

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KOMUNIKACE S HOSPITALIZOVANÝMI PACIENTY  
S PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **ZUZANA KVARDOVÁ**

Vedoucí práce: **PhDr. MARIANA BAŽANTOVÁ**

**2007**

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**COMMUNICATION WITH HOSPITALIZED PATIENTS  
THAT SHOW SIGNS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR**

Bachelor's thesis

Autor: **ZUZANA KVARDOVÁ**

Supervisor: **PhDr. MARIANA BAŽANTOVÁ**

**2007**

### ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Kruhu 22.04.2008

Kvardová Zuzana

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji PhDr. Marianě Bažantové za odborné vedení mé bakalářské práce a udílení cenných rad.

MOTTO:

Každý se může rozhněvat, to je snadné. Ale rozhněvat se vůči správné osobě, ve správný čas, pro správný účel a do správné míry - to není v moci každého a to snadné není.

Aristoteles ze Stageiry

## **OBSAH:**

<b>Úvod .....</b>	<b>8</b>
<b>Cíl práce.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Teoretická část.....</b>	<b>10</b>
1.1 Komunikace .....	10
1.1.1 Oblasti komunikace zdravotní sestry.....	11
1.1.2 Verbální komunikace.....	12
1.1.2.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci.....	12
1.1.2.2 Složky verbálního projevu.....	13
1.1.2.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	13
1.1.2.4 Druhy rozhovoru.....	14
1.1.3 Neverbální komunikace.....	16
1.1.3.1 Součásti neverbální komunikace.....	16
1.1.3.2 Hranice tělesného kontaktu.....	18
1.2 Hospitalizace.....	19
1.2.1 Statistické údaje.....	19
1.2.2 Vliv hospitalizace na změny psychiky.....	20
1.2.3 Vliv hospitalizace na změny životních potřeb.....	21
1.3 Pacient s projevy agresivního chování.....	23
1.3.1 Agrese.....	23
1.3.1.1 Příčiny agrese.....	23
1.3.1.2 Formy agresivního chování.....	24
1.3.1.3 Projevy agresivního chování.....	25
1.3.2 Specifika komunikace s agresivními pacienty.....	26
1.3.2.1 Jak komunikovat s pacientem s projevy slovní agrese.....	26
1.3.2.2 Jakým způsobem odvrátit nebo zvládnout fyzické napadení.....	27
1.3.2.3 Důsledky napadení.....	28
1.3.2.4 Pomoc zdravotníkům po napadení pacientem.....	28
1.3.2.5 Obecná pravidla pro jednání s pacienty s projevy agresivního chování.....	29
1.4 Projevy agresivního chování u zdravotníků.....	31
<b>2. Empirická část.....</b>	<b>32</b>
2.1 Cíl výzkumu.....	32
2.2 Metodika šetření.....	33
2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33

2.4 Výsledky.....	34
2.5 Diskuse.....	55
<b>Závěr.....</b>	<b>58</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>59</b>
<b>Použitá literatura.....</b>	<b>60</b>
<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>61</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>62</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>63</b>

## ÚVOD

Již jedenáct let pracuji jako sestra u lůžka. Za svou praxi jsem se setkala s mnoha případy agresivního chování pacienta vůči zdravotníkům. To bylo i důvodem k zvolení tématu mé bakalářské práce. Téma, které jsem si zvolila: „Komunikace s hospitalizovanými pacienty s projevy agresivního chování“, je tématem stále aktuálnějším. Velmi často se diskutuje o agresivitě pacientů proti záchranářům, policistům a hasičům. Méně často se však hovoří o agresivním chování ve zdravotnických zařízeních, tedy u hospitalizovaných pacientů.

Svou prací bych chtěla toto téma více zviditelnit, nastínit proč agrese vzniká, jakým způsobem může zdravotník pacientovu agresi ovlivnit, jak komunikovat s agresivním pacientem.

Komunikace je stěžejní dovedností každého člověka, tím spíše zdravotníka, který svými verbálními i neverbálními projevy může velmi ovlivnit pacienta. Tím myslím, jak pozitivně, tak negativně. Tedy může přispět k rozvoji agrese, nebo již vzniklou agresivitu výrazně potlačit. Vím, jak je obtížné komunikovat s agresivním pacientem, ale ani s agresivním pacientem nelze nekomunikovat.

Každý zdravotník by měl být připravený na to, že bude muset někdy čelit agresivnímu pacientovi. Měl by se tedy komunikaci přikládat veliký důraz již při přípravě budoucích zdravotních sester a lékařů. Tedy při výuce na středních zdravotnických školách, lékařských fakultách, ale i v celoživotním vzdělávání zdravotníků.

Samozřejmě bych chtěla být ve své práci co nejvíce objektivní, proto se zde budu zabývat i agresivitou namířenou opačným směrem, tedy od zdravotníka k pacientovi, o příčinách, projevech a důsledcích takového chování.



### **Cíl teoretické části:**

Cílem teoretické části mé bakalářské práce je zviditelnit problém agrese u hospitalizovaných pacientů.

Svou teoretickou část mám zaměřenou na komunikaci s těmito pacienty, na příčiny, které vedou k rozvoji agresivity a také na možné reakce zdravotníků při poskytované ošetrovatelské péči agresivnímu pacientovi.

Ve své teoretické práci vycházím z vlastních zkušeností a odborné literatury.

### **Cíl empirické části:**

Cílem empirické části mé bakalářské práce je zjistit zkušenosti sester s problémem agresivity u hospitalizovaných pacientů. Chtěla jsem zjistit, s jakým druhem agrese se ve své praxi setkaly, jakým způsobem na takového pacienta reagovaly, zdali vědí co způsobuje agresivitu u pacientů a jaká opatření by pomohla k potlačení již rozvinuté agrese nebo zamezila vzniku agrese.

K výzkumu jsem použila dotazníkové šetření.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 KOMUNIKACE

Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástrojem, pomocí kterého se interakce uskutečňuje, je komunikace. Komunikací rozumíme výměnu informací, pocitů, zkušeností. (Linhartová, 2007)

Sestra používá dovedností komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. V poslední době se věnuje dost velká pozornost výuce i tréninku komunikace v pomáhajících profesích. Komunikace je dovednost každého člověka, kterou můžeme rozvíjet kdykoli v průběhu našeho života. Jedinou podmínkou v dalším rozvoji své komunikace je chtít, pak se můžeme zdokonalit. Tím si můžeme rozšířit i své sociální kompetence.(Linhartová, 2007)

Sestra má velmi důležitý úkol a to, rozvíjet komunikační schopnosti nemocného. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních schopností.(Venglářová, 2006)

Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. (Linhartová, 2007)

### 1.1.1 OBLASTI KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍ SESTRY

V práci zdravotní sestry zaujímá první místo komunikace s nemocnými a jejich okolím. Tedy nemocným dospělým, dítětem a nemocným se zvláštními potřebami, jejich rodinami, blízkými, přáteli.

Sestra by měla umět komunikovat také se svými kolegy, nadřízenými, odborníky, ale také s institucemi.

Venglářová (2006) uvádí tři druhy profesionální komunikace v naší praxi.

- 1. Sociální komunikace.** O sociální komunikaci hovoříme, pokud se jedná o běžný hovor, kontakt s nemocným. Nemocný v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů. Většina nemocných tedy pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, tedy zdravotníky. Zdravotníkům navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. Nejvhodnějšími situacemi pro rozvoj sociální komunikace jsou úprava lůžka, hygiena, pomoc při jídle, volnější okamžiky v denním režimu oddělení. Takovýto rozhovor může sestra vést jak u lůžka nemocného, tak na denní místnosti.
- 2. Specifická (strukturovaná) komunikace.** Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, povzbuzujeme nemocného k další léčbě, nemocného edukujeme. Při specifické komunikaci klademe velký důraz na srozumitelnost sdělení, formu jakou informace podáváme, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr takového rozhovoru je nutné, abychom se přesvědčili, zda nemocný sdělení porozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat. Specifickou komunikaci uplatníme hlavně při sdělování postupů vyšetření, objasnění dietního režimu a při informování o rizicích.
- 3. Terapeutická komunikace.** Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů. Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným.

## **1.1.2. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace.

### **1.1.2.1 ČINITELE SPOLUVYTVÁŘEJÍCÍ VERBÁLNÍ KOMUNIKACI**

#### **1. Situační kontext**

Kontextem rozumíme situaci, ve které komunikace probíhá. Základní je jednosměrná komunikace. Hůř snášíme monolog partnera v rozhovoru. Lidé mají totiž potřebu reagovat na sdělení. Pak se komunikace stává oboustrannou, dvousměrnou. Příkladem takovéto komunikace je rozhovor mezi sestrou a pacientem. Sestra má samozřejmě různé možnosti, jak rozhovor vést. Pokud si zvolí oboustrannou komunikaci, pak to bude opravdu rozhovor, protože pacient dostane možnost na sdělení reagovat. (Venglářová, 2006)

Porozumění situaci ovlivní také aktuální psychický stav komunikujících. Význam je kladen především na aktuální mentální schopnosti. Aktuální mentální stav ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci či významu sdělení. Ovlivní nás také například bolest, strach. (Venglářová, 2006)

#### **2. Vnitřní dispozice jedince**

Každý člověk vnáší do rozhovoru svou individualitu. Nebo-li dáváme jedinečný ráz všem projevům. Komunikace je totiž jednou ze sociálních schopností, kterou se učíme celý život. Základem je sociální učení ve všech sociálních skupinách, kterými člověk projde. Nejvýznamnější je učení v rodině. Komunikační zvyky si dítě nese dál a pokud se mu nepodaří je rozvinout, potýká se s obtížemi v mezilidských vztazích po celý život. (Venglářová, 2006)

#### **3. Motivace komunikovat**

Komunikace předpokládá ochotu a vůli komunikovat. Pokud je patrný náš zájem o nemocného, ochota s ním být, komunikace má dobrý start a naopak. (Venglářová, 2006)

Potřeba komunikace je integrována do systému biologických i sociálních potřeb. Člověk je tvor sociální, má potřebu kontaktu, akceptace. Komunikaci bychom měli tedy brát jako nástroj k uspokojování potřeb člověka. (Venglářová, 2006)

### **1.1.2.2 SLOŽKY VERBÁLNÍHO PROJEVU**

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamena jen dobře zvolit slova. Je důležité věnovat pozornost i dalším prvkům jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost slovních parazitů, délka projevu a intonace. (Venglářová, 2006)

Rychlost řeči je přímo úměrná naší znalosti tématu, hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení a například mlčet neznamena nutně nemít co říct. Výška hlasu bývá odrazem emocí. Intonace podtrhuje význam sdělení, může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti. (Venglářová, 2006)

### **1.1.2.3 KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Aby naše verbální komunikace byla úspěšná, musí splňovat některá kritéria, na která bychom během rozhovoru s pacientem rozhodně neměli zapomenout. Venglářová, 2006 ve své publikaci uvádí tato kritéria:

#### **Jednoduchost.**

Sdělení musí být stručné, jasné. Měli bychom používat běžné slovní obraty. Na začátku rozhovoru bychom si měli ověřit pacientovu aktuální schopnost porozumět. Na konci rozhovoru bychom se měli přesvědčit zda pacient porozuměl sdělovanému.

#### **Stručnost.**

V situaci, kdy jsme nemocní, máme tělesné obtíže, obavy, nejasná očekávání, jsme i citliví na čas. Stručná informace působí profesionálně. Nesmíme však zaměnit stručnost se strohostí či neochotou.

#### **Zřetelnost.**

Při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci. Také musíme jasně a zřetelně volit slova, ale také slova jasně a zřetelně vyslovovat. Měli bychom se vyhnout slovům dvojsmyslným.

### **Vhodné načasování.**

Než začneme hovořit s nemocným, musíme zvážit, zda je na rozhovor ta vhodná chvíle, obzvláště pokud chceme s nemocným probrat nějaké závažné téma. Vyhledáváme takové chvíle, aby pro sdělení byl klid, soukromí, dostatek času a nerušený prostor. Musíme mít také čas na vyslechnutí odpovědi nebo případných dotazů.

### **Adaptabilita (přizpůsobivost).**

Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného. Všímáme si jeho odpovědí, neverbálních projevů. Pokud ho sdělení rozruší, ponecháme nemocnému čas na oddych.

## **1.1.2.4 DRUHY ROZHOVORU**

Rozhovor můžeme popsat velmi jednoduše – někdo někomu něco říká. To, co říkáme, má určitý záměr, určujeme významovou strukturu sdělení. Každý rozhovor má své paralingvistické charakteristiky.

Pro zdravotní sestru jsou v rozhovoru s pacientem důležité následující kroky: úcta, důvěryhodnost, ochota dávat, nejenom přijímat, ochota odložit masku, připravenost ke změnám a revizi postojů, citlivé odkrývání překážek v rozhovoru a přátelská atmosféra.

Mezi brzdící síly pak patří strach, namyšlenost, pochybnosti o sobě i druhých, snaha druhého ovládnout, ztuhlost a rigidita, odlišné chápání významu používaných slov, příliš velké očekávání, přílišný spěch, přílišná touha odlišovat se, nezralost osobnosti. (Křivohlavý, 2004)

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem **terapeutickým, informačním a edukačním**. Ve všech je potřeba mít stále na paměti, že v rozhovoru jsme partneři a máme rovnocenná místa.

### **1. Terapeutický rozhovor**

Sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním často. Naslouchání tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější, co máme vyslechnout, a to jak na verbální, tak neverbální úrovni. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi setkáme, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň, ale i radost, potěšení, klid, láska. Důležité je nezůstat k pocitům druhého v rozhovoru lhostejný a dovolit si je sdílet. Akceptovat pocity, znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co prožívá. Důležité je nehodnotit a

nebagatelizovat pocity druhých. Mohlo by se stát, že se pacient uzavře a přestane o svých pocitech mluvit. Pokud se nám podaří pocity akceptovat, bude pacient v jejich sdělování pokračovat a zmírní se tak jeho napětí, úzkost a povede to k navázání důvěry.

## **2. Informační rozhovor**

Už z názvu vyplývá, že účelem tohoto rozhovoru bude sdělování informací. Může to být sestra, která dává pacientovi určité informace, nebo pacient, který sděluje informace o sobě, například při anamnéze. Jde o rozhovor, nikoli o monolog. Důraz při informačním rozhovoru je kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Často sdělujeme a také chceme informace, které jsou velmi osobní a intimní. Informovat je také potřeba ve správný čas a na správném místě.

## **3. Edukační rozhovor**

Dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na nás tedy často je, abychom ho něčemu naučili. To znamená, že musíme my sami ovládat to, co učíme a musíme umět znalost a dovednost předat. Celý rozhovor by měl být rozšířen o názornost. V takovém rozhovoru se snažíme zapojit co nejvíce smyslů pacienta a ne ho odbýt brožurkou nebo návodem. Musíme dbát na trpělivý přístup, dát pacientovi prostor na zopakování dovednosti nebo informace. Nesmíme zapomenout pacienta pochválit a na konci rozhovoru se přesvědčit, zda pacient vše pochopil.

V průběhu edukačního rozhovoru je velmi důležité pacienta motivovat. Dosáhneme pak lepšího výsledku. (Venglářová, 2006)

### 1.1.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Patří sem všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. Neverbální komunikaci používáme k tomu, abychom pomocí ní řeč podpořili, nebo také úplně nahradili. Její pomocí vyjadřujeme emoce, své interpersonální postoje. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev.

Dá se říci, že řeč těla je pravdivější, je totiž z velké části záležitostí instinktu. Existuje mnoho příruček, jak lze řeč těla ovládat, ale pokud se jedná o lež, tak nám ani návody v příručkách nepomohou a naše tělo vše prozradí.

Ve zdravotnické praxi jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Potřeba dorozumění je zde velká, stejně tak navázání vzájemné důvěry. Nesmíme však zapomínat, že mluvení a jednání probíhá současně. Musím zde připomenout, že komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem i činy.

#### 1.1.3.1 SOUČÁSTI NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Co tedy do neverbální komunikace patří? V neverbální komunikaci jde o to co si sdělujeme výrazem obličeje – mimikou, přiblížením a oddálením – proxemikou, dotekem – haptikou, fyzickým postojem – posturologií, pohybem – kinetikou, gesty, pohledy a úpravou zevnějšku. Nyní bych se chtěla zabývat každou součástí neverbální komunikace zvlášť.

**Mimika.** Jde tedy o výraz obličeje. Z něj se dá vyčíst mnoho, zcela spolehlivě lze vyčíst primární lidské emoce jako například štěstí – neštěstí, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost. Za nejvýraznější neverbální projev považujeme smích a pláč.

Sestra může výrazem obličeje ovlivnit i celkovou atmosféru. Musíme si být ale stále vědomi toho, že naše verbální a neverbální projevy musí být v souladu. Pro zdravotní sestru je důležitá schopnost citlivě vnímat projevy bolesti. Ty se ve tváři odrážejí zcela mimovolně. Pokud bychom přehlíželi tyto neverbální projevy, pacienti by zbytečně trpěli.

**Proxemika.** Je to vlastně vzdálenost jakou mezi sebou lidé mají, když spolu něco dělají nebo spolu jednají. Tuto vzdálenost je možné nazvat jako teritorium – odkud kam je můj prostor a kde je tvůj prostor.

**Haptika.** Zabývá se tím, jak se sebe navzájem lidé dotýkají. Vnímání haptických projevů může být pozitivní (s posilujícím účinkem), jako například přátelské doteky sloužící



k podpoře komunikace, interakce, vztahu. Pohlazení po ruce, po ramenou, podržení pod paží. Ale vnímání haptických projevů může být i negativní (nevhodné), vyjadřuje negativní vztah, zlost, netrpělivost. Odstrčení, táhnutí za sebou, strkání do nemocného.

Nejčastějšími místy dotyků jsou dlaně, hřbet ruky, ramena a hlava.

**Posturologie.** Je to řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. Zjednodušeně by se dalo říci, že poloha, kterou člověk zaujímá, do jisté míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje. Existují tři základní polohy – vestoje, vsedě, vleže. V naší praxi se dostáváme do specifické situace, kdy nemocný leží a my stojíme. V tomto případě na pacienta slova dopadají shora a necítí se jako rovnocenný partner, proto většina pacientů prožívá trauma například z vizit. Proto pokud můžeme, měli bychom tuto nerovnost zmírnit například tím, že si k nemocnému sedneme, ale musíme zároveň respektovat jeho soukromí (intimní zónu). O zónách se budu zmiňovat v následující kapitole (1.1.3.2).

Do posturologie patří také polohy končetin, hlavy, naklonění těla.

**Kinetika.** Je to široká oblast neverbální komunikace, která zahrnuje veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí, souladem pohybu. Speciální částí kinetiky je chironomie, která se zabývá pohybem rukou, a její zvláštní část tvoří znaková řeč.

**Gesta.** Jsou to pohyby, které mají výrazný sdělovací účel. Gesto může doplnit verbální projev a tím ho zesílit, nebo naopak gesto může být pravým opakem toho co je vyřčeno.

**Pohledy.** Mluva našich očí. Některé pohledy jsou vnímány příjemně, jiné nepříjemně. Nepříjemné je například dlouhé „civění“, nebo naopak, když se na mě druhý „ani nepodíval“. Nevhodný je pohled vzhůru, vyjadřující nezájem, opovržení. Své pacienty tady pozorujeme, ale „necívíme“ na ně, nikdo by neměl mít pocit, že je přehlížený. Upřímný pohled do očí často řekne víc než tisíc slov.

**Úprava zevnějšku.** Tím je myšleno jak úprava zevnějšku jednotlivce, tak úprava prostředí. U sester je specifikem uniforma, celková upravenost a samozřejmě čistota. Negativně bývá vnímána jakákoli výstřednost, odlišnost, ale také naškrobenost a uhlazenost. Naše oblečení, upravenost, líčení i účes odráží naši osobnost a aktuální emocionální stav, který má velký vliv na první dojem a ovlivňuje komunikaci. (Venglářová, 2006)

V dnešní době se hodně hovoří o zdomácnění zdravotnického prostředí a v některých zařízeních jsou již vidět velké pokroky. Zřizují se útulné denní místnosti, na stěnách chodeb se objevují obrazy, stěny nejsou již malovány pouze na bílo, ale většinou každé oddělení má svou barvu, což umožní i lepší orientaci pro pacienta.

Již se také vyrábí dezinfekční prostředky, které nemají typický nemocniční zápach.

### 1.1.3.2 HRANICE TĚLESNÉHO KONTAKTU

Hranice našeho tělesného kontaktu s ostatními lidmi si můžeme představit jako několik pomyslných bublin, které obklopují každého z nás. Některé bubliny jsou přímo kolem člověka, jiné jsou vzdálenější. Právě podle této vzdálenosti rozlišujeme několik zón. Jejich překročení vyvolává odezvu v našem chování.

Rozlišujeme následující zóny:

**Intimní zóna** – každý člověk má jinou intimní zónu, obecně však můžeme říci, že se jedná o vzdálenost asi 15 –30cm. Jako zdravotní sestry často narušujeme intimní zónu pacienta a zároveň ho pouštíme do té své. Takovéto narušení by mělo být vždy jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a vždy se souhlasem pacienta. Pokud totiž je intimní zóna narušena člověkem, který do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity a snahu z takového postavení uniknout.

**Osobní zóna** – jedná se o vzdálenost přibližně 45 –75cm, přičemž horní hranice může být až 1,20m. Dalo by se říci, že je to vzdálenost setkání dvou lidí, kdy máme možnost fyzického dosahu, možnost sledovat mimiku a oči, možnost vnímat pach toho, s kým hovoříme.

**Společenská zóna** – někdy nazývaná sociální. Začíná tam, kde končí zóna osobní a její horní hranice je 2,1 –3,6m. Je to oblast například obchodního jednání, skupinové diskuse. Při horní hranici již vidíme celou postavu našeho partnera.

**Veřejná zóna** – v tomto případě je vzdálenost obou partnerů od 3,6m až do 7,6m a i dále. Vnímáme celou postavu, ale i pohyb v prostoru. (Venglářová, 2006)

## 1.2 HOSPITALIZACE

Slovo hospitalizace lze vyložit jako umístění nemocného v nemocnici nebo v léčebném ústavu. Umístění nemocného v nemocničním zařízení má svá úskalí. Nemocný je vytržen z domácího prostředí, omezí se mu kontakt s příbuznými, musí akceptovat nový řád a režim, jeho biologické potřeby nejsou uspokojovány v takovém rozsahu jako byl zvyklý a ještě ho trápí myšlenka, že je nemocný. Přemýšlí o tom, zdali se uzdraví, jaký dopad bude mít nemoc na jeho další život, bude moci ještě pracovat?

*„Hospitalizace je určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim, a při správně vedené terapeuticko – ošetrovatelské péči je i předpoklad, že se aktivně zapojí do vlastního léčebného procesu.“ (Zacharová, 2007)*

### 1.2.1 STATISTICKÉ ÚDAJE

Tato informace poskytuje údaje o ukončených hospitalizacích pacientů v nemocnicích včetně fakultních nemocnic a nemocnic následné péče v České republice v roce 2006 z dat Národního registru hospitalizovaných.

Počet hospitalizací se od roku 2000 s mírnými výkyvy zvýšil o 7%. Dále se zvýšil průměrný věk hospitalizovaného pacienta o více než 2 roky na 47,5 let. Průměrná ošetrovací doba v tomto období naopak poklesla téměř o 1 den na 7,2 dne. Pacienti jsou nejčastěji hospitalizováni na interních odděleních.

Hospitalizovanost obyvatelstva je různá z hlediska pohlaví a věku. Již od narození, kdy projde nemocnicí téměř každý, dochází ke snižování zdravotních rizik způsobujících nutnost hospitalizace. Následně se v dospělosti zdravotní rizika s přibývajícím věkem naopak zvyšují. Z hlediska pohlaví se mezi hospitalizovanými vyskytují častěji ženy než muži. Příčina spočívá jednak v převažujícím počtu žen ve vyšších věkových skupinách obyvatel, jednak ve zvýšené četnosti hospitalizací žen z důvodu těhotenství a následného porodu. Pokud však tyto faktory vyloučíme, připadá více hospitalizací na muže. Průměrná délka hospitalizace mužů a žen byla v roce 2006 téměř stejná (7,2), ale liší se z hlediska věku. Zatímco, v prvních 20 letech života je téměř shodná, ve věku mezi 20 a 60 lety vykazují delší dobu hospitalizace muži.

Nejčastější příčinou hospitalizace v ČR byly nemoci oběhové soustavy. Z hlediska počtu ošetrovacích dnů představují druhou nejzávažnější skupinu onemocnění novotvary.

Nejvýraznější rozdíl mezi pohlavími se projevuje v přepočtu na obyvatele s téměř dvojnásobnou četností hospitalizací žen u nemocí močové a pohlavní soustavy. Naopak u vnějších příčin nemocnosti, jako jsou poranění a otravy, se projevuje o 38 % vyšší četnost hospitalizací mužů . ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz))

### 1.2.2 VLIV HOSPITALIZACE NA ZMĚNY PSYCHIKY

Zatímco k ošetřujícímu lékaři (praktickému lékaři) přichází pacient relativně dobrovolně, do nemocnice přichází obvykle díky rozhodnutí autority. Toto rozhodnutí může pacient jen velmi málo ovlivnit. Do nemocnice a do role nemocničního pacienta – trpělivého, poslušného a relativně pasivního dospěje více méně pomocí autority. Mnoho pacientů vnímá hospitalizaci jako zkušenost poměrně nového druhu. Pro pacienta se mnohé změní, nejenom v jeho těle, ale i v jeho psychice.

Křivohlavý (2002) ve své publikaci uvádí porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka:

**Aktivita.** V době nemoci se pacient z relativně aktivního tvora stává tvorem pasivním. Nemocniční pacient je předmětem péče mnoha lidí a ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě, ne on.

**Závislost.** Zdravý člověk si může do jisté míry dělat co chce, není na druhých příliš závislý. Zatímco nemocný člověk – pacient, nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu přikáží druzí a musí to dělat tak, jak mu to přikáží. Ukazuje se, že tam, kde pacient má možnost něco sám řídit, jeho psychický stav se zlepšuje.

**Životní rytmus.** Zdravý člověk si svůj životní rytmus určuje převážně sám. Pacient se dostává do odlišné situace, na kterou není zvyklý. Tento rytmus, který mu je v nemocnici předkládán nemá zažitý a proto se mu v mnohém zdá nepřírozený.

**Sebedůvěra.** Zdravý člověk podává ve svém životě dobrý výkon v činnostech, které ovládá. To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení. Naproti tomu pacient musí dělat činnosti, které neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení. Devaluje to jeho sebedůvěru.

**Sociální interakce.** Zdravý člověk žije v sociální síti své vlastní rodiny, přátel, spolupracovníků, které dobře zná. Pacient se dostává do určité sociální izolace. V nemocnici se stýká s neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.

**Životní prostředí.** Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí. Pacient v nemocnici je uzavřen do neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové a ne tak běžné jako bylo doma.

**Zájmy.** Zdravý člověk má řadu svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů. Zatímco pacientovi se v nemocnici velmi zužuje okruh jeho zájmů a to především s ohledem na zněny jeho zdravotního stavu.

**Zvládání problémů.** Zdravý člověk je schopen zvládat problémy, které se mu staví do cesty. Ví jak reagovat na otázky, které jsou mu kladeny. Pacient mnohdy svému psychickému a fyzickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním kontrolu. Neví co se s ním děje.

**Emoce.** V životě dosud zdravého člověka převládaly kladné emoce. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti. Emocionální stav pacienta představují hlavně negativní city jako strach, obavy, bolest a nejistota.

**Časový prostor.** Dosud zdravý člověk žije s vědomím minulosti, živé přítomnosti a dosti jasným pohledem do budoucnosti. Pacient žije převážně v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá.

### 1.2.3 VLIV HOSPITALIZACE NA ZMĚNY ŽIVOTNÍCH POTŘEB

Jak jsem se již zmínila v předešlé kapitole, hospitalizace výrazně ovlivňuje každého člověka. Nejenom jeho psychický stav, ale i fyzický, ale také omezuje životní potřeby člověka – pacienta. U hospitalizovaných pacientů můžeme potřeby rozdělit do třech skupin:

- **Potřeby, které se s nemocí nemění,** jsou stejné jako u zdravého člověka. Patří sem potřeba spánku, odpočinku, vyprazdňování se, pocit pohodlí, bezpečí. Změna, která u těchto potřeb nastává během hospitalizace je v tom, že jsou některé z těchto potřeb uspokojovány za pomoci sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka.
- **Potřeby, které se nemocí modifikovaly,** byly ovlivněny samotným onemocněním, jeho druhem, závažností a fází. Změny můžeme pozorovat ve smyslu redukce potřeb, poté postupný návrat potřeb, ale také jako deformaci dřívějších potřeb. Potřeba aktivity se v době nemoci soustřeďuje na boj s nemocí. Pacient nechce být jen pasivním objektem, ale chce aktivně přispět do procesu uzdravování. Fyzická aktivizace umožňuje nemocnému navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím, proto by měl zdravotník aktivitu nemocného podporovat. Dalším důležitým krokem je dostatek informací, který přispívá ke klidu a získání pacienta ke spolupráci. Naproti tomu neinformovanost vyvolává obavy a může narušit průběh léčebného a ošetrovatelského procesu. Také kulturní potřeby patří mezi důležité. Zde hraje velkou roli nemocniční prostředí, estetické a barevně sladěné pokoje, čistota.

- **Potřeby, které nemocí vznikly.** Například je naléhavá potřeba navrácení zdraví, tlumení nebo zbavení se bolesti, potřeba udržení a obnovení funkcí. Jejich důležitost pramení z priorit pacienta.

(Zacharová 2007, Trachtová 2005)

Při ošetřování nemocných musíme mít stále na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož nálada, prožívání a chování jsou velmi ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychických a sociálních potřeb. Znalosti základních potřeb pacienta tvoří základ pro aplikaci ošetrovatelského procesu.

## **1.3 PACIENT S PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ**

V této kapitole bych chtěla nastínit, jak se agresivní pacient může chovat, čeho bychom si měli všimnout, abychom předešli možným konfliktům a jakým způsobem s takovýmto pacientem komunikovat.

Nemůžeme si totiž vybrat nebo naplánovat jen pohodové pacienty a jejich příbuzné. Do zdravotnického zařízení přicházejí pacienti různí, s různými povahovými rysy a s různě vážným onemocněním. Od nás se čeká, že zaujmeme vstřícný postoj k pacientovým potřebám, budeme dodržovat práva pacientů a přitom neztratíme fyzickou sílu a emoční stabilitu.

### **1.3.1 AGRESE**

Co je agrese? Jde o různé formy útočného chování, od hrubého fyzického útoku, přes různá slovní napadení, výhrůžky gestikulací a mimikou až k zastřené agresi, která může být představována ironií, jízlivostí, sarkasmem nebo zlomyslností. (Jobánková, 2006)

Agresivita znamená také nízkou toleranci k psychické zátěži nebo bolesti, která se projevuje afektivním až násilným nebo život ohrožujícím chováním. Takto se nemusí chovat jen pacient, který má trvalou poruchu chování, ale může takto zareagovat i pacient, který příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou informaci, pacient, který příliš dlouho čeká na vyšetření nebo pacient s bolestí. Agresivní chování může některý pacient demonstrovat i jako snahu upoutat větší pozornost k sobě a ke svému problému. (Linhartová, 2007)

#### **1.3.1.1 PŘÍČINY AGRESE**

Spouštěcím podnětem pro agresi bývá pocit nemocného, že je zbaven možnosti řídit svůj život a tím se dostává do těžko zvladatelné frustrace. Agrese by se dala v tomto smyslu nazvat snahou pacienta vzít svůj život do vlastních rukou. (Křivohlavý, 2002)

I nemoc sama o sobě nepřináší příjemné naladění. Na pracovištích s akutními příhodami či úrazy, bývá pacient vyděšený, případně v šoku, nebo je dezorientovaný a musí být rychle ošetřen. Na těchto pracovištích je personál již zvyklý okamžitě řešit jeho zdravotní stav i přes pacientův nevrlý, případně agresivní postoj. Z vlastní zkušenosti však mohu říci, že nejkonfliktnější jsou pacienti omámení alkoholem nebo posílení drogou. Obtíže s pacientem vyvolávají také těžké stavy po popáleninách nebo se mohou vyskytnout u pacientů po celkové anestezii, úrazech hlavy, epileptiků a také u psychiatricky nemocných pacientů zejména s poruchami osobnosti nebo afektivními poruchami.

K vyvolávajícím příčinám agresivního chování může přispět i samo prostředí nemocnice nebo oddělení. Tím myslím například hluk na pracovišti, nedostatek soukromí.

Venglářová (2006) ve své publikaci uvádí tzv. spouštěče, příčiny, na které nemocný reaguje prudkou odezvou.

- ❑ Pocit ohrožení, strachu (strach ze zákroku, ze smrti, z bolesti)
- ❑ Prožitky křivdy a nespravedlnosti (ve vztahu k událostem, které pacient považuje za významné)
- ❑ Zklamané očekávání
- ❑ Větší zátěž, zvláště pokud je vnímána jako zbytečná (dlouhé čekání, opakované zbytečné dotazy)
- ❑ Ponížení, zesměšnění
- ❑ Bezmoc
- ❑ Pocit viny a z něj plynoucí hledání viníka jinde
- ❑ Intenzivní bolest (reakce na ohrožení základních potřeb)
- ❑ Původce agrese očekává ocenění svého chování
- ❑ Snaha překonat úzkost pramenící ze situace (naše nevhodné chování k pacientovi)
- ❑ Špatná interpretace reality (vlivem duševních chorob, alkoholu a drog)
- ❑ Psychopatické rysy jedince ( násilí bez zřejmého důvodu)
- ❑ Zdánlivé ohrožení zájmu pacienta (matka má obavu z odebrání dítěte, pacient z bolestivého výkonu)

### 1.3.1.2 FORMY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

Agresivní chování má několik forem. Rozlišujeme **přímou agresi**. Je to agrese vyjádřená vůči zdravotníkovi. A to nejčastěji ke zdravotníkovi, který je v nejužším kontaktu s pacientem. Takováto agrese se projevuje od ironizujícího hostilního chování až po přímý útok. Další formou agrese je **transformovaná agrese** (přenesená). Naše společnost nám často neumožňuje projevit přímo svůj názor, proto pak přeneseme projevy zlosti či hněvu na věc či jinou osobu. Například, pacient není spokojen s přístupem sestry a rozpoutá hádku se spolupacientem. Tím, že jsme vychováni k ovládnutí negativních pocitů a často nám není dovoleno projevit nespokojenost nebo nesouhlas, jsme nuceni k **zadržování negativních projevů**. Proto u nás dochází k rozvíjení vnitřních konfliktů a narůstání napětí. K odreagování pak dochází na zcela jiném místě, což může být pro okolí zcela nepochopitelné. Takovéto dlouhodobé potlačování emocí může vést k rozvoji psychosomatických onemocnění.



**Agresivita instrumentální** jako další forma agresivního chování je vysvětlována způsobem, kdy násilné projevy slouží k dosažení cíle. V podstatě jde o naučený model chování. Příkladem by bylo agresivní chování, které pacientovi v jisté situaci pomohlo uspokojit jeho potřeby třeba tím, že křičel na podřízené a ti pak udělali, co po nich žádal, použije stejný model chování pokud bude chtít získat například přednostní péči nebo zvýšenou pozornost od ošetřujícího personálu. (Venglářová, 2006)

### 1.3.1.3 PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

Jakým způsobem se agresivní pacient může projevovat? Z dostupných zdrojů bych projevy agrese rozdělila do čtyř základních skupin. Verbální agrese, poškozování věcí, fyzické napadení a sebepoškozování.

Agresivní chování může být tedy obráceno vůči předmětům, vůči druhým lidem, případně vůči sobě samému. (Jobánková, 2006)

Venglářová (2006) popisuje již zmíněné projevy agresivního chování takto.

- **Verbální agrese** – křik, nadávky, ironie, jízlivost. Cílem je většinou zastrašit protějšek, prosadit svá přání, ukázat svou nadvládu a moc nad lidmi. Důvodem bývá odčinění křivdy nebo odreagování vnitřního napětí.
- **Poškozování věcí** – je to takzvaná přenesená forma agresivního chování. Bouchání dveřmi, házení věcmi, kopání do lůžka, to vše slouží k vybití. Takovéto projevy mohou být prvním signálem blížícího se napadení lidí.
- **Fyzické napadání lidí** – Fyzický útok může být proveden bez, nebo s pomocí nástrojů, předmětů a někdy dokonce i pomocí zbraní. V ohrožení jsou zdravotníci, spolupacienti, návštěvy a rodinní příslušníci.
- **Sebepoškozování (automutilace)** – jde o závažnou formu násilí obráceného proti sobě samému. Takovéto sebepoškozování se mnohdy může stupňovat. Nejprve se objevují lehké projevy jako je škrábání, trhání vlasů, pak se může objevit závažnější poškozování těla jako údery hlavou o zeď, řezání, pálení. Extrémní formou je sebevražda. Tyto projevy můžeme vysledovat u lidí s mentálním postižením, závažnou duševní poruchou a u lidí v extrémním stresu.

### 1.3.2 SPECIFIKA KOMUNIKACE S AGRESIVNÍMI PACIENTY

Jak s agresivním pacientem komunikovat? Odborná literatura nám na tuto otázku neodpovídá jednoznačně. Někteří psychologové nabádají ke klidnému a profesionálnímu přístupu, jiní k tomu, aby bylo agresivní chování přijato jako rozčilení a nabádají zvolit jako odpověď „zrcadlovou reakci“. Honzák, 1997 upřednostňuje volbu efektivního psychotherapeutického přístupu. Po svých zkušenostech s psychiatrickými pacienty dává přednost jednání, které agresi tlumí. Argumentuje faktem, že pacienti obvykle očekávají od personálu také agresivní odpověď, pokud se jí však nedočkají, jsou zaskočeni a překvapeni. Poté často volí jiné, sociálně přijatelnější způsoby.

#### 1.3.2.1 JAK KOMUNIKOVAT S PACIENTEM S PROJEVY SLOVNÍ AGRESE

Všichni bychom měli myslet na to, že na části nepřiměřeného chování se spolupodílíme i my zdravotníci. K rozvoji verbálního konfliktu je potřeba minimálně dvou lidí. Tedy pacient a zdravotník. Venglářová, 2006 ve své publikaci uvádí postup, podle kterého bychom měli k slovně agresivnímu pacientovi přistupovat a jakým způsobem bychom měli reagovat, abychom slovní agresi zmírnili nebo jí dokázali předejít.

- *Zachováváme klid při jednání s podrážděným pacientem nebo jeho rodinou*
- *Chováme se vlídně, respektujeme normy společenského chování*
- *Chováme se nekomplementárně, neodpovídáme na agresi protiútokem, neboť dojde k tzv. spirálovému posilování – agresivita vyvolá agresivitu*
- *Konstatujeme, že je nemocný rozčilen a sdělíme, jak to na nás působí*
- *Pozorně vyslechneme stížnosti, zachováme akceptující postoj (přijetí druhého, jaký je)*
- *Akceptace neznamena souhlas se situací*
- *Nehodnotíme chování, neodsuzujeme nemocného za jeho projevy*
- *Vyjádříme nesouhlas s chováním, nikoli s nemocným*
- *Projevujeme zájem o situaci nemocného, doplňujícími otázkami zjišťujeme okolnosti celé situace, získáme tak lepší orientaci a navíc projevujeme osobní postoj a zájem*
- *Vyjádříme empatii a porozumění neverbálními i verbálními prostředky*
- *Snažíme se hledat reálné důvody pacientova hněvu*
- *Pokud je to možné nemocnému vyhovíme*
- *Nelze-li, klidně zevrubně vysvětlíme naše stanovisko a vyjádříme pochopení s nepříjemnými následky*

- *Srozumitelně reflektujeme, sumarizujeme, sdělíme závěr situace, přesvědčíme se, že nemocný porozuměl*

Pokud bych se měla k těmto bodům vyjádřit, musím říci, že přístup k slovně agresivním pacientům musí být vždy naprosto individuální. Z praxe vím, že nemohu, někdy ani nedokáži všechna tato doporučení dodržet u každého pacienta. Každý nám sestřím vštěpuje, že bychom měly být empatické, měly bychom pacienta akceptovat a za každých okolností bychom měly být kongruentní. Většina sester má ale problém být empatická k pacientovi, který je například pod vlivem alkoholu a slovně je napadá. Komunikace je s ním zcela nemožná. Akceptovat takového pacienta, pokud se ani nedozvíme proč pil, co ho k takovému činu vedlo, je také velmi obtížné. Tyto tři zásady, empatie, akceptace a kongruence, jsou základem psychoterapie zejména pak humanitní psychoterapie. Psychoterapeut má tu možnost, pokud se nedokáže s pacientem ztotožnit, má pocit, že by ho nedokázal akceptovat a být empatický, odmítnout takového pacienta v rámci své kongruence. Po pravdě mu řekne, aby vyhledal jiného psychoterapeuta. To ovšem v nemocnici nelze. Nemohu přeci říci pacientovi, že se o něho nepostarám, že o něho nedokáži pečovat, protože nejsem schopna akceptovat jeho činy, přesvědčení a nedokáži se do jeho problémů vcítit. Proto se tedy sestry v nemocnici často dostávají do konfliktů s pacienty.

### **1.3.2.2 JAKÝM ZPŮSOBEM ODVRÁTIT NEBO ZVLÁDNOUT FYZICKÉ NAPADENÍ**

Základním principem je znalost rizik v konkrétním zdravotnickém zařízení. Tato rizika vyplývají z uspořádání prostředí, z povahy zařízení, personálního vybavení, možnosti přivolat posilu, přítomnost bezpečnostní služby. Další důležitou schopností je včas vyhodnotit hrozící nebezpečí pomocí sledování neverbálních a verbálních signálů. K odvrácení nebo zvládnutí napadení poslouží i efektivní úprava prostředí. Dostatek prostoru pro komunikaci i pohyb. Přehledná místnost. Odstranění všeho, co by mohlo být použito k napadení. Klidné prostředí. Soukromí. Dostupnost signalizace pro případ ohrožení zdravotníka. (Venglářová, 2006)

Čeho by si sestra měla všimnout, aby včas rozpoznala hrozící střet? Hlavně by se měla zaměřit na sledování těchto projevů pacienta: je rozrušený, působí nervózně, nápadně gestikuluje, podupává, naznačuje kopnutí, udržuje upřený oční kontakt, bouchá či kope do zařízení místnosti, práská dveřmi, svírá pěsti, vědomě či nevědomě ukazuje zatnutou pěst,

působí jako napjatý člověk, jen vybuchnout, tvář je napjatá, může se objevovat agresivní úšklebek, nervózně pomrkává, objevují se tiky, které dříve neměl, má semknuté rty, objevují se gesta připomínající bití, začíná do nás strkat, chová se jinak než obvykle, intuice mi naznačuje, že hrozí nebezpečí. (Venglářová, 2006)

Přes všechna opatření může dojít ke konfliktu. Musíme si uvědomit, že takováto situace je nepříjemná pro všechny. V převaze je síla. Lépe situaci zvládne školený tým. My bychom se měli ze situace poučit a nehledat vinu. Po zvládnutí napadení je nutné věnovat pozornost napadeným zdravotníkům.

### 1.3.2.3 DŮSLEDKY NAPADENÍ

- **Krátkodobé** – pocity viny, ztráta jistoty, že umím jednat s pacienty, psychická a fyzická únava
- **Dlouhodobé** – přeceňování hrozícího násilí, nepřiměřený strach z opakovaného napadení, zvýšená ostražitost vůči novému v civilním životě

Nezpracování traumatického zážitku může vést k syndromu vyhoření, závažným psychickým obtížím, může se rozvinout až posttraumatická stresová porucha a někdy také může dojít až ke změně zaměstnání.

### 1.3.2.4 POMOC ZDRAVOTNÍKŮM PO NAPADENÍ PACIENTEM

Situace, která vyústila v napadení, může být chápána jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí situace. Člověk, který je málo profesionální, necitlivý vůči potřebám nemocného, popouzí svým chováním. To ale není pravda. Napaden může být i dobrý profesionál. Přes toto ujištění mohou vzniknout pocity viny z nedostatečně zvládnuté situace. Jak jsem se již zmínila v podkapitole 1.3.2.3. Může se rozvinout až posttraumatická stresová porucha. (Venglářová, 2006)

Jak pomoci kolegyním a kolegům? Co dělat, pokud nás potká situace, kterou jsme „nezvládli“. Venglářová, 2006 dává určitý návod pro každého, kdo si takovouto situací prošel.

- Mluvte s kolegy o celé situaci, klidně i opakovaně. Jednak postupně odreagujete emoce spojené s negativním zážitkem, jednak můžete společně vytvořit preventivní opatření, aby se omezila další rizika.
- Pochvalte všechny účastníky za zvládnutí krize.
- Využijte zkušenosti jiných, porad'te se s nimi.
- V případě rozvoje posttraumatických syndromů se nebojte vyhledat poradenské či terapeutické služby.

- Očekávejte, že se reakce na napadení může dostavit i později.
- Vraťte se do práce. Kolegové vás jistě podpoří!

### 1.3.2.5 OBECNÁ PRAVIDLA PRO JEDNÁNÍ S PACIENTY S PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

Tato pravidla uvádí Linhartová, 2007 ve své publikaci. Čerpala z poznatků Gerlové, 2003 a Tate, 2005. Do své práce vkládám doslovnou citaci těchto pravidel.

- *Nechte chvíli pacienta mluvit, abyste zjistili, čím se dá jeho emoční jednání vysvětlit (omluvit), je to důležité pro volbu způsobu další komunikace. Často se pacient po několika afektových větách sám uklidní. Nemluví-li sám, položte mu otázku: „Vidím, že jste rozzlobený. Co se vám přihodilo?“*
- *Udržujte si od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektujte své vzájemné osobní prostory.*
- *Výrazně gestikulujícího pacienta se snažte posadit, vyzvěte ho ke klidnému dýchání. Psychicky se zklidní, i gestikulace bude mírnější.*
- *Odzbrojujte ho svým nadhledem a klidem.*
- *Nenechte se vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, je to snadno použitelné proti vám.*
- *Pokud pacient překotně mluví, snažte se po chvíli přerušit jeho monolog a věcně (racionálně) ho ved'te k řešení jeho problému.*
- *Mluvte klidným a vlídným hlasem.*
- *Pokud se pacient nezklidní, vysvětlete mu, že by bylo dobré užít zklidňující lék. Odmítne-li, nabídněte mu raději k setkání další termín.*
- *Upozorněte ho na důsledky jeho nevěcného jednání či násilí. V afektu je ovšem každý méně přístupný racionálním argumentům.*
- *Pokuste se obnovit pacientovu důvěru, vysvětlete, proč navrhuje jednotlivé postupy a jednotlivá opatření, popřípadě jakou učiníte nápravu pro případné nedostatky ve vašem zařízení (třeba proti zpoždování laboratorních výsledků).*
- *Nezklidní-li se pacient po únosné době, volejte pomoc, třeba i policii.*
- *Nezdráhejte se omluvit, bude-li příčina jeho hněvu oprávněná, vaše upřímnost často hněv zmírní.*
- *Snažte se přesvědčit pacienta, že ani medicína, ani zdravotnické zařízení, ani lékař nejsou všemocní. Zázraky neumíme.*

- *Nevzdávejte se přímého očního kontaktu, nezvedejte obočí a nešpulte rty. Sed'te či stůjte klidně a volně, rozčilený je pacient, ne vy!*
- *Oční kontakt přerušujte při hovoru krátce pohledy po místnosti, do papírů, aby jste signalizovali vůli ke klidné dohodě.*
- *Nedělejte prudká gesta, nenakročujte náhle směrem k pacientovi, pokud ho nechcete zklidnit fyzicky. Fyzická konfrontace není vhodným, ani správným řešením.*

## **1.4 PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ U ZDRAVOTNÍKŮ**

V roli ošetrovatelského personálu pracují většinou ženy. Žena je od malička vychovávána, že nesmí být zlá. Díky tomu mnoho žen přestane akceptovat agresivitu jako možnou součást svého „já“. V případě, že se setkají s projevy agrese, prožívají silný pocit ohrožení a tím zvyšují pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce. (Sestra 7-8/2006)

Takovouto reakcí může být verbální agresivita, křik, nešetrnost při ošetřování, neodůvodněné užití omezovacích prostředků či medikace lékařem. Tyto reakce vyvolávají pacienti nebo jejich příbuzní, kteří nespolupracují při léčení nebo sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům. V tento moment si zdravotníci přestávají být jisti svou profesionalitou a přecházejí do obrany. Obrana může mít charakter vyhýbání se kontaktu s nemocným, přehlížení jejich potřeb, slovní konflikty. Nejextrémnější formou je fyzické napadení pacienta. Takovýto čin patří k nejzávažnějšímu selhání zdravotníků. (Vymětal, 1994)

## **2. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2.1 CÍL VÝZKUMU**

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda-li se zdravotníci setkali s projevy agresivního chování u svých pacientů během hospitalizace.

S jakými formami agrese se nejčastěji setkali, jakým způsobem na takového pacienta reagovali.

Na koho byla pacientova agrese směřována nejčastěji.

Dále jsem chtěla zjistit, zda-li zdravotníci vědí, co vede u jejich pacientů k rozvoji agresivního chování.

Také mě zajímalo a chtěla jsem zjistit, jaká opatření by sestry navrhly, aby zamezily rozvoji agrese.



## **2.2 METODIKA ŠETŘENÍ**

Ke sběru dat jsem použila dotazníkovou metodu. Dotazník obsahoval 21 klíčových otázek a z toho 5 otázek, ve kterých mohli respondenti svou odpověď více specifikovat ( viz. příloha). K sestavení dotazníků jsem použila otázku č.4,13,14 a otázku č.5, kterou jsem upravila, z jiné bakalářské práce. (Jetelová, 2007). Tyto otázky odpovídají v mém dotazníku otázkám č.5,20,21 a 7.

Tyto otázky a celý dotazník byl směřován na sestry pracující u lůžka pacienta . Dotazník jsem distribuovala ve dvou zdravotnických zařízeních, která mají shodnou strukturu ve složení oddělení.

Šetření bylo prováděno od 10.12.2007 do 15.1.2008. Tento čas si určila sama zdravotnická zařízení, která jsem oslovila. Rozdala jsem celkem 95 dotazníků . Návratnost byla 85%, což znamená, že se mi vrátilo 79 vyplněných dotazníků.

První část dotazníku byla věnována obecným údajům o dotazovaném, o pracovišti a o vztazích na pracovišti.

Druhou část dotazníku jsem věnovala přímo agresi. Dotazovala jsem se s jakým druhem agrese se respondenti setkali, na koho byla agrese směřována, jak reagují respondenti na agresivního pacienta, co si myslí, že je důvodem rozvoje agrese u pacientů a jakým způsobem by se dalo zamezit rozvoji agresivního chování.

Tuto metodiku průzkumu jsem si zvolila pro její anonymitu, přehlednost, dobrou zpracovatelnost a menší časovou náročnost.

K vyhodnocení získaných dat jsem použila počítačový program Microsoft Excel.

## **2.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU**

Vzorek respondentů zahrnoval 79 zdravotních sester. Z toho 34 (tj. 43%) sester pracovalo ve Vrchlabské nemocnici (v tabulkách uvádím jako vzorek A) a 45 (tj. 57%) sester pracovalo v nemocnici v Jilemnici ( v tabulkách uvádím jako vzorek B).

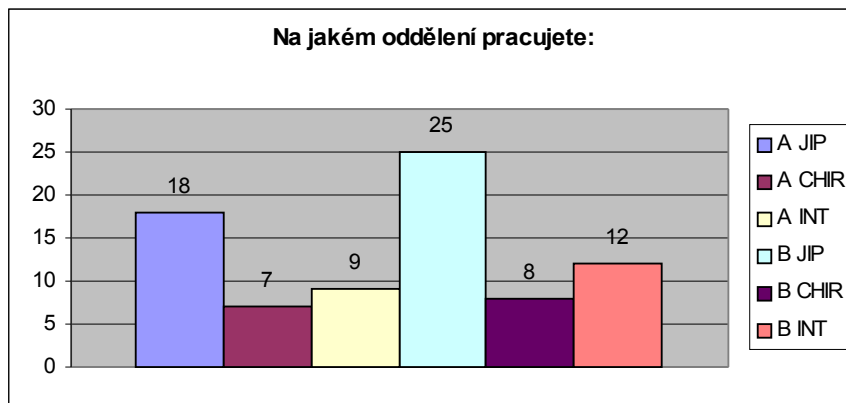
Podmínkou bylo, aby všechny sestry, které budou dotazník vyplňovat pracovaly u lůžka.

Byly osloveny sestry z interního oddělení ( dále jen INT), chirurgického oddělení ( dále jen CHIR) a sestry z oddělení OAM (nemocnice A) a sestry z oddělení ARO (nemocnice B). Oddělení OAM i ARO mají podobnou strukturu. Fungují jako multidisciplinární jednotky intenzivní péče a mají i lůžka resuscitační péče, proto jsem ve vyhodnocení zvolila pro lepší přehlednost jednotný název JIP A a JIP B.

## 2.4 VÝSLEDKY

**Otázka č.1:** Na jakém oddělení pracujete?

Graf č.1

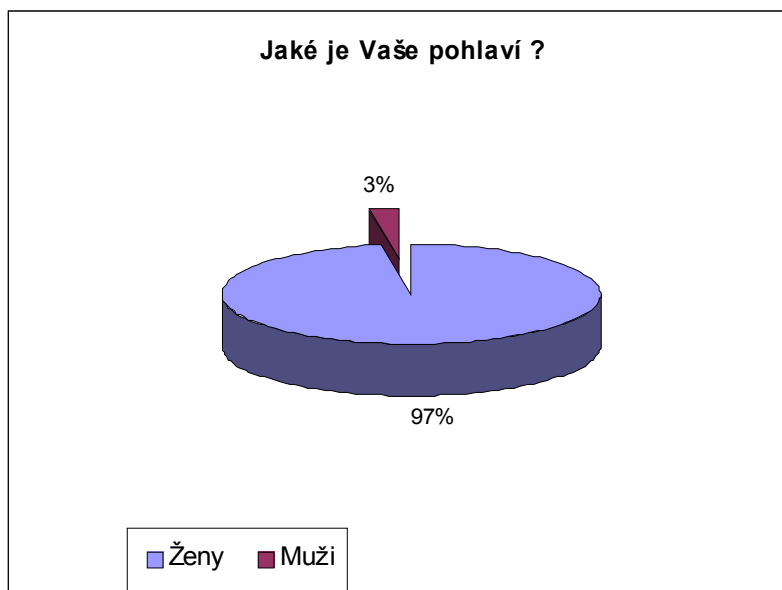


### Komentář:

V nemocnici A se mi vrátilo 34 dotazníků, z toho z oddělení intenzivní péče 18, z chirurgického oddělení 7 a z interního oddělení 9. V nemocnici B se mi vrátilo 45 dotazníků z toho z oddělení intenzivní péče 25, z chirurgického oddělení 8 a z interního oddělení 12 (viz. tab. č.10 v příloze). Z toho vyplývá, že nejvíce respondentů vyplnilo dotazník na jednotkách intenzivní péče, méně respondentů na interních odděleních a nejméně respondentů z řad sester chirurgických oddělení.

**Otázka č.2:** Jaké je Vaše pohlaví?

Graf č.2

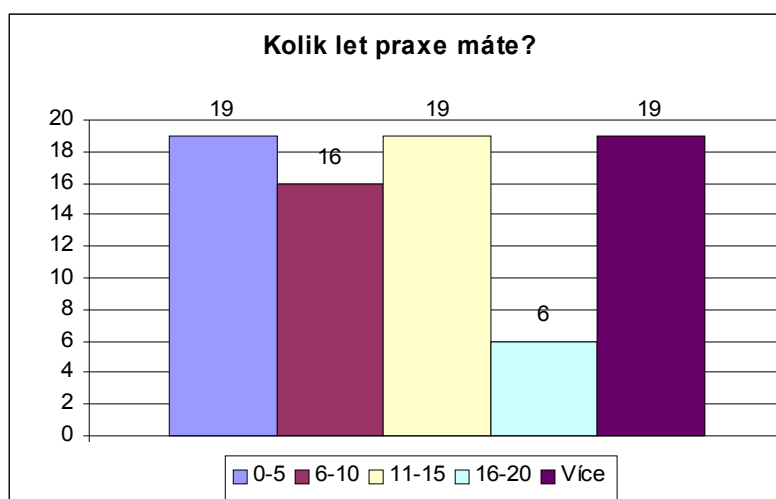


**Komentář:**

Z celkového počtu 79 (tj. 100%) respondentů, je 77 (tj. 97%) respondentů žen a 2 (tj. 3%) mužů. Muži pracující jako sestry u lůžka se objevili pouze v nemocnici A a to na oddělení intenzivní péče (viz. tabulka č.11 v příloze).

**Otázka č.3: Kolik let praxe máte?**

Graf č.3

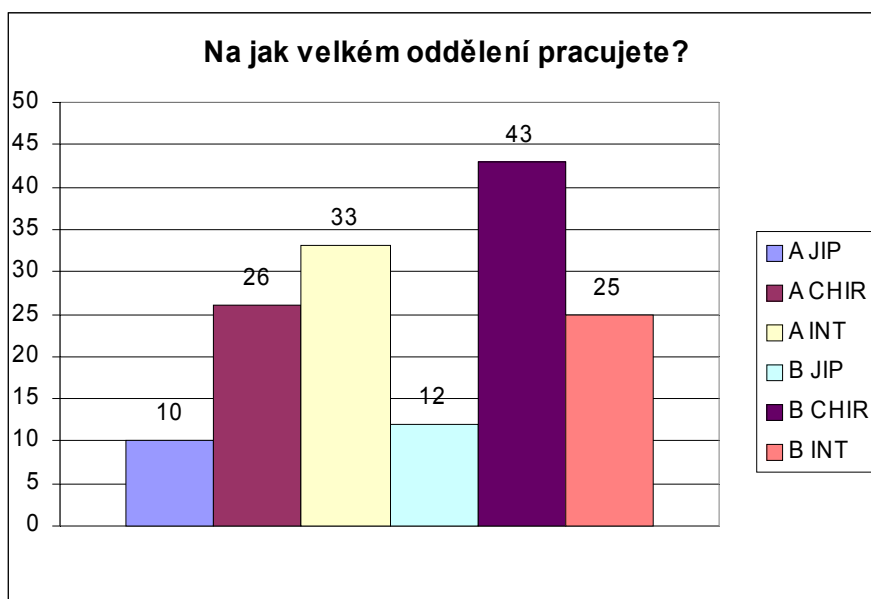


**Komentář:**

Z grafu vyplývá, že v kategoriech 0-5, 11-15 a více se objevil stejný počet respondentů. Méně respondentů se objevilo v kategorii 6-10let a nejméně v kategorii 16-20let. Je však zajímavé podívat se na jednotlivá oddělení. Nejvíce respondentů s praxí 0-5let pracuje na jednotkách intenzivní péče. Ostatní pokrývají rovnoměrně všechna ostatní oddělení ( viz. tab.č.12 v příloze). Nabízí se otázka: „Čím to je?“ „Proč na jednotkách intenzivní péče nepracuje více sester s delší dobou praxe?“ V otázce č.7 se zabývám mírou stresu na jednotlivých odděleních. Je možné, že tento jev se objevil proto, že na jednotkách intenzivní péče je velká míra stresu, tedy i nízká „životnost“ sester.

**Otázka č.4:** Na jak velkém oddělení pracujete?

Graf č.4



**Komentář:**

V nemocnici A má jednotka intenzivní péče 10 lůžek, chirurgické oddělení 26 lůžek a interní oddělení 33 lůžek. V nemocnici B má jednotka intenzivní péče 12 lůžek, chirurgické oddělení 43 lůžek a interní oddělení 25 lůžek (viz. tab. č.13 v příloze).

**Otázka č.5:** Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti? Je běžné, že se všemi kolegy na pracovišti nemáte stejné mezilidské vztahy. Prosím zaškrtněte to, co myslíte, že u Vás na oddělení převažuje.

Graf č.5



**Komentář:**

61% (tj. 48) respondentů odpovědělo na tuto otázku, že mají na svém pracovišti dobré mezilidské vztahy. 27% (tj.21) respondentů odpovědělo, že mají velmi dobré vztahy na pracovišti. 1% (tj.1) respondentů odpovědělo, že mají výborné vztahy na pracovišti. 11% (tj. 9) respondentů odpovědělo, že mají na pracovišti vztahy problematické. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že by na pracovišti měli vztahy nepřátelské.

Zaujalo mě, že 5 respondentů z nemocnice B, z jednotky intenzivní péče, odpovědělo, že mají na pracovišti vztahy problematické (viz. tab.č. 14 v příloze), proto jsem začala zkoumat vztah s ostatními otázkami, abych se dozvěděla, proč se tento jev objevil. Možným vysvětlením je velká míra stresu na tomto oddělení a velký počet sester na jednu směnu (viz. tab.č.15 v příloze, tab. č.1).

**Otázka č.6:** Jaký počet sester pečujících přímo u lůžek pacientů je na Vašem oddělení na jednu směnu?

Tabulka č.1

Otázka č.6	A			B		
	JIP	CHIR	INT	JIP	CHIR	INT
	3	1	2	5	2	1-2

**Komentář:**

V nemocnici A pracuje na jednu směnu u lůžek pacientů: na jednotce intenzivní péče 3 sestry , kde celkový počet lůžek je 10, na chirurgickém oddělení 1 sestra, kde celkový počet lůžek činí 26, na interním oddělení 2 sestry, kde celkový počet lůžek činí 33.

V nemocnici B pracuje na jednu směnu u lůžek pacientů: na jednotce intenzivní péče 5 sester, kde celkový počet lůžek činí 12, na chirurgickém oddělení 2 sestry, kde celkový počet lůžek činí 43 a na interním oddělení 1-2 sestry, kde celkový počet lůžek činí 25. ( viz tab. 13 a graf č.4)

Z toho vyplývá, že na standardních odděleních (interna a chirurgie) je velký nepoměr sester na jednu směnu k počtu lůžek. Kdežto na jednotkách intenzivní péče je tento nepoměr podstatně menší. Je to z důvodu zvýšené – intenzivní - péče o pacienty. Na takovýchto odděleních jsou hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav klade vyšší nároky na odbornou a ošetrovatelskou péči, která je sama o sobě velmi stresující pro veškerý personál. Pokud by bylo na těchto pracovištích méně sester, stres by narůstal a i přes veškerou snahu by došlo ke snížení kvality poskytované péče.

**Otázka č.7:** Jakou míru stresu zažíváte na Vašem oddělení? Míra stresu může během dne kolísat. Proto můžete zaškrtnout více možností a specifikovat, kdy zažíváte jakou míru stresu.

Graf č.6



**Komentář:**

56% (tj.59) respondentů odpovědělo, že zažívá na svém oddělení průměrnou míru stresu, 33% (tj.35) respondentů uvedlo, že na svém oddělení zažívá vysokou míru stresu, 8% (tj. 8) respondentů zažívá na svém oddělení nízkou míru stresu a 3% (tj. 3) respondentů nezažívá na svém oddělení žádný stres (viz. tab. č.15 v příloze). Tato otázka byla kladena tak, že mohli své odpovědi respondenti specifikovat. Zajímalo mě, kdy zažívají jakou míru stresu. Přehled situací s vyjádřením míry stresu uvádím v následující tabulce č.2

Tabulka č.2

<b>Specifikujte, kdy zažíváte jakou míru stresu</b>				
	<b>VYSOKÁ</b>	<b>PRŮMĚRNÁ</b>	<b>NÍZKÁ</b>	<b>ŽÁDNÁ</b>
<b>JIP - A</b>	KPR	nepoměr sester a pac.		fajn sestava sester
	akutní příjem	stále		
	po celý den			
	v den výplaty			
<b>JIP -B</b>	celý den	během KPR		
	špatný kolektiv	akutní příjem	dobrá sestava sester	
		po KPR	při obědě	
<b>CHIR -A</b>	kontakt s lékařem	přítomnost s.s.	celý den	
	konec služby	zodpovědnost za vše		
<b>CHIR -B</b>	ráno	v noci		
	dopoledne			
<b>INT - A</b>	plné oddělení	při příjmu	klidné oddělení	
	ranní směna	celý den		
<b>INT - B</b>	ráno	dle stavu oddělení		
	denní služba	dopoledne		

### **Komentář:**

Na odděleních JIP vysokou míru stresu uvádějí v obou nemocnicích po celý den. Respondenti JIP –A při KPR, akutním příjmu, ale na JIP –B během akutního příjmu, při a po KPR uvádějí míru stresu průměrnou. Tento jev, který se zde objevil, si vysvětlují tak, že na JIP –A pracují na jednu směnu pouze 3 sestry, kdežto na JIP - B pracuje na jednu směnu sester 5, proto jsou sestry JIP –A vystaveny většímu stresu při akutním příjmu nebo KPR než sestry na JIP –B. (viz. tab. č.15 v příloze)

Na chirurgických odděleních sestry nejvíce stresuje ranní a dopolední služba, kdy na CHIR – A se objevila i odpověď, že vysokou míru stresu zažívají sestry při kontaktu s lékařem a na konci služby. Průměrnou míru stresu zažívají v přítomnosti staniční sestry a v noci. Sestry na CHIR – A mají pocit, že mají odpovědnost za vše, což je také velmi stresuje. Tento jev si můžeme vysvětlit tím, že na CHIR –A pracuje na jednu směnu pouze jedna sestra, která má na starost 26 lůžek ( viz. tab.č.1)

Na interních odděleních se ukázalo, že vysoká míra stresu je sestrami zažívána převážně ráno, dopoledne a při plném oddělení. Průměrná míra stresu je zde zažívána odpoledne, při příjmu. Zde byla velká shoda na obou pracovištích ( A i B).

Nízká až žádná míra stresu je sestrami zažívána při dobré sestavě sester, pokud je klidné oddělení nebo je čas oběda.

**Otázka č.8:** Setkali jste se na Vašem oddělení s pacienty s projevy agresivního chování?

Tabulka č.3												
Setkali jste se na Vašem pracovišti s pacienty s projevy agresivního chování ?												
Otázka č.8	A					B					C	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%
Ne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Komentář:**

Graf zde neuvádím, protože již z tabulky vyplývá, že se všichni respondenti setkali na svém pracovišti s pacienty s projevy agresivního chování.

**Otázka č.9:** Jaký druh agresivního chování se vyskytl u Vašich pacientů?

Graf č.7



**Komentář:**

Na tuto otázku mohli respondenti zaškrtnout více možností. Na výběr jsem poskytla možnost slovní agrese a fyzické napadení. Z celkového počtu 79 respondentů všichni označili, že se setkali se slovní agresí a z toho 54 respondentů označilo obě možnosti (viz. tab. č.16 v příloze). To znamená, že se s fyzickým napadením dosud nesetkalo pouhých 25 oslovených respondentů. Toto zjištění mě utvrdilo v tom, že je agresivita u hospitalizovaných pacientů velmi aktuálním problémem.

**Otázka č.10:** Pacientova agrese je směřována nejvíce na....



Tabulka č.4													
Pacientova agrese je nevíce směřována na...													
Otázka č.10	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	průměr	pořadí	JIP	CHIR	INT	průměr	pořadí	průměr	pořadí	
Sestry	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Lékaře	5	3	3	3,66	3	4	6	5	5	6	4,5	5	
Ošetřovatelky	2	2	2	2	2	3	2	2	2,33	2	2	2	
Pomocný p.	4	4	4	4	4	5	5	3	4,33	4	4	3	
Sám na sebe	3	6	6	5	5	2	3	5	3,33	3	4	3	
Druhého pac.	6	5	5	5,33	6	6	3	4	4,33	4	5	6	

### Komentář:

V této otázce jsem se sester dotazovala na koho je agrese nejvíce směřována. Dala jsem jim na výběr ze šesti možností, které měly označit čísla od 1 do 6 podle pořadí. Jednička znamená nejvíce a šestka nejméně. Z pořadí, které jsem získala, jsem udělala průměr a vyhodnotila tak pořadí na jednotlivých odděleních a v jednotlivých nemocnicích.

V nemocnici A uvedly sestry takovéto pořadí: na prvním místě sestry, na druhém ošetřovatelky, na třetím lékaře, na čtvrtém pomocný personál, na pátém místě pacienta samotného proti sobě a na posledním místě agresi proti druhému pacientovi.

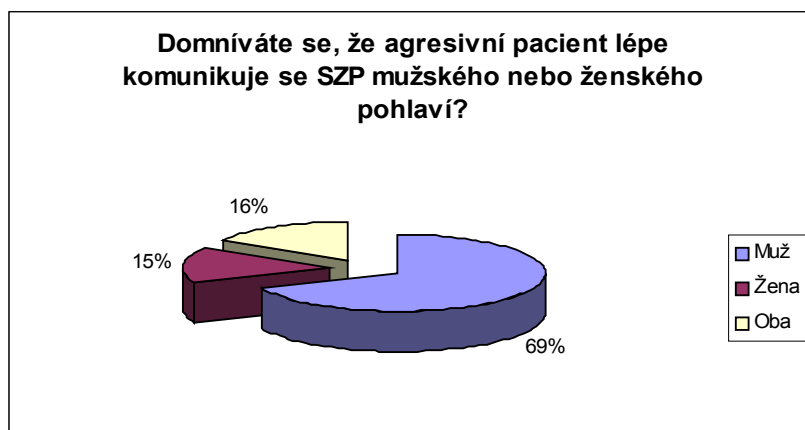
V nemocnici B uvedly sestry takovéto pořadí: na prvním místě sestry, na druhém ošetřovatelky, na třetím pacienta samotného proti sobě, na čtvrtém místě uvedly shodně pomocný personál a druhého pacienta, na posledním místě pak lékaře.

Dále jsem udělala celkové pořadí z nemocnic A+B, kde jsem se dozvěděla, že agrese je nejvíce směřována na sestry, poté na ošetřovatelky, na třetím místě na pomocný personál a pacienta samotného proti sobě, na pátém místě na lékaře a nejméně je agrese směřována proti druhému pacientovi.

Tento jev si můžeme vysvětlit tím ,že sestry a ošetřovatelky jsou ve stálém kontaktu s pacientem, tedy pro pacienta jsou nejsnadnějším cílem. Kdežto lékaři jsou s pacientem poměrně krátkou dobu a to při přijetí a vizitách, tedy pacient nemá tolik možností projevit svou agresivitu vůči nim. Velmi mě překvapilo, že sestřičky uvádějí agresi pacienta samotného proti sobě již na třetím místě. Proto jsem se na tento jev sester ptala. Sestry odpovídaly, že za agresi pacienta samotného proti sobě berou každé porušení léčebného režimu, protože tím, že pacient nedodrží léčebný režim nebo postup, ubližuje sám sobě.

**Otázka č. 11: Domníváte se, že agresivní pacient/ka lépe komunikuje se SZP mužského nebo ženského pohlaví?**

Graf č.8



**Komentář:**

V této otázce jsem dala sestřám na výběr ze dvou možností, muže a ženu. 13 respondentů (tj.16%) v dotaznících uvedlo ještě možnost třetí, a to možnost OBA. Tento názor jsem respektovala a zahrнула ho do hodnocení.

Tedy z grafu vyplývá, že 69% (tj. 54) respondentů odpovědělo, že agresivní pacient lépe komunikuje s mužem. 15% (tj.12) respondentů odpovědělo, že lépe komunikuje se ženou a 16% (tj.13) respondentů odpovědělo, že s oběma, jak se ženou, tak s mužem (viz. tab. č. 17 v příloze). V této otázce jsem dala sestřám možnost specifikovat, proč si myslí, že lépe komunikuje se ženou, s mužem nebo s oběma. Data jsem utřídila a zaznamenala do následující tabulky.

Tabulka č.5

Specifikujte, proč si myslíte, že agresivní pacient lépe komunikuje s ženou, mužem, s oběma		
MUŽ	ŽENA	OBA
větší autorita	citlivý přístup	agresivnímu pac. je to jedno
větší síla	partner	zcela individuální
respekt	nebudí tolik respekt	
lépe s agresivní ženou	lépe s agresivním mužem	
mohutný hlasový projev	umí lépe naslouchat	
srovnatelná fyzická síla	trpělivější	
vyvolává strach	empatická	
vidina lékaře	pac. pocítuje menší nebezpečí	
klidnější než žena	neoplácí agresi	

**Komentář:**

V tabulce č.5 jsou zaznamenány důvody proč se sestry domnívají, že agresivní pacient lépe komunikuje s mužem nebo ženou. Jak jsem se již zmínila, objevila se mi v dotaznících

další možnost a to, že sestry uvedly obě možnosti s odůvodněním: agresivnímu pacientovi je to zcela jedno, bude agresivní na každého, kdo se k němu přiblíží.

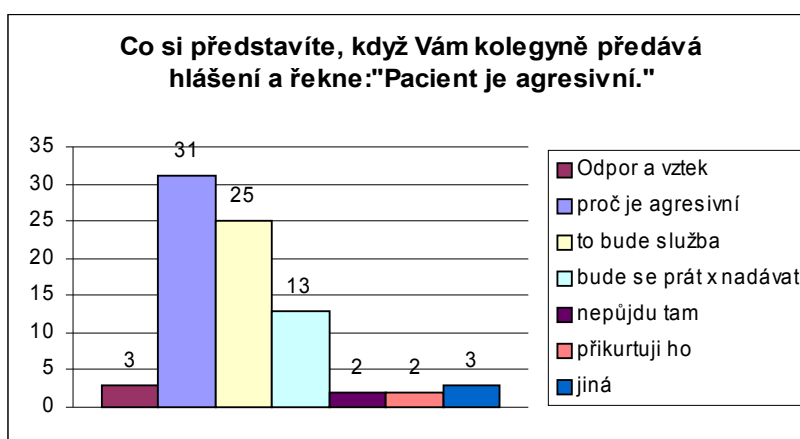
Možnost, že agresivní pacient komunikuje lépe s mužem se objevila nejčastěji, důvody jsou zachyceny v tabulce. Je to převážně srovnatelná síla, autorita, vidina lékaře, respekt, silnější hlasový projev a klid. Také je to možná dáno tím, že většina respondentů jsou ženy. V dotaznících, které vyplňovali muži, uvedli, že agresivní pacient komunikuje lépe se ženou a druhý muž odpověděl, že je agresivnímu pacientovi zcela jedno s kým právě komunikuje.

Možnost, že agresivní pacient lépe komunikuje se ženou, má podle sester tyto důvody: citlivý přístup, empatie, nebudí tolik respekt, ale je spíše partnerem, trpělivost, pacient od ženy pocítuje menší nebezpečí a sestry mají pocit, že žena neoplácí agresí.

V obou případech se objevil jev, který ukazuje, že agresivní žena lépe komunikuje s mužem a agresivní muž lépe komunikuje se ženou.

**Otázka č. 12:** Co si představíte, když Vám kolegyně předává hlášení a řekne: „Pacient je agresivní.“

Graf č.9



#### Komentář:

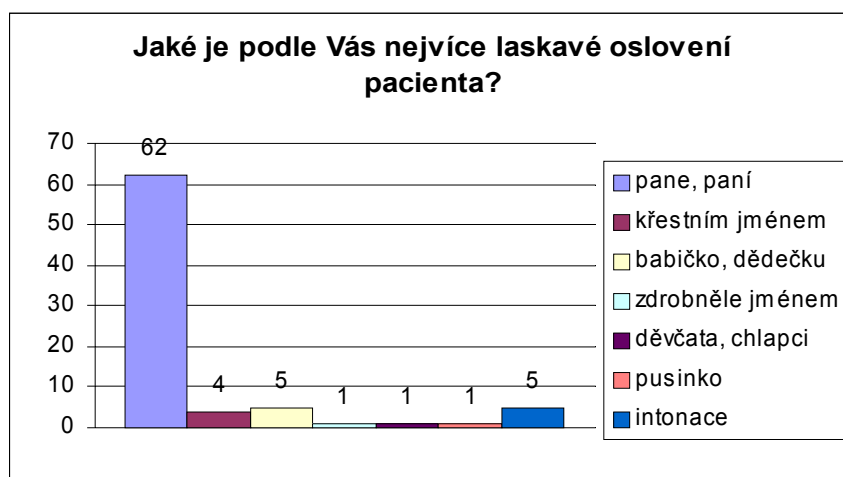
Na tuto otázku odpovědělo 31 (tj. 39%) respondentů proč je agresivní, to znamená, že hledají příčinu pacientova chování. 25 (tj.32%) respondentů odpovědělo to bude služba. To znamená, že mají obavy, jak zvládnou službu. 13 (tj. 16%) respondentů odpovědělo bude se prát nebo bude nadávat. To znamená, že mají obavu, jak zvládnou pacienta. Shodný počet respondentů 3 (tj. 4%) odpovědělo, že takováto informace u nich vzbudí vztek a odpor nebo zvolili možnost jiná reakce. Jako jinou reakci uvedli: proč není tlumen léky, dostanu okamžitě strach o sebe a ostatní, začnu být obezřetná. Další shodný počet respondentů 2 (tj.3%) uvedl,

že by pacienta okamžitě přikurtoval a byl by klid nebo, že by vůbec za pacientem nešli. To znamená, že se vyhýbají konfliktu s pacientem ( viz. tab. č.18 v příloze).

Tyto racionální a ryze emocionální reakce si můžeme vysvětlit tím, jakou mají sestry předchozí zkušenost s agresivním pacientem. Pokud byla jejich zkušenost velmi nepříjemná, nebo nemají žádnou zkušenost, tak se domnívám, že budou volit odpovědi emocionálního typu, jako: vyhýbám se kontaktu, mám strach jak zvládnou pacienta, službu, vzbudí to u nich odpor a vztek. Pokud sestra nemá zkušenost, ale pozitivní, bude jistě volit odpovědi racionální: proč je agresivní, proč není tlumen. To vše je také spojeno s tím, jak často přijdou sestry do styku s agresivním pacientem.

**Otázka č.13:** Jaké je podle Vás nejvíce laskavé oslovení pacienta?

Graf č.10



**Komentář:**

Tuto otázku jsem kladla respondentům cíleně, protože z vlastní zkušenosti vím, že oslovení pacienta je velmi důležité a i nevhodné oslovení může v pacientovi vyvolat agresi.

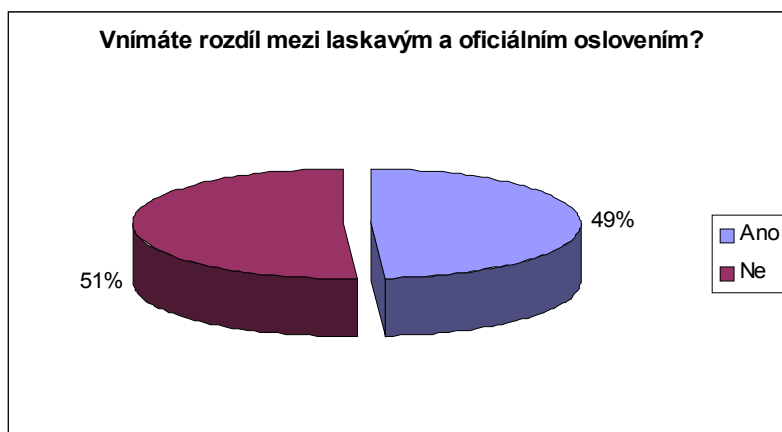
V této otázce jsem se dozvěděla, že 62 (tj. 78%) respondentů by pro nejvíce laskavé oslovení zvolilo pane a paní, tedy běžné oslovení pacienta, 5 (tj.6%) respondentů by nejlaskavěji oslovilo pacienta babičko, dědečku. Shodně, tedy 5 (tj. 6%) respondentů odpovědělo, že nezáleží ani tak na tom co zvolíme za oslovení, ale jak oslovení podáme, tedy, že nejvíce záleží na intonaci. 4 (tj. 5%) respondenti by jako nejvíce laskavé oslovení zvolili

křestní jméno. Shodně 1 (tj. 1%) respondent by oslovil pacienta zdobně jménem, děvčata a chlapci nebo pusinko (viz. tab. č.19 v příloze).

Z toho vyplývá, jak tuto skutečnost vnímají sestry. Bylo by zajímavé, zeptat se samotného pacienta, jestli oslovení, s jakým k němu sestra přistupuje je pro něho laskavé nebo příliš oficiální. Osmdesátiletá paní, si vůbec nemusí připadat jako babička a oslovení babi by ji mohlo velmi urazit nebo rozčítit. Jiná osmdesátiletá paní nám zase naopak řekne: „Jakápak já jsem paní, já už jsem stará babka.“ Vyžádá si, abychom ji oslovovali babi a takovéto oslovení bude brát jako velmi laskavé a přitom i oficiální. Naopak pokud šestnáctiletého chlapce oslovíte křestním jménem, může si připadat, že s ním jednáte jako s malým klukem kdežto, pokud ho oslovíte: „Pane Novák.“ Bude velmi polichocen a bude mít pocit, že jste jeho partnery a že i on může o svém stavu rozhodovat a berete ho jako dospělého ne jako přerostlé dítě. A takhle bych mohla pokračovat. Myslím si, že každá sestra by se měla pacienta při odebírání sesterské anamnézy zeptat, jak si přeje být oslovován. Tím by ubylo mnoho nepříjemností .

**Otázka č. 14:** Vnímáte rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením?

Graf č.11



**Komentář:**

V této otázce jsem se dozvěděla, že sestry vnímají rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením pacienta ve 49% (tj.39) respondentů. 51% (tj.40) respondentů nevidí rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením pacienta ( viz. tab. č.20 v příloze).

Dala jsem sestrám možnost, pokud odpoví, že vidí rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením, že mohou uvést důvod pro použití obou oslovení. Při této specifikaci se objevily

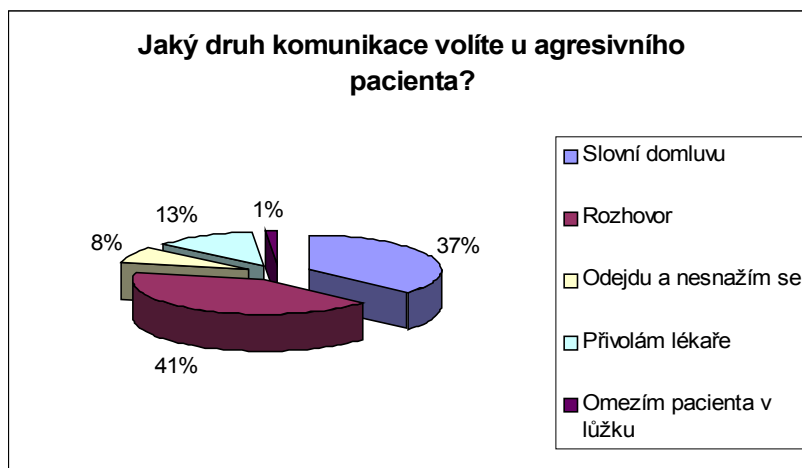
odpovědi: pro laskavé oslovení – lépe se navozuje kontakt s nemocným, zvýší se důvěra, pacient má pocit uvolnění, je přístupnější, nemusíme tolik přemýšlet, jaká slova budeme volit. Pro oficiální oslovení uvedly tyto důvody: nevyvolá agresi, lépe se proberou závažnější otázky, pacient si tolik nedovolí.

Jak tedy vypadá takové laskavé oslovení? Podle mého názoru nejde ani tak o to, jaké oslovení použijeme, ale jakým způsobem s pacientem jednáme. Pokud si najdeme čas a sedneme si k pacientovi a popovídáme si společně v klidu o všem co ho trápí, tak velmi brzy objevíme u pacienta signály, které nám řeknou, co je pro něho příjemné a co nepříjemné. Takto zjistíme, i jaký způsob oslovení mu nejvíce vyhovuje. On nám to totiž pacient řekne úplně sám. Myslím si, že většina sester k pacientovi přistupuje s oslovením pane, paní, ale během rozhovoru můžeme přijít na to, že si pacient vůbec nepřeje být takto oslovován.

Byla jsem velmi ráda, že se mi v dotaznících neobjevilo mezi možnostmi oslovením pacienta: „Ten žlučník ze trojky.“ Myslím si, že takovéto oslovení je již minulostí, protože vzdělání sester jde velmi dopředu a sestry mají větší znalosti v oblasti etiky, morálky, práva a komunikace.

**Otázka č.15:** Jaký druh komunikace volíte u agresivního pacienta?

Graf č.12



**Komentář:**

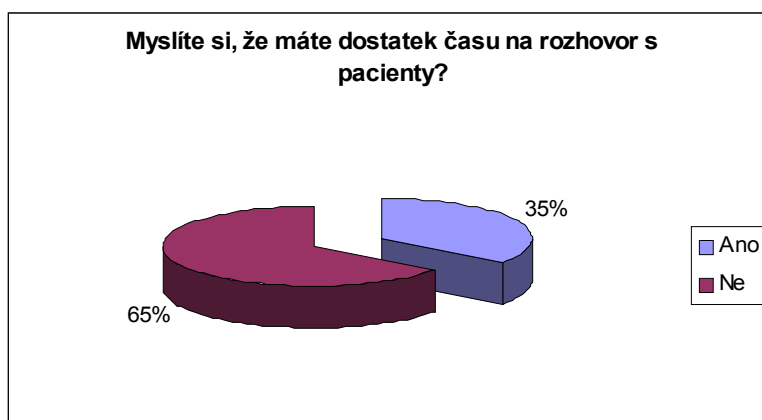
41% (tj.33) respondentů odpovědělo, že by zvolilo rozhovor, vysvětlení, podání informací. 37% (tj. 29) respondentů by zvolilo slovní domluvu. 13% (tj. 10) respondentů by přivolalo lékaře a dle ordinace by podávali tišící prostředky. 8% (tj. 6) respondentů by odešlo

a nesnažilo by se o domluvu ani rozhovor. 1% (tj. 1) respondent by pacienta okamžitě omezil v lůžku ( viz. tab. č.21 v příloze).

Většina respondentů by tedy s pacientem hovořila. Dala by mu prostor pro dotazy, pro oboustrannou komunikaci. Ti, kteří by zvolili slovní domluvu, by pacientovi nedali možnost vysvětlit, proč je jeho chování takové jaké je, pouze by se mu snažili vysvětlit, jak by se měl chovat a co považují již za chování nevhodné. Respondenti, kteří by odešli a nesnažili by se ani o rozhovor ani o domluvu, by se vyhnuli veškerému kontaktu s pacientem a tím by vůbec nepřispěli k potlačení jeho agrese. Tato varianta by mohla nastat u sester, které již mají nějakou velmi neblahou zkušenost s agresivním pacientem a bojí se kontaktu s ním, nebo nevědí, jakým způsobem s takovým pacientem komunikovat. Na tuto variantu by mohlo přímo navazovat – přivolám lékaře a dle ordinace budu podávat tišící prostředky. Takováto sestra se bojí kontaktu s agresivním pacientem, nebo má již tolik zkušeností, že dovede určit pacientovu agresi jako již neúnosnou, sestrou neřešitelnou, kde je již potřeba zásahu lékaře. Poslední variantou byla možnost, okamžitě omezím pacienta v lůžku. Tam bych již viděla známky agresivního chování sestry vůči pacientovi. Předpokládala jsem, že takto neodpoví žádný z respondentů, ale byla jsem překvapena, protože takto jeden respondent odpověděl.. Po uvedení platnosti metodického opatření č.1 z roku 2005, nesmí sestra sama, bez ordinace lékaře omezit pacienta v lůžku. Takové chování by bylo v rozporu s tímto metodickým pokynem a mohlo by to mít pro sestru neblahý dopad.

**Otázka č. 16:** Myslíte si, že máte dostatek času na rozhovor s pacienty?

Graf č.13



**Komentář:**

65% (tj. 51) respondentů odpovědělo, že čas na rozhovor s pacienty nemají. 35% (tj. 28) respondentů odpovědělo, že má dostatek času na rozhovor s pacienty (viz. tab. č.22 v příloze).

Tento jev, který se mi zde ukázal, mě velmi zaujal, protože v předchozí otázce sestry odpovídaly, že 41% z nich by volila u pacienta rozhovor a 37% slovní domluvu ( viz. tab. č. 21 v příloze). Vysvětluji si to tak, pokud nastane krize a pacient začne projevovat známky agresivního chování, tak si většina sester na rozhovor čas najde. Již v teoretické části mé práce jsem se zmínila, proč se u pacienta může objevit agresivní chování. Může to být z nedostatku komunikace, informací a kontaktů. Zde se mi tento jev potvrdil. Aby si pacienta sestra všimla a komunikovala s ním, tak na sebe musí upozornit. Jistě by bylo lepší, kdyby si našla na komunikaci s pacientem čas ještě než na sebe začne pacient upozorňovat nevhodným způsobem.

V této otázce jsem uvedla ještě podotázku: „Pokud ne, uveďte důvod proč?“

Tabulka č.6

Pokud nemáte čas na rozhovor s pacienty, uveďte důvod proč?					
A			B		
JIP	CHIR	INT	JIP	CHIR	INT
málo sester administrativa nejsme naučeni ve volnu komunikovat s pacientem	málo sester	málo sester administrativa	málo sester administrativa neochota pacienta ke komunikaci	málo sester administrativa	málo sester administrativa

### Komentář:

Z tabulky č.6 vyplývá, že sestry nemají čas na rozhovor s pacientem z důvodu nedostatku sester a velké vytíženosti z přibývajícím administrativy. Ve dvou případech se objevil jev, který mě překvapil. Sestry na JIP –A uvedly, že nejsou naučeni ve volných chvílích komunikovat s pacienty a na JIP –B sestry uvedly, že není pacient ochoten komunikovat s nimi.

Jediné vysvětlení, které mě napadá se vztahuje ke zkušenostem JIP sester v komunikaci. Na jednotky intenzivní péče jsou přijímány sestřičky ihned po zdravotní škole, ale nemyslím si, že je to dobré. Sestra než začne pracovat na takovémto oddělení, by měla projít standardním oddělením. Je to velmi dobrá zkušenost a velmi dobře se zde sestra naučí komunikovat s pacienty. Na obou zkoumaných JIPkách je podobná skladba pacientů. Je zde převaha ventilovaných pacientů, kteří jsou tlumeni a nekomunikují, tedy sestry nemají

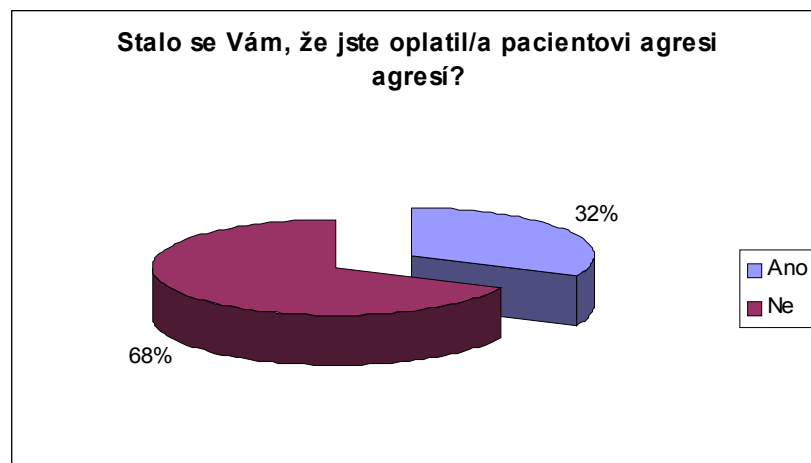


takovou příležitost na rozvoj svých komunikačních schopností. Pokud se na takovémto oddělení objeví pacient, ať již nově přijatý, nebo právě odpojený od umělé plicní ventilace, který chce, může a potřebuje komunikovat, může se to sestřám zdát jako problém. Mohou to vnímat tak, že nejsou naučeni ve svém volnu komunikovat s pacientem nebo prostě řeknou, že není ochoten pacient komunikovat s nimi. A přitom může být problém pouze v jejich nezkušenosti, kterou si mnohdy ani nepřipustí.

Tedy nejde tak ani o to, že by sestry neměly čas na komunikaci, ale jde spíše o to, že nemají zkušenosti s komunikací, proto se jí mnohdy vyhýbají.

**Otázka č.17:** Je zcela normální, že agrese u druhého v nás vzbuzuje agresivní reakci. Cítil vztek je zcela přirozený pocit. Stalo se Vám, že jste agresivnímu pacientovi oplatil/a agresi agresi?

Graf č. 14



**Komentář:**

Z grafu jasně vyplývá, že 68% (tj. 54) respondentů neoplatilo pacientovi agresi agresi a 32% (tj. 25) respondentů agresivnímu pacientovi oplátilo agresi agresi ( viz. tab. č. 23 v příloze).

V podotázce jsem se ptala, pokud oplatily agresi agresi, tak jak rozumí sestry příčinám svého chování (agrese) a pokud neoplatily agresi agresi, tak jaký jiný pocit sestry cítily. Vyhodnocení podotázky ukazuje následující tabulka (tab. č.7).

Tabulka č.7

<b>ANO - oplatil/a příčina mé agrese</b>	<b>NE - neoplatila co jsem cítila</b>
únava neocenění práce obrana nedostatek zkušeností špatné vzory v kolektivu zkratové jednání stres strach	naštvání bezmoc soucit strach lítost vztek napětí nespravedlnost odpor zoufalství marnost povinnost zvládnout situaci sebezapření

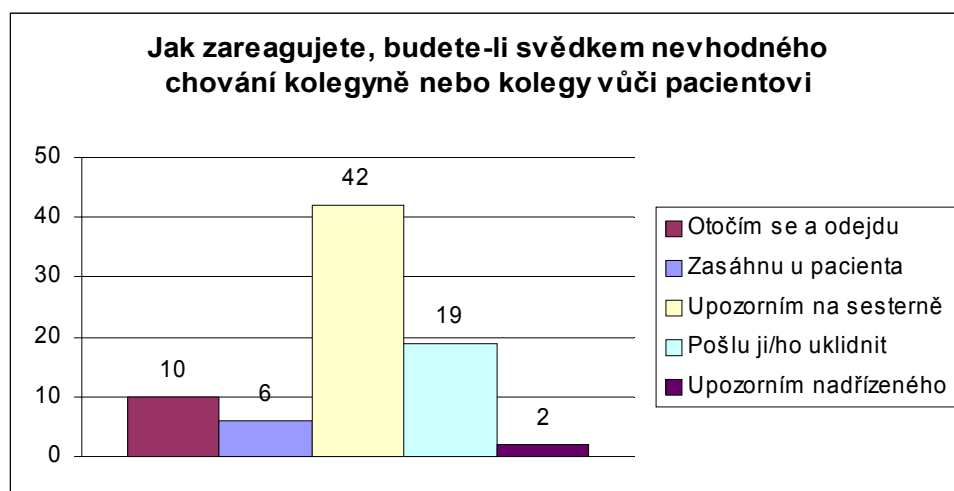
**Komentář:**

Ano – oplatila jsem pacientovi agresi agresi. Jako příčiny své agrese uváděly sestry: únavu, neocenění práce, obranu, nedostatek zkušeností, špatné vzory v kolektivu, zkratové jednání, stres a strach. Podle mého pokud sestra oplatí agresi agresi, tak již musí být velmi rozčilená, unavená a nedokáže danou situaci jinak řešit. Je to samozřejmě naprosto neprofesionální chování, ale kdo z nás neměl někdy černo před očima a nejednal zkratově, špatně, nepřiměřeně. Tím však nechci sestry nějakým způsobem omlouvat, ale asi by si každá z nás měla uvědomit své možnosti a pokud se již necítím na komunikaci s agresivním pacientem, tak bych se neměla bát to přiznat a raději za takovýmto pacientem poslat svou kolegyni, která ještě není unavená a má nadhled. Z vlastní zkušenosti vím, jak obtížné je sloužit dvanáct hodin u lůžka agresivního pacienta a být stále nad věcí a nedat na sobě znát, že už toho mám „plné zuby“.

Ne – neoplatila jsem agresi agresi. Jsem velmi ráda, že většina sester odpověděla právě takto, protože je vidět, že se sestry dokáží vcítit do role pacienta. Uváděly totiž, že cítí lítost a soucit. Jejich profesionalita je také vidět v tom, že se dokáží sebezapřít i přesto, že cítí vztek, odpor, bezmoc, strach, nespravedlnost, marnost a zoufalství. Také uváděly, že cítí povinnost zvládnout situaci.

**Otázka č.18:** Jak zareagujete, budete-li svědkem nevhodného chování kolegy nebo kolegyně vůči pacientovi?

Graf č.15

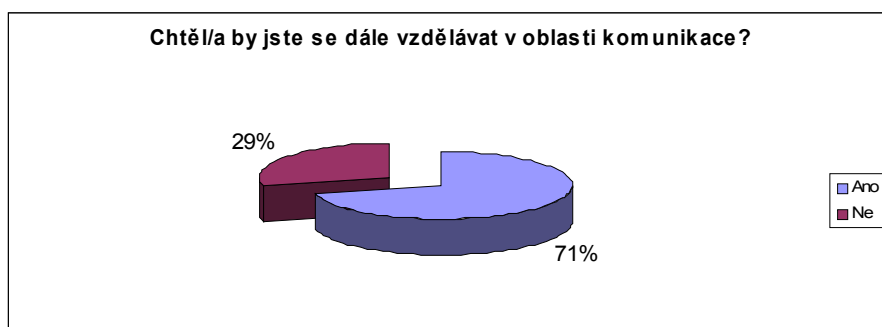


**Komentář:**

Na tuto otázku odpovědělo 53% (tj.42) respondentů, že by kolegu nebo kolegyni upozornilo na nevhodné chování na sesterně, mimo pacienta. 24% (tj.19) respondentů by kolegu nebo kolegyni poslalo uklidnit. 13% (tj.10) respondentů by se otočilo a odešlo pokud by bylo svědkem nevhodného chování. 8% (tj.6) respondentů by zasáhlo a upozornilo na nevhodné chování přímo před pacientem.3% (tj.2) respondentů by na tuto skutečnost upozornilo nadřízeného ( viz. tab. č. 24 v příloze).

**Otázka č.19:** Chtěl/a by jste se dále vzdělávat v oblasti komunikace?

Graf č.16



**Komentář:**

Z grafu jasně vyplývá, že většina sester 71% (tj.56) by se chtěla dále vzdělávat v oblasti komunikace. 29% (tj. 23) by se již nechtělo dále vzdělávat v oblasti komunikace ( viz. tab. č. 25 v příloze).

Dříve, když se řeklo komunikace, tak si každý představil rozhovor. Dnes se o komunikaci hovoří z mnoha jiných pohledů. Více se hovoří o neverbální komunikaci, na kterou je kladen stále větší důraz. Vzniká stále více seminářů , které se zabývají různými komunikačními technikami, zejména v pomáhajících profesích. Proto si myslím, že i sestry chtějí vědět o komunikaci více. Chtějí si své komunikační dovednosti rozvíjet, protože vědí, že pracují s lidmi, kde je komunikace nedílnou součástí jejich práce.

**Otázka č.20:** Uveďte tři důvody, které si myslíte, že vedou k agresi u pacientů.

Tabulka č. 8

<b>Uveďte tři důvody, které si myslíte, že vedou k agresi u pacientů.</b>	
<b>Pacient</b> strach nevědomost povaha onemocnění alkohol, drogy psychické onemocnění nespokojenost v životě ztráta (blízké osoby, práce) demence bolest rodina špatné vyrovnání se s nemocí obavy z budoucnosti rozpory se spolupacienty chce upoutat pozornost změna role	<b>Personál</b> špatná komunikace nerozpoznání náznaků agrese v počátku nedůvěra v personál nedostatek informací reakce na chování personálu nežádoucí účinky některých léků nedostatečná medikace nezájem o pacienta
	<b>Prostředí</b> odloučení od rodiny dlouhodobá hospitalizace neznámé prostředí spousta "kabelů" nedostatek pohybu omezení denních činností omezení potřeb

**Komentář:**

Důvody, které sestry uvedly v dotaznících uvádím v tabulce č.8. Sebrané informace jsem roztrídila do třech skupin, kde důvod vznikl u pacienta, důvodem byl ošetřující personál nebo příčinou bylo prostředí. Některé důvody se prolínají, jako například pacient neví co se s ním děje, proč je v nemocnici. Proč to neví, protože mu to nikdo neřekl. Je tedy chyba v pacientovi? Ne, je chyba v personálu. Další příklad – bolest. Proč je příčinou bolest, protože

ji nikdo netlumí. Příčinami od pacienta jsou spíše: alkohol a drogy, psychické onemocnění, vrozené povahové rysy, změna role, rodina, ztráta, nespokojenost v životě. Všechny ostatní důvody jsou věcí personálu (lékařů, sester). Proč by chtěl pacient na sebe upoutat pozornost, kdyby mu byla pozornost již věnována? Je přece v moci sester a lékařů, aby pomohli pacientovi lépe se s nemocí vyrovnat.

Příčinu pacientovi agrese ze strany personálu uváděly sestry v dotaznících: špatná komunikace, nerozpoznání náznaků agrese v počátku, nedůvěra v personál, nezáměr o pacienta. Do této kolonky jsem zařadila i nežádoucí účinky některých léků nebo již zmiňovanou nedostatečnou medikaci (při bolesti, známkách počínající agrese).

Důvodem může být samozřejmě i prostředí, ve kterém se pacient nachází. Je to neznámé prostředí, kde je pacient odloučen od rodiny. Na jednotkách intenzivní péče je spousta „kabelů“, které pacienta omezují v pohybu a v uspokojování jeho potřeb. Má omezeny své denní činnosti. Sestry také uváděly, jako příčinu agrese dlouhodobou hospitalizaci. Při dlouhodobé hospitalizaci dochází k dlouhodobému působení všech těchto negativních vlivů a může dojít k narušení psychického stavu pacienta, zvláště pak, pokud nevidí zlepšení svého zdravotního stavu.

**Otázka č.21:** Navrhněte tři opatření, která si myslíte, že by zamezila rozvoji agrese.

Tabulka č.9

<b>Navrhněte tři opatření, která si myslíte, že by zamezila rozvoji agrese.</b>	
<b>Co mohou udělat sestry</b>	vhodné chování ošetřujícího personálu včasné podchycení známek počínající agrese znalost komunikačních technik vhodně pacienta zaměstnávat větší časový prostor pro naslouchání klidný a laskavý přístup neodporovat
<b>Co mohou udělat lékaři</b>	tlumit bolest dostatek informací včasný překlady na standardní oddělení spolupracovat více s rodinou tlumit agresivní projevy pokračovat v chronické medikaci pacient musí vidět zájem lékaře více s pacientem komunikovat

<b>Zaměstnavatel</b>	boxový systém na ARO, JIP více personálu omezit dráždivé faktory ústavní psycholog větší protidrogová osvěta pacient s abstinenčními příznaky nepatří na JIP umožnit přítomnost blízké osoby semináře, jak se k takovým pacientům chovat
----------------------	---

### **Komentář:**

Důvody pacientovi agrese a opatření, která zamezí rozvoji agrese spolu souvisejí a i z odpovědí sester v dotaznících je vidět, že si to uvědomují. V tabulce č.9 jsem všechna opatření shrnula a rozdělila do třech skupin. Uvádím zde, co mohou udělat sestry, co lékaři a co zaměstnavatel. Z tabulky je patrné, že nejvíce toho pro zamezení pacientovi agrese mohou udělat sestry a lékaři. Sestry by opět měly více zdokonalit své komunikační techniky, aby uměly rozpoznat známky počínající agrese, aby uměly naslouchat, vhodně se k pacientovi chovat, přistupovat k němu laskavě a s klidem. Aby vycítily, kdy mohou pacientovi něco vytknout a kdy naopak mu neodporovat. Měly by umět také pacienta vhodně zaměstnat.

S pacientem by měli také více komunikovat i lékaři. Pacient musí vidět zájem o svou osobu. Lékař by měl více spolupracovat s rodinou. Neměl by brát na lehkou váhu pacientovu stížnost na bolest, ale měl by ji včas tlumit. Lékař by neměl podceňovat pacientovu chronickou medikaci (antidepresíva, psychofarmaka), ale měl by v ní pokračovat. Pokud se již agrese rozvíjí, měl by ji včas tlumit a ne čekat až bude pacient ohrožovat sebe i ostatní.

Zaměstnavatel, nebo přímo zdravotnické zařízení, by mělo myslet, při vydávání různých nařízení, hlavně na pacienta. Pacientovi by se mělo umožnit, aby s ním byl v kontaktu, třeba i neustále, někdo z rodiny. To ovšem nejde, pokud vyjde nařízení, že návštěvní hodiny jsou pouze od 15hodin do 17hodin. Také velkou roli hrají technické parametry oddělení. Jednotky intenzivní péče by měly mít boxový systém, aby měl pacient alespoň trochu soukromí. Oddělení by měla být opatřena nočními světly, aby sestra nemusela v noci při jakékoli činnosti na pokoji svítit velkým stropním světlem. Také by bylo dobré, aby zdravotnické zařízení mělo více ošetřujícího personálu a ústavního psychologa. V mnohých nemocnicích již je, ale v těchto dvou mnou oslovených nemocnicích stále ještě chybí. Sestry by také byly rády, kdyby se pořádalo více seminářů, jak se k takovýmto pacientům chovat. Sestry také uvádějí, že pacienti s abstinenčními příznaky bez zjevného jiného onemocnění nepatří na lůžko jednotky intenzivní péče. Pokud by byla větší protidrogová osvěta, bylo by i méně

pacientů s abstinenčními příznaky, tudíž i méně rizikových pacientů na jednotkách intenzivní péče.

## **DISKUZE**

Dotazník vyplnilo 77 žen a 2 muži. Je zřejmé, že na odděleních stále pracuje převaha žen, a že je toto povolání stále ženskou záležitostí. Převážná většina sester, která dotazník vyplnila, pracuje na jednotkách intenzivní péče, z čehož je patrné, že na ostatních odděleních je sester méně. Dalo by se říci, že jich je nedostatek, což je patrné v otázce č.4 a č.6, kde je jasně vidět velký nepoměr v počtu sester na jednu směnu k počtu lůžek, o které se má sestra starat. Bylo také zajímavé, že na jednotkách intenzivní péče pracuje převážná část sester s praxí od 0-5 let. V této oblasti je třeba se zamyslet nad tím, čím to je, proč na takovýchto odděleních nepracují sestry zkušené s dlouholetou praxí. Nedílnou součástí naší praxe je stres, proto mě zajímalo, jakou míru stresu sestry zažívají na svém oddělení. Zjistila jsem, že nejvíce respondentů zažívá na svém oddělení průměrnou míru stresu. Z otázky č.7 je však patrné, že na jednotkách intenzivní péče je velká míra stresu, tudíž tím můžeme vysvětlit i nízkou „životnost“ sester.

Dalším mým dotazem bylo, jaké mají sestry na svém pracovišti mezilidské vztahy. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že by na pracovišti měli vztahy nepřátelské (viz graf č. 5). Je důležité mít na pracovišti dobré mezilidské vztahy, protože vztahy v kolektivu sester na oddělení se odráží v kvalitě poskytované ošetrovatelské péče.

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že se všichni respondenti setkali u pacientů s projevy agresivního chování, např. agresí slovní nebo fyzickým napadením. Toto zjištění mě utvrdilo v tom, že je agresivita u hospitalizovaných pacientů velmi aktuálním problémem. Zajímalo mě, na koho je agrese směřována nejvíce. Výsledek byl následující: agrese je nejvíce směřována na sestry, poté na ošetřovatelky, na třetím místě na pomocný personál a pacienta samotného proti sobě, na pátém místě na lékaře a nejméně je agrese směřována proti druhému pacientovi. Je možné se domnívat, že kdo je ve styku s pacientem nejdelší dobu, je více ohrožen jeho agresí.

Na otázku, zda agresivní pacient lépe komunikuje s mužem nebo s ženou jsem zjistila, že si většina myslí, že lépe komunikuje s mužem, je to zřejmě tím, že muž budí dojem lékaře, je klidnější a v muži agresivní pacient vidí sílu. Bylo velmi zajímavé, jakým způsobem reagovali na tuto otázku muži. Ti si naopak myslí, že pacient bude lépe komunikovat se ženou, ale také si myslí, že agresivnímu pacientovi to je zcela jedno. █

Dále bylo zajímavé, jakým způsobem reagují sestry na agresivního pacienta, pokud přijdou na směnu a kolegyně jim předává, že pacient je agresivní. Nejvíce sester hledá příčinu pacientova chování.

Jak jsem se již během své praxe přesvědčila i nevhodné oslovení může v pacientovi vyvolat agresí, proto jsem se sester ptala, jaké je podle nich nejvíce laskavé oslovení a jestli vnímají rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením. V této otázce jsem se dozvěděla, že nejvíce respondentů by zvolilo oslovení pane a paní. Jako nejlaskavější oslovení pacienta, uvedli respondenti babičku, dědečku. Někteří respondenti odpověděli, že nezáleží ani tak na tom, jaké zvolíme oslovení, ale jak oslovení podáme, tedy, že nejvíce záleží na intonaci.

Na otázku, jaký druh komunikace by sestry volila u agresivního pacienta, značná část odpověděla, že by zvolila rozhovor, vysvětlení a podání informací. Je však zajímavé, že většina sester by volila rozhovor nebo slovní domluvu, když hned v následující otázce jsem se dozvěděla, že čas na rozhovor s pacienty sestra nemá. Sestra však také nemusí chtít komunikovat a pouze se vymlouvá na to, že nemá čas. Všechny sestry odpověděly, že nemají čas na rozhovor z důvodu přílišné administrativy a z důvodu nedostatku sester. Pouze na obou jednotkách intenzivní péče se objevily další odpovědi. Nejsme naučeni komunikovat ve volných chvílích s pacientem a také pacient není ochoten komunikovat s námi. Jediné vysvětlení, které mě napadá, se vztahuje ke zkušenostem JIP sester v komunikaci. Na jednotky intenzivní péče jsou přijímány sestřičky hned po zdravotní škole, a nemyslím si, že je to dobré. Sestra než začne pracovat na takovémto oddělení, by měla projít standardním



oddělením. Je to velmi dobrá zkušenost a velmi dobře se zde sestra naučí komunikovat s pacienty.

Velmi mě překvapilo zjištění, že 68% (tj. 54) respondentů neoplatilo pacientovi agresi agresi, ale 32% (tj. 25) respondentů agresivnímu pacientovi oplátilo agresi agresi. Předpokládala jsem, že všichni respondenti budou „hodní“ a nebudou oplácet agresi agresi. Bohužel výsledky poukazují na to, že 25 respondentů agresivnímu pacientovi oplátilo agresi agresi. Z tabulky č.7 je patrné, co sestry vedlo k použití agrese proti pacientovi. Byl to stres, strach a únava. Tyto pocity jsou typické pro všechna oddělení a jak se ukázalo někdo tomu podlehl a oplátil agresi agresi. Někdo však dokáže tolerovat větší míru stresu, aniž by oplácel agresi agresi.

Také jsem se ptala, jakým způsobem by sestry zasáhly, pokud by u kolegyně viděly nevhodné chování k pacientovi. Na tuto otázku se většina vyjádřila, že by kolegu nebo kolegyni upozornila na nevhodné chování na sesterně, mimo pacienta., což považují za vhodný způsob jednání.

Jelikož si myslím, že komunikace je základem naší profese, dotazovala jsem se sester, jestli by se chtěly dále vzdělávat v oblasti komunikace. Většina sester by se chtěla dále v oblasti komunikace vzdělávat. Myslím si, že je to proto, že si většina sester uvědomuje, že nedokáže komunikovat s problémovými pacienty a chtěla by se v této oblasti zdokonalit.

Na konec jsem se sester ptala, jestli vědí, co vede k příčinám agrese u pacientů. Důvodem je podle sester, špatná komunikace, nerozpoznání náznaků agrese v počátku, nedůvěra v personál, nezájem o pacienta. Důvodem může být samozřejmě i prostředí, ve kterém se pacient nachází. Z toho vyplynula i opatření, která zamezí rozvoji agrese u pacienta. Jako například zkvalitnění informovanosti pacienta ze strany lékaře a sestry, omezení rušivých faktorů nemocničního prostředí.

Domnívám se, že výzkum mohl být zkreslený. V některých otázkách by bylo totiž velmi zajímavé, jakým způsobem by odpovídali muži, ale tím, že z oslovených respondentů byli pouze 2 muži, není to až tak statisticky významné, ale pro kvalitativní výzkum jistě přínosné a cenné.

## **ZÁVĚR**

Komunikace s hospitalizovanými pacienty s projevy agresivního chování je tématem, které jsem si zvolila, abych nastínila problém, se kterým se sestry každodenně setkávají na svém pracovišti. V teoretické části jsem se zabývala obecně komunikací, vlivem hospitalizace na pacienta a agresí jak ze strany pacienta, tak ze strany zdravotníků.

Metodou zvolenou pro výzkum bylo dotazníkové šetření, které jsem prováděla u sester pracujících u lůžka pacientů a to na třech typech oddělení ve dvou nemocnicích. Na interních odděleních, chirurgických odděleních a na odděleních intenzivní péče.

Z výzkumného šetření, jsem se utvrdila v předpokladu, že problém agrese u hospitalizovaných pacientů je velmi aktuální, protože se všichni oslovení zdravotníci setkali s agresí u svých pacientů. Agrese ze strany pacienta byla jak slovní, tak i fyzické napadení. Pacient, dle předpokladů, svou agresi směřuje nejčastěji na sestry a ošetřovatelky, což je dáno jejich úzkým kontaktem s pacientem.

Velkým problémem v našem zdravotnictví je komunikace. Mnoho sester neumí, nechce nebo z jakéhokoli důvodu nemůže s pacientem komunikovat. Důvodem tohoto problému je přibývající administrativa a nedostatek sester. Pokud by si sestry našly čas na komunikaci s pacientem, ubylo by množství problémových až agresivních pacientů. Sestra by měla mít na paměti, že komunikace je její každodenní prací, nedílnou součástí její profese.

## **ANOTACE**

**Autor:** Zuzana Kvardová

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové  
Oddělení ošetřovatelství

**Název práce:** Komunikace s hospitalizovanými pacienty s projevy agresivního chování

**Vedoucí práce:** PhDr. Mariana Bažantová

**Počet stran:** 72

**Počet příloh:** 2

**Rok obhajoby:** 2008

**Klíčová slova:** komunikace, hospitalizace, agrese, pacient, sestra, lékař

## **Souhrn:**

Tato bakalářská práce si vzala za cíl poznat problematiku komunikace s pacienty s projevy agresivního chování na základě teoretického studia doplněného o výzkum provedený na vybraném vzorku zdravotníků pomocí dotazníkového šetření. Na základě výsledků tohoto průzkumu poukazují na nedostatky v komunikaci zdravotníků s pacienty. Důraz je kladen na samotné sestry, které mohou velmi přispět k prevenci a k řešení tohoto problému. Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření, doplněné prvky kvalitativního

průzkumu, na vybraných pracovištích, zaměřené na druhy agrese, způsoby komunikace s agresivními pacienty, možnostmi prevence a celkového vnímání problematiky samotnými zdravotníky.

### **Summary:**

The aim of this bachelor work is to have a look at the problems of communication with patients who have aggressive behavior. The knowledge is gained on the base of teoretical study completed by investigations on specific group of medical personals with help of questionnaires. On the ground results of this investigation I refer to absence in communication between medical staff and patients. The impression is put on the individual nurses who can contribute to prevention and to solving this fact. The center of gravity of this work makes quantitative research completed by elements of qualitative research on selected departments directed on various types of aggression and ways of communication with aggressive patients as well as on the possibilities of prevention and on the all understanding of problems by individual medicals.

## **POUŽITÁ LITERATURA**

1. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně : praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 1. vyd. Praha : Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
2. JETELOVÁ, Monika. *Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zvládnání*. [s.l.], 2007. 58 s. Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové. Vedoucí bakalářské práce Michaela Štěpánková.
3. JOBÁNKOVÁ, Marta a kolektiv autorů. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. nezměněné vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2004. 156 s. ISBN 80-247-0818-3
6. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně : pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
7. TATE, Peter. *Průručka komunikace pro lékaře : jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

8. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
9. VACHOVÁ, Jaroslava. Obtížný pacient. *Sestra*. 1.1.2006, roč. 5, č. 5, s. 58.
10. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
11. VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 185 s. ISBN 80-901601-3-1.
12. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
13. ŽOFKA, Jan. *Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2006* [online]. 2007 [cit. 2007-12-20] Dostupný z [www: <http://www.uzis.cz/article.php?type=2&mnu\\_id=6100&mnu\\_action=select\\_hospitalizace>](http://www.uzis.cz/article.php?type=2&mnu_id=6100&mnu_action=select_hospitalizace).

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka č.1</b>	Jaký počet sester pečujících přímo u lůžek pacientů je na Vašem oddělení na jednu směnu?	37
<b>Tabulka č.2</b>	Specifikujte, kdy zažíváte jakou míru stresu:	38
<b>Tabulka č.3</b>	Setkali jste se na Vašem pracovišti s pacienty s projevy agresivního chování?	39
<b>Tabulka č.4</b>	Pacientova agrese je nejvíce směřována na:	40
<b>Tabulka č.5</b>	Specifikujte, proč si myslíte, že agresivní pacient lépe komunikuje s ženou, mužem, s oběma:	42
<b>Tabulka č.6</b>	Pokud nemáte čas na rozhovor s pacienty, uveďte důvod proč?	48
<b>Tabulka č.7</b>	Jak rozumí sestry příčinám svého chování (agrese) a pokud neoplatily agresi agresi, tak jaký jiný pocit sestry cítily?	49
<b>Tabulka č.8</b>	Uveďte tři důvody, které si myslíte, že vedou k agresi u pacientů:	52
<b>Tabulka č.9</b>	Navrhněte tři opatření, která si myslíte, že by zamezila rozvoji agrese:	53

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf č.1</b>	Na jakém oddělení pracujete?	34
<b>Graf č.2</b>	Jaké je Vaše pohlaví?	34
<b>Graf č.3</b>	Kolik let praxe máte?	35
<b>Graf č.4</b>	Na jak velkém oddělení pracujete?	36
<b>Graf č.5</b>	Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti?	36
<b>Graf č.6</b>	Jakou míru stresu zažíváte na Vašem oddělení?	38
<b>Graf č.7</b>	Jaký druh agresivního chování se vyskytl u Vašich pacientů?	40
<b>Graf č.8</b>	Domníváte se, že agresivní pacient/ka lépe komunikuje se SZP mužského nebo ženského pohlaví?	41
<b>Graf č.9</b>	Co si představíte, když Vám kolegyně předává hlášení a řekne: „Pacient je agresivní.“	43
<b>Graf č.10</b>	Jaké je podle Vás nejvíce laskavé oslovení pacienta?	44
<b>Graf č.11</b>	Vnímáte rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením?	45
<b>Graf č.12</b>	Jaký druh komunikace volíte u agresivního pacienta?	46
<b>Graf č.13</b>	Myslíte si, že máte dostatek času na rozhovor s pacienty?	47
<b>Graf č.14</b>	Stalo se Vám, že jste agresivnímu pacientovi oplatil/a agresi agresi?	49
<b>Graf č.15</b>	Jak zareagujete, budete-li svědkem nevhodného chování kolegy nebo kolegyně vůči pacientovi?	50
<b>Graf č.16</b>	Chtěl/a by jste se dále vzdělávat v oblasti komunikace?	51

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č.1** – Dotazník distribuovaný do obou zdravotnických zařízení

**Příloha č.2** – Přehled tabulek

## **PŘÍLOHA č.1**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Dostává se Vám do ruky anonymní dotazník, kterým bych chtěla zjistit vaše komunikační schopnosti s pacienty s projevy agresivního chování. Tento dotazník bude součástí výzkumu v mé bakalářské práci na téma : „ **Komunikace s hospitalizovanými pacienty s projevy agresivního chování.**“

Dotazník obsahuje 21 otázek. Prosím zaškrtněte pravdivou odpověď. Za Vaši ochotu a čas strávený nad vyplňováním dotazníků moc děkuji.

Zuzana Kvardová, studentka LFUK HK, obor ošetřovatelství. Kontakt pro případné dotazy: [zuzanakvardova@seznam.cz](mailto:zuzanakvardova@seznam.cz)

### **1. Na jakém oddělení pracujete?**

- OAM, ARO
- Chirurgie
- Interna

### **2. Jaké je Vaše pohlaví?**



- Muž
- Žena

**3. Kolik let praxe máte?**

- 0 -5
- 6 -10
- 11 -15
- 16 -20
- Více

**4. Na jak velkém oddělení pracujete? Prosím uveďte počet lůžek.**

**5. Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti? Je běžné, že se všemi kolegy na pracovišti nemáte stejné mezilidské vztahy. Prosím, zaškrtněte to, co myslíte, že u vás na oddělení převažuje.**

- Výborné
- Velmi dobré
- Dobré
- Problematické
- Nepřátelské

**6. Jaký počet sester pečujících přímo u lůžek pacientů je na Vašem pracovišti na jednu směnu?**

- 1
- 2
- 3
- Více /kolik?/

**7. Jakou míru stresu zažíváte na Vašem oddělení?** Míra stresu může během dne výrazně kolísat. Proto můžete zaškrtnout více možností a specifikovat, kdy zažíváte jakou míru stresu.

- Vysoká.....
- Průměrná.....
- Nízká.....
- Žádná.....

**8. Setkali jste se na Vašem oddělení s pacienty s projevy agresivního chování?**

- Ano
- Ne

**9. Jaký druh agresivního chování se vyskytl u Vašich pacientů? / můžete zaškrtnout více možností/**

- Slovní agrese
- Fyzické napadení

**10. Pacientova agrese je směřována nejvíce na ...**

Máte na výběr ze šesti možností, prosím označte čísla od 1 do 6 podle pořadí, na koho je, podle Vás, agrese směřována nejvíce a na koho nejméně. Jednička znamená nejvíce, šestka nejméně.

- Sestry
- Lékaře
- Ošetřovatelky
- Pomocný personál
- Sám proti sobě
- Druhého pacienta

**11. Domníváte se, že agresivní pacient/ka lépe komunikuje se SZP mužského nebo ženského pohlaví?**

- Muž
- Žena

Specifikujte proč?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**12. Co si představíte, když Vám kolegyně předává hlášení a řekne: „Pacient je agresivní.“**

- Okamžitě to ve mně vzbudí odpor a vztek
- Proč je agresivní ( hledám příčiny pacientova chování)
- To bude služba ( mám obavy, jak zvládnu službu)
- Bude se prát, nebo bude nadávat ( mám obavu, jak zvládnu pacienta)
- Vůbec tam nepůjdu ( vyhýbám se konfliktu s pacientem)
- Hned ho přikurtuji a bude klid
- Jiná reakce

.....  
.....

**13. Jaké je podle Vás nejvíce laskavé oslovení pacienta?.....**

**14. Vnímáte rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením?**

- Ano
- Ne

Pokud ano, uveďte prosím, jaký je důvod pro použití laskavého nebo oficiálního oslovení.

.....  
.....  
.....

**15. Jaký druh komunikace volíte u agresivního pacienta?**

- Slovní domluvu
- Rozhovor, vysvětlení, podání informací
- Odejdu a nesnažím se o domluvu ani rozhovor
- Přivolám lékaře a dle ordinace podám tišící prostředky
- Okamžitě omezím pacienta v lůžku (přikurtuji ho)

**16. Myslíte si, že máte dostatek času na rozhovor s pacienty?**

- Ano
- Ne

Pokud ne, uveďte důvod proč?

.....  
.....

**17. Je zcela normální, že agrese u druhého v nás vzbuzuje agresivní reakci. Cítit vztek je zcela přirozený pocit. Stalo se Vám, že jste agresivnímu pacientovi oplatil/a agresi agresi?**

- Ano
- Ne

Pokud ano, jak rozumíte příčinám své agrese?

.....  
.....

Pokud ne, jaký jiný pocit jste cítil/a?

.....  
.....  
.....

**18. Jak zareagujete, budete-li svědkem nevhodného chování kolegy nebo kolegyně vůči pacientovi?**

- Otočím se a odejdu
- Zasáhnou a upozorním ji/ho, přímo před pacientem, že by se tak chovat neměl/a
- Upozorním ji/ho, na sesterně, mimo pacienta, že by se tak chovat neměl/a
- Pošlu ji/ho, aby se šel uklidnit
- Upozorním na to nadřízeného

**19. Chtěl/a by jste se dále vzdělávat v oblasti komunikace?**

- Ano
- Ne

**20. Uveďte tři důvody, které si myslíte, že vedou k agresi u pacientů?**

- .....
- .....
- .....

**21. Navrhňte tři opatření, která si myslíte, že by zamezila rozvoji agrese?**

- .....
- .....
- .....

## PŘÍLOHA č.2

Tabulka č.10

Na jakém oddělení pracujete:												
	A					B					A+B	
Otázka č.1	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
	18	7	9	34	43,0%	25	8	12	45	57,0%	79	100%

Tabulka č.11

Jaké je Vaše pohlaví?												
	A					B					A+B	
Otázka č.2	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Ženy	16	7	9	32	94%	25	8	12	45	100%	77	97%
Muži	2	0	0	2	6%	0	0	0	0	0%	2	3%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%

Tabulka č.12

Kolik let praxe máte?												
Otázka č.3	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
0-5	7	0	1	8	23,5%	8	1	2	11	24,4%	19	24,0%
6-10	4	2	0	6	17,6%	7	2	1	10	22,2%	16	20,0%
11-15	3	1	2	6	17,6%	5	2	6	13	28,9%	19	24,0%
16-20	1	3	1	5	14,7%	0	0	1	1	2,2%	6	8,0%
Více	3	1	5	9	26,5%	5	3	2	10	22,2%	19	24,0%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%

Tabulka č.13												
Na jak velkém oddělení pracujete?												
Otázka č.4	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
	10	26	33			12	43	25				

Tabulka č.14												
Jaké jsou mezilidské vztahy na vašem pracovišti?												
Otázka č.5	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Výborné	0	0	0	0	0,0%	1	0	0	1	2,2%	1	1,0%
Velmi dobré	11	0	3	14	41,2%	7	0	0	7	15,6%	21	27,0%
Dobré	7	6	6	19	55,9%	12	7	10	29	64,4%	48	61,0%
Problematické	0	1	0	1	2,9%	5	1	2	8	17,8%	9	11,0%
Nepřátelské	0	0	0	0	0,0%	0	0	0	0	0,0%	0	0,0%
Celkem	18	7	9	34	100,0%	25	8	12	45	100,0%	79	100,0%

Tabulka č.15												
Jakou míru stresu zažíváte na Vašem oddělení?												
Otázka č.7	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Vysoká	12	3	4	19	36,5%	8	1	7	16	30,2%	35	33,0%
Průměrná	16	5	6	27	51,9%	16	7	9	32	60,4%	59	56,0%
Nízká	0	1	2	3	5,8%	5	0	0	5	9,4%	8	8,0%
Žádná	3	0	0	3	5,8%	0	0	0	0	0,0%	3	3,0%
Celkem	31	9	12	52	100,0%	29	8	16	53	100,0%	105	100,0%

Tabulka č.16												
Jaký druh agresivního chování se vyskytl u Vašich pacientů?												
Otázka č.9	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Slovní	18	7	9	34		25	8	12	45		79	
Fyzické	12	5	9	26		22	6	9	28		54	

Tabulka č.17												
Domníváte se, že agresivní pacient lépe komunikuje se SZP mužského nebo ženského pohlaví?												
Otázka č.11	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta
Muž	11	5	7	23	67,6%	16	6	9	31	68,9%	54	69,0%
Žena	4	1	2	7	20,6%	1	1	3	5	11,1%	12	15,0%
Oba	3	1	0	4	11,8%	8	1	0	9	20,0%	13	16,0%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100,0%

Tabulka č.18												
Co si představíte, když Vám kolegyně předává hlášení a řekne: "Pacient je agresivní."												
otázka č.12	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	%	JIP	CHIR	INT	celkem	%	celkem	%
Odpor a vztek	1	0	0	1	3%	2	0	0	2	4%	3	4%
proč je agresivní	5	5	5	15	44%	10	2	4	16	36%	31	39%
to bude služba	7	0	2	9	26%	7	4	5	16	36%	25	32%
bude se prát, nadávat	3	1	2	6	18%	3	2	2	7	16%	13	16%
nepůjdu tam	0	0	0	0	0%	2	0	0	2	4%	2	3%
přikurtuji ho	1	0	0	1	3%	1	0	0	1	2%	2	3%
jiná	1	1	0	2	6%	0	0	1	1	2%	3	4%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%

Tabulka č.19												
Jaké je podle Vás nejvíce laskavé oslovení pacienta?												
otázka č.13	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	%	JIP	CHIR	INT	celkem	%	celkem	%
pane, paní	11	5	7	23	68%	19	8	12	39	87%	62	78%
křestním jménem	0	0	2	2	6%	2	0	0	2	4%	4	5%
babičko, dědečku	1	0	0	1	3%	4	0	0	4	9%	5	6%
zdrobněle jménem	1	0	0	1	3%	0	0	0	0	0%	1	1%
děvčata, chlapci	0	1	0	1	3%	0	0	0	0	0%	1	1%
pusinko	0	1	0	1	3%	0	0	0	0	0%	1	1%
intonace	5	0	0	5	15%	0	0	0	0	0%	5	6%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%

Tabulka č.20												
Vnímáte rozdíl mezi laskavým a oficiálním oslovením?												
Otázka č.14	A					B					A+B	
	JIP	CHIR	INT	celkem	%	JIP	CHIR	INT	celkem	%	celkem	procenta
Ano	11	3	4	18	53%	13	1	7	21	47%	39	49,0%
Ne	7	4	5	16	47%	12	7	5	24	53%	40	51,0%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%

Tabulka č.21													
Jaký druh komunikace volíte u agresivního pacienta?													
otázka č.15	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	=	%	JIP	CHIR	INT	=	%	=	%	
Slovní domluvu	4	2	2	8	24%	14	3	4	21	47%	29	37%	
Rozhovor	9	4	6	19	56%	6	4	4	14	31%	33	42%	
Odejdu a nesnažím se	2	0	0	2	6%	2	0	2	4	9%	6	8%	
Přivolám lékaře	3	1	1	5	15%	2	1	2	5	11%	10	13%	
Omezím pacienta v lůžku	0	0	0	0	0%	1	0	0	1	2%	1	1%	
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100	

Tabulka č.22													
Myslíte si, že máte dostatek času na rozhovor s pacienty?													
Otázka č.16	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	celkem	procenta	celkem	procenta	
Ano	3	4	0	7	20,6%	18	1	2	21	46,7%	28	35,0%	
Ne	15	3	9	27	79,4%	7	7	10	24	53,3%	51	65,0%	
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%	

Tabulka č.23													
Stalo se Vám, že jste oplatil/a pacientovi agresi agresi?													
Otázka č.17	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	celkem	%	JIP	CHIR	INT	celkem	%	celkem	%	
Ano	12	3	2	17	50,0%	5	2	1	8	17,8%	25	32,0%	
Ne	6	4	7	17	50,0%	20	6	11	37	82,2%	54	68,0%	
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%	

Tabulka č.24													
Jak zareagujete, budete-li svědkem nevhodného chování kolegyně/kolegy vůči pacientovi?													
otázka č.18	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	=	%	JIP	CHIR	INT	=	%	=	%	
Otočím se a odejdu	0	0	1	1	3%	5	1	3	9	20%	10	13%	
Zasáhnu u pac.	2	1	0	3	9%	1	1	1	3	7%	6	8%	
Upozorním na sesterně	9	4	6	19	56%	11	5	7	23	51%	42	53%	
Pošlu ji/ho uklidnit	7	2	2	11	32%	7	0	1	8	18%	19	24%	
Upozorním nadřízeného	0	0	0	0	0%	1	1	0	2	4%	2	3%	
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%	

Tabulka č.25													
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



<b>Chtěl/a by jste se dále vzdělávat v oblasti komunikace?</b>												
Otázka č.19	<b>A</b>					<b>B</b>					<b>A+B</b>	
	JIP	CHIR	INT	celkem	%	JIP	CHIR	INT	celkem	%	celkem	%
Ano	15	5	9	29	85%	14	6	7	27	60%	56	71%
Ne	3	2	0	5	15%	11	2	5	18	40%	23	29%
Celkem	18	7	9	34	100%	25	8	12	45	100%	79	100%