupin nebo v určitých fázích onemocnění. Je však důležité zdůraznit, že samotná diagnóza není jediným faktorem určujícím riziko agresivního chování. Významnou roli hrají také individuální charakteristiky pacienta, aktuální psychický stav, přítomnost stresorů a prostředí, ve kterém se pacient nachází.

Mezi duševní poruchy, u nichž se může agresivní chování vyskytovat častěji Látalová (2013) řadí zejména psychotické poruchy. U pacientů se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou se agresivní jednání může objevit především v akutní fázi onemocnění, kdy pacient trpí bludy nebo halucinacemi. Tyto symptomy mohou vést k nesprávnému vnímání reality a pocitu ohrožení, což může vyvolat obrannou nebo impulzivní reakci. Pacient může například vnímat personál nebo jiné pacienty jako zdroj ohrožení a reagovat agresivně ve snaze se „bránit“.

Zvýšené riziko agresivního chování se může objevovat také u poruch nálady, zejména u bipolární afektivní poruchy. V manické fázi onemocnění se mohou objevovat projevy zvýšené energie, podrážděnosti, snížené potřeby spánku a snížené schopnosti kontroly impulzů. Tyto faktory mohou vést ke konfliktním situacím a v některých případech i k agresivním reakcím (Orel, 2020).

Další skupinu představují poruchy osobnosti, zejména hraniční a antisociální porucha osobnosti. Tyto poruchy jsou často spojeny s impulzivitou, nízkou tolerancí frustrace a obtížemi v regulaci emocí. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti mohou být agresivní projevy spojené s intenzivními emočními reakcemi, zatímco u antisociální poruchy osobnosti může být agresivní chování součástí dlouhodobého vzorce chování (Orel, 2020).

K agresivnímu chování mohou přispívat také organické poruchy mozku, například následky traumatických poranění mozku, neurodegenerativní onemocnění nebo demence. Tyto stavy mohou vést k narušení inhibičních mechanismů, snížení schopnosti kontroly impulzů a změnám osobnosti, což může zvýšit pravděpodobnost konfliktního nebo agresivního jednání (Orel, 2020).

Významným rizikovým faktorem jsou rovněž stavy související s užíváním psychoaktivních látek. Akutní intoxikace alkoholem nebo drogami může vést ke snížení sebekontroly, zvýšení impulzivity a zhoršenému úsudku. Podobně i odvykací stavy mohou být provázeny výraznou podrážděností, úzkostí nebo agitovaností, které mohou zvyšovat riziko agresivního chování (Orel, 2020).

Identifikace těchto diagnostických skupin je důležitá zejména pro zdravotnický personál, který může na základě znalosti rizikových faktorů lépe plánovat preventivní opatření, zvolit vhodné komunikační strategie a vytvořit bezpečné prostředí pro pacienty i zdravotnické pracovníky (Látalová, 2013).

1.2.3 Role všeobecné sestry v prevenci násilného chování

Všeobecné sestry představují významný prvek v systému prevence agresivního a násilného chování v psychiatrické péči. Na rozdíl od jiných členů zdravotnického týmu jsou sestry s pacienty v nejčastějším a nejintenzivnějším kontaktu, což jim umožňuje průběžně sledovat změny v jejich psychickém stavu, chování i reakcích na léčbu. Díky této kontinuální přítomnosti mohou včas identifikovat varovné signály potenciální agrese a přijmout vhodná preventivní opatření (Petr, Marková, 2015).

Jednou z nejdůležitějších kompetencí všeobecných sester v psychiatrii je systematické hodnocení rizika agresivního chování. Sestry při své práci sledují nejen aktuální projevy chování

pacienta, ale také jeho anamnézu, předchozí zkušenosti s agresivními incidenty, přítomnost psychotických symptomů, úroveň impulzivity nebo aktuální emoční stav. Na základě těchto informací mohou odhadnout pravděpodobnost vzniku rizikové situace a včas informovat ostatní členy multidisciplinárního týmu (Petr, Marková, 2015).

Další významnou oblastí je realizace preventivních ošetrovatelských intervencí. Ty zahrnují například vytváření bezpečného a stabilního prostředí na oddělení, podporu strukturovaného denního režimu, dohled nad pacienty s vyšším rizikem agresivního chování a aktivní práci s potenciálními spouštěči konfliktů. Sestry rovněž pomáhají pacientům zvládat stresové situace, podporují jejich orientaci v prostředí oddělení a poskytují psychosociální podporu (Petr, Marková, 2015).

Velmi důležitým nástrojem prevence je terapeutická komunikace. Sestry prostřednictvím empatického přístupu, aktivního naslouchání a respektující komunikace pomáhají pacientům vyjadřovat jejich potřeby a emoce přijatelným způsobem. Otevřená a klidná komunikace může výrazně snížit napětí, které by jinak mohlo vést k eskalaci konfliktu nebo agresivní reakci (Bezpečí v psychiatrii, 2026).

V situacích, kdy dochází ke zvýšení napětí nebo hrozí vznik agresivního incidentu, sestry využívají deeskalační techniky. Ty zahrnují například uklidňující verbální komunikaci, nabídku alternativního řešení situace, vytvoření bezpečné vzdálenosti nebo přesměrování pozornosti pacienta na jinou aktivitu. Cílem těchto postupů je snížit intenzitu emocí a zabránit přechodu verbální agrese do fyzického násilí (Látalová, 2013).

Součástí práce všeobecných sester je také důsledná dokumentace rizikových situací a agresivních incidentů. Záznamy o těchto událostech umožňují analyzovat příčiny konfliktů, identifikovat opakující se spouštěče a zlepšovat preventivní strategie na oddělení. Získané informace mohou být využity také při plánování individuální péče o pacienta (Petr, Marková, 2015).

Role všeobecných sester v prevenci násilného chování tak přesahuje rámec běžné ošetrovatelské péče. Sestry se aktivně podílejí na vytváření bezpečného terapeutického prostředí, na včasné rozpoznání rizikových situací i na jejich řešení. Díky svým odborným znalostem, komunikačním dovednostem a schopnosti rychle reagovat na změny stavu pacienta představují jeden z nejdůležitějších faktorů prevence agresivních incidentů v psychiatrické praxi (Petr, Marková, 2015).

1.2.4 Identifikace varovných signálů agresivního chování

Včasné rozpoznání varovných signálů agresivního chování je zásadní pro prevenci eskalace konfliktů a ochranu bezpečí pacientů i personálu. Všeobecné sestry, díky každodennímu kontaktu s pacienty, mohou zachytit první indicie, že pacient je ve stavu zvýšeného napětí, podrážděnosti nebo frustrace. Tyto indikátory mohou být verbální, neverbální, psychické i behaviorální (Orel, 2020).

Verbální projevy zahrnují zvýšený tón hlasu, výhrůžky, nadávky, křik či manipulativní komentáře. Sestry tyto projevy vnímají nejen jako možné riziko fyzického útoku, ale i jako signál narušení terapeutické spolupráce. Neverbální signály jsou rovněž důležité a zahrnují napětí svalstva, zvýšenou motoriku, prudké pohyby či mimiku vyjadřující hněv a frustraci. Psychické projevy,

kteřé mohou předcházet agresii, zahrnují podrážděnost, úzkost, dezorientaci, paranoidní myšlenky nebo narušení vnímání reality. Mezi behaviorální změny, které vyžadují zvýšenou pozornost, patří odmítání spolupráce, porušování pravidel oddělení, destruktivní jednání a náhlé změny nálady (Orel, 2020).

Systematické sledování těchto signálů je nezbytné pro preventivní plánování. Sestry musí být schopné rozlišit mezi běžnou frustrací pacienta a projevy, které mohou eskalovat do agresivního jednání. Tato schopnost je zásadní pro výběr adekvátních intervenčních strategií, včetně preventivní komunikace, úpravy prostředí a, v krajních případech, bezpečnostních opatření (Petr, Marková, 2015).

Gregorová (2024) ve své práci uvádí využití Brøset Violence Checklistu (BVC) jako jednoduchého screeningového nástroje určeného k rychlému odhadu rizika násilného nebo agresivního chování pacienta v krátkodobém časovém horizontu, zpravidla během následujících 24 hodin. Jedná se o krátký hodnoticí seznam, který pomáhá zdravotnickému personálu identifikovat pacienty s potenciálně zvýšeným rizikem agresivního jednání a umožňuje včas přijmout preventivní opatření. Tento nástroj byl vyvinut v Norsku v prostředí forenzní psychiatrie a postupně se rozšířil do různých zdravotnických zařízení, zejména na psychiatrická oddělení, jednotky intenzivní péče nebo urgentní příjmy. Díky jednoduchosti a rychlosti použití může být checklist vyplňován opakovaně během hospitalizace, například při každé směně. Brøset Violence Checklist je tvořen šesti sledovanými projevy chování, které mohou signalizovat zvýšené riziko agrese. Každý z nich se hodnotí jedním bodem, pokud je u pacienta přítomen. Mezi sledované projevy patří zejména: zmatenost, podrážděnost, výbušnost, slovní vyhrožování, agrese vůči předmětům, fyzická agrese vůči osobám. Celkové skóre je součtem jednotlivých položek. Vyšší skóre znamená vyšší pravděpodobnost agresivního chování v blízké době. Například přítomnost dvou a více rizikových faktorů může signalizovat zvýšené riziko násilného jednání v následujících 24 hodinách (Gregorová, 2024).

1.2.5 Terapeutická komunikace jako preventivní nástroj

Komunikace představuje jeden z nejúčinnějších nástrojů prevence agresivního chování. Psychiatrická komunikace má svá specifika, která vycházejí z charakteru duševních onemocnění a aktuálního psychického stavu pacienta. Komunikace s psychiatrickým pacientem může být ovlivněna například přítomností halucinací, bludů, úzkosti, depresivního ladění nebo poruch myšlení. Pacienti mohou mít sníženou schopnost porozumění, narušený kontakt s realitou nebo zvýšenou citlivost na podněty, což klade zvýšené nároky na způsob komunikace ze strany zdravotnického personálu. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby komunikace byla jasná, srozumitelná, strukturovaná a přizpůsobená aktuálnímu stavu pacienta (Zacharová, 2016).

V rámci komunikace s psychiatrickým pacientem je důležité vyhýbat se konfrontačnímu jednání, zejména v případě bludných přesvědčení, která není vhodné přímo vyvracet. Vhodnější je projevit respekt k prožívání pacienta a zaměřit se na jeho emoce spíše než na obsah sdělení. Důležitá je také schopnost sestry zachovat klid, trpělivost a konzistentní přístup, který přispívá k pocitu bezpečí pacienta. Při komunikaci je vhodné používat krátké a jednoznačné věty, poskytovat pacientovi dostatek času na reakci a ověřovat porozumění sděleným informacím (Raboch, Pavlovský, 2020).

Terapeutická komunikace je založena na respektujícím a empatickém přístupu k pacientovi a umožňuje sestřám snižovat napětí a frustraci, které často předcházejí agresivním incidentům. Základními principy terapeutické komunikace jsou aktivní naslouchání, empatie a neutrální tón hlasu. Aktivní naslouchání zahrnuje plné zaměření na pacienta, potvrzení jeho pocitů a porozumění jeho perspektivě. Empatické a neutrální reakce, vyjadřující pochopení a podporu, pomáhají uklidnit pacienty a minimalizovat pocit ohrožení. Důležitou součástí komunikace je také podpora autonomie pacienta a zapojení do rozhodování o vlastní péči, což snižuje napětí a zvyšuje jeho spolupráci (Zacharová, 2016).

Neverbální složka komunikace hraje rovněž zásadní roli. Kontrola držení těla, respektování osobního prostoru, oční kontakt a vhodná mimika mohou výrazně přispět k deeskalaci napětí. Sestry musí být schopné interpretovat nonverbální signály pacienta a adekvátně reagovat na změny v jeho chování či náladě (Rosenberg, 2020).

Terapeutická komunikace tedy není pouze prostředkem informování pacienta, ale cílenou intervencí, která pomáhá předcházet konfliktům a podporuje bezpečné a stabilní prostředí na oddělení. Kombinace verbálních a neverbálních technik umožňuje snížit intenzitu emocí a minimalizovat riziko eskalace agrese (Zacharová, 2016).

1.2.6 Edukace pacientů jako součást prevence agresivního chování

Edukace pacientů představuje významnou součást psychiatrické péče a zároveň důležitý nástroj prevence agresivního a rizikového chování. Jejím cílem je zvyšování informovanosti pacienta o jeho onemocnění, léčbě a možnostech zvládání náročných situací, čímž dochází ke snížení nejistoty, úzkosti a frustrace, které mohou vést k eskalaci napětí. Edukace rovněž podporuje spolupráci pacienta a jeho aktivní zapojení do léčebného procesu (Svěráková, 2012).

Specifika edukace u psychiatrických pacientů vycházejí z charakteru duševních poruch a aktuálního psychického stavu pacienta. Edukace musí být přizpůsobena kognitivním schopnostem, míře náhledu na onemocnění a aktuálním symptomům, jako jsou poruchy pozornosti, myšlení nebo vnímání. V praxi je proto vhodné využívat jednoduché, srozumitelné a opakované informace, doplněné o konkrétní příklady. Důležitá je také postupnost edukace a ověřování porozumění sdělovaným informacím (Zacharová, 2016).

Formy edukace mohou být individuální i skupinové. Individuální edukace umožňuje přizpůsobit obsah konkrétním potřebám pacienta, zatímco skupinová edukace podporuje sdílení zkušeností a nácvik sociálních dovedností. Obsah edukace zaměřený na prevenci násilného chování zahrnuje zejména rozpoznání varovných signálů narůstajícího napětí, nácvik zvládacích strategií (např. relaxační techniky, odklon pozornosti, komunikace emocí), význam adherence k léčbě a způsoby řešení konfliktních situací (Svěráková, 2012).

Významnou roli hraje edukace také v prevenci recidivy agresivního chování. Pacienti jsou vedeni k tomu, aby rozpoznali rizikové situace, které mohou vést k opakování problémového chování, a naučili se je zvládat adekvátním způsobem. Součástí edukace může být i zapojení rodiny nebo blízkých osob, což přispívá k lepší podpoře pacienta po propuštění z hospitalizace (Svěráková, 2012).

Edukace u psychiatrických pacientů však může narážet na řadu bariér. Mezi nejčastější patří snížená schopnost koncentrace, nedostatečný náhled na onemocnění, nedůvěra vůči

zdravotnickému personálu nebo aktuální psychotické či afektivní symptomy. Tyto faktory mohou snižovat efektivitu edukace a vyžadují individuální přístup, trpělivost a opakování informací (Svěráková, 2012).

Nezastupitelnou roli v edukaci pacientů má všeobecná sestra, která je s pacientem v každodenním kontaktu. Sestra nejen předává informace, ale zároveň posiluje terapeutický vztah, motivuje pacienta ke spolupráci a pomáhá mu aplikovat získané poznatky v praxi. Svým přístupem může významně přispět ke snížení rizika agresivního chování a k vytvoření bezpečného terapeutického prostředí (Zacharová, 2016).

1.2.7 Krizová intervence u pacientů s duševní poruchou

Krizová intervence představuje krátkodobý, cílený a strukturovaný postup zaměřený na zvládnutí akutní psychické krize a stabilizaci stavu pacienta. V kontextu psychiatrické péče se jedná o důležitý nástroj prevence eskalace agresivního chování, sebepoškození nebo jiných rizikových projevů. Cílem krizové intervence je především snížení aktuálního napětí, obnovení pocitu bezpečí, podpora zvládacích mechanismů pacienta a zamezení dalšího zhoršování stavu (Raboch, Pavlovský, 2020).

Krize u psychiatrických pacientů může mít různý charakter. Mezi nejčastější patří krize situační (např. ztráta blízké osoby, sociální problémy), vývojová (spojená s životními změnami) a krize spojená s průběhem duševního onemocnění, například při exacerbaci psychotických příznaků, úzkostných stavů nebo depresivní epizody. V některých případech může být krize doprovázena agresivním chováním, impulzivitou nebo suicidálními tendencemi (Špatenková, 2011).

Průběh krizové intervence lze rozdělit do několika fází. V první fázi je kladen důraz na navázání kontaktu s pacientem, zajištění bezpečí a zhodnocení aktuální situace. Následuje fáze porozumění problému, kdy zdravotnický pracovník aktivně naslouchá a pomáhá pacientovi pojmenovat jeho emoce a potřeby. Další fází je hledání možných řešení a aktivace vnitřních i vnějších zdrojů pacienta. Závěrečná fáze je zaměřena na stabilizaci stavu a plánování další péče (Špatenková, 2011).

V rámci krizové intervence se uplatňují jak nefarmakologické, tak farmakologické postupy. Nefarmakologické přístupy zahrnují především terapeutickou komunikaci, deeskalační techniky, zajištění klidného prostředí, práci s emocemi a podporu zvládacích strategií. V případě nedostatečného efektu nebo při vysokém riziku ohrožení pacienta či okolí mohou být využita i farmakologická opatření, například podání anxiolytik nebo antipsychotik dle ordinace lékaře. Farmakologická intervence by však měla být vždy indikována uvážlivě a v kombinaci s dalšími postupy (Raboch, Pavlovský, 2020).

Nedílnou součástí krizové intervence je také důsledná dokumentace. Je nutné zaznamenat průběh situace, projevy pacienta, provedené intervence i jejich efekt. Dokumentace slouží nejen jako právní ochrana zdravotnického personálu, ale také jako podklad pro další plánování péče a hodnocení účinnosti zvolených postupů (Petr, Marková, 2015).

Zásadní význam má rovněž bezpečnost při krizové intervenci. Zdravotnický personál musí dbát na vlastní bezpečí i bezpečí ostatních pacientů, což zahrnuje například udržování vhodné vzdálenosti, zajištění únikové cesty, přivolání pomoci v případě potřeby a schopnost včas rozpoznat varovné signály eskalace agrese. Současně je nutné postupovat s respektem

k důstojnosti pacienta a minimalizovat použití restriktivních opatření (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Krizová intervence tak představuje komplexní přístup, který propojuje komunikační dovednosti, odborné znalosti a schopnost rychlé orientace v náročných situacích. Správně vedená intervence může významně přispět k prevenci násilného chování a ke stabilizaci pacienta (Špatenková, 2011).

1.2.8 Deeskalační techniky v ošetrovatelské praxi

Deeskalační techniky představují soubor systematických postupů, jejichž cílem je snížení napětí a prevence fyzické nebo psychické újmy. V praxi je jejich uplatnění zásadní, protože umožňuje minimalizovat riziko eskalace agresivního chování a chránit bezpečí pacientů i personálu (Pekara et al., 2026).

Verbální deeskalice zahrnuje klidnou a empatickou komunikaci, nabídku alternativních řešení situace, vysvětlení pravidel oddělení a přesměrování pozornosti pacienta. Strukturované strategie řízení konfliktu zahrnují jasné stanovení hranic, důsledné uplatňování pravidel a aktivní naslouchání. Sestry musí být schopné rychle vyhodnotit situaci, zvolit vhodnou techniku a flexibilně reagovat na změny v chování pacienta (Rosenberg, 2020).

Kontrola prostředí je další důležitou složkou deeskalice. Minimalizace spouštěčů agresivního chování, zajištění bezpečné vzdálenosti mezi pacientem a personálem, omezení rizikových předmětů a strukturování prostoru oddělení jsou klíčová opatření. V krajních případech může být nutné využít restriktivní či ochranné prostředky, vždy v souladu s etickými a právními normami (Christensen et al., 2020).

Role všeobecných sester v deeskalaci spočívá v kombinaci klinického hodnocení, komunikačních dovedností a praktických zásahů. Sestry musí být připraveny na rychlou identifikaci rizika, včasnou intervenci a koordinaci s ostatními členy týmu. Díky těmto postupům lze výrazně snížit frekvenci a závažnost agresivních incidentů a přispět k bezpečnému a terapeutickému prostředí na psychiatrických odděleních (Pekara et al., 2026).

Mezi konkrétní deeskalační techniky, které se využívají v ošetrovatelské praxi, patří především verbální a neverbální postupy zaměřené na snížení napětí a obnovení kontroly nad situací. Základní technikou je zachování klidného a kontrolovaného vystupování, které pomáhá předejít dalšímu zvyšování napětí. Důležité je hovořit pomalu, srozumitelně a používat jednoduché věty. Sestra by se měla vyvarovat zvýšeného hlasu, ironie nebo konfrontačního jednání (Zacharová, 2016).

Významnou technikou je aktivní naslouchání, při kterém sestra dává pacientovi najevo zájem o jeho prožívání a potvrzuje jeho emoce. S tím souvisí i technika validace emocí, kdy jsou pacientovy pocity přijímány bez hodnocení, což může vést ke snížení frustrace a pocitu nepochopení. Další technikou je nabídka volby, která podporuje pocit kontroly pacienta nad situací, například formou výběru mezi dvěma přijatelnými možnostmi (např. změna prostředí, rozhovor, krátký odpočinek) (Raboch, Pavlovský, 2020).

V praxi se dále využívá přesměrování pozornosti, které spočívá v odvedení pacientovy pozornosti od stresující situace k neutrální nebo uklidňující aktivitě. Technika stanovení hranic zahrnuje jasné, klidné a důsledné vymezení přijatelného chování bez použití hrozeb. V případech

narůstajícího napětí je vhodné využít také techniku „time-out“, tedy nabídku krátkého stažení pacienta do klidnějšího prostředí (Rosenberg, 2020).

Neverbální techniky zahrnují zejména udržování bezpečné vzdálenosti, otevřený postoj těla, kontrolu mimiky a omezení náhlých pohybů. Důležitá je také orientace v prostoru, kdy si sestra zajišťuje možnost úniku a zároveň neblokuje pacientovi cestu, což může snižovat pocit ohrožení. Všechny uvedené techniky je nutné aplikovat individuálně s ohledem na aktuální stav pacienta, typ onemocnění a konkrétní situaci. Jejich správné použití může významně přispět k prevenci eskalace agresivního chování a ke zvýšení bezpečnosti na oddělení (Zacharová, 2016).

1.3 Strategie a opatření v prevenci násilí

Prevence násilného chování v psychiatrické péči představuje komplexní proces, který zahrnuje kombinaci organizačních, terapeutických a bezpečnostních opatření. Cílem těchto strategií je minimalizovat riziko vzniku agresivních incidentů, zajistit bezpečné prostředí pro pacienty i zdravotnický personál a současně podporovat terapeutický proces a respektovat důstojnost hospitalizovaných osob (Bezpečí v psychiatrii, 2026).

Efektivní prevence násilí je založena především na včasné identifikaci rizikových faktorů, systematickém sledování chování pacientů a využívání preventivních intervencí. Důležitou roli v tomto procesu hrají všeobecné sestry, které jsou s pacienty v každodenním kontaktu a mohou včas zachytit změny v jejich psychickém stavu či chování. Součástí preventivních strategií jsou rovněž standardizované postupy, bezpečnostní protokoly, vhodná organizace prostředí oddělení a multidisciplinární spolupráce (Bezpečí v psychiatrii, 2026).

1.3.1 Úrovně prevence

Prevence násilného chování v psychiatrické péči může být rozdělena do tří základních úrovní – primární, sekundární a terciární prevence. Toto členění umožňuje systematický přístup k prevenci agresivního chování a usnadňuje plánování intervencí v různých fázích rizikové situace (Bezpečí v psychiatrii, 2026).

Primární prevence je zaměřena na předcházení vzniku agresivního chování ještě před tím, než se objeví první známky konfliktu nebo napětí. V praxi zahrnuje především vytváření bezpečného a stabilního prostředí na oddělení, jasné stanovení pravidel, strukturování denního režimu a podporu terapeutických aktivit. Důležitou součástí primární prevence je také kvalitní komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem, která přispívá k budování důvěry a snižování pocitu frustrace či ohrožení (Gaynes et al., 2017).

Sekundární prevence se zaměřuje na situace, kdy se již objevují první varovné signály agresivního chování. V této fázi je zásadní včasné rozpoznání změn v chování pacienta a okamžitá intervence. Mezi typická opatření patří využití deeskalačních technik, individuální rozhovor s pacientem, úprava prostředí nebo zvýšený dohled zdravotnického personálu. Cílem sekundární prevence je zabránit eskalaci konfliktu a předejít vzniku fyzického násilí (Gaynes et al., 2017).

Terciární prevence je zaměřena na zvládnutí již vzniklého agresivního incidentu a minimalizaci jeho následků. Zahrnuje opatření, která mají zajistit bezpečnost pacientů i personálu, například použití ochranných nebo restriktivních prostředků, pokud jsou nezbytné. Součástí terciární

prevence je také následná analýza incidentu, dokumentace události a přijetí opatření, která mohou snížit riziko opakování podobné situace v budoucnu (Gaynes et al., 2017).

1.3.2 Standardizované postupy a bezpečnostní protokoly

Standardizované postupy a bezpečnostní protokoly představují důležitý nástroj prevence násilného chování ve zdravotnických zařízeních. Jejich cílem je zajistit jednotný a systematický postup zdravotnického personálu při identifikaci, prevenci a řešení agresivních situací (Šupšáková, 2017).

Součástí těchto postupů jsou například pravidla pro hodnocení rizika agresivního chování, postupy pro komunikaci s agitovaným pacientem, zásady deeskalačních technik nebo postupy při řešení krizových situací. Standardizované protokoly umožňují zdravotnickému personálu rychle a efektivně reagovat na vznikající konflikt a minimalizovat riziko eskalace násilí (Šupšáková, 2017).

Důležitou součástí bezpečnostních protokolů je také pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu. Sestry by měly být proškoleny v oblasti rozpoznávání varovných signálů agrese, komunikace s pacientem v krizové situaci a využívání deeskalačních technik. Systematické vzdělávání zvyšuje kompetence zdravotnického personálu a přispívá k efektivnější prevenci násilných incidentů (Šupšáková, 2017).

Kromě individuálních kompetencí zdravotnického personálu je důležitá také organizace prostředí oddělení. Jasně definované postupy, dostatečný počet pracovníků a vhodné uspořádání prostoru mohou významně přispět k prevenci konfliktů a k vytvoření bezpečného terapeutického prostředí (Šupšáková, 2017).

1.3.3 Restriktivní opatření – etické a právní aspekty, ochrana práv pacientů

Restriktivní opatření představují krajní prostředek při zvládnání agresivního nebo násilného chování pacientů. Jejich použití je možné pouze v situacích, kdy jiné méně invazivní postupy selhaly a kdy existuje reálné riziko ohrožení zdraví nebo života pacienta či jiných osob (Lukasova, 2026).

Mezi restriktivní opatření patří například mechanické omezení pacienta, izolace nebo farmakologická sedace. Tato opatření musí být vždy využívána v souladu s platnými právními předpisy a etickými principy zdravotnické péče. Základním principem je minimalizace použití restrikcí a jejich aplikace pouze po nezbytně nutnou dobu (Lukasova, 2026).

Použití restriktivních opatření vyžaduje přesně definovaný postup, který zahrnuje rozhodnutí lékaře, přítomnost vyškoleného zdravotnického personálu, průběžné sledování zdravotního stavu pacienta a důslednou dokumentaci. Pacient musí být během omezení pravidelně kontrolován a zdravotnický personál je povinen zajistit jeho bezpečí a základní potřeby (Bártová, Hajduchová, Prajsová, 2015).

Z etického hlediska je důležité respektovat lidskou důstojnost pacienta a zajistit, aby restriktivní opatření nebyla používána jako forma trestu nebo zjednodušení práce zdravotnického personálu. Moderní přístupy v psychiatrii zdůrazňují snahu o minimalizaci restrikcí a podporují využívání preventivních a deeskalačních strategií (Lukasova, 2026).

Nedílnou součástí problematiky restriktivních opatření je ochrana práv pacientů, která musí být zajištěna i v situacích, kdy dochází k omezení jejich osobní svobody. Použití restrikcí představuje významný zásah do základních lidských práv, zejména práva na osobní svobodu, důstojnost a tělesnou integritu. Z tohoto důvodu musí být vždy dodržovány principy legality, proporcionality a subsidiarity, tedy použití restrikce pouze v nezbytných případech, v co nejmenším rozsahu a po co nejkratší dobu (Lukasova, 2026).

Pacient má právo být o použití restriktivního opatření informován, a to způsobem odpovídajícím jeho aktuálnímu psychickému stavu. Pokud to situace dovoluje, měl by být informován i o důvodech tohoto opatření a o jeho předpokládané délce trvání. Důležitou součástí ochrany práv pacientů je také možnost zpětného zhodnocení situace po odeznění akutního stavu, kdy je pacientovi poskytnut prostor k vyjádření jeho prožitků (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Zdravotnický personál je povinen postupovat tak, aby byla zachována maximální možná míra důstojnosti pacienta, například zajištěním soukromí, adekvátní komunikací a respektujícím přístupem i během omezení. Současně je nutné vést přesnou dokumentaci o průběhu restriktivního opatření, která slouží nejen k zajištění kontinuity péče, ale také jako nástroj kontroly a ochrany práv pacienta (Lukasova, 2026).

V moderní psychiatrii je kladen důraz na transparentnost a kontrolu používání restriktivních opatření. Součástí ochrany práv pacientů je proto také možnost externí kontroly, například ze strany veřejného ochránce práv nebo jiných kontrolních orgánů. Tyto mechanismy přispívají k prevenci zneužití restrikcí a podporují jejich odpovědné a eticky přijatelné využívání (Lukasova, 2026).

1.3.4 Bezpečnost zdravotnického personálu

Bezpečnost zdravotnického personálu je nedílnou součástí prevence násilného chování v psychiatrické péči. Zdravotničtí pracovníci, zejména všeobecné sestry, patří mezi skupiny s nejvyšším rizikem pracovního násilí ve zdravotnictví, protože jsou v přímém kontaktu s pacienty, kteří mohou být v akutním psychickém rozrušení nebo pod vlivem psychoaktivních látek (Bezpečí v psychiatrii, 2026).

Zajištění bezpečnosti personálu vyžaduje kombinaci organizačních, technických a vzdělávacích opatření. Mezi základní organizační opatření patří dostatečný počet zdravotnického personálu na oddělení, jasně definované postupy pro řešení krizových situací a dostupnost podpory ze strany ostatních členů týmu. Technická opatření mohou zahrnovat například signalizační systémy, bezpečnostní tlačítka, kamerové systémy nebo vhodné prostorové uspořádání oddělení (Kolářová, 2025).

Důležitou součástí prevence pracovního násilí je také vzdělávání zdravotnického personálu. Sestry by měly být pravidelně školeny v oblasti prevence agresivního chování, deeskalačních technik a bezpečného zvládnání krizových situací. Tyto znalosti a dovednosti mohou významně snížit riziko zranění a přispět k efektivnímu zvládnání konfliktů (Kolářová, 2025).

Současně je důležité podporovat psychickou pohodu zdravotnického personálu. Práce v prostředí s vyšším rizikem agresivního chování může být psychicky náročná a dlouhodobé vystavení stresovým situacím může vést k syndromu vyhoření. Podpora ze strany vedení,

možnost supervize a týmová spolupráce proto představují důležité faktory, které přispívají k bezpečnému a stabilnímu pracovnímu prostředí (Kolářová, 2025).

Bezpečnost zdravotnického personálu úzce souvisí také s prevencí pracovních úrazů, které mohou vzniknout v důsledku agresivního chování pacientů. Mezi nejčastější rizika patří fyzické napadení, poranění při manipulaci s pacientem nebo zranění vzniklá při použití restriktivních opatření. Prevence těchto situací zahrnuje dodržování standardizovaných postupů, využívání týmové spolupráce při zvládnutí krizových situací a správné techniky manipulace s pacientem. Důležité je také včasné rozpoznání varovných signálů agrese a snaha o její deeskalaci ještě před vznikem fyzického konfliktu (Raboch, Pavlovský, 2020).

Vedle fyzické bezpečnosti je nutné věnovat pozornost i psychické zátěži zdravotnického personálu. Dlouhodobé vystavení stresovým a konfliktním situacím může vést k rozvoji syndromu vyhoření, který se projevuje emocionálním vyčerpáním, sníženou empatií a poklesem pracovního výkonu. Prevence syndromu vyhoření zahrnuje zejména podporu ze strany vedení, možnost supervize, dostatečný odpočinek a funkční týmovou spolupráci. Tyto faktory přispívají nejen k ochraně zdraví zdravotnických pracovníků, ale také ke zvýšení kvality poskytované péče a bezpečnosti pacientů (Orel, 2020).

2 Výzkumná část

Výzkumná část této bakalářské práce navazuje na teoretická východiska zaměřená na problematiku násilného chování u psychiatrických pacientů a roli všeobecných sester v jeho prevenci. Zatímco teoretická část shrnuje poznatky z odborné literatury, výzkumná část se zaměřuje na zjištění, jak je tato problematika vnímána a realizována v klinické praxi. V této kapitole je tedy popsána zvolená metodika výzkumu, po níž následuje prezentace získaných výsledků. Ty jsou následně interpretovány a diskutovány v kontextu odborné literatury a teoretických východisek.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat efektivní strategie, které snižují riziko agresivního jednání v rámci ošetrovatelské péče.

Na základě stanoveného cíle byly formulovány následující výzkumné otázky:

VO1: Jak vnímají všeobecné sestry svou roli v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů?

VO2: Jaké strategie a komunikační techniky používají všeobecné sestry ke snížení rizika agresivního chování?

VO3: Které ošetrovatelské postupy považují všeobecné sestry za nejefektivnější v prevenci agresivního chování?

VO4: Jaké faktory podle všeobecných sester přispívají ke vzniku/ zvýšení agresivního chování u pacientů?

2.2 Metodika výzkumu

Před zahájením sběru dat byl návrh dotazníku konzultován s vedoucím bakalářské práce za účelem posouzení jeho obsahové validity a srozumitelnosti. Na základě připomínek došlo k úpravě formulací některých položek a zpřehlednění struktury dotazníku. Upravená verze dotazníku byla následně použita ve vlastním výzkumném šetření.

Výzkumné šetření v rámci této bakalářské práce je zaměřeno na zjištění, jak všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a jaké postupy a strategie v této oblasti využívají. Současně se zaměřuje na identifikaci faktorů, které podle jejich zkušeností přispívají ke vzniku či eskalaci agresivního chování.

Pro naplnění stanoveného cíle byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie, realizovaná prostřednictvím dotazníkového šetření. Tento přístup byl zvolen s ohledem na potřebu získat strukturovaná data od většího počtu respondentů a umožnit jejich následné statistické zpracování a přehlednou interpretaci. Kvantitativní výzkum umožňuje porovnávat jednotlivé proměnné, identifikovat četnosti výskytu sledovaných jevů a formulovat obecnější závěry vztahující se k praxi všeobecných sester.

Jako nástroj sběru dat byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen na základě poznatků uvedených v teoretické části práce a s ohledem na stanovené výzkumné otázky. Dotazník (viz Příloha A) obsahoval celkem 25 otázek a byl rozdělen do několika tematických celků.

Úvodní část dotazníku obsahovala základní informace o účelu výzkumu, cíli bakalářské práce a pokyny k jeho vyplnění. Současně byli respondenti informováni o anonymitě a dobrovolnosti účasti. Vyplnění dotazníku nebylo časově omezeno a trvalo přibližně 5–10 minut.

Otázky č. 1 až 5 byly zaměřeny na základní demografické a profesní charakteristiky respondentů, jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, délka praxe v psychiatrii a typ pracoviště. Tyto údaje slouží k popisu výzkumného souboru a jsou dále prezentovány v kapitole 2.3.

K výzkumné otázce VO1 „*Jak vnímají všeobecné sestry svou roli v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů?*“ se vztahují otázky č. 6 až 11, které zjišťují subjektivní vnímání role sestry, četnost kontaktu s agresivním chováním a konkrétní činnosti, jež sestry považují za součást prevence.

K výzkumné otázce VO2 „*Jaké strategie a komunikační techniky používají všeobecné sestry ke snížení rizika agresivního chování?*“ se vztahují otázky č. 12 až 17. Tyto položky se zaměřují na rozpoznávání varovných signálů, využívané strategie, frekvenci používání terapeutické komunikace a deeskalačních technik a také na bariéry, které jejich využívání omezují.

K výzkumné otázce VO3 „*Které ošetřovatelské postupy považují všeobecné sestry za neefektivnější v prevenci agresivního chování?*“ se vztahují otázky č. 18 až 21, které se zabývají hodnocením efektivity jednotlivých postupů, frekvencí vyhodnocování rizika agrese a úrovní vzdělání v této oblasti.

K výzkumné otázce VO4 „*Jaké faktory podle všeobecných sester přispívají ke vzniku nebo zvýšení agresivního chování u pacientů?*“ se vztahují otázky č. 22 až 25. Tyto položky zjišťují jak obecné faktory a situace vedoucí k agresi, tak subjektivní pocit ohrožení sester a jejich názory na možnosti snížení výskytu agresivního chování.

Většina otázek byla koncipována jako uzavřená, přičemž u některých položek měli respondenti možnost volby více odpovědí. U vybraných otázek byla využita škálová forma odpovědí, která umožňuje vyjádřit míru souhlasu nebo četnost výskytu daného jevu.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinu respondentů tvořily všeobecné sestry a sestry specialistky pracující v oblasti psychiatrické péče. Výzkum byl realizován mezi zdravotnickými pracovníky působícími v rámci Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, čímž bylo zajištěno zaměření na konkrétní zdravotnické zařízení poskytující lůžkovou psychiatrickou péči. Výběr tohoto prostředí umožnil získat data z praxe, kde se zdravotnický personál pravidelně setkává s projevy agresivního chování pacientů.

Do výzkumu byli zařazeni respondenti na základě dvou základních kritérií, a to výkonu profese všeobecné sestry nebo sestry se specializací v psychiatrii a současného působení na psychiatrickém oddělení. Další kritéria pro zařazení do výzkumu nebyla stanovena, což umožnilo zapojení respondentů s různou délkou praxe, úrovní vzdělání i pracovním zařazením.

Oslovení respondentů probíhalo kombinovanou formou. Dotazník byl šířen elektronicky prostřednictvím profesních kontaktů a zároveň byl distribuován přímo na pracovištích v rámci uvedeného zdravotnického zařízení. Tento způsob sběru dat umožnil oslovit dostatečný počet respondentů a zajistit relevantní výzkumný soubor.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 135 respondentů, z toho 78 žen a 57 mužů (viz Tab. 1). Z hlediska věkové struktury bylo nejvíce zastoupeno rozmezí 36–45 let (48 respondentů) a 26–35 let (42 respondentů). Kategorie do 25 let zahrnovala 21 respondentů a ve věku 46–55 let bylo zastoupeno 24 respondentů (viz Tab. 2).

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Četnost	Četnost v %
Žena	78	57,8
Muž	57	42,2
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	Četnost	Četnost v %
Do 25 let	21	15,6
25-35 let	42	31,1
36-45 let	48	35,6
46-55 let	24	17,8
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Z hlediska dosaženého vzdělání převažovalo vyšší odborné vzdělání (54 respondentů), následované bakalářským vzděláním (48 respondentů). Středoškolské vzdělání uvedlo 30 respondentů a magisterské vzdělání 3 respondenti (viz Tab. 3). Možnost „jiné vzdělání“ nebyla využita žádným z účastníků.

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Četnost	Četnost v %
SZŠ	30	22,2
VOŠ	54	40,0
Bc.	48	35,6
Mgr.	3	2,2
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Délka praxe v oblasti psychiatrie byla u respondentů poměrně různorodá. Největší skupinu tvořili respondenti s praxí 11–20 let (42 respondentů), dále následovali respondenti s praxí 6–10 let (30 respondentů) a více než 20 let (30 respondentů). Kratší praxi 1–5 let uvedlo 27 respondentů a méně než 1 rok praxe mělo 6 respondentů (viz Tab. 4).

Tabulka 4: Délka praxe na psychiatrii

Délka praxe	Četnost	Četnost v %
Do 1 roku	6	4,4
1-5 let	27	20,0
6-10 let	30	22,2
11-20 let	42	31,1
20 a více let	30	22,2
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Z hlediska typu pracoviště byli respondenti nejčastěji zastoupeni z oblasti gerontopsychiatrie (60 respondentů). Dále se jednalo o zaměstnance akutních psychiatrických oddělení (24 respondentů), oddělení ochranného léčení (21 respondentů), oddělení léčby závislosti (15 respondentů) a psychoterapeutických oddělení (15 respondentů).

Tabulka 5: Odd., na nichž respondenti pracují

Odd.	Četnost	Četnost v %
Geronto	60	44,4
Akutní odd.	24	17,8
Ochranné léčby	21	15,6
Závislosti	15	11,1
Psychoterapeutické	15	11,1
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Typickým respondentem tohoto výzkumu byla žena ve věku 36–45 let, která pracuje v oblasti psychiatrické péče 11–20 let. Nejčastěji dosáhla vyššího odborného nebo bakalářského vzdělání a působí na gerontopsychiatrickém oddělení.

Výhodou zvoleného výzkumného prostředí bylo získání dat přímo z klinické praxe konkrétního zdravotnického zařízení, což zvyšuje autenticitu a relevanci získaných odpovědí. Určitým omezením může být nižší míra zobecnitelnosti výsledků na všechna psychiatrická pracoviště, jelikož výzkum byl realizován v rámci jednoho zařízení. Na druhou stranu relativně homogenní prostředí umožňuje hlubší porozumění zkoumané problematice a přesnější interpretaci výsledků v kontextu konkrétní praxe.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníkového průzkumu mezi všeobecnými sestrami a sestrami specialistkami pracujícími v oblasti psychiatrické péče. Sběr dat probíhal v rámci Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, a to se souhlasem ředitele zdravotnické instituce (viz Příloha B). Respondenti byli osloveni prostřednictvím profesních kontaktů a přímo na jednotlivých pracovištích. Při oslovení byli informováni o tématu bakalářské práce, cíli

výzkumu a podmínkách účasti. Součástí úvodního sdělení bylo také vysvětlení způsobu vyplnění dotazníku a ujištění o anonymitě a dobrovolnosti účasti.

Sběr dat probíhal v předem stanoveném časovém období od ledna 2026 do března 2026, během něhož měli respondenti dostatek času na vyplnění dotazníku. Dotazník byl distribuován v elektronické podobě přes online nástroj survio.com, i tištěné podobě, což umožnilo zapojení širšího spektra respondentů.

Z hlediska etických aspektů byl výzkum realizován v souladu se základními principy výzkumné etiky. Účast respondentů byla zcela dobrovolná a anonymní, přičemž nebyly shromažďovány žádné identifikační údaje, které by umožňovaly zpětnou identifikaci jednotlivých respondentů. Respondenti byli předem informováni o účelu výzkumu, způsobu využití získaných dat a o tom, že data budou použita výhradně pro účely zpracování bakalářské práce. Vyplněním dotazníku respondenti vyjádřili informovaný souhlas s účastí ve výzkumu.

Výzkum proběhl bez zásadních komplikací. Dotazník byl respondenty hodnocen jako srozumitelný a časově nenáročný. V průběhu zpracování dat však bylo nutné vyřadit některé dotazníky, které nespĺňovaly stanovená kritéria pro zařazení do výzkumu. Jednalo se zejména o případy, kdy dotazník vyplnili respondenti, kteří nepatřili do cílové skupiny výzkumu. Celkový počet validních dotazníků činil 135, které byly následně zahrnuty do dalšího zpracování a analýzy dat.

2.5 Zpracování získaných dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla shromažďována pomocí online nástroje survio.com, který umožňuje jejich automatický export do programu MS Excel. V tomto prostředí byla data následně zpracována a analyzována s využitím základních statistických postupů, zejména metod deskriptivní statistiky.

Výsledky analýzy jsou v následující části práce prezentovány přehledně podle jednotlivých položek dotazníku. Pro lepší srozumitelnost jsou data znázorněna pomocí tabulek, doplněných o slovní interpretaci. Relativní četnosti odpovědí jsou uváděny v procentech.

2.6 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky získané prostřednictvím dotazníkového šetření a jejich následné zpracování pomocí deskriptivní analýzy. Prezentovaná data se vztahují k jednotlivým položkám dotazníku, konkrétně k otázkám zaměřeným na výzkumné otázky této práce. Pro zajištění přehlednosti jsou výsledky uspořádány podle pořadí otázek v dotazníku. Zjištěná data jsou zobrazena formou tabulek, které jsou doplněny stručným komentářem a interpretací jednotlivých výsledků.

2.6.1 Vnímání role sester v prevenci násilného chování pacientů

Tato podkapitola se zaměřuje na vyhodnocení výzkumné otázky VO1, která se zabývá tím, jak všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů. Analýza vychází z odpovědí respondentů na otázky č. 6 až 11 dotazníku. Pozornost je věnována především subjektivnímu hodnocení významu role sestry, četnosti kontaktu s agresivním

chováním pacientů a identifikaci konkrétních činností, které sestry považují za součást prevence. Získané výsledky jsou dále prezentovány pomocí tabulek a doplněny o jejich interpretaci.

Na otázku, jak respondenti vnímají svou roli v prevenci agresivního chování pacientů, uvedla většina dotázaných, že ji považuje za významnou (viz Tab. 6). Nejčastěji byla role sestry hodnocena jako velmi významná (uvedlo 66 respondentů), následovaná odpovědí spíše významná (63 respondentů). Pouze malé procento respondentů uvedlo, že svou roli vnímá jako méně významnou (2,2 %) nebo nevýznamnou (2,2 %).

Tabulka 6: Význam role sestry v prevenci násilného chování

Míra významu	Četnost	Četnost v %
Velmi významná	66	48,9
Spíše významná	63	46,7
Méně významná	3	2,2
Nevýznamná	3	2,2
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

S výše uvedenými zjištěními korespondují i výsledky z následující otázky. Na otázku, zda respondenti souhlasí s tvrzením, že všeobecná sestra má zásadní roli v prevenci násilného chování pacientů, vyjádřila naprostá většina dotázaných souhlas (viz Tab. 7). Nejčastější odpovědí bylo rozhodně souhlasím (73,3 %), následované možností spíše souhlasím (uvedlo 30 respondentů, tj. 22,2 %). Pouze malé procento respondentů uvedlo odpověď nevím (2,2 %) nebo spíše nesouhlasím (2,2 %), přičemž možnost rozhodně nesouhlasím (0 %) nebyla zvolena žádným respondentem.

Tabulka 7: Souhlas s tvrzením o významu role sestry v prevenci násilného chování

Míra souhlasu	Četnost	Četnost v %
Rozhodně ano	99	73,3
Spíše ano	30	22,2
Nevím	3	2,2
Spíše ne	3	2,2
Rozhodně ne	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Další otázka zjišťovala, zda se respondenti setkávají s agresivním chováním u pacientů. Jak je patrné z Tab. 8, zde uvedla většina dotázaných kladnou zkušenost. Nejčastěji byla zvolena odpověď spíše ano (37,8 %), následovaná odpovědí rozhodně ano (33,3 %). Menší část respondentů uvedla, že se s agresivním chováním setkává spíše výjimečně, tedy spíše ne (28,9 %). Možnost ne nebyla zvolena žádným respondentem.

Tabulka 8: Zkušenosti s agresivním chování u pacientů

<i>Míra souhlasu</i>	<i>Četnost</i>	<i>Četnost v %</i>
Rozhodně ano	45	37,8
Spíše ano	51	33,3
Spíše ne	39	28,9
Rozhodně ne	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku, s jakou formou agrese se respondenti setkávají nejčastěji, bylo možné zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla uváděna fyzická agrese vůči zdravotnickému personálu (62,2 % respondentů). Dále respondenti uváděli sebepoškozování (uvedlo 36 respondentů) a fyzickou agresi vůči jiným pacientům (20,0 %). Méně často se objevovalo poškozování majetku (13,3 %) a nejméně byla zastoupena verbální agrese (8,9 % respondentů). Z výsledků (viz Tab. 9) vyplývá, že sestry se ve své praxi setkávají především s přímými formami agrese, které mohou představovat riziko pro bezpečnost zdravotnického personálu i pacientů.

Tabulka 9: Formy agrese, s nimiž se sestry setkávají

<i>Forma agrese</i>	<i>Četnost</i>	<i>Četnost v %</i>
Verbální agrese	12	8,9
Fyzická agrese vůči personálu	84	62,2
Fyzická agrese vůči jiným pacientům	27	20,0
Poškozování majetku	18	13,3
Sebepoškozování	36	26,7

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku zaměřenou na frekvenci aktivního sledování změn chování pacientů s cílem předcházet agresi uvedla většina respondentů, že tuto činnost provádí pravidelně (viz Tab. 10). Nejčastější odpovědí bylo často (46,7 %), následované možností vždy (28,9 %). Menší část respondentů uvedla odpověď občas (24,4 %). Možnosti zřídka (0 %) a nikdy (0 %) nebyly zvoleny žádným respondentem.

Tabulka 10: Aktivní sledování změn chování u pacientů

<i>Sledování změn</i>	<i>Četnost</i>	<i>Četnost v %</i>
Vždy	39	28,9
Často	63	46,7
Občas	33	24,4
Zřídka	0	0
Nikdy	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Výsledky tedy naznačují, že většina sester aktivně sleduje změny v chování pacientů a snaží se tak předcházet vzniku agresivních situací.

Na otázku, které činnosti považují respondenti za součást své role v prevenci agresivního chování, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Všichni respondenti uvedli sledování chování pacienta (100,0 %) jako důležitou součást své práce (viz Tab. 11). Velmi vysoké zastoupení měla také komunikace s pacientem (95,6 %) a identifikace rizikových situací (80,0 %).

Dále respondenti uváděli spolupráci s týmem (75,6 %) a deeskalaci konfliktů (66,7 %). Nejnížší zastoupení měla činnost zajištění bezpečnosti prostředí (53,3 %), je však nutné, že i takto ji uvedla více jak polovina respondentů. Možnost „jiné“ nebyla využita žádným respondentem.

Tabulka 11: Činnosti sestry v rámci prevence agrese

Činnosti	Četnost	Četnost v %
Sledování chování pacienta	135	100
Identifikace rizikových situací	108	80,0
Komunikace s pacientem	129	95,6
Deeskalace konfliktů	90	66,7
Zajištění bezpečnosti prostředí	72	53,3
Spolupráce s týmem	102	75,6

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Výsledky tedy ukazují, že sestry vnímají svou roli v prevenci agrese jako komplexní a zahrnující více vzájemně propojených činností. Dominantní postavení má zejména sledování chování pacientů a komunikace, současně je patrná důležitost týmové spolupráce a aktivního přístupu k řešení rizikových situací.

2.6.2 Strategie a komunikační techniky sester v prevenci násilného chování pacientů

Tato podkapitola se zaměřuje na vyhodnocení výzkumné otázky VO2, která zkoumá, jaké strategie a komunikační techniky využívají všeobecné sestry ke snížení rizika agresivního chování u psychiatrických pacientů. Analýza vychází z odpovědí respondentů na otázky č. 12 až 17 dotazníku.

Pozornost je věnována především schopnosti sester rozpoznávat varovné signály agrese, využívaným preventivním strategiím a frekvenci používání terapeutické komunikace a deeskalačních technik. Současně jsou zkoumány také bariéry, které mohou efektivní využívání těchto postupů v praxi omezovat.

Na otázku, jaké varovné signály možného agresivního chování respondenti u pacientů nejčastěji rozpoznávají, měli možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byl uváděn zvýšený neklid a agitovanost (uvedlo 95,6 % výzkumného souboru). Velmi často respondenti zaznamenávají také verbální výhrůžky nebo nadávky (80,0 %) a zvýšený tón hlasu či křik (75,6 %).

Mezi další často rozpoznávané projevy patří změny mimiky, například napjatý výraz či projevy hněvu uvedlo 99 respondentů ze 135, odmítání spolupráce pak 96 respondentů a paranoidní

nebo vztahovačné myšlenky 90 dotázaných (viz Tab. 12). Respondenti dále uváděli napětí těla (62,2 % výzkumného souboru) a neklidnou motoriku (57,8 %). Méně často byly zaznamenávány porušování pravidel oddělení (40,0 %) a náhlé změny nálady (37,8 %). Možnost „jiné“ nebyla zvolena žádným respondentem. Z výsledků vyplývá, že sestry dokážou rozpoznat široké spektrum varovných signálů agresivního chování, přičemž největší důraz kladou na změny v chování a verbální projevy pacientů.

Tabulka 12: Varovné signály agresivního chování

Varovné signály	Četnost	Četnost v %
Zvýšený neklid a agitovanost	129	95,6
Zvýšený tón hlasu, křik	102	75,6
Verbální výhrůžky nebo nadávky	108	80,0
Změny mimiky (např. napjatý výraz, hněv)	99	73,3
Napětí těla (zatínání pěstí, zrychlené pohyby)	84	62,2
Neklidná motorika (přecházení, neposednost)	78	57,8
Odmítání spolupráce	96	71,1
Náhlé změny nálady	51	37,8
Paranoidní nebo vztahovačné myšlenky	90	66,7
Porušování pravidel oddělení	54	40,0
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Další položkou dotazníku bylo zjišťováno, jaké strategie dotázané všeobecné sestry nejčastěji využívají ke snížení rizika agresivního chování. I zde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla uváděna spolupráce s lékařem při úpravě medikace (uvedlo 93,3 % výzkumného souboru), zvýšený dohled nad pacientem (84,4 %) a týmová spolupráce (80,0 %). Jak prezentuje Tab. 13, velmi významné zastoupení měla také terapeutická komunikace (82,2 % výzkumného souboru).

Tabulka 13: Strategie ke snížení rizika agrese

Strategie	Četnost	Četnost v %
Terapeutická komunikace	111	82,2
Deeskalační technik	69	51,1
Zvýšený dohled nad pacientem	114	84,4
Spolupráce s lékařem při úpravě medikace	126	93,3
Týmová spolupráce	108	80,0
Úprava prostředí oddělení	27	20,0
Zapojení pacienta do aktivit	42	31,1
Stanovení hranic	81	60,0
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Dále respondenti uváděli stanovení hranic (60,0 %) a deeskalační techniky (51,1 %). Méně často byly využívány strategie jako zapojení pacienta do aktivit (uvedlo 42 respondentů, tj. 31,1 % z výzkumného souboru) a úprava prostředí oddělení (20,0 %). Možnost „jiné“ nebyla zvolena žádným respondentem.

Z výsledků vyplývá, že sestry při prevenci agresivního chování využívají kombinaci klinických, organizačních i komunikačních přístupů. Vedle farmakologických a režimových opatření má významné postavení také terapeutická komunikace a týmová spolupráce, které představují důležité nástroje prevence v každodenní praxi.

Na otázku zaměřenou na frekvenci využívání terapeutické komunikace při práci s pacienty uvedla většina respondentů, že ji využívá pravidelně. Nejčastěji byla zvolena odpověď často (37,8 %), dále vždy (28,9 %) a občas (28,9 %). Pouze malé procento respondentů uvedlo odpověď zřídka (4,4 %), přičemž možnost nikdy (0 %) nebyla zvolena žádným respondentem (viz Tab. 14).

Tabulka 14: Terapeutická komunikace

Využívání terapeutické komunikace	Četnost	Četnost v %
Vždy	39	28,9
Často	51	37,8
Občas	39	28,9
Zřídka	6	4,4
Nikdy	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Následující otázka zjišťovala, jaké konkrétních komunikační techniky všeobecné sestry v rámci deeskalace a prevence násilného chování u pacientů využívají. I zde měli respondenti možnost označit více odpovědí. Jak prezentuje Tab. 15, nejčastěji byl uváděn klidný tón hlasu (95,6 %), dále empatie (91,1 %) a aktivní naslouchání (88,9 %). Významné zastoupení měla také technika stanovení hranic (64,4 %).

Tabulka 15: Využívané komunikační techniky v rámci deeskalace

Komunikační techniky	Četnost	Četnost v %
Aktivní naslouchání	120	88,9
Klidný tón hlasu	129	95,6
Empatie	123	91,1
Stanovení hranic	87	64,4
Přesměrování pozornosti	57	42,2
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Méně často byla využívána technika přesměrování pozornosti (42,2 %). Možnost „jiné“ nebyla zvolena žádným respondentem. Z výsledků vyplývá, že sestry při deeskalaci využívají především základní komunikační dovednosti zaměřené na uklidnění situace a podporu vztahu s pacientem.

Na otázku zaměřenou na frekvenci využívání deeskalačních technik uvedli respondenti různou míru jejich využívání v praxi (viz Tab. 16). Nejčastější odpovědí bylo občas (46,7 %), následované možnostmi pravidelně (26,7 %) a často (24,4 %). Pouze malé procento respondentů uvedlo odpověď zřídka (2,2 %), přičemž možnost nikdy (0 %) nebyla zvolena žádným respondentem. Z výsledků tedy vyplývá, že deeskalační techniky jsou v praxi využívány, avšak ne vždy pravidelně.

Tabulka 16: Četnost využívání deeskalačních technik v praxi

Využívání deeskalice	Četnost	Četnost v %
Pravidelně	36	26,7
Často	33	24,4
Občas	63	46,7
Zřídka	3	2,2
Nikdy	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku týkající se bariér, které brání efektivnímu využívání komunikačních technik, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byly uváděny vysoká pracovní zátěž a stres (uvedlo 75,6 % výzkumného souboru) a akutní psychický stav pacienta, například psychóza či agitovanost (75,6 %). Jak prezentuje Tab. 17, významnými faktory byly také neochota pacienta ke spolupráci (uvedlo 64,4 % výzkumného souboru) a nedostatek personálu (62,2 %).

Tabulka 17: Bariéry efektivní komunikace

Bariéry komunikace	Četnost	Četnost v %
Nedostatek času na komunikaci	69	
Nedostatek personálu	84	62,2
Vysoká pracovní zátěž / stres	102	75,6
Nedostatečné vzdělání v oblasti komunikace a deeskalice	33	
Nedostatek zkušeností	15	
Nevhodné prostředí oddělení (hluk, přelidnění apod.)	33	
Akutní psychický stav pacienta (např. psychóza, agitovanost)	102	75,6
Neochota pacienta ke spolupráci	87	64,4
Jazyková bariéra	21	
Nedostatečná podpora ze strany vedení	9	
Nedostatečná spolupráce v týmu	33	
Jiné		

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Dále respondenti uváděli nedostatek času na komunikaci (51,1 %), nedostatečné vzdělání v oblasti komunikace a deeskalice (24,4 %) a nevhodné prostředí oddělení (24,4 %). Menší

zastoupení měly bariéry jako nedostatečná spolupráce v týmu (24,4 %), jazyková bariéra (15,6 %), nedostatek zkušeností (11,1 %) a nedostatečná podpora ze strany vedení (6,7 %).

Z výsledků vyplývá, že efektivní využívání komunikačních a deeskalačních technik je ovlivněno nejen individuálními dovednostmi sester, ale především organizačními a systémovými faktory. Významnou roli hraje také aktuální psychický stav pacienta, který může výrazně limitovat možnosti komunikace.

2.6.3 Ošetřovatelské postupy v prevenci násilného chování pacientů

Tato podkapitola se zaměřuje na vyhodnocení výzkumné otázky VO3, která zkoumá, které ošetřovatelské postupy považují všeobecné sestry za nejefektivnější v prevenci agresivního chování u psychiatrických pacientů. Analýza vychází z odpovědí respondentů na otázky č. 18 až 21 dotazníku. Pozornost je věnována zejména hodnocení efektivity jednotlivých ošetřovatelských postupů, frekvenci vyhodnocování rizika agresivního chování a také úrovni znalostí a vzdělávání sester v této oblasti.

Na otázku, jak často respondenti vyhodnocují riziko agresivního chování u pacientů, uvedla většina dotázaných, že tuto činnost provádí spíše nepravidelně. Nejčastější odpovědí bylo občas (zvolilo 48,9 % výzkumného souboru), následované možností často (24,4 %) a vždy (20,0 %). Pouze malé procento respondentů uvedlo odpověď zřídka (4,4 %), přičemž možnost nikdy nebyla zvolena žádným respondentem.

Výsledky (viz Tab. 18) naznačují, že vyhodnocování rizika agresivního chování je v praxi realizováno, avšak ne vždy systematicky a pravidelně, což může mít vliv na včasné zachycení rizikových situací.

Tabulka 18: Frekvence vyhodnocování rizik

Vyhodnocování rizik	Četnost	Četnost v %
Vždy	27	20,0
Často	33	24,4
Občas	66	48,9
Zřídka	6	4,4
Nikdy	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku týkající se nejefektivnějších ošetřovatelských postupů v prevenci agrese měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byla uváděna včasná identifikace rizikových situací (uvedlo 93,3 % výzkumného souboru). Významné zastoupení měly také terapeutická komunikace (80,0 %) a farmakologická intervence (80,0 %). Grafické znázornění rozložení odpovědí respondentů je prezentováno v Tab. 19.

Dále respondenti označovali individuální přístup (77,8 %) a zvýšený dohled nad pacientem (77,8 %). Často byla uváděna také spolupráce s týmem (66,7 %) a deeskalační techniky (60,0 %). Méně často byly za efektivní považovány postupy jako zajištění bezpečného prostředí (64,4 %) a úprava prostředí oddělení (22,2 %). Lze tedy shrnout, že dotázané všeobecné sestry považují

za nejefektivnější kombinaci včasné identifikace rizika, komunikačních a klinických postupů. Důraz je kladen jak na individuální práci s pacientem, tak na spolupráci v rámci zdravotnického týmu.

Tabulka 19: Efektivita ošetřovatelských postupů

Oše postupy	Četnost	Četnost v %
Včasná identifikace	126	93,3
Bezpečné prostředí	87	64,4
Individuální přístup	105	77,8
Terapeutická komunikace	108	80,0
Deeskalační techniky	81	60,0
Zvýšený dohled	105	77,8
Úprava prostředí	30	22,2
Spolupráce s týmem	90	66,7
Farmakologická intervence	108	80,0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku, zda respondenti považují své znalosti a dovednosti v oblasti prevence a deeskalace agresivního chování za dostatečné, uvedla většina dotázaných kladné hodnocení. Nejčastější odpovědí bylo spíše ano (64,4 %), následované možností rozhodně ano (20,0 %). Menší část respondentů zvolila odpověď nevím (8,9 %) nebo spíše ne (4,4 %), přičemž možnost ne (0 %) nebyla zvolena žádným respondentem. Jak tedy ukazuje Tab. 20, sestry obecně vnímají své kompetence v oblasti prevence agrese jako dostatečné, přesto se u části respondentů objevuje určitá míra nejistoty.

Tabulka 20: Vnímání vlastních znalostí

Znalosti	Četnost	Četnost v %
Rozhodně ano	27	20,0
Spíše ano	87	64,4
Nevím	12	8,9
Spíše ne	6	4,4
Ne	0	0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Poslední otázkou, jenž nám sloužila k vyhodnocení třetí výzkumné otázky bylo zjišťováno, zda dotázané všeobecné sestry absolvovaly školení v oblasti prevence agresivního chování. Většina respondentů uvedla, že již byla v této oblasti vzdělávána. Nejčastěji byla zvolena odpověď ano, pouze jednou (44,4 %), následovaná možností ano, opakovaně (35,6 %). Celkem 20,0 % respondentů uvedlo, že žádné školení neabsolvovalo (viz Tab. 21).

Tabulka 21: Frekvence vyhodnocování rizik

Vyhodnocování rizik	Četnost	Četnost v %
Ano, pouze jednou	60	44,4
Ano, opakovaně	48	35,6
Ne	27	20,0
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Z výsledků vyplývá, že většina sester má zkušenost se vzděláváním v této oblasti, avšak u části respondentů chybí pravidelné nebo opakované školení, což může ovlivňovat jejich jistotu a efektivitu při zvládání agresivních situací.

2.6.4 Faktory přispívající ke vzniku násilného chování pacientů

Tato podkapitola se zaměřuje na vyhodnocení výzkumné otázky VO4, která zkoumá, jaké faktory podle všeobecných sester přispívají ke vzniku nebo zvýšení agresivního chování u psychiatrických pacientů. Analýza vychází z odpovědí respondentů na otázky č. 22 až 25 dotazníku.

Pozornost je věnována především identifikaci nejčastějších faktorů a situací vedoucích k agresi, dále subjektivnímu vnímání ohrožení ze strany sester a jejich názorům na možnosti snížení výskytu násilného chování. Výsledky jsou prezentovány formou tabulek a doplněny o jejich interpretaci.

Na otázku, jaké faktory podle respondentů přispívají ke zvýšení agresivního chování u pacientů, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Všichni respondenti označili psychický stav pacienta (100,0 %) jako nejvýznamnější faktor. Velmi často byla uváděna také špatná komunikace (uvedlo 73,3 % výzkumného souboru), intoxikace pacienta (66,7 %) a stresující prostředí (64,4 %). Grafické rozložení odpovědí respondentů prezentuje Tab. 22.

Tabulka 22: Faktory zvyšující riziko agrese

Faktory	Četnost	Četnost v %
Nedostatek personálu	57	42,2
Stresující prostředí	87	64,4
Špatná komunikace	99	73,3
Nedostatek aktivit	66	48,9
Intoxikace pacienta	90	66,7
Psychický stav pacienta	135	100,0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Dále respondenti uváděli nedostatek aktivit (48,9 %) a nedostatek personálu (42,2 %). Z výsledků je patrné, že sestry vnímají vznik agresivního chování jako multifaktoriální jev, přičemž zásadní roli hrají jak individuální faktory pacienta, tak organizační a environmentální podmínky.

Na otázku týkající se situací, které podle respondentů nejčastěji vedou k agresivnímu chování, měli respondenti opět možnost více odpovědí (rozložení jednotlivých odpovědí viz Tab. 23). Nejčastěji byla uváděna akutní psychický stav pacienta, například psychóza či agitovanost (95,6 %) a omezení osobní svobody, například zákaz odchodu nebo režimová opatření (93,3 %). Významně zastoupen byl také nesouhlas s léčbou nebo podání medikace (77,8 %).

Tabulka 23: Situace vedoucí k agresi

Situace	Četnost	Četnost v %
Konflikt s personálem	78	57,8
Konflikt s jiným pacientem	66	48,9
Omezení osobní svobody (např. zákaz odchodu, režimová opatření)	126	93,3
Podání medikace / nesouhlas s léčbou	105	77,8
Čekání nebo zpoždění (např. na léky, vyšetření)	24	17,8
Nedostatek informací nebo nepochopení situace	51	37,8
Změna prostředí nebo režimu	54	40,0
Pocit ohrožení nebo strachu	87	64,4
Akutní psychický stav (např. psychóza, úzkost, agitovanost)	129	95,6
Intoxikace nebo odvykávací stav	84	62,2
Nuda, nedostatek aktivit	27	20,0
Přetížené nebo hlučné prostředí oddělení	15	11,1
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Dále respondenti uváděli intoxikaci nebo odvykávací stav (62,2 %) a pocit ohrožení nebo strachu (64,4 %). Mezi další faktory patřily konflikt s personálem (57,8 %) a konflikt s jiným pacientem (48,9 %). Méně často byly uváděny situace jako změna prostředí nebo režimu (40,0 %), nedostatek informací nebo nepochopení situace (37,8 %), čekání nebo zpoždění (17,8 %), nuda a nedostatek aktivit (20,0 %) a přetížené nebo hlučné prostředí oddělení (11,1 %). Možnost „jiné“ nebyla zvolena žádným respondentem. Výsledky ukazují, že k agresivnímu chování pacientů přispívají především situace spojené s omezením autonomie, akutním zhoršením psychického stavu a konfliktními interakcemi.

Na otázku, jak často dochází na pracovišti respondentů k agresivním incidentům, uvedla většina dotázaných, že se tyto situace vyskytují spíše méně často. Nejčastější odpovědí bylo zřídka (42,2 %), následované možnostmi týdně (28,9 %) a měsíčně (24,4 %). Pouze malé procento respondentů uvedlo, že k agresivním incidentům dochází denně (4,4 %). Z výsledků tedy vyplývá, že i když jsou agresivní situace součástí psychiatrické péče, jejich frekvence se liší a ve většině případů nejsou každodenním jevem (viz Tab. 24).

Tabulka 24: Výskyt agresivních incidentů

Četnost incidentů	Četnost	Četnost v %
Denně	6	4,4
Týdně	39	28,9
Měsíčně	33	24,4
Zřídka	57	42,2
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Na otázku, zda se respondenti při práci cítí ohroženi agresivním chováním pacientů, uvedla většina dotázaných spíše negativní odpověď. Nejčastěji byla zvolena možnost spíše ne (57,8 %), následovaná odpověďmi spíše ano (22,2 %) a rozhodně ano (13,3 %). Menší část respondentů uvedla odpověď nevím (4,4 %) a pouze 2,2 % respondentů zvolilo možnost rozhodně ne (viz Tab. 25).

Tabulka 25: Pocit ohrožení v práci

Pocit ohrožení	Četnost	Četnost v %
Rozhodně ano	18	13,3
Spíše ano	30	22,2
Nevím	6	4,4
Spíše ne	78	57,8
Rozhodně ne	3	2,20
Suma	135	100

Zdroj: vlastní zpracování dle Borůvková, Dvořáková a Vojáčková (2021)

Výsledky tedy naznačují, že přestože se sestry setkávají s agresivním chováním pacientů, většina z nich se při své práci necítí výrazně ohrožena. Současně však nelze opomenout, že přibližně třetina respondentů určitou míru ohrožení pociťuje.

3 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat strategie, které přispívají ke snížení rizika agresivního jednání v ošetrovatelské praxi. Výsledky výzkumného šetření jsou v této kapitole interpretovány a porovnávány s poznatky odborné literatury a dostupných výzkumů.

Problematika agresivního chování v psychiatrické péči je dlouhodobě považována za významný faktor ovlivňující bezpečnost zdravotnického personálu i pacientů. Výzkumy (Bártová, Hajduchová, Prajsová; 2015) opakovaně potvrzují, že zdravotnický personál, zejména sestry, patří mezi nejvíce ohrožené skupiny z hlediska výskytu násilí na pracovišti. Z tohoto důvodu je prevence agresivního chování a role sester v této oblasti významným tématem současné psychiatrické péče

Diskuse k VO1: Jak vnímají všeobecné sestry svou roli v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů?

Výsledky této práce ukazují, že všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci násilného chování jako velmi významnou a nezastupitelnou. Tento závěr je v souladu s odbornou literaturou, která zdůrazňuje, že sestry jsou díky svému každodennímu kontaktu s pacienty v jedinečné pozici pro včasné rozpoznání rizikového chování a jeho prevenci. Podle Ramezanové et al. (2017) je agrese pacientů v nastavení duševní péče globální zdravotní problém s velkými psychologickými, fyzickými a ekonomickými důsledky. Proto je posílení postavení sestry ke zvládnutí tohoto agresivního chování důležitým krokem v psychiatrickém ošetrovatelství.

Z výsledků dále vyplývá, že agresivní chování pacientů je běžnou součástí práce sester v psychiatrické péči, přičemž nejčastěji se jedná o fyzickou agresi vůči zdravotnickému personálu. To odpovídá výsledkům zahraničních studií, které uvádějí vysokou prevalenci násilných incidentů v psychiatrické péči. Studie Basfr et al. (2019) potvrzuje, že agresivní chování pacientů představuje běžnou součást práce sester v psychiatrické péči. Tato skutečnost podtrhuje důležitost aktivního přístupu k prevenci a připravenosti zdravotnického personálu na zvládnutí rizikových situací. Dominance fyzické agrese vůči personálu, která byla zjištěna v tomto výzkumu, je částečně v rozporu s některými studiemi, které uvádějí častější výskyt verbální agrese. Tento rozdíl může být způsoben specifiky daného pracoviště nebo subjektivním vnímáním respondentů, kteří mohou fyzické útoky považovat za závažnější a lépe zapamatovatelné.

Sestry zároveň uvádějí, že se aktivně podílejí na prevenci agrese, zejména prostřednictvím pravidelného sledování chování pacientů, komunikace a identifikace rizikových situací. Významnou roli hraje také týmová spolupráce a využívání deeskalačních postupů. Celkově lze shrnout, že sestry si uvědomují význam své role v prevenci násilného chování a aktivně se podílejí na vytváření bezpečného terapeutického prostředí.

Diskuse k VO2: Jaké strategie a komunikační techniky používají všeobecné sestry ke snížení rizika agresivního chování?

Na základě získaných dat lze konstatovat, že všeobecné sestry využívají při prevenci agresivního chování široké spektrum strategií a komunikačních technik. Mezi nejvýznamnější patří terapeutická komunikace, spolupráce v týmu, zvýšený dohled nad pacientem a spolupráce

s lékařem při úpravě medikace. Tento závěr odpovídá doporučením odborné literatury, která zdůrazňuje význam multidisciplinárního přístupu a komunikace jako základního nástroje prevence agresivního chování (Zacharová, 2016).

Sestry prokazují schopnost rozpoznávat varovné signály agresivního chování, přičemž nejčastěji identifikují projevy neklidu, verbální agrese a změny v chování pacientů. Terapeutická komunikace je využívána pravidelně, stejně jako základní deeskalační techniky, jako je klidný tón hlasu, empatie a aktivní naslouchání.

Současně však výsledky poukazují na existenci významných bariér, které mohou efektivní využívání těchto postupů omezovat. Mezi nejvýznamnější patří vysoká pracovní zátěž, nedostatek personálu a náročný psychický stav pacientů. Tyto faktory mohou snižovat možnosti sester plně využívat preventivní a komunikační strategie v praxi. Tyto faktory jsou opakovaně uváděny i v zahraničních studiích jako zásadní překážky efektivní prevence agrese (Basfr et al., 2019). Výsledky tedy potvrzují, že problém není pouze na úrovni jednotlivce, ale i systému zdravotní péče. K obdobným závěrům dospěla i Ramezani et al. (2017), která ve svém výzkumu identifikovala tři kategorie a deset podkategorií jenž souvisí s násilným chováním ve zdravotnických zařízeních. Těmito faktory jsou neefektivní organizační politika (omezené lidské zdroje, povinné přesuny, nedostatek ochranných pomůcek, nedostatek motivačních jisker), nedostatečný růst pracovních míst (nerealizace vzdělávacích programů, nedostatečné úsilí o pracovní kompetence, nedostatek klinických pokynů) a nedostatky v organizační kultuře (nedostatečná autonomie a autorita, nedostatek kultury prevence, kultura viny a vina po incidentu).

Diskuse k VO3: Které ošetrovatelské postupy považují všeobecné sestry za nejefektivnější v prevenci agresivního chování?

Výsledky této práce ukazují, že všeobecné sestry považují za nejefektivnější ošetrovatelské postupy v prevenci agresivního chování především včasnou identifikaci rizikových situací, terapeutickou komunikaci, individuální přístup k pacientovi a spolupráci v rámci zdravotnického týmu. Významnou roli hraje také farmakologická intervence a zvýšený dohled nad pacientem.

Basfr et al. (2019) uvádí obdobně jako tento výzkum faktory vedoucích k agresi. V této práci byl jako nejvýznamnější faktor jednoznačně označen psychický stav pacienta, což odpovídá závěrům uvedené studie, která rovněž zdůrazňuje význam akutních psychiatrických symptomů jako významnému rizikového faktoru. Dále se výsledky shodují v oblasti organizačních faktorů, zejména nedostatku personálu a vysoké pracovní zátěže. Tyto faktory byly v této práci identifikovány jako významné bariéry efektivní prevence agrese. Studie rovněž upozorňuje na negativní dopad násilí na zdravotnický personál, což koresponduje s výsledky této práce, kde část respondentů uvedla, že se při práci cítí ohrožena. Tento pocit ohrožení může vést ke zvýšené psychické zátěži, stresu a případně i k syndromu vyhoření.

Z výsledků dále vyplývá, že vyhodnocování rizika agresivního chování není vždy prováděno systematicky, což může představovat určité riziko pro včasnou prevenci. Tento fakt potvrzuje význam zavedení standardizovaných postupů a pravidelného hodnocení rizika. Přesto většina sester hodnotí své znalosti a dovednosti v této oblasti jako dostatečné.

V neposlední řadě studie Basfr et al. (2019) zdůrazňuje význam vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence agresivního chování. Tento závěr podporuje i zjištění této práce,

podle nichž sice většina respondentů absolvovala určité školení, avšak ne vždy se jednalo o pravidelné vzdělávání. To poukazuje na potřebu systematického a kontinuálního vzdělávání, které by mohlo přispět ke zvýšení bezpečnosti na pracovišti.

V tomto kontextu lze zmínit i studii Bártové, Hajduchové a Prajsové (2015), které zdůrazňují význam standardizovaných postupů a pravidelného vzdělávání zdravotnického personálu. Autorky poukazují na to, že bezpečné zvládnání agresivních situací a používání restriktivních opatření je podmíněno znalostí standardů a jejich důsledným dodržováním. Tento závěr koresponduje s výsledky této práce, které ukazují na potřebu kontinuálního vzdělávání sester v oblasti prevence agrese.

Diskuse k VO4: Jaké faktory podle všeobecných sester přispívají ke vzniku/ zvýšení agresivního chování u pacientů?

Zde výsledky ukazují, že všeobecné sestry vnímají vznik agresivního chování u psychiatrických pacientů jako komplexní a multifaktoriální jev. Za nejvýznamnější faktor označují psychický stav pacienta, který byl uváděn všemi respondenty. Významnou roli hrají také špatná komunikace, intoxikace pacienta a stresující prostředí.

Zjištění, že omezení osobní svobody a nesouhlas s léčbou patří mezi nejčastější spouštěče agrese, odpovídá poznatkům odborné literatury, která zdůrazňuje význam autonomie pacienta a potřebu respektujícího přístupu. Situace spojené s omezením svobody mohou vyvolávat frustraci a pocit ohrožení, což může vést k agresivní reakci (Basfr et al., 2019).

Výsledky dále ukazují, že frekvence agresivních incidentů se na pracovištích liší, přičemž většina respondentů uvádí jejich spíše sporadický výskyt. Přesto se část sester při práci cítí ohrožena, což poukazuje na přetrvávající riziko spojené s výkonem profese v psychiatrické péči.

Celkově lze shrnout, že prevence agresivního chování vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen práci s pacientem, ale také zlepšení organizačních podmínek, komunikace a prostředí zdravotnického zařízení.

Závěrem této kapitoly je třeba uvést, že při interpretaci výsledků je nutné zohlednit několik limitů této studie. Výzkum byl realizován v rámci jednoho zdravotnického zařízení, což může omezovat zobecnitelnost výsledků na jiná psychiatrická pracoviště. Dále je třeba vzít v úvahu, že data byla získána pomocí dotazníkového šetření, které je založeno na subjektivním vnímání respondentů. Dalším omezením může být skutečnost, že dotazník neumožňuje hlubší vhled do individuálních zkušeností respondentů, jak by tomu bylo například u kvalitativního výzkumu. Výsledky tak poskytují spíše obecný přehled o zkoumané problematice.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření a jejich porovnání s odbornou literaturou lze formulovat několik návrhů a doporučení pro praxi, která mohou přispět ke snížení výskytu násilného chování u psychiatrických pacientů a ke zvýšení bezpečnosti zdravotnického personálu i pacientů.

Posílení vzdělávání zdravotnického personálu

Jedním ze zásadních zjištění této práce je skutečnost, že ačkoliv většina sester absolvovala školení zaměřené na prevenci agresivního chování, ne vždy se jednalo o systematické a pravidelné vzdělávání.

Doporučuje se proto zavedení pravidelných školení zaměřených na prevenci agrese, deeskalační techniky a terapeutickou komunikaci. Dále je vhodné využívání simulačních metod a modelových situací, které umožňují nácvik reálných krizových situací a podpora celoživotního vzdělávání v oblasti psychiatrického ošetřovatelství. Pravidelné vzdělávání může přispět ke zvýšení jistoty sester při zvládání agresivního chování a ke snížení rizika eskalace konfliktních situací.

Zavedení standardizovaných postupů a nástrojů

Výsledky ukázaly, že vyhodnocování rizika agresivního chování není vždy prováděno systematicky. Doporučuje se tedy zavedení standardizovaných nástrojů pro hodnocení rizika agrese (např. screeningové škály), vytvoření a důsledné dodržování standardů ošetřovatelské péče v oblasti prevence agresivního chování a v neposlední řadě pravidelná kontrola a aktualizace těchto postupů. Standardizace postupů může přispět k jednotnému a efektivnímu přístupu ke zvládání rizikových situací.

Podpora komunikace a terapeutického přístupu

Výzkum potvrdil význam terapeutické komunikace jako jednoho z hlavních nástrojů prevence agrese. Proto lze doporučit klást důraz na rozvoj komunikačních dovedností, zejména aktivního naslouchání, empatie a práce s emocemi. Nezbytné je podporovat individuální přístup k pacientovi a využívat deeskalační techniky jako první volbu při řešení konfliktních situací. Faktem je, že kvalitní komunikace může výrazně snížit riziko nedorozumění a následné eskalace agresivního chování.

Zlepšení personálních a organizačních podmínek

Výsledky taktéž poukazují na významné bariéry, jako je nedostatek personálu, vysoká pracovní zátěž a stresující pracovní prostředí. Zde je vhodné doporučit zajistit dostatečný počet zdravotnického personálu a optimalizovat organizaci práce a rozložení pracovních úkolů. Důležité je i vytvářet bezpečné a klidné prostředí na odděleních a podporovat týmovou spolupráci a komunikaci mezi členy týmu. Zlepšení pracovních podmínek může vést ke snížení stresu u personálu a tím i ke snížení rizika vzniku konfliktních situací.

Podpora bezpečnosti a prevence rizikových situací

S ohledem na skutečnost, že sestry se setkávají s agresivním chováním pacientů, je důležité věnovat pozornost i bezpečnosti zdravotnického personálu. V rámci doporučení pro praxi by bylo vhodné pravidelné vyhodnocování rizikových situací na pracovišti a zajištění bezpečnostních opatření (např. signalizační zařízení, možnost přivolání pomoci). Dále je třeba

podporovat otevřenou komunikaci o incidentech a jejich analyzování. V neposlední lze doporučit poskytování psychologické podpory zdravotnickému personálu po zvládnutí krizových situací.

Podpora komplexního přístupu k pacientovi

Výsledky ukázaly, že agresivní chování pacientů je ovlivněno řadou faktorů, zejména psychickým stavem, komunikací a prostředím. Vhodné je tedy uplatňovat bio-psycho-sociální přístup k pacientovi, zapojovat pacienty do terapeutických a aktivizačních činností, minimalizovat situace, které mohou vést k pocitu ohrožení nebo frustrace (např. nedostatek informací, dlouhé čekání), respektovat autonomii pacienta a podporovat jeho spolupráci. Komplexní přístup může přispět ke snížení napětí a rizika agresivního chování.

Na základě výsledků této práce lze konstatovat, že prevence násilného chování u psychiatrických pacientů vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje jak individuální kompetence zdravotnického personálu, tak systémová a organizační opatření. Zásadní roli v tomto procesu hrají všeobecné sestry, jejichž činnost významně ovlivňuje bezpečnost a kvalitu poskytované péče.

Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Role všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů“ měla za cíl zmapovat roli všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů a identifikovat strategie, které přispívají ke snížení rizika agresivního jednání v rámci ošetrovatelské péče.

Teoretická část práce se zaměřuje na vymezení pojmu násilného chování v kontextu psychiatrické péče, na jeho etiologii a rizikové faktory. Dále se věnuje kompetencím všeobecných sester v prevenci agrese, možnostem včasného rozpoznání varovných signálů, využití verbálních a neverbálních deeskalačních technik a významu multidisciplinární spolupráce. Součástí teoretického rámce je rovněž problematika bezpečnosti zdravotnického personálu a prevence pracovních úrazů souvisejících s agresivním chováním pacientů.

Výzkumná část práce prezentuje kvantitativní šetření realizované formou dotazníkového průzkumu mezi všeobecnými sestrami a sestrami specializovanými pracujícími na psychiatrických odděleních. Na základě získaných dat lze konstatovat, že všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci agresivního chování jako velmi významnou a nezastupitelnou.

Výsledky ukázaly, že sestry jsou si vědomy své odpovědnosti za včasné rozpoznání rizikového chování a aktivně se podílejí na jeho prevenci, zejména prostřednictvím sledování změn chování pacientů, komunikace a týmové spolupráce. Výzkum dále prokázal, že sestry využívají široké spektrum strategií a komunikačních technik, přičemž významnou roli hraje terapeutická komunikace, deeskalační postupy a spolupráce v rámci zdravotnického týmu. Současně však byly identifikovány významné bariéry, zejména nedostatek personálu, vysoká pracovní zátěž a náročný psychický stav pacientů, které mohou efektivní prevenci agresivního chování omezovat.

Za neefektivnější ošetrovatelské postupy byly označeny včasná identifikace rizikových situací, individuální přístup k pacientovi a terapeutická komunikace. Přesto bylo zjištěno, že vyhodnocování rizika agresivního chování není vždy prováděno systematicky a že vzdělávání v této oblasti není vždy pravidelné, což poukazuje na potřebu jeho dalšího rozvoje.

Výsledky rovněž potvrdily, že agresivní chování pacientů je ovlivněno řadou faktorů, především aktuálním psychickým stavem pacienta, komunikací, prostředím a organizačními podmínkami. Prevence tohoto chování proto vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje jak individuální práci s pacientem, tak zlepšení podmínek na pracovišti.

Na základě zjištěných výsledků byla formulována doporučení pro praxi, která se zaměřují zejména na posílení vzdělávání zdravotnického personálu, zavedení standardizovaných postupů, podporu terapeutické komunikace a zlepšení organizačních podmínek ve zdravotnických zařízeních.

Závěrem lze konstatovat, že role všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů je klíčová a její další rozvoj může významně přispět ke zvýšení bezpečnosti a kvality poskytované péče.

Seznam použité literatury

- BÁRTLOVÁ, Sylva; HAJDUCHOVÁ, Hana a PRAJSOVÁ, Jitka. Názory sester na bezpečnost pacientů v souvislosti s používáním omezovacích prostředků u pacientů v nemocnicích České republiky. *Kontakt* [online]. 2015, roč. 17, č. 2, s. e73–e79 [cit. 2026-02-18]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2015.04.001. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201502-0003_nazory-sester-na-bezpecnost-pacientu-v-souvislosti-s-pouzivanim-omezovacich-prostredku-u-pacientu-v-nemocnicich.php.
- BASFR, Wafa, et al. Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings. *Journal of Environmental and Public Health*. 2019, 2019, Article ID 1508275. [online]. [cit. 2026-03-23]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544070/>.
- Bezpečí v psychiatrii. *Verbální deescalace konfliktu*. [online]. [cit. 2026-02-13]. Dostupné z: <https://www.bezpecivpsychiatrii.cz/verbalni-deescalace-konfliktu/>.
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, z. s. *Systematický přístup ke vzdělávání v prevenci a deescalaci agresivního jednání v ČR: strategický dokument* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2025 [cit. 2025-12-28]. Dostupné z: https://www.bezpecivpsychiatrii.cz/wp-content/uploads/2025/04/strategyreport_final.pdf.
- ČSN ISO 690 (01 0197) *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. 3. vyd. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. Česká technická norma.
- GAYNES, Bradley N. et al. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services* [online]. 2017, roč. 68, č. 8, s. 819–831 [cit. 2026-03-13]. DOI: 10.1176/appi.ps.201600314. Dostupné z: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1176/appi.ps.201600314>.
- GIRÁSEK, Hunor, et al. *Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations* [online]. *World Journal of Psychiatry*, 2022, 12(1), s. 1–23 [cit. 2025-11-13]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8783168/>.
- GREGOROVÁ, Šárka: *Broset Violence Checklist a jeho používání na odděleních ARO*. [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2024 [cit. 2026-02-08]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/th/x1xtn/SG_Broset_Violence_Checklist_a_jeho_pouzivani_na_oddelenich_ARO_31032024_k77kk.pdf.
- HARSA, Pavel et al. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 1, s. 15–18 [cit. 2025-12-13]. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>.
- CHRISTENSEN, Scott S. et al. Reducing patient aggression through a nonviolent patient de-escalation program: A descriptive quality improvement process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. 2022, roč. 19, č. 4, s. 297–305 [cit. 2026-02-17]. DOI: 10.1111/wvn.12540. Dostupné z: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12540>.

- KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Cesta k bezpečnější psychiatrii. *Medical Tribune* [online]. 23. 1. 2025 [cit. 2026-02-02]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/vsechny-clanky/cesta-k-bezpecnejsi-psychiatrii/>.
- LUKASOVÁ, Marie. Právní pohled na používání omezovacích prostředků. In: *Omezovací prostředky v psychiatrii – příloha 6a* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2026-02-18]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40096/06a_Priloha%206a_pravni%20pohled%20na%20pouzivani%20OP.pdf.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Kvalitní a dostupná psychiatrická péče je prioritou Ministerstva zdravotnictví i České psychiatrické společnosti* [online]. 12. 5. 2023 [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/kvalitni-a-dostupna-psychiaticka-pece-je-prioritou-ministerstva-zdravotnictvi-i-ceske-psychiaticke-spolecnosti/>.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.
- PAVLAS MARTANOVÁ, Veronika. Rizikové a protektivní faktory v primární prevenci. In: *Národní pedagogický institut České republiky* [online]. Praha: NPI ČR, 2014 [cit. 2026-01-13]. Dostupné z: <https://archiv-nuv.npi.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/rizikove-a-protektivni-faktory-v-primarni-prevenci.html>.
- PEKARA, Jaroslav et al. *Potřeba prevence a managementu agresivního chování na lůžkových psychiatrických pracovištích poskytujících akutní péči*. NIKEZ – Národní institut kvality a excelence zdravotnictví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2026-03-13]. Dostupné z: <https://nikez.mzcr.cz/guideline/410-potreba-prevence-a-managementu-agresivniho-chovani-na-luzkovych-psychiatickych-pracovistich-poskytujicich-akutni-peci/>.
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4236-6.
- RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.
- RAMEZANI, Tahereh; GHOLAMZADEH, Sakineh; TORABIZADEH, Camellia; SHARIF, Farkhondeh a AHMADZADEH, Laaya. Challenges of nurses' empowerment in the management of patient aggression: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017, roč. 14, č. 11. [online]. [cit. 2026-04-01]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5684791/>.
- ROSENBERG, Marshall B. *Nenásilná komunikace v praxi*. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1651-3.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

VÝROST, Josef a SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vyd. Přeložil Ivan SLAMĚNÍK. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

Přílohy

Příloha A: Dotazník.....	53
Příloha B: Povolení k výzkumu	58

Příloha A: Dotazník

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Jaroslav Lesina a studuji na Vysoké škole polytechnické Jihlava obor Všeobecné ošetřovatelství. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Role všeobecných sester v prevenci násilného chování u psychiatrických pacientů“.

Cílem tohoto dotazníkového šetření je zjistit, jak všeobecné sestry vnímají svou roli v prevenci agresivního chování, jaké ošetřovatelské postupy a strategie využívají v praxi a které faktory podle jejich zkušeností přispívají ke snížení výskytu násilného chování u pacientů.

Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou využita výhradně pro účely zpracování bakalářské práce. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a zabere přibližně 5–10 minut. Prosím, odpovídejte co nejupřímněji podle Vašich zkušeností z praxe.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu podílet se na tomto výzkumu.

S pozdravem

Jaroslav Lesina

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž
 - c) nechci uvádět
2. Do jaké věkové kategorie spadáte?
 - a) do 25 let
 - b) 26–35 let
 - c) 36–45 let
 - d) 46–55 let
 - e) 56 a více
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) střední zdravotnická škola – všeobecná sestra
 - b) vyšší odborné vzdělání
 - c) bakalářské vzdělání
 - d) magisterské vzdělání
 - e) jiné, prosím uveďte
4. Jak dlouho pracujete na psychiatrii?
 - a) méně než 1 rok
 - b) 1–5 let
 - c) 6–10 let
 - d) 11–20 let
 - e) více než 20 let

5. Na jakém typu pracoviště aktuálně pracujete?
 - a) akutní psychiatrické oddělení
 - b) psychoterapeutické oddělení
 - c) léčba závislostí
 - d) gerontologické oddělení
 - e) oddělení určené pro ochranné léčby
 - f) jiné, prosím uveďte
6. Jak vnímáte svou roli v prevenci agresivního chování pacientů?
 - a) velmi významná
 - b) spíše významná
 - c) méně významná
 - d) nevýznamná
7. Souhlasíte s tvrzením: „Všeobecná sestra má zásadní roli v prevenci násilného chování pacientů.“
 - a) rozhodně souhlasím
 - b) spíše souhlasím
 - c) nevím
 - d) spíše nesouhlasím
 - e) rozhodně nesouhlasím
8. Setkáváte se při své práci s agresivním chováním pacientů?
 - a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
9. S jakou formou agrese se setkáváte nejčastěji? (možno více odpovědí)
 - a) verbální agrese
 - b) fyzická agrese vůči personálu
 - c) fyzická agrese vůči jiným pacientům
 - d) poškozování majetku
 - e) sebepoškozování
10. Jak často aktivně sledujete změny chování pacientů s cílem předcházet agresi?
 - a) vždy
 - b) často
 - c) občas
 - d) zřídka
 - e) nikdy
11. Které činnosti považujete za součást své role v prevenci agrese? (více odpovědí)
 - a) sledování chování pacienta
 - b) identifikace rizikových situací
 - c) komunikace s pacientem
 - d) deescalace konfliktů

- e) zajištění bezpečnosti prostředí
- f) spolupráce s týmem
- g) jiné, prosím uveďte:

12. Jaké varovné signály možného agresivního chování rozpoznáváte u pacientů nejčastěji? (více odpovědí)

- a) zvýšený neklid a agitovanost
- b) zvýšený tón hlasu, křik
- c) verbální výhrůžky nebo nadávky
- d) změny mimiky (např. napjatý výraz, hněv)
- e) napětí těla (zatínání pěstí, zrychlené pohyby)
- f) neklidná motorika (přecházení, neposednost)
- g) odmítání spolupráce
- h) náhlé změny nálady
- i) paranoidní nebo vztahovačné myšlenky
- j) porušování pravidel oddělení
- k) jiné, prosím uveďte:

13. Jaké strategie nejčastěji využíváte ke snížení rizika agresivního chování? (více odpovědí)

- a) terapeutická komunikace
- b) deeskalační techniky
- c) zvýšený dohled nad pacientem
- d) spolupráce s lékařem při úpravě medikace
- e) týmová spolupráce
- f) úprava prostředí oddělení
- g) zapojení pacienta do aktivit
- h) stanovení hranic
- i) jiné, prosím uveďte

14. Jak často využíváte terapeutickou komunikaci při práci s pacienty?

- a) vždy
- b) často
- c) občas
- d) zřídka
- e) nikdy

15. Jaké komunikační techniky využíváte při deeskalaci? (více odpovědí)

- a) aktivní naslouchání
- b) klidný tón hlasu
- c) empatie
- d) stanovení hranic
- e) přesměrování pozornosti
- f) jiné, prosím uveďte:

16. Jak často využíváte deeskalační techniky v praxi?

- a) pravidelně
- b) často
- c) občas
- d) zřídka
- e) nikdy

17. Jaké bariéry bránící efektivně využívat komunikační techniky vnímáte? (více odpovědí)

- a) nedostatek času na komunikaci
- b) nedostatek personálu
- c) vysoká pracovní zátěž / stres
- d) nedostatečné vzdělání v oblasti komunikace a deescalace
- e) nedostatek zkušeností
- f) nevhodné prostředí oddělení (hluk, přelidnění apod.)
- g) akutní psychický stav pacienta (např. psychóza, agitovanost)
- h) neochota pacienta ke spolupráci
- i) jazyková bariéra
- j) nedostatečná podpora ze strany vedení
- k) nedostatečná spolupráce v týmu
- l) jiné, prosím uveďte:

18. Jak často vyhodnocujete riziko agresivního chování u pacientů?

- a) vždy
- b) často
- c) občas
- d) zřídka
- e) nikdy

19. Které ošetrovatelské postupy považujete za nejefektivnější v prevenci agrese? (více odpovědí)

- a) včasná identifikace
- b) bezpečné prostředí
- c) individuální přístup
- d) terapeutická komunikace
- e) deeskalační techniky
- f) zvýšený dohled
- g) úprava prostředí
- h) spolupráce s týmem
- i) farmakologická intervence

20. Myslíte si, že Vaše znalosti a dovednosti v rámci prevence a deescalace agresivního chování u pacientů jsou dostatečné?

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

- e) ne
21. Byli jste proškoleni v prevenci agresivního chování?
- a) ano, pouze jednou
 - b) ano, opakovaně
 - c) ne
22. Jaké faktory podle Vás přispívají ke zvýšení agresivního chování? (více odpovědí)
- a) nedostatek personálu
 - b) stresující prostředí
 - c) špatná komunikace
 - d) nedostatek aktivit
 - e) intoxikace pacienta
 - f) psychický stav pacienta
23. Jaké situace podle Vás nejčastěji vedou k agresi? (více odpovědí)
- a) konflikt s personálem
 - b) konflikt s jiným pacientem
 - c) omezení osobní svobody (např. zákaz odchodu, režimová opatření)
 - d) podání medikace / nesouhlas s léčbou
 - e) čekání nebo zpoždění (např. na léky, vyšetření)
 - f) nedostatek informací nebo nepochopení situace
 - g) změna prostředí nebo režimu
 - h) pocit ohrožení nebo strachu
 - i) akutní psychický stav (např. psychóza, úzkost, agitovanost)
 - j) intoxikace nebo odvykací stav
 - k) nuda, nedostatek aktivit
 - l) přetížené nebo hlučné prostředí oddělení
 - m) jiné, prosím uveďte:
24. Jak často dochází na Vašem pracovišti k agresivním incidentům?
- a) denně
 - b) týdně
 - c) měsíčně
 - d) zřídka
25. Cítíte se při práci ohroženi agresivním chováním pacientů?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne

Příloha B: Povolení k výzkumu