

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

KOMUNIKACE SESTRY S AGRESIVNÍM PACIENTEM

Bakalářská práce

Autor práce: Eliška Tušlová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Eliška Tušlová**

Studijní program: Ošetřovatelství

Obor: Všeobecná sestra

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Komunikace sestry s agresivním pacientem**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Bubláková

Konzultant práce: Mgr. Jana Bubláková

Cíl práce: zmapovat aspekty komunikace sestry s agresivním pacientem

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá komunikací všeobecné sestry s agresivním pacientem. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy jako komunikace, asertivita a agrese. Popisuje zásady efektivní komunikace a příčiny vzniku agresivního chování u pacienta. Výzkumná část se zaměřuje na aspekty ovlivňující komunikaci s agresivním pacientem z pohledu všeobecných sester pracujících na standardním lůžkovém oddělení a zároveň mapuje jejich znalosti a postupy při ošetřování agresivních jedinců. Metodika výzkumu je kvantitativní pomocí dotazníkového šetření ve FN Brno.

Klíčová slova

Komunikace; agresivita; asertivita

Abstract

The bachelor's thesis deals with the general nurse's communication with an aggressive patient. It is divided into a theoretical and a practical part. In the theoretical part, basic concepts such as communication, assertiveness and aggressiveness are defined. Describes the principles of effective communication and causes of aggressive patient's behaviour. The research part focuses on aspects influencing communication with an aggressive patient from the point of view of general nurses working in the standard departments, and at the same time maps their knowledge and procedures while treating aggressive individuals. The research methodology is quantitative using a questionnaire survey at FN Brno.

Keywords

Communication; aggression; assertiveness

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a 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/a jsem seznámen/a 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/a 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 24. dubna 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Bublákové, vedoucí bakalářské práce, za odborný dohled, cenné rady, trpělivost a vstřícnost. Dále děkuji kolektivu lktové jednotky, mé rodině a přátelům za podporu. Taktéž všem respondentům patří velké dík za vyplnění dotazníků.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam tabulek	9
Seznam zkratk	10
Úvod.....	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Komunikace	12
1.2 Komunikace v ošetrovatelství.....	13
1.3 Asertivita.....	14
1.4 Konflikt v komunikaci.....	15
1.5 Komunikace sestry s agresivním pacientem.....	18
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	22
2.2 Metodika výzkumu	22
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	22
2.4 Průběh výzkumu	23
2.5 Zpracování získaných dat.....	23
2.6 Výsledky dotazníkového šetření.....	24
3 Diskuze	47
3.1 Vyhodnocení výzkumných otázek	47
4 Doporučení pro praxi	54
Závěr	55
Seznam použité literatury.....	56
Seznam příloh.....	59

Seznam grafů

Graf č.1: Délka praxe na pozici Všeobecná sestra	24
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	25
Graf č.3: Pohlaví respondentů	26
Graf č. 4: Věk respondentů	27
Graf č. 5: Hodnocení vlastních znalostí	28
Graf č. 6: Hodnocení znalostí kolegyň.....	29
Graf č. 7: Informovanost o komunikaci s agresivním pacientem.....	30
Graf č. 8: Emoce sester při kontaktu s agresivním pacientem.....	31
Graf č. 9: Vyhodnocení popisu neverbálních signálů pacienta	32
Graf č. 10: Vyhodnocení neverbálních signálů pacienta	33
Graf č. 11: Nedostatek času	35
Graf č. 12: Vliv narůstající praxe na komunikaci s agresivním pacientem	36
Graf č. 13: Únava.....	37
Graf č. 14: Neefektivní komunikace na základě předsudků	38
Graf č. 15: Je kvalita vztahů na pracovišti zásadní pro efektivní komunikaci?	39
Graf č. 16: Reagovat agresivitou na agresivitu je vždy produktivní	43
Graf č. 17: Zpětná vazba.....	44
Graf č. 18: Standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta	45
Graf č. 19: Zájem o odborný seminář nebo školení	46

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Etiologie agrese.....	18
Tabulka č. 2: Informovanost o komunikaci s agresivním pacientem	30
Tabulka č. 3: Zásady verbální komunikace s agresivním pacientem.....	34
Tabulka č.4: Okolnosti ovlivňující komunikaci s agresorem.....	40
Tabulka č. 5: Postup v rámci prevence agresivního chování.....	41
Tabulka č. 6: Způsoby neverbální komunikace	42

Seznam zkratk

FN	Fakultní nemocnice
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
CNS	Centrální nervová soustava

Úvod

Je již známo, že agrese má v každém z nás alespoň minimální fyziologický základ, který je důležitý pro naši schopnost obrany. Také existují důkazy o učení se agresivním reakcím procesem výchovy, a možná proto jde o téma, které je celosvětově stále velmi aktuální. Bohužel většinou vystupňovaná agrese vede k fatálním událostem, o kterých následně čteme ve zprávách a slyšíme v rádiích a televizi. Agrese v nemocničním prostředí zde figuruje také poměrně často. Zdravotníci se však s agresivním chováním pacientů setkávají častěji, než si veřejnost může myslet, a i když vždy nedojde ke katastrofálním situacím, stále může způsobovat nebo se alespoň podílet na jejich demotivaci, emočním vyčerpání, depersonalizaci, strachu, depresi, podráždění nebo hůře syndromu vyhoření.

O komunikaci často slyším jako o velmi důležité schopnosti, kterou bychom jako sestry měly rozvíjet a učit se zásadám její efektivity celou svou praxí. Není to totiž vlastnost, kterou získáme. V péči o nemocné na dobré komunikaci záleží a vždy záležet bude. Náš přístup včetně komunikace je údajně nejčastější záležitost, kterou pacienti zmiňují v hodnocení péče. V souvislosti s agresivním chováním pacienta je komunikace první volba, kterou lze využít pro zklidnění nemocného a následnou pomoc.

Téma „komunikace sestry s agresivním pacientem“ jsem si vybrala, jelikož věřím v sílu komunikace, jak dobrou, tak špatnou. V praxi jsem si častokrát všimla situací, kdy právě komunikace sestry pacienta rozhořčila ještě více než byl původně. Pro mě byl kontakt s agresivním člověkem velmi stresující záležitostí. Živě si do teď pamatuji, jak mi bušilo srdce, když na mě pacient poprvé křičel. Po několika zkušenostech a přihlížení na chování kolegyní, které znaly deeskalační techniky se aktuálně cítím jistější. Ale chtěla jsem se o této problematice dozvědět více informací a ponořit se do ní hlouběji. Rozhodla jsem se tedy tuto oblast prozkoumat z pohledu ostatních sester. Také mě k výběru tématu motivoval MUDr. Radkin Honzák, který ve svépomocné příručce pro sestry (Honzák, 2015) zmiňuje, že právě rovina psychosociální je aktuálním problémem, hlavně co se týče toho, jak v roli sestry obstát a nezničit se. Jelikož v nás agresivita pacienta může podporovat pocit neúcty k našemu povolání je podle mě potřeba věnovat tomuto tématu větší pozornost a ujišťovat se o příčinách agrese, které převážně nekoření v naší osobě. Ale myslím si, že díky znalostem deeskalačních technik můžeme pacientům poskytnout péči obstojněji, bez výčitek a samy být spokojení.

Cílem práce je zmapovat aspekty komunikace sestry s agresivním pacientem. Záměrně jsem se rozhodla zjistit, jak si vedou v komunikaci sestry na standardních odděleních, kde je velké množství pacientů a není zde agresivní chování vždy na denním pořádku. Zaměřuji se na vědomosti a postupy, které by preferovaly a zároveň mapuji jejich pohled na faktory, které dle mého komunikaci sester ovlivňují na vysoké úrovni.

1 Současný stav problematiky

1.1 Komunikace

Komunikace má již nespočet definic a lze ji uchopit z různých úhlů pohledu. Radkin Honzák (2015) ji definuje slovy: „Komunikace je všechno!“ „Je už to, jak se tváříme, co říkáme, co děláme.“

Je procesem, kterým jedna osoba předává sdělení jiné. Z další perspektivy se definuje jako přenos a výměna informací v mluvené, psané, činnostní nebo obrazové formě. Slovo komunikace bylo odvozeno od latinského „communicare“, které může být v českém jazyce chápáno jako spojovat, svěřovat, společně sdílet. Tato souvislost napovídá tomu, že hraje nezastupitelnou roli v socializaci. Rozhodně i proto, že slouží jako nástroj k myšlení, čímž ovlivňuje mezilidské vztahy na vysoké úrovni (Zacharová, 2016).

Záměrem každé komunikace je vyvolat odpověď, a proto se komunikace považuje za děj. Dělíme ji na verbální a neverbální (Zacharová, 2017).

Základem **verbální komunikace** je výměna informací řečí. Význam řeči určují lidé pomocí slov. Slova mají velkou cenu a informační hodnotu. A může jít jak o mluvenou, tak i psanou formu (Zacharová, 2017). Její součástí je tzv. Paralingvistika – intonace, hlasitost a výška hlasu, pauzy v řeči, důrazy, rytmus, rychlost, vzdychy (Boukalová a kol, 2023).

Neverbální komunikace neboli komunikace beze slov má velmi bohatý obsah a zahrnuje jej:

- Haptika – dotyk (např. podání ruky, objetí, iniciální dotek,..)
- Kinezika – pohyby těla
- Gestika – pohyby rukou
- Mimika – pohyby obličeje
- Vizika – pohledy očí a oční kontakt
- Posturika – postoj celého těla
- Proxemika – vzdálenost komunikujících
- Chronemika – nakládání s časem při komunikaci

Neverbální komunikace bývá z cca 70 % ovlivněna emocemi. U pacientů se změněným vědomím (např. u syndromu demence a nitrolební hypertenze, v deliriu) až z 90 % minimálně (Kabelka, 2020). Neverbální signály bývají často nevědomé a lidé je velmi často považují za pravdivější vyjádření než slova (Hayesová, 2021). Ale neznamená to, že nejsme schopni je kontrolovat (Boukalová a kol, 2023).

Jaké množství informace je neseno formou verbální a jaké neverbální záleží na situaci. Některé zdroje uvádí, že neverbální tvoří až 93 %, jiné zase 66 %. Faktem je, že např. v situaci, kdy pouze kývneme hlavou může být i 100 % (Boukalová a kol, 2023).

1.2 Komunikace v ošetrovatelství

Komunikace je základem pro budování vztahu mezi pacientem a sestrou. Vede k ovlivňování, působení, usnadňování, porozumění, ale také napomáhá budovat důvěru, vysvětlovat a plánovat vyšetření a léčbu (Zacharová, 2016). Kvalitní ošetrovatelská péče si proto od zdravotníků žádá zcela speciální dovednosti a znalosti v oblasti komunikace a vztahů (Zacharová, 2017). Tato skutečnost by měla být motivací k celoživotnímu vzdělávání, avšak podle Kabelky (2020) je proces učení nových věcí u dospělých specifický tím, že navazují nové postupy a znalosti na dříve naučené, a proto se často mohou objevit obavy a nedůvěra.

1.2.1 Zásady efektivní komunikace s pacienty

Komunikace s pacientem má svá pravidla, která by měl mít na mysli každý zdravotník. Jejich stručný souhrn je následující.

Základem je **Komunikovat** s pacientem nejen neverbálně, ale i verbálně. Velmi často se zapomíná např. na informování pacienta před odkrytím nebo aplikací injekce (Honzák, 2015).

Za zmínku stojí **asertivita** jako celek. A **Vřelost**, jakožto zástupce veselosti, důvěryhodnosti, lidskosti, ochoty a tolerance, kterou kdybychom do ošetření nevložili, údajně by za nás mohl práci dělat i robot (Honzák, 2015).

Profesionalita zahrnující představení se při prvním kontaktu; slušnost; znalost problematiky o které hovoříme a schopnost srozumitelné edukace. Dbát na **neverbální projevy** vůči pacientovi. Intonace, gestikulace, výraz v obličeji a spousta dalších dávají jasně najevo názor, který bohužel nemusí být vždy v pozitivním naladění (Bednařík; Andrášiová, 2020).

Být **autentický a empatický**. Překonat své vlastní úzkosti a nejistoty, mít zdravou sebedůvěru, aby otevřenost vedla k získání důvěry. Snažit se pacienta pochopit a pochopení dávat najevo (Zacharová, 2017).

Pozorovat pacientovi reakce, jeho řeč těla a aktuální náladu. Popřípadě zareagovat na emoční projev pacienta, např. se na chvíli umlčet a dát protějšku prostor (Zacharová, 2017). Pokud bychom chtěli dojmy ze svého pozorování vyjádřit, vyvarujme se hodnocení a soudu, abychom nevyvolali v druhém pocity kritiky a nepochopení (Kabelka, 2020).

Na základě pozorování a získaných informací **přízpůsobovat rozhovor** pacientovi, jeho povaze, aktuálnímu rozpoložení, a zvláště specifickým skupinám pacientů. Jedná se především o dětské, handicapované, senilní, psychiatrické pacienty a pacienty se závažným onemocněním nebo pod vlivem návykových látek (Zacharová, 2016).

Ověřovat si, zda rozumíme skutečností, které klient vykládá. Pokládat otázky pro ujištění. Např.: „Chápu to správně, že se mi snažíte sdělit, že plánujete přerušit léčbu?“

Snažit se o **jednoduchost projevu**, což zahrnuje stručné a jasné věty, při kterých je vhodné podle možností udržovat oční kontakt a artikulovat, mluvit k věci a pomalu; vynechat nepodstatné informace. Se slovy zacházet uvážene, obrátě, uvědoměle, cíleně a lidsky; dále **omezovat odbornost** mluveného jazyka, kterému pacient nerozumí. Sestra by právě naopak měla pacientovi vysvětlovat nejasné pojmy a vždy si ověřit, zda nemocný vše pochopil a nechat prostor pro jeho dotazy (Zacharová, 2017).

Nedráždit pacienta direktivností, zvyšováním hlasu, skákáním do řeči, ironií, zesměšňováním, pohrdáním, výhrůzkami a familiárními výrazy (Honzák, 2015).

Zachovat **soukromí** při rozhovoru. Klid a nerušený prostor zajistí uvolnění pacienta a jeho otevřenost (Zacharová, 2017).

Úcta k pacientovi ve smyslu, že nemusíme souhlasit s pacientovým přístupem, ale akceptujeme jej takovým, jaký je (Zacharová, 2016). Dle Kabelky (2020): „Nesoudím, spíše radím.“ Nevhodné chování pacienta často může souviset s jeho zdravotními problémy a přičítat lidské chování povaze bez ohledu na situaci ve které se nachází je chyba (Hayesová, 2021).

Nevymlouvat se. Pokud si pacient přeje vysvětlení, je v pořádku svou příčinu chování vyjádřit a zároveň připustit svou zodpovědnost. Ale přehnané ospravedlňování může v pacientovi vzbudit dojem toho, že se vymlouváme (Hayesová, 2021).

1.3 Asertivita

Asertivita je dnes již vcelku rozšířený pojem, který byl převzatý z anglického „assert“ (tvrdit, prosazovat, uplatňovat, trvat na něčem). Jde o způsob jednání, při kterém jsme schopni prosadit se bez agresivních či manipulativních prvků, stát za svým, upřímně a přiměřeně vyjádřit pocity, myšlenky, postoje, přání a požadavky. A proto se považuje za poctivý komunikační styl, při němž dodržujeme práva svá i ostatních (Zacharová, 2016).

Jde i o uvědomění si, že smíme dělat chyby, ale je potřeba za ně nést odpovědnost. Cílem je zlepšení pozice ve světě, eventuálně získat autoritu, ne však na úkor druhých (Honzák, 2015). A chránit se před manipulačními praktikami jiných lidí (Zacharová, 2016). Pro zdravotníky je asertivita mimo jiné přínosem pro případy právních sporů s nemocným nebo jeho rodinou (Kabelka, 2020).

Asertivního jedince poznáme podle jeho schopnosti vytvářet podmínky pro otevřenou, jemnou komunikaci a tím kolem sebe šířit pohodu, klid a atmosféru spolupráce. Přesně a výstižně umí říct co chce. Má zdravé sebevědomí, naslouchá a nemá problém přistoupit na kompromis nebo dokonce změnit svůj názor. Je vždy sám sebou a jeho vztahy s ostatními nesou upřímnost a laskavost (Zacharová, 2016).

Asertivita se odráží od několika **základních prvků** neboli **práv** pro každého člověka. Právo **dělat chyby a být za ně zodpovědný**. Právě ve zdravotnické profesi je osvojení práva na chyby důležité, jelikož se občas ocitneme v komplikovaných situacích a přijetí odpovědnosti za pochybení bychom mohli mylně pociťovat jako vlastní neschopnost (Zacharová, 2016).

Právo **neospravedlňovat své postoje, rozhodnutí a chování**. Jednou z manipulačních pověr je právě fakt, že je skoro nutností druhým vysvětlovat své činy, a především pokud se neshodují s chováním ostatních. Vysvětlování totiž dává manipulátorovi množství informací pro jeho intriky. Zkrátka jde o právo mít svůj názor a nevysvětlovat proč (Honzák, 2015).

Umět přijmout odmítnutí a kritiku bez pocitu ponížení či urážky je prvek vztahující se k právu **být nezávislý na dobré vůli jiných**. Pokud si někdo přehnaně osvojí pověru: „nikdy nevíte, koho budete jednou potřebovat“ a má snahu zavděčit se všem za každou cenu – nejedná asertivně. Ovšem neznamená to, že není potřeba být k lidem slušný. V rámci asertivity je dokonce žádoucí umět vyjadřovat pochvaly a také umět je přijímat (Zacharová, 2016).

A spousta dalších práv jsou nám k dispozici, prozkoumání a osvojení, jako například:

- Vyjadřovat vlastní pocity a názory přiměřenou formou.
- Změnit svůj názor.
- Neříkat ano, chceme-li říct ne.
- Říct: „Já nevím; Já ti nerozumím; Je mi to jedno.“
- Samostatně posuzovat své chování, myšlenky a emoce a být zodpovědný za jejich důsledky.
- Svobodně se rozhodnout, zda se chceme zapojit do řešení problémů jiných lidí.
- Dělat nelogická rozhodnutí.

Dále se zabývá několika **technikami**. Za velmi praktické právě pro profesi všeobecné sestry lze považovat tzv. **selektivní ignorování**, kdy na informace, které nás kritizují, jsou řečeny v hněvu nebo je nepovažujeme za důležité – nereagujeme emotivně. Pouze dáváme najevo, že informaci slyšíme a neodpovídáme. Podobá se **technice otevřených dveří**, která taktéž nabízí volbu, jak naložit s kritikou. Spočívá v tom, že připustíte, že druhý může vnímat situaci svým způsobem nebo jen přiznáte tu část výroku, která je pravdivá. Jednoduše nesouhlasíte, ale zároveň s druhým nebojujete (Lošťáková, 2020). Jedna z nejznámějších technik se nazývá **přeskakující gramofonová deska**, kdy např. pacient odmítá koupel a my vytrvale a zdvořile opakujeme požadavek (jako gramofon, když se jehla zasekla na poškrábané desce a stále dokola se opakovala jedna pasáž) a nenecháme se vnést do argumentování a proti argumentování (Honzák, 2015).

Dalších technik a práv je k vyhledání poměrně dost, ovšem všechny jsou založeny na jistých **zásadách asertivity**. Jde o kontrolu svých emocí, respekt a toleranci k osobnostem druhých, vyjadřování svých pocitů (pokud možno stručně a upřímně), reálný pohled na sebe i druhé, snahu poznat stanovisko druhého, vnímání a poslouchání druhých, nesoupeření s druhými, učení se nacházet kompromis, přiznání si vlastní chyby a snahu ji napravit (Zacharová, 2016).

1.4 Konflikt v komunikaci

Konflikt, nevyhnutelný a nepříjemný jev života, popisovaný jako nedorozumění mezi dvěma či více lidmi u kterých dojde ke střetu pocitů, názorů a postojů. Může být i prospěšný pro vyřešení problému a zlepšení příčiny, která jej vyvolala, ale je nutné držet se určitých zásad (NZIP, 2024). Komunikační rovinu konfliktu rámuje řada okolností a jednou z nich je prostředí a sociální role členů konfliktu. Pokud je tedy přítomné obecnstvo, je zde možnost, že se bude snažit eskalaci konfliktu mírnit nebo naopak situaci komplikovat. Dále bývá silně ovlivněn situačním kontextem, kdy je jednou z rozhodujících časová tíseň, při které mají někteří tendenci reagovat velmi impulzivně a jiní naopak jednají věcněji (Boukalová a kol, 2023).

Nemocniční prostředí je spojeno s emocemi a často s obtížně přijímanými situacemi na straně pacienta, jeho blízkých, dokonce i zdravotnického personálu. Konflikty zde mohou vznikat často, aniž bychom si uvědomili jejich počátek či důvod (Kabelka, 2020).

K uvědomění příčiny může být nápomocný model Elisabeth Kübler Rossové, který důvody narušené komunikace vysvětluje v mnoha zajímavých rovinách. V popisu procesu vyrovnávání se s tragédií, smutkem, změnou, ba dokonce i s diagnózou smrtelného onemocnění zmiňuje 5 fází (popírání, hněv/agrese, smlouvání, deprese, smíření), které komunikaci ovlivňují na vysoké úrovni. A právě např. fáze hněvu (agrese), kdy frustrovaný pacient pociťuje pocity vzteku, závisť a potřeby hodit na někoho vinu, může vést ke konfliktu jednoduchou cestou. Agrese je podle Kabelky (2020) nezbytná pro posun k fázi smíření a nemocný si pro její ventilaci vybírá osobu se kterou se cítí v bezpečí, a proto to lze brát jako určitou poctu a nebrat si to osobně v případě, když se to stane nám. Bohužel tento model není jediným objasněním příčin konfliktu a agresivního chování. Může k němu vést i pouhý typ osobnosti, konzumace návykových látek a způsob, jakým byl člověk vychován (NZIP, 2024). Komunikačních bariér navozujících konflikt v komunikaci je však mnoho i ze stran ošetřovatelského personálu (Zacharová, 2017).

1.4.1 Agrese

Podle WHO je násilí jedním z nejdůležitějších problémů pro zdraví populace a celosvětově se řadí mezi jednu z hlavních příčin úmrtí lidí ze střední generace (Raboch a kol, 2012). **Agrese** nese svůj původ od latinského slova ad-gredior (přistoupit blízko, napadnout) a je z psychologického hlediska chápána jako přirozená výbava člověka se kterou se narodí. Spouští se totiž víceméně reflexně z podkorových center. A dělit se dá na agresi predátorskou (lovec) a obrannou (Honzák, 2015). Podle Rabocha a Pavlovského (2012) je klíčová amygdala, která přidává senzorickým informacím emoční náboj.

Jde o vlastnost, která má za cíl poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého. A proto bývá popisována v oboru psychopatologie jako porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu svého okolí. Můžeme ji tedy chápat jako útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit a může být podporována nebo tlumena způsobem výchovy (Burda, 2014).

Pojem **Agresivita** je odvozen od latinského aggressio (útok, výpad) a v některých literaturách se s agresí ani nerozlišuje. Jde totiž o tendenci k útočnému jednání, což vysvětluje přímou spojitost těchto dvou slov (Burda, 2014). Jako hlavní **rozdíl** se uvádí, že agresivita je rys, který máme do určité míry všichni. Naproti tomu agrese je záměrné chování, které má jasný cíl – ublížit (Moira, 2023).

Agrese má mnoho podob, a proto může být její **dělení** velmi rozmanité. Burda (2014) ji dělí v jedné rovině na vnitřní a vnější a v druhé na brachiální (fyzickou) a verbální. Ve třetí rovině jsou formy agrese popsány jako zlostná, instrumentální a spontánní, podobně jako Bělík a kol. (2017), kteří rozlišují agresi instrumentální a emocionální. Také Raboch a kol. (2012), kteří přidali k dělení útočnou a obrannou agresi, rozdělují impulzivní a promyšlené násilí stejně jako Uhrová a kol. (2020), která k impulzivnímu a předem plánovanému přidala agresi predatorní. Bednařík a kol. (2020) ji dělí na verbální a neverbální.

Vnitřní agrese je většinou typická u introvertů. Váže se k ní název intrapunitivní agresivita, kdy člověk hledá chyby v sobě samém a pociťuje vlastní selhání, bezmocnost nebo neužitečnost. Při vyvrcholení tohoto typu agrese může dojít k demonstrativní nebo dokonané sebevraždě. Pokud je agrese vedena proti sobě, označuje se také jako autoagrese (Burda, 2014).

Vnější agresi je možné snadněji identifikovat, protože se projevuje navenek. Agresivní jedinec vidí příčinu své nespokojenosti v ostatních a projevuje svou agresi buď proti jiné osobě (heteroagrese) nebo proti předmětům (kopání do věcí atd.). U lidí, kteří chápou agresi jako společensky nepřijatelnou se můžeme setkat s tzv. **pasivní agresi**, kdy prožívání emocionálního vzrušení udržuje v člověku napětí (Burda, 2014). Jde tedy o nenásilné chování, které ale aktivně znemožňuje dosáhnout rozumného kontaktu (Uhrová a kol, 2020).

Instrumentální neboli předem plánovaná a promyšlená agrese slouží pro dosažení určitého cíle. Osoba může mít připravený scénář. Pokud je provedené za účelem vlastního prospěchu, lze označit jako predátorské. Ale může se vyskytnout i jako následek vlivu halucinací a bludů (patologické) (Uhrová a kol, 2020).

Impulzivní agrese se vyznačuje emocionálním rozbouřením a není nástrojem pro dosažení cíle. Může být spojována s afektem (Burda, 2014).

Dále se můžeme setkat s dělením agrese na altruistickou (k ochraně druhých), anticipující, indukovanou, institucionální, mateřskou, přesunutou (Bělík a kol., 2017).

Příčiny agresivního chování jsou individuální, stejně jako každý z nás. Sklon jedince k agresivní reakci oslabuje nebo posiluje řada faktorů (Nolen-Hoeksema, 2012). Již v roce 1984 upozorňovali Rose, Kamin a Lewontin na fakt, že agrese sama o sobě má mnoho forem a obecné shrnutí její etiologie pro všechny její formy, může být zavádějící (Hayesová, 2021).

S tímto argumentem mimo jiné kritizovali hypotézu o vrozené agresi, se kterou přišel mezi prvními Z. Freud a K. Lorenz s pohledem na agresi jako na základní a nevyhnutelný lidský instinkt. Pokračovali Jacobs, Brunton, a Melville, kteří v roce 1965 shledali, že osoby s chromozómy XYY by mohly mít větší sklony k agresivitě, ale dostatek důkazů neexistuje, i přesto že se ji pokusil probádat v roce 1976 Witkin a kol. výzkumem více než 4500 mužů, závěry jsou stále stejné (Hayesová, 2021). Ovšem podle Burdy (2014) se odhaduje, že genetická výbava přispívá k násilnému jednání v rozmezí 44–72 %.

Další logickou, ale kritizovanou je úvaha J. Dollarda, kterou zmiňuje mimo jiné Hayesová (2021), o návaznosti agrese na frustraci. Podle něj frustrace vede vždy k agresivnímu chování. Dle kritiků může na frustraci člověk reagovat i pasivnějšími způsoby, a proto tato teorie opět není stoprocentní. Novější výzkumy popisují agresi jako následek sociálního učení. Zde pro příklad uvádí Hayesová (2021) Banduru, který tuto skutečnost naznačoval faktem, že chování, které vidíme kolem sebe, hraje velkou roli v řízení vlastního chování. A pokud vidíme, jak se někomu agresivní chování vyplatilo anebo nám samotným pomůže dostat tomu po čem cílíme, je dost možné, že se bude agresivní chování opakovat (Hayesová, 2021).

Další studie ukázaly, že význam zde mohou mít i vlivy prostředí. Např. hluk, který jedinec nemůže ovlivnit, může spouštět agresi. Zvažovaným spouštěčem mohou být i předsudky. Při úvaze, že se dostaneme ke střetu s osobou, která v nás nějakou libovolnou vlastností nebo zařazením do určité skupiny vyvolá negativní předsudek, je sklon k agresivnímu chování též možný (Hayesová, 2021). Se zrodem agrese souvisejí také sociální faktory (chudoba, přelidnění, jednání oficiálních autorit, kulturní hodnoty) (Nolen-Hoeksema, 2012).

Obecně lze říct, že agresivní chování vzniká nejspíše na základě několika různých faktorů, díky kterým se nahromadí její energie v člověku. A ve chvíli nějakého podnětu, který ji uvolní dochází k agresivnímu chování. Podnětem může být např. nepřátelský pohled nebo překročení hranic osobního prostoru a další (Hayesová, 2021).

Pro přehlednost je rozmanitost etiologie z pohledu sociologie shrnuta v následující tabulce.

Tabulka č. 1: Etiologie agrese

Odborné obory	Teorie etiologie				
Biologicko – psychologický	Genetické studie	Oligofrenie	Teorie rozeného zločince		
Sociálně – psychologický	Teorie sociálního učení	Teorie charakteru a temperamentu	Teorie odlišného kognitivního stylu		
Sociologický	Teorie kulturního přenosu	Teorie diferenciální asociace	Anomie	Teorie subkultur	Teorie etiketizace

Zdroj: Burda (2014)

1.5 Komunikace sestry s agresivním pacientem

Společenský vývoj posledních let má tendenci k vzestupu agresivity vůči zdravotnickému personálu (Honzák, 2015). Proto je vhodné, aby měli zdravotníci dostatek kvalitních informací o tom, jak předcházet agresivním projevům, popřípadě pokud nastanou, tak jak pracovat a komunikovat s takovým jedincem (Burda, 2014).

1.5.1 Agresivní pacient

Pacientem je v užším významu člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, popřípadě v sociálním zařízení s péčí se zdravotními prvky (Burda, 2014). Většina pacientů se do nemocnice dostaví s problémy, které doprovází fyzická bolest, psychické napětí, úzkosti, obavy a strach, což pochopitelně vede k frustraci (Uhrová a kol., 2020). Hospitalizace je spojená s čekáním na výsledky, oznámením diagnózy nebo zahájením léčby a všechny tyto skutečnosti včetně hospitalizace samotné mohou narušit vnitřní rovnováhu osobnosti pacienta, ať už jen z důvodu, že určité situace nikdy nezažil, nebo kvůli zjištění zpráv, které nejsou podle jeho představ. Přináší pro něj výzvu adaptovat se novému prostředí a nové životní situaci, která nemusí být vždy pro každého jednoduchá a jednou z reakcí na tuto těžkou situaci může být i agresivní chování (Zacharová, 2017). Je nutné zdůraznit, že frustrace vzniká jak z jednání ostatních, tak i z pocitů vlastního selhání (např. Není schopen chodit do práce apod.). Často nepochopeným důvodem agrese bývá snaha překonat úzkost nebo hájit svou důstojnost (Uhrová a kol., 2020).

Agrese je převážně spojena s hněvem – emocí, která může a nemusí být spouštěčem agrese. U pacientů se může rozvíjet v návaznosti na pocit ohrožení uspokojení svých potřeb (Bednařík a kol, 2020), na ztrátu sebeúcty nebo dojem, že jiný člověk (zdravotník) nejednal poctivě (Nolen-Hoeksema, 2012) a také na bolest, citové zranění a odmítnutí (Honzák, 2020). Nabízí se zde užití definice emocí z knihy Radkina Honzáka (2020): „Emoce lze chápat jako řídicí alternativní modely

založené na fyziologii a evoluční psychologii, jejichž smyslem je naplňování základních potřeb, jakými jsou zajišťování živin, rozmnožování, spolupráce, vyhnutí se predátorům a obrana před nimi.“ A latinské přísloví: „Nedokážeš-li překonat hněv, začne hněv překonávat tebe.“ Proto musíme mít na paměti, že rozrušený pacient nejedná racionálně (Uhrová a kol., 2020).

Vyjma obecných příčin často bývají u pacientů zdrojem agrese zejména úrazy a onemocnění CNS, delirantní stavy, akutní intoxikace, odvykací stavy, psychotické poruchy, duševní choroby, smyslová postižení a dysbalance hormonů, jako je např. zvýšená hladina testosteronu, která může souviset s nadužíváním anabolických steroidů. Rovněž je pravděpodobnost agresivních projevů při styku s pacienty pod vlivem návykových látek, které mohou a nemusí být spouštěčem (Burda, 2014).

Stimul, který totiž vyvolává agresivní reakci jde nejprve přes senzorické okruhy (zrak, sluch), které mohou být (smyslovým postižením, metabolickými poruchami, vlivem požití alkoholu a drog, aj..) oslabeny a dojem tedy může být lehce zkreslen jako provokativní. Po senzorickém zpracování se může agrese ještě vystupňovat v rámci zpracování sociálního kontextu (kulturní a sociální faktory, negativní zkušenosti v anamnéze – např. znásilnění) (Uhrová a kol., 2020).

Dále se u pacientů můžeme setkat s formou instrumentální agrese, která jim napomáhá např. v dosažení pracovní neschopnosti, předepsání receptu, vynucení si hospitalizace atd. (Burda, 2014).

1.5.2 Sestra

Sestra (všeobecná, praktická, dětská) vykonává specializované ošetrovatelské činnosti podle svých kompetencí a má ve zdravotnických systémech své nezastupitelné místo. Svou činností přispívá k léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, preventivní, neodkladné nebo dispenzární péči. Dále se podílí na lékařském i ošetrovatelském výzkumu a na vzdělávání zdravotnických pracovníků (MZCR, 2021). Jedná holisticky a pacienta vnímá jako bio – psycho – sociálně – spirituální jednotku (Zacharová, 2017).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021) vymezuje jako hlavní úkoly sestry plánování a realizaci komplexní ošetrovatelské péče, plnění indikace lékaře, spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního zdravotnického týmu, koordinaci léčebného procesu, kontakt s rodinou pacienta, popřípadě s institucemi zajišťující následnou péči, rehabilitaci a resocializaci pacienta. Dále zdůrazňuje, že sestra by měla umět vhodně komunikovat s pacienty i jejich blízkými, protože komunikace je významným faktorem ošetrovatelské péče.

Dále je nutné zmínit ošetrovatelskou dokumentaci, kterou sestra vede a zaznamenává zde veškeré výkony u pacienta. A vždy je nutné, aby právě situaci s agresivním pacientem podrobně zdokumentovala (Honzák, 2015).

Sestrám by měly být na pracovišti k dispozici tzv. standardizované postupy, jejichž cílem je být určitým návodem či průvodcem v těchto situacích a sestry by s nimi měly být seznámeny dříve, než dojde ke kontaktu s agresivním jedincem (Burda, 2014). Stejně tak jsou vhodné plány krizové situace formou školení, seminářů a metodických pokynů. Ideální je tyto plány v krizové situaci následovat a po odeznění zpětně hodnotit jejich efektivitu (Burda, 2014).

1.5.3 Prevence agresivních projevů u pacienta

V rámci prevence agresivního chování je u sestry zásadní znalost rizikových faktorů agrese a specifík péče s nimi spojených, vnímání projevů agresivity a znalost postupu deeskalace agresivního chování. Ze strany zaměstnavatele by mělo být zajištěné dostatečné personální obsazení a následně jeho vzdělání a prestiž. Při práci ve směnném provozu vhodně organizovat služby, aby byl sestrám zajištěn dostatečný odpočinek (Burda, 2014).

Mezi **rizikové faktory** se řadí mentální postižení pacienta, duševní onemocnění, užití návykové látky, osoby bez domova, nezaměstnaní a poskytující placené sexuální služby (Burda, 2014) a také bolest, vyšší teplota a hluk (Uhrová a kol, 2020). Dle Honzáka (2020) jsou to mimo již zmíněné osoby pod velkým stresem, pacienti s nereálnými požadavky a představami a lidé, kteří se již v minulosti projeví násilně nebo byli v minulosti soudně trestáni pro násilí.

Projevy agrese lze rozdělit na verbální a neverbální. Na verbální úrovni se řeč stává stručnější, úsečnější. Může jít o kritizování, obviňování, odmítání, vyhrožování či použití ironie a nadávek. Neopomenutelný je zvýšený tón a hlasitost řeči zahrnující výkřiky (Bednařík a kol, 2020). U neverbálních odrazů začneme u očního kontaktu. Vše totiž začíná v hlavě a oko je dle klasických rčení „do duše oknem.“ Podle Navarra (2019) může upřený pohled očí, při němž člověk ani na vteřinu neuhne a nemrkne naznačovat agresivitu společně s celkovou zlostí v obličeji (změna barvy, našpulení nebo semknutí rtů, svrstělé obočí). Honzák (2015) taktéž upozorňuje na tento upřený výhrůžný pohled. Hlava bývá vzpřímená. Vcelku jasným znakem je celkový tělesný neklid (přecházení z místa na místo, bouchání dveřmi, rychlé pohyby, mávání rukama, podupávání, zatínání pěstí, poklepávání prsty na stole), odhazování a ničení věcí (včetně svých vlastních), vstup do osobní zóny druhé osoby až po fyzické napadení. (Bednařík a kol, 2020). Burda (2014) uvádí mimo zmíněné navíc ještě tzv. varovné signály, jako jsou popudlivost, negativismus, podezřívavost, vyjadřování pocitů viny.

Deeskalaci zmiňuje Uhrová a kol. (2020) jako základní terapeutickou intervenci pro léčbu agresivního pacienta a ochranu personálu. Deeskalace zahrnuje vyhodnocení situace (zjišťování příčiny, snaha o pochopení agresora), komunikaci a taktiky vyjednávání (asertivní jednání).

1.5.4 Zásady komunikace s agresivním pacientem

Zásady komunikace s agresivním pacientem se v základu opírají o zásady efektivní komunikace v kapitole 1.2.1. Během jednání s agresorem je navíc potřeba opakovaně kontrolovat naše emoce a uvědomit si vlastní reakce. Přirozená reakce na agresi je boj nebo útěk a vzhledem k tomu, že zdravotník bývá vůči pacientovi nadřazený v rámci „domácího prostředí,“ je naše útočná reakce bohužel vcelku přirozená (Uhrová a kol, 2020). Honzák (2015) se k této skutečnosti vyjadřuje jasně: „Na agresi nikdy neodpovídáme agresí; jednak z toho nikdy prázdná čest nekyne, ale především má taková reakce nejistý konec.“ Naši reakci je tedy třeba dát čas, zachovat klid a vyjádřit ji neprovokativně (Uhrová a kol, 2020). Zaměřujeme se spíše na redukci strachu nebo podráždění pacienta (Raboch a kol., 2012).

Neverbální stránka komunikace je také závislá na naší kontrole, protože může docházet ke kopírování neverbální komunikace člověka se kterým jsme v kontaktu (agresora). Oční kontakt udržujeme přiměřený. Vyvarujeme se upřenému pohledu (vzbuzuje agresi) a častému odhlížení (projev nejistoty). Raději zkusme krátká odhlížení k zemi (doporučuje se pohled k člověku udržovat cca do 6ti sekund) nebo hledět doprostřed čela pacienta (můžeme přitom sledovat jeho mimiku a nedívat se upřeně do očí). Bezpečnou vzdáleností se uvádí dále než dvě natažené paže a při verbální agresi až tři natažené paže (Uhrová a kol, 2020). Vhodné je komunikovat s pacientem ve stejné výšce a ideálně vsedě, protože uklidnění motoriky přináší i uklidnění myšlení (Honzák, 2015). K pacientovi přistupujeme spíše z boku a vyhýbejme se neúčelnému fyzickému kontaktu (poplácání po rameni apod.). Postoj našeho těla by také neměl být útočný (ruce v bok, svírání pěstí, ruce v kapsách). Měli bychom nechat pacientovi co největší pocit „otevřených dveří“ pro pocit volnosti. Ve fázi fyzické agrese se buď schováme, utečeme nebo zakročíme (Uhrová a kol, 2020). Rozhodně se k agresivní nebo potencionálně agresivní osobě neotáčíme zády (Burda, 2014).

Verbálně se snažme nebýt impulzivní a mluvit klidně (vyhýbat se ostrému tónu, skákání do řeči, direktivnosti a rychlosti). Ideálně by měl vést rozhovor s agresorem pouze jeden člověk, aby jej komunikace s více lidmi nezmátla. Oslovujeme pacienta příjmením. Dáme mu tím pocit respektu z naší strany. Pokud je potřeba omluvíme se pacientovi a vyjádříme pochopení (např. když delší dobu čekal na příchod lékaře) (Uhrová a kol., 2020). Nevhodné je zesměšňování; nucení agresora, aby přiznal chybu; vyhrožování a ironie (Honzák, 2015). Honzák (2015) dále uvádí tipy, jak pacienta tzv. „ukecávat.“ Jde o opakování toho, co pacient řekl ve stylu: „Jestli vám dobře rozumím, tak vám nejvíce vadí,..“ a následně eventuálně dodání: „Mně by to také vadilo, já se vám nedivím, tak se pojdme dohodnout.“ Dále doporučuje vyzdvihnout, třeba neexistujících, pozitivních vlastností pacienta (např. Znáš vás jako rozumného člověka apod.). Používejme tedy evaluační techniky (pochvala, ocenění, projevy úcty a respektu) (Zacharová, 2017). Je nevhodné dávat pacientovi nereálné sliby, jen aby se zklidnil, protože pokud zjistí, že byl obelhán, jeho agrese se může vrátit v daleko silnější formě. Je třeba mít na mysli, že pacient nepřišel bojovat s námi osobně a pokud se staneme součástí jeho reakce na něco co zrovna neumí zpracovat jinak než agresi, je třeba nebýt vztahovační (Burda, 2014). Je třeba si uvědomit, že při hrozícím napadení nejde o vítězství, ale o zklidnění agresora (Honzák, 2015).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu

Zmapovat aspekty komunikace sestry s agresivním pacientem.

Výzkumné otázky

- 1) Jaká je úroveň znalostí všeobecných sester o zásadách komunikace s agresivním jedincem?
- 2) Jaké faktory z pohledu všeobecných sester nejčastěji ovlivňují způsob komunikace s agresivním pacientem?
- 3) Které postupy v komunikaci s agresivním pacientem považují všeobecné sestry za efektivní?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část byla zvolena kvantitativní metodika výzkumu formou dotazníkového šetření. Dotazník vlastní tvorby (viz příloha B) zahrnuje úvodní část, kde jsou respondenti osloveni a poučeni včetně kontaktu na autorku dotazníku pro případ nejasností.

Počáteční 4 otázky dotazníku slouží k identifikaci výzkumného vzorku. Zbýlé se již vztahují k samotnému výzkumu. Otázky 5-11 a 22 připadají k výzkumné otázce č. 1. Na výzkumnou otázku č. 2 se zaměřují otázky 12-17 a k výzkumné otázce č. 3 patří otázky 18-21. Poslední otázka dotazníku je doplňková a mapuje zájem o vzdělávání se.

18 otázek je uzavřených s jedinou možnou odpovědí. 4 otázky nabízí více odpovědí, z nichž jedna obsahuje volbu „jiné“ a prostor pro otevřenou odpověď. U dotazu na věk je aplikovaná pouze otevřená odpověď.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Respondenty byly zvoleny pouze všeobecné sestry pracující na standardních odděleních ve Fakultní nemocnici Brno. Záměrem bylo mít ve výzkumu respondenty s jednotnou pracovní pozicí z pracovišť medicíny dospělého věku. Věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe se nijak neomezovaly.

Výzkumným prostředím byla Fakultní nemocnice Brno, kde bylo umístěno 10 dotazníků na Interní kardiologickou kliniku, 14 dotazníků na Neurologickou kliniku, 17 dotazníků na Klinikou ústní a čelistní chirurgie, 35 dotazníků na Interní hematologickou a onkologickou kliniku, 13 dotazníků na Neurochirurgickou kliniku, 10 dotazníků na Ortopedickou kliniku, 11 dotazníků na Interní gastroenterologickou kliniku a 22 dotazníků na Všeobecnou interní kliniku.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od konce prosince 2023 do března roku 2024. Tedy cca 4 měsíce, přičemž je zahrnuta jak fáze přípravná, tak fáze vyhodnocující.

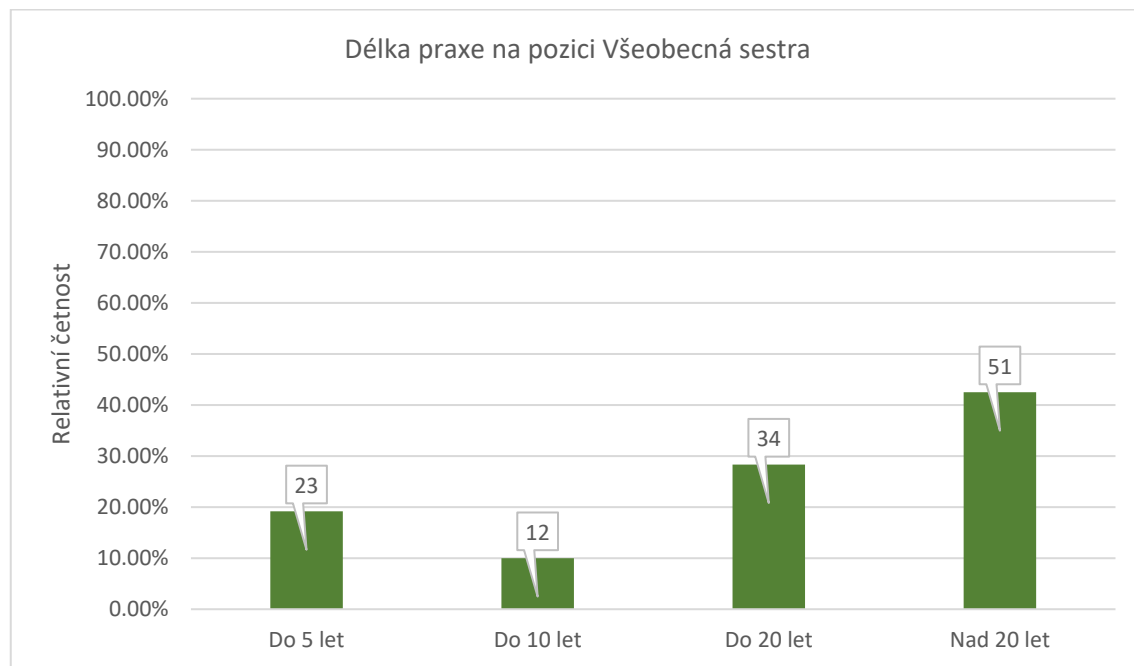
Rozdávání dotazníků sestrám bylo zahájeno po schválení oficiální žádosti o sběr dat (viz příloha A) Oddělením organizace řízení Fakultní nemocnice Brno, tedy od 22.1. 2024. Z celkového počtu 132 dotazníků se navrátilo 120, tedy návratnost činí zaokrouhleně na dvě desetinná místa 90,91 %.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Odpovědi na otázky s jedinou možnou odpovědí jsou zobrazeny ve sloupcových grafech s popisem, kde jsou data uvedena v relativní i absolutní četnosti. Výsledek otázek s možností více odpovědí byl zaznamenán do tabulek, které obsahují jak četnost relativní, tak absolutní.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Jaká je délka Vaší praxe na pozici Všeobecná sestra?

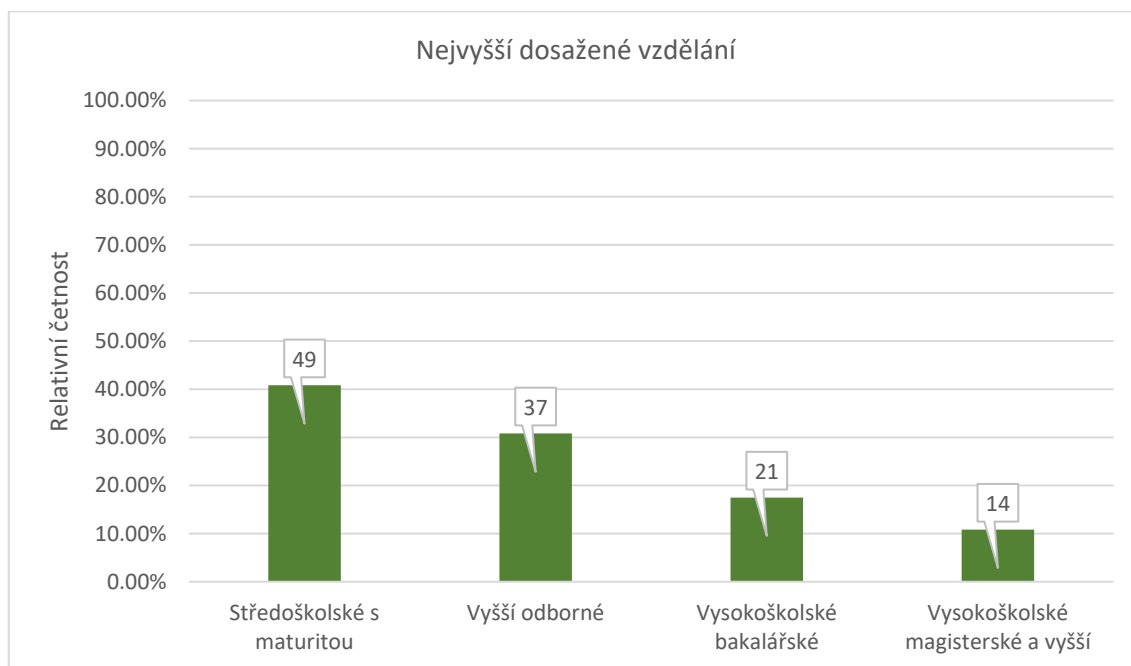


Graf č.1: Délka praxe na pozici Všeobecná sestra

Zdroj vlastní

Graf č.1 mapuje délku praxe na pozici Všeobecná sestra. Z celkového počtu 120 respondentů uvádí 23 (19,17 %) dosaženou praxi do 5 let. Praxi do 10 let má 12 respondentů (10,00 %), do 20 let zaznamenalo 34 dotazovaných (28,33 %) a nad 20 let nejpočetnější skupina o počtu 51 všeobecných sester (42,50 %).

Otázka č.2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

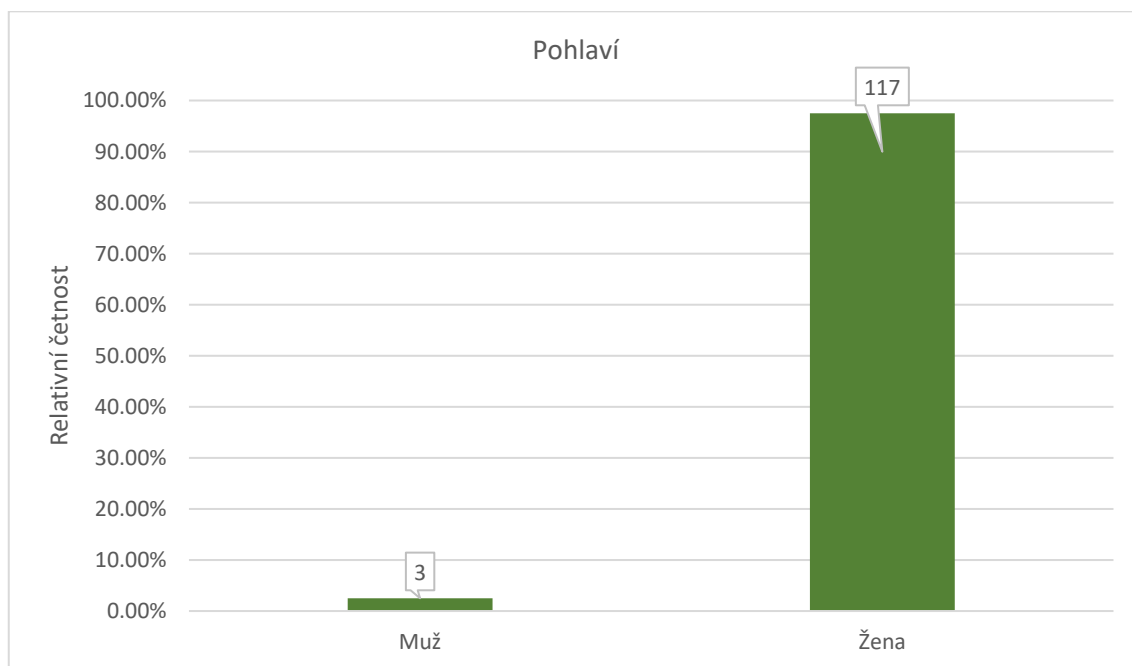


Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Zdroj vlastní

Graf č. 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Největší zastoupení má vzdělání středoškolské s maturitou o počtu 49 respondentů (40,83 %), následuje vyšší odborné vzdělání o počtu 37 dotazovaných (30,83 %). Vysokoškolské bakalářské vzdělání zvolilo 21 sester (17,50 %). A vysokoškolského magisterského a vyššího vzdělání dosáhlo 14 jedinců (10,83 %).

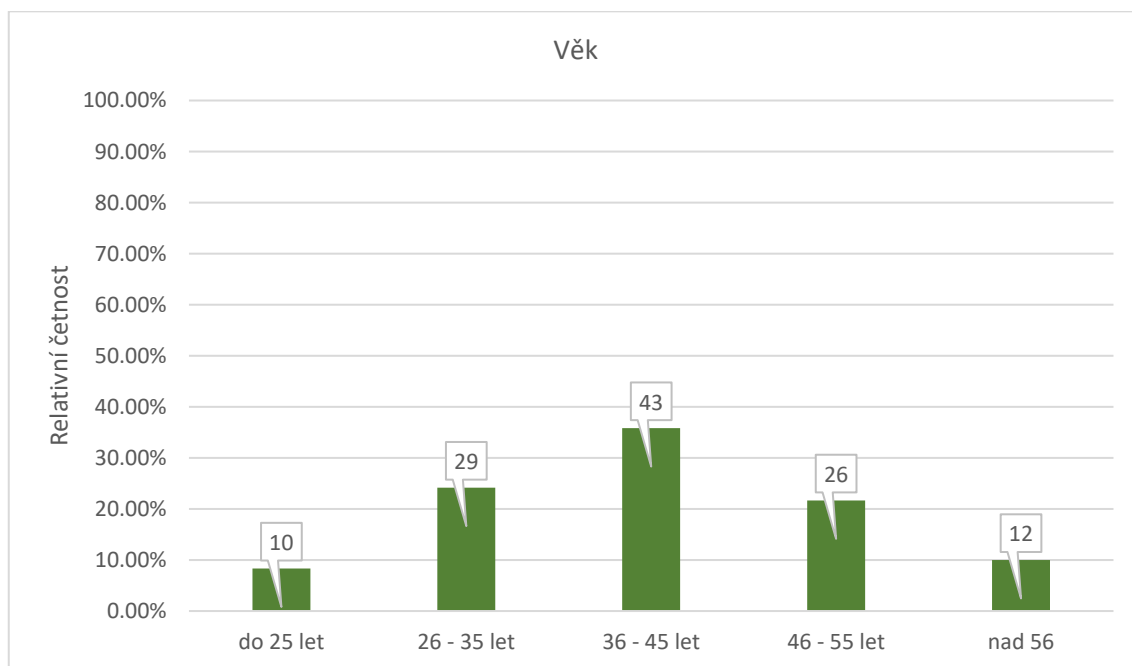
Otázka č.3: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf č.3: Pohlaví respondentů
Zdroj vlastní

Na grafu č.3 si můžeme povšimnout, že největší počet respondentů zastupují ženy s počtem 117 (97,50 %) a muži jsou pouze 3 (2,50 %).

Otázka č. 4: Jaký je Váš věk?

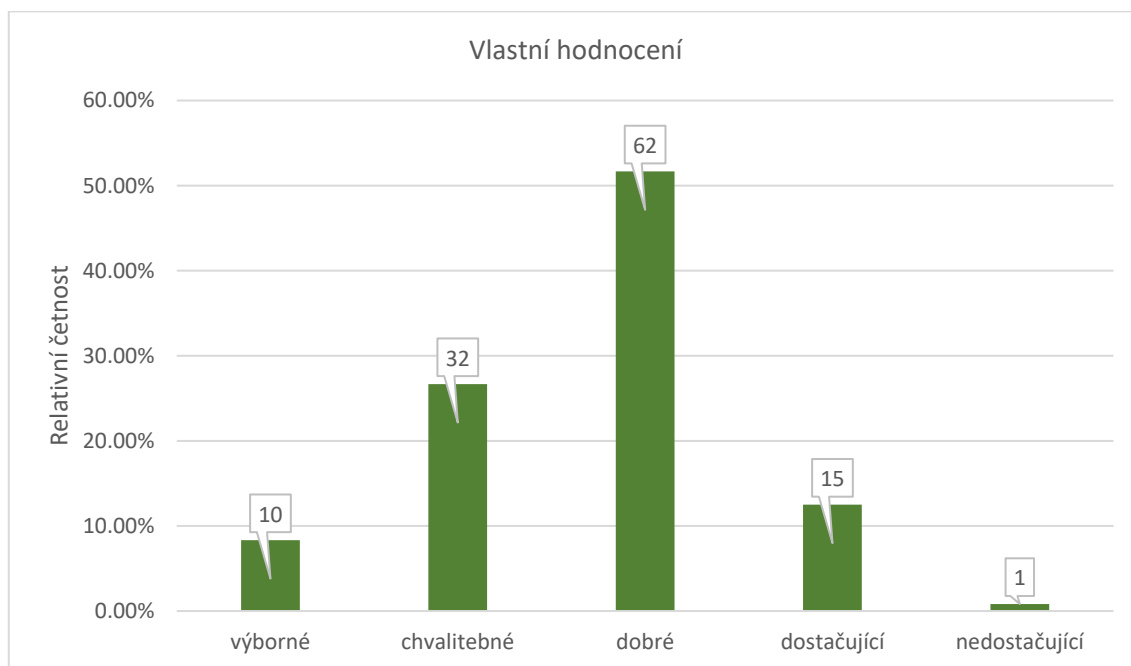


Graf č. 4: Věk respondentů

Zdroj vlastní

Graf č. 4 ukazuje zastoupení věkových kategorií respondentů. Respondenti psali svůj věk do otevřené otázky a autorka je pro přehlednost zařadila do následujících skupin. Skupina s věkem do 25 let obsahuje 10 sester (8,33 %). Ve věku od 26–35 let odpovídalo 29 respondentů (24,17 %). Nejpočetnější je skupina od 36–45 let o počtu 43 odpovídajících (35,83 %). K rozpětí od 46–55 let se řadí 26 respondentů (21,67 %). Věk nad 56 uvedlo 12 sester (10,00 %).

Otázka č. 5: Jak hodnotíte Vaše znalosti o zásadách komunikace s agresivními pacienty?

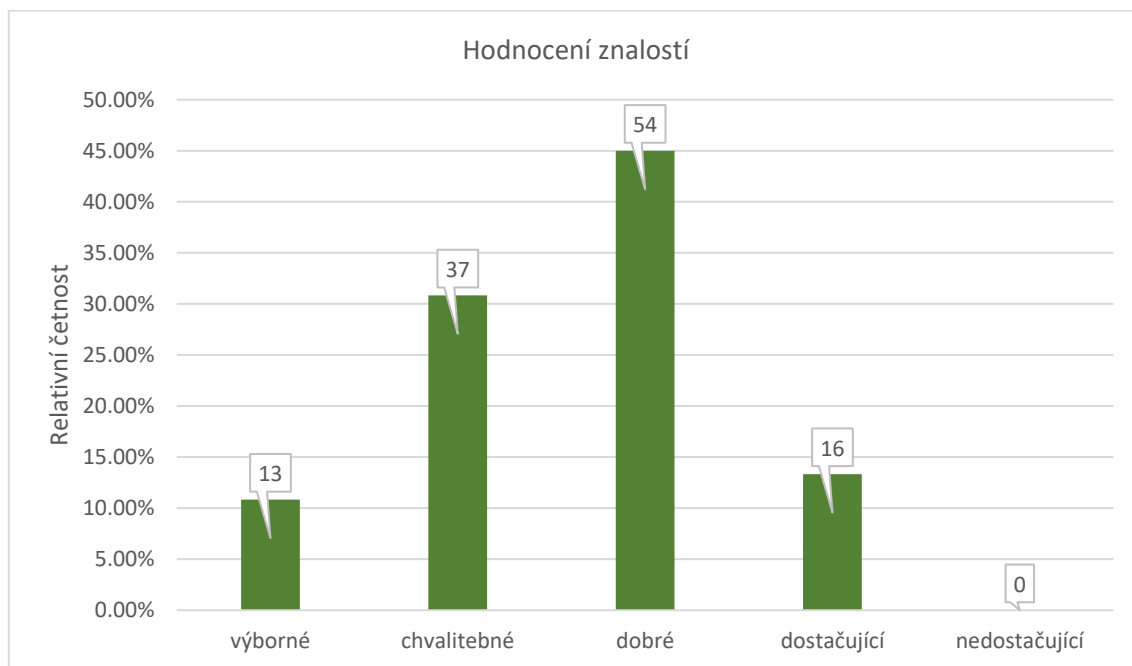


Graf č. 5: Hodnocení vlastních znalostí

Zdroj vlastní

Graf č. 5 vyobrazuje subjektivní hodnocení vlastních znalostí. Volbu výborné zvolilo z celkového počtu 120 dotazovaných pouze 10 (8,33 %), dále chvalitebné 32 respondentek (26,67 %). S hodnocením „dobré“ se ztotožňuje většina o počtu 62 (51,67 %). Dostačující vybralo 15 sester (12,50 %) a nedostačující pouze 1 respondent (0,83 %).

Otázka č. 6: Jak byste zhodnotil/a znalosti Vašich kolegyně ohledně komunikace s agresivním pacientem?

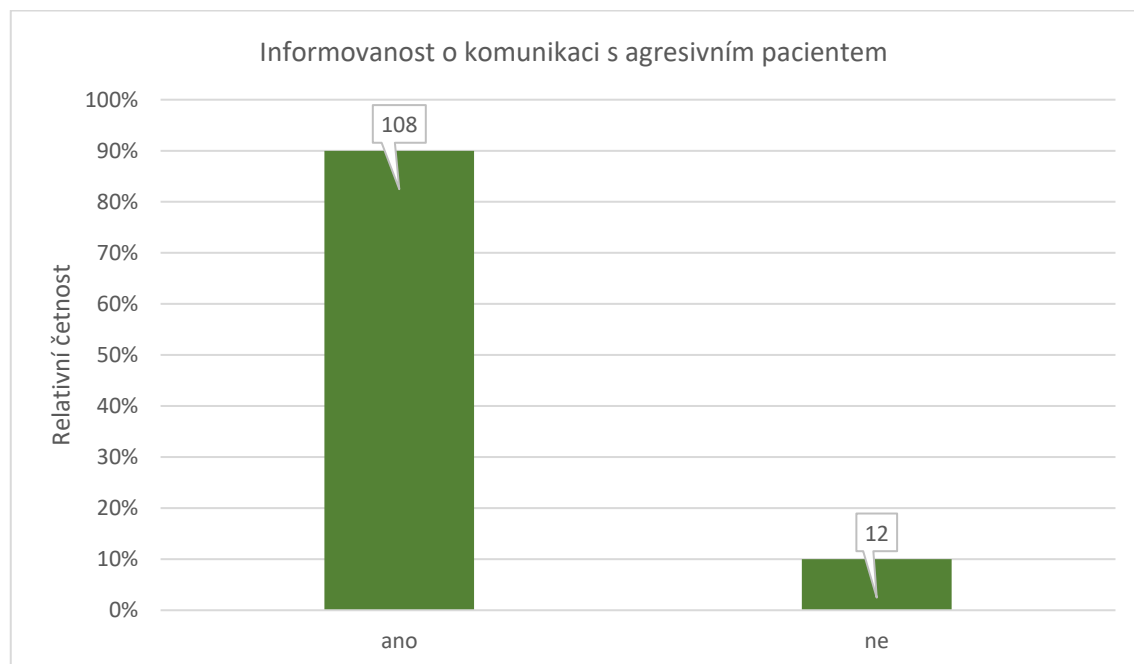


Graf č. 6: Hodnocení znalostí kolegyně

Zdroj vlastní

Na grafu číslo 6 se odráží výsledky hodnocení znalostí o zásadách komunikace s agresivním pacientem u kolegyní. Celkem 13 (10,83 %) zhodnotilo své kolegyně za výbornou. Chvalitebnou udělilo 37 dotazovaných (30,83 %). Nejvyšší počet tj. 54 respondentek (45,00 %) zvolil dobré hodnocení. Dostačující označilo 16 (13,33 %) a možnost nedostačující nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 7: Setkal/a jste se někdy s informacemi, které se týkaly komunikace s agresivním pacientem?



Graf č. 7: Informovanost o komunikaci s agresivním pacientem

Zdroj vlastní

Z grafu č. 7 vyplývá, že 10 % dotazovaných (12) se s informacemi o komunikaci s agresivním pacientem nesetkalo a 90 % respondentů (108) ano. V následující tabulce jsou zobrazeny okolnosti, které těchto 108 respondentů zvolilo jako zdroje informací.

Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Samostatné studium	21	12,65 %
V rámci studia	69	41,57 %
Odborný seminář	32	19,28 %
Školení na pracovišti	44	26,51 %
Celkem	166	100 %

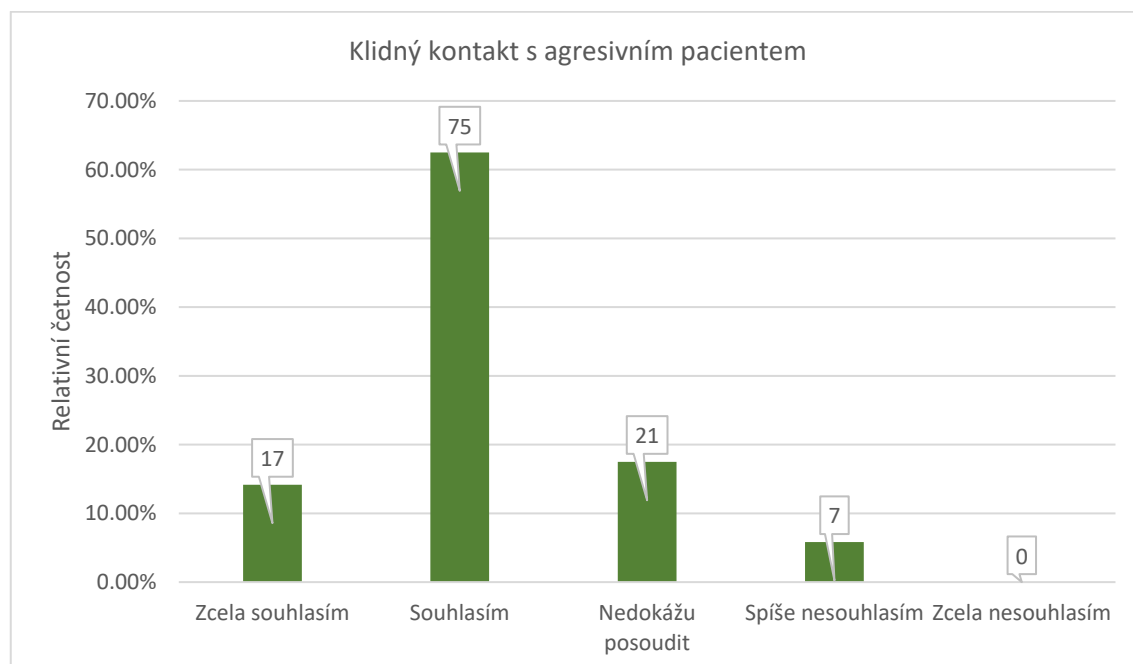
Tabulka č. 2: Informovanost o komunikaci s agresivním pacientem

Zdroj vlastní

Respondenti měli možnost vybrat více možných odpovědí. Celkem vzniklo 166 vybraných možností. 21 respondentů (12,65 %) vybralo samostatné studium. Největší skupina tj. 69 respondentů (41,57 %) zvolilo možnost v rámci studia. Odborného semináře se zúčastnilo 32 respondentů (19,28 %) a na pracovišti jich bylo školeny 44 (26,51 %).

Otázka č. 8: Jak se ztotožňuje s následujícím tvrzením?

„Při kontaktu s agresivním pacientem zvládám zachovat klid, udržet své emoce, mluvit nezaujatě k věci.“



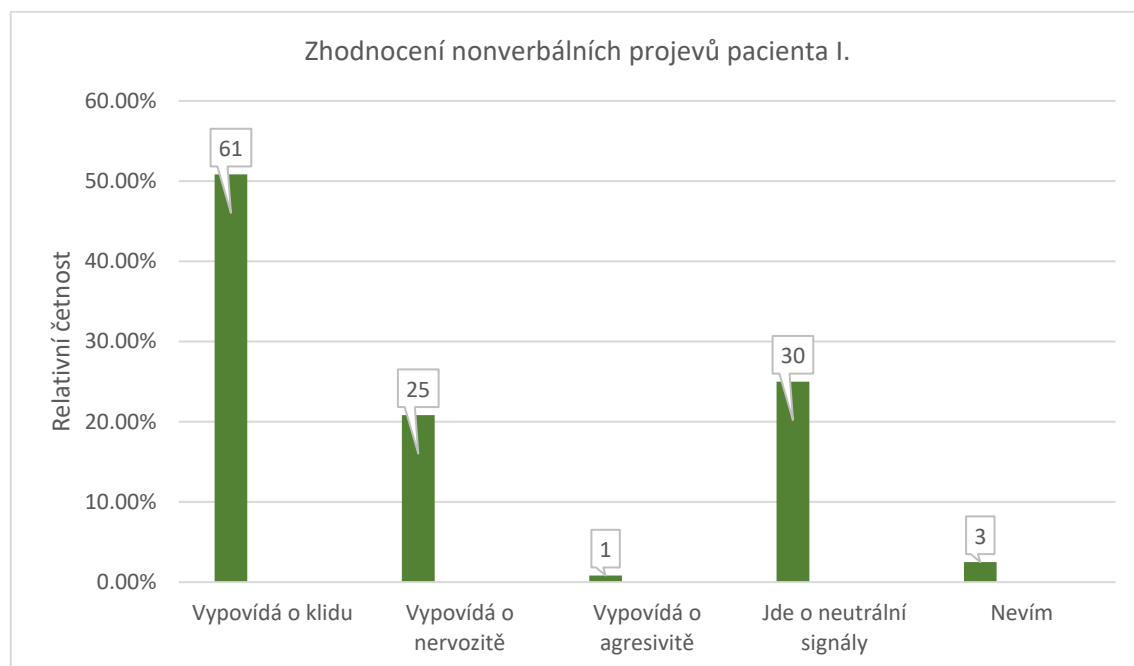
Graf č. 8: Emoce sester při kontaktu s agresivním pacientem

Zdroj vlastní

Graf č. 8 reflektuje, jak se respondenti ztotožňují s výrokem, že zvládají zachovat klid, udržet své emoce a mluvit nezaujatě k věci při kontaktu s agresivním pacientem. Z celkového počtu 120 se 17 dotazovaných (14,17. %) s výrokem zcela ztotožňuje. Nejpočetnější odpovědí byl prostý souhlas o počtu 75 (62,50 %). 21 sester (17,50 %) nedokázalo posoudit, zda souhlasí nebo ne. Spíše nesouhlasilo 7 respondentů (5,83 %) a zcela nesouhlasil nikdo (0 %).

Otázka č. 9: Vyhodnoťte následující popis neverbálních signálů pacienta:

„Pacient leží na lůžku, má nohu přes nohu a propletené prsty za hlavou s lokty nahoru, dívá se stranou směrem k oknu.“



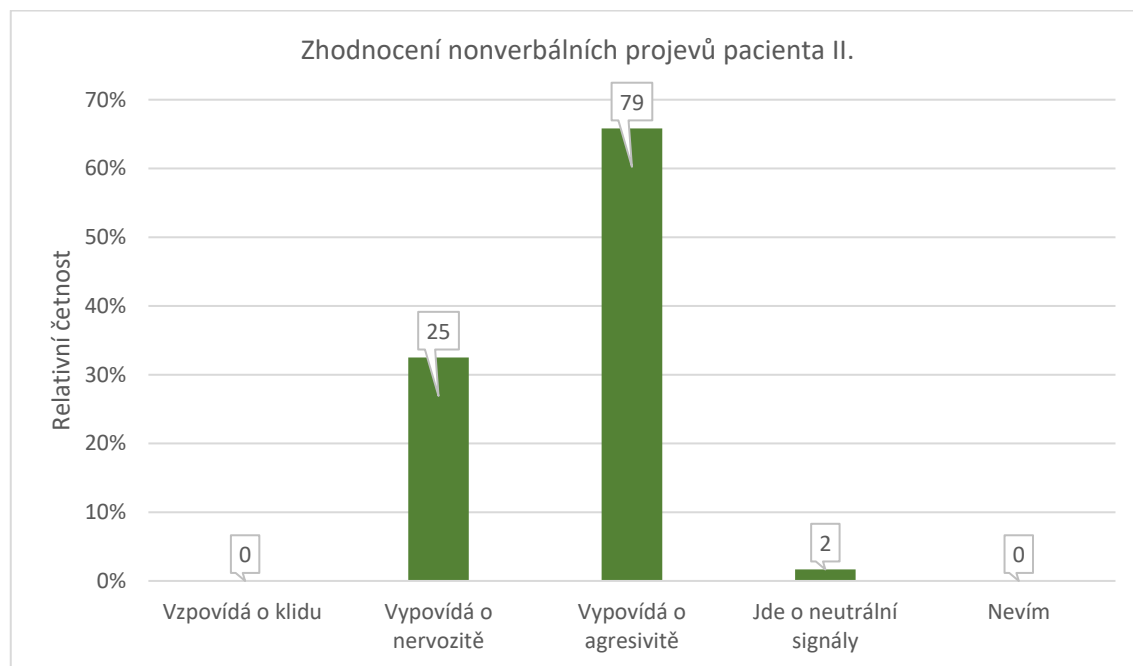
Graf č. 9: Vyhodnocení popisu neverbálních signálů pacienta

Zdroj vlastní

Při vyhodnocování popisu neverbálních signálů pacienta se 61 respondentů (50,83 %) domnívá, že jde o signály klidu. 25 dotazovaných (20,83 %) zvolilo odpověď, že jde o nervozitu pacienta a k agresivitě se naklonil pouze 1 respondent (0,83 %). Neutrální signály určilo 30 sester (25,00 %). A 3 dotazovaní (2,50 %) nevěděli, kterou variantu zvolit.

Otázka č. 10: Vyhodnoťte následující popis neverbálních signálů pacienta:

„Pacient na Vás upřeně hledí, hlasitě oddechuje a zatíná prsty v pěst.“



Graf č. 10: Vyhodnocení neverbálních signálů pacienta

Zdroj vlastní

Graf č. 10 znázorňuje, jak respondenti vyhodnotili popis neverbální komunikace pacienta. Žádný z dotazovaných si nemyslí, že jde o klidného pacienta. Za nervózního jej považuje 25 respondentů (32,50 %). Naprostá většina o počtu 79 (65,83 %) se přiklonila k variantě agresivních projevů. Odpověď „Jde o neutrální signály“ zvolili 2 dotazovaní (1,67 %) a nikdo si nevybral možnost „Nevím.“

Otázka č. 11: Která z následujících možností patří k zásadám verbální komunikace s agresivním pacientem?

Zásada	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neskákat do řeči	97	24,56 %
Zvyšovat hlas	9	2,28 %
Zrychlovat řeč	9	2,28 %
Nevyhrožovat	101	25,57 %
Používat odborné termíny	8	2,03 %
Mluvit familiárně	15	3,80 %
Vyjadřovat pochopení	99	25,06 %
Ověřovat si, co pacient říká	57	14,43 %
Celkem	395	100,00 %

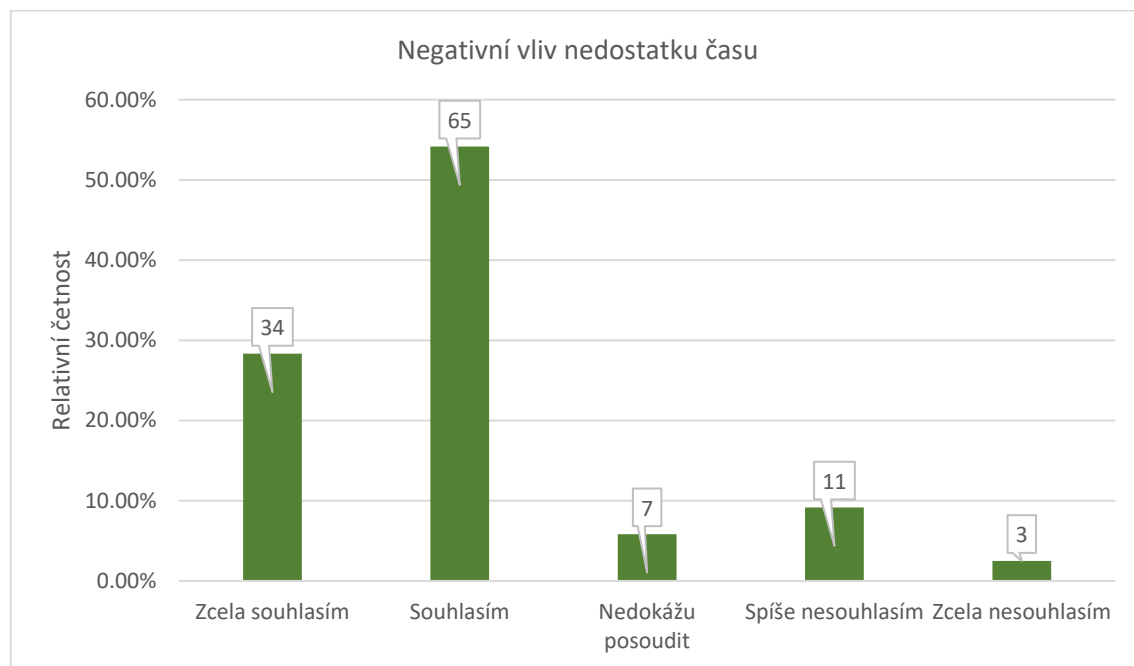
Tabulka č. 3: Zásady verbální komunikace s agresivním pacientem

Zdroj vlastní

V tabulce č. 2 je výčet zásad verbální komunikace s agresivním pacientem, které respondenti považují za správné. Celkem bylo zvoleno 395 možností. Neskákat do řeči k zásadám přiřazuje 97 respondentů (24,56 %), 9 dotazovaných (2,28 %) je pro zvyšování hlasu a stejný počet (2,28 %) se naklání ke zrychlování řeči. Zásadu nevyhrožovat uvedl nejvyšší počet sester, tj. 101 (25,57 %). Používání odborných termínů k zásadám přiřazuje 8 dotazovaných (2,03 %) a familiární mluvu zvolilo 15 sester (3,80 %). Vyjadřovat pochopení zvolilo 99 respondentů (25,06 %). Ověřovat si, co pacient říká vybralo 57 respondentů (14,43 %).

Otázka č. 12: Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Nedostatek času dokáže negativně ovlivnit můj způsob komunikace s agresivním pacientem.“



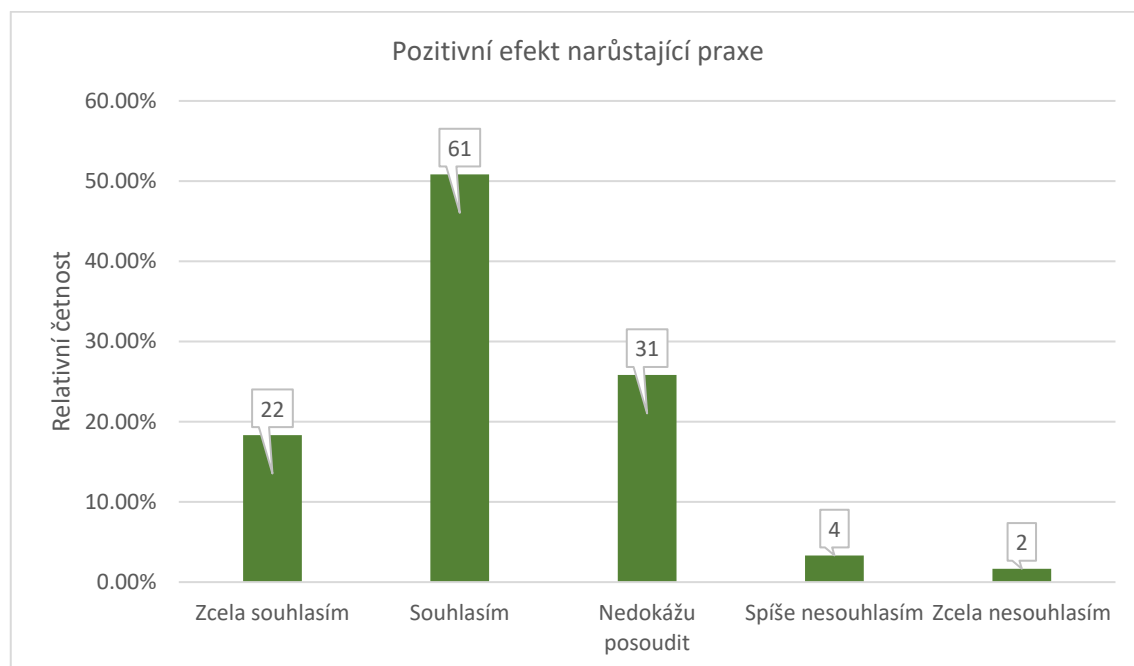
Graf č. 11: Nedostatek času

Zdroj vlastní

Graf č. 11 znázorňuje do jaké míry si respondenti myslí, že nedostatek času ovlivňuje jejich komunikaci s agresivním pacientem negativně. Z celkového počtu 120 respondentů se 34 (28,33 %) s tvrzením zcela ztotožňuje. Spíše souhlasí většina tj. 65 dotazovaných (54,17 %). 7 sester (5,83 %) nedokáže posoudit. 11 respondentů (9,17 %) spíše nesouhlasí a 3 (2,50 %) nesouhlasí zcela.

Otázka č. 13: Jak se ztotožňuje s následujícím tvrzením?

„S narůstající délkou praxe se mé komunikační dovednosti s agresivními pacienty posouvají k lepšímu.“



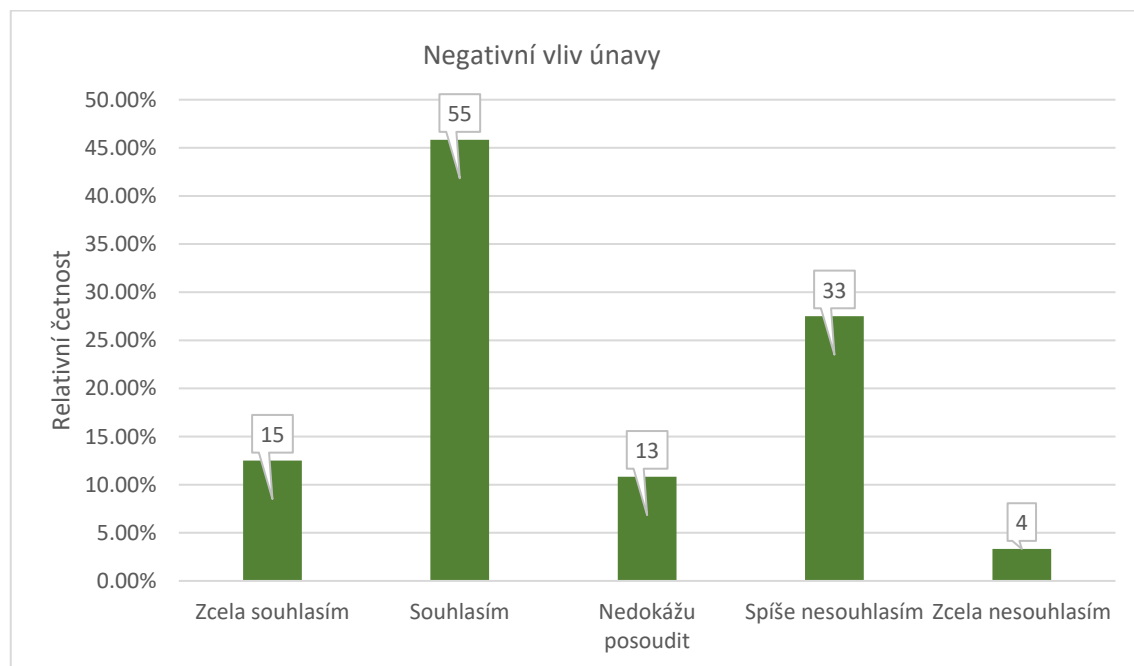
Graf č. 12: Vliv narůstající praxe na komunikaci s agresivním pacientem

Zdroj vlastní

Graf č.12 vyobrazuje míru souhlasu respondentů s tvrzením: „S narůstající délkou praxe se mé komunikační dovednosti s agresivními pacienty posouvají k lepšímu.“ Zcela souhlasí 22 dotazovaných (18,33 %). Prostý souhlas vyjádřilo 61 respondentů (50,82 %) a 31 (25,83 %) nedokáže posoudit. Spíše nesouhlasí 4 sestry (3,33 %) a zcela nesouhlasí 2 (1,67 %).

Otázka č.14: Jak se ztotožňujete a následujícím tvrzením?

„S narůstající únavou mám velké potíže komunikovat s agresivním jedincem.“

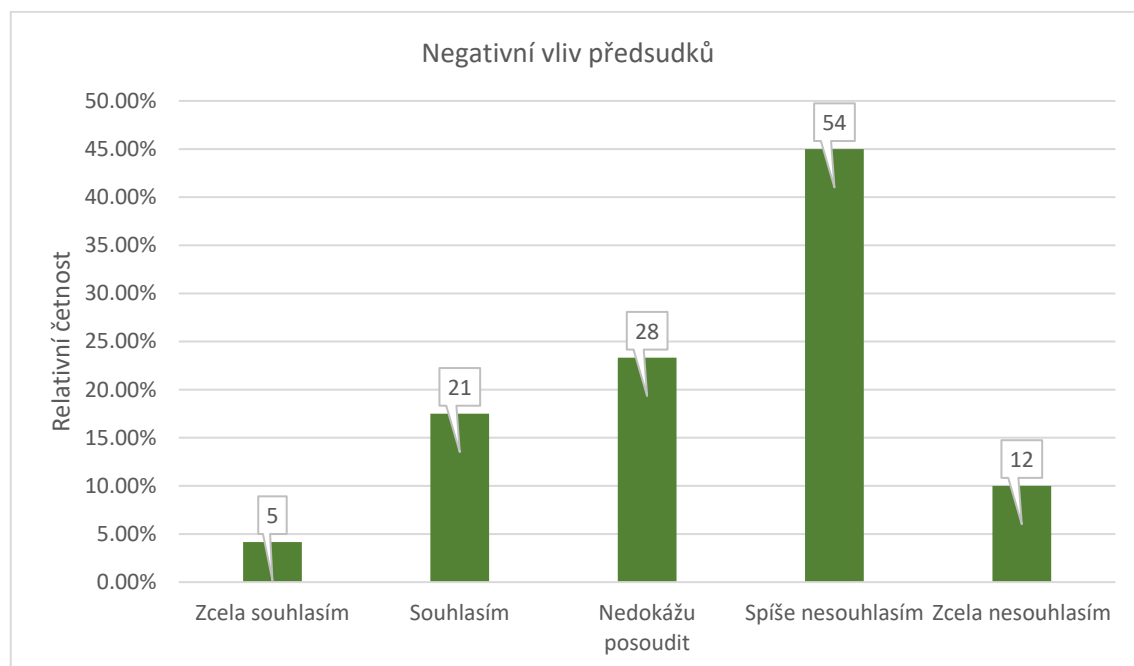


Graf č. 13: Únava
Zdroj vlastní

Graf č. 13 reflektuje, zda mají sestry pocit, že únava ztěžuje komunikaci s agresivním pacientem. 15 respondentů (12,50 %) zcela souhlasí. Nejvyšší počet dotazovaných, tj. 55 (45,83 %) souhlasí. Výrok nedokázalo posoudit 13 respondentů (10,83 %) a 33 (27,50 %) spíše nesouhlasí. Možnost zcela nesouhlasím vybraly 4 (3,33 %) sestry.

Otázka č. 15: Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Často komunikuji neefektivně na základě předsudků. Hlavně s jedinci, kteří užívají návykové látky.“



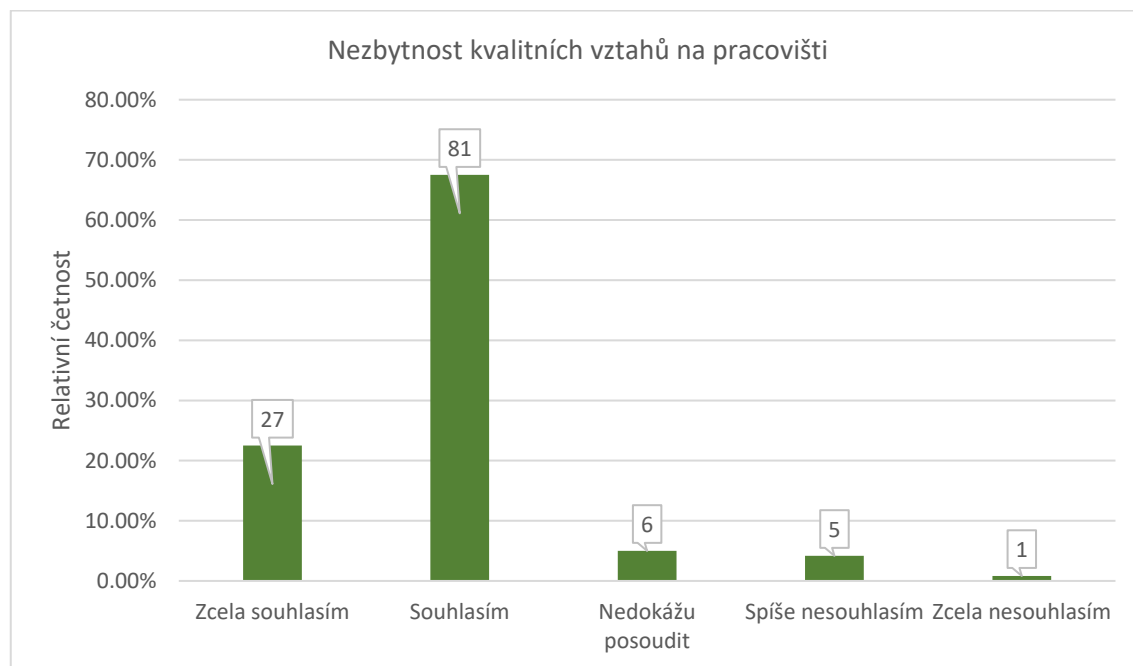
Graf č. 14: Neefektivní komunikace na základě předsudků

Zdroj vlastní

Grafu č. 14 zobrazuje do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem, že s agresivním pacientem komunikují neefektivně na základě předsudků. Zcela souhlasí 5 jedinců (4,17 %) a souhlasí 21 (17,50 %). Tvrzení nedokázalo posoudit 28 dotazovaných (23,33 %). Spíše nesouhlasilo 54 respondentů (45,00 %) a zcela nesouhlasilo 12 (10,00 %).

Otázka č. 16: Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Pro efektivní komunikaci je zásadní kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti.“



Graf č. 15: Je kvalita vztahů na pracovišti zásadní pro efektivní komunikaci?

Zdroj vlastní

Z grafu č. 15 vychází najevo, jak se dotazovaní ztotožňují s tvrzením, že kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti je zásadní pro efektivní komunikaci. Tvrzení zcela odsouhlasilo 27 respondentů (22,50 %). Souhlasila většina dotazovaných o počtu 81 (67,50 %). Posoudit nedokázalo 6 jedinců (5,00 %). Spíše nesouhlasilo 5 respondentů (4,17 %) a zcela nesouhlasil pouze 1 (0,83 %).

Otázka č. 17: Které z uvedených okolností mohou mít výrazný vliv na Vaši komunikaci s agresorem?

Okolnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pacient je pod vlivem drog	99	36,67 %
Pacient je pod vlivem alkoholu	94	34,81 %
Pacient je senior	21	7,78 %
Pacient s handicapem	24	8,89 %
Nezaměstnaný pacient	12	4,44 %
Nelze posoudit	20	7,41 %
Celkem	270	100 %

Tabulka č.4: Okolnosti ovlivňující komunikaci s agresorem

Zdroj vlastní

Tabulka č. 3 zobrazuje, které okolnosti dle respondentů ovlivňují komunikaci s agresorem. Celkem vzniklo 270 odpovědí. Největší počet získaly první dvě možnosti. 99 respondentů (36,67 %) zvolilo drogy a 94 (34,81 %) alkohol. Dále 21 dotazovaných (7,78 %) vybralo pacient je senior. Pro možnost pacient s handicapem se naklonilo 24 dotazovaných (8,89 %). Volbu nezaměstnaný pacient zvolilo 12 jedinců (4,44 %) a 20 (7,41 %) nedokázalo posoudit.

Otázka č. 18: Jaký postup v rámci prevence agresivního chování zvolíte v níže uvedené situaci?

Pacient se cítí ukřivděný. Je frustrovaný péčí zdravotnických pracovníků vyjma Vás.

Postup	Absolutní četnost	Relativní četnost
Omluvit se	44	18,33 %
Zastat se kolegů	39	16,25 %
Promluvit s pacientem, zjistit detaily	112	46,67 %
Nabídnout možnost oficiální stížnosti	21	8,75 %
Navrhnout změnu zdravotnického zařízení	17	7,08 %
Ignorovat nářky pacienta	1	0,42 %
Jiné	6	2,50 %
Celkem	240	100 %

Tabulka č. 5: Postup v rámci prevence agresivního chování

Zdroj vlastní

Tabulka č.4 znázorňuje jaké postupy jsou dle dotazovaných prevencí projevu agrese u pacienta. Omluva byla zvolena 44x (18,33 %) z celkového počtu 240 odpovědí. Možnost „zastat se kolegů“ vybralo 39 respondentů (16,25 %). Naprostá většina, tj. 112 (46,67 %) považuje za vhodné promluvit s pacientem a zjistit detaily. 21 sester (8,75 %) by nabídlo možnost oficiální stížnosti a 17 (7,08 %) by navrhlo změnu zdravotnického zařízení. Ignorovat nářky pacienta vybral pouze 1 dotazovaný (0,42 %). 6 respondentů využilo možnosti „jiné“ a dopsalo následující návrhy:

- 1)“Psychologické konzilium“
- 2)“Vysvětlovat, edukovat, nabídnout psychologickou pomoc, nechat pacienta mluvit.“
- 3)“Navrhnout změnu v péči o něj.“
- 4)“Odklonit pacientovi myšlenky k něčemu pozitivnímu co se mu v zařízení děje.“
- 5)“Vyslechnout.“
- 6)“Více rozebrat jeho pohled s argumentací z naší strany.“

Otázka č. 19: Pokud se snažíme uklidnit znepokojeného člověka, jakým způsobem je podle Vás nejefektivnější komunikovat neverbálně?

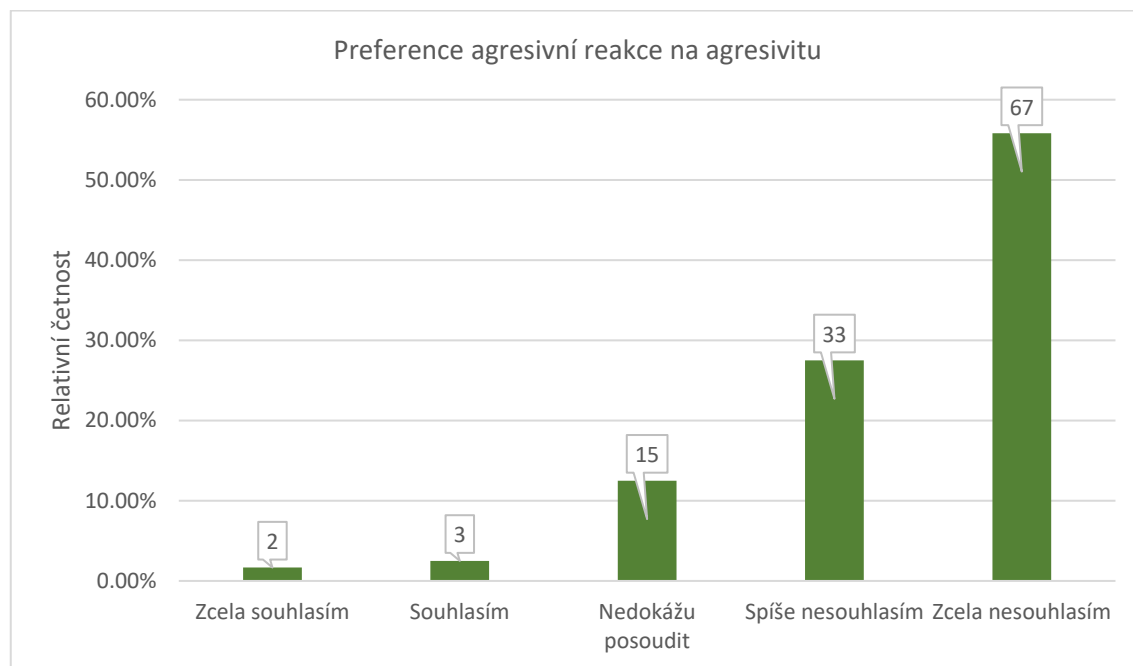
Neverbální komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Konfrontovat přímo z očí do očí upřeným pohledem	30	10,45 %
Odhlížet a nastavovat svá slabá místa	0	0,00 %
Dát ruce před sebe a dělat pomalé pohyby směrem dolů	27	9,41 %
Dát ruce v bok a mít semknuté rty	0	0,00 %
Udržovat vzdálenost cca 1,5 metru	76	26,48 %
Přiblížit se na těsnou blízkost a chytit jej za rameno	14	4,88 %
Gestikulovat k lůžku/židli, aby se posadil	32	11,15 %
Mluvit rychle a hlasitě	0	0,00 %
Mluvit pomalu	104	36,24 %
Nevím	4	1,39 %
Celkem	287	100 %

Tabulka č. 6: Způsoby neverbální komunikace
Zdroj vlastní

Tabulka č. 5 zjišťuje jakým způsobem je dle respondentů nejvhodnější postupovat při kontaktu s agresivním pacientem neverbálně. Z celkového počtu 287 volí upřený pohled z očí do očí 30 respondentů (10,45 %). Žádný z dotazovaných (0,00 %) nevybral možnosti odhlížet a nastavovat svá slabá místa, dát ruce v bok, mít semknuté rty a mluvit rychle a hlasitě. Dát ruce před sebe a dělat pomalé pohyby směrem dolů odpovědělo 27 (9,41 %) sester. Dále k vhodné neverbální složce přiřazuje 76 respondentů (26,48 %) udržování vzdálenosti cca 1,5 metru. Přiblížení se na blízkou vzdálenost a chycení pacienta za rameno zvolilo 14 respondentů (4,88 %). 32 dotazovaných (11,15 %) se přiklání ke gestikulaci k lůžku/židli, aby se posadil. Zpomalit mluvu by doporučilo 104 sester (36,24 %) a 4 sestry (1,39 %) nevěděli jakou odpověď zvolit.

Otázka č. 20: Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Reagovat ve vztahu zdravotník – pacient na agresivitu agresivitou je vždy produktivní.“



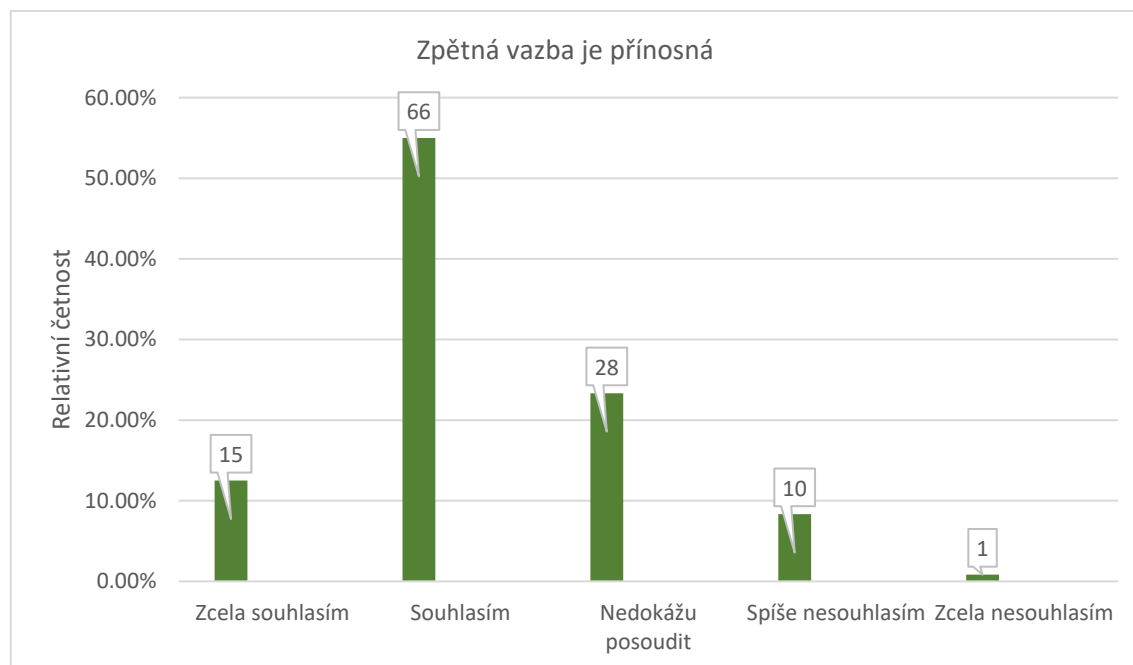
Graf č. 16: Reagovat agresivitou na agresivitu je vždy produktivní

Zdroj vlastní

Z grafu č. 16 vyplývá, že 67 respondentů (55,83 %) zcela nesouhlasí s tvrzením: „Reagovat ve vztahu zdravotník – pacient na agresivitu agresivitou je vždy produktivní.“ Spíše nesouhlasí 33 dotazovaných (27,50 %). 15 respondentů (12,50 %) nedokázalo posoudit, zda souhlasí nebo ne. Souhlas vyjádřili 3 (2,50 %) a naprostý souhlas 2 (1,67 %) respondenti.

Otázka č. 21: Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Po proběhlém konfliktu s pacientem (např. Při převazu rány má pacient pasivně agresivní narážky.) je přínosné navzájem diskutovat s kolegy o kladech a záporech našich reakcí a schopností komunikovat v této situaci.“

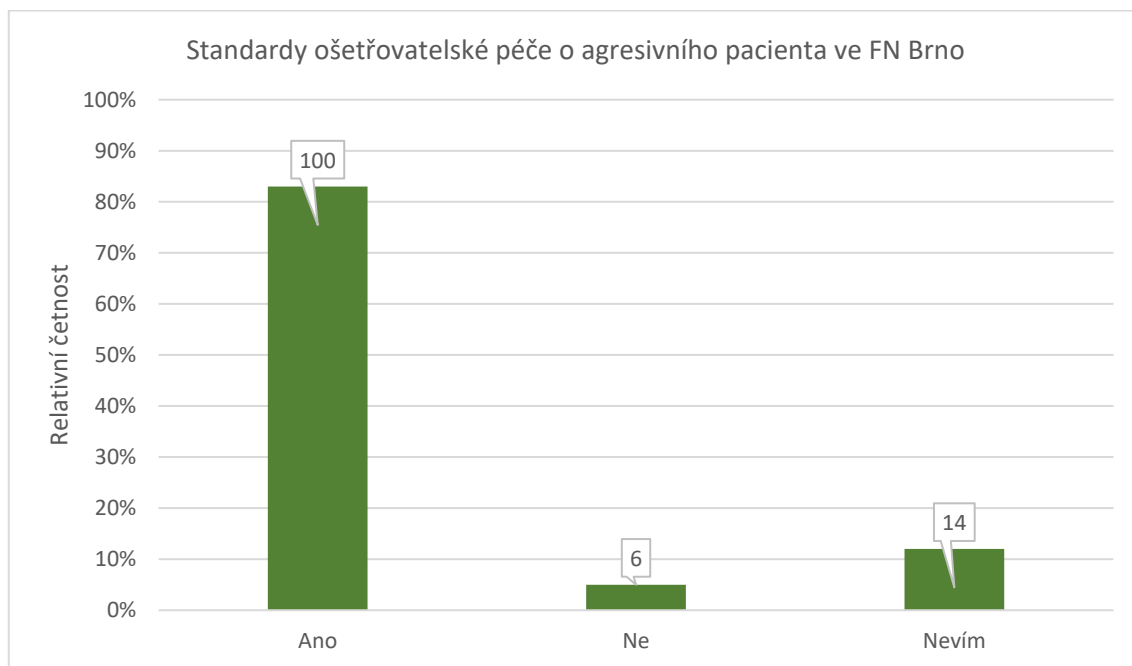


Graf č. 17: Zpětná vazba

Zdroj vlastní

Grafem č. 17 zkoumáme do jaké míry dotazovaní souhlasí s uvedeným tvrzením. 15 respondentů (12,50 %) zcela souhlasí. Souhlasí 66 sester (55,00 %). 28 dotazovaných (23,33 %) nedokázalo situaci posoudit. Spíše nesouhlasí 10 respondentů (8,33 %) a pouze 1 (0,83 %) zcela nesouhlasí.

Otázka č. 22: Jsou ve Vaší nemocnici vypracované standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta?

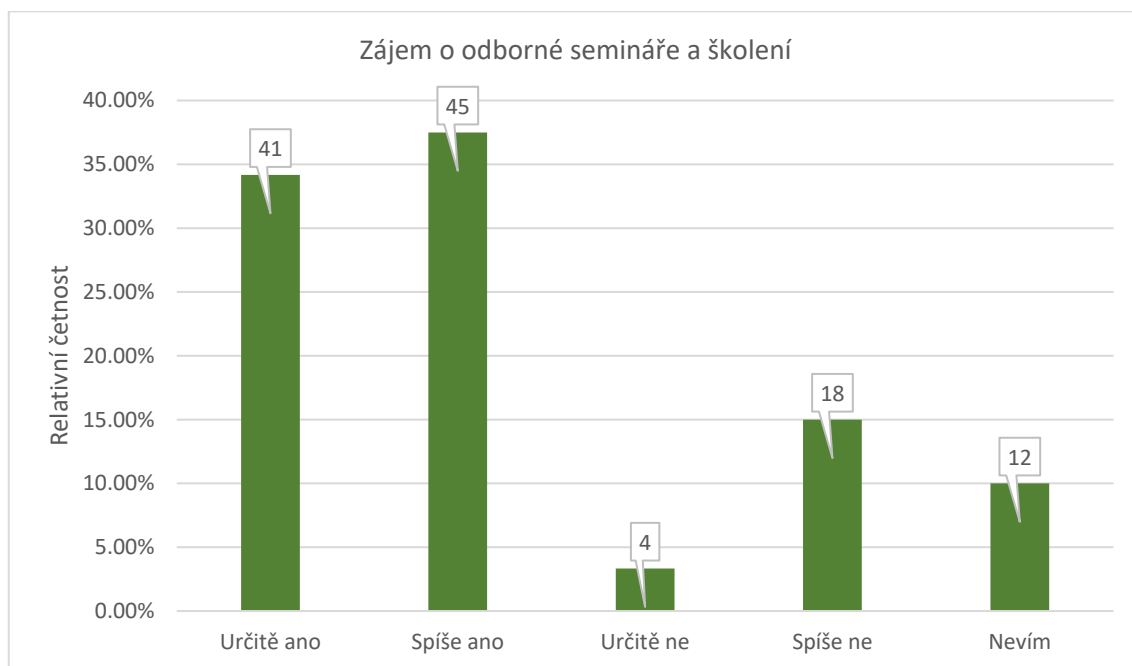


Graf č. 18: Standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta

Zdroj vlastní

Z grafu č.18 vyplývá, že podle 100 respondentů (83,00 %) jsou v jejich zdravotnickém zařízení vypracované standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta. Dle 6ti dotazovaných (5,00 %) nejsou a 14 respondentů (12,00 %) uvedlo, že neví.

Otázka č. 23: Měl/a byste zájem o odborné semináře nebo školení na dané téma?



Graf č. 19: Zájem o odborný seminář nebo školení

Zdroj vlastní

Graf č. 19 zrcadlí zájem sester o odborné semináře či školení na téma komunikace s agresivním pacientem. 41 respondentů (34,17 %) by zájem mělo určitě. Pro spíše ano se přiklonilo 45 dotazovaných (37,50 %). Spíše ne zvolilo 18 sester (15,00 %). Určitě by zájem neměli 4 respondenti (3,33 %). 12 respondentů (10,00 %) využilo volby „nevím.“

3 Diskuze

Bakalářská práce se zaměřuje na komunikaci všeobecných sester s agresivním pacientem. Cílem práce bylo zmapovat aspekty komunikace sestry s agresivním pacientem. K dosažení cíle byly nápomocné tři výzkumné otázky na jejichž bázi byl vytvořen dotazník pro kvantitativní výzkum, který byl zahájen ve druhé polovině měsíce ledna roku 2024 ve Fakultní nemocnici Brno na standardních odděleních s interním i chirurgickým zaměřením. Záměrně byla zvolena pracoviště, na kterých se na první dojem s agresivním pacientem sestry příliš často nesetkají (v porovnání s psychiatrií, urgentním příjmem, záchrannou službou apod.). V časopise Florence zmiňují Palečková a Hovorková (2019), že s projevy agrese se setkáváme právě i na těchto úsecích a je to složitější právě z toho důvodu, že personál bývá ve stresu, protože má nedostatek zkušeností s řešením těchto situací. Výzkumné otázky proto mapují znalosti těchto sester, faktory, které vnímají jako zásadní a jejich upřednostňované postupy při komunikaci s agresivním pacientem.

Vyšlo najevo, že **délku praxe** na pozici Všeobecná sestra má nejvíce dotazovaných nad 20 let (51 respondentů), druhou nejpočetnější skupinu tvoří sestry s praxí od 10 do 20 let (34 dotazovaných), následuje skupina s praxí do 5 let (23 respondentů) a nejméně respondentů má praxi od 5 do 10 let (12 sester).

Nejvyšší dosažené vzdělání máme u většiny respondentů středoškolské s maturitou (49 sester), následuje vyšší odborné (37 respondentů), dále vysokoškolské bakalářské (21 dotazovaných) a nejméně je ve výzkumu sester s vysokoškolským magisterským a vyšším vzděláním (14 respondentů).

Převahu tvoří ženské **pohlaví** (až 117 respondentek), nicméně výzkumu se zúčastnily alespoň 3 muži.

Věkové kategorie jsou velmi rozmanité. Nejvíce respondentů je ve věku od 36 do 45 let (43), dále od 26 do 35 let (29) a následují dotazovaní ve věku od 46 do 55 let (26). Čtvrtou nejpočetnější skupinou jsou sestry, které mají věk vyšší než 56 let (12) a nejméně je respondentů s věkem do 25 let (10).

3.1 Vyhodnocení výzkumných otázek

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: Jaká je úroveň znalostí všeobecných sester o zásadách komunikace s agresivním jedincem?

Výzkumná otázka měla být zodpovězena na základě otázek č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 22 v dotazníkovém šetření. A jejím cílem bylo zjistit subjektivní pocity všeobecných sester ze svých znalostí, dále odkud tyto možné znalosti nabyly a ověřit si jejich ponětí o zásadách komunikace s agresivním jedincem.

Z výsledků vyšlo najevo, že více než polovina sester (52 %) hodnotí své znalosti jako dobré (na stupnici od výborné po nedostatečnou jako známkování ve škole). Chvalitebně si přisoudila druhá nejpočetnější skupina. Odpověď dostačující si přiřadil vyšší počet sester než výborné. Nedostatečné hodnocení si přisoudil pouze jeden respondent. Spíše neznalost má tedy podle sebe 13 % respondentů.

Vědomosti svých kolegyní ohodnotila převážná většina taktéž jako dobré (45 %), dalších 30 % zvolilo hodnocení chvalitebné a stejně jako u vlastního hodnocení převažuje volba dostačující nad výbornou v rozdílu 3 %. Nedostačující neudělal kolegyním ani jeden z respondentů. Negativně své spolupracovníky ohodnotilo tedy taktéž 13 % sester.

Z celkového počtu 120 uvedlo 108 zdravotníků, že se s informacemi o komunikaci s agresivním pacientem setkalo. Šlo převážně o interakci v rámci studia (42 %). 19 % uvádí odborný seminář a 27 % školení na pracovišti, což mi přijde vcelku málo, jelikož ve FN Brno školení na dané téma probíhá každý rok. Možná by pomohlo, kdyby školení probíhalo častěji. Benešová (2020) se dotazovala sester, zda se někdy zúčastnily kurzu nebo semináře komunikace s problémovým pacientem a taktéž pouze 30,6 % odpovědělo kladně. Samostatnému studiu se věnovalo 13 %, což je dle mého přijatelné vzhledem k tomu, že se jedná o volnočasovou aktivitu, ale také by takhle nízké procento mohlo vypovídat o nepopularitě tématu. Jako hlavní problém bych viděla část sester, které uvádí, že informované nejsou ani jedním z nabízených zdrojů. Jde o 10 %, což vzhledem k povinnosti sester celoživotně se vzdělávat reflektuje možný nedostatek motivace ke studiu o komunikaci s agresivním pacientem. Motivaci sester k celoživotnímu vzdělávání zkoumala Jelínková (2021) a došla kvantitativním výzkumem k závěru, že jako bariéru většinou paradoxně sestry uvádějí nedostatek času kvůli práci. Proč nemají sestry dostatek motivace pro vzdělávání se v oblasti komunikace s agresivním pacientem by mohlo být dle mého dobrým konceptem pro výzkum budoucích prací.

62 % respondentů uvedlo, že souhlasí s faktem, že zvládají zachovat klid, udržet své emoce a mluvit nezaopatřeno k věci při kontaktu s agresivním pacientem a zcela souhlasilo 14 %. Dohromady to působí vcelku sebevědomě ze strany sester. Jelikož spíše nesouhlasilo jen 6 % a zcela nesouhlasil nikdo, vypadá to, že nejsou pro sestry situace tolik stresující, jak jsem si původně myslela a mohlo by to reflektovat jejich znalost doporučených postupů pro deeskalaci agresivity. Ovšem 18 % nedokázalo posoudit, jestli tyto situace zvládají v klidu. Důvodem může být, že dlouho s agresivním pacientem nepřišli do kontaktu a nemohou si vybavit, jak se cítili a chovali. Ztotožnění se s klidem při poskytování péče agresivnímu pacientovi zaznamenal Krejčí (2018) u 88,6 % sester, což je více než v mém šetření. Domnívám se, že rozdíl je daný odlišnostmi zkoumaných, přičemž Krejčí se ve svém šetření dotazoval i sester pracujících v psychiatrické nemocnici, kde může být střet s agresivním chováním čtenější, a tudíž jsou sestry v této oblasti pravděpodobně zkušenější.

V deváté a desáté otázce si ověřuji, jaké je ponětí sester o neverbálních signálech agresivního chování. Snažila jsem se co nejvýstižněji popsat pacienta u kterého není žádný náznak agresivního ladění. Za agresivní jevy popis označila pouze jedna osoba a tři zvolili „nevím“. Většina se shodla na závěru, že jde o klidného pacienta (51 %), což byl také můj úmysl. Dále jsem sestavila popis agresivního chování jedince, což správně poznala více než polovina sester (66 %). Zbytek respondentů zvolilo nervozitu, což by se dalo považovat také za možné a dva dotazovaní uvedli, že jde o neutrální signály, což naznačuje spíše neznalost neverbální signalizace neklidu pacienta. Doufala jsem v nulové označení této odpovědi.

Otázka č. 11 zkoumala znalost zásad verbální komunikace s agresivním jedincem. Více než polovina zná zásadu nevyhrožování, vyjadřování pochopení a neskákání do řeči. Dále 46 % zvolilo správnou variantu „ověřovat si, co pacient říká.“ A 8 % by doporučovalo zvyšovat hlas, mluvit rychle a 13 % mluvit familiárně. 7 % by používalo odborné výrazy, což jsem ani nečekala,

že někdo považuje za zásadu komunikace s agresivně laděným člověkem, jelikož nepoužívat odborné výrazy patří k základním zásadám komunikace s pacienty, avšak je možné, že si buď špatně přečetli nebo nepochopili otázku. Ve 28 % sestry vybraly obecně nedoporučované prvky komunikace.

Poslední otázka dotazníku k první výzkumné otázce mapuje ponětí sester, zda jsou v nemocnici vypracované standardy pro ošetřování agresivního pacienta. 14 respondentů neví. Správně uvedlo 6 respondentů, že nejsou. A 100 respondentů se rozhodlo pro ano. Jelikož v nemocnici koluje metodický pokyn, je možná varianta záměny metodického pokynu za standart v domnění sester, jelikož uvedený standard nemocnice nemá.

Shrnutí vyhodnocení: Úroveň znalostí sester o zásadách komunikace s agresivním pacientem je z mého pohledu průměrná. Výzkum odhalil sice pouze nepatrné mezery v oblasti vyhodnocování neverbálních projevů pacienta, ale se zásadami verbální komunikace není dle mého názoru ztotožněn takový počet sester, jaký jsem očekávala. S informacemi o komunikaci s agresivním pacientem se většina sester setkala při studiu. Bohužel malé procento dokonce uvedlo, že se s informacemi o problematice ani nesetkalo. Subjektivně hodnotí sestry znalosti své i kolegyn jako dobré, podle hodnotícího vzorce „jako ve škole“, tudíž také jako průměrné. Většina respondentů se domnívala, že mají v nemocnici pro komunikaci s agresivním pacientem k dispozici vypracovaný standard, který vypracovaný není. Vzhledem k náročnosti tématu mi výsledky přijdou vcelku uspokojivé, protože schopnost správné komunikace je prací na celý život a podle výsledků soudím, že základ znalostí sestry mají a dle jejich hodnocení si myslím, že jsou si vědomy nutnosti zpracovat na svých znalostech.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Jaké faktory z pohledu všeobecných sester nejčastěji ovlivňují způsob komunikace s agresivním pacientem?

K druhé výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 12-17, které mapují, jakou váhu sestry dávají faktorům ovlivňujícím komunikaci, jako jsou: nedostatek času, délka praxe, únava, předsudky, vztahy na pracovišti a specifické skupiny pacientů.

S dotazem, zda nedostatek času negativně ovlivňuje komunikaci s agresivním pacientem naprostá většina souhlasí (54 %) či zcela souhlasí (28 %). 6 % nedokázalo tento faktor posoudit možná z důvodu, že se v časové tísní s agresivním pacientem nesetkalo. Nedostatkem času se necítí negativně ovlivněno 12 % respondentů. Z vlastní praxe mohou potvrdit ne příliš dobrý vliv časové tísně na mě i mé kolegyně, sice nemusí být vždy stoprocentně negativní, avšak pomyslné bariéry už ve smyslu tendence ke spěchu, který se při obecných zásadách komunikace s pacienty nedoporučuje. Pekara (2015) označuje nedostatek času jako jeden z faktorů snižujících schopnost sebeovládání zdravotníka. A k sebeovládání se staví jako k velmi důležité opoře efektivní komunikace s agresivním pacientem. Ve výzkumu Lojkové (2019) uvádí 79 všeobecných sester, že málo času na jednotlivé pacienty může být možným důvodem k agresivnímu chování. K zamyšlení vedou i výsledky Mackové (2015), kdy pouze 10 % respondentů považuje vymezení si času na rozhovor s pacientem za důležité a uvedly nedostatek času jako hlavní bariéru, proč komunikaci nevěnují pozornost.

Dále se dotazují, zda sestry cítí, že se jejich schopnost komunikovat s agresivním pacientem zlepšuje s narůstající praxí. Zcela souhlasí 22 a souhlasí 61 respondentů, tudíž z 69 % potvrzují

pozitivní vliv nabytých zkušeností v praxi. Ale 31 zdravotníků nedokázala posoudit tento fakt. Domnívám se, že zvažovaly dopady negativních zkušeností na jejich osobu souběžně s výhodami zkušeností a nevěděli ke které možnosti se spíše přiklonit. Neboť se tato odpověď nabízela sestrám s praxí do 5 let, kterých je ve výzkumu 23 je také možné, že se necítí kompetentní k posuzování této skutečnosti. Spíše nesouhlasí 4 a zcela nesouhlasí 2 sestry, tudíž vcelku malé procento se naklání k negativnímu vlivu narůstající praxe. Tato skutečnost mě zajímala vzhledem k tomu, že sleduji své kolegyně s letitou praxí v oboru a jejich schopnosti deeskalace agrese pacientů mě často fascinovala, a naopak často jsem byla svědkem chování jiných velmi zkušených sester, které agrese v pacientovi vystupňovaly. Jsem ráda, že výsledky se kloní spíše k pozitivnímu vlivu. Výsledky se shodují s výzkumem z Číny, kde Chen a kol. (2023) došli k závěru, že delší praxe zvyšuje znalosti a schopnosti sester při komunikaci na pohotovosti s rozhněvanými pacienty. Stejně tak Krejčí (2023) uvádí, že znalost zásad komunikace se s délkou praxe zvyšuje. Myslím si, že by se mohla problematika délky praxe a komunikace s pacientem prozkoumat podrobněji s ohledem na emoce sester a rizika syndromu vyhoření. Snažila jsem se najít výzkum, který na problematiku délky praxe a komunikace nahlíží z tohoto pohledu, ale nezdařilo se.

Jako další zkoumaný faktor jsem zvolila únavu, jelikož velmi unavená sama pociťuji velké problémy již při standardní komunikaci. Respondenti opět více než z poloviny (58 %) taktéž vnímají únavu jako problematickou. Nicméně 31 % respondentů se s tímto problémem neztotožňuje. Myslím si, že je možné potlačení únavy vlivem stresu z agrese pacienta a pokud jsou sestry zvyklé pod stresem pracovat, nemusí to pro ně představovat bariéru, ba naopak. Opět se našli respondenti, kteří nedokázali posoudit svůj souhlas či nesouhlas, což je dle mého názoru přirozené, jelikož je každá situace s agresivním pacientem unikátní a generalizovat své odpovědi na takto choulostivé téma je velmi náročné. S výsledkem koreluje zpracovaný přehled z celkem 15 mezinárodních zdrojů o vlivu únavy ve zdravotnickém prostředí, který zpracovali Garrubba & Joseph (2019) a docílili závěru, že únava zdravotníků vede ke snížené schopnosti soustředit se, myslet analyticky, dělat rozhodnutí, zachovat ostražitost, ovládat emoce, rozpoznat rizika, efektivně komunikovat a koordinovat pohyby rukou a očí. Tyto poznatky dle mého jasně popisují, proč může únava v komunikaci s agresivním jedincem hrát vcelku velkou roli.

Zda jsou sestry ovlivněné předsudky, a hlavně u pacientů, kteří požili návykové látky a následkem toho komunikují neefektivně nedokázalo 28 dotazovaných posoudit, opět si myslím, že šlo o problém s generalizací jejich postoje při problematice, kdy jsou všechny situace unikátní. Za pozitivní považují, že spíše nesouhlasí 54 a zcela 12 sester. Takže převažuje počet sester, které předsudky nestáhnout do svého způsobu vyjadřování. Sester, které se špatným vlivem předsudků zcela souhlasí máme 5 a souhlasí 21, což také není málo a je to bohužel přirozené. Pekara (2015) problematiku předpojatosti, hlavně k opilým pacientům přiřazuje všeobecným sestrám, které s nimi měli v minulosti negativní zkušenost a připouští možnost nepřiměřených reakcí sester.

Otázka, zda lze brát interpersonální vztahy na pracovišti jako zásadní pro efektivní komunikaci sester měla převahu odpovědí se souhlasem. Zcela souhlasilo sice pouze 27, ale souhlasilo až 81 sester. Nesouhlas vyjádřilo pouze 5 % dotazovaných. Vliv interpersonálních vztahů je v dohledatelných výzkumech rozebírán spíše kvůli problematice šikany, a tudíž se zaměřením na možné negativní dopady na sestry, nikoliv na pacienta a komunikaci s ním. Myslím si, že tato skutečnost nabízí inspiraci prozkoumat tuto problematiku v budoucnu.

Sedmnáctá otázka umožňovala zobrazit problematickou skupinu pacientů se kterou sestry nejčastěji pocítují komunikační bariéry, a tudíž by to jako okolnost mohlo výrazně ovlivnit jejich komunikaci. Vyšlo najevo, že nejvíce se cítí ovlivňováni při krizové komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu a drog, tyto možnosti zvolilo $\frac{3}{4}$ respondentů. Výrazný vliv u seniorů, handicapovaných a nezaměstnaných pacientů pocítuje pouze $\frac{1}{4}$ sester. A možnosti „nelze posoudit“ využila taktéž cca $\frac{1}{4}$ dotazovaných. Výsledek se těžko srovnával s jinými zdroji, jelikož jsou specifika péče o specifické skupiny rozebírány spíše obecně. Tomašáková (2015) kvalitativním výzkumem mapovala ošetrovatelskou péči o pacienta pod vlivem alkoholu, kde 10 z 12ti sester uvedlo, že jim práce s touto skupinou pacientů vadí a pocítují strach, což se dá říct, že koreluje s výsledkem mého šetření. Při studii prací zaměřených na ostatní zmíněné okolnosti jsem nezaznamenala zmínky o komunikaci sester ve spojitosti s agresí těchto specifických skupin.

Shrnutí vyhodnocení: Z pohledu všeobecných sester negativně ovlivňuje způsob komunikace s agresivním pacientem hlavně nedostatek času, dále únava a pro malé procento nesou negativní postoj i předsudky. A většina vnímá jako vcelku zásadní faktor střízlivost pacientů (tudíž největší vliv na jejich komunikaci má specifická skupina pacientů pod vlivem alkoholu a drog) a interpersonální vztahy na pracovišti. Pozitivně většina vnímá svoji narůstající délku praxe.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3: Které postupy v komunikaci s agresivním pacientem považují všeobecné sestry za efektivní?

S výzkumnou otázkou korelují otázky v dotazníku 18-21, které se snaží nastínit jakým způsobem sestry preferují postupovat při komunikaci s agresivním pacientem.

Sestrám byl popsán ukřivděný a frustrovaný pacient, který si stěžuje na jejich kolegy/ně. Z nabízených postupů se naprostá většina (112 sester) shodla, že by si s pacientem promluvila a zjistila detaily. Druhým nejčastěji voleným postupem byla omluva, kterou z mého pohledu bohužel zvolilo pouze 44 respondentů. Myslím si, že by to mohlo být více. $\frac{1}{3}$ sester by se zastávala svých kolegů, což chápu, ale obecně se to spíše nedoporučuje, jelikož by to pacient mohl dle Honzáka (2015) vnímat jako výmluvy. Možnost oficiální stížnosti a stejně tak změny zdravotnického zařízení by navrhla $\frac{1}{6}$ sester. Jelikož by tento postup mohl dát pacientovi pocit, že není zahnaný do kouta, je velká škoda, že se k němu naklonil tak malý zlomek zdravotníků. Nářky pacienta by ignoroval pouze jeden respondent, což je uspokojivé vzhledem k nevhodnosti tohoto postupu a v porovnání s výzkumem Gašparíkové (2014), kde ignoraci pacienta volilo až 5 % respondentů, je tento výsledek uspokojivý. Šest sester využilo možnosti „jiné“ a z toho dvě navrhuje psychologickou pomoc. Nemyslím si, že je to z pozice sestry vhodné. Pacienta by to dle mého mohlo spíše urazit. Tenhle krok bych osobně nechala na lékaři. Naopak pozitivně mě překvapila odpověď „vyslechnout“. Přesný výčet odpovědí je k přečtení v popisu tabulky č. 4.

Neverbální komunikace a paraverbální prvky jsou v komunikaci důležitější, než se na první pohled může zdát. Dotazovala jsem se tedy na preferovaný postup neverbální komunikace při uklidňování znepokojeného pacienta. Nejčastější volbou byla pomalá mluva, ke které se přiklonilo 104 sester. Sice menší počet, ale stále více než polovina sester preferuje dodržování vzdálenosti cca 1,5 metru. Což je uspokojivé, protože jde vcelku o důležité zásady. $\frac{1}{4}$ sester by gestikulovalo k lůžku/židli, aby se posadil nebo by dalo ruce před sebe a dělalo pomalé pohyby dolů. Jelikož jde o uklidňovací techniku, je vcelku škoda, že nemá tyto postupy osvojeno více

sester. Znepokojuje mě fakt, že 25 % respondentů zvolil konfrontaci upřeným pohledem přímo z očí do očí. Jelikož většina sester hodnotilo své znalosti v této oblasti jako dobré, předpokládala bych, že mají ponětí o tom, že tím dáváme najevo agresivní postoj. Nikdo nezvolil, že je vhodné odhlížet a nastavovat svá slabá místa. Pekara (2015) uvádí odhlížení jako možný projev nezájmu o pacienta, což by vysvětlovalo tento výsledek, ale Honzák (2015) jej naopak popisuje jako projev mírnosti či podrobení agresorovi, aby měl prostor pro zklidnění. Určitě v tomto případě záleží na dané situaci. Za pozitivní považují, že ani jeden respondent nepraktikuje direktivní postup s rychlou a hlasitou mluvou nebo s rukama v bok a semknutými rty. Přiblížení na úzkou blízkost s dotyky praktikuje 12 % sester a vzhledem k tomu, že je to nebezpečné považují i takhle nízké procento za problematické. 4 sestry využily možnosti „nevím.“

Dále jsem se dotazovala na souhlas sester se skutečností, zda je agresivní reakce na agresivitu pacienta vždy produktivní. Zcela nesouhlasila více než polovina sester a ¼ nesouhlasila. Souhlas vyjádřili 3 a naprostý souhlas 2 sestry. Zda se kloní k souhlasu nebo ne nedokázalo posoudit 15 sester. Výsledek šetření nepovažuji za zcela uspokojivý. Gašperíková (2014) se ve své bakalářské práci také vyjadřuje k problému agresivní odezvy sester, kde 2,5 % odpovědělo, že by na pacienta, který na ně křičí také křičely a nenechaly by si to líbit. V mém šetření by se k agresii naklonily až 4 %. Domnívám se, stejně jako Gašperíková (2014), že sestry by měly vědět, že jejich úkolem je pacienta uklidnit a k tomu vede pokojný rozhovor díky kterému můžeme zjistit příčinu agrese. Jde především o akceptaci faktu, že pro pacienta, jak popisuje Kabelka (2020) je občas nezbytné agresii prožít v rámci procesu vyrovnávání se s určitou tragédií (model Kübler-Rossově). Ovšem obecně se k projevu agrese a katarze (zbavením se emoce jejím silným prožitím) vyjadřuje i Nolen-Hoeksema (2012) se závěrem, že existují důkazy z proběhlých studií o tom, že prožitá agrese buď posiluje nebo udržuje další agresivní chování. Proto si myslím, že některé sestry mají stále tendenci reagovat agresivně. Protože se bojí, aby pacientovi neukázali, že si na ně dovolovat může.

Zda je přínosné komunikovat s kolegy své schopnosti komunikace s agresivním pacientem bylo posledním bodem ke třetí výzkumné otázce. Jde o skutečnost, zda sestry považují zpětnou vazbu za efektivní. Více než polovina (66 respondentů) vyjádřilo svůj souhlas a 15 respondentů dokonce zcela souhlasilo. Tento výsledek je dle mého velmi vyhovující, jelikož nesouhlasilo pouhých 8 % a zbylých 23 % nedokázalo posoudit tento fakt, možná protože jsem neobjasnila, že se nejedná o diskusi před pacientem samotným, ale v soukromí na sesterně.

Shrnutí vyhodnocení: Sestry považují za efektivní postup hlavně promluvu s pacientem, což je důležitý faktor ke zjištění příčiny agrese. Promluvu by vedly pomalou mluvou. Dále většina preferuje dodržování bezpečné vzdálenosti cca 1,5 metru, pokud je možno, což považují za projev uvědomění si důležitosti zachování si svého bezpečí. Pro vysoké procento sester je také důležitá komunikace v rámci kolektivu a zpětná vazba. Nižší procento se naklonilo také ke gestikulaci rukami k židli/lůžku, aby se pacient posadil. A poněkud malé množství sester si myslí, že je efektivní reagovat na agresivitu též agresivně.

Doplňující a poslední otázka dotazníku zrcadlí zájem sester o odborné semináře či školení na téma komunikace s agresivním pacientem, který projevilo 73 % sester. Zda by měli zájem si není jisto 10 % a zbylých 18 % se k dalšímu rozvoji svých schopností bohužel nenaklonilo. Výsledek je tedy obdobný jako v práci Lojkové (2019), kde svůj zájem o školení na totožné téma projevilo 77 % respondentů. Domnívala jsem se, že v mém výzkumu bylo vcelku vysoké procento záporné

volby vzhledem k vysokému věku respondentů, tudíž zde hraje roli pocit jistoty a možnost opřít se o letité zkušenosti, ale u Lojkové (2019) figurovaly sestry s délkou praxe vyšší než 10 let poměrně ve velkém procentu též. Možná by bylo vhodné pro všechny sestry tohle téma učinit něčím zajímavé, aby nabyly větší motivace. I přesto se lze na tuhle „nádobu“ zájmu dívat optimisticky a říci, že je skoro plná. Kladný postoj respondentů potvrdila Hrdličková (2020) kvalitativním výzkumem, kde zjišťovala zájem o pravidelnost školení správných postupů při komunikaci s agresivními pacienty.

4 Doporučení pro praxi

Z výzkumného šetření vyšly najevo tři závěry. Prvním je, že sestry mají pocit, že jsou jejich znalosti zásad komunikace s agresivním pacientem dobré (na stupnici od výborné po nedostatečnou jako ve škole) a více než polovina uvedla, že při kontaktu a agresivním pacientem zvládá zachovat klid. Otázky k prozkoušení sester odhalily několik mezer ve znalostech zásad komunikace s agresivním jedincem (8 % by doporučovalo zvyšování hlasu a rychlou mluvu, 13 % familiární oslovení a 7 % odborné výrazy) a nepatrné mezery v posouzení neverbálních znaků pacienta. Jako signál pro potřebu motivace sester k celoživotnímu vzdělávání se v této oblasti považují nejčastější volbu zdroje informací o komunikaci s agresivním pacientem „při studiu“. Většina sester projevila zájem o semináře, ale značná část se vyjádřila, že by zájem neměla.

Druhý závěr shrnuje faktory, které ovlivňují komunikaci sester při komunikaci s agresivním pacientem. Jde hlavně o užití alkoholu a drog u pacientů, nedostatek času a únavu.

Třetí závěr ukazuje, které postupy při kontaktu s agresivním pacientem sestry upřednostňují. Převážně se shodují na efektivních a doporučených postupech, jako je klidná promluva, gestikulace k lůžku/židli, dodržení bezpečné vzdálenosti. Za alarmující považují, že několik sester zvolilo poněkud agresivní postup, který se zásadně nedoporučuje.

Z uvedených závěrů je zřejmé, že je potřeba motivovat sestry ke studiu komunikace s agresivním pacientem, event. komunikace jako takové včetně asertivního chování, které má potenciál eliminovat únavu zdravotníků. A také se potvrdila nutnost proškolení sester v častějším intervalu. Pro motivaci sester bych navrhla v nemocnicích zkusit praktikovat učení se náročným komunikačním situacím pomocí virtuální reality. Což by jako vcelku nová a moderní technika mohlo vzbudit zájem zúčastnit se semináře a zároveň by prožití modelových situací mohlo vést k většímu zájmu o téma. Další podobnou možností je vést semináře s herci, kteří modelové situace nahrají a reakce sester zaznamenat a zpětně společně zhodnotit. Tyto metody by nejenže mohli rozvinout zájem o téma, ale i umožnit trénink náročné komunikace do budoucna. Pro posílení znalostí zásad komunikace s agresivním pacientem bych doporučovala vytvořit standard o komunikaci s agresivním pacientem. Sestrám bych doporučila účastnit se kurzů zaměřujících se na umění komunikovat a také kurzů sebeobrany pro utvrzení pocitu kontroly a bezpečí. Chtěla bych připomenout velkou rozmanitost v dostupné literatuře o komunikaci, která nemusí být vždy jen odborná a často se vyjadřuje i k asertivitě a metodám, jak se jako sestra naučit eliminovat únavu, stres a také emoce, které v nás můžou pacienti vzbuzovat, když se nechovají podle našich nejlepších představ.

Jako malou připomínku, která by mohla sestry udržovat v důvěře ke komunikaci bych navrhovala na oddělení umístit leták vlastní tvorby (viz příloha C).

Závěr

Bakalářská práce nese název „Komunikace sestry s agresivním pacientem“ a za cíl měla zmapovat aspekty komunikace sestry s agresivním pacientem. K dosažení cíle byly nápomocné tři výzkumné otázky, na základě kterých byl vytvořen dotazník pro sestry na standardních odděleních s interním a chirurgickým zaměřením v rámci pracovišť medicíny dospělého věku. Otázky se orientovaly na vědomosti, postupy sester a také faktory ovlivňující jejich komunikaci s agresivním pacientem. Cíl byl splněn díky 120 respondentům, kteří dotazníky obětavě vyplnili. Práce je rozdělena na část teoretickou, která rozebírá současný stav problematiky a část výzkumnou.

Současný stav problematiky nejprve rozebírá komunikaci obecně a navazují na ni specifika komunikace v ošetrovatelství včetně zásad pro efektivní komunikaci s pacientem a vymezením pojmu asertivita s výčtem asertivních technik. Dále řeší konflikt v komunikaci a pojem agrese společně s jejími obecnými příčinami. Načež navazuje kapitola o komunikaci sestry s agresivním pacientem, kde jsou blíže specifikovány důvody agresivního chování pacienta, definovaná role sestry v dané problematice a následuje text o prevenci agresivního chování s výčtem projevů suspektní agrese. A na závěr jsou shrnuty zásady komunikace s agresivním pacientem.

Výzkumná část definuje metodiku výzkumu, výzkumné prostředí, respondenty a vyhodnocuje informace získané prostřednictvím dotazníku o 23 otázkách, které vycházely z výzkumných otázek, které měli vést k dosažení stanoveného cíle.

Výsledky šetření považují za uspokojivé. Převážná většina sester má vcelku dobré znalosti o zásadách komunikace s agresivním pacientem. Ovšem vcelku málo sester je proškoleno a vědomosti o komunikaci s agresivním jedincem znají spíše ze školy. Zájem o dané téma se nejeví dostatečný a zdá se mi to jako dobrý koncept pro budoucí výzkumy. Způsob komunikace sester s agresivním pacientem ovlivňuje negativně hlavně nedostatek času a únava. Pro malé procento představují problém i předsudky a pacient pod vlivem návykových látek. Jako pozitivní faktor hodnotí narůstající délku praxe. Za efektivní postup v komunikaci s agresivním pacientem sestry volí hlavně promluvu s pacientem se snahou mluvit pomalu. Většina si je vědoma nutnosti dodržování bezpečné vzdálenosti cca 1,5 m. A vysoké procento sester považuje za důležitou zpětnou vazbu v rámci kolektivu. Gestikulaci rukami k židli/lůžku, aby se pacient posadil preferuje jako deeskalační postup malý počet sester. Také vyšlo najevo, že nízké procento sester považuje za efektivní reagovat na agresivitu též agresivně.

Cíl považují za splněný. Myslím si, že zmapované aspekty komunikace sester s agresivním pacientem vypovídají o dobrých znalostech sester, avšak i o mezerách ve volbě správného postupu, přičemž důvodem může být nepopularita tématu a viděla bych v tom potřebu motivace sester k zájmu o semináře a praktické nácviky krizových situací. Domnívám se, že by to pozitivně ovlivnilo i zmiňované faktory, které negativně ovlivňují jejich komunikaci. A ve výsledku by nabyté znalosti a dovednosti mohli zaručit i lepší pocit ze sebe samého.

Seznam použité literatury

- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 9788027122882.
- BĚLÍK, Václav; SVOBODA HOFERKOVÁ, Stanislava a KRAUS, Blahoslav. Slovník sociální patologie. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2017. ISBN 9788027105991.
- BENEŠOVÁ, Denisa. Agresivita pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům. Pardubice, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/75833/BenesovaD_AgresivitaPacientu_ZC_2020.pdf?sequence=4
- BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmír a ŠÍROVÁ, Eva. Psychologie komunikace. Psyché. Praha: Grada, 2023. ISBN 9788027113880.
- BURDA, Patrik. Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 9788070135648.
- GARRUBBAM M. & JOSEPH C. The impact of fatigue in the healthcare setting: A scoping review. [online]. 2019 [cit. 2024-04-12]. Centre for Clinical Effectiveness, Monash Health, Melbourne, Australia. Dostupné z: https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2020/03/Health-worker-fatigue_Scoping-Review2019_FINAL.pdf
- GAŠPERÍKOVÁ, Nikola. Komunikační dovednosti v ošetrovateľskej péči. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné také z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/14747/1/Komunikacni%20dovednosti%20v%20ose%20trovate%20peci.pdf>
- HAYES, Nicky. Základy sociální psychologie. Vydání osmé. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál, 2021. ISBN 9788026218500.
- HONZÁK, Radkin. *Emoce od A do P*. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-807-4924-927.
- HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén, 2015. ISBN 9788074921421.
- HRDLÍČKOVÁ, Šárka. Bezpečnostní hrozby násilných útoků ve zdravotnictví – příležitosti a výzvy. Kladno, 2020. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Dostupné také z: <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/91920/FBMI-DP-2020-Hrdlickova-Sarka-prace.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- CHEN, Xi a kol., 2023. Assessing emergency department nurses ability to communicate with angry patients and the factor that influence it [online]. [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1098803/full>
- JELÍNKOVÁ, Květuše. Motivace všeobecných sester k celoživotnímu vzdělávání. Brno, 2021. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/zodg4/Jelinkova_Kvetuse_Diplomova_prace.pdf

- KABELKA, Ladislav. Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 9788027116881.
- KREJČÍ, Natálie. Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu. České Budějovice, 2023. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné také z: https://theses.cz/id/58mfak/2_PDF_-_Diplomova_prace_-_Komunikace_jako_soucast_osetrov.pdf
- KREJČÍ, Vojtěch. Agresivní pacient z pohledu ošetřujícího personálu. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava. Dostupné také z: <https://theses.cz/auth/id/iez0va/46616.pdf?zpet=%2Fauth%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DAgresivn%C3%AD%20pacient%20z%20pohledu%20o%C5%A1et%C5%99uj%C3%ADc%C3%ADho%20person%C3%A1lu%20vojt%C4%9Bch%20krej%C4%8D%C3%AD%26start%3D1>
- LISKOVÁ, Vlasta. Umění žít naplno [online]. [cit. 2024-04-24]. Dostupné z: <https://umenizitnaplno.cz/nenasilna-komunikace/>
- LOJKOVÁ, Michaela. Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb. České Budějovice, 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/n0i0z7/31146168>
- LOŠŤÁKOVÁ, Olga. Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace. Praha: Grada, 2020. ISBN 9788027122271.
- MACKOVÁ, Michaela. Specifika v komunikaci sestry. Praha, 2015. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha. Dostupné také z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2014-2015/Vseobecna_sestra_2015/MACKOVA_MICHAELA/MACKOVA_MICHAELA.pdf
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Koncepce ošetrovatelství [online]. [cit. 2024-02-23]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
- MOJRA. Agrese stokrát jinak [online]. [cit. 2024-02-22]. Dostupné z: <https://www.blog.mojra.cz/clanek/agrese-stokrat-jinak>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL [online]. Praha. 2024. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 21.04.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>. ISSN 2695-0340.
- NAVARRO, Joe. Tajemství řeči těla: gesta, která prozradí více než slova. Přeložila Lenka VLČKOVÁ. Praha: Grada, 2019. ISBN 9788027124770.
- NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Psychologie Atkinsonové a Hilgarda. Vyd. 3., přeprac. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026200833.
- PALEČKOVÁ, Jana a HOVORKOVÁ, Jana. Agresivita pacientů není normální, mluvíme o jejím řešení. Florence [online]. 2019 [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/agresivita-pacientu-neni-normalni-mluvme-o-jejim-reseni/>

- PEKARA, Jaroslav. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka [online]. 2015. [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7330-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>
- RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 9788024619859.
- TOMAŠÁKOVÁ, Zuzana. Ošetrovatelská péče o pacienta pod vlivem alkoholu. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné také z: https://theses.cz/id/mvi2rb/BAKAL_SK_PRCE.pdf
- UHROVÁ, Tereza a ROTH, Jan. Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 9788073456191.
- ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788027101566.
- ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027101559.

Seznam příloh

Příloha A: schválená žádost.....	60
Příloha B: dotazník	62
Příloha C: leták	69

Příloha A: schválená žádost



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 602 00 Brno
IČO 652 69 705

ODDĚLENÍ ORGANIZACE ŘÍZENÍ
Tel.: 532 233 840

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Eliška Tušlová
Datum narození: 07. 04. 1998 Telefon: 733 790 748 E-mail: Tuslova@seznam.cz
Adresa trvalého bydliště: Křetín 19, 678 62
Přesný název školy/fakulty: Vysoká škola Polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava
Obor studia: Všeobecná sestra
Vyplněte, prosím, zodpovědně a úplně všechny údaje a otázky. **Správnou odpověď zakřížkujte!**

Forma studia: ☐ prezenční ☒ kombinovaná

Téma závěrečné práce: Komunikace sestry s agresivním pacientem

Účel žádosti:

- ☒ sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
☐ sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
☐ sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Vedoucí práce (jméno a příjmení vedoucího práce a název školy/instituce, ve které je zaměstnán)

Mgr. Jana Bubláková – Vysoká škola Polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01 Jihlava

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

- ☒ ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NK – Iktová jednotka ☐ NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, **vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“**. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

☒ **Dotazníková akce** ☐ pro pacienty FN Brno ☒ pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 132

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 17. 01. 2024 do: 17. 02. 2024

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: IKK, NK, KÚČOCH, IHOK, NCHK, ÖRTK, IGEK, VIK

K vyplnění žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

☐ **Nahlížení do zdravotnické dokumentace**

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

☐ **Ostatní**

☐ kazuistika – počet:

☐ vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

5-292/23/11

☐ vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

K vyplnění žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

☐ statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích
☐ jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci? ☒ ANO ☐ NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení vedoucímu zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného zdravotnického náměstka FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) elektronicky (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Bastarova.Jana@fnbrno.cz

b) nebo listinně formě (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jana Baštařová, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Datum:

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 10. 1. 2024 pod číslem: 2024/3037/FN BRNO - 24P1

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

☒ souhlas ~~nesouhlas~~ - útvar: KK, NK, KÚČOCH, IHO, NOHK, ORTK, ICEK, VIK - VED. SAM. NLXP

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti příslušného náměstka FN Brno postoupeno dne 10. 1. 2024

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1. 2. 2023 útvaru: NK - IKT - VEDN na pozici: PRAKTIČKA SESTRA

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V případě placené služby poplatky dle Ceníku EO viz [www.fnbrno.cz/Odborná veřejnost/Informace pro studijní účely](http://www.fnbrno.cz/Odborná_veřejnost/Informace_pro_studijní_účely).

☐ souhlas žadatele s placenou službou

☐ nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: ☐ na pokladně FN Brno

☐ fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

V Brně dne 11. 1. 2024

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
Jana Baštařová
referent/vedoucí OOR

Příloha B: dotazník

Vážení respondenti,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku.

Dotazník je určen pouze pro všeobecné sestry pracující na standardním oddělení a je zcela anonymní. Vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut. Chtěla bych vás požádat o pravdivé a autentické odpovědi. Výsledky budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma: „Komunikace sestry s agresivním pacientem.“

Vždy zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud bude možnost více odpovědí, budete na to upozorněni u otázky. V případě dotazů mě neváhejte kontaktovat na níže uvedený email.

Děkuji za spolupráci.

Eliška Tušlová

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Obor Všeobecná sestra

Email: TuslovaE@seznam.cz

1) Jaká je délka Vaší praxe na pozici Všeobecná sestra?

- a) do 5 let
- b) do 10 let
- c) do 20 let
- d) nad 20 let

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské bakalářské
- d) vysokoškolské magisterské a vyšší

3) Jaké je vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

4) Jaký je Váš věk?

.....

5) Jak hodnotíte Vaše znalosti o zásadách komunikace s agresivními pacienty?

- a) Výborné
- b) Chvalitebné
- c) Dobré
- d) Dostačující
- e) Nedostačující

6) Jak byste zhodnotil/a znalosti Vašich kolegyně ohledně komunikace s agresivním pacientem?

- a) Výborné
- b) Chvalitebné
- c) Dobré
- d) Dostačující
- e) Nedostačující

7) Setkal/a jste se někdy s informacemi, které se týkaly komunikace s agresivním pacientem?/ Můžete zakroužkovat více odpovědí.

- a) ano, samostatným studiem
- b) ano, při studiu
- c) ano, na odborném semináři
- d) ano, při školení na pracovišti
- e) ne

8) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Při kontaktu s agresivním pacientem zvládám zachovat klid, udržet své emoce, mluvit nezaujatě k věci.“

- a) Zcela souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

9) Vyhodnoťte následující popis neverbálních signálů pacienta:

„Pacient leží na lůžku, má nohu přes nohu a propletené prsty za hlavou s lokty nahoru, dívá se stranou směrem k oknu.“

- a) Vypovídá o klidu pacienta.
- b) Vypovídá o nervozitě pacienta.
- c) Vypovídá o agresivitě pacienta.
- d) Jde o neutrální signály.
- e) Nevím.

10) Vyhodnoťte následující popis neverbálních signálů pacienta:

„Pacient na Vás upřeně hledí, hlasitě oddechuje a zatíná prsty v pěst.“

- a) Vypovídá o klidu pacienta.
- b) Vypovídá o nervozitě pacienta.
- c) Vypovídá o agresivitě pacienta.
- d) Jde o neutrální signály.
- e) Nevím.

11) Která z následujících možností patří k zásadám verbální komunikace s agresivním pacientem? /můžete zakroužkovat více odpovědí

- a) Neskákat do řeči
- b) Zvyšovat hlas
- c) Zrychlovat řeč
- d) Nevyhrožovat

- e) Používat odborné termíny
- f) Mluvit familiárně
- g) Vyjadřovat pochopení
- h) Ověřovat si, co pacient říká

12) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Nedostatek času dokáže negativně ovlivnit můj způsob komunikace s agresivním pacientem.“

- a) Zcela souhlasím
- b) Souhlasím
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

13) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„S narůstající délkou praxe se mé komunikační dovednosti s agresivními pacienty posouvají k lepšímu.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

14) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„S narůstající únavou mám velké potíže komunikovat s agresivním jedincem.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

15) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Často komunikuji neefektivně na základě předsudků. Hlavně s jedinci, kteří užívají návykové látky.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

16) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Pro efektivní komunikaci je zásadní kvalita interpersonálních vztahů na pracovišti.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

**17) Které z uvedených okolností mohou mít výrazný vliv na Vaši komunikaci s agresorem?
/ můžete zakroužkovat více odpovědí**

- a) Pacient je pod vlivem drog.
- b) Pacient je pod vlivem alkoholu.
- c) Pacient je senior.
- d) Pacient s handicapem.
- e) Nezaměstnaný pacient.
- f) Nelze posoudit.

18) Jaký postup v rámci prevence agresivního chování zvolíte v níže uvedené situaci?

Pacient se cítí ukřivděný. Je frustrovaný péčí zdravotnických pracovníků vyjma Vás. / můžete zakroužkovat více odpovědí

- a) Omluvit se.
- b) Zastat se kolegů.
- c) Promluvit s pacientem, zjistit detaily.
- d) Nabídnout možnost oficiální stížnosti.
- e) Navrhnout změnu zdravotnického zařízení.
- f) Nářky pacienta ignorovat.
- g) Jiná odpověď:.....

19) Pokud se snažíme uklidnit znepokojeného člověka, jakým způsobem je podle Vás nejefektivnější komunikovat neverbálně? / můžete zakroužkovat více odpovědí

- a) Konfrontovat přímo z očí do očí upřeným pohledem.
- b) Spíše odhlížet a nastavovat svá slabá místa.
- c) Dát ruce před sebe a dělat pomalé pohyby směrem dolů.
- d) Dát ruce v bok a mít semknuté rty.
- e) Udržovat vzdálenost cca 1,5 metru.
- f) Přiblížit se na těsnou blízkost a chytit jej za rameno.
- g) Gestikulovat k lůžku/židli, aby se posadil.
- h) Mluvit rychle a hlasitě.
- i) Mluvit pomalu.
- j) Nevím.

20) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Reagovat ve vztahu zdravotník – pacient na agresivitu agresivitou je vždy produktivní.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

21) Jak se ztotožňujete s následujícím tvrzením?

„Po proběhlém konfliktu s pacientem (např. Při převazu rány má pacient pasivně agresivní narážky.) je přínosné navzájem diskutovat s kolegy o kladech a záporech našich reakcí a schopností komunikovat v této situaci.“

- a) Zcela souhlasím.
- b) Souhlasím.
- c) Nedokážu posoudit.
- d) Spíše nesouhlasím.
- e) Zcela nesouhlasím.

22) Jsou ve Vaší nemocnici vypracované standardy ošetrovatelské péče o agresivního pacienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23) Měl/a byste zájem o odborné semináře nebo školení na dané téma?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha C: leták



KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM JEDINCEM

„Pro člověka je komunikace jednou z nejdůležitějších potřeb života.“



Je důležité uvědomit si, že:

1. JÁ:

- mám moc agrese zmírnit nebo zastavit
- většinou nejsem příčinou vzniku agrese pacienta
- jsem jednou z mála osob, které pacient může svůj hněv vyjádřit
- nemám racionální důvod brát si agrese osobně
- jsem profesionál a nenechám se rozhořčit
- mám práci, kde pomáhám lidem
- nemusím mít vždy a před každým pravdu
- snažím se chránit především sebe

2. KOMUNIKACE

- léčí
- je těžká, ale lze se ji naučit

Fráze pro deeskalaci hněvu:

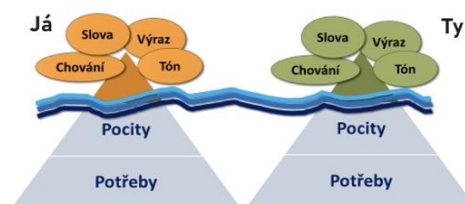
- Chcete mi k tomu říct více?
- Rozumím vám
- Prosím pokračujte
- Jsem tady, abych vás vyslechl/a
- Řekněte mi, proč je to pro vás důležité
- Vážím si toho, že jste se mi svěřil/a
- Vidím, jak moc vás to naštvalo
- To je nepříjemné slyšet
- Je mi velice líto, že vás naštvalo, co se stalo

- Je mi líto, že si tímto musíte procházet
- Omlouvám se
- Dále je doporučováno:
→ Zopakovat pacientovi, co řekl (např.: „Rozumím tomu správně, že si myslíte, že vám nechceme pomoci?“)

→ Vyzdvihnout pacientovy možné kladné stránky (např.: „Pane Nováku, znám vás jako rozumného muže.“)

Neverbální komunikanty:

- Oční kontakt – nedívat se upřeně z očí do očí, spíše se **dívat na prostředek čela nebo občas odhlížet k zemi** – pohled k člověku se doporučuje okolo cca 6 sekund.
- Bezpečná vzdálenost – cca 1,5 metru (je to proměnné dle situace), ale zásadní je **nedotýkat se** agresivních jedinců a přistupovat spíše z boku
- Směřovat pohyby a ruce směrem dolů a vést jedince k tomu, aby se posadil (vede ke zklidnění emocí)
- Neotáčet se zády



Zdroj obrázku: <https://umenizitnaplno.cz/nenasilna-komunikace/>