

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Aneta Uhrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Násilí na pracovišti a jeho prevence

Diplomová práce

2024

Bc. Aneta Uhrová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Uhrová**
Osobní číslo: **Z21486**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Násilí na pracovišti a jeho prevence**
Téma práce anglicky: **Workplace violence and its prevention**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

GARKISCH, David. Krize v nemocnicích. *Tempus Medicorum*. 2019, roč. 28, č. 2, ISSN 1214-7524.
HILTON, Zoe N. et al. Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses. Systematic review and directions for future research and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022, 29 (2), ISSN 1351-0126.
RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.
RÜEGG, Johann Caspar. *Mozek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1581-3.
ŠKURKA, Tomáš, Pavel OTRÍSAL a Břetislav ŠTĚPÁNEK. Násilí a jeho projevy ve společnosti. In: RABOVSKÁ, Dana Rebecka a Jiří HALAŠKA (eds.). *Aspekty práce pomáhajících profesí 2021*. Praha: ČVUT v Praze, 2021. ISBN 978-80-01-06852-6.
VÁCLAVÍKOVÁ, Klára a Radka KOZÁKOVÁ. Mobbing experienced by general nurses and related factors. A scoping review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2021, 12 (2), ISSN 2336-3517.
VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2018, 114 (5), ISSN 1212-0383.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Klára Václavíková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Násilí na pracovišti a jeho prevence* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou, nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24.4.2024

Bc. Aneta Uhrová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Moc děkuji především vážené paní Mgr. Kláře Václavíkové, PhD., za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi při psaní diplomové práce věnovala. Dále děkuji celé mé rodině a blízkým za podporu po celou dobu studia. Ráda bych poděkovala všem respondentům, kteří se dobrovolně zúčastnili výzkumného šetření a v neposlední řadě také vedoucím zdravotnickým pracovníkům, kteří mi výzkum umožnili realizovat.

ANOTACE

Závěrečná práce se zabývá násilím na pracovišti z pohledu všeobecných sester. Hlavním cílem této práce je zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina setkaly s mobbingem a bossingem. Text je rozčleněn na teoretickou a praktickou část. V části teoretické je věnována pozornost násilí se zaměřením na násilí na pracovišti, vlivu násilí na pracovišti na zdravotní stav člověka, násilí ve zdravotnických zařízeních, prevence a jeho řešení. Praktická část obsahuje výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na všeobecné sestry ve vybrané nemocnici. Dotazník se skládá ze tří skupin otázek – první z nich je zaměřena na demografické charakteristiky, druhá obsahuje dotazník negativních aktů NAQ-R a třetí je orientována na zjištění aktérů násilí na pracovišti. Data jsou zpracována metodami deskriptivní statistiky, načež jsou testována relevantními statistickými testy.

KLÍČOVÁ SLOVA

násilí, všeobecné sestry, mobbing, bossing, prevence, zdravotnická zařízení

TITLE

Workplace violence and its prevention

ANNOTATION

The final thesis deals with workplace violence from the perspective of general nurses. The main objective of this thesis is to determine the extent and forms in which general nurses in an anonymous hospital in the Vysočina Region have encountered workplace violence. The text is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on violence, particularly workplace violence, its impact on human health, violence in healthcare facilities, prevention and its resolution. The practical part includes the results of a questionnaire survey aimed at general nurses in a selected hospital. The questionnaire consists of three groups of questions – the first one focuses on demographic characteristics, the second includes the Negative Acts Questionnaire (NAQ-R), and the third is aimed at identifying the perpetrators of workplace violence. The data are processed using descriptive statistical methods, followed by testing with relevant statistical tests.

KEYWORDS

violence, general nurses, mobbing, bossing, prevention, medical facilities

OBSAH

Úvod	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl práce	12
1.2 Metody k dosažení cíle.....	12
Teoretická část	14
2 Násilí.....	15
2.1 Druhy násilí.....	15
2.2 Příčiny násilí	16
2.3 Specifické formy násilí na pracovišti.....	17
2.3.1 Sexuální obtěžování.....	17
2.3.2 Mobbing.....	18
2.3.3 Bossing	19
3 Vliv násilí na pracovišti na zdravotní stav člověka	21
3.1 Vliv na psychiku člověka	21
3.2 Vliv na fyzický stav člověka	22
4 Násilí ve zdravotnických zařízeních	23
4.1 Všeobecná sestra jako agresor	23
4.2 Všeobecná sestra jako oběť	25
4.3 Specifické faktory násilného chování ve zdravotnických zařízeních	26
5 Řešení násilí ve zdravotnických zařízeních	28
5.1 Přístup managementu k násilí na pracovišti.....	28
5.2 Řešení násilí na pracovišti právními prostředky	29
Praktická část	32
6 Metodika práce	32
6.1 Soubor respondentů a dotazníkové šetření.....	33
6.2 Sběr dat	34

7	Výsledky praktické části.....	36
7.1	Vyhodnocení dotazníku	52
7.2	Testování hypotéz	56
8	Diskuze	59
9	Doporučení pro praxi	65
10	Limity práce.....	67
11	Závěr	68
12	Použitá literatura	70
13	Přílohy.....	77

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

PTSD	Posttraumatická stresová choroba
OSHA	Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika
NAQ-R	Dotazník negativních aktů
H_0	Hypotéza nulová
H_A	Hypotéza alternativní

ÚVOD

Násilí na pracovišti není ojedinělou záležitostí, přičemž jeho následky mohou být pro lidskou psychiku i fyzický stav destruktivní. Samostatnou kapitolou je i vliv, který má výskyt násilí na pracovišti na danou organizaci – ta se v důsledku toho může potýkat se zvýšenou fluktuací pracovníků, což představuje zvýšené ekonomické náklady. Zaměstnanec násilí na pracovišti ovlivňuje nejen v oblasti jejich pracovního výkonu, ale mnohdy i v osobním životě, kde se mohou potýkat s negativními následky v podobě zhoršeného psychického stavu.

Podle odhadů je 1,43 milionu úmrtí na celém světě během jednoho roku způsobeno následkem interpersonálního násilí (Látalová, 2013, s. 10). V tomto kontextu je překvapivé, že v ČR dosud nebylo realizováno mnoho reprezentativních výzkumů k tomuto tématu. Provedená šetření se orientují primárně na násilí na pracovišti, přičemž z nich vyplývá, že tento jev se týká v průběhu let kolem jedné pětiny osob, a že obecně jsou častěji vystavené násilí ženy. Ačkoli dříve byly ohroženy spíše osoby s nižším vzděláním, v posledních letech se tento negativní sociální jev přesouvá i mezi zaměstnance se středoškolským a vysokoškolským vzděláním (EU, 2019).

Uvedené se týká i zdravotnických zařízení, kde bývají všeobecné sestry vystaveny násilí z více stran – ze strany nadřízených, lékařů, jiných všeobecných sester či pacientů. Vzhledem k tomu, že toto povolání je již tak stresující mimo jiné pro trvalý personální podstav ve zdravotnických zařízeních, je tato problematika velmi aktuální. Násilí na pracovišti ve zdravotnictví je přitom nutné sledovat nejen z pohledu managementu, ale především i z pohledu všeobecných sester (Škrála, Škrlová, 2008, s. 155). Negativním důsledkem násilí ve zdravotnických zařízeních může být zhoršená kvalita poskytované péče – to je dalším důvodem, proč je třeba se touto problematikou intenzivněji zabývat.

Z výše uvedeného vychází téma předkládané diplomové práce, která se zabývá problematikou násilí na pracovišti z pohledu všeobecných sester. Ačkoli na svém pracovišti se všeobecné sestry mohou setkat i s násilím ze strany pacientů, práce se primárně zabývá mobbingem (násilím ze strany spolupracovníků) a bossingem (násilím ze strany nadřízených pracovníků). Hlavním cílem práce je zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina setkaly s mobbingem a bossingem.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

V následujících podkapitolách jsou vysvětleny stanovené cíle práce a metody k jejich dosažení, které jsou v práci využity.

1.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina setkaly s mobbingem a bossingem. K hlavnímu cíli práce byly formulovány čtyři cíle dílčí, konkrétně:

- Prozkoumat, jaký způsob násilí je ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji Vysočina nejčastější.
- Zjistit, kdo byli aktéři násilí identifikovaného ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji Vysočina.
- Zjistit frekvenci nejčastějších činů souvisejících s mobbingem a bossingem u všeobecných sester ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina.
- Zjistit celkovou míru výskytu případů násilí na pracovišti u všeobecných sester v Kraji Vysočina.

1.2 Metody k dosažení cíle

Pro praktickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Sběr dat probíhal formou elektronického dotazníku. Výhodou tohoto nástroje je relativně rychlý a jednoduchý sběr dat, která je následně možné exportovat formou frekvenční tabulky v tabulkovém editoru, což usnadňuje statistické zpracování. Cílovou skupinu pro dotazníkové šetření tvoří všeobecné sestry z vybraného zařízení v Kraji Vysočina, které byly ochotny vyplnit anonymní dotazník.

Elektronický dotazník se skládá ze tří částí. V první části jsou zjišťovány demografické údaje o respondentech – konkrétně jejich pohlaví, věková kategorie, délka praxe na pozici všeobecné sestry a oddělení, na kterém respondent pracuje.

Druhá část nástroje je tvořena standardizovaným nástrojem – dotazníkem negativních aktů NAQ-R (2001) od Ståle Einarsena, Helge Hoela a Guy Notelaerse. Dotazník zjišťuje, zda a v jaké časové frekvenci se respondenti setkávají s vybranými negativními činy na svém pracovišti. Dotazník obsahuje dvacet tři položek sestávajících se z negativních aktů, které může jedinec setkávající se s násilím na pracovišti zažívat, a sebezposuzující položku, která

se respondentů táže, zda se sám cítí být obětí násilí na pracovišti (Cakirpaloglu et al., 2016, s. 93). V elektronickém dotazníku je sebesposuzující položka zařazena do jeho samotného závěru. Respondenti odpovídají formou pětistupňové Likertovy škály.

Třetí část dotazníku se zaměřuje na poznání toho, s jakými aktéry násilí se všeobecné sestry setkaly. Respondenti mohou hodnotit, jak často je aktérem násilí jiná všeobecná sestra, nadřízený pracovník (například staniční či vrchní sestra), lékař, lékařka či v předcházejících otázkách neuvedený jiný zdravotnický pracovník. Pro tuto část dotazníku bylo pro větší koherenci zachováno hodnocení dle pětistupňové Likertovy škály.

Pro statistické vyhodnocení zjištěných dat je využit program IBM SPSS Statistics 22.0 a MS Excel. Data jsou nejprve popsána metodami deskriptivní statistiky (formou tabulek a grafů), načež jsou testována relevantními statistickými testy. Jako test normality rozložení dat byl zvolen Kolmogorov-Smirnovův test normality, stanovené hypotézy jsou v závislosti na výsledku těchto testů následně ověřeny buď testem parametrickým (Pearsonův korelační koeficient r , ANOVA), nebo neparametrickým testem (Spearmanův korelační koeficient). Při testování je pracováno na hladině statistické významnosti $p = 0,05$.

TEORETICKÁ ČÁST

V následujících kapitolách je zvolené téma analyzováno z teoretického hlediska. Teoretická část práce je rozčleněna na několik hlavních kapitol, které se věnují tématům násilí, vlivu násilí na pracovišti na zdravotní stav člověka, násilí ve zdravotnických zařízeních, technika zvládnání agresivity na pracovišti, prevence a řešení tohoto negativního společenského jevu.

Teoretická část práce je vypracována metodou analýzy relevantních zdrojů, zejména odborných monografií a článků v odborných periodikách. Text práce vychází z odborné literatury, zaměřené na problematiku násilí ve zdravotnických zařízeních a příbuzných témat. V českém prostředí nevyšla žádná monografie, která by se orientovala přímo na násilí ve zdravotnických zařízeních (ve smyslu násilí vůči všeobecným sestřám). Parciálně toto téma zpracovává například titul *Manažerská etika ve zdravotnické praxi* Ondriové a Fertařové (2021), anebo publikace *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty* od Kelnarové a Matějkové (2014). Mnohem sdílnější jsou články v českých odborných periodikách. Článek *Důsledky násilí ve zdravotnictví* od Pekary a Němcové (2019) je orientován primárně na dopady násilí na vykonavatele zdravotnické profese, tentýž autor pak ve článku *Násilí ve zdravotnictví* (Pekara, 2013) rozebírá téma příčin násilných situací a efektivního zvládnání emocí jako prevence násilí ve zdravotnických zařízeních. Dále lze jmenovat například souborný článek *Deeskalace: Základní intervence ke zvládnání násilí* od Vevery et al. (2018), zpracovávající téma prevence násilného chování ve zdravotnických zařízeních.

Zahraniční odborná periodika jsou pestrým zdrojem informací o vybraném tématu. Například studie Zhang et al. (2017) identifikovala osobnostní charakteristiky všeobecných sester, které mohou korelovat s vyšším rizikem násilí na pracovišti. Faktory vyšší zranitelnosti na straně všeobecných sester se ve svém článku zabývala i Anderson (2009). Child a Mentis (2010) se snažili nalézt příčiny nárůstu násilí ve zdravotnických zařízeních, přičemž se věnovali i manažerským postupům, které by mohly tuto problematiku pomoci efektivněji řešit.

Obecně lze konstatovat, že odborná literatura českého původu se tématu násilí na pracovišti z pohledu všeobecných sester nevěnuje tak, jak by závažnosti této problematiky odpovídalo.

2 NÁSILÍ

V odborné literatuře je možné nalézt množství různých definic násilí. Psychiatrické definice chápou násilí jako typ chování (impulzivní či promyšlené), které se vyskytuje v interakcích mezi lidmi, a které je spojeno s určitými formami psychopatologie. Tyto definice však nereflektují komplexní aspekty, které obvykle násilí předcházejí, a také nezohledňují skutečnost, že násilí je mnohdy reciproční reakcí (Pekara, Němcová, 2019, s. 7).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023) chápe násilí jako záměrné použití nebo hrozbu použití fyzické síly proti sobě, jiné osobě či skupině osob, které působí nebo má vysokou pravděpodobnost způsobit zranění, smrt, psychické poškození, strádání či újmu. Tato definice však nereflektuje skutečnost, že existuje i násilí psychické (Škurka, Otríšal, Štěpánek in Ralbovská, Halaška, 2021, s. 218).

Isdal in Jakobsen, Rakil (2022, s. 41-43) konstatuje, že bychom měli násilí chápat v poněkud širším slova smyslu – vhodná definice zní podle jeho názoru následovně: „*Násilí je čin namířený proti druhému člověku, který mu má ublížit, způsobit bolest, zastrašit ho nebo ponižít, aby jednal proti své vůli, respektive aby nejednal podle své vůle.*“. Ačkoli je násilí často redukováno na fyzické činy, jedná se o všechny typy činů, které druhé ovlivňují tím, že jim způsobují bolest, zastrašují je či ponižují.

2.1 Druhy násilí

Isdal in Jakobsen, Rakil (2022, s. 43) rozlišuje pět forem násilí: fyzické, sexuální, materiální, psychické a latentní násilí. Fyzické násilí je užitím jakékoli formy fyzické moci proti druhému s cílem mu ublížit, způsobit bolest, zastrašit ho či ponižít. Tento druh násilí může zahrnovat široké spektrum útoků od násilného držení přes bití, strkání, kopání a pohlavkování po použití střelné zbraně.

Sexuální násilí lze jednoduše definovat jako „*vynucování sexuálních kontaktů proti vůli druhé osoby*“. Konkrétně se může jednat o znásilnění, sexuální otroctví, vynucenou sterilizaci, či podobné formy násilí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 304). Špatenková et al. (2017, s. 222) upozorňují na fakt, že sexuální násilí není pácháno pouze na ženách, ale i vůči mužům, na což společnost mnohdy zapomíná – muži v roli obětí sexuálního násilí jsou u nás dosud vnímáni jako rarita, což souvisí s tradičními tlaky společnosti na muže, které se týkají charakteristik, které by měl muž mít (jedná se tedy o genderové stereotypy).

Materiální násilí je činem namířeným proti „materiálním statkům, který má zastrašit nebo ponižit druhého člověka, aby jednal proti své vůli, respektive aby nejednal podle své vůle“. Může jít například o ničení předmětů, trhání oděvu, bušení do dveří či do zdi, házení věcmi a podobně. Pokud již dříve proběhlo fyzické násilí, má na jedince materiální násilí obvykle významnější dopady (Isdal in Jakobsen, Rakil, 2022, s. 47).

Psychické násilí je poškození oběti hrozbami či donucovacími taktikami. Může zahrnovat slovy či gesty vyjádřenou hrozbu fyzického či sexuálního násilí, je spojeno s pokořováním, kontrolou, neposkytováním informací či s odepřením přístupu k základním potřebám (Hirt, Vorel et al., 2016, s. 185). Novotný et al. (2017, s. 96-97) popisují, že psychické násilí může mít skryté projevy, přičemž mu mohou podlehnout i původně značně sebevědomí jedinci. Samotný agresor má mnohdy dvojí tvář – na veřejnosti se chová tak, aby byl spatřován v tom nejlepším světle, ale v soukromí svou oběť psychicky terorizuje.

Latentní násilí je takovým druhem násilí, ke kterému sice bezprostředně nedochází, ale může k němu za jistých okolností dojít. Příkladem může být situace, kdy ve městě došlo k sérii znásilnění, a ženy proto raději zůstávají po večerech v bezpečí svých domovů, aby se nestaly jeho obětí. V tomto případě tedy možnost, že by k násilí mohlo dojít, ovládá chování jedince do takové míry, že se hrozba násilí stává permanentní součástí jeho reality (Isdal in Jakobsen, Rakil, 2022, s. 56).

Raboch a Pavlovský (2020, s. 146) dodávají, že násilí není žádnou specifickou diagnostickou kategorií, ale jedná se pouze o typ chování spojený s různou psychopatií. Rozlišuje agresi, kterou lze charakterizovat jako fyziologickou odpověď směřující k přežití organismu v přírodě, a násilné chování jako patologickou agresi, kdy je smyslem někoho záměrně poškodit.

2.2 Příčiny násilí

Příčiny násilí lze obecně rozčlenit na biologické (vrozené) a sociokulturní (získané). Z evolučního hlediska slouží násilí k obraně, přežití a získání dobré pozice v sociální hierarchii – z tohoto důvodu má každý jedinec určitou míru dispozice k agresi (v této souvislosti je třeba doplnit, že agrese je širším pojmem než násilí, přičemž násilí bývá definováno jako fyzická agrese). Agresivní chování lze v tomto kontextu označit za eticky neutrální vlastnost související primárně s adaptací a se záchovou vlastního života. Biologické determinanty sklonu k násilí souvisí například s hladinou testosteronu, s dysfunkcí neurotransmiterových systémů, se změnami ve struktuře centrální nervové soustavy apod. (Fischer, Škoda, 2014, s. 51-52).

Velmi pregnantně shrnuje problematiku biologického základu agresivního chování Vymětal (2003, s. 260), který konstatuje, že agresivita má sice vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou utvářeny až v průběhu života člověka různými sociálními faktory.

Mezi sociální faktory patří vliv rodiny, vrstevníků, spolužáků, spolupracovníků a dalších sociálních skupin, které jsou pro daného jedince významné. Agresivita může být také součástí sociální role při výkonu určitého povolání – nezvládnutí takové agrese může vést k násilnému chování. Nelze podceňovat ani vliv moderních médií, která se mnohdy snaží působit na negativní emoce (Fischer, Škoda, 2014, s. 51-52). Násilí má často cyklický charakter – řada pachatelů má v anamnéze násilné chování vůči své osobě v dětství, což vede k opakování tohoto vzorce u nich samých. V rámci rodiny dítě napodobuje to, co vidí u ostatních – pokud má navíc nedostatek citových interakcí, může to vést k podpoře násilného chování (Isdal in Jakobsen, Rakil, 2022, s. 71).

K násilnému chování mohou vést i různé duševní choroby či abúzus psychotropních látek, které odstraňují zábrany pachatele a snižují jeho citlivost k utrpení oběti. Raboch a Pavlovský (2020, s. 145) v tomto kontextu doplňují, že násilné chování se v obecné populaci vyskytuje nejčastěji u jedinců s disociální poruchou osobnosti a u osob zneužívajících alkohol, kokain a amfetaminy. Konkrétně ve zdravotnických zařízeních k němu často dochází v kontextu s deliriem z odnětí alkoholu, kdy se násilí dopouští pacient z důvodu tohoto změněného psychického stavu.

2.3 Specifické formy násilí na pracovišti

V následujících podkapitolách budou stručně představeny ty nejčastější formy násilí, s nimiž se lze setkat na pracovišti. Jedná se o sexuální obtěžování, mobbing a bossing.

2.3.1 Sexuální obtěžování

Sexuální obtěžování je jednou z forem genderové diskriminace na trhu práce, jelikož se jedná o systematické jednání vůči jednotlivcům z důvodu jejich příslušnosti ke konkrétní skupině, definované na základě genderových charakteristik, sexuální orientace apod. (Křížková, 2006, s. 20). Jedná se o nežádoucí a nevhodné chování, které typicky zahrnuje sexuální narážky, gesta, poznámky nebo jiná jednání, která jsou pro oběť urážlivá, ponižující nebo zastrašující a mají sexuální podtext. Toto chování může být verbální, neverbální nebo fyzické povahy, nejde však o formu dvoření, ale spíše se jedná o snahu ukázat nadvládu

nad obětí. V tomto kontextu je důležité si uvědomit, že sexuální obtěžování není jen o fyzickém kontaktu (Venglářová et al., 2011, s. 123).

Křížková (2006, s. 39) diferencuje dvě formy sexuálního obtěžování. Za méně vážné označuje různé sexuálně podbarvené vtipy, narážky, e-maily se sexuálním podtextem, upřené zírání na postavu oběti a podobně. Je třeba dodat, že označení těchto forem za méně závažné ještě neznámá, že by neměly na oběť citelnější negativní dopady – emoční reakce na takové chování může být velmi individuální a potenciálně závažná a traumatizující. Druhou formou sexuálního obtěžování je fyzický kontakt, který může v nejkrajnějších případech dospět až ke znásilnění. Do této kategorie spadají i nejrůznější nevyžádané doteky, plácnutí, hlazení a podobně.

DeVito (2008, s. 138) uvádí dvě obecné kategorie sexuálního obtěžování na pracovišti – sexuální obtěžování *quid pro quo* (tedy něco za něco) a vytváření nepřátelského prostředí. V rámci první kategorie jsou oběti nabízeny výhody (například povýšení, vyšší osobní ohodnocení apod.) výměnou za sexuální službu, a naopak problémy v případě, že taková sexuální služba poskytnuta nebude. Obtěžování nepřátelským prostředím pak zahrnuje veškeré sexuální chování, které může jedince obtěžovat.

2.3.2 Mobbing

Mobbing, který patří do širšího pojmu „násilí na pracovišti“, je v pracovním prostředí závažným problémem, který může mít vážné negativní důsledky pro zaměstnance i pro organizaci jako celek. Matoušková (2013, s. 240) charakterizuje mobbing jako „*systematické zákulisní intrikování, omezování, teror řízený kolegy na pracovišti*“. Tento proces může zahrnovat verbální útoky, ponižování, ignorování, šíření fám a pomluv a mnoho dalších forem psychického i sociálního násilí. O mobbingu lze hovořit v situaci, kdy takové chování trvá alespoň půl roku a opakuje se nejméně jednou týdně. Tím je mobbing odlišen od běžných konfliktů na pracovišti.

Mobbing je kontinuálním procesem, který Cakirpaloglu et al. (2016, s. 46-47) člení do několika fází – konkrétně se jedná o následující etapy:

- kritická událost – obvykle se jedná o konflikt jakožto o spouštěč mobbingu;
- psychický teror a stigmatizace – agresivní chování a manipulace obětí, kdy cílem je vyloučení zaměstnance z kolektivu;

- zapojení kolektivu a managementu – dochází k psychickému rozložení oběti, která reaguje klesající pracovní morálkou a zvýšenou absencí, kdy vedení, které neumí takový stav řešit, může paradoxně trestat samotnou oběť;
- vyloučení z kolektivu a viktimizace oběti – jedná se de facto o cíl násilí, kdy oběť opouští pracoviště (buď dá výpověď, nebo požádá o přesun na jinou pracovní pozici).

Důsledky mobbingu jsou pro oběť značné a mohou ovlivnit jak tohoto jednotlivce, tak i organizaci jako celek. Oběti mobbingu často trpí emocionálním stresem, úzkostí a depresemi, což má negativní dopad na jejich fyzické i duševní zdraví a také na jejich pracovní výkonnost a motivaci (Svobodová, 2008, s. 41).

2.3.3 Bossing

Bossing je forma destruktivního chování na pracovišti, kdy vedoucí pracovníci či nadřízení zneužívají svou autoritu k ponižování a zastrašování svých podřízených. Tato forma násilí na pracovišti obvykle zahrnuje nejen fyzický a verbální nátlak, ale také manipulaci, izolaci a snižování pracovního významu jednotlivce. Bossing je často spojován s nadměrným a neadekvátním dohledem, zadáváním nesmyslných úkolů, s neoprávněnou kritikou, cíleně nereálnými termíny pro splnění pracovních úkolů a podobně (Matoušková, 2013, s. 240).

Základem bossingu je nerovné postavení mezi pachatelem a obětí, které umožňuje nadřízenému ze své pozice moci komplikovat oběti její situaci prostřednictvím svých vyšších pracovních kompetencí, plynoucích z jeho nadřízeného postavení (Chromý, 2014, s. 56). Beňo (2003, s. 45-48) diferencuje čtyři vývojové fáze bossingu, které jsou velmi podobné etapám mobbingu představeným v předcházející podkapitole:

- fáze první – první fází bývá nevyřešený konflikt nebo nedorozumění mezi zaměstnancem a vedoucím pracovníkem, které způsobuje, že si nadřízený na zaměstnance „zasedne“;
- fáze druhá – v druhé fázi dochází k psychoteroru, který se děje s úmyslným záměrem a pravidelně;
- fáze třetí – obsahem třetí fáze jsou cílené útoky a pracovní přetěžování, kdy si kolegové oběti sice uvědomují, že nadřízený se k oběti chová nespravedlivě a šikanujícím způsobem, z obavy před tím, aby se rovněž nedostali do postavení oběti, však nic nenamítají;
- fáze čtvrtá – v této fázi dochází k vyloučení oběti z kolektivu, firmy nebo organizace.

Obdobně jako v případě mobbingu zasahuje bossing obvykle nejen samotného zaměstnance, ale celý pracovní kolektiv, který se může potýkat s nevykonností a s vysokou fluktuací pracovníků. Oběť bossingu má obtížnější postavení v tom, že nenachází zastání u svého nadřízeného, jelikož on samotný je původcem nevhodného chování (Beňo, 2003, s. 81).

3 Vliv násilí na pracovišti na zdravotní stav člověka

Násilí na pracovišti má obecně řečeno negativní vliv na zdravotní stav oběti, což může vyústit do vážných fyzických, psychických a sociálních důsledků. Následující dvě podkapitoly budou zaměřeny na vliv násilí na pracovišti na psychiku a fyzický stav člověka.

3.1 Vliv na psychiku člověka

Psychické problémy jsou nejčastější reakcí na násilí na pracovišti. Platí zde přímá úměra, podle které čím déle je zaměstnanec stresoru vystaven, tím horší jsou pro něj psychické důsledky. Mezi stěžejní následky z této oblasti v reakci na násilí na pracovišti patří narušení duševní rovnováhy, úzkost, depresivní stavy, nervozita, neklid, poruchy soustředění a poruchy paměti. Může se objevit i snížení sebevědomí a obecně pochybování o sobě samém a svých schopnostech. V krajních případech se oběť šikany na pracovišti může dopustit sebevražedného jednání (Svobodová, 2008, s. 74-76). Sun et al. (2017, s. 1) popisují, že expozice násilí na pracovišti významně ovlivňuje psychický stres, kvalitu spánku a zdravotní stav zaměstnanců. Psychický stres pak funguje jako katalyzátor mezi pracovním násilím a poškozením zdravotního stavu.

V důsledku vypětí způsobeného násilím proti své osobě často u zaměstnance klesá motivace a pracovní výkonnost – dalším stresorem se v důsledku toho stávají obavy z propuštění ze zaměstnání. Nevýkonný zaměstnanec se navíc svým nadřízeným i kolegům jeví jako problémový. Pokud zaměstnanec pracuje na pozici, ve které přichází do kontaktu s klienty, zákazníky či pacienty, může se jeho negativní psychický stav promítnout i do jeho jednání s nimi – pracovník se tak může jevit jako podrážděný a neempatický a může reagovat nepřiměřeně. Zaměstnanec vystavený pravidelnému násilí na pracovišti standardně trpí také zvýšenou únavou (Empie, 2003, s. 13-15). Shi et al. (2020) dodávají, že zaměstnanci, kteří zažívají fyzické i nefyzické násilí na pracovišti, mají významně větší pravděpodobnost, že budou trpět příznaky deprese a úzkosti.

V reakci na závažný stres vzniká u některých jedinců posttraumatická stresová porucha (PTSD). Jedná se o psychiatrickou diagnózu, která se projevuje jako reakce na traumatickou událost (může jít o živelnou pohromu, vážnou nehodu, přepadení, znásilnění apod.). Jde tedy o stav, kdy se psychika jedince neumí s touto událostí vyrovnat. Tato porucha se projevuje opakujícími se vzpomínkami na trauma, intenzivními emočními reakcemi, poruchou spánku,

úlekovými reakcemi, depresemi, obsedantně-kompulzivní poruchou, depersonalizacemi a podobně. Lidé s PTSD se často snaží vyhnout situacím, které by mohly vyvolat vzpomínky na trauma, což vede k sociálním a pracovním omezením (Vymětal, 2007, s. 335-336). Hilton et al. (2022, s. 186), kteří se ve svém článku věnují rizikovým faktorům pro PTSD u sester, k tomuto tématu doplňují, že u této skupiny zaměstnanců se ukazují jako významné determinanty pohlaví, špatné zaškolení, vystavení fyzické agrese a únava ze soucitu.

3.2 Vliv na fyzický stav člověka

Zatímco psychická reakce na násilí na pracovišti je takřka okamžitá, fyzická reakce se obvykle rozvíjí po delší době intenzivního vystavení stresu. Mezi psychosomatické potíže rozvíjející se v souvislosti s násilím na pracovišti řadíme stavy celkové nevolnosti, bolesti hlavy a krční páteře, migrény, hypertenzi, bušení srdce a bolesti na hrudi. Komplexnějšími poruchami jsou poruchy trávení, autoimunitní poruchy, kožní poruchy, poruchy příjmu potravy, kardiovaskulární poruchy a poruchy krevního oběhu (Kratz, 2005, s. 35). Pokud jsou součástí násilí na pracovišti fyzické ataky, mohou být jejich důsledkem zranění, jako jsou modřiny, zhmožděniny, zlomeniny či vážnější zranění.

Dlouhodobé násilí na pracovišti působí jako významný stresor. Stresem vyvolaná reakce začíná aktivací sympatického nervového systému, což vede k uvolnění stresových hormonů, zejména adrenalinu. To má za následek zvýšení srdečního tepu, zvýšený krevní tlak a rozšíření dýchacích cest, což připravuje tělo na boj nebo útěk. Dalším důležitým hormonem, který se uvolňuje během stresové reakce, je kortizol. Tento hormon pomáhá zvýšit hladinu glukózy v krvi, aby tělo mělo energii pro akutní reakci na stresovou situaci. Kortizol má také vliv na imunitní systém a metabolismus. Tyto změny jsou sice součástí přirozeného stresového mechanismu, který má tělu pomoci rychle reagovat na nebezpečné situace, nicméně dlouhodobá expozice stresu bez odpovídající relaxace může způsobovat chronické zdravotní problémy (Rüegg, Caspar, 2020, s. 102-104).

4 NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Násilí ve zdravotnických zařízeních je složitým a nebezpečným rizikem, a to zejména pro všeobecné sestry. V posledních letech toto násilí kontinuálně zvyšuje svou incidenci. Jak potvrzují Pekara a Němcová (2019, s. 5), ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde k násilí na pracovišti dochází. Jak doplňují Alsaleem et al. (2018, s. 188), jedná se o jev s poměrně vysokou latencí, který však může mít vážné dopady na psychiku zdravotnických pracovníků a také na pacientovo zdraví a spokojenost.

Obecně není násilí ve zdravotnických zařízeních v českém prostoru příliš častým objektem odborných výzkumů a studií – lze však zmínit výzkumné šetření Pekary (2017), které zjistilo, že s některou z forem násilí na pracovišti ze strany agresivního pacienta se pravidelně setkává téměř každý zdravotník, přičemž jeho terčem bývají spíše nelékaři. Tento výzkum dále došel k závěru, že 80 % zdravotníků se minimálně jednou do roka setká s verbálním násilím. Původcem jsou obvykle intoxikovaní pacienti a pacienti trpící demencí či některou z dalších psychiatrických diagnóz. Setkat se lze však i s agresivním chováním ze strany pacientů s epilepsií nebo akutní bolestí. I samotní zdravotníci však mohou být původcem agresivního chování – typicky jde o reakci na přepracování, frustraci a stres.

Následující podkapitoly se budou zabývat násilím ve zdravotnických zařízeních s akcentem na postavení všeobecné sestry. V prvních dvou podkapitolách bude přiblíženo téma všeobecné sestry jako agresora a jako oběti násilí, třetí kapitola se zaměří na specifické faktory násilného chování ve zdravotnických zařízeních.

4.1 Všeobecná sestra jako agresor

Všeobecná sestra se může projevat agresivním způsobem jak k pacientům, tak k jiným zdravotnickým pracovníkům. Každé z těchto nežádoucích chování má odlišné projevy a příčiny. V následujících odstavcích bude popsáno nejprve nevhodné chování všeobecných sester k pacientům a následně násilí vůči jiným zdravotníkům.

Pacienti od všeobecné sestry očekávají, že se vůči nim bude chovat profesionálně a pomůže jim v jejich obtížné životní situaci – přesto není agresivní jednání ze strany zdravotníka směrem k pacientům výjimkou. Takové chování může mít různé příčiny, typicky se však jedná o stres a vyhoření. Všeobecné sestry pracují v náročném a vysilujícím prostředí, přičemž výjimkou nejsou časté přesčasové hodiny, vysoký pracovní tlak, nedostatek odpočinku, chronický stres

a další negativní faktory, které mohou vést až ke vzniku syndromu vyhoření. Takový stav ovlivňuje emoční stabilitu a snižuje schopnost reagovat na požadavky pacientů s potřebnou empatií a trpělivostí. Další příčinou agresivního chování, kterou lze zařadit do skupiny interních příčin, jsou osobní problémy, jako jsou rodinné konflikty, finanční potíže či zdravotní komplikace. Nelze nezmínit ani osobnostní rysy všeobecné sestry – ne každý zdravotník má takové komunikační kompetence, které by byly s ohledem na jeho pracovní zařazení potřebné, přičemž rozvoj těchto schopností v rámci profesní přípravy je obecně spíše nedostatečný (Haškovcová, 2004, s. 66-67).

Externím determinantem násilného chování ze strany všeobecné sestry může být nedostatek komunikace a podpory ze strany vedení, kolegů, či obecně systému zdravotní péče. Tento pocit může vyústit až ve frustraci, která se navenek projevuje právě negativním chováním vůči pacientům. Dalším vnějším faktorem je nedostatečné školení v oblasti komunikace, zvládání konfliktů a emocionálního zatížení, nedostatek zdrojů (zdravotnických prostředků, technologií a personálu) a agresivita pacientů a jejich rodinných příslušníků (Mitchell, Ahmed, Szabo, 2014, s. 148-149).

Mezi nevhodné a agresivní projevy, které všeobecné sestry směřují ke svým pacientům, lze zařadit zejména verbální agresivita, nedostatek šetrnosti při ošetřování, zákrocích, neodůvodněné užití omezovacích prostředků či medikace (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 86). Vymětal (2003, s. 136) doplňuje, že nejčastěji se obětí nevhodného chování ze strany všeobecných sester stávají pacienti, kteří nespolupracují, projevují se agresivně a kritizují počínání zdravotnického personálu.

Všeobecné sestry se však mohou projevovat násilně i vůči svým spolupracovníkům – v takovém případě lze hovořit nejčastěji o mobbingu (násilné chování mezi spolupracovníky) či bossingu (násilné chování směřované od nadřízeného pracovníka k pracovníkovi podřízenému). Mitchell, Ahmed a Szabo (2014, s. 148) doplňují, že příčinou takového chování bývají mnohdy generační rozdíly, které ovlivňují komunikaci a spolupráci na pracovišti. Příslušnost k určité generaci je významným determinantem vyznávaných hodnot, pracovní etiky a dalších aspektů, které však mohou působit jako roznětky vzájemných konfliktů.

V závěru této podkapitoly je třeba zmínit pojem „institucionální násilí“, který odkazuje na systematický a strukturální charakter násilí, jenž se může vyskytovat uvnitř (nejen) zdravotnických zařízení. Institucionální násilí se může projevovat rozličnými způsoby a mít negativní dopady na pacienty, zaměstnance a obecně kvalitu péče poskytované v daném

zdravotnickém prostředí. Takové násilí může být verbální, fyzické, emocionální i sociální a může se projevat nedostatečnou péčí, diskriminací, zneužíváním pravomocí, nerespektováním práv pacientů a dalšími projevy (Haškovcová, 2004, s. 51-52).

4.2 Všeobecná sestra jako oběť

I v případě postavení všeobecné sestry jako oběti násilného chování lze diferencovat mezi agresivním jednáním ze strany pacienta a jiného zdravotnického pracovníka (v případě vertikálního násilí jde o bossing a v případě horizontálního o mobbing).

Jak již bylo konstatováno v úvodu této kapitoly, častým agresorem v rámci zdravotnických zařízení je pacient. Roli v tomto trendu může mít skutečnost, že dobrovolně se do zdravotnického zařízení dostane spíše menší část nemocných – většina je zde na základě rozhodnutí svého praktického lékaře, z důvodu úrazu, případně pro jiné urgentní příčiny, které vyžadují neodkladnou lékařskou péči. Faktory, jako jsou bolest a ztráta svobody pohybu, pak mohou vést k psychickému napětí a strachu. Důsledkem bývá frustrace, která je zároveň významným spouštěčem agresivního chování (Ptáček, 2011, s. 243).

Obecně lze říci, že zvýšené riziko násilného chování vůči zdravotnickému personálu podporují tyto faktory (OSHA, 2017, s. 4-5):

- pacienti, kteří mají v anamnéze násilné chování a užívání omamných látek;
- transport pacientů;
- nevhodné členění pracovního prostoru, které neumožňuje úniku v případě bezpečnostního incidentu;
- nedostatečně nasvícené chodby, parkoviště a další prostory;
- nedostatečný počet zdravotnických pracovníků na směně;
- dlouhé čekací doby na ošetření;
- nedostatečně komfortní čekárny.

Duxbury a Whittington (2005, s. 469-474) rozlišují tři modely, kterými lze vysvětlit příčiny agresivního chování vůči zdravotníkům. Prvním je interní model, který akcentuje interní faktory agresivního chování, tedy zdravotní, neurologické či psychiatrické problémy. Externí model zahrnuje aspekty prostředí, jako jsou například nedostatek soukromí, specifické členění prostoru, režim, design místa k ošetření, potlačování osobní svobody apod. Nakonec situační model popisuje jako podnět k násilnému jednání frustraci (příčinou může být vysoká teplota, dlouhá čekací lhůta, bolest) a konflikt mezi zdravotníkem a pacientem.

Všeobecná sestra se může stát obětí násilí i ze strany jiného zdravotnického pracovníka. Obětí mobbingu může být v tomto kontextu prakticky kdokoli. Zpočátku se často stává, že mobbovaný jedinec nerozpozná, že se jedná o závadné chování vůči jeho osobě, a hledá chybu u sebe namísto u agresora. Snadnými oběťmi jsou jedinci, kteří se v něčem odlišují, a to ať v pozitivním (pracovitost, poctivost, vyšší vzdělání, vyšší socioekonomické postavení) smyslu či v důsledku faktorů, které agresor vnímá jako nedostatky (vzhled, řeč, chování, nižší sociální status, jiná státní příslušnost, výrazný styl odívání apod.). Ve zdravotnických zařízeních ke vzniku mobbingu a bossingu přispívá skutečnost, že personál zde pracuje pod velkým psychickým i fyzickým tlakem. I menší chyba může ohrozit pacienta na životě, proto existuje určitý tlak na to, aby byly zdravotnické úkony prováděny perfektně. Typicky však bývají příčinou násilného chování na pracovišti spíše negativní lidské vlastnosti, jako závist, zášť a předsudky (Harsa et al., 2014, s. 111-112).

V českém prostředí nebylo dosud realizováno mnoho výzkumů, které by byly orientovány na násilné chování ve zdravotnických zařízeních ze strany zdravotnického personálu. Například Pekara (2017) v této souvislosti vysvětluje, že všeobecné sestry jsou terčem agresivního jednání ze strany pacientů častěji než lékaři, před kterými se pacienti mírají na pozoru a spíše se konfliktu snaží vyhnout. Václavíková a Kozáková (2021, s. 385) pak konstatovaly, že všeobecné sestry jsou skupinou akutně ohroženou mobbingem, v důsledku čehož se u nich objevují vážné poruchy fyzického a duševního zdravotního stavu. Tento stav má pak negativní dopady i na jejich výkonnost a přeneseně i na kvalitu péče poskytované pacientům.

Ze zahraničních výzkumů lze zmínit například studii Ruíz-Gonzáleze et al. (2020, s. 113), kteří se soustředili na všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče, přičemž zjistili, že problémy s násilím na pracovišti jsou pro většinu zdravotnických pracovníků velmi citlivé, jelikož se řeší citlivé situace a nedostatek podpory ze strany nadřízených. Většina všeobecných sester, které se tohoto šetření účastnily, pak konstatovala, že se stala oběťmi či svědky mobbingu s negativními dopady na svůj pracovní výkon a spokojenost v zaměstnání. Právě mobbing se ukázal být jako příčina vysoké fluktuace pracovníků na těchto jednotkách.

4.3 Specifické faktory násilného chování ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnická zařízení jsou velmi specifickým prostředím, které svými charakteristickými vlastnostmi determinuje i podoby násilí, které se v jejich prostoru odehrává. Ačkoli by zde mělo docházet primárně k poskytování péče, bezpečnosti a komfortu pacientům, lze identifikovat jisté specifické jevy, které mohou vést k výskytu násilného chování. Pekara (2013, s. 264)

popisuje, že nejde o ojedinělý jev, ale že v souvislosti s násilím ve zdravotnictví můžeme hovořit spíše o fenoménu a celosvětovém problému, jehož příčinou jsou zejména komunikační chyby vyplývající z nekontrolovaných negativních emocí, ke kterým dochází jak na straně pacientů, tak na straně zdravotníků. Autor dodává, že ačkoli se pacient nachází v postavení klienta, zdravotnický personál není tvořen stroji, a tak se může stát, že projeví své emoce.

Zdravotnická zařízení jsou často stresujícím prostředím. Pacienti sem přicházejí s různými zdravotními problémy a často jsou v situacích, které pro ně mohou být traumatické. Personál těchto zařízení má za úkol poskytovat péči i v náročných podmínkách, což může vést k frustraci a stresu jak na straně pacienta, tak u zdravotníků. Pacient může prostřednictvím agrese odreagovávat svou bolest – vnějším projevem mohou být fyzické i slovní útoky, házení předmětů a podobně. Kelnarová a Matějková (2014, s. 31-32) uvádí, že k agresivnímu chování může dojít i na základě sdělení nepříznivé zprávy lékařem. Stresorem také typicky bývá dlouhé čekání na ošetření v čekárně, nedostatek času věnovaného pacientovi ze strany zdravotnického pracovníka nebo jeho neempatický přístup. K dalším spouštěčům násilného chování ze strany pacienta patří strach, pocit křivdy a nespravedlnosti, zklamání, zbytečná zátěž, bezmoc, ponížení a zesměšňování.

Zdravotnický personál často pracuje v dlouhých směnách a musí čelit vysokému pracovnímu tempu a náročným situacím. To může ve svém důsledku přispět k vyhoření, které zvyšuje riziko emocionální nestability a snižuje schopnost efektivně komunikovat a reagovat na konflikty. Garkisch (2019, s. 6-7) v této souvislosti upozorňuje na skutečnost, že v některých nemocnicích pracují lékaři i více než tisíc hodin přesčasů ročně, což je zapříčiněno nedostatkem zdravotnických pracovníků a také nutností zajistit nepřetržitou službu. Medley et al. (2013, s. 736) zjistili, že obsazenost jednotlivých oddělení koreluje s rizikem násilného incidentu. Nešpor (2012, s. 413-417) doplňuje, že ze strany zdravotníků jsou různé rizikové faktory často podceňovány, přičemž k tomuto stavu přispívá i skutečnost, že nejsou dostatečně školeni v oblasti deescalace konfliktů – jinak řečeno není zdravotnický personál dostatečně edukován o tom, jak rozpoznávat a řešit konfliktní situace bez použití síly.

5 ŘEŠENÍ NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Pátá kapitola se zabývá tématem řešení násilí ve zdravotnických zařízeních, přičemž se zaměřuje na prevenci a přístupů managementu k tomuto problému, dále na možnosti jeho řešení prostřednictvím právních prostředků.

5.1 Prevence násilí ve zdravotnických zařízeních

Prevence násilí ve zdravotnických zařízeních je zásadní pro zajištění bezpečného a podpůrného prostředí pro pacienty, zdravotníky a další zaměstnance. Zdravotníci se vystavují různým rizikům spojeným s agresivními pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky, a proto je důležité, aby byla přijata opatření k minimalizaci těchto incidentů. Zdrojem násilí však nemusí být pouze subjekt externího původu, ale i kolega či nadřízený – i pro tyto účely je vhodné, aby pracoviště přijalo taková opatření, aby byla rizika případného mobbingu a bossingu eliminována (Lahnerová, 2012, s. 67).

Jedním z klíčových prvků prevence je školení zdravotnického personálu v oblasti deeskalace konfliktů a technik komunikace. Zdravotníci by měli být schopni rozpoznat známky potenciálně agresivního či poškozujícího chování a měli by být vybaveni nástroji k tomu, jak situaci uklidnit a předejít eskalaci násilí. Jedná se zejména o schopnost aktivního naslouchání, empatie a schopnost efektivně řešit konflikty (Pokorná et al., 2019, s. 130-131).

Dále je důležité mít na pracovišti správně definované postupy a politiky pro řešení agresivních situací. Může jít například o speciálně pověřeného pracovníka, který se zabývá incidenty agresivního chování a poskytuje podporu zaměstnancům po traumatizujících událostech. Tento pracovník by měl také vyhodnocovat každý incident a analyzovat příčiny, aby bylo možné vyvodit závěry a přijmout vhodná preventivní opatření. Takový krok zahrnuje nejen stanovení přísných pravidel a postihů pro pachatele násilí na pracovišti, ale také podporu obětí násilí a poskytování zdrojů pro psychosociální podporu. Každé zdravotnické zařízení by mělo disponovat plánem řešení násilí na pracovišti, který by stanovoval postupy vypořádání se s konkrétními incidenty (Morphet et al., 2018, s. 621-623).

Důležitou součástí prevence je také prostředí samotného zdravotnického zařízení. Dobré osvětlení, přehledný a čistý prostor a bezpečnostní prvky mohou pomoci nejen minimalizovat riziko násilí ze strany pacientů, ale hygiena a estetika pracoviště je i významným prvkem pro prevenci násilí mezi pracovníky. Dále je podstatné investovat do fyzické bezpečnosti pracovišť. Opatření, jako jsou například instalace kamer a bezpečnostních systémů, mohou předcházet

vzniku konfliktních situací a poskytovat zaměstnancům pocit ochrany. V neposlední řadě je důležité zajistit dostatečný počet kvalifikovaných zaměstnanců na směně, protože přetížení a syndrom vyhoření jsou faktory, které mohou přispívat ke vzniku násilí na pracovišti. Vhodné je také aktivně spolupracovat s kompetentními odborníky a institucemi, jako jsou odbory a bezpečnostní orgány. Tato spolupráce může pomoci identifikovat specifická rizika ve zdravotnickém prostředí a následně i vypracovat účinná opatření k jejich eliminaci (Praslova, Carucci, Stokes, 2022).

Některé organizace však nemají vytvořené žádné postupy pro případy násilí na pracovišti. V takové situaci lze obecně doporučit, aby si oběť vedla záznamy nevhodného chování, kde bude specifikováno, kde a co se stalo, kdo byl svědkem a podobně. Ideální je, pokud má oběť k dispozici fyzické důkazy, jako například e-maily s výhrůzkami. Dále lze doporučit agresora oslovit a pokusit se konflikt vyřešit z očí do očí. Pokud útoky i nadále pokračují, je vhodné od agresora zachovávat odstup a vystupovat sebedovědomě s tím, že násilné chování nemůže být tolerováno. V neposlední řadě je třeba informovat nadřízeného a obrátit se na další instituce, jako jsou například odbory (Venglářová et al., 2011, s. 118; Wagnerová et al., 2011, s. 139).

Z výše uvedeného je zřejmé, že prevence násilí ve zdravotnických zařízeních vyžaduje integrovaný a komplexní přístup, který zahrnuje především školení personálu, vytvoření vhodných postupů a politik a investici do bezpečnostní infrastruktury pracoviště. Taková opatření jsou zásadní pro ochranu zdraví a bezpečnosti všech zúčastněných stran a pro zachování důvěry v kvalitu poskytované zdravotní péče (Praslova, Carucci, Stokes, 2022).

5.2 Řešení násilí na pracovišti právními prostředky

V prostředí České republiky dosud nejsou soudní spory týkající se násilí na pracovišti tak běžné, jako je tomu v některých zahraničních zemích. Jedním z důvodů je skutečnost, že mobbing, bossing i staffing jsou v praxi pouze obtížně prokazatelné, a to zejména u násilí psychické povahy. Podle právní praxe by mělo trvat škodlivé jednání minimálně šest měsíců a opakovat se alespoň jednou týdně, abychom mohli hovořit o mobbingu, bossingu či staffingu. Ranglová, Vančurová a Scheu (2022, s. 20) navrhují ve své příručce následující postup, kterým se může zaměstnanec vyjmenovaným druhům násilí na pracovišti aktivně bránit:

oznámení násilí na pracovišti pověřené osobě v rámci pracoviště → stížnost zaměstnavateli
dle zákoníku práce → využití mediace → podnět k provedení kontroly orgánům inspekce

práce → kontaktování veřejného ochránce práv (ombudsman) / poradny pro občanská práva
→ oznámení o přestupku → oznámení o podezření ze spáchání trestného činu → řešení
soudní cestou (žaloba na náhradu škody / antidiskriminační žaloba / žaloba na ochranu
osobnosti)

Je evidentní, že řešení násilí na pracovišti právní cestou je velmi komplikovaným a pro oběť psychicky náročným procesem, který navíc často nevede ke kýženému výsledku. Ranglová, Vančurová a Scheu (2022, s. 22) komentují, že v tomto kontextu se jeví jako efektivním mimosoudním prostředkem stížnost zaměstnavateli, která často vede k rychlejšímu řešení situace, než je soudní cesta. Další mimosoudní formou řešení sporů je mediace, kdy je cílem prostřednictvím třetí nezainteresované osoby zklidnit situaci a najít řešení zohledňující oprávněné zájmy všech stran konfliktu. Podle šetření bývá mediací dosaženo dohody u 70 až 80 % případů (Ombudsman, 2022). Lze však dodat, že mediaci není možné využít v každém případě – nevhodné je to například v situacích, kdy jde o násilí na pracovišti ve značně mocensky rozdílných vztazích. V případě násilí na pracovišti bývá mediace efektivní u otevřených konfliktů mezi zaměstnanci, které neprobíhají s výrazně mocenským pozadím (McConnon, McConnon, 2009, s. 136).

Pokud zaměstnavatel nemá vůli konflikt řešit, může zaměstnanec využít podnět k provedení kontroly orgánům inspekce práce. Inspektorát práce při šetření zkoumá, zda je se všemi zaměstnanci zacházeno rovně a nediskriminujícím způsobem – pokud je součástí podnětu námitka bossingu, musí se jí kontrola důkladně zabývat (Ranglová, Vančurová, Scheu, 2022, s. 25). Dále se může zaměstnanec obrátit na ombudsmana, který mimo jiné vykonává působnost ve věcech práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací na základě ustanovení § 1 odst. 5 zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv. Ombudsman se zabývá diskriminací na základě důvodů uvedených v antidiskriminačním zákoně – pokud dochází k nerovnému zacházení z jiného důvodu, může však poskytnout poradenství (Ombudsman, 2022).

Další možností, kterou může zaměstnanec využít, je oznámení o přestupku, které je podnětem pro správní řízení. Výsledkem může být uložení pokuty a popřípadě zdržení se protiprávního jednání. Pokud má zaměstnavatel dojem, že byl proti jeho osobě spáchán trestný čin, může podat oznámení o podezření ze spáchání trestného činu, které je podnětem k zahájení trestního řízení. V tomto případě může být výsledkem uložení trestu či ochranného opatření. Jako poslední možnost se nabízí řešení soudní cestou, kdy možnosti obrany vyjmenovává antidiskriminační zákon. Zaměstnanec se může domáhat upuštění od diskriminace, odstranění

jejích následků a přiměřeného zadostiučinění. V situaci, kdy byla zaměstnanci v důsledku násilí značně snížena dobrá pověst, důstojnost či vážnost ve společnosti, může se domáhat náhrady nemajetkové újmy v penězích, kdy výši náhrady určí soud (Ranglová, Vančurová, Scheu, 2022, s. 30-31)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsou prezentovány a analyzovány výsledky realizovaného dotazníkového šetření. Data byla sbírána od všeobecných sester z vybraného zdravotnické zařízení v Kraji Vysočina, které byly ochotny vyplnit anonymní dotazník.

6 METODIKA PRÁCE

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina setkaly s mobbingem a bossingem. K hlavnímu cíli práce byly formulovány čtyři dílčí díle:

- Prozkoumat, jaký způsob násilí je ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji Vysočina nejčastější.
- Zjistit, kdo byli aktéři násilí identifikovaného ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji Vysočina.
- Zjistit frekvenci nejčastějších činnů souvisejících s mobbingem a bossingem u všeobecných sester ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina.
- Zjistit celkovou míru výskytu případů násilí na pracovišti u všeobecných sester ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina.

Dále byly formulovány čtyři hypotézy, které budou ověřovány statistickým testováním. První hypotéza byla stanovena s předpokladem, že by mohla existovat souvislost mezi násilím na pracovišti a pohlavím respondenta – tedy že jedno pohlaví je typicky šikanováno častěji než druhé. Například Ariza-Montes et al. (2013) uvádí, že častěji jsou mobbované ženy.

H_{1A}: Mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta je statisticky významná souvislost.

H₁₀: Mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta není statisticky významná souvislost.

Druhou hypotézu jsme stanovili s tím, že násilí na pracovišti by mohla souviset s věkem mobbovaného jedince – například Mitchell, Ahmed a Szabo (2014, s. 148) uvádí, že příčinou násilného chování na pracovišti bývají mnohdy generační rozdíly, kdy příslušnost k určité generaci je významným determinantem vyznávaných hodnot, pracovní etiky a dalších aspektů, které mohou působit jako roznětky vzájemných konfliktů.

H2_A: Mezi hodnotou negativních aktů a věkovou kategorií respondenta je statisticky významná souvislost.

H2₀: Mezi hodnotou negativních aktů a věkovou kategorií respondenta není statisticky významná souvislost.

Třetí hypotézu jsme formulovali s předpokladem, že mezi násilím na pracovišti a délkou praxe mobbovaného jedince by mohla být souvislost. Ariza-Montes et al. (2013) například uvažují o tom, že příčinou násilí na pracovišti by mohlo být vyhoření, které lze častěji identifikovat u zaměstnanců s delší praxí. Tito zaměstnanci se pak mohou stát terčem násilí z důvodů, které s tímto stavem souvisí.

H3_A: Mezi hodnotou negativních aktů a délkou praxe respondenta je statisticky významná souvislost.

H3₀: Mezi hodnotou negativních aktů a délkou praxe respondenta není statisticky významná souvislost.

Čtvrtou hypotézu jsme stanovili z toho důvodu, že jsme chtěli zjistit, nakolik relevantní je sebehodnocení respondentů ohledně toho, zda jsou či nejsou mobbováni. Předpokládáme tedy, že respondenti, kteří vykážou vyšší hodnotu negativních aktů, budou zároveň sami sebe hodnotit jako mobbované.

H4_A: Mezi hodnotou negativních aktů a sebehodnocením respondenta o mobbingu je statisticky významná souvislost.

H4₀: Mezi hodnotou negativních aktů a sebehodnocením respondenta o mobbingu není statisticky významná souvislost.

6.1 Soubor respondentů a dotazníkové šetření

Soubor respondentů je tvořen celkem 112 všeobecnými sestrami. Vzhledem k tomu, že elektronický dotazník bylo možné odeslat až po kompletním vyplnění, nelze určit jeho návratnost. První čtyři položky dotazníku se zaměřovaly na vlastnosti souboru respondentů. Dále byl použit dotazník negativních aktů NAQ-R (2001) po předchozím souhlasu jednoho z autorů Stále Einarsena. Souhlas s použitím standardizovaného dotazníku je vložen do příloh diplomové práce.

Dotazník negativních aktů NAQ-R je široce využíván při měření vnímané expozice zaměstnanců násilí na pracovišti. Obsahuje dvacet dva otázek (a sebezposuzující položku)

se třemi faktory: násilí související s prací, násilí související s jedincem a fyzicky zastrašující násilí. Pro hodnocení jednotlivých položek je využívána pětistupňová Likertova škála s následujícími možnostmi: nikdy, někdy, měsíčně, týdně a denně. Prostřednictvím těchto možností mohou respondenti hodnotit, zda byli za posledních šest měsíců vystaveni konkrétním negativním projevům na pracovišti.

Aby byli respondenti klasifikováni jako mobbovaní, musí zažít alespoň jeden z obtěžujících činů, alespoň jednou týdně, po dobu delší než šesti měsíců. Celkové průměrné skóre NAQ-R se může pohybovat od 22 (respondent nikdy nezažil žádné z dvaceti dvou negativních chování) do maxima 110 (respondent denně zažíval však dvacet dva negativních chování). Všechny položky v dotazníku NAQ-R jsou napsány popisem chování bez odkazu na termín násilí (Cakirpaloglu et al., 2017, s. 546-548).

Dotazník NAQ-R člení otázky dle zaměření na:

- násilí, týkající se práce (položky č. 1, 3, 14, 16, 18, 19 a 21);
- osobně zaměřené útoky (položky č. 2, 4, 5-7, 10-13, 15, 17 a 20);
- fyzicky zaměřené násilí (položky č. 8, 9 a 22).

Pro vyhodnocení dotazníku je využíváno tzv. volnější kritérium, podle kterého je nutný výskyt alespoň jednoho negativního aktu týdně, aby bylo možné hovořit o násilí na pracovišti, a tzv. přísnější kritérium, dle kterého je třeba nejméně dvou či více negativních aktů týdně v průběhu posledních šesti měsíců (Cakirpaloglu et al., 2017, s. 547).

Použitý dotazník obsahuje kromě nástroje NAQ-R i otázky zjišťující základní osobní data o respondentech, otázky směřující na charakteristiku pachatelů násilného chování a sebeuposuzující položku, která zkoumá, zda se samy oslovené všeobecné sestry cítí být mobbované. Z osobních údajů byly zjišťovány pohlaví, věková kategorie, délka praxe a oddělení, na kterém respondenti pracují. Tyto údaje byly zjišťovány jak pro účely poznání základních vlastností získaného souboru, tak jako nezávisle proměnné pro statistické testování.

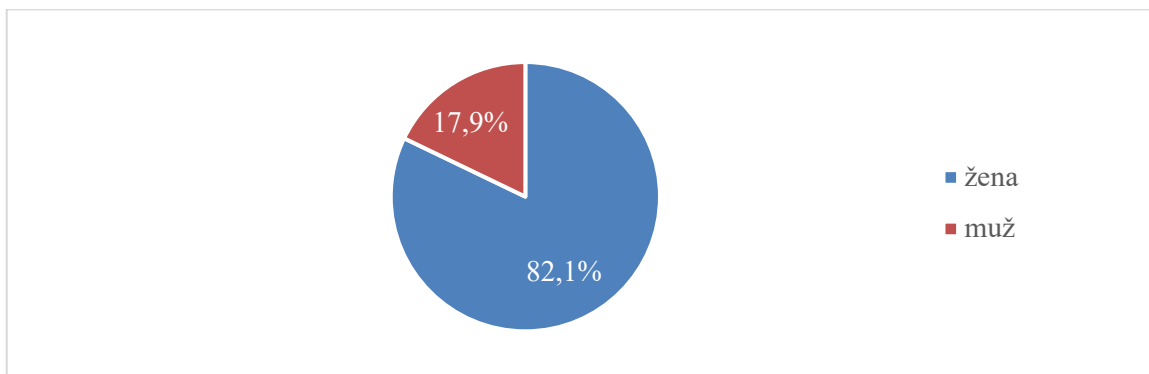
6.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal pomocí zmíněného dotazníkové šetření od 30. 6. 2023 do 30. 10. 2023. Před samotným sběrem dat byl sepsán souhlas s daným zdravotnickým zařízením. Sběr dat probíhal výhradně elektronickou formou po dohodě s náměstkyní ošetrovatelské péče zkoumaného zdravotnického zařízení. Náměstkyně ošetrovatelské péče udělila souhlas s výzkumným šetřením, a zároveň rozeslala dotazník elektronickou formou pomocí e-mailové schránky dále

mezi zdravotnické pracovníky na vybraná oddělení. Data získaná dotazníkovým šetřením budou sloužit vybranému zdravotnickému zařízení jako jeden z podkladů k průzkumu dané problematiky.

7 VÝSLEDKY PRAKTICKÉ ČÁSTI

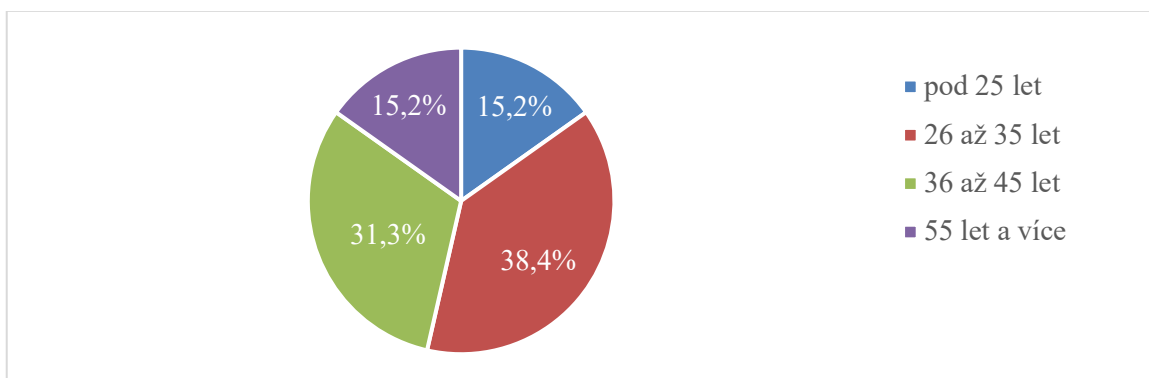
Otázka č. 1: Uveďte prosím vaše pohlaví.



Graf 1: Pohlaví respondentů (n = 112)

Celkem 92 respondentů uvedlo, že jsou ženského pohlaví (82,1 %), zbývajících 20 respondentů (17,9 %) pak bylo mužského pohlaví. Tento výsledek není vzhledem k feminizaci oboru všeobecné sestry nijak výjimečný. Kromě zjištění jedné ze základních vlastností souboru je tento demografický údaj využit pro účely statistického zpracování dat jakožto nezávisle proměnná, která může potenciálně ovlivňovat míru expozice všeobecných sester násilí na pracovišti.

Otázka č. 2: Do jaké věkové kategorie spadáte?



Graf 2: Věkové složení souboru respondentů (n = 112)

Jak je z Grafu 2 patrné, věkové kategorie „pod 25 let“ a „55 let a více“ byly v souboru stejně početné – každá z nich čítala 17 všeobecných sester (15,2 %). Nejvíce respondentů, konkrétně 43 (38,4 %), uvedlo, že spadají do věkové kategorie „26 až 35 let“.

Otázka č. 3: Jak dlouho již pracujete na pozici všeobecné sestry?

V rámci třetí otázky měli respondenti uvést, jak dlouho již pracují na pozici všeobecné sestry. Tato odpověď slouží jako nezávisle proměnná pro statistické testování a pomáhá získat představu o vlastnostech souboru. Odpovídat mohli respondenti formou volné odpovědi, po shromáždění dotazníků tedy bylo nutné zjištěné odpovědi kategorizovat. Nejmenší v dotazníku zaznamenanou časovou jednotkou je 1 rok, nejdelším obdobím pak 35 let. Průměr všech odpovědí se rovná 12,1 roku a mediánem je hodnota 10.

Tab. 1: Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
1 až 5 let	37	33,0
6 až 15 let	45	40,2
16 až 25 let	17	15,2
26 až 35 let	13	11,6
Celkem	112	100,0

V Tab. 1 jsou uvedeny kategorie pro délku praxe oslovených všeobecných sester včetně zjištěných absolutních a relativních hodnot. Je patrné, že s délkou praxe počet respondentů klesá, přičemž nejvíce oslovených všeobecných sester uvedlo, že na této pracovní pozici působí 6 až 15 let (40,2 %).

Otázka č. 4: Na jakém oddělení pracujete?

Čtvrtá položka dotazníku se respondentů tázala, na jakém oddělení pracují. Jelikož mohli reagovat formou volné odpovědi, opět bylo nutné zjištěná data kategorizovat. V Tab. 2 jsou oddělení, na kterých oslovené všeobecné sestry pracují, uvedena v abecedním pořadí včetně zjištěných absolutních a relativních hodnot. V souhrnu se podařilo oslovit všeobecné sestry z celkem jedenácti oddělení vybrané nemocnice. Nejvíce jich uvedlo, že pracují na interním oddělení (14,3 %), následuje oddělení plicní (11,2 %). Naopak nejméně, konkrétně 5,4 % respondentů, pracuje na infekčním oddělení.

Tab. 2: Oddělení, kde respondenti pracují

Oddělení	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Gynekologické	10	8,9
Chirurgické	12	10,7
Infekční	6	5,4
Interní	16	14,3
Kožní	7	6,3
Neurologie	12	10,7
Onkologické	10	8,9
Ortopedické	7	6,3
Plicní	13	11,2
Rehabilitační	7	6,3
Urologické	12	10,7
Celkem	112	100,0

Na následujících stránkách jsou představeny výsledky dotazníku negativních aktů NAQ-R (2001), popisující násilí ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina. Obdobně jako v předcházející podkapitole jsou zjištěné výsledky prezentovány prostřednictvím absolutních i relativních hodnot, vizualizovaných formou tabulek.

Položka č. 1: Někdo zadržuje/val informace, které ovlivňují váš výkon.

Tab. 3: Zadržování informací

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	58	51,8
Někdy	48	42,9
Měsíčně	4	3,6
Týdně	2	1,8
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,6; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 4		

Čtyři respondenti (3,6 %) se s tímto chováním setkávají měsíčně.

Položka č. 2: Čelil/a jste ponižování a výsměchu v souvislosti s vaší prací.

Tab. 4: Ponižování a výsměch (n = 112)

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	62	55,4
Někdy	45	40,2
Měsíčně	4	3,6
Týdně	1	0,9
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,5; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 4		

V tabulce je patrné, že 40,2 % jej zaznamenalo někdy. Pouze jeden respondent (0,9 %) zaznamenává toto chování týdně.

Položka č. 3: Bylo vám nařízeno vykonávat práci pod úroveň vaší kompetence.

Tab. 5: Práce pod úroveň kompetence

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	66	58,9
Někdy	34	30,4
Měsíčně	11	9,8
Týdně	1	0,9
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,5; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 4		

Pouze jeden respondent (0,9 %) zaznamenává toto chování týdně.

Položka č. 4: Klíčové oblasti vaší zodpovědnosti byly odstraněny nebo nahrazeny bezvýznamnými nebo nepříjemnými úkoly.

Tab. 6: Odstranění nebo nahrazení klíčových oblastí zodpovědnosti

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	89	79,5
Někdy	22	19,6
Měsíčně	1	0,9
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Naprostá většina respondentů (79,5 %) se shodla na tom, že se nikdy neseťká s tím, že by klíčové oblasti jejich kompetence byly odstraněny nebo nahrazeny bezvýznamnými či nepříjemnými úkoly. Někdy je takovému chování vystaveno 19,6 % respondentů.

Položka č. 5: Někdo proti vám šířil pomluvy a fámy.

Tab. 7: Šíření pomluv a fám

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	27	24,1
Někdy	65	58,0
Měsíčně	18	16,1
Týdně	2	1,8
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 2,0; Modus = 2; Medián = 2; Min. = 1; Max. = 4		

Zatímco v případě předcházejících položek standardizovaného dotazníku vždy většina souboru odpověděla, že se s daným škodlivým chováním neseťká na pracovišti nikdy, v tomto případě se většina shodla na tom, že se s šířením pomluv a fám o své osobě občas setkává (58,0 %).

Položka č. 6: Byl/a jste ignorován/a, vyloučen/a, nebo marginalizován/a.

Tab. 8: Ignorace, vyloučení nebo marginalizace

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	99	88,4
Někdy	13	11,6
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Ignoraci, vyloučení nebo marginalizaci činilo někdy třináct respondentů (11,6 %).

Položka č. 7: Čelil/a jste urážkám nebo útočným poznámkám na adresu vaší osoby (např. zvyky a minulost), vašich postojů či soukromého života.

Tab. 9: Urážky nebo útočné poznámky

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	89	79,5
Někdy	21	18,8
Měsíčně	2	1,8
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Urážkám nebo útočným poznámkám na svoji adresu muselo činit 21 respondentů (18,8 %).

Položka č. 8: Křičeli na vás nebo jste byl/a terčem ničím nevyvolaného hněvu.

Tab. 10: Křik a ničím nevyvolaný hněv

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	95	84,8
Někdy	17	15,2
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

V případě této položky se respondenti opět shodli pouze na dvou odpovědích. Sedmnáct respondentů (15,2 %) uvedlo, že s tímto zmíněným chováním setkává někdy.

Položka č. 9: Čelil/a jste zastrašování, jako je ukazování prstem, porušení osobního prostoru, strkání, zatarasení cesty apod.

Tab. 11: Zastrašování na pracovišti

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	96	85,7
Někdy	16	14,3
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Se zastrašováním na pracovišti se někdy setkává šestnáct respondentů (14,3 %)

Položka č. 10: Narážky nebo poznámky ostatních, že byste měl/a dát výpověď.

Tab. 12: Podněcování k výpovědi

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	100	89,3
Někdy	12	10,7
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Dvanáct respondentů (10,7 %) se někdy setkalo s narážkami nebo poznámkami, že by měli dát výpověď.

Položka č. 11: Opakované připomínání vašich omylů a chyb.

Tab. 13: Opakované připomínání omylů a chyb

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	81	72,3
Někdy	29	25,9
Měsíčně	1	0,9
Týdně	1	0,9
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,3; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 4		

S opakovaným připomínáním omylů a chyb se na pracovišti dosud nesetkalo 72,3 % oslovených respondentů. Shodně 0,9 % oslovených všeobecných sester uvedlo, že se s připomínáním svých omylů a chyb stětvává na měsíční a týdenní bázi.

Položka č. 12: Byl/a jste ignorován/a, nebo čelil/a jste nepřátelské reakci při příchodu (např. mezi skupinu spolupracovníků, na své pracovní místo).

Tab. 14: Ignorace a nepřátelské reakce při příchodu

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	89	79,5
Někdy	20	17,9
Měsíčně	3	2,7
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Ignoraci nebo nepřátelské reakci při příchodu na pracoviště nikdy nečelilo 79,5 % výzkumného souboru, 2,7 % oslovených uvedlo, že je takovému chování vystaveno měsíčně.

Položka č. 13: Trvalé kritizování vaší práce a snažení

Tab. 15: Kritizování práce a snažení

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	92	82,1
Někdy	20	17,9
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Respondenti volili pouze dvě odpovědi – podle 82,1 % souboru nedochází k trvalému kritizování jejich práce a snažení nikdy, podle 17,9 % někdy.

Položka č. 14: Ignorování vašich myšlenek a názorů

Tab. 16: Ignorování vašich myšlenek a názorů

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	87	77,7
Někdy	18	16,1
Měsíčně	7	6,3
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,3; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Celkem 7 respondentů (6,3 %) toto chování zažívá měsíčně.

Položka č. 15: Kanadské žerty ze strany osob, se kterými nevyházíte dobře

Tab. 17: Nepřátelsky míněné kanadské žerty

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	47	42,0
Někdy	58	51,8
Měsíčně	7	6,3
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,6; Modus = 2; Medián = 2; Min. = 1; Max. = 3		

Očekávaným zjištěním je, že se většina respondentů (51,8 %) někdy potýká s nepřátelsky míněnými kanadskými žerty.

Položka č. 16: Obdržení úkolů s nesmyslným a nemožným cílem nebo termínem

Tab. 18: Úkoly s nereálným cílem či termínem

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	103	92,0
Někdy	9	8,0
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

V tomto případě byly odpovědi respondentů jednoznačné – 92 % z nich se nikdy nesetkalo s tím, že by obdrželi úkoly s nesmyslným a nemožným cílem či termínem, ostatní oslovené všeobecné sestry se s takovým chováním setkávají někdy.

Položka č. 17: Neopodstatněné obviňování

Tab. 19: Neopodstatněné obviňování

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	87	77,7
Někdy	25	22,3
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Celkem 77,7 % oslovených všeobecných sester se s neopodstatněným obviňováním nesetkalo nikdy, zbylá část souboru pak pouze někdy.

Položka č. 18: Přehnaná kontrola vaší práce

Tab. 20: Přehnaná kontrola vaší práce

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	72	64,3
Někdy	35	31,3
Měsíčně	5	4,5
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,4; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Na měsíční bázi se s tímto chováním setkává 5 všeobecných sester (4,5 %).

Položka č. 19: Nátlak nežádat něco, na co máte nárok (nemocenská, nárok na mateřskou, cestovní náklady)

Tab. 21: Nátlak nežádat něco, na co je nárok

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	106	94,6
Někdy	6	5,4
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

S tlakem nežádat něco, na co existuje nárok, se nikdy nesetkalo 94,6 % respondentů – zbývající část souboru se s takovým chováním setkala pouze někdy.

Položka č. 20: Byl/a jste terčem nadměrného posmívání a sarkasmu

Tab. 22: Terč nadměrného posmívání a sarkasmu

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	99	88,4
Někdy	13	11,6
Měsíčně	0	0,0
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,1; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 2		

Terčem nadměrného posmívání a sarkasmu se nikdy nestalo 88,4 % respondentů, někdy pak 11,6 % oslovených všeobecných sester.

Položka č. 21: Byl/a jste vystaven/a nezvládnutelnému množství práce

Tab. 23: Vystavení nezvládatelnému množství práce

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	95	84,8
Někdy	15	13,4
Měsíčně	2	1,8
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 3		

Nezvládnutelnému množství práce bylo někdy vystaveno 13,4 % respondentů. Dva respondenti se s takovým chováním setkávají měsíčně (1,8 %).

Položka č. 22: Čelil/a jste vyhrůžkám násilí nebo skutečnému fyzickému násilí (zneužívání)

Tab. 24: Výhrůžky násilím nebo skutečné fyzické násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	99	88,4
Někdy	9	8,0
Měsíčně	0	0,0
Týdně	3	2,7
Denně	1	0,9
Celkem	112	100,0
Průměr = 1,2; Modus = 1; Medián = 1; Min. = 1; Max. = 5		

Na týdenní bázi tomuto chování čelí 2,7 % - jeden respondent uvedl, že se s tímto jevem setkává denně.

Další položky dotazníku zkoumaly, kdo jsou aktéři násilí páchaného na oslovených všeobecných sestřích.

Otázka č. 1: Aktérem násilí je kolega/yně na pozici všeobecné sestry

Tab. 25: Spolupracovník na pozici všeobecné sestry jako aktér násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	42	37,5
Někdy	43	38,4
Měsíčně	26	23,2
Týdně	1	0,9
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0

Na měsíční bázi se s takovým chováním ze strany všeobecné sestry setkává 26 respondentů (23,2 % souboru).

Otázka č. 2: Aktérem násilí je nadřízený pracovník (např. staniční sestra, vrchní sestra)

Tab. 26: Nadřízený pracovník jako aktér násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	64	57,1
Někdy	36	32,1
Měsíčně	12	10,7
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0

Dvanáct respondentů (10,7 %) se měsíčně setkává s tím, že aktérem násilí je nadřízený pracovník.

Otázka č. 3: Aktérem násilí je lékař/ka

Tab. 27: Lékař/ka jako aktér násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	82	73,2
Někdy	27	24,1
Měsíčně	3	2,7
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0

Tři respondenti z výzkumného šetření (2,7 %) zažívá takovou situaci měsíčně.

Otázka č. 4: Aktérem násilí je jiný zdravotnický pracovník výše neuvedený

Tab. 28: Jiný zdravotnický pracovník jako aktér násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	103	92,0
Někdy	6	5,4
Měsíčně	3	2,7
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0

Většina souboru reprezentovaná 92,0 % se nikdy neseťkává s tím, že by byl aktérem jiný zdravotnický pracovník než všeobecná sestra, nadřízený pracovník nebo lékař.

Otázka č. 5: Aktérem násilí je nezdravotnický pracovník nemocnice

Tab. 29: Nezdravotnický pracovník nemocnice jako aktér násilí

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nikdy	99	88,4
Někdy	7	6,3
Měsíčně	6	5,4
Týdně	0	0,0
Denně	0	0,0
Celkem	112	100,0

Celkem 88,4 % souboru uvedlo, že se nikdy neseťkávají s tím, že by byl aktérem násilí nezdravotnický pracovník nemocnice.

V rámci šesté otázky dotazníku mohli respondenti doplnit vlastní komentář, například pokud byl v jejich případě aktérem násilí někdo, kdo nebyl v předcházejících otázkách uveden – této možnosti využili čtyři respondenti, kteří shodně uvedli, že aktérem násilí jsou sanitářky.

Otázka č. 6: Hodnotíte se sami jako mobbovaní?

Tab. 30: Sebehodnocení mobbingu

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Určitě ano	1	0,9
Spíše ano	10	9,0
Nevím	24	21,6
Spíše ne	35	31,5
Určitě ne	41	36,9
Celkem	112	100,0

Odpověď „určitě ano“ zvolil pouze jeden respondent (0,9 % souboru), odpověď „spíše ano“ zvolilo 10 respondentů (9,0 %).

7.1 Vyhodnocení dotazníku

Dotazník NAQ-R byl vyhodnocen dle volnějšího i přísnějšího kritéria (viz podkapitola 6.1) Volnější kritérium zahrnuje výskyt alespoň jednoho aktu minimálně týdně, přísnější kritérium dva či více negativních aktů alespoň týdně po dobu šesti měsíců.

Tab. 31: Četnost zažívání negativního jednání

NAQ-R	Volnější kritérium		Přísnější kritérium	
	N	%	N	%
Mobbovaní	10	8,9	1	0,9
Nemobbovaní	102	91,1	111	99,1
Celkem	112	100,0	112	100,0

Dle volnějšího kritéria bylo identifikováno deset mobbovaných všeobecných sester (8,9 % souboru), dle přísnějšího kritéria pouze jedna mobbovaná všeobecná sestra (0,9 % souboru).

Tab. 32: Cut-off skóre pro NAQ-R

NAQ-R	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Nemobbovaní (32 a méně)	98	87,5
Příležitostně mobbovaní (33-44)	12	10,7
Oběti mobbingu (45 a více)	2	1,8
Celkem	112	100,0

Dle cut-off skóre pro NAQ-R (viz Tab. 32) bylo 87,5 % souboru hodnoceno jako nemobbovaných, 10,7 % jako příležitostně mobbovaných a 1,8 % respondentů bylo oběťmi mobbingu.

Nadále se bude vyhodnocení týkat mobbovaných dle volnějšího kritéria.

Jak vyplývá z Tab. 33, častěji byly mobbované ženy, konkrétně se jednalo o 90,0 % všech mobbovaných jedinců.

Tab. 33: Mobbovaní dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Muži	1	10,0
Ženy	9	90,0
Celkem	10	100,0

Nejčastěji byly mobbované všeobecné sestry ve věku 26 až 35 let a 36 až 45 let (30,0 %).

Tab. 34: Mobbovaní dle věku

Věková kategorie	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Pod 25 let	2	20,0
26 až 35 let	3	30,0
36 až 45 let	3	30,0
46 let a více	2	20,0
Celkem	10	100,0

Průměrná délka praxe mobbovaných všeobecných sester je 14,3 let – tato hodnota je vyšší než pro celý soubor, který měl průměrnou praxi 12,1 let.

Nejčastěji pracovali mobbovaní jedinci na chirurgickém oddělení (30,0 %), dále na oddělení gynekologie (20,0 %) a rehabilitace (20,0 %). Po jedné mobbované všeobecné sestře pracovalo na plicním a interním oddělení a na ortopedii.

Tab. 35: Mobbovaní dle oddělení

Oddělení	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Chirurgie	3	30,0
Gynekologie	2	20,0
Rehabilitace	2	20,0
Plicní	1	10,0
Interní	1	10,0
Ortopedie	1	10,0
Celkem	10	100,0

Celkem 40,0 % mobbovaných všeobecných sester se setkalo s osobně zaměřenými útoky a fyzicky zaměřeným násilím, 30,0 % mobbovaných jedinců zažilo násilí týkající se práce. Do tohoto počtu je zahrnuta jedna z všeobecných sester, která zažila zároveň osobně zaměřené útoky a fyzicky zaměřené násilí.

Tab. 36: Typ násilí na pracovišti

Typ šikany	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Násilí týkající se práce	3	30,0
Osobně zaměřené útoky	4	40,0
Fyzicky zaměřené násilí	4	40,0
Celkem	10	100,0

Nejčastěji respondenti uváděli, že čelí výhrůžkám násilí nebo skutečnému fyzickému násilí (40,0 %). Jedna z mobbovaných všeobecných sester uvedla, že je tomuto chování vystavena na denní bázi – jedná se o nejčastěji zachycené negativní chování, zbývající negativní akty byly zaznamenány na týdenní či nižší bázi.

Nejčastěji mobbované všeobecné sestry uváděly, že zažívají násilí ze strany kolegyně či kolegy na pozici všeobecné sestry – jednalo se o sedm respondentů, z nichž čtyři takové chování ze strany svého spolupracovníka zažívají „někdy“ a tři „měsíčně“. Šest mobbovaných všeobecných sester uvedlo, že aktérem násilí je nadřízený – z nich čtyři uvedly četnost „někdy“ a dvě „měsíčně“. Dva respondenti uvedli, že aktérem násilí je lékař s četností „někdy“.

Tab. 37: Aktéři násilí na pracovišti

Aktéři násilí	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Spolupracovník	7	70,0
Nadřízený	6	60,0
Lékař	2	20,0
Celkem	10	100,0

Polovina mobbovaných všeobecných sester v sebehodnotící položce uvedla, že neví, zda jsou mobbované. Dalších 40,0 % si o sobě myslí, že mobbované spíše nejsou. Pouze jeden z respondentů uvedl, že se spíše cítí být mobbovaným.

Tab. 38: Sebehodnocení mobbingu u mobbovaných všeobecných sester

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota (%)
Určitě ano	0	0,0
Spíše ano	1	10,0
Nevím	5	50,0
Spíše ne	4	40,0
Určitě ne	0	0,0
Celkem	10	100,0

Dále byly sečteny hodnoty negativních aktů u jednotlivých respondentů – nejnižší zjištěnou hodnotou byla 22, které dosáhli čtyři respondenti. Tato hodnota nám říká, že oslovené všeobecné sestry se nikdy nese setkávají s žádným z nabízených negativních chování na pracovišti. Nejvyšší zjištěnou hodnotou byla 46, která ukazuje, že respondent se s negativním chováním na pracovišti setkává v relativně vysoké míře. Průměrná hodnota pro celý soubor je 28,4.

7.2 Testování hypotéz

V následující podkapitole jsou testovány hypotézy, ověřující souvislost mezi souhrnnou hodnotu negativních aktů u jednotlivých respondentů a vybranými charakteristikami výzkumného vzorku.

H1_A: Mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta je statisticky významná souvislost.

H1₀: Mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta není statisticky významná souvislost.

U žen byla zjištěna průměrná hodnota negativních aktů 28,5, u mužů pak 28,0. Kolmogorov-Smirnovým testem bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení ($D = 0,130$; $p = 0,000$), pro zjištění korelace byl tedy využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledkem jsou následující hodnoty: $r_s = -0,03044$, $p = 0,75003$, které značí, že mezi proměnnými je velmi slabá negativní závislost, která však není statisticky významná. **H1₀**, podle které není mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta statisticky významná souvislost, je přijata.

H2_A: Mezi hodnotou negativních aktů a věkovou kategorií respondenta je statisticky významná souvislost.

H2₀: Mezi hodnotou negativních aktů a věkovou kategorií respondenta není statisticky významná souvislost.

Průměrné hodnoty za jednotlivé věkové kategorie jsou shrnuty v Tab. 39, ze které je evidentní, že čím vyšší je věková kategorie, tím vyšší je průměrná hodnota negativních aktů. Respondenti nad 36 let vykazují vyšší hodnoty, než je průměr celého souboru (28,4).

Tab. 39: Průměrné hodnoty negativních aktů dle věkové kategorie

Věková kategorie	Průměrná hodnota negativních aktů
Pod 25 let	26,1
26 až 35 let	27,4
36 až 45 let	29,7
46 let a více	30,5

Kolmogorov-Smirnovým testem bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení ($D = 0,130$; $p = 0,000$), pro zjištění korelace byl tedy využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledkem jsou následující hodnoty: $r_s = 0,374$, $p = 5E-05$, které značí, že mezi proměnnými

je střední až silná pozitivní závislost, která je statisticky významná. **H2_A**, podle které je mezi hodnotou negativních aktů a věkovou kategorií respondenta statisticky významná souvislost, je přijata.

H3_A: Mezi hodnotou negativních aktů a délkou praxe respondenta je statisticky významná souvislost.

H3₀: Mezi hodnotou negativních aktů a délkou praxe respondenta není statisticky významná souvislost.

Průměrné hodnoty za jednotlivé kategorie dle délky praxe jsou shrnuty v Tab. 40, ze které je patrné, že čím delší praxí respondent disponuje, tím vyšší je průměrná hodnota negativních aktů. Respondenti s praxí nad 6 let vykazují vyšší hodnoty, než je průměr pro celý soubor (28,4).

Tab. 40: Průměrné hodnoty negativních aktů dle délky praxe

Délka praxe	Průměrná hodnota negativních aktů
1 až 5 let	26,5
6 až 15 let	28,9
16 až 25 let	29,3
26 až 35 let	30,6

Kolmogorov-Smirnovým testem bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení ($D = 0,130$; $p = 0,000$), pro zjištění korelace byl tedy využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledkem jsou následující hodnoty: $r_s = 0,313$, $p = 0,001$, podle kterých je mezi proměnnými středně silná pozitivní závislost, která je statisticky významná. **H3_A**, podle které je mezi hodnotou negativních aktů a délkou praxe respondenta statisticky významná souvislost, je přijata.

H4_A: Mezi hodnotou negativních aktů a sebehodnocením respondenta o mobbingu je statisticky významná souvislost.

H4₀: Mezi hodnotou negativních aktů a sebehodnocením respondenta o mobbingu není statisticky významná souvislost.

Průměrné hodnoty za jednotlivé kategorie dle sebehodnocení v oblasti mobbingu jsou shrnuty v Tab. 41, ze které je patrné, že čím intenzivněji se respondent vnímá jako mobbovaný, tím

vyšší je průměrná hodnota negativních aktů. Respondenti se sebehodnocením „nevím“, „spíše ano“ a „určitě ano“ vykazují vyšší hodnoty, než je průměr pro celý soubor (28,4).

Tab. 41: Průměrné hodnoty negativních aktů dle sebehodnocení

Sebehodnocení – mobbing	Průměrná hodnota negativních aktů
Určitě ano	34,0
Spíše ano	32,8
Nevím	30,3
Spíše ne	28,2
Určitě ne	26,0

Kolmogorov-Smirnovým testem bylo zjištěno, že data nemají normální rozdělení ($D = 0,130$; $p = 0,000$), pro zjištění korelace byl tedy využit Spearmanův korelační koeficient. Výsledkem jsou následující hodnoty: $r_s = -0,588$, $p = 0,000$, které značí, že mezi proměnnými je silná negativní závislost (tedy čím více je přítomno negativních aktů, tím nižší je sebehodnocení respondenta), která je statisticky významná. H_{4A} , podle které je mezi hodnotou negativních aktů a sebehodnocením respondenta o mobbingu statisticky významná souvislost, je přijata.

8 DISKUZE

Předkládaná diplomová práce se zabývala násilím na pracovišti pohledem všeobecných sester. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry ve vybrané nemocnici v Kraji Vysočina setkaly s násilím na pracovišti. K hlavnímu cíli jsme formulovali čtyři dílčí cíle, které budou v následujících odstavcích explicitně odpovězeny a diskutovány.

Dílčí cíl č. 1: Prozkoumat, jaký způsob násilí je ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji vysočina nejčastější.

Podle Cakirpaloglu et al. (2017, s. 547) lze o mobbingu hovořit, pokud je problémové chování realizováno alespoň jednou týdně – s ohledem na toto kritérium jsme zjistili, že ze 112 respondentů můžeme jako mobbované označit deset všeobecných sester, které se nejčastěji setkávají s osobně zaměřenými útoky a s fyzicky zaměřeným násilím. Nejčastěji se respondenti setkávali s výhrůžkami násilím nebo skutečným fyzickým násilím (s tímto chováním se týdně setkávalo 2,7 % a denně 0,9 % respondentů, v součtu tedy 3,6 %), se zadržováním informací (1,8 %) a šířením pomluv a fám (1,8 %). Lze tedy diskutovat o tom, že ve vybraném zdravotnickém zařízení je největším problémem fyzicky zaměřené násilí. Toto zjištění je v rozporu se závěry výzkumu Doležalové (2011, s. 25), podle kterého je nejčastější formou násilí na pracovišti šíření pomluv a znevažování pracovního výkonu a schopností. Lze předpokládat, že tento rozdíl je možné vysvětlit nějakými specifickými charakteristikami zkoumaného pracoviště či pracovního klimatu, které způsobují, že pracovníci jsou náchylnější k fyzickému násilí. Je například možné, že v námi analyzovaném zdravotnickém zařízení existuje neefektivní systém řízení konfliktů a řešení stížností, což může vést k hromadění napětí a eskalaci konfliktních situací. Ostatně například Randle (2011, s. 391) ve svém výzkumu násilí ve vybrané nemocnici konstatují, že atmosféra pracoviště a to, jak je zde násilí vnímáno (zda jde o normu či o exces), znatelně přispívají k výskytu násilí či naopak k jejímu potlačování. Například pokud spolupracovníci přehlížejí, že je jejich kolega vystaven negativnímu chování, případně takové chování dokonce podporují, vyvíjí se na pracovišti výhodné klima pro eskalaci násilí – naopak pokud pracovníci dávají útočníkovi najevo, že jeho chování je nepřijatelné, jedná se o výrazně preventivní faktor násilí.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, kdo byli aktéři násilí identifikovaného ve vybraném zdravotnickém zařízení v Kraji Vysočina.

Z vyhodnocení odpovědí deseti mobbovaných všeobecných sester jsme zjistily, že aktérem násilí je nejčastěji spolupracovník a nadřízený, nicméně žádný z těchto respondentů neuvedl frekvenci „týdně“ či „denně“, která by vedla k závěru, že se daný aktér dopouští násilí na pracovišti. Poměrně velká část respondentů však uvedla, že se tito aktéři dopouští uvedených negativních aktů měsíčně – lze tedy soudit, že respondenti se setkávají s negativním chováním z více zdrojů (např. jak od kolegů, tak od nadřízených a lékařů). Nejčastěji byl jako původce násilí označován spolupracovník na pozici všeobecné sestry (23,2 % všech respondentů se s negativním chováním ze strany kolegů setkává měsíčně, 0,9 % pak týdně). To je v rozporu se zjištěním Koubové (2016), podle které se 60 % mobbovaných zaměstnanců setkává s nežádoucím chováním ze strany nadřízeného a 22 % ze strany kolegy. To by mohlo znamenat, že v námi zkoumaném zdravotnickém zařízení existuje specifický dynamický kontext, který ovlivňuje vzorce negativního chování mezi kolegy. Jedním z možných vysvětlení může být hierarchická struktura a silná konkurence mezi zdravotnickými pracovníky, která může vést k napětí a konfliktům na pracovišti. Dále může hrát roli i povaha práce v zdravotnictví, která může být velmi náročná a stresující, což může zvyšovat riziko konfliktů a nepřátelství mezi kolegy. Někdy se může také stát, že pracovníci nesprávně interpretují určité situace nebo se nedostatečně vyrovnávají se stresem, což může vést k většímu výskytu negativního chování.

S našimi výsledky je naopak v konsensu zjištění João a Portelada (2023), podle kterých se ve zdravotnických zařízeních častěji odehrává násilí mezi kolegy než mezi nadřízenými a podřízenými. Totéž konstatují i Rutherford a Rissel (2004, s. 65), podle kterých jsou v 49 % případů násilí na pracovišti ve zdravotních zařízeních agresory právě spolupracovníci, a Chipps et al. (2013, s. 479), kteří uvádí, že se jedná o hodnotu 59 %. Green (2021, s. 433) pak staví nadřízené pracovníky do role těch, kteří jsou naopak klíčovými subjekty v řešení výskytu násilí na pracovišti. Podle autorčina názoru je třeba, aby nadřízení pracovníci poskytovali personálu vzdělání a systematicky posilovali jejich kompetence v oblasti budování zdravého pracovního prostředí.

Zajímavým je v kontextu s naším výzkumem zjištění Ekici a Beder (2014, s. 24), podle kterých neexistují statisticky signifikantní rozdíly mezi všeobecnými sestrami a dalšími zdravotnickými povoláními, co se incidence násilí týče. Jinak řečeno dle autorů jsou všeobecné sestry mobbované v přibližně stejné míře jako lékaři. Vzhledem k tomu, že v našem výzkumu jsme

se soustředili pouze na všeobecné sestry, nemůžeme tvrzení autorů konfrontovat s vlastními výsledky, nicméně jedná se o zajímavý námět pro budoucí výzkum v prostředí českých zdravotnických zařízení.

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat frekvenci nejčastějších činů souvisejících s mobbingem a bossingem u všeobecných sester ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina.

Analýzou odpovědí respondentů našeho výzkumu jsme zjistili širokou škálu přítomných negativních aktů. Závadné chování, které někteří respondenti zažívají denně, jsou již zmíněné výhrůžky násilím a skutečné fyzické násilí (0,9 %). Na týdenní bázi oslovené všeobecné sestry zažívají zadržování podstatných informací (1,8 %), ponižování a výsměch (0,9 %), práci pod úroveň kompetence (0,9 %), šíření fám a pomluv (1,8 %), opakované připomínání omylů a chyb (0,9 %) a výhrůžky násilím nebo fyzické násilí (2,7 %). Negativní chování, které bylo zjištěno s měsíční frekvencí, bylo nejčastěji šíření pomluv a fám (16,1 %), výkon práce pod úroveň kompetence (9,8 %), nepřátelsky míněné kanadské žertíky (6,3 %), ignorování myšlenek a názorů (6,3 %), přehnaná kontrola práce (4,5 %). Respondenti tedy uváděli širokou škálu negativního chování, které zažívají, a to od verbálního ponižování a šíření pomluv až po fyzické násilí. Tato různorodost naznačuje, že problematika násilí a nepřátelského chování ve zkoumaném zdravotnickém zařízení je komplexní a zahrnuje mnoho různých forem. Ačkoli fyzické násilí bylo respondenty uváděno s nižší frekvencí než jiné formy negativního chování, je toto chování velmi závažné, protože má potenciál způsobit oběti zranění či psychickou újmu. Dokonce i nízká míra výskytu fyzického násilí je alarmující a vyžaduje okamžitou pozornost ze strany kompetentních nadřízených pracovníků.

Výsledky, které jsme zjistily prostřednictvím našeho dotazníkového šetření, lze porovnat například s výzkumem João a Portelada (2023), kteří se primárně orientovali na strategie zvládnutí násilí na pracovišti a podle kterých jsou všeobecné sestry nejčastěji vystaveny zadržování podstatných informací a pomluvám a fámám. To je v konsensu s námi zjištěným závěrem.

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat celkovou míru výskytu případů násilí na pracovišti u všeobecných sester ve vybraném zařízení v Kraji Vysočina.

K dosažení tohoto cíle jsme využili dotazník NAQ-R, který jsme vyhodnotili dle volnějšího kritéria (výskyt minimálně jednoho aktu alespoň jednou týdně), za jehož využití bylo zjištěno, že jako mobbované lze označit deset respondentů, tedy 8,9 % souboru. Koubová (2016) konstatuje, že dle průzkumů se s násilím na pracovišti setkává přibližně 23 % všech

zaměstnanců v České republice, přičemž ve zdravotnictví je tento podíl dle autorky ještě vyšší. Tento výsledek se od našeho výrazně odlišuje, což je možné vysvětlit například odlišnou metodikou. Bártlová a Hajduchová (2009) pak v rámci svého výzkumu zjistily šikanu u 6,7 % oslovených všeobecných sester, což je již našim závěrům výrazně bližší. Ariza-Montes et al. (2013), kteří se ve svém výzkumu orientovali na zdravotnická zařízení, uvádí, že prevalence násilí na pracovišti je přibližně 4 až 5 % v zemích severní Evropy a až 15 % v jihoevropských zemích. Námi zjištěná míra násilí na pracovišti je mezi těmito hodnotami. Obdobně Rahm et al. (2019, s. 582) uvádí obecnou prevalenci násilí ve zdravotnických zařízeních mezi 4,1 a 18,5 % – výzkumem v konkrétních zdravotnických zařízeních pak byla autory zjištěna hodnota 8,6 %, která je našemu závěru velmi podobná. Také závěry Hogh, Hoel a Carneiro (2011), kteří hovoří o 9,2 % mobbovaných zdravotnických pracovníků, se od našeho zjištění výrazněji neodklání. Lze tedy říci, že míra násilí v námi zkoumaném zdravotnickém zařízení nevybočuje z hranic nastavených zahraničními výzkumy – v porovnání s českým výzkumem Koubové (2016) byla sice zjištěna nižší míra násilí, je však třeba dodat, že tato autorka pracuje spíše s odhady. Náš výsledek se tak více blíží Bártlové a Hajduchové (2009). V českém prostředí chybí aktuálnější studie, která by se na tuto problematiku zaměřovala.

V námi zkoumaném zdravotnickém zařízení se mobbování odehrávalo nejčastěji na chirurgickém oddělení, na oddělení gynekologie a rehabilitace. Příčinou tohoto stavu by mohlo být negativní klima na těchto odděleních, případně faktory na straně jednotlivých pracovníků – pro zjištění konkrétní příčiny by bylo vhodné realizovat polostrukturované rozhovory se zaměstnanci, případně využít konkrétněji zaměřený anonymní dotazník. Častěji byly v našem výzkumu mobbované ženy – jedná se o 90,0 % všech mobbovaných jedinců a o 8,0 % z celého souboru. Rovněž Ariza-Montes et al. (2013) uvádí, že častěji jsou obecně mobbované ženy, nicméně dodává, že by mohlo jít o důsledek obecné diskriminace žen v pracovním prostředí. Podle našeho názoru se v našem výzkumu nejedná o diskriminaci žen na pracovišti, protože oslovené všeobecné sestry uváděly, že jsou nejčastěji mobbované ze strany kolegyně na stejné pozici. Statistickým testováním jsme nezjistili významnou souvislost mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta, nicméně je možné, že tento výsledek byl způsoben malou velikostí souboru. Dalším (a dle našeho názoru velmi relevantním) vysvětlením je, že mezi všeobecnými sestrami je výrazná převaha žen, což způsobuje, že při vyhodnocení výsledků se právě ženy jeví jako mobbovanější, ačkoli jde pouze o logický důsledek jejich převahy v souboru respondentů. Tomuto závěru nasvědčuje například i zjištění Ekici a Beder (2014, s. 24), podle kterých rovněž není žádný statisticky signifikantní rozdíl mezi tím, v jaké

míře jsou ve zdravotnických zařízeních mobbované ženy a muži. Totéž konstatují rovněž Macintosh et al. (2010, s. 1128), kteří zkoumali souvislost mezi násilím ve zdravotnických zařízeních a významem práce pro mobbované zaměstnance.

Z věkových kategorií byly v našem výzkumu nejčastěji mobbované všeobecné sestry ve věku 26 až 35 let a 36 až 45 let. Častěji byli mobbováni respondenti s delší praxí (průměrně 14,3 let, což je více než průměrná délka praxe pro celý soubor – 12,1). Tento poznatek je v konsensu se závěry Mitchella, Ahmeda a Szabo (2014, s. 148) kteří uvádí, že příčinou násilného chování na pracovišti bývají mnohdy generační rozdíly, které ovlivňují komunikaci a spolupráci na horizontální (mezi kolegy) i vertikální (mezi nadřízenými a podřízenými) rovině. Příslušnost k určité generaci je totiž významným determinantem vyznávaných hodnot, pracovní etiky a dalších aspektů, které však mohou působit jako roznětky vzájemných konfliktů. Ariza-Montes et al. (2013) uvažují o tom, že příčinou takových generačních rozdílů by mohlo být rovněž vyhoření, které lze častěji identifikovat u zaměstnanců s delší praxí. Korelaci mezi emočním vyčerpáním a násilím zjistili i Chipps et al. (2013, s. 479). V našem dotazníkovém šetření jsme sice problematiku vyhoření neřešili, pro budoucí výzkumy by však bylo vhodné s burnout syndromem jako s možným determinantem násilí ve zdravotnických zařízeních počítat.

Statistickým testováním jsme nezjistili významnou souvislost mezi hodnotou negativních aktů a pohlavím respondenta, naopak jsme potvrdili statisticky signifikantní souvislost mezi hodnotou negativních aktů a mezi věkovou kategorií, délkou praxe a sebehodnocením respondenta o mobbingu. Rovněž Mitchell, Ahmed a Szabo (2014, s. 148) uvádí, že existuje významná souvislost mezi genderem, věkovou kategorií a výskytem násilí na pracovišti. Souvislost mezi výskytem násilí u personálu zdravotnických zařízení a genderem zjistil i Lynda (2017, s. 501). To by mohlo znamenat, že v rámci zdravotnického prostředí hrají věk, délka praxe a vnímání mobbingu respondenty důležitější roli než pohlaví. Tato zjištění naznačují,

že věk a zkušenosti respondenta mohou ovlivňovat jeho zkušenost s negativním chováním

na pracovišti více než gender. Pokud jde o souvislost mezi genderem a výskytem násilí

na pracovišti, existuje evidentně množství rozporuplných důkazů a výzkumů. Tento rozpor může být způsoben rozdíly v metodologiích výzkumu, kulturou organizací nebo regionálními a kulturními faktory, které ovlivňují vnímání a projevy negativního chování.

V závěru diskuse lze shrnout, že ačkoli určité závěry se shodují s informacemi v odborné literatuře (například vztah mezi násilím a genderem, násilím a věkem a dále prevalence

mobbingu ve zdravotnickém zařízení), jiné jsou s nimi v rozporu. Konkrétně se jedná o fyzický charakter násilí (odborná literatura uvádí jako obvyklé násilí založené na šíření pomluv a znevažování výkonu a schopností) a dále o převaze násilí ze strany kolegů (odborná literatura uvádí jako čtenější násilí ze strany nadřízených). Pro zjištění příčin tohoto nesouladu by bylo vhodné realizovat další konkrétněji zaměřené šetření, které by zjišťovalo aspekty klimatu na pracovišti vybraného zdravotnického zařízení.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě závěrů dotazníkového šetření by bylo vhodné v daném zdravotnickém zařízení zavést následující opatření:

- Zavedení povinných školení zaměřených na prevenci a řešení násilí na pracovišti pro všechny zaměstnance zdravotnického zařízení. Tato školení by měla zahrnovat informace o různých formách násilí, identifikaci a řešení konfliktů a podporu pro ty, kteří se s násilím již setkali.
- Zavedení mechanismů, které umožní zaměstnancům hlásit případy násilí nebo konfliktů anonymně a bez obav z negativních důsledků (např. elektronická schránka důvěry). Zároveň by měla být ve zdravotnickém zařízení dostupná odborná podpora pro oběti násilí v podobě konzultací s odborníky nebo psychologické pomoci.
- Zlepšení komunikačních kanálů mezi zaměstnanci a vedením zdravotnického zařízení, aby se snížila možnost nedorozumění a konfliktů. Vhodná je rovněž podpora otevřeného dialogu a transparentnosti ve vedení.
- Provádění pravidelných analýz pracovního prostředí a klimatu zaměstnanců s cílem identifikovat potenciální faktory, které přispívají ke vzniku násilí a konfliktů. Zjištěné závěry by měly vést k následným úpravám pracovních procesů nebo organizační struktury.
- Zajištění právní ochrany pro oběti násilí a přijetí vhodných právních opatření proti pachateli násilí v souladu se zákonem.

Pro budoucí výzkumy lze doporučit zaměřit se na souvislost mezi burnout syndromem a násilím na pracovištích v rámci zdravotnických zařízení. Další témata, která dle našeho názoru postrádají oporu ve výzkumech z českého prostředí, jsou souvislost mezi násilím na pracovišti a reflexivitou v rámci pracovního týmu (*team reflexivity*). Dále mezi násilím a působením supervize a mezi násilím a psychickým bezpečím (*psychological safety*). Myslíme, že tyto faktory by mohly vysvětlit dynamiku a kontext násilí na pracovišti v zdravotnických zařízeních z nového úhlu pohledu. Burnout syndrom, který je často spojen s vysokým pracovním stresem a emocionálním vyčerpáním, by mohl hrát důležitou roli ve vztahu k násilí na pracovišti. Studie zaměřená na tuto souvislost by mohla přispět k lepšímu porozumění mechanismům, které vedou k negativním interakcím mezi zaměstnanci, a k identifikaci rizikových faktorů pro vznik násilí.

Schopnost týmu kriticky reflektovat své zkušenosti, jednat o problémech a hledat společná řešení (*team reflexivity*) by zase mohla mít vliv na prevenci a řešení konfliktů, které mohou vést k násilí. Působení supervize a psychické bezpečí (*psychological safety*) jsou podle našeho názoru také důležité faktory, které mohou ovlivňovat klima pracoviště a interakce mezi zaměstnanci. Studie zaměřené na tyto aspekty by mohly poskytnout informace o tom, jakým způsobem nadřízení a organizační kultura mohou buď podporovat, nebo naopak bránit vzniku násilí na pracovišti. Výzkumy zaměřené na tyto oblasti by tedy mohly přinést nové poznatky a perspektivy do problematiky násilí na pracovišti v zdravotnických zařízeních a pomoci vytvořit efektivnější strategie prevence a intervence.

10 LIMITY PRÁCE

Na zjištěné výsledky mohlo mít vliv několik důležitých okolností. Zejména se jedná o skutečnost, že vzhledem k velikosti zdravotnického zařízení, kde bylo dotazníkové šetření realizováno, nebylo reálné získat tolik respondentů, aby bylo možné výsledky zobecnit na celou populaci. Zjištěné výsledky jsou tedy platné pouze pro prostředí dané nemocnice. Dalším omezením je volba metody sběru dat – shromažďování dat prostřednictvím dotazníku může omezovat šíři a hloubku analýzy v porovnání s jinými metodami výzkumu, jako jsou polostrukturované rozhovory nebo zúčastněné pozorování. Některé aspekty pracovního prostředí a interakcí mezi zaměstnanci mohou být obtížně zachyceny pouze prostřednictvím standardizovaných otázek. Dotazníkové šetření je také obvykle prováděno v omezeném časovém rozmezí, což může ovlivnit počet a kvalitu odpovědí. Respondenti mohou být v situaci, kdy mají omezený čas na vyplnění dotazníku a nemusí mít dostatek času k zamýšlení se nad svými odpověďmi. Pokud dotazník obsahuje příliš vysoký počet položek, může to některé respondenty odradit a ti dotazník nedokončí.

Výsledky mohli zkreslit i sami respondenti, kteří nemuseli být zcela ochotní odkrývat v rámci dotazníkového šetření poměry, které na jejich oddělení skutečně panují. Oslovené všeobecné sestry mohly mít například obavy, že odpovědi odpovídající skutečnosti povedou k následkům na pracovišti, případně mohly poskytovat odpovědi, o kterých si myslely, že jsou společensky přijatelné a očekávatelné. Někteří respondenti mohli mít vlastní důvody nebo motivace pro úmyslné zkreslení svých odpovědí, například snahu prezentovat se v lepším světle, minimalizovat nepříjemné situace nebo záměrně vytvářet falešný obraz o zdravotnickém zařízení, ve kterém pracují. V případě určitých typů násilných útoků (například sexuálně motivované útoky) může být oběť v komplikovaném psychickém stavu, což může způsobit, že své problémy potlačí a nebude o nich ochotna vypovídat ani formou anonymního dotazníku.

Dalším potenciálním limitem mohla být skutečnost, že respondenti, kteří se rozhodli odpovědět na dotazník, mohou představovat specifickou skupinu jedinců s určitými charakteristikami nebo zkušenostmi, což může rovněž vést ke zkreslení výsledků. Například k účasti mohli být více motivováni respondenti, kteří mají negativní zkušenosti než ti, kteří se cítí spokojeni se svou pracovní situací. Případně naopak mohli k vyplnění dotazníku více inklinovat ti, kteří negativní akty na pracovišti zažívají, ale neodvažují se o nich referovat jinak než formou anonymního dotazníkového šetření.

11 ZÁVĚR

Násilí mezi pracovníky zdravotnických zařízení představuje závažný problém, který může mít vážné důsledky nejen pro jednotlivce, ale i pro celkovou atmosféru na pracovišti a kvalitu poskytované péče. Zdravotnická zařízení jsou náročnými pracovními prostředími, kde vysoké pracovní tempo, emocionální zátěž a tlak na výkon mohou vést ke konfliktům a k nežádoucímu chování mezi jednotlivými zaměstnanci. Násilí mezi zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních se může projevovat různými způsoby včetně verbálního napadání, záměrného ignorování, vylučování z kolektivu, manipulace s informacemi nebo dokonce fyzických útoků. Toto nežádoucí chování může být motivováno různými faktory, jako jsou osobní konflikty, nedostatek komunikace, rivalita mezi zaměstnanci nebo nedostatečné vedení a řízení ze strany vedoucích pracovníků.

Důsledky násilí mezi zaměstnanci mohou být závažné jak pro oběti, tak i pro samotné zdravotnické zařízení. Oběti mohou trpět psychickými problémy, stresem, úzkostí a sníženou pracovní efektivitou, což může mít negativní dopad na celkovou kvalitu péče poskytované pacientům. Násilí může vést také k nárůstu fluktuace zaměstnanců, ke snížení jejich spokojenosti s prací a k poškození dobré pověsti zdravotnického zařízení. V tomto kontextu je nutné, aby zdravotnická zařízení dbala na adekvátní prevenci problémového chování mezi zaměstnanci – významnými kompetencemi v tomto kontextu disponuje zejména management, který by měl být schopen nastavit vhodné mechanismy prevence vzniku násilí na pracovišti.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, v jaké míře a podobě se všeobecné sestry v anonymní nemocnici v Kraji Vysočina setkaly s násilím na pracovišti. K hlavnímu cíli práce byly formulovány dva cíle dílčí, konkrétně prozkoumat, jaký způsob násilí je ve vybraném zdravotnickém zařízení nejčastější, a zjistit, kdo byli aktéři násilí identifikovaného ve vybraném zdravotnickém zařízení. Za tímto účelem bylo realizováno dotazníkové šetření ve vybrané nemocnici, kterého se účastnilo 112 respondentů. Na základě analýzy těchto dat bylo zjištěno, že jako mobbované lze označit deset respondentů, tedy 8,9 % souboru. Častěji byly mobbované ženy s delší praxí. Jako rizikové se ukázalo být chirurgické oddělení, oddělení gynekologie a oddělení rehabilitace. Statistickým testováním byla zjištěna souvislost mezi hodnotou negativních aktů a mezi věkovou kategorií, délkou praxe a sebehodnocením respondenta o mobbingu. Nejčastěji se respondenti setkávali s výhrůzkami nebo skutečným fyzickým násilím (s tímto chováním se týdně setkalo 2,7 % respondentů a denně 0,9 % respondentů, v součtu tedy 3,6 %). Se zadržováním informací týdně (1,8 %) a šířením pomluv fám týdně

(1,8 %). Lze tedy shrnout, že ve vybraném zdravotnickém zařízení je největším problémem fyzicky zaměřené násilí. Aktérem násilí byl nejčastěji spolupracovník a nadřízený.

12 POUŽITÁ LITERATURA

ALSALEEM, Safar et al. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*. 2018, 25 (3), pp. 188-193. ISSN 2229-340X.

ANDERSON, Cheryl. Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*. 2002, 23 (4), s. 351-366. ISSN 1096-4673.

ARIZA-MONTES, Antonio et al. Workplace Bullying among Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013, 10 (8), pp. 3121-3139. doi: 10.3390/ijerph10083121

BÁRTLOVÁ, Sylva a HAJDUCHOVÁ, Hana. Šikana a sexuální obtěžování na pracovišti z pohledu lékařů a sester. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2009, 2, s. 128-139. ISSN 1804-7858.

BEŇO, Pavel. *Můj šéf, můj nepřítel?* Brno: ERA, 2003. ISBN 80-86517-34-9.

CAKIRPALOGLU, Panajotis et al. Šikana na pracovišti. Reliabilita a validita českého překladu revidované verze dotazníku negativních aktů – NAQ-R. *Československá psychologie*. 2017, 61 (6), s. 546-558. ISSN 0009-062X.

CAKIRPALOGLU, Panajotis, Jan ŠMAHAJ, Simona CAKIRPALOGLU a Martin ZIELINA. *Šikana na pracovišti v České republice: teorie, výzkum a praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5080-3.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.

DOLEŽALOVÁ, Milena. Mobbing ve zdravotnických zařízeních. *Florance*. 2011, 7, s. 24-28. ISSN 1801-464X.

DUXBURY, Joy a Richard WHITTINGTON. Causes and management of patient aggression and violence. Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, 50 (5), pp. 469-478. ISSN 1365-2648.

EKICI, Dilek a BEDER, Alper. The effects of workplace bullying on physicians and nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2014, 31 (4), pp. 24-33. ISSN 1447-4328.

EMPIE, Kristine M. *Workplace violence and mental illness*. New York: LFB Scholarly, 2003. ISBN 978-19-3120-250-3.

EU. Výzkumy násilí na pracovišti [online]. Důstojné pracoviště ve veřejné správě, 2019. [Cit. 2023-01-31]. Dostupné z: <https://www.dustojnepracoviste.cz/o-sikane/vyzkumy-nasili-na-pracovisti>.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

GARKISCH, David. Krize v nemocnicích. *Tempus Medicorum*. 2019, roč. 28, č. 2, s. 3–7. ISSN 1214-7524.

GREEN, Cheryl. The hollow: A theory on workplace bullying in nursing practice. *Nursing Forum*. 2021, 56 (2), pp. 433-438. ISSN 1744-6198.

HARSA, Pavel et al. Mobbing – vážné potíže v pracovním soužití s důrazem na problémy ve zdravotnickém prostředí. *Psychiatria pre prax*. 2014, 15 (3), s. 110-113. ISSN 1339-4258.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-397-X.

HILTON, Zoe N. et al. Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses. Systematic review and directions for future research and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2022, 29 (2), pp. 186-203. ISSN 1351-0126.

HIRT, Miroslav a František VOREL. *Soudní lékařství II. díl*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9468-1.

HOGH, A., HOEL, H. a CARNEIRO, I. G. Bullying and employee turnover among healthcare workers: a three-wave prospective study. *Journal of Nursing Management*. 2011, 19, s. 742-751. ISSN 1365-2834.

CHILD, Howerton R. J. a Janet C. MENTES. Violence against women: The phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010, 31 (2), s. 89-95. ISSN 1096-4673.

CHIPPS, Esther et al. Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN Journal*. 2013, 98 (5), pp. 479-493. ISSN 0001-2092.

ISDAL, Per. Co je násilí? In: JAKOBSEN, Barbora a Marius RAKIL (eds.). *Násilí je možné zastavit. Psychologie násilí a terapie pro osoby, které se dopouštějí násilí v blízkých vztazích*. 2., rozšířené vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2022, s. 41-58. ISBN 978-80-7440-305-7.

JOÃO, Ana Lúcia a PORTELADA, António. Coping with Workplace Bullying. Strategies Employed by Nurses in the Healthcare Setting. *Nursing Forum*. 2023, article ID 8447804. doi: 10.1155/2023/8447804

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-5203-7.

KOUBOVÁ, Michaela. Šikana na pracovišti? Zaměstnanci ve zdravotnictví jí trpí nejvíce. Zvláště sestry [online]. Zdravotnický deník, 19. července 2016. [Cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/07/sikana-na-pracovisti-zamestnanci-ve-zdravotnictvi-ji-trpi-nejvice-zvlaste-sestry/>

KRATZ, Hans-Jürgen. *Mobbing: jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management Press, 2005. ISBN 80-7261-127-5.

KŘÍŽKOVÁ, Alena. *Sexualizovaná realita pracovních vztahů: analýza sexuálního obtěžování v České republice*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-090-7.

LAHNEROVÁ, Dagmar. *Asertivita pro manažery: jak využít pozitivu asertivní komunikace k dosažení svých cílů*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4406-3.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.

LYNDA, Olender. The Relationship Between and Factors Influencing Staff Nurses' Perceptions of Nurse Manager Caring and Exposure to Workplace Bullying in Multiple Healthcare Setting. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2017, 47 (10), pp. 501-507. ISSN 0002-0443.

MACINTOSH, Judith et al. Workplace Bullying in Health Care Affects the Meaning of Work. *Qualitative Health Research*. 2010, 20 (8), pp. 1128-1141. ISSN 1552-7557.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1151-5.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4580-0.

McCONNON, Say a Margaret McCONNON. *Jak řešit konflikty na pracovišti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3003-5.

MEDLEY, Dylan et al. An Association between Occupancy Rates in the Emergency Department and Rates of Violence Toward Staff. *Journal of Emergency Medicine*. 2012, 43 (4), pp. 736-744. ISSN 0736-4679.

MITCHELL, Abigail, Areeg AHMED a Catherine SZABO. Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2014, 4 (4), pp. 147-150. ISSN 1925-4059.

MORPHET, Julia et al. Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare. A scoping review. *Collegian*. 2018, 25 (6), pp. 621-632. ISSN 1322-7696.

NEŠPOR, Karel. Takzvaně problémový pacient. *Praktický lékař*. 2012, č. 2, s. 404-406. ISSN 1805-4544.

NOVOTNÝ, Petr et al. *Nový občanský zákoník*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0431-4.

OMBUDSMAN. Mediace [online]. Ombudsman. Veřejný ochránce práv, 2022. [Cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/Letaky/Mediace.pdf>

ONDŘIOVÁ, Iveta a Terézia FERTAĽOVÁ. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1728-4.

OSHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers [online]. U. S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. [Cit. 2023-08-02]. Dostupné z: https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osha_3148.pdf

PEKARA, Jaroslav a Jitka NĚMCOVÁ. Důsledky násilí ve zdravotnictví. *Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích*. 2019, 3 (2), s. 5-11. ISSN 1210-7883.

PEKARA, Jaroslav. Násilí ve zdravotnictví: Nejlepší obranou bývá obyčejná slušnost [online]. Komora záchranářů, 14. července 2017. [Cit. 2023-07-25]. Dostupné z: <http://www.komora-zachranaru.cz/aktualita/nasili-ve-zdravotnictvi-nejlepsi-obranou-byva-obycejna-slusnost>

PEKARA, Jaroslav. Násilí ve zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2013, 93 (6), s. 264-268. ISSN 0032-6739.

POKORNÁ, Andrea et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2618-7.

PRASLOVA, Ludmila N., CARUCCI, Ron a STOKES, Caroline. How Bullying Manifests at Work – and How to Stop It [online]. *Harvard Business Review*, 2022. [Cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://hbr.org/2022/11/how-bullying-manifests-at-work-and-how-to-stop-it>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.

RAHM, GullBritt et al. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019, 33 (3), pp. 582-591. ISSN 0283-9318.

RANDLE, Jacqueline. Workplace Bullying in the NHS. *Journal of Perioperative Practice*. 2011, 21 (11), pp. 391-394. ISSN 1750-4589.

RANGLOVÁ, Jana, Kateřina VANČUROVÁ a Lenka SCHEU. *Mechanismy právní obrany zaměstnance v případě mobbingu, bossingu a staffingu*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2022. ISBN 978-80-87676-55-4.

RÜEGG, Johann Caspar. *Možek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie*. Praha: Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1581-3.

RUÍZ-GONZÁLEZ, Karla Judith et al. Mobbing perception among Intensive Care Unit nurses. *Enfermería Intensiva*. 2020, 31 (3), pp. 113-119. ISSN 2529-9840.

RUTHERFORD, Alison a RISSEL, Chris. A survey of workplace bullying in a health sector organisation. *Australian Health Review*. 2004, 28 (1), pp. 65-72. ISSN 0156-5788.

SHI, Lei et al. Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence. A cross-sectional study using propensity score analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2020, 103. ISSN 1873-491X. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103493>

SUN, Tao et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors. A large cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017, 7 (12), pp. 1-8. ISSN 2044-6055.

SVOBODOVÁ, Lenka. *Nenechte se šikanovat kolegu: mobbing – skrytá hrozba*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2474-4.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKURKA, Tomáš, Pavel OTRÍŠAL a Břetislav ŠTĚPÁNEK. Násilí a jeho projevy ve společnosti. In: RALBOVSKÁ, Dana Rebeka a Jiří HALAŠKA (eds.). *Aspekty práce pomáhajících profesí 2021*. Praha: ČVUT v Praze, 2021, s. 216-233. ISBN 978-80-01-06852-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

VÁCLAVÍKOVÁ, Klára a Radka KOZÁKOVÁ. Mobbing experienced by general nurses and related factors. A scoping review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2021, 12 (2), pp. 385-392. ISSN 2336-3517.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2018, 114 (5), s. 213-217. ISSN 1212-0383.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.

WAGNEROVÁ, Irena et al. *Psychologie práce a organizace: nové poznatky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3701-0.

WHO. The VPA Approach [online]. World Health Organization, 2023. [Cit. 2023-09-08].
Dostupné z: [who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach](https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach)

ZHANG, Liuyi et al. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, 72, s. 8-14. ISSN 0020-7489.

13 PŘÍLOHY

Příloha A – Souhlas s použitím dotazníku NAQ-R.....	78
--	----

Příloha A – Souhlas s použitím dotazníku NAQ-R (2001)

From: anetauhrova112@seznam.cz
<anetauhrova112@seznam.cz>
Sent: Friday, December 30, 2022 3:34 PM
To: Ståle Valvatne Einarsen
<Stale.Einarsen@uib.no>
Subject: NAQ-R questionnaire

Hi dear professor Ståle Einarsen,

I am asking you if I could use the NAQ-R questionnaire in my diploma thesis on the topic - „Violence in the workplace from the perspective of general nurses". The supervisor of my diploma thesis want your written consent.
Thank you very much for your reply.

Sincerely, a student at the University of Pardubice

Aneta Uhrová.

Ståle Valvatne ... 30. 12. 2022, 17:00

Stale.Einarsen@uib.no ▾

[Přejít na přílohy](#)

SV

Komu: anetauhrova112@seznam.cz

RE: NAQ-R questionnaire



Dear Aneta Uhrová

Thank you for interest in our scale and your kind request for permission to employ it in your research. As long as a project is for research purposes and non-for-profit all use of eth NAQ-R is free. Hence, you have our permission to use it, pending these requirements.

As far as I know there is already a Czech version of the NAQ-R, published in: «Československá psychologie 2017 / ročník LXI / číslo 6» in 2017
I wish you the very best with your work!

Sincerely,

Ståle Einarsen