

Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientů?



Mgr. Jaroslav Pekara
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.; prac. sk.
Bezpečnost personálu (Aesculap Akademie);
student ZSF JU České Budějovice

Souhrn / Toto sdělení navazuje na článek z minulého čísla časopisu Florence, v němž bylo poukázáno na situaci násilí v českém zdravotnictví. Následující sdělení nemá za cíl informovat o systémových příčinách násilí v českém ošetrovatelství, ale zamýšlí se nad individuální úrovní zdravotníka, který v daný čas řeší aktuální násilnou situaci. V článku jsou použity úryvky rozhovorů ze seminářů o prevenci násilí ve zdravotnictví a rozhovory s pacienty, kteří zažili nevhodné chování ze strany ošetroujícího personálu.

Klíčová slova / násilí – představa – emoce – prevence.

Why does the violent incidents in taking care of patients?

Summary / This article continues at the previous article of this journal. The previous article was about violence in the Czech healthcare area. This article doesn't inform about systematic causes of violence in the Czech healthcare but brings informations of individual level of medical staff who must confront the actually violent situation. There are described passages of interviews with medical staff from seminars of prevention violence in the health sector who were attacked by patients. There are also described interviews with patients that felt the unprofessional behaviour from member staff in the Czech healthcare area.

Keywords / violence – idea – emotions – prevention.

Úvod

V minulém čísle časopisu Florence jsme se věnovali úvodu do problematiky násilí v českém ošetrovatelství (článek pojednával o násilí mezi pacientem/příbuzným pacienta a zdravotníkem). Na základě realizovaných výzkumů a studií bylo zjištěno, že násilí v českém ošetrovatelství je poměrně častým jevem. Byly také identifikovány nedostatky, které významně snižují možnosti prevence fenoménu, který může být následkem (nejen) fluktuace zaměstnanců a který svým zásahem do zdravotní péče významně snižuje její kvalitu a efektivitu především na straně zdravotníků (Pekara, 2011).

Výskyt násilí ve zdravotnictví v České republice není omezen pouze na psychiatrická pracoviště. Velký výskyt násilných incidentů je převážně na odděleních chirurgie, traumatologických ambulancích a odděleních akutní péče, včetně prostředí zdravotnické záchranné služby (Hahn, 2010).

Například ve Velké Británii se hovoří o endemickém výskytu násilí při poskytování zdravotní péče, každoročně je nahlášeno okolo 8 tisíc incidentů napadení zdravotníků (Johnes, 2013). Vzhledem k tomu, že v České republice zatím stále chybí podrobnější průzkum či kontinuální monitorovací systém, který by poukázal na četnost konfliktů, jejich následky a posouzení

daných preventivních metod (stanovisko vlády 484/1, 2011), jsme prozatím odkázáni na zprávy z médií a zkušenosti ze seminářů zaměřených na danou problematiku.

Cílem následujícího sdělení není potřeba informovat o systémových precipitorech násilí v českém ošetrovatelství, jako jsou dlouhé chodby, málo bezpečnostních služeb, ostré hrany nábytku a stěn či zájem zaměstnavatelů řešit dané incidenty spíše *ad hoc* než pomocí systémové prevence. Systémové změny jsou jistě důležité, nicméně jejich aplikace v praxi často trvá řadu let. Pojďme se tedy pokusit přiblížit změny, které probíhají na individuální úrovni zdravotníka, který v daný čas řeší násilnou situaci.

Ukázky z praxe:

Všeobecná sestra na pohotovosti čelila narážkám pacienta, který do jejího hrudníku strkal prstem a křičel na ni: „*Jsi neschopná, když si neumíš zorganizovat práci! Už tady s klukem čekám dvě hodiny a nic se neděje. Co je mi do toho, že pořadí pacientů určuje lékař, já prostě potřebuji okamžitě ošetřit syna a jít do práce!*“

Na neurologické ambulanci zvonil pacient na všeobecnou sestru a dožadoval se vody. Všeobecná sestra se pacienta otázala, proč vodu potřebuje, a pacient

na ni spustil: „*Ty krávo jedna, prostě mi podej tu vodu a o víc se nestarej!*“ Sestra pacientovi vyhověla a skrze malé okénko pacientovu vodu podala v plastovém kelímku. Poté okénko zavřela. Pacient vzal kelímek s vodou, začal po sestře řvát: „*Jsi blbá, jsi blbá!*“, kelímek s vodou mrštil proti okénku a pak utekl.

Všeobecná sestra přinesla pacientovi na geriatrickém oddělení večeři. Pacient seděl v lůžku a řekl, že nic nechce. „*Něco byste sníst měl, víte přece, že máte diabetes a dostal jste inzulin,*“ prosila jej sestra. Pacient se na ni podíval a začal nadávat: „*Co se o mě pořád staráš a pořád mi něco nutíš?!*“ Pak vzal hrnek a hodil jej po sestřičce, následoval talíř, večeře a přibory. Sestře se podařilo před hrnkem uhnout a před dalším útokem předmětů ji zachránily dveře.

Recenzovali

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.
Ústřední vojenská nemocnice –
Vojenská fakultní nemocnice, Praha,
psychiatrické oddělení

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
katedra ošetrovatelství a porodní
asistence, Zdravotně sociální fakulta,
Jihočeská univerzita České Budějovice

Zdravotnický záchranář ošetřoval nezletilou dívku, která jevila silné známky opilosti. Společně s řidičem ji naložili do sanitky a provedli základní zajištění pacientky. Venku před sanitkou stál její přítel, který několikrát bouchl do sanitky, aby zjistil, co se děje. Záchranář dveře otevřel, řidič vystoupil a šel mezitím do předu. Záchranář vystoupil za přítelem dívky ven a chtěl jej informovat o dívčině transportu do nemocnice. Jakmile se však k němu přiblížil, dívčin přítel zdravotnického záchranáře uhodil do levé strany žeber. Záchranář se lekl, ustoupil do pozadí a začal volat o pomoc řidiče. V této chvíli se dívčin přítel dal na útěk.

Pozn. Tyto incidenty byly zaznamenány na semináři věnovaném prevenci násilí ve zdravotnictví. Seminář proběhl v květnu 2012 v Praze. Stručné popisy incidentů vyplývají z přepisu rozhovorů lektora s účastníky kurzu.

Proč dochází k násilí při poskytování zdravotní péče?

Z mediálních informací dostáváme především ukázky situací, kdy pacient napadl zdravotnického pracovníka. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají všeobecné sestry či zdravotničtí záchranáři, protože v rámci prvního kontaktu s pacienty tráví – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času (Hnilicová, 2007). Na druhou stranu, na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládou své negativní emoce, jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje (Pekara, 2011). K vystupňovanému projevu negativních emocí tak může dojít nejen ze strany pacienta ke zdravotnickému pracovníkovi, ale, jak zmíněná interakce naznačuje, i směrem opačným.

Příklad: Lékařka v anesteziologické ambulanci ve fakultní nemocnici v Praze oznámila 25leté pacientce, že součástí předoperačního vyšetření je také EKG, které ona s sebou nemá, a proto ji nejspíš nebudou moci operovat. Pacientka byla už tak vyděšená a říkala, že tam někde být musí, že jí ho určitě dělali. Lékařka

papíry ještě jednou prolistovala a řekla, že tam není. Pacientka se roztrfeseným hlasem zeptala: „*Paní doktorko, já jdu přece jen na malý gynekologický zákrok, to by mi to EKG nemohli udělat i tady?*“, na což lékařka odpověděla: „*Vážená slečno, tady není hotel, ale nemocnice!*“ V tu ránu dívka svoje pocity neudržela a začala plakat. Lékařka na to reagovala: „*No ještě mi tu začněte vzlykat a brečet! Já za to nemůžu, že nemáte všechny papíry v pořádku!*“

Pozn. Vybráno z rozhovoru s pacientkou, které následně pomohla přítomná všeobecná sestra tím, že před lékařkou zavolala na gynekologickou ambulanci, kde se jí podařilo EKG domluvit. Rozhovor s pacientkou trval přes 30 minut, proto je pořízen jen úryvek o incidentu. Praha, březen 2011.

Diskuze

Pokud vás výše uvedené ukázky šokovaly, věřte, že se jedná jen o zlomek toho, co se děje v každodenní realitě. To, co cítíme a očekáváme od života, nám pomáhá si uvědomit, co od života očekává a cítí druhý člověk. Tento zvláštní způsob empatie a očekávání charakterizuje osobnost lidí a více či méně umožňuje identifikovat realitu druhých lidí. **To, co si o druhých představujeme, není ani o tom, jaký druhý je nebo co cítí, ale spíše o tom, jakou představu si udělám**, abych s ním mohl/a mít určitý vztah (Grimaldi, 2013).

O tom, jak druhé vnímáme, rozhodují naše zkušenosti a představy, jaký by ten druhý měl být („*jak jsme si toho druhého vykreslili*“). Základem je hledat v druhých své bližní, což je v oblasti ošetřování nemocných a raněných bráno jako profesionální základ. Pacienti očekávají od zdravotníků zejména slušnost, empatii, úlevu od bolesti a symptomů, vyřešení problémů, úctu, mnohdy také vidí zdravotníky jako sluhy. Zdravotník očekává od pacienta úctu, spolupráci, dodržování nařízených opatření a za daných okolností určitou poslušnost. V případě situační odlišnosti (nespolupracující pacient či pacient pod vlivem omamné látky, stres, vysoká pracovní zátěž zdravotníků) jsou představy pacientů a zdravotníků rozdílné. Dochází k nedorozumění našich představ a vlivem stresu k akti-

vaci negativních emocí vyvolávajících pocit ohrožení. Představy, které byly na straně zdravotníka i pacienta očekávány, nejsou naplněny, dochází k frustraci, k výsledné emoční rozladěnosti stačí přidat slovo (*Proč jste volali? Kolik jste toho vychlastal? Dělej! To tu ruku nemůžete udržet chvíli v klidu?! Uklidněte se!*) nebo nevhodný neverbální projev (*smích, protočení očí*) a následkem interpersonální interakce dojde k násilí, které má povahu agrese slovní či fyzické, aby saturovala potřebu vlastního bezpečí a snížila pocit bezmoci.

Zásahy zdravotnických záchranářů a všeobecných sester probíhají ve skutečně vypjatých situacích a jsou ovlivněny oboustranným stresem. Pro zvládnutí vystupňovaných negativních emocí tedy nerozhoduje *množství piv*, které pacient vypil, nebo *počet minut*, které na ošetření musí počkat, ale právě schopnost sebekontroly zdravotnického pracovníka, na kterého je forma agrese zaměřena a pro pacienty „pod tlakem“ funguje často jako hromosvod. *Uklidněte se – přemýšlejte – držte emoce na uzdě*, radí často příručky a monografie o tom, jak zvládat konfliktní situace. **Zdravotníci ale nejsou stroje.** Také mají právo na své emoce, a pokud mají čelit násilí, budou ve stresu a teorie příruček ztrácí na významu. Navíc zde hraje roli představa, jak si pacienta ve své mysli vykreslili, a pokud se k nám někdo chová hrubě, nepůjde už o našeho bližního, nepůjde už o pacienta, který si zaslouží potřebnou pomoc, ale najednou v něm uvidíme cizince a nepřítele. V takovém případě nemusí jít hned o neprofesionalitu, nýbrž obranu zdravotníka – člověka, který je ve stresu a rozhoduje se mezi útokem či hledáním únikové cesty.

Praxe ukazuje, že konfliktním situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik a vždy se víc vyplatí vynaložit maximální úsilí, aby ke konfliktu nedošlo, než ho následně řešit (Fehlau, 2003). I experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace (Škrála, 1998). Rozhodující roli v prevenci konfliktu tak sehrává především profesionální chování zdravotnic-

kého personálu. Představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. „Zdravit a něco vysvětlovat, to je věc, která u nás nemá tradici, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je totiž z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost“ (Lánský, 2012). Komunikace je především o chování, nejen o sdělování zpráv a vyslechnutí druhého. Stejně jako při aplikaci injekcí či chirurgickém zákroku je i při komunikaci potřeba tréninku, aby se daná dovednost mohla rozvíjet v pozitivním slova smyslu. Pokud je daná dovednost posilována, stává se efektivní. Totéž platí o komunikaci (Cottingham, 2008).

Shrnutí

Z uvedeného sdělení vyplývají tři zákonitosti:

- 1) konflikty ve zdravotnictví při kontaktu pacient – zdravotník jsou vyvolány především neovladatelnými negativními emocemi,
- 2) zdravotníci nejsou stroje a případná neprofesionální gesta či slova mohou být následkem jejich obranné reakce,
- 3) vždy je lepší vynaložit maximální úsilí prevence, aby konflikt nevznikl, než jej následně řešit.

Často tak nejde ani to, zda je pacient opilý, pod vlivem nealkoholové drogy nebo jak dlouho čeká na ošetření či vyšetření. Vliv má také chování zdravotnických pracovníků, které může vystupňovat negativní emoce již „nastartovaných“ pacientů a zapálit připravenou nálož emocí. Tento vztah je reciproční a funguje i obráceně: unavený zdravotník má nižší schopnost čelit nepřijemným výlevům pacientů, jeho představy o spolupracujícím pacientovi se rozplývají jako mlha a vidí spíše protivníka, před kterým musí utéct nebo s ním soupeřit.

Efektivní zvládnutí emocí by mělo být součástí profesionálního repertoáru kaž-

dého zdravotníka, protože právě deeskalace a uklidnění pacienta mnohdy nejen konflikty řeší, ale umí jim i předcházet. V současné době je vzdělávání v oblasti deeskalčních technik výsadou několika hodinových seminářů (www.bezpecnost-personalu.cz). Bylo by také potřeba tuto výuku více posílit i ve školách a v rámci celoživotního vzdělávání. Nezbyvá nám než se učit praxí, snažit se o *uklidnění a sebekontrolu* ve vypjaté situaci alespoň předstírat.

Souhlasím, že tato věta moc klidu do řad profesionálů nepřinese. Jednou z variant, jak se celé situaci postavit čelem, jsou modelové příklady a sdílení dobré praxe. Na těchto ukázkách lze demonstrovat nejen to, proč daná situace vznikla a jak je možné jí předcházet při opětovném výskytu, ale také jak z onoho bludného kruhu emocí a představ vystoupit s noblesou a uspokojením potřeb po obou stranách. Ale o tom až v dalším článku v příštím čísle Florence. ☒

Literatura

1. Pekara, J. *Prevence násilí v ošetrovatelství. Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2011, roč. 7, č. 2, s. 187–191.
2. Hahn, S. et al. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. In: *J Clin Nurs*. 2010, roč. 19, p. 3535–3546.
3. Johnes, D. Violence in the workplace: An endemic but no an inevitable problem of 21st century healthcare delivery. In: *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Kavanah: Ghent, Belgium, 2013. pp. 31–34. ISBN 978-90-574-0112-1.
4. *Stanovisko vlády 484/1, Poslanecká sněmovna, Parlament České republiky* [online]. 2011-11-12 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=75321>
5. Hnilicová, H. Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovišti ve zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 46, s. 14–16.

6. Grimaldi, N. *Nelidskost*. Praha: Academia, 2013. 128 s. ISBN 978-80-200-2258-5.
7. Fehrlau, E. G. *Konflikty v práci: Jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. Praha: Grada, 2003. 108 s. ISBN 80-247-0533-8.
8. Škrála, P., Škrlová, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 1998. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
9. Lánský, T. Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti. *Zdravotnické noviny* [online]. 2012-02-02. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-reci-kritizuji-pacienti-463262>.
10. Cottingham, A. H. et al. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. In: *J Gen Intern Med*. 2008, roč. 23, č. 6, s. 715–722.
11. *Bezpečnost personálu*. Pracovní skupina pro Bezpečnost personálu. Aeskulap Akademie. Dostupné z: www.bezpecnostpersonalu.cz.

Více o autorovi

Mgr. Jaroslav Pekara
2004: ukonč. SZŠ, Vsetín – všeob. sestra; **2007:** ukonč. Bc. studium – zdrav. záchranář, Ostrava. univerzita, Ostrava; **2009:** ukonč. Mgr. studium – intenz. péče, 1. LF UK, Praha; **2010:** ZSF Jihočeská univ., České Budějovice; **2005–2006:** LDN, Měst. nemocnice Ostrava, všeob. sestra; **2006–2008:** sanitář ÚSZS Moravskoslez. kraje; **2008–2010:** všeob. sestra KAR FNKV, urgent. příjem, Praha; **od 2010:** Odd. KARIM, ÚVN-VFN Praha, všeob. sestra; **2013:** odborný asistent – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.