

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Kateřina Chladová**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Kateřina Chladová

**KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ  
S AGRESIVNÍM PACIENTEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Pavel Mošťák

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 25. dubna 2011

.....

Děkuji MUDr. Pavlovi Mošťákovi, za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady při jejím zpracování.

## OBSAH

1.	Úvod .....	5
1. 2.	Bibliografické citace vstupní literatury.....	6
1. 3.	Vyhledávací strategie.....	7
2.	Přehled publikovaných poznatků.....	8
2. 1.	O komunikaci obecně.....	8
2. 2.	O agresi obecně.....	10
2. 3.	Komunikace s agresivním pacientem v přednemocniční péči.....	12
2. 4.	Komunikace s agresivním pacientem na somatickém oddělení nemocnice.....	17
2. 5.	Komunikace s agresivním pacientem na psychiatrickém oddělení.....	21
3.	Závěr.....	27
4.	Anotace.....	30
5.	Bibliografické a elektronické zdroje.....	32

# ÚVOD

S agresivním pacientem se setkal snad každý, kdo ve zdravotnickém oboru pracuje, ať už jde o sestry, lékaře či pomocný nelékařský personál. Téměř ve všech odborných i neoborných periodikách se již v titulcích dozvídáme o tom, jak pacient napadl sestru v nemocnici, jak skupina přihlížejících nebo i sám pacient napadl posádku rychlé záchranné služby. Zřejmě nejvíce zkušeností mají s agresivními pacienty sestry na psychiatrických pracovištích.

V této bakalářské práci bych formou přehledové studie ráda popsala poznatky a zkušenosti zdravotnických pracovníků s agresivním klientem nejen v nemocnicích či léčebných ústavech, ale i v ambulantních zařízeních a v přednemocniční péči. Ráda bych se zaměřila na prezentace příčin a forem agresivního chování pacientů, dále jaké komunikační techniky zdravotničtí pracovníci při zvládnání agrese používají a zda existují nějaká preventivní opatření, která by pomohla otevřené agresi zabránit. Také bych ráda zjistila, zda existují nějaké rozdíly mezi komunikací s agresivním pacientem zdravotnických pracovníků na somatickém a psychiatrickém oddělení.

## 1.2. BIBLIOGRAFICKÉ CITACE VSTUPNÍ LITERATURY

Pro tvorbu a konkretizaci tématu bakalářské práce byla použita tato vstupní studijní literatura:

HERMAN, Erik a PRAŠKO, Ján a SEIFERTOVÁ, Dagmar. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén 1997. 159. s. ISBN 80-85824-60-4

MARKOVÁ, Eva, a VENGLÁŘOVÁ, Martina, a BABIAKOVÁ Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9

VENGLÁŘOVÁ, Martina, a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4

### 1.3. VYHLEDÁVACÍ STRATEGIE

Při vyhledávání článků, které by byly pro tuto práci vhodné, byla použita klíčová slova: KOMUNIKACE – SESTRA – AGRESE – AGRESIVNÍ PACIENT – PSYCHIATRICKÝ PACIENT.

Klíčová slova byla použita v databázi Bibliographia Medica Českoslova, kde bylo pomocí rešerše nalezeno celkem 23 odborných článků. Tyto byly dále rozděleny podle témat, kterými se práce zabývá.

Pro nízký počet odborných článků proběhla další rešerše v databázi MEDLINE s výše uvedenými klíčovými slovy. Zde bylo nalezeno dalších 37 odborných článků, které se měly zabývat komunikací zdravotnických pracovníků s agresivními klienty. Z tohoto počtu byly dva články totožné s odkazy z první rešerše.

Výše uvedená klíčová slova byla zadána i do vyhledávačů Google scholar, kde bylo vyhledáno 81 odkazů, týkajících se tématu komunikace, pro tuto práci však nebyly použitelné. V rozšířeném vyhledávání Google bylo nalezeno 249 odkazů, z nichž použitelných pro téma této bakalářské práce bylo osm zdrojů.

Vyhledávací období daných rešerší bylo zvoleno od roku 2000 do roku 2010, tedy posledních deset let. Zvoleným jazykem byla čeština a slovenština.

Z první rešerše nebylo do přehledové studie zahrnuto sedmnáct článků. Tyto články plně nevyhovovaly záměrům práce, protože se tématem komunikace s agresivními pacienty zabývaly pouze okrajově. V těchto člancích byly popisovány mimo jiné stresující faktory sester při práci a jejich řešení, komunikační techniky v pediatrii a geriatrii nebo obecně práci sester na psychiatrickém pracovišti.

Ve druhé rešerši z databáze MEDLINE nebylo použito osmnáct článků. V těchto publikovaných odkazech byla popisována komunikace zdravotnických pracovníků a agresivními klienty z pohledu právníka, což také nebylo záměrem této přehledové studie.



Ve vyhledávačích GOOGLE SCHOLAR A GOOGLE rozšířené vyhledávání byl nalezen výše uvedený počet odkazů. Pro tuto práci je však krom dvou nebylo možné použít, protože odkazovaly na články, které nebyly vhodnými podklady pro tuto práci.

## **2. PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ**

### **2.1. O KOMUNIKACI OBECNĚ**

Schopnost dobré komunikace je jednou ze základních a nejdůležitějších dovedností zdravotníka. Bez dobré komunikace se neobejde kvalitní ošetrovatelská péče.

Příručky a slovníky definují komunikaci jako tok nebo přenos informací, jejich sdělování, sdílení. Mahrová ve své práci uvádí, že komunikace je dovednost, se kterou je možné pracovat v každé etapě života. Schopnost dobře komunikovat slouží k navázání a dalšímu rozvíjení kontaktu s nemocným. (Mahrová, 2006, s. 11)

Tutková prezentuje, že k ošetrovatelské praxi patří komunikace, která se dělí na komunikaci sociální, strukturovanou a terapeutickou. Sociální bývá neplánovaná a neformální, při strukturované nemocnému plánujeme sdělit nějakou informaci a terapeutická neboli léčebná pomáhá překonat stres, přizpůsobit se realitě, překonávat psychické překážky. V každém případě je v hlavní roli sestra. Ta by měla mít schopnost naslouchat, být empatická, ovládat umění porozumět, cítit úctu k člověku, měla by umět poradit a k nemocným mít individuální přístup.

Autorka dále uvádí, že nejrozšířenějším typem komunikace je rozhovor a to záměrný a organizovaný dialog mezi sestrou a pacientem. Hlavními cíly takového rozhovoru je doplnění a upřesnění informací, doplnění anamnestických údajů, získání údajů o potížích, poučení či uklidnění pacienta, získání jeho spolupráce. Rozhovor je rozdělen do čtyř fází: úvodní, vzestup a pokračování, třetí fáze je vrchol a rozuzlení a poslední závěr. Aby byl rozhovor úspěšný, je třeba dodržovat určité zásady. Zajistit

klidné prostředí, vhodnou dobu, je nutné respektovat individuální zvláštnosti pacienta, pokládat jednoduché a krátké otázky, být taktní a trpěliví. (Tutková, 2007, s. 22.)

Specifika komunikace sestry s pacientem popisuje Zacharová. Uvádí, že komunikace je jedním ze základních aspektů ošetrovatelských činností. Je zapotřebí u pacienta navodit pocit důvěry, zbavit ho strachu a obav. Podle autorky existuje velké množství faktorů, které mohou komunikaci ovlivnit. Ať už jde o věk pacienta, jeho společensko – ekonomické postavení, jeho kulturu a vyznání, výšku, barvu a intonaci hlasu, jeho tempo řeči, na to vše musí brát sestra při úspěšné komunikaci ohled. Při úspěšné komunikaci musí sestra pečlivě vážit slova, protože ty mají pro pacienta obrovský význam. Sestra by měla při rozhovoru dodržovat základní etické zásady, měla by ho umět empaticky vyslechnout, přesvědčit ke spolupráci v léčebném režimu, motivovat k léčbě a posilovat jeho optimismus.

Zacharová popisuje i základní požadavky, které jsou pro úspěšnou komunikaci nezbytné. Řadí mezi ně chtění komunikovat, které by měla splňovat jak sestra, tak i pacient. Dalším je umění komunikovat, ve kterém by se sestra měla neustále zdokonalovat. Posledním požadavkem je moci komunikovat, to znamená, vytvořit možnosti ke komunikaci. Příprava na rozhovor, informace a vědomosti, strategie vedení rozhovoru, postoj k pacientovi, pochopení a prostor pro dotazy patří podle autorky ke specifickým požadavkům úspěšné komunikace.

Během rozhovoru může sestra narazit na nejrůznější překážky, které brání kvalitní komunikaci. Podle autorky lze mezi ně zařadit rušivé okolní vlivy z prostředí, jazykovou bariéru, dalšími mohou být i emoční a intelektové působení, kdy pacient nerozumí odborným a pro něj nesrozumitelným výrazům. Fyziologickou překážkou může být bolest nebo únava nemocného. Jako vážnou překážku ze strany sestry považuje autorka komunikaci bez obsahu. Nemocný má poté pocit, že ho sestra neposlouchá, nerozumí mu a tímto může vzniknout jeho lhostejnost a nespolupráce. Ta může být poté chápána jako nedůvěra ke zdravotníkům. (Zacharová, 2010, s. 28.)

## 2.2. O AGRESIVITĚ OBECNĚ

Podle Kristové je agresivita popisována jako útočné chování, u kterého je buď záměrným, nebo nezáměrným cílem ublížit. Takové jednání může být dané biologicky, například genetickou predispozicí nebo působením mužských pohlavních hormonů nebo psychologicky, kdy je agrese závislá na nějaké stresové situaci, například reakce na onemocnění, pocit ohrožení nebo omezení, které přesáhlo pacientovu míru únosnosti. (Kristová, 2008, s. 23.)

Němec hodnotí příčiny jako obvyklé shody okolností – pocit úzkosti nemocného, pocit křivdy a nespravedlnosti, zklamání, celková zvýšená zátěž, pocity bezmoci, intenzivní bolest nebo špatná interpretace reality u duševních poruch nebo intoxikací. (Němec 2007, s. 24.)

Gerlová uvádí, že agrese je přirozenou součástí života a můžeme se s ní setkat všude kolem nás. Z hlediska motivace dělí agresivní jednání na instrumentální, kdy se nemocný snaží svým chováním něčeho dosáhnout, dále reaktivní, čímž reaguje na vlastní ohrožení a patologické, které je důsledkem duševní poruchy. V poslední řadě je to agresivní chování jako osobnostní rys, kdy nemocný reaguje agresivně ve většině životních situací. (Gerlová, 2003, s. 26.)

Zdrojem agresivního jednání podle Kristové mohou být strach nebo úzkost, bezmocnost a pasivita, neschopnost plnit základní role, obavy o existenci, ale i dlouhé čekání na vyšetření, propuštění. Agresivní chování u pacienta může být i reakcí na sociální izolaci, neuspokojování jeho potřeb, dietní, pohybové, spánkové či sexuální omezení. Agresivní pacient tímto dává najevo svoji neochotu spolupracovat, která může vyústit v ohrožení jeho okolí a prostředí, ve kterém se nachází. (Kristová, 2008, s. 23.)

Formy agresivního chování jsou popisovány jako škála projevů jasně vyjádřených. Od ironizujících poznámek až po přímý útok. (Němec, 2007 s. 24.)

Jiný autor agresivní chování rozděluje na tři typy: agitovanost, agresivní chování eskalované a nakonec agresivní chování zákeřné. U agitovaného pacienta je

patrný psychomotorický neklid, bývá dezorientovaný a zmatený. Jeho cílem není primárně ublížit, ale často se to může stát. Eskalované agresivní chování má řadu předcházejících příznaků, které varují před vlastním napadením. Jsou to projevy nevole, nemocný se nechce podřídit, je podrážděný, odtažitý. Ve výrazu obličeje je zlost, může vyhrožovat, házet věcmi a poté může následovat útok na zdravotníka. Zákeřné agresivní chování nemá žádné varovné příznaky, jde o rychlý, překvapivý a často bezdůvodný útok. (Boháček, 2008, s. 33.)

Kristová rozděluje agresivní chování u pacientů podle cílového zaměření a podle míry sebekontroly a intenzity. Formy podle cílového zaměření popisuje jako agresi přímou, která je namířená přímo na zdravotnického pracovníka a má podobu verbálního nebo fyzického útoku. Další typem je agrese transferovaná, neboli přenesená, kdy nemocný svůj hněv přenesse na předměty nebo spolupacienty. Pacient může reagovat i autoagresivně, to znamená, že agresi orientuje vůči sobě, obviňuje se, může se sebepoškozovat. Další formou cílového zaměření agrese je agrese zadržovaná, kdy ji pacient potlačuje, ale čeká na vhodnou příležitost, kdy ji projevit, dále zlostná, která má základ v pudové výbavě a projeví se okamžitě a v poslední řadě instrumentální, kdy nemocný tlačí na své okolí, manipuluje s ním, aby získal to, co potřebuje, což je to naučená sociální technika.

Podle míry sebekontroly a intenzity agresivního chování autorka rozlišuje čtyři stupně agresivního chování. Prvním stupněm je agrese na úrovni myšlení, představ fantazie bez verbálních i neverbálních agresivních projevů. Druhým stupněm je verbální agresivita vůči okolí, třetím je destruktivní agrese namířená vůči předmětům a prostředí. Poslední a nejvíce obávanou fází agrese je brachiální útok neboli fyzické napadení. (Kristová, 2008, s. 23.)

## 2.3. KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM

### V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI

Přednemocniční péči jsou myšleny především složky integrovaného záchranného systému a ambulantní zařízení. I zde se zdravotníci setkávají s agresivním chováním pacientů a možná je to častější jev než v nemocnicích. Proč se tomu tak děje? Každý zasvěcený člověk by řekl: „Přijeli mu pomoci, tak proč se tomu brání, nebo proč je napadán?“ Důvody mohou být různé.

Kelo ve své práci hovoří o tom, že agrese v komunikaci pacienta se zdravotnickým personálem není ojedinělá a naopak, že má narůstající trend. Pacienti často nejsou spokojeni s poskytovanou péčí, mají své vlastní požadavky, méně akceptují povinnosti a potřebu vzájemného respektu. Podle autora důvodem není chybná komunikace nebo nezvládnutí situace. Agrese je často bezdůvodná. Ve výzkumu, který autor prováděl u posádek zdravotnických záchranných služeb, bylo zjištěno, že agresorem nejčastěji bývají mladí muži, často pod vlivem alkoholu. Přibývá i žen – agresorek, jejich projevy agrese jsou většinou verbální. (Kelo, 2008 s. 23.)

Jiný autor popisuje agresivní chování v souvislosti s náhle vzniklým akutním neklidem, což je významná porucha chování. Akutní neklid, může být doprovodným příznakem mnoha onemocnění, jako jsou například záněty a poranění mozku, mozková hypoxie, hypoglykemie, epilepsie, demence, mentální retardace, schizofrenie a další duševní poruchy. Nejčastěji jde opět o intoxikace alkoholem, léky či drogami. (Křížová, 2006, s. 43.)

Z výzkumu Pekary vyplývá, že agresivní napadání zdravotnických záchranářů je realitou dnešní doby. Jeho dotazníkové šetření, které bylo rozšířené na téměř všechny krajské záchranné služby, ukázalo, že převažuje verbální agresivita ze strany pacientů, ke které dochází prakticky každý třetí až čtvrtý den. K fyzickému napadení zdravotnických záchranářů nedochází až tak často, ale výsledný počet padesát tři útoků za rok také není zanedbatelný. Podle výsledků šetření k výše uvedeným agresivním

útokům na záchranáře dochází nejčastěji v nočních hodinách a hlavní příčinou bývají negativní emoce jako zlost, strach, úzkost. Mezi další příčiny byl zařazen jako spouštěcí faktor alkohol a jiné návykové látky. V 10% bylo napadení zdravotníka způsobeno vlastním onemocněním pacienta. (Pekara, 2007, s. 175.)

Dalším výzkumem o zkušenostech zdravotnických pracovníků s agresí se zabývala Všečeková. Z šetření mimo jiné vyplývá, že agresivní chování nemocných může být i reakcí na chování a gestikulaci zdravotnických pracovníků. (Všečeková, 2010, s. 32.)

I v ambulantních složkách přednemocniční péče se vyskytují nespokojení a místy i agresivní pacienti. Podle MUDr. Honzáka je čekárna v ambulantním zařízení specifickým fenoménem, kde se sestra může dozvědět více informací o pacientech než v ordinaci lékaře. Nespokojený či problémový pacient atakuje sestru hned ve dvou rovinách a to v rovině mezilidské i profesionální. Napadá její osobnost, ale i ochotu pomáhat druhým. Agrese směřovaná od pacienta na sestru nebývá, podle autora, cíleně zaměřená, je to převážně vzteklá reakce na nepřízeň osudu, nemocný se snaží tímto postojem překonat úzkost z nemoci nebo bolesti, překonat stres. Dalšími důvody agresivního chování nemocného mohou být i psychická onemocnění, pocity nemohoucnosti, pocity ohrožení nebo provokace z okolí.

Stejný autor uvádí, že agresor se v ambulantních složkách může projevat od chladného, ale ještě zdvořilého chování přes výhrůžky až po napadení. Stejně jako další autoři klade důraz na neverbální projevy nemocného, na signály nespokojenosti, které ke zdravotníkům nemocný vysílá a které jsou bezpečným varováním, že k agresii může dojít. Jde o ztuhnutí, zčervenání nebo naopak zblednutí v obličeji, semknutí rtů, zaťaté pěsti, upřeně sleduje sestru či lékaře, pohled je až vyhrožující, vzrušeně gestikuluje, může si podupávat. Verbální projev nemocného je stručnější, hlasitější, obsahuje výhrůžky, výčitky. Odtud je už jen pouhý krůček k přímému napadení. (Honzák, 2008, s. 52.)

Němec také rozděluje agresivní chování do dvou forem projevů. První formou jsou projevy verbální, kterými jsou křik, rozčilení, nadávky, či vyhrožování, druhou formou jsou projevy neverbální, a to zblednutí nebo zarudnutí obličeje, upřený pohled, ztuhnutí, semknuté rty, zatnuté pěsti, vstup do osobní zóny. (Němec, 2007, s. 24.)

Při prvním kontaktu zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem je třeba rychle odhadnout situaci, porozumět příčinám jeho agrese a umět rychle a správně zareagovat, uvádí Křížová. Ke zvládnutí agresivního pacienta autorka popisuje tři možnosti. První z nich jsou komunikační techniky. Tyto by měly být vysoce profesionální, protože domluva s agresivním nebo neklidným pacientem bývá velmi složitá. Je třeba sladit verbální i neverbální složku tak, aby komunikace byla důvěryhodná. Řeč by měla být plynulá, klidná, stále ve stejné výšce. Důležité je také udržování očního kontaktu, který nesmí být provokující. Zdravotník by měl být empatický, hovořit srozumitelně a získat pacienta ke spolupráci. Další možností je farmakologické zklidnění, zvláště tehdy, když psychologický přístup ke zklidnění pacienta nestačí. Léky užívané k tomuto účelu vždy indikuje lékař, nejčastěji používané jsou neuroleptika a benzodiazepiny, aplikované intravenózně či intramuskulárně. Třetí možnost zklidnění autorka popisuje jako fyzické omezení, které se provádí jen v nezbytném případě, a to tehdy, jestliže selhaly předchozí metody zklidnění pacienta. Fyzické omezení vždy indikuje lékař, musí být provedeno šetrně a rychle. Jde o výkon bez souhlasu nemocného a definuje jej zákon. (Křížová, 2006 s. 43.)

Výstupem z výzkumu Všetěčkové jsou doporučení, která by bylo vhodné použít při zvládnutí agresivního klienta. Při poskytování první pomoci by měl záchranář agresivního pacienta stále monitorovat, neprovokovat ho zbytečně dlouhým očním kontaktem, dávat mu jasné a srozumitelné pokyny. Zdravotník by měl dávat pozor na možné zbraně, které by nemocný mohl mít u sebe. Dalším důležitým doporučením je i spolupráce s policií. (Všetěčková, 2010, s. 34.)

Kelo se ve své práci zaměřuje na praktickou stránku odvrácení a zvládnutí napadení. Uvádí, že ke zvládnutí krizové situace přispívá sledování verbálních i neverbálních signálů hrozícího nebezpečí, jejich správné vyhodnocení, odstranění nebezpečných předmětů z dosahu potenciálního agresora, mít dostatek prostoru pro komunikaci, udržení bezpečné vzdálenosti, zachování si volné ústupové cesty. Pokud se situace vystupňuje natolik, je vhodné pokusit se odvést pozornost agresora jiným směrem. Posádka záchranné služby by měla mít možnost odeslání signálu o potížích operačnímu středisku, které dále organizuje pomoc policie, eventuelně dalších složek integrovaného záchranného systému. (Kelo, 2008, s. 24.)

Zásady jednání s agresivním pacientem uvádí i Němec. Dle něj je důležité zůstat klidný, zachovat si zdvořilost, nechovat se autoritářsky, mít pro pacienta určité pochopení, neobviňovat ho, nesoudit. Jako nejčastější chyby autor popisuje reakce instinktivním způsobem, protiútokem, provedení ošetření za každou cenu, představu o tom, že situaci zvládneme sami a podcenění signálů blížícího se napadení. (Němec, 2007, s. 24.)

Cílem zdravotníků při zvládnání agresivního pacienta, jak popisuje Pokorný, je hlavně „přežít“, dále dle nejlepších schopností nemocnému pomoci a postupovat dle platných norem. V komunikaci s agresivním pacientem je nutné vždy zachovávat klidný a vstřícný přístup, chovat se slušně, nezvyšovat hlas, nesoudit. Autor doporučuje též pacientům nelhat, jen neříkat celou pravdu. (Pokorný, 2004, s. 98)

Honzák uvádí, že agresivní napadání pacienta nabudí v sestře poplachovou stresovou reakci, která má organismus připravit na boj nebo útek. Reagovat na takový atak agresivitou je však největší chybou. Podle autora jsou nejučinnější asertivní komunikační techniky. Opět je doporučován klidný přístup, slušné vystupování, tlumený hlas, žádné ironické poznámky či kárání. Pacient bývá tímto zaskočen, protože očekává odpor a strach. (Honzák, 2008, s. 53.)

Jak by se dalo, alespoň částečně, na agresivní chování ze strany pacienta připravit, popisuje Křížová. Obdrželi-li z operačního střediska zprávu, ze které by se dalo usuzovat na agresivní chování, je dobré domluvit si spolupráci policie, zjistit si další informace o dotyčném přes operační středisko, zda byl v minulosti agresivní, jestli jsou známky užívání alkoholu či drog, jestli není dotyčný na první pohled rozrušený či hlučný. (Křížová, 2006, s. 43.)

Další preventivní opatření uvádí ve své práci Boháček. Dle něj je potřeba důvěřovat instinktům, zvláště pudu sebezáchovy a na jejich základě vyhodnotit veškerá rizika. Vždy se dají rozdělit na rizikové prostředí a na rizikového pacienta. Rizikové prostředí může pojmut různé konfliktní situace, například ošetřování raněných při rvačkách, v přelidněném prostoru. Někdy i příbuzní nemocného mohou znamenat riziko. Rizikový pacient je takový, u kterého můžeme předpokládat agresivní chování. Mohou to být osoby v šoku, v deliriu, pod vlivem návykových látek, po úrazu



hlavy, s duševní poruchou, epilepsií nebo s kriminálním chováním. (Boháček, 2008, s. 33.)

Honzák uvádí, jak lze předcházet konfliktům s problémovými pacienty v čekárnách a ordinacích ambulantních zařízení. Sestra se zde pohybuje na svém území a měla by vystupovat nejen jako zdravotnický pracovník, ale i v roli hostitelky. Pozdrav pro nově příchozího pacienta by měl být samozřejmostí, úsměv na tváři každého nemocného pohladí. A to vše má i své důvody. Pacient instinktivně opakuje chování, které vidí kolem sebe. Sestra je pro něj sociálně významnější osobnost. Pokud bude sestra zamračená a spěchající, je velmi pravděpodobné, že její vystupování převezme do svého chování i pacient. (Honzák, 2008, s. 52.)

## **2.4. KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM NA SOMATICKÉM ODDĚLENÍ NEMOCNICE**

Přijetí a pobyt v nemocnici jsou pro většinu lidí velmi stresující záležitostí, zvláště tehdy, pokud je to jejich první zkušenost. Netuší, co se s nimi bude dít, jaká je čekají vyšetření, co mohou očekávat od lékařů a sestřiček a podobně. To vše působí nějakým způsobem na psychiku nemocného a jeho reakce mohou být neadekvátní dané situaci.

Nemoc, ale i návštěva zdravotnického zařízení, jak uvádí Zacharová, může pro člověka znamenat někdy až nepřiměřenou zátěž. Ne každý pacient je schopen zvládnout pro něj problémovou situaci, prožívá strach a úzkost, může být nespokojený a zklamaný. Všechny tyto okolnosti mohou vést k nepřiměřeným reakcím na nově vzniklou situaci a nemocný může reagovat agresivně. (Zacharová, 2007, s. 318.)

Vachová se k této teorii připojuje. Uvádí, že nemoc již sama o sobě přináší nepříjemné naladění, negativní emoce, pacient bývá vystrašený, někdy i v šoku. Zhoršená spolupráce bývá i s pacienty po narkóze, po popáleninách nebo s velkými bolestmi. Nejvíce konfliktní nemocní jsou opět ti, kteří jsou omámení alkoholem nebo jinými návykovými látkami. (Vachová, 2006, s. 22.)

I podle Kovaříkové přichází agrese ze strany pacienta vůči okolí v situacích, kdy je nějakým způsobem omezen. Omezením může být i samotná hospitalizace. Ta může vyvolat napětí, které se stupňuje a poté následuje rezignace nebo právě zmíněná agrese. Stavům, které mohou vést k agresivnímu chování na somatických odděleních nemocnic i nadále vévodí situace, kdy je nemocný pod vlivem alkoholu nebo jiných nealkoholových návykových látek, dále jsou to pooperační stavy zmatenosti, stavy zmatenosti při organických poruchách, nemocní s epileptickými mráкотnými stavy a pacienti s duševní poruchou. (Kovaříková, 2009, s. 34.)

Z popsanych zkušeností Lahodové se sestry na somatických pracovištích setkávají s agresí nejčastěji u pacientů, kterým je sdělována diagnóza, dále u starších

pacientů nebo u pacientů se změnami v centrálním nervovém systému. Dalšími faktory mohou být změny prostředí a bolest nemocného. (Lahodová, 2003, s. 244.)

Dotazníkové šetření, kterým se zabývá Vybíhalová, specifikuje příčiny agresivity na lůžkových odděleních nemocnice. Z odpovědí respondentek vyplývá, že nejčastější příčinou agresivního jednání pacientů bývají abstinenční příznaky, demence, poruchy osobnosti, dále celkové onemocnění, v mnoha případech i léky a bolest. (Vybíhalová, 2010, s. 22.)

Dalším výzkumným šetřením s tématem agresivní pacient se zabývá Nitschová. Z výsledků také vyplynulo, že nejčastějšími příčinami agrese ze strany pacienta bylo jeho základní onemocnění, dále stavy po anestezii, nemocní pod vlivem alkoholu a psychiatrickí pacienti. Velkou roli hrál i vysoký věk nemocných. (Nitschová, 2008, s. 28.)

I Szkanderová prezentuje výsledky svého dotazníkového šetření, týkající se výskytu agresivity ve zdravotnických zařízeních. Ze závěrů výzkumu vyplývá, že agresivní chování se může očekávat od pacientů, kteří jsou ve fyzické či psychické nepohodě a mají pocity bezmocnosti či nerovnoprávnosti vůči zdravotnickým pracovníkům. Autorka dále uvádí rizikové skupiny pacientů, od kterých lze násilí očekávat. Jde o pacienty drogově závislé, ovlivněné alkoholem a pacienty s duševní poruchou. Dalším faktorem, které může ovlivnit chování nemocného je prostředí, ve kterém se nachází. V dotaznících se jako riziková pracoviště objevují všechny druhy pohotovostních služeb, čekárny zdravotnických zařízení a geriatrické kliniky. (Szkanderová, 2008, s. 2.)

Projevy emočního neklidu, které mohou vést až k agresivnímu chování, popisuje Zacharová. Řadí se k nim velká nervozita nemocného, jeho rozrušení z dané situace, nápadná gestikulace, upřený pohled do očí, podupávání si, semknuté rty, sevřené pěsti, celkové napětí. Nemocný může personál urážet nebo jim i vyhrožovat. (Zacharová, 2007, s. 318.)

Lahodová rozděluje agresivitu podle její impulzivity na agresi afektivní u pacientů, kteří jsou výbušní, dají se lehce vyprovokovat. Tato agrese je provázena bouřlivým hlasovým projevem, nadávkami nebo přímým útokem. Dalším typem je

agrese iktální, která může být projevem mozkové nestability. Třetím typem je podle autorky agrese predátorská, u které je patrný pacientův pocit ublížení, má potřebu se pomstít a násilí plánuje dopředu. Poslední, pseudoorganická agrese je spojená se zhoršeným sociálním a ekonomickým stavem. Projevuje se nervozitou, rozrušením, tělesnou a emoční labilitou. Dalšími faktory, které mohou agresivního pacienta ovlivnit, je osobnost ošetřujícího personálu a temperament pacienta. I vztahy mezi zdravotníky na pracovišti, zvláště pokud jsou konfliktní, mohou zapříčinit agresivní reakce pacienta. (Lahodová, 2003, s. 244.)

Z výzkumu Vybíhalové vyplývá, že se s verbální agresivitou setkala každá ze zúčastněných sester. Nejčastějším projevem byl křik, vulgární nadávky a vyhrožování. S brachiální agresí, tedy fyzickým napadením, se setkala zhruba jedna šestina respondentek a jednalo se převážně o drobná poranění typu škrábanců, pokousání, kopnutí, údery do obličeje, či ublížení nějakým předmětem. (Vybíhalová, 2010, s. 22.)

Osvědčené přístupy zdravotnických pracovníků k agresivnímu pacientovi popisuje ve své práci Zacharová. Tyto postupy pomáhají řešit složité situace, se kterými se může každý zdravotník setkat. Patří mezi ně zachovávání určitých pravidel chování a komunikace. Podle autorky obecně platí, že při kontaktu s agresivním klientem je třeba plně zachovat klid, respektovat jeho chování, nenechat se vyprovokovat, jeho chování nehodnotit, ale vyjádřit nesouhlas, na pacienta neútočit, hledat důvody verbální či neverbální agrese. Nutné je od pacienta udržovat bezpečnou vzdálenost. Dalšími uklidňujícími faktory mohou být i pomalejší tempo řeči, udržování očního kontaktu, klidný postoj. Zdravotník by si měl nechat otevřenou ústupovou cestu. (Zacharová, 2007, s. 318.)

Lahodová také ve své práci spoléhá na psychologický přístup k agresivním pacientům. To znamená, že by sestra měla zachovat klid, nereagovat na pacienta agresivně, protože agrese sestry podporuje agresivitu pacienta. Agresora by měla mít po ruce nebo straně, kterou lépe ovládá a neměla by být pasivní. (Lahodová, 2003, s. 244.)

Váchová při komunikaci s agresivním pacientem spoléhá na asertivní jednání. Uvádí, že asertivita vede k emoční pohodě obou partnerů v dialogu, pokud cílem je oboustranná dohoda. Chybou je zaměnit agresivní chování ze stresu za asertivitu.

Autorka má na mysli zdůraznit postavení zdravotníka, ale jednat s pacientem laskavě a s úsměvem. (Váchová, 2006, s. 22.)

Strategie přístupu k agresivním nemocným podle Kovařikové spočívá v komunikaci a zvýšené observaci. Při takovém kontaktu je třeba respektovat osobní prostor nemocného, tím chrání sestra i sebe, hovořit s ním klidným hlasem a zdvořile. Důležité je podle autorky zachovávat individuální přístup a eliminovat rizikové situace. Zároveň je důležité zachovávat zásady bezpečnosti. K agresivnímu pacientovi, by sestra neměla nikdy přistupovat sama, ale vždy ještě s dalším členem ošetrovatelského týmu. Také by měla zajistit bezpečné prostředí odstraněním předmětů, které by mohly být použity jako zbraň.

Stejná autorka popisuje i řešení situací, při kterých komunikační techniky selžou, a k brachiální agresi dojde. Z jejích doporučení vyplývá, že při takových situacích je důležitá spolupráce s psychiatrickým konziliářem, který je schopen nastavit vhodnou medikamentózní intervenci a eventuelně v případě nutnosti ordinovat omezení agresivního pacienta v lůžku. (Kovařiková, 2009, s. 34.)

Podle Vybíhalové je důležité klást důraz na vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru komunikace a sebeobrany vůči agresivním pacientům. (Vybíhalová, 2010, s. 22.)

## **2.5. KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ**

Psychiatrickí pacienti jsou pro téma této práce zvláštní kapitolou. S agresivitou se u těchto nemocných setkávají sestry častěji než na jiných typech oddělení. Většina pacientů v akutní fázi onemocnění jsou na psychiatrická oddělení přijímána bez svého souhlasu a tomu i odpovídá postoj k přijetí samému, léčbě a celkové spolupráci.

Přijetí takového pacienta většinou předchází okolnosti, které ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí. Na příjmové oddělení je přivážen sanitkou zdravotnické záchranné služby často i v doprovodu policie. Celá tato situace je pro duševně nemocného velmi stresující.

Příčiny, které vedou k agresivitě psychiatrických pacientů, mají základ v duševní chorobě samotné. Podle Pojzlové se k násilnému chování často uchylují osoby s emočně nestabilní poruchou osobnosti, nemocní trpící paranoidní poruchou, schizofrenií, akutní reakcí na stres, depresivní poruchou s úzkostí nebo s kvalitativní poruchou vědomí, demencí, encefalopatií. Autorka ve své práci uvádí i další faktory, které mohou agresi u nemocného s duševní chorobou vyvolat. A to přímo během hospitalizace na psychiatrickém oddělení dané jeho charakteristikou. Jde o těsnou blízkost dalších pacientů, o celkově hlučné prostředí, nemocný ztrácí pocit soukromí, omezují ho nejrůznější pravidla. Další rizika přinášejí psychické faktory jako úzkost a frustrace, změna sociálních rolí, konflikty. (Pojzlová, 2003, s. 51)

I další autorka ve své práci sděluje, že agresivita může vzniknout prakticky u všech psychických poruch. Ať už jde o návykové, schizofrenní, afektivní, úzkostné nebo organické, může se vyvinout u mentálních retardací i u poruch chování. (Hanušková, 2008, s. 168.)

Vevera rozděluje příčiny násilného chování pacientů do tří okruhů. Jedním z nich jsou příčiny primárně nepsychiatrické, jako jsou stavy při epilepsii, cévních mozkových příhodách, hypoglykemiích nebo hypertenzi. Dalším okruhem jsou nemocní užívající návykové látky, buď ve fázi akutní intoxikace, nebo při

abstinenčních potížích. Posledním okruhem jsou nemocní primárně psychiatrickí, kteří trpí schizofrenií, afektivní nebo úzkostnou poruchou nebo v rámci akutní reakce na stres. (Vevera, 2007, s. 66.)

Projevy výše zmíněných duševních poruch mohou být různorodé, často nečekané a těžko předvídatelné, jak uvádí Bc. Petr. Řadíme mezi ně neklid, agitovanost, násilné chování, agresivitu. Agresi často provází hněv, zloba, pocity nenávisti, které mohou vést k fyzickému napadení. Nejméně nebezpečným stupněm agrese je nepřátelské chování nemocného, o něco závažnější je verbální agresivita, která může být buď přímo namířená na zdravotníka nebo i nepřímo, kdy nemocný píše dopisy nebo telefonuje. Nejvíce závažná je agrese brachiální, která může být zaměřená vůči předmětům, ale i osobám v okolí pacienta. (Petr, 2003, s. 69.)

Pojzlová rozděluje stupně psychomotorického neklidu do několika podskupin. Těmi jsou vnitřní neklid, kde podkladem bývá vnitřní tenze, dále psychomotorický nepokoj, který se stupňuje až do agitovanosti. Tyto příznaky mají dlouhodobější charakter a postupně graduji. Význam však mají i krátkodobé formy - impulsivní jednání, které se vystupňuje do raptu, kde jde o nečekané a neúčelné jednání s velkou intenzitou motorického projevu. Podle intenzity autorka dělí agresi do pěti stupňů: vůlí potlačenou - zaťaté pěsti, svírání rtů, zadržávání v řeči, agrese verbální – nadávky, vyhrožování, agrese fyzická vůči věcem, vůči zvířatům a nakonec agrese vůči lidem. Tato může vyvrcholit až zabitím jedince. (Pojzlová, 2003, s. 51.)

Woleská popisuje faktory, které mohou ovlivnit agresivní projevy. Řadí mezi ně v první řadě alkohol a jiné psychoaktivní látky, u kterých záleží na typu a množství. Dalšími faktory jsou psychické zdraví nemocného a jeho osobnostní rysy jako je míra temperamentu nebo lability. Obavy a strach z nové situace mohou také vyústit v agresivní chování. Agrese může být i sekundárním projevem; například reakcí na bolest nebo na přístup zdravotníků a jejich způsob komunikace. (Woleská, 2001)

Jak včas a správně rozpoznat signály možné agrese popisuje Gerlová. Zdravotnický pracovník by měl být citlivý na náznaky agresivního chování, ať už jde o narůstající neklid, projevovaný zvýšenou pohybovou aktivitou, nebo neverbální projevy nemocného. Viditelné jsou známky nervozity, rozrušení, nápadná a někdy až

výhružná gestikulace. Pacient se dostává do těsné blízkosti sestry, narušuje její osobní prostor, navazuje upřený oční kontakt. Agrese se podle autorky může někdy objevovat jen symbolicky, ale i ta se může vystupňovat až do závažnější formy agrese. (Gerlová, 2003, s. 27.)

Podle Čermákové lze téměř všechny projevy agresivního chování odpozorovat z neverbální komunikace nemocného. Jeho zvýšený neklid je patrný na první pohled, nervózní pocházení po místnosti, může kopat do prostoru i do předmětů, silně gestikuluje, ve tváři je viditelné rozrušení, hlas se zesiluje, často narušuje osobní prostor zdravotníka. (Čermáková, 2010, s. 20.)

Bránit se vůči agresivnímu člověku není jednoduché. Ještě složitější je to tehdy, když se jedná o duševně nemocného pacienta, který de facto za své jednání nemůže. Dle Šlaisové je v první řadě nutno zajistit bezpečnost samotného agresora, ostatních pacientů, ale i ošetrovatelského personálu. To vše, dle autorky, spočívá v uklidnění pacienta vhodným přístupem, klidným chováním, vysvětlením celé situace, empatickému naslouchání pacienta. Bezpečnost lze zajistit odstraněním nebezpečných předmětů z dosahu nemocného. Zdravotník by neměl být s agresorem sám v místnosti a měl by mít otevřenou ústupovou cestu. (Šlaisová, 2005, s. 23.)

I Petr popisuje základní pravidla, jak by se sestra měla zachovat, pokud získá pocit, že je pacient neklidný nebo že hrozí nebezpečí agrese. Řadí mezi ně v první řadě klidný a vstřícný přístup. Komunikace by měla probíhat v dobře přístupné místnosti a za přítomnosti dalších členů ošetrovatelského týmu. K pacientovi přistupovat čelem, aby necítil ohrožení ze strany personálu a nenarušovat jeho osobní prostor. Během rozhovoru používat krátké a srozumitelné věty, hovořit klidným hlasem, vždy se ujistit, zda pacient rozumí všemu, co mu říkáme. Dále je dle autora důležité vyvarovat se náhlých a nečekaných pohybů, sestra by neměla být naléhavá a neměla by se pouštět do žádných konfrontací s klientem. (Petr, 2003, s. 69.)

Podle Vyskočilové je při ošetrování neklidných a nebezpečných pacientů důležité navázat důvěryhodný vztah. S nemocným by se mělo jednat ve slušné a zdvořilé rovině, hovořit jasně, klidně a pevně, aby byl navozen pocit jistoty. Není vhodné používat fráze typu „neblázněte“, „uklidněte se“ a podobné. Důležitý je i



profesionální přístup, mít pochopení pro pacientovy stesky, představy. Jeho agresivní chování neschvalovat, ale mít neutrální postoj, nesoudit ho. (Vyskočilová, 2003, s. 18.)

Čermáková doporučuje, že by sestra měla svoji reakci odvíjet od příčin agresivního chování pacienta. To znamená, zjistit, co bylo spouštěcím faktorem a reagovat otázkami po příčinách. Nepříjemná situace se dle autorky dá zvládnout hlavně klidným a níže položeným tichým hlasem, pomalými pohyby a gesty. Dále je důležité respektovat osobní prostor jak pacienta, tak zdravotníka. Dalším doporučením je nenechat se vyprovokovat a nebát se omluvit, pokud je příčina zloby oprávněná. (Čermáková, 2010, s. 20.)

Obecná pravidla při verbální komunikaci s agresivním pacientem popisuje Vevera ve své práci. Prvním krokem by mělo být navázání důvěryhodného kontaktu s nemocným. U lehčích případů lze takto rizikovou situaci zvládnout. Při kontaktu s agitovaným nemocným je zapotřebí dodržovat obecná pravidla, která mohou zajistit bezpečnost jak zdravotnického pracovníka, tak pacienta. Vyšetření či sběr anamnézy by neměl probíhat v uzavřené místnosti, pacientovi je dobré nabídnout, aby se posadil, zmírní se tím jeho agresivní postoj. Vzdálenost od pacienta by měla být minimálně na délku paže. Dále je doporučováno hovořit tichým, klidným hlasem a vyvarovat se prudkých pohybů a gest. Informace nemocnému sdělovat jednoduše, srozumitelně, oslovovat ho jménem, z projevu zdravotníka by měl být patrný respekt k nemocnému. Důležitým doporučením je, že by sestra neměla nemocnému vyvracet jeho poruchy myšlení a vnímání a dala mu prostor k vyjádření jeho pocitů, myšlenek a představ. Je nutné kontrolovat i vlastní neverbální projevy, které by mohly pacienta k agresi vyprovokovat. (Vevera, 2007, s. 66.)

I Nešpor uvádí podobná doporučení při komunikaci s agresivním klientem a jak násilnému chování nemocného předcházet. Zahrnuje do nich dodržování bezpečné vzdálenosti, k situaci adekvátní verbální a neverbální komunikaci. I smích nebo humor může být podle autora užitečný, ale jen tehdy, pokud si to pacient nevyloží jako posměch. Vhodnější je zachovávat neutrální a uvolněný výraz tváře. Pokud i přesto k otevřené agresi dojde a násilné chování nemocného má charakter trestné činnosti nebo představuje pro zdravotníka značné riziko, je více než vhodné požádat o pomoc policii. (Nešpor, 2009, s. 39.)

Gerlová také uvádí zásady jednání s agresivním nemocným. Popisuje dva protichůdné přístupy. Jedním z nich je klidný a profesionální projev zdravotníka, kdy na pacienta nezvyšujeme hlas, mluvíme klidně a pomaleji, nenecháme se vyprovokovat k protiagresi. Naopak v druhém typu přístupu se snaží agresivnímu člověku přizpůsobit, zrcadlit ho, používat techniku „pacing“. V tomto případě jde o dynamické reakce na agresora. Pokud s námi rozčilený nemocný hovoří hlasitě a rychle, přizpůsobíme tomu i svoji mluvu. Nebudeme na něj křičet, ale zrychlíme tempo řeči a hovoříme hlasitěji. Tímto způsobem by se měla sladit i gestikulace. (Gerlová, 2003, s. 27.)

Hanušková prezentuje obecné zásady přístupu k neklidným a agresivním nemocným. V první řadě jde o snahu navázat rozhovor o jejich problémech, je třeba dávat najevo, že je posloucháme, být empatičtí a nezpochybňovat jejich tvrzení. Při rozhovoru by neměl být zdravotník zcela sám a v uzavřené místnosti. Vždy by měl být poblíž někdo další ze zdravotnického týmu, který by v případě nutnosti mohl zasáhnout. S agresivním pacientem není doporučován dlouhý oční kontakt, mohl by ho brát jako provokaci. Je zapotřebí udržovat bezpečnou vzdálenost a nenarušovat pacientův osobní prostor. Také se pacienta zbytečně nedotýkáme, neobracíme se k němu zády. Při kontaktu s agresivním nemocným je velmi důležité odstranění nebezpečných předmětů z jeho okolí, které by mohl použít jako zbraň.

Podle stejné autorky je nutné verbálně a s empatickým přístupem omezit zevní iritační stimuly a zvládnout rizikovou situaci. Pokud agresivní chování pacienta i přesto vygraduje, což se mnohdy na psychiatrických pracovištích stává, je nutné v rámci možností daného oddělení zajistit jeho bezpečnost dalšími opatřeními. (Hanušková, 2008, s. 168.)

I Petr se s podobným tvrzením shoduje. Uvádí, že v některých případech se bohužel stává, že všechny popsané komunikační praktiky na zklidnění pacienta nepůsobí a k otevřené agresi dojde. Pacient ohrožuje sebe nebo své okolí a je nutné jej fyzicky omezit. Řešení takové situace musí být rychlé a hlavně bezpečné jak pro pacienta, tak pro personál. Petr popisuje jak agresivního pacienta zvládnout pomocí fyzického omezení. Nejdůležitější je početní převaha k přemožení pacienta. Hlavní zásadou je, co končetina pacienta, to jeden člověk v týmu. Pacient by měl být

informován o tom, proč bylo nutné ho fyzicky omezit a že toto omezení bude trvat jen nezbytnou dobu. K celkovému zklidnění pacienta je potřeba fyzické omezení kombinovat s aplikací psychofarmak, které jsou dány jasnou ordinací lékaře. (Petr, 2003, s. 71)

Jak nebezpečným situacím zabránit, popisuje ve své práci Rapčíková. Klade velký důraz na sběr anamnestických informací při vstupním rozhovoru, pozorování chování pacienta, jeho zvláštnosti, neadekvátní projevy. Pacient by měl být umístěn na pokoji nejbližší místnosti personálu. Z dosahu pacienta by měly být odstraněny všechny předměty, které by mohl v záchvatu agrese použít jako zbraň. Důsledné by měly být kontroly pacienta i během noční směny. Důležitá je efektivní komunikace s pacientem. Při upřímném zájmu se u pacienta snižuje hladina stresu a uvolňuje se jeho napětí, které by mohlo vyústit v násilné chování. (Rapčíková, 2008, s. 24.)

Doubek uvádí, že nelze nikdy přesně odhadnout, zda pacient bude agresivní. Je podle něj důležité zhodnotit veškeré rizikové faktory, které by mohly možnou agresivitu zapříčinit. A to už při sběru základní anamnézy. Je důležité zmapovat, jestli v minulosti nebylo nebo aktuálnímu zdravotnímu stavu nepředcházelo násilné chování, dále jestli u pacienta není patrné poranění hlavy a také jestli není intoxikován alkoholem nebo jinou návykovou látkou. (Doubek, 2004, s. 132.)

Petr doporučuje získávat informace o agresivním pacientovi již při jeho přijetí. Sestra má dostupné údaje již z orientačního psychiatrického vyšetření a doporučení ambulantního psychiatra či praktického lékaře, mnoho informací získá ze zpráv o výjezdu RZP. Hodnotí informace o násilných činech v anamnéze pacienta, o jeho zkušenostech se zbraněmi, v jaké míře je stresovaný, jak se projevuje neverbálně. Může registrovat mnoho signálů, které mohou být předzvěstí agrese. Pozorovací schopnost sestry je tedy v této oblasti nenahraditelná. (Petr, 2003, s. 70.)

## ZÁVĚR

Násilí páchané na zdravotnických pracovnících je smutnou realitou dnešní doby. Ať už jde o lékaře nebo další nelékařský personál, všichni mohou být tímto ohroženi. Jak bylo popsáno, jde o útočné jednání ze strany pacienta, které může mít za cíl ublížit. V některých případech však tento záměr chybí.

Příčiny agresivního chování u pacientů jsou různorodé a podle popisovaných zkušeností se liší i podle typů zdravotnického zařízení.

Mezi příčinami agresivního chování u pacientů v přednemocniční péči je popisována nespokojenost s poskytovanou péčí, pacienti nebo jejich rodinní příslušníci mají své vlastní požadavky, které při zvládnutí akutního stavu nemohou zdravotničtí záchranáři akceptovat. Dalšími příčinami jsou negativní emoce pacientů, jako jsou zlost, strach, úzkost. Často prezentovaným důvodem agrese ze strany pacienta je ovlivnění alkoholem nebo jinými návykovými látkami. V ambulantních zařízeních mohou být spouštěcím faktorem stresové situace vyvolané dlouhými čekacími dobami v čekárnách, strach a úzkost z bolesti.

Na somatických odděleních nemocnic je původ agresivního chování popisován jako reakce na nepřiměřenou zátěž, úzkost a strach z nového prostředí, určitá omezení, která s sebou nemoc přináší. Opět jsou popisovány agresivní nemocní pod vlivem alkoholu nebo mající abstinenci příznaky a psychická onemocnění.

Příčiny agrese na psychiatrických odděleních nebo v léčebnách jsou dány už samotným základním onemocněním. Podle dohledaných studií se agresivitou může projevit kterákoli z duševních poruch. Jedním z dalších důvodů agresivního chování na psychiatrii jsou i hospitalizace bez souhlasu nemocného, cítí se omezený, zavřený. Další faktory, které mohou přispět k agresi, jsou popisovány jako prostředí, které může být hlučné a ostatní psychiatrickí pacienti.

Formy agresivního chování jsou podle dohledaných studií ve všech oborech téměř totožné. Lze je rozdělit na projevy verbální agrese s neverbální složkou, se kterou se zdravotničtí pracovníci setkávají ve své praxi nejčastěji, a na projevy

brachiální agrese neboli fyzického napadení, které jsou sice méně časté, ale o to závažnější. Jako verbální agresivní projevy jsou nejčastěji popisovány nadávky, křik, výhrůžky či vyčítání. Z neverbální složky projevů pacienta při skryté agresi jsou příznaky velké nervozity a rozrušení nemocného, jeho upřený pohled, semknuté rty, zaťaté pěsti, podupávání si, pacient je celkově napjatý. Terčem fyzické agrese mohou být předměty, zvířata, ale i osoby v okolí pacienta. Vyvrcholit může těžkým ublížením nebo i zabitím jedince.

Komunikace s agresivním pacientem je po všech stranách obtížná. Přístupy a komunikační techniky, které jsou autory prezentovány, jsou si velmi podobné, ať už jde o zařízení jakéhokoli typu a agrese z různých příčin. Popisovány a doporučovány jsou profesionální komunikační techniky založené na důvěryhodné a srozumitelné komunikaci. Důležité je empatické naslouchání, snaha nemocného pochopit, zjistit příčiny jeho jednání. Sledování verbálních a neverbálních signálů hrozící agrese a také jejich správné vyhodnocení je složité a vyžaduje značnou dávku zkušeností. S nemocným je potřeba hovořit klidným, vstřícným hlasem, jeho chování nesoudit, ale vyjádřit nesouhlas. Sestra by se neměla nechat agresivním chováním vyprovokovat.

Na psychiatrických pracovištích je kladen důraz na bezpečnost samotného agresora a ostatních pacientů. Důležité je navázání důvěryhodného vztahu s pacientem, pro jeho pocit jistoty. Protože je pacient na psychiatrii často pod vlivem poruch myšlení a vnímání, je víc než vhodné nepouštět se s ním do žádných konfrontací.

Preventivní opatření proti nežádoucímu chování je obtížné stanovit. Autoři publikovaných studií se shodují, že vždy záleží na jedinci samotném, zda jej lze označit jako rizikového, a také na prostředí, ve kterém se agresor aktuálně nachází. V přednemocniční péči o agresivního pacienta je důležité důvěřovat instinktům a pudu sebezáchovy, vyhodnotit celou situaci a při podezření na rizikového pacienta je více než vhodné spolupracovat s policií.

Na somatických odděleních nemocnic by se k preventivním opatřením dala zařadit spolupráce s psychiatrickým konziliářem, zvláště pokud se jedná o agresivního duševně nemocného pacienta. V tomto ale i v ostatních případech je důležité zajištění bezpečného prostředí pro pacienty. Sestra by měla mít možnost přivolat pomoc. Ať už telefonem nebo pomocí signalizačního zařízení. Určitě by na žádném typu oddělení

neměla sestra sloužit sama. Dalším důležitým opatřením by mělo být vzdělávání zdravotnických pracovníků v účinné komunikaci s agresivními klienty.

Na psychiatrických pracovištích se klade důraz na získání informací již při vlastním přijetí všech nemocných. V doporučení od ambulantního psychiatra či lékaře záchranné služby sestra najde důležité informace o aktuálním stavu nemocného a o možných rizicích agresivního chování, a může se na ně připravit. Dalším opatřením je zvýšená observace při získávání anamnestických údajů. Důležité je také pozorování chování a neverbálních projevů nemocného. Sestry na psychiatrii bývají trénované a jejich pozorovací schopnosti jsou nenahraditelné. Psychiatrické oddělení by mělo být bezpečným prostředím jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál. To znamená jednoduše, ale funkčně zařízené a s dostatkem školeného zdravotnického personálu. Signalizační zařízení nebo jakýkoli jiný bezpečnostní systém na přivolání pomoci by měl být samozřejmostí, zvláště na neklidových psychiatrických odděleních.

Komunikace zdravotnických pracovníků na somatických a psychiatrických odděleních není příliš rozdílná. Odlišnosti vidím jen ve zkušenostech psychiatrických sester, které do kontaktu s agresivními klienty přicházejí častěji a v jednání s nimi jsou školeny. U sester na somatickém oddělení nemocnice jsou naprosto adekvátní pocity strachu, mohou reagovat impulsivně a místo snahy o komunikaci a vyřešení situace mohou reagovat útekem.

## **ANOTACE**

**Název práce v ČJ:** Komunikace zdravotnických pracovníků s agresivním pacientem

**Název práce v AJ:** Communication of health Professionals with aggressive patient

**Datum zadání:** 2011-01-12

**Datum odevzdání:** 2011-04-26

**Vysoká škola, fakulta:** Univerzita Palackého Olomouc, Fakulta zdravotnických věd

**Ústav:** Ošetrovatelství a porodní asistence

**Autor:** Chladová Kateřina

**Vedoucí práce:** MUDr. Pavel Mošťák

**Oponent práce:** MUDr. Pavel Mošťák

## **ABSTRAKT**

Násilí ve zdravotnictví je fenoménem dnešní doby. Tato bakalářská práce se formou přehledové studie zabývá problematikou komunikace zdravotnických pracovníků s agresivními pacienty. Uvádí příčiny vzniku agrese u pacientů, její formy a možné preventivní opatření v přednemocniční péči, na somatických odděleních nemocnic a na psychiatrii.

## **ABSTRACT**

Violence in health care is a phenomenon of present time. This work deals with communications of professionals with aggressive patients by form of survey study. Presents causes of aggression of patients, its forms and possible preventive measures during pre-hospital care in somatic and psychiatric departments.

### **KLÍČOVÁ SLOVA v ČJ**

Komunikace, sestra, agrese, agresivní pacient, psychiatrický pacient

### **KLÍČOVÁ SLOVA v AJ**

Communication, nurse, aggression, aggressive patient, psychiatric patient

**ROZSAH PRÁCE:** 35 stran



## BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BOHÁČEK, Pavel. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. 2008, 18, 1, s. 33-34. ISSN 1210-0404.

ČERMÁKOVÁ, Jitka. Komunikace s duševně nemocným pacientem. *Florence*. 2010, 6, 3, s. 20-21. ISSN 1801-464X.

DOUBEK, Pavel. Jak můžeme řešit agitovanost a neklid v ambulantní psychiatrické praxi?. *Psychiatria pre prax*[online]. 2004, 5, 3, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1882&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1882&magazine_id=2)>. ISSN 1335-9584.

GERLOVÁ, Erika; PILAŘOVÁ, Irena. Lékař a agresivní pacient. *Tempus medicorum*. 2003, 12, 7/8, s. 26-28. ISSN 1214-7524.

HANUŠKOVÁ, Vlasta. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, 9, 4, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200804-0005.php>>. ISSN 1803-5272.

HONZÁK, Radkin. Sestra a problémoví pacienti v čekárně. *Praktikus*. 2008, 7, 7/8, s. 52-53. ISSN 1213-8711.

KELO, Ján. Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra*. 2008, 18, 3, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

KOVAŘÍKOVÁ, Hana; JIRKOVSKÝ, Stanislav. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, 19, 6, s. 34. ISSN 1210-0404.

KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. 2008, 18, 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.

KŘÍŽOVÁ, Valentýna; KŘÍŽ, Petr. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *SESTRA*. 2006, 16, 10, s. 43. ISSN 1210-0404.

LAHODOVÁ, Miroslava. Problémový nemocný v urologické praxi. *Urologie pro praxi* [online]. 2003, 4, 6, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.urologiepropraxi.cz/artkey/uro-200306-0007.php>>. ISSN 1803-5299.

MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

NĚMEC, Ivo; STUHLÍKOVÁ, Helena. Agresivní pacient. *SESTRA*. 2007, 17, 11, s. 24. ISSN 1210-0404.

NEŠPOR, Karel; SCHEANSOVÁ, Andrea. Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2009, 105, 1, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <[http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_1\\_38\\_40.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_38_40.pdf)>. ISSN 1212-0383.

NITSCHOVÁ, Radka; KRÁLOVÁ, Jaroslava. Násilí při práci sester v nemocnici. *Sestra*. 2008, 18, 11, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

PEKARA, Jaroslav. Napadení zdravotnických záchranářů. *Florence*. 2007, 3, 4, s. 175-176. ISSN 1801-464X.

POJZLOVÁ, Zdena. Agrese - zvládání neklidu. In *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství: Sborník přednášek*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrická sekce ČAS, 2004. s. 56.

POKORNÝ, Jiří. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004, 6, 4, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200404-0003.php>>. ISSN 1803-5256.

PETR, Tomáš. Rizika násilí na oddělení akutní psychiatrické péče. *Sestra*. 2003, 13, 7-8, s. 69-71. ISSN 1210-0404.

RAPČÍKOVÁ, Tatiana. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. *Sestra*. 2008, 18, 5, s. 24. ISSN 1210-0404.

SZKANDEROVÁ, Michaela; JAROŠOVÁ, Darja. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line*[online]. 2008, 1, 1, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.pouzp.cz/text/cs/vysky-agresivity-ve-zdravotnictvi.aspx>>. ISSN 1803-4330.

ŠLAISOVÁ, Ivana. Komunikace s ošetřovatelství. 1. díl: Agresivní pacient. *Florence*. 2005, 1, 1, s. 23-24. ISSN 1801-464X.

TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra - pacient. *Sestra*. 2007, 17, 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

VACHOVÁ, Jaroslava. Obtížný pacient. *Sestra*. 2006, 16, 5, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

VEVERA, Jan, et al. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, 8, 2, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200702-0005.php>>. ISSN 1803-5272.

VŠETEČKOVÁ, Renáta; BUŘIČOVÁ, Linda. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a na urgentním příjmu. *Florence*. 2010, 6, 10, s. 32-34. ISSN 1801-464X.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. Agresivní pacient - výzkum. *Sestra*. 2010, 20, 12, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

VYSKOČILOVÁ, Kristýna. Ošetřování agresivních a neklidných nemocných. *Sestra*. 2003, 13, 12, s. 18. ISSN 1210-0404.

WOLESKÁ, Jana. Psychologický pohled zdravotníků na toxikomana při akutní příhodě. *Postgraduální medicína*[online]. 2001, 2, 5, [cit. 2011-04-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychologicky-pohled-zdravotniku-na-atoxikomana-pri-akutni-priho-137227>>. ISSN 1212-4184.

ZACHAROVÁ, Eva. Agresivní pacient v ošetřovatelské praxi. *Florence*. 2007, 3, 7-8, s. 318. ISSN 1801-464X.

ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. 2010, 12, 7-8, s. 28. ISSN 1210-0404.