

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Násilí ve zdravotnických zařízeních
a způsoby jeho zvládnání**

Bakalářská práce

Autor práce : Marie Židová
Vedoucí práce : Mgr. Michaela Votroubková

2009

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Violence in the medical departments
and ways to solve the problem**

Bachelor's thesis

Author : Marie Židová
Supervisor : Mgr. Michaela Votroubková

2009

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zvládnání“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce Mgr. Michaele Votroubkové. Dále bych chtěla poděkovat Zdeně Jelínkové, která mě zásobovala literaturou a bez níž si nedovedu vznik mé práce představit. Svůj díl na této práci odvedl i JUDr. Fedor Chomča, který mi radil v otázkách práva. S počítačovými problémy mi pomáhal Čeněk Kodejška. Ještě jednou všem jmenovaným děkuji. Dále chci poděkovat mé rodině za pochopení a podporu po celou dobu mého studia.

V Bzí 27.3.2009

.....

MOTTO :

„Jsem proti násilí, protože i když se zdá, že je pro dobrou věc, ta dobrá věc je pouze přechodná, ale zlo, které zplodí, je trvalé.“

Móhandás Karamčand Gándhí

OBSAH

Úvod	8
Cíl	9
Teoretická část	
1. Hněv	10
2. Agrese	12
2.1 Teorie biologické	14
2.2 Teorie psychologické	15
2.3 Teorie smíšené	16
3. Násilí	17
3.1 Základní druhy násilí	18
3.2 Viktimizace	20
3.3 Příčiny násilí	21
3.4 Příčiny násilí na pracovišti	23
4. Násilí ve zdravotnických zařízeních	25
4.1 Zdravotník agresor – pacient oběť	26
4.2 Zdravotník agresor – zdravotník oběť	26
4.3 Pacient agresor – zdravotník oběť	27
4.4 Zdraví & Nemoc	28
4.5 Ovlivnění života nemocí	29
5. Napadení	33
5.1 Komunikace s agresivním pacientem	34
5.2 Následky napadení	36
5.3 Pohled práva	38
5.4 Preventivní opatření	42
Empirická část	
6.1 Cíl práce	45
6.1.1 Dílčí cíle	45
6.1.2 Metodika práce	45
6.2.1 Použitá metoda šetření	45
6.2.2 Zdroje odborných poznatků	47
6.2.3 Charakteristika souboru respondentů	47

6.2.4	Realizace šetření.....	48
6.3	Výsledky šetření	50
6.4	Diskuse	83
6.5	Závěr	86
	Anotace	89
	Souhrn.....	90
	Summary.....	91
	Seznam grafů.....	92
	Seznam tabulek	93
	Seznam příloh.....	94
	Seznam použité literatury	95
	Přílohy.....	98

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zvládnání.“

Současný svět je plný násilí. Stále více proniká i do pracovního prostředí, kde vážně poškozuje průběh práce a mezilidské vztahy. Nejvíce na skutečnost, že některé profese jsou ve styku s násilnickými klienty, poukazují zdravotníci, sociální pracovníci, hasiči, policisté, záchranáři.

Zdravotnická zařízení jsou místem pomoci a empatie. Zdravotníci přicházejí do styku s nemocnými lidmi, kteří jsou ve stresu, a proto mají blízko k agresivitě a různým typům násilí. Může se jednat jak o pacienty, tak o i jejich doprovod. Je to místo, kde se násilí vyskytuje. Měli bychom se začít účinně tomuto jevu bránit. V českém zdravotnictví je slovní napadání běžným jevem, výskyt fyzického napadení je méně častý, ale také stoupá.

Občas se dozvíme z médií o napadení zdravotníků, především záchranářů. Ale v medicínském oboru je obecně mnohem větší výskyt násilí, pouze se o něm veřejnost nedozví. A to proto, že buď zaměstnavatelé nepřiznávají celkový počet tohoto jevu, nebo že zdravotníci napadení nepřiznávají, nehlásí ho.

Cíl

Cílem mé bakalářské práce je potvrdit nebo popřít tyto teze :

- Není rozdíl v četnosti výskytu násilí mezi nemocnicí městskou a krajskou (menší město X krajské město).
- Více násilí se vyskytuje v ambulantních sektorech než v lůžkových částech zdravotnického zařízení.

Cílem *teoretické* části je :

- Definovat pojem agrese, hněv
- Seznámit s druhy násilí
- Popsat příčiny pro vznik násilí
- Pomoci rozpoznat agresivního pacienta
- Ukázat, jak zvládnout útok
- Ukázat, jaké jsou možnosti prevence násilí

Cílem *empirické* části je :

- Z průzkumu zjistit množství zdravotníků, kteří se setkali s násilím
- Určit, s jakým typem násilí se pracovníci ve zdravotnictví setkávají nejčastěji
- Seznámit se s jejich názorem na postup nebo předpokládaný postup zaměstnavatele při nahlášení incidentu
- Zjistit jaká preventivní opatření zaměstnavatel pro své zaměstnance provádí

1. Hněv

Hněv je přirozená lidská emoce provázená fyziologickými změnami (zúžení tepen zásobující pokožku, rozšíření tepen zásobující svaly, omezí se zásobování trávicího systému krví). Hněv je častým předchůdcem agrese. Lze předpokládat, že má vrozené základy. Je možné pro tento pocit používat i jiná slova jako např. naštvaný, zuřivý, vytočený. Pro naše předky byl varovným signálem, který aktivoval vnitřní zdroje pro jednu ze dvou reakcí – bojovat nebo utéct.

Vyjádření hněvu závisí na kultuře a výchově. Může mu předcházet strach nebo ho naopak následuje. Člověk pocituje hněv tehdy, jestliže je frustrován, má pocit nějaké hrozby, někdo druhý se “dotkne“ jeho nebo jemu nejbližších (např. vlastních dětí, životního partnera). Projev hněvu může být ovlivněn také vnějším prostředím (pokud je člověk unavený, má hlad, je ve stresu, je mu teplo). (*Vymětal, 1994*)

Hněv a agrese se mohou vzájemně překrývat. Není vždy pravidlem, že pro vznik agrese je nutný hněv, ani že po hněvu musí následovat agrese.

Hněv pocituje každý člověk, někdo častěji. Je nutné si uvědomit (hlavně při léčbě), že je to zcela normální emoce, pouze musí být pod kontrolou. Pokud již hněv není pod kontrolou, může nahněvaný jedinec říkat věci, kterých bude později litovat, může se cítit sám se sebou nespokojený, dostává se do potíží, blízcí se ho straní, nesvěřují se mu.

Všeobecně se soudí, že hněv je negativní emoce. Člověk nemá vrozenou kontrolu nad hněvem. U malých dětí hněv začíná jako součást vývoje, v dospělosti je potřeba umět tuto emoci ovládat, např. asertivní technikou. Hněv ale může také sloužit k vyjádření nebezpečí z vnějšího prostředí, k obraně své i svého okolí (šikanování, poškozování). Podle Lihiermanové je člověk, který nepocituje nikdy žádný hněv, nezralý, chybí mu něco důležitého.

„Averill uvádí korektivní možnosti hněvu nebo jeho pozitivní důsledky :

- Osoba má právo a povinnost se hněvat vůči záměrně páchanému špatnému činu nebo vůči špatnému činu nezáměrnému, pokud ho lze napravit.
- Hněv by měl být zaměřen pouze vůči osobám, vlastní osobě nebo institucím, které jsou odpovědné za své jednání.
- Hněv by neměl být přenesen na nevinnou třetí stranu, ani by neměl být zaměřen na cíl z jiných důvodů než těch, které jej podnítily.

- Cílem hněvu by měla být náprava situace, obnovení rovnosti, prevence opakování špatného činu, a nikoliv ublížení či způsobení bolesti objektu hněvu nebo uspokojení sobeckých citů zastrašováním.
- Hněvivá reakce by neměla překročit míru potřebnou k nápravě situace.
- Hněv by měl následovat ihned po provokaci a neměl by trvat déle, než je nutné k nápravě situace (obvykle několik hodin, nejvíce několik dní).
- Hněv by měl obsahovat závazek a rozhodnutí, což znamená, že by se člověk neměl začít hněvat, pokud nemá ujasněno, čeho chce hněvem dosáhnout a co mu dané podmínky dovolí.“ (Čermák, 1998)

Souhrnně lze říci, že hněv je osobní emoce, nelze ji na člověku pozorovat. Jedinec si může rozhodnout sám, zda nechá tento stav projevit, kdy a jak. Na rozdíl od hněvu je agrese vnější projev, ostatní ji mohou vidět, slyšet.

2. Agrese

Agresivita pochází z lat. *aggredi* = přistoupit, přiblížit, napadat, útočit.

Je to psychologický pojem, ale není jednoduché ho přesně definovat. Agrese může být chápána jako narušení práv jiného člověka za účelem uškodit mu, někdy může mít význam pro základ intelektuálního vývoje člověka. Může to být chování, které není v souladu se schvalovanými sociálními pravidly (Albert Bandura). Tedeschi a Felson mluví o agresi jako o donucovacích způsobech jednání.

Agresivita má u člověka rozličnou podobu :

- agresivně lze myslet a komunikovat
- prožívat
- agresivita je obsažena v našich představách a fantaziích, přáních, denních a nočních snech
- agresivně lze jednat

Je to poměrně stálá individuální dispozice k útočnému jednání.

„V psychologii rozeznáváme dle motivace čtyři základní typy tohoto jednání :

- a) agresivitu instrumentální
- b) agresivitu samoúčelnou
- c) agresivitu jako důsledek afektu
- d) agresivitu reaktivní

Ad. a) Agresivita instrumentální - jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout. Stává se pouze prostředkem, který je naučený, napodobením druhých. Pokud vidíme, že díky agresi druhý dosáhl svého cíle např. křikem, budeme ho napodobovat. Jestliže tento postup bude mít výsledky, budeme se k němu uchýlovat častěji. Instrumentální agrese je předem připravená, promyšlená.

Ad. b) Agresivita samoúčelná je agresivitou pro agresivitu. Člověku přináší sama o sobě požitky, neboť destrukce může být příjemná. Je zřejmé, že někdy je vázána na sebepojetí, neboť také takto si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebepotvrzení.

Ad. c) Agresivita jako důsledek afektu. Do afektu se může dostat každý člověk, pokud dojde k překročení „míry“ určitých vlivů. Každé velké rozčilení mívá zpravidla za následek agresivitu, neboť se potřebuje vybit. Jestliže toto vybití není opakovaně možné, může být jedním z rizikových faktorů při vzniku psychosomatických poruch zvláště kardiovaskulárního typu.

Tento typ agresivity se nejčastěji vyskytuje u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jedná se o jedince značně sebevědomé a na sebe zaměřené. Druhého příliš nevnímají nebo jen účelově – pokud slouží jejich velikášským fantaziím a plánům. Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení.“ (*Vymětal, 1994*)

W. Trimborn rozlišuje tři psychologické oblasti, respektive vztahové významy narcismu :

1. jde o násilí ve smyslu potřeby kontaktu
2. jde o získání kontroly nad vztahem
3. jde o vlastnění druhého

Rainer Krause zdůrazňuje spojení zloby se studem. Stud a zahanbení jsou typické afekty u narcisticky frustrovaných jedinců za něco, co se jim nedostává ve srovnání s vlastní ideální představou i s ostatními lidmi. Často se jedná o určitý pocit méněcennosti, následek ponížení, jež se znovu aktivuje jak při opakování podobné situace, tak i při selhání, často jen při setkání s někým, komu je záviděno, nebo naopak s někým, kdo připomíná vlastní bezmoc, ubohost.

Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení, na které reagují snadno hněvným afektem ústícím v agresivní jednání. Stává se, že mají na proběhlé jednání výpadek paměti (amnézii). (*Poněšický, 2004*)

Mezi narcistické rány patří např. ztráta zaměstnání, opuštění partnerem, těžká nemoc, jež vyřadí jedince ze společnosti, šikana, ponižování.

Ad. d) „Agresivita reaktivní bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Např. silná fyzická nebo duševní bolest mohou vyvolat agresivitu, jejíž cílem je odstranit její zdroj.“ (*Vymětal, 1994*)

Pokud jde o teorii vzniku agresivity, lze ji rozdělit do dvou základních okruhů :

- Teorie vycházející z biologie (pudové)
- Teorie psychologické (z vlivu prostředí, z frustrace)

2.1 Teorie biologické

Teorie biologické říkají, že agresivita je způsobena faktory, které je možné popsat a vysvětlit :

- neurofyzicky (tzn. centra agresivity v rámci CNS) – existují dvě oblasti, jenž souvisí s agresí – limbický systém a cerebrální kortex. Limbický systém má vliv na emoce a pudy. Mozková kůra je spojena s kognitivními funkcemi, které jsou potřeba k učení, rozhodování, usuzování.
- geneticky (vliv specifických hormonů) - dělají se výzkumy na chromozomech a zjistilo se, že jedinec, který má chromozomální karyotyp XYY, má sklon k agresí (chromozom Y je nadbytečný).
- endokrinologicky (působení mužských pohlavních hormonů) – soudí se, že vliv pohlavního hormonu testosteronu ve zvýšené sekreci může mít vztah k zvýšenému výskytu násilí u mužů. U žen za zvýšený výskyt násilí vlivem hormonů je zodpovědný pokles progesteronu v průběhu menstruace.

Z psychologického hlediska je agrese chápána jako vrozená vlastnost, je člověku vlastní. Slouží k adaptaci, udržení života, např. k získání obživy, k sebeprosazení či k obraně. (*Vymětal, 1994*)

Zastánci této teorie, čili pudové, jsou považováni za konzervativce. Patří k nim např.

Konrad Lorenz, Sigmund Freud, Alexander Mitscherlich.

Podle Konrada Lorenze se u agrese nejedná primárně o pouhou reakci na příslušný podnět, např. ohrožení, nýbrž o pudové neustále znovu narůstající vnitřní napětí, jež hledá ve svém okolí příležitost k vybití. Tento biologický proces zajišťuje přežití individua i druhu a přispívá k selekci nejsilnějších, a to jak z hlediska odolnosti a zdraví potomků, tak z hlediska obrany samice a rodiny.

Sigmund Freud spatřoval východisko z konfliktu mezi pudem života a smrti v přijetí konfliktní povahy lidského bytí. Právě ona častá neřešitelnost a opakování stále stejných konfliktů vždy v různých podobách jej vedla k hypotéze pudové. V této konzervativní tendenci opakování spatřoval působení pudu smrti. Ten lze interpretovat jako tendenci k sebedestrukci, jež je ze sebezáchovných důvodů obrácena navenek ve formě agrese, což by na psychologické rovině znamenalo, že existuje pouze volba mezi vlastním zánikem a napadením druhého - „bud' já nebo ty“. (*Poněšický, 2004*)

Alexander Mitscherlich vycházel z toho, že člověk v sobě nese množství volných nebo vázaných agresí, které se nejdříve přizpůsobují zákonům a normám ve společnosti a jsou

otupeny a kontrolovány. Mohou se však uvolnit vždy, když se dotyčnému zdá, že by je potřeboval (např. při bolesti nebo strachu). (*Wikipedia, 2008, on-line*)

2.2 Teorie psychologické

Mnozí psychologové považují moment agrese za normální či malaadaptivní reakci na frustraci, na překážky v průběhu dosahování důležitých uspokojení a cílů, nebo dokonce za následek psychických traumat.

Pokud dítě zažije méně frustrací například ve výchově, teoreticky by mělo být méně agresivní. Ale tím, že rodiče všechny překážky odstraňují, se později zdají být i normální životní těžkosti nadměru frustrující. Dítě, které mělo dosud bezproblémový život, nemuselo zvládat žádné nebo pouze minimální těžkosti, se nenaučilo znát svoje i cizí hranice, tím je překračuje, čímž vznikají konflikty. Dítě se nenaučilo agresi vyjadřovat sociálním způsobem.

Zastánci teorie agrese získané jako důsledek frustrace jsou považováni za pokrokové. Mezi ně se řadí **F. Sutterlity, M. Viegel, Bandura, Dollard, Seligman**.

Bandura je průkopníkem této teorie. Empiricky a experimentálně doložil význam tří činitelů při učení se agresivních vzorců chování:

- averzivní zkušenost
- předvídané zisky
- pozorování jiných agresorů

Dollard sestavil nejproslulejší hypotézu frustrace - agrese, kdy je agrese důsledkem frustrace a frustrace vede k agresi.

Seligman poukazuje, že dlouhodobá frustrace může vést naopak k pasivitě (případně ke stavu tzv. naučené bezmocnosti). Tato teorie upozornila na případ nastávající při nemožnosti překonání zdroje agrese - orientaci agresivity na jiný objekt tzv. obětního beránka. (*Wikipedia, 2008, on-line*)

F. Sutterlity uvádí, že násilí je vlastně nejextrémnější formou lidské svobody, překročením biologických nitrodruhových hranic, popřením instinktů, vymaněním se ze sepětí s přírodou. Fascinace popřením těchto tabu má za následek extatický účinek, jde o závrať získanou mocí a svobodou, o slast z ovládnutí a týrání druhého.

M. Viegel vidí reakci na předchozí traumatické zážitky a narcistické rány a zdůrazňuje z toho vycházející tendence k násilnému řešení konfliktů. Směs zklamání, neschopnosti uspokojivě zvládat nejrůznější situace, tušení vlastní zranitelnosti a slabosti

vede k neschopnosti nasměřovat agresi k určitému konstruktivnímu řešení, zvláště když je odmítána podpora a pomoc okolí, ve které takový člověk ztratil víru. (Poněšický, 2004)

2.3 Teorie smíšené

Někteří psychologové zastávají názor, že agrese je smíšenou formou obou předchozích teorií, tzn. že ke vzniku agrese je nejen potřeba pudovosti, ale i vlivu prostředí, ve kterém vyrůstáme, ve kterém se nacházíme.

Mezi ně lze přiřadit **Ericha Fromma, Arno Gruena**.

Erich Fromm zastává ve svém díle názor, že člověk je ve své podstatě a přirozenosti dobrý, je mu vlastní benigní, konstruktivní agresivita sloužící k překonávání překážek na cestě k uspokojování potřeb a k obraně jeho vitálních zájmů. Uznává, že v lidech existuje i potencialita k maligní destrukci, agresivitě až nekrofilii, jež je však na rozdíl od první neadaptivní vyvolána neúměrnou frustrací existenciálních potřeb, vyskytuje se pouze u lidí coby následek nevhodných sociálních podmínek.

Arno Gruen napsal knihu „Ztráta soucítění“. Zde není násilné chování vysvětlováno působením pudu smrti či silou agrese, nýbrž deficitem mechanismů, jež je regulují. Zde se může jednat o získané nebo vrozené defekty tlumících regionů v mozku, přes naučení sebeovládání, resp. sociálního chování a empatie až k nedostatečné schopnosti potlačení antisociálních impulzů. Tato destrukce může být následkem potlačení spolucítění, jakousi citovou anestézií, jež umožňuje a usnadňuje násilné chování.

Co vede k potlačení spolucítění? V první řadě je to raná dětská zkušenost bezcitného vztahu. Vcítění se do druhého je něco zcela neznámého, tudíž až ohrožujícího, přinejmenším znejistujícího. Takto, jako ke všemu schopné automaty, byli vychováni sirotci v Rumunsku v příští členy tajné policie, či jsou k tomu doposud vedeny děti v některých afrických státech.

Poněkud mírnější variantou je výchova mladých mužů k odvaze, k tvrdosti, k nepocitování bolesti či naprosté loajalitě. (Poněšický, 2004, s. 27)

Souhrnně lze říci, že agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou vnějšími vlivy, které na člověka působí během jeho života. Záleží na výchově v rodině, ve společnosti, ve které žije. Slouží k formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci.

3. Násilí

- Násilí je takový typ chování, které jiné lidi záměrně ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se ji přivodit, nebo ji přivodí. Jeho míra roste natolik, že se hovoří o epidemii.

František Koukolík

- Násilí je záměrný pokus fyzicky někomu ublížit

Breakwellová

- Násilí je jakýkoliv incident, ve kterém je zaměstnanec slovně zneužit, ohrožován nebo napaden pacientem, nebo příbuznými za okolností souvisejících s výkonem povolání.

The Health Service Advisory

- Násilí je úmyslné použití či hrozba použití fyzické síly (moci) proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.

Světová zdravotnická organizace - WHO

(Haškovcová, 2004)

V dějinách lidstva se násilí projevuje od počátku. V dnešní době se domníváme, že středověk byla doba krutosti a násilností, ale pokud se pořádně podíváme do současnosti, můžeme vidět mnohem více násilností, za příklady nám mohou posloužit obě světové války, holocaust. Naučili jsme se žít s projevy násilí, aniž by to v nás vyvolávalo znechucení. Největší zásluhu na tom mají média, která nám denně přinášejí zprávy o krutostech dnešního světa.

3.1 Základní druhy násilí

➤ **Fyzické násilí** – má řadu forem, může se jednat o :

- poranění
- zranění většího rozsahu
- těžké ublížení na zdraví či dokonce smrt

Dále k fyzickému napadení náleží také *odpírání pití, jídla, léků, odpírání základních hygienických potřeb, promyšlené vystavování oběti chladu nebo extrémnímu teplu* atd.

➤ **Psychické násilí** – čili emocionální újma. Může vyústit v újmu na fyzickém, mentálním, duchovním, sociálním vývoji jedince. Je možné ho použít na jednu osobu, ale i na skupinu osob. Psychické násilí je obtížné prokazovat.

Nejčastěji se jedná o verbální agresi, např.:

- ponižování
- zesměšňování
- zastrašování
- nadávky urážky

Agresor dává oběti najevo, že starost nebo péče o ni stojí mnoho sil a peněz, probouzí v ní pocit nadbytečnosti. Může být zakazován určitý sociální kontakt např. s rodinou, s přáteli, s oblíbeným zvířetem.

Mezi psychické násilí se řadí i bullying/mobbing.

➤ **Sociální násilí** - do této formy se řadí materiální a finanční týrání, tedy *neochota financovat jídlo, ošacení, ale i léky, dále odepření přístupu k úsporám nebo jejich zcizení, převody bytu, domu pod nátlakem*.

➤ **Sexuální násilí** – je to jakékoli neopětované a nevíтанé chování sexuální povahy, které uráží příslušnou osobu a působí na ni tak, že je poděšena, ponížena nebo je uváděna do rozpaků. Děje se zejména na ženách, i na velmi starých, na dětech i mladistvých.

Rozlišujeme následující formy:

- *sexuální zneužívání (týká se dětí)*
- *sexuální obtěžování (nevítané sexuální návrhy)*
- *znásilnění*
- *obchod se ženami*

- **Sebepoškozování** – tento typ agrese je zaměřen vůči sobě samému.

V současné době například endemicky vzrůstá *mentální anorexie (odmítání potravy) a bulimie (přejídání se a následné vyzvracení požitého)*. Uvádí se, že zkušenosti s tímto typem sebepoškozování má zkušenost 20% žen a 12-15% mužů. K takovému jednání vede nejčastěji touha po dokonalosti, kterou především diktuje současná móda, může to být i reakce oběti na předchozí násilí.

Existují i další formy sebepoškozujícího jednání. Extrémním typem sebepoškození je *sebedestrukce, sebevražda*.
- **Institucionální týrání** – jedná se o násilí způsobené institucemi (zejména úřady). K takovým institucím patří i nemocnice. Zde dochází např. k *nedostatku informací, záměrnému odloučení od rodiny nebo snižování kontaktů s ní, nekvalitní péči nebo nejčastěji k nedostatečné snaze řešit pacientovy nebo klientovy problémy komplexně*. Relativně častým prohřeškem je *špatná nebo nevhodná výživa, podcenění nebo nedodržování pitného režimu nebo nadměrné indikace uklidňujících léků* (zejména u seniorů).
- **Mediální násilí**
 - má dvě formy
 - prezentované násilí v hraných filmech
 - znehodnocující, urážlivé informace o některé skupině obyvatel (Romové, „vietnamští spoluobčané“, staří lidé) ve zpravodajských relacích.
- **Rasové násilí** – reprezentuje výraznou formu týrání. Jedná se o fyzické nebo psychické násilí vůči jedinci nebo skupině, jež se odlišuje barvou pleti, jazykem, národností, vyznávaným náboženstvím. Na tomto násilí se může podílet jedinec, skupina, ale i majoritní společnost. Většinou se jedná o azylanty, příslušníky komunit imigrantů. V České republice výrazně dominují Romové. (*Haškovcová, 2004*)

3.2 Viktimizace

„Existuje značný nepoměr mezi pozorností, která je věnována pachatelům násilí a jejich obětem. Ten má jistě celou řadu příčin. Jisté je, že medializovat oběť je eticky sporné, neboť její zveřejnění a následně propíraný osud by ještě prohloubil utrpení, kterému byla vystavena. Přesto, a právě proto, vznikla disciplína, která se jmenuje viktimologie, a která je definována jako nauka o obětech trestných činů.

Viktimizace je název pro proces, ve kterém se v důsledku násilí z člověka stává oběť. Obecně se rozlišují tři fáze viktimizace:

- **Viktimizace primární** - zahrnuje bezprostřední akt násilí a důsledek trestného činu
- **Viktimizace sekundární** - probíhá zpravidla na policii a obsahuje konfrontaci oběti s policisty, vyšetřovacími a procesními orgány a zahrnuje reakce okolí. Pro oběť je to náročná a stresující etapa. Někdy se hovoří o tzv. druhotném zraňování.
- **Viktimizace terciální** – je to fáze, v níž se oběť buď vyrovná s násilím, které prožila, anebo mu podlehne a identifikuje se s modelem tzv. kriminální kariéry (nepříznivé očekávání, že se mi zase něco stane, se naplní).

Proces viktimizace je zákonitý. Je třeba ho dobře znát a věnovat mu v konkrétních případech dostatečnou pozornost, která teprve zakládá náležitou a kvalifikovanou pomoc. Ta je skutečně vysoce potřebná, protože tzv. posttraumatický syndrom, který se rozvine po prožitém násilí, může, pokud není léčen, provázet dotyčnou oběť po celý další život.

Obětí se může stát doslova a do písmene každý člověk. Někdy se hovoří o tom, že si oběť o svůj osud řekla, protože se chovala bázlivě, nebo naopak vyzývavě a stala se hromosvodem agrese násilníka. Faktem je, že se obětí může stát takový člověk, který se náhodně ocitl v nevhodném čase na nevhodném místě. Odborníci se však snaží vytipovat takové faktory, které zvyšují riziko, že se z člověka stane oběť.

Většinou bývají uváděny tyto rizikové faktory :

- osobnostní – někteří lidé jsou skutečně náchylnější k roli oběti, a to pro svůj určitý a daný psychosociální profil. Je pravda, že lidé bojácní, důvěřiví a neobratní se stávají častěji obětí podvodů. Podobně i ti, kteří se vymykají z normy, ať proto, že jsou velmi krásní nebo naopak mají nějaký viditelný handicap, přitahují násilné agresory. Riziko násilí je zvýšeno stejně tak u křehkých a bojácných lidí, jako u vyzývavých.
- behaviorální – někteří lidé se chovají rizikově a neodpovědně. Nedbají ani na upozornění zkušenějších osob a navštěvují, nebo dokonce vyhledávají tzv. viktimogenní lokality. Navštěvují např. opuštěná a neosvětlená místa, nebo naopak ta,

o kterých se ví, že jsou riziková (např. pražské Hlavní nádraží v nočních hodinách, jednotlivě stopují na silnicích). K behaviorálním rizikům musíme také počítat vyzývavé a provokativní chování, ať již je realizováno v normální nebo rizikové společnosti. Svoji roli v rizikovém chování může sehrát také touha po dobrodružství či po zakázaném ovoci, někdy i přesvědčení, že „mě se nemůže přece nic stát“.

- sociální - potenciální oběť patří k rizikové skupině (alkoholici, narkomani, prostitutky a prostituti, hazardní hráči apod.). Také některá povolání lze označit za riziková (např. pracovníci bank a poštovních úřadů, ale i příslušníci policejních sborů). Také zdravotníci a sociální pracovníci patří mezi rizikové skupiny svého druhu (hlavně lékaři záchranné služby a psychiatři).

Obecně platí, že člověk v roli oběti, ať již si to uvědomuje zcela nebo dokonce vůbec ne, je :

- psychicky labilní
- má podlomené nebo zcela utlumené sebevědomí
- prožívá opakované pocity hněvu, lítosti, bezmoci
- chybí mu přirozená radost ze života a ani na svou budoucnost nenahlíží optimisticky
- bývá depresivní se sklony k sebeustrukci
- intermitentně prožívá pocity viny a domnívá se, že situaci zavinil nebo k ní významně přispěl
- nezdědka se považuje za tak slabého a neschopného, že se ani nepokusí vymanit se ze své neutěšené situace
- je-li navíc fakticky závislý na péči agresora, projevuje mu nepochopitelnou oddanost, a to na pozadí směsice obav z totálního opuštění nebo z pomsty.“ (Haškovcová, 2004)

3.3 Příčiny násilí

Zlo, agrese, násilí jde s člověkem ruku v ruce od nepaměti. Agresi máme v sobě zakódovanou. V minulosti potřeboval jedinec přežít v těžkých životních podmínkách. Byl nucen zajistit pro sebe, pro svoji rodinu, pro svůj kmen potravu, obranu.

Pozorování lidí i zvířat ukázala, že násilí je předáváno transgeneračně (týrané děti později také týrají). Psychická zranění vedou k trvalému stresu, narušené vztahovosti a s tím spojeným následkům pro příští generace. Rodina je začátkem všeho. Platí to i o násilí. Dítě,

které vyrůstá v rodině, kde je násilí běžnou součástí života, najednou zjistí, že násilí páchá samo.

Mezi největší rizika pro počátek agresivního chování v dnešní době patří :

- rozpad nebo nestabilita moderní rodiny
- násilí v původní rodině
- komplikovaný průběh těhotenství
- výživa matek v těhotenství (riziko hladovění)
- nechtěné dítě (zejména to, které skončí v ústavní péči v prvním roce svého života)
- šikana ve škole či jinde
- kontakt se skutečným i medializovaným násilím
- osobnostní (zejména citová) labilita
- neschopnost řešit zátěžové situace
- chorobná závislost (manipulativní kultury, tabák, alkohol a drogy).

Širokým tématem je úzkost ze ztráty kontaktu, vztahu, úzkost z opuštění, odmítnutí, ze samoty a vyhoštění. Tyto úzkosti jsou pochopitelně intenzivnější u lidí, kteří něco podobného již zažili, například v citlivé době dětství, a za žádnou cenu nechtějí připustit opakování takového zážitku (retraumatizaci).

Obecně lze říci, že úzkost je tím větší, čím více zátěžová situace převyšuje naše možnosti ji ještě zpracovávat nebo dokonce vydržet. V extrémní podobě sem patří strach z duševního či tělesného mučení, z katastrof, z přepadení a sexuálního zneužívání, v mírnější podobě i ze ztráty zaměstnání, těžké nemoci, či z následků úrazu, ze ztráty všeho, co člověk má a co je mu drahé.

Spíše neurotickým způsobem protiagrese je tzv. projekce, tj. přenášení vlastních, např. agresivních tendencí na ostatní. To si lze představit jednak tak, že člověk velice citlivě vnímá u druhého to, co sám potlačuje, na co musí dávat neustále pozor, a jednak jako zevšeobecňování vlastních hnutí, aplikací na ostatní. Subjektivně tím člověk zároveň získává jakési právo napadnout druhého bez výčitek svědomí, dokonce tímto způsobem může ve skutečnosti bojovat proti vlastním negativním vlastnostem (tzv. projektivní identifikace).

Existují lidé, kteří se snadno dostanou do ráže, a přesto se nenechají strhnout k agresivně - násilnému chování, a na druhé straně se setkáváme s násilnými činy bez doprovodného efektu, jejichž podkladem jsou nenávisť, závist, strach či dlouhá chvíle.

K násilí se sahá tím dříve, čím více se cítí dotčený pachatel v nouzi, neví kudy kam, něco mu přerůstá přes hlavu.

R. Montau rozeznává 5 motivací pro vznik agrese s následným násilím.

- Napětí, jež je vyvoláno přímou aktuální frustrací, narůstáním nezvládnutelného stresu s absencí možnosti řešení či alespoň neškodné abreakce.
- Násilí, jež je výrazem nevole, protestu. Jde zde o chronickou frustraci smyslu a motivace něčeho dosáhnout v důsledku nezájmu rodičů, společnosti či hrubého zacházení.
- Agrese coby prostředek k získání sebevědomí, sebeúcty, hrdosti, coby jediná možnost osvědčit se, projevit odvahu a potlačit zbabělost, slabost.
- Agrese coby motiv sociálního zařazení a reputace ve skupině a například reputace u nepřátelského gangu, přání po získání psychické převahy. Sem by patřily agrese zajišťující určité místo v hierarchii společenství, event. teritoriální agrese.
- Agrese ve své interaktivní funkci něčeho aktivně dosáhnout, přesvědčit se tím o vlivu a účinku vlastního chování. Příležitostně se jedná i o avantgardní roli umělce či vlastence, hájícího národní zájmy proti cizincům. (*Poněšický, 2004*)

3.4 Příčiny násilí na pracovišti

Výskyt násilí na pracovištích vede k poškození mezilidských vztahů mezi spolupracovníky, k narušení práce. Dochází k velkým finančním ztrátám z důvodu časté pracovní neschopnosti, výdajů za soudní spory.

Je všeobecně známo, že existují některá povolání, v nichž jsou pracovníci více ohroženi násilím. Mezi ně patří zdravotníci, záchranáři, sociální pracovníci, hasiči, policisté – souhrnně lze říci pomáhající profese.

Fyzické násilí na pracovištích nebývá tak časté. Vyskytuje se především tam, kde součástí profese je mezilidský vztah, kde se vyskytují klienti pod vlivem alkoholu, drog nebo trpí duševní nemocí, či prožívají psychické trauma.

Psychické násilí je již častější verzí násilí. Na pracovištích se zhoršují mezilidské vztahy, v dnešní době se podporuje dravost, konkurence. Zaměstnavatelé nutí své zaměstnance pracovat přesčas, nedávají jim prostor pro vyjádření nespokojenosti. Dosti často

zaměstnavatelé používají větu : „Pokud se vám to nelíbí, můžete jít. Na vaše místo čekají další.“ Pracovníci mají neustálou nejistotu pracovního místa, jsou ve stresu.

K příčinám násilí na pracovišti lze počítat vše, co člověka frustruje, deprimuje, ohrožuje jeho potřeby. Jsou to zejména :

- špatná organizace práce
- stres
- nekvalitní management
- neobjektivní systém hodnocení
- neřešení konfliktů
- špatné a nevyhovující pracovní prostředí
- převažující neformální struktury nad formálními
- arogance, manipulace s lidmi
- obtěžování, šikanování
- vulgarita
- alkoholismus
- sexuální vztahy
- protěžování jedněch oproti druhým atd.

Hledání objektivních důvodů, proč výskyt násilí na pracovišti roste, je složité. Příčin může být mnoho, např. :

- osobnostní charakteristiky
- práce o samotě, v noci
- práce s lidmi ve stresových situacích
- práce s finanční hotovostí
- špatné pracovní klima a s tím spojený stres
- významné ekonomické a sociální změny
- rostoucí hrozba nezaměstnanosti
- snižování sociálních jistot
- rozpad tradičních hodnot a hodnotového žebříčku
- růst izolace a osamělosti
- životní a pracovní nespokojenost
- frustrace, nadměrný stres

4. Násilí ve zdravotnických zařízeních

Prostředí zdravotnictví je z hlediska násilí rizikové už ve své podstatě. Zaměstnanci přicházejí do přímého styku s lidmi, kteří jsou v těžké životní situaci a ve stresu, a oni sami často pracují pod tlakem.

V ohrožení jsou obě strany. Agresorem mohou být zdravotníci i pacienti, jejich rodiny, návštěvy. Na druhou stranu mohou být obětí též jak zdravotníci, tak pacienti.

Dříve se nejvíce násilí ve zdravotnických zařízeních vyskytovalo převážně na psychiatrických odděleních a na odděleních akutního příjmu, v čekárnách (pokud tam nejsou vhodné podmínky). V dnešní době se do vedoucích pozic dostávají interní oddělení a geriatrická oddělení.

Problém násilí a agrese ve zdravotnických a sociálních zařízeních závisí pravděpodobně na existenci následujících skutečností :

- nedostatečné zajištění bezpečnosti pracoviště
- nejistota vyplývající z reálných obav o ztrátu zaměstnání
- selhání středního managementu v kompetencích zadávání úkolů
- práce s rizikovými skupinami osob
- vysoká pracovní zátěž
- nedostatečná komunikace a nevlídné chování personálu
- chybějící nebo nedostatečný výcvik personálu k řešení konfliktů
- dostupnost léků nebo peněz v nemocnicích, poliklinikách a lékárnách
- neomezený pohyb veřejnosti na poliklinikách a nemocnicích, zvýšená přítomnost organizovaných part, narkomanů, alkoholiků, nespokojených příbuzných a návštěvníků, dlouhé čekací doby na oddělení akutního příjmu a frustrace z nedostupnosti péče
- málo personálu v nemocnicích jako důsledek reforem zdravotní péče a omezování počtu lůžek
- způsob práce s pacientem během vyšetřování nebo ošetřování (izolace)
- úkoly na detašovaných pracovištích nebo oblastech s vysokou kriminalitou
- sestra se může stát obětním beránkem při jednání s pacienty, jejich příbuznými a návštěvníky, kteří jsou ve stresu, mají bolesti, smutek a jsou frustrováni
- dlouhé čekací doby ve zdravotnických zařízeních (ICN, Společně proti násilí, 2001)

4.1 Zdravotník agresor – pacient oběť

V ošetrovatelství se vyskytuje nejvíce institucionální násilí, dále psychické a fyzické. Nejčastějšími oběťmi zdravotníků jsou bezmocní pacienti, staří, děti a dementní nemocní.

Zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních pracují převážně na směny, což je pro organismus velká zátěž, čili stresový faktor. Další příčinou agresivního chování zdravotníků je i různá morálka a charakter pracovníka. Chybí výběr již ve školách, kde se neabsolvují psychologické testy, zda dotyčný zájemce je schopen pracovat v tomto oboru. Je nedostatek personálu, který nemůže zaručit dostatečnou kvalitu péče. Zaměstnanci nejsou školeni nebo jsou nedostatečně proškoleni v umění komunikace. Pracují v časovém presu, díky snižování nákladů se snižují i stavy zaměstnanců a tím se opět zvyšuje stres pro pracovníky. Dalším důvodem může být konkurence. Pracovníci se předhánějí, soutěží spolu, aby měli lepší ohodnocení a výsledkem je opět přetížení, vysílení a stres. Následkem stresu zdravotníka je syndrom vyhoření. Tím se stává necitlivý vůči problémům pacientů.

Agrese zdravotníků se může projevat např. takto :

- Pacienti jsou izolováni, mají nedostatek péče orientované na potřeby člověka. Očekává se, že pacient se přizpůsobí rutinnímu chodu oddělení, aniž by se zohlednily jeho individuální zvyklosti.
- Psychické násilí se obrací proti potřebám starého člověka, na jeho způsob chování se reaguje neprofesionálně a nepřiměřeně.
- Lidé nejsou oslovováni, je s nimi nezdvořile zacházeno, nevěnuje se jim pozornost, personál nereaguje na zvonek.
- Fyzické násilí může být přímý fyzický zásah nebo zákrok, ke kterému pacient nedal povolení. Patří sem kurtování pacienta bez souhlasu, postrkování, bití rukama nebo předměty.
- Zanedbávání bezpečnostních pravidel, hygienických opatření (použití nesterilních obvazů)

4.2 Zdravotník agresor – zdravotník oběť

Jedná se o mobbing a bossing.

Mobbing pochází od slova mob, tzn. srocovat se, dotírat, hromadně napadat. Jedná se o systematické intrikování, šikanování na pracovišti, řízené kolegy s cílem někoho

poškodit, znemožnit a způsobit škodu. Cílem mobbingu je snížení sebevědomí kolegy s následkem psychosomatického onemocnění oběti.

Fáze mobbingového procesu:

- Konflikty. Jestliže se spor, který je zpočátku absolutně nezávažný, neurovná nebo neřeší správně, může otrávit celkovou atmosféru.
- Psychický teror. Kdosi se stane terčem útoků. Útoky se objevují stále častěji, psychický stav oběti se zhoršuje. Postižený jde do defenzivy.
- Případ se stává oficiálním. Mobbing nelze utajit. Dříve nebo později si nadřízený „případu“ všimnou a je tedy nutné zasáhnout. Často se stává, že oběť to vezme za správný konec a neustálé hádky či absence a snížení pracovní aktivity pod vlivem neustálého stresu jsou důkazem toho, na čí straně je vina. Obětní beránek se tak stává obětí i svých nadřízených, kteří ho nevyslechnou nebo se domlouvají za jeho zády.
- Vyloučení. Je nutno se zbavit nepohodlného pracovníka, a pokud nechce oběť dobrovolně odejít, najde se celá řada prostředků, jak ho zničit.

Bossing – základem je slovo boss, čili šéf, předák, vedoucí. Tento termín znamená úmyslné intrikování, šikanování ze strany nadřízeného. Praktiky jsou přeci jenom rasantnější než v předchozím případě, např. odmítání dovolené, pohrůžka výpovědi, snížení platu apod. Šikanování ze strany nadřízených je horší, protože nadřízený má rozhodovací pravomoci, řídicí nástroje. Důvodem bossingu mohou být obavy z konkurence. (*Wikipedia, 2009, on-line*)

4.3 Pacient agresor – zdravotník oběť

Ošetřovatelství patří k typicky ženským profesím. V některých zemích se násilí vůči ženám toleruje. Tato tolerance může pro sestry a ostatní zdravotníky – ženy představovat zvýšené riziko. Téměř se akceptuje, že násilí patří k ošetřovatelství a mnoho sester často cítí, že jsou považovány za „legitimní cíl“ a že ostatní členové společnosti považují násilí za součást sesterské práce.

Mezi pachatele násilí ve zdravotnictví patří především

- lidé, jenž jsou pod vlivem drog nebo alkoholu
- jedinci, kteří měli problematické dětství
- pacienti trpící duševní nemocí

- akutně psychicky narušení pacienti
- pacienti, kteří mají v anamnéze násilnické chování

Tito lidé častěji ztrácejí kontrolu nad svým chováním a veškeré své zábrany. Agresoři přicházejí často ze sociálně nižších vrstev (dlouhodobě nezaměstnaní, bezdomovci).

Násilnický pacient může trpět pocitem bezmoci, bezpráví. Důvodem k agresivitě může být i to, že násilník žije v subkultuře, kde je agresivní styl chování (zastrašování, vyhrožování nebo jakékoli násilí) normou a on se jinak chovat neumí, čili je to jeho normální chování. Další důvod nepříjemného chování pacienta vůči zdravotníkům může být, že pacient ve svém životě, ve své profesi je dominantní a očekává, že to tak bude i ve zdravotním zařízení.

Je potřeba se také zmínit, že za některé násilnické projevy pacientů si mohou zdravotníci sami. Pacienti nebo jejich doprovod očekávají rychlé řešení, že jim bude pomoheno a místo toho narazí na byrokracii, personál si pacienta „přehazuje jako horký brambor“, zdravotníci se mezi sebou dohadují o kompetencích apod.

Někteří zdravotníci mají určitý typ chování, vzhledu, postoje, které jsou pravděpodobně spouštěcím signálem útoku, ať už verbálního nebo fyzického.

Potenciálními oběťmi v řadách zdravotníků jsou :

- pracující na odděleních akutního příjmu, rtg laboranti
- zaměstnanci, kteří ve zdravotnictví nepůsobí dlouho (nemají dostatek zkušeností, jsou nejistí)
- mladé ženy
- členka skupiny (u nás Romka)

4.4 Zdravý člověk & Nemocný člověk

Co je zdraví? Jak definovat nemoc? Na tyto otázky odpovídá tato kapitola. Zjistíme v ní, zda je rozdíl mezi chováním zdravého a nemocného člověka. Nahlédneme zde, jak se cítí nemocný, co prožívá, pokud je vytržen ze svých obvyklých činností.

Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody.

Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho)

WHO, 1946

Nemoc je porušení rovnováhy organismu; dojde k porušení části těla (tkáně, orgánu) nebo funkční souhry orgánů nebo psychického prožívání

WHO, 1946

Nemoc je "necítění se dobře" v důsledku subjektivní případně objektivní tělesně duševní újmy, s nebo bez subjektivní, medicínské nebo sociální potřeby pomoci, v důsledku poruch v harmonické součinnosti jednotlivých funkčních součástí a subsystémů organismu.

Buchborn

Nemoc je jako narušení a ztráta homeostázy, selhání adaptačních mechanismů organismu vlivem nepříznivých vlivů vnějšího prostředí.

Heřman Šikl

Nemoc je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů.

(Wikipedia, 2008, on-line)

4.5 Ovlivnění života nemocí

Nemoc je pro jedince přítěž, přináší mu potíže v dosavadním životě. Během nemoci se musí vyrovnat s tím, že ho ovlivňuje, musí přizpůsobit svoje potřeby a tím dochází k frustraci. Záleží na jedinci, na kterého působí vnější vlivy, na jeho temperamentu, jak se s touto situací vyrovná. Nemocný člověk je často nucen se adaptovat na bolest. Nemoc mění mezilidské vztahy - jedinec je odtržen od své rodiny, svých přátel; pokud je hospitalizován je potřeba navazovat nové vztahy se zdravotnickým personálem, s ostatními nemocnými na pokoji. Má strach z nemoci, z následků nemoci, z diagnostických a léčebných zákroků, bojí se bolestivých výkonů a bolesti samé. Hůře pacient prožívá, pokud následky nemoci budou více viditelné. Někdy nemocný musí změnit svůj styl života, a to nejen v době nemoci, ale i po nemoci. Díky tomuto se může změnit jeho sociální, ekonomická situace.

Při nemoci dochází k neuspokojování celé řady potřeb.

Každé onemocnění ovlivňuje člověka, jeho chování a reakce, emoční projevy, některé rysy osobnosti. Člověk pak bývá náladový, mrzutý, plačtivý, mohou se projevovat různé poruchy spánku. Významnou roli v prožívání nemoci hrají předchozí zkušenosti s nemocí, s hospitalizací, s chováním zdravotníků.

Bolest je fyziologickým signálem nemoci. Funguje jako varovný signál, má ochrannou funkci pro organismus. Vnímání bolesti je u každého člověka jiné. Prožitek bolesti je závislý na stavu organismu, na osobnosti nemocného. Reakce člověka na bolest je odrazem i dalších faktorů :

- věk nemocného
- intenzita bolesti
- doba, po kterou bolest působí
- denní doba, kdy působí – ráno, během dne, v noci
- únava
- strach
- nejistota jedince
- chování nebo výraz blízkých, zdravotníků

Nemocný může mít sníženou schopnost vykonávat běžné každodenní činnosti. Jestliže se tento problém snížení projevuje delší dobu, může to jedince frustrovat a následně to u něho vyvolat pocity méněcennosti. Je ovlivněn psychický stav člověka. Jeho reakce pak mohou být nepřiměřené.

Pokud je člověk bezmocný, odkázaný na péči druhé osoby, může to u něho vyvolat pocity zahanbení, méněcennosti. Nemocný může sám sebou pohrdat. Takovýto stav se může vytvořit i pokud je bezmocnost pouze krátkodobá.

Každý z nás se dostává do náročných životních situací. Ty znamenají zátěž pro náš organismus. Je potřeba se s takovými stavy rychle vyrovnat, protože jinak je ohrožena naše duševní rovnováha. Následkem je stres, úzkost, při dlouhodobém působení i vznik psychosomatických onemocnění.

Nemoc je pro člověka zátěž, která přináší problémy a komplikace. Stává se tzv. **svízelnou situací**, jež může přerůst až v životní krizi. Člověk se mnohým situacím postupně přizpůsobí. Ale někdy se aktivují obranné mechanismy, které přizpůsobení brání. Tento stav nazýváme neadaptivní chování, čili maladaptace.

„Pod pojmem neadaptivní chování se skrývá takové chování, které není věcnou a účinnou odpovědí na danou situaci. Většinou nevede k reálnému, účelnému, cílenému řešení. Daná situace se tím nijak adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje. Není jednoduché určit, proč se lidé liší v používání různých způsobů chování a jak tyto mechanismy vznikají. Lze však říci, že vedle vrozených dispozic uplatňuje učení ovlivněné životními, a hlavně společenskými podmínkami. V průběhu vývoje člověka se upevňují obranné mechanismy, jejich užití se opakuje, a které při kladném výsledku mohou být posilovány. Jsou to :

- Agrese – projevuje se u dětí i u dospělých, může mít formu křiku, fyzického násilí, záchvatu vzteku, výhrůžek gestikulací, mimiky, urážky, ironie atd.
Mnohdy se jedná o upoutání pozornosti personálu nebo negativní reakce na omezení styku s okolím.
- Negativismus – vidíme často u dětí, které se brání proti omezování samostatnosti nebo proti nadměrnému, bezohlednému vnučování požadavků. U dospělého to bývá projev snahy o samostatnost a opozici za každou cenu, někdy projev bezradnosti. Člověk dělá opak toho, co se po něm žádá, někdy tím jen chce upoutat pozornost. S nemocnými v takovéto situaci je špatná spolupráce, nedodrží léčebný řád.
- Regrese – návrat k projevům dřívějšího vývojového období, k vývojově primitivnějšímu chování, než odpovídá věku nemocného. Můžeme se s tím setkat u dětí.
- Fixace – je ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě nebo při uspokojování určité potřeby, ale také může jít o zastavení vývoje jedince.
- Projekce – spočívá ve svádění viny za svůj čin či přestupek na někoho jiného nebo může jít o přisuzování vlastních rysů, motivů, názorů a myšlenek jiným lidem. Dospělí pomocí projekce někdy zdůvodňují své neúspěchy, hovoří o tzv. objektivních příčinách nebo vlastní chyby připisují ostatním.
- Racionalizace – jde o rozumové vysvětlení problému či neúspěchu. Člověk sám sobě zdůvodní a vysvětlí, proč tak jedná, nebo dokonce sníží i význam cíle, kterého se mu nepodařilo dosáhnout. Nemocný člověk někdy sám sebe přesvědčí, že jeho onemocnění nebo výsledky vyšetření nejsou závažné. Racionalizace snižuje napětí, pocit viny a neúspěchu tím, že si člověk přikrášluje motivaci.
- Únik – patří k velmi častým formám neadaptivního chování. Děti i dospělí jedinci uplatňují různé druhy úniku, což je chování před nepříjemnou situací.

- Identifikace – žádoucí vlastnosti jiných lidí připisujeme sobě nebo se přímo s těmito jedinci ztotožňujeme. Člověk hledá oporu v silné osobnosti. Ve zdravotnictví se s identifikací můžeme setkat u nejistých osob, kteří mezi ostatními zdůrazňují své postavení, známosti s lékaři, možnosti další speciální léčby atd.
- Kompenzace – vzájemné vyrovnání nebo poskytnutí náhrady. Jde o situaci, kdy se jedinec neúspěšný v určitém oboru snaží vyniknout v jiné sféře. Tato oblast je silně využívána ve zdravotnictví, především u osob s nějakým omezením nebo postižením, které svůj handicap kompenzují dosahováním úspěchů v oboru jiném.
- Rezignace – odevzdání se, zřeknutí se. Jde o stav člověka, který je provázen lhostejností, pasivitou, apatií ve vztahu k zátěži, depresivními pocity a bezmocí. U nemocného člověka se můžeme s rezignací setkat při informování o jeho vážném zdravotním stavu nebo u starých a dlouhodobě nemocných, kteří postupně ztrácejí motivaci vyrovnávat se s obtížnou situací.
- Represe – potlačení jakéhokoliv přání či nápadu, a to ještě před jeho vyslovením. Někteří nemocní mají problémy či zábrany komunikovat se zdravotnickým personálem a požádat jej o jakoukoliv formu pomoci.
- Disociace – rozklad nebo také rozpad. Signalizuje, že ve svízelných situacích může dojít k narušení jednoty osobnosti. Nejčastěji dochází k tzv. nutkavému jednání jako obraně organismu, což má redukovat úzkost.
- Egocentrismus – projevuje se především tím, že nemocný přes své problémy není schopen vnímat situaci kolem sebe, a to jak ostatních nemocných, tak ani zdravotníků. Někteří nemocní touží být středem pozornosti a zájmu a vůbec netuší, že svým chováním mohou vytvářet problémy ostatním.
- Izolace – jde o vystupňovanou formu úniku, která nemocnému umožňuje vyhnout se některým zátěžím, zklamáním, neúspěchům.
- Opačné reagování – projevuje se v zesíleném odporu vůči potlačované tendenci. Jde o chování, které je protichůdné skrytým přáním či motivům. U nemocných bývá velmi často na různých úrovních. Může jít o averze vůči ostatním nemocným, kdy člověk potlačuje negativní city, až odpor vůči nim, ale chová se starostlivě, nebo směrem k sobě, kdy se bojí projevit své emoce, aby toho okolí proti němu nezneužilo.“

(Zachrová, Hermanová, Šrámková, 2007)

5. Napadení

Mezi nejčastější projevy nastupujícího nebo právě probíhajícího neklidu, který pravděpodobně vyústí v nějakou formu agrese, patří :

- **projevy v chování bez fyzického násilí**
 - rozrušení
 - velká nervozita
 - nápadná gestikulace
 - podupávání
 - kopání do předmětů
 - prudké klepání
 - bouchání dveřmi
 - házení dokumentace na stůl
- **neverbální projevy**
 - sevření pěstí
 - upřený nebo provokativní pohled přímo do očí
 - napjatá tvář
 - objevuje se agresivní úšklebek
 - semknuté rty
 - objevují se tiky, které předtím agresor neměl
 - nervózní pomrkávání
 - nepravidelný hlasitý dech
- **agrese**
 - agrese v řeči
 - vulgarismy
 - urážky
 - výhrůžky
 - narušení osobní zóny zdravotníka
 - strkání

I napadení má svá pravidla, své fáze, kterými si agresor a oběť procházejí. K rozvinutí agresivního jednání je potřeba nějaký spouštěč, který vyvolá příslušnou reakci.

➤ První fáze napadení je **spouštěcí fáze**. Je potřeba, aby pacient byl vyladěn k agresi, aby byly přítomny spouštějící faktory. Mezi ně patří :

- ocenění agrese, tzn. že má agresor diváky, např. spolupacienty, partu přátel
- přítomnost stresorů - Stresorem mohou být vnější vlivy v prostředí, kde se agresor nachází (hluk, barvy, vůně, osvětlení, teplota, ventilace, přeplněné prostředí), ale i nevhodné chování zdravotníků.
- špatná interpretace reality a to např. vlivem duševního onemocnění
- vliv omamných látek, jakými jsou drogy, alkohol
- zdánlivé ohrožení klienta nebo jeho blízkých. Tímto ohrožením se rozumí bolestivý výkon, strach o dítě nebo partnera.

Důvodem k agresi může být i přecitlivělost na něco, na někoho. Pacientovi například vadí, že někdo z personálu zdravotnického zařízení, jež ho má ošetřovat, má dredy, piercing, tetování.

➤ Druhou fází je **eskalace násilných projevů**. Pod tímto pojmem se skrývají kroky, které vedou k násilnému projevu. Záleží na interakci mezi agresorem a potenciální obětí. Pacient např. nedůvěřuje konkrétnímu zaměstnanci, který s ním má co do činění, není mu sympatický apod. V tomto případě je lepší, když dotyčný zdravotník je vyměněn za jiného. Pokud má oběť strach,, může se snažit přesvědčit násilníka o své moci. Tím u něho vyvolá pocit ohrožení, který může vyústit v neadekvátní obranu = útok.

➤ Třetí fází je **krize**. Při ní dochází ke střetu s agresorem.

➤ Čtvrtou fází **uklidnění**. Dojde k vybití agrese, k uklidnění, uvolnění.

➤ Poslední, čili pátou fází je **postkrizová deprese**. Dělíme ji na krátkodobou, dlouhodobou.
(Venglářová, Sestra, 2005)

5.1 Komunikace s agresivním pacientem

Abychom předešli napadení nebo snížili riziko napadení, je nutné znát projevy blížící se agrese. Tyto projevy by měli znát všichni zdravotníci, být proškolení v komunikaci s agresivním pacientem. Pravidla v chování i v komunikaci mohou pomoci zdravotníkům při řešení násilnických situací.

Na části nepřiměřeného chování se spolupodílejí zdravotníci. K rozvoji konfliktu je potřeba minimálně dvou lidí, kteří jednají komplementárně. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Při komunikaci je potřeba dodržovat tyto postupy:

- je potřeba zachovat klid při jednání s pacientem nebo s jeho rodinou
- nenechat se vyprovokovat, neodpovídat protiútokem, protože agrese vyvolává opět agresi a dochází k spirálovému posilování
- pozorně vyslechnout stížnost
- nehodnotit chování, neodsuzovat nemocného
- vyjádřit empatii a porozumění verbálními i neverbálními prostředky
- snažit se hledat reálně důvody pacientova hněvu
- nemocnému vyhovět, pokud to jde. Pokud ne, klidně vysvětlit naše stanovisko a vyjádřit pochopení s nepříjemnými následky

Je vhodné, aby se v komunikaci objevily i uklidňující vlivy :

- Zdravotníci nesmějí dominovat - tím dojde ke snížení tenze mezi agresorem a obětí. Pokud oběť (zdravotník) odmítá jít do střetu, je to znát z jeho chování a tím se snižuje napětí i u agresora.
- Volit pomalé tempo řeči - pacient přijme naše tempo řeči, dojde ke zpomalení psychomotorického tempa. Na druhou stranu velmi pomalá řeč může pacienta provokovat ještě více.
- Posadit pacienta - pokud pacient gestikuluje, posazení ho psychicky zklidní. Samozřejmě, pokud rezolutně tento postup odmítá, nebude ho zdravotník nutit, opět by došlo ke zvýšení agrese.
- Udržovat oční kontakt - oční kontakt je nutné přerušovat krátkými pohledy po místnosti.
- Ponechat otevřenou ústupovou cestu - sobě i pacientovi. Pacient tak má možnost utéct a nemusí zdravotníka napadnout.
- Odvrátit pozornost jinam - pokud to jde, snažit se zavést pozornost jinam, odložit nebezpečné téma na jinou dobu.
- Zachovat empatii vůči potřebám nemocného - pokud je to možné, snažit se o pokrytí potřeb pacienta, např. nechat ho zakouřit, umožnit mu telefonování.

- Žádat o pomoc – nebát se přiznat, že, mám strach. Nebát se požádat někoho o pomoc. Mít připravený telefon. Znat dopředu telefonní čísla či signalizaci pro případ napadení. (Venglářová, Mahrová, 2006)

5.2 Následky napadení

Sestry bohužel často přijímají násilí jako něco, co k jejich práci patří. Tento názor má i laická veřejnost. Existují názory, že pokud je viníkem pacient, soudní žaloba je neprofesionální a neetická. Sestry raději často vezmou vinu na sebe. V některých kulturách je přijímána jistá míra násilí, zvláště vůči ženám. Dokonce i ve vyspělých společnostech se často předpokládá, že souhlas s výkonem práce sestry předpokládá automaticky i souhlas s jistou mírou násilí.

Pokud je zdravotník napaden, zcela jistě to na něm zanechá důsledky. Reakce napadeného je různá. Každý člověk reaguje na traumatický zážitek podle typu osobnosti, podle svých předchozích zkušeností, svého naučeného chování (jak vědomého, tak nevědomého). Každý jedinec má svoji stupnici hodnot, proto je pro někoho určitá situace hůře snesitelná než pro jiného. U vnímavé oběti se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Odborníci, kteří se touto poruchou zabývají, dělí její příznaky na :

- **vtíravé** – jsou to pocity, které postižený neustále prožívá, neustále se mu traumatizující událost vrací, ve dne na ní myslí, v noci má o ní živé sny. Spouštěčem vzpomínek může být cokoli, co připomíná prožitou událost.
- **únikové** – oběť se vyhýbá jakýmkoliv vzpomínkám na prožitou událost. Může to být i důvodem, proč nechce vyhledat odborníka, protože by s ním musel o prožitku hovořit, znova ho prožívat i s tím, že by se vrátily sny. Snaží se chovat tak, aby nemohl přijít do styku s něčím, co by vzpomínky vrátilo. Napadení zdravotníci se uzavřou do sebe, vyhýbají se kontaktu s lidmi, s pacienty, což samozřejmě ovlivňuje jejich práci.
- **nadměrné vzrušení** – traumatizovaný jedinec je neustále ve střehu, očekává, že se mu může něco podobného přihodit. Je roztržití, špatně se soustředí, třeba i na práci. Pocit neustálého napětí může vyústit ve vztek, i bezdůvodný.

Tyto příznaky se mohou projevit za různě dlouhou dobu. Mohou nastat hned po napadení nebo až s odstupem několika měsíců, dokonce i let. Lidé po traumatickém zážitku mívají problémy se spánkem, z toho důvodu jsou unavení, podráždění, úzkostní. Mají pochybnosti o sobě samém, stále se sami sebe ptají, proč se to stalo zrovna jim, čím to vyprovokovali. Mohou se chovat sebedestruktivně, může se u nich rozvíjet alkoholismus (po alkoholu se jim lépe spí), narkomanie, mohou mít poruchy příjmu potravy.

Po napadení může zdravotník od kolegů pociťovat podporu, ale i naopak obviňování, že si za danou situaci může dotyčný sám (např. svým chováním, necitlivostí vůči potřebám pacientů). Kolegové mohou vyjadřovat svoje postoje verbálně i neverbálně.

Po napadení je na prvním místě léčba fyzických poranění, ale duševní újma se již skoro neřeší. Někteří napadení potřebují terapeutickou pomoc, jiní se s tímto problémem chtějí vyrovnat sami. Jak již bylo řečeno, záleží na člověku samém, jak bude reagovat dále.

Uzdravení z traumatu je složitá a dlouhodobá záležitost. Postižený by neměl být na tuto etapu sám. Nejlépe by bylo, kdyby docházel k odborníkovi na terapeutická sezení. Ale pokud se nechce psychoterapeutovi otevřít, tuto pomoc mohou poskytnout i přátelé nebo rodiny.

Důležité je, aby dodrželi tyto postupy:

- nemocné pozorně vyslechnout
- respektovat jejich pocity
- nabídnout podporu a jistotu, nikoliv soucit
- nepokoušet se oběti radit, co by měla dělat nebo cítit
- nekritizovat ani neobviňovat
- chovat se k nim s úctou a nedělat narážky, že si trauma vymýšlejí nebo o něm mluví jen proto, aby na sebe upoutali pozornost. (*Porterfieldová, 1998*)

Pro postiženého je trauma celoživotním zážitkem. I když překoná posttraumatickou stresovou poruchu, celý život mají tuto událost v sobě uloženou, pouze už na ni tolik nereagují. V budoucnosti se mohou vzpomínky vrátit při nějakém dalším stresu.

„Předpokládá se, že oficiálně nahlášená je jenom pětina případů. Většina sester, které veřejně oznámily násilné činy, měla pocit, že se jejich oznámení nebralo vážně a že jejich námaha byla zbytečná. Zaměstnavatelé se obávají, že by zveřejnění násilných incidentů neprospělo pověsti zdravotnického zařízení, a proto se nesnaží vytvářet pozitivní prostředí pro ohlašování případů násilí.“

I když právně nelze od sester žádat tolerování zneužívajícího a násilného chování, zřídka kdy dojde k žalobě. Pokud se násilí dopustil pacient, pak se na žalobu může pohlížet jako na něco neetického a neprofesionálního. Sestry často samy sebe obviňují z neschopnosti zvládnout agresivní chování a necítí se ani dostatečně připravené hájit své kompetence a práva u soudu. Žaloba však může být součástí uzdravování. Stejně tak může žaloba být i způsobem, jak se domoci náhrady škody. Žaloba není možná ve všech případech, např. psychotičtí pacienti nejsou zodpovědní za své činy.“ (*Jak zvládnout násilí na pracovišti*)

5.3 Násilí z pohledu práva

Tato část se zabývá násilím z pohledu platné právní úpravy a zaměřuje se pouze na způsoby ochrany zdravotnických pracovníků před násilím; ta vychází především z Listiny základních práv a svobod (ú.z. č. 23/1991 Sb., kterým se uvozuje LZPS). Mimo jiné, podle Hl. páté LZPS čl. 36 odst. 1 se může každý domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu.

Každý člověk, který je obětí násilí, se může domáhat svého odškodnění. Je pouze rozdíl v tom, jaké právo k tomu použije. Záleží na konkrétních okolnostech, zda bude uplatněna cesta občanskoprávní, trestně právní nebo pracovněprávní. Tématem této práce je násilí ve zdravotnictví, já jsem si vybrala užší specifikaci, kdy obětí je zdravotník a agresorem je pacient, jeho rodina, návštěva. Z tohoto pohledu je vypracována tato část práce.

„Do práv sestry může zasahovat především pacient nebo zaměstnavatel, ale také spolupracovníci. Může se jednat o způsobení škody majetkové, ale také o nemajetkovou újmu. Je třeba zdůraznit, že pokud někdo do práv sestry zasahuje, pak si hájit svá práva musí sestra sama.“ (*Vondráček L.,J. 2006*)

Občanskoprávní obecné právo vymezuje především zákon č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník ve znění zákonů pozměňujících a doplňujících. Ten se například ve své první části v hlavě 2 zabývá ochranou osobnosti. Pro účely této práce považuji za důležitý § 11 a § 13 občanského zákoníku. Zjednodušeně lze říci, že § 11 udává, na co má postižená osoba právo, § 13 zase čeho se může poškozený, oběť domáhat.

Podle § 11: „Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.“

Podle § 13: „Fyzická osoba má právo se zejména domáhat, aby bylo upuštěno od neoprávněných zásahů do práva na ochranu její osobnosti, aby byly odstraněny následky těchto zásahů a aby jí bylo dáno přiměřené zadostiučinění.“ Druhý odstavec rozšiřuje předchozí : „Pokud by se nejevilo postačujícím zadostiučinění podle odstavce 1 zejména proto, že byla ve značné míře snížena důstojnost fyzické osoby nebo její vážnost ve společnosti, má fyzická osoba též právo na náhradu nemajetkové újmy v penězích. A konečně třetí odstavec tohoto §u říká, že výši náhrady určuje soud, který přihlíží k závažnosti újmy.

Ještě je nutné poznamenat, že pokud vznikne poškozenému například nějaká majetková újma nebo škoda na zdraví, a nejedná se zrovna o následky trestného činu, způsob a rozsah náhrady řeší § 442 až 450 o.z.

Dalšími body práce jsou přestupkové právo a trestní právo.

Zákon o přestupcích byl vyhlášen pod č. 200/1990 Sb. a mnohokrát byl novelizován. Jsou zde řešeny taková zaviněná jednání, deliktní činy, které nejsou svojí závažností předmětem trestního zákona. Řízení o přestupcích přináleží obecním (městským) úřadům a řízení o trestných činech soudům.

Za přestupek je možno uložit napomenutí, pokutu. Pokud uplynul 1 rok od spáchání přestupku, nelze se domáhat náhrady. Pokud přihlédneme k tématu, můžeme poukázat například na § 49 zákona o přestupcích, což jsou přestupky proti občanskému soužití. Podle § 49 odst. 1 písm. b) se přestupku se dopustí ten, kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví. Za tento přestupek lze uložit pokutu do 3000 Kč.

Co se týká trestněprávní oblasti, konkrétně trestního zákona, je nutné zaobírat se tím, že byl pod č. 40/2009 Sb. vyhlášen zcela nový trestní zákoník, který však nabývá účinnosti až od 1. ledna 2010. Doposud je účinný zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon ve znění zákonů pozměňujících a doplňujících.

Nejdříve se budu zaobírat stávajícím trestním zákonem. Účelem trestního práva je chránit zájmy společnosti, práva a zájmy právnických i fyzických osob. Prostředky **trestního práva** jsou : pohrůžka tresty, ukládání a výkon trestů a ochranná opatření. V tomto trestním zákoníku jsou zákony, které přesně definují trestné činy vztahující se k násilí. Hlava 7 vymezuje trestné činy proti životu a zdraví.

Na začátek můžeme uvést § 219, který pojednává o vraždě. **Vražda** je úmyslné usmrcení. I takové jednání pachatele proti zdravotnickému pracovníkovi zejména lékaři nelze vyloučit. Za tento čin může následovat trest v podobě odnětí svobody na dobu 10 až 15 let.

Další ustanovení, konkrétně § 221 a § 222, se týkají **úmyslného ublížení na zdraví**. Rozdíl mezi nimi je ten, že § 222 pojednává o těžké újmě na zdraví. Vtírá se otázka, co je těžká újma a co je prosté ublížení na zdraví? Odpověď není jednoznačná. Záleží na právnících, soudcích, na jejich vlastní interpretaci. Teoreticky by se dalo říci, že do prostého ublížení může být zařazen „monokl“, do těžké újmy fraktura. Nejdůležitější pro naplnění jednání pachatele je nutné to, že jeho jednání musí být spácháno s úmyslem někoho poškodit. Takové jednání nemusí být předem připravováno. Klasickými příklady z praxe jsou medializované případy jednání zejména osob pod vlivem alkoholu vůči záchranné službě v akci. Za tento čin následuje trest odnětí svobody až na 2 roky, pokud z důvodu tohoto činu dojde ke smrti, trest se zvyšuje na odnětí svobody na dobu 3 až 8 let, jestliže se jedná o prosté ublížení na zdraví. V případě těžké újmy se trest zvyšuje na odnětí svobody od 2 do 8 let. V případě, že tímto činem způsobí smrt, může být pachatel potrestán odnětím svobody na dobu 10 až 15 let, event. výjimečným trestem.

Další ustanovení týkající se daného problému jsou § 223 a § 224. Zaobírají se **nedbalostním ublížením na zdraví**. A opět jsou rozděleny na prosté ublížení a těžkou újmu. Důležité je slovo nedbalost, čili k činu dochází z nedbalosti. Jedinec nedělal přesně, co měl, jak měl, ale neměl v úmyslu ublížit. Pokud někdo jinému ublíží z nedbalosti, tím že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, funkce, může být potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

Nyní se budeme zabírat tzv. novým trestním zákoníkem (zák. č. 40/2009 Sb.), účinným od 1. ledna 2010. Oproti stávajícímu trestnímu zákonu jsou Trestné činy proti životu a zdraví přesunuty z Hlavy sedmé do Hlavy první. Ve stávajícím trestním zákoně (140/1961 Sb.) jsou v Hlavě první skutkové trestné činy, které se vztahují proti základům republiky, cizího státu nebo mezinárodní organizaci.

To, že jsou trestné činy proti životu a zdraví zahrnuty do Hlavy první, je vidět, že násilí je v posledních letech velice diskutované, jeho řešení a prevence nabývá na čím dál větší důležitosti. Nový trestní zákoník je ve vymezení trestných činů přehlednější.

Pro účel této práce je však podstatné to, že oproti stávajícímu trestnímu zákonu vyslyšel zákonodárce zdravotnickou veřejnost a u skutkových podstat trestných činů dle Hlavy první **zvláště vyjmenovává jako napadený subjekt zdravotnické pracovníka při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání**. Opět zde můžeme polemizovat, kdo je zdravotník při výkonu povolání. Pokud si násilník na zdravotníka počká např. až půjde

z práce, aby se mu pomstil za domnělou předchozí újmu (nesprávně provedený zdravotní úkon), vztahují se níže uvedené skutkové podstaty trestních činů i na tento případ?

§ 145 nového trestního zákoníku (dále jen TZ) je obdobný jako § 222 stávajícího TZ. Týká se úmyslného těžkého ublížení na zdraví. Zdravotníci jsou zde definováni v druhém odstavci písmene e). Trest odnětí svobody má sazbu 5 až 12 let.

§ 146 nového TZ je podobný § 221 stávajícího. Zdravotníkům se týká druhý odstavec písmene d) s trestem odnětí svobody v rozsahu od 1 do 5 let.

§ 147 a § 148 nového TZ jsou obdobou § 223 a § 224 stávajícího. Jedná se o činy způsobené vlivem nedbalosti. Tresty mohou být buď odnětí svobody nebo zákaz činnosti. Rozdíl jsou v délce trestu. U § 147 se jedná o odnětí svobody na dobu až 2 roky, u § 148 až na jeden rok.

Nový trestní zákoník má ještě § 141, který pojednává o **zabití**. „Kdo jiného úmyslně usmrtí v silném rozrušení, strachu, úleku nebo zmatku anebo v důsledku zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři léta až 8 let.“

Aby mohl být pachatel za výše uvedené trestní činy trestně stíhán a odsouzen, musí být trestně odpovědný. Kdo není za své činy odpovědný? Podle trestního zákoníku není možné trestně stíhat osobu, která nedovršila 15 let, ale v novém trestním zákoníku (40/2009) je věková hranice snížena na 14 let. Dalším jedincem, jenž je zbaven odpovědnosti, je osoba duševně chorá. Je to takový člověk, který není schopen díky své chorobě rozlišit nebezpečnost svého jednání nebo není v jeho možnostech ovlivnit své jednání. Nabízí se další otázka. Pokud je pachatelem osoba, která není trestně odpovědná z výše uvedených důvodů, má napadený možnost uplatňovat nárok odškodnění? Odpověď zní : Ano.

V těchto případech lze uplatnit svá práva skrze zaměstnavatele, což nám umožňují pracovněprávní předpisy. Konkrétně zákon č. 262/2006 sb. **zákoník práce** v platném znění. Zákoník práce upravuje náhradu škody v Části jedenácté. Zvláště potom v Hlavě třetí této části upravuje odpovědnost zaměstnavatele za škodu.

Ustanovení § 265 se týká obecných podmínek odpovědnosti zaměstnavatele vůči zaměstnanci za vzniklou škodu. V něm se udává, že zaměstnavatel je odpovědný zaměstnanci za škodu, která mu vznikla při plnění jeho pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním.

Část čtrnáctá Hlava jedna upravuje přechodná ustanovení. Tato ustanovení se týkají pracovních úrazů a jejich následků. Pro účely této práce upozorním na §§ ve třetím a čtvrtém oddíle. Třetí se zabývá druhy náhrad, čtvrtý také druhy náhrad, ale již při úmrtí zaměstnance.

Jedná se o tyto §§ : 369, 370, 372, 373, 375, 376, 377, 378. V rámci zestručnění tématu nebudu rozepisovat všechny výše uvedené §§.

Podle § 369 : „Zaměstnanci, který utrpěl pracovní úraz nebo u něhož byla zjištěna nemoc z povolání, je zaměstnavatel v rozsahu, ve kterém za škodu odpovídá, povinen poskytnout náhradu za

- a) ztrátu na výdělku,
- b) bolest a ztížení společenského uplatnění,
- c) účelně vynaložené náklady spojené s léčením“

§ 370 pojednává o náhradě za ztrátu výdělku po dobu pracovní neschopnosti, pokud příčinou pracovní neschopnosti byl pracovní úraz.

§ 372 udává, že náhrada za bolest a ztížení společenského uplatnění se poskytuje pouze jednorázově.

§§ 375, 376, 377, 378 udávají náhrady pro pozůstalé v případě smrtelného pracovního úrazu nebo při úmrtí v důsledku předchozího pracovního úrazu.

5.4 Prevence

Prevenci násilí lze rozdělit na :

- Primární – má za úkol předejít násilí, než se objeví. Jejím hlavním úkolem je vzdělávání pracovníků.
- Sekundární – je zaměřena na bezprostřední reakci zdravotníků po incidentu, jako neodkladná pomoc a lékařská pomoc, pokud je potřebná. Velmi důležitou roli zde hraje psychologická pomoc.
- Terciální – je zaměřena na dlouhodobou péči jako je rehabilitace, např. u znásilnění, při týrání.

Je možné násilí předcházet? Dá se říci, že je nutné násilí předcházet a to i pokud se jedná o násilí pouze verbální. Největší zájem na prevenci násilí by měl být zaměstnavatel. Násilí na pracovišti by mělo být pro zaměstnavatele jedním z důležitých bodů v péči o své zaměstnance. Zaměstnavatel nese zodpovědnost za zdraví a život zaměstnanců. Každý zaměstnanec má právo na zajištění bezpečnosti při výkonu povolání.

Pokud je zdravotník vystaven násilí, může u něho dojít k syndromu vyhoření, což má pro zaměstnavatele důsledek jako neefektivní podání výkonu poškozeného – sníží se u něho pracovní morálka, motivace.

Existuje několik faktorů, kterými lze eliminovat násilí na pracovišti.

Důležité je prostředí, ve kterém se jak nemocní, tak zaměstnanci pohybují. V čekárně je potřeba, aby se tam lidé cítili dobře, proto je vhodné volit příjemné barvy. Mělo by zde být vybavení, kterým se čekající rozptýlí, např. televizor, časopisy. Také nábytku by měla být věnována pozornost. Měl by být účelný, ale také pohodlný a hlavně by měl být konstruovaný tak, aby nešel použít jako zbraň. I osvětlení a teplotě v místnosti je třeba věnovat pozornost.

Je potřeba mít zavedený alarmový systém, na který je okamžitá reakce při jeho spuštění. Dále je možnost instalovat zrcadla do krytých zákoutí. Zdravotníci by měli mít přímý kontakt na ochranku, na policii. Osvětlené parkoviště je neméně důležité.

Zdravotníci by měli procházet kurzy komunikace, školeními, při kterých by se učili rozpoznat hrozící nebezpečí. Pokud dojde k napadení, měli by se umět chránit. Je možnost kurzů sebeobrany. I když se zdravotník nebude bránit, absolvování takového kurzu mu dodá sebevědomí. K preventivním opatřením je potřeba dodržovat i některá pravidla : při intimním vyšetření nebyt sám s pacientem, snažit se zkrátit čekací dobu, zajistit, aby personál nebyl sám na odděleních akutního příjmu v prostorách pro veřejnost během noci, zajistit přesný denního rozpis hlášení osob v terénu k udržení informovanosti o jejich pohybu.

Každé násilí by mělo být hlášeno, o činu se má sepsat hlášení, které je dále postupováno ke statistickému zpracování. Výsledky tohoto sledování je pak vhodné použít k vytvoření preventivních opatření.

Zaměstnavatel by měl dát najevo svým zaměstnancům, že nebude ve svém zařízení trpět žádné formy násilí a bude se snažit každý případ vyšetřit a vyvodit z toho důsledky. Je nutné, aby zaměstnavatelé měli vytvořeny směrnice, které obsahují zavedené postupy uplatňované vždy, když se násilí objeví. Jejich součástí by mělo být také řešení odškodnění obětí násilí. V případě potřeby jim musí být poskytnuta psychologická pomoc, aby se nerozvinula posttraumatická stresová porucha.

6. Empirická část práce

6.1 Cíl práce

Cílem výzkumného šetření je, zda se dotazovaní zdravotníci setkali při výkonu svého povolání s násilím v kterékoliv podobě, zda jim zaměstnavatel poskytuje příležitost ke hlášení a jak tuto situaci řeší.

6.1.1 Dílčí cíle

- Zjistit, kolik zdravotníků se setkalo s násilím, které bylo spácháno na nich.
- Zjistit, s jakým typem násilí přicházejí zdravotníci nejčastěji do styku.
- Zjistit, zda je častěji agresorem muž nebo žena.
- Zjistit, zda zaměstnavatel nabízí zaměstnancům kurzy, semináře týkající se prevence a zvládání násilí na pracovišti.
- Zjistit, jaký mají názor zaměstnanci na řešení zaměstnavatele po nahlášení napadení.
- Zjistit rozdíl ve výskytu násilí spáchaném na zdravotnících mezi krajskou nemocnicí a městskou nemocnicí.

6.2 Metodika práce – Kvantitativní výzkum

6.2.1 Užitá metoda šetření

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila **kvantitativní výzkum**. Ten slouží k ověřování platných teorií, je měřitelný čísly, lze ho analyzovat pomocí statistických metod. Jako výzkumná metoda byla zvolena jedna z metod kvantitativního výzkumu – výzkum pomocí dotazníkového šetření.

Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Je to vlastně psaný řízený rozhovor. Pomocí něho lze získat velký počet dat v co nejkratší době. Tvoří ho série otázek, které jsou předem připraveny na formuláři. Cílem dotazníku je získání

informací od respondentů. Jeho výhodou je zachování anonymity, díky tomu mohou být informace spontánní, upřímné. Ale odpovědi mohou být i nepravdivé. Pokud není dotazník příliš obsáhlý, respondenta časově nezatěžuje, je možné ho vyplnit v klidu, rozmyslet si odpovědi. Není možné tázaného ovlivňovat. Jeho nevýhodou je, že pokud něčemu respondent nerozumí, nelze mu otázku vysvětlit, není možné pozorovat neverbální projevy. Pokud dotazník sestavuje sociolog, dochází také mnoha chybám, které znamenají zkreslení výsledku šetření.

Dotazník pro můj výzkum sestavoval sociolog, ale já sama. Obsahuje otázky uzavřené, otevřené i polouzavřené. Dotazník je rozdělen na část A a B. První část zjišťuje identifikační znaky dotazovaného. V druhé části jsou otázky pro ty z respondentů, kteří se setkali s násilím ve zdravotnickém zařízení. Zde jsem dotazovaným dala i prostor pro vyjádření jejich názorů, návrhů k dané problematice.

6.2.2 Zdroje odborných poznatků

Na úplném začátku jsem musela nastudovat odbornou literaturu. Jednalo se zejména o knihy, časopisy uvedené v seznamu literatury. Dále jsem pročetla bakalářské práce, jsou rovněž uvedené v seznamu literatury. Mnoho článků je publikovaných na internetových stránkách, některé z nich jsem také četla.

6.2.3 Charakteristika souboru respondentů

Výzkumné šetření bylo prováděno v krajské nemocnici v Liberci a městské nemocnici v Jablonci nad Nisou se souhlasem hlavních sester obou nemocnic a vrchních sester níže zmíněných oddělení. Dotazníky byly rozdány zdravotníkům pracujícím ve výše uvedených nemocnicích. Účast na výzkumu byla dobrovolná.

Výzkumu se zúčastnili zdravotničtí pracovníci těchto oddělení :

- Anesteziologicko – resuscitační oddělení (ARO)
- Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) – v Liberci

- Centrum doléčování a rehabilitace (CEDR) – v Jablonci nad Nisou
- Urologie
- Ortopedie
- Pediatrie
- Rehabilitace – lůžková část, pouze zdravotní sestry
- Gynekologicko – porodnické oddělení
- Interní oddělení
- Chirurgie
- Otorinolaryngologické oddělení (ORL)

Šetření probíhalo v obou nemocnicích během prosince 2008 a ledna 2009.

6.2.4 Realizace šetření

Na počátku výzkumu jsem sestavila žádost o povolení tohoto výzkumu. Žádosti jsem zaslala v srpnu 2008 hlavním sestrám výše uvedených nemocnic. Nejdříve jsem je kontaktovala telefonicky. Od nich jsem získala povolení k šetření. Nemocnici v Liberci vede Mgr. Ladislava Kohoutová, nemocnici v Jablonci nad Nisou Bc. Jitka Řehořová. Po jejich schválení jsem zahájila přípravy k výzkumu. Sestavila jsem dotazník, který jsem dále upravila podle rad Mgr. Votroubkové. Obě hlavní sestry dostaly dotazník k nahlédnutí před tím, než jsem je rozdala v jejich nemocnicích.

V průběhu měsíce října 2008 jsem provedla „předvýzkum“, se kterým mi pomohly sestřičky ortopedického oddělení v Jablonci nad Nisou. Ty potvrdily srozumitelnost otázek a přidaly své nápady.

V polovině měsíce prosince jsem rozdala dotazníky na výše jmenovaných odděleních. Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků. Do každé nemocnice jsem dodala 125 dotazníků, jež dále rozdaly vrchní sestry jednotlivých oddělení. Jim patří mé velké poděkování. Oddělení byla vybrána tak, aby se tato oddělení vyskytovala v obou nemocnicích. Počet dotazníků pro jednotlivá oddělení byl stanoven dle počtu zaměstnanců na jednotlivých oddělení. Bylo

přihlíženo k nemocnici v Jablonci nad Nisou, jelikož ta má méně oddělení i zaměstnanců oproti nemocnici v Liberci. Zpět ke zpracování bylo navraceno 214 dotazníků. Čili návratnost dotazníků byla 85,6%.

Počet dotazníků na jednotlivá oddělení v Jablonci nad Nisou :

- ARO – 10
- CEDR – 11
- Urologie – 10
- Ortopedie – 10
- Pediatrie – 8
- Rehabilitace – 8
- Gynekologicko – porodnické oddělení – 12
- Interní oddělení – 3x 8 (A1, A2, A3)
- Chirurgie – 3x 8 (JIP, B1, B2)
- ORL – 8

Počet dotazníků na jednotlivá oddělení v Liberci :

- ARO – 10
- LDN – 11
- Urologie – 10
- Ortopedie – 10
- Pediatrie – 8
- Rehabilitace – 8
- Gynekologicko – porodnické oddělení – 12
- Interní oddělení – 2x 16, diabetologie – 8
- Chirurgie – 8, JIP – 8, neurochirurgie – 8
- ORL – 8

Dotazník je rozdělen na část A, kde jsou zjišťovány demografické údaje, a část B, která zjišťuje výzkumná data. Celkem bylo položeno 24 otázek. Číslovaných otázek je 10, ale ty jsou ještě dále děleny na části, které mají za úkol zjistit bližší údaje.

Část A – položky 1, 2, 3, 4, 5, 6,

Část B – položky 7a,

při odpovědi na tuto otázku ano, pokračují položky b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l

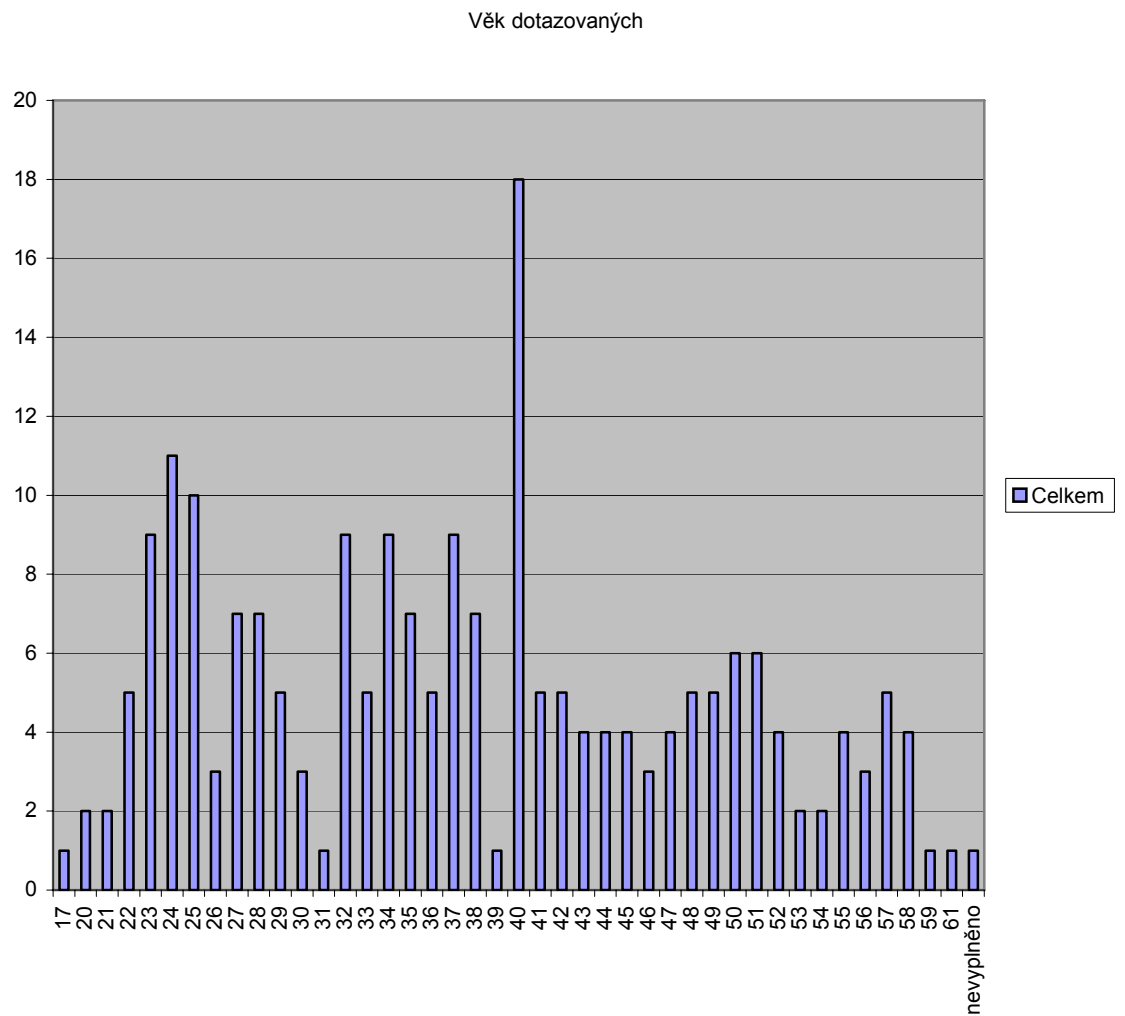
při odpovědi na tuto otázku ne, pokračují dotazování položkami 8, 9, 10

6.2 Výsledky šetření

Z důvodu celkové úpravy své práce jsem se rozhodla nevypisovat přesné znění každé otázky, které jsem položila respondentům v dotazníku. Dotazník je v oddíle příloh, kde si otázky může čtenář najít. Snažila jsem se každý bod dotazníkového šetření rozpracovat tak, abych čtenáře nejdříve seznámila s otázkou a s možnostmi odpovědí, z kterých si respondenti mohli vybírat. Dále jsem hned uvedla typy odpovědí i jejich četnost a také jejich procentuální výskyt. Četnost v procentech je zaokrouhlena na celá čísla. Součástí výsledků šetření mnoha otázek jsou grafy a tabulky (zde jsou uvedeny i procenta oproti grafům). Pro lepší přehlednost jsem každý popisovaný bod umístila na samostatnou stránku. Pokud se vyskytovaly výsledky, kde byly odpovědi rozsáhlé, použila jsem pouze tabulkové zpracování, jelikož grafy by byly velmi nepřehledné. V dotazníku se vyskytovaly části, kde měli respondenti vyjádřit svůj názor. Zde bylo nutné pro větší přehlednost některé podobné odpovědi upravit. Zmiňuji se o tom vždy v místě, kde jsem k tomuto kroku přistoupila.

První otázka zněla : Jaký je Váš věk? Odpovědi byly velmi rozmanité. Průměrný věk dotazovaných je 38,4 let. Jeden respondent svůj věk neudal. Nejmladšímu respondentovi je 17 let, nejstaršímu 61 let. Největší počet dotazovaných byl ve věku 40 let.

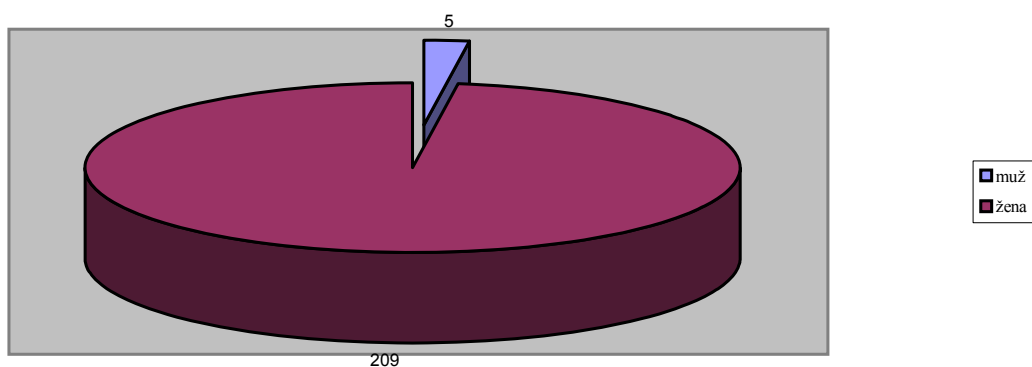
Graf č. 1



Druhá otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Dotazovaní měli na výběr možnosti muž nebo žena. Šetření se zúčastnilo 5 mužů (2%), 209 žen (98%). Za jabloneckou nemocnici odpovídali 2 muži a 115 žen. Za libereckou to byli 3 muži a 94 žen.

Graf č. 2

Pohlaví respondentů

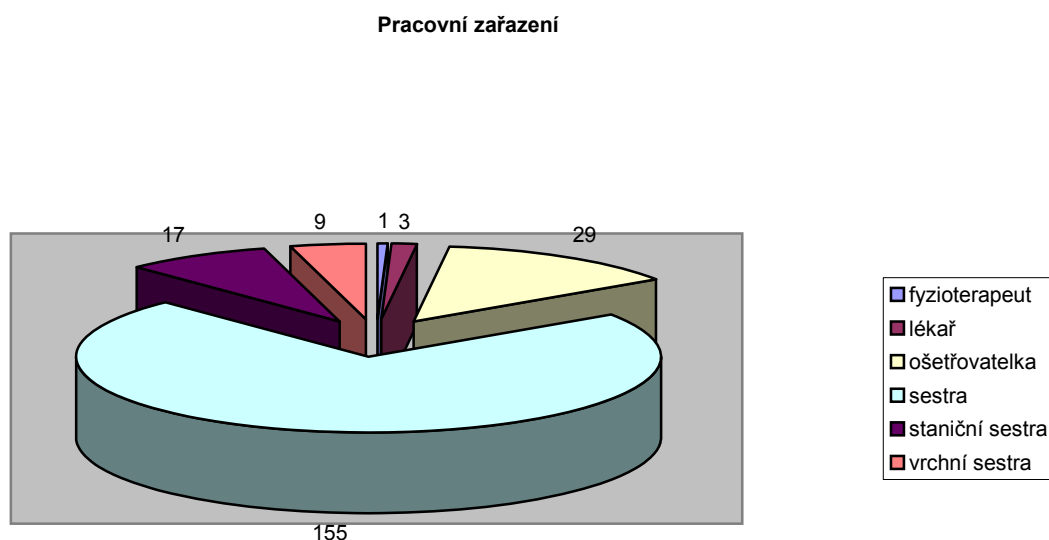


Pohlaví respondentů	
muž X žena	Celkem
muž	5 (2%)
žena	209 (98%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 1

Třetí otázka měla za úkol zjistit, jaké je pracovní zařazení respondentů. Na výběr měli dotazovaní možnosti : vrchní sestra, staniční sestra, sestra, ošetřovatelka. Výzkumu se zúčastnilo 9 (5%) vrchních sester, 17 (8%) staničních sester, 155 (73%) sester, 29 (13%) ošetřovatelek, 3 (1%) lékaři a 1 (0%) fyzioterapeut. Fyzioterapeut pracuje v Jablonci nad Nisou, 1 lékař je z jablonecké nemocnice, 2 z liberecké. 19 zúčastněných ošetřovatelek pracuje v Jablonci, 10 v Liberci. 81 sester je z Jablonce, 74 z Liberce. Vrchní sestry byly 4 liberecké, 5 jabloneckých. Staničních sester se zapojilo 10 z Jablonce a 7 z Liberce.

Graf č. 3



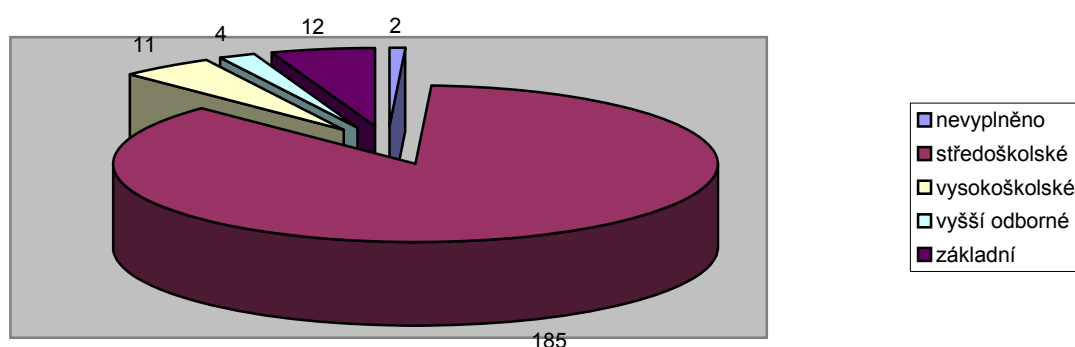
Pracovní zařazení	Celkem
fyzioterapeut	1 (0%)
lékař	3 (1%)
ošetřovatelka	29 (13%)
sestra	155 (73%)
staniční sestra	17 (8%)
vrchní sestra	9(5%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 2

Ve **čtvrté otázce** měli respondenti odpovědět, jaké je jejich dosažené vzdělání. Zde byly na výběr odpovědi : základní, středoškolské, vysokoškolské. Během předvýzkumu se neobjevily žádné připomínky k této položce, ale při samotném výzkumu se našly odpovědi typu vyšší odborné. 12 (6%) účastníků výzkumu uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní, 4 (2%) vyšší odborné, 11 (5%) vysokoškolské, 185 (86%) středoškolské a 2 (1%) nevyplnili tuto otázku.

Graf č. 4

Dosažené vzdělání respondentů

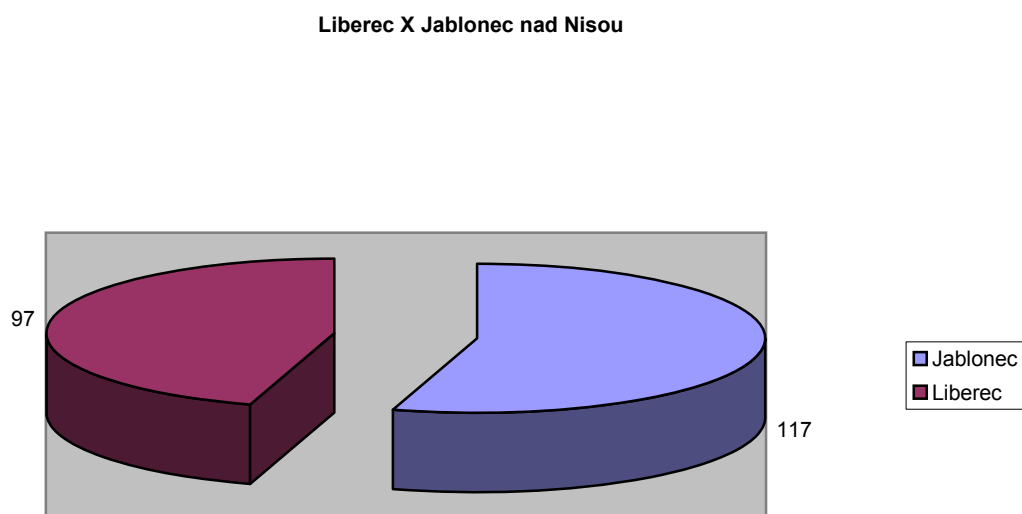


Stupeň dosaženého vzdělání	Celkem
nevyplněno	2 (1%)
středoškolské	185 (86%)
vysokoškolské	11 (5%)
vyšší odborné	4 (2%)
základní	12 (6%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 3

Pátá otázka je rozdělena na tři části. V **první části** měli dotazovaní uvést, ve kterém městě pracují. Na výběr měli možnosti Liberec nebo Jablonec nad Nisou. Z původních 125 dotazníků, jež byly rozdány v každé nemocnici, se vrátilo z Liberce 97 (45%) vyplněných dotazníků, z Jablonce nad Nisou 117 (55%).

Graf č. 5

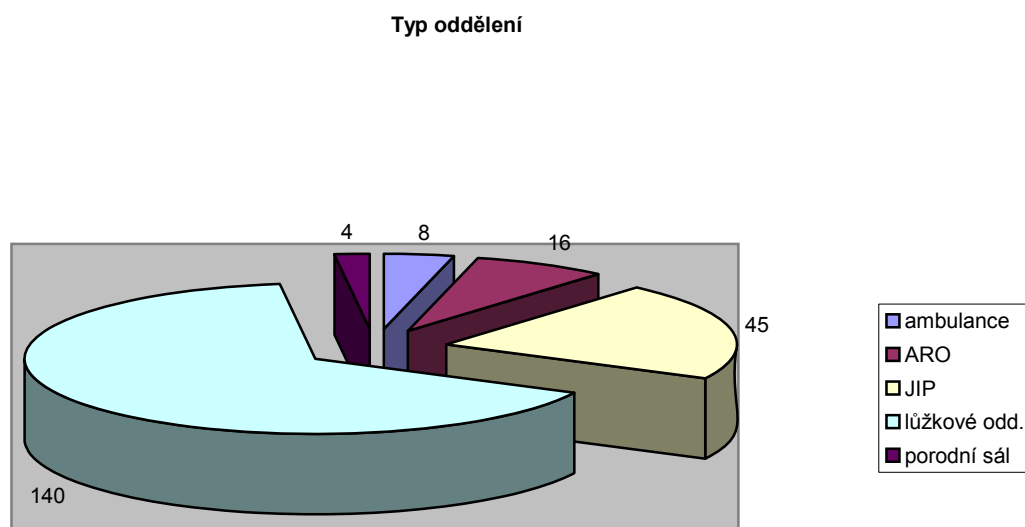


Tabulka č. 4

Místo	
zaměstnání	Celkem
Jablonec	117 (55%)
Liberec	97 (45%)
Celkový součet	214

V **druhé části** měli účastníci šetření udat, na jakém typu oddělení pracují. Vybrat si mohli z následující nabídky : ambulance, lůžkové oddělení, JIP, ARO. Při zpracovávání dotazníků bylo zjištěno, že výzkumu se zúčastnily i sestry pracující na porodním sále. Ze šetření vyplynulo, že 45 (21%) účastníků pracuje na JIP, 16 (8%) na ARO, 8 (4%) v ambulancím sektoru, 4 (2%) na porodním sále a 141 (65%) na lůžkovém oddělení.

Graf č. 6

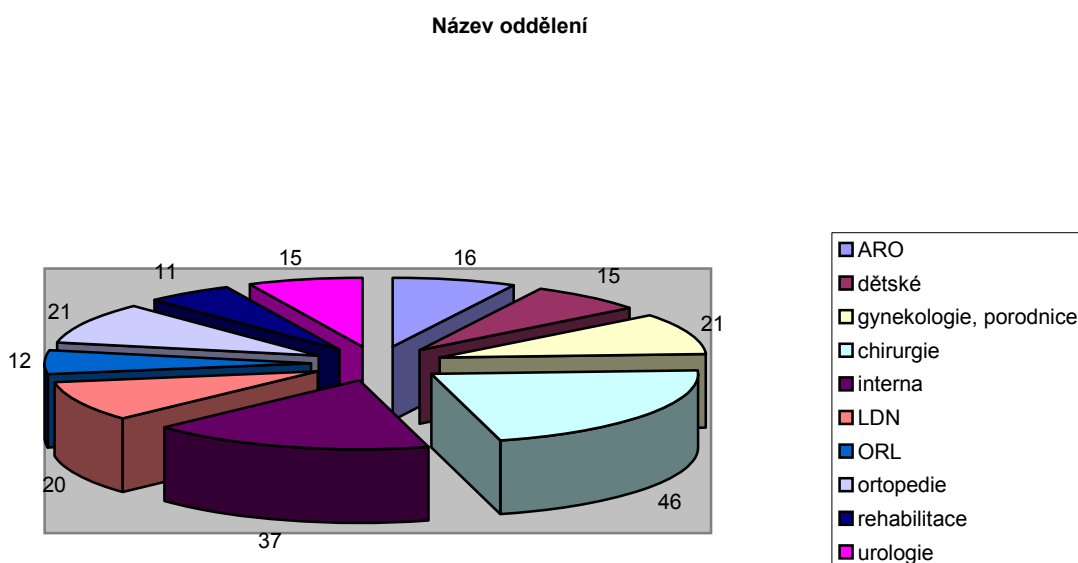


Typ oddělení	Celkem
ambulance	8 (4%)
ARO	16 (8%)
JIP	45 (21%)
lůžkové odd.	141 (65%)
porodní sál	4 (2%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 5

Ve **třetí části páté otázky** měli dotazovaní uvést název oddělení, na kterém pracují. 16 (7%) dotazovaných uvedlo, že pracuje na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení, 15 (7%) na dětském oddělení, 21 (10%) na gynekologicko – porodnickém oddělení, 46 (22%) na chirurgickém oddělení, 37 (17%) na interním oddělení, 20 (9%) v Léčebně dlouhodobě nemocných nebo v Centru doléčování a rehabilitace, 12 (6%) na otorinolaryngologickém oddělení, 21 (10%) na ortopedickém oddělení, 11 (5%) na lůžkové rehabilitaci a 15 (7%) na urologickém oddělení.

Graf č. 7



Tabulka č. 6

Název oddělení	Celkem
ARO	16 (7%)
dětské	15 (7%)
gynekologie, porodnice	21(10%)
chirurgie	46 (22%)
interna	37 (17%)
LDN	20 (9%)
ORL	12 (6%)
ortopedie	21 (10%)
rehabilitace	11(5%)
urologie	15 (7%)
Celkový součet	214

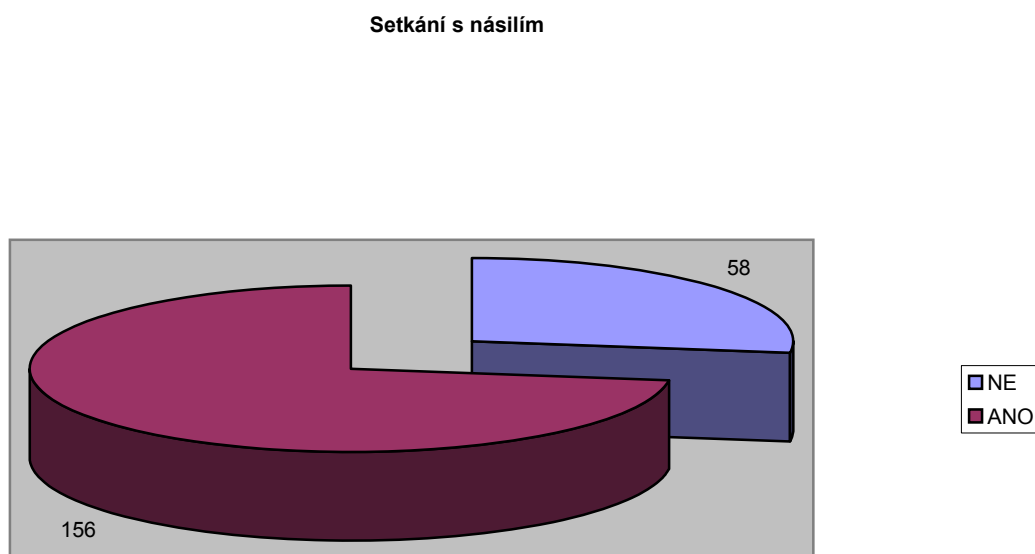
V **šesté otázce** udávali respondenti, jak dlouhá je jejich praxe. 4 ze zúčastněných tuto kolonku nevyplnili. Nejkratší doba praxe byla 1 měsíc, oproti tomu nejdelší praxe byla 40 let. Průměrná doba praxe všech dotazovaných je 16 let. Nejčastěji vyskytující se odpověď byla 3 roky praxe.

Délka praxe	Celkem
0	2
1	10
2	11
3	16
4	9
5	10
6	6
7	2
8	9
9	4
10	8
12	5
13	9
14	5
15	8
16	6
17	6
18	3
19	4
20	11
21	2
22	10
23	6
24	3
25	3
27	3
28	5
29	1
30	9
31	1
32	6
33	3
34	2
35	1
36	1
37	2
38	3
39	1
40	4
nevyplněno	4
Celkový součet	214

Tabulka č. 7

Sedmá otázka je rozdělena na **dvanáct částí**. **První část** měli vyplnit všichni dotazovaní. V tomto oddíle měli respondenti udat, zda se setkali ve své profesi s násilím vůči své osobě, které na nich spáchali pacienti, rodina pacienta, návštěvy. 58 (27%) dotazovaných uvedlo, že se nesetkalo s násilím při výkonu svého povolání, oproti tomu 156 (73%) dotazovaných se s násilím setkalo.

Graf č. 8



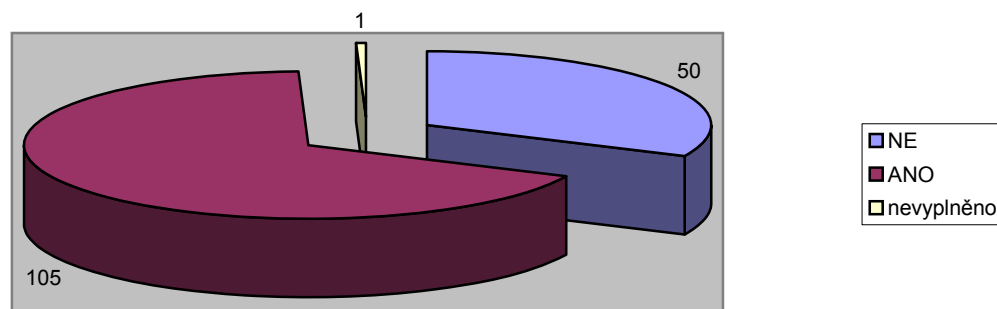
Setkání	
s násilím	Celkem
NE	58 (27%)
ANO	156 (73%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 8

Další části sedmé otázky měli vyplňovat pouze ti, kteří v první části odpověděli ano. **Druhá část** zkoumala, zda se respondenti s násilím setkali během posledního roku. 50 (32%) respondentů se v posledních 12 měsících s násilím nesetkalo, 105 (67%) ano, 1 (1%) účastník nevyplnil tuto kolonku.

Graf č. 9

Násilí během posledního roku

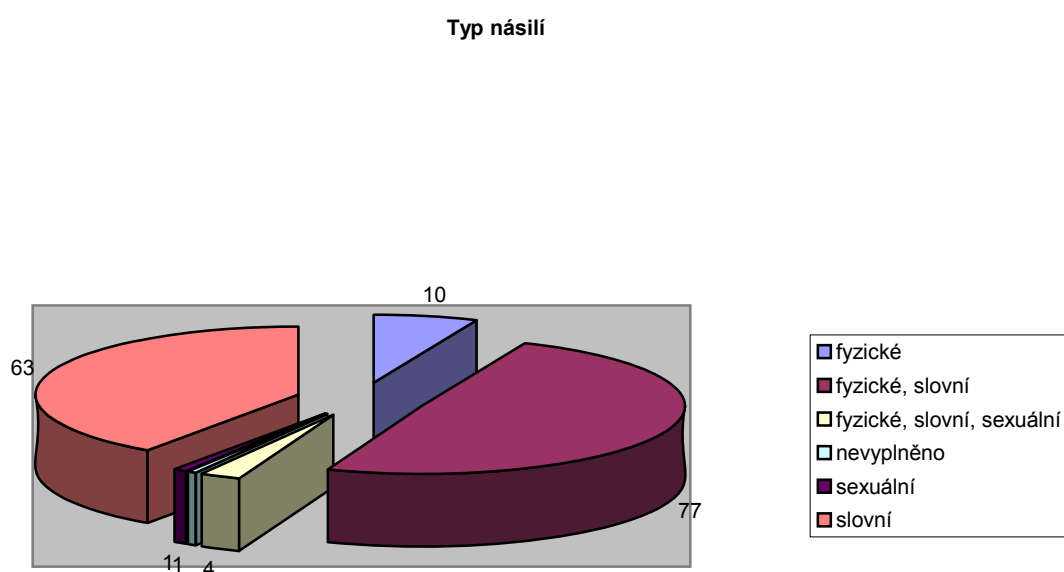


Násilí během posledního roku	
	Celkem
NE	50 (32%)
ANO	105 (67%)
nevyplněno	1 (1%)
Celkový součet	156

Tabulka č. 9

Třetí část sedmé otázky zjišťovala, s jakým typem násilí se respondenti setkali. Na výběr měli násilí fyzické, slovní a sexuální. Šetření ukázalo, že 10 (6%) dotazovaných se setkalo s fyzickým násilím vůči své osobě, 63 (40%) se slovním násilím, 1 (1%) se sexuálním. 4 (3%) se setkali současně s fyzickým, slovním i sexuálním, 77 (49%) současně s fyzickým i slovním a 1 (1%) z dotazovaných nevyplnil kolonku. Z těchto odpovědí nelze určit, zda ti, co odpověděli, že setkali s více typy násilí, byli napadeni více než jednou. Další variantou může být, že násilník mohl respondenta napadnout slovně i fyzicky při jedné příležitosti.

Graf č. 10

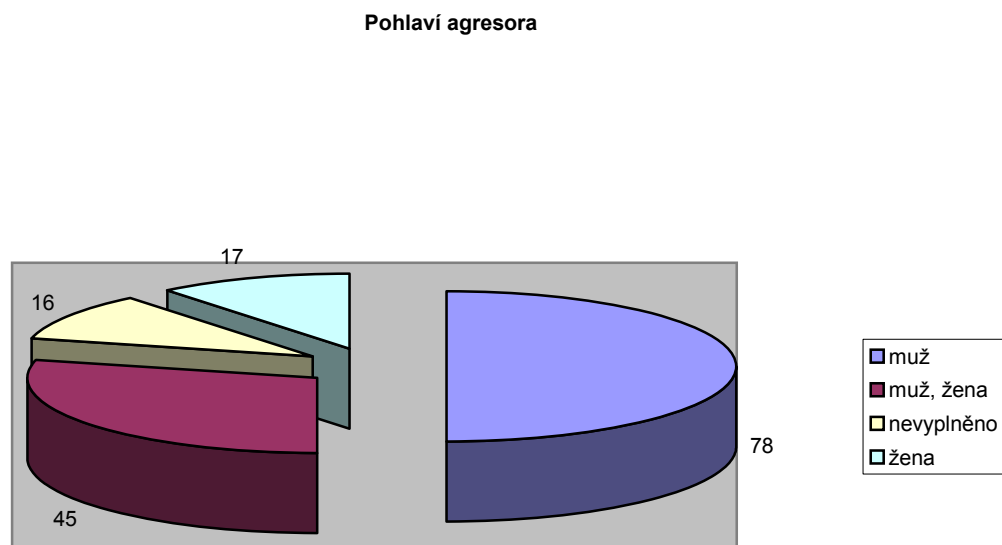


Tabulka č. 10

Typ násilí	Celkem
fyzické	10 (6%)
fyzické, slovní	77 (49%)
fyzické, slovní, sexuální	4 (3%)
nevyplněno	1 (1%)
sexuální	1 (1%)
slovní	63 (40%)
Celkový součet	156

Čtvrtý oddíl sedmé otázky zjišťoval, zda agresorem byl muž nebo žena. V 78 (50%) případech byl agresorem muž, v 17 (11%) žena, 45 (29%) dotazovaných zdravotníků už někdy napadl muž i žena a 16 (10%) dotazovaných neodpovědělo. Z těchto odpovědí se již dá usuzovat, že 45 zdravotníků bylo napadeno vícekrát za svoji praxi. Bohužel to nejde zjistit u odpovědí, kde respondenti vybrali odpověď buď žena nebo muž. Není jasné, zda žena (muž) se vyskytla jako agresor pouze jedenkrát během praxe dotazovaného.

Graf č. 11



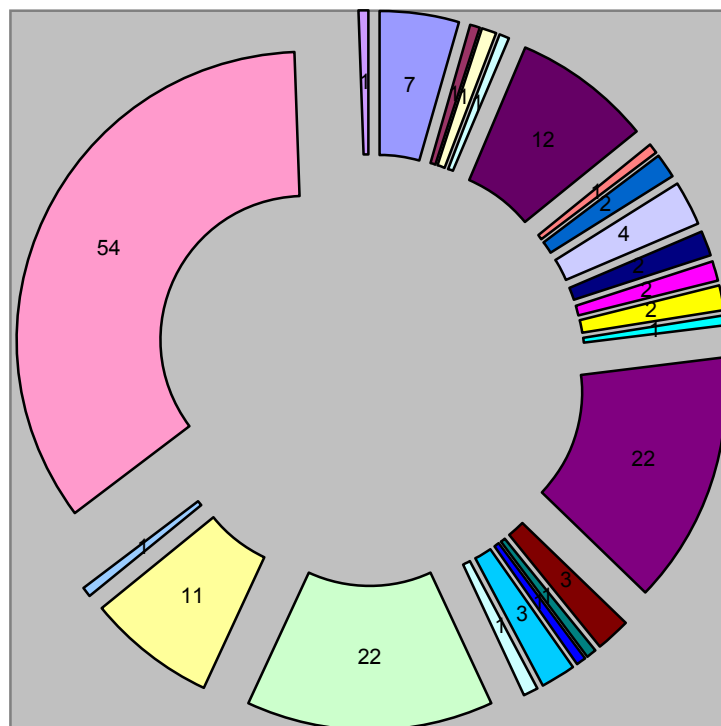
Tabulka č. 11

Pohlaví agresora	Celkem
muž	78(50%)
muž, žena	45 (29%)
nevyplněno	16 (10%)
žena	17 (11%)
Celkový součet	156

Pátá část zjišťuje přibližný věk agresora. Respondenti měli následující výběr : do 19 let, od 20 do 29 let, od 30 do 39 let, od 40 do 49 let, od 50 let a výše. Z níže uvedeného je vidět, že nejvíce agresorů bylo ve věku od 50 let a více , za nimi následují agresoři ve věku 40 – 49 let, kteří se v průzkumu objevili ve 48 případech a ve věku 30 – 39 let, kteří jsou zastoupeni ve 40 případech výskytu násilí. Z grafu a z tabulky jasně vyplývá, že mnoho zdravotníků (účastníků šetření) se setkala s více napadeními.

Graf č. 12

Věk agresora



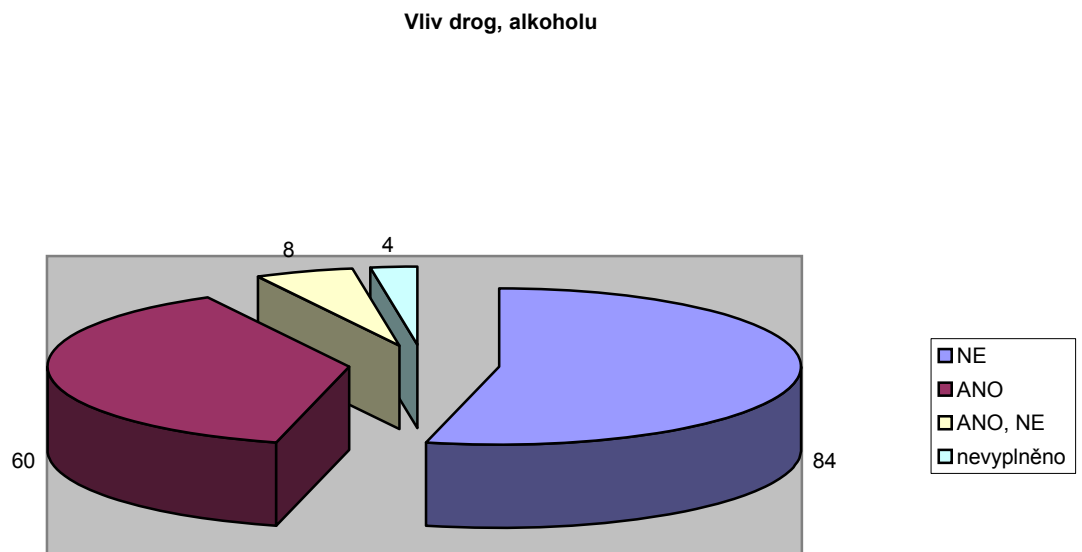
■ a) do 19 let	■ a) do 19 let, c) 30-39
■ a) do 19 let, d) 40-49	■ a) do 19 let, e) 50 a více
■ b) 20 až 29	■ b) 20 až 29, c) 30 až 39
■ b) 20 až 29, c) 30-39	■ b) 20 až 29, c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více
■ b) 20 až 29, d) 40-49	■ b) 20 až 29, e) 50 a více
■ b) 20-29	■ b) 20 až 29, c) 30 až 39, d) 40 až 49
■ c) 30-39	■ c) 30-39, d) 40-49
■ c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více	■ c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více
■ c) 30-39, e) 50 a více	■ c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více
■ d) 40-49	■ d) 40-49, e) 50 a více
■ d) 40-49, e) 50 a více	■ e) 50 a více
■ nevyplněno	

Věk	
agresora	Celkem
a) do 19 let	7 (4%)
a) do 19 let, c) 30-39	1 (1%)
a) do 19 let, d) 40-49	1 (1%)
a) do 19 let, e) 50 a více	1 (1%)
b) 20 až 29	12 (8%)
b) 20 až 29, c) 30 až 39	1 (1%)
b) 20 až 29, c) 30-39	2 (1%)
b) 20 až 29, c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více	4 (3%)
b) 20 až 29, d) 40-49	2 (1%)
b) 20 až 29, e) 50 a více	2 (1%)
b) 20-29	2 (1%)
b) 20 až 29, c) 30 až 39, d) 40 až 49	1 (1%)
c) 30-39	22 (14%)
c) 30-39, d) 40-49	3 (2%)
c) 30-39, d) 40-49, e) 50 a více	1 (1%)
c) 30-39, d)40-49, e) 50 a více	1 (1%)
c) 30-39, e) 50 a více	3 (2%)
c) 30-39,d) 40-49, e) 50 a více	1 (1%)
d) 40-49	22 (14%)
d) 40-49, e) 50 a více	11 (7%)
d) 40-49, e) 50 a více	1 (1%)
e) 50 a více	54 (35%)
nevyplněno	1 (1%)
Celkový součet	156

Tabulka č. 12

Šestá část sedmé otázky se ptá, zda byl agresor pod vlivem léků, alkoholu. Na výběr měli dotazovaní ano, ne. 84 (54%) dotazovaných odpovědělo, že násilník nebyl pod vlivem žádné látky, 60 (38%) uvedlo, že násilí bylo spácháno v důsledku požití alkoholu nebo drog, 4 (3%) kolonku nevyplnili a 8 (5%) uvedlo obě možnosti. Pod pojmem drogy si někteří respondenti představili léky.

Graf č. 13

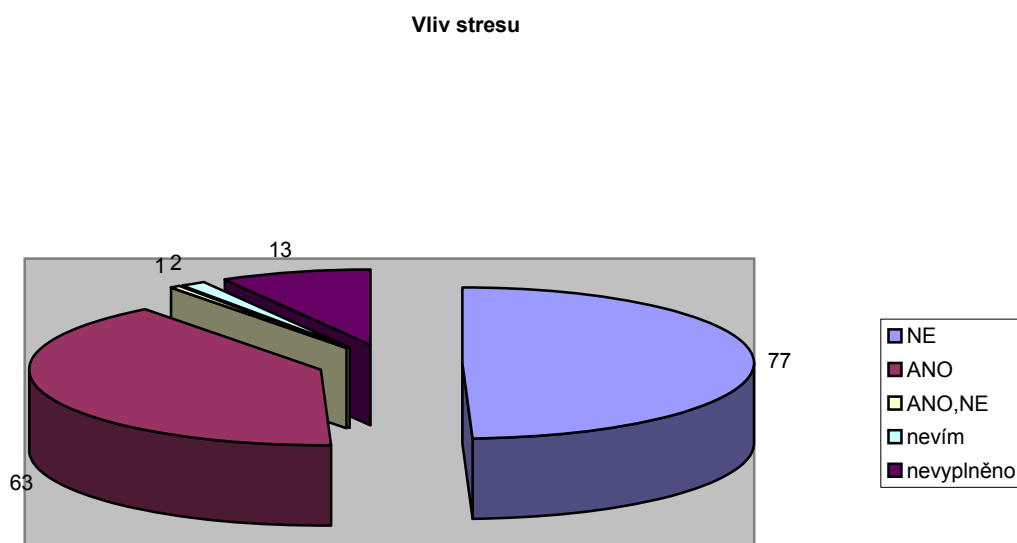


Tabulka č. 13

Vliv drog, alkoholu	Celkem
NE	84 (54%)
ANO	60 (38%)
ANO, NE	8 (5%)
nevyplněno	4 (3%)
Celkový součet	156

V **sedmé části** je zjišťováno, zda k uvedenému násilí došlo, protože agresor byl pod vlivem výrazného stresu. Opět měli respondenti na výběr odpověď ano nebo ne. Na tuto otázku odpovědělo kladně 63 (40%) dotazovaných, odpověď ne zaznamenalo 77 (50%) dotazovaných, 2 (1%) odpověděli nevím, 1 (1%) ano i ne a 13 (8%) tuto kolonku vůbec nevyplnilo.

Graf č. 14

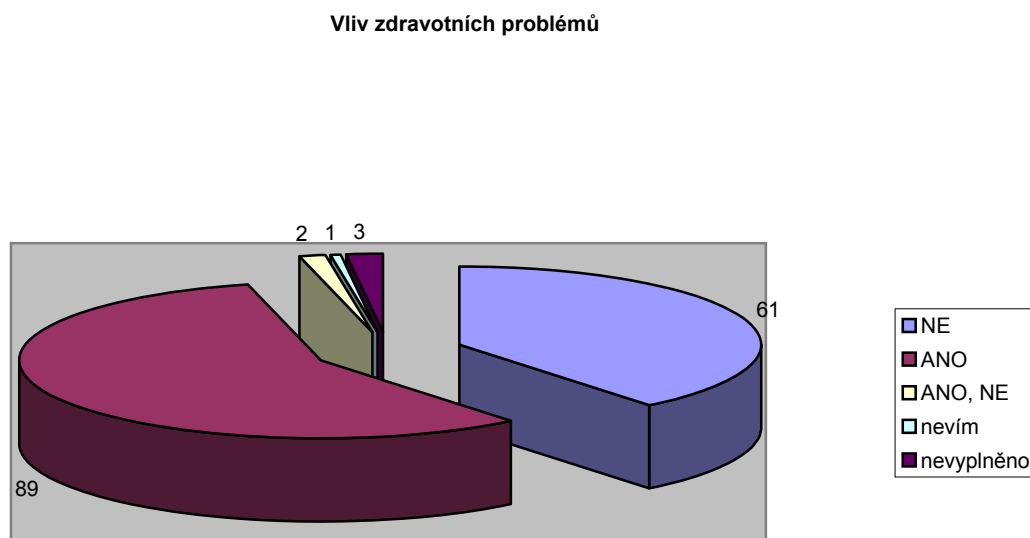


Vliv stresu	Celkem
NE	77 (50%)
ANO	63 (40%)
ANO,NE	1 (1%)
nevím	2 (1%)
nevyplněno	13 (8%)
Celkový součet	156

Tabulka č. 14

Osmá část se dotazuje, zda měl člověk páchající násilí nějaké zdravotní problémy, které ovlivňovaly jeho sebekontrolu. 89 (57%) účastníků šetření se domnívá, že agresor měl zdravotní problémy, které mohly narušit jeho sebekontrolu. Opačného názoru je 61 (39%) účastníků, 3 (2%) kolonku nevyplnili, jeden (1%) odpověděl nevím a 2 (1%) uvedli obě odpovědi.

Graf č. 15

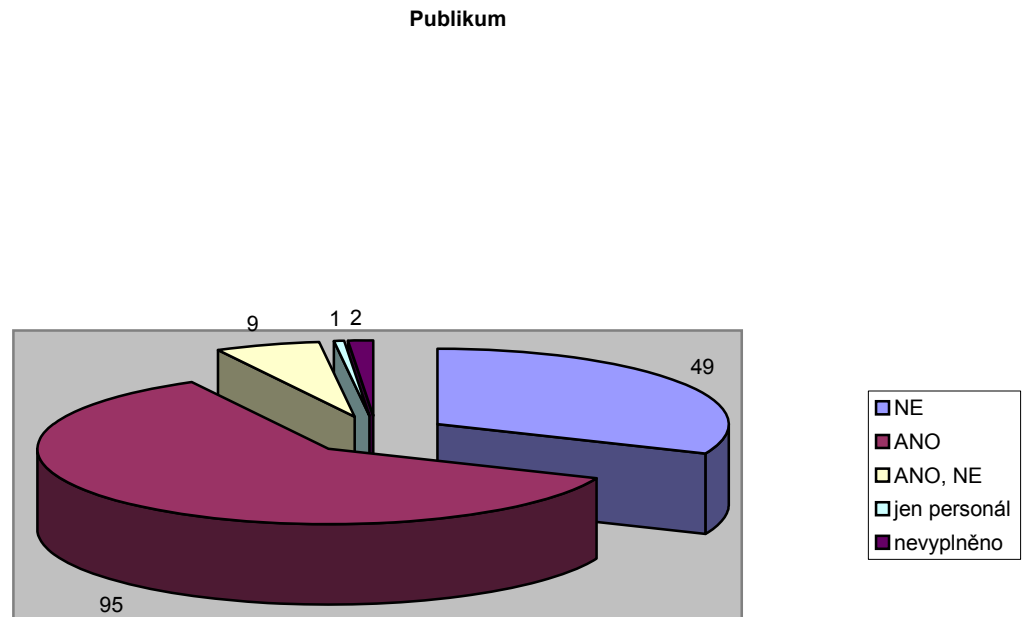


Vliv zdravotních problémů	Celkem
NE	61 (39%)
ANO	89 (57%)
ANO, NE	2 (1%)
nevím	1 (1%)
nevyplněno	3 (2%)
Celkový součet	156

Tabulka č. 15

V **deváté části** sedmé otázky měli respondenti uvést, zda měl agresor při svém násilnickém konání publikum. Odpověď ne uvedlo 49 (31%) respondentů, ano 95 (61%). Kolonku nevyplnili 2 (1%) respondenti, 1 (1%) uvedl, že přítomen násilí byl jen další zdravotník a obě možnosti (ano, ne) uvedlo 9 (6%) respondentů.

Graf č. 16

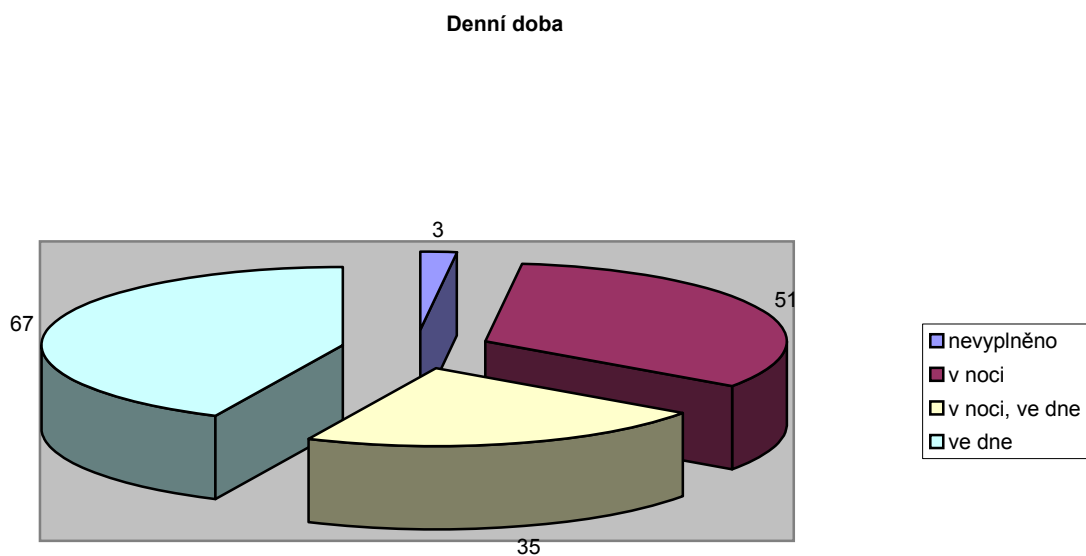


Tabulka č. 16

Publikum	
během násilí	Celkem
NE	49 (31%)
ANO	95 (61%)
ANO, NE	9 (6%)
jen personál	1 (1%)
nevyplněno	2 (1%)
Celkový součet	156

Desátá část zjišťuje, zda k násilí došlo během dne nebo v noci. 67 (43%) odpovídajících uvedlo, že k násilí došlo během dne, 51 (33%) v noci, 3 (2%) nevyplnili a 35 (22%) uvedlo obě odpovědi. Opět se domnívám, že těchto 35 (22%) odpovídajících se s násilím setkalo více než jednou.

Graf č. 17



Denní doba	Celkem
nevyplněno	3 (2%)
v noci	51 (33%)
v noci, ve dne	35 (22%)
ve dne	67 (43%)
Celkový součet	156

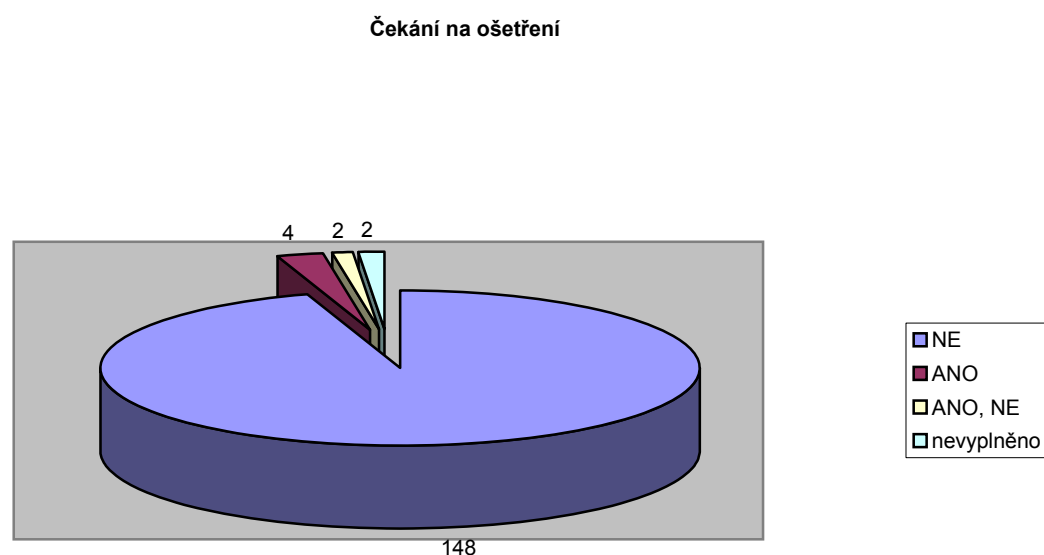
Tabulka č. 17

Jedenáctá část položila dotazovaným otázku : Napadl Vás agresor, protože musel dlouho čekat na Vaše ošetření? Většina dotazovaných (148 = 95%) odpověděla, že násilník nemusel čekat na ošetření, 4 (3%) z dotazovaných odpověděli ano, agresor musel čekat na ošetření, 2 (1%) dotazovaní uvedli obě odpovědi a 2 (1%) zde nic nevyplnili.

2 z odpovědí ano pocházeli shodně z Liberce i z Jablonce. Odpovědi ano i ne jsou obě od pracovníků jablonecké nemocnice.

Ti, co odpověděli, že agresor musel čekat na ošetření pracují v lůžkovém sektoru, pouze jeden případ byl v ambulantní části.

Graf č. 18



Tabulka č. 18

Čekání na ošetření	
Čekání na ošetření	Celkem
NE	148 (95%)
ANO	4 (3%)
ANO, NE	2 (1%)
nevyplněno	2 (1%)
Celkový součet	156

V poslední, **dvanácté části**, se měli respondenti vyjádřit, jaká byla jejich reakce na napadení. Jelikož dotazovaní vyjadřovali svoje pocity, reakce, postupy, odpovědi bylo mnoho a různé, podobné, jak ukazuje následující tabulka. Z celkového počtu 156 účastníků tohoto šetření se 27 (17%) z nich nevyjádřilo. Mezi nejčastější odpovědi patří snaha o uklidnění situace (6%), zachování klidu (3%), hlášení nadřiznému (nejčastěji lékaři) a podání léků (6%), zavolání si někoho na pomoc (3%). Pokud se podíváme na emoce, časté jsou strach (4%), šok (2%), překvapení, vyděšení.

Reakce	
na incident	Celkem
adekvátní	1 (1%)
aplikace medikamentů	2 (1%)
asertivní jednání	1 (1%)
bezvýznamná	1 (1%)
čekala jsem ho - vězeň	1 (1%)
domluva	1 (1%)
domluva, fyzické omezení	1 (1%)
fyzické omezení agresora	1 (1%)
hlášení lékaři	4 (3%)
hlášení lékaři, podání léků	9 (6%)
hlášení nadřizným	2 (1%)
ignoruji, jsem zvyklá	1 (1%)
klidné jednání, volán lékař	1 (1%)
klidný přístup	3 (2%)
kurty	1 (1%)
nevyplněno	27 (17%)
obrana	4 (3%)
odchod	4 (3%)
ohlášení lékaři, podány léky	1 (1%)
okřiknutí	1 (1%)
omezení pacienta, hlášeno lékaři	1 (1%)
opakoval jsem své tvrzení	1 (1%)
pocit křivdy, strach, obrana	1 (1%)
policie	1 (1%)
pomoc personálu, i.v. léky	1 (1%)
pomohl zřízenec	1 (1%)
profesionální	2 (1%)
překvapení, strach	2 (1%)

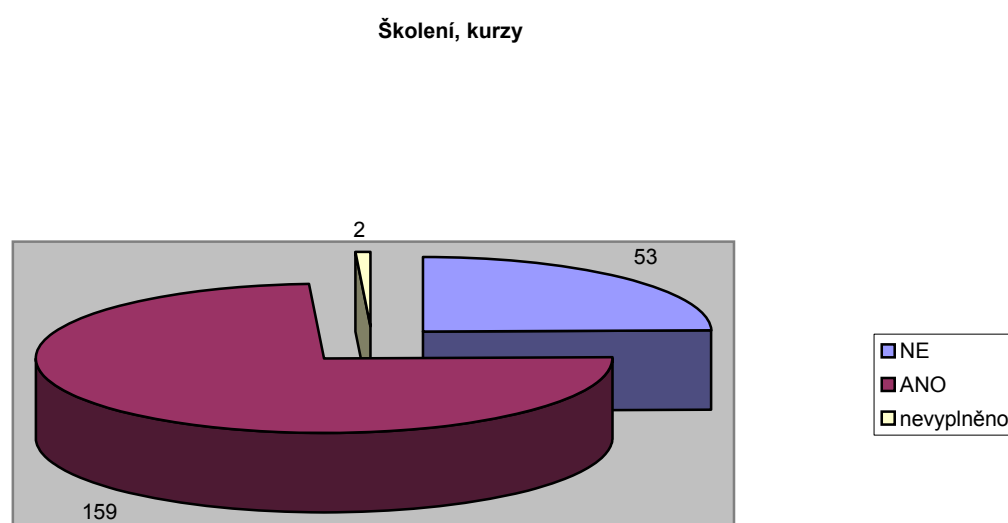
přivolání pomoci	5 (3%)
rázná odpověď, volání lékaře a policie	1 (1%)
rozhovor	2 (1%)
rozhovor, hlášení lékaři	1 (1%)
rozhovor, hlášení nadřízenému	1 (1%)
různě	1 (1%)
sebeobrana	1 (1%)
sepsání mimořádné události	1 (1%)
slovní obrana	8 (5%)
slovní zklidnění, přivolání lékaře, kurty	2 (1%)
snaha o uklidnění	9 (6%)
snaha zachovat klid	5 (3%)
snaha zklidnit, medikace, kurty	1 (1%)
srovnal jsem ho do latě	1 (1%)
strach	6 (4%)
strach, sanitář, policie	1 (1%)
strach, volán lékař	1 (1%)
strach, vztek, pochopení	1 (1%)
strach, zklidnění pacienta	1 (1%)
šok	3 (2%)
šok, pláč	2 (1%)
tachykardie, snaha o usměrnění	1 (1%)
úskok	1 (1%)
vhodná komunikace	1 (1%)
volán lékař, sanitář	2 (1%)
volán sanitář, policie	1 (1%)
volání lékaře	1 (1%)
vyděšená	2 (1%)
vyděšená, volání o pomoc	2 (1%)
vysvětlení problému	4 (3%)
vysvětlit, odejít, hlásit lékaři	1 (1%)
zachování klidu	5 (3%)
zavolání sanitáře	1 (1%)
zklidnění pacienta	1 (1%)
zvýšený hlas	1 (1%)
žádná	1 (1%)
Celkový součet	156

Tabulka č. 19

Osmá otázka je rozdělena na **dvě části**. **První část** má za úkol zjistit, zda zaměstnavatel nabízí svým zaměstnancům nějaká školení, kurzy ohledně prevence a zvládnání násilí na pracovišti. Na výběr byly odpovědi ano nebo ne. 53 (25%) dotazovaných odpovědělo, že zaměstnavatel jim nenabízí žádná školení, 159 (74%) odpovědělo kladně a 2 (1%) nevyplnili kolonku.

97 odpovědí ano je od jabloneckých pracovníků, od libereckých je těchto odpovědí 62. Opačnou odpověď udalo 20 jabloneckých a 33 libereckých zdravotníků.

Graf č. 19



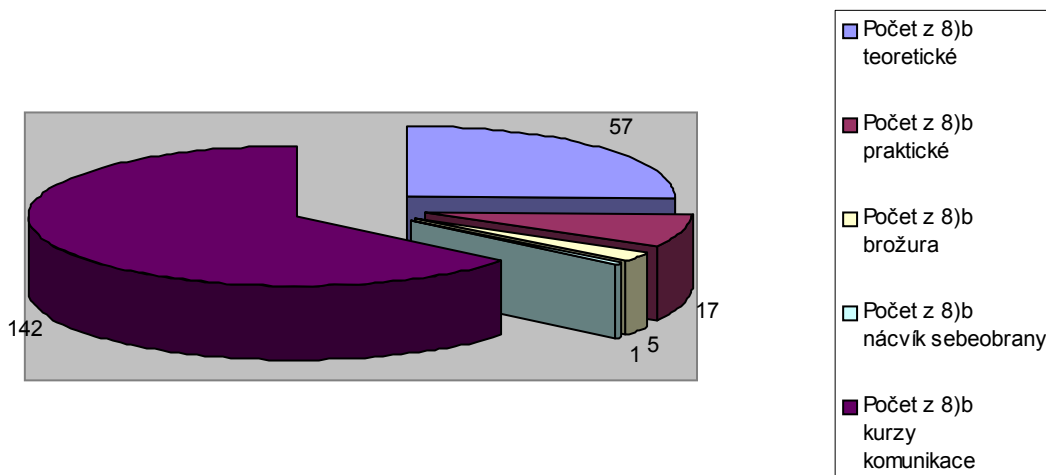
Tabulka č. 20

Nabídka školení, kurzů	Celkem
NE	53 (25%)
ANO	159 (74%)
nevyplněno	2 (1%)
Celkový součet	214

Druhá část osmé otázky dává respondentům na výběr typy školení, které jim zaměstnavatel poskytuje jako prevenci násilí a jeho zvládnání. Respondenti si mohli vybrat z následujících možností : teoretické školení, praktické školení, brožura, nácvik sebeobrany, kurzy komunikace. Podle výsledků lze vyvodit závěr, že zaměstnavatelé nejčastěji nabízejí pracovníkům kurzy komunikace (142 = 64%), za nimi následují teoretická školení (57 = 26%), praktická školení (17 = 8%). Brožuru dostalo 5 respondentů (2%) a nácvik sebeobrany uvedl pouze jeden respondent.

Graf č. 20

Typy školení, kurzů

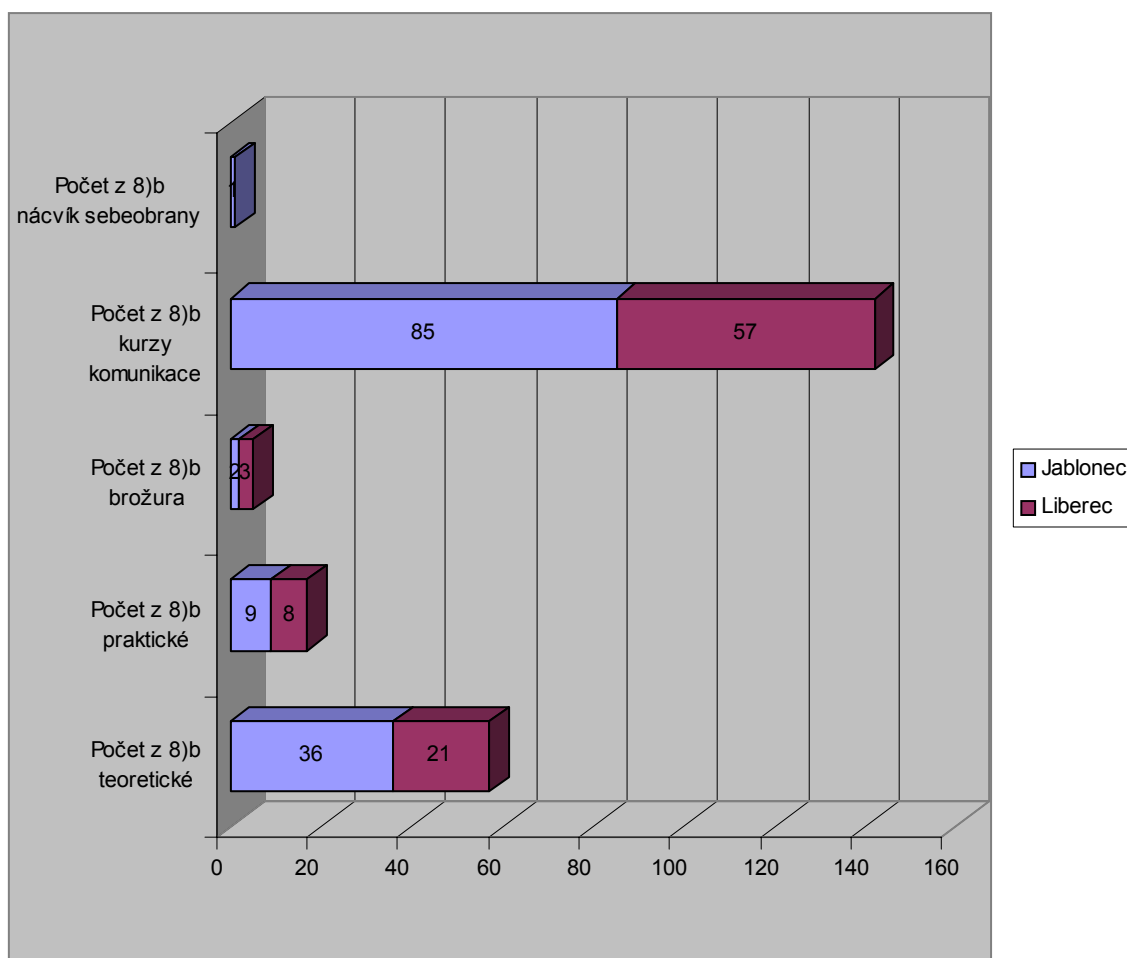


Typy školení	Celkem
Teoretické školení	57(26%)
Praktické školení	17 (8%)
Brožura	5 (2%)
Nácvik sebeobrany	1 (0%)
Kurzy komunikace	142 (64%)

Tabulka č. 21

Pro zajímavost uvádím, jaké výsledky vyplynuly z porovnání nemocnice v Liberci a v Jablonci nad Nisou. Kurzy komunikace uvedlo 85 dotazovaných z jablonecké nemocnice oproti 57 z liberecké nemocnice. Nácvik sebeobrany uvedl pouze jeden dotazovaný z Jablonce nad Nisou. Praktické školení bylo uvedeno v poměru 9 : 8 ve prospěch Jablonce, teoretické 36 : 21 opět ve prospěch Jablonce nad Nisou.

Graf č. 21



Typy školení	Pracoviště		Celkový součet
	Jablonec	Liberec	
teoretické školení	36	21	57
praktické školení	9	8	17
brožura	2	3	5
kurzy komunikace	85	57	142
nácvik sebeobrany	1	0	1

Tabulka č. 22

V **třetí části osmé otázky** se měli respondenti vyjádřit, jaké mají návrhy pro předcházení násilí na jejich pracovišti. Nejčastější návrhy byly zřídit záchytku, nepřijímat pacienty v opilosti nebo pod vlivem drog. 3x se vyskytl názor, že s násilím se počítá, 3 respondenti si myslí, že by pomohla přítomnost statného muž, nejlépe sanitáře. Další návrhy se vyskytovaly ojediněle. K problému se vyjádřilo pouze 63 dotazovaných z celkového počtu 214.

Návrhy pro předejití	
násilí	Celkem
asertivní chování	2
bezpečnostní agentura	2
dobrá vstupní anamnéza	1
dostatečná sedace, fixace HKK	1
fixace pacienta	1
hydratace, předoperační příprava u klientů nad 70 let	1
chování personálu	1
klidné chování	2
komunikace	1
kurzy komunikace	2
lepší bezpečnostní služba	1
možnost zavolat si ihned pomoc	1
nácvik sebeobrany	2
ne, počítáme s ním	3
nedá se předejít	1
nekonfliktní domluva	1
nelze	1
nenadřazený přístup k pacientovi	1
nepřemýšlela o tom	1
nepřijímat opilé pacienty, pod vlivem drog	9
omezení návštěv	1
pouštět návštěvy v malých skupinách	1
pravidelná školení	1
předpokládání agrese	1
přítomnost statného muže	3
psycholog	1
skupinové nácviky reakcí	1
tlumící léky	1
urychlit provoz na amb.	1
úsměv	1
větší osvěta laiků, rodinných příslušníků	1
více mužského personálu	1
více personálu	1
více školení	1
výchova pracovníků	1
vysvětlit změny v programu dne	1
<u>zřídit záchytku</u>	10
Celkový součet	63

Tabulka č. 23

V **deváté otázce** bylo zjišťováno, jaké mají napadení možnosti hlášení. 61 (29%) z celkového počtu dotazovaných odpovědělo, že sepisují Hlášení mimořádné události. 50 (23%) volí možnost hlášení nadřízeným. Pro potřeby vyhodnocení jsem uvedla název nadřízený. Za tímto pojmem se schovávají lékaři, vedoucí směny, staniční sestry, vrchní sestry, sestry, hlavní sestry. Další možností hlášení je záznam do Knihy úrazů, takto se vyjádřilo 9 (4%) z dotazovaných. Jinou volbou hlášení je přivolání policie, tuto možnost uvedlo 12 (6%) dotazovaných. V 6 (3%) případech k policii volají ještě ochranku, další možností je volat pouze ochranku (8 = 4%). Velké procento respondentů se k této otázce nevyjádřilo – 55 (26%).

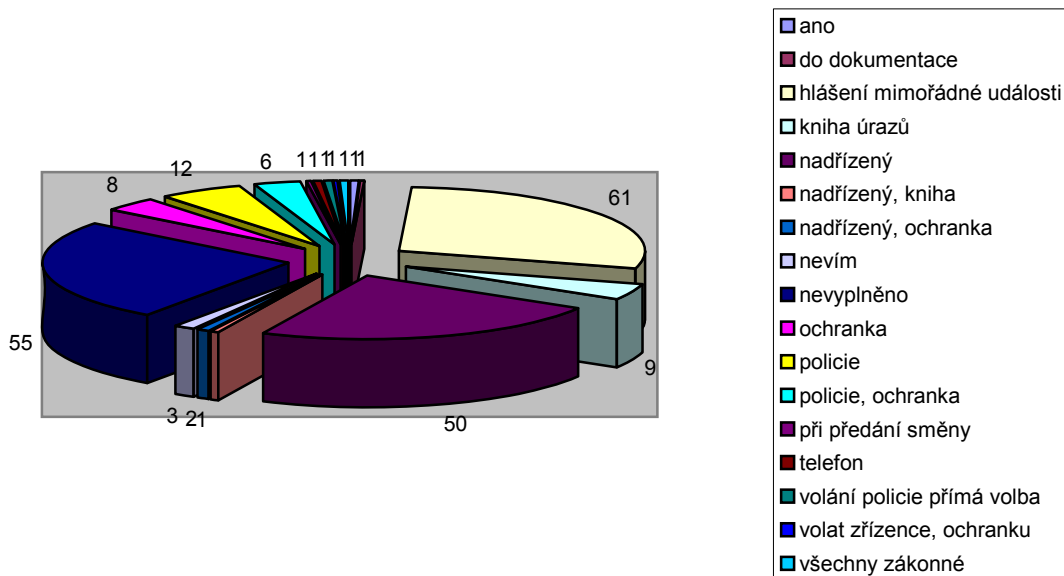
Musím podotknout, že výsledky jsou ovlivněny hlavně podle toho, ve které nemocnici respondent pracuje. V jablonecké nemocnici se vyplňuje formulář „Hlášení mimořádné události“, které se dále postoupí vrchní sestře, která ho odevzdá hlavní sestře. Zde se hlášení archivují a zpracovávají. Ze zdrojů Hlášení mimořádné události vyplývá, že v Jablonci nad Nisou bylo hlášeno za rok 2008 147 případů. (Hlášení mimořádné události je součástí přílohy)

Liberecká nemocnice má záznam „Hlášení o neshodě“. Nejdříve je potřeba záznam provést do Knihy úrazů a nahlásit to nadřízené osobě. Dále je potřeba sepsat v elektronické podobě „Hlášení o neshodě“. Teoreticky se musí napsat vyhodnocení, jaké postupy se zaujmou, aby se další takové události předešlo. Také je potřeba zpětně kontrolovat, zda tato opatření se setkala s pozitivní odezvou. Podotýkám, že toto se děje teoreticky. Vedení nemocnice mi odmítlo poskytnout výše zmíněný formulář, ale nechali mě do něho nahlédnout. V době mého výzkumu v liberecké nemocnici nedošlo k žádnému násilí na zdravotnících za uplynulé tři roky, alespoň takových, které by bylo hlášeno formou formuláře „Hlášení o neshodě“. Upřímně se tomu nedivím, protože by mě vyplnění tohoto formuláře také odradilo.

Podle mého dotazníkového šetření zaměstnanci nemocnice v Liberci se setkali s násilím během posledního roku v 91 případech, jablonečtí zdravotníci udávají 105 případů.

Graf č. 22

Možnosti hlášení

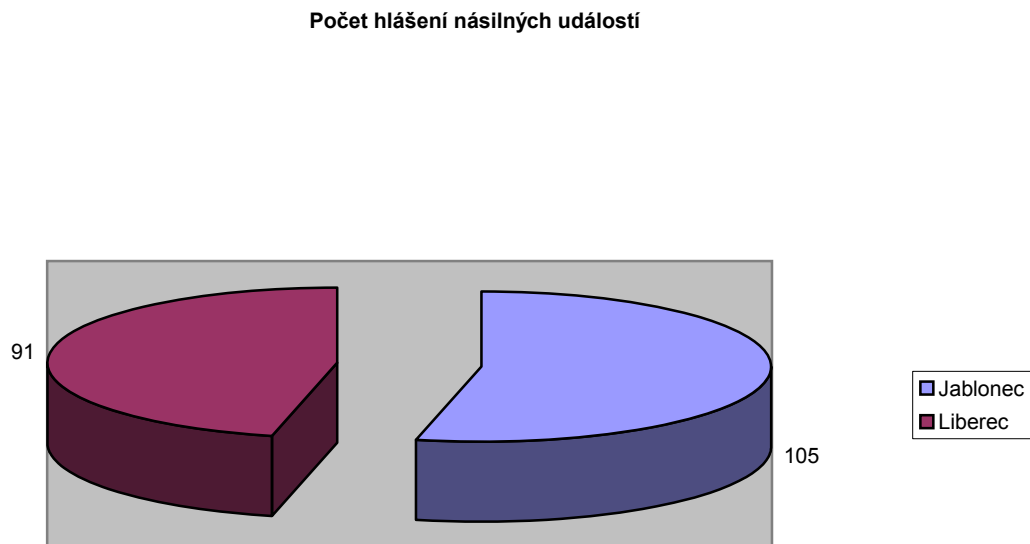


Možnosti hlášení	Celkem
ano	1 (0%)
do dokumentace	1 (0%)
hlášení mimořádné události	61 (29%)
kniha úrazů	9 (4%)
nadřizeny	50 (23%)
nadřizeny, kniha	1 (0%)
nadřizeny, ochranka	2 (1%)
nevím	3 (1%)
nevyplněno	55 (26%)
ochranka	8 (4%)
policie	12 (6%)
policie, ochranka	6(3%)
při předání směny	1 (0%)
telefon	1 (0%)
volání policie přímá volba	1 (0%)
volat zřízence, ochranku	1 (0%)
všechny zákonné	1 (0%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 24

Na této stránce je graficky znázorněn rozdíl ve výskytu násilí mezi oběma městy. Podotýkám, že tyto počty jsou výsledky mého šetření, nikoliv úředně nahlášená napadení.

Graf č. 23

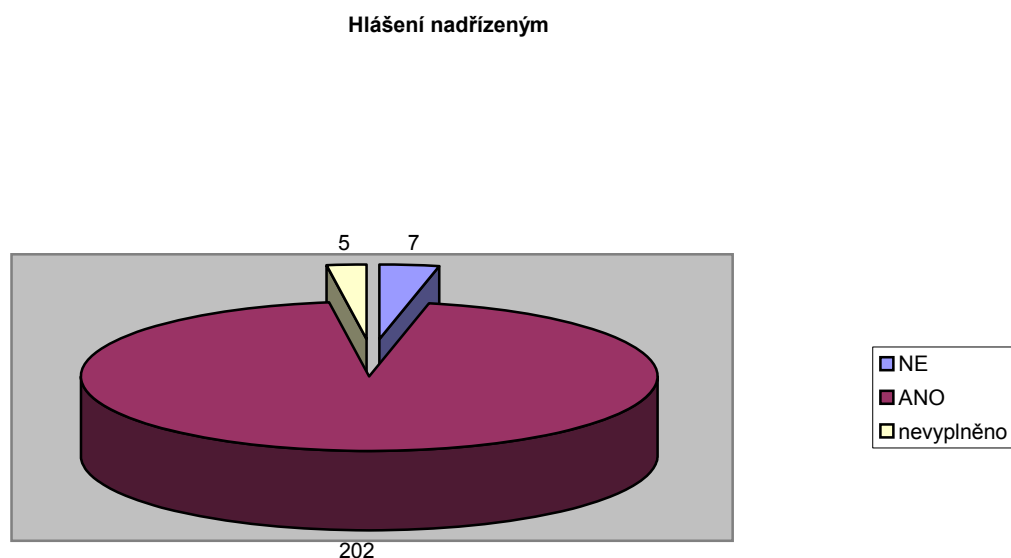


Násilí během posledního roku	
Rozdíl Jablonec & Liberec	Celkem
Jablonec	105
Liberec	91
Celkový součet	196

Tabulka č. 25

Desátá otázka je rozdělena na **tři části**. V **první části** měli respondenti říci, zda násilnou událost hlásí svému nadřízenému. Na výběr měli možnosti ano a ne. 202 (95%) respondentů napsalo, že násilí hlásí svému nadřízenému. 7 (3%) respondentů tuto událost nehlásí a 5 (2%) dotázaných tuto kolonku nevyplnili. Když si dobře prohlédneme číslo, které znamená, že napadení hlásí tuto událost nadřízenému a porovnáme ho s počtem opravdu nahlášených případů, je zde velká neshoda.

Graf č. 24

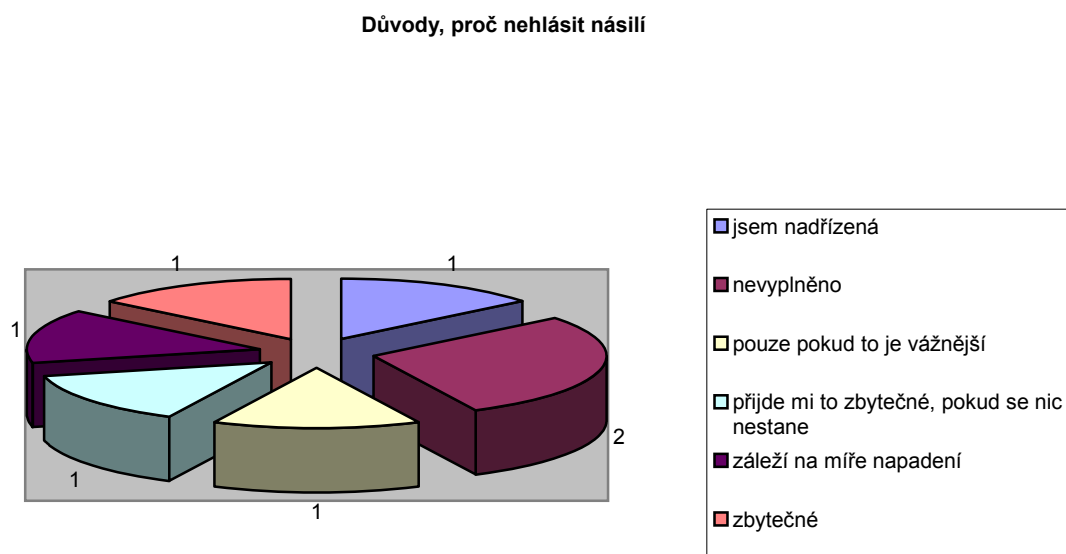


Hlášení nadřízeným	Celkem
NE	7 (3%)
ANO	202 (95%)
nevyplněno	5 (2%)
Celkový součet	214

Tabulka č. 26

Na **druhou část desáté otázky** měli odpovědět pouze ti, kteří v první části zvolili odpověď ne. Měli se vyjádřit, z jakého důvodu nehlásí, že byli napadeni. 7 ze všech dotazovaných se vyjádřilo, že událost nehlásí. 2 (30%) dotazovaní neuvodli žádný důvod, proč nehlásí napadení. Ostatní odpovědi se neshodovali, čili každá se vyskytla pouze jednou, což znamená pro každou z odpovědí výskyt 14%. Odpovědi byly následující : jsem nadřizená; pouze pokud je to vážnější; přijde mi to zbytečné, pokud se nic nestane; záleží na míře napadení; zbytečné.

Graf č. 25



Tabulka č. 27

Důvody, proč nehlásit	
událost	Celkem
jsem nadřizená	1 (14%)
nevyplněno	2 (30%)
pouze pokud to je vážnější	1 (14%)
přijde mi to zbytečné, pokud se nic nestane	1 (14%)
záleží na míře napadení	1 (14%)
zbytečné	1 (14%)
Celkový součet	7

Třetí část desáté otázky se týkala těch, kteří v první části zvolili odpověď ano. Opět měli za úkol udat důvody, proč tak činí. Odpovědi byly upraveny pro potřeby vyhodnocení. V původních odpovědích byly např. odpovědi typu : vyslechne, řeší problém, vyšetří problém, vyšetřování problému, vyšetří problém a zaujme stanovisko... Podobné odpovědi jsem upravila do jednotného znění. Výsledky tohoto šetření jsou následující. 83 (41%) respondentů se vůbec nevyjádřilo. 49 (25%) uvedlo, že nadřízený nebo zaměstnavatel se snaží nějakým způsobem problém řešit. 23 (11%) uvedlo, že nadřízený po nahlášení problému nijak nereaguje. 14 (7%) neví, jak zaměstnavatel reaguje na jejich hlášení o proběhlém násilném činu. 8 (4%) dotazovaných uvedlo odpověď, že nadřízený problém vyšetří a podle výsledků zaujme stanovisko. 7 (3%) odpovědělo, že nadřízený s nimi sepíše událost, 6 (3%) vyplní hlášenku o události a dostanou finanční odměnu ve výši 500 Kč. Výše jmenované odpovědi byly nejčastější. Mezi dalšími odpověďmi není velký rozdíl, proto bych je zde jen vyjmenovala. Jsou následující : kladně, bere na vědomí, okamžitá pomoc, sedace, kurty, domluva pacientovi, podstoupení formuláře „Hlášení mimořádné události“ dále, záleží na lékaři – někdo nereaguje vůbec.

Reakce zaměstnavatele	
na hlášení události	Celkem
bere na vědomí	3 (1%)
domluva pacientovi	1 (0%)
kladně	3 (1%)
nevím	14 (7%)
nevyplněno	83 (41%)
nezajímá to nikoho	2 (1%)
nijak	23 (11%)
okamžitá pomoc	1 (0%)
podstoupí hlášení o mimořádné události nadřízeným	1 (0%)
sedace, kurty	4 (2%)
sepsání události	7 (3%)
snaží se řešit problém	49 (25%)
vyplnění hlášenky, odměna 500	6 (3%)
vyšetření problému, po té se zaujme stanovisko	8 (4%)
záleží na lékaři, někdo nereaguje vůbec	2 (1%)
žádné nevím	1 (0%)
Celkový součet	207

Tabulka č. 28

6.3 Diskuse

Z výzkumu vyplynulo, že 73% zdravotníků se setkalo během vykovávání své profese s násilím. Ze šetření je patrné, že není větší rozdíl ve výskytu napadení, pokud je porovnávána krajská nemocnice s městskou. Nejvíce napadené byly ženy. To je logické vzhledem k tomu, že většina zdravotníků je ženského pohlaví. Jako nejčastějšího agresora udávali účastníci šetření muže ve věku 50 a více let. Násilí se objevilo ve všech formách – fyzické, slovní, sexuální. „Nejběžnějším“ typem násilí je slovní, za ním následuje fyzické. Sexuální bylo zaznamenáno v minimální míře. Dozvěděli jsme se, že nemocnice mají zájem, aby se jejich zaměstnanci vzdělávali na poli komunikace a nabízejí jim komunikační kurzy a školení, jak zvládnout agresivního pacienta.

Jak jsem již uváděla ve výsledcích šetření, respondenti uvádějí, že napadení hlásí. Připomeňme si, že násilí hlásí 95% napadených zdravotníků (podle výsledků výzkumného šetření). Zde je veliký rozdíl v úředně nahlášených případech. Jablonečtí zdravotníci nahlásili 147 případů, liberečtí žádný. Ještě jednou zopakují, že pracovníci liberecké nemocnice musí v případě napadení vyplnit formulář „Hlášení o neshodě“, které je velmi komplikované. Mnoho dotazovaných zdravotníků z Liberce uvedlo, že napadení hlásí nadřízenému nebo ho zapisuje do knihy úrazů. Nadřízený má pak zvážit, zda se toto má vyplnit do příslušného formuláře. Jak již bylo napsáno, za poslední 3 roky nebyl tímto způsobem nahlášen jediný případ. Kolik je ale skutečný počet nahlášených napadení, nelze zjistit, jelikož hlášení končí u staničních nebo vrchních sester. Tyto sestry svým nadřízeným nic nehlásí, alespoň oficiálně ne. Z posledního rozhovoru s Mgr. Kohoutovou vyplynulo, že se přehodnocuje formulář „Hlášení o neshodě“ a přepracovává se. Není schopná říci, kdy bude jeho konečná verze

Nemocnice v Jablonci nad Nisou má formulář „Hlášení mimořádné události“. Napadený popíše situaci, napíše komu událost hlásil, jaká k tomu tento člověk zaujal stanoviska. Formulář si převezme vrchní sestra, předá ho hlavní sestře. Zde se formuláře archivují. Každý půl rok hlavní sestra vydává pro všechna oddělení shrnutí a opatření za minulé pololetí. Shrnutí je jednak celkové, ale také je pak rozděleno na jednotlivá pracoviště. Na každém oddělení je „vypíchnut“ nejčastější problém. Při výzkumu vyšlo najevo, že jablonečtí zdravotníci vyplňují tento formulář.

V dotaznících se objevila odpověď, že po sepsání hlášení o napadení dostanou zdravotníci finanční náhradu ve výši 500 Kč. Tuto „odměnu“ dostávají ti pracovníci, kteří musí pracovat s opilými, agresivními nebo znečištěnými pacienty. O tom, že s takovým pacientem byli v kontaktu, sepiší hlášení a předají ho nadřízenému. Ten následně vyplatí

částku. Jelikož se v libereckém kraji nenachází záchytná stanice, krajský úřad přispívá nemocnicím finanční částkou jako odškodnění za to, že přijímají opilé pacienty. Odpovědi o finanční náhradě byly uvedeny i v dotaznících, které vyplňovali liberečtí zdravotníci. Jak je možné, že mohou dostávat odškodnění, když nemají žádné napadení zdravotníků? Záznamy o napadení je možno nalézt v dokumentaci příslušného pacienta. Pouze nejsou evidovány hromadně. V liberecké nemocnici nemají přesně stanovenou částku „odměny“. Vedoucí pracovník ji přizpůsobuje podle okolností konkrétního případu.

Co dělají nemocnice pro bezpečí svých zaměstnanců? V jablonecké nemocnici musí všichni zaměstnanci chodit do komunikačních kurzů. Tyto kurzy jsou povinné pro všechny pracovníky. Existuje několik typů takovýchto kurzů. Kurzy jsou základní, speciální pro sanitáře, pro sestry, lékaře a managery. Všechny typy probíhají během celého roku současně, čili někteří zaměstnanci navštěvují již navazující kurzy a někteří se ještě nedostali ani na základní. Základní kurzy jsou povinné pro všechny pracovníky. Hlavní sestra zadá vrchním sestřám počet, kolik podřízených mohou přihlásit. Zdravotníci pracující na oddělení, jež mají mnoho zaměstnanců, mohou na takovýto kurz čekat poměrně dlouho. Z toho vyvozují důvod, proč v odpovědích bylo napsáno, že jim zaměstnavatel neposkytuje žádné kurzy, školení a podobně. V liberecké nemocnici také pořádají školení zaměstnanců v komunikaci s pacienty, podmínky pro účast na kurzech jsou totožné s nemocnicí v Jablonci nad Nisou.

Dalším opatřením prováděným v jablonecké nemocnici je najmutí bezpečnostní firmy, která má své zaměstnance v prostorách Informace (což je místo u hlavního vchodu) a během noci 2 – 3x přijíždí ještě další pracovníci na obchůzku volně přístupných prostor nemocnice. Mimo hlavního vchodu, kde se nachází pracovník bezpečnostní firmy, jsou ostatní vchody zavřené od 16 hodin. Zamčení dveří chodí kontrolovat k tomu určený pracovník nemocnice. Na ambulancích i odděleních, kde je zvýšený výskyt problémových pacientů (interní, chirurgické a ORL) mají na telefonním aparátu alarm, který je napojen přímo na městskou policii.

Liberecká nemocnice zavedla v ambulantních částech kamerový systém. Dále zde zdravotníci mají k dispozici rychlovolbu na Policii ČR. Na každém oddělení se nachází během nočních služeb sanitář. Ve větších pavilónech je ještě jeden navíc, který zajišťuje komunikaci mezi jednotlivými budovami (nemocnice v Liberci má oproti jablonecké tu nevýhodu, že se skládá z mnoha budov, pavilónů, které nemají mezi sebou spojovací chodby). I liberecká nemocnice má najatou bezpečnostní agenturu. Její zaměstnanci se nacházejí 24 hodin denně v prostorách hlavní vstupní brány. Během večera a noci tito pracovníci obcházejí

celý areál nemocnice v pravidelných časech. Teoreticky by měli být v noci zavřené vstupní dveře na každé oddělení. Podle vyjádření hlavní sestry se tak ale často neděje.

Velké procento dotazovaných (11%) se vyjádřilo, že jejich nadřízení nijak nereagují na nahlášení násilné události. Pokud se zeptáte hlavních sester, proč nereagují na nahlášení daného problému, shodně vám odpovědí, že oni (zaměstnavatel) reagují. Jak je vidět, tato oblast bude velmi sporná. Zaměstnavatelé i zaměstnanci mají jinou představu, jak situaci řešit.

Jelikož násilí ve zdravotnických zařízeních je rozšířený problém a není omezen jen na Českou republiku, zabývají se jím i jiné země. Pro představu si můžeme uvést několik případů. Nejdříve uvedu výsledky výzkumů prováděných v zahraničí a pak i v České republice.

Studii z Bulharska představil Dr. Ivan Kokalov, což je předseda Odborné federace zdravotnictví. Výzkum byl proveden v roce 2001 formou dotazníkového šetření a zúčastnilo se ho 508 zdravotníků. I zde se uvádí, že případy násilí jsou hlášeny zřídka. 7,5% respondentů se setkala s fyzickým násilím, 37,2% bylo slovně napadeno. V tomto šetření se zjišťoval výskyt mobbingu, s nímž se setkala 30,9% dotazovaných. 2,2% respondentů mělo zkušenosti se sexuálním násilím. Závěr z tohoto šetření byl takový, že případy násilí jsou nedostatečně hlášeny, celá problematika je nedostatečně dokumentována. (*Háva a kol., 2004*)

MUDr. Nesvadbová, CSc. a MUDr. Háva, CSc. upozornili v přehledu mezinárodních výzkumných aktivit na některá výzkumná šetření. Uvádím zde výzkum, který probíhal v Kanadě. Universita of Cariboo z Britské Kolumbie publikovala práci Duncana a kolektivu. Sledováno bylo 8780 zdravotních sester z 210 nemocnic. Z výsledků vyplynulo, že 46% dotázaných se setkala s nějakým typem násilí při vykonávání své profese. Z tohoto počtu uvedu pouze určitá data : 18% se setkala s fyzickým napadením, 38% s emočně podmíněnými nadávkami. Pacienti byli nejčastějšími agresory. 70% respondentů nehlásilo napadení. (*Háva a kol., 2004*)

PhDr. Veselá uvádí příklad z průzkumu Cynthie Cruickshank pro Asociaci registrovaných sester z Nové Scotie z roku 1995. 80% respondentů mělo co do činění s násilím na pracovišti. 63% účastníků šetření se setkala se slovním násilím, 35% zažilo pokus o fyzické napadení a 21% bylo přímo fyzicky napadeno. (*Háva a kol., 2004*)

V České republice byl proveden výzkum v roce 2004, jehož se zúčastnilo 675 respondentů. Výzkum byl zaměřen na zdravotní a sociální péči. Pro naše potřeby uvádím pouze data týkající se oblasti zdravotnictví. Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že během

posledních 12 měsíců (rok 2003) bylo napadeno 13% respondentů fyzicky. Jako pachatele uvedla většina dotazovaných pacienta. Slovně bylo napadeno 41,6% respondentů, nejčastějším pachatelem byl opět pacient. 92,6% respondentů uvedlo, že napadení nebylo vyšetřováno. Zajímavé jsou názory respondentů na možné příčiny násilí na pracovišti. Uvedli např. tyto příčiny : alkoholismus pacienta, demence, stres v práci, přepracovanost, pocit marnosti, špatná komunikace, špatné vztahy mezi zaměstnanci, nekompetentní vedení, vyhrožování propuštěním, nedostatečné ohodnocení zaměstnanců, nedostatek personálu, nevyjasněné kompetence, přeplněné čekárny, příliš mnoho žen ve zdravotnictví a sociálních službách. S tímto šetřením nás seznámily Ing. Čabanová, Mgr. Dobiášová, PhDr. Hnilicová, Ph.D ve své kapitole o příčinách a prevenci násilí na pracovišti, která pochází z knihy *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR. (Háva a kol., 2004)*

Bc. Radka Nitschová zpracovala téma násilí ve zdravotnictví ve své diplomové práci. Výzkum zaměřila na porovnání s podobným výzkumem, který probíhal v roce 2004. Své šetření prováděla v roce 2007. Výzkumné šetření bylo provedeno u 180 respondentů. Zúčastnili se ho zdravotníci ze 4 nemocnic. Byl prokázán nárůst fyzického násilí vůči zdravotním sestřím z 13% na 30,5% a slovního napadání z 41,6% na 61,1%. Šetřením vyplynulo, že nejčastějším pachatelem je pacient (v 70% při fyzickém napadení a v 93% při slovním atakování). I zde je poukazováno na to, že většina sester napadení nehlásí. Sestry se také měly vyjádřit, jaká opatření by se měla zavést, aby se předcházelo násilí. Jejich názory byly, že je potřeba zvýšit počet zaměstnanců a ti by měli být školeni.

6.4 Závěr

Zdravotnická zařízení jsou místem, kde se střetávají různé typy lidí, v různých životních situacích. Na jedné straně jsou zdravotníci, kteří jdou dělat tuto práci s nějakými ideály. Pak u nich dojde k rozčarování, pracují ve věčném stresu, jsou přepracovaní, mají své problémy (v rodině, s nadřízenými, spolupracovníky). Jelikož jsme pomáhající profese, jsme tu pro nemocné lidi, jejich rodiny, máme být stále empatictí, usměvaví, vstřícní. Zamračená sestřička je pro pacienta a jeho léčbu nepřijatelná. Na druhé straně je pacient, který je v těžké životní situaci. Je nemocný, má změněné svoje potřeby. Některé změny jsou nevratné, pacientovi se může v jednu chvíli „převrátit život na ruby“. Musí se s tím vyrovnat, přijmout skutečnost. A navíc tady máme rodinu nemocného, ta se musí také vyrovnat s nemocí svého člena, s ovlivněním chodu rodiny. Mnohokrát svého příbuzného litují. Nechápu, že bolest,

kteřou momentálně způsobujeme jejich partnerovi, dětem apod., je potřeba pro vyšetření a následnou léčbu. Oni vidí jen utrpení blízkého (zvláště pokud se jedná o dítě) a jasného viníka. Podotýkám, že se nemusí vždy jednat jen o bolest fyzickou.

Zdravotnická zařízení jsou také velkým lákadlem pro zloděje, drogově závislé jedince. Na pokojích mají někteří nemocní hotové poklady, zvláště v dnešní přetechnizované době. Většina zaměstnanců jsou „slabé“ ženy. Vybírají se zde poplatky – zdroje financí a opět je brání jenom žena (mnohdy samotná, hlavně v nočních hodinách). A navíc je ve zdravotnictví mnoho léků.

Dnešní doba je plná násilí. Vidíme ho stále kolem sebe. Stačí zapnout televizor a valí se na nás v jakémkoliv čase. Vyskytuje se i v dětských pořadech. Děti odmala vidí, že pokud si bude někdo něco vynucovat násilím, ve velké části případů se mu vyhová. To je další možná příčina, proč se násilí tolik objevuje a nejen ve zdravotnictví.

Jak již jsem se zmínila, dochází ve zdravotnictví k emočnímu střetávání. Z různých výzkumů (některé jsem uvedla) vyplývá velké množství násilí, vyskytující se ve zdravotnictví. Pro řadu zaměstnanců to může být jedním z důvodů, proč opouštějí své zaměstnání a odcházejí vykonávat „klidnější“ práci. Zdravotnictví tím přichází o kvalifikované síly a ty jsou potřeba pro poskytnutí kvalitní péče, ale i pro zvládnutí agresivního pacienta. Vzniká tím začarovaný kruh, protože ve zdravotnictví chybí pracovníci, ti co zůstávají, jsou přetěžovaní, ve stálém stresu, nemají čas na povídání s pacientem. A pacient potřebuje mít ve zdravotnicích oporu.

Je potřeba, aby se tímto problémem zabývali kompetentní lidé. Zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnanci práci v kvalitních a hlavně bezpečných podmínkách. Mnoho úkolů leží tedy na bedrech vedoucích pracovníků, na vrcholovém managementu. Je důležité zajistit dostatek kvalifikovaného personálu, zaujmout postoj, že v našem zařízení se násilí netoleruje oproti tomu, že pacient má vždy pravdu, vše se dělá pro pacienta, on je nemocný atd. Pracoviště by měla být vybavena tak, aby se předcházelo násilí (eliminovat hluk, barvy nevyvolávající větší stres, vybavení čekáren, alarmy).

Je nutné zdokonalit zákony, což již se děje, jak jsem uvedla v kapitole zabývající se právní problematikou. Stále je v lidech zakořeněno, že sestra vstupující do zdravotnických služeb musí počítat s jistým výskytem násilí. Do soudních sporů se napadení zdravotníci příliš nepouštějí, protože i zde panuje názor, že pokud je viníkem pacient, je žaloba neetická, neprofesionální.

Je také důležité více medializovat problém násilí ve zdravotnictví a odsuzovat takovéto činy. Zatím jsou ukazovány hlavně činy páchané na záchranářích. Ale zdravotníci nejsou jen záchranáři. S jistou nadsázkou lze říci, že k násilí dochází každý den a ve všech zdravotnických zařízeních. Jen veřejnost o tom není informována. A zdravotníci to nikde nehlásí nebo jen minimálně. A máme další bludný kruh.

Jsem moc vděčná všem účastníkům mého dotazníkového šetření, že mi věnovali trochu času při vyplnění. Pouze v několika případech jsem měla dojem, že vyplnění bylo nezodpovědné, prostě vyplněné tak, že to bylo nutné. Velmi mě překvapil přístup vrchních sester, které byly vstřícné a samy rozdaly dotazníky, požádaly své podřízené o vyplnění a ještě se zúčastnily šetření. Také obě hlavní sestry mi věnovaly spoustu svého času a trpělivě odpovídaly na mé všetečné dotazy ohledně preventivních opatření v jejich nemocnicích. Nechaly mě nahlídnout do dat souvisejících s násilnými činy.

Byla bych velmi ráda, kdyby moje práce byla podnětem pro další výzkumy, které by vedly k vypracování preventivních kroků. Práce zdravotní sestry (myslím, že i ostatních zdravotnických profesí) je moc pěkná a přínosná, jak pro sestry, tak pro pacienty. Jen je potřeba mít vytvořeny správné podmínky pro její vykonávání. A mezi ně rozhodně patří i eliminace násilí.

Doufám, že tato práce nastínila problém násilí ve zdravotnictví dostatečně a ukázala, že se dá toto téma rozebrat z mnoha pohledů. Jak jsem již uvedla v teoretické části, agresorem může být kdokoliv, včetně zdravotníka. To samé se týká i obětí. Právní problémy by také při podrobnějším rozebírání vydaly na samostatnou práci. JUDr. Chomča, který mi byl rádcem v této oblasti, měl mnoho nápadů, které jsem bohužel už nerealizovala z důvodu velké obsáhlosti. Já jsem se v práci zabývala násilím jen z pohledu napadeného zdravotníka, kdy viníkem byl pacient nebo jeho rodina.

Anotace

Autor : Marie Židová

Instituce : Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetřovatelství

Název práce : Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zvládnání

Vedoucí práce : Mgr. Michaela Votroubková

Počet stran : 103

Počet příloh : 4

Rok obhajoby : 2009

Souhrn

Téma násilí je velmi rozsáhlý problém. Je nemožné vše o násilí shrnout do několika vět. Snad lze říci jen následující. Agrese se dostává do popředí diskuse i ve zdravotnických sférách. A to nejen v České republice, ale i ve světě. Dříve nebyly jasně stanoveny definice násilí, proto není možné udělat porovnání, zda bylo více agrese v minulých dobách nebo nyní. V některých kulturách (např. muslimských) je přijímána jistá míra násilí, zvláště jedná-li se o násilí páchané na ženách. Je potřeba, aby se tímto tématem zabývalo více vládních resortů. Je nutná úprava legislativy, která by ochraňovala zdravotníky při výkonu jejich povolání. Povinností zaměstnavatele je zajistit bezpečnost svých zaměstnanců. Pro dobře odvedenou práci, dobrý pocit zdravotníků i pro spokojené pacienty je důležité, aby zdravotníci byli kvalifikovaní a pracovali v dostatečném počtu.

V teoretické části jsou uvedeny definice násilí, hněvu, agrese. Je zde rozebrána teorie, proč dochází k násilnému, agresivnímu jednání vůbec, nejen ve zdravotnictví. V této části jsou uvedeny příčiny násilí na pracovišti, ve zdravotnictví. Je poukázáno na to, kdo vše může být agresorem a obětí. Také nemoc člověka mění, jsou narušeny potřeby nemocného a tím se mění i jednání člověka. Hodně působí emoce. Napadený zdravotník se musí vyrovnat s prožitým útokem. Vyrovnání je různé, záleží na typu člověka, na jeho myšlení, pohledu na svět, na život. Pro napadeného je také velmi důležité, jak se může bránit, jaká jsou jeho práva, zda se mu dostane pomoci. V závěru teoretické části jsou doporučení, jak se preventivně chovat, jak nepodlehout násilí.

Empirická část poukazuje na výskyt násilí ve dvou nemocnicích. Jedná se o krajskou nemocnici v Liberci a městskou nemocnici v Jablonci nad Nisou. Je zde hodnocení kolik zdravotníků, kteří se zúčastnili šetření, bylo napadených při výkonu svého povolání. Respondenti se měli vyjádřit, zda jim zaměstnavatel poskytuje nějaké školení, aby věděli, jak zvládat agresivní pacienty. Dále měli za úkol říci, zda mají možnost hlásit napadení, zda tuto možnost využívají a jak. Závěrem bylo řečeno, jak se obě nemocnice starají o prevenci násilí a jak zajišťují bezpečnost svým zaměstnancům.

Klíčová slova : násilí, agrese, hněv, fyzické násilí, slovní násilí, násilí na pracovišti, nemoc, zdraví, opatření proti násilí na pracovišti, legislativní opatření, prevence násilí

Summary

The theme violence is a very widely known problem. It would be almost impossible to summarize everything about violence in one sentence. Here are some important points. Aggression is one of the prime topics in medical spheres, not only in the Czech Republic but also in the whole world. In earlier days, there weren't given any proper definitions of violence, hence it's very difficult to compare, whether there was more violence in the past or nowadays. In some cultures (for example: Muslims) mild violence is tolerated, mainly, if is committed on women. It is necessary that more government institutes deal with this problem. Certain correction of legislation in medicine is needed to protect its workers in their jobs. It is an obligation of an employer to guarantee a safety of his employees. For a job well done and a satisfaction of employees and for the happiness of patients it is extremely important, that all employees are qualified and in appropriate numbers.

Theoretical part deals with the definitions of violence, anger, aggression. The theory discussed is, why the aggressive and violent behaviour occurs in general. The reasons of violence at work, especially in healthcare, are listed here. It shows who can be in the position of the victim and an aggressor. A disease changes a person's mind, the needs of a patient are altered and so is his behaviour. An emotion plays a great role as well. A medical worker, who becomes a victim of aggression, has to face up to the situation. This process is influenced by the nature of the person, his thinking and view on life. It is very important to know, how he can defend himself, what his rights and where he can seek aid. The end of theoretical part gives a few recommendations on prevention of violence.

Empirical part shows the occurrence of violence in two hospitals – Liberec county hospital, and the Jablonec city hospital. The amount of medical workers, who became victims of violence at work, had been evaluated. Employees were asked, whether their employer provides proper training to show them, how to deal with aggressive patients. Also whether they have some means of reporting aggression and how they use them, if at all. In the conclusion, there is a report on how the above listed hospitals care about violence prevention and how they provide the security of their employees.

Keywords : violence, aggression, anger, physical aggression, vocal aggression, violence at work, disease, health, legislation, prevention of violence

Seznam grafů

Graf č. 1	Věk dotazovaných.....	49
Graf č. 2	Pohlaví respondentů.....	50
Graf č. 3	Pracovní zařazení.....	51
Graf č. 4	Dosažené vzdělání respondentů.....	52
Graf č. 5	Liberec X Jablonec nad Nisou.....	53
Graf č. 6	Typ oddělení.....	54
Graf č. 7	Název oddělení.....	55
Graf č. 8	Setkání s násilím.....	57
Graf č. 9	Násilí během posledního roku.....	58
Graf č. 10	Typ násilí.....	59
Graf č. 11	Pohlaví agresora.....	60
Graf č. 12	Věk agresora.....	61
Graf č. 13	Vliv drog, alkoholu.....	63
Graf č. 14	Vliv stresu.....	64
Graf č. 15	Vliv zdravotních problémů.....	65
Graf č. 16	Publikum.....	66
Graf č. 17	Denní doba.....	67
Graf č. 18	Čekání na ošetření.....	68
Graf č. 19	Školení, kurzy.....	71
Graf č. 20	Typy školení, kurzů.....	72
Graf č. 21	Typy školení podle nemocnic.....	73
Graf č. 22	Možnosti hlášení.....	76
Graf č. 23	Počet hlášení násilných událostí.....	77
Graf č. 24	Hlášení nadřízeným.....	78
Graf č. 25	Důvody proč nehlásit násilí.....	79
Graf č. 26	Reakce nadřízených na hlášení násilí.....	81

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů.....	50
Tabulka č. 2	Pracovní zařazení.....	51
Tabulka č. 3	Stupeň dosaženého vzdělání.....	52
Tabulka č. 4	Místo zaměstnání.....	53
Tabulka č. 5	Typ oddělení.....	54
Tabulka č. 6	Název oddělení.....	55
Tabulka č. 7	Délka praxe.....	56
Tabulka č. 8	Setkání násilím.....	57
Tabulka č. 9	Násilí během posledního roku.....	58
Tabulka č. 10	Typ násilí.....	59
Tabulka č. 11	Pohlaví agresora.....	60
Tabulka č. 12	Věk agresora.....	62
Tabulka č. 13	Vliv drog, alkoholu.....	63
Tabulka č. 14	Vliv stresu.....	64
Tabulka č. 15	Vliv zdravotních problémů.....	65
Tabulka č. 16	Publikum během násilí.....	66
Tabulka č. 17	Denní doba.....	67
Tabulka č. 18	Čekání na ošetření.....	68
Tabulka č. 19	Reakce na incident.....	69
Tabulka č. 20	Nabídka školení, kurzů.....	71
Tabulka č. 21	Typy školení.....	72
Tabulka č. 22	Typy školení – pracoviště.....	73
Tabulka č. 23	Návrhy pro předejití násilí.....	74
Tabulka č. 24	Možnosti hlášení.....	76
Tabulka č. 25	Násilí během posledního roku – Rozdíl Jablonec X Liberec.....	77
Tabulka č. 26	Hlášení nadřízeným.....	78
Tabulka č. 27	Důvody proč nehlásit událost.....	79
Tabulka č. 28	Reakce zaměstnavatele na hlášení události.....	82

Seznam příloh

Příloha č. 1	Dotazník	98
Příloha č. 2	Formulář Hlášení mimořádné události	100
Příloha č. 3	Žádost o povolení výzkumu 1	101
Příloha č. 4	Žádost o povolení výzkumu 2	102

Seznam použité literatury

1) Monografické publikace

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva.; SADÍLEK, Petr.; TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno : nakladatelství Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, ISBN 80-7013-416-X
- [2] ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislost*. Žďár nad Sázavou : nakladatelství Fakta, 1998, ISBN 80-902614-1-8
- [3] MUDR. HÁVA, P., CSc.; RNDr. SCHLANGER, J. a kolektiv. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, ISBN-80-86625-21-4
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. Vydavatel : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, ISBN 80-7013-397-X
- [5] JUDr. JAKUBKA, Jaroslav. *Zákoník práce s promítnutím nálezu Ústavního soudu k návrhu na zrušení některých ustanovení zákoníku práce*. 4.aktual. vyd., Olomouc : ANAG, 2008, ISBN 978-80-7263-449-1
- [6] Brožura ICN : *Společně proti násilí*. Praha, ČAS, 2001
- [7] Brožura ICN : *Jak zvládnout násilí na pracovišti*. Praha : ČAS, 2001
- [8] PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha : nakladatelství Triton, 2004, ISBN 80-7254-593-0
- [9] PORTERFIELDOVÁ, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha : nakladatelství Lidové noviny, 1998, ISBN 80-7106-262-6
- [10] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : nakladatelství Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-414-4
- [11] VENGLÁŘOVÁ, Martina.; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1262-8
- [12] VONDRÁČEK, Lubomír.; VONDRÁČEK, Jan. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Nakladatelství Galén jako příloha periodika FLORENCE, ČÍSLO 3, ROČNÍK II, 2006, ISBN 80-7262-392-3
- [13] VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vyd. Praha : Psychoanalogické nakladatelství J. Kocourek, 1994, ISBN 80-901601-3-1

- [14] ZACHROVÁ, Eva.; HERMANOVÁ, Miroslava.; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava.
Zdravotnická psychologie. Praha : Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-2068-5

2) Internetové zdroje

- [1] Internetová encyklopedie Wikipedia, on-line, 2008
Dostupné z : <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc> [citováno 2008-11-26]
- [2] Internetová encyklopedie Wikipedia, on-line, 2008
Dostupné z : <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdraví> [citováno 2008-11-26]
- [3] Internetová encyklopedie Wikipedia, on-line, 2008
Dostupné z : <http://cs.wikipedia.org/wiki/Agrese> [citováno 2008-12-10]
- [4] Internetová Psychopradna, s.r.o., on-line, 2009
Dostupné z : <http://psychopradna.cz/cz/clanky/mobbing-a-bossing/70.html>
[citováno 2009-01-23]
- [5] PhDr. VESELÁ, Jana. *Zatajovat násilí na pracovišti je velká chyba*. (on-line) 2008
[citováno 2008-11-15]
Dostupné z : http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2001/nasili.html
- [6] VAVROŇ, Jiří. *Nesouhlas s dávkami lidé řeší pěsti*. (on-line) 2008
Dostupné z : <http://www.novinky.cz/04/21/45.html>

3) Studentské práce

- [1] OLBRECHT, Karel. *Násilí v nemocnici z pohledu sestry*. Brno, 2007, s. 63. Závěrečná práce v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně na katedře managementu. Vedoucí práce Alena Šilhartová
- [2] Bc. NITSCHOVÁ, Radka. *Problematika násilí v práci zdravotních sester v nemocnici*. Olomouc, 2008, s.144. Diplomová práce v Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Králová

4) Standardní články

- [1] *Nejvýznamnější zdroje a příčiny násilí na pracovištích ve zdravotnictví*. Zdravotnické noviny, 2007, roč. 56 ,č. 46, s. 16. ISSN 0044-1996
- [2] PhDr. HNILICOVÁ, Helena. *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví*. Zdravotnické noviny, 2007, roč. 56, č. 46, s. 14-15. ISSN 0044-1996

- [3] MOTZINGOVÁ, Gisela. *Násilí v ošetrovatelství – konflikty v týmu*. Florence, 2007, roč. 3, č. 7-8, s.319, ISSN 1801-464X
- [4] LEICHTENBERGER, Rainer. *Jak zvládnout agresí*. Florence, 2007, roč. 3, č.7-8, s. 319-321, ISSN 1801-464X
- [5] PaedDr., Mgr. ZACHAROVÁ, Eva, PhD. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi*. Florence, 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 318, ISSN 1801-464X
- [6] KOUKALOVÁ, Anna. *Mobbing na pracovišti*. Sestra, 2008, roč. 16, č. 4, s. 20. ISSN 1210-0404
- [7] PALEČEK, Miloš.; SVOBODOVÁ, Lenka. *Násilí ve společnosti a na pracovištích*. Zdravotnictví v České republice, 2005, roč. VIII, č. 3, s. 110-114. ISSN 1213-6050
- [8] DAŇHOVÁ, Adéla. *Proti útokům různými zbraněmi*. Zdravotnické noviny, 2005, roč. 54, č. 48, s. 12-15. ISSN 0044-1996
- [9] Mgr. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *I s problémovým pacientem se dá většinou domluvit – když víte jak*. Sestra, 2005, roč. , č. 2, s.21-22. ISSN 1210-0404

5) Zákony

- [1] Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění
- [2] Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění
- [3] Zákon č. 200/1990 Sb., zákon o přestupcích, v platném znění
- [4] Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon, v platném znění

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Marie Židová, studuji na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové, obor ošetrovatelství. Jsem ve 3. ročníku a zpracovávám bakalářskou práci na téma : „**Násilí ve zdravotnických zařízeních.**“

Prosím Vás o vyplnění dotazníku podle Vašeho nejlepšího svědomí. Vaše odpovědi poslouží k nastínění stavu násilí páchané na zdravotnících ve zdravotnických zařízeních.

Dotazník je anonymní, bude použit výhradně k vypracování mé bakalářské práce. Otázky, prosím, zaškrtněte, případně dopište odpovědi. Poté je vložte do přiložených obálek.

Děkuji moc za Vaši ochotu a čas strávený nad vyplněním mého dotazníku.

Židová Marie

Část A

1) Jaký je Váš věk ?

2) Jaké je Vaše pohlaví ? muž žena

3) Jaké je Vaše pracovní zařazení ?

Vrchní sestra Staniční sestra Sestra Ošetrovatelka

4) Jaké je Vaše vzdělání ?

Základní Středoškolské Vysokoškolské

5) a. Kde pracujete ? nemocnice Liberec nemocnice Jablonec nad Nisou

b. Ambulance Lůžkové odd. JIP ARO

c. Název oddělení

6) Jak dlouhá je Vaše praxe ?

Část B

7) a. Setkali jste se někdy během Vaší praxe s násilím ze strany pacienta, příbuzných, návštěvy vůči Vám ?

Ano Ne

Pokud jste odpověděli ne, pokračujte dále až od otázky č. 8

b. Setkali jste se s násilím na Vašem pracovišti během posledního roku ?

Ano Ne

c. Jaký to byl druh násilí ?

Fyzické Slovní (nadávky, urážky, zesměšňování, hrozby, zastrašování)

Sexuální

d. Kdo Vás napadl ? Muž Žena

e. Jaký byl přibližný věk agresora ?

Do 19 let 20-29 let 30-39 let 40-49 let 50 let a více

f. Byl člověk, který Vás napadl pod vlivem drog, alkoholu ? Ano Ne

g. Byl člověk, který Vás napadl pod vlivem výrazného stresu ? Ano Ne

h. Měl agresor zdravotní problémy, které snižovaly jeho sebekontrolu ?

Ano Ne

i. Měl agresor při napadení publikum ? Ano Ne

j. Kdy Vás agresor napadl ? Během dne Během noci

k. Napadl Vás agresor, protože musel dlouho čekat na Vaše ošetření ?

Ano Ne

l. Jaká byla Vaše reakce na tento incident ?

.....

8) a. Nabízí Vám zaměstnavatel školení, kurzy k problematice zvládnání násilí na pracovišti ?

Ano Ne

b. Jaké ? Teoretické školení Praktické cvičení Brožura

Nácvik sebeobrany Kurzy komunikace

Jiné

c. Máte nějaké návrhy, jak předcházet násilí na Vašem pracovišti ?

.....

9) Pokud u Vás na odd. dojde k napadení pracovníka, jaké máte možnosti k hlášení události ?

.....

10.) Hlásíte tuto událost nadřízeným ? Ano Ne

Pokud ne, můžete uvést důvod ?

Pokud ano, jak reaguje Váš zaměstnavatel ?

HLÁŠENÍ O MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI



Poř. číslo:

Osoba provádějící zápis vyplní odstavce I. až VI.

I. Datum, hodina zápisu:	II. Osoba provádějící zápis:	Svědék:
III. Pacient: (ident. data. č. chorobopisu)	Jiná osoba: (jméno, příjmení, kontakt)	Provoz: (adresa, místo)

IV. Mimořádná událost:

- Chyba v medikaci
- Poškození kůže, dekubity
- Nedodržení léčebného režimu
- Nebezpečný předmět u lůžka
- Pokus o sebepoškození
- Pád
- Záměna pacienta, dokumentace, materiálů

- Zranění osoby
- Užití nedovolených látek
- Napadení osoby
- Sexuální obtěžování
- Prohledání osobních věcí pacienta
- Porucha zařízení
- Ztráta, krádež
-

V. Slovní popis události (hodina, datum, situace, za které k události došlo, přítomné osoby apod.)

VI. Kdo a kdy byl o události informován?

(jméno, příjmení, pracovní zařazení, jiný vztah k události, hodina, datum, reakce na informaci)

Hlášení převzal: (jméno, příjmení, pracovní zařazení)

Provedená opatření, doporučení, řešení pro další vývoj:

Podpis:

Vážená paní
Bc. Jitka Řehořová
hlavní sestra Nemocnice Jablonec nad Nisou
Nemocniční 15
Jablonec nad Nisou
466 60

V Bzí dne 27.8.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v nemocnici v Jablonci nad Nisou

Vážená paní Řehořová,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v nemocnici v Jablonci nad Nisou, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Marie Židové, nar. 16.3. 1974, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství- všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit množství výskytu násilí ve zdravotnických zařízeních páchané pacienty, návštěvami na zdravotnicích, porovnat ho s množstvím hlášených událostí. Dále porovnat četnost výskytu mezi nemocnicemi v Jablonci nad Nisou a v Liberci.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti. Dále bychom Vás chtěli požádat o přístup k Hlášení mimořádných událostí.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové, prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., přednosty ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc
ústav sociálního lékařství
LF v Hradci Králové
Tel : 495816246
e-mail: mares@lfhk.cuni.cz

Mgr. Michaela Votroubková
LF v Hradci Králové
Vedoucí práce
e-mail: MiStepankova@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 6. 10. 2008

Podpis, razítko



Vážená paní
Mgr. Ladislava Kohoutová
hlavní sestra Krajské nemocnice Liberec
Husova 10
Liberec 1
460 63

V Bzí dne 27.8.2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Krajské nemocnici v Liberci

Vážená paní Kohoutová

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Krajské nemocnici v Liberci, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce Marie Židové, nar. 16.3. 1974, studentky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství- všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit množství výskytu násilí ve zdravotnických zařízeních páchané pacienty, návštěvami na zdravotnicích, porovnat ho s množstvím hlášených událostí. Dále porovnat četnost výskytu mezi nemocnicemi v Jablonci nad Nisou a v Liberci.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti. Dále bychom Vás chtěli požádat o přístup k Hlášení mimořádných událostí.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Michaely Votroubkové, prof. PhDr. Jiřího Mareše, CSc., přednosty ústavu sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové a Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem prof. PhDr. Jiří Mareš, Csc
ústav sociálního lékařství
LF v Hradci Králové
Tel: 495816426
e-mail: mares@lfhk.cuni.cz

Mgr. Michaela Votroubková
LF v Hradci Králové
Vedoucí práce
e-mail: MiStepankova@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 10.11.2007

Podpis, razítko



Mgr. L. Kohoutová