

Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania¹

Martina Lepiešová – Mária Nemčeková²

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovateľstva

Vysoká škola v Sládkovičove, Fakulta verejnej politiky a verejnej správy,
Katedra sociológie a sociálnej psychológie

Violence and Aggression Against Nurses in their Professional Practice. Violence and aggression against nurses in their professional practice has become serious problem of contemporary clinical nursing practice. In the conditions of Slovakia database concerning the extent of this problem is insufficient. The main purpose of this study was to explore the problem of violence and aggression against nurses in Slovak conditions' context of clinical nursing practice particularly with the stress on violence against nurses perpetrated by the patients. We had used the method of questionnaire – the scales of own construction. The research sample consisted of the nurses from clinical nursing practice of selected hospitals in Žilina region.

Sociológia 2013, Vol. 45 (No. 2: 172-194)

Key words: *nursing; violence against nurses; prevalence of patients' aggression*

Úvod do problematiky a súčasný stav riešenia problémov

Násilie je v súčasnosti jedným z najčastejších porušovaní a zneužívaní ľudských práv jednotlivcov, skupín ale i celej spoločnosti – predstavuje ohrozenie práva na zdravie, práva na dôstojné zaobchádzanie s človekom, v krajnom prípade aj práva na život. V poslednom období sa v súvislosti s násilím a agresiou v podmienkach Slovenska stali predmetom vedecko-výskumného a následne aj politického a sociálno-praktického záujmu výskyt domáceho násillia, syndróm týraného, zneužívaného a zanedbávaného dieťaťa (CAN, Child Abuse and Neglect), resp. týranie, zneužívanie a zanedbávanie starých ľudí. Do pozornosti sa postupne dostáva aj problém šikanovania na školách a násillie vo vzájomných vzťahoch na pracoviskách (bossing, mobbing, staffing). Na rozdiel od zahraničia, takmer žiadna alebo len minimálna pozornosť sa venuje výskytu a prevencii násillia a agresie, ktorými sú ohrozované niektoré profesie pri výkone povolania. V rámci Európskeho sociálneho dialógu (EPSU, UNI Europa, ETUCE, HOSPEEM, CEMR, EFEE, EuroCommerce, CoESS) sa konali konferencie a semináre k tejto problematike. (European Social Dialogue: Multi-Sectoral Guidelines...: 2010) Boli vydané Multi-sektorálne smernice

¹ Práca vznikala ako súčasť riešenia dvoch projektov udelených Vedeckou grantovou agentúrou Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky a Slovenskej akadémie vied – VEGA č. 1/3608/06 *Kategória rodu – možnosti využitia* a VEGA č. 1/0100/10 *Problém utrpenia v živote súčasného človeka*.

² Korešpondencia: Mgr. Martina Lepiešová, PhD., Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, Malá Hora 5, 036 01 Martin, lepiesova@jfmfd.uniba.sk; Prof. PhDr. Mária Nemčeková, CSc., Vysoká škola v Sládkovičove, Fakulta verejnej politiky a verejnej správy, Katedra sociológie a sociálnej psychológie, Richterova ul. 1171, 925 21 Sládkovičovo, majnemcekova@gmail.com.

zaoberajúce sa násilím tretích strán a obťažovaním v práci. Cieľom smerníc je zabezpečiť, aby každé pracovisko malo na výsledky orientovanú vnútornú politiku, zaoberajúcu sa riešením násilia tretích strán. Smernice zdôrazňujú, že „otázka násilia tretích strán je natoľko odlišná od otázky násilia a obťažovania (medzi kolegami) na pracovisku, a natoľko dôležitá z hľadiska jeho vplyvu na bezpečnosť a ochranu zdravia pracovníkov a jeho ekonomického vplyvu, že oprávňuje k osobitnému prístupu“. (Európsky sociálny dialóg: Multi-sektorálne smernice...: 2012, I., b. 5) Výhodiskom pre implementáciu Smerníc a účinnú prevenciu by mali byť aj výskumy tejto problematiky. (Európsky sociálny dialóg: Multi-sektorálne smernice...: 2012, IV.)

Mimoriadne nebezpečenstvo násilia na pracoviskách sa dotýka nasledovných povolání: zdravotníckych profesionálov, osobitne sestier, ďalej taxikárov, pokladníkov, bezpečnostných pracovníkov, policajtov, strážnikov, sociálnych pracovníkov, manažérov sociálnych zariadení. V krajinách Európskej únie sa sektor zdravotníctva považuje za najviac postihnutý týmto negatívnym spoločenským javom. (Pačaiová – Fečíková 2007) V ostatnom čase sa do tejto kategórie pracovníkov ohrozených agresiou a násilím zaraďujú aj učitelia. (Európsky sociálny dialóg: Multi-sektorálne smernice...: 2012, I., b. 4c)

Násilie a agresia voči sestrám je súčasťou klinickej ošetrovateľskej praxe vo všetkých ošetrovateľských disciplínach. Nie je to nový jav, násilie vždy bolo potenciálnym či aktuálnym rizikom výkonu povolania sestry. V poslednom období však evidujeme vzrastajúci záujem o túto problematiku. (Wells – Bowers 2002: 231) O existencii násilia a agresie voči sestrám svedčia výsledky výskumov realizovaných a publikovaných v zahraničí. (Farrell 1999, Nabb 2000, Saverimuttu – Lowe 2000, Taylor 2000) Na základe údajov z krajín, kde sa realizujú rozsiahle celonárodné výskumy (USA, Kanada, Švédsko, Holandsko, Veľká Británia, Turecko, Irak, Kuvajt, Austrália) je možné konštatovať, že vysoký výskyt incidentov násilia pri výkone povolania je problémom sestier v medzinárodnom meradle. Štatistické úrady, sesterské organizácie a masmédiá tu neustále upozorňujú odbornú i laickú verejnosť na alarmujúci nárast počtu incidentov násilia a agresie voči sestrám. Sestry sú častejšie objektom násilia v porovnaní s inými zdravotníckymi profesionálmi. (Jackson et al. 2002: 13) Násilie je opakovane sa vyskytujúcim fenoménom, ktorý ovplyvňuje ich zdravie, spokojnosť s prácou a následne aj kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanú jej príjemcom. Jackson et al. (2002: 14) uvádzajú, že akokoľvek sú výsledky zahraničných štúdií signifikantné, skutočný počet incidentov násilia voči sestrám je pravdepodobne oveľa vyšší v dôsledku nedostatočného hlásenia a zaznamenávania jednotlivých incidentov. Aj Rippon (2000: 457) upozorňuje, že výskumu násilia voči sestrám sa vo všeobecnosti nevenuje dostatočná pozornosť z viacerých dôvodov. Badger a Mullan (2004: 527) a *Guidelines...* (2004: 6) konštatujú, že násilie je

považované za bežnú, integrálnu súčasť práce sestier, pravdepodobne v dôsledku jeho multifaktorálnej podmienenosti početnými internými, externými, situačnými a interakčnými faktormi (Duxbury – Whittington 2005: 470), následkom čoho sa nepodporujú iniciatívy orientované na výskum tohto problému, prevenciu výskytu incidentov či zmiernenie ich následkov. Dôvodom môže byť aj skutočnosť, že profesia sestry je v mnohých krajinách dominantne ženským povoláním. Historické stereotypy sú v týchto vzťahoch mimoriadne rezistentné voči zmenám. Ani ošetrovateľstvo sa nevymyká z kultúrneho rámca, v ktorom má postavenie a práca žien nižší spoločenský status so všetkými dôsledkami, vrátane tolerovania prejavov násilia. (Lepiešová et al. 2008: 227) Pravdepodobne aj rodové predsudky môžu byť dôvodom slabého dotovania a financovania takýchto výskumných štúdií. (Rippon 2000: 457) Predpokladá sa, že k nedostatočnému poznaniu tohto fenoménu prispievajú najmä nedostatočné hlásenia a zaznamenávanie jednotlivých incidentov samotnými objektmi, či svedkami násilia. Mnohé sestry nie sú ochotné incidenty násilia hlásiť kvôli tlaku, vyvíjanému zo strany svojich spolupracovníkov, ako aj pre nedostatočnú podporu od svojich nadriadených. Zložitá sa z tohto dôvodu môže ukazovať aj motivácia sestier a ich rozhodnutie zúčastniť sa výskumu násilia v zdravotníckych zariadeniach. Jackson et al. (2002: 14) v tejto súvislosti uvádzajú Ericksonom a Williams-Evansom (2000) citovanú observačnú štúdiu, ktorej výsledky ukázali, že z počtu 686 pozorovaných incidentov násilia a agresie voči sestrám bolo len 7 z nich ohlásených a oficiálne zaznamenaných. Nesúlad ohláseného počtu incidentov násilia s ich skutočným výskytom sa môže interpretovať aj rozdielmi v chápaní násilia a agresie sestrami. (Abderhalden et al. 2002: 110) Nedostatok vedeckej pozornosti fenoménu násilia a agresie voči sestrám v klinickej ošetrovateľskej praxi môže súvisieť aj s tým, že nie je jasné, čo samotné sestry chápu ako násilie či agresiu, ktoré typy správania sem zaraďujú a aký význam pripisujú takémuto správaniu. Najmä postoj sestier k násiliu a agresii zo strany pacientov sa ukazuje ako nejednoznačný, resp. ambivalentný. Výsledky štúdie realizovanej O'Connell et al. (2000: 603) ukázali, že sestry ako dôvod nedostatočného hlásenia agresie pacientov voči nim a následného zatajovania incidentov uvádzali najmä strach z obviňovania nadriadenými. Mnohé však celú situáciu považovali za akýsi „konflikt záujmov“ – hlásiť agresívne správanie pacientov vnímali konfliktne s morálnou požiadavkou byť aktívnou v role ošetrojúceho, pomáhajúceho. Na druhej strane, mnohé sestry, ktoré incidenty hlásili, boli zo strany vedenia organizácie často nútené poprieť ich výskyt. Tieto skutočnosti naznačujú, že násilie a agresia voči sestrám ako reálne javy ešte stále nie sú dostatočne rozpoznané a chápané ako problém, najmä na pracoviskách, ktoré boli z hľadiska výskumu tejto problematiky

zanebávané aj v zahraničí (ide o štandardné lôžkové oddelenia v porovnaní s psychiatrickými či pohotovostnými pracoviskami).

V Slovenskej republike sa všeobecne nevenuje dostatočná pozornosť výskumu problémov profesie sestra, ani problematika násilia a agresie pri výkone ich povolania sa nedostala do centra vedeckej a následne politickej pozornosti. Databáza údajov o rozsahu a závažnosti problému nie je dostatočne spracovaná. Boli realizované a publikované len parciálne prieskumné práce. (Lepiešová – Nemčeková 2007a, b; Lepiešová et al. 2008, Lepiešová – Nemčeková 2009, Čerňanová 2010a, b; Lepiešová 2010) V teoretickej rovine je problematika násilia, agresie a agresivity rozpracovávaná najmä v psychológii a psychiatrii, (Heretik A., Kafka J. a iní) a v sociológii (Lubelcová G., Ondrejko P. a iní). Ondrejko (2011: 119-138) venoval pozornosť násiliu, jeho ontológii, pôvodu a hľadaniu východísk ako výzve pre sociálne profesie. Chýbajú však štúdie zaoberajúce sa násilím z tretích strán pri výkone povolania. Doterajšie poznatky, najmä zo zahraničia, signalizujú, že jedine podrobnou analýzou fenoménu násilia ako multifaktorálneho javu a empirickým zisťovaním jeho prejavov a dôsledkov možno prispieť k jeho pochopeniu a k iniciácii špecifických opatrení prispievajúcich k prevencii násilia a agresie voči sestram, resp. k riešeniu incidentov násilia a agresie v takom špecifickom sociálno-kultúrnom prostredí, akým sú zariadenia poskytujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť.

Výskyt agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania

V snahe zmapovať problém násilia a agresie voči sestram pri výkone povolania v podmienkach slovenskej ošetrovateľskej praxe sme realizovali výskum osobitne zameraný na tri vybrané oblasti agresie pacientov voči sestram.³

Cieľom bolo:

1. zistiť výskyt a frekvenciu jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram,
2. posúdiť postoj sestier k agresii pacientov,
3. identifikovať, ktoré faktory sestry považujú za najviac rizikové v podmienkach klinickej ošetrovateľskej praxe u nás.

Čiastkovým cieľom bolo zistiť, aké sú rozdiely z hľadiska vybraných individuálnych charakteristík sestier a charakteristík prostredia (pracovísk sestier), ako sú vek, dĺžka praxe, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, prevádzka, typ pracoviska a frekvencia používania obmedzovacích prostriedkov na pracovisku. Súčasťou práce bolo tiež teoreticko-metodologické rozpracovanie problematiky

³ Vzhľadom na rozsah problematiky, personálne a finančné možnosti výskumu sme zvolili len výskum násilia a agresie voči sestram pri výkone povolania zo strany pacientov.

výskumu násilia voči sestram z hľadiska jeho limitácií, metodologických problémov a metodických ťažkostí.

Existenciu administratívnych či technických opatrení prevencie ako súčasť ochrany a bezpečnosti práce sme nezisťovali vzhľadom na fakt, že v rámci predvýskumu sa ukázalo, že sestry nedisponovali informáciami o ich existencii, resp. nemali skúsenosti s ich implementáciou.

Vzhľadom na možnosti rozsahu tejto štúdie uvádzame len teoreticko-metodologické východiská a základné poznatky výskumu k stanovenému cieľu č. 1, t.j. zistenia výskytu jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram v kontexte slovenských podmienok klinickej ošetrovateľskej praxe.

Teoreticko-metodologické východiská

Výskum násilia v zdravotníckych zariadeniach, resp. násilia na pracoviskách je problematizovaný absenciou jasnej a jednoznačnej definície, vymedzujúcej, čo všetko spadá pod pojmy násilie a agresia. Na základe výskumu Van Der Dennena (1980; cit. podľa: Morgan 2001: 107) je známych až 106 definícií tohto termínu. Násilie sa definuje v závislosti od toho, o akú formu ide, kto sa tejto problematike venuje a pod. Pojem násilie má veľké množstvo rozličných významových odtieňov a konotácií, pričom sa používa v rôznych kontextoch. Vymedzenie presnej definície je však kľúčovým krokom, nevyhnutnou podmienkou smerujúcou k štandardizácii výskumu tejto problematiky a k vytvoreniu určitej bázy, na ktorej je možné stavať konkrétne plány prevencie a intervencií v rámci riešenia tohto problému. Podľa Rippon (2000: 452) je pri opise násilia a agresie z rovnakých dôvodov nevyhnutné identifikovať aj počet incidentov, typ agresívneho správania a závažnosť jeho následkov.

Z množstva publikovaných definícií agresie a násilia – na základe výberových kritérií použitých jednotlivými autormi je možné konštatovať, že určité faktory sa v definíciách vyskytujú permanentne. Sú to: úmysel ublížiť zo strany agresora a telesné či psychické poškodenie následkom incidentov násilia. Niektorí autori spájajú násilie s mocou. (*Filosofický...* 2002: 283, Ondrejko 2011) Rippon (2000: 456) na základe týchto zistení navrhuje nasledovnú definíciu agresie: „Agresia je úmyselným konaním s cieľom poškodiť druhého, bez ohľadu na to, či k poškodeniu dôjde alebo nie. Agresia môže byť telesná alebo slovná, aktívna alebo pasívna a priama alebo nepriama. Môže i nemusí využívať zbrane, môže zahŕňať psychologické a emocionálne taktické postupy. Agresia môže byť manifestáciou hnevu so smerovaním voči sebe alebo iným osobám, môže sa vyskytnúť aj bez existencie hnevu“.

Špeciálna skupina Svetovej zdravotníckej organizácie pre otázky násilia a zdravia zdôrazňuje *zámernosť konania* a definuje násilie ako „*úmyselnú hrozbu použitia alebo aktuálne úmyselné použitie fyzickej sily alebo prevahy*

proti sebe, inej osobe alebo proti skupine či komunite, ktorej dôsledkom je poranenie, ublíženie, smrť, psychická trauma, porucha vývoja alebo deprivácia, alebo sú tieto dôsledky vysoko pravdepodobné“. (Nurses... 2001: 5)

Podľa Minor – Henry (1994: 3) za násilie na pracovisku pri výkone povolania je možné považovať akúkoľvek situáciu, pri ktorej dochádza k ohrozeniu bezpečnosti zamestnanca, ktorá má dopad na jeho telesný a psychický stav a ktorá môže viesť okrem iného i k poškodeniu majetku danej organizácie.

Morgan (2001: 107) uvádza definície pojmu *násilie v zdravotníckych zariadeniach* podľa Komisie pre bezpečnosť v zdravotníctve (1997) ako: „*Akýkoľvek incident, pri ktorom dôjde k slovnej urážke, zastrašovaniu alebo verbálnemu útoku na jednotlivca zo strany pacienta alebo inej osoby*“ a podľa Royal College of Nursing (1998) ako: „*Akýkoľvek incident, kedy zdravotnícky pracovník prežíva zneužívanie, ohrozovanie, strach alebo je objektom použitia sily, pričom pôvod týchto incidentov pochádza z výkonu jeho práce bez ohľadu na to, či práve je alebo nie je v službe*“.

Koncept pojmov násilie a agresia v našej štúdii vychádza z hore uvedených definícií. Chápeme nimi úmyselné konanie alebo jeho hrozbu s cieľom poškodiť iného, ku ktorému dochádza v súvislosti s výkonom povolania. Obidva pojmy budeme používať paralelne, pričom určitý významový odtieň pojmu násilie na rozdiel od agresie vidíme v spojitosti násilia s prejavom moci, kým pojem agresia nemusí mať túto mocenskú konotáciu.

Násilie v zdravotníckych zariadeniach a na pracoviskách vôbec môže mať rôzne formy, rozličných pôvodcov/aktérov, rôzne príčiny i následky. Nemá vymedzené hranice, netýka sa len určitých pracovísk či zamestnaneckých skupín. Jeho jednotlivé *formy* môžeme kategorizovať na základe prejavov násilia ako *slovné, verbálne* či *telesné, fyzické*. (Rippon 2000: 453) Nie všetky formy násilia sú také zjavné ako telesný alebo slovný útok (napr. nadávky), v pracovnom prostredí sestier sú časté aj formy ako zastrašovanie, obťažovanie, vyhrážky. (Jackson et al. 2002: 14) Farrell (1997: 503) uvádza rozličné *typy agresie* podľa Bussa (1961), ktorý dichotomicky rozdelil agresiu v troch dimenziách nasledovne: telesná – slovná, aktívna – pasívna, priama – nepriama. Kombináciou týchto dimenzií vznikne osem kategórií agresie, do ktorých je možné priradiť väčšinu, ak nie všetky prejavy agresívneho správania, ktoré sa môžu vyskytnúť v zdravotníckych zariadeniach bez ohľadu na to, kto je aktérom či objektom násilia. (Tabuľka č. 1)

K uvedeným typom agresívneho správania je možné priradiť aj prejavy *sexuálneho obťažovania* či *násilia* v závislosti od toho, či sú slovné alebo telesné, priame či nepriame. Špecificky sa incidentom sexuálneho obťažovania sestier v rámci výskumu problematiky násilia v zdravotníckych zariadeniach nevenuje dostatočná pozornosť, nakoľko u respondentov prevláda nechota a

zdráhanie venovať sa tejto téme vzhľadom na jej citlivosť, tabuizovanie a riziko stigmatizácie obetí. (Rippon 2000: 453)

Tabuľka č. 1: **Typy agresívneho správania podľa Bussa (1961)**

Telesná – aktívna – priama agresia	obchytávanie, strkanie, stlačenie, udretie, poškrabanie, uštipnutie, oplutie, pohryznutie, pošpinenie močom, stolicou, ťahanie za vlasy, kopnutie, hodenie predmetov do druhej osoby, škrtenie, bodnutie, postrelenie
Telesná – aktívna – nepriama agresia	nastraženie pasce, výbušniny, najatie vraha za účelom zabitia druhej osoby
Telesná – pasívna – priama agresia	fyzické zabránenie druhej osobe dosiahnuť stanovený cieľ, alebo uskutočniť plánovanú činnosť, napr. odmietnutie pomôcť polohovať imobilného pacienta, predlžovanie predpísanej pracovnej doby
Telesná – pasívna – nepriama agresia	odmietanie uskutočniť potrebné úlohy a činnosti, napr. odmietnutie uhnúť sa z cesty, úmyselné zavádzanie v priestore druhej osoby
Slovná – aktívna – priama agresia	slovné urážky, slovné ublíženie druhej osobe, zlomyseľné poznámky, falošné slovné obvinenia, krik, vydieranie, zastrašovanie, vyhrážky
Slovná – aktívna – nepriama agresia	šírenie zlomyseľných klebiet a rečí, ohováranie druhej osoby
Slovná – pasívna – priama agresia	odmietanie hovoriť s niekým, odpovedať na otázky a pod.
Slovná – pasívna – nepriama agresia	neschopnosť špecificky sa vyjadriť, komentovať (napr. neschopnosť druhého slovné brániť, keď je nespravodlivo kritizovaný), zadržiavanie informácií, neposkytnutie dôležitých údajov za účelom diskreditácie, poškodenia mena, kariéry

O'Connell et al. (2000: 603) uvádzajú v súvislosti s násilím v zdravotníckych zariadeniach *kategorizáciu násilia* podľa Rosenthal et al. (1992) do 3 nasledovných oblastí: ohraničené / limitované násilie, útok, život ohrozujúce násilie. **Ohraničené / limitované násilie** zahŕňa slovné vyhrážky, či argumentovanie bez hostilného telesného kontaktu a telesný kontakt so sexuálnym zámerom, ktorý však nevedie k žiadnemu fyzickému ublíženiu obeť. **Útok** už zahŕňa telesné alebo sexuálne napadnutie avšak bez použitia smrtiacich zbraní. Sexuálne napadnutie pritom už zahŕňa fyzické ublíženie, ale nie je to ešte skutočné znásilnenie. Tzv. **život ohrozujúce násilie** označuje situácie ako streľba, napadnutie nožom, branie rukojevníkov, znásilnenie a ozbrojená lúpež s použitím telesnej sily.

Závažnosť incidentov násilia sa šíri v spektre od jednoduchých slovných útokov až po vraždy, pričom slovné agresívne správanie a zastrašovanie sú oveľa bežnejšie ako telesné, fyzické násilie zo strany agresorov – či už s použitím rôznych predmetov ako zbraní alebo bez nich. (Rippon 2000: 453, Badger – Mullan 2004: 527)

Obete a aktéri násilia a agresie v zdravotníckych zariadeniach

Badger a Mullan (2004: 527) uvádzajú poznatky Buddu, ktorý na základe analýzy výsledkov prieskumu zločinnosti v Británii (British Crime Survey) zistil, že v profesii sestry existuje 4-krát vyššie riziko fyzického napadnutia a 2-krát vyššie riziko verbálneho zastrašovania ako je národný priemer u iných profesijných skupín. So zisteniami, že sestry sú v porovnaní s inými zdravotníckymi pracovníkmi najrizikovejšou skupinou a oveľa častejšie sa stávajú objektom násilia, korešpondujú aj ďalšie výsledky zahraničných výskumov. (Farrell 1999, Nabb 2000, Saverimuttu – Lowe 2000, Taylor 2000) Pri výkone povolania trávajú najviac času v priamom kontakte s najčastejšími potenciálnymi aktérmi násilia – príjemcami starostlivosti, resp. ich rodinnými príslušníkmi. Je potrebné uviesť, že sestry – muži sa tiež stávajú objektom násilia na pracovisku, v porovnaní so ženami však ide o zanedbateľný počet prípadov. (*Nurses...* 2001: 17, *Guidelines...* 2004, *Guidelines...* 2007: 6) Môže to byť dané jednak malým počtom mužov pracujúcich v profesii, ale aj tým, že ženy sú všeobecne častejšie objektmi násilia ako muži.

Z hľadiska jednotlivých foriem násilia Rippon (2000: 453) na základe výsledkov realizovaných štúdií konštatuje, že objektmi fyzických útokov sa častejšie stávajú sestry bez absolvovaného školenia resp. tréningu v otázkach riešenia konfliktov. Autor tiež uvádza, že sestry – muži sa častejšie stávajú objektmi fyzických útokov ako aj vyhrážania sa napadnutím ako sestry – ženy.

Aktérmi násilia v zdravotníckych zariadeniach môžu byť pacienti, klienti alebo ich rodinní príslušníci, ďalej spolupracovníci, kolegovia, kolegyne, pracovníci vyšších či nižších funkčných zaradení a posledným zdrojom môže byť tzv. „tretia strana“ – „votrelci“ – napr. zlodeji, bezdomovci a pod. (*Nurses...* 2001: 17)

Podľa LeBlanca a Barlinga (2004: 9-10) je na základe vzťahu aktéra násilia k jeho objektu možné kategorizovať násilie na pracoviskách do štyroch hlavných typov. (Tabuľka č. 2)

Na základe výsledkov väčšiny výskumných štúdií realizovaných v zahraničí môžeme konštatovať, že k násiliu na sestrách dochádza najčastejšie zo strany pacientov, klientov alebo ich rodinných príslušníkov, teda tých, ktorým sa snažia pomôcť. (Morgan 2001:108, Jackson et al. 2002: 15) Na rodinných príslušníkov ako najčastejších aktérov násilia voči sestrám pri výkone ich povolania sa sústreďujú najmä výskumné štúdie špecificky zamerané na posúdenie rozsahu tohto problému v zariadeniach poskytujúcich starostlivosť o starých ľudí. (Vinton – Mazza 1994, Nabb 2000)

Výsledky štúdií realizovaných Farrelom (1997: 506) a O'Connell et al. (2000: 609) poukazujú na skutočnosť, že ani *vzťah sestry – lekár* nie je bez incidentov násilia. Lekári boli v týchto štúdiách identifikovaní sestrami ako

najčastejší pôvodcovia zastrašovania sestier, vyvolávajúci v nich pocit strachu a súčasne pocit nedôvery vo vlastné profesionálne schopnosti a kompetencie. S tým súvisia aj údaje uvádzané Rippon (2000: 453), ktorý medzi najčastejších aktérov násilia voči zdravotníckym profesionálom zaraďuje práve reprezentantov lekárskej profesie.

Tabuľka č. 2: Typy násilia na pracovisku na základe vzťahu aktéra násilia k jeho objektu

Typ I.	útočník nemá žiadny legálny vzťah ako k cieľovej organizácii, tak ani k jej zamestnancom a vstupuje do pracovného prostredia danej organizácie za účelom spáchať násilný čin (napr. krádež) – najvyššie riziko stať sa objektom takýchto útočníkov je v profesiách, kde zamestnanci pracujú s finančným obnosom (napr. šoféri taxíkov)
Typ II.	útočník má legálny vzťah k organizácii a spácha násilný čin v čase, kedy prijíma od danej organizácie nejaké služby – tomuto typu násilia sú najčastejšie vystavení profesionáli, ktorí poskytujú služby, starostlivosť alebo edukáciu (napr. sestry, sociálni pracovníci, učitelia)
Typ III.	útočník je súčasný alebo bývalý zamestnanec danej organizácie, ktorý útočí na spolupracovníkov alebo vedúcich z dôvodu vnímanej krivdy – výskyt tohto typu násilia nie je spájaný s konkrétnymi profesiami
Typ IV.	útočník má súčasný alebo predchádzajúci legálny vzťah s konkrétnym zamestnancom danej organizácie – sem patrí násilie páchané životnými partnermi resp. blízkymi priateľmi zamestnanca

Farrell (1997: 506) vo výsledkoch svojej štúdie akcentuje tzv. horizontálnu, t.j. *interkolegiálnu agresiu* sestier voči sestrám ako jeden z hlavných zdrojov distresu súvisiaceho s výkonom profesie, pričom uvádza, že takáto agresia je bežná vo väčšine zdravotníckych zariadení. Profesia sestry je známa vzájomným agresívnym a deštruktívnym správaním medzi sestrami. Sestry sú často v submisívnej role v pretrvávajúcom patriarchálnom systéme vzťahov na čele s lekármi, administratívnymi pracovníkmi – mužmi, často ignorujúcimi nadriadenými, manažérmi ošetrovateľstva. (Farrell 1997: 502) Pozoruhodné je zistenie, že sestry v manažérskych rolách sú v oveľa väčšej miere zodpovedné za agresiu voči sestrám na pracovisku ako manažéri v zastúpení iných profesionálov. Agresia zo strany kolegyň a kolegov rovnakej profesie bola v spomínanej štúdií identifikovaná ako spôsobujúca najväčší stres v porovnaní s ostatnými zdrojmi agresie. (Farrell 1997: 506)

Výskyt agresie a násilia v zdravotníckych zariadeniach

K zdravotníckym zariadeniam, v ktorých môže dôjsť k násiliu voči zdravotníckym profesionálom, zaraďujeme akékoľvek miesta, kde sa poskytuje zdravotná starostlivosť: domácnosti, školy, závody (pracoviská), ulice, nemocnice, kliniky, ústavy dlhodobej starostlivosti, kúpeľné zariadenia, ambulancie primárnej zdravotnej starostlivosti a pod. (*Nurses...* 2001: 17)

Výskyt ako aj závažnosť incidentov sa líšia v závislosti od jednotlivých typov pracovísk. V najväčšej miere sa výskum zameriava na dve špecifické pracoviská – *psychiatrické* a *pohotovostné oddelenia*. Nakoľko výskumné štúdie mimo uvedených dvoch špecifických pracovísk sú zanedbávané i v zahraničí, možno konštatovať, že databáza údajov o výskyte násilia voči sestram je len parciálna. (Badger – Mullan 2004: 526)

Najvyšší výskyt slovnej a telesnej agresie voči zdravotníckym profesionálom je zaznamenaný na oddeleniach pohotovostného príjmu, úrazových ambulanciách, psychiatrických oddeleniach a jednotkách intenzívnej starostlivosti. Podľa výsledkov výskumov však násilie nie je problémom len týchto úsekov. O'Connell et al. (2000: 605-609) uvádzajú výsledky štúdie o násilí voči sestram realizovanej vo veľkej austrálskej fakultnej nemocnici, kde do súboru respondentov (n = 209) cielene neboli zaradené sestry pracujúce na psychiatrických alebo pohotovostných pracoviskách. Aj napriek tomu až 95% respondentov v tejto štúdii potvrdilo opakované incidenty slovnej agresie v období posledných 12 mesiacov a 80% bolo opakovane objektom telesnej agresie v rovnakom období. Ako akcentuje vo svojej práci Morgan (2001: 107), fyzicky napadnutých pacientmi alebo ich príbuznými bolo 26% pracovníkov interných oddelení, 11% chirurgického personálu a 10% zamestnancov ortopedických oddelení. Taktiež viac ako 25% sestier pracujúcich v primárnej zdravotnej starostlivosti (v zahraničí ako komunitné sestry) oznámilo minimálne jeden prípad slovnej agresie za sledované obdobie 12 mesiacov. Jackson et al. (2002: 14) opisujú štúdiu realizovanú Fisherom et al. (1995) v odľahlých vidieckych oblastiach Austrálie, ktorej výsledky poukazujú na to, že ambulantné či komunitné sestry sú opakovane vystavené vysokému počtu incidentov násilia v jeho rôznych formách. Sestry v tejto štúdii verbalizovali strach o svoju bezpečnosť a to nielen na svojom pracovisku, ale aj v mieste svojho bydliska. Sestry využívajúce ubytovanie poskytované zamestnávateľom boli násiliu vystavené častejšie ako tie, ktoré žili nezávisle. Z uvedeného vyplýva, že násilie v zdravotníckych zariadeniach sa môže týkať ako sestier pracujúcich s pacientmi v akútnom stave na jednotkách intenzívnej starostlivosti, tak aj sestier na štandardných oddeleniach i sestier v mimonemocničnej starostlivosti – pracujúcich v komunitách, v domácnostiach klientov, v zariadeniach dlhodobej starostlivosti a pod. Problematika násilia a agresie voči sestram sa týka všetkých pracovísk.

Materiál a metodika

Prostredie a administrácia výskumu

Vzhľadom na rozsah zvolenej témy sme sa v našej štúdii koncentrovali na agresiu pacientov voči sestram pri výkone povolania len v nemocničnej starostlivosti – konkrétne sme sa zamerali na tri najväčšie nemocnice Žilinského

samosprávneho kraja: Univerzitnú nemocnicu Martin (UNM), Fakultnú nemocnicu s poliklinikou Žilina (FNsP Žilina), Ústrednú vojenskú nemocnicu SNP Ružomberok – fakultnú nemocnicu (ÚVN SNP Ružomberok – FN). Získali sme súhlas s realizáciou výskumu vo všetkých 3 nemocniciach. Súhlas s realizáciou výskumnej štúdie sme získali aj rozhodnutím Etickej komisie JLF UK i Etickej komisie ÚVN. Samotný zber empirických dát bol realizovaný v mesiacoch máj – jún 2011. Zvolili sme kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov. Návratnosť dotazníkov z celkového počtu 330 rozdанных dotazníkov bola 86% (283 vrátených dotazníkov), čo svedčí o vysokej motivácii respondentov a aktuálnosti skúmaných problémov v prostredí každej vybranej nemocnice. Do štatistického spracovania výsledkov sme zaradili 270 (82%) dotazníkov ako vyhodnotiteľných.

Charakteristika výskumného súboru

Do výskumného súboru bolo zaradených 270 sestier z klinickej ošetrovateľskej praxe, ktoré spĺňali nasledovné inkluzívne kritériá:

- práca na lôžkovej ošetrovacej jednotke (štandardného typu či JIS), ktorú je možné zaradiť do jednej z 5 skupín (stratifikácia podľa pracovísk): chirurgické disciplíny, internistické disciplíny, onkologické a paliatívne pracoviská, psychiatrické pracoviská, intenzívna starostlivosť;
- práca na danom pracovisku v období minimálne posledných 12 mesiacov;
- práca v priamom kontakte s pacientmi dospelého veku a s pacientmi pri vedomí.

Prevažné zastúpenie v súbore mali ženy (95,19%). Priemerný vek respondentov bol 39 rokov ($\pm 9,28$ roka), s vekovým rozpätím 22 – 60 rokov. Dĺžka praxe sa pohybovala od 1 do 42 rokov, s priemerom 18,8 ($\pm 10,5$) roka. Väčšina respondentov (52,22%) mala absolvované vysokoškolské vzdelanie. Až 92,59% respondentov neabsolvovalo žiadne školenie resp. výcvikový program v problematike prevencie a riešenia agresie pacientov voči sestram. Iba 20 sestier (7,41%) uviedlo, že takéto školenie absolvovali – všetky pracovali na psychiatrických pracoviskách⁴. Pri rozdelení súboru podľa typov pracovísk tvorili najmenšiu časť súboru sestry onkologických/paliatívnych pracovísk (12,96%), ostatné boli rovnomerne zastúpené. Väčšina respondentov (77,78%) uvádzala, že ošetrovateľskú prax vykonáva v trojsmennej prevádzke, tzn. v bezprostrednom kontakte s pacientmi sú cez deň i v noci. Sestry mali uviesť frekvenciu používania obmedzovacích prostriedkov z dôvodu agresie pacientov na ich pracoviskách. Priemerné skóre 3,45 ($\pm 1,09$) ukazuje hodnotenie frekvencie na úrovni medzi (3) *občas* a (4) *často*. Z daného súboru

⁴ Vzhľadom na nerovnomerné rozdelenie súboru respondentov podľa *pohlavia* a *absolvovania školenia/výcviku* sme nezisťovali rozdiely v skupinách na základe týchto kritérií.

47,78% respondentov hodnotilo používanie obmedzovacích prostriedkov na pracovisku ako *časté, veľmi časté, až neustále*.

Metóda zberu empirických údajov

Ako metódu získavania údajov o výskyte agresie pacientov voči sestrami sme použili exploratívnu metódu dotazníka – neštandardizovanú škálu vlastnej konštrukcie, ktorú sme nazvali *VAPS škála (Výskyt Agresie Pacientov voči Sestrami)*. Pozostávala z 11 položiek predstavujúcich rôzne formy agresie, pričom sestier sme sa pýtali, ako často sa stali ich objektom zo strany pacientov v období posledného roku výkonu svojej profesie. Respondenti odpovedali na 6-stupňovej frekvenčnej škále (*1 – nikdy; 2 – zriedka; 3 – občas; 4 – často; 5 – veľmi často; 6 – neustále*), pričom platí, čím vyššie je skóre VAPS, tým častejší je sestrami udávaný výskyt incidentov agresie zo strany pacientov.

Analýza údajov a použité štatistické metódy

Získané údaje sme v I. fáze spracovali metódami deskriptívnej štatistiky. Pri súhrnnom hodnotení celého súboru respondentov v rámci VAPS, jej subškál i každej položky sme uvádzali počet respondentov, ktorí odpovedali (n), priemernú hodnotu odpovedí/priemerné skóre/aritmetický priemer (m), štandardnú odchýlku (SD), medián (med), minimálnu (min) a maximálnu (max) hodnotu. Percentuálne zastúpenie jednotlivých hodnôt pri každej položke dotazníka sme uviedli vo frekvenčných tabuľkách (%). V II. fáze analýzy údajov sme realizovali korelačnú analýzu škálových hodnôt, resp. subškál s vybranými demografickými údajmi (vek, dĺžka praxe, používanie obmedzovacích prostriedkov). Lineárnu závislosť týchto premenných sme zisťovali pomocou Pearsonovho korelačného koeficientu r . Za účelom testovania vplyvu kategorických premenných (vzdelanie, prevádzka, typ pracoviska) na distribúciu škálových, subškálových a položkových odpovedí v súbore sme použili jednofaktorovú analýzu rozptylu (*One-Way ANOVA*). Výsledok analýz sme považovali za štatisticky významný, ak P-hodnota príslušného testu (*P-Value, Probability Level, Significance*), t.j. pravdepodobnosť prislúchajúca hodnote vypočítanej testovacej štatistiky, že platí nulová hypotéza testu, bola menšia ako 0,05 ($P < 0,05$). Na posúdenie spoľahlivosti (reliability) škály resp. subškál nám poslúžil štandardizovaný Cronbachov alfa koeficient (α_c). Za účelom identifikovania redukovaného počtu spoločných faktorov bola na položkových údajoch škály urobená faktorová analýza (FA). Použitá bola *exploratívna technika* faktorovej analýzy, ktorá primárne redukuje premenné na spoločné faktory. Na extrakciu faktorov pri VAPS škále bola použitá centroidová metóda, faktory boli následne rotované normalizovanou varimaxovou rotáciou.

Psychometrické vlastnosti VAPS škály

S cieľom vyhnúť sa niektorým metodologickým problémom výskumu agresie voči sestram (napr. otázna interpretácia a reflexia pojmu agresia, odlišná operacionalizácia pojmu agresia) a získať čo najspoľahlivejšie údaje o výskyte tohto fenoménu, sme konštruovali VAPS škálu pre posúdenie výskytu jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram. Faktorovou analýzou sme v nej identifikovali 3 spoločné faktory, t.j. 3 subškály reprezentujúce konkrétne formy agresie: S – *slovná agresia* (5 položiek), T1 – *telesná agresia bez použitia útočnej zbrane* (3 položky), T2 – *telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie* (3 položky). Na základe psychometrickej analýzy VAPS a jej subškál ju môžeme v našom sociálno-kultúrnom kontexte považovať za preukázateľne reliabilný a validný nástroj pre posudzovanie výskytu jednotlivých foriem agresie pacientov voči sestram pri výkone povolania. Štandardizovaný Cronbachov alfa koeficient (α_c) VAPS ako celku dosiahol hodnotu 0,860 potvrdzujúcej jej spoľahlivosť na 86%. Pri hodnotení reliability jednotlivých subškál sa tiež potvrdila ich dostatočná vnútorná konzistencia (subškála S – $\alpha_c = 0,823$; subškála T1 – $\alpha_c = 0,850$; subškála T2 – $\alpha_c = 0,664$). Hodnotenie interkorelačných vzťahov na úrovni subškál potvrdilo konvergentnú validitu VAPS škály.

Výsledky a diskusia

Opisné charakteristiky VAPS škály (výskyt agresie pacientov voči sestram) uvádzame prehľadne v tabuľke č. 3.

Naše zistenia ukazujú vysoký výskyt agresívneho správania pacientov voči sestram v klinickej ošetrovateľskej praxi rôznych pracovísk vybraných nemocničných zariadení, výrazne presahujúci výskyt tohto fenoménu v iných krajinách, uvádzaný v podobne zameraných výskumoch. (O'Connell et al. 2000, Rippon 2000, Adib et al. 2002, Wells – Bowers 2002, Winstanley – Whittington 2004, AbuAlRub et al. 2007, Szkanderová – Jarošová 2008) Len 8 sestier (3%) nášho súboru nebolo v poslednom roku výkonu ich praxe konfrontovaných so žiadnou vymedzenou formou agresie zo strany pacientov. Výskyt slovných foriem agresie voči sestram nášho súboru (96,3%) je v súlade s očakávaniami vyšší ako výskyt telesných foriem agresie (80,7%), ten je však oveľa vyšší ako v zahraničí, kde sa tejto problematike venuje väčšia pozornosť. Vzhľadom na fakt, že povolanie sestry u nás je dominantné ženské (1,52% mužov v profesii sestry u nás a 4,81% mužov v našom súbore), je toto zistenie alarmujúce. Na základe literárnych zdrojov (Åström et al. 2002: 69, Farrell et al. 2006: 785) sme nepredpokladali taký vysoký výskyt telesnej agresie voči sestram – ženám. Detailnejšia analýza výskytu telesnej agresie pacientov voči sestram ukazuje, že z celého súboru bolo 79,3% sestier objektom niektorej z jej

foriem bez použitia zbrane (subškála T1) a 26,3% sestier bolo vystavených formám telesnej agresie s použitím útočnej zbrane resp. kontaktným formám sexuálnej agresie (subškála T2). Výskyt sexuálnej agresie pacientov voči sestram nášho súboru je značný (75,2% v prípade nekontaktných foriem, 15,9% resp. 4,4% v prípade kontaktných foriem), avšak je porovnateľný s výsledkami štúdií realizovanými v tejto problematike. (Rippon 2000: 453)

Tabuľka č. 3: **Opisné charakteristiky VAPS škály (výskyt agresie pacientov voči sestram) na úrovni položiek, subškál i VAPS ako celku**

VAPS škála (výskyt agresie pacientov voči sestram)	n	m*	SD	med	min	max
V3 verbálny útok – urážky, nadávky	270	2,959	1,256	3	1	6
V2 neoprávnené obviňovanie	270	2,630	1,245	2	1	6
V4 verbálny útok – zastrasovanie, vyhrážky	270	2,526	1,335	2	1	6
V1 ohováranie	270	2,456	1,224	2	1	6
V5 slovné poznámky sexuálneho charakteru	270	2,259	1,034	2	1	5
subškála S – slovná agresia ($\alpha_c = 0,823$)	270	2,566	0,941	2,400	1,000	5,400
V6 oplutie, uhryznutie, poškrabanie, štipanie	270	2,533	1,190	3	1	5
V7 strkanie, hodenie predmetov	270	2,078	1,058	2	1	5
V8 facka, úder päšťou, kopnutie	270	1,863	0,964	2	1	5
subškála T1 – telesná agresia bez použitia útočnej zbrane ($\alpha_c = 0,850$)	270	2,158	0,938	2,000	1,000	4,667
V10 telesný kontakt so sexuálnym zámerom (bez fyzického ublíženia)	270	1,222	0,561	1	1	4
V9 škrtenie, napadnutie ostrým predmetom, bodnutie, postrelenie	270	1,196	0,498	1	1	4
V11 sexuálne napadnutie (vrátane fyzického ublíženia)	270	1,067	0,349	1	1	4
subškála T2 – telesná agresia s použitím útočnej zbrane a kontaktné formy sexuálnej agresie ($\alpha_c = 0,664$)	270	1,162	0,362	1,000	1,000	4,000
VAPS škála	270	2,072	0,672	2,000	1,000	3,909

* použitá 6-stupňová frekvenčná škála: 1 – nikdy, 2 – zriedka, 3 – občas, 4 – často, 5 – veľmi často, 6 – neustále

Zo *slovných foriem agresie pacientov* sestry nášho súboru uviedli ako najčastejšie sa vyskytujúcu formu *verbálny útok* vo forme *urážok* a *nadávok*, a to vo frekvencii na úrovni *občas*. Menej často uvádzali *neoprávnené obviňovanie*, *zastrasovanie* a *vyhrážky*, *ohováranie*. Najmenej boli konfrontované so *slovnými poznámkami sexuálneho charakteru* zo strany pacientov, aj keď až 75,2% sestier uvádzalo v poslednom roku vystavenie takejto nekontaktnéj forme sexuálnej agresie pacientov, s priemernou frekvenciou na úrovni *zriedkavo*. Podrobnejšia analýza jednotlivých foriem slovnej agresie pacientov

ukazuje, že až 87,0% sestier bolo vystavených *urážkam* a *nadávkam* pacientov, z toho 33,3% vnímalo frekvenciu vystavenia takémuto verbálnemu útokú za posledný rok na úrovni *často*, *veľmi často* až *neustále*. 81,5% sestier uvádzalo, že sa stali objektom *neoprávneného obviňovania* zo strany pacientov, z toho 24,4% hodnotilo túto frekvenciu ako *častú*, *veľmi častú* až *neustálu*. Rovnako *často*, *veľmi často* až *neustále* bolo 25,2% sestier objektom *zastrašovania* a *vyhrážok* pacientov, na druhej strane, podobné je zastúpenie sestier, ktoré takémuto správaniu neboli vystavené (29,6%). Vyhrážky sa považujú za najčastejší prejav slovnej agresie. (Rahn – Mahnkopf 2000: 415-423) Pre komparáciu uvádzame výsledky štúdie O'Connell et al. (2000: 607), v ktorej 100% sestier uviedlo, že za posledný rok výkonu ich povolania sa ani raz nestali objektom *zastrašovania* zo strany pacientov, ale zdrojom ich *zastrašovania* boli lekári/lekárky (42,8%), kolegovia/kolegyne rovnakého pracovného zaradenia (32,7%) a manažéri/rky ošetrovateľstva (30,1%). V štúdií Szkanderovej, Jarošovej (2008) z Českej republiky boli najčastejšími prejavmi slovnej agresie voči sestram *slovné urážky*, *krik*, *vyhrážanie*, *vulgárne nadávky* a pod.

Čo sa týka konkrétnych príkladov *telesnej agresie bez použitia útočnej zbrane*, až 75,2% sestier v našom súbore uviedlo, že v období posledných 12 mesiacov boli objektom *oplútia*, *uhryznutia*, *poškrabania* či *štípania* zo strany pacientov, z toho 21,5% hodnotilo frekvenciu takýchto telesných foriem agresie na úrovni *často* až *veľmi často*. Z celého súboru až 62,6% sestier uviedlo, že boli vystavené aj *strkaniu* a *hodeniu predmetov* pacientmi, z toho 10,4% uviedlo, že sa tak dialo *často* až *veľmi často*. Taktiež 53,0% sestier uviedlo, že sa stali objektom *facky*, *úderu päsťou* alebo *kopnutia*, z toho 6,3% (17 sestier) hodnotilo ich frekvenciu ako *častú* až *veľmi častú*. V štúdií O'Connell et al. (2000: 607) sestry, ktoré zažili v poslednom roku incident telesnej agresie (55% z n = 209), uvádzali jej konkrétne prejavy v nasledovnom poradí: *schmatnutie* (86,7%), *narazenie* (61,2%), *odstrčenie* (61,2%), *uštípnutie* (58,8%), *uškrabnutie* (54,5%), *kopnutie* (53,3%), *trafenie predmetom* (36,4%), *facka*, *úder* (35,8%), *uhryznutie* (31,5%). V štúdií autorov Adib et al. (2002: 471) bolo až 76% incidentov telesného násillia voči sestram uskutočnených „holými“ rukami. Čerňanová (2010b) uvádza ako najčastejšie prejavy priamej fyzickej agresie voči psychiatrickým sestram *sotenie*, *kopnutie* a *facku*. Aj Szkanderová, Jarošová (2008) potvrdili ako najčastejšie prejavy telesnej agresie pacientov voči sestram v ich súbore *škrabance*, *kopnutie*, *uhryznutie*, *úder* do tváre, *úder* predmetmi. Všetky opísané príklady sú manifestáciou telesnej agresie bez použitia útočnej zbrane, čo korešponduje s našimi výsledkami, že z telesných foriem agresie je častejší výskyt jej brachiálnych foriem, s použitím častí tela aktéra agresie a bez použitia útočnej zbrane. Prídavným rizikom niektorých foriem telesnej agresie (napr. *oplútie*,

poškrabanie, uhryznutie) je okrem poranenia či emocionálnej traumy aj riziko vzniku infekčných ochorení. (Jackson et al. 2002: 15)

Z hľadiska konkrétnych foriem *telesnej agresie s použitím útočnej zbrane* výsledky ukazujú, že 15,6% sestier nášho súboru malo v poslednom roku priamu osobnú skúsenosť so závažnejšími formami telesnej agresie zo strany pacientov formou *škrtenia, napadnutia ostrým predmetom, bodnutia* či *postrelenia*, z toho 3,7% (10 sestier) hodnotilo túto frekvenciu na úrovni medzi *občas až často* (t.j. nie zriedkavo). V štúdií výskytu násillia voči sestram v Iraku (n = 116) autori zistili, že zo 42,2% sestier fyzicky napadnutých v posledných 12 mesiacoch išlo v 14,3% prípadov o telesný útok s použitím útočnej, smrtiacej zbrane. Aktérmi väčšiny útokov (65,3%) boli v tomto prípade príbuzní pacientov (AbuAlRub et al. 2007: 285), čo zodpovedá danej kultúre, kde za pacientov (najmä za ženy) rozhodujú často príbuzní (muž, otec, syn). Použitie zbraní je zaznamenané pri významnom počte telesných útokov voči sestram – tie sú ohrozované strelnými zbraňami, nožmi, kameňmi (Erickson – Williams-Evans 2000: 213), ale aj nožnicami, či injekčnými striekačkami. (O'Connell et al. 2000: 608-609)

Jednou z foriem agresie voči sestram je aj *sexuálna agresia*. Povolanie sestry v mnohých krajinách, vrátane Slovenska, je dominantným ženským povoláním. (*Nurses...* 2001: 17) Prestúpenie rodovej (*gender*) problematiky do vzťahu sestra – pacient spolu so špecifickým charakterom mnohých ošetrovateľských intervencií zasahujúcich do intímnej zóny pacientov (z aspektu proxemiky i telesnej intimity ako takej) zvyšujú pravdepodobnosť konfrontácie sestier s určitou formou sexuálne motivovaného správania. (Hesketh et al. 2003: 319) Rippon (2000: 453) v svojom prehľadovom článku uvádza, že v štúdiách zameraných na tento špecifický problém uvádzalo sexuálne napadnutie 17% sestier a sexuálnemu obťažovaniu bolo vystavených 16% až 76% sestier, a to zo strany rôznych aktérov agresie (nielen pacientov). Metodologickým problémom je koncept pojmu sexuálne obťažovanie, resp. ako bol v daných štúdiách sestram predkladaný a následne nimi reflektovaný. Definícia sexuálneho obťažovania je náročná (Robbins et al. 1997: 163), nakoľko môže implikovať celý rad neakceptovateľného správania vrátane ofenzívnych sexuálnych narážok a poznámok, sexuálnych návrhov, nežiaducej neverbálnej pozornosti, nechceného telesného kontaktu, či telesného (a teda sexuálneho) napadnutia. (Kaye 1996) V našej štúdií realizovanou faktorovou analýzou VAPS škály (a potvrdením jej konštruktivej validity) nebola sexuálna agresia vymedzená ako samostatný faktor, ale na základe prejavov správania bola priradená ako k slovnej agresii (v subškále S položka V5 konkretizujúca, že ide o *slovné poznámky sexuálneho charakteru* a jednoznačne vymedzujúca, že je to forma nekontaktná, bez fyzického kontaktu), tak aj k telesnej agresii (v subškále T2 položky V10 a V11 konkretizujúce aj

následky takéhoto *telesného kontaktu so sexuálnym zámerom* v zmysle neprítomnosti resp. prítomnosti fyzického ublíženia). Takáto diferenciácia jej nekontaktných a kontaktných foriem je kongruentná s viacerými štúdiami. (Např. Hesketh et al. 2003, Ryan – Maguire 2006) V nich je sexuálna agresia vymedzená ako slovné *sexuálne obťažovanie* (opakované, nežiaduce intímne otázky alebo poznámky sexuálneho charakteru) a *sexuálne napadnutie* (akýkoľvek násilný telesný kontakt so sexuálnym motívom vrátane násilného dotýkania, maznania, či pohlavného styku). (Hesketh et al. 2003: 313)

Z hľadiska slovných, nekontaktných foriem sexuálnej agresie sme už uviedli, že 75,2% sestier nášho súboru bolo v poslednom roku konfrontovaných so sexuálnymi poznámkami zo strany pacientov. Z aspektu kontaktných foriem sexuálnej agresie 15,9% sestier uviedlo skúsenosť so *sexuálne zameraným telesným kontaktom bez fyzického ublíženia* zo strany pacientov, z toho 5,6% (15 sestier) ju uvádzalo ako *občasnú až častú* (t.j. nie zriedkavú). Navyše 4,4% sestier (12 sestier) uviedlo, že sa stali objektom *sexuálneho napadnutia vrátane fyzického ublíženia*, z toho 0,7% (2 sestry) uviedlo frekvenciu vystavenia takejto forme agresie na úrovni *občas* a rovnako 0,7% (2 sestry) na úrovni *často*. Sestry nášho výberového súboru boli sexuálnej agresii pacientov vystavené v značnej miere, ale porovnateľne s výsledkami zahraničných štúdií. (Např. Rippon 2000: 453) Špecifickými následkami agresie vo forme sexuálneho obťažovania môžu byť pocity hanby, opakované negatívne spomienky, bolesti hlavy, nechutenstvo, výrazný úbytok na hmotnosti. (Kaye 1996)

Vysoký výskyt agresie pacientov voči sestram môže súvisieť s charakterom práce sestier. V rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti sa realizuje množstvo intervencií, ktoré môžu byť pacientmi reflektované ako negatívne stimuly, navodzujúce odpor, nechut' a averziu, ako např. podávanie injekcií, ošetrovanie rán, alebo presvedčanie pacientov, aby vykonávali činnosti, ktoré by inak radšej nevykonávali (koncept stimulácie averzie – *aversive stimulation*). (Winstanley – Whittington 2004: 9) Významným faktorom môže byť aj dostupnosť sestier, nakoľko sú zo všetkých zdravotníckych profesionálov v najčastejšom kontakte s hospitalizovanými pacientmi. Najmä v prípade slovnej agresie je možné, že pacient s aktuálne a z rôznych príčin exacerbovanou agresivitou len usmerní agresívne správanie proti najdostupnejšiemu členovi personálu. Slovná agresia sa ukazuje byť najmenej vyberavou a v oveľa väčšej miere ako iné formy agresie priamou konzekvenciou dĺžky trvania interpersonálneho kontaktu. (Winstanley – Whittington 2004: 9) Tým však nepopierame adrešnosť slovnej agresie, ani podiel určitých relevantných charakteristík konkrétnej sestry a konkrétneho pacienta a ich interakcie na výskyte slovnej agresie pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Analýza incidentov agresie voči sestram

dokazuje, že niektoré sestry sa stávajú objektom agresie opakovane, zatiaľ čo iné jej neboli vystavené nikdy. (Winstanley – Whittington 2004: 9)

Dalším faktorom prispievajúcim k vysokému výskytu agresie pacientov voči sestram u nás môžu byť rezíduá rodovej nerovnosti, respektíve rodové predsudky (nižší spoločenský status žien so všetkými dôsledkami, vrátane tolerovania prejavov agresie). Podľa registra Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) bolo k 19. októbru 2011 na Slovensku zapísaných 45 155 sestier, z toho 44 467 žien a 688 mužov, t.j. podiel mužov v profesii sestra u nás je 1,52%.

Vysoký výskyt agresie voči sestram pri výkone povolania môže byť aj reflexiou akceptácie agresie resp. násilia v spoločnosti vôbec. (Ryan – Maguire 2006: 113) V našom prípade môže byť enormný výskyt slovnej agresie daný tým, že na Slovensku sa slovná agresia nechápe ako agresia, resp. sa viac toleruje. Výrazne vyšší výskyt verbálnej i telesnej agresie uvádzaný sestrami nášho výberového súboru v komparácii so zahraničnými štúdiami môže naznačovať tiež špecifický sociálno-kultúrny kontext, podmieňujúci postavenie profesie sestry u nás v porovnaní s krajinami, kde je spoločenský status sestry vyšší a kde sa zvolenou problematikou zaoberajú výskumné tímy a následne sa vypracovávajú účinné preventívne opatrenia. Status sesterskej profesie, rola sestry u nás, jej postavenie v rámci hierarchického systému zdravotníckych profesionálov, ako aj „imidž“ profesie sestra reflektované sestrami, inými zdravotníckymi profesionálmi i laickou verejnosťou, to všetko sú faktory, ktoré môžu významnou mierou ovplyvňovať vnímanie a následné zneužívanie prevahy moci jednou zo zúčastnených strán vo vzťahoch, v ktorých sa sestry dennodenne ocitajú pri výkone svojej profesie. V tejto súvislosti uvádzajú Hesketh et al. (2003: 320), že ak je profesia sestry v spoločnosti uznávaná a manažmentom konkrétnych zdravotníckych zariadení aj prezentovaná ako vážená, mala by sa takáto pozornosť pozitívne odzrkadliť na redukcii incidentov agresie voči sestram v klinickej ošetrovateľskej praxi vrátane agresívneho správania zo strany pacientov.

V našej štúdií sme zistili *rozdiely výskytu agresie pacientov voči sestram* – významnými faktormi sú najmä *používanie obmedzovacích prostriedkov* na pracoviskách, *vzdelanie sestier* a najmä *typ pracoviska*, na ktorom sestry pracujú (z hľadiska odborných disciplín). Častejšie používanie obmedzovacích prostriedkov, stredoškolské vzdelanie sestier a práca na psychiatrickom a pohotovostnom / intenzívnom pracovisku resp. chirurgickom a internistickom pracovisku sa ukazujú byť prediktormi vyššieho výskytu agresie pacientov voči sestram nášho súboru.

Výskyt agresie a frekvencia používania obmedzovacích prostriedkov môžu mať vzťah príčiny a následku v oboch smeroch, čo korešponduje s *cyklom prirodzenej agresie* – v súlade s ním obmedzenie pacienta aplikované ako

následok jeho agresie (v našom prostredí najčastejšie používané opatrenie v manažmente agresie pacientov) môže byť príčinou jeho ďalšieho agresívneho správania. (Čerňanová 2010a: 110)

Nižší výskyt agresie pacientov, osobitne jej telesných foriem bez použitia útočnej zbrane (subškála T1), sme zistili voči sestram s vysokoškolským vzdelaním. Otázkou je, prečo sú rozdiely markantné najmä v prípade výskytu telesných foriem agresie bez použitia útočnej zbrane (subškála T1)? Uvažujeme, že sestry s vysokoškolským vzdelaním pravdepodobne lepšie zvládajú deeskalovať slovnú agresiu pacientov, ktorá zvyčajne predchádza telesnej agresii, najmä z aspektu ich lepších komunikačných zručností. Výsledky naznačujú existenciu určitých činiteľov súvisiacich pravdepodobne s obsahom, rozsahom štúdia a procesom vzdelávania (z hľadiska formy, použitých metód, miery zainteresovania študentov do riešenia problémov, roly študenta vo vzdelávacom procese) v profesionálnej príprave sestier. Ukazuje sa, že vysokoškolské vzdelávanie sestier má pozitívnu príspevok k lepšiemu výkonu profesie sestry. (Watson 2006: 626, Dias et al. 2010: 2336) V súlade so situačno-interakčným modelom agresie pacientov (Duxbury – Whittington 2005: 470) môže lepší, kvalitnejší výkon povolania sestry v priamej interakcii sestra – pacient následne prispieť k menšiemu výskytu agresie pacientov voči sestram.

Zistenia potvrdzujú existujúce štatisticky významné rozdiely vo výskute agresie pacientov voči sestram z hľadiska typu pracoviska. Najvyšší výskyt agresie voči sestram na dvoch špecifických pracoviskách (psychiatrické, pohotovostné/intenzívne) korešponduje s výsledkami štúdií iných autorov i s našimi očakávaniami, avšak značný výskyt incidentov sestry deklarujú aj na ostatných zvolených pracoviskách. Poradie 5 skupín pracovísk na základe sestrami deklarovaného výskytu slovnej agresie pacientov (subškála S) a telesnej agresie bez použitia útočnej zbrane (subškála T1) je identické – najviac incidentov uvádzali sestry na psychiatrických a intenzívnych pracoviskách, menej na internistických a chirurgických pracoviskách a najmenej na paliatívnych/onkologických pracoviskách. V prípade telesnej agresie pacientov s použitím útočnej zbrane a kontaktných foriem sexuálnej agresie (subškála T2) naše zistenia ukazujú, že najvyšší výskyt takýchto incidentov uvádzali sestry na psychiatrii a chirurgii, následne JIS a nakoniec sestry interných a paliatívnych/onkologických pracovísk. Existujúce rozdiely môžu súvisieť so skladbou pacientov či špecifickým charakterom práce sestier na zvolených oddeleniach.

Záver

Výskumná štúdia, ktorej časť je prezentovaná v predkladanej práci, bola realizovaná s cieľom akcentovať vážnosť problému násilia voči sestram

v klinickej ošetrovateľskej praxi, osobitne agresie zo strany pacientov. V rozsahu nášho súčasného poznania ide o prvú komplexnejšie zameranú štúdiu danej problematiky v podmienkach klinickej ošetrovateľskej praxe na Slovensku, vrátane posúdenia psychometrických vlastností použitých meracích nástrojov nadväzujúcich na formulované ciele výskumu. Použitie nami konštruovaných validných a reliabilných nástrojov môže v budúcnosti prispieť k zberu údajov, ktorých komparáciou sa vytvorí jasnejší obraz o skutočnom rozsahu problému násilia a agresie voči sestram pri výkone povolania. Získané údaje môžu slúžiť ako východisko prevencie tohto spoločenského fenoménu, ako nás k tomu zavádzajú prijaté dokumenty v rámci Európskej únie. Jedine identifikácia výskytu a podrobná analýza fenoménu násilia ako multifaktorálneho javu môžu pomôcť k jeho pochopeniu, následne prispieť k iniciácii špecifických interných predpisov a postupov zamestnávateľských organizácií (administratívneho a technického charakteru) a k implementácii praktických opatrení za účelom prevencie a riešenia s prácou spojeného obťažovania a násilia tak, ako je uvedené v Multi-sektorálnych smerniciach Európskeho sociálneho dialógu.

Martina Lepiešová pracuje ako odborná asistentka na Univerzite Komenského, Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine, Ústave ošetrovateľstva. Problematike násilia a agresie voči sestram pri výkone povolania sa venuje dlhodobo, na túto tému napísala a obhájila doktorandskú dizertačnú prácu a mala viacero publikačných výstupov doma i v zahraničí. Je spoluautorkou 3 vedeckých monografií a 2 vysokoškolských učebníc. Je absolventkou 3-ročnej letnej školy Advanced Summer School for European Nursing Doctorates v rámci programu European Academy of Nursing Science (EANS) so zameraním na výskum v ošetrovateľstve.

Mária Nemčeková je profesorkou v odbore systematické filozofia. Viedla vedecko-výskumné projekty tematicky zamerané na filozoficko-etické a metodologické problémy poskytovania zdravotnej starostlivosti. Je autorkou 2 a spoluautorkou 4 vedeckých monografií, 7 vysokoškolských učebníc a ďalších viac ako 100 vedeckých a odborných prác. Výsledky vedecko-výskumnej činnosti prezentovala na konferenciách, stážach a prednáškach na univerzitách a vedeckých inštitúciách vo viacerých európskych krajinách. V súčasnosti pôsobí ako vysokoškolská profesorka na Vysokej škole v Sládkovičove.

LITERATÚRA

ABDERHALDEN, C. – NEEDHAM, I. – FRIEDLI, T. K. – POELMANS, J. – DASSEN, TH. W. N., 2002: Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, Issue Supplement s No. 412, pp. 110-117.

- ABUALRUB, R. F. – KHALIFA, M. F. – HABBIB, M. B., 2007: Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 39, Issue 3, pp. 281-288.
- ADIB, S. M. – AL-SHATTI, A. K. – KAMAL, S. – EL-GERGES, N. – AL-RAQEM, M., 2002: Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. In: *International Journal of Nursing Studies*, 39, pp. 469-478.
- ÅSTRÖM, S. – BUCHT, G. – EISEMANN, M. – NORBERG, A. – SAVEM, B.-I. 2002: Incidence of violence towards staff caring for the elderly. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, Vol. 16, Issue 1, pp. 66-72.
- BADGER, F. – MULLAN, B., 2004: Violence and Aggression. Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. In: *Journal of Clinical Nursing* 13, No. 4, pp. 526-533.
- ČERNÁNOVÁ, A., 2010a: Agresívny pacient z aspektu psychiatrického ošetrovateľstva. In: *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika* 17, č. 2, s. 107-111.
- ČERNÁNOVÁ, A., 2010b: Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. [online]. In: *Ošetrovateľský obzor* 7, č. 3. [cit. 2011-09-21]. Dostupné: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/3-2010/agresivny-pacient-vpodmienkach-psychiatrickeho-osetrovatelstva>
- DIAS, J. M. – AJANI, K. – MITHANI, Y., 2010: Conceptualization and operationalization of a baccalaureate nursing curriculum in Pakistan: Challenges; hurdles and lessons learnt. In: *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2, Issue 2, pp. 2335-2337.
- DUXBURY, J. – WHITTINGTON, R., 2005: Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. In: *Journal of Advanced Nursing* 50, No.5, pp. 469-478.
- ERICKSON, L. – WILLIAMS-EVANS, S. A., 2000: Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. In: *Journal of Emergency Nursing* 26, No. 3, pp. 210-215.
- EUROPEAN SOCIAL DIALOGUE: MULTI-SECTORAL GUIDELINES TO TACKLE THIRD-PARTY VIOLENCE AND HARASSMENT RELATED TO WORK. 16 July 2010 (cit. 2012-12-04) Dostupné: http://teachersosh.homestead.com/Publications/Final_Multi_sectoral_guidelines_rev_EN.pdf
- EURÓPSKY SOCIÁLNY DIALÓG: MULTI-SEKTORÁLNE SMERNICE ZAOBERAJÚCE SA NÁSILÍM TRETÍCH STRÁN A OBŤAŽOVANÍM V PRÁCI EPSU, UNI Europa, ETUCE, HOSPEEM, CEMR, EFEE, EuroCommerce, CoESS. (cit. 2012-12-4) Dostupné: http://www.coess.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/Third-party_violence_guidelines_SK.pdf
- FARRELL, G. A., 1997: Aggression in clinical settings: nurses' views. In: *Journal of Advanced Nursing* 25, Issue 3, pp. 501-508.
- FARRELL, G. A., 1999: Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow-up study. In *Journal of Advanced Nursing*, 1999, Vol. 29, Issue 3, pp. 532-541.
- FARRELL, G. A. – BOBROWSKI, C. – BOBROWSKI, P., 2006: Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. In: *Journal of Advanced Nursing*, 55, Issue 6, pp. 778-787.
- Filosofický slovník*, 2002: 2. oprav. a rozšírené vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, s.r.o. 463 s.
- Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers*, 2004: [online]. Ed. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health

- Administration, OSHA 3148-01R. [cit. 2011-09-07]. Dostupné: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>
- Guidelines on Coping with Violence in the Workplace*. 2007: [online]. Ed. ICN – International Council of Nurses. Geneva: Jean-Marteau, 30 p. [cit. 2011-09-07]. Dostupné: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence.pdf
- HESKETH, K. L. – DUNCAN, S. M. – ESTABROOKS, C. A. – REIMER, M. A. – GIOVANNETTI, Ph. – HYNDMAN, K. – ACORN, S., 2003: Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. In: *Health Policy*, 63, pp. 311-321.
- JACKSON, D. – CLARE, J. – MANNIX, J., 2002: Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. In: *Journal of Nursing Management* 10, No. 1, pp. 13-20.
- KAYE, J., 1996: Sexual harassment and hostile environments in the perioperative area [online]. In: *AORN Journal*, Feb. 1996. [cit. 2011-09-19]. Dostupné na internete: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_n2_v63/ai_19128845/?tag=content;coll
- LEBLANC, M. M. – BARLING, J. 2004: Workplace Aggression. In: *Current Directions in Psychological Science* 13, No.1, pp. 9-12.
- LEPIEŠOVÁ, M., 2010: Violence against nurses in their professional practice – proposal of broad research study in Slovakia. In: Rosenberg, A., Žiaková, K., Aase, I. et al. *Contemporary Issues of Nursing Education and Practice*. Stavanger: University in Stavanger, pp. 224-231.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M., 2007a: Sestra ako objekt násilia v zdravotníckych zariadeniach. In: *Ošetrovatel'stvo teória, výskum a vzdelávanie*. J. Čáp, K. Žiaková (Eds.) Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, s. 263-277.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M., 2007b: Workplace violence against nurses. *Prevention of Health and Social Pathology. Abstracts*. Debrecen: University of Debrecen, p. 17.
- LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M., 2009: Metodologické problémy výskumu násilia voči sestram. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. J. Čáp, K. Žiaková (Eds.). Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, s. 175-185.
- LEPIEŠOVÁ, M. – VRÁBOVÁ, I. – NEMČEKOVÁ, M., 2008: Sestra – objekt násilia v zariadeniach sociálnej starostlivosti. In: *Sociokulturní-právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatel'ství a porodní asistenci*. P. Kudlová (Ed.). Olomouc: VUP, s. 227-239.
- MORGAN, S., 2001: The problems of aggression and violence for health-care staff. In: *Professional Nurse* 17, No. 2, pp. 107-110.
- MINOR, M. – HENRY, C., 1994: *Preventing Workplace Violence: Positive Management Strategies*. Menlo Park: Course Technology Crisp, 102 p.
- NABB, D., 2000: Visitors' violence: the serious effects of aggression on nurses and others. In: *Nursing Standard* 14, No. 23, pp. 36-38.
- Nurses, Always There for You: United Against Violence. Anti-Violence Tool Kit.*, 2001: ICN – International Council of Nurses. (Ed.) 1st ed. Geneva: Jean Marteau, 43 p.
- O'CONNELL, B. – YOUNG, J. – BROOKS, J. – HUTCHINGS, J. – LOFTHOUSE, J., 2000: Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. In: *Journal of Clinical Nursing* No. 9, pp. 602-610.

- ONDREJKOVIČ, P., 2011: Násilie – spoločensky nežiaduci jav ako výzva pre sociálne profesie [on-line]. In: Chytil, O. - Matulayová T. (eds.) *Výzvy pre sociálne profesie v modernej spoločnosti*. Prešov: Prešovská univerzita: 119-138. (cit. 2012-11-19). Dostupné: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Matulayova2/index.html>
- PAČAIOVÁ, H. – FEČÍKOVÁ, I., 2007: *Prevencia násilia a obťažovania na pracovisku*. [online]. 13 s. [cit. 2011-09-06]. Dostupné: http://osha.europa.eu/sk/campaigns/hwi/topic_prevention_violence/slovakia/state_of_play.pdf
- RAHN, E. – MAHNKOPF, A., 2000: *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd., Praha: Grada publishing, s. r.o. 466 s.
- RIPPON, T. J., 2000: Aggression and violence in health care professions. In: *Journal of Advanced Nursing* 31, No. 2, pp. 452-460.
- ROBBINS, I. – BENDER, M. P – FINNIS, S. J., 1997: Sexual harassment in nursing. In: *Journal of Advanced Nursing*, 25, Issue 1, pp. 163-169.
- RYAN, D. – MAGUIRE, J., 2006: Aggression and violence – a problem of Irish Accident and Emergency departments? In: *Journal of Nursing Management*, 14, pp.106-115.
- SAVERIMUTTU, A. – LOWE, T., 2000: Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. In: *Nursing Standard* 14, No. 35, pp. 33-36.
- SZKANDEROVÁ, M. – JAROŠOVÁ, D., 2008: Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních [online]. In *PROFESE on-line*, I., č. 1. [cit. 2011-09-20]. Dostupné na internete: <http://www.pouzp.cz/text/cs/vysky-agresivity-ve-zdravotnictvi.aspx>.
- TAYLOR, D., 2000: Student preparation in managing violence and aggression. In: *Nursing Standard* 14, No. 30, pp. 39-41.
- VINTON, L. – MAZZA, N., 1994: Aggressive Behavior Directed at Nursing Home Personnel by Residents' Family Members. In: *The Gerontologist* 34, No. 4, pp. 528-533.
- WATSON, R., 2006: Is there a role for higher education in preparing nurses? In: *Nurse Education Today*, 26, pp. 622-626.
- WELLS, J. – BOWERS, L., 2002: How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? In: *Journal of Advanced Nursing* 39, No. 3, pp. 230-240.
- WINSTANLEY, S. – WHITTINGTON, R., 2004: Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. In: *Journal of Clinical Nursing*, 13, Issue 1, pp. 3-10.