

PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ PACIENTŮ VŮČI SESTRÁM NA ONKOLOGICKÝCH ODDĚLENÍCH

Bakalářská práce

LENKA JURČIČKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ o.p.s. PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenční m zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.11

ABSTRAKT

JURČIČKOVÁ, Lenka. Projevy agresivního chování pacientů vůči zdravotním sestřám na onkologických odděleních. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková PhD. Praha. 2011.s. 60

Tématem práce je agresivita u onkologických pacientů. Teoretická část je zaměřena na agresi a agresivitu, jejich charakteristiku a rozdělení, na negativní emoce, jejich vznik a projevy. Dále na onkologické onemocnění, psychiku onkologických pacientů a pacientů hospitalizovaných, a komunikaci s onkologicky nemocným. V praktické části je vyhodnocení dotazníků, který se zabývaly otázkami, zda se sestry již setkaly s verbální či fyzickou agresivitou ze strany pacientů, jak je tento výskyt na odděleních častý, jak se řeší a jaké jsou příčiny a důsledky tohoto chování. Cílem je nejen zjistit výskyt a jejich důvod, ale také možné řešení.

KLÍČOVÁ SLOVA: agrese, agresivita, onkologický pacient, sestra

ABSTRAKT IN ENGLISH

The topic of this essay is aggressiveness at carcinolgy patiens. Theory part is focused on aggressiveness, characteristics and diversification, negative emotion, its appearness and demonstrativ. Following on carcinology department, psyche of carcinology patiens and hospitalizated patiens and communitacion with the patiens. In the practise part there is evaluation of questionaires, which was orientated to the questions whether the nurces has ever touched with the verba lor physics aggressiveness from site of patiens, how often this agressiveness appeared, how the solve this situation, what are the root causes and impacts of this behaviour. The purpose is not only to find out the appearnace and he impact, but also find out the solution.

KEY WORDS: aggression, agressiveness, carcinolgy patiens, nurse

PŘEDMLUVA

Agrese pacientů se ve větší či menší míře vyskytuje na všech odděleních poskytující péči o nemocné. Zjištění tohoto problému a jeho zmírnění by mělo být důležité, zvláště na odděleních poskytující dlouhodobou péči o těžce a mnohdy nevléčitelně nemocné.

Práce se zaměřuje na agresi u onkologických pacientů. Zjišťuje nejen její častost a projevy, ale také důvod jejího vzniku, jejího zvládnání, reakce sester a možná řešení.

Výběr tématu byl ovlivněn studováním této problematiky a praxí na onkologickém oddělení. Podklady pro práci jsem čerpala z knih, časopisů a z internetu.

Práce je určena pro sestry pracující na onkologickém oddělení a sestry, které se na takovém oddělení chystají pracovat. Je vhodná i pro sestry pracující na jakémkoli oddělení, kde jsou pacienti dlouhodobě hospitalizováni a v psychické nepohodě.

Touto cestou chci poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárce Dynákové, PhD. za konzultace, rady a podněty, které mi poskytla při vypracovávání.

SEZNAM GRAFŮ:

| | |
|--|----|
| Graf č.1 – věkové složení sester na JIP..... | 36 |
| Graf č.2 – věkové složení sester na interním oddělení..... | 37 |
| Graf č. 3 – věkové složení sester na chirurgickém oddělení..... | 37 |
| Graf č.4 – nejvyšší dosažené vzdělání sester na JIP..... | 38 |
| Graf č. 5 - nejvyšší dosažené vzdělání sester na interním oddělení..... | 39 |
| Graf č. 6 - nejvyšší dosažené vzdělání sester na chirurgii..... | 39 |
| Graf č 7 – délka praxe sester na JIP..... | 40 |
| Graf č.8 - délka praxe sester na interním oddělení..... | 41 |
| Graf č. 9 - délka praxe sester na chirurgickém oddělení..... | 41 |
| Graf č. 10 – poučení o postupu v případě agrese pacienta na JIP..... | 42 |
| Graf č. 11 - poučení o postupu v případě agrese pacienta na interním odd. | 42 |
| Graf č. 12 - fyzické napadení pacientem na JIP..... | 43 |
| Graf č. 13 - fyzické napadení pacientem na interním oddělení..... | 44 |
| Graf č. 14- fyzické napadení pacientem na chirurgickém oddělení..... | 44 |
| Graf č. 15 – častost výskytu fyzické agrese na JIP..... | 45 |
| Graf č. 16- častost výskytu fyzické agrese na interním oddělení..... | 45 |
| Graf č. 17 – verbální napadení pacientem na JIP..... | 47 |
| Graf č. 18- verbální napadení pacientem na interním oddělení..... | 48 |
| Graf č. 19- verbální napadení pacienta na chirurgickém oddělení..... | 48 |
| Graf č. 20- častost výskytu verbální agrese na JIP..... | 49 |
| Graf č. 21- opatření proti násilí na pracovišti..... | 51 |
| Graf č. 22 – standardy či směrnice na fyzickou agresi – JIP..... | 52 |
| Graf č. 23 - standardy či směrnice na fyzickou agresi – interní oddělení..... | 53 |
| Graf č. 24 – standardy na verbální agresi – JIP..... | 54 |
| Graf č. 25 – standardy pro případ verbální agrese - interní oddělení..... | 55 |
| Graf č. 26 - standardy pro případ verbální agrese - chirurgie..... | 56 |

SEZNAM ZKRATEK:

WHO – světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

Odd. – oddělení

Apod. – a podobně

Atd.- a tak dále

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ:

Hostinní – nenávistný, nepřátelský

Exhausce – vyčerpání

Intencionalita – zaměřenost, záměrnost (vědomí)

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1 Problematika agrese..... | 9 |
| 1.1 Definice agresivity..... | 9 |
| 1.2 Definice agrese..... | 9 |
| 1.3 Základní typologie..... | 11 |
| 2 Negativní emoce- zlost, vztek, hněv..... | 13 |
| 2.1 Definice hněvu..... | 13 |
| 2.2 Fyziologické aspekty hněvu..... | 13 |
| 2.3 Negativní emoce a jejich souvislosti..... | 14 |
| 2.4 Zvládání negativních emocí..... | 17 |
| 3 Definice nemoci, léčba..... | 18 |
| 3.1 Definice nemoci..... | 18 |
| 3.2 Rakovina- definice nádorového onemocnění..... | 18 |
| 3.3 Léčba rakoviny..... | 19 |
| 3.4 Změny chování s příchodem nemoci..... | 19 |
| 4 Psychologie onkologicky nemocného pacienta..... | 22 |
| 4.1 Prožívání nemoci v čase..... | 22 |
| 4.2 Obavy nemocných..... | 23 |
| 5 Komunikace s nemocným..... | 24 |
| 5.1 Hlavní zásady komunikace..... | 24 |
| 5.2 Komunikace s vážně nemocným..... | 24 |
| 5.3 Komunikace v jednotlivých fázích dle Kübel Rossové..... | 25 |
| 6 Neklidný a agitovaný pacient..... | 28 |
| 6.1 Neklid a agitovanost..... | 28 |
| 6.2 Zdroje neklidného a násilného chování..... | 28 |
| 6.3 Projevy agresivního chování pacientů..... | 30 |
| 7 Zvládání agresivních projevů..... | 31 |
| 7.1 Psychologickými prostředky..... | 31 |
| 7.2 Přímé postupy..... | 33 |
| EMPIRICKÁ ČÁST..... | 34 |
| 8.1 Cíl..... | 34 |
| 8.2 Hypotézy..... | 34 |
| 9 Metodika práce..... | 35 |
| 10 Zkoumaný vzorek..... | 36 |
| 11 Výsledky dotazníku..... | 42 |
| 12 Doporučení pro praxi..... | 57 |
| 13 Závěr..... | 58 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 60 |

ÚVOD

Agresivita, jako biologicky podmíněná součást všech živých tvorů, provází člověka po celé věky. To, co se v průběhu lidských dějin v pohledu na agresi mění je způsob, jak je na ni pohlíženo, jakými způsoby se projevuje, a jak se hodnotí její vyjádření.

S rozvíjející se civilizací a vzrůstající kulturou byla snaha agresi lidí ve společnosti potlačit. Jako vzor kulturního chování, dá se říci do minulého století, byl člověk se slušnými mravy, dobrým chováním a zdvořilostí. V žádném případě člověk vulgární, který nebere ohled na ostatní a nemá problémy použít i hrubé násilí.

Naopak tomu začalo být v poslední době. Prosazuje se svoboda a práva každého člověka, osobní zájmy. A to někdy až agresivní formou. Do popředí se dostává slovo já.

Za zvýšenou propagaci agrese mohou také média. Násilí se objevuje ve filmech, v pořadech, ve zprávách. Stává se součástí každodenního života a pro média je tzv. „hitem“.

Pokud jde o zdravotnictví a agresivitu, již několikrát byly v televizi reportáže o útocích na záchranku, zdravotnické záchranáře, lékaře. O agresivitě pacientů ve zdravotnickém zařízení se začali zajímat pouze odborné zdravotnické noviny a časopisy. Píše se převážně o agresivitě pacientů na JIP a psychiatrických odděleních, kde se spíše očekává.

Otázkou je, jak se tento „fenomén“ vyskytuje na odděleních, kde jsou pacienti těžce nemocní a teoreticky vděční za každou pomoc. V úvahu je totiž také nutné brát narušenou psychiku nemocného, jeho pocity úzkosti, beznaděje, sociální izolace hlavně při dlouhodobé hospitalizaci. Přičemž právě sestry jsou s nimi v nejčastějším a nejtěsnějším kontaktu a představují tu zdravou populaci.

1 PROBLEMATIKA AGRESE

V této kapitole se objasňuje, co to agresivita je.

1.1 DEFINICE AGRESIVITY

Agresivita (z lat. aggredi: přistoupit. Přiblížit, napadat, útočit) je komplexním psychologickým pojmem.

„Agresivita má u člověka rozličnou podobu: agresivně lze myslet a komunikovat, prožívat, agresivita je obsažena v našich představách a fantaziích, přáních, denních a nočních snech, agresivně lze jednat. **Vymezujeme ji jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání.** „ (J. Vymětal, 2003)

Marie Vágnerová mluví o agresivitě takto:

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, které omezují práva a narušují integritu živých bytostí i neživých objektů. Jedná se o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. **Agresivitu** lze chápat jako sklon k takovému chování. Sklon k agresivnímu chování se rozvíjí učením, není tedy závislý pouze na dědičnosti, ale i na vlivech prostředí. (M. Vágnerová, 2008)

1.2 DEFINICE AGRESE

„Výraz agrese je odvozený z latinského slova aggredior. Sděluje nejprve pokojný aspekt záměru přiblížit se na určitá místa, k něčemu se přibližovat, začít, pustit se do něčeho. V tomto řetězci významů je zřejmé stupňování, se kterým se v tomto slově objevuje stále více naléhavosti. Stává se pak stále nevrživějším s významem útočit, přepadnout, s nepřátelským záměrem zničit. V této souvislosti musíme mluvit o destrukci. Rozlišuji agresi, která je prostou destrukcí, od agrese destruktivní. Tu označuji jako destruktivitu. Intencionalitu rozhodného přístupu nemůžeme jednoduše označit za destruktivní, ale ničení spojené s nepřátelským záměrem tak můžeme označit velmi příležitostně.“ (V.Kastová, 2003)

U agrese hraje intencionalita velkou roli: máme záměr, chceme něco způsobit, ale něco se staví proti našemu chtění a to v nás probouzí hněv, vztek. Tento afekt možná proměníme v nepřátelské konání. Můžete to sami zjistit na jednoduchém a neškodném příkladu: poběžíte-li rychle k cíli, který je pro vás atraktivní, a někdo vám přitom vkročí do cesty, rozhněvate se nebo alespoň budete podráždění. Cítíte se být odkázáni do určitých mezí. Podle temperamentu se více nebo méně rozzlobíme – nebo také ne. Naše návaly vzteku mají určitou typiku, která je u každého z nás různá. V zacházení se

vztekem se ukazuje vlastní typika. To, co přitom říkáme nebo děláme, je u lidí opravdový stereotyp. (V. Kastová, 2003)

Agresivní jednání je takové kdy narušujeme druhému člověku jeho práva a osobní hranice, když není respektována jeho sebeúcta a jeho svéprávnost. (Š.Dynáková, J.Kožnar, 2005)

Pokud jde o **teorie vzniku** (původu) agresivity, hovoří Vymětal o možném rozdělení do dvou základních okruhů: teorie vycházející z biologie a teorie psychologické.

Teorie biologické říkají, že agresivita je způsobená faktory popsatelnými a vysvětlitelnými neurofyziologicky (tzn. centra agresivity v rámci CNS), geneticky (vliv specifických chromozomů) a endokrinologicky (tzn. působení zvláště mužských pohlavních hormonů).

Teorie psychologické popisují a vysvětlují agresivní jednání a sklony s odvoláním na lidskou vrozenou a pudovou výbavu (teorie etologické a hlubinné psychologické), dále považují agresivitu za reakci na frustraci (např. obecně roste při sexuální frustraci a deprivaci) nebo ji jiní vysvětlují použitím pojmů a mechanismů z teorie učení (důraz je stále více kladen na kognitivní procesy, zvláště anticipaci).

„Celkově lze konstatovat, že **agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Slouží formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci.**“ Hájíme jí vlastní jednak psychickou a fyzickou integritu a je-li třeba i integritu druhých. Pokud je však situačně a formou či intenzitou nepřiměřená, stává se problémem. To je také při útočném jednání nemocných i jejich příbuzných v ordinaci lékaře. Jestliže nastane, komplikuje až znemožňuje diagnostický, léčebný a případně rehabilitační proces, neboť pak nelze počítat se spoluprací nemocného, eventuálně jeho příbuzných. (J. Vymětal, 2003)

1.3 ZÁKLADNÍ TYPOLOGIE

Rozdělení podle motivace:

Agresivita instrumentální je nejběžnější a znamená, že jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout. Stává se pouze instrumentem – prostředkem (nástrojem), který je získaný učením, zvláště nápodobou druhých. Máme také tendenci opakovat chování, jež bylo účelné a úspěšně jsme dosáhli toho, co jsme zamýšleli.

Agresivita samoučelná je „agresivita pro agresivitu“. Člověku přináší sama o sobě požitky, neboť destrukce může být pro někoho příjemná. Je zřejmé, že někdy je vázána na sebepojetí, neboť také takto si lze zvyšovat sebevědomí a prosazovat se. V takovém případě je osobní charakteristikou a její motivace přichází z vlastních potřeb.

Agresivita jako důsledek afektu bývá častější u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jedná se o jedince, kteří jsou značně sebevědomí a na sebe zaměřeni. Druhého příliš nevnímají nebo pouze účelově – pokud slouží jejich velikášským fantaziím a plánům. Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení, na které mohou snadno reagovat hněvným afektem ústícím v agresivní jednání. Stává se, že mají na proběhlé jednání výpadek paměti (amnézii).

„Do afektu se může dostat každý člověk, pokud dojde k překročení „ míry“ určitých vlivů. Existuje specifické snížení prahu ve vztahu k některým okolnostem („osobnostní slabá místa“), jež jsou dána vývojevě.“

Agresivita reaktivní bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Např. silná fyzická nebo duševní bolest mohou vyvolat agresivitu, jejímž cílem bývá odstranit její zdroj. (I. Čermák, 1999)

Agrese jako důsledek frustrace

Původ agrese je nejčastěji spojován s frustrací. Frustrace je chápána jako překážka zabraňující člověku dosáhnout nějakého cíle, jako „zkřížení plánů“.

Strach. Jedinec se bojí, že za agresí bude potrestán, proto ji potlačuje.

Náhradní cíl. Osoba může nahradit přímou agresí za agresí nepřímou, například rozbíjí předměty patřící osobě, vůči které byla agrese původně namířena.

Přemístění agrese. Agrese může být také přemístěna k cíli, který slouží jako náhrada za cíl původní (např. zlatý fenomén obětního beránka).

Redukce tenze. Agrese redukuje tenzi nebo pud, což činí další agresí méně pravděpodobnou. (I. Čermák, 1999)

I každodenní „drobný“ stres může být zdrojem agrese. Drobné spory a hádky podněcují v lidech stav stresu. Vše, co nazýváme frustrací, může být ve skutečnosti jen dílčím prvkem řady událostí. Z toho plyne širší hypotéza, že jakákoliv změna k horšímu v situaci jedince může vybudit k agresi, pokud takové chování odpovídá situaci. Z tohoto předpokladu lze vyvodit řadu okolností předcházející agresi, jako jsou vlivy prostředí, fyzická bolest nebo situace obsahující prvky provokace. (I. Čermák, 1999)

Dále lze agresi dělit:

Nejčastěji se agrese rozděluje na instrumentální a emociální.

Instrumentální agrese je prostředkem, jak dosáhnout vnějšího cíle. Je-li přitom zraněna jiná osoba, pak jde o sekundární efekt. Použití instrumentální agrese je založeno na předem připraveném plánu a na úvahách o možných variantách průběhu jednání. Její průběh bývá odosobnělý. Vyznačuje se chladným promyšlením, jak provést útok dokonaleji, emociální angažovanost není patrná, zviditelňuje se snad jen při odporu oběti, svědomí zůstává neprobuzené. Tato v životě „běžná“ agrese může být projevem impulzivitu, nedokonalé kontroly nad vlastním jednáním.

Emocionální agrese (nebo také zlostná, hněvivá, afektivní nebo hostinní) je charakteristická přítomností silné negativní emoce, většinou hněvu, a agrese není prostředkem, ale cílem sama o sobě. (I. Čermák, 1999)

Z praktického hlediska stojí za odlišení *přímá a nepřímá agrese a verbální a fyzická agrese*. Člověk může někoho napadnout přímo fyzicky (např. políček, kopnutí, cloumání: přímá fyzická agrese) nebo přímo verbálně (např. nadávky, zesměšňování, osočování: přímá verbální agrese). Agrese bývá také nepřímá, a to tehdy, jestliže se člověk obává trestu za agresi přímou nebo jestliže tuto přímou agresi povaha dané sociální situace znemožňuje. Projevem nepřímé fyzické agrese je pak například ničení majetku náležícího objektu agrese. Nepřímou verbální agresi představují například pomluvy, hostilní poznámky a žerty. (I. Čermák, 1999)

Lze ji dělit **dle místa jejího projevu** na **vnější** a **vnitřní**, vnějškově projevovanou a projevovatelnou pak na **verbální** (slovní) a **brachiální** (fyzickou).

Praktický význam má její rozlišení dle směru působení na **agresivitu intrapunitivní**, kterou jedinec zaměřuje sám proti sobě a **agresivitu extrapunitivní**, vedenou proti okolí. Směřování agresivity patří mezi stálejší charakteristiky osobnosti. (J.Vymětal, 2003)

2 NEGATIVNÍ EMOCE – ZLOST, HNĚV, VZTEK

Kapitola vysvětluje negativní emoce vedoucí k agresi.

2.1 DEFINICE HNĚVU

Hněv je specificky lidská emoce. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ovšem nemusí být vždy přítomen. Člověk pociťuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne, avšak nejen jeho, ale i lidí jemu nejbližších a hrozí tím či zraní jeho sebepojetí.

Hněv je silnější citová reakce na vnímanou osobní urážku, ponížení a osobní újmu jakéhokoli druhu, kdy na určité okolnosti „doplácíme“. Hněvem lze reagovat na omezování vlastních možností nebo možností lidí, na kterých nám velmi záleží. Rozčlenění, na rozdíl od hněvu, nebývá tak silné a zpravidla trvá časově kratší dobu.

Hněvem neoznačujeme pouze aktuální stav, nýbrž i negativní postoj, vázaný na určitou zkušenost, jež se člověka dotkla. Říkáme, že se „někdo na někoho hněvá“ a znamená to, že stačí málo a dojde k projevu této emoce. (J. Vymětal, 2003)

Hněv napomáhá legitimaci agrese. Protože hněv je silná emoce, člověk ji nedokáže příliš kontrolovat, a proto nemůže nést plnou odpovědnost za chování, které je hněvem syceno. Pokud je hněv ospravedlněn, pak je cíl hněvu učiněn odpovědným za provokaci. Hněv je často (nesprávně) ztotožněn s city. (I. Čermák, 1999)

2.2 FYZIOLOGICKÉ ASPEKTY HNĚVU

Pokud jsou názory, zájmy, hodnoty, postoje, potřeby člověka ohroženy, kortex, thalamus a amygdala spouští antistresový program a ten umožňuje člověku útokem, nebo útekem ochránit to, o co stojí, co ho zajímá. Navenek se stres vyznačuje hněvem, zlostí, agresivním jednáním. Hněv nastupuje zejména tehdy, když je ohrožena důstojnost člověka, sebevědomí, existuje nebezpečí fyzického napadení, člověk je obětí velké nespravedlnosti, nezdvořilosti, prožívá neúspěch v oblasti, která je pro něho důležitá. Amygdala reaguje i tehdy, když člověk něco ztrácí, prohrává, přichází o svůj majetek, je šikanován, apod.

Amygdala spustí proces, který vyplaví katecholaminy. Ty vybudí energii pro svaly a mozek, nastupuje hněv, zlost, zuřivost, pokud je možno daný stav zvrátit. Tento stav trvá řádově minuty. Jedná se o rychlou, stresovou reakci, kterou řídí vegetativní nervy. Člověk je nebezpečný druhým i sobě. Vyvolá hádku, pere se, nadává, rozbíjí

věci, může také dostat infarkt, rozbít si dosud dobře fungující vztahy, ztratit zaměstnání apod.

Po opadnutí hněvu, zlosti, vzteku zůstanou v pohotovosti nadledvinky, vyplavující adrenalin a noradrenalin, které udržují mozek několik hodin až dnů v pohotovosti. Jedná se o pomalou stresovou reakci, kterou řídí hormonální přestavba organismu. Člověk zvýšeně vnímá nebezpečí, snadněji se rozčílí, stačí i malý podnět k návratu ke vzteku či zuřivosti. Může překvapit prudkostí své reakce na malý bezvýznamný podnět.

Pokud je člověk opět podrážděn a první podráždění se nestačilo odbourat, roste zloba ze zloby, u člověka převládnu negativní emoce nad rozumem. Zlost může přerůst v zuřivost, následuje násilí, agrese, pomstychtivost, pocity zadostiučinění, škodolibost. (M. Pospíšil, 1999)

2.3 NEGATIVNÍ EMOCE A JEJICH SOUVISLOSTI

Negativní emoce bychom neměli vnímat jen jako něco špatného, ale jako upozornění, že se něco děje jinak než bychom chtěli, čekali nebo jinak než by se mělo dít. Tuto myšlenku rozvádí J. Křivohlavý takto:

Na co hněv poukazuje

Hněv a zlost je možno vidět jako varovné emociální signály. Chce se jimi upozornit – v pohledu toho, kdo se hněvá a zlobí – na něco, co je jiné, než by mělo být. Když těmto signálům neporozumíme a nic nezměníme, může se naše chování a stav trvale nepříznivě změnit. Je tomu tak, když správně neporozumíme emociogenním signálům a nezareagujeme na ně destruktivně. Člověk, který se hněvá a zlobí, se může snadno stát zlým člověkem. Může zahořknout, zatvrdit se, rozhněvat se na celý svět. Emoce hněvu se může změnit v emoci nenávisti. Ta se může z individuálně adresného zaměření rozšířit na větší skupinu lidí. Není marné chápat hněv a zlost jako příznak – symptom něčeho, co by nám nemělo uniknout, něčeho, co je v životě toho, kdo se zlobí, podstatně důležité. (J. Křivohlavý, 2004)

Je dobré si uvědomit co je negativní emoce a kdy již nastupuje útok (neboli agrese).

Rozpoznání emoce a útoku

Když řekneme slovo „hněv“, setkáme se obvykle s postojem negativním. Jsme zřejmě ovlivněni zkušenostmi, zážitky a vzpomínkami, kdy neuměli odlišit hněv jako emoci od hněvivého chování, které bylo výrazně negativní, přesněji: bylo projevem nekonstruktivního využití energie, kterou nám emoce hněvu nabízí.

Častokrát prožíváme hněv a zlost a neuvědomujeme si, že něco předcházelo tomuto zážitku. Vezmeme-li v úvahu tento sled událostí v čase, můžeme chápat hněv a zlost jako sekundární jev, tj. jev, který stojí v časovém pořadí až na druhém místě po jiném jevu v naší psychice. (J. Křivohlavý, 2004)

V dalším odstavci se Křivohlavý zamýšlí nad tím, jak lze negativních emocí využít lepším, kladnějším způsobem.

Jak lze hněvu konstruktivně využít

Ten, kdo se hněvá, má větší odvalu k činu. Tento čin může být nadějným (konstruktivním, tvořivým) krokem k řešení situace, která dala emoci hněvu a zlosti zrod. Na druhé straně emoce hněvu a zlosti „zastiňuje“ naše uvažování (kognitivní činnost). Zvyšuje tak nebezpečí, že vykročíme nesprávným směrem, že pokazíme dobré přátelské vztahy. Jak? Destruktivním hněvivým jednáním, obrazně řečeno: katastrofickým „výbuchem bomby hněvu“..

Hněv a zlost je příznakem, symptomem toho, že se děje něco, co neladí s úmyslem a přáním daného člověka. Objevení emoce hněvu a zlosti obvykle hlásí, že se něco děje jinak, než očekáváme. Může to být hlášení, že existuje určitý problém, který potřebuje být včas řešen a vyřešen, upozornění na nespravedlnost, která se děje v našem okolí. Může jít o nebezpečí, i nebezpečí života. V takových a podobných případech emoce hněvu a zlosti probouzí naši pozornost z mírného spánku a netečnosti (letargie). V tomto je její hodnota. (J. Křivohlavý, 2004)

Způsoby projevu hněvu

Hněv a zlost se projevují různými způsoby. Někdy se setkáme s destruktivním projevem hněvu a zlosti a je nám na první pohled jasné, oč jde. Agresivní chování nás nenechá na pochybách, že se daná člověk hněvá a zlobí.

Avšak existuje i mnoho různých forem hněvivého a zlostného jednání, které nejsou na první pohled tak zřetelné. Hněv a zlost se může projevit jak v řeči, tak v chování. Někdo nás v hněvu a zlosti může slovem urazit, může nás ale též za našimi zády pomluvit a pošpinit. Může se chovat podle všech pravidel slušnosti, ale hovořit přitom odměřeně a chladně. Jiný se v hněvu zdrží jakýchkoliv slovních projevů, uzavře se do sebe a mlčí, zlobí se a nemluví. Jiný člověk nás destruktivně kritizuje, je ironický a sarkastický. U někoho se jeho hněv prozradí např. tím, že nám zapomene něco vyřídit nebo udělat něco, co my nutně potřebujeme – i když to slíbil. (J. Křivohlavý, 2004)

Někdy je třeba si uvědomit zda zlost, kterou pociťujeme, někdo způsobil úmyslně. Tak si můžeme odpovědět na to, zda je na místě se hněvat či nikoliv.

Rozdělení hněvu dle příčiny

Oprávněný hněv Je to hněv, který vyvstává v nás ve chvíli, kdy jsme ohroženi, když se nám děje něco, co je morálně zlé, urážející, špatné, nás poškozující a nespravedlivé. Jinak řečeno: Když jednání druhého člověka vůči nám je nemorální.

Neoprávněný, nepravý, deformovaný hněv, je zkomoleninou pokřiveninou, zkreslením či překroucením oprávněného, pravého hněvu. Je to hněv, který vyvstává tam, kde se něco postaví do cesty našemu chtění, našemu záměru, našemu očekávání či přání, ale kde ta, či ten, kdo se nám postaví do cesty, to nečiní z nepřátelské motivace. Neoprávněný hněv je vyvoláván činem, či jednáním, jehož záměrem nebylo nás nějak poškodit. (J. Křivohlavý, 2004)

Hněv ovlivňuje vnímání našeho okolí

Je vám už jasné, že hněv není jednoduchou, nevyhnutelnou reakcí – a to za jakýchkoliv okolností. Velkou roli hraje to, jak vidíme situaci, jak vnímáme sebe a co očekáváme od života. Na tom všem záleží, jestli v určité situaci budeme cítit hněv, jak intenzívně ho budeme prožívat, jak dlouho bude trvat a jakým způsobem jej vyjádříme. Ačkoliv si nemůžeme vybrat, jestli hněv pocítíme nebo ne, záleží do značné míry na nás, jakým způsobem a jak silně jej budeme prožívat. A stejně tak na nás záleží, jakým způsobem hněv vyjádříme – můžeme to udělat tak, aby náš život byl úspěšnější a příjemnější. (C. Dentemarová, R. Kranzová, 1996)

Jelikož každý vnímáme okolí a situace v nichž se nacházíme jen ze svého pohledu a svých osobních zkušeností, můžeme se dopouštět spousty chyb a ne vždy dobře pochopit situaci, ve které právě jsme. Ty mohou vyvolat zrod negativních emocí. M. Pospíšil tyto chyby upřesňuje:

Chyby při subjektivním vnímání okolí

Vnímání člověka člověkem (sociální percepce) je vždy subjektivně zkreslené. Je více nebo méně zkresleno předchozími zkušenostmi, znalostmi, praxí, stereotypy vnímání, profesionální deformací, únavou, světelnými podmínkami, dobou sledování druhého člověka.

Na kvalitu vnímání má také vliv inteligence pozorovatele, jeho věk, intuice, struktura osobnosti pozorovatele. Vnímání ovlivňuje i profesionální deformace (zkreslení způsobené dlouhodobým výkonem určitého povolání). (M. Pospíšil, 1999)

Když už víme jak na nás negativní emoce působí a jak mohou vznikat, je dobré si uvědomit, jak často se v běžném životě vyskytují.

Častost výskytu negativních emocí

J. Křivohlavý také upozorňuje na to, že zážitků hněvu a zlosti je u každého během dne mnohem více, než si uvědomuje. Když se snažíme rozpomenout na to, kdy jsme se cítili rozhněvaní, vybaví se nám pouze situace opravdového rozčlenění. U normálního člověka však takové situace nastávají v „běžném provozu“ 8-10x denně. Neuvědomujeme si to proto, že zážitky hněvu a zlosti jsou společensky nevhodné. To vidět nechceme a tudíž nevidíme. (J. Křivohlavý, 2004)

2.4 ZVLÁDÁNÍ NEGATIVNÍCH EMOCÍ

Uvědomění si emocí

Emoce hněvu a zlosti se rodí přirozeně, nezávisle na našem chtění, to znamená, že jejich zrod nemůžeme ovládat. Můžeme ovšem ovlivnit jeho projevy, tedy to, aby naše chování a jednání bylo konstruktivní, nikoli destruktivní. Vzrušení, které prožíváme při zrodu zlosti a hněvu je charakterizováno mimořádnou intenzitou (silou). Je dobré naučit se tuto energii správně usměrňovat, ovládat ji. Máme možnost potlačit negativní projevy a zvolit tvořivé způsoby jednání. (J. Křivohlavý, 2004)

Objasnit důvod svých emocí

- 1, „Nenechat si negativní zážitek pro sebe, ale sdělit ho tomu, kdo způsobil, že nám je zle a hněváme se.“
 - 2, „Nikdy na druhého nezaútočte, neobviňujte ho, nepodezírejte ho, nesnižujte jeho sebevědomí, nesudte ho a neodsuzujte ho!“
 - 3, „Snažte se druhému říci, co se s vámi děje, co cítíte, co prožíváte, které negativní emoce se ve vás rodí, které afekty se ve vás vzdouvají, a vše, s čím si sami nevíte rady.“
- (J. Křivohlavý, 2004)

3 DEFINICE NEMOCI, LÉČBA

Kapitola seznamuje s nemocí, léčbou a psychickými změnami související s příchodem nemoci.

3.1 DEFINICE NEMOCI

Definice WHO: Stav dokonalé tělesné, duševní a sociální pohody (wellbeing), nikoliv pouze nepřítomnost nemoci a neduživosti (infirmity).

„Nemoc chápeme jako těžkou životní situaci, která klade nárok na adaptaci. Zároveň s nemocným jsou zvýšené nároky na jeho okolí.“ (M.Venglářová, G.Mahrová, 2006)

„Lidská nemoc má složku biologickou, psychickou a sociální a všechny tři určují průběh nemoci i postupy léčby.“ (J. Křivohlavý, 2002)

3.2 RAKOVINA-DEFINICE NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

„Jsou různorodá skupina chorob, jejichž společným rysem je to, že některá populace vlastních buněk organismu se vymkne kontrole a začne relativně autonomně růst, ačkoli za normálních okolností jsou buňky schopny svou mutaci detekovat a opravit, anebo se případně alespoň seberozložit apoptózou. Bujení pak může být naprosto neškodné (např. bradavice), ale také může v poměrně krátké době postiženého zahubit (např. nádory krve – některé leukémie). Obvykle se považuje za projev zhoubnosti (malignity) to, že nádor roste infiltrativně do okolí a je schopen se rozsévat po těle a zakládat nádorová ložiska, tzv. metastázy. Výjimku představují nádory mozku, které jen vzácně zakládají metastázy.

Nádor může vzniknout v jakékoliv tkáni, ale častěji vzniká v těch tkáních, kde se nejvíce množí buňky (dýchací soustava, trávicí soustava) a nebo kde jsou buňky stimulovány hormony (prostata, vaječníky, prsy).“

Vliv na vznik rakoviny mají prostředí a životní styl, dědičnost, věk. Základem deregulace buněčné proliferace vedoucí k nekontrolovanému množení buněk je mutace DNA. Tu mohou způsobit různé faktory jako **biologické** (některé viry), **chemické** (způsobené mutageny a karcinogeny), **fyzikální** (záření o vysoké energii, hlavně ionizující), **hormonální** (dlouhotrvající hormonální stimulace některých tkání může způsobit jejich přeměnu v nádor).

Dělení nádorů:

Nepravé - pseudotumory (např. cysta)

Pravé - benigní = nezahoubné (nezakládají dceřiná ložiska a rostou omezeně, ale mohou utlačovat okolní tkáň)

- intermitentní (mezi zhoubnými a nezahoubnými nádory, některé metastázy)
- maligní = zhoubné (při růstu ničí okolní tkáň a zakládají dceřiná ložiska = metastázy). Na mikroskopické úrovni připomínají nezralé tkáň.

Dělení pravých nádorů pochází z chirurgie. Maligní nádory často prorůstají do okolí a hranice jsou obtížně určitelné. Benigní jsou naopak lépe opouzďené a hranice se určují lépe pro jejich odstranění. (J. Vorlíček, 2006)

3.3 LÉČBA RAKOVINY

Obecně se dělí do čtyř kategorií. Jsou to operace, ozařování, chemoterapie a biologická léčba (nyní se spíše užívá cílená léčba). Jako primární léčba může být jakákoliv z těchto postupů, která je pro daný typ rakoviny hlavní léčbou. Po primární léčbě nastupuje jako součást celkové léčby adjuvantní terapie. Adjuvantní terapie má za úkol zlikvidovat rakovinné buňky mikroskopických rozměrů., které není možno řešit operativně. Neoadjuvantní terapie se nasazuje před zahájením primární léčby za účelem kontroly známých nebo potencionálních ložisek metastázy. Je to profylaktická léčba, která se zaměřuje na místo, kde je vysoké riziko rakovinného bujení. Cíle terapie rakoviny se dělí do tří kategorií: léčba, kontrola a paliativní péče. Paliativní léčba se zaměřuje na útěchu a zmírnění symptomů tam, kde už léčba není možná. (Artur M. Nezu a kol., 2004)

3.4 ZMĚNY CHOVÁNÍ S PŘÍCHODEM NEMOCI

1) Sociální změny

Jsou to změny rolí, které člověk ve svém životě zastává. Role v rodině, profesní role, role ve volném čase. Velikost zásahu, které přináší je závislé na obtížích, které přináší. Při chronickém onemocnění trápí člověka dlouhodobě. Omezují jej v aktivitě, způsobují sociální izolaci. Zejména pak bolest.

2) Tělesné změny

- Zhoršují kvalitu života nemocného
- Omezují možnosti rozvoje
- Znemožňují soběstačné fungování
- Průvodním znakem řady onemocnění bývá bolest

3) Psychické změny

- Změny související s přijetím nemoci, s představou vlastního ohrožení
- Změny sebepojetí, souvisí se změnami role
- Změny rysů osobnosti vlivem dlouhodobé zátěže, frustrace

Zdravotníkům mohou působit některé emoce ze stran pacientů obtíže či rozpaky při komunikaci. Pro příklad tyto: strach, pláč, úzkost, hněv, agresivita, zloba.

(M.Venglářová, G.Mahrová, 2006)

Zolův model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušení zdraví

- 1) Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něho objevil.
- 2) Jaké povahy a kvality je tento příznak.
- 3) Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími (s tzv. primární skupinou lidí) – např. v rodině, v zaměstnání, ve skupině přátel atp.
- 4) Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečňují zamýšlené činnosti – např. dovolené, prázdninového výletu, dokončení vědecké práce atp.
- 5) Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace – např. zda zaměstnavatel vyhrožuje danému pracovníkovi propuštěním, nebude-li se léčit, zda manželka odmítá s manželem žít, když se nebude léčit atp. (Křivohlavý, 2002)

Postoj pacienta k nemoci:

- a) **normální** - přiměřená adaptace pacienta na nemoc
- b) **bagatelizující** - podceňování závažnosti nemoci, neléčení, přehnaný optimismus do budoucna
- c) **repudiační** - pacient nebere nemoc na vědomí – nevědomá disimulace
- d) **nozofóbní** - nepřiměřené se obávání nemoci, pacient se nechává opakovaně vyšetřovat a mění lékaře
- e) **hypochondrický** - domnívá se, že trpí vážnou nemocí a lehčí nemoci prožívá velmi zaujatě, na rozdíl od nozofóbního pacienta více potíží podléhá, nebojuje s nimi
- f) **nosofilní** - je spojený s určitým uspokojením a příjemnými stránkami nemoci
- g) **účelový** - je více či méně vědomý, rozlišuje se:

agravace - přehánění příznaků

simulace - vědomé předstírání nemoci a jejich příznaků

disimulace - zastírání nemoci, nevědomá disimulace je **repudiací** (Jobánková, 1992)

Důležitou součástí adaptace pacienta na nemoc a nemocniční prostředí je **Premorbidní osobnost** (osobnost před nemocí). Faktory ovlivňující jsou tyto:

- a) **věk** – v dětství je v roli strach z aktuálních dějů a bolesti, ve středním věku důsledky na rodiny a povolání a ve stáří hraje roli strach z opuštěnosti, samoty a smrti
- b) **celková citlivost** – na nepříjemné podněty jako bolest, hluk, pachy
- c) **citová reaktivita** – neboli temperament, citově založení lidé podléhají více strachu a lítosti, spíše kolísají mezi beznadějí a optimismem
- d) **hierarchie hodnot** – využívání nemoci při egoistickém postoji, nebo naopak potlačování při vysoké pracovní zátěži a ctižádostivosti
- e) **zdravotní uvědomění** – informovanost o nemoci
- f) **sociální postavení nemocného** – pokud nemoc znamená osobní nevýhody, snaží se nemocný většinou uzdravit a naopak (Jobánková, 1992)

„Hospitalizace (umístění pacienta v nemocnici) je obvykle pro pacienty zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se mění – nejen v pacientovi (v jeho těle), ale i v jeho psychice (případně i v jeho duchovním životě). „

Některé změny v pacientově psychice dle Křivohlavého jsou tyto:

Aktivita: hlavním aktérem svém životě není pacient, ale zdravotnický personál.

Závislost: stává se závislý na jiných lidech.

Životní rytmus: je závislý na chodu nemocnice a léčebných procedurách.

Sebedůvěra: pacient většinu činností na rozdíl od běžného života nezná a učí se jim.

Mění se životní prostředí, zájmy, řešení problémů.

Emoce: v běžném životě převládaly spíše kladné emoce, emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů- strach, bolest, nejistota atp.

Časový prostor: pacient žije převážně jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematičtá. (Křivohlavý, 2002)

Přechod se zdraví do nemoci znamená mnoho nových a neznámých situací, se kterými se nemocní obtížně vypořádávají. Znamená nejen změnu zaběhnutého životního pořádku, ale také množství nových mezilidských vztahů s lidmi, od kterých z počátku neví co čekat. Na mnohých se stává závislý – sestřách a lékařích. (Jobánková, 1992)

Pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav, co ho při pobytu v nemocnici čeká. U pacientů se objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jsou to zvláště deprese, děsivé obavy a úzkost, nervozita z vyšetření, z chirurgických zákroků. (Křivohlavý, 2002)

4 PSYCHOLOGIE ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO PACIENTA

Kapitola nahlíží na psychiku onkologicky nemocného pacienta.

4.1 PROŽÍVÁNÍ NEMOCI V ČASE

Jobánková ve své knize zahrnuje do prožívání nemoci i fázi před příchodem do zdravotnického zařízení. Její dělení je toto:

a) Premedicínská fáze je obdobím, kdy se objevují první známky onemocnění a také nejistoty, nemocný se rozmýšlí, zda navštívit lékaře nebo to „řeší“ repudiací.

b) Změna životního stereotypu je období kdy je nemocný v pracovní neschopnosti nebo v nemocnici.

c) Aktivní adaptace je obdobím přizpůsobení se na nemoc s nadějí na uzdravení a následná spolupráce.

d) Psychická dekompenzace je fází, kdy může nastat konflikt s pacientem. Dle Jóhlové nastává, když k aktivní adaptaci nedošlo nebo po fázi aktivní adaptace, když se naděje na zlepšení stavu nezlepšily. U pacienta se začnou vyskytovat negativní emoce, začne se zahloubávat do nemoci, žádat změnu lékaře a léčby.

e) Pasivní adaptace (rezignace) v této fázi se nemocný smiřuje s nepříznivým stavem, uzavírá se do sebe a přestává zápolit s nemocí. (Jobánková, 1992)

Fáze psychického prožívání nádorového onemocnění dle E. Kübel – Rossové:

- První fází psychického prožívání můžeme nazvat **fází šoku**. Člověk je ohromen, vyděšen, plný úzkostí, strachu a má tendenci tuto otřesnou skutečnost popřít. Pro psychiku člověka je sdělení takto závažné diagnózy nadlimitní zátěží. Člověk se připouštění si pravdy v plném rozsahu brání a obrana může být filtrem nevědomého vnímání, který maladaptivním, popírajícím způsobem zamlžuje realitu a tím brání přiměřené reakci zvládnání.

- Druhá fáze je charakterizována **zlobou a vztekem**. Projevuje se podrážděností, slovní agresivitou, a častá je zde nutkavá otázka „Proč právě já?“ Člověk prožívá psychickou krizi provázenou trvalým napětím a úzkostí. Hrozba smrti, strach z bolesti, utrpení a umírání představují v psychice pacienta zhroucení celého dosavadního života. Pocit sebeurčení a řízení vlastního osudu je v základech otřesen a ztracen.

- Třetí fáze je **uklidnění a smlouvání**. Typickým příznakem této fáze je upínání se k novým a „zázračným“ metodám a shánění informací o nich. Člověk v této fázi přijímá konečnost ve formě „ano, ale až...“ Lidé v tomto období často mění svůj žebříček hodnot, nebo dokonce celkový pohled na život a přístup k němu.

- Fáze **deprese** naznačuje, že už docházejí síly psychicky odolávat a další boj se zdá marný. V průběhu této fáze se u pacienta projevuje narušení psychické stability. Následky psychické vyčerpanosti se projevují v prožitku utrpení. Utrpení provází emoce jako strach, deprese, neklid, zmatenost a beznaděj. Na konci této fáze se někteří lidé vnitřně loučí se životem, mají starosti o osud svých blízkých, obávají se samoty a bolesti, projevují strach ze ztráty důstojnosti.
- U pacientů v konečném stadiu života se můžeme také setkat s úplnou rezignací, odevzdaností a někdy i se smířením s nevyhnutelnou smrtí.

Tyto fáze psychického prožívání nádorového onemocnění mohou probíhat periodicky, paralelně a některé ani nemusí vyskytovat. Proto je dobré o nich vědět, abychom mohli lépe porozumět pacientům. Je důležité vědět, jak v jednotlivých fázích komunikovat, abychom uměli předejít nedorozuměním a konfliktům. (L. Janíčková, P. Weiss, 2008)

4.2 OBAVY NEMOCNÝCH

- 1) Nedostatek zájmu. Pocit osamělosti, nedostatek kontaktů s blízkými. Nemožnost popovídat si. Zásadní je strach z opuštěnosti.
- 2) Strach z dalšího průběhu onemocnění. Zdrojem obav jsou vyšetření, zákroky, přibývající symptomy.
- 3) Nemocní se obávají změn tělesného schématu. Ztráty části těla. S tím souvisejí obavy, jak je přijmou blízcí, zda nebudou na obtíž.
- 4) Ztráta schopnosti ovládat tělesné funkce. Setkáváme se s odmítnutím léků na ztišení bolesti z důvodu sníženého vědomí a omezeného sebeovládání.
- 5) Obavy ze smrti. Míra strachu odpovídá psychice nemocného, jeho přesvědčení, náboženství. Mnoho nemocných se bojí okolností spojených s umíráním více než smrti samotné.

Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob jakým vykonáváme činnosti spojené z ošetřováním nemocného. Ošetřování by mělo být prováděno s úctou, s respektem k přáním nemocného. Vhodný způsob komunikace je ukázkou vysokého stupně profesionality sestry. (M. Venglářová, G. Mahrová, 2006)

5 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM

Tato kapitola rozebírá správnou komunikaci s onkologickým pacientem.

5.1 HLAVNÍ ZÁSADY KOMUNIKACE

- Projevení osobního zájmu o pacienta
- Sladění verbálního a neverbálního projevu
- Setrvání u tématu, které přináší nemocný (neuhýbání od těžkého tématu k méně závažným)
- Citlivé reagování na nemocného
- Srozumitelná komunikace (se slovy, kterým nemocný dobře rozumí)
- Nepoužíváme sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování (M. Venglářová, G. Mahrová, 2006)

5.2 KOMUNIKACE S VÁŽNĚ NEMOCNÝM

Onemocnění je charakterizováno změnami v oblasti sociální, tělesné a psychické. Nemocný se často pohybuje mezi nemocnicí a domovem, mnohdy převládá pobyt v nemocnici. Trpí odtržením od rodiny, mění se jeho sociální role. Často je nucen odejít do invalidního důchodu. Ztrácí tedy řadu kompetencí ve svém životě. (L.Janičková, P.Weiss, 2008)

A nejen to. Rakovina také vyvolává mnoho stresorů, jelikož vede mnohdy až závažnému omezení kvality života. Změnit se může téměř každá stránka života nemocného. I u lidí, kteří před onemocněním zvládali dobře nepříznivé životní situace, se při rakovině a její léčbě značně zvyšuje hladina stresu, dokonce i při vykonávání běžných denních úkonů. Weisman a Wolker označili takový stav jako „existenční tíseň“. (Artur M. Nezu a kol., 2004)

Choroba bývá doprovázena řadou nepříjemných symptomů. Mezi ty závažné patří chronická bolest. Nemocný prochází řadou zákroků, mnohdy nedochází ke zlepšení. Péče je soustředěna na oddálení zhoršení stavu. Na psychiku působí také ztráta soběstačnosti, nucený pobyt v izolaci, s podobně nemocnými. Nepříznivá je i skutečnost, že nemocný prožívá zhoršení stavu svých spolupacientů. Očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění. Někteří nemocní odmítají komunikovat, nechtějí spolupracovat se zdravotníky. Setra je frustrována nejen tíží situace, ale ještě konflikty vznikající z reakcí nemocného. (M. Venglářová, G. Mahrová, 2006)

5.3 KOMUNIKACE V JEDNOTLIVÝCH FÁZÍCH DLE KÜBEL-ROSSOVÉ

Komunikace ve fázi šoku:

Jako podpora je doporučeno jasné a klidné vysvětlování srozumitelných informací týkajících se onemocnění a léčby, což napomáhá snížení úzkosti a mobilizuje organismus k adaptaci na zvládání psychické zátěže v tomto období.

(L. Janíčková, P. Weiss, 2008)

Opačným způsobem může působit zdravotnický personál ve stresu. Dle časopisu Praktický lékař je stres v nejrůznějších podobách nejvýznamnější příčinou výskytu násilí na pracovišti. Nejen, že násilí vyvolává, ale je i jeho důsledkem. Je prokázáno, že u těch zdravotníků, kteří u své práci aktuálně prožívají stresovou situaci, je zvýšené riziko, že se stanou oběťmi násilí. (H. Hnilicová, 2008)

Dle Linhartové může zaútočit jedinec, který až příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, který je zklamán z málo nadějných prognóz a z omezených možností léčby. (V. Linhartová, 2007)

Komunikace ve fázi zloby, vzteku, zášti:

Základní komunikace vychází z porozumění, podpory a ze základní uvědomění faktu, že případná pacientova agresivita není namířena vůči naší osobě, ale proti zlé nemoci a osudu. Zároveň je třeba respektovat, že nemocný o svém strachu někdy nechce mluvit. Je dobré poskytovat nevtíravou pomoc, ponechat pacientu čas „vše strávit“.

(L. Janíčková, P. Weiss, 2008)

V této fázi, se u pacientů často objevuje otevřená, pasivní agrese. Objevuje se pocit křivdy vůči ostatním zdravým lidem („proč právě já“). Sestry jsou v takových chvílích často jediným vzorkem zdravé populace, se kterou má pacient kontakt, tudíž se často obrací právě proti nim. (Š. Dynáková, 2005)

Komunikace ve fázi uklidnění a smlouvání:

Měla by se vyvarovat litování, projevovat respekt a pochopit jeho potřeby a mnohdy nereálná přání. Také v tomto období je důležitá podpora rodiny, která ovšem při neporozumění může naopak vyvolat nepříjemné emoce a následné jejich „vypuštění“.

Potíže při komunikaci mohou nastat při rozhovoru s úzkostným pacientem. Neboť agresivita a úzkost mají k sobě velmi blízko. Při jednání se v člověku mohou současně svářit dva postoje – rodičovský, který chce mít pod kontrolou právo rozhodovat, a dítěte, které chce být hýčkáno a uklidňováno. Jednání s těmito lidmi je časově a psychicky náročné, protože jsou stále v sebeobraně. Jsou

přesvědčení, že vědí vše nejlépe a vyžadují pouze potvrzení svých názorů, přitom snahy o vysvětlování pokládají předem za nedostatečné a předem vědí, že jejich stav je vážný. Nezřídka upadají do depresí a stávají se pacienty psychiatrickými. V zásadě je potřeba těmto pacientům vše vysvětlit a projevit dostatek pozornosti o ně a jejich zdravotní stav. (V. Linhartová, 2007)

Komunikace ve fázi deprese:

Zaměřuje se především na podpůrné rozhovory a projevy neverbálního porozumění na zmírnění pocitu izolace, bezmoci, beznaděje a opuštěnosti. V této fázi je vhodné nabídnout odbornou psychologickou péči. (L.Janíčková, P.Weiss, 2008)

Zvýšenou pozornost a empatickou komunikaci vyžadují především introvertní, depresivně ladění pacienti či s agresivními prvky chování. Často právě tak manifestují svoji samotu a především bezradnost. Při vhodné komunikaci a projevy zájmu se uvolňuje napětí, které by jinak mohl eliminovat pro okolí nežádoucím způsobem, třeba až útokem na zdravotní personál. (T. Rapčíková, 2008)

Dobrá komunikace je také nezbytná pro hodnocení stavu pacienta. Pro poskytování optimální péče je důležité, aby sestry byly schopny přesně zhodnotit jejich potřeby. Při průzkumu vzdělávání zdravotních sester bylo zjištěno, že se nedaří odhalit 60 % problémů pacientů. Pacienti s většími psychickými problémy, jako jsou úzkost a deprese byli ještě méně ochotni se svěřit se svými problémy. Také se ukázalo, že sestry zaregistrovaly pouze 40 % problémů, se kterými se pacienti svěřili a pouze 20 % z nich identifikovali správně. Proto se kromě tělesných symptomů musíme zaměřit na emoční tíseň a další problémy pacienta. (O'Connor, Aranda, 2003)

Komunikace ve fázi odevzdanosti a smíření se smrtí:

Spočívá především v poskytování sebe jako člověka, nikoli profesního experta, jelikož setkání s vztahově obrněnými profesionály nepřináší nemocnému úlevu. Rozhovory a fyzický kontakt ve formě pohlazení, vzetí za ruku přinášejí umírajícímu úlevu a zmírňují pocit osamocení. Často mluví o obavách, životních zkušenostech a setkat se můžeme i s negativními prožitky hněvu, pláče, úzkosti, strachu atd. Tyto projevy bychom měli přijímat bez výhrad a s porozuměním. (L. Janíčková, P. Weiss, 2008)

S blížící se smrtí se zvyšuje úzkost pacienta. Nejistota z toho, kdy ke smrti dojde zvyšuje pacientovu tíseň. Úzkost může mít tyto projevy: děs, rozrušení nebo panika, maladaptivní chování. Ty mohou být mírně až extrémně silné. Označujeme je jako poruchu adaptace, panickou poruchu nebo syndrom úzkosti. Pacienti, jež trpí

výraznou úzkostí, vyžadují pomoc specialisty. Pomůže, když sestra bude umět bez potíží mluvit s pacienty i rodinou o zhoršujícím se zdravotním stavu pacienta a informovat o možnostech moderní paliativní péče, která výrazně snižuje utrpení a zmírní takto jejich obavy. (O'Connor , Aranda, 2003)

K řešení psychických obtíží cestou podpory a informování pacienta a jeho rodiny se připojuje i Artur M. Nezu. Zvládání stresu řeší cestou aktivního řešení problémů. Zaměřuje se na získání informací o hlavních potížích pacienta spojených s onemocněním a léčbou formou rozhovoru a následné vypracování plánu na možné řešení spolu s pacientem. Dle něj je důležité, aby se nemocný podílel aktivně na jejich řešení. To zlepšuje jeho psychiku tím, že zvyšuje pacientovo sebevědomí. Pacient má nejen pocit, že je více soběstačný, umí řešit své problémy, ale má také něco stále „ve svých rukou“. Dále tím zlepšuje spolupráci a důvěru v lékařský a ošetrovatelský personál. Tento model je těžší aplikovat na lidi vždy spíše negativně myslící. (A. M. Nezu a kol., 2004)

6 NEKLIDNÝ A AGITOVANÝ PACIENT

Kapitola seznamuje s neklidným pacientem a negativními emocemi u pacientů

6.1 NEKLID A AGITOVANOST

Neklid je stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem jako přešlapování, podupávání, zvýšenou gestikulaci až po celkový výrazný neklid charakterizovaný nadměrnou motorickou aktivitou.

Agitovanost je nepřiměřená, bezcílná motorická a verbální nadměrná aktivita, kdy postižený jedinec mění stanoviště nebo aktivně zasahuje do svého okolí a může působit pro okolí závažné těžkosti. V těžších formách může agitovanost způsobovat až násilné destruktivní chování, zranění jeho samého i personálu a ostatních. V tomto případě už se jedná o agresivitu a tento psychiatrický stav vyžaduje okamžitou léčbu.

Přechod k velkému pohybovému neklidu bývá často spojen se sníženou kontrolou emocí a agitovanost může být spojená jednak se silným afektem, jednak i s kvalitativní poruchou vědomí. Pojí se někdy s násilným chováním vůči lidem nebo předmětům spojené se zlobným nebo nepřátelským chováním. Předstupněm agrese vůči věcem nebo lidem je agrese symbolická, která se projevuje výhružkami, nadáváním, bezohledností včetně hlasitosti řeči, prudkostí pohybů a překročení obvyklých společenských norem.

6.2 ZDROJE NEKLIDNÉHO A NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ

Mírný neklid je důsledkem napětí pramenícího z pocitu netrpělivosti. Práh pro prožívání takového napětí a z něj pramenícího neklidu může být snížen jednak vlivem psychologickým a také vyčerpáním a chronickou zátěží ze strany nemocného. Zvyšuje se především akutní reakcí na stres, ale i organickým postižením mozku, zejména při chronických toxických stavech. Iatrogenní neklid může být projevem serotoninového syndromu při předávkování inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu nebo jejich nevhodných kombinací.

Neklid může být a často bývá jak varovný signál hrozícího násilí, tak i jeho předstupeň. Bývá projevem frustrace u impulsivního typu emočně nestabilní osobnosti, někdy je ekvivalentem zoufalství a snahy domoci se pozornosti, péče, nápravy křivd u bezmocného a oslabeného jedince v psychologicky zatěžující situaci. Také může mít obranný charakter jelikož pacient, který má v důsledku psychózy narušený vztah ke skutečnosti se agrese dopustí pod vlivem vztahovačných bludů a ze strachu z hrozící smrti nebo násilí. (Univerzita Karlova, 2011)

Nejčastější příčiny agrese pacientů

dle **Vymětala** to bývá zpravidla kombinace následujících okolností, jež se sčítají a překročí-li subjektivně únosnou míru a je-li možnost se agresivně chovat, dojde pak k útočnému jednání.

- a) Subjektivní pocit ohrožení a strachu (např. z lékařského zákroku, ze smrti).
- b) Prožitky křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které člověk považuje za významné a týkají se jeho osoby či osob jemu blízkých.
- c) Zklamání určitého očekávání či pacientovy snahy. Častou reakcí na frustraci je agresivita.
- d) Celková větší zátěž a z ní plynoucí exhausce, která může být spojená se zvýšenou dráždivostí a aktuální podrážděností. Agresivní projev pak nastává, vnímá-li pacient něco jako zbytečně nepříjemné (např. čekání) a obtěžující (např. opakované dotazy na stejné skutečnosti).
- e) Prožitek ponížení, zesměšnění, uražení – někteří lidé jsou na předchozí zkušenost přehnaně citliví.
- f) Pocit bezmoci, ať již subjektivní nebo ve spojení s tělesnými omezeními až bezmocností.
- g) Pocity viny a obrana před nimi tím, že se hledá „viník“ jinde, což bývá spojeno s agresivním prožíváním, případně i jednáním. To bývá časté u příbuzných.
- h) Intenzivní bolest mající somatickou příčinu. (J. Vymětal, 2002)

Další možné zdroje negativních emocí

Zdrojem emociální reakce může být také již zmíněné postupné hromadění drobných negativních prožitků. Jedinec se stává zranitelnějším vůči nejrůznějším podnětům a vybavení agrese je potom mnohem snadnější. Aktuální geneze emocionální agrese má tak kumulativní průběh. Negativní prožitkové zisky, například z hádky s osobami, na kterých jedinci záleží, ze situací, kdy je člověk konfrontován s hrubostí úředníků a osob pracujících ve službách, vytvářejí postupně prostor pro agresivní reakci.

Nemoc, handicap nebo nezaměstnanost mohou prohloubit negativní prožívání natolik, že výbuch agrese se pak může jevit jako logický důsledek souhry okolností. Nejsou vzácné případy, kdy lidé bez zjevných známek patologické náchylnosti k agresii ublíží v „záchvatu“ agrese osobám, které milují. (I. Čermák, 1999)

Zvýšení neklidu vedoucí k agresi může být následkem i **odvykání kouření**. K tomu se pacienti často přichýlí právě po sdělení onkologické diagnózy, za účelem zlepšit svůj zdravotní stav, nebo také z důvodu hospitalizace, kdy není pro kouření dostatek příležitostí a možností. Vědecky bylo zjištěno, že nikotin v mozku pozitivně působí na oblasti, které odpovídají za potlačení hněvu a zlosti. Dochází k ovlivnění oblastí, které se zaměřují na pánování a zpracování emočních stimulů. Nedostatek nikotinu pro kuřáka tedy zvyšuje jeho možnost neadekvátně negativně reagovat. (E. Králíková, 2011)

6.3 PROJEVY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ PACIENTŮ

„Nutno upozornit, že takto jedná nemocný, případně příbuzný pacienta, který nemá k lékaři vytvořený dobrý vztah, tedy lékař není pro něho spolehlivou autoritou, jíž důvěřuje. Co si, totiž mohu či nemohu dovolit, je záležitostí zejména vztahu, tedy, jak druhého vnímám a co pro mne znamená.“ (J. Vymětal, 2002)

Verbálně útočný projev bývá reakcí na to, co se dříve pacientovi přihodilo, čeho chce dosáhnout, a na právě probíhající situaci, která má funkci spouštěče tohoto nepřiměřeného projevu. K pochopení chování je zapotřebí brát v úvahu minulou i současnou zkušenost nemocného a cíle, jehož chce vědomě nebo nevědomě dosáhnout.

Agresivní jednání obvykle v takových situacích předcházejí pocity hněvu, strachu či úzkosti, které se dostavují tehdy, když hodnotíme určité skutečnosti jako pro nás významné a zároveň nepříznivé. Tyto momenty jsou spjaté s pocitem křivdy, nespravedlnosti, zmaření a zklamání, újmy, ponížení apod. To, že některý jedinec prožívá a reaguje některým z agresivních způsobů je dáno jeho osobním stylem, jímž se vyrovnává s náročnými situacemi. (J. Vymětal, 2002)

7 ZVLÁDÁNÍ AGRESIVNÍCH PROJEVŮ

Tato kapitola seznamuje s postupy, jak zvládat agresivního pacienta.

7.1 PSYCHOLOGICKÝMY PROSTŘEDKY

Psychologické prostředky jsou založené především na komunikaci, ať už má formu verbálního nebo neverbálního projevu. Zde jsou čtyři zásady, které lze doporučit při jednání se slovně agresivním člověkem:

- 1) **První zásadou** je zachovat klid, nechovat se autoritářsky a na případný slovní útok nereagovat stejně, jelikož agresivita pouze zesiluje agresivitu (tzv. spirálovité posilování). Pacienta zpravidla „odzbrojí“, jestliže jej **vlídně a zdvořile přijmeme**, podáme ruku, podpoříme, tedy se chováme a opačně, než se očekává. Jestliže přesto nadále ve svých výpadech pokračuje, konstatujeme jeho rozčilení jako fakt a opět klidně (nikoliv suverénně) sdělíme, jak na nás osobně tento projev působí a jaké pocity v nás vyvolává. Tato osobní rovina pacienta překvapí a jeho agresivní chování se s největší pravděpodobností zmenší a posléze i přeruší.
- 2) **Druhou zásadou** při zvládání potenciaálně či aktuálně útočného pacienta je jeho pozorné vyslechnutí při němž zachováváme akceptující postoj. Akceptace druhého znamená, že jej přijímáme „takového jaký je“ včetně toho, že na rozčilení má „také právo“, neboť akceptace znamená souhlas. Vše, co pacient říká, bereme vážně a jako sdělení, která jsou pro něho subjektivně z jeho hlediska pravdivá, byť s nimi my souhlasit nemusíme. To, co nemocný říká, nehodnotíme. Doplnujícími otázkami se v situaci dokážeme zorientovat a zároveň tak projevujeme náš osobní zájem.
- 3) **Třetí zásadou** je, že se snažíme uvědomit, jak to, co říká, myslí a jaký to má pro něj význam a co momentálně prožívá. Po relativně delších úsecích jeho výpovědi shrneme řečené. Pacient cítí, že jej chápeme, nebo máme dobrou vůli jemu porozumět. Začíná nás vnímat jako své spojence, přičemž tato okolnost jej uklidňuje, tímto se stáváme sympatickými a důvěryhodnými. Umožňujeme mu také získat určitý odstup od toho, co říká a lépe se vyznat v situaci, jež vedla k rozčilení. Pravidlem bývá, že pacient mívá opravdu reálné důvody k neklidu a případným obavám, ovšem jejich subjektivní zpracování a následná reakce nejsou přiměřené.
- 4) **Čtvrtou zásadou** je, že pokud to jde, snažíme se nemocnému vyhovět. Jestliže to není možné, klidně a jednoduše naše stanovisko vysvětlíme s pochopením pro jeho zklamání. Je vhodné poskytnout dostatek prostoru pro zodpovězení pacientových dotazů, pomáháme hledat jiné řešení apod. „Zde zvláště platí osvědčená zásada o

tom, že „přidat minuty znamená ušetřit hodiny“ – ať již sobě nebo jiným lékařům, na které se nespokojený pacient jinak dále obrací.“

Pro prevenci nespokojenosti a následujícími s nimi spojenými agresivními projevy, doporučuje Vymětal dodržování dvou zásad. Za prvé musíme pacienta průběžně a předem informovat, co je pro něj se zdravotními obtížemi a terapií důležité. Z druhé je třeba umožnit pacientovi co největší podíl ve spolurozhodování.(J. Vymětal, 2002)

Komunikace s agresivním pacientem:

Odborná literatura neodpovídá na tuto otázku jednoznačně. U psychologů dochází k rozporu zda jednat klidně a profesionálně, nebo naopak aby toto chování bylo přijato jako rozčilení a nabádají zvolit jako odpověď „zrcadlovou reakci“ v duchu poučení „na hrubý pytel hrubá záplata“.

V zásadě by se měla reakce odvíjet od příčin , jimiž byla reakce vyvolána. Proto by se mělo v první chvíli zjistit, co bylo spouštěcím momentem nevhodného chování. Je potřebné zjistit, jestli není oprávněnou reakcí například na pacientův neuspokojený nárok, zda to není projev pacientova strachu, zteku vyvolaného špatnými zprávami. (V. Linhartová, 2007)

Nevhodné způsoby reakcí

Nevhodné reakce vycházejí ze dvou směrů. Jedním je historicky vžitá dominantní postavení zdravotníků (expertů). Výborná profesní úroveň nedává nedávává zdravotníkovi právo rozhodovat o nemocném bez jeho vůle. Zvláště při dlouhé těžké nemoci jde o sladění přání a potřeb nemocných s možností medicíny.

Druhým směrem je naše osobní výbava zvládat náročné situace, naše zkušenost s vážně nemocným. Ve snaze pečovat o nemocného co nejlépe můžeme přestat respektovat jeho přání. (M. Venglářová, G. Mahrová, 2006)

7.2 PŘÍMÉ POSTUPY

První pomoc při výbuchu hněvu, zlosti a vzteku

Ve fakultní nemocnici v Hradci Králové vypracovala Ivana Šlaisová pod odbornou garancí MUDr. Jana Krabce soubor pokynů, které mohou být i nám pomocí při setkání s výrazně agresivním jednáním.

Standardní postup:

- zachovat klid
- sledovat verbální i neverbální projevy agresivního člověka
- nenarušovat jeho osobní prostor
- dbát o to, aby měl vždy možnost volného odchodu (nestavit se mezi něj a dveře)
- nedotýkat se jej, pokud by to mohl vnímat jako projev agrese
- neokřikovat ho – dovolit mu mluvit, volat, křičet, nadávat
- nestavit se do cesty – i když něco rozbijí (mohl by poranit – dbát na svoje bezpečí)
- zhluboka dýchat a snažit se uvolnit vlastní napětí (dostat se do klidu)
- přemáhat vlastní strach, obavy, odpor a zlost (svou zlostí jeho zlost nepřemůžeš)
- osobní klid má moc uklidnit rozlíceného člověka – je to nejsilnější zbraň
- přijmout ho jako lidskou bytost (akceptovat ho) – jako úctyhodného člověka v tísní
- pomoci mu identifikovat úzkost (umožnit mu poznání příčiny jeho hněvu a zlosti)
- pomáhat mu rozpoznat faktory podporující ztrátu kontroly nad sebou samým
- navrhnout mu alternativní řešení jeho momentální situace
- nesnažit se vše vyřešit sám (sama) – kontaktovat někoho, kdo by mohl pomoci
- nezapomenout na další lidi, kteří se nacházejí v blízkosti krizové situace – i těm (jejich bezpečí a obavám) je třeba věnovat pozornost.

(Šlaisová, Krabec in Křivohlavý, 2002)

Toto je jeden z vypracovaných postupů, jak se zachovat při „výbuchu“ zlosti. V některých případech se rady, jak postupovat liší. Například zde, má mít agresor možnost volného odchodu – tzn. volného přístupu ke dveřím. Jiné pravidla naopak nabádají, aby si i napadený nechával dveře volně přístupné (za sebou) a mohl v případě chystající ho se fyzického napadení rychle a zavčas opustit místnost.

(přednáška Š. Dynáková)

PRAKTICKÁ ČÁST

8.1 CÍL PRÁCE:

Zjistit kvalitu a četost projevů agresivního chování pacientů vůči sestřím na onkologických odděleních.

8.2 HYPOTÉZY

Hypotéza č.1

Většina respondentů - sester se již setkala s některou z forem verbální agrese ze strany pacienta.

Tuto hypotézu ověřuji otázkou č. 17

Hypotéza č.2

Většina dotazovaných sester má zkušenosti z projevy fyzické agrese ze strany pacientů.

Tuto hypotézu ověřuji otázkou č. 12

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že téměř na všech onkologických odděleních mají standard , jak se zachovat při ošetřování agresivního pacienta a sestry jsou s ním v plné míře seznámeny.

Tuto hypotézu ověřuji otázkou č. 27

Hypotéza č.4

Předpokládám, že sestry na odděleních JIP mají větší zkušenost s verbální a fyzickou agresí ze strany pacientů než sestry na standardních odděleních.

Tuto hypotézu ověřuji srovnáním výsledků počtu napadených sester na odděleních interních a chirurgických s počtem napadených sester na odděleních JIP.

9 METODIKA PRŮZKUMU:

Pro zjištění četnosti a způsobu projevů agresivity pacientů byl použit dotazník viz příloha č.1. Dotazníky byly rozdány na onkologických odděleních - interních, chirurgických a JIP v Jihomoravském kraji. Počet rozdaných dotazníků byl 90. Návratnost činila 87 %. Kladené otázky byly uzavřené, polootevřené a otevřené.

Uzavřené otázky sloužily např. ke zjištění zda se sestry již setkaly s verbální agresí ze strany pacientů, zda mají na oddělení standardy pro případ verbální agrese. Polootevřené sloužily ke zjištění jak často se sestry s agresivních chováním na jejich oddělení setkávají. Otevřené ke zjištění toho, co podle sester přispívá k agresivitě pacientů.

10 ZKOUMANÝ VZOREK

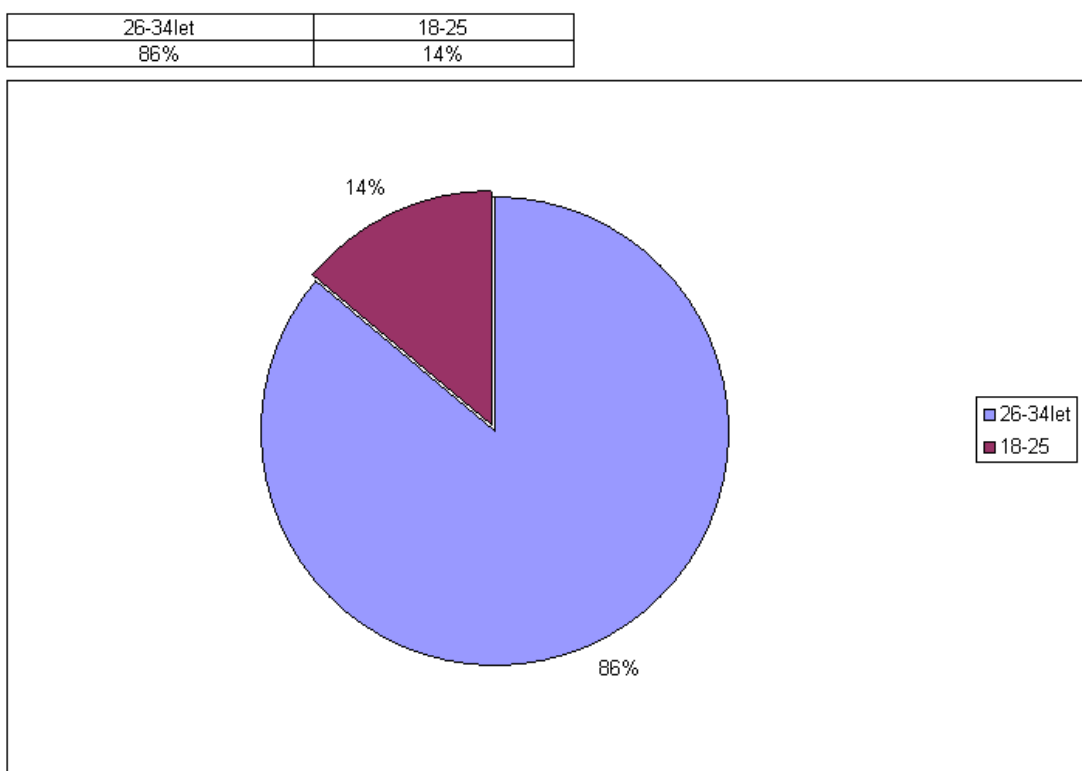
Otázka č.1 Pohlaví:

100 % odpovídajících sester z interních, chirurgických i JIP oddělení byly ženy.

Otázka č.2 Kolik je Vám let?

Graf č.1

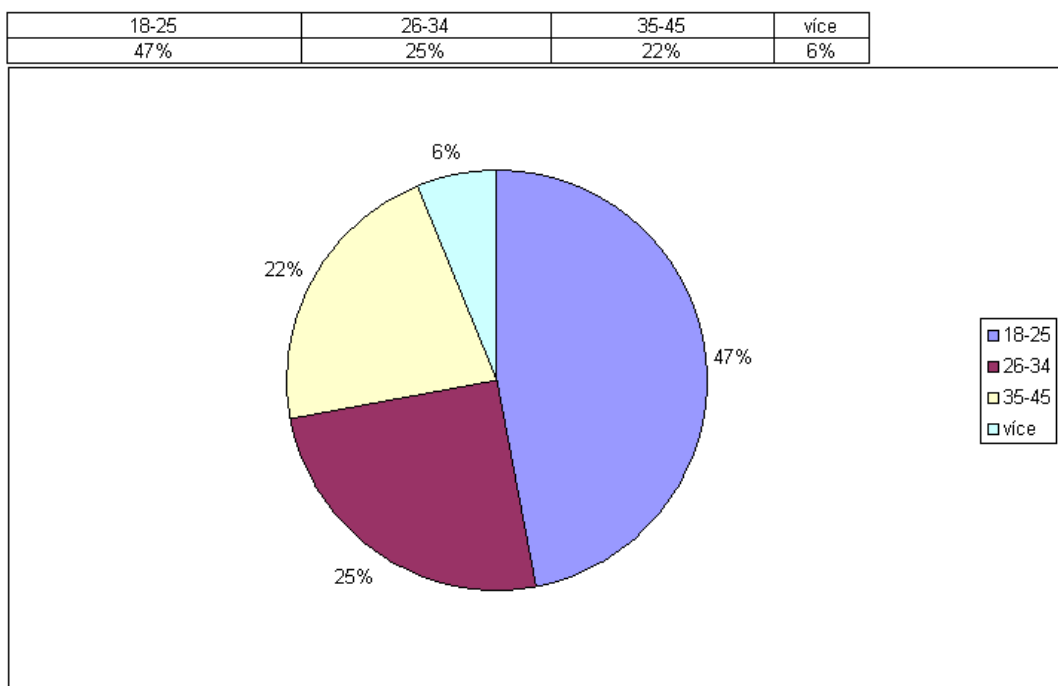
VĚKOVÉ SLOŽENÍ SESTER NA JIP



Ukázalo se, že na odděleních JIP pracují mladé sestry ve složení 14% ve věku 18 – 25 let a 86% ve věku 26 – 34let.

Graf č.2

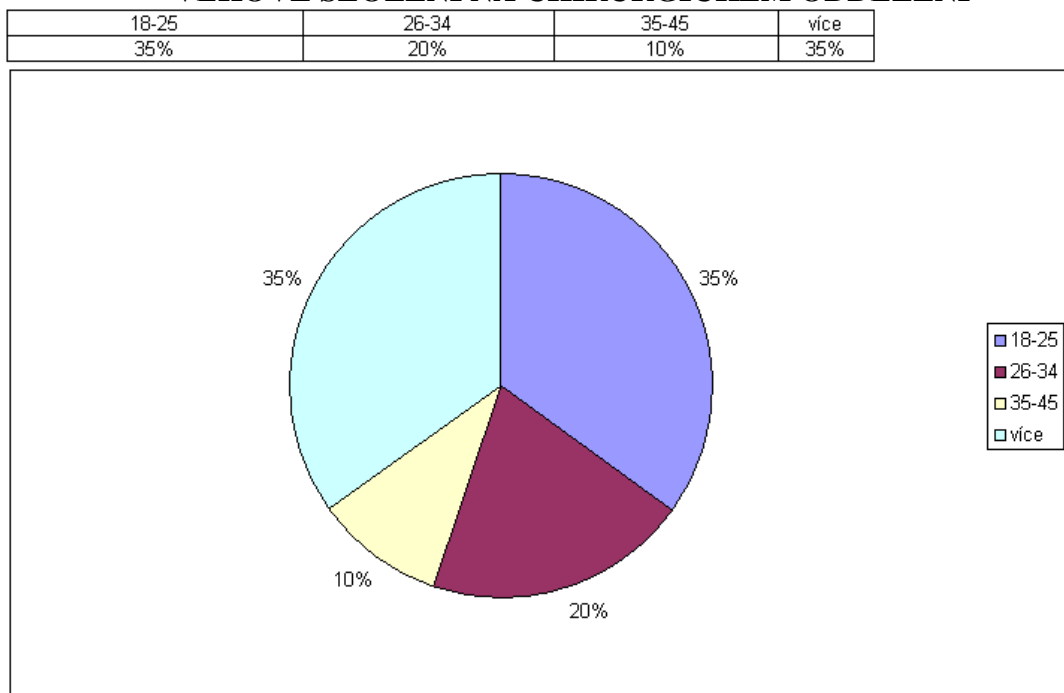
VĚKOVÉ SLOŽENÍ NA INTERNÍM ODDĚLENÍ



Na interních odděleních onkologické péče odpovídaly sestry ve věkovém složení 18-25 let 47 %, 26-34 let 25 %, 35-45 let 22 % a 6 % starších 45let.

Graf č.3

VĚKOVÉ SLOŽENÍ NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ



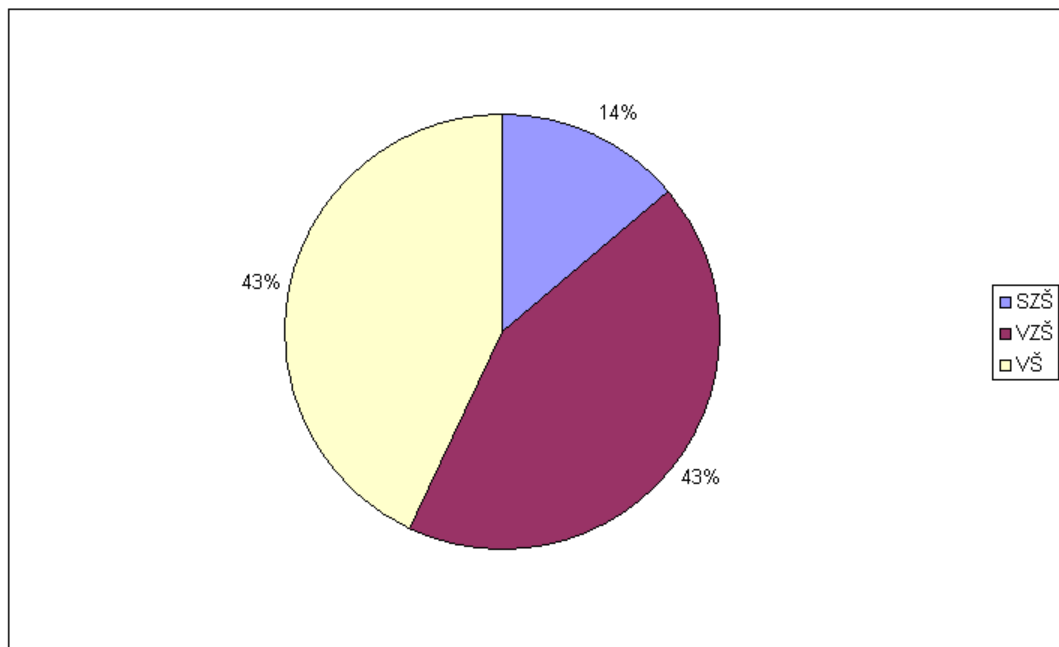
Na chirurgii odpovídalo 35 % sester 18-25let, 20 % 26-34let, 10 % 35-45let a 35 % sester starších 45 let.

Otázka č. 3 Vaše dosažené vzdělání

Graf č.4

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ SESTER NA JIP

| SZŠ | VZŠ | VŠ |
|-----|-----|-----|
| 14% | 43% | 43% |

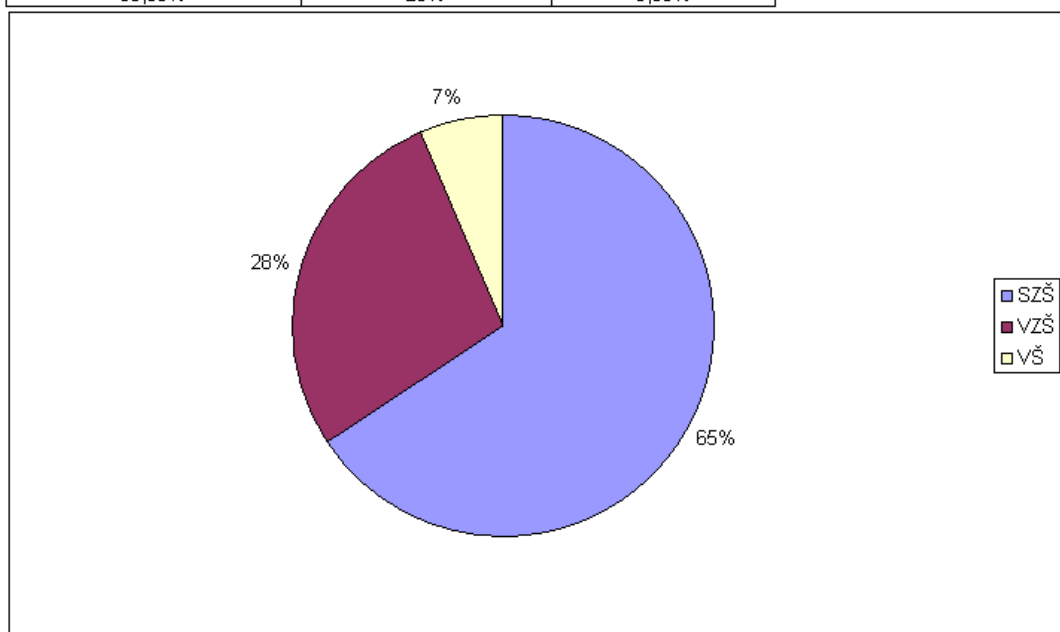


NA odděleních JIP odpovídalo 14 % sester ze střední zdravotnickou školou, 43 % sester z vyšší zdravotnickou školou a 43 % sester s vysokoškolským vzděláním.

Graf č.5

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ NA INTERNÍM ODDĚLENÍ

| SZŠ | VZŠ | VŠ |
|--------|-----|-------|
| 65,50% | 28% | 6,50% |

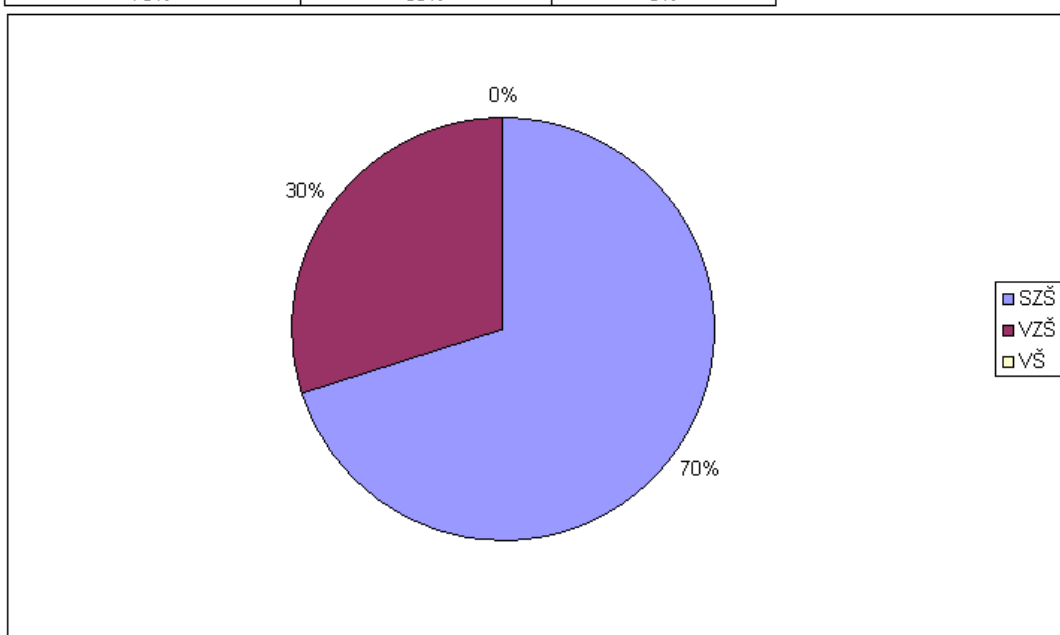


Na interním oddělení odpovídalo 65,5 % sester se střední zdravotnickou školou, 28 % s vyšší zdravotnickou školou a 6,5 % sester s vysokoškolským vzděláním.

Graf č. 6

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ SESTER NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ

| SZŠ | VZŠ | VŠ |
|-----|-----|----|
| 70% | 30% | 0% |



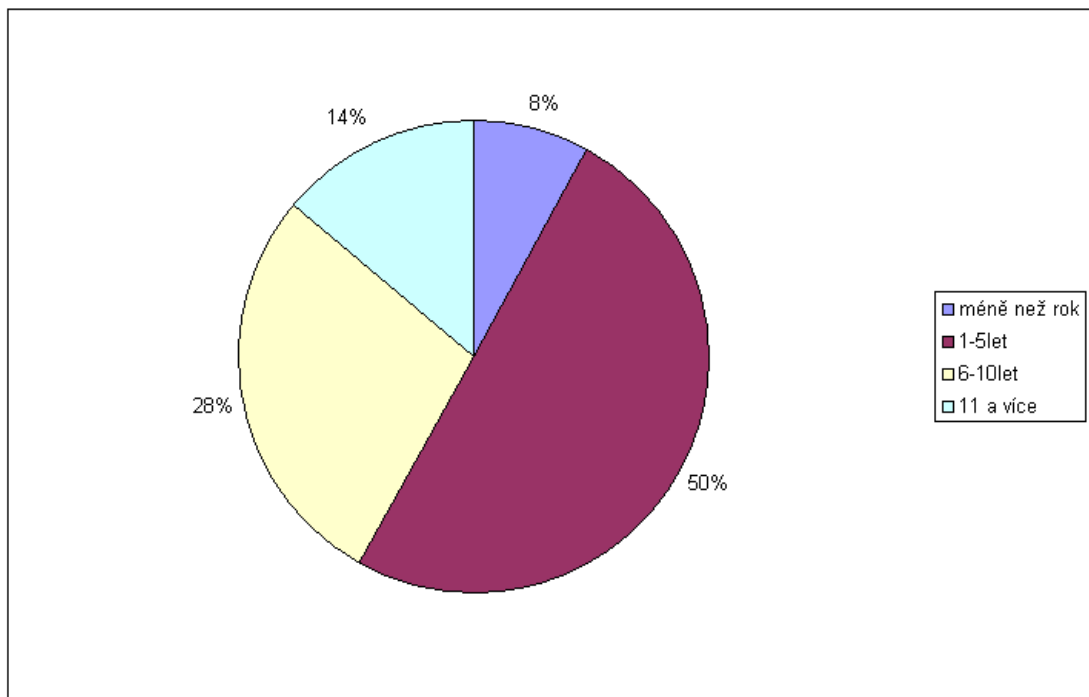
Na chirurgii odpovídalo 70 % středoškolsky vzdělaných sester, 30 % s vyšším odborným a žádné vysokoškolsky vzdělané sestry.

Otázka č.4 Jak dlouho pracujete na onkologickém oddělení:

Graf č.7

DÉLKA PRAXE NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ - JIP

| | | | |
|--------------|--------|---------|-----------|
| méně než rok | 1-5let | 6-10let | 11 a více |
| 8% | 50% | 28% | 14% |

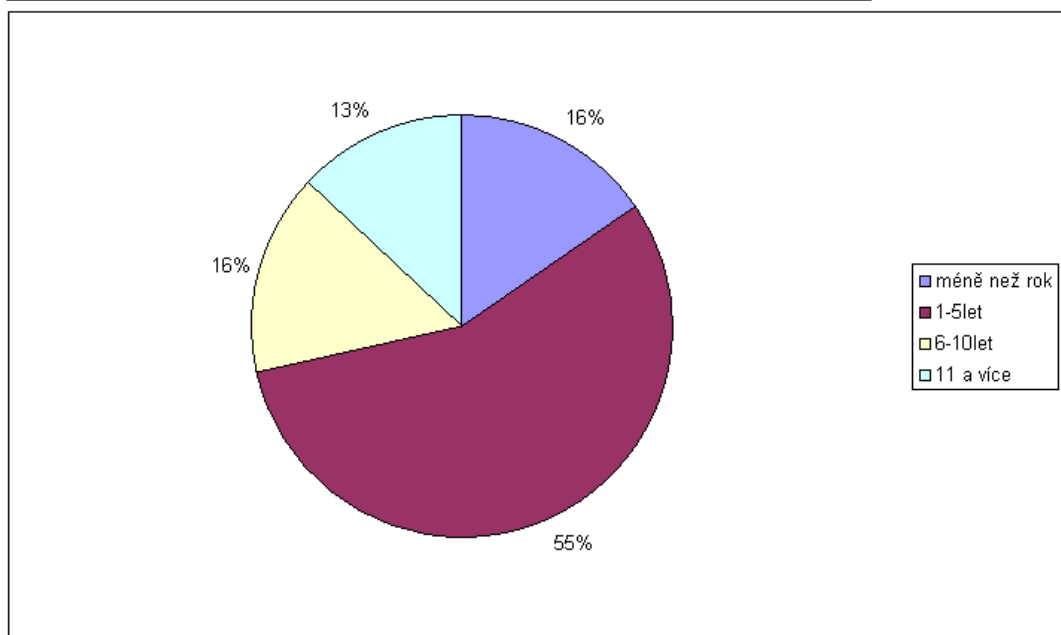


Na odděleních JIP bylo 8 % sester s praxí kratší než rok, 50 % sester s praxí 1-5 let, 28% s praxí 6-10 let a 14 % s ještě delší praxí na onkologickém oddělení.

Graf č.8

DĚLKA PRAXE SESTER NA INTERNÍM ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

| méně než rok | 1-5let | 6-10let | 11 a více |
|--------------|--------|---------|-----------|
| 15,50% | 56% | 15,50% | 13% |

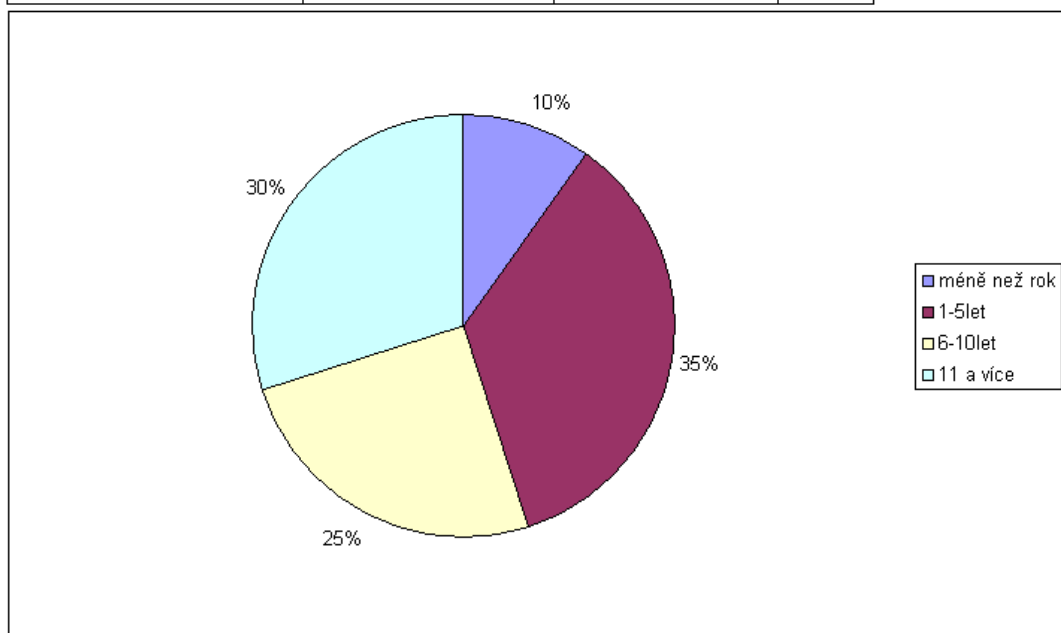


Na interním oddělení bylo 15,5 % sester s praxí kratší než rok, 56 % s praxí 1-5 let, 15,5% s praxí 6-10let, a 13 sester s delší praxí na onkologickém oddělení.

Graf č.9

DĚLKA PRAXE SESTER NA ONKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ -CHIRURGIE

| méně než rok | 1-5let | 6-10let | 11 a více |
|--------------|--------|---------|-----------|
| 10% | 35% | 25% | 30% |



Praxi méně než rok uvedlo 10 % sester, 35 % uvedlo praxi 1-5 let, 25 % praxi 6-10let a 30 % uvedlo delší praxi na onkologickém oddělení.

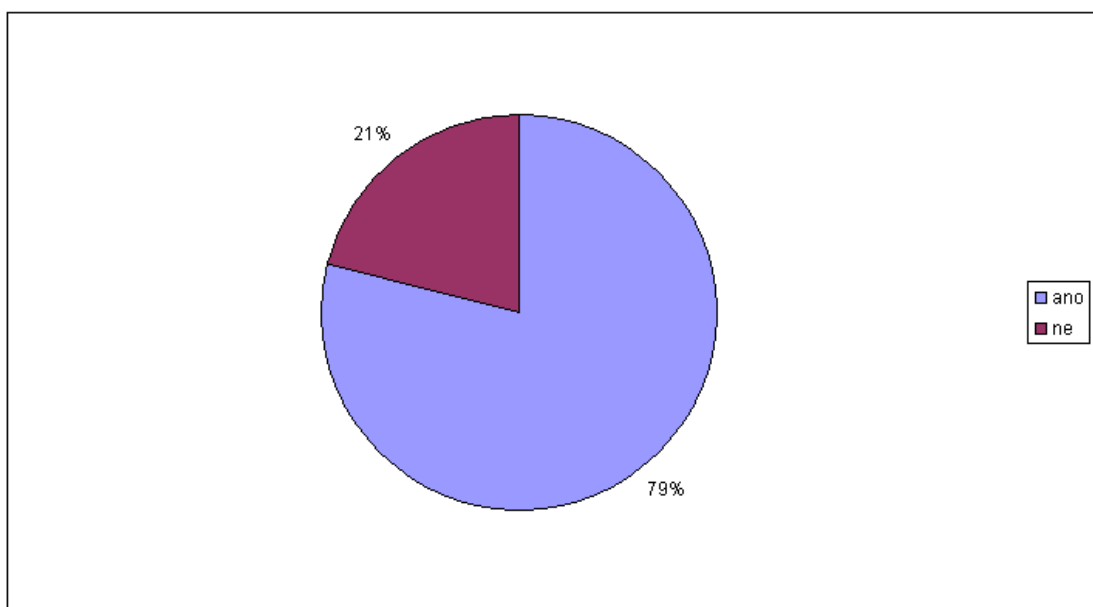
11 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU:

Otázka č.9 Byla jste poučena jak postupovat v případě agrese ze strany pacienta?

Graf č.10

POUČENÍ O POSTUPU V PŘÍPADĚ AGRESE PACIENTA - JIP

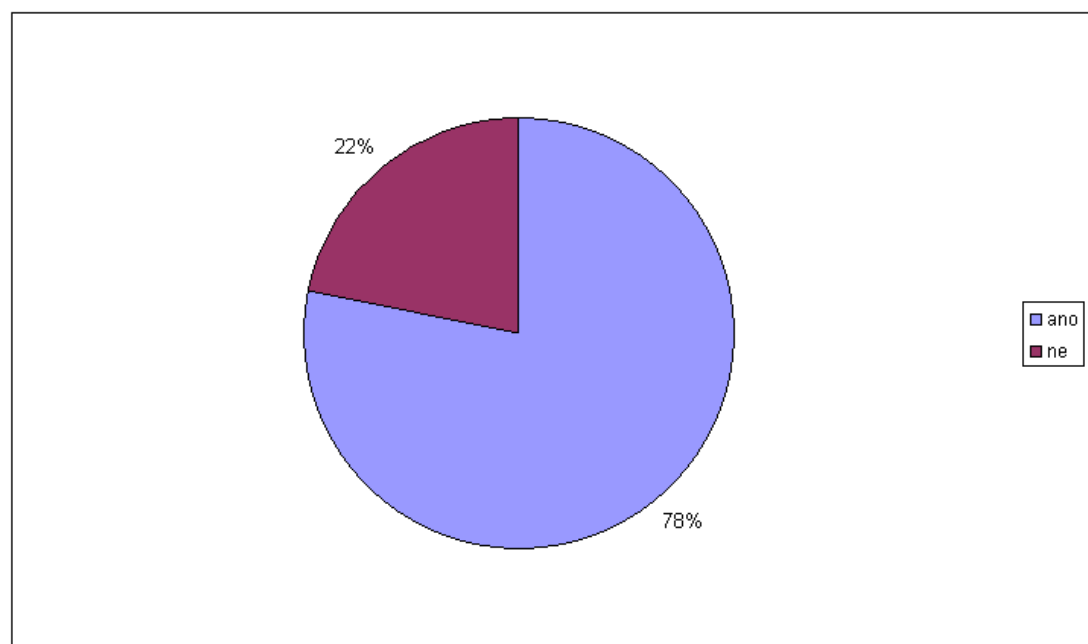
| ano | ne |
|-----|-----|
| 79% | 21% |



Graf č.11

POUČENÍ O POSTUPU V PŘÍPADĚ AGRESE PACIENTA –INTERNÍ ODDĚLENÍ

| ano | ne |
|-----|-----|
| 78% | 22% |



Na oddělení JIP odpovědělo na tuto otázku, zda bylo poučeno o postupu v případě agrese ze strany pacienta, 79 % sester kladně. Na interním odpovědělo ano 78 % a na chirurgickém oddělení 100 % sester.

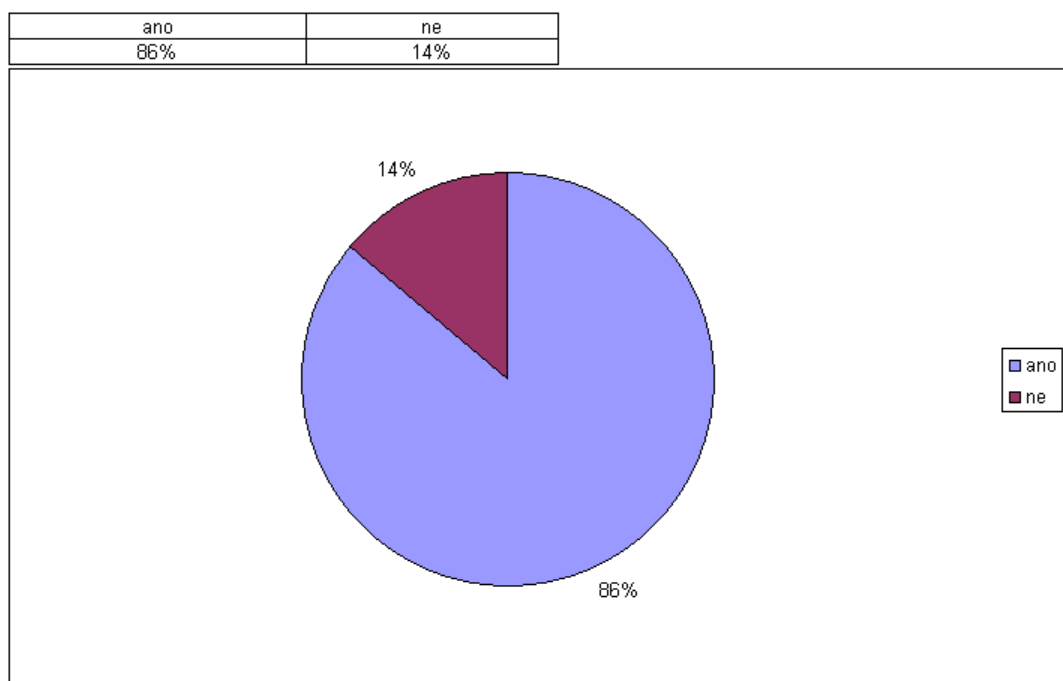
Otázka č. 10 Pokud ano, kde se tomu stalo?

Většina sester uvedla poučení ze škol, přímo od svého nadřízeného a školení organizované zaměstnavatelem.

Otázka č. 11: Byla jste v posledním roce fyzicky napadena pacientem/pacientkou?

Graf č. 12

FYZICKÉ NAPADENÍ PACIENTEM -JIP

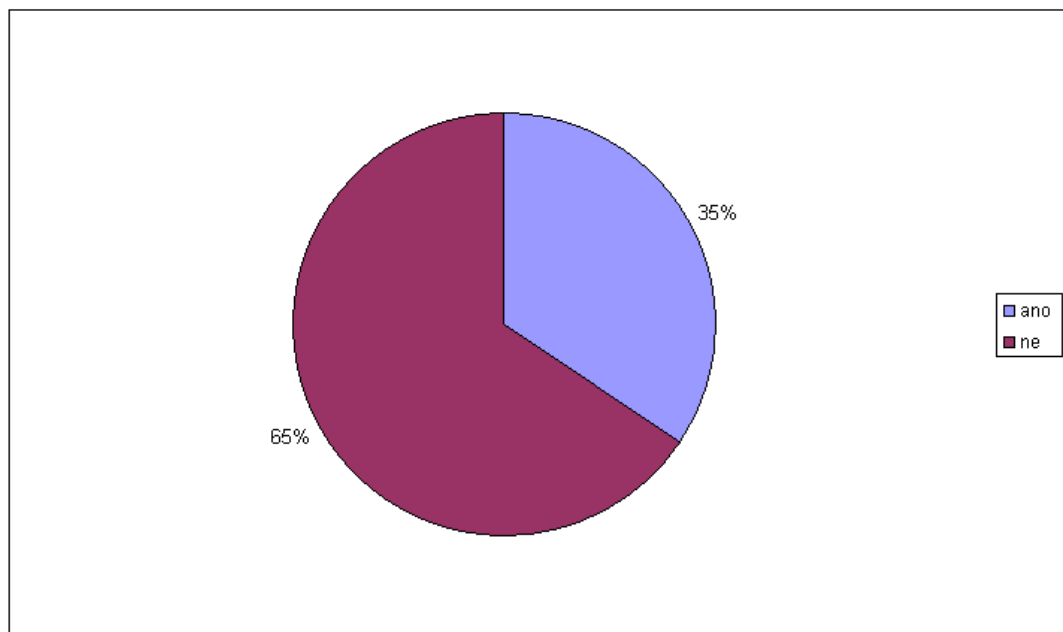


Fyzické napadení pacientem v posledním roce zažilo 86 % sester na oddělení JIP.

Graf č. 13

FYZICKÉ NAPADENÍ SESTER NA INTERNÍM ODDĚLENÍ

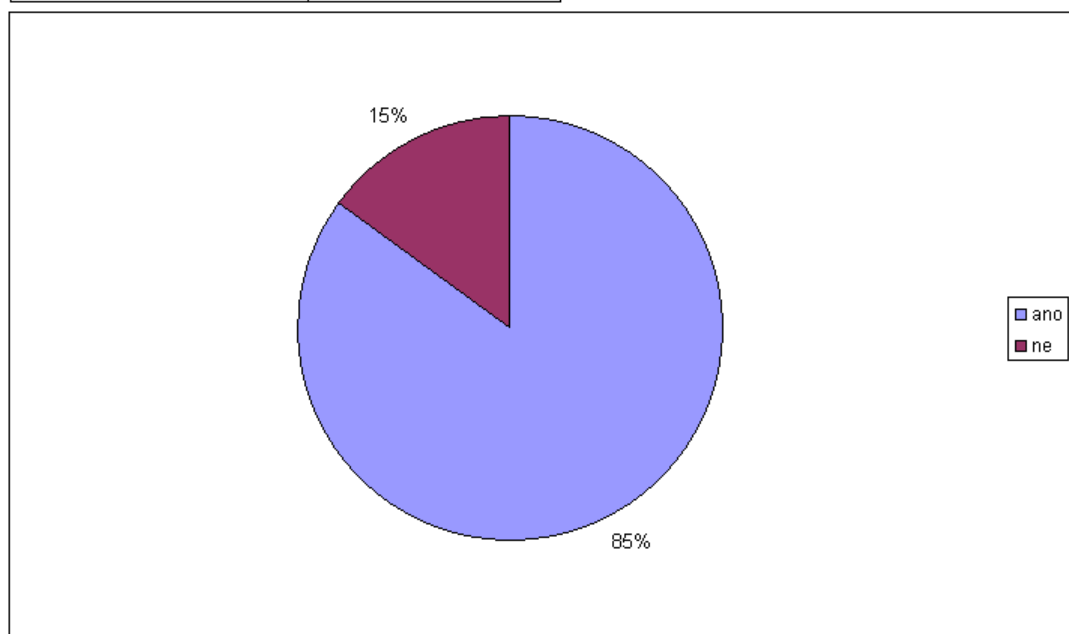
| ano | ne |
|--------|--------|
| 34,50% | 65,50% |



Graf č. 14

FYZICKÉ NAPADENÍ SESTER NA CHIRURGII

| ano | ne |
|-----|-----|
| 85% | 15% |

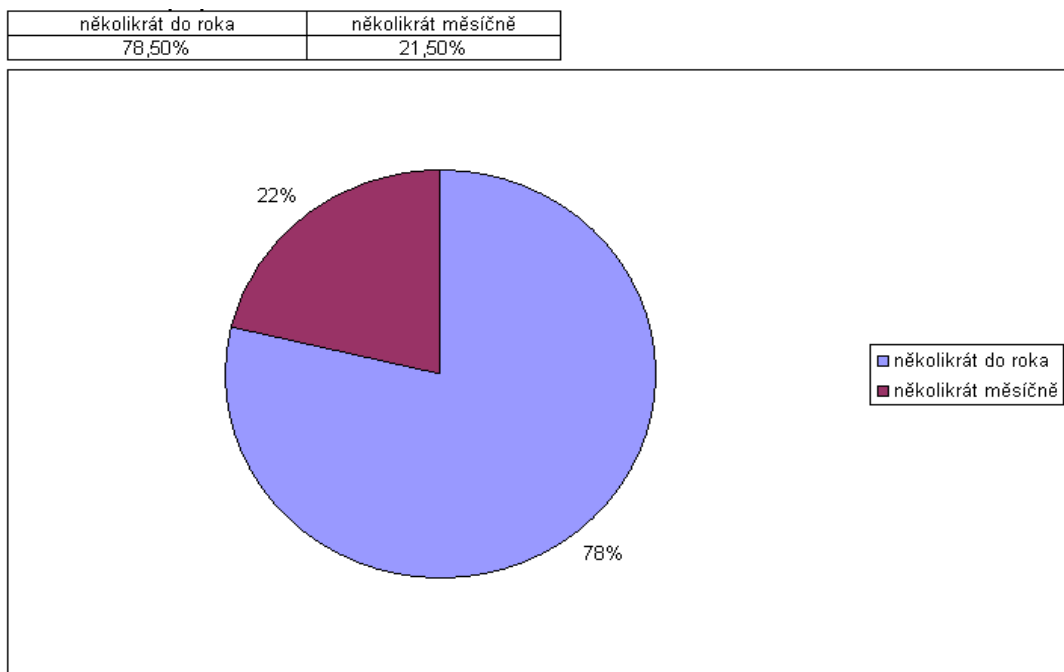


Fyzické napadení ze strany pacientů uvedlo 35 % sester na interním a 15 % sester na chirurgickém oddělení.

Otázka č.12 Jednalo se o ojedinělý případ, nebo je podobná situace na vašem pracovišti běžná?

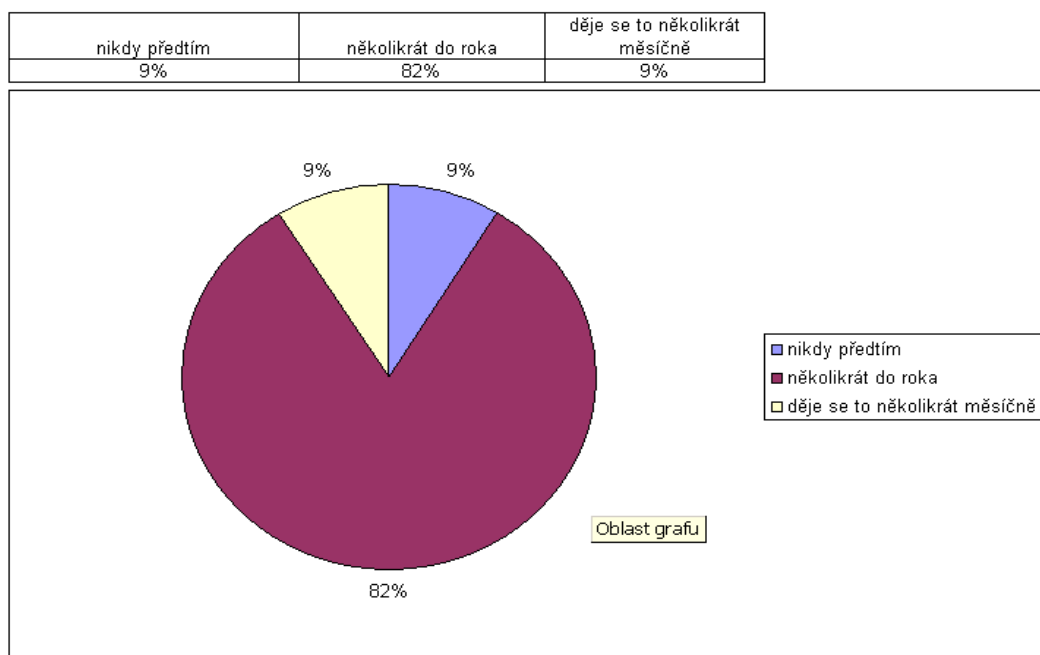
Graf č. 15

ČASTOST VÝSKYTU FYZICKÉ AGRESE –JIP



Graf č.16

ČASTOST VÝSKYTU FYZICKÉ AGRESE NA INTERNÍM ODDĚLENÍ



Na oddělení JIP 78,5 % napadených sester uvedlo, že se fyzická agrese ze strany pacientů vyskytuje na jejich oddělení několikrát do roka, 21,5 % uvedlo několikrát měsíčně.

Na oddělení interním uvedlo 9 % sester, že se tím nikdy předtím neseťkalo, 82 % odpovědělo, že se to děje několikrát ročně a 9 % uvedlo, že se to děje několikrát do měsíce.

Na chirurgickém oddělení všechny sestry uvedly, že se s tímto chováním nikdy předtím neseťkaly.

Otázka č. 13 Myslíte, že se incidentu dalo zabránit?

Na tuto otázku odpovědělo 100 % sester na všech odděleních záporně.

Otázka č. 14 Utrpěla jste nějaké zranění?

Žádná z odpovídajících sester neuvádí kladnou odpověď.

Otázka č. 15 Jak jste reagovala?

Jako odpověď sestry uváděly, že se bránily ústně či fyzicky, pověděly to kolegyni, či nahlásily nadřízenému, výjimečně nahlásily lékaři. Některé sestry dále uvedly, že přehodnotily riziko agrese pacienta (tabulka v elektronické dokumentaci sester).

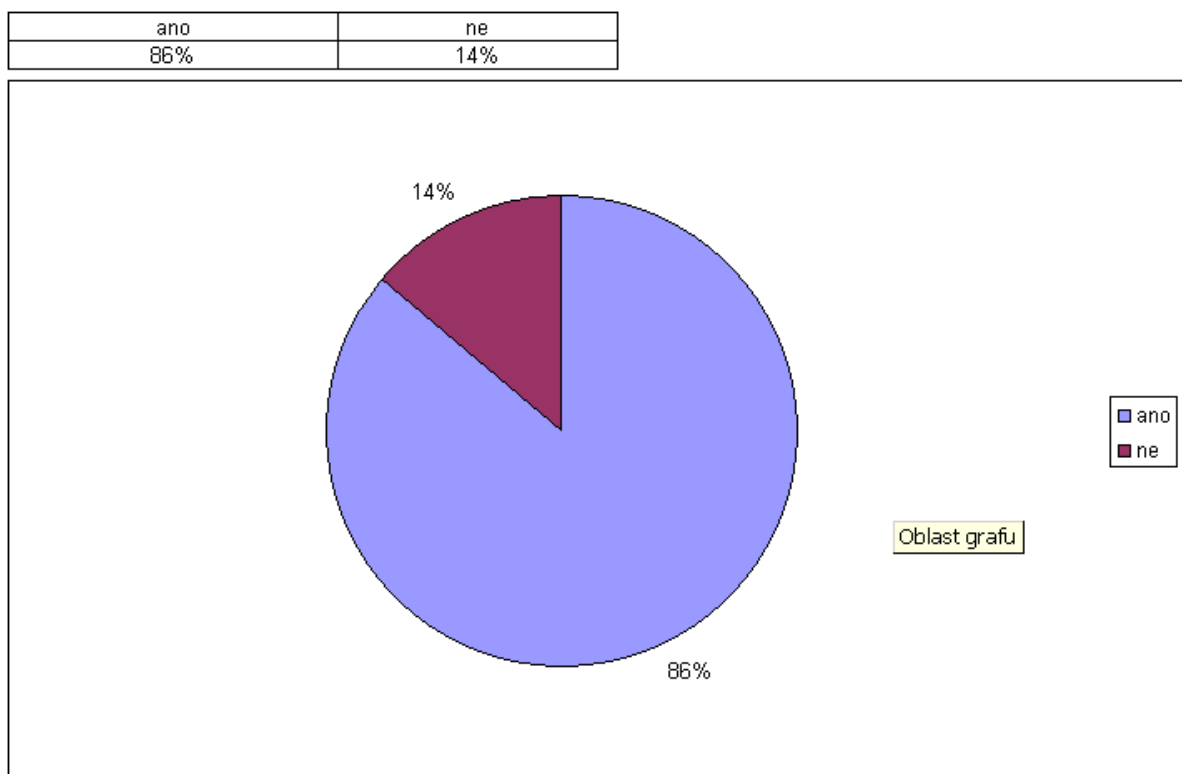
Otázka č. 17 Jaké byly důsledky pro pacienta/útočníka?

Ve 100 % odpovědí důsledky nebyly žádné.

Otázka č. 19 Byla jste v posledním roce ústně napadena pacientem/pacientkou (urážky, výhrůžky, nadávky, popř. neverbálními projevy agrese, jakými jsou vulgární gesta apod.)?

Graf č. 17

VERBÁLNÍ NAPADENÍ PACIENTEM –JIP

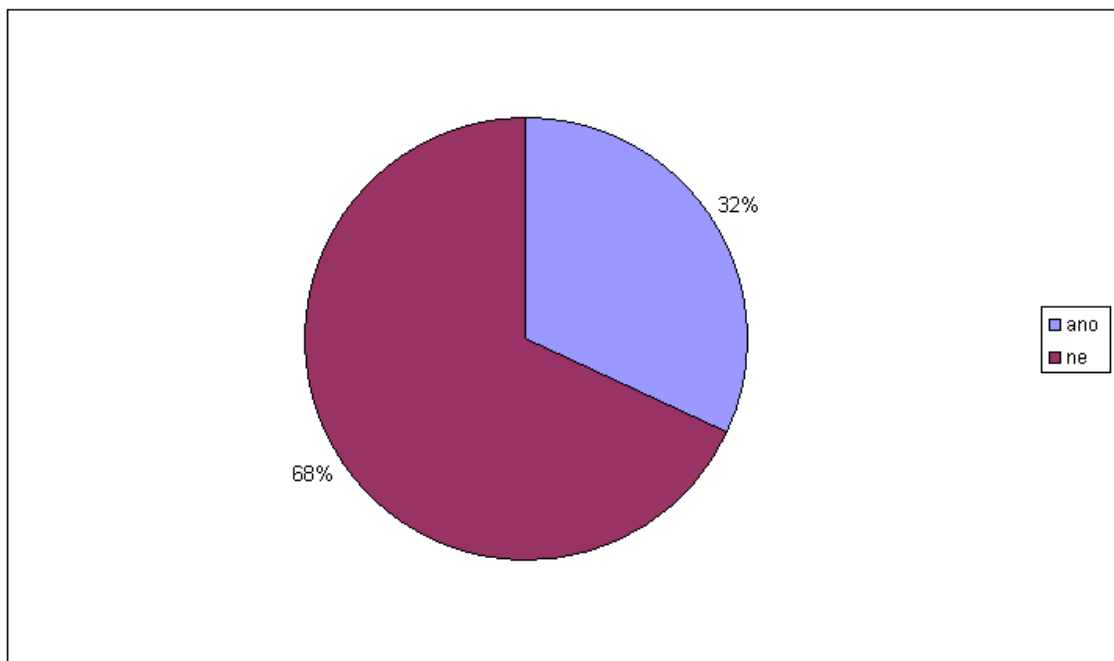


Na JIP odděleních bylo verbálně napadeno za poslední rok 86 % odpovídajících sester.

Graf č. 18

PROJEVY VERBÁLNÍ AGRESE –INTERNÍ ODDĚLENÍ

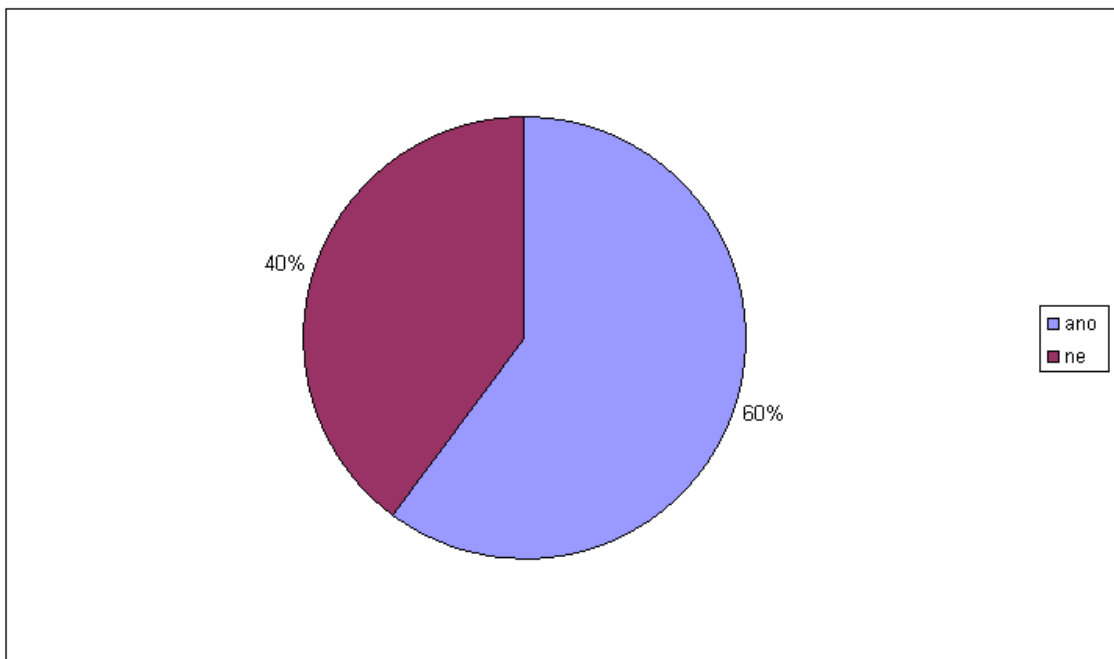
| ano | ne |
|-----|-----|
| 32% | 68% |



Graf č. 19

PROJEVY VERBÁLNÍ AGRESE – CHIRURGIE

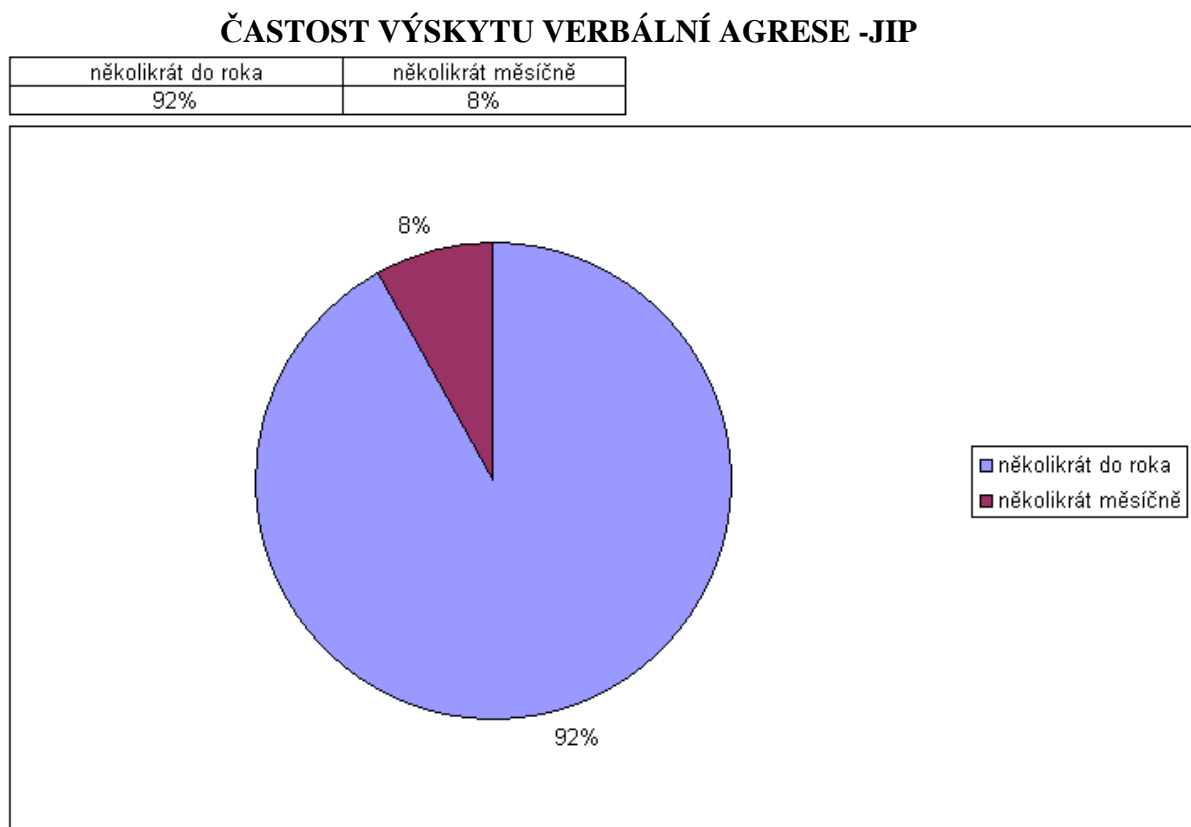
| ano | ne |
|-----|-----|
| 60% | 40% |



Na interním oddělení se setkala z verbálním projevem agrese ze strany pacientů 32 % sester a na chirurgii 40 % sester.

Otázka č. 20 Jednalo se o ojedinělý případ, nebo se podobná situace na Vašem pracovišti běžná?

Graf č. 20



Na odděleních JIP odpovědělo 92 % napadených sester, že se tato situace vyskytuje na jejich pracovišti několikrát do roka, 8 % odpovědělo několikrát měsíčně.

Na oddělení chirurgie odpovědělo 100 % napadených sester, že se podobný případ vyskytne několikrát do roka.

Na interních odděleních odpovědělo 70 % napadených sester, že se podobný případ vyskytne několikrát do roka, 20 % odpovědělo, že se s tím nikdy předtím nesetkaly a 10 % uvedlo, že se to děje několikrát do měsíce.

Otázka č. 21 Myslíte si, že se incidentu dalo zabránit?

100% odpovídajících sester na oddělení chirurgickém a JIP uvedlo zápornou odpověď.

Na oddělení interních odpovědělo 91 % záporně a 9 % ano.

Otázka č.22 Jak jste reagovala?

Na tuto otázku odpovídaly sestry, že se bránily ústně, pověděly to kolegyni, nahlásily nadřízenému. Vyskytla se ale i odpověď „Předstírala jsem, že se nic nestalo“.

Otázka č. 23 Jaké důsledky měl incident pro pacienta/útočníka?

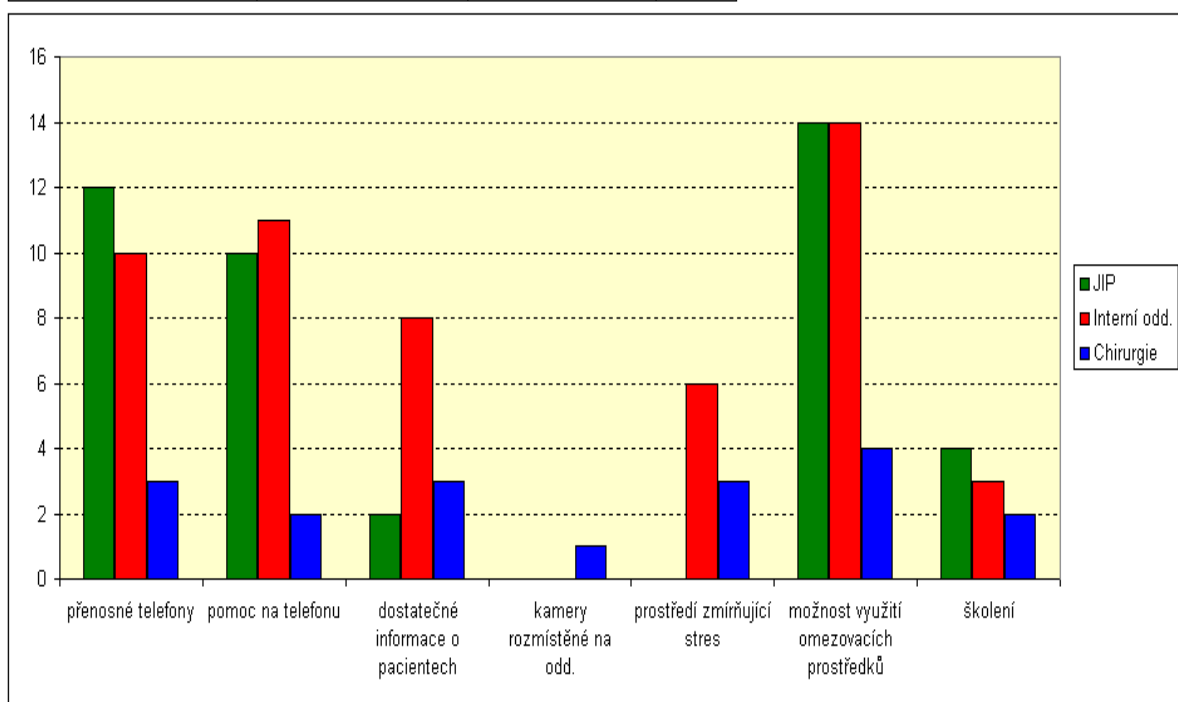
Ve většině případů nebyly důsledky žádné, popřípadě byl pacient slovně napomenut, varován.

Otázka č. 26 Jaká opatření proti násilí existují na vašem pracovišti?

Graf č. 21

OPATŘENÍ PROTI NÁSILÍ NA PRACOVIŠTI

| | JIP | Interní odd. | Chirurgie |
|--|-----|--------------|-----------|
| přenosné telefony | 12 | 10 | 3 |
| pomoc na telefonu | 10 | 11 | 2 |
| dostatečné informace o pacientech | 2 | 8 | 3 |
| kamery rozmístěné na odd. | 0 | 0 | 1 |
| prostředí zmírňující stres | 0 | 6 | 3 |
| možnost využití omezovacích prostředků | 14 | 14 | 4 |
| školení | 4 | 3 | 2 |



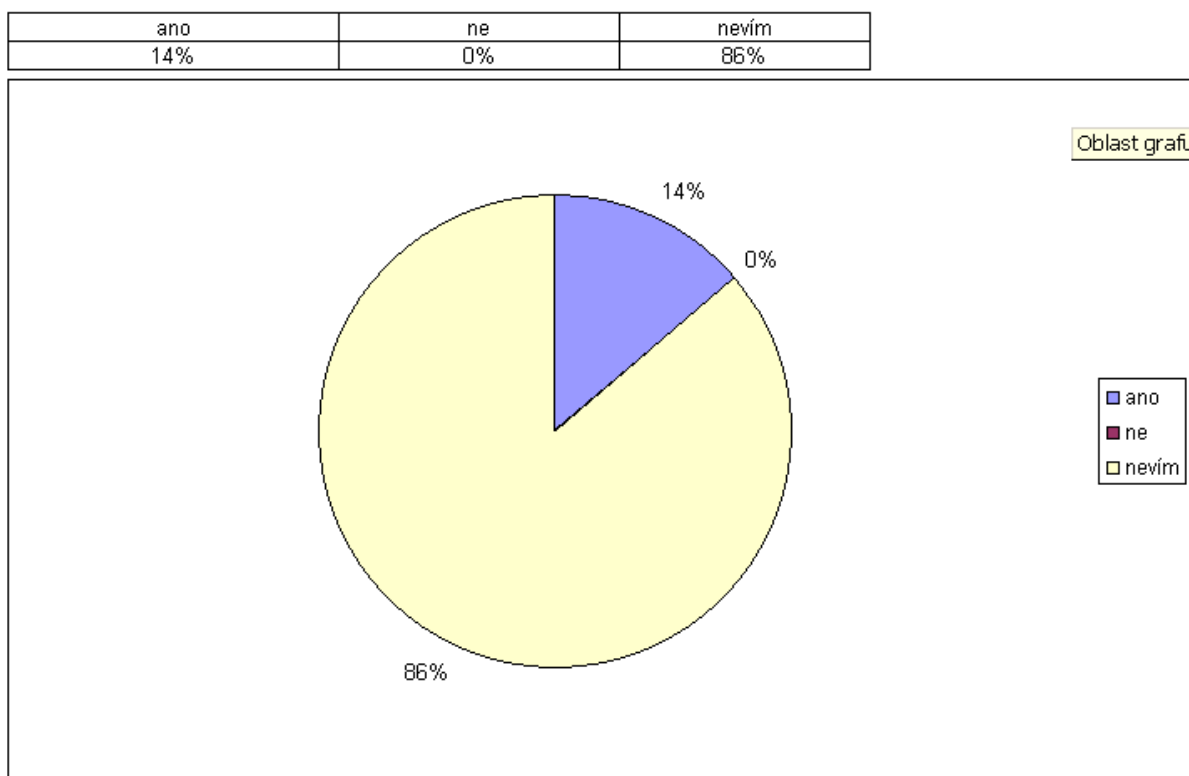
Nejčastěji uváděné opatření jsou: přenosné telefony, pomoc na telefonu a možnost vyžití omezovacích prostředků. Dostatečné informace o pacientech uvádějí hlavně sestry na interních odděleních a prostředí zmírňující stres uvádějí pouze standardní oddělení.

Otázka č. 27 Existují na Vašem pracovišti směrnice, standardy atp. pro případ

- a) fyzické agrese pacientů vůči sestřám?
- b) verbální nebo jiné agrese pacientů vůči sestřám?

Graf č. 22

STANDARDY ČI SMĚRNICE NA FYZICKOU AGRESI -JIP



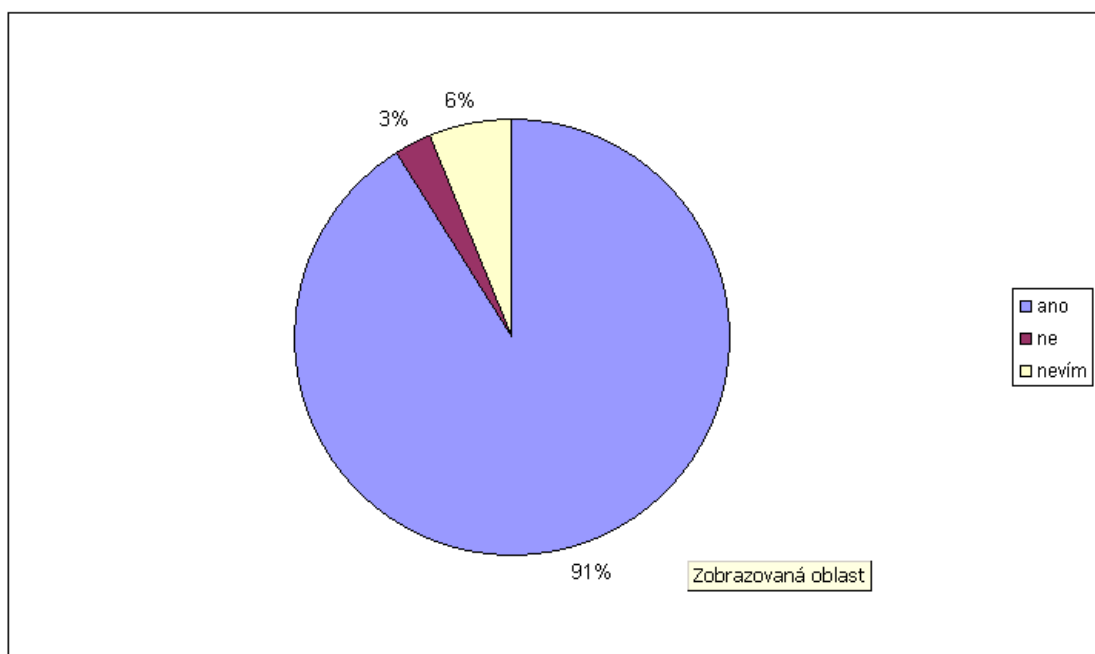
Na odděleních JIP uvedlo pouze 14 % sester, že mají na jejich pracovišti danou směrnici či standard pro případ fyzické agrese ze strany pacienta, 86 % neví.

Je zajímavé, že v místě, kde je výskyt agrese ze strany pacienta nejvyšší, sestry neví, zda existuje daný předpis, jak postupovat v případě napadení.

Graf č. 23

STANDARDY PRO PŘÍPAD FYZICKÉ AGRESE – INTERNÍ ODDĚLENÍ

| ano | ne | nevím |
|-----|----|-------|
| 91% | 3% | 6% |

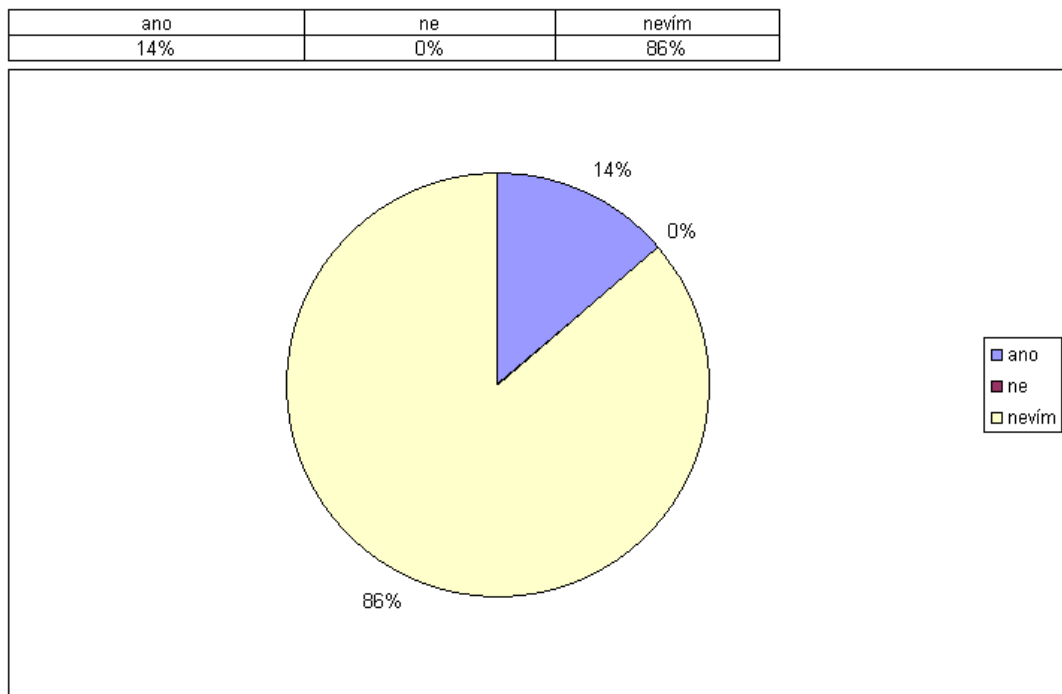


Na interním oddělení uvedlo 91% sester, že na jejich odděleních standardy existují, 3 % uvedlo, že ne a 6 % odpovědělo nevím.

Na chirurgických odděleních odpovědělo 100 % dotazovaných sester ano.

Graf č. 24

STANDARDY NA VERBÁLNÍ AGRESI -JIP

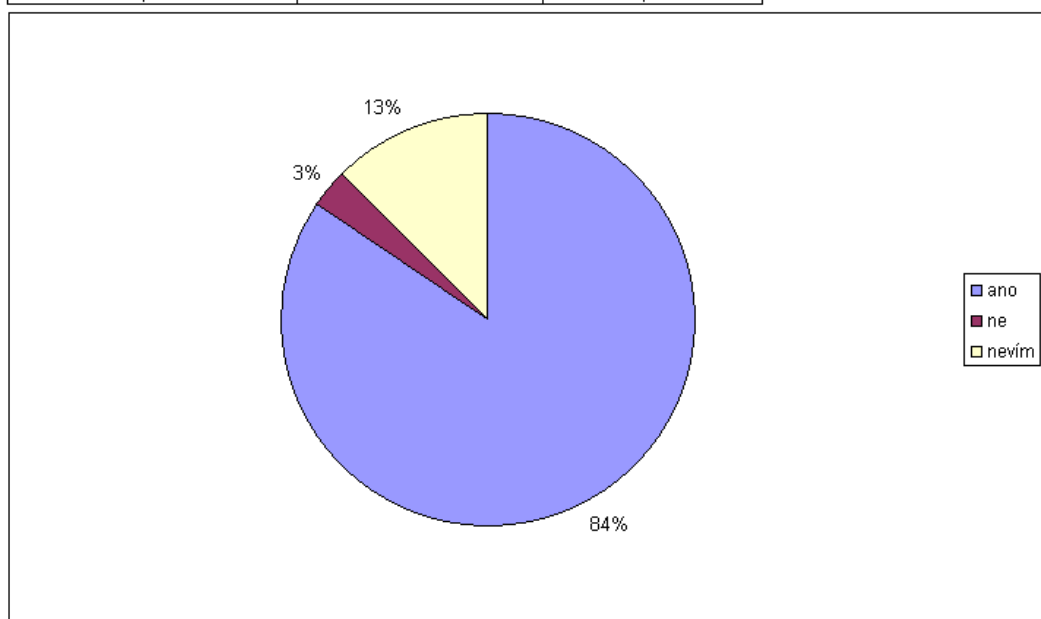


Situace na JIP oddělení se standardy či směrnicemi na verbální agresi je stejná jak u fyzické. 86% sester neví, zda existují a 14% odpovědělo ano. Odpověď ne nebyla žádná.

Graf č. 25

STANDARDY PRO PŘÍPAD VERBÁLNÍ AGRESE –INTERNÍ ODDĚLENÍ

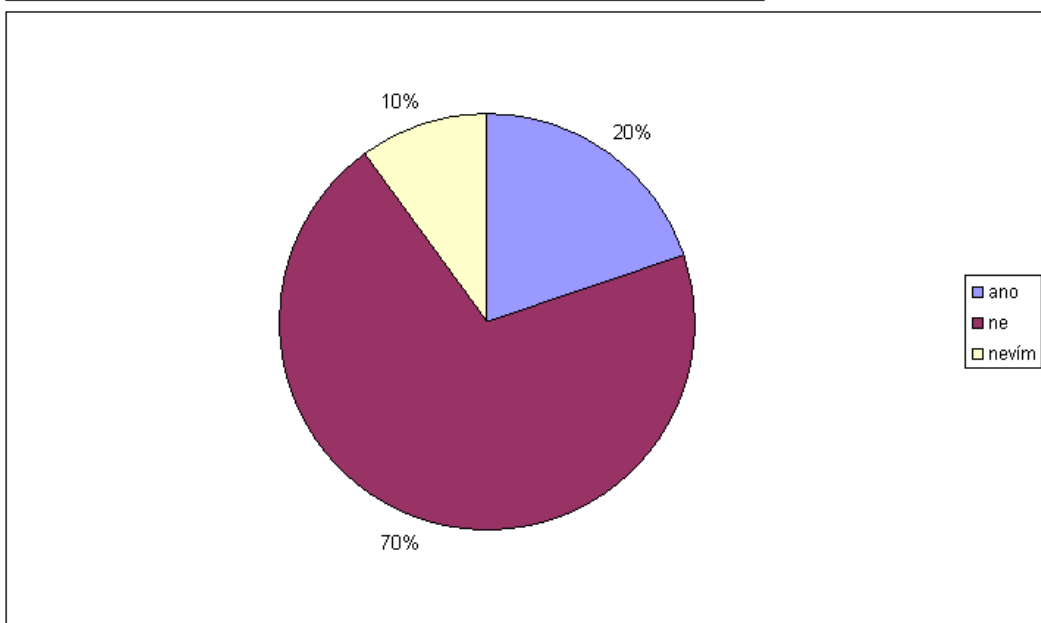
| ano | ne | nevím |
|--------|----|--------|
| 84,50% | 3% | 12,50% |



Graf č. 26

STANDARDY PRO PŘÍPAD VERBÁLNÍ AGRESE -CHIRURGIE

| ano | ne | nevím |
|-----|-----|-------|
| 20% | 70% | 10% |



Na interním oddělení odpovědělo 84% ano, na chirurgii pouze 20 %. Ne odpovědělo 3 % na interním a 70 % na chirurgickém oddělení. Nevím odpovědělo 13 % na interním a 10 % na chirurgickém oddělení. Rozdíl mezi kladnou a zápornou odpovědí na těchto odděleních může dělat i správné seznámení se s těmito standardy a směrnicemi.

Otázka č. 28 Jestliže jste byla v minulosti verbálně či fyzicky napadena pacientem, jaké byly podle Vašeho názoru spouštěcí mechanismy či příčiny onoho incidentu?

Sestry v odpovědích nejčastěji uváděly: zmatenost, delirium, abstinční příznaky, hypnotika, dehydratace, poškození CNS, intoxikace, infekce, dušnost, febrilie, ale i diskomfort, stres, dlouhodobá hospitalizace, samotné onkologické onemocnění – vyrovnávání se s diagnózou, strach, úzkost, konflikt s jiným pacientem, přemístění na jiný pokoj, nesplnění pacientova požadavku ihned a samotná povaha pacienta.

Otázka č. 29 Změnilo se Vaše chování vůči pacientům po této příhodě?

Většina sester odpověděla, že ne. Popřípadě byla uvedena větší obezřetnost.

Otázka č. 30 Jaká opatření by podle Vašeho názoru omezila projevy agrese (fyzické i verbální) ze strany pacientů vůči sestřím (na Vašem pracovišti)?

Návrhy byly tyto: správná rychlá medikace lékařů, odpoutat pozornost od nemoci, včasná konzultace s psychologem či psychiatrem, více personálu, řešit preventivně stavy předcházející agresi, větší soukromí pro pacienty, včasná změna medikace, větší informovanost sester o pacientech, nestěhovat pacienty z pokojů na pokoj, ale i větší důstojnost sestry (postavení + kompetence), neustupovat pacientům ve všech požadavcích.

Otázka č. 31 Co podle Vašeho názoru přispívá k agresivitě pacientům vůči sestřím (na Vašem pracovišti)?

Důvody byly uvedeny tyto: dlouhodobá hospitalizace, zmatenost, těžké zdravotní stavy, nádory mozku, nedostatek informací od lékařů nebo protichůdné informace, špatná informovanost, minimální komunikace lékaře s pacientem, nedostatek personálu a tudíž času na pacienty, dlouhé čekání z organizačních důvodů, neschopnost pacienta vyrovnat se s nemocí, problémy pacienta v rodině, abstinence alkoholu a cigaret, délka onemocnění, ale i málo mužské autority, agresivní chování sester a některé sestry uvedly, že vždy má zastání pacient (u vedení na pracovišti).

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Sestry by měly být proškoleny zaměstnavatelem již při nástupu do zaměstnání, jak se zachovat v případě agrese ze strany pacienta (či jeho rodiny). Měly by vědět, jak reagovat na útočné chování tak, aby bylo zajištěno bezpečí pacienta samotného, jeho okolí a sebe. Zároveň jak reagovat na útočné chování tak, aby byla zachována co největší důstojnost pacienta a sestry a jak komunikovat s takovým pacientem po prožité situaci.

Agresivní chování by mělo být zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace, kde by měly být uvedeny i okolnosti, za jakých útok nastal (např. zmatenost, neklid, nedorozumění) a jak byl pacient zklidněn.

Dále by měl být informován ošetřující lékař, který má možnost zajistit psychologické konsilium či případnou medikaci na zklidnění. Mnoho sester uvedlo, že o případu povědělo kolegyni, což je dobré jako informace na pozornost ostatních sester. Pouze dvě informovaly i lékaře, který má větší možnost zasáhnout a měl by být o této skutečnosti informován.

Sestry mají větší kontakt s pacientem, proto by měly také upozornit lékaře zavčas na změnu psychiky pacienta, aby bylo možné nasadit antidepresiva a zabránit konfliktům z tohoto důvodu. Zde hraje důležitou roli komunikace lékaře a sestry a jejich schopnost spolupracovat.

Jedna z nejčastějších důvodů agrese pacienta byla uvedena zmatenost. U pacientů zmatených, či pacientů s poškozením CNS apod. by měly být léky na zklidnění v případě potřeby ordinovány vždy předem. Tito pacienti by měly být sestrou více kontrolováni, zvláště na nočních směnách.

Důvod užití hypnotik byl také několikrát uveden. Zvýšená kontrola by měla být i u pacientů, kteří poprvé užili hypnotika a u těch, kteří již s nimi mají špatnou předchozí zkušenost.

Jako další důvod agrese byla uvedena zmatenost z důvodu stěhování pacientů z pokoje na jiný pokoj. Situace se stěhováním bývají časté a bylo by dobré omezit stěhování starších osob již pro jejich psychiku a orientaci.

Dobré by bylo i informovat pacienty o kompetencích sestry, aby šlo lépe zabránit dožadování se služeb, které již nejsou v náplni práce sestry a případným verbálními konfliktům. I na tuto skutečnost sestry upozornily.

13 ZÁVĚR

Hypotéza č.1

Většina respondentů - sester se již setkala s některou z forem verbální agrese ze strany pacienta.

Hypotéza číslo jedna se mi potvrdila pouze na JIP odděleních, kde se s verbálním projevem agrese setkala 86 % sester. Na standardních odděleních se s touto formou agrese v posledním roce setkala méně sester. Na chirurgickém oddělení 40 % sester, na interním 32 %.

Hypotéza č.2

Většina dotazovaných sester má zkušenosti z projevy fyzické agrese ze strany pacientů. Hypotéza druhá se mi opět potvrdila jen na JIP odděleních, kde se s formou fyzické agrese ze stran pacientů v posledním roce setkala 86 % sester. Na interním oddělení toto napadení uvedlo 35 % a na chirurgickém pouze 15 % dotazovaných sester.

Na všech odděleních napadené sestry také uvedly, že se s oběma druhy agrese setkávají několikrát do roka.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že téměř na všech onkologických odděleních mají standard, jak se zachovat při ošetřování agresivního pacienta a sestry jsou s ním v plné míře seznámeny. Hypotéza třetí se mi potvrdila na standardních odděleních. Na chirurgických odděleních standardy na fyzickou agresi potvrdilo 100 % sester, na interních jejich přítomnost uvedlo 91 %, 3 % je popřelo a 6 % neví, zda jsou, tudíž s nimi dozajista nejsou seznámeny.

Přítomnost standardů na verbální agresi potvrdilo 84 % sester na interním oddělení, 3 % uvedlo jejich absenci a 13 % o nich neví. Na chirurgickém oddělení je potvrdilo 70 % sester, 20 % uvedlo, že nejsou a 10 % neví zda na jejich odděleních existují.

Zcela jiný výsledek byl na JIP odděleních. Přítomnost standardů jak na verbální, tak i na fyzickou agresi potvrdilo pouze 14 % dotazovaných sester. Zbytek, tedy 86 % sester, s nimi nejsou seznámeny, jelikož uvedly, že neví, zda na jejich odděleních existují.

Hypotéza č.4

Předpokládám, že sestry na odděleních JIP mají větší zkušenost s verbální a fyzickou agresí ze strany pacientů než sestry na standardních odděleních.

Čtvrtá hypotéza se mi potvrdila. Sestry na JIP odděleních mají větší zkušenost nejen s verbálním, ale i s fyzickým projevem agrese ze strany pacientů,. Na těchto odděleních je napadení pacienta sestrou mnohem častějším jevem.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. ČERMÁK, I. Lidská agrese a její souvislosti. Praha: GRADA, ISBN 80-902614-1-8.
2. DENTEMAROVÁ, C., KRANCZOVÁ, R., O HNĚVU. Praha: Lidové noviny, 1996. ISBN 80-7106-172-7.
3. DYNÁKOVÁ, Š. Nejsme si v něčem podobní? Sestra, 7-8, 2005.
4. DYNÁKOVÁ, Š. Křik není to nejhorší....Sestra, 9,2005.
5. DYNÁKOVÁ, Š. Komunikační strategie s „obtížným pacientem“.Sestra,10,2005.
6. HÁJEK, K. Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-346-8.
7. HNILICOVÁ, H. Násilí jako znepokojivý fenomén současného zdravotnictví. Praktický lékař, 5, 2008.
8. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
9. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Brno: Institut pro další vzdělávání, 1992. ISBN 80-7013-127-6.
10. KASTOVÁ, V. Nebuďte obětí. Brno, 2003. ISBN 80-86517-61-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak přežít hněv, zlost a agresi. Praha: GRADA, 2004. ISBN 80-247-0818-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: GRADA, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
13. LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. NEZU, A. a kol. Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2004. ISBN 80-7364-000-7.
15. NOVÁK, T., CAPPONI, V. Sám proti agresi. Praha: GRADA, 1996. ISBN 80-7169-253-0.
16. O'CONNOR, M., ARANDA, S. Paliativní péče. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
17. POSPÍŠIL, M. Zlost, hněv, rozčilení. Plzeň: Psychologické odborné literatury, 1999. ISBN 80-238-4579-9.
18. RAPČÍKOVÁ, T. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. Sestra, 05, 2008.
19. Univerzita Karlova. [on line]. Neklid a agresivita. [cit. 20. února 2011]. dostupné na [www: http://old.lf3.cuni.cz/reforma/neklid.html](http://old.lf3.cuni.cz/reforma/neklid.html)

20. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál,1996. ISBN 80-7178-214-9.
21. VENGLÁŘOVÁ,M., MAHROVÁ,G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
22. VORLÍČEK, J.a kol.Klinická onkologie pro sestry. Praha: GRADA, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
23. VYMĚTAL,J. Lékařská psychologie,Praha: Psychoterapeutické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86-123-08-1.

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 – dotazník