

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Jiří Štefek

**Komunikační strategie při zvládní
agresivního pacienta**

Bakalářská práce

Praha 2024

Autor práce: **Jiří Štefek**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2024**

Bibliografický záznam

ŠTEFEK, J. Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2024. 72 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta“ se zaměřuje na problematiku agrese pacientů na odděleních s pohotovostní službou. V teoretické části je proveden exkurz do problematiky, který se v obecné rovině věnuje příčinám agrese a roli komunikace v řešení a prevenci agrese. Empirická část se věnuje vyhodnocení dat získaných formou nestandardizovaného dotazníku na vzorku 102 respondentů z pěti nemocničních zařízení. V rámci vyhodnocení bylo zjištěno, že se s projevem agrese setkává 96 % všech dotázaných, přičemž převažuje verbální agrese, avšak bylo zjištěno také vysoké zastoupení agrese brachiální, a to u 78 % dotázaných. Nejčastějším cílem projevů agrese je sesterský personál. Jako nejčastější příčina agrese byla jednoznačně identifikována intoxikace pacienta, kde byl nejrizikovější látkou alkohol. Výsledky odhalily několik zajímavých zjištění, a to zejména klesající pocit sebejistoty zvládnout fyzicky agresivního pacienta s rostoucím věkem respondentů. Dále výsledky naznačily vyšší zájem účastníků šetření o povinná školení v komunikaci s agresivním pacientem. Součástí práce jsou dále doporučení pro praxi formulovaná na základě výsledků šetření a závěrečné shrnutí.

Klíčová slova

Agrese. Agresivita. Komunikace. Pacient. Pohotovost. Urgentní příjem. Školení. Deeskalační techniky. Zdravotní sestra.

Abstract

The bachelor thesis on the topic "Communication strategies in coping with an aggressive patient" focuses on the issue of patient aggression in emergency departments. In the theoretical part, there is an excursion into the issue, which generally deals with the causes of aggression and the role of communication in solving and preventing aggression. The empirical part is devoted to the evaluation of data obtained in the form of a non-standardized questionnaire on a sample of 102 respondents from five hospital facilities. The evaluation found that 96% of all respondents encounter a manifestation of aggression, with verbal aggression predominating, but a high proportion of brachial aggression was also found. Brachial aggression is reported by 78% of respondents. The most common target of aggression is nursing staff. The most common cause of aggression was clearly identified as intoxication of the patient, where alcohol was the riskiest substance. The results revealed several interesting findings, especially the declining sense of self-confidence to handle a physically aggressive patient with increasing age of the respondents. Furthermore, the results indicated a higher interest of the survey participants in mandatory training in communication with an aggressive patient. The thesis also includes recommendations for practice based on the results of the survey and a final summary.

Keywords

Aggression. Aggressiveness. Communication. Patient. Emergency department. Training. De-escalation techniques. Nurse.

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jiří Štefek**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

MILLER, Rory Kane a Jan KADLEC. Komunikace v konfliktu. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4815-6.

PEKARA, Jaroslav. Odborná studie: výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků. [Praha]: [B. Braun Medical], [2014]. Braunoviny.

HOLASOVÁ, Markéta. Agresivní tendence u pacientů se somatoformní poruchou. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Monografie. ISBN 978-80-244-4583-0.

BURDA, Patrik. Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

ČERMÁK, Ivo. Lidská agrese a její souvislosti. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
články

VŠETEČKOVÁ, Renata a Linda BUŘIČOVÁ. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a

na urgentním příjmu. Florence. 2010, 6(10), 32-34. ISSN 1801-464X.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Agresivní pacient - 2011. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 2011, 58(2), 119-125. ISSN 1212-3048.

VEVERA, Jan, Pavel TRANČÍK, J. MICHÁLEK, Z. BRYKNEROVÁ a Věra STRUNZOVÁ. Deescalace agresivního nemocného. In: Duševní zdraví - věc veřejná. 2016, s. 44-46. ISBN 978-80-263-1047-1.

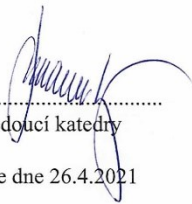
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 26.4.2021

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 26.4.2021


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
iČo: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, Ph.D., Ph.D., uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 23. 4. 2024

Jiří Štefek

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí práce PhDr. Šárce Tomové, Ph.D., Ph.D. za vstřícnost, trpělivost a cenné rady během celého studia, stejně tak jako PhDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA. V neposlední řadě bych rád poděkoval za podporu v pracovním kolektivu.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| SEZNAM ZKRATEK | 7 |
| 1 ÚVOD | 8 |
| 1.1 CÍLE PRÁCE..... | 9 |
| 2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE..... | 11 |
| 2.1 AGRESE A JEJÍ PROMĚNY..... | 11 |
| 2.1.1 Příčiny a projevy agrese | 12 |
| 2.2 AGRESE JAKO SOUČÁST PROJEVŮ NĚKTERÝCH PACIENTŮ | 14 |
| 2.2.1 Nejčastější příčiny a projevy agrese a agresivity u pacientů | 15 |
| 2.3 ROLE KOMUNIKACE V ŘEŠENÍ A PREVENCI AGRESE U PACIENTŮ..... | 17 |
| 2.3.1 Definice a funkce komunikace | 17 |
| 2.3.2 Rizikové situace a varovné signály při práci s pacientem..... | 20 |
| 2.3.3 Pravidla a strategie komunikace při předcházení agrese | 21 |
| 2.3.4 Přístupy k agresivnímu pacientovi | 25 |
| 2.3.5 Další možnosti prevence a řešení ze strany zdravotníků..... | 26 |
| 3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE | 30 |
| 3.1 METODIKA..... | 30 |
| 3.2 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ DAT | 30 |
| 3.3 SOUBOR RESPONDENTŮ | 32 |
| 3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru | 32 |
| 3.3.2 Statistické zpracování dat..... | 35 |
| 3.3.3 Dílčí cíle výzkumu a hypotézy..... | 35 |
| 3.4 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE | 35 |
| 3.4.1 Popisná statistika..... | 35 |
| 3.4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz..... | 53 |
| 3.5 DISKUSE | 59 |
| 3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám..... | 59 |
| 3.5.2 Zájem o povinné školení | 61 |
| 3.5.3 Komparace výsledků vlastního šetření s dříve realizovanými studiemi..... | 62 |
| 3.5.4 Doporučení pro praxi | 64 |
| 4 ZÁVĚR..... | 66 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | 67 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 70 |
| SEZNAM TABULEK..... | 71 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 72 |
| PŘÍLOHY | 73 |

SEZNAM ZKRATEK

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČR – Česká republika

FN – fakultní nemocnice

H – hypotéza

kol. – kolektiv

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

LSD – dietylamid kyseliny lysergové (zkratka pochází z anglického názvu lysergic acid diethylamide)

n – absolutní četnost

např. – například

Sb. – sbírky

SNO – Slezská nemocnice Opava

SPIKES – pravidla platná pro sdělování nepříznivých zpráv vycházející z mezinárodních doporučení

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

% - relativní četnost

1 ÚVOD

Práce lékařů a sester je prací ve společnosti vnímanou jako velmi záslužnou a chvályhodnou. Jde o pomáhající profese, jejichž náplní práce je pečovat o nemocné či zraněné pacienty, o pacienty v přímém ohrožení života, kterým tyto lidé mohou zachránit život. Od zdravotníků to mnohdy vyžaduje nemalé oběti, před započatím jejich profese je čeká mnohdy náročné studium, na něj navazuje neméně náročná praxe, práce na směny a přesčas, práce nejen fyzicky, ale i psychicky náročná.

Součástí práce každého zdravotníka, sestry či lékaře aj. je práce s lidmi. Ta vlastně utváří naprostou většinu jejich práce. Lidé lékařům důvěřují, svěřují jim své životy a zdraví, a proto od nich také mají nemalá očekávání, která nemusí být vždy naplněna. Lékař léčí, sestra ošetřuje, ale to není ani zdaleka vše. Pokud lékař nebo sestra nebude s pacientem správně komunikovat, nenaváže s ním prostřednictvím komunikace adekvátní vztah založený na důvěře a vzájemném porozumění, nelze očekávat, že bude léčení úspěšné.

Komunikace je něco, co lidé používají dnes a denně, přesto efektivně komunikovat neumí jen tak kde kdo. Mnohdy je třeba se účinné komunikaci učit, a ne vždy je to součástí před profesní přípravou zdravotnických pracovníků. Ani léta praxe v komunikaci s lidmi nemusí zdravotníka připravit na některé náročné situace, které mohou během ošetřování a léčení pacientů nastat, ať už jde o sdělování nepříjemných zpráv nebo vypořádávání se s nespolupracujícím nebo dokonce agresivním pacientem.

Právě agrese od pacientů bude náplní této práce, jejímž cílem bude poukázat na benefity plynoucí z profesionálně zvládnuté komunikace v konfrontaci s nespolupracujícím pacientem. Text práce bude rozdělen na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce bude nejprve definována podstata agrese, její varianty, příčiny a také projevy. Dále bude následovat stručná kapitola zaměřující se na agresi u pacientů ve zdravotnictví a nejčastější příčiny agrese u pacientů, opět s vyjmenováním nejčastějších projevů. Poté již naváže hlavní kapitola teoretické části práce věnovaná roli komunikace v prevenci a řešení agrese vznikající při ošetřování pacientů. Tato kapitola bude obsahovat několik podkapitol, v rámci nichž bude nejprve definována komunikace jako taková, a její funkce. Poté bude věnována pozornost rizikovým projevům před vznikem agrese, naváže kapitola věnovaná komunikačním strategiím při prevenci agrese, ale i způsobům řešení již vzniklé agrese.

Poté naváže praktická část práce, jejíž náplní bude provedení dotazníkového šetření. Na základě zjištěných informací budou nastíněny možnosti edukace zdravotnického personálu směřující k eliminaci komplikací způsobených neadekvátním (neznamená neoprávněným) přístupem k pacientovi.

1.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce na téma „Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta“ je poukázat na benefity plynoucí z profesionálně zvládnuté komunikace v konfrontaci s nespolupracujícím pacientem. V práci se plánují zaměřit zejména na případy vznikající na urgentním příjmu, které se vyznačují nenadálostí situací a nutností reagovat na jednání neznámého pacienta bez možnosti předchozí přípravy. Tyto situace jsou často ztíženy faktem, že se pacient může nacházet ve stavu změněného vědomí vlivem omamných látek, nejčastěji alkoholu. V teoretické části se plánují zaměřit na agresi jako takovou (důvody, projevy, varovné signály, prevence, reakce, deescalace), provést exkurz do technik zvládnání agresivních situací a aktuálních doporučených postupů při zvládnání agresivních pacientů. V praktické části mé práce plánují provést průzkum četnosti výskytu agresivního chování v urgentní péči a identifikovat nejčastější příčiny takového jednání. Na základě těchto zjištění bych rád nastínil možnosti edukace zdravotnického personálu směřující k eliminaci komplikací způsobených neadekvátním (neznamená neoprávněným) přístupem k pacientovi.

- Uvést poznatky k řešené problematice za použití domácí a světové literatury.
- Provést exkurz do technik zvládnání agresivních situací a aktuálních doporučených postupů při zvládnání agresivních pacientů.
- Vytvořit dotazník vlastní konstrukce a jeho prostřednictvím provést šetření ve vybraných zdravotnických zařízeních.
- Data z dotazníkového šetření zpracovat, provést jejich analýzu a vyhodnocení.
- Popsat zjištěná data a přehledně je interpretovat.
- Vyhodnotit závěry z vlastního šetření, porovnat je s dříve provedenými studiemi a stanovit doporučení pro praxi.

Cíle práce a stanovení hypotéz:

V této podkapitole jsou popsány cíle empirické části práce a pracovní hypotézy.

- Vytvořit dotazník vlastní konstrukce a zadat jej na vybraných zdravotnických zařízeních.
- Data z dotazníku zpracovat, vyhodnotit a analyzovat.
- Statisticky významná data interpretovat.
- Identifikovat nejčastější příčiny agresivního chování pacientů z pohledu sestry.
- Identifikovat míru pocitu ohrožení personálu na svém pracovišti.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

2.1 Agrese a její proměny

Při snaze definovat agresi je možné nahlédnout do děl mnohých odborníků z psychologie či psychiatrie, kteří se jejímu vymezení věnují. Například je možné se pak dozvědět, že agresi lze vymezit jako nepřátelské, zraňující nebo ničivé chování, mnohdy pramenící z nějaké frustrace. Může se projevovat jako záměrné slovní či fyzické jednání, které je ostatními vnímáno jako destruktivní.¹ Zacharová² o agresi hovoří jako útočném jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit. Martínek³ dává nejprve jednoznačnou definici agrese v podobě projevu agresivity v chování jedince. Dále pak rozvádí, že agrese jako taková však zahrnuje celé spektrum projevů. Je možné ji vnímat i jako násilné narušování práv jiného člověka, ale i jako projev asertivního chování. Agrese nemusí mít také vždy negativní formu, ale může mít pozitivní funkci, když ji jedinec použije v situaci, kdy se jí snaží zachovat vlastní psychickou nebo fyzickou integritu. Někdo zase může agresi vnímat jako chování, které není v souladu s akceptovanými sociálními pravidly společnosti.

Zmínit lze na tomto místě určitě odlišnost mezi pojmy agresivita a agrese. **Agresivita** prezentuje jistou konkrétní vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učením) i psycho-sociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí). Uvedená vlastnost bývá u každého jedince ve větší nebo menší míře obsažena. **Agresi** lze poté vnímat jako jakoukoliv formu chování, záměrem je cíleně někoho poškodit či mu ublížit, jak už bylo v podstatě uvedeno výše.⁴

Koller⁵ doplňuje, že mezi agresi a agresivitou je určitý rozdíl. Agrese je akutní krátkodobou reakcí projevující se ve frustračních situacích, při kterých je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby. prezentuje se časově omezenou reakcí – v projevu se nejčastěji objeví jako chování se znaky verbální či fyzické hrozby nebo útoku. Na rozdíl od agrese agresivita představuje více či méně trvalou tendenci k útočným reakcím. Při

¹ LÁTALOVÁ, K. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 10.

² ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. Interní Med. 2009; 11(10), s. 471.

³ MARTÍNEK, Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže: 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2015, s.23.

⁴ HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSĚMY, L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. Čes. a slov. Psychiat., 2008, 104(8): 405–411.

⁵ KOLLER, M. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. [online]. 2015. [cit. 23-08-2022]

agresivitě se jedná o sklon (vrozený i získaný), který vytyčuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podněty nebo ohrožení.

Definovat si lze na tomto místě ještě také termín **násilí**, který si lze vymezit jako vystupňované agresivní chování způsobené neovladatelnými negativními emocemi a dalšími přidružených faktory, s prvky (vesměs) verbální, eventuálně fyzické agrese, kterou již není možné pokládat za akceptovatelnou, neboť přímo ohrožuje zájmy a důstojnost jedince, vůči kterému je namířena. Součástí definice násilí je rovněž obranné chování, které svou razantností překonává povahu útoku. Za určité situace a za konkrétních okolností bylo možné uvedenou hrozbu odvrátit pomocí mírnější formy obrany.⁶

2.1.1 Příčiny a projevy agrese

Projevy agrese jsou bio-psycho-sociální povahy. Mohou představovat odraz nějakého psychosociálního vývoje, momentální situace, osobnostních dispozic a kognitivních strategií. Jedná se o behaviorální či reaktivní komponentu, která vyjadřuje zejména úroveň sebeprosazení nebo impulzivitu nebo násilí jako řešení problému či nesouhlasu s obvykle akceptovanými sociálními normami. Uvedené sklony, postoje a jejich projevy bývají v odlišné míře zastoupeny u mnoha duševních poruch, mohou být projevem manifestace některé poruchy, případně jsou dokonce jedním z jejích základních příznaků.⁷

Harsa a kol.⁸ zmiňují, že u člověka může být mnohdy příčinou agrese nějaká frustrace. Spojitost agresivity a situace tvoří základ známé teorie agresivního chování (autoři J. Dollard, N. E. Miller, 1939), která byla v roce 1939 zveřejněna pod názvem Frustration and Aggression. Hypotéza této teorie je považována za základní teoretické východisko při zkoumání této problematiky. Předpokladem agresivního chování je existence frustrace a naopak, frustrace směřuje k určitým podobám agrese. Celá koncepce stojí na čtyřech termínech (frustrace, agrese, potlačení, posunutá agrese). Nejedná se ovšem o jediné reakce, které může frustrace způsobit. Jinou formou reakce může být kupříkladu útek nebo apatie.

⁶ KOLLER, M. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. [online]. 2015. [cit. 23-08-2022]

⁷ HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSÉMY, L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. Čes. a slov. Psychiat., 2008, 104(8): 405–411.

⁸ HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSÉMY, L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. Čes. a slov. Psychiat., 2008, 104(8): 405–411.

Příčiny lidské agrese jsou nezpochybnitelně zapříčiněny multifaktoriálně, včetně politických, společenských, ekonomických, zdravotních a psychologických faktorů. Formy či způsoby agrese včetně jejich projevů a příčin mohou nabývat mnoho podob. Zmínit lze agresi kolektivní či individuální. Agresi je možné rozdělit podle různých měřítek, například podle cíle agrese (vůči sobě, vůči okolí), eventuálně podle příčin agrese (např. důsledek nějakého onemocnění). Agresi můžeme dělit na předem připravenou a impulzivní. Předem připravená agrese prezentuje plánované chování, které nesouvisí charakteristicky s frustrací či bezprostředním ohrožením. Může být popisována i jako agrese predátorská, instrumentální či aktivní. Charakteristikou dopředu připraveného násilí není excitace autonomního nervového systému, plánování se vyznačuje jasnou myslí a jasným cílem. U impulzivní agrese je excitace autonomního nervového systému do značné míry typická a vzniká v důsledku provokující události, která souvisí s negativní emocí, jako je vztek nebo strach. Často je následkem chronického stresu. Impulzivní agrese bývá reaktivní agresí, afektivní agresí či hostilní (nepřátelská) agresí. V případě, že je svou silou nepřiměřená či nepatřičná k vyvolávající situaci, stává se patologickou. Hranice mezi patologickými a normálními formami agrese nebývá zcela ostrá.⁹

Velmi běžným je pak dělení agrese na přímou a nepřímou nebo na slovní (verbální) a fyzickou. Při přímé agresi člověk napadá oběť přímo fyzicky (kopnutí, pohlavek aj.), projevem nepřímé fyzické agrese je ničení majetku oběti. Přímá verbální agrese mívá projevy např. zesměšňování, nadávky, osočování. Nepřímou verbální agresí si lze představit jako pomluvy, nevhodné poznámky či nemístné vtipkování (patří zde i symbolická agrese v podobě zesměšňujících básniček, obrázků aj.). Z hlediska aktivity a pasivity je rozdíl zcela zjevný: buď se jedinec účastní na agresi aktivně, případně se v podobě pasivity stává pouhým přihlížejícím.¹⁰

Harsa a kol.¹¹ uvádí ještě několik různých rozdělení agrese, například na agresi potlačenou (bez vnějšího projevu), slovní agresi (nadávání, psaní stížností), agresi proti věcem (ničení, trhání, rozbíjení předmětů a věcí) a agresi vůči zvířatům a lidem. Často bývá agrese rozdělována na socializovanou a nesocializovanou, na agresi podmíněnou více biologicky nebo opačně determinovanou spíše učením a výchovou. Agrese může být

⁹ LÁTALOVÁ, K. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 10-11.

¹⁰ MARTÍNEK, Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže: 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2015, s. 38.

¹¹ HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSÉMY, L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. Čes. a slov. Psychiat., 2008, 104(8): 405–411.

klasifikována jako predátorská (profesionální vrahové a zločinci, jejichž hlavní motivací je hmotný zisk), ideologická (etnické vraždění nebo řádění fotbalových fanoušků, kdy hmotný zisk nepředstavuje hlavní motivaci), agrese pod vlivem alkoholu a drog, impulzivní agrese (bez plánování a hmotného zisku, kdy se jedná převážně o reaktivní reakce) a agrese jako důsledek duševní nemoci (halucinace, bludy, demence apod.).

2.2 Agrese jako součást projevů některých pacientů

Poskytování zdravotních služeb je u nás upraveno především zákonem č. 372/0211 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Se zřetelem na znění tohoto zákona je poskytování zdravotních služeb specifikem právě poskytovatelů zdravotních služeb, za které se považují fyzické nebo právnické osoby, které jsou držiteli příslušného oprávnění. Jedná se zpravidla o příspěvkové organizace státu (kupříkladu fakultní nemocnice, psychiatrické nemocnice, eventuálně odborné léčebné ústavy a lázně), příspěvkové organizace krajů, může jít o obchodní společnost, kterou vlastní kraj či např. obec, ovšem v případě poskytování ambulantních zdravotních služeb často jde o právnické či fyzické osoby, které jsou soukromými poskytovateli zdravotních služeb.¹²

Agresivita je něco, s čím se mohou a v praxi i setkávají zdravotníci ve zdravotnických zařízeních. Velmi často to bývají oddělení pohotovosti nebo právě urgentního příjmu.¹³ Ovšem s agresí se poměrně často setkávají i zdravotníci na psychiatrických odděleních.¹⁴ Bývá to často přímo sestra, která bývá tím prvním člověkem, který se v klinické praxi s pacientem setkává. Bývá to právě ona, která s ním hovoří už v čekárně, přijímá ho na oddělení, poskytuje pokyny, které pacienta směřují na další vyšetření, pečuje o jeho zranění a v neposlední řadě stojí po boku lékaře, aby mu asistovala při odborných výkonech. Sestra je tím, kdo může vnímat a monitorovat kolísání nálad, změny v chování a reakce pacienta.¹⁵

Co se týče agrese ve zdravotnictví, lze zde zmínit i již proběhlé výzkumy na toto téma, neboť nejde o problém zcela nový a bez pozornosti odborníků. První velký projekt

¹² ŠTEPÁNKOVÁ, K. Poskytovatelé zdravotních služeb a agresivita jejich pacientů. *Journal of Medical Law and Bioethics*. 2020; 10(1): 53-58.

¹³ RICHARDSON, S. K.; ARDAGH, M. W; MORRISON, R.; GRAINGER, P. C. Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base. *Open Access Emerg Med*. 2019; 11: 271–290.

¹⁴ PEKURINEN, V.; WILLMAN, L.; VIRTANEN, M. et al. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14, 1245; doi:10.3390.

¹⁵ ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med*. 2009; 11(10): 471.

zaměřený na ověření existence násilí ve zdravotnictví v České republice proběhl již v roce 2004 a zjistil závažnost tohoto problému, když z výsledků vyplynulo, že 42 % pracovníků potvrdilo verbální agresivní incidenty od pacientů a 13 % fyzické napadení pacientem nebo jeho příbuzným). V roce 2010 byl uskutečněn další výzkum, s výsledkem naprosto stejného počtu verbálních incidentů jako v předchozím projektu a výskyt fyzického napadení zvýšen o 17 %, a to i když došlo k úpravě podmínek pro eliminaci výskytu agresivního chování. Nedostatky však nadále přetrvávaly v oblasti lidských zdrojů, v nízkém počtu ošetřujícího personálu a v tréninku zdravotnických pracovníků v přístupu k agresivním klientům.¹⁶ Kovaříková a Jirkovský¹⁷ rovněž potvrzují, že statistiky prováděné vybranými nemocnicemi dokládají, že agresivita má rostoucí tendenci. Je evidováno stále více pacientů, u nichž byl potvrzen vliv psychoaktivních a psychotropních látek.

2.2.1 Nejčastější příčiny a projevy agrese a agresivity u pacientů

Agrese u pacientů může být projevem jejich emočního neklidu, mezi jehož nejčastější projevy, kdy je možné očekávat, že pacient situaci nezvládá a chystá se k agresivního projevu, lze zařadit:¹⁸

- podrážděnost, rozrušení, neobvyklou gestikulaci;
- kopání do věcí v okolí, případně podupávání;
- házení dokumentací, například na stůl
- prudké klepání, bouchání dveřmi;
- soustředěný až provokující pohled do očí;
- napětí ve tváři, nervózní pomrkávání, semknuté rty či posměšky, nepravidelný hlasitý dech;
- sevřené pěsti, gesta podobná bití, strkání do lidí;
- celkové napětí vedoucí k výbuchu;
- agrese v řeči, související s vulgarizmy, urážkami, vyhrůžkami;
- narušení osobní zóny lékaře nebo sestry.

¹⁶ PEKARA, J. Odborná studie: Výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků. Praha: Aescup Akademie. 2013, 4 s.

¹⁷ KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

¹⁸ ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med.* 2009; 11(10): 471.

Při poskytování zdravotní péče se cílem agrese nejčastěji stávají nelékařští a sociální pracovníci, kteří v rámci prvního seznámení – oproti jiným profesím – s klienty tráví nejvíce času. Z jiného pohledu, jak plyne ze zkušeností z praxe a dat z výzkumů, vzrůstá rovněž množství incidentů, kdy tito pracovníci neovládou vlastní negativní emoce a jejich následující chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální agresory k násilí podněcuje.¹⁹

Kovaříková a Jirkovský²⁰ shrnují z výpovědí pracovníků českých nemocnic, že významným spouštěčem agrese bývá alkohol či omamné látky. Do nemocnice bývají pacienti dovezeni rychlou záchrannou službou nebo Policií ČR. Ošetření ale většinou odmítají, pak dochází k verbálnímu či neverbálnímu napadení personálu, který se jim snaží pomoci. Výjimku netvoří ani ženy mladšího věku, které sotva dosáhly plnoletosti. S agresi se lze setkat i na dětských odděleních, kde se agresivně projeví rodiče malých pacientů. V případě dětského oddělení nejde o alkohol nebo drogy. Agresivní jednání se projevuje spíše u rodičů hospitalizovaného dítěte, kteří tak reflektují přirozený strach o své dítě a chtějí ho chránit. Rodiče vyhledávají lékařskou pomoc, neboť si s onemocněním už doma nevědí rady. Příčinou jejich agrese bývá většinou únava, nedostatek spánku, a v kombinaci s obavami ztrácejí kontrolu nad svým jednáním.

Samostatnou kapitolou by pak mohli být psychiatričtí pacienti či pacienti s různými psychickými problémy či psychiatrickými diagnózami. Pacienti trpící osobnostními odchylkami se jednoduše dostávají do konfliktů s ošetřujícím personálem či jinými pacienty. Porucha osobnosti se projevuje v charakterové stavbě jedince a má vliv na jeho chování v určitých situacích. Osobnost určuje, jak jedinec v konkrétní situaci vnímá, myslí, cítí a reaguje. Mezi nejčastější poruchu se řadí emočně nestabilní porucha osobnosti, další skupinu tvoří např. pacienti s úzkostnou osobnostní výbavou. Takoví pacienti mívají neúměrné obavy i z menších výkonů či změn medikace. Mezi pacienty se mohou objevit i pacienti s paranoidní poruchou osobnosti. Bývají značně podezřívaví a ostražití, mnohdy tvrdošíjně bojují o svá zdánlivá práva. Často se domnívají, že se jim někdo snaží ublížit, a že jim není dávana dostatečně kvalitní péči, jakou by si zasloužili, což může klidně vést až k agresi.²¹

¹⁹ PEKARA, J. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 2015; 7(1), 22-23

²⁰ KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

²¹ KAMARÁDOVÁ, D.; LÁTALOVÁ, K.; HAJDA, M. Problémový“ pacient v ambulanci urologa. *Urol. praxi* 2016; 17(4): 180–182.

Příčinou agrese může být i snaha využít zdravotnické zařízení k řešení svých socioekonomických problémů. Pořád více pacientů dochází do ambulancí specialistů se stížnosti na různé nespécifické problémy se záměrem zajistit si hospitalizaci. Často se jedná o pacienty bez sociálního zázemí, kteří vidí v hospitalizaci alespoň dočasné vyřešení svých socio-ekonomických problémů. Může se snažit zdravotníka manipulovat s cílem zisku sociální, a ne medicínské pomoci. Pokud zdravotnický pracovník uvedené nepodpoří, může to v pacientovi vzbudit negativitu až agresi.²²

Z hlediska zastoupení agrese u jednotlivých pohlaví platí, že mužská agresivita rozhodně převažuje. S přibývajícimi lety ovšem odlišnosti mezi muži a ženami zanikají. Zatímco s rostoucím věkem agresivita mužů spíše klesá, u ženské agresivity lze pozorovat nárůst. Ne každý pacient má schopnosti zvládat nově nastalou problémovou situaci, zejména pociťuje-li strach a úzkost, je nespokojený s postupem hospitalizace, případně když příliš citlivě vnímá aktuálně vyřčenou nepříznivou diagnózu, pociťuje zklamání z málo nadějných prognóz, z omezených možností léčby nebo cítí velkou bolest. Všechny uvedené okolnosti, včetně mnohých dalších, mohou být příčinami neadekvátní reakce pacientů, v některých případech mohou vyústit v agresi.²³

2.3 Role komunikace v řešení a prevenci agrese u pacientů

Jak uvádí Pekara²⁴, zdravotnictví je tvořeno z 80 % komunikací. Pacient, s nimž lékař pochopitelně hovoří, prezentuje pacienta informovaného. Tento pacient bude i lépe spolupracovat a rychleji se uzdraví. To potom pozitivně ovlivní také ekonomiku, jelikož rychlejší vyléčení prezentuje kratší pracovní neschopnost. Komunikace je zejména o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Podobně jako při aplikaci injekcí či chirurgickém výkonu je nezbytné trénovat, aby se určitá dovednost dál rozvíjela a zdokonalovala. Stejně je to u komunikace.

2.3.1 Definice a funkce komunikace

Na začátku této kapitoly je na místě si představit obecně podstatu a jádro komunikace. DeVito²⁵ považuje komunikaci za jednu z nejdůležitějších a nejužitečnějších lidských

²² KAMARÁDOVÁ, D.; LÁTALOVÁ, K.; HAJDA, M. Problémový“ pacient v ambulanci urologa. Urol. praxi 2016; 17(4): 180–182.

²³ KOVÁŘIKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. Sestra. 2009, roč. 19(6): 34.

²⁴ PEKARA, J. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. Zdravotnictví a medicína. 2015; 7(1), 22-23.

²⁵DEVITO, J. A. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 28.

vlastností a dovedností, která ovlivňuje efektivitu jak osobního, tak i profesního života. Komunikaci si je možné představit jako vysílání a přijímání verbálních i neverbálních sdělení mezi dvěma nebo více jedinci. Podle Mahrové²⁶ je komunikace značně individuální záležitostí, neboť do procesu komunikace každý člověk vkládá svou individualitu. Každý člověk komunikuje specificky a osobitě.

Komunikace patří současně k významným sociálním dovednostem, které se ale lidé učí celý život. Komunikace je současně nástrojem, prostřednictvím něhož lidé uspokojují své potřeby. Kvalitně a efektivně komunikovat však neznamena pouze volit správná slova. Aby komunikace byla efektivní, je třeba ovládat mnoho prvků z oblasti verbální i neverbální komunikace, jako například rychlost řeči, její plynulost, pomlky, hlasitost a výšku hlasu, délku projevu, intonaci aj. Otázka účinnosti a efektivnosti komunikace je celkem komplikovaná a obecně je těžké ji vymezit.²⁷

Jak již bylo naznačeno, komunikace se dělí na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se využívá verbálních prostředků, které prezentují slovní výrazy řečené či psané a jiné odvozené znakové soustavy, jako například odborné či umělecké jazyky.²⁸ S verbální komunikací má souvislost ještě paralingvistika, která představuje „...*dotváření denotačního významu jazyka konotativními prvky, svrchními tóny řeči, tím, co řečník zesiluje nebo zeslabuje, zpochybňuje nebo potvrzuje v obsahu projevu, dává najevo postoj, zaujetí, vřelost, sympatii, zlobu*“.²⁹ Skrze paralingvistiku je možné ve větě zdůraznit určité slovo, čímž je možné změnit její celkové chápání. Neverbální komunikace prezentuje významnou součást komunikace. Mezi její součásti patří:³⁰

- **Proxemika** – zabývá se pozicemi, které lidé zaujímají v prostoru;
- **Kinezika** – zabývá se interpretací pohybů těla v sociálních interakcích, jako např. postoj, výrazy obličeje a gesta;
- **Prozódie** – jde o nejazykovou složku ústní komunikace.

Na funkci komunikace je možné nahlížet jako na „...*předávání informací, v dorozumívání, které je podmínkou sociálních interakcí. Je nutno si uvědomit, že každý systém, který chce fungovat, musí být mimo jiné založen na používání obecného systému*

²⁶MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 20.

²⁷MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, s. 20.

²⁸VÝROST, J. Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 218.

²⁹MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 103.

³⁰VEVERA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. Čes a slov Psychiat 2018; 114(5): 213–217.

znaků (na jejich vytvoření a chápání) a zároveň musí umožňovat tyto znaky sdílet (např. gesta používána v určitém kulturním prostředí nebo slova nějakého konkrétního jazyka).“³¹ Komunikace může nabývat ve své podstatě mnoho různých funkcí. V návaznosti na jejich rozlišení lze pak jednodušeji pochopit význam komunikace v hlavních dimenzích. Komunikace může nabývat těchto funkcí:³²

- *Funkce informativní* – poskytnutí informací, faktů a zpráv mezi lidmi navzájem.
- *Funkce instruktivní* – navíc vysvětlení vyřčených informací, popis postupu, návod, jak něco postavit aj.
- *Funkce přesvědčování* – ovlivňování druhých se záměrem změnit jejich názor, postoj, hodnocení něčeho, manipulace aj.
- *Funkce posilovací a motivující* – posilování jistých pocitů sebevědomí, vlastní důležitosti a hodnoty.
- *Funkce zábavná* – jejím záměrem je někoho potěšit, rozveselit, rozesmát, vzbudit pocity štěstí aj.
- *Funkce vzdělávací a výchovná* – dochází k ní především v organizacích, institucích, a to skrze funkce instruktivní, informativní.
- *Funkce socializační a společensky integrující* – komunikací je možné budovat vztahy mezi lidmi, sblížovat se, navazovat vztahy. Realizuje se na podkladě společenské úrovně, souvisí se společenskou vrstvou.
- *Funkce osobní identity* – pro vyřešení podstatných životních problémů.
- *Funkce svěřovací* – pro svěření se s citlivými informacemi o sobě, většinou s očekáváním podpory a pomoci.
- *Funkce úniková* – při potížích může komunikace plnit roli úniku aj.

Komunikace má pro medicínu zásadní význam, a tak je nezbytné ji chápat. Součástí kompetencí zdravotníků jsou nejen medicínské vědomosti, schopnosti řešit zdravotní problémy a realizovat vyšetření pacienta. Nepostradatelné jsou ale i dovednosti komunikační. Ty neprezentují jen nadstavbu nebo přidanou hodnotu klinických

³¹ LEŠKO, L. Náhled do sociální komunikace. Librix.eu, 2008, s. 10.

³² MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, s. 21-22.

kompetencí, jak se někteří zdravotníci pořád domnívají, ale patří do komplexu základních předpokladů pro výkon zdravotnických povolání.

2.3.2 *Rizikové situace a varovné signály při práci s pacientem*

Agrese vůči okolí nastává u pacienta ve frustrační situaci, kdy se jeho potřebám staví překážka (může jít i o samotnou hospitalizaci), což způsobuje zvyšování napětí a s napětím se je možné vypořádat rezignací, či agresí (odporem). Agresivní chování se může na začátku jevit zastřené, a to v podobě sarkasmů, ironie či výhružných gest. Pakliže se stupňuje, vyústí v agresi zjevnou, projevující se verbálně (nadávky) nebo brachiálně (proti věcem nebo živým bytostem). *Nemusí tomu být sice vždy, ale nejčastěji se s agresí na odděleních se somaticky nemocnými setkají zdravotníci u pacientů:*³³

- *pod vlivem návykové látky (pořád ještě převládá alkohol),*
- *s pooperačními stavy zmatenosti,*
- *se stavy zmatenosti u organických onemocnění,*
- *s epileptickými mráкотnými stavy,*
- *s psychiatrickým onemocněním (u stavů, jako je agitovaná mánie, katatonní stavy vzrušenosti, stavy kvalitativně porušeného vědomí, jako paranoidně halucinatorní syndrom či delirium, agitované deprese, neklid u neurotických poruch, poruch osobnosti s agresivními projevy atd.).*

K nejčastějším rizikovým projevům emočního neklidu, u kterého je možné očekávat, že by mohl pokračovat až k agresivnímu jednání, řadíme:³⁴

- nervozitu, rozčilení, neúměrnou gestikulaci,
- podupávání, eventuálně kopání do předmětů,
- bouchání dveřmi, házení předměty,
- nepřirozeně upřený pohled do očí,
- celkové napětí, semknuté rty,
- posměšky, hlasitý a nepravidelný dech,
- sevřené pěsti,
- vulgární vyjadřování,

³³ KOVÁŘIKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

³⁴ PERLÍKOVÁ, P.; ZACHAROVÁ, E. Obtížně zvladatelní pacienti. *Zdr. med.* 2018, 2018(2): 32-35.

- narušení osobního prostoru lékaře či sestry.

2.3.3 Pravidla a strategie komunikace při předcházení agrese

Co se týče komunikace s pacientem, mezi pacienty existují nemalé odlišnosti v tom, jaký komunikační styl a jaký rozsah informací je pro ně vyhovující. Informační potřeby pacientů se současně mohou v různých etapách onemocnění pozměňovat. Z toho důvodu je nezbytné už na počátku určit a pravidelně zjišťovat rozsah a styl informací, které si fakticky pacient přeje a potřebuje znát. Většina pacientů v současné době upřednostňuje detailní informace o diagnóze, rozsahu onemocnění a rámcové prognóze. Někteří pacienti ovšem o svém stavu či onemocnění chtějí znát spíše méně. Pro lékaře tak mnohdy může být náročné přesně odhadnout či poskytnout množství nebo povahu informací, které pacient požaduje. Mezi lékařem a pacientem probíhá komunikační proces, který je vícerozměrný a skládá se ze samotného obsahu dialogu, emoční složky a neverbální komunikace. Ačkoliv z hlediska zdravotnických pracovníků může být podstatnější věcný obsah závažné informace, pro většinu pacientů má lékařova empatie a neverbální komunikace shodný význam jako samotný obsah sdělení. Tuto skutečnost, naneštěstí, mnoho lékařů podceňuje.³⁵

Při péči o pacienta si zdravotnický personál nevystačí pouze s komunikací, která vyplývá z osobního života.

Zdravotníci k navázání kontaktu s pacientem uplatní i mnoho specifických komunikačních dovedností. Záměrem je přivést pacienta k formě rozhovoru, která je oboustranně výhodná. Ačkoliv mohou být někteří zdravotníci vybaveni přirozenou komunikační schopností a dovedností, zpravidla se zdokonalují až praktickým využitím. Aby mohl zdravotnický personál vést rozhovor správně, doporučuje se dodržovat základní psychologické a etické zásady v přístupu pacientovi:³⁶

- znát jméno pacienta a oslovovat jej jménem;
- snaží se o omezení záporných pacientových pocitů;
- posilňovat u pacienta optimismus;
- mít schopnost pacienta psychicky podpořit, dát mu najevo, že se svými problémy není sám;

³⁵ HALÁMKOVÁ, J.; SLÁMA, O.; ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, D.; DEMLOVÁ, R.; KUŘE, J. Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitř Lék* 2019; 65(5): 359–362.

³⁶ PERLÍKOVÁ, P.; ZACHAROVÁ, E. Obtížně zvladatelní pacienti. *Zdr. med.* . 2018 ; 2018 (2): 32-35.

- dát najevo dostatečný zájem o osobnost pacienta;
- nažít se spolupracovat s pacientem;
- mít trpělivost vyslechnout pacienta;
- dokázat pacienta ocenit nebo pochválit;
- mít ponětí o tom, z jakého sociálního prostředí pacient pochází.

Při komunikaci platí, že použitím adekvátních komunikačních technik je možné mnohdy násilnému chování předcházet. Informování pacienta o tom, co se s ním odehrává a bude dít, se podílí na formování důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem a mnohdy vylučuje vznik násilného chování. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem by měla být hlavně neprovokativní. Verbální a neverbální komunikace by měla být vyrovnaná. Při stresu se skladba komunikace pozměňuje. Polovinu komunikace tvoří neverbální složka, 40 % tón hlasu a pouze 10 % verbální složka. Zhruba 90 % emoční informace a 50 % celkové informace není komunikováno slovem, nýbrž jazykem těla, a to hlavně tónem hlasu. Verbální a neverbální komunikace prezentují mnohdy klíč k úspěšnému zvládnutí pacienta a jeho naklonění ke spolupráci.³⁷

Při komunikaci s pacientem by měli zdravotníci vždy užívat jednoduchá slova a krátké, srozumitelné věty, a ne složitá souvětí, jimž by pacient nemusel rozumět. V jedné větě by měl zdravotník poskytnout vždy jen jednu informaci. Pacientovi je nezbytné dát dost času na to, aby pochopil, co mu bylo právě řečeno. Doplnkové informace je lepší podat až později. Důležité informace by měly být zopakovány. Při komunikaci s pacientem je nezbytné rozpoznat jeho potřeby a pocity a naslouchat, co říká. Součástí komunikace by se mělo aktivní naslouchání. Zdravotník by měl svými slovy, konverzací a jazykem těla dávat najevo, že dává pozor na to, co pacient říká a cítí. Jako posluchač by měl zdravotník zvládat zopakovat, co mu bylo řečeno jinými slovy a vysvětlujícím způsobem. Obvykle lze využít verbální formulace jako „řekněte mi, zda tomu rozumím správně.“³⁸

Kamarádová a kol.³⁹ doplňují, že při rozhovorech s pacientem na začátku léčby by mělo dojít především ke stabilizaci prostředí v bezpečné prostředí v příjemné atmosféře. Uvedené lze docílit minimalizací hluku, nastavením přijatelných světelných podmínek

³⁷ VEVERA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114(5): 213–217.

³⁸ PEKARA, J. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 2015; 7(1), 22-23

³⁹ KAMARÁDOVÁ, D.; LÁTALOVÁ, K.; HAJDA, M. Problémový“ pacient v ambulanci urologa. *Urol. praxi* 2016; 17(4): 180–182.

a umožnit pohodlné usazení pacienta. Pacient by měl vědět, že dostane prostor pro dotazy. Zdravotník by neměl devalvovat automaticky pacientovy stesky, měl by eliminovat kritiku a hodnocení. Při rozhovoru by neměl snižovat závažnost pacientových problémů, i když mohou být objektivně malicherné, ovšem pacienta trápí tak moc, že pokládá za důležité konzultovat je s lékařem. Akceptovat je nezbytné i pacientova omezení. Je vhodné nezapomenout si vytyčit hranice vztahu. Pacientovi je vhodné vymezit konkrétní čas, který je adekvátně dlouhý. S nastavenou časovou hranicí by měl být pacient předem seznámen a lékař by ji měl dodržet. Má-li pacient nesplnitelná očekávání, pak by je měl zdravotník popsat a konfrontovat. Konfrontace ale nepředstavuje hádku, spíše sdělení, že určitá jeho očekávání nelze naplnit. Snahou by mělo být nalezení oboustranně akceptovatelného kompromisu, sdělit negativní zprávy citlivým nekonfrontačním způsobem. Délka rozhovoru by měla být časově adekvátní, pacient by z něj neměl odcházet s pocitem, že byl ho v krátkosti odbyt, na druhou stranu neúměrné prodlužování hovoru může ubírat na věčnosti.

Pacient může zareagovat agresivně třeba i ve chvíli, kdy mu zdravotník sděluje nějakou nepříjemnou zprávu o jeho zdravotním stavu. Proto Halámková a kol.⁴⁰ zmiňují pravidla platná pro sdělování nepříznivých zpráv vycházející z mezinárodních doporučení známých jako **SPIKES**:

- **Setting** (prostředí) – je třeba vybrat místo, kde nebude nikdo rušit a nemůže slyšet, vypnout mobilní telefon. Důležité je si rovněž na rozhovor vyhradit dostatek času, nepřerušovat jinou práci, je možné přizvat k rozhovoru i někoho blízkého pacientovi.
- **Perception** (vnímání situace) – identifikace toho, co pacient o svém zdravotním stavu ví a co od komunikace očekává, zdravotník pacienta poslouchá a nepřerušuje.
- **Invitation** (výzva) – zjistit, kolik a jak podrobných informací chce pacient znát. Schopnost přijímat nepříjemné zprávy a hovořit o nich se liší (třeba i kulturně).
- **Knowledge** (poznatky/fakta) – dopřát pacientovi možnost se na přijetí závažné nepříznivé zprávy připravit. Uvědomit si, že po sdělení nepříjemné zprávy už pacient nebude schopen přijímat další důležité informace a pamatovat si je, omezovat cizí slova. Ověřovat si, že pacient sleduje a rozumí.

⁴⁰ HALÁMKOVÁ, J.; SLÁMA, O.; ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, D.; DEMLOVÁ, R.; KUŘE, J. Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitř Lék* 2019; 65(5): 359–362.

- **Emotions/empathy** (emoce/empatie) – dát najevo pochopení těžké situace pacienta, mít pozitivní přístup, ale současně nezastírat, že se jedná o situaci, která může mít potenciálně vážné důsledky. Neslibovat nic, co nelze splnit. Je třeba se připravit i na velmi emotivní reakce a snažit se na ně reagovat klidně, zároveň dát najevo, že jsou naprosto namístě a není potřeba se za ně stydět.
- **Summary/strategy** (shrnutí a strategie) – stručné shrnutí konverzace a plánů do budoucna.

Veveřa a kol.⁴¹ doporučují dále oslovovat pacienta spíše příjmením, neboť to dodává komunikaci profesionální ráz a je to vnímáno jako projev respektu. Osobní slovní útoky by měl zdravotník přehlížet, měl by se snažit porozumět důvodům pacientova hněvu. Je vhodné sdělit pacientovi vlastní pocity („*jsm znepokojený tím, jak boucháte do dveří*“) a rovněž vyjádřit nesouhlas s chováním pacienta, ne ale s ním jako s osobou („*nelíbí se mi, jak křičíte, jste asi hodně rozrušený*“). Vhodnější bývá se do pacientova rozpoložení vcítit a pomoci mu dát najevo zlobu, ospravedlnit jeho reakce a nesoudit ho. Je vhodné si uvědomit, že agrese se řadí k emocím, které nás posilují. s uvedenou energií je možné pracovat a přeměnit ji na užitečnou aktivitu.

Strategie přístupu k pacientovi u zastřené agrese spočívá v komunikaci a zvýšené observaci. Mimo již zmiňovaný respekt osobního prostoru pacienta a zdvořilé a klidné (což je často mimořádně obtížné) komunikaci, by měl zdravotník klást důraz na individuální přístup a postup v závislosti na situaci, ale obecně se má za to, že zastřené i zřejmé agresi je možné předcházet eliminací rizikové situace. Platí zásada, že agrese plodí agresi. Snahou zdravotníka by mělo být odstranit příčinu frustrace pacienta. Je možné nabídnout i odklad řešení (pohovor s lékařem apod.), což ale nelze používat vždy. Současně je třeba dodržovat zásady bezpečnosti (např. ošetřování pacient vždy více členy ošetřovatelského týmu). V dosahu pacienta by neměl zdravotník nechávat předměty, které by mohl k agresi využít (např. infuzní stojan, převazové nůžky, zapalovače...). Pakliže všechna verbální usměřování nikam nevedou, je na místě ve spolupráci se službou konajícím lékařem co nejdříve se spojit s psychiatrickým konziliářem, který nastaví náležitou farmakologii ke zklidnění a případně rozhodnout o možných bezpečnostních restriktivních opatřeních (např. omezení v lůžku), která plynou

⁴¹ VEVEŘA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. Čes a slov Psychiat 2018; 114(5): 213–217.

z nastavených standardů zdravotnického zařízení, případně učinit rozhodnutí o přeložení pacienta na psychiatrické oddělení (po zhodnocení psychického stavu jako vážného).⁴²

2.3.4 *Přístupy k agresivnímu pacientovi*

Zacharová⁴³ uvádí, že v akutním okamžiku je možné využít dva osvědčené přístupy k agresivnímu pacientovi:

- Rozpoznat, co bylo spouštěcím okamžikem agresivního chování, a to prostřednictvím rychlých otázek. Zdravotník tím získá čas na promyšlení, jak se zachovat dál, a překvapí pacienta obrácenou reakcí, než předpokládal.
- Je ovšem možné, že se zdravotníci rozhodnou na pacientův amok nereagovat, trpělivě si poslechnou příčinu jeho reakce a následuje omluva s ubezpečením, že dojde k nápravě.

Při zacházení s agresivním pacientem by měl zdravotnický personál zachovávat jistá pravidla v chování i komunikaci, která mohou pomoci zdravotníkům při řešení náročné situace. Obecně platí:⁴⁴

- Při jednání s pacientem (potažmo jeho rodinou) zachovat klid, respektovat pravidla společenského chování, nenechat se vyprovokovat.
- Nereagovat na agresi protiútokem, nenechat se vyprovokovat k neslušnému a hrubému chování.
- Citlivě vyslechnout stížnost, zachovat akceptující pózu (akceptace nepředstavuje souhlas se situací).
- Neuposuzovat chování, neodsuzovat pacienta, dát najevo nesouhlas s chováním, ne s pacientem.
- Dávat najevo zájem o situaci pacienta doplňujícími otázkami.
- Vyslovit empatii a pochopení verbálními i neverbálními způsoby.
- Pokoušet se hledat důvody pacientovy zlosti.
- Snažit se pacientovi vyhovět, případně klidně objasnit stanovisko a projevit pochopení s nepříjemnými následky.
- Pochopitelně posoudit situaci, vyřknout závěr, přesvědčit se, že pacient porozuměl.

⁴² KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

⁴³ ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med.* 2009; 11(10): 471.

⁴⁴ ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. *Interní Med.* 2009; 11(10): 471.

- Zachovávat si od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektovat osobní prostory.

Perlíková a Zacharová⁴⁵ zase doporučují na zuřivost pacienta využít direktivní styl chování: energičnost, převahu, přesvědčivost a sebejistotu. Také by se měl zdravotník u takového pacienta vyjadřovat pouze k problému. U amoku je vhodnější vyřknout jednoduchý příkaz, případně raději utéct, neboť v této etapě se s pacientem příliš nedá vyjednávat. Vyplatí se nenechat se vyprovokovat. Dalším opatřením při řešení agresivního chování potřeba důvěřovat instinktům, zejména pudu sebezáchovy a na jejich základě vyhodnotit veškerá další rizika.

Pakliže již při ošetřování pacienta dojde k brachiální agresi vůči ošetřovatelskému personálu, doporučuje Kovaříková a Jirkovský⁴⁶ snažit se prostřednictvím veškerého dostupného personálu pacienta bezpečně (tedy neohrozit sebe ani agresora) zpacifikovat znehybněním končetin (platí co zdravotník, to jedna končetina). Nejvhodnější je přenechat tuto činnost nemocniční ochrance, nikde totiž není dáno, že v popisu práce zdravotníků je zápasit s pacientem, ačkoliv praxe (a schopnost pracovníků ochranky) bývá obvykle odlišná. Významné je vždy vše náležitě a pečlivě zdokumentovat, agresor si totiž mnohdy svou agresi nepamatuje nebo ji popírá, a současně, pakliže dochází na oddělení k takovým případům častěji, je v rukou zdravotníků nástroj, jak se po kompetentních osobách zodpovídajících za vaši bezpečnost domáhat změny směřující k lepší ochraně ošetřovatelského personálu (např. tísňová tlačítka na oddělení, poplachové osobní pagery apod.) nebo jasnému systému prevence rizik a dodržování jeho zásad.

2.3.5 Další možnosti prevence a řešení ze strany zdravotníků

Při respektování výše uváděných zásad komunikace je na místě vnášet do jednání i další uklidňující vlivy. Zdravotníci by si měli být vědomi těchto zásad:⁴⁷

- Není zapotřebí dominovat – tím dochází ke zmenšení napětí mezi zdravotníkem a agresivním pacientem.
- Hovořit pomalým tempem – takové tempo pomalu přejímá i pacient.
- Udržovat oční kontakt – přerušovat jej pouze krátkými pohledy po místnosti, dokumentaci.

⁴⁵ PERLÍKOVÁ, P.; ZACHAROVÁ, E. Obtížně zvladatelní pacienti. Zdr. med. . 2018 ; 2018 (2): 32-35.

⁴⁶ KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. Sestra. 2009, roč. 19(6): 34.

⁴⁷ ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. Interní Med. 2009; 11(10): 471.

- Sedět (stát) klidně, neprovádět prudká gesta, nenakročovat nenadále směrem k pacientovi.
- Ponechat si otevřenou ústupovou cestu, při nebezpečí volat pomoc (pozor na agresora ozbrojeného různými předměty).

Vevera a kol.⁴⁸ hovoří o dalších možnostech, které také mohou zdravotníkům pomoci. Jde například o zvažování rychlosti a způsobu přibližování k pacientovi, při čemž dochází ke zmenšování jeho osobního prostoru a zvyšuje tak napětí a negativní emoce u pacienta. Nejlepší se jeví k pacientovi přistupovat ze strany, neboť to pacient vnímá jako starostlivé, ale neohrožující, je lepší vyvarovat se otočení zády. Zdravotník by neměl stát v konfrontačním postavení – tedy ne čelem k pacientovi, nýbrž v úhlu. Pokud už se pacient projevuje verbálně agresivně, zdravotník by měl volit vzdálenost zhruba 1,8 m (orientačně na vzdálenost tří paží) a – ideálně – opět přistupovat ze strany. Jde o nejbezpečnější přístup v případě další eskalace situace. Pokud už dochází k fyzické agresi, může zdravotník volit tři strategie: buď zakročí, nebo uteče, případně se schová. Vždy musí platit, že bezpečnost zdravotníka je prioritou.

Vevera a kol.⁴⁹ zmiňují i metodu **deeskalace**, která prezentuje způsob chování a komunikace vedoucí ke snížení napětí u pacienta i u zdravotníků. Prvním postupem deeskalace je vyhodnocení situace a identifikace anamnestických informací o pacientovi. Dalším krokem je náležitá komunikace. Důležitý je soulad mezi verbální a neverbální komunikací. Třetím krokem je vyjednávání, jehož hlavním cílem je změna konfrontace na diskusi. Cílem je dosažení shody s pacientem. Není-li účinek deeskalace dostatečný, lze přikročit k dalším postupům – farmakoterapii, fyzickému omezení pacienta, nedobrovolné hospitalizaci. V deeskalaci se i nadále pokračuje. Zdravotník by měl přitom dále objasňovat a popisovat smysl uskutečňovaných intervencí a dávat pacientovi možnost volby. K uskutečnění deeskalace je vždy zapotřebí vyhradit si dostatek času a prostoru. Důležité je si uvědomit, že klid je stejně tak „nakažlivý“ jako strach či panika. Agresivní pacient mnohdy nenaslouchá slovům, ale vidí a reaguje na to, co říká zdravotník svým tělem.

⁴⁸ VEVERA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. Čes a slov Psychiat 2018; 114(5): 213–217.

⁴⁹ VEVERA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. Čes a slov Psychiat 2018; 114(5): 213–217.

Štěpánková⁵⁰ uvádí, že jedním z řešení agrese u pacientů může být i ukončení péče o takového pacienta, což může být nejen v zájmu konkrétního zdravotníka, ale i samotného pacienta. Pokud je možné, aby v rámci jednoho zařízení pacienta převzal do své péče lékař jiný (typicky velká fakultní nemocnice), nabízí se tento postup. Ovšem když u téhož poskytovatele není k dispozici jiný lékař, který by plnohodnotně mohl péči o pacienta převzít, nebo pokud je poskytovatelem zdravotních služeb přímo určitá fyzická osoba, tato možnost úplně odpadá. Lékař může péči o agresivního pacienta odmítnout jen v určitých případech (např. pominou důvody pro poskytování zdravotní péče, pacient vyslovil nesouhlas s poskytováním jakékoliv zdravotní péče, pacient úmyslně omezuje práva jiných pacientů apod.⁵¹ – nesmí to být ale v důsledku jeho zdravotního stavu). Černíková⁵² doplňuje, že ukončit péči lze v případě, že pacient závažně omezuje práva ostatních pacientů, nebo pokud úmyslně a ustavičně nedodrжуje navržený individuální léčebný postup, případně, když se pacient neřídí vnitřním řádem (v souladu s ustanovením § 48 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách⁵³).

Jak však nakonec upozorňuje Halámková a kol.⁵⁴, komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků nejsou vrozené a ani nemusí platit, že se budou zlepšovat s jejich klinickými zkušenostmi. Dlouhá léta praxe v určitých případech naopak mohou spíše způsobit zafixování chybných komunikačních návyků. Efektivní empatická komunikace prezentuje naučitelnou dovednost. Tato dovednost by ale neměla být učena metodou pokusu a omylu na nemocných pacientech, nýbrž strukturovaným komunikačním výcvikem. Na prevenci lze tak nahlížet i z pohledu, že by zdravotníci měli být adekvátně proškolení v efektivní komunikaci a komunikaci předcházející agresii u pacientů, eventuálně jejímu zvládnání. V současnosti totiž existuje řada možností komunikační dovednosti získat (od pandemie koronaviru jde dokonce o četné množství online kurzů a školení, na které zdravotníci nemusí nikam složitě dojíždět). Kovaříková a Jirkovský⁵⁵ zmiňují také vytváření manuálů o komunikaci samotnými zdravotnickými

⁵⁰ ŠTEPÁNKOVÁ, K. Poskytovatelé zdravotních služeb a agresivita jejich pacientů. *Journal of Medical Law and Bioethics*. 2020; 10(1): 53-58.

⁵¹ Viz Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

⁵² ČERNÍKOVÁ, N. Ukončení péče o pacienta z pohledu zdravotnických pracovníků. *Journal of Medical Law and Bioethics*. 2021, 11(1): 53-71.

⁵³ Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 48.

⁵⁴ HALÁMKOVÁ, J.; SLÁMA, O.; ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, D.; DEMLOVÁ, R.; KUŘE, J. Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitř Lék* 2019; 65(5): 359–362.

⁵⁵ KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

zařízeními. V rámci prevence se může hodit i přímé napojení urgentních příjmů na bezpečnostní službu.

Pekara⁵⁶ však vzhledem k výše uvedenému upozorňuje na kvalitu prováděných školení a kurzů. Dnes je již nabízeno značné množství různých vzdělávání projektů a zároveň se zvyšuje množství knih zabývajících se zlepšováním vztahů a řešením konfliktů mezi pacienty a zdravotníky. Většina projektů je ale koncipována jako jednodenní kurzy bez návaznosti nebo opakování a na čtení jistě zajímavých knih nemají zdravotníci pro náročnost profese čas. Po teoretických a krátkých kurzech mají zdravotníci často problémy převést naučené do praxe. Vždy je efektivnější, když jsou kurzy dlouhodobější, jejich součástí je praktický nácvik rizikových situací a nácvik konkrétních komunikačních technik a strategií. Baby a kol.⁵⁷ doporučují nejen nácvik komunikačních strategií, ale i nácvik všímavosti zdravotníků, aby dokázali rychleji odhalit potenciální riziko. Pakliže jsou takové kurzy efektivní, dokážou nejen snížit riziko výskytu agrese pacientů, ale i posílit sebevědomí, psychickou odolnost a vnímanou psychickou zátěž u zdravotníků, což jsou nemalé benefity pro jejich práci.

Téma bylo zvoleno vzhledem k subjektivně vnímané závažnosti získané při výkonu praxe. V empirické části je prezentován vlastní výzkum provedený na vybraných pracovištích s pohotovostní péčí. Stanovené hypotézy a cíle byly formulovány na základě vlastní zkušenosti. Informace získané dotazníkovým šetřením byly vyhodnoceny, diskutovány a následně byla na jejich základě formulována doporučení, jež by měla napomoci ke zlepšení současného stavu.

⁵⁶ PEKARA, J. Odborná studie: Výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků. Praha: Aescup Akademie. 2013, 4 s.

⁵⁷ BABY, M.; GALE, C.; SWAIN, N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2019; 27:170–181.

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

3.1 Metodika

Zdrojová data pro tuto práci byla získána kvantitativním šetřením, ke kterému byl použit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Respondentům bylo položeno 33 otázek, z toho 15 uzavřených, 5 polouzavřených, 7 otevřených a 6 otázek s vícenásobnou odpovědí. Polouzavřené otázky byly voleny proto, aby měli respondenti možnost formulovat vlastní odpověď v případě, že neshledají nabídnuté varianty vyhovujícími. Využití možnosti vlastní formulace bylo nabídnuto ze dvou důvodů. Jednak byly hledány unikátní odpovědi, které by mohly poskytnout nový úhel pohledu na problematiku. Druhým důvodem bylo sledování četnosti využití této možnosti k ověření kvality předvolených souborů odpovědí.

Dotazník je rozdělen do následujících částí: Oslovení respondentů s vysvětlením účelu šetření a představením zkoumajícího. Součástí úvodní části jsou také instrukce ke správnému vyplnění. Zjišťovací otázky (1-22) byly členěny do následujících sekcí: zkoumání četnosti a formy agrese pacientů, zjišťování míry sebevědomí a edukace, zkoumání postoje a míry motivace k rozvoji, získání informací o současném stavu a opatřeních. Zjišťovací otázky byly doplněny o otázky podpůrné (23 a 24) a otázky se skrytou motivací (26 a 27). V závěru byly položeny otázky na charakteristiku respondentů (28-33).

3.2 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

V prvotní fázi byl na základě teoretických podkladů a vlastní znalosti prostředí připraven dotazník, který byl testován na malém vzorku subjektů, aby byla ověřena správnost formulace otázek a celková srozumitelnost. Po opravení zjištěných nedostatků byl zaslán k posouzení a odsouhlasení vedoucí práce. Následně bylo vytipováno 5 nemocnic, které byly požádány o účast v šetření. Dotazník byl na základě doporučení distribuován v papírové podobě. Ve dvou vybraných nemocnicích, konkrétně v nemocnici FN Bulovka a Slezská nemocnice Opava, byl dotazník před předáním na oddělení schválen příslušnou komisí, u ostatních nemocnic byl poskytnut prostý souhlas. Šetření probíhalo v březnu 2024.

Na základě úvahy bylo osloveno pět nemocnic podle následujícího klíče: Jedna nemocnice byla vybrána jako primární – tedy subjekt, který je obecně považován za

nositele vysokého standardu v péči a organizaci. Pro srovnání bylo zvoleno velikostí nejbližší zařízení ve stejné lokalitě a zařízení s podobně velkým oddělením v jiné lokalitě. Tento výběr byl doplněn o dvě nemocnice s menšími provozy tak, aby bylo zastoupeno zařízení ve stejné lokalitě a zařízení v jiné lokalitě. Při hledání vhodných zařízení byl využit index Kvality života v českých městech, zpracovaný projektem Obce v datech a společností Deloitte⁵⁸ a byly hledány provozy v lokalitách s nejvyšší, střední a nižší zjištěnou kvalitou života.

Jako primární zařízení byla zvolena Fakultní nemocnice Motol v Praze. Z hlediska velikosti byly zvoleny Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Fakultní nemocnice Ostrava. Jelikož žádost o dotazníkové šetření byla ostravskou nemocnicí odmítnuta, byla vybrána Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Nemocnice s menšími provozy jsou zastoupeny nemocnicí FN Bulovka a Slezská nemocnice Opava.

Z celkem 209 zaslaných dotazníků bylo navráceno 102 vyplněných, tedy 48,8 %. Následující tabulka zobrazuje podíl zaslaných a vrácených dotazníků.

Návratnost dotazníků

| Nemocnice | n zaslaných dotazníků | n vyplněných dotazníků | Procentuální vyjádření návratnosti | Podíl na získaném vzorku v % |
|--|-----------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| FN Motol – Urgentní příjem | 75 | 13 | 17,3 | 12,7 |
| VFN – Chirurgická ambulance s pohotovostní službou | 16 | 14 | 87,5 | 13,7 |
| VFN – Stomatologická ambulance s pohotovostní službou | 18 | 13 | 72,2 | 12,7 |
| VFN – Neurologická ambulance s pohotovostní službou | 18 | 10 | 55,6 | 9,8 |
| FN Ostrava | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 |
| SNO – Interní ambulance s pohotovostní službou | 16 | 10 | 62,5 | 9,8 |
| SNO – Chirurgická ambulance s pohotovostní službou | 16 | 9 | 56,3 | 8,8 |
| Masarykova nemocnice Ústí nad Labem – Urgentní příjem* | 30 | 19 | 63,3 | 18,6 |
| FN Bulovka – Urgentní příjem | 20 | 14 | 70,0 | 13,7 |
| Celkem | 209 | 102 | 48,8 | 99,8 |

Tabulka 1: Popisná statistika – Vzorek respondentů

⁵⁸ PAVLA ADAMCOVÁ; JIŘÍ KROPÁČEK Žebříček zmapoval, jak se žije v českých městech. Na posledním místě došlo ke změně. (www.aktualne.cz); 16.12.2023

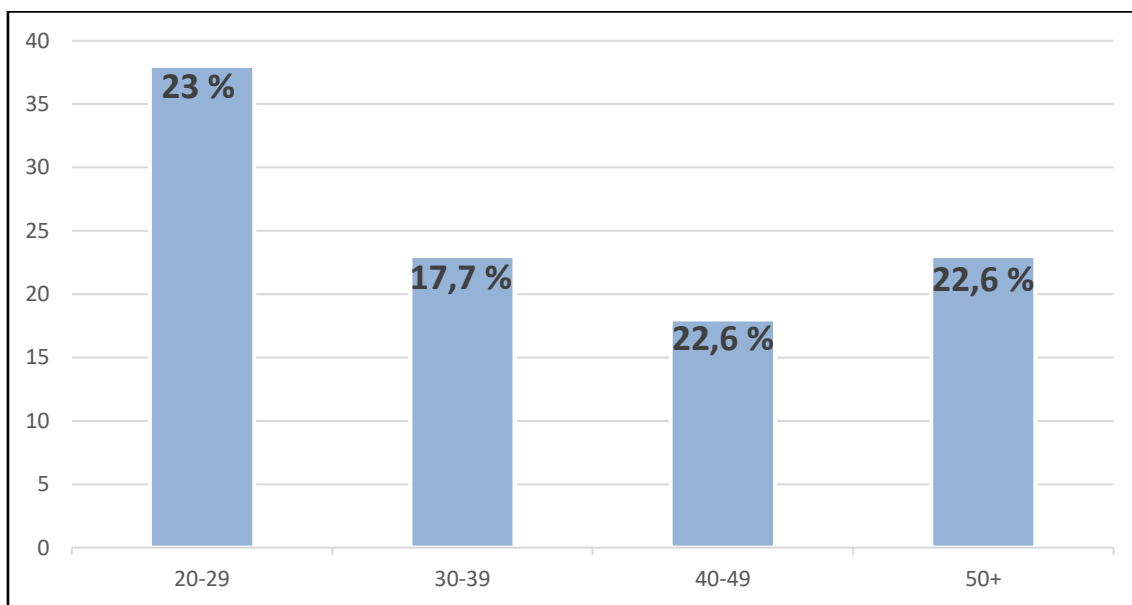
Z údajů je zřejmé, že z Fakultní nemocnice Motol bylo navráceno pouze 17,3 % dotazníků, a proto byla za primární nemocnici zvolena Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Při pátrání po příčině bylo zjištěno, že dotazníkům v papírové podobě personál přikládá nižší důležitost, přestože v rámci doporučení pro zpracování bakalářské práce byla tato forma prezentována jako vhodnější.

3.3 Soubor respondentů

Výzkum se soustředil na oddělení s pohotovostní péčí. V rámci šetření byli respondenti charakterizováni dle věku, délky praxe, pohlaví, vykonávaného povolání, stupně vzdělání, nemocnice a oddělení, na kterém pracují.

3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru

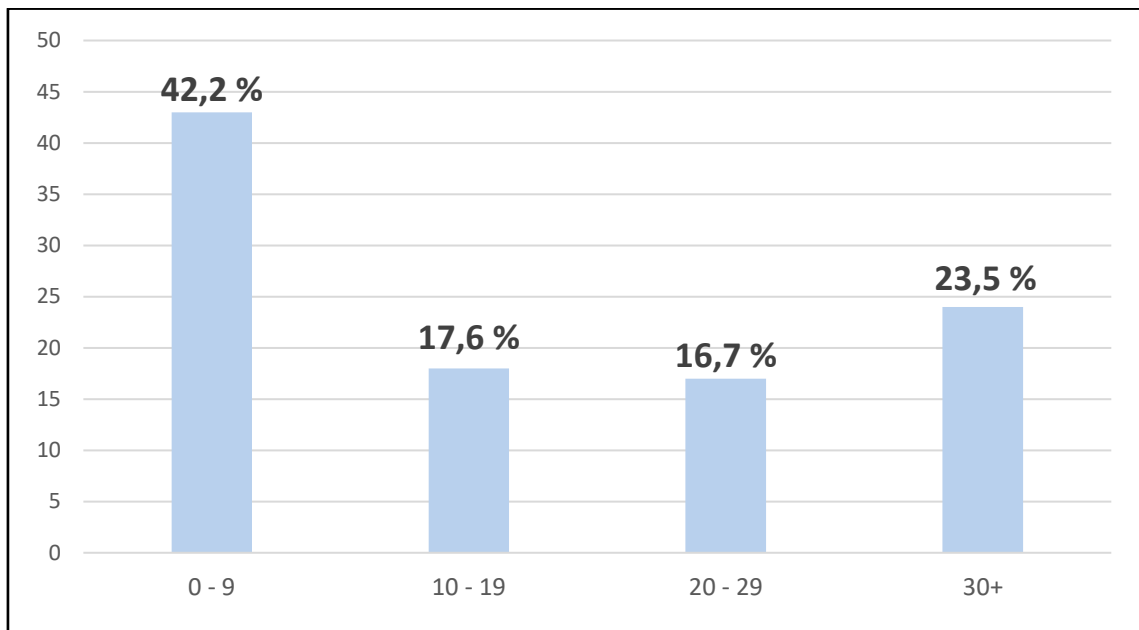
Věk respondentů



Obrázek 1: Popisná statistika – Věk respondentů

Pro vyhodnocení bylo nutné věk respondentů kategorizovat. Kategorie byly zvoleny tak, aby zobrazovaly mladou, střední a starší generaci respondentů. Grafické znázornění zobrazuje rozložení počtu v jednotlivých kategoriích. Nejmladšímu respondentovi bylo v době výzkumného šetření 20 let, nejstaršímu pak 62 let. Rozložení respondentů bylo následující: 37,3 % respondentů v kategorii 20–29 let; 22,6 % v kategorii 30–39 let; 17,7 % v kategorii 40–49 let; 22,6 % v kategorii respondentů starších padesáti let.

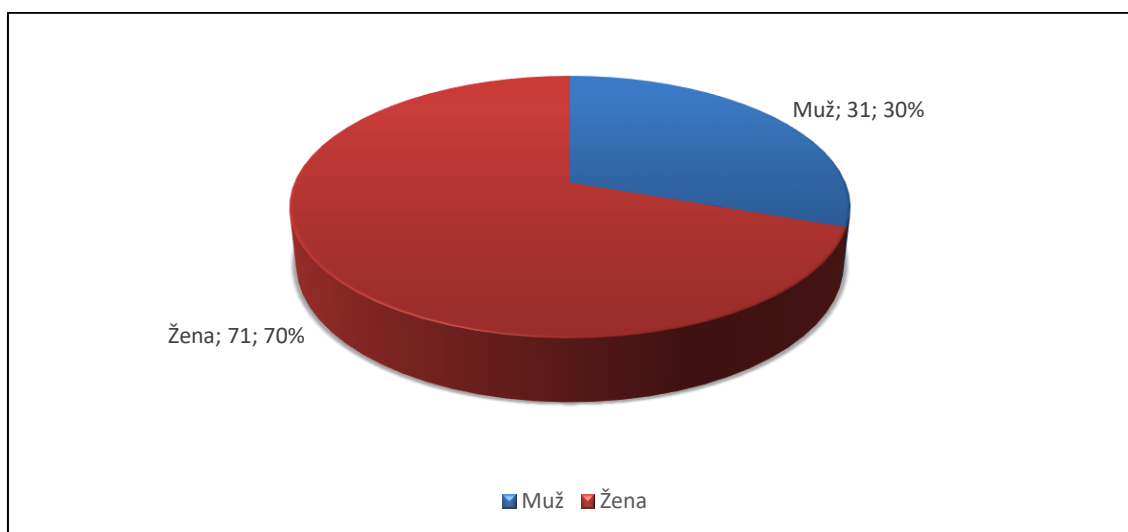
Délka praxe respondentů



Obrázek 2: Popisná statistika – Délka praxe

Pro účely dalšího vyhodnocování byla délka praxe respondentů rozčleněna čtyř kategorií. Nejvyšší podíl respondentů (42,2 %) byl zaznamenán v kategorii nejnižší délky praxe (0–9 let), druhou největší skupinu tvoří respondenti s nejděší praxí (30+), a to 23,5 %. Střední kategorie byly zastoupeny následovně: 17,6 % respondentů v kategorii 10–19 let a 16,7 % respondentů v kategorii 20–29 let.

Pohlaví respondentů



Obrázek 3: Popisná statistika – pohlaví respondentů

Z celkového počtu 102 respondentů se výzkumu zúčastnilo 71 žen (70 %) a 31 mužů (30 %).

Nejvyšší dosažené vzdělání

| Nejvyšší dosažené vzdělání. | n | % |
|-----------------------------|-----|-------|
| Středoškolské | 54 | 52,9 |
| Vyšší odborné | 9 | 8,8 |
| Vysokoškolské | 35 | 34,3 |
| Vysokoškolské magisterské | 4 | 3,9 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 2: Popisná statistika – Nejvyšší dosažené vzdělání

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 respondentů (52,9 %) se středoškolským vzděláním. Vysokoškolsky bylo vzděláno 39 účastníků (38,2 %), z nichž 4 respondenti dokončili magisterské studium. Devět respondentů (8,8 %) dosáhlo vyššího odborného vzdělání.

Pracovní zařazení

| Pracovní zařazení | n | % |
|------------------------|-----|-------|
| Praktická sestra | 29 | 28,4 |
| Sestra specialista | 1 | 1,0 |
| Všeobecná sestra | 55 | 53,9 |
| Zdravotnický záchranář | 17 | 16,7 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 3: Popisná statistika – Pracovní zařazení

Nejvíce zastoupenou skupinu respondentů tvoří všeobecné sestry, kterých se zúčastnilo 55, tedy 53,9 % z celkového počtu 102 odpovídajících. Následují praktické sestry, kterých bylo 29, tedy 28,4 %. Dále odpovídalo 17 zdravotnických záchranářů (16,7 %) a jedna sestra specialista (1,0 %).

3.3.2 *Statistické zpracování dat*

Popisná statistika byla zpracována v programu Microsoft Excel za použití tabulek četností. U odpovědí na jednotlivé otázky byly spočítány absolutní četnosti (n) a relativní četnosti vyjádřené v procentech (%).

Pro porovnání závislosti byl v hypotézách 1, 2 a 4 použit chí-kvadrát test v kontingenční tabulce. Pro porovnání závislosti byl v hypotéze 3 použit Fisherův exaktní test. Závislost proměnných byla považována za statisticky významnou, pokud p-hodnota byla menší než 0,05. K testování hypotéz bylo využito softwaru SPSS Statistics 25.

3.3.3 *Dílčí cíle výzkumu a hypotézy*

C1: Porovnat četnost absolventů školení a převažující úroveň jejich dosaženého vzdělání.

H1: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním.

C2: Porovnat četnost respondentů s kladným postojem k povinnému školení a jejich věkem.

H2: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty s kladným postojem k povinnému školení v oblasti zvládnání agresivního pacienta a jejich věkem.

C3: Zjistit, zda se liší míra subjektivního vnímání pocitu bezpečí na pracovišti u mužů a žen.

H3: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty ve vnímání pocitu bezpečí na pracovišti a jejich pohlavím.

C4: Zjistit, zda a jak se mění subjektivní vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta v závislosti na délce praxe.

H4: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty v subjektivním vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta a délkou jejich praxe ve zdravotnictví.

3.4 *Výsledky vlastní práce*

3.4.1 *Popisná statistika*

Podkapitola Popisná statistika zobrazuje zjištěná data v jednotlivých otázkách dotazníkového šetření.

Četnost výskytu verbální a fyzické agrese

| | Zažil jste během výkonu zdravotnické profese verbální agresi ze strany pacienta vůči vaší osobě? | | Zažil jste během výkonu zdravotnické profese fyzickou agresi ze strany pacienta vůči vaší osobě? | |
|--------|--|-------|--|------|
| | n | % | n | % |
| Ano | 98 | 96,1 | 80 | 78,4 |
| Ne | 4 | 3,9 | 22 | 21,6 |
| Celkem | 102 | 100,0 | 102 | 100 |

Tabulka 4: Popisná statistika – Četnost agrese

98 (96,1 %) ze 102 respondentů se během výkonu praxe setkala s agresivním chováním ze strany pacienta. 4 respondenti (3,9 %) tuto zkušenost nezažili. Z typů agrese, se kterým se respondenti setkávali, 18 respondentů (17,6 %) uvedlo, se setkali pouze s verbální a 80 (78,4 %) se setkala s verbální i fyzickou. Z odpovědí vyplývá, že 100 % respondentů, kteří se setkali s fyzickou agresi, čelilo také agresi verbální.

Členění výskytu verbální a fyzické agrese

| Typ agrese, se kterým se respondent setkává častěji. | n | % |
|--|----|-------|
| Fyzická agrese | 1 | 1,0 |
| Verbální agrese | 97 | 99,0 |
| Celkem | 98 | 100,0 |

Tabulka 5: Popisná statistika – Forma agrese

Dále měli respondenti podtrhnout, se kterou formou se setkávají častěji: Verbální agrese byla zaznamenána u 97 respondentů (99 %), fyzická agrese u 1 respondentů (1,0 %).

Frekvence výskytu verbální a fyzické agrese

| | Jak často se setkáváte s verbální agresi ze strany pacienta nebo jeho doprovodu? | | Jak často se setkáváte s fyzickou agresi ze strany pacienta nebo jeho doprovodu? | |
|----------------------------|--|-------|--|-------|
| | n | % | n | % |
| Každou směnu | 18 | 18,4 | 0 | 0,0 |
| Jednou a vícekrát v týdnu | 31 | 31,6 | 14 | 17,5 |
| Jednou a vícekrát v měsíci | 32 | 32,7 | 30 | 37,5 |
| Jednou a vícekrát v roce | 17 | 17,3 | 36 | 45,0 |
| Celkem | 98 | 100,0 | 80 | 100,0 |

Tabulka 6: Popisná statistika – Četnost výskytu agrese

Frekvence setkávání se s VERBÁLNÍ agresí ze strany pacienta nebo jeho doprovodu je následující: 18 respondentů (18,4 %) každou směnu, 31 respondentů (31,6 %) jednou a vícekrát v týdnu, 32 (32,7 %) jednou a vícekrát v měsíci, 17 respondentů (17,3 %) jednou a vícekrát v roce.

Frekvence setkávání se s FYZICKOU agresí ze strany pacienta nebo jeho doprovodu je následující: 0 respondentů (0 %) každou směnu, 14 respondentů (17,5 %) jednou a vícekrát v týdnu, 30 (37,5 %) jednou a vícekrát v měsíci, 36 respondentů (45 %) jednou a vícekrát v roce.

Formy verbální agrese

| S jakou formou VERBÁLNÍ agrese jste se setkal? | n | % |
|--|----|------|
| Urážky a nadávky vůči vaší osobě | 84 | 85,7 |
| Neopodstatněné obviňování | 68 | 69,4 |
| Výhrůžky/zastrašování fyzickým napadením na pracovišti | 50 | 51,0 |
| Slovní poznámky sexuálního charakteru | 46 | 46,9 |
| Zpochybňování vaší kvalifikace | 37 | 37,8 |
| Pomluva | 35 | 35,7 |
| Výhrůžky/zastrašování fyzickým napadením mimo pracoviště | 23 | 23,5 |
| Zesměšňování | 17 | 17,3 |
| Nespokojenost | 1 | 1,0 |
| Rasismus | 1 | 1,0 |

Tabulka 7: Popisná statistika – Formy verbální agrese

Různé formy verbální agrese, se kterými se respondenti setkali, zahrnují urážky a nadávky vůči jejich osobě (85,7 %; 84 respondentů), neopodstatněné obviňování (69,4 %; 68 respondentů), výhrůžky nebo zastrašování fyzickým napadením na pracovišti (51,0 %; 50 respondentů), slovní poznámky sexuálního charakteru (46,9 %; 46 respondentů), zpochybňování kvalifikace (37,8 %; 37 respondentů), pomluvu (35,7 %; 35 respondentů), výhrůžky nebo zastrašování fyzickým napadením mimo pracoviště (23,5 %; 23 respondentů), zesměšňování (17,3 %; 17 respondentů), nespokojenost (1,0 %; 1 respondent) a rasismus (1,0 %; 1 respondent).

Nejčastější forma verbální agrese

| S jakou formou verbální agrese se setkáváte nejčastěji? (podtržená možnost) | n | % |
|--|----|-------|
| Urážky a nadávky vůči vaší osobě | 50 | 51,0 |
| Neopodstatněné obviňování | 27 | 27,6 |
| Slovní poznámky sexuálního charakteru | 9 | 9,2 |
| Pomluva | 6 | 6,1 |
| Výhrůžky/zastrašování fyzickým napadením na pracovišti | 3 | 4,1 |
| Zpochybňování vaší kvalifikace | 3 | 3,1 |
| Celkem | 98 | 100,1 |

Tabulka 8: Popisná statistika – Nejčastější forma verbální agrese

Respondenti se nejčastěji setkávají s urážkami a nadávkami vůči jejich osobě (51 %), následuje neopodstatněné obviňování, které za nejčastější formu verbální agrese označilo 27,6 % respondentů. Minoritně jsou zastoupeny slovní poznámky sexuálního charakteru (9,2 %), pomluva (6,1 %), výhrůžky/zastrašování fyzickým napadením na pracovišti (3,1 %) a zpochybňování kvalifikace (3,1 %).

Nejčastější příčina verbální agrese

| Co je podle vašich zkušeností nejčastější příčinou verbální agrese | n | % |
|--|----|------|
| Intoxikace omamnou látkou | 88 | 89,8 |
| Délka ošetření | 70 | 71,4 |
| Dezorientace pacienta | 34 | 34,7 |
| Bolesti pacienta | 28 | 28,6 |
| Úzkosti/strach pacienta | 19 | 19,4 |
| Nesympatie s personálem | 16 | 16,3 |
| Výsledek ošetření/vyšetření pacienta | 10 | 10,2 |
| Kvalita ošetření | 8 | 8,2 |
| Jiné | 2 | 2,0 |

Tabulka 9: Popisná statistika – Příčiny agrese

Při zjišťování nejčastější příčiny verbální agrese měli respondenti označit 1-3 z celkem 9 možností, přičemž soubor tvoří 8 předdefinovaných příčin a devátou je možnost „jiné“, kde byl dán respondentovi prostor formulovat vlastní příčinu.

V rámci odpovědi identifikovalo 79 z 98 respondentů 3 možnosti, 19 respondentů 2 příčiny a 0 respondentů označilo pouze 1 možnost. Možnost formulovat jinou příčinu využili 2 respondenti.

Mezi nejčastější příčiny zařadilo 88 respondentů (89,8 %) intoxikaci pacienta, 70 respondentů (71,4 %) délku ošetření, 34 respondentů (34,7 %) dezorientaci pacienta, 28 respondentů (28,6 %) bolesti pacienta, 19 respondentů (19,4 %) úzkost/strach pacienta, 16 respondentů (16,3 %) nesympatii k personálu, 10 respondentů (10,2 %) výsledek ošetření/vyšetření, 8 respondentů (8,2 %) kvalitu ošetření a 2 respondenti (2 %) zvolili možnost „jiné“, kde byly získány 2 unikátní odpovědi, a to „povaha pacienta“ a „vliv příbuzných“.

Reakce na verbální agresivitu

| Jak reagujete na verbální agresivitu pacienta? | n | % |
|--|----|-------|
| Snažím se zjistit proč je pacient agresivní a hledat společně řešení příčiny | 41 | 41,8 |
| Snažím se udržet si dominantní postavení v situaci a pacienta usměrnit | 28 | 28,6 |
| Pacienta vyslechnu a snažím se ze situace co nejrychleji odejít | 14 | 14,3 |
| Snažím se uklidnit pacienta a vyhovět jeho požadavkům | 12 | 12,2 |
| Jiné | 3 | 3,1 |
| Celkem | 98 | 100,0 |

Tabulka 10: Popisná statistika – Reakce na verbální agresi

Na verbální agresivitu pacienta reaguje personál následujícím způsobem: 41 respondentů (41,8 %) se snaží zjistit proč je pacient agresivní a hledat společně řešení příčiny, 28 respondentů (28,6 %) se snaží udržet si dominantní postavení v situaci a pacienta usměrnit, 14 respondentů (14,3 %) pacienta vyslechnu a snaží se ze situace co nejrychleji odejít, 12 respondentů (12,2 %) se snaží uklidnit pacienta a vyhovět jeho požadavkům. 3 respondenti (3,1 %) uvádí jiný způsob reakce. V kategorii jiné byly získány tyto unikátní odpovědi:

- Ignorují pacientovi urážky a normálně s ním komunikují

- Jednám asertivně, nadávky si neberu osobně
- Snažím se udržet dominantní postavení a hledat společně řešení příčiny.

Formy fyzické agrese

| S jakou formou fyzické agrese jste se setkal? | n | % |
|---|----|------|
| Pokus o fyzické napadení | 68 | 85,0 |
| Strčení do vaší osoby | 40 | 50,0 |
| Úder pěstí/facka | 34 | 42,5 |
| Agrese proti předmětům | 28 | 35,0 |
| Hození předmětu po vaší osobě | 25 | 31,3 |
| Agrese vůči své osobě (autoagrese) | 25 | 31,3 |
| Ohrožování ostrým předmětem | 10 | 12,5 |
| Sexuální obtěžování | 8 | 10,0 |
| Napadení ostrým předmětem | 2 | 2,5 |
| Ohrožování střelnou zbraní | 2 | 2,5 |
| Jiné | 2 | 2,5 |

Tabulka 11: Popisná statistika – Formy fyzické agrese

Různé formy fyzické agrese, se kterými se respondenti setkali, zahrnují nejčastěji pokus o fyzické napadení, který zaznamenalo 68 respondentů (85 %), strčení do jejich osoby (40 respondentů, 50,0 %), úder pěstí nebo facka (34 respondentů, 42,5 %), agrese proti předmětům (28 respondentů, 35,0 %), hození předmětu po jejich osobě (25 respondentů, 31,3 %), agresi vůči své osobě (autoagrese) (25 respondentů, 31,3 %), ohrožování ostrým předmětem (10 respondentů, 12,5 %), sexuální obtěžování (8 respondentů, 10 %), napadení ostrým předmětem (2 respondenti, 2,5 %), ohrožování střelnou zbraní (2 respondenti, 2,5 %), jiné (2 respondenti, 2,5 %). V rámci možnosti „Jiné“ byly získány dvě unikátní odpovědi, a to zkopání a pokousání.

Nejčastější forma fyzické agrese

| S jakou formou fyzické agrese se setkáváte nejčastěji? (podtržená možnost) | n | % |
|--|----|-------|
| Pokus o fyzické napadení | 53 | 66,3 |
| Agrese proti předmětům | 8 | 10,0 |
| Strčení do vaší osoby | 7 | 8,8 |
| Hození předmětu po vaší osobě | 6 | 7,5 |
| Agrese vůči své osobě (autoagrese) | 4 | 5,0 |
| Sexuální obtěžování | 1 | 1,3 |
| Úder pěští/facka | 1 | 1,3 |
| Celkem | 80 | 100,2 |

Tabulka 12: Popisná statistika – Nejčastější forma fyzické agrese

Nejčastější formou fyzické agrese, se kterou se respondenti setkali, byl pokus o fyzické napadení, který zaznamenalo 53 respondentů (66,3 %). Dále následuje agrese proti předmětům s 8 respondenty (10,0 %), strčení do jejich osoby se 7 respondenty (8,8 %), hození předmětu po jejich osobě se 6 respondenty (7,5 %) a agresi vůči své osobě (autoagrese) s 4 respondenty (5 %). Sexuální obtěžování bylo uváděno 1 respondentem (1,3 %) a úder pěští/facka byl uveden také 1 respondentem (1,3 %).

Nejčastější příčina fyzické agrese

| Co je podle vašich zkušeností nejčastější příčinou fyzické agrese? | n | % |
|--|----|------|
| Intoxikace omamnou látkou | 77 | 96,3 |
| Dezorientace pacienta | 41 | 51,3 |
| Délka ošetření | 29 | 36,3 |
| Bolesti pacienta | 17 | 21,3 |
| Nesympatie s personálem | 16 | 20,0 |
| Úzkosti/strach pacienta | 8 | 10,0 |
| Výsledek ošetření/vyšetření pacienta | 5 | 6,3 |
| Kvalita ošetření | 2 | 2,5 |
| Jiné | 1 | 1,3 |

Tabulka 13: Popisná statistika – Příčiny fyzické agrese

V dotaze na nejčastější příčiny fyzické agrese mohli respondenti označit 1-3 z celkem 9 možností, přičemž bylo nabídnuto 8 předdefinovaných příčin a devátou možností je položka „jiné“, kde byl dán respondentovi prostor formulovat vlastní příčinu.

V rámci odpovědi 45 z 80 respondentů označilo 3 možnosti, 26 respondentů 2 příčiny a 9 respondentů označilo pouze 1 možnost.

Mezi nejčastějšími příčinami fyzické agrese pacienta byla nejvýrazněji zastoupena intoxikace pacienta, s níž se setkalo 77 respondentů (96,3 %). Dále 41 respondentů (51,3 %) zařadilo mezi nejčastější příčinu dezorientaci pacienta, 29 respondentů (36,3 %) délku ošetření, 17 respondentů (21,3 %) bolesti pacienta, 16 respondentů (20 %) nesympatii k personálu, 8 respondentů (10,0 %) úzkost/strach pacienta, 5 respondentů (6,3 %) výsledek ošetření/vyšetření a 2 respondenti (2,5 %) uvedli mezi nejčastější příčiny kvalitu ošetření. Jeden respondent využil možnosti formulovat vlastní příčinu, přičemž mezi nejčastější příčiny řadí „povahu pacienta“.

Okamžik vzniku agrese

| V které fázi ošetření podle vašich zkušeností dochází nejčastěji k agresi pacienta? | n | % |
|---|----|-------|
| Pacient se k ošetření dostaví, nebo je přivezen, již agresivní | 81 | 82,7 |
| Pacient začne být agresivní během doby léčebného/ošetřovatelského procesu | 16 | 16,3 |
| Pacient začne být agresivní na konci ošetření při sdělování výsledků vyšetření/ošetření | 1 | 1,0 |
| Celkem | 98 | 100,0 |

Tabulka 14: Popisná statistika – Vznik agrese

Podle zkušeností respondentů se pacient dostaví k ošetření nebo je přivezen již agresivní, což uvedlo 81 respondentů (82,7 %). 16 respondentů (16,3 %) uvádí, že pacient začne být agresivní během doby léčebného/ošetřovatelského procesu. 1 respondent uvedl, že pacient začne být agresivní při sdělování výsledků vyšetření/ošetření.

Nejčastější objekt agrese

| Vůči komu nebo čemu je podle vašich zkušeností směřována agrese pacienta nejčastěji? | n | % |
|--|----|------|
| Sesterský personál | 83 | 84,7 |
| Lékařský personál | 7 | 7,1 |
| Pomocný ošetrovatelský personál | 7 | 7,1 |
| Vybavení čekárny | 1 | 1,0 |
| Celkem | 98 | 99,9 |

Tabulka 15: Popisná statistika – Objekt agrese

Podle zkušeností respondentů je agrese pacienta nejčastěji směřována vůči sestřskému personálu, což uvedlo 83 respondentů (84,7 %). Sesterský personál je tedy nejčastější cíl agresivního chování pacientů. Dále 7 respondentů (7,1 %) uvádí, že agrese je směřována vůči lékařskému personálu a dalších 7 respondentů (7,1 %) k pomocnému ošetrovatelskému personálu. Pouze 1 respondent (1,0 %) uvádí, že agrese je směřována vůči vybavení čekárny.

Formy deeskalace agresivity pacienta

| Jaký způsob deeskalace agresivity pacienta využíváte v konfliktních situacích nejčastěji? | n | % |
|---|----|------|
| Klidný přístup | 67 | 68,4 |
| Aktivní vyjednávání | 41 | 41,8 |
| Početní přesila osob | 34 | 34,7 |
| Empatický přístup | 28 | 28,6 |
| Asertivita | 28 | 28,6 |
| Odchod z konfliktní situace | 20 | 20,4 |
| Poskytování informací | 20 | 20,4 |
| Přísný direktivní přístup | 14 | 14,3 |
| Kontrola svého neverbálního projevu | 11 | 11,2 |
| Zrcadlení | 2 | 2,0 |
| Bagatelizování obtíží/stesků pacienta | 0 | 0,0 |

Tabulka 16: Popisná statistika – Způsoby deeskalace

Z nabídky způsobu deeskalace agresivity pacienta nejvíce respondentů zvolilo klidný přístup. Tuto možnost označilo 67 respondentů (68,4 %). Dále aktivní vyjednávání je

využíváno 41 respondenty (41,8 %) a početní přesila osob 34 respondenty (34,7 %). Empatický přístup a asertivita jsou využívány stejně, každý z nich je uváděn 28 respondenty (28,6 %). Odchod z konfliktní situace a poskytování informací jsou používány oba také stejně, každý s 20 respondenty (20,4 %). Přísný direktivní přístup je zvolen 14 respondenty (14,3 %), kontrola neverbálního projevu 11 respondenty (11,2 %) a zrcadlení je využíváno 2 respondenty (2,0 %). Bagatelizování obtíží/stesků pacienta nebylo uváděno.

Pocit ohrožení zdraví/života během výkonu profese

| | Zažil/a jste někdy během výkonu zdravotnické profese pocit ohrožení zdraví způsobené agresivním chováním pacienta? | | Zažil/a jste někdy během výkonu zdravotnické profese pocit ohrožení života způsobené agresivním chováním pacienta? | |
|--------|--|-------|--|-------|
| | n | % | n | % |
| Ano | 73 | 74,5 | 26 | 26,5 |
| Ne | 25 | 25,5 | 72 | 73,5 |
| Celkem | 98 | 100,0 | 98 | 100,0 |

Tabulka 17: Popisná statistika – Pocit ohrožení

Během výkonu zdravotnické profese 73 respondentů (74,5 %) zažilo pocit ohrožení zdraví způsobený agresivním chováním pacienta. Naopak 25 respondentů (25,5 %) tento pocit nezažilo. V otázce na pocit ohrožení života klesl počet kladných odpovědí na 26, tedy 26,5 % respondentů při výkonu své profese zažilo pocit ohrožení života. Z celkového vzorku 98 respondentů, kteří se setkali s agresí ze strany pacienta, 72 (73,5 %) nezažilo pocit ohrožení života.

Rizikové omamné látky

| Kterou omamnou látku považujete ve vztahu k riziku agrese pacienta za nejrizikovější? | n | % |
|---|-----|-------|
| Alkohol | 65 | 63,7 |
| Pervitin | 29 | 28,4 |
| Nevím | 2 | 2,0 |
| LSD | 2 | 2,0 |
| Marihuana | 2 | 2,0 |
| Kokain | 1 | 1,0 |
| Heroin | 1 | 1,0 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 18: Popisná statistika – Rizikové omamné látky

Ve vztahu k riziku agrese pacienta považuje většina respondentů alkohol za nejrizikovější omamnou látku. Konkrétně 65 respondentů (63,7 %) uvádí alkohol jako nejrizikovější látku. Následuje pervitin, který uvedlo 29 respondentů (28,4 %). Ostatní omamné látky, jako heroin, kokain, LSD a marihuana, byly uváděny minimálně, každá jednou nebo dvakrát, s počtem 1 nebo 2 respondentů. Dále 2 respondenti (2,0 %) nevěděli, kterou omamnou látku považují za nejrizikovější.

Subjektivní hodnocení schopnosti reagovat na verbální/fyzickou agresi

| | Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s verbálně agresivním pacientem? | | Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s fyzicky agresivním pacientem? | |
|-------------------|---|-------|--|-------|
| | n | % | n | % |
| Určitě ano | 14 | 13,7 | 14 | 13,7 |
| Spíše ano | 74 | 72,5 | 36 | 35,3 |
| Nedokážu posoudit | 9 | 8,8 | 29 | 28,4 |
| Spíše ne | 5 | 4,9 | 21 | 20,6 |
| Určitě ne | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 |
| Celkem | 102 | 100,0 | 102 | 100,0 |

Tabulka 19: Popisná statistika – Schopnost reagovat na agresi

V otázce, zda si respondenti myslí, že dokážou správně reagovat v situaci s verbálně agresivním pacientem, odpovědělo 14 respondentů (13,7 %) odpovědělo "Určitě ano" a

74 respondentů (72,5 %) "Spíše ano". Naopak 9 respondentů (8,8 %) uvedlo „nedokážu posoudit“ a 5 respondentů (4,9 %) zvolilo odpověď "Spíše ne". Možnost „Určitě ne“ nezvolil žádný respondent.

V otázce, zda si respondenti myslí, že dokážou správně reagovat v situaci s fyzicky agresivním pacientem, odpovědělo 14 respondentů (13,7 %) odpovědělo "Určitě ano" a 36 respondentů (35,3 %) "Spíše ano". Celkem 29 respondentů (28,4 %) uvedlo, že nedokážou posoudit. Naopak 21 respondentů (20,6 %) odpovědělo "Spíše ne", 2 respondenti (2,0 %) odpověděli "Určitě ne".

Četnost absolvovaného školení

| Byl/a jste někdy na školení/edukaci na téma komunikace s agresivním pacientem? | n | % |
|--|-----|-------|
| Ano, aktivně jsem si vyhledal/a školení na toto téma | 2 | 2,0 |
| Ano, v rámci výuky | 22 | 21,6 |
| Ano, vícekrát | 11 | 10,8 |
| Ano, zaměstnavatel pro nás takové školení zajišťuje | 26 | 25,5 |
| Ne, a neplánuji to | 19 | 18,6 |
| Ne, ale plánuji to | 22 | 21,6 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 20: Popisná statistika – Četnost absolvování školení

Na otázku, zda byli respondenti někdy na školení/edukaci na téma komunikace s agresivním pacientem měli respondenti na výběr z šesti odpovědí. Nejvíce, a to 26 respondentů (25,5 %), odpovědělo „Ano, zaměstnavatel pro nás takové školení zajišťuje“. Následují odpovědi „Ano, v rámci výuky“ a „Ne, ale plánuji to“, z nichž každou zvolilo 22 respondentů (21,6 %). Variantu „Ne a neplánuji to“ vybralo 19 respondentů (18,6 %). Vícekrát takové školení absolvovalo 11 respondentů (10,8 %). Pouze 2 odpovědi (2,0 % respondentů) byly zaznamenány u odpovědi „Ano, aktivně jsem si vyhledal/a školení na toto téma.“

Povinnost absolvovat školení

| Vyžaduje po vás zaměstnavatel/nadřízený účast na takovém školení? | n | % |
|---|-----|-------|
| Ano | 18 | 17,6 |
| Ne | 84 | 82,4 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 21: Popisná statistika – Školení jako povinnost

Z výsledků vyplývá, že 18 respondentů (17,6 %) uvedlo, že jejich zaměstnavatel nebo nadřízený vyžaduje jejich účast na školení týkajícím se komunikace s agresivními pacienty. Naopak 84 respondentů (82,4 %) uvedlo, že taková účast není po nich vyžadována.

Postoj k povinnému školení

| Pokud by váš zaměstnavatel takové školení zajišťoval a vyžadoval povinně (podobně jako u KPR) jaký by byl váš postoj k takovéto povinnosti? | n | % |
|---|-----|-------|
| Kladný, myslím si, že je to potřebné | 39 | 38,2 |
| Kladný, uvítal/a bych to | 20 | 19,6 |
| Kladný, nevadilo by mi to | 19 | 18,6 |
| Neutrální, smířil/a bych se s tím | 21 | 20,6 |
| Negativní, obtěžovalo by mě to | 2 | 2,0 |
| Negativní, přišlo by mi to zbytečné | 1 | 1,0 |
| Negativní, rozvázal/a bych pracovní poměr | 0 | 0,0 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 22: Popisná statistika – Postoj k povinnému školení

Někteří (39 respondentů, což představuje 38,2 %) vyjádřili kladný postoj s přesvědčením, že je to potřebné. Dalších 19 respondentů (18,6 %) by na takovou povinnost nereagovalo negativně a nevadilo by jim to. Zároveň 20 respondentů (19,6 %) vyjádřilo kladný postoj a uvítalo by takovou povinnost. Naopak 2 respondenti (2,0 %) uvedli, že by je to obtěžovalo, a 1 respondent (1,0 %) by takovou povinnost považoval za zbytečnou. Neutrální postoj, že by se s takovou povinností smířili, zaznamenalo 21 respondentů (20,6

%) Zavedení této povinnosti by nebylo důvodem k rozvázání pracovního poměru pro žádného respondenta.

Preferovaná frekvence povinného školení

| Pokud by taková povinnost byla, jakou frekvenci školení byste považovali za nejvhodnější? | n | % |
|---|-----|-------|
| Jedenkrát, při nástupu do zaměstnání | 16 | 15,7 |
| Jedenkrát za rok | 47 | 46,1 |
| Jedenkrát za dva roky | 34 | 33,3 |
| Jiné | 5 | 4,9 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 23: Popisná statistika – Frekvence povinného školení

V případě, že by zaměstnavatel začal vyžadovat účast na školeních povinně, pouze 15,7 % ze 102 dotazovaných považuje za dostatečné jednorázové školení při nástupu do zaměstnání, zatímco 84,3 % volilo opakovaná školení. Z 86 respondentů, kteří zvolili opakované školení, jich 47 (54,7 %) uvedlo roční frekvenci opakování, 34 (39,5 %) uvedlo opakování školení jednou za 2 roky a 5 (5,8 %) navrhl jinou frekvenci školení. Konkrétně byla shodně 2 respondenty navržena půlroční frekvence a 2 respondenty frekvence jedenkrát za 4 roky. Jeden respondent navrhl pětiletý interval.

Bezpečnostní opatření na zdravotnickém zařízení

| Jak je na vašem pracovišti zajištěna bezpečnost personálu v případě agrese pacienta? | n | % |
|--|----|------|
| Bezpečnostní služba v areálu nemocnice | 96 | 94,1 |
| Ošetřovatelský standart zaměřený na komunikaci s agresivním pacientem | 39 | 38,2 |
| SOS tlačítka pro přivolání pomoci | 37 | 36,3 |
| Zvýšený počet personálu | 7 | 6,9 |
| Bezpečnostní služba přímo na pracovišti | 3 | 2,9 |

Tabulka 24: Popisná statistika – Bezpečnostní opatření na pracovišti

Na pracovišti je zajištěna bezpečnost personálu v případě agrese pacienta několika způsoby. Nejčastěji uváděným opatřením je přítomnost bezpečnostní služby v areálu nemocnice, což uvedlo 96 respondentů (94,1 %). Dále 39 respondentů (38,2 %) uvádí

implementaci ošetrovatelského standardu zaměřeného na komunikaci s agresivními pacienty. SOS tlačítka pro přivolání pomoci jsou k dispozici pro 37 respondentů (36,3 %). Pouze 7 respondentů (6,9 %) uvedlo zvýšení počtu personálu jako opatření pro zajištění bezpečnosti personálu. Bezpečnostní služba přímo na pracovišti je poskytována podle 3 respondentů (2,9 %).

Subjektivní vnímání pocitu bezpečí na pracovišti

| Cítíte se na vašem pracovišti bezpečně? | n | % |
|---|-----|-------|
| Ano | 75 | 73,5 |
| Ne | 27 | 26,5 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 25: Popisná statistika – Pocit bezpečí na pracovišti

V otázce týkající se pocitu bezpečnosti na pracovišti zaznamenáváme následující odpovědi: 75 respondentů (73,5 %) uvádí, že se na pracovišti cítí bezpečně, zatímco 27 respondentů (26,5 %) odpovědělo, že se necítí na pracovišti bezpečně.

Opatření ke zvýšení bezpečnosti na pracovišti

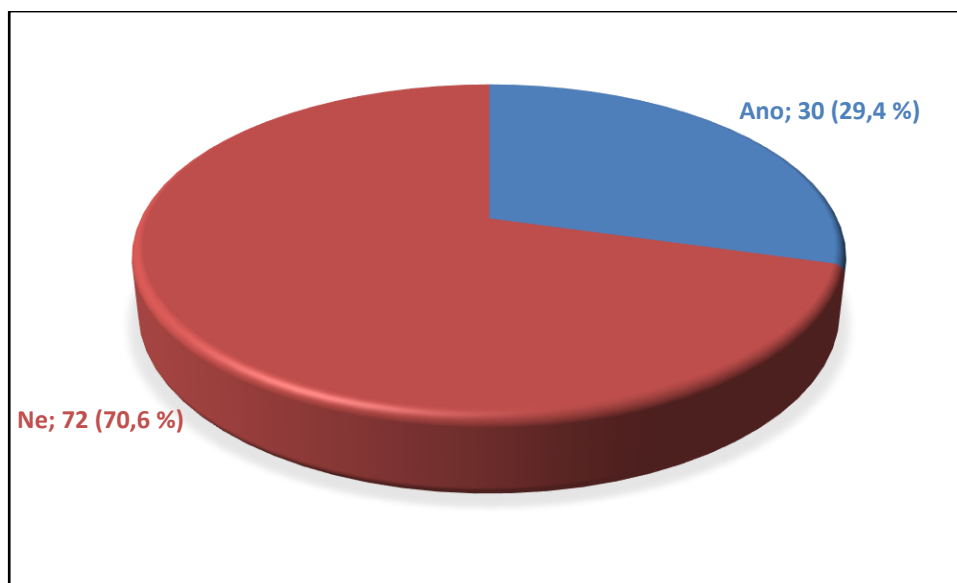
| Jaké opatření by zvýšilo váš pocit bezpečí na pracovišti? | n | % |
|---|----|-------|
| Bezpečnostní služba na pracovišti | 15 | 55,6 |
| Sos signalizace | 3 | 11,1 |
| Omezený přístup veřejnosti na pracoviště | 2 | 7,4 |
| Vyšší počet personálu | 2 | 7,4 |
| Kvalitnější security služba | 1 | 3,7 |
| Přítomnost policejní hlídky | 1 | 3,7 |
| Přítomnost policejní hlídky u agresivního pacienta | 1 | 3,7 |
| Služebna policie v areálu nemocnice | 1 | 3,7 |
| Kurzy sebeobrany | 1 | 3,7 |
| Celkem | 27 | 100,0 |

Tabulka 26: Popisná statistika – Opatření ke zvýšení bezpečnosti

Respondentům, kteří se vyjádřili, že se na pracovišti necítí bezpečně, byla nabídnuta možnost zvolit opatření, jež by zvýšilo jejich pocit bezpečí. Z celkem 27 odpovědí byl

vyjádřen požadavek na bezpečnostní službu na pracovišti 15 respondenty (55,6 %). Ostatní varianty byly zmíněny pouze v jednotkách, tedy 3 respondenti by uvítali SOS signalizaci, dvě odpovědi byly zaznamenány u variant „Omezený přístup veřejnosti na pracoviště“ a „Vyšší počet personálu“. Jedenkrát byly zastoupeny odpovědi „Přítomnost policejní hlídky“, „Přítomnost policejní hlídky u agresivního pacienta“, „Služebna policie v areálu nemocnice“ a „Kurz sebeobrany“.

Znalost konkrétních komunikačních strategií



Obrázek 4: Popisná statistika – znalost komunikačních strategií

Na otázku, zda by dokázali respondenti zmínit nějakou konkrétní komunikační strategii při zvládnání agresivního pacienta odpovědělo kladně 30 dotázaných (29,4 %). Záporné odpovědi činily 70,6 %

Uváděné strategie

| Zmíněné strategie | n | % |
|-------------------------|----|------|
| Asertivita | 12 | 36,4 |
| Klidný přístup | 6 | 18,2 |
| Deeskalační techniky | 8 | 24,2 |
| Neprovokovat | 2 | 6,1 |
| Empatie | 1 | 3,0 |
| Navázat správný kontakt | 1 | 3,0 |
| Aktivní vyjednávání | 1 | 3,0 |
| Uklidnit pacienta | 1 | 3,0 |
| Útěk | 1 | 3,0 |
| Celkem | 33 | 99,9 |

Tabulka 27: Popisná statistika – Sdělené komunikační strategie

Ze 102 respondentů odpovědělo na otázku týkající se konkrétních komunikačních strategií při zvládnání agresivního pacienta kladně 30 respondentů (29,4 %). Naopak 72 respondentů (70,6 %) odpovědělo, že nejsou schopni konkrétní komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta uvést.

V návazné otevřené otázce na komunikační strategii měli respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně, uvést konkrétní strategii. Odpovídalo celkem 30 respondentů, avšak 3 respondenti uvedli odpověď, která obsahovala 2 strategie zmíněné dalšími respondenty jednotlivě. Z toho důvodu byl soubor odpovědí upraven z 30 na 33 odpovědi a odpověď těchto respondentů byla přiřazeno do obou kategorií.

Z respondentů, kteří byli schopni uvést konkrétní komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta, někteří zmínili následující strategie. Nejvíce respondentů (36,4 %) zvolilo asertivitu, 8 „Deeskalační techniky“ a dále 6 dotazovaných napsalo klidný přístup. Dvakrát byla uvedeno „Neprovokovat“ a jedenkrát aktivní vyjednávání, asertivita, empatie, navázání správného kontaktu, uklidnění pacienta a útěk.

Význam oslovení pacienta a prvního kontaktu

| Myslíte si, že oslovení a první kontakt s pacientem může mít zásadní vliv na celkovou spolupráci pacienta během ošetření? | n | % |
|---|-----|-------|
| Určitě ano | 55 | 53,9 |
| Spíše ano | 41 | 40,2 |
| Spíše ne | 6 | 5,9 |
| Určitě ne | 0 | 0,0 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 28: Popisná statistika – Význam oslovení/prvního kontaktu

Respondenti vyjádřili názory na vliv oslovení a prvního kontaktu s pacientem na celkovou spolupráci během ošetření. Většina respondentů, konkrétně 55 (53,9 %), si myslí že oslovení a první kontakt s pacientem určitě mohou mít zásadní vliv na celkovou spolupráci. Dalších 41 respondentů (40,2 %) se domnívá, že má spíše zásadní vliv. Pouze 6 respondentů (5,9 %) se vyjádřilo, že oslovení spíše nemá zásadní vliv. Nedůležitost oslovení zastoupenou odpovědí „určitě ne“ ne zvolil nikdo.

Preferovaná formulace oslovení pacienta

| Jakou z nabízených formulací považujete za nejvhodnější k oslovení pacienta při příchodu k ošetření? | n | % |
|--|-----|-------|
| Dobrý večer, jak vám můžeme pomoci? | 84 | 82,4 |
| Dobrý večer, co potřebujete? | 15 | 14,7 |
| Dobrý večer, prosím. | 3 | 2,9 |
| Dobrý večer, co chcete? | 0 | 0 |
| Celkem | 102 | 100,0 |

Tabulka 29: Popisná statistika – Formulace oslovení

Respondenti vyjádřili preference ohledně nejvhodnější formulace k oslovení pacienta při příchodu k ošetření. Nejvíce respondentů, konkrétně 84 (82,4 %), upřednostňuje formulaci "Dobrý večer, jak vám můžeme pomoci?". 15 respondentů (14,7 %) favorizuje formulaci "Dobrý večer, co potřebujete?". Pouze 3 respondenti (2,9 %) se vyjádřili pro formulaci "Dobrý večer, prosím." Nejméně slušnou odpověď „Dobrý večer, co chcete?“ ne zvolil žádný respondent.

3.4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

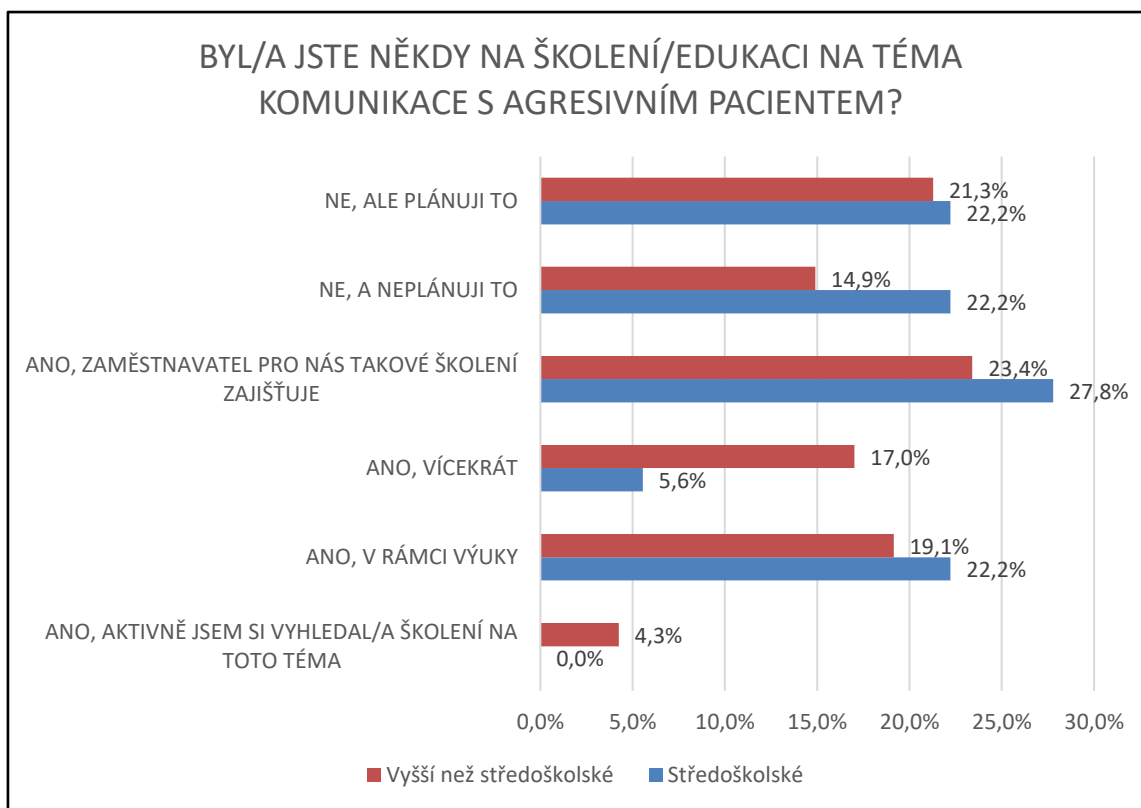
H1: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním.

H01 Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním.

HA1 Lze předpokládat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním.

Pro nalezení odpovědi na tuto otázku bylo nezbytné sloučit kategorie vyšší než středoškolské do jedné kategorie, následně je vypracována kontingenční tabulka.

Pomocí chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce bylo zjištěno, že mezi proměnnými neexistuje statisticky významná závislost (p-hodnota 0,473). Lze shrnout, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním.



Obrázek 5: Hypotéza 1 - Absolvování školení ve vztahu k dosaženému vzdělání

Graf zobrazuje odpovědi na dotaz, zda respondenti absolvovali školení či vzdělávání na téma komunikace s agresivním pacientem, rozdělené podle úrovně vzdělání – vyšší než středoškolské a středoškolské. Je rozdělen do šesti kategorií. Kategorie "Ne, ale plánuji to" ukazuje, že 21,3 % respondentů s vyšším než středoškolským vzděláním a 22,2 % středoškolsky vzdělaných plánuje takové školení absolvovat. Kategorie "Ne, a neplánuji to" zahrnuje 14,9 % vyšších než středoškolsky vzdělaných a 22,2 % středoškolsky vzdělaných, kteří školení neplánují. Pro kategorii "Ano, zaměstnavatel pro nás takové školení zajišťuje" je to 23,4 % pro vyšší než středoškolské a 27,8 % pro středoškolské. Pro odpověď "Ano, vícekrát" to je 5,6 % a 17,0 % a pro "Ano, v rámci výuky" to je 19,1 % a 22,2 %. Nakonec kategorie "Ano, aktivně jsem si vyhledával/a školení na toto téma" obsahuje 4,3 % respondentů s vyšším než středoškolským vzděláním a 0 % středoškolsky vzdělaných.

Hypotéza 2

H2: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty s kladným postojem k povinnému školení v oblasti zvládnání agresivního pacienta a jejich věkem.

H02 Lze předpokládat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty s kladným postojem k povinnému školení v oblasti zvládnání agresivního pacienta a jejich věkem.

HA2 Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty s kladným postojem k povinnému školení v oblasti zvládnání agresivního pacienta a jejich věkem.

Pro nalezení závislosti, byly sloučeny u proměnné „Pokud by váš zaměstnavatel takové školení zajišťoval a vyžadoval povinně (podobně jako u KPR) jaký by byl váš postoj k takovéto povinnosti? Kladné kategorie a dále kategorie Neutrální a negativní, čímž vznikla následující kontingenční tabulka:

| | | Věková skupina | | | | Celkem |
|---|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50+ | |
| Pokud by váš zaměstnavatel takové školení zajišťoval a vyžadoval povinně (podobně jako u KPR) jaký by byl váš postoj k takovéto povinnosti? | kladný | 32 (84,2 %) | 14 (60,9 %) | 15 (83,3 %) | 17 (73,9 %) | 78 (76,5 %) |
| | neutrální a negativní | 6 (15,8 %) | 9 (39,1 %) | 3 (16,7 %) | 6 (26,1 %) | 24 (23,5 %) |
| Celkem | | 38 (100,0 %) | 23 (100,0 %) | 18 (100,0 %) | 23 (100,0 %) | 102 (100,0 %) |

Tabulka 30: Hypotéza 2 - Postoj k povinnému školení ve vztahu k věku

Pomocí chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce bylo zjištěno, že mezi proměnnými neexistuje statisticky významná závislost (p -hodnota 0,177). Lze shrnout, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří mají kladný postoj k povinnému vzdělávání a jejich věkem.

Data z průzkumu vykazují vysoký zájem o školení napříč věkovými kategoriemi s malými rozdíly v postojích k povinnému školení zajišťovanému zaměstnavateli ve většině věkových skupin. Skupiny 20-29 let a 40-49 vykazují téměř shodný výsledek, kdy kladný postoj k povinnému školení vyjádřilo 84,2 %, respektive 83,3 % dotazovaných. Mírný pokles můžeme sledovat u nejstarších respondentů. Skupina ve věku 50+ vykazovala kladný postoj v 73,9 % případů. Výjimku můžeme sledovat u skupiny 30-39 let, kde poměr kladných odpovědí klesl na 60,9 %.

Hypotéza 3

H3: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty ve vnímání pocitu bezpečí na pracovišti a jejich pohlavím.

H03 Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří se cítí bezpečně na pracovišti a jejich pohlavím

HA3 Lze předpokládat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří se cítí bezpečně na pracovišti a jejich pohlavím

Tabulka odhaluje, že z 102 respondentů 31 jsou muži a 71 ženy. Při zkoumání pocitu bezpečí na pracovišti vykazuje většina zástupců obou pohlaví, že se cítí bezpečně: 22 mužů (tj. 71 % všech mužských respondentů) a 53 žen (tj. 75 % všech ženských respondentů). Na druhé straně, pocit nebezpečí na pracovišti vyjádřilo 9 mužů (29 % mužských respondentů) a 18 žen (25 % ženských respondentů). Celkově 75 respondentů cítí bezpečí na pracovišti, zatímco 27 jich uvádí opak.

| | | Pohlaví Respondentů | | Celkem |
|--|-----|---------------------|------|--------|
| | | MUŽ | ŽENA | |
| Cítíte se na vašem pracovišti bezpečně | ANO | 22 | 53 | 75 |
| | NE | 9 | 18 | 27 |
| Celkem | | 31 | 71 | 102 |

Tabulka 31: Hypotéza 3 - Pocit bezpečí ve vztahu k pohlaví

Pomocí Fisherova exaktního testu bylo zjištěno, že mezi proměnnými existuje závislost (p-hodnota 0,698). Lze tedy shrnout, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří se cítí bezpečně na pracovišti a jejich pohlavím.

Vzhledem k malému počtu mužů zastoupených v dotazníkovém šetření (31 respondentů) a vykázaných výsledcích, kdy muži uvedli, že se na pracovišti cítí bezpečně v 71 % případů a ženy v 74,5 % případů, lze považovat míru pocitu bezpečí na pracovišti rovnoměrně rozdělenou mezi obě skupiny. Hlavní informací plynoucí z tohoto vyhodnocení je však podíl respondentů, kteří se na pracovišti bezpečně necítí a u obou skupin představuje více než čtvrtinu respondentů.

Hypotéza 4

H4: Lze předpokládat souvislost mezi respondenty v subjektivním vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta a délkou jejich praxe ve zdravotnictví.

H04: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty v subjektivním vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta a jejich délkou zdravotnické praxe.

HA4: Lze předpokládat, že existuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty v subjektivním vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta a jejich délkou zdravotnické praxe.

Vyhodnocení této hypotézy bylo rozčleněno na dvě samostatné podkapitoly, a to vyhodnocení subjektivní schopnosti zvládat verbálně agresivního pacienta a subjektivní schopnosti zvládat verbálně agresivního pacienta.

Data z průzkumu naznačují, jak zaměstnanci s různou délkou praxe vnímají svou schopnost reagovat na situace s agresivním pacientem. Výsledky jsou rozděleny do čtyř skupin podle délky praxe a ukazují, jak se sebevědomí a schopnosti mění v závislosti na zkušenostech.

A) Verbální agrese

Pro nalezení závislosti, byla kategorizována délka praxe po 10letých intervalech a byly sloučeny u proměnné „Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s verbálně agresivním pacientem?“ Byly sloučeny kladné odpovědi (Určitě souhlasím a Spíše souhlasím) a záporné odpovědi (Určitě nesouhlasím a Spíše nesouhlasím), čímž vznikla následující kontingenční tabulka:

| Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s verbálně agresivním pacientem? | Skupina délky praxe | | | | Celkem |
|---|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30+ | |
| Určitě ne a spíše ne | 2 (4,7 %) | 0 (0,0 %) | 1 (5,9 %) | 2 (8,3 %) | 5 (4,5 %) |
| nedokážu posoudit | 3 (7,0 %) | 1 (5,6 %) | 1 (5,9 %) | 4 (16,7 %) | 9 (8,2 %) |
| Určitě ano a spíše ano | 38 (88,4 %) | 17 (94,4 %) | 15 (88,4 %) | 18 (75,0 %) | 88 (80,0 %) |
| Celkem | 43 (100,0 %) | 18 (100,0 %) | 17 (100,0 %) | 24 (100,0 %) | 102 (100,0 %) |

Tabulka 32: Hypotéza 4A – Reakce na verbální agresi ve vztahu k délce praxe

Pomocí chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce bylo zjištěno, že mezi proměnnými neexistuje statisticky významná závislost (p -hodnota 0,799). Lze shrnout, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi délkou praxe a schopností zvládat verbálně agresivního pacienta.

Zaměstnanci s praxí 0-9 let mají celkově vysoké sebevědomí ve své schopnosti zvládnout verbálně agresivní situace, s 88,4 % respondentů, kteří uvádějí, že by dokázali správně reagovat. Pouze malý zlomek, 4,7 %, si není jistý svou reakcí. Ve skupině s 10-19 lety praxe je sebevědomí ještě vyšší, kde 94,4 % respondentů cítí, že by zvládli situaci správně, a žádný z respondentů nevyjádřil negativní postoj. Skupina s 20-29 lety praxe vykazuje podobné procento pozitivních odpovědí jako nejméně zkušená skupina, s 88,4 % respondentů, kteří se cítí připraveni na verbálně agresivní pacienty. Největší nejistotu vykazuje skupina s 30 a více lety praxe, kde 75 % respondentů si je jistých svou reakcí, ale zároveň 16,7 % nedokáže situaci posoudit, což je nejvyšší hodnota ve srovnání s ostatními skupinami.

B) Fyzická agrese

Pro nalezení závislosti, byla kategorizována délka praxe po 10letých intervalech a byly sloučeny u proměnné „Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s fyzicky agresivním pacientem?“ Byly sloučeny kladné odpovědi (Určitě souhlasím a Spíše souhlasím) a záporné odpovědi (Určitě nesouhlasím a Spíše nesouhlasím), čímž vznikla následující kontingenční tabulka:

| Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s fyzicky agresivním pacientem? | Skupina délky praxe | | | | |
|--|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30+ | Celkem |
| Určitě ne a spíše ne | 10 (23,3 %) | 3 (16,7 %) | 3 (17,6 %) | 7 (29,2 %) | 23 (22,5 %) |
| Nedokážu posoudit | 8 (18,6 %) | 5 (27,8 %) | 6 (35,3 %) | 10 (41,7 %) | 29 (28,4 %) |
| Určitě ano a spíše ano | 25 (58,1 %) | 10 (55,6 %) | 8 (47,1 %) | 7 (29,2 %) | 50 (49,0 %) |
| Celkem | 43 (100,0 %) | 18 (100,0 %) | 17 (100,0 %) | 24 (100,0 %) | 102 (100,0 %) |

Tabulka 33: Hypotéza 4B – Reakce na fyzickou agresi ve vztahu k délce praxe

Pomocí chí-kvadrát testu v kontingenční tabulce bylo zjištěno, že mezi proměnnými neexistuje statisticky významná závislost (p -hodnota 0,322). Lze shrnout, že neexistuje

statisticky významný rozdíl délkou praxe a schopností zvládat fyzicky agresivního pacienta.

Stejně jako u verbální agrese jsou i u fyzické agrese odpovědi rozčleněny do čtyř skupin podle délky praxe a odhalují rozdíly v sebevědomí a připravenosti zaměstnanců. Zaměstnanci s praxí 0-9 let se cítí relativně připraveni na takové situace, přičemž 58,1 % z nich uvádí, že by dokázali správně reagovat. Avšak 23,3 % si myslí, že by nereagovali správně a dalších 18,6 % nedokáže posoudit svou reakci, což naznačuje určitou míru nejistoty. Ve skupině s 10-19 lety praxe je procento těch, kteří by dokázali reagovat správně, srovnatelné (55,6 %), ale míra nejistoty je vyšší, s 27,8 % respondentů, kteří nedokážou situaci posoudit. V kategorii 20-29 let praxe se objevuje nejnižší procento zaměstnanců, kteří uvádějí, že by dokázali správně reagovat (47,1 %), a nejvyšší procento těch, kteří nedokážou posoudit svou reakci (35,3 %). To ukazuje na významnou nejistotu v této skupině. Nejstarší skupina s praxí 30 a více let vykazuje nejnižší míru sebejistoty v reakci na fyzickou agresi, s pouhými 29,2 %, kteří si myslí, že by dokázali reagovat správně, a 41,7 %, kteří nedokážou posoudit svou schopnost reagovat.

3.5 Diskuse

V této podkapitole jsou vyhodnoceny výsledky vlastního výzkumu. Primárně byly formulovány závěry ve vztahu k hypotézám, dále byl vyvozen závěr ohledně zavedení povinného školení. V závěru byla formulována dvě doporučení pro praxi.

3.5.1 Diskuse vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám

Vyhodnocením výsledků hypotéz bylo zjištěno následující:

Vyhodnocením příslušných dat bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří absolvovali školení zaměřené na problematiku zvládnání agresivního pacienta a jejich dosaženým vzděláním. Hypotéza 1 tak nebyla potvrzena. Ze zjištěných výsledků můžeme vyvodit, že převažují zaměstnanci, kteří již nějakou formu edukace na téma zvládnání agresivního pacienta podstoupili a mezi needukovanými mírně převažují respondenti, kteří edukaci plánují. Vzhledem k výsledkům si dovolím konstatovat, že je mezi zaměstnanci velmi malé procento těch, kteří mají zájem rozšiřovat své schopnosti z vlastní iniciativy.

Vyhodnocením hypotézy 2 bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi věkovými skupinami a kladným postojem k povinnému školení v oblasti zvládnání

agresivního pacienta. Data vykazují vysoký zájem o školení napříč věkovými kategoriemi s malými rozdíly v postojích k povinnému školení zajišťovanému zaměstnavateli ve většině věkových skupin. Lze vypočítat mírně klesající pozitivní vnímání povinnosti s rostoucím věkem s výjimkou skupiny ve věku 30-39 let, kde pozorujeme téměř 25% propad kladných odpovědí oproti mladší skupině ve věku 20-29 let (84,2 %). U skupiny ve věku 40-49 let vidíme návrat pozitivního vnímání téměř na úroveň nejmladší skupiny (83,3 %). U nejstarší skupiny ve věku 50+ klesá pozitivní vnímání na 73,9 %).

U hypotézy 3 nebyla prokázána souvislost mezi respondenty ve vnímání pocitu bezpečí na pracovišti a jejich pohlavím. Ze skutečnosti, že nebylo vypočítáno nižší vnímání ohrožení na pracovišti u mužského vzorku, který obecně vnímá pocit ohrožení s nižší úrovní, dovozují, že obava z projevů agrese je reálná a není zkreslena možným zveličováním ze strany ženského vzorku, způsobeným obecně vyšší citlivostí vnímat situace jako ohrožující. Tento závěr v kombinaci s vysokým podílem zaměstnanců, kteří se necítí na pracovišti bezpečně (29 % mužů a 25,4 % žen) poukazuje na závažnost problematiky.

Statistickým vyhodnocením hypotézy 4 nebyla potvrzena souvislost mezi respondenty v subjektivním vnímání schopnosti zvládat agresivního pacienta a délkou jejich praxe ve zdravotnictví. U verbální agrese se projevila vysoká míra sebejistoty napříč všemi skupinami a pokles byl zaznamenán pouze u nejstarší skupiny respondentů. Přestože ani u fyzické agrese nebyla statisticky prokázána souvislost, prozkoumáním výsledků jsem vypočítal trend klesající míry sebevědomí s délkou jejich praxe. Prozkoumáním vztahu mezi dosaženým vzděláním, délkou praxe a fyzickým věkem jsem dospěl k závěru, že respondenti nastoupili do zaměstnání ve zdravotnictví ihned po dokončení studia nebo jen s minimálním odkladem (max. 2 roky). Klesající míru sebevědomí v situaci s fyzicky agresivním pacientem proto přisuzují spíše rostoucímu fyzickému věku a konstatují, že zkušenosti získané délkou praxe nemají na pocit jistoty výrazný vliv.

3.5.1.1 Zvládnání verbální agrese

Přestože dotazovaní reportovali vysokou míru sebevědomí při komunikaci s verbálně agresivním pacientem, vyhodnocení některých otázek naznačuje, že míra sebevědomí nekoresponduje s reálnou schopností verbálně agresivního pacienta zvládnout.

Z výsledků šetření lze dovodit, že nejčastější formou agresivního pacienta je intoxikovaná osoba, která se k ošetření dostaví již agresivní nebo je její agrese vybuzena délkou

ošetření. U fyzicky agresivních pacientů je podle průzkumu agrese často způsobena dezorientací pacienta. Budu-li uvažovat, že důvodem přítomnosti pacienta primárně není fyzické napadení personálu, docházím k následující úvaze. Jelikož se jedná převážně o osoby s pozměněným vnímáním, je možné, že zaměstnanci v jednání s takovou osobou mohou svým přístupem nevědomě v pacientovi agresi eskalovat až do bodu, kdy přejde z verbální k fyzické. Tato úvaha v kombinaci s nízkou mírou proškolenosti a vysokou mírou neznalosti konkrétních technik deeskalace agresivity mě vede k závěru, že značný počet respondentů má nesprávný pocit, že jednání verbálně agresivního pacienta zvládá a v případě neúspěchu přičítá důvody intoxikaci a možné selhání v komunikaci nepřipouští, jelikož spoléhají převážně na své přirozené komunikační dovednosti a nevidí jiné možnosti, jak mohli v situaci vystupovat. Školení na téma komunikace, a z toho plynoucí znalost deeskalačních technik, proto považuji za významný prostředek ke snížení výskytu fyzické agrese.

3.5.1.2 Zvládnání fyzické agrese

Celkově jsem na základě vyhodnocení hypotéz dopěl k názoru, že spolu jednotlivé výsledky korespondují a při porovnání s dalšími zjištěními poskytují následující obraz. Zaměstnanci při výkonu praxe čelí agresi v takové míře, že zhruba čtvrtina z nich ztratila pocit bezpečí na pracovišti, přičemž při vyplňování dotazníků nezveličovali. Výsledky přesvědčivě ukazují, že převládají obavy ze situací, ve kterých začne být pacient agresivní fyzicky, což koresponduje s mírou vnímání bezpečí na pracovišti. Vezmu-li v úvahu, že 78 % oslovených reportovalo zkušenost s fyzicky agresivním pacientem a z toho 55 % se v takové situaci ocitá nejméně jednou v měsíci, mohu v návaznosti na výše uvedené konstatovat, že je fyzická agrese ze strany pacientů na odděleních s pohotovostí vážným problémem a je potřeba se této problematice aktivně věnovat a zavést opatření ke zvýšení bezpečnosti na pracovišti. Akutnost hledání řešení je výrazně podpořena zjištěním, že 75 % oslovených během své praxe zažilo v přítomnosti agresivního pacienta pocit ohrožení zdraví, a alarmujících 26,5 % bylo během výkonu profese v situaci, kdy pocítovali ohrožení života.

3.5.2 Zájem o povinné školení

Zajímavé informace vplynuly z detailnějšího prozkoumání výsledků části výzkumu orientované na edukaci v komunikaci s agresivním pacientem. Zjištění z vyhodnocení hypotéz spolu s vysokou četností výskytu jak verbální, tak i brachiální agrese ze strany

pacientů mě vedou k závěru, že zaměstnanci vnímají zvýšenou potřebu se na takové situace lépe připravit, avšak v mnoha případech nevyvinuli vlastní iniciativu a nemají povědomí o možnostech, které jejich zdravotnické zařízení nabízí. Dále jsem zjišťoval subjektivní postoj respondentů k případné povinnosti účastnit se školení/edukace na téma komunikace s agresivním pacientem. Z výsledků vyplývá, že více než tři čtvrtiny (76,5 %) zaujalo kladný postoj, který byl v 50 % případů motivován vnímáním potřeby takového opatření. Následným zkoumáním jsem zjistil, že téměř 40 % (39,7) ze zaměstnanců s kladným postojem k povinnému školení se takového školení zatím neúčastnilo, přestože to mnozí z nich plánují.

Zajímavý výsledek přinesla otázka číslo 19, kde bylo zjišťována povinnost zaměstnanců takové školení absolvovat. Na tuto otázku bylo získáno 18 kladných odpovědí, což naznačovalo, že jedna z nemocnic zavedla pro své zaměstnance povinné školení. Při bližším prozkoumání spojitosti kladných odpovědí s oslovenými nemocnicemi však bylo zjištěno, že jsou téměř rovnoměrně zastoupeny v jednotkách výskytu všechny nemocnice a v rámci nemocnic, u nichž proběhlo dotazování na více pracovištích je výskyt také rovnoměrný.

Tyto odpovědi byly následně podrobeny zkoumání, zda respondenti, kteří tuto odpověď zvolili, uvedli také, že jejich zaměstnavatel požaduje účast za povinnou a byla hledána 100% shoda, která by mohla signalizovat, že nadřízený pracovník sjednal pro zaměstnance školení individuálně. Tato shoda nebyla nalezena.

Výše uvedená zjištění mě vedou k závěru, že nemocnice školení/edukaci na téma zvládnání situací s agresivním pacientem zajišťují, avšak nedostatečně komunikují směrem k personálu, jelikož nejvyšší zjištěné povědomí bylo zaznamenáno u Slezské nemocnice Opava, kde dosáhlo pouze 57,9 %, zatímco následující nejvyšší zaznamenané povědomí bylo 28,6 % (FN Bulovka).

3.5.3 Komparace výsledků vlastního šetření s dříve realizovanými studii

Vlastní zjištění jsem porovnával s dříve realizovanými výzkumy na podobné téma. Byly porovnávány studie, které vykazovaly shodné nebo velmi podobné charakteristiky vzorku respondentů a v rámci možností také provozu. U výzkumu Krejčího (2017) byly využity data týkající se celého vzorku u vyhodnocení nedělených dle provozu, kde vzorek nediverzifikoval, resp. výsledků naměřených v nemocnici Jihlava u otázek, kde uváděl výsledky odděleně. Výsledky z psychiatrického oddělení byly vyloučeny, jelikož sám autor uvádí, že jde v otázce agrese o specifické pracoviště, což můžu potvrdit také na

základě zkušenosti z vlastní praxe. Výzkum Peňákové (2011) uvádí, že se s agresí setkala 88 % respondentů. Vzhledem k vlastnímu zjištění, kdy reportuji četnost setkání se s agresí 96 %, mohu konstatovat, že přes prováděné výzkumy, které opakovaně poukazují na závažnost problému, se situace nezlepšuje. To potvrzuje ve svém výzkumu také Vlčková (2023), která reportuje, že se s agresivním pacientem potýkalo 98 % respondentů.

V mém výzkumu jsem zjistil, že nejčastější příčinou agrese pacienta je intoxikace omamnými látkami (90 %). Při prozkoumání dalších zdrojů jsem zjistil, že je tato příčina s různou četností shodně reportována jako nejčastější hned v několika z nich. Konkrétně jako nejčastější příčinu intoxikaci uvedla Šmejkalová (2023) 56 %, Kubešová (2021) 44 %, Krejčí (2017) ve vzorku z nemocnice Jihlava reportuje 76 %, Míšková (2016) 85 % a Vlčková (2023) 43 %. Mohu zde tedy vyvodit, že intoxikace je nejčastější příčinou agrese, projevující se nezávisle na druhu pracoviště a jeho geografické poloze. Jde tedy o plošný problém.

Některé provedené výzkumy mi také umožnily porovnat proškolenost personálu. Zatímco v mém výzkumu téměř 60 % absolvovalo nějakou formu školení v komunikaci s agresivním pacientem, Vlčková (2023) reportovala 44% proškolenost a ve výzkumném vzorku Šmejkalové (2023) prošlo školením pouze 26 %. Celkově tak mohu konstatovat, že je proškolenost personálu nízká až velmi nízká. Výsledky nasvědčují tomu, že zaměstnanci, přestože se často setkávají s agresivními pacienty, nevyvíjí vlastní iniciativu v rozvoji svých schopností. Jde tedy o indikátor podporující zavedení povinného školení v komunikačních technikách zvládnání agresivního pacienta.

Při porovnávání jsem se dále soustředil na četnost výskytu agrese ze strany pacientů. Pro získání porovnatelných dat jsem stanovil hraniční frekvenci, od které považuji výskyt agrese za problematický a sledoval kumulativní údaj setkávání se s agresí na měsíční bázi a častěji. Jelikož někteří autoři ve svých výzkumech při zjišťování frekvence výskytu nečlenili agresi na verbální a fyzickou, porovnávám ve studiích, kde členění existuje s četností výskytu verbální (častější) formy agrese. Můj výzkum reportuje výskyt verbální agrese ve sledované frekvenci u 83 % respondentů. Ve výzkumu Vlčkové (2023) bylo zjištěno 71 %, zatímco Míšková (2016) uvádí 57 %. Krejčí (2017) na vzorku z nemocnice Jihlava zjistil, že se s agresí pacientů v měsíční a vyšší frekvenci setkává 89 % respondentů. Peňáková (2011) zaznamenala výskyt agrese pacientů ve sledovaném intervalu u 62 % respondentů. Frekvence je tedy dlouhodobě vysoká a vývoj v čase naznačuje, že se zaměstnanci ve zdravotnictví setkávají s agresí stále častěji.

Vlčková (2023) dále zjistila, že 80 % účastníků výzkumu řeší situaci s agresivním pacientem řeší komunikací, což podporuje mé závěry týkající se zásadního vlivu komunikace na deeskalaci agrese pacienta.

3.5.4 Doporučení pro praxi

V předchozí kapitole jsem dospěl k závěru, že agrese ze strany pacientů představuje častý a závažný problém ve výkonu zdravotnické profese na pracovištích s pohotovostní službou. Při formulaci doporučení jsem vycházel z informací zjištěných průzkumem a závěrů formulovaných v předchozí kapitole.

3.5.4.1 Zavést povinné kontinuální vzdělávání

Jak vyplývá z výsledků, pacient bývá nejčastěji agresivní již při příchodu/přívozu k ošetření a zpravidla bývá v pozměněném stavu vědomí způsobeném převážně intoxikací. Proto by se pracoviště měla primárně zaměřit na techniky deeskalace agresivního chování. Z tohoto důvodu je mým doporučením pro praxi implementace pravidelných povinných školení v oblasti komunikace s agresivním pacientem. Vzhledem k závažnosti problematiky naznačené výsledky šetření navrhuji intenzivnější interval ze získaných preferovaných odpovědí, tedy jedenkrát ročně

Absolvování pravidelných školení považuji nejen za přínosné, ale i za nezbytné, jelikož by zdravotní sestra měla mít kvalitní komunikační dovednosti nacvičené stejně dobře jako postupy zachraňující život. Součástí takového školení by rovněž mohl být blok zabývající se psychohygienou a prevencí vyhoření u zdravotníků.

Z výzkumu rovněž vyplývá, že většina respondentů by měla k této povinnosti kladný postoj. Stejně tak, že pokud nemocnice pro zájemce kurzy zajišťuje, tak se již ne jeden respondent takového kurzu zúčastnil.

Vzhledem ke zvýšené vytíženosti zdravotních sester a náročnosti jejich povolání považuji za nutné zmínit, že pro úspěšné zavedení této povinnosti bude klíčový způsob komunikace důvodu školení směrem k personálu, kterému bude tato povinnost udělena. Při komunikaci by dle mého měl být vyzdvížen zejména přínos ve formě usnadnění práce, zvýšení bezpečí a přínos pro osobní život mimo nemocnici. Ke zvážení je také forma školení. Jelikož navrhuji kontinuální školení, je možné využít koncepčnější přístup. Navrhuji jednorázové vstupní školení většího rozsahu, během kterého se zaměstnanec primárně seznámí s konkrétními postupy a metodami využívanými na jeho pracovišti a v celém areálu nemocnice. Dále je mu prezentován výběr deeskalačních technik

využitelný pro konkrétní situace, se kterými se bude setkávat. V závěru tohoto školení bude zaměstnanci nastíněn program nemocnice pro jeho další vzdělávání (promo, aby se těšil a účastnil). V průběhu výkonu povolání následně zvážit tyto možnosti: praktická cvičení postupů zvládnání krizových situací s agresivním pacientem; možnost teoretického/akademického vzdělávání (volitelná); diskusní setkání s kolegy z oddělení za účasti pedagoga/psychologa. Zde bych volil formu „teambuildingu“ s krátkým vzdělávacím úvodem. Poslední jmenovanou možnost považuji za velmi vhodnou, neboť při její správné aplikaci lze očekávat, že bude zaměstnanec tuto událost vnímat pozitivně a bude se na ni těšit.

Existuje oprávněný předpoklad, že zvýšení odbornosti bude hrát významnou roli ve vnímání schopnosti zvládnout náročné komunikační situace.

3.5.4.2 Umístit ochrannou službu na pracoviště

V případě, že se zařízení potýká s vysokou mírou fyzicky agresivních pacientů a akutně potřebuje situaci řešit, doporučuji umístění pracovníka ochranné služby přímo na pracoviště. Toto doporučení opírám o následující argumenty.

- V dotazníkovém šetření byli respondenti dotazováni také na opatření, která by vedla ke zvýšení jejich bezpečnosti a převládající odpovědí byla právě „Přítomnost bezpečnostní služby na pracovišti“, kterou uvedlo 55,6 % dotazovaných.
- Přítomnost bezpečnostní služby nemá význam pouze jako nástroj fyzické síly, která zasáhne v případě vyhrocení situace, ale významnou roli hraje také v prevenci vzniku agrese, jelikož je jasnou demonstrací připravenosti pracoviště agresi čelit.
- Dodatečně jsem prozkoumal data zjištěná dotazníkovým šetřením, konkrétně frekvenci výskytu fyzického násilí v každé z oslovených nemocnic, ačkoliv to nebylo záměrem výzkumu a tato data tak neposkytují dostatečně početný vzorek pro statistické vyhodnocení. Přesto jsem zjistil, že pracovníky FN Motol byla reportována výrazně nižší frekvence výskytu než u jiných nemocnic. V této nemocnici je bezpečnostní služba přítomna přímo v budově v blízkosti pracoviště urgentního příjmu.
- Přítomnost další osoby na pracovišti posiluje také strategii početní převahy.

4 ZÁVĚR

Předmětem této práce byla snaha zmapovat závažnost problematiky výskytu agresivních pacientů na odděleních s pohotovostní péčí, určit příčiny vzniku a míru agresivity, s níž se zdravotní personál potýká. Práce dále zjišťuje, jestli nemocnice zajišťují pro své zaměstnance školení v komunikaci s pacienty a jak zdravotníci ke vzdělávání v této oblasti přistupují.

Cílem bakalářské práce bylo přispět k lepší informovanosti o dané problematice, jejím rozsahu a přinést návrhy na možná řešení. Cíle se podle mého názoru podařilo splnit.

Výzkumem byla zjištěna klesající úroveň sebejistoty s rostoucím věkem, která se projevila v menší míře u verbální agrese a výrazněji u agrese fyzické. Zajímavá zjištění přinesly části zaměřené na vzdělávání zaměstnanců a četnost výskytu agrese.

Důležitým zjištěním byl vysoký počet kladných odpovědí, kdy by 76,5 % zaměstnanců uvítalo školení v oblasti komunikace s agresivním pacientem jako povinné. Preferovanou formou bylo opakované školení, kde 79,4 % respondentů navrhovalo frekvenci 1–2 roky. Z toho je patrné, že si zdravotní personál závažnost problematiky uvědomuje, má potřebu situace lépe zvládat a jednorázový kurz či školení nepovažuje za dostatečné řešení.

Dále bylo zjištěno, že zaměstnanci přikládají značný vliv prostředí. Respondenti, kteří uváděli vyšší až vysokou frekvenci agresivního chování, v návrzích na opatření, která by zvýšila jejich pocit bezpečí, často uváděli prezenci člena bezpečnostní služby přímo na pracovišti.

S agresivními pacienty přicházím při výkonu svého povolání poměrně často do styku, přesto jsem byl zjištěnými daty poněkud překvapen, jelikož byly negativnější, než jsem očekával. Vzhledem ke zjištěné závažnosti považuji výzkum v této oblasti v rozsahu bakalářské práce za nedostatečný. Jelikož byly zjištěny podobné výsledky napříč všemi oslovenými zařízeními (s výjimkou FN Motol), předpokládám, že se jedná o plošný problém, se kterým se potýká většina zařízení tohoto typu. Pravdivost tohoto předpokladu by měla být ověřena orgánem/institucí zodpovědným za správu nemocniční sítě a v případě, že se potvrdí, mělo by být vypracováno koncepční řešení vedoucí k větší ochraně pracovníků ve zdravotnictví.

Vypracování této práce bylo pro mě osobně velmi motivující a plánuji se v oblasti komunikačních strategií dále vzdělávat. Ztotožňuji se s respondenty v kladném vnímání povinných školení.

REFERENČNÍ SEZNAM

BABY, M.; GALE, C.; SWAIN, N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2019; 27:170–181.

ČERNÍKOVÁ, N. Ukončení péče o pacienta z pohledu zdravotnických pracovníků. *Journal of Medical Law and Bioethics*. 2021, 11(1): 53-71.

DEVITO, J. A. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 502 s. ISBN 9788024720180.

HALÁMKOVÁ, J.; SLÁMA, O.; ADÁMKOVÁ KRÁKOROVÁ, D.; DEMLOVÁ, R.; KUŘE, J. Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitř Lék* 2019; 65(5): 359–362.

HARSA, P.; ŽUKOV, I.; CSÉMY, L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. *Čes. a slov. Psychiat.*, 2008, 104(8): 405–411.

KAMARÁDOVÁ, D.; LÁTALOVÁ, K.; HAJDA, M. Problémový“ pacient v ambulanci urologa. *Urol. praxi* 2016; 17(4): 180–182.

KOLLER, M. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. [online]. 2015. [cit. 23-08-2022] Dostupný z <https://zdravi.euro.cz/clanek/prevence-nasili-od-tretich-stran-ve-zdravotnictvi-a-socialni-peci-477877>.

KOVÁŘÍKOVÁ, H.; JIRKOVSKÝ, S. Problematika hospitalizovaných agresivních pacientů. *Sestra*. 2009, roč. 19(6): 34.

LÁTALOVÁ, K. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.

LEŠKO, L. Náhled do sociální komunikace. Librix.eu, 2008. 99 s. ISBN 9788073994662.

MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 144 s. ISBN 9788024712628.

MARTÍNEK, Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže: 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. 192 s. ISBN 9788024797601.

MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 325 s. ISBN 978–80–247–2339–6.

PEKARA, J. Odborná studie: Výsledky proškolení v přístupu k agresivním pacientům a jejich příbuzným, kterého se zúčastnilo 550 zdravotnických pracovníků. Praha: Aescup Akademie. 2013, 4 s.

PEKARA, J. Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. Zdravotnictví a medicína. 2015; 7(1), 22-23. ISSN 2336-2987.

PEKURINEN, V.; WILLMAN, L.; VIRTANEN, M. et al. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017, 14, 1245; doi:10.3390.

PERLÍKOVÁ, P.; ZACHAROVÁ, E. Obtížně zvladatelní pacienti. Zdr. med. . 2018 ; 2018 (2): 32-35.

RICHARDSON, S. K.; ARDAGH, M. W; MORRISON, R.; GRAINGER, P. C. Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base. Open Access Emerg Med. 2019; 11: 271–290.

ŠTEPÁNKOVÁ, K. Poskytovatelé zdravotních služeb a agresivita jejich pacientů. Journal of Medical Law and Bioethics. 2020; 10(1): 53-58. ISSN 1804-8137

VEVERA, J.; NICHTOVÁ, A.; STRUNZOVÁ, V. a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. Čes a slov Psychiat 2018; 114(5): 213–217.

VÝROST, J. Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 404 s. ISBN 978–80–247–1428–8

ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. Interní Med. 2009; 11(10): 471.

Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

PEŇÁKOVÁ, S. Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka. Online. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 2011.

ŠMEJKALOVÁ, A. Nepřátelské a agresivní chování pacientů vůči sestřám v klinické praxi. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2023.

KUBEŠOVÁ, H. Násilí a agresivita v nemocnicích Jihočeského kraje. České Budějovice. Rigorózní práce. ZSF JU. 2021.

KREJČÍ, V. Agresivní pacient z pohledu ošetrovatelského personálu. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2017.

MÍŠKOVÁ, L. Agresivní pacient v klinické ošetrovatelské praxi. Bakalářská práce. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2016.

VLČKOVÁ, S. Agresivita ve zdravotnictví. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. 2023.

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1: Popisná statistika – Věk respondentů..... | 32 |
| Obrázek 2: Popisná statistika – Délka praxe..... | 33 |
| Obrázek 3: Popisná statistika – pohlaví respondentů | 33 |
| Obrázek 4: Popisná statistika - znalost komunikačních strategií..... | 50 |
| Obrázek 5: Hypotéza 1 - Absolvování školení ve vztahu k dosaženému vzdělání | 53 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1: Popisná statistika – Vzorek respondentů | 31 |
| Tabulka 2: Popisná statistika – Nejvyšší dosažené vzdělání | 34 |
| Tabulka 3: Popisná statistika - Pracovní zařazení..... | 34 |
| Tabulka 4: Popisná statistika – Četnost agrese | 36 |
| Tabulka 5: Popisná statistika – Forma agrese | 36 |
| Tabulka 6: Popisná statistika – Četnost výskytu agrese | 36 |
| Tabulka 7: Popisná statistika – Formy verbální agrese | 37 |
| Tabulka 8: Popisná statistika – Nejčastější forma verbální agrese | 38 |
| Tabulka 9: Popisná statistika – Příčiny agrese..... | 38 |
| Tabulka 10: Popisná statistika – Reakce na verbální agresi | 39 |
| Tabulka 11: Popisná statistika – Formy fyzické agrese..... | 40 |
| Tabulka 12: Popisná statistika – Nejčastější forma fyzické agrese | 41 |
| Tabulka 13: Popisná statistika – Příčiny fyzické agrese | 41 |
| Tabulka 14: Popisná statistika – Vznik agrese | 42 |
| Tabulka 15: Popisná statistika – Objekt agrese | 43 |
| Tabulka 16: Popisná statistika – Způsoby deeskalace | 43 |
| Tabulka 17: Popisná statistika – Pocit ohrožení | 44 |
| Tabulka 18: Popisná statistika – Rizikové omamné látky | 45 |
| Tabulka 19: Popisná statistika – Schopnost reagovat na agresi..... | 45 |
| Tabulka 20: Popisná statistika – Četnost absolvování školení | 46 |
| Tabulka 21: Popisná statistika – Školení jako povinnost..... | 47 |
| Tabulka 22: Popisná statistika – Postoj k povinnému školení..... | 47 |
| Tabulka 23: Popisná statistika – Frekvence povinného školení | 48 |
| Tabulka 24: Popisná statistika – Bezpečnostní opatření na pracovišti | 48 |
| Tabulka 25: Popisná statistika – Pocit bezpečí na pracovišti | 49 |
| Tabulka 26: Popisná statistika – Opatření ke zvýšení bezpečnosti..... | 49 |
| Tabulka 27: Popisná statistika – Sdělené komunikační strategie | 51 |
| Tabulka 28: Popisná statistika – Význam oslovení/prvního kontaktu..... | 52 |
| Tabulka 29: Popisná statistika – Formulace oslovení..... | 52 |
| Tabulka 31: Hypotéza 2 - Postoj k povinnému školení ve vztahu k věku..... | 55 |
| Tabulka 32: Hypotéza 3 - Pocit bezpečí ve vztahu k pohlaví..... | 56 |
| Tabulka 33: Hypotéza 4A – Reakce na verbální agresi ve vztahu k délce praxe | 57 |
| Tabulka 34: Hypotéza 4B – Reakce na fyzickou agresi ve vztahu k délce praxe | 58 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|----|
| Příloha 1: Masarykova univerzita v Ústí nad Labem, a.s. | 73 |
| Příloha 2: Souhlas Slezská nemocnice Opava | 74 |
| Příloha 3: Souhlas Masarykova univerzita v Ústí nad Labem, a.s..... | 75 |
| Příloha 4: Souhlas FN Motol | 76 |
| Příloha 5: Souhlas FN Bulovka..... | 77 |
| Příloha 6: Dotazník | 78 |

Příloha 2: Souhlas Slezská nemocnice Opava

| | | |
|---|--|--|
|  Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava |  PROTOKOL K MÍSTNÍMU ŠETŘENÍ V SNO | |
| | IČO: 47813750 | PRŮZKUMNÉ/VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ STUDENTŮ |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Protokol číslo: 4/2024 | Datum přijetí žádosti: 14. 02. 2024 | Datum ukončení: 04. 03. 2024 |
| SCHVALOVACÍ KOMISE | | |
| Právní oddělení: xxx | NOP: PhDr. Mgr. Hana Hozová | NLP / MUDr. Ingrid Rýznarová |
| | | ŘLZ: Mgr. Barbara Dušková |
| Žadatel: | Jiří ŠTEFEK | |
| Název práce: | Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta | |
| Závěrečná práce je: | Absolventská (VOŠ - Dis.) | Bakalářská (VŠ - Bc.) |
| | Diplomová (VŠ - Mgr, Ing) | Rigorózní (VŠ - PhDr.) |
| | Disertační (VŠ - Ph.D.) | Jiná: |
| VYJÁDŘENÍ SCHVALOVACÍ KOMISE | | |
| Komise | Souhlasím | Nesouhlasím |
| | Poznámka | |
| PhDr. Hana Hozová | x | |
| MUDr. Ingrid Rýznarová | x | |
| Mgr. Barbara Dušková | x | |
| ZÁVĚR KOMISE: | Průzkumné šetření bude probíhat pomocí dotazníkového šetření u zdravotníků. Cílem je identifikovat četnost výskytu agrese a postoj zdravotníků k agresi jako takové. SNO si vyhrazuje právo na předložení výsledků empirického šetření. | |
| DATUM: 04. 03. 2024 | PŘEDAL/A: PhDr. Mgr. Hana Hozová, NOP | PODPIS: Slezská nemocnice v Opavě příspěvková organizace Olomoucká 470/86 746 01 Opava |
| ŽADATEL VYJÁDŘENÍ PŘEVZAL DNE: | 04. 03. 2024 | PODPIS ŽADATELE: Prostřednictvím emailu žadatele |

V obchodním rejstříku, uvedeného u Krajského soudu v Ostravě, zapsáno v oddíle Pr., vložka 924.

IČO: 47813750 DIČ: CZ47813750

Tel.: + 420 553 766 101 Fax: 553 766 884

E-mail: sekretariat@nemocnice.opava.cz


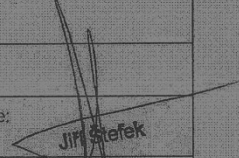
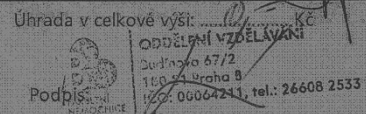
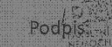
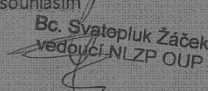
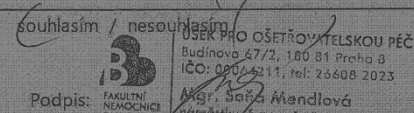
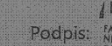
http://www.nemocnice.opava.cz/

ID datové schránky: q2ak7ru

Elektronická adresa podatelny: sno@po-msk.cz

KB, a.s. Opava Č.ú.: 19-0633950217/0100 IBAN: CZ2101000000190633950217 SWIF: (BIC) KOMBCZPPXXX

Příloha 5: Souhlas FN Bulovka

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
|  FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKY Budínova 67/2, 180 81 Praha 8 tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz IDDS: n9hiez, IČO: 00064211 www.bulovka.cz | | 02_F_FNB_117 Žádost o šetření v rámci závěrečné práce studenta | | Strana č./Celkem stran: 1/1 Verze: 01_04/2021 | |
| Žádost o šetření v rámci závěrečné práce studenta (součástí vyplněné žádosti je vzor dotazníku, otázky rozhovoru nebo osnova kazuistiky) | | | | | |
| Jméno a příjmení žadatele: Jiří Stefek | | | Datum narození: 11.6.1984 | | |
| Adresa: Husitská 43, Praha 3, 130 00 | | | | | |
| E-mail: jiri.stefek@vfn.cz | | | Telefon: 777575492 | | |
| Škola/ univerzita: 2.LF Univerzita Karlova | | | | | |
| Obor studia: Všeobecné ošetřovatelství | | | | | |
| Téma závěrečné práce: Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta | | | | | |
| Termín sběru dat: 19.2.2024 - 4.3.2024 | | | | | |
| Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Urgentní příjem | | | | | |
| Zjišťované informace: Identifikovat četnost výskytu agrese, důvody, postoj ke sebevzdělávání. Viz. Dotazník. | | | | | |
| Forma prezentace dat: bakalářská práce | | | | | |
| Datum: 14.2.2024 | | | Podpis žadatele:  | | |
| Vyjádření odd. vzdělávání: UZAVŘENÁ PRÁCE SM. V Praze dne: 15.2.2024 | | | Úhrada v celkové výši: Kč  Podpis:  | | |
| Vyjádření vedoucího pracoviště: V Praze dne: 19.2.2024 | | | souhlasím / nesouhlasím Bc. Svatopluk Žáček vedoucí NLZP OUP Podpis:  | | |
| Vyjádření náměstka ředitele: V Praze dne: 16.2.2024 | | | souhlasím / nesouhlasím  Podpis:  | | |
| Žadatel bere na vědomí, že poskytnuté osobní údaje budou zpracovány v souladu s GDPR. | | | | | |
| Poučení žadatele: <ol style="list-style-type: none"> 1) Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2) Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3) Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Bulovka je možná pouze se souhlasem ředitele Fakultní nemocnice Bulovka, nebo jím pověřeným zástupcem. | | | | | |

Příloha 6: Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,
jmenuji se Jiří Štefek a jsem studentem 3. ročníku 2.LF UK bakalářského oboru Všeobecné ošetřovatelství. Chtěl bych Vás touto formou požádat o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity v empirické části mé bakalářské práce na téma „Komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta“.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní. Vyplnění dotazníku by nemělo trvat déle než 10 minut. Při vyplňování dotazníku prosím označte pouze jednu z nabízených odpovědí, **pokud v otázce není uvedeno jinak**. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který budete dotazníku věnovat.
Jiří Štefek

DOTAZNÍK:

1. Zažil/a jste během výkonu zdravotnické profese agresivní chování ze strany pacienta vůči Vaší osobě?

- ANO NE (pokud jste odpověděli NE, pokračujte na otázku číslo 15.)

2. S jakým typem agrese jste se během své dosavadní praxe setkal/a? Možnost vybrat obě odpovědi. (Pokud jste vybrali obě možnosti, prosím podtrhněte typ, se kterým se setkáváte častěji.)

- VERBÁLNÍ AGRESE FYZICKÁ AGRESE

3. Jak často se setkáváte s VERBÁLNÍ agresi ze strany pacienta nebo jeho doprovodu?

- KAŽDOU SMĚNU
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V TÝDNU
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V MĚSÍCI
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V ROCE
 V PRAXI JSEM SE NESETKAL/A (pokračujte otázkou č.7.)

4. S jakou formou VERBÁLNÍ agrese jste se během své dosavadní praxe setkal/a?

Možnost vybrat více odpovědí.
 (Pokud jste zvolili více možností, prosím podtrhněte možnost, s kterou se setkáváte nejčastěji.)

- POMLUVA
 NEOPODSTATNĚNÉ OBVIŇOVÁNÍ
 URÁŽKY A NADÁVKY VŮČI VAŠÍ OSOBE
 ZPOCHYBŇOVÁNÍ VAŠÍ KVALIFIKACE
 VÝHRUŽKY/ZASTRAŠOVÁNÍ FYZICKÝM NAPADENÍM NA PRACOVIŠTI
 VÝHRUŽKY/ZASTRAŠOVÁNÍ FYZICKÝM NAPADENÍM MIMO PRACOVIŠTĚ
 SLOVNÍ POZNÁMKY SEXUÁLNÍHO CHARAKTERU
 ZESMĚŠŇOVÁNÍ
 JINÉ (uveďte):

5. Co je podle Vašich zkušeností nejčastější příčinou VERBÁLNÍ agresivity pacienta? (Vyberte maximálně 3 možnosti.)

- DÉLKA OŠETŘENÍ
 BOLESTI PACIENTA
 KVALITA OŠETŘENÍ
 ÚZKOSTI/STRACH PACIENTA
 NESYMPATIE S PERSONÁLEM
 VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ
 INTOXIKACE OMAMNOU LÁTKOU
 DEZORIENTACE PACIENTA
 JINÉ (uveďte):

6. Jak reagujete na VERBÁLNÍ agresivitu pacienta?

- SNAŽÍM SE UDRŽET DOMINANTNÍ POSTAVENÍ V SITUACI A PACIENTA USMĚRNIT
 SNAŽÍM SE ZJISTIT PROČ JE PACIENT AGRESIVNÍ A HLEDAT SPOLEČNĚ ŘEŠENÍ PŘÍČINY
 PACIENTA VYSLECHNU A SNAŽÍM SE ZE SITUACE CO NEJRYCHLEJI ODEJÍT
 SNAŽÍM SE UKLIDNIT PACIENTA A VYHOVĚT JEHO POŽADAVKŮM
 JINÉ (uveďte):

7. Jak často se setkáváte s FYZICKOU agresi ze strany pacienta nebo jeho doprovodu?

- KAŽDOU SMĚNU
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V TÝDNU
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V MĚSÍCI
 JEDNOU A VÍCEKRÁT V ROCE
 V PRAXI JSEM SE NESETKAL/A (pokračujte otázkou č.10.)

8. S jakou formou FYZICKÉ agrese jste se během své dosavadní praxe setkal/a?

Možnost vybrat více odpovědí.
 (Pokud jste zvolili více možností, prosím podtrhněte možnost, s kterou se setkáváte nejčastěji.)

- POKUS O FYZICKÉ NAPADENÍ
 ÚDER PĚSTÍ/FACKA
 STRČENÍ DO VAŠÍ OSOBY
 HOZENÍ PŘEDMĚTU PO VAŠÍ OSOBE
 OHROŽOVÁNÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM
 NAPADENÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM
 OHROŽOVÁNÍ STŘELNOU ZBRANÍ
 SEXUÁLNÍ OBTĚŽOVÁNÍ
 AGRESE PROTI PŘEDMĚTŮM
 AGRESE VŮČI SVĚ OSOBE (AUTOAGRESE)
 JINÉ (uveďte):

9. Co je podle Vašich zkušeností nejčastější příčinou FYZICKÉ agresivity pacienta? (Vyberte maximálně 3 možnosti.)

- DÉLKA OŠETŘENÍ
 BOLESTI PACIENTA
 KVALITA OŠETŘENÍ
 ÚZKOSTI/STRACH PACIENTA
 NESYMPATIE S PERSONÁLEM
 VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ
 INTOXIKACE OMAMNOU LÁTKOU
 DEZORIENTACE PACIENTA
 JINÉ (uveďte):

10. V které fázi ošetření podle Vašich zkušeností dochází nejčastěji k agresi pacienta?

- PACIENT SE K OŠETŘENÍ DOSTAVÍ, NEBO JE PŘIVEZEN, JIŽ AGRESIVNÍ
 PACIENT ZAČNE BÝT AGRESIVNÍ BĚHEM DOBY LÉČEBNÉHO/OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU
 PACIENT ZAČNE BÝT AGRESIVNÍ NA KONCI OŠETŘENÍ PŘI SDĚLOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ
 JINÉ (uveďte): _____

11. Vůči komu nebo čemu je podle Vašich zkušeností směrována agrese pacienta nejčastěji?

- LÉKAŘSKÝ PERSONÁL VYBAVENÍ ORDINACE
 SESTERSKÝ PERSONÁL VYBAVENÍ ČEKÁRNY
 POMOCNÝ OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL JINÉ (uveďte): _____

12. Jaký způsob deeskalace agresivity pacienta využíváte v konfliktních situacích nejčastěji? (Vyberte maximálně 3 možnosti.)

- POČETNÍ PŘESILA OSOB KONTROLA SVÉHO NEVERBÁLNÍHO PROJEVU
 VYJEDNÁVÁNÍ BAGATELIZOVÁNÍ OBŤÍŽÍ/STESKŮ PACIENTA
 KLIDNÝ PŘÍSTUP AKTIVNÍ VYJEDNÁVÁNÍ
 ZRCADLENÍ PŘÍSNÝ DIREKTIVNÍ PŘÍSTUP
 EMPATICKÝ PŘÍSTUP ODHOD Z KONFLIKTNÍ SITUACE
 ASERTIVITA POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ

13. Zažil/a jste během výkonu zdravotnické profese pocit ohrožení zdraví způsobené agresivním chováním pacienta?

- ANO NE (pokud jste odpověděli NE, pokračujte na otázku číslo 15.)

14. Zažil/a jste během výkonu zdravotnické profese pocit ohrožení života způsobené agresivním chováním pacienta?

- ANO NE

15. Kterou omamnou látku považujete ve vztahu k riziku agrese pacienta za nejrizikovější? (UVEĎTE)**16.** Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s VERBÁLNĚ agresivním pacientem?

- URČITĚ ANO
 SPÍŠE ANO
 SPÍŠE NE
 URČITĚ NE
 NEDOKÁŽU POSOUDIT

17. Myslíte si, že dokážete správně reagovat v situaci s FYZICKY agresivním pacientem?

- URČITĚ ANO
 SPÍŠE ANO
 SPÍŠE NE
 URČITĚ NE
 NEDOKÁŽU POSOUDIT

18. Byl/a jste někdy na školení/edukaci na téma komunikace s agresivním pacientem?

- NE, ALE PLÁNUJI TO ANO, V RÁMCI VÝUKY
 NE A NEPLÁNUJI TO ANO, ZAMĚSTNAVATEL PRO NÁS TAKOVÉ ŠKOLENÍ ZAJIŠŤUJE
 ANO, VÍCEKRÁT ANO, AKTIVNĚ JSEM SI VYHLEDAL/A ŠKOLENÍ NA TOTO TĚMA

19. Vyžaduje po Vás zaměstnavatel/nadřízený účast na takovém školení?

- ANO NE

20. Pokud by Vás zaměstnavatel takové školení zajišťoval a vyžadoval POVINNĚ (podobně jako u KPR), jaký by byl Váš postoj k takovéto povinnosti? (Vyberte tvrzení, které nejvíce odpovídá Vašemu postoji.)

- KLDNÝ, MYSLÍM SI, ŽE JE TO POTŘEBNÉ NEGATIVNÍ, PŘIŠLO BY MI TO ZBYTEČNĚ
 KLDNÝ, UVÍTAL/A BYCH TO NEGATIVNÍ, OBŤEŽOVALO BY MĚ TO
 KLDNÝ, NEVADILO BY MI TO NEGATIVNÍ, ROZVÁZAL/A BYCH PRACOVNÍ POMĚR
 NEUTRÁLNÍ, SMÍŘIL/A BYCH SE S TÍM

21. Pokud by taková povinnost byla, jakou frekvencí školení byste považovali za nejvhodnější?

- JEDENKRÁT PŘI NÁSTUPU DO ZAMĚSTNÁNÍ JEDENKRÁT ZA ROK
 JINÉ (uveďte): _____ JEDENKRÁT ZA DVA ROKY

22. Jak je na Vašem pracovišti zajištěna bezpečnost personálu v případě agrese pacienta? (Možnost vybrat více odpovědí.)

- OŠETŘOVATELSKÝ STANDART ZAMĚŘENÝ NA KOMUNIKACI S AGRESIVNÍM PACIENTEM
- BEZPEČNOSTNÍ SLUŽBA PŘÍMO NA PRACOVIŠTI
- BEZPEČNOSTNÍ SLUŽBA V AREÁLU NEMOCNICE
- ZVÝŠENÝ POČET PERSONÁLU
- SOS TLAČÍTKA PRO PŘIVOLÁNÍ POMOCI
- JINÉ (uveďte):

23. Cítíte se na Vašem pracovišti bezpečně?

- NE ANO (pokud jste odpověděli ANO, pokračujte na otázku číslo 25.)

24. Jake opatření by zvýšilo Váš pocit bezpečí na pracovišti? (UVEĎTE)

25. Pokud bych se Vás zeptal na konkrétní „komunikační strategie při zvládnání agresivního pacienta, dovedl/a byste nějak zmínit?

- NE ANO (pokud jste odpověděli ANO. Prosím, uveďte jaké.)

26. Myslíte si, že oslovení a první kontakt s pacientem může mít zásadní vliv na celkovou spolupráci pacienta během ošetření?

- URČITĚ ANO
- SPÍŠE ANO
- SPÍŠE NE
- URČITĚ NE

27. Jakou z nabízených formulací považujete za nejvhodnější k oslovení pacienta při příchodu k ošetření?

- DOBRÝ VEČER, CO POTŘEBUJETE?
- DOBRÝ VEČER, JAK VÁM MŮŽEME POMOCI?
- DOBRÝ VEČER, CO CHCETE?
- DOBRÝ VEČER, PROSIM.

Na závěr bych Vás rád poprosil o vyplnění několika informací o Vás.

28. Prosím, uveďte Vaše pohlaví.

- ŽENA
- MUŽ
- JINÉ

31. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

29. Uveďte Váš věk.

32. Uveďte na jaké pracovní pozici pracujete.

30. Uveďte délku Vaší zdravotnické praxe v letech.

33. Uveďte na jakém pracovišti pracujete.

JEŠTĚ JEDNOU MOC DĚKUJI ZA VÁŠ ČAS A VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU