

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Problematika násilí v ošetrovatelské péči

bakalářská práce

Autor práce: Aneta Šumová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2020

Vložený papír se zadáním

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Aneta Šumová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Problematika násilí v ošetrovatelské péči
Cíl práce:	Zmapovat situaci ohledně výskytu násilí a agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestřám ve zdravotnickém zařízení.

Mgr. Marie Dočekalová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tématem mé bakalářské práce je zjistit jaký je výskyt násilí, agresivního chování a zvládnání situace všeobecnými sestrami. Podstatná část práce je věnována zmapováním situace ohledně výskytu násilí a agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestram při výkonu ošetrovatelské péče v Oblastní nemocnici Kladno, identifikovat jakému typu násilí jsou všeobecné sestry v dané nemocnici vystaveny, zda tyto situace dokážou adekvátně zvládat a zda probíhají na daném pracovišti nějaké preventivní programy pro zvládnání násilí.

Klíčová slova

Násilí; chování; pacient; ošetrovatelská péče; sestry

Abstract

The theme of my bachelor's thesis is to find out what is the incidence of violence, aggressive behavior and coping with the situation by general nurses. A substantial part of the work is devoted to mapping the situation regarding the occurrence of violence and aggressive behavior of patients towards general nurses in the performance of nursing care in the Regional Hospital Kladno, identifying what type of violence general nurses in a given hospital are exposed to, whether they can adequately manage these situations and whether there are any preventive programmes for managing violence in the given workplace.

Key words

Violence; behaviour; patient; nursing care; nurse

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 16. listopadu 2020

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce Mgr. Marii Dočkalové. Dále bych chtěla poděkovat všem kteří, zvládaly výuku, díky které jsme připravené jít do pracovního tempa ať už z teoretického nebo praktického hlediska.

Dále chci poděkovat mé rodině za pochopení a podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Úvod	9
Motivace	10
Cíl práce	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Hněv	12
1.2 Agrese	12
1.3 Dělení agrese dle motivace jednání:.....	12
1.4 Násilí a jeho rozdělení	13
1.5 Vnější a vnitřní vlivy ovlivňující agresi.....	14
1.6 Neuspokojení potřeb	16
1.7 Mobbing na pracovišti	16
1.8 Nemoc jako porucha	16
1.9 Nemoc jako záminka k agresi.....	17
1.10 Základní psychické obranné mechanismy a překovávání náročných situací.....	17
1.11 Agresivní chování v ošetrovatelské praxi.....	18
1.12 Nejčastější formy agresivního chování vůči zdravotníkovi	19
1.13 Uklidňující vlivy, které můžeme při napadení použít.....	20
1.14 Nejčastější chyby v přístupu zdravotníka.....	21
1.15 Důsledky napadení:.....	21
1.16 Pomoc po zážitku z napadení.....	21
1.17 Agrese z pohledu práva.....	22
1.18 Syndrom vyhoření.....	22
1.19 Lidé postižení posttraumatickým syndromem.....	23
1.20 Násilí ve zdravotnickém zařízení	24
1.21 Stop pro násilí ve zdravotnictví.....	25
1.22 Preventivní programy v České republice	25
2 Výzkumná část	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	27
2.4 Průběh výzkumu.....	27
2.5 Zpracování získaných dat	27
2.6 Výsledky výzkumu	28

3	Diskuse.....	48
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
	Závěr	55
	Seznam použité literatury	57
	Seznam Příloh	60

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „problematika násilí v ošetrovatelské péči“.

Tuto problematiku považuji osobně za velmi důležitou, protože jsem se i já stala jak svědkem agresivního chování, ale byla jsem i zapojena do útoku agresivního pacienta který jako zbraň použil francouzskou hůl, se vyžadoval převoz na jiné podle něj „lepší“ oddělení. Zdravotník v tuto chvíli stojí před problémem. Jak má reagovat, aby neublížil pacientovi, ochránil ostatní pacienty, pokud jsou přítomni, své kolegy a v neposlední řadě sám sebe před útokem. Proto jsem si v tu chvíli položila otázku, zda jsem připravena na toto chování pacientů, a to po všech stránkách, ale myslím že v této situaci se ozývají základní instinkty.

V ošetrovatelství jsou nejčastějším terčem násilí všeobecné sestry, které představují jakousi zeď mezi lékařem a pacientem. Pacient si často mylně myslí že zdravotníci jsou tu od toho, aby řešili všechny jeho problémy a nejenom ty zdravotní ale i v osobním životě a vyžadují nadstandartní péči. V další vidím problém s tím, že pacienti si mnohdy neuvědomují, že zdravotníci jsou taky lidé, mají občas špatný den kdy jim vše padá z ruky, mají svoje osobní problémy ale i radosti právě z práce kterou nám může agresivní pacient velmi znepříjemnit.

Ne ale vždy lze konfliktům s agresivním pacientem předejít, existují však možnosti, kdy můžeme útok zmírnit nebo alespoň předvídat. Při komunikaci s agresivním pacientem vnímá pacient verbální i neverbální projevy, ale i tón a hlasitost našeho hlasu může ovlivnit pacientovu náladu. Musíme si uvědomit, že agrese není mnohdy mířená na nás, ale je způsobená vzniklou situací nebo pacientovým strachem. V tu chvíli můžeme pacientovi pomoci i maličkostmi jako vlídným slovem nebo pohlazením.

Nárůst násilí čítá v dnešní době mnoho případů jen hrstka těchto případů se dostane k medializaci a tím se i veřejnost dozvídá o problematice. Bohužel medializace násilí v nemocničních zařízeních není tak častá, jelikož mohou poškodit jméno nemocničního zařízení a jejich zaměstnancům, pokud ale je tato problematika ukázána veřejnosti dojde k řešení problému alespoň na nějakou chvíli.

Práce ve zdravotnictví není snadná a také není pro každého. Práce s lidmi není jednoduchá, ale zde pracujeme s lidmi, kteří jsou nemocní, mají o sebe strach, mají strach o svůj život, ale také mají strach ze smrti, proto je práce zdravotníka velmi psychicky náročná ať pro zdravotníka samého nebo jejich blízké.

Mnou napsaná bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Část teoretická, která se zabývá vysvětlením základních pojmů, teoretických předpokladů k agresi, druhy agresivních projevů, rozdělení druhů násilí, neuspokojení základních potřeb, obranné mechanismy člověka k překonávání náročných životních situací, formy agresivního chování, pomoci po zážitku, syndromu vyhoření a preventivními programy v rámci nemocničních zařízení. V druhé části tedy výzkumné jsem se věnovala zmapování situace ohledně výskytu násilí a agresivního chování, dále pak jaké jsou metody ve zvládnutí agresivního chování a jejich výskytu ve zdravotnickém zařízení a v neposlední řadě možnost prevenci násilí v rámci zdravotnického zařízení.

Motivace

Toto téma pro máji bakalářskou práci jsem si vybrala, protože si myslím že, tato problematika je ve zdravotnictví velmi častá, veřejnost o tom často neví, co se děje za dveřmi různých oddělení a když už se tam dostanou nestačí se divit čeho všeho jsou lidé schopni.

I já se s tematikou násilí ve zdravotnických setkávám celkem často. Bohužel škola ani zdravotnické zařízení nám neřekne, jak se v této situaci chovat. Existuje pouze pár nemocnic, které zařizují pro své zaměstnance odborné semináře nebo preventivní programy. Ve zdravotnických zařízeních sice najdeme edukační karty, jak se v těchto situacích chovat, ale realita je jiná. Každý máme svůj vlastní instinkt, každý jsme v životě prožili jiné věci, které nás mohli změnit, můžeme v sobě nosit trauma o kterém ani nevíme, tímto chci říct s kýmkoliv jsem se za svojí praxi setkala, vždy jsem mu neměla za zlé, jak se k násilnickému pacientovi zachoval, naopak obdivovala jsem, jak skvěle situaci zvládly.

Proto jsem si tuto problematiku vybrala, protože obdivuji každého, kdo se v této situaci ocitl, a proto si myslím že tato problematika stojí za to abychom se jí více zabývali.

Cíl práce

Zmapovat situaci ohledně výskytu násilí a agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestřám.

VO1: Zjistit s jakým typem násilí se všeobecné sestry nejčastěji setkávají.

VO2: Jaké jsou metody ve zvládnání násilného chování ve zdravotnickém zařízení.

VO3: Zmapovat kde se všeobecné sestry nejčastěji setkají s násilným chováním ze strany pacienta.

VO4: Jaké jsou možnosti v prevenci násilí ve zdravotnickém zařízení.

1 Současný stav problematiky

1.1 Hněv

Hněv je základní lidská emoce. Obvykle předchází fyzickému agresivnímu projevu, hněv nemusí být však vůbec přítomen. Jedinec pocítuje hněv hlavně tehdy, jestli se ho druhý člověk něčím dotkne, ale nejen jeho, ale i jeho blízkých příbuzných a ohrozí tím nebo zraní jeho sebepojetí. Hněv je jednou z nejsilnějších reakcí člověka na osobní urážku, a to jakéhokoliv druhu. Hněv nám může zatemnit mysl a tím omezit naše vlastní možnosti nebo možnosti ostatních lidí na kterých nám záleží. Oproti tomu rozčílení nebo rozhořčení nebývá tak silné a trvá časově kratší dobu (Vymětal.,1994).

1.2 Agrese

Slovo agrese pochází z italského slova aggressio jeho význam může znamenat i útok, nebo napadení. Agresí vyznačujeme útočné chování, které je zaměřené způsobit jakoukoliv a největší možnou škodu. Ublížit všem okolo ať už živým či neživým objektům, lidem a v neposlední řadě sami sobě. Agrese je reakce na stresovou situaci, strach nebo podráždění. Naopak naplánovaná agrese nemá žádné ospravedlnění v ohrožení života nebo zdraví, protože je provedena za jistým účelem (Psychologie pro každého., 2016., online).

1.3 Dělení agrese dle motivace jednání:

Agrese lze dělit podle jejích projevů, případně toho, jakým způsobem a na koho je mířená. Na základě dělení lze popsat agresivní projevy, se kterými se může všeobecná sestra v průběhu praxe setkat (Burda.,2014).

- 1) **Agresivita instrumentální** – nejčastější, člověk jí používá, pokud chce něčeho dosáhnout, agresivita se v tomto případě stává pouze prostředkem, pokud se toto chování účelné opakujeme jej (Vymětal.,1994).
- 2) **Agresivita samoučelná**- „agresivita pro agresivitu“. Lidé tuto agresivitu používají pro prožitek, neboť je pro ně příjemná. Ve většina případů je tato agresivita vázána na sebepojetí, protože si tak člověk zvyšuje sebevědomí,

prosazuje se tak v kolektivu a tím i svůj názor. V tomto případě její motivace vychází ze základních potřeb člověka (Vymětal.,1994).

- 3) **Agresivita jako důsledek afektu** – nejčastěji se tento typ agrese objevuje u jedinců s narcistickou poruchou osobnosti, tyto jedinci jsou velmi sebevědomí a zaměřeni sami na sebe, ostatní příliš nevnímají pouze pokud slouží k jejich fantaziím a plánům. Jedinci s touto poruchou jsou citliví na ponížení, na které reagují přehnaně. Není výjimkou výpadek paměti po výbuchu hněvu (Vymětal.,1994).
- 4) **Agresivita reaktivní** – afektivní, bývá odezva na ohrožení základních potřeb nebo tělesné a psychické schránky (Vymětal., 1994).

1.4 Násilí a jeho rozdělení

Definice násilí dle světové zdravotnické organizace „*úmyslné použití či hrozbou použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchy vývoje či osobnosti*“ (Haškovcová.,2004).

Násilí nemá pouze fyzickou formu, ale odborníci mluví i o násilí psychickém, sociálním i o násilí mediálním a institucionálním. Násilí nebo také týrání může mít různou délku trvání. Od jedné násilné ataky až k dlouhodobému týrání (Haškovcová., 2004).

- 1) **Fyzické násilí** – Do fyzického násilí řadíme drobná zranění, poranění většího rozsahu, těžké ublížení na zdraví až smrt. Fyzické násilí není jen bití, ale řadíme sem i odpírání jídla, pití, léků, základních hygienických potřeb nebo vystavování extrémnímu chladu nebo tepla (Haškovcová.,2004).
- 2) **Psychické násilí** – Násilí psychické může mít různé formy, které je velmi těžké identifikovat zejména proto, že agresor volí pečlivě citlivá místa oběti. K nejčastějším formám řadíme ponižování a zesměšňování, agresor zde používá verbální agrese, kde často dává najevo svou nadřazenost vůči oběti. Oběť se zde setkává i s odebráním věcí s citovou hodnotou (Haškovcová.,2004).

- 3) **Sociální násilí** – U sociálního násilí oběť zažívá neochotu agresora financovat jídlo, oblečení, léky, zamezuje přístup k úsporám i majetku. V kombinaci s psychickým násilím pochází později i k nedobrovolnému vystěhování nebo umístění v ústavech sociální péče (Haškovcová.,2004).
- 4) **Sexuální násilí** – Sexuální násilí postihuje především ženy, a to všeho věku. Řadí se sem i obchod s bílým masem a pedofilie. Se sexuálním násilím souvisí i násilí fyzické a psychické. Toto násilí mnohdy nutí oběť k sebepoškození, která může vést až k sebevraždě (Haškovcová.,2004).
- 5) **Institucionální týrání** – Tento typ násilí je způsobeno různými institucemi. Projevuje se nevhodnými formami, které jedinci berou jako ponižování (Haškovcová.,2004).
- 6) **Mediální násilí** – Mediální násilí rozdělujeme na dvě základní formy: jednak jako násilí ve filmech, nebo nevhodné informace o skupině obyvatel (Romové) ve zpravodajských pořadů (Haškovcová.,2004).
- 7) **Rasové násilí** – Rasové násilí uskutečňuje jednotlivec nebo skupina lidí. Odlišná barva pleti, jiné náboženské vyznání může zneklidnit některé jedince společnosti. Vinu mají především předsudky nebo výchova. Patří sem i diskriminace a nerovnost pracovních příležitostí (Haškovcová.,2004).

1.5 Vnější a vnitřní vlivy ovlivňující agresi

Agrese může vyplívat z biologických předpokladů člověka. Teorie biologické uvádějí že agresivita je způsobena různými faktory, které je možné vysvětlit (Čermák.,1998).

Někteří lidé mají tak podle genetiky mnohem větší náchylnost k agresi než jiní. Záleží na tom, v jakém prostředí vyrůstaly, pokud byl jeden z rodičů násilník je tu mnohem větší pravděpodobnost že dítě bude agresivní povahy. Dosavadní zjištění naznačují že za opoňou násilného chování lze identifikovat náchylnost k agresi. Je proto nutné, aby ženy a muži jejíž agresivní chování je extrémní musíme je zařadit do skupiny mimo normu (Čermák.,1998).

Zastánci pudové teorie, jsou v dnešní době považováni za konzervativní. K těmto zastáncům patří Konrad Lorenz, Sigmund Freud, Alexander Mitscherlich. Podle zoologa Konrada Lorenze se u agrese nejedná o pouhou reakci na podnět, nýbrž pudově narůstající

napětí, a hledá ve svém okolí příležitost k vybití. Tento biologický proces zajišťuje přežití druhu a protřídění nejsilnějších, a to i ze hlediska zdraví potomků ale i obrany samice a rodiny (Poněšický.,2004).

- 1) **Neurofyzičky** – tedy centrem agresivity v centrální nervové soustavě. Existují dvě oblasti, které podle vědců souvisí s agresivitou. Limbický systém, který má vliv a emoce a lidské pudy a mozková kůra která je spoje s kognitivními funkcemi, které jsou potřeba k učení, rozhodování a s tím spojené usuzování (Vymětal.,1994).
- 2) **Geneticky** – je dokázáno že jedinec který má chromozom Y nadbytečný (chromozomální karyotyp XYY) má větší sklon k agresii (Vymětal.,1994).
- 3) **Endokrinologicky** – pokud je zvýšený pohlavní hormon testosteron může to způsobit zvýšený sklon k agresii. Serotonin na druhou stranu potlačuje agresivní chování, přičemž působí na receptory v orbitofrontální kůře a předním cingulu (Latálová.,2013).

Vnější vlivy ovlivňující agresivní chování

- 1) **Prenatální vlivy** – mezi hlavní prenatální vlivy se považuje kouření matek v těhotenství dále konzumace alkoholu které způsobuje u dětí alkoholový fetální syndrom který zahrnuje poruchy růstu, opoždění vývoj či vývojové poruchy učení. Tyto děti jsou agresivní, ve škole nespívají dále trpí depresi a úzkostnými stavy, nepozorností a hyperaktivitou (Latálová.,2013).
- 2) **Nutriční deficit** – nesprávná nebo nedostatečná výživa ženy v těhotenství má u plodu za následek zvýšené riziko rozvoje poruch osobnosti, včetně agresivního chování (Latálová.,2013).
- 3) **Perinatální vlivy** – mezi hlavní řadíme opuštění matkou a následné vyrůstání v dětských domovech či v pěstounské péči, děti, které byli zneužívány dále podle výzkumu má vliv i sezóna narození (větší riziko v zimním období (Latálová.,2013).
- 4) **Socioekonomické postavení** – socioekonomické postavení je jedním z nejsilnějším ukazatelem násilných trestných činů a agresivního chování vůbec. Nejčastěji se setkáváme s agresivními projevy u osob, které vyrůstaly nebo žijí

v nižších vrstvách a většinu času jsou nezaměstnané a závistiví vůči společnosti (Latálová., 2013).

1.6 Neuspokojení potřeb

Při neuspokojení základní potřeb dochází k hněvu, zlosti a frustraci jde zde i o ohrožení potřeb blízkým osobám. Zvířata mají tři základní potřeby jde o přežití (bezpečí), potravy (uspokojení hladu a žízně) a rozmnožování (zachování druhu). Oproti tomu lidé musí uspokojit mnohem více potřeb. Bohužel žijeme v době samozřejmostí, doufáme že naše potřeby budou přiměřeně uspokojovány. Jejich neuspokojení chápeme jako překážku k našemu cíli. Tam kde tato naděje zklame dojde k znepokojení a znejistění. K tomuto stavu se potom váže celý soubor emocí včetně hněvu a zlosti (Křivohlavý.,2004).

1.7 Mobbing na pracovišti

Mobbing označuje nejrůznější formy znepřijemňování života na pracovišti. Jedná se nejčastěji o útoky skupiny proti jednotlivci. Charakteristické chování při mobbingu je skrývané, rafinované ale zákeřné. Za mobbing lze považovat pouze chování, jež se objevuje alespoň 1x týdně po dobu minimálně 6 měsíců. Někdy bývá pod mobbing chování zařazováno i sexuální obtěžování na pracovišti, jiné pojetí mobbing vymezuje jako špatné zacházení bez sexuální či rasové příčiny (Wikipedia., 2002., Online).

1.8 Nemoc jako porucha

Nemoc je porucha těla, která má aspekt biologický, psychický a společenský. Nemocný člověk je sužovaný nemocí. Nemoc chápeme jako stav, kde není něco v pořádku, není něco dobré, kdy to, co má dělat něco, funguje jen obtížemi nebo vůbec, nemoc je osobní stav, ve kterém se člověk necítí zdrav (Zacharová., Šimíčková – Čížková., Littva.,2010).

Nemoc je stav, kdy na základě působení vnitřních nebo vnějších okolností změněna nebo narušena funkce jednoho nebo více orgánů. Onemocnění většinou označuje nemoc ve vymezeném časovém období (Wikiskripta.,1998., online).

1.9 Nemoc jako záminka k agresi

Pro každého člověka nemoc zaslepuje sebe samého, schopnost rozpoznávat problémy u sebe stejně jasně jako u druhých. Agresi vnímá každý spíš u ostatních, zatímco vlastní násilné chování podvědomě podceňuje, propuknutí nemoci ho přesvědčí z omylu. Správným výkladem klinických obrazů nemocí, je pak možné odhalit všechny skryté duševní problémy. Vyšetřovací a léčebné metody založené na nerozborném vzájemné spojitosti duše a těla byla známá již našim předkům. Metoda holistického cítění s pacientem tedy brát pacienta jako celek se dnes například z důvodu nedostatku času nebo nedostatek zdravotnického personálu nemožná (Dahlke.,2005).

1.10 Základní psychické obranné mechanismy a překovávání náročných situací

Naše sebepojetí je relativně stálé, ale přesto se člověk časem a zkušenostmi vyvíjí a mění. Jestli, je člověk pod tlakem nových zkušeností a nemůže je přímo zařadit a zpracovat prostřednictvím myšlenkového zpracování, nastává rozpor mezi sebepojetím a novými zkušenostmi, dojde k inkongruenci. Tento stav je subjektivně nepřijatelný, neboť bývá provázen tenzí nebo rozladěností, a proto se s ním vyrovnává přes prostřednictvím určitých strategií které nazýváme psychickými obrannými mechanismy (Vymětal.,1994).

Základní typy obranných mechanismů

- 1) **Konflikt** – Psychologickém významu znamená vyhocený střed protichůdných reakcí, ať už vnitřních nebo vnějších, jež jsou přibližně stejně silné a znemožňují rozhodnutí nebo volbu. Konflikt nastává i mezi dvěma negativními emocemi, kdy jsme nuceni pod tlakem okolí volit alternativu, z nichž všechny jsou pro nás nepřijatelné (Vymětal., 1994).
- 2) **Frustrace** – začíná tehdy, pokud narazíme při uskutečňování něčeho, na čem nám velmi záleží, na jakoukoliv překážku. Tato překážka může být mimo nás, v okolnostech, či být součástí nás samotných, a tak znemožňovat dosažení našeho cíle. V situaci frustraci prožíváme zklamání a často pak reagujeme některou z forem agresivity (Vymětal.,1994).

- 3) **Deprivace** – V psychologickém významu vzniká tehdy, když se nám nedostává něčeho, co je pro nás aspoň si to myslíme vysoce důležité až nezbytné. Nejčastější deprivace pochází k nenaplnění základních potřeb. Citová deprivace vzniká například pokud je dítě od 7 měsíce odloučeno na delší dobu od matky. Reakcí bývá ztráta zájmu o okolí, později může dojít k poruchám v citové a vztahové oblasti, nerovnoměrný osobní vývoj a potíže v navazování a udržování tělesných mezilidských vztahů (Vymětal.,1994).
- 4) **Stres** – Člověk, který se dostává do situace, která je nad jeho psychické síly, je obtížně zvládá až nezvládá. Je přetížen a postupně se s ní vyrovnává všemi různými způsoby. Různé obtížné situace jsou pro vystresovaného člověka ohrožením a reaguje na ně fyziologicky například bolestí žaludku. Tento typ zátěže poukazuje na psychosomatickou propojenost a jednotu lidského organismu (Vymětal.,1994).

Tyto náročné životní situace jsou spolu propojeny a mnohdy se vzájemně překrývají. Základní a nejstarší způsoby, díky nimž se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi jsou: útek, útok a volání o pomoc. Existuje, ale další psychické mechanismy, kterými člověk chrání sebe sama a svoje blízké. Patří k nim vytěsnění neboli zapomenutí situace, které je pro člověka nepřijatelné, projekce, která slouží že si promítáme do druhého člověka vlastnosti a názory, na druhé straně používáme identifikaci, kdy se s jiným člověkem ztotožňujeme. Negativní zkušenost můžeme vytěsnit z mysli, aby nám neškodila (Vymětal.,1994).

1.11 Agresivní chování v ošetrovatelské praxi

Agresivní chování má celou řadu projevů. Začíná chladným, hostilním způsobem komunikace pacienta se zdravotníkem. Vážnými projevy agrese je agrese vůči věcem jako bouchání dveřmi, plivání léků a poškozování nábytku nacházející se v pokoji nebo v koupelně. Nejzávažnější je agresivita a násilí vůči druhé osobě tedy zdravotníkovi nebo jinému pacientovi a sobě samému. K rozvinutí tohoto chování dochází v různých situacích. Můžeme vypočítat různé spouštěče na které reaguje pacient prudkou odezvou. Nejčastější příčiny agresivního chování u pacienta je pocit ohrožení, strachu, pocit nespravedlivého chování, pokud je pacient ponížěn nebo zesměšněn, pocit bezmoci,

velmi často pacienti viní ze svojí nemoci jiné lidi nebo zdravotníky samotné, velmi intenzivní bolest, která zatemňuje úsudek pacienta. I vliv duševního onemocnění může zpomalit nebo dokonce znemožnit úsudek člověka, dále psychické onemocnění a zmatenost při probuzení zejména v noci a v neposlední řadě málo informací o zdravotním stavu (Verglářová., Mahrová.,2006).

1.12 Nejčastější formy agresivního chování vůči zdravotníkovi

Formy agresivního chování

- 1) **Přímá agrese** – terčem je zdravotník který je v nejužším kontaktu s pacientem. Agrese se projevuje od ironizujícího hostilního chování až po přímý útok (Verglářová., Mahrová.,2006).
- 2) **Transformovaná agrese** – přenášíme zlost či hněv na jinou sobě blízkou osobu (Verglářová., Mahrová.,2006).
- 3) **Zadržování emocí** – Zadržování negativních projevů se rozvíjí vnitřní konflikty, což způsobuje že, narůstá napětí. K odreagování dochází na nevhodném místě. Dlouhodobé potlačování emocí je podkladem psychosomatických onemocnění (Verglářová., Mahrová.,2006).
- 4) **Instrumentální agresivita** – násilné projevy, pacienti je používají k dosažení cíle. Jde o naučené chování (Verglářová., Mahrová., 2006).

Projevy agresivního chování

- 1) **Verbální agrese** – křik nadávky. Hlavním cílem je zastrašit zdravotníka, prosadit své přání a moc nad situací i lidmi. Důvodem bývá dosažení domnělého či skutečného práva (Verglářová., Mahrová.,2006).
- 2) **Poškozování věci** – bouchání dveřmi, házení věcmi, kopání do lůžek – slouží k vybití vzteku (Verglářová., Mahrová.,2006).
- 3) **Fyzické napadání lidí** – jsou ohroženi zdravotníci, ostatní pacienti, návštěvy, rodinný příslušníci. Fyzické napadení je proveden bez, nebo s pomocí nástrojů, předmětů, zbraní (Verglářová., Mahrová.,2006).

- 4) Sebepoškozování** – závažná forma násilí obrácené proti sobě samému. Od lehčích projevů škrábání, trhání vlasů, pokračuje až k závažnému poškozování jako úder do zdi, řezání, pálení a většinou pokud se nezakročí dochází k sebevraždě (Verglářová, Mahrová., 2006).

Fyzické napadení

Hlavní princip při zvládnutí fyzického napadení je znát rizika ve zdravotnické zařízení. Musíme si všimnout uspořádání vybavení ale i možnosti přivolat posilu. Hlavní při tomto napadení je možnost přivolat bezpečnostní službu která je na tyto situace školená. Další věc, které jsi můžeme všimnout verbální nebo neverbálních projevů pacienta. Tímto pozorováním můžeme zmírnit nebo přímo zamezit útoku agresora. V prostředí kolem pacienta by mělo být dostatek místa kolem lůžka, odstranit vše co by mohlo být použito jako zbraň proti zdravotníkům nebo ostatním pacientům, každý pacient by měl mít u sebe signalizaci pro zavolání pomoci při napadení. Důležitá součást pro zdravotníky je také psychická podpora po napadení. Po zvládnutí napadení je nutné věnovat pozornost napadeným zdravotníkům, protože nesprávné zpracování napadení může vést ke psychickým obtížím, syndromu vyhoření nebo změnu napadení (Verglářová., Mahrová.,2006).

1.13 Uklidňující vlivy, které můžeme při napadení použít

Zdravotník nepotřebuje ve své práci dominovat. Pokud přijmeme tuto myšlenku, může to způsobit zmírnění napětí mezi zdravotníkem a potencionálním agresorem. Pokud nechce jít zdravotník do střetu, musí to být znát z jeho chování, protože pacient vnímá všechny signály těla. Naopak touha po střetu s pacientem mohou stupňovat násilí. Hlavní při komunikaci s pacientem je pomalé tempo řeči, to způsobuje že pacient naše tempo řeči přejímá. V dalším případě je nutné pozorovat verbální i neverbální signály, z těch zle předvídat napadení. Pacienta může zklidnit tím, že ho poprosíme, aby se posadil nebo položil rozhodně ho do toho nenutíme. Dodržujeme osobní prostor pacienta, pokud tento prostor porušíme může to vést k agresivnímu chování. Zdravotník by si měl nechat otevřené dveře, pokud dojde k útoku může utéct nebo volat o pomoc. Pokud cítíme od pacienta tenzi můžeme zkusit odvrátit pozornost jinam, pokud se nepodaří ukončíme danou činnost (Verglářová., Mahrová.,2006).

1.14 Nejčastější chyby v přístupu zdravotníka

I zdravotník se může dopustit chyb které vedou pacienty k agresi. Zdravotník může instinktivně reagovat protiútokem, bohužel tato skutečnost je daná základními instinkty. Další chybu, kterou zdravotníci dělají je to, že získávají nad pacientem navrch, musí být po jejich ať se děje cokoliv, například odebrat krev za každou cenu. Zdravotníci hlavně ty mladší a noví v kolektivu se snaží ostatním i sobě dokázat že situaci zvládnou sami, bohužel toto chování končí většinou fyzickému napadení zdravotníka (Verglářová., Mahrová.,2006).

Zážitek spojený s napadením, tedy pocit ohrožení, není příjemný. Zdravotník může brát napadení jako profesionální selhání, jelikož nedostatečně zvládnul situaci. Napaden však může být i zdravotník který je profesionální. I přes toto ujištění mohou vzniknout pocity viny ze špatně zvládnuté situace (Verglářová., Mahrová.,2006).

1.15 Důsledky napadení:

- 1) **Krátkodobé** – pocity viny, ztráty jistoty, že umím profesionálně jednat s pacienty, psychická i fyzická únava.
- 2) **Dlouhodobé** – přeceňování hrozícího násilí nebo napadení, nepřiměřený strach z opakovaného napadení, zvýšená ostražitost vůči novému v osobním životě. Může se rozvinout až posttraumatická stresová porucha.

(Verglářová., Mahrová.,2006).

1.16 Pomoc po zážitku z napadení

Důležité po napadení je o proběhlé situaci mluvit, a to i opakovaně. Odreagují se emoce spojené s napadením a tím spojené negativní emoce. Ve všech případech by se měli zdravotníci pochválit i za předpokladů že situace nebyla zvládnutá dokonale. Mluvit o zážitku musíme i proto abychom si navzájem předaly zkušenosti z předchozích napadení. Pokud i přes všechny by se u zdravotníka rozvinula posttraumatická stresová porucha musí vyhledat odbornou pomoc (Verglářová., Mahrová.,2006).

1.17 Agrese z pohledu práva

Ublížení na zdraví §223 trestního zákoníku

Pokud by kvůli nedbalosti zdravotníka došlo k ublížení na zdraví tím, že poruší povinnost vyplývající z jeho náplně práce, bude potrestán odnětím svobody, a to až na jeden rok, nebo zákazem činnosti (Vondráček., Vondráček.,2006).

Vznik dekubitů, ať na patách nebo v sakrální krajině, nelze označit za ublížení na zdraví z nedbalosti, pokud provádíme ošetrovatelskou péči za dodržování pravidel ošetrování kůže (Vondráček., Vondráček., Vondráček.,2006).

Těžká újma na zdraví §224 TrZ, odst. 2

Pokud bychom jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nebo dokonce smrt, tím že porušil svou povinnost vyplývající ze svého zaměstnání, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let nebo peněžitým trestem. „*Za těžkou újmu na zdraví zákon považuje zmrzačení, ztrátu nebo podstatné snížení pracovní neschopnosti, ochromení údu, ztrátu nebo podstatné snížení či oslabení funkce smyslových orgánů, poškození důležitého orgánu, zohyzdění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivé útrapy, delší dobu trvající poruchu zdraví*“ (Vondráček., Vondráček.,2006).

Pokud je kritéria délka léčení, pak se za těžkou újmu považuje stav, kdy následkem způsobené škody na zdraví přesáhla šest týdnů (Vondráček., Vondráček.,2006).

1.18 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření nebo také burnout syndrome znamená aktuální profesní problém. Tento syndrom ovlivňuje kvalitu života a projevuje se příznaky některých duševních onemocnění a poruch.za nejdůležitější faktor který může ovlivnit syndrom vyhoření je podpora od blízkých a přátel. Syndrom vyhoření má určitá stádia a rizikové faktory. Za hlavní rizikový faktor se považuje stres, vysoké životní tempo a vysoké nároky na jedince (Raudenská., Javůrková.,2011).

Fáze syndromu vyhoření:

- 1) **Iniciační fáze** – původní zapálení pro věc, po ní dojde k vystřízlivění a zjištění že, ideály nejsou plně zrealizované.

- 2) **Období první frustrace** – zklamání celou profesí a osobou, s nimiž je člověk v kontaktu a jeho hodnocení je závislý.
- 3) **Fáze apatie** – objevuje se hostilita vůči pacientům, ale i vůči všemu co s profesí souvisí
- 4) **Fáze úplného vyhoření** – objevuje se zde cynismus, ztráta lidskosti

(Raudenská., Javůrková.,2011).

1.19 Lidé postižení posttraumatickým syndromem

Zdravotníci si často myslí že násilí k jejich práci patří. Tento názor má bohužel i laická veřejnost, existují názory, že si zdravotníci často za napadení můžou sami. Pokud dojde k napadení zdravotníka zanechá na něj jisté následky. Reakce však mohou být různorodé, každý člověk reaguje jinak. U některých obětí se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Příznaky této poruchy můžeme rozdělit do několika skupin (Portefieldová.,1997).

Příznaky posttraumatické stresové poruchy dělíme:

- **Vtíravé** – pocit, kterou oběť neustále pociťuje, traumatická událost se mu vrací, a to ve dne i v noci.
- **Únikové** – oběť se vyhýbá vzpomínkám na prožitou událost. Může to být i důvodem, proč nechce vyhledat odborníka, protože by s ním musel o jisté zážitku mluvit, znovu ho prožívat i s tím, že by se vrátily sny.
- **Nadměrné vzrušení** – traumatizovaný jedinec je neustále ve střehu, očekává, že se mu může něco podobného přihodit. Je roztržitý, špatně se soustředí na práci. Pocit neustálého napětí může vyústit ve vztek, i bezdůvodný.

(Porterfieldová, 1997).

Příznaky posttraumatické poruchy se mohou projevit kdykoliv a za různě dlouho dobu. U některých dojde k příznakům hned po napadení, někteří mívají příznaky až za několik měsíců nebo let. Tito lidé mají problémy se spánkem, které ovlivňují jejich emoce. U některých jedinců se může rozvinout alkoholismus, užívání omamných látek nebo poruchy příjmu potravy (Potefieldová.,1997).

Po napadení má největší prioritu ošetření fyzických poranění, ale duševní újma je mnohdy neřeší vůbec. Někteří napadení potřebují terapeutickou pomoc, jiní se s pocity chtějí vypořádat sami. Oběť napadení by neměla být po napadení sama. Nejlepší je kombinace terapie a podpory od přátel a rodiny. Posttraumatický syndrom může vzniknout ale i prožití tragických událostí nemusí se však vyvinout u každého (Portefieldová.,1997).

Pro oběť je způsobené trauma celoživotním zážitkem. I když posttraumatickou poruchu překoná, celý život má tuto událost uloženou hluboko v sobě. v budoucnosti se mohou vzpomínky vrátit při stresových situacích. Většina sester, které veřejně vystoupily jako oběti, měli pocit, že jejich oznámení nebylo bráno vážně nebo bylo podle některých zbytečné. Zaměstnavatelé se mnohdy bojí že zveřejnění napadení by mohlo poškodit pověst zdravotnického zařízení, a proto se snaží vytvářet pozitivní prostředí (ICN.,Jak zvládnout násilí na pracovišti.,2001).

Pokud by zaměstnavatel chtěl, aby sestry tolerovali násilné chování, je toto chování protiprávní a jen v málo případech dojde k žalobě. Pokud by se násilí dopustil pacient, může se na žalobu pohlížet jako na neprofesionální. Sestry samy sebe obviňují z neschopnosti agresivního pacienta zvládnout a necítí se na to, aby hájili své chování u soudu. Žaloba však může být brána jako součást uzdravování, protože nám může pomoci nahradit vzniklé škody, žaloba však není možná ve všech případech (ICN.,Jak zvládnout násilí na pracovišti.,2001).

1.20 Násilí ve zdravotnickém zařízení

Zdravotnické zařízení je z hlediska výskytu násilí velmi rizikové. Zaměstnanci přicházejí každý den do přímého styku s nemocnými lidmi, kteří jsou často pod tlakem. V ohrožení jsou obě strany. Agresor nemusí být jen pacient ale i zdravotník. Na druhou stranu oběť může být i zdravotník i pacient. Dříve se násilí objevovalo na psychiatrických oddělení a na oddělení akutního příjmu. V dnešních průzkumech jsou ve vedení interní a geriatrická oddělení. Tato problematika závisí na několika skutečnostech. Nejpodstatnější problém nastává v nedostatku zdravotnického personálu a s ním spojené vysoké pracovní tempo, nedostatečný čas při ošetřování pacienta a také dlouhé čekací doby. Mnoho zdravotníků vidí problém i v nedostatečném zabezpečení zdravotnického zařízení nebo zastaralé vybavení (ICN.,Společně proti násilí.,2001).

1.21 Stop pro násilí ve zdravotnictví

Mnohé studie potvrzují, že více než čtvrtina násilí se odehrává právě ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnická oblast je tímto identifikována jako riziková z hlediska napadení. Násilné činy bohužel vzrůstá a násilné činy nabývají brutálního charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají často ve vypjatých situacích, kde jsou nuceni zachovat chladnou hlavu (Stopnasili.cz., online.,2016).

Stále častěji upozorňují média na napadení zdravotnického personálu. Česká republika má tematiku násilí výsadou čtyř projektů. I přes tyto snahy se problematice násilí na zdravotnické personálu věnuje málo pozornosti. Zatím neexistují standartní postupy, ani preventivní opatření. Chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při povolání všeobecné sestry (Stopnasili.cz., online.,2016).

1.22 Preventivní programy v České republice

Z výzkumu z roku 2004 vyplývá, že násilí v českém zdravotnictví je násilí velmi rozšířené. Tyká se především slovní agrese oproti tomu fyzické napadení není už tak běžné. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi je Česká republika ve vedoucí pozici (Florence., online.,2016).

V roce 2011 Českomoravská konfederace odborových svazů a odborový svaz zdravotnictví a sociální péče zahájila projekt nesoucí jméno Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče který trval co roku 2011. tento projekt byl zaměřen nejen na analýzu dat ale i na praktickou výuku. Proškoleno bylo 10004 zdravotnických a sociálních pracovníků (Florence., online.,2020).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem této bakalářské práce jsem si zvolila zmapovat situaci ohledně násilí a agresivního chování vůči všeobecným sestřím

VO1: zjistit s jakým typem násilí se všeobecné sestry nejčastěji setkávají.

VO2: jaké jsou metody ve zvládnání násilného chování ve zdravotnické zařízení.

VO3: Zmapovat kde se všeobecné sestry nejčastěji setkávají s násilným chováním ze strany pacienta.

VO4: jaké jsou možnosti v prevenci násilí ve zdravotnické zařízení.

2.2 Metodika výzkumu

Praktická část této bakalářské práce na téma „problematika násilí v ošetrovatelské péči“ byla vyhodnocena pomocí kvantitativního výzkumu. K tomuto výzkumu jsem použila elektronický dotazník, který slouží k efektivnímu sběru informací a dat za poměrně krátké časové období.

Mnou sestavený dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Byl sestaven na podkladě předem stanoveného hlavního cíle a čtyř výzkumných otázek. V úvodu dotazníku jsem se představila a stručně respondentům popsala účel a využití dotazníku. Obsahově je dotazník vytvořen z 20 otázek, z nichž první dvě jsou naměřeny na pohlaví a věk respondentů. Zbýlých 18 otázek je navrženo tak, aby mi ujasnily odpovědi na výzkumné otázky. Na veškeré otázky byla možnost pouze jedné odpovědi. Pouze na tři otázky nemuseli respondenti odpovídat, a to v případě kdy zvolil jsou odpověď jako NE u předchozí otázky.

Fáze, ve které proběhlo ustanovení daného cíle a tím související čtyři výzkumné otázky bylo od počátku února 2021 až do konce března 2021. Po uplynutí této doby proběhlo jejich vyhodnocení a znázornění bylo uskutečněné během dubna 2021.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou pro efektivní vyplnění dotazníků se stali všeobecné sestry. Šetření probíhalo v Oblastní nemocnici Kladno. Jako elektronickou formu jsem použila stránku www.surveymonkey.com, které jsem posílala pomocí emailové pošty.

Celkem bylo vyplněno 101 dotazníků.

2.4 Průběh výzkumu

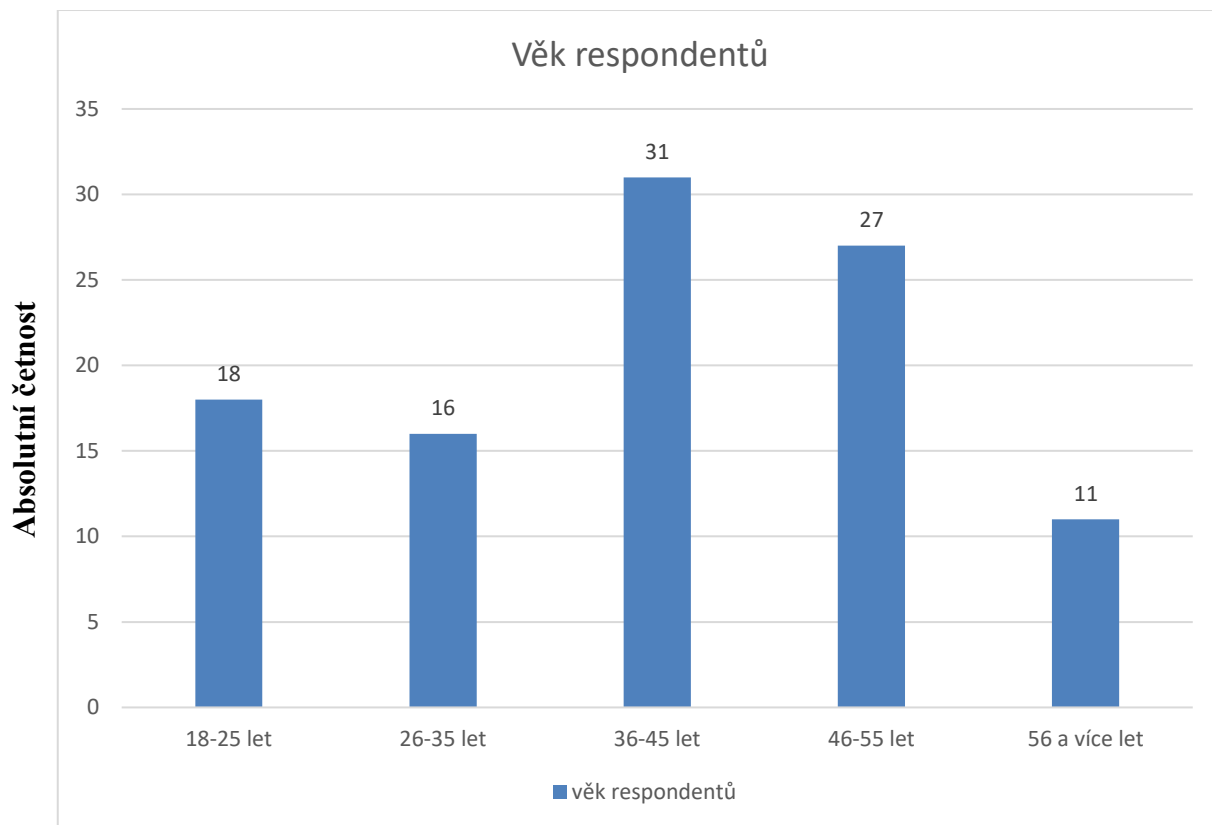
Výzkum probíhal v průběhu od začátku února do konce března 2021, se souhlasem hlavní sestry Ing.Bc Lucie Lidické, v oblastní nemocnici Kladno. Dotazníky byly přeposlány přes emailovou poštu na příslušná oddělení. Respondenti se zde stali všeobecné sestry.

2.5 Zpracování získaných dat

K sepsání textů bakalářské práce byla použita šablona pro psaní bakalářské práce v programu Microsoft Word 2010 a pro vypracování grafů se znázorněním absolutním číslem a procentuálních hodnot byl použit Microsoft Excel 2010.

2.6 Výsledky výzkumu

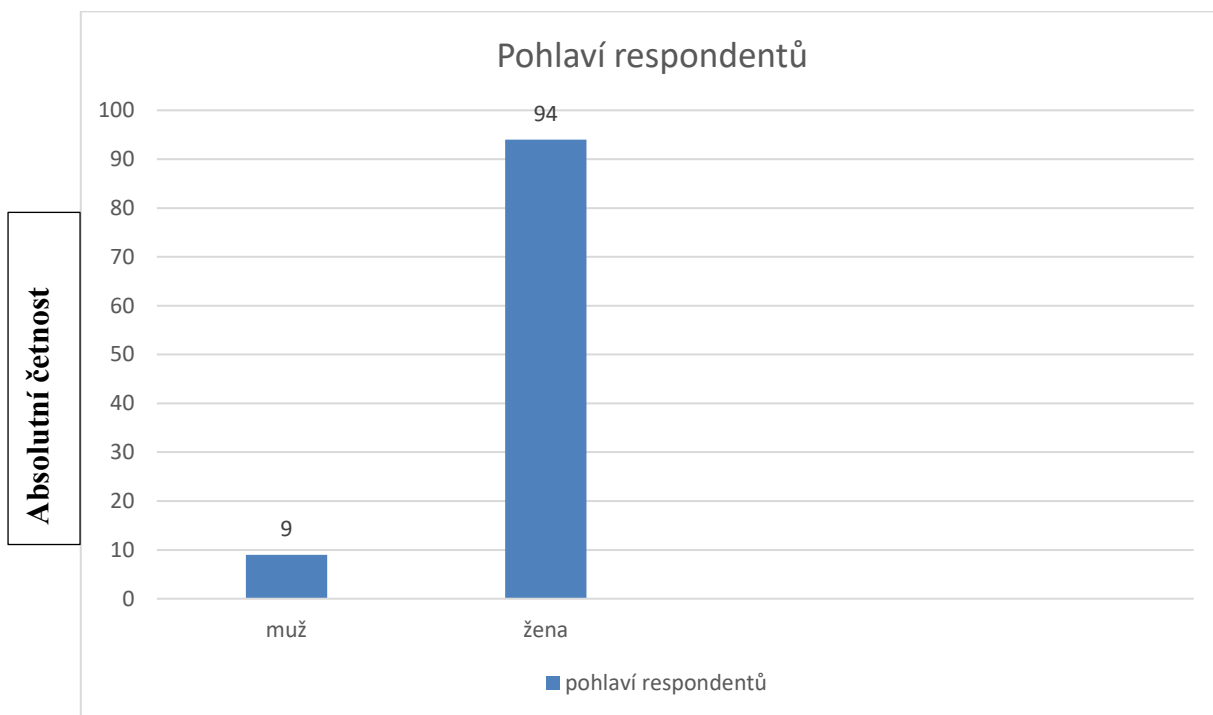
Otázka č. 1: Jaký je váš věk?



Graf 1 Věk respondentů

Graf č.1 porovnává věk respondentů. Je zřejmé, že nejméně dotazovaných je starších 56 let, celkem 11 (10,9 %). Ve věku 18-25 let odpovědělo 18 respondentů (17,8 %). 27 respondentů (26,7 %) svůj věk udává mezi 36-45 lety. 16 respondentů (15,8 %) uvedlo svůj věk mezi 26-35 lety. Nejvíce respondentů tedy 31 (30,7 %) uvedlo věk mezi 36-45 lety.

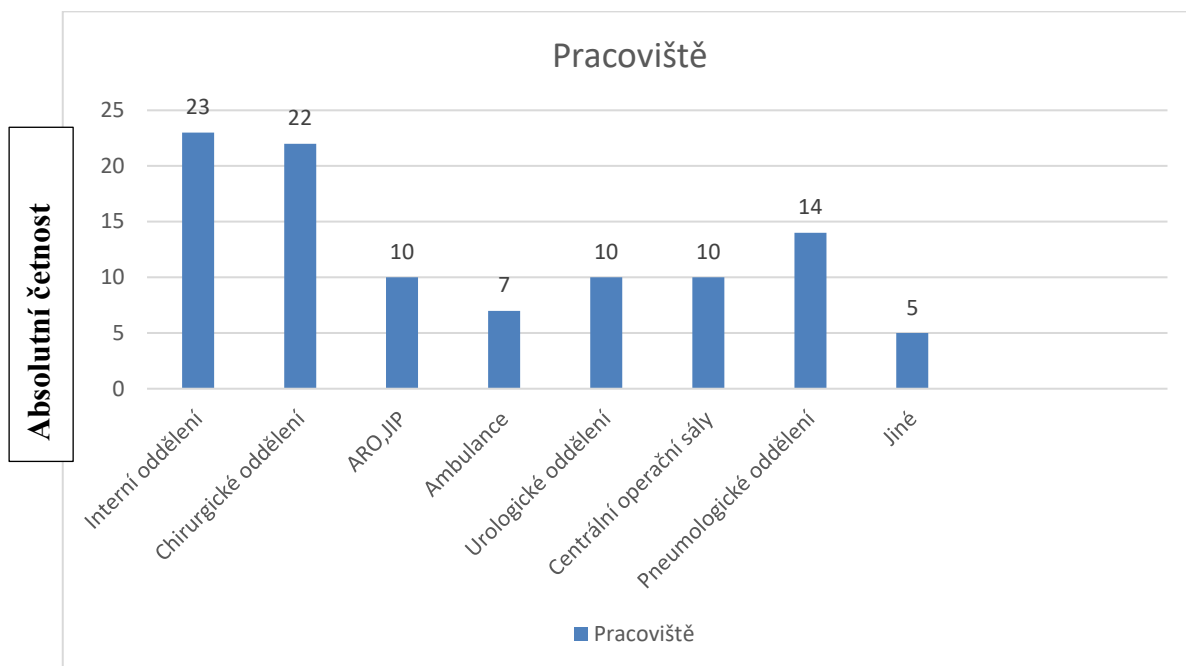
Otázka č.2 Jaké je vaše pohlaví?



Graf 2 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 porovnává pohlaví respondentů. Je patrné, že nejméně dotazovaných respondentů jsou muži. 7 respondentů (6,9 %) jsou muži. Zbýlých 94 (93,1 %) respondentů byly ženy.

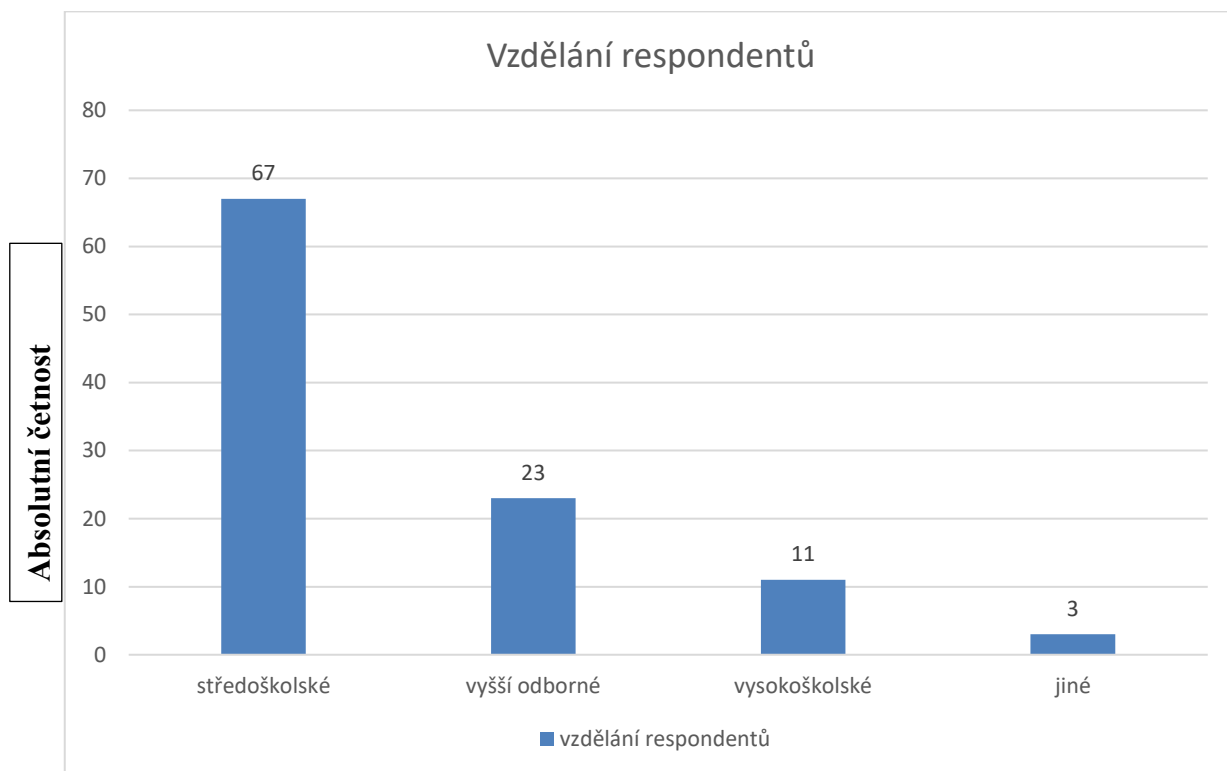
Otázka č. 3: Na jakém oddělení pracujete?



Graf 3 Pracoviště

Z grafu č. 3 vyplývá, že nejvíce respondentů tedy 23 (22,8 %) pracuje na interním oddělení. Druhým nejčastějším pracovištěm je chirurgické oddělení 22 (21,8 %) respondentů. 10 (9,9 %) respondentů uvedlo jako svoje pracoviště ARO, JIP. 5 (4,9 %) respondentů si zvolilo odpověď jiné. Odpověď ambulance zvolilo 7 (6,9 %) respondentů. Na urologickém oddělení pracuje 10 (9,9 %) respondentů. Centrální operační sály si zvolilo jako svoje pracoviště 10 (9,9 %) respondentů. 14 (13,8 %) respondentů si zvolilo pneumologické oddělení.

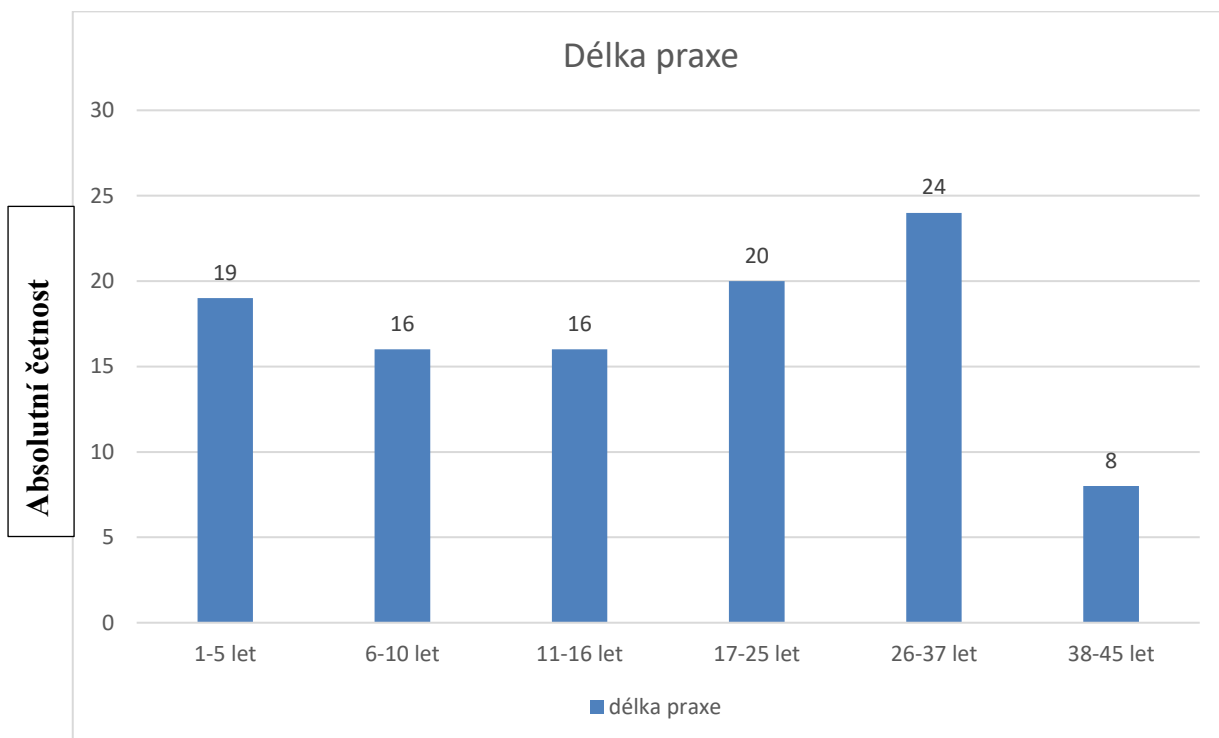
Otázka č.4 Jaké máte dosažené vzdělání?



Graf 4 Vzdělání

Na grafu č.4 vidíme, že nejvíce respondentů tedy 67 (66,3 %) zvolilo na otázku Jaké máte vzdělání? Odpověď středoškolské. Druhou nejvíce zvolenou odpovědí bylo vzdělání vyšší odborné 23 (22,8 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání odpovědělo 11 (10,9 %) respondentů. 3 respondenti zvolili odpověď jiné.

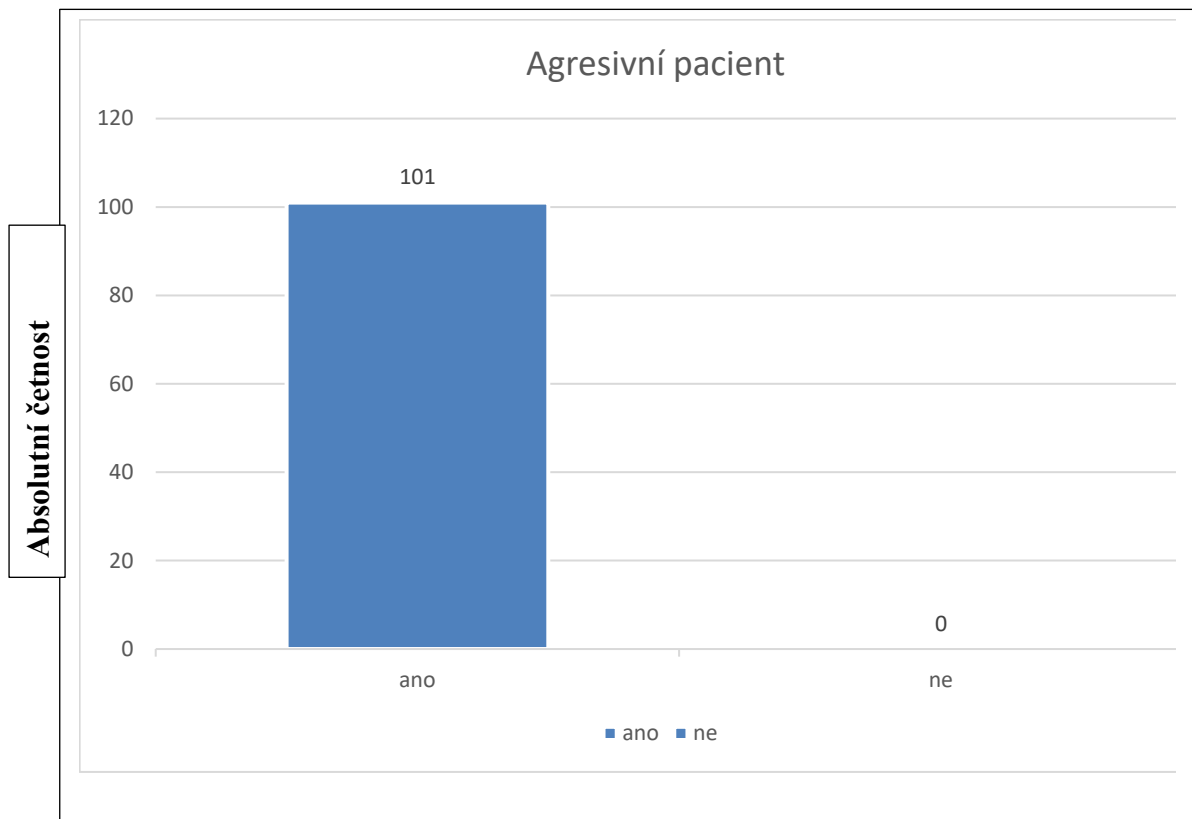
Otázka č.5 Jaká je délka vaší praxe?



Graf 5 Délka praxe

V grafu č.5 je zaznamenaná délka praxe respondentů. Zde respondenti uváděli, jakou mají délku praxe. Nejvíce odpovídajících respondentů má praxi v rozmezí 26-37 let (23,8 %), druhý nejvyšší počet odpovědí je 17-25 let praxe, dále na rozmezí praxe 1-5 let odpovědělo 19 (18,8 %) respondentů. 16 (15,8 %) respondentů zvolilo odpověď 6-10 let ale i 11-16 let. Nejméně respondentů 8 (7,9 %) uvedlo délku svojí praxi mezi 38-45 lety.

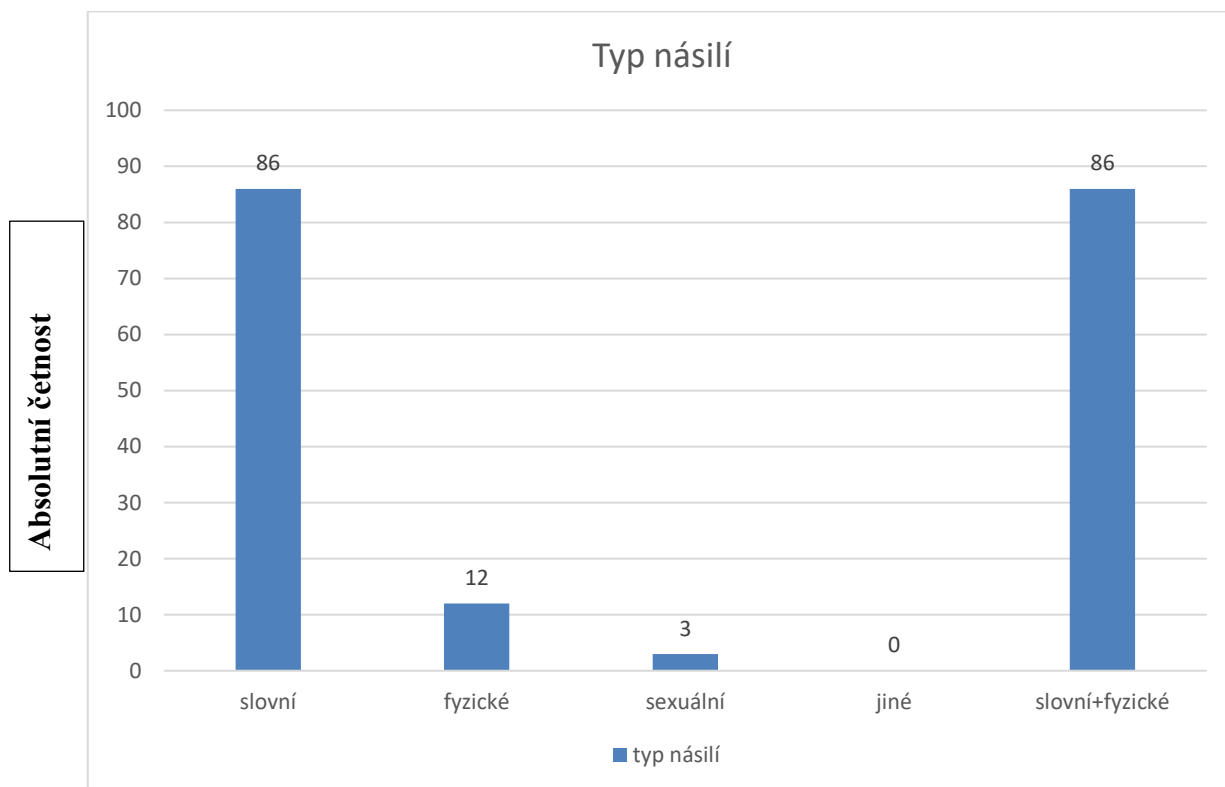
Otázka č.6 Setkali jste se někdy s násilím ze strany pacienta?



Graf 6 Setkání s agresivním pacientem

Graf č.6 zaznamenal odpověď respondentů kteří odpovídali na otázku, zda se někdy setkali s násilím ze strany pacienta. 101 (100 %) respondentů odpovědělo ano, nikdo z dotazovaných respondentů ne zvolil odpověď ne.

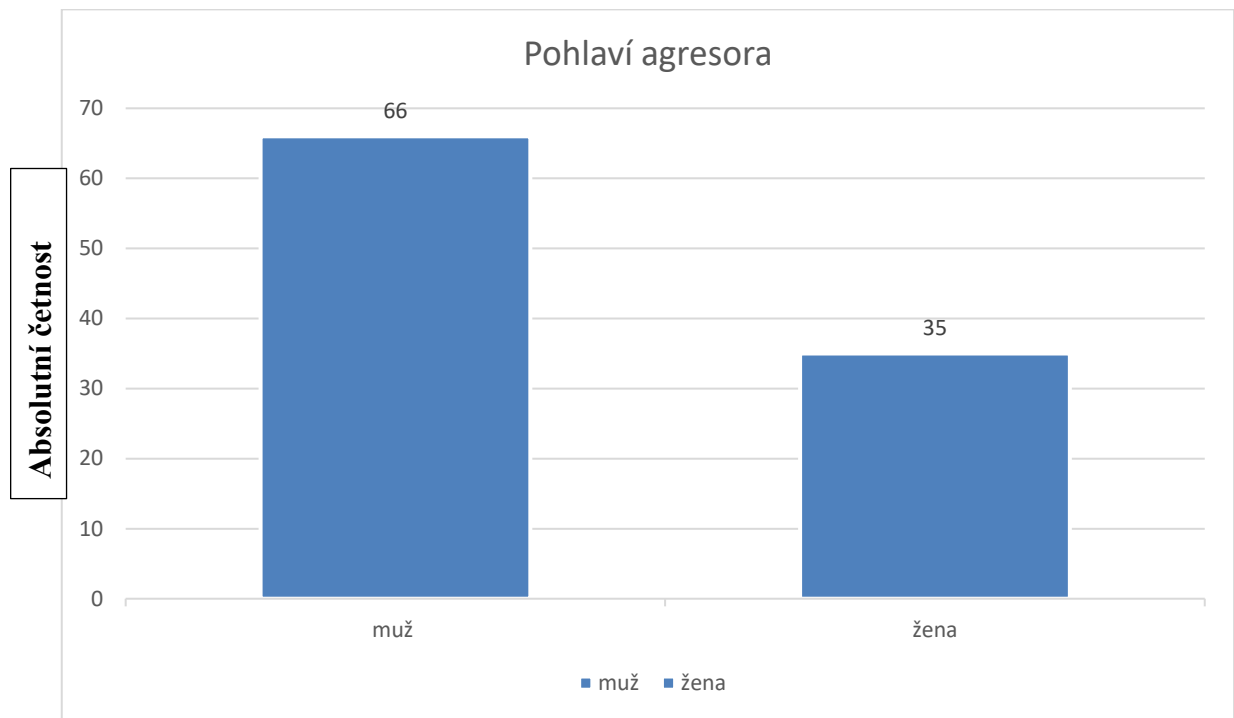
Otázka č.7 S jakým typem násilí jste se setkali?



Graf 7 Typ násilí

Graf č.7 zaznamenává s jakým typem násilí se respondenti setkali. Se slovním násilím se setkalo 86 (85,14 %) respondentů. Fyzické násilí udává ve výkonu práce 12 (11,8 %) respondentů. Sexuální násilí označilo 3 (2,9 %) respondentů. Respondenti celkem 86 (85,14 %) odpovědělo že se setkali s fyzickým i slovním násilím od pacienta.

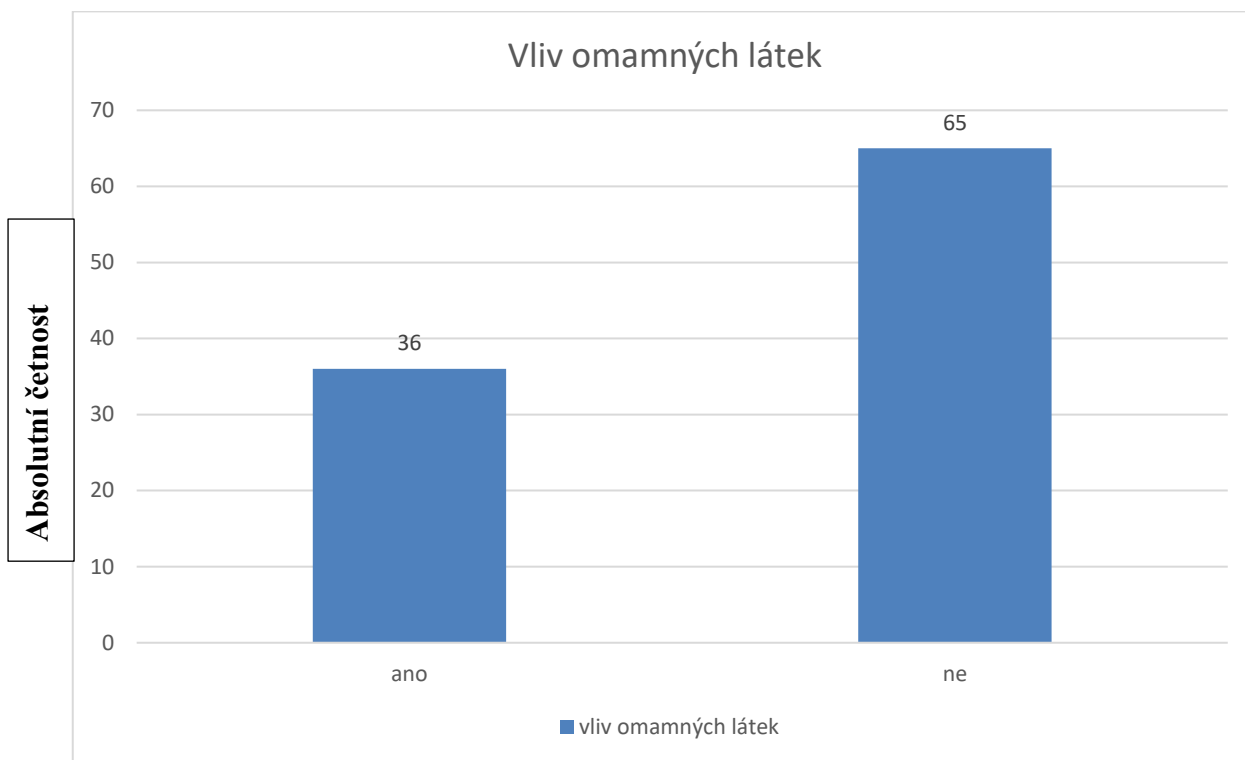
Otázka č.8 Jakého pohlaví byl agresor?



Graf 8 Pohlaví agresora

V grafu č.8 můžeme vidět, že většina agresorů jsou muži. Uvedlo tak 66 (65,3 %) respondentů, zbytek respondentů 35 (34,6 %) uvedlo jako agresora ženu.

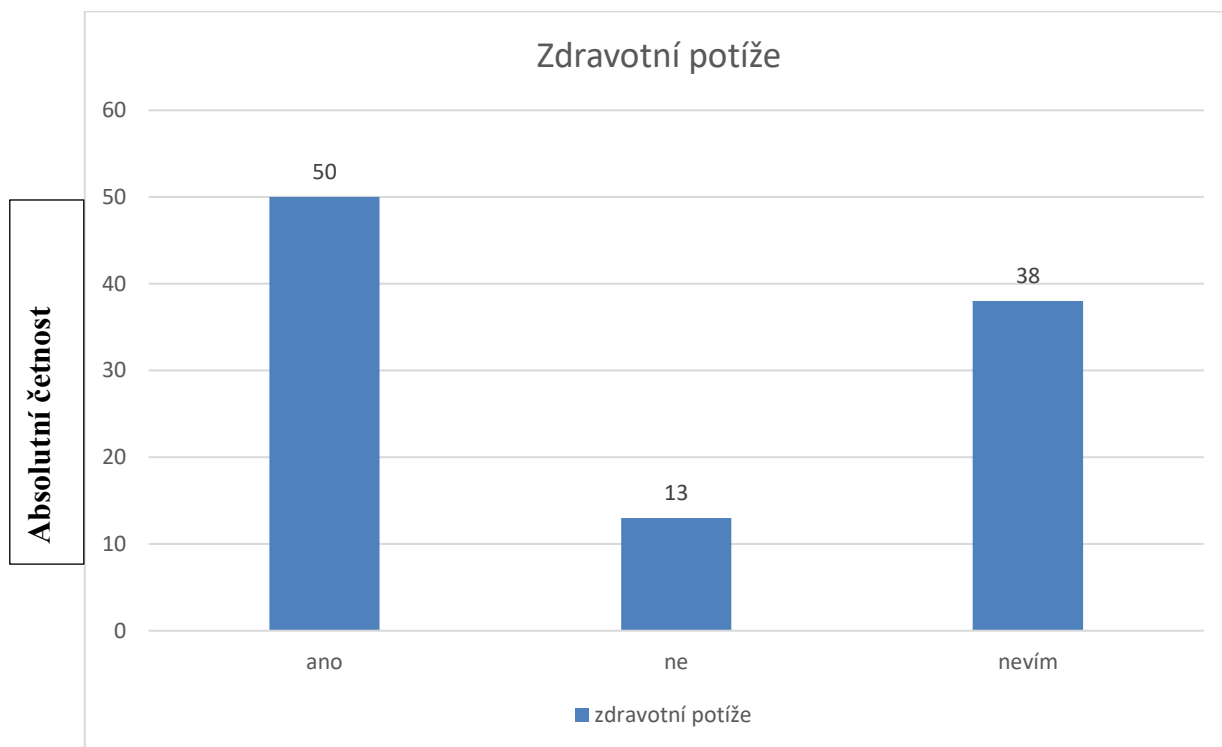
Otázka č.9 Byl agresor pod vlivem nějaké omamné látky? (drogy, alkohol, léky)



Graf 9 Vliv omamných látek

Graf č. 9 znázorňuje kolik agresorů bylo pod vlivem nějaké omamné látky která ovlivnila jeho úsudek. 65 (64,3 %) respondentů uvedlo že agresor nebyl pod vlivem žádné omamné látky, za to 36 (35,7 %) respondentů uvedlo agresora pod vlivem nějaké omamné látky.

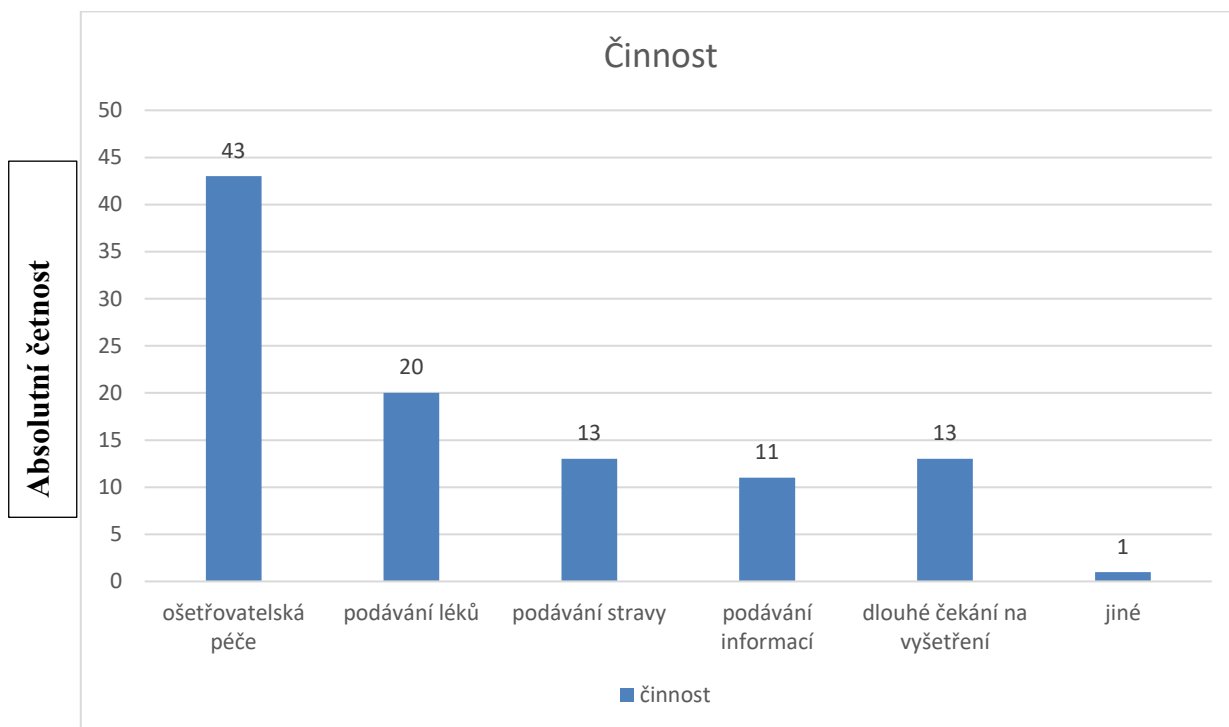
Otázka č.10 Měl agresor nějaké potíže, které ovlivnili jeho sebekontrolu?



Graf 10 Zdravotní potíže

V grafu č. 10 můžeme vidět kolik agresorů mělo zdravotní potíže, které ovlivnili jejich sebekontrolu. 50 (49,5 %) respondentů uvedlo odpověď ano, 38 (37,6 %) respondentů uvedlo odpověď ne, a 13 (12,8 %) respondentů neví, jestli měl agresor nějaké zdravotní potíže.

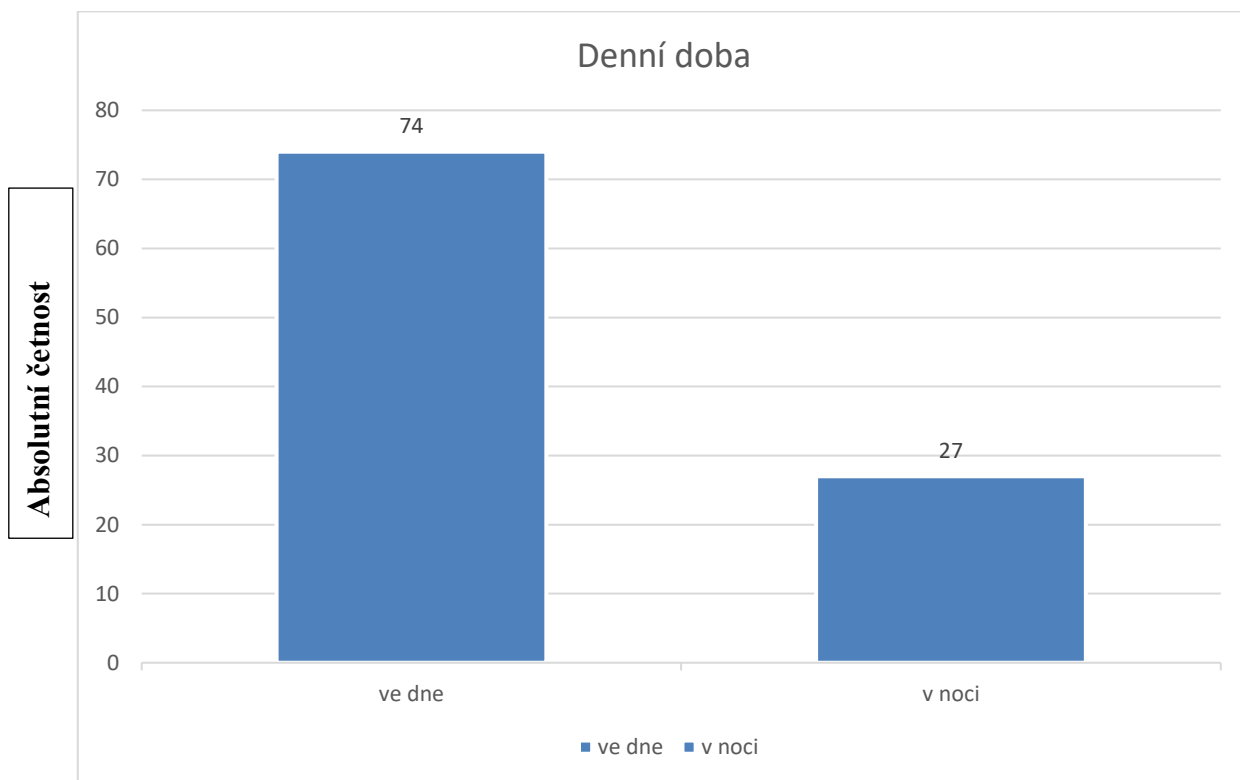
Otázka č. 11 Při jaké činnosti k násilí došlo?



Graf 11 Činnost

Graf č. 11 zobrazuje při které činnosti k násilí došlo. 43 (42,5 %) respondentů uvádí že při ošetrovatelské péči (hygiena) byl pacient agresivní, při podávání léků bylo agresivních podle respondentů 20 (19,8 %) pacientů, 13 (12,8 %) respondentů uvedlo, že při podávání stravy byl pacient agresivní. Podávání informací si zvolilo 11 (10,8 %) respondentů, při dlouhém čekání na vyšetření bylo podle respondentů agresivních 13 (12,8 %) pacientů. Nejméně respondentů tedy 1(0,9 %) zvolilo odpověď jiné.

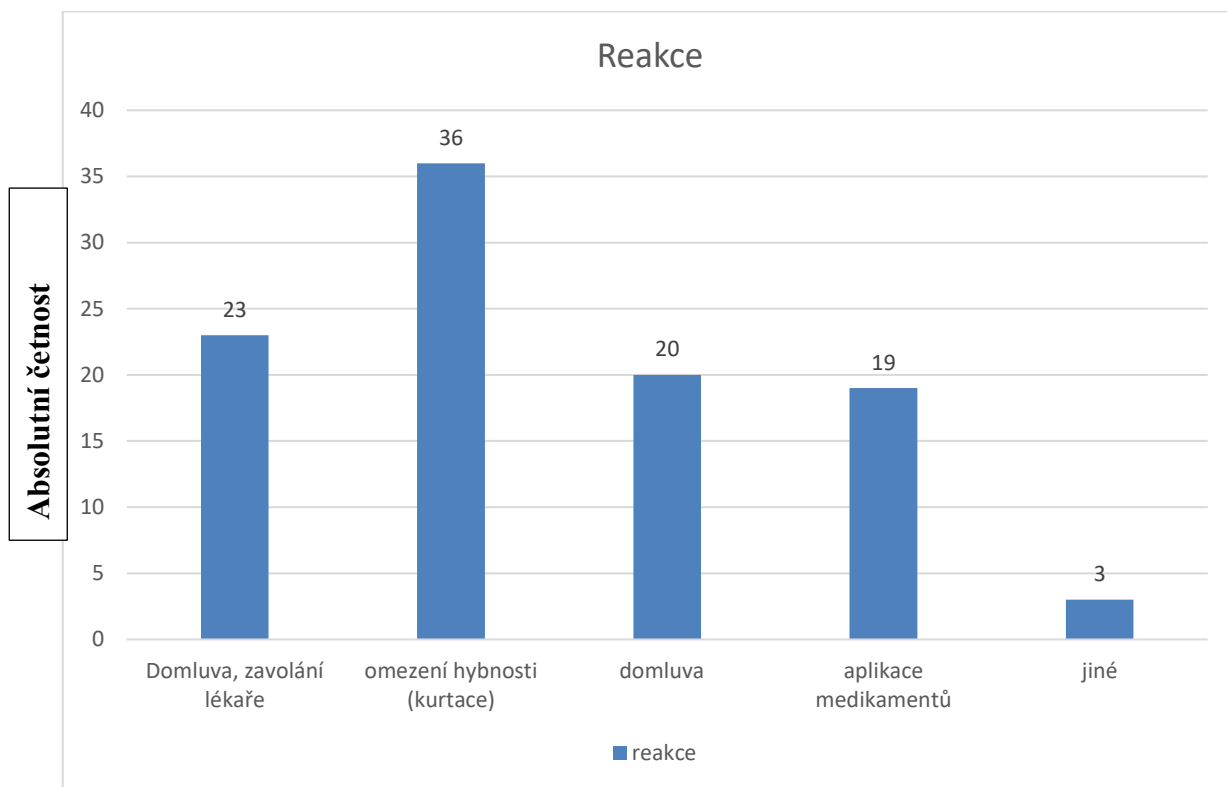
Otázka č.12 Kdy k násilí došlo?



Graf 12 Denní doba

Na Grafu č. 12 můžeme jasně vidět, že denní doba, kdy byl pacient agresivní bylo ve dne. Odpovědělo tak 74 (73,2 %) respondentů, zbytek respondentů tedy 27 (26,8 %) vybralo jako svojí, odpověď v noci.

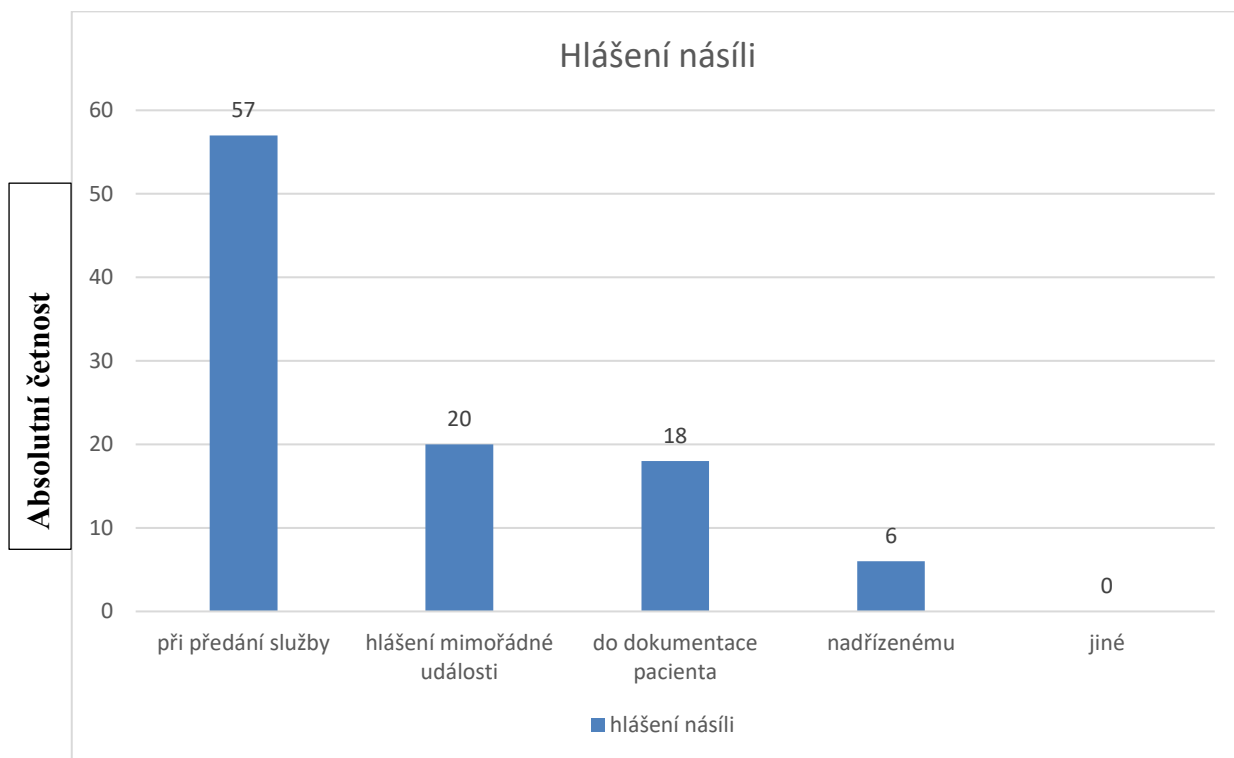
Otázka č.13 Jaká byla vaše reakce na incident?



Graf 13 Reakce

Graf č. 13 ukazuje nejčastější reakce při agresivním chování pacienta. Nejvíce respondentů 36 (35,6 %) zvolilo odpověď omezení hybnosti (kurtace), nejméně respondentů 3 (2,9 %) zvolilo odpověď jiné. Domluva, zavolání lékaře odpovědělo 23 (22,7 %) respondentů, samotnou domluvu pak 20 (19,8 %) respondentů. Aplikace medikamentů (tady se myslí dle ordinace lékaře) zvolí při útoku 19 (18,8 %) respondentů.

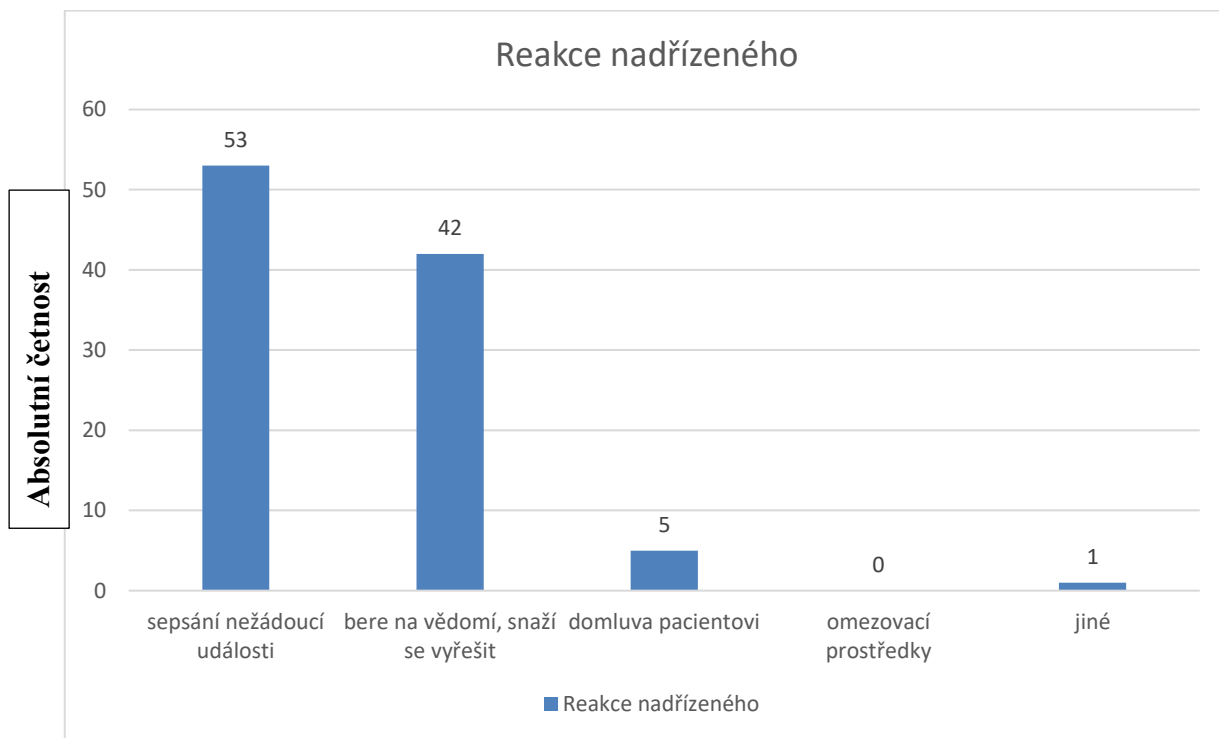
Otázka č.14 Jak hlásíte násilí na pracovišti?



Graf 14 Hlášení násilí

Graf č. 14 ukazuje, jak respondenti hlásí agresivního pacienta. Nejvíce odpovědí tedy 57 (56,4 %) respondentů upozorňuje na agresivního pacienta při předání služby, nejméně tedy 6 (5,9 %) respondentů upozorňuje nadřízeného. Hlášení mimořádné události zvolilo 20 (19,8 %) respondentů, do dokumentace pacienta oznamuje násilí 18 (17,8 %) respondentů.

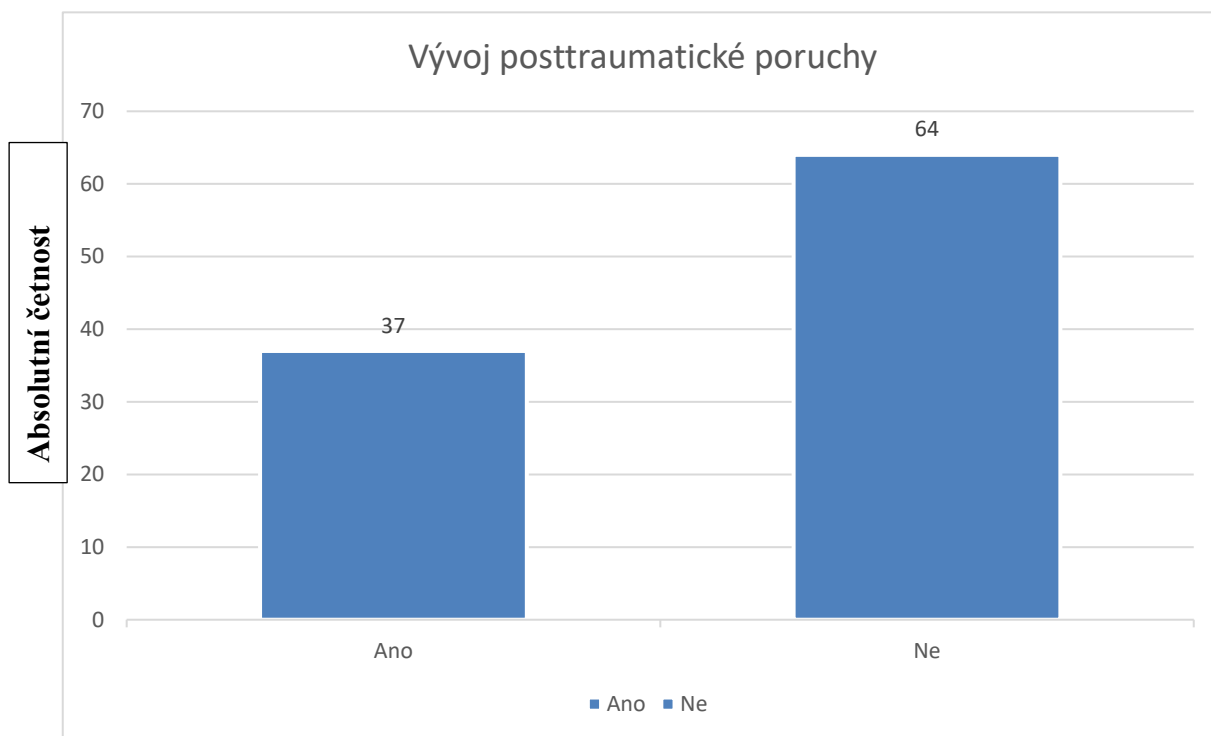
Otázka č.15 Jaké byla reakce nadřízeného na ohlášení násilí na pracovišti? (vrchní sestra, staniční sestra, sestra ve službě)



Graf 15 Reakce nadřízeného

Graf č.15 uvádí že 53 (52,4 %) respondentů vybralo odpověď sepsání nežádoucí události, 42 (41,5 %) respondentů uvedlo odpověď bere na vědomí, snaží se vyřešit, domluva pacientovi zvolilo 5 (4,9 %) respondentů, 1 (0,9 %) respondent odpověděl jiné, omezovací prostředky vybralo 0 (0,0 %) respondentů.

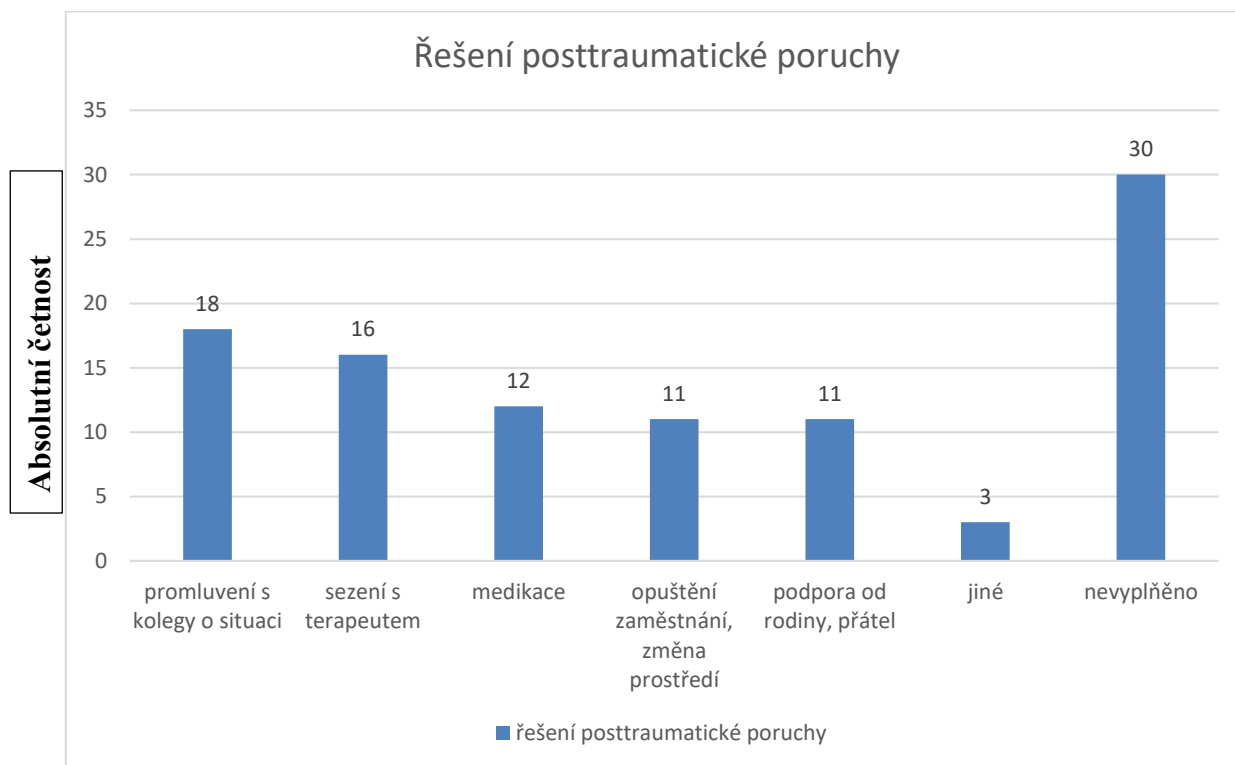
Otázka č.16 Vyvinula se u Vás posttraumatická stresová porucha?



Graf 16 Vývoj posttraumatické poruchy

V grafu č.16 vidíme že u 37 (36,6 %) respondentů se po útoku pacientem vyvinula posttraumatická stresová porucha, 64 (63,3 %) respondentů odpovědělo Ne.

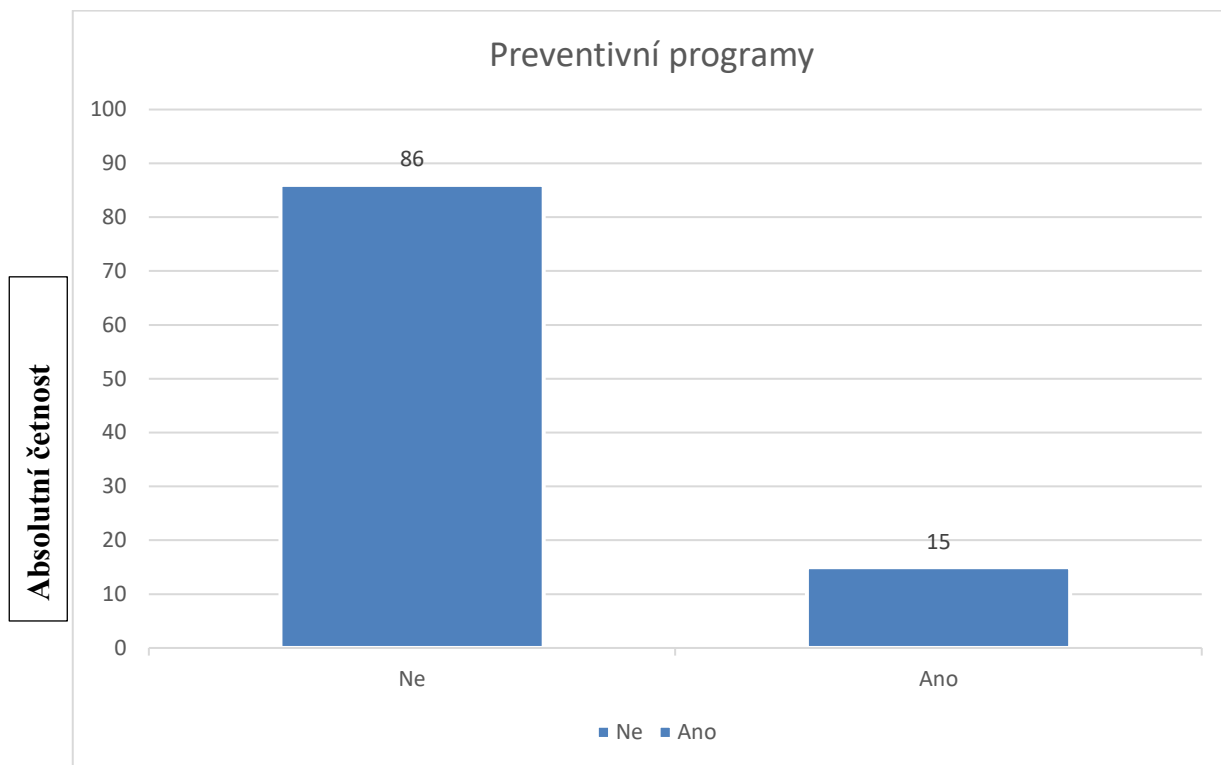
Otázka č.17 Jak jste posttraumatickou poruchu řešily?



Graf 17 Řešení posttraumatické poruchy

Graf č.17. na tuto otázku odpovědělo 71 (70,2 %) respondentů z celkového počtu 101 (100 %), na tuto otázku neodpovědělo 30 (29,8 %) respondentů. U této otázky jsem počítala 71 respondentů jako 100 %. Promluvení s kolegy o situaci zvolilo 18(25,3 %) respondentů, sezení s terapeutem 16 (22,5 %) respondentů, medikace jsi zvolilo 12 (16,9 %) respondentů. Stejný počet odpovědí tedy 11 (15,4 %) měli odpovědi opuštění zaměstnání, změna prostředí a podpora od rodiny, přátel. 3 (4,2 %) respondenti zvolili odpověď jiné.

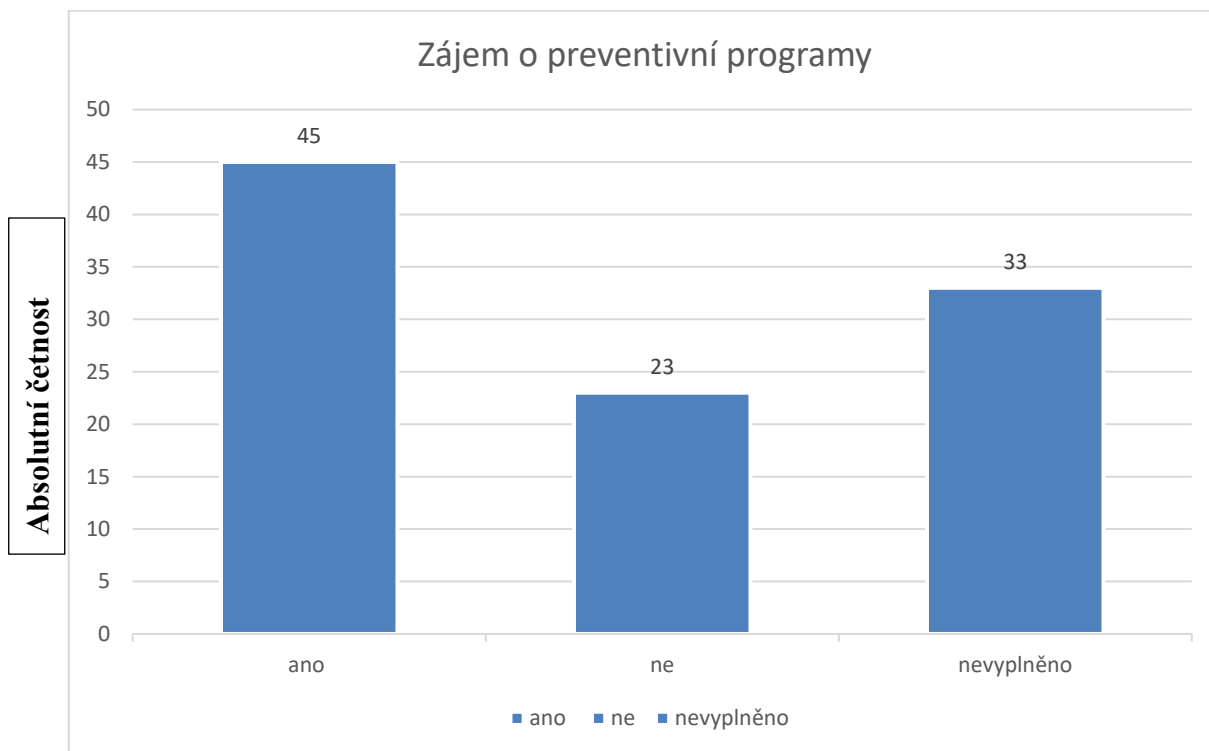
Otázka č.18 Máte možnost od zaměstnavatele absolvovat nějaké školení či preventivní programy s tematikou násilí v ošetrovatelské péči?



Graf 18 Preventivní programy

Graf č.18 zobrazuje, jestli mají respondenti možnost od zaměstnavatele na preventivní programy s tematikou násilí v ošetrovatelské péči. 86 (85,2 %) respondentů odpovědělo na otázku Ne, 16 (15,8 %) respondentů odpovědělo Ano.

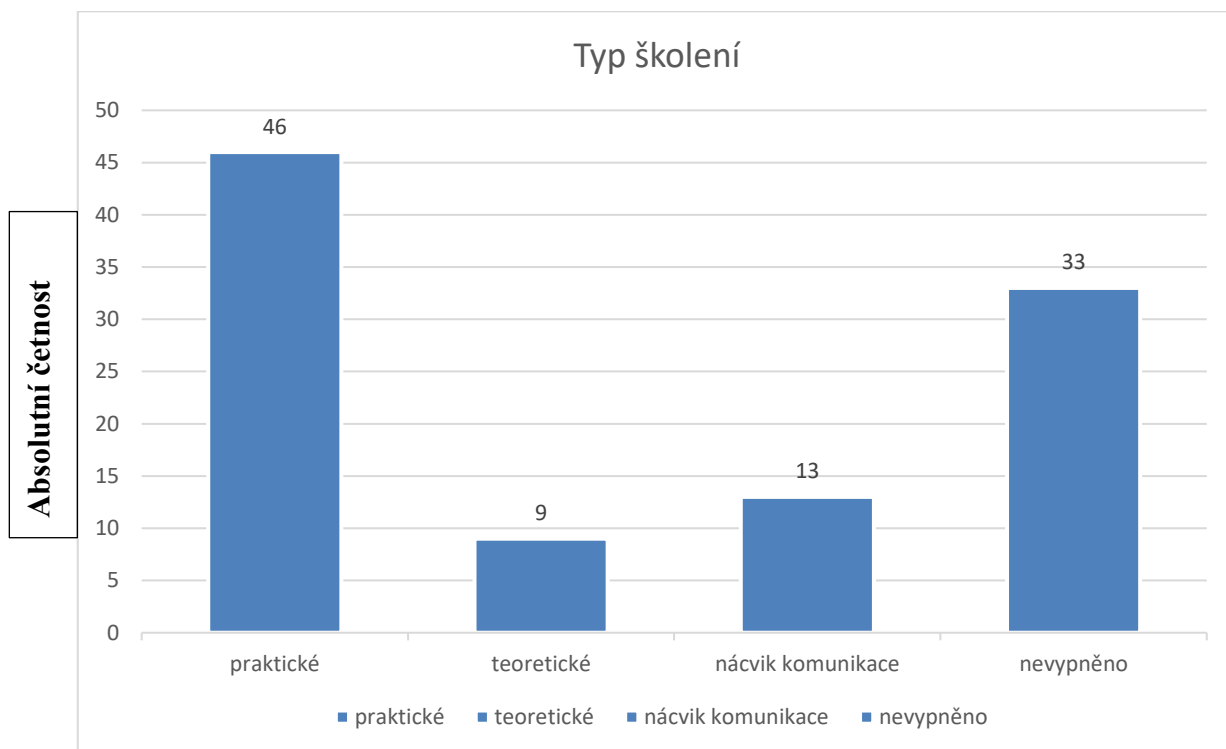
Otázka č. 19 Měli byste zájem o školení či preventivní programy s tématikou násilí?



Graf 19 Zájem o preventivní programy

Graf č. 19 uvádí odpovědi na otázku ohledně zájmu o preventivní programy s tématikou násilí v ošetrovatelské péči. Na tuto otázku neodpovědělo 33 respondentů, počítala jsem zde jsem počítala 68 respondentů jako 100 %. 45 (66,2 %) respondentů odpovědělo Ano a 23 (33,8 %) respondentů odpovědělo Ne.

Otázka č.20 O jaký typ školení byste měli zájem?



Graf 20 Typ školení

Graf č. 20 navazuje na předchozí otázku. Zde jsem se respondentů ptala, o jaký typ školení by měli zájem. Tak jako je tomu v předchozí otázce 33 (44,5 %) respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Opět jsem zde počítala 68 respondentů jako 100 %. O nácvik komunikace by mělo zájem 13 (19,1 %) respondentů, k teoretickému školení se přiklání 9 (13,2 %) respondentů, 46 (67,6 %) respondentů by si vybralo praktické školení.

3 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat výskyt násilí vůči všeobecným sestřám. Zjistit tedy, jak všeobecné sestry zvládají situace s agresivním pacientem a posoudit reakce pacienta. K předem stanovenému cíli byly sestaveny 4 výzkumné otázky. Pro výzkumné šetření sloužilo jako podklad celkem 101 online dotazníků, které byly sestaveny z 20 otázek.

Více agresivní je podle výzkumu z roku 2016 mužské pohlaví, tak odpovědělo 78,5 % dotazovaných respondentů. U mužů se také více setkáváme s fyzickou agresí uvedlo tak 89,2 % respondentů. (Korábková.,2016).

Zhodnocení 1. výzkumné otázky

První výzkumná otázka se zabývá výskytem agresivity u hospitalizovaných pacientů vůči ošetřujícím všeobecným sestřám lůžkových oddělení. Respondenti ve svých odpovědích odpovídali na to, s jakým typem násilí se setkali s agresivním chováním u pacienta. V dotazníku se k této otázce vztahují otázky č. 6, 7,8,9,10.

Otázka č.6 uvádí, zda se zdravotníci někdy setkali s násilím ze strany pacienta je zřejmé, že všichni dotazovaní respondenti setkali s násilím v ošetrovatelské péči.

V otázce, s jakým typem násilí se nejčastěji respondenti setkávají ve své praxi, uvedlo 3/4 verbální násilí, fyzické násilí, u kterého se nejčastěji sepisuje nežádoucí událost zvolilo 1/4 respondentů, se sexuálním násilím (zde se myslí nevhodné návrhy nebo nevhodný dotek) zažilo ve své praxi jen malá část respondentů tedy 2,9 %. z praxe víme že pokud je pacient verbálně agresivní měli bychom při ošetrovatelských činnostech přistupovat opatrněji a držet si odstup pro případný útěk nebo pro lepší zavolání pomoci.

Pokud měli respondenti zhodnotit, s jakým pohlavím se více setkávají s agresivním chováním, tak 65,3 % dotazovaných uvedlo jako agresora muže. Je pravda, že muži působí agresivněji už z pohledu dávného vývoje.

S tvrzením že muži jsou agresivnější vůči zdravotníkům souhlasí i výzkum z roku 2016 který se prováděl v nemocnici Ivančice a vyhodnotila Kateřina Korábková. S tímto tvrzením plně souhlasím

Další otázka směřovala k zjištění vlivu návykových látek u agresivních pacientů. Respondenti, kteří odpověděli Ano 35,7 % zjistili u pacienta vliv návykové látky na chování pacienta. Většina respondentů 64,3 % se setkali s pacientem který nebyl pod vlivem žádné omamné látky.

Zde máme otázku, která odkazuje k předchozí otázce. Víme, že stejně jako chování ovlivňují omamné látky, stejně tak může naši sebekontrolu ovlivnit momentální zdravotní stav a problémy spojené s ním. U této otázky jsem se respondentů zeptala, zda měl agresor zdravotní potíže, které mohli ovlivnit jeho úsudek a sebekontrolu. Největší část respondentů tedy 49,5 % odpovědělo na tuto otázku ano, zažili tedy napadnutí pacientem, který měl zdravotní problém, který nějakým způsobem ovlivnil jeho chování ke zdravotníkovi. 37,6 % zdravotníků jsi není vědomá žádného zdravotního problému, za to 12,8 % respondentů dala přednosti odpovědi nevim. K této výzkumné otázce bych ráda dodala že, jsem se sama setkala s agresivními pacienty, kteří měli nejčastěji velké bolesti a tím pádem neovlivňovali svoje chování a chtěli se co nejrychleji bolesti zbavit.

Zhodnocení 2 výzkumné otázky

Druhá výzkumná otázka se zaměřena na to, jaké jsou metody používáme ve zvládnání násilného chování ve zdravotnických zařízeních. K této otázce se vztahují otázky č. 11, 13, 14, 15.

Abychom věděli, jaké metody v praxi použít je důležité znát nejčastější činnosti při kterých může k násilí dojít, alespoň pro mě je tato informace důležitá. Pro to jsem do výzkumu zahrnula otázku, která se zaměřuje na činnosti, při kterých došlo podle respondentů k agresivnímu chování. Základní hygienická péče o pacienta zvolilo největších část respondentů 42,4 % na druhém místě v počtu agresivních projevů zvolili respondenti podávání léků, zde si kladu otázku, proč se pacient uchýlil k agresi, když se mu zdravotník snažil pomoci léky. Při podávání stravy se vyskytla agrese u 12,8% zdravotník při edukaci nebo informování pacienta se také může setkat s agresivním projevem ze strany pacienta, dedukuji tak z odpovědi, kde tuto činnost zvolilo 10,8 % respondentů. Dlouhé čekání na vyšetření je dlouholetý problém. Dlouhé čekání může způsobit mnoho incidentů například akutní vyšetření u pacienta v ohrožení života nebo zdravotní stav pacienta před Vámi. Pacienti, kteří dlouho čekají mohou být podle mě frustrováni, přicházejí o čas čekáním a myslí na věci které by mohli místo čekání dělat.

Proto i zde můžeme narazit na agresivní projevy pacienta. Tuto skutečnost uvedlo 12,8 % respondentů. Jiné blíže nespecifikované činnosti uvedlo 0,9 % respondentů.

Důležitá pro mě byla i reakce samotného respondenta. Na tuhle problematiku se zaměřuje otázka č. 13. nejčastější reakce respondentů byla omezit hybnost agresorovi celkem 35,6 %. zavolat lékaře nebo pohrozit domluvou volí 22,7 % respondentů. Samotná domluva od zdravotníka ve službě si vybralo 19,8 %. Podávání medikace po telefonické domluvě s lékařem nebo se již agresivní incident opakuje tudíž má pacient v dokumentaci zaznamenanou medikaci volí 18,8 %.

Další otázka navazuje na předchozí, když zažijeme agresivní projev od pacienta musíme to nějakým způsobem nahlásit, aby se zamezilo dalšímu incidentu. Hlásit agresivního pacienta můžeme mnoha způsoby do dotazníku jsem vybrala ty nejčastější. Více než polovina respondentů 56,4 % hlásí agresivního pacienta při předání služby jiným zdravotníkům kde se předává celkový stav pacienta. Další možnost, kterou si mohli respondenti zvolit byla hlášení agrese na pracovišti na pracovišti, udělalo tak 5,9 %. Pokud by se agrese opakovala 19,8 % respondentů zvolí sepsání nežádoucí události v rámci nemocnice. Do dokumentace pacienta, se kterou respondenti pracují zaznamenává násilí 17,8 % respondentů. K této výzkumné otázce bych ráda dodala že na tuto otázku mohli respondenti zvolit pouze jednu odpověď, z praxe ale vím že se používá kombinace odpovědí nebo při závažném incidentu všechny odpovědi.

Poslední otázka, která se váže na 2 výzkumnou otázku byla otázka jakou metodu si zvolí nadřízený při ohlášení agresivního pacienta na pracovišti. Pro upřesnění zde jsem myslela vrchní sestry, staniční sestry ale i sestru ve službě odpovídající za oddělení. Jako u předchozí otázky jsem zde zvolila odpověď sepsat nežádoucí událost, udělalo tak 52,4 % respondentů. Snažit se vyřešit, a to jakýmkoliv způsobem, nebo brát na vědomí že se něco takového děje (použila jsem zde odpověď bez jasné specifikace) uvedlo 41,5 % respondentů. Přímou domluvou pacienta a vymezení hranic při chování v nemocnici a odpovídající trest za toto porušení uvedlo 4,9 % respondentů. Odpověď jiné zvolil jeden respondent 0,9 % u této odpovědi nebyla možnost napsat možnost jakou metodu zvolili. Omezovací prostředky tedy kurtace pacienta, omezení hybnosti na dobu nezbytně nutnou nezvolil zde žádný respondent.

Zhodnocení 3 výzkumné otázky

Třetí výzkumná otázka měla za úkol zmapovat kde se zdravotníci nejčastěji setkávají s agresivním pacientem. K této otázce se pojí pouze dvě otázky v dotazníku a to otázka č.3 a 12.

Otázku 3 jsem zakomponovala do dotazníku, proto abych mohla zmapovat na jakých oddělení se nejčastěji zdravotníci setkávají s agresivním projevem ze strany pacienta. Z odpovědí respondentů usuzuji že se na oddělení kterém zvolili jako odpověď, že se setkali s agresivním projevem právě tam. Oddělení jsem vybírala podle velikosti lůžkových oddělení v Oblastní nemocnici Kladno, kde jsem výzkum prováděla. Největší počet lůžkových stanic v mé zvolené nemocnici je chirurgické oddělení (celkem 4 stanice), zde pracuje 21,7 % tázaných, druhé oddělení v počtu stanic je interní oddělení (celkem 3 stanice) zde pracuje podobně jako na předchozím 22,7 % respondentů. Stejný počet tázaných respondentů byl v oddělení ARO, JIP, centrální operační sály a urologické oddělení tedy 9,9 % respondentů. Pneumologické oddělení jsem si vybrala z důvodu mého plnění praxe, všimla jsem si zde že je tu mnoho potencionálních agresorů, musím ale podotknout, že zde si zdravotníci umí s agresivním pacientem poradit. Jako své pracoviště zde uvedlo 13,8 % respondentů. Ambulanci si zvolilo pouze 6,9 % respondentů, myslím si, že v ambulantním provozu je velmi důležitá správná komunikace s pacientem. Nejméně respondentů zvolilo odpověď jiné tedy 4,5 %, u této otázky jsem nedala možnost napsat na jakém oddělení pracují.

V další otázce jsem se soustředila na denní dobu, ve které se incident stal. Myslím, že když už jsem zmapovala, na jakých oddělení se násilí děje nejčastěji je důležitá také denní doba kdy byl zdravotník napaden. 3/4 (73,2 %) ve dne kdy si myslím že je to pro pacienta více stresující. 1/4 (26,8 %) uvedlo noc tady vidím problematiku v tom, že v noci je na oddělení méně zdravotníků tudíž nebude tak rychlá reakce na incident.

Zhodnocení 4 výzkumné otázky

Poslední výzkumná otázka se zaměřuje na možnosti prevenci ve zdravotnickém zařízení. Na tuto otázku se zaměřuje otázka č. 18, 19, 20.

První otázka v dotazníku, která se zaměřuje na prevenci násilí jsem se respondentů zeptala, zda mají od svého zaměstnavatele možnost absolvovat jakékoliv školení nebo preventivní program s tematikou násilí v ošetrovatelské péči. Zde jsem byla překvapena že 85,1 % respondentů nemá od zaměstnavatele možnost žádné takové školení

absolvovat. Za to 15,8 % respondentů má od zaměstnavatele možnost se nějakého školení zúčastnit. Při přemýšlení, proč někteří respondenti mají možnost a druzí nemají a mají stejného zaměstnavatele jsem si ve své praxi všimla, že spousta zdravotníků pracuje v Oblastní nemocnici Kladno pouze na zkrácený nebo částečný úvazek a pracují ještě v jiné nemocnici.

V otázce č. 18 jsem se zabývala o to, jestli by respondenti měli zájem absolvovat už zmíněné školení. Zájem projevilo 58,9 % respondentů. Absolvovat školení by nemělo zájem 41,1 % tázaných respondentů

U poslední otázky jsem se respondentů ptala, o jaký typ školení přesně by měli zájem, k výběru jsem uvedla nácvik komunikace, teoretické školení a praktické školení. Největší zájem jsem zaznamenala praktické školení toto školení by chtělo 60,8 % respondentů, nácvik komunikace mezi zdravotníkem a agresivním pacientem si vybralo 23,2 % respondentů a nejmenší zájem jsem zaznamenala u teoretického školení. U této otázky jsem se sama zamyslela, jaký typ školení bych si vybrala a přikláním se k praktickému nácviku mezi zdravotníkem a agresivním pacientem.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Komunikace s pacientem umožňuje získat dostatek informací nejen o pacientově nemoci, ale i usnadňuje rozhodnout o správné léčbě a ošetrovatelské péči, v neposlední řadě zmírňujeme strach pacienta a jeho blízkých příbuzných a jeho přátel z nemoci a s tím spojené bolesti a strach z umírání. Důležitost zde hraje porozumění edukace a léčebného plánu. Jsem plně přesvědčena že role sestry je nenahraditelná, ale také velmi psychicky náročná na psychiku. Ráda bych aby se rozšířilo vzdělávání sester, kde bych volila právě mnou řešenou problematiku násilí v ošetrovatelské péči. Vhodné by také byli praktické cvičení kde by se sestram ukázalo jako zakročit proti agresorovi, tyto cvičení lze použít i v běžném životě, pokud by například došlo k napadení. Přínos vidím i v teoretické znalosti kdy by se přednášelo o řeči těla, protože z toho lze poznat agresivního pacienta před útokem. Pokud bychom tohle chování poznali lze předejít napadení zdravotníka či jiného pacienta.

V praxi bych doporučila proškolení personálu v oblasti psychologického vzdělávání, které by se mohlo zaměřit na psychoanalýzy pacienta, která by vedla k vysvětlení původu agrese u pacienta a následně k porozumění a pochopení problému. Dále proškolení personálu v oblasti komunikace sestry s pacientem, jelikož i sestra, ač nevědomky může vysílat negativní signály tělem i mluvou. Zaměřit se ale i na psychické zdraví zdravotníků, jelikož pokud má člověk jakýkoliv problém v osobním životě bude se to negativně odrážet i v jeho profesním životě.

Abychom předešli agresivnímu chování hospitalizovaného pacienta nejen k ošetrujícím pracovníkům ale i k ostatním pacientům musíme splnit několik podmínek. Můj názor je že první podmínkou je předcházení agresivního chování hospitalizovaných pacientů právě pravidelným proškolením personálu, které bych doplnila praktickým nácvikem, jak správně přistupovat pacientům s násilnými sklony. Myslím si, že pro to abychom uměli s takovými pacienty pracovat musíme se to naučit buď tím, že útok zažijeme nebo právě informací a doplňování poznatků ze školení zdravotnického personálu.

V neposlední řadě i uzpůsobení prostředí pro pacienty, nemít na pokoji předměty které by se dali použít jako zbraň, zde se pozastavím nad osobními věcmi pacienta. Už za svojí krátkou praxi jsem byla svědkem střelné zbraně v osobních věcech pacienta která, bohužel byla použita pacientem proti sobě samému. Víím, že osobní věci nesmíme prohledávat, ale pokud to dělat nebudeme je tu otázka kolikrát ještě v médiích uslyšíme

o střelbě v nemocničních zařízeních. Pro tento případ to nejmenší, co můžeme udělat je čestné prohlášení o žádných zbraní držných v osobních věcech.

Závěr

Bakalářská práce „problematika násilí v ošetrovatelské péči“ se v teoretické části zabývala vysvětlení základních pojmů, teorií agrese, druhy agresivních projevů, druhy násilí, biologické předpoklady člověka k agresi, základní druhy násilí, náchylnost k agresi, neuspokojení životních potřeb, mobbing, nemoc jako šanci k agresi, jak člověk překonává náročné životní situace a typy obranných mechanismů, agresivní chování v ošetrovatelské praxi, nejčastější příčiny a formy agresivního chování pacienta vůči zdravotníkovi, dále spojené uklidňující vlivy, projevy agresivního chování zdravotníků s ním spojené důsledky napadení a pomoc při zážitku, pohled práva na agresi, syndrom vyhoření, psala jsem o lidech postižených posttraumatickým syndromem, seznámila jsem se obecně s násilím ve zdravotnickém zařízení a dále s nimi spojené preventivní programy v České republice.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat situaci ohledně výskytu agresivního chování pacientů vůči všeobecným sestřám v mnou zvolené Oblastní nemocnici Kladno, který byl splněn. Během působení v nemocnici všichni dotazovaní respondenti zažili násilí ze strany pacienta. Ve třetí výzkumné otázce jsem přesně zmapovala kde se všeobecné sestry setkávají s násilím nejčastěji.

Úkolem první výzkumné otázky bylo zjistit s jakým typem násilí se všeobecné sestry setkávají nejčastěji ve své praxi. Tři čtvrtiny respondentů odpovědělo že nejčastější typ násilí, kterému jsou vystaveny je slovní a fyzické násilí vůči všeobecným sestřám. Zbytek respondentů pak odpovědělo že se setkává buď jen fyzickým nebo sexuálním násilím. V druhé výzkumné otázce jsem se zabývala metodami ve zvládnání násilného chování v Oblastní nemocnici Kladno. Tento cíl byl splněn. Nejčastější metoda ve zvládnání agresivního pacienta uvedli respondenti kurtaci tedy omezení hybnosti pacienta. Zbytek respondentů zvolilo buď domluvu s pacientem nebo zavolání lékaře a s tím spojenou aplikaci medikamentů dle ordinace lékaře. Ve třetí výzkumné otázce jsem se respondentů ptala, na jakém oddělení pracují. Zmapovala jsem oddělení kde se všeobecné sestry setkávají s agresivním pacientem. V tomto případě bylo nejvíce hlasy zvoleny oddělení interní a chirurgické, méně hlasů ale pořád stojí na zmínku je pneumologické oddělení. Tyto oddělení mají největší problém s agresivními pacienty oproti jiným oddělením. Čtvrtá a poslední mnou zvolená výzkumná otázka byla zjistit jaké jsou možnosti v prevenci násilí, zde jsem se přímo zaměřila na preventivní programy s tematikou násilí

ve zdravotnickém zařízení. Pouze jedna čtvrtina respondentů má možnost od zaměstnavatele absolvovat školení s touto tematikou, zbylá část tuto možnost nemá, při otázce zájmu o toto preventivní opatření projevila zájem větší polovina respondentů. Více než polovina respondentů by se zúčastnila praktického školení s tematikou problematika násilí.

Chtěla bych podotknout, že setkání s násilím v jakékoliv formě nejen ve zdravotnickém zařízení je vždy pro každého negativní zážitek, zvláště když je spojen s tak odpovědným povoláním jako všeobecná sestra nebo jakýkoliv zdravotnický personál. Sestra nemůže opustit práci a jít se na nějakou dobu odreagovat a odpočinout si, jelikož pacienti vyžadují zdravotní péči. Pro povolání všeobecné sestry je pokora a pochopení jedním ze základů předpokladu dobré všeobecné sestry. Důležitá při tomto povolání je verbální i neverbální komunikace které nám umožní získat informace o psychické i fyzickém rozpoložení pacienta, ale i jeho nejbližších příbuzných a přátel. Bez těchto dovedností si naši profesi nelze reálně představit.

Při psaní závěru této práci si víc a víc uvědomuji že tento jev je stále častější a výskyt agresivního chování pacientů je již denní chleba všeobecných sester. Do budoucna by nebylo jistě od věci zabývat se touto problematikou zabývá specifitěji protože je lepší problematice předcházet než řešit vzniklý problém

Seznam použité literatury

BURDA, Patrik,2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*.1.vydání Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-564-8.

Brožura ICN,2001. *Jak zvládnout násilí na pracovišti*. Praha, ČAS

Brožura ICN,2001. *Společně proti násilí*. Praha, ČAS, 2001

ČERMÁK, Ivo,1999. *Lidská agrese a její souvislosti*.1.vydání Žďár nad Sázavou: Fakta. ISBN 80-902614-1-8.

DAHLKE, Rüdiger,2005. *Agrese jako šance: psychická podstata zdravotních problémů a onemocnění*. Přeložil Václav KLUMPAR.1.vydání Praha: Ikar. ISBN 80-249-0546-9.

Florence.cz,2016. *Stop násilí ve zdravotnictví* Florence [online]. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/stop-nasili-pro-zdravotnictvi/>

HAŠKOVCOVÁ, Helena,2004. *Manuálek o násilí*.1.vydání V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-397-X.

KORÁBKOVÁ, Kateřina, 2016. *Problematika agresivního chování hospitalizovaných pacientů*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce PhDr. Iva Dubnová

KŘIVOHLAVÝ, Jaro,2004. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*.1.vydání Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0818-3.

LÁTALOVÁ, Klára,2013. *Agresivita v psychiatrii*.1.vydání Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.

MARTÍNKOVÁ, Lenka,2016. *Agrese – co o ní víme? Osobní rozvoj*. In: Psychologie pro každého [online].2016 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/agrese-co-o-ni-vime/>

Mobbing,2002 In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, [cit.2021-02-09]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Mobbing>

PEKARA, Mgr. Jaroslav,2016. *Prevence násilí ve zdravotnictví: násilí ve zdravotnictví – mezi zdravotníkem a pacientem. Stop násilí* [online]. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: https://www.stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-Násilí-ve-zdravotnictví_zdravotník_pacient.pdf

PONĚŠICKÝ, Jan,2004. *Agrese, násilí a psychologie moci*.1.vydání Praha: Triton. ISBN 80-7254-593-0.

PORTERFIELD, Kay Marie,1997. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*.143. svazek Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Linka důvěry. ISBN 80-7106-262-6.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ,2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*.1.vydání Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.

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

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK,2006. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*.1.vydání Praha: Galén. Care. ISBN 80-7262-392-3.

VYMĚTAL, Jan,1994. *Základy lékařské psychologie*.1.vydání Praha: Psychoanalytické nakl. Psychoterapia ; 4. ISBN 80-901601-3-1

Wikiskripta,1998, *Nemoc*. Wikiskripta [online]. Praha. [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Nemoc>

ZACHAROVÁ, E., J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, a V. LITTVÁ,2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*.1.vydání Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7368-703-8.

Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů.....	38
Graf 2 Pohlaví respondentů.....	39
Graf 3 Pracoviště.....	40
Graf 4 Vzdělání respondentů.....	41
Graf 5 Délka praxe.....	42
Graf 6 Setkání s agresivním pacientem.....	43
Graf 7 Typ násilí.....	44
Graf 8 Pohlaví agresora.....	45
Graf 9 Vliv omamných látek.....	46
Graf 10 Zdravotní potíže.....	47
Graf 11 Činnost.....	48
Graf 12 Denní doba.....	49
Graf 13 Reakce.....	50
Graf 14 Hlášení násilí.....	51
Graf 15 Reakce nadřízeného.....	52
Graf 16 Vývoj posttraumatické poruchy.....	53
Graf 17 Řešení posttraumatické poruchy.....	54
Graf 18 Preventivní programy.....	55
Graf 19 Zájem o preventivní programy.....	56
Graf 20 Typ školení.....	57

Seznam Příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – žádost o umožnění dotazníkového šetření