



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Problematika ochrany měkkých cílů v rámcí urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení

The issue of protecting soft targets within the emergency income of selected medical facilities

Diplomová práce

Studijní program: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Daniel Kramosil

Vedoucí diplomové práce: Ing. Alexandra Plačková

Kladno 2023



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Kramosil** Jméno: **Daniel** Osobní číslo: **511066**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení

Název diplomové práce anglicky:

The issue of protecting soft targets within the emergency income of selected medical facilities

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení. Teoretická část této práce poskytne podrobné vysvětlení pojmů měkký x tvrdý cíl, včetně související terminologie. Shrne základní skutečnosti o aktuálním stavu a zakotvení ochrany měkkých cílů v segmentu bezpečnosti České republiky a zaměří se na zdravotnická zařízení, jakožto představitele měkkého cíle se strmě se zvyšující mírou agresivity ze strany pacientů a jejich doprovodů. V praktické části této práce budou pomocí metody dotazníkového šetření zjištěna data, která budou dále zpracována a vyhodnocena formou grafů. Dotazníkové šetření s počtem více než 100 respondentů bude provedeno u pracovníků urgentních příjmů ve vybraných zdravotnických zařízeních a zodpoví stanovené hypotézy. Součástí praktické části bude zpracována i SWOT analýza, jejíž výsledky budou společně s výsledky dotazníkového šetření okomentovány v diskuzi. Cílem diplomové práce bude zjištění aktuální připravenosti urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení v rámci problematiky ochrany měkkých cílů a budou vydána souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu.

Seznam doporučené literatury:

- [1] BERÁNEK, Václav, *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobraně*, Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, ISBN 978-80-261-0714-9
- [2] ŠTĚTINA, Jiří a kolektiv, *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*, ed. 1, Grada Publishing, a.s., Praha, 2014, ISBN 978-80-247-4578-7
- [3] VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK, *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*, Praha: Karolínium, 2014, ISBN 9788024624778

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

Ing. Alexandra Plačková

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **19.09.2022**

Platnost zadání diplomové práce: **20.09.2024**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Liberci dne 18.05.2023

.....
Bc. Daniel Kramosil

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych velmi rád poděkoval vedoucí mé diplomové práce Ing. Alexandře Plačkové za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi poskytovala v průběhu zpracování celé práce. Dále bych chtěl poděkovat mé rodině, přátelům a spolužákům za podporu při zpracování práce, ale také všem respondentům dotazníkového šetření, bez kterých bych nedokázal vypracovat výzkumnou část diplomové práce.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá problematikou ochrany měkkých cílů na urgentních příjmech vybraných zdravotnických zařízení.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na popis základních pojmů týkajících se ochrany měkkých cílů, včetně související platné legislativy. Dále je zde vymezen pojem urgentní příjem a popsány jeho součásti. V další části se zaměřujeme na popis agresivního a násilného chování ve zdravotnictví, zásady správné komunikace s agresorem a možné následky agresivního jednání. V neposlední řadě jsou zde popsány prvky bezpečnostních opatření a možnosti ochrany ve zdravotnictví.

V praktické části práce jsou pomocí metody dotazníkového šetření u pracovníků urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení zjištěna data, která jsou dále zpracována a vyhodnocena formou grafů a zodpovídají stanovené hypotézy. Součástí praktické části je také zpracována SWOT analýza, jejíž výsledky jsou společně s výsledky dotazníkového šetření okomentovány v diskuzi.

Ve výstupu práce je na základě získaných dat zjištěn aktuální stav připravenosti urgentních příjmů a jsou vydána souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu připravenosti urgentních příjmů vybraných zdravotnických pracovišť v oblasti problematiky ochrany měkkých cílů.

Klíčová slova

Měkké cíle, bezpečnost, ochrana měkkých cílů, urgentní příjem, zdravotnictví, agresivní pacient, zdravotník.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the issue of protecting soft targets on the emergency admissions of selected medical facilities.

The theoretical part of the diploma thesis is focused on the description of basic concepts related to the protection of soft targets, including the relevant applicable legislation. Furthermore, the term emergency income is defined here and its components are described. In the next part, we focus on the description of aggressive and violent behavior in healthcare, the principles of correct communication with the aggressor and the possible consequences of aggressive behavior. Last but not least, elements of security measures and protection options in the healthcare sector are described here.

In the practical part of the work, using the questionnaire survey method, data are obtained from the emergency services workers at selected medical facilities, which are further processed and evaluated in the form of graphs and correspond to the established hypotheses. A SWOT analysis is also processed as part of the practical part, the results of which, together with the results of the questionnaire survey, are commented on in the discussion.

In the output of the work, based on the obtained data, the current state of preparedness of emergency admissions is determined and summary recommendations are issued for improving the current state of preparedness of emergency admissions of selected healthcare workplaces in the area of the protection of soft targets.

Keywords

Soft targets, safety, soft target protection, emergency reception, healthcare, aggressive patient, paramedic.

OBSAH

1	Úvod.....	10
2	Ochrana měkkých cílů.....	11
2.1	Základní terminologie	12
2.1.1	Měkké cíle.....	12
2.1.2	Tvrdé cíle	13
2.1.3	Bezpečnost.....	13
2.1.4	Hrozba	13
2.1.5	Riziko	13
2.1.6	Konflikt	14
2.2	Legislativa ochrany měkkých cílů.....	14
2.3	Měkké cíle ve zdravotnictví	16
3	Urgentní příjem	18
3.1	Organizace urgentního příjmu	19
3.2	Zdravotnický personál urgentního příjmu	21
4	Agrese a násilí ve zdravotnictví.....	22
4.1	Aktuální stav	23
4.2	Možnosti násilných bezpečnostních hrozeb ve zdravotnictví	24
4.2.1	Terorismus.....	24
4.2.2	Aktivní střelec.....	25
4.2.3	Nástražné výbušné zařízení	26
4.2.4	Telefonické výhružky	27
4.3	Komunikace s agresorem	28
4.3.1	Zásady správné komunikace s agresorem	29

4.4	Možné následky agresivního jednání.....	30
5	Bezpečnostní opatření zdravotnických zařízení.....	33
5.1	Možnosti obrany zdravotnického personálu.....	33
5.1.1	Metodika USB	35
5.1.2	Obranné prostředky.....	37
5.2	Možnosti ochranných opatření.....	38
5.2.1	Prvky pasivní ochrany.....	39
5.2.2	Prvky aktivní ochrany	40
5.2.3	Prvky fyzické ochrany	43
6	Metodika.....	45
6.1	Cíle práce a stanovení hypotéz.....	45
6.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	46
6.3	SWOT analýza.....	47
6.3.1	Metodika výpočtu jednotlivých kritérií	50
6.4	Dotazníkové šetření.....	51
7	Výsledky.....	53
7.1	Vyhodnocení SWOT analýzy	53
7.1.1	Silné stránky.....	53
7.1.2	Slabé stránky	54
7.1.3	Příležitosti.....	56
7.1.4	Hrozby	58
7.1.5	Celkové vyhodnocení SWOT analýzy	60
7.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření	61
7.3	Vyhodnocení stanovených hypotéz	77

8	Diskuze	81
9	Doporučení pro praxi	97
10	Závěr	99
11	Seznam použitých zkratk.....	100
12	Seznam použité literatury	101
13	Seznam použitých tabulek.....	107
14	Seznam použitých obrázků	108
15	Seznam příloh.....	109

1 ÚVOD

Světová bezpečnostní situace se postupem času pomalu, ale jistě zhoršuje. Stále více přibývá teroristicky či jinak extremisticky motivovaných útoků na veřejně známá místa s nízkým stupněm zabezpečení a vysokým počtem civilistů, tedy na tzv. měkké cíle. A právě zdravotnická a nemocniční zařízení se řadí mezi měkké cíle. Proto bylo zaměření této diplomové práce týkající se problematiky ochrany měkkých cílů vybráno z důvodu své aktuálnosti a značné frekventovanosti během běžného provozu, konkrétně na pracovištích urgentních příjmů v poslední době.

Obsah celé diplomové práce poslouží vedoucím pracovníkům zdravotnických zařízení či manažerům z oblasti bezpečnosti a krizové připravenosti aj., ke zjištění aktuální připravenosti vybraných urgentních příjmů jednotlivých zdravotnických zařízení v oblasti bezpečnostních opatření v rámci problematiky ochrany měkkých cílů a pomocí zjištěných poznatků vydat souhrnná doporučení pro zlepšení stávajícího stavu v této oblasti na vybraných pracovištích urgentních příjmů. Součástí praktické části diplomové práce je i SWOT analýza, k jejíž sestavení byly využity informace ze studia zkoumané problematiky a data získaná z dotazníkového šetření mezi pracovníky urgentních příjmů.

Teoretická část diplomové práce byla zpracována za použití odborných publikací, internetových i tištěných periodik a vědeckých poznatků. Využita byla primárně česká literatura, ale i literatura a elektronická periodika zahraničních autorů. Seznam použité literatury byl vytvořen pomocí zpracované rešerše z Krajské vědecké knihovny v Liberci.

2 OCHRANA MĚKKÝCH CÍLŮ

Z pohledu bezpečnosti se situace ve světě stále zhoršuje. Jedním z ukazatelů může být vzrůstající počet útoků na objekty a místa s nízkým či žádným stupněm zabezpečení a zároveň s vysokým počtem volně se pohybujících osob, tedy tzv. měkké cíle. Tyto útoky jsou téměř vždy spojené s velkým počtem obětí. Postupně se zhoršující stav světové bezpečnostní situace se vyznačuje zvýšenou potřebou ochranných opatření v rámci měkkých cílů, což je v současné době spojeno s řadou problémů. Mezi hlavní problémy můžeme zařadit neschopnost vytvoření světově uznávané platné definice měkkých cílů či uplatnění vhodného bezpečnostního systému. V současné době se do snahy o zlepšení řešení problematiky ochrany měkkých cílů zapojuje velmi málo států, proto je velmi důležité toto téma neustále připomínat a vyzdvihovat do povědomí (Kubíková, 2019).

Mezi možné příklady napadení měkkých cílů v našem státě můžeme zařadit např. střelbu v restauraci v Uherském Brodě z roku 2015 či útok mačetou ve škole v Praze z roku 2022 aj. Bohužel tyto zmíněné napadené subjekty neměli možnost, jak se podobnému útoku ubránit a totéž platí i pro všechna ostatní podobná místa řadící se do skupiny měkkých cílů. Následky obdobných činů proto bývají v drtivé většině fatální. Důležitou skutečností pro stát je fakt, že měkkých cílů se na našem území vyskytuje opravdu mnoho. Z tohoto důvodu není možné prakticky tato místa ze strany státu zabezpečit, a tudíž je vyzdvihována důležitost v zabezpečení vlastními prostředky měkkých cílů. Spousta měkkých cílů je navíc schopna zajistit svou bezpečnost a vznik různých bezpečnostních opatření znatelně lépe než stát (více finančních prostředků určených k vlastní potřebě, znalost a lepší informace o prostředí či využívaných prostorech, přítomnost personálu a lidí na místě atd.) (Ministerstvo vnitra, 2016). Důležité je tedy uvědomit si, že základním principem v problematice

ochrany měkkých cílů je skutečnost, že na jejich bezpečnosti se musí podílet všechny dotčené subjekty, tedy i složky integrovaného záchranného systému, Ministerstvo vnitra a další dotčená ministerstva, právnické a podnikající fyzické osoby, vlastníci či provozovatelé měkkých cílů (Ministerstvo vnitra, 2017). Při zabezpečování budov, objektů a pořádaných hromadných akcí v rámci ochrany měkkých cílů by měl být kladen značný důraz na prevenci. Důležité je tedy dbát především na dva aspekty – odstrašení útočníka a včasné rozpoznání možné hrozby. Pro fázi odstrašení je podstatné, aby byl útočníkovi jeho útok na měkký cíl natolik ztížen a zkomplikován, že se svého záměru zaútočit raději vzdá. V případě, že odstrašení nebude dostatečně fungovat, je nutné se zaměřit na včasné rozpoznání případného útoku a pokusit se eliminovat potenciálního útočníka, aby se tak zabránilo vystupňování možných následků (Apeltauer et al., 2019).

2.1 Základní terminologie

2.1.1 Měkké cíle

Termín měkké cíle, též známé jako tzv. soft targets, nemá nikde přesnou definici. V podstatě se jedná o pojem, který je využíván v souvislosti s označením objektů, budov, prostorů a akcí s přítomností velkého počtu lidí a zároveň s žádným či nízkým stupněm zabezpečení proti možným agresivním a násilným útokům (Ministerstvo vnitra ČR, 2016). Příkladů měkkých cílů je mnoho, mezi nejznámější můžeme zařadit obchodní centra, vlaková a autobusová nádraží, letiště, nemocniční a jiná zdravotnická zařízení, vzdělávací zařízení a instituty, společenské akce, kulturní události, místa sportovních utkání, bary a kluby, stravovací podniky, náboženská místa a jiná volně přístupná veřejná shromáždění a prostranství, hotely atd. (Kuneš, 2018).

2.1.2 Tvrdé cíle

Tvrdé cíle, též známé jako tzv. hard targets, jsou velmi dobře a kvalitně zabezpečené objekty a střežené budovy. Řadí se k nim např. různé objekty státního zájmu a vládní instituce, objekty spadající pod vojenskou ochranu, objekty bezpečnostních sborů, řada nestátních a komerčních přísně střežených budov a objektů, ale také symbolická místa pro potenciální útoky teroristických skupin (Ministerstvo vnitra ČR, 2017).

2.1.3 Bezpečnost

Pojem bezpečnost nemá přesně vymezenou definici. V základu je pojem definován jako stav, při kterém je co nejvíce snížen stupeň ohrožení pro určitý objekt a jeho zájmy, současně je tento objekt schopen existující i potenciálně existující hrozby účinně omezit nebo se na jejich omezení podílet (Procházková, 2012).

2.1.4 Hrozba

Hrozba je definována jako objektivní skutečnost, jejíž působení může mít nežádoucí vliv na určitou hodnotu či objekt a jeho zájmy v daném prostředí a čase. Stupeň závažnosti hrozby je hodnocen podle charakteru hodnoty a podle našeho vztahu k dané hodnotě, tedy jak je pro nás důležitá. Dle příčiny můžeme hrozby dělit na jevy naturogenní, tedy s fyzikálními projevy nebo na jevy intencionální, tedy hrozby zamýšlené s vědomým úmyslem lidského jedince nebo skupiny lidských jedinců (Smolík a Šmíd, 2010).

2.1.5 Riziko

Rizikem se rozumí eventualita, že pravděpodobně dojde k určité škodlivé a nežádoucí události, která postihne danou hodnotu. Ve většině případů je pravděpodobný vznik nepříznivé události z naší strany nechtěný. Riziko se dá

chápat jako vlastnost hrozby, tedy je reakcí na hrozbu, na naši připravenost či zranitelnost vůči hrozbě a pojí se s rozhodováním a činností lidského jedince (Zeman, 2002).

2.1.6 Konflikt

Definice konfliktu se v různých společenskovedních oborech liší. V zásadě se jedná o každé střetnutí či srážku minimálně dvou a více protikladně působících sil, myšlenek, snah, postojů, hodnot, potřeb a zálib jedince či více aktérů, kteří se snaží být dominantní ve stejné sféře (Miller a Kadlec, 2018).

2.2 Legislativa ochrany měkkých cílů

Legislativa v oblasti problematiky ochrany měkkých cílů je v podstatě totožná s legislativou v oblasti zabezpečení proti vážnějšímu nezákonnému jednání, platící pro všechny právnické a podnikající fyzické osoby. V České republice neexistuje žádná právní norma, která by se zabývala konkrétně problematikou ochrany měkkých cílů. Z tohoto důvodu je ochrana měkkých cílů uskutečňována na základě vlastnického, popř. užívacího práva, díky kterým si sám majitel či uživatel určuje režim a pravidla chování, jichž je nutné dodržovat v daném vlastněném či pronajatém prostoru. Tyto nastolené podmínky chování je každý povinen v daném prostoru dodržovat. Pokud dojde k jejich nedodržení či porušení, tak je možné dané osoby z určeného prostoru vykázat. Podmínky chování v daném prostoru jsou obvykle veřejně dostupné informace, a dají se nalézt nejčastěji v návštěvním řádu, bezpečnostním řádu, bezpečnostních pokynech pořadatele akce aj. (Ministerstvo vnitra ČR, 2017).

Mezi hlavní právní dokumenty zabývající se tématy souvisejícími s problematikou ochrany měkkých cílů v našem státě patří: Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020, Metodika ochrany měkkých cílů, Strategie

České republiky pro boj proti terorismu, Bezpečnostní standart k ochraně měkkých cílů atd. (Ministerstvo vnitra ČR, 2023).

Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020 sumarizuje problematiku ochrany měkkých cílů a upozorňuje na nutnost vytvoření správně fungujícího systému ochrany měkkých cílů. Hlavním úkolem koncepce je tedy vytvořit kvalitní a fungující státní systém ochrany měkkých cílů, díky němuž bude stát schopen včas reagovat na možné hrozby útoků jak v našem státě, tak i v zahraničí. Zároveň by tento systém měl dosáhnout stavu, při kterém by většina potenciálně ohrožených měkkých cílů v našem státě měla mít dostatek času připravit se na možný útok a snížit tak množství případných škod (Ministerstvo vnitra ČR, 2017).

Metodika ochrany měkkých cílů se primárně zaměřuje na ochranu fyzických osob vůči závažným agresivním a násilným útokům. Z důvodu nedostatku možností ochrany měkkých cílů obecně se tato metodika primárně zaměřuje na prevenci těchto útoků a na možnosti zmírnění možných následků útoku. Samotný zásah proti útočníkovi je ponechán v rukou státních, obecních, profesionálních či soukromých složek. Metoda je tedy vhodná pro útoky teroristů, násilných extremistů útočících z čistě kriminálních důvodů nebo osob s duševními problémy. Může se týkat v podstatě kterékoli organizace (oficiální či neoficiální) a všech veřejných i soukromých budov (Ministerstvo vnitra ČR, 2016).

Strategie České republiky pro boj proti terorismu z roku 2013 je dokument, zaměřující se na podmínky boje proti teroristickému jednání v našem státě. Zároveň má za úkol přiblížit veřejnosti jednotlivé oblasti, které se boje proti terorismu týkají a poukázat na související možné nedostatky v bezpečnostním systému ČR (Ministerstvo vnitra ČR, 2013).

Operační odbor policejního prezidia ČR, na základě potřeby poskytování poradenství v oblasti problematiky ochrany měkkých cílů a prevence bezpečnostních rizik, zřídil nepřetržitě fungující linku na číslo 800 255 255 pro všechny vlastníky a provozovatele měkkých cílů. K výraznému zefektivnění případného zásahu PČR by pomohlo předem poslat bezpečnostní plán v editovatelné formě vypracovaný vlastníkem či provozovatelem měkkého cíle na adresu operačního odboru (Ministerstvo vnitra ČR, 2023).

2.3 Měkké cíle ve zdravotnictví

Jak již bylo zmíněno výše, zdravotnická zařízení se celkově řadí mezi měkké cíle. Nemocniční zařízení jsou ve většině případů rozlehlé komplexy objektů a budov, pro které je charakteristický nepřetržitý provoz, velký počet zdravotnického personálu a nejrůznějších návštěvníků ze všech společenských vrstev s relativně neomezeným pohybem po nemocničním komplexu. Dále je to místo, kde je uskladněno značné množství jaderného materiálu, různých drahých zdravotnických přístrojů, návykových a nebezpečných látek atd. Požadavek otevřeného a neomezeného přístupu všem pacientům a dalším návštěvníkům do nemocničního zařízení a nepřetržitý provoz oddělení urgentního příjmu v rámci bezpečnosti nevytváří z nemocničního zařízení to nejlépe zabezpečené místo (Rožek, 2019). Proto se při zajišťování bezpečnosti zdravotnických zařízení musí nahlížet na několik důležitých specifíků, která jsou dána hlavní funkcí a posláním nemocnic, tedy poskytováním zdravotní péče o zdraví. Tato specifika se u jiných měkkých cílů řeší pouze omezeně, anebo nejsou vůbec identifikována. Prvním specifíkem, na které je nutné se zaměřit, je neomezená přístupnost všem návštěvníkům do areálu nemocnice. Každý den se po areálu nemocnice pohybuje obrovské množství osob, ať už pacientů, zdravotnického a obslužného personálu či jiných návštěvníků a nejrůznějších vozidel. Z důvodu splnění základní funkce a chodu nemocnic není možné

volný pohyb nějakým způsobem regulovat a kontrola či filtrace osob je značně omezená, protože na zdravotní péči má ze zákona nárok každý. Druhým specifikem je skutečnost, že v areálech nemocnic se nachází velké množství movitých předmětů, drahých technologií a dalšího hodnotného vybavení, dále také majetek dodavatelských služeb či osobní majetek nemocničního personálu, pacientů a jiných návštěvníků. Třetím a posledním specifikem při posuzování bezpečnosti nemocnic je přítomnost medicínálních plynů a různých chemikálií, které jsou běžně v nemocnicích využívány v rámci poskytování zdravotní péče. Některé látky jsou ve vyšších koncentracích nebezpečné, některé se dají zařadit do skupin bojových látek. Také se zde nachází značné množství radioaktivních a omamných látek, jedů a psychofarmak. Zároveň se v nemocničním zařízení produkuje velké množství biologického a jinak kontaminovaného odpadu. Všechny tyto látky mohou být při úmyslném zneužití značně nebezpečné pro zdraví a život všech osob, které se nacházejí v daném okolí. Úroveň zabezpečení se může u jednotlivých zdravotnických zařízení lišit (Hartmann, 2018).

3 URGENTNÍ PŘÍJEM

Pracoviště urgentního příjmu může být ve zkratce definováno jako určité místo, kde dochází k třídění, diagnostice, vyšetřování, terapii a akutnímu příjmu všech neplánovaných a předem neobjednaných pacientů (Polák, 2018). Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je to vlastně samostatné specializované oddělení poskytující akutní intenzivní lůžkovou péči a specializovanou ambulantní péči s neustálou a plynulou pohotovostí pro příjem pacientů s náhle vzniklým vážným poškozením zdraví, pacientů se závažnou a nepředvídanou změnou zdravotního stavu či náhlým zhoršením nynějšího onemocnění a pacientů, kteří jsou přímo ohroženi na životě. Pokud dojde k vyhlášení některého z krizových stavů, stávají se poskytovatelé akutní lůžkové péče se zřízeným pracovištěm urgentního příjmu členem ostatních složek IZS. Při uzavření dohody o plánované pomoci na vyžádání s poskytovatelem ZZS či příslušným krajským úřadem se tito poskytovatelé akutní lůžkové péče stávají automaticky členy ostatních složek IZS i v době mimo krizové stavy a HZS kraje je tak může zařadit do poplachového plánu IZS (Vilášek, Fiala a Vondrášek, 2014).

Pacient nacházející se na oddělení urgentního příjmu je po příslušném vyšetření, stabilizaci fyziologických funkcí a minimálně základním primárním ošetření dále směřován na oddělení poskytující akutní intenzivní lůžkovou péči, tedy jednotky intenzivní péče, operační sály či anesteziologicko-resuscitační oddělení. Případně není-li pacientův zdravotní stav natolik závažný, aby potřeboval akutní intenzivní lůžkovou péči, může být dále směřován k doléčení na standartní lůžková oddělení, poskytující standartní lůžkovou péči. Poslední možností dalšího směřování pacienta z pracoviště urgentního příjmu je jeho propuštění po řádné edukaci do domácího

ošetřování, do péče obvodního lékaře či ambulantních specialistů příslušných specializovaných ambulantních pracovišť.

Pacientům s náhlým postižením zdraví či s přímým ohrožením života je poskytována neodkladná akutní péče, která se skládá ze tří fází. První fází je přednemocniční neodkladná péče, která je poskytována především poskytovateli zdravotnické záchranné služby daného kraje aj. Druhou fází je neodkladná nemocniční péče, kterou poskytuje zdravotnické zařízení s akutní lůžkovou péčí v rámci pracoviště urgentního příjmu. A poslední třetí fází je nemocniční péče, při které dohází k následnému směřování pacienta na standartní oddělní, JIP nebo ARO v rámci zdravotnického zařízení. Pro zdárné fungování celého systému je klíčové plynulé a efektivní předávání mezi poskytovateli neodkladné přednemocniční péče a poskytovateli akutní neodkladné nemocniční péče (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2015). Pro nás je tedy nyní podstatná druhá fáze a tou se budeme zabývat v této práci.

3.1 Organizace urgentního příjmu

Rozsah zdravotních služeb konkrétního poskytovatele akutní neodkladné lůžkové péče je rozhodující pro organizaci, technické, materiální a personální vybavení pracoviště urgentního příjmu. Struktura UP se skládá z triážní recepce, která může sloužit i jako kontaktní místo se zdravotnickým operačním střediskem příslušného poskytovatele ZZS v případě mimořádných událostí či krizových situací. Dále se skládá z ambulantní části pro pacienty bez přímého ohrožení na zdraví a životě, z expektační observační části, zásahové části neboli tzv. crash-room a z heliportu (Šeblová a Knor, 2018).

První částí UP je část příjmová. Tou je nejčastěji recepce, na které probíhá prvotní kontakt pacienta se zdravotnickým zařízením a jeho personálem. Proškolení zdravotničtí pracovníci pracující na recepci jsou nejčastěji všeobecné

sestry nebo zdravotničtí záchranáři, vybavení potřebnými organizačními a informačními schopnostmi a jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Jejich hlavním úkolem je triáž pacientů, tedy určení stupně naléhavosti a priority ošetření na UP. Je to místo nejčastějšího konfliktu zdravotnického personálu s pacienty, popř. s doprovody pacientů. Příjmová část slouží i jako kontaktní místo spolupráce mezi poskytovatelem akutní lůžkové péče s neustálým provozem a zdravotnickým operačním střediskem, od kterého přijímá výzvy týkající se ohlášení příjmu pacientů. Poskytovatel akutní lůžkové péče naopak ZOS poskytuje informace týkající se počtu volných akutních lůžek a má na starosti hladký průběh předávání pacientů mezi poskytovateli ZZS a cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče.

Další částí UP je ambulantní část. Tato část je určena pro ošetřování pacientů bez přímého ohrožení života a výrazného postižení zdraví. Pacienti s náhlým akutním zhoršením současného zdravotního stavu sem mohou dorazit po vlastní ose. Ambulantní část je rozdělena podle dané specializace v oboru na konkrétní obtíže. Na jednotlivých ambulancích pracují specialisté v daném oboru, kteří v případě potřeby spolupracují v rámci multioborové kooperace.

Expektační část UP je určena ke krátkodobé observaci a monitoraci pacientů, určení anamnézy a diagnostické rozvaze, nezbytné a potřebné léčebné terapii, vyčkávání na výsledky jednotlivých vyšetření a následnému přemístění pacienta na cílové specializované oddělení v rámci pokračování léčebného procesu nebo propuštění pacienta (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2015).

Zásahová část UP či crash-room je část sloužící pro péči o pacienty ve vážném zdravotním stavu a v přímém ohrožení na životě. Pacienti zde ošetřovaní jsou nestabilní, tedy mají nejméně jednu nebo více fyziologických

funkcí mimo standartní hodnoty. Nestabilita u daného pacienta může být z důvodu nestabilní hemodynamiky, srdečního rytmu, glykémie či stavu vědomí, dýchání, acidobazické rovnováhy a dalších parametrů (Polák, 2016).

Poslední částí UP je heliport, který je v rámci efektivní a rychlé spolupráce mezi složkami IZS a poskytovateli akutní lůžkové péče součástí každého UP (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2015).

3.2 Zdravotnický personál urgentního příjmu

Kvalitní personální zabezpečení je esenciální pro chod každého pracoviště UP. Efektivní a účinná kooperace zdravotnického týmu je nezbytná pro celý léčebný proces pacienta už od jeho příjmu na oddělení UP až po jeho předání na cílové specializované pracoviště či jeho propuštění. Zdravotnický personál se skládá z lékařů různých specializací, středního zdravotnického personálu bez odborného dohledu, tedy všeobecných sester a zdravotnických záchranářů, dále středního zdravotnického personálu s odborným dohledem, tedy praktických sester a v neposlední řadě sanitářů, ošetřovatelek, administrativních a technických pracovníků. Lékaři pracující na UP mají přednostně odbornou způsobilost v oboru urgentní medicíny (to však není podmínkou pro práci na UP), a tudíž jsou schopni vyřešit většinu akutně vzniklých neodkladných stavů sami. Zároveň však mají k dispozici tým konziliářů, tedy specialistů ze zdravotnických oborů jako jsou např. Kardiologie, Chirurgie, Neurologie, Interna, Traumatologie, Urologie atd. a ve výsledku se z péče o pacienta stává multioborová spolupráce. Podmínkou pro lékařský personál UP by měla být trvalá fyzická přítomnost urgentního lékaře, anesteziologa nebo lékaře pro intenzivní péči, popř. zajištění jejich přítomnosti na pracovišti UP do 5 minut od vyžádání (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2015).

4 AGRESE A NÁSILÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

U povolání zdravotnického personálu jsou kladeny stále vyšší požadavky na profesionalitu, co se jednání a komunikace s agresivními a problémovými pacienty či jejich doprovody ve zdravotnických zařízeních týká. Každý pacient je jiný, to samé se dá říct i o doprovodech pacientů, proto návštěvy ZZ mohou proběhnout úplně v poklidu nebo mohou být doprovázeny projevy různých pocitů a emocí. Mezi tyto emoční projevy, které jsou nejčastěji spojeny s fyzickou nebo jinou bolestí (tedy hlavním důvodem návštěvy ZZ), můžeme zařadit projevy úzkosti či strachu o sebe a blízké osoby, značné psychické vypětí, obavy z nejistoty, z neznámého prostředí, z další bolesti, aj. Všechny tyto symptomy mohou být spouštěčem frustrace, která ve většině případů vede ke vzniku agrese (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Agresí se rozumí útočné nepřátelské chování a jednání s cílem úmyslně či neúmyslně ublížit vyvolávajícímu podnětu. Je vymezena buď biologickými faktory (činnost a funkce centrální nervové soustavy, genetika, hormonálně podmíněná) nebo psychologickými faktory (reakce na bezmocnost, ztrátu, změnu prostředí, ohrožení, úzkost, strach aj., jenž dosáhly hranice únosnosti) (Němec a Stuchlíková, 2007). Agrese je fenomén, který se dá rozdělit podle postupného vystupňování do čtyř fází. Prvním stupněm je agrese myšlenková (představy a myšlenky co udělat), druhým stupněm agrese verbální či nonverbální (především mimika a gestikulování), třetím stupněm je agrese vůči předmětům (házání předmětů, kopání do dveří) a stupněm posledním je agrese namířená proti lidem (do této fáze patří i použití zbraně v rámci vyhrožování, proto bývá už vnímána jako násilí) (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Násilí je definováno jako záměrné využití fyzické síly nebo pohrůžka jejího využití proti sobě, jiné osobě, skupině osob nebo komunitě, za účelem

způsobení nebo s největší pravděpodobností způsobení nějakého zranění, smrti, újmy na psychickém zdraví, špatného vývoje či stavů sklíčenosti a deprivace (World Health Organization, 2023). Násilí se dá z hlediska násilných činů rozdělit na impulzivní a promyšlené. Impulzivní násilné jednání je způsobené bez předešlého plánování a bez cíle dosažení vlastního prospěchu či hmotného zisku. Naopak promyšlené násilné jednání je předem vědomě plánováno a je možné ho dále rozdělit na predátorské, tedy za účelem získání vlastního prospěchu nebo patologické, provedené pod vlivem poruch vnímání či myšlení (např. halucinace či bludy). Promyšlené násilné jednání je charakteristické absencí emocí typu lítost a soucit, což je typické u psychopatických jedinců (Vevera a Černý, 2011).

4.1 Aktuální stav

Agrese a násilné chování proti zdravotnickému personálu pracujícím na odděleních UP ze strany pacientů, jejich doprovodů a dalších návštěvníků zdravotnického zařízení jsou častým a stále rostoucím problémem. Mnoho zdravotnických zařízení je stále pod větším tlakem z důvodu narůstajícího počtu pacientů, často s akutními zdravotními problémy vyžadujícími neodkladné řešení či pacientů bez zdravotního pojištění potřebného k zaplacení poskytnuté léčby. Zvyšující se počet akutních pacientů na odděleních UP a celkově nedostatek zdravotnického personálu je častým důvodem vzniku dlouhé čekací doby na ošetření méně akutních pacientů. A jelikož emoce prožívané pacienty, kteří mají bolesti, jsou ve špatném psychickém rozpoložení, nachází se v neznámém prostředí atd., jsou v tu chvíli značně zesílené, dochází hojně k situacím vzniku agresivních či násilných incidentů zaměřených právě proti zdravotníkům (Franz et al., 2010). Ve srovnání se skoro všemi ostatními profesemi zažívají zdravotníci agresi a násilí na pracovišti mnohem častěji (výjimku mohou tvořit např. příslušníci PČR, zdravotničtí záchranáři či hasiči).

Tyto agresivní a násilné konflikty ve zdravotnictví tudíž patří mezi výrazná pracovní rizika, protože svým působením mohou negativně ovlivnit psychickou a fyzickou pohodu zdravotníků, popř. jejich motivaci a kvalitní výkon v práci. Násilí na pracovišti může, kromě již zmiňovaného, celkově také vést ke značným finančním ztrátám pro zdravotnický systém. Nejčastějšími původci takového chování ve zdravotnických zařízeních jsou pacienti nebo jejich doprovod, popř. jiní návštěvníci nemocnice. Agresivní chování má mnoho podob. Verbální agrese zahrnuje především používání hanlivých a hrubých urážek, křik, vyhrožování, ale i sexuální či obscénní narážky a komentáře. Fyzická agrese či napadení zahrnuje celou škálu akcí, jako je fackování, štípání, strkání, vytlačování, plivání, bití, kopání, sexuální útoky, házení předmětů, používání zbraní aj. (Hanh et al., 2010).

4.2 Možnosti násilných bezpečnostních hrozeb ve zdravotnictví

4.2.1 Terorismus

Pojmem terorismus se rozumí forma předem vypočítaného, řízeného a organizovaného násilného jednání nebo hrozby násilného jednání, nejčastěji zaměřeného proti místům s nízkým stupněm zabezpečení a vysokým počtem civilního obyvatelstva a nezúčastněných osob (měkké cíle), z důvodu potřeby zastrašení oponenta a za účelem docílení ideologických, hospodářských, politických a náboženských záměrů. Zdravotnická zařízení se řadí právě mezi zmiňované měkké cíle, a tedy i možné teroristické cíle. Teroristické akty mají za cíl vyvolat u co největšího množství civilního obyvatelstva pocity ohrožení, strach, paniku, nedůvěru a nejistotu. Teroristické metody jsou různé, nejčastěji se však jedná o bombové útoky, útoky na významné osoby, různé druhy ozbrojených přepadení či únosy lidí a prostředků veřejné dopravy. Během teroristických aktů dochází k odlišnému druhu poranění než při běžných

civilních poranění. Důvodem je odlišný a netypický mechanismus útoku, nejčastěji se jedná o poranění z důvodu exploze, sražení dopravním prostředkem či střelná poranění. Následkem útoků převažují pronikající dutinová hrudní a břišní poranění, poranění hlavy či kombinace více dutinových poranění (Burget a Douša, 2020).

4.2.2 Aktivní střelec

Měkké cíle nejsou ohrožené pouze teroristickou aktivitou. Ve světě se v poslední době objevují i jiné vážné incidenty, které představují veliké riziko. Mezi takové incidenty řadíme tzv. mass shooting neboli masovou střelbu. Pro tento druh incidentu je charakteristické použití střelných zbraní ze strany útočníka a velmi často dochází ke značnému množství obětí (Kubíková, 2019). Pojmem aktivní střelec se rozumí nebezpečný útočník, který použil střelnou zbraň proti jiným osobám za účelem dosažení svých cílů. Většinou se jedná o jednotlivce, avšak může se jednat i o skupinu aktivních střelců. Charakteristické u útočníků je absence racionálního jednání, chování bez jakýchkoli zábran a jejich cíl, tedy zabití či zranění největšího možného počtu osob (MV-Generální ředitelství HZS ČR, 2014). Rozdíl mezi teroristickým útokem a útokem aktivního střelce je především v motivaci útočníka. Způsob provedení může být sice v obou případech naprosto totožný, ale teroristická aktivita je poháněna hlavně náboženskými, politickými či hospodářskými cíli, kdežto v druhém případě může být spouštěcím motivem cokoliv (Kubíková, 2019). Nejčastěji se může jednat o pocity dlouhodobé frustrace či nespokojenosti se současným systémem, pocity ukřivdění, hněvu na konkrétní osoby či celkově k lidstvu. Tyto důvody nespokojenosti mohou být dlouhodobé, stupňující se a mohou souviset s dalšími mnohými podněty, jako např. špatný zdravotní či psychický stav, sociální strádání, vyloučení z kolektivu, osamělost, absence přátel aj. Veškeré tyto aspekty, ještě ve spojení se zálibou v hraní

násilných her a ve zbraních, zájmem o násilí, chutí napravit ostatní či osobní pomsty, vedou ke zrodu útočníka (ABAS IPS Management, 2017).

4.2.3 Nástražné výbušné zařízení

V posledních letech je dalším poměrně rozšířeným vážným bezpečnostním incidentem provádění trestné činnosti za použití výbušnin, výbušných předmětů či jiných nástražných výbušných zařízení (NVZ). Na území ČR není tento typ trestné činnosti tolik frekventovaný, ale i přesto se několik případů každým rokem objeví. Zvláště se jedná o položení NVZ na pachatelem předem určené místo. Na těchto místech, kterými jsou nejčastěji významné a zájmové objekty, s nimi často přichází do kontaktu pracovníci bezpečnostních agentur. I přes malou pravděpodobnost výskytu v daném objektu, by všichni bezpečnostní pracovníci měli být kvalitně a pravidelně proškolení v případech nálezů možného NVZ a následném postupu, aby nedocházelo k různým banálním chybám a excesům, které by mohli ve finálním důsledku vést k ohrožení zdraví a života občanů nebo samotného bezpečnostního personálu. Při přípravě a školení bezpečnostních pracovníků v daném objektu je důležité dbát na preventivní činnost při vyhledávání NVZ, na nastudování si typických znaků NVZ a seznámení se s areálem chráněného objektu a s vytipovanými místy, kde by mohlo dojít k položení NVZ. K hlavním zásadám v případě nálezů NVZ bezpečnostním pracovníkem či kýmkoliv jiným patří: přísný zákaz jakékoliv další manipulace s NVZ, nezjišťování jednání se o atrapu či reálné NVZ, co nejrychleji informovat PČR, bezpečnostní pracovník by se měl dle platných směrnic postarat o uzavření a evakuaci celého ohroženého prostoru v blízkosti NVZ, zároveň by měl bezpečnostní pracovník spolupracovat se složkami IZS (Koubík, 2018).

4.2.4 Telefonické výhružky

Telefonické výhružky či hrozby dříve nebyly brány jako vážný problém, a dokonce byly až značně bagatelizovány. Oběti, kterých se tento typ výhružek týkal, byly uklidňovány a od hrozícího nebezpečí jejich směrem se odvracel zrak a situace se brala na lehkou váhu. Veškeré vnímání těchto výhružek bylo změněno až s nástupem nové vědní disciplíny s názvem threat assessment (hodnocení hrozby), která je součástí odborné oblasti risk assessment (hodnocení rizika). Hodnocení hrozby se týká především hodnocení nebezpečných situací plynoucích z řečových výhružek, které mohou mít podobu psaného textu, zvukové, optické či digitální nahrávky. Hodnocení se může týkat i druhu chování a projevu konkrétní osoby ohrožované známým či neznámým člověkem. Vznik threat assessment je tedy ukazatelem toho, že telefonické výhružky a hrozby mohou ohlašovat a poukazovat na vznik možného blížícího se nebezpečí (Čírtková, 2010). Případy, kdy dochází k telefonickému vyhrožování lze poznat snadno. Volající se snaží zastrašit dotyčnou osobu informací týkající se pokusu o nějaký agresivní či násilný čin. Pokud v rámci výkonu povolání dojde ke kontaktu s podobným typem vyhrožování, je nutné zachovat chladnou hlavu a řídit se základními bezpečnostními pokyny nastavenými zaměstnavatelem pro tento typ ohrožení. Základním bezpečnostním pokynem je zapisovat si veškeré detaily a informace zjištěné během hovoru (samozřejmě za předpokladu, že telefonické zařízení automaticky hovor nenahrává). Důležité je agresorovi nikdy nezavěšovat první, pokusit se ho nejvíce zdržet a zjistit co možná nejvíc informací, které následně poskytneme přivolané PČR. Kromě PČR taktéž kontaktujeme vlastního nadřízeného pracovníka a telefonní ústřednu instituce, ve které pracujeme (Košek, 2022).

4.3 Komunikace s agresorem

Při poskytování akutní nemocniční neodkladné péče se může pacient či jeho doprovod ocitnout v podmínkách, kdy je pro něj kontakt se zdravotnickým zařízením a pracujícím zdravotnickým personálem dosud neznámý a celá situace tudíž může být pro pacienta či jeho doprovod značně nekomfortní a stresující. Za těchto podmínek poté může dojít k projevům vzájemného nedorozumění, vulgárním verbálním projevům, nevhodné a neefektivní komunikaci, hrubému chování až k možným agresivním fyzickým projevům (Burda 2014). Konfliktních situací, ke kterým dochází mezi agresivním pacientem či jeho doprovodem a zdravotnickým personálem přibývá značně každým rokem. Během komunikace s agresorem se zdravotnický personál často dopouští mnohých chyb, jako jsou: nutnost dominantního jednání nad agresorem, odezva protiútokem na útok agresora, dojmy, že nastalá situace je plně pod naší kontrolou, že nejsme zranitelní, a že jsme mazanější a mnohem více nad věcí než agresor (Andršová, 2012). Mezi další omyly zdravotnického personálu při jednání s pacientem či jeho doprovodem patří zlehčování a bagatelizování stavu pacienta, ignorace a lhostejnost k pacientovi, nezdvornost, nevhodné úšklebky a špatná neverbální komunikace, zvyšování hlasu a nepřiměřená intonace během komunikace, zastrašování a vyhrožování pacientovi či jeho doprovodu atd. Avšak i přes vyhnutí se veškerým těmto chybám ze strany zdravotnického personálu může zdroj vulgárního a nevhodného agresivního chování pocházet přímo od pacienta či jeho doprovodu. Zdroji takového agresivního jednání mohou být charakter agresora, kdy se jedná o psychicky nevyrovnaného člověka, pacientova neuspokojenost či jeho doprovodu s předchozími zkušenostmi se zdravotnickým prostředím, nejrůznější předpojaté pocity bolesti, bezmoci, strachu či úzkostných stavů, slabosti, neukojenosti hladu či žízně, nebezpečí a individuálního ohrožení,

nemoci zodpovědné za pacientovo chování nebo používání návykových, omamných a psychoaktivních substancí atd. (Špatenková a Králová, 2009).

4.3.1 Zásady správné komunikace s agresorem

K zásadám správné komunikace s agresivními pacienty, anebo jejich doprovody patří v první řadě posouzení míry ohrožení agresorem a při pocitech individuálního ohrožení a nebezpečí nebýt v žádném případě s pacientem či jeho doprovodem sám, ale aspoň s kolegou na pracovišti. Při neočekávaných i předem očekávaných problémech s agresivními pacienty či jejich doprovody v rámci poskytování nemocniční neodkladné péče lze přes tísňovou linku čísla 158 dovolat do nemocničního zařízení příslušníky PČR (Andršová, 2012). Mezi zdravotnickým personálem a pacientem či doprovodem by měla být vždy bezpečná vzdálenost a dostatečný prostor, kdy patřičná vzdálenost od pacienta je odhadem na velikost paže horní končetiny před sebe. Důležité pro každého pracovníka UP je znalost možností únikových cest, zařídit si dostatek místa kolem sebe, nezahánět agresora do rohu a ani se nenechat agresorem zahrnat sám. Při komunikaci s potenciálním agresorem je podstatné zaujmout aktivní postoj během komunikace. Pacient či doprovod by měl být aktivně zapojen do rozhovoru se zdravotníkem, měl by mu být ukázán zájem, aktivně se pokusit mu naslouchat, snažit se o kooperaci a přesvědčení, že se mu snažíme pouze pomoci a jsme na jeho straně. Zdravotník by se měl zaměřit na zvolení vhodné verbální a nonverbální komunikace, v každém případě zůstat klidný a bezdůvodně nečinit prudké a neuvážlivé pohyby, redukovat gestikulaci, své veškeré záměry pacientovi či jeho doprovodu ohlašovat dostatečně předem, stručně a srozumitelně, předem si dobře rozmyslet co říct a jak mluvit, zaujímat nedirektivní a nepanovačné chování, odpovídat po pravdě, upřímně a racionálně, vyvarovat se odborné terminologii a slangovým výrazům, pokusit se o zkoordinování verbální i nonverbální komunikace, snažit se výrazně nepoučovat pacienta, podstatné je udržení

trvalého očního kontaktu ve stejné úrovni výšky, aby se vyvarovalo pocitům dominantnosti komunikujícího s očima výše, vyhnout se zvyšování hlasu, snaha o mluvení bez emocí atd. (Pokorná et al., 2019). Během celého rozhovoru je nutné vyhodnocovat signály těla agresora, např. chvění těla, ruce ukryté v kapsách nebo zařaté v pěst, dupot nohama, změny pohybů mimických svalů, výrazná a prudká gestikulace, značně rychlé a divoké pohyby, vznětlivost, podrážděnost a psychomotorický neklid. V žádném případě se nenechat vydráždit a nepoužívat protiútok, ať fyzický nebo verbální. Mohlo by tak dojít k eskalaci agresivního jednání agresora a dojmu nezbytnosti vyhrát nad zdravotníkem. Po skončení ošetřování takového pacienta či po konfrontaci s doprovodem pacienta je vždy vhodné vzniklou situaci poznamenat v dokumentaci pacienta či informovat nadřízeného pracovníka z důvodu možné právní obrany. Dokumentace je důležitá pro veškerý zdravotnický personál, který by mohl někdy příště přijít opět do kontaktu s tím samým agresivním pacientem, popř. s patientským doprovodem (Andršová, 2012).

4.4 Možné následky agresivního jednání

Práce s nekooperujícími, nepřátelskými a agresivními pacienty či s jejich doprovody může být pro zdravotnický personál velmi zatěžující, stresující a v krátkodobém časovém horizontu může přispět ke vzniku posttraumatické stresové poruchy, popř. v dlouhodobém časovém horizontu až k rozvoji syndromu vyhoření (Andršová, 2012).

Posttraumatická stresová porucha je druh úzkostné poruchy, která se u spousty lidí může objevit v krátkodobém sledu po traumatické události. Charakteristické pro poruchu je znovuožívání traumatu člověka a vracení traumatických neústupných vzpomínek. Pro člověka jsou typické emoční oploštělost a netečnost, stranění se ostatních lidí z okolí, uzavírání se do sebe, úzkostné a depresivní stavy a ve vystupňovaných případech až sebevražedné

myšlenky. Porucha mívá kolísavý průběh a může trvat několik týdnů až měsíců, poté se buď ustálí anebo přejde do chronického stavu s neměnnou změnou osobnosti (Mareš, 2012).

Syndrom vyhoření, známý též jako burn-out syndrom, je druh složitě léčitelného chronického onemocnění, které je typické pro všechna povolání pracující s lidmi, zvláště tzv. pomáhající profese (pedagogové, zdravotníci, sociální pracovníci atd.). Mezi další rizikové faktory pro možný rozvoj tohoto onemocnění patří značně velká zodpovědnost, provoz na směny, stálá připravenost pomáhat, žádná či nepatrná zpětná vazba, nepředvídatelnost a nepravidelnost pracovní náplně a činnosti, potřeba rozhodování pod tlakem, práce ve stresových podmínkách aj. Bohužel zdravotnická povolání zahrnují většinu těchto faktorů. Charakteristické projevy tohoto onemocnění jsou úplná emoční otupělost, netečnost, chronická únava už při pomyšlení na práci, vyčerpání po fyzické, psychické i sociální stránce, pokles výkonu práce, cynické a depresivní jednání, ztráta naděje na zlepšení současného stavu, depresivní a úzkostné stavy atd. Typické je také značné odcizení se blízkým lidem kolem sebe, ale i sami sobě. Delší trvání a rozvoj tohoto onemocnění může v důsledku, kromě negativního vlivu na psychický komfort dotyčného, vést i k poškození zdraví pacientů, protože se tak navyšuje riziko způsobení profesní chyby a zároveň pacienti vnímají negativně zdravotnickovy projevy odcizení a lhostejnosti (Štětina et al., 2014). Jako preventivní opatření před vznikem syndromu vyhoření je důležité dbát na svůj vlastní osobnostní rozvoj a vzdělávání, vytvářet dobré mezilidské vztahy s ostatními, pečovat hlavně o své zdraví, psychickou pohodu a kondici, nastavit si žebříček nejdůležitějších hodnot a držet se jich, aktivně analyzovat a upravovat své představy, potřeby, očekávání a cíle (Vymětal, 2009).

Po napadení agresorem, ať už fyzickým či verbálním, je podstatné celou proběhlou nepříjemnou situaci nevytěsnit z hlavy a nepotlačit v sobě, ale využít jí jako příklad edukace a správného preventivního jednání před budoucími možnými útoky agresivních pacientů či jejich doprovodů pro své kolegy a zdravotnické pracovníky obecně. Napadení nemusí být důvodem nesprávného a neprofesionálního jednání, protože napaden může být i profesionál. Pokud dojde k napadení našich kolegů, je důležité jim pomoci proběhlý incident co nejlépe zpracovat a zvládnout, primárně tím, že je budeme podporovat, mluvit s nimi o celé situaci, aktivně naslouchat jejich potřebám, pokusit se je odreagovat od emocí spojených s negativním prožitkem, nenechávat je o samotě (Venglářová a Mahrová, 2006).

5 BEZPEČNOSTNÍ OPATŘENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Jelikož se množství násilných a agresivních incidentů vůči zdravotnickému personálu ve zdravotnických zařízeních v posledních letech stupňuje, vznikla snaha o posílení vlastní vnitřní bezpečnosti jednotlivých ZZ. Ve spoustě ZZ se pracují bezpečnostní týmy na zlepšení monitorovacích a kamerových zařízení na jednotlivých odděleních, dále dochází k nastavení systému bezdrátových tísňových poplašných zařízení a systému dálkového ovládání otevírání vstupních dveří a kontrole vstupu nepovolaných osob. IT oddělení aktivně pracují i na zlepšování nemocničních softwarů, které mají přístup k záznamům pacientů, a tudíž jsou schopné informovat zdravotnický personál, zda se daný pacient či jeho doprovod v minulosti dopustili agresivního či násilného chování. Mezi možná bezpečnostní opatření se řadí i netechnologická řešení prevence násilných projevů. Oddělení UP vyprazdňují chodby a čekárny od zbytečného zastřešujícího vybavení, aby bylo vidět větší množství pacientů, popř. jejich doprovodů, na volnějším prostranství. Některé UP mají své vlastní zabezpečené místnosti určené pro pacienty, kteří ohrožují sami sebe i své okolí. Postupně se také pracuje na způsobech urychlení a zefektivnění procesu registrace pacientů na recepci, aby se co nejrychleji správně vyhodnotila prioritizace ošetření a postupně se začalo s vyšetřováním a léčbou (Docksai, 2013).

5.1 Možnosti obrany zdravotnického personálu

Nejlepší a nejúčinnější obranou zdravotnického personálu před potenciálním útokem ze strany návštěvníků nemocnice je prevence a včasná detekce možného agresivního chování. V rámci prevence je důležité, aby všichni zdravotníci pozorovali pacienty, jejich doprovody nebo jiné návštěvníky a pokusili se rozpoznat veškeré verbální či neverbální náznaky, které by mohli signalizovat možný vznik násilného incidentu. Včasná detekce takového

chování může vést k vyvarování se podobné situace, případně k deeskalaci již vzniklé vyhrocené situace. Zdravotnický personál by měl proto mít možnost zúčastnit se školicích kurzů nebo cvičení v oblasti prevence agresivního chování a násilí, ochrany měkkých cílů či různých obranných a komunikačních technik. Podstatné pro zdravotníky je tedy naučit se správně vyhodnotit nastalou nežádoucí situaci a rozvíjet povědomí, jak se s ní vypořádat, případně jak se jí úplně vyvarovat (Docksai, 2013). Bohužel ve spoustě případů k deeskalaci vyhrocené situace či potenciálního násilného útoku nepomůže ani znalost různých deeskalačních a komunikačních technik. Z tohoto důvodu stále častější útoky vedené proti zdravotnickému personálu poukazují na důležitost znalosti základních technik sebeobrany. V důsledku zvyšujícímu se množství nežádoucích či násilných incidentů ve zdravotnictví se v posledních letech diskutuje o možnostech, jak lépe zdravotníky v podobných situacích ochránit. Hlídky PČR se sice dá v případech ohrožení ze strany pacientů či jejich doprovodů ve zdravotnických zařízeních dovolat, ale pomoc není okamžitá. Proto se zdravotnický personál musí v první řadě spolehnout na sebe a své deeskalační schopnosti a dovednosti v sebeobraně (Beránek, 2017). Vzhledem k volné přístupnosti do zdravotnických zařízení a právu každého občana na řádnou zdravotní péči v našem státě, zdravotníci dopředu neví, zda přijdou do kontaktu se standardním nekonfliktním pacientem, agresorem či teroristou (Hartmann, 2018). Avšak zdravotnický personál se neúčastní pravidelného proškolení technik sebeobrany jako třeba příslušníci PČR, kteří navíc mohou využívat statutu úřední osoby, jsou pravidelně procvičováni v technikách sebeobrany během výcviku i během výkonu služby, vlastní služební zbraň a spoustu dalších obranných prostředků. Jediné povinné proškolení zdravotníků v sebeobranném výcviku probíhá v rámci studia oboru zdravotnický záchranář v délce jednoho semestru na vysoké škole. Tím však veškeré povinné proškolení zdravotnických povolání v oblastech sebeobrany končí. Proto je důležité se snažit sebezdokonalovat individuálně, případně se

účastnit možných dobrovolných kurzů, cvičení a přednášek v rámci sebeobrány či ochrany měkkých cílů, nabízených zdravotnickým zařízením nebo i z vlastní iniciativy. Ve finále je hlavně důležité se naučit efektivně a přiměřeně ubránit, ale zároveň z pohledu legislativy zůstat v mezích zákona, tedy zastávat roli obránce a ne útočníka (Beránek, 2017).

5.1.1 Metodika USB

Jednou ze základních možností vlastní obrany zdravotnického personálu, a celkově obrany v rámci strategie ochrany měkkých cílů, je znalost metodiky USB, tedy „Utíkej, schovej se, bojuj!“. Tato metodika vznikla jako reakce na útok aktivního střelce v Uherském Brodě v roce 2015 a sérii teroristických útoků ze zahraničí, které zvedly zájem veřejnosti o vznik opatření týkajících se bezpečnosti měkkých cílů. Metodiku USB vytvořila PČR a představila ji veřejnosti formou edukačního videa. Při tvorbě PČR vycházela ze zahraničních verzí, které byly vytvořeny podle globálního konceptu tzv. cest k přežití, tedy Útěk – Úkryt – Boj (Policie ČR, 2023).

5.1.1.1 Útěk

Základním a nejjistějším způsobem vlastní obrany je útěk z místa útoku aktivního střelce směrem do bezpečí. Bezmyšlenkovité jednání bez předem promyšleného cíle je kontraproduktivní a může celou situaci zhoršit, proto je velmi důležité si předem připravit plán útěku a dodržet při něm určité zásady. Plán útěku musí zahrnovat informace kam a kudy utéci. Útěk by neměl vést v blízkosti útočníka a u trasy útěku si musíme být jistí, že na ní nenarazíme na překážku či uzamčené dveře, a že vede směrem od útočníka do bezpečí. Vše necháme na svém dosavadním místě a za žádných okolností se pro nic nevracíme. Zásadní je zůstat bdělý a lucidní, během útěku je nutné sledovat prostor a ostatní utíkající osoby kolem sebe, poslouchat odkud jdou zvuky

střelby. Během útěku s cílem záchrany vlastního života se pokusíme varovat ostatní osoby, avšak fyzickou pomoc ostatním omezíme na nezbytně nutnou míru, aby nedošlo k vlastnímu zdržení či ohrožení. Lidé v krizových situacích nebo v šoku nemusí být schopni racionálně uvažovat a spolupracovat, a proto je důležité myslet v takových situacích primárně na záchranu svého života. V případě, že se zvládneme dostat pryč z místa bezprostředního ohrožení, stále pokračujeme dále od místa střelby, protože aktivní střelec se může přesouvat a může tak dojít k opětovnému setkání. Pokud se nám podaří opustit ohrožený objekt či areál a dostaneme se do kontaktu s příslušníky PČR, je nutné s nimi spolupracovat, položit veškeré předměty na zem a řídit se jejich pokyny, protože v tuto chvíli PČR stále neví, jak útočící osoba vypadá.

5.1.1.2 Úkryt

Za předpokladu, že nelze z objektu či areálu utéci, je vhodnou možností nalezení úkrytu. Tato možnost může být komplikována tím, že určité malé procento aktivních střelců pátrá po přeživších a skrytých osobách a prohledává místo útoku s cílem maximálního množství možných obětí. Avšak pro většinu aktivních střelců jsou prioritní snadné a neskryté cíle. Nejlepší možností úkrytu je kterákoliv postranní místnost, kterou lze uzamknout nebo zabarikádovat pomocí předmětů nacházejících se v místnosti, s cílem znepřístupnění místnosti útočnickovi. Při blízké střelbě je vhodné lehnout si na zem, aby se zamezilo možnému zasažení střelami prošlými skrz zeď nebo dveře. Při ukrytí je důležité zůstat v klidu, pokusit se na sebe neupozorňovat, vypnout si vyzvánění na svém mobilním zařízení, zhasnout světla a případně využít další skryš přímo v místnosti (pod stůl, do skříně). Zásadní je také brát v potaz, že může dojít k odhalení útočnickem. Pro tento případ je žádoucí opatřit si nějakou improvizovanou zbraň a připravit se na možnost boje.

5.1.1.3 Boj

Boj je až poslední možností obrany v rámci metodiky USB. V situacích, kdy jde o holý život, je nutné být agresivní a v rámci přiměřené sebeobrany je možné využít všech prostředků a pomůcek, které se nachází v naší blízkosti, s cílem zastavení či zneškodnění útočnicka. Při početní převaze se lze domluvit a předem si připravit plán útoku, protože při hromadném útoku se zvyšují šance na přežití většiny. Úspěšně provedený útok, vedoucí k eliminaci útočnicka, lze využít k útěku (ABAS IPS Management, 2017).

5.1.2 Obranné prostředky

Mezi obranné prostředky, které se mohou vyskytovat na daném oddělení UP, a kterých lze primárně využít při vystupňovaném konfliktu s agresivními či násilnými návštěvníky zdravotnického zařízení, nejčastěji patří slzná a pepřová spreje, taktická pera, osobní zvukový alarm, rescue čipy, svítilny atd. Využití těchto pomůcek je za určitých podmínek schváleno legislativně. Jednou z nutných podmínek použití těchto prostředků je využití v rámci přiměřené sebeobrany, tedy pouze k vlastní nutné obraně před útočnickem, nikoliv k útoku na útočnicka. Osobní zvukový alarm se používá za účelem zmatení, dezorientování či zahnání útočnicka. V jiných případech se dá využít jako signalizace nutnosti přivolání pomoci. Slzná a pepřová spreje jsou obranné pomůcky, které se využívají výhradně a pouze v rámci nutné sebeobrany proti útočnickovi. Jejich použití sebou nese řadu podmínek a nebezpečí, zejména při zasažení vlastních částí těla nebo částí oděvu. Po jejich úspěšném použití vůči útočnickovi by měla být ihned na místo povolána PČR, útočnickovi by měla být poskytnuta nezbytná první pomoc za dohledu PČR, kontaminovaná místnost by měla být vyvětrána a samotné použití by mělo být zapsáno do dokumentace jako nežádoucí událost. Taktické svítilny lze využít jako úderový prostředek v rámci přiměřené sebeobrany nebo v případech výpadku elektrického proudu

jako zdroj světla. Taktická pera jsou pomůcky, které se dají využít při psaní, na rozbití skla nebo jako obranný prostředek, kdy užší úderová plocha slouží k úderu na hrudník či obličej útočníka. Rescue čipy nebo také tísňová tlačítka by měla být rozmístěna po vytipovaných místech daného oddělení UP. Jejich primárním účelem je vyslání tísňového signálu v případech verbální agrese, která může vygradovat až k fyzickému napadení, dále v případech samotného fyzického napadení nebo v případech svědectví trestného činu a nemožnosti přivolání PČR jiným způsobem (Košek, 2022).

5.2 Možnosti ochranných opatření

Zvolení vhodné bezpečnostní politiky pro zdravotnické zařízení je stěžejní pro případné řešení vzniklých bezpečnostních hrozeb. Pojem bezpečnostní politika se rozumí soubor nejrůznějších opatření a činností, pomocí kterých činitel dokáže zabezpečit vlastní ochranu před ohrožením bezpečnostními hrozbami, které mají schopnost ohrozit či ovlivnit uskutečnění životních a významných zájmů činitele. Jejím nástrojem je bezpečnostní systém, který se dá definovat jako funkční soustava různých opatření, využití technických prostředků (aktivní a pasivní prvky ochrany) a prvků fyzické ochrany. Prvky ochranných opatření využitých ve zdravotnických zařízeních zvyšujících zabezpečení systému lze rozdělit na pasivní prvky ochrany, aktivní prvky ochrany a prvky fyzické ochrany. Pasivní prvky ochrany jsou využívány zvláště pro zpomalení, zastrášení či zastavení pachatele. Aktivní prvky ochrany se naopak využívají pro zjišťování, odhalování a pozorování neznámého. Hlavním úkolem prvků fyzické ochrany, jakožto velmi důležité součásti bezpečnostního systému zdravotnického zařízení, je zabezpečení prostoru po vniknutí neoprávněné osoby či její zastavení a včasné zakročení proti ní (Loveček, 2007). V rámci nejlepšího možného způsobu ochrany měkkých cílů je zásadní kombinace jednotlivých prvků zabezpečení. Důležitým kritériem při výběru

vhodného bezpečnostního prvku není kvalita, ale účelnost, spojitost a kombinovatelnost s ostatními prvky zabezpečení. Nezbytné je též určit, kdo bude dané bezpečnostní prvky spravovat a jakým způsobem bude v tomto smyslu probíhat kontrola a školení (Ministerstvo vnitra ČR, 2016).

V rámci případného zvládnutí agresivního či násilného chování ze strany pacienta nebo jeho doprovodu, by pracoviště UP mělo být preventivně koncipováno tak, aby jeho vybavení a organizace nebylo překážkou při zvládnutí takových stavů a aby byly dodrženy zásady správného jednání s takovým pacientem. Pokud již dojde k vystupňování agresivity, je vhodné okamžitě dovolat na místo PČR (Ptáček a Bartůněk, 2011).

5.2.1 Prvky pasivní ochrany

Mezi prvky pasivní ochrany můžeme řadit veškeré mechanické prostředky zabraňující vstupu případného agresora, popř. jeho zpomalení či zastrášení. Patří sem bariéry a překážky (závory, ploty, turnikety, sloupky, zdi), dále různé výplně otvorů (mříže, okna, dveře, bezpečnostní skla a fólie), systémy schopné uzamykání či bezpečnostní úschovné objekty (Loveček, 2007).

5.2.1.1 Ploty, zdi

Ploty a zdi jsou prostředky zabraňující vstupu nepovolaným osobám na daný pozemek. Pro vyšší efektivitu zabezpečení perimetru a přístupových cest jsou využívány často v kombinaci s některými prvky aktivní ochrany, zejména s kamerovým systémem a s poplachovým zabezpečovacím tísňovým systémem.

5.2.1.2 Turnikety

Turnikety jsou prostředky efektivní při organizaci vchodu a východu, zejména z hlediska uspořádání a oprávněnosti pohybu osob po areálu objektu.

Nejvíce účelné jsou v případě, kdy jsou využívány v kombinaci s ploty a zdmi, které zabezpečují zbylý perimetr objektu. Taktéž jsou využívány v kombinaci s elektronickou čtečkou pro osobní identifikaci. Význam turniketů spočívá především při východu osob z areálu, kdy jejich funkce zabraňuje vstupu neoprávněné osoby dveřmi otevřenými odcházející osobou.

5.2.1.3 Závory, sloupky a betonové překážky

Kombinace těchto bezpečnostních prvků je využívána k zabránění nepovoleného parkování vozidel v areálu objektu nebo proti vjezdu nepovolených vozidel, např. s výbušninami. Stěžejní je materiál, velikost a vzájemné postavení těchto prvků, aby nemohlo dojít k jejich objetí, případně aby nebylo snadné jejich přejetí nebo zničení (Ministerstvo vnitra ČR, 2016).

5.2.2 Prvky aktivní ochrany

K prvkům aktivní ochrany, které se využívají především pro technickou ochranu, detekci a pozorování neznámého, patří kamerové systémy a průmyslové televize, poplachové a elektrické zabezpečovací systémy, systémy kontroly a řízení vstupu (detektory, rentgen, elektronické čtečky vstupu, docházkový systém), elektrická požární a bezpečnostní signalizace (vnitřní rozhlas, systémy šíření varování) (Loveček, 2007).

5.2.2.1 Kamerový systém

Kamerový systém neboli CCTV (closed circuit television) je nejběžněji využívaný bezpečnostní prvek v oblasti prevence a zabezpečení objektu. Plní funkci ostrahy významných budov a objektů, obchodních komplexů, skladů či výrobních a jiných prostorů, nádraží a letišť, zdravotnických zařízení aj. V rámci ochrany měkkých cílů plní funkci preventivní (psychologický efekt), kontrolní (za účelem urychleného zásahu bezpečnostních složek) a analytickou

(pro včasné rozpoznání podezřelé aktivity, dopadení pachatele trestného činu a podpora při jeho usvědčení či vyhodnocení jeho podoby). Při použití ve zdravotnictví je systém využíván především k monitorování vnitřních a vnějších prostorů a dění a pohybu osob. Buď je kamerový systém aktivně obsluhován proškoleným bezpečnostním personálem, popř. vrátným, nebo slouží jako záznamové zařízení pro případné pozdější využití. Pokud nelze pořídit kamerový systém se záznamem do všech prostorů objektu, je vhodné upřednostnit kamery sledující vstupní a východový prostor (Kubricht, 2007).

5.2.2.2 Poplachový a elektronický zabezpečovací systém

Tyto bezpečnostní prvky mají za úkol detekovat narušení perimetru nebo případný neoprávněný vstup osob do hlídaného objektu. Mezi nejznámější patří detektory pohybu, dále detektory otevírání dveří či oken, akustické detektory při tříštění skla, detektory přezení plotu či zdi aj. Poplašná informace či zpráva je po detekci z elektronických čidel zaslána přímo do ústředny, která je součástí daného objektu, popř. je pomocí textové zprávy zaslána do mobilního zařízení nebo na tzv. dohledové a poplachové přijímací centrum, které slouží jako centrum dálkového dohledu a dálkové kontroly, a také jako centrum sběru bezpečnostních dat a informací z různých střežených objektů.

5.2.2.3 Vnitřní rozhlas a systémy šíření varování

Tyto bezpečnostní prvky jsou velmi důležité v případech nutnosti včasného varování osob při hrozícím nebezpečí. Poplachová hlášení mohou být různá, zejména se jedná o evakuační hlášení při požáru objektu nebo hlášení nutnosti uzamčení se na bezpečných místech v objektu. Šíření varování o hrozícím nebezpečí může být uskutečněno i pomocí mobilních aplikací či textových zpráv.

5.2.2.4 Systémy kontroly a řízení vstupu

Řadí se sem rentgen, detektory kovů a výbušnin, identifikační čtečky dokladů totožnosti, přístupové a docházkové systémy. Rentgen slouží jako detektor zbraní při vstupu osob do objektu, dále výbušnin či bomb v příručních zavazadlech, v rámci prevence použití nástražného výbušného zařízení v objektu. Rentgenová kontrola se provádí v součinnosti s kontrolou pomocí detektoru kovů a výbušnin. Ke zvýšení efektivity kontrol pomocí rentgenu je potřeba dostatečně a pravidelně proškoleného personálu. Detektory kovů mohou být rámové nebo ruční a jejich hlavní funkcí je detekce kovových zbraní či kovových částí výbušnin u osob vstupujících do objektu. Jejich nevýhodou je limitace v případech využití nekovových zbraní či výbušnin. Kontrola pomocí detektoru kovů může být stejně jako rentgenová kontrola prováděna namátkově u pohybujících se osob v objektu, a taktéž musí být obsluhující personál řádně edukován a proškolen. Mezi poměrně nové způsoby v oblasti zajištění bezpečnosti patří využití tzv. snifferů. Sniffery jsou detektory výbušnin a oproti speciálně vycvičeným služebním psům k hledání výbušných zařízení mají výhodu ve větší rozmanitosti výbušnin, které jsou schopné spolehlivě detekovat. Jsou využívány hlavně při vstupních místech, ale i ve formě namátkových kontrol při podezření na nebezpečný předmět či vozidlo. Dále se do této skupiny řadí přístupové a docházkové systémy a zároveň elektronické čtečky. Jejich primárním úkolem je ověření pravosti identifikačních dokladů a evidence vstupu osob do objektu. Případně k dalším jejich úkolům patří zabránění vstupu nepovolaných osob do objektu nebo omezení jejich dalšího pohybu po objektu. Tyto bezpečnostní prvky, zahrnující vstupy pomocí čipů a karet nebo biometrických detekčních zařízení, jsou efektivní v případech vandalství či běžné kriminality, ne však v případech útoku aktivního střelce (Ministerstvo vnitra ČR, 2016).

5.2.3 Prvky fyzické ochrany

Prvky fyzické ochrany zahrnují využití pracovníků najaté bezpečnostní služby nebo ostatního personálu pracujícího v daném objektu. Primárním úkolem pracovníků bezpečnostní služby je včasné zakročení a zadržení pachatele po jeho vniknutí do prostoru objektu, v případech selhání prvků pasivní a aktivní ochrany. Mezi prvky fyzické ochrany se dá zařadit i využití omezovacích prostředků (Loveček, 2007).

5.2.3.1 Bezpečnostní služba

Pracovníci bezpečnostní služby by měli provádět kontrolu osob při vstupu do objektu, pravidelné kontrolní obchůzky po areálu objektu, obsluhu bezpečnostních prvků a technologií a dohlížení na kamerový systém. Kvalitně a efektivně proškolený personál bezpečnostní služby je nejúčinnějším bezpečnostním prvkem daného objektu, neboť má funkci odstrašující a detekující, včasné dokáže zareagovat na hrozící nebezpečí a zmírnit následky vzniklého bezpečnostního incidentu. Kvalitní proškolení se týká oblastí zvládání krizových situací, taktických situací při nácviku bezpečnostních incidentů, asertivního jednání a krizové komunikace. Bezpečnostní pracovníci musí pracovat na základě předem stanovených standardů a procedur, které je nutné sepsat pro každý objekt a mělo by docházet pravidelně k jejich revizi v rámci taktických nácviků, popř. na základě nových zkušeností z již proběhlých bezpečnostních incidentů. Bezpečnostní pracovníci jsou buď součástí najaté bezpečnostní firmy nebo jsou zaměstnanci daného objektu.

5.2.3.2 Ostatní personál

Ostatní personál v rámci prvků fyzické ochrany zahrnuje vrátné, pracovníky technických a úklidových služeb, pořadatele akcí atd. Pro tyto pracovníky není zajišťování bezpečnosti objektu hlavní náplní jejich práce, ale jsou zařazeni do

organizační struktury objektu a mohou se na bezpečnostních opatřeních podílet (Ministerstvo vnitra ČR, 2016).

Pokud se primárně zaměříme na zdravotnická zařízení, lze mezi ostatní personál zajišťující svou i pacientovu bezpečnost zařadit i zdravotnické pracovníky, kteří mohou za určitých podmínek využít omezovacích prostředků. Omezovacích prostředků lze využít v situacích, kdy pacient ohrožuje na životě a zdraví sám sebe nebo ohrožuje zdravotnický personál v okolí, s cílem odvrátit působící ohrožení. Tyto případy užití omezovacích prostředků jsou uznány i legislativně. Jejich užití je však spojeno s řadou podmínek, mezi které patří např. informování pacienta o důvodu jejich užití, omezovací prostředky musí být přiměřené dané situaci a jejich užití co nejkratší, vše musí být zapsáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta, po celou dobu užití musí být pacient monitorován, pod zvýšeným dohledem a nesmí být vystaven ponižujícímu jednání či šikaně během jejich užití (Ptáček a Bartůněk, 2011).

6 METODIKA

6.1 Cíle práce a stanovení hypotéz

Teoretická část diplomové práce má primárně za cíl shrnout problematiku ochrany měkkých cílů ve zdravotnických zařízeních, konkrétně na pracovištích urgentních příjmů. Byly zde popsány základní odborné termíny, právní ukotvení, současný stav ve zdravotnictví a různé možnosti násilných a agresivních hrozeb souvisejících s touto problematikou. Dále zde bylo popsáno obecné fungování, princip a organizace oddělení urgentních příjmů, jakožto míst, kde byl posléze prováděn výzkum této diplomové práce. V neposlední řadě zde byly sepsány jednotlivé možnosti zabezpečení zdravotnických zařízení a možné způsoby vlastní ochrany zdravotnického personálu v případě vystavení agresivnímu a násilnému chování ze strany útočníka.

Empirická část diplomové práce je rozdělena na dvě části. První část výzkumného šetření je zaměřena na sestavení SWOT analýzy, která má za cíl zhodnocení silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb týkajících se této problematiky na urgentních příjmech. Druhou částí výzkumu bude vyhodnocení dotazníkového šetření, s počtem více než 100 respondentů, provedeného u zaměstnanců pracujících na oddělení urgentních příjmů v rámci několika zdravotnických zařízení.

Hlavním cílem celé diplomové práce je zjištění současného stavu a připravenosti zdravotnického personálu v problematice ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení. Na základě těchto zjištění budou vydána souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu této problematiky. Hlavní cíl se proto dá rozdělit na dva podcíle:

1. Zjistit současný stav a připravenost urgentních příjmů v problematice ochrany měkkých cílů.
2. Vydat souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu řešené problematiky.

V diplomové práci byly stanoveny 3 hypotézy. Tyto hypotézy byly následně vyhodnoceny pomocí dat získaných z metody dotazníkového šetření a okomentovány v diskuzi práce.

HYPOTÉZA 1

Předpokládáme, že více než 75 % respondentů se stalo obětí verbální agrese ze strany pacienta.

HYPOTÉZA 2

Předpokládáme, že více než 50 % respondentů se stalo obětí fyzického napadení ze strany pacienta nebo doprovodu pacienta.

HYPOTÉZA 3

Předpokládáme, že více než 50 % respondentů se zúčastnilo školení, popřípadě cvičení v problematice ochrany měkkých cílů v rámci svého zdravotnického zařízení.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Empirická část diplomové práce zahrnuje využití dvou metod výzkumu. Jako první z metod výzkumného šetření diplomové práce byla zvolena strategická analýza SWOT. Jako druhá byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a pro získání dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. Výzkumný vzorek byl předem daný již v podkladu zadání práce. Šetření tedy bylo zaměřeno především na zdravotnické, ale i nezdravotnické pracovníky pracující na pracovištích urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení,

kde personál během svých služeb přichází běžně do kontaktu s agresivními typy pacientů, popř. jejich doprovody či s jinými návštěvníky zdravotnického zařízení. Mezi tyto hlavní zdravotnická zařízení patří Krajská nemocnice v Liberci, Fakultní nemocnice v Motole a Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Ovšem vlivem provázanosti zdravotnických zařízení jsme získali data z dotazníků i od respondentů z jiných zdravotnických zařízení. Všechny hlavní instituce, ve kterých bylo prováděno výzkumné šetření, byly před elektronickou distribucí dotazníků dopředu kontaktovány kvůli písemnému souhlasu s prováděním výzkumu na jejich oddělení urgentního příjmu.

Samotný výzkum a sběr dat pomocí dotazníkového šetření probíhal v období od 1. listopadu 2022 do 31. ledna 2023. Během tohoto období se podařilo vyplnit 165 dotazníků od předem daného výzkumného vzorku, čímž bylo splněno zadání diplomové práce, tedy získat data od více než 100 respondentů.

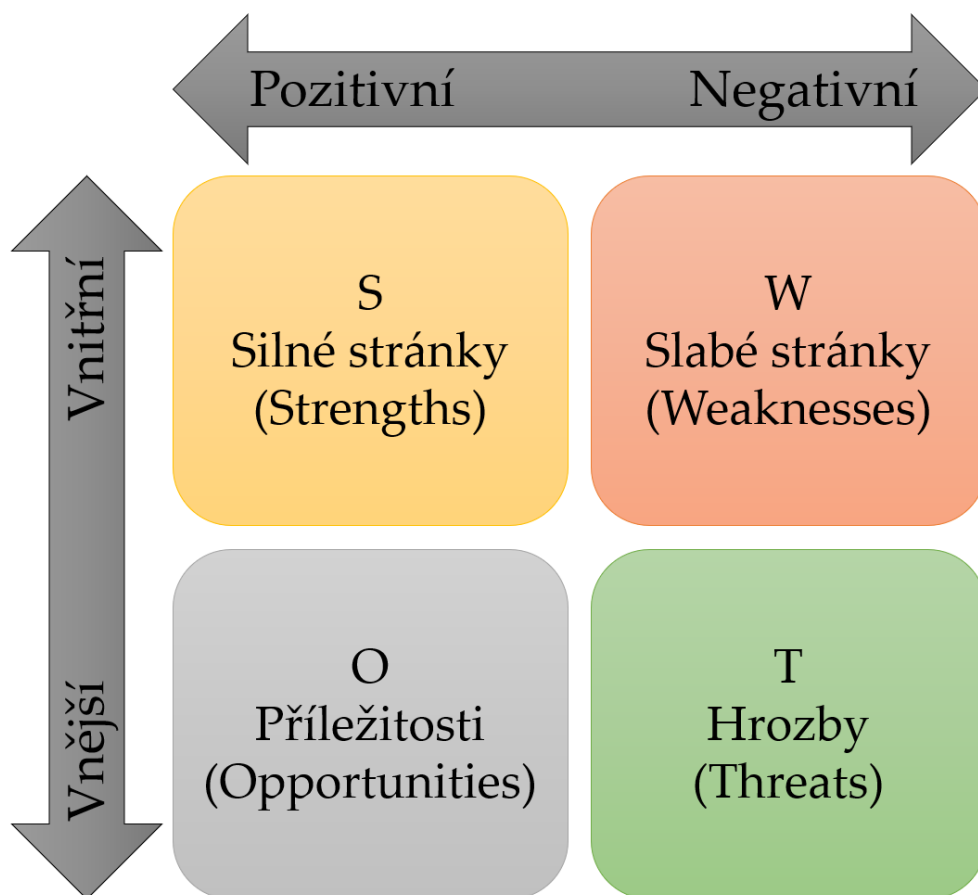
6.3 SWOT analýza

Jak již zde bylo zmíněno, jednou z metod výzkumného šetření diplomové práce byla zvolena strategická analýza SWOT, jejíž primárním úkolem je zhodnotit silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby týkající se řešené problematiky.

SWOT analýza se řadí k primárním nástrojům strategického řízení a zároveň i k nejvíce využívaným nástrojům pro hodnocení. Strategická analýza SWOT je řazena mezi kvalitativní metody výzkumu a využívána je převážně pro hodnocení produktů a oblastí spojených s různými odvětvími, např. s politikou, přírodními a technickými vědami, podnikáním, aj. Hodnocené faktory pomocí SWOT analýzy se řadí do čtyř skupin, které se nazývají silné stránky (S – strengths), slabé stránky (W – weaknesses), příležitosti (O – opportunities)

a hrozby (T – threats). Silné a slabé stránky patří mezi vnitřní faktory a při jejich hodnocení se analyzuje, v čem je daný produkt či oblast lepší nebo horší při srovnání konkurence. Příležitosti a hrozby se řadí k vnějším faktorům. Příležitosti slouží k identifikaci skutečností, které by mohli produktu či oblasti přinést úspěch a posílení pozice na trhu. Hrozby na druhou stranu zahrnují skutečnosti, které mohou ohrožovat dosažení úspěchu či cílů produktu či oblasti. Příležitosti i hrozby můžeme ovlivnit svou činností a pokusit se o včasné identifikování hrozeb a jejich případné eliminování. Je tedy důležité stavět na silných stránkách, posílit slabé stránky, využít všechny možné příležitosti a pokusit se eliminovat každou hrozbu. Jednotlivé kvadranty SWOT analýzy mohou být navzájem propojené, např. lze využít silné stránky k získání nových příležitostí a zároveň tyto nové příležitosti mohou vést k odstranění některých slabých stránek (Institut politického marketingu, 2015).

Spousta zdravotnických zařízení a podobných institucí využívá metodu analýzy SWOT k hodnocení a analýze vlastních organizačních schopností svého institutu.



Obrázek 1 - Kvadranty SWOT analýzy

Tabulka 1 - SWOT analýza ochrany měkkých cílů na UP

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
Zájem o vzdělávání ze strany personálu	Neexistující aktualizace koncepce ochrany měkkých cílů
Grantový program MZČR	Podpora ze strany vedení nemocnice
Podpora ze strany vedení oddělení	Nedostatečné státní financování
Zavedená bezpečnostní opatření na urgentních příjmech	Volný vstup do zdravotnického zařízení
	Velká kumulace lidí
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
Státní pravidelná podpora	Terorismus
Osvěta v médiích	Ekonomická krize
Pravidelné kurzy cvičení a školení	Válka na Ukrajině – komunikační bariéra
Edukace vyhodnocování nestandardních situací	Nebezpečné pracovní prostředí

6.3.1 Metodika výpočtu jednotlivých kritérií

VÁHA

Pomocí váhy vyjadřujeme důležitost konkrétní položky v dané kategorii (silné a slabé stránky, příležitosti, hrozby). Souhrnný součet tohoto kritéria musí být roven 1, protože jednotlivé kvadranty mají uvedený různý počet položek, a tudíž by výsledné hodnoty neměli vypovídající charakter. Jednotlivé položky v kvadrantech jsou ohodnoceny podle své významnosti v rámci řešené problematiky.

HODNOCENÍ

Kritérium hodnocení se liší u jednotlivých kvadrantů. Silné stránky a příležitosti se hodnotí pomocí kladné stupnice od 1 do 5, přičemž 1 znamená nejnižší spokojenost s danou položkou, tedy je potřeba se na ni pořádně zaměřit, a 5 znamená nejvyšší spokojenost s danou položkou řešené problematiky, tedy položkou se nemusíme vůbec zabývat. Naopak u slabých stránek a hrozeb hodnotíme jednotlivé položky pomocí záporné stupnice od -1 do -5. Nejnižší nespokojenost bude ohodnocena -1 a nejvyšší nespokojenost s danou položkou bude ohodnocena -5.

VÝSLEDKY

Výsledky jednotlivých položek daného kvadrantu se zjišťují pomocí součinu hodnot váhy a hodnocení. Celkový výsledek za kvadrant se vypočítá jako součet výsledků všech položek daného kvadrantu.

CELKOVÉ BILANČNÍ ČÍSLO

Toto kritérium je vyhodnoceno jako finální součet všech výsledků jednotlivých kvadrantů a následně okomentováno.

6.4 Dotazníkové šetření

Jako další byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Pro získání dat k vyhodnocení stanovených hypotéz byl zvolen výzkumný nástroj v podobě dotazníkového šetření. Dotazník, skládající se celkem z 15 hlavních otázek a jedné doplňující dobrovolné otázky, byl vytvořen jako nestandardizovaný a zcela anonymní ve službě Google Forms. Google Forms je služba společnosti Google, která uživatelům umožňuje vytvoření dotazníků a jejich následné šíření mezi respondenty. Služba také dokáže vyplněné dotazníky zanalyzovat a vyhodnotit ve formě grafického znázornění. Úvod nestandardizovaného dotazníku obsahoval informace o účelu zpracování diplomové práce, představení autora práce a rovněž byl zmíněn i vedoucí práce. V neposlední řadě byli respondenti upozorněni, že se jedná o výzkumné šetření zcela anonymní. Dotazník byl navržen tak, aby respondentům zabral v průměru kolem 4-5 minut a aby vyplňování bylo co nejsnazší. 13 otázek bylo uzavřených (bez možnosti vlastní odpovědi) s předem danými možnostmi výběru odpovědí. U 2 otázek byla možnost přidat vlastní individuální odpovědi respondentů. Poslední doplňující otázka byla zcela dobrovolná a měla za cíl zjistit možné zajímavé poznatky či připomínky respondentů k řešení dané problematiky. Ty nejzajímavější poznatky či připomínky respondentů byly vybrány, okomentovány v diskuzi diplomové práce a porovnány s odbornou literaturou.

Získaná data z dotazníků byla pomocí služby Google Forms vyhodnocena v podobě grafického znázornění a následně vložena do diplomové práce. Pro lepší přehled výsledků byla navíc ke každému grafickému znázornění zpracována tabulka pomocí tabulkového procesoru od Microsoft Excel a všechna výsledná data byla okomentována v písemné podobě. Jednotlivé tabulky byly pojmenovány patřičným názvem podle konkrétní dotazníkové

otázky a obsahovaly informaci o počtu a procentuálním podílu respondentů u jednotlivých odpovědí. Pomocí zpracovaných dat byly následně ve výsledcích práce zanalyzovány a vyhodnoceny předem stanovené hypotézy.

7 VÝSLEDKY

7.1 Vyhodnocení SWOT analýzy

7.1.1 Silné stránky

Tabulka 2 - Silné stránky

SILNÉ STRÁNKY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDEK
Zájem o vzdělávání ze strany personálu	0,20	5	1,0
Grantový program MZČR	0,40	4	1,6
Podpora ze strany vedení oddělení	0,25	4	1,0
Zavedená bezpečnostní opatření na urgentních příjmech	0,15	3	0,45
CELKEM:	1,00	-	4,05

- **Zájem o vzdělávání ze strany personálu**

Jednou ze silných stránek celé problematiky je celkově zájem personálu o vzdělávání v oblasti ochrany měkkých cílů, jak formou praktických cvičení, tak formou nácviku komunikačních dovedností s agresorem. Vyhrocených situací, při kterých dochází k agresivnímu až násilnému jednání ve ZZ, přibývá každým dnem. Personál pracující ve ZZ si tyto okolnosti uvědomuje a má zájem být předem na podobné situace připraven.

- **Grantový program MZČR**

V rámci dotačního programu na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví byly vyčleněny finanční prostředky ze státního rozpočtu. Tento neinvestiční dotační program je v souladu s Konceptí ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020. Cílem je zlepšit současný stav zabezpečení a odolnosti ZZ vůči útokům, což zahrnuje edukaci využití obranných prostředků, zlepšení spolupráce s PČR, analýza možných hrozeb a rizik, zajištění kurzů cvičení a školení pro personál podle postupů zpracovaných v bezpečnostních

dokumentech z oblasti ochrany měkkých cílů, školení personálu v oblasti asertivního jednání a komunikace s agresorem.

- **Podpora ze strany vedení oddělení**

Důležitým aspektem pro vypořádání se s nežádoucími incidenty a prevencí násilných útoků v rámci ochrany měkkých cílů je podpora ze strany vedení oddělení. Vedení oddělení se snaží získávat finance od vedení ZZ pro lepší zabezpečení svého oddělení. Podpora však nesouvisí pouze se zavedením bezpečnostních opatření, ale např. i se zvládnutím již proběhlé zátěžové a stresové nežádoucí situace.

- **Zavedená bezpečnostní opatření na urgentních příjmech**

Zabezpečení UP je dáno mírou podpory ze strany vedení daného oddělení. Čím větší podpora ze strany vedení oddělení, tím kvalitnější a efektivnější bezpečnostní opatření jsou zavedena na základě zajištěných financí od vedení ZZ pro tyto účely. I přesto je nutné zavedená bezpečnostní opatření na oddělení UP stále zdokonalovat a posilovat v rámci již proběhlých bezpečnostních incidentů či možných budoucích incidentů.

7.1.2 Slabé stránky

Tabulka 3 - Slabé stránky

SLABÉ STRÁNKY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDEK
Neexistující aktualizace koncepce ochrany měkkých cílů	0,30	-5	-1,5
Podpora ze strany vedení nemocnice	0,20	-3	-0,6
Nedostatečné státní financování	0,25	-5	-1,25
Volný vstup do zdravotnického zařízení	0,15	-3	-0,45
Velká kumulace lidí	0,10	-3	-0,3
CELKEM:	1,00	-	-4,1

- **Neexistující aktualizace koncepce měkkých cílů**

V současné době se problematika ochrany měkkých cílů potýká s řadou problémů. Jako jeden z hlavních problémů celé problematiky zmíníme neexistující aktualizaci koncepce ochrany měkkých cílů, jejíž poslední vydání je z roku 2017. Světová bezpečnostní situace se stále zhoršuje a velmi často dochází k různě motivovaným útokům na měkké cíle. Z tohoto důvodu by mělo docházet k pravidelným aktualizacím koncepce měkkých cílů v rámci již proběhlých incidentů. S tímto problémem souvisí i neschopnost vytvoření světově uznávané platné definice měkkých cílů či nedostatečná snaha států o zlepšení současného stavu.

- **Podpora ze strany vedení nemocnice**

I přesto, že podpora ze strany vedení oddělení může být aktivní, důležitá je hlavně podpora ze strany vedení ZZ, které schvaluje rozpočty a finance pro jednotlivé segmenty hospodářství ve ZZ. Do těchto rozpočtů se samozřejmě zahrnují i finance pro zlepšení současného stavu ochrany měkkých cílů na odděleních daného ZZ. Současná podpora ze strany vedení nemocnic v rámci řešené problematiky není dostatečná a bylo by zapotřebí vylepšit ochranná opatření a zabezpečení UP, na kterých dochází k nejvíce útokům proti personálu ZZ.

- **Nedostatečné státní financování**

Jedním z dalších problémů této problematiky je nedostatečná podpora financování od státu. Z důvodu obrovského množství měkkých cílů vyskytujících se na našem území není ze strany státu prakticky možné tyto měkké cíle uchránit a finančně zabezpečit, a proto se musí měkké cíle zabezpečit (mnohdy znatelně lépe) pomocí vlastních prostředků.

- **Volný vstup do zdravotnického zařízení**

Vstup do ZZ není žádným způsobem regulován. Každý má v našem státě ze zákona právo na lékařskou péči a ošetření, a proto je tento problém v zásadě neřešitelný. K ochranným prvkům, které se dají v rámci detekce vstupu možného agresora do ZZ využít, patří např. kamerový a záznamový systém, kterým se dá monitorovat volný pohyb osob po ZZ. Ovšem ve spoustě institucí chybí bezpečnostní personál, který by sledoval kamerový záznam a vyhodnocoval přítomné potenciální hrozby v rámci bezpečnosti areálu ZZ.

- **Velká kumulace lidí**

Jak již bylo v úvodu zmíněno, ZZ se řadí k měkkým cílům, pro které je kromě nedostatečného ochranného zabezpečení charakteristická i vysoká kumulace lidí. Tento problém je stejně jako předchozí bod v zásadě neřešitelný. ZZ jsou areály, ve kterých pracují tisíce lidí. Zároveň se zde kromě personálu nachází každý den i spousta pacientů a lidí potřebujících lékařskou a ošetrovatelskou péči, doprovodů pacientů a nespočtu jiných návštěvníků.

7.1.3 Příležitosti

Tabulka 4 - Příležitosti

PŘÍLEŽITOSTI	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDEK
Státní pravidelná podpora	0,35	3	1,05
Osvěta v médiích	0,25	2	0,5
Pravidelné kurzy cvičení a školení	0,20	2	0,4
Edukace vyhodnocování nestandardních situací	0,20	3	0,6
CELKEM:	1,00	-	2,55

- **Státní pravidelná podpora**

V rámci řešené problematiky se jedná rozhodně o největší příležitost, která by mohla významně zlepšit nynější stav zabezpečení ZZ, ale i zabezpečení

měkkých cílů obecně. Stát se v současné době na zabezpečení měkkých cílů v našem státě podílí pouze minimálně, a to z důvodu nedostatečných prostředků pro zabezpečení tak obrovského množství měkkých cílů. Měkké cíle jsou tedy převážně zabezpečovány pomocí vlastních soukromých prostředků, které mají vlastníci, provozovatelé či pořadatelé měkkých cílů k tomuto účelu k dispozici.

- **Osvěta v médiích**

Osvěta veřejnosti v médiích by byla jistě velmi vhodným řešením prevence různých nežádoucích událostí a konfliktů na UP ve ZZ. V současné době neprobíhá v médiích téměř žádná osvěta veřejnosti. Veřejnost většinou nerozumí nastavenému zdravotnickému systému a podmínkám, kterými se musí personál ve ZZ řídit. Správná a pravidelná osvěta v médiích by mohla vést ke kvalitní edukaci veřejnosti o podmínkách poskytování lékařské a ošetrovatelské péče, o nastavených podmínkách a pravidlech ve ZZ a celkově o zdravotnickém systému ČR.

- **Pravidelné kurzy cvičení a školení**

Další možnou velikou příležitostí pro zlepšení současného stavu ochrany měkkých cílů ve ZZ by bylo pravidelné proškolení personálu v ochraně měkkých cílů, v zásadách správné komunikace s agresorem a v řešení potenciálních nežádoucích situací a konfliktů pomocí školících a cvičících kurzů. V případě potenciální nežádoucí situace je sice možné dovolat PČR, která má s řešením obdobných situací rozhodně větší zkušenosti a jsou pro to speciálně vycvičeni již v rámci přípravy na své povolání, avšak v mnoha případech není PČR na místě přítomná ihned. Z tohoto důvodu je patřičně důležité znát možnosti vlastní obrany, ať už pomocí komunikačních dovedností a asertivního jednání či pomocí znalosti prvků sebeobrany anebo využití obranných prostředků vyskytujících se na daném oddělení.

- **Edukace vyhodnocování nestandardních situací**

Tento bod víceméně souvisí s tím předchozím, avšak uveden je zvlášť. Veškerý personál pracující ve ZZ by měl kvůli své vlastní bezpečnosti a bezpečnosti celého areálu zvládat vyhodnocovat nestandardní situace, kterých si všimne během výkonu svého povolání. Může tím tak zavčas zamezit vzniku násilné bezpečnostní hrozby. Opuštěná taška v čekárně sice vždy nemusí znamenat výskyt nástražného výbušného zařízení, ale je důležité mít tuto možnost aspoň v povědomí a nebrat ji na lehkou váhu. Do vyhodnocování nestandardních situací můžeme zařadit i vyhodnocování neverbálních signálů těla značících stupňující se agresi. Tyto vyhodnocené signály tak dají pracovníkům ZZ najevo, jak mají dále při jednání s agresorem postupovat, za předpokladu, že znají zásady správné komunikace s agresorem (viz předchozí bod).

7.1.4 Hrozby

Tabulka 5 - Hrozby

HROZBY	VÁHA	HODNOCENÍ	VÝSLEDEK
Terorismus	0,35	-4	-1,4
Ekonomická krize	0,25	-4	-1,0
Válka na Ukrajině – komunikační bariéra	0,15	-3	-0,45
Nebezpečné pracovní prostředí	0,25	-5	-1,25
CELKEM:	1,00	-	-4,1

- **Terorismus**

Hrozba terorismu se v poslední době po celém světě strmě zvyšuje. Teroristické útoky jsou nejčastěji rasově, ideologicky, hospodářsky či nábožensky motivované, s cílem zastrašit obyvatelstvo a vyvolat u něj pocity nejistoty a nedůvěry. Nejčastěji jsou tyto útoky mířeny právě na měkké cíle, kde se nachází značná kumulace lidí a systém zabezpečení je zde minimální.

Popis měkkých cílů je pro ZZ více než přesný, a proto z nich dělá nejvíce ohrožená místa v rámci řešené problematiky. Teroristé však nemusí být pouze z řad světoznámých teroristických organizací. Teroristou může být kdokoliv, kdo se pokusí vyvolat v lidech strach pomocí radikálních metod s cílem prosazení svých vlastních záměrů.

- **Ekonomická krize**

V současné době je velkým problémem ekonomická krize, jejíž dopady se týkají řešené problematiky. Ekonomické problémy jsou tématem, které se přímo či nepřímo dotýká každého z nás. Pokud se zaměříme konkrétně na zdravotnictví, tak se ekonomické problémy projevují spíše nepřímým způsobem. Narůstající inflace a nezaměstnanost, ekonomická a energetická krize – to jsou vše problémy, které zdravotnictví nepřímo ovlivňují a to tím, že přímo ovlivňují veřejnost, která ZZ navštěvuje. Frustrace, bezmoc a agrese mohou být přímým projevem návštěvníků nemocnice z důvodu soukromých ekonomických problémů. Pokud navíc přidáme špatný zdravotní stav či jiné zdravotní obtíže, které pacient přichází do ZZ vyřešit, můžeme očekávat typické vybití si frustrace z vlastních problémů na personálu ZZ.

- **Válka na Ukrajině – komunikační bariéra**

Dalším problémem ovlivňujícím současný stav ochrany měkkých cílů je válka na Ukrajině. Tento válečný konflikt, stejně jako ekonomická krize, přímo či nepřímo ovlivňuje každého z nás. Zdravotnictví je přímo ovlivněno výpadkem dovozu některých materiálů či léčiv, které byly dříve běžně dostupné. Nepřímo je ovlivněno velkým nárůstem koncentrace uprchlíků před válkou, se kterými je velmi problémové vzájemně se dorozumět z důvodu odlišnosti mluvených jazyků a z důvodu jejich neznalosti našeho zdravotního systému. Tyto konkrétní komplikace a spousta dalších s válkou

souvisejících, mohou vést ke vzniku komunikačních bariér a s tím spojených konfliktních situací.

- **Nebezpečné pracovní prostředí**

Všechny tyto předchozí zmíněné hrozby poté mohou vytvářet z oddělení UP nebezpečné pracovní prostředí. ZZ jsou místem se strmě se zvyšující agresivitou ze strany pacientů, doprovodů pacientů či jiných návštěvníků. Důvodů vzniku nebezpečného pracovního prostředí může být mnoho. Mezi nejzávažnější důvody patří násilné bezpečnostní hrozby, jako např. terorismus, nástražné výbušné zařízení v podobě odloženého zavazadla, útok aktivního střelce, telefonické a kybernetické výhružky či již zmiňované projevy agresivního až násilného jednání proti personálu a majetku ZZ.

7.1.5 Celkové vyhodnocení SWOT analýzy

Tabulka 6 - Celkové vyhodnocení SWOT analýzy

VYHODNOCENÍ	VÝSLEDKY
SILNÉ STRÁNKY	4,05
SLABÉ STRÁNKY	-4,1
PŘÍLEŽITOSTI	2,55
HROZBY	-4,1
CELKEM:	-1,6

Po sečtení všech výsledků jednotlivých kvadrantů je z výsledného hodnocení SWOT analýzy patrné, že bilanční číslo je záporné a pohybuje se téměř dva body pod nulou, konkrétně -1,6. Tento výsledek není vůbec optimální a znamená, že je nutné zapracovat na zlepšení v rámci celé problematiky ochrany měkkých cílů na urgentních příjmech. Problematika měkkých cílů v rámci zdravotnických zařízení není nijak zvlášť řešena. Slabé stránky převažují nad silnými a hrozby mají mnohem vyšší hodnotu než příležitosti.

7.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření

OTÁZKA Č. 1

V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

Tabulka 7 - Zdravotnické zařízení

Zdravotnické zařízení	Počet respondentů	Procentuální podíl
Krajská nemocnice Liberec	84	51 %
Masarykova nemocnice Ústí nad Labem	20	12 %
Fakultní nemocnice v Motole	40	24 %
Jiné zdravotnické zařízení	21	13 %
Celkový počet	165	100 %

V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

165 odpovědí



Obrázek 2 - Zdravotnické zařízení

Dotazníková otázka č. 1 byla zaměřena na zjištění místa výkonu povolání respondentů, tedy v jakém zdravotnickém zařízení daný respondent pracuje. Z výsledných dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 165 respondentů jich 84 (51 %) pracuje v Krajské nemocnici v Liberci, 40 (24 %) respondentů pracuje ve Fakultní nemocnici v Motole a 20 (12 %) respondentů vykonává své povolání v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Zbylých 21 (13 %) respondentů

pracuje v jiných zdravotnických zařízeních, konkrétně ve Fakultní nemocnici Brno, v Nemocnici Děčín, v Nemocnici Boskovice a v Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa.

OTÁZKA Č. 2

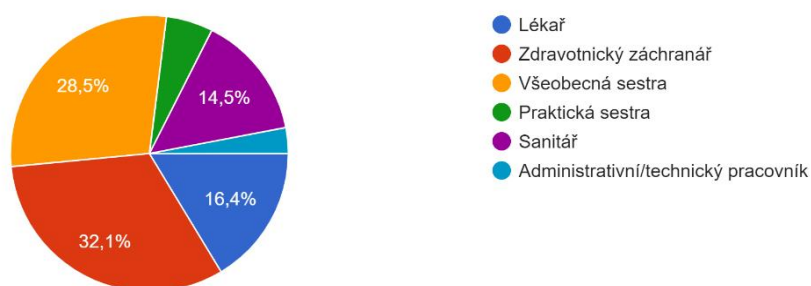
Jaká je vaše pracovní pozice v nemocnici?

Tabulka 8 - Pracovní pozice

Pracovní pozice	Počet respondentů	Procentuální podíl
Lékař	27	16,4 %
Zdravotnický záchranář	53	32,1 %
Všeobecná sestra	47	28,5 %
Praktická sestra	9	5,5 %
Sanitář	24	14,5 %
Administrativní/technický pracovník	5	3 %
Celkový počet	165	100 %

Jaká je Vaše pracovní pozice v nemocnici?

165 odpovědí



Obrázek 3 - Pracovní pozice

V dotazníkové otázce č. 2 jsme věnovali pozornost zjištění konkrétních pracovních pozic dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 165

respondentů, kteří vyplnili tento nestandardizovaný dotazník, jich 53 (32,1 %) pocházelo z řad zdravotnických záchranářů pracujících na urgentních příjmech. Profese v druhém největším zastoupení byla všeobecná sestra v počtu 47 (28,5 %) respondentů. Jako další byli lékaři, kterých bylo 27 (16,4 %) a hned za nimi sanitáři, kterých se na vyplnění dotazníku podílelo 24 (14,5 %). Nejméně respondentů pocházelo z řad administrativního či technického personálu, a to s počtem 5 (3 %).

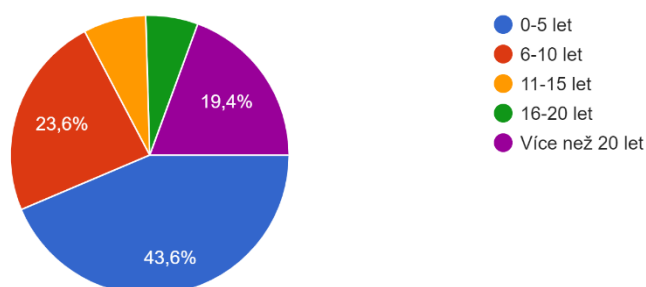
OTÁZKA Č. 3

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 9 - Délka praxe

Délka praxe	Počet respondentů	Procentuální podíl
0-5 let	72	43,6 %
6-10 let	39	23,6 %
11-15 let	12	7,3 %
16-20 let	10	6,1 %
Více než 20 let	32	19,4 %
Celkový počet	165	100 %

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
165 odpovědí



Obrázek 4 - Délka praxe

Dotazníková otázka č. 3 mapovala délku praxe respondentů ve zdravotnictví. Ze 165 respondentů jich 72 (43,6 %) pracuje ve zdravotnictví po dobu 0-5 let. Respondentů, kteří ve zdravotnictví pracují 6-10 let, bylo celkem 39 (23,6 %) a těch, kteří pracují 11-15 let, bylo 12 (7,3 %). Délku praxe 16-20 let vybralo 10 (6,1 %) respondentů a více než 20 let pracuje ve zdravotnictví 32 (19,4 %) respondentů.

OTÁZKA Č. 4

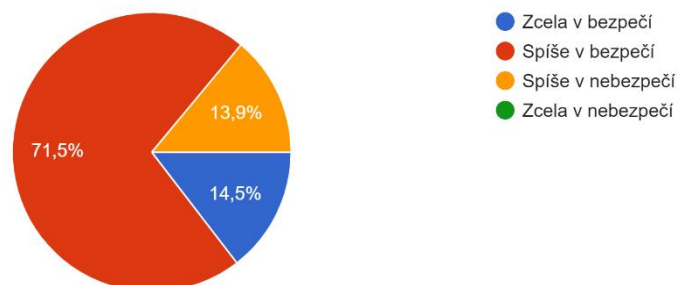
Cítíte se ve svém zaměstnání bezpečně?

Tabulka 10 - Pocit bezpečí v zaměstnání

Pocit bezpečí v zaměstnání	Počet respondentů	Procentuální podíl
Zcela v bezpečí	24	14,5 %
Spíše v bezpečí	118	71,5 %
Spíše v nebezpečí	23	13,9 %
Zcela v nebezpečí	0	0 %
Celkový počet	165	100 %

Cítíte se ve svém zaměstnání bezpečně?

165 odpovědí



Obrázek 5 - Pocit bezpečí v zaměstnání

V dotazníkové otázce č. 4 jsme se pokusili zjistit subjektivní pocit bezpečí během výkonu svého povolání. Nejvíce respondentů, tedy 118 (71,5 %) z celkového počtu 165, se ve svém zaměstnání cítí spíše v bezpečí. Zcela v bezpečí se cítí 24 (14,5 %) respondentů. Naopak 23 (13,9 %) respondentů se v rámci výkonu svého povolání cítí spíše v nebezpečí. Žádný z respondentů se necítí zcela v nebezpečí.

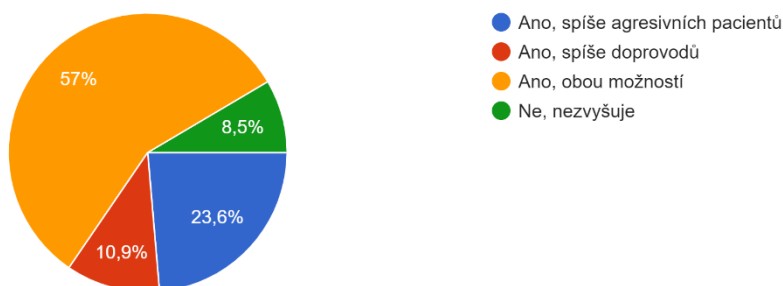
OTÁZKA Č. 5

Dle Vašeho názoru, zvyšuje se množství agresivních pacientů, případně jejich doprovodů?

Tabulka 11 - Zvyšování množství agresivních pacientů/doprovodů

Zvyšování množství agresivních pacientů/doprovodů	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, spíše agresivních pacientů	39	23,6 %
Ano, spíše doprovodů	18	10,9 %
Ano, obou možností	94	57 %
Ne, nezvyšuje	14	8,5 %
Celkový počet	165	100 %

Dle Vašeho názoru, zvyšuje se množství agresivních pacientů, případně jejich doprovodů?
165 odpovědí



Obrázek 6 - Zvyšování množství agresivních pacientů/doprovodů

Dotazníková otázka č. 5 měla za cíl zjistit, zda se dle názoru respondentů spíše zvyšuje počet agresivních pacientů, popř. jejich doprovodů či se jejich počet nezvyšuje. 94 (57 %) respondentů odpovědělo, že se dle jejich názoru zvyšuje množství obou možností, tedy agresivních pacientů i jejich doprovodů. 39 (23,6 %) respondentů bylo toho názoru, že se zvyšuje počet spíše agresivních pacientů. Naopak proti tomu bylo 18 (10,9 %) respondentů toho názoru, že se spíše zvyšuje počet agresivních doprovodů. Dle názoru 14 (8,5 %) respondentů se nezvyšuje počet ani jedné z jmenovaných možností.

OTÁZKA Č. 6

Víte, co je to měkký cíl?

Tabulka 12 - Znalost pojmu měkký cíl

Znalost pojmu měkký cíl	Počet respondentů	Procentuální podíl
Místo s vysokým stupněm ochrany proti napadení a neoprávněnému vniknutí	23	13,9 %
Místo s nízkým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob	126	76,4 %
Místo se středně vysokým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob	16	9,7 %
Celkový počet	165	100 %

Víte, co je to měkký cíl?
165 odpovědí



Obrázek 7 - Znalost pojmu měkký cíl

Dotazníková otázka č. 6 se zaměřila na znalost pojmu měkký cíl. Více jak polovina, konkrétně počet 126 (76,4 %) respondentů, zvolila správnou odpověď. 23 (13,9 %) respondentů bylo toho názoru, že měkký cíl je místo s vysokým stupněm ochrany proti napadení a neoprávněnému vniknutí. 16 (9,7 %) respondentů nesprávně zvolilo odpověď, že měkký cíl je místo se středně vysokým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob.

OTÁZKA Č. 7

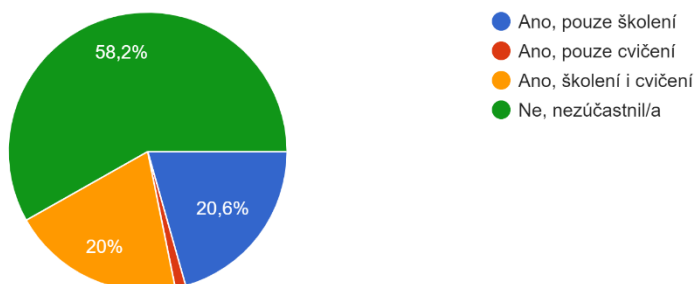
Zúčastnil/a jste se někdy školení, případně cvičení v rámci projektů na ochranu měkkých cílů ve Vaší nemocnici?

Tabulka 13 - Účast na školení/cvičení

Účast na školení/cvičení	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, pouze školení	34	20,6 %
Ano, pouze cvičení	2	1,2 %
Ano, školení i cvičení	33	20 %
Ne, nezúčastnil/a	96	58,2 %
Celkový počet	165	100 %

Zúčastnil/a jste se někdy školení, případně cvičení v rámci projektů na ochranu měkkých cílů ve Vaší nemocnici?

165 odpovědí



Obrázek 8 - Účast na školení/cvičení

V dotazníkové otázce č. 7 jsme zjišťovali, zda se respondenti účastnili nějakého školení či cvičení z projektů ochrany měkkých cílů v rámci jejich zdravotnického zařízení. 34 (20,6 %) respondentů se účastnilo pouze školení a 2 (1,2 %) respondenti se účastnili pouze cvičení. Školení i cvičení v rámci ochrany měkkých cílů se účastnilo 33 (20 %) respondentů. Nejvíce respondentů, tedy s počtem 96 (58,2 %), se nezúčastnilo žádného školení ani cvičení v rámci této problematiky.

OTÁZKA Č. 8

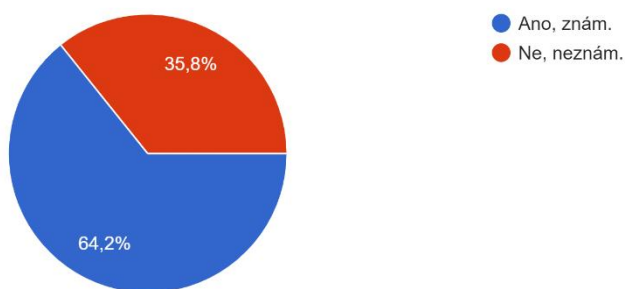
Znáte metodiku USB (Uteč! – Schovej se! – Bojuj!)?

Tabulka 14 - Znalost metodiky USB

Znalost metodiky USB	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, znám	106	64,2 %
Ne, neznám	59	35,8 %
Celkový počet	165	100 %

Znáte metodiku USB (Uteč! – Schovej se! – Bojuj!)?

165 odpovědí



Obrázek 9 - Znalost metodiky USB

V dotazníkové otázce č. 8 nás zajímalo, zda respondenti znají metodiku USB, tedy Uteč! – Schovej se! – Bojuj!. Z analýzy odpovědí jsme zjistili, že 106 (64,2 %) respondentů tuto metodiku zná, naopak 59 (35,8 %) respondentů tuto metodiku nezná.

OTÁZKA Č. 9

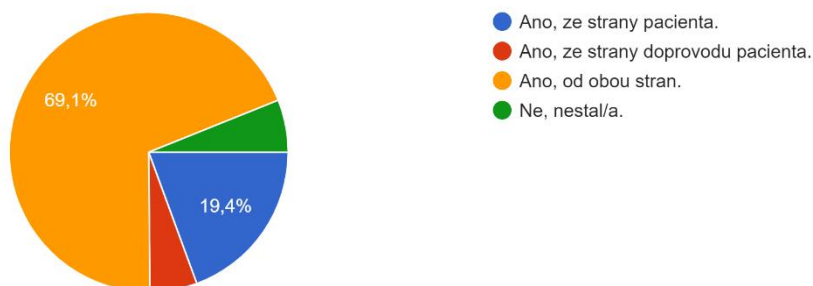
Stal/a jste se někdy obětí verbální agrese ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

Tabulka 15 - Oběť verbální agrese

Oběť verbální agrese	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, ze strany pacienta	32	19,4 %
Ano, ze strany doprovodu pacienta	9	5,5 %
Ano, od obou stran	114	69,1 %
Ne, nestal/a	10	6,1 %
Celkový počet	165	100 %

Stal/a jste se někdy obětí verbální agrese ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

165 odpovědí



Obrázek 10 - Oběť verbální agrese

Dotazníková otázka č. 9 se zabývala zjištěním informace, zda některý z respondentů byl někdy obětí verbální agrese ze strany pacienta nebo jeho doprovodu. Nejvíce respondentů s počtem 114 (69,1 %) odpovědělo, že byli obětí verbální agrese jak ze strany pacienta, tak ze strany doprovodu pacienta. 32 (19,4 %) respondentů bylo někdy v minulosti obětí verbální agrese pouze ze strany pacienta a 9 (5,5 %) respondentů pouze ze strany doprovodu pacienta. 10 (6,1 %) respondentů se nikdy nestalo obětí verbální agrese.

OTÁZKA Č. 10

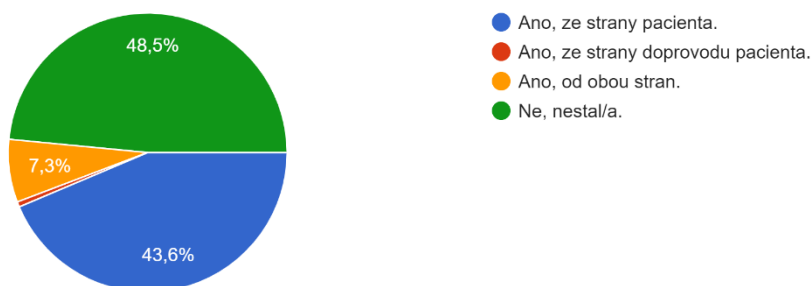
Stal/a jste se někdy obětí fyzického napadení ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

Tabulka 16 - Oběť fyzického napadení

Oběť fyzického napadení	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, ze strany pacienta	72	43,6 %
Ano, ze strany doprovodu pacienta	1	0,6 %
Ano, od obou stran	12	7,3 %
Ne, nestal/a	80	48,5 %
Celkový počet	165	100 %

Stal/a jste se někdy obětí fyzického napadení ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

165 odpovědí



Obrázek 11 - Oběť fyzického napadení

V dotazníkové otázce č. 10 jsme zjišťovali, zda se respondenti někdy v minulosti stali obětí fyzického napadení ze strany pacienta či jeho doprovodu. Necelá polovina respondentů, konkrétně 80 (48,5 %), nebyla nikdy ve svém zaměstnání fyzicky napadena, avšak 72 (43,6 %) respondentů bylo někdy v minulosti fyzicky napadeno pacientem. 1 (0,6 %) respondent byl napaden doprovodem pacienta a 12 (7,3 %) respondentů bylo napadeno pacientem a zároveň i doprovodem od pacienta.

OTÁZKA Č. 11

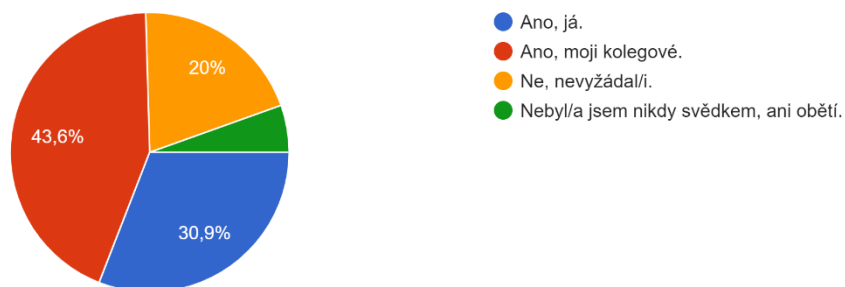
Pokud jste byli svědky, případně obětí jakékoli formy agrese ve Vaší nemocnici, vyžádali jste si Vy, případně Vaši kolegové, přítomnost Policie České republiky?

Tabulka 17 - Vyžádání přítomnosti PČR

Vyžádání přítomnosti PČR	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, já	51	30,9 %
Ano, moji kolegové	72	43,6 %
Ne, nevyžádal/i	33	20 %
Nebyl/a jsem nikdy svědkem, ani obětí	9	5,5 %
Celkový počet	165	100 %

Pokud jste byli svědky, případně obětí jakékoli formy agrese ve Vaší nemocnici, vyžádali jste si Vy, případně Vaši kolegové, přítomnost Policie České republiky?

165 odpovědí



Obrázek 12 - Vyžádání přítomnosti PČR

Dotazníková otázka č. 11 se zabývala zjištěním, zda si některý z respondentů či jeho kolegů vyžádal přítomnost a dohled PČR při výskytu jakékoliv formy agrese v rámci svého pracoviště. 51 (30,9 %) respondentů uvedlo, že to oni si vyžádali přítomnost PČR při výskytu agresora. 72 (43,6 %) respondentů uvedlo, že přítomnost PČR si vyžádali jejich kolegové v práci. 33 (20 %) respondentů

uvedlo, že si ani oni, ani jejich kolegové nedovolali PČR na místo v případě výskytu agrese ze strany pacienta či doprovodu na pracovišti. 9 (5,5 %) respondentů nikdy nebylo svědkem ani obětí agresivního jednání na pracovišti.

OTÁZKA Č. 12

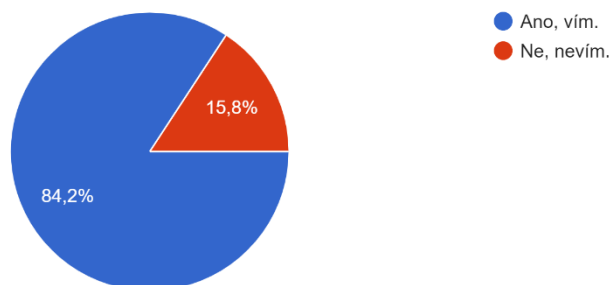
Víte, jakým způsobem komunikovat s agresivním pacientem?

Tabulka 18 - Znalost komunikace s agresivním pacientem

Znalost komunikace s agresivním pacientem	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, vím	139	84,2 %
Ne, nevím	26	15,8 %
Celkový počet	165	100 %

Víte, jakým způsobem komunikovat s agresivním pacientem?

165 odpovědí



Obrázek 13 - Znalost komunikace s agresivním pacientem

Z analýzy dotazníkové otázky č. 12 jsme zjistili, že ze 165 respondentů jich 139 (84,2 %) ví, jak správně komunikovat s agresivním pacientem a 26 (15,8 %) respondentů nezná zásady správné komunikace s agresivním pacientem.

OTÁZKA Č. 13

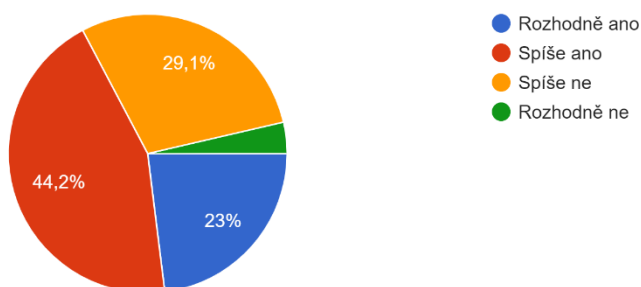
Myslíte si, že by správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem (ve formě školení či cvičení) vedla ke snížení počtu fyzických a verbálních napadení personálu?

Tabulka 19 - Správná edukace komunikace s agresivním pacientem

Správná edukace komunikace s agresivním pacientem	Počet respondentů	Procentuální podíl
Rozhodně ano	38	23 %
Spíše ano	73	44,2 %
Spíše ne	48	29,1 %
Rozhodně ne	6	3,6 %
Celkový počet	165	100 %

Myslíte si, že by správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem (ve formě školení či cvičení) vedla ke snížení počtu fyzických a verbálních napadení personálu?

165 odpovědí



Obrázek 14 - Správná edukace komunikace s agresivním pacientem

V dotazníkové otázce č. 13 nás zajímalo, zda si respondenti myslí, že by správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem (ve formě školení či cvičení) vedla ke snížení množství násilných a agresivních napadení personálu. 73 (44,2 %) respondentů si myslí, že spíše ano. 38 (23 %) respondentů je toho názoru, že by správná edukace v komunikaci s těmito pacienty rozhodně

snížila množství napadení. 48 (29,1 %) respondentů si myslí, že spíše ne a 6 (3,6 %) respondentů zvolilo odpověď, že rozhodně ne.

OTÁZKA Č. 14

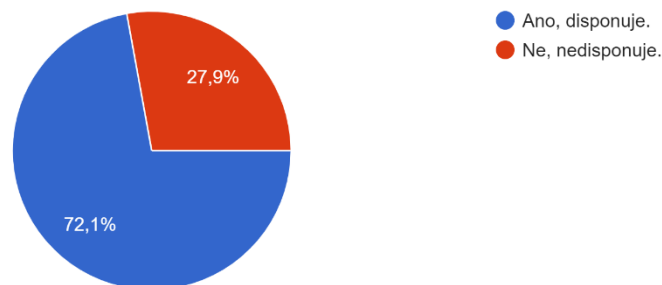
Disponuje Vaše pracoviště nějakými ochrannými prostředky pro případnou obranu před fyzickou agresí pacientů?

Tabulka 20 - Ochranné prostředky na pracovišti

Ochranné prostředky na pracovišti	Počet respondentů	Procentuální podíl
Ano, disponuje	119	72,1 %
Ne, nedisponuje	46	27,9 %
Celkový počet	165	100 %

Disponuje Vaše pracoviště nějakými ochrannými prostředky pro případnou obranu před fyzickou agresí pacientů?

165 odpovědí



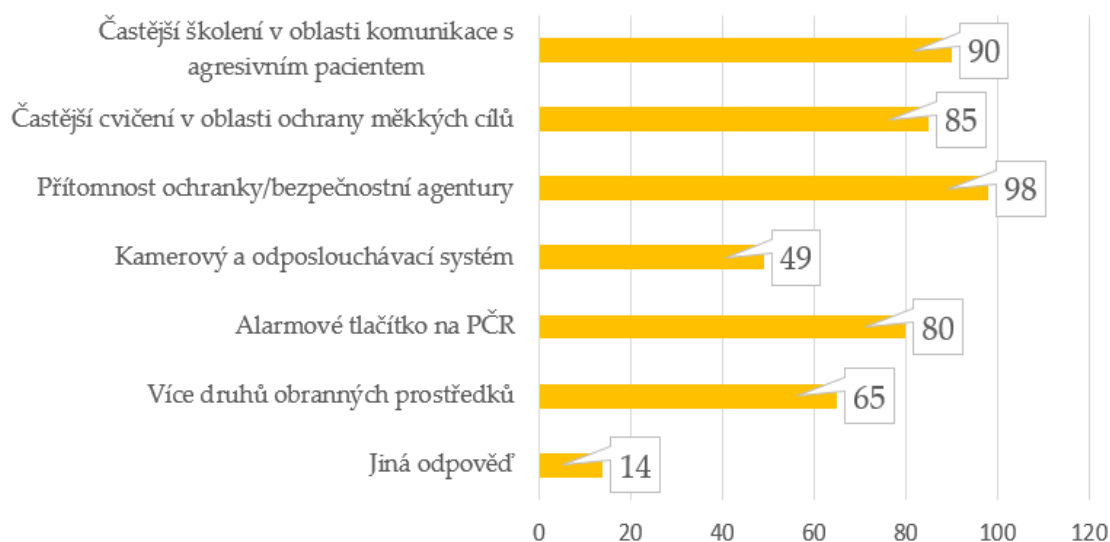
Obrázek 15 - Ochranné prostředky na pracovišti

V dotazníkové otázce č. 14 nás zajímalo, zda pracoviště respondentů disponuje nějakými prostředky na ochranu personálu. 119 (72,1 %) respondentů odpovědělo, že se na jejich pracovišti vyskytují ochranné pomůcky pro případnou obranu před agresivním jednáním. Naopak pracoviště 46 (27,9 %) respondentů žádné ochranné pomůcky pro obranu nemá.

OTÁZKA Č. 15

Co by, dle Vašeho názoru, zlepšilo bezpečnost personálu před potenciální agresí ze strany pacientů, popřípadě jejich doprovodů? (více možností)

Zlepšení bezpečnosti na pracovišti



Obrázek 16 - Zlepšení bezpečnosti na pracovišti

Dotazníková otázka č. 15 byla řešena jako polootevřená a měla možnost zvolení více odpovědí. Respondenti tudíž mohli vybírat z již předem definovaných odpovědí nebo přidat svou vlastní. Z tohoto důvodu zde nebylo možné vyjádřit procentuální podíl za počet respondentů, ale za celkový počet všech odpovědí. V této otázce nás zajímalo, co by dle názoru respondentů zlepšilo bezpečnost personálu před potenciální agresí ze strany pacientů, popř. doprovodu pacientů. Nejvíce respondentů volilo odpověď stálá přítomnost ochranky či bezpečnostní agentury. Druhou nejčastěji volenou odpovědí respondentů bylo častější školení v komunikaci s agresivním pacientem. Častější cvičení v oblasti ochrany měkkých cílů bylo respondenty voleno jako třetí nejčastější odpověď. Téměř polovina všech respondentů si myslí, že alarmové tlačítko na PČR je správnou možností zabezpečení personálu. Jako další v pořadí byly voleny možnosti jako více druhů obranných prostředků

a kamerový a odposlouchávací systém. 14 respondentů přidalo navíc vlastní odpověď možného zlepšení zabezpečení personálu. Mezi nejzajímavější odpovědi bychom zařadili neprůstředné sklo na recepční triáži, kurzy sebeobrany pro personál, lepší osvětla a edukace pacientů o chodu daného oddělení, podání trestního oznámení ze strany ZZ na pacienta či doprovod pacienta v případě vystupňování jejich agrese až násilného chování, aj. Tyto odpovědi budou více rozebrány v diskuzi diplomové práce.

7.3 Vyhodnocení stanovených hypotéz

HYPOTÉZA 1

Předpokládáme, že více než 75 % respondentů se stalo obětí verbální agrese ze strany pacienta.

Tato hypotéza se primárně váže k dotazníkové otázce č. 9, ve které jsme se respondentů ptali, zda se někdy stali obětí verbální agrese ze strany pacienta či doprovodu pacienta. Z celkového počtu 165 respondentů jich 114 (69,1 %) uvedlo, že se stali obětí verbální agrese jak ze strany pacienta, tak ze strany doprovodu pacienta. Pouze ze strany agresivního pacienta bylo verbálně napadeno 32 (19,4 %) respondentů. 9 (5,5 %) respondentů uvedlo, že bylo vystaveno verbální agresi pouze ze strany doprovodu pacienta a zbylých 10 (6,1 %) respondentů zvolilo odpověď, že se nikdy nestali obětí verbální agrese ze strany pacienta ani doprovodu pacienta (viz Obrázek 10 – Oběť verbální agrese a Tabulka 15 – Oběť verbální agrese).

Ve výsledném hodnocení této otázky to znamená, že 114 (69,1 %) respondentů se stalo obětí verbální agrese od obou stran, jak ze strany pacienta, tak i ze strany doprovodu pacienta a 32 (19,4 %) respondentů se stalo obětí verbální agrese pouze ze strany pacienta. Pokud tyto dva výsledky sečteme,

dostaneme hodnotu 146 (88,5 %). Z celkového počtu 165 respondentů bylo verbální agresi ze strany pacienta vystaveno 146 (88,5 %) respondentů.

HYPOTÉZA 1 BYLA POTVRZENA.

HYPOTÉZA 2

Předpokládáme, že více než 50 % respondentů se stalo obětí fyzického napadení ze strany pacienta nebo doprovodu pacienta.

Hypotéza 2 se primárně váže k dotazníkové otázce č. 10, ve které jsme se respondentů dotazovali, zda se někdy v minulosti stali obětí fyzického napadení ze strany agresivního pacienta nebo doprovodu pacienta. Z celkového počtu 165 respondentů jich necelá polovina, tedy 80 (48,5 %) respondentů, uvedla, že se nikdy nestala obětí fyzického napadení ani ze strany pacienta, ani ze strany doprovodu pacienta. Na druhou stranu však 72 (43,6 %) respondentů uvedlo, že se stalo obětí fyzického napadení ze strany pacienta. Jediný respondent (0,6 %) uvedl, že byl fyzicky napaden doprovodem pacienta a 12 (7,3 %) respondentů zvolilo odpověď, že bylo fyzicky napadeno jak ze strany pacienta, tak ze strany doprovodu pacienta (viz Obrázek 11 – Oběť fyzického napadení a Tabulka 16 – Oběť fyzického napadení).

Po sečtení výsledných dat získaných od všech 165 respondentů týkajících se fyzického napadení od obou stran a pouze ze strany pacienta, dostaneme hodnotu 84 (50,9 %). Pokud naopak sečteme výsledná data fyzického napadení od obou stran a pouze ze strany doprovodu pacienta, dostaneme hodnotu 13 (7,9 %). Z výsledných hodnot je tedy patrné, že 84 (50,9 %) respondentů bylo někdy v minulosti fyzicky napadeno pacientem, což splňuje podmínky

hypotézy 2. Fyzické napadení ze strany doprovodu pacienta zažilo 13 (7,9 %) respondentů, což nespĺňuje podmínky hypotézy 2.

HYPOTÉZA 2 BYLA POTVRZENA.

HYPOTÉZA 3

Předpokládáme, že více než 50 % respondentů se zúčastnilo školení, popřípadě cvičení v problematice ochrany měkkých cílů v rámci svého zdravotnického zařízení.

Tato hypotéza se přímo váže k dotazníkové otázce č. 7 a nepřímo k dotazníkové otázce č. 13. V otázce č. 7 nás zajímala informace, zda se respondenti někdy zúčastnili školení, případně cvičení v rámci problematiky ochrany měkkých cílů v jejich zdravotnickém zařízení. Z celkového počtu 165 respondentů se jich 33 (20 %) v minulosti zúčastnilo školení i cvičení v rámci projektů souvisejících s problematikou ochrany měkkých cílů. 34 (20,6 %) respondentů odpovědělo, že se v rámci svého zdravotnického zařízení účastnilo pouze školení v problematice ochrany měkkých cílů. 2 (1,2 %) respondenti se účastnili pouze cvičení ochrany měkkých cílů. Zbylých 96 (58,2 %) respondentů se nikdy neúčastnilo ani školení, ani cvičení v rámci této problematiky (viz Obrázek 8 – Účast na školení/cvičení a Tabulka 13 – Účast na školení/cvičení).

Okrajově se k této hypotéze váže otázka č. 13, ve které jsme se respondentů dotazovali, zda by dle jejich názoru správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem, ať už formou školení či cvičení, vedla ke snížení počtu incidentů verbálního a či fyzického napadení personálu. 73 (44,2 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano. Dalších 38 (23 %) respondentů bylo toho názoru, že správná edukace v komunikaci formou školení či cvičení by rozhodně vedla ke snížení počtu možného verbálního a fyzického napadení.

Naopak proti tomu 48 (29,1 %) respondentů bylo toho názoru, že by správná edukace spíše nesnížila počet napadení a 6 (3,6 %) respondentů uvedlo, že by správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem rozhodně nic nevyřešila (viz Obrázek 14 – Správná edukace komunikace s agresivním pacientem a Tabulka 19 – Správná edukace komunikace s agresivním pacientem).

Po sečtení výsledných dat z otázky č. 7 jsme zjistili, že z celkového množství 165 respondentů se jich 67 (40,6 %) zúčastnilo školení v rámci problematiky ochrany měkkých cílů a 35 (21,2 %) respondentů se zúčastnilo cvičení v rámci této problematiky. Pokud sečteme výsledné hodnoty respondentů, kteří se zúčastnili školení i cvičení, dostaneme hodnotu 69 (41,8 %), což nesplňuje podmínky zadané hypotézy. I přesto však, že výsledné hodnoty nesplňují podmínky hypotézy, je nutno podotknout, že s ohledem na otázku č. 13 jsou respondenti spíše nakloněni správné edukaci komunikace s agresivním pacientem formou školení či cvičení.

HYPOTÉZA 3 NEBYLA POTVRZENA.

8 DISKUZE

V této kapitole bude zhodnocen celkový přínos a zpracování diplomové práce. Budou zde zhodnoceny výsledky strategické analýzy SWOT a dotazníkového šetření, které budou zároveň okomentovány a porovnány s literaturou jiných autorů. Dále zde budou rozebrány poznatky a připomínky respondentů zjištěné pomocí dotazníkového šetření, a taktéž budou porovnány s odbornou literaturou. Výstupem diplomové práce by mělo být zjištění aktuální připravenosti urgentních příjmů v této problematice a k tomu vydána patřičná souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu. Tato doporučení budou sdělena v následující kapitole.

V první řadě je nutné říci, z jakého důvodu bylo téma této problematiky vůbec vybráno. Tématem diplomové práce je problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení. S ohledem na stále se zhoršující bezpečnostní situaci ve světě je téma velmi aktuální a v poslední době často řešené. Měkké cíle jsou veřejně dostupná a značně frekventovaná místa, kde dochází k nejvíce útokům na civilní obyvatelstvo, a to hlavně z důvodu nedostatečného zabezpečení či nemožnosti takové místo řádně a kvalitně zabezpečit. Mezi tato místa se řadí právě i zdravotnická zařízení, do kterých není omezen přístup nikomu, protože v ČR mají ze zákona všichni právo na ošetření a zdravotní péči. A právě proto oddělení urgentních příjmů patří k nejvytíženějším a nejfrekventovanějším místům ve zdravotnických zařízeních, zejména co se zabezpečení před případnou agresí či násilným útokem ze strany pacientů, doprovodů pacientů a jiných návštěvníků nemocnice týče.

Ve výzkumné části práce jsme si stanovili hlavní cíl práce a 3 hypotézy, které jsme po zanalyzování dat z dotazníkového šetření ověřili a vyhodnotili ve

výsledcích práce. Zároveň byla sestrojena strategická analýza SWOT, jejíž primárním úkolem bylo zhodnotit silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby týkající se řešené problematiky.

Nejprve se pokusíme rozebrat výsledky SWOT analýzy, která byla primárně zaměřena na zhodnocení ochrany měkkých cílů v rámci UP. Celkové bilanční číslo, které jsme zjistili pomocí sumace výsledků jednotlivých kvadrantů SWOT analýzy, nám vyšlo záporné, konkrétně s hodnotou -1,6. Výsledek tedy není moc lichotivý a znamená, že se musí zapracovat na zlepšení v rámci celé problematiky. Důvod záporného čísla je ze zadaných položek jednotlivých kvadrantů poměrně zřetelný a v následujícím textu se ho pokusíme vysvětlit. Měkké cíle jsou obecně místa s nízkým či nulovým zabezpečením a ochranou a zároveň s vysokou kumulací lidí. Zdravotnická zařízení patří mezi měkké cíle a urgentní příjmy jsou jejich součástí. Primárním úkolem pracovišť UP, jakožto poskytovatelů akutní lůžkové péče, je poskytování neodkladné nemocniční péče všem pacientům s náhle vzniklým poškozením zdraví, pacientům se závažnou změnou zdravotního stavu či náhlým zhoršením nynějšího onemocnění a pacientům, kteří jsou přímo ohroženi na životě. Personál UP přichází dennodenně do kontaktu s masivním množstvím různých lidí, kteří mohou nekontrolovatelně a neomezeně vstupovat do ZZ, protože právo na ošetření a lékařskou péči má v našem státě ze zákona každý. Někteří z těchto pacientů či jejich doprovodů mohou být z různých důvodů agresivní, a tedy může dojít ke vzniku konfliktní nežádoucí situace. Systém ochrany měkkých cílů v rámci UP je sice určitým způsobem nastaven, ale bohužel není dokonalý. Dle sestavené SWOT analýzy převažují slabé stránky nad silnými a hrozby jsou výraznější než možné příležitosti. Ačkoliv je zájem o vzdělávání formou školení či cvičení ze strany personálu vysoký a dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR tento zájem jistým způsobem podpořil, tak stále převažují slabé stránky problematiky. Významnou slabou stránkou řešené problematiky

je neexistující aktualizace koncepce ochrany měkkých cílů pro ČR, jejíž poslední vydání je z roku 2017. S ohledem na stále se zvyšující počet bezpečnostních hrozeb ve světě by aktualizace byla potřebná. S tímto souvisí i další významná položka slabých stránek, a to nedostatečné státní financování ochrany měkkých cílů. Dle našeho názoru by se stát měl více podílet na zabezpečení co největšího množství měkkých cílů pomocí vlastních prostředků, a to i za předpokladu, že měkkých cílů je v našem státě opravdu veliké množství. Hodnota hrozeb je mnohem vyšší než hodnota příležitostí. Terorismus, ekonomická a energetická krize či válečný stav na Ukrajině jsou všechno položky z kvadrantu hrozeb, které přímo či nepřímo ovlivňují bezpečnost a harmonický chod oddělení UP. Z výsledků kvadrantů SWOT analýzy je patrné, že pro zlepšení celkové bilance je nutné především investovat a zabývat se zlepšením položek v kvadrantu příležitosti. Problematika by měla být státem ve všech ohledech mnohem více podporovaná. Zároveň by mělo být finančně investováno do osvěty veřejnosti v médiích, která je v současnosti téměř nulová. Osvěta by v rámci prevence mohla snížit riziko vzniku konfliktních situací a násilných bezpečnostních hrozeb ve zdravotnictví. Je důležité edukovat veřejnost o nastavených pravidlech ve ZZ a informovat ji o fungování zdravotnického systému v našem státě. Pravidelné kurzy školení a cvičení v problematice ochrany měkkých cílů a edukace vyhodnocování nestandardních situací by měli být kromě státní podpory podporovány i ze strany vedení ZZ. Zájem personálu o tyto formy cvičení a školení je podstatně velký a rozhodně se řadí do silných stránek. Pravidelná edukace a cvičení by tak mohly snížit pravděpodobnost vzniku konfliktních situací či možnosti výskytu násilných bezpečnostních hrozeb, které by se v budoucnu mohly potenciálně objevit ve ZZ. Zvýšením hodnoty těchto příležitostí by byla snížena hodnota položky nebezpečného pracovního prostředí z kvadrantu hrozeb.

Nyní budou okomentovány výsledky dotazníkového šetření, přičemž se je následně pokusíme porovnat s literaturou jiných autorů.

Pro získání dat od respondentů byl v rámci výzkumného šetření vytvořen nestandardizovaný dotazník obsahující 16 otázek. Respondenti vyplňovali dotazník zcela anonymně. Dotazníková otázka č. 16 byla zcela dobrovolná a dotazovala se respondentů na jakoukoliv připomínku či poznámku k dané problematice. Nejzajímavější poznámky budou sděleny a okomentovány v následující diskuzi výsledků dotazníkového šetření. Dotazníková otázka č. 1 se respondentů ptala, v jakém zdravotnickém zařízení pracují. Naprostá většina všech respondentů zvolila jako místo výkonu svého povolání Krajskou nemocnici v Liberci s počtem 84 (51 %). Druhé největší zastoupení s počtem 40 (24 %) respondentů je z Fakultní nemocnice v Motole. 20 (12 %) respondentů je z Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a posledních 21 (13 %) respondentů je z jiných zdravotnických zařízení, mezi která patří především Fakultní nemocnice Brno, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, Nemocnice Boskovice a Nemocnice Děčín. V dotazníkové otázce č. 2 jsme se zajímali o profesi, kterou respondenti vykonávají ve ZZ. Z celkového počtu 165 respondentů bylo nejvíce respondentů z řad zdravotnických záchranářů pracujících na urgentních příjmech, a to s počtem 53 (32,1 %). Druhou nejčastější profesí byla zvolena všeobecná sestra v zastoupení 47 (28,5 %) respondentů. Dále se na dotazníkovém šetření podílelo 27 (16,4 %) lékařů, 24 (14,5 %) sanitářů, 9 (5,5 %) praktických sester a 5 (3 %) administrativních/technických pracovníků. Dle Věstníku ministerstva zdravotnictví (2015) se personální zabezpečení na UP skládá z nejrůznějšího spektra různých pracovních profesí. Proto bylo dotazníkové šetření zaměřeno na všechny personál pracující na UP ZZ, poněvadž všichni pracovníci zde mohou být vystaveni agresivnímu až násilnému jednání ze strany pacientů či jiných návštěvníků. Dotazníková otázka č. 3 se zaměřovala na délku praxe respondentů. Ze 165 respondentů jich

72 (43,6 %) vykonává své povolání maximálně 5 let. Respondentů, kteří pracují v ZZ 6-10 let, je 39 (23,6 %). 12 (7,3 %) respondentů uvedlo možnost 11-15 let jako délku své praxe a 10 (6,1 %) respondentů zvolilo možnost 16-20 let. Zbylých 32 (19,4 %) respondentů zvolilo možnost s délkou praxe více než 20 let. V dotazníkové otázce č. 4 nás zajímalo, jak moc se respondenti cítí bezpečně při výkonu svého zaměstnání. Naprostá většina s počtem 118 (71,5 %) respondentů se cítí spíše v bezpečí. Dalších 24 (14,5 %) respondentů se během výkonu své práce cítí neohroženě a zcela v bezpečí. Možnost spíše v nebezpečí zvolilo 23 (13,9 %) respondentů. Jako pozitivní hodnotíme, že nikdo z respondentů neuvedl, že se ve svém zaměstnání cítí zcela v nebezpečí. V otázce č. 5 jsme chtěli zjistit, zda se dle názoru respondentů zvyšuje množství agresivních pacientů, popř. jejich doprovodů ve zdravotnictví. Zde odpovědi ukázaly, že názory respondentů jsou různé s ohledem na získané zkušenosti a prožité události. 39 (23,6 %) respondentů zvolilo možnost, že se zvyšuje množství spíše agresivních pacientů, a naopak 18 (10,9 %) respondentů si myslí, že se zvyšuje množství spíše agresivních doprovodů doprovázejících na UP často klidné a spolupracující pacienty. Nejvíce respondentů s počtem 94 (57 %) je však názoru, že se obecně zvyšuje množství jak agresivních pacientů, tak agresivních doprovodů pacientů. Pouhých 14 (8,5 %) respondentů uvedlo, že se dle jejich názoru nezvyšuje počet ani jedné z možností, což vyvrací tříletá studie Pekary (2017), dle které se terčem agresivního jednání ze strany pacientů či jejich doprovodů stalo až 90 % zdravotnického personálu. Agresivní a násilné jednání je poměrně narůstající fenomén v ZZ a na místech zásahu ZZS (WHO, 2023). To potvrzuje i Hanh (2010), dle které s narůstajícím počtem pacientů s akutními zdravotními obtížemi a jejich nutností neodkladného řešení, narůstá i počet agresivních a násilných incidentů proti personálu UP ze strany jiných pacientů/doprovodů pacientů, kteří jsou často nuceni čekat dlouhé čekací lhůty pro ošetření jejich méně závažných obtíží. S tím se shoduje poznámka jednoho respondentů v závěru dotazníku: „Agresivitu mnohdy vyvolává dlouhá čekací doba

na ošetření a rozsah vyšetření.“ K tomu Pekara (2017) navíc uvádí, že zdravotníci jsou velmi často vystaveni různým situacím, při kterých dochází k výraznému napětí mezi jejich možnostmi a potřebami pacientů. V závěrečných poznámkách jeden z respondentů navíc uvedl: „Široká veřejnost často neví, jakému riziku jsou zdravotníci vystaveni.“ Počet vzrůstajících agresivních incidentů s pacienty či doprovody pacientů hodnotíme jako negativní pro kvalitní výkon povolání na urgentních příjmech a současný stav je nutné zlepšit. V dotazníkové otázce č. 6 jsme od respondentech zjišťovali, zda vědí, co znamená pojem měkký cíl. 126 (76,4 %) respondentů ze 165 zvolilo správnou odpověď, tedy že měkký cíl je místo s nízkým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob. 23 (13,9 %) respondentů zvolilo odpověď, že měkký cíl je místo s vysokým stupněm ochrany proti napadení a neoprávněnému vniknutí. Zbylých 16 (9,7 %) respondentů si myslí, že měkký cíl je místo se středně vysokým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob. Tento pojem není nikde přesně definován. Podle Kuneše (2018) jsou měkké cíle charakterizovány jako místa, která se vyznačují nízkým stupněm zabezpečení proti násilným incidentům a zároveň se zde nachází vysoká koncentrace lidí. Skutečnost, že celkem 39 (23,6 %) respondentů ze 165 nezná pojem měkký cíl, přičemž jeden z měkkých cílů je místem výkonu jejich primárního povolání, hodnotíme jako negativní. Otázka č. 7 se respondentů dotazovala, zda se někdy zúčastnili školení, popř. cvičení v rámci projektů na ochranu měkkých cílů ve svém zdravotnickém zařízení.

Otázka č. 7 se přímo vázala k **hypotéze 3**, ve které jsme *předpokládali, že více než 50 % respondentů se zúčastnilo školení, popřípadě cvičení v problematice ochrany měkkých cílů v rámci svého zdravotnického zařízení.* Tato hypotéza se nám nepotvrdila.

Ze všech 165 dotazovaných respondentů se jich většina, s počtem 96 (58,2 %), nezúčastnila školení, ani cvičení v rámci problematiky měkkých cílů. 33 (20 %) respondentů se zúčastnilo jak školení, tak i cvičení v rámci problematiky ve svém ZZ. 34 (20,6 %) respondentů se zúčastnilo pouze teoretického školení a 2 (1,2 %) respondenti se zúčastnili pouze cvičení. Ve výsledku bylo zjištěno, že pouze školení se účastnilo 67 (40,6 %) respondentů a pouze cvičení 35 (21,2 %) respondentů. Dle Docksai (2013) by všichni personál měl mít možnost účasti na školicích kurzech či cvičeních v oblasti prevence před agresivním jednáním, ochrany měkkých cílů a komunikačních či obranných technik vhodných k deeskalaci možných nežádoucích incidentů. Netušilová a Brečka (2015) uvádí, že zdravotníci by měli umět preventivně předcházet vyhroceným situacím a v případě již vzniklého vyhroceného konfliktu se pokusit celou napjatou situaci uklidnit pomocí deeskalačních technik. S tímto tvrzením souhlasí i Němec a Stuchlíková (2007). Beránek (2017) uvedl, že jediné proškolení zdravotnického personálu v technikách sebeobrany probíhá během studia oboru zdravotnický záchranář v délce jednoho semestru. Zároveň je dle něj nutné se sebezdokonalovat individuálně, případně se účastnit možných dobrovolných kurzů, cvičení a přednášek v rámci sebeobrany či ochrany měkkých cílů, nabízených zdravotnickým zařízením nebo i z vlastní iniciativy. Jeden z respondentů v závěrečných poznámkách navíc uvedl: *„Školení a cvičení ochrany měkkých cílů by mělo být vedeno pro menší okruh skupin zaměstnanců jednotlivých oddělení a zvýšit tak kvalitu a efektivitu takových školení a cvičení.“* Skutečnost, že většina respondentů neabsolvovala školení, ani cvičení v oblasti ochrany měkkých cílů ve svém ZZ je šokující a hodnotíme ji jako značně negativní. Hypotézy 3 se nepřímo týkala i otázka č. 13, kterou si v diskuzi rozebereme později. V otázce č. 8 jsme se respondentů dotazovali, zda znají metodiku USB, tedy „Utíkej, schovej se, bojuj!“. Pozitivně hodnotíme, že většina respondentů (64,2 %) tuto metodiku zná. Naopak 59 (35,8 %) respondentů o této metodice neslyšelo, což není malé množství. Dle našeho názoru by

metodiky USB měli povinně znát všichni, protože může být jednou ze základních možností obrany před útokem aktivního střelce či jiných násilných incidentů ve ZZ. Stejně to vidí i ABAS IPS Management (2017), dle kterého je potřebné vědět, jak se v daných situacích správně zachovat a jak postupovat pro zvýšení šance na přežití podobného incidentu. Otázka č. 9 měla za cíl zjistit, zda se respondenti stali někdy v minulosti obětí verbální agrese ze strany pacienta, popř. doprovodu pacienta.

Otázka č. 9 se přímo vázala k **hypotéze 1**, ve které jsme *předpokládali, že více než 75 % respondentů se stalo obětí verbální agrese ze strany pacienta*. Tato hypotéza se nám potvrdila.

Pouhých 10 (6,1 %) respondentů uvedlo, že se nestalo obětí verbální agrese ze strany pacienta ani doprovodu pacienta. Avšak většina respondentů se stala obětí verbální agrese ze strany pacienta, doprovodu pacienta nebo dokonce od obou stran. Konkrétně 32 (19,4 %) respondentů se stalo obětí verbální agrese ze strany pacienta, 9 (5,5 %) respondentů ze strany doprovodu a až 114 (69,1 %) respondentů bylo verbálně napadeno od obou možností. Ve výsledném součtu bylo 146 (88,5 %) respondentů vystaveno verbální agrese ze strany pacienta. Dle Němce a Stuchlíkové (2007) jsou zdravotníci ve více než 50 % případů velmi často vystaveni verbální agresi a zároveň potvrdili, že nejrizikovějším místem jsou pracoviště prvního kontaktu, tedy v přeneseném významu ambulance a urgentní příjmy. Pekara (2017) s tím také souhlasí, neboť dle jeho výzkumu bylo výhružkám a nadávkám vystaveno až 78 % zdravotníků z dotazovaných respondentů, z toho byly dvě třetiny verbálně napadeny pacienty a ve zbylých případech došlo k verbálnímu útoku ze strany příbuzných pacienta. Ralbovská D., Lodinská a Ralbovská R. (2018) k tomuto uvádí, že agresivní verbální jednání je obvykle předzvěstí přímého fyzického kontaktu a pomáhající profese jsou takovému riziku vystaveny téměř každý den. Agresoři obvykle používají

vulgární nadávky, urážky, zesměšňování a vysmívání, ironii až sarkasmus a v neposlední řadě i vyhrožování. Dle našeho názoru je verbální agrese fenomén, který má v poslední době značně stoupající tendenci. V dotazníkové otázce č. 10 nás zajímalo, jestli se respondenti někdy stali obětí fyzického napadení ze strany pacienta, popř. doprovodu pacienta.

Otázka č. 10 se přímo vázala k hypotéze 2, ve které jsme *předpokládali, že více než 50 % respondentů se stalo obětí fyzického napadení ze strany pacienta nebo doprovodu pacienta*. Tato hypotéza se nám potvrdila.

Obětí fyzického útoku pouze ze strany pacienta se stalo celkem 72 (43,6 %) respondentů ze 165. Jediný respondent (0,6 %) se stal obětí fyzického útoku pouze ze strany doprovodu pacienta. 12 (7,3 %) respondentů bylo fyzicky napadeno pacientem i doprovodem pacienta. Necelá polovina respondentů, s počtem 80 (48,5 %), uvedla, že se nikdy nestala obětí fyzického napadení v rámci svého zaměstnání. Podmínky hypotézy 2 byly splněny, protože celkem 84 (50,9 %) respondentů bylo fyzicky napadeno od obou stran a pouze ze strany pacienta. Pokud bychom sečetli výsledky fyzického napadení od obou stran a pouze ze strany doprovodu, dostali bychom hodnotu 13 (7,9 %), což by nesplňovalo podmínky hypotézy. Fyzické napadení 85 (51,5 %) respondentů, ať už ze strany pacienta či doprovodu pacienta, během výkonu svého povolání hodnotíme jako negativní fenomén. Pekara (2017) ve svém výzkumu zjistil, že za jediný rok zažilo fyzické násilí 206 (23 %) respondentů z 896. Beránek (2020) uvádí, že zdravotnický personál může být často vystaven fyzickému napadení během ošetřování pacienta, např. při sklánění se nebo klečení nad pacientem. Zároveň uvádí, že tyto vypjaté situace nejčastěji zahrnují tahání a držení za oblečení, škracení, případně mohou vyústit až k úderu či poranění improvizovanou zbraní. Dle Hanh (2010) jsou nejčastějšími původci násilného chování ve ZZ buď pacienti nebo doprovody pacientů, popř. jiní návštěvníci

nemocnice a mezi projevy fyzické napadení se může zařadit fackování, štípání, strkání, vytlačování, plivání, bití, kopání, sexuální útoky, házení předmětů či používání zbraní. Otázka č. 11 se respondentů dotazovala, zda v případě napadení či svědectví jakékoliv formy agrese v jejich ZZ, dovolávali oni nebo jejich kolegové přítomnost PČR. 51 (30,9 %) respondentů uvedlo, že oni sami si vyžádali přítomnost PČR. 72 (43,6 %) respondentů zvolilo možnost, že si přítomnost PČR vyžádali jejich kolegové. 33 (20 %) respondentů uvedlo, že v případě výskytu agrese si oni, ani jejich kolegové nikdy nevyžádali přítomnost PČR a situaci zvládli sami. Pouhých 9 (5,5 %) respondentů uvedlo, že nikdy nebyli obětí ani svědkem násilného chování vyžadujícího dovolání PČR. Dle Ralbovské D., Lodinské a Ralbovské R. (2018) by již pouhý projev či náznak možné verbální agrese měl být indikací k dovolání a součinnosti s PČR. Podle jejich průzkumu mezi 272 respondenty jich 156 (57,4 %) zvolilo možnost, že by si jako možnost ochrany před útokem agresora dovolali hlídku PČR. Beránek (2017) tvrdí, že se hlídka PČR v případě výskytu agresora ve zdravotnickém zařízení sice dá dovolat, avšak pomoc nedorazí ihned. Proto se dle něj musí personál v první řadě spolehnout sám na sebe a své deeskalační schopnosti a zároveň znát prvky sebeobrany. Dle Koubíka (2018) a Koška (2022) by PČR měla být ihned dovolána v případě jakékoliv možnosti násilné bezpečnostní hrozby. Košek (2022) zároveň zmiňuje důležitost rescue čipů, kterých lze využít k dovolání PČR, pokud to nelze jiným způsobem. Taktéž Ptáček a Bartůněk (2011) jsou toho názoru, že v případě vystupňování agrese ze strany pacienta či doprovodu pacienta je vhodné okamžitě dovolat PČR. S tím souhlasí i Andršová (2012), která tvrdí, že při neočekávaných či již předem očekávaných problémech s agresivním pacientem či doprovodem je potřebné dovolat PČR. Jeden z respondentů do závěrečných připomínek poznamenal svůj názor: „V případech agresivních intoxikovaných osob, kdy nelze použít schéma komunikace, pomůže už jen PČR, která má často dlouhý dojezd.“ Dle našeho názoru a zkušeností je součinnost s PČR důležitá s ohledem na vzrůstající počet

incidentů a spolupráci hodnotíme kladně. V otázce č. 12 jsme se respondentů ptali, jestli znají zásady správné komunikace s agresorem. 139 (84,2 %) respondentů, tedy většina, uvedlo, že znají zásady správné komunikace s agresorem, což hodnotíme jako pozitivní skutečnost. Naopak 26 (15,8 %) respondentů uvedlo, že neznají zásady správné komunikace s agresorem. Dle našeho názoru by v rámci výkonu svého povolání na odděleních UP měli všichni znát zásady správného jednání s agresorem, avšak ze zkušeností víme, že realita je bohužel někdy dost odlišná od teorie. Pro zvládnutí agresivního či násilného chování ze strany pacienta či doprovodu by měly být dodrženy zásady správného jednání (Ptáček a Bartůněk, 2011). Dle Pokorné et al. (2019) mezi zásady správné komunikace s agresorem patří především prevence a vyhodnocení míry ohrožení agresorem, dále např. zaujmutí aktivního postoje během komunikace, nezahánět agresora do rohu, projevit zájem, nesoudit a nepoučovat, aktivně naslouchat, zvolit vhodnou neverbální komunikaci, vyhnout se direktivnímu a panovačnému jednání, nepoužívat odborné termíny a slangové výrazy, mluvit stručně, jasně a srozumitelně atd. Ralbovská D., Lodinská a Ralbovská R. (2018) a Docksai (2013) souhlasí s tvrzením, že nejdůležitější je především prevence vzniku či stupňování agresivního jednání a vyhodnocování míry ohrožení v dané situaci. Zároveň je podle Andršové (2012) důležité vyhodnocování signálů těla agresora, jako jsou např. zaťaté pěsti nebo ruce v kapsách, dupání, chvění těla, psychomotorický neklid, prudká gestikulace, proměnlivá mimika, divoké a rychlé pohyby aj. Němec a Stuchlíková (2007) ještě dodávají, že důležité je dbát i na správnou verbální komunikaci, tedy udržet přiměřený tón a intonaci, nezvyšovat hlas a tempo řeči, vyvarovat se ironie a sarkasmu, mluvit klidně a rozvážně aj. Ptáček a Bartůněk (2011) uvedli, že u zdravotníků jsou kladeny stále vyšší požadavky na profesionalitu, co se komunikace s agresivními pacienty či jejich doprovody ve ZZ týká. Do závěrečných poznámek jeden z respondentů uvedl zajímavý poznatek a to, že: *„Většinou ani správná komunikace nestačí. Myslím si, že*

i medializace tohoto problému, by byla na místě.“ V otázce č. 13 nás zajímalo, jestli si respondenti myslí, že by edukace správné komunikace s agresorem (ve formě školení či cvičení) vedla ke snížení množství fyzických a verbálních napadení personálu. Tato otázka se nepřímo vázala k hypotéze 3. Ze 165 respondentů jich 38 (23 %) odpovědělo, že rozhodně ano, 73 (44,2 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 48 (29,1 %) respondentů odpovědělo, že spíše ne a 6 (3,6 %) respondentů odpovědělo, že rozhodně ne. K hypotéze 3 se primárně vázala otázka č. 7, dle jejíž výsledků nebyly podmínky této hypotézy splněny. Hypotéza 3 se nám sice nepotvrdila, ale dle výsledných dat z otázky č. 13 můžeme říci, že respondenti jsou spíše nakloněni edukaci správné komunikace s agresivním pacientem formou školení či cvičení. Edukace a znalost různých komunikačních a obranných technik může vést k deeskalaci vznikajícího či již vzniklého vyhroceného konfliktu (Docksai, 2013). Beránek (2017) však upozorňuje na to, že znalost deeskalačních a komunikačních technik ve spoustě případů nepomůže před vyhrocenou situací, a proto poukazuje na důležitost znalosti prvků sebeobrany pro personál. Na konci dotazníku uvedl jeden z respondentů svůj názor k této otázce: *„Myslím, že není jednoduché ani pro školené vždy reagovat správně.“* Jiný respondent napsal: *„Myslím si, že není na místě pokaždé dovolávat PČR nebo zabezpečit každou nemocnici bezpečností agenturou. Prioritou by mělo být školení zaměstnanců UP, aby dokázali efektivně ustát agresivní verbální komunikaci a odklonit jí do míry, jež nepovede k fyzickému napadení. I přes to k němu ale může dojít a bylo by fajn cvičení v oblasti měkkých cílů.“* Skutečnost, že respondenti jsou nakloněni edukaci správné komunikace s agresivním pacientem formou školení i cvičení, hodnotíme jako pozitivní a souhlasíme s nutností znalosti správné komunikace a prvků sebeobrany. Dotazníková otázka č. 14 měla od respondentů zjistit, zda jejich pracoviště disponuje nějakými ochrannými prostředky pro případnou obranu před možnou fyzickou agresí ze strany pacienta či doprovodu pacienta. Celkem 119 (72,1 %) respondentů odpovědělo, že jejich pracoviště disponuje nějakými

ochrannými prostředky pro obranu. Naopak 46 (27,9 %) respondentů odpovědělo, že na jejich pracovišti se žádné ochranné prostředky nenacházejí. Košek (2022) tvrdí, že nejčastějšími ochrannými prostředky vyskytujícími se na oddělení UP jsou pepřové a slzné spreje, taktická pera, svítilny, rescue čipy, osobní zvukový alarm aj. Dle našeho názoru by ochrannými prostředky pro obranu personálu před fyzickou agresí pacientů či jejich doprovodů mělo disponovat každé oddělení UP všech ZZ. Dotazníková otázka č. 15 byla řešena jako polootevřená a měla možnost zvolení více odpovědí. Respondenti vybírali z již předem definovaných odpovědí nebo přidali svou vlastní. Z tohoto důvodu zde nebylo možné vyjádřit procentuální podíl za počet respondentů, ale za celkový počet všech odpovědí. V této otázce nás zajímalo, co by dle názoru respondentů zlepšilo bezpečnost personálu před potenciální agresí ze strany pacientů, popř. doprovodu pacientů. Až 90 respondentů zvolilo možnost častějšího školení v oblasti komunikace s agresivním pacientem. 85 respondentů zvolilo možnost častějšího cvičení v oblasti ochrany měkkých cílů. Nejčastěji volená odpověď byla stálá přítomnost ochranky či bezpečnostní agentury. Tuto odpověď zvolilo až 98 respondentů. Dle Ministerstva vnitra ČR (2016) je kvalitně a efektivně proškolený personál bezpečnostní služby neúčinnějším bezpečnostním prvkem daného objektu. Jeden z respondentů v závěru dotazníku uvedl: *„Bylo by fajn, kdybychom v naší bezpečnostní službě měli schopnější a bystřejší jedince. Určitě by to ZZ stálo více peněz než ti současní. Prakticky si s nejagresivnějšími stejně musíme ve většině případů poradit sami a jen málokterí jsou opravdu schopni pomoci.“* Další z respondentů k tomu dodal: *„Management nemocnice by měl mít zájem chránit své zaměstnance, které neumí zajistit, natož nahradit. Pracovníci nejmenované bezpečnostní agentury jsou směšnými figurkami, které nemají žádné pravomoci a nebudí žádný respekt. Vyhazování peněz za nepřetržitou službu této agentury by bylo lépe využít na opravdu účinné preventivní metody.“* Zastoupení s počtem 80 respondentů měla odpověď alarmové tlačítka na PČR. Dle Koška (2022) by alarmová tlačítka pro přivolání PČR měla být

rozmístěna po vytipovaných místech daného oddělení UP, s tím, že personál bude o jejich umístění předem poučen. 65 respondentů vybralo možnost více obranných prostředků a 49 respondentů zvolilo kamerový a odposlouchávající systém. Kamerový systém je nejčastěji používaný bezpečnostní prvek v oblasti prevence a zabezpečení objektu (Kubricht, 2007). 14 respondentů přidalo navíc své vlastní odpovědi. 3 respondenti si myslí, že by pacienti měli být lépe edukováni o chodu daného oddělení. Jeden z respondentů konkrétně uvedl: *„Lepší edukace pacientů a široké veřejnosti, aby nebyli vystaveni stresové situaci při vyčkávání na ošetření sebe nebo svého blízkého.“* Další z respondentů ke své odpovědi dodal, že osvěta či mediální kampaň jsou cestou, jak dostat informaci o řešené problematice mezi společnost. Do závěrečných poznámek dotazníku jeden z respondentů dodal: *„Hodily by se i morální poučky pro pacienty, ve smyslu, že nejsou sami, kdo je zde nemocný... Zkrátka aby se chovali slušně a ohleduplně nejen k personálu, ale i ostatním pacientům.“* 3 respondenti napsali odpověď kurzy sebeobrany. Jeden z respondentů ke své odpovědi dodal: *„Zásah ochranky trvá dlouho a obranné prostředky bez nácviku použití nejsou dost účinné. (Zkušenosti z AČR).“* S tímto tvrzením souhlasí Beránek (2017), dle kterého se PČR či ochranka sice dá v případech ohrožení dovolat, ale pomoc není okamžitá, a proto se personál musí hlavně spolehnout na své deeskalační schopnosti a dovednosti v sebeobraně. Podle 3 respondentů by mělo být ze strany ZZ podáno trestní oznámení na agresivního pacienta či doprovod pacienta. Jeden z respondentů konkrétně napsal: *„Sám bych vnímal jako zadostiučinění, kdyby tyto agresivní lidi dále řešila policie a byli postihováni, ať už pokutou nebo s nimi bylo zahájeno správní nebo i trestní řízení.“* Další z respondentů napsal: *„Vhodné by byly tresty pro agresivní pacienty – reálně nejsou případy agresivních pacientů vůbec řešeny, pokud nedojde k fyzickému napadení zdravotníka (cílem musí být prevence/ochrana, ne následek/poškození).“* V poznámkách na konci dotazníku jeden respondent dodal: *„Pokud jakákoliv forma agresivity směrem ke zdravotníkům bude beztrestná jako dosud, bude se agresivita jen stupňovat.“* 2 respondenti se shodli, že by přítomná

ochranka ve ZZ měla mít větší pravomoc. Dle Ministerstva vnitra ČR (2016) musí bezpečnostní pracovníci pracovat na základě předem stanovených standardů a postupů, které je nutné sepsat pro každý objekt zvlášť a mělo by docházet pravidelně k jejich revizi. Jeden z respondentů navrhl neprůstředné sklo na triážní recepci, kde dle něj dochází k nejvíce útokům. Dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví (2015) je triážní recepce místo nejčastějšího konfliktu zdravotnického personálu s pacienty, popř. s doprovody pacientů. 2 respondenti by si přáli lepší personální zabezpečení a efektivnější organizaci péče. Konkrétně jeden z nich napsal: *„Vhodné by bylo mít více času na problémové pacienty/doprovody. V našem provozu jsou mnohé teoretické poučky o deeskalaci konfliktu prakticky neproveditelné, protože jsme zavaleni prací s dalšími pacienty. K nejhorším konfliktům, kterých jsem byl svědkem, vždy došlo v situaci, kdy jsme měli plné oddělení a sotva jsme stíhali nejnnutnější úkony u pacientů.“* Jeden respondent uvedl, že by reálně chtěl mít možnost odmítnout péči u takového pacienta. V závěrečných poznámkách některý z respondentů konkrétně uvedl: *„Byl bych rád, kdyby například zdravotníci ze záchranné služby nejmenovaného kraje mohli agresivní lidi, kteří odmítají jakákoliv vyšetření/ošetření ponechávat na místě a neodváželi je proti jejich vůli, mnohdy s PČR za použití donucovacích prostředků do nemocnic. Pak se nedivím, že to takové lidi vyprovokuje k ještě větší agresivitě vůči nám.“* Jiný respondent navrhl regulování vstupu osob bez potřeby ošetření do ZZ a zároveň důkladnou evidenci osob, kterým byl vstup do ZZ umožněn. To dle Hartmanna (2018) není možné, protože z důvodu splnění základní funkce a chodu nemocnic není možné volný pohyb nějakým způsobem regulovat, a kontrola či filtrace osob je značně omezená, protože na zdravotní péči má ze zákona nárok každý. Rožek (2019) dodal, že požadavek neomezeného přístupu všem a nepřetržitý provoz oddělení UP v rámci bezpečnosti nevytváří ze ZZ to nejlépe zabezpečené místo. V závěrečných poznámkách jeden z respondentů ještě k tomuto bodu dodal: *„Myslím, že by byly vhodné v každé nemocnici nějaké detektory kovu. Když vám pacient pronese zbraň na lůžko, tak už může být pozdě.“*

S tvrzením tohoto respondenta souhlasíme, avšak dle našeho názoru je v současné době aplikace rentgenů, detektorů kovu a kontroly výbušnin v podmínkách ZZ prozatím možností značně mimo rozpočtovou stránku ZZ. K dalším problémům by pak patřila náročná logistika vstupu pacientů do ZZ, a to včetně těch, které přiveze ZZS přímo na oddělení UP. S naším tvrzením souhlasí i Hartmann (2018), který říká, že z důvodu vysokých nároků na zachování primární funkce ZZ jsou možnosti omezení pohybu, míra kontroly a filtrování osob při vstupu do ZZ značně omezené. V neposlední řadě by jeden z respondentů navíc navrhoval lepší přístup PČR do ZZ. V závěru jeden z respondentů uvedl k celé problematice ve ZZ svůj názor: *„Myslím si, že ochranka s mandátem na ochranu osob a povolení zaměstnancům nosit osobní zbraně (na zbrojní průkaz) by mohlo výrazně snížit počet incidentů, jako byly ve Fakultní nemocnici Ostrava. Neboť i základní výcvik se zbraní během přípravy na zbrojní průkaz je dostatečná průprava, jak po stránce práva, tak po stránce praktického výcviku, k zamezení zbytečným škodám, jak na zdraví a životech, tak i na majetku.“* S tvrzením tohoto respondenta určitě nesouhlasíme. Zaměstnanci UP ani jiní pracovníci ZZ by rozhodně neměli během výkonu svého povolání u sebe nosit střelnou zbraň. Nošení střelné zbraně by mělo být v rámci měkkých cílů standardně povoleno pouze kvalitně proškoleným pracovníkům bezpečnostní služby, ale v jiných institucích než ve ZZ. ZZ jsou místem, kde by nošení střelných zbraní mělo být striktně zakázáno z důvodu zdejšího výskytu různých medicínálních plynů a nebezpečných chemikálií, movitých předmětů a drahých technologií, ale především z důvodu vysoké koncentrace osob vyskytujících se běžně v areálu ZZ.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací z výzkumného šetření a studií zadané problematiky diplomové práce lze poskytnout souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu řešené problematiky na urgentních příjmech vybraných zdravotnických zařízení.

Pravidelné kurzy sebeobrany a školení v komunikaci s agresorem

Dle výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina respondentů se nikdy nezúčastnila školení, ani cvičení v oblasti ochrany měkkých cílů. Zároveň však personál má zájem o vzdělávání v oblasti ochrany měkkých cílů, jak formou praktických cvičení, tak formou nácviku komunikačních dovedností s agresorem. Spousta respondentů se navíc v minulosti stala obětí verbální agrese a někteří i obětí fyzického napadení. Pravidelná edukace by proto měla pomoci ke snížení pravděpodobnosti vzniku nežádoucích incidentů a zvýšení schopnosti personálu vyvarovat se podobným situacím, případně při vzniku konfliktní až násilné situace se umět ubránit pomocí prvků sebeobrany, alespoň do doby, než dorazí PČR.

Osvěta veřejnosti v médiích

Osvěta veřejnosti pomocí hromadných sdělovacích prostředků by byla jistě vhodným řešením prevence vzniku konfliktních situací na UP ve ZZ. Široká veřejnost ve většině případů nerozumí nastavenému zdravotnickému systému a podmínkám, kterými se musí personál ve ZZ řídit. Správná a pravidelná osvěta v médiích by mohla vést ke kvalitní edukaci veřejnosti o podmínkách poskytování lékařské a ošetrovatelské péče, o nastavených podmínkách a pravidlech ve ZZ a celkově o zdravotnickém systému ČR.

Státní podpora financování ochrany měkkých cílů

Financování ochrany měkkých cílů od státu by mohlo výrazně zlepšit současný stav zabezpečení ZZ, ale i zabezpečení měkkých cílů obecně. Stát se na zabezpečení měkkých cílů v našem státě podílí pouze minimálně, a to z důvodu nedostatečných prostředků pro zabezpečení tak nadměrného množství měkkých cílů. Měkké cíle jsou tedy převážně zabezpečovány pomocí vlastních soukromých prostředků, které mají vlastníci, provozovatelé či pořadatelé měkkých cílů k tomuto účelu k dispozici.

Zlepšení bezpečnostních opatření ZZ

Zdravotnická zařízení jsou, jakožto měkké cíle, místa s nízkým stupněm zabezpečení a vysokou koncentrací osob. Z důvodu nárůstu množství agresivních až násilných konfliktních situací a celkovému zhoršení bezpečnosti měkkých cílů vlivem násilných bezpečnostních hrozeb, by mělo dojít ke značnému posílení bezpečnostních opatření ve všech ZZ a měkkých cílech obecně. Nejdůležitější je vždy prevence a připravenost před podobnými nežádoucími situacemi. Doporučením by tedy bylo zlepšení zabezpečení pomocí prvků aktivní, pasivní i fyzické ochrany. Konkrétně na každém UP by měl být standartně kamerový systém se záznamem, oddělení by mělo být uzavřeno a zabezpečeno před nepovolaným vstupem cizích návštěvníků, přítomno by mělo být rescue tlačítko pro rychlé přivolání PČR v případě nutnosti, vedení oddělení UP by mělo personálu opatřit ochranné prostředky při nutnosti sebeobranu. V neposlední řadě by v rámci prvků fyzické ochrany měl být v každém ZZ přítomen proškolený bezpečnostní personál, který by byl v případě nutnosti schopen zasáhnout proti útočnickovi, ještě před příjezdem dovolané PČR.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení. Téma bylo vybráno z důvodu své aktuálnosti a frekventovanosti během klasického provozu urgentních příjmů v posledních letech. Hlavním cílem práce bylo zjistit aktuální stav a připravenost UP vybraných ZZ v rámci problematiky ochrany měkkých cílů a na základě těchto zjištění vydat souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu. V práci byly zároveň stanoveny 3 hypotézy. Hypotéza 1 a hypotéza 2 byly potvrzeny, hypotéza 3 potvrzena nebyla. Celkově však byl hlavní cíl práce splněn. Z výsledků výzkumného šetření práce a sestrojené SWOT analýzy byly zjištěny nedostatky aktuálního stavu připravenosti urgentních příjmů na výskyt nežádoucích konfliktních situací a možných bezpečnostních hrozeb na pracovištích UP. Dle zjištěných informací z výzkumu a studia odborné literatury v rámci zpracovávání tématu práce byla navržena souhrnná doporučení pro zlepšení současného stavu ochrany měkkých cílů na pracovištích UP. Dále byly při zpracovávání řešené problematiky zjištěny další nedostatky a slabé stránky. Mezi největší z nich patří neexistující aktualizace koncepce ochrany měkkých cílů a mezinárodně uznávané platné definice, nedostatečná podpora státního financování, neuspokojivá podpora ze strany vedení ZZ a zvyšující se incidence bezpečnostních hrozeb. ZZ zkrátka nejsou dostatečně zabezpečena. Zásadním problémem je však skutečnost, že se všechny tyto zjištěné nedostatky v současné době téměř neřeší, a proto by v budoucnu bylo potřebné se tomuto tématu začít více věnovat jak ve ZZ, tak v oblasti ochrany měkkých cílů obecně. Problematika ochrany měkkých cílů rozhodně není jednoduchým tématem, a tudíž je důležité toto téma neustále připomínat a vyzdvihoval do povědomí veřejnosti, protože bezpečnostní hrozby jsou reálné a je jen otázkou času, kdy se znovu nějaká objeví.

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj.	A jiné
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd.	A tak dále
ČR	Česká republika
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
Např.	Například
NVZ	Nástražné výbušné zařízení
PČR	Policie České republiky
Popř.	Popřípadě
SWOT	Strategická analýza
Tzv.	Takzvané
UP	Urgentní příjem
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABAS IPS MANAGEMENT. Fenomén šíleného střelce – uteč, schovej se, bojuj. *Bezpečnost s profesionály*. 2017, (1), 17-18. ISSN 2336-4793.

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.

APELTAUER, Tomáš et al. *Ochrana měkkých cílů*. Praha: Leges, 2019. ISBN 978-80-7502-427-5.

BERÁNEK, Václav. *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0714-9.

BERÁNEK, Václav. Sebeobrana klečícího záchranáře. *Rescue report*. 2020, **23**, 18-21. ISSN 2336-503X.

BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

BURGET, Filip a Pavel DOUŠA. Doporučení řešení krizového stavu při hromadném neštěstí se zaměřením na teroristický útok. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechoslovaca*. 2020, **87**(1), 62-67. ISSN 0001-5415.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (Zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2011, **2011**(372). Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Psychologické posuzování nebezpečnosti výhružek*. Praha: Policejní akademie ČR, 2010, s. 20.

DOCKSAI, Rick. *Lawmakers and hospitals take actions to curb violence against nurses*. [online]. Copyright: Nursing Licensure, 2013. Dostupné z: [http://www.nursinglicensure.org/articles/workplace violence.html](http://www.nursinglicensure.org/articles/workplace%20violence.html)

FRANZ, Simone et al. Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*. 2010, **10**(51), 8 s. ISSN 1472-6963.

HANH, Sabine et al. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, **19**, 3535-3546. ISSN 1365-2702.

HARTMANN, Petr. Fyzická bezpečnost velkých nemocnic ve světle současných bezpečnostních hrozeb. *Bezpečnost s profesionály*. 2018, (1), 11-12. ISSN 2336-4793.

INSTITUT POLITICKÉHO MARKETINGU. *Slovník politického marketingu: SWOT analýza*. 2015. Dostupné z: <https://politickymarketing.com/glossary/swot-analyza>

KOŠEK, Jiří. *Pracovní postup: Ochrana měkkého cíle*. Interní dokument Krajské nemocnice Liberec, 2022, 7 s.

KOUBÍK, Karel. Jak postupovat při nálezů nástražného výbušného systému? *Bezpečnost s profesionály*. 2018, (1), 23-24. ISSN 2336-4793.

KUBÍKOVÁ, Zuzana. Kriminalistická charakteristika útoků na měkký cíl. *Bezpečnost s profesionály*. 2019, (3), 24-25. ISSN 2336-4793.

KUBRICHT, Jiří. Výstavba kamerových systémů a některá úskalí při jejich realizaci. *Security magazín*. 2007, 14(5), 8-27. ISSN 1210-8723.

KUNEŠ, František. Jak chránit "měkké cíle"? *Bezpečnost s profesionály*. 2018, (2), 3-4. ISSN 2336-4793.

LOVEČEK, Tomáš. Pasivní prvky ochrany jako součást bezpečnostního systému. *Security magazín*. 2007, 14(2), 26-30. ISSN 1210-8723.

MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

MILLER, Rory Kane a Jan KADLEC. *Komunikace v konfliktu*. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4815-6.

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Strategie České republiky pro boj proti terorismu od r. 2013* [online]. Praha, 2013, 32 s. Dostupné z: web MV ČR; <https://www.mvcr.cz/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Základy ochrany měkkých cílů – metodika* [online]. Praha, 2016, 42 s. Dostupné z: web MV ČR; <https://www.mvcr.cz/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020* [online]. Praha, 2017, 31 s. Dostupné z: web MV ČR; <https://www.mvcr.cz/>

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Ochrana měkkých cílů* [online]. Praha, 2023. Dostupné z: web MV ČR; <https://www.mvcr.cz/clanek/ochrana-mekkych-cilu.aspx>

MINISTERSTVO VNITRA – GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HZS ČR. *Soubor typové činnosti 14/IZS – AMOK – útok aktivního střelce*. Praha, 2014, 21 s. Dostupné z: web HZS ČR; <https://www.hzscr.cz/>

NĚMEC, Ivo a Helena STUHLÍKOVÁ. Agresivní pacient. *Sestra*. 2007, **17**(11), 24. ISSN 1210-0404.

NETUŠILOVÁ, K. Veronika a Tibor A. BREČKA. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. *Urgentní medicína*. 2015, **18**(3), 32-35. ISSN 1212-1924.

PEKARA, Jaroslav. Agresoři zbytečně mrhají cennými minutami záchranářů a hasičů. *Rescue report*. 2017, **20**(1), 46-47. ISSN 2336-503X.

POKORNÁ, Andrea et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.

POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3939-0.

POLÁK, Martin. *Třídění pacientů na oddělení emergency, aneb návrh, jak by to mohlo vypadat*. Praha: Mladá fronta, 2018, 75 s. ISBN 978-80-204-4650-3.

POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY. *Utíkej, schovej se, bojuj!* [online]. Praha, 2023. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/utikej-schovej-se-bojuj.aspx>

PROCHÁZKOVÁ, Dana. *Bezpečnost kritické infrastruktury*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2012. ISBN 978-80-01-05103-0.

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

RALBOVSKÁ, D. CH., M. LODINSKÁ a R. RALBOVSKÁ. Problematika agresivního jednání a napadání členů IZS. *Bezpečnost s profesionály*. 2018, (3), 23-24. ISSN 2336-4793.

ROŽEK, David. Bezpečnost nemocničních zařízení. *Security magazín*. 2019, **25**(3), 18-19. ISSN 1210-8723.

SMOLÍK, Josef a Tomáš ŠMÍD. *Vybrané bezpečnostní hrozby a rizika 21. století*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2010. ISBN 978-80-210-5288-8.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. vyd. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠTĚTINA, Jiří et al. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014, 560 s. ISBN 978-80-247-4578-7.

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

VEVERA, Jan a Martin ČERNÝ. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, **12**(2), 69-71. ISSN 1213-0508.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ. Urgentní příjem v ČR. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2015, (4), 28-32. ISSN 1212-1924.

VILÁŠEK, J., M. FIALA a D. VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-5067-8.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Definition and typology of violence*. WHO [online]. Geneva, 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>

ZEMAN, Petr et al. *Česká bezpečnostní terminologie: výklad základních pojmů*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2002. ISBN 80-210-3037-2.

13 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 - SWOT analýza ochrany měkkých cílů na UP	49
Tabulka 2 - Silné stránky	53
Tabulka 3 - Slabé stránky	54
Tabulka 4 - Příležitosti	56
Tabulka 5 - Hrozby	58
Tabulka 6 - Celkové vyhodnocení SWOT analýzy.....	60
Tabulka 7 - Zdravotnické zařízení	61
Tabulka 8 - Pracovní pozice	62
Tabulka 9 - Délka praxe	63
Tabulka 10 - Pocit bezpečí v zaměstnání	64
Tabulka 11 - Zvyšování množství agresivních pacientů/doprovodů.....	65
Tabulka 12 - Znalost pojmu měkký cíl	66
Tabulka 13 - Účast na školení/cvičení	67
Tabulka 14 - Znalost metodiky USB.....	68
Tabulka 15 - Oběť verbální agrese.....	69
Tabulka 16 - Oběť fyzického napadení.....	70
Tabulka 17 - Vyžádání přítomnosti PČR	72
Tabulka 18 - Znalost komunikace s agresivním pacientem.....	73
Tabulka 19 - Správná edukace komunikace s agresivním pacientem	74
Tabulka 20 - Ochranné prostředky na pracovišti.....	75

14 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Kvadranty SWOT analýzy	49
Obrázek 2 - Zdravotnické zařízení	61
Obrázek 3 - Pracovní pozice.....	62
Obrázek 4 - Délka praxe	63
Obrázek 5 - Pocit bezpečí v zaměstnání	64
Obrázek 6 - Zvyšování množství agresivních pacientů/doprovodů	65
Obrázek 7 - Znalost pojmu měkký cíl	67
Obrázek 8 - Účast na školení/cvičení	68
Obrázek 9 - Znalost metodiky USB.....	69
Obrázek 10 - Oběť verbální agrese	70
Obrázek 11 - Oběť fyzického napadení.....	71
Obrázek 12 - Vyžádání přítomnosti PČR	72
Obrázek 13 - Znalost komunikace s agresivním pacientem.....	73
Obrázek 14 - Správná edukace komunikace s agresivním pacientem	74
Obrázek 15 - Ochranné prostředky na pracovišti.....	75
Obrázek 16 - Zlepšení bezpečnosti na pracovišti	76

15 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník výzkumného šetření

Příloha B Vzor žádosti o provedení výzkumného šetření

Problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení

Dobrý den, vážení respondenti,

jmenuji se Daniel Kramosil a studuji na Fakultě biomedicínského inženýrství na ČVUT v Praze kombinovaně obor Civilní nouzové plánování. Pracuji na pozici zdravotnického záchranáře na Oddělení urgentní medicíny v Krajské nemocnici v Liberci. Toto téma jsem si vybral z důvodu jeho aktuálnosti a frekventovanosti během běžného provozu na všech urgentních příjmech. Rád bych Vás proto požádal o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumného šetření týkajícího se ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení.

Dotazník je zcela anonymní.

Zpracovatel výzkumného šetření: Bc. Daniel Kramosil

Vedoucí výzkumného šetření: Ing. Alexandra Plačková

V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

- Fakultní nemocnice v Motole
- Krajská nemocnice Liberec
- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
- Jiná...

Jaká je Vaše pracovní pozice v nemocnici?

- Lékař
- Zdravotnický záchranář
- Všeobecná sestra
- Praktická sestra

- Sanitář
- Administrativní/technický pracovník

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20 let
- Více než 20 let

Cítíte se ve svém zaměstnání bezpečně?

- Zcela v bezpečí.
- Spíše v bezpečí.
- Spíše v nebezpečí.
- Zcela v nebezpečí.

Dle Vašeho názoru, zvyšuje se množství agresivních pacientů, případně jejich doprovodů?

- Ano, spíše agresivních pacientů.
- Ano, spíše doprovodů.
- Ano, obou možností.
- Ne, nezvyšuje.

Víte, co je to měkký cíl?

- Místo s vysokým stupněm ochrany proti napadení a neoprávněnému vniknutí.
- Místo s nízkým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob.
- Místo se středně vysokým stupněm zabezpečení před napadením a vysokou koncentrací osob.

Zúčastnil/a jste se někdy školení, případně cvičení v rámci projektů na ochranu měkkých cílů ve Vaší nemocnici?

- Ano, pouze školení.
- Ano, pouze cvičení.
- Ano, obou možností.
- Ne, nezúčastnil/a.

Znáte metodiku USB (Uteč! – Schovej se! – Bojuj!)?

- Ano, znám.
- Ne, neznám.

Stal/a jste se někdy obětí verbální agrese ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

- Ano, ze strany pacienta.
- Ano, ze strany doprovodu pacienta.
- Ano, od obou stran.
- Ne, nestal/a.

Stal/a jste se někdy obětí fyzického napadení ze strany pacienta, případně jeho doprovodu?

- Ano, ze strany pacienta.
- Ano, ze strany doprovodu pacienta.
- Ano, od obou stran.
- Ne, nestal/a.

Pokud jste byli svědky, případně obětí jakékoli formy agrese ve Vaší nemocnici, vyžádali jste si Vy, případně Vaši kolegové, přítomnost Policie České republiky?

- Ano, já.
- Ano, moji kolegové.

- Ne, nevyžádal/i.
- Nebyl/a jsem nikdy svědkem, ani obětí.

Víte, jakým způsobem komunikovat s agresivním pacientem?

- Ano, vím.
- Ne, nevím.

Myslíte si, že by správná edukace v komunikaci s agresivním pacientem (ve formě školení či cvičení) vedla ke snížení počtu fyzických a verbálních napadení personálu?

- Rozhodně ano.
- Spíše ano.
- Spíše ne.
- Rozhodně ne.

Disponuje Vaše pracoviště nějakými ochrannými prostředky pro případnou obranu před fyzickou agresí pacientů?

- Ano, disponuje.
- Ne, nedisponuje.

Co by, dle Vašeho názoru, zlepšilo bezpečnost personálu před potenciální agresí ze strany pacientů, popřípadě jejich doprovodů? (více možností)

- Častější školení v oblasti komunikace s agresivním pacientem.
- Častější cvičení v oblasti ochrany měkkých cílů.
- Přítomnost ochranky/bezpečnostní agentury.
- Kamerový a odposlouchávací systém.
- Alarmové tlačítko na PČR.
- Více druhů obranných prostředků.
- Jiná...

Máte nějakou připomínku či poznámku k problematice ochrany měkkých cílů?
Podělte se prosím o Váš postřeh.

Příloha B Vzor žádosti o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

Dovoluji si Vás požádat o povolení uskutečnit na urgentním příjmu (název nemocnice) dotazníkové šetření v rámci mé diplomové práce na téma: Problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení. Jedná se o krátký dotazník určený pracovníkům pracujícím na urgentních příjmech (dotazník je určen pro střední zdravotnický personál, lékaře a sanitáře; skládá se z 15 uzavřených otázek). V případě zájmu, Vás rád po vyhodnocení výsledků dotazníkové šetření, s konečnými výsledky seznámím.

Děkuji, s pozdravem a přáním příjemného dne

Bc. Daniel Kramosil

Potvrzení o zpracovávání diplomové práce

Potvrzujeme tímto, že student Bc. Daniel Kramosil, zpracovává diplomovou práci v rámci studia – magisterský studijní program Civilní nouzové plánování, 2. ročník, na Fakultě biomedicínského inženýrství, ČVUT v Praze.

Téma diplomové práce: Problematika ochrany měkkých cílů v rámci urgentních příjmů vybraných zdravotnických zařízení

Vedoucím diplomové práce je: Ing. Alexandra Plačková

Ing. Hana Kličková

Fakulta biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze