

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Jana Kusá**

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PROFESIONÁLNÍ ZÁTĚŽ AMBULANTNÍCH  
SESTER VYPLÝVAJÍCÍ Z CHOVÁNÍ PACIENTŮ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana Kusá**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.**

2017

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**PROFESSIONAL STRAIN OF OUTPATIENT  
NURSES RESULTING  
FROM PATIENTS' BEHAVIORAL**

Bachelor's thesis

Author: **Jana Kusá**

Supervisor: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.**

2017

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 Chrudimi 24. 4. 2017

.....

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D., za odborné rady a laskavé vedení mé práce. Děkuji také své rodině, za trpělivost a podporu po celou dobu studia, a svým kolegyním, které se na mé práci ochotně podílely.

# Obsah

Úvod .....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	11
<b>1. Způsoby chování</b> .....	11
1.1 Pasivní chování .....	11
1.2 Agresivní chování .....	12
1.3 Asertivní chování .....	12
1.3.1 Druhy asertivity.....	12
1.3.2 Asertivní práva .....	13
1.3.3 Asertivní techniky .....	14
1.4 Manipulativní chování.....	15
<b>2. Komunikace jako druh sociální interakce</b> .....	16
2.1 Sociální interakce .....	17
2.1.1 Osobnost pacienta .....	17
2.1.2 Osobnost sestry .....	18
2.1.3 První dojem .....	18
2.1.4 Negativní zkušenosti .....	19
2.2 Sociální komunikace .....	20
2.2.1 Verbální komunikace .....	20
2.2.2 Neverbální komunikace.....	22
2.2.3 Evalvace a devalvace.....	24
<b>3. Komunikace s problémovými pacienty</b> .....	26
3.1 Komunikace s agresivním pacientem .....	26
3.1.1 Projevy agresivního chování .....	26
3.1.2 Příčiny agresivního chování .....	27
3.1.3 Zvládání slovně útočného pacienta:.....	27
3.2 Komunikace s depresivním pacientem .....	27
3.3 Komunikace s úzkostným pacientem .....	28
3.4 Komunikace s pedantérským pacientem.....	28
3.5 Komunikace s histriónským pacientem .....	29
3.6 Komunikace s emočně nestabilním pacientem .....	29
3.7 Komunikace s disociálním pacientem .....	30
3.8 Komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu .....	30
3.9 Přístup snižující riziko agrese u problémových pacientů.....	31

<b>4. Zátěžové situace a jejich působení</b> .....	33
4.1 Frustrace.....	33
4.2 Konflikt.....	33
4.2.1 Interpersonální konflikty.....	34
4.2.2 Intrapersonální konflikty.....	34
4.2.3 Skupinové konflikty.....	34
4.2.4 Strategie a taktika při řešení konfliktů.....	35
4.3 Stres.....	35
4.3.1 Příznaky stresu.....	36
4.3.2 Strategie zvládání stresu.....	37
4.4 Trauma.....	37
4.5 Krize.....	37
4.6 Deprivace.....	38
<b>5. Zvládání zátěžových situací</b> .....	39
5.1 Adaptace.....	39
5.2 Coping.....	40
5.3 Obranné reakce.....	41
5.4 Taktiky zvládání zátěžových situací.....	42
5.4.1 Způsoby relaxace.....	42
<b>6. Specifika práce ambulantní sestry</b> .....	44
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	46
<b>7. Výzkum</b> .....	46
7.1 Cíle výzkumu.....	46
7.2 Výzkumné otázky.....	46
7.3 Doplnující výzkumné otázky.....	46
7.4 Metodika výzkumu.....	47
7.4.1 Sběr dat.....	47
7.4.2 Tvorba interview.....	47
7.4.3 Zpracování dat.....	47
7.5 Zkoumaný soubor.....	48
7.6 Výsledky.....	48
7.6.1 Samostatné fenomény.....	63
<b>8. Diskuze</b> .....	74
8.1 Výzkumný cíl č. 1.....	74
8.2 Výzkumný cíl č. 2.....	78

8.3 Výzkumný cíl č. 3 .....	80
8.4 Výzkumný cíl č. 4 .....	82
<b>Závěr</b> .....	<b>85</b>
<b>Anotace</b> .....	<b>86</b>
<b>Annotation</b> .....	<b>87</b>
<b>Použitá literatura</b> .....	<b>88</b>
<b>Seznam grafů</b> .....	<b>90</b>
<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>90</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>91</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>92</b>



# Úvod

*Motto:*

*„Bud'te laskaví, neboť každý, koho potkáte, bojuje tvrdou bitvu.“*

Platon

V současné době u většiny lidí roste závislost na materiálních hodnotách. Sociální nerovnost vytváří sociální neklid. Pod velkým existenčním tlakem se dříve respektovaná pravidla slušného chování vytrácejí, každý jedinec se soustředí hlavně na řešení svých problémů a starostí, roste tak míra egocentrismu. To vše se projevuje mimo jiné i na tom, jak se k sobě lidé chovají. Svědkem je tomu každý, kdo ve své profesi pracuje s lidmi, stejně jako zdravotní sestry. Prostřednictvím chování pacientů vnímají zdravotní sestry atmosféru dnešní společnosti.

Práce na ambulanci je pro sestry velice pestrá a zajímavá, z hlediska velkého počtu pacientů, s kterými se každou směnu setkávají, ale také velice náročná a stresující. O nedorozumění a konfliktní situace není při tak velkém počtu pacientů nouze. Pro sestry je často velice těžké takové situace nejenom zvládnout, ale také se s nimi efektivně vyrovnat a nehromadit v sobě negativní emoce. A protože prožíváním pacientů se zabývá spousta odborné literatury, chtěla jsem se ve své práci zaměřit na samotné sestry. Zajímalo mě, jak tuto problematiku sestry vnímají, jak takové situace prožívají, jak se s nimi vyrovnávají. Zda mají nějaké osvědčené způsoby pro jednání s nepříjemnými a konfliktními pacienty.

Zároveň jsem chtěla upozornit na to, jaké situace sestry na ambulancích zažívají, protože se domnívám, že obecné povědomí o tomto tématu je velmi sporé. Okolí sestry si většinou myslí, že zátěžové situace s pacienty se stávají výjimečně, přitom pro sestry je to v podstatě každodenní realita. Smutné na tom je, že ač původně sestra vykonává profesi proto, aby pomáhala nemocným lidem, sama je ohrožena násilím. Často si pak klade otázku, zda to stojí za to.

### **Cíle teoretické části:**

1. Přiblížit základní způsoby chování se zdůrazněním na asertivitu.
2. Popsat některé psychosociální aspekty ve vztahu sestra- pacient.
3. Charakterizovat základní druhy komunikace.
4. Ukázat způsoby komunikace s problémovými pacienty.
5. Na základě odborné literatury popsat druhy zátěžových situací a způsoby jejich zvládnutí.
6. Přiblížit práci sestry na ambulanci.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Způsoby chování

Chování zahrnuje všechny projevy člověka, které můžeme pozorovat. Na podkladě našeho chování a jednání nás vnímají ostatní. Sami sebe vnímáme na podkladě prožívání. V různých situacích s druhým člověkem můžeme také různě reagovat. Psychickou regulaci chování zajišťuje vzájemné působení chování a prožívání. Podle chování člověka lze poznat jeho prožívání, temperament a charakter (Zacharová, 2016).

Lidské chování a psychické procesy (prožívání, myšlení, vůli apod.) lze chápat jako výsledek vzájemného působení podnětů s určitou kvalitou na člověka. Vnímání těchto podnětů osobností člověka a jejich vyhodnocení na základě vrozených či získaných dispozic. Záleží také na předchozích zkušenostech, situaci a vlastní roli jednatelova (Vymětal, 2003).

V sociálním kontaktu s druhými lidmi uplatňujeme tři základní typy chování: pasivitu, agresivitu a asertivitu. Manipulace je specifickým skrytým chováním, které zahrnuje prvky pasivity i agresivity. Svůj skutečný motiv manipulátor skrývá za něco jiného. Jaký způsob chování si v dané situaci vybereme, záleží na nás (Zacharová, 2016).

### 1.1 Pasivní chování

Je takové chování, které vede k potlačování vlastních práv, nejistotě a zříkání se vlastních úmyslů. Takový člověk se neumí prosadit, ustupuje ostatním, vyhýbá se konfrontacím, neumí se ubránit manipulaci, často je využíván druhými lidmi. Okolí obviňuje z agresivity, trápí ho, že se neprosadí. Ze strachu se podřizuje autoritám, jejich názory pak přebírá za vlastní. Pasivní chování je charakteristické pro člověka s nedostatkem sebevědomí. U ostatních je zdrojem politování či hněvu. Stále čeká, že někdo zjistí, co cítí a potřebuje. V zásadních věcech se neposouvá, stagnuje. Úzkost a strach nedovolí projevit své přání a potřeby, a proto nejsou naplněny (Zacharová, 2016).

## 1.2 Agresivní chování

Agresivní člověk je neustále připraven k útoku. Ubližuje, ponižuje. Vnucuje svoje názory a myšlenky. Porušuje práva ostatních. Na jejich úkor dosahuje svých záměrů. Ostatní podceňuje a obviňuje, vlastní chyby nepřipouští. Agresivní člověk má přehnané sebevědomí, i když u ostatních není oblíbený a cítí se osaměle. Vystupuje jako diktátor a moralista. Devaluje ostatní, používá sarkasmus a ironii, je hrubý. Otevřenou komunikaci takové chování neumožňuje, vztahy s ostatními jsou chladné (Zacharová, 2016).

## 1.3 Asertivní chování

Asertivita z angl. „to assert“ znamená tvrdit, prohlašovat. Jedná se o schopnost prosadit se, obhájit své názory bez použití agrese či manipulace a bez porušení práv ostatních. V zásadě jde o umění říkat ne (Hozák, 2015).

V profesi sestry je asertivita důležitou komunikační dovedností, pomocí které přímo a nepokrytě projevuje svoje názory, přesvědčení, emoce, ať už v pozitivní nebo negativní podobě. V jakékoliv sociální skupině ovlivňuje atmosféru pozitivním způsobem. Jejím prostřednictvím objevuje sestra vlastní kvality (Kristová, 2009).

Pomocí asertivity získává sestra přirozenou autoritu ve skupině. Základním pravidlem každého nefalšovaného a skutečného jednání je: Mám právo působit chyby, a hodlám za ně odpovídat (Hozák, 2015).

### 1.3.1 Druhy asertivity

**Základní** asertivitou se rozumí prostá formulace citů, potřeb, myšlenek, postojů a názorů. **Empatická** asertivita zahrnuje citlivost vůči ostatním, vyšší sociální vnímavost, prostupuje více do společných vztahů a přijímá kladné i záporné city druhého. Patříčně snižuje agresivní projevy v jednání a chování pacienta. **Stupňující** asertivita, se dá použít v situacích, kdy někdo narušuje práva sestry a nedbá jejího názoru. V tomto případě si sestra musí dát pozor, aby nebyla agresivní. **Konfrontační** asertivita nalézá využití v situacích, kdy je v rozporu to, co druhý říká s tím, co dělá. Sestra se tak snaží vysvětlit a vyřešit problém. Nezahrnuje napadení ani agresivní střet názorů (Kristová, 2009).

### 1.3.2 Asertivní práva

Asertivní práva vznikla z tzv. manipulačních pověr, které na nás měly vliv během výchovy. Jejich autorem je M. J. Smith.

- Každý člověk má **právo posuzovat své myšlenky, emoce a chování, a za jejich následky nést zodpovědnost**. Mravní chování bez kontroly je nejvyšším stupněm mravnosti. Vyvrací pověru, kdy posuzovat nás může jenom někdo zkušenější, moudřejší.
- Každý člověk má **právo nepředkládat omluvy ani výmluvy, které by ospravedlnily jeho chování, postoje, názory a rozhodnutí**. Vyvrací pověru nutnosti vysvětlit svůj postoj a svoje chování, hlavně pokud je odlišné.
- Každý člověk má **právo, rozhodnout se sám o zapojení do řešení problémů ostatních. Právo na odmítnutí odpovědnosti za konání lidí a institucí**. Vyvrací pověru, že jsme zodpovědní za chování a jednání ostatních, hlavně osob nám blízkých a měli bychom se přizpůsobit na úkor svých vlastních hodnot.
- Každý člověk má **právo změnit svůj názor**. Vyvrací pověru, že solidní člověk si stojí za svým jednou projevěným názorem stále. Pokud by názor změnil, již není seriózní.
- Každý člověk má **právo dělat chyby, a za své chyby být zodpovědný**. Vyvrací pověru, že chyby dělá jen člověk neschopný, který potřebuje kontrolu.
- Každý člověk má **právo říci: „Já nevím“**. Upřímnost je důležitá, přiznání, že něco nevím je upřímné. Vyvrací pověru, kdy by každá autorita měla vědět všechno, přiznáním, že neví, ukazuje vlastní neschopnost.
- Každý člověk má **právo, být nezávislý na dobré vůli jiných**. Vyvrací pověru potřeby takového chování, aby nás druzí měli rádi.
- Každý člověk má právo **dělat nelogická rozhodnutí**. Vyvrací pověru o nutnosti zdůvodnit logicky vše, co dělám, pokud to nelze, dělat bych to neměla.
- Každý člověk má **právo říci: „Já ti nerozumím“**. Vyvrací pověru, že do druhých se musíme vcítit, musíme jim rozumět.
- Každý člověk má **právo říci: „Je mi to jedno“**. Vyvrací pověru potřeby dokonalosti, jinak si respekt a úctu ostatních nezasloužíme (Praško, Prašková, 1996 in Zacharová, 2016).

### 1.3.3 Asertivní techniky

Uskutečňovat asertivitu v praxi pomáhají sestře asertivní techniky.

- **Ohraná gramofonová deska** – sestra stále dokola opakuje svůj požadavek, nenechá se vyvést z rovnováhy ani odvést pozornost od tématu. Slouží k vyvarování se manipulativnímu chování.
- **Technika otevřených dveří** – touto technikou sestra přijímá kritiku, na kterou reaguje klidem, nebrání se jí. Dovoluje tak pacientovi, zbavit se negativních emocí. Zároveň umožňuje sestře reagovat pouze na pravdivé informace a přejít slovní napadání bez zájmu.
- **Negativní dotazování** – jedná se o projevení určité výhrady vůči osobě, tím se zjistí pravé důvody konfliktu, představy toho druhého. Je zapotřebí kritiku přijmout s klidem, doptat se bez ironie, chtít další názory. Celou akci zakončit v pozitivním smyslu.
- **Negativní asertivita** nás učí uvědomit si své chyby či nedokonalosti a přijmout tak kritiku bez negativních emocí, bez nutnosti se omlouvat. Umožňuje sebezpřijetí při nezdaru a zachování celistvosti osobnosti.
- **Volné informace** – jsou nevyžádané, soukromé informace pacienta, které svěřuje sestře. Pokud jim sestra věnuje pozornost, pomáhají jí v rozvinutí rozhovoru a usnadňují poznání pacienta.
- **Sebeotevření** – je otevřené vyjádření našich kladných nebo záporných emocí, názorů, postojů a myšlenek. Opět slouží ke snížení manipulace.
- **Přijatelný kompromis** je nejlepším řešením pro obě strany. Zkvalitňuje komunikaci a vzájemné vztahy. Používá se při hrozícím snížení sebeúcty.
- **Asertivní „ne“** – schopnost říci ne bez pocitů viny, zřetelným a klidným způsobem.
- **Selektivní ignorování** je metoda, kdy sestra neodpovídá na manipulativní kritiku. Dá najevo, že slyšela, ale více se tím nezabývá. Schválně nereaguje na informace sdělované v negativním rozpoložení. Vyhýbá se tak zkratkovité odpovědi (Zacharová, 2016).

Projevení emocí adekvátním způsobem v kladné nebo záporné formě je důležitou složkou existence. Postrádáme-li tuto schopnost, dochází k nedorozuměním a konfliktům. Nevyjádřené city se kumulují a ojedinele se manifestují pláčem, smíchem nebo křikem.

Strach a nechtěné reakce v mezilidských vztazích a rozmanitých situacích pomáhá sestře snižovat výcvik asertivity. Schopnost respektu a úcty k sobě je základem respektu a úcty k druhému (Kristová, 2009).

#### **1.4 Manipulativní chování**

Manipulativní chování je na první pohled těžko poznatelné. Je rafinované a zákeřné. S využitím citového nátlaku se manipulátor odvolává na lidské hodnoty jako třeba morálka, pomoc bližnímu, míra odpovědnosti a další. Za průběh a řešení situace přenáší manipulátor zodpovědnost na oběť. Rád v oběti vyvolává pocit viny, s využitím lstivých taktik druhé usměrňuje a zasahuje jejich citlivá místa i sebevědomí. Takové chování je opakem chování asertivního (Zacharová, 2016).

Formy manipulace mohou být všelijak různorodé. Patří k nim předstíraná bezmoc, hraný zájem, vyhrožování nebo maskování vlastních cílů. Výběr určitého způsobu manipulace závisí na typu osobnosti. Účelem většinou bývá upevňování vlastní spokojenosti pomocí ovlivňování toku informací. Manipulaci se můžeme bránit, pokud ji rozeznáme a odmítneme. To se musíme naučit (Zacharová, 2016).

## 2. Komunikace jako druh sociální interakce

V ambulantní péči se každý den sestra setkává s velkým množstvím pacientů. Setkání jsou to většinou krátká. Vzhledem k běžné praxi, kdy pacientů je opravdu hodně a v ordinace to vypadá tak trochu jako „na běžícím páse“, není možné uplatnit v plné míře některé aspekty kvalitního kontaktu s pacientem jako je pozorování, aktivní naslouchání nebo třeba terapeutický rozhovor. Velkou roli tak hraje první dojem. Hlavními spojenci v kontaktu s pacienty jsou pro sestru úsměv, laskavé, vstřícné a slušné jednání a smysl pro humor. Přivítat pacienta s milým úsměvem, projevit pochopení, a pokud je to vhodné zavtipkovat, uvolní napjatou atmosféru i psychický stav pacienta nebo jeho doprovodu. Zvýší se důvěra pacienta, zmírní se jeho obavy, to vše pozitivně ovlivňuje pacientův zdravotní stav, ale také předchází různým vyhoceným situacím, jako jsou konflikty a stížnosti. V neposlední řadě pozitivní pracovní atmosféra prospívá i samotné sestře, práce jí více baví a má z ní dobrý pocit.

### **Požadavky na dosažení vzájemné kvalitní komunikace mezi sestrou a pacientem:**

- Individuální přístup.
- Respektování osobnosti pacienta. Projevování úcty k pacientovi a zachování jeho autonomie.
- Pozitivní vztah k pacientovi.
- Empatie (Zacharová, 2016).

**Empatie** je charakterizována jako schopnost vcítit se do pocitů druhých. U sestry jde o vlastnost velice důležitou. Pokud není schopna chápat, co pacient prožívá, její jednání s ním postrádá lidský přístup. Každý člověk je od přírody nastaven na vnímání hlavně sebe sama, proto je nutné v sobě empatii rozvíjet a podporovat. Pro empatii můžeme mít jistý talent nebo se ji můžeme naučit. Empatická ambulantní sestra lépe pochopí pacientovo psychické rozpoložení, náladu, emoce atd. Díky tomu pak může změnit své chování k pacientovi žádoucím způsobem a předejít tak mnohým komplikacím, vyplývajících ze vzájemné interakce. Empatii lze zařadit mezi neverbální komunikační dovednost (Křivohlavý, Pečenková, 2004).



## 2.1 Sociální interakce

Sociální interakce představuje proces vzájemného působení mezi minimálně dvěma lidmi, zahrnuje vše, co mezi nimi probíhá. Může obsahovat sociální komunikaci a také jednání sestry a pacienta. Rozhovor pak bývá jednou ze složek interakce (Křivohlavý, 2002).

Při jednání sestry s pacientem jde hlavně o **interakci dyadickou**. Ta zahrnuje jednak to, co mezi oběma probíhá (akci), jednak to, co se během interakce děje v psychice každého z nich, a pak také průběh jejich komunikace. Koncept sociální interakce úzce souvisí s konceptem sociálních vztahů (Zacharová, 2016).

Sestra a pacient se setkávají v podivné situaci a ve vymezených sociálních rolích, které se jim ne vždy podaří zvládnout. Spoustě konfliktních situací se dá dobrým vztahem mezi sestrou a pacientem předejít, stejně tak je pozitivním způsobem ovlivněn celý proces léčby (Zacharová, 2016).

Vzájemné vztahy sestry s pacientem by měly fungovat na principu důvěry a respektu. Sestra by měla k pacientovi přistupovat svým jednáním jako k rovnocennému partnerovi. Úspěšná spolupráce pacienta a sestry závisí na jejich kvalitním osobním vztahu a efektivní výměně informací mezi nimi. Náležitá komunikace pak může předejít mnohým nepříjemným situacím, zlepšuje účinek ošetrovatelské péče a celkový zdravotní stav pacienta. Optimální vztah sestry s pacientem se formuje pomocí různých skutečností např.:

- Zkušenosti pacienta s předchozím léčením.
- Aktuální psychický stav pacienta, nálada a pocity se kterými přichází k ošetření.
- První dojem.
- Chování podle společenských pravidel.
- Možnost ventilace emocí.
- Důvěra pacienta- důvěry docílíme pomocí pochopení a pomoci.
- Tolerantní přístup- zlepšuje chování pacienta i jeho přístup k nemoci (Zacharová, 2016).

### 2.1.1 Osobnost pacienta

Jako každý jiný člověk i pacient má svoji povahu a svůj temperament. Má také své zkušenosti a zvyklosti. Některé vlastnosti se v nemoci zvyrazňují, zkruslují, jiné zmírňují,

prostě se mění. Každý pacient jakkoliv se projevující, má právo na ohleduplné a důstojné zacházení a respekt ze strany zdravotnického personálu. (Hozák, 2005).

**Autoplastický obraz nemoci** neboli subjektivní prožívání nemoci má složku:

- Senzitivní (bolest).
- Volní (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzdravení).
- Emocionální (strach, úzkost, naděje).
- Racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě, prevenci). (Mohampl, 1991 in Zacharová, 2011, str. 133)

Pravdou je, že všechny složky se navzájem prostupují, žádná se nevyskytuje ojedinele. Poměr mezi subjektivním prožíváním nemoci pacientem a objektivním nálezem lékaře není přímý (Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2011).

Autoplastický obraz nemoci je závislý na tom, jaké má onemocnění ráz. Zda jde o akutní či chronický stav, zda se pacient léčí ambulantně nebo je nutná hospitalizace, jestli je léčen konzervativně nebo chirurgicky, zda má viditelné příznaky nebo pohybové omezení. Důležité jsou také okolnosti, za kterých se nemoc odehrává (problémy v rodině, finanční problémy, cizí prostředí, kdo je viníkem nemoci) a osobnost pacienta, jaký byl před vypuknutím nemoci (citová reaktivita, inteligence, vzdělání, sociální postavení, žebříček hodnot, vlastnosti) (Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2011).

### **2.1.2 Osobnost sestry**

Sestra by měla oplývat nejen odbornými a technickými znalostmi, fyzickou zdatností, a schopností ovlivnit správným směrem chování a prožívání pacientů, ale očekává se od ní i zvládání nejrůznějších problémů, které se v životě objeví. To vše ovlivňuje nejen její způsob práce a odbornou přípravu, ale hlavně její osobnost, duševní rovnováhu a životní styl (Zacharová, Šimíčková- Čížková, 2011).

### **2.1.3 První dojem**

První dojem je naše vnímání a posuzování druhého člověka na základě pocitů a určitých předpokladů, které si vytvoříme buď při první informaci, kterou nám někdo o určité osobě poskytne nebo při prvním setkání. Význam prvního dojmu je proměnlivý. Jde o hodnocení rychlé, neuvážené, nezaložené na rozumných důvodech, ale pouze na

domněnkách. U prvního dojmu je důležitá zdrženlivost, než si vytvoříme o druhé osobě určité závěry (Jobánková, 1992).

#### 2.1.4 Negativní zkušenosti

Předchozí zkušenosti s určitým typem lidí mohou vést k problémům při posuzování ostatních a k neadekvátním reakcím. Platí jak na straně sestry, tak na straně pacienta (Nešpor, 2012).

„**Haló efekt**“; jedná se o posouzení člověka podle jedné události nebo určité vlastnosti, která zastře všechno ostatní. Může mít ráz pozitivní i negativní. Na základě toho si vytvoříme celkový dojem o člověku. Třeba někoho, kdo s námi souhlasí, považujeme za inteligentního, aniž bychom vzali v potaz jeho chování, vystupování, názory (Jobánková, 1992).

**Přenos** – transfer- sestra může připomínat pacientovi někoho ze své minulosti a vyvolávat v něm tak negativní nebo pozitivní reakci, podle zkušeností, jaké s danou osobou pacient má. Podle toho se pak k sestře chová. Pokud taková situace nastane ze strany sestry, jedná se o **protipřenos** (Jobánková, 1992).

**Předpojatost** vzniká naším předpokladem, že člověk určité skupiny se chová podle ostatních členů, pomíjíme tak individualitu člověka, nerespektujeme jednotlivé rozdíly. Jedná se vlastně o předsudky, které máme např. k romům, vojákům, vyzývavě oblečeným ženám, potetovaným či dlouhovlasým mužům apod., ať už v pozitivním nebo negativním smyslu (Jobánková, 1992).

**Základní atribuční chyba** je tendence přiřazovat chování druhého člověka jeho vlastnostem a jeho povaze, aniž bychom vzali v úvahu celkovou situaci. Pokud se někdo chová nestandardním způsobem, vysvětlujeme si to tak, že to má v povaze, naproti tomu při posuzování vlastního chování zohledňujeme situační podmínky (Hayesová, 2009).

**Zkušenosti pacienta**, jeho příbuzných a známých se zdravotnickým zařízením ovlivňují jeho očekávání a představy pozitivním nebo negativním způsobem. Podíl zde má i vliv médií, která se zaměřují hlavně na tragické omyly zdravotníků nebo naopak mimořádné výkony špičkových pracovišť. Pacient pak vstupuje do péče zdravotníků s obavami nebo nadměrnými očekáváním, která končí zklamáním (Nešpor, 2012).

## 2.2 Sociální komunikace

**Komunikace** z lat. *Communicare* (sdílet něco, radit se) je nástrojem dorozumívání mezi lidmi. Pomocí komunikace něco druhému sdělujeme, předáváme si zkušenosti a informace a oboustranně se ovlivňujeme (Kelnarová, Matějková, 2014).

*„Komunikace je složitý mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech.“* (Linhartová, 2007, st. 11).

Během sociální komunikace probíhá interakce mezi dvěma i více lidmi. Lidé, kteří spolu takto komunikují, se nemusí znát. V popředí takovéto komunikace, je hlavně její neverbální složka. Sociální komunikace spěje k dohodnutí se, k oboustrannému porozumění a napomáhá utváření mezilidských vztahů (Zacharová, 2016).

Sociální komunikace ve zdravotnictví představuje obvyklý kontakt s pacientem, neplánovaný, neformální. Na základě atmosféry a celkového ladění si pacient vytváří určitý vztah k lidem, kteří se o něho starají (Zacharová, 2016).

Sociální komunikace se odehrává ve dvou úrovních, které by se správně měly vzájemně prostupovat. Pokud jsou v rozporu, nastávají problémy. Máme **úroveň obsahovou**-kdy informace sdělujeme prostřednictvím slov. A **úroveň vztahovou**, kdy informace sdělujeme neverbálně (tón hlasu, gesta, postoj). Sestra při vykonávání své profese používá rozličné druhy a úrovně komunikace (Zacharová, 2016).

Obecně známé je, že nelze nekomunikovat, vždy na určité sdělení nějakým způsobem reagujeme, vysíláme určité signály, mluví naše tělo. Schopnost komunikovat je nám vrozená, pro sestru je však důležité ji dále rozvíjet a zdokonalovat (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikace zahrnuje složku verbální, neverbální a konativní (evalvace, devalvace).

### 2.2.1 Verbální komunikace

Dorozumívání pomocí slov tedy verbální komunikaci doplňuje neverbální složka komunikace (nejde se nijak netvářit). Verbální komunikaci spoluvytváří:

- **Situační kontext.** Komunikace vždy probíhá v určité situaci. Jednosměrná komunikace znamená třeba čtení knihy, dvousměrná vychází z naší potřeby reagovat na sdělené, příkladem může být rozhovor mezi sestrou a pacientem,

s masovou komunikací se lze setkat tam, kde příjemce nemůže reagovat na sdělení, jako třeba hlášení rozhlasu, komunikace se zpětnou vazbou umožňuje příjemci na sdělení reagovat, přednášející dá prostor posluchačům apod.

- **Vnitřní dispozice jedince.** Vzhledem k tomu, že komunikace patří mezi sociální dovednosti, každý z nás do ní vnáší svoji jedinečnost. Již v dětství probíhá sociální učení a do dospělosti si všichni přinášíme komunikační zvyky. Způsob, jakým komunikaci povedeme, ovlivňuje náš názor na úroveň našeho partnera. Je potřeba přizpůsobit se aktuálnímu stavu pacienta, jinak hrozí vznik komunikační bariéry.
- **Motivace komunikovat.** Bez přítomného zájmu o nemocného a ochoty trávit s ním čas, věnovat se mu není efektivní komunikace možná. Sestra komunikací uspokojuje základní potřebu pacienta a to sociální kontakt (Venglářová, Mahrová, 2006).

Správným způsobem verbálně komunikovat neznamená pouze vhodně zvolit slova, důležité jsou i další komponenty. **Rychlost řeči**, která je přiměřená naším znalostem o daném tématu. **Hlasitost** je jiná pokud sdělujeme intimní informace, nebo naopak potřebujeme, aby nás slyšeli všichni, rozdíl je tedy podle charakteru sdělení. Pomlky či přerušování mluvy může nastat z různých důvodů. Občas můžeme mlčet, i když máme co říci. **Výška hlasu** odráží náš psychický stav (emoce). Vyšší tóny nepůsobí uklidňujícím dojmem, spíše naopak, mohou působit nepříjemně. Prostor, který má každý v komunikaci k dispozici, vymezuje rovnocennost partnerů v komunikačním procesu. Význam sdělovaného můžeme změnit např. zdůraznit pomocí **intonace** (Venglářová, Mahrová, 2006).

Slovní projev sestry by měl být jednoduchý, stručný a zřetelně vyjádřený. Zpětně ověříme, zda sdělenému pacient rozuměl. Jednoduchost přizpůsobíme schopnostem pacienta porozumět. Stručná zpráva směrem k nemocnému působí kvalitně, pozor však, abychom si nespletli stručnost s odbytím pacienta a neochotou s ním mluvit. Naopak rozsáhlé, zdlouhavé informace mohou vyvolat nedůvěru a působit jako výmluvy. Vhodně načasovat rozhovor je jednou z podmínek úspěšné komunikace, důležité je to hlavně u závažných témat, stejně jako soukromí, nerušené a klidné prostředí a dostatek času. Styl našeho hovoru musíme přizpůsobovat odezvám pacienta. Sledujeme jeho reakce, neverbální projevy (Venglářová, Mahrová, 2006).

### 2.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace představuje dorozumívání pomocí celého těla. Je to vlastně způsob, jakým se naše tělo vyjadřuje. Považuje se za upřímnější než komunikace verbální. Zahrnuje všechny signály, které vysíláme, i když nemluvíme, i projevy, kterými řeč doprovázíme (Venglářová, Mahrová, 2006).

Funkcí neverbální komunikace je projevení postojů, nálad a emocí, budování a usměrňování vzájemného vztahu, vytvoření prvního dojmu na začátku setkání, ukázka, jak se člověk umí ovládat, podpora řeči, posuzování osobnosti člověka atd. (Kristová, 2009).

Podle Křivohlavého jde v neverbální komunikaci o to, co si sdělujeme výrazem obličeje (mimikou), přiblížením a oddálením (proxemikou), dotekem (haptikou), fyzickým postojem (posturologií), pohybem (kinezikou), gesty, pohledy a úpravou zevnějšku. Mezi neverbální projevy pak zařazuje i paralingvistické jako hlasitost řeči, výška tónu, intonace, rychlost, objem a plynulost řeči (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Mimika.** Z výrazu obličeje lze vyčíst hodně. Vedle tradičních gest, která vyjadřují příslušníci dané kultury, zahrnuje i pohyby instrumentální. Nejspolehlivěji můžeme z výrazu obličeje vypožorovat primární lidské emoce: štěstí, neštěstí, překvapení, strach, jistotu, radost, smutek, klid, rozčilení, spokojenost, zájem atd. Mimické zóny jsou přítomny v obličeji, dělí se na oblast čela a obočí, kde nejvíce poznáme překvapení a úzkost, oblast očí, která je nejdůležitější a vyjadřujeme v ní strach a smutek a oblast dolní části obličeje, ve které nejvíce poznáme štěstí, patří sem i úsměv. Rozčilení nám obsadí celou plochu obličeje. Pomocí úsměvu sestra uvolňuje napětí a úzkost pacientů, ovlivňuje celkovou atmosféru na pracovišti, naopak úsměvem může pacient zastírat své emoce a hlavně bolest. Sestra by měla umět rozkódovat takové projevy bolesti, aby pacient zbytečně netrpěl (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Proxemika** vyjadřuje vzdálenost mezi lidmi, kteří spolu komunikují. Každý z nás má svoje teritorium, svůj osobní prostor, který má určité hranice. Pokud někdo hranici našeho prostoru překročí, vyvolá to v našem chování určitou reakci. Osobní zóny rozdělujeme takto:

- **Intimní zóna** znamená rozsah dotyku a 15-30ti cm. Je to oblast, kam patří nejbližší lidé jako rodina a blízcí přátelé. Dotyky na obou stranách jsou zde žádoucí. Vnímáme také pomocí hmatu a čichu. Pokud nám vstoupí do intimní zóny někdo,

kdo tam nepatří, je to pro nás nepříjemné, chceme z takové situace uniknout a cizince vnímáme jako vlezlého, komunikace pak drhne.

- **Osobní zóna** znamená rozsah vzdálenosti, kdy se ještě lze držet za ruce a 1, 20m. Hranicí je možnost fyzické blízkosti, kdy vnímáme mimiku, oči a osobní oděr toho, s kým komunikujeme.
- **Společenská zóna**, nebo také sociální zóna, která má začátek tam, kde má osobní zóna konec a horním okrajem je potom vzdálenost od 2,1 do 3,6m. Zahrnuje obchodní jednání, skupinové diskuze, přednášející žákům apod.
- **Veřejná zóna** znamená vzdálenost od 3,6 do 7,6m popř. dále. Uvědomujeme si zde celou postavu i celkový pohyb prostorem (Venglářová, Mahrová, 2006).

V profesi sestry často vstupujeme do intimní zóny pacientů a tím i oni do naší. Důležité je pacienta předem informovat, že tomu tak bude, aby s tím počítal, nebyl překvapen a nereagoval negativně.

**Haptika** znamená komunikaci pomocí doteku. U sestry taktilní dorozumívání předpokládá empatii a znalost dotekové kultury. Sestra, která tímto způsobem s pacienty nekomunikuje, působí chladně, lhostejně a bez zájmu. Mezi kladné výrazy haptiky patří všechny přátelské dotyky, které pozitivním způsobem ovlivňují setkání a působí na pacienta povzbuzujícím dojmem, jsou to objetí, pohlazení, položení ruky na ruku, rameno atd. Mezi záporné výrazy haptiky patří štípnutí, kopnutí, strčení, trhnutí, silný stisk ruky. Tyto projevy vyjadřují nepřátelské naladění. Do problematiky haptiky také patří **stisk ruky**. Ze způsobu, jakým nám někdo podává ruku, můžeme odečíst jeho charakterové vlastnosti. Při prvním setkání se sestra pacientovi představí a podá mu ruku. Během toho, se přenáší základní postoje. **Dominance** čili převaha, stisk ruky je silný a trvá delší dobu, může být i projevem vděčnosti nebo nervozity. **Submisivita**, kdy stisk ruky je vlažný, neochotný, představuje člověka zakomplexovaného, nerozhodného. **Rovnost** znamená optimální stisk ruky a nastavuje partnerský vztah (Kristová, 2009).

**Kinetika** v neverbální komunikaci pojímá všechny pohyby těla a jeho součástí. Zahrnuje soulad pohybu, jeho rychlost, ohraničení, trvání, prostorovost. Obsahuje různé části, jako pohyby rukou a znakovou řeč (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Gesta** mohou nahradit nebo doplnit verbální komunikaci, mají zřetelný sdělovací záměr. Používání gest může být vědomé i nevědomé a může se lišit podle kulturních

zvyklostí. Pozor si musíme dávat na tzv. útočná gesta, která jsou projevem agrese. Na obscénní gesta je nejlepší nereagovat (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Pohledy.** Oční kontakt je při styku s lidmi velice důležitý, dává druhému najevo, že ho vnímáme. Jsou pohledy, které lze vnímat jako nepříjemné, např. dlouhé civění, a jsou pohledy, které jsou druhému příjemné a vnímá je jako přátelské. Z očního kontaktu můžeme vyrozumět postoje a emoce, a také je ukázat (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Úprava zevnějšku** zahrnuje úpravu jak jednotlivého personálu, tak celkového prostředí. V tom, jak se oblékáme, líčíme, upravujeme, a jaký máme účes, se odráží naše osobnost i naše naladění. Ovlivňuje to komunikaci a první dojem. Také úprava prostředí, čekárny a ordinace je důležitá a může přispět k lepší psychické pohodě (Venglářová, Mahrová, 2006).

### 2.2.3 Evalvace a devalvace

Evalvační nebo devalvační prvky v komunikaci může použít každý z nás. Díky nim můžeme pozitivním nebo negativním způsobem ovlivnit psychiku druhého člověka a zasáhnout tak do jeho sebepojetí (sebeobrazu). Provádět to můžeme jednak způsobem, jakým s ním mluvíme, jednak neverbálními projevy, a také svými činy (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

**Devalvací** člověka ponižujeme, tj. snižujeme jeho hodnotu. Příklady devalvačních projevů:

- nadřazené a povýšené jednání,
- demonstrativní ignorace,
- jednání neosobní, studené, ryze administrativní, komisi,
- podceňování, podezírání, pomlouvání,
- opovržlivé, lhostejné chování, odbývání,
- jednat s někým „ve vzteku a zlosti“ – když nás rozzlobil někdo jiný,
- urážlivé jednání (slovní napadání a osočování),
- neuctivé chování (neprokázání zasloužené úcty a respektu),
- necitlivé až necitelné chování,
- výsměšné chování vůči ostatním.

Takové vystupování a činy je důležité brát ze strany znehodnoceného člověka (Křivohlavý, Pečenková, 2004, str. 37).



Ve zdravotnictví se takto může chovat nejenom zdravotnický personál k pacientům, ale i pacient ke zdravotnickému personálu. Příkladem nám může být stále častější agresivní chování pacientů nebo třeba nadřazené a opovržlivé chování vůči nižším zdravotnickým pracovníkům.

**Evalvací** člověka zhodnocujeme, tj. zvyšujeme jeho hodnotu. Posilujeme jeho sebevědomí a zvyšujeme jeho sebehodnocení. Příklady evalvačních projevů:

- uctivé (s respektem), taktní, laskavé jednání,
- být oporou, pomocí, povzbuzením a potěšením druhým,
- projevení důvěry,
- vyslechnutí a naslouchání ostatním,
- přátelské chování, projevení zaslouženého uznání,
- věnování pozornosti druhým,
- otevřené jednání (Křivohlavý, Pečenková, 2004, str. 39).

### 3. Komunikace s problémovými pacienty

Sestra se během výkonu svého povolání setkává s pacienty, s nimiž se jí nepracuje snadno. Všechny činnosti kolem tzv. „problémového“ pacienta jsou stresující a zabírají více času. Příčina problémovosti pacienta se vždy nemusí vztahovat pouze k jeho osobnosti, faktory mohou být i na straně sestry nebo v organizaci práce. Většinou se jedná o součinnost několika faktorů, které se vyskytují v různých interakcích (Nešpor, 2012).

Nejpodstatnější faktorem problémovosti pacientů na ambulanci je dlouhé čekání na ošetření nebo vyšetření. Dále sem patří napjaté vztahy mezi zdravotnickým personálem, nemožnost řešit konflikty a problémy, administrativní zatížení pacientů i sester, nedostatek personálu, prostorové uspořádání pracoviště a prostředí čekárny (Nešpor, 2012).

Problémově se chovají hlavně pacienti pod vlivem silných emocí, pacienti, v závažné zátěžové situaci, pacienti vyčerpaní, pacienti s poruchou osobnosti, nejvíce však pacienti intoxikovaní alkoholem nebo narkotiky (Nešpor, 2012).

#### 3.1 Komunikace s agresivním pacientem

Agresivita (z lat. *aggređi*, tj. přistoupit, přiblížit, napadat, útočit) je celkem stálá dispozice k útočnému jednání s vrozeným základem. Je ovlivnitelná prostředím a psychologickými prostředky. Zajišťuje ochrannou a adaptivní funkci. Rozvíjí a formuje osobnost člověka. Agresivnímu chování většinou předchází hněv, vztek, zlost, strach či úzkost (Vymětal, 2003).

Pokud je člověk zbaven možnosti řídit směr svého života, a je omezena jeho svoboda, což nemoc jistě způsobuje, dostává se do těžko zvladatelné frustrace, která se může projevit zlostí (Křivohlavý, 2002).

Agresivní chování pacienta může mít různé podoby: od slovního napadání a vyhrožování, přes ničení věcí až po fyzické napadání osob. Takový pacient nám dává najevo neochotu spolupracovat a představuje pro nás jisté ohrožení (Hozák, 1997).

##### 3.1.1 Projevy agresivního chování

**Verbální** – křik, nadávky, ironie, jízlivost, výčitky, výhrůžky. Takový pacient se snaží zastrašit, ukázat nadvládu a moc, donutit ostatní, splnit mu jeho přání. Často jde také o odreagování vnitřního napětí. Je nejčastější formou agresivního chování. **Poškozování**

věci slouží jako náhrada, tzv. **přenesená forma**, kdy agresor nemůže napadnout jinou osobu, neboť je to společensky nepřijatelné. Ničí tedy věci, předměty házením, kopáním, boucháním apod. Může přejít k napadení lidí. **Fyzické napadání lidí**. Fyzickým útokem jsou ohroženi všichni, kdo jsou ve styku s agresivním pacientem. **Sebepoškozování** je obrácení násilí proti sobě (Venglářová, Mahrová, 2006).

### **3.1.2 Příčiny agresivního chování**

Agresivní chování může mít různé příčiny, zpravidla jde o jejich kombinaci. Patří k nim pocity ohrožení a strachu, křivdy a nespravedlnosti, frustrace, vyčerpanost, zbytečně nepříjemné a obtěžující situace jako třeba dlouhé čekání, ponížení, zesměšnění, přehnaná citlivost, bezmoc až bezmocnost, pocit viny, intenzivní bolest, psychotická nemoc s bludy a halucinacemi, intoxikace, horečky, poruchy osobnosti (Vymětal, 2003).

### **3.1.3 Zvládání slovně útočného pacienta:**

Mezi důležité zásady patří: zachovat klid, neoplácat stejnou mincí, pacienta většinou překvapí, pokud se chováme jinak, než očekává tj. vlídně a zdvořile. Informujeme pacienta o pocitech, které v nás jeho chování vyvolává a o tom, jak na nás působí. Nechováme se autoritativně, respektujeme jeho rozčilení, neznamená to však, že s ním souhlasíme. Vše, co říká, bereme vážně. Nehodnotíme. Snažíme se vcítit do pocitů, které pacient prožívá, snažíme se pochopit, co nám chce sdělit. Pokud je to možné, snažíme se mu vyhovět, pokud to možné není, podáme klidné vysvětlení a projevíme pochopení. Zásady prevence nespokojenosti a strachu jsou dostatečné a průběžně poskytované informace o všem, co je pro pacienta důležité a umožnění spolurozhodování ve všech oblastech a v co největším rozsahu (Vymětal, 2003).

## **3.2 Komunikace s depresivním pacientem**

Deprese způsobuje mizernou náladu, zpomaluje psychiku a motoriku, kazí radost ze života. Depresivní pacient působí smutně, bez nadšení a ochoty spolupracovat, nemá zájem, vzdává se předem, cítí bezmoc a beznaděj. Špatně spolupracuje a dává nám najevo, že naše snažení stejně nemá cenu. Depresivní pacient nás může rozčilovat, protože budí dojem neochoty a nechuti se snažit, můžeme mít pocit, že se tak chová cíleně. Je zde velké riziko sebevraždy (Hozák, 1997).

Pokud se setkáme s depresivním pacientem, musíme mu dát najevo hlavně své pochopení a respekt k jeho chování. Přehnaná veselost, vyzývání k silné vůli, „pochlapečtí“ či „sebrání se“ nebo poukazování na pěkné stránky života pacientovi s depresí nepomůžou, naopak mu takové chování může přitížit (Hozák, 1997).

### **3.3 Komunikace s úzkostným pacientem**

Úzkost je jevem subjektivním. Ve větším či menším rozsahu jí prožívá každý pacient, pokud se cítí ohrožený. Úzkost nemá podnět, pacient nepozná, z čeho pramení. Může mít podobu mírného napětí, nervozity, ale i prožívání hrůzy. Mírná úzkost může být motivující, motivuje k aktivitě a řešení problémů. Se zvyšováním intenzity úzkosti dochází ke snižování rozsahu vnímání a pozornosti. Intenzita úzkosti závisí na individuálním vnímání ohrožení pacientem (Kristová, 2009).

Úzkostný pacient stojí sestru spoustu času a pozornosti. Vyžaduje opakovaně již poskytnuté informace, pochybuje, nedůvěřuje sobě ani ostatním, chová se vztahovačně, panikaří, potřebuje stále ujišťovat, že daný úkol splnil dobře. Poklesu úzkosti docílíme hlavně dostatečným množstvím poskytnutých informací (Kristová, 2009).

### **3.4 Komunikace s pedantérským pacientem**

Základními projevy pedantérie v chování pacienta jsou puntičkářství a preciznost ve všem, co pacient dělá. Takový pacient je spolehlivý a ukázněný, mluví spisovně. Každý úkol potřebuje dokonale splnit, k tomu žádá co nejpřesnější informace. Na nové prostředí si zvyká špatně, většinou je rád na pokoji sám. Potrpí si na pořádek, má zažité určité stereotypy, které by sestra neměla narušovat, hrozí pak podrážděné a zlostné projevy z jeho strany. Sestru kontroluje a sleduje při všech jejích úkonech, často potom její práci upraví (přestele postel apod.) (Kristová, 2009).

Pro lepší komunikaci by se sestra měla průběžně dotazovat, jestli je s její činností spokojený, odpovídat ochotně, ale stručně na jeho dotazy a neposkytovat nadměrné množství informací (Kristová, 2009).

### 3.5 Komunikace s histriónským pacientem

Histriónství představuje neuvědomované hraní různých rolí a napodobování ostatních. Pacient s histriónskými sklony se chová nápadně, hlasitě, suverénně. Snaží se zaujmout publikum a po očku sleduje, jaký dělá dojem. V komunikaci se snaží získat převahu, jedná autoritativním způsobem. Čím větší publikum má, tím velkolepěji se cítí (Kristová, 2009).

Sestra se může potkat s dvěma skupinami histriónských pacientů. První skupinou jsou pacienti sice manipulativní, ale v zásadě „neškodní“ a nekonfliktní, s cílem hlavně zaujmout, „zahrát“. Hrají pro jiné, ale i pro sebe. Druhou skupinu tvoří pacienti konfliktní, s cílem směřujícím k hádkám a konfliktům. V takovém případě je nejvhodnější konflikt řešit beze svědků a uvědomit si, že pokud vezmeme histriónskému pacientovi publikum, nebude mít pro koho hrát (Kristová, 2009).

### 3.6 Komunikace s emočně nestabilním pacientem

Pacient s emočně nestabilní poruchou osobnosti je psychicky nevyrovnaný, má sklony k impulzivnímu jednání, své chování neovládá. U emočně nestabilní poruchy osobnosti rozlišujeme dva typy. Pacient s **impulzivním typem** má zvýšený sklon k hněvu, zlosti a následnému agresivnímu chování. Nad důsledky svého jednání neuvažuje. Nesnáší kritiku a omezování. Je lhostejný k povinnostem, vlastní práva prosazuje bez ohledu na ostatní. Reaguje impulzivně, což je zdrojem konfliktů s ostatními lidmi. K ostatním se chová nedůvěřivě a podezřívavě (Vágnerová, 2008).

Pacient trpící **hraničním typem** je náladový, reaguje afektivně. Zlostné výbuchy u něho vyvolají i nepatrné podněty. Bývá úzkostný, depresivní a celkově záporně naladěný. Vše vidí buď „černě“, nebo „bíle“, lidé jsou pro něho „hodní nebo špatní“, většího rozlišení není schopen. Takový pacient se často nudí, impulzivním jednáním se tak snaží zbavit nepříjemných pocitů nudy. (Vágnerová, 2008).

Komunikaci s takovým pacientem je pro sestru obtížná a stresující. Sestra by se měla snažit získat pacientovu důvěru, nechat ho projevit své obavy, v klidu ho vyslechnout. Nekritizovat, zachovat si empatický přístup. Zjednodušit komunikaci, aby minimalizovala zlostné výbuchy. Omezit naléhání a přesvědčování pacienta. Respektovat jeho intimní zóny a udržovat nenucený oční kontakt (Venglářová, Mahrová, 2006).

### 3.7 Komunikace s disociálním pacientem

Pacient s disociální poruchou osobnosti je egocentrický, neschopný ovládat své jednání, chybí mu ohled k ostatním. Jeho emoční prožívání bývá labilní a nezralé. Lehce se vzruší, má blízko k afektivním výbuchům. Nesnese omezení či odklad vlastního uspokojení. Většinou má trvale mrzutou náladu, často je podrážděný. Není schopen empatie, platné normy ve společnosti neuznává. Zajímá ho jen vlastní uspokojení, okolí nutí, aby jeho potřebám vyhovělo. I na běžné podněty reaguje neadekvátně, mnohdy násilně. Pocity viny ho netrápí, musí mít vždy pravdu (Vágnerová, 2008).

Setkání s takovým pacientem je problematické a konfliktní. Nechce čekat na ošetření a chce jít hned dovnitř, zde nemá smysl, upozornit na pacienty, kteří mají větší zranění a měli by být ošetřeni přednostně, disociálního pacienta tento fakt naprosto nezajímá, je mu jedno, zda je někdo v ohrožení života. Zde musí být sestra důsledná. Důležité je stanovit hranice a dát jasně najevo, co už tolerováno nebude.

### 3.8 Komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu

V české společnosti je doposud velká tolerance k alkoholu. Je nesporná jeho sociální funkce, kdy člověk pod jeho vlivem snadněji navazuje kontakty, je uvolněný a dobře se odreguje. Proto alkohol nechybí při většině společenských akcí. Společnost ovšem očekává, že každý ví, kam sahají společenské normy a pravidla, jaké chování je žádoucí a jaké nikoliv. Člověk, který ztrácí možnost regulovat pití alkoholu a nesplňuje společenské očekávání, není svým okolím tolerován ani respektován. K ženám je v těchto případech společnost méně tolerantní než k mužům (Vágnerová, 2008).

**Akutní intoxikace alkoholem** je přechodný stav, který zpravidla trvá několik hodin. Nazývá se prostou opilostí. Nastává jednak u lidí, kteří nejsou zvyklí pít alkohol, ale svedly je k tomu okolnosti, nebo v rámci závislosti na alkoholu (Hosáková et al., 2007).

Konzumace nižší dávky vyvolává zvýšenou náladu, mnohomluvnost, veselost, smích, zpívání, zvýšenou dráždivost, sebevědomí, sníženou sebekritičnost, pokles zábran i agresivitu. Při další konzumaci dochází k útlumu CNS, který se projevuje únavou, ospalostí, poruchou koordinace pohybů, spánkem. Další konzumace může vést až ke ztrátě vědomí a úmrtí (Hosáková et al., 2007).

Ve zdravotnickém zařízení se s pacienty pod vlivem alkoholu setkáváme nejčastěji právě v ambulancích. Spolupráce s nimi je obtížná, někdy žádná. Jejich chování bývá nevyzpytatelné, může se vmžiku změnit v agresivní a představovat pro zdravotnický personál nebezpečí. Zatímco intoxikované ženy jsou spíše plačtivé a lítostivé, muži mají více sklony k agresivnímu chování, což ovšem nemusí být pravidlem.

Důležité v jednání s intoxikovanými pacienty je nekritizovat, nehodnotit, nemoralizovat, nepoučovat a nedávat najevo znechucení, chovat se klidně, rozhodně a důsledně. Poznámky typu „kolik jste toho vypil, to určitě nebyly tři piva, nevymýšlejte si“ vyvolají agresi nejen vůči autorovi narážky, ale i vůči ostatním a rozčílený intoxikovaný pacient se potom stává „neřízenou střelou“. Pokud takový pacient ohrožuje sebe nebo své okolí, a jeho stav nevyžaduje akutní léčbu, je vhodné jeho umístění na protialkoholní záchytné stanici.

### **3.9 Přístup snižující riziko agrese u problémových pacientů**

- Nezůstáváme s pacientem o samotě, musíme mít možnost přivolat pomoc, dveře by měly být blízko.
- Na pracovišti nemít zbytečné nebezpečné předměty, popřípadě je uklidit z dosahu pacienta (nůžky apod.).
- Sledujeme projevy agrese jako neklid, upřený pohled, přibližování se, slovní agrese.
- Udržujeme bezpečnou vzdálenost, abychom měli prostor uniknout.
- Hovoříme klidně, ne hlasitě, nepoužíváme prudká gesta ani pohyby.
- Pokud něco neklidnému pacientovi sdělujeme, tak jednoduchým a jasným způsobem.
- Pacienta oslovujeme jménem nebo „pane“, „paní“.
- Neutrálním hlasem můžeme pacienta varovat před následky jeho agrese.
- Vždy je lepší, když takový pacient sedí, vybídneme ho k posazení.
- Využíváme i technické a další prostředky jako poplašná zařízení a kamerové systémy.
- Přítomnost mužského personálu a dostatečného počtu personálu významně snižuje riziko agrese.

- Pokud je třeba voláme policii.
- Farmakologické ovlivnění neklidu při intoxikaci alkoholem není bezpečné.
- Po zvládnutí situace je vhodné incident zdokumentovat (Nešpor, 2012).



## 4. Zátěžové situace a jejich působení

Profese zdravotní sestry patří mezi profese náročné. Není to jen práce s lidmi, je to práce s nemocnými lidmi, a stejně jako sestra disponuje určitou osobností, tak i pacient má nějakou povahu, náladu, nějaké prožitky, představy, zájmy a problémy. Také může reagovat nejrůznějším způsobem na svoji situaci a vyvolávat nepříjemnosti a konflikty.

Vlivem rozličných zátěží dochází k nahlodání psychické stability a ke změnám v chování, prožívání i uvažování (Vágnerová, 2008).

### 4.1 Frustrace

Pokud je člověku zmařeno dosáhnout uspokojení, které očekával, lze tuto situaci označit za frustrující. Frustrace je ztracená vyhlídka na uspokojení nějaké subjektivní potřeby. Je to stav zklamání, kdy člověk přes překážky nemůže dosáhnout stanoveného cíle. Podněcuje následný proces k vyrovnání nepříznivého výsledku. Důležitou roli při jejím vzniku hraje očekávání, protože nečekám-li nic dobrého, nebudu zklamán. Z tohoto důvodu je jednou z obranných reakcí právě snížení našeho očekávání (Vágnerová, 2008).

Zkušenost s frustrací je celkem častá. Někdy může být i žádoucí změnou, kdy člověka přiměje k hledání nových řešení, vede k většímu úsilí a rozvíjí tak jeho schopnosti. Nakonečný (1995) poukazuje na rozdíl zdrojů frustrace vnějších a vnitřních. Člověka frustrují buď vnější vlivy (nečekané překážky) nebo vlivy vnitřní (vlastní zábrany). Zpracování frustrující zkušenosti a její využití záleží na emočním rozpoložení, na její srozumitelnosti a předvídatelnosti a na tom, zda je zvládnutelná (Vágnerová, 2008).

### 4.2 Konflikt

Konflikt z lat. *conflictus* znamená srážku. Význam pak můžeme odvodit jako: „někoho něčím zasáhnout“. Vlastně jde o znázornění současného nároku dvou zájemců o totéž, kteří stojí na opačných stranách, a s tím spojený boj. Konflikt tak představuje střetnutí dvou nebo více vzájemně nesourodých či proti sobě jdoucích snah, sil a tendencí (Křivohlavý, 2008).

S konflikty se člověk opakovaně setkává, patří mezi časté potíže. Většinou narušují celkový pocit spokojenosti, ale neměly by představovat důležité zátěžové faktory. Těmi

se stávají v případě, pokud dojde k jejich přílišnému nahromadění nebo je člověk jako závažně prožívá. Opakovaná frustrace nebo trvající a neovladnutý konflikt mohou za určitých podmínek působit jako stresující faktor (Vágnerová, 2008).

#### 4.2.1 Interpersonální konflikty

Konflikt mezi dvěma lidmi tvoří nejhorsí kategorii mezilidských konfliktů. V interpersonálních konfliktech se vytváří střed nejzávažnějších situací v mezilidských vztazích (Křivohlavý, 2008).

**Konflikty představ** – každý člověk má odlišné představy, nemůžeme očekávat, že někdo má stejnou představu o téže věci jako my. Proto je potřeba s konflikty představ při setkání s druhými lidmi počítat.

**Konflikty názorů** – názor je sjednocení určité představy s úsudkem. Rozdílnost v názorech je tolerována více než jiné odlišnosti.

**Konflikty postojů** – postoj- názor ovlivněný subjektivním emočním zabarvením. Vše kolem nás se nás nějakým způsobem dotýká. Ať už pozitivně nebo negativně.

**Konflikty zájmů** – příkladem konfliktu zájmů je souboj. Jde o vyhocení situace kdo z koho, trvá, dokud není rozhodnuto o vítězi. Mají na zdraví člověka největší důsledky (Křivohlavý, 2008).

Běžně se setkáváme s interpersonálními konflikty smíšenými, např. konflikt zájmů v pozadí konfliktu názorů, konflikt zájmů v pozadí konfliktu představ apod. (Křivohlavý, 2008).

#### 4.2.2 Intrapersonální konflikty

Vnitřní konflikty určité osoby. Podstatou vnitřního konfliktu je pocit vnitřního napětí. Napětí vzniká v situaci, kdy musíme volit a vyvolávají ho protichůdné emoce. Jsou konfliktní situace, které způsobí tak velké napětí, až ochromí naši normální schopnost je řešit (Křivohlavý, 2008).

#### 4.2.3 Skupinové konflikty

Konflikt skupin je závažný zvláště ve zdravotnické praxi. Nejčastější formou je konflikt dvou profesních skupin, např. lékařů a sester (Venglářová et al., 2011).

#### 4.2.4 Strategie a taktika při řešení konfliktů

Strategii řadíme k podstatným podmínkám, které usměrňují rozhodování lidí v konfliktních situacích. Jedná se o původní vojenský termín spojený s armádou, kdy význam slova strategie souvisel s uměním vést vojsko. Jde vlastně o plán nebo postup vedoucí k dosažení vytyčeného cíle, který může být různý. Cílem je např. spolupráce, výhra za každou cenu nebo třeba neutrpět tak velkou porážku. Dílčí částí strategie je pak taktika. Taktika je zručnost využít i drobné nástroje k dosažení cíle. Druhy taktických operací jsou např. sliby, přísahy, hrozba, inspekce (Křivohlavý, 2008).

**Soupeření** jako strategie má konkrétní cíl. Jedná se o boj kdo z koho. Člověk využívá všech prostředků, které k cíli vedou. Postupuje buď férovým, nebo neférovým způsobem. Na konci je vítězem či poraženým. Často jedna strana nenávidí druhou a naopak, obvyklé jsou snahy po pomstě. Při soupeření jsou stresováni všichni účastníci (Křivohlavý, 2010).

**Spolupráce** neznámá utkání, není tu vítěz ani poražený. Jedná se o součinnost. Společnými silami dosáhnout cíle. Ve vzájemném vztahu se stres nevyskytuje. Spolupráce většinou začíná rozhovorem, dochází k dohodě a stanovení pravidel (Křivohlavý, 2010).

**Odpuštění** představuje naději v údajné beznaději. Poražený si ze souboje odnáší silně negativní emocionální prožitky jako hněv, vztek, nenávisť, které ho tíží a jsou příčinou myšlenek na pomstu. Opuštění znamená zmírnění bažení po pomstě a zároveň podporuje snahu ke smířování (Křivohlavý, 2010).

### 4.3 Stres

Stres (z ang. stress – zátěž, nápor, tlak) z hlediska psychologie se jedná o stav enormní zátěže nebo hrozby. Průkopníkem v problematice stresu se stal kanadský lékař Hans Selye (1907- 1982), který definoval stres jako „*nespecifickou reakci těla na škodlivé podněty*“, zabýval se stresem z hlediska biomedicínského, publikoval na toto téma mnoho prací (Vágnerová, 2008).

Rozlišujeme dva druhy stresu:

- Eustres je stres příjemný, dodává nám sílu, způsobuje radost i přes možné zatížení.
- Distres je stres nepříjemný, účinkuje ničivě, jelikož spěje k přetížení člověka a přesahuje jeho možnosti (Venglářová et al., 2011).

Vše, co člověka zatěžuje, nazýváme **stresory**. Stresory jsou nežádoucí životní okolnosti (stresové faktory). Na člověka může mít vliv jeden nebo více stresorů. Působit krátkodobě nebo dlouhodobě. Vyvolávají pocit ohrožení, obavu, že něco proběhne, tušení, že nad sebou nemáme kontrolu. To vše působí stres. **Ministresory** jsou malé stresory, jejich záporný efekt se sčítá, a pokud nemá člověk předpoklady k jejich vyvážení, vedou k depresi. **Makrostresory** jsou hrůzostrašně vypadající, sužující a vše devastující vlivy. Překračují jistou hranici, kterou člověk nemůže zdolat (Venglářová et al., 2011).

Stresové faktory mohou být povahy fyzikální (hluk, radiace, jedy apod.), fyziologické (nedostatek pohybu, jídla, spánku apod.), psychické (např. nesplněná očekávání), sociální (konflikty apod.), traumatické (události), mohou mít také příčinu v dětství (Venglářová et al., 2011).

**Salutory** jsou na rozdíl od stresorů příznivé životní faktory. V zátěžové situaci člověka podporují, dodávají mu energii. Zahrnují vše, co člověku usnadňuje zvládnutí stresové situace např. pochvala. V nejlepším případě jsou stresory a salutory v harmonii (Venglářová et al., 2011).

#### **4.3.1 Příznaky stresu**

Seznam příznaků stresového stavu obsahuje tři druhy příznaků – fyziologické, psychologické a behaviorální (chování). Poslední skupina je nejcitlivější (obsahuje nejjemnější příznaky) a její příznaky se objevují nejdříve. Protože takovýchto seznamů vzniklo mnoho a byly v nich uváděny přerůzné údaje, došlo ve Světové zdravotnické organizaci (WHO) k dohodě o tom, co je pro stres příznačné (Křivohlavý, 2010).

##### **Příznaky stresového stavu, které se objevují v našem chování a jednání:**

Nerozhodnost, zvýšená nepozornost, změněný denní rytmus (problémy s usínáním a spaním), neustálé nářky a bédování (vidění světa v šedých až černých barvách), zvýšená snaha vyhnout se práci, změny ve vztahu k potravě (ztráta chuti k jídlu nebo naopak), úkolům a odpovědnosti, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšený příjem alkoholu, větší závislost na drogách všeho druhu, snížené množství práce a zhoršená kvalita práce.

##### **Příznaky stresového stavu, které se projevují v naší psychice:**

Prudké a výrazné změny nálady, nadměrné pocity únavy, zvýšená podrážděnost, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou tak důležité, neschopnost projevit emocionální náklonost

a sympatii, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev, nadměrné snění a omezování kontaktů s druhými lidmi.

#### **Fyziologické příznaky stresového stavu:**

Bušení srdce, zvýšené svalové napětí v oblasti páteře, bolesti a pocit svírání za hrudní kostí, úporné bolesti hlavy, nechutenství a plynatost, bolesti břicha, časté nucení na močení, ztráta chuti na sex, nepříjemné pocity v krk, výraznější změny menstruačního cyklu, bodavé, řezavé a palčivé pocity rukou a nohou, vyrážka, zhoršení zraku (Křivohlavý, 2010).

#### **4.3.2 Strategie zvládnání stresu**

Zahrnuje to, co děláme, jak se chováme, postupujeme, a pro jaké jednání se rozhodneme, když se ocitneme ve stresové situaci. Cíle mohou být rozmanité. Můžeme chtít zmenšit míru zátěže, udržet si psychickou pohodu a vyrovnanost, uchovat si kladné hodnocení sebe sama nebo je naším cílem odpočinek. Mezi metody, které lze použít patří: navrhování hledání východiska, tišení rozbouřených emocí, utkání se stresovou situací, odmítnutí těžké situace, objevování pozitivních stránek situace, hledání sociální podpory, akceptace osobní odpovědnosti za situaci, úsilí uniknout stresové situaci apod. (Křivohlavý, 2010).

#### **4.4 Trauma**

Psychické trauma je situace, která vzniká zčistajasna a má pro člověka významně negativní hodnotu. Důsledkem je jisté poškození nebo ztráta. Traumatizovaný člověk má problémy v emoční oblasti, chybí mu jistota a bezpečí, strach z budoucnosti se projevuje úzkostí, truchlení nad ztrátou důležitého smutkem. Trauma působí změny v uvažování, člověk ztrácí soudnost, kritické myšlení, působí změny i v chování jako jsou izolace nebo agrese. K traumatizaci může dojít jednorázově nebo opakovaně. U takto postiženého člověka se změněná životní situace stává stresem (Vágnerová, 2008).

#### **4.5 Krize**

Následkem nečekaného vyhrocení situace, situačního nárůstu nebo postupného nakupení dochází k porušení psychické rovnováhy a objevuje se psychická krize. Selhání

adaptačních mechanismů je pak jejím typickým příkladem. Krize informuje o přítomnosti problému, který je pro nás v tuto chvíli nezvládnutelný. Krize bývá doprovázena negativními prožitky jako úzkost, pocit nejistoty, ztráty bezpečí, vnitřní tenze, beznaděj a zoufalství. Člověk cítí ochromení a bezmoc. Může jednat neadekvátně, zkratkovitě nebo naopak utlumeně. Krize je vlastně vyhrocená stresová situace. Vzhledem k potřebě nových řešení a hledání účinnějších způsobů reagování a jednání, lze chápat význam krize i jako pozitivní, protože rozvíjí člověka (Vágnerová 2008).

## **4.6 Deprivace**

Deprivace je situace, kdy nemáme dostatečně dlouho a v dostatečné míře uspokojenou některou ze skutečných a důležitých potřeb. Je to stav strádání. Řadí se mezi nejhorší zátěžové faktory, může narušit psychický vývoj nebo aktuální psychický stav člověka. Záleží, v kterém období takto člověk strádá. Deprivace biologická znamená strádání z nedostatku spánku, tepla, potravy. Deprivace sociální pak nedostatek sociálních kontaktů. Deprivace citová vzniká na podkladě nedostatku jistoty, lásky, uznání a respektu (Vágnerová 2008).

## 5. Zvládání zátěžových situací

*„Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (Lazarus in Křivohlavý, 2002 s. 98).*

Zvládání zátěžových situací je dynamický děj, během kterého dochází k transakcím. Vzájemným interakcím člověka, který má nějaké zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření a dané situace, která vyvíjí na člověka jisté nároky a má na něho určitý vliv (Křivohlavý 2002).

Pokud se jedná o zvládání náročných životních situací, které v nás podněcují stresové napětí, zapojuje se do boje také náš osobnostní profil. V určité situaci se jeden člověk totálně hroutí, zatímco jiný ji přežde bez většího povšimnutí. Někdo je citlivý, snadno zranitelný, někdo je odolnější, flexibilní. Takovouto charakteristiku naší osobnosti vyjadřuje výraz resilience (Křivohlavý 2010).

R. S. Lazarus (1966) popsal pozitivní faktory, které pomáhají v boji se stresem takto: dobrý zdravotní stav, dostatek energie, pozitivní přístup k zvládnutí situace, znalosti a dovednosti zvládání těžkostí, schopnosti sociálního chování, sociální opora a materiální možnosti (Křivohlavý 2001).

### 5.1 Adaptace

Adaptace znamená schopnost přizpůsobení se. Jednak podmínkám prostředí, které se nemění a změnit nejdou, jednak podmínkám prostředí, které změnit jdou (Křivohlavý 2001).

Člověk má určité vrozené i naučené předpoklady k řešení nových a neznámých situací, jejich zvládnutí pak záleží na schopnosti adaptace (Venglářová et al., 2011).

**GAS** (General Adaptation Syndrome) – obecný adaptační syndrom popsal H. Selye, který zkoumal fyziologické funkce zvířat při zátěžových situacích. Zvláště se soustředil na jejich endokrinní systém. Zjistil, že bez ohledu na druh zátěže, fyziologická reakce je stále stejná. Tuto neměnnou reakci na ohrožení nazval GAS a popsal jeho tři fáze:

- **Poplachová fáze.** Nastává při střetnutí se stresem, kdy se všechny obranné mechanismy organismu dostanou do pozornosti. Zvýší se činnost nervového systému, sympatikus způsobí vyplavení adrenalinu a noradrenalinu z dřeně nadledvin.

Zrychlí se tepová frekvence, dýchání, zvýší se krevní tlak, krev se přesune do svalů končetin, organismus se připravuje na boj nebo útěk.

- **Fáze resistance-** v této fázi organismus bojuje se stresem, snaží se adaptovat na stresor. Jak obtížné bude zvládnutí boje, záleží na velikosti stresoru a na adaptačních schopnostech organismu.
- **Fáze vyčerpání-** pokud stresory působí dlouho a silně, dochází k podlehnutí organismu. Takové podlehnutí se může projevit nemocí až úmrtím (Křivohlavý, 2001).

## 5.2 Coping

Coping znamená zvládání zátěžové situace, kdy si vědomě vybereme určitou strategii. Záleží na tom, jak situaci zhodnotíme a jak odhadneme vlastní možnosti. Z čehož vychází určité zacílení na kladné změny a smíření se s nezměnitelným. Významem copingu je celkové zlepšení bilance, buď změnou situace, nebo změnou postoje, hodnocení a prožívání zátěžové situace. Pomocí této selekce lze rozlišit dva způsoby zaměření:

- Coping zaměřený **na řešení problému**. Tato strategie vychází z předpokladu, že problém je řešitelný, a že člověk může talového cíle dosáhnout. Většinou člověk, který si tuto strategii zvolí a dokáže ji zvládnout, zvládá lépe i samotnou zátěž. K této strategii patří mnohé varianty: snaha o samostatnost, hledání podpory a pomoci. Občas lze dosáhnout pouze omezeného řešení (např. se člověk zaměří pouze na okamžité zlepšení a přitom není schopen vzít v úvahu následky, jaké můžou do budoucna z jeho rozhodnutí nastat). Tímto přístupem projevuje člověk přesvědčení o nemožnosti lepšího způsobu. Nemusí jít vždy o negativní možnost.
- Coping zaměřený **na vyrovnání se s emocionálním stavem**, obnovení psychické rovnováhy a snížení záporných prožitků. Tato strategie vyplývá z předpokladu, že problém řešitelný není a proto je nutný jiný přístup, např. se s ním smířit. Východiskem je pak změna postoje, objevení vhodné interpretace a z toho plynoucího přístupu. Pokud se se situací smíříme, nemusí jít vždy o záporné řešení. K vyrovnání vede právě obětování nedosažitelného, jenom tak pak můžeme pokročit (hledat jiné uspokojení) (Vágnerová, 2008)
- Sebeznevýhodňující strategie je pak zvláštní variantou, kdy cílem je vyvarovat se nepříjemnému prožitku ze selhání dopředu vyloučenými možnostmi účelného



řešení. Jedná se o celkem častý způsob. Člověk očekává v dané situaci neúspěch, proto předem prohlašuje, že nemůže uspět. Nevynaloží tolik úsilí, tím zvyšuje šanci neuspět, zbytečně se vzdává (Mareš, 2001 in Vágnerová, 2008).

### 5.3 Obranné reakce

Obranné reakce jsou rozličné postupy vyrovnávání se zátěží. Jejich těžištěm jsou základní mechanismy útok a únik. Cílem obranných reakcí je uchování nebo znovunabytí psychické rovnováhy (Vágnerová, 2008).

**Útok** patří mezi aktivní reakce, znamená snahu bojovat s ohrožující situací. Člověk buď zaútočí přímo na původce hrozby, nebo skrz náhradní předmět. Agrese se může také projevit proti sobě, sebeobviňováním až sebevraždou. Předpoklady k agresi máme vrozené, ale dají se rozvíjet učením. Pro společnost přijatelná pozitivní forma agrese se nazývá asertivita. Při útočné strategii se zvyšuje i aktivita jedince (Vágnerová, 2008).

**Únik** je opačným způsobem řešení zátěžové situace, představuje touhu utéci ze situace, která se jeví jako nezvladatelná. Formy úniku mohou mít různou podobu, na úrovni interpretace může jít o popírání toho, že problém vůbec existuje, na úrovni přístupu k problému může jít o útěk, přehození povinnosti na někoho jiného nebo vzdání se (Vágnerová, 2008).

Mezi způsoby reagování na těžké životní situace patří také určité mechanismy, které se zpočátku mohou zdát náležité a přiměřené, po krátké době však přestanou pomáhat a místo toho, aby situaci řešily, ještě jí zhorší (Křivohlavý, 2010).

- **Popření.** Člověk nepřijímá skutečnost, která by pro něho byla nepříjemná nebo ohrožující. Co nevidí, to podle něho neexistuje.
- **Potlačení a vytěsnění** subjektivně nepřijatelných pocitů a myšlenek v okruhu vlastního vědomí.
- **Racionalizace** je rozumové vysvětlení situace, kterému člověk věří, ale které je zkreslené. Poskytuje uspokojuvounou interpretaci nějaké svízelné situace a tím zastření tíživých problémů.
- **Identifikace** znamená ztotožnění se s někým, kdo je uznávanou autoritou. Jde o snahu posílit si sebevědomí tím, že si přičítáme chtěné vlastnosti a úspěchy této osoby nebo skupiny.

- **Projekce** může znamenat svalování viny na někoho jiného nebo přičítání vlastních chyb někomu jinému.
- **Rezignace** je obranná reakce, kdy se člověk něčeho předem vzdá, aby se ušetřil zklamání, pokud toho nedosáhne. Považuje řešení za nedosažitelné. Většinou se vyskytuje při dlouhodobé zátěžové situaci (chronické onemocnění, trvalé postižení). Představuje pasivitu a bezmoc.
- **Izolace** vyjadřuje stranění se kontaktu s ostatními, jelikož je nepříjemný (Vágnerová, 2008).

K nebezpečným způsobům zvládnání zátěžových situací patří alkohol, drogy, nezřízený sex, gamblerství apod. (Křivohlavý, 2010).

## 5.4 Taktiky zvládnání zátěžových situací

Mezi důležité taktiky, které nám pomáhají zvládat zátěžové situace, patří relaxace. Pomocí relaxace uvolníme vnitřní napětí a obnovíme narušenou psychickou rovnováhu. K relaxaci **spontánní** dochází při spánku či odpočinku, kterému spánek předcházela a probíhá bez našeho úsilí. Relaxace **diferencovaná**, neboli záměrná probíhá vědomě (Křivohlavý, 2010).

### 5.4.1 Způsoby relaxace

**Procházka** v přírodě nás příjemně osvěží. Pokud se nám podaří odpoutat se od všech starostí a trápení a jenom se tak radovat z krásy kolem sebe a z čerstvého vzduchu, stačí třicet minut a cítíme se daleko lépe (Křivohlavý, 2010).

**Dýchání** můžeme vědomě ovlivnit. Nejprve prohlubujeme brániční dýchání, potom dýcháme do klíčkových oblastí a vnímáme stahování a roztahování hrudního koše. Pokud tyto tři prvky zvládneme, přecházíme na vnímání frekvence dechu. Jdeme po rovině a na dva kroky se nadechneme, na čtyři kroky vydechneme, podle terénu měníme frekvenci (Křivohlavý, 2010).

**Svalová relaxace.** Vědomě napínáme a uvolňujeme jisté skupiny svalů (ruce, nohy). Je vhodné, koncentrovat se při tom na náš vnitřní klid. Můžeme při tom myslet i na určitý výrok nebo větu. Uvolňování obličeje patří k nejjednodušším způsobům uvolnění. Dlaněmi sevřeme na pár vteřin obličej a přitom se snažíme uvolnit všechny svaly v obličeji. Pokud si do dlaní nabereme studenou vodu, celý efekt ještě zvýšíme (Křivohlavý, 2010).

**Ventilace emocí.** Z našeho trápení se můžeme vypovídat, vypsát (Křivohlavý, 2010).

**Klasická relaxační cvičení** jsou již obtížnější formou relaxace a je potřeba je trénovat. Poloha našeho těla může být rozmanitá (sedíme, ležíme apod.) oči máme zavřené. Mezi klasická relaxační cvičení patří třeba: Schultzův autogenní trénink, uvolňování různých částí těla podle profesora Reicha, Jacobsnova progresivní relaxace (Křivohlavý, 2010).

**Imaginace** jsou obrazy v našich představách. Jedná se druh fantazie, kdy si třeba představíme určitou barvu a snažíme si představit situace, kdy je určená barva v popředí (modrá obloha, moře atd.) (Křivohlavý, 2010).

**Jóga** znamená relaxaci pohybem. Během cvičení jógy se zabýváme pouze přítomností minulost a budoucnost neexistuje. Při józe jde o souhru těla, mysli a dechu. Uklidněním dechu uklidníme mysl. Základním kamenem jógy je schopnost hlubokého břišního dýchání. Pomocí dechu zlepšujeme protažení celého těla (Kelarová, Matějková, 2014).

Další možnosti relaxace jsou aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, akupunktura, relaxace pomocí barev, relaxace smíchem, návštěva sauny, víra atd. (Venglářová et al., 2011).

## 6. Specifika práce ambulantní sestry

Sestra pracující na ambulanci zajišťuje mnoho různorodých činností. Její práce se od práce sestry u lůžka liší v mnoha ohledech, základem však zůstává efektivní komunikace s pacientem. Sestra na ambulanci hlavně:

- Zprostředkovává kontakt mezi čekárnou a ordinací. Komunikuje s pacienty a jejich doprovody a následně stručně informuje lékaře o stavu čekajících pacientů. Sestra se jako první setkává s pacientem v čekárně, zjišťuje, proč přišel k lékaři, odhaduje, jak moc je jeho problém akutní, jak dlouho může čekat.
- Organizuje chod ambulance tak, aby nikdo zbytečně nečekal. Efektivní organizace práce patří k zásadním dovednostem ambulantní sestry.
- Zadává pacienty do elektronické čekárny, připravuje a zajišťuje potřebnou dokumentaci k příjmu pacienta na oddělení, zakládá zprávy do kartotéky, vystavuje žádanky na některá vyšetření.
- Asistuje lékaři při vyšetření, ošetření, převazech, pomáhá pacientovi se svlékáním i oblékáním, se zaujetím vhodné polohy k vyšetření, zajišťuje, aby měl lékař po ruce vhodné pomůcky a nezdržoval se jejich hledáním. Připravuje sterilní stolek k drobným ambulantním zákrokům a asistuje při jejich realizaci.
- Plní ordinace lékaře jako: měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, aplikace léků, mastí, objednávání vyšetření, posílání pacientů na vyšetření, nasazování ortéz, sádrování atd.
- Spolupracuje s lékaři, spolupracovníky, posádkou Zdravotnické záchranné služby, policií, řidiči dopravní služby, a ostatními úseky zdravotnického zařízení. Spolupráce s lékařem je v profesi zdravotní sestry velice důležitá, na ambulanci je klíčová. Zde sestra s lékařem tráví celou směnu v úzké spolupráci, reaguje na jeho ordinace okamžitým vykonáním. Informuje ho o stavu pacientů v čekárně, připomíná pacienty poslané na vyšetření, sleduje, zda mají vyšetření hotová atd. Pokud může lékař sestře důvěřovat a spolehnout se na ní, velice mu to usnadní práci.
- Udržuje čistotu a pořádek v ordinaci i v čekárně, doplňuje spotřebovaný materiál, pečuje o použité nástroje.

- Zjišťuje sociální poměry v rodině pacienta ve smyslu: s kým žije, zda je doma sám, kdo se o něho bude po návratu z vyšetření starat. Podle potřeby kontaktuje příbuzné, zařizuje odvoz dopravní službou atd.

Zkušená ambulantní sestra dokáže rozpoznat, jak závažný je pacientův stav, a jak rychle péči potřebuje, dokáže také odhadnout, jaký druh péče by byl pro pacienta nejlepší, má respekt lékaře, jelikož chod ordinace běží za její služby bez problémů, nejsou zbytečné prodlevy, nezdržuje lékaře ani pacienta, má dostatečné odborné znalosti a dovednosti, ovládá efektivní komunikaci, dokáže pozitivním způsobem ovlivnit náladu „nabručeného“ lékaře, poradí si i s problémovým pacientem nebo doprovodem, a tím předchází zbytečným konfliktům a stížnostem.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 7. Výzkum

Výzkum probíhal na jaře roku 2017 v Pardubickém kraji.

#### 7.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo:

1. Na základě individuálních rozhovorů zjistit, které nejčastější způsoby chování pacientů představují pro ambulantní sestry největší zátěž.
2. Popsat, jakým způsobem sestry prožívají konfliktní situace, a jak se s nimi vyrovnávají.
3. Představit strategie, které sestry při jednání s problémovými pacienty používají, a které jim pomáhají náročné situace zvládat.
4. Na základě zjištění předložit návrh jak předcházet konfliktním situacím, a jakým způsobem pomoci sestrám se zvládnutím negativních emocí.

#### 7.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti sester s chováním pacientů?
2. Jakým způsobem ovlivňuje negativní chování pacientů psychiku sester?
3. Jaké používají sestry strategie při jednání s konfliktními pacienty?
4. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem chování sestry při jeho následném ošetření?
5. Jakým způsobem se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta sestry vyrovnávají?

#### 7.3 Doplnující výzkumné otázky

1. Jaká je typologie pacientů?
2. Jaké jsou nejčastější příčiny konfliktních situací z pohledu sester?
3. Jaké specifické strategie jednání sestry používají?

4. Jaké je jejich specifické prožívání situace?
5. Jaké mají konkrétní způsoby zvládnání situace?
6. Jak dlouho se s nepříjemnou situací vyrovnávají?

## **7.4 Metodika výzkumu**

### **7.4.1 Sběr dat**

Výzkum byl proveden kvalitativní metodou. Sběr dat probíhal formou semistrukturovaného interview pomocí vlastních otázek, nahrávaného na diktafon a následně doslovně přepisovaného. Po provedení pilotního rozhovoru byly výzkumné otázky poupraveny tak, aby byly srozumitelné a vedly k cíli výzkumu.

### **7.4.2 Tvorba interview**

Otázky k rozhovoru jsou k nahlédnutí v Příloze. Uzavřené otázky jsou dvě, týkají se věku respondentek a délky praxe na pozici ambulantní sestry. Ostatní otázky vycházely z výzkumných otázek a doplňujících výzkumných otázek. Jsou otevřené, zaměřené na získání dat vedoucích k stanoveným cílům.

### **7.4.3 Zpracování dat**

Otevřeným kódováním se získaná data rozdělila do jednotlivých kategorií, zároveň byly z rozhovorů vybrány samostatné fenomény, které jsem rozdělila podle obsahu pod určité kategorie. Vybrané výroky pak popisují specifické situace. Souhrn výroků uvádím v Příloze.

### **Otevřené kódování**

Otevřené kódování patří mezi základní analytické postupy. Tvoří úsek analýzy, která se prostřednictvím důsledného sledování údajů zabývá identifikací a kategorizací pojmů. Otevřené kódování zahrnuje rozebírání údajů na jednotlivé úseky, prozkoumávání, porovnávání, vymezení konceptů a třídění informací. Pomocí porovnávání se během otevřeného kódování zjišťují rozdíly nebo příbuznosti, a kladou se otázky o úkazech, které informace reprezentují. Zároveň se zvažují a prozkoumávají naše i cizí spekulace o úkazech, a tím dochází k novým objevům (Kutnohorská, 2009).

## 7.5 Zkoumaný soubor

Soubor respondentek tvoří šest všeobecných sester, které pracují různě dlouhou dobu na chirurgické ambulanci v nemocnici. Kromě jedné respondentky všechny sestry pracovaly také na interní a neurologické ambulanci. Jejich zkušenosti s ambulantním provozem jsou tedy více než bohaté. Medián věku respondentek je 34,5 let. Podmínkou výběru pro výzkum byl: souhlas s výzkumem, věk 30- 40let, pracovní zkušenosti získané v ambulantním provozu. Se všemi respondentkami se osobně znám, s některými pracuji na stejném pracovišti. Vybrala jsem si je záměrně, jednak mě zajímal rozdíl jejich a mého pohledu na problematiku, jednak jsem očekávala upřímné a otevřené odpovědi nezatížené komunikační bariérou.

Základní údaje o respondentkách uvádím v tabulce 1.

**Tabulka č. 1: Údaje o respondentkách**

Číslo rozhovoru	Věk	Délka praxe
1	34	6 let
2	34	2 roky
3	35	3 roky
4	40	20 let
5	31	8 let
6	39	9 let

## 7.6 Výsledky

Podle vybraných kategorií z otevřeného kódování jsem sestavila tabulky, do kterých jsem zanesla odpovědi z rozhovorů. Pod každou tabulkou je vysvětlení prostřednictvím komentáře.



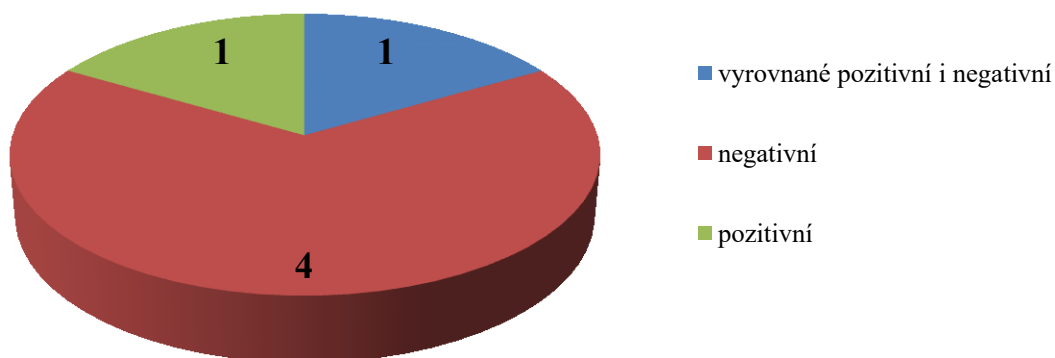
**Tabulka č. 2: Chování pacientů**

<b>Rozhovor</b>	<b>Pozitivní</b>	<b>Negativní</b>	<b>Nejhorší</b>
č. 1 34 let 6 let praxe	Vděčný Hodný Trpělivý Příjemný	Nepříjemný Hnusný Křičí Jsme pro mě služby	Fyzické napadení Slovní urážka- ponižení
č. 2 34 let 2 roky praxe	Slušní Poděkují Pochválí	Nepříjemný Neslušný Oškliví Arogantní Mají poznámky, že nic neděláme Zvyšují hlas Sprostý Zlí Kopou do dveří	Bezdůvodné stěžování Řvaní Vyhrůžování fyzickým napadením
č. 3 35 let 3 roky praxe	Vděčnost Vstřícnost Pochopení Poděkování Porozumění	Neporozumění Špatná spolupráce Slovní napadání Agrese	Vyhrůžování, že nás podřízne
č. 4 40 let 20 let praxe	Slušní Trpělivý Pokorný	Netrpělivý Nepříjemní Bezohlední Vulgární Agresivní Křičí Vyhrůžují	Záchvat zuřivosti Fyzické napadení lékaře Zdemolování ordinace
č. 5 31 let 8 let praxe	V pohodě Příjemný Milý Poděkují	Nepříjemný Jsou dotčený Naštvaný Neváží si nás Arogantní Urážky Verbální agresivita Řvou	Slovní ataky Poplívání Strčení
č. 6 39 let 9 let praxe	Vysmátý jak sluníčka Dobré	Protivný Naštvaný Arogantní Rozhazují rukama Hrubě nadávají Sprostí Agresivní	Slovní urážky, ponižování

### **Komentář:**

1. Z otevřeného kódování v kategorii **Chování pacientů** vyplývá, že někteří pacienti jsou sestrami vnímáni jako slušní, vděční, trpělivý, na druhou stranu někteří jednají arogantně, nepříjemně, často zvyšují hlas a jsou agresivní. Pouze jedna sestra uvedla více pozitivních způsobů chování pacientů. Čtyři sestry naopak popsaly více negativních způsobů chování pacientů. Jistě je to zapříčiněno i tím, že negativní situace jsou emočně více nabitě, a tak si je pamatují více. Velkou roli zde hrají emoce, a to na obou stranách u sester i pacientů. Jako nejhorší chování vidí sestry ponižování ve formě slovních urážek a napadání, což popsaly všechny sestry. Fyzické napadení zařadily mezi nejhorší chování tři sestry. Zajímavé je, že nejvíce negativních příkladů chování pacientů uvedla sestra s nejkratší praxí. Pod vlivem emocí pacienti buď trpělivě zvládají situaci, nebo naopak, napadají sestry slovně i fyzicky. Chování pacientů lze tedy rozdělit na dvě skupiny: „dobré“ a „špatné“.

**Graf č. 1: Převažující chování pacientů**



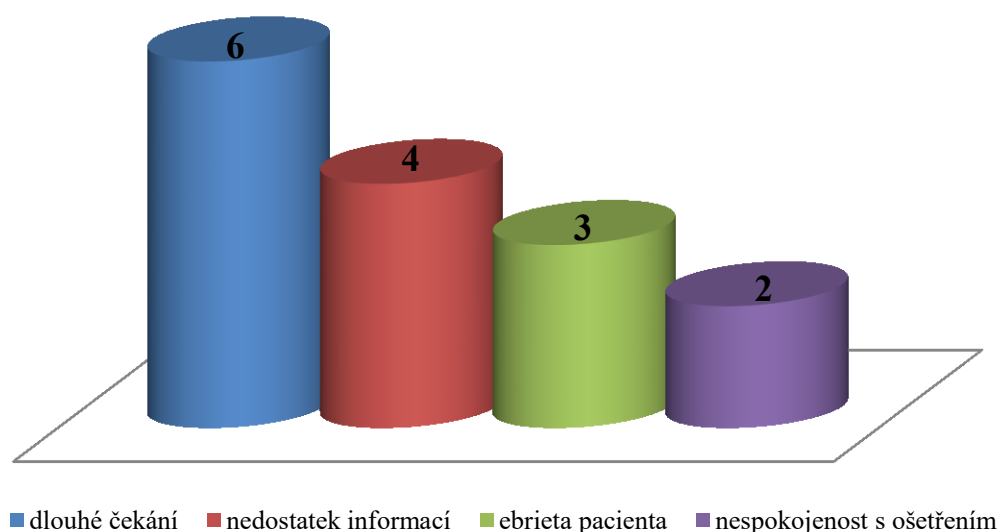
**Tabulka č. 3: Konfliktní situace**

<b>Rozhovor</b>	<b>Příčiny z pohledu sestry</b>	<b>Následné chování sestry</b>
<p>č. 1 34 let 6 let praxe</p>	<p>Dlouhé čekání Nechtějí sádru Nespokojenost s ošetřením Neznají provoz</p>	<p>Ovlivněné strachem z pacienta</p>
<p>č. 2 34 let 2 roky praxe</p>	<p>Dlouhé čekání Mám špatný hlas Vypadám nepřístupně Ebrieta pacienta</p>	<p>Snažím se chovat slušně</p>
<p>č. 3 35 let 3 roky praxe</p>	<p>Dlouhodobé čekání Negativní postoj na názor lékaře Vyžadování opakovaného ošetření Ebrieta pacienta Špatná spolupráce s Romy, bezdomovci, narkomany Posílání pacientů na záchytnou stanici</p>	<p>Slušnost Omezení komunikace na minimum Nemůže se očekávat, že bych byla milejší než on</p>
<p>č. 4 40 let 20 let praxe</p>	<p>Netrpělivost pacientů Povaha pacienta Noční služby a pohotovosti Dlouhé čekání Neznalost provozu Pacienti pod vlivem alkoholu či drog</p>	<p>Odměřenost odtažitost</p>
<p>č. 5 31 let 8 let praxe</p>	<p>Dlouhé čekání Neznalost provozu Pocit, že se na ně blbě tváříme Pocit, že má doktor blběj tón hlasu Prostě se jim nelíbíme</p>	<p>Normálně ho doošetrím Někdy se to snažím zachránit Odměřenost Méně komunikace Moc se nesnažím Méně zájmu Změním tón hlasu</p>
<p>č. 6 39 let 9 let praxe</p>	<p>Dlouhé čekání Nedostatek informací</p>	<p>Odstup</p>

### Komentář:

Jako příčina konfliktních situací se ve všech rozhovorech objevuje dlouhé čekání pacientů na ošetření. Čtyři sestry také uvedly nevědomost pacienta a neznalost provozu ambulance. Chování sestry k pacientům, se kterými proběhla konfliktní situace při jejich následném ošetření je ovlivněno strachem z dalšího incidentu, čtyři sestry si od pacienta drží odstup, komunikují s ním méně než s ostatními pacienty, snaží se nerozvíjet dále konflikt. Pacienti nespolupracující, odmítající ošetření jsou často pacienti sociálně znevýhodnění, pod vlivem alkoholu (uvedly čtyři sestry), kteří se ocitli ve zdravotnickém zařízení nedobrovolně. Stojí personál velké úsilí a spoustu času. Konfliktní situace tak vznikají nejen z podstaty působení alkoholu na jejich chování, ale také z celkového zatížení personálu. Dvě sestry uvedly, že konflikt vyvolá pacient, který je nespokojen se způsobem ošetření, o kterém měl rozdílnou představu než lékař. Své představy se tak nechce vzdát a vyvolá konfliktní situaci, aby dosáhl svého. Z otevřeného kódování také vyplývá, že konfliktní situace mohou vznikat podle toho, jak pacient sestru posuzuje, jak je mu nesympatická, což uvedly dvě sestry. Zde pak hraje roli první dojem a jiné aspekty v posuzování lidí. Překvapivě pouze jedna sestra jako možnou příčinu konfliktů uvedla povahu pacienta. Příčinou konfliktních situací je tedy nejčastěji: dlouhé čekání, nedostatek informací, špatná spolupráce pacienta.

**Graf č. 2: Příčiny konfliktních situací**



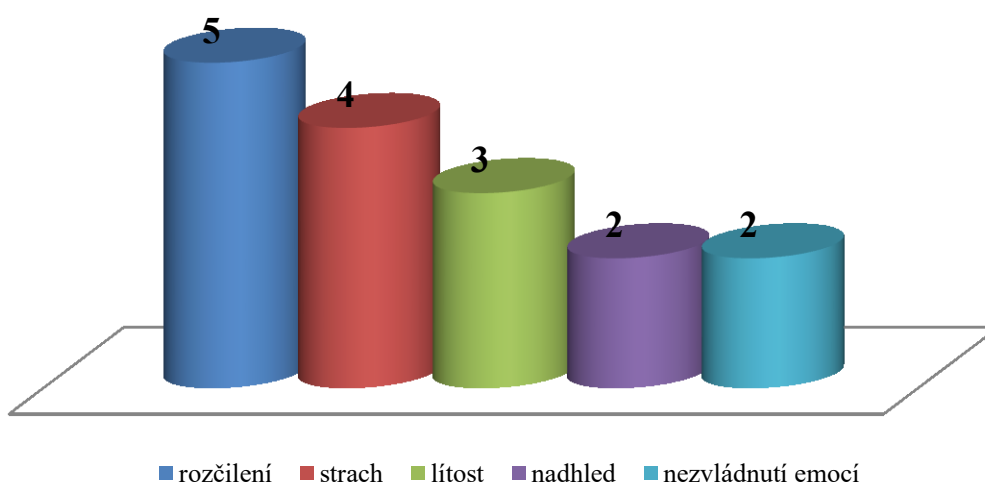
**Tabulka č. 4: Psychické reakce sestry na konflikt**

<b>Rozhovor</b>	<b>Emoční</b>	<b>Kognitivní</b>	<b>Nespecifické</b>
č. 1 34 let 6 let praxe	Jsem na nervy Strach Nejdu do práce s pozitivní náladou Občas prostě člověk vylítne	Nadhled Musím na to pořádkem myslet Co zas bude Nejsme pro pacienty rovnocenným partnerem	Celá směna zkažená Mrzí to
č. 2 34 let 2 roky praxe	Jsem naštvaná Ponížení Strach	Připadala jsem si jako kus hadru	Celá nesvá Mrzí to
č. 3 35 let 3 roky praxe	Špatná nálada Strach	Nepřipouštím si to Psychicky mě to nedeptá	Příjemný to není
č. 4 40 let 20 let praxe	Naštvaná Rozrušená Rozčilená Nervózní Vystresovaná Strach		Jsme na to zvyklé Je to nepříjemné Bylo to fakt hrozný Pocit zachránit hlavně sebe
č. 5 31 let 8 let praxe	Horší nálada Naštvaná Vytočená Byla jsem teda nasraná Není nadšení z práce	Říkám si, jestli to mám vůbec zapotřebí	Uráží to
č. 6 39 let 9 let praxe	Naštvaná Chvilku vydržím, pak už soptím Člověk vybuchne		Člověk toho má plný zuby Že by šel a někomu nabančil Kdyby člověk mohl, nejradši by je poslal...

### Komentář:

Konfliktní situace působí na psychiku sestry různým způsobem. Všechny sestry prožívají nepříjemné konfliktní situace emočním způsobem. Čtyři sestry uvedly strach. Strach prožívají hlavně ve vyhrocených situacích. Reakci, kdy neudrží kontrolu nad svými emocemi, přiznaly dvě sestry. Popravdě řečeno, jak zvládat vypjaté situace sestry nikdo neučil. Proto se občas stane, že sestra také vybuchne. Naštvaná a rozčilená se pak cítí pětice sester. Kognitivní reakci na zátěžovou situaci popsaly čtyři sestry. Jedna sestra zmínila jako způsob přístupu k situaci nadhled, vzápětí však přiznala, že na to musí stále myslet, a celou směnu má zkaženou. Z toho vyplývá, že sestra ví, že s nadhledem se situace prožívá lépe, ale je pro ni velice těžké si ho udržet. Jedna sestra tvrdila, že si chování pacientů nepřipouští a psychicky jí to nedeptá, z rozhovoru však vyplynulo, že ji vyhrocené situace zkazí náladu a někdy má dokonce strach. Což ukazuje, že se s tím sice vyrovnat snaží, špatným pocitům se ale přesto neubrání. Dvě sestry přiznaly, že je proběhlá situace mrzí. Sestru, která pracuje, jak nejlépe umí, pro pacienty dělá maximum, pak pochopitelně konfliktní situace zamrzí, je jí to líto. Dvě sestry necítí takové nadšení z práce. Sestra s nejdelší praxí uvedla, že na některé situace je již zvyklá, z rozhovoru lze vyčíst, že toto se týká hlavně slovních urážek od pacientů pod vlivem alkoholu. V psychice sestry se tedy objevuje nejčastěji: strach, rozčilení a lítost.

**Graf č. 3: Psychické reakce sestry na konflikt**



**Tabulka č. 5: Vyrovnávání se s nepříjemnou situací**

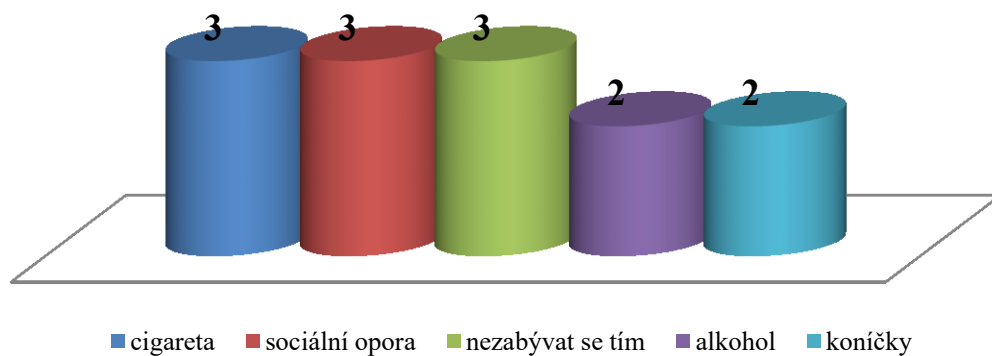
<b>Rozhovor</b>	<b>Jak dlouho</b>	<b>Kognitivní způsob</b>	<b>Behaviorální způsob</b>
č. 1 34 let 6 let praxe	Dvě, tři směny Ještě doma	Zabalím to do krabice a hodím do popelnice	
č. 2 34 let 2 roky praxe		Sama pro sebe si nadávám Nebudu si kazit zdraví	Čokoláda Něco dobrého k jídlu Víno Cigareta Povyprávím kolegyni Odpočinek s rodinou Odpočinek s pejskem
č. 3 35 let 3 roky praxe	Ještě na cestě k autu	Doma se přeladím na lepší vlnu	Pokračovat v práci Cigareta Káva
č. 4 40 let 20 let praxe	Do půl hodiny Někdy ještě doma		Koníčky Komunikace s kolegyněmi
č. 5 31 let 8 let praxe	Někdy fik, mik Do konce služby Ještě doma	Mávnu nad tím rukou Nezabývám se tím	Cigareta Káva Víno Čtu si Koukám na film
č. 6 39 let 9 let praxe			Procházka s manželem Vypovídání

**Komentář:**

Dobu, po kterou se vyrovnávají s nepříjemnou situací, popsaly čtyři sestry různě dlouhou. Někdy jsou vyrovnané během chvíle, někdy na to myslí ještě doma. Záleží na závažnosti situace. Zde se pak sestry dostávají do situací, kdy jejich profesní život zasahuje do života rodiny. Dvě sestry dobu nespécifikovaly, ale vzhledem k tomu, že jedna uvedla

způsob vyrovnávání pomocí skleničky vína, odpočinku s rodinou a pejskem a druhá sestra uvedla procházku s manželem, kterému vše povypráví, můžeme zde předpokládat, že na některé nepříjemné situace myslí ještě doma. Kognitivní způsob psychického vyrovnávání popsaly čtyři sestry. Tři z nich se snaží se situací nezabývat, nepřipouštět si ji. Jedna sestra popsala naučený způsob, kdy problém zabalí do krabice, hodí do popelnice, a tím je pryč. Vyrovnávání behaviorálním způsobem uvedly čtyři sestry. Tři sestry přiznaly méně adaptivní způsob, který neprospívá jejich zdraví, a to kouření, doma potom alkohol. Tři sestry uvedly způsob vyrovnávání pomocí komunikace s kolegyní nebo manželem. Jedná se o adaptivní způsob. Dvě sestry relaxují pomocí koníčků, což je rovněž efektivní způsob. Zajímavostí je, že stejně jako v předchozí tabulce, i zde stejné dvě sestry vůbec nevedly kognitivní způsoby vyrovnávání. Lze předpokládat, že u nich emoce vysoce převažují nad kognitivním uvažováním.

**Graf č. 4: Vyrovnávání se situací**





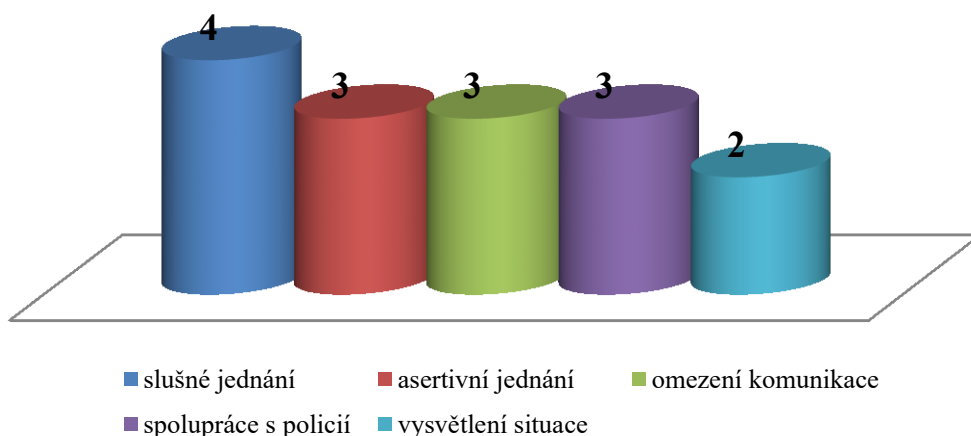
**Tabulka č. 6: Strategie jednání s pacientem, zvládání situace**

<b>Rozhovor</b>	<b>Strategie pro pacienta Intrapsychické</b>	<b>Strategie pro pacienta Interaktivní</b>	<b>Strategie proti pacientovi</b>
č. 1 34 let 6 let praxe		Snaha vysvětlit situaci Snaha být milá, asertivní Nerozvíjet konflikty	Konfrontace s lékařem Připoutání pacienta Volání policie
č. 2 34 let 2 roky praxe		Jsem slušná, hodná Nekřičím Ke každému se chovám, jak si zaslouží Na opilé nemluví neprovokuju Dám jim najevo, že tohle si ke mně nemůžou dovolovat	
č. 3 35 let 3 roky praxe	Musí se k tomu člověk postavit čelem Trpělivost Nadhled Nejsem služka ani podržtaška	Důslednost, stručnost, Slušnost Žádné dlouhé rozhovory Spolupráce s lékařem Spolupráce s rodinou Zásadně mu nejdu naproti	Omezení slovního kontaktu na minimum Ohrazení se Plním pouze nařízení lékaře Spolupráce s policií Posílání pacientů na záchytnou stanici
č. 4 40 let 20 let praxe	V klidu Útěk z ordinace	Po dobrém Uklidňovat pacienta Ujistit ho, že se nic neděje Zeptala jsem se ho, proč se tak chová	Žádání omluvy Zavolání zřízence Zavolání policie Spoutání pacienta Zavření pacienta v ordinaci
č. 5 31 let 8 let praxe		Snažím se to zachránit Zavtipkovat Být milá a vstřícná	Odměrenost Méně komunikace Řekla jsem mu, že si nepřeju, aby se na mě díval
č. 6 39 let 9 let praxe	Počítám do padesáti	Snaha vysvětlit situaci Spolupráce s lékařem	Odstup

## Komentář:

V kategorii **Strategie jednání s pacientem** z otevřeného kódování vychází, že jednání s konfliktním pacientem všechny sestry zvládají hlavně interaktivním způsobem. Dvě sestry se snaží pacientovi vysvětlit situaci, čtyři sestry upřednostňují snahu vyjít s pacientem po dobrém a jednat s ním slušně. Ve třech případech sestry volí odstup a omezení komunikace. Souvisí to se strategií nerozvíjet konflikty. Tři sestry se pokouší uplatnit asertivní chování. Dvě sestry uvedly jako důležitou spolupráci s lékařem, tři potom spolupráci s policií. Pouze jedna sestra uvedla snahu o záchranu situace humorem, z čehož vyplývá, že sestry nemají chuť využít všech možností jak situaci změnit, chybí jim motivace. Proč by se snažily, když se stejně zase objeví někdo, kdo na ně bude křičet. Jednání sester je tedy ovlivněno jednak emocemi, které nemají čas nějak zpracovat, jednak únavou, kdy nemají sílu ani energii myslet kreativním způsobem. Intrapsychické způsoby zvládnání konfliktních situací uvedly tři sestry. Jedna sestra si radši napočítá do padesáti, aby se uklidnila a nereagovala unáhleně. Útěk před pacientem popsala jedna sestra. Někdy je pro sestru útěk jedinou možnou strategií. V situacích, kdy pacient sestru ohrožuje, jsou strategie celkem jasně dané, zavolá se pomoc zřízence, pokud nestačí, volá se policie, která pacienta spoutá. K typickým strategiím jednání sester s konfliktními pacienty tedy patří slušnost, omezení komunikace a spolupráce s policií.

**Graf č. 5: Strategie jednání s pacientem**



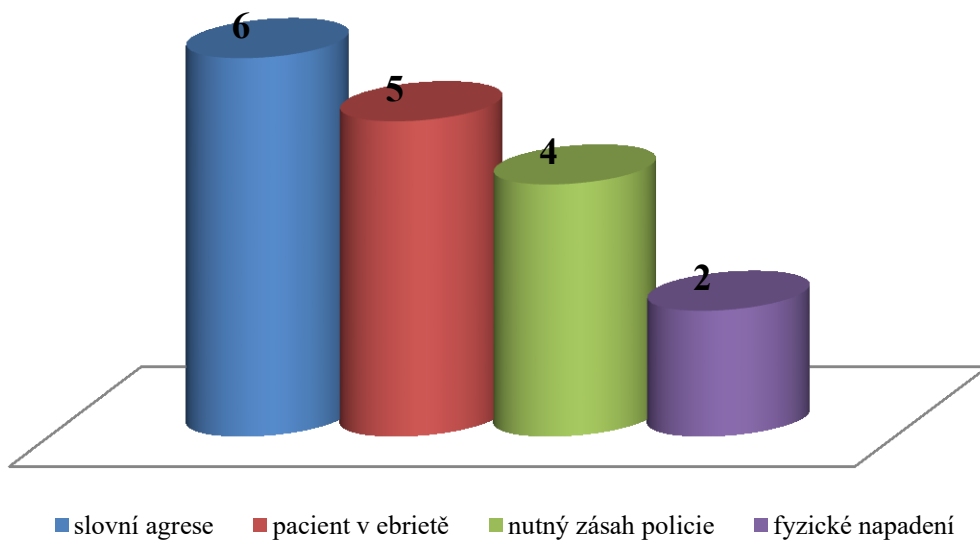
**Tabulka č. 7: Agresivní pacient**

<b>Rozhovor</b>	<b>Jaký pacient je agresivní</b>	<b>Mírné formy</b>	<b>Tvrďší formy</b>
č. 1 34 let 6 let praxe	V ebrietě	Křik Nechce ošetřit	Pacient se musí připoutat Musí zasahovat vícero kolegů Musí zasahovat policie Fyzické napadení
č. 2 34 let 2 roky praxe	Ti, co dlouho čekají Ti, co nechtějí čekat Rom	Křik	Kopání do dveří Vyhrožování fyzickým napadením
č. 3 35 let 3 roky praxe	V ebrietě Bezdomovec	Neporozumění Slovní napadení	Vyhrožování fyzickým napadením Pokousání lékaře Musí zasahovat policie
č. 4 40 let 20 let praxe	Pod vlivem alkoholu, drog	Křik Vulgarity Nechce ošetřit	Vyhrožování Záchvat zuřivosti Fyzické napadení lékaře Zavolání zřízence Spoutání pacienta Zdemolování ordinace Zasahování policie
č. 5 31 let 8 let praxe	V ebrietě Pod vlivem návykové látky Rom	Slovní napadení Křik	Poplívání Fyzické napadení -strčení
č. 6 39 let 9 let praxe	V ebrietě	Vulgarity Rozhazování rukama Slovní napadení	Zasahování policie

### Komentář:

Otevřené kódování kategorie **Agresivní pacient** nám ukazuje, že největší zkušenosti s agresivitou mají sestry u pacientů pod vlivem alkoholu nebo drog. Ebrietu uvedlo pět sester, drogy dvě sestry. Že byl agresivní pacient rom, popsaly dvě sestry. Verbální agrese je nejčastější formou agresivního chování pacientů, v rozhovorech ji popsaly všechny sestry. Slovní napadání, vulgarity a křik jsou nedílnou součástí ošetření takového pacienta, které je náročné pro všechny zúčastněné. Vyhrožování fyzickým násilím uvedly tři sestry. Situace, kdy je pacient agresivní, jelikož nechce ošetřit, popsaly dvě sestry. Po zkušenostech, co takový pacient dokáže, si sestry standardně volají na pomoc policii, což sdělily čtyři sestry. Přesto někdy dojde k fyzickému napadení personálu, jak popsaly tři sestry. Stejně jako konflikt, i agresivní chování je někdy obranou pacienta. Podle sester tedy s agresivním pacientem úzce souvisí: slovní agrese, vliv alkoholu, spolupráce s policií a fyzické napadení.

Graf č. 6: Agresivní pacient



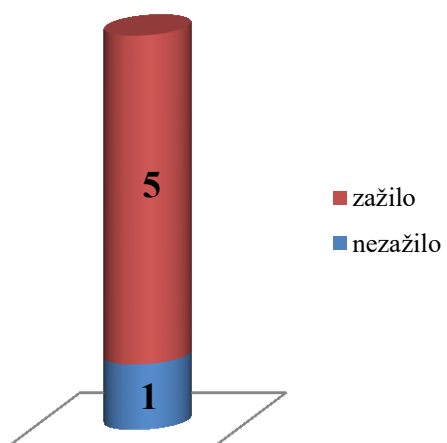
**Tabulka č. 8: Sexuální obtěžování**

<b>Rozhovor</b>	<b>Sexuální narážky</b>	<b>Ostatní</b>
č. 1 34 let, 6 let praxe	Ano – v ebrietě	
č. 2 34 let, 2 roky praxe	Ano – v ebrietě	Chtěli se mě dotýkat, vytahovali přirození z kalhot
č. 3 35 let, 3 roky praxe	Ano – v ebrietě	
č. 4 40 let, 20 let praxe	Ano - v ebrietě	Vyžadování sexuálních praktik
č. 5 31 let, 8 let praxe	Ano - v ebrietě	
č. 6 39 let, 9 let praxe		

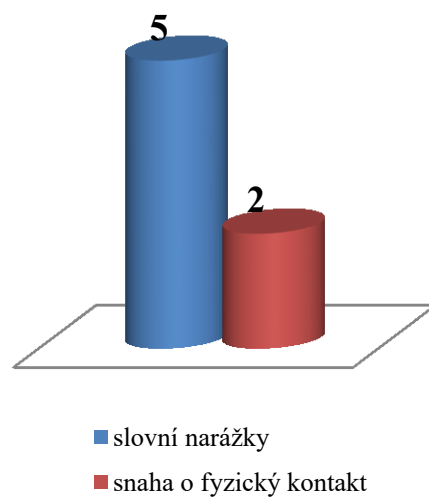
**Komentář:**

V kategorii **Sexuální obtěžování** sestry popsaly své zkušenosti. Nejběžnější forma sexuálního obtěžování, se kterou se setkalo pět sester, jsou sexuální nářky, takové „ty řeči“. Jedna sestra popsala, že se jí pacienti chtěli dotýkat a vytahovali si přirození z kalhot. Jelikož použila v rozhovoru množné číslo, nebyla to zřejmě ojedinělá situace. Jiná sestra popsala zkušenost s tím, jak po ní pacient požadoval sexuální praktiky. Pro sestry tyto situace příjemné nejsou, zvláště když takový pacient hodnotí jejich přednosti před ostatními spolupracovníky, cítí se trapně. Společným jmenovatelem těchto zkušeností je alkohol v krvi pacienta. Důvodem je fakt, že alkohol snižuje sebekritičnost, zvyšuje sebevědomí a odbourává zábrany. Pacient ve střízlivém stavu, si takové chování nedovolí. Jedna sestra se za dobu své devítileté praxe se sexuálním obtěžováním neseťkala vůbec. Sexuální obtěžování sester má tedy společné: sexuální nářky a vliv alkoholu.

**Graf č. 7: Sexuální obtěžování sester**



**Graf č. 8: Druh sexuálního obtěžování**



**Tabulka č. 9: Obrané reakce pacientů**

<b>Rozhovor</b>	<b>Příčina</b>	<b>Reakce</b>
č. 1 34 let 6 let praxe	Pacient nezná provoz, myslí, že se v ambulanci nepracuje Pacient nechce ošetřit	Křičí  Agrese
č. 2 34 let 2 roky praxe		
č. 3 35 let 3 roky praxe	Pacientka nechtěla ošetřit, nelíbila se jí pomoc lékaře	Pokousala lékaře
č. 4 40 let 20 let praxe	Pacient nezná provoz ambulance	Křičí
č. 5 31 let 8 let praxe	Pacient neví, má pocit, že ho ostatní předbíhají	Nepříjemné, naštvané chování
č. 6 39 let 9 let praxe	Pacient dlouho čeká, neví, co se děje	Konfliktní situace

**Komentář:**

Ohledně kategorie **Obrany pacientů** můžeme z otevřeného kódování vyhodnotit, že pacient, kterému se nedostává dostatečných informací, se brání vlastní nejistotě a strachu, narůstající napětí si tak může uvolnit pomocí nepříjemného chování vůči sestře. Využívá tak obranné reakce útokem. Z uvedeného vyplývá, že útokům od těchto pacientů se dá předejít dostatečným informováním. Nedostatek informací rovná se útok na sestru.

**7.6.1 Samostatné fenomény**

Výroky sester jsem rozdělila do kategorií podle obsahu. Pro lepší přehlednost má každá kategorie samostatnou tabulku, kde jsou výroky doslovně přepsány z rozhovorů. Prostřednictvím komentáře pod tabulkou jsou pak výroky souhrnně glosovány.

**Tabulka č. 10: Nedostatek respektu a úcty**

Výroky
Křičel tam na mě, že jsem úplně neschopná, úplně blbá.
S tím, že teda samozřejmě 90% lidí řekne, že se nic neděje, což teda беру jako strašný podraz vůči sestřím.
Nejsme pro ně rovnocennýma partnerama, už ani jak pro ty lidi, tak pro ty lékaře, viděj v nás prostě něco míň.
Výroky - Starší pacienti x mladší
Starší pacienti jsou hodnější než mladší, kolikrát šestnáctiletý puberták si na mě dovoluje.
Čím je pacient mladší, obvykle je agresivnější a jeho chování je bezohledné.

**Komentář:**

Tyto výroky popisují způsob, jakým si pacient nebo jeho doprovod dovolí se sestrou jednat. Slovní urážky a křik jsou pro sestry velice ponižující a řadí je k nejhoršímu chování pacientů. Pro některé návštěvníky zdravotnického zařízení není sestra dostatečnou autoritou, nemá jejich respekt a úctu, a podle toho s ní také jednají. Zvláště v ambulantní péči, kde není pacient na sestru odkázán, nepotřebuje ji tolik jako pacient na lůžku. Pacient potřebuje uvolnit napětí, a sestra je po ruce. Nemusí se vždy jednat jen o emoce spojené se strachem z vyšetření nebo nemoci, protože ambulanci navštěvují i pacienti, kteří jsou v podstatě zdraví, mají jen drobný problém, ale mají špatnou náladu, něco se jim nepodařilo, jsou v časovém presu apod. Výroky také ukazují, že pacient si troufne na sestru, na lékaře však již ne. Nechce před lékařem ani ventilovat, jaký problém se sestrou měl. Nechce si ho obrátit proti sobě, potřebuje ho. V podstatě takový pacient přistupuje k sestře jako k někomu, kdo mu pouze zprostředkuje setkání s lékařem, někdy ji může vnímat i jako překážku takového setkání. Sestra při tom pocítuje velikou nespravedlnost a zbabělost, ze strany pacientů, a mrzí ji to. Pro sestru je pak těžké najít naplnění a smysl v práci, které si pacient neváží. Domnívám se, že i takovéto chování, které si pacient může k sestře dovolit, je důvodem nedostatku zdravotních sester v nemocnicích. Výroky spojené s věkem pacientů vyjadřují zkušenosti sester s dnešní mladou generací. Spousta mladých lidí v dnešní době je zaměřena hlavně na sebe, chtějí vše, na co mají nárok a nejlépe hned. Pokud tomu tak není, chovají se arogantně a nepříjemně.



**Tabulka č. 11: Nedostatek informací**

Výroky
Posloucháme od nich poznámky, že nic neděláme, že si tam jen pijeme kafičko a podobně.
Pacienti po nás křičí, při tom vůbec neznají provoz ambulance.
Ještě pak poslouchat narážky, že máme třicet tisíc měsíčně a hovno děláme a pijem kafe a bůh ví co.

**Komentář:**

Tyto výroky souvisí s nedostatkem informací, které pacient o provozu ambulance a práci sestry vůbec má. Sedí v čekárně, čeká a nic se neděje, jen se pak objeví sestra, odmění ji ironickou poznámkou, devaluje ji a konflikt může vypuknout. Nedostatek informací je častou příčinou konfliktních situací. Na rozdíl od jiných příčin je však také dost ovlivnitelnou, a dá se tak nedorozuměním předcházet. Pacient nemá informace o provozu ambulance, protože mu je nikdo neposkytl, není to jeho chyba, je to způsob jeho obrany. Včasnou a stručnou informací o tom, jak dlouho bude asi čekat, sestry předejdou zvyšování vnitřního napětí v psychice pacienta, a tím i konfliktním situacím.

**Tabulka č. 12: Projevy sexuálního obtěžování**

Výroky
Říkal, že mám pěkný zadek, že by stálo za to si ho omakat.
Měli sexuální narážky, chtěli se mě dotýkat, vytahovali si přirození z kalhot a podobně.
Připadala jsem si jako kus hadru.
Neustále nás vyzývá k sexuálním praktikám všeho možného druhu se slovy, že sestřička přece musí pomoci, že my k tomu máme vyloženě poslání.

**Komentář:**

Jak vyplývá z otevřeného kódování, sexuální obtěžování sestry zažívají formou sexuálních narážek u pacientů pod vlivem alkoholu. Pro sestry je takové chování ponižující a nepříjemné, nicméně hlavně v bezprostřední chvíli, dlouhodobě je nijak netrápí. Patří to také k jednomu z aspektů práce sestry, v jiném zaměstnání není obvyklé, že by si někdo vytahoval přirození z kalhot, pro sestry však tyto situace nejsou ničím výjimečným. Společnost vnímá sestry různým způsobem, někteří pacienti si pletou poslání s prostitutí,

souvisí to i s vlivem filmového průmyslu. Takovým situacím se nedá moc předcházet, jelikož i pacienta pod vlivem alkoholu musí sestry ošetřit. Nejlepším způsobem reakce sestry je předstírat, že nic neslyšela. Pacient si tímto způsobem vynucuje pozornost. Z vlastní zkušenosti vím, že na tyto pacienty výborně zabírá zájem o jejich osobu. Zeptat se kde pracuje, zda je sám nebo má rodinu, co ho baví. Pod vlivem alkoholu se takový pacient rád svěřuje. Často potom přestane mít sexuální narážky a lépe spolupracuje.

**Tabulka č. 13: Projevy agresivního chování**

Výroky
Začal řvát, že kdyby byli bílí, tak tam pro ně doktor byl hned, a jestli okamžitě nepřijde, tak ať si ho neřádám, že mi rozbije hubu.
Občas je i verbálně agresivní někdo, kdo není pod nějakým vlivem
Pacient bezdomovec, který byl v ebrietě nám vyhrožoval, že nám podřízne žíly
Házet počítače po zemi, všechny dokumenty, skříňky přehazoval, snažil se rozbít okno.
Řádění bylo slyšet v celé nemocnici
Nenechal se odebrat, nenechal se ošetřit, všichni jsme byli debilové a horší slova nám říkal.
Když jsme mu chtěly zašít ránu, tak vzal ze sterilního stolku stříkačku s jehlou, a chtěl paní doktorku píchnout.

#### **Komentář:**

Zde nám výroky popisují, jak je sestra vystavená riziku napadení. O službách je lékař na telefonu, stejně tak zřízenec, sestra je první, s kým pacient mluví. Pokud má doprovod a sestra je tam sama, je v přesile a snadno si tak na sestru dovolí. Jedná se hlavně o pacienty v ebrietě a pacienty méně přizpůsobivé. Není to však pravidlem. Agresí reaguje někdo, kdo cítí ohrožení, prožívá úzkost a strach. Zatímco u pacientů pod vlivem alkoholu, náhlý agresivní výpad dopředu úplně neovlivníme, můžeme ho pouze očekávat, u ostatních pacientů si lze všimnout určitých varovných příznaků, můžeme tak agresivnímu napadení předejít. Tímto směrem lze sestram pomoci účinným školením. Z výroku, kdy pacient házel počítače po zemi, vyplývá, že jednal v afektu. V takovém případě chování pacienta nelze ovlivnit, a je lepší vyhledat bezpečí. Samozřejmě, na spoustu věcí si člověk zvykne, na strach o vlastní život ne. Sestram by po takovém zážitku jistě přišla vhod nějaká forma

podpory. Situace, kdy pacient odmítá ošetření, stojí personál čas a energii. Pokud je zároveň slovně devalvuje a uráží, je to přímo vyčerpávající.

**Tabulka č. 14: Fyzické napadení**

Výroky
Uhodil mě pěstí do obličeje, až jsem spadla, tekla mi krev z nosu, měla jsem podlitinu pod okem a ve finále jsem teda dostala odškodnění od nemocnice v celkové výši asi třístakorun.
Když se ho pacientka pokoušela pokousat při šití rány.
On hrál na nás paštiky, prostě hroznej herec, dělal tam, že vůbec nereaguje, já jsem se k němu sehla, abych ho ošetřila, tak mě poflusal.

#### **Komentáře:**

Fyzické napadení velice úzce souvisí s vlivem návykových látek. Jedná se o situace, kdy dopředu nemáme žádné varování, že k napadení dojde. Pacient často s vyšetřením nesouhlasí a brání se útokem. Tyto situace jsou pro sestry nejvíce zátěžové. Stojí je spousta času, energie, často necítí motivaci takového pacienta ošetřovat, a k tomu se přidává strach z dalšího napadení, který musí sestra překonat. Z uvedeného lze učinit závěr ve smyslu: u pacienta, který je dovezen na ošetření nedobrovolně nebo je pod vlivem návykové látky, je vždycky potenciální riziko náhlého útoku na personál. Sestra by k takovému pacientovi měla přistupovat určitým způsobem.

Potřebou popsat, jaké vyústění měla situace, kdy dostala od pacienta ránu pěstí, vyjadřuje sestra zklamání nad tím, jaké zastání a podporu cítí od vedení nemocnice. Jakou má vlastně cenu. Potřeba uznání, že i přes takové traumatické zkušenosti, stále vykonává svědomitě svoji práci, je pak neuspokojená, sestra se může cítit frustrovaná, postrádat smysl svého snažení a rezignovat. Myslím si, že zde by měla dobře zafungovat nadřízená v podobě staniční nebo vrchní sestry, projevit zájem o to, jaké pocity sestra prožívá a projevit podporu, už třeba jenom tím, že sestru nechá, aby jí celou situaci vyprávěla.

**Tabulka č. 15: Zneužívání pohotovosti**

Výroky
Pacienti, kteří zaplatí pohotovostní poplatek, nechtějí čekat už vůbec, myslí si, že zaplatili a půjdou hned dovnitř.
Spousta pacientů si zavolá RZP místo taxi a nechají se dovézt s banalitou.

**Komentář:**

Spousta pacientů dnes zneužívá pohotovosti, aby nemuseli dlouho čekat. V normální pracovní dobu, kdy se neplatí je čekárna plná lidí, a na ošetření se čeká průměrně hodinu. Pacient si tak myslí, že se čekání vyhne. Když potom zjistí, že i přes zaplacení, čekat bude, chová se nezdědka nepříjemně až agresivně. Souvisí to také s tím, že pacient přišel s určitou představou, která se od reality podstatně liší. Další situace, kdy se sestra musí ovládat, aby zachovala profesionální přístup, je situace, kdy se pacient nechá přivést záchranou službou nejlépe pozdě v noci s banálním problémem. Tyto situace vnímá zdravotnický personál jako zneužití pohotovostní služby. Mohou zde vznikat i napjaté situace mezi personálem a posádkou Zdravotnické záchranné služby, která pacienta dovezla. Poplatek za pohotovostní službu není tak vysoký, aby si ho kdokoliv nemohl dovolit. Nabízí se otázka, zda by zvýšení poplatku před zneužíváním pohotovosti pomohlo.

**Tabulka č. 16: Reakce pacienta na asertivní jednání sestry**

Výrok
Pacient samozřejmě souhlasil s tím, že se omluví, a ještě se omluvil během toho ošetření asi pětkrát, myslím, že příště si takové chování opravdu rozmyslí.

**Komentář:**

Uvedeným výrokiem sestra potvrzuje, že pokud zvolí asertivní chování, pacient změní přístup. V tomto případě požadovala po pacientovi omluvu, což také učinil, a ještě ho svým způsobem nasměrovala k tomu, jak se příště nemá k sestram chovat. Je vidět, že z popsaného úspěchu své strategie má sestra radost a věřím, že následné ošetření pacienta již bylo příjemné. Nejde o to, ukázat pacientovi převahu, jde jen o to, aby i on pochopil, že sestry nejsou boxovací pytel, a choval se k nim slušně.

**Tabulka č. 17: Potlačování emocí**

Výroky
Musím být milá, i když vím, že prostě ten člověk si to vůbec nezaslouží.
Snažím se chovat slušně, ale v duchu si říkám, že kdybych ho neviděla, bylo by to lepší.
Když jsou agresivní, sprostý, tak kdyby člověk mohl, tak by je nejradši poslal...
Když se jich seběhne víc, tak člověk toho má plný zuby, že by šel a někomu nabančil.

**Komentář:**

Z uvedených výroků vyplývá, že na sestry je vyvíjený po celou směnu velký tlak, aby udržely profesionální přístup, což znamená, že veškeré emoce musí potlačovat. Potlačování emocí je velmi stresující a může vést až ke zdravotním problémům samotných sester. Pokud uvolnění emocí není možné, negativní emoce pak ovlivňují chování a jednání sestry, z čehož mohou plynout další konfliktní situace. Ze strany sestry pak hrozí neprofesionální reakce.

**Tabulka č. 18: Neprofesionální reakce**

Výroky
Občas prostě člověk vylítne.
Když se člověk snaží být jako profesionál, ale někdy je tak vytočený, že změní tón hlasu.
A když už to nejde, tak pak člověk většinou vybuchne.
Člověk chvíli vydrží a pak už soptí taky.

**Komentář:**

Sestra tímto výrokem přiznává, že si uvědomuje, že nejedná v daném momentu profesionálně. Vzhledem k zátěži, o které byla řeč před chvílí, je však toto náhlé uvolnění emocí pochopitelné. Nabízí se otázka, kde by mohly sestry svoje emoce ventilovat, aby nadměrný tlak, pod kterým po celou směnu jsou, mohly adaptivněji zvládnout? Kde a kým by mohly být vedeny k učení se práci s emocemi vůbec? Jsou situace, kdy si sestra rozčilení uvědomuje, nemůže se však ubránit, aby na sobě nedala nic znát. Sestra není stroj. Vidíme, že sestra snahu udržet si profesionální přístup má, pokud však situace překročí určitou únosnou mez nebo se situace nahromadí, jedná pod vlivem emocí. Je to pochopitelné.

**Tabulka č. 19: Negativní vliv na psychiku sestry**

Výroky
Co zas bude, kdo zas přijde další.
Takto mě ta práce vůbec nebaví, protože slušných pacientů je již málo.
Proč tu práci vůbec dělám, jestli to mám zapotřebí tam nechat na sebe někoho řvát, když těm lidem chci pomoc.
Těch pacientů je hodně, nejsou úplně příjemný, tak už člověk taky se mu tolik nechce a není z té práce už tak nadšený.
Měla jsem opravdu strach, že mě přítomný fyzicky napadne a rozbije celou ordinaci.
Když je tady tma, nesvítili lampy a vy víte, že ten člověk někde může čekat.
Člověk tam nejde s pozitivní náladou do té práce, ale spíš s tím očekáváním, co z koho zase vzejde, a co bude zase za problém.

**Komentář:**

Sestry odcházejí ze zdravotnictví neustále, zde je popsán další z důvodů. Těžko může sestra cítit uspokojení z odvedené práce, která je fyzicky i psychicky velice náročná, když ji k tomu někdo nadává, nebo jí vyhrožuje. Zde je patrné dilema každé sestry, kterou práce samotná baví a naplňuje, ale v situacích, kdy na ni někdo křičí, a nechová se k ní pěkně, přemýšlí, zda to má smysl. Stejně tak je velice náročné zažívat pocity strachu. Strach z nepříjemných pacientů, sestře mnohdy nedovolí těšit se do práce. Výrok také naznačuje, že negativní situace jsou natolik nepříjemné, že na ně myslí i mimo pracoviště, a natolik časté, že je očekává. Což ovlivňuje posuzování pacientů ještě dříve, než se s nimi sestra setká. Z uvedeného také můžeme usuzovat na nedostatečný odpočinek a relaxaci mezi službami. Také odpočívát se musí sestry naučit. Strach souvisí s úzkostí, sestra, která prožívá strach, pracuje pod napětím. Projeví se to na jejím chování a mimice, což může vést k dalším konfliktním situacím. Zvyšuje se také riziko pochybení v praktických úkonech, a může to mít negativní dopad na zdraví a psychiku sestry. Spousta lidí si myslí, že tyto situace se stávají výjimečně, není tomu tak. Každá sestra pracující na ambulanci má několik takových zkušeností. Domnívám se, že sestram pracujícím v jiném úseku se tyto situace tolik nestávají. Ambulantní sestra je psychicky zatížená i cestou z práce, strachem z agresivního pacienta.

**Tabulka č. 20: Zvládání situace**

Výroky
Příjemný to určitě není, ale člověk musí mít nadhled.
Psychicky mě to nedeptá.
U běžných nedorozumění jde o to, zvyknout si na ně, a to zvládnou třeba do půl hodinky, se z toho dostat, ale ono déle snad ani není čas se s tím vyrovnávat.
Někdy jako je s tím člověk vyrovnanejší poměrně fik- mik, to je podle nálady.
Mezi sebou si to řeknem, že to byl zase pitomec, a tím to smáznem a jedem dál.
Celkově si to nepřipouštím, z toho bych se tady musela zevoknout.
Musí se k tomu člověk postavit čelem.

**Komentář:**

Běžná nedorozumění jsou častá, sestry s nimi počítají, jsou na ně zvyklé, adaptované. Prostě patří k práci. Tuto problematiku podrobněji popisují v Tabulce č. 6. Z uvedených výroků vyplývá potřeba sociální opory, a snaha o samostatnost, což je zvládání situace zaměřené na problém. Z jiného výroku pak můžeme sledovat zvládání situace se zaměřením na vyrovnání emocí, kdy se sestra se situací smíří.

**Tabulka č. 21 – Důležitost odpočinku**

Výrok
Když se člověk úplně nevyspí, když na nás ty lidi řvou, tak pak je ta nálada jako horší.
Když mám dobrou náladu a méně služeb, tak se cítím daleko lépe, vyrovnaněji.
Když je to pak o noční, když těch pacientů je několik za sebou, tak už ta nálada pak není moc dobrá.
Když mám dobrou náladu a méně služeb, tak se cítím daleko lépe, vyrovnaněji.

**Komentář:**

Pokud je sestra odpočatá, dokáže brát i nepříjemné věci s nadhledem a nepřipouštět si je. Pokud je však unavená a konfliktní situace se nahromadí, dostává se do stresu. Odpočatá sestra rovná se psychicky vyrovnaná sestra. S dobrou náladou se i horší situace zvládají daleko lépe.

**Tabulka č. 22 – Obrana sestry**

Výrok
Ke každému se chovám, jak si zaslouží.
Nekřičte na mě, já se k vám chovám slušně, tak se ke mně taky chovejte slušně.
Určitě se nemůže očekávat, že bych byla milejší než je on, ale zásadně mu nejdu naproti, aby z toho byly problémy.
Nejsem služka ani podržtaška, abych někomu dělala nějaký ústupky.
Musela jsem za ním jít, a zeptat se ho, proč je tak nepříjemný k mé kolegyni.
Někdy se to člověk snaží zachránit, třeba zavtipkovat.
Ani jsem se teda moc nesnažila, a možná jsem mu řekla, že si nepřeju, aby vůbec se i na mě díval.
S každým jednak tak, aby prostě se to tomu pacientovi líbilo, tak to prostě nejde, při tomlectom počtu lidí prostě ne.
Tak jsme ho zavřely v ordinaci, a tu on postupně začal demolovat.

**Komentář:**

Výroky zde popisují způsoby obrany sester před negativními emocemi vůči pacientům. Asertivní chování je pro sestry velice důležité a mělo by se u sester rozvíjet a podporovat. Snahou o asertivní jednání, dává sestra najevo, že se jí chování pacienta nelíbí a žádá ho o slušnost. Jedná s ním otevřeně. Takovým způsobem si sestra může zajistit autoritu i u ostatních pacientů, kteří jsou jejímu jednání přítomni. Takové jednání ovšem souvisí se sebevědomím sestry a vylučuje ho strach. Sestra, která se bojí, se asertivně chovat nebude, netroufne si. V jednom výroku sestra popisuje zátěž v podobě velkého počtu pacientů, s kterými se během služby setkává, kdy není čas ani prostor jednat s každým individuálním způsobem, je tedy nucena jednat určitým stereotypem, chovat se k všem pacientům podobným způsobem, a nezabývat se rozdíly v osobnostech pacientů. A někdy je jedinou možnou strategií jednání s agresivním pacientem útěk.



**Tabulka č. 23 – Méně konfliktů**

Výrok
Pacienti na JIP neměli tendence něco řešit, protože jim bylo tak zle.
Kdyby bylo více lékařů, pacienti by tolik nečekali a konfliktních situací si myslím, že by nebylo tolik a bylo by víc spokojenosti ze všech stran.

**Komentář:**

Z výroků vyplývají dva poznatky. Konflikt paradoxně vyvolává spíše pacient, který potřebuje nejméně pomoci, pacient kterému opravdu není dobře, na konflikty nemá energii. Také je zde popsán podstatný rozdíl mezi prací sestry na JIP a prací sestry na ambulanci. Ambulantní sestra zažívá konfliktních situací spousty a často, sestra na JIP s pacienty tolik nepříjemných situací nezažívá, jelikož jejich zdravotní stav je horší a sestra je pro ně důležitá na cestě k uzdravení. Čekání pacientů uvádějí jako nejčastější příčinu konfliktních situací všechny sestry. Úzce to souvisí s množstvím lékařů, kteří jsou k dispozici na ambulanci. Jako řešení vidí sestra větší počet lékařů. Více lékařů ošetří více pacientů, nikdo nebude čekat dlouho, nebude vyvolávat konfliktní situace, sestra bude pracovat v psychické pohodě. Tyto argumenty jsou logické a pravdivé.

## 8. Diskuze

Na začátku výzkumného šetření jsem si stanovila čtyři cíle:

1. Na základě individuálních rozhovorů zjistit, které nejčastější způsoby chování pacientů představují pro ambulantní sestry největší zátěž.
2. Popsat, jakým způsobem sestry prožívají konfliktní situace, a jak se s nimi vyrovnávají.
3. Představit strategie, které sestry při jednání s problémovým pacientem používají, a které jim pomáhají náročné situace zvládat.
4. Na základě zjištění předložit návrh jak předcházet konfliktním situacím, a jakým způsobem pomoci sestrám se zvládnutím negativních emocí.

### 8.1 Výzkumný cíl č. 1

Na základě individuálních rozhovorů zjistit, které nejčastější způsoby chování pacientů, představují pro ambulantní sestry největší zátěž.

#### Výzkumné otázky:

Jaké jsou zkušenosti sester s chováním pacientů? Jaká je typologie pacientů navštěvujících ambulanci? Jaké jsou nejčastější příčiny konfliktních situací z pohledu sester?

Na otázku „**Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?**“ sestry odpovídaly, že zkušenosti jsou různé. Dvě sestry popsaly, že většinou se k nim chovají pacienti slušně. Tři sestry naopak odpověděly, že se k nim pacienti chovají spíše nepříjemně, arogantně, agresivně. Všechny tři však dodaly, že se najdou i pacienti slušní a vděční. Jedna sestra zmínila, že chování pacientů záleží také na tom, jak jsou ze svého zdravotního stavu vystresovaní. V odpovědích na tuto otázku se také sestry zmínily o tom, že dříve se pacienti chovali k sestrám s větší úctou a respektem. Chování starších pacientů vnímají sestry jako uctivější než chování mladší generace, která se častěji chová bezohledně a arogantně. Jak se chová dnešní mladá generace v čekárně lze popsat na situaci, kdy sestra vejde do čekárny a mladý pacient ani nezvedne hlavu jejím směrem, stále sleduje svůj mobilní telefon a přitom se sestrou komunikuje. Nejlepší je pak situace, kdy přijde

s dítětem rodič a sleduje svůj mobilní telefon stejně jako jeho dítě. Zde je potom vidět vliv výchovy.

Na otázku „**Zažíváš často konfliktní situace?**“ všechny sestry odpověděly, že ano, zažívají. Někdy se situace vyskytnou každou službu, někdy je jich za službu několik, a pak pár služeb nic, je to nárazové. Jako příčinu sestry uvedly dlouhou čekací dobu a neinformovanost pacientů. Jedna sestra také zmínila, že každý pacient má jinou povahu, někdo je více konfliktní, někdo méně. Totéž lze říci i o sestřích. Dvě sestry popsaly, že pacienti jsou konfliktní proto, že se jim nelíbí, jakým tónem hlasu s nimi sestra mluví, a jak se na ně tváří. Způsob neverbální i verbální komunikace je při setkání sestry s pacientem nesmírně důležitý. Pouze v jednom rozhovoru sestra přiznala, že příčina konfliktních situací může být i na její straně. Nemyslím si, že by si sestry neuvědomovaly, že konfliktní situaci mohou vyvolat i ony, tím jak s pacientem jednájí, spíše se domnívám, že sestry dělají, co je v jejich silách, schválně se k nikomu nepříjemně nechovají, proto je pak tato možnost hned nenapadne.

Na otázku „**Chovají se k tobě pacienti agresivně?**“ se většina odpovědí týkala pacientů pod vlivem návykové látky, nejčastěji alkoholu. Agresivita se projevuje nejčastěji formou slovních urážek, nadávek, křiku. Pacienti odmítají ošetření, i když mají viditelné zranění, snaží se ošetření bránit, tím zdržují provoz ordinace. Ve zdravotnickém zařízení se s pacienty pod vlivem alkoholu setkáváme nejčastěji právě v ambulancích. Spolupráce s nimi je obtížná, někdy žádná. Jejich chování bývá nevyzpytatelné, může se vmžiku změnit v agresivní a představovat pro zdravotnický personál nebezpečí. Zatímco intoxikované ženy jsou spíše plačtivé a lítostivé, muži mají více sklony k agresivnímu chování, což ovšem nemusí být pravidlem. Dvě sestry v rozhovoru uvedly agresivní chování i u pacientů střízlivých, kteří nechtějí čekat na ošetření, takoví pacienti pak na sestry zvyšují hlas, křičí, nadávají, mluví sprostě a k sestřím mají devalvační poznámky. V těchto situacích sestry nechtějí do čekárny ani chodit pro někoho jiného, jelikož je velice nepříjemné takové poznámky poslouchat. Když takový pacient opustí ordinaci, sestřím se uleví.

Na otázku „**Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?**“ čtyři sestry ze šesti odpověděly, že osobně ne, ale zažily útok na jiného člena zdravotnického personálu. Jedna sestra zažila ránu pěstí do obličeje, jedna strčení a poplívání. Opět je společným jmenovatelem těchto situací alkohol v krvi pacientů.

Na otázku „**Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?**“ pouze jedna sestra odpověděla, že sexuální obtěžování od pacienta nikdy nezažila. Ostatní sestry se setkaly se sexuálními narážkami u pacientů pod vlivem alkoholu. Důvodem je fakt, že alkohol snižuje sebekritičnost, zvyšuje sebevědomí a odbourává zábrany. Pokud pacient popisuje nahlas před ostatním personálem ženské přednosti sestry, je to pro danou sestru trapné, jinak z rozhovorů vyplývá, že tyto situace sestry nijak netrápí. Dvě sestry také popsaly zkušenosti s vyzíváním k sexuálním praktikám a obnažováním pacienta, tyto situace již vnímají jako nepříjemné.

Odpovědi sester na otázky týkající se sexuálního obtěžování mě celkem překvapily. Zařadila jsem tuto otázku na základě vlastních zkušeností, kdy mě třeba pacient a jeho doprovod obstoupili, zabránili mi v odchodu a navrhovali mi porno v ordinaci, snažili se mě hladit a podobně. Vzhledem k vlastním zkušenostem jsem očekávala více zážitků. Je pro mě překvapivým zjištěním, že ostatní sestry takové příhody se sexuálním obtěžováním nemají.

V otázce „**Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?**“ popsaly sestry chování pacientů, které pro ně představovalo psychickou zátěž. Jedna sestra vyprávěla traumatický zážitek, kdy pacient v afektu zdemoloval ordinaci, a kdy jediným řešením situace byl pro sestry útěk. Jiná sestra zase popsala fyzické napadení, zároveň však dodala, že nakonec nejhorší pro ni bylo ponížení v podobě urážek a křiku, které nakonec sestru trápí více než rána pěstí od pacienta pod vlivem alkoholu. Jinak je pro všechny sestry nehorší chování pacientů agresivní v podobě nadávek, křiku a vyhrožování fyzickým napadením. Sestry na ambulanci zažívají situace, které se sestřám z jiných úseků zdravotnictví tak často nestávají. Jednak jsou první, na koho pacient po příchodu do nemocnice narazí, takže pokud přišel pacient již negativně naladěný, sestra to schytá jako první. Pokud pak ošetřuje pacienta, který jí vyhrožuje fyzickým napadením, a tento pacient po ošetření odejde, bojí se sestra cestou z práce, zda na něho někde nenarazí. Já sama jsem několikrát cestou z práce za zády slyšela nadávky a výhrůžky, a skutečně jsem měla strach, že mě dotyčný dožene. V těchto případech se jedná o pacienty bez domova, kteří se potloukají kolem nemocnice a jsou pod vlivem alkoholu.

## **Souhrn:**

Zkušenosti sester s chováním pacientů jsou kladné i záporné. Někteří pacienti jsou slušní, vděční, trpěliví, někteří jsou naopak nepříjemní, arogantní až agresivní. Sestry více vnímají negativní chování pacientů, což je zřejmě způsobeno větším emočním nábojem v dané situaci. Věk hraje v chování pacientů také svou roli. Starší pacienti sestry více respektují, chovají se lépe, než generace mladší. U mladších pacientů je častější bezohlednost vůči ostatním pacientům a arogantní chování vůči personálu. Sestra pro ně neznamená žádnou autoritu, lékař mnohdy také ne. Je však třeba dodat, že takové chování nemají všichni.

Konfliktní situace zažívají sestry na ambulanci často. Nejčastější příčinou je dlouhé čekání pacientů a nedostatek informací. Tyto dvě příčiny spolu velice souvisí, neboť u pacienta čekajícího v čekárně bez informace, jak dlouho ještě bude čekat, nebo proč čeká tak dlouho, vzrůstá vnitřní napětí a nejistota, pak již je ke vzniku konfliktní situace blízko. Takoví pacienti sestry opakovaně slovně atakují, zvyšují na ně hlas a mají jejich směrem devalvační poznámky. Sestry pak pracují pod tlakem, jelikož se již dopředu obávají dalšího setkání. Opustí-li pak takový pacient ordinaci, většinou se všem uleví. Chování pacienta samozřejmě souvisí i s jeho temperamentem a osobností, s jeho schopností adaptace na zátěžovou situaci, výchovou, zkušenostmi, inteligencí apod. Zajímavé je, že konflikt často vyvolá pacient, který nemá žádné vážnější onemocnění či zranění. Pacient, který se nachází ve vážném zdravotním stavu, většinou trpělivě snáší všechna vyšetření. Zaměřuje svoji energii směrem k uzdravení.

Největší zátěž pak představují pacienti pod vlivem alkoholu. Nespolupracují s personálem, často jsou slovně agresivní. Zdržují chod celé ambulance, a z jejich strany hrozí personálu fyzické napadení. Občas se v médiích probírá, jak jsou vystaveni agresivnímu chování a fyzickému napadení ze strany pacientů zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby. Zdravotnický personál na ambulancích v nemocnicích, kam tyto posádky pacienta přivezou je na tom podobně. Kolikrát začne být pacient agresivní právě až v nemocnici, když zjistí, kde je a začne se bránit ošetření. Fyzické napadení není tak časté, jako křik a nadávky, nicméně občas se stává.

Pacienti pod vlivem alkoholu mají často sexuální narážky na sestry. Vzhledem k tomu, že sestry tyto situace jako obtěžující nevnímají a nijak je netrápí, řekla bych, že o sexuální obtěžování se vyloženě nejedná. Na rozdíl od obnažování a vyžadování

sexuálních praktik, které již sestry vnímají jako nepříjemné a obtěžující. Takové chování však není tak časté.

Chování pacientů je také ovlivněno tlakem médií, a tím, jaké má dnešní společnost hodnoty.

Výzkumný cíl č. 1 byl splněn.

## 8.2 Výzkumný cíl č. 2

Popsat, jakým způsobem sestry prožívají konfliktní situace a jak se s nimi vyrovnávají.

### Výzkumné otázky:

Jakým způsobem ovlivňuje negativní chování pacientů psychiku sester? Jakým způsobem se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta sestry vyrovnávají? Jaké je jejich specifické prožívání situace? Jak dlouho se s nepříjemnou situací vyrovnávají?

Z odpovědí na otázku „**Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?**“ vyplývá, jak důležitý je odpočinek pro psychiku sestry. Čtyři sestry ze šesti odpověděly, že záleží na tom, kolik služeb mají za sebou, a kolik takových náročných situací proběhne. Pokud jsou odpočaté, jsou psychicky vyrovnanější, mají lepší náladu a jen tak něco je nerozhodí. V opačném případě jsou podrážděné, nervózní a snadněji se dostávají do stresové situace. Dvě sestry odpověděly, že nejhůře na jejich psychiku působí, když na ně pacienti křičí. Jedna sestra zmínila, že je po proběhlém konfliktu naštvaná a těžko hledá motivaci a smysl svojí práce. Dvě sestry uvedly, že si tyto situace snaží nepřipouštět, aby si nekazily vlastní zdraví, popisují zde vlastně jejich způsob zvládnání situace, coping zaměřený na vyrovnání se s emocionálním stavem, kdy se smíří s tím, že tyto situace jsou součástí jejich práce. Z odpovědí také vyplývá, jak sestrám chybí účinný ventil negativních emocí.

V otázce „**Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta vyrovnáváš?**“ sestry odpověděly, že menší nesrovnalosti a nedorozumění vyřeší v práci komunikací s kolegyněmi, cigaretou, něčím dobrým k jídlu. Vypovídání se, z nepříjemných pocitů je určitým druhem relaxace, jde vlastně o ventilaci emocí, což má velice pozitivní vliv na psychiku sestry. Závažnější konflikty si sestry

odnášejí domů. Zasahuje to tak do jejich soukromého života. Jedna sestry uvedla, že jako způsob volí relaxaci procházkou, při které vše povypráví manželovi. Zde vyvstává důležitost sociální opory. Pro každého člověka i pro sestru je velice důležitou součástí zvládnání obtížných situací mít někoho, komu se může svěřit, a kdo jí projeví podporu. Dvě sestry také jako součást zvládnání negativních emocí uvedly alkohol. Společně s cigaretou je alkohol součástí neadaptivního způsobu zvládnání, který je zdraví nebezpečný. U kuřáček je pochopitelné, že si po proběhlé psychicky náročné situaci musí jít zakouřit. Jednak hraje svoji roli závislost, kdy jim dodávka nikotinu zlepši náladu a uklidní je, jednak je cigareta časově dostupná a nabízí možnost chvilkového odreagování. Někdy může uklidnit samotný rituál kouření: odchod z pracoviště (z dosahu nepříjemných pacientů), komunikace s jinými kuřáky (sociální opora), a chvilka času pro sebe. Z rozhovorů také vyplývá potřeba pojmenování konfliktního pacienta pejorativním slovem. Jde o určitý způsob ventilace negativních emocí, problémem by bylo, kdyby to pacient slyšel. I z tohoto důvodu by bylo vhodné nabídnout sestrám jinou možnost ventilace negativních emocí. Pouze jedna sestra uvedla, že k jejím způsobům vyrovnávání se se stresující situací patří koníčky.

### **Souhrn:**

Pozitivní vliv na prožívání konfliktních situací má dostatečný odpočinek sester. Ideální je potom situace, kdy je sestra odpočatá a dobře naladěná. V takových chvílích pak snáší nepříjemné situace s nadhledem a rychle se s nimi vyrovnává. Pokud však nemá dostatek odpočinku, konfliktní situace jí vyčerpávají, a prožívá je mnohem hůře. V psychice sester se pak objevuje nervozita, vztek, lítost nebo strach. Kumulace konfliktních situací psychický stav sestry ještě zhoršuje.

Vzhledem k tomu, že během pracovní doby nemá sestra možnost negativní emoce zpracovat, často se s nimi pak vyrovnává ještě doma. Některé sestry mají efektivní způsoby vyrovnávání pomocí relaxace, některé sestry emoce uklidňují pomocí alkoholu a cigaret. Z výzkumu vyplynulo, jak důležitá je pro sestry při zvládnání zátěžových situací sociální komunikace a sociální opora. Již svěřením problému druhé osobě se uleví, negativní emoce se zmírní, velikost problému se zmenší.

Výzkumný cíl č. 2 byl splněn.

### 8.3 Výzkumný cíl č. 3

Představit strategie, které sestry při jednání s problémovými pacienty používají, a které jim pomáhají náročné situace zvládat.

#### Výzkumné otázky:

Jaké používají sestry strategie při jednání s konfliktními pacienty? Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem chování sestry při jeho následném ošetření? Jaké specifické strategie jednání sestry používají? Jaké mají konkrétní způsoby zvládnání situace?

Na otázku „**Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?**“ sestry uvedly, že záleží na konkrétní situaci. Pokud se k nim pacient chová jenom nepříjemně, snaží se být slušné a vstřícné, pokud však na ně již pacient třeba křičí, ovlivní jejich chování emoce a někdy reagují neprofesionálně, což připustily tři sestry. Jedna sestra přiznala, že vzhledem k provozu a počtu pacientů, které na ambulanci za den ošetří, nemá čas jednat s každým pacientem individuálním způsobem. Opět je zde vidět rozdíl práce sestry na ambulanci a práce sestry na lůžkovém oddělení. Již při sepisování příjmové anamnézy může sestra pracující na oddělení zjistit, jakým způsobem asi s konkrétním pacientem jednat, jakou osobnost má před sebou, zatímco sestra na ambulanci se s pacientem pouze krátkodobě setká, na delší rozhovor nemá čas. Je tak blíže k nepochopení a z toho pramenících konfliktů. Tři sestry uvedly, že se v jednání s nepříjemnými pacienty snaží uplatnit asertivní chování. Při jednání s pacienty pod vlivem alkoholu volí sestry naučený způsob jednání na základě negativních zkušeností s těmito pacienty. Omezí komunikaci na minimum a snaží se pacienta neprovokovat. Jedna sestra se snaží zmírnit potenciální agresivitu u těchto pacientů uklidňováním a ujištěním, že vše bude v pořádku. Pokud je takový pacient agresivní, často si sestry volají na pomoc policii. Spolupráce s ostatními kolegy je v jednání s konfliktními pacienty důležitá. Spolupráce s lékařem je pro sestry nezbytná, očekávají od něho, že se jich z pozice autority, kterou před pacienty ještě stále má zastane. Je to důležité i proto, že tím lékař dá najevo, že si sestry váží a pacient, který sestrou pohrdá tak může změnit přístup, nebo se nad tím alespoň zamyslet. Jedna sestra pak popsala, jak se pokouší situaci zachránit zavtipkováním. Také humor má v jednání sestry své místo. Odstraňuje zábrany, uvolňuje napětí, zlepšuje komunikaci. Ve zdravotnictví však s humorem musíme zacházet opatrně.



V otázce „**Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?**“ sestry popsaly snahu o profesionální chování, zároveň přiznaly, že mají k pacientovi odstup a jsou odměřené. Souvisí to s pocitem, že se nebudou ponižovat před někým, kdo je nerespektuje a chová se k nim nepěkně. Všechny sestry shodně uvedly, že na jejich chování k ostatním pacientům předchozí konfliktní situace nemá vliv. Myslím si, že sestry spíše chtějí, aby to na jejich chování nemělo vliv, uznávají, že ostatní pacienti za předchozí situaci nemůžou. Musím však připomenout, jak popisují své pocity, když konfliktní situace proběhne, a jaké výsledky jsem zjistila z otevřeného kódování. Pokud je sestra nucena potlačovat své negativní emoce, ovlivní to její následné chování. Pacient to pozná hlavně na neverbálních projevech, ale také jak přiznala jedna sestra v rozhovoru změnou tónu hlasu a snížením celkové komunikace. Hodnotím to i z vlastní zkušenosti, někdy je skutečně těžké zachovat si profesionální přístup a úsměv na tváři.

### **Souhrn:**

Na běžná nedorozumění a nepříjemnosti při setkání s pacienty reagují sestry profesionálním způsobem. Jsou slušné, milé a vstřícné. Zkušené sestry často rychle poznají, jestli budou s pacientem problémy. Podle toho pak reagují. Konfliktní situace nechtějí podněcovat ani rozvíjet. Pacienta chtějí v klidu ošetřit a vyprovodit. Pokud jim však pacient dává najevo nedostatek respektu, a v jeho chování se objevují různé formy ponižování, reagují sestry odměřeností a omezením komunikace.

Na ambulanci je bohužel minimální prostor k individuálnímu přístupu sester k pacientům. Pod časovým tlakem jsou sestry nuceny jednat s pacienty určitým stereotypním způsobem, což může vést k nedorozuměním a neefektivní komunikaci.

Při jednání s konfliktním pacientem se sestry snaží uplatnit asertivní způsoby. S pacienty mluví otevřeně, dají najevo, že se jim jejich chování nelíbí. Odezvy od pacientů hodnotí kladně, vidí, že tyto způsoby jednání fungují. Nemají je ale tak zažité, a v situacích, kdy převládá únava, radši zvolí odstup a odtažitost. Občas dojde i u sestry k situaci, kdy reaguje pod vlivem emocí a takzvaně jí „ujedou nervy“. Vzhledem k tlaku, který na sestry po celou dobu služby působí je to pochopitelné. Ze strany pacientů je takové chování posuzováno jako neprofesionální a často končí stížností. Sestry pak mají

pocit, že musí vydržet všechno, jelikož okolí očekává milou a usměvavou sestru za všech okolností.

Pod tíhou zkušeností s pacienty pod vlivem alkoholu mají sestry svoje naučené a odzkoušené způsoby chování. Takové pacienty neprovokují, snaží se být nenápadné, moc nemluví, aby nezvyšovaly jejich agresivitu. Pokud mají pocit, že pacient může být nebezpečný, volají si na pomoc policii. Spolupráce s policií funguje dobře.

Výzkumný cíl č. 3 byl splněn.

## **8.4 Výzkumný cíl č. 4**

Na základě zjištění předložit návrh, jak předcházet konfliktním situacím a jakým způsobem pomoci sestřám se zvládnutím negativních emocí.

V otázce „**Chtěla bys něco dodat?**“ zaznívaly názory sester, jak celkovou situaci s chováním pacientů zlepšit. Tři sestry vidí jako problém ošetřování pacientů s banalitami o pohotovostní službě. Kdy slouží pouze jeden lékař a pacientů je v čekárně hodně. Prodlužuje se čekací doba, a tím přibývá konfliktních situací. Jako řešení navrhnou zvýšit pohotovostní poplatek. Myslí si, že vyšší poplatek pacienti nebudou ochotni zaplatit, a s návštěvou ambulance počkají do rána. Jedna sestra uvedla jako řešení navýšit počet lékařů na ambulanci, což by též řešilo problém s dlouhou čekací dobou. Dvě sestry zmínily potřebu spolupráce a soudržnosti celého kolektivu. Jedna sestra vidí zlepšení situace ve větším zastání u nadřízených. O nedostatečném finančním ohodnocení sester se zmínily dvě sestry.

## **Souhrn**

Nejprve bych shrnula příčiny konfliktních situací, jaké jsem z výzkumu zjistila. Nedostatek informací, dlouhé čekání, vliv alkoholu na chování pacienta.

Problém s nedostatečnou informovaností pacientů si sestry sice uvědomují, nicméně nijak se nesnaží ho řešit. Je pravdou, že je celkem obtížné každému pacientovi vysvětlit jak funguje provoz ambulance, když v čekárně sedí třeba třicet pacientů. Také čas čekání se úplně odhadnout nedá, jelikož pacienty přiváží také Zdravotnická záchranná služba, nebo přijde pacient, který z podstaty svého zdravotního stavu potřebuje ošetření přednostně. Bylo by však vhodné a efektivní, alespoň se pokusit s pacienty průběžně

komunikovat o tom, jak to s časem jejich ošetření vypadá. Již při prvním setkání s pacientem by ho sestra měla informovat, jak situace na ambulanci vypadá, jak asi dlouho bude čekat, a že se čas čekání může ještě protáhnout. Předěje tak u pacienta zvyšování nejistoty a úzkosti. Pacient, který má průběžné informace se cítí klidnější, nemá strach, že na něho sestry zapomněly, nemusí přemýšlet, jestli se má ozvat, a také nemá potřebu na sebe upozorňovat. Sestra se tak pro něho stává rovnocenným partnerem a získává jeho respekt.

Dlouhá čekací doba pacientů je problém, který sestry velice trápí. Bohužel není pro sestry tak úplně řešitelný. Souvisí s počtem lékařů, kteří na ambulanci pracují. Lékařů je proti pacientům málo. Těžko může jeden lékař ošetřit všechny pacienty najednou. Musí se pacientům svědomitě věnovat, poskytnout jim náležitou péči, a to prostě chvíli trvá. Často se také na ambulanci zaučuje mladý lékař, jehož pracovní tempo je pomalé. Pro sestry je to opravdu stresující. Atmosféra v čekárně pomalu houstne, sestram se tam nechce chodit. Jediným východiskem pro sestry je opět efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem. Sestra by mohla pacientům vyjádřit podporu, pochopení, pro jejich prožívání situace, zeptat se, jestli nepotřebují něco, co spadá do jejich kompetencí, co by mohla pro pacienty udělat hned, a tím jim situaci ulehčit. Pacient, který cítí ze strany sestry podporu a pochopení snáší čekání lépe a nehromadí se v něm negativní pocity.

Pacientů pod vlivem alkoholu na ambulancích neustále přibývá. Dříve byly sestry zvyklé na ošetřování těchto pacientů hlavně o pátečních a sobotních nočních službách. V současné době je takové ošetření časté kdykoliv během týdne. Důvodem je jednak snadná dostupnost alkoholu, jednak účinek, který na člověka alkohol má. Spousta lidí pomocí alkoholu řeší své životní neúspěchy. Problémem nejsou pacienti, kteří si jednou za čas dají skleničku. Takoví pacienti jsou většinou v euforické náladě a jejich ošetření je zábavné, také se často opakovaně omlouvají. Problémem jsou pacienti na alkoholu závislí, kteří jsou agresivní. Takový pacient většinou končí na Protialkoholní záchytné stanici. Což vůbec není řešení. Podle mého názoru by alespoň nějakým řešením bylo, kdyby se takovým pacientům jejich incidenty pod vlivem alkoholu sčítaly a při dosažení určitého počtu by museli nastoupit protialkoholní léčbu. Jistě by to bylo pro společnost levnější, než opakované výjezdy Zdravotnické záchranné služby a opakovaná drahá vyšetření, která se k vyloučení vážných zranění musí provádět.

Aby se sestry ubránily negativním pocitům, a zvládaly náročné situace lépe, potřebují dostatek odpočinku. Vzhledem k nedostatku sester v dnešní době se bohužel často stává, že jsou sestry přetěžovány a musí odsloužit více služeb, s tím se asi nic moc neudělá, bylo by však pěkné podpořit sestry v relaxaci. Zdůraznit jak moc je důležité odpočívat, navrhnout a ukázat jim různé možnosti uvolnění a odpočinku.

Také motivace ze strany zaměstnavatele ve formě např. poukázek na masáže nebo volných vstupů do wellness center by jistě prospěla. V těchto situacích by bylo také skvělé, kdyby sestrám projevíli podporu a uznání přímí nadřízení pracovníci. Pochvala a poděkování nic nestojí a sestry motivuje správným směrem.

Ve zvládání problémových pacientů a předcházení stížností by bylo efektivní rozvíjet u sester schopnost asertivního jednání. Třeba formou periodických školení, kdy by si sestry mohly prakticky nacvičit asertivní metody.

Zaujal mě projekt, který probíhal v nemocnici U sv. Anny v Brně. Studenti zdravotnických škol se tam učili prakticky zvládat komunikaci s problémovými pacienty, které jim hráli herci z Divadla Husa na provázku. Takové projekty určitě mají smysl.

Nakonec bych ráda zmínila důležitost supervize v dnešním zdravotnictví. Vzhledem k zátěžovým situacím, které neustále narůstají, a s kterými si musí sestry nějakým způsobem poradit, mi supervize připadá jako výborná pomoc. Dovedu si představit, že se pomocí supervize podaří zlepšit podmínky v celém kolektivu, v komunikaci s pacientem, i v pochopení vlastních způsobů chování a přístupu k nemocným.

Supervize představuje setkání pracovníků se supervizorem. Zajišťuje dostatečný prostor pro sdělování zkušeností, zátěžových situací a problémů. Umožňuje ventilaci emocí, podporuje profesní růst pracovníka a pomáhá v hledání nových řešení. Vše je prováděno tak, aby byla supervize prospěšná i pro pacienta (Venglářová et al., 2011).

Výzkumný cíl č. 4 byl splněn.

## Závěr

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma týkající se zátěže, kterou pro sestry pracující v nemocničních ambulancích představuje chování pacientů. Pokusila jsem se zjistit, jak tuto problematiku vnímají mé kolegyně, jak velkou zátěž pro ně určité chování pacientů představuje, a jak se s ní vyrovnávají.

Chtěla jsem také přiblížit některá specifika práce sester v ambulancním provozu nemocnic. Tyto sestry jsou v tzv. „první linii“. Zajišťují první úsek, kam se pacient dostává při vstupu do zdravotnického zařízení. Jsou také první na ráně, pokud si pacient potřebuje ulevit, vybit své negativní pocity. Stejně jako posádka Zdravotnické záchranné služby jsou vystaveny agresivním útokům pacientů.

Rozdílem v práci sester na ambulanci a na jiném úseku zdravotnického zařízení je velký počet pacientů, s kterými se sestra na ambulanci během služby setkává. Mnohá setkání jsou na psychiku sestry velice náročná. Z velkého počtu pacientů také vyplývá potřeba efektivní organizace práce, rychlost a přesnost. Aby to sestra zvládla, musí být silnou osobností, odolnou proti velké zátěži, kterou samotná práce na ambulanci představuje. Důležitá je rovněž schopnost empatie a umění efektivní komunikace.

Často jsou ambulantní sestry vnímány pacienty jako pouhý zprostředkovatel setkání s lékařem, někdy také jako překážka takového setkání. Vysvětluji si to tím, že pacient ležící na oddělení je na sestře závislejší, více jí potřebuje. Zatímco ambulanci vedle vážně zraněných a nemocných pacientů často navštěvují i pacienti, kteří potřebují různé drobnosti hlavně od lékaře. Jejich chování vůči sestřám je pak arogantní a na hranici slušnosti. Takové setkání sestry ponižuje, je jim to líto. Těžko pak hledají motivaci k příjemnému, vstřícnému chování k pacientům, a dalšímu setrvání na této pozici.

Většina konfliktních situací mezi sestrou a pacientem vzniká na podkladě dlouhého čekání a nedostatečné informovanosti pacientů. Nejvíce zátěžových situací sestry zažívají při ošetřování pacientů pod vlivem alkoholu, kteří jsou často agresivní.

Z výzkumného šetření také vyplynulo, jak je pro sestry důležitý respekt ze strany pacientů. Přináší jim pocit uspokojení a smysluplnosti z vykonané práce. Při zvládání zátěže je podstatný dostatečný odpočinek a přítomnost sociální opory. Odpočívat a relaxovat se sestry musí naučit, potřebu sociální opory mají podle výzkumu dostatečně zajištěnou.

## Anotace

**Autor:** Jana Kusá

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

Oddělení ošetřovatelství

**Název práce:** Profesionální zátěž ambulantních sester vyplývající z chování pacientů

**Vedoucí práce:** PhDr. Marianna Štefancíková, PhD.

**Počet stran:** 114

**Počet příloh:** 8

**Rok obhajoby:** 2017

**Klíčová slova:** chování, komunikace, konfliktní situace, zvládání zátěže, asertivita, pacient pod vlivem alkoholu

Bakalářská práce pojednává o chování pacientů, které negativně působí na psychiku ambulantních sester, a představuje způsoby, kterými se sestry se zátěží vyrovnávají.

Teoretická část popisuje základní formy chování, představuje komunikaci jako důležitou součást sociální interakce mezi sestrou a pacientem. Zabývá se také stručným popisem komunikace s problémovými pacienty, a jejich nejčastějšími projevy. Na základě odborné literatury představuje jednotlivé zátěžové situace, které mohou v životě sestry i pacienta nastat a popisuje různé způsoby jejich zvládání.

Empirická část je potom zaměřená na výzkum kvalitativní metodou pomocí semistrukturovaného rozhovoru. Zpracování dat proběhlo formou otevřeného kódování. Zároveň byly z rozhovorů vybrány jednotlivé výroky sester. Sestry zde popisují, jaké mají zkušenosti s chováním pacientů, jakým způsobem některé zátěžové situace vyplývající z chování pacientů prožívají, a jak se s nimi vyrovnávají.

## Annotation

<b>Author:</b>	Jana Kusá
<b>Institution:</b>	Charles University of Prague, Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine, Department of Nursing
<b>Title:</b>	Professional strain of outpatient nurses resulting from patients' behaviour
<b>Supervisor:</b>	PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D.
<b>Number of pages:</b>	114
<b>Number of attachments:</b>	8
<b>Year of defense:</b>	2017
<b>Keywords:</b>	behaviour, communication, conflict situations, handling stress, assertiveness, patients under the influence of alcohol

This bachelor thesis deals with patients' behaviour which negatively influences the psyche of outpatient nurses and introduces some ways how the nurses cope with mental strain.

The theoretical part describes basic forms of behaviour, introduces communication as an important part of social interaction between the nurse and the patient. It also includes a brief description of communication with problem patients and their most frequent manifestations. On the basis of reference literature the author introduces particular stressful situations that can occur in the life of the nurses as well as the patients, and describes different ways of handling them.

The empirical part focuses on research by a qualitative method using a semistructured interview. Data processing was realized by the form of open coding. Individual statements of the nurses were selected from the interviews. The nurses describe their experience with patients' behaviour, how they go through some difficult situations resulting from it, and how they cope with them.

## Použitá literatura a prameny

HAYESOVÁ, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-639-1.

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-142-1.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDVZ, 1992. ISBN 80-7013-127-6.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Vyd. 3. Martin: Osveta, 2009. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-407-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.



KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. V Praze: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.

NEŠPOR, Karel. *Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Galén, 1999. Folia practica. ISBN 80-7262-002-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-262-9.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.

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

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

#### **Články v periodických publikacích:**

NEŠPOR, K. *Takzvaně problémový pacient*. Praktický lékař. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 0032-6739. 2012. roč. 92, č. 7, s. 404-406.

## **Seznam grafů**

Graf č. 1 – Převažující chování pacientů - str. 50

Graf č. 2 – Příčiny konfliktních situací - str. 52

Graf č. 3 – Psychické reakce sestry na konflikt - str. 54

Graf č. 4 – Vyrovnávání se situací - str. 56

Graf č. 5 – Strategie jednání s pacientem - str. 58

Graf č. 6 – Agresivní pacient - str. 60

Graf č. 7 – Sexuální obtěžování sester - str. 62

Graf č. 8 – Druh sexuálního obtěžování - str. 63

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 - Údaje o respondentkách - str. 48

Tabulka č. 2 - Chování pacientů - str. 49

Tabulka č. 3 - Konfliktní situace - str. 51

Tabulka č. 4 - Psychické reakce sestry na konflikt - str. 53

Tabulka č. 5 - Vyrovnávání se s nepříjemnou situací - str. 55

Tabulka č. 6 - Strategie jednání s pacientem, zvládnání situace - str. 57

Tabulka č. 7 - Agresivní pacient - str. 59

Tabulka č. 8 - Sexuální obtěžování - str. 61

Tabulka č. 9 - Obranné reakce pacientů - str. 63

Tabulka č. 10 - Nedostatek respektu a úcty - str. 64

Tabulka č. 11 - Nedostatek informací- str. 65

- Tabulka č. 12 - Projevy sexuálního obtěžování - str. 65
- Tabulka č. 13 - Projevy agresivního chování - str. 66
- Tabulka č. 14 - Fyzické napadení - str. 67
- Tabulka č. 15 - Zneužívání pohotovosti - str. 68
- Tabulka č. 16 - Reakce pacienta na asertivní jednání sestry - str. 68
- Tabulka č. 17 - Potlačování emocí - str. 69
- Tabulka č. 18 - Neprofesionální reakce - str. 69
- Tabulka č. 19 - Negativní vliv na psychiku sestry - str. 70
- Tabulka č. 20 - Zvládání situace - str. 71
- Tabulka č. 21 - Důležitost odpočinku - str. 71
- Tabulka č. 22 - Obrana sestry - str. 72
- Tabulka č. 23 - Méně konfliktů - str. 73

## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1 - rozhovor č. 1 - str. 92
- Příloha č. 2 - rozhovor č. 2 - str. 95
- Příloha č. 3 - rozhovor č. 3 - str. 97
- Příloha č. 4 - rozhovor č. 4 - str. 100
- Příloha č. 5 - rozhovor č. 5 - str. 103
- Příloha č. 6 - rozhovor č. 6 - str. 106
- Příloha č. 7 - výroky- fenomény - str. 109
- Příloha č. 8 - otázky k rozhovoru, doplňující otázky k rozhovoru - str. 113

# Přílohy

## Příloha 1 - rozhovor č. 1

**1. Kolik je ti let?** 34 let.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** Jako ambulantní sestra pracuju asi 6 let.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** Za těch 6 let v ambulantním provozu to je teda silně různorodé, máme tam pacienty, kteří jsou vděční, jsou hodný, poděkují, ale řadu pacientů, kteří teda po nás né křičí, ale jsou na nás teda silně nepříjemný, s tím, že mi jako ten prvopočátek, s kým se setkají, mě přijde, že to všechno odnese. Už, když tam čekaj dýl, jak dvacet minut, vyjdu jenom do čekárny, už tam po nás křičej, s tím, že pak přijdou k doktorovi, a už je to: „Dobrý den, pane doktore...“ a jemu už neřeknou ani slovo. Nejhorší, s čím se setkávám, je, že pacienti nevidí, že nám tam zezadu najíždějí záchranky, že to tam všechno ošetřujeme, že tam máme plno v té ambulanci, a ty lidi to nevědí a pak na nás křičej, protože si myslěj, že tam nic neděláme. Samozřejmě, že tam jsou i lidi, který jsou teda hodný, trpěliví, my se jim to snažíme vysvětlovat, ale řekla bych, že tak padesát procent lidí todleto nikdy nepochopí.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** Já bych řekla, že téměř každou směnu minimálně jednu. Ať už je to ohledně toho, že lidi čekaj, nebo jsou nespokojení s ošetřením, třeba se přijdou nechat ošetřit, doktor jim řekne, že dostanou sádru a již to je konflikt, že ji nechtějí, když se jim snažíme vysvětlit, proč tedy chodili, tak už nám vysvětlujou, že prostě jen tak pro jistotu, ale ať vymyslíme jiný způsob, že prostě to ne a ne, a to můžu dál a dál hovořit o tom, že prostě s těma lidma ty konflikty jsou neustále.

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?** No, jak kdy, někdy to člověk vezme s nadhledem, usměje se tomu, někdy mě to prostě nesedne a jsem z toho trošku taková na nervy. Hlavně, když tam na mě někdo křičí v čekárně, kde je ještě dalších dvacet lidí okolo, a já to tam musím řešit a hlavně být asertivní a milá, i když vím, že prostě ten člověk si to vůbec nezaslouží. Tak to mě teda docela občas drtí no, v tý hlavě.

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** No, tak hlavně se snažím teda o tu asertivitu, ono se to teda občas, občas se to nezadaří, občas prostě člověk vylítne,

co si budeme povídat, hlavně, když tam po mě někdo křičí, oni ty pacienti s nima jednat, to prostě při provozu, kdy za celý den tam máme cca padesát až sedmdesát lidí, a s každým jednat tak, aby prostě se to tomu pacientovi líbilo, tak to prostě nejde, při tomhlectom počtu lidí prostě ne. Když potom, za ten den máte deset takovýchle lidí, kteří na vás křičí a jsou na vás nepříjemní, tak už potom prostě ta asertivita se někde ztrácí.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** No, agresivně, tak samozřejmě, hlavně, když přivezou někoho v podnapilým stavu, ať už se jedná o ženu, ať už se jedná o muže, i když ty muži teda jsou agresivnější, u žen jsem to zažila tak dvakrát třikrát za svoji kariéru, u těch mužů dvakrát za týden, kdy opravdu se nechtějí nechat ošetřit, kolikrát tam mám, že musíme si volat policii, aby nám tam šli pomoci. A dokonce se mě jednou stalo, že jsem byla fyzicky napadena já osobně, s tím, že mě pacient rumunský národnosti hm..uhodil pěstí do obličeje, až jsem spadla, tekla mě krev z nosu, měla jsem podlitinu pod okem a ve finále jsem teda dostala odškodnění od nemocnice v celkové výši asi 300 Kč. **Jak ses cítila po tom fyzickém napadení?** No, tak samozřejmě jsem se ho bála, zaplaťpánbůh, že jsem tam měla sanitáře, kterej teda dostal od něj shodou okolností taky, ten mu zlomil nos, ale ještě pak na něj skočil a nějak ho zpacifikoval pak už spolu se mnou, když jsem se teda vzpamatovala, ještě tam přiběhli lidi na pomoc, a pak přijela policie, ta ho teda už připoutala, ale ty chvílky teda vůbec nebyly příjemný, no, člověk se opravdu bál, co z toho člověka vzejde, protože byl strašně hbitej a ta agrese úplně nepřičetná.

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Ad otázka č. 7.

**9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?** (smích) Tak přímo sexuální obtěžování, že by mě někdo osahával nebo na mě nějakým způsobem šahal, to ne, ale takový ty řeči od těch právě zase podnapilých pacientů, jako, že bysme mohli někam jít, a že jsem hezká a takový ty sexuální narážky tak, s tím jsem se teda setkala velice často, to je pravda. **Jak ses cítila při tom?** No, tak samozřejmě příjemný to není, tím spíš, górá od podnapilého pacienta, a aby mě tam ještě před dalšími pěti lidma, který tam se mnou na tý ambulanci jsou, říkal, že mám pěkněj zadek, a že by stálo za to, aby si ho omakal, tak to moc příjemný není.

**10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?** No, tak nejhorší zážitek bylo asi teda to fyzický napadení, to bych mohla započíst mezi jedno z nejhorších, ale co mám hodně utkvělý v paměti, je, když na mě řval tatínek dítěte v ambulanci, před

dalšíma opravdu asi třiceti lidma, že tam byl asi s desetiletým klukem, co si pamatuju, tak vím, že měl natlučený koleno, nějaká takováhle banální věc, a křičel tam na mě, že jsem úplně neschopná, úplně blbá, že se o toho kluka nedokážu postarat, když je to dítě, a to si myslím, že teda takováhle ponížení pro mě bylo to nejhorší, snad horší než to agresivní napadení od toho pacienta, a nenechal si to jakoby vysvětlit prostě, vůbec.

**11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?** No tak ovlivní, já se teda snažím, aby to neovlivnilo samozřejmě, i když člověk je pak z toho tak vyřízenej, že už máte celou směnu zkaženou, musíte na to furt myslet, protože to ve vás je, že jo, todlecto, pak samozřejmě si řeknete „co zase bude, kdo zas přijde další“, už tam jste v takovém hm... zvláštním prostředí a už to na vás prostě leží, s tím, že k tomu dotčným pacientovi, když je na mě zlej v tý čekárně, vejde do tý ordinace, tak mu řeknu teda v dobrým, ať to, co měl za problém venku, teda řekne i panu doktorovi. S tím, že teda samozřejmě 90% lidí řekne, že nic a že se nic neděje, což teda беру jako strašný podraz vůči nám sestrám, ale jinak už to s tím dotčným pacientem neřeším, že bych měla ještě řešit, nebo rozvíjet ty konflikty, to nemá smysl vůbec ani pro jednu stranu z nás, ale je to teda věc, která mě na nich hrozně mrzí.

**12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta vyrovnáváš?** No, když je to něco, takhle vygradovanýho, kdy opravdu ostrýho, tak ještě doma. To jako ani doma to ze mě neodejde, kolikrát je to ve mně dvě, tři směny, i doma na to myslím, co se mě jako stalo, a vím, že jako to chování pacientů na mě nechává svým způsobem určitý následky. Už v tom svém postoji, k těm lidem, už jakoby v tom špatným, jak bych to řekla, smýšlením, jako, že člověk tam nejde s pozitivní náladou do tý práce, ale spíš s tím očekáváním, co z koho zase vzejde a co zase bude za problém a tak, nó. **Máš nějaké oblíbené způsoby a rituály, jak se ti udělá líp?** No, teď to možná bude trošku vtipný, ale (smích), já jsem se třeba naučila, když na to furt myslím, že to jakoby zabalím do krabice, hodím to do popelnice, a tím, že to jako někdo vyveze, tak že tím jakoby to ze mě odejde, s tím, že teda samozřejmě to vždycky neplatí, ale je to takovej můj oblíbenej rituál, kterej já docela často teda jako dělám, ať už jde jako o konflikty v práci nebo o konflikty, který mám třeba v osobním životě a docela bych řekla, že mě to i pomáhá.

**13. Chtěla bys něco dodat?** Nó, asi hlavně to, že jsem tady mluvila hodně o těch agresivních pacientech, že teda samozřejmě sedmdesát procent pacientů je spíš těch příjemnejch, jako s tím, že poděkují, odejdou, je to jako v pohodě, ale ono těch třicet pacientů, když k vám přijde, tak těch sedmdesát procent jakoby zmizelo, že prostě jako neexistují, pak člověk už v nich, v těch lidech vidí, že prostě jsou na ty sestry zlí, že jsme pro ně služby, že nejsme pro ně rovnocennýma partnerama, už ani, jak pro ty lidi, tak pro ty lékaře, viděj v nás prostě něco míň, kolikrát mě teda opravdu přijde a s tím se teda špatně srovnávám v tý práci. Když jsem byla na tý JIPce, tak tam jsem se starala za celej den o dva, o tři lidi, s tím, že byli dejme tomu pod nějakějma přístrojema anebo neměli ani tendence něco řešit, protože jim bylo tak zle, ale v tady v tom provozu, když vám opravdu přijde denně 70 lidí, tak stačí pět lidí, aby na vás bylo takovýmhle způsobem hnusný a prostě vám to zkazí celou tu směnu. A to je asi takovej ten závěr, co bych k tomu chtěla říct.

## **Příloha č. 2 - rozhovor č. 2**

**1. Kolik je ti let?** 34.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** 2 roky.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** Špatné. Pacienti jsou často oškliví, zlí, nepříjemný, arogantní, jen se otevrou dveře do čekárny, tak už jsou na nás sprostý, kopou do dveří, takže s nimi mám špatnou zkušenost. Neříkám, že jsou všichni špatní, ale většina ano. Starší pacienti jsou hodnější, než mladší, kolikrát šestnáctiletý puberťák si na mě dovoluje. Ale musím říci, že se občas najdou i pacienti, kteří nám poděkují za práci a pochválí nás.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** Ano, protože mám špatný hlas, a lidi mě nemají rádi, že prý křičím, ale já nekřičím, já takhle mluvím normálně. **A myslíš, že je to jenom kvůli tvému hlasu nebo je tam je i jiná příčina?** Asi, že i blbě vypadám, já asi vypadám nepřístupně, a to pacienti nemají moc rádi. Někdy za směnu nezažiju žádnou konfliktní situaci, někdy několik.

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?** Špatně, jsem z toho celá nesvá, i když teď jsem si řekla, že si nebudu kazit zdraví, ale ze začátku mi to bylo líto, když jsem na ně

byla hodná a oni na mě oškliví, tak mě to mrzelo. Dneska už ne. Ke každému se chovám tak, jak si zaslouží.

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** Snažím se být slušná, nekřičet, ale když už jsou opravdu hnusný, tak jim dám najevo, že si tohle ke mně nemůžou dovolovat. To jim pak klidně řeknu: " nekřičte na mě, já se k vám chovám slušně, tak se ke mě chovejte taky slušně." Na opilé pacienty raději nemluvím vůbec, snažím se je moc neprovokovat.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** Jak kteří, někteří ano, někteří ne. Takto se chovají hlavně pacienti v ebrietě, ti, co dlouho čekají, nebo ti, co si myslí, že jen přijdou, půjdou hned do ordinace, a nejlíp ti, které něco trápí řadu měsíců, a nechtějí čekat ani chvíli. Pacienti, kteří zaplatí pohotovostní poplatek nechtějí čekat už vůbec, myslí si, že zaplatili a půjdou hned dovnitř. Takoví pacienti pak na nás zvyšují hlas, křičí, nadávají, mluví sprostě a posloucháme od nich poznámky, že nic neděláme, že si tam jen pijeme kafičko, a podobně.

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Ne.

**9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?** U pacientů v ebrietě ano. **Jak to vypadalo?** Měli sexuální narážky, chtěli se mě dotýkat, vytahovali si přirození z kalhot, apod. **Jak ses při tom cítila?** Pěkně špatně, a taky poníženě, připadala jsem si jako kus hadru.

**10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?** Nejvíc mě mrzelo, když si na mě stěžovali a neměli důvod. A zažila jsem jednu příhodu, kdy přišla na ošetření v noci paní romka, s ní přišlo asi 10 lidí jako doprovod všichni romové, a ten jeden na mě začal rvát, kde je doktor, jak to, že tady není, slušně jsem mu vysvětlila, že musím lékaře zavolat, aby přišel, začal rvát, že kdyby byli bílí, tak by tam pro ně doktor byl hned, a jestli okamžitě nepřijde, tak ať si ho nežádám, že mi rozbije hubu. Zavolala jsem lékaře, ať přijde okamžitě dolů a měla jsem opravdu strach, že mě přítomný fyzicky napadne a rozbije celou ordinaci.

**11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?** K ostatním pacientům to moje chování neovlivní nijak, ale sama pro sebe si nadávám, jsem našťvaná,



mrzí mě to, a když pak dotyčného vidím, snažím se chovat slušně, ale v duchu si říkám, že kdybych ho neviděla, bylo by lepší.

**12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací způsobenou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené způsoby, rituály?** V práci si dám něco dobrého na uklidnění, třeba nějakou čokoládu a povyprávím kolegyni, kdo, a čím mě naštvál. Když jsem doma, nejradši si odpočinu s rodinou, pejskem a s lahvinkou vínečka, to mě uklidňuje. Někdy taky s cigaretkou.

**13. Chtěla bys něco dodat?** Práce ambulantní sestry by mě bavila, kdyby k nám chodili normální pacienti, slušní, poděkovali, pozdravili, ale takto mě ta práce vůbec nebaví, protože slušných pacientů je již málo, jsou neslušní nejen na nás, ale i na lékaře. **Co by podle tebe pomohlo, aby se situace zlepšila?** Určitě by se to zlepšilo, kdyby pacienti platili vyšší pohotovostní poplatek, tím pádem by nechodili s hloupostmi do nemocnice, nebylo by pacientů tolik, a ti, kterým opravdu něco je by nemuseli čekat tak dlouho na ošetření. Taky, kdybychom měly větší zastání u staniční a vrchní sestry a jako kolektiv držely více při sobě, ale jelikož tady se tím nikdo nezabývá, žádné zastání nikde nemáme, ba naopak, pokud si na nás někdo stěžuje, nikoho nezajímá, jak ta situace proběhla, pacient má vždycky pravdu, často se to řeší o nás bez nás. Zvýšení platu sester by jistě také pomohlo. Rozčiluje mě hodně i to, jak si spousta pacientů zavolá rzp místo taxi a nechají se dovézt s banalitou, to nechápu.

### **Příloha č. 3 - rozhovor č. 3**

**1. Kolik je ti let?** Pětatřicet.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** Třetím rokem.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** No, samozřejmě kladné i záporné. Negativní postoj k dlouhodobému čekání ze strany pacientů, což maj hlavně ti pacienti, občasný negativní postoj pacienta na názor lékaře, špatná spolupráce s pacienty v ebrietě, narkomany, bezdomovci. Nó, byly by ty negativní, mezi ty pozitivní samozřejmě vděčnost, vstřícnost, pochopení, poděkování, porozumění k naší práci, což je minimálně, o to víc, to potěší. **A ti pacienti s negativním postojem se potom chovají jak?** S tím negativním postojem to je různý, záleží na situaci, na stavu pacienta, na času i místě, záleží, jestli je

den, noc, záleží, zda je pacient pod vlivem, zda-li je to bezdomovec, zda-li je pouze negativně naladěn nebo má špatný den.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** Příležitostně, nárazově. Někdy víc, někdy míň. Někdy třikrát za den, záleží podle služby, podle toho, co je to za pacienty, s bezdomovci pod vlivem jsou konfliktní situace sami o sobě většinou, nebo při posílání pacientů na záchytku, kde vlastně jsou ty v podnapilým stavu, nebo spolupráce je hodně špatná s romové, slovní napadení, neporozumění, agrese, je toho spousty.

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?** Celkově si to nepřipouštím, z toho bych se tady musela zcvoknout, takže já užívám hesla „ Carpe diem“. A musí se k tomu člověk postavit čelem.

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** Tak určitě důslednost, stručnost, žádné dlouhé rozhovory, spolupráce s lékařem na prvním místě a slušnost. Při jednání s pacientem pod vlivem alkoholu je si myslím důležité omezit slovní kontakt na minimum, spolupráce s rodinou, což je velice taky důležité, pokud je to možný, spolupráce s Policií Český Republiky a samozřejmě s naší Záchytnou stanicí v Pardubicích. **Hm, a když třeba víš, že jsi narazila na člověka, s kterým by se ten konflikt mohl vyvolat, tak se k němu chováš jak? Změníš chování nějak? Že jsi třeba více milá, nebo něco takového?** Pokud je to ten negativní postoj ze strany pacienta, tak určitě se nemůže očekávat to, že bych byla milejší než je on, ale zásadně mu nejdu naproti, aby vznikla nějaká konfliktní situace a byly z toho problémy.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** Občas se to i vyskytne, zejména pokud jsou ti pacienti v ebrietě, což jsou agresivní většinou na všechno a na všechny, i když jako nemůžu říct, že by přímo na mě. Potom si myslím, pokud je práce okolo pacienta bezdomovce, tak je nutné se ohradit, a mít trpělivost, jako třeba na jeho tykání „ Ty sestro“ a tak dále...

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Ne osobně, ani ne, ale na lékaře ano, když se ho pacientka snažila pokousat při šití rány. **Proč myslíš, že ho chtěla pokousat? Co to bylo za pacientku?** Byla to paní ve středním věku, značně podnapilým stavu, i když byla orientovaná místem i časem, ale očividně se jí nelíbila pomoc lékaře...tak se určitým způsobem snažila asi bránit.

**9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?** To ne, to určitě ne. Občas sexuální narážky u pacienta, kterého znám, což mě ani nějak nepřijde osobní, ani nějak vulgární, ale bohužel s pacienty v ebrietě se to stává. **Vadí ti to?** No, tak příjemný to určitě není, ale člověk musí mít nadhled.

**10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?** Mezi nejhorší, jako tak nepříjemných bylo spousta, ale mezi ty nejhorší bych řekla, když nám pacient bezdomovec taky, který byl v ebrietě, stálý klient tady u nás na ambulanci, vyhrožoval po ošetření, že nám podřízne žíly ... **A můžeš mi to trochu vyprávět? Jak to bylo?** No to je náš starý známý, nebudu jmenovat, pán, který se neustále dožadoval ošetření, ať to byl převaz, ať to byly bolesti břicha, ať to byl stav po pádu, oděrky, omrzliny a tak dále, neustále dokolečka, s tím, když už tady byl potřetí za mou službu a to bylo o noční, s tím, že opět chce ošetření po půl hodině, tak byl vykázan lékařem, že už není co ošetřovat, že už je vše splněno a ošetřeno, že teď už to je jenom na něm, tak po tomto vykázáni vlastně pacient v ebrietě, bezdomovec vyhrožoval mě a ještě kolegyni tím, že si na nás počká, až nám skončí služba v areálu nemocnice a podřízne nás. **Jaké pocity to v tobě vyvolalo? Jak ses cítila? Bála ses?** No určitě, určitě z toho dobrý pocit nebyl, nehledě na to, že při mém odchodu z pracoviště musím se dostavit do určitého místa, kde mám zaparkované auto, což není úplně ideální, když je tady tma, nesvítí lampy a vy víte, že ten člověk někde může čekat.

**11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?** Pokud se do takové situace dostanu, což se stát i může, občas se stává, k takovému pacientovi se chovám sice slušně, ale s odstupem, veškerou komunikaci zkrátím na minimum a plním pouze svou povinnost zdravotní sestry a nařízení lékaře. Myslím si, že nejsem služka ani podržtaška, abych někomu dělala nějaký ústupky. A pokud se to týká dalších pacientů tak si myslím, že to nemá vůbec žádný vliv.

**12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací způsobenou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené způsoby, rituály, kdy se jako uklidníš a je ti dobře?** Ehm, no myslím si, že psychicky mě to nedeptá, to zase ne, ale samozřejmě mě to může na určitou dobu navodit špatnou náladu, ale jak říkám „Carpe diem“, je fajn si dát

cigáro, dát si kávu a pokračovat v práci. *A doma už na to potom nemyslíš?* Většinou ne, tam už se přeladím na lepší vlnu.

**13. Chtěla bys ještě něco dodat?** Hm, myslím si, že tato práce na chirurgický ambulanci, nebo celkově na chirurgii je velmi zajímavá, není stereotypní, ale finančně nedocenená. Je zde riziková práce s alkoholiky a bezdomovci, i když možná s Policií České Republiky se to dá někdy zvládnout, někdy lépe, někdy hůře, ovšem, kdyby byla lepší spolupráce, třeba už s těma zmíněnými kolegyněmi a lékaři, šlo by to zvládnout lépe. Myslím si, že chirurgie je pro mě srdcová záležitost, mám to ráda. Ovšem, kdyby tu nebyl u nás na ambulanci pouze jeden lékař, a bylo by jich více, ať přes den nebo i v nočních službách, pacienti by tolik nečekali a konfliktních situací si myslím, že by nebylo tolik a bylo by více spokojenosti ze všech stran.

#### **Příloha č. 4 - rozhovor č. 4**

**1. Kolik je ti let?** 40.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** Už 20 let.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** No, to je různý. Některý pacienti jsou takoví trpěliví, zvláště ty starší ročníky, jsou trpěliví a pokorní, musím říct, že čím je pacient mladší, obvykle je agresivnější a jeho chování je bezohledné vůči personálu, i vůči ostatním pacientům. Pacienti se obvykle chovají slušně, ale občas někteří jsou nepříjemní, někteří více, někteří méně, to je podle toho, jak hodně jsou ze svého zdravotního stavu vystresovaní.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** No, na ambulanci se konfliktní situace zažívají celkem často, zvláště o nočních službách a o pohotovosti, kdy je samozřejmě méně lékařů a pacienti čekají déle na svoje ošetření. Příčinu vidím v netrpělivosti některých pacientů, také jsou to často pacienti ovlivněný alkoholem či drogama. No a samozřejmě k tomu patří to, že každý pacient má jinou povahu, někdo je víc konfliktní, někdo méně.

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?** No, to je taky různý, jak kdy. Když mám dobrou náladu a méně služeb, tak se cítím daleko lépe, vyrovnaněji, někdy jsem samozřejmě víc rozrušená, ale většinou ne dlouho. Samozřejmě všechny konflikty se

nějak, při nich rozčilím, nicméně to netrvá dlouho. Rozčiluje mě, že pacienti po nás křičí, při tom vůbec neznají ten provoz ambulance, ale bohužel, s lidskou blbostí člověk nepohne.

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** To je taky různé, je to asi podle konkrétní situace, někdy s pacienty v ebrietě je lepší vyjít spíš v klidu, po dobrém a uklidňovat je, že všechno bude v pořádku, a že se vlastně nic neděje, jejich agresivitu to někdy lépe zmírní, než když je na ně člověk přísný, nicméně někdy to nepomůže, to se pak musí řešit tím, že se zavolá třeba zřízenec, nebo městská policie, je to opravdu různé. Jednou se mi stalo, že jsem o pohotovosti, kdy byl pacient velmi vulgární a choval se k mojí kolegyni tak, že jsem za ním musela jít a zeptat se ho, proč je tak nepříjemný k mé kolegyni, a pacient musím říct, byl tak strašně zaskočený, že začal koktat, začal se omlouvat, že to tak vůbec nemyslel, tak jsem mu dala na výběr, že buďto počká na lékaře, za kterým šel, který zrovna byl na operačním sále a počká, až dooperuje, a přijde ho ošetřit, anebo, že se mojí kolegyni omluví a ošetříme ho hned, bylo to teda podmíněné tou omluvou, pacient samozřejmě souhlasil s tím, že se mé kolegyni omluví, a ještě se omluvil během toho ošetření asi pětkrát, myslím, že příště si takové chování opravdu rozmyslí, podotýkám, že pacient opravdu nebyl v žádném ohrožení života, akorát by si musel počkat na toho daného lékaře.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** Agresivně se chovají hlavně pacienti pod vlivem alkoholu nebo drog. **Jak takové chování vypadá?** No, tak jsou vulgární, křičí, vyhrožují, anebo naopak, zase se nechťejí nechat ošetřit, a tím zdržují provoz ambulance. **Jak se cítíš, když se k tobě chová někdo agresivně?** Tak samozřejmě nedobře, jsem taková nervózní, trošku vystresovaná.

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Vyloženě fyzické napadení jsem nezažila, že by napadl přímo mě, jsem nezažila.

**9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?** U nás zažíváme sexuální obtěžování velmi často, neboť zde máme opakovaně jednoho pacienta, který přijede tak asi jednou za měsíc, je vždy v ebrietě, a který nás neustále vyzývá k nějakým sexuálním praktikám všeho možného druhu, se slovy, že sestřička mu přece musí pomoci, že my jsme k tomu, vyloženě máme k tomu poslání. Je to velmi nepříjemné, protože tento pacient

vždycky u nás je déle než hodinu, a po celou tu dobu ošetření vyžaduje na nás sexuální praktiky. U tohoto pacienta už se cítím celkem normálně, protože jsme na to zvyklé.

**10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?** Bylo to fyzické napadení lékaře a napadení naší jakoby ordinace, kdy nám pacienta pod vlivem alkoholu a drog přivezla záchranná služba, tento pacient nám zdemoloval ordinaci, ve které jsme ho museli zavřít a ve finále utéct. Čekaly jsme na policii, která pacienta zpacifikovala. V ordinaci nezůstalo vůbec nic v původním stavu, všude bylo sklo, všude byla krev, počítače rozbité na zemi, střepy, papíry, no, nebyl to pěkný zážitek. **Můžeš mi to vyprávět trochu podrobněji, co přesně se stalo?** Jak jsem říkala, pacienta přivezla záchranná služba, měl podřezané zápěstí, opakovaně, tohoto pacienta už nám s tím několikrát přivezli, dozvěděly jsme se z dokumentace, že je pozitivní na hepatitidu C a byl agresivní. Nechtěl se nechat ošetřit. V momentě, když jsme mu chtěly zašít ránu, tak vzal ze sterilního stolku stříkačku s jehlou a chtěl paní doktorku píchout. Takže jsme uskočily, on nám řekl, že se nenechá ošetřit, a že jde pryč. Vzhledem k tomu, že byl opravdu agresivní, tak jsme mu nebránily. Pacient vyšel před nemocnici a tam zkolaboval. Stále u sebe měl tu stříkačku s jehlou. Na místo přiběhli záchranáři a snažili se ho probrat, pacient se probral, a při tom píchl lékaře do zad tou stříkačkou, nějak ho dopravili zase k nám do ordinace, položili ho na lůžko, a chtěly jsme pokračovat v ošetřování. Ale on zase začal mít záchvat zuřivosti, tak jsme ho zavřely v ordinaci, a tu on postupně začal demolovat. Přijeli nějací policisté, ale byli jenom dva, tak jsme čekali na posilu. On zatím házel počítače po zemi a papíry, všechny dokumenty, skříňky přehazoval, snažil se rozbít okno. Neboť jsme tam byli jenom lékařka, my dvě sestry a dva policisté, tak jsme opravdu vyčkávali, než přišli další policisté. Řádění bylo slyšet v celé nemocnici. Než dorazila posila, ordinace byla na odpis, byla plná střepů a všeho. Policisté ho zpacifikovali, svázali ho. Pacient samozřejmě měl další zranění, upadl do bezvědomí, my jsme ho musely resuscitovat. Na sobě měl spoustu řezných ran, crčela z něj krev, asi ztratil dost krve, ale nikdo ho pořádně ve finále nemohl ani vyšetřit, kvůli jeho agresivitě. Byl závislý na alkoholu, na pervitinu...Bylo to fakt hrozný. My jsme samozřejmě s kolegyní po odvezení pacienta musely ordinaci uklízet až do rána. Byl to opravdu otřesný zážitek, protože všude bylo sklo, krev na zdi, bylo to hrozný. **Co jsi při tom prožívala? Jak ti bylo?** Tak samozřejmě jsme se bály, když jsme utekly, to je jasný. Vyloženě u tohoto pacienta jsme měly pocit, že, by jsme ho neměly zachraňovat, že bysme se spíš měly zachránit my.

**11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?** Moje chování k ostatním pacientům to nijak neovlivní. K dotyčnému pacientovi se obvykle potom chovám odměřeně a odtažitě. ***I když jsi z předchozí situace nervózní, tak tvoje chování k ostatním pacientům není jiné?*** Já si myslím, že ne, že já jsem vnitřně rozrušená, nicméně si nemyslím, že by to ovlivňovalo chování k ostatním pacientům, kteří za to nemůžou, jsem naštvaná na toho daného jedince, který mě rozčílil, ale mám takový pocit, že to umím rozlišit.

**12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací způsobenou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené způsoby nebo rituály?** Na pracovišti je to určitě komunikace s ostatními kolegyněmi, či jiným personálem. Probereme to a nějak to shrneme. U běžných nedorozumění jde o to, zvyknout si na ně a to zvládnou třeba do půl hodinky se z toho nějak dostat, ale ono déle snad ani není čas se s tím vyrovnávat. Pokud je to něco závažnějšího, tak si to bohužel musím odnášet i domů, což není moc příjemné, protože všichni máme svoje rodiny a vlastně tě to ovlivňuje. Snažím se to překonávat přes svoje koníčky malování, pedig a podobně.

**13. Chtěla bys ještě něco dodat?** Chtěla bych dodat, že zdravotnictví je velmi krásný obor, který mám ráda a je to velmi pěkná práce, ale psychicky náročná. Pokud mám srovnávat zdravotnictví před dvaceti lety, tak to byla víc srdeční záležitost než nyní, protože v této době to již není tolik o lidech. ***Jak to myslíš?*** Myslím to tak, že dříve to byli pacienti, což je trpící člověk, a nyní to jsou klienti, a to je platící člověk, a to je ten zásadní rozdíl.

## **Příloha č. 5 - rozhovor č. 5**

**1. Kolik je ti let?** 31.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** 8 let.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** No, jak s kterežma, některý jsou jako v pohodě, příjemný, milý, poděkují, některý jsou nepříjemný, arogantní, nechovají se úplně jako dobře.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** No, jak kdy, řekněme tak každou druhou službu zhruba plus mínus. **A jak vypadá taková konfliktní situace?** Tak většina lidí je nepříjemná skrz čekací dobu, že čekaj v čekárně, že maj pocit, že je ostatní lidi třeba předbíhaj, protože nevědí, že se vrací třeba jiný lidi z vyšetření, z odběrů, z rentgenu a podobně, tak většinou kvůli tomu jsou našťvaný. Nebo maj pocit, že se mi na ně blbě tváříme, nebo že doktor se na ně blbě tváří, že má blbej tón hlasu, asi prostě se jim nějak nelíbíme (smích).

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?** Podle momentálního rozpoložení, když mám jako dobrou náladu, tak je to vcelku v pohodě, že nejsem tak vytočená, a když se člověk úplně nevyspí, což to má asi každěj, když na nás ty lidi řvou, tak pak je ta nálada jako horší, že jo. **A jaké pocity prožíváš, když máš konflikt s někým? Jak se cítíš?** No, tak jsem našťvaná, říkám si, proč tam vůbec ještě jsem. **Proč tu práci děláš?** Proč tu práci vůbec dělám. Jestli to mám zapotřebí tam nechat na sebe někoho řvát, když těm lidem chci pomoci.

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** No, tak strategie, úplně nevím, jestli se to dá nazvat jako strategie. To záleží na momentální náladě, že jo, když už vidím, že teda někdo v tý čekárně, nebo už pak následně v tý ordinaci je nějakěj nepříjemnej, arogantní, tak ještě někdy se to člověk snaží zachránit, že ještě se člověk snaží třeba zavtipkovat nebo bejt milej, vstřícnej, ale pokaždý to taky úplně nejde, takže někdy se trošku odměřim, a už s těma lidma tolik nekomunikuju, to je jak kdy, nemůžu říct, jako jestli to je padesát na padesát.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** No, někdy jo, většinou se jedná teda o lidi v ebrietě nebo pod nějakějma návykovejma látkama, občas je i verbálně agresivní někdo, kdo vůbec není pod nějakým vlivem, takže jako jo, chovaj a není to úplně zřídkka. **A jak to agresivní chování vypadá?** Tak většinou verbální, fyzický snad ani ne, nějaký občas strčení od někoho v ebrietě, ale to asi není úplně bráno jako napadení. Takže verbální, sprostý slova to snad ani říkat nebudu...

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Krom toho strčení, nevím, jestli se to dá úplně nazvat jako fyzický napadení, že mě jeden kretén poflusal (smích). **A proč tě poplival?** Dobrá otázka (smích), protože byl nalitej, nějakěj zfetovanej, cikán, mladej, přivezenej záchrankou, a já jsem ho chtěla ošetřit, jestli jsem mu chtěla vzít krev nebo změřit tlak a on hrál na nás paštiky, prostě hroznej herec, dělal tam, že vůbec nereaguje, já



jsem se k němu nějak jakoby sešla, abych ho teda ošetřila, tak mě poflusal. ***A jak ses cítila, když tě poplival?*** Byla jsem teda nasraná, to jako co vám budu říkat (smích), no nic, šla jsem se umýt, odesinfikovat, a pak už jako normálně jsem ho dál doošetřila, ale už jsem s ním teda moc nekomunikovala, ani jsem se moc teda nesnažila, a možná jsem mu řekla, že si nepřeju, aby vůbec i se na mě díval.

***9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?*** To ne, spíš jenom nějaký sexuální narážky, to je od těch lidí v ebrietě jako často. ***A vadí ti to?*** Tak jako příjemný to není, že jo? (smích)

***10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?*** Nejhorší? Tak asi to zmínovaný poflusání, to teda nebylo příjemný, ještě když člověk neví, co je to vůbec za existenci a no, tak tydlecty slovní ataky jsou jako často no, z toho nejde úplně vypíchnout nějaký úplně hrozný, těch je poměrně dost.

***11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?*** Tak jak jsem říkala, tak se snažím toho člověka doošetřit tak nějak normálně, bez, abych teda nebyla nějak zainteresovaná, a nějak se jako nesnažila bejt na něj víc hnusná, to ne, ale někdy to teda taky úplně nejde, když se člověk snaží bejt jako profesionál, ale někdy je tak vytočenej, že už jako změní tón hlasu a třeba já míň mluvím, a už nemám zájem s tím pacientem nějak hodně komunikovat. ***A k těm ostatním pacientům?*** Tak ty ostatní za to chudáci nemůžou, kdo tam byl před nima, nějaký idiot, takže na ty se snažím bejt jako normální, milá, ale nemůžu taky úplně stoprocentně říct, že to je pokaždý, protože někdy je člověk vytočenej fakt hodně, takže pak taky třeba už na ně míň mluvím, nebo už...prostě tak.

***12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené způsoby, rituály?*** Tak jak, kdy. Někdy jako je s tím člověk vyrovnanej poměrně „fik mik“ ( smích), to je podle té nálady, když má člověk dobrou náladu, tak nad tím mávně rukou a řekne si, že to byl zas nějaký další kretén a už se s tím nezabývá, ale když je to pak jako já nevím o noční, když těch pacientů je několik takhle za sebou, tak už ta nálada pak není jako moc dobrá, a to určitě do konce té služby už člověk tu náladu tak dobrou nemá, takže určitě do konce služby a pak většinou jako doma nebo si jdu zakouřit, abych se uklidnila a uvařím si třeba kafe, pak doma si

třeba otevřu, já nevím, víno a čtu si, kouknu se na nějaký film a už se tím, si sama sobě říkám, že už se tím nebudu zabývat.

**13. Chtěla bys něco dodat?** No, dodat (smích), co tady k tomu rozhovoru dodat (smích). **Máš tu práci ráda?** No, jak, kdy (smích). Takže všichni víme, jak ta práce je těžká, že těch pacientů je hodně, nejsou úplně příjemní, a když tady ti lidi pak přijdou, tak už člověk taky, už se mu tolik jako nechce, a není z té práce už tak jako nadšenější. A dodat, že si myslím, hlavně ty lidi by se měli zamyslet, že třeba i zneužívání té záchranky to je zas jiná kapitola, jako přijet s třískou a s naraženým kolenem a podobně v noci a zaplatit jenom devadesát korun za pohotovostní poplatek... Jinak jako samotná práce mě baví, nějaký zajímavý případy, to jako je zajímavý, ale ještě pak poslouchat narážky, že já nevím, mámě třicet tisíc měsíčně a hovno děláme a pijem kafe a bůhví, co tam ještě v té práci máme dělat, takže to je takový urážející od těch lidí. Myslím si, že jich je čím dál víc, těch lidí, který nás potřebují a vůbec si nás neváží a nějak jako se k nám nechovají. **Co by pomohlo, aby se to zlepšilo podle tebe?** Podle mě by platilo, aby asi ty hlavně záchranáři na záchrance, aby měli víc pravomocí, třeba některý lidi nevozit do nemocnice, nechat je doma, protože prostě s nějakýma banalitama, s angýnou, a chřipkou- neříkám u starších, nemocných lidí, kterým to přitíží, ale u dvacetiletých, který mají chřipku a nejsou schopní si dojít k obvodňákovi, tak si myslím, že tady těch lidí by ubylo a určitě, kdyby měli platit víc peněz, tak by si to rozmysleli, protože devadesát korun asi nikoho moc opravdu nezabije, takže je radši daj a půjdou se nechat ošetřit i jako s kravinou, když to takhle teda řeknu. Tak.

## **Příloha č. 6 - rozhovor č. 6**

**1. Kolik je ti let?** 39.

**2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?** Devět let.

**3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?** Většinou dobré. Někdy, některý, většinou chlapi jsou protivný (smích), a opilý většinou. **A ti opilí se chovají jak?** Většina agresivně, až moc. **A co třeba VIP pacienti? Jak se k tobě chovají?** Hm..., arogantně.

**4. Zažíváš často konfliktní situace?** Tady na ambulanci ano. **A kdybys to měla zprůměrovat?** Ob jednu službu většinou aspoň jedna. **Co myslíš, že je příčinou takových**

*situací?* Velká čekací doba, malá, jak bych to řekla (povzdech), malá informovanost pacientů o tom, co se děje v ambulanci, co ještě..... nevím, nic.(úsměv)

**5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku? (přemýšlí) Když něco proběhne, jak se cítíš?** Záleží, kolik je, kolik vlastně těch služeb má člověk za sebou, kolik těch konfliktních situací je za sebou, když je jedna za pár služeb, tak to není tak tó, ale když se jich seběhne víc, tak člověk toho má plný zuby, že by šel, a někomu nabančil vysloveně (smích).

**6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?** Nó, radši si nejdřív počítám tak minimálně do padesáti (smích), no, pak je člověk zkusí tak nějak převést na někoho jinýho, třeba na lékaře, aby to vyřešil, no, a když už to nejde, tak pak člověk většinou vybuchne. **A jak třeba jednáš s pacienty v ebrietě? Máš na to nějaké strategie?** No, každej je asi jinej, některý jsou vysmátý jak sluníčka, tak ty člověk tak jako neřeší, ty co jsou naštvaní, že byli přivezení, že jim nic není, tak člověk chvílku vydrží, a pak už soptí taky na ně, že mi za to nemůžem, snaží se člověk jim to vysvětlit padesátkrát, stokrát, no pak když už to nejde, tak člověk taky bouchne.

**7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?** Většina ne. Ty opilí, no, mě přijde. **A jak to vypadá, když se chovají agresivně?** Většinou hrubě nadávaj, jsou sprostý, rozhazují rukama, jinak asi nic agresivního jsem nezažila, většinou u toho byli policajti pak už, když byli hodně agresivní, to si zpacifikovali sami.

**8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?** Já ne.

**9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?** Nee.

**10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?** Já, asi tenhle ten poslední ted'ka, jak pacient prohlašoval o sobě, že je vysloužilý voják, a že on všechny zachránil a my jsme debilové, že jsme ho nechali přivízt, a on dobře udělal, že někoho napadnul, že si díky tomu zlomil nohu údajně, nenechal se odebrat, nenechal se ošetřit, všichni jsme byli debilové a horší ještě slova nám říkal, no pak nakonec jsme ho přemluvili teda, že se nechal odebrat, ale že se nenechá operovat, no a nakonec prej zdrhnul stejně z nemocnice. **Tak myslíš, že příčina takového chování byl ten alkohol?** No, určitě byl pod vlivem.

**11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?** Když ho uvidím po tom, a přijde, jako by se nic nedělo, tak to ne, člověk má takovej odstup určitě, když se omluví, tak člověk řekne „dobře, jako jasný, každej jsme se někdy opil, je jasný, že člověk neovládá svoje jednání“, no, když člověk vidí ty ostatní opilí, a jsou agresivní, tak už je naštvanej sám na to, že je vozej. **A ty ostatní pacienti? Když po tom ošetřuješ někoho jiného, má to vliv na tvoje chování k nim taky?** Když se chovají slušně, tak, tak né. Když jsou agresivní, sprostý, tak kdyby člověk mohl, tak by je nejradši poslal (smích).

**12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené rituály, způsoby? Co ti pomůže?** Nejvíc mě pomůže, když se jdu s manželem projít po městě nebo po okolí. Všechno si to vypovídáme spolu, on mi řekne- neblbni, takových bude víc ještě (smích), no tak v pohodě. **A v práci přímo po tom konfliktu ti pomůže co?** Když se asi o tom tak mezi sebou, doktor, sestra, druhá sestra si to jako řeknem, že to byl zase pitomec, no a tím to smáznem a jedem dál většinou.

**13. Chtěla bys něco dodat? Hm... Co máš třeba ráda na téhle práci?** Ten kontakt s těma lidma. Když člověk přemejšlel, nastupoval do práce, tak si říkal, že by nechtěl jít dělat třeba do pitomý továrny, kde by dělal dvanáct hodin stejnou práci, stejným směrem pomalu, s těma lidma je to taková zajímavá práce, pokaždý jiná, na tom oddělení je to zase o něčem jiným, že ta práce na tý ambulanci je taková. **A co tě štve?** Co mě štve? To, že záchranka vozí lidi, který si zavolaj kvůli hloupostem, měli by přijet sami v normální den, pracovní dobu a ne o pohotovosti a ještě se nechaj přivízt záchrankou a ještě jsou dotčený, že jim řeknem, že jim sanitku zpátky nedáme, protože prostě na to nemají nárok. Asi všechno.

## Příloha č. 7 - výroky- fenomény

Tabulka č. 24 - Fenomény

<b>VÝROKY – FENOMÉNY</b>
<b>Nedostatek respektu a úcty</b>
<p>„Křičel tam na mě, že jsem úplně neschopná, úplně blbá, že se o toho kluka nedokážu postarat.“</p> <p>„S tím, že teda samozřejmě 90% lidí řekne, že se nic neděje, což teda беру jako strašný podraz vůči nám sestřám.“</p> <p>„Nejsme pro ně rovnocennýma partnerama, už ani jak pro ty lidi, tak pro ty lékaře, viděj v nás prostě něco míň.“</p>
<b>Starší pacienti x mladší</b>
<p>„Starší pacienti jsou hodnější než mladší, kolikrát šestnáctiletý puberták si na mě dovoluje.“</p> <p>„Čím je pacient mladší, obvykle je agresivnější a jeho chování je bezohledné.“</p>
<b>Nedostatek informací</b>
<p>„Posloucháme od nich poznámky, že nic neděláme, že si tam jen pijeme kafičko a podobně.“</p> <p>„Pacienti po nás křičí, při tom vůbec neznají provoz ambulance, ale bohužel, s lidskou blbostí člověk nepohne.“</p> <p>„Ještě pak poslouchat narážky, že máme třicet tisíc měsíčně a hovno děláme a pijem kafe a bůhví co.“</p>
<b>Sexuální obtěžování</b>
<p>„Říkal, že mám pěkněj zadek, a že by stálo za to, aby si ho omakal.“</p> <p>„Měli sexuální narážky, chtěli se mě dotýkat, vytahovali si přirození z kalhot a podobně.“</p> <p>„Neustále nás vyzývá k sexuálním praktikám všeho možného druhu se slovy, že sestřička mu přece musí pomoci, že my k tomu máme vyloženě poslání.“</p> <p>„Připadala jsem si jako kus hadru.“</p>

<b>Agresivní projevy</b>
<p>„Pacient bezdomovec, který byl v ebrietě nám vyhrožoval, že nám podřízne žíly.“</p> <p>„Začal rvát, že kdyby byli bílí, tak by tam pro ně doktor byl hned, a jestli okamžitě nepřijde, tak ať si ho neřádám, že mi rozbije hubu.“</p> <p>„Házet počítače po zemi, všechny dokumenty, skříňky přehazoval, snažil se rozbít okno“.</p> <p>„Řádění bylo slyšet v celé nemocnici.“</p> <p>„Občas je i verbálně agresivní někdo, kdo není pod nějakým vlivem.“</p> <p>„Když jsme mu chtěly zašít ránu, tak vzal ze sterilního stolku stříkačku s jehlou, a chtěl paní doktorku píchnout.“</p> <p>„Nenechal se odebrat, nenechal se ošetřit, všichni jsme byli debilové a horší slova nám říkal.“</p>
<b>Fyzické napadení</b>
<p>„Uhodil mě pěstí do obličeje, až jsem spadla, tekla mi krev z nosu, měla jsem podlitinu pod okem, a ve finále jsem teda dostala odškodnění od nemocnice v celkové výši asi třistakorun.“</p> <p>„Když se ho pacientka pokoušela pokousat při šití rány.“</p> <p>„On hrál na nás paštky, prostě hroznej herec, dělal tam, že vůbec nereaguje, já jsem se k němu sešla, abych ho ošetřila, tak mě poflusal.“</p>
<b>Zneužívání pohotovosti</b>
<p>„Pacienti, kteří zaplatí pohotovostní poplatek, nechťejí čekat už vůbec, myslí si, že zaplatili a půjdou hned dovnitř.“</p> <p>„Spousta pacientů si zavolá RZP místo taxi a nechají se dovézt s banalitou.“</p>
<b>Reakce na asertivní jednání sestry</b>
<p>„Pacient samozřejmě souhlasil s tím, že se omluví, a ještě se omluvil během toho ošetření asi pětkrát, myslím, že příště si takové chování opravdu rozmyslí.“</p>
<b>Potlačování emocí</b>
<p>„Musím být milá, i když vím, že prostě ten člověk si to vůbec nezaslouží.“</p> <p>„Snažím se chovat slušně, ale v duchu si říkám, že kdybych ho neviděla, bylo by lepší.“</p> <p>„Když se jich seběhne víc, tak člověk toho má plný zuby, že by šel a někomu nabančil doslovně.“</p> <p>„Když jsou agresivní, sprostý, tak kdyby člověk mohl, tak by je nejradši poslal...“</p>

<b>Neprofesionální reakce</b>
<p>„Občas prostě člověk vylítne.“</p> <p>„Když se člověk snaží být jako profesionál, ale někdy je tak vytočenější, že změní tón hlasu.“</p> <p>„A když už to nejde, tak pak člověk většinou vybuchne.“</p> <p>„Člověk chvíli vydrží, a pak už soptí taky.“</p>
<b>Negativní vliv</b>
<p>„Co zas bude, kdo zas přijde další.“</p> <p>„Člověk tam nejde s pozitivní náladou do té práce, ale spíš s tím očekáváním, co z koho zase vzejde, a co bude zase za problém.“</p> <p>„Měla jsem opravdu strach, že mě přítomný fyzicky napadne a rozbije celou ordinaci.“</p> <p>„Takto mě ta práce vůbec nebaví, protože slušných pacientů je již málo.“</p> <p>„Proč tu práci vůbec dělám, jestli to mám zapotřebí tam nechat na sebe někoho řvát, když těm lidem chci pomoci.“</p> <p>„Když je tady tma, nesvítí lampy a vy víte, že ten člověk někde může čekat.“</p> <p>„Těch pacientů je hodně, nejsou úplně příjemní, tak už člověk, taky se mu tolik nechce a není z té práce už tak nadšenější.“</p>
<b>Zvládání situace</b>
<p>„Celkově si to nepřipouštím, z toho bych se tady musela zcvoknout.“</p> <p>„Musí se k tomu člověk postavit čelem.“</p> <p>„Příjemný to určitě není, ale člověk musí mít nadhled.“</p> <p>„Psychicky mě to nedeptá.“</p> <p>„U běžných nedorozumění jde o to, zvyknout si na ně, a to zvládnou třeba do půl hodinky, se z toho dostat, ale ono déle snad ani není čas se s tím vyrovnávat.“</p> <p>„Mezi sebou si to řeknem, že to byl zase pitomec, a tím to smáznem a jedem dál.“</p> <p>„Někdy jako je s tím člověk vyrovnanější poměrně fik- mik, to je podle nálady.“</p>
<b>Důležitost odpočinku</b>
<p>„Když se člověk úplně nevyspí, když na nás ty lidi řvou, tak pak je ta nálada jako horší, že jo.“</p> <p>„Když mám dobrou náladu a méně služeb, tak se cítím daleko lépe, vyrovnanější.“</p> <p>„Když je to pak o noční, když těch pacientů je několik za sebou, tak už ta nálada pak není jako moc dobrá.“</p>

### **Strategie jednání**

„Někdy se to člověk snaží zachránit, třeba zavtipkovat.“

„Ani jsem se teda moc nesnažila, a možná jsem mu řekla, že si nepřeju, aby vůbec i se na mě díval.“

„Ke každému se chovám, jak si zaslouží.“

„Nekřičte na mě, já se k vám chovám slušně, tak se ke mně chovejte taky slušně.“

„Určitě se nemůže očekávat, že bych byla milejší než je on, ale zásadně mu nejdu naproti, aby z toho nebyly problémy.“

„Nejsem služka ani podržtaška, abych někomu dělala nějaký ústupky.“

„Musela jsem za ním jít, a zeptat se ho, proč je tak nepříjemný k mé kolegyni.“

„Tak jsme ho zavřely v ordinaci, a tu on postupně začal demolovat.“

„S každým jednat tak, aby prostě se to tomu pacientovi líbilo, tak to prostě nejde, při tomhlectom počtu lidí prostě ne.“

### **Méně konfliktů**

„Pacienti na JIP neměli ani tendence něco řešit, protože jim bylo tak zle.“

„Kdyby bylo více lékařů, pacienti by tolik nečekali a konfliktních situací si myslím, že by nebylo tolik a bylo by víc spokojenosti ze všech stran.“



## **Příloha č. 8 - Otázky k rozhovoru**

### *Uzavřené otázky:*

1. Kolik je ti let?
2. Jak dlouho pracuješ jako ambulantní sestra?

### *Otevřené otázky:*

3. Jaké máš zkušenosti s chováním pacientů?

Doplňující: A ti opilí se chovají jak?, A co třeba VIP pacienti, jak se k tobě chovají?, A ti pacienti s negativním postojem se potom chovají jak?

4. Zažíváš často konfliktní situace?

Doplňující: A kdybys to měla zprůměrovat?, Co myslíš, že je příčinou takových situací?, A myslíš, že je to jenom kvůli tvému hlasu nebo je tam i jiná příčina?, A jak vypadá taková konfliktní situace?

5. Jak působí konfliktní situace na tvoji psychiku?

Doplňující: A jaké pocity prožíváš, když máš s někým konflikt?, Jak se cítíš?, Proč tu práci děláš?, Když něco proběhne, jak se cítíš?

6. Jaké strategie používáš při jednání s konfliktním pacientem?

Doplňující: A jak třeba jednáš s pacienty v ebrietě, máš na to nějaké strategie?, Hm, a když třeba víš, že jsi narazila na člověka, s kterým by ten konflikt mohl být, tak se k němu chováš jak?, Změníš chování nějak?, Že jsi třeba víc milá, nebo tak něco?

7. Chovají se k tobě pacienti agresivně?

Doplňující: A jak to agresivní chování vypadá?, Jak se cítíš, když se k tobě někdo chová agresivně?

8. Zažila jsi někdy fyzické napadení ze strany pacienta?

Doplňující: A proč tě poplival?, Jak ses cítila po tom fyzickém napadení?, Proč myslíš, že ho chtěla pokousat?, Co to bylo za pacientku?

9. Zažila jsi někdy sexuální obtěžování ze strany pacienta?

Doplňující: Vadí ti to?, A jak ses při tom cítila?, Jak to vypadalo?

10. Jaký nejhorší zážitek jsi v souvislosti s chováním pacienta zažila?

Doplňující: Tak myslíš, že příčina takového chování byl ten alkohol?, Můžeš mi to vyprávět trochu podrobněji?, Co se přesně stalo?, Jak to bylo?, Co jsi při tom prožívala?, Jak ti bylo?

11. Jak ovlivní proběhlá konfliktní situace s pacientem tvoje chování k němu, při jeho následném ošetření, a jak ovlivní tvoje chování k ostatním pacientům?

Doplňující: I když jsi z předchozí situace nervózní, tak tvoje chování k ostatním pacientům není jiné?, A ti ostatní pacienti?, Když potom ošetřuješ někoho jiného, má to vliv na tvoje chování k nim taky?

12. Jakým způsobem, a jak dlouho se s nepříjemnou situací vyvolanou chováním pacienta vyrovnáváš? Máš nějaké oblíbené způsoby, rituály?

Doplňující: A v práci přímo po tom konfliktu ti pomůže co?, Jak se ti udělá líp?, A doma už na to potom nemyslíš?

13. Chtěla bys něco dodat?

Doplňující: Máš tu práci ráda?, Co by pomohlo, aby se to zlepšilo, podle tebe?, Jak to myslíš?, Co máš třeba ráda na téhle práci?, A co tě štve?