

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Mervartová

Komunikace s agresivním pacientem z pohledu sester

Communication with an aggressive patient from the nurse's
point of view

Bakalářská práce

Praha, červen 2022

Autor práce: **Kateřina Mervartová**

Studijní program: Všeobecn ošetřovatelství

Bakalrsk studijní obor: Všeobecn ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Karolína Vlckov**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika psychiatrie a lkařsk psychologie**

3. LF UK a NÚDZ

Předpokldan termín obhajoby: 20.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 27. května 2022

Kateřina Mervartová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce Mgr. Karolíně Vlčkové za ochotu a pomoc při psaní bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří si udělali čas a poskytli mi své zkušenosti i příběhy z praxe.

Obsah:

Úvod	1
Teoretická část	3
1 Agresivní pacient.....	3
1.1 Agrese a agresivita.....	3
1.2 Příčiny agrese u pacientů	6
2 Komunikace s agresivním pacientem	10
2.1 Definice a základní rozdělení komunikace	10
2.2 Specifika komunikace s agresivním pacientem	14
3 Další možnosti zvládnání agrese u pacienta	21
3.1 Farmakologická léčba agrese.....	21
3.2 Omezovací prostředky	22
Praktická část	25
4 Formulace problému	25
4.1 Cíl výzkumu	25
4.2 Výzkumné otázky.....	25
4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky	26
4.4 Výběr respondentů	26
4.5 Způsob získávání informací	27
4.6 Analýza dat.....	27
4.7 Organizace výzkumu	28
5 Výsledky výzkumu	29
5.1 Nejčastější příčiny agrese	29
5.2 Postup komunikace a účinnost slovní komunikace	31
5.3 Obtížnost komunikace	34
5.4 Fyzické násilí na sestrách.....	35
5.5 Shoda teorie a praxe	36
5.6 Informační leták	38
6 Závěr.....	41
Souhrn	43
Summary	44
Seznam použité literatury	45
Přílohy.....	48

Úvod

Bakalářskou práci na téma komunikace s agresivním pacientem jsem si zvolila z důvodu zájmu o tematiku komunikace a také kvůli osobnímu setkání s agresivním pacientem. K setkání došlo na praxi ve druhém ročníku. Pacient byl již opakovaně hospitalizovaný s diagnózou onemocnění jater z důvodu závislosti na alkoholu. Projevoval se pouze verbální agresí. Komunikace s ním byla obtížná, protože agresivní stav probíhal během deliria a pacient neakceptoval žádné invazivní vstupy, tudíž si je neustále vytahoval. Nakonec pomohla až léčba psychofarmaky.

Komunikace ve zdravotnictví je velkým tématem, jak na školách, odděleních i v médiích. Myslím si, že správná komunikace u sester je jednou z nejdůležitějších vlastností, které může mít a obzvlášť dovednosti komunikace s obtížnými pacienty, kteří se ve zdravotnictví objevují. Sestra tráví s pacientem nejvíce času a prožívá s ním těžké chvíle v nemocnici. Pacient je pod náporom silných emocí a strachu. Sestra v tu chvíli slouží jako pilíř, o který se pacient může opřít. Sama cítím, že je kladen velký apel na lékaře i nelékařské povolání, aby komunicovali dobře a aby byl co nejvíce přijat partnerský přístup k pacientům. Myslím si, že se naše zdravotnictví dostává na lepší úroveň díky snaze o vzdělání v komunikaci, psychologii, etice i právech pacientů. Takový pocit jsem měla při studiu na 3. lékařské fakultě.

A nejen komunikace, ovšem také agresivita samotná je velkým tématem ve společnosti. Vidíme jí poměrně často kolem nás. Zdravotnické zařízení je místo, které mají pacienti spojené se strachem, nemocí a nekomfortem, což může přispět k rozvoji agresivního chování. Zajímalo mě, jak sestry vnímají komunikaci s agresivním pacientem. Agrese je velmi nepříjemným jevem, pokud se kdokoliv ocitne v její blízkosti, ale většinou je pro ni nějaký důvod. Přijde mi, že se někdy zdravotníci dostávají do role detektivů a hledají příčinu problému pacienta. Přidává to na již tak

náročnou profesi ještě větší zátěž, ovšem zároveň i důležitost. Dobrá komunikace může usnadnit hledání příčiny a pomůže neeskalovat agresivitu. Cílem mé práce bylo zmapovat funkční komunikační techniky ke zvládnání agrese.

V textu se vyskytují tři označení pro povolání ve zdravotnictví. Pokud se v textu objeví slovo zdravotník, je tím míněn celý zdravotnický personál v nemocnici, tudíž i všeobecné sestry. Pokud je použito označení sestra, jedná se o všeobecnou sestru dle zákona č. 96/2004 Sb. Slovo sestra je použito z důvodu lepší čtivosti.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá popisem agrese a agresivity, základní definicí komunikace, specifickou komunikací s agresivním pacientem a dalšími možnostmi jak zvládat agresi, jako je farmakologická léčba a omezovací prostředky. Praktická část se poté zabývá tématy zpracovanými z rozhovorů s všeobecnými sestrami. Je rozdělena do několika úseků dle výsledků, které vyšly z rozhovorů.

Všechny zdroje jsou citovány dle citační normy APA a všechny překlady cizojazyčné literatury jsou autorské.

Teoretická část

1 Agresivní pacient

1.1 Agrese a agresivita

První podkapitola se nejdříve zaměřuje na definici pojmů agrese a agresivita. Obsahuje rozdělení agrese podle Ericha Fromma na benigní a maligní, kde jsou popsány jednotlivé typy dopodrobna. Zahrnuje také informace o agresivitě výhradně lidské a jejím rozdělení na čtyři typy s ukázkou příkladů, kde se vyskytuje v nemocničním prostředí. Kapitola je zakončena popisem agrese proti sobě a kde se s ní zdravotníci mohou setkat.

Slova agrese a agresivita jsou často zaměňována. Pod pojmem agrese si můžeme představit útočné jednání, kterým se dotyčný snaží ublížit či způsobit škodu (Orel, 2020). Může se projevat fyzicky, jako například napadení či ublížení. Toto chování se označuje jako brachiální agrese. Nebo může jít o verbální agresi, kdy osoba používá zvýšený hlas, vulgarismy, výhrůžky a zastrašování (Orel, 2020). Agresivita je tendence či pohotovost k útočnému jednání a projevuje se agresemi. Agrese může být obrácena směrem ven nebo dovnitř (Orel, 2020). *„Je třeba si také uvědomit, že agrese není vždy pouze destruktivní a nezdravá – v určité míře je přirozenou a integrální součástí našeho jednání i chování zvířat. Pokud se podíváme například na chování lovců, hájení teritoria při napadení nebo obranu mláďat, zdrojů potravy či vlastního prostoru, nepochybně jde o agresivní chování.“* (Orel, 2020, str. 115). Toto tvrzení naznačuje, že hranice mezi fyziologickou a patologickou agresí nemusí být vždy přesně zřejmá. Agrese je všudypřítomná. Její příčiny i míra projevů je různá. Erich Pinchas Fromm, německý a americký psycholog, uvedl ve svém díle Anatomie lidské destruktivity – Můžeme ovlivnit její podstatu a následky? následující dělení agrese:

- agrese benigní, tedy biologicky nutná
- agrese maligní, která nesouvisí s uspokojením základních potřeb (Fromm, 2019).

Benigní agrese je zaměřena proti nebezpečí nebo se skrze ni uspokojují základní potřeby. Spadá sem ochrana mláďat, získávání potravy, samčí agrese při hledání partnerky nebo ochrana a budování teritoria (Orel, 2020). Do biologické agrese spadá také stresem podmíněná agrese, která se nejčastěji projevuje reakcí boj nebo útěk. Stres je každodenní záležitost, nelze se mu zcela vyhnout. Záleží tedy na tom, jak jednotlivec snáší stresové prostředí a jak umí pracovat s emocemi (Orel, 2020). Maligní agrese naproti tomu neslouží k uspokojení potřeb ani obraně před nebezpečím. Samotná agrese se stává cílem (Orel, 2020). Jak jsem naznačila, určitá míra agrese je potřeba. Úplná absence agrese je špatné znamení, stejně jako její přemíra.

Předchozí pasáž se zabývala biologickou agresí. Tudiž agresí, která je společná lidem i zvířatům. Nyní bych se chtěla zaměřit na agresi výhradně lidskou. Než začnu psát o rozdělení lidské agrese, ráda bych zmínila vyjádření Ericha Fromma: *„Kdyby lidská agresivita měla přibližně stejnou úroveň jako agresivita ostatních savců – zvláště šimpanzů, kteří jsou nám nejbliže – byla by lidská společnost dosti mírumilovná a málo násilnická. Bohužel tomu tak není. Dějiny lidstva jsou řetězem událostí naplněných mimořádnou destruktivitou a krutostí. Agrese člověka je zřejmě daleko větší než agresivita jeho zvířecích předků; člověk je v protikladu k většině zvířat skutečný „zabiják““* (Fromm, 2019, str. 189). U člověka může destruktivita přesahovat cíl sebeobrany nebo uspokojení jeho potřeb (Fromm, 2019). Dokonce i ten typ lidské agresivity, který odpovídá obranné agresi u zvířat, se u člověka mnohem častěji objevuje v odlišné situaci (Fromm, 2019).

Lidská agrese je rozdělena na čtyři typy (Orel, 2020). Prvním typem je ideologická agrese. Typicky se vyskytuje, tam kde jsou dvě rozdílné skupiny. Ať už jde o agresivní spory v rodině, školním či pracovním kolektivu, nebo o rasově či nábožensky podmíněné spory. U této agrese se uplatňuje systém rolí (Orel, 2020). Ve zdravotnictví může jít o konflikt mezi jednotlivými skupinami, například rodina versus zdravotnický personál. Jiným příkladem je konflikt mezi skupinami zdravotníků, například mezi sestrami a lékaři. Může se jednat i o spory ohledně víry. V tomto případě může být problematictější léčba u Svědků Jehovových, kteří odmítají krevní transfúzi, jak u sebe jako dospělých, tak i u svých dětí. Zde spor může eskalovat až v agresi velmi snadno.

Dalším typem je přenesená agrese. Ta je vytvořena někde jinde, než se později projevuje. Takzvaně se jedinec vybijí. Objektem agrese může být druhý jedinec či věc (Orel, 2020). Osoba s agresí přesně neví, jak agresi zpracovat a může se stát, že ji využije v nesprávný okamžik nebo na druhého člověka, který s problémem nemá vůbec nic společného (Orel, 2020). Často se stává, že objektem je zdravotnický personál, na kterém se pacient snaží vybit. Funguje to samozřejmě i naopak. Ne vždy musí být přenesená agrese destruktivní. Jedinec se může vybit pomocí vulgarismu, výkřiku, fyzické aktivity apod. (Orel, 2020).

Třetím typem je psychoaktivními látkami podněcená agrese. Může se jednat o účinky alkoholu, drog, ale i medikace. Vyvolávajícím faktorem je buď aktivní látka samotná při intoxikaci nebo příznaky z jejího nedostatku při závislosti (Orel, 2020). Tato agrese se typicky vyskytuje na určitých odděleních v nemocnici, např. JIP, Interním oddělení, Neurochirurgii a dalších. Velkou zkušenost s agresí způsobenou psychoaktivními látkami mají zdravotníci ze záchranné služby, hasiči či policie, kteří jsou prvními lidmi zavolanými na místa nehody či konfliktu. Pacient pod vlivem toxické látky si svou agresi nemusí uvědomovat a o to těžší je s ní vědomě pracovat. Zde je

namístež, aby zdravotnický personál postupovat velmi obezřetně a pomalu, pokud je to možné.

Posledním typem je psychopatologickým stavem podmíněná agrese. Tady se většinou jedná o osoby, u kterých je diagnostikováno duševní onemocnění (Orel, 2020). Kolem duševních onemocnění koluje stále mnoho předsudků ve společnosti. Jedním z nich je, že lidé s psychickým onemocněním jsou více agresivní. Některé stavy sice mohou způsobovat agresi, např. bludy a halucinace u schizofrenie, deliria, poruchy osobnosti či demence. Ovšem většinu agresivních činů konají lidé bez duševního onemocnění (Orel, 2020). S tímto typem agrese se zdravotníci mohou setkat na psychiatrických, ale také na interních odděleních u seniorů s demencí či pacientů závislých na alkoholu nebo drogách. Nezřídka jde tento typ agrese ruku v ruce s předchozím typem agrese podněcené psychoaktivními látkami.

V předchozím odstavci byla popsána agrese obrácená směrem ven. Existuje ale i agrese obrácená směrem dovnitř, takzvaně proti sobě. Jedná se o sebepoškozování nebo v nejhorším případě o sebevraždu. Téma sebevražd je velmi závažné a celosvětově stoupá počet dokonaných sebevražd (Orel, 2020). Zdravotníci se s touto agresí proti sobě mohou setkat u pacientů na psychiatrických odděleních, pohotovosti, ale i na standardních lůžkách.

1.2 Příčiny agrese u pacientů

Stejně jako ostatní chování člověka má i agrese nějakou příčinu, ze které vzniká. Následující podkapitola obsahuje jednotlivé příčiny agrese s příklady, kde se s nimi může člověk setkat, ať už u pacientů, nebo v běžném životě.

Obecně mají muži větší sklon k agresivitě než ženy (Fromm, 2019). Je mnoho faktorů, které mohou zapříčinit agresi. Zde jsou vypsány nejzákladnější příčiny, se kterými se můžeme setkat.

Mezi nejčastější patří pocit ohrožení a strachu. Strach je silná emoce, nad kterou nemáme příliš kontrolu (Venglářová, Mahrová, 2006). Společně s emočním napětím se přidávají fyzické projevy, např. husí kůže, zrychlení srdečního tepu a dýchání, bušení srdce nebo ztuhnutí svalstva. Tělo se snaží připravit na obranu či útěk. Ve zdravotnictví může být spouštěčem strachu plánovaná operace, nebo obava z náročného výkonu, ze ztráty soběstatečnosti, ze smrti, ale i z méně závažných činností, které jsou během hospitalizace pacienta běžné. Pacient se bojí zákroku, neví, zda se například probudí z anestezie, a to u něho může vyvolat velký strach, frustraci, která může přejít až do agrese. Velkým tématem je potom strach z umírání, který také může vyvolat silnou reakci.

Další příčinou je pocit křivdy a nespravedlivosti. Tady je důležité si uvědomit, že mluvíme o prožitcích ve vztahu k událostem, které pacient považuje za významné (Venglářová, Mahrová, 2006). Křivda či nespravedlivost může být oprávněná nebo naopak z našeho pohledu jako zdravotníků neoprávněná. I tak může vyvolat agresi. Každý pacient vnímá informace jinak.

Mezi příčiny agrese dále patří zklamané očekávání (Venglářová, Mahrová, 2006). Typickým příkladem je pacient, který čeká na zařazení do nové léčby nebo na chirurgický zákrok a je mu oznámeno, že se léčba či výkon nebude konat kvůli zhoršenému stavu. Pacientovi najednou zmizí šance na zlepšení a úplné vyléčení. Tato velmi náročná situace může vyústit v agresi velmi rychle. Společně se strachem, zklamáním a smutkem je pacient ve víru emocí, které se špatně kontrolují. Přejde o naději, což je vnitřní přesvědčení, že moje osobní perspektivy jsou příznivé a že se mi podaří dosáhnout vysněných cílů (Plháková, 2003).

Větší zátěž, zvláště pokud je vnímána jako zbytečná, je také příčinou agrese (Venglářová, Mahrová, 2006). Patří sem dlouhé čekání, neustálé výkony u lůžka nebo opakované dotazy personálu. Agresi způsobenou dlouhým čekáním můžeme vidět typicky v ambulanci, kde čekají desítky pacientů několik hodin, a tak stačí málo k vyhrocené situaci s personálem.

Ponížení, zesměšnění může být další příčinou agrese (Venglářová, Mahrová, 2006). Může k ní dojít při hygieně pacienta, při nezachování důstojnosti nebo během dalších intimních činností. Stud i intimita jsou velmi individuální, proto je důležité komunikovat s pacientem, co je mu příjemné a co už ne.

K hospitalizaci s vážným onemocněním patří určitá bezmoc, která se může stát příčinou agrese. Také pocit viny, který pacient může cítit, je velké břímě. Pacient se snaží hledat viníka někde jinde, což může vést k obviňování personálu a předávání viny (Venglářová, Mahrová, 2006).

Častým symptomem při onemocnění je bolest. Bolest je subjektivní nepříjemný pocit různé intenzity (Doležal, 2008). Léčba bolesti je jedním z nejdůležitějších bodů ošetřovatelského plánu. Bolest nás může ochromit, ale také vyburcovat k agresi. Zvýšené riziko agrese bylo zjištěno i u pacientů nejen s akutní, ale i s chronickou bolestí (Nešpor, 2012).

Jako další příčinu agrese bych uvedla situaci, kdy původce agrese očekává ocenění svého agresivního chování (Venglářová, Mahrová, 2006). Ať už jde o uznání party kamarádů, rodiny či partnera.

Problémovou příčinou agrese je nevhodné chování personálu vůči pacientovi. Pokud personál vyzařuje odmítavý, arogantní až agresivní přístup, časem může očekávat stejný projev chování od pacienta. Emoce jsou výrazně „nakažlivé“ (Pekara, 2013). Přenáší se velmi rychle, hlavně když je pacient nemocen a již tak mu není dobře.

Zde mohou hrát roli některé předsudky vůči rase, náboženství, pacientovi s určitou diagnózou či lidem závislým na drogách a alkoholu. *„Podle zkušenosti z praxe a výzkumů také přibývá incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci odborně nezvládnou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty provokativně“* (Pekara, 2013, str. 266).

Další dvě příčiny jsou spojené dohromady, protože se navzájem ovlivňují. Jsou to zkreslení reality vlivem duševního onemocnění, deliria, drog, alkoholu a psychopatologické rysy jedince (Venglářová, Mahrová, 2006). V předchozí kapitole jsem psala, že některá duševní onemocnění se mohou projevovat agresí, stejně je tak tomu i u lidí se závislostí na drogách. Jedná se hlavně o akutní případy psychózy, bludů či halucinací nebo silných abstinčních příznaků při vysazení drog. Někteří pacienti mohou mít emočně nestabilní poruchu, kdy reagují velmi silně s častými rychlými změnami emocí. Přesto největší podíl na změně chování má alkohol. Právě intoxikace alkoholem je nejvýznamnějším faktorem při násilí na pracovnících záchranné služby páchaném pacienty (Nešpor, 2012). I psychotická onemocnění, jako například schizofrenie, mohou být příčinou agrese, ale v porovnání s počtem incidentů, které páchají pacienti pod vlivem alkoholu, je toto riziko velmi malé (Nešpor, 2012).

Poslední příčinou je zdánlivé ohrožení zájmu pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006). Můžeme jej připodobnit k prvnímu příznaku ohrožení a strachu. Příkladem je matka, která má obavu z odebrání dítěte nebo matka, která nechce dovolit vyšetřit své nedonošené miminko.

2 Komunikace s agresivním pacientem

„Ze všech typů nepřizpůsobivého jednání vyvolává agresivita nejnepříznivější odezvu. Je vnímána jako políček do tváře altruismu, jenž stojí stále v pozadí každého léčebného snažení.“ (Honzák, 1999). Radkin Honzák, známý český psychiatr, touto větou uvedl kapitolu v knize Komunikační pasti v medicíně. Věta vystihuje složitost komunikace s agresivním pacientem. Nejedná se jen o nespolupráci, ale také o ohrožení (Honzák, 1999). Je komplikované samo o sobě nazývat některé pacienty jako „problematické“, agresivní pacienti mají pravděpodobně nějaký problém, který kulminuje a může vyústit v krizi (Špatenková a kol., 2017).

V následující kapitole je popsána základní definice komunikace a její rozdělení na verbální a neverbální, s jednotlivými příklady a složkami, které do každého druhu komunikace patří. Dále se zabývá specifikami komunikace s agresivním pacientem.

2.1 Definice a základní rozdělení komunikace

Komunikace je definována jako sdělování informací nejrůznějšími signály a prostředky, například písemně, ústně, gesty, mimikou. Komunikace probíhá mezi dvěma či více lidmi nebo dále pomocí rozhlasu, tisku a dalších medií (Honzák, 1999). Je podmínkou pro existenci každého sociálního systému a nemůžou bez ní existovat sociální skupiny (Zacharová, 2016). Veškeré dění, ať už uvnitř, tak i styk s okolím, probíhá neustále. Komunikační dovednosti využíváme i v soukromém životě (Venglářová, Mahrová, 2006). Komunikace je velmi důležitá ve zdravotnictví. Stává se, a není to neobvyklé, že pacienti jsou nespokojeni s průběhem vzájemného dorozumívání se se zdravotnickým personálem (Honzák, 1999). Toto tvrzení vyplývá z

analýzy, která byla provedena před mnoha lety, ovšem myslím si, že problém s komunikací je stále velmi aktuální v českých nemocnicích i dnes.

Základní rozdělení komunikace je na verbální a neverbální. Přitom u verbální neboli slovní komunikace používáme k dorozumění slova a u neverbální komunikace se jedná zjednodušeně řečeno o „řeč těla“ (Venglářová, Mahrová, 2006). Přechod mezi verbální a neverbální formou se nazývá paraverbální. Patří sem barva hlasu nebo rychlost projevu.

Zdravotničtí pracovníci využívají verbální komunikaci jako nástroj profesionální práce. Každý zdravotník by měl být schopen účelné sociální komunikace (Zacharová, 2016). Můžeme ji vést ve formě rozhovoru. Tady je důležité, aby komunikace byla obousměrná, tudíž aby měl pacient možnost reakce na sdělení. Když nemáme možnost reagovat na sdělení, například u nemocničního rozhlasu, jedná se o masovou komunikaci. V neposlední řadě je verbální komunikací i naše vnitřní řeč (Venglářová, Mahrová, 2006). Důležitou částí verbální komunikace je situační kontext, tedy situace, ve které komunikace probíhá. Význam je kladen na aktuální stav a mentální schopnosti pacienta. Pacienta může ovlivnit strach nebo bolest (Venglářová, Mahrová, 2006). Mezi složky verbální komunikace patří rychlost řeči, pomlky, přítomnost embolických slov, hlasitost, intonace a délka projevu (Venglářová, Mahrová, 2006). I mlčení je způsob komunikace. Nutně to neznamená, že nemáme co říci. Sestra může při rozhovoru s pacientem dávat mlčením prostor pro zamyšlení, pochopení nebo odpočinek. U pacienta může být mlčení známka nekomfortu, nepříjemného tématu rozhovoru nebo neschopnosti přesně vyjádřit, co chce říci (Venglářová, Mahrová, 2006). Prostor, který má každý během rozhovoru k dispozici, určuje rovnost partnerů v komunikaci. I když má každý určitou polohu hlasu, jeho výšku velmi ovlivňují emoce. Musíme si dávat pozor, aby náš hlas nepůsobil nepříjemně nebo teatrálně, jak to například u vyššího hlasu může působit (Venglářová, Mahrová, 2006). Důležitým aspektem komunikace je navodit pocit

důvěry, který pacienta zbaví obav a strachu. Kvalitní komunikace vyžaduje následující požadavky (Zacharová, 2016):

- Individuální přístup = každý pacient má specifické potřeby a vyžaduje jiný přístup. Tomu je potřeba se přizpůsobit. Věci, které víte že fungují u jednoho pacienta, nemusí fungovat u jiného. Některé věci, které jsou pro někoho jiného samozřejmostí, mohou u pacienta vyvolat negativní reakci. Proto je důležitý taktní a citlivý přístup.
- Úcta k pacientovi = což znamená zachovat autonomii a respektovat osobnost pacienta za všech okolností. Ne vždy má pacient stejný názor jako zdravotník.
- Pozitivní vztah k pacientovi = vše, co sestra udělá, se promítne do komunikace. Její postoj těla, výraz v obličeji, řeč, pohled nebo pohyby. Odráží svůj postoj směrem k pacientovi, i když třeba nechtěně.
- Empatie = schopnost vcítění se do druhých. Sestra by měla vycítit co pacient prožívá, jeho emoce, jak vnímá svou nemoc a jak se k ní staví. Jde o prolínání dvou světů, pacienta a sestry (Zacharová, 2016).

K úspěšné verbální komunikaci vedou další následující kritéria (Venglářová, Mahrová, 2006):

- Jednoduchost = je dobré vyhnout se zdlouhavému popisování situace a spíše používat běžné slovní obraty místo terminologie, které pacient nerozumí.
- Stručnost = nejenže stručná sdělení působí profesionálně a vzbuzují větší důvěru, ale nemocný pacient bývá citlivý na čas, tudíž stručné sdělení je prospěšné pro obě dvě strany. Ovšem pacient musí mít prostor pro dotazy.
- Zřetelnost = je potřeba říci podstatu věci a vyhnout se dvojsmyslným sdělením, generalizacím a osobním názorům.

- Vhodné načasování = u závažných témat je nalezení vhodného času klíčové. Sestra by měla najít místo, kde bude soukromí a na rozhovor bude dostatek času.
- Adaptabilita = souvisí s empatií, všímáním si neverbálních projevů pacienta a schopností přizpůsobit styl hovoru (Venglářová, Mahrová, 2006).

Mezi neverbální komunikaci řadíme všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom používali slova. Doprovází slovní komunikaci (Venglářová, Mahrová, 2006). Při rozhovoru vnímáme neverbální komunikaci velmi silně, je považována za upřímnější projev než slova. Jsou zapojeny nejen zrak, ale také chuť a čich (Venglářová, Mahrová, 2006). Ve zdravotnictví nám neverbální projevy dávají velké množství informací o postojích i pocitech pacientů. Jsou ne vždycky snadno interpretovatelné, ale jsou především dobře viditelné (Zacharová, 2016). Nelze přesně určit zásady správné komunikace, protože každý pacient reaguje na určité projevy odlišně. I samotná poloha vleže, která je nejčastější u pacientů, je mimo intimní sféru mezilidské komunikace neobvyklá. Sestra často zasahuje do intimní zóny pacienta a její dotyky jsou často spojovány s nepříjemnými prožitky během ošetrovatelských výkonů (Zacharová, 2016). Ovládání neverbální komunikace je složitější, protože člověk jedná na bázi instinktu. Složky neverbální komunikace jsou následující (Venglářová, Mahrová, 2006):

- Mimika = tedy výraz tváře. Jde z ní vyčíst velké množství informací, ať už zdvořilostní projevy, tak radost, strach, zájem a další primární lidské emoce.
- Proxemika = vzdálenost, kterou mezi sebou lidé udržují. Podobně jako zvířata i my máme svůj osobní prostor, dalo by se to nazvat „teritorium“. Vnímavost na prostorové chování ovlivňuje úspěch komunikace. Existuje teorie osobních zón člověka.

- Haptika = zabývá se vzájemnými dotyky. Nejznámější je podání ruky při seznamování.
- Posturologie = řeč našeho držení těla. Tady je například důležitá rovnocenná poloha při rozhovoru s pacientem.
- Kinetika = zahrnuje veškeré pohyby částí těla, hlavně jejich rychlost, ohraničení, trvání a soulad.
- Gesta = naznačují to, co by mohlo být řečeno slovně, ovšem je srozumitelnější, když se to ukáže gesty. Společně s verbálním projevem mu můžeme dodat na výraznosti.
- Pohledy = mluvení očima, hlavně délka pohledu, četnost, úhel, mrkání, pohyb obočí nebo také tvar vrásek kolem očí.
- Úprava zevnějšku = kombinace úpravy zevnějšku osoby, tak i prostředí. Stejně jako výstřednost, také přehnaná škrobenost může být vnímána negativně. Náš zevnějšek odráží aktuální emocionální stav. Díky uniformě je jasně definována role sestry v nemocnici (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2 Specifika komunikace s agresivním pacientem

Následující podkapitola se snaží, co nejvíce přiblížit specifika komunikace s agresivním pacientem a načrtnout jednotný postup při výskytu agrese na oddělení. Ať už se jedná o zvládání verbální nebo fyzické agrese.

V roce 2008 došlo k dotazníkovému šetření agresivity Szkanderové a Jarošové. Dotazník vyplnilo 202 sester pracujících na různých odděleních Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) a Nemocnice Třinec (NT). Z výzkumu vyplynulo, že minimálně jednou se sestry se slovní agresí setkaly v 90% (FNO) a 89% (NT). Hodně z nich bylo opakovaně slovně napadáno (Pekara, 2015). Dle procent můžeme vidět, že agrese je velmi častým jevem v nemocnici. Převažuje slovní agrese nad fyzickým násilím a konflikty jsou následkem vystupňovaných negativních emocí (Pekara, 2015).

Existuje spojitost mezi stresem a násilím. Adekvátní schopnost rychle ovládat rozum, tudíž se vyhnout i konfliktu, právě snižují negativní emoce a stres. Dochází k nesouladu našich představ, až k vyvolání pocitu ohrožení (Pekara, 2015). Tudíž je důležité, aby se i zdravotníci zaměřovali na svoji psychickou pohodu. Být cílem agrese pacienta způsobuje stres, úzkost, strach, pocit viny, problémy se spánkem a urychluje proces vyhoření v ošetřovatelství (Pekurinem et al., 2017). Silný pocit ohrožení také zvyšuje pravděpodobnost neadekvátní reakce ze strany zdravotníka (Pekara, 2011).

Je důležité nedostat se do násilného střetu s pacientem vůbec nebo případně možný konflikt co nejefektivněji deeskalovat (Pekara, 2015). Patříčné je projevit zájem o pacienta a vybudovat si s ním určitý vztah. Poté se sestra s pacientem navzájem nevidí jen jako pouhé objekty, ale jejich vztah získá lidský rozměr (Pekara, 2015). Zájem a ochota porozumět problému pacienta je velký krok k úspěchu (Venglářová, Mahrová, 2006). Každá situace je individuální, a takový by měl být i přístup sestry. Paternalistický vztah, od kterého se již upouští, by měl být nahrazen partnerským vztahem (Pekara, 2015).

Další výhodou při komunikaci s agresivním pacientem je znalost fází násilného chování. Pokud poznáme, v jaké fázi se pacient zrovna nachází, bude o to jednodušší spolehlivě reagovat na danou fázi. Jednotlivé fáze jsou (Pekara, 2015):

- Fáze spouštějící = pacient se odkloňuje od normálního neagresivního chování. Můžeme vnímat neverbální i verbální projevy, jako nepřátelský postoj, změnu hlasu, nespokojenost, frustraci a postupně dochází k větší eskalaci.
- Fáze eskalační = pacient nereaguje promyšleně. Chování ubývá na racionalitě a snižuje se možnost vrácení se do původního stavu.
- Fáze krizová = pacient se již neovládá a jeho chování je fyzicky i psychicky excitováno. Stačí malý podnět a může dojít k fyzickému napadení.

- Fáze uklidnění = následuje postupná redukce agresivního chování. Pacient je zaskočen situací a vlastním chováním.
- Fáze postkrizové deprese = může se projevovat úzkostí, rozrušením, pocitem viny. Objevuje se lítost a prosby o odpuštění (Pekara, 2015).

Samozřejmě ne vždy vše proběhne přesně podle schématu, ale je užitečné si jednotlivé fáze uvědomit. Je důležité si uvědomit, že pacient ve fázi krizové neuvažuje racionálně, tudíž snažit se jej uklidnit argumenty může mít opačný efekt (Pekara, 2015). Pacient má omezené zorné pole, nevnímá dostatečně a kognitivní centra mozku jsou minimálně prokrvena, protože tělo se připravuje na útok prokrvením svalů (Pekara, 2015). Je to obranná činnost těla, reakce boj nebo útěk.

Nyní bych se zaměřila na komunikaci při verbálním konfliktu. Postup je rozdělen na jednotlivé body, které jdou postupně za sebou (Venglářová, Mahrová, 2006).

I když je to v některých situacích obtížné, první věcí je zachovat klid při jednání s pacientem. K tomu se pojí i neodpovídání protiútokem, protože agrese ze strany zdravotníka pouze posiluje agresi pacienta. Dojde ke spirálovému posilování (Venglářová, Mahrová, 2006).

Konstatování, že je pacient rozčílen, je další osvědčený postup. Člověk si ne vždy uvědomuje, jak se chová. Je dobré vyjádřit, jak na vás pacient působí a jaké emoce vyvolává (Venglářová, Mahrová, 2006). Lze použít například následující věty (Pekara, 2015):

- *„Vidím, že jste rozčílen, co se stalo?“*
- *„Působíte velmi rozčíleně, uvádí mě to do rozpaků.“*
- *„Když křičíte nemohu se soustředit a mám strach. Měli bychom se posadit, bude to lepší.“*

V komunikaci s agresivním pacientem je potřeba nechat pacienta mluvit a vyslechnout si jeho stížnost. Důležité je zachovat si neutrální postoj (Venglářová, Mahrová, 2006). Jak už jsme se dozvěděli v kapitole o neverbální komunikaci, postoj a výraz tváře je pro pacienta někdy více viditelný a důležitější než obsah, který říkáme.

Dalším důležitým bodem je nehodnocení chování, neodsuzování a nezlehčování problému, který pacienta rozčílil (Venglářová, Mahrová, 2006). Například u bolesti, jak jsem zmínila dříve. Bolest je subjektivní a každý ji vnímá jinak. Něco, co nám nemusí připadat bolestivé, může být pro pacienta velký problém.

Během konfliktu s pacientem je žádoucí projevit zájem o jeho situaci a doptávat se doplňujícími otázkami na okolnosti celé situace. Poskytne nám to lepší orientaci v problému pacienta a ukazujeme lidský zájem i postoj (Venglářová, Mahrová, 2006). Otázky mohou vypadat následovně (Pekara, 2015):

- *Co vám v tuto chvíli není jasné?*
- *Já opravdu potřebuji vědět, co teď potřebujete?*
- *Jak rozumíte této situaci?*
- *Zapomněla jsem na něco?*

Můžeme také vyjádřit nesouhlas, ale nesouhlas s chováním pacienta, ne nesouhlas s pacientem jako takovým. Popisujeme chování nikoliv vlastnosti, nelze generalizovat povahu pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006).

Dalším důležitým postupem je vyjádřit porozumění a projevit empatii k pacientovi. Ať už verbálními prostředky, tak také neverbálními. Záleží na situaci a reakci pacienta. Projev empatie není nikdy na škodu (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokud se začneme více orientovat v situaci, například díky doplňujícím otázkám, měli bychom se snažit najít reálné důvody hněvu pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006).

V kapitole o příčinách agrese u pacienta jsem zmínila hned několik, které se reálně mohou vyskytovat. Samozřejmě každá situace je individuální a je potřeba najít jádro věci.

Pokud najdeme důvod hněvu pacienta, musíme vyřešit, zda mu můžeme vyhovět. Pokud to lze, pacient se může velmi rychle zklidnit a situace se vyřeší. Ovšem ne ve všech situacích lze pacientovi vyhovět. Pokud nemůžeme vyhovět požadavkům, je důležité se pokusit vysvětlit naše stanovisko a vyjádřit pochopení s nepříjemnými následky (Venglářová, Mahrová, 2006). Výhodou je používat jednoduché stručné věty a známá slova. Lze také projevit laskavost a snažit se nabídnout alternativu, jako nabídnout vodu, přístup k telefonu a tím současně odvést lehce pozornost pacienta (Pekara, 2015).

Nakonec vše srozumitelně reflektujeme a sdělíme závěr situace. Také se ujistíme, že pacient všemu porozuměl a případně vše zopakujeme (Venglářová, Mahrová, 2006).

Další část bakalářské práce se zaměřuje na komunikaci při fyzickém napadení, které je méně časté než verbální agrese, ale přesto je v nemocnicích přítomno (Venglářová, Mahrová, 2006).

Úplně na začátku zmíním základní principy odvrácení a zvládnutí napadení. Jedná se o znalost rizik v jednotlivých zařízeních, personální možnosti, vybavení a prostředí, přítomnost bezpečnostní služby či signalizace v případě ohrožení zdravotníka (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokud z pozorování projevů pacienta usoudíme, že vzniká riziko fyzické agrese, je potřeba udělat několik kroků a myslet na své bezpečí i bezpečí pacienta (Nešpor, 2012).

Prvním krokem je mít možnost zavolat si případně o pomoc a nebýt sám, případně mít volný přístup ke dveřím. Důležité je také udržovat bezpečnou vzdálenost mezi zdravotníkem a agresivním pacientem (Nešpor, 2012).

Dalším krokem je nemít nebo případně odstranit nebezpečné předměty, například ze stolu. Cokoliv, co by pacient v afektu mohl vzít a hodit (Nešpor, 2012). Co se týče prostředí, pacient by měl mít dostatek prostoru pro volný pohyb (Venglářová, Mahrová, 2006).

Můžeme pacientovi nabídnout, aby se posadil, protože je menší riziko agrese u sedícího člověka (Nešpor, 2012). A naopak by zdravotník neměl sedět, pokud pacient stojí, protože má menší prostor k obraně a agresivní pacient má výhodnější pozici pro útok. Je vhodné mít v prostoru mezi pacientem a zdravotníkem nějaký nábytek, například stůl, židli (Pekara, 2015).

Dále se zaměříme na klidný hlas, projevení empatie a porozumění stejně jako u verbální agrese (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokud je situace velmi vážná nebo je pacient ozbrojen, je potřeba zavolat policii a nestát pacientovi v cestě (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokud dojde k napadení zdravotníka, je stejně důležitá pomoc jak při napadení, tak i po skončení incidentu. Je vhodné mluvit s kolegy o události, podpořit se navzájem, odreagovat negativní emoce spojené s agresí a pochválit všechny zúčastněné za zvládnutí situace (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikace mezi pacientem a zdravotníkem je jádrem zdravotnictví. Správná komunikace často podpoří léčbu, zlepší diagnostickou přesnost a řadu klinických výsledků. Pacienti lépe dodržují léčbu, bezpečnost a snižuje se riziko nesprávného chování (Howick et al., 2018). Mnoho výzkumů se zabývá tématem, zda je empatická komunikace přínosná a zda se dá naučit. Výsledky hovoří o tom, že ano. Pracovníci ve

zdravotníci, a hlavně sestry, které tráví s pacientem nejvíce času, mohou svou empatickou komunikací přinést zlepšení psychického i fyzického stavu pacientů. Přináší celkovou spokojenost pacienta s péčí (Howick et al., 2018).

3 Další možnosti zvládnání agrese u pacienta

V poslední kapitole teoretické části bych ráda zmínila kromě komunikace s agresivním pacientem, také zvládnání agrese farmakologickou cestou a používáním omezujících prostředků. Zde jsem vypsala základní typy farmakologické léčby a úskalí i postup při omezování pacientů.

Předchozí kapitola se věnovala řešení krizové situace s agresivním pacientem formou komunikace, ať už se jedná o verbální agresi či fyzickou. Pokud bych měla vytyčit zásadní body, tak to jsou (Špatenková, 2017):

- Dát pacientovi najevo, že je plně přijat a respektován.
- Motivovat pacienta, aby mluvil o svém skutečném problému.
- Dát najevo, jak se cítíme (Špatenková, 2017).

Vzhledem k tomu, že jsem popsala komunikaci v předchozí kapitole, teď bych se chtěla zaměřit na další možnosti zvládnání agrese. A to je podání léků, tudíž farmakologická léčba a použití omezovacích prostředků.

3.1 Farmakologická léčba agrese

Farmakologické zvládnání agresivity by nemělo být použito pouze samostatně, ale společně s psychologickými a behaviorálními intervencemi (Látalová, 2013). Pokud jsou předchozí snahy neúčinné, lze u výrazně agitovaných pacientů použít psychofarmaka. Jedná se o akutní či dlouhodobou farmakologickou léčbu (Látalová, 2013). Záleží na způsobu podání a zkušenosti personálu. Někdy je potřeba i početní převaha při nedobrovolném podání léku agresivnímu pacientovi. V tomto případě se spíše používají injekce, například intramuskulární aplikace, které mají i rychlejší nástup účinku. Nejčastěji se používají antipsychotika, stabilizátory nálady nebo

anxiolytika (Látalová, 2013). Je několik skupin léčiv. Zde jsou nejpoužívanější skupiny a jejich zástupci (Látalová, 2013):

- benzodiazepinová anxiolytika = Alprazolam, Diazepam, Oxazepam
- klasická antipsychotika = Haloperidol, Chlorpromazin, Levomepromazin
- atypická antipsychotika = Risperidon, Amisulprid, Ziprasidon
- antidepresiva = Amitriptylin, Trazodon, Citalopram

Hlavním cílem podání léčiv je zvládnutí agresivního chování a přítomného neklidu. Nebo také zmírnění nebo zabránění sebepoškozování. Lékař i sestra musí brát v potaz přidružená onemocnění, psychiatrická onemocnění nebo intoxikaci pacienta. U intoxikace je nejvhodnější volbou Haloperidol (Hanušková, 2008).

3.2 Omezovací prostředky

Mezi další možnosti zvládnutí agrese patří použití omezovacích prostředků. Protože užívání omezovacích prostředků vážně zasahuje do osobní svobody pacienta, je při jejich použití nutné dodržovat základní občanská práva člověka a příslušné právní normy, které určují důvod a postup při aplikaci omezovacích prostředků (Dohnalová, 2011). Použití omezovacích prostředků je definováno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a poté ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2018, část 4. Ve Věstníku je několik bodů, které je potřeba dodržet:

- Omezení volného pohybu lze pouze při odvrácení bezprostřední hrozby ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti samotného pacienta nebo ostatních osob.
- Omezovací prostředky lze použít jen jako krajní řešení.
- Lze je použít pouze po dobu, kdy je potřeba pacienta omezit.

- Nelze je použít jako preventivní nebo sankční opatření.
- Prostředky musí být přiměřené hrozící újmě.
- Nejdříve by měli být použity mírnější postupy, slovní intervence, psychofarmaka a až později omezovací prostředky.

Mezi prostředky k omezení patří (Věstník MZ, 2018):

- Úchop zdravotnickými pracovníky
- Kurty a ochranné pásy
- Umístění pacienta do síťového lůžka
- Místnost určená k bezpečnému pohybu
- Vesta nebo ochranný kabátek
- Psychofarmaka

O aplikaci omezovacích prostředků rozhoduje vždy lékař. Je důležité, aby prostředek odpovídal projevům chování pacienta. V případě neodkladného řešení může omezovací prostředky použít i nelékařský zdravotnický pracovník, ovšem lékař poté musí zhodnotit způsob a typ prostředku (Věstník MZ, 2018). Pacient je informován o důvodech omezení. Dále je pacient pod bedlivým dohledem personálu, je dbáno na hydrataci, vyprazdňování, hygienu, komfort a stravování. Nesmí být použity bolestivé hmaty, ani jiné neetické postupy. Vše se zaznamenává v centrální evidenci použití omezovacích prostředků (Věstník MZ, 2018).

Používání restriktivních opatření je v dnešní společnosti kontroverzní téma, protože významně zasahuje do lidských práv a důstojnosti. Dodržování doporučených předpisů při aplikaci omezovacích prostředků je nutností. Společně s podáním přiměřené medikace mohou být vhodnou volbou pro nejlepší možnou péči o agresivní pacienty (Hanušková, 2008).

Zdravotníci se často cítí nejistí v řešení agrese a násilí, protože stojí na rozhraní mezi psychiatrií, medicínou a právem. Je důležité, aby měli přístup k jasným pokynům. Komunikace s agresivními pacienty je velmi náročná (Harwood et al., 2017).

Praktická část

4 Formulace problému

Jak jsem uvedla v teoretické části, agrese je častým jevem jak v českých nemocnicích, tak i po celém světě. Je důležité, aby se na vzdělání ohledně komunikace s agresivním pacientem dbalo, protože správná komunikace může zabránit eskalaci problému a ušetřit zdravotníky i pacienta zbytečného stresu.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem bylo mapování komunikace a zkušeností sester s agresivním pacientem. Dále cílem bylo porovnat teoretickou výuku a zkušenosti z praxe s využitím informací v krizové situaci, což ošetřování agresivního pacienta jistě je. V neposlední řadě vyhotovit informační leták s radami sester, které se přímo ocitly v této situaci. Cílem je získat celkový pohled na komunikaci s agresivním pacientem, včetně četnosti agrese, nejčastějších příčin agrese, postupů a obtížností komunikace.

4.2 Výzkumné otázky

Mezi výzkumné otázky jsem zařadila čtyři otázky týkající se komunikace s agresivním pacientem. Jsou to tyto:

- Jak se shodují znalosti komunikace získané z výuky s reálnými zkušenostmi sester v praxi?
- Jaký je postup při komunikaci s agresivním pacientem?
- Kteří pacienti jsou nejvíce agresivní a jaká je četnost agrese na odděleních?
- Jaké jsou osobní zkušenosti sester a v čem jim přijde komunikace s agresivním pacientem složitá?

4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Ke zpracování bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum, protože jsem chtěla téma práce zpracovat holistickým způsobem a do hloubky. Tudíž kvalitativní výzkum byl lepší volbou než výzkum kvantitativní.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila rozhovor. Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor o devíti otázkách týkajících se tématu komunikace s agresivním pacientem. Rozhovory s respondenty trvaly od 7 do 20 minut. Respondenti se mohli vyjádřit plně a nelimitoval je výběr z omezených možností ani časová tíseň. Rozhovor je přiložen v příloze č. 2.

4.4 Výběr respondentů

Respondenti pro rozhovor byli vybráni účelovým výběrem dle zkušeností s agresivními pacienty. Jednalo se o všeobecné sestry pracující na standardním, ambulantním nebo oddělení jednotky intenzivní péče. Snažila jsem se zaměřit na oddělení v nemocnici, které není psychiatrické a je možnost, že se zde sestry setkaly s agresí. Také jsem využila, že na některých odděleních jsem plnila praxi v rámci studia a získala jsem osobnější vztahy s pracujícími sestrami, což bylo pro rozhovor příjemnější. Všichni respondenti byli z jedné nemocnice a jednalo se o sestry z oddělení gastroenterologie, neurologie, neurologie JIP, jednotky intenzivní péče a emergency. Respondenti plně souhlasili s účastí na výzkumu a byla zachována jejich anonymita. Aktivně byly vyhledávány sestry, které se s agresivním pacientem setkaly. Sedm z osmi sester mělo dlouholetou praxi ve zdravotnictví.

4.5 Způsob získávání informací

Po získání zvoleného respondenta pro rozhovor jsem zašla po předchozí domluvě na oddělení. Respondenty jsem kontaktovala přes email, telefon nebo osobně během výuky. Místo na rozhovor většinou vybírali respondenti, aby v místnosti byl klid a příjemné prostředí. Po vybrání místnosti vhodné pro rozhovor jsem požádala respondenty, zda by mohli podepsat informovaný souhlas, kde zároveň na druhé straně byly popsány informace o výzkumu. Jeden souhlas jsem si vzala a druhý jsem nechala respondentovi. Informovaným souhlasem bylo prohlášení, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná, anonymní, respondent je srozuměn s výzkumem a rozhovor bude nahrán na diktafon, přepsán a posléze smazán. Informovaný souhlas je přiložen v příloze č. 1. Poté jsem zapnula nahrávání na diktafonu a jednotlivě pokládala předem připravené otázky k rozhovoru. Během rozhovoru jsem reagovala na odpovědi respondentů a doptávala jsem se v případě nejasností nebo pro lepší pochopení myšlenky respondenta.

4.6 Analýza dat

Analýza dat probíhala po provedení všech rozhovorů. Informace pro zpracování výsledků praktické části jsem vybírala z přepsaných rozhovorů. Rozhovory byly zpracovány pomocí tematické analýzy (Braun, Clarke, 2006). Což je systém psaní poznámek, hledání kódů a následné seskupení do témat. Názvy témat se odvíjely od nalezených kódů. Následně se prošla všechna témata a hledaly se podobnosti i možnosti sloučení nebo naopak rozdělení. V poslední části analýzy došlo k jednoznačnému pojmenování a vymezení témat (Braun, Clarke, 2006). Všechna vybraná témata se nacházejí v kapitole s výsledky.

4.7 Organizace výzkumu

Celý výzkum jsem organizovala se svou vedoucí bakalářské práce. Sběr informací pomocí rozhovorů trval od 20.2. 2022 do 30.3. 2022 dle časových možností respondentů. Poté nastalo vyhodnocování výsledků a samotné přepsání do podoby bakalářské práce. To trvalo přibližně do půlky měsíce května. Během organizace práce jsem nenarazila na větší problémy, všichni respondenti byli velmi ochotní a zapojili se do výzkumu.

5 Výsledky výzkumu

Následující kapitola obsahuje výsledky výzkumu komunikace s agresivním pacientem. Výsledky jsou rozděleny do několika jednotlivých témat, která vyšla z rozhovorů se sestrami. Dále v poslední podkapitole je vyhotoven informační leták s radami sester, jak jednat s agresivním pacientem. Témata jsou poté rozepsána a vysvětlena, vzhledem k výpovědi sester. Mezi témata patří:

- nejčastější příčiny agrese
- postup komunikace a její účinnost
- obtížnost komunikace
- fyzické násilí na sestrách
- shoda teorie a praxe

V textu jsou přímé citace z rozhovorů pro lepší představu o výpovědích sester. Citace byly anonymizovány.

5.1 Nejčastější příčiny agrese

Sestry se v rozhovorech výrazně shodovaly na nejčastějších příčinách agrese i jejich posloupnosti. Nejčastější příčinou, která se vyskytla u všech tázaných sester, a to i na prvním místě, byli pacienti intoxikovaní alkoholem nebo jinými návykovými látkami. Ve všech rozhovorech se tato skupina pacientů pohybovala na předních příčkách nejčastějších příčin. Sestry nejčastěji udávaly obtížnou komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu, kvůli opilosti a následnému deliriu s abstinenčními příznaky. Delirium vzniká náhle a jedná se o proměnlivý a bouřlivý stav, který může trvat hodiny, dny až týdny (Orel, 2020).

„Většinou jsou to pacienti s delíriem, například chroničtí alkoholici, kteří většinou agresivní jsou. Buď slovně agresivní, to je velmi časté, nebo i fyzicky. Mohou vás napadat, kopají, kousou a škrábou.“

V šesti rozhovorech sestry uvedly, že obtížné na komunikaci s pacienty pod vlivem alkoholu a drog je jejich snaha odejít. Ať už opustit lůžko nebo celé oddělení. Při těchto pokusech si sami ubližují vytrháváním invazivních vstupů nebo pády. Nehodlají čekat na propouštěcí zprávu, léčbu nebo vyšetření. Je obtížné je přesvědčit o důležitosti péče a že nejsou ve stavu, kdy mohou odejít. Ze strany pacientů nebývá žádná konstruktivní kritika k postupu sester.

„Pokud se pacient k něčemu rozhodne, tak bohužel většinou je natolik rozhodnutý, že to uskuteční.“

Další příčinou, kterou sestry často uváděly, byla demence a s ní spojená velká zmatenost převážně u starších pacientů. Demence se projevuje zhoršením kognitivních funkcí, poruchou paměti, až degradací osobnosti (Orel, 2020). Z osmi rozhovorů se demence, jako příčina, vyskytla u sedmi výpovědí. Kvůli ztrátě orientace a poruch paměti je komunikace ztížena. Celá situace i léčba se pacientům musí vysvětlovat několikrát za den. Stejně jako pacienti intoxikovaní alkoholem, se i pacienti s demencí snaží opustit lůžko. Myslí si, že jsou někde jinde než v nemocnici. Mají strach z neznámého prostředí.

„Vesměs jsou to příhody, kdy pacient působí klidně a neopustí lůžko, ale najednou si vytáhne centrální žilní katetr nebo močový katetr a opustí lůžko. Myslí si, že je třeba doma a jde na záchod.“

Podobné projevy chování jako u pacientů s demencí sestry zaznamenaly u úrazů hlavy, hypoxií mozku a cévní mozkové příhody. Tuto příčinu uvedly čtyři sestry

z osmi tázaných. Chování pacientů se projevovalo podobně jako u demence – ztráta orientace, snaha opustit lůžko, porucha paměti a kognitivních funkcí.

Mezi další příčiny agrese uvedené v rozhovorech patřila psychiatrická onemocnění. Tuto skupinu zahrnuly do příčin tři sestry z osmi. Jednalo se o pacienty po suicidálních pokusech, kteří se ráno probudí po předávkování léky a okamžitě chtějí domů. Jenže z nemocnice je nemohou propustit bez psychiatrického vyšetření. To stupňuje agresi pacientů a vyvolává konflikt.

Poslední příčinou zaznamenanou z rozhovorů byla agresivita v ambulancích. Agresivní pacienty zaznamenaly v ambulanci dvě sestry z osmi. Nejčastější příčinou konfliktu bylo dlouhé čekání na ošetření, nesplněné očekávání, špatná komunikace personálu, velký nápor otázek ze stran zdravotníků. Na ambulancích se vystřídá velké množství lidí a někdy není v silách personálu ošetřit všechny pacienty v co nejkratším čase. Pro pacienty, kteří přijdou na ambulanci s problémem, je čekání velmi obtížné. Někdy nerozumí rozdělení pacientů dle akutních či méně akutních stavů a jsou naštvaní, že jde někdo dříve než oni. Spouštěčem agrese může být předchozí špatná zkušenost s ošetřením a pacient automaticky předpokládá, že nynější zkušenost bude stejná.

„Jsou to pacienti, kteří svou nespokojenost vyjadřují verbální cestou např. nespokojenost s dlouhou čekací dobou, nesouhlas s přednostním ošetřením akutních pacientů, nesouhlas s léčebným postupem, špatnou komunikací s personálem.“

5.2 Postup komunikace a účinnost slovní komunikace

Postup komunikace se shodoval ve všech rozhovorech i když se někdy situace lišily. Rozdělila jsem postup do pěti kroků:

- 1) zachovat klid a profesionalitu = zde sestry uváděly, že u komunikace s agresivním pacientem je potřeba nekřičet, nezvyšovat tón hlasu. Také zachovat profesionalitu a neodpovídat pacientovi stejnou měrou. Snažit se jednat klidně a požádat pacienta o to samé.

„Pacienta se snažím uklidnit, žádám o ztlumení projevu, vysvětluji důvod kladených otázek a opětovně žádám o klid.“

- 2) snažit se vyřešit problém = což znamená najít jádro problému a příčinu agrese. Pokud je to možné vyhovět pacientovi. Snažit se neprovokovat k další agresi. Vyslechnout pacienta a vcítit se do jeho situace. Dvě sestry také navrhovaly samostatný pokoj pro pacienta, kde bude mít více prostoru k pohybu.

„Snažit se přijít na jádro problému, zjistit co pacientovi chybí, co mu vadí. Musíte toho pacienta vidět, reagovat a uvědomit si, co se děje.“

„Neodpovídat stejným způsobem. Vyslyšet a jemně vysvětlovat. A snažit se netlačit moc, protože to potom vystupňuje agresi.“

„Prvotní je naslouchání. Vyslechnout si, co se agresor snaží říci. Pokusit se, aby pojmenoval, v čem je problém. Analyzovat situaci a analyzovat ji správným způsobem. A mělo by z toho vzejít nějaké řešení. Pokud například je pacient agresivní, protože nemá dostatek informací o svém zdravotním stavu, tak mu je zabezpečíme.“

- 3) stupňování agrese = pokud i po předchozích krocích stále narůstá agrese, je potřeba informovat lékaře a podat medikaci či použít omezovací prostředky. U tohoto kroku se lišila posloupnost. Některé sestry prvně doporučovaly medikaci, druhé použít omezovací prostředky. Primárně ovšem šlo o zabránění pacientovi v agresi, ať už vůči sobě nebo vůči okolí. Sestry to uváděly jako podmínku k použití psychofarmak nebo omezovacích prostředků.

„Nikdy agresorovi nebraňte vlastním tělem.“

„Snažíme se jej nejdříve slovně uklidnit, nebo jakkoliv uklidnit. Když to nejde, tak zavoláme lékaře, pak pacient dostane tisíce léky a přinejhorším se fixuje. Ať už horní končetiny, tak dolní, anebo tu máme pyžamovaky nebo hrudní pásy.“

„Snažit se tedy slovně, když to nezapůsobí, tak po dohodě s lékařem se zklidní psychofarmaky. To samozřejmě dle ordinace lékaře nebo se použijí omezovací prostředky. Jsou to kurty nebo pyžamovaky. Ale nejdříve slovně a léky, pak až omezovací prostředky.“

- 4) přivolání policie či ochranky nemocnice = pokud je agrese nezvladatelná nebo se pacient snaží odejít a ohrožuje personál či sebe, je potřeba zavolat bezpečnostní službu i případně policii. Záleží, jestli agresivního pacienta je personál schopen zvládnout, nebo potřebuje pomoci.

„Při příchodu ochranné služby pacient pobíhal po čekárně, vulgárně na mě a celý personál nadával a přes zásah ochranné služby naznačoval pěstní útok. Byl vyveden z ambulance a byla přivolána Policie ČR.“

„Postupem je v začátku uklidnit pacienta verbálně, brzdit emoce, později při agresivitě zajistit bezpečnost moji a bezpečnost pacientů přivoláním bezpečnostní služby a Policie ČR.“

- 5) kontrola pacienta = po podání léků nebo použití omezovacích prostředků je potřeba pacienta kontrolovat. Agrese může trvat delší dobu. Tázané sestry doporučovaly pečlivě kontrolovat pacienta, aby si neublížil nebo se nedostal z kurtů.

„Co se týče fixace, tak podle standardů se to dělá tak, že se ohlásí na centrálu a každou hodinu se kontroluje stav končetin a lékař po šesti hodinách kontroluje stav, jestli musí být pacient dále omezený.“

Slovní komunikace se použila hlavně v prvním a druhém kroku, tudíž jako prevence a uklidnění eskalující situace. Ve výzkumu mě zajímala její účinnost. Mezi tázanými sestrami byla shoda ohledně neúčinnosti slovní komunikace v některých případech. A to hlavně u dvou nejčastějších příčin agrese: intoxikace a demence. Sestry vyjádřily zoufalost nad komunikací s těmito dvěma typy, protože ať se snažily sebevíc, komunikace nikam nevedla a agrese se dále stupňovala. Samozřejmě záleží na situaci, v některých slovní komunikace pomůže a pacient se zklidní, ovšem šest z osmi sester vypovědělo, že v některých případech slovní komunikace často nepomůže.

„Co musím říct z vlastní zkušenosti, tak u deliria v rámci alkoholového excesu je komunikace velmi obtížná. A vesměs se s nimi nedá domluvit. Ano zvolíte určitý přístup a třeba to i na půl hodiny zabere, ale jakmile odejdete, tak agrese začne znova.“

„Já mám bohužel takovou zkušenost, že když je člověk zmatený, tak se s ním dobře domluvit nedá. Možná se někdy pacient zklidní, ale je to většinou na chvíli.“

„Snažit se zklidnit pacienta všemi dostupnými prostředky, léky, fixace a slovně, ale to z mé zkušenosti většinou nefunguje.“

5.3 Obtížnost komunikace

Obtížnost komunikace je zřejmá již z předchozích citací rozhovorů. Až na jednu všechny sestry definovaly komunikaci s agresivním pacientem jako obtížnou. Jako první důvod uváděly složitost v zachování profesionality, tedy udržení emocí. Patří sem ovládání jak verbálního, tak i neverbálního projevu.

„Myslím, že nejobtížnější je, když na vás někdo křičí, je nepříjemný a zlý a vy musíte pořád jednat klidně, hezky a empaticky. Je nejdůležitější si stále připomínat, že jsem zdravotník a jsem tu pro pacienty za každé situace. Zachování vnitřního klidu a udržení emocí. Aby se člověk nenechal vyprovokovat.“

Dalším důvodem byla časová tíseň. Sestry popisovaly komunikaci jako zdlouhavou a vyčerpávající. Kvůli jednomu pacientovi neměly čas na ostatní i na svou práci na oddělení. Také postupem času člověku dochází trpělivost, energie a argumenty. U pacientů s demencí uváděly neustálé opakování informací dokola, jako velmi obtížné vzhledem k času i trpělivosti.

„Je to na dlouho a vyčerpávající v tom, že to trvá dlouho. Zdržuje vás to od další práce, protože se pacientovi musíte více věnovat. A někdy neuděláte vůbec nic, i když se snažíte.“

Strach z napadení a celková nepředvídatelnost agrese pacienta byla dalším důvodem, kvůli kterému se komunikace ztěžuje. Sestry uváděly nepříjemný pocit až strach. Nevěděly, co od agresivního pacienta mohou očekávat a neznaly jeho další postup, což bylo nepříjemné. S tím souvisí i strach a rozrušení ostatních pacientů, pokud se nachází ve stejné místnosti. Zvládat podobnou situaci, když je více lidí v místnosti, je složité.

„Pokud se jedná o fyzické napadení, tak tam mám strach. Přirozeně se bojíte. Člověk neví, co od pacienta čekat.“

„Pro mě bylo velmi obtížné rozrušení ostatních pacientek, jak plakaly. Cítila jsem bezmoc, bylo mi jich líto.“

5.4 Fyzické násilí na sestrách

O tématu fyzické agrese jsem se lehce zmínila v předchozí části ohledně obtížnosti komunikace. Sestry udávaly strach z napadení. Z rozhovorů vyplynulo, že čtyři sestry z osmi se setkaly s fyzickou agresí, tudíž polovina tázaných sester. Přijde mi to jako velké množství. Sestry udávaly přímé napadení pacientem nebo brachiální agresi pacientů u lůžka. U jednoho případu byli napadeni i ostatní pacienti na pokoji.

V této situaci došlo i ke zraněním. Jednalo se o dva typy situací. První, kdy se intoxikovaný pacient snažil odejít z oddělení a personál mu stál v cestě nebo napadl v deliriu ostatní pacienty. Nebo druhá situace, kdy se zmatený pacient ze strachu z neznámého prostředí bránil v lůžku. V rozhovorech sestry jiné příklady neuváděly.

„Nejhorší je, když člověk dostane ránu, když to nečeká. Chcete pacientovi pomoci, s otevřeným srdcem, jednáte slušně a když to nečekáte, tak vás udeří. Je to hodně nepříjemné a je mi z toho vždy zle a mám strach k pacientovi jít. Ale uvědomuji si zároveň, že on za to nemůže, že je zmatený. Snažíme se v těchto situacích si navzájem pomáhat a nebýt s pacientem samy.“

„Nikdy nebraňte agresorovi vlastním tělem.“

5.5 Shoda teorie a praxe

Posledním tématem vybraným z rozhovorů a jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda se teorie komunikace shoduje s praktickými zkušenostmi sester v nemocnici. Zde se odpovědi lišily nejvíce ze všech témat, která byla vybrána. Z rozhovorů vyplynuly dvě hlavní odpovědi:

- Na škole jsme se nic neučili, nebo si to nevybavuji. Komunikaci jsem se naučil/a v praxi.
- Vzdělání v komunikaci je důležité. Na škole jsme se učili komunikaci a přišlo mi to přínosné.

Čtyři sestry odpověděly první možností a čtyři druhou. Lišila se také získaná úroveň vzdělání. Mezi respondenty byly zastoupeny sestry ze střední zdravotní školy, vysoké školy i sestry s vystudovanou specializací. Také záleželo na době strávené v praxi. Sestry, které pracovaly v nemocnici nejdéle si méně vybavovaly, zda se během svého vzdělání setkaly s výukou komunikace s agresivním pacientem. Vzhledem ke

shodným odpovědím půl na půl je těžké určit výsledek výzkumu v této tematice. Ovšem dvěma sestram z první skupiny, které sice neudávaly vzdělávání v komunikaci na škole, přišlo velmi užitečné mít v komunikaci možnost vzdělávání. Přišlo jim dobré mít možnost si nacvičit různé situace. Dokonce dvakrát padl názor, že je potřeba výuku komunikace přesunout do simulačních místností, kde si zdravotníci vyzkouší komunikaci hraním scének či pomocí simulovaných videí. Čtyři respondenti uvedli, že se dá v nemocnici zúčastnit kurzu komunikace s agresivním pacientem.

„Myslím si, že v praxi je to mnohem složitější. Určitě složitější. Člověk musí zachovat klid, nemůže hned na pacienta křičet a tak.“

„Nejsem si jistá, zda se teorie shoduje s praxí. Komunikaci jsem se naučila v praxi, myslím.“

„Spíše se člověk naučí praxí a naučí se komunikovat v reálných situacích. Je to strašně individuální. Máte zde pacienta, který je určitá osobnost a pak je zde zdravotník, také určitá osobnost. A velmi záleží, jak si navzájem sednou jako lidi. Může se stát, že já s pacientem problém mít nebudu, ale přijde kolegyně a ta bude. A používat na tohle obecné zásady, nejsem si jistá, jestli to funguje.“

„Je to těžko určit. Teorie je jiná než praxe, ale vesměs to jde skloubit dohromady. Ani jedno nejde bez druhého.“

„Myslím si, že se shoduje. Zkušenosti se dají využít v praxi. Vzdělání v tomto směru je důležité.“

„Teorie určitě pomůže, doporučené techniky jde v praxi použít. Je dobré je znát.“

„Vždy je dobré si poslechnout informace, nacvičit a vědět, jak s agresivními pacienty postupovat.“

Během rozhovorů respondenti apelovali na důležitost komunikace a označovali ji za velmi důležitou a potřebnou pro povolání všeobecné sestry. Sestra tráví s pacientem nejvíce času ze všech zdravotníků a je důležité, aby jejich vzájemný vztah byl stavěn na důvěře, empatii i správné komunikaci. Během rozhovoru jsem se také tázala na četnost výskytu agrese na odděleních. Šest sester odpovědělo, že se setkávají často s agresivním pacientem a dvě sestry odpověděly, že nejsou přesně schopné určit, zda často nebo spíše méně často. Stejně z poměru 6:2 je zřejmé, že v českém zdravotnictví se sestry setkávají s agresivním pacientem často, tudíž správná komunikace je zapotřebí.

I když je komunikace s agresivním pacientem obtížná, nedá se jen tak přejít a ve zdravotnictví je komunikace dle mého názoru stejně důležitá jako samotná léčba.

„V běžné praxi je komunikace pro sestru základ všeho. Pacient vám odpustí například nezdařený odběr krve, ale nikdy vám neodpustí špatně zvolená slova, špatnou komunikaci. Komunikace vedená sestrou je cesta vedoucí k vyřešení mnoha situací. Avšak s agresivním pacientem je potřeba zapojit více komunikačních technik než při běžných výkonech. Je zapotřebí potlačit emoce, zklidnit sebe i pacienta.“

5.6 Informační leták

Na základě výsledků z praktické části jsem vytvořila informační leták s radami sester, jak komunikovat s agresivním pacientem. Cílem je poskytnout jej do nemocnice na oddělení, kde mohou být vystaveny například na nástěnku. Plánuji oslovit oddělení, kde jsem dělala rozhovory a nabídnout jim informační leták, pokud budou mít zájem. Myslím si, že pokud jsou informace, ať už k jakémukoliv tématu, vyvěšené na viditelném místě, tak si je lidé lépe zapamatují, aniž by vynakládali přímé soustředění. Vzhledem k tomu, že informací a postupů jak jednat je v praktické části velké množství, vybrala jsem podle mě ty nejdůležitější, které by měly být na očích.

Vše je poté graficky znázorněno v podobě letáku, který lze nalézt na konci této podkapitoly. Snažila jsem se vybírat konkrétní rady, které vyplynuly z rozhovorů s respondenty.

Na informačním letáku, můžete najít následující rady:

- Snažit se uklidnit pacienta a vysvětlit situaci, kvůli které agrese vznikla.
- Zachovat klid a profesní chování.
- Snažit se najít jádro problému a případně vyhovět pacientovi.
- Pokud se agrese stupňuje, je nutné zajistit bezpečnost pacienta i personálu a přivolat lékaře.
- Nikdy agresorovi nebránit vlastním tělem.
- Případně zavolat Policii ČR nebo bezpečnostní službu nemocnice.

JAK KOMUNIKOVAT S AGRESIVNÍM PACIENTEM

1

Snažit se uklidnit pacienta a vysvětlit situaci, kvůli které agrese vznikla

2

Zachovat klid a profesní chování

3

Snažit se najít jádro problému a případně vyhovět

4

Pokud se agrese stupňuje, je nutné zajistit bezpečí pacienta i personálu a přivolat lékaře

5

Nikdy agresorovi nestát v cestě a nebránit mu vlastním tělem

6

Případně zavolat bezpečnostní službu nemocnice nebo Policii ČR

U intoxikace nebo deliria je slovní komunikace méně účinná a musí se přistupovat k farmakologické léčbě nebo omezovacím prostředkům



(Vlastní tvorba za pomoci portálu Vistacreate z výsledků této bakalářské práce)

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala komunikací s agresivním pacientem z pohledu sestry. Teoretická část poskytuje základní definice agrese a agresivity, komunikace i konkrétní postupy jak jednat, které můžeme najít v odborné literatuře. V poslední řadě se věnuje dalším možnostem zvládnání agrese, kterými jsou farmakologická léčba a použití omezovacích prostředků. Informace v teoretické části ukázaly, že výskyt agrese v nemocnici je častým jevem a zdravotnický personál se s ním setkává opakovaně. Dále ukázala, že je poměrně jednotný postup v komunikaci s agresivním pacientem a vyžaduje určitou empatii i profesní chování.

Praktická část se zabývala analýzou rozhovorů se sestrami, které se setkaly s agresivním pacientem. Ta nám ukázala, že co se týče postupu v komunikaci, ten se více méně shoduje s teoretickými poznatky v několika důležitých bodech. Dále se v praktické části ukázalo, že slovní komunikace se sestrami zdá z větší části neúčinná u některých pacientů, jako například u pacientů s deliriem nebo intoxikovaných alkoholem a dalšími návykovými látkami. Tito pacienti byly sestrami, společně s pacienty s demencí, nejčastěji označováni za agresivní, ať už verbálně či fyzicky. Sestry se také shodly na obtížnosti komunikace s agresivním pacientem. Udávaly nejčastěji vyčerpanost z komunikace, časovou tíseň a nemožnost se starat o další pacienty či strach z fyzického napadení. S fyzickým napadením se setkala polovina tázaných sester, což si myslím, že je velké množství. Většinou se jednalo o brachiální agrese a ve dvou případech šlo o větší napadení. V poslední řadě se praktická část zabývala shodou teorie s praxí. Zde se názory sester rozdělily na dvě poloviny, kdy jedna z nich se komunikací s agresivním pacientem zabývala již během studia a přijde jí výuka potřebná pro praxi. Druhá polovina si myslí, že se komunikace nejlépe naučí v praxi. Nakonec byl vyhotoven informační leták s konkrétními radami tázaných sester.

Z celé bakalářské práce vyplývá, že komunikace s agresivním pacientem je velmi složitý proces, který ale má nezastupitelnou funkci v chodu oddělení. Agrese je u pacientů častým jevem a je potřeba ji efektivně zvládat. K tomu může posloužit právě komunikace a deeskalační techniky nebo popřípadě farmakologická léčba nebo použití omezovacích prostředků. Záleží vždy na konkrétní situaci, ale lze použít určité techniky a lépe zvládat agresi u pacientů.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá komunikací s agresivním pacientem z pohledu sestry. Jedná se informace získané z odborné literatury a rozhovorů vedených se všeobecnými sestrami, které se setkaly s agresivním pacientem během své praxe. Následně je vyhotoven informační leták, který obsahuje informace s konkrétními radami sester. Práce je rozdělena na teoretickou část, která se zabývá definicí agrese a agresivity, komunikací s agresivním pacientem a dalšími možnostmi zvládnání agrese. A poté praktickou část, která je výsledkem zpracovaných rozhovorů s respondenty a je rozdělena na několik hlavních témat.

Summary

The bachelor thesis deals with communication with an aggressive patient from the point of view of a nurse. This is information obtained from the literature and interviews conducted with general nurses who have met an aggressive patient during their practice. Subsequently, an information leaflet is prepared, which contains information with specific advices of nurses. The thesis is divided into a theoretical part, which deals with the definition of aggression, communication with an aggressive patient and other options for managing aggression. And then the practical part, which is the result of interviews with respondents and is divided into several main topics.

Seznam použité literatury

OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0.

HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 2., dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0.

DOLEŽAL, Tomáš. Bolest: doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti: [novelizace 2008]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-23-7.

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

FROMM, Erich. Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?. Přeložil Bedřich PLACÁK. Praha: Portál, 2019. Klasici. ISBN 978-80-262-1542-4.

NEŠPOR, Karel. Takzvaně problémový pacient. General Practitioner/Praktický Lékař, 2012, 92(7), 404-406.

DOHNALOVÁ, Hana, et al. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. Medicína pro praxi, 2011, 8(2), 86-88.

PEKARA, Jaroslav. Násilí ve zdravotnictví. General Practitioner/Praktický Lékař, 2013, 93(6), 264-268.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3(2), 77-101.

HOWICK, Jeremy, Andrew MOSCROP, Alexander MEBIUS, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. Journal of the Royal Society of Medicine. 2018, 111(7), 240-252. ISSN 0141-0768. Dostupné z: doi:10.1177/0141076818769477

HARWOOD, RH, Andrew MOSCROP, Alexander MEBIUS, et al. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings: a systematic review and meta-analysis. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2017, 47(2), 176-182. ISSN 14782715. Dostupné z: doi:10.4997/JRCPE.2017.218

PEKARA, Jaroslav. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.

PEKURINEN, Virve, Laura WILLMAN, Marianna VIRTANEN, Mika KIVIMÄKI, Jussi VAHTERA a Maritta VÄLIMÄKI. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. International Journal of Environmental Research and Public Health [online]. 2017, 14(10) [cit. 2022-05-15]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph14101245

HANUŠKOVÁ, MUDr Vlasta. Terapie akutního neklidu a agrese. Psychiatrie pro praxi, 2008, 9(4), 172-174.

PLHÁKOVÁ, Alena. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

Věstník MZ ČR č. 5/2009, částka 7. Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky. [on-line], 02-10-2009. [cit: 2010-03-06]. Dostupné z: <http://szsccb.wz.cz/archiv/pdf/szs-06-07.pdf>.

Přílohy

Příloha č. 1: Informace pro účastníky výzkumného projektu

INFORMACE PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o pomoc při výzkumu k bakalářské práci, který provádím na Vašem oddělení. Jedná se o rozhovor na téma komunikace s agresivním pacientem. Cílem je porovnat a následně zpracovat praktické a osobní zkušenosti zdravotníků s agresivitou pacientů a následně vytvořit pomocný leták s náměty, jak komunikaci efektivně zvládat.

Pokud budete souhlasit s účastí ve výzkumu, budete kontaktován/a s prosbou o krátký rozhovor, který Vám zabere **15-20 minut**. Vaše účast na výzkumu je zcela **dobrovolná** a můžete od ní kdykoli odstoupit. Data, která od vás získám, jsou považována za důvěrná a bude k nim mít přístup pouze řešitelský tým tohoto projektu. Rozhovor bude nahrán na diktafon, po přepsání hlasového záznamu bude hlasový záznam smazán. Veškerá získaná data budou anonymizována a důvěrně zpracována. Data v této podobě pak budou využita pouze pro analýzy a publikace z ní vycházející v podobě bakalářské práce.

Řešitel výzkumného projektu, u něhož si můžete vyžádat další informace ke studii:

Autorka bakalářské práce:

Kateřina Mervartová

e-mail: katka.mervi1999@gmail.com

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Karolína Vlčková

e-mail: karolina.vlckova@lf3.cuni.cz

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMNÉM PROJEKTU

Prohlášení: Já, níže podepsaný/á, jsem byl/a seznámen/a s Informacemi pro účastníky daného výzkumného projektu. Porozuměl/a jsem údajům v něm obsaženým. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti. Jsem si vědom/a, že účast ve výzkumném projektu je zcela dobrovolná. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas s účastí ve výzkumném projektu mohu stáhnout kdykoliv bez udání důvodu. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s účastí ve výzkumu a s anonymním využitím mých dat ke zpracování analýz a následných publikací. Obdržel/a jsem vlastní výtisk Informace pro účastníky výzkumného projektu a Informovaného souhlasu s účastí ve výzkumném projektu.

Jméno a příjmení respondenta:

Místo a datum:

.....

Podpis účastníka

.....

Celé jméno a podpis výzkumníka

Příloha č. 2: Rozhovor

- 1) Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem? Z čeho agrese pramenila?
Pokud ano, uveďte příklad.
- 2) Jak jste v konfliktní situaci postupoval/a?
- 3) Použil/a jste v komunikaci nějaké speciální komunikační techniky nebo svoje vlastní techniky, které víte že fungují?
- 4) Přišla vám komunikace složitá? Co bylo na té situaci pro vás obtížné?
- 5) Jak často se setkáváte s agresí na oddělení? Kteří pacienti, nebo v jakých situacích, jsou agresivní?
- 6) Učil vás někdo, ať už ve škole nebo v nemocnici, jak jednat s agresivním pacientem?
- 7) Připadali vám tyto informace v praxi použitelné?
- 8) Jak moc se podle vás teoretická výuka shoduje s reálnými zkušenostmi sester v praxi?
- 9) Máte na oddělení nějakou směrnici, standard nebo plakát, jak jednat s agresivním pacientem?