

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

AGRESIVNÍ PACIENT V PRIMÁRNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: Jitka Možná Zrůnová

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Jitka Možná Zrůnová**
Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Agresivní pacient v primární péči**
Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná
Cíl práce: Cílem práce je analyzovat příčiny a projevy agresivního chování v primární péči a popsat strategie, které mohou pomoci zdravotnickému personálu tyto situace řešit.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou agresivního chování pacientů v prostředí primární péče. Cílem práce je popsat projevy agresivního chování, objasnit jeho možné příčiny, rizikové faktory a zaměřit se na způsoby, kterými může zdravotnický personál na tyto situace vhodně reagovat. Práce se rovněž věnuje významu preventivních opatření pro předcházení zhoršení konfliktu a zajištění bezpečného prostředí pro personál i pro pacienty. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který probíhal prostřednictvím rozhovorů s všeobecnými a praktickými sestrami, které působí v primární péči. Výsledky výzkumu poukazují na důležitost profesionální komunikace, schopnosti zvládat náročné situace a potřebu podpory zdravotnických pracovníků v této oblasti.

Klíčová slova

Agresivní pacient; komunikace; prevence; primární péče; zvládání konfliktů

Abstract

The bachelor's thesis focuses on the issue of aggressive patient behavior in the setting of primary care. The aim of the thesis is to describe the manifestations of aggressive behavior, explain its possible causes and risk factors and focus on the ways in which healthcare professionals can respond appropriately to such situations. The thesis also emphasizes the importance of preventive measures in avoiding the worsening of conflicts and ensuring a safe environment for both patients and healthcare workers. The practical part is based on qualitative research conducted through interviews with general and practical nurses working in primary care. The findings highlight the importance of professional communication, the ability to handle challenging situations and the need support for healthcare professionals in this area.

Keywords

Aggressive patient; communication; prevention; primary care; conflict management

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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“).

Byla jsem seznámena 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 vědoma toho, že užití 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 16. dubna 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Soně Novotné, vedoucí mé práce, za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup, který mi velmi pomohl při zpracování tohoto tématu.

Upřímně děkuji také všem respondentům za jejich čas, ochotu a otevřenost, díky nimž mohla tato práce vzniknout.

Mé poděkování patří i mému manželovi a mé rodině za jejich trpělivost, povzbuzení a neustálou podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Seznam příloh.....	10
Úvod	11
1 Teoretická část	12
1.1 Aktuální stav problematiky	12
1.2 Vymezení základních pojmů a kontextu	12
1.2.1 Agrese, agresivita, násilí-definice.....	13
1.2.2 Primární péče-vymezení prostředí a specifika oproti nemocniční péči	13
1.2.3 Agrese ve zdravotnictví – přehled a současný stav problematiky	14
1.3 Klasifikace a projevy agresivního chování.....	14
1.3.1 Typologie agrese (emoční vs. agrese jako nástroj k dosažení cíle).....	14
1.3.2 Formy agrese v primární péči: Verbální agrese (urážky, výhrůžky, křik).....	15
1.3.3 Formy agrese v primární péči: Fyzická agrese (specifika a prevence)	15
1.3.4 Fáze agresivního jednání (od úzkosti k postkrizové fázi)	16
1.4 Příčiny a rizikové faktory agresivního pacienta v primární péči.....	16
1.4.1 Subjektivní faktory	17
1.4.2 Zdravotní stav (bolest, akutní onemocnění, delirium).....	17
1.4.3 Psychické faktory (úzkost, strach, frustrace, psychická onemocnění)	17
1.4.4 Vliv návykových látek (alkohol, drogy).....	18
1.4.5 Objektivní faktory.....	18
1.4.6 Organizace a prostředí (dlouhé čekací doby, hluk, nedostatek soukromí).....	18
1.4.7 Komunikační faktory (nedostatek informací, špatná komunikace personálu) ...	19
1.5 Strategie a postupy zvládnání agresivního chování	19
1.5.1 Primární prevence (bezpečnostní opatření v ordinaci, komunikační zásady)	20
1.5.2 Komunikační techniky deescalace	20
1.5.3 Verbální techniky (aktivní naslouchání, zklidňující jazyk, asertivita)	21
1.5.4 Neverbální komunikace (postoj, gesta, oční kontakt, bezpečná zóna).....	22
1.5.5 Postupy při akutním incidentu a krizová intervence.....	23
1.5.6 Právní a etické aspekty (hlášení incidentů, obrana, nutná sebeobrana)	24
2 Výzkumná část	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	26
2.4 Průběh výzkumného šetření	27
2.5 Zpracování získaných dat	27

2.6	Výsledky výzkumu	27
2.7	Analýza výsledků	35
3	Diskuse	46
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	49
	Závěr	50
	Seznam použité literatury	51
	Seznam příloh	53

Seznam tabulek

Tab. 1 Pohlaví respondentů	35
Tab. 2 Věk respondentů	36
Tab. 3 Délka praxe.....	37
Tab. 4 Zaměstnání respondentek.....	37
Tab. 5 Vyhodnocení otázky č.5.....	38
Tab. 6 Vyhodnocení otázky č.6.....	38
Tab. 7 Vyhodnocení otázky č.7.....	39
Tab. 8 Vyhodnocení otázky č.8.....	39
Tab. 9 Vyhodnocení otázky č.9.....	40
Tab. 10 Vyhodnocení otázky č.10	40
Tab. 11 Vyhodnocení otázky č.11	41
Tab. 12 Vyhodnocení otázky č.12	42
Tab. 13 Vyhodnocení otázky č.13	43
Tab. 14 Vyhodnocení otázky č.14	43
Tab. 15 Vyhodnocení otázky č.15	44
Tab. 16 Vyhodnocení otázky č.16	44
Tab. 17 Vyhodnocení otázky č.17	45
Tab. 18 Příklady verbálních technik deeskalace v primární péči	54
Tab. 19 Klíčové neverbální techniky deeskalace v primární péči.....	55
Tab. 20 Postupy při akutním incidentu v primární péči	56
Tab. 21 Právní a etické povinnosti při incidentu v primární péči.....	57

Seznam zkratk

Č.	Číslo
Např.	Například
PČR	Policie České republiky
R	Respondent
Tab.	Tabulka
VO	Výzkumná otázka
VS	Versus-porovnání
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

Seznam příloh

Příloha A.1: Tab. 18: Příklady verbálních technik deescalace v primární péči

Příloha A.2: Tab. 19: Klíčové neverbální techniky deescalace v primární péči

Příloha A.3: Tab. 20: Postupy při akutním incidentu v primární péči

Příloha A.4: Tab. 21: Právní a etické povinnosti při incidentu v primární péči

Příloha B: Informovaný souhlas

Příloha C: Osa, vedení a otázky pro rozhovor

Úvod

Agresivní chování pacientů se v posledních letech stává stále častějším a diskutovanějším tématem i v prostředí primární péče. Lékaři, sestry a zdravotničtí pracovníci jsou při své každodenní činnosti vystaveni nepředvídatelným situacím. Tyto situace mohou být nejen psychicky náročné, ale někdy i nebezpečné. Agrese ve zdravotnických zařízeních sice není novým fenoménem, avšak v posledních letech je její výskyt vnímán jako narůstající problém. Často je agrese spojená s důsledkem společenských změn, tlaku na systém a zvýšené frustrace, která plyne z dlouhých čekacích dob a nedostatku personálu. Může mít vážné dopady na kvalitu péče a duševní pohodu zdravotnického personálu.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na hlubší pochopení problematiky agresivního pacienta, které je klíčové pro zajištění bezpečnosti a kvality péče v ambulantním sektoru. Primární péče přitom představuje specifické prostředí. Zatímco se velká část pozornosti v oblasti násilí tradičně zaměřuje na vysoce rizikové úseky (např. urgentní příjmy, psychiatrické oddělení), je nezbytné se zaměřit i na méně nápadné incidenty, které se odehrávají v ambulantním sektoru.

Ordinace praktických lékařů, pediatriů nebo ambulantních specialistů jsou pro většinu populace prvním kontaktním místem se zdravotnickým systémem. Zde se očekávání pacienta často střetává s realitou omezeného času, administrativní zátěže a nutností dodržovat nastavené postupy. Agrese v primární péči proto může mít i jiné spouštěče. Často se jedná o frustraci z byrokracie, nedostatku informací, pocitu ignorace nebo nespokojenosti s rychlostí výsledku péče.

Cílem této bakalářské práce je analyzovat příčiny a projevy agresivního chování v primární péči a popsat strategie, které mohou pomoci zdravotnickému personálu tyto situace řešit. Práce se rozdělila na teoretickou a praktickou část, které tento cíl naplňují.

- Teoretická část poskytne ucelený přehled vymezením základních pojmů (agrese, agresivita, násilí), klasifikací forem agrese (verbální, fyzická), analýzou subjektivních a objektivních příčin a rizikových faktorů agresivního chování. Dále popíše strategie a postupy zvládnání agrese, včetně prevence a komunikačních technik.
- Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, který proběhl formou rozhovorů s praktickými a všeobecnými sestrami, které působí v ordinacích lékařů různé odbornosti. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak zdravotnický personál primární péče v praxi vnímá a řeší situace s agresivními pacienty.

Na základě získaných poznatků se v závěru pokusím shrnout klíčové zkušenosti a formulovat doporučení pro praxi, které by mohli přispět k efektivnějšímu zvládnání těchto náročných situací a ke zvýšení bezpečnosti a duševní pohody zdravotnického personálu v primární péči.

1 Teoretická část

1.1 Aktuální stav problematiky

Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu představuje v současné době významný problém zdravotnické praxe. S projevy verbální i fyzické agrese se zdravotničtí pracovníci setkávají poměrně často. Mezi nejohroženější profesní skupiny patří sestry, které jsou s pacientem v přímém kontaktu. Agrese se může projevovat různými způsoby. Mezi tyto projevy patří slovní napadání, vyhrožování, ponižování nebo fyzický útok. Může mít negativní dopad na psychickou pohodu zdravotníků i na kvalitu poskytované péče (Pekara, 2019).

Výzkumy ukazují, že agresivní chování pacientů je ve zdravotnictví poměrně častým jevem. Například podle českých studií se více než 70 % zdravotnických pracovníků setkala s verbálním násilím, a přibližně pětina zdravotníků zažila i fyzické napadení ze strany pacientů nebo jejich doprovodu. Nejčastěji jsou těmto situacím vystaveny právě sestry, které přicházejí s pacienty do každodenního kontaktu (Pekara, 2016).

Agresivní chování pacientů může být způsobeno řadou faktorů, mezi které patří např. bolest, stres, strach z vyšetření nebo hospitalizace, dlouhá čekací doba či nedostatečná komunikace mezi pacientem a personálem. V posledních letech je proto této problematice věnována stále větší pozornost. Věnuje se jí odborná literatura i praxe zdravotnických zařízení, která se snaží zavádět opatření zaměřená na prevenci násilí a bezpečnost zdravotnického personálu (Pekara, 2019).

1.2 Vymezení základních pojmů a kontextu

Agrese je úmyslné chování, jehož cílem je ublížit druhému člověku. Může se projevovat slovně, například nadávkami, křikem, výhrůzkami nebo fyzickým kontaktem. Patří sem i poškození majetku. V ošetrovatelství je agrese chápána jako složitý jev. Často vzniká jako reakce na bolest, úzkost nebo frustraci. Spouštěčem může být také dlouhé čekání nebo nedostatek informací. Agrese narušuje vztah mezi pacientem a zdravotníkem. Zvyšuje psychickou zátěž personálu a může vést k vyčerpání či odchodu z profese (Pokorná, 2023).

Agresivita označuje sklon k agresivnímu chování. Je ovlivněna osobností, prožíváním i sociálním prostředím a může být trvalým rysem osobnosti nebo přechodným stavem při silném stresu. Násilí představuje krajní formu agrese. Dochází při něm k prokazatelnému fyzickému nebo psychickému poškození. Ve zdravotnictví může znamenat riziko poranění personálu případně poškození zařízení. V praxi je důležité tyto pojmy rozlišovat, protože slovní agrese je častější než fyzické napadení (Hayes, 2021).

Agrese ve zdravotnictví představuje závažný problém. Ovlivňuje bezpečnost práce i kvalitu péče. Nejčastějším terčem bývají všeobecné a praktické sestry. Opakované konfliktní situace zvyšují stres a snižují pracovní spokojenost (Pekara, 2016).

Primární péče zahrnuje ordinace praktických lékařů, dětských lékařů a ambulantních specialistů. Toto prostředí se liší od nemocnice. Často zde chybí bezpečnostní prvky, například kamerový systém nebo dostatečný počet personálu. To může zvyšovat zranitelnost zdravotníků při kontaktu a agresivním pacientem (Seifert et al., 2023).

1.2.1 Agrese, agresivita, násilí-definice

Agrese je úmyslné jednání, jehož cílem je způsobit fyzickou nebo psychickou újmu jiné osobě nebo poškodit věc. Může mít podobu jednorázového činu nebo být součástí osobnostního nastavení člověka. Násilí představuje krajní formu agrese s prokazatelnými následky, například zraněními nebo škodou na majetku. Ve zdravotnictví může vést k poranění personálu případně k nutnosti právního řešení situace (Martin, Preedy a Patel, 2023).

Agresivita označuje sklon k agresivnímu chování. Může být trvalým rysem osobnosti, přechodným stavem při stresu, bolesti či silném emočním napětí. Ovlivňují ji emoce, například strach, hněv, biologické vlivy a sociální prostředí. V primární péči se může projevit jako nepřiměřená reakce na běžnou situaci. Typickým příkladem je pacient s dlouhodobou bolestí či úzkostí, který reaguje podrážděně na odmítnutí léku nebo delší čekání (Hayes, 2021).

Ve zdravotnictví má násilí závažné důsledky, ať už fyzické, slovní nebo vedoucí k poškození vybavení ordinace. Často vyžaduje další postup, například přivolání policie. V primární péči je fyzické násilí méně časté než slovní útoky, ale riziko je vyšší kvůli omezenému prostoru a menším možnostem okamžité pomoci. Sestry bývají první, kdo je s pacientem v kontaktu (Hrdličková, 2020).

V ošetrovatelské praxi bývá agrese spojena s pocity bezmoci, strachu nebo ztráty kontroly. Tyto pocity mohou zhoršit komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem. V primární péči je vztah mezi pacientem a sestrou založen na dlouhodobé spolupráci a důvěře. Výskyt agrese může tento vztah narušit a ztížit spolupráci při léčbě. Zdravotníci proto musí umět rychle vyhodnotit situaci a zvolit vhodný postup, aby zajistili bezpečí pro sebe i ostatní (Seifert et al., 2023).

1.2.2 Primární péče-vymezení prostředí a specifika oproti nemocniční péči

Primární péče je první úroveň kontaktu pacienta se zdravotním systémem. Zahrnuje ordinace praktických lékařů pro dospělé, pro děti a dorost, gynekologické ambulance, stomatologické ambulance a další ambulantní specialisty. Poskytuje dlouhodobou a souvislou péči. Zaměřuje se na prevenci, pravidelné prohlídky, očkování, diagnostiku a léčbu akutních i chronických onemocnění. Patří sem například péče o pacienty s onemocněním diabetes mellitus nebo hypertenzí (Seifert et al., 2023).

Prostředí primární péče má svá specifika. Časté jsou delší čekací doby, vysoká administrativní zátěž a omezený čas na jednoho pacienta. Tyto faktory mohou vést k frustraci a napětí. Pacienti často očekávají rychlé řešení svého problému. Pokud se s ním neseťká, může reagovat podrážděně nebo agresivně. Slovní útoky směřují často na sestry, které jsou prvním kontaktem v ordinaci. Opakované konfliktní situace zvyšují psychickou zátěž zdravotníků a mohou vést k jejich vyčerpání (Pokorná, 2023).

Dalším specifíkem primární péče je dlouhodobý vztah mezi pacientem a personálem dané ambulance. Ten podporuje důvěru, ale může vést k hromadění nespokojenosti při opakovaných potížích. Na rozdíl od nemocnice zde často chybí bezpečnostní služba nebo další personál. Zdravotníci tak musí řešit konfliktní situace samostatně. Kombinace častého kontaktu s pacienty a zároveň s nižší mírou bezpečnostní podpory zvyšuje riziko agresivního chování vůči zdravotnickému personálu (Seifert et al., 2023).

1.2.3 Agrese ve zdravotnictví – přehled a současný stav problematiky

Agrese vůči zdravotníkům je v České republice závažný problém. Ovlivňuje bezpečnost práce, kvalitu péče i psychický stav personálu. Výzkumy uvádějí, že s verbální nebo fyzickou agresí se během praxe setkala významná část zdravotníků. Nejčastější formou je agrese slovní. Ta zahrnuje křik, nadávky, výhrůžky nebo ponižování. Fyzická agrese je méně častá, ale má závažnější následky. Může vést ke zranění nebo dlouhodobým psychickým potížím (Pekara, 2016).

V primární péči je výskyt agrese nižší než na urgentních příjmech nebo psychiatrii, přesto je častý a bývá podceňován. Většinou jde o slovní útoky spojené s nespokojeností pacientů. Důvodem bývá čekání, nedostatek informací nebo odmítnutí požadavku. Sestry jsou často první, kdo s pacientem komunikuje, a proto čelí agresi nejčastěji. Opakované konflikty zvyšují stres a riziko vyčerpání (Pokorná, 2023).

Závažnost problému potvrzují i odborné práce zaměřené na bezpečnost zdravotníků. Agrese má negativní dopad na psychické zdraví, pracovní spokojenost i stabilitu personálu. Část incidentů není ani oficiálně hlášena. Zdravotníci mohou mít pocit, že agrese je běžnou součástí jejich práce (Hrdličková, 2020).

Současný stav ukazuje, že agrese v primární péči není ojedinělý stav. Souvisí s podmínkami poskytování zdravotní péče, s přetížením systému i s komunikací mezi pacientem a zdravotníkem. To potvrzuje potřebu prevence a vzdělání zdravotníků v oblasti zvládnutí agresivního chování (Zacharová, 2017).

1.3 Klasifikace a projevy agresivního chování

Agresivní chování pacientů v primární péči má různé podoby a různou míru závažnosti. Pro zdravotnický personál, zejména pro sestry v ordinacích, je důležité jednotlivé typy agrese rozpoznat. Díky tomu mohou lépe odhadnout riziko a zvolit vhodnou reakci. Klasifikace agrese vychází z poznatků psychologie a ošetrovatelství. Rozlišuje se podle příčiny vzniku, způsobu projevu, intenzity a průběhu chování. V ambulantní primární péči převažuje slovní a emoční agrese. Fyzická agrese je méně častá, ale může vzniknout náhle a představuje vyšší riziko pro personál (Pokorná, 2023).

1.3.1 Typologie agrese (emoční vs. agrese jako nástroj k dosažení cíle)

Emoční agrese je prudká reakce na silné emoce, například frustraci, bolest, strach nebo úzkost. Pacient jedná pod vlivem emocí a může ztrácet kontrolu nad svým chováním. Reaguje přehnaně na běžné situace, například na dlouhé čekání nebo nepříznivou zprávu o zdravotním stavu. Tento typ agrese je spojen s vysokým emočním napětím a sníženou schopností seberegulace. V primární péči se tento typ agrese objevuje nejčastěji. Pacienti často přicházejí s očekáváním rychlé pomoci, ale setkávají se s omezenými možnostmi systému, což může zvyšovat jejich zklamání (Pokorná, 2023).

Instrumentální agrese je cílené a vědomé chování. Pacient ji používá jako prostředek k dosažení určitého cíle. Nejde primárně o vyjádření emocí, ale o snahu získat výhodu, například recept, rychlejší termín nebo jiný požadavek. Agrese zde slouží jako nástroj nátlaku. V ordinacích

se může objevit u pacientů, kteří mají zkušenost se systémem a snaží se jej využít ve svůj prospěch (Martin, Preedy a Patel, 2023).

V české primární péči převažuje emoční agrese. Prostředí ordinací často vyvolává napětí a nespokojenost, která může vést k emočním výbuchům. Instrumentální agrese se objevuje spíše u pacientů s opakovanými požadavky nebo při dlouhodobých potížích. Rozlišení těchto typů je pro sestry důležité. Emoční agrese vyžaduje klidnou komunikaci a pochopení. Instrumentální agrese vyžaduje jasné stanovení pravidel a důsledný postup (Poněšický, 2025).

1.3.2 Formy agrese v primární péči: Verbální agrese (urážky, výhrůžky, křik)

Verbální agrese je v ambulantní péči nejčastější forma agresivního chování. Projevuje se většinou urážkami, nadávkami, zvýšeným hlasem, opakovaným křikem, výhrůžkami nebo neustálým obviňováním zdravotnického personálu. Nejčastějším terčem bývají sestry, které jsou prvním kontaktem s pacientem (Palečková a Hovorková, 2019)

V ordinacích často začíná napětí v čekárně. Pacienti zde otevřeně vyjadřují svoji nespokojenost, mohou se zde dostat i do konfliktu s ostatními pacienty. Následně se agrese přenáší na personál. I když nemá fyzickou podobu, má výrazné dopady na psychiku zdravotníků. Opakované slovní útoky vedou ke stresu, únavě, úzkosti a snižují pracovní motivaci. Pokud není situace včas zvládnuta, může verbální agrese přejít do fyzického útoku. V české praxi se tento typ chování objevuje například u chronicky nemocných pacientů. U těchto klientů se dlouhodobě hromadí stres z dlouhé léčby (Pokorná, 2023).

1.3.3 Formy agrese v primární péči: Fyzická agrese (specifika a prevence)

Fyzická agrese zahrnuje přímé útoky na zdravotnický personál nebo na vybavení ordinace. Patří sem například plivání, házení předmětů, strkání, uchopení, údery, kopání nebo úmyslné poškození zařízení. Tento typ agrese je sice méně častý než verbální, ale je výrazně závažnější a představuje vysoké riziko zranění zdravotnických pracovníků. V primární péči k fyzické agresii dochází zejména v situacích, kdy je zdravotník s pacientem v ordinaci sám a nemá možnost rychle přivolat pomoc. Riziko zvyšuje také omezený prostor ordinací, kde je obtížné udržet bezpečnou vzdálenost od pacienta. Nedostatek bezpečnostních opatření navíc prodlužuje reakční dobu a ztěžuje zvládnutí celé situace (Hrdličková, 2020).

Fyzická agrese má závažné psychické dopady na zdravotnický personál. Může vést ke stresu, úzkosti a pocitu ohrožení. Opakované incidenty mohou ovlivnit pracovní výkon i celkový přístup zdravotníka k pacientům. Vyšší riziko fyzické agrese je spojeno s pacienty pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, s pacienty v akutním neklidu či duševním onemocněním (Benešová, 2020). Prevence spočívá zejména v časném rozpoznání varovných signálů, zachování bezpečné vzdálenosti a možnosti včas přivolat pomoc. Důležitou roli hraje také příprava zdravotnického personálu na zvládnání krizových situací, která může přispět ke zvýšení bezpečnosti na pracovišti (Krejčí, 2018).

1.3.4 Fáze agresivního jednání (od úzkosti k postkrizové fázi)

Agresivní chování pacientů se většinou neobjevuje náhle. Vyvíjí se postupně v několika fázích. Znalost tohoto vývoje umožňuje zdravotnickému personálu včas rozpoznat riziko a zasáhnout ještě před vyhrocením situace (Krejčí, 2018).

1. Fáze úzkosti a napětí – pacient je neklidný, podrážděný a nervózní. Může se nadměrně pohybovat, zrychleně dýchat, mluvit sám pro sebe nebo si opakovaně stěžovat. Tyto projevy jsou varovným signálem, který bývá někdy přehlédnut.
2. Fáze verbální eskalace – objevuje se zvýšený hlas, křik, výhrůžky nebo obviňování. V této fázi je stále možné situaci zvládnout pomocí klidné komunikace a empatického přístupu.
3. Vrchol agrese – pacient ztrácí kontrolu nad svým chováním. Může dojít k fyzickému útoku, házení předmětů nebo poškozování vybavení. Tato fáze představuje vysoké riziko zranění zdravotnického personálu.
4. Postkrizová fáze – po odeznění agrese může pacient působit vyčerpaně, lítostivě nebo naopak situaci zlehčovat. Může se objevit apatie, stud nebo další napětí (Zacharová, 2016).

V prostředí primární péče může být přechod mezi jednotlivými fázemi velmi rychlý. Kontakt s pacientem je krátký a prostor ordinace je omezený. Proto je důležité zasáhnout již v první nebo druhé fázi. Pokud jsou varovné signály přehlédnuty, zvyšuje se riziko přechodu do fyzické agrese, zejména u pacientů pod vlivem návykových látek nebo při duševním onemocnění (Martin, Preedy a Patel, 2023).

1.4 Příčiny a rizikové faktory agresivního pacienta v primární péči

Agresivní chování pacientů v primární péči má mnoho různých příčin. Ty souvisejí jak se zdravotním stavem pacienta, tak s konkrétní situací a prostředím ordinace. Subjektivní příčiny vycházejí z vnitřního stavu pacienta. Zahrnují zejména bolest, strach, úzkost nebo dlouhodobé vyčerpání z nemoci. Silná bolest nebo náhlé zhoršení stavu zvyšují napětí a snižují schopnost zvládat frustraci. To může vést k podráždění nebo agresivním reakcím. V ordinacích praktických lékařů se navíc často setkáváme s pacienty v akutních stavech nebo geriatrickými s poruchami vědomí. U nich je očekávání rychlé úlevy v rozporu s možnostmi zdravotnického systému (Rokyta, 2018).

Psychické faktory, například úzkost, deprese nebo dlouhodobý stres, zvyšují citlivost na zátěžové situace. U těchto pacientů je vyšší pravděpodobnost nepřátelského chování, zejména pokud mají pocit nedostatku pochopení nebo přehlížení. V ordinacích se tyto projevy objevují například u pacientů čekajících na výsledky vyšetření nebo dlouhodobě nemocných. Nahromaděné napětí se může projevit výčitkami, obviňováním nebo opakovanými stížnostmi (Zacharová, 2016).

Významným rizikovým faktorem je také užití návykových látek. Alkohol snižuje zábrany a zvyšuje impulzivitu. Drogy mohou vyvolat podrážděnost, podezíravost nebo poruchy vnímání. U těchto pacientů je riziko rychlé eskalace chování (Krejčí, 2018).

Vnější faktory souvisejí s prostředím ordinace a organizací práce. Dlouhé čekání, hluk a nedostatek soukromí zvyšují vnitřní neklid pacientů. Tyto podmínky mohou přispět ke konfliktům. K nespokojenosti přispívá také omezený čas na komunikaci. Pokud pacient

nedostane srozumitelné informace nebo má pocit nezájmu, může reagovat podrážděně (Hrdličková, 2020).

Jednotlivé příčiny se často kombinují. Nepříznivý zdravotní stav pacienta se může setkat s organizačními omezeními ordinace, což vytváří podmínky pro vznik konfliktu. Zdravotnický personál by proto měl tyto faktory znát a včas rozpoznat varovné signály. Systematická prevence a připravenost personálu jsou důležitým předpokladem pro snížení rizika agresivního chování (Zacharová, 2016).

1.4.1 Subjektivní faktory

Subjektivní faktory agresivního chování pacientů v primární péči vycházejí z vnitřního stavu samotného pacienta. Tyto příčiny zdravotnický personál nemůže přímo ovlivnit, ale jejich znalost umožňuje včas rozpoznat zvýšené riziko a přizpůsobit přístup k pacientovi. Mezi subjektivní faktory patří zdravotní stav, psychické obtíže a užívání návykových látek. Tyto vlivy se často kombinují s vnějšími vlivy a společně zvyšují pravděpodobnost vzniku agresivního chování (Zacharová, 2016).

1.4.2 Zdravotní stav (bolest, akutní onemocnění, delirium)

Mezi nejsilnější spouštěče agresivního chování patří náhlá nebo dlouhodobá bolest. Často jde o prudké zhoršení zdravotního stavu. Typickým příkladem jsou koliky, záněty nebo silné migrény. Bolest zvyšuje podrážděnost a snižuje schopnost zvládat frustraci. Pacient se může cítit ohrožený a bezmocný, což vede k podrážděným reakcím, křiku nebo slovním útokům (Rokyta, 2018).

V ordinacích praktických lékařů je tento vliv častý. Pacienti přicházejí s akutní bolestí zubů, břicha nebo zad a očekávají rychlou úlevu. Ne vždy je však možné jejich požadavek ihned splnit. Důvodem může být nutnost dalšího vyšetření nebo omezený čas. U starších pacientů se může objevit i náhlá zmatenost. Ta souvisí s onemocněním i s reakcí na neznámé prostředí, hluk nebo dlouhé čekání (Seifert et al., 2023).

Sestry bývají první, kdo si všimne varovných příznaků. Patří mezi ně neklid, zmatené chování nebo zvýšené napětí. Včasné rozpoznání těchto projevů je důležité pro prevenci další eskalace (Krejčí, 2018).

1.4.3 Psychické faktory (úzkost, strach, frustrace, psychická onemocnění)

Úzkost, strach ze zhoršení zdravotního stavu a dlouhodobá frustrace jsou časté u pacientů v primární péči. Duševní potíže, jako deprese, úzkostné poruchy nebo reakce na trauma, zvyšují citlivost na odmítnutí a pocit přehlížení. Pacient se může cítit ohrožený i při běžném vysvětlování, například proč nelze předepsat určitý lék nebo proč musí čekat. Takové situace mohou vyvolat emoční agresi (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Psychické napětí se výrazně projevuje u chronicky nemocných pacientů. Dlouhodobá léčba, opakovaná vyšetření a nejistota z budoucího vývoje onemocnění zvyšují míru stresu. To může vést k podrážděnosti, výčitkám nebo častým stížnostem (Martin, Preedy a Patel, 2023).

Riziko zvyšuje také sociální izolace a nedostatečná podpora okolí. Návštěva ordinace může být pro některé pacienty jediným pravidelným sociálním kontaktem. Zdravotníci proto často jako

první zaznamenávají změny nálady nebo zvýšené napětí, což zvyšuje psychickou náročnost jejich práce (Zacharová, 2017).

1.4.4 Vliv návykových látek (alkohol, drogy)

Intoxikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami patří mezi významné rizikové faktory agresivního chování. Alkohol snižuje zábrany a zvyšuje impulzivitu. Často vede k hlasitým projevům, nadávkám nebo fyzickým reakcím. Užívání drog může vyvolat podrážděnost, podezřívavost nebo poruchy vnímání. U těchto pacientů je vyšší riziko náhlé eskalace chování (Krejčí, 2018).

V primární péči se tyto situace objevují zejména při akutních potížích. Intoxikovaný pacient má sníženou schopnost klidné komunikace a hůře reaguje na snahu o uklidnění. Pokud je zdravotník v ordinaci sám, zvyšuje se riziko ohrožení. Situace může rychle přejít ze slovní agrese do fyzického útoku. Vyšší výskyt agrese bývá popisován u osob s dlouhodobou závislostí. Opakované návštěvy zdravotnických zařízení a sociální problémy mohou zvyšovat frustraci a napětí. To následně zvyšuje pravděpodobnost konfliktního jednání (Moudrá, 2022).

Subjektivní faktory se často kombinují. Pacient s bolestí nebo psychickými obtížemi pod vlivem alkoholu představuje výrazně rizikovější situaci. Znalost těchto souvislostí umožňuje zdravotnickému personálu lépe předvídat možné komplikace a včas přijmout preventivní opatření (Martin, Preedy a Patel, 2023).

1.4.5 Objektivní faktory

Objektivní faktory agresivního chování pacientů v primární péči souvisejí s vnějšími podmínkami prostředí ordinace, organizací péče a kvalitou interakce mezi personálem a pacientem. Na rozdíl od subjektivních faktorů, které vycházejí z vnitřního stavu pacienta, jsou objektivní faktory částečně ovlivnitelné. Sestry, lékaři i vedení ordinace mohou jejich dopad zmírnit vhodnou organizací práce, úpravou prostředí nebo zavedením bezpečnostních opatření. Tyto faktory často působí jako bezprostřední spouštěče konfliktu a mohou zesilovat frustraci. V mnoha případech mohou objektivní faktory urychlit přechod od nespokojenosti k otevřené agresi. Zejména pokud se kombinují s bolestí, úzkostí nebo jinými subjektivními obtížemi. Prostředí zdravotnického zařízení tak může výrazně ovlivnit dynamiku agresivního jednání a celkový průběh konfliktu mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Hrubá, 2021).

1.4.6 Organizace a prostředí (dlouhé čekací doby, hluk, nedostatek soukromí)

Dlouhé čekání patří mezi hlavní spouštěče agrese v ordinacích primární péče. Pacienti často čekají i přes objednání. Po pandemii se situace zhoršila kvůli nedostatku personálu a přetížení ordinací. Čekání vyvolává pocit bezmoci a nespravedlnosti. Ten se může projevit křikem, urážkami nebo vyhrožováním stížností (Hrubá, 2021).

Napětí může také zvýšit hluk v čekárně. Mohou vadit hlasité hovory, pláč dětí nebo přeplněný prostor. Pokud je málo míst k sezení nebo špatné větrání, roste podrážděnost. Nedostatek soukromí při rozhovoru s personálem může vyvolat pocit ponížení (Hrubá, 2021). Pacient má obavu, že ostatní slyší jeho zdravotní potíže. To může vést k obranné agresi a obviňování personálu. Prostředí ordinace tak výrazně ovlivňuje chování pacientů. Pokud očekávají rychlou

a diskrétní péči, ale setkají se s přetíženým provozem, riziko konfliktu se zvyšuje (Krakowiak-Burdzy et al., 2023).

1.4.7 Komunikační faktory (nedostatek informací, špatná komunikace personálu)

Nedostatek jasných a včasných informací patří mezi časté příčiny agresivních reakcí v primární péči. Pokud pacient neví, proč dochází ke zpoždění, jaký bude další postup nebo proč nelze splnit jeho požadavek (např. předepsání léku bez doporučení specialisty), vzniká pocit nejistoty a ignorace. Tento stav se může rychle změnit ve frustraci a následnou verbální agresi ve formě křiku, výčitek nebo opakovaných dotazů (Krakowiak-Burdzy et al., 2023).

K eskalaci přispívá i nevhodná komunikace personálu. Krátké a uspěchané odpovědi, neempatický tón, absence aktivního naslouchání nebo nedostatečné vysvětlení rozhodnutí, mohou u pacienta vyvolat pocit odmítnutí. V prostředí primární péče, kde je čas na kontakt omezený, je proto srozumitelná a empatická komunikace zásadní. Pravidelné informování o délce čekání, používání podpůrných vět a respektující přístup významně snižují riziko konfliktu (Zacharová, 2016).

Objektivní faktory, zejména organizace péče a kvalita komunikace, tak představují významné spouštěče agrese. Zlepšení informovanosti pacientů a komunikačních dovedností personálu může přispět ke snížení napětí i počtu konfliktních situací (Hrubá, 2021).

1.5 Strategie a postupy zvládnání agresivního chování

Zvládnání agresivního chování v ambulancích je založeno na třech základních pilířích.

1. Primární prevence
2. Deeskalace
3. Krizová intervence

Cílem těchto postupů je minimalizovat riziko pro zdravotnický personál, pacienty a ostatní přítomné osoby. V ambulantním prostředí, kde často chybí bezpečnostní služba nebo širší tým podpory, je klíčová rychlá, profesionální a klidná reakce zdravotníků (Hrubá, 2021).

Primární prevence představuje nejúčinnější úroveň zvládnání agrese, protože jejím cílem je zabránit eskalaci ještě před vznikem konfliktní situace. Zahrnuje organizační opatření, jako je přehledné objednávání pacientů, minimalizace přeplněné čekárny, jasně stanovená pravidla chování v ordinaci nebo vytvoření bezpečného pracovního prostředí. Důležitou roli hraje taky pravidelné školení personálu v rozpoznávání varovných signálů agrese a v komunikačních dovednostech. Součástí prevence je systematická informovanost pacientů. Včasné sdělení o zpoždění, vysvětlení postupu nebo objasnění důvodů určitého rozhodnutí významně snižuje pocit nejistoty a frustrace. Empatický přístup již při prvním kontaktu se sestrou může zabránit přechodu napětí do otevřeného konfliktu (Zacharová, 2017).

Deeskalace představuje základní nefarmakologický nástroj pro zvládnutí již vznikající agresivní situace. V primární péči je komunikační přístup často jediným dostupným prostředkem ke snížení napětí. Verbální techniky zahrnují aktivní naslouchání, parafrázování sdělení pacienta, používání klidného tónu hlasu a krátkých, srozumitelných vět. Důležité je i asertivní nastavení hranic bez konfrontačního jednání (Kubová, 2016).

Neverbální komunikace hraje stejně významnou roli. Otevřený postoj těla, udržení přiměřené vzdálenosti, kontrolovaný oční kontakt a vyhýbání se náhlým pohybům přispívají ke snížení napětí a pocitu ohrožení. Pokud jsou tyto techniky použity včas, tedy v počátečních fázích agrese, výrazně zvyšují šanci na zvládnutí situace bez další eskalace (Navarro, 2019).

Krizová intervence je nutná v okamžiku, kdy dochází k fyzickým projevům agrese nebo bezprostřednímu ohrožení personálu. Základním principem je zajištění bezpečí. Například neblokovat pacientovi únikovou cestu, zachovat klid, přivolat pomoc a po incidentu situaci řádně zdokumentovat. V primární péči je často nezbytné rychlé ukončení kontaktu s agresivním pacientem a přivoláním PČR. Každý incident by měl být hlášen a evidován v souladu s interními předpisy pracoviště (Hrubá, 2021).

Strategie zvládnutí agrese musí být přizpůsobeny specifikům ambulantního prostředí, které je charakterizováno omezenými zdroji, krátkým kontaktem s pacientem a absencí okamžité bezpečnostní podpory. Kombinace prevence, deeskalačních technik a jasně stanovených postupů při krizové situaci představuje základní předpoklad pro ochranu zdravotnického personálu a zachování bezpečného pracovního prostředí (Hrubá, 2021).

1.5.1 Primární prevence (bezpečnostní opatření v ordinaci, komunikační zásady)

Primární prevence je nejúčinnější způsob, jak předcházet agresivnímu chování v primární péči. Jejím cílem je zabránit vzniku konfliktu ještě před jeho rozvojem. V ambulantním prostředí, kde často chybí bezpečnostní služba a širší podpora týmu, má prevence zásadní význam. Je založena na organizačních, technických a komunikačních opatřeních (Hrubá, 2021).

Mezi základní bezpečnostní opatření patří přehledné uspořádání ordinace a jasně stanovená pravidla chování. Vyděšené informace o nutnosti slušného jednání vymezují hranice přijatelného chování. Důležitá je i možnost rychlého přivolání pomoci. Třeba prostřednictvím interní domluvy mezi personálem nebo kontaktu na Policii ČR. Významnou roli hraje pravidelné školení zdravotnického personálu zaměřené na rozpoznání varovných signálů agrese a na správný postup při jejich řešení. Důležitým preventivním faktorem je organizace péče. Dlouhé čekací doby patří mezi hlavní spouštěče verbální agrese. Lepší plánování objednávek, vyhrazení času pro akutní pacienty a včasné informování o zpoždění mohou snížit frustraci pacientů a předejít konfliktům (Hrubá, 2021).

Součástí prevence je také komunikace. Sestra je většinou první osobou, se kterou přichází pacienti do kontaktu. Klidný tón hlasu, srozumitelné vysvětlení postupu a projevení pochopení snižují napětí. Pacient, který se cítí informovaný a respektovaný, reaguje méně impulzivně. Tím se snižuje riziko eskalace a zvyšuje bezpečnost i kvalita péče (Bednařík a Andriášová, 2020).

1.5.2 Komunikační techniky deeskalace

Deeskalace je základní postup ke snížení napětí při jednání s agresivním pacientem. V ambulancích většinou nejsou ostrahy. Proto je správná komunikace hlavním nástrojem zvládnutí situace. Cílem je uklidnit pacienta a zabránit přechodu do fyzické agrese. Základem je časné rozpoznání změn chování. Mezi varovné signály patří zvýšený hlas, neklid, podrážděnost a výhrůžky. Pokud zdravotník reaguje klidně a s respektem už v této fázi, lze předejít zhoršení situace (Krejčí, 2018).

Mezi komunikační techniky deeskalace patří verbální technika a neverbální komunikace. U verbálních technik je důležité především aktivní naslouchání. Sestra dává pacientovi prostor vyjádřit jeho obavy a reaguje empaticky. Pomáhá také uznání emocí, například větou: „Rozumím, že Vás čekání znepokojuje.“ Tento přístup posiluje pocit respektu a snižuje napětí (Zacharová, 2016).

Důležitou součástí péče o pacienta je srozumitelné a klidné vysvětlení jednotlivých kroků. Nedostatek informací může u pacienta zvyšovat nejistotu, podrážděnost a následně riziko konfliktního chování. Jasná a strukturovaná komunikace přispívá ke stabilizaci situace a pomáhá předcházet eskalaci napětí. Musí být podána klidným a respektujícím způsobem. Vhodně vedená komunikace je považována za jeden z nejučinnějších nástrojů při práci s agresivním pacientem a její kvalita zásadně ovlivňuje průběh konfliktu (Bednařík a Andriášová, 2020). Dalším významným faktorem je i rozvoj komunikačních schopností zdravotnického personálu. I krátká školení mohou zvýšit jejich jistotu a schopnost adekvátně reagovat v náročných situacích. Výzkumy potvrzují, že schopnost správně komunikovat s rozčileným pacientem má zásadní vliv na průběh a zvládnutí konfliktu (Chen et al., 2023).

Neméně důležitou roli v prevenci eskalace konfliktu hraje neverbální komunikace. Ta zahrnuje postoj těla, mimiku a způsob navazování očního kontaktu. Otevřený postoj, klidné, kontrolované pohyby a přiměřený oční kontakt podporují u pacienta pocit bezpečí a důvěry. Uzavřený nebo napjatý postoj mohou působit konfrontačně. Neverbální projevy výrazně ovlivňují to, jak pacient vnímá zdravotnického pracovníka. Tyto projevy můžou mít větší význam než samotná mluvená slova (Hayes, 2021). Z tohoto důvodu je nezbytné, aby neverbální komunikace byla v souladu s verbálním sdělením a působila přirozeně a klidně. Správné využívání řeči těla a schopnost kontrolovat vlastní neverbální projevy představují důležitý faktor při snižování napětí v komunikaci s pacientem (Navarro, 2019).

Komunikační techniky deeskalace jsou v primární péči klíčové. Pravidelný nácvik a systematické vzdělání personálu v oblasti zvládnutí agrese přispívají ke snížení rizika fyzických incidentů a ke zvýšení bezpečnosti pracovního prostředí (Zacharová, 2017).

1.5.3 Verbální techniky (aktivní naslouchání, zklidňující jazyk, asertivita)

Verbální techniky deeskalace představují v ambulantním provozu základní a nejdostupnější nástroj zvládnutí agrese. V ordinacích zdravotník obvykle řeší konfliktní situaci bez okamžité podpory dalšího personálu. Správně zvolená komunikace umožňuje snížit napětí, obnovit kontrolu nad situací a předejít přechodu do fyzické agrese. Účinnost verbální deeskalace spočívá v kombinaci empatie, strukturovaného vedení rozhovoru a jasného vymezení hranice. Odborná literatura zdůrazňuje, že způsob komunikace zdravotníka významně ovlivňuje průběh konfliktu i ochotu pacienta spolupracovat (Krejčí, 2018).

Aktivní naslouchání je jednou z důležitých technik deeskalace. Spočívá v plném soustředění na pacienta, nepřerušování jeho projevu a v ověření porozumění sdělení. Parafrázování a shrnutí pomáhají pacientovi uvědomit si, že jeho sdělení bylo vyslechnuto a pochopeno. Sestra může například říci: „Chápu, že Vás situace velmi rozčiluje.“ Tento postup snižuje pocit ignorace, který bývá často spouštěčem agresivního chování. Při komunikaci s agresivním pacientem je vhodné vyhnout se bagatelizaci problému, protože taková reakce může zvyšovat napětí (Bednařík a Andriášová, 2020).

Zklidňující jazyk je založen na klidném tónu hlasu, pomalejšímu tempu řeči a používání krátkých, srozumitelných vět. Význam má i volba slov. Doporučuje se používat formulace podporující spolupráci, například: „Chci Vám pomoci, podívejme se na možnosti.“ Podle výzkumu zaměřených na komunikaci s rozzlobenými pacienty vede empatický přístup ke snížení intenzity konfliktu a zvýšení spolupráce. Naopak autoritativní nebo útočné výroky mohou být vnímány jako ohrožení autority pacienta a zvyšují riziko další eskalace (Chen et al., 2023).

Asertivní komunikace umožňuje zdravotníkovi stanovit jasné hranice bez agresivity nebo podřízenosti. Zahrnuje klidné, ale pevné sdělení pravidel a očekávání. Například: „Prosím, mluvmě klidně, jinak nemohu pokračovat v rozhovoru.“ Asertivita chrání zdravotnický personál před manipulací nebo zastrašováním. Současně zachová respekt k pacientovi. V situacích zvýšeného rozrušení je důležité zachovat strukturu komunikace, jasně vymezit postup a upozornit na možné důsledky nevhodného chování (Krejčí, 2018).

Přehledné shrnutí vybraných verbálních technik deescalace v primární péči je uvedeno v příloze jako tab. 18.

1.5.4 Neverbální komunikace (postoj, gesta, oční kontakt, bezpečná zóna)

Neverbální komunikace tvoří významnou část mezilidské interakce a zásadně ovlivňuje to, jak pacient vnímá bezpečnost, respekt a záměr zdravotníka. Výzkumy i odborná literatura potvrzují, že postoj těla, vzdálenost, mimika a gesta mají při konfliktních situacích větší význam než samotný obsah sdělení (Zacharová, 2016).

V prostředí primární péče je význam neverbální komunikace ještě výraznější. Ordinance bývají prostorově omezené a zdravotník řeší situaci bez podpory dalšího personálu. Správné využití neverbálních technik proto může pomoci zabránit přechodu z verbální do fyzické agrese. Nevhodné neverbální projevy, například zkřížené paže, náhlé pohyby nebo blokování únikové cesty, mohou být pacientem chápány jako ohrožení, případně konfrontace. Naopak otevřený postoj, klidné pohyby a přiměřený oční kontakt podporují pocit bezpečí a spolupráce (Pekara, 2016).

Otevřený postoj zahrnuje viditelné ruce, uvolněná ramena a mírné natočení těla směrem k pacientovi. Tento postoj signalizuje ochotu komunikovat a neohrožující záměr. Podle principů neverbální komunikace působí zkřížené paže nebo ruce v kapsách obranně a můžou vyvolat pocit odmítání. V ambulantním prostředí je současně důležité, aby zdravotník měl přehled o prostoru a možnosti bezpečného ústupu. Pocit kontroly nad situací snižuje stres personálu a umožňuje klidnější reakci (Navarro, 2019).

Bezpečná vzdálenost je dalším základním preventivním opatřením. Příliš těsný kontakt může aktivovat obranné reakce pacienta, zatímco nadměrný odstup může být vnímán jako nezájem. Optimální vzdálenost podporuje pocit bezpečí a respektu. V malých ordinacích je vhodné uspořádání prostoru tak, aby mezi personálem a pacientem existovala přirozená bariéra (např. stůl) a aby nebyla blokována úniková cesta (Zacharová, 2017).

Oční kontakt by měl být přiměřený, krátkodobý a vedený na úrovni očí. Nadměrně intenzivní pohled může být interpretován jako výzva, zatímco jeho absence jako nezájem nebo nejistota. Kombinace očního kontaktu s aktivním nasloucháním posiluje pocit respektu a uznání, což přispívá ke snížení napětí (Navarro, 2019).

Gesta by měla být klidná, pomalá a otevřená. Náhlé pohyby, ukazování prstem a prudké změny v postoji můžou působit hrozivě. Vyhýbání se blokování východu nebo přílišnému přibližování je důležité zejména u pacientů s vyšší mírou rozrušení. Vhodná neverbální komunikace podporuje stabilizaci situace a napomáhá tomu, aby pacient nevnímal vzájemné působení jako rozpor (Pekara, 2016).

Přehledné shrnutí klíčových neverbálních technik deeskalace v primární péči je uvedeno v příloze jako tab. 19.

1.5.5 Postupy při akutním incidentu a krizová intervence

Postupy při akutním incidentu nastupují v okamžiku, kdy selže primární prevence i deeskalační techniky a agrese přechází do fáze ohrožení (fyzické projevy, ztráta kontroly, útoky). V primární péči, kde bývá personál omezený na sestru a lékaře bez přítomnosti bezpečnostní služby, je nutné jednat rychle, koordinovaně a s důrazem na ochranu zdraví všech. Cílem krizové pomoci je minimalizovat riziko zranění, ukončit nebezpečnou situaci a následně ji odborně vyhodnotit (Hrubá, 2021).

Základním principem je zachování profesionálního klidu. Emoční reakce personálu může agresi dále zesílit, protože pacient často reaguje na vnímané ohrožení nebo napětí v okolí. Klidný tón hlasu, pomalé pohyby a stabilní postoj pomáhají snížit intenzitu situace. Současně je nutné respektovat osobní prostor pacienta a udržovat bezpečnou vzdálenost. Neblokování východu a zajištění únikové cesty je základním bezpečnostním pravidlem v ošetrovatelské praxi. Ošetrovatelská literatura zdůrazňuje, že fyzický střet by měl být krajním řešením a vždy musí být přiměřený situaci. V ambulantním prostředí je prioritou ustoupit, vytvořit odstup a zabránit dalšímu vyhrocení konfliktu (Dingová, Lidická a Vrábelová, 2018).

Pokud pacient představuje bezprostřední fyzické ohrožení, je nezbytné okamžitě přivolat pomoc. V podmínkách ordinace to znamená předem domluvený signál lékaři nebo kontaktovat PČR. Praktická doporučení uvádějí nutnost mít jasně stanovený postup. Kdo volá pomoc, jaké informace sděluje a jak je situace interně řešena. Výskyt agresivních incidentů ve zdravotnických zařízeních není ojedinělý a představuje reálné riziko zejména pro sestry, které bývají prvním kontaktem s pacientem. Připravenost personálu na krizovou situaci je proto zásadní (Hrubá, 2021).

Každý incident musí být řádně zaznamenán. Dokumentace by měla obsahovat datum, čas, popis situace, projevy agrese, jména svědků, případná zranění a přijatá opatření. Systematické zaznamenávání napomáhá nejen právní ochraně personálu, ale i analýze rizik a prevence opakování podobných situací. Z hlediska komunikace je důležité, aby dokumentace byla věcná, bez emočních hodnocení a subjektivních komentářů. Profesionální a strukturovaný záznam je součástí odpovědného přístupu k bezpečnosti práce (Kabelka, 2020).

V akutní fázi je prioritou rychlé ukončení kontaktu s agresivním pacientem. Pokud je to možné, je vhodné přerušit komunikaci a vytvořit bezpečný odstup. Ostatní pacienti v čekárně by měli být chráněni před ohrožením. Fyzický zásah je možný pouze v mezích nutné obrany a musí být přiměřený situaci. Po odeznění incidentu je potřeba zkontrolovat zdravotní stav personálu i pacienta, případně zajistit další péči. Rozbor události a následná podpora zaměstnanců jsou důležité pro prevenci sekundárního traumatu a dlouhodobého stresu (Paulík, 2017).

Opakované vystavení agresivním situacím může vést ke zvýšené psychické zátěži, únavě a snížení pracovní výkonnosti. Chronická únava zdravotnických pracovníků zvyšuje riziko chyb a emoční nestability při krizových situacích. Proto je vhodné po závažném incidentu zajistit možnost rozhovoru, podpory ze strany vedení nebo odborné pomoci (Garrubba a Joseph, 2019).

Přehledné shrnutí postupů při akutním incidentu v primární péči je uvedeno v příloze jako tab. 20.

1.5.6 Právní a etické aspekty (hlášení incidentů, obrana, nutná sebeobrana)

Právní a etické aspekty zvládnutí agresivního chování pacientů tvoří důležitý rámec bezpečné praxe v primární péči. Zdravotnický pracovník je povinen chránit zdraví pacienta i vlastní bezpečnost a zároveň postupovat v souladu s platnou legislativou a profesní etikou. V ambulantním prostředí, kde je personál často vystaven přímému kontaktu s pacientem bez přítomnosti širšího týmu, je znalost právních možností i povinností zásadní (Hrubá, 2021).

Každý incident agresivního chování by měl být zaznamenán a oznámen vedení pracoviště. Evidence incidentů umožňuje analyzovat rizika a přijímat preventivní opatření. Zároveň chrání zdravotnický personál z právního hlediska. Systematická dokumentace je součástí odpovědné organizace zdravotních služeb a přispívá k transparentnosti péče (Seifert, Býma, Seifert a kol., 2023).

Výzkumy z českého prostředí potvrzují, že agrese vůči zdravotníkům je reálným problémem. Nejčastějším terčem bývají sestry. Právě proto je důležité, aby incidenty nebyly bagatelizovány, ale byly řádně zaznamenány a vyhodnoceny. Odborná literatura zároveň upozorňuje, že otevřená komunikace o násilí ve zdravotnictví je předpokladem jeho systematického řešení (Pekara, 2016).

Zdravotnický pracovník má právo bránit sebe i další osoby proti bezprostřednímu útoku. Obrana však musí být přiměřená situaci a nesmí přesáhnout míru nutnou k odvrácení ohrožení. V primární péči je vždy prioritou ústup, přivolání pomoci a minimalizace fyzického kontaktu. Fyzická intervence představuje krajní řešení, které je přípustné pouze tehdy, pokud není jiná možnost ochrany zdraví. Agresivní chování pacientů bývá spojeno s emočním přetížením, frustrací nebo poruchou sebekontroly. Z pohledu sociální psychologie je nutné chápat agresi jako reakci na vnímané ohrožení nebo frustraci, což však neomlouvá protiprávní jednání. Zdravotník musí reagovat profesionálně, s respektem k zákonným hranicím i důstojnosti pacienta (Novotná, 2020).

Etická rovina zvládnutí agrese spočívá v rovnováze mezi ochranou personálu a s respektem k pacientovi. I agresivní pacient má právo na zachování lidské důstojnosti, ochranu soukromí a profesionální přístup. Ošetřovatelská etika zdůrazňuje princip neškodit, respektovat nezávislost a jednat spravedlivě. Současně je však etickou povinností zdravotníků chránit vlastní zdraví i zdraví kolegů. Opakované vystavení agresivnímu chování může mít dlouhodobé psychické dopady, například stres, vyčerpání nebo syndrom vyhoření. Po závažném incidentu je vhodné zajistit podporu zaměstnancům, například formou rozhovoru s vedením nebo supervize (Zacharová, 2017). Primární péče je specifická krátkým kontaktem s pacientem a vysokou mírou samostatností zdravotníků. O to důležitější je mít jasně stanovené interní

postupy, které propojují právní odpovědnost s etickými principy péče (Seifert, Býma, Seifert a kol., 2023).

Přehledné shrnutí právních a etických povinností při incidentu v primární péči je uvedeno v příloze jako tab. 21.

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl práce

Cílem práce je analyzovat příčiny a projevy agresivního chování v primární péči a popsat strategie, které mohou pomoci zdravotnickému personálu tyto situace řešit.

Výzkumné otázky

VO1: Jaké příčiny a projevy agresivního chování vnímají sestry v primární péči?

VO2: Jaké strategie využívají sestry v primární péči při řešení agresivního chování pacientů a jak hodnotí jejich účinnost?

VO3: Jak jsou sestry v primární péči připraveny na řešení agresivního chování pacientů?

2.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu umožňuje lépe porozumět zkušenostem a názorům respondentů na zkoumanou problematiku. V této práci se zaměřuji na zkušenosti sester s agresivním chováním v prostředí primární péče a na způsoby, jakými tyto situace řeší. Pro sběr dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Respondentky odpovídaly na předem připravené otázky zaměřené na jejich zkušenosti s agresivním chováním. Tato metoda umožnila respondentkám své odpovědi rozvést a doplnit o vlastní zkušenosti. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v primární péči. Celkem jsem oslovila 12 sester. Z důvodu časové vytíženosti nebo pracovních povinností některé oslovené sestry účast ve výzkumu odmítly. Do výzkumného šetření se nakonec zapojilo 7 respondentek. Rozhovory probíhaly individuálně na předem domluveném místě a jejich délka se pohybovala přibližně mezi 20 až 35 minutami. Odpovědi respondentek jsem zaznamenávala formou písemných poznámek nebo prostřednictvím audiozáznamu a následně jsem je přepsala do textové podoby pro další analýzu. Při realizaci výzkumu jsem dodržela základní etické principy. Respondentky byly před zahájením rozhovoru informovány o cíli výzkumu a o způsobu využití získaných informací. Účast byla dobrovolná a respondentky mohly svou účast kdykoliv ukončit. Zároveň jsem zajistila jejich anonymitu, proto jsou v práci označeny pouze jako Respondentka 1, Respondentka 2.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Rozhovorů se zúčastnilo sedm respondentek. Všechny ženy jsou ve věku od 29 do 69 let a pracují v primární péči. Výzkum probíhal přímo v ambulancích. Prostředí bylo klidné, vstřícné a podporovalo otevřenou komunikaci. Respondentky měly možnost otázku přeskočit nebo rozhovor ukončit, ale žádná této možnosti nevyužila. Odpovědi byly sdíleny ochotně a podrobně, a to přispělo k hloubce a kvalitě získaných dat.

2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkum probíhal od ledna do března 2026. Před zahájením rozhovorů jsem respondentky informovala o cíli šetření, dobrovolnosti účasti a anonymitě zpracování dat. Rozhovory probíhaly individuálně a odpovědi byly zaznamenávány písemně nebo pomocí audiozáznamu, který byl následně přepsán pro další analýzu. Atmosféra během rozhovorů byla příjemná, respondentky odpovídaly otevřeně a ochotně.

2.5 Zpracování získaných dat

S šesti respondentkami jsem se dohodla na záznamu písemnou formou a jedna respondentka souhlasila s nahráváním rozhovoru pomocí diktafonu v mobilním telefonu. Všechna získaná data jsem uspořádala v Microsoft Word a pro lepší přehlednost jsem je zaznamenala do tabulek, které umožňují snadnější orientaci ve výsledcích.

2.6 Výsledky výzkumu

Respondentka 1

Mojí první respondentkou byla žena ve věku 31 let. V primární péči pracuje 10 let. Poslední tři roky pracuje v ortopedické ambulanci.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?

„Ano, setkala.“

2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?

„Nejčastěji se setkáváme se slovní agresí. Pacienti nám často nadávají, ale už se nám stalo, že nám pacient kopal do dveří.“

3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?

„Většinou se to děje, když musí čekat delší čas nebo když chtějí dřívější termín. Někdy se nám stane, že přijde pacient, který není objednaný a čekací doba v čekárně se prodlužuje.“

4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?

„Jak jsem říkala v předchozí odpovědi, dlouho čekají v čekárně anebo chtějí dřívější termín.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?

„Na těch pacientech to jde poznat. Změní se jim obličej, začínají trochu rychleji dýchat. Někdy i zčervenají.“

6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?

„Ano můžu. Se slovním napadáním se setkáváme velmi často. Minimálně dvakrát za týden. Ale mám jednu zkušenost, kdy se pacient dožadoval dřívějšího termínu pro svoji matku. Nešlo mu vysvětlit, že ten termín nemáme, a tak nám začal kopat do dveří.“

7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?

„Já se snažím situaci uklidnit, být empatická, ale ne vždy se to podaří. Někdy to nevydržím a ujedou mi nervy. Nemělo by se to stávat, ale některé dny jsou náročné a když mi pacient začne sprostě nadávat, tak si to nenechám líbit.“

8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?

„Jak jsem říkala v předchozí odpovědi, snažím se být empatická a vžít se do pocitů pacienta. Je to někdy opravdu náročné.“

9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?

„Bohužel ne.“

10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?

„Ano musela. Stalo se to, když byl pacient agresivní a kopal nám do dveří. Přivolala jsem si na pomoc lékaře. Pacient se uklidnil až ve chvíli, kdy jsme mu řekli, že zavoláme policii. V ten moment se situace začala uklidňovat.“

11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?

„Většinou si děláme zápis do karty pacienta. Například, že při poslední kontrole nás pacient vulgárně urážel a tak podobně.“

12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?

„Řekla bych, že ne. Nikdy jsem neabsolvovala školení, které by bylo zaměřené na toto téma. Podle mě se i o tomto tématu málo mluví.“

13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?

„Myslím, že by se o tom mělo víc mluvit. Taky by to chtělo rozšířit nabídku školení na tohle téma. Podle mě by se takového školení chtělo zúčastnit více zdravotníků, protože mám pocit, že agrese ve zdravotnictví je čím dál víc častá.“

Respondentka 2

Mojí druhou respondentkou byla žena ve věku 60 let. V primární péči pracuje 35 let a pracuje v chirurgické ambulanci.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?

„Ano setkala a několikrát. Už se to nedá ani spočítat kolikrát to bylo.“

2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?

„Verbální agrese.“

3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?

„Když dlouho čekají v čekárně.“

4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?

„Netrpělivost. Mají pocit, že přijdou a hned budou na řadě.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?
„Většinou začnou být nervózní a začínají zvyšovat hlas.“
6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?
„Můžu, ale těch situací je tolik, že nevím, kterou vybrat. U nás nejčastěji dochází k slovnímu napadení. To máme skoro na denním pořádku.“
7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?
„Klidně. Po těch letech už mě to nemůže rozhodit.“
8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?
„Snažím se pacienta uklidnit a vysvětlit mu nastalou situaci.“
9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?
„Nic takového nemáme.“
10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?
„Ne. Vždy jsem tu situaci dokázala uklidnit sama.“
11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?
„Uděláme zápis do zdravotní dokumentace pacienta.“
12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?
„Ne.“
13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?
„Možná nějaké trestní stíhání těchto pacientů.“

Respondentka 3

Třetí respondentkou byla žena ve věku 47 let a v primární péči pracuje 23 let. Pracuje v chirurgické ambulanci.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?
„Ano.“
2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?
„Verbální agrese.“
3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?
„Nejčastěji k tomu dochází při dlouhém čekání.“
4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?
„Pacienti se rádi informují na sociálních sítích a internetu a dopředu vědí, že máme dlouhé čekací doby.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?
„Pacient začíná rozhovor útočně a postupně se to zhoršuje.“
6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?
„Jistě. Nejednou se situace vyhroutil, kdy mě pacient chytnul za ruku, nebo se snažil dobít do ordinace. To, že mi nadávají nemusím ani zmiňovat.“
7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?
„Chci co nejrychleji situaci uklidnit.“
8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?
„Snažím se k pacientům přistupovat asertivně.“
9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?
„Ne, tohle nemáme zavedeno, ale možná by to bylo potřeba.“
10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?
„Ano. Musela jsem volat policii, která situaci musela uklidnit. Není to příjemná situace, ale s pacientem se nešlo domluvit v klidu.“
11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?
„Obvykle žádným způsobem.“
12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?
„Snažím se je zvládat, ale nikdo mě na takové situace nepřipravuje.“
13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?
„Nejsem si jistá, jestli něco takového vůbec existuje.“

Respondentka 4

Mojí čtvrtou respondentkou je žena ve věku 29 let. Pracuje v primární péči 8 let a poslední rok pracuje v psychiatrické ambulanci.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?
„Ano a několikrát. Ale je agresivní a agresivní pacient. Někdy se jedná o slovní napadení a někdy o fyzické.“
2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?
„Častěji se setkávám se slovním napadením.“
3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?
„Nejčastěji k tomu dochází u pacientů s demencí nebo s jiným psychickým onemocněním. Neuvědomují si, jak dlouho čekají a jsou netrpěliví.“
4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?
„To, že, mají zkreslené myšlení a vnímání. Mají to trochu jinak nastavené.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?
„Pacienti znervózní, začínají červenat a zvedat hlas.“
6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?
„Jistě. Pacientka, která měla diagnostikovanou psychickou poruchu, nebyla spokojená s tím, že jsme ji nevzali přímo na minutu přesně. V průběhu konfliktu mě chytla za ruku a začala zvyšovat hlas.“
7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?
„Záleží na situaci, ale většinou improvizuji.“
8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?
„Snažím se situaci uklidnit. Někdy mile, ale někdy musím zvednout hlas a důrazněji pacienta usměrnit, aby si uvědomil, s kým jedná.“
9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?
„Zrovna u nás ne. Je to škoda. Něco by se nám hodilo.“
10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?
„Vždy jsem zvládla situaci zvládnout sama. To spíš já jsem byla přivolána na pomoc.“
11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?
„Jen zápis do karty pacienta a na kartu si uděláme značku. Takže než pacienta vezmu do ordinace, tak vím, že tam byl nějaký problém a nemusím číst zápisy.“
12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?
„Neřekla bych. Člověk by se do těchto situací nejradši nedostal. Bohužel ne každý je hodný. Zlých lidí přibývá a je spousta situací, které člověk ani nečeká a není schopný se na ně připravit.“
13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?
„Možná nějaké pravidelné školení, jak s těmito pacienty komunikovat a pracovat.“

Respondentka 5

Pátou respondentkou byla žena ve věku 33 let a pracuje v zubní ordinaci 9 let. Aktuálně se vrátila po mateřské dovolené a v pracovním procesu je nyní 6 měsíců.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?
„Já osobně jsem se během své praxe s agresivním pacientem nesečkala. Všechno bohužel schytá naše paní recepční a pacienti jsou v ordinaci už klidní.“
2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?
„Na našem pracovišti se odehrává pouze slovní agrese. K fyzické nikdy nedošlo.“

3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?

„Dlouhé čekání v čekárně. To se u nás stává často. Ne vždy jde zákrok přesně časově odhadnout. A je to práce s lidmi. Někdy jsou nepříjemní, když se dožadují dřívějšího termínu.“

4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?

„Jak jsem říkala v předchozí otázce, jde o to, že dlouho čekají v čekárně, nebo chtějí dřívější termín.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?

„Jak jsem říkala, nemám přímo zkušenost a agresivním pacientem. Co vím od paní recepční, tak to pozná hned. Sedí naštvaně, jejich pohled začne být naštvaný a když se naštvou hodně, tak přijdou za ní a začnou zvyšovat hlas.“

6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?

„Nemůžu, protože jsem nikdy nebyla přímo přítomná.“

7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?

„Neocitám se v těchto situacích, ale snažila bych se být empatická, zachovat klid a být profesionální.“

8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?

„Hovořila bych klidně, srozumitelně a pomalu. Vyslechla bych si jeho problém a snažila se ho vyřešit.“

9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?

„Ne.“

10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?

„Ne a ani paní recepční si pomoc nepřivolala.“

11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?

„Vždy tyto situace řešíme na pravidelných poradách a zápisem do karty pacienta.“

12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?

„Vůbec ne.“

13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?

„Chtělo by to více informací anebo nějaké názorné ukázky, jak se zachovat.“

Respondentka 6

Šestou respondentkou byla žena ve věku 69 let a pracuje v gynekologické ambulanci. V primární péči pracuje 47 let.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?
„Během své dlouholeté praxe jsem se nesečkala s agresivním pacientem. Naše klientky jsou hodné a chápavé.“
2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?
„U nás v ambulanci se s agresivními pacientkami nepotkáváme.“
3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?
„Agresivní pacienty v ordinaci nemáme.“
4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?
„Co vím od kolegyně z jiných ordinací, tak nejčastěji mají problém s pacienty, kteří čekají dlouho. To jim umí nadávat.“
5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?
„Nemůžu posoudit.“
6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?
„Ráda bych nějakou popsala, ale nemám jakou.“
7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?
„Nemůžu mluvit ze své zkušenosti, ale snažila bych se pacienta uklidnit, vše mu rozumně vysvětlit a případně dohodnout jiný termín.“
8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?
„U nás to není potřeba. Mluvila bych klidně a byla empatická.“
9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?
„Ne.“
10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?
„Nikdy.“
11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?
„Nejspíš by paní doktorka udělala zápis do karty pacienty.“
12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?
„Ne.“
13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?
„Myslím, že by pomohla vhodná komunikace nebo vykázání pacientů, kteří jsou pod vlivem. Samozřejmě pokud není v ohrožení života.“

Respondentka 7

Mojí sedmou respondentkou byla žena ve věku 61 let. Pracuje v ambulanci obličejové chirurgie a v primární péči pracuje 39 let.

1. Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?

„Ano a už to ani nepočítám, protože těch případů bylo opravdu hodně.“

2. Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?

„Častější je nějaké slovní napadání, ale už jsem zažila i fyzické napadení.“

3. V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?

„U nás v ambulanci máme nepřetržitý provoz, takže spíš se to děje na noční směně. Pacienti jsou třeba pod vlivem alkoholu, možná i něčeho jiného. Přicházejí s doprovodem, který je taky většinou pod vlivem. Nemají pak zábrany.“

4. Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?

„Těžko říct co všechno se jim honí v hlavě. Může to být třeba tím, že si je musím vyzpovídat, zadat do počítače všechny údaje a než dorazí lékař, to taky trvá. Takže asi jsou naštvaní, že musí čekat delší čas.“

5. Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?

„Zvyšují hlas. Tím začínají vždy. Pak to umí přejít do křiku, nadávek, kopání do dveří nebo se nám snaží něco rozbít.“

6. Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?

„Ano. Přivezli nám pacienta pod vlivem alkoholu. Bylo to v pátek nebo sobotu v noci. Už nevím přesně. Byla to prostě noční směna o víkendu. Pacient se porval na diskotéce. Pán přišel i s doprovodem, který měl také popito. Doprovod byl nevrlý už při příchodu a když jsem si pacienta zadávala do počítače, tak si mě začal natáčet na mobilní telefon. Chtěla jsem, aby přestal, ale nedalo se s ním domluvit. Než přišel lékař, tak mi sprostě nadávali a dožadovali se ošetření. Bylo tam i nějaké kopnutí do dveří. Naštěstí přišel pan doktor a situace se hned uklidnila. Pan doktor má přísnější výraz, tak to možná taky pomohlo, ale hlavně došel a vzal je do ordinace. Takže byli spokojení.“

7. Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?

„Snažím se mluvit klidně a nenechat se rozhodit. Ne vždy to jde, takže se snažím to přizpůsobit danému momentu.“

8. Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?

„Mluvím klidně a snažím se působit mile. Chci jim pomoci, a ne zažívat agresi.“

9. Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?

„Máme takové nepsané pravidlo, že na noční by měl být jeden muž. Buď doktor anebo zdravotní bratr. Bohužel je více žen a nelze toto dodržovat každou noční službu. Jinak žádné postupy nemáme. Když by to byla vyhrocená situace, tak voláme policii.“

10. Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?

„Ano, několikrát se stalo, že jsem musela volat policii. Nešlo nám pacienty uklidnit. Nepomohl ani pan doktor.“

11. Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?

„Akorát zápisem do karty. Nikam jinak to nepíšeme.“

12. Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?

„Ani ne. Chtělo by to nějaké proškolení.“

13. Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?

„Určitě by to chtělo nějaké školení, kde by byly i určité scénky, ať víme, jak se zachovat v určité chvíli. Případně pozměnit zákony, aby se násilí a agrese na zdravotnické pracovníky více trestalo.“

2.7 Analýza výsledků

Základní informace

Tab. 1 Pohlaví respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Muž							
Žena	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní zpracování

Výzkumného šetření se zúčastnilo sedm respondentů a byly to ženy.

Tab. 2 Věk respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
31	X						
60		X					
47			X				
29				X			
33					X		
69						X	
61							X

Zdroj: vlastní zpracování

Respondentky byly ve věku 29 až 69 let.

Tab. 3 Délka praxe

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
10	X						
35		X					
23			X				
8				X			
9					X		
47						X	
39							X

Zdroj: vlastní zpracování

Délka praxe respondentek se pohybuje mezi 8 až 47 lety.

Tab. 4 Zaměstnání respondentek

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zubní ordinace					X		
Chirurgická ambulance		X	X				X
Ortopedická ambulance	X						
Gynekologická ambulance						X	
Psychiatrická ambulance				X			

Zdroj: vlastní zpracování

Všechny respondentky pracují v ambulantním provozu. Tři respondentky pracují v chirurgické ambulanci, dále po jedné sestře v zubní, ortopedické, gynekologické a psychiatrické ambulanci.

Otázky týkající se výzkumné otázky č.1

1) Výzkumná otázka 1: Jaké příčiny a projevy agresivního chování vnímají sestry v primární péči?

Otázka č. 5: Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?

Tab. 5 Vyhodnocení otázky č.5

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Ano	X	X	X	X			X
Ne					X	X	

Zdroj: vlastní zpracování

Pět ze sedmi respondentek se setkala s agresivním pacientem.

Otázka č. 6: Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?

Tab. 6 Vyhodnocení otázky č.6

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Verbální	X	X	X	X	X		X
Fyzická							
Na pracovišti se agrese nevyskytuje						X	

Zdroj: vlastní zpracování

Šest ze sedmi respondentek uvádí, že na jejich pracovišti se vyskytuje převážně verbální agrese. Jedna z respondentek se sice s agresivním pacientem přímo nesečkala, ale její kolegyně se na pracovišti a verbální agrese setkávají. Jedna z respondentek uvádí, že na jejich pracovišti se agresivní pacienti nikdy nevyskytují.

Otázka č. 7: V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?

Tab. 7 Vyhodnocení otázky č.7

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Dlouhé objednávací doby	X						
Dlouhé čekání v čekárně	X	X	X	X	X		X

Zdroj: vlastní zpracování

Pět ze sedmi respondentek uvádí, že v jejich ambulanci dochází k agresi z dlouhého čekání v čekárně. Jedna respondentka uvádí dlouhé objednávací doby i dlouhé čekání v čekárně a jedna respondentka se s agresivním pacientem nikdy nesešla.

Otázka č. 8: Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?

Tab. 8 Vyhodnocení otázky č.8

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Netrpělivost	X	X	X	X	X		X
Psychiatrické onemocnění				X			
Vnímání pod vlivem alkoholu							X

Zdroj: vlastní zpracování

Čtyři respondentky uvádí, že nejčastější příčinou je netrpělivost pacientů. Jedna uvádí netrpělivost, ale i psychiatrické onemocnění vzhledem k místu působení. Další respondentka se nesešla s agresivním pacientem a poslední respondentka uvádí netrpělivost a zkrácené vnímání pod vlivem alkoholu.

Otázka č. 9: Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?

Tab. 9 Vyhodnocení otázky č.9

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zrychlené dýchání	X						
Zvyšování hlasu		X	X	X	X		X
Zčervenání	X			X			
Nervozita		X		X			

Zdroj: vlastní zpracování

Zrychlené dýchání uvádí jedna ze sedmi respondentek. Zvyšování hlasu uvádí pět ze sedmi respondentek. Zčervenání a nervozitu uvádí dvě respondentky.

Otázka č. 10: Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?

Tab. 10 Vyhodnocení otázky č.10

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Verbální napadnutí	X	X	X	X			X
Fyzické napadnutí			X	X			
Ničení majetku	X		X				X

Zdroj: vlastní zpracování

Dvě z respondentek nemají přímou zkušenost s agresivním pacientem. S verbální agresí se setkalo pět ze sedmi respondentek. Fyzické napadnutí udávají dvě respondentky a ničení majetku tři ze sedmi.

Otázky týkající se výzkumné otázky č.2

2) Výzkumná otázka 2: Jaké strategie využívají sestry v primární péči při řešení agresivního chování pacientů a jak hodnotí jejich účinnost?

Otázka č. 11: Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?

Tab. 11 Vyhodnocení otázky č.11

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Klidně		X	X		X	X	X
Empaticky	X						
Zvyšování hlasu	X						
Improvizace				X			

Zdroj: vlastní zpracování

První respondentka uvedla, že při verbální agresi reaguje empaticky, ale někdy zvýší hlas. Druhá a třetí respondentka uvedla, že se snaží jednat klidně. Čtvrtá respondentka při verbální agresi improvizuje. Pátá a šestá respondentka se nesetkala s verbální agresi, ale uvádí, že by se chovala klidně. Sedmá respondentka se chová klidně.

Otázka č. 12: Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?

Tab. 12 Vyhodnocení otázky č.12

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Empatie	X					X	
Uklidnění		X		X			X
Vysvětlení		X					
Asertivita			X				
Mluvit mile a klidně					X	X	X
Naslouchat					X		
Zvyšování hlasu				X			

Zdroj: vlastní zpracování

První respondentka se snaží být empatická. Druhá respondentka uvádí, že se snaží uklidnit pacienta a vysvětlit mu nastalou situaci. Třetí respondentka se chová asertivně. Čtvrtá respondentka uvádí, že se snaží o uklidnění, ale situace si někdy žádá zvýšení hlasu. Pátá respondentka se s agresí nesetkala, ale použila by naslouchání pacientovi a hovořila by klidně a mile. Šestá respondentka se s agresí taky nesetkala, ale snažila by se použít empatii a mluvila by klidně a mile. Poslední respondentka používá uklidnění pacienta a mluví na něj mile a klidně.

Otázka č. 13: Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?

Tab. 13 Vyhodnocení otázky č.13

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Ano							
Ne	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní zpracování

Všechny respondentky uvádějí, že nemají na pracovišti žádný stanovený postup při incidentu.

Otázka č. 14: Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?

Tab. 14 Vyhodnocení otázky č.14

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Ano	X		X				X
Ne		X		X	X	X	

Zdroj: vlastní zpracování

Tři respondentky ze sedmi byly nuceny přivolat si pomoc s agresivním pacientem.

Otázka č. 15: Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?

Tab. 15 Vyhodnocení otázky č.15

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zápis do karty pacienta	X	X		X	X	X	X
Žádný záznam			X				
Oznámení incidentu ostatním kolegům					X		

Zdroj: vlastní zpracování

Jedna respondentka uvádí, že neprovádí žádný záznam incidentu. Šest uvádí, že zapisují incident pacientovi do zdravotní karty. Jedna z respondentek odpověděla, že tyto incidenty řeší i kolektivně.

Otázky týkající se výzkumné otázky č.3

Výzkumná otázka 3: Jak jsou sestry v primární péči připraveny na řešení agresivního chování pacientů?

Otázka č. 16: Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?

Tab. 16 Vyhodnocení otázky č.16

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Ano							
Ne	x	X	x	X	X	X	x

Zdroj: vlastní zpracování

Všechny respondentky uvedly, že se necítí dostatečně připraveny na řešení situací s agresivním pacientem.

Otázka č. 17: Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?

Tab. 17 Vyhodnocení otázky č.17

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Proškolení personálu	X			X	X		X
Trestní stíhání		X					X
Vhodná komunikace						X	
Neošetřit pacienty pod vlivem (pokud nejsou v ohrožení života)						X	
Větší informovanost	X				X		
Nic takového neexistuje			X				

Zdroj: vlastní zpracování

První a pátá respondentka uvádí, že ke zlepšení prevence by mohlo pomoci školení pro personál a také větší informovanost o této problematice. Druhá respondentka uvedla, že by zavedla trestní stíhání pro tyto pacienty. Třetí respondentka si myslí, že neexistuje žádné zlepšení prevence. Čtvrtá respondentka by ocenila proškolení personálu. Šestá respondentka uvádí, že by neošetřovala pacienty pod vlivem, pokud nebudou v ohrožení života. Sedmá respondentka by byla pro školení pro personál a pro trestní stíhání agresivních pacientů.

3 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat příčiny a projevy agresivního chování v primární péči a popsat strategie, které mohou pomoci zdravotnickému personálu tyto situace řešit. Pro naplnění cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky zaměřené na příčiny a projevy agresivního chování, strategie zvládnutí těchto situací a připravenost sester na práci s agresivním pacientem. Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se sedmi sestrami, pracujícími v primární péči. Výsledky ukázaly, že agrese pacientů není v primární péči výjimečným jevem, ale problémem, se kterým se sestry v různé míře skutečně setkávají.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké příčiny a projevy agresivního chování vnímají sestry v primární péči?

Z rozhovorů vyplynulo, že pět ze sedmi respondentek se během své praxe setkala s agresivním pacientem a šest ze sedmi uvedlo, že se na jejich pracovišti nejčastěji objevuje verbální agrese. Jen jedna respondentka uvedla, že se u nich agresivní pacienti nevyskytují. Už tento výsledek ukazuje, že agresivní chování pacientů v primární péči není ojedinělou situací, ale jevem, který je pro část ambulantních pracovišť běžnou součástí praxe. Nejčastěji se agrese projevovala zvýšeným hlasem, křikem, nadávkami a v menší míře také fyzickým napadením nebo ničením majetku.

Tento výsledek odpovídá i závěrům jiných autorů. Pekara (2016) uvádí, že nejčastější formou násilí vůči zdravotnickým pracovníkům je právě verbální agrese. Podobně Pokorná (2023) ve své práci popisuje, že sestry bývají častěji vystaveny slovním útokům, výhrůžkám a psychickému nátlaku, než přímému fyzickému násilí. Výsledky této práce se s těmito autory poměrně jasně shodují, protože i zde byla jako dominantní forma agrese označena právě agrese verbální. Rozdíl je spíše v tom, že v mém výzkumu se fyzická agrese sice objevila méně často, ale dvě respondentky ji přesto konkrétně zmínily, což ukazuje, že ani v ambulantním prostředí ji nelze úplně podceňovat.

Za zajímavé můžeme považovat i to, co respondentky označovaly jako hlavní příčiny agresivního chování. Šest ze sedmi respondentek uvedlo, že se agresivní projevy nejčastěji objevují při dlouhém čekání v čekárně a jedna respondentka zmínila i dlouhé objednací doby. Je tedy vidět, že agrese podle zkušeností sester nevzniká sama od sebe, ale často souvisí s konkrétní provozní situací, kterou pacient vnímá negativně. Stejně tak čtyři respondentky označily jako nejčastější příčinu netrpělivost pacientů, další zmínily psychiatrické onemocnění nebo zkreslené vnímání pod vlivem alkoholu. Právě v tomto bodu se výsledky velmi dobře srovnávají s jinými pracemi. Hrubá (2021) uvádí, že k agresivnímu chování pacientů často dochází ve chvíli, kdy pacient pociťuje nespokojenost s organizací péče, dlouhým čekáním nebo nedostatkem informací. Podobně Benešová (2020) upozorňuje, že agrese ve zdravotnictví bývá reakcí na frustraci, nejistotu nebo pocit, že pacient není dostatečně vyslyšen. Výsledky této práce tuto skutečnost potvrzují, protože i zde se ukázalo, že agrese pacientů nesouvisí jen s osobností konkrétního člověka, ale je většinou úzce spojena s průběhem péče a s tím, jak pacient situaci subjektivně prožívá.

Zajímavé bylo také to, že respondentky dokázaly poměrně popsat varovné signály, podle kterých poznají, že situace směřuje k eskalaci. Pět ze sedmi uvedlo zvyšování hlasu, dvě respondentky

zmínily nervozitu, dvě zčervenání a jedna zrychlené dýchání. Je tedy patrné, že sestry si všímají změn v chování pacienta ještě před tím, než dojde k otevřenému konfliktu. To je důležité, protože právě schopnost zachytit první známky napětí může v praxi rozhodnout o tom, zda se situace podaří zvládnout včas. V tomto směru se ukazuje, že sestry mají díky své praxi určitý cit pro rozpoznání rizikového chování, i když nemají k dispozici žádný formální návod, jak s takovou situací dále pracovat.

Na první výzkumnou otázku lze tedy odpovědět tak, že se sestry v primární péči nejčastěji setkávají s verbální agresí. Mezi nejběžnější příčiny považují dlouhé čekání, netrpělivost pacientů a provozní situaci ambulance. Méně často se podle nich na vzniku agrese podílí také psychiatrické onemocnění nebo ovlivnění alkoholem.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké strategie využívají sestry v primární péči při řešení agresivního chování?

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry se při kontaktu s agresivním pacientem nejčastěji snaží situaci uklidnit. V odpovědích se opakoval klidný přístup, empatické jednání, vysvětlení situace, naslouchání, mluvení klidným tónem nebo asertivní komunikace. Pouze jedna respondentka otevřeně uvedla, že někdy při verbální agresi sama zvýší hlas. Další respondentka uvedla, že v takových situacích spíše improvizuje. Už z těchto odpovědí je patrné, že sestry se snaží konflikt nevyostřovat, ale spíše jej slovně zklidnit. Zároveň je vidět, že jejich reakce nejsou vždy jednotné a často vycházejí z konkrétní situace a osobní zkušenosti.

Tento výsledek dobře odpovídá odborné literatuře. Bednařík a Andriášová (2020) uvádějí, že při jednání s agresivním nebo rozrušeným pacientem je klíčové zachovat klid, nepoužívat útočný tón, mluvit srozumitelně a dát pacientovi prostor se vyjádřit. Podobně Zacharová (2016) zdůrazňuje, že vhodně vedená komunikace může významně ovlivnit, zda se situace uklidní, nebo naopak dále vyhročí. Výsledky této práce se s těmito autory poměrně jasně shodují, protože i respondentky nejčastěji uváděly právě takové komunikační strategie, které směřují ke zklidnění pacienta a snížení napětí.

Současně ale z výzkumu vyplynulo něco důležitého. Sestry sice většinou volí vhodný přístup, ale často to není proto, že by měly k dispozici jasný naučený postup, ale spíše proto, že si během let vytvořily vlastní způsob, jak podobné situace zvládat. To se ukázalo například v tom, že některé odpovědi byly velmi konkrétní a praktické, zatímco jiné působily spíše intuitivně.

To potvrzuje i další výsledek. Všechny respondentky uvedly, že na pracovišti nemají žádný jasně stanovený postup, jak při akutním incidentu s agresivním pacientem postupovat. Přesto většina z nich v praxi nějakou strategii používá. To ukazuje, že zvládání agresivního chování je v ambulantním provozu často postaveno spíše na osobní zkušenosti, než na metodické opoře pracoviště.

Dalším důležitým zjištěním bylo, že tři respondentky ze sedmi, si musely někdy přivolat pomoc. Tento výsledek ukazuje, že ne všechny situace lze zvládnout pouze komunikací a že některé konflikty překročí hranici, kdy už sestra situaci sama bezpečně nevyřeší. Současně z výzkumu vyplynulo, že většina respondentek incident zaznamenává do zdravotnické dokumentace, konkrétně šest ze sedmi. Jedna respondentka uvedla, že se u nich žádný záznam neprovádí a jedna zmínila také sdílení incidentu s kolegy. To ukazuje, že i když dokumentace incidentů na některých pracovištích funguje, není tento postup zcela jednotný.

Na druhou výzkumnou otázku jde tedy odpovědět tak, že sestry v primární péči při řešení agresivního chování nejčastěji využívají klidnou komunikaci, empatii, vysvětlování situace, naslouchání a snahu o deeskalaci. Tyto strategie se podle jejich zkušeností jeví jako funkční, především u verbální agrese. Současně se ukázalo, že jejich využití bývá často založeno spíše na osobní zkušenosti, než na systematické přípravě a že v některých případech je nutné přivolání pomoci.

Výzkumná otázka č. 3: Jak jsou sestry v primární péči připraveny na řešení agresivního chování pacientů?

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že oblast připravenosti sester na řešení agresivního chování pacientů je zřejmě jedním z nejslabších míst celé problematiky. Všechny respondentky bez výjimky uvedly, že se na řešení těchto situací necítí dostatečně připravené. Už samotný výsledek je silný, protože ukazuje, že pocit nejistoty není ojedinělý, ale objevuje se napříč různými ambulantními pracovišti.

Tento výsledek je velmi dobře srovnatelný s odbornou literaturou. Hrdličková (2020) upozorňuje, že zvládání násilných nebo rizikových situací ve zdravotnictví není možné ponechat pouze na individuální zkušenosti zdravotnického pracovníka. Vyžaduje také organizační připravenost pracoviště, jasná pravidla a bezpečnostní podporu. Podobně Dingová Šliková, Lidická a Vrábelová (2018) zdůrazňují, že zdravotnický personál by měl být na krizové situace připravován nejen teoreticky, ale také praktickým nácvikem. Výsledky této práce se s těmito autory poměrně výrazně shodují. Respondentky samy uváděly, že jim nejvíce chybí právě konkrétní vedení a větší jistota v tom, jak v podobných situacích správně reagovat.

Na tuto nejistotu navazuje i další velmi důležitý výsledek. Na otázku, co by podle respondentek mohlo přispět ke zlepšení prevence a řešení agrese, se nejčastěji objevovalo proškolení personálu a větší informovanost. Konkrétně čtyři respondentky uvedly proškolení personálu, dvě zmínily větší informovanost a dvě se vyjádřily i pro trestní stíhání pacientů. Objevil se i názor, že by se neměli ošetřovat pacienti, kteří jsou pod vlivem alkoholu, pokud nejsou v ohrožení života, nebo, že v některých situacích vlastně žádná účinná prevence neexistuje.

Právě to ukazuje, že respondentky tuto problematiku nevnímají jen jako otázku, jak správně mluvit s pacientem, ale jako širší problém, který zahrnuje bezpečnost práce, ochranu personálu, organizaci provozu i celkový přístup pracoviště k agresivnímu chování. V tomto směru jsou zajímavé závěry Chen et al. (2023), podle kterých může cílené, relativně krátké vzdělávání, významně zlepšit schopnost zdravotníků komunikovat s rozzlobeným pacientem a zvýšit jejich jistotu při řešení konfliktních situací. To poměrně dobře odpovídá i výsledkům této práce, protože zde respondentky nejčastěji navrhovaly právě školení a větší přípravu.

Na třetí výzkumnou otázku se dá odpovědět tak, že sestry v primární péči se na řešení agresivního chování pacientů necítí být dostatečně připraveny. Chybí jim jasně stanovené pracovní postupy, systematická edukace a větší metodická opora ze strany pracoviště.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření lze říci, že agresivní chování pacientů představuje v prostředí primární péče problém, který má dopad nejen na bezpečnost zdravotnického personálu, ale také na psychickou pohodu pracovníků a celkovou kvalitu poskytované péče. Z rozhovorů bylo patrné, že sestry mají s těmito situacemi konkrétní zkušenosti, ale zároveň jim často chybí jasná opora v tom, jak v podobných situacích správně postupovat.

Jako nejdůležitější doporučení pro praxi se jeví zavedení jasného interního postupu při řešení agresivního chování pacientů. Takový postup by měl být jednoduchý, přehledný a prakticky využitelný v běžném ambulantním provozu. Měl by obsahovat základní pravidla komunikace s agresivním pacientem, možnosti přivolání pomoci, zásady bezpečného postupu při eskalaci situace a také doporučení, jak incident následně zaznamenat. Přítomnost jednotného postupu by mohla přispět ke zvýšení jistoty zdravotnického personálu a zároveň ke sjednocení postupů na pracovišti.

Dalším doporučením je pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti prevence agrese, komunikace a deeskalačních technik. Výsledky této práce ukázaly, že sestry sice často volí vhodný přístup, ale většinou vycházejí spíše z vlastních zkušeností než cílené přípravy. Prakticky zaměřené školení by mohlo zdravotnickým pracovníkům pomoci lépe rozpoznat varovné signály, reagovat jistěji v napjatých situacích a posílit jejich pocit bezpečí při výkonu povolání.

Za důležité lze považovat také zlepšení informovanosti pacientů a komunikace v ambulantním provozu. Vzhledem k tomu, že respondentky jako častou příčinu agrese uváděly dlouhé čekání a netrpělivost, proto může být vhodné se zaměřit na lepší organizaci objednávání, průběžné informování pacientů o případném zpoždění a celkově srozumitelnější komunikaci ze strany zdravotnického personálu. I drobná opatření v této oblasti mohou v praxi přispět ke snížení frustrace pacientů a předcházení konfliktním situacím.

Dalším vhodným doporučením je důslednější zaznamenávání agresivních incidentů. Systematická evidence podobných situací může být přínosná nejen z hlediska právní ochrany zdravotnického personálu, ale také pro následné vyhodnocení opakujících se problémů a plánování preventivních opatření. Pokud agresivní chování pacientů nebude zachycováno, může být tato problematika v praxi nadále podceňována.

V neposlední řadě je vhodné zdůraznit také potřebu podpory psychické odolnosti zdravotnického personálu. Opakovaný kontakt s agresivním chováním pacientů může být dlouhodobě psychicky zatěžující, a proto by neměla být pozornost věnována pouze samotnému zvládnutí incidentu, ale také celkové pracovní pohodě a podpoře zdravotnických pracovníků.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku agresivního chování pacientů v primární péči. Hlavním cílem práce bylo analyzovat příčiny a projevy agresivního chování a popsat strategie, které mohou zdravotnickému personálu pomoci tyto situace řešit.

Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že agresivní chování pacientů představuje v prostředí primární péče reálný problém, se kterým se sestry v ambulantním provozu setkávají. Nejčastější formou agrese byla podle respondentek verbální agrese, která se projevovala zejména zvýšeným hlasem, slovním napadáním a nadávkami. Jako nejčastější příčiny agresivního chování bylo dlouhé čekání v čekárně, dlouhé objednací doby a netrpělivost pacient.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že sestry při řešení agresivního chování nejčastěji využívají klidnou komunikaci, empatický přístup, vysvětlování situace a snahu o zklidnění pacienta. Přestože se tyto strategie v praxi jeví jako účinné, ukázalo se, že jejich využití je často založeno spíše na osobní zkušenosti, než na systematické přípravě.

Za velmi významné zjištění se může považovat i to, že sestry se necítí být dostatečně připravené na zvládnutí agresivního chování pacientů a na jejich pracovištích často chybí jasně stanovené postupy řešení těchto situací. Výsledky práce tak poukazují na potřebu větší metodické podpory, cíleného vzdělávání a většího důrazu na prevenci agrese v prostředí primární péče.

Stanovený cíl práce byl splněn a výzkumné otázky byly zodpovězeny. Výsledky práce mohou být přínosné pro praxi, zejména v oblasti prevence agresivního chování, zlepšení komunikace a zvýšení připravenosti zdravotnického personálu na zvládnutí konfliktních situací.

Seznam použité literatury

1. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. Komunikace s nemocným. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
2. BENEŠOVÁ, Denisa. Agresivita pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií, 2020. Dostupné také z: <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/94ed55ca-ea0e-4207-bff8-eb7f12c5e423/content>.
3. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; LIDICKÁ, Lucie a VRÁBELOVÁ, Lucia. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
4. GARRUBBA, M. a JOSEPH, C. The impact of fatigue in the healthcare setting. Online. Monash Health. 2019. Dostupné z: https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2020/03/Health-worker-fatigue_Scoping-Review2019_FINAL.pdf. [cit. 2026-03-01].
5. HAYES, Nicky. Základy sociální psychologie. 8. vydání. Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1850-0.
6. HRDLIČKOVÁ, Šárka. Bezpečnostní hrozby násilných útoků ve zdravotnictví – příležitosti a výzvy. Diplomová práce. Kladno: ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva, 2020. Dostupné také z: <https://dspace.cvut.cz/server/api/core/bitstreams/ea5f79b9-83ef-4911-bf4b-8256ca657413/content>.
7. HRUBÁ, Andrea. AGRESIVNÍ PACIENT VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ. Bakalářská práce. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií, 2021. Dostupné také z: <https://dk.upce.cz/server/api/core/bitstreams/086afc57-21ca-4c9a-85bd-029716f41100/content>.
8. CHEN, Xi a kol. Assessing emergency department nurses' ability to communicate with angry patients and the factors that influence it. Online. Frontiers. 2023. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1098803/full>. [cit. 2026-03-01].
9. KABELKA, Ladislav. Nemocné rozhovory. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1688-1.
10. KREJČÍ, Vojtěch. Agresivní pacient z pohledu ošetřujícího personálu. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2018. Dostupné také z: <https://knihovna.vspj.cz/cs/bakalarske-prace>.
11. MARTIN, Colin R.; PREEDY, Victor R. a PATEL, Vinood B. Handbook of Anger, Aggression, and Violence. Springer, 2023. ISBN 3031315464.
12. MOUDRÁ, Nikola Lenka. Specifika ošetrovatelské péče o agresivního pacienta na psychiatrii. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2022. Dostupné také z: <https://knihovna.vspj.cz/cs/bakalarske-prace>.

13. NAVARRO, Joe. Tajemství řeči těla Gesta, která prozradí více než slova. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2477-0.
14. PALEČKOVÁ, Jana a HOVORKOVÁ, Jana. Agresivita pacientů není normální, mluvíme o jejím řešení. Online. Florence. 2019. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2019/2/agresivita-pacientu-neni-normalni-mluvme-o-jejim-reseni/>. [cit. 2026-03-01].
15. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
16. PEKARA, Jaroslav. Nejčastějším terčem násilí ve zdravotnictví jsou zdravotní sestry, potvrdila česká studie. Online. Zdravotnický deník. 2016. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/08/nejcastejsim-tercem-nasili-ve-zdravotnictvi-jsou-zdravotni-sestry-potvrdila-ceska-studie/>. [cit. 2026-03-01].
17. PEKARA, Jaroslav. Zvládat agresivní pacienty pomáhá vhodná komunikace. Se základy seznámí i krátké školení. Online. Zdravotnický deník. 2016. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/09/zvladat-agresivni-pacienty-pomaha-vhodna-komunikace-se-zaklady-seznami-i-kratke-skoleni/>. [cit. 2026-03-01].
18. POKORNÁ, Hana. Vliv agrese pacienta na všeobecné sestry a vliv komunikace na výskyt agrese u pacientů. Bakalářská práce. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD, 2023. Dostupné také z: https://theses.cz/id/6ocbs5/Bakalarska_prace__Pokorna_Hana.pdf.
19. PONĚŠICKÝ, Jan. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. 3. doplněné vydání. Triton, 2025. ISBN 978-80-7684-394-3.
20. PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. Přehled poruch psychického vývoje. Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.
21. ROKYTA, Richard. Léčba bolesti v primární péči. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.
22. SEIFERT, Bohumil; BÝMA, Svatopluk a SEIFERT, Martin a kol. Primární péče. Všeobecné praktické lékařství. Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5478-2.
23. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9239-7.
24. ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie. 2., aktualizované a doplněné vydání. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

Seznam příloh

Příloha A: Tabulky

Příloha B: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha C: Osa pro vedení rozhovoru

Příloha A.1

Tab. 18 Příklady verbálních technik deeskalace v primární péči

Technika	Účel	Příklad fráze	Indikace použití
Aktivní naslouchání	Znání emocí, snížení napětí	„Rozumím, že Vás situace rozčiluje.“	Stížnosti, frustrace
Zklidňující jazyk	Podpora spolupráce	„Pojďme společně najít řešení.“	Zvýšený hlas, podrážděnost
Asertivita	Nastavení hranic	„Prosím, mluvm v klidu.“	Vulgární projevy, výhrůžky

Zdroj: vlastní zpracování podle Chen (2023), Bednařík a Andriášová (2020), Krejčí (2018).

Příloha A.2

Tab. 19 Klíčové neverbální techniky deeskalace v primární péči

Prvek	Doporučený postup	Nevhodné chování	Účinek
Postoj	Otevřený, ruce viditelné, uvolněná ramena	Zkřížené paže, ruce v kapsách	Snížení pocitu hrozby
Vzdálenost	Přiměřená vzdálenost	Příliš těsný kontakt	Pocit bezpečí
Oční kontakt	Krátký, přiměřený, na úrovni očí	Intenzivní „zírání“	Respekt a uznání
Gesta	Pomalá, otevřená	Náhlé pohyby, ukazování	Prevence eskalace

Zdroj: vlastní zpracování podle Zacharová (2016, 2017), Pekara (2016), Navarro (2019).

Příloha A.3

Tab. 20 Postupy při akutním incidentu v primární péči

Krok	Postup	Odpovědnost
Zachovat klid	Klidný tón, bezpečná vzdálenost, neblokovat východ	Sestra, lékař
Přivolat pomoc	Signál kolegovi nebo volání PČR	Sestra, recepční
Dokumentovat	Věcný popis události, svědci, přijatá opatření	Sestra, lékař
Ukončit kontakt	Přerušit komunikaci, zajistit bezpečí ostatních	Personál
Rozbor	Vyhodnocení, podpora personálu	Vedení ordinace

Zdroj: vlastní zpracování podle Hrubá (2021), Dingová, Lidická a Vrábelová (2018), Kabelka (2020), Paulík (2017) a Garrubba a Joseph (2019).

Příloha A.4

Tab. 21 Právní a etické povinnosti při incidentu v primární péči

Aspekt	Právní rámec	Etická rovina	Praktický postup v ordinaci
Hlášení incidentu	Povinnost evidence závažných událostí podle právních předpisů poskytování zdravotních služeb	Transparentnost, profesní odpovědnost a ochrana bezpečí	Vyplnění dokumentů, informování zaměstnavatele, případně oznámení PČR
Nutná sebeobrana	Právo na přiměřenou obranu proti bezprostřednímu útoku podle občanského práva	Princip neškodit a přiměřený zásah	Upřednostnit ústup a přivolání pomoci, fyzickou obranu použít pouze v nezbytném rozsahu
Podpora personálu po incidentu	Povinnost zaměstnavatele zajistit bezpečné pracovní podmínky	Péče o duševní zdraví zdravotníků a prevence sekundární traumatizace	Rozhovor s vedením, nabídka psychologické podpory, supervize, vyhodnocení rizik
Respekt k pacientovi	Právo pacienta na důstojnost a ochranu osobnosti	Respekt k lidské důstojnosti i v krizové situaci	Zachovat profesionální komunikaci, vyhnout se ponižujícím výrazům, vysvětlit důvod ukončení péče

Zdroj: vlastní zpracování podle Novotná (2020), Seifert, Býma, Seifert a kol. (2023), Pekara (2016), Hrubá (2021).

Příloha B

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU

Název práce: Agresivní pacient v primární péči

Autor: Jitka Možná Zrůnová

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Novotná

Cílem práce je analyzovat příčiny a projevy agresivního chování v primární péči a popsat strategie, které mohou pomoci zdravotnickému personálu tyto situace řešit.

Má účast spočívá v rozhovoru v délce přibližně 30-60 minut. Rozhovor bude/nebude nahráván pouze za účelem přepisu.

Beru na vědomí, že:

- Účast je dobrovolná
- Mohu kdykoliv odmítnout odpovědět nebo odstoupit
- Mé odpovědi budou anonymní
- Data budou použita pouze pro účely této bakalářské práce

Svým podpisem potvrzuji souhlas s účastí.

Jméno a příjmení.....

Pracovní pozice.....

Datum.....

Místo.....

Podpis.....

Příloha C

Osa, vedení a otázky pro rozhovor

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole Polytechnické v Jihlavě. Má bakalářská práce se zaměřuje na agresivní pacienty v primární péči. Ráda bych Vás požádala o poskytnutí krátkého rozhovoru, ve kterém se budu ptát na Vaše zkušenosti a názory. Rozhovor bude veden anonymně a pouze pro účely této bakalářské práce. S Vaším souhlasem budou odpovědi nahrávány na zvukové zařízení za účelem přepisu nebo písemně zaznamenány. V případě nahrávání budou veškeré nahrávky po zpracování smazány.

Úvod pro respondenty:

„Nyní Vám položím několik otázek týkajících se Vašich zkušeností s agresivním chováním pacientů v primární péči. Snažte se prosím odpovídat co nejupřímněji, případně uvádět konkrétní příklady, pokud je to možné.“

Cíl výzkumného šetření

Zjistit zkušenosti sester v primární péči s agresivním chováním pacientů, strategie, které využívají při jeho řešení a jejich připravenost tyto situace zvládat.

Otázky k rozhovorům

3) Základní otázky

- a) Pohlaví respondenta
- b) Věk respondenta
- c) Délka praxe v primární péči
- d) Zaměstnání respondenta

4) Výzkumná otázka 1: Příčiny a projevy agresivního chování

- a) Setkala jste se během své praxe s agresivním pacientem?
- b) Jaké formy agresivního chování se na Vašem pracovišti objevují nejčastěji?
- c) V jakých situacích k těmto projevům dochází nejčastěji?
- d) Co podle Vás bývá nejčastější příčinou těchto situací?
- e) Jaké signály naznačují, že situace směřuje k eskalaci?
- f) Můžete popsat konkrétní zkušenost s agresivním pacientem?

5) Výzkumná otázka 2: Strategie sester při řešení agresivního chování

- a) Jak obvykle reagujete při verbální agresi pacienta?
- b) Jaké komunikační nebo jiné strategie používáte ke zklidnění situace?
- c) Máte na pracovišti stanovený postup při akutním incidentu?
- d) Musela jste někdy přivolat pomoc? Pokud ano, jak situace probíhala?
- e) Jakým způsobem probíhá dokumentace incidentu?

6) Výzkumná otázka 3: Připravenost sester na řešení agresivního chování

- a) Cítíte se na řešení těchto situací dostatečně připravena?
- b) Co by podle Vás mohlo přispět ke zlepšení prevence řešení agrese v primární péči?