

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**Vybrané prvky násilí z pohledu ošetřujícího personálu**

Bakalářská práce

**Ing. Iva Brabcová**

**Jana Příbylová**

**2009**

## **Abstract**

The title of my thesis is “Selected features of violence from the point of view of medical staff”. Whereas in the past violence in medical care was more likely to occur abroad, at present it has a growing tendency even in our country. Violence is not only a physical attack but occurs more often in verbal form.

The thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part deals with explanation of the term aggression, types of aggression, personality of aggressor, aggressive patient and aggression management. The following part deals with interpersonal relationships in health care, relationships between a nurse and a patient, a nurse and another nurse, a nurse and a doctor. The term mobbing, its causes, aims and phases, are explained in the next part. Consequences of mobbing and defence against it are also mentioned.

The objective of the thesis is to make a survey of frequency and types of attacks against medical staff by patients, nurses and an employer. Three hypotheses were set up which relate to given objectives. The first hypothesis assumes that probability of attack against medical worker varies depending on the workplace. The second hypothesis assumes that the most frequent type of violence is verbal abuse. The third hypothesis assumes that nurses are more threatened by mobbing than by bossing. The research set comprised of nurses and paramedics of Teaching hospital in Plzeň, Emergency medical service of the Plzeň region and the Centre of helicopter emergency medical service in Plzeň.

The research was carried out by quantitative method, the questionnaire technique. The results were visualised using a pie chart and bar charts in MS Office Excel 2007.

The objective of the thesis was accomplished. The research results confirmed the first hypothesis, i.e. that “probability of attack against medical worker varies depending on the workplace”. Differences between individual types of workplaces were proved, most attacks by patients occur in Anaesthesia-Resuscitation Department and Intensive Care Unit and by medical staff in Emergency medical service. The second hypothesis, i.e. “the most frequent type of violence is verbal abuse” was also confirmed because

verbal abuse outnumbered physical attacks. The third hypothesis, i.e. that “nurses are more threatened by mobbing than by bossing” was also confirmed because the research results show that more problematic relationships are among individual medical staff than between medical staff and their superiors. All three hypotheses were confirmed and proved that violence in medical care does occur and that it occurs in considerable amount.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vybrané prvky násilí ve zdravotnictví z pohledu ošetřujícího personálu“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/98 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne

.....  
podpis studenta

**Poděkování:**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Ing. Ivě Brabcové, za odborné vedení, ochotu, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

## **OBSAH**

Úvod.....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Charakteristika agrese a její druhy.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Agrese a emoce .....	6
1.1.2 Agresor a náchylnost k agresi .....	6
1.1.3 Agresivní pacient.....	8
1.1.4 Zvládání agrese.....	9
<b>1.2 Interpersonální vztahy ve zdravotnictví .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Vztah sestra a pacient .....	11
1.2.2 Vztah sestra a sestra .....	11
1.2.3 Vztah sestra a lékař.....	12
1.2.4 Syndrom vyhoření .....	13
<b>1.3 Představení koncepce mobbingu .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Znaky mobbingu.....	14
1.3.2 Výskyt mobbingu .....	15
1.3.3 Příčiny mobbingu .....	15
1.3.4 Cíle mobbingu .....	16
1.3.5 Profil mobbera – charakteristika .....	17
1.3.6 Fáze mobbingového procesu .....	19
1.3.7 Profil oběti.....	20
1.3.8 Důsledky mobbingu .....	20
1.3.9 Obrana proti mobbingu .....	21
1.3.10 Bossing .....	22
1.3.11 Sexuální harašení.....	23
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Cíl práce .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Hypotézy: .....</b>	<b>25</b>
<b>3. Metodika .....</b>	<b>26</b>

<b>3.1</b>	<b>Metodika práce.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>26</b>
<b>4.</b>	<b>Výsledky.....</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>Diskuse .....</b>	<b>51</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>60</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>62</b>
<b>8.</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>65</b>
<b>9.</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>66</b>
<b>9.1</b>	<b>Seznam příloh:.....</b>	<b>66</b>

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou vybrané prvky násilí z pohledu ošetřujícího personálu. Je nesporné, že násilí přibývá nejen ve světě, ale ve velké míře i u nás.

Násilí ve zdravotnictví představuje nový fenomén současné doby. Jeho důsledky se projevují ve statistikách příčin nemocí z povolání, úrazů i úmrtí. Začaly se jím zabývat mezinárodní instituce a odborové, profesní i zaměstnavatelské organizace. Po společenských změnách v naší republice v roce 1989 se objevila řada jevů, se kterými se česká společnost nedovede do dnešní doby vyrovnat.

Je nezbytné, aby se problematikou násilí ve zdravotnictví zabývali právě zdravotníci. Ti přicházejí do styku s oběťmi násilí právě při jejich ošetřování, ale zrovna tak se stávají oběťmi při výkonu svého. Jsou přímo zodpovědní za životy pacientů a tato skutečnost se promítá do fyzické i psychické oblasti prožívání jejich profese. Zdravotníci pracují v týmu a očekávají se od nich kvalitní výsledky. Nezbytným předpokladem pro poskytování kvalitní péče je dobrá úroveň komunikace všech členů týmu a společným cílem všech by pak měl být „spokojený klient“.

Povinností každé sestry je předcházet násilí, odhalovat násilí a nedopouštět se jej. Pokud již k násilí došlo, pak s citlivým přístupem a odbornými znalostmi přispět k tomu, aby se oběť vrátila včas a v pořádku do normálního života. Mezinárodní rada sester vyhlásila v roce problematiku násilí jako aktuální a celosvětové téma.

Předmětem mé práce je zmapovat výskyt a formy násilí při výkonu povolání sester. Nejedná se jen o fyzické napadání, ale především se objevují skrytější formy, které nemusí působit navenek nebezpečně. Bohužel zanechávají velké šrámy na duši a především při dlouhodobém působení způsobují psychosomatické onemocnění obětí, které zvyšuje výdaje státu na jejich léčení. Proto je nezbytné tomuto nešvaru zabránit a všemi dostupnými prostředky proti němu bojovat.

Toto téma je obzvlášť zajímavé nejen pro mě, ale myslím si, že i pro ostatní zdravotnický personál, neboť se s ním může setkat kdokoliv z nás. Osobně jsem se s určitou formou násilí již setkala, a proto jsem si zvolila toto téma. Zajímalo mě, jaký



je výskyt násilí na jiných pracovištích a jak se mu dovedeme dnes již bránit. O nové poznatky se ráda podělím i s ostatními a budu ráda, jestliže jim pomohu jak profesním, tak hlavně v osobním životě.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

Pocit bezpečí je jednou ze základních lidských potřeb. Všemi možnými způsoby se snažíme dosáhnout pocitu vlastního bezpečí, a proto musíme konfliktům, agresi a násilí čelit. Násilí se projevuje v různých formách a je třeba jej umět správně pojmenovat, včas odhalit a umět proti němu všemi dostupnými prostředky zakročit. Násilí nemusí být jen fyzické napadení, ale jedná se častěji o verbální projevy, které druhého ponižují, urážejí nebo jinak snižují jeho důstojnost. Alarmující je nejen rostoucí počet případů, ale také jejich narůstající brutalita. Násilí na pracovišti má dopady na interpersonální vztahy a násilí ve zdravotnictví je o to závažnější, že se dotýká i pacientů. Působí na psychiku zdravotníků, snižuje jejich pracovní výkon, snižuje kvalitu poskytované péče a tím poškozují image zdravotnického zařízení (24).

### **1.1 Charakteristika agrese a její druhy**

Agrese je odvozena z latinského slova znamenající útok, napadení. Může to být jakákoliv forma chování, která má za úkol někoho poškodit, ublížit mu nebo ho donutit, aby vyhověl. Jde o násilné dosahování cíle, kdy může jít o fyzické ublížení, psychické a emocionální zranění (16).

Agresivita je chápána jako dispozice k agresivnímu chování. Člověk, který má vysokou míru agresivity často jedná agresivně (7).

Agresi můžeme dělit podle aktivity a intenzity. Dle aktivity může být aktivní, což je útok, nebo pasivní, kam patří přihlížení či neúčast. Dle intenzity ji můžeme dělit na agresi bez vnějších projevů, která se vyskytuje jen v myšlení, nebo projevující se navenek verbálně, či destrukcí předmětů nebo fyzickým napadením druhé osoby (16). Agresi dělíme na instrumentální a emocionální. Instrumentální je prostředkem k získání vnějšího cíle. Je založena na předem připraveném plánu. Agresor počítá s rizikem a přemýšlí o důsledcích. Emocionální neboli zlostná agrese, u které se objevuje silná negativní emoce, je cílem sama o sobě. Bývá impulzivní, dojde k výbuchu negativních emocí a motorických reakcí. Studium agrese se zabýval J. R. Meloy. Podle něho se

instrumentální agrese projevuje u jedince tehdy, jestliže byl nějaký typ agrese úspěšný. Agrese je proto znova použita k opakovanému dosažení úspěchu. Pokud je u lidí použito násilí, pak je předem plánované. (13).

Z praktického hlediska dělíme agresi na přímou a nepřímou, verbální a fyzickou. Člověk může napadnout přímo fyzicky, kdy se jedná o pohlavek, cloumání, kopání, bití, nebo přímo verbálně, kdy se jedná o nadávky, osočování, zesměšňování. Nepřímá fyzická se může uskutečnit ničením majetku osoby, která je objektem agrese. Nepřímá verbální se může dít pomocí pomluv (7).

### ***1.1.1 Agrese a emoce***

Původ agrese je často spojován s frustrací. Frustrace vyvolá negativní emoci a ta vede k agresivnímu chování s cílem tuto frustraci překonat.(16). K agresivnímu jednání vede neuspokojení některé potřeby. Nedaří-li se překážku zdolat, agresivita stoupá, což je jeden ze způsobů, jak se vyrovnat s psychickou zátěží. Příčinou agresivního chování může být pocit bezmoci, kdy má člověk pocit, že nemá jinou možnost (24).

Neuspokojená potřeba úcty vede k přecitlivělosti a následně může vyústit v agresi. Dotyčný se může cítit nevážen, odmítán, opomíjen. Každý potřebuje mít pocit, že je hodnocen kladně, není-li tomu tak, pak tato neuspokojená touha vede často k projevům, které mohou vyústit v depresi, zlost a agresi. Jsou lidé, kteří si v agresivním chování libují. Dá se říci, že jim takovéto chování dělá dobře. Pomsta a útočné chování je pro ně určitým druhem opojné látky – drogou. Ví, že jim ničí zdraví i život, ale nechtějí se této drogy vzdát. Ve zdravotnictví můžeme pozorovat, jak se lékař zlobí na sestru, sestra na pacienta, pacient na sestru, sestra na sestru. Urážlivá slova se nemusí dotknout jen adresáta, ale i toho, kdo je použil. Společně s ponižováním ničí dobré vzájemné vztahy (19).

### ***1.1.2 Agresor a náchylnost k agresi***

Nejsilnějším motivačním faktorem agrese je touha po odplatě. Ta dokonce bývá silnější než intenzita útoku. Najít odpověď je velmi složité. Na vzniku agrese se podílí

více faktorů, osobnost agresora, momentální situace, stres a pracovní přetížení. Někteří odborníci naznačují, že v pozadí agresivního chování lze identifikovat stabilní tendence k agresi. Je třeba rozlišit sklon k agresi u normální populace od osob s psychopatickými znaky. Náchylnost k agresi můžeme vyjádřit pomocí typologického pojetí. Některé vlastnosti mohou člověka vybavit větším rizikem chovat se agresivně. Chování bývá výrazem kombinace různých typů, ale jedna složka se sklonem k agresi převládá. Berkowitz (1994) rozdělil agresory na dva typy, a to emocionálně reaktivní a instrumentální (13).

Do emocionálně reaktivní skupiny patří většina agresorů. Mají určité rysy, jako je např. snadná vznětlivost, prchlivost, výbušnost a rychlý přechod k impulzivní reakci. Agrese u těchto osob vznikne proto, že se nechají snadno vyprovokovat a jsou emocionálně vznětlivé. Znamená to, že reagují velmi útočně i na slabé podněty. Takový člověk je nedůtklivý, nesnášenlivý, ztrácí kontrolu nad svými reakcemi. Vyvolání emocionální reakce je snadné, ale dostat ji pod kontrolu velmi obtížné.

Instrumentální typy se vyznačují tím, že agresi uplatňují vědomě k uspokojení své potřeby. Chtějí dosáhnout určitého cíle, což může být moc, postavení, peníze nebo jakékoliv jiné výhody. Olweys uvádí, že jedním z představitelů je jedinec, který si vybere oběť a šikanuje ji. Agresoři jsou sebejistí, jednají chladně a záměrně, oběti si sami vybírají. Při nedostatku provokujících situačních faktorů agresi sami iniciují. Snaží se získat převahu nad jinými a ovládat je. Společné mají to, že nedávají najevo žádné emoce (7). Novák a Capponi uvádí typ skrytých agresorů. Patří sem jemní lidé, nemocní tyrani, zapomnětlivci a opozdilci, zachránci a obětavci. Nás zajímají tzv. nemocní tyrani. Tito lidé drží ostatní v šachu tím, že zdůrazňují své nemoci, nedostatek empatie svých blízkých, poukazují na to, že nebudou již dlouho žít. Využívají své nemoci pro potrestání okolí (21). Typologií problémových pacientů se zabýval Bláha (1994). Rozdělil je na několik typů, např. úzkostný, úzkostně agresivní, narcisticky agresivní, pedantický, nepřístupný, histrionský a bezohledně agresivní. U problémových pacientů je vhodné dodržovat zásady strategie jednání s konkrétními osobnostními typy (15).

### ***1.1.3 Agresivní pacient***

Ve zdravotnictví se můžeme setkat s agresivními pacienty i kolegy. Základem kvalitní ošetrovatelské péče je dobrá komunikace mezi pacientem a sestrou a zdravotníky navzájem. V profesi sestry by měla převládat komunikace vědomá a záměrná k získání důvěryhodného vztahu, který je nezbytný k získávání informací o pacientovi, ale i naopak komunikace zaměřená na poskytování informací o zdravotním stavu, vyšetřeních a léčbě. Předávání informací probíhá verbálně i neverbálně (6). Rozhovor mezi pacientem a sestrou by měl vytvořit předpoklady pro jejich vzájemný vztah. Pacientovi by měl pomoci v porozumění jeho nemoci, zejména v případech, kdy pacientova spolupráce má význam pro průběh a výsledek léčby. Zároveň by mu měl poskytnout emoční podporu (4). Čím komplikovanější je onemocnění, tím mohou být informace rozporuplnější. Množství údajů může nemocného dezorientovat. Informace se mohou stát problémem (17). Sestra musí ovládat komunikaci na profesionální úrovni. V profesi je třeba vést dialog i s agresivními lidmi. Bohužel agrese v komunikaci se zdravotnickým personálem má narůstající trend. K agresi nejčastěji dochází v krizových situacích, kdy člověk není připraven na vzniklou situaci a není schopen se s ní vyrovnat. Pro tyto situace je příznačný nedostatek možnosti rychlé adaptace. V takové krizové situaci se nalézají všichni pacienti při náhle vzniklém onemocnění, sdělení nepříznivé diagnózy či při vážném úrazu. Pro psychiku takto zatížených lidí je typické, že u nich proběhne stav šoku, popření, úzkosti, deprese, agrese a později smíření a vyrovnání se s daným stavem (5). Velmi důležitý je i tělesný kontakt, který vede k uklidnění pacienta. Položení ruky na paži či rameno zintenzivní duševní kontakt (14).

V poslední době se nejvíce s agresivními pacienty setkávají zdravotníci záchranných služeb. V přednemocniční péči je kontakt s agresivními pacienty běžnou součástí jejich praxe. Mezi nejčastější psychiatrické stavy pacientů patří akutní psychózy, deprese, intoxikace drogou nebo alkoholem, deprese. Z hlediska možné agrese je důležité znát, kteří pacienti jsou riziková. S agresivními pacienty není vhodné mluvit o samotě, ale v přítomnosti další osoby. Při hovoru je třeba dodržovat od pacienta odstup, hovořit klidně a pomalu, nedostat se s ním do konfliktu. Při sdělování závažných informací, např. odvozu do nemocnice je zapotřebí postupovat s citem a

vysvětlit situaci. Poměrně častým stavem je akutní stresová situace u svědků, často u úmrtí a dopravních nehod. Dopad na psychiku bývá velký. Záleží na emoční vazbě na postiženého a na řadě dalších pocitů. Pro zasahující zdravotníky je nepřítomnost rodiny méně stresující, nepodléhají emočnímu vtažení do děje. U pacientů s psychickou poruchou platí, že zákrok musí být dobře personálně veden, aby byl bezpečný pro všechny zúčastněné, tj. pro pacienty, zdravotníky i ostatní přítomné osoby. Tomu musí odpovídat patřičné jednání, které musí být rychlé a přiměřené pro danou situaci (23).

#### **1.1.4 Zvládání agrese**

Agrese lidem život velmi ztrpčuje život. Je obtížné zvládat agresi svoji a čelit agresi jiných. O zvládání agrese pojednává Richardsonová (1994), která se opírá o výsledky jiných autorů a vlastních studií a identifikuje techniky, které je možno ke zvládání agrese použít. Mezi tyto techniky lze zařadit, trest, kognitivní techniky kontroly agrese, katarzi, expozici neagresivního modelu, navození nekompatibilních odpovědí či trénink v sociálních dovednostech (7).

Vědecký výzkum Mendelsova z r. 2002 naznačuje, že pacient si nestěžuje v případě, že s ním zdravotnický personál zachází s respektem a naslouchá mu. Ani v případě, že dojde k nežádoucí situaci, se nesoudí se zdravotnickým zařízením (28).

Za výbuchy hněvu nebo projevy agresivity pacientů se může skrývat strach z nemoci, o rodinu, o práci, frustrace nebo pocit ztráty kontroly. Přispívat může i vyčerpání a nepohodlí. Pacient se snaží zbavit zloby a sestra bývá často nablízku. Aby sestra mohla zjistit příčinu agrese, musí ovládnout své pocity a chovat se terapeuticky. Měla by dodržovat určitá pravidla komunikace. Především by měla naslouchat tomu, co pacient říká. Neměla by připustit, aby hněvivé chování vytvořilo překážku v komunikaci. Měla by pacientovi dovolit, aby verbalizoval svůj hněv. Sestra také může použít techniky, aby lépe pochopila pacientův problém a zjistila jeho příčinu. Mezi techniky patří objasnění situace, zpětná vazba, soustředěné naslouchání a zamyšlení. Po identifikování problému by se sestra měla snažit najít jeho řešení. Pokud se sestra cítí ohrožena, pak je možné zavolat pomoc a požádat jinou členku ošetrovatelského týmu aby pacienta převzala (9, 28).

### ***1.1.5 Interpersonální vztahy ve zdravotnictví***

Vzájemné jednání a důvěra v pracovním kolektivu vytvářejí u každého pracovníka pocit spokojenosti či nespokojenosti, vytvářejí dobré či špatné pracovní klima. Na každém pracovišti fungují formální a neformální mezilidské vztahy. Formální jsou dány provozem, úkoly a cílem pracoviště. Neformální vztahy vznikají pocitem blízkosti, společnými zájmy, věkem, životním stylem, vzájemnými sympatiemi. To pak vede k vytváření různých skupinek v zaměstnání. Zcela běžným jevem je existence neformálních skupin, provázená vědomím sounáležitosti vůči jedněm a distance vůči ostatním. Špatná organizace práce a špatné řízení pracoviště mohou vést k nežádoucím projevům chování, narušovat mezilidské vztahy a vést ke snížené výkonnosti lidí. Na pracovištích, kde je nedostatečná informovanost o pracovních problémech, o pacientech, vzniká prostor pro domněnky, dochází ke zkreslování skutečností, ale i k úmyslnému zneužití situace k intrikám (5).

V důsledku nedostatku personálu, pracovního přetížení, nutnosti přesčasů a v důsledku plnění úkolů odvádějících od přímé péče o pacienta často dochází ke značnému stresu a u sester vzniká syndrom vyhoření. Velká psychická zátěž vyplývá jednak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, ale také i z komunikačních problémů a sociálních interakcí, k nimž dochází v každodenní ošetrovatelské činnosti. Jde však i o práci velmi fyzicky namáhavou. Sestry jsou dnes vystaveny celé řadě změn. Očekává se od nich velká flexibilita, dobrá informovanost, ale i znalosti v oblasti techniky. Pracují ve stresu a ten má za následek řadu závažných důsledků. Stres ovlivňuje pracovní výkonnost, kvalitu ošetrovatelské péče a loajalitu ke zdravotnickému zařízení (1). Ve zdravotnických zařízeních je velmi důležitá týmová spolupráce. Hlavním motivem týmu je vysoký pracovní výkon a společný cíl. Veškeré dílčí motivace jednotlivců jsou tomu podřízeny. Významnou roli zde mají projevy uznání, kladné ocenění a konstruktivní kritika (5).

### **1.1.6 Vztah sestra a pacient**

V porovnání s ostatními zdravotními pracovníky jsou sestry v kontaktu s pacientem prakticky po celou dobu své pracovní doby. Dostávají se do jeho intimní zóny duševních prožitků a vytvářejí si k němu důvěrnější vztah než ostatní zdravotníci. Prožívají s ním jeho emoce a slabost. Z toho vyplývá určitá zátěž a ta klade nároky na osobnost sestry. Očekává se od ní, že bude schopná mu pomáhat zvládat jeho těžkou situaci. Sestry se kolikrát cítí bezmocné, pokud jde o tragické lidské osudy (29).

Mění se role pacienta a tím se mění vztah paternalistický – autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Pacient je informován o vyšetřeních, léčbě, o které také spolurozhoduje (1).

### **1.1.7 Vztah sestra a sestra**

Ve zdravotnictví pracuje více žen než mužů. Cílem všech sester je co nejkvalitnější péče o pacienta, a proto je týmová práce sester nezbytná. V zájmu péče o pacienta musí fungovat dobrá vzájemná spolupráce. Péče o pacienta je nepřetržitá a sestry si jej mezi sebou předávají navzájem, proto musí úzce spolupracovat. Pokud někdo narušuje týmovou práci, dochází i k narušení vztahů, a tak není možné plnit hlavní cíl. Kvalita týmu závisí na organizaci práce, na charakterových vlastnostech a morálních zásadách jednotlivých členů týmu. Členové týmu se soustředí na společný cíl, mají společnou odpovědnost, vnímají vzájemnou závislost, doplňují se ve svých dovednostech. Soužití v týmu zabraňuje vzniku pomluv a vytváření izolovaných skupinek (27).

V každém pracovním kolektivu dochází ke konfliktním situacím, což je způsobeno charakterovými vlastnostmi, temperamentem, ale i různými cíly. Nejčastějšími příčinami konfliktu jsou nedostatky v organizaci práce, nedbalé plnění povinností a povrchní vztah k práci. Velkou měrou se na narušení kolektivu podílejí také povahové rysy pracovníků. Vzniklý konflikt je třeba efektivně řešit, neboť nevyřešení situace vede k nesouladu mezi členy týmu a negativně působí na psychiku (8, 1).



### ***1.1.8 Vztah sestra a lékař***

Vztahy mezi sestrou a lékařem mají významný dopad na celkovou atmosféru na pracovišti, ale především na spokojenost sester v zaměstnání a jejich stabilitu. Dostatečný počet pracovníků v organizaci, fungující dobrá komunikace a spolupráce mezi zdravotníky, mají nejlepší vliv na poskytování zdravotní péče a na její výsledky. V každodenní ošetrovatelské profesi dochází k velké psychické zátěži, která vyplývá ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, ale i ze sociálních interakcí a komunikačních problémů. Ve zdravotnictví došlo k mnohým změnám a od sester se očekává větší flexibilita, rozhled, dobrá informovanost, a i technické schopnosti. Sestry jsou ohroženy stresem k tomu jistě přispívá i fakt, že jejich práce je také velmi fyzicky náročná. Stres na pracovišti má za následek řadu závažných důsledků. Ovlivňuje pracovní výkon, kvalitu poskytované péče, ale i loajalitu ke zdravotnickému zařízení.

Existuje celá řada faktorů, které ovlivňují vztahy mezi sestrou a lékařem. Sestry bývají znevýhodněny pro tzv. generovou identitu. Na předních místech ve zdravotnictví pracují převážně muži a příslušnost k určitému pohlaví hraje podstatnou roli, pokud jde o pozice sester. Wicksová (1999) potvrdila na základě rozhovorů sester a lékařů, že gender i nadále ovlivňuje vztahy sestry – lékař. Uvádí, že gender ovlivňuje velkou část toho, co se odehrává na nemocničním oddělení. I dnes lékaři vnímají sestru jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plnit jejich příkazy. S nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů nejsou sestry spokojeny. Dalším faktorem, který může ovlivňovat vztah mezi sestrou a lékařem je dvojí podřízenost. Sestra je podřízena sesterskému managementu, ale i lékařům. Spolupráce by měla probíhat na úrovni rovnoprávných partnerských vztahů. Ve vyspělých zemích předali lékaři část svého výsadního postavení vysokoškolsky vzdělaným sestram. I u nás přibývá vysokoškolsky vzdělaných sester, je ale třeba změnit dřívější vztahové stereotypy mezi sestrou a lékařem. Lze říci, že vyvážený vztah mezi sestrou a lékařem vede k lepší kvalitě poskytované péče (1).

### **1.1.9 Syndrom vyhoření**

Tzv. burn-out efekt je psychický stav, kdy člověk prožívá úplné vyčerpání, má pocit celkové únavy. Objevuje se u člověka, který pracuje dlouhodobě bez odpočinku, jsou na něj kladeny vysoké nároky a požadují se po něm nadstandardní výkony.

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v r. 1975 H. Feudenbergerem. Hlavními příznaky je únava, pokles výkonu, poruchy paměti a soustředění, chaotické jednání, nespokojenost, poruchy spánku, snížení sebedůvěry, tělesné potíže. Později se přidávají problémy v interpersonálních vztazích a vznikají tendence k návyku na psychotropní látky (2). Syndrom vyhoření má tři vývojové fáze. Emoční vyčerpání, vytvoření negativních pocitů k pacientům, spolupracovníkům, ale i k sobě. Později se přidává nechuť ke všemu. Syndrom vyhoření se v daleko větší míře vyskytuje u sester perfekcionistek, které na sebe kladou vysoké požadavky. Naopak se nemusí bát ty sestry, které nemají touhu vše změnit a vydat ze sebe vše. V prostředí zdravotnického zařízení je třeba, aby sestry poskytovaly kvalitní ošetrovatelskou péči, ale musí si uvědomit, že nemohou být vším lidem všem. K syndromu vyhoření přispívá vysoké pracovní zatížení, požadavky na vzdělání, neustále se měnící situace, přesčasy a především monotonie práce (27).

### **1.2 Představení koncepce mobbingu**

V osmdesátých letech dvacátého století byl popsán nový psychosociální problém vztahující se k pracovnímu prostředí. Slovo mobbing pochází z anglického slovesa „to mob“ a znamená obtěžovat či napadat, urážet, týrat. Jednotná mezinárodně uznávaná definice neexistuje, ale všechny vycházejí z definice švédského profesora psychologie Heinze Leymanna (25). Mobbing znamená psychický teror na pracovišti, kdy se jedná o systematické intrikování jednotlivce či skupiny na určitou osobu za účelem ponižení, potrestání, vyloučení z kolektivu i pracovního procesu bez náležité příčiny (12). Hans-Jürgen Kratz uvádí tuto definici: „Mobbing je řada negativních komunikativních jednání, jichž se pravidelně dopouští jednatel nebo několik osob vůči určitému člověku po delší dobu (nejméně půl roku a alespoň jednou týdně) (18, str.16)“. Jedná se

o dlouhodobější nepřátelství. Od šikany se rozlišuje vysokým stupněm psychických útoků a nízkým stupněm fyzických útoků. Ve zdravotnictví se většinou jedná o velice inteligentní a kultivované lidi.(10) Rozlišujeme mobbing, který se odehrává na stejné úrovni, ve zdravotnictví mezi sestrami. Další formou je bossing, což znamená útok shora, tedy nadřízeného vůči podřízenému, útok vrchní sestry vůči sestram a útok lékaře vůči sestram. Nebo opačný případ, tj. útoky podřízených vůči nadřízenému, což nazýváme staffing. (18)

### **1.2.1 Znaký mobbingu**

Základním znakem mobbingu je opakované, nesmyslné útočení vůči zaměstnanci, které ničí pracovní atmosféru. Může zahrnovat fyzické či verbální napadání, projevuje se v gestech, slovech a celkovém jednání. Charakteristickými znaky jsou nebezpečnost, zákeřnost a skrytost. V současné společnosti stále narůstá agresivita a stres. Je to převážně způsobeno ekonomickou situací a nezaměstnaností. Nárůst mobbingu je přímo úměrný těmto faktorům. Jestliže je pracovník stále ve stresu, dochází k jeho nepozornosti, nesoustředěnosti a klesá zájem o práci. Dochází k velkému počtu chyb a velmi často i k úrazům. Vlivem úzkosti a napětí představuje mobbing riziko pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Zákeřnost mobbingu spočívá v pomalém šíření, probíhá skrytě, ale dlouhodobě. Právě proto nebývá dlouho odhalen. Vypadá jako náhodné a neškodné legrácky. V komplexním pohledu jde o promyšlený a zdraví ohrožující jev (25).

Nebezpečné jsou dlouhodobé, nesmyslné a nepřetržité útoky vůči konkrétnímu jedinci, které zhoršují pracovní klima a ohrožují jeho zdraví a bezpečnost.

Charakteristickým znakem je jeho skrytost. Jde o plíživé, ale skryté útoky, jsou tak chytře mířeny, že nejsou na první pohled vidět. Nepochybují otevřeně, protože mobber nechce být odhalen. Pokud by jednal přímo, mohl by být odhalen a ztratil by svoji převahu. Násilí není vidět, je skryté a není zvykem o něm na veřejnosti mluvit. Oběť dlouho nemusí vidět, že se něco děje. Ani okolí nic nenapadne. Mobbing je těžko prokazatelný, protože mobber volí skryté techniky a neútočí veřejně. Osoby, které mobbing provádějí, jsou vynalézavé ve své krutosti a bezcitnosti. Cílem je postupná

izolace oběti a snaha o její vyloučení z kolektivu a posléze i její odchod ze zaměstnání.  
(25)

### **1.2.2 Výskyt mobbingu**

Mobbing je nejlépe legislativně opatřený a zmapovaný ve Skandinávii, Holandsku, Německu, Velké Británii, Spojených státech amerických a Austrálii. Mobbing se vyskytuje všude. První studie byly provedeny v severských zemích, jako je Švédsko, Norsko, Finsko a později ve střední Evropě. Institut zdravotní politiky a ekonomiky a Výzkumný ústav bezpečnosti práce provedly výzkum o násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách v ČR v roce 2004/2005 v rámci projektu TP -5 „Moderní společnost a její proměny“. Výzkum byl prováděn ve všech krajích ČR a zařazeny byly všechny typy zdravotnických a sociálních zařízení. Ve veřejném sektoru ve zdravotnictví byly vybírány fakultní, krajské, okresní nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy, polikliniky, hygienické stanice, záchranné služby, lázně a ostatní zdravotnická zařízení. Byl zkoumán mobbing, fyzické a verbální napadení, které se vyskytly za poslední rok. Výzkumným souborem bylo 1286 respondentů a použita byla dotazníková metoda. S fyzickým napadením se setkalo 12% respondentů, s verbálním 38% zkoumaných osob a 13% s mobbingem(12).

Český mobbing se určitě liší od zahraničního. Ať už v osobnosti mobbera či oběti. Čeští mobbeři si dovolí daleko více a v tom jim napomáhá špatně nastavená kultura chování a jednání v organizacích a nezkušenost vedoucích pracovníků. Oběti se naopak nedovedou účinně bránit. Většinou nemají podporu ve svém zaměstnání a hlavně postrádají legislativní zázemí (25).

### **1.2.3 Příčiny mobbingu**

Příčin mobbingu je mnoho a mohou být různé. Hlavní roli hraje mobber a jeho osobní důvody. Jedná se většinou o osoby sociálně nepřizpůsobivé. Tito jedinci jsou psychopatičtí, neurotičtí, agresivní, nesamostatní, úzkostliví a svým chováním narušují sociální klima na pracovišti. K takovému jednání může vést mobbera spousta důvodů.

Většinou je to závist, která se může týkat zevnějšku napadené osoby, či její finanční situace. Jindy může jít jen o nesympatie k dotyčnému, nebo může jít o strach z konkurence. Významnou roli hraje především prostředí (25). Manažeři ve zdravotnictví si uvědomují význam zdravé organizační kultury. John Urquhart v podstatě říká, že organizační kultura je vnímáním toho, jak se organizace chová k lidem a jak si představují lidé chování k sobě navzájem. Přejatý hodnotový systém se odráží ve způsobu, jak se pracuje na oddělení. Organizační kultura je komplexní záležitost, je buď vytvářena a podporována managementem nebo se vyvíjí živelně. Organizační kulturu se často snaží změnit silní jedinci, kteří ji chtějí přizpůsobit vlastním představám a potřebám (28). Mobbing se vyskytuje tam, kde převládá špatný styl řízení a to především autoritativní. V prostředí, kde je nízká morální úroveň či negativní vlastnosti zaměstnanců. Kde panuje sociální napětí, slouží kolega k vybití agrese, která byla zaměřena na nadřízeného. Práce, která je nudná, vede k potřebě zpestřit si jí. V neposlední řadě jde o strach ze ztráty zaměstnání (18). Pracovní psycholog by jistě uvedl jako důvod stres z přetížení, napětí a monotonii práce. S tím vším se setkávají právě sestry. Dalším aspektem může být nuda a nevytíženost, které vytvářejí čas k pronásledování druhých osob. Jindy může jít o likvidaci konkurence (21). Sestra je každý den vystavena zátěžovým situacím. Roli stresujících situací hraje velká odpovědnost, konfliktní situace, časová tíseň a nepřiměřené nároky. Zátěžovým faktorem může být únava a osobní problémy. Je třeba, aby se naučila zvládat stres neboli tzv. nadlimitní zátěž, do které se může dostat díky nedorozuměním a konfliktům. Měla by se naučit regenerovat fyzické a psychické síly, nerozčilovat se, myslet na pozitivní věci a zvládat negativní emoce (20). Přebývá-li na pracovišti pozitivní atmosféra, pak není prostor k rozvinutí mobbingu. Jasně dané podmínky v jednání a chování na pracovišti, ale i seriózní jednání nadřízených vede ke spokojenosti zaměstnanců. Nadřízený by měl být vzorem pro své zaměstnance (3).

#### **1.2.4 Cíle mobbingu**

Cílem mobbingu je zamezení mezilidské komunikace, zablokování sociálních vazeb a poškození sociální vážnosti oběti a snížení spolupráce s ní. Jde vlastně o

psychickou a fyzickou likvidaci oběti v naději, že sama od sebe opustí pracovní místo (18). Mobber se snaží destabilizovat oběť natolik, aby začala pochybovat sama o sobě. Formou skrytých agresivních technik má v úmyslu donutit oběť dělat chyby a poukázat na její neschopnost. Snaží se ji všemi prostředky znemožnit, zničit její profesní i rodinný život. Nikdy nevynechá jedinou příležitost, aby oběť očernil a ponížil. Všechny ostatní chce proti ní poštvat a sám se prezentovat jako nejlepší. (25).

### **1.2.5 Profil mobbera – charakteristika**

Mobber je pachatel mobbingu, který se vyznačuje určitými osobnostními zvláštnostmi. Bývají to nevyzrálé osobnosti, nevyrovnaní jedinci, kteří si útoky zvyšují své sebevědomí. Mohou to být i lidé, kteří se snaží prosadit na úkor druhých. Nežádka jsou to lidé, kteří se dostali do vyšší funkce, či takoví, kteří si myslí, že pravdu mají jen oni a uznávají zákon silnějšího. Těmto lidem se změnilo vnímání, cítí převahu a začnou používat mobbing. (13).

Typický profil pachatele neexistuje, ale mají určité charakteristické znaky. Dle odborníků je mobber k oběti zlý, zlomyslný, ale v přítomnosti svědků je nevinný, bezelstný a vcelku milý. Každý mobbing signalizuje osobní problém mobbera. Mobber je egocentrický, má pocit výjimečnosti, je egoistický a silně autoritativní. Ovládá manipulativní chování, manipuluje s obětí a tím si vynucuje převahu. Bývá často výbušný, nervózní, umí se dobře přetvařovat. Svou slabost zakrývá tím, že poukazuje na nedostatky jiných. Tímto se snaží zakrýt nespokojenost se svým životem, vztahy i prací. Má snahu se nadřazovat, druhé ovládat. Snaží se deklarovat svoji převahu.

Z emočních aspektů chybí empatie. Mobber nedokáže kontrolovat své emoce navenek. Není schopen hlubších citů, je vnitřně nejistý a tyto pocity kompenzuje arogancí a suverenitou. Má velkou potřebu být obdivován a středem pozornosti. Nemá morální zábrany, netrpí výčitkami, chybí soucit s ostatními. Rád zneužívá jiné a ponižuje je. Ve svém jednání nachází potěšení a oběti pohrdá. Tváří se jako moralista, má schopnost lhát, podvádět, ale pocit viny dokáže obratně navodit u druhých. (25).

Pro sestru je důležitá v její práci emoční inteligence. Podle amerického psychologa Daniela Golemana znamená cit pro vlastní emoce a tak regulování vlastního

chování k druhým lidem. Emoční inteligenci tvoří pět základních složek. První složkou je sebeovládání, které předpokládá zvládnutí a kontrolu citů. Druhou složkou je sebeuvědomění tj. znalost sama sebe, svých emocí. Pro dosažení cíle je důležitá také motivace, což je schopnost využít emočního potenciálu. Čtvrtou složkou jsou sociální dovednosti, kam patří schopnost navazovat a udržovat společenské vztahy. Poslední složkou představuje empatie, která znamená vnímání emocí druhých a regulaci chování k nim. (27).

Ve zdravotnických zařízeních se najdou i sestry s problémovým chováním. Zvyšují rizika již tak stresujícího prostředí oddělení. V zájmu udržení optimálního léčebného prostředí pro pacienty by se měli členové multidisciplinárního týmu naučit s těmito problémovými zaměstnanci spolupracovat. Jestliže tým podlehe nevhodnému chování jedince, pak narůstá hladina stresu a nespokojenosti, a dochází k erozi pracovní morálky, pocitu vyčerpání a hněvu. V tomto nepříznivém klimatu se zvyšuje potenciál pro chyby. Mezi nejčastější projevy problémového chování patří pomluvy. Pomlouvání narušuje soudržnost týmu, loajalitu, působí zlobně na organizační kulturu. Pracovní morálku oddělení a pracovní klima narušuje negativní přístup. Sem patří sestry, které nepřijímají nic nového, nenávidí změny a staví se ke všemu negativně. Svou zvědavostí mohou sestry způsobovat nárůst stresu u svých spolupracovníků. Pro tyto zaměstnance není nic důvěrného, vše musí vědět a znát. Dalším typem nevhodného chování je tzv. zloděj oddělení, tj. sestry, které si rády připisují nápady a inovace druhých. Absentérství bývá prvním symptomem ztráty zájmu o práci. na oddělení. Ostatním zaměstnancům způsobuje velkou zátěž, neboť musí za chybějící sestru sloužit. Pracovní morálku ostatních narušuje i nesvědčitost, nízká produktivita práce a neochota nést odpovědnost. Subversní chování, je chování podřívající autoritu nadřízeného. Pomoc psychologa vyžaduje emočně nestabilní zaměstnanec. Jestliže jde o dlouhodobý stav, může narušit stabilitu týmu. Nejzávažnějším však zůstává problém drogových nebo jiných závislostí. Je nutné situaci okamžitě řešit, solidarita je trestuhodná. (28).

### **1.2.6 Fáze mobingového procesu**

Mobbing je dlouhodobá, vysilující záležitost. Má čtyři vývojové fáze a liší se trváním jednotlivých fází.

Fáze první – nevyřešený konflikt Často se jedná o konflikt malicherný, banální. Může jít o neškodné legrácky, špičkování, nedorozumění. Jestliže tento konflikt není uspokojivě a konstruktivně vyřešen či je smeten ze stolu nebo se nepovažuje za závažný, znejistí postiženou osobu. Nepodaří-li se jí konflikt ustát, mobber má navrch (3).

Fáze druhá – systematický psychický teror Oběť se stává terčem již cílených útoků. Přicházejí první schválnosti, pomlouvání, kolem její osoby se vytváří neviditelná zeď. Dochází k sociální izolaci. Mobber se snaží oběť ovládnout a dochází k častějším a promyšlenějším útokům. Mění se i chování oběti, ztrácí sebedůvěru, začíná mít psychosomatické poruchy. Okolí ji začíná hodnotit negativně. Snaží se tomuto tlaku čelit absencemi, jako je nemoc, lázně, kvalifikační kurzy. Zotaví se sice dočasně, ale po nástupu do zaměstnání se situace opakuje. Postupně se mění její chování, uzavírá se do sebe. Je vytlačována na okraj kolektivu a chová se tak, jak mobber očekává (18).

Fáze třetí – zveřejnění případu a zásah nadřízeného V této fázi se útoky opakují stále častěji, teror se stává oficiálním. Veškeré naschvály jsou vedené s jediným cílem, a to oběť zlikvidovat a vystrnadit ji ze zaměstnání. V této fázi se přidávají ostatní členové pracovního kolektivu. Může to být z nudy na pracovišti, či uspokojení svých vlastních potřeb, sympatiím k mobberovi. Oběť pracuje ve stresu, dělá chyby a stává se předmětem zájmu nadřízeného. Ten bývá většinou ovlivněn kolektivem a sám se obrátí proti oběti. V tomto stadiu je již těžké rozpoznat původce, navíc oběť to má ztížené tím, že opravdu dělá chyby, což je pro okolí důkazem, že problém je na její straně (18).

Fáze čtvrtá – vyloučení oběti z kolektivu Nyní dochází k oficiálnímu vyloučení z kolektivu. Oběť je přeřazena na jiné pracoviště. Dostává podřadné úkoly, dělá chyby a je neustále kontrolována. Potíže se hledají pouze u ní a dochází k záměně příčiny a následku. Pokud oběť neodejde dobrovolně, je k odchodu donucena (25).



### **1.2.7 Profil obětí**

Bylo prokázáno, že obětí se může stát prakticky každý. Může se jí stát kdokoli z nás, muži a ženy všech věkových kategorií, různých povolání i postavení, rozdílného vzhledu. Profesor Leymann zjistil, že určitá náchylnost stát se obětí se u nich vyskytuje. Něčím se odlišují od ostatních. Může jít o odlišnost psychickou či fyzickou. Neplatí, že obětí se stávají jedinci slabí, méně odolní, neboť nedokáží intenzivně odolávat dlouhodobému tlaku. Mohou jimi být i jedinci introvertní, poddajní, pasivní, úzkostní, důvěřiví a naivní. Většinou se snaží chování mobbera omluvit a hledají důvod, proč se tak chová. Mohou to být i osoby, které nemají dostatek sebevědomí, nevěří si, které jsou obětavé, pomáhají jiným, jsou slušné (18).

Terčem mobbingu se stávají zrovna tak osoby extrovertní, úspěšné, průbojné, ctižádostivé i sebevědomé, poctivé, zodpovědné se zdravou sebedůvěrou. V tomto případě jsou pro mobbera ohrožením, neboť on sám nemůže vyniknout a potřebuje se obětí zbavit. Z hlediska fyzické odlišnosti může jít o tělesnou vadu, způsob oblékání, vada řeči. Nejvíce ohroženi jsou lidé osamělí, kteří nemají rodinné zázemí, homosexuálové, nemocní. Další kategorií jsou noví zaměstnanci. Přicházejí do uzavřeného kolektivu, který je sehraný, kde každý má své místo. Většinou přicházejí ze škol a převyšují ostatní vzděláním. Někdy může být důvodem pouhá nesympatie. Nový zaměstnanec je okamžitě vyčleněn z kolektivu a nemá ani šanci předvést své pracovní schopnosti. Objevují se stížnosti na jeho individualitu, neschopnost zařadit se do kolektivu, nedostatky v odborných znalostech či špatně odvedenou práci (18).

### **1.2.8 Důsledky mobbingu**

Oběť prožívá neskutečnou bolest a utrpení a následky zůstávají ještě dlouho po ukončení mobbingu. Velmi důležitou roli hrají okolnosti, za jakých mobbing vzniká a zranitelnost jedince. Zůstávají trvalé následky na zdraví, ať již psychické či fyzické. Není výjimkou, že oběť mobbingu má vážně poškozené zdraví, někdy dokonce končí i sebevraždou. Odborníci rozlišují tři dopady mobbingu na oběť a schopnost zařadit se zpět do zaměstnání.

1. Oběť odolá mobbingu nebo se od něj oprostí v počáteční fázi a zařadí se zpět do pracovního procesu.

2. Oběť má psychické a fyzické problémy, ale její začlenění je možné, i když obtížné.

3. Oběť je tak narušena, že není možné její začlenění zpět, její potíže jsou takového rázu, že není schopna ani pracovat.

Jako první se objevují psychické problémy, mezi které patří neklid, úzkost, poruchy koncentrace, narušené sebevědomí. S trvalým psychickým vypětím klesá pracovní výkonnost a stává se z ní problémová osobnost. Je zranitelná, smutná, depresivní, zhoršuje se schopnost komunikace, může docházet k podrážděnosti až agresi (25). Problémy se zaměstnáním uvádí v naší republice každý pátý člověk, který se pokusil o sebevraždu. (3).

Později se začnou přidávat problémy psychosomatické, objeví se bolesti hlavy, potíže s trávicí soustavou, kardiovaskulární nemoci. Trvale snížená imunita může vést ke vzniku nádorového onemocnění. Mobbing ovšem narušuje i soukromí oběti. Ta si nosí problémy domů, není schopna je vytěsnit, odcizuje se i svému okolí. Uzavírá se do sebe, straní se přátel. Důsledky ovšem nepostihují jen oběť, ale také organizaci. Dochází k ekonomickým ztrátám v důsledku častých neschopností oběti, k nižší produktivitě práce. V důsledku mobbingu však dochází k nižší výkonnosti nejen mobbera, ale také ostatních zaměstnanců, neboť se vytváří na pracovišti nepřátelská atmosféra. Snižuje se uspokojení z práce a dochází k poklesu morálky celého týmu. Důsledky pro společnost jsou tedy zřejmé. (25).

### ***1.2.9 Obrana proti mobbingu***

Obrana je velmi obtížná a pachatelé s tím předem počítají. Obrana potřebuje značnou dávku odvahy, sebevědomí, asertivity a znalost prostředí. Proto je snazší se začít bránit v době, kdy mobbing vzniká a jedinec není ještě vyčerpán neustálými konflikty (21).

Nejlepší cestou v boji proti mobbingu je prevence. Správně nastavená kultura organizace, pozitivní atmosféra na pracovišti, kvalitní vedoucí, který umí řešit problémy

hned, jak se vyskytnou, vzájemný respekt a úcta, to vše brání vzniku mobbingu. Jestliže již mobbing nastal, jednou z možností je zůstat a snášet jej dál, druhou je bránit se. Nejlepší obranou je začít hned, strategie obrany ovšem závisí na tom, v jaké fázi se oběť nachází. Nejlepší cestou je promluvit si s mobberem, rozebrat situaci a snažit se najít řešení. Pokud ten nemá zájem, pak je nevyhnutelné najít si spojence. Společnými silami je důležité problém pojmenovat a řešit. Kromě kolegů je nutné získat na svou stranu i nadřízeného. Pokud nadřízený nemá dostatek informací, často se stává, že z neznalosti obrací svůj útok proti oběti. Další fází je aktivní obrana, která spočívá v okamžitém odražení útoku. Mobber musí pochopit, že vždy nastane protiútok nebo se jeho jednání bude řešit na vyšších místech. V současné době je možné se obrátit na odbory, podat stížnost k vyššímu nadřízenému, nebo na Inspektorát práce. Je možné kontaktovat další instituce, např. sdružení Práce a vztahy, Český helsinský výbor nebo se obrátit na soud (25, 3).

### **1.2.10 Bossing**

Za vztahy na pracovišti odpovídají vedoucí pracovníci. K jejich úkolům nepatří jen kontrolovat a nařizovat, ale především vytvářet takové podmínky, aby se jejich podřízení mohli věnovat své práci, vykonávat ji co nejlépe a mít uspokojení z jejich výsledků. Dle doktora Beni, který hovoří o tzv. bezpečné kultuře, se lidem v takovémto klimatu pracuje velmi dobře. Jsou schopni rychleji a lépe řešit obtížné úkoly, panují mezi nimi kvalitnější a transparentnější vztahy, snadněji přebírají odpovědnost. Bez podpory svých zaměstnanců nemůže nadřízený dosáhnout efektivní mobilizace lidského potenciálu. Bossing znamená mobbing shora, vyvolávaný nadřízeným. Pro podřízeného je to velice nepříjemná situace, neboť nemá šanci před agresí uniknout. Často se bossing vyvine z klasického mobbingu. Bývá to v situaci, kdy mobber získá tichý souhlas kolegů (3).

Určité formy chování vedoucího jsou typické pro klasickou formu bossingu. Vyhlédnutá oběť nedostává přísun informací k výkonu své práce. Je veřejně napadána a zostuzována před týmem svých kolegů, jsou jí odmítnuty pravomoci, pro naprostý nedostatek důvěry. Může jít o přidělování práce, která je nad její nebo naopak hluboce

pod jejími schopnostmi. Je přetěžována, jsou jí zkracovány termíny v očekávání jejího selhání. Vedoucí dává týmu jasně najevo, že je oběť určena k likvidaci. Jsou jí předhazovány chyby, které evidentně nemohla udělat nebo je zbavena privilegií, které byly dosud běžné. Oběť sama nemůže situaci změnit, bossingu uniknout. Nastává u ní frustrace a ta způsobuje agresí. Agrese nemusí být obrácena vůči okolí, ale vůči sobě samotnému. Může vzniknout řada tzv. psychosomatických onemocnění. Vedoucí, který používá bossing jako metodu k posílení jeho autority, může sám jednou skončit jako oběť (3, 22). Styl vedení nadřízeného naznačuje, jak přistupuje ke svým podřízeným. Nejznámější je klasifikace dle Lippita a Whitea. Styl autoritativní znamená, že vedoucí sám ukládá úkoly bez konzultace s podřízenými, neprojednává je s nimi a ignoruje osobní potřeby pracovníků. Demokratický styl volí nadřízený, který má zájem společně s podřízenými formulovat úkoly, radit se s nimi o jejich rozdělení a plnění. Liberální styl volí vedoucí, který se vyhýbá rozhodování a přenechává činnost na podřízených. Nechává je, aby se řídili sami (3, 27).

V České republice se bossing samozřejmě existuje, ale příliš se o něm nehovoří. Sestry se s ním setkávají právě tak, jako jiní zaměstnanci. Většinou ovšem řeší takovouto situaci odchodem ze zaměstnání. Pravdou bohužel zůstává, že se o tento problém příliš nikdo nezajímá. Sestry a lékaři pracují jako tým. Pokud dojde k vztahovým problémům, sestra bývá tou, které se příliš nevěří. Nejednou si vyslechne, že na práci čekají jiné, s kterými problémy nebudou. Uvedeným způsobem dochází k úniku kvalifikovaných sil, a to by žádná organizace neměla dopustit. V personální politice zdravotnických zařízení by se mělo na tento jev poukazovat a předcházet mu a rozhodně jej řešit (10).

### **1.2.11 *Sexuální harašení***

Český výraz pochází z anglického slovesa „to harass“, který znamená neustále obtěžovat, týrat, donucovat, je spojen se sexem. Je třeba mu věnovat pozornost, zvláště ve zdravotnictví.

Sexuální harašení popsaly americké feministky, např. Aneta Hillová, zhruba před dvaceti pěti lety. Sexuální obtěžování je sexuálně laděné chování, které je druhé

osobě nepříjemné, kterým se cítí ponížena či zastrašena. Bylo studováno ve vztazích zaměstnavatel a podřízená, profesor a studentka, sestra a lékař, lékař a pacientka. Později i vztahy opačné, kde dominantní je žena. Profesorka a student, sestra a pacient (10). Sexuální harašení se týká obou pohlaví, ale častěji jsou obtěžovány ženy a to svými nadřízenými. Při sexuálním obtěžování jde spíše o projev moci než o sexuální náklonnost. Pro agresora je sexuálně obtěžovaná žena na pracovišti k dispozici a vnímá to tak, že by měla být potěšena, že si vybral právě ji. Pokud dojde k odmítnutí, dojde k jejímu ponižování a agresi vůči ní. Byly popsány různé kategorie sexuálního obtěžování. Nejčastější je sexuální pozornost, kterou si žena nepřeje. Verbální projevy mohou být poznámky sexistického typu, otázky nebo narážky na soukromý život, urážlivé telefonní hovory, nevídané komplimenty se sexuálním podtextem a sexuálně leděné vtipy a návrhy. Fyzické projevy mohou být obscénní gesta, nevhodné doteky, štípání, hlazení, uchopení, líbání, sexuální vydírání, nucení k sexu (13, 22).

Nejvíce ohroženy bývají ženy mezi 20. a 30. rokem, které nemají stálé místo. Ženy, které pracují v oblastech, kde dominují muži a ženy, které konkurují mužům v jejich oboru. V roli harašitelů se objevují nejvíce muži mezi 40. a 50. rokem, ženatí s dětmi. Většinou se jedná o nadřízeného (21). Existují strategie pro snížení rizika sexuálního obtěžování. Žádná forma sexuálního, fyzického či psychického obtěžování by neměla být ze strany zdravotnického zařízení tolerována. Zaměstnancům by měla být poskytnuta patřičná edukace (28).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat četnost a typy napadání zdravotníků ze strany pacientů, sester, zaměstnavatelů.

### **2.2 Hypotézy:**

H1: Pravděpodobnost napadení zdravotnického pracovníka se mění v závislosti na pracovišti.

H2: Nejčastějším typem násilí je verbální napadení.

H3: Sestry jsou více ohroženy mobbingem než bossingem.

### **3. METODIKA**

#### **3.1 Metodika práce**

Výzkum byl prováděn kvantitativní dotazníkovou technikou, ke sběru dat byl použit jeden typ dotazníku.

Dotazník (viz příloha 1) byl určen sestřám. Obsahoval 40 otázek, z toho 38 otázek uzavřených a 12 otázek polootevřených. U všech otázek vybírali respondenti nejvhodnější nabízenou variantu odpovědi zakřížkováním do rámečku. V otázkách polootevřených byla možná i varianta individuální odpovědi.

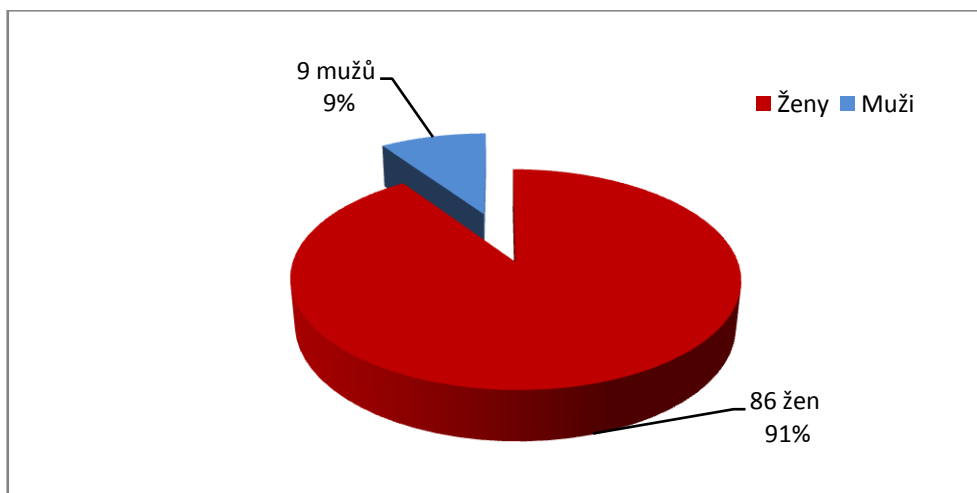
#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na jednu skupinu respondentů. Výzkumný soubor tvořili sestry a zdravotničtí záchranáři Fakultní nemocnice v Plzni, Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje, a Centra letecké záchranné služby v Plzni. Této výzkumné skupině bylo zadáno celkem 100 dotazníků a to rovnoměrným počtem na pět pracovišť FN Plzeň, 20 dotazníků na oddělení ARO, 20 na psychiatrii, 20 na JIP, z toho 10 na metabolickou JIP, 10 na ortopedickou JIP. Po deseti dotaznících bylo rozdáno na ZZS PK a LZS Plzeň, na chirurgickou ambulanci a centrální příjem. Vráceno bylo 97 dotazníků, návratnost činila 97%. Plně vyplněno bylo 95 dotazníků.

V následném zpracování výsledků jednotlivých výzkumných souborů byly konečné počty správně vyplněných dotazníků brány jako 100%.

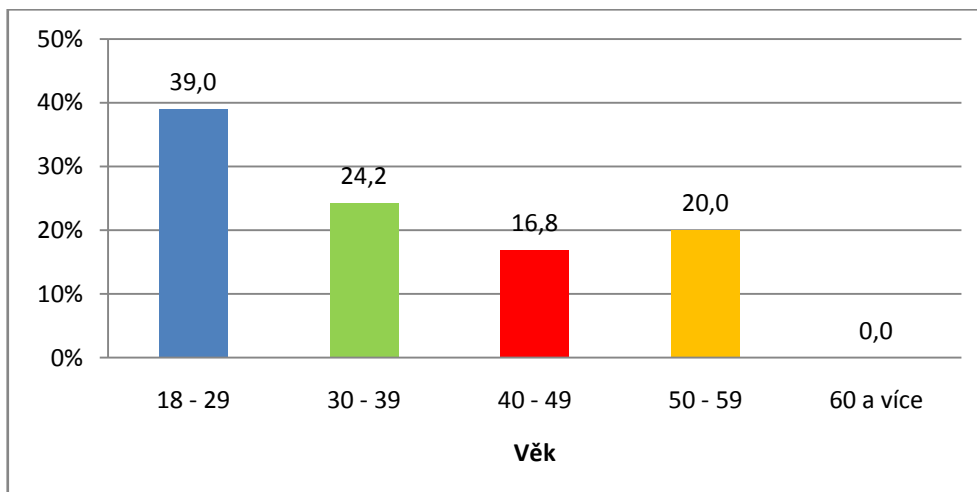
## 4. VÝSLEDKY

**Graf 1 - Pohlaví dotazovaných**



Z celkového počtu 95 (100%) respondentů, bylo 86 (91%) žen a 9 (9%) mužů.

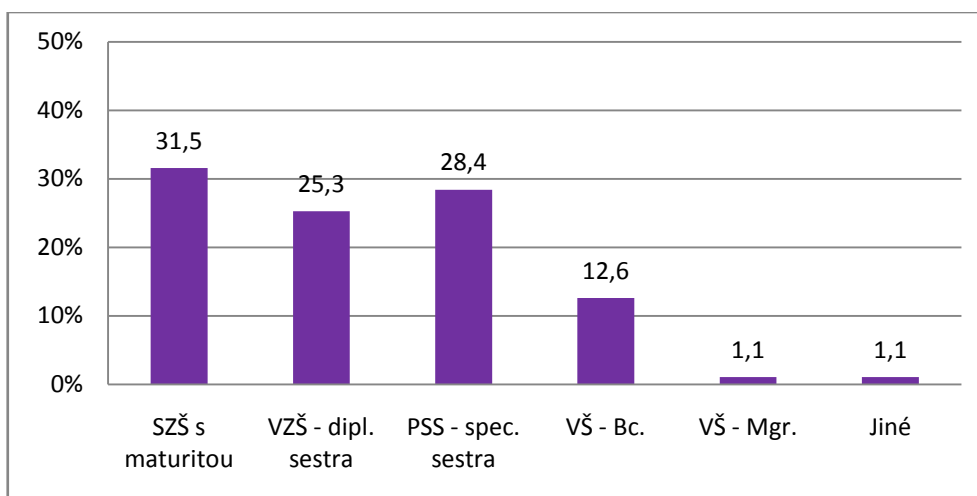
**Graf 2 - Věk dotazovaných**



Graf 2 popisuje věk respondentů. Ve věkové skupině 18 – 29 let bylo 37 (39,0%) sester. Ve věkové kategorii 30 – 39 let bylo 23 (24,2%) respondentů, v kategorii 40 – 49 let bylo 16 (16,8%) respondentů. Vysoce zastoupena byla i kategorie 50 59 let v počtu 19 (20%) sester. 60 let a více nemá žádné zastoupení.

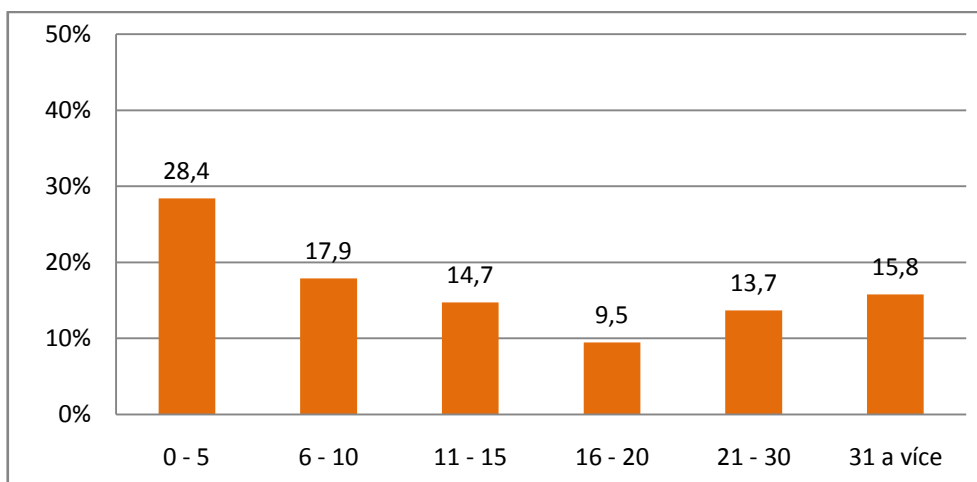


**Graf 3 - Dosažené vzdělání**



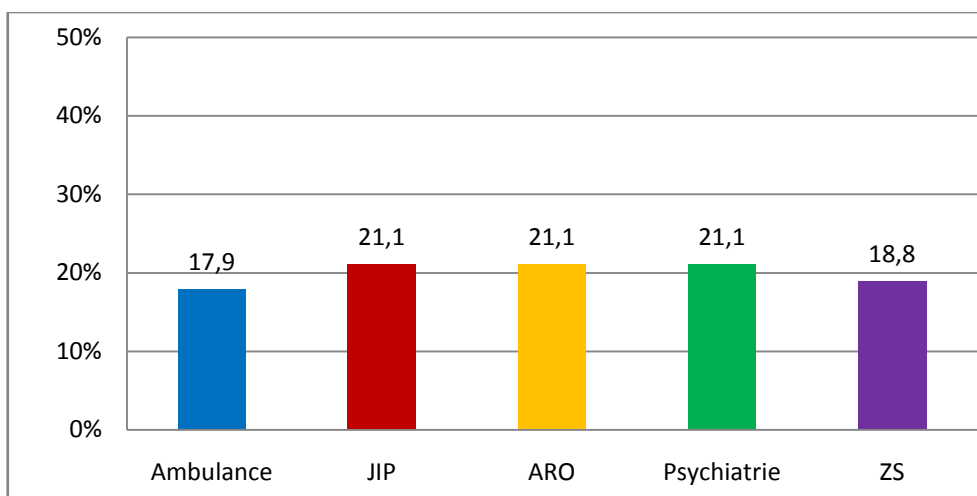
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných respondentů, dokončilo pouze zdravotní školu s maturitou 30 (31,5%). Vyšší odbornou školu dokončilo 24 (25,3%). 27 (28,4%) sester prošlo pomaturitní specializací v oboru. Vysokoškolské vzdělání s titulem bakalář absolvovalo 12 (12,6%) a s titulem magister 1 (1,1%). Jiné vzdělání splňoval 1 (1,1%) respondent.

**Graf 4 - Celková praxe dotazovaných**



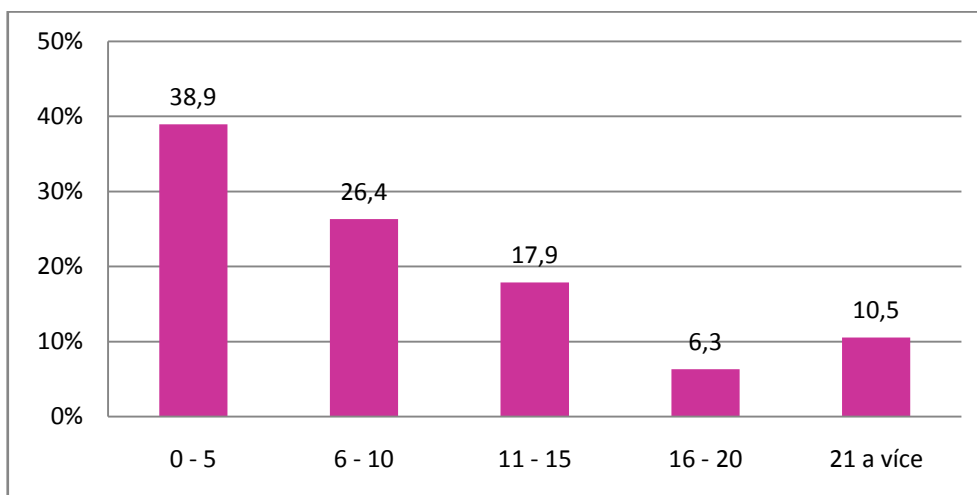
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných, má 27 (28,4%) 0 – 5 let praxe. 17 (17,9%) 6 – 10 let. 14 (14,7%) pracuje ve zdravotnictví 11 – 15 let. 9 (9,5%) pracuje 16 – 20 let. 13 (13,7%) má praxi 21 – 30 let. Poměrně dosti je zastoupena poslední kategorie 31 a více let, v které pracuje 15 (15,8%).

**Graf 5 - Pracoviště dotazovaných**



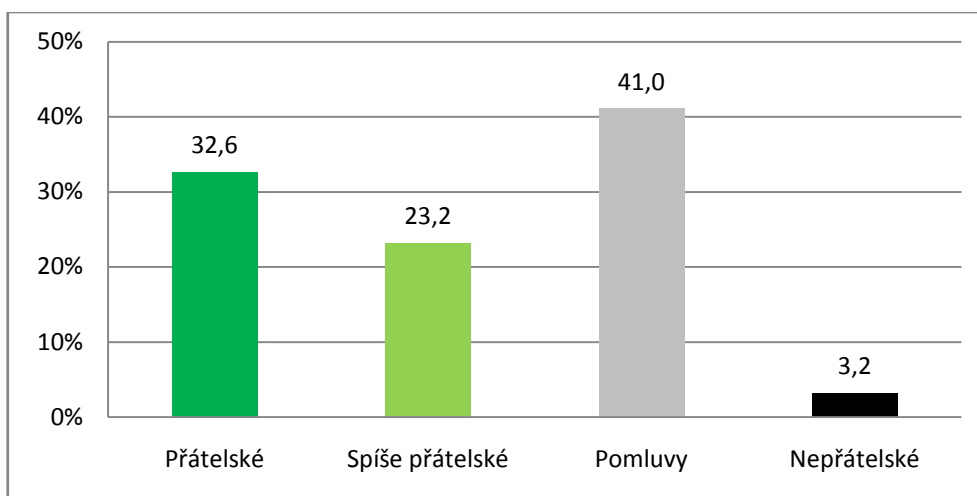
Na každé z pěti pracovišť bylo rozdáno 20 dotazníků. Z ambulance se vrátilo 17 (17,9%) dotazníků, JIP 20 (21,1%), ARO 20 (21,1%), psychiatrie 20 (21,1%) a ZS 18 (18,8%).

**Graf 6 - Délka praxe na současném pracovišti**



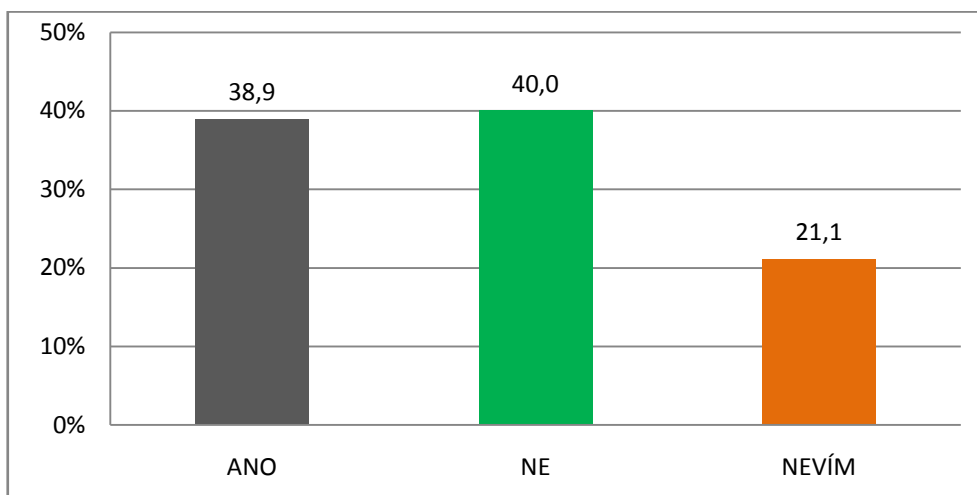
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných má praxi na současném pracovišti 37 (38,9%) 0 – 5 let, 25 (26,4%) má praxi 6 – 10 let, 17 (17,9%) pracuje 11 – 15 let, 6 (6,3%) pracuje 16 – 20 let, 10 ( 10,5%) již 21 a více let.

**Graf 7 - Klima na pracovišti**



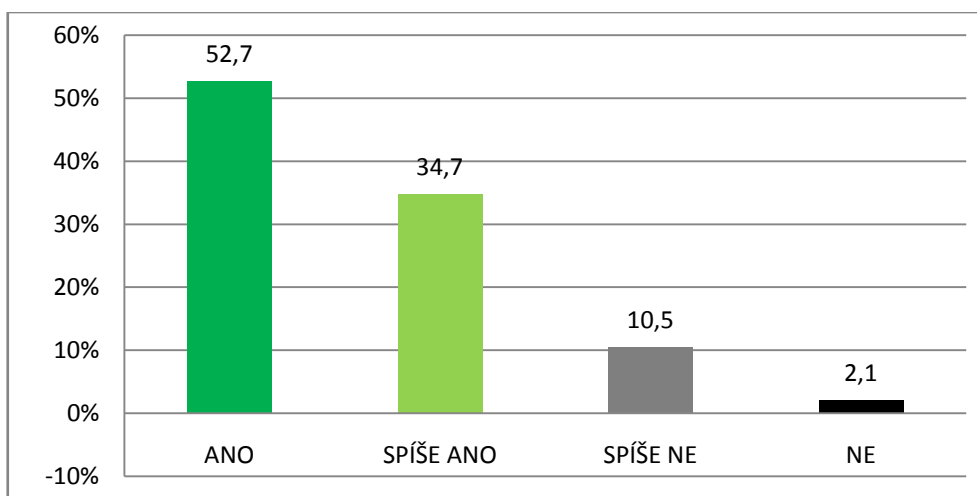
Přátelské klima na pracovišti uvedlo 31 (32,6%) respondentů. 22 (23,2%) jej vidí spíše přátelské. Nejvíce se objevily pomluvy u 39 (41,0%). 3 (3,2%) uvádí klima nepřátelské.

**Graf 8 - Výskyt skupinek zaměřených proti spolupracovníkům**



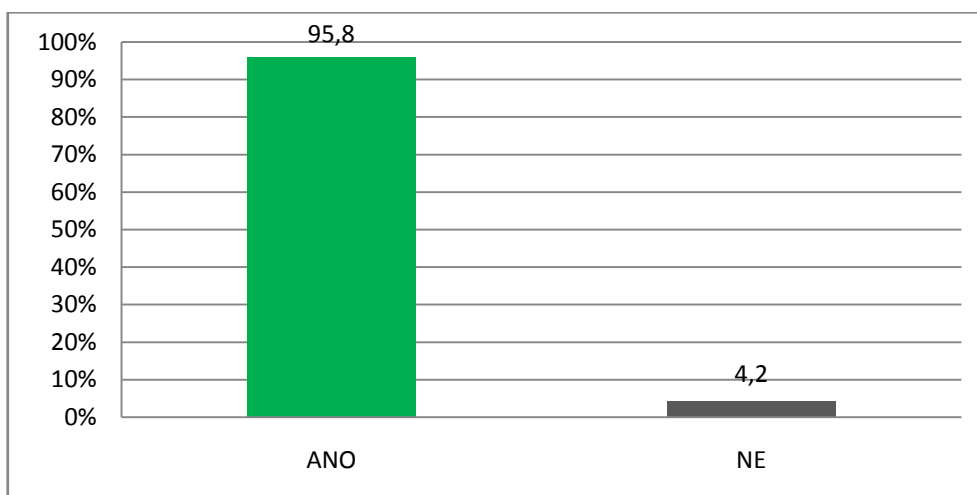
Vytváření skupinek zaměřených proti jedinci či ostatním uvádí 37 (38,9%), 38 (40%) je neuvádí. 20 (21,1%) neví, zda se na jejich pracovišti vyskytují.

**Graf 9 - Přátelské vztahy na pracovišti**



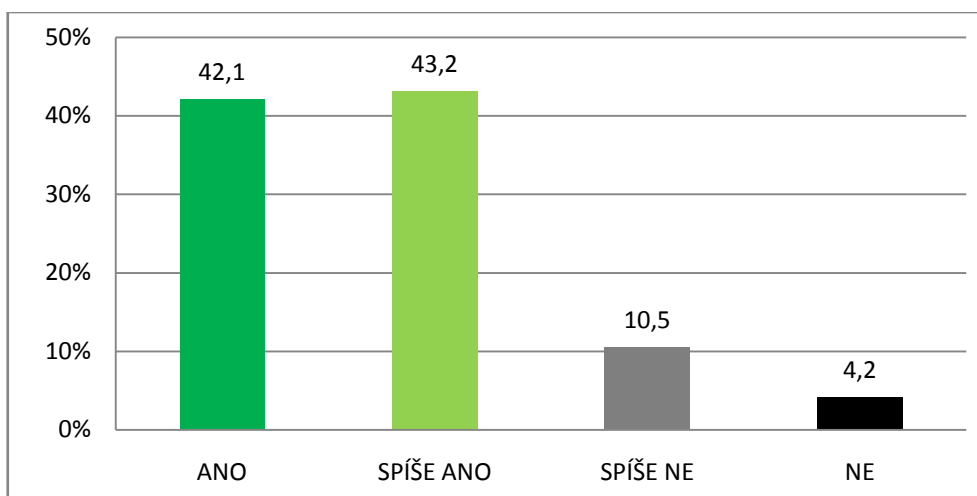
Přátelské vztahy na pracovišti uvádí 50 (52,7%) respondentů. Spíše přátelské je vidí 37 (34,7%). Spíše nepřátelské je vnímá 10 (10,5%) a zcela nepřátelské 2 (2,1%).

**Graf 10 - Blízký spolupracovník na pracovišti**



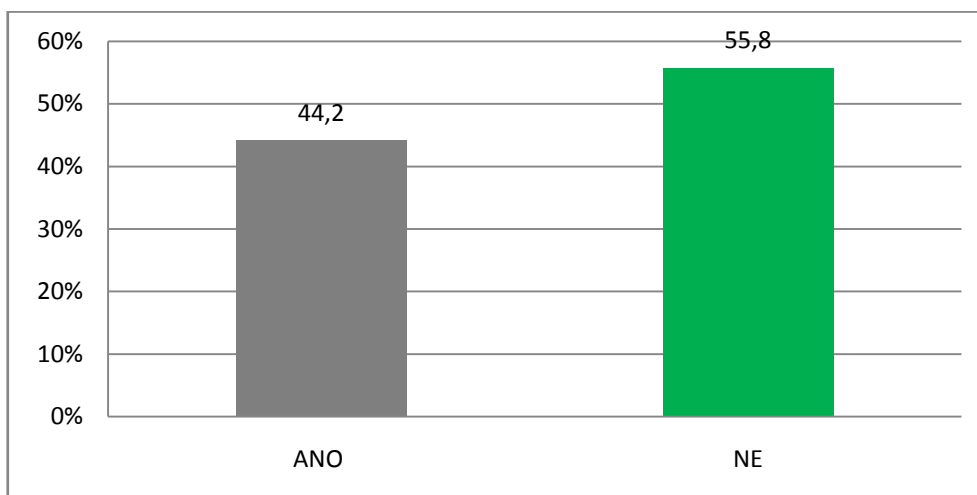
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 91 (95,8%), že má na pracovišti blízkého spolupracovníka. 4 (4,2%) uvádí, že nemá nikoho blízkého v zaměstnání.

**Graf 11 - Společné řešení problémů v přátelském ovzduší**



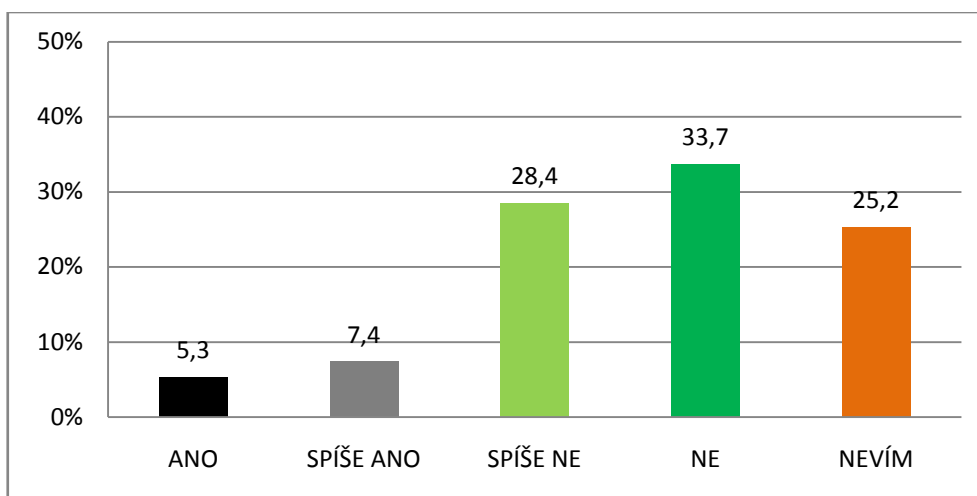
Z celkového počtu 95 (100%) respondentů zvolilo odpověď na otázku při řešení problémů v přátelském ovzduší ano 40 (42,1%), spíše ano 41 (43,2%), spíše ne 10 (10,5%), ne 4 (4,2%).

**Graf 12 - Výskyt konkurenčních vztahů a závisti**



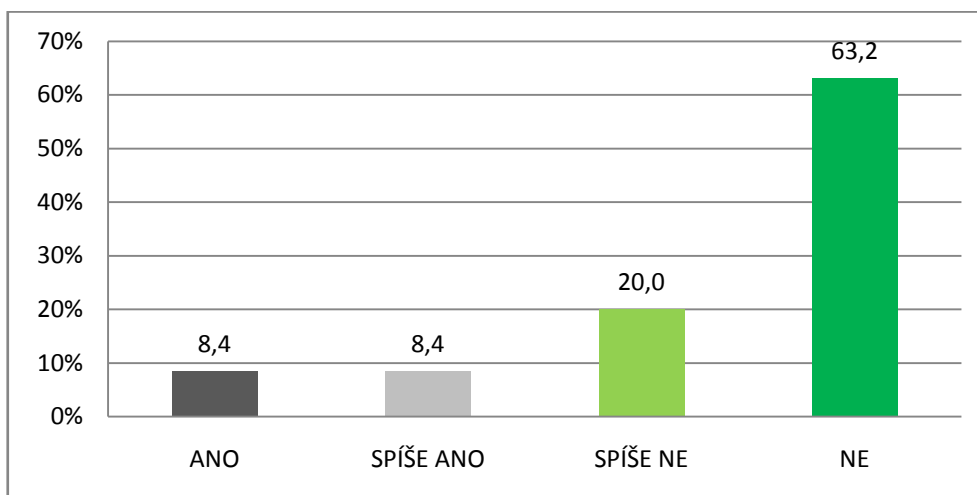
Závist a konkurenční vztahy na pracovišti udává z celkového počtu 95 (100%) 42 (44,2%) respondentů. 53 (55,8%) se domnívá, že závist na jejich pracovišti není.

**Graf 13 - Negativní vyjadřování o práci**



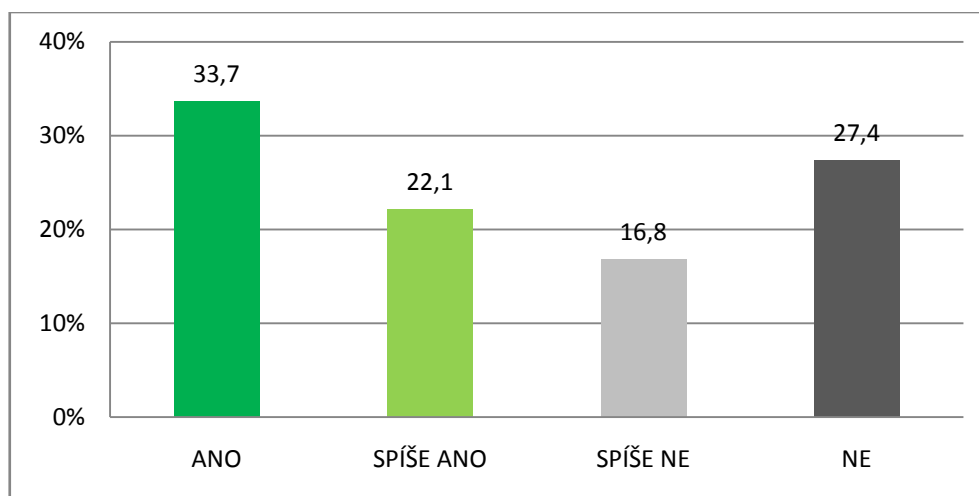
Z celkového počtu 95 (100%) připouští negativní vyjadřování o své práci ze stran spolupracovníků 5 (5,3%) dotazovaných, spíše negativní 7 (7,4%). 27 (28,4%) si myslí, že spíše pozitivní 32 (33,7%), pozitivní 32 (33,7%). 24 (25,2%) neví.

**Graf 14 - Zatajování informací**



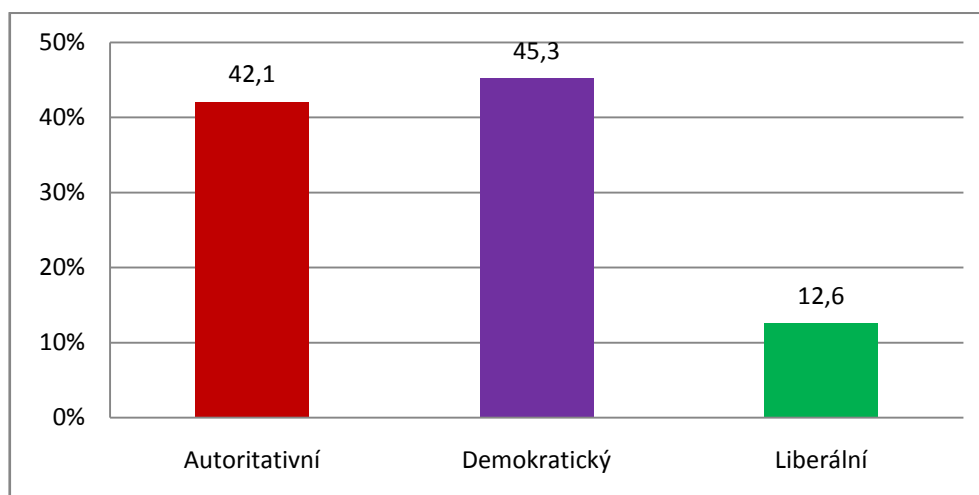
Při posuzování, zda jsou poskytovány dostatečné informace na pracovišti, se z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných domnívá 8 (8,4%), že jsou před nimi zatajovány. 8 (8,4%) si též myslí, že spíše ano. 19 (20%) se domnívá, že spíše ne a nejvíce 60 (63,2%) uvádí, že ne.

**Graf 15 - Spravedlivé rozdělování úkolů**



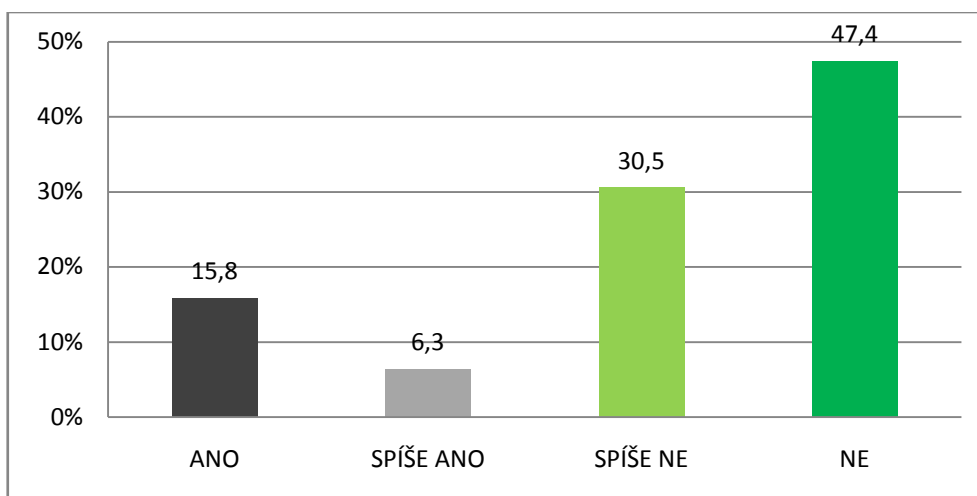
Při hodnocení, zda jsou úkoly spravedlivě rozdělovány, uvádí z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných ano 32 (33,7%), 21 (22,1%) že spíše ano. Jiný pocit má 16 (16,8%), kteří se domnívají, že spíše ne. 26 (27,4%) si myslí, že rozdělování není spravedlivé.

**Graf 16 - Styl vedení**



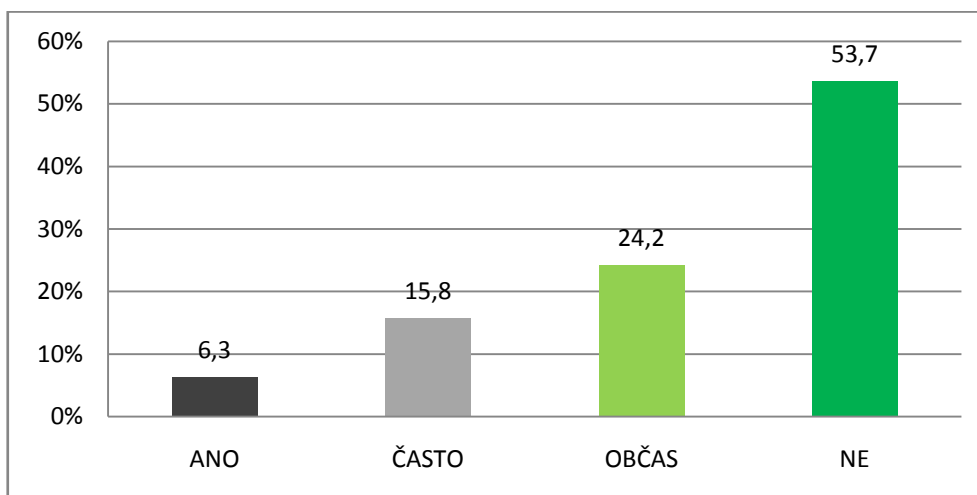
Z celkového počtu 95 (100%) při hodnocení stylu vedení uvádí 40 (42,1%) autoritativní styl, 43 (45,3%) demokratický, 12 (12,6%) liberální.

**Graf 17 - Špatná organizace práce**



Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí, že má pocit špatné organizace práce 15 (15,8%), spíše ano 6 (6,3%), ostatní uvádějí, že spíše ne 29 (30,5%) a ne 45 (47,4%).

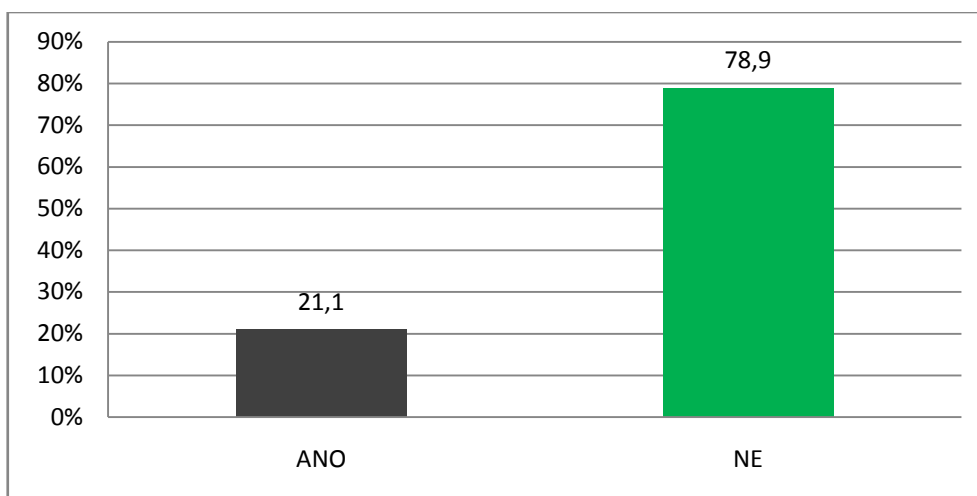
**Graf 18 - Problémy se spolupracovníky**



Z celkového počtu 95 (100%) udává problémy se spolupracovníky 6 (6,3%), často 15 (15,8%), občas 23 (24,2%) respondentů. Nejvíce odpovědí, že nemají problémy, uvádí 51 (53,7%) dotazovaných.

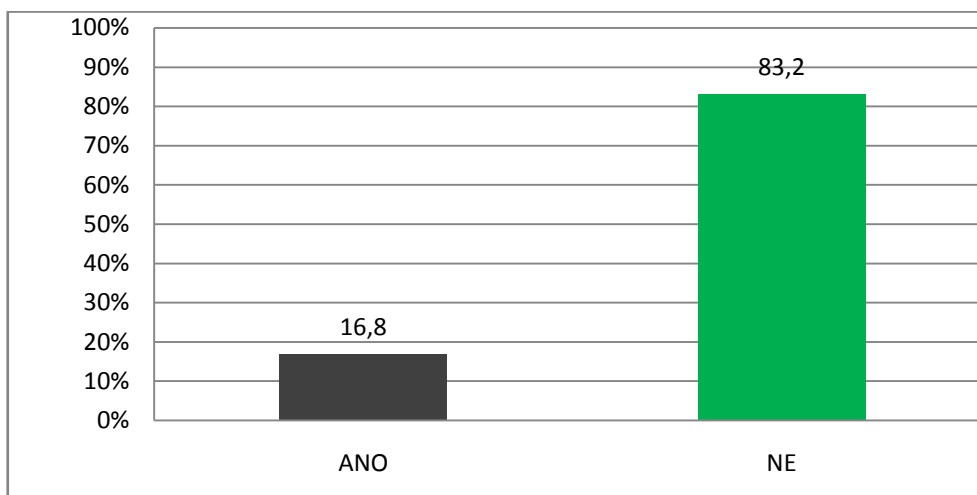


**Graf 19 - Hanlivá kritika vystupování**



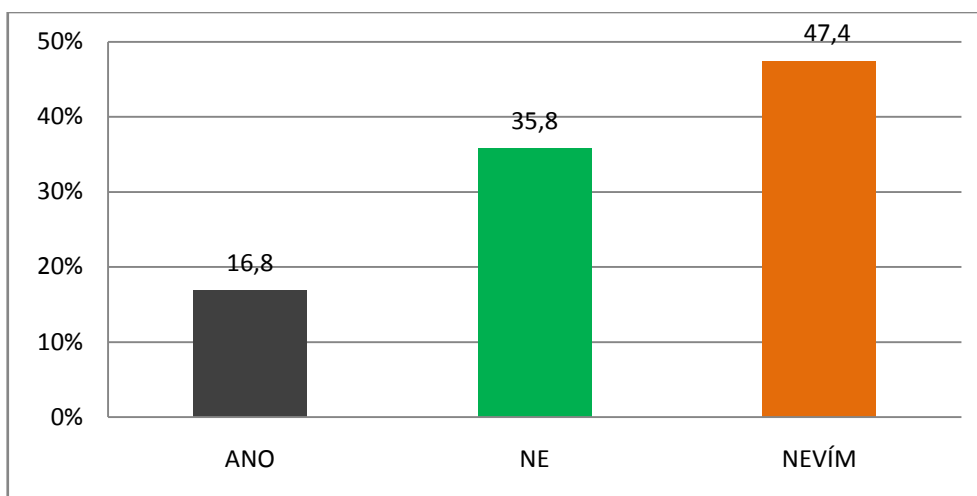
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných odpovídá ano 20 (21,1%) na otázku, zda se spolupracovníci hanlivě vyjadřují o jejich vystupování. Ne udává 75 (78,9%).

**Graf 20 - Ukončení komunikace spolupracovníků při vstupu do místnosti**



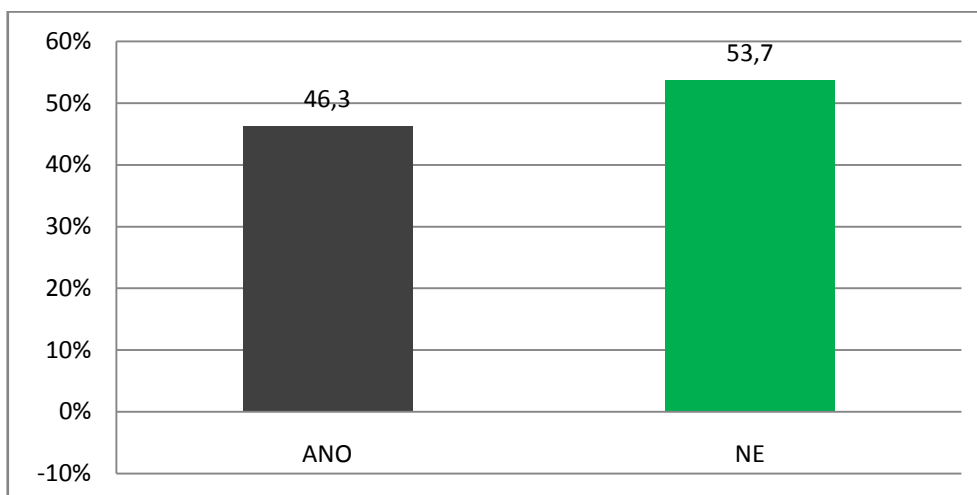
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí ano 16 (16,8%), že když vstoupí do místnosti, hovor utichá. Ne uvádí 79 (83,2%).

**Graf 21 - Šíření pomluv na pracovišti**



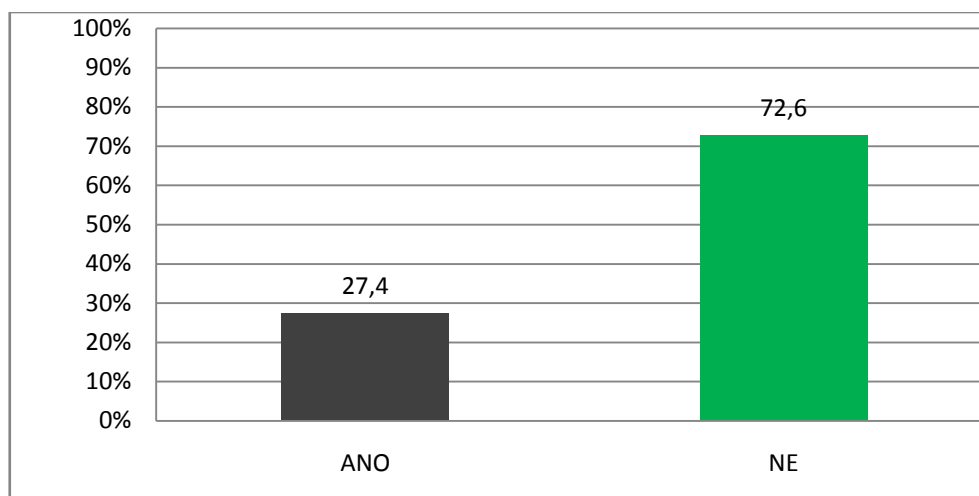
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných se domnívá 16 (16,8%), že se o nich šíří pomluvy na pracovišti. Že se nešíří, si myslí 34 (35,8%). Ostatních 45 (47,4%) neví.

**Graf 22 - Verbální napadení od spolupracovníků**



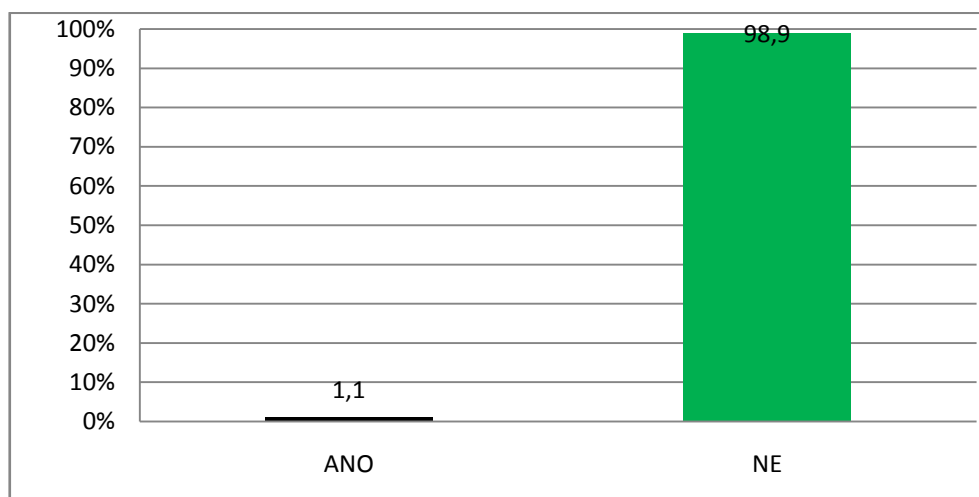
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných udává verbální napadení od spolupracovníků 44 (46,3%), napadení neudává 51 (53,7%).

**Graf 23 - Nesplnění povinnosti-kritika od spolupracovníků**



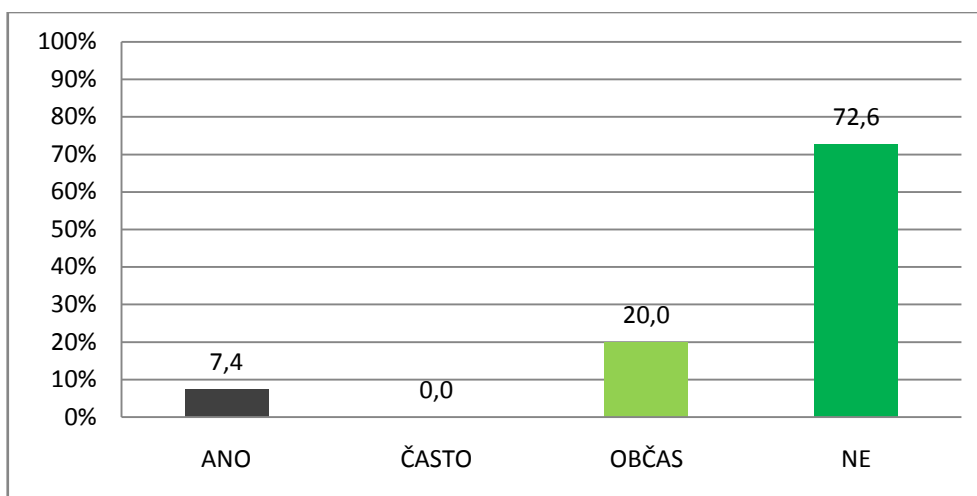
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných odpovídá na otázku, zda se dozvěděli o nesplnění své pracovní povinnosti od spolupracovníků, ano 26 (27,4%) a ne 69 (72,6%).

**Graf 24 - Fyzické napadení od spolupracovníků**



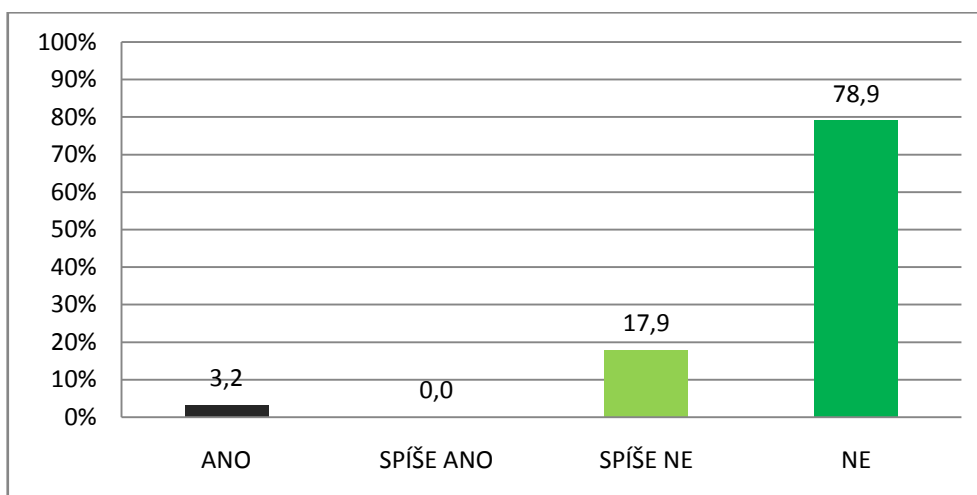
Fyzické napadení od spolupracovníků uvádí z celkového počtu 95 (100%) pouze 1 (1,1%) respondent. Ostatní 94 (98,9%) se s ničím takovým nesetkali.

**Graf 25 - Problémy s nadřízeným**



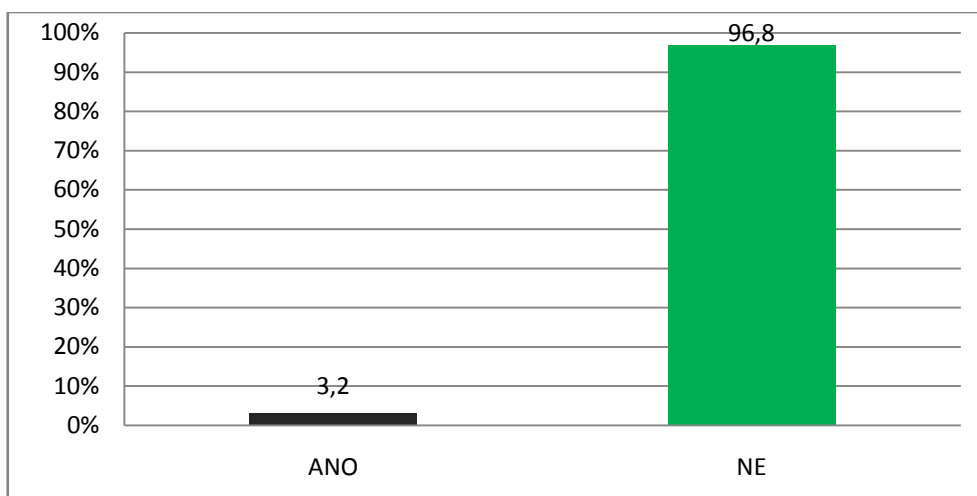
Problémy s nadřízeným uvádí z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných, ano 7 (7,4%), často 0 (0%), občas 19 (20,0%), ne 62 (72,6%).

**Graf 26 - Připisování omylů od nadřízeného**



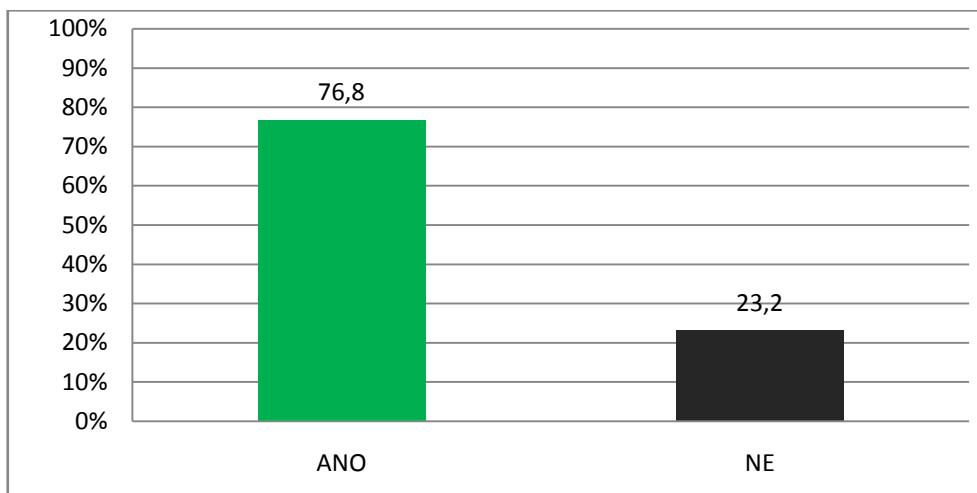
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných odpovídá na otázku, zda jsou jim často připisovány omyly, kterých se nedopustili. Ano 3 (3,2%), spíše ano 0 (0%), spíše ne 17 (17,9%), ne 75 (78,9%).

**Graf 27 - Častá kritika od nadřízeného**



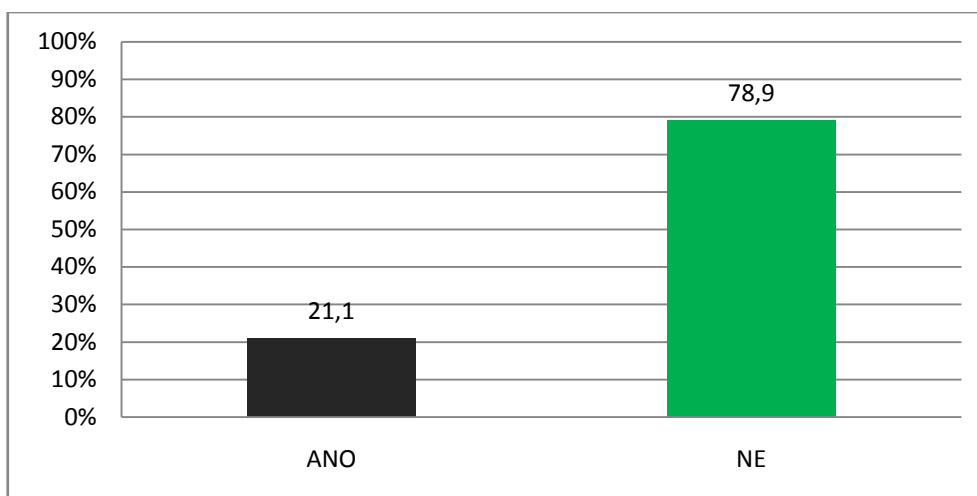
Zda jsou terčem neustálé kritiky od nadřízeného uvádí z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných ano 3 (3,2%), ne 92 (96,8%).

**Graf 28 - Možnost vyjádření se k problému**



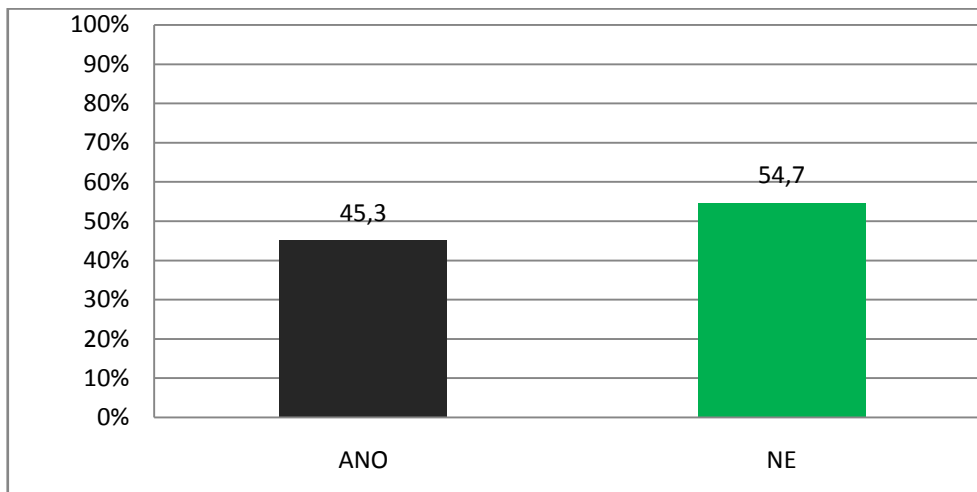
Z celkového počtu 95 (100%) má možnost se u nadřízeného vyjádřit k problému 73 (76,8%). 22 (23,2%) uvádí, že ne.

**Graf 29 - Finanční postih od nadřízeného**



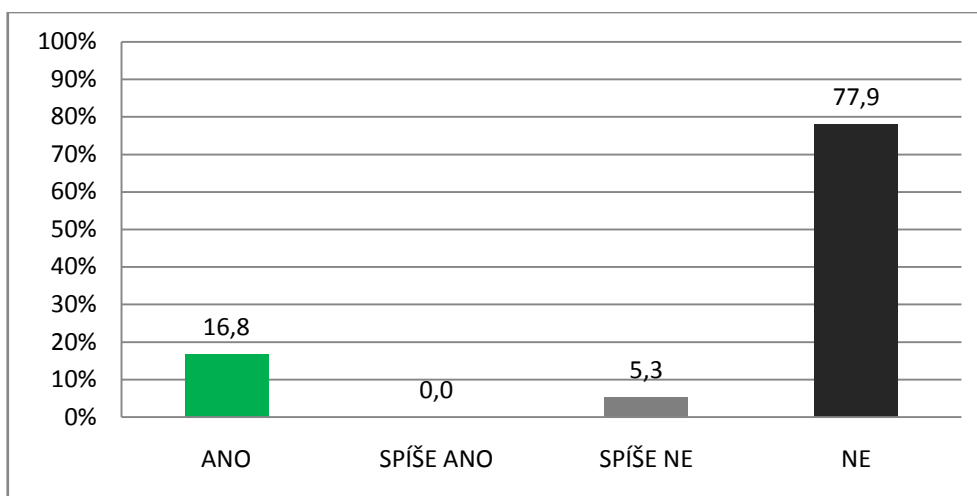
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí, že bylo poškozeno finančně 20 (21,1%). Poškozeno nebylo 75 (78,9%) respondentů.

**Graf 30 - Křik nadřízeného**



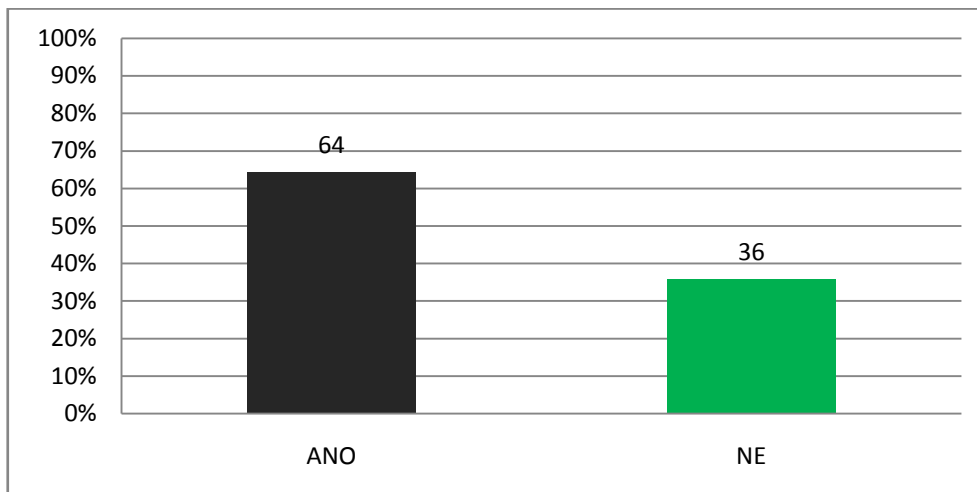
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 43 (45,3%), že na ně nadřízený křičel, nekřičel na 52 (54,7%).

**Graf 31 - Spravedlnost nadřizného**



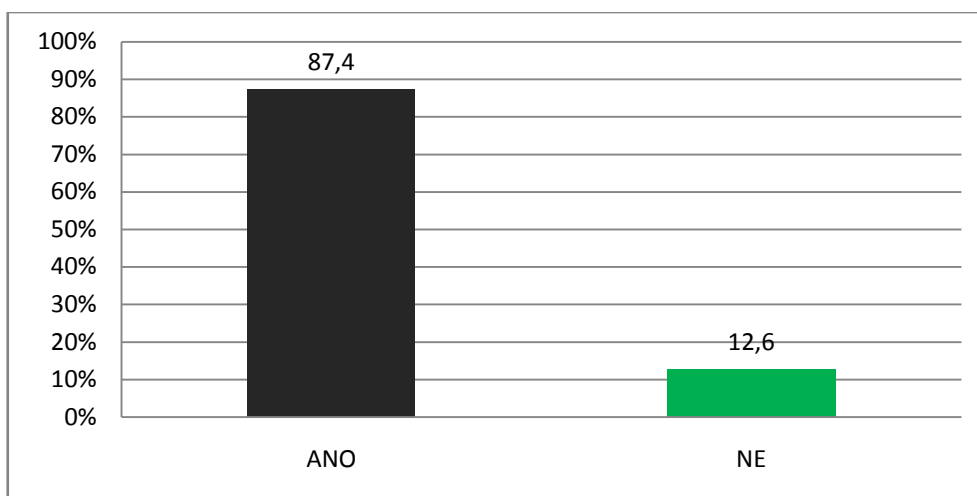
Z celkového počtu 95 (100%) uvádí, že si jim zdá nadřizný spravedlivý 16 (16,8%), že spíše ano 0 (0%), spíše ne 5 (5,3%), ne 74 (77,9%).

**Graf 32 - Fyzické napadení pacientem**



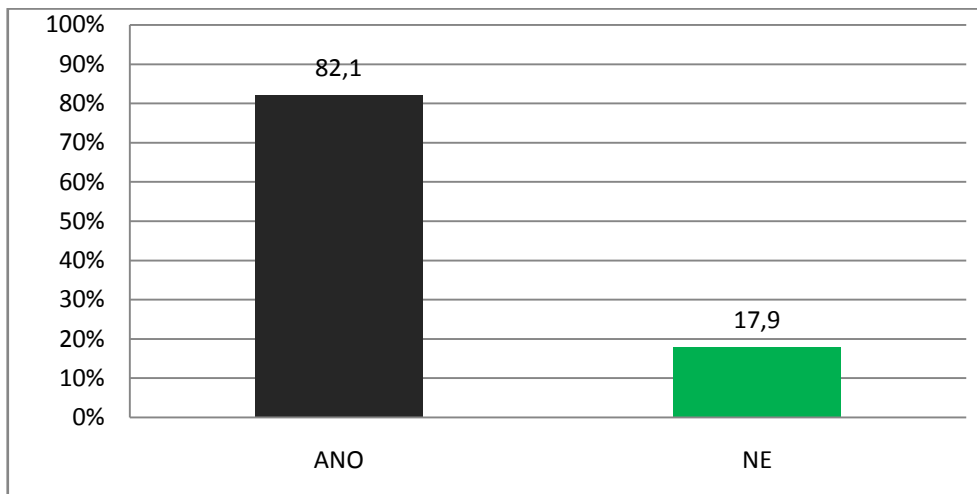
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí fyzické napadení pacientem 61 (64%), neuvádí jej 34 (36%).

**Graf 33 - Verbální napadení pacientem**



Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 83 (87,4%), že bylo napadeno pacientem verbálně. S napadením se dosud nesetkalo 12 (12,6%) respondentů.

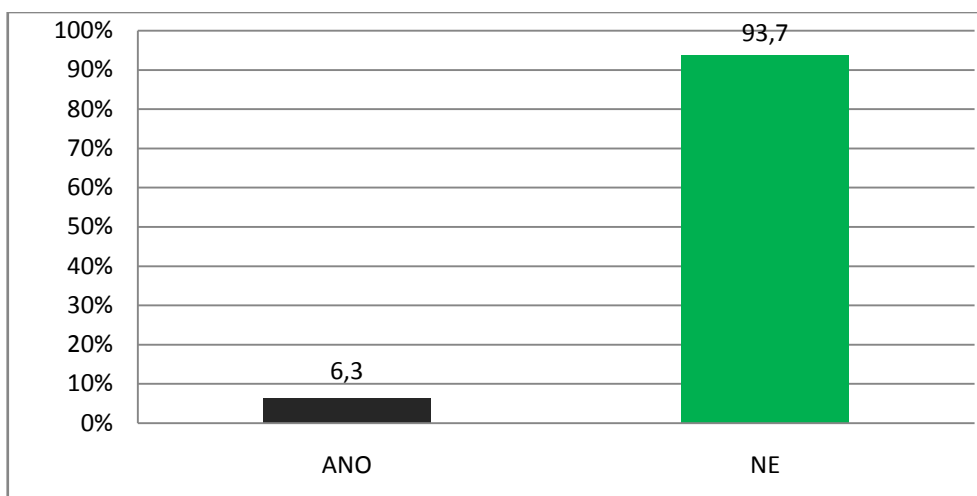
**Graf 34 - Napadení pacientem, který byl pod vlivem návykových látek**



Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných přípouští 78 (82,1%), že pacient, který je napadl byl pod vlivem návykových látek. Bez vlivu návykové látky uvádí 17 (17,9%).

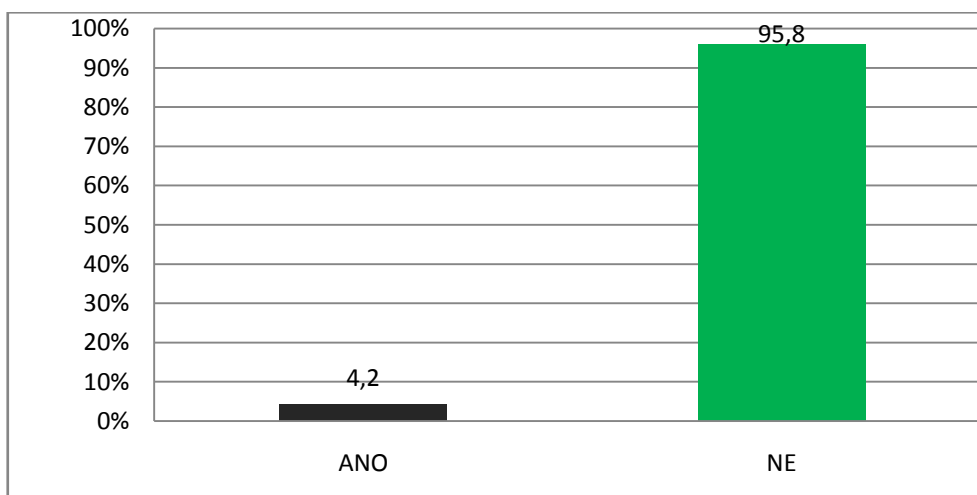


**Graf 35 - Psychické potíže po napadení**



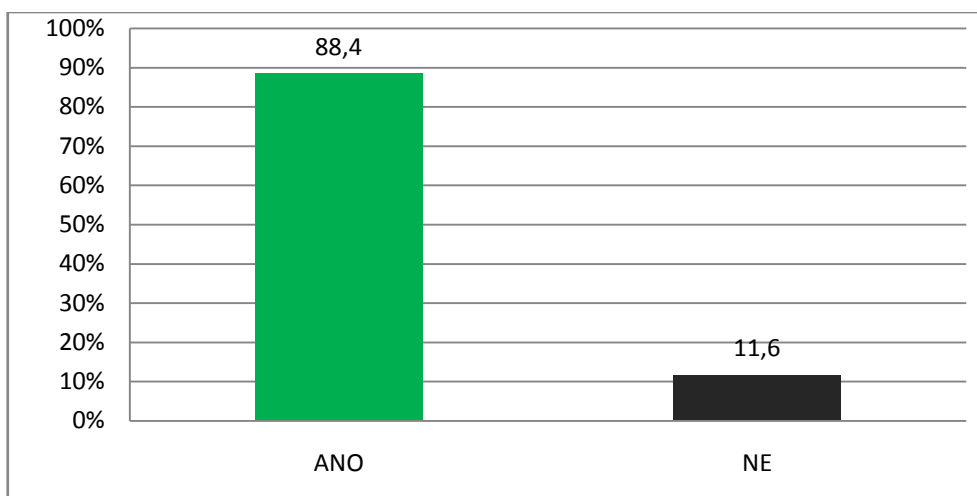
V důsledku napadení uvádí z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných 6 (6,3%) psychické potíže, žádné potíže nemělo 89 (93,7%).

**Graf 36 - Vyhledání lékařského ošetření**



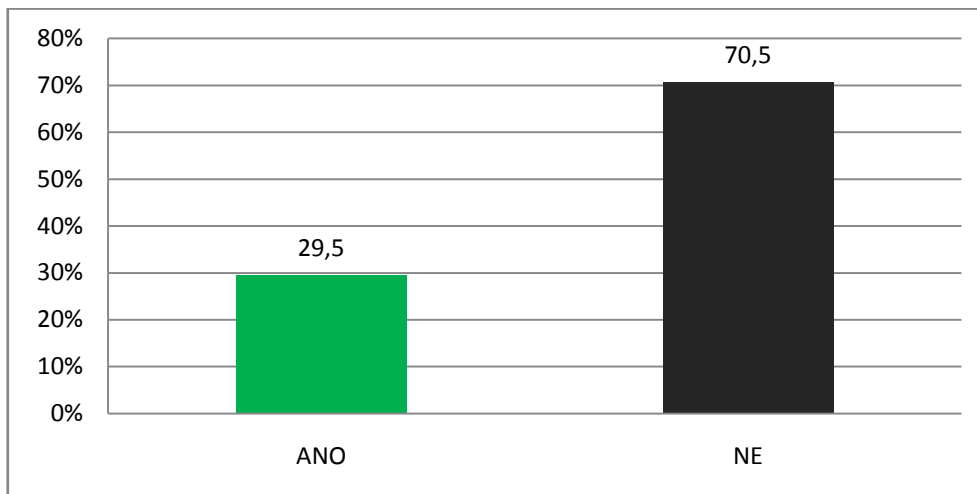
Z celkového počtu 95 (100%) museli vyhledat lékařské vyšetření 4 (4,2%) respondenti. Ostatní 91 (95,8%) žádnou pomoc nepotřebovali.

**Graf 37 - Znalost příčin agrese**



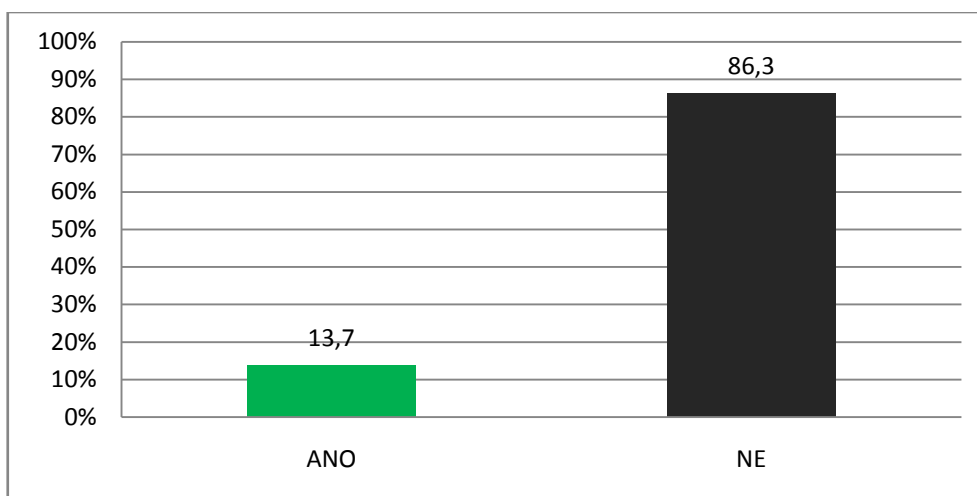
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 84 (88,4%), že zná příznaky agrese a dovede odhadnout napadení. 11 (11,5%) uvádí, že ne.

**Graf 38 - Poplašný systém**



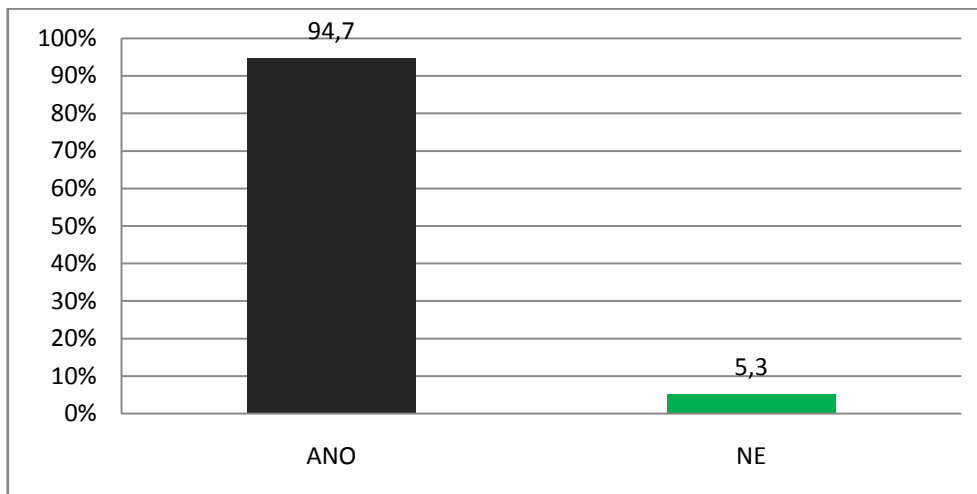
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 28 (29,5%) přítomnost poplašného zařízení na pracovišti. 67 (70,5%) přítomnost neuvádí.

**Graf 39 - Standard péče o agresivního pacienta**



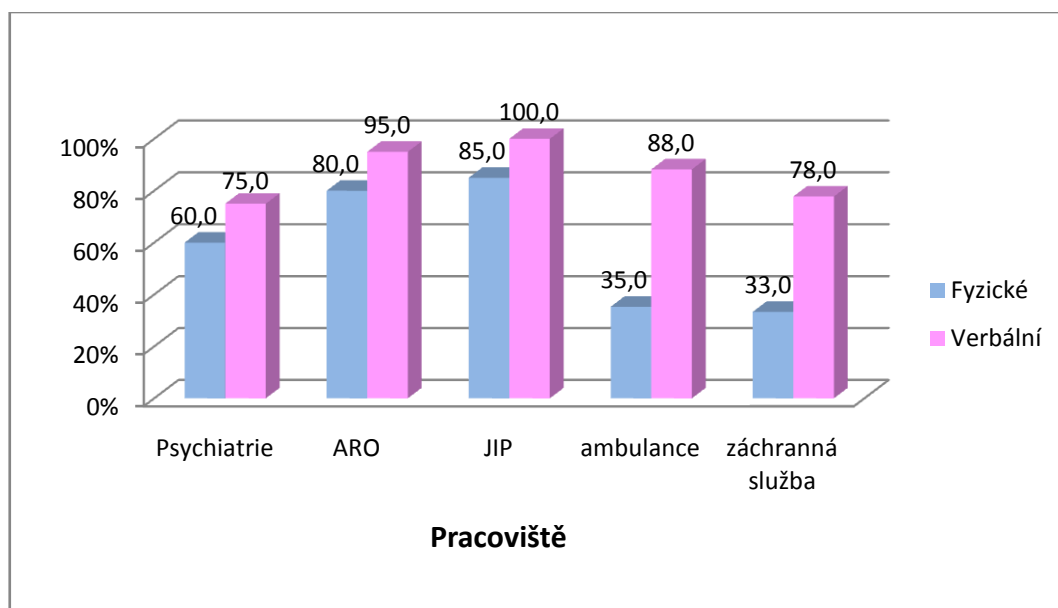
Z celkového počtu 95 (100%) dotazovaných uvádí 13 (13,7%) že ví o tom, že mají vypracován standard péče o agresivního pacienta. 82 (86,3%) uvádí, že nemají.

**Graf 40 - Nárůst násilí ve zdravotnictví**



Na otázku, zda se zdá respondentům, že přibývá násilí ve zdravotnictví, uvádí z celkového počtu 95 (100%) většina 90 (94,7%) ano, 5 (5,3%) si myslí, že ne.

**Graf 41 - Napadení ze strany pacienta v závislosti na typu pracoviště**



Na psychiatrickém oddělení z celkového počtu 20 (100%) respondentů uvádí fyzické napadení 12 (60%), verbální 15 (75%)

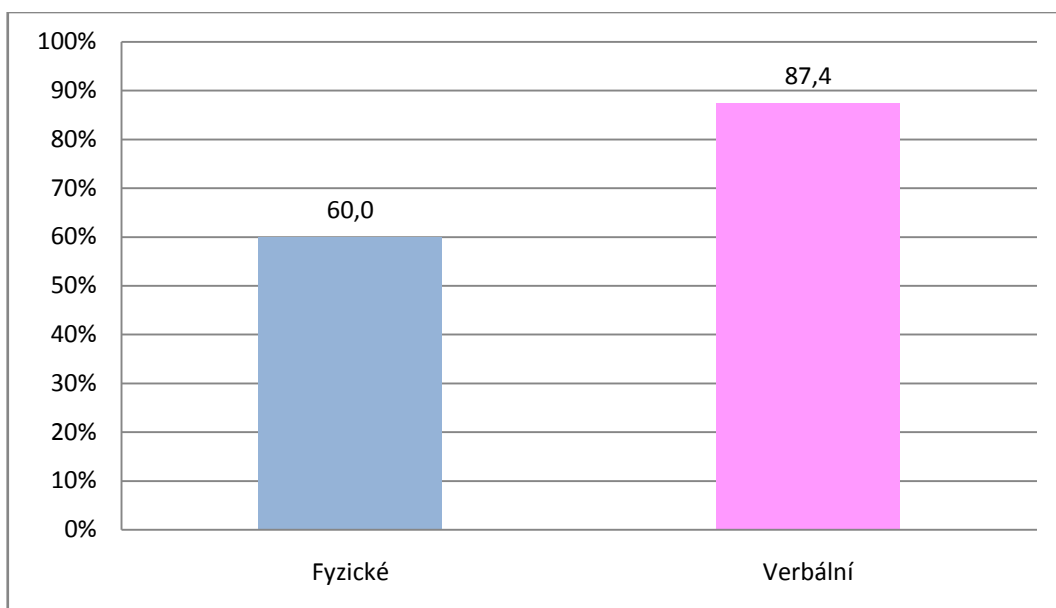
Na ARO z celkového počtu 20 (100%) uvádí fyzické napadení 16 (80%), verbální 19 (95%) respondentů.

Na JIP z celkového počtu 20 (100%) uvádí fyzické napadení 17 (85%), verbální 20 (100%).

Na ambulanci z celkového počtu 17 (100%) uvádí fyzické napadení 6 (35%), verbální 15 (88%) respondentů.

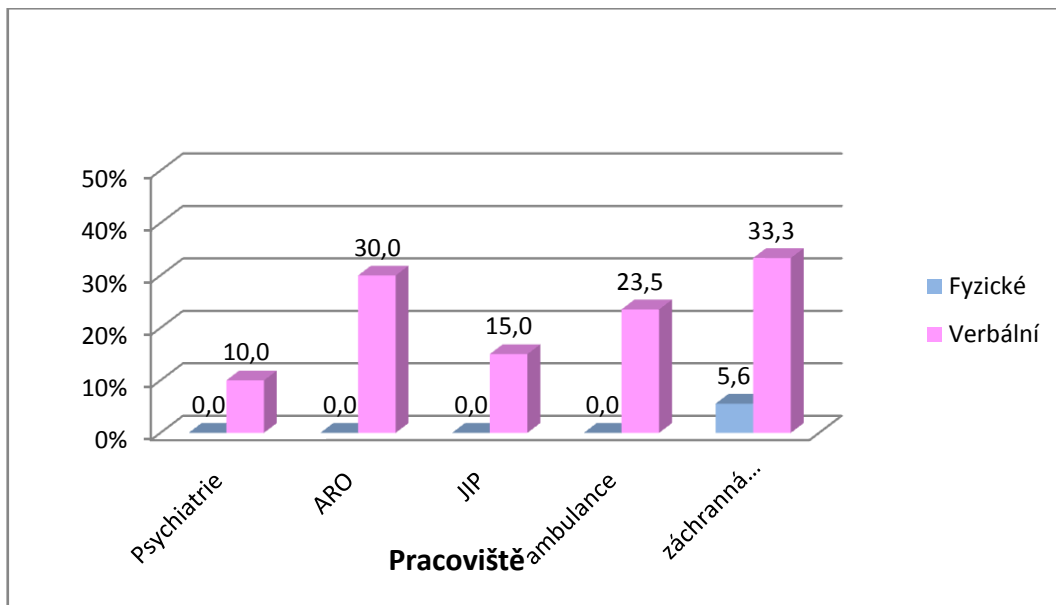
Na záchrané službě z celkového počtu 18 (100%) uvádí fyzické napadení 6 (33%) a verbální 14 (78%) respondentů.

**Graf 42 – Napadení ze strany pacienta**



Z celkového počtu 95 (100%) uvádí fyzické napadení 57 (60%) respondentů a verbální 83 (87,4%).

**Graf 43 - Napadení mezi zdravotnickým personálem v závislosti na typu pracoviště**



Na psychiatrickém oddělení z celkového počtu 20 (100%) uvádí fyzické napadení 0 (0%), verbální 2 (10%) respondentů.

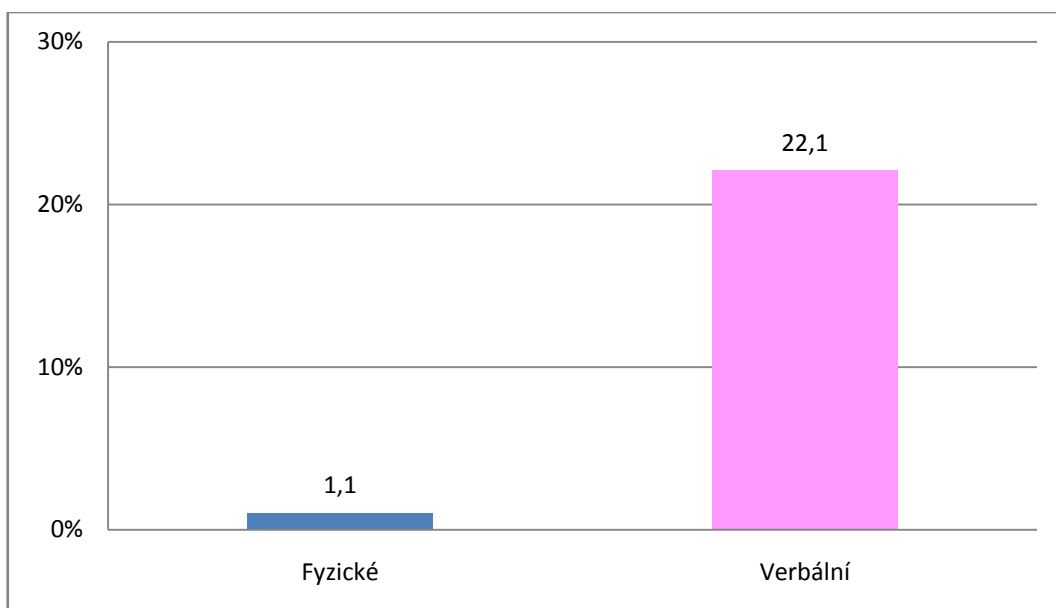
Na ARO z celkového počtu 20 (100%) uvádí fyzické napadení 0 (0%) a verbální 6 (30%) respondentů.

Na JIP z celkového počtu 20 (100%) uvádí fyzické napadení 0 (0%) a verbální 3(15%) respondentů.

Na ambulanci z celkového počtu 17 (100%) uvádí fyzické napadení 0 (0%) a verbální 4 (23,5%) respondentů.

Na záchranné službě z celkového počtu 18 (100%) uvádí fyzické napadení 1 (1,1%) a verbální 6 (33,3%) respondentů.

**Graf 44 - Napadení ze strany zdravotníka**



Z celkového počtu 95 (100%) uvádí fyzické napadení 1 (1,1%) a verbální 21 (22,1%) respondentů.

## 5. DISKUSE

V bakalářské práci byl výzkum zaměřen na problematiku násilí ve zdravotnictví. Jeho cílem bylo zjistit četnost a typy napadání zdravotníků ze strany pacientů, sester, zaměstnavatele.

Za účelem verifikace hypotézy jsem rozdala zdravotnickým pracovníkům anonymní dotazníky. Úvodní otázky měly identifikační charakter, týkaly se osobních údajů, pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a délky odborné praxe ve zdravotnictví. Výzkumu se zúčastnilo 91% žen a 9% mužů (graf 1). Respondenti podílející se na výzkumu, pokrývají celou škálu vzdělání od středoškolského až po vysokoškolské. Nejvyšší počet z dotazovaných respondentů dosahuje středoškolské vzdělání 31,5%. Pomaturitní specializaci má 28,4%. Vyšší odborné vzdělání absolvovalo 25,3%. Nejnižší počet dotazovaných má vysokoškolské vzdělání, z toho bakalářské 12,6%, magisterské 1,1%, vysokoškolské jiné 1,1% (graf 3). Délka odborné praxe se také lišila. Nejvíce dotazovaných 28,4% pracuje v oboru do pěti let. Nejméně od šestnácti do dvaceti 9,5%. Nicméně poměrně velký počet respondentů pracuje nad 31 let a to 15,8% (graf 4). Domnívám se, že délka praxe je určitým ukazatelem při hodnocení chování a jednání sester. Delší praxe vypovídá o určitých zkušenostech a znalostech v jednání s pacienty a spolupracovníky, asertivním chování zdravotníka a tím větší možnosti vyhnout se konfliktu.

Pro oblast výskytu násilí ve zdravotnických zařízeních ze strany pacientů i zdravotníků jsme stanovily hypotézu jedna „Pravděpodobnost napadení zdravotnického pracovníka se mění v závislosti na pracovišti“ Přehled napadení mezi pacienty a zdravotníky vykazují grafy 32, 33, 41, 42. Napadení se mění podle jednotlivých pracovišť. Nejvíce napadení pacienty bylo zjištěno na oddělení JIP. Z dvaceti respondentů bylo verbálně napadeno 20 (100%), fyzicky 17 (85%) Na těchto odděleních je práce velmi náročná, pacienti jsou přijímáni často v akutním stavu, velmi vážném, který je ohrožuje na životě. Může jít o metabolický rozvrat, těžké úrazy, dochází většinou i ke změnám psychickým. Za projevy agresivity pacientů se většinou skrývá strach, frustrace nebo pocit ztráty kontroly. (27) Následovalo oddělení ARO,



verbálně napadeno 19 (95%), fyzicky 16 (80%) z celkového počtu 20 (100%). Podobnost výsledku není náhodná, práce na oddělení ARO je, co se týká obtížnosti ošetrovatelské péče obdobná a též velmi náročná. Zde přicházejí sestry často do styku s pacienty v bezvědomí, v šokových stavech, intoxikovanými. Třetí v pořadí bylo psychiatrické oddělení, z počtu 20 (100%) bylo 15 (75%) verbální napadení a 12 (60%) fyzické napadení. Domnívám se, že zde je větší prostor a čas pro zklidnění pacienta pomocí farmakologie. Ambulance měly z celkového počtu 17 (100%) 15 (88 %) verbálních napadení a 6 (35%) fyzických. Zde by byl výskyt možná i vyšší, ale může být ovlivněn, přítomností lékaře i zřízence, kteří se ve většině čase na ambulancích zdržují. Kupodivu nejlépe vyšla záchranná služba, kde bylo verbálně napadeno 14 (78 %), fyzicky 6 (33. %) z celkového počtu 18 (100%) respondentů. Myslím si, že zde hrálo podstatnou roli to, že na letecké záchranné službě, kde sice pracují zdravotní sestry, je přítomno několik mužů u zásahu. Taktéž na pozemní záchranné službě je zastoupení mužů v ošetrovatelském týmu, kteří si dovedou s pacienty snáze poradit.

V rámci projektu „Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách“ v r. 2005 provedl Výzkumný ústav bezpečnosti práce výzkum ve čtyřech zdravotnických zařízeních na ambulantních pracovištích. Cílem bylo získání údajů o spokojenosti pacientů s nemedicínskými aspekty poskytované ambulantní péče a identifikování hlavních faktorů, které mohou způsobovat nespokojenost a frustraci. Šetření se týkalo vybraných oblastí spokojenosti pacientů. Jednalo se o oblast čekacích dob, komfort prostředí, komunikace a poskytování informací, jednání a chování zdravotníků. Z výsledků šetření vyplynulo, že dlouhé čekání je jeden z významných faktorů, který může vést k agresivnímu chování. Vezmeme-li do úvahy další zhoršující faktory, jako je přeplněná čekárna, nedostatek míst k sezení, nedostatek soukromí, neochotné jednání sestry a nedostatek informací, vytváří se prostor pro vznik konfliktních situací a vzájemné agrese. Často se vyskytují i konflikty mezi samotnými zaměstnanci, zvyšuje se intenzita práce, nízké ohodnocení, nevyhovuje pracovní doba a přesčasy. Problémy v komunikaci a organizaci práce, úrovni pracovních podmínek se mohou negativně odrážet ve vztahu k pacientům. Mohou vznikat třecí plochy, které

umožňují průchod konfliktům, agresivnímu jednání, chování a násilí (Svobodová, 2005.)

Napadení mezi zdravotníky se vyskytuje v menší míře, fyzické napadení se objevilo pouze v jednom případě, verbální napadení se vyskytuje na všech pracovištích. Přehled napadení mezi zdravotníky vykazují grafy 22, 24, 43, 44. Nejvíce napadení vykazuje zdravotnická služba. Domnívám se, že práce na záchranné službě je odlišná od práce v nemocnici, je více adrenalinová, je třeba se rychleji rozhodovat, není příliš času na uvážlivé rozhodování. V takovéto situaci dochází kolikrát k mírným nedorozuměním a ostřejším verbálním projevům. Dalším důvodem může být i to, že na záchranných službách pracuje v dnešní době více mužů. Jejich chování vykazuje již od přírody více prvků agresivity. Na základě těchto výsledků můžeme učinit závěr, že se H1 „Pravděpodobnost napadení zdravotnického pracovníka se mění v závislosti na pracovišti“ potvrdila.

Pro oblast výskytu verbálního a fyzického napadení byla stanovena hypotéza dvě „Nejčastějším typem násilí je verbální napadení“. Ztotožňuji se s literaturou, že podstatná při styku sestry a pacienta je kvalitní komunikace. Pokud tomu tak není, dochází k nedorozumění a konfliktům (Křivohlavý, 2004). Dobrá komunikace není snadná, záleží na komunikačních dovednostech a zkušenostech sestry. Podstatu komunikace a vytváření vztahů tvoří především pozornost, zájem a naslouchání. Tuto hypotézu potvrzují především grafy 22, 24, 32, 33, 42, 44. Na základě šetření Institutu zdravotní politiky a ekonomiky a VÚBP (2004-2005) bylo zjištěno, že s verbálním napadením se setkalo 38% sester a fyzickým 12%. S tím již dnes nemůžeme souhlasit. Při srovnání našich výsledků je vidět, že násilí značně vzrostlo. Verbální napadení ze strany pacientů potvrdilo 87,4% dotazovaných a fyzické 60%. Bohužel nemáme další srovnání, které by mohlo potvrdit pozvolný nárůst. Poslední studie byla provedena před čtyřmi lety a nárůst je dle našich výsledků téměř 50%. Mezi zdravotníky uvedlo verbální napadení 22,1% dotazovaných a fyzické 1,1%.

Příčinami vzniku násilí na pracovišti bývají označovány: stres z přetížení, špatná organizace či monotonie práce. Jsem přesvědčena, že nejenom tyto aspekty jsou rozhodující, ale můžeme sem rozhodně zařadit i špatné finanční ohodnocení, nízký

status ve společnosti, a nedostatek respektu. Na základě výsledků můžeme konstatovat, že se H2 „Nejčastějším typem násilí je verbální napadení“ také potvrdila.

Pro oblast mobbingu a bossingu byla stanovena hypotéza tři „Sestry jsou více ohroženy mobbingem než bossingem“. Při stanovení hypotézy jsem vycházela z úvahy, že mobbing se vyskytuje tam, kde je špatná organizační kultura, organizace práce, autoritářský styl vedení a v neposlední řadě vztahy mezi spolupracovníky.

Hypotézu můžeme potvrdit na základě výsledků grafů 18, 22, 25.

Škrlovi (2003) zdůrazňují ve své publikaci důležitost organizační kultury. Souhlasím s tím, že zdravá organizační kultura přispívá k úspěchu oddělení. Pokud je klima přátelské, což uvádí 32,6%, funguje týmová práce, která je nepostradatelná pro poskytování vysoce kvalitní péče. Pokud tým funguje, odráží se to v pracovní atmosféře, a pochopení týmových úkolů a cílů. Nejvíce se projevují pomluvy, které uvádí 41% (graf 7). Pomluvy se objevují na všech pracovištích a právě v ženských kolektivech. Ve zdravotnictví pracuje stále více žen než mužů a ty mají potřebu vše více rozebírat. Pomluvy jsou určitým projevem verbálního napadení (Čermák, 1999). Riziko násilí na pracovišti zvyšují některé znaky typické pro zdravotnický sektor, jako jsou feminizace, práce ve směnách, denní kontakt s pacienty a jejich příbuznými. Výskyt skupinek na pracovišti zaměřených proti spolupracovníkům se vyskytuje u 38,9% respondentů, 40% si myslí, že u nich na pracovišti nejsou a 21,1% se neumí k této otázce vyjádřit. (graf 8). Jistě není pochyb o tom, že vytváření skupinek vede opět k šíření pomluv. Pokud vznikají skupinky za účelem společných zájmů, sportovních aktivit, je to zcela přirozený jev. Ovšem jestliže mají poškodit spolupracovníky, pak se jedná o nevhodné a odsouzeníhodné chování (Bláha, 2003).

Přátelské vztahy na pracovišti, uvádí většina respondentů 52,7%, (graf 9) Blízkeho spolupracovníka má většina dotazovaných, plných 95,8%, (graf 10). Při řešení společných problémů na pracovišti se shodlo 42,1% dotazovaných, že jsou schopni problémy řešit v přátelském ovzduší.(graf 11). Konkurenční tlak může být podpůrným faktorem vzniku mobbingu. Se závistí a konkurenčními vztahy na svém pracovišti se setkává 44,2% dotazovaných a 55,8% tento pocit nemá (graf 12). Ve zdravotnictví pracuje poměrně velký počet zaměstnanců a tak je menší šance na pracovní postup než

v jiných oblastech. Velmi důležitá je organizace práce. Při hodnocení své práce spolupracovníky se domnívá většina, že jsou hodnoceni pozitivně 33,7% a spíše pozitivně, 25,2% neví, jak jejich práci spolupracovníci hodnotí (graf 13). Při poskytování informací potřebných pro svoji práci udává většina, že se nedomnívá, že by byly před nimi zatajovány. (graf 14). Zatajování informací bývá jedním z hlavních znaků mobbingu. Zaměstnanec, který nedostává potřebné informace pro výkon své práce, začíná mít postupně problémy s plněním svých povinností. Následkem toho dochází k tomu, že začíná dělat chyby a stává se nespolehlivým. Nejdříve může mít problémy se svými kolegy, později i se svým nadřízeným (Kratz, 2005). Spravedlivé rozdělování úkolů vnímá více jak polovina respondentů, ale rozdíl s ostatními, kteří si myslí, že to tak není je poměrně malý. 33,7% respondentů se domnívá, že jsou úkoly spravedlivě rozdělovány, 22,1% si myslí, že spíše také, 16,8% se domnívá, že nejspíše ne a 27,4% si myslí, že spravedlivě rozdělovány nejsou (graf 15).

Jedním z nejdůležitějších měřítek při vzniku mobbingu považují styl vedení na pracovišti. Podle mého názoru a z vlastní zkušenosti považují styl vedení za hlavní kritérium při vytváření vztahů na pracovišti, organizaci práce, organizační kultury a týmové práci. Autoritativní styl vedení udává 42,1% respondentů, demokratický 45,3%, liberální 12,6% (graf 16). Nejvíce je preferován styl demokratický, který vede k nejspokojivějším výsledkům. Vede ke spokojenosti zaměstnanců a k účinnému dosahování pracovních cílů. Autoritativní styl vede k nespokojenosti zaměstnanců a ke zhoršené atmosféře na pracovišti. Liberální styl může vyhovovat jen na čas, neboť postupně přestává plnit svou funkci. Na podřízené nejsou kladeny žádné nároky, může jim i vyhovovat, ale nevede k uspokojivým pracovním výsledkům (Beňo, 2003). Organizaci práce uvádí většina respondentů jako dobrou 47,4% (graf 17). Dobrá organizace práce svědčí o vysoké úrovni daného pracoviště. Ve zdravotnictví je to obzvláště důležité, neboť je třeba eliminovat nebezpečí hrozící z napadení pacientů pod vlivem drog, návykových látek, psychických onemocnění. Dostatek personálu snižuje možnost vzniku stresu, pocitu přetížení a napětí (Škrlovi, 2008).

Při výskytu mobbingu je možné často pozorovat určité ukazatele, které nám napoví, zda se mobbing na pracovišti vyskytuje. Určitě jedním z nich jsou problémy, vyskytující se

mezi spolupracovníky. Odpověď ano uvádí 6,3% dotazovaných, často 15,8%, občas 24,2%. Neuvádí je 53,7% respondentů (graf 18). K otázce hanlivého vyjadřování se na vystupování dotazovaných je kladná odpověď 21,1%, záporná 78,9% (graf 19). Jednou z typických situací je, že když přijde oběť mobbingu do místnosti, ostatní přestanou komunikovat. Tento pocit má jen 16,8% dotazovaných, nemá jej 83,2% (graf 20). Zda jsou lidé pomlouváni je těžké zjistit, přesto bylo na tuto těžkou otázku odpovězeno v 16,8% kladně, 35,8% negativně, ostatní 47,4% neví (graf 21). S verbálním napadením od spolupracovníků se setkala již většina z nás. V dotaznících jej uvedlo 46,3% dotazovaných, neuvádí jej 53,7% (graf 22). Při nesplnění pracovní povinnosti se někdy stává, že někteří spolupracovníci to nedokážou říci do očí, ale mluví o tom s ostatními. Takto se to dozvědělo 27,4% dotazovaných, ostatní se to nedozvěděli 72,6% (graf 23). Fyzické napadení na vlastní tělo od spolupracovníka pocítil jen 1,1% respondent, 98,9% dotazovaných se to naštěstí netýká (graf 24). Haškovcová (2003) ve svém díle uvádí, že bossing se již v našem zdravotnictví vyskytuje.

Naše výsledky ukazují, že problémy s nadřazeným neudává téměř 72,6%, Občas připouští 20%, problémy má 7,4%.(graf 25) Domnívám se, že zde hraje významnou roli bezpečná kultura, která přispívá ke kvalitnějším, kultivovanějším, transparentnějším, ale i profesionálnějším vztahům na pracovišti. Beňo (2003) ve své publikaci uvádí, že vyšší je míra důvěry a otevřenost ke spolupracovníkům včetně nadřazených.

Připisování omylů od nadřazených uvádí 3,2% respondentů, spíše ne 17,9%, většina 78,9% se s tímto neseťkává. (graf 26) V následující odpovědi na kritiku od nadřazeného si stěžují 3,2% dotazovaných, 96,8% kritiku snášet nemusí.(graf 27), Většina 76,8% respondentů uvádí, že jim nadřazený umožní se k problému vyjádřit, jen malá část tuto možnost nemá, a to 23,2%.(graf 28) Domnívám se, že se situace ve zdravotnictví zlepšila, že se nadřízení snaží chovat demokraticky a umožní zaměstnancům vyjádřit se k problémové situaci. Pokud někdo neplní řádně své pracovní povinnosti, dochází někdy i k finančním postihům. S tím se setkalo 21,1% respondentů, 78,9% zatím finanční ztráty na svém platu nepocítilo.(graf 29) Na některých odděleních se setkáváme s problémovými zaměstnanci. Bohužel ani domluvy kolikrát nepomohou,

a proto je třeba někdy nutné zvolit i finanční postih. Škrlovi (2003) poukazují na problémové sestry ve své publikaci.

Z šetření vyplynulo, že i přesto, že je dobrá organizace práce i dobrá organizační kultura na jejich pracovišti, vyskytuje se zvyšování hlasu nadřízeného příliš často, uvádí 45,3% respondentů, Těch, kteří v zaměstnání nejsou vystavováni křiku nadřízeného je 54,7%.(graf 30). Při posuzování spravedlnosti u nadřízeného uvádí 77,9% respondentů, že se jim nezdá spravedlivý. Nejspíše každý zažil pocit křivdy či nedorozumění ze strany nadřízeného. Spíše ne uvádí 5,3%, ano 16,8%.(graf31) Negativní hodnocení nadřízeného se objevilo v oblasti komunikace a v posuzování spravedlivého rozhodování. Domníváme se, že mnoho vypovídá o nadřízeném, jaký styl vedení uplatňuje. Jestliže preferuje autoritářský styl vedení, je zvyklý rozhodovat sám a nepřipouští příliš diskuse. Nemá zájem o názory jiných, formuluje úkoly bez konzultace s podřízenými a neinformuje je o cílech. Souhlasíme s názorem v publikaci Škrlových, že etika transformačního vůdcovství spočívá na morálním charakteru vůdce, na morálce jednání a etických hodnotách jeho vize.

Zajímavé jsou výsledky šetření napadání ze strany pacientů. Napadení fyzické z celkového počtu 95 respondentů uvedlo 64%, nikdy napadeno nebylo 36% (graf32). Někteří byli napadeni i vícekrát, což svědčí o tom, že fyzické napadení je bohužel častým jevem. Zdravotnictví bylo v řadě zahraničních výzkumů identifikováno jako značně riziková oblast z hlediska násilí na pracovišti. Stýká se zde řada rizikových faktorů, které se projeví v různých výzkumech významné pro výskyt násilí.(12) Verbální napadení je projevem agrese a může se vyskytovat samostatně nebo ve spojitosti s násilím fyzickým. Domnívám se, že verbální napadání často předchází fyzickému. Záleží na situaci, v které se pacient ocitá, většinou je pod silným psychickým tlakem z nenadálé situace způsobené onemocněním. Trachtová (2004) uvádí, že nemoc brání v uspokojování potřeb. Jestliže nedochází k uspokojování fyziologických a psychologických potřeb, může docházet k verbálnímu napadání zdravotníků. Verbální napadení zažila většina respondentů, uvádí jej 87,4%, nikdy napadeno nebylo 12.6%.(graf 33).

Vysokým stupněm napadání se vyznačují ambulantní zařízení, což je především způsobeno dlouhou čekací dobou a kolikrát nevhodným chováním sester. Na to poukazuje ve svém výzkumu VÚBP ve své práci z r. 2005.

Domnívám se, že k útokům a k napadení zdravotníků dochází tehdy, když je pacientovi odmítnuta nějaká služba, není v nemocnici dobrovolně nebo se podrobuje odvykací kůře ze závislosti na drogách, alkoholu či drastické redukci hmotnosti. Tomu odpovídá (graf 34), kde 82,1% respondentů uvádí napadení pod vlivem návykových látek. Následkem mohou být psychické potíže, které mohou přetrvávat různě dlouhou dobu. S těmi se potýkalo jen 6,3%, většina 93,7% žádné problémy neměla. (graf 35) Poměrně dobře se s tím vyrovnala většina z nich 95,8%. (graf 36) Domnívám se, že důležitou roli zde hraje, že ženy jsou všeobecně odolnější proti stresu než muži. V nemalé míře je to způsobeno i tím, že sestry vidí příliš mnoho lidského utrpení, a proto se umí s těmito situacemi poměrně dobře vyrovnávat. Je velmi důležité, aby zdravotníci dokázali předvídat nebezpečí agrese u pacientů. Dá se jim předcházet tím, že budou eliminovat nebezpečné situace, které by směřovaly k napadení.

Haškovcová/ (1997) uvádí ve své publikaci, že při poskytování péče respektuje sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu. Z dotazovaných uvádí 88,4%, že zná příznaky agrese (graf 37). Na otázku, zda se mají na oddělení poplašný systém, odpovědělo 70,5% respondentů, že

nemají, 29,5% si myslí, že mají (graf 38). Při vyhodnocování dotazníků mě překvapily rozdílné odpovědi ze stejného oddělení. Vyplynulo z nich, že některé sestry neví, zda mají poplašný systém na svém pracovišti. Zde by pomohla vhodná edukace směřující k bezpečnosti práce na oddělení. Podobná situace nastala i v další otázce. Některé sestry neví, zda je u nich na pracovišti vypracován standard péče o agresivního pacienta. 86,3% odpovědělo, že ne, 13,7% odpovědělo kladně (graf 39). V odpovědi na poslední otázku se shodla většina respondentů na tom, že násilí ve zdravotnictví přibývá., plných 94,7% odpovědělo kladně (graf 40).

Škrlovi (2008) ve své publikaci zmiňují výsledky studií publikovaných v časopise Journal of clinical Nursing (Winstanley, 2004), které naznačují, že se násilí ve zdravotnictví běžně vyskytuje. Z dotazovaných bylo napadeno 27%, s výhrůzkami se

setkalo 23%. S verbální agresí se setkalo 68%. Častěji jsou napadeny sestry 43% než lékaři 13%.

Na základě zjištěných výsledků se H3 „Sestry jsou více ohroženy mobbingem než bossingem“ potvrdila. Problémy se spolupracovníky se vyskytují ve větší míře než s nadřízeným. Negativní hodnocení nadřízeného se objevilo v oblasti komunikace a v posuzování spravedlivého rozhodování. Ovšem na druhé straně se vyskytlo malé procento těch, kteří připouštějí, že by se nemohli k problému vyjádřit, byly jim přisuzovány omyly, kterých se nedopustili, či byli poškozeni finančně.



## 6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala výskytem násilí v našem zdravotnictví. Cílem této práce bylo zmapovat, na základě analýzy a vyhodnocení dotazníků získaných od sester, četnost napadání zdravotníků ze strany pacientů, sester a zaměstnavatele. Dalším cílem bylo zjistit, jaké nejčastější typy napadení se v našem zdravotnictví vyskytují a které převažují. Všechny výše uvedené cíle byly úspěšně splněny. Četnost napadení dle jednotlivých pracovišť a jeho nejčastější typy vyskytující se ve zdravotnických zařízeních, byly podrobně analyzovány v kapitole Diskuse. Zde byly i odhaleny nedostatky a prvky vedoucí k narůstajícímu výskytu násilí.

Hypotéza 1 „Pravděpodobnost napadení zdravotnického pracovníka se mění v závislosti na pracovišti.“ se potvrdila.

Hypotéza 2 „Nejčastějším typem násilí je verbální napadení.“ se také potvrdila.

Hypotéza 3 „Sestry jsou více ohroženy mobbingem než bossingem.“ se potvrdila.

Na základě výzkumu lze souhrnně konstatovat, že násilí v našem zdravotnictví se vyskytuje a to ve značné míře. Stoupá fyzické napadení ze stran pacientů a je třeba se tímto problémem více zabývat, to znamená, snažit se ho eliminovat a hledat vhodná řešení, tak aby se více nerozvíjelo.

Je dobré zjištění, že při řešení problémů mezi zdravotníky je dodržována slušná forma jednání a chování a v menší míře dochází občas k určitým verbálním napadením. Naštěstí fyzické násilí se téměř nevyskytuje.

Závěrem lze říci, že jaký bude výsledný kolektiv závisí na lidech samotných, kde roli hraje i podíl náhody v jakém složení se lidé na pracovišti sejdou, jak dokáží pracovat v týmu a do jisté míry i na organizační kultuře jednotlivého pracoviště. Vzhledem k vyššímu výskytu verbálního napadení by bylo vhodné zlepšit komunikační dovednosti u sester ve vztahu k pacientům, ale i k sobě samým, naučit se asertivnímu chování. K ochraně sester samotných je nutné, aby byly na pracovištích poplašné systémy a vypracované standardy péče o agresivní pacienty. Sestry se nemohou spokojit s tím, jak jsou reprezentovány, a vedeny, musí se dožadovat změn. Je nutné řešit neutěšenou situaci, jako jsou nízké počty sester, nedostatečná edukační připravenost pro

klinickou praxi, nedostatek respektu, malé možnosti podílet se na rozhodování. Nová cesta představuje lepší pracovní podmínky a lepší kvalitu ošetrovatelské péče.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*. ZSF JCU České Budějovice: 2006, roč. 1, str. 31-35. ISSN 1212-4117.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BEŇO, B. *Můj šéf, můj nepřítel*. 1. vyd. Brno: ERA, 2003. 181 s. ISBN 80-86517-34-9.
4. BERAN, J., CHALOUPOKOVÁ, L. TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. 129 s. ISBN 80-246-0463-9.
5. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
7. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta v.o.s., 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
8. FEHLAU, E. G. *Konflikty v práci – Jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. Přel.P. Kunst. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 101 s. Přel.z: Konflikte im Beruf, lösen, Vorbeugen. ISBN 80-247-0533-8.
9. FRÝDECKÁ, H.A KOLEKTIV. *Lemon 2* 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 1997 134 s. ISBN 80-7013-238-8.
10. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.

11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. nakladatelství Karolinum, 1997. 199 s. ISBN80-7484-466-7.
12. HÁVA, P. A KOLEKTIV. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. Kostelec nad Černými lesy, 2004.136 s. ISBN 80-86625-21-4.
13. HIRIGOYEN, M. F. *Psychické násilí v rodině a v zaměstnání*. Přel. A. Kozlíková. 1.vyd. Praha: Acamedia, 2002. 229 s. Přel. z: Le harcelement moral. La violence perverse au quotidien. ISBN 80-200-0994-09.
14. JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
15. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
16. KOCUROVÁ, M. *Agresivita a šikanování*. 1. vyd. Plzeň: Pedagogické centrum, 2002. 12 s. ISBN 80-7020-101-0.
17. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
18. KRATZ, H. J. *Mobbing – Jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Přel. J.Pondělíček. 1. vyd. Praha: Management Press, 2005, 131 s. Přel. z: Mobbing – Erkennen, ansprechen, Verbeugen, ISBN 80-7261-127-5.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-0818-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 192s. ISBN -80-7169-121.
21. NOVÁK, T., CAPPONI, V. *Sám proti agresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 128 s. ISBN 80-7169-253-0.
22. *Rámcový návod k řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví – školicí manuál*. Přel. J.Veselá. 1. vyd. Praha: ČMKOS, 2007. ISBN 978-80-903917-3-4.
23. SMETANOVÁ, L. Psychiatrické neodkladné stavy v PNP. *Sestra*. Praha: 2005, roč.15, č.7-8, str. 30. ISSN 1210-0404.

24. SPURNÝ, J. *Psychologie násilí*. 1. vyd. Praha: Eurounion, s.r.o., 1996. 134 s. ISBN 80-85858-30-4.
25. SVOBODOVÁ, L. *Nenechte se šikanovat kolegou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 112 s. ISBN 978-80-247-2474-4.
26. SVOBODOVÁ, L. *Projekt násilí ve zdravotnických a sociálních službách*. 2005 <http://www.vubp.cz>
27. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
28. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
29. ŠNAJDROVÁ, LADISLAVA. *Stresové faktory v práci na jednotce intenzivní péče*. (bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006.
30. TRACHTOVÁ, E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN80-7013-324-4.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Násilí ve zdravotnictví

Mobbing

Bossing

Sestra

Agrese

Pacient

## **9. PŘÍLOHY**

### **9.1 Seznam příloh:**

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb

## DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, kolegové,

jmenuji se Jana Příbylová, jsem posluchačka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době píši bakalářskou práci na téma „Vybrané prvky násilí z pohledu ošetřujícího personálu.“ Prosím o pravdivé uvedení odpovědí, které mi poslouží ke zhodnocení výskytu násilí ve zdravotnictví. Ráda bych Vás ujistila, že dotazníky jsou anonymní a veškerá data budou použita pouze pro účely mé práce.

Za Vaši ochotu předem děkuji

### 1. Pohlaví

- muž                       žena

### 2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- 18-29                       30-39                       40-49                       50-59                       60 a více

### 3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- SZŠ s maturitou                       VZŠ - diplomovaná sestra    PSS - sestra specialista  
 VŠ – bakalářské                       VŠ – magisterské                       Jiné.....

### 4. Jaká je délka Vaší celkové praxe?

- 0-5                       6-10                       11-15                       16-20                       21-30                       31 a více

### 5. Na jakém oddělení pracujete?

- ambulance                       JIP                       ARO                       psychiatrie                       ZS

### 6. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

- 0-5                       6-10                       11-15                       16-20                       21 a více



## Organizační kultura

### 7. Jak hodnotíte klima na Vašem pracovišti?

- přátelské       spíše přátelské       objevují se pomluvy       nepřátelské

### 8. Vytváří se na Vašem pracovišti skupinky zaměřené proti jedinci či jiným osobám?

- ano       ne       nevím

### 9. Existují na Vašem pracovišti přátelské vztahy mezi spolupracovníky?

- ano       spíše ano       spíše ne       ne

### 10. Máte na pracovišti blízkého spolupracovníka, na kterého se můžete s důvěrou obrátit?

- ano       ne

### 11. Dovedete společně řešit problémy v přátelském ovzduší?

- ano       spíše ano       spíše ne       ne

### 12. Cítíte na Vašem pracovišti závist a konkurenční vztahy?

- ano       ne

## Organizace práce

### 13. Setkáváte se s tím, že se spolupracovníci negativně vyjadřují o Vaší práci?

- ano       spíše ano       spíše ne       ne       nevím

### 14. Jsou před Vámi zatajovány informace potřebné k plnění pracovních úkolů?

- ano       spíše ano       spíše ne       ne

### 15. Myslíte si, že pracovní úkoly jsou spravedlivě rozdělovány a existují pro všechny stejná měřítká?

- ano       spíše ano       spíše ne       ne

**16. Jaký styl vedení se u Vás vyskytuje?**

- autoritativní     demokratický     liberální

**17. Máte pocit, že je na Vašem pracovišti špatná organizace práce?**

- ano     spíše ano     spíše ne     ne

Mobbing – napadení mezi spolupracovníky na stejné úrovni

**18. Máte problémy se svými spolupracovníky?**

/v případě, že ano, občas, často-specifikujte/

- ano     ne     občas     často     ne    jaké.....

**19. Setkáváte se s tím, že se spolupracovníci často hanlivě vyjadřují o Vašem způsobu vystupování?**

- ano     ne

**20. Máte dojem, že když vstoupíte do místnosti, hovor utichá?**

- ano     ne

**21. Máte dojem, že se o Vás šíří pomluvy na Vašem pracovišti?**

- ano     ne     nevím

**22. Setkal/a jste se s verbálním napadením od spolupracovníků?**

- ano     ne     vícekrát    uveďte počet .....

**23. Dozvěděl/a jste se o nesplnění pracovní povinnosti od ostatních spolupracovníků?**

- ano     ne

**24. Setkal/a jste se někdy s fyzickým napadením od spolupracovníků?**

- ano     ne

Bossing – napadení ze strany vedoucích

**25. Máte problémy se svým nadřízeným?**

/v případě, že ano, občas, často-specifikujte/

ano     ne     často     občas     ne    jaké .....

**26. Domníváte se, že jsou Vám často připisovány od nadřízeného omyly, kterých jste se nedopustil/a?**

ano     spíše ano     spíše ne     ne

**27. Jste terčem neustálé kritiky u nadřízeného?**

ano     ne

**28. Umožní Vám nadřízený vyjádřit se k problému?**

ano     ne

**29. Byl/a jste někdy poškozen/a nadřízeným finančně?**

ano     ne

**30. Zažil/a jste, že by na Vás nadřízený křičel?**

ano     ne

**31. Zdá se Vám nadřízený spravedlivý při posuzování nedorozumění?**

ano     spíše ano     spíše ne     ne

Napadení ze strany pacienta

**32. Byl/a jste při výkonu svého povolání napaden/a pacientem fyzicky?**

ano     ne     vícekrát    uveďte počet .....

**33. Byl/a jste při výkonu svého povolání napaden/a pacientem verbálně?**

ano     ne     vícekrát    uveďte počet .....

**34. Bylo napadení pod vlivem alkoholu, drog či jiných návykových látek?**

ano     ne    uveďte.....

**35. Měl/a jste po napadení nějaké psychické potíže?**

ano     ne    jaké .....

**36. Musel/a jste po napadení vyhledat lékařské ošetření?**

ano     ne    jiné.....

**37. Znáte příznaky agrese, dovedete odhadnout možnost napadení ?**

ano     ne    uveďte.....

**38. Máte na pracovišti poplašný systém, který můžete použít v případě napadení?**

ano     ne    jiné.....

**39. Máte na Vašem oddělení vypracován standard péče o agresivního pacienta?**

ano     ne    uveďte.....

**40. Máte pocit, že přibývá násilí ve zdravotnictví?**

ano     ne

