

a **čest** jsou častým a převážně nepochopitelným důvodem agrese a násilí (Honzák, 1999). Zdravotníci tomu obvykle neporozumí a reagují zrcadlově. Přirozenou reakcí na agresivitu je boj nebo útek. Vzhledem k tomu, že tato situace se odehrává v centru „našeho teritoria“, je naše útočná reakce ve smyslu hostility mnohem pravděpodobnější. Základním pravidlem je **nedat impulzivní odpověď**. Adekvátní reakcí je se za nedostatky omluvit, i když za daný problém není ošetřující personál osobně zodpovědný. V očích pacienta je zdravotník reprezentantem daného zařízení a omluva je na místě. Vždy je třeba si připomínat, že agitovaný nebo rozrušený pacient neuvažuje a nejedná racionálně.

Komunikace

Při běžné komunikaci by verbální a neverbální složka měla být v rovnováze. Ve stresové situaci se skladba komunikace mění. Odhaduje se, že 50 % komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a jenom 10 % verbální složka (Pekara, 2015).

Neverbální komunikace

Předtím, než začneme s pacientem hovořit, je nutné se zaměřit na „řeč těla“, tedy naši neverbální komunikaci. Máme sklon kopírovat neverbální komunikaci člověka, s nímž diskutujeme. Kontrolujeme proto své neverbální signály. **Náš postoj by měl být primárně podpůrný:** přistupujeme ze strany, **udržujeme oční kontakt, zvláště během naslouchání; přikyvujeme hlavou na znamení pochopení; ruce otevřené a vepředu.** Oční kontakt musí být přiměřený, pohled z očí do očí je emočně velmi silný. Nedoporučuje se pohled delší než šest vteřin. Častá odhlížení a těkavý pohled jsou vnímány jako projevy nejistoty. Lepší jsou krátká odhlédnutí k zemi nebo technika „třetího oka“, kdy hledíme doprostřed čela pacienta, což umožňuje sledovat mimické výrazy a zároveň mu nehledíme přímo do očí (Sagan, 2007).

Jako **negativní gesta** mohou být vnímána: **krčení ramen, vrtění hlavou, ruce za zády nebo v kapsách a neklidné pohyby.** S nemocným by se mělo komunikovat ve stejné výšce a nejlépe vsedě, nikoliv však konfrontačně proti sobě. Vhodnější je natočit židle do úhlu, což umožňuje, aby měl pacient s lékařem kontakt a zároveň se tomuto kontaktu mohl bez problémů vyhnout (Nöllke, 2011).

Důležité je také to, jak nakládáme s **osobním prostorem**. S tím souvisí **dva nejčastější důvody napadení** zdravotníků, totiž nezajištění únikového východu a chyba při dodržování **bezpečné vzdálenosti** (tedy delší než dvě napřažené paže). Při verbální agresi tuto vzdálenost zvětšíme na vzdálenost tří paží. K pacientovi přistupujeme ze strany. Tento přístup je totiž nejbezpečnější v případě, že dojde k další eskalaci situace (Richmond et al., 2012). Pacient může i doteky vnímat jako ohrožující. Proto je nutné, aby byl jakýkoli dotek pacientovi zdůvodněn.

Třetím nejčastějším důvodem napadení zdravotníka je **nerozpoznání signálu hrozícího nebezpečí:** proud řeči náhle ustane; ukončení očního kontaktu; ruce se sevrou v pěst; nemocný naváže upřený pohled; dochází k nezvyklému přibližování. Primární reakce by měla být defenzivní: **USB – uteč, schovej se, bojuj.**

Verbální komunikace

Přibližně 90 % emoční informace a 50 % celkové informace v mluvené angličtině není komunikováno slovem, ale jazykem těla, a to především tónem hlasu (Elgin, 1999). **Nejčastěji se násilně chovají pacienti s demencí a pacienti intoxikovaní.** Právě u nich, vzhledem k narušeným kognitivním funkcím, platí, **že tónina a rytmus je často důležitější než obsah.** To nedodržujeme a podle mých zkušeností je to častou **příčinou eskalace konfliktů s těmito pacienty.**

Při komunikaci s pacientem je důležité identifikovat jeho potřeby a pocity a naslouchat, co říká. Jako posluchač by měl být zdravotník schopen zopakovat, co mu bylo řečeno jinými slovy a objasňujícím způsobem. Většinou se využívají slovní formulace jako „řekněte mi, zda tomu rozumím správně“ (Nöllke, 2011).

Základním pravidlem při komunikaci s agitovaným a agresivním pacientem je **nedat impulzivní odpověď**. Obdobně jako při neverbální komunikaci máme sklon kopírovat styl komunikace člověka, s nímž diskutujeme. Kontrolujeme svoje emoce. Pravidlo „na hrubý pytel hrubá záplata“ je nejspolehlivější cesta ke stíženostem. Naopak taktika otevřených dveří může agresora překvapit, zaskočit, „vzít mu vítr z plachet“. Je vhodné uvědomit si, že agrese patří mezi emoce, které nás posilují. Tuto energii je možné využít a převést ji na prospěšnou aktivitu. V praxi rád používám různé varianty výroku, který nás naučil

MUDr. Honzák: „Rozumím vašemu vzteku, který je oprávněný, a je lepší, když máte vztek, než kdybyste to vzdával. Uvažte jen, zda je užitečné obracet jej proti lidem, kteří vám chtějí pomoci.“

Vhodné je sdělit pacientovi své pocity („to, jak kopete do dveří, mně zneklidňuje“) a také vyjádřit nesouhlas s chováním pacienta, nikoliv však s ním jako s osobou („nelíbí se mi, že tady křičíte, jste asi hodně rozrušen“) (Petr et Marková, 2014). Pokud se pacient přímo či nepřímo snaží vzbudit strach, je vhodné přiznat, že se bojíte, a proto ho nemůžete léčit. Ukazujeme tak, že přístup, na který byl pacient zvyklý z přirozeného prostředí (vzbuzení strachu jako prostředek dosažení cíle) funguje jen částečně. Pacient v nás síce dokáže vyvolat strach, což otevřeně přiznáme, ale nevede to k možnostem manipulace a tedy k dosažení zamýšleného cíle. Pokud by pacient pokračoval v cíleném vzbuzování strachu, upozorníme ho, že takovou situaci předáváme k řešení policii.

Častou chybou je, že **se při konfliktu s pacientem snaží zdravotníci podpořit svého kolegu.** Komunikace s více lidmi je ale náročnější a může pacienta zmást a agitovanost dále vystupňovat. Při deeskalaci by měl na pacienta vždy mluvit jenom **jeden člověk**, a to ten, který pacienta nejlépe zná, nebo ten, se kterým má nejlepší vztah.

Vyjednávání

Cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Proto se vyhýbáme výhrůžkám a ultimátům. Agresivní chování je často reakcí na subjektivně pocíťovanou prohru vyvolanou pocíťovanou úzkostí, bezmoci nebo ponížením. Pacient se může cítit dosavadní komunikací s lékařem zahnaný do kouta (výsledek situace: výhra–prohra). Při vyjednávání se vždy zdravotnický tým snaží dosáhnout výsledku výhra–výhra. Toto je možné docílit tak, že se nemocnému nabídne jistá míra kontroly nad situací, čímž se snižují jeho pocity bezmoci. Poskytneme mu **možnost volby**. To činí z pacienta partnera. Např. „*Pane Nováku, musím vám podat lék na uklidnění. S jakými léky máte lepší zkušenosti, s Haloperidolem nebo Diazepamem?*“

Je užitečné nalézt oblast, ve které se shodneme.

Najkrásnější slovo je ANO

Snažte se souhlas do komunikace zařazovat co nejčastěji. **Jsou 3 způsoby, jak můžeme tu-**