

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Anna Kubová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství (N5341)

Bc. Anna Kubová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech (5341T016)

Agresivita v ošetrovatelské praxi

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Věra Potužáková

Plzeň 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Anna KUBOVÁ**
Osobní číslo: **Z18N0006K**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Agresivita v ošetrovatelské praxi**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5327-0.
- ŠKRLA, Petr a ŠKROVÁ, Magda, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
- PRAŽSKÝ, Bohumil, 2012. Šikana už i ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 1 [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sikana-uz-i-ve-zdravotnictvi-467090>.
- *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Částka 7, 2018*. Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče. Praha: MZ ČR, 7/2018.
- PRIVITERA, Michael, 2011. *Workplaceviolence in mental and generalhealthcaresettings*. Sudbury, Mass: Jones and BartlettPublishers. ISBN 978-0-7637-7934-4.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Věra Potužáková**

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2021**

PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 16. 3. 2021



.....

Bc. Anna Kubová

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Kubová Anna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Agresivita v ošetrovatelské praxi

Vedoucí práce: PhDr. Věra Potužáková

Počet stran – číslované: 122

Počet stran – nečíslované: 45

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: agresivita, násilí, komunikace, sestra, prevence, ošetrovatelská praxe

Souhrn:

V diplomové práci jsme se zabývali agresivitou v ošetrovatelské praxi, zvláště se zaměřením na agresivitu pacientů vůči nelékařským zdravotnickým pracovníkům. V teoretické části jsme nejprve shrnuli obecné informace o agresivitě a ve větší míře jsme se dále věnovali agresivitě cílené na nelékařské zdravotnické pracovníky. V této kapitole lze najít informace o příčinách a obětech násilí, o možnostech předcházení agresivnímu chování a možnostech řešení agresivního chování. V závěru jsme přidali také přehled dříve realizovaných studií vztahující se k našemu tématu.

V empirické části byl použit dotazník, který jsme sestavili upravením standardizovaného dotazníku vydaným ve spolupráci odborníky ILO/ICN/WHO/PSI. Ten byl určen pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky napříč různými pracovišti. Naším cílem bylo zmapovat výskyt agresivity v ošetrovatelské praxi mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a pacienty.

Abstrakt

Surname and name: Bc. Kubová Anna

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Aggressiveness in nurse practice

Consultant: PhDr. Věra Potužáková

Number of pages – numbered: 122

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 45

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 45

Keywords: aggression, violence, communication, a nurse, prevention, nursing practice

Summary:

In this diploma thesis we studied aggression in nursing practice, especially focusing on the aggressiveness of patients towards non-medical healthcare professionals. In the theoretical part, we first summarized general information about aggression and to a larger extent we also focused on aggression aimed at non-medical health professionals. In this chapter you can find information about the causes and victims of violence, about the possibilities of preventing aggressive behaviour and the possibilities of dealing with aggressive behaviour. In conclusion, we also added an overview of previously conducted studies related to our topic.

In the practical part, a questionnaire was used, which we compiled by modifying a standardized questionnaire issued in collaboration with ILO / ICN / WHO / PSI experts. It was aimed at all non-medical health professionals across different departments. Our goal was to survey the incidence of aggression in nursing practice among non-medical health professionals and patients.

Poděkování:

Mé poděkování patří zejména paní PhDr. Věře Potužákové za odborné vedení diplomové práce. Děkuji jí především za cenné rady, připomínky, ochotu a poskytnutý čas. Můj další velký vděk patří vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení, ve kterých mi bylo umožněno realizovat výzkumné šetření a všem zúčastněným respondentům.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 PROBLEMATIKA AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	14
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	14
1.2 PŘÍČINY AGRESIVITY.....	16
1.3 DĚLENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	17
2 AGRESIVITA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	21
2.1 ROZDĚLENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ PODLE AGRESORA.....	21
2.2 PŘÍČINY NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	24
2.3 OBĚTI AGRESIVNÍCH PACIENTŮ.....	27
2.4 PREVENCE AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	27
2.4.1 Pravidla komunikace.....	28
2.4.2 Příprava budoucích sester na ošetřování agresivních pacientů.....	29
2.4.3 Vybrané projekty na podporu vzdělávání sester.....	30
2.5 ŘEŠENÍ AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ.....	31
2.5.1 Doporučené postupy k deeskalaci násilí.....	31
2.5.2 Použití omezovacích prostředků.....	32
2.5.3 Záznam o násilí do zdravotnické dokumentace.....	34
2.5.4 Hlášení nežádoucích událostí.....	35
2.5.5 Postoj Ministerstva zdravotnictví České republiky.....	37
2.5.6 Pomoc obětem násilí ve zdravotnictví.....	37
2.5.7 Právní předpisy na obranu zdravotníka.....	38
2.6 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ.....	40

PRAKTICKÁ ČÁST	45
3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	45
4 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY.....	46
5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
5.1 PILOTNÍ STUDIE	48
5.2 VZOREK RESPONDENTŮ	48
5.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	50
6 ANALÝZA ÚDAJŮ Z PROBĚHLÉHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	52
7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	81
8 DISKUZE	127
9 ZÁVĚR.....	133
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Délka praxe respondentů.....	52
Graf 2: Pracovní pozice respondentů	53
Graf 3: Pracoviště respondentů.....	54
Graf 4: Počet fyzicky napadených respondentů	55
Graf 5: Počet fyzických útoků za poslední rok.....	56
Graf 6: Útočník při fyzickém napadení na pracovišti.....	57
Graf 7: Reakce respondentů na fyzické napadení	58
Graf 8: Počet verbálně napadených respondentů	59
Graf 9: Četnost verbálních útoků za poslední rok	60
Graf 10: Útočník při verbálním napadení na pracovišti	61
Graf 11: Reakce respondentů na verbální napadení	62
Graf 12: Počet šikanovaných respondentů	63
Graf 13: Četnost mobbingu/bossingu za poslední rok.....	64
Graf 14: Útočník při šikaně na pracovišti.....	65
Graf 15: Reakce respondentů na šikanu na pracovišti.....	66
Graf 16: Počet sexuálně obtěžovaných respondentů	67
Graf 17: Četnost sexuálního obtěžování za poslední rok	68
Graf 18: Útočník při sexuálním obtěžování na pracovišti.....	69
Graf 19: Reakce respondentů na sexuální obtěžování.....	70
Graf 20: Počet rasově ponižovaných respondentů	71
Graf 21: Četnost rasového ponižování za poslední rok.....	72
Graf 22: Útočník při rasovém ponižování na pracovišti.....	73
Graf 23: Reakce respondentů na rasové ponižování	74
Graf 27: Skutečný počet případů násilí rozdělených podle typů násilí.....	88
Graf 28: Obavy z násilí rozdělené podle jeho typu	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Obavy respondentů z násilí	75
Tabulka 2: Vztah respondentů k vlastnímu násilí	77
Tabulka 3: Zkušenosti respondentů s násilím u ostatních NLZP	79
Tabulka 4: Rozdělení počtu respondentů, jak se setkali s jednotlivými typy napadení	81
Tabulka 5: Přepočtené četnosti fyzických napadení za poslední rok	82
Tabulka 6: Přepočtené četnosti verbálních napadení za poslední rok	83
Tabulka 7: Přepočtené četnosti šikany na pracovišti za poslední rok	84
Tabulka 8: Přepočtené četnosti sexuálního obtěžování za poslední rok	85
Tabulka 9: Přepočtené četnosti rasového ponižování za poslední rok	86
Tabulka 10: Přepočtené četnosti napadení podle jednotlivých typů násilí za poslední rok	86
Tabulka 11: Modus a medián obav respondentů u jednotlivých typů násilí	90
Tabulka 12: Suma odpovědí na otázku obavy z násilí	91
Tabulka 13: Označení útočníka podle typů napadení	92
Tabulka 14: Označení útočníka podle typů napadení – upravená tabulka	93
Tabulka 15: Rozložení verbálního napadení dle pracovní pozice	106
Tabulka 16: Procentuální zastoupení vztahu verbálního napadení a četnosti tohoto napadení	107
Tabulka 17: Rozložení verbálního napadení dle typu pracoviště	111
Tabulka 18: Procentuální zastoupení vztahu verbálního napadení a pracoviště respondentů	112
Tabulka 19: Počet uvedených odpovědí na reakce u jednotlivých typů napadení	114
Tabulka 20: Počet uvedených odpovědí na reakce u jednotlivých typů napadení	115
Tabulka 21: Modu a mediánu odpovědí zkoumající vlastní vztah k násilí	125
Tabulka 22: Suma odpovědí zkoumající vlastní vztah k násilí a zkušenosti respondentů s násilím u jiných NLZP	126
Tabulka 23: Rozdíl odpovědí na otázku č. 25 a 26	126

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
Bc.	Bakalář
č.	číslo
ČR	Česká republika
ICN	International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester
ILO	International Labour Organization, Mezinárodní organizace práce
Ing.	Inženýr
Mgr.	Magister
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSc.	Master of Science (vysokoškolský titul magisterského stupně)
MU	Mimořádná událost
MUDr.	Medicinae Universae Doctor (doktor všeobecné medicíny)
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národního centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
ord.	ordinace
o. z.	odštěpný závod
p. o.	příspěvková organizace
PSI	Public Services International, Mezinárodní organizace práce
s.	strana
s. r. o.	s ručením omezeným
Sb.	sbírky
sv.	sváté
tzv.	takzvaný, takzvaně
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
z. ú.	zapsaný ústav

ÚVOD

Ošetrovatelským zdravotnickým pracovníkům hrozí při své profesi násilí na několika úrovních. V diplomové práci se zaměřujeme především na ohrožení agresivním chováním pacienta. Právě ošetrovatelský tým je z hlediska napadení zdravotníků nejvíce ohroženou skupinou. Je to dáno tím, že tráví s nemocnými nejvíce času v průběhu své pracovní doby. I přes rostoucí zájem o tuto problematiku není v ohledu bezpečí a ochrany pracovníků v praxi k dispozici dostatek informací. Nelékařští zdravotničtí pracovníci se stále neumí efektivně bránit a ani k tomu nevyužívají dostatek možností. Toto téma si zaslouží více pozornosti, než je mu věnováno. To je také důvodem, proč jsem si zvolila toto téma k psaní diplomové práce.

Jako cíl teoretické části práce jsme si stanovili sumarizovat informace dostupné k problematice agresivity v ošetrovatelské praxi, rozšířit povědomí o příčinách agresivity v ošetrovatelské praxi, o možnostech prevence a způsobech řešení takového chování. V praktické části jsme zkoumali zkušenosti nelékařských zdravotnických pracovníků s agresivitou v jejich praxi. Na tomto základě jsme vypracovali doporučení k efektivní komunikaci s agresivním pacientem, která jsou použitelná v ošetrovatelské praxi.

Pro lepší orientaci v tématu diplomové práce byl v dubnu 2019 zadán požadavek na vypracování rešerše literatury do Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Byla použita klíčová slova agrese, agresivita, ošetrovatelská péče, sestra a násilí ve zdravotnictví. Jako výběrové kritérium bylo požadováno období let 2010–2019. K vyhledání byly použity databáze: katalog knihovny NCO NZO Brno, Bibliographia medica Čechoslovaca, CASLIN, Medline, ProQuest, Google Scholar, Google Knihy. Tato rešerše obsahovala 98 záznamů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ

Agresivní chování definujeme jako „*porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty*“ (Vágnerová, 2008, s. 757). Je to každodenní smutný jev s velkým dopadem na celou společnost. Jeho zničující důsledky jsou denně prezentovány v různých médiích. Na celém světě se odhaduje 1,43 milionu úmrtí za rok jako následek mezilidských sporů. Do tohoto čísla se nepočítají oběti válečných konfliktů. Ovšem množství obětí, které nezemřely, je mnohem větší. K násilnostem dochází v mnoha souvislostech a většinou jde o samostatné násilné jednání jedince. Většinu tohoto konání mají na svědomí duševně zdraví lidé. Uvádí se, že každý pátý muž a každá druhá žena jsou v dospělosti nejméně jednou vystaveni fyzickému násilí (Látalová, 2013, s. 10).

Společná povaha lidského bytí se projevuje tak, že jsme schopni se přizpůsobit společenskému očekávání, vyhnout se konfliktům s autoritami a spolupracovat. Je však patrné, že se lidé k sobě nechovají jenom přátelsky. Svědčí o tom množství různých hádek, sporů a válek. Lidé zápasí navzájem a také dokáží jeden druhého zavraždit. Jak tedy vysvětlit tento rozpor? Teorie psychoanalytika Sigmunda Freuda vycházela z toho, že lidé čerpají ze dvou základních typů energie. Jsou jimi libido a thanatos. Libido je životadárné a usiluje o rozkoš, kdežto thanatos je destruktivní instinkt smrti. Podle jeho teorie k rozporům v lidském chování vedou právě konflikty způsobené těmito dvěma energiemi. Agresivitu popisoval destruktivní energií thanatos (Hayes, 2013, s. 116).

1.1 Vymezení pojmů

Agrese pochází z italského slova *agressio*, což v překladu znamená útok nebo napadení. Není žádná oficiální definice agrese, ale stále je uznávána Moyerova definice z roku 1976: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu*“ (Látalová, 2013, s. 16). Později ještě definici rozšířil o agresi vůči předmětům. Tato definice se dá použít také pro zvířata, avšak nezahrnuje agresi vůči sobě samému. Podobná je formulace amerického psychiatra Marka Kunika z roku 2010. Ten ji popisuje jako „*Slovní či fyzické jednání s cílem ublížit*“ (Látalová, 2013, s. 16). Jeho definice se zaměřuje na klinické použití. Tyto dvě tvrzení mají společné dva podstatné znaky. A to, že agrese musí být zjevná, to znamená, že ji můžeme pozorovat, a že chování musí být

záměrné-má vědomý cíl či účel. Z toho vyplývá, že jde o stav mysli člověka, ve chvíli, kdy jedná agresivně. Nedílnou součástí při každé definici agrese je stanovení úmyslu, protože k většině poškození dochází bez úmyslu, náhodně. Proto je také podstatou morálního i právního posuzování. Záměr účastníka je zásadním prvkem soudní psychiatrie. Může být ovlivněn několika faktory, kterými jsou např. kognitivní poruchy, užití psychoaktivních látek a další (Látalová, 2013, s. 16). Sociologická encyklopedie (Petrušek, 2018) agresi definuje jako „*chování, které vědomě a záměrně poškozuje druhého, ubližuje mu, způsobuje mu utrpení, omezuje ho a násilně mu brání ve výkonu činností, které chce vykonávat.*“ Jednoduchá definice agrese není snadná. Martínková (2016) ji popisuje jako „*útočné jednání, které je zjevné a záměrné a má za cíl způsobit škodu.*“ Podobně použila formulaci také Látalová (2013, s. 10), kde agresi popsala jako „*nepřátelské, zraňující nebo destruktivní chování, často způsobené frustrací, které může být kolektivní či individuální.*“

Oproti tomu termín **agresivita** je popisován jako „*typ chování charakterizovaný jako touha projevit se nebo vyjádřit svůj názor nepřátelským a škodlivým či násilným způsobem*“ (Hlavatá, 2012). Obecně lze říci, že agresivitu vnímáme jako určitou náchylnost v chování, které bývá zaměřeno proti sobě nebo okolí. Proto agresivní chování nikdy nevzniká z ničeho nic. Bývá vyvoláno situacemi, kdy jedinec nemůže dosáhnout svého cíle. Jinak řečeno, mezi jeho přáním a cílem stojí překážka, kterou nezvládá svými silami zdolat. Toto agresivní jednání bývá rovněž doprovázeno i silnými emocemi, podrážděností, hněvem, vztekem nebo snahou o provokaci. Nemusí jít vždy o získání nějakého cíle, může jít i o snahu o uznání nebo ocenění (Smrž, 2018). Rozdíl mezi agresi a agresivitou nejlépe popisuje Velký psychologický slovník (Hartl, 2010, s. 18-19), kde agresi popisuje jako „*nepřátelství, útok, útočné či výbojné jednání vůči osobě, předmětu či překážce na cestě k uspokojení potřeby (reakce na frustraci).*“ Kdežto agresivita je zde popisována jako „*sklon k útočnému jednání*“ (Hartl, 2010, s. 18-19).

Hostilita je „*pojmem odkazující na agresivitu, sklon k podrážděnosti, podezíravost, nespolupráci či žárlivost*“ (Látalová, 2013, s. 11). Jednodušší definici použil Nešpor (2008), který ji definoval jako „*nepřátelské naladění vůči světu i sobě*“.

Frustrace vychází z latinského frustratio, což znamená zklamání. Sociologická encyklopedie ji popisuje jako „*situace, v níž je motivovanému, zacílenému chování jedince postavena fyzická nebo psychická překážka v dosažení cíle, respektive je redukována nebo zcela eliminována očekávaná odměna*“ (Nakonečný, 2018).

Násilí je popisováno jako „závažná forma agrese, při které dochází k využívání převahy k vykonávání bezpráví vůči jiné osobě, respektive osobám“ (Špatenková, 2017, s. 196). Psychologický slovník ho popisuje jako „uplatňování síly k překonání odporu, obvykle provázené nepřátelstvím a hněvem“ (Hartl, 2010, s. 333).

1.2 Příčiny agresivity

Sklon k agresivitě je obvykle způsoben kumulací více různých vlivů. Může jít o vrozené dispozice, získané zkušenosti a také o aktuální podněty. Všechny tyto faktory můžeme hodnotit jen jako dílčí, které jen zvyšují riziko agresivního jednání.

„Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování“ (Vágnerová, 2008, s. 758). To se vysvětluje tím, že takové chování je užitečné k zajištění a obraně vlastního teritoria a k vytvoření a uchování společenské hierarchie. Předpoklady k agresivnímu chování nejsou u všech lidí stejné, liší se historií a sociokulturní tradicí společnosti. Nejvíce lidí má jen průměrné předpoklady k násilnému chování, extrémní se vyskytují jen vzácně. Jejich rozložení ve společnosti odpovídá Gaussově křivce.

„Větší sklon k agresii mají muži“ (Vágnerová, 2008, s. 759). Tato náchylnost je spojována s mužským pohlavním hormonem testosteronem. Z toho vyplývá, že muži s vysokou hladinou tohoto hormonu bývají výrazně konfliktní, mohou reagovat agresivně i bez předchozího impulzu a jejich chování bývá častěji označováno jako asociální. Tito lidé mají větší sklony vyhledávat vzrušení, bývají dominantní a asertivní.

„Větší pohotovost k násilnému chování může souviset i s duševní chorobou či vrozenou poruchou osobnosti“ (Vágnerová, 2008, s. 760). Typickým příkladem takového chování je násilné chování psychotiků, které vyplývá z jejich bludů a halucinací. U disociální poruchy osobnosti rovněž dochází ke zvýšenému sklonu k agresivitě. U těchto poruch jsou pozorovány změny ve fungování centrálního nervového systému. Zvýšené tendence k agresivnímu chování posiluje také užívání psychoaktivních látek. Obvykle jde o následek změny kontroly svého jednání.

Sociální složka okolního prostředí může posilovat tendence k agresivnímu jednání na základě charakteristických zkušeností, nebo také působit jako vyvolávající, ale také tlumící podnět. Nejdůležitějším zdrojem těchto zkušeností je rodina a vzor rodičů. Jedince ovšem ovlivňují i další sociální skupiny. Ty vytvářejí systém pravidel proti nežádoucímu

chování a vymezují, co je akceptováno. Hodnoty a normy různých skupin se liší, což má za následek různou toleranci k agresivnímu chování.

Aktuální situace může také působit jako spouštěč agresivního chování. To znamená, že za jiných okolností by tyto reakce nebyly tak časté a závažné. Může se jednat se o okolnosti, kdy je nadměrné nakupení lidí na omezeném prostoru, nějaká nejasná a nepřehledná situace, v případě absence pravidel v určité skupině, nebo naopak, příliš striktní řád. Sklon jednat agresivně závisí také na aktuálním stavu jedince, kdy zátěžové situace, jako frustrace a stres, negativně ovlivňují daného člověka na všech úrovních (Vágnerová, 2008, s. 758-762).

Agresivní chování je u lidí pod kontrolou orbitofrontální kůry, která řídí reakce amygdaly na nepříjemné podněty. Pokud chybí tato kontrola orbitofrontální kůry, může aktivace amygdaly vést ke vzteku a následně k fyzické agresi. Poraněním orbitofrontální kůry a spánkového laloku může poskytnout větší prostor limbickému systému a tím k nekontrolovanému chování. (Látalová, 2013, s. 19-27). Zjednodušeně lze říci, že čelní lalok je zodpovědný za lidské chování a jeho poškozením se naruší spolupráce emočního a racionálního hodnocení. To se projeví jako změna regulace vlastního chování (Vágnerová, 2008, s. 759).

Za nejvýznamnější neurotransmiter této oblasti je považován Serotonin. Často potlačuje agresivní chování působením na receptory v orbitofrontální kůře a v předním cingulu. Proto může i špatné serotonergní zásobení těchto oblastí vést k agresivnímu chování. Zvýšené množství katecholaminů rovněž dokáže způsobit agresivní chování. Tento stav lze vyvolat například užitím kokainu a amfetaminu, které zvyšují tvorbu katecholaminů. To můžeme potvrdit i faktem, že užívání beta-adrenergických blokátorů (léky snižující noradrenergické účinky) působí na člověka proti-agresivně (Látalová, 2013, s. 19-27).

1.3 Dělení agresivního chování

Agresivní chování Látalová dělí do tří hlavních skupin. **Impulzivní** (není to plánované jednání, člověk nemá dostatek zábrán v chování a nezajímá se o následky svého chování), **psychotická agresivita** (vyplývá z psychotických příznaků při halucinacích, paranoidních bludech, nebo při poruše zpracování informací u mánie), **instrumentální agrese** (tento typ bývá běžný u většinové populace i u psychiatrických pacientů, jedná se o plánovaný čin páchaný za účelem uspokojení určité potřeby). Dále ho klasifikuje podle několika následujících kritérií.

Podle cíle agrese rozlišuje zaměření vůči sobě, okolí, lidem nebo předmětům. **Podle způsobu chování** popisuje agresi fyzickou, verbální, přímou a nepřímou. Také násilné chování dělí **podle příčin**. Mezi ně patří politické, společenské, ekonomické, zdravotní a psychologické vlivy a ve velké míře také frustrace. Jako nejrozšířenější dělení uvádí rozlišení předem připravené agrese a impulzivního jednání. **Předem připravená agrese** je plánovaná a není spojována s frustrací nebo bezprostředním ohrožením. Bývá také nazývána jako predátorská nebo rovněž aktivní. Oproti tomu **impulzivní agrese** je popisována drážděním autonomního nervového systému. Vzniká jako následek provokující události spojené s negativními emocemi, kterými jsou strach nebo vztek. Často vzniká i při dlouhodobém chronickém stresu. Tento typ agrese se stává patologickým tehdy, když je svou silou nepřiměřený nebo nepatřičný k vyvolávající situaci. Hranice mezi patologickou a normální formou agrese není zcela jednoznačná a jasná, protože při extrémní situaci, která může být při ohrožení života, bývá impulzivní agrese považována za obrannou. Což je součástí běžného lidského chování (Látalová, 2013, s. 10-19). Proto ji není nutné vnímat vždy jen striktně negativně. Má totiž také svůj přirozený účel a velmi rozumné využití. V dřívějších dobách sloužila, a ve zvířecí říši stále ještě slouží, k ochraně teritoria a obraně tlupy či rodiny (v případě zvířat smečky). Stále je přirozenou součástí lidského myšlení a chování, protože i v dnešní době ji využíváme k obraně, ochraně, hájení zájmů a území, získávání potravy a k porážce nepřítele. Dlouhou dobu byla nezbytnou schopností pro udržení rodu, kdy její nedostatek mohl zapříčinit vymření celé rodiny nebo dokonce i živočišného druhu. Nicméně, v dnešním civilizovaném světě je agrese a agresivní chování většinou nežádoucí, i když ne zcela vyloučeno (Martínková, 2016).

Druhy agrese

- Verbální agrese se projevuje nadávkami, ironií až sarkazmem, používáním vulgarizmů, pomlouváním, ponižováním.
- Fyzická agrese většinou začíná strkáním a narážením. Takové jednání může být se zbraní či beze zbraně.
- Psychická agrese vede k emocionální újmě. Bývá narušená potřeba jistoty, blízkosti a bezpečí. Tento jev můžeme popisovat jako ponižování, šikanu, nadměrnou kontrolu či omezování (Andršová, 2012, s. 77).
- Poškozování věcí je přenesená forma agresivního chování. Může jít o bouchnutí dveřmi, házení věcmi, kopání do vybavení zdravotnického zařízení. Taková jednání mohou signalizovat riziko napadení lidí.

- Sebeпоškozování je formou násilí k sobě samému. Může se projevat jako škrábání sebe, trhání vlasů, poškozování těla (řezání, pálení) a v extrémních případech končí sebevraždou (Venglářová, 2006, s. 83).
- Dravčí (predátorská) agrese slouží prvotně k získání potravy a k přežití. U lidí lze běžně tento stav sledovat sekundárně, a to například při získávání majetku a bohatství, pozemků nebo třeba moci a vlivu.
- Mateřská (i otcovská) agrese je spojena s rodičovským pudem. Vede k ochraně potomků a k zachování rodu. Rodiče bývají ke svým potomkům ochrannější a brání je i před mnohem silnějším nepřítelem.
- Samčí agrese panuje mezi samci a slouží k poražení konkurentů s cílem získat partnerku. Je podmíněna vlivem pohlavních hormonů, z toho vyplývá, že tato agrese se nevyskytuje před pohlavní zralostí a u kastrovaných jedinců.
- Sexuální agrese je spojená se sexuální činností. V patologické formě se může projevit například prosazováním dominance a nadřazenosti.
- Teritoriální agrese vede k obraně svého teritoria před narušiteli, zejména stejného druhu. U lidí můžeme pozorovat například vymezování a označení „Moje“, různé zámky, ploty, bezpečnostní opatření. Musí se však odlišit, zda jde o patologickou formu, protože Potřeba místa patří k základním sociálním potřebám.
- Stresem podmíněná agrese probíhá prostřednictvím přirozené reakce na stres, kdy jedinec reaguje známým způsobem, boj nebo útek, popřípadě strnutí. V tomto případě stresorem nemusí být nutně jen konfliktní a vyhrocená situace, ale svůj podíl může mít i okolní prostředí, teplota, nedostatek tekutin, pocit nepohody. V důsledku toho můžeme pozorovat i fenomén kumulování, kdy drobný stresor je tou pomyslnou poslední kapkou a spustí agresi zapříčiněnou jinými důvody.
- Ideologická agrese se objevuje u určitých skupin, kdy je rozlišováno MY a ONI. Tento druh agrese můžeme sledovat nejen při sporu v rodině, mezi sousedy, v pracovním kolektivu, ale také u etnických a náboženských konfliktů i na celosvětové úrovni. Nejedna válka stojí na základech ideologické agrese.
- Přenesená agrese má kořeny jinde, ale je přenesena na slabšího jedince, na kterém se takřikajíc vybije. Pomáhá vyventilovat vnitřní napětí a frustraci. Může se jednat o zaklení, nadávky, používání vulgarismů, výhrůžných gest nebo také křik ale také sem může patřit vylítí si hněvu na prodavačku v obchodě či výprask dětem.

- Psychoaktivními látkami podmíněnou agresi můžeme sledovat v několika dimenzích. Může jít o vliv samotné látky, nebo příznaky abstinčního syndromu, nebo pozorujeme agresi vedoucí k získání další dávky. Důležitou roli zde hraje osobnost daného člověka.
- Psychopatologickým stavem podmíněná agrese bývá doprovodem řady dalších diagnóz, kterým se dále věnuji v dalších kapitolách práce. Nicméně se hodí zdůraznit, že být duševně nemocný nutně neznamena být agresivní. U některých duševních poruch může vzniknout následná agrese až vlivem stresu. Na závěr bychom měly zdůraznit fakt, že většina duševně nemocných není agresivní, naopak většinu agresivních skutků konají lidé duševně „zdraví“ (Orel, 2016, s. 88-92).

2 AGRESIVITA V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Ošetrovatelskou praxí se rozumí konání „odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi“ (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Částka 9, 2004, s. 2). Ošetrovatelství, jako obor, si v péči o pacienty vytvořilo vlastní pozici, v níž ošetřující pracovníci dnes pracují výrazně samostatněji, než tomu bývalo dříve. V současné době je tendence poskytovat ošetrovatelskou péči vícestupňovým způsobem. Předpokladem tohoto je ošetrovatelský tým složený z pracovníků s různou úrovní vzdělání, která zároveň stanovuje kompetence jednotlivých pracovníků (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Částka 9, 2004). Jednotlivé kompetence stanovuje Vyhláška č. 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním platném znění (Vyhláška 391/2017 Sb.).

2.1 Rozdělení agresivního chování podle agresora

Podle agresora a jeho oběti můžeme popisovat následující tři situace.

Agresivní zdravotník vůči pacientovi

S touto situací souvisejí termíny iatrogenie a sororigenie, o kterých hovoříme v případech, kdy dojde k poškození nemocného chováním zdravotníka, slovem, nebo činem, nebo také působením zdravotnického prostředí. Nutnost pozitivního psychického působení na pacienta a odstranění nepříznivých psychologických vlivů je dáno etikou ve zdravotnictví, ale také požadavkem Úmluvy o lidských právech a biomedicině, podle které má každý občan právo na ochranu osobní identity, cti, důstojnosti a vážnosti u spoluobčanů. Pokud jsou tyto principy porušovány, může to mít právní důsledky. Avšak samotné neetické jednání zdravotníků s pacienty, nebo jejich blízkými nemívá v naprosté většině případů trestně právní důsledky (Ptáček, 2011, s. 473).

Agresivní chování zdravotníků se může projevat různými způsoby. Můžeme se setkávat se situacemi, kdy jsou pacienti izolováni a zároveň nemají dostatek individuální péče. Je od nich očekáváno, že se přizpůsobí rutinnímu chodu pracoviště bez ohledu na jejich zvyklosti. Staří lidé se setkávají s psychickým násilím, kdy zdravotníci na jejich projevy reagují neprofesionálně. Také se můžeme setkat se zdravotníky, kteří se k pacientům chovají nezdvořile, oslovují je nevhodně nebo vůbec a nevěnují jim dostatek pozornosti, v některých případech ani nereagují na signalizaci. Jako fyzické násilí můžeme považovat také jakýkoliv

fyzický zákrok, ke kterému nedal pacient svolení. Zvláštní pozornost proto musíme věnovat nutnosti použití omezovacích prostředků, které by nebylo provedeno lege artis (pravidla použití omezovacích prostředků lege artis jsou popsány v kapitole 2.5.2). Vyvarovat bychom se také měli postrkování s pacienty nebo fyzickému útoku – bití rukama nebo předměty. Za agresivní chování zdravotníků se dá také považovat zanedbávání bezpečnostních pravidel a hygienických postupů (Židová, 2009, s. 26).

Vymětal (1999, s. 180) popsal tři skupiny pacientů a osob blízkých, kteří nejčastěji vyvolávají hněv a agresivní chování zdravotníků. Jsou jimi nespolupracující pacienti, kteří nedodržují léčebné doporučení a postupy, neužívají předepsané léky apod. Dále pacienti, kteří sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům, nebo jiným pacientům a v neposlední řadě pacienti, kteří ponižují, znejišťují a zneklidňují zdravotnický personál, neustále kritizují jeho činy a vedou vůči němu různé intriky a pomluvy (Vymětal, 1999, s. 180).

Agresivní zdravotník vůči jinému zdravotníkovi

Většina z nás si termín šikana nejčastěji spojuje s návštěvou školního zařízení nebo s povinnou vojenskou službou (Pražský, 2012). Tento výraz pochází z francouzského „*chicane*“ a znamená zlomyslné obtěžování, týrání, sužování a pronásledování (Kopecká, 2015, s. 57). Bohužel tento úkaz zavítal také na pracoviště zdravotnických zařízení. Šikanu na pracovišti můžeme popsat dvěma způsoby. V případě šikany od kolegů hovoříme o mobbingu a v případě, že se jí dopouští nadřízený pracovník, hovoříme o bossingu. V těchto případech se jedná o cílené, dlouhodobé a převážně psychické poškozování konkrétními osobami na pracovišti. Může jít o pomluvy, zesměšňování, ponižování, zahanbování, zastrasování nebo také finanční újmu, aj. Někdy je toto chování ovšem zaměňováno za běžné konflikty v práci, proto se málokdy řeší. Přitom nejvíce škodným na této situaci bývá právě zaměstnavatel, protože v neharmonickém prostředí, plném strachu a psychického vyčerpání se výrazně snižuje produktivita a kvalita odvedené práce. Ten, kdo se šikany dopouští, bývá považován za dobrého pracovníka, který ovšem zneužívá své postavení nebo svou pověst. V některých případech může jít také o špatného pracovníka, který si tak může upevňovat pozici „*šéfa*“ a napravovat si tím své ego a nízké sebevědomí. Tento člověk bude svému nadřízenému podávat lživé a zkreslené informace vyznívající v neprospěch šikanovaného (Pražský, 2012).

Mobbing začíná obyčejnými konflikty na pracovišti, můžeme pozorovat naschvály a pomlouvání mezi spolupracovníky. Ze začátku ještě nemusí jít o plánované chování.

Toto se ovšem dále stupňuje a konflikty přechází již v systematický teror a jednání agresora je plánované s jasným záměrem poškodit konkrétního pracovníka. Dále dochází k útokům, obviňování a pracovnímu přetěžování. Útočník se snaží svou oběť pomlouvat před vedením, což vede k dalším křivdám, a pokud se to včas neřeší, tak mobbing dostává požehnání od vedení společnosti. Ve finále je šikanovaný zlomen a může vykazovat znaky chování, které mu byly zpočátku neprávem vytýkány. Mobbingu je důležité předcházet, toho lze docílit kvalitním a efektivním managementem na úrovni celé společnosti a také morální a osobnostní kvalitou jednotlivých manažerů. Oběť by měla vyhledat pomoc statečného kolegy a požádat o pomoc. V případě prokázání viny, je vhodné napomenutí mobbujícího. Oběť mobbingu by měla mít možnost opustit po dohodě pracoviště, ale vhodnější je zvládnout situaci s pomocí psychologa, kouče, mentora či psychiatra. V neposlední řadě se lze obrátit na odbory a požádat o pomoc tam (Kopecká, 2015, s. 61-63).

V případě bossingu můžeme pozorovat přidělování podřadných úkolů, bezdůvodné překládání na jiná pracoviště, neustálé kritizování a napomínání, devalvací pracovníka a jeho vyloučení ze vzájemné komunikace. Může jít i o neustálou a zbytečnou kontrolu práce s vytýkáním chyb, vyhrožování ztrátou zaměstnání a odepření náležitého platu a odměn. V takovém případě je možnost obrany velmi nízká. Úspěchu lze dosáhnout obvykle jen s pomocí justice (Kopecká, 2015, s. 64).

Obětí mobbingu i bossingu se může stát v podstatě kdokoliv. Může jí být žena pracující výhradně v mužském kolektivu, ale i naopak, muž pracující v ženském kolektivu. Bývají to také mladé a krásné dívky, které pronásledují jejich starší kolegyně, nově nastupující pracovníci, nebo kreativní zaměstnanci, kteří chtějí rušit zastaralá zvyková práva. Také se obětí mohou stát příbuzní nadřízených, nebo též zaměstnanci, kteří se odmítnou více intimně sblížit s kolegou či nadřízeným (Kelnarová, 2010, s. 154). U mnoha obětí vzniká posttraumatická stresová porucha, která může vést až k depresi, obsesi a apatii (Kopecká, 2015, s. 64).

Zvláštním případem šikany na pracovišti je sexuální obtěžování. Jde o „*nevyžádané chování sexuální povahy, nejčastěji směřované od kolegy nebo nadřízeného směrem ke kolegyni*“ (Venglářová, 2011, s. 123). Nejde většinou o formu dvoření, ale spíše o demonstraci převahy. Sexuální obtěžování odlišíme od nevinného flirtování tak, že oběť si takové jednání nepřeje a dá to najevo. Aktér i nadále překračuje hranice, které již jsou nepřijatelné a svými urážkami se snaží vyvolat pocit ponížení ve své oběti. Oběti mívají často obavy se bránit a bojí se následků. Ve vyhraněných situacích může dojít k vynucení

milostného vztahu nebo také k pokusu o znásilnění. Nejčastějšími oběťmi jsou ženy do třiceti let a až jedna čtvrtina žen se v průběhu života setkala s některou formou sexuálního obtěžování. Řešení takové situace není snadné. Oběť je ve stresu a snaží se spíše naznačovat než situaci důrazně řešit. Na prvním místě je nutné dát jasně najevo, že takové chování je nežádoucí a nepřípustné. Ideálně tak učinit před svědkem. Dále je vhodné napsat aktérovi písemné vyjádření a tam uvést konkrétní popis události, sdělit kdy a jak k obtěžování došlo, popsat dopady a následky pro oběť. V takovém vyjádření se doporučuje také sdělit požadavky, těmi může být okamžité ukončení nevhodného chování, popřípadě žádost o omluvu. V posledním bodě by měly být sepsány informace o postupu, který bude následovat při opakování sexuálního obtěžování. Na vážnosti písemného vyjádření přidá, sepíše-li ho advokát. Dále je nutné si pořídit kopii a dopis poslat aktérovi doporučeně. Dalšími možnostmi, jak řešit tuto situaci je konzultace s personalistou, popřípadě zvolit právní cestu. Zákoník práce se zabývá také ochranou zaměstnance před obtěžováním. Ovšem dokazování pravdy bývá většinou velice obtížné (Venglářová, 2011, s. 123-129).

Agresivní pacient vůči zdravotníkovi

Množství agresivních pacientů stále roste. Nejde jen o oddělení s psychiatrickou péčí nebo ochrannou léčbou, záchytné stanice nebo záchrané služby. S nárůstem násilí se můžeme setkat i na jiných, běžných pracovištích. Tam je jejich zvládnutí ztížené tím, že nejsou tolik očekávaná a zdravotníci jsou jimi zaskočeni a mnohdy jim chybí zkušenosti s jejich řešením (Palečková, 2019). Touto problematikou se podrobněji zabýváme v následující části diplomové práce.

2.2 Příčiny násilí ve zdravotnictví

Jan Vymětal, již v roce 1999 popsal, jaké jsou nejčastější příčiny agresivního jednání pacienta. Ve své knize Lékařská psychologie upozorňuje na skutečnost, že agresivní jednání pacienta většinou bývá kombinace několika následujících okolností, které se sčítají a překročí-li subjektivně únosnou hranici, dojde k útočnému jednání. Těmito okolnostmi může být následující:

- pocit ohrožení nebo strachu (obavy z lékařského výkonu, strach ze smrti, další existenční obavy),
- pocit křivdy nebo nespravedlnosti,
- zklamání v očekávání (frustrace z pocitu nedostatečné péče),

- větší zátěž, která bývá spojená s aktuální podrážděností. Agresivní jednání poté může nastat při nepříjemném (dlouhé čekání v čekárně) či obtěžujícím (opakované dotazy na stejné informace) jednání,
- pocit ponížení, uražení či zesměšnění,
- pocit bezmoci,
- pocit vlastní viny (svoji agresivitou se snaží najít viníka jinde),
- intenzivní, vyčerpávající bolest (Vymětal, 1999, s. 180),
- nesprávná interpretace reality (duševní onemocnění, vliv návykových látek),
- psychopatické poruchy osobnosti (agresivní chování bez zřejmého důvodu),
- pocit ohrožení zájmu pacienta (strach matky při opuštění dítěte z důvodu lékařského výkonu), (Venglářová, 2006, s. 82).

Petr Škrla v knize Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních popisuje rizikové faktory podílející se na vzniku násilí. Na prvním místě zde zmiňuje přímý kontakt s rizikovými skupinami pacientů, například s alkoholiky nebo drogově závislými. Jako další rizika zmiňuje nedostatečný počet zaměstnanců při poskytování péče, dlouhé čekání pacientů na ošetření a zároveň přeplněné a špatně vybavené čekárny. Jako další hrozbu vidí v nepřipravenosti personálu a zároveň jeho nedostatečné zabezpečení. Rizikovými místy mimo ordinace lékaře uvádí špatně osvětlené chodby a také parkovací prostory (Škrla, 2008, s. 155).

Mezinárodní průzkum ze Spojených států Amerických a sedmnácti dalších zemí prokázal, že 80 % sester se setkala s nějakou formou násilí. Tato studie rozdělila útoky v nemocnicích dle pracoviště, 41 % útoků bylo na psychiatrii, 18 % na pohotovosti, 13 % na interním oddělení, 8 % na oddělení chirurgie, 7 % na dětských odděleních a zbylých 13 % bylo na ostatních odděleních. Studie rovněž prokázala, že násilí na pracovišti je ovlivňujícím faktorem v globálním úbytku sester a negativně ovlivňuje nástup nových sester a dobu trvání pracovního poměru (Privitera, 2011, s. 30).

Pekara (2016a) upozorňuje na existenci případů, kdy sami zdravotníci přímo svým chováním přispívají k násilnému chování. Nemusí to nutně znamenat, že zdravotník je zlý, ale často z neznalosti, nebo nevhodným přístupem či nevhodnou komunikací vyvolává ve druhé straně nelibé pocity, které mohou vést až k násilí. Mnohdy se zdravotníci takto chovají i nevědomky.

Zdravotníci se velice často domnívají, že k dostatečné léčbě stačí pouze stanovit správnou diagnózu a nastavit účinnou terapii. Málokdo bere v úvahu i pacientův postoj k léčbě a možnosti, jak jej ovlivnit. V této souvislosti má zásadní vliv komunikace mezi nemocnými a zdravotníky. Lze popsat pět nejčastějších chyb v komunikaci, kterých se zdravotníci stále dopouštějí (Raboch, 2012, s. 86).

Ignorování nemocného, nebo jeho pokusů o komunikaci. Za toto jednání lze považovat i mlčení, když nemocný očekává odpověď, tudíž se mu nedostává dostatečných odpovědí. Nebo když lékař/sestra odejde, zatímco pacient stále mluví, nevěnuje mu dostatečnou pozornost a během rozhovoru se zabývá něčím jiným. Zdravotníci také mnohdy ignorují to, co nemocného zajímá, náhle a nevhodně mění témata rozhovoru. Někdy se rovněž nemocní cítí ignorováni, v důsledku dlouhého a nevysvětleného čekání.

Nevhodný komunikační styl, znemožňující či znesnadňující účast nemocného. K tomuto může dojít, když nemocný líčí své potíže a lékař ho nevhodně přerušuje otázkami. V důsledku toho je nemocný nucen si nechat pro sebe něco, co považoval za důležité. Také, když lékař nebo sestra vedou monolog, kladou uzavřené otázky, nebo mají chování, které omezuje možnost dalšího volného vyjadřování. Někdy se zdravotníci také spoléhají na specifické otázky a nedávají pacientovi dostatečnou příležitost objasnit a vysvětlit svůj problém.

Chování, kterým se zdravotníci od pacienta vzdalují, eventuálně distancují. Může se jednat o vyhýbání se očnímu kontaktu, nebo užívání neosobní mluvy. Patří sem zmínit také skrývání vlastních emocí. Zdravotníci se často domnívají, že nedat emoce najevo je vlastně profesionální přístup. Někdy se lze setkat i se zamítáním toho, co nemocný cítí, jaké má potřeby a otázky. I v dnešní době se můžeme stále setkat s porušováním běžných konverzačních pravidel ze strany zdravotníků. Mezi ně patří představit se a odpovědět na kladené otázky. Někteří zdravotníci stále neberou v úvahu to, co nemocného zajímá včetně sdělení diagnózy, příčiny potíží, průběhu léčby a prognózy.

Vyjadřování, která jsou dvojsmyslná nebo rozporuplná. Do této oblasti můžeme zařadit používání odborných výrazů, které nemocné mate, či zavádí. Studie ukázaly na to, že odbornou mluvu, bez ohledu na to, zda nemocný rozumí, použili lékaři více než v polovině případů. Velmi častý je i rozpor mezi komunikací verbální a neverbální. Nemocní jsou velice citliví na neverbální složku sdělení, čemuž zdravotníci mnohdy v časové tísní nevěnují pozornost.

Odmítavý postoj k nemocnému (ponižující komentáře, negativní vyjadřování). Tato komunikační chyba se pravděpodobně vyskytuje méně často, ale je téměř pravidelná v žalobách zdravotníků pacientem (Raboch, 2012, s. 86-87).

2.3 Oběti agresivních pacientů

Látalová (2013, s. 44) uvádí, že mezi zaměstnanci nemocnice bývají více ohroženy násilím sestry nežli lékaři. Tuto skutečnost potvrzuje i Pekara (2016a), který to vysvětluje tím, že právě ony tráví s nemocnými nejvíce času a bývají po dobu celé své služby pacientovi neustále na blízku, na rozdíl od lékařů, sanitářů a ostatních pracovníků. Z dalšího detailního zkoumání bylo zjištěno, že středoškolsky vzdělané sestry byly vystaveny násilí více nežli vysokoškolsky vzdělané.

Australská studie z roku 2017 potvrdila, že násilné chování je obrovským sociálním problémem a nárůst tohoto jevu se odráží na nejzranitelnějších pozicích, jimiž nejsou jen sestry, ale také studenti zdravotnických škol. Tento jev vede ke stresu a nežádoucím událostem. Rovněž často dochází k vzájemnému nepochopení, které vede k eskalaci problémů u studentů zdravotnických škol. Proto studenti ošetřovatelství nejsou ohroženi jen po jejich individuální stránce, ale především je ohrožena jejich kariérní budoucnost. V prosinci 2017 byl v Austrálii publikován článek na serveru Science Direct, který následující rok v březnu převzal magazín Nurse Education Today s názvem Agrese a násilí ve zdravotnictví a jeho dopad na studenty ošetřovatelství. V tomto textu autoři upozorňují na tři důležité problémy. 1. Násilí a agrese má negativní dopad na psychiku a psychický stres studentů ošetřovatelství, 2. studenti ošetřovatelských oborů jsou více vystaveni agresi a násilí, v porovnání s ostatními pracovníky ve zdravotnictví, 3. studenti ošetřovatelství jsou nejzranitelnější a rovněž nejméně vybavenou skupinou pro zvládnutí těchto situací, což je pochopitelně dáno jejich nedostatečnými zkušenostmi (Hopkins, 2018).

2.4 Prevence agresivního chování

Snížení množství agresivity ve zdravotnické praxi můžeme docílit zlepšením komunikačních dovedností a osvojením si komunikačních praktik, které vedou k pocitu ocenění hodnot nemocného. Tyto komunikační techniky pomáhají vytvořit důvěryhodné prostředí.

2.4.1 Pravidla komunikace

Nutnost dosáhnout spolupráce. Během prvních chvil setkání musíme navázat kontakt. Ten bývá s nově přichozím pacientem delší než s opakovaně vracějícím se nemocným. Výjimku tvoří urgentní ošetření, ale i zde má kontakt svoji důležitou úlohu. Pro navození přátelské atmosféry se doporučuje následný postup – pozdrav, oslovení pacienta jménem, představení se a podání ruky, uvedení nemocného na místo následného rozhovoru, zaujetí klidné a empatické pozice a uvedení rozhovoru frází, například „*Řekněte mi, co Vás trápí*“. Navázání spolupráce lze dosáhnout i dodržováním následujících pravidel. Komunikujte vřele a chovejte se jako v roli hostitele při návštěvě. Zajímejte se také o osobu, ne, jen o medicínské problémy, Hledejte spojitosti, podobné zkušenosti, dosáhněte vzájemné důvěry. Všimněte si výrazů, které nemocný používá, je vhodné používat stejné výrazy. Při navazování kontaktu je důležitý vítající, sympatický úsměv, správné, pevné podání ruky a navázat oční kontakt. Dále je na řadě vyzvat nemocného k vyjádření svých potíží. Ten má na srdci něco, co chce sdělit. Tím je většinou prožitek nemoci a vyjádření jeho starostí. Tento příběh je nutný vyslechnout celý. Platí zde pravidlo, že první 2 až 3 minuty patří pacientovi. Užívejte otevřené otázky, z vašich reakcí musí být zřetelný zájem. Někdy je vhodné parafrázovat nemocného, povzbudit ho k vyjádření svých potíží, někdy je vhodné zrekapitulovat nebo shrnout získané informace. Potřebujete-li se na něco zeptat, udělejte to klidně a zdvořile. Někdy je nutné taktně vrátit pacienta k jádru rozhovoru. Dalším krokem je ustanovit si na čem společně budete pracovat. I když si myslíte, že víte, proč nemocný přišel, může se stát, že existuje stále nějaká okolnost, o které nevíte. Úkolem zdravotníka je dohodnout se na následném postupu. Pátrejte po tom, co nemocný očekává a čeho chce docílit. Může se stát, že je to něco jiného než se lékař či sestra domnívají.

Vcíťení se do pozice pacienta. Klíčové je, vytvořit příjemnou atmosféru. Neverbální chování zdravotníků, rovněž prostředí pracoviště usnadňují nebo naopak sťažují další spolupráci s pacientem. Mělo by být automatické, že zdravotníci dbají na pohodlí a důstojnost nemocného za všech okolností. Před jakýmkoliv výkonem je nutné nejprve vysvětlit, co bude následovat a odpovědět na všechny otázky či obavy pacienta. Zdravotníci by se měli vyvarovat používání medicínského žargonu. Při kladení otázek, naslouchejte a dívejte se na pacienta. Dále se doporučuje být na stejné výškové úrovni jako nemocný. Není vhodné stát, pokud nemocný sedí, výjimku tvoří pouze nutné okolnosti při klinickém vyšetření. Poslední doporučení se týká nevhodnosti kladení překážky mezi sebe a pacienta. Většinou jí bývá psací stůl. Nutný je pro pacienta i pocit bezpečí. Podpořte pacienta

k vyjádření všeho, co ho trápí, zajímejte se o pacientovo prožívání, a jak nemoc ovlivňuje život nemocného. Stejně tak posuďte životní okolnosti, které ovlivňují jeho nemoc. Doporučuje se zeptat se nemocného, jak si vysvětluje své obtíže a projevovat empatii.

Edukace nemocného. Jako první zdravotníci musí odhadnout pacientovi znalosti. Většinou nemocní zapomenou asi 50 % toho, co se dozvěděli již v momentě, když odcházejí z ordinace. Je důležité podat jim dostatečné informace, které vyplní jejich mezery. Zjistěte, co nemocný ví, co neví a jak rozumí své situaci. Hned v druhém kroku je nutné si ověřit, zda nemocný porozuměl sděleným informacím a zda mu byly zodpovězeny všechny otázky, které ho trápily. Je vhodné klast otázky typu „jak a čemu“ nemocný porozuměl a ne „zda“ nemocný porozuměl.

Angažování se. Je velice vhodné, aby se nemocný stal vaším partnerem v péči o své zdraví. Většina nemocných má jasnou představu o svém stavu a diagnóze. Pokud se představy zdravotníků liší, dá se předpokládat, že nemocný bude spíše spoléhat na tu svoji představu. Proto je nutné shodnout se pacientem na společné diagnóze. Toho lze dosáhnout tak, že proberete nesoulad mezi vaší diagnózou a diagnózou nemocného. V této fázi není vhodné, jakkoliv hodnotit úsudek nemocného, popřípadě dalších osob (příbuzní, jiný lékař apod.), protože neznáte věrohodnost pacientova vyjádření.

Dohoda na způsobu léčby. Je důležité mít na paměti, že je to pacient, kdo rozhodne o tom, zda se bude nebo nebude řídit doporučeními zdravotníků. Navrhnutý léčebný režim musí být jednoduchý a jasný. Pokud je složitější, je vhodné podat ho i písemně. Je nutné popsat, k jakým výsledkům navrhnutá léčba povede a popsat i její časový rozvrh. Vhodné je rovněž zmínit možné nežádoucí účinky a postup při jejich výskytu. A na závěr by se měla vyžádat zpětná vazba, aby se zdravotníci ujistili, že sdělenému postupu nemocný skutečně rozumí a ví, co má dělat. Rovněž bychom měli zjistit, jestli existují nějaké překážky, které zabraňují nastavenému léčebnému režimu.

Ukončení rozhovoru. Na závěr rozhovoru je vhodné zopakovat plán léčby, potvrdit důležitost dodržení stanoveného postupu, vyjádřit naději na úspěch a rozloučit se. Spokojenost nemocného s konzultací významně ovlivňuje jeho úroveň spolupráce se zdravotníky (Raboch, 2012, s. 92).

2.4.2 Příprava budoucích sester na ošetřování agresivních pacientů

Ve zdravotnictví je agrese a násilí obrovským sociálním problémem. Nárůst tohoto jevu se odráží na nejvíce zranitelnějších pozicích, jimiž jsou sestry a studenti ošetřovatelství.

V literatuře již bylo několikrát popsáno, že agrese a násilí má významně negativní dopad na sestry i studenty a vede ke stresu a nežádoucím událostem. Rovněž se často setkáváme s nepochopením, které vede k eskalaci problémů u studentů ošetrovatelství. Proto tito studenti ošetrovatelství nejsou ohroženi jen po jejich individuální stránce, ale především je ohrožena jejich kariérní budoucnost (Hopkins, 2018).

V rámci vzdělávání praktických sester jsou studenti středních zdravotnických škol, v hodinách psychologie, mimo jiné připravováni rozpoznávat verbální i neverbální styly komunikace s pomocí řešení modelových situací. Získávají také základy asertivní a neasertivní komunikace, učí se identifikovat direktivní a nedirektivní způsoby chování, zásady zdravotnické etiky a společenského chování a učí se dodržovat práva pacientů. Po nastudování těchto témat by měl student předvést taktiku komunikace s agresivním nemocným (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání, 2018).

Pro vzdělávání všeobecných sester je vypracován kvalifikační standard, který specifikuje podrobnější minimální požadavky pro bakalářský studijní program a pro program vyšší odborné školy. V něm je mimo jiné stanoveno kritérium pro předmět Komunikace ve zdravotnictví. Jedná se o teoreticko-praktický celek, který tvoří základ znalostí a dovedností sester při navazování kontaktu a získávání důvěry pacienta a pro kvalitní péči o jeho individuální potřeby. Úkolem je poskytnout studentům teoretické znalosti i komunikačních dovedností umožňující profesionální chování v nejrůznějších situacích při ošetrování pacientů, poskytování péče jejich blízkým, ale také při komunikaci mezi spolupracovníky (Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra, 2018).

2.4.3 Vybrané projekty na podporu vzdělávání sester

V letech 2011 spustilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Aesculap Akademie pořádat rozsáhlý vzdělávací program o prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků. Projekt se zaměřuje na edukační činnost a jedním z témat je právě bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví (Pekara, 2015, s. 14).

Také Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCO NZO) nabízí pro sestry kurz nácviku komunikačních dovedností se zaměřením, jak zvládat agresivního pacienta a techniky zvládnutí agrese (Praktické zvládnutí agresivního pacienta, NCO NZO).

2.5 Řešení agresivního chování

V České republice neexistuje žádný podrobnější průzkum či systém, který by kontinuálně monitoroval a hodnotil situaci agrese ve zdravotnictví. V povědomí laické i zdravotnické populace panují tři nejčastější mýty na toto téma. Jsou jimi: násilí se dá očekávat nejčastěji na psychiatrii, za agresivní chování může vždy pacient nebo jeho příbuzný a zdravotníci vědí, jak reagovat, když je pacient napadne. Z příběhů napadení zdravotníků vyplývá, že – konflikty ve zdravotnictví bývají způsobené především neovládnutými negativními emocemi a případná neprofesionální gesta zdravotníků bývají následkem jejich ochranné reakce. Je vždy lepší vynaložit maximální úsilí na předcházení konfliktů, než je následně řešit (Pekara, Bezpečnost personálu-b).

2.5.1 Doporučené postupy k deeskalaci násilí

Pro případ, že by mělo dojít k jakémukoliv násilí na zdravotníka, sepsal Pekara (Bezpečnost personálu-a) následující doporučené postupy. V první řadě je nutné převzít kontrolu nad situací, aby následky byly co možná nejmenší. Toho lze docílit následujícími způsoby. Zachovejte klid a požádejte o pomoc, ideálně někoho z kolegů. Je vhodné udržet si mezi sebou a agresorem bezpečnou vzdálenost a mít na paměti také možnost únikové cesty. Dále je nutné se snažit o uklidnění situace. To znamená: mluvit s pacientem srozumitelně, používaný tón hlasu by měl být klidný, přesto ale pevný. Je nutné hlavně nepodporovat situaci tím, že bychom sami mluvili agresivně. Doporučuje se vyvarovat se prudkým pohybům nebo náhlým úsudkům, naopak je vhodné vcítit se do pocitů agresora a vyjádřit, že dotyčného slyšíte nebo chápete. Vyjádřit svůj přátelský postoj můžete i tím, že necháte ruce v dolní polovině těla a nebudete je zvedat, rovněž budete udržovat i oční kontakt.

Pokud na vás agresor křičí, doporučuje se neodpovídat hned, naopak bychom se měli snažit o chvílku ticha, čímž pomůžeme snížit napětí. Je dobré odpovídat rozvážně, v krátkých větách a důležité věci stále opakovat. Pacientovi nechte nějaký čas na odpověď a snažte se působit na agresora bez pocitu nátlaku. Tím, že budete svými slovy opakovat, co a jak jste pochopili, pomůžete vyjasnit informace oběma stranám.

Projevte zájem o pacienta a situaci, ve které se nachází. To můžete udělat tak, že ho oslovíte jménem, budete ho vybízet ke sdělení svých obav a příčin hněvu. Můžete ho také klidným tónem hlasu upozornit, že vulgarita a agresivita nemohou být tolerovány, lze použít větu: „*Mám z vás strach, pokud toho nenecháte, zavolám o pomoc.*“

Je vhodné připomenout agresorovi, že mu chcete pomoci. Lze také nabídnout nějaký kompromis, nebo se omluvit za možný nepřiměřený přístup od vás nebo od kolegů.

Pokud předešlé techniky nezaberou a nedojde k uklidnění situace, ale naopak dojde k fyzickému napadení zdravotníků či kohokoliv jiného, jste oprávněni použít takový způsob sebeobrany, abyste se vymanili z bezprostředního ohrožení. V tomto případě je nutné kontaktovat bezpečnostní službu nebo policii, přivolat na pomoc kolegy, připravit se na zajištění pacienta proti jeho vůli, je nutné ho předem varovat, vždy alespoň dvakrát, nahlas a ideálně před svědky. K tomu je také nutné mít dostatek personálu, platí pravidlo jedna osoba na jednu končetinu plus jeden, který velí a zároveň chrání hlavu a krk. Následně lze využít zklidnění agresora pomocí léků dle ordinace lékaře. Poté se musí veškerý postup podrobně zapsat do dokumentace pacienta a nesmí se zapomenout na nutnost kontroly, zda nedošlo k poranění pacienta. Je nutné myslet na to, že fyzické a farmakologické zákroky nejsou bezpečné způsoby, proto bychom je měli využívat jen jako poslední možnost řešení těchto mimořádných událostí. Je rovněž nutné tyto mimořádné události podrobně a dostatečně zdokumentovat. A bylo by vhodné, kdyby měl personál po takovém incidentu adekvátní psychickou podporu, eventuálně zajištěnou pomoc při náhradě škody (PEKARA, Bezpečnost personálu-a).

2.5.2 Použití omezovacích prostředků

Používání omezovacích prostředků je jasně dáno Zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. v platném znění. Tato problematika je popsána v § 39, který jasně stanovuje, že: *„Omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití a poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití“* (Zákon č. 372/2011 Sb.). Dále jsou zde popsány způsoby omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, povinnosti poskytovatele zdravotnických služeb ve vztahu k pacientovi a povinnost poskytovatele vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, obsahující souhrnné údaje o případech použití omezovacích prostředků za kalendářní rok (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků je propracováno ve Věstníku MZ ČR číslo 4/2018, v platném znění, který jasně stanovuje, že omezení volného pohybu pacienta za účelem odvrácení hrozby bezprostředního ohrožení života, zdraví pacienta nebo jiných osob se musí považovat za krajní řešení, ke kterému lze přistoupit pouze na dobu, po kterou důvody omezení pacienta trvají. Není přípustné používat tyto prostředky jako sankční opatření, z preventivních a ani z provozních důvodů (nedostatek personálu, nefunkční kamerový systém aj.). Omezení pacienta je možné provést po předešlém, neúspěšném použití mírnějšího postupu, například slovní mírnění, úprava okolního prostředí nebo nabídka podání léků za účelem zklidnění a jeho následné podání, pokud s tím pacient souhlasil. Výjimku tvoří pouze případ, kdy použití mírnějšího postupu nevede k dosažení cíle. K omezení pacienta lze použít úchop pacienta zdravotníky nebo jinými pověřenými osobami, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko (nelze použít v případě záchytné služby), umístění pacienta v místnosti k tomu určené, tzv. izolační místnost, ve které musí být zajištěno bezpečí pacienta a dohled nad ním, ochranný kabátek nebo vestu, který zamezují v pohybu horních končetin pacienta a podáním psychofarmak (i proti vůli pacienta). O omezení pacienta rozhoduje vždy lékař. Jen ve výjimečných případech, může toto rozhodnutí provést jiný nelékařský, zdravotnický pracovník, který je k tomu způsobilý. Jsou to situace, které vyžadují neodkladné řešení v případě, není-li přítomen lékař. V takovém případě je povinnost následně a bez zbytečného odkladu informovat ošetřujícího lékaře. Pacient by měl být vždy informován o důvodech svého omezení a o následujícím postupu. V případě použití těchto opatření je poskytovatel povinen informovat pacientova opatrovníka nebo jeho zákonného zástupce. Nemá-li pacient opatrovníka či zákonného zástupce, určí se podle § 33 zákona o zdravotních službách pověřená osoba, které se podávají informace o zdravotním stavu pacienta. Doporučuje se provést záznam o podání této informace v následujícím rozsahu: datum a způsob předání informace (telefonicky, osobně apod.), jméno, komu byla informace podána a jeho vztah k pacientovi (zákonný zástupce, určená osoba apod.) a typ použitého omezovacího prostředku. Následně je doporučeno předložit opatrovníkovi nebo zákonnému zástupci tento záznam k podpisu. K ukončení omezení pacienta dochází v případě, že pominou důvody vedoucí k jejich omezení. K tomuto rozhodnutí je způsobilý lékař a ve výjimečných případech také i jiný nelékařský zdravotnický pracovník, který o tom lékaře informuje.

Při použití omezovacích prostředků je povinnost provést záznam do zdravotnické dokumentace, a to bez zbytečného odkladu, včetně důvodu a způsobu tohoto omezení. Tuto povinnost upravuje vyhláška o zdravotnické dokumentaci číslo 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která byla novelizována vyhláškou č.137/2018 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Je nutné zaznamenat indikaci omezení včetně popisu druhu, důvodu a účelu omezení. Dále je nutné stanovit intervaly kontrol a jejich rozsah, zdokumentovat čas zahájení a končení použití omezovacích prostředků, provádět průběžné záznamy hodnocení důvodů použití omezovacího prostředku, záznamy o průběžném zhodnocení zdravotního stavu pacienta a v případě výskytu komplikací uvést i jejich popis. Je doporučeno, aby záznam o použití omezovacího prostředku ve zdravotnické dokumentaci obsahoval také výčet předchozích mírnějších postupů použitých před samotným omezením, včetně důvodu, proč nebylo možné použít mírnější postup. V případě použití kombinace omezovacích prostředků je vhodné doplnit časovou posloupnost těchto prostředků včetně jejich zdůvodnění. Dále se doporučuje provádět záznam o frekvenci kontrol fyziologických funkcí, stavu vědomí, chování pacienta a komplikacích plynoucích z omezení.

Použití omezovacích prostředků má poskytovatel zdravotnických služeb povinnost zaznamenávat do centrální evidence použití omezovacích prostředků, a to nejpozději do 60 kalendářních dnů od zahájení omezovacího prostředku. Zde se evidují údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť. Identifikační údaje pacientů se neevidují.

Poskytovatelům lůžkové péče je doporučeno vypracovat vlastní vnitřní předpis pro užívání omezovacích prostředků podle místních podmínek, pravidelně proškolenat zdravotnický personál o používání omezovacích, dále je nutné zaškolení nově přicházejícího zdravotnického pracovníka a následné periodické proškolení zdravotnických pracovníků na doporučená témata, kterými jsou použití deeskalačních technik, nácvik postupů při šetrné aplikaci omezovacích prostředků a základy sebeobrany (Věstník MZ ČR číslo 4/2018).

2.5.3 Záznam o násilí do zdravotnické dokumentace

Dojde-li k agresivnímu incidentu mezi pacientem a personálem, měly by se okolnosti, které jej doprovázely pečlivě zdokumentovat. A to bez ohledu na to, zda jde o fyzické napadení, vyslovenou hrozbu nebo verbální násilí. Zápis by neměl být pouze součástí hlášení mimořádných událostí, ale je více než vhodné provést duplicitní záznam do

zdravotnické dokumentace. Tento záznam by měli podepsat i přítomní svědci. Při zapisování je nutné mít na mysli, že v případě soudního sporu, v rukách soudních znalců, složí tento dokument jako dobrý obhájce, nebo také jako nebezpečný žalobce. Proto by se zápis měl provést s rozmyslem a v klidu. Z tohoto důvodu je doporučeno učinit zápis s odstupem času, protože zvýšená hladina stresových hormonů přetrvává v krvi více než 90 minut. Zpráva by měla být jasná a důkladná. V případě, že bylo nutné použít fyzický úchop či dokonce fyzickou obranu, je vhodné zápis doplnit o informaci, že byla použita jen taková síla, aby došlo k odvrácení útoku a že nebylo možné utéci. Musíme mít také na mysli, že zápis v dokumentaci neslouží jen k naší obhajobě, ale že nám také může uškodit. Měly by být zaznamenané veškeré informace o násilném incidentu, včetně situace, která mu předcházela, jaká byla použitá slova a jak incident skončil. Bohužel, současná situace je taková, že většina napadení se nehlásí a ani nezapisuje (Pekara, 2015, s. 46).

2.5.4 Hlášení nežádoucích událostí

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, je popsána ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 7/2018, který vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. června 2009.

Ministerstvo zdravotnictví podporuje sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky a sběrem dat v Systému hlášení nežádoucích událostí na centrální úrovni. Poskytovatelé zdravotních služeb mají povinnost aplikovat svůj lokální systém sledování nežádoucích událostí ve formě odpovídající potřebám jejich organizace. K tomuto účelu byly vytvořeny Metodické návody v Systému hlášení nežádoucích událostí, které mají pomoci zdravotníkům porozumět požadavkům na zadávání údajů o nežádoucích událostech na centrální úrovni.

Věstník Ministerstva zdravotnictví (č. 7/2018, s. 20) popisuje nežádoucí události jako: *„události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho zaměstnanec“*. Dále jsou za nežádoucí události považována také neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, která mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta, nebo události, kterými

došlo k tělesnému poškození pacienta a není dosud jisté, zdali bylo možné se těmto událostem vyhnout. V České republice jsou nejčastěji hlášenými nežádoucími událostmi dekubity, pády, chování osob, nehody a neočekávaná zranění a klinický výkon (Věstník MZ ČR číslo 7/2018, s. 20).

Definici nežádoucí události pro chování osob můžeme najít v Metodických materiálech ke stažení, zveřejněnými v Systému hlášení nežádoucích událostí. Tato nežádoucí událost je popsána následovně. „*Chování je soubor vnějších (pozorovatelných) projevů člověka. Sociální interakce je proces, který spočívá v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu. Tento proces může mít podobu verbální i neverbální. Jde o jakoukoli formu setkání např. mezi sestrou a pacientem, zdravotníkem a pacientem či dalšími osobami zainteresovanými v procesu poskytování zdravotních služeb. Toto působení vyvolává reakci*“ (Chování osob, Metodické materiály ke stažení, s. 5).

Do kategorie nežádoucí události pro chování osob mohou být zařazeni:

- nespolupracující pacienti, kteří nerespektují pokyny zdravotníků a nedodržují léčebný režim,
- pacienti s nepřátelským a hrubým chováním a vyjadřováním,
- situace spojené s užíváním či snahou si opatřit návykové látky,
- situace, které jsou spojené s obtěžováním (chování, které není přijatelné pro druhé osoby),
- situace, které jsou spojené s vnímáním jiné osoby a jejích odlišností. (konflikt s pacientem v souvislosti s jeho náboženskými rituály, barvou pleti, sociálnímu statutu, ageismus aj.),
- nepovolený odchod osob z oddělení bez předchozího nahlášení ošetřujícímu personálu,
- sebepoškození či sebevraždy (následek na zdraví či následek smrti),
- slovní napadení (slovní útok),
- fyzické napadení (brachiální útok),
- sexuální napadení (sexuálním obtěžováním různého stupně),
- situace spojené s poškozením materiálního zabezpečení,
- situace spojené s vyhrožováním (hrozba usmrcení),
- nepovolený vstup,
- krádež, finanční škoda (neoprávněné přisvojení si cizí věci či hodnoty),

- únos (nezákonné zmocnění se osoby nebo osob zpravidla proti její vůli),
- jiné situace, které není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií (nutno doplnit ve slovním popisu), (Chování osob, Metodické materiály ke stažení, s. 13-14).

2.5.5 Postoj Ministerstva zdravotnictví České republiky

V souvislosti se střelbou v Ostravské nemocnici, která se odehrála koncem roku 2019, vydalo ministerstvo zdravotnictví na svých internetových stránkách rozhovor s tehdejším ministrem zdravotnictví, Mgr. Adamem Vojtěchem, který se dotýká problémů našeho zdravotnictví. V otázkách bezpečí ve zdravotnických zařízeních zde Vojtěch přiznává, že je to záležitost velice složitá. To hlavně proto, že nemocnice jsou takzvané měkké cíle. Během dne se v nich vystřídá veliké množství lidí. Ministerstvo proto usiluje o vládní podporu programu ochrany měkkých cílů. Jak si tento program konkrétně představuje, zatím ale není známo. Dále ministerstvo získalo finance na dotace pro přípravu krizových plánů a na výcvik personálu v případě těchto situací, což se podle ministra zdravotnictví Mgr. Adama Vojtěcha osvědčilo i v Ostravě. Ministerstvo rovněž připouští, že je nutné stále pracovat na edukaci personálu v oblasti jejich bezpečí. Zmiňuje zde postupy při mimořádných událostech, jako příklad uvádí znalost postupu při evakuaci nebo rozvoj moderní technologie, jako je kamerový systém. V neposlední řadě chce i finančně podpořit bezpečnostní analýzy nemocnic proto, aby se definovala slabá místa a aby mohlo dojít k nápravě, třeba v množství kamerového systému, zamezení otevřených vstupů na oddělení, možnosti uzamykání dveří na dálku a podobně (Tácha, 2020).

2.5.6 Pomoc obětem násilí ve zdravotnictví

Krizová intervence. Jedná se o intenzivní pomoc v nějaké krizi, která je většinou nějak časově omezená a je limitovaná v dosahu. Cílem není problém člověka vyřešit, ale ustálit situaci, podpořit jedince a popřípadě ho nasměrovat k dalším účinným možnostem pomoci. Těmi mohou být různá poradenství či terapie, která mají širší schopnosti než samotná krizová intervence (Špatenková, 2017, s. 14).

Při poskytování krizové intervence je stěžejní navázat kontakt. Při něm sledujeme verbální i neverbální projevy (oční kontakt, řeč těla, tón hlasu, výraz v obličeji). Dále musíme mít na paměti, že člověk v krizi se často chová neadekvátně. To znamená, že jedná bez rozmyslu a často i agresivně. Ke kontaktu s takovým člověkem je potřeba zvolit, či připravit vhodné místo, které bude vzbuzovat pocit bezpečí a vyhradit si dostatek času. Je nutné shromáždit informace. K tomu lze použít parafrázování („*Pokud tomu dobře*

rozumím, tak...“). Poté pomůžeme sestavit plán, jak krizi vyřešit. Nejprve zjistíme, kdo by mohl být oporou v okolí jedince a popřípadě můžeme naplánovat pomoc od dalších institucí. Takové řešení si žádá dostatek času, trpělivosti, tolerance a citlivého přístupu. Měli bychom se vyvarovat utěšování, bagatelizaci, tlumení emocí, také není vhodné apelovat na silnou vůli, a vynucovat náhlá rozhodnutí. Je absolutně nepřijatelné v takovou chvíli někoho z něčeho obviňovat (*„Můžeš si za to sám.“*), odsuzovat (*„To nemůžeš myslet vážně!“*), moralizovat (*„Nemělas to dělat!“*), bagatelizovat (*„To znám, to nic není.“*) a dohadovat se (*„Před chvílí jsi mi tvrdil něco jiného!“*), (Andršová, 2012, s. 89-90).

Peer podpora. Jde o systém postavený na bázi kolegiální podpory, který vychází z předpokladu, že zdravotník běžně nepotřebuje psychoterapeutickou či psychiatrickou péči. Ovšem po prožití nějaké nadlimitně zátěžové situace však může potřebovat pomoc. Ta by mu měla pomoci zpracovat aktuální události a přispět k jejich vyřešení v jeho psychice. Cílem je navrácení jedince k běžné činnosti a výkonosti. Peer pracovník nemá potřebnou kvalifikaci pro psychoterapeutickou léčbu, ale je připraven poskytnout první psychickou pomoc a s odborníkem na duševní zdraví úzce spolupracuje. Je to vlastně kolega, který má podobné zkušenosti, navíc je ale proškolený v poskytnutí podpory v náročných situacích. (Podpora zdravotníkům).

Supervize. Jedná se o proces, který se zaměřuje na reflexi profesní role a činností spjatých s pracovní pozicí. Supervizor má pomoci nalézt porozumění pocitům a východisko odborných problémů jednotlivce, či celého pracovního týmu. Neřeší pouze problémy spojené s kontaktem s nemocnými, bolestí a stresem, ale také problémy ve vedení týmu, ve spolupráci s kolegy a také ve vztazích mezi sestrami a lékaři. Supervize poskytuje podporu, posiluje pracovní kompetence supervidovaného a v neposlední řadě přináší inspiraci. Supervize není kontrola a ani řízení činností. Je to pomoc najít nový směr. Konečná zodpovědnost je vždy na zaměstnanci a jeho vedení (Venglářová, 2013, s. 14-15).

2.5.7 Právní předpisy na obranu zdravotníka

Každý občan má nárok na obranu. U nás se tímto zabývá Trestní zákoník číslo 40/2009 Sb. v platném znění. Tento zákon rozlišuje od sebe 2 důležité paragrafy, a to:

§ 28 Krajiná nouze, která se popisuje jako *„Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem. Nejde o krajiná nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo*

způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet“.

§ 29 Nutná obrana popisuje jako *„Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajícím útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku“* (Zákon 40/2009 Sb.)

Tento zákon ovšem nevyžaduje, aby sebeobrana byla přiměřená, protože by byla neúčinná. Je nutné vést obranu do značné míry razantně. Nepřiměřenost útoku však nesmí být „zjevná“, to znamená zcela jasně a evidentně, na první pohled (Pekara, 2015, s. 47).

Následující uvedené situace řeší rovněž Trestní zákoník číslo 40/2009 Sb., který slouží nejen k obraně všech lidí v běžném životě, ale v některých případech zvlášť popisuje zdravotníky plnící své povolání.

Ublížení na zdraví řeší § 146, který uvádí *„Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta. Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na těhotné ženě, na dítěti mladším patnácti let, na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinnosti, na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, nebo na jiném pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání. Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem těžkou újmu na zdraví. Odnětím svobody na pět až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem smrt“* (Zákon 40/2009 Sb.).

Pomluva je uvedena v § 184, ve kterém je uvedeno: *„Kdo o jiném sdělí nepravdivý údaj, který je způsobilý značnou měrou ohrozit jeho vážnost u spoluobčanů, zejména poškodit jej v zaměstnání, narušit jeho rodinné vztahy nebo způsobit mu jinou vážnou újmu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok. Odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, spáchá-li čin tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem“* (Zákon 40/2009 Sb.).

Nebezpečné vyhrožování popisuje § 353, ve kterém se píše „*Kdo jinému vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo jinou těžkou újmou takovým způsobem, že to může vzbudit důvodnou obavu, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti. Odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, spáchá-li čin jako člen organizované skupiny, vůči dítěti nebo těhotné ženě, se zbrání, na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinnosti, nebo na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona*“ (Zákon 40/2009 Sb.).

Nebezpečné pronásledování řeší § 354. Je v něm uvedeno „*Kdo jiného dlouhodobě pronásleduje tím, že vyhrožuje ublížením na zdraví nebo jinou újmou jemu nebo jeho osobám blízkým, vyhledává jeho osobní blízkost nebo jej sleduje, vytrvale jej prostřednictvím prostředků elektronických komunikací, písemně nebo jinak kontaktuje, omezuje jej v jeho obvyklém způsobu života, nebo zneužije jeho osobních údajů za účelem získání osobního nebo jiného kontaktu, a toto jednání je způsobilé vzbudit v něm důvodnou obavu o jeho život nebo zdraví nebo o život a zdraví osob jemu blízkých, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti. Odnětím svobody na šest měsíců až tři roky bude pachatel potrestán, spáchá-li čin vůči dítěti nebo těhotné ženě, se zbrání, nebo nejméně se dvěma osobami*“ (Zákon 40/2009 Sb.).

Výtržnictví je popsáno v § 358. Tato část Trestního zákoníku byla novelizována Zákonem 390/2012, který situaci popisuje následovně. „*Kdo se dopustí veřejně nebo na místě veřejnosti přístupném hrubé neslušnosti nebo výtržnosti zejména tím, že napadne jiného, hanobí hrob, historickou nebo kulturní památku, anebo hrubým způsobem ruší přípravu, průběh nebo zakončení organizovaného sportovního utkání, shromáždění nebo obřadu lidí, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.*“ (Zákon 390/2012). *Odnětím svobody až na tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin opětovně, nebo jako člen organizované skupiny*“ (Zákon 40/2009 Sb.).

2.6 Přehled dříve realizovaných studií

Problematikou agresivního chování ve zdravotnictví se systematicky zabývají některé organizace již několik desetiletí. Ve zbytku teoretické části diplomové práce si představíme tři studie. Dvě z nich byly provedeny v České republice a jedna ve Švýcarsku.

Mgr. Radka Nitschová a PhDr. Jaroslava Králová

V roce 2004 proběhl v České republice, Institutem zdravotní politiky a ekonomiky ve spolupráci s Odborovým svazem zdravotníků a sociální péče a Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, výzkum v oblasti násilí na pracovišti ve zdravotnictví. Na ten navázaly Mgr. Radka Nitschová a PhDr. Jaroslava Králová v roce 2007, kdy použily stejnou metodiku a použily stejný standardní mezinárodní dotazník vydaný odborníky z ILO/ICN/WHO/PSI. Do výzkumného šetření se zapojilo pět nemocnic v České republice, bylo rozdáno 220 dotazníků s návratností 81,8 %. Použitý dotazník zjišťoval informace týkající se fyzického a psychického násilí, mobbingu, sexuálního obtěžování a rasového ponižování. Získané údaje byly dále porovnány s výsledky z výzkumu z roku 2004.

Výsledky výzkumu

Podle výsledků výzkumného šetření bylo fyzicky napadeno 55 ze 180 dotázaných respondentů. Nejčastějším pachatelem byl pacient, a to v 92,7 %. Více než 94 % těchto napadení se odehrálo uvnitř zdravotnického zařízení. V jedné třetině napadení došlo ke zranění a 14,5 % respondentů muselo vyhledat lékařské ošetření a jen devět případů fyzického napadení bylo podstoupeno dalšímu vyšetřování. Téměř jedna třetina respondentů byla v posledním roce, na svém pracovišti svědkem fyzického napadení a dokonce 4 % dotázaných uvedlo, že se tak děje na jejich pracovišti denně.

Také se potvrdilo, že nejčastěji se sestry setkávají s verbálním napadáním. Tuto zkušenost přiznalo 110 (61,11 %) respondentů. Jako neustálé napadání uvedlo přes 11 % dotázaných sester. V 70 % případů je pachatelem pacient a ve více než 12 % případů, jiný zaměstnanec. Na tomto druhu násilí se podílí také vedoucí pracovníci a příbuzní pacienta. Odezva napadených sester na násilí se liší. Nejčastější reakcí je verbálně aktivní reakce, kdy osobě řekly, aby se svým jednáním přestala, a zároveň oznámily situaci kolegům/kolegyním (24,54 %). Druhou nejčastější reakcí bylo to, že neudělaly nic. V 80 % případů nebylo slovní napadení dále vyšetřováno.

Zkušenosti s mobbingem přiznalo 26 (14,4 %) respondentů, z toho 20 % dotázaných přiznalo, že je napadáno opakovaně. Nejčastěji tak činili jiní zaměstnanci nebo vedoucí pracovníci. Na tuto šikanu respondenti nejčastěji reagovali tak, že situaci oznámili rodině a kolegům/kolegyním nebo nedělali nic. Ani v jednom případě nedošlo k dalšímu vyšetřování příčin mobbingu.

Se sexuálním obtěžováním má zkušenost 19 (10,5 %) dotázaných sester, z kterých 16 % uvedlo, že jsou sexuálně obtěžovány neustále. Ve více než polovině případů šlo o pachatele-pacienta, vedoucího pracovníka a také i o jiného zaměstnance. Jen 26 % případů bylo dále vyšetřováno, avšak většina respondentů nebylo se způsobem řešení spokojeno. Nadřizený ve velké většině případů nenabídl ani radu, ani jinou možnost o události mluvit nebo ji nahlásit (89,5 %).

S rasovým násilím se setkaly 3 (1,66 %) dotázané sestry. Ve všech případech šlo o napadení pacientem. Napadené sestry patřily k majoritní skupině společnosti. Reagovaly na ně pasivně, a to tak, že neudělaly nic. Dále také uvedly, že se nedalo události zabránit.

Porovnáním výsledků výzkumu z let 2004 a 2007 byl potvrzen nárůst určitých forem násilí vůči sestrám. Zjišťované údaje byly potvrzeny chí-kvadrát testem na základě zvolené hladiny významnosti, která byla 0,05. U fyzického násilí byl popsán nárůst z 13,0 % na 30,5 % a u slovního napadání byl nárůst ze 41,6 % na 61,1 %. Taktéž byl zaznamenán narůstající trend sexuálního obtěžování, z prvotních 3,0 % na 10,5 %. Nárůst mobbingu z 12,6 % na 14,4 % a rasového ponižování, z 0,8 % na 1,6 % je statisticky nevýznamný, přesto to jsou čísla, která si zasluhují naši pozornost.

Nitschová a Králová se ve svém výzkumném šetření zaměřily mimo jiné také na zjištění názorů sester na příčiny fyzického a psychického násilí na pracovišti. U fyzického násilí bylo uvedeno základní onemocnění pacientů v 12,1 %, stav po anestezii v 11,2 %, alkoholismus v 7,5 %, psychiatrické onemocnění v 9,3 %, a vysoký věk pacientů v 8,7 %. U psychického násilí bylo uvedeno základní onemocnění pacientů v 14,9 %, stres v 10,1 % případů, vysoký věk pacientů v 8,7 % případů. Spory mezi zaměstnanci uvedlo 7,3 % respondentů, nedostatek personálu uvedlo 5,9 % respondentů a nespolupráce mezi podřízenými a nadřízenými uvedlo 5,5 % respondentů (Kučera, 2008).

Mgr. Jaroslav Pekara, PhD

Tématem násilí ve zdravotnické praxi v Česku se dlouhodobě podrobně zabývá Mgr. Jaroslav Pekara, PhD, který je vedoucí studijního oboru Zdravotnický záchranář na Vysoké škole zdravotnické, člen Pracovní skupiny Bezpečnost personálu Aesculap Akademie a člen European Violence in Psychiatry Research Group.

V letech 2012-2015 za jeho účasti probíhal výzkum, jehož cílem bylo „Zmapovat násilí, které vzniká ve zdravotnickém prostředí výhradně při vzájemném působení zdravotníka a pacienta, se snahou identifikovat nejčastější nedostatky zvládnání těchto situací

a hledat možnosti jejich nápravy“. Šlo o kombinaci kvantitativního výzkumu spolu s kvalitativním, kdy bylo využito podrobných rozhovorů s respondenty. Vzorek respondentů tvořilo 896 účastníků, byli mezi nimi lékaři, sestry, zdravotničtí záchranáři, řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby, fyzioterapeuti, bezpečnostní pracovníci a pomocný zdravotnický personál (sanitáři a ošetřovatelé).

Výsledky výzkumu

Výzkumem bylo dokázáno, že 71,5 % dotázaných respondentů v posledním roce zažilo verbální násilí, 18,4 % respondentů zažilo fyzické násilí a 10 % respondentů uvedlo, že za posledních 12 měsíců nezažili žádné násilí.

Respondenti, kteří zažili násilí za posledních 12 měsíců, tvořily ženy v 79,1 %, kdežto muži jen v 7,9 %. Statistickým testováním se zjišťovalo, zda jsou ohroženy násilím ve zdravotnictví více ženy nežli muži. Tato hypotéza se ovšem nepotvrdila. Potvrdilo se ale, že nejčastějším terčem násilí jsou všeobecné sestry, a to u fyzického násilí v 53,3 % a u verbálního násilí až v 60,2 %. Tuto skutečnost Pekara vysvětluje tím, že právě ony tráví s nemocnými nejvíce času a bývají po dobu celé své služby pacientovi neustále na blízku, na rozdíl od lékařů, sanitářů a ostatních pracovníků. Z dalšího detailního zkoumání bylo zjištěno, že středoškolsky vzdělané sestry byly vystaveny násilí více nežli vysokoškolsky vzdělané sestry.

Pekara (2016a) rovněž upozorňuje na příčiny násilí a jejich rozmanitost. Uvádí, že na násilí ve zdravotnictví se podílí více faktorů, a to především zařazení do profesní skupiny pracovníků, kdy porovnává nejvíce ohrožené sestry s ostatními profesemi, dále pracovníky se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Dalším významným faktorem uvádí i předchozí zkušenosti s násilím v zaměstnání. V oblasti výskytu násilí v nemocnicích dle typu oddělení byly popsány z hlediska nejvyššího výskytu násilí urgentní příjmy, jednotky intenzivní péče a pohotovosti.

Kvalitativní část výzkumu se odehrávala od dubna 2012 do prosince 2014. Podrobnými rozhovory bylo prokázáno, že výskyt násilí ve zdravotnictví závisí více na chování zdravotníků nežli na typu oddělení. Proto vhodné, profesionální chování zdravotníků je nejvýznamnějším a nejúčinnějším prostředkem v prevenci konfliktů a hrozícího násilí ve zdravotnictví (PEKARA, 2016a).

Pekara (Zvládat agresivní pacienty pomáhá vhodná komunikace) rovněž upozorňuje na nutnost, že každé pochybení, se musí posoudit z více stran a při hodnocení situace je

nutné brát ohled také na emoce zdravotníků a jejich únavu, což se může odrážet na spokojenosti pacientů. Poukazuje na skutečnost, že velká část zaměstnavatelů zavedla preventivní opatření řešící bezpečnost a ochranu zdraví při práci, avšak stále jsou nedostatečná opatření v oblasti úpravy pracovního prostředí, rozvoje personálního managementu, navýšení počtu personálu nebo vzdělávání zaměstnanců v komunikačních dovednostech. A to i přes to, že již od devadesátých let minulého století právníci popisují skutečnosti, kdy nevhodná komunikace mezi zdravotníky je přímo spjata s prvotními důvody soudních sporů pro zanedbání péče, v míře až sedmdesáti procent všech případů. Proto je prevence násilí těsně spojena s komunikačními dovednostmi. Přitom je v Česku celá řada nástrojů, jak docílit zlepšení situace. Lze k tomu využít celou řadu kurzů, nebo je na trhu rozsáhlá nabídka knih zabývajících se touto tematikou.

Tímto byly popsány faktory ovlivňující incidenci násilí v nemocnicích, nyní je řada na zaměstnavatelích, aby začali situaci řešit. Bylo by vhodné najít nebo vyškolit jedince, kteří by dokázali profesionálně zvládnout i velmi násilné jedince a působit tak pozitivním příkladem na svých odděleních. I zde platí pravidlo, že prevence a názorný příklad je pokaždé lepší než složité řešení nepříjemných důsledků (PEKARA, 2016b).

Birgit Heckemann, Karin A Peter, Ruud JG Halfens, Jos MGA Schols, Gerjo Kok, Sabine Hahn

V období od října 2015 do ledna 2016 byla provedena kvalitativní studie, kde bylo vedeno pět skupinových a třináct individuálních rozhovorů s vedoucími sestrami ve Švýcarsku. Rozhovory byly nahrávány, přepsány a dále zpracovány obsahovou analýzou. Studie hodnotila vedoucí pracovníky a jejich chování, postoje a vnímání sociálních norem, dále zjišťovala jejich přístup k prevenci i zvládnutí agrese u pacientů a jejich blízkých v nemocnicích. Bylo odhaleno, že se dají popsat tři hlavní oblasti problematiky. Ty byly klasifikovány jako faktory prostředí, záměry a nevhodné chování. Závěrem autoři popsali, že agresivita pacientů a jejich blízkých poukazuje na neefektivní komunikaci, nedostatečnou zpětnou vazbu v organizaci nemocnice a neefektivní procedury vztahující se ke zvládnutí agresivních incidentů v nemocnicích (Heckemann, 2017).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Ošetrovatelská péče, poskytovaná nemocným pacientům ve všech oblastech zdravotnických služeb je velice náročná. Každý obor má svá specifika, ale mají i něco společného. Ve všech sférách zdravotnictví je požadován profesionální přístup, nejen po odborné stránce, ale rovněž po lidské stránce. Ošetřujícímu personálu, pečujícímu o nemocné, mnohdy práci znesnadňují mezilidské vztahy. Z tohoto důvodu by zdravotníci měli být odborníky na zvládnání nepředvídaných situací. Tím je, mimo jiné, i zvládnání agresivity na pracovišti. Tu může páchat pacient, zdravotník, nebo někdo jiný, s kým v průběhu dne zdravotníci přicházejí do kontaktu. Jedním z nezbytných předpokladů pro ošetřování lidí je umění komunikace a profesionální postoj k pacientům. Aktivní přístup k nemocným je účinným nástrojem, jak získat důvěru pacienta a stát se opravdovým specialistkou ve svém oboru. Realita je však v některých případech v rozporu s ideály. Někteří zdravotníci svým chováním a přístupem nedosahují očekávané profesionální úrovně, což vede ke zhoršení vzájemných vztahů na pracovišti.

Toto jsou důvody, proč je nutné neustále situaci analyzovat, hodnotit a následně přijmout opatření ke zlepšení situace.

4 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY

Hlavním cílem této diplomové práce je mapování výskytu agresivity v ošetrovatelské praxi mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky (dále NLZP) a pacienty. Naše práce zjišťuje četnosti případů napadení podle druhu násilí. Dále se také zabývá zhodnocením, zda se respondenti cítí bezpečně na svém pracovišti, kdo je v jednotlivých typech napadení nejčastěji agresorem a zda existuje vztah mezi výskytem agresivity směřované k NLZP a délkou jejich praxe, popřípadě v kterých oblastech násilí jsou nově nastupující pracovníci více ohroženi. Také jsme zjišťovali, zda respondenti v případě agresivity směřované k jejich osobě vyplňují požadovaný formulář hlášení mimořádných událostí. Agresivita NLZP vůči pacientům je v dotazníku řešena pomocí sebereflexe respondentů.

Na základě analýzy výsledků, po proběhlém výzkumném šetření, bude připraven edukační materiál v oblasti prevence a řešení násilí. Ten dáme k dispozici na pracoviště, na kterých bude umožněno dotazníkové šetření.

Hypotézy

Na základě stanovených cílů byly definovány následující hypotézy, které jsme dále podrobili analýze dat a dalšímu testování.

Hypotéza č. 1

H₁₀ Výskyt napadení NLZP se statisticky neliší podle typu napadení.

H₁₁ Výskyt napadení NLZP se statisticky liší podle typu napadení.

Otázka v dotazníku č. 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21

Hypotéza č. 2

H₂₀ Obavy respondentů na pracovišti se neliší podle typu násilí.

H₂₁ Obavy respondentů na pracovišti se liší podle typu násilí.

Otázka v dotazníku č. 24

Hypotéza č. 3

H₃₀ Označení agresora vůči NLZP se statisticky neliší podle typu napadení.

H₃₁ Označení agresora vůči NLZP se statisticky liší podle typu napadení.

Otázka v dotazníku č. 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22

Hypotéza č. 4

H₄₀ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s délkou praxe respondentů.

H₄₁ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s délkou praxe respondentů.

Otázka v dotazníku č. 1, 5, 9, 13, 17, 21

Hypotéza č. 5

H₅₀ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s pracovní pozicí respondentů.

H₅₁ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s pracovní pozicí respondentů.

Otázka v dotazníku č. 2, 5, 9, 13, 17, 21

Hypotéza č. 6

H₄₀ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s pracovištěm respondentů.

H₄₁ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s pracovištěm respondentů.

Otázka v dotazníku č. 3, 5, 9, 13, 17, 21

Hypotéza č. 7

H₇₀ Způsob reakce na mimořádné události se statisticky neliší podle typu napadení.

H₇₁ Způsob reakce na mimořádné události se statisticky liší podle typu napadení.

Otázka v dotazníku č. 7, 11, 15, 19, 23

Hypotéza č. 8

H₆₀ Vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování se statisticky neliší oproti hodnocení chování jiných NLZP.

H₄₁ Vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování se statisticky liší oproti hodnocení chování jiných NLZP.

Otázka v dotazníku č. 25, 26

5 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Sběr dat výzkumného šetření je kvantitativního charakteru. Jako výzkumnou metodu k získání informací od respondentů jsme sestavili polostrukturovaný dotazník, který je k nahlédnutí jako příloha 1. K sestavení tohoto dotazníku jsme se inspirovali mezinárodním standardizovaným dotazníkem vydaným ve spolupráci odborníky ILO/ICN/WHO/PSI. Tento dotazník byl rovněž použit ve výzkumném šetření zjišťující násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR v roce 2004, Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými Lesy, ve spolupráci s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče a Ministerstvem práce a sociálních věcí. Z důvodu zrušení Institutu zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2006, tehdejším ministrem zdravotnictví MUDr. Davidem Rathem, se nám nepodařilo kontaktovat přímo autora překladu tohoto dotazníku. Dotazník jsme poptávali na Ministerstvu práce a sociálních věcí. Tam nám byl poskytnut pod číslem jednacím MPSV-2020/42398-423/1 (viz příloha 2).

Kvůli velkému rozsahu původního dotazníku jsme náš dotazník zredukovali na 26 otázek, které jsou rozděleny do sedmi oddílů. První oddíl zjišťuje obecné informace ke zjištění zkoumaného vzorku respondentů. Druhý oddíl se zabývá zkušenostmi respondentů s fyzickým napadením. Třetí oddíl zkoumá verbální napadení respondentů. Čtvrtý oddíl mapuje šikanu na pracovišti. Pátý oddíl zjišťuje zkušenosti NLZP se sexuálním obtěžováním. Šestý oddíl analyzuje zkušenosti účastníků šetření s rasovým ponižováním. Sedmý oddíl byl sestaven za účelem sebereflexe vztahu NLZP k agresivitě vůči pacientům.

5.1 Pilotní studie

K ověření srozumitelnosti dotazníků byla provedena pilotní studie. Rozdali jsme 10 tiskopisů mezi všeobecné sestry a požádali je o zhodnocení otázek. Dotazníky z pilotní studie se nám vrátily bez připomínek, proto nebylo potřeba měnit jejich znění. I tyto vyplněné formuláře byly zahrnuty do celkového výzkumného šetření.

5.2 Vzorek respondentů

Respondenty naší práce se stali praktické, dětské i všeobecné sestry, sestry se specializací, ošetrovatelky a sanitáři, kteří získali kvalifikaci podle Zákona č. 201/2017 Sb. kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti

k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a některých dalších zákonů. Délka praxe, pohlaví a ani další proměnné nebyly k vyplňování dotazníku podmiňovány.

Sběr informací nám byl umožněn:

- **ve zdravotnickém zařízení s lůžkovou péčí**

V Krajské zdravotní a. s., Nemocnice Most o. z., která je součástí páteřní sítě nemocnic poskytující péči v Ústeckém kraji, nám dotazníkové šetření umožnila hlavní sestra nemocnice, Mgr. Šárka Gregušová.

V Domažlické nemocnici a. s., poskytující péči v Plzeňském kraji, nám bylo dotazníkové šetření povoleno rovněž hlavní sestrou, PhDr. et Mgr. Janou Boučkovou, MBA.

- **v hospici**

V Oblastní charitě Rajhrad, která je kapacitně největším lůžkovým zařízením v ČR pro poskytování paliativní péče, nám dotazníkové šetření umožnil pan ředitel Mgr. Zdeněk Strašák.

V Domácím hospici sv. Terezie, z. ú. nám dotazníkové šetření umožnila paní ředitelka Bc. Petra Meinschmidtová. Toto zařízení poskytuje hospicovou péči v regionální oblasti Chomutovska a Mostecka v Ústeckém kraji.

- **v psychiatrické léčebně**

Dotazníkové šetření v Psychiatrické léčebně Petrohrad p. o., která poskytuje obecnou psychiatrickou ambulantní a následnou lůžkovou péči, nám bylo povoleno panem ředitelem, Ing. Ladislavem Henlínem.

- **v domácí péči**

Souhlas s dotazníkovým šetřením jsme také získali v Podkrušnohorské pečovatelské službě „Barborka“, s. r. o. poskytující zdravotní péči v domácím prostředí klientů v Mostě a blízkém okolí. Tento souhlas nám poskytla vrchní sestra Mgr. Zuzana Vernerová.

Rovněž jsme oslovili agenturu Zdravotní sestry a pečovatelky s. r. o., poskytující zdravotní péči v domácím prostředí klientů v Chomutově a blízkém okolí. Zde nám dotazníkové šetření umožnila vedoucí sestra, paní Hana Vašinová.

- **V ordinaci ambulantního/praktického lékaře**

Ve své ambulanci nám dotazníkové šetření umožnili:

MUDr. Andrllová Blanka (Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Chomutov),

MUDr. Fišer Miloslav (Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Postoloprty),

MUDr. Karhanová Korina (Ordinace praktické lékařky pro dospělé, Chomutov),

MUDr. Malecha Jan (Ordinace pro choroby srdce s.r.o., Chomutov),

MUDr. Řepková Zdenka (Gynekologie Postoloprty s.r.o.),

MUDr. Řezníčková Jana (Privátní lékař pro děti a dorost, Chomutov),

MUDr. Trmal Michal (Závodní preventivní péče, Chomutov),

MUDr. Urban Miroslav (Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Postoloprty),

MUDr. Hamouz Zdeněk (Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Chomutov).

Souhlasy s provedením dotazníkových šetření jsou k nahlédnutí jako příloha č. 3.

5.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období 24. srpna až 18. listopadu 2020. Tato doba byla poznamenána aktuální pandemickou situací Covid-19. Zvýšené hygienické nároky a časová vytíženost všech zaměstnanců ve zdravotnictví ovlivnila i způsob distribuce dotazníků. Použití ústenek a dezinfekce rukou bylo na všech pracovištích nutností. Dále se vedoucí pracovníci snažili zabránit zbytečnému pohybu cizích osob na pracovištích, ale zároveň jsme z jejich strany nepocítili neochotu nám s distribucí dotazníků pomoci.

Ve zdravotnických zařízeních s lůžkovou částí, v hospicích, psychiatrické léčebně a v domácí péči jsme po udělení souhlasu s provedením výzkumného šetření telefonicky či e-mailovou cestou kontaktovali vedoucí pracovníky, se kterými jsme naplánovali distribuci tiskopisů podle aktuálních protiepidemiologických nařízení. Na každém pracovišti jsme kontaktovali staniční či vrchní sestry, kterým jsme vysvětlili cíl našeho šetření a odpověděli jsme na případné dotazy. Také jsme zdůraznili, že vyplňování dotazníku je dobrovolné a anonymní. Do výzkumu, kromě sester, byli zahrnutí i jiní nelékařští zdravotničtí pracovníci, a to z důvodu samotného zaměření diplomové práce. Vyplněné dotazníky respondenti odevzdávali svým nadřízeným, u kterých jsme si je po předešlé domluvě vyzvedli.

V ordinacích ambulantních/praktických lékařů jsme za dodržení zvýšených hygienických opatření kontaktovali sestry, kterým jsme předali žádosti o dotazníkové šetření společně s dotazníky a požádali jsme je o spolupráci. Opět jsme připomněli anonymitu a dobrovolnost při vyplňování dotazníků. Dle domluvy jsme si tiskopisy opět vyzvedli.

Rozdáno bylo celkem 350 dotazníků. Z toho množství se vrátilo 266 vyplněných dotazníků, tj. 76 % dotazníků. Bylo ovšem bohužel potřeba 22 dotazníků vyřadit z důvodu neúplného a chybného vyplnění. Do statistického testování bylo tedy použito 244 správně vyplněných dotazníků, tj. 69,7 % z celkového množství rozdaných dotazníků.

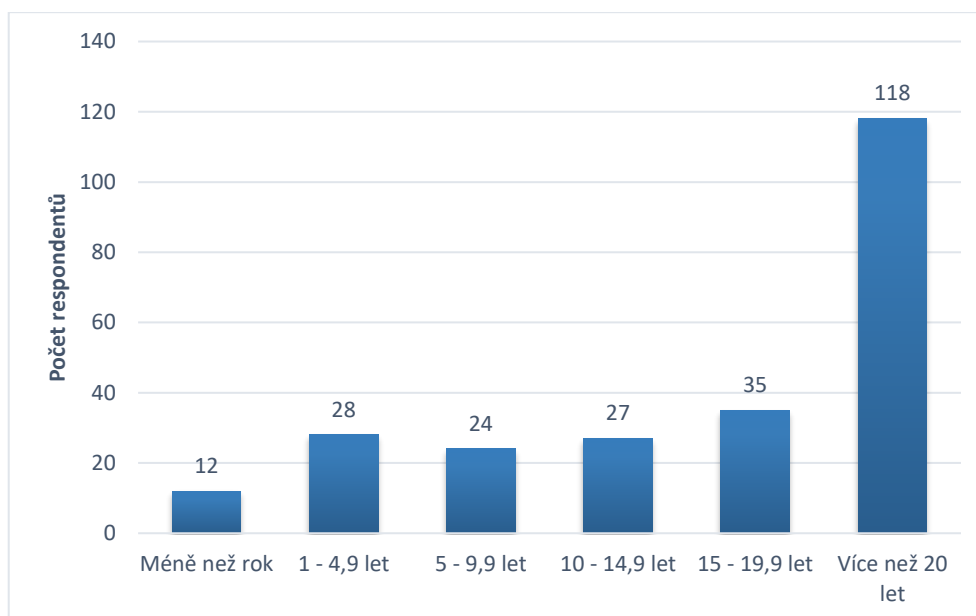
6 ANALÝZA ÚDAJŮ Z PROBĚHLÉHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole uvádíme rozbor získaných výsledků z provedeného dotazníkového šetření, ve kterém byly zjištěny následující informace. Tyto informace znázorňujeme pomocí grafů a tabulek s popisky získaných dat.

Otázka č. 1 – Uved'te prosím délku vaší praxe ve zdravotnictví

V následujícím grafu je zobrazena délka praxe celkového počtu respondentů v rámci dotazníkového šetření.

Graf 1: Délka praxe respondentů



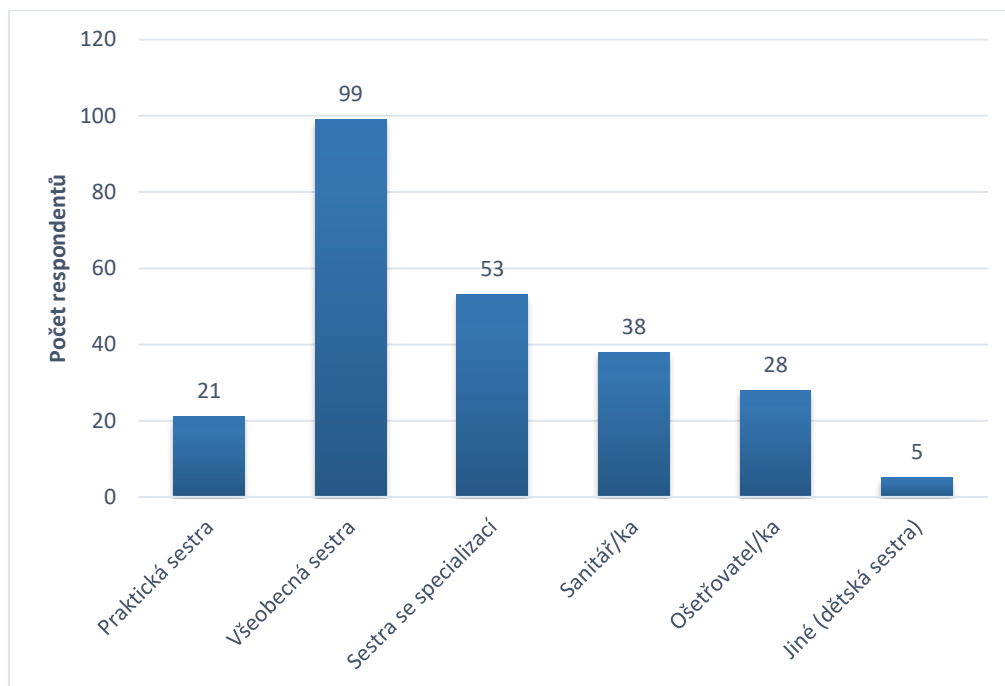
Zdroj: vlastní

Výzkumného šetření se účastnilo 244 nelékařských zdravotnických pracovníků. Nejvíce respondentů uvedlo, že mají 20 a více odpracovaných let ve zdravotnictví, a to celkem 118 respondentů (48 %). Druhou skupinou byli účastníci ve skupině 15–19,9 odpracovaných let ve zdravotnictví. V této skupině bylo 35 respondentů (14,5 %). Třetí skupinu tvořili pracovníci v kategorii 1–4,9 odpracovaných let, celkem 28 dotázaných (11,5 %). Na čtvrté pozici se vyskytli respondenti s odpracovanými 10–14,9 lety ve zdravotnictví. V této kategorii odpovídalo 27 respondentů (11 %). Na páté pozici se vyskytli účastníci s odpracovanými 5–9,9 lety ve zdravotnictví. Těchto respondentů bylo 24 (10 %). Nejméně respondentů bylo v kategorii pracovníků, kteří mají ve zdravotnictví odpracováno méně než 1 rok. Těchto respondentů bylo celkem 12 (5 %).

Otázka č. 2 – Jaká je Vaše pracovní pozice?

V tomto grafu jsou zobrazeny pracovní pozice respondentů, kteří se zúčastnili našeho dotazníkového šetření.

Graf 2: Pracovní pozice respondentů



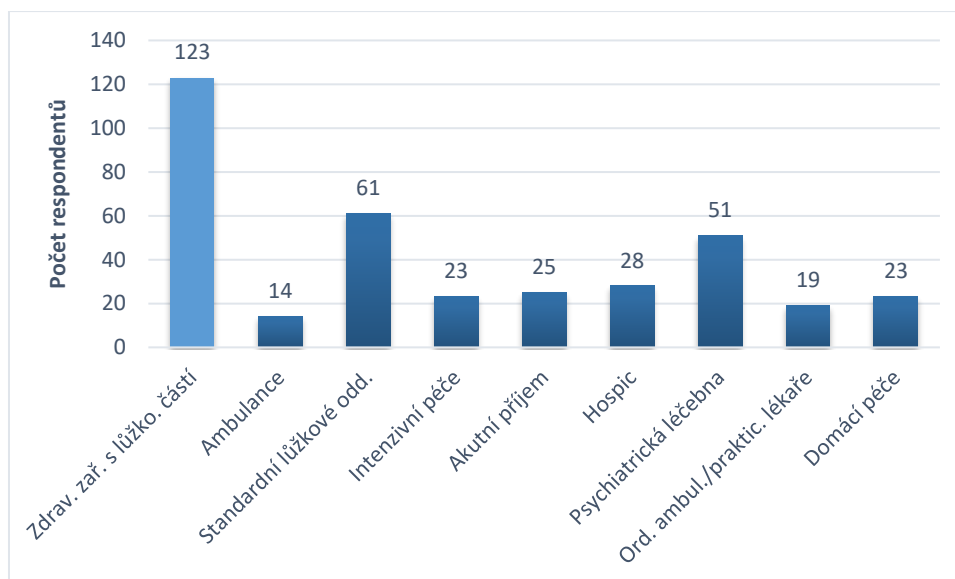
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 21 (8,5 %) praktických sester, 99 (40,5 %) všeobecných sester, 53 (22 %) sester se specializací, 38 (15,5 %) sanitářů/sanitářek, 28 (11,5 %) ošetřovatelů/ošetřovatelek, 5 respondentů (2 %) uvedlo jiné a ve všech pěti případech šlo o dětské sestry.

Otázka č. 3 – Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

Tímto grafem znázorňujeme pracoviště respondentů.

Graf 3: Pracoviště respondentů



Zdroj: vlastní

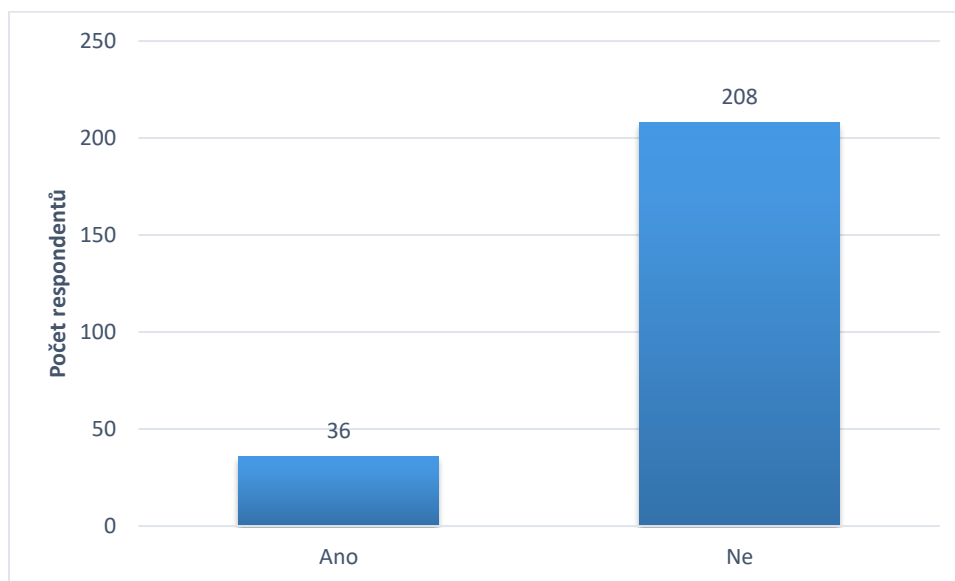
Z celkového počtu 244 respondentů bylo celkem 123 respondentů (50,5 %) ze zdravotnického zařízení s lůžkovou částí. Těchto 123 respondentů dále upřesnilo, své pracoviště v tomto zařízení. 14 respondentů (6 % z celkového množství) pracuje na ambulanci, 61 respondentů (25 % z celkového množství) je ze standardního lůžkového oddělení, 23 respondentů (9,5 % z celkového množství) pracuje v intenzivní péči a 25 respondentů (10 % z celkového množství) uvedlo, že pracují na akutním příjmu.

Kromě nemocničního zařízení se dotazníkového šetření zúčastnilo také 28 respondentů (11,5 %) z hospice, 51 respondentů (21 %) z psychiatrické léčebny, 19 respondentů (7,5 %) zaměstnaných v ordinaci ambulantního/praktického lékaře a 23 respondentů (9,5 %) z domácí péče.

Otázka č. 4 – Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti fyzicky napaden/a?

Následující graf znázorňuje, kolik respondentů bylo v posledním uplynulém roce fyzicky napadeno. Dotázaní odpovídali pouze Ano/Ne. V případě, že odpověděli na otázku Ano, pokračovali na otázku č. 5 a dále. V případě, že odpověděli Ne, přeskočili v dotazníku k otázce číslo 8. Na otázky č. 5-7 v tomto případě neodpovídali.

Graf 4: Počet fyzicky napadených respondentů



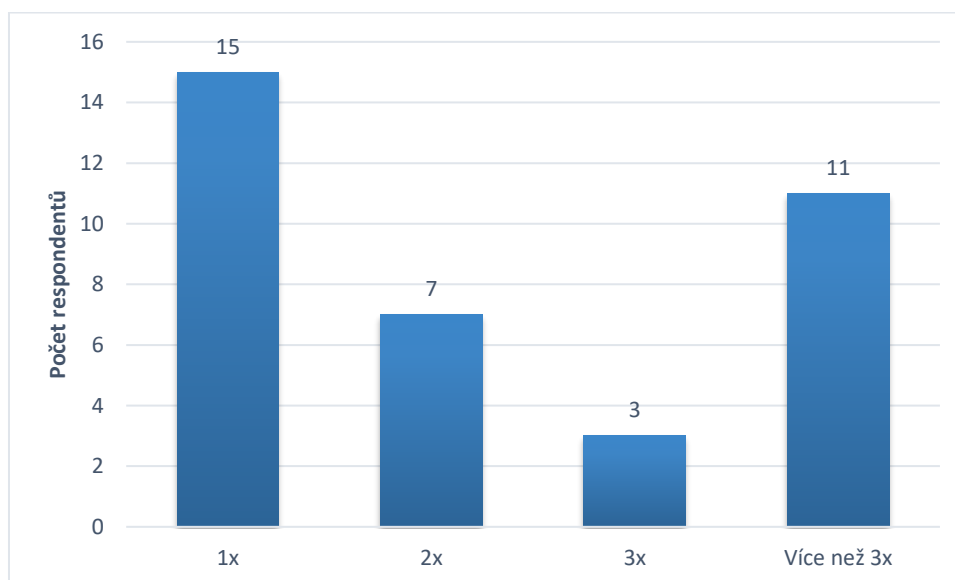
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů se 36 (15 %) respondentů v posledním roce setkalo s fyzickým napadením na pracovišti. 208 (85 %) respondentů uvedlo, že se s fyzickým napadením na pracovišti v posledním roce neseťkalo.

Otázka č. 5 – Kolikrát k fyzickému útoku během posledních 12 měsíců došlo?

Tento graf zobrazuje počet fyzických útoků na naše respondenty. Na tuto otázku odpovídalo pouze 36 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se setkali s fyzickým napadením v posledním uplynulém roce.

Graf 5: Počet fyzických útoků za poslední rok



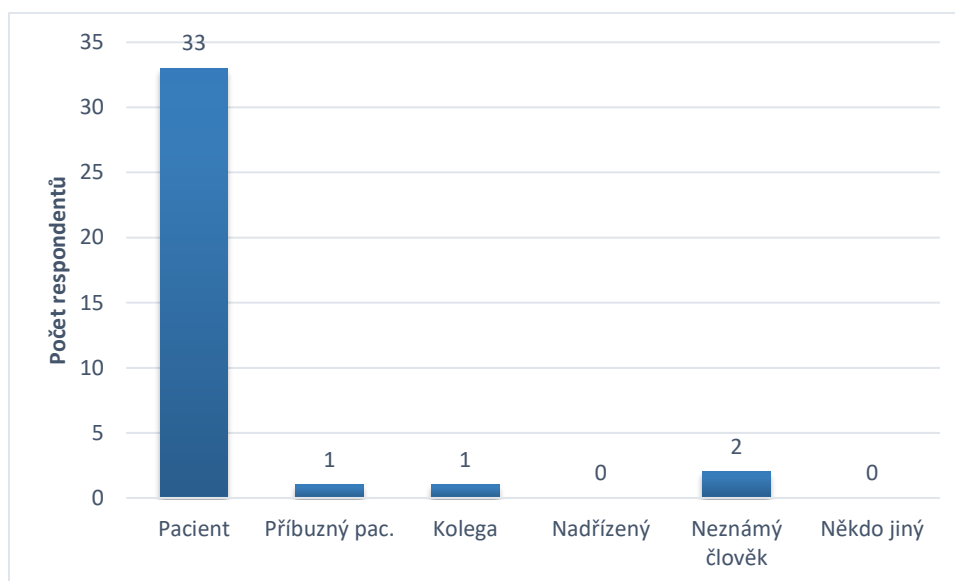
Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že nejvíce, a to 15 respondentů (41,5 %), se s fyzickým napadením setkalo naštěstí jen 1x. 7 respondentů (19,5 %) uvedlo, že se s fyzickým napadením setkalo 2x, 3 respondenti (8,5 %) odpověděli, že se s fyzickým napadením setkali 3x a bohužel 11 respondentů (30,5 %) odpovědělo, že se s fyzickým napadením v posledním roce setkalo více než 3x.

Otázka č. 6 – Kdo na vás v posledních 12 měsících zaútočil?

Tímto grafem zobrazujeme osoby, které naši respondenti uvedli jako útočníka při fyzickém napadení. Na tuto otázku odpovídalo opět jen 36 respondentů, kteří ve čtvrté otázce odpověděli, že se setkali s fyzickým napadením. Při určování osoby, která na NLZP v posledním roce fyzicky zaútočila, měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí než jen jednu.

Graf 6: Útočník při fyzickém napadení na pracovišti



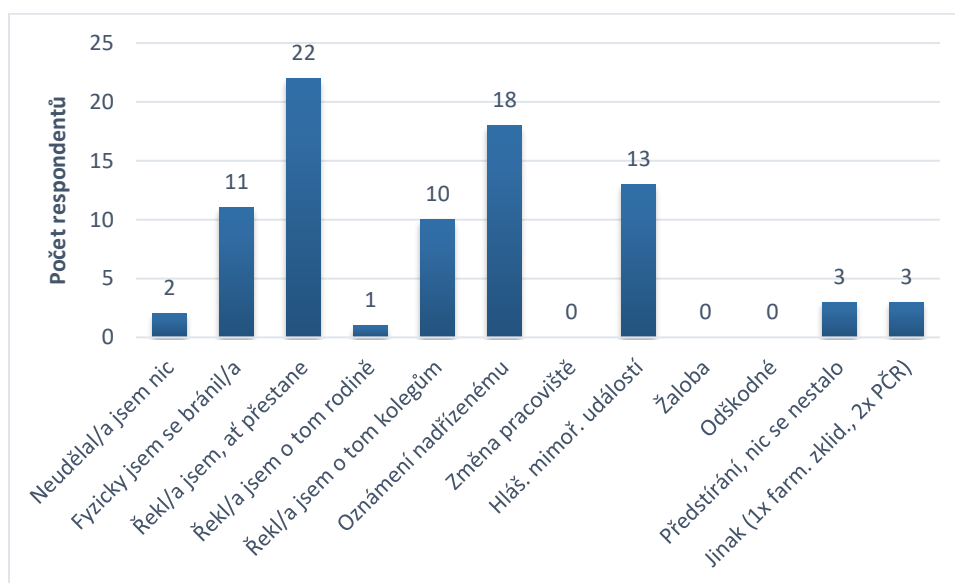
Zdroj: vlastní

Celkem 33 respondentů (92 %) uvedlo, že na ně zaútočil pacient, 1 respondent (3 %) uvedl jako útočníka příbuzného pacienta, 1 respondent (3 %) uvedl kolegu a 2 respondenti (6 %) popsali útočníka jako neznámého člověka. Z grafu je také patrné, že žádný respondent neuvedl jako útočníka nadřízeného a ani nevybrali možnost určit někoho jiného.

Otázka č. 7 – Jaká byla vaše reakce? (fyzické napadení)

Dalším grafem znázorňujeme reakce respondentů na fyzické napadení. Respondenti měli vybrat nabízené odpovědi, nebo vypsát jinou možnost. Opět na tuto otázku odpovídalo pouze 36 respondentů, kteří ve čtvrté otázce odpověděli, že se setkali s fyzickým napadením. I u této otázky měli respondenti možnost vybrat více než jednu odpověď.

Graf 7: Reakce respondentů na fyzické napadení



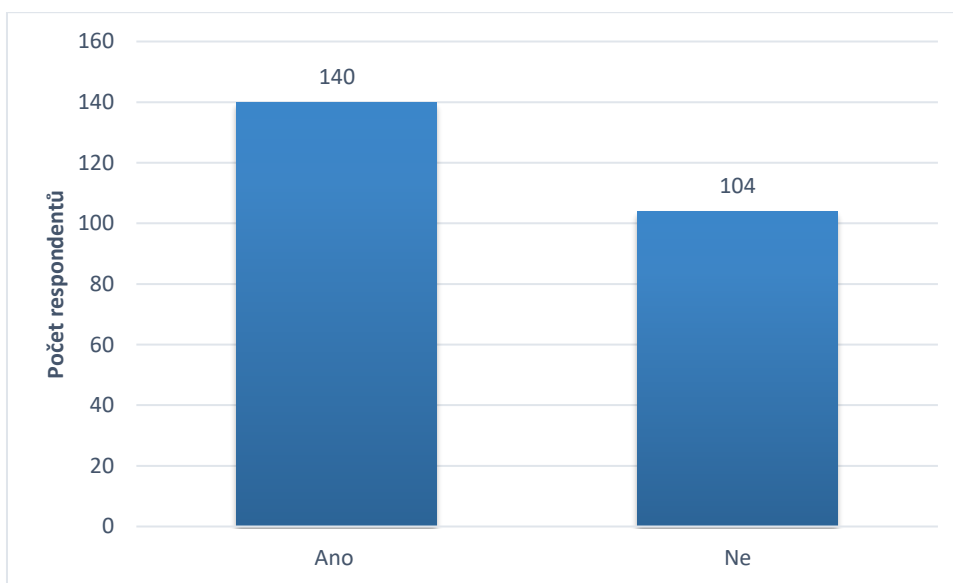
Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů, a to 22 (61 %), uvádělo, že řekli útočníkovi, ať přestane. 18 respondentů (50 %) to oznámilo svému nadřízenému, 13 respondentů (36 %) vyplnilo hlášení mimořádných událostí, 11 respondentů (31 %) se muselo fyzicky bránit, 10 respondentů (28 %) o tom řeklo kolegům, 3 respondenti (8 %) předstírali, že se nic nestalo a rovněž 3 respondenti (8 %) uvedli také, jinou než nabízenou možnost (2x byla volána policie ČR, a 1x bylo přistoupeno k farmakologickému zklidnění). 2 respondenti (6 %) uvedli, že neudělali nic a v jednom případě (3 %) došlo k tomu, že se respondent o této skutečnosti svěřil rodině. Žádný respondent kvůli fyzickému napadení neměnil zaměstnání, žádný respondent nepodal žalobu a žádný respondent nepožadoval odškodnění.

Otázka č. 8 – Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti verbálně napaden/a?

Následující graf zobrazuje počet verbálních útoků na naše respondenty. Zjišťovali jsme, zda respondenti byli v posledním roce verbálně napadeni. Dotázaní odpovídali pouze Ano/Ne. V případě, že odpověděli na otázku Ano, pokračovali na otázku č. 9 a dále. V případě, že odpověděli Ne, přeskočili v dotazníku k otázce číslo 12. Na otázky č. 9-11 v tomto případě neodpovídali.

Graf 8: Počet verbálně napadených respondentů



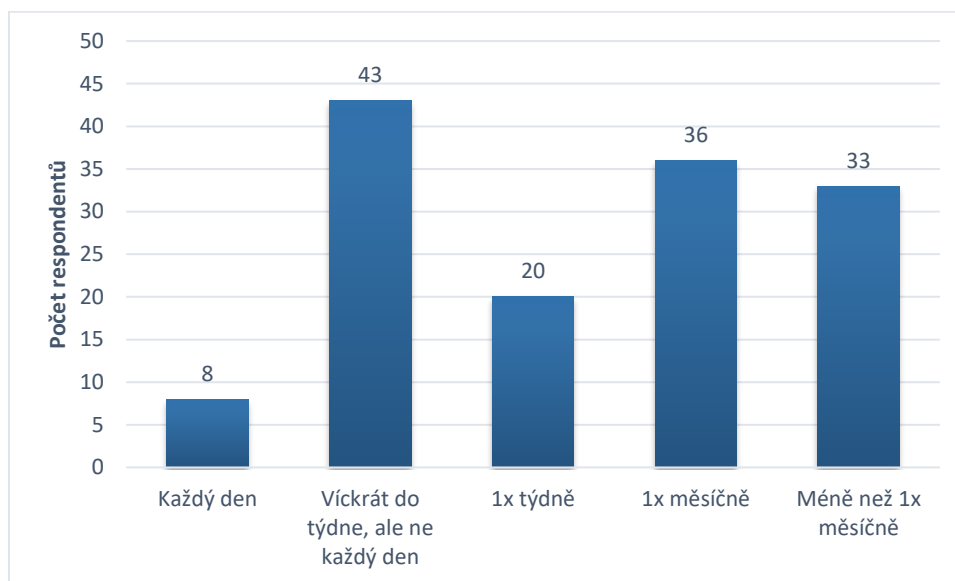
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů je patrné, že 140 respondentů (57 %) se v posledním uplynulém roce setkalo s verbálním napadením. Pouze 104 respondenti (43 %) se s verbálním napadením v posledním roce nesetkalo.

Otázka č. 9 – Jak byste hodnotil/a, četnost verbálních útoků během posledních 12 měsíců?

Graf zobrazuje četnost verbálních útoků na naše respondenty. Na tuto otázku odpovídalo pouze 140 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se v posledním uplynulém roce setkali s verbálním napadením.

Graf 9: Četnost verbálních útoků za poslední rok



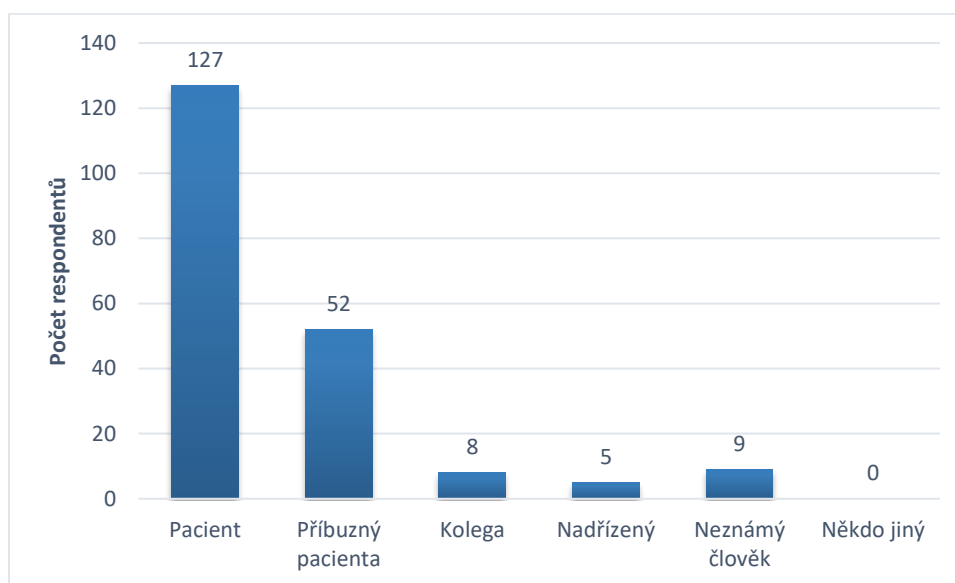
Zdroj: vlastní

Celkem 8 respondentů (5,5 %) uvedlo, že se s verbálním napadením setkává každý den, 43 respondentů (30,5 %) se s ním setkává vícekrát do týdne, ale ne každý den, 20 respondentů (14,5 %) se s verbálním napadením setkává alespoň 1x týdně, 36 respondentů (26 %) se s verbálním napadením setká alespoň 1x za měsíc a 33 respondentů (23,5 %) se s verbálním napadením setká méně než 1x měsíčně.

Otázka č. 10 – Kdo na vás v posledních 12 měsících slovně zaútočil?

Následující graf zobrazuje osoby, které naši respondenti uvedli jako útočníka verbálního napadení. Na tuto otázku opět odpovídalo pouze 140 respondentů, kteří v osmé otázce uvedli, že se setkali v posledním roce s verbálním napadením. Opět byla dána respondentům možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 10: Útočník při verbálním napadení na pracovišti



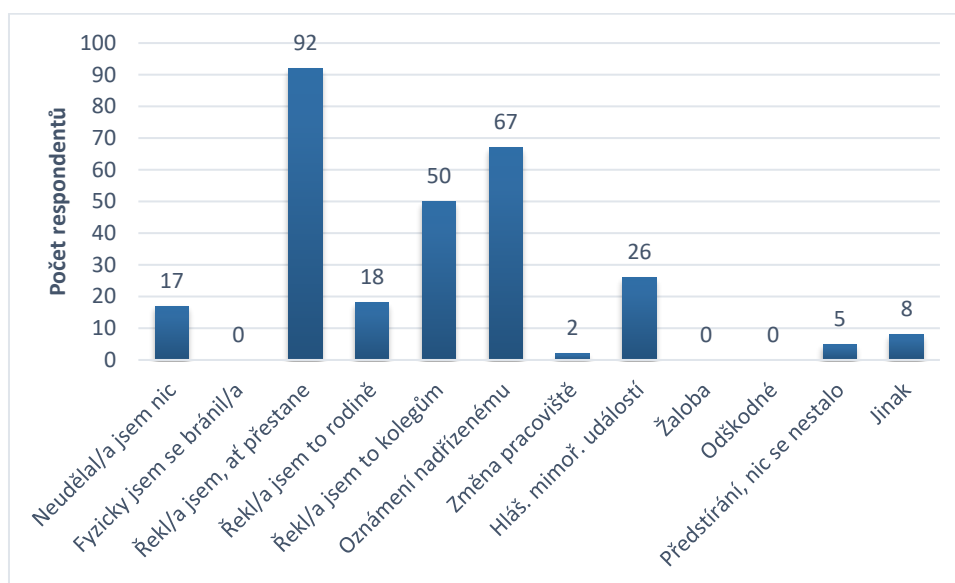
Zdroj: vlastní

Pacienta jako útočníka verbálního napadení označilo 127 (91 %) respondentů. Příbuzný pacienta byl označen 52 (37 %) respondenty. 8 (6 %) respondentů označilo kolegu, 5 (4 %) respondentů uvedlo nadřízeného a 9 (6 %) respondentů označilo jako útočníka neznámého člověka. Žádný dotázaný neuvedl jinou než nabízenou možnost.

Otázka č. 11 – Jaká byla vaše reakce? (verbální napadení)

Dalším grafem znázorňujeme reakce respondentů na verbální napadení. U této otázky měli respondenti vybrat odpovědi z možností, jak reagovali. Opět na tuto otázku odpovídalo pouze 140 respondentů, kteří v osmé otázce odpověděli, že se setkali s verbálním napadením. I u této otázky měli respondenti možnost vybrat více než jednu odpověď.

Graf 11: Reakce respondentů na verbální napadení



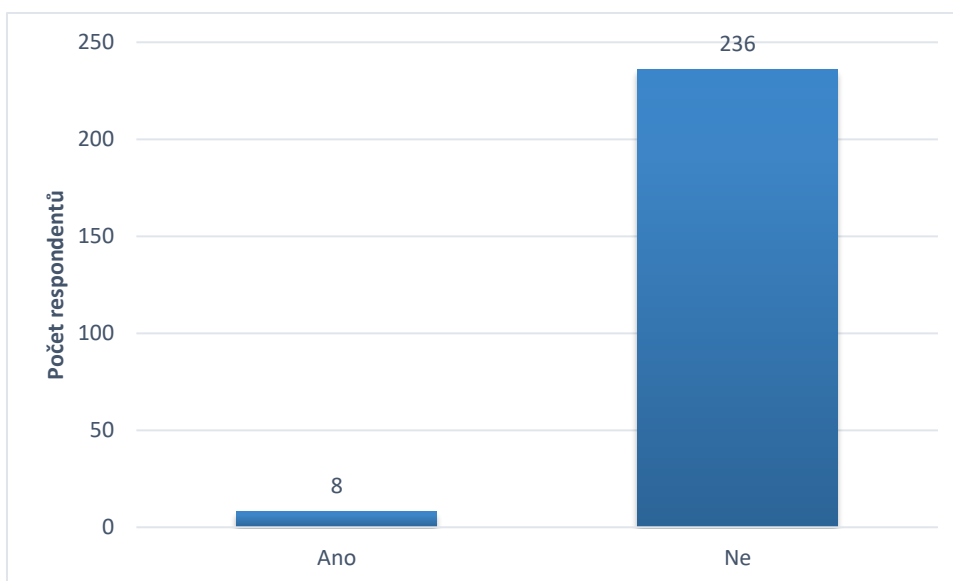
Zdroj: vlastní

Celkem 92 respondentů (66 %) řeklo útočníkovi, ať přestane. 67 respondentů (48 %) tuto situaci nahlásilo svému nadřízenému, 50 respondentů (36 %) o tom řeklo svým kolegům, 26 respondentů (19 %) vyplnilo hlášení mimořádných událostí, 18 respondentů (13 %) se o tom svěřilo svým rodinám, 17 respondentů (12 %) neudělalo nic, 5 respondentů (4 %) předstíralo, že se nic nestalo a 2 respondenti (1 %) kvůli slovním útokům změnili pracoviště. Žádný dotázaný se fyzicky nebránil, nepodal žalobu a ani nepožadoval odškodné. Celkem 8 respondentů (6 %) uvedlo jinou než nabízenou možnost. Zde se nám sešly následující odpovědi. Oznámila jsem to lékaři – úprava medikace. Snažila jsem se pacienta uklidnit. Snažila jsem se objasnit problém. Ohradila jsem se. Zavolala jsem policii ČR. Zachovala jsem se profesionálně. Zachovala jsem klidnou hlavu. Asertivní chování.

Otázka č. 12 – Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti takto šikanován/a? (mobbing/bossing)

Graf zobrazuje počet šikany na pracovišti. Zjišťovali jsme, zda respondenti zažili v posledním roce šikanu na pracovišti. Dotázaní odpovídali pouze Ano/Ne. V případě, že odpověděli na otázku Ano, pokračovali na otázku č. 13 a dále. V případě, že odpověděli Ne, přeskočili v dotazníku k otázce číslo 16. Na otázky č. 13-15 v tomto případě neodpovídali.

Graf 12: Počet šikanovaných respondentů



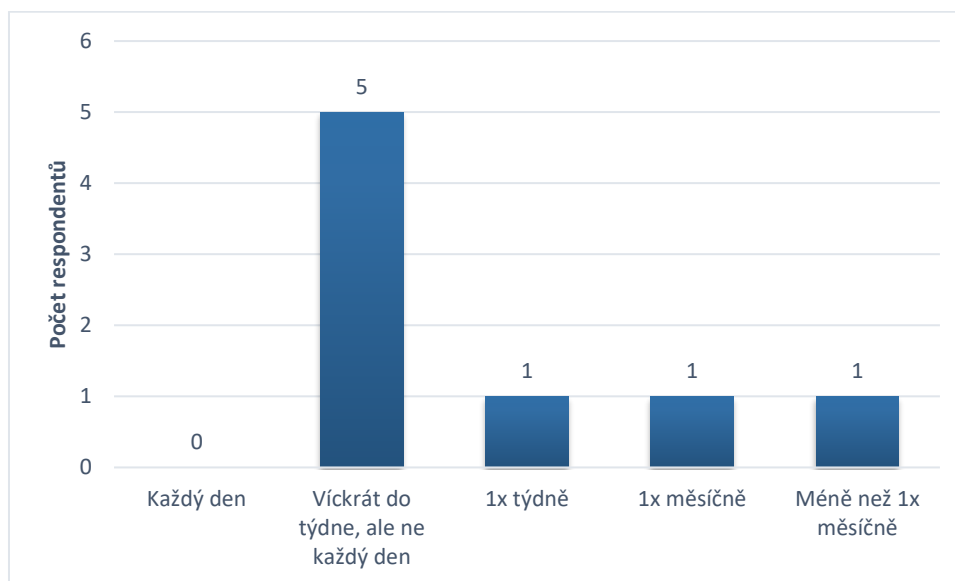
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů se 8 respondentů (3 %) v posledním roce setkala se šikanou na pracovišti. 236 respondentů (97 %) uvedlo, že se se šikanou na pracovišti v posledním roce neseťkalo.

**Otázka č. 13 – Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?
(mobbing/bossing)**

Zde zobrazujeme četnost mobbingu a bossingu páchané na naše respondenty. Na tuto otázku odpovídalo pouze 8 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se v posledním uplynulém roce setkali se šikanou na pracovišti.

Graf 13: Četnost mobbingu/bossingu za poslední rok



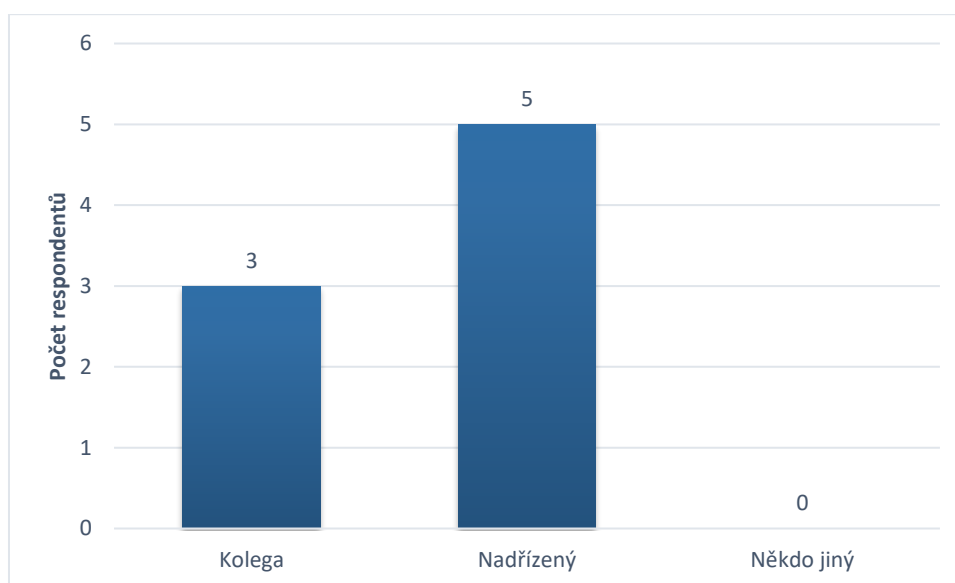
Zdroj: vlastní

Nikdo naštěstí neuvedl, že se se šikanou setkává každý den, 5 respondentů (62,5 %) se s ní setkává vícekrát do týdne, ale ne každý den, 1 respondent (12,5 %) se s mobbingem/bossingem setkává alespoň 1x týdně, 1 respondent (12,5 %) se se šikanou setká alespoň 1x za měsíc a 1 respondent (12,5 %) uvedl, že jeho zkušenosti se šikanou na pracovišti jsou méně než 1x měsíčně.

Otázka č. 14 – Kdo vás za posledních 12 měsíců šikanoval?

Grafem zobrazujeme osoby, které naši respondenti uvedli jako útočníka při šikaně na pracovišti. Podle tohoto označení můžeme určit, zda jde o mobbing či bossing. Při mobbingu dochází k šikaně ze strany kolegů a při bossingu dochází k šikaně ze strany nadřízených. Na tuto otázku opět odpovídalo pouze 8 respondentů, kteří ve dvanácté otázce uvedli, že se setkali v posledním roce se šikanou na pracovišti. Opět byla respondentům dána možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 14: Útočník při šikaně na pracovišti



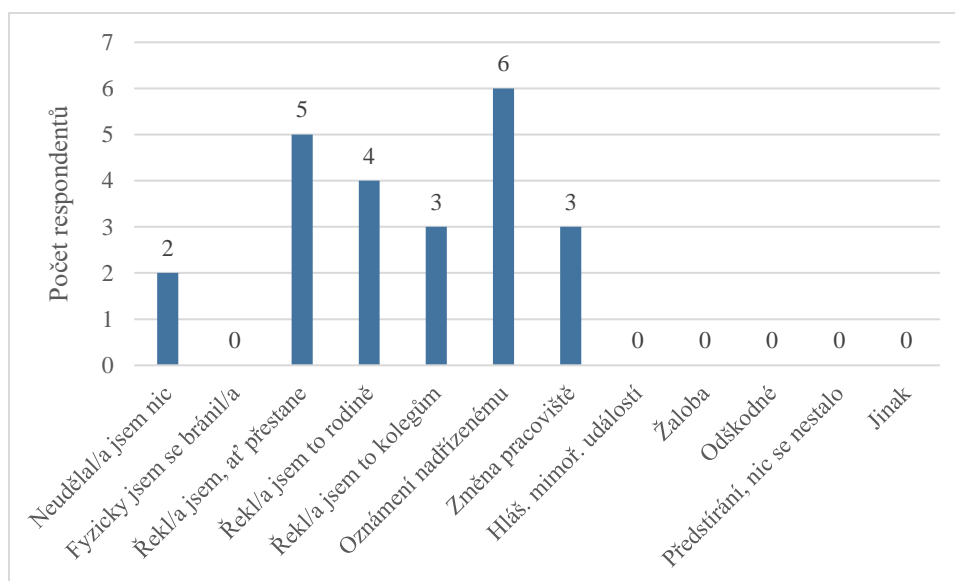
Zdroj: vlastní

Kolegu jako útočníka označili 3 respondenti (37,5 %). V tomto případě jde o mobbing. Nadřízeného uvedlo 5 respondentů (62,5 %). V tomto případě jde o bossing. Žádný respondent nevyužil možnost jiné odpovědi.

Otázka č. 15 – Jaká byla vaše reakce? (mobbing/bossing)

Tímto grafem znázorňujeme reakce respondentů na šikanu na pracovišti. I u této otázky měli respondenti vybrat odpovědi z možností, jak reagovali na šikanu na pracovišti. Opět na tuto otázku odpovídalo pouze 8 respondentů, kteří ve dvanácté otázce odpověděli, že se se šikanou na pracovišti setkali. I u této otázky měli respondenti možnost vybrat více než jednu odpověď.

Graf 15: Reakce respondentů na šikanu na pracovišti



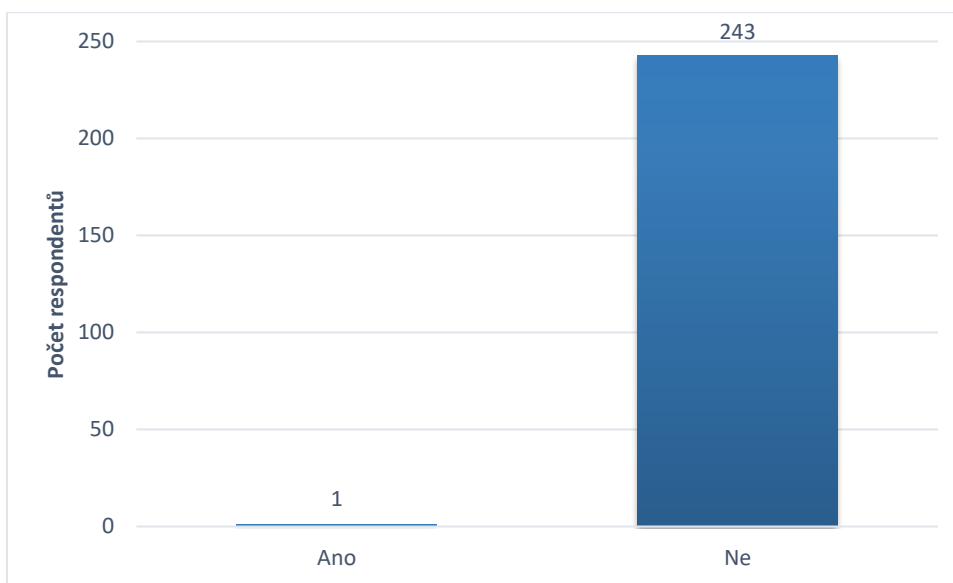
Zdroj: vlastní

Nejvíce, 6 (75 %), odpovědí se setkalo u možnosti oznámení šikany nadřízenému. 5 respondentů (63 %) řeklo dotyčnému, ať přestane. 4 respondenti (50 %) se s touto skutečností svěřili své rodině, 3 respondenti (38 %) o této situaci řekli kolegům a 3 respondenti (38 %) kvůli šikaně změnili své pracoviště. Našli se i 2 respondenti (25 %), kteří se svou situací nedělali nic. Žádný dotázaný nevedl možnost fyzického bránění, žaloby, požadování odškodného a ani žádný dotázaný nevyplnil hlášení mimořádných událostí. Rovněž nikdo nevedl možnost předstírání, že se nic nestalo a nikdo nevybral jinou než nabízenou možnost.

Otázka č. 16 – Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti sexuálně obtěžován/a?

Graf zobrazuje počet sexuálního obtěžování našich respondentů. Zjišťovali jsme, zda respondenti zažili v posledním roce šikanu na pracovišti. Dotázaní odpovídali pouze Ano/Ne. V případě, že odpověděli na otázku Ano, pokračovali na otázku č. 17 a dále. V případě, že odpověděli Ne, přeskočili v dotazníku k otázce číslo 20. Na otázky č. 17-19 v tomto případě neodpovídali.

Graf 16: Počet sexuálně obtěžovaných respondentů



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů se se sexuálním obtěžováním setkal pouze 1 respondent (0,4 %). Zbytek, tedy 243 respondentů (99,6 %) uvedlo, že s tímto typem agresivního chování nemají v posledním uplynulém roce zkušenosti.

**Otázka č. 17 – Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?
(sexuální obtěžování)**

Graf zobrazuje četnost sexuálního obtěžování našich respondentů. Na tuto otázku odpovídal pouze 1 respondent, který v předchozí otázce odpověděl, že se v posledním uplynulém roce setkal se sexuálním obtěžováním na pracovišti.

Graf 17: Četnost sexuálního obtěžování za poslední rok



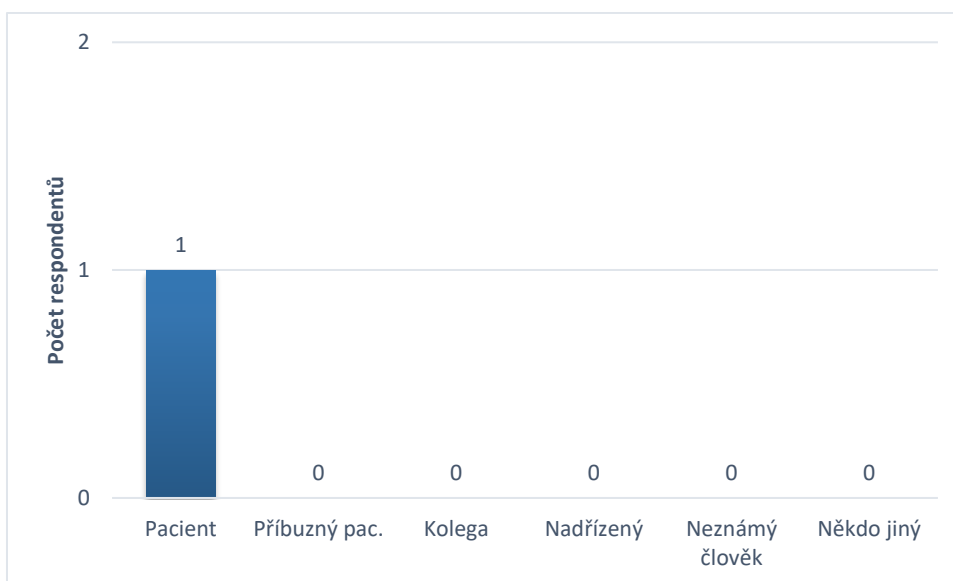
Zdroj: vlastní

Tento respondent uvedl, že se s takovým jednáním setkal méně než 1x za měsíc. Lze proto usuzovat, že se jednalo o výjimečnou událost, která se pravidelně neopakuje.

Otázka č. 18 – Kdo vás na Vašem pracovišti za posledních 12 měsíců sexuálně obtěžoval?

Graf zobrazuje osoby, které naši respondenti uvedli jako útočníka při šikaně na pracovišti. Na tuto otázku opět odpovídal pouze 1 respondent, který v šestnácté otázce uvedl, že se setkal v posledním roce se sexuálním obtěžováním na pracovišti. Opět byla dána možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 18: Útočník při sexuálním obtěžování na pracovišti



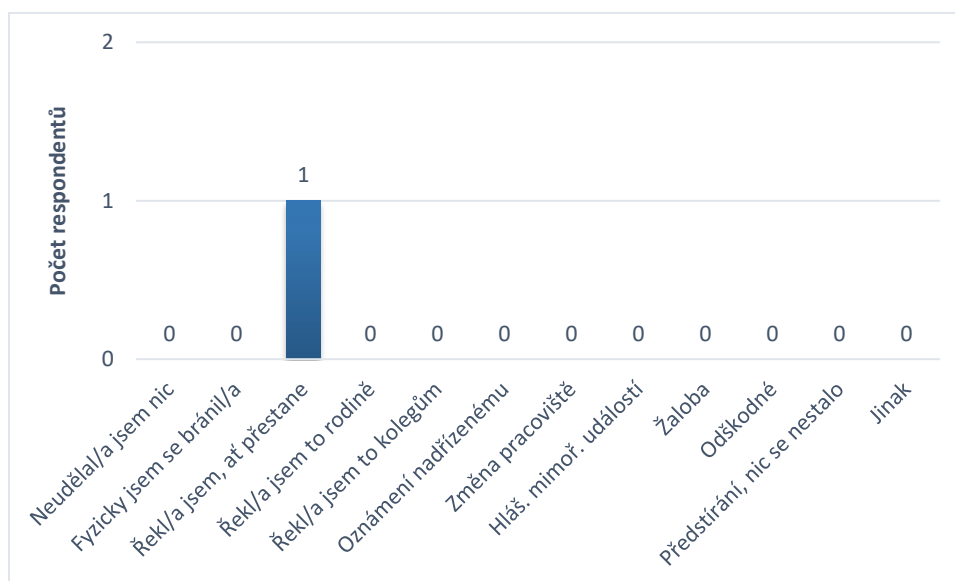
Zdroj: vlastní

Tento náš 1 dotázaný jako útočníka označil pacienta. Ostatní možnosti odpovědí zůstaly bez označení.

Otázka č. 19 – Jaká byla vaše reakce? (sexuální obtěžování)

Grafem znázorňujeme reakce respondentů na sexuální obtěžování. U této otázky měli respondenti vybrat odpovědi z možností, jak reagovali na sexuální obtěžování na pracovišti. Na tuto otázku opět odpovídal náš známý 1 respondent, který v šestnácté otázce uvedl, že se setkal v posledním roce se sexuálním obtěžováním na pracovišti. Opět byla dána možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 19: Reakce respondentů na sexuální obtěžování



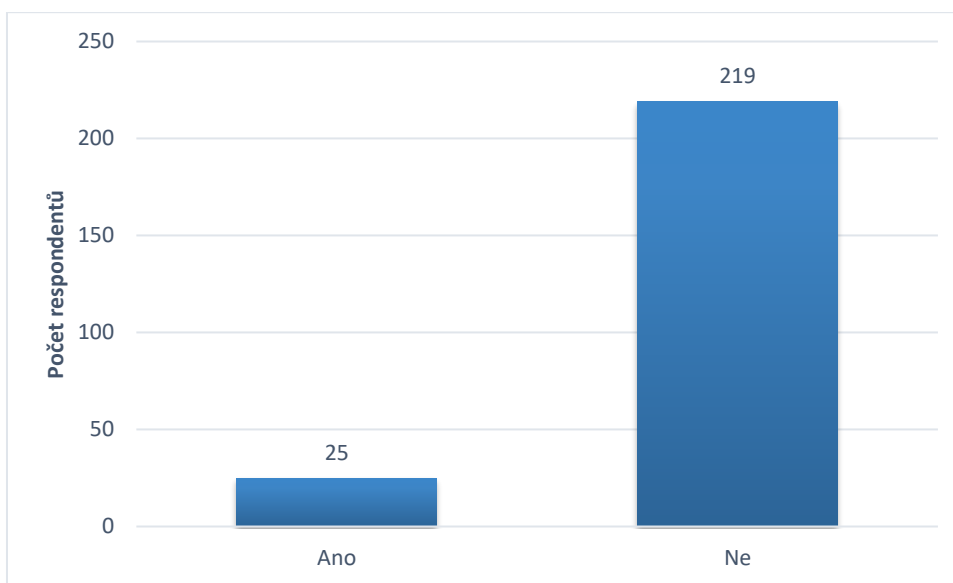
Zdroj: vlastní

Tento náš dotázaný uvedl pouze jednu odpověď, a to, že řekl dotyčnému, ať přestane. Ostatní možnosti, včetně hlášení mimořádné události, zůstaly bez označení.

Otázka č. 20 – Zažil/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti ponižování kvůli Vaší rasové příslušnosti?

Následující graf zobrazuje počet rasového ponižování našich respondentů. Zjišťovali jsme, zda respondenti zažili v posledním roce ponižování, kvůli své rasové příslušnosti. Dotázaní odpovídali pouze Ano/Ne. V případě, že odpověděli na otázku Ano, pokračovali na otázku č. 21 a dále. V případě, že odpověděli Ne, přeskočili v dotazníku k otázce číslo 24. Na otázky č. 21-23 v tomto případě neodpovídali.

Graf 20: Počet rasově ponižovaných respondentů



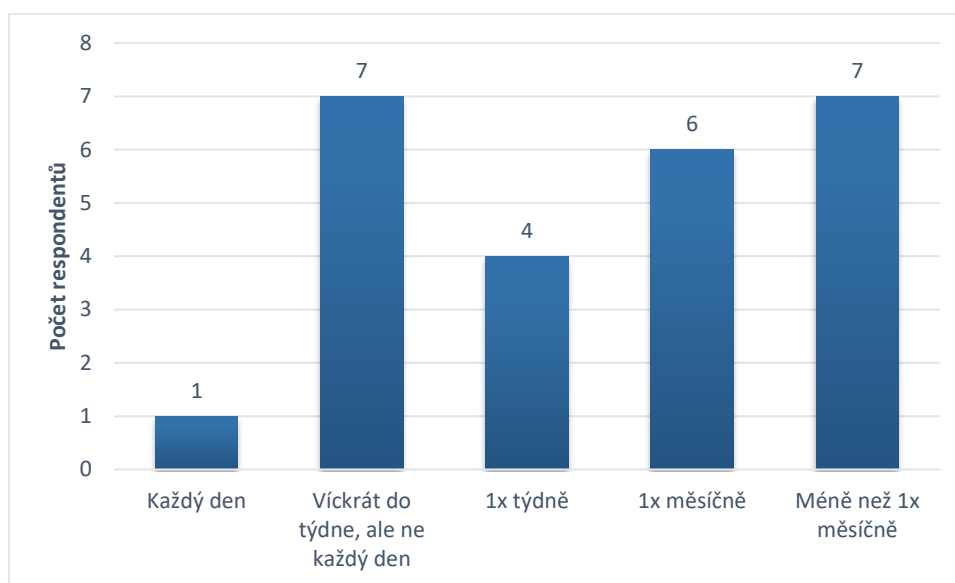
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 244 respondentů vyplynulo, že 25 respondentů (10 %) se v posledním uplynulém roce setkala s rasovým ponižováním a 219 respondentů (90 %) se s ponižováním kvůli své rasové příslušnosti v posledním roce neseťkalo.

**Otázka č. 21 – Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?
(rasové ponižování)**

Graf zobrazuje četnost rasového ponižování našich respondentů. Na tuto otázku odpovídalo pouze 25 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli, že se v posledním uplynulém roce setkali na pracovišti s ponižováním kvůli své rasové příslušnosti.

Graf 21: Četnost rasového ponižování za poslední rok



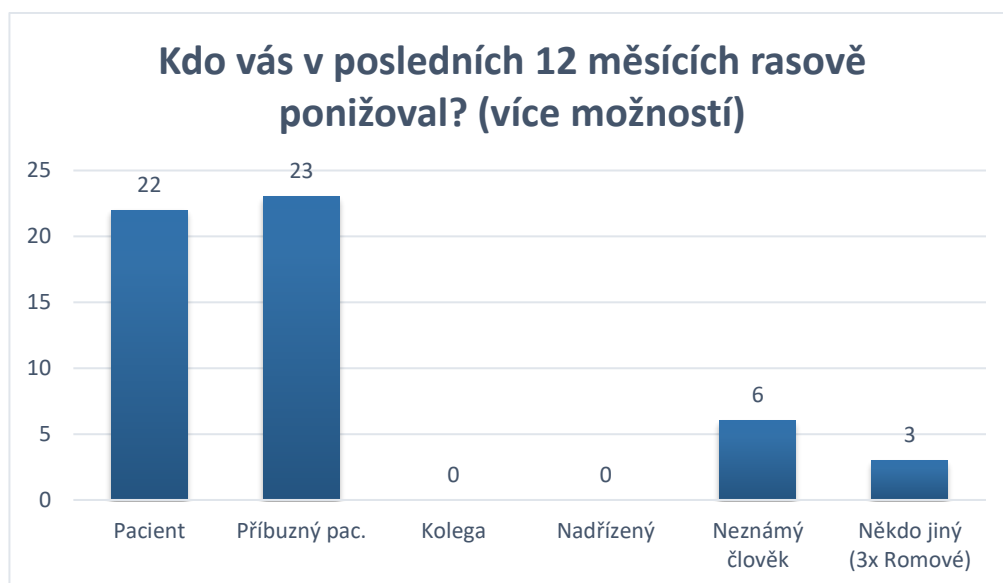
Zdroj: vlastní

Celkem 7 respondentů (28 %) uvedlo, že se s rasovým ponižováním setkalo vícekrát do týdne, ale ne každý den. Také dalších 7 respondentů (28 %) se s rasovým ponižováním setkává méně než 1x měsíčně. O něco méně, 6 respondentů (24 %), uvedlo, že se s rasovým ponižováním setkává 1x měsíčně. 4 respondenti (16 %) uvedli možnost 1x týdně a našel se i 1 respondent (4 %), který uvedl, že se s rasovým ponižováním setkává každý den.

Otázka č. 22 – Kdo vás na Vašem pracovišti za posledních 12 měsíců takto obtěžoval? (rasové ponižování)

Tento graf zobrazuje osoby, které naši respondenti označili jako útočníka při rasovém ponižování na pracovišti. Na tuto otázku opět odpovídalo pouze 25 respondentů, kteří ve dvacáté otázce uvedli, že se setkali v posledním roce s rasovým ponižováním. Opět byla dána respondentům možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 22: Útočník při rasovém ponižování na pracovišti



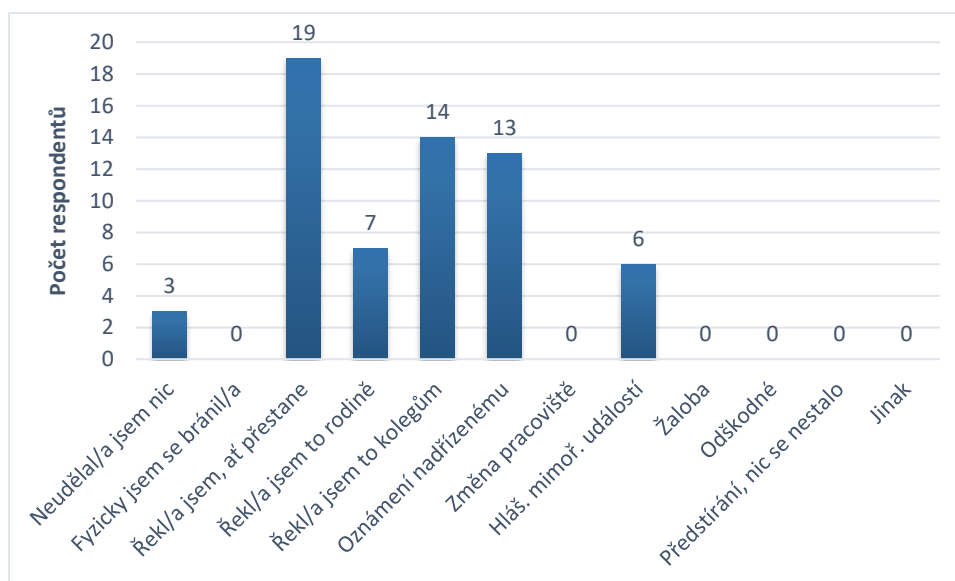
Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů, 23 (92 %), označilo jako útočníka rasového ponižování příbuzné pacientů. Pacienti samotní byli hned na druhé příčce s 22 odpověďmi (88 %). 6 respondentů (24 %) označilo též neznámého člověka a 3 respondenti (12 %) vybrali možnost zvolit jinou odpověď. Do kolonky, kde měli konkretizovat svou odpověď, uvedli shodně „Romové“.

Otázka č. 23 – Jaká byla vaše reakce? (rasové ponižování)

Grafem znázorňujeme reakce respondentů na rasové ponižování. U této otázky měli respondenti vybrat odpovědi z možností, jak reagovali na šikanu na pracovišti. Opět na tuto otázku odpovídalo pouze 25 respondentů, kteří ve dvacáté otázce uvedli, že se setkali v posledním roce s rasovým ponižováním. Opět i zde byla dána respondentům možnost vybrat i více než jednu odpověď.

Graf 23: Reakce respondentů na rasové ponižování



Zdroj: vlastní

Nejvíce, 19 (76 %), odpovědí se setkalo u možnosti, že řekli dotyčnému, ať přestane. 14 respondentů (56 %) o tom řeklo svým kolegům. 13 respondentů (52 %) to oznámilo svému nadřízenému. 7 respondentů (28 %) to řekli své rodině. 6 respondentů (24 %) vyplnilo hlášení mimořádných událostí a 3 respondenti (12 %) uvedli možnost, že neudělali nic. Žádný respondent neuvedl možnost fyzického bránění, změny pracoviště, žaloby, odškodného, předstírání, že se nic nestalo a ani jinou než nabízenou možnost.

Otázka č. 24 – Máte obavy z následujících situací na Vašem pracovišti?

Následující tabulka ukazuje obavy respondentů z násilí na jejich pracovišti. Respondenti měli u daných typů násilí uvést hodnocení míry jejich obav z daného typu násilí. U možností fyzické násilí, verbální násilí, mobbing/bossing, sexuální obtěžování a rasové ponižování vybírali hodnocení k jednotlivým typům pomocí číselné řady, kdy č. 1 znamenalo odpověď „Určitě ne“, č. 2 znamenalo „Spíše ne“, č. 3 znamenalo „Nedokáži posoudit“, č. 4 bylo pro odpověď „Spíše ano“ a č. 5 vyjadřovalo odpověď „Určitě ano“.

Tabulka 1: Obavy respondentů z násilí

	Určitě ne	Spíše ne	Nedokáži posoudit	Spíše ano	Určitě ano
Fyzické násilí	67	96	18	51	12
Verbální násilí	41	78	23	69	33
Mobbing/bossing	148	70	20	5	1
Sexuální obtěžování	174	54	13	1	2
Rasové ponižování	171	39	11	14	9

Zdroj: vlastní

Fyzického násilí na pracovišti se určitě neobává 67 (27,5 %) respondentů, spíše se neobává 96 (39 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 18 (7,5 %) respondentů. Fyzického násilí se spíše obává 51 (21 %) respondentů a určitě se ho obává 12 (5 %) respondentů.

Verbálního násilí na pracovišti se určitě neobává 41 (17 %) respondentů, spíše se neobává 78 (32 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 23 (29 %) respondentů. Verbálního násilí se spíše obává 69 (22 %) respondentů a určitě se ho obává 33 (16 %) respondentů.

Mobbingu/bossingu se určitě neobává 148 (60,5 %) respondentů, spíše se neobává 70 (29 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 20 (8 %) respondentů. Šikany na pracovišti se spíše obává 5 (2 %) respondentů a určitě se ho obává jen 1 (0,5 %) respondent.

Sexuálního obtěžování na pracovišti se určitě neobává 174 (71,5 %) respondentů a spíše se neobává 54 (22 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 13 (5,3 %) respondentů. Sexuálního obtěžování se spíše obává jen 1 (0,4 %) respondent a určitě se ho obávají 2 (0,8 %) respondenti.

Rasového ponižování na pracovišti se určitě neobává 171 (70 %) respondentů a spíše se neobává 39 (16 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 11 (4,5 %) respondentů. Rasového ponižování na pracovišti se spíše obává 14 (6 %) respondentů a určitě se ho obává 9 (3,5 %) respondentů.

Otázka č. 25 – Ohodnot'te Váš vztah k následujícím situacím.

Tato tabulka ukazuje vztah respondentů k násilí na jejich pracovišti páchané z jejich strany. Respondenti měli pomocí sebereflexe hodnotit svoje chování. U možností fyzické násilí k pacientům, verbální násilí k pacientům, mobbing/bossing ke kolegům, sexuální obtěžování ke kolegům, sexuální obtěžování pacientů a rasové ponižování pacientů vybírali hodnocení k jednotlivým typům pomocí číselné řady, kdy č. 1 znamenalo odpověď „Situaci nikdy nevyvolávám“, č. 2 znamenalo „Situaci spíše nevyvolávám“, č. 3 znamenalo „Nedokáži posoudit“, č. 4 bylo pro odpověď „Situaci spíše vyvolávám“ a č. 5 vyjadřovalo odpověď „Situaci často vyvolávám“.

Tabulka 2: Vztah respondentů k vlastnímu násilí

	Nikdy nevyvolávám	Spíše nevyvolávám	Nedokáži posoudit	Spíše vyvolávám	Často vyvolávám
Fyzické násilí k pacientům	223	13	8	0	0
Verbální násilí k pacientům	195	37	12	0	0
Mobbing/bossing	219	8	17	0	0
Sexuální obtěžování kolegů	224	3	16	1	0
Sexuální obtěžování pacientů	228	5	11	0	0
Rasové ponižování pacientů	224	10	10	0	0

Zdroj: vlastní

Fyzické násilí k pacientům nikdy nevyvolává 223 (91,5 %) respondentů a spíše nevyvolává 13 (5,5 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 8 (3 %) respondentů. Žádný respondent nevedl možnosti, že situaci spíše a často vyvolává.

Verbální násilí k pacientům nikdy nevyvolává 195 (80 %) respondentů a spíše nevyvolává 37 (15 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 12 (5 %) respondentů. Žádný respondent nevedl možnosti, že situaci spíše a často vyvolává.

Mobbing a bossing ke kolegům nikdy nevyvolává 219 (90 %) respondentů a spíše nevyvolává 8 (3 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 17 (7 %) respondentů. Žádný respondent opět nevedl možnosti, že situaci spíše a často vyvolává.

Sexuální obtěžování ke kolegům nikdy nevyvolává 224 (92 %) respondentů a spíše jej nevyvolávají 3 (1 %) respondenti. Situaci nedokáže posoudit 16 (6,5 %) respondentů a 1 (0,5 %) respondent uvedl, že situaci spíše vyvolává. Žádný respondent nevedl možnosti, že situaci často vyvolává.

Sexuální obtěžování pacientů nikdy nevyvolává 228 (93,5 %) respondentů a spíše nevyvolává 5 (2 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit 11 (4,5 %) respondentů. Opět žádný respondent nevedl možnosti, že situaci spíše a často vyvolává.

Rasové ponižování pacientů nikdy nevyvolává 224 (92 %) respondentů a spíše nevyvolává 10 (4 %) respondentů. Situaci nedokáže posoudit rovněž 10 (4 %) respondentů. Žádný respondent nevedl možnosti, že situaci spíše a často vyvolává.

Otázka č. 26 – Býváte svědkem uvedeného chování u jiných nelékařských zdravotníků?

Graf č. 26 – Zkušenosti respondentů s násilím u ostatních NLZP

Tabulkou znázorníme zkušenosti respondentů s násilím u ostatních NLZP. Otázku jsme sestavili podobně jako v předchozím případě. Respondenti měli hodnotit chování ostatních NLZP. U možností fyzické násilí k pacientům, verbální násilí k pacientům, mobbing/bossing ke kolegům, sexuální obtěžování ke kolegům, sexuální obtěžování pacientů a rasové ponižování pacientů vybírali hodnocení k jednotlivým typům pomocí číselné řady, kdy č. 1 znamenalo odpověď „*Situaci nikdy nevyvolávají*“, č. 2 znamenalo „*Situaci spíše nevyvolávají*“, č. 3 znamenalo „*Nedokáži posoudit*“, č. 4 bylo pro odpověď „*Situaci spíše vyvolávají*“ a č. 5 vyjadřovalo odpověď „*Situaci často vyvolávají*“.

Tabulka 3: Zkušenosti respondentů s násilím u ostatních NLZP

	Nikdy nevyvolávají	Spíše nevyvolávají	Nedokáži posoudit	Spíše vyvolávají	Často vyvolávají
Fyzické násilí k pacientům	158	46	39	1	0
Verbální násilí k pacientům	107	86	45	6	0
Mobbing/bossing	172	27	40	5	0
Sexuální obtěžování kolegů	195	11	37	1	0
Sexuální obtěžování pacientů	205	7	31	1	0
Rasové ponižování pacientů	180	26	36	2	0

Zdroj: vlastní

U fyzického násilí k pacientům uvedlo 158 (64,5 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 46 (19 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají. Situaci nedokáže posoudit 39 (16 %) respondentů. Dokonce 1 (0,5 %) respondent uvedl, že tuto situaci spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

U verbálního násilí k pacientům uvedlo 107 (44 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 86 (35 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají.

Situaci nedokáže posoudit 45 (18,5 %) respondentů. Dokonce 6 (2,5 %) respondentů uvedlo, že ostatní NLZP tuto situaci spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

U mobbingu/bossingu ke kolegům uvedlo 172 (70,5 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 27 (11 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají. Situaci nedokáže posoudit 40 (16,5 %) respondentů. Dokonce 5 (2 %) respondentů uvedlo, že tuto situaci spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

U sexuálního obtěžování ke kolegům uvedlo 195 (80 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 11 (4,5 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají. Situaci nedokáže posoudit 37 (15 %) respondentů. Dokonce 1 (0,5 %) respondent uvedl, že tuto situaci spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

U sexuálního obtěžování pacientů uvedlo 205 (84 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 7 (3 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají. Situaci nedokáže posoudit 31 (12,5 %) respondentů. Dokonce opět 1 (0,5 %) respondent uvedl, že tuto situaci ostatní NLZP spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

U rasového ponižování pacientů uvedlo 180 (73,5 %) respondentů, že ostatní NLZP situaci nikdy nevyvolávají a 26 (11 %) respondentů uvedlo, že situaci spíše nevyvolávají. Situaci nedokáže posoudit 36 (14,5 %) respondentů. Našli se i 2 (1 %) respondenti, kteří uvedli, že tuto situaci ostatní NLZP spíše vyvolávají. Nikdo neuvedl možnost, že ostatní NLZP fyzické násilí často vyvolávají.

7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Pro validitu výzkumu jsme navázali spolupráci se statistikem dat panem Matějem Markem MSc. a všechny následující postupy jsme zpracovávali a konzultovali společně s ním. Pro lepší orientaci uvádíme měřená data v příložených tabulkách a grafech.

Hypotéza č. 1

H10: Výskyt napadení NLZP se statisticky neliší podle typu napadení.

H11: Výskyt napadení NLZP se statisticky liší podle typu napadení.

U hypotézy 1 pracujeme s kvalitativní nominální proměnnou **odpovědí** (ano/ne) a kvalitativní nominální proměnnou **typ napadení** (fyzické, verbální, šikana, sexuální obtěžování, ponižování). Celý problém je zobrazen v následující tabulce.

Tabulka 4: Rozdělení počtu respondentů, jak se setkali s jednotlivými typy napadení

		TYP NAPADENÍ				
		FYZICKÉ NÁSILÍ	VERBÁLNÍ NÁSILÍ	ŠIKANA NA PRACOV.	SEXUÁLNÍ OBTĚŽOV.	RASOVÉ PONIŽOVÁNÍ
ANO		36	140	8	1	25
NE		208	104	236	243	219

Zdroj: vlastní

Z výše uvedené hypotézy vyplývá, že bychom chtěli testovat četnost napadení, respektive to, jestli počet napadení, závisí na typu napadení. K tomuto účelu slouží Chí-kvadrát test dobré shody, který testuje četnost v několika kategoriích současně. Zjišťuje shodu zjištěných a očekávaných četností. V našem případě budeme muset nejdříve zjistit skutečný počet napadení a následně testovat, jestli jsou jednotlivé typy napadení zastoupeny stejně. Protože z odpovědí respondentů je patrné, že jedna a ta samá osoba mohla být napadena jak fyzicky, tak současně i kupříkladu verbálně a současně během roku mohlo dojít k více incidentů u té samé osoby. Z tohoto důvodu bylo nutné výše uvedenou tabulku přetvořit a raději pracovat s celkovým počtem napadení, což je pro Chí-kvadrát test dobré shody korektnější. K tomuto jsme využili otázky č. 5, 9, 13, 17 a 21. Za pomoci těchto otázek jsme sestavili tabulku pro rozdělení počtu napadení dle jednotlivých typů napadení.

Fyzické napadení

Z oněch 36 respondentů, kteří potvrdili fyzické napadení, jich 15 zažilo fyzické násilí 1x, 7 respondentů zažilo fyzické násilí 2x, 3 respondenti zažili fyzické násilí 3x. Drobný problém nastal u 11 respondentů, kteří nahlásili, že násilí zažili více než 3x. Proto jsme nadále pracovali s hodnotou 4, která je zjevně vyšší než 3. Celková suma fyzických napadení za minulý rok je 82.

Tabulka 5: Přepočítání celkového počtu fyzických napadení za poslední rok

4. otázka	
Ano	36
Ne	208
suma	244

5. otázka		počet napadení	počet napadení celkem
1x	15	1	15
2x	7	2	14
3x	3	3	9
Více než 3x	11	4	44
suma	36	suma	82

Zdroj: vlastní

Verbální napadení

U přepočtu celkového počtu verbálních napadení opět nastala otázka, jakou hodnou dosadit pod kategorii „méně než 1x měsíčně“. Řekněme, že tito lidé jsou verbálně napadeni kupříkladu každý druhý měsíc, proto hodnota 6 v tabulce uvedené výše, aneb, tito lidé byli napadeni 6x během uvedeného roku, celkově jich takto odpovědělo 33, tedy dohromady 198 v tabulce. Celkem tedy během roku dle uvedených informací došlo k 11 298 verbálním napadení. Přepočet celkového počtu verbálních napadení za poslední rok, při stejné logice výpočtu, vypadá následovně:

Tabulka 6: Přepočet celkového počtu verbálních napadení za poslední rok

8. otázka	
Ano	140
Ne	104
suma	244

9. otázka		počet napadení za rok	počet napadení za rok celkem
Každý den	8	365	2920
Víckrát do týdne, ale ne každý den	43	156	6708
1x týdně	20	52	1040
1x měsíčně	36	12	432
Méně než 1x měsíčně	33	6	198
	suma	140	suma
			11298

Zdroj: vlastní

Šikana na pracovišti

Při přepočtu jsme opět řešili již dříve známý problém. Kategorie „vícekrát do týdne“ a „méně než 1x měsíčně“. Pro první kategorii jsme zvolili situaci, že k šikaně dochází 3x do týdne, což splňuje ono vícekrát do týdne a současně ne každý den. Pro kategorii „méně než 1x měsíčně“ jsme volili počet šikany na každý druhý měsíc, tedy 6 během roku. Celkový počet případů šikany za rok je tedy 850. Přepočet celkového počtu šikany na pracovišti za poslední rok, vypadá následovně:

Tabulka 7: Přepočet celkového počtu šikany na pracovišti za poslední rok

12. otázka			
Ano	8		
Ne	236		
suma	244		
13. otázka		počet případů za rok	počet případů celkem
Každý den	0	364	0
Vícekrát do týdne, ale ne každý den	5	156	780
1x týdně	1	52	52
1x měsíčně	1	12	12
Méně než 1x měsíčně	1	6	6
	suma	8	suma
			850

Zdroj: vlastní

Sexuální obtěžování

V tomto případě se domníváme, že se jednalo o ojedinělý případ a incident se neopakoval, váhu jsme proto zvolili 1. Celkově byl tedy zaznamenán 1 případ sexuálního obtěžování.

Tabulka 8: Přepočtený celkový počet sexuálního obtěžování za poslední rok

16. otázka					
Ano	1				
Ne	243				
suma	244				
17. otázka			počet případů za rok	počet případů celkem	
Každý den	0	0	0	0	
Vícekrát do týdne, ale ne každý den	0	0	0	0	
1x týdně	0	0	0	0	
1x měsíčně	0	0	0	0	
Méně než 1x měsíčně	1	1	1	1	
suma	1	suma	1	1	

Zdroj: vlastní

Rasové ponižování

Opět jsme řešili stejný problém s přepočtem případů u lidí, kteří hlásili „vícekrát do týdne, ale ne každý den“ a ve skupině lidí, kteří hlásili „méně než 1x měsíčně“. K přepočtu jsme zvolili stejný klíč, jako u verbálního napadení a u šikany na pracovišti. Během roku tedy bylo zaznamenáno 1778 případů ponižování z důvodu rasové diskriminace.

Tabulka 9: Přepočet celkového počtu rasového ponižování za poslední rok

Ano	25		
Ne	219		
suma	244		
21. otázka		počet případů za rok	počet případů celkem
Každý den	1	364	364
Vícekrát do týdne, ale ne každý den	7	156	1092
1x týdně	4	52	208
1x měsíčně	6	12	72
Méně než 1x měsíčně	7	6	42
	suma	25	suma 1778

Zdroj: vlastní

Nyní jsme mohli úspěšně sestavit tabulku četností pro jednotlivé typy případů, která vypadá následovně:

Tabulka 10: Přepočtené četnosti napadení podle jednotlivých typů násilí za poslední rok

TYP NAPADENÍ					
	FYZICKÉ	VERBALNÍ	ŠIKANA NA PRACOVIŠTI	SEX. OBTĚŽOV.	RASOVÉ PONIŽ.
Počet případů	82	11298	850	1	1778

Zdroj: vlastní

K vyjádření, jestli se od sebe počty u jednotlivých typů napadení dostatečně liší, nám poslouží dříve zmiňovaný Chí-kvadrát test dobré shody, který odpovídá na otázku, jestli jsou rozdíly mezi empirickými četnostmi (viz tabulka výše) a teoretickými četnostmi náhodné nebo ne.

Samotný výpočet byl proveden v RStudio (Version 1.2.5033). Alespoň jednou uvádíme celý kód. Syntaxe Rstudia je taková, že vše za znakem # je pouhý komentář toho, co se děje.

```
pocet_napadeni <- c(82,11298,850,1,1778)

#vytvorime si objekt pocet_napadeni z vektoru c(), který obsahuje
#nami zjistene pocty napadeni
#Rstudio ma zabudovanou funkci pro chi-kvadrat test dobre shody
#vysledek teto funkce si ulozime do objektu "vysledek"
#funkce chisq.test ma dva argumenty, prvnim argumentem jsou empiricke hodnoty,
druhem argumentem je vektor pravdepodobnosti,
#mame 5 moznych typu napadeni
#puvodni H0 znela,ze se vyskyt napadeni (nase empiricke hodnoty) nelisi podle typu
napadeni.
#tedy nas druhy argument teto funkce bude pravdepodobnostni vektor p, kterym se
dle H0 ridi nase empiricke hodnoty
#vysledek testu (nase p-value) nam rekne, jestli tomu tak opravdu je
vysledek <- chisq.test(pocet_napadeni, p = c(1/5, 1/5, 1/5,1/5,1/5))
vysledek #necháme si zobrazit výsledek
```

Výsledek pak vypadá následovně:

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 32938, df = 4, p-value < 2.2e-16

Pro nás je nejdůležitější hodnota p-value, na jejíž základě můžeme celý test vyhodnotit. Je-li tato hodnota nižší než zvolená hladina významnosti testu α , tak zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme tzv. alternativní hypotézu. V našem konkrétním případě tedy, p-value je $2.2e^{-16}$, případně přepsáno na 0.00000000000000022. Zvolíme-li tedy hladinu

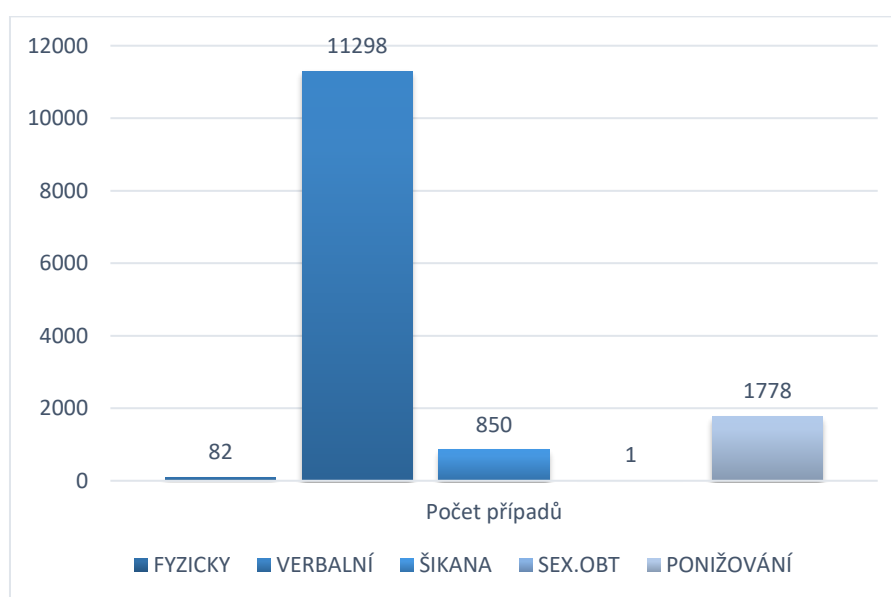
významnosti 0,05, tak můžeme s notnou dávkou jistoty zamítnout H_{10} a přiklonit se k H_{11} . Přeci jen hodnota 0,000000000000000022 je významně nižší než 0,05.

Závěr

Na základě chí-kvadrát testu proto zamítáme nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05. Tedy, přikláníme s k hypotéze alternativní, výskyt napadení NLZP se statisticky liší podle typu napadení.

To samé je zjevné ze sloupcového grafu, který nám znázorňuje skutečný počet případů násilí rozdělených podle typu násilí.

Graf 24: Skutečný počet případů násilí rozdělených podle typů násilí



Zdroj: vlastní

Počet verbálních útoků během posledního uplynulého roku, výrazně dominuje zbylé čtyři ostatní varianty. Bez ohledu na to, jestli malinko upravíme propočty oněch zjištěných případů zjištěných během roku, tak se nic nezmění na faktu, že zde zjevně existuje významný rozdíl.

Slovo závěrem k hodnotám, které jsme si troufli dosadit. Test můžeme směle opakovat a zjistit, jestli by došlo ke změně, avšak vzhledem ke skutečnosti, že jsme zjistili řádově odlišné počty výskytu napadení pro jednotlivé typy napadení, tak lze předpokládat, že bychom se dobrali stejného výsledku s tím rozdílem, že se nám malinko změní p-value, což by na celkovém závěru nic nezměnilo.

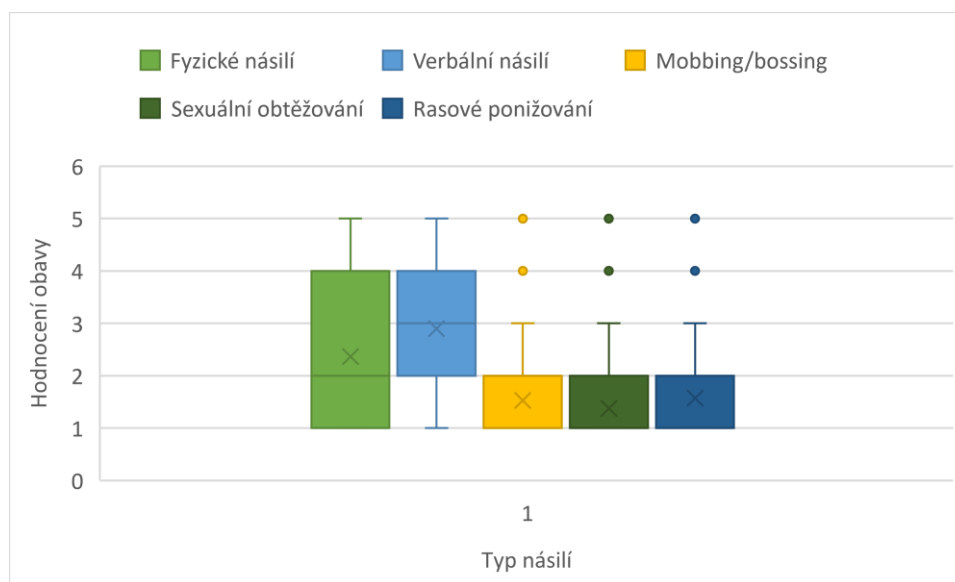
Hypotéza č. 2

H2₀ Obavy respondentů na pracovišti se neliší podle typu násilí.

H2₁ Obavy respondentů na pracovišti se liší podle typu násilí.

V následujícím grafu jsou zobrazeny odpovědi z otázky č. 24

Graf 25: Obavy z násilí rozdělené podle jeho typu



Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že se odpovědi respondentů sice lišili v závislosti na typu násilí, přímo však usoudit nemůžeme, jestli jsou tyto rozdíly významné.

Při zpracování této hypotézy budeme pracovat s ordinální proměnnou „míra obavy z násilí“ (určitě ne, spíše ne, nedokážu posoudit, spíše ano, určitě ano) a nominální proměnné „typ násilí“ (fyzické násilí, verbální násilí, mobbing/bossing, sex. obtěžování, rasové ponižování). V tomto případě je situace poněkud přímočařejší, nemusíme nic upravovat, přepočítávat. Zbývá nám jen se správně rozhodnout pro vhodný test. Takovýmto testem bude Friedmanův test, který bere v potaz skutečnost, že pracujeme s ordinální a nominální proměnnou, zároveň bere v potaz to, že jedna skupinka lidí (našich 244 respondentů) opakovaně odpovídá na různé otázky, tedy, že nejdříve hodnotí obavy z fyzického násilí, následně hodnotí obavy z verbálního násilí atd. K tomuto jsme si stanovili alternativní hypotézy Friedmanova testu:

H_0 : Pravděpodobnost závislosti mezi hodnocením obav a typem násilí je rovna nula.

H_1 : Pravděpodobnost závislosti mezi hodnocením obav a typem násilí není rovna nule.

Výsledek

Test byl proveden v programu excel, rozhodovali jsme se opět pomocí p-value, námi zjištěná hodnota je 3.48E-55, což je číslo, které zaručeně bude nižší než námi stanovená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza Friedmanova testu je, že se proměnné od sebe statisticky neliší, stejně tak jako v naší originální nulové hypotéze. Pomocí p-value z Friedmanova testu tedy můžeme prohlásit, že zamítáme H_0 .

Závěr

Výsledky ukázaly, že typ násilí vede ke statisticky rozdílným obavám na typu násilí. Tedy, existuje zde statisticky významný rozdíl v tom, jak se liší obavy respondentů podle typu násilí.

Je velice složité odpovědět na otázku, jak se tedy liší. Máme ordinální proměnné, můžeme se tedy podívat na míry polohy a míry variability. Dokážeme pouze zjistit, jestli byl systematický rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 24(A) až 24(D). Pro jednotlivé typy násilí si můžeme spočítat modus a medián.

Modus = kategorie s největší četností. Nelze s ním ovšem provádět žádné algebraické operace.

Medián = hodnota, která je ve prostředku všech pozorování seřazených podle hodnot, nebo jinak řečeno, hodnota proměnné, před níž je polovina pozorování majících menší hodnotu a za níž je druhá polovina pozorování majících větší hodnotu, než má medián. Při sudém počtu hodnot: průměr dvou prostředních hodnot.

Tabulka 11: Modus a medián obav respondentů u jednotlivých typů násilí

	Fyzické násilí	Verbální násilí	Mobbing/ bossing	Sexuální obtěžování	Rasové ponižování
modus	2	2	1	1	1
Medián	2	3	1	1	1

Zdroj: vlastní

V tabulce vidíme, že modus a medián odpovědí pro typ obav jsou navzájem podobné pro fyzické a verbální napadení, kdežto pro zbylé typy napadení jsme zjistili, že respondenti odpovídali jinak. Modus a medián odpovědí pro mobbing/bossing, sexuální obtěžování, rasové ponižování se liší od odpovědí pro fyzické a verbální násilí.

Jako další možnost ilustrace, jak se liší obavy respondentů z násilí, jsme zvolili součet bodového hodnocení dílčích odpovědí v otázce číslo 24. Odpovědi mohly nabývat hodnot 1 až 5.

Tabulka 12: Suma odpovědí na otázku obavy z násilí

	Fyzické násilí	Verbální násilí	Mobbing/bossing	Sexuální obtěžování	Rasové ponižování
SUMA Otázka 24	577	707	373	335	383

Zdroj: vlastní

Podle tabulky je patrné, že naši respondenti se nejvíce obávají verbálního násilí. Na druhém místě obav z násilí je fyzické násilí, na třetím místě rasové ponižování, které je velice blízko k mobbingu a bossingu na pracovišti. Nejmenší obavy mají respondenti z rasového ponižování.

Hypotéza č. 3

H3₀ Označení agresora vůči NLZP se statisticky neliší podle typu napadení.

H3₁ Označení agresora vůči NLZP se statisticky liší podle typu napadení.

Při hodnocení této hypotézy budeme postupovat podobně jako u první hypotézy. Pracujeme s nominálními proměnnými. Nami položenou hypotézu ověříme tak, že se zeptáme, jestli jsou četnosti odpovědí stejně rozloženy u jednotlivých typů agresorů. Tedy například u fyzického napadení máme na výběr několik typů agresorů (pacient, ..., někdo jiný) a ptáme se, jestli jsou odpovědi ANO u těchto typů zastoupeny stejně pro všechny typy napadení. V následující tabulce se opět nejdříve podíváme, jak respondenti odpovídali.

Tabulka 13: Označení útočnicka podle typů napadení

		ODPOVĚĎ					
		Pacient	Příbuzný pacienta	Kolega	Nadřízený	Neznámý člověk	Někdo jiný
OTÁZKA	6	33	1	1	0	2	0
	10	127	52	8	5	9	0
	18	1	0	0	0	0	0
	22	22	23	0	0	6	3

Zdroj: vlastní

Pro naše potřeby je nutné tabulku upravit, a to tak, že kategorii odpovědí sexuálního obtěžování jsme z důvodu malé četnosti odpovědí vynechali. Takto vypadá tabulka, kterou budeme prověřovat. Budeme pracovat s šesti typy odpovědí, které dále budeme testovat pro naše 3 otázky. Pro úspěšné testování by měla suma v řádku dávat alespoň 30. Jedná se o teoretickou četnost, minimálně 5 pro každou z kategorií, těch máme 6, tedy dohromady $5 \times 6 = 30$. Právě z tohoto důvodu nebudeme testovat otázku č. 18 (sexuální obtěžování). Nesplnila by tento požadavek.

Tabulka 14: Označení útočnicka podle typů napadení – upravená tabulka

		ODPOVĚĎ						suma		
		Pacient	Příbuzný pacienta	Kolega	Nadřízený	Neznámý člověk	Někdo jiný			
OTÁZKA	6	33	1	1	0	2	0	37	>=	30
	10	127	52	8	5	9	0	201	>=	30
	22	22	23	0	0	6	3	54	>=	30
	suma	182	76	9	5	17	3	292		
	p	0.62	0.26	0.03	0.02	0.06	0.01			

Zdroj: vlastní

Dále ve sloupcích vypočteme četnosti odpovědí pro jednotlivé otázky. Zjistíme pravděpodobnost, se kterou se tato odpověď vyskytovala u našich respondentů skrze všechny typy napadení, a budeme porovnávat, jestli se tímto rozdělením odpovědí řídí i jednotlivé konkrétní otázky, nebo jestli to nějaká otázka porušuje. V případě porušení bychom řekli, že zde existuje vztah mezi typem označení agresora a typem násilí.

Označení agresora - fyzické napadení

Nejdříve se musíme podívat, jak respondenti označili agresora při fyzickém násilí. Zároveň se ptáme, jestli převažuje nějaký typ označení oproti předpokládanému rozložení odpovědí. Pokud by se způsob označení nelišil, tak bychom našli stejně rozložené odpovědi, tedy všechny typy označení agresora při fyzickém násilí by měli víceméně námi předepsané četnosti odpovědí. Podíváme se tedy, jak nám dopadne Chí-kvadrát test. K tomuto jsme si opět vytvořili alternativní hypotézy (tento postup opakujeme i u dalších kategorií odpovědí).

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1 = 0,62$; $p_2 = 0,26$; $p_3 = 0,03$; $p_4 = 0,02$; $p_5 = 0,06$; $p_6 = 0,01$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporci)

Výsledek:

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 13.278, df = 5, p-value = 0.02091

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout** nulovou hypotézu neexistence statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,02091), tato hodnota je nižší než 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Zjevně zde tedy existuje rozdíl ve způsobu odpovědi při označení agresora u fyzického napadení v porovnání s ostatními typy napadení.

Označení agresora - verbální napadení

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1 = 0,62$; $p_2 = 0,26$; $p_3 = 0,03$; $p_4 = 0,02$; $p_5 = 0,06$; $p_6 = 0,01$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporcii)

Výsledek:

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 3.7157, df = 5, p-value = 0.591

Na hladině významnosti 5 % **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu neexistence statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,591), tato hodnota je nižší než 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu. Neexistuje zde rozdíl ve způsobu odpovědi při označení agresora u verbálního napadení v porovnání s ostatními typy napadení.

Označení agresora - rasové ponižování

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1 = 0,62$; $p_2 = 0,26$; $p_3 = 0,03$; $p_4 = 0,02$; $p_5 = 0,06$; $p_6 = 0,01$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporcii)

Výsledek:

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 25.912, df = 5, p-value = 9.28e-05

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout** nulovou hypotézu. Neexistence statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,000), tato hodnota je nižší než 0,05, zamítáme tedy

nulovou hypotézu. Existuje zde rozdíl ve způsobu odpovědi při označení agresora při rasovém ponižování v porovnání s ostatními typy napadení.

Označení agresora – šikana na pracovišti (mobbing a bossing)

Ke zhodnocení agresora u mobbingu a bossingu, kdy odlišnost je dána samotnou podstatou otázky, je nutné zvolit odlišný přístup k hodnocení této kategorie. Proto tuto kategorii řešíme v programu RStudio. Ptáme se, jestli existuje rozdíl v typu agresora, kterého respondenti uvedli.

H₀: Neexistuje rozdíl mezi označením agresora při šikaně.

H₁: Existuje rozdíl mezi označením agresora při šikaně.

Proměnné hledáme v otázce č. 14, „*Kdo vás za posledních 12 měsíců šikanoval? (lze vybrat i více možností)*“

Kolega B. Nadřízený C. Někdo jiný. Uveďte prosím: ...

Máme tedy na výběr ze tří možných odpovědí, jedná se o nominální proměnnou. Opět si s tím poradí Chí-kvadrát test dobré shody.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1 = 1/3$; $p_2 = 1/3$; $p_3 = 1/3$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporcii)

Pokud by měla platit nulová hypotéza „*Neexistuje rozdíl mezi označením agresora při šikaně*“, tak by četnosti pro označení jednotlivých typů agresorů byly totožné (proto $p_1 = 1/3$; $p_2 = 1/3$; $p_3 = 1/3$).

Výsledek:

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 4.75, df = 2, p-value = 0.09301

Na hladině významnosti 5 % **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,09301), tato hodnota je vyšší než 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu. Neexistuje zde rozdíl ve způsobu odpovědi při označení agresora při šikaně na pracovišti. Z poskytnutého datasetu nevyplývá, že by při mobbingu/bossingu, záleželo na typu agresora.

Závěr:

Zjistili jsme, že respondenti odpovídali odlišně v jednotlivých otázkách, kde označovali typ agresora. Jejich odpovědi na označení typu agresora se lišili v závislosti na typu napadení.

Hypotéza č. 4

H₀ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s délkou praxe respondentů.

H₁ Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s délkou praxe respondentů.

Hypotéza byla řešena v programu RStudio.

Na četnost napadení se podíváme jako na ordinální proměnnou (1x denně, 1x týdně, ... atd.). Kategorie můžeme zdárně seřadit podle intenzity od nejnižší po nejvyšší, Proto si můžeme dovolit vyhnout se přepočtu z Hypotézy č. 1. Na délku praxe se podíváme z úplně stejného úhlu pohledu. Opět můžeme mezi sebou kategorie délky praxe porovnat určitým způsobem a seřadit od nejkratší po nejdelší.

Naši původní hypotézu budeme prověřovat postupně. Budeme se ptát, jestli existuje statistický měřitelný vztah popisující to, jak respondenti odpovídali na otázku č. 1 a č. 5, otázku č. 1 a č. 9 atd. až se dostaneme ke kombinaci otázek č. 1 a č. 21. Pokud se v nějaké dílčí části prokáže, že takovýto vztah existuje, tak prohlásíme, že existuje souvislost mezi četností napadení a délkou praxe.

K vyhodnocení hypotézy, použijeme Spearmanův korelační koeficient. Ptáme se, jestli existuje nějaká závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali na naši otázku související s délkou praxe a všemi ostatními otázkami, které pochopitelně souvisí s četností napadení (dle konkrétního typu). Korelační koeficient může nabývat hodnot od -1 do 1. Pro vysvětlení, při $r=0$ jsou proměnné X a Y naprosto nezávislé (nesouvislé, beze vztahu). Čím vyšší je hodnota korelačního koeficientu, tím vyšší je závislost (při příčinném vztahu) či souvislost (při asociačním vztahu) mezi proměnnými X a Y. Jestliže je r kladné tak se zvyšující se hodnotou X roste i hodnota Y. Při záporném r s rostoucí hodnotou X klesá hodnota Y.

Fyzické napadení

Korelace odpovědí na otázky č. 1 a č. 5

		OT1	OT5
Spearman's rho	T.1	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,425
		N	36
	T.5	Correlation Coefficient	,137
		Sig. (2-tailed)	,425
		N	36

H₀: Korelační koeficient je roven 0.

H₁: Korelační koeficient se nerovná 0.

Jak lze vyčíst z tabulky, tak tuto hypotézu **nemůžeme** u otázek č. 1 a č. 5 **zamítnout**, protože p-hodnota, podle které se rozhodujeme, činí 0,425, samozřejmě za předpokladu, že si stanovíme hladinu významnosti 5 %. Námi zjištěná korelace 0,137 je tedy velmi nízká a ke všemu statisticky nevýznamná.

Verbální napadení

Korelace odpovědí na otázky č. 1 a č. 9

		OT.1	OT.9
Spearman's rho	T.1	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,339
		N	140
	T.9	Correlation Coefficient	-,081
		Sig. (2-tailed)	,339
		N	140

H₀: Korelační koeficient je roven 0.

H₁: Korelační koeficient se nerovná 0.

Námi zjištěná hodnota korelačního koeficientu je -0.081, opět ale **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o tom, že je roven nule (p-hodnota = 0,339) na 5 % hladině významnosti.

Šikana na pracovišti

Korelace odpovědí na otázky č. 1 a č. 13

		OT.1	OT.13	
Spearman's rho	T.1	(Correlation Coefficient	1,000	-,637
		Sig. (2-tailed)	.	,089
		N	8	8
	T.13	(Correlation Coefficient	-,637	1,000
		Sig. (2-tailed)	,089	.
		N	8	8

H₀: Korelační koeficient je roven 0.

H₁: Korelační koeficient se nerovná 0.

Námi zjištěná hodnota korelačního koeficientu je -0,637, opět ale **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o tom, že je roven nule (p-hodnota = 0,089) na 5 % hladině významnosti.

Rasové ponižování

Korelace odpovědí na otázky č. 1 a č. 21

		OT.1	OT.21	
Spearman's rho	T.1	(Correlation Coefficient)	1,000	,230
		Sig. (2-tailed)	.	,269
		N	25	25
	T.21	(Correlation Coefficient)	,230	1,000
		Sig. (2-tailed)	,269	.
		N	25	25

H₀: Korelační koeficient je roven 0.

H₁: Korelační koeficient se nerovná 0.

Námi zjištěná hodnota korelačního koeficientu je -0,637, opět je ale **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o tom, že je roven nule (p-hodnota = 0,269) na 5 % hladině významnosti.

Otázku zabývající se sexuálním obtěžováním jsme zdárně vynechali, jelikož bychom z ní žádné další informace nedostali.

Vyhodnocení:

Nebylo zjištěno, že by zde existovala statisticky významná závislost mezi četností napadení (dle jednotlivých typů napadení) a délkou praxe. Námi zjištěné výsledky hovoří pro fakt, že nemůžeme zamítnout H₀, původní hypotéza tedy obstála, tedy, četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s délkou praxe respondentů.

Hypotéza č. 5

H5₀: Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s pracovní pozicí respondentů.

H5₁: Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s pracovní pozicí respondent

Hypotéza byla řešena v programu SPSS.

Hypotézu si opět projdeme postupně pro všechny typy pozic respondentů v závislosti na četnosti napadení. Budeme se ptát, jestli existuje závislost mezi dvěma proměnnými, mezi nominální proměnnou (pracovní pozice respondenta) a ordinální proměnnou (četnost napadení v posledních 12 měsících). Postupně tedy zjistíme, jestli existuje závislost, jak respondenti odpovídali na otázku č. 2 a na otázku č. 5, potom se podíváme, jestli existuje závislost mezi tím, jak odpovídali na otázku č. 2 a č. 9 atd. Pokud tedy zjistíme, že mezi nějakou dvojicí námi zkoumaných otázek existuje závislost, tedy závislost mezi četností napadení a typem napadení, tak prohlásíme, že existuje závislost mezi četností napadení a pracovní pozicí respondenta.

Vyhodnocovat budeme provádět pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu, který testuje nulovou hypotézu o tom, že proměnné jsou nezávislé.

Fyzické napadení

Závislost odpovědí otázky č. 2 a č. 5:

2. Jaká je Vaše pracovní pozice?

5. Kolikrát k fyzickému útoku během posledních 12 měsíců došlo?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,613 ^a	12	,210
N of Valid Cases	36		

Předpokládáme hladinu významnosti 5 %, tedy **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,210).

Verbální napadení

Závislost odpovědí na otázky č. 2 a č. 9:

2. Jaká je Vaše pracovní pozice?

9. Jak byste hodnotil/a, četnost verbálních útoků během posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,796 ^a	20	,012
N of Valid Cases	140		

Na základě hladiny významnosti 5 % tedy **můžeme zamítnout** nulovou hypotézu o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,012) a přiklonit se k alternativní hypotéze, mezi otázkami č. 2 a č. 9 existuje statisticky významná závislost.

Šikana na pracovišti

Závislost odpovědí na otázky č. 2 a č. 13:

2. Jaká je Vaše pracovní pozice?

13. Jak byste hodnotil/a, četnost šikany za posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,600 ^a	9	,779
N of Valid Cases	8		

Na hladině významnosti 5 % **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,779).

Rasové ponižování

Závislost odpovědí na otázky č. 2 a č. 21:

2. Jaká je Vaše pracovní pozice?

21. Jak byste hodnotil/a, četnost ponižování za posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,960 ^a	12	,532
N of Valid Cases	25		

Na základě hladiny významnosti 5 % **nemůžeme zamítnout** nulovou hypotézu o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,532).

Sexuální obtěžování

Pro otázku zabývající se sexuálním obtěžováním jsme zaznamenali jen jeden případ, proto s tím nic moc testovat nemůžeme.

Závěr:

Existuje statisticky významná závislost mezi typem pracovní pozice s alespoň s jedním typem napadení. Našli jsme závislost mezi typem pracovní pozice a verbálním napadením. Když se vrátíme k originální hypotéze H_{50} a H_{51} , našli jsme statisticky významnou závislost mezi typem pracovní pozice a četností napadení, můžeme se tedy přiklonit k H_{51} . V následující tabulce si zobrazíme rozložení verbálního napadení dle pracovní pozice.

Tabulka 15: Rozložení verbálního napadení dle pracovní pozice

	Každý den	Více/týden, ne každý den	1x týdně	1x měsíčně	Méně než 1x měsíčně	Absolutní počet verb. napadení	Počet respond. celkem	Relativní počet verb. napadení
Praktická sestra	3	1	1	2	4	11	21	52 %
Všeobecná sestra	2	21	9	14	14	60	99	60 %
Sestra se specializací	1	8	5	11	5	30	53	57 %
Sanitář/ka	2	11	0	2	4	19	38	50 %
Ošetřovatel/ka	0	1	5	5	6	17	28	60 %
Jiné/dětská sestra	0	1	0	2	0	3	5	60 %
Četnost celkem	8	43	20	36	33	140	244	57 %

Zdroj: vlastní

V tabulce vidíme, že nejvíce verbálního napadení uvedli respondenti z kategorie všeobecné sestry, ošetřovatel/ky a dětské sestry, a to shodně 60 % respondentů. S nepatrným rozdílem 3 % tuto zkušenost uvedly sestry se specializací (57 % respondentů). Praktické sestry jsou v této kategorii napadení zastoupeny 52 % respondentů a sanitáři s nejmenším zastoupením, a to „jen“ s 50 % respondentů.

Kvůli rozdílnému počtu respondentů v jednotlivých kategoriích ovšem nesmíme zapomenout na nutnost převést čísla podle procentuálního zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích. K přepočtu jsme využili poměr absolutního počtu napadení a počtu respondentů, kteří se setkali s verbálním násilím v dané kategorii pracovní pozice, to celé násobeno stem.

Tabulka 16: Procentuální zastoupení vztahu verbálního napadení a četnosti tohoto napadení

	Každý den	Více/týden, ne každý den	Součet 1. a 2. sloupce	1x týdně	1x měsíčně	Méně než 1x měsíčně
Praktická sestra	27,25 %	9,25 %	36,5 %	9,25 %	18,25 %	36,25 %
Všeobecná sestra	3,34 %	35 %	38,34 %	15 %	23,33 %	23,33 %
Sestra se specializací	3,3 %	26,7 %	30 %	16,7 %	36,6 %	16,7 %
Sanitář/ka	10,5 %	58 %	68,5 %	0 %	10,5 %	21 %
Ošetřovatel/ka	0 %	5,9 %	5,9 %	29,4 %	29,4 %	35,3 %
Jiné/dětská sestra	0 %	33,35 %	33,35 %	0 %	66,65 %	0 %

Zdroj: vlastní

K vyjádření vztahu mezi pracovní pozicí a četností napadení jsme jako kritérium hodnocení zvolili ta napadení, která jsou častěji než 1x za týden. To znamená, že kategorii „Každý den“ a „Vícekrát do týdne, ale ne každý den“ jsme navzájem sečetli. V tabulce můžeme vidět, že s velikým náskokem před ostatními mají největší zastoupení sanitáři s 68 % respondentů. Na dalších pozicích jsou sestry s podobným výsledkem. Všeobecná sestra s 38,34 %, praktická sestra s 36,5 %, dětské sestry s 33,35 % a sestry se specializací s rovnými 30 % respondentů. S velkým rozdílem od ostatních kategorií jsou ošetřovatelé/ošetřovatelky s pouhými 5,9 % respondentů splňující naše testovací kritérium.

Hypotéza č. 6

H60: Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s pracovištěm respondentů.

H61: Četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících souvisí s pracovištěm respondentů.

Hypotéza byla řešena v programu SPSS.

Budeme postupovat totožně jako při testování hypotézy č. 5. Opět máme nominální proměnnou, tj. pracoviště respondentů (Ambulance, ..., Domácí péče). Naše druhá proměnné je opět ordinálního charakteru, četnost napadení (Každý den, ..., Méně než 1x měsíčně). Postup ověření původní hypotézy, vyhodnocení dílčích částí zůstává naprosto totožné jako v předchozím případě. Nejdříve zjišťujeme, jestli existuje statisticky významná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali na otázku č. 3 a č. 5, poté jak odpovídali na otázku č. 3 a č. 9 atd. Pokud se prokáže, že mezi některou z otázek existuje statisticky významná závislost, tak opět prohlásíme, že jsme našli důkaz, který nahrává platnosti původní hypotézy H4₁.

Fyzické napadení

Závislost odpovědí otázky č. 3 a č. 5.

3. Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

5. Kolikrát k fyzickému útoku během posledních 12 měsíců došlo?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,348 ^a	15	,245
N of Valid Cases	36		

Na hladině významnosti 5 % **nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu** o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,245). Závislost se tedy v tomto případě neprokázala.

Verbální napadení

Závislost odpovědí otázky č. 3 a č. 9.

3. Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

9. Jak byste hodnotil/a, četnost verbálních útoků během posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,174 ^a	24	,082
N of Valid Cases	140		

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout nulovou hypotézu** o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,082). Závislost se tedy v tomto případě prokázala.

Mobbing/bossing

Závislost odpovědí otázky č. 3 a č. 13.

3. Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

13. Jak byste hodnotil/a, četnost šikany za posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,000 ^a	7	,030
N of Valid Cases	8		

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout nulovou hypotézu** o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,03). Závislost se tedy v tomto případě prokázala.

Rasové ponižování

Závislost odpovědí otázky č. 3 a č. 21.

3. Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

21. Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?

H₀: Neexistuje žádná závislost mezi tím, jak respondenti odpovídali.

H₁: Existuje závislost mezi odpověďmi.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,870 ^a	16	,462
N of Valid Cases	25		

Na hladině významnosti 5 % nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti proměnných na základě p-hodnoty (0,462). Závislost se tedy v tomto případě neprokázala.

Sexuální obtěžování

Pro otázku zaobírající se sexuálním obtěžováním jsme zaznamenali jen jeden případ, proto s tím nic moc nemůžeme statisticky testovat.

Závěr

Našli jsme statisticky významnou závislost mezi četností napadení a pracovištěm respondentů. Zjištěná závislost se projevila opět u verbálního typu napadení, kde četnost napadení zjevně závisí na typu pracoviště respondenta. Tím se řeší i naše hypotéza č. 6. Našli jsme statistický důkaz, že existuje závislost mezi četností napadení a typem pracoviště. Přikláníme se tedy k H6₁.

Tabulka 17: Rozložení verbálního napadení dle typu pracoviště

	Každý den	Víc/týden, ne každý den	1x týdně	1x měsíčně	Méně než 1x měsíčně	Absolutní počet verbálního napadení	Počet respondentů celkem	Relativní počet verbálního napadení
Ambulance/nemocnice	1	2	1	1	1	6	14	43 %
Standardní oddělení	0	9	5	15	13	42	61	69 %
Intenzivní péče	0	7	3	6	4	20	23	87 %
Akutní příjem	1	13	2	2	1	19	25	76 %
Hospic	1	4	4	5	5	19	28	68 %
Psychiatrická léčebna	4	6	2	3	5	20	51	39 %
Ord. ambulantního lékaře	0	2	2	1	3	8	19	42 %
Domácí péče	1	0	1	3	1	6	23	26 %
Četnost celkem	8	43	20	36	33	140	244	57 %

Zdroj: vlastní

Z tabulky je patrné, že nejvíce respondentů, kteří uvedli verbální napadení je z intenzivní péče (87 %). Druhé nejčastější pracoviště s touto odpovědí byl akutní příjem se 76 %. Respondenti ze standardního oddělení popsali verbální napadení v 69 % odpovědí. Jen o jedno procento méně bylo uvedeno pod hospicem (68 %). Z nemocniční ambulance verbální napadení potvrdilo jen 43 % respondentů a opět o jedno procento méně uvedli také respondenti z ordinací ambulantního lékaře (42 %). V psychiatrické léčebně verbální napadení potvrdilo jen 39 % účastníků a nejméně zkušeností s verbálním napadením bylo zaznamenáno z domácí péče (26 % respondentů).

Kvůli rozdílnému počtu respondentů v jednotlivých kategoriích opět nesmíme zapomenout na nutnost převést čísla podle procentuálního zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích. K přepočtu jsme využili poměr absolutního počtu napadení a počtu respondentů, kteří se setkali s verbálním násilím v dané kategorii pracoviště, to celé násobeno stem.

Tabulka 18: Procentuální zastoupení vztahu verbálního napadení a pracoviště respondentů

	Každý den	Víc/týden, ne každý den	Součet 1. a 2. sloupce	1 x týdně	1 x měsíčně	Méně než 1 x měsíčně
Ambulance/nemocnice	16,7 %	33,2 %	49,9 %	16,7 %	16,7 %	16,7 %
Standardní oddělení	0 %	21,4 %	21,4 %	11,9 %	35,7 %	31 %
Intenzivní péče	0 %	35 %	35 %	15 %	30 %	20 %
Akutní příjem	5,3 %	68,4 %	26,4 %	10,5 %	10,5 %	5,3 %
Hospic	5,3 %	21,1 %	26,4 %	21,1 %	26,25 %	26,25 %
Psychiatrická léčebna	20 %	30 %	50 %	10 %	15 %	25 %
Ord. ambulantního lékaře	0 %	25 %	25 %	25 %	12,5 %	37,5 %
Domácí péče	16,7 %	0 %	16,7 %	16,7 %	49,9 %	16,7 %

Zdroj: vlastní

K vyjádření vztahu mezi pracovištěm a četností napadení jsme jako kritérium hodnocení zvolili ta napadení, která jsou častěji než 1x za týden, stejně jako v předchozí

hypotéze. To znamená, že kategorii „*Každý den*“ a „*Vícekrát do týdne, ale ne každý den*“ jsme opět sečetli. V tabulce můžeme vidět, že největší zastoupení má Psychiatrická léčebna (50 % respondentů). S minimálním rozdílem 0,1 % má kategorie Ambulance ze zdravotnického zařízení s lůžkovou péčí (49,9 % dotázaných). Intenzivní péče je na pomyslné třetí pozici s 35 % respondenty. Akutní příjem a hospic se spolu dělí o čtvrté a páté místo s 26,4 % respondenty. Opět s malým rozdílem, a na šesté příčce, je kategorie ordinace ambulantního/praktického lékaře (25 % respondentů). Standardní oddělení je na předposlední pozici s 21,4 % dotázanými a na poslední pozici je domácí péče s 16,7 % respondentů.

Hypotéza č. 7

H70: Způsob reakce na mimořádné události se statisticky neliší podle typu napadení.

H71: Způsob reakce na mimořádné události se statisticky liší podle typu napadení.

Hypotéza byla řešena v programu RStudio.

Při řešení této hypotézy budeme postupovat obdobně jako u první a třetí hypotézy. Pracujeme s nominálními proměnnými. Námí položenou hypotézu ověříme tak, že se zeptáme, jestli jsou četnosti odpovědí (ANO) stejně rozloženy v jednotlivých typech napadení. Jednoduše se zeptáme, jestli jsou četnosti odpovědí zastoupeny rovnoměrně, tedy například pro fyzické napadení máme na výběr několik typů agresorů (pacient, ..., někdo jiný) a ptáme se, jestli jsou odpovědi ANO u těchto typů stejně zastoupeny.

Tabulka 19: Počet uvedených odpovědí na reakce u jednotlivých typů napadení

		Neudělal/a jsem nic	Fyzicky jsem se bránil/a	Řekl/a jsem, ať přestane	Řekl/a jsem o tom rodině	Řekl/a jsem o tom kolegům	Oznámení nadřízenému	Změnil/a jsem pracoviště	Formulář hlášení MU	Žaloba	Odškodné	„Nic se nestalo“	Jinak
OTÁZKA	Fyzické napadení	2	11	22	1	10	18	0	13	0	0	3	3
	Rasové ponižování	3	0	19	7	14	13	0	6	0	0	0	0
	Sexuální obtěžování	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mobbing/ bossing	2	0	5	4	3	6	3	0	0	0	0	0
	Verbální napadení	17	0	92	18	50	67	2	26	0	0	5	8

Zdroj: vlastní

Při samotném testování nebudeme brát v potaz odpověď na kategorii I a J, protože nikdo na ni neodpověděl kladně a akorát by to zbytečně zkomplikovalo testování. To samé

bohužel provedeme i s otázkou č. 19 (sexuální obtěžování). Zaznamenán byl pouze jeden případ, proto s tím nic moc nelze testovat.

Tabulka 20: Počet uvedených odpovědí na reakce u jednotlivých typů napadení
- upravená tabulka

	Neudělal/a jsem nic	Fyzicky jsem se bránil/a	Řekl/a jsem, ať přestane	Řekl/a jsem o tom rodině	Řekl/a jsem o tom kolegům	Oznámení nadřízenému	Změnil/a jsem pracoviště	Formulář hlášení MU	Nic se nestalo	Jinak	Suma		
Fyzické napadení	2	11	22	1	10	18	0	13	3	3	83	>=	50
Verbální napadení	17	0	92	18	50	67	2	26	5	8	285	>=	50
Mobbing/ bossing	2	0	5	4	3	6	3	0	0	0	23	<=	50
Rasové ponižování	3	0	19	7	14	13	0	6	0	0	62	>=	50
suma	24	11	138	30	77	104	5	45	8	11	453		
p	0.053	0.024	0.304	0.066	0.17	0.229	0.011	0.099	0.018	0.024	1		

Zdroj: vlastní

Takto vypadá upravená tabulka, kterou budeme dále prověřovat. Budeme pracovat s deseti typy odpovědí a testovat pro naše 4 otázky. Pro úspěšné testování by měla suma v řádku dávat alespoň 50. Jedná se o teoretickou četnost, minimálně 5 pro každou z kategorií, těch máme 10, tedy dohromady $5 \times 10 = 50$.

Dále ve sloupcích napočteme četnosti odpovědí pro jednotlivé otázky, zjistíme pravděpodobnost, se kterou se tato odpověď vyskytovala u našich respondentů, a budeme porovnávat, jestli se tímto rozdělením odpovědí řídí i jednotlivé otázky, nebo jestli to nějaká

otázka porušuje. V případě porušení bychom řekli, že zde existuje vztah mezi typem napadení a typem násilí. Opět tedy postupně projdeme odpovědi na jednotlivé typy napadení.

Reakce na fyzické násilí

Nejdříve se musíme podívat, jaká byla reakce respondentů na fyzické násilí. Ptáme se, jestli převažuje nějaký typ reakce na tuto mimořádnou situaci. Pokud by se způsob reakce nelišil, tak bychom našli rovnoměrně rozložené odpovědi, tedy všechny typy reakce na násilí by měly víceméně stejné četnosti odpovědí. Tento úkol jsme řešili pomocí Chí-kvadrát testu.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1= 0,053$; $p_2=0,024$; $p_3= 0,304$; $p_4= 0,066$; $p_5= 0,17$; $p_6= 0,229$; $p_7= 0,011$; $p_8= 0,099$; $p_9= 0,018$; $p_{10}= 0,024$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporci)

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 64.242, df = 9, p-value = 2.025e-10

Výsledek:

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout nulovou hypotézu** („*Neexistuje statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami*“). Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,00), tato hodnota je výrazně nižší než 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Zjevně zde tedy existuje rozdíl ve způsobu odpovědi při reakci na fyzické napadení v porovnání s ostatními typy napadení.

Reakce na verbální napadení:

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1= 0,053$; $p_2=0,024$; $p_3= 0,304$; $p_4= 0,066$; $p_5= 0,17$; $p_6= 0,229$; $p_7= 0,011$; $p_8= 0,099$; $p_9= 0,018$; $p_{10}= 0,024$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporci)

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 8.3706, df = 9, p-value = 0.4973

Výsledek:

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout nulovou hypotézu** o neexistenci statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,4973), tato hodnota je vyšší než 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Zjevně zde tedy neexistuje rozdíl v rozložení četností odpovědí ve způsobu reakce na mimořádné události.

Reakce na šikanu na pracovišti:

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (p₁= 0,053; p₂ =0,024; p₃= 0,304; p₄= 0,066; p₅= 0,17; p₆= 0,229; p₇= 0,011; p₈= 0,099; p₉= 0,018; p₁₀ = 0,024)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporcii)

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 41.624, df = 9, p-value = 3.849e-06

Výsledek:

Na hladině významnosti 5 % **můžeme zamítnout nulovou hypotézu.** Neexistuje statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,00), tato hodnota je výrazně nižší než 0,05, zamítáme tedy nulovou hypotézu. Existuje rozdíl ve způsobu reakce na mobbing/bossing.

Tento výsledek však není jednoznačný, pro zdárné testování bychom pravděpodobně potřebovali větší vzorek lidí, kteří mají zkušenost s tímto typem napadení.

Reakce na rasové ponižování:

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. ($p_1 = p_2 = \dots = p_{12} = 1/12$)

H₁: Existuje zde statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. (alespoň jedna četnost v populaci se nerovná předepsané proporci)

Chi-squared test for given probabilities

X-squared = 7.1572, df = 9, p-value = 0.6208

Výsledek:

Na základě hladiny významnosti 5 % nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu o neexistenci statisticky významného rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými hodnotami. Výsledek testu hodnotíme pomocí p-hodnoty (0,6208), tato hodnota je vyšší než 0,05, nezamítáme tedy nulovou hypotézu. Neexistuje zde rozdíl v rozložení četností odpovědí ve způsobu reakce na mimořádné události.

Závěr:

Našli jsme důkaz pro to, že zde existuje rozdíl v reakci na mimořádnou událost v závislosti na události. Na rasové a verbální napadení reagovali respondenti podobně, zatímco na fyzické napadení a mobbing/bossing reagovali respondenti odlišně. Kdyby rozdíl v typu reakce na mimořádnou situaci rozdíl neexistoval, tak bychom očekávali, že budou odpovědi na otázku „typ reakce na mimořádnou situaci“ rozloženy podobně přes všechny typy mimořádných situací, to se však neprokázalo.

Hypotéza č. 8

H8₀: Vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování se statisticky neliší oproti hodnocení chování jiných NLZP.

H8₁: Vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování se statisticky liší oproti hodnocení chování jiných NLZP.

Hypotéza byla řešena v programu SPSS.

Nejprve si musíme vysvětlit, co se vlastně dělo v otázkách č. 25 a č. 26. Respondenti zde měli na ordinální škále hodnotit nejdříve jednu otázku a následně jsme se, víceméně na tu samou otázku, zeptali z malinko jiného úhlu pohledu. A my teď potřebujeme zjistit, jestli respondenti odpovídali konzistentně, nebo jestli došlo k nějakému vychýlení odpovědí.

Budeme srovnávat to, jak respondenti odpovídali na otázku 25 (A) „*Fyzické násilí k pacientům*“, vlastní postoj respondentů a porovnáme to s tím, jak odpověděli na otázku č. 26 (A) „*Fyzické násilí k pacientům*“, zkušenosti s chováním jiných NLZP.

Opět zde budeme pracovat s ordinálními daty, proto je tedy vhodné použít ideálně nějaký neparametrický test. Pro naše účely je vhodný Wilcoxonův test, který porovnává rozdíly v odpovědích a ptá se na to, jestli je medián těchto diferencí roven 0.

Postupně tedy opět musíme projít všechny kategorie.

Otázka 25(A) a 26(A) – fyzické násilí k pacientům:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(A) - 26(A)

Total N	244
Test Statistic	2830,000
Standard Error	186,246
Standardized Test Statistic	7,340
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Výsledek testu komentujeme tak, že na hladině statistické významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než našich 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(A) a 26(A).

Otázka 25(B) a 26(B) – Verbální násilí k pacientům:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(B) - 26(B)

Total N	244
Test Statistic	6249,500
Standard Error	342,126
Standardized Test Statistic	8,519
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Opět jsme přišli k závěru, že na hladině statistické významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než našich 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(B) a 26(B).

Otázka 25(C) a 26(C) – Mobbing/Bossing ke kolegům:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(C) - 26(C)

Total N	244
Test Statistic	1545,000
Standard Error	122,899
Standardized Test Statistic	5,846
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Na hladině statistické významnosti 5 % opět zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než našich 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(C) a 26(C).

Otázka 25(D) a 26(D) – Sexuální obtěžování ke kolegům:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(D) - 26(D)

Total N	244
Test Statistic	678,500
Standard Error	69,095
Standardized Test Statistic	4,175
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Zde existuje rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku č. 25 a 26. Výsledek testu opět komentujeme tak, že na hladině statistické významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než našich 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(D) a 26(D).

Otázka 25(E) a 26(E) – Sexuální obtěžování pacientů:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(E) - 26(E)

Total N	244
Test Statistic	412,000
Standard Error	44,294
Standardized Test Statistic	4,391
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Výsledek testu opět komentujeme tak, že na hladině statistické významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než našich 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(E) a 26(E).

Otázka 25(F) a 26(F) – Rasové ponižování pacientů:

H₀: Medián diferencí odpovědí je roven 0.

H₁: Medián diferencí není roven 0.

Wilcoxon Signed Test 25(F) - 26(F)

Total N	244
Test Statistic	1383,000
Standard Error	112,891
Standardized Test Statistic	5,674
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Na hladině statistické významnosti 5 % zamítáme nulovou hypotézu o nulovosti mediánu diferencí, to díky p-hodnotě (0,00), která je výrazně nižší než 0,05. Existuje tedy rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(E) a 26(E).

Závěr:

Můžeme zamítnout původní H₀ a prohlásit, že vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování se statisticky liší oproti hodnocení chování jiných NLZP.

U této hypotézy jsme opět sledovali, JESTLI a JAK se liší medián diferencí mezi odpověďmi na otázky 25 a 26 a jestli je tento medián diferencí roven 0. Na základě toho jsme v konkrétních otázkách řešili, jestli se od sebe odpovědi pro, kupříkladu 25(A) a 26(B), liší. Pokud jsme H₀ zamítli, tak jsme řekli, že medián diferencí mezi těmito dvěma otázkami nebyl roven 0 a existoval zde rozdíl v tom, jak respondenti odpovídali na otázku 25(A) a 26(A).

Opět tedy můžeme pouze dostat legitimní odpověď ANO (liší se) / NE (neliší se) způsob v odpovídání respondentů na otázky 25 a 26.

Pokud budeme chtít zachytit odlišnost jedné proměnné od druhé, tak se na celý problém musíme podívat z druhé strany a spočítáme Spearmanův korelační koeficient.

Vezmeme všechny odpovědi z otázky 25 dohromady a zeptáme se, jestli existuje závislost na odpovědích z otázky 26.

Výsledek testu:

Spearman's rank correlation rho

S = 308292327, p-value < 2.2e-16

alternative hypothesis: true rho is not equal to 0

rho

0.4104903

Můžeme vidět, že korelační koeficient je statisticky významný, p-value (0.00) je výrazně nižší než 0.05, můžeme zamítnout nulovou hypotézu o nulovosti korelačního koeficientu.

Pro nás tato hodnota 0,41 znamená, že když člověk v sadě otázek 25 označil odpověď „1“, tak je možné, že v druhé sadě otázek 25 označil spíše odpověď „2“. Kdežto pokud respondent v otázce 25 označil odpověď „2“, tak bychom předpokládali, že v druhé sadě otázek 26 zaškrtl spíše odpověď „3“...atd.

Tabulka 21: Modu a mediánu odpovědí zkoumající vlastní vztah k násilí a zkušenosti respondentů s násilím u jiných NLZP

	25A	25B	25C	25D	25E	25F	26A	26B	26C	26D	26E	26F
MODUS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MEDIAN	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
SUMA	273	305	286	282	271	274	371	438	366	332	316	348

Zdroj: vlastní

Zde můžeme vidět, že mody a mediány jsou téměř shodné pro obě otázky, z toho bohužel nejsme schopný poznat, JESTLI a JAK se odpovědi lišily.

Jako další možnost ilustrace, jak se liší vztah respondentů k vlastnímu agresivnímu chování oproti hodnocení chování jiných NLZP, jsme zvolili součet hodnot všech odpovědí pro všechny dílčí otázky. Tady už se začíná ukazovat, že zde patrně bude nějaký rozdíl mezi tím, jak respondenti odpovídali v otázce 25 a 26.

Tabulka 22: Suma odpovědí zkoumající vlastní vztah k násilí a zkušenosti respondentů s násilím u jiných NLZP

	Otázka 25	Otázka 26
SUMA	1691	2171

Zdroj: vlastní

Odpovědi mohly nabývat hodnot 1 až 5. Vidíme, že na otázce č. 25 jsme nasčítali dohromady 1691 bodů, na otázce č. 26 jsme zjistili dohromady 2171 bodů. I zde je tedy zjevný nějaký posun od odpovědí s nižším ohodnocením v otázce č. 25 k odpovědím s vyšším ohodnocením v otázce č. 26.

Tabulka 23: Rozdíl odpovědí na otázku č. 25 a 26

	Fyzické násilí k pacientům	Verbální násilí k pacientům	Mobbing/ bossing	Sexuální obtěžování ke kolegům	Sexuální obtěžování pacientů	Rasové ponižování pacientů
SUMA Otázka 25	273	305	286	282	271	274
SUMA Otázka 26	371	438	366	332	316	348
ROZDÍL ODPOVĚDÍ	+98	+133	+80	+50	+45	+74

Zdroj: vlastní

Na kolik se odpovědi lišily u jednotlivých typů násilí, si můžeme znázornit rozdíly v součtu bodového hodnocení u otázek číslo 25 a 26. Již na první pohled je zřejmé, že v součtu bodového hodnocení v otázce číslo 26 oproti otázce číslo 25 je zaznamenán nárůst **u všech typů násilí**. Největší rozdíl jsme zaznamenali u verbálního násilí k pacientům. Zde rozdíl v součtech činil celých 133 bodů. Na druhé pozici se objevilo fyzické násilí k pacientům, kde rozdíl v součtu bodového hodnocení ukázal 98 bodů. Na třetím místě je mobbing a bossing s rozdílem 80 bodů. U rasového ponižování pacientů je rozdíl v součtech 74 bodů. Nejlépe je na tom sexuální obtěžování, kde jsme se setkali s rozdílem 50 bodů u obtěžování kolegů a s rozdílem 45 bodů u obtěžování pacientů.

8 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi se zaměřením na agresivitu pacientů vůči zdravotníkům. Agresivita v ošetrovatelské praxi je významný a dlouhodobý problém, kterému se dá ale za jistých okolností předcházet a tím minimalizovat dopady na celou zdravotnickou i laickou společnost. V současnosti, i přes veškerá známá doporučení a nařízení, není situace stále optimální a k jejímu zlepšení je potřeba změna na více úrovních. Z tohoto důvodu byly připraveny dva edukační letáky, které se věnují prevenci a řešení násilného chování. Tyto letáky plánujeme poskytnout zdravotnickým zařízením, kde nám bylo umožněno dotazníkové šetření. Měli by sloužit všem zdravotnickým pracovníkům, kteří mají zájem si zopakovat nebo se zdokonalit v povědomí o možnostech předcházení a řešení násilí na pracovišti (letáky k nahlédnutí jako příloha 4).

V této diskuzi se snažíme zhodnotit výsledky výzkumné části naší práce, které porovnáváme s jinými teoretickými a výzkumnými zdroji. Podobným tématem se v letech 2012-2015 zabýval Mgr. Jaroslav Pekara, PhD. a v roce 2007 Mgr. Radka Nitschová společně s PhDr. Jaroslavou Královou. Výsledky jejich studie byly popsány v kapitole 2.6 „*Přehled dříve realizovaných studií*“. Nitschová s Královou ve svém výzkumu vycházely ze studie z roku 2004, která byla provedena tehdejším Institutem zdravotní politiky a ekonomiky ve spolupráci s Odborovým svazem zdravotnictví a sociální péče a Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. Tehdy použily shodnou metodiku a stejný standardní mezinárodní dotazník vydaný odborníky z ILO/ICN/WHO/PSI. Při sestavování našeho dotazníku jsme se tímto dotazníkem inspirovali, ale pro jeho původní délku, která byla na 12 stran, jsme náš dotazník zredukovali na 26 otázek. S těmito pracemi budeme porovnávat některé zjištěné výsledky našeho výzkumného šetření.

Hlavním cílem našeho výzkumného šetření bylo zmapovat výskyt agresivity v ošetrovatelské praxi mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a pacienty. Zjišťovali jsme četnosti případů napadení podle jednotlivých druhů násilí. Hodnotili jsme, zda se respondenti cítí bezpečně na svém pracovišti a kdo je v jednotlivých typech napadení nejčastěji agresorem. Dále jsme se snažili zjistit, zda existuje vztah mezi výskytem agresivity směřované k nelékařským zdravotníkům a délkou jejich praxe, popřípadě identifikovat, ve kterých oblastech násilí jsou nově nastupující pracovníci nejvíce ohroženi. Také jsme zjišťovali, zda respondenti v případě agresivity směřované k jejich osobě vyplňují požadovaný formulář hlášení mimořádných událostí. Agresivitu nelékařských pracovníků

vůči pacientům jsme v dotazníku hodnotili pomocí sebereflexe respondentů. V souvislosti s takto zvolenými cíli bylo stanoveno celkem 8 hypotéz. Na základě našich zjištění přidáváme i některá doporučení, která by byla vhodná zavést do běžné praxe zdravotníků.

První hypotéza zkoumala, zda se výskyt napadení NLZP statisticky liší podle typu napadení. Na základě chí-kvadrát testu jsme potvrdili, že výskyt napadení NLZP se skutečně statisticky liší podle typu napadení. Při přepočítání skutečného počtu jednotlivých případů nás nemile překvapilo množství útoků, které naši respondenti zažívají. Ta čísla jsou znepokojivá a svědčí o nelehkém údělu nelékařských pracovníků. Ovšem při porovnání s výzkumným šetřením Nitschové a Králové jsme ve většině oblastí násilí zaznamenali mírný pokles. Ve srovnání výzkumů z let 2004 a 2007 Nitschová popsala nárůst u výskytu fyzického násilí z 13,0 % na 30,5 %. Náš výzkum ovšem potvrdil jen 15 %, což se spíše přibližuje hodnotě naměřené Institutem zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2004. Tímto jsme se přiblížili také Pekarovi, který v roce 2015 zveřejnil, že s tímto typem násilí se v jeho výzkumu setkala 18,4 % respondentů. U verbálního násilí Nitschová popsala nárůst z původních 41,6 % na 61,1 % respondentů. Ovšem Pekara prokázal verbální násilí v roce 2015 u 71,5 % respondentů, což je nejvyšší porovnávaná hodnota. Náš výzkum potvrdil 57 % respondentů, kteří přiznali verbální napadení. Což je o více než 15 % více, než v roce 2004, ale také o 4,1 % méně než v roce 2007 a o 14,5 % méně než v roce 2015. Nitschová zaznamenala nárůst i u mobbingu a bossingu z původních 12,6 % na 14,4 %. Náš výzkum takové vysoké číslo nepotvrdil. Dospěli jsme trošku k pozitivnějšímu k výsledku a to, že šikanu na pracovišti přiznala pouze 3 % respondentů. Rovněž jsme zjistili klesající trend v oblasti sexuálního obtěžování, kdy pouze 0,4 % respondentů přiznalo tuto zkušenost, což je o poznání méně než v roce 2004 a 2007, kdy byl zaznamenán nárůst z 3 % na 10,5 %. Jediný strmě stoupající trend jsme zaznamenali v oblasti rasového ponižování. Z původních 0,8 % z roku 2004 byl v roce 2007 zaznamenán dvojnásobný nárůst, a to na 1,6 % respondentů, kteří se s tímto ponižováním setkali. V našem výzkumu tuto skutečnost přiznalo 10 % respondentů. Připouštíme, že tuto hodnotu mohl negativně ovlivnit fakt, že výzkumné šetření probíhalo z velké části v Ústeckém kraji, což je region, kde se sdružuje velké množství národnostních menšin a v důsledku toho dochází také k častějším rasovým konfliktům. Zároveň přiznáváme možnost, že kdyby bylo dotazníkové šetření více plošně rozprostřeno po celé republice, mohla by tato naše naměřená hodnota klesnout.

Druhá hypotéza porovnávala obavy respondentů z násilí na podkladě jednotlivých typů násilí. Pomocí Friedmanova testu jsme došli k závěru, že existuje statisticky významný rozdíl v tom, jak se liší obavy respondentů podle typu násilí. Naši respondenti se nejvíce obávají verbálního násilí. To je nejspíše způsobeno tím, že právě verbální násilí se ze všech ostatních typů vyskytuje nejčastěji. Na druhé příčce v obavách našich respondentů se vyskytuje fyzické násilí. Je zajímavé, že v předchozí hypotéze nám vyšel strmý nárůst v počtu respondentů, kteří se setkali s rasovým ponižováním, avšak této kategorie násilí se naši respondenti obávají až na třetí pozici, která je velice podobná s hodnocením u šikany na pracovišti. Sexuálního obtěžování se naši respondenti obávají nejméně, což se shoduje s nejnižším označením tohoto násilí i v předchozí hypotéze. Tento problém s obavami zdravotníků by byl možný alespoň částečně vyřešit pomocí kurzů efektivní komunikace a sebeobrany.

Třetí hypotézou zkoumáme, zda se označení agresora vůči NLZP liší podle typu napadení. Na podkladě chí-kvadrát testu jsme zjistili, že respondenti odpovídali odlišně v jednotlivých otázkách, kde označovali agresora. Jejich odpovědi na označení agresora se lišili v závislosti na typu napadení. U fyzického napadení byl naším zkoumáním potvrzen v 92 % agresor-pacient. K podobnému výsledku došla též Nitschová, která označila pacienta jako útočníka v 92,7 % případů fyzického napadení. U verbálního napadení nám rovněž respondenti nejčastěji označili jako agresora pacienta, a to celými 91 % respondentů. Je to nárůst oproti Nitschové z roku 2007, kdy pacienta označilo pouze 70 % respondentů. V našem výzkumu také 37 % respondentů označilo jako agresora příbuzného pacienta, což se v roce 2007 Nitschové nepotvrdilo. Zato označila ve 12 % případů verbálního napadení jiného zaměstnance. Tato kategorie odpovědi v našem výzkumu klesla na polovinu, a to na 6 %. Z uvedených dat je patrné, že naši respondenti odpovídali u této otázky na více možností, to podporuje domněnku, že k těmto útokům dochází opakovaně a ve vyšší míře. Za to u sexuálního obtěžování je složité porovnávat výsledky z důvodu skutečnosti, že v našem výzkumném šetření byl pouze jeden respondent s touto zkušeností a ten označil jako agresora pacienta. Rasové ponižování respondentů došlo od výzkumu Nitschové také k pokroku. Tenkrát označila 100 % agresora – pacienta. V našem výzkumu byl pacient označen jen od 88 % respondentů, ovšem příbuzný pacienta byl označen od 92 % respondentů. Rovněž 24 % respondentů uvedlo neznámého člověka a 12 % respondentů využilo možnost zvolit i jinou odpověď, kde shodně označili Romy. I tato zjištění podporují myšlenku, že k těmto útokům dochází opakovaně. Zhodnocení agresora u mobbingu

a bossingu, jsme si záměrně nechali jako poslední položku, a to pro její odlišnost, která je dána samotnou podstatou otázky. Nadřazený jako agresor byl označen z 62,5 % a kolega z 37,5 %. To znamená, že jednoznačně převládá bossing nad mobbingem.

Dále jsme zkoumali proměnné, na kterých závisí výskyt jednotlivých typů napadení. Čtvrtá hypotéza zkoumá, zda existuje nějaký vztah mezi četností napadení a délkou praxe našich respondentů. Opět jsme řešily všechny typy napadení zvlášť, avšak jsme došli k závěru, že četnost napadení vůči NLZP v posledních 12 měsících nesouvisí s délkou jejich praxe. Což je velice pozitivní pro nově nastupující pracovníky. To potvrzuje také Pekarovu myšlenku, že výskyt násilí ve zdravotnictví závisí spíše na chování zdravotníků. Z tohoto výsledku lze vyvodit doporučení, aby nejen školy připravující nelékařské zdravotníky ke svému povolání, ale hlavně zaměstnavatelé motivovali své zaměstnance ke zlepšení vzájemných vztahů k pacientům. Toho docílíme edukací v oblastech komunikace a dodržování patientských práv a povinností. Pátou hypotézou jsme naopak hodnotili, zda existuje vztah mezi četností napadení a pracovní pozicí respondentů. I zde jsme hodnotili všechny typy napadení zvlášť, avšak závislost se nám potvrdila pouze u verbálního napadení. Naším výzkumem jsme zjistili, že s velkou převahou jsou tímto násilím ohroženi sanitáři. Sestry jsou v jednotlivých podkategoriích vyjádřeny podobně, avšak v kategorii ošetřovatelů tuto zkušenost potvrdilo minimum respondentů. V porovnání s Pekarou jsme ovšem došli k podobnému výsledku i v tomto případě. Oba se shodujeme v názoru, že ohroženou kategorií jsou právě sestry a že je to nejspíše dané jejich pracovní náplní a množstvím času, který s pacientem tráví. V případě napadení pacientem si sestry k sobě obvykle volají na pomoc sanitáře, proto se nejspíš v této statistice objevili také. Ovšem musíme přiznat, že počet sanitářů potvrzující tuto zkušenost je téměř dvojnásobný oproti průměrnému počtu sester. Šestou hypotézou jsme zkoumali, zda četnost napadení respondentů nějak souvisí s jejich pracovištěm. Tento vztah jsme opět našli pouze v případě verbálního napadení, kde jsme se setkali s výsledkem, kdy respondenti z domácí péče uváděli tuto zkušenost o poznání méně často oproti jiným pracovištím. To může souviset s náplní práce dané pro konkrétní pracoviště. Ovšem nejčastější odpovědi jsme zaznamenali v kategoriích Psychiatrické léčebny a také, s minimálním rozdílem, pouhé jedné desetiny procenta, také u kategorie Ambulance zdravotnického zařízení s lůžkovou částí. To potvrzuje naše tvrzení v kapitole 2.5 *Řešení agresivního chování*, kde se snažíme vyvrátit nejčastější mýty, které panují u laické populace. Jedním z nich právě je, že „*násilí se dá očekávat nejčastěji na psychiatrii*“. I naším výzkumem jsme potvrdili, že v nemocnici a na psychiatrii se dá

očekávat násilí při nejmenším ve stejné míře. V souvislosti s hodnocením četnosti jednotlivých typů napadení a pracoviště respondentů je nutné také zmínit, že kategorii sexuálního obtěžování nešlo spolehlivě hodnotit, protože tuto skutečnost potvrdil pouze jeden respondent.

Sedmá hypotéza se zabývá způsoby řešení jednotlivých typů napadení. Zde jsme byli výsledky velice znepokojeni a zároveň považujeme za klíčové tuto problematiku více řešit. Již v úvodu bychom chtěli zdůraznit, že změny k lepšímu lze dosáhnout především na manažerské úrovni. Jen v 66 % napadení se respondenti bránili tím, že řekli dotyčnému „ať přestanou“. Dalším alarmujícím zjištěním je, že respondenti tají tato napadení. Nadřízený se dozvěděl o méně než 50 % napadení, kolegové se tuto skutečnost dozvěděli jen v 36,5 % případech a rodinní příslušníci se dozvěděli o 14,3 % napadení. S tím souvisí i výsledek, kdy do hlášení mimořádných událostí se dostalo jen 21,5 % případů. Tato čísla bychom si ve všech zmíněných oblastech přáli mít na vyšší úrovni. Ovšem v nižší míře bychom si přáli možnosti, kdy respondenti neudělali nic. To vyšlo u 11,4 % případů napadení a 3,8 % napadení skončilo tak, že respondenti předstírali, že se nic nestalo. Fyzickou obranou skončilo naštěstí jen 5 % útoků a 2,3 % útoků zapříčinilo změnu pracoviště respondentů. Naše doporučení, jak řešit tento problém vyplývá z jeho podstaty. V první řadě je potřeba minimalizovat počet napadení. Toho lze dosáhnout, jak jsme již zmiňovali, periodickým školením efektivní komunikace, tvorbou standardů a kontinuálním zlepšováním postavení zdravotníků v očích veřejnosti. Dále je potřeba naučit personál, jak se bránit a zdůraznit, že není na místě se obávat, ostýchat nebo stydět tyto skutečnosti hlásit. Měl by o nich vědět minimálně zaměstnavatel a v neposlední řadě je nutné provést hlášení mimořádných událostí a duplicitně také záznam do dokumentace pacienta. Jak tento záznam provést jsme podrobně rozepsali v kapitole 2.5 „*Řešení agresivního chování*“. Pekara již v roce 2015 upozorňoval na chybějící systém hlášení a na nedostatečnou motivaci personálu tuto problematiku řešit (Pekara 2015, *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*, s. 15). Obáváme se, že uplynulých šest let nestačilo k tomu, aby se situace zlepšila.

Osmá hypotéza řešila zkušenosti respondentů s násilím jiných nelékařských pracovníků. Sledovali jsme rozdíly v odpovědích účastníků ve vztahu k vlastnímu násilí. Bohužel nám ve všech oblastech násilí narostlo bodové hodnocení. To znamená, že respondenti hodnotili ostatní nelékařské pracovníky hůř než sami sebe a jejich zkušenosti tudíž nevrhají na zdravotníky příliš dobré světlo. Nejhůře dopadla oblast verbálního násilí. Znepokojivé je, že fyzické násilí bylo hned na druhé pomyslné příčce. Na třetím místě se

umístil mobbing a bossing s podobným hodnocením jako rasové ponižování pacientů. Nejlépe dopadla oblast sexuální obtěžování kolegů i pacientů. Tyto naše výsledky korespondují se shrnutím Pekary (Komunikace jako sebeobrana zdravotníka, s. 15), kde jako problémy v této oblasti zmiňuje, mimo jiné, že zdravotníci jednají neprofesionálně, chybí dostatečný systém vzdělávání v této oblasti ve školách i v zaměstnání a také, že zaměstnancům chybí supervize, která by mohla pomoci zvládat stres a napětí na pracovišti. Naše doporučení tedy cílí na řešení těchto shrnutí a je potřeba je řešit spíše na manažerské úrovni. K rychlejší nápravě by bylo vhodné zaškolit prozatím jen pečlivě vybranou část zdravotníků. Při jejich výběru by bylo vhodné myslet na jejich osobnostní povahu. Měli by to být silné osobnosti, které mají vliv na ostatní personál a je u nich předpoklad, že budou schopni a ochotni zavést změny. Domníváme se, že této změny lze docílit především pozitivním příkladem. Dalším naším doporučením by bylo tuto problematiku více sledovat. Velice vhodné by bylo provést výzkum, který by monitoroval chování a přístup zdravotníků k pacientům či jejich osobám blízkým a zjistit, v jaké míře zdravotníci působí nežádoucím způsobem. Při hledání odborné literatury na toto téma jsme zhodnotili množství této literatury jako nedostatečné. Naprostá většina prací se věnovala agresivnímu chování pacientů, ale již chybí informace o agresivním chování zdravotníků.

Závěrem bychom chtěli zmínit možná rizika, která mohou vést ke zkreslení výsledků v prezentaci a interpretaci údajů naší diplomové práce. K tomu mohlo dojít jednak subjektivním pohledem a nedostatečnou zkušeností autorky ve výzkumné roli, která se mohla v určité míře projevit, ale také možným zkreslením údajů získaných od respondentů. To by mohlo nastat vědomou i nevědomou bagatelizací problematiky, nebo, jak již bylo zmíněno v sedmé hypotéze, zamlčením správných a pravdivých údajů respondentů, kterým i tak mockrát děkujeme za spolupráci.

9 ZÁVĚR

Agresivita v ošetrovatelské praxi je neblahým problémem všech zdravotníků napříč všemi zdravotnickými pracovišti, bez rozdílu délky praxe a pracovní pozice. V ošetrovatelství jde o práci lidí s lidmi, a to s sebou vždy přináší určitá rizika. Dnes už ovšem dokážeme pojmenovat příčiny násilí, na základě toho jsme schopni popsat prevenci agresivního chování a známe také možnosti řešení takového chování. V minulosti proběhly také některé studie, které přináší zajímavé poznatky a které nás inspirovali při realizaci našeho výzkumného šetření.

Hlavním cílem našeho kvantitativního výzkumu bylo zmapovat výskyt agresivity v ošetrovatelské praxi mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky a pacienty. K tomu jsme si stanovili následující dílčí cíle. Jako první jsme chtěli zjistit jednotlivé četnosti případů napadení rozdělených podle druhu násilí. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastěji, a s velkým náskokem od ostatních typů napadení, se zdravotníci setkávají s verbálním napadením. Nezanedbatelný počet je také u rasového ponižování, šikany na pracovišti a fyzického napadení. Zato sexuální obtěžování uvedl pouze jeden z dotázaných respondentů. Dále jsme sledovali, zda se respondenti cítí bezpečně na svém pracovišti. Obavy z násilí projevíli respondenti hlavně u verbálního napadení, fyzického napadení a rasového ponižování. Také jsme chtěli určit, kdo je v jednotlivých typech napadení nejčastěji agresorem. V rozdělení podle jednotlivých typů napadení převládal pacient jako agresor u fyzického a verbálního napadení, kdežto u rasového ponižování byli nejvíce zastoupeni příbuzní pacienta. Sexuální obtěžování nebylo možné pro nízký počet respondentů s touto zkušeností hodnotit. U šikany na pracovišti převládal bossing nad mobbingem. Dále jsme hledali vztah mezi výskytem agresivity směřované k NLZP a délkou jejich praxe, popřípadě v kterých oblastech násilí jsou nově nastupující pracovníci více ohroženi. Při hledání proměnných, které ovlivňují výskyt napadení, jsme došli k závěru, že jednotlivá napadení nesouvisí s délkou praxe. Což je dobrá zpráva pro začínající zdravotníky. Také jsme definovali nejohroženější pracovní pozici jako sanitář a sestra a nejrizikovější pracoviště jako psychiatrickou léčebnu s téměř totožným hodnocením jako ambulance zdravotnického zařízení s lůžkovou částí. Poté jsme zjišťovali, jak respondenti reagují na napadení a zda vyplňují požadovaný formulář hlášení mimořádných událostí. Zjistili jsme, že zdravotníci jednotlivá napadení spíše tají. Nadřízený se dozvěděl jen o polovině případů napadení. Kolegové a blízcí respondentů se o nich dozvěděli ještě méně. Do hlášení mimořádných událostí se dostala jen pětina případů. Žádný z dotázaných

zdravotníků nepodával žalobu na pachatele a ani nikdo nepožadoval odškodné. Agresivitu NLZP vůči pacientům jsme řešili pomocí sebereflexe respondentů. Naši respondenti hodnotili ostatní nelékařské zdravotníky hůř než sami sebe ve všech typech násilí. Jejich zkušenosti tudíž nevrhají na zdravotníky příliš dobré světlo. Nejhorší dopadla oblast verbálního násilí. Znepokojivé je, že fyzické násilí bylo hned na druhé pomyslné příčce. Na třetím místě se umístil mobbing a bossing s podobným hodnocením jako rasové ponižování pacientů. Nejlépe dopadla oblast sexuální obtěžování kolegů i pacientů.

Touto prací bychom chtěli přispět k motivaci všech lékařských i nelékařských zdravotníků v boji proti násilnému chování, aby si osvojili korektní techniky jednání s pacienty a také, aby se nebáli a uměli se efektivně bránit. K tomuto účelu jsme vytvořili edukační letáky, které plánujeme poskytnout zdravotnickým pracovištím, kde nám bylo umožněno dotazníkové šetření. Věříme, že i malá změna může vést k velkému cíli, jakým je zlepšení vzájemných vztahů mezi nemocnými a zdravotníky.

„Chovejte se k lidem tak, jak chcete, aby se oni chovali k vám“

(Bible, Nový zákon, Lukáš 6, 31)

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4119-2.
2. Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona. Český ekumenický překlad. 3. přeprac. vyd. Praha: Česká biblická společnost, 1993. 1290 s.
3. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
4. HAYES, Nicky, 2013. *Základy sociální psychologie*. Přeložila Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0534-0.
5. HECKEMANN, Birgit, et al., 2017. Nurse managers: Determinants and behaviours in relation to patient and visitor aggression in general hospitals. A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 73(12), [cit. 2020-02-07]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.13366>
6. HLAVATÁ, Lucie, 2012. Agresivita. *Medixa.org* [online]. [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://cs.medixa.org/priznaky/agresivita>
7. HOPKINS, Martin, FETHERSTON, Catherine, MORRISON, Paul, 2018. Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students: A narrative review of the literature. *Nurse Education Today* [online]. 62, 158-163 [cit. 2020-02-07]. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.12.019. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691717303179>
8. Chování osob, Metodické materiály ke stažení, 2019. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí* [online]. Praha. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Chovani_osob_plna_verze_meto_diky.pdf
9. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva, 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3270-1.
10. KOPECKÁ, Ilona, 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
11. KUČERA, 2008. Násilí při práci sester v nemocnici. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha. [cit. 2020-01-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nasili-pri-praci-sester-v-nemocnici-397954>

12. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2018. *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra* [online]. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra_16448_947_3.html
13. LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.
14. MARTÍNKOVÁ, Lenka, 2016. *Agrese – co o ní víme?* [online]. Psychologie pro každého [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/agrese-co-o-ni-vime/>
15. NAKONEČNÝ, Milan, 2018. *Frustrace* [online]. Sociologická encyklopedie [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Frustrace>
16. NEŠPOR, Karel, SCHEANSOVÁ, Andrea. 2008. Hostilita jako rizikový faktor řady onemocnění a možnosti jejího ovlivnění. *ProLekare.cz* [online]. [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2008-12/hostilita-jako-rizikovy-faktor-rady-onemocneni-a-moznosti-jejeho-ovlivneni-2006>
17. OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.
18. PALEČKOVÁ, Jana, HOVORKOVÁ, Jana, 2019. Agresivita pacientů není normální, mluvmе o jejím řešení. *Florence* [online]. 1 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/agresivita-pacientu-neni-normalni-mluvme-o-jejim-reseni/>
19. PEKARA, Jaroslav. Bezpečnost personálu-a: Agresivní pacient. *Pracovní skupina Aesculap Akademie* [online]. Praha [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/navody/jak-zkrotit-agresivniho-pacienta/>
20. PEKARA, Jaroslav. Bezpečnost personálu-b: Násilí ve zdravotnictví. *Pracovní skupina Aesculap Akademie* [online]. Praha [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/temata/agresivni-pacient/>
21. PEKARA, Jaroslav, 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka* [online]. Praha. Dostupné také z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>

22. PEKARA, Jaroslav, 2016a. *Nejčastějším terčem násilí ve zdravotnictví jsou zdravotní sestry, potvrdila česká studie* [online]. [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/08/nejcastejsim-tercem-nasili-ve-zdravotnictvi-jsou-zdravotni-sestry-potvrdila-ceska-studie/>
23. PEKARA, Jaroslav, 2016b. *Zvládat agresivní pacienty pomáhá vhodná komunikace. Se základy seznámí i krátké školení* [online]. [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2016/09/zvladat-agresivni-pacienty-pomaha-vhodna-komunikace-se-zaklady-seznami-i-kratke-skoleni/>
24. PETRUSEK, Miloslav, 2018. *Agrese* [online]. Sociologická encyklopedie [cit. 2020-02-02]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Agrese>
25. *SPIS-Systém Psychosociální Intervenční Služby* [online]. Podpora zdravotníkům. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/podpora-zdravotnikum/>
26. *NCO NZO* [online]. Praktické zvládání agresivního pacienta. Brno [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/prakticke-zvladani-agresivniho-pacienta-42>
27. PRAŽSKÝ, Bohumil, 2012. Šikana už i ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 1 [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/sikana-uz-i-ve-zdravotnictvi-467090>
28. PRIVITERA, Michael, 2011. *Workplaceviolence in mental and generalhealthcaresettings*. Sudbury, Mass: Jones and BartlettPublishers. ISBN 978-0-7637-7934-4.
29. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
30. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
31. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání: 53 – 41 – M/03 Praktická sestra*, 2018. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Dostupné také z: http://zpd.nuov.cz/RVP_7_vlna/RVP_5341M03_Prakticka_sestra.pdf
32. SMRŽ, Josef, 2018. Kde je hranice zdravého vzteku aneb Kdy začíná být agresivita nebezpečná. *Šance dětem* [online]. 1 [cit. 2019-05-15]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/kde-je-hranice-zdraveho-vzteku-aneb-kdy-zacina-byt-agresivita-nebezpecna.shtml>

33. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
34. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5327-0.
35. TÁCHA, Daniel, 2020. *Ministr Adam Vojtěch: Největším problémem našeho zdravotnictví je špatná organizace péče, ne nedostatek peněz* [online]. 1 [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-adam-vojtechnejvetsim-problemem-naseho-zdravotnictvi-je-spatna-organiz_18339_1.html
36. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
39. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 4, 2018*. Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta. Praha: MZČR, 4/2018.
40. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Částka 7, 2018*. Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče. Praha: MZ ČR, 7/2018.
41. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR: Částka 9, 2004*. Metodické opatření-Koncepce ošetrovatelství. Praha: MZ ČR, 2004.
42. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: Sbíрка zákonů Česká republika, částka 137, s. 4360-75. ISSN 1211-1244.
43. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

44. Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2009 [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
45. Zákon 390/2012 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. 2012 [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-390>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1	Dotazník
PŘÍLOHA 2	Průvodní dopis MPSV k zaslání dotazníku
PŘÍLOHA 3	Souhlasy s provedením dotazníkového šetření
PŘÍLOHA 4	Edukační letáky

PŘÍLOHA 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Anna Kubová a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Výsledky budou použity pouze za účelem sepsání méj diplomové práce, která je na téma Agresivita v ošetrovatelské praxi.

Vaše odpovědi prosím zakroužkujte. Není-li uvedeno jinak, vyberte prosím **jen jednu** z možných odpovědí. Vyplněné dotazníky poté odevzdejte Vaší staniční sestře, kde si je osobně vyzvednu. Velice Vám děkuji za spolupráci.

Bc. Anna Kubová

OBECNÉ

1. Uved'te prosím délku vaší praxe ve zdravotnictví.

- | | |
|-------------------|------------------|
| A. Méně než 1 rok | D. 10 – 14,9 let |
| B. 1 – 4,9 let | E. 15 – 19,9 let |
| C. 5 – 9,9 let | F. 20 let a více |

2. Jaká je Vaše profese?

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| A. Praktická sestra | E. Sanitář/ka |
| B. Všeobecná sestra | F. Ošetrovatel/ka |
| C. Sestra se specializací | G. Jiné. Uved'te prosím |
| D. Staniční či vrchní sestra | |

3. Vyberte prosím kategorii pracoviště, kde trávíte většinu pracovní doby.

- A. Nemocnice
 - A.1 Ambulance
 - A.2 Standardní lůžkové odd.
 - A.3 Intenzivní péče
 - A.4 Akutní příjem
- B. Hospic
- C. Psychiatrická léčebna
- D. Ordinace ambulantního lékaře
- E. Domácí péče

FYZICKÉ NAPADENÍ - použití fyzické síly proti jiné osobě

4. Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti fyzicky napaden/a?

- A. Ano
- B. Ne (Přejděte prosím k otázce č. 13).

5. Kolikrát k fyzickému útoku během posledních 12 měsíců došlo?

- A. 1krát
B. 2krát
C. 3krát
D. Více než 3krát

6. Kdo na vás v posledních 12 měsících zaútočil? (lze vybrat i více možností)

- A. Pacient
B. Příbuzní pacienta
C. Kolega
D. Nadřízený
E. Neznámý člověk
F. Někdo jiný. Uveďte prosím
.....

7. Jaká byla vaše reakce? (lze vybrat i více možností)

- A. Neudělal/a jsem nic
B. Fyzicky jsem se bránil/a
C. Řekl/a jsem dotyčnému, ať přestane
D. Řekl/a jsem o tom své rodině (nebo přátelům)
E. Řekl/a jsem o tom kolegům
F. Oznámil/a jsem to svému nadřízenému
G. Změnil/a jsem své pracoviště
H. Vyplnil/a jsem formulář hlášení mimořádných událostí
I. Podal/a jsem žalobu
J. Požadoval/a jsem odškodné
K. Předstíral/a jsem, že se nic nestalo
L. Jinak. Uveďte prosím
.....

VERBÁLNÍ NAPADENÍ - křik, nadávky, výhrůžky atd.

8. Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti verbálně napaden/a?

- A. Ano
B. Ne (Přejděte prosím k otázce č. 18).

9. Jak byste hodnotil/a, četnost verbálních útoků během posledních 12 měsíců?

- A. Každý den
B. Vícekrát do týdne, ale ne každý den
C. 1x týdně
D. 1x měsíčně
E. Méně než 1x měsíčně

10. Kdo na vás v posledních 12 měsících slovně zaútočil? (lze vybrat i více možností)

- A. Pacient
B. Příbuzní pacienta
C. Jiný zaměstnanec/kolega
D. Neznámý člověk
E. Někdo jiný. Uveďte prosím
.....

11. Jaká byla vaše reakce? (lze vybrat i více možností)

- | | |
|---|---|
| A. Neudělal/a jsem nic | G. Změnil/a jsem své pracoviště |
| B. Fyzicky jsem se bránil/a | H. Vyplnil/a jsem formulář hlášení mimořádných událostí |
| C. Řekl/a jsem dotyčnému, ať přestane | I. Podal/a jsem žalobu |
| D. Řekl/a jsem o tom své rodině (nebo přátelům) | J. Požadoval/a jsem odškodné |
| E. Řekl/a jsem o tom kolegům | K. Předstíral/a jsem, že se nic nestalo |
| F. Oznamil/a jsem to svému nadřízenému | L. Jinak. Uveďte prosím
..... |

MOBBING/BOSSING - šikana na pracovišti od kolegů či nadřízených

12. Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti takto šikanován/a?

- A. Ano
B. Ne (Přejděte prosím k otázce č. 23)

13. Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?

- A. Každý den
B. Víckrát do týdne, ale ne každý den
C. 1x týdně
D. 1x měsíčně
E. Méně než 1x měsíčně

14. Kdo vás za posledních 12 měsíců šikanoval? (lze vybrat i více možností)

- | | |
|--------------|---------------------------------------|
| A. Kolega | C. Někdo jiný. Uveďte prosím
..... |
| B. Nadřízený | |

15. Jaká byla vaše reakce? (lze vybrat i více možností)

- | | |
|---|---|
| A. Neudělal/a jsem nic | G. Změnil/a jsem své pracoviště |
| B. Fyzicky jsem se bránil/a | H. Vyplnil/a jsem formulář hlášení mimořádných událostí |
| C. Řekl/a jsem dotyčnému, ať přestane | I. Podal/a jsem žalobu |
| D. Řekl/a jsem o tom své rodině (nebo přátelům) | J. Požadoval/a jsem odškodné |
| E. Řekl/a jsem o tom kolegům | K. Předstíral/a jsem, že se nic nestalo |
| F. Oznamil/a jsem to svému nadřízenému | L. Jinak. Uveďte prosím
..... |

SEXUÁLNÍ OBTĚŽOVÁNÍ - nevyžádané chování sexuální povahy

16. Byl/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti sexuálně obtěžován/a?

- A. Ano
- B. Ne (Přejděte prosím k otázce č. 28)

17. Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?

- A. Každý den
- B. Víckrát do týdne, ale ne každý den
- C. 1x týdně
- D. 1x měsíčně
- E. Méně než 1x měsíčně

18. Kdo vás na Vašem pracovišti za posledních 12 měsíců sexuálně obtěžoval?

(lze vybrat i více možností)

- A. Kolega
- B. Nadřízený
- C. Pacient
- D. Příbuzný pacienta
- E. Někdo jiný. Uveďte prosím
.....

19. Jaká byla vaše reakce? (lze vybrat i více možností)

- A. Neudělal/a jsem nic
- B. Fyzicky jsem se bránil/a
- C. Řekl/a jsem dotyčnému, ať přestane
- D. Řekl/a jsem o tom své rodině (nebo přátelům)
- E. Řekl/a jsem o tom kolegům
- F. Oznamil/a jsem to svému nadřízenému
- G. Změnil/a jsem své pracoviště
- H. Vyplnil/a jsem formulář hlášení mimořádných událostí
- I. Podal/a jsem žalobu
- J. Požadoval/a jsem odškodné
- K. Předstíral/a jsem, že se nic nestalo
- L. Jinak. Uveďte prosím
.....

RASOVÉ PONIŽOVÁNÍ

20. Zažil/a jste v posledních 12 měsících, na svém pracovišti ponižování kvůli Vaší rasové příslušnosti?

- A. Ano
- B. Ne (Přejděte prosím k otázce č. 33)

21. Jak byste hodnotil/a, četnost tohoto konání za posledních 12 měsíců?

- A. Každý den
- B. Víckrát do týdne, ale ne každý den
- C. 1x týdně
- D. 1x měsíčně
- E. Méně než 1x měsíčně

22. Kdo vás na Vašem pracovišti za posledních 12 měsíců takto obtěžoval? (lze vybrat i více možností)

- | | |
|--------------|---------------------------------------|
| A. Kolega | D. Příbuzný pacienta |
| B. Nadřízený | E. Někdo jiný. Uveďte prosím
..... |
| C. Pacient | |

23. Jaká byla vaše reakce? (lze vybrat i více možností)

- | | |
|---|---|
| A. Neudělal/a jsem nic | G. Změnil/a jsem své pracoviště |
| B. Fyzicky jsem se bránil/a | H. Vyplnil/a jsem formulář hlášení mimořádných událostí |
| C. Řekl/a jsem dotyčnému, ať přestane | I. Podal/a jsem žalobu |
| D. Řekl/a jsem o tom své rodině (nebo přátelům) | J. Požadoval/a jsem odškodné |
| E. Řekl/a jsem o tom kolegům | K. Předstíral/a jsem, že se nic nestalo |
| F. Oznamil/a jsem to svému nadřízenému | L. Jinak. Uveďte prosím
..... |

V následujících otázkách vyberte bodové hodnocení, které nejvíce odpovídá skutečnosti.

24. Máte obavy z následujících situací na Vašem pracovišti?

	Určitě NE	Spíše NE	OBČAS	Spíše ANO	Určitě ANO
Fyzické násilí	1	2	3	4	5
Verbální násilí	1	2	3	4	5
Mobbing/bossing	1	2	3	4	5
Sexuální obtěžování	1	2	3	4	5
Rasové ponižování	1	2	3	4	5

25. Ohodnoťte Váš vztah k následujícím situacím.

	Situaci nikdy nevyvolám	Situaci spíše nevyvolám	Situaci občas vyvolám	Situaci spíše vyvolám	Situaci často vyvolám
Fyzické násilí k pacientům	1	2	3	4	5
Verbální násilí k pacientům	1	2	3	4	5
Mobbing/bossing ke kolegům	1	2	3	4	5
Sexuální obtěžování ke kolegům	1	2	3	4	5
Sexuální obtěžování pacientů	1	2	3	4	5
Rasové ponižování pacientů	1	2	3	4	5

26. Býváte svědkem uvedeného chování u jiných nelékařských zdravotníků?

	Situaci nikdy nevyvolají	Situaci spíše nevyvolají	Situaci občas vyvolají	Situaci spíše vyvolají	Situaci často vyvolají
Fyzické násilí k pacientům	1	2	3	4	5
Verbální násilí k pacientům	1	2	3	4	5
Mobbing/bossing ke kolegům	1	2	3	4	5
Sexuální obtěžování ke kolegům	1	2	3	4	5
Sexuální obtěžování pacientů	1	2	3	4	5
Rasové ponižování pacientů	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA 2 - Průvodní dopis MPSV k zaslání dotazníku



Vážená paní
Anna Kubová

e-mail:

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora

Naše č. j.
MPSV-2020/-42398423/1

Vyřizuje
Mgr. L. Kyselová

V Praze dne
19. března 2020

Vážená paní Kubová,

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „ministerstvo“) obdrželo Vaše elektronické podání, ve kterém se tážete, zda existuje možnost zažádat o podklady k jednomu z projektů Výzkumného ústavu bezpečnosti práce, [V.V.I.](#). K tomu Vám sdělujeme následující.

Dovolujeme si přílohou zaslat dostupné materiály k dotazníkovému šetření projektu Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR.

S pozdravem

Mgr. Bc. Lucie Kyselová
vedoucí oddělení inspekce a bezpečnosti práce

PŘÍLOHA 3 - Souhlasy s provedením dotazníkového šetření

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Ordinace pro choroby srdce s.r.o.

Viléma Blodka 5683

430 02, Chomutov

Vedoucí lékař:

MUDr. Jan Malecha

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane doktore, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v Ordinaci pro choroby srdce v Chomutově. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi.

Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 3. 9. 2020

Bc. Anna Kubová

A. Kubová

Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením **SOUHLASÍM** / ~~NE~~SOUHLASÍM



Datum: 7.9.2020

Razítko zařízení a podpis:

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Karhanová Korina

Kochova 1185

430 01, Chomutov

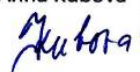
Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření určeného pro vaši sestru. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi.

Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 22. 9. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / ~~NESOUHLASÍM~~

24. 09. 2020

Datum:

52	MUDr. Korina KARHANOVÁ
740	praktická lékařka pro dospělé
	Kochova 1185
	430 12 Chomutov
001	tel.: 474 447 863, 66734440



Razítko zařízení a podpis:

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Andrllová Blanka

Kochova 1185

430 01, Chomutov

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření určeného pro vaši sestru. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi.

Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 22. 9. 2020

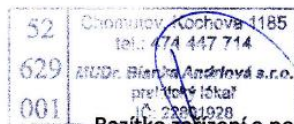
Bc. Anna Kubová

Kubová

Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum: 29. 09. 2020



Razítko zařízení a podpis:

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Zdenka Řepková

Jiráskovo náměstí 496
439 42, Postoloprty

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření u vaší sestry. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 4. 9. 2020

Bc. Anna Kubová

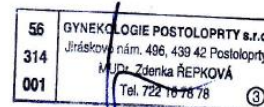


.....
Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením **SOUHLASÍM** / ~~NESOUHLASÍM~~

Datum: 10. 9. 2020

Razítko zdr. zařízení a podpis:



Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Miloslav Fišer

Jiráskovo náměstí 496

439 42, Postoloprty

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane doktore, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření u vaší sestry. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 4. 9. 2020

Bc. Anna Kubová



.....
Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum:

9/9 2020

MUDr. Fišer Miloslav
Jiráskovo nám. 496, 439 42 Postoloprty
ICO: 46164420 IČO: 0040001
tel.: +420 311 003 351 635
Razítko zdr. zařízení a podpis:

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Miroslav Urban

Jiráskovo náměstí 496

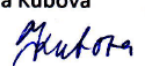
439 42, Postoloprty

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane doktore, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření u vaší sestry. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 4. 9. 2020

Bc. Anna Kubová



.....
Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením **SOUHLASÍM** / ~~NE~~SOUHLASÍM

Datum: - 9 -09- 2020



Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Řezníčková Jana

Březenecká 4804
430 04, Chomutov

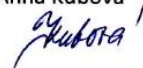
Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření určeného pro vaši sestru. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi.

Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 14. 10. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením **SOUHLASÍM** / ~~NESOUHLASÍM~~

Datum:

14. 10. 2020



MUDr. Jana ŘEZŇÍČKOVÁ

Razítko zařazené do podpisu
609 MUDr. Jana ŘEZŇÍČKOVÁ
001 Privátní lékař
pro děti a dospělé
DS Březenecká, Chomutov
tel.: 474 656 617

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Domácí hospic sv. Terezie

Braňany 174, 435 22

Ředitelka

Bc. Petra Stanislava

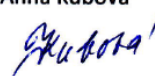
Meinlschmidtová

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní ředitelko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v Domácím hospici sv. Terezie. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 29. 9. 2020

Bc. Anna Kubová

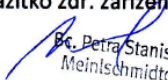


.....
Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / ~~NESOUHLASÍM~~

Datum: 30. 9. 2020

Razítko zdr. zařízení a podpis:



Bc. Petra Stanislava
Meinlschmidtová

Domácí hospic sv. Terezie, z. ú.
Domácí hospicová péče
Sídlo: Braňany 174, 435 22, Braňany
IČO: 094 14 665 Tel. 774 955 487

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Zdeněk Hamouz

Dostojevského 3091

Chomutov

430 01

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane doktore, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření u Vaší sestry. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 25. 8. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením **SOUHLASÍM** / **NESOUHLASÍM**

Datum:

0202 '80 7

52	Eamed s.r.o.
224	Ordinace praktického lékaře pro dospělé
	MUDr. Zdeněk Hamouz
001	Dostojevského 3091/430 01 Chomutov
	Tel.: 44 628 259, 44-63048381

Běžítka zdr. zařízení a podpis:

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

MUDr. Michal Trmal

Blatenská 2614/139

Chomutov

430 03

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane doktore, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření u Vaší sestry. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 25. 8. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum:

25-08-2020

Razítko zdr. zařízení a podpis:



52 MUDr. Michal Trmal
000 Zdravotní preventivní péče
053 Blatenská 139, 430 03 Chomutov
IČ: 12669990, mob: 736 629 836

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Krajská zdravotní a.s., nem. Most o.z.

J. E. Purkyně 270

434 64, Most

Hlavní sestra:

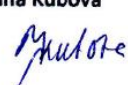
Mgr. Šárka Gregušová

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní magistro, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v nemocnici v Mostě. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 25. 8. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření: Souhlasím s dotazníkovým šetřením v nemocnici Most, o.z., KZ, a.s.

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM



Mgr. Šárka Gregušová HS, o.z.

Razítko zdr. zařízení a podpis:

Datum: 31-08-2020

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Mgr. Zdeněk Strašák

Oblastní charita Rajhrad

Jiráskova 47

664 61, Rajhrad

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážený pane řediteli, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v hospici v Rajhradě. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 24. 8. 2020

Bc. Anna Kubová

Anna Kubová

Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum: 25-08-2020

Zdeněk Strašák

Razítko zdr. zařízení a podpis:

 DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
OBLASTNÍ CHARITA
RAJHRAD

Jiráskova 47, 66461 Rajhrad
IČ: 44990260 DIČ: CZ44990260
tel: 547 232 223; rajhrad@rajhrad.charita.cz

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora

Domažlická nemocnice

Kozinova 292

344 22 Domažlice

Hlavní sestra:

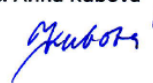
PhDr. Mgr. Jana Boučková MBA

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní doktorko, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření ve Vaší nemocnici. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 25. 8. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

PhDr. J.B. Boučková

Domažlická nemocnice, a.s.

Kozinova 292

344 22 Domažlice

TEL: 379 710 262

ICO: 26361078 | DIČ: CZ26361078



Rázítko zdr. zařízení a podpis:

Datum: 13. 10. 2020

DOMAŽLICKÁ NEMOC.

Kozinova 292

344 22 Domažlice

HLAVNÍ SESTRA

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Home Care Barborka

Sociální služby, Most z.s.

Jaroslava Haška 608/2, Most

Vrchní sestra:

Mgr. Zuzana Vernerová

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážená paní magistro, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v Home Care Barborka, v Mostě. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chomutově dne 31. 8. 2020

Bc. Anna Kubová

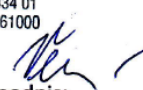


Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum: 15. 9. 2020

Home Care
"BARBORKA"
J. Haška 608/2, Most 434 01
IČ: 04379896, IČZ: 57561000
© IČP: 57561001

Razítko zdr. zařízení a podpis: 

Bc. Anna Kubová

Obsahuje soukromé údaje,
originál k nahlédnutí u autora práce

Ing. Ladislav Henlín
Psychiatrická léčebna
Petrohrad 1
439 85, okr. Louny

Věc.: Žádost o možnost provedení dotazníkového šetření.

Vážení pane řediteli, tímto Vás žádám o laskavý souhlas s provedením dotazníkového šetření v Psychiatrické léčebně v Petrohradě. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze za účelem sepsání mé diplomové práce, která se zabývá agresivitou v ošetrovatelské praxi. Děkuji za vyřízení.

V Chamutově dne 24. 8. 2020

Bc. Anna Kubová



Vyjádření:

S dotazníkovým šetřením SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

Datum:

11. 9. 2020

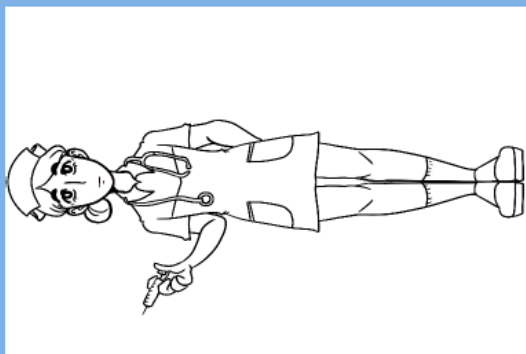


Razítko zdr. zařízení a podpis:

Psychiatrická léčebna
Petrohrad 1
439 85, okr. Louny
IČO: 00829137 tel.: +420 479 021 111
439 85, Petrohrad 1
ČR: 53 002 031



**I malá změna v komunikaci
může vést k vytvoření
pocitu ocenění a tím
přispět k důvěryhodnému
prostředí.
Tak pomůžete zlepšit
vztahy s našimi pacienty.**



**Agresivita
v ošetrovatelské
praxi
MOŽNOSTI PREVENCE**

Autor
Bc. Anna Kubová
Ilustrace
Johana Sasková



Zdroj
RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012.
Psychiatrie. Praha: Karolinum.
ISBN 978-80-246-1985-9.

3 nejčastější mýty o násilí ve zdravotnictví

Násilí se dá očekávat nejčastěji na psychiatrii.

Za agresivní chování může vždy pacient, či jeho příbuzný.

Zdravotníci vědí, jak reagovat, když je pacient napadne.

Opravdové příčiny

Nezvládnuté negativní emoce

Neprofesionální gesta zdravotníků

Nevhodný komunikační styl

Mlčíme, když pacient očekává odpověď.

Nevěnujeme pacientovi dostatečnou pozornost.

Věnujeme se při rozhovoru s pacientem něčemu jinému.

Nevhodně měníme témata rozhovoru.

Zapomeneme se představit.

Nenecháme pacienta vždy domluvit a vylíčit své potřeby.

Při rozhovoru vedeme monolog, ne dialog.

Nenavazujeme s pacienty oční kontakt.

Bráníme se vlastním emocím.

Používáme odborné výrazy, kterým pacienti nerozumí.

Používáme ponižující komentáře.

Doporučené techniky komunikace

Pozdravíme a oslovíme pacienta jménem.

Představíme se a podáme ruku na přivítanou.

Komunikujeme vřele a chováme se jako v roli hostitele.

Snažíme se dosáhnout vzájemné důvěry.

Všímáme si mimiky nemocného.

Vyslechneme si celý příběh nemocného.

Jednáme klidně, taktně a zdvořile.

Dohodneme se s pacientem na následném postupu.

Uvědomujeme si svoje neverbální chování.

Přesvědčíme se, že pacient všemu porozuměl.

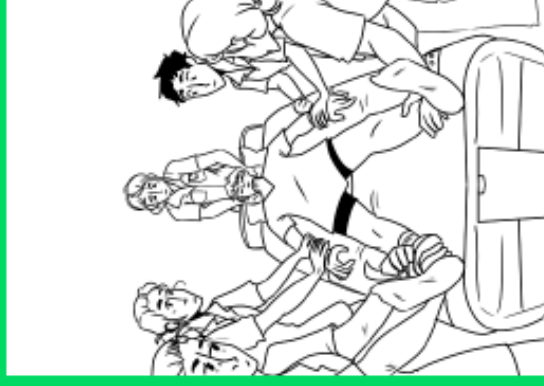


Když už k násilí dojde, je nutné převzít kontrolu nad situací.

- 1. Zachovejte klid.**
- 2. Požádejte o pomoc.**
- 3. Držte si bezpečnou vzdálenost.**
- 4. Myslete na možnost útěku.**

Autor
Bc. Anna Kubová

Ilustrace
Johana Sasková



Agresivita v ošetrovateľskej praxi

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Zdroj

PEKARA, Jaroslav. Bezpečnost personálu: Agresivní pacient. Pracovní skupina Aesculap Akademie [online]. Praha [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/navody/jak-zkrotit-agresivního-pacienta/>

<h3>Uklidnění situace</h3> <p>Mluvte s pacientem srozumitelně.</p> <p>Použijte klidný tón hlasu.</p> <p>Sami nemluvte agresivně.</p> <p>Vyvarujte se prudkým pohybům.</p> <p>Vyjádrte, že dotyčného slyšíte a chápete.</p> <p>Ruce nechte v dolní polovině těla a nezvedejte je nahoru.</p> <p>Udržujte oční kontakt.</p>	<h3>Fyzické napadení</h3> <p>Použijte takový způsob sebeobrany, abyste se vymanili z bezprostředního ohrožení.</p> <p>Přivolejte si na pomoc kolegy.</p> <p>Připravte se na zajištění pacienta proti jeho vůli.</p> <p>Kontaktujte bezpečnostní agenturu, nebo Policii ČR.</p>	<h3>Pamatujte</h3> <p>Fyzické a farmakologické zákroky nejsou bezpečné, proto se používají jen při mimořádných událostech.</p> <p>Nezapomínejte na pravidelnou kontrolu pacienta, aby nedošlo k jeho poranění.</p>
<h3>Pacient na vás křičí</h3> <p>Neodpovídejte hned.</p> <p>Chvilka ticha pomůže snížit napětí.</p> <p>Odpovídejte v krátkých větách.</p> <p>Opakujte důležité informace.</p> <p>Svémi slovy opakujte, co a jak jste pochopili.</p> <p>Projevte zájem o pacienta.</p> <p>Připomeňte pacientovi, že mu chcete pomoci.</p>	<h3>Zajištění pacienta proti jeho vůli</h3> <p>Pacienta vždy předem varujte, minimálně 2krát, nahlas a ideálně před svědky.</p> <p>Zajistěte dostatek personálu (jedna osoba na jednu končetinu + jedna osoba, která chrání hlavu a krk).</p> <p>Podějte léky podle ordínace lékaře.</p> <p>Zapište podrobný popis události do dokumentace nemocného.</p> <p>Zapište také záznam do hlášení mimořádných událostí.</p>	<h3>Zápis mimořádné události</h3> <p>Zápis provádějte s rozvahou (slouží k vaší ochraně při soudních sporech).</p> <p>V případě, že byl použit fyzický úchop, nebo dokonce fyzická obrana, je vhodné zápis doplnit o informaci, že byla použita jen taková síla, aby došlo k odvrácení útoku a aby nebylo možné utéci.</p> <p>Zaznamenejte všechny informace o násilném incidentu, včetně situace, která mu předcházela, jaká byla použitá slova a jak incident skončil.</p> <p>Zápis doplňte o podpisy svědků.</p>