

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Věra Šertlerová

**HODNOCENÍ VÝZNAMU VYBRANÝCH TÉMAT
Z PSYCHOLOGIE PRO POMÁHAJÍCÍ PROFESE**

Olomouc 2014

vedoucí práce: doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením doc. PhDr. Josefa Konečného, CSc., a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 14.4. 2014

.....

Bc. Věra Šertlerová

Tímto bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování této diplomové práce, především vedoucímu práce doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc., kterému vděčím za užitečné rady i ochotnou pomoc při řešení obtížných situací a za čas, který mi takto vyhradil. Neméně bych chtěla poděkovat respondentům – zdravotníkům z FN Olomouc, kteří byli ochotni spolupracovat při realizaci průzkumného šetření pro tuto diplomovou práci.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍLE PRÁCE	8
1.1 DÍLČÍ CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE	8
2 TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	9
2.1.1 Rozpis učiva předmětu psychologie a komunikace	9
2.1.2 Zdravotnický asistent	11
2.1.3 Diplomovaná všeobecná sestra	13
2.1.4 Všeobecná sestra	16
2.1.5 Postkvalifikační/postregistrační vzdělávání.....	19
2.2 VÝZNAMNOST VYBRANÉHO VÝUKOVÉHO TÉMATU	21
2.2.1 Příčiny agresivity a násilí	23
2.2.2 Agrese a média	25
2.2.3 Druhy agresivity	26
2.2.4 Stupně agresivity	29
2.2.5 Agresivita ve zdravotnických zařízeních	29
2.2.6 Fáze napadení.....	34
2.2.7 Zvládání agresivity	35
2.2.8 Přístup k agresivnímu pacientu	36
2.2.9 Omezovací prostředky.....	37
2.2.10 Preventivní opatření	38
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	42
3.1 CÍLE VÝZKUMU	42
3.2 METODA VÝZKUMU	42
3.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	43
3.4 REALIZACE VÝZKUMU	44
4 VÝSLEDKY	45

4.1	ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU	45
4.2	ROZDĚLENÍ PODLE NEJVYŠŠÍHO DOSAŽENÉHO VZDĚLÁNÍ	46
4.3	ROZDĚLENÍ PODLE DÉLKY PRAXE	48
4.4	ROZDĚLENÍ PODLE ODDĚLENÍ	49
4.5	SOUHRN	52
4.6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
5	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	64
	SOUHRN	66
	SUMMARY	67
	REFERENČNÍ SEZNAM	68
	SEZNAM ZKRATEK	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM GRAFŮ	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Psychologické poznatky mají v průběhu léčby nenahraditelnou roli. Napomáhají zdravotnickému personálu např. zvolit vhodnou formu sdělení diagnózy nebo motivovat klienta k zapojení se do léčebného procesu. Slouží také k posuzování osobnosti klienta, jeho povahových vlastností či temperamentu, pomáhají odhadnout, jak bude klient zvládat náročnou situaci spojenou s nemocí a pobytem v nemocnici, ať již se jedná o krátkodobou nebo dlouhodobou léčbu. Právě oblast psychologických poznatků je aplikovatelná téměř ve všech typech zdravotnických zařízení. Sestra by měla mít specifické znalosti z psychologie a měla by umět je vhodně terapeuticky využívat v praxi, aby minimalizovala agresivní chování klienta a zamezila fyzickému napadení.

Tato diplomová práce si klade za cíl zjistit, jaká je úroveň znalostí z psychologie u všeobecných sester / zdravotnických asistentů ve vztahu ke sledovanému tématu. Konkrétně jde o jeden z významných negativních společenských jevů – fenomén nazvaný agresivita. Bohužel se s ní stále často setkáváme i ve svém každodenním životě. Není tedy pochyb o významnosti daného výukového tématu. Budoucnost vzdělávání zdravotnického personálu se odvíjí od trendu zdravotnictví, které je otevřeno novým vědeckým poznatkům. To v kombinaci s probíhajícími změnami přináší vysoké nároky zejména na zdravotnické pracovníky. Ti jsou neustále vystaveni stresu na pracovištích, který negativně dopadá nejen na samotné zdravotníky, ale i na pacienty nebo jejich rodinné příslušníky. Je prokázáno, že psychické a fyzické násilí na pracovišti zvyšuje náklady, resp. snižuje efektivitu poskytované zdravotní péče. Psychologie je oblast, na kterou by se měly klást větší vědomostní požadavky.

Další cíle práce budou směřovány k výukovému tématu agrese/agresivita, konkrétně k zmapování nejčastějších situací, které vedou k agresivnímu chování ze strany pacienta. Většina „moderních“ autorů se přiklání k názoru, že agresivita patří mezi jevy značně složité a na její vznik mají vliv jak faktory vnitřní, společenské, tak i vnější. Obecný nárůst těchto negativních jevů „moderní doby“ je úzce spjat se zvýšeným výskytem agresivity i v resortu zdravotnictví. Zde chci vyhodnotit nejčastější formy a stupně agrese v závislosti na zkoumaných pracovištích a definovat nejčastějšího agresora ve vztahu k věku a pohlaví.

Práci pojednávám kvantito-kvalitativním způsobem. Zahrnuje teoretickou a praktickou část; v teoretických poznacích je podstatná část vyhrazena samotným příznakům, typům a příčinám agresivity, tomu, jak správně vyhodnotit rizika agresivity a

provádět prevenci jejího vzniku, a také cenným návodům k řešení konkrétních situací. Menší prostor se věnuje vzdělávání všeobecných sester / zdravotnických asistentů se zaměřením na předměty, v nichž získávají potřebné psychologické znalosti. Hlavním zdrojem informací byla odborná literatura a adekvátní internetové stránky. Ve výzkumné části jsou zpracovány výsledky dotazníků, které byly použity jako metoda pro dosažení stanovených poznávacích cílů. Výsledná data by mohla posloužit jak pedagogickým pracovníkům na zdravotních a sociálních školách, tak manažerskému vedení nemocnic.

Výběr tématu této diplomové práce je z velké části ovlivněn mým osobním zájmem o psychologii, která mě poprvé oslovila na střední zdravotnické škole. Důležitým prvkem byla i má pracovní zkušenost z chirurgické JIP, během které jsem se velmi často dostávala do situací, kdy jsem průběh děje neměla plně v rukou. Každý člověk je originální a individuální a co platí u jednoho, nemusí platit na druhého.

1 CÍLE PRÁCE

Tato diplomová práce si klade za hlavní cíl **zjistit, jaká je úroveň znalostí z psychologie u všeobecných sester / zdravotnických asistentů ve vztahu ke sledovanému tématu**. Podrobně se zabývá agresí, což je jedno z výukových témat probíraných ve školách a diskutovaný společenský bod snad ve všech oblastech.

1.1 Dílčí cíle diplomové práce

Pro tvorbu přehledové diplomové práce byly stanoveny a formulovány následující tři dílčí cíle.

Cíl č. 1: Vyhodnotit nejčastější formy a stupně agrese v závislosti na zkoumaných pracovištích (položka v dotazníkovém šetření 4, 5, 6 a 7).

Cíl č. 2: Zmapovat nejčastější situace, které vedou k agresivnímu chování ze strany pacienta (položka v dotazníkovém šetření 12 a 13).

Cíl č. 3: Definovat nejčastějšího agresora ve vztahu k věku a pohlaví (položka v dotazníkovém šetření 8, 9, 10 a 11).

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků

Vzděláním se rozumí souhrn znalostí, které získáme během procesu vzdělávání. Rozvíjí naše vědomosti, intelektové schopnosti a praktické dovednosti. Formuje kognitivní stránku osobnosti, umožňuje jednat na základě znalostí a názorů a rozvíjí poznávací schopnosti člověka. Vzdělání je pojem vyjadřující výsledek vzdělávání. Na základě historie vznikly různé formy a úrovně. Těmi jsou vzdělání všeobecné a odborné; teoretické a praktické; základní, střední a vysokoškolské.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo nutné upravit podle požadavků Evropské unie. Podléhá legislativám, finanční a časové náročnosti studia. Je to kontinuální proces, který lze rozdělit do tří stupňů. První dvě fáze spočívají v přípravě na budoucí povolání a probíhají na středních, vyšších odborných nebo vysokých školách. Následuje specializační vzdělávání v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně; poslední proces trvá nejdéle a je charakterizován tzv. celoživotním vzděláváním. Uskutečňuje se prostřednictvím seminářů, konferencí (aktivní nebo pasivní účast), certifikačních a inovačních kurzů, pedagogickou a výzkumnou činností atd.

Zaměstnavatelé zaujmají důležitou roli v dalším procesu vzdělávání svých podřízených. Svým pozitivním přístupem motivují zaměstnance k získávání a prohlubování vědomostí. Bohužel se najdou i tací, kteří zaměstnance nejenže nepodporují, ale neuznávají ani zvýšenou kvalifikaci.

2.1.1 Rozpis učiva předmětu psychologie a komunikace

Psychologie jako věda – předmět psychologie, odvětví psychologie, vztah psychologie k jiným vědním oborům, metody psychologie, využití psychologie v praxi, fylogeneze a ontogeneze lidské psychiky, reflexní činnost.

Člověk jako osobnost – charakteristika osobnosti, biologická a sociokulturní determinace osobnosti, vývoj osobnosti v procesu socializace, struktura a rysy osobnosti, vlastnosti osobnosti – klasifikace a charakteristika, motivace, potřeby, zájmy, postoje, hodnoty a cíle,

utváření osobnosti, motivace a učení, typologie osobnosti, poznávání a posuzování osobnosti, chyby v soudech, stereotypy a předsudky, sebepoznání, sebehodnocení a seberealizace, motivace a životní cíle, sebevýchova a sebevzdělávání, požadavky na osobnost zdravotnického pracovníka, poruchy osobnost a jejich prevence, rozvoj osobnosti.

Psychické procesy a stavy – poznávací procesy (čítí, vnímání, pozornost), paměť, poruchy paměti, učení, vybrané metody a techniky učení, myšlení, poruchy myšlení, řešení problémů, řeč, poruchy řeči, city, citové reakce a citové stavy, motivace, postoje, potřeby, volní jednání.

Vývojová psychologie – charakteristika ontogenetického vývoje psychiky, faktory vývoje, charakteristika vývojových stadií, vývoj a uspokojování potřeb v jednotlivých vývojových stadiích.

Sociální psychologie – začlenění sociální psychologie do psychologických disciplín, sociální podstata osobnosti, sociální učení a zrání, sociální vnímání, sociální interakce, sociální skupiny, pozice, role, status, vedení, profesní skupiny ve zdravotnictví, zásady týmové práce, poruchy socializace.

Komunikace – nácvik komunikačních dovedností, charakteristika, druhy komunikací, nácvik neverbální komunikace, nácvik verbální komunikace, kultura řeči, navazování kontaktů – využití nonverbálních a verbálních prostředků.

- Komunikace a řešení modelových situací souvisejících s hledáním zaměstnání, osobní prezentace, kultura vystupování a chování uchazeče o zaměstnání.

- Umění komunikace a jednání s lidmi, produktivní a neproduktivní chování, vyjednávání, řešení konfliktů, komunikace s nemocným dítětem, dospělým, rodinnými příslušníky, evalvace – devalvace.

- Komunikace s nemocným, **agresivním**, s psychickými obtížemi (deprese, úzkost, neuróza), handicapem, komunikace s vážně nemocným.

Vliv civilizace na psychiku člověka – náročné životní situace a jejich vliv na člověka, stres, frustrace, deprivace, strach, **agrese**, týrání a zneužívání, domácí násilí, diskriminace, problematika závislosti, péče o duševní zdraví, syndrom vyhoření a jeho prevence, odolnost vůči zátěži, techniky vyrovnávání se s náročnými životními situacemi, relaxační techniky.

Zdravotnická psychologie – psychologie nemoci, vliv choroby na psychiku nemocného, subjektivní prožívání nemoci, poměr nemocného k nemoci, prožívání nemoci v čase, faktory, které tyto změny určují, bolest, strach, úzkost, iatrogenie a hospitalismus, zvláštnosti přístupu k nemocným s mentálními, tělesnými defekty a vadami řeči a sluchu, produktivní a neproduktivní přístup zdravotníka k nemocnému, problematika umírání a smrti.

Psychologie zdravotnického asistenta – pojem profesionální chování, profesionální adaptace a deformace, požadavky na osobnost zdravotnického asistenta, faktory ovlivňující jeho pracovní výkon, zásady profesionálního chování zdravotnického asistenta.

Psychologie zdravotnického prostředí – psychologie čekárny, ordinace a nemocničního prostředí, problematika domácí péče.

Psychologický přístup k menšinám – příslušníci minoritních skupin (ŠVP ZA 2010).

2.1.2 Zdravotnický asistent

Výuka studijního oboru byla zahájena v roce 2004 na středních zdravotnických školách. Studium trvá 4 roky a je ukončeno maturitní zkouškou. Zdravotnický asistent byl vytvořen jako náhrada studijního oboru všeobecná sestra, který lze v současné době studovat na vyšších odborných a vysokých školách.

Žáci během studia získají vědomosti, dovednosti a návyky potřebné k výkonu profese středního zdravotnického pracovníka. Současně obor poskytuje i širší všeobecné vzdělání, které je důležité pro další stupeň studia a uplatnění na trhu práce. Cílem vzdělávacího programu je připravit zdravotníka, který je schopen samostatně nebo ve spolupráci s pracovním týmem vykonávat ošetrovatelskou činnost v rámci ošetrovatelského programu. Dle zákona č. 96/2004 Sb. pracuje zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Ve spolupráci s lékařem poskytuje preventivní, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou, diagnostickou a dispenzární péči v rozsahu své odborné způsobilosti (Věstník MZ ČR, 2010).

Žáci jsou v průběhu studia vedeni k pečlivosti a odpovědnosti za kvalitu své práce, k trpělivosti a ochotě při jednání s pacienty. Současně jsou směřováni k získání pozitivní

orientace pro osobní, pracovní i občanský život. Důležitým aspektem výchovy je péče o vlastní zdraví a prevence nemocí.

Vzdělávací program klade důraz na různorodost odborné výuky, tzn. praktická výuka je realizována v předmětech ošetrovatelství, ošetrovatelská péče a probíhá za běžného provozu zdravotnických a sociálních zařízení. Žáci se učí používat odbornou terminologii, pracovat s informacemi, adekvátně komunikovat s klienty a zdravotnickým personálem podle svých kompetencí, ošetřovat nemocné a vykonávat odborné výkony. Součástí odborné výuky je osvojení si zásad a dovedností předlékařské první pomoci a ochrany člověka za mimořádných situací. Studium se také zaměřuje na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, dodržování protiepidemiologických a hygienických požadavků.

Absolvent je pak připraven poskytovat ošetrovatelskou péči dospělým i dětem (s výjimkou novorozenců), uplatní se ve zdravotnických zařízeních lůžkového i ambulantního typu a v domácí ošetrovatelské péči jako zdravotnický pracovník. Může pracovat v zařízeních sociální péče, a to zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, ve stacionářích pro osoby se zdravotním postižením, v ústavech sociální péče, zařízeních geriatrické, hospicové a respitní péče (Rámcový vzdělávací program, 2004).

Výuka psychologických poznatků na střední škole

Podle Rámcového vzdělávacího programu spadá předmět psychologie a komunikace pod okruh sociální vztahy a dovednosti. Formuluje vztah žáků k povolání a rozvíjí jejich profesní a sociální kompetence k pacientům. Cílem předmětu je předat žákům znalosti z psychologie, které využijí při řešení konkrétních problémů a situací. Žáci se tak naučí pochopit motivy jednání druhých lidí, zároveň dojde k rozvoji vlastní osobnosti a žáci si uvědomí své schopnosti, přednosti i nedostatky. Výuka je směřována k tomu, aby si žáci vhodnou mírou upevnili svoje sebevědomí a byli schopni reálného sebehodnocení, aby přijímali v plném rozsahu odpovědnost za svá rozhodnutí. Je u nich rozvíjena schopnost vytvářet si vlastní úsudek, obhájit a stát si za svým názorem, předat své zkušenosti dál, nenechat sebou manipulovat a přijmout kritiku druhých. Rozvíjí se jejich samostatné kritické myšlení a komunikační schopnosti. Psychologie a komunikace plní nezastupitelnou roli při socializaci mladých lidí do společnosti.

Žáci jsou v průběhu studia obeznámeni s psychologií jako vědou o člověku a se základními psychologickými pojmy. Zabývají se vývojovou psychologií, zdravotnickou

terminologií, komunikací s pacienty a rodinnými příslušníky nejen jako s jednotlivci, ale i v rámci multifunkčního týmu. Obohatí své vědomosti rovněž v oblasti sociální psychologie. Ujasní si význam psychologie, přínos i náročnost profese zdravotnického pracovníka.

Výuka psychologie a komunikace je ve dvou ročnících rozdělena na část teoretickou a praktickou. Praktická část vychází z teoretických znalostí a žáci jsou vedeni k vlastní prezentaci, diskuzním metodám, skupinové práci a nácvikům modelových situací.

Vyučovací předmět je úzce provázán s praxí. Jeho prostřednictvím si žáci utváří realistický pohled na život a orientují se v psychologických a sociálních jevech, které je provází každý den. Jeho výuka obvykle probíhá od druhého do čtvrtého ročníku. Záleží na každé škole, jak si výuku rozvrhne, musí však splňovat kritéria Rámcového vzdělávacího programu. Vzdělávací obsah je tematicky rozdělen do jednotlivých ročníků. Dle programu se musí za celou dobu vzdělávání odučit 160 vyučovacích hodin s minimální dotací 5 hodin týdně (Rámcový vzdělávací program, 2004).

2.1.3 Diplomovaná všeobecná sestra

Diplomovaná všeobecná sestra je vzdělávací program pro vyšší odborné zdravotnické školy. Absolventi jsou způsobilí k plnění role a funkcí všeobecné sestry. Jejich náplň práce spočívá ve zlepšení a udržení zdraví klientů, předcházení onemocnění, vyhodnocování, plánování a poskytování profesionální péče v nemoci i rekonvalescenci. Povzbuzují aktivní zapojení jedinců, skupin a komunit lidí do všech aspektů zdravotní péče a tím posilují jejich samostatnost a odpovědnost při zachování zdravého životního prostředí. Ošetrovatelskou péči vykonávají se zaměřením na implementaci individuální a holistické autonomní činnosti. Veškerá poskytnutá péče musí být v souladu s etickými normami, lidskými právy, etickým kodexem profese, právy pacientů a právními předpisy a standardy. Diplomované všeobecné sestry aktivně spolupracují s ostatními členy týmu, přijímají odpovědnost za své rozhodnutí, efektivně fungují v krizových situacích, pracují na zdravotní osvětě, své znalosti během studií uplatňují v praxi a vhodně delegují péči.

Vzdělávací program zahrnuje teoretické vědomosti z věd, o které se opírá všeobecné ošetrovatelství např. ve vztahu k chirurgii, anatomii, mikrobiologii atd. Součástí

odborných poznatků jsou i vybrané sociální disciplíny, které studentům umožní lépe pochopit chování zdravých a nemocných osob, změny ve společnosti, vztahy mezi zdravotním stavem a sociálním prostředím člověka. Pomáhají vytvářet odborné kompetence a osobnostní kvalitu studentů. Jedná se o předměty psychologie a komunikace, sociologie, právo, multikulturní a transkulturní ošetrovatelství atd.

Studenti se rovněž seznámí s používáním vybraných výzkumných metod v ošetrovatelství, prohloubí si své znalosti z přírodních a aplikovaných věd, např. biofyziky, farmakologie, radiologie atd. Vzdělání zahrnuje výuku cizích jazyků, např. anglický a německý, včetně základů latinského jazyka se zaměřením na osvojení základní medicínské terminologie. Program rozvíjí počítačovou gramotnost, ovládání informačních a komunikačních technologií.

Významnou složku vzdělávání zaujímá praktická výuka, jejímž hlavním cílem je osvojení ošetrovatelských postupů, dovedností plánovat, poskytovat a vyhodnocovat zdravotní péči, pracovat v týmu a jednat se zdravými i nemocnými klienty.

Absolventi jsou připraveni samostatně poskytovat celostně zaměřenou ošetrovatelskou péči dospělým i větším dětem ve zdravotnickém, sociálním zařízení a komunitní péči. Ve spolupráci s lékařem se podílejí na preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, dispenzární a neodkladné péči (Věstník MZ ČR, 2010).

Vyšší odborné vzdělání se ukončuje absolutoriem, které se skládá z:

- obhajoby absolventské práce,
- teoretické zkoušky z předmětů ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech, humanitní vědy (psychologie, pedagogika, etika v ošetrovatelství),
- zkoušky z cizího jazyka.

Výuka psychologie na vyšší odborné zdravotnické škole

S psychologickými poznatky se studenti setkávají v prvním ročníku v předmětech psychologie obecná a osobnosti, vývojová psychologie, sociální psychologie a zdravotnická psychologie.

Předmět psychologie obecná a osobnosti seznamuje studenty se základními psychologickými pojmy, směry a metodami a s psychologickou problematikou v rámci

daného oboru. Podněcuje studenty k rozvíjení psychologického myšlení ve vztahu k sobě i jiným. Ústředním a integrujícím pojmem je osobnost. Obsah tvoří hlavní teoretické a aplikační oblasti z psychologie, významné směry současné psychologie a psychologická odborná terminologie. Nedílnou součástí představuje popis osobnosti, včetně její geneze, struktury a dynamiky.

Cílem vývojové psychologie je seznámit studenty s předmětem a systémem vývojové psychologie jako psychologické disciplíny. Zabývá se studiem myšlení, prožívání, jednání a chování v časovém průběhu spolu se souvisejícími podmínkami a příčinami. Řeší problematiku vztahu mezi dědičností a vlivy prostředí. Podrobně se zabývá jednotlivými věkovými stadii, jejich znaky, životními problémy, přechody z jednoho období do druhého. Poznatky, které studenti získají, jsou důležité pro posouzení a diagnostiku změn psychiky v průběhu vývoje jedince. Studenti se naučí stanovit prognózu vývoje, vysvětlí poruchy, dchylky a obtíže během vývoje jedince.

Sociální psychologie je předmět zaměřený na lidskou interakci, zkoumající všechny způsoby, jimiž je naše chování ovlivněno druhými. Zkoumá vliv sociálních faktorů na psychické procesy individua. Student se má naučit do jisté míry předvídat chování lidí podle sociálního kontextu, v němž se nachází. Na základě získaných znalostí pak může zvolit preventivní taktiku a strategii svého chování a naučit se profesionálně zvládat emoce okolí a odvracet zbytečné konflikty mezi lidmi.

Předmět zdravotnická psychologie je taktéž koncipován jako teoreticko-praktický. Řeší problematiku psychologie nemocných, směřuje ke kvalitnějšímu poznání nemocného a k pochopení jeho potřeb i problémů, které mu nemoc přináší. Prohlubuje poznatky, které jsou důležité pro profesní zvládnání náročných situací v péči o nemocné, osoby se zdravotním postižením a umírající jedince (Věstník MZ ČR str. 20, 2010). Škola musí tento předmět odučit v minimálním rozsahu 13 hodin během studia.

2.1.4 Všeobecná sestra

Bakalářské studium

Zdravotnictví je obor, který je charakteristický rychlým pokrokem v praxi a v kvalitě poskytované péče. Následkem je zvýšený požadavek na kvalitu vzdělávání sester. Aby bylo možné roli všeobecné sestry efektivně uplatňovat, je nezbytné vzdělávací program zaměřit hlavně na podporu zdraví jedinců, rodin a komunit v kontextu systému onemocnění a doplnit jej ošetřovatelstvím.

Všeobecná sestra je kvalifikační studijní obor v bakalářském studijním programu ošetřovatelství, který je realizován pouze na univerzitách a vysokých školách. V současné době je tento studijní obor akreditován na 14 fakultách. Standardní doba studia je nejméně 3 roky a zahrnuje 46 000 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin praktického vyučování. Tento obor je plnohodnotným vysokoškolským studiem se zaměřením na přípravu studentů pro praktickou pracovní činnost. Úspěšní absolventi mají možnost pokračovat v dalším studiu příslušných oborů.

Studium všeobecných sester v bakalářském studijním programu probíhá v České republice od roku 2001; toto studium je plně akceptovatelné a mezinárodně srovnatelné. Od roku 1993 do roku 2001 měly všeobecné sestry možnost studovat na vysokých školách ošetřovatelství, ale tehdejší struktura vzdělávání neposkytovala novou kvalifikaci. Žádoucím výsledkem vysokoškolského vzdělání je především zvýšení úrovně kvality poskytované ošetřovatelské a zdravotní péče a dodržování nové legislativy. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání zaručuje plnou kompatibilitu v rámci vzdělávání v EU.

Cíle studijního a vzdělávacího programu se zaměřují na přímý vztah k jednotlivci, rodině a komunitě, rozvoj profese všeobecné sestry, jednotlivé úrovně a oblasti systému péče o zdraví. Záměrem je tedy vychovat sestry, které budou připraveny pro naplnění ošetřovatelských funkcí autonomních (podpora zdraví a prevence nemocí, zdravotní výchova, poskytování informací, podpora a provázení osob v krizových situacích), kooperativních (při koordinaci a plnění odborných výkonů respektuje role jednotlivých odborníků v multidisciplinárním týmu), výzkumných i vývojových a budou vzdělány v plánování, koordinaci a řízení podle směrnice Evropské komise (www.utb.cz., 2000–2014).

Všeobecná sestra musí umět chránit, udržovat, navracet a podporovat zdraví osob a skupin, jejich autonomii a soběstačnost v oblasti tělesných a psychických životních funkcích s přihlédnutím k psychické, sociální, ekonomické a kulturní odlišnosti způsobu života osob se zdravotním postižením (Věstník MZ ČR str. 14, 2010).

Předměty studijního programu zahrnují např. fyziologii, mikrobiologii, klinickou farmakologii atd. Dále se vyučují klinické předměty, např. vnitřní lékařství, chirurgie, neurologie atd. Samozřejmou součástí výuky jsou i cizí jazyky – latinský, anglický a německý. V ošetrovatelských studijních předmětech je kladen velký důraz zvláště na teorii oboru a významnou část studia představuje ošetrovatelská praxe probíhající na akreditovaném pracovišti. V neposlední řadě je studium na vysoké škole doplněno informacemi z oblasti práva a legislativy, ekonomiky a managementu.

S psychologickými poznatky se studenti setkají během svého studia v předmětech komunikace, sociologie, základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství, které spadají pod povinné základní předměty. Povinné oborové předměty nabízí studentům možnost rozšíření psychologických poznatků v předmětu komunikativní péče.

Strategie výuky, studijní metody a hodnocení jsou různé, vycházejí z teorie studia a výuky včetně učení dospělých jedinců. Student zastává roli aktivního účastníka a pedagog se ocitá v roli pomáhajícího. Používají se metody, které stimulují aktivitu jedince, jako jsou semináře, laboratorní demonstrace, projektová činnost, učení založené na řešení problémů a v neposlední řadě samostudium. Praktická výuka navazuje na teoretickou a probíhá ve specializovaných odborných učebnách (www.zsf.jcu.cz, 2013).

Výstupní znalosti a dovednosti všeobecných sester jsou rozděleny na základní, specializované a vysoce specializované podle základních funkcí, které vycházejí z platné legislativy ČR.¹

Vysokoškolské vzdělání se ukončuje státní závěrečnou zkouškou, která se skládá z:

- obhajoby závěrečné práce,

¹§ 5, odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních, a § 2 a § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

- zkoušky z předmětů ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech, humanitní vědy (psychologie, pedagogika, etika v ošetrovatelství).

Absolventi jsou oprávněni užívat titul „bakalář“ ve zkratce „Bc.“ uváděný před jménem.

Výuka psychologických poznatků na vysoké škole

Předmět obecná a vývojová psychologie je koncipován jako teoreticko-praktický. Seznamuje studenty se základní psychologickou terminologií, psychickými procesy a jejich charakteristikou, s psychologickými teoriemi osobnosti, poznatky o citovém prožívání, kognitivních procesech a chování člověka. Poskytuje informace o typických způsobech prožívání, uvažování i chování v jednotlivých fázích lidského života. Předmět formuje vztah k povolání, rozvíjí profesní kompetence a učí studenty aplikovat psychologické teorie v praxi (Věstník MZ ČR str. 20, 2010). Škola musí tento předmět odučit v minimálním rozsahu 25 hodin během studia. Předmět psychologie v ošetrovatelství je koncipován jako teoreticko-praktický. Student je obeznámen s tématy, která jsou součástí náplně práce všeobecné sestry, s psychologickými prostředky ke zvládnutí bolesti, úzkosti, strachu, hněvu a agrese. Předmět řeší problematiku psychologických nároků na smyslově, mentálně a tělesně postižené jedince, prohlubuje poznatky o autoplastickém obrazu nemoci, psychosomatickém, somatopsychickém a samotném postoji zdravotníka a pacientka k nemoci. Výuka se zaměřuje na umírání a smrt z pohledu psychologie.

Magisterské studium

Navazující magisterský studijní program je určen pro absolventy bakalářského studijního programu ošetrovatelství. Délka studia představuje standardně 2 roky. Studijní obor je specializačním studiem v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří mají způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu v profesi všeobecná sestra. Absolventům umožňuje získat úplné vysokoškolské vzdělání a připravit se pro výkon profesionální péče v daném oboru. Studenti mají většinou možnost se vzdělávat v prezenční nebo kombinované formě studia. Magisterské studium umožňuje absolventům realizovat zejména u dospělé populace náročnou, holisticky pojímanou ošetrovatelskou péči. Důraz je kladen na komplexní a interdisciplinární přístup, terapeutické intervence, profesionální komunikaci, výzkum v ošetrovatelství a vzdělávání. Studenti získají potřebné znalosti a praktické dovednosti k týmové i samostatné tvůrčí

práci. Studium počítá i s odborným a ekonomickým zařazením absolventů především do státní, rozpočtové nebo i privátní zdravotnické péče.

Ve skupině navazujících magisterských studijních programů ošetrovatelství nabízí v současné době vysoké školy možnost studia v oborech ošetrovatelská péče v interních oborech, ošetrovatelská péče v geriatрии, ošetrovatelská péče v pediatrii, ošetrovatelství a ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Předměty jsou koncipovány podle studijního oboru.

Studium je ukončeno obhajobou diplomové práce a vykonáním státní závěrečné zkoušky z předmětů, které se liší podle specializace studijního oboru. Po úspěšném ukončení získají absolventi diplom a přiznává se jim akademický titul „magistr“ uváděný před jménem ve zkratce Mgr.

2.1.5 Postkvalifikační/postregistrační vzdělávání

V České republice je umožněno postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester formou specializačního studia, postkvalifikačního univerzitního studia nebo tzv. celoživotního vzdělávání.

Celoživotní vzdělávání

Mádlová ve své knize uvádí, že celoživotní vzdělávání přispívá nejen ke kvalitnější práci, ale rozšiřuje obzor, umožňuje vstupovat do odborných diskuzí a upevňuje sebevědomí. Celoživotní vzdělávání otevírá cestu k řadě zajímavých věcí (Mádlová, 2005).

Postkvalifikační univerzitní studium

Tento typ studia probíhá u nás na úrovni bakalářského nebo magisterského stupně. Zaměřuje se na všeobecné ošetrovatelství, pedagogiku, management nebo studium k získání specializované funkční způsobilosti.

Specializační vzdělávání

Je jednou z možných forem celoživotního vzdělávání vedoucí k prohloubení kvalifikace zdravotnického pracovníka. Uskutečňuje se v akreditovaných zařízeních, která

získala oprávnění k uskutečňování specializačního vzdělávání nebo jeho části podle vzdělávacího programu Ministerstva zdravotnictví. To akreditaci uděluje na základě žádosti a splnění všech podmínek stanovených k uskutečňování toho studia (www.mzcr.cz, 2010).

Studium je zaměřeno na specifika ošetrovatelské péče v různých klinických oborech, nemocniční a terénní péče a na management. Účelem je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (www.nconzo.cz).

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně zajišťuje pro všeobecné sestry studium v oborech

- intenzivní péče,
- perioperační péče,
- ošetrovatelská péče v pediatrii,
- intenzivní péče v pediatrii,
- komunitní ošetrovatelská péče,
- ošetrovatelská péče v interních oborech,
- ošetrovatelská péče v chirurgických oborech,
- ošetrovatelská péče v psychiatrii,
- perfuziologie (nařízení vlády č. 31/2010).

2.2 Významnost vybraného výukového tématu

Z hlediska významnosti se hypoteticky jeví jako nejdůležitější výukové téma agresivita. Setkání s agresivitou v nás zanechá nepříjemný zážitek, který si pamatujeme na dlouhou dobu, a nezáleží na tom, zda jsme přímo účastníkem incidentu nebo jen pozorovatelem. Pokud dojde k podobným situacím ve zdravotnickém zařízení, je nutno použít vhodné nástroje a prostředky k tomu, aby nedošlo k poškození zdraví a majetku.

Vzdělání zdravotnického personálu musí korespondovat s požadavky na poskytování kvalitní péče. Vedení tedy klade důraz nejen na vysoký vstupní kredit ve vzdělání, ale i na celoživotní vzdělávání. Dá se tedy předpokládat zlepšení informovanosti zdravotníků o vzrůstající problematice agresivity vytvořením různých standardizovaných postupů a organizováním průzkumných šetření mezi pacienty i zaměstnanci. V oblasti komunikačních dovedností zdravotníků by se měl klást důraz hlavně na osvojení teoretických a praktických činností.

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení (Vágnerová, 1999).

Křivohlavý (2004) rozlišuje dvě základní formy projevů násilného/agresivního chování, se kterými se často zdravotničtí pracovníci setkávají – **verbální agresi** (např. urážky, nadávky, vyhrožování, ironický tón řeči) a **fyzickou agresi** (přímé napadení, např. úder). Tyto formy agrese jsou pak realizovány přímo proti konkrétní osobě (např. přímé obvinění a napadení sestry na příjmovém oddělení) nebo transformovaně (např. nespokojenost s rozhodnutím lékaře vyvolá konflikt se sestrou).

Agresivita je komplexní fenomén, který v sobě zahrnuje pozitivní i negativní stránku. Problém nastává, pokud se nadměrná agresivita projevuje nevhodným způsobem v nedostatečně socializované nebo v destruktivní formě. Projevy agrese mají biopsychosociální kontext. Mohou být odrazem určitého psychosociálního vývoje, aktuální situace nebo konstelace osobnostních dispozic a kognitivních strategií. Agresivita a násilí jsou záležitostí jak jednotlivců, různých společenských skupin, tak i celé společnosti jako celku. Společenské klima se na jejím vzniku a rozvoji řadou faktorů podílí. Za zvlášť nepříznivé lze považovat vlivy médií, ve kterých jsou násilné jevy zachycovány a zobrazovány stále častěji. Vágnerová upozorňuje na splývání reality a symbolických forem těchto předkládaných jevů. Upozorňuje na skutečnost, že se tyto jevy stávají součástí běžné

zkušenosti. Postupně totiž začínají být považovány za normální, tj. součást sociokulturní normy. To zvyšuje míru tolerance společnosti k agresivitě i násilí (Fischer, Škoda, 2009).

Agresivita a násilí prorůstají skrz naši společnost. Násilí, války a kriminalita dosáhly takových rozměrů, že je zkoumání příčin a možností eliminace agresivních forem chování stále v popředí zvýšeného zájmu. Prezentace násilí prostřednictvím masmédií, internetu a dalších technologií se dále šíří a rozrůstá. Takové jevy, jako např. terorismus, pak souvisí dokonce až s otázkou přežití. Problém lidské agresivity je otázkou psychologickou, sociologickou a také politickou (Fischer, Škoda, 2009).

Vágnerová (2004) agresivitou a násilím rozumí manifestní, pozorovatelné chování vedené úmyslem poškodit jiný organismus nebo předmět neživotný. Z našeho pohledu se jedná o pozorovatelné epizodické chování s různou latencí. Četnost těchto epizod může být libovolná, u jedinců trpících různými poruchami, zejména psychickými a poruchami osobnosti, se může jednat o značnou četnost a intenzitu. Agresivita může patřit v takových případech k symptomům konkrétní poruchy. Agresivita je také označením pro tendenci k útočnému a násilnému jednání vůči druhé osobě či okolí. Agrese pak vyjadřuje i reálný projev v takovém jednání (Vágnerová, 2004).

Vymezení pojmů

Agresivní člověk pociťuje silnou emoční reakci – hněv. Ten se může vystupňovat až do afektu a obvykle předchází samotnému projevu agrese. Vyvolávat ho může např. ponížení, osobní urážka nebo ohrožení vlastního sebepojetí. To vše platí i v případě, kdy se to týká nejbližší osoby, na které člověku záleží (Vymětal, 2003).

Agresivita je komplexní psychologický pojem. Vymezujeme ji jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání (Vymětal, 2003).

Pod **afektem** rozumíme silný, bouřlivě, ale krátce probíhající citový stav. Probíhá buď stenicky (zrychlený dech i tep, zčervenání), nebo astenicky (zpomalený dech i tep, zblednutí). Jako patický afekt se označuje krátkodobý mráкотný stav na vrcholu zlostného výbuchu, jehož průvodním projevem je často amnézie jeho průběhu (Hartl, 1993).

Násilí je neoddělitelně spjato s agresí. Násilí tedy můžeme definovat jako násilné chování, jehož smyslem je někoho poškodit. Jiná definice charakterizuje násilí jako pozorovatelné

fyzické agresivní chování, které je spojeno s různou psychopatologií (Veverka, 2002). Pojem násilí je používán pouze pro interakce mezi lidmi.

Úzkostí nazýváme většinou obavu z něčeho dosud neuchopitelného, nejasného či neznámého, kdežto strach má konkrétní podobu, obsah a předmět. V obou případech se jedná o důležité emoční reakce, jež signalizují ohrožení a uvedou jedince do stavu alarmu. Ten vede k co nejrychlejší odpovědi, někdy k panické reakci, jež bývá v relaci k masivnosti hrozby spojena s biologickou a sebezáchovnou reakcí, např. útokem, útekem apod. (Poněšický, 2005).

Pod slovem **neklid** si představujeme stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí (Chval, 2008).

Hostilita je pojem, který se zmiňuje v souvislosti s agresivitou. Vyjadřuje trvalejší nepřátelský postoj ve vztahu k hodnocením lidí a událostí (Hartl, 1993). Za sociálněpatologické je považováno hrubé porušení normy, které spočívá v omezení a poškození okolí.

O **asertivitě** hovoříme, pokud je míra agresivity „zdravá“. Jedná se o schopnost zdravě se sociálně prosazovat, a to společensky přijatelným a potřebným způsobem (Fischer, Škoda, 2009).

Agitovanost je nepřiměřená, bezcílná motorická a verbální nadměrná aktivita, která způsobuje pacientovi a jeho okolí závažné těžkosti (Trčková, Titlbach, Pospíšil, 2006). V těžších formách může agitovanost způsobovat extrémní osobní utrpení pacienta a jeho násilné destruktivní chování.

2.2.1 Příčiny agresivity a násilí

Příčiny vedoucí k agresivnímu jednání můžeme rozdělit na vrozené (biologické) a získané (sociální). Každý z nás má k agresivnímu jednání vrozené určité dispozice. Stejně jako je tomu u jiných vrozených předpokladů, i tyto dispozice jsou individuální. Dispozice k agresivitě je v populaci rozložena rovnoměrně (Ruediger, 2005). Jedinci s průměrným vzorcem agresivního chování se v populaci vyskytují nejčastěji, extrémní varianty

(abnormality) pak mají nízkou četnost výskytu. Tyto vrozené dispozice jsou potřebné k vytvoření společenské hierarchie a udržení vlastního teritoria.

Spolu s podvědomým potlačováním a vytěsňováním je nejčastějším obranným mechanismem člověka proti objektivnímu tlaku základního agresivního principu psychologický proces projekce. Spočívá v tom, že s agresí či násilím konfrontovaný jedinec má podvědomou tendenci spatřovat tyto projevy primárně u druhých, nikoliv u sebe. Všichni ostatní jsou z tohoto pohledu vnímáni jako útočnější, agresivnější a nebezpečnější než já, i když tomu tak často není. Lidé hledají vinu za vlastní problémy takřka pokaždé jinde než u sebe, přičemž mnohdy nejsou schopni ani elementární zpětné vazby či sebereflexe. Z toho pak logicky plyne nárůst jejich negativní agresivity směrem do okolí – jak „v malém“, na úrovni běžných mezilidských vztahů, tak i „ve velkém“, na úrovni politiky. Teprve až si psychologický faktor projekce dostatečně uvědomíme a naučíme se jej patřičně zvládat, tj. hledat odpovědi na otázky a řešení problémů primárně u sebe, budeme schopni pozitivně nakládat rovněž s principem agrese (Ruediger, 2005).

Biologické

Jedním z primárních biologických faktorů ovlivňujících vyšší sklon k agresivitě u mužů je hladina testosteronu. Prokázalo se, že zvýšená hladina testosteronu vyvolává u jedinců větší tendenci vyhledávat vzrušení a sklon k dominanci či asertivitě. Ti pak reagují často agresivně i bez předchozí provokace. To se projevuje zejména u mužů mladšího věku, neboť u nich je hladina hormonu nejvyšší (Vágnerová, 2004). Ten však sám o sobě agresii nevyvolává, nýbrž vytváří „chemické podmínky“ pro získání dominance vyššího statusu, což je s agresí spojováno. Dalším předpokladem je změna ve struktuře nebo funkci centrálního nervového systému. Nemusí se zprvu jednat pouze o genetickou podmíněnost. Tendence k vyššímu agresivnímu jednání souvisí s úrazem či jiným onemocněním. Nejčastěji to můžeme pozorovat u jedinců trpících poruchami psychického vývoje a hyperkinetickými poruchami (syndrom hyperaktivity ADHD). Naopak snížení hladiny dopaminu v krvi má vliv na redukci agresivního chování.

Sociokulturní

Tendence k agresivnímu chování nejsou podmíněny pouze biologickými, ale také sociokulturními vlivy. Dochází k rozvoji sociálních faktorů, zejména prostřednictvím sociálního učení. K získání a rozvíjení vzorců agresivního chování může dojít v rámci působení rodiny a dalších sociálních skupin, jako jsou např. vrstevnické party, sportovní kluby, armáda apod. Významný je i vliv společnosti a celého jejího systému. Jedná se o vliv médií, vliv politický, vliv různých ideologií atd. Reakce člověka na frustrující situace se může lišit. Dotyčný může hledat pomoc u druhého, může se snažit překážku obejít. A také může reagovat agresivně. Vybere si takový vzorec chování, které jej v předchozích případech zbavoval frustrace nejlépe. Podle Bandury bude frustrace vyvolávat agresi u těch osob, které se tímto způsobem naučily na tuto zátěžovou situaci agresivně reagovat (Fischer, Škoda, 2009).

2.2.2 Agrese a média

O tom, že média mají obrovský vliv, moc ovlivňovat naše myšlení, cítění a jednání lidí, není pochyb. Děje se tak vědomě i nevědomě. Mediální tlak je natolik obrovský, že podstatnou měrou utváří náš pohled na svět a skutečnosti, které se v nich odehrávají. Působí na nás v různých podobách televize, internet, počítačové hry a noviny (časopisy, magazíny).

Většina lidí nepřemýšlí o důsledcích svého chování, a tak mnohdy dojde k nevědomému omezení práv druhých. Jedinec je zbaven pocitu individuální zodpovědnosti v momentě, kdy není nucen spoléhat pouze sám na sebe. Případné pocity viny ospravedlňuje lží „však oni to dělají taky“. Tím ztrácí svoji individualitu ve skupině a získává „volnou ruku“ v jednání, které by pro něj bylo za jiné situace nepříjemné.

Nejvíce ovlivnitelnou skupinou jsou děti. Jejich postoje, názory a hodnoty jsou vedle rodiny a společnosti ovlivňovány informacemi prezentujícími se v médiích. Nejvlivnějšími médii jsou v současné době internet, televize a počítačové hry. Ukazují agresivní chování jako naprosto běžné a normální. Tyto nežádoucí hodnoty se v dětech natolik silně upevní, že se v dospělosti budou těžko měnit.

Bagatelizace násilí, zla a agrese se stává nebezpečnou součástí našich životů. Agresi se tak postupem času přizpůsobíme a morálně ji ospravedlňujeme, dochází k tzv. toleranci agresivity.

Každý z nás si během svého života vytvoří tzv. „modelový scénář“, který používáme v různých situacích. Ocitneme-li se v situaci, která vyžaduje naši reakci, většinou sáhneme do repertoáru předem připravených modelů. Agresivní jedinci ho mají obvykle na velmi chudé bázi s převahou násilných řešení. Civilizace i agrese mají svá pravidla, kterými je zapotřebí se řídit.

2.2.3 Druhy agresivity

Tak jak neexistuje obecně přijatá definice agrese, stejně tak neexistuje i klasifikace. Jiný je pohled z oboru medicíny, sociologie a psychologie. V sociální psychologii se agrese rozlišuje podle různých typů a druhů, na základě více kritérií. Z hlediska povahy a kontextů příčin se jako typy agrese popisují „afektivní“ a „instrumentální“, resp. reaktivní a proaktivní (Výrost, Slaměník, 2008). Jedná se o propojení agrese s hněvem a nepřátelstvím. Existuje silná pozitivní souvztažnost mezi hněvem a agresí, tzn. lidé cítí zlost, ale nemusí projevit agresi, nebo jsou agresivní a přitom necítí zlost.

- 1) **Afektivní** – alternativně se nazývá i jako hostilní, zlostná, impulzivní, emocionální či expresivní. Tím se vyjadřují i její typické rysy. Projevuje se tedy útočným chováním s úmyslem poškodit nebo dokonce zničit předmět a provází ji nepřátelské pohnutky. Je reakcí na frustraci a má pudový základ, je tedy vrozená. Afektivní reakce není obvykle plánovaná.
- 2) **Instrumentální** – je v první řadě vedlejším produktem dosahování jiných neagresivních cílů. Chování jedince není provázeno vztekem ani nepřátelstvím. Agrese je naučená. Setkáme se s ní u sportu.

Další dělení agresivity je možné podle motivace, kde rozeznáváme čtyři typy.

- 1) **Agresivita instrumentální** – agrese se stává pouhým instrumentem (nástrojem či prostředkem), s jehož pomocí chce jedinec něčeho dosáhnout. Jedinec napodobuje druhé a pomocí stálého opakování si osvojuje taktiku, kterou si spojil s minulými zkušenostmi, a dosahuje tak zamýšleného cíle. Do této kategorie řadíme např. vývojově podmíněné agresivní projevy dětí, které jim pomáhají k sebeuvědomění.

- 2) **Agresivita samoučelná** – je označována „agresivitou pro agresivitu“. Destrukce může být pro jedince příjemná a přináší mu požitek sama o sobě. Má výrazný charakterový rys a motivací jsou subjektivní potřeby jedince. Nebezpečná je v momentě, kdy potěšení z fyzického utrpení druhých lidí se stává nutkavou potřebou agresora (např. sadismus).
- 3) **Agresivita jako důsledek afektu** – projevuje se u jedinců sebevědomých, na sebe zaměřených, u tzv. narcistické poruchy osobnosti. Tito jedinci velmi snadno reagují agresivně, pokud mají pocit ponížení, na který jsou velice přecitlivělí. Afekt může vyústit až v agresivní jednání, které bývá zpravidla doprovázeno amnézií.
- 4) **Agresivita reaktivní** – je odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo psychické integrity. Jako příklad lze uvést agresivní chování vyvolané fyzickou či psychickou bolestí. Agrese je pak zaměřena na odstranění jejího zdroje.

Agresivitu lze následně také rozdělit na **normální** a **patologickou**. Normální agresivita je adekvátní odpověď na nebezpečí pocházející z okolního prostředí, jde o motivovaný protiútok. Agresivita patologická je následkem psychické choroby či poruchy. Definuje ji neadekvátní obsah a podnět, který se projevuje chorobnou tendencí ke zlosti a útočným sklonům.

U člověka rozlišujeme agresi zaměřenou navenek nebo dovnitř. To vyjadřujeme pojmy **heteroagrese** a **autoagrese**. **Agresivita intrapunitivní** se projevuje hledáním chyb v sobě samém, je tedy zaměřená proti sobě. V extrémních případech může dojít až k suicidálnímu jednání. Opačné působení agresivity, tzn. vedení proti okolí, se nazývá **agresivita extrapunitivní**.

Fromm (1997) uvádí dva typy agrese:

- 1) **agrese benigní** je tzv. „obranná“, slouží k přežití druhu. Má biologický základ, je společná člověku i zvířatům a vzniká při pocitu ohrožení.
- 2) **agrese maligní**, „zlá“ (krutá, destruktivní), je specificky lidská, bezúčelná a člověk jejím prostřednictvím uspokojuje své touhy.

Eibl-Eibesfeldt uvádí tři modely agresivního chování:

- 1) **model založený na poznatcích z psychologie učení** – agresivnímu chování se člověk učí již od dětství. Může být zpevnováno požadavky rodičů a odměňováno, přičemž se také uplatňují vzory v sociálním okolí.
- 2) **model frustrace-agrese** – agresivní chování je vyvoláno citovými deprivacemi v raném dětství a aktuálně pak situacemi frustrace.
- 3) **pudový model** – agresivní chování u člověka vychází z vrozeného pudu k agresi a je aktivováno určitými schémata (např. schématem nepřítele) (Nakonečný, 2009).

Pokud se na agresivitu podíváme z pohledu společenského nebezpečí, rozlišujeme její další druhy, které souvisí s motivací a aktuálními podněty a potřebami. Jiným způsobem bude hodnocena agresivita související s obranou a agresivita spojená s nenávistí a touhou po ublížení a vzniku bolesti (Fischer, Škoda, 2009).

- 1) **Zlostná agresivita** – jedná se o vyjádření nevole agresivním chování. Jednání není zaměřeno z hlediska cíle. Jde o impulzivní vyjádření s minimální nebezpečností. Člověk projevuje zášť, nenávist a cíleně působí bolest, což mu přináší vnitřní uspokojení.
- 2) **Instrumentální agresivita** – zde se vždy jedná o prostředek k dosažení cíle. Cílem se stává vlastní ochrana nebo ochrana blízkých. Agresivní reaktivní chování nemusí být hodnoceno jako sociálně psychologický jev, spíše se jedná o odvrácení škod a nebezpečí. Pokud je jedinec zaměřen na aktivní uspokojení svých potřeb, okolí to hodnotí jako negativní. Záleží na umístění na škále od prosazení pozornosti, úcty až k chladnému dosažení spokojenosti.
- 3) **Spontánní agresivita** – míra reaktivního a aktivního typu chování není zcela prozkoumána. Patologické je bezpochyby agresivní chování přinášející emocionální uspokojení při působení bolesti někomu jinému, stejně jako uspokojení abnormálních a patologických potřeb.

2.2.4 Stupně agresivity

Zdravotník se během své praxe může setkat s různými stupni intenzity agrese. Roli zde hraje určitá závislost na různých typech faktorů a okolností. Jedním ze stěžejních faktorů je osobnost jedince, dále pak jeho aktuální zdravotní a psychický stav. **Agrese potlačená** vůlí je nejnižší stupeň, kdy lze na dotyčném pozorovat projevy napětí, neklid, svírání pěstí, kousání do rtů atd. U verbální agrese pacient postupuje přímo, což znamená, že např. nadává, vyhrožuje, ponižuje a ironizuje. U nepřímé formy píše stížnosti, telefonuje atd. **Agresivita fyzická** je považována z hlediska bezpečnosti zúčastněných osob za nejzávažnější stupeň. Agresivita zaměřená vůči věcem se projeví boucháním do dveří, zdi, postele, ničením věcí kolem sebe apod. Zaměření vůči lidem může mnohdy skončit i zraněním.

2.2.5 Agresivita ve zdravotnických zařízeních

Pod označením zdravotnické zařízení si představujeme nemocnici a ambulance s poskytováním primární, specializované a stacionární péče. Agresivita a násilí ve zdravotnických službách jsou poměrně aktuálním fenoménem v zahraničí i v České republice (Háva et al., 2004). Celosvětově dochází k nárůstu násilí ve společnosti; s tím velice úzce souvisí nárůst případů agresivního chování na pracovištích. Z tohoto hlediska jsou značně rizikové profese, které pracují s lidmi, zejména ve zdravotnických zařízeních.

Agresorem může být nejen pacient, rodinný příslušník, ale i samotný zdravotník, lékař či jiný zaměstnanec zdravotnického zařízení. Obětí taktéž může být kdokoliv z již výše zmíněných jedinců. Ať už se jedná o fyzický nebo psychický typ agrese, je napadení velice choulostivou záležitostí pro pracovní prostředí, které si klade za cíl dodržovat profesionální a individuální přístup k pacientům. Správné fungování interpersonálních vztahů na pracovišti je prioritním základem. Pokud pacienti či jejich rodinní příslušníci chtějí, důvod k nespokojenosti si mohou najít, ať už se jedná o stížnosti oprávněné či neoprávněné. Problém nastává ve chvíli, kdy svou nespokojenost projevují navenek a nechají emoce, aby je ovládly. Stále se stupňující míra agrese patří mezi současné společenské trendy.

V průběhu celého života se učíme, jak má správně probíhat setkání nemocného se zdravotnickým personálem. Od mala nám rodiče vštěpovali vzor chování k lékařům a

zdravotním sestřím. Chování nemocného člověka může být ovlivněno mnoha okolnostmi a situacemi, jako je například pohlaví, věk, osobnost nemocného, intelekt, průběh či forma nemoci, prognóza i samotný vztah k nemoci. Agresivita pak narušuje integritu zdravotníka, tedy jakousi nepsanou smlouvu o vztahu mezi zástupci pomáhajících profesí a jejich klienty.

Agresivní chování u pacienta

Osoba, se kterou se v klinické praxi pacient setká mnohdy jako s první, je zdravotní sestra. Komunikuje s ním v čekárně, přijímá ho na oddělení, ošetřuje zranění, směřuje ho nebo přímo doprovází na vyšetření a v neposlední řadě stojí po boku lékaře jako asistentka odborných výkonů. Dává tím jasně najevo, že je pacientovi stále nablízku. Vždyť je to právě ona, na kterou se pacienti obrací s prosbami, připomínkami, nebo si jen potřebují popovídat a mít pocit, že je někdo poslouchá. Sestra je s nimi ve styku po celou pracovní dobu a během ní pozoruje a vnímá výkyvy nálad, změny chování a jejich reakce na hospitalizaci.

Hospitalizace je pro mnohé pacienty novou a problémovou situací, kterou není každý schopen zvládnout. Většina prožívá strach a úzkost, zvláště pokud je pacient nespokojený s průběhem hospitalizace. Týká se to zejména těch, kteří až příliš citlivě vnímají aktuálně sdělenou diagnózu, jsou zklamáni z málo nadějných prognóz v důsledku omezené možnosti léčby či prožívají silnou bolest. Úzkostní pacienti mohou v těchto tíživých situacích zareagovat agresivně. Mezi extrémní formu úzkostné agrese řadíme raptus, který se navenek projevuje jako ničivá a silná agrese. Další kategorií jsou pak pacienti, kteří již mají neblahé zkušenosti s dobrovolnou či nedobrovolnou hospitalizací.

Tyto a mnohé další okolnosti mohou vést k neadekvátní reakci a v některých případech mohou vyústit i v agresi. Překonání odporu a míra zvyšujícího se stresu v této situaci obvykle vyžaduje úsilí při rozhodném a důsledném postupu. Zvládnutí takových situací je závislé na chování pomáhajícího personálu, na jeho zkušenostech a na přesvědčení pacienta o nutnosti hospitalizace. V těchto případech si musíme ujasnit svůj vlastní postoj, být si vědomi vlastního strachu z fyzického násilí a chránit se před napadením. I ty nejzkušenější sestry nejsou ušetřeny pocitu strachu, avšak je nutné s ním umět zacházet profesionálně, dokázat odhadnout reálné nebezpečí, zbytečně se nevystavovat nadměrnému nebezpečí, řešit vzniklou situaci týmově, znát vlastní meze a

nebát se přivolat pomoc. Tyto aspekty se nejvíce uplatňují v rámci týmové spolupráce. Je dobré o těchto situacích diskutovat a určit si role ve vypjatých situacích (Vodáčková et al., 2002).

Příčiny agresivního pacienta

Tělesné onemocnění s sebou většinou nese i řadu psychických změn, zejména pokud se jedná o postižení nervového systému, především pak mozku. Primární změny na mozku mohou vznikat např. při zánětech, nádorech, degenerativním onemocnění atd., nebo sekundárně v důsledku onemocnění jiných orgánů, např. zastření vědomí / delirium. U nádorů mozku často dochází ke změnám osobnosti, a to se projeví neklidem, zmateností až agresivním nebo naopak apatickým chováním. V případě, že je agrese příznakem záchvatu, neměl by být pacient omezován. Organicky podmíněné onemocnění může být vratné, tzn. po vyléčení základního onemocnění odezní. Nevratné změny, zejména pak chronické onemocnění centrálního nervového systému (např. ateroskleróza mozkových cév, záchvatové onemocnění atd.), neodezní. Velká většina těchto poruch se projevuje především poruchou vědomí nebo úbytkem intelektových funkcí, případně zastřením vědomí. Dochází k postupnému snižování jasnosti a později i k útlumu vitálních funkcí. Klinický obraz deliria je velmi pestrý. Klient v deliriu hovoří zmateně, je dezorientovaný, tempo řeči je spíše zrychlené, obsah sdělovaného může být nesouvislý, může halucinovat. Na otázky může odpovídat nepřiměřeně až bizarně, může být neklidný, může také působit bezradně, nejistě. Je obtížné s ním udržovat slovní kontakt, jeho paměť, úsudek a orientace jsou zhoršené (Vodáčková et al., 2002).

Symptomy poruchy osobnosti se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí, jsou jejich variantou nebo extrémem. Lidé trpící touto poruchou přiřazují svoje problémy druhým lidem. K agresi dochází, pokud se naruší jejich vzorec chování. Časté jsou vulgární nadávky a výhrůžky spolupacientům. K agresi dochází v psychóze (paranoidní psychóza, přechodná psychotická porucha, mánie) pod vlivem halucinací a bludů. Agrese se stává traumatizující především pro příbuzné pacientů, kteří se o ně starají (Vodáčková et al., 2002).

Domnívám se, že agresivním lidem chybí náhled na nemorálnost jejich činů, a proto nepocitují vinu a svůj trest vnímají jako křivdu. Upravují si mravní normy podle svých

potřeb a jejich „mrvní slepota“ je činí velmi sobeckými. Agresoři dobře manipulují se strachem druhých a svůj dokážou skrýt. Využívají to při řešení konfliktů, když potřebují skrýt svou nejistotu a naopak využívají nejistoty druhých. Jejich síla spočívá v psychice i fyzické zdatnosti. Duchovní a mravní nezralost agresorů je způsobena citovou deprivací v rodině a absencí mravních hodnot během výchovy.

I některé lékové skupiny, zejména analgetika, anticholinergika, kortikoidy, antiparkinsonika, kardiaka a jiné, mohou vést při předávkování k navození agrese. Je tedy důležité mít to neustále na mysli, především u polymorbidních pacientů.

Nejpočetnější skupinu těchto organicky podmíněných poruch představují demence, které přicházejí v úvahu převážně po 65. roce věku. Při rozvoji demence dochází k postupnému postižení intelektu a paměti, převážně krátkodobé, s následným narušením vnímání přítomnosti (Vodáčková et al., 2002). V této skupině dominuje Alzheimerova choroba; asi 62 % pacientů s touto diagnózou má projevy brachiální agresivity, které předchází verbální forma. V progredující fázi choroby je pravděpodobnost vývoje agresivního chování až 53 %. Agresivita se vyskytuje i v dalších případech pacientů s demencí, např. u Parkinsonovy choroby nebo alkoholové demence (Havlíková, Humaj, 2008).

Zdroje násilného chování u pacienta

Důvodem, proč pacient pociťuje zlobu, hněv a vztek na okolí, je jeho rozpor mezi představou, jak má svět vypadat (např. jak se má k němu zdravotnický personál chovat a co všechno mu musí poskytnout), a realitou, která jeho mylnou představu popírá (např. zdravotní sestra nemůže pacientovi podat lék, který nemá naordinován od lékaře).

Klíčových faktorů, které determinují útok pacienta, je několik. Jedná se zejména o rodinné prostředí, tzn. zda měli tendence k řešení agresivních konfliktů i pacientovi rodiče, momentální psychický stav, vliv alkoholu, drog či jiných omamných látek (Venglářová, Mahrová, 2006). Pokud pacient pociťuje intenzivní bolesti (např. při chirurgickém zákroku), které mají somatickou příčinu, může dojít k agresivitě. I aktuální chyba zdravotnického pracovníka, jako je zvýšená intenzita hlasu, může přispět k vyplavení emocí navenek, zejména pokud došlo ke konfliktu již v minulosti.

Faktory, které přispívají k násilnému chování, nejsou jen zevní, ale i vnitřní. Jedinci se sklony k agresi jsou většinou osobnosti s emoční nestabilitou, impulsivností a

manipulující povahou. Tito jedinci často pociťují dlouhodobou nespokojenost, pocit křivdy a ublížení, frustraci a stres.

Projevy agresivního pacienta

Agresivní chování zahrnuje celou škálu projevů. Nejčastější podobou agrese je slovní (verbální) projev, který velmi často může eskalovat do agrese fyzické (brachiální). Mezi nejzávažnější násilí je řazeno ublížení druhé osobě či sobě samému. Ohrožený není pouze zdravotnický personál, ale i spolupacienti, rodinní příslušníci a návštěvníci.

Zkušený, odborně vzdělaný a hlavně vnímavý zdravotník je obvykle schopen rozpoznat signály agrese již během prvního kontaktu s pacientem nebo rodinou. Z výzkumu vyplývá, že zdravotníci jsou schopni odhadnout v 75 % vznik budoucí agrese. Proto je velice důležité, aby nezapomínali věřit svému instinktu a svým pocitům (Trčková, Titlbach, Pospíšil, 2006). Za obecně nejvíce zkušenou skupinu jsou považovány zdravotní sestry pracující v chirurgických ambulancích. Odvíjí se to od skladby ošetřených pacientů, kteří jsou velmi často po úrazu, posilnění alkoholem nebo jinou omamnou látkou (Gabriel, 2002).

Neverbální agrese

Nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace, zčervenání, vstávání, kopání do předmětů v okolí a podupování jsou neverbálními projevy emočního neklidu, kdy lze předpokládat, že pacient vzniklou situaci nezvládá a chystá se k aktivnímu projevu. Pacient se nám dívá upřeně až provokativně do očí a v jeho tváři vidíme napětí. Nervózně pomrkává, má semknuté rty, nepravidelně hlasitě dýchá a neadekvátně vstupuje do osobní zóny.

Verbální agrese

Verbálním projevem pacient doplňuje celkový koncept agrese. Jeho řeč se stává stručnější, úsečnější, hlasitější a obsahuje výhrůžky či požadavky. Směřuje k zastrašení protějšku, vybití napětí, demonstruje moc nad situací a lidmi. Cílem je dosáhnout domnělého či skutečného práva, aby došlo k odčinění křivdy.

2.2.6 Fáze napadení

Během jednotlivých fází napadení musíme mít neustále na paměti, že rozzlobený člověk neuvažuje racionálně a naše racionální argumenty ho ještě více rozzlobí. Vnímá jen hrstku informací podle svého výběru, které mu poskytujeme, a je neustále pod silným vlivem emocí.

Při standardním průběhu agrese můžeme mluvit o jakémsi cyklu napadení, kdy rozeznáváme čtyři fáze (Honzák, 2005).

- 1) **Spouštěcí** fáze, která se projevuje odklonem od pacientova obvyklého chování.
- 2) **Eskalační** fáze – pacient se nepřiměřeně soustřeďuje na konkrétní problém, přání, přestává reagovat na racionální argumenty.
- 3) **Krizová** fáze – pacient již neovládá agresivní impulzy a schopnost racionálně reagovat.
- 4) **Uklidnění** – pacient se vrací k základní formě chování, ale pouze „navenek“, „uvnitř“ ještě přetrvává zvýšená hladina adrenalinu, která spolu s neodbytnými otázkami po příčinách a důsledcích jeho chování může vyvrcholit až fyzickým napadením zdravotnického personálu.
- 5) **Postkrizová deprese** – pacient je vyčerpaný, plačtivý a projevuje lítost nad svým chováním.

Zdravotník by měl mít neustále na paměti, že optimální je nedopustit, aby spouštěcí fáze přešla v eskalační a následně v krizovou.

Pokud zdravotník cítí již zmíněný vznik agresivního chování ze strany pacienta, měl by vhodně vyhodnotit situaci. Musí si uvědomit zásadní věc, totiž že pokud on sám nezvládá vlastní emoce, tak jak je mohou zvládat jiní a obzvláště nemocní lidé? Míra rizika se zvyšuje s přítomností každého z následujících faktorů, které můžeme vyzorovat. U pacienta se jedná o zvýšenou hladinu adrenalinu, stresu, vliv omamných látek, přítomnost agresivního chování v minulosti, duševní nebo jiné choroby, které vedou ke ztrátě kontroly, pocit ohrožení, bezmocnosti, nereálné představy a požadavky. Ze strany zdravotníka hraje důležitou roli osamocení na pracovišti bez přivolání pomoci a možnost útěku. Je zajímavé, že pět sester si nezjedná takovou převahu jako tři muži. I samotná neznalost zásad jednání s agresivním pacientem nebo fáze napadení dostává zdravotníky do

nepříjemných situací. Důležitou roli hraje i přítomnost osoby, která jednání pacienta schvaluje nebo se ho snaží ještě více vyhecovat. Hluk, přeplněné a nevyvětrané prostředí se špatným osvětlením také na průběhu nepřidají.

2.2.7 Zvládnutí agresivity

Možnosti zvládnutí agresivity lze rozdělit na dvě základní intervence: nefarmakologicky a farmakologicky. Jako synonymum pro zvládnutí agresivity je možno použít termín deescalace (Zelman, Hollý, Bračoková, 2006). Ta představuje soubor opatření, které se využívají ke zvládnutí neklidného pacienta. Zahrnuje tři složky:

1. Vyhodnocení situace.

2. Komunikace.

3. Taktika.

Po důkladném zhodnocení situace zdravotník zvolí vhodné prostředky. Na začátku verbální komunikace s agresivním pacientem by měl být pozdrav, představení sebe i každého, kdo se v místnosti nachází. Je doporučeno oslovování příjmením, jako vyjádření úcty k pacientovi. Prvním krokem musí být zajištění pacientova bezpečí a eliminace dráždivých podnětů, např. ztlumení intenzity světla. Potom můžeme využít některé z následujících osvědčených přístupů. Zjistíme, co bylo spouštěcím momentem, a pomocí rychlých otázek získáme čas na rozmyšlenou. Pacient je zaskočen opačnou reakcí, než kterou od nás očekával. Pokud pacient souvisle odpovídá na otázky, dochází tím k verbalizaci hněvu; v průběhu výkladu je nutné pacienta nepřerušovat (Nawka, 2012). Po vyřčení všech argumentů je vhodné vyjádřit souhlas a přitakávat. Je dobré vysvětlovat postupy, různé změny, které probíhají v průběhu jeho léčby, a dodat pacientovi pocit spolupodílení se na jeho léčbě. Zdravotník by ale zároveň měl pacientovi vyjasnit nepříznivý dopad a následky, které mohou vzniknout z jeho chování, např. použití restriktivních opatření. Při agresi je důležité být tolerantní a svoji komunikaci přizpůsobit náboženskému zaměření pacienta. Zdravotník musí hlavně dávat najevo ochotu pomoci pacientovi a nejít s ním do konfrontace (Čerňanová, Knezovič, 2012).

Neverbální komunikace je u spousty zdravotníků opomíjena. Neuvědomují si, že v některých případech je více než mluvené slovo, a pacienti to vnímají. Pokud je to možné, úroveň našich očí by měla být ve stejné výšce.

2.2.8 Přístup k agresivnímu pacientu

Situaci spojenou s napadením bereme my „profesionálové“ často jako vlastní selhání, nezvládnutí situace a máme obavy, jak se zachováme příště. Nezbytnou součástí přípravy by tedy měl být nácvik komunikace s agresivním pacientem.

Vhodné psychologické a komunikační zásady

Pokud se zdravotník setká s verbální nebo fyzickou agresivitou u pacienta, je doporučeno dodržovat obecně platné zásady (Zacharová, 2009):

- 1) Stát klidně na místě, vyvarovat se prudkých gest, odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty.
- 2) Řeč vést vyrovnaným, tichým, vlídným, ale přitom autoritativním tónem. Volit pomalé tempo řeči – postupně ho přijímá i pacient.
- 3) Nedávat najevo dominantnost (dochází ke zmírnění napětí). Nechovat se autoritativně, zachovat klid, aktivně naslouchat, na agresi neodpovídat protiútokem (tzv. komplementární chování) – dochází k rozvoji „agresivní spirály“.
- 4) Pozorně vyslechnout stížnost, akceptovat pacientův postoj, přitakávat (např. „Ano, máte pravdu... Chápu Vás... Je to pro Vás obtížná situace...“). Mnoho nemluvit, raději více naslouchat. Vyslechnutí neznamená souhlas.
- 5) Neodsoudit pacienta, vyjádřit nesouhlas s chováním, odzbrojit ho vlídným slovem, klást nemocnému doplňující otázky – projevit zájem.
- 6) Snažit se hledat důvody hněvu, srozumitelně a empaticky shrnout situaci, vyvodit závěr, ujistit se, zda nám rozuměl – zpětná vazba.
- 7) Dodržovat bezpečný odstup, nenarušit jeho osobní zónu, nedotýkat se ho, vyhýbat se dlouhému očnímu kontaktu, je bezpečnější očima třehtat. Zajistit si volnou ústupovou cestu a neotáčet se k pacientovi zády.

Zakázané komunikační postupy

- 1) Zesměšňovat, shazovat a ironicky hovořit s pacientem.
- 2) Svést vinu na zákony – uhýbání před zodpovědností.
- 3) Trvat na přiznání, že pacient neměl pravdu.

2.2.9 Omezovací prostředky

V případě stupňování agresivity, kdy pacient nereaguje na slovní výzvu a ohrožuje bezpečnost sebe i svého okolí, jsme nuceni přistoupit k fyzickému omezení. Použití omezovacích prostředků ale u nás není ošetřeno zákonem, pouze u pacientů v psychiatrických zařízeních uvádí Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 5, částka 7/2009 o používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky: „Není-li lékař přítomen, může o použití omezovacího prostředku a jeho druhu rozhodnout ji přítomný zdravotnický pracovník k tomu způsobilý, dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů; o jeho použití informuje bez zbytečného odkladu lékaře, který o dalším trvání nebo ukončení omezení bezodkladně rozhodne.“ (Baudiš, Libiger, 2002)

Upínací popruhy neboli kurty se nasazují na nezbytně dlouhou dobu s pravidelnými kontrolami míst na těle, zdravotním stavem a důkladným zápisem do dokumentace. Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a Věstník č. 5, částka 7/2009, čl. 2 doporučují při užití omezovacích prostředků vést evidenci, která obsahuje datum, čas zahájení a ukončení, druh použitého omezovacího prostředku a důvod jeho použití. Neměl by se uvádět pouze neklid nebo agrese, ale podrobně popsat chování, které vedlo k indikaci omezovacích prostředků. O začátku a konci rozhoduje lékař, který jasně definuje důvody vedoucí k omezení a jeho délce. Omezení se provádí za přítomnosti dostatečného počtu zdravotnických pracovníků. Klientovi je nabídnuta nejprve možnost omezení přijmout dobrovolně (bez použití fyzického nátlaku). Je-li však nutný nátlak, musí probíhat organizovaně, rozhodně a bez použití bolestivých či nehumánních postupů. V místnosti by neměly být přihlížející osoby, např. návštěvy (Vondráček, L., Dvořáková, Vondráček, J., 2009).

Mezi další fyzická omezení patří manuální fixace, svěrací kazajka a uzavřená izolační místnost, od kterých se však upouští. Pacient musí být srozumitelně, s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav a schopnost chápání informován o důvodech fyzického omezení. Personál pravidelně podstupuje školení o této problematice. V žádném případě se nepoužívají omezovací prostředky z výchovných indikací.

V zemích Evropské unie nejsou sjednoceny názory na používání jednotlivých omezovacích prostředků. Co je eticky přijatelné v jedné zemi, je nepřijatelné v jiném státě. V Německu, Norsku a Švýcarsku jsou pacienti často kurtováni, ale v Anglii je to považováno za nehumánní.

Pokud nebylo dosaženo výsledku psychologickými postupy, přistupuje se zpravidla k restriktivním prostředkům spolu s farmakologickými intervencemi. Farmaka nám pomáhají zvládnout akutní neklid pacienta, mají rychlý nástup sedace a tím zkracují dobu fyzického omezení. Perorální přístup není pro nespolupracujícího pacienta vhodný, a proto se upřednostňuje aplikace léčiv parenterálně. Druh psychofarmak se volí podle aktuální symptomatiky. Nejčastěji se podávají intramuskulárně benzodiazepiny (např. Apaurin, Dormicum), při halucinacích či bludech neuroleptika (Haloperidol). Těžká volba psychofarmak nastává u pacientů s podezřením na intoxikaci, kde jsou v podstatě všechna psychofarmaka kontraindikována (Hanušová, 2008). Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem pro zvládnutí neklidu Haloperidol, který má méně sedativní účinky. Benzodiazepiny u geriatrických pacientů zvyšují agresivní chování. Můžeme je kombinovat, není však vhodné použít více než dva preparáty.

2.2.10 Preventivní opatření

Přístup zdravotníka k pacientovi by měl zcela eliminovat agresorské sklony. Každý zdravotník si musí uvědomit, že svým neuctivým a nekomunikativním chováním přispívá k nepřiměřenému chování pacienta nebo jeho rodinného příslušníka. Pacient nabývá pocit, že se o něj nejeví dostatečný zájem při spoluúčasti na jeho zdravotním stavu. Je tedy v našem osobním zájmu vyhnout se nespokojenosti pacienta a s ním související agresí. Měli bychom dodržovat tyto dvě zásady (Vymětal, 2003):

1. **Dostatečná informovanost** – pacienta při prvním kontaktu informujeme, co ho čeká. Průběžně sledujeme situaci a informujeme ho o různých změnách v diagnosticko-terapeutickém procesu, o délce nebo důvodu čekání apod.
2. **Možnost spolurozhodování** – kdykoliv to bude možné, nechat pacienta spolurozhodovat ve všech směrech v co nejširším rozsahu.

Ke snížení výskytu agresivity ve zdravotnickém zařízení slouží preventivní opatření, která je vhodné aplikovat do oblasti organizační, informační, personální, komunikační atd. Intervence do fyzického prostředí pracoviště jsou pak neméně důležité.

Zajistit větší bezpečnost personálu s sebou nese určitá organizační opatření. Aby došlo k rozvoji konfliktu a následně k agresii, je za potřebí účasti alespoň dvou lidí, tedy v tomto případě pacienta a zdravotníka. Je velmi důležité si uvědomit, že velká část incidentů, která vyústila ve fyzické napadení zdravotníka, může být způsobena jeho chybným vyhodnocením situace, nezvládnutou komunikací nebo nevhodným, často až neprofesionálním chováním. Školení zdravotníků v problematice agresivního chování nesmí být zanedbáváno. K dispozici by měli mít konkrétní návody a postupy, jak předcházet krizovým situacím a jak se zachovat v případě ohrožení. Praktický nácvik postupů se ukázal jako velmi účinný způsob zvládnání agresivity.

Otázka prevence a eliminace agresivního chování a tendence k násilí je značně složitá. Účinnost je různá; obecně se má za to, že větší smysl má působit preventivně než řešit důsledky. Jedná se o preventivní program působící na ovlivňování postojů veřejnosti v širším rozsahu.

Psychoterapie bývá poměrně často využívanou metodou pro eliminaci agresivity. V praxi se jedná o širokou škálu různých tréninkových a terapeutických aktivit. Využíván bývá režimový přístup a úprava prostředí, ve kterém u jedince nejčastěji dochází k agresivnímu chování. Využíván bývá tzv. sociální výcvik, individuální poradenství a intervence v krizových situacích (Nakonečný, 2005).

Organizační opatření

V personálním obsazení se kladou požadavky na přiměřený počet osob s příslušnou kvalifikací. Zohledněny by měly být tři prvky – denní doba (např. převoz pacientů, „špičky“), charakter poskytované péče (např. jednotky krizové a akutní péče) a záznamy o násilném chování v minulosti.

Výměna informací a vzájemná komunikace v rámci pracovních schůzek nebo porad sníží do značné míry napětí a frustraci mezi zaměstnanci. V rámci otevřené komunikace poskytujeme pacientům a jejich příbuzným včas a kvalitně informace týkající se např. čekací doby.

Ve snaze snížit rizika agrese je velmi efektivní stále něco zlepšovat v pracovních praktikách. Využíváme kombinaci různých opatření v daných situacích. Příjem nebo vyšetření pacientů rozvrhneme podle jejich potřeb a možností. Žádoucím se pro nás stává zkrácení čekací doby na minimum a zabránění vzniku front a velkých seskupení lidí. Vhodným a flexibilním způsobem reagujeme na potřeby pacienta, aby nepocítil osobní omezení.

Obecně platí, že nadměrné pracovní zatížení přispívá k možnému vzniku agrese. Práci zdravotníků charakterizuje dlouhá pracovní doba, přesčasy, nedostatek odpočinku a dlouhodobě vysoké pracovní tempo.

Technická opatření

Fyzické prostředí je klíčové pro prevenci výskytu agrese na pracovišti. Mezi znaky pozitivního prostředí řadíme dobré osvětlení, příjemnou teplotu, vlhkost a ventilaci zvláště v horkém klimatu. Vhodně na nás působí relaxační a příjemné barvy. Naopak hluk nebo nepříjemné pachy se snažíme minimalizovat.

Pracoviště by mělo disponovat bezpečnými prvky, tzn. měla by zde být možnost otevírání dveří pouze zevnitř, ve večerních hodinách omezený vstup, dostatečně prostorný příjem pacientů (recepce), vybavení čekáren pohodlnými sedačkami a pomůckami k ukrácení čekací doby (televize, časopisy), zajištění únikové cesty, nepoužívané ostré předměty a nástroje uzamčeny, dále by měla být nainstalována poplachová zařízení a průmyslové kamery ve všech potenciálně nebezpečných prostorách.

Administrativní opatření

Personál prochází školením zaměřeným na zklidnění agresivity, zlepšení schopnosti rozpoznat potenciálně nebezpečné situace, výcvik asertivního jednání a nácvik sebeobranu v míře odpovídající odhadnutému riziku.

Je vhodné vypracovat standardizované postupy k řešení násilných incidentů uvnitř zdravotnického zařízení, které mohou být nápomocné všem zúčastněným (svědkům, obětem a nadřízeným). Jejich hlavním záměrem je minimalizovat dopad na zdraví po psychické a fyzické stránce.

Dojde-li však k incidentu, je důležitá nejen podpora zaměstnavatele, ale také důkladná analýza celé události a přijetí opatření, která sníží možnost dalšího opakování. Všechny případy fyzického a psychického násilí i potenciální nebezpečí se musí zaznamenat do systému záznamů a hlášení. Zdravotník by měl být proto veden k řádnému zdokumentování celé události. Pokud během incidentu došlo ke zranění vyžadujícímu pracovní neschopnost delší než 3 dny, zaměstnavatel postupuje dle nařízení vlády č. 494/2001 Sb. V případě napadení sestry klientem, který je pod vlivem alkoholu, má sestra právo vyžadovat tzv. sankci za protiprávní jednání. Zdravotník má nárok v případě setkání s agresivním pacientem nebo jeho rodinou ve zdravotnickém zařízení na pomoc odborníka v oboru klinické psychologie. Není dobré následně podceňovat rehabilitaci těla i duše. Vypořádání se s prožitou situací je u každého jedince individuální, a proto zde hraje významnou roli podpora kolegů a nadřízených. V krajních případech může být změna pracoviště prevencí proti syndromu vyhoření. Za zdraví a život zaměstnanců v práci odpovídá zaměstnavatel, a je tedy hlavně jeho zájmem, aby nedocházelo na pracovištích k násilí.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bylo zjistit úroveň znalostí z psychologie u všeobecných sester / zdravotnických asistentů ve vztahu ke sledovanému výukovému tématu. Dílčími cíli bylo zjištění nejčastější formy a stupně agrese v závislosti na zkoumaných pracovištích, zmapování nejčastějších situací, které vedou k agresivnímu chování pacienta a definování nejčastějšího agresora vzhledem k věku a pohlaví.

Výzkumné šetření má přinést odpovědi na tyto otázky:

Disponují respondenti znalostmi o hlavních zásadách chování při setkání s agresivním pacientem?

Jaký typ studia umožnil respondentům získat dostatečné znalosti z oblasti psychologie?

Byli respondenti během své praxe na nynějším pracovišti vystaveni fyzické agresi ze strany pacientů?

Setkaly se všeobecné sestry / zdravotničtí asistenti s agresi více u mužů nebo u žen?

Jaká byla nejčastější příčina agresivity u pacientů vzhledem k typu oddělení?

Patří mezi nejčastější situace vedoucí k agresi pacientů pooperační stav nebo ebrieta?

3.2 Metoda výzkumu

Vzhledem k povaze zkoumané problematiky byla práce zpracována formou kvantitativního výzkumu. Pro shromáždění potřebných dat byl mnou vytvořen anonymní kvantitativní polostrukturovaný nestandardizovaný dotazník (viz příloha 1), který jsem v celkovém počtu 180 kusů rozdala na jednotlivých pracovištích Fakultní nemocnice Olomouc. Počet dotazníků byl určen podle personálního obsazení na daných pracovištích. Dotazník byl pomyslně rozdělen na tři části.

V úvodu byly zařazeny demografické otázky týkající se základních informací o respondentech, podle nichž jsem sestry rozdělila do různých kategorií. Zajímala jsem se

o věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a obor současného pracoviště.

Druhá část byla zaměřena na četnost výskytu agresivního chování ze strany pacienta, typ agresora a příčinu situace, která vedla ke vzniku agrese.

V poslední, třetí části byly zjišťovány odborné znalosti respondentů o oblasti již zmíněné problematiky.

Položky v dotazníku se mohou dělit na otevřené (nestrukturované), uzavřené (strukturované) a polootevřené. V otevřených položkách respondenti vytváří vlastní odpovědi, na uzavřené položky respondenti volí odpověď podle předem daných možností a v polootevřených položkách si respondent může zvolit možnost „jiná odpověď“, pokud mu nevyhovuje odpověď z nabízených možností. Tento typ položek nebyl v dotazníku zahrnut (Chráška, 2007). Dotazník celkem obsahoval 22 položek.

Druhy položek v dotazníku: – uzavřené položky: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21 a 22 (celkem 20),

– otevřené položky: 13 a 20 (celkem 2).

3.3 Výzkumný vzorek

Pro zkoumaný vzorek byli vybráni nelékařští zdravotní pracovníci z řad zdravotních sester/asistentů pracujících ve Fakultní nemocnici v Olomouci na vybraných pracovištích. Výběr nebyl prováděn osobně, záleželo na iniciativě sester, neboť šlo o dobrovolný dotazník. Pro výzkum bylo přínosem rozdělit dotazníky mezi čtyři typy pracovišť, a to ambulance s nepřetržitým provozem, ambulance s ranním provozem, lůžkové oddělení – intenzivní péče a lůžkové oddělení – standardní. Možnost dotazníkového šetření byla osobně dojednána s vrchními sestrami. Distribuce a sběr dotazníků byla taktéž provedena osobně.

3.4 Realizace výzkumu

Samotnému výzkumnému šetření předcházela předvýzkum, který byl realizován prostřednictvím 8 respondentů pracujících ve Fakultní nemocnici v Olomouci na stanici JIP I. chirurgické kliniky. Sloužil k přesvědčení se o srozumitelnosti a jednoznačnosti jednotlivých položek v dotazníku. Respondenti odpovídali jasně, otázkám rozuměli, a tudíž nebylo potřeba dotazník dále upravovat.

Výzkum probíhal od 12. 2. 2014 do 25. 2. 2014 ve Fakultní nemocnici v Olomouci na pracovištích I. chirurgické kliniky, oddělení intenzivní péče chirurgických oborů, urologické kliniky, ortopedické kliniky, traumatologického oddělení a oddělení urgentního příjmu. Na základě povolení náměstka pro ošetrovatelskou péči (viz příloha 2) bylo distribuováno 180 dotazníků; vyplněných se vrátilo 151, návratnost tedy byla 83,9 %. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány a zhodnoceny prostřednictvím grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007.

4 VÝSLEDKY

V následující části této diplomové práce jsou uvedeny analýzy jednotlivých položek v dotazníkovém šetření, a to nejdříve postupně v závislosti na čtyřech demografických otázkách, které byly zdravotníkům položeny, následně souhrnně bez ohledu na tyto kategorie. Pro lepší názornost je položka vždy doplněna tabulkou a u některých položek i grafickým zpracováním.

4.1 Rozdělení podle věku

Podle věku jsem soubor respondentů rozdělila do pěti skupin, viz tabulka 1.

Tabulka 1. Věk.

Skupina – věk	n [-]	r [%]
20–25	17	11,3
26–30	23	15,2
31–40	65	43,0
41–50	36	23,8
51 a více	10	6,6

Vysvětlivky: n – počet respondentů náležící do dané skupiny, r – procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Nejvyšší procentuální úspěšnosti v odborných otázkách s přihlédnutím pouze k věku dosáhly sestry, které mají 51 a více let. Na otázku, zda by se chtěly dále vzdělávat v této problematice, odpověděla většina sester ve věku 20–25 let neutrálně „snad někdy v budoucnu“, přestože jsou všechny přesvědčeny o nutnosti dalšího vzdělávání, což potvrdily v sedmnácté otázce.

V otázce číslo patnáct jsem zjišťovala osobní názor na znalosti, které získaly během svého studia ve škole, zda jsou dostatečné. Sestry ve věku 26–30 let odpověděly neutrálně „neví“, takže se vůbec necítí z psychologického hlediska připraveny. Svědčí o tom i fakt, že 52,9 % sester této věkové skupiny (kategorie) neznaly hlavní zásady chování při setkání

s agresivním pacientem, i když všechny uvedly, že se na svém nynějším pracovišti setkaly s agresí. Nabízí se mi otázka, proč se tedy nechtějí dále vzdělávat v oblasti psychologie, když jim znalosti, které získaly na školách, nepřipadají dostatečné? Napadají mě dvě možné odpovědi – nedostatek praxe v oboru a neochota vykonávat činnost navíc. Správnost těchto dedukcí by však musela být potvrzena hlubší studií. 69,6 % z nich uvedlo, že v těchto situacích nikdy nebyly na pracovišti samy.

Sestry mezi 20.–26. rokem uvedly v nejvyšším procentuálním počtu kontakt s verbální a fyzickou agresí u mužů. Poukazuje to na četnost výskytu této problematiky v praxi.

4.2 Rozdělení podle nejvyššího dosaženého vzdělání

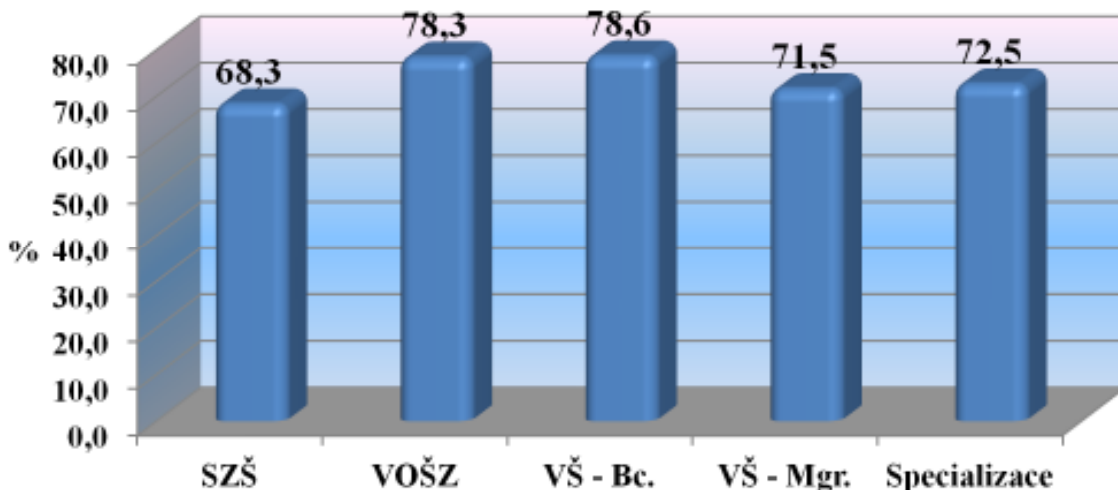
Podle nejvyššího dosaženého vzdělání jsem soubor rozdělila do pěti skupin, viz tabulka 2.

Tabulka 2. Vzdělání.

Skupina – vzdělání	n [-]	r [%]
SZŠ	63	41,7
VOŠZ	14	9,3
Bc.	24	15,9
Mgr.	12	7,9
Specializace	38	25,2

Vysvětlivky: n – počet respondentů náležící do dané skupiny, r – procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Celkový počet respondentů v tabulce 2 je 151, z toho nejvyšší procentuální zastoupení zaujímají zdravotničtí pracovníci se středním vzděláním a naopak nejméně procentuálně zastoupeni jsou pracovníci s magisterským typem studia. Poukazuje to na fakt, že s tímto stupněm vzdělání pracuje na zkoumaných pracovištích zanedbatelný počet zdravotníků.



Graf 1. Četnost správných odpovědí podle typu vzdělání.

Ukázalo se, že nejvíce správných odpovědí v odborných otázkách měly bakalářky a diplomované sestry. Výrazně nejhůře jsou na tom absolventky střední zdravotnické školy, co se týče úspěšnosti v odborných psychologických otázkách a při subjektivním zhodnocení jejich znalostí, které získaly v průběhu studia. Nemají ani zájem se v této problematice dále vzdělávat.

Sestry se specializací a magisterským titulem se subjektivně hodnotily nejlépe ve zvládnutí komunikace s agresivním pacientem. Vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry se výrazně nejvíce zúčastňují konferencí. Potvrdila se teorie, že čím vyšší mají sestry vzdělání, tím více si uvědomují nutnost kontinuálního vzdělávání a využívají své znalosti v praxi, což je hlavní cíl školství ve zdravotnictví. Je tedy v našem zájmu, aby se sestry vzdělávaly a přispívaly tím k minimalizaci iatrogenních projevů, způsobených neznalostí v dané psychologické problematice, a zajistily tím vyšší úroveň poskytované ošetrovatelské péče.

4.3 Rozdělení podle délky praxe

Podle délky praxe jsem soubor rozdělila do sedmi skupin, viz tabulka 3.

Tabulka 3. Délka praxe.

Skupina – praxe	n [-]	r [%]
Do 1 roku	9	6,0
2–5 let	18	11,9
6–10 let	24	15,9
11–15 let	29	19,2
15 a více let	71	47,0

Vysvětlivky: n – počet respondentů náležící do dané skupiny, r – procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

Při přihlédnutí k délce praxe mi z výzkumu vyšly zajímavé údaje. Nejmenší zájem o vzdělání projeví zdravotníci s více než patnáctiletou praxí. Podle mého názoru to může mít souvislost právě s přibývajícím věkem a neochotou učit se něčemu novému, i když 42,3 % uvedlo, že znalosti získané ve školách jim zcela nedostačují. Právě tyto sestry nejčastěji ze všech skupin aplikují své vědomosti, jež získaly s přibývajícím věkem ve zdravotnictví. Dokazují to v otázkách č. 18, 21 a 22, kde úspěšnost byla velmi vysoká.

Téměř všechny sestry po škole se během své krátké doby v praxi jednou nebo dvakrát do měsíce setkaly s verbální a fyzickou agresí u mužů. Nikdo nebyl v těchto situacích sám na pracovišti. Jako nejčastější příčinu agresivity pacienta uvedly abstinenční příznaky. Hned za nimi je následují sestry s dvou až pětiletou praxí. Naopak sestry, které jsou v praxi nejdéle, označily tuto příčinu za nejméně častou. To dokazuje vzrůstající tendenci požívání alkoholu posledních pár let .

Sestry s jedenácti až patnáctiletou praxí uvedly, že nejčastější situací vedoucí ke vzniku agrese je pooperační stav u pacientů 46–60 let. I když každá z nich se s agresí setkala, 20,7 % nemá zájem se v této problematice dále vzdělávat.

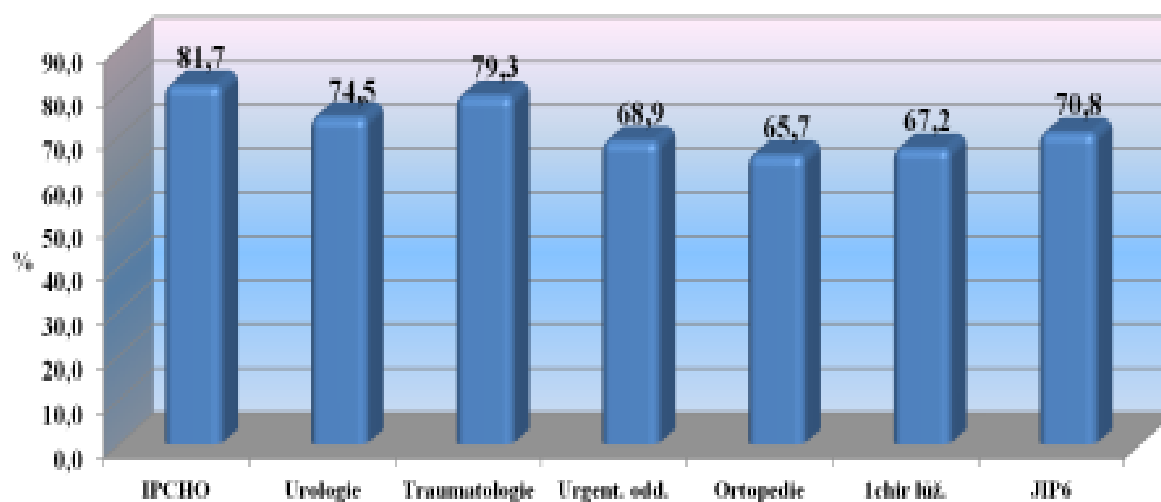
4.4 Rozdělení podle oddělení

Podle oddělení jsem soubor rozdělila do sedmi skupin, viz tabulka 4.

Tabulka 4. Typ pracoviště.

Pracoviště	n [-]	r [%]
IPCHO	20	13,2
Urologie	23	15,2
Traumatologie	20	13,2
Urgent	20	13,2
Ortopedie	24	15,9
1. chir. lůž.	24	15,9
JIP6	20	13,2

Vysvětlivky: *n* – počet respondentů náležící do dané skupiny, *r* – procentuální rozložení skupin v celkovém počtu respondentů.

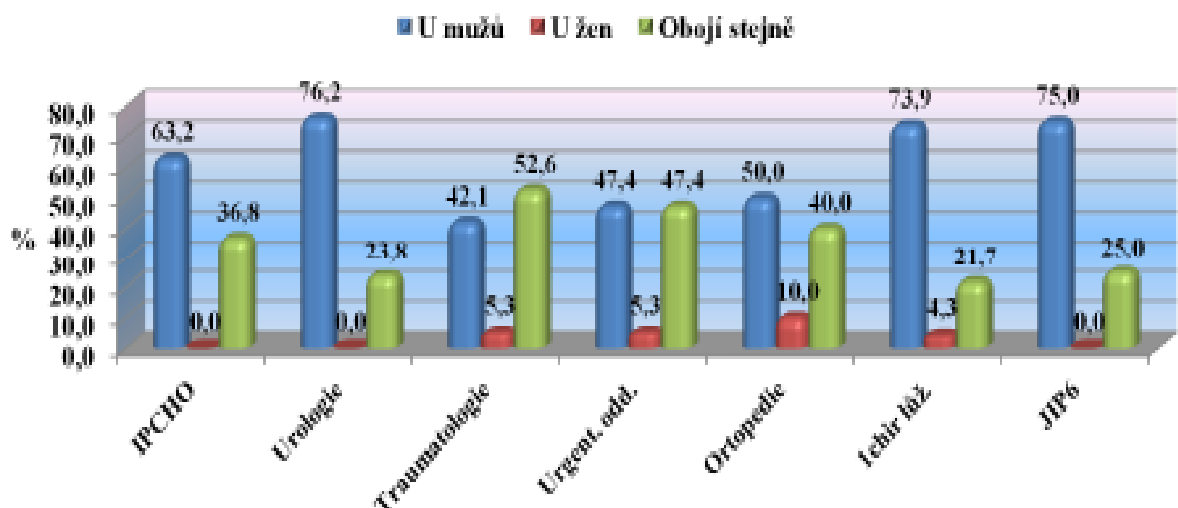


Graf 2. Četnost správných odpovědí podle typu oddělení.

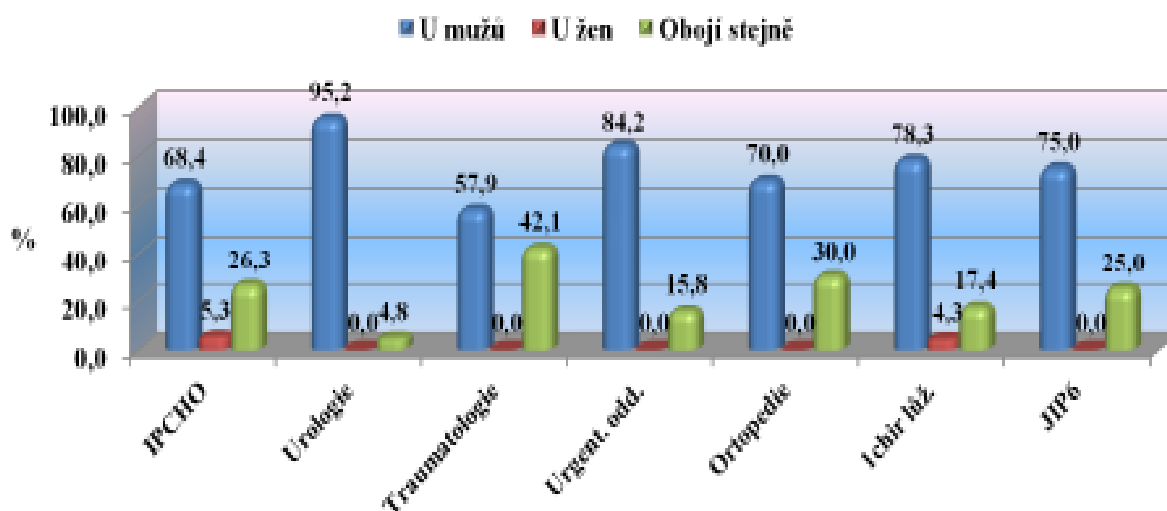
Výběr oddělení neprobíhal náhodně. Pokusila jsem se vybrat oddělení, u kterých jsem předpokládala výskyt agrese. I. chirurgickou kliniku jsem rozdělila na dvě samostatné části – JIP 6 a chirurgie – lůžková část – z důvodu velkého počtu respondentů.

Z grafu vyplývá, že nejvyššího procenta správných odpovědí na odborné otázky dosáhli respondenti pracující na oddělení intenzivní péče chirurgických oborů (IPCHO). Hned za nimi skončilo traumatologické oddělení a urologická klinika, naopak nejhůře skončila ortopedická klinika s 65,7% úspěšností. Své znalosti předvedly sestry zejména u otázky číslo 20, na kterou nejlépe odpovídaly sestry z IPCHO – 66,7 % správných odpovědí. Respondenti pracující na traumatologii znali správnou odpověď na heteroagresi v 85 %. V poslední otázce nejlépe uspěly sestry pracující na urologii – 95,7 % správných odpovědí. Podle mého názoru to má co do činění s náročnější prací na IPCHO. Pacienti jsou upoutáni na lůžku pod neustálým dohledem monitorů, infuzních pump, lineárních dávkovačů a řady přístrojů, a jejich pohyb je tím velice omezen. Ošetrovatelská péče musí nabídnout pacientovi i jeho rodině psychologickou pomoc.

Z výzkumu vyplynulo, že 65 % sester pracujících na urgentním oddělení umí podle subjektivního zhodnocení zvládnout komunikaci s agresivním pacientem. 45 % uvedlo, že znalosti získané ve škole jim zcela nestačí, 25 % se aktivně zúčastňuje konferencí a tím potvrzuje 80% souhlas s potřebou dalšího vzdělávání. Sestry pochopily, jak nesmírně důležité je této problematice se i nadále věnovat, neboť nám umožňuje zaujímat více pohledů na vzniklé situace, především díky široké škále získaných vědomostí.



Graf 3. Četnost verbální agrese podle typu oddělení.



Graf 4. Četnost fyzické agrese podle typu oddělení.

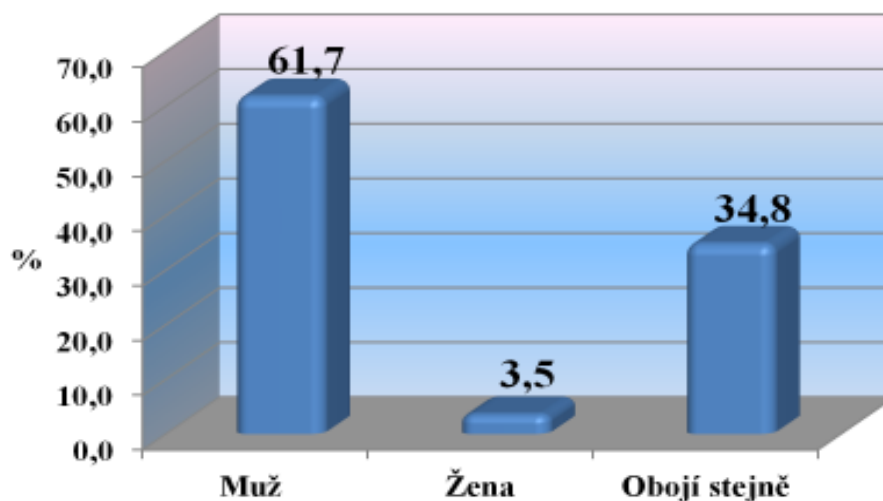
Stoprocentní výskyt agrese na nynějším pracovišti zaznamenaly sestry na JIP 6. Věk agresorů se nejčastěji pohybuje mezi 46. až 60. rokem, příčinou jsou v 65 % abstinenční příznaky. Jak je vidět z grafu, verbální agrese se velmi často vyskytuje také na urologii. Fyzická agrese markantně převládá na již zmíněném pracovišti. Na traumatologii se během své praxe setkala s verbální agresí slabá nadpoloviční většina sester a 42,1 % s fyzickou agresí u obou pohlaví stejně.

Četnost jednou až dvakrát za měsíc uvedlo 63,2 % dotazovaných. Nejčastěji se sestry setkávaly s verbálním stupněm agrese u věkové kategorie 18–30 let. Tito pacienti byli v 57,9 % posilněni alkoholem a svou nespokojenost dávali hlasitě najevo.

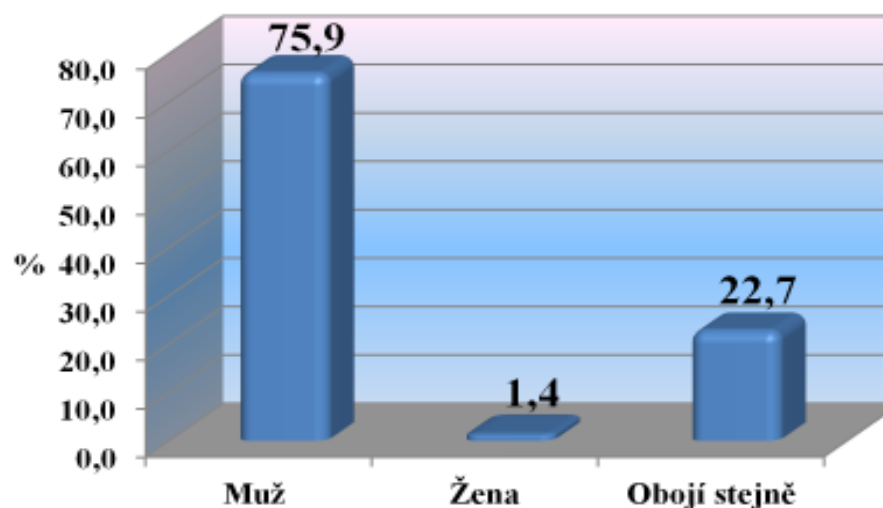
Na chirurgii – lůžkové části se sestry setkávaly ve 47,8 % s nejnižším stupněm agrese, a to zejména u pacientů, kteří byli druhý až třetí den po operaci.

4.5 Souhrn

Tato kapitola shrnuje údaje získané z výzkumu, které zde beru jako celek a neohlížím se na výše zmíněné dělení do skupin. Jako první rozeberu četnost výskytu problematiky v praxi.



Graf 5. Četnost výskytu verbální agrese v praxi.

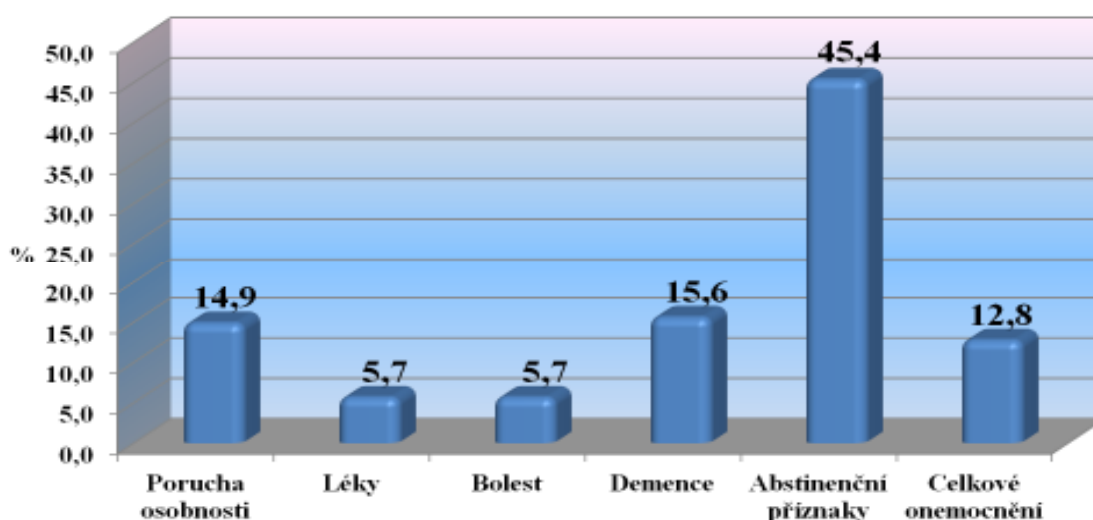


Graf 6. Četnost výskytu fyzické agrese v praxi.

Z grafu vyplývá, že nejvyšší procentuální zastoupení v praxi má fyzická agrese u mužů. Během svého působení na jednotlivých pracovištích se s ní setkala 75,9 % zdravotnických pracovníků. Bylo by zajímavé pokračovat ve výzkumu a zjistit, kolika z nich byla způsobena újma na zdraví. S verbální agresí se setkala 61,7 % respondentů, což není příliš markantní rozdíl oproti fyzické agresii. Nejméně vyskytující se problematikou byla fyzická agrese u žen (1,4 %). Jak je vidět, hodnoty u verbální i fyzické agrese jsou procentuálně téměř shodné u obou pohlaví.

Při rozdělení agrese podle stupně skončila na prvním místě verbální agrese, setkala se s ní nejvíce zdravotních sester (46,1 %). Projevuje se nadávkami, urážkami, vyhrožováním, ponižováním a ironií. Na druhém stupni se pak umístilo vyplavení emoce hněvu vedoucí k agresii (31,2 %). Na dotyčném pozorujeme napětí, zčervenání, neklid, svírání pěstí, kousání se do rtů a záškuby lícního svalstva.

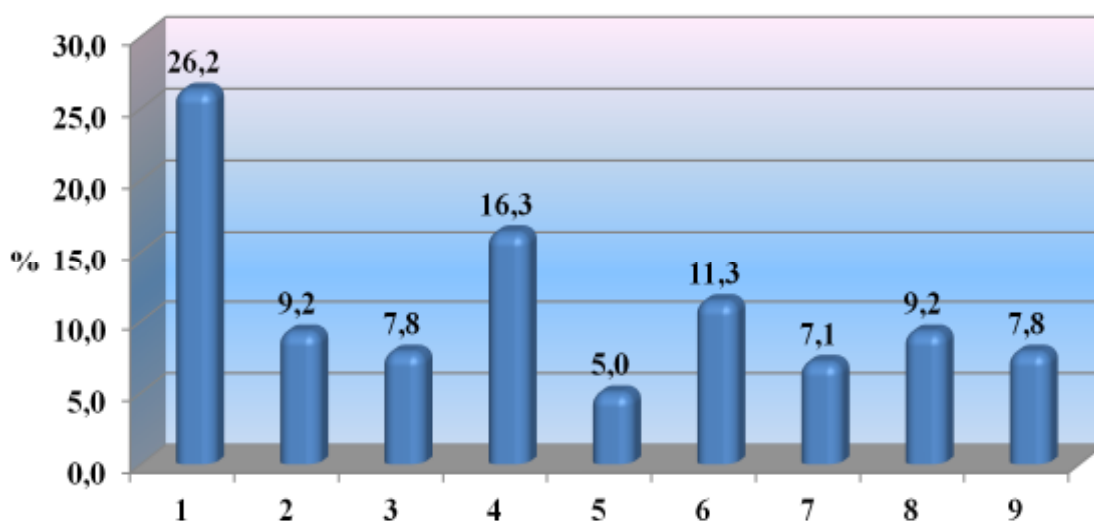
Při celkovém vyhodnocení odpovědí na 5. otázku vyšlo, že 93,4 % dotázaných se během své kariéry na nynějším pracovišti setkala s agresivním pacientem. V následující otázce týkající se četnosti výskytu odpovědělo 89 respondentů, tj. 63,1 %, že se s agresí setkala 1–2krát za rok a 24,8 % respondentů se s ní setkává 1–2krát za měsíc. Výsledky grafu ukazují vysokou četnost výskyt agrese v praxi zdravotnických pracovníků. Je tedy na místě začít se tímto problémem více zabývat, a to nejen ve zdravotnictví, ale i ve školství.



Graf 7. Četnost příčiny agrese v praxi.

Z grafu vyplývá velmi časté uvádění abstinčních příznaků jako příčiny agrese oproti dalším možnostem, uvedlo je 64 respondentů, tj. 45,5 %. Je to tedy nadpoloviční většina. Tato čísla jsou velice zarážející a zaslouží si naši pozornost, neboť četnost výskytu tohoto problému není fenoménem poslední doby, ale, soudě podle délky praxe, se s ní setkala nejvíce zdravotníků, kteří mají patnáctiletou praxi a delší. O druhou pozici se dělí s nepatrným procentuálním rozdílem porucha osobnosti, demence a celkové onemocnění. Léky a bolest mají shodné procentuální zastoupení, pouhých 5,7 %.

V otázce, kde respondenti měli vybrat věkovou kategorii agresora, zvolilo stejný počet respondentů dvě skupiny, 46–60 let a 61–75 let. Abstinční příznaky tedy nejsou doménou pouze mladších ročníků. Uklidňujícím faktorem je vyhodnocení otázky číslo 12, kde se měli zdravotničtí pracovníci vyjádřit, zda v těchto situacích byli na pracovišti sami, či nikoliv. 60,3 % dotazovaných odpovědělo „nikdy“ a pouze jeden respondent vybral možnost „vždy“ a „převážně ano“. Je tedy dobré vědět, že v tom nejsou zdravotničtí pracovníci sami.



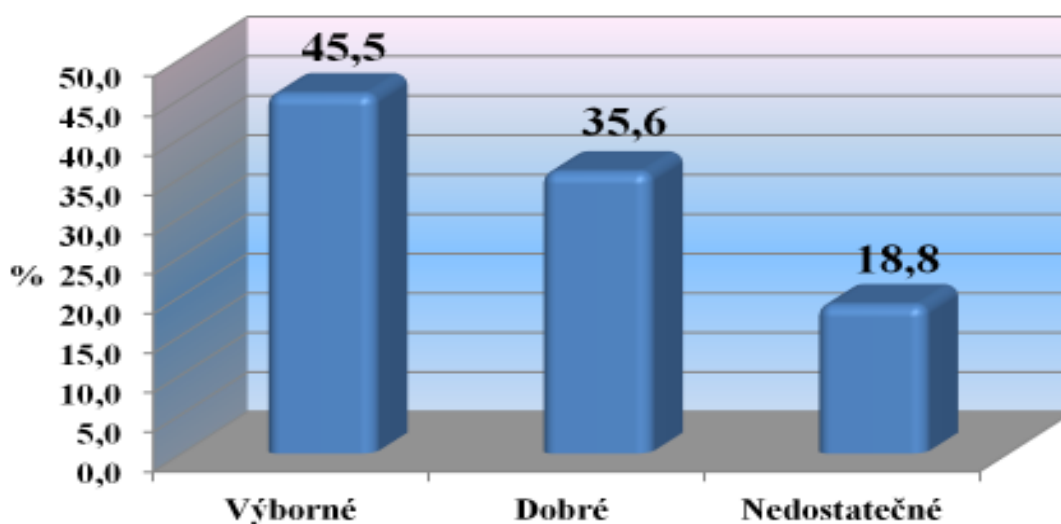
Graf 8. Četnost situací vedoucích k agresi v praxi.

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Pooperační stav | 5. Plnění ordinace lékaře |
| 2. Omezení volného pohybu | 6. Změna prostředí – hospitalizace |
| 3. Nerespektování domácího řádu nemocnice | 7. Dlouhá čekací doba na ošetření |
| 4. Ebrieta (opilost) | 8. Časová vytíženost sester |
| | 9. Jiná odpověď |

Pooperační stav byl nejčastěji vybranou možností u otázky č. 13, kde byla zjišťována situace vedoucí k agresi pacientů. Většina respondentů se shodla na 2. a 3. pooperačním dni. Důsledkem působení anestezie docházelo u starších pacientů k dezorientaci, která v mnoha případech vedla k halucinaci a následně k agresi. Takovíto pacienti se pak stali nebezpečnými nejen pro své okolí, ale i sami pro sebe.

Na druhém místě skončila ebrieta (opilost) s 16,3 % , tj. 37 respondentů, což není málo, vezmeme-li v potaz výsledky četnosti příčiny vzniku agrese viz graf 7. Na třetím místě je změna prostředí způsobená hospitalizací. Ostatní odpovědi se pohybovaly takřka na stejné procentuální linii, okolo 9 %. Odpovědi závisely na typu pracoviště, viz text rozdělení podle oddělení.

Jedna respondentka uvedla jako příčinu agrese neposkytnutí svého telefonního čísla a našly se i jiné zajímavé odpovědi, např. úplněk měsíce či předávkování lékem na spaní, které vedlo k dezorientaci a následné agresi.

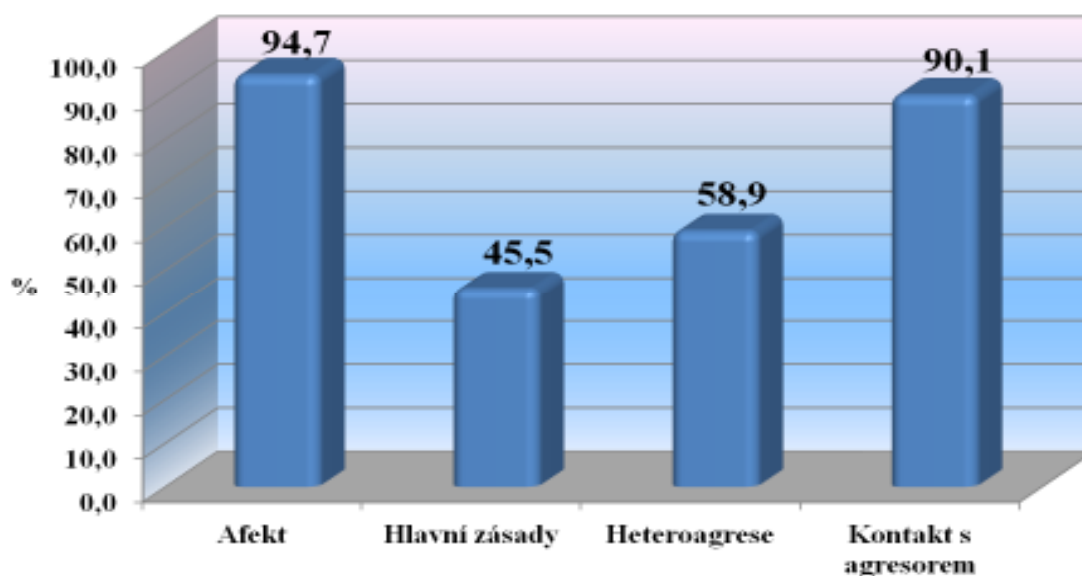


Graf 9. Úroveň znalostí respondentů o hlavních zásadách komunikace s agresivním pacientem.

Z grafu jsou patrné poměrně vysoké hodnoty. Poukazuje to na uspokojivé znalosti zdravotních sester o zásadách komunikace s agresivním pacientem, obzvláště s přihlédnutím k tabulce 2., kde nejpočetnější skupinu 63 respondentů tvoří zdravotničtí pracovníci se středním zdravotnickým vzděláním. Mezi nejčastější odpovědi patřily udržovat oční kontakt, volit pomalé tempo řeči, zajistit si volnou únikovou cestu, neotáčet se k pacientovi zády, vše mu vysvětlit, přitakávat atd. Je nutno uvést, že někteří respondenti označili v otázce číslo 19 možnost A (ano), ale následně v otázce číslo 20 nevypsali žádné zásady. Zhodnotila jsem to nedostatečně (C). I když ve 14. otázce uvedlo 56,3 % dotázaných, že zvládá komunikaci s agresivním pacientem.

Při celkovém vyhodnocení odpovědí na 15. otázku vyšlo, že 42,4 % respondentů neví, jestli jim znalosti získané během studia stačí a 37,7 % je přesvědčeno o nedostatečné přípravě z psychologického hlediska na jimi vystudovaných školách. Avšak v následující otázce se měli respondenti vyjádřit ke kontinuálnímu vzdělávání. Výsledky nedopadly nijak uspokojivě. Pouhých 21,9 % dotazovaných odpovědělo, že se pasivně zúčastňují kurzů a konferencí a 6 % se účastní aktivně. To dá dohromady 27,9 % sester, které se snaží o další příjem informací.

V otázce číslo 17 žádný z dotazovaných respondentů ne zvolil možnost, že určité není potřeba se dále v této problematice vzdělávat. Naštěstí vzhledem k vysokému výskytu agrese je nadpoloviční většina přesvědčena o opaku.



Graf 10. Úroveň znalostí respondentů v odborných otázkách.

Na otázku heteroagrese odpovědělo správně nejnižší procento dotázaných. Vzpomeneme-li tu skutečnost, že je to nejčastější a nejzákladnější pojem probíraný na školách, je až zarážející, kolik respondentů neznalo správnou odpověď – téměř polovina respondentů odpověděla chybně.

Úroveň vědomostí o afektu jsem zjišťovala v 18. otázce, kde byla úspěšnost 94,7 %, tedy procentuálně nejvyšší.

Poslední odborná otázka směřovala k praktickému využití odborných znalostí v praxi. Zde byla úspěšnost velmi vysoká, 90,1 %. Dotazovaní vybrali správné tvrzení – při kontaktu s agresivním pacientem volíme pomalé tempo řeči, čímž ho postupně přijímá i pacient.

Při celkovém zhodnocení odborných znalostí byla úspěšnost po zaokrouhlení 50 %, přičteme-li výsledky z otázky číslo 20, viz graf 9.

4.6 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Disponují respondenti znalostmi o hlavních zásadách chování při setkání s agresivním pacientem?

Tato výzkumná otázka je prioritně zodpovězena v otázce číslo 20, ale zároveň bych ráda pro doplnění zmínila i otázky číslo 14 a 19. V otázce číslo 20 se ukázalo, že 46 respondentů disponuje výbornými znalostmi výukového tématu. Dokázali uvést více než 5 postupů a některé i zdůvodnili. O deset respondentů méně má znalosti dobré a u 19 z nich jsou znalosti nedostatečné. Nikdo neuvedl žádný zakázaný komunikační postup. V otázce číslo 19, zjišťuji, zda si respondenti myslí, že znají hlavní zásady komunikace s agresivním pacientem; 101 respondentů uvedlo ANO a 50 respondentů NE. Navazuji na to otázkou číslo 14, kde dotazovaní subjektivně posuzují své schopnosti zvládnout komunikaci s agresivním pacientem. Zde se mi dostalo zajímavých výsledků. 85 dotazovaných se domnívá, že ANO, 6 NEVÍ a 60 NE. Bohužel ne každá sestra má takové znalosti, aby se mohla ohodnotit kladně. Nemůžeme pak u nich počítat s využitím jejich znalostí a s poskytnutím odborné psychologické pomoci pacientům, kteří to potřebují. Doporučuji důkladné sebehodnocení týkající se tohoto výukového tématu.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký typ studia umožnil respondentům získat dostatečné znalosti z oblasti psychologie?

Po vyhodnocení otázek číslo 18, 20, 21 a 22 (graf 1), které se týkají znalostí psychologických poznatků z daného výukového tématu, jsem došla k závěru, že vysoké a vyšší odborné zdravotnické školy poskytují svým studentům nejlépe uchopitelné poznatky. Absolventi těchto škol si výukovou látku pamatují i řadu let po škole. Střední zdravotnická škola sice nabízí psychologické poznatky, oproti ostatním vzdělávacím institucím ale pouze v rámci jednoho předmětu. V praxi pak absolventi mnohdy tápají a s 68,3 % skončili na posledním místě. Tento typ studia se mi jeví jako nedostačující z pohledu úrovně získaných psychologických poznatků. Důkazem mi je otázka číslo 15, kde respondenti posuzovali znalosti získané v rámci studia. Pouhých 12 respondentů z 63 uvedlo, že mají dostatečné znalosti, 26 neví a 25 se vůbec necítí z psychologického hlediska připraveno.

Výzkumná otázka č. 3: Byli respondenti během své praxe na nynějším pracovišti vystaveni fyzické agresi ze strany pacientů?

Jak všeobecné sestry / zdravotničtí asistenti uvedli v páté otázce, osobní zkušenost s agresí má 93,4 % z nich. Záleží pak, v jaké formě a stupni se agrese vyskytovala nejčastěji. Četnost setkání s agresorem vyplynula z následující otázky, kde 89 respondentů uvedlo frekvenci jednou až dvakrát do roka. U 35 byl výskyt častější, tedy jednou až dvakrát do měsíce a u pouhých 17 respondentů byla četnost jednou až dvakrát za pět let. Avšak pro zodpovězení uvedené výzkumné otázky hraje klíčovou roli otázka číslo 9, kde byla fyzická agrese rozdělena podle pohlaví. Ta je vyhodnocena v následující výzkumné otázce. V rámci fyzické agrese může dojít k napadení a způsobení zdravotní újmy. Domnívám se, že v takovýchto případech by měly oběti vyhledat pomoc psychologa, neboť vlastní napadení pacientem s sebou nese stresující okamžiky, obavy z vlastního ohrožení a pocit osamělosti.

Výzkumná otázka č. 4: Setkali se všeobecné sestry / zdravotničtí asistenti s agresí více u mužů, nebo u žen?

Po vyhodnocení otázek číslo 8 a 9 (graf 5 a 6), které se týkají setkání respondentů s verbální a fyzickou agresí v závislosti na pohlaví, jsem došla k závěru, že u 107 respondentů byl agresorem muž, u pouhých 2 žena a u 32 bylo pohlaví vyrovnané. Porovnáme-li zjištěné hodnoty s otázkou číslo 10, pak nejčastějším agresorem byl muž ve věku 46–60 let, tedy jedinec zkušený životem a do jisté míry nepoznamenan stářím, tj. demencí. U verbální agrese nebyl rozdíl mezi četností útoků mužem a ženou tak markantní, jak u předchozí formy agrese. Je vidět, že oproti mužům jsou ženskou zbraní jsou více slova než činy.

Výzkumná otázka č. 5: Jaká byla nejčastější příčina agresivity u pacientů vzhledem k typu oddělení?

Jak výzkum ukázal, alkohol je nejčastější příčinou vzniku agrese nejen na urgentním oddělení, jak uvedlo 23 dotazovaných, ale i na chirurgické JIP 6; položku abstinenci příznaky zvolilo 64 respondentů. Alkohol je významným sociálním problémem, který je nutno permanentně řešit. Zasahuje nejen do primární sociální skupiny, ale ovlivňuje i širokou společnost. Domnívám se, že zdravotnictví se potýká stále častěji s nežádoucími situacemi způsobenými pacienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu. Je pouze na naší společnosti, jak se s tímto fenoménem vypořádá a jak ochrání budoucí generaci.

Výzkumná otázka č. 6: Patří mezi nejčastější situace vedoucí k agresi pacientů pooperační stav nebo ebrieta?

Této problematice se věnovala otázka číslo 13, kde měli respondenti možnost samostatně odpovídat. Nejpočetnější skupina respondentů uvedla, že k agresi docházelo druhý až třetí den po operaci vlivem anestezie. Pacienti byli dezorientovaní, měli halucinace a vstávali z lůžka, druhý den měli na vzniklý incident amnézii. To, zda se ve většině případů jednalo o verbální nebo fyzickou agresi, by byl námět na další výzkumné šetření. Nejčastější výskyt byl zaznamenán na standardních odděleních I. chirurgické kliniky. Důvodem může být vyšší věková kategorie pacientů, kteří jsou nuceni podstoupit operaci. Ebrieta neboli opilost zaujala druhou pozici v našem pomyslném žebříčku. Alkohol byl opět přítomen, a to zejména na urgentním oddělení, kde ho uvedla více než polovina respondentů. V mnoha případech se stal příčinou pobytu pacientů v nemocnici.

5 DISKUZE

Násilí, agresivita a napadení jsou pojmy, které se v současné době často skloňují a používají v různých konceptech. Nárůst násilí ve společnosti se projevuje i zvýšeným agresivním chováním na pracovištích. Toto aktuální téma se bohužel nevyhnulo ani zdravotnictví, které je hojně medializované. Diskuze se vede téměř na všech úrovních, včetně internetu, kde má laická veřejnost možnost se svobodně vyjádřit ke vzniklým incidentům, které zde byly uvedeny. Zdravotnický personál přichází během své pracovní doby do styku s klienty, kteří často bývají ve špatném psychickém nebo fyzickém rozpoložení vlivem své nemoci. Agresivní chování můžeme velmi často čekat i u tzv. rizikové skupiny, do které spadají alkoholici, drogově závislí nebo psychicky nemocní. Není tedy divu, že řešení různých konfliktních situací je ve zdravotnickém zařízení téměř na denním pořádku. Přesun diskuze mezi odborníky v oblasti psychologie, managementu, ekonomie i práva je příznivé znamení do budoucna.

Výzkumné šetření jsem prováděla v roce 2014 ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Prvotním cílem této diplomové práce bylo zmapovat úroveň znalostí z psychologie u zdravotních sester / asistentů ve vztahu ke sledovanému tématu. Z výzkumu vyplynulo, že v odborných otázkách týkajících se výukového tématu dosáhli respondenti uspokojivých výsledků. Otázka zaměřená na afekt a kontakt s agresivním pacientem byla odpovězena správně v 90 %. Naopak definici heteroagrese znala slabá nadpoloviční většina, 58,9 % respondentů. Hodnocení úrovně znalostí podle vzdělání respondentů dopadlo nejlépe u bakalářek a diplomovaných všeobecných sester.

Je všeobecně známo, že agresí jsou nejvíce ohroženi zdravotničtí pracovníci – sestry, které jsou v neustálém a mnohdy velmi těsném kontaktu s pacientem. Ve vypjatých situacích se zdravotník musí spolehnout na profesionální komunikaci a její pomocí pacienta uklidnit již v první fázi agrese. Zpracováním dat u 20. otázky bylo zjištěno, že 56,3 % respondentů umí zvládnout komunikaci a 45,5 % dotázaných zná hlavní zásady chování při kontaktu s agresivním pacientem. Avšak 37,7 % respondentů uvedlo, že znalosti, které získali ve škole, jim z psychologického hlediska nedostačují. Je tedy zapotřebí hledat informace na odborných seminářích a přednáškách. Tuto možnost využívá pouhá třetina dotazovaných.

Druhým cílem bylo vyhodnotit nejčastější formy a stupně agrese v závislosti na zkoumaných pracovištích. Ukázalo se, že velká většina respondentů (93,4 %) se s agresivitou na svém nynějším pracovišti setkala. Tento údaj je poněkud alarmující, je tedy zřejmé, že preventivní opatření popsaná v závěru teoretických poznatků, jsou velmi žádoucí a jejich uvedení do praxe by se nemělo déle oddalovat. Ve zkoumaném vzorku nebyly rozdíly mezi jednotlivými typy oddělení.

Jako nejčastější formu označili respondenti fyzickou agresi u mužů (75,9 %, což odpovídá obvyklým údajům). Muži mají obecně vyšší sklon k agresi a fyzické napadení není výjimkou. Dokládá to výzkum z Fakultní nemocnice Ostrava a Nemocnice Třinec, který prováděla Michaela Szkanderová a Darja Jarošová, vydaný v časopise Profese on-line v červenci 2008. Jako agresor byl určen muž-pacient minimálně v polovině případů. Na druhém místě skončila verbální agrese u mužů (61,7 %). Naopak ženy tíhnou k verbální agresi a používání slov jako zbraně je pro ně typické.

Jako nejčastější typ agrese označili respondenti agresi verbální (46,1 %), která je charakteristická nadávkami, urážkami, vyhrožováním, ponižováním a ironií. Potvrzuje se tak skutečnost, že zdravotníci ovládají komunikační dovednosti a v mnoha případech jsou schopni zabránit eskalaci agresivity již v této fázi.

V rámci výzkumu se ukázalo, že nejčastější situace, která vede k agresivnímu chování ze strany pacienta, je pooperační stav. Více jak 26 % dotázaných uvedlo, že vlivem anestezie dochází u pacientů druhý až třetí pooperační den k poruchám kvantitativního vědomí, k halucinaci a následně k agresi, zvláště pak na jednotkách intenzivní péče. Na těchto pracovištích jsou hospitalizovaní pacienti ve vážném somatickém stavu, velmi často trpí fyzickým omezením a to je pro ně frustrující zážitek. Ovšem i na standardním oddělení je tato příčina častá, spolu s časovou vytížeností sester. Další častou příčinou agrese je ebrieta neboli opilost (v 16,3 % případů), z velké části se vyskytuje na urgentním příjmu. Právě alkohol hraje mnohdy hlavní roli v příčině pobytu pacientů v nemocnici. Ambulance s ranním nebo nepřetržitým provozem s sebou nesou určitou míru stresu a nejistoty, příčinou agresivního chování je tady dlouhá čekací doba na ošetření. Respondenti udávali ve většině případů, že se s agresivním pacientem setkávají minimálně jednou až dvakrát za rok.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že nejčastějším agresorem ve vztahu k pohlaví byl muž, a to jak u fyzické, tak u verbální formy agrese. Nejčastější věk agresora

udávali respondenti 46–60 let a 61–75 let. Tato skutečnost zřejmě souvisí se širokou věkovou škálou pacientů, u kterých je výskyt nejfrekventovanější.

ZÁVĚR

V rámci této diplomové práce byly rozdaný dotazníky určené zdravotním sestřám / asistentům pracujícím ve Fakultní nemocnici v Olomouci na vybraných pracovištích. Ze 180 rozdaných dotazníků se vrátilo 151 vyplněných. U respondentů byly zjišťovány určité aspekty, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a typ nynějšího pracoviště. Podle těchto aspektů byly dotazníky následně vyhodnoceny. Získané odpovědi byly převedeny z tištěné formy do elektronické tabulky, což umožňovalo jejich efektivní zpracování a využití hodnot k řadě dalších aplikací.

Problematiku agrese jako jedno z mnoha výukových témat jsem si vybrala záměrně, protože jsem chtěla poukázat na aktuální téma dnešní doby, které má vzrůstající tendenci nejen ve společnosti, ale především ve zdravotnictví.

Při zjišťování úrovně znalostí z psychologie u výše zmíněné problematiky se nám dostalo zajímavých výsledků. V závislosti na zmapování četnosti úspěšnosti správných odpovědí byly znalosti respondentů uspokojivé. První místo obsadili zdravotničtí pracovníci pracující na oddělení intenzivní péče chirurgických oborů, kde úspěšnost činila 81,7 %. Těsně za nimi se umístilo traumatologické oddělení s 79,3 % a urologická klinika s 74,5 %. Nejvyšší úrovně dosáhly znalosti o afektu a komunikaci s agresivním pacientem – cca 90 %. Avšak znalost heteroagrese spolu s hlavními zásadami chování při kontaktu s agresivním pacientem se prokázala pouze u 50 % dotazovaných. Celkově zhodnocená úroveň vědomostí zdravotnických pracovníků je ohodnocena známkou dobře. Některé znalosti v určitých oblastech jsou velice dobré, ale našli se i tací, kteří neovládají základy psychologie téměř vůbec. Bylo zkoumáno i subjektivní posouzení znalostí získaných ve školách; pouhých 19,9 % respondentů uvedlo, že jim znalosti plně stačí. Nadpoloviční většina respondentů považuje za důležité se v této oblasti dále vzdělávat, ale pouhých 28 % z nich tak opravdu činí.

Při rozebrání výskytu četnosti formy agrese v praxi obsadila první místo fyzická agrese u mužů s celkovým procentuálním zastoupením 75,9 %, a to zejména na urologické klinice. Naopak nejnižší výskyt zaznamenala fyzická agrese u žen s pouhými 1,4 %. Na chirurgické JIP 6 se nenašel nikdo, kdo by se během své praxe nesetkal s agresí. 84,2 % respondentů pracujících na IPCHO se s agresí setkala jednou až dvakrát ročně. Velmi často (1–2krát měsíčně) zaznamenává agresí 63,2 % sester na urgentním oddělení. Dalším z cílů

práce bylo zanalyzovat situace vedoucí k agresi ze strany pacienta. 26,2 % respondentů uvedlo druhý až třetí pooperační den, 16,3 % ebriety (opilost) a 11,3 % změnu prostředí v důsledku hospitalizace. Necelá polovina agresí měla příčinu v abstinenčních příznacích. Opilost jako příčina agrese byla zaznamenána nejčastěji na urgentním oddělení, kde ji zvolilo 57,9 % respondentů.

Nabyla jsem dojmu, že sestry tuto problematiku podceňují, i když si jsou samy vědomy její důležitosti. Stala se pro ně součástí jejich práce. Na základě výsledků navrhuji pravidelné a kontinuální vzdělávání zaměstnanců. Úspěšně zvládat komunikaci vyžaduje od zdravotnických pracovníků nejen znát hlavní zásady, ale především je umět uplatnit v praxi. Jako nejlepší nástroj pro ověření znalostí a praktických dovedností se jeví pravidelné školení přímo na pracovištích, jehož součástí by byly videoukázky s chybnou i správnou komunikací. Následoval by rozbor konkrétních situací tak, aby si mohl každý ověřit své dovednosti. Vedoucí pracovníci v manažerských funkcích by měli klást důraz na vytvoření příjemné atmosféry a prostředí zejména na konkrétních pracovištích (jednotkách intenzivní péče, urgentních příjmech atd.). Vyskytnou-li se v krizových situacích nedostatky v organizace práce, dodržování zásad správné komunikace nebo fyzickém prostředí, je nutné zajistit nápravná opatření, která se budou průběžně kontrolovat.

Naším cílem bylo zjistit úroveň znalostí zdravotních sester / asistentů pracujících na vybraných pracovištích. Data získaná v průběhu výzkumu nám dovolila zhodnotit tuto úroveň. Navrhuji navázat na tuto práci dalším podrobnějším zkoumáním jednotlivých oddělení v závislosti na poskytování sociálního zázemí a pomoci psychologa.

SOUHRN

Diplomová práce Hodnocení významu vybraných témat z psychologie pro pomáhající profese je zpracována kvantito-kvalitativním způsobem. Hlavním cílem bylo zjistit úroveň znalostí z psychologie u zdravotních sester / asistentů ve vztahu ke sledovanému výukovému tématu – agresi. První část je věnována vzdělávání zdravotnických pracovníků od střední zdravotnické školy po postkvalifikační / postregistrační vzdělávání. Součástí jednotlivých stupňů vzdělání je výuka psychologických poznatků. Ve druhé části je seznámení s významností vybraného výukového tématu. Nalezneme zde definice, odborné termíny, druhy, stupně a fáze agrese, informace o komplexní péči a možnosti prevence vzniku agrese. Poslední, výzkumná část obsahuje popis dotazníkového šetření, analýzu získaných dat a zhodnocení četnosti agrese v závislosti na zkoumaných pracovištích ve Fakultní nemocnici Olomouc. Cílem je definovat nejčastější situace vedoucí k agresivnímu chování ze strany pacienta a určit nejčastějšího agresora ve vztahu k věku a pohlaví. U respondentů jsou sledovány určité aspekty, jako je věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe a typ pracoviště.

Psychologie, agrese, agresivita, násilí, asertivita, vědomosti, zdravotnický pracovník

SUMMARY

The diploma thesis on Evaluation of the meaning of chosen topics from psychology for assisting professions is elaborated in quantitative/qualitative way. The main goal was to find out the level of psychological knowledge of nurses and medical assistants in relation to the monitored learning topic – aggression. The first part deals with the education of medical workers from the medical high school to post-qualification/post-registration education. The part of particular levels of education is the teaching of psychological knowledge at school. The second part deals with the introduction of the importance of chosen learning topic. It contains definitions, terminology and various kinds, degrees and stages of aggression. It informs about the complex care and is aimed at the prevention of origination of the researched psychological problems. The last research part contains survey. It was aimed at finding out the frequency of aggression according to researched workplaces in University Hospital Olomouc by the analysis of obtained data, defining the most frequent situations leading to aggressive behaviour of patients and determining the most frequent aggressors in relation to age and sex. Various aspects as age, the highest level of education, the length of practise and the type of workplace are followed.

Psychology, aggression, aggressiveness, violence, assertiveness, knowledge, medical worker

REFERENČNÍ SEZNAM

Monografie

- [1] ČABANOVÁ, Bohumila, DOBIÁŠOVÁ, Karolína, HNILICOVÁ, Helena, UZEL, J. *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách v ČR*. Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2004, ISBN 80-86625-21-4
- [2] BAUDIŠ, Pavel, LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1
- [3] BENOIT, M, ARBUS, C, BLANCHARD, F. et al. 2006. Professional konsensus on the treatment of agitation, aggressive behaviour, oppositional behaviour and psychotic disturbances in dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2006. vol. 10, Issue 5, pp. 410-15. ISSN 1279-7707.
- [4] ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8
- [5] DICKINSON, Tommy, RAMSDALE, Susan, SPEIGHT, Geoff, DAVIES, Sonia. 2009. Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*. 2009, vol. 24, Issue 7, pp. 40-49. ISSN 0029-6570
- [6] FISCHER, Slavomír, ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie*. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. PRAHA: Grada Publisking, 2009, str. 45-49. ISBN 978-80-247-2781-3
- [7] HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. 1. vyd. PRAHA: Budka, 1993. ISBN
- [8] HANUŠOVÁ, Věra. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, c. 4, s. 168-169. ISSN 12130508.) 80-90 15 49-0-5.
- [9] HÁVA, Petr, a kol., *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. Kostelec nad Černými lesy, 2005, ISBN 80-86625-49-4
- [10] HONZÁK, Radkin. Obrana před napadením agresivním pacientem, *Diagnóza v ošetrovatelství*. 1. vyd. PRAHA: Promediamotion, 2005, roč. 1, č. 4, str. 195-196. ISSN 1801-1349.
- [11] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. PRAHA: Academia, 1996. str. 270. ISBN 80-200-0592-7.

- [12] NAKONEČNÝ Milan. *Sociální psychologie*. PRAHA: Academia, 2009, str. 234. ISBN 978-80-200-1679-9
- [13] PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. PRAHA: Triton, 2005 ISBN 80-7254-593-0, str.131
- [14] RUEDIGER Dahlke. Agrese jako šance. Psychická podpora zdravotních problémů a onemocnění. Ikar, 2005. ISBN 80-249-0546-9
- [15] TRČKOVÁ, Monika, TITLBACH, Jan, POSPÍŠIL, René. Agitovaný pacient ve zdravotnické péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 1. vyd. PRAHA: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 2, str. 69-70. ISSN 1801-1349.
- [16] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. PRAHA: Portál, 2004, str. 757. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [17] VODÁČKOVÁ Daniela. a kol., *Krizová intervence* PRAHA: Portál, 2002, str. 409. ISBN 80-7178-696-9.
- [18] VONDRÁČEK, Jan, DVOŘÁKOVÁ, Vladimír, VONDRÁČEK, Lubomír. *Medicínsko právní terminologie: příručka pro právní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3151-3
- [19] VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. PRAHA: Portál, 2003. str. 397. ISBN 80-7178-740-X.
- [20] VYMĚTAL Jan, *Základy lékařské psychologie*. PRAHA: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, str. 150-151. ISBN 80-901601-3-1
- [21] VÝROST Jozef, SLAMĚNÍK Ivan, *Sociální psychologie*. PRAHA: Grada Publishing, 2008, str.269, ISBN 978-80-247-1428-8

Články

- [22] DANDOVÁ, Eva. Agresivní chování pacienta. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta, 2010, roč. 20, č. 1, ISSN 1210-0404
- [23] FROMM, Erich. Anatomie lidské destruktivity. Praha: Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-232-4
- [24] GABRIEL, Josef. Sestry na psychiatrii a chirurgii bývají „vytřénované“. *Zdravotnické noviny*. 1. vyd. PRAHA: Mladá fronta, 2002, roč. 51, č. 19, ISSN 0044-1996.

- [25] VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK Jan. Násilí na sestře z pohledu právníka. *Florence*. Praha: Ambit Media. 2009, roč. 5, č. 6. ISSN 1801-464X

Elektronické zdroje:

Elektronické periodika

- [26] CHVAL, J., Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení, *Psychiatrie pro praxi* [online], 2008, [cit. 2013-10-07], č. 4, s. 164, <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200804-0003.php>.
- [27] Srov. SZKANDEROVÁ, M., JAROŠOVÁ, D., *Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních*, Profese on-line : recenzovaný časopis pro zdravotnické obory [online]. 2008, roč. 1, č. 1, s. 1-9, Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/vyskyt-agresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich/>
- [28] ŠVARC, Jiří. *Omezující prostředky v psychiatrii*. Zdravotnictví a medicína [online]. roč. 2008, č. 4 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/omezujici-prostredky-v-psychiatrii-341328>
- [29] VEVERA, J., a kol., Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění 1. díl – výskyt, rozdělení a klinické koreláty, *Psychiatrie pro praxi* [online], 2002, č. 5, s. 226, <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200205-0008.php>
- [30] ZACHAROVÁ, E., Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků, *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2009, č. 11, str. 471, [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/artkey/int-200910-0009.php>.
- [31] ZELMAN, Marek, HOLLÝ, Karol, BRAČOKOVÁ, Helena. Zvládanie akutného psychomotorického neklidu a agresivity pacienta, *Psychiatrie pro praxi* [online] 4/2006, [cit. 2013-10-07], s. 185-190. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200604-0010.php>.

Elektronické zdroje

- [32] *Metodický pokyn k vyhlášce číslo 39-2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra* [on-line], 2010. [cit: 2013-01 -20]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/En/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html

- [33] *Informace o jednotlivých studijních oborech* [on-line], 2000-2014. [cit: 2013-01 - 20]. Dostupné z: <http://ects.utb.cz/plan/6841?lang=cs> UTB
- [34] *Informace o studijním programu* [on-line], 2013. [cit: 2013-01 -20]. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/cs/vzdelavani-a-studium/studijni-programy-obory-kurzy/copy_of_informace-o-jednotlivych-studijnich-oborech
- [35] KEJÍKOVÁ, Věra. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi* [online]. [cit. 2013-09-15]. Dostupné z: http://theses.cz/id/j466yr/Vera_Kejikova_Agresivni_pacient_v_oseetrovatelske_praxi.pdf.
- [36] KRAHULCOVÁ, Ivana. *Rizika práce sester při poskytování ošetrovatelské péče agresivním klientovi*. [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: http://www.theses.cz/id/jg8bnj/downloadPraceContent_adipIdno_10864.
- [37] *Podnět Rady vlády ČR pro lidská práva k právní úpravě používání omezujících prostředků při poskytování zdravotní péče* [online]. 2007, [cit. 2013-25-11]. Dostupný z www: <<http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zapisy-ze-zasedanirady/Omezovaci-zdravotnictvi-podnet-schvaleny-vladou.pdf>>.
- [38] *Školní vzdělávací program* [online]. Kyjov. Střední odborná škola zdravotnická a sociální 2010. [cit 4.3.2014]. Dostupné z WWW <<http://www.zdravkakyjov/skolnivzdelavaci-programy>> .
- [39] *Věstník MZ ČR č. 5/2009, částka 7 Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. [on-line], 06-01-2010. [cit: 2013-01 - 20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html

SEZNAM ZKRATEK

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – hyperkinetická porucha

ČR – Česká republika

FN – Fakultní nemocnice

JIP – Jednotka intenzivní péče

MZ- Ministerstvo zdravotnictví

ŠVP – Školní vzdělávací program

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Věk.....	45
Tabulka 2. Vzdělání.....	46
Tabulka 3. Délka praxe.....	48
Tabulka 4. Typ pracoviště.....	49

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Četnost správných odpovědí podle typu vzdělání.....	47
Graf 2. Četnost správných odpovědí podle typu oddělení.....	49
Graf 3. Četnost verbální agrese podle typu oddělení.....	50
Graf 4. Četnost fyzické agrese podle typu oddělení.....	51
Graf 5. Četnost výskytu verbální agrese v praxi.....	52
Graf 6. Četnost výskytu fyzické agrese v praxi.....	52
Graf 7. Četnost příčiny agrese v praxi.....	53
Graf 8. Četnost situací vedoucí k agresi v praxi.....	54
Graf 9. Úroveň znalostí respondentů o hlavních zásadách komunikace s agresivním pacientem.....	55
Graf 10. Úroveň znalostí respondentů v odborných otázkách.....	56

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2 : Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty

Vážení zaměstnanci,
jmenuji se Věra Šertlerová a studuji navazující magisterský obor Učitelství pro střední zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci studia zpracovávám diplomovou práci s názvem „Hodnocení významu vybraných témat z psychologie pro pomáhající profese“. Zabývá se tematikou možného ohrožení zdravotnických pracovníků agresivním chováním ze strany pacientů. Dovoluji si Vás tímto požádat o spolupráci s prosbou o vyplnění dotazníku. Jednu vyhovující odpověď prosím označte křížkem, pokud nebude uvedeno jinak. **Dotazník je anonymní** a bude využit pouze pro potřeby diplomové práce. Doba vyplnění dotazníku je asi 15 minut.

Děkuji Vám za trpělivost a ochotu.

1. Věk :

- 20 - 25 let
- 26 - 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50let
- 51 - více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání :

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ - Bc. stupeň
- VŠ - Mgr. stupeň
- Specializační - obor.....

3. Délka praxe ve zdravotnictví :

- do 1 roku
- 2 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 - 15 let
- 15 a více let

4. Dopište prosím obor Vašeho nynějšího pracoviště :

- lůžkové oddělení - intenzivní péče.....
- lůžkové oddělení - standardní.....
- ambulance - s nepřetržitým provozem.....
- ambulance s ranním provozem.....

5. Setkal/a jste se na svém nynějším pracovišti s agresivním chováním pacienta?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte prosím otázkou č. 1

6. Pokud ano, jak často ?

- velmi zřídka (1 - 2 x za 5 let)
- občas (1 - 2 x za rok)
- často (1 - 2 x za měsíc)

7. Se kterým stupněm agrese se setkáváte nejčastěji ?

- emoce hněvu vedoucí k agresi- na dotyčném pozorujeme napětí, zčervenání, neklid, svírání pěstí, kousání se do rtů, záškuby lícního svalstva
- agrese verbální - nadávky, urážky, vyhrožování, ponižování, ironie
- agrese fyzická vůči věcem - bouchání dveřmi, bušení do zdí, ničení vybavení
- agrese fyzická vůči lidem - útoky ev. končící zraněním

8. S verbální agresí jste se setkal/a více :

- u mužů
- u žen
- u obojí stejně

9. S fyzickou agresí jste se setkal/a více :

- u mužů
- u žen
- u obojí stejně

10. Věková kategorie agresora :

- 18 - 30 let
- 31 - 45 let
- 46 - 60 let
- 61 - 75 let
- 76 a více let

11. Nejčastější příčina agresivity pacienta podle Vašeho názoru:

- Porucha osobnosti
- Léky
- Bolest
- Demence
- Abstinenční příznaky
- Celkové onemocnění

12. Byl/a jste v těchto situacích na pracovišti sám/a?

- vždy
- převážně ano
- občas
- nikdy

13. Popište prosím krátce situaci , která vedla ke vzniku agrese :

.....

.....

.....

.....

14. Myslíte si, že umíte zvládnout komunikaci s agresivním pacientem ?

- ano
- ne
- nevím

15. Myslíte si, že znalosti, které jste získala ve škole jsou dostatečné?

- Ano, plně mi stačí
- Nevím
- Ne, vůbec nejsem připravená z psychologického hlediska

16. Chtěl/a byste se dále vzdělávat v problematice agrese?

- Ano, aktivně se zúčastňuji kurzů a konferencí
- Ano, pasivně se zúčastňuji kurzů a konferencí
- Snad někdy v budoucnu
- Nevím, záleží na vstřícnosti pracoviště
- Ne

17. Je podle Vás vůbec potřebné se dále v této problematice vzdělávat?

- Určitě ano
- Nevím, ale spíše ano
- Nevím, ale spíše ne
- Určitě ne

18. Afekt znamená :

- Silný, bouřlivý ale krátce probíhající citový stav
- Silný, bouřlivý stav, který trvá dlouhou dobu
- Obava z něčeho dosud neuchopitelného
- Stav zvýšené pohybové aktivity

19. Znáte hlavní zásady, které byste měl/a dodržovat při setkání s agresivním pacientem?

- ano
- ne

20. Pokud ano, uveďte prosím jaké.

.....
.....
.....
.....

21. Heteroagrese je:

- Agrese zaměřená na sebe sama
- Agrese zaměřená na osoby opačného pohlaví
- Agrese zaměřená na jiné lidi
- Agrese zaměřená pouze na osoby blízké
- Agrese zaměřená pouze na cizí osoby - zdravotnický personál

22. Při kontaktu s agresivním pacientem - vyberte správnou odpověď :

- Dáváme najevo Naši dominantnost
- Volíme pomalé tempo řeči
- Trváme na přiznání, že pacient neměl pravdu
- Neudržujeme oční kontakt
- Obhajujeme Naše jednání zákony

Děkuji Vám za čas, který jste věnoval/a odpovědím v dotazníku a přeji
Vám hodně pracovních i osobních úspěchů.

Bc. Věra Šertrová



ŽÁDOST O MOŽNOST PROVEDENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

vážený pane náměstků obracím se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků ve Vaší Fakultní nemocnici v Olomouci. Jednalo by se o pracoviště I. Chirurgická klinika, Oddělení intenzivní péče chirurgických oborů, Urologická klinika, Ortopedická klinika, Traumatologické oddělení a Oddělení urgentního příjmu. Diplomová práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Práce se zabývá tematikou možného ohrožení zdravotnických pracovníků agresivním chováním ze strany pacientů.

Za spolupráci a pochopení Vám děkuji.

Bc. Věra Šertlerová

studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

V Olomouci, dne ..*6.12.2019*.....

S provedením dotazníkového šetření ve Vaší nemocnici:

SOUHLASÍME X ~~NE~~SOUHLASÍME

Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelékařské péče

Fakultní nemocnice Olomouc

M. Š.
Razítko zařízení, podpis vedoucího pracovníka

Mgr. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
garant za projektové a strategické řízení
Fakultní nemocnice Olomouc

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Věra Šertlerová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Hodnocení významu vybraných témat z psychologie pro pomáhající profese.
Název v angličtině:	Significance evaluation of selected psychology topics for assisting professions.
Anotace práce:	Diplomová práce se věnuje úrovni znalostí z psychologie u zdravotních sester / asistentů ve vztahu k agresi. Pojednává o zmapování různých konceptů v závislosti na této psychologické problematice. Teoretické poznatky obsahují vzdělání, významnost vybraného výukového tématu, zejména definice, druhy, stupně a fáze agrese, informuje o komplexní péči a prevenci vzniku. Praktická část je zaměřena na úroveň znalostí, nejčastější formy a stupně agrese, situace vedoucí k agresivnímu chování a definici agresora z pohledu věku a pohlaví. V závěru je uvedeno zhodnocení výsledků dotazníkového šetření.
Klíčová slova:	Psychologie, agrese, agresivita, násilí, asertivita, vědomosti, zdravotnický pracovník
Anotace v angličtině:	This diploma thesis pursues the level of psychological knowledge by nurses and medical assistants in relation to aggression. It concerns itself with mapping various concepts depending on these psychological problems. The theoretical findings involve education, importance of chosen learning topic, especially definitions, kinds, degrees and stages of

	aggression. It informs about the complex care and the prevention of origination. The practical part is aimed at the level of knowledge, the most frequent forms and stages of aggression, situations leading to aggressive behaviour and the definition of aggressor from the point of view of age and sex. In the conclusion there is the evaluation of survey.
Klíčová slova v angličtině:	Psychology, aggression, aggressiveness, violence, assertiveness, knowledge, medical worker
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Dotazník Příloha č. 2 - Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření
Rozsah práce:	75 stran
Jazyk práce:	Český jazyk