

ŠIKANA A SEXUÁLNÍ OBTEŽOVÁNÍ NA PRACOVIŠTI Z POHLEDU LÉKAŘŮ A SESTER

WORKPLACE BULLYING AND SEXUAL HARASSMENT IN HEALTHCARE

Sylva Bártlová, Hana Hajduchová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství

Abstract

Workplace bullying and sexual harassment belong to highly negative phenomena which distort the relations between doctors and nurses and very often cause conflicts between them. Anyone can be victim of the bullying (psycho-terror). The initiator can be either superior or co-worker of the victim. Bullying is in most cases triggered by some conflict. The aim of this research was to find out the attitudes of doctors and nurses toward the workplace bullying and sexual harassment. Study sample consisted of 535 doctors and 537 nurses who were chosen for this project. These respondents were chosen by random selection using quotas. The sociology research was prepared with the use of research instruments according to the project. Field research was carried out by the technique of guided interview between interviewer and respondent. The participation in the research study was voluntary; informed consent was obtained from all respondents. According to the doctors in the Czech Republic, the workplace bullying (psycho-terror) in the healthcare is very rare. Approximately one tenth of nurses reported that they had experienced workplace bullying by doctors. The incidence of sexual harassment in the Czech health care is very low according to both doctors and nurses.

Key words: doctor – workplace – nurse – sexual harassment – bullying – relations

Souhrn

Mezi vysoce negativní jevy, jež výrazně deformují vztahy mezi lékaři a sestrami a jsou častou příčinou konfliktů mezi nimi, patří šikana a sexuální obtěžování na pracovišti. V případě šikany (psychoteroru) může být obětí kdokoliv ze zaměstnanců a jejími iniciátory mohou být jak nadřízení, tak spolupracovníci. Spouštěcím mechanismem bývá ve většině případů nějaký konflikt. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak nahlízejí lékaři a sestry na problematiku šikany a sexuálního obtěžování na svém pracovišti. V rámci výzkumu bylo v souladu s projektem do výběrového souboru zařazeno 535 lékařů a 537 všeobecných sester. Tito respondenti byli vybráni náhodným výběrem pomocí kvót. Výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Dle mínění lékařů České republiky se šikana (psychoteror) na zdravotnických pracovištích vyskytuje jen velmi zřídka. S šikanou ze strany lékařů se v zaměstnání setkala cca 1/10 dotázaných sester. Co se týká sexuálního obtěžování na zdravotnických pracovištích v České republice, je výskyt z pohledu lékařů i sester minimální.

Klíčová slova: lékař – pracoviště – sestra – sexuální obtěžování – šikana – vztahy

ÚVOD

Dnešní doba je ovlivněná shonem, moderním způsobem života, existenčními problémy, zanedbáváním sebe a svých blízkých a dalšími negativními důsledky. To vše se podepisuje na kvalitě mezilidských vztahů nejen rodinných, ale také pracovních (1, 5). V práci sester se interpersonální vztahy velmi odrážejí od týmové práce a mají dopad i na péči o klienta (13, 14, 18). Za psychické týrání na pracovišti je třeba považovat každé znevažující chování, které se projevuje ve slovech, činech, gestech, podtextech a poškozují osobnost, důstojnost nebo fyzickou či psychickou integritu jedince. Toto negativní jednání ohrožuje přímo zaměstnanecké místo nebo znehodnocuje pracovní klima a může přispět k výskytu pracovních chyb. Mobbing vytváří velmi nezdravou atmosféru na pracovišti a ovlivňuje všechny přímé i nepřímé účastníky (15).

„Mobbing (z anglického překladu „to mob“ = srocovat se, obtěžovat, napadnout) je definován jako systematické intrikování, šikánování, psychoteror spojený s pracovním místem. Psychoteror je iniciován kolegy; pokud je teror prováděn nadřízenými, nazýváme jej bossing. Je to řada znevažujících komunikativních akcí či jednání, kterých se dopouštějí spolupracovníci či jednotlivci, ale častěji skupina několika kolegů vůči určitému člověku, a to opakovaně (minimálně 1× týdně) a po delší dobu (minimálně půl roku). Šikánování je cílené obtěžování, zneužívání či týrání slabšího jedince nebo slabších jedinců, kteří se neumějí nebo z nějakých důvodů nemohou bránit. Obvykle jde o použití vyhrožování fyzickým násilím případně jeho primitivních forem, ale jsou možné i jiné způsoby. Cílem šikany je demonstrace vlastní převahy a nadřazenosti a často i hmotný, příp. nemateriální prospěch. Opakování je časté, není však nezbytnou podmínkou“ (2). V USA a Velké Británii se setkáváme s termínem „bullying“. Bullying (z angl. „bully“ = rváč, násilník, surovec, tyran) je násilnické chování na pracovišti, šikánování a tyranizování spolupracovníka či spolupracovníků. V české legislativě definuje právní pojmy obtěžování a sexuální obtěžování zákon č. 198/2008 Sb., o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů

(antidiskriminační zákon), který nabyl účinnosti dnem 1. září 2009 (17).

Cílem výzkumu bylo zjistit:

1. Názor lékařů na problematiku šikany a sexuálního obtěžování na svém pracovišti.
2. Názor sester na problematiku šikany a sexuálního obtěžování na svém pracovišti.

METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů, zpracovaných Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity. Jejich konečná podoba byla stanovena na základě připomínek oponentů a po realizaci předvýzkumu. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem dle standardizovaného tazatelského archu, konstruovaného dle platných zásad (11). Respondenti byli předem informováni o cílech výzkumu a seznámeni s dotazníkem. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky. Odmítnutí odpovědí na jednotlivé otázky nepřekročilo hladinu statistické významnosti. Sběr dat byl realizován prostřednictvím tazatelské sítě Agentury INRES. Do výzkumu bylo zapojeno 210 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni. Všechny tazatelské archy prošly optickou a logickou kontrolou, poté bylo provedeno kódování a vkládání dat do počítače, tabelování a základní interpretace výsledků. Statistické zpracování dat bylo provedeno programem typu SASD – Statistická Analýza Sociálních Dat, verze 1.4.3. Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě výpočtu chí kvadrát charakteristiky testu nezávislosti a dalších testovacích kritérií dle charakteru znaků (8).

CHARAKTERISTIKA SOUBORU LÉKAŘŮ

V rámci výzkumu bylo v souladu s projektem do výběrového souboru zařazeno 535 lékařů. Tito respondenti byli vybráni náhodným výběrem pomocí kvót. Společnou charakteristikou respondentů byla práce v týmech, ve kterých působí více lékařů a všeobecných sester po-

hromadě. To znamená, že do výběrového souboru byli zařazeni lékaři zaměstnaní v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Parametry výběrového souboru byly konstruovány na základě údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky při Ministerstvu zdravotnictví ČR (ÚZIS) platných k 31. 12. 2007.

Z hlediska pohlaví tvoří soubor 46,9 % lékařů a 53,1 % lékařek, což odpovídá analo-

gické skladbě lékařů ČR. Z hlediska relativních četností činí odchylka výběrového souboru od základního souboru 0,4 %, což znamená, že výzkum je reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví.

Věkové skupiny v kombinaci se skupinami dle pohlaví jsou ve výběrovém souboru zastoupeny procentně takto:

Tabulka 1 Složení výběrového souboru lékařů dle pohlaví a věku

	MUŽI			ŽENY		
	N	%	ODCHYLKA	N	%	ODCHYLKA
do 34 let	50	9,3	+0,1	57	10,7	+0,1
35–44 let	57	10,7	–0,5	67	12,5	–0,1
45–59 let	104	19,4	+0,2	117	21,9	+0,6
60 a více let	40	7,5	–0,2	43	8,0	–0,2

Ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,6 %. Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro jednotlivé věkové skupiny lékařů České republiky.

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných slouží členění dle krajů ČR, platné od roku 2001.

Tabulka 2 Složení výběrového souboru lékařů dle krajů

KRAJ	N	%	ODCHYLKA
PRAHA	118	22,1	0,0
STŘEDOČESKÝ	44	8,2	0,0
JIHOČESKÝ	28	5,2	0,0
PLZEŇSKÝ	31	5,8	0,0
KARLOVARSKÝ	14	2,6	0,0
ÚSTECKÝ	33	6,2	–0,1
LIBERECKÝ	18	3,4	0,0
KRÁLOVÉHRADECKÝ	30	5,6	0,0
PARDUBICKÝ	20	3,7	–0,1
VYSOČINA	20	3,7	–0,3
JIHOMORAVSKÝ	65	12,2	+0,3
OLOMOUCKÝ	35	6,5	+0,2
ZLÍNSKÝ	24	4,5	+0,1
MORAVSKOSLEZSKÝ	55	10,3	–0,2

Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,3 %.

Lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví, věku a regionu (tab. 1, 2).

Analýza získaných údajů ukázala, že z uvedených hledisek, jimiž je možné daný soubor popsat a charakterizovat, osvědčují nejlépe svou požadovanou diferenciací funkci základní demografické ukazatele, a sice znaky pohlaví, věku a regionální příslušnosti. Ostatní charakteristiky výběrového souboru lékařů nesplňují požadavky na reprezentativnost, nicméně umožňují jeho popis prostřednictvím dalších znaků. Patří mezi ně rodinný stav a znaky, charakterizující lékaře z profesního hlediska.

CHARAKTERISTIKA SOUBORU SESTER

Do výběrového souboru všeobecných sester

byly dle potřeb projektu a metodiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR zařazeny všeobecné sestry pracující v multidisciplinárních týmech, tj. v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. Celkem výběrový soubor tvořilo 537 všeobecných sester.

Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat počet všeobecných sester v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byly osloveny všeobecné sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje 0,2 %. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů (tab. 3).

Tabulka 3 Složení výběrového souboru všeobecných sester dle krajů

	N	%	ODCHYLKA
PRAHA	95	17,7	-0,2
STŘEDOČESKÝ	44	8,2	0,0
JIHOČESKÝ	28	5,2	0,0
PLZEŇSKÝ	31	5,8	+0,2
KARLOVARSKÝ	16	3,0	+0,1
ÚSTECKÝ	39	7,3	0,0
LIBERECKÝ	19	3,5	0,0
KRÁLOVÉHRADECKÝ	29	5,4	-0,2
PARDUBICKÝ	23	4,3	0,0
VYSOČINA	26	4,8	+0,1
JIHOMORAVSKÝ	64	11,9	+0,1
OLOMOUCKÝ	34	6,3	0,0
ZLÍNSKÝ	26	4,8	-0,2
MORAVSKOSLEZSKÝ	63	11,7	0,0

Ostatní znaky sociodemografického charakteru, které byly v rámci výzkumu u sester sledovány, nebyly určeny jako reprezentativní, neboť v rámci informačních systémů v ČR

nejsou vedeny jiné údaje o základním souboru všeobecných sester. Přesto jsou charakteristiky výběrového souboru v následujícím textu uváděny, neboť umožňují soubor lépe popsat. Sta-

tisticky významné souvislosti, které byly v rámci testování těchto znaků zjištěny, je proto třeba interpretovat jako tendence.

Mezi základní demografické charakteristiky výběrového souboru, které byly v rámci

výzkumu sledovány, patří pohlaví a věk respondentů (tab. 4, 5).

Tabulka 4 Složení výběrového souboru všeobecných sester dle pohlaví

	<i>N</i>	%
MUŽŮ	14	2,6
ŽEN	523	97,4

Z hlediska pohlaví bylo do výběrového souboru zařazeno 2,6 % mužů a 97,4 % žen.

Naprostá převaha žen v České republice je v této profesi evidentní.

Tabulka 5 Složení výběrového souboru všeobecných sester dle věku

	<i>N</i>	%
do 34 let	140	26,1
35–44 let	131	24,4
45–59 let	255	47,5
nad 60 let	11	2,0

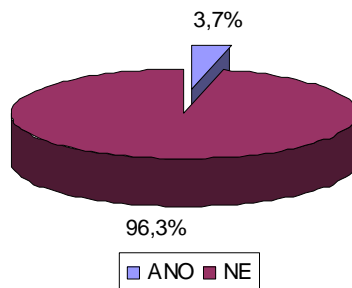
Ze struktury výběrového souboru dle věku vyplývá, že jsou v něm v naprosté většině zastoupeny ženy produktivního věku.

otázky následujícího znění: „Dochází na vašem pracovišti k šikaně (psychoteroru) ze strany spolupracovníků nebo vedoucích? 1) ano; 2) ne.“

VÝSLEDKY

Problematika šikany z pohledu lékařů

Problematika šikany na pracovišti byla zjišťována prostřednictvím uzavřené dichotomické



Graf 1 Šikana (psychoteroru) na pracovišti z pohledu lékařů N = 535

Dle mínění lékařů České republiky se šikana (psychoteror) na zdravotnických pracovištích vyskytuje jen velmi zřídka. Pouze 3,7 % lékařů uvedlo, že se tento negativní jev na jejich pracovištích vyskytuje, zbývajících 96,3 % zvolilo zápornou odpověď (graf 1).

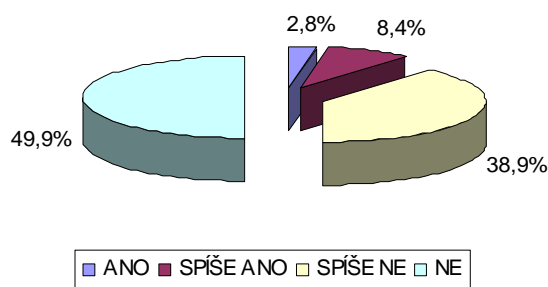
Vzhledem k nízkému počtu kladných odpovědí a následně i nízkému počtu případů v jednotlivých políčkách kontingenčních tabulek nebyly splněny podmínky pro aplikaci jednotlivých testovacích kritérií. Nebyly však identifikovány ani tendence vyjadřující větší míru šikany u jednotlivých skupin lékařů, členěných dle demografických, sociálních či profesních hledisek. Znamená to, že zjištění, konstatovaná pro celý soubor, jsou platná i pro jeho jednotlivé podsoubory, členěné dle výše uvedených znaků.

V rámci výzkumu bylo rovněž u těch lékařů, kteří uvedli, že se u nich vyskytuje šikana na pracovišti, zjišťováno, koho se tato šikana

týká. Otázka byla filtrovaná, to znamená, že na ni odpovídali jen ti lékaři, kteří šikana na pracovišti připustili (N = 20). Z nich 6 (30,0 %) lékařů uvedlo, že jsou šikanováni oni, zbývajících 14 (70,0 %) označilo jako objekt šikany někoho jiného – téměř ve všech případech uvedli sestry. Vzhledem k nízkému počtu případů nebyla v případě této otázky prováděna analýza statistické významnosti.

Problematika sexuálního obtěžování z pohledu lékařů

Jiným velmi negativním jevem, deformujícím vztahy mezi lékaři a sestrami, je sexuální obtěžování na pracovišti. Rovněž tato skutečnost byla v rámci výzkumu sledována. Otázka byla položena jako uzavřená v následujícím znění: „Myslíte si, že ve vztazích sester a lékařů dochází k nějakému druhu sexuálního obtěžování? 1) ano; 2) spíše ano; 3) spíše ne; 4) ne.“



Graf 2 Sexuální obtěžování ve vztazích lékařů a sester z pohledu lékařů N = 535

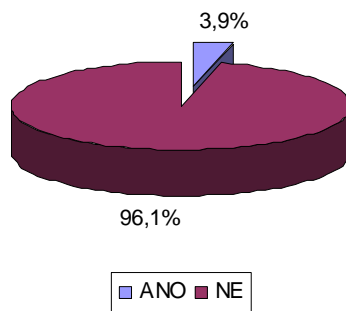
Jen 11,2 % lékařů připouští, že ve vztazích lékařů a sester dochází k nějakému druhu sexuálního obtěžování. Z nich minimum (2,8 %) je o této skutečnosti přesvědčeno, zbývajících část (8,4 %) se k ní kloní. Velká většina lékařů se naopak přiklání k tomu, že ve vztazích lékařů a sester k sexuálnímu obtěžování nedochází. Z toho polovina (49,9 %) je o tom přesvědčena a 38,9 % lékařů volí odpověď „spíše ne“. Jinými slovy, lékaři v České republice jsou ve velké většině případů toho názoru, že k sexuálnímu obtěžování ve vztazích lékařů a sester spíše nebo zcela určitě nedochází

(graf 2). Nevidí tedy v tomto jevu závažnější problém.

Pohled na tento problém je mezi lékaři v zásadě shodný a testování neidentifikovalo statisticky významné odchylky v mínění jednotlivých skupin lékařů o této skutečnosti.

Zatímco v předcházející otázce byl zjišťován názor lékařů na sexuální obtěžování ve vztahu lékařů a sester obecně, v další otázce bylo zjišťováno, zda se konkrétně na současném pracovišti lékaře sexuální obtěžování vyskytuje, či nikoliv. Otázka byla položena jako uzavřená dichotomická v tomto znění:

„Domníváte se, že na vašem současném pracovišti se vyskytuje sexuální obtěžování? 1) ano; 2) ne.“



Graf 3 Sexuální obtěžování na současném pracovišti z pohledu lékařů N = 535

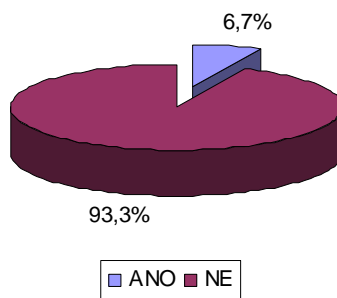
Jen cca 4 % lékařů připouští, že se na jejich současném pracovišti vyskytuje sexuální obtěžování. Zbývajících 96 % na tuto otázku odpovídá záporně a uvádí, že na jejich pracovišti se sexuální obtěžování nevyskytuje (graf 3). Znamená to, že dle mínění lékařů je reálný výskyt sexuálního obtěžování na zdravotnických pracovištích v České republice minimální.

Aplikace testovacích kritérií byla omezena nízkým počtem odpovědí „ano“. Proto lze zjištěné souvislosti hodnotit jen jako tendence. Z tohoto hlediska platí, že významně více připouštějí existenci sexuálního obtěžování na současném pracovišti lékaři působící v operač-

ních oborech a pracující na operačních sálech, menší naopak lékaři pracující v konzervativních oborech na standardních ošetrovatelských jednotkách. Lze tedy konstatovat, že operační obory jsou z hlediska možného výskytu sexuálního obtěžování rizikovější.

Problematika šikany z pohledu sester

Problematika šikany na pracovišti byla zjišťována stejně jako u lékařů prostřednictvím uzavřených dichotomických otázek následujícího znění: „Dochází na vašem pracovišti k šikaně (psychoteroru) ze strany spolupracovníků nebo vedoucích? 1) ano; 2) ne.“



Graf 4 Šikana (psychoteror) na pracovišti z pohledu sester N = 537

Ze sledovaného souboru sester jich 6,7 % uvedlo, že na jejich pracovišti dochází k šikaně (psychoteroru) ze strany spolupracovníků nebo vedoucích. Ostatních 93,3 % sester uvedlo, že k takovým negativním jevům na jejich pracovišti nedochází (graf 4).

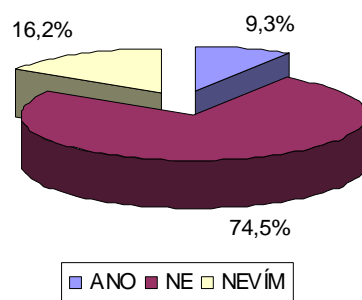
Vzhledem k nízkému počtu kladných odpovědí a následně i nízkému počtu případů v jednotlivých políčkách kontingenčních tabulek nebyly splněny podmínky pro aplikaci jednotlivých testovacích kritérií. Byly však identifikovány tendence vyjadřující větší míru šikany u jednotlivých skupin sester, členěných dle demografických, sociálních či profesních hledisek. Tendenci méně uvádět šikanu na pracovišti měly sestry působící na standardních ošetrovatelských jednotkách. Platí rovněž, že sestry, které uváděly, že na jejich pracovišti k šikaně nedochází, lépe hodnotily vztahy mezi lékaři a sestrami a častěji označovaly chování lékařů jako rovnocenné a profesionální.

V rámci výzkumu bylo rovněž u těch sester, které uvedly, že se u nich vyskytuje šikana na pracovišti, zjišťováno, koho se tato šikana týká. Otázka byla filtrovaná, to znamená, že na ni odpovídaly jen ty sestry, které šikanu na pracovišti připustily (N = 36). Z nich 19 (52,8 %) uvedlo, že jsou šikanovány

ony, zbývajících 17 (47,2 %) označilo jako objekt šikany někoho jiného – téměř ve všech případech uvedly rovněž sestry. Vzhledem k nízkému počtu případů nebyla v případě této otázky prováděná analýza statistické významnosti.

V rámci výzkumu byly rovněž sestry dotázány, zda se někdy setkaly v zaměstnání s šikanou lékařů. Přesné znění uzavřené otázky, zjišťující tuto okolnost, bylo následující: „Setkal/a jste se v zaměstnání s šikanou ze strany lékařů? 1) ano; 2) ne; 3) nevím.“

Z analýzy odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že s šikanou ze strany lékařů se v zaměstnání setkala cca 1/10 (9,3 %) sester. Téměř 3/4 (74,5 %) sester na druhé straně uvádělo, že se s šikanou ze strany lékařů na pracovišti nikdy nesetkaly. Zbývajících 16,2 % sester tuto otázku nedokázalo posoudit a zvolilo odpověď „nevím“ (graf 5). Analýzy, realizované na základě druhého stupně třídění, byly ovlivněny nízkým počtem odpovědí v některých políčkách kontingenčních tabulek. Proto identifikované souvislosti interpretujeme spíše jako tendence. Vyplývá z nich, že s šikanou ze strany lékařů se častěji setkávají sestry se specializačním vzděláním a staniční sestry. Jiné statisticky významné souvislosti nebyly identifikovány.

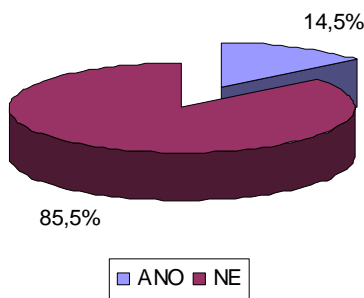


Graf 5 Šikana sester ze strany lékařů z pohledu sester N = 537

Problematika sexuálního obtěžování z pohledu sester

Jiným velmi negativním jevem, deformujícím vztahy mezi lékaři a sestrami, je sexuální obtěžování na pracovišti. Rovněž tato skutečnost

byla v rámci výzkumu sester sledována. Otázka byla položena jako uzavřená dichotomická v následujícím znění: „Setkal/a jste se někdy se *sexuálním obtěžováním ze strany lékařů?* 1) ano; 2) ne.“

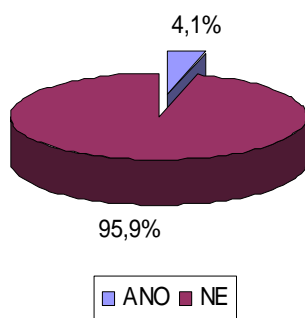


Graf 6 Sexuální obtěžování ze strany lékařů z pohledu sester N = 537

Necelých 15 % sester uvádí, že se setkalo se sexuální obtěžováním ze strany lékařů. Zbývajících cca 85 % takovou zkušenost nemá (graf 6). Následné analýzy neprokázaly, že by zkušenosti se sexuální obtěžováním ze strany lékařů byly závislé na charakteru pracoviště, jeho typu a dalších sledovaných demografických, sociálních a profesních znacích. Zjištění konstatované pro celý soubor je tedy platné i pro jednotlivé podsoubory členěné dle výše uvedených znaků. Z dalších analýz vyplynula tendence hodnotit chování lékařů jako

přátelské těmi sestrami, které zkušenost se sexuální obtěžováním ze strany lékařů mají, naopak ty sestry, které takovou zkušenost nemají, hodnotí chování lékařů jako rovnocenné a profesionální.

Jiná otázka, týkající se sexuálního obtěžování, se vztahovala k jeho výskytu na současném pracovišti sestry. Byla rovněž položena jako uzavřená dichotomická a její znění bylo následující: *Vyskytuje se sexuální obtěžování na vašem současném pracovišti?* 1) ano; 2) ne“.



Graf 7 Sexuální obtěžování na současném pracovišti z pohledu sester N = 537

Jen cca 4 % sester připouští, že se na jejich současném pracovišti vyskytuje sexuální obtěžování. Zbývajících 96 % na tuto otázku odpovídá záporně a uvádí, že na jejich pracovišti se sexuální obtěžování nevyskytuje (graf 7). Znamená to, že dle mínění sester je reálný výskyt sexuálního obtěžování na zdravotnických pracovištích v České republice minimální.

Analýzy druhého stupně třídění nebyly v tomto případě aplikovány, neboť data vzhledem k nízkému počtu odpovědí v některých políčkách kontingenčních tabulek nesplnila podmínku pro výpočet statisticky významných souvislostí.

DISKUSE

Ze sledovaného souboru sester 6,7 % uvedlo, že na jejich současném pracovišti dochází k šikaně (psychoteroru) ze strany spolupracovníků nebo vedoucích. Tendenci méně uvádět šikanu na pracovišti měly sestry působící na standardních ošetrovatelských jednotkách. Platí rovněž, že sestry, které uváděly, že na jejich pracovišti k šikaně nedochází, lépe hodnotily vztahy mezi lékaři a sestrami a častěji označovaly chování lékařů jako rovnocenné a profesionální. S šikanou ze strany lékařů se častěji setkávají sestry se specializačním vzděláním a staniční sestry. Jiné statisticky významné souvislosti nebyly identifikovány. Problém šikany mezi zdravotníky se nesmí podceňovat, i přes „poměrně nízký“ výskyt šikany vyplývající z výsledků našeho výzkumu oproti výsledkům zahraničních studií (7, 9). „Společnost GfK – Praha provedla šetření výskytu mobbingu v české společnosti v roce 2001 prostřednictvím opakovaného vícetematického šetření – omnibusu v rámci populace České republiky na vzorku 633 osob, které byly v pracovním poměru, a tudíž mohly mít s tímto problémem osobní zkušenost. Celkem se s mobbingem setkala 16 % osob. Nejčastěji se projevoval jako kritika či nedoceňování práce oběti nadřízeným, ukládání nekvalifikované práce či zadávání nesmyslných pracovních úkolů. Dále byly oběti vystaveny neustálému přerušování v řeči nebo byly ostatními zesměšňovány. Jen výjimečně docházelo k fyzickému násilí. Stejným způsobem byl proveden výzkum i v roce 2003, tentokrát na vzorku 693 pracujících osob. Obětí mobbingu

bylo 28 % osob. Jako nejčastější mobbingové strategie uváděly: zadávání nesmyslných pracovních úkolů, ukládání nekvalifikované práce, nedoceňování již provedené činnosti, zesměšňování a pomlouvání osoby v rámci pracovního kolektivu, časté okřikování, podrobování jejich práce neustálé kritice. K fyzickému násilí opět docházelo v minimální míře“ (16).

Mezinárodní výzkum v oblasti ošetrovatelství ukazuje, že 38 % (n = 1,110) sester ve Velké Británii bylo v minulých letech šikanováno, 42 % bylo svědkem takového chování k jiným sestram ze strany ostatního personálu (nejčastěji se jednalo o nadřízené sestry, lékaře, další sestry) (12).

To, že je nutné se o řešenou problematiku více zajímat, dokazují i závěry článku uveřejněné v *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* (4). Autorka Dianne Felblinger zde mimo dopadů na kvalitu péče poskytované pacientům popisuje psychologické a sociální dopady šikany na pracovišti, ale také strategie pro vytvoření vhodného pracovního prostředí. Pokud se mají problémy spojené s šikanou řešit, je nutné informovat nadřízené osoby a zahájit kroky k nápravě co nejdříve a vyhlásit nulovou toleranci podobnému chování do budoucna.

Co se týká sexuálního obtěžování na zdravotnických pracovištích v České republice, je výskyt z pohledu lékařů i sester minimální. Lékaři v České republice jsou také ve velké většině případů toho názoru, že k sexuálnímu obtěžování ve vztazích lékařů a sester spíše nebo zcela určitě nedochází. Nevidí tedy v tomto jevu závažnější problém. I přes nízký výskyt tohoto jevu významně více připouštějí existenci sexuálního obtěžování na současném pracovišti lékaři působící v operačních obořech a pracující na operačních sálech, menší naopak lékaři pracující v konzervativních obořech na standardních ošetrovatelských jednotkách.

První projekt v ČR, jehož cílem bylo po zavedení definice sexuálního obtěžování do českého právního řádu komplexně analyzovat rozsah tohoto problému, byl proveden ve spolupráci dvou týmů Sociologického ústavu AV ČR – Gender & sociologie a Centra pro výzkum veřejného mínění – a byl veřejnou záklzkou Ministerstva práce a sociálních věcí

ČR v období květen 2004 až březen 2005. Projekt byl zaměřen na zmapování forem a frekvence výskytu obtěžování a sexuálního obtěžování v zaměstnání. V závěrečné zprávě řešeného projektu autoři uvádějí: Tolerance k různým formám chování vedoucího k znevýhodňování je v české populaci poměrně vysoká: ponižování a šikanu připouští sice jen 6 % respondentů, ale „snahu znepříjemnit pracovníkovi práci (zaměstnání) tak, aby odešel“, toleruje již 16 % respondentů (3).

Celá čtvrtina české populace, z těch, kteří pracují nebo někdy pracovali, se v práci setkala se sexuálním obtěžováním podle svého vlastního vyjádření. Jde častěji o ženy – 28 % (z toho 13 % osobně a v 15 % šlo o někoho jiného), ze všech zaměstnaných mužů se se sexuálním obtěžováním setkala 22 % (z toho 4 % osobně a v 18 % šlo podle jejich vyjádření o někoho jiného). Významným faktorem ovlivňujícím výskyt sexuálního obtěžování na pracovišti je obecná atmosféra ve firmě, podniku či organizaci. Zejména postoj vedení k nejrůznějším formám sexuálně laděné konverzace či fyzickým dotykům nastavuje v kolektivu určité hranice akceptovatelného chování. Vůle vedení řešit problémy spojené se sexuálním obtěžováním se tak jeví jako zásadní pro jeho odstranění a podporu prosazení rovných příležitostí mužů a žen (3).

ZÁVĚR

Dle mínění lékařů České republiky se šikana (psychoteror) na zdravotnických pracovištích vyskytuje jen velmi zřídka. S šikanou ze strany lékařů se v zaměstnání setkala cca 1/10 dotázaných sester. Tendenci méně uvádět šikanu na pracovišti měly sestry působící na standardních ošetrovatelských jednotkách. Platí rovněž, že sestry, které uváděly, že na jejich pracovišti k šikaně nedochází, lépe hodnotily vztahy mezi lékaři a sestrami a častěji označovaly chování lékařů jako rovnocenné a profesionální.

V rámci šikany je třeba všechny pracovníky seznámit s problematikou mobbingu, proškolení vedoucí pracovníky o příčinách a důsledcích mobbingu, neboť šikana výrazně deformuje vztahy mezi lékaři a sestrami a je častou příčinou konfliktů. Podrobné návrhy na řešení přináší zpráva „Nurse-Physician Relati-

onships Solutions & Recommendations for Change. Comprehensive Report for the Nursing Secretariat and Ministry of Health and Long-Term Care Research Unit“ (10). Jak lze pojmut problematiku šikany v oblasti ošetrovatelství do učebního modulu, prezentuje ve své práci Haselhuhn (6).

Sestry i lékaři jsou dle výsledků našeho výzkumu shodně toho názoru, že výskyt sexuálního obtěžování je na zdravotnických pracovištích v České republice minimální.

„Nedostatečná pozornost a neochota řešit problém obtěžování a sexuálního obtěžování je způsobena významnou měrou neinformovaností a neznalostí problému, koncepce a definice a zejména podceňováním jeho závažnosti, rozsahu a možných důsledků jak pro jednotlivce, tak i pro celou organizaci“ (3).

LITERATURA

1. Bártlová, S.: Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. In: Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí. Bmo: NCONZO, 2006. s. 24–38. ISBN 80-13-449-6.
2. Beňo, P.: O vztazích v práci a tzv. vztahové patologii: kdo je zodpovědný za vztahy? [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <http://search.seznam.cz/?q=bullying&sId=UyYt-m9mwwqGz_i1LuPK&source=top>.
3. Čermáková, M. a kol.: Analýza výskytu obtěžování žen a mužů z důvodu pohlaví a sexuálního obtěžování na pracovišti, oddělení Gender & sociologie, Sociologický ústav AV ČR, 2005.
4. Felblinger, D.: Bullying Threatens Patient Care and Nurses' Careers. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, March 2008.
5. Gajdošík a kol.: Aká ja dnešná spokojnosť všeobecných lekárov s výkonom profesie. In Practicus, 2003, s. 200–202.
6. Haselhuhn, M. R.: Adult bullying within nursing workplaces: strategies to address a significant occupational stressor. 2005. [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <<http://www.minurses.org/pdfs/bully032008.pdf>>.
7. Health Policy and Economic Research Unit. Bullying and harassment of doctors in the workplace. 2006 [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <http://www.bma.org.uk/images/bullying_tcm41-20741.pdf>.
8. Hendl, J.: Přehled statistických metod zpracování dat. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 583 s. ISBN 80-7178-820-1.
9. Cheema, S. et al.: Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. IMJ 2005. [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <http://imj.ie/Issue_detail.aspx?issueid=+&pid=566&type=Papers>.

10. O'Brien-Pallas, L. et al.: Nurse-physician relationships solutions & recommendations for change. Comprehensive Report for the Nursing Secretariat and Ministry of Health and Long-Term Care Research Unit. Nursing Health Service Research Unit. [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <www.nhs.uk/factsheets/NursePhysician%20Fact%20Sheet%20Part%20III%20of>.
11. Punch, K. F.: Základy kvantitativního šetření. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
12. Quine, L.: Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire study. *British Medical Journal*, 1999, 318, s. 228–232.
13. Rosenstein, A. H.: Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*. 2002, roč. 102, č. 6, s. 26–34. ISSN 0002-936X.
14. Rosenstein, A. H., O'daniel, M.: Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing*. 2005, roč. 105, č. 1, s. 54–64. ISSN 0002-936X.
15. Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence. 1. vydání. Praha: Remedium, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
16. Wágnerová, I.: Mobbing jako druh kontraproduktivního pracovního chování se zaměřením na prevenci prostřednictvím sociomapování a videotréninku interakcí. 2007 [online], [cit. 2009-09-17] Dostupné z <http://publication.fsv.cuni.cz/attachments/230_021%20-%20Wagnerova.pdf>.
17. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). [online], [cit. 2009-11-17] Dostupné z <http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009>.
18. Zelek, B., Phillips, P. S.: Gender and power: nurses and doctors in Canada. *International Journal for Equity in Health*. 2/2003 [online], [cit. 2009-09-19] Dostupné z <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=150379>>.

* Článek byl zpracován v souvislosti s řešením grantového úkolu IGA MZ ČR č. NS/9604-3.

Sylva Bártlová a Hana Hajduchová
bartlova@zsf.jcu.cz