

DŮSLEDKY NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

CONSEQUENCES OF VIOLENCE IN HEALTH CARE

JAROSLAV PEKARA, JITKA NĚMCOVÁ

Abstrakt: Popisný článek analyzuje možné dopady fenoménu doby, který dopadá na vykonavatele zdravotnické profese. V článku je fenomén násilí definován a je vysvětlován v kontextu vývoje lidstva. Závěr článku patří analyzovaným výsledkům zahraniční studie, která jasně dokládá, že násilí ve zdravotnictví (bez ohledu na počty či frekvenci), je zásadní problém, který ovlivňuje bezpečnost a kvalitu poskytované péče, jak na straně pacientů, tak personálu. I přes výše uvedená fakta je možné fenoménu předcházet efektivní prevencí.

Klíčová slova: zdravotnické profese, násilí, prevence, důsledky násilí ve zdravotnictví

Abstract: The descriptive article analyzes the possible impacts of the phenomenon of time that affects health care practitioners. In the article, the phenomenon of violence is defined and explained in the context of human development. The conclusion of the article belongs to the analyzed results of a foreign study that clearly demonstrates that violence in health care (regardless of number or frequency) is a fundamental problem that affects the safety and quality of care for patients and staff, too. Despite the above facts, the phenomenon can be prevented by effective prevention.

Key words: health professions, violence, prevention, consequences of violence in health care

ÚVOD

ZÁVAŽNOST TÉMATU

Násilí ve zdravotnictví je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry. V posledních letech násilí nepřetržitě zvyšuje svou incidenci. Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti.

Studie potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí ve společnosti se odehrává ve zdravotnictví, a v řadě evropských výzkumů (včetně ČR) byla oblast zdravotnictví identifikována jako značně riziková z hlediska napadení pracovníků. Do pracovního prostředí zdravotníků proniká stále více domácího a pouličního násilí, na ulicích je více zbraní, lidé častěji řeší problémy pomocí násilí a nemalá část těchto konfliktů se dotýká i zdravotnictví. Násilí v jakékoliv podobě ve společnosti

vzrůstá a dá se říci, že násilné činy nabývají čím dál více brutálnějšího charakteru. Zásahy zdravotníků probíhají ve skutečně vypjatých situacích (Di Martino, 2013) a proto i média stále častěji přinášejí informace o napadení zdravotníků (Huckshorn, 2014). I v ČR podle Maršové (2001) obecně kriminality přibývá (www.policie.cz, 2013). Násilí ve zdravotnictví je v dnešní době označováno jako fenomén a někteří autoři hovoří o endemickém výskytu (Koukolík, 2008). Po celém světě je tomuto fenoménu věnovaná značná pozornost širokou platformou odborníků – v Evropě prostřednictvím skupiny European Violence in Psychiatry Research Group (www.eviprg.eu), jejíž členové jsou především všeobecné sestry. V ČR je násilí ve zdravotnictví zatím výsadou čtyř velkých projektů. Další informace získáváme zejména prostřednictvím mediálních zpráv – tyto informace však postrádají jakoukoliv analýzu problematiky a faktických dat s konkrétními doporučeními či výstupy. Nejčastěji se terčem násilí při poskytování zdravotní péče skutečně stávají sestry, protože v rámci prvního kontaktu s pacienty tráví – na rozdíl od jiných profesí ve zdravotnictví – nejvíce času. Na základě zkušeností z praxe a proběhlých výzkumů, přibývá také incidentů, kdy zdravotničtí pracovníci neovládou své negativní emoce a jejich následné chování působí na pacienty vyčítavě a potenciální útočníky k násilí provokuje. Fenoménu násilí ve zdravotnictví je v ČR věnováno stále málo pozornosti. Problematika je neprůhledná, neexistují standardní postupy ani preventivní opatření. V neposlední řadě chybí koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu povolání všeobecné sestry. Je třeba si uvědomit, že kvalita

služeb vycházející z ochrany před ohrožujícím a násilným chováním obou stran je prioritou. Jde o velice náročný úkol, jenž vyžaduje tvorbu etických a odborných standardů s podporou terapeutického klimatu v prostředí zdravotnických služeb. Součástí je také dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP), eventuálně navržení úzké spolupráce s oddělením pracovního lékařství. Následky násilí mohou být totiž velmi závažné. Například v USA v roce 2004 bylo 14 % všech pracovních úrazů ve zdravotnictví v důsledku násilí namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách. Jednalo se o násilí, které ve svém důsledku vyžadovalo domácí léčení (poranění hlavy, zlomeniny). V polovině těchto případů si násilí v USA v roce 2004 vyžádalo smrt (zastřelení, ubodání) zdravotnického pracovníka (Zampieron, 2010). Obecné důsledky násilí ve zdravotnictví nakonec nepřispívají pouze k fluktuaci a odchodu zaměstnanců z profese, ale dopadají ekonomicky na celou společnost (Johnes, 2013). Průměrný odhad nákladů za fyzické násilí v zaměstnání v roce 2008 byl ve Spojeném Království asi 60,5 miliónů liber. V současné době je částka každoročně vyšší než 100 milión liber (NHS, 2007). Lze usuzovat, že i v ČR má tento problém významný ekonomický dopad. Hlavním cílem disertační práce bylo zmapování násilí (zejména nepsychiatrického), které vzniká ve zdravotnickém prostředí výhradně při vzájemném působení všeobecné sestry a pacienta, se snahou identifikovat nejčastější nedostatky zvládnutí těchto situací a hledat možnosti jejich nápravy.

DEFINICE NÁSILÍ

První biologickou teorií kriminality představil Cesare Lombroso (1833-1903), který vycházel ze studií frenologie, a prosazoval teorii, že zločinné sklony jsou vrozené a jsou rozpoznatelné ve fyziognomických znacích člověka. Podle jeho teorie 25 % zločinců jsou zločinci vrození, zbylých 75 % spáchá zločin v afektu nebo využije příležitosti. Představa, že existují skupiny lidí a bytostí, kteří mohou být vědecky označeni za podřadné, našla široké uplatnění ve 20. století a vedla k nuceným sterilizacím v USA a v koncentračních táborech nacistického Německa (Vácha, 2008). Na počátku 20. století se skupina instinktivistů, především McDougall a James, inspirovaní evoluční teorií Charlese Darwina, snažili přiřadit jednotlivým pudům odpovídající projevy lidského chování. Sigmund Freud shrnul všechny pudy (vrozené instinkty) do dvou hlavních kategorií: pudu pohlavního (libida) a pudu sebezáchovy. Agrese byla původně jen jednou ze složek pohlavního pudu. Aby však pud smrti neničil vlastní organismus, vytvořil Freud teorii, že pud agrese musí být směřován do vnějšího světa a vytvořil agresivitu. Konrád Lorenz pak rozpracoval především úlohu vnitrodruhové agrese. Ta dle něho plní důležité funkce regulace sociálního chování (ochrana teritoria a rodiny či výběr sexuálních partnerů). Zejména u savců pak označil četné mechanismy jako antiagresivní zábrany, které agresii brzdí – například pláč, úzkost z neznámého, empatie (schopnost vcítit se do myšlení ostatních včetně těch, co nám chtějí ublížit). Náš zájem o detaily vražd, fascinace krví a schopnost rozeznat rozhněvanou tvář v davu, patří mezi

známky naší obranné výzbroje proti násilí. V rámci zábran se vyvinulo i ritualizované chování – podle Lorenze morálka, slušné chování, smích a redirekce agrese. Freud i Lorenz se na agresi dívali jako na pud, který můžeme vhodně nasměrovat.

Psychiatrie popisuje násilí jako typ chování (impulzivní nebo promyšlené), vyskytující se v interakcích mezi lidmi, které je spojeno s různými formami psychopatologie. Při násilném chování se jedná o patologickou agresi, jejímž cílem je někoho poškodit (Balon, 2013). Psychiatrické definice násilí nezahrnují násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie, plány, nezahrnují agresi jako druh reakce a je počítáno s ublížením (zraněním) druhé osoby. Takové definice neberou v úvahu komplexní aspekty, které často násilí předcházejí a nezohledňují skutečnosti, že násilí je často reciproční reakce. Světová zdravotnická organizace charakterizuje násilí jako hrozbu či úmyslné použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě. Jedná se o sílu (moc), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti (WHO, 2014). Z hlediska sociologického a antropologického nalézáme definice násilí, které odpovídají reakci na frustraci a bezmoc na jedné straně a agresivním hnutím či přáním zničit, na straně druhé (Poněšický, 2005). Násilí může sloužit i jako cenný "pojistný ventil" pro osobu, která zažívá extrémní úroveň hněvu (Balon, 2013). Mnozí autoři poukazují na komplexnost a složitost významu slova násilí (Bédiová, 2012), někteří definici násilí připodobňují agresi (Abderhalden, 2008). Z hlediska charakteru násilí je pak rozlišována nejčastěji

forma slovní a fyzická. Slovní násilí charakterizuje použití hrubého nebo urážlivého jazyka (včetně sexuálně zneužívajících narážek), hanlivých poznámek nebo profánních a obscénních komentářů. Fyzické napadení zahrnuje plácnutí, svírání, tlačení, strkání, plivání nebo kopání, a to za použití zbraně nebo bez ní (Osmo, 2008).

NEHOMOGENNOST POJMU

V současné době se setkáváme, zejména v zahraniční literatuře (Hahn, 2010), více s pojmem násilí, který byl v minulosti spojován s termíny agrese a agresivita. Někteří autoři pak tyto definice spojují a agresi za násilí zaměňují. Mezi termíny je však určitý rozdíl. Agrese je akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby (Špatenková, 2011). Agrese je časově omezenou reakcí. U savců se projevuje jako chování s prvky verbálního nebo fyzického útoku. Naproti tomu agresivita je považována za více či méně trvalou tendenci k útočným reakcím. Při agresivitě jde o sklon (vrozený i získaný), který určuje míru jedince reagujícího na nepříjemné podněty či ohrožení (Lovaš, 2010). Agrese (například křik lékaře na všeobecnou sestru, protože potřebuje pomoci při záchráně pacienta) je reakcí – útěk nebo útok; člověk chce přežít nebo dosáhnout cíle. Jedná se o odezvu, která má prvky obrany organismu a je časově omezená. Agresivita je dlouhodobě trvající agresivní reakce. Násilí je útočné chování a jednání s prvky verbální či fyzické agrese (Lovaš, 2010).

Definice násilí jsou závislé na tom, kým jsou definovány, pro jaké účely slouží a jak se s definicemi následně

pracuje. Násilí ve zdravotnictví bylo označeno za negativní fenomén, který souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče. Násilí ve zdravotnictví je složité a nebezpečné riziko, zejména pro všeobecné sestry. Navíc v posledních letech násilí nepřetržitě zvyšuje svou incidenci (Beech, 2006). Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti (Chappell, 2006). Rozsáhlé studie prokazují značný dopad násilí na psychickou a fyzickou stránku ošetřujícího personálu). Největší příčinou násilí ve zdravotnictví, jak bude uvedeno dále, jsou vystupňované negativní emoce (zejména u nepsychiatrických pacientů, což však psychiatrické příčiny násilí nevyklučuje), které nejsou vhodně zpracovány. V případě nemožnosti nebo neschopnosti negativní emoce ovládnout (deescalace) dochází k chování, které označujeme jako násilné. Pro potřeby naší práce musíme zohlednit vztah, při kterém může dojít ke střetu protichůdných intencí mezi sestrou a pacientem (případně příbuzným pacienta). Pro účely naší práce definujeme násilí ve zdravotnictví jako vystupňované agresivní chování vznikající na podkladě neovladatelné negativní emoce a dalších přidružených faktorů, s prvky takové verbální či fyzické agrese, kterou již nelze považovat za akceptovatelnou, protože přímo ohrožuje zájmy a důstojnost bytosti, na kterou je namířena. Definice zahrnuje také obranné chování, které svou razantností převyšuje povahu útoku a za dané situace a za daných okolností je možné tuto hrozbu odvrátit mírnější formou obrany (například komunikací).

DŮSLEDKY NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autorky Lancôt a Guay (2014) provedly rozbor 7 078 odborných článků (v letech 1985–2012), ze kterých definovaly 68 studií, které popisovaly důsledky násilí při vzájemném kontaktu zdravotníka s pacientem (dopady násilí na zdravotníka jako oběť násilí). Studie autorek identifikovala sedm oblastí, které mají nejčastěji dopad na všeobecné sestry:

- 1) *Fyzické následky násilí* (incidence od 4,9–65 %; dominovaly bolesti hlavy),
- 2) *Psychologické následky* (některé studie dokonce popisovaly vznik posttraumatického stresového syndromu; četný byl výskyt negativních vzpomínek v incidenci 68,5–73,5 %),
- 3) *Emocionální důsledky násilí* (7,2–86 % reflektující bezmocnost, ponížení zdravotníků, zoufalství, obviňování),
- 4) *Dopady na kvalitu práce* (2,32 % zdravotníků po fyzickém útoku opustili pracoviště; 0,5–8,6 % museli změnit pracovní pozici; 0,8–8,8 % změnili služby – nechtěli např. sloužit v noci); bylo také zjištěno, že pokud incidence násilí překračuje 62 %, má to významný dopad na snížení produktivity práce na pracovišti,
- 5) *Vztahy na pracovišti s pacienty* (50,8 % zdravotníků po zažití násilí udávalo nižší zájem o pacienty a jejich potřeby),
- 6) *Sociální dopady* (17,2 % obětí násilí ve zdravotnictví uvedlo dopad na jejich sociální život mimo práci,
- 7) *Finanční dopad násilí ve zdravotnictví* (například 134 úrazů v jedné nemocnici v průběhu jednoho roku

dosahuje celkových nákladů 766 290 \$).

Na základě uvedené diskuze můžeme potvrdit, že násilí ve zdravotnictví se dotýká nejvíce ošetrovatelské péče. Důsledky dopadají na všeobecné sestry, bez rozdílu pohlaví, nejvíce ve formě verbálního násilí. Vyšší incidence násilí byla prokázána u všeobecných sester středoškolského vzdělání, oproti vysokoškolsky vzdělaným sestram. Vzdělání sehrává v prevenci násilí zásadní roli. Další významným protektivním faktorem (vedle vzdělání) je komunikace. Prokázali jsme, že je možné vzdělávat všeobecné sestry krátkým seminářem s významnou odezvou – sestry samy i po uplynutí jednoho roku od absolvování semináře, dokázaly trénovat komunikační techniky v reálné praxi. I přes metody prevence zůstává důležitým faktorem chování sester, které mnohdy zbytečně násilného pacienta podporují při jeho násilné reakci. V případech již proběhlého incidentu není zvykem dokumentovat případy násilí, což lze efektivně změnit příkladnou spoluprací managementu a všeobecných sester. Z hlediska nápravných a preventivních opatření doporučujeme příklady dobré praxe. O násilí bylo v ošetrovatelství napsáno mnoho, ČR se dotýká problému stále jen okrajově. Na základě poznání stojíme však před úkolem novým. Data o incidenci násilí, jak k němu dojde včetně jeho důsledků, jsou zmapována. Je na čase přestat se zabývat tématem jako takovým, ale spíše hledat cesty konstruktivnější – vyhledávat jedince, kteří dokážou deeskalovat i velmi neklidné a násilné jedince a působit tak pozitivním směrem –

příklady dobré praxe. Prevence a názorný příklad bude vždy lepší než následné řešení důsledků.

ZÁVĚR

Výsledky kvalitativního i kvantitativního průzkumu poukázaly nedostatečné hlášení násilných událostí a nízkou podporu managementu zdravotnických zařízení. Hlavním faktorem, proč dochází k násilí při vzájemném kontaktu sestry a pacienta v ČR je neprofesionální komunikace s pacienty, což je častější u pacientů opilých nebo pod vlivem omamné látky. Proto jsme vytvořili speciální didaktickou metodu pro výuku prevence násilí, prokázali jsem, že správná komunikace je velmi účinným nástrojem prevence násilných událostí.

Z hlediska doporučení do praxe je nutné efektivně vzdělávat budoucí zdravotníky na všech úrovních vzdělávacího systému. Je nutné zavést povinné hlášení násilných incidentů a aktivní podporu managementu zdravotnických zařízení. Je nezbytné využít sílu médií a snažit se o prevenci prostřednictvím odborných publikací a modelových kauzistik. Je důležité aktivně vyhledávat jedince, kteří násilí za svou dlouhou kariéru vystaveni nebyli a vytěžit je jako vzory pro výchovu studentů i zaměstnanců z praxe. Pouze aplikace reálných scénářů a zapojení simulační výuky může sestry přiblížit realitě násilné situace, která bude vždy zatížena velkým stresem. Je také velmi důležité pracovat s personálem, který je pod tlakem – supervizní setkání a péče o zaměstnance je nedílnou součástí zdravého systému. Sestra, která není unavená, dokáže motivovat nejen sama sebe, ale i ty druhé – vystrašené pacienty a demotivované kolegy. Násilným incidentů

je vždy lepší předcházet, než je následně řešit.

LITERATURA

ABDERHALDEN, Christoph. *The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards*. Datwise: Universitaire Pers Maastricht NL. 2008. ISBN 978-90-5278-703-9.

BALON, Richard a Cyril HÖSCHL. *International Issues in Psychiatry. In: International Handbook of Psychiatry. A concise guide for medical students, residents, and medical practitioners*. World Scientific Publ. Co. 2013. ISBN 978-9814405607.

BĚDIOVÁ, Stanislava. Faktory determinující starostlivost' o agresivního pacienta. *Sestra*. 2012, 11(1-2), 30 – 31. ISSN 1335-9444.

BEECH, Bernard and Phil LEATHER, 2006. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behaviour*. 2006, 11, pp. 27–43. ISSN 1359-1789.

DI MARTINO Vittorio. *Workplace violence in the health sector. Relationship between stress and workplace violence in the health sector*. 2013. [online]. [cit. 20. 04. 2013]. Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/pdf.

HAHN, Sabine et al., 2010. Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2010, 4, pp. 374–385. ISSN 0020-7489.

HUCKSHORN, Kevin, Janice LeBeland Harvey JACOBS. An organizational approach to reducing and preventing

- restraint and seclusion use with people with acquired brain injury. *Neuro-Rehabilitation*. 2014, 34(4), pp. 671-80. ISSN 1053-8135.
- CHAPPELL, Duncan and Vittorio DI MARTINO. *Violence at Work 3rd edn*. Geneva: International Labour Office. 2006. ISBN 92-2-117948-6.
- JOHNES, David. 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*. 2013. Kavanah: Ghent, Belgium, pp. 31–34. ISBN 978-90-574-0112-1.
- LOVAŠ, Ladislav. *Agresia a násilie: psychológia ľudskej agresie a jej podoby v domácom prostredí, v škole, v práci, vo väzniciach a v športe*. Bratislava: Ikar, 2010. 197 s. Pegas; zv. 22. ISBN 978-80-551-1752-2.
- LANCTÔT, Nathalie and Stéphane GUAY. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*. 2014, 19(5), 492–501. ISSN 0020-7489.
- MAREŠOVÁ, Alena, Miroslav SCHEINOST, 2001. Trendy kriminality v ČR z pohledu roku. *Sociologický časopis*. 2000, 37(1), 23-41. ISSN 0038-0288.
- OSMO, Vuori, 2008. Study of Work-related Violence. In: *Needham et al. Workplace Violence in the Health Sector*. Netherlands: Kavanah. Pp. 379-390. ISBN-13: 978-90-5740-0889.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2010. 172 s. Psyché; sv. č. 64. ISBN 978-80-7387-378-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. A dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 195 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2624-3.
- VÁCHA, Marek Orko. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země: o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7295-104-8.

KONTAKT

Mgr. Jaroslav PEKARA, Ph.D
 doc. PhDr. Jitka NĚMCOVÁ, Ph.D.
 Vysoká škola zdravotnická
 v Praze, o. p. s.

e-mail: pekarjar@gmail.com