



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE  

---

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ  
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

# Úroveň ochrany zdravotnického personálu urgentního příjmu před napadením

## Level of Emergency Department Medical Personnel Protection Against Assault

Bakalářská práce

Studijní program: Zdravotnické záchranářství

Autor bakalářské práce: Pryšljuk Oleg

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Handl Lukáš

---

Kladno 2023

## I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Pryšljuk** Jméno: **Oleg** Osobní číslo: **499575**  
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**  
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**  
Studijní program: **Zdravotnické záchranářství**

## II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

**Úroveň ochrany zdravotnického personálu urgentního příjmu před napadením**

Název bakalářské práce anglicky:

**Level of Emergency Department Medical Personnel Protection Against Assault**

Pokyny pro vypracování:

Bakalářská práce se bude zabývat analýzou úrovně připravenosti zdravotnického personálu urgentního příjmu k ochraně před verbálním či fyzickým napadením. V teoretické části bude popsán princip a organizace urgentního příjmu a úkoly zdravotnického personálu. Dále budou zmíněna jednotlivá rizika pro zdravotnický personál, zejména riziko napadení, jeho formy, četnost a možné způsoby prevence a ochrany zdravotnického personálu. V praktické části bude zhodnocena reálná četnost a vyvolávající faktory jednotlivých forem napadení zdravotníků na urgentních příjmech fakultních nemocnic. Na základě kvantitativního hodnocení dotazníkového šetření a ilustrativních případových studií bude posouzena reálná připravenost zdravotníků chránit se před napadením či napadení předcházet. Na základě výsledků budou navržena možná opatření ke zvýšení bezpečnosti urgentních příjmů.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, Urgentní medicína v klinické praxi lékaře, ed. 2, Praha: Grada, 2018, 480 s., ISBN 978-80-271-0596-0
- [2] ŠIMEČKOVÁ, Eva a Jitka JORDÁNOVÁ, Násilí na pracovišti a jeho řešení v právním řádu České republiky, Francie a Itálie, ed. 1., Praha: Leges, 2015, 191 s., ISBN 978-80-7502-070-3
- [3] POKORNÁ, Andrea a kol., Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza, ed. 1., Praha: Grada, 2019, 256 s., ISBN 978-80-271-0720-9
- [4] ŽALUDEK, Adam, Management kvality a rizik psychiatrické péče, ed. 1., Praha: Grada, 2020, 248 s., ISBN 978-80-271-2275-2

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

**MUDr. Lukáš Handl**

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **14.02.2023**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2024**

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

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

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Úroveň ochrany zdravotnického personálu urgentního příjmu před napadením 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 Praze dne 17.05.2023

.....  
Oleg Pryšljuk

## **PODĚKOVÁNÍ**

Rád bych touto cestou poděkoval všem, kteří mi pomohli při psaní této bakalářské práce. Zejména bych chtěl poděkovat svému vedoucímu práce, MUDr. Lukášovi Handlovi, za jeho trpělivost, ochotu a cenné rady. Dále bych chtěl poděkovat své rodině a přátelům za podporu, povzbuzení a porozumění během celého studia.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na připravenost zdravotnického personálu urgentního příjmu před fyzickým či verbálním napadením. Cílem práce je zjistit četnost a faktory napadení na urgentních příjmech a zmapovat, jestli personál ví, jak bezpečně postupovat v případě napadení.

V teoretické části je popsán urgentní příjem, jeho struktura, personální obsazení, a také proces příjmu a třídění pacientů. Tato část se dále zaměřuje na rizika pro zdravotnický personál, zejména na násilí ve zdravotnictví a možnost napadení. Následně jsou zde vysvětleny principy prevence a ochrany před napadením, a to hlavně komunikace, sebeobrana a použití omezovacích prostředků. Také jsou zde zmíněny výsledky různých výzkumů, které se týkají těchto témat.

Praktická část je zpracovaná formou dotazníků složeného z 26 otázek. Otázky byly zaměřeny na četnost, faktory napadení a zda jsou poskytovány preventivní opatření proti napadení pro personál. Výsledky šetření byly prezentovány v textové, tabulkové a grafické formě.

### **Klíčová slova**

Napadení; prevence; urgentní příjem; zdravotnický personál; násilí; komunikace

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis focuses on the preparedness of emergency medical personnel against physical or verbal assault. The aim of the thesis is to determine the frequency and factors of assaults in emergency admissions and to map whether staff know how to safely deal with an assault.

The theoretical part describes the emergency reception, its structure, staffing, and the process of receiving and triaging patients. This section also focuses on the risks for healthcare staff, in particular violence in healthcare and the possibility of assault. The principles of prevention and protection from assault are then explained, especially communication, self-defence and the use of restraints. The results of various research studies on these topics are also mentioned.

The practical part is developed in the form of a questionnaire consisting of 26 questions. The questions focused on the frequency, factors of assault and whether assault prevention measures are provided for staff. The results of the survey were presented in textual, tabular and graphical form.

## **Keywords**

Assault; prevention; emergency admission; medical staff; violence; communication

## Obsah

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Úvod.....  | 9  |
| 2     | Cíle práce.....  | 10 |
| 3     | Přehled současného stavu.....                                  | 11 |
| 3.1   | Urgentní příjem.....   | 11 |
| 3.1.1 | Struktura urgentního příjmu .....                              | 13 |
| 3.1.2 | Složení týmu urgentního příjmu.....                            | 15 |
| 3.1.3 | Příjem a třídění pacienta na oddělení urgentního příjmu.....   | 16 |
| 3.1.4 | UP FN Motol .....  | 18 |
| 3.1.5 | UP FN Na Bulovce .....   | 19 |
| 3.2   | Rizika pro zdravotnický personál .....                         | 20 |
| 3.2.1 | Násilí ve zdravotnictví .....                                  | 21 |
| 3.2.2 | Napadení .....   | 26 |
| 3.3   | Prevence a ochrana zdravotnického personálu.....               | 29 |
| 3.3.1 | Komunikace jako prevence před napadením .....                  | 30 |
| 3.3.2 | Sebeobrana .....   | 31 |
| 3.3.3 | Použití omezovacích prostředků .....                           | 32 |
| 3.4   | Přehled dat z výzkumu v ČR a zahraničí na podobná témata ..... | 34 |
| 4     | Metodika.....  | 36 |
| 5     | Výsledky.....  | 37 |
| 6     | Diskuze .....  | 63 |
| 7     | Závěr .....  | 69 |
| 8     | Seznam použitých zkratk.....                                   | 70 |
| 9     | Seznam použité literatury .....                                | 71 |

|    |                                |    |
|----|--------------------------------|----|
| 10 | Seznam použitých obrázků ..... | 79 |
| 11 | Seznam použitých tabulek.....  | 80 |
| 12 | Seznam Příloh.....             | 81 |



# 1 ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku ochrany zdravotnického personálu urgentního příjmu před napadením. Jde o závažný a stále častější jev, se kterým se setkávají zdravotničtí pracovníci během výkonu svého povolání. Zatímco zdravotnický personál zajišťuje léčbu a péči o pacienty, musí často čelit verbálnímu i fyzickému napadení ze strany agresivních pacientů nebo členů veřejnosti. Takové incidenty mohou mít důsledky na zdraví a psychiku zdravotnických pracovníků, a mohou dokonce vést k tomu, že se cítí ohroženi a neschopni plnit svou práci v plném rozsahu. Proto je velmi důležité zkoumat úroveň ochrany zdravotnického personálu a hledat možnosti, jak tento problém řešit.

Moje motivace k napsání této bakalářské práce byla osobní zkušenost, kterou jsem získal během své školní praxe na urgentním příjmu, kde jsem byl svědkem verbálního a fyzického napadení zdravotnického personálu.

Získané poznatky by mohly být užitečné pro zdravotnické pracovníky a instituce, které se s touto problematikou potýkají, a mohly by vést k lepšímu porozumění této problematice a ke zlepšení ochrany zdravotnického personálu v budoucnu.

## 2 CÍLE PRÁCE

**Cíl 1:** posoudit reálnou četnost a vyvolávající faktory napadení zdravotnického personálu urgentních příjmů

**Hypotéza 1:** předpokládáme že, napadení zdravotnického personálu urgentních příjmu jsou častá a mají konkrétní vyvolávající faktory

**Cíl 2:** posoudit reálnou úroveň připravenosti zdravotnického personálu urgentních příjmů k obraně před napadením

**Hypotéza 2:** předpokládáme že, připravenost zdravotnického personálu urgentních příjmů k obraně před napadením je dostatečná

## 3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

### 3.1 Urgentní příjem

*„Urgentní příjem je zřizován jako samostatné specializované pracoviště poskytovatelů poskytujících akutní lůžkovou péči s nepřetržitým provozem 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu. Zajišťuje příjem a poskytování akutní intenzivní lůžkové péče a akutní specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a také pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu. Je určen pro pacienty transportované do zdravotnického zařízení výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby a pro pacienty s akutním zdravotním problémem, kteří přicházejí sami bez doporučení lékaře.“ [1]*

Urgentní příjem (UP), také označovaný jako akutní příjem, oddělení centrálního příjmu, emergency nebo společný příjem interně nemocných, slouží jako vstupní brána pro pacienty do zdravotnického zařízení. Tato důležitá část zdravotnického systému je zodpovědná nejen za medicínskou péči, ale také za administrativní stránku přijetí pacientů. Zároveň je specializované oddělení v nemocnici, kam přicházejí pacienti v důsledku akutního onemocnění. Cílem této neodkladné péče není stanovit konečnou diagnózu, ale identifikovat a odstranit stav ohrožující život nebo stabilizovat pacienta, aby mohl být dále léčen na příslušném oddělení. Na Urgentní příjem mohou pacienti dorazit různými způsoby, včetně Zdravotnické záchranné služby (ZZS), Dopravy raněných a nemocných (DRN) nebo se mohou dostavit sami. [2; 3]

Priority urgentního příjmu můžeme shrnout do několika bodů

- *„provádí život zachraňující výkony*
- *provádí léčbu bolesti (analgezií)*
- *identifikuje důležité problémy jak medicínské, tak sociální*

- *zahajuje diagnostiku nebo v ní pokračuje (zahájení diagnostiky velmi často v podmínkách záchranné služby, u praktického lékaře, lékařské služby první pomoci, nebo ambulantního specialisty)*
- *zahajuje nebo pokračuje (zahájení léčby velmi často v podmínkách záchranné služby, u praktického lékaře, lékařské služby první pomoci, nebo ambulantního specialisty) v léčení*
- *rozhoduje o přijetí pacienta na příslušné oddělení nebo o předání pacienta do ambulantní péče*
- *zajišťuje transport pacientů jak v rámci zdravotnického zařízení, tak mezi zdravotnickými zařízeními, kdy spolupracují velmi úzce s dispečinkem Zdravotnické záchranné služby i jejími posádkami.“ [2, s. 25]*

Existují legislativní normy, které určují zajištění technických, prostorových a personálních podmínek pro urgentní příjem v různých evropských zemích, včetně České republiky. Avšak organizace a uspořádání těchto zařízení se mohou mezi jednotlivými nemocnicemi lišit. V mnoha případech se jedná o ambulantní části nemocnic, které jsou vybaveny lůžky, zatímco v jiných případech, jako například v FN Motol, FN Hradec Králové nebo FN Olomouc, se jedná o kompletní urgentní příjmy, které fungují nepřetržitě po dobu 24 hodin. Celkový počet urgentních příjmů v České republice v roce 2023 je 97, což znamená nárůst oproti roku 2018, kdy bylo těchto zařízení 81. [4; 5]

Tato oddělení jsou velice důležitá v případě připravenosti na řešení mimořádných situací. Tyto situace se vyskytují v případech hromadného postižení zdraví, kdy je postiženo velké množství lidí a standardní postupy a zdroje nestačí. Součástí této přípravy jsou plány krizové připravenosti pro situace, kdy dojde k mimořádné události, která ovlivní samotné zdravotnické zařízení, a také plány na evakuaci. [6]

Díky existenci těchto pracovišť, která byla vytvořena za účelem optimalizace kontinuity zdravotní péče mezi záchrannářskou službou a nemocnicí, dochází k usnadnění předání pacientů do nemocniční péče a k vylepšení kvality poskytované péče v těchto zařízeních díky komplexnosti urgentního příjmu. Na těchto místech se nachází vysoká koncentrace odborníků a moderního vybavení, což umožňuje efektivní řešení akutních stavů pacientů. K diagnostice nemocného slouží rychlá dostupnost rentgenu (RTG), laboratorních vyšetření, počítačové tomografie (CT), sonografie a magnetické rezonance (MR). [4]

Každý urgentní příjem by měl splňovat níže uvedená tři kritéria:

- *Měl by být místem příjmu a přetřídění všech pacientů, kteří se do zdravotnického zařízení dostanou jakýmkoliv způsobem – přes ZZS, s doporučením praktického či ambulantního lékaře i bez doporučení.*
- *Úroveň jím poskytované péče by měla odpovídat kapacitám a možnostem daného zařízení a regionálním potřebám.*
- *Měl by zajistit kontinuitu péče bez jakýchkoli odkladů při přechodu z přednemocniční do časné nemocniční fáze. [6]*

### **3.1.1 Struktura urgentního příjmu**

Současné urgentní příjmy se skládají z několika částí. První je příjmová část, která zahrnuje recepci a kontaktní místo. Dále sem patří ambulantní část, expektační část a resuscitační a intenzivní část. Oddělení také obsahuje heliport nebo provozní místo pro přistání vrtulníků letecké záchranné služby. [7]

**Recepce** urgentního příjmu je místo, kde zdravotnický personál poskytovatele akutní lůžkové péče zpracovává prvotní kontakt se všemi pacienty, kteří přicházejí na toto specializované pracoviště. Zde se nachází všeobecná sestra (zdravotnický záchrannář, sestra pro intenzivní péči), která je trvale přítomná. Na recepci se též provádí zdravotnické třídění, nazývané také

triáž, které pomáhá určit prioritu ošetření pacientů. Na základě výsledků triáže je pak pacient přeměrován na odpovídající místo, kde bude poskytnuta adekvátní péče. [8]

**Kontaktní místo** je pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem a zajišťuje tyto povinnosti:

- *přijímá informace od zdravotnického operačního střediska poskytovatele zdravotnické záchranné služby o příjezdu pacienta do zdravotnického zařízení a jeho převzetí potvrdzuje,*
- *trvale eviduje počty volných akutních lůžek poskytovatele akutní lůžkové péče,*
- *koordinuje převzetí pacienta mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovatelem akutní lůžkové péče,*
- *nepřetržitě spolupracuje se zdravotnickým operačním střediskem poskytovatele zdravotnické záchranné služby a bezodkladně jej informuje o provozních závadách a jiných skutečnostech, které podstatně omezují poskytování neodkladné péče,*
- *poskytuje na výzvu poskytovatele zdravotnické záchranné služby součinnost při záchranných a likvidačních pracích při řešení mimořádných událostí a krizových situací. [7]*

**Ambulantní část** urgentního příjmu je určena pro poskytování zdravotní péče pacientům, kteří nejsou vážně postiženi zdravotními problémy a nejsou přímo ohroženi na životě. Tato část může také zahrnovat lékařskou pohotovostní službu, pokud ji poskytovatel zdravotních služeb nabízí. [7]

**Expektační lůžková část** urgentního příjmu je určena ke krátkodobému pozorování a monitorování pacientů s cílem provedení potřebných diagnostických vyšetření, krátkodobé terapie nebo do doby, než je uvolněno lůžko na cílovém pracovišti poskytovatele zdravotních služeb. Taktéž zde může

být zahájena terapie akutní poruchy zdravotního stavu. Jestliže v důsledku krátkodobé terapie se pacientův stav zlepší a lékař usoudí, že není důvod k hospitalizaci má možnost propustit pacienta do domácí péče. Je určena pro pacienty, kteří nejsou vážně ohroženi na životě a jejichž zdravotní stav není nutné okamžitě řešit v resuscitační části. Pobyt na expektačním lůžku by neměl překročit 24 hodin. [4; 7]

**Resuscitační a intenzivní lůžková část** slouží pro péči o pacienty se závažným postižením zdraví a v přímém ohrožení života. V této části se provádějí pouze nezbytná vyšetření a léčba, pacienti jsou poté převedeni na další specializovaná pracoviště poskytovatele zdravotních služeb, jako je oddělení intenzivní péče nebo operační sál. [7]

**Heliport** je zřizován pro spolupráci s leteckou výjezdovou skupinou poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Doporučuje se, aby urgentní příjem disponoval heliportem schváleným Úřadem pro civilní letectví (ÚCL) nebo provozním místem HEMS, které je v maximální možné míře v souladu s požadavky národního předpisu L14H a s dalšími doporučeními ÚCL. [7]

### 3.1.2 Složení týmu urgentního příjmu

Tým zdravotníků nacházejících se na urgentním příjmu skládá z:

- Lékaře urgentního příjmu – urgentista, intenzivista, anesteziolog, kardiolog, internista, neurolog, chirurg, všeobecný praktický lékař, traumatolog (pokud není urgentní příjem zajištěn urgentistou, intenzivistou nebo anesteziologem, musí být zajištěna jejich fyzická přítomnost do pěti minut)
- Zdravotnického záchranáře
- Sestry pro intenzivní péči

- Všeobecné sestry
- Sanitáře nebo ošetřovatele [9]

Kompetence zdravotnických pracovníků je dána ve vyhlášce č.55/2011 Sb. „Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků“ [10]

### 3.1.3 Příjem a třídění pacienta na oddělení urgentního příjmu

Pacienti, kteří přicházejí na Urgentní příjem, mohou mít různé obtíže a problémy různého charakteru a závažnosti. Urgentnost ošetření a vyšetření je posuzována z několika pohledů. Zaprvé z pohledu pacienta. Zadruhé z pohledu lékaře, který pacienta doporučil k přijetí nebo vyšetření. Zatřetí z pohledu lékaře Zdravotnické záchranné služby a začtvrté z pohledu přijímacího týmu urgentního příjmu. Je důležité říci, že výše uvedené pohledy se nemusejí souhlasit. V zásadě z pohledu pacienta je to vždy akutní případ, proto vyhledal lékařskou pomoc. Míru urgentnosti však posuzuje lékař nebo NLZP na recepci urgentního příjmu, kterému při rozhodování pomáhá implementovaný třídící systém triáž (triage). Pořadí pacientů tak nerozhoduje pořadí příchodů, ale závažnost jeho obtíží [2]

Třídění zasažených osob při hromadném postižení zdraví je specifickou a velmi náročnou situací, která se obvykle vyskytuje jen zřídka. Jedná se o lékařskou činnost, která se řídí předem stanovenými pravidly a postupy, avšak pro zdravotnický personál je velmi psychicky náročná. Toto třídění může vyvolat etická dilemata a pochybnosti, které mohou ovlivnit nejen zdravotnický personál, ale i samotné pacienty a jejich rodiny. [6]

Jestliže pacienta na UP doveze zdravotnická záchranná služba, tak první triáž provádí posádka ZZS již ve fázi přednemocniční péče. Jestliže se pacient na urgentní příjem dostaví sám či s doprovodem eventuálně na doporučení



praktického lékaře nebo lékařské služby první pomoci, tak to znamená, že triáž provádí zdravotnický personál urgentního příjmu. Zdravotník v tomto případě musí rozhodnout do jaké míry je pacientův stav urgentní. Zároveň je nutné, aby měl zdravotník na paměti, že stav nemocného čekajícího na vyšetření může mít velice rychlou dynamiku. Z tohoto důvodu je nutné mít pacienty pod neustálým dohledem a kontrolovat jejich stav nebo alespoň informovat, jak v případě zhoršení zdravotního stavu postupovat. I proto jsou všechny prostory urgentního příjmu monitorovány kamerovým systémem. [2]

Jednou z velmi efektivních a velmi často používaných tirážních systémů v Evropě je Manchester Triage System. Tento systém využívá pětistupňovou škálu priorit pro rozhodování při třídění. Ke každé prioritě je přiřazena barva a maximální doba čekání na vyšetření od prvního kontaktu s ošetřujícím lékařem, případně s jiným NLZP, který je na recepci urgentního příjmu. [11]

*Tabulka 1 - 5ti stupňový systém priorit (vlastní zpracování dle zdroje [11])*

| Číslo | Název          | Barva    | minuty    |
|-------|----------------|----------|-----------|
| 1     | Okamžitá       | červená  | ihned     |
| 2     | Velmi urgentní | oranžová | 10 minut  |
| 3     | Urgentní       | žlutá    | 60 minut  |
| 4     | Standartní     | zelená   | 120 minut |
| 5     | neurgentní     | modrá    | 240 minut |

Důležité aspekty, které je třeba při triáži dodržet:

- *podle jasných kritérií bude pacient zařazen do některé ze skupiny, která určuje, jak rychle má být pacient vyšetřen a ošetřen lékařem*
- *pověřený pracovník urgentního příjmu (lékař nebo zkušená sestra) rozhoduje o zařazení pacienta a dalším postupu*
- *pacient bude předán sestře, která zodpovídá za danou zónu. Pro lepší orientaci může pacient dostat kartičku příslušné barvy se svým číslem a informací o době, kdy může očekávat ošetření. [2, s. 39]*

Cíl triáže je definován jako „*doing the most for the most people*“, což v překladu znamená: „*poskytnout co nejvíce pomoci co největšímu počtu osob*“. [12]

#### **3.1.4 UP FN Motol**

Tento urgentní příjem zařazujeme k nízkoprahovým urgentním příjmům. Poskytuje péči pacientům s akutními neúrazovými onemocněními nebo zhoršením chronického onemocnění bez ohledu na závažnost. To znamená, že oddělení se věnuje pacientům od běžných nemocí až po selhání základních životních funkcí. O úrazová postižení se stará úrazová ambulance (traumatologie) ve stejné hale nemocnice. [13]

Kromě běžného klinického vybavení je oddělení urgentního příjmu také vybaveno přístroji pro zvládnutí stavů, které okamžitě ohrožují život asi 5 % pacientů, kteří jsou dovezeni na toto oddělení záchranou službou. Toto vybavení zajišťuje plynulou návaznost poskytované péče v případech, kdy je již zahájena záchrana životních funkcí zdravotnickou záchrannou službou, nebo její nezbytné zahájení u stavu, které to vyžadují. [14]

### 3.1.5 UP FN Bulovka

Urgentní příjem této Fakultní nemocnice je považován za vysokoprahový a je určený pro pacienty se závažnými poruchami životních funkcí nebo pacienty, kteří jsou v bezprostředním ohrožení života. [15]

Pracoviště má kapacitu sedmi plně monitorovaných lůžek pro intenzivní a resuscitační péči, přičemž tři lůžka s možností umělé plicní ventilace. K dispozici je také jedno lůžko, které splňuje veškeré požadavky na hygienicko-epidemiologický režim pro potenciálně infekční pacienty. Prostory zahrnují plně vybavený operační sál s možností provádět jakékoliv zákroky zaměřené na záchranu života pacienta, včetně moderní laparoskopické věže, přístroje na rekuperaci krevních ztrát zvaného cell-saver, anesteziologického vybavení atd. [15]

## 3.2 Rizika pro zdravotnický personál

Práce ve zdravotnictví je neocenitelná pro společnost, plná zajímavých výzev, ale zároveň je také náročná a s sebou nese určitá rizika. Zdravotníci se často potýkají s nepříznivými faktory spojenými s jejich prací a pracovním prostředím, které se v běžném životě nevyskytují. Tato rizika lze obecně rozdělit na nspecifická, která se vztahují k povaze práce jako takové, a specifická, která jsou spojena s konkrétními fyzikálními, chemickými nebo biologickými faktory. Mezi nspecifické rizikové faktory patří například směnný provoz, nedostatek odpočinku, vysoká psychická a fyzická zátěž, stres a riziko násilí (napadení). Specifická rizika ve zdravotnictví zahrnují vystavení infekčním agens, chemickým látkám a různým fyzikálním faktorům. Kromě fyzických rizik je zdravotnický personál také vystaven zátěži psychické povahy. [16]

V oblasti zdravotnictví je velmi rozsáhlá expozice biologickým činitelům. Biologické materiály, které mohou obsahovat patogenní mikroorganismy, představují riziko infekčních onemocnění, alergických nebo toxických reakcí. Aby se zdravotničtí pracovníci chránili, je nezbytné používat vhodné osobní ochranné prostředky. Přenos infekce může nastat zejména při poranění kontaminovaným ostrým předmětem, znečištění poraněné pokožky krví nebo přímým kontaktem s nechráněnými spojivkami a sliznicemi. Proto je důležité dodržovat preventivní opatření a používat ochranné pomůcky. Nadměrná fyzická zátěž je dalším rizikem ve zdravotnictví, které vzniká nerovnováhou mezi fyzickou kapacitou pracovníka a požadavky a podmínkami, za kterých fyzická práce probíhá. Častým problémem je výskyt lumbalgie u zdravotnického personálu, který je srovnatelný s profesemi vykonávajícími těžkou fyzickou práci. Prevence nadměrné fyzické zátěže spočívá v ovládnutí bezpečných technik manipulace s břemeny a využívání technických pomůcek

pro manipulaci. Psychická zátěž a stres jsou dalšími významnými faktory ovlivňujícími zdravotnický personál. Každá zdravotnická profese se potýká s rozmanitými zátěžovými faktory, avšak všechny mají společné vysokou emocionální zátěž spojenou s pracovním stresem. Dlouhodobá nepřiměřená psychická zátěž může vést k psychickým obtížím, specifickým poruchám prožívání a chování, poklesu pracovního výkonu, demotivaci a syndromu vyhoření. [16]

### **3.2.1 Konflikt**

#### **3.2.1.1 Definice konfliktu**

Konflikt je nevyhnutelným a běžným jevem, který se objevuje v našem osobním životě na denní bázi. Jeho podstata spočívá v setkání odlišných názorů nebo neshod, které vyústí ve střetnutí. Interpersonální konflikt představuje konfrontaci mezi dvěma jednotlivci nebo skupinami, kdy se jejich cíle částečně nebo úplně navzájem kříží, což vede k napětí a rozporům ve vztazích. Konflikt je prostředkem pro ventilaci rozdílných postojů, tužeb a potřeb, které mohou být vzájemně protichůdné. Je důležité rozumět, že konflikt není vždy negativní, ale může sloužit jako prostředek k inovaci, učení se a růstu. [17]

#### **3.2.1.2 Fáze konfliktu**

Konflikt se skládá z tří fází, kterými jsou prekonfliktní, konfliktní a postkonfliktní. Prekonfliktní fáze představuje časový úsek před samotnou konfrontací. V této fázi je nezbytná schopnost efektivní komunikace, ať už verbální či neverbální, která může zabránit vzniku konfliktu. Je důležité udržovat emocionální kontrolu a vyhnout se jakémukoli verbálnímu nebo fyzickému útoku. Strategicky vhodná pozice je také důležitá, abychom vždy měli možnost bezpečného úniku. Konfliktní fáze nastává, když naše jednání s agresorem selže a dojde k útoku. Tato fáze končí skončením boje. Útok může

být proveden třemi způsoby. Prvním způsobem je střetný boj, kdy obě strany vědí, že se konflikt rozpoutá, a jsou připraveny. Druhým případem je situační přeřad, kdy napadená osoba ví o přítomnosti agresora, ale neočekává fyzický konflikt. Posledním případem je napadení ze zálohy, kdy napadená osoba nemá žádné informace o útočnickovi. Použití úderů nebo tlaku na citlivá místa na těle může přinést bolest a odrazit útočnicka, ale takové jednání může také způsobit vážné zranění nebo dokonce smrt. K takovýmto citlivým místům patří například genitálie, krk, koleno, oči, nos a uši. Po skončení útoku následuje postkonfliktní fáze, která přináší stabilizaci situace. Provádí se vyhodnocení možných zranění a materiálních škod. Je důležité retrospektivně zhodnotit celou situaci a zjistit, zda jí bylo možné předejít, jakým důvodem došlo k vzniku konfliktu a zda bylo možné postupovat jiným způsobem. [18; 19]

### **3.2.2 Násilí ve zdravotnictví**

Ve společnosti dochází k alarmujícímu nárůstu násilí a násilnické situace se stávají čím dál brutálnějšími. Bohužel, tato negativní trend se nevyhýbá ani oblasti zdravotní péče, kde se v poslední době koncentruje až 25 % všech případů násilí ve společnosti. V dnešní době se často hovoří o fenoménu násilí v ošetrovatelství, který má negativní dopad nejen na kvalitu poskytované péče, ale především zasahuje do života zdravotního personálu. Způsobuje nejen fyzické a psychické poškození, ale také negativně ovlivňuje pracovní prostředí a celkovou atmosféru ve zdravotnických zařízeních. [20]

Násilí ve zdravotnických zařízeních je komplexní problém a v posledních letech se stále zvyšuje jeho výskyt. Poskytování zdravotní péče je hodnoceno jako jedna z nejrizikovějších oblastí vůči násilí mezi všemi povoláními. Míra výskytu násilí v zdravotnických zařízeních se zvyšuje z několika důvodů. Jedním z nich je společnost, která toleruje, a dokonce oslavuje násilí a vnímá ho jako legitimní prostředek k dosažení cíle. Dalším faktorem je trend rušení

zdravotnických zařízení pro psychiatricky nemocné a celkové snižování počtu zaměstnanců poskytujících přímou zdravotní péči, přičemž zvyšující se požadavky na tyto pracovníky stále narůstají. Navíc úroveň ekonomického ohodnocení těchto pracovníků je často nízká v porovnání s vysokou mírou osobní zodpovědnosti. Veřejná politika také hraje svou roli, když nesystémově rozhoduje o změnách, které mohou mít negativní dopad na pracovníky ve zdravotnictví a vytvářejí bariéru mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. [21; 22]

### 3.2.2.1 Definice Násilí

Násilí lze definovat různými způsoby, přičemž některé definice mohou být podobné, jiné se mohou vzájemně doplňovat a další se mohou od sebe lišit. Obvykle se v nich promítá konkrétní úhel pohledu (lékařský, psychologický, právní, kriminalistický atd.). Jedná z nejznámějších definic v oblasti zdravotnictví je od Světové zdravotnické organizace, která zní takto: *„Úmyslné použití fyzické síly nebo moci, hrozící nebo skutečné, vůči sobě, jiné osobě nebo vůči skupině nebo komunitě, které má za následek nebo s vysokou pravděpodobností povede k zranění, smrti, psychickému poškození, malformaci nebo odepření.“* [23]

Násilí lze obecně definovat jako chování, které způsobuje fyzické nebo psychické zranění, trápení, nebo které narušuje osobní integritu nebo svobodu druhé osoby. Násilí může být manifestováno různými způsoby, jako je fyzické napadení, verbální nebo emocionální útoky, sexuální násilí, ekonomické nebo sociální vykořisťování a podobně.

### 3.2.2.2 Příčiny násilí

Násilné chování pacientů může mít kořeny v několika faktorech, zahrnujících jejich osobnost, jako například emoční nestabilitu, impulzivitu či manipulativní tendence. Kromě toho může být důvodem takového chování

i účinek návykových látek, frustrace a stres. Nespokojenost s vlastní situací, pocit křivdy, ublížení nebo přesvědčení o tom, že se všechno snaží proti nim, jsou další možné faktory vedoucí ke vzniku násilného chování. Zdravotní stav pacienta může být také jedním z faktorů, zahrnujícím psychiatrická onemocnění, organické poškození mozku nebo pocit ohrožení. Celkově lze tedy říci, že násilné chování pacientů je multifaktoriální a jeho příčiny mohou být různorodé. [24]

K násilným projevům mohou přispívat různé situace, které ovlivňují interakce mezi všeobecnými sestrami a pacienty. Například nedostatečné poskytnutí informací ze strany sestry, jako je neposkytnutí vysvětlení čekání pacienta na ošetření nebo výsledky, může vytvářet frustraci a nedorozumění. Nevhodné komunikační prostředky, jako je nepříznivý postoj nebo nevhodné paralingvistické projevy, mohou také přispět k napětí ve vztahu. Nedostatek času na komunikaci nebo ošetrovatelské činnosti může situaci ještě více zkomplikovat. Nedostatek empatie, například odsuzování projevů bolesti pacienta nebo nedostatek pozornosti k projevům nemoci, může také způsobit napětí a narušit komunikaci. Anonymita, jako oslovování pacienta pouze diagnózou nebo číslem pokoje, může dále přispět k dehumanizaci a vytvoření nepřátelského prostředí. [25]

V kontextu násilného chování pacientů hraje neopomenutelnou roli momentální situace, ve které se pacient právě nachází. Pokud pacient přichází s určitým problémem, očekává pomoc při jeho řešení a může být stresovaný. Navíc se setkává poprvé se zdravotnickým zařízením, zdravotnickým pracovníkem, prostředím čekárny, ordinace nebo oddělení, což jsou pro něj nové a neznámé situace, které mohou zvyšovat jeho úzkost. V takovém prostředí mohou vznikat nedorozumění a nevhodná komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, což může vést k různým agresivním



projevům z obou stran. Pacient se tak může dostat do situace, kdy se cítí být neslyšený nebo nepochopený, což může vyvolat frustraci a v některých případech vést k násilnému chování. [26]

### 3.2.2.3 Formy násilí

**Fyzické násilí** zahrnuje použití fyzické síly vůči jiné osobě nebo skupině osob, což může vést k fyzickému, sexuálnímu nebo psychickému poškození. To může zahrnovat různé formy, jako jsou například bití, kopání, fackování, bodání, střílení, strkání, kousání, píchání a podobně. Cílem takového jednání je oběť poškodit od lehkého poranění až po těžké ublížení na zdraví nebo dokonce smrt. [27]

**Psychické násilí** může být velmi škodlivá pro oběti. V některých případech je také označováno jako emocionální újma. Jedná se o úmyslné zneužívání moci, kdy osoba či skupina osob cíleně zneužívá svou pozici a vyhrožuje oběti. Tento typ násilí může mít různé formy, včetně slovního napadání, šikanování (také známé jako bullying či mobbing), sexuálního obtěžování nebo výhrůžek. Tyto formy násilí mohou mít negativní dopad na oběť, která může trpět ztrátou sebevědomí, narušením psychického zdraví, depresemi, úzkostí a dalšími psychickými problémy. Je důležité si uvědomit, že psychické násilí není vždy snadné rozpoznat, a proto je třeba být velmi opatrný a citlivý k pocitům druhých. [27]

**Sexuální násilí** je extrémní forma násilí, která zahrnuje jakékoli chování, které využívá sexuálních funkcí nebo procesů ke způsobení újmy jiné osobě. Může se jednat o široké spektrum jednání, včetně znásilnění, sexuálního nátlaku, sexuálního obtěžování, sexuálního vydírání, sexuálního zneužívání a dalších forem sexuálního chování, které jsou nepřijatelné a nelegální. [28]

**Verbální násilí** se projevuje pomocí slov, hlasu a řeči a může být stejně traumatické jako fyzické násilí. Tento druh násilí může být velmi různorodý a může se vyskytovat v různých situacích. Verbální násilí může být někdy skryté a těžko rozpoznatelné, ale může mít dlouhodobé následky na psychické zdraví obětí. Typické projevy verbálního násilí zahrnují výhrůžky, šikanu, urážky, hanobení, pomluvy a sprostá slova, a mohou být zaměřeny na osobnost, vzhled, sexuální orientaci, rasovou nebo etnickou příslušnost, náboženství, genderovou identitu a další vlastnosti oběti. [28]

Tyto formy násilí mohou být kombinovány nebo prolínány a mohou se projevovat v různých situacích a kontextech. [27]

### **3.2.3 Napadení**

Napadení lze definovat jako úmyslný útok nebo útočný akt namířený proti jiné osobě nebo skupině osob, s cílem způsobit fyzické, psychické nebo sexuální poškození, nebo vynutit si nějakou výhodu nebo získat kontrolu nad situací. Napadení může být provedeno různými prostředky, jako jsou fyzické útoky, slovní výhrůžky, sexuální nátlak.

Samotné napadení představuje komplexní proces, který se skládá z několika fází, každá s vlastními charakteristikami a důležitými body. Porozumění těmto fázím je klíčové pro rozpoznání a adekvátní reakci na agresivní situace. Následující detailní popis každé fáze poskytne komplexní přehled toho, co se odehrává během napadení. První fáze je spouštěcí. V této etapě dochází ke změně chování jedince, který začíná vykazovat odlišné reakce a projevy než obvykle. Zvlášť v případech, kdy zdravotnický personál má s pacientem poprvé kontakt a nemá žádné informace o jeho anamnéze, je důležité věnovat pozornost aktuálním varovným signálům jak v chování pacienta, tak v chování osob ho doprovázejících. Tyto signály mohou napovědět, že se situace začíná

vyvíjet nebezpečným směrem. Druhá fáze, známá jako eskalační fáze, je obdobím, kdy se chování jedince ještě více vzdaluje od jeho normálního vzorce. Během této fáze se jedinec často nesprávně zaměřuje na určitý problém nebo přání a stává se méně přístupný k racionální intervenci. Je důležité si uvědomit, že jedinec se stále více ztrácí ve svém vlastním světě a je obtížné jej přesvědčit o opaku. Následuje krizová fáze, ve které se ovládnání agresivních impulzů postupně snižuje a jedinec se stává neschopným reagovat racionálně. Tato fáze je spojena s vyšším rizikem fyzického napadení nebo verbálního útoku. Je nezbytné zachovat obezřetnost a aktivně se snažit minimalizovat potenciální nebezpečí pro všechny zúčastněné. Po krizové fázi přichází fáze uklidnění, kdy se chování jedince postupně vrací k jeho běžnému vzoru. Nicméně je důležité si uvědomit, že i když se jedinec na první pohled zdá klidný, účinky adrenalinu a stresu stále mohou přetrvávat. To znamená, že i když jedinec na první pohled působí klidně, stále je třeba být opatrný, protože přetrvávající účinky adrenalinu mohou vést k opětovnému vzniku agresivního chování nebo napadení. V této fázi by měl pracovník dbát na to, aby nedocházelo k nátlakovým pokusům o rozhovor o příčinách agresivních projevů jedince. Poslední fáze se nazývá postkrizová deprese. Jedinec se v této fázi dostává pod svou základní úroveň normálního chování. Často projevuje známky vyčerpání a mohou se objevit projevy emocí, jako je pláč, výčitky nebo lítost. [29]

Ne vždy a všude proběhne vše dle daného schématu. Optimální je zabránit přechodu ze spouštěcí fáze do eskalační, a nakonec do krizové fáze. Zdravotníci musí stále mít na paměti, že rozhněvaný člověk nemyslí racionálně. Snažit se takového člověka uklidnit pomocí klidných argumentů může mít opačný účinek, zvláště pokud je jedinec už v krizové fázi. Vzhledem k reakci na stres, která provází krizovou fázi, je nutné si uvědomit, že 80 % krve se shromažďuje ve svalech jako příprava na útok nebo útěk. V této fázi je prokrvení kognitivních center mozku minimální, což znamená, že rozčilený jedinec nemusí slyšet,

vnímat nebo mít omezené zorné pole. Pokusy o dlouhé vysvětlování situace nebo uklidňování takové osoby obvykle nepomáhají a mohou situaci ještě zhoršit. [30]

Pro rozpoznání agresivního pacienta je důležité věnovat pozornost varovným verbálním a neverbálním signálům, které mohou naznačovat blížící se nebezpečí. Tyto signály mohou být přítomny až dlouho před samotným napadením. Neverbální signály zahrnují různé fyzické projevy, jako je ztuhnutí těla, zblednutí či zčervenání obličeje, zatnutí zubů, stisknutí rtů, nervózní poklepávání prsty na stole, pronikavý a hrozivý pohled, gesta připomínající bití nebo údery, neadekvátní pronikání do osobního prostoru a další. Kromě neverbálních signálů je důležité všimnout si i verbálních projevů. Agresivní pacient může mluvit stručněji, úsečněji a hlasitěji než obvykle. Jeho řeč může obsahovat výhrůžky, požadavky nebo vulgární výrazy. [24]

### 3.3 Prevence a ochrana zdravotnického personálu

Prevence násilí zahrnuje jednání zdravotnického personálu, které má za cíl zmírnit stres a další negativní emoce pacienta již od prvního setkání. Tradiční paternalistický vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem byl nahrazen partnerským. [31]

Pomocí vhodných preventivních opatření lze zásadně snížit počet násilných projevů ve zdravotnictví. K těmto opatřením můžeme zařadit. Vlastnosti, zkušenosti a znalosti zdravotnického personálu. Správně poskytovanou ošetrovatelskou péči, která citlivě vnímá jedinečnost každého pacienta a dodržuje moderní ošetrovatelské přístupy. Komunikací a chování zdravotnického personálu. [25]

V letácích Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci se nachází doporučení, jak prevencí zamezit násilí na pracovišti. Tyto návrhy jsou rozděleny do tří kategorií. V první kategorii, nazvané "Pracovní prostředí", se doporučuje použití různých bezpečnostních opatření jako jsou například zámky, nouzové východy, kódované dveře, instalace kamer a přiměřené osvětlení. Taktéž je nutné pravidelně informovat klienty. Druhá kategorie se jmenuje "Organizace a projektování práce" a zahrnuje například kontrolu totožnosti návštěvníků, zlepšení práce recepce, informování veřejnosti a dostatek pracovníků. V poslední kategorii, nazvané "Vzdělávání a informování pracovníků", se doporučuje dodržovat postupy pro ochranu zaměstnanců, jako jsou bezpečnostní pokyny, adekvátní komunikace, snížení vlastní agresivity, identifikace zákazníků s předchozím násilným chováním a řízení stresu v dané situaci s cílem kontrolovat emocionální reakce. [32]

### 3.3.1 Komunikace jako prevence před napadením

Mezi nejzákladnější dovednosti, které pomáhají předcházet nedorozuměním, konfliktům a násilí ve zdravotnictví, patří komunikační dovednosti. Užití vhodné komunikační dovednosti může přispět jak k prevenci násilí a zároveň může také pomoci při deeskalaci agresivního chování v různých fázích násilných projevů. [25]

Vzájemný vztah mezi zdravotníky a pacienty je naplněn emocemi, které ovládají naše neverbální chování, což je často výraznější než to, co říkáme slovně. Pacienti si tak často pamatují emoce (nejen své), které se v průběhu péče projevují, a uchovávají si je dlouho. I sami zdravotníci mají právo na své emoce, ale často se pacienti o jejich práci nedovědí dostatek informací a mohou tak vnímat jakoukoliv emocionální úlevu ze strany zdravotníka jako neprofesionální. Výroky jako "Vy už jste tu zase?", "Co zase chcete?" nebo "Teď jsem vám to vysvětlil, tak proč děláte něco jiného?" mohou být brány jako nevhodné a snižující kvalitu komunikace mezi pacienty a zdravotníky. [33; 34]

Jestliže se zdravotnický personál naučí trénovat své komunikační schopnosti stejně jako ostatní ošetrovatelské činnosti a osvojí si je, bude schopen pracovat s pacienty pomocí celé škály verbálních i neverbálních komunikačních prostředků. Tímto způsobem se komunikační dovednosti stávají mocným nástrojem, který lze využít ke snižování rizika nedorozumění, k prevenci násilných činů a ke zmírnění dopadů násilí, které se již stalo. [26]

Vstupem do konfliktní situace a aktivním nasloucháním pacienta se snažíme především ukázat, že jsme ochotni se aktivně zabývat jeho problémem a že mu chceme pomoci. Snažíme se vyjádřit, že vnímáme jeho frustraci a nejistotu a že nás zajímá, co se děje. Prostřednictvím našich slov a neverbálního chování tak

můžeme pacientovi poskytnout emocionální podporu a zlepšit jeho celkovou náladu. [35]

Při využívání komunikace k řešení konfliktů bychom si měli položit a odpovědět na následující tři otázky. První otázkou by mělo být, zda se pacient stresovou reakcí vyjadřuje k problému, nebo zda já mám problém s jeho chováním. Druhou otázkou by mělo být, zda stále vidím pacienta, nebo jsem z něj udělal „nespolupracující objekt“. Poslední otázkou by mělo být, co mi pacient svým agresivním nebo násilným chováním sděluje. [36; 37]

### **3.3.2 Sebeobrana**

Sebeobrana je součástí třetí úrovně úpolových aplikací a představuje prostředek pro obranu v případě nutnosti. Jedná se o použití úpolových technik a dovedností v souladu s příslušnými právními, etickými a společenskými normami. Cílem sebeobrany je chránit zájmy, zejména život a zdraví jednotlivce, přičemž se využívají vhodné úpolové aktivity. Pro charakteristiku sebeobrany lze uvést, že se jedná o dynamický proces, který vyžaduje adaptaci úpolových činností na konkrétní situaci. Prioritou je ochrana právem chráněných zájmů a jednání je zaměřeno na efektivitu a rychlost při sebeobranné akci. [38]

Dle cílových skupin lze sebeobranu rozdělit na osobní a profesní. Osobní sebeobrana je určena pro všechny lidi bez ohledu na věk, povolání nebo jiné kategorie. Tato oblast zájmu zahrnuje všechny, kteří se chtějí naučit úpolové dovednosti a techniky pro zlepšení své osobní bezpečnosti. Zvláštní pozornost by měla být věnována ženám a dívkám, kteří tvoří velkou a důležitou skupinu v oblasti osobní sebeobrany. Vzhledem k tomu, že jsou často vystaveny vyššímu riziku násilí a útoků. Profesní sebeobrana je určena pro osoby, které se v rámci svého povolání mohou setkat s nebezpečnými situacemi a potřebují proto znát

specifické úpolové dovednosti a techniky, které jim umožní účinnou obranu v případě potřeby. Tato oblast sebeobranu se dále dělí na profesní sebeobranu pro bezpečnostní složky, mezi které se řadí např. Policie České republiky a Hasičský záchranný sbor České republiky. Ozbrojené složky, jako je např. armáda České republiky a další profese, kam patří zdravotnický personál, který může mít také potřebu sebeobranu, když se setkají s agresivními pacienty nebo situacemi ohrožujícími jejich bezpečí. Trénink a znalost úpolových dovedností a technik je v těchto profesích klíčová pro úspěšné plnění pracovních úkolů a zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků. [39; 19]

### **3.3.3 Použití omezovacích prostředků**

Omezovací prostředky jsou opatření, která omezují volný pohyb a jednání pacienta, a mohou být použita ke krátkodobému omezení neklidného, agitovaného a agresivního pacienta za účelem ochrany života, zdraví a bezpečnosti pacienta nebo jiných osob. Tyto prostředky by měly být použity pouze jako krajní řešení, když jsou ostatní možnosti vyčerpány a musí být aplikováno co nejšetrnějším způsobem a na nezbytně nutnou dobu. Použití omezovacích prostředků znamená výrazný zásah do lidských práv a důstojnosti člověka. Rozhodnutí o použití restriktivních postupů je výhradně v kompetenci lékaře, který použití indikuje. [40; 41]

K způsobům, jakými lze pacienta omezit patří úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem. Dále lze použít ochranné pásy nebo kurty k omezení pohybu pacienta, nebo umístit pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu (izolační místnost). Další možností je použití ochranného kabátku nebo vesty, které zamezují pohybu horních končetin pacienta. V některých případech může být indikováno podání psychofarmak nebo jiných léčivých přípravků silou, aby se zvládlo chování pacienta. [9; 42]



Během použití omezovacích prostředků musí být pacient pod neustálým dohledem zdravotnických pracovníků, kteří musí být citliví na potřeby pacienta v závislosti na jeho zdravotním stavu. Je třeba zajistit, aby při použití těchto prostředků nedošlo k poškození zdraví pacienta. Použití omezovacích prostředků je vždy indikováno lékařem a pouze ve výjimečných případech může nelékařský pracovník rozhodnout o jejich použití, pokud se situace vyžaduje okamžité řešení a lékař musí být okamžitě informován o použití omezovacích prostředků a musí potvrdit správnost použití. Všechna použití omezovacích prostředků musí být řádně zaznamenána do zdravotnické dokumentace. [43]

Použití omezovacích prostředků je podmíněno zákonem 372/2011 „O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování § 39“. [42]

### 3.4 Přehled dat z výzkumu v ČR a zahraničí na podobná témata

V roce 2010 Českomoravská konfederace odborových svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky zahájily projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče. V rámci tohoto projektu byl proveden kvantitativní výzkum s 1500 respondenty. Výsledky šetření ukázaly, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledním roce 31 % respondentů. Z toho 17 % potvrdilo fyzické násilí a 41 % verbální agresi. [44]

Kvalitativní výzkum Szkanderové a Jarošové z roku 2008 zkoumal výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. Výzkumu se účastnilo 202 sester z Fakultní nemocnice Ostrava (FNO) a Nemocnice Třinec (NT). Zpracováním dat bylo zjištěno, že se slovní agresi se setkala ve FNO 90 % sester a v NT 89 % sester. S fyzickou agresi se v NT setkala 57 % a ve FNO 55 % sester. Jako nejčastější původce napadení byl označen pacient. V případě fyzické agrese 94 % a u slovní agrese 54 %. Dále sestry také uvedly v cca 82 %, že se slovní agresi dokážou bránit. A přibližně v 53 % se dokážou bránit i fyzickému útoku [45]

Podle disertační práce Jaroslava Pekary z roku 2015, která se zaměřovala na násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester v České republice, bylo zjištěno, že v průběhu posledních 12 měsíců se s fyzickým násilím setkala 71,5 % respondentů a s verbálním násilím 18,4 %. Celkově tak přibližně 90 % respondentů zažilo nějakou formu násilí, buď fyzického nebo verbálního. Důležitým zjištěním této studie bylo, že výskyt násilí nezávisí na pohlaví zdravotnických pracovníků. [46]

Podle britské studie, která se konala v Londýně v rámci urgentního příjmu, bylo zjištěno, že 89 % respondentů zažilo nějakou formu napadení. Toto

napadení zahrnovalo jak verbální, tak fyzické útoky. V několika případech dokonce došlo k využití nemocničního vybavení, jako například židlí, k provedení útoku. Nejčastěji byli pacienti napadáni svými vlastními příbuznými. Další britská studie se zaměřila na sledování násilí po dobu čtyř týdnů. Z výsledků vyplývá, že 83 % respondentů bylo vystaveno slovním útokům a 63 % fyzickým útokům. Téměř polovina z těchto fyzických útoků si vyžádala následné lékařské ošetření. [47; 48]

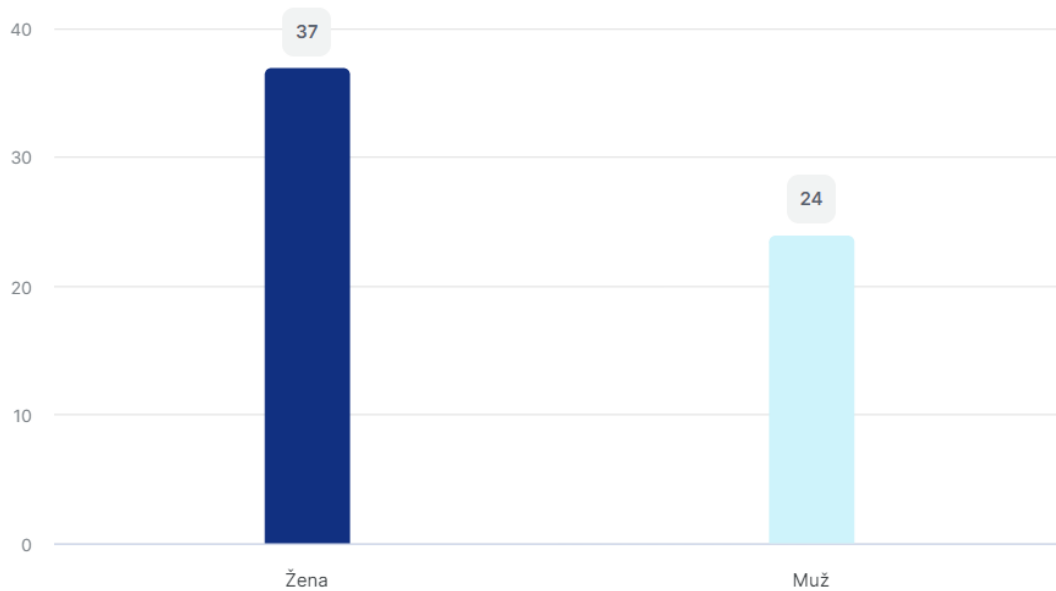
Hahn a kol. ve své studii zjistili, že téměř 95 % zdravotnického personálu se během minulého roku setkala s násilím. Z toho 71 % případů představovalo verbální násilí a 41 % fyzické útoky. Nejvíce se zdravotníci setkávají s násilím na jednotkách intenzivní a intermediální péče, rehabilitačních odděleních a v urgentním příjmu. Zhruba 80 % zdravotnických pracovníků dokáže odvrátit verbální útok, ale pouze 50 % se cítí schopno odvrátit fyzický útok. [49]

## 4 METODIKA

Pro výzkum byla zvolena metoda dotazníkového šetření, které bylo distribuováno mezi zdravotnický personál urgentního příjmu ve Fakultní nemocnici Motol a Fakultní nemocnici Na Bulovce. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím online platformy [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com). Dotazník obsahuje 2 otázky, které jsou rozděleny do čtyř částí. První část se zabývá sociodemografickými údaji (otázky 1–6). Druhá část je zaměřená na zkušenosti zdravotníků s napadením na pracovišti a rizikovým faktorům, které mohou být spojené s vyšší četností napadení zdravotníků (otázky 7 – 19). Třetí část zkoumá, zda jsou pro zdravotnický personál poskytována dostatečná preventivní opatření, která by mohla snížit počet napadení (otázky 20–26). Získaná data byla analyzována pomocí kvantitativních statistických metod, konkrétně pomocí platformy [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) a MS Excel 365. Výsledky byly prezentovány v textové, tabulkové a grafické formě.

## 5 VÝSLEDKY

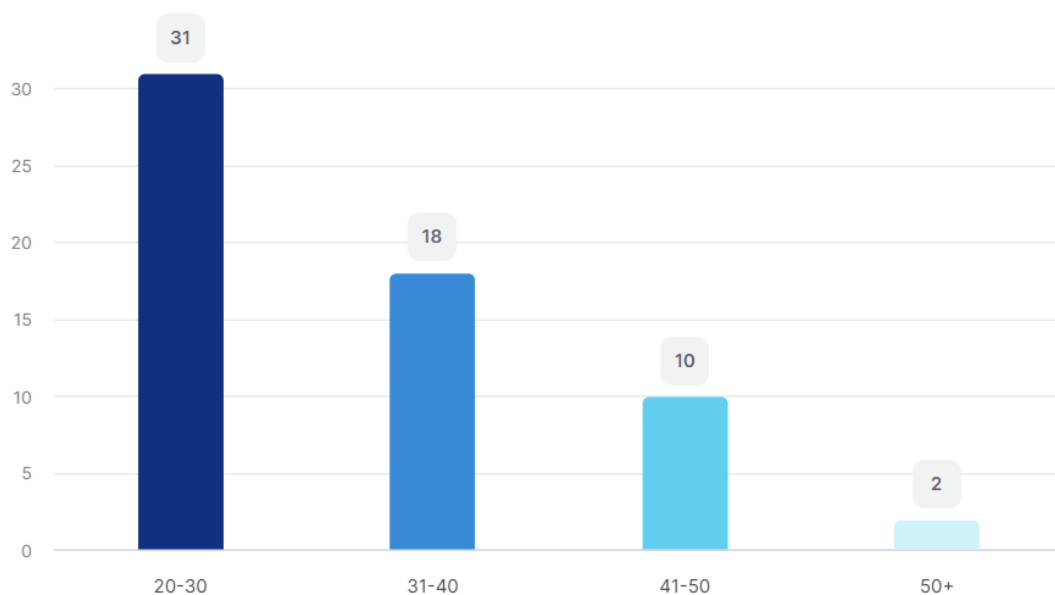
### 1. Jaké je Vaše pohlaví?



*Obrázek 1*

Tato otázka se týkala pohlaví respondentů a z výsledků je patrné, že většinu respondentů tvořily ženy – konkrétně 61 % (37 osob), zatímco muži tvořili 39 % (24 osob).

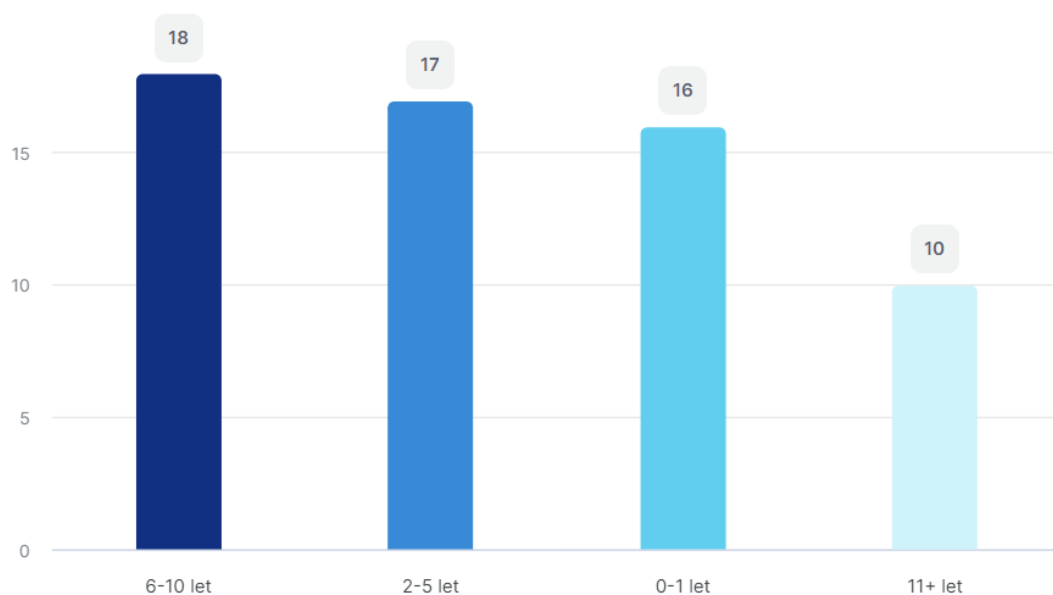
## 2. Jaký je Váš věk



*Obrázek 2*

Tato otázka se týkala věku respondentů a z výsledků vyplývá, že nejčastěji byl uváděn věk mezi 20-30 let, a to u 31 (51 %) respondentů. Věkovou skupinu 31-40 let uvedlo 18 (30 %) respondentů, 10 (16 %) odpovědělo, že jsou ve věkové skupině 41-50 let a pouze 2 (3 %) uvedli věk nad 50 let.

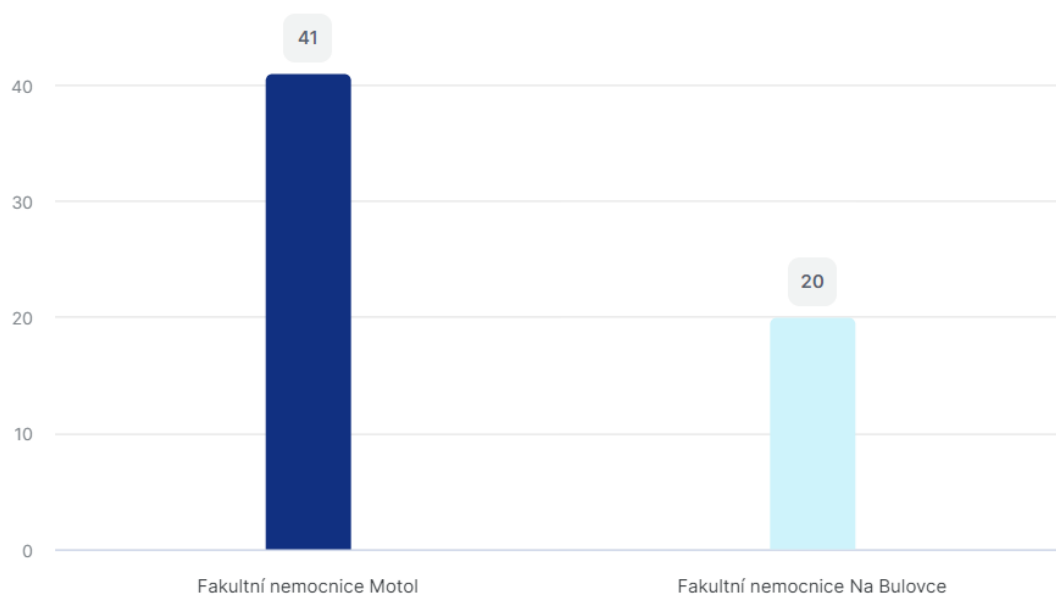
### 3. Jak dlouho pracujete na urgentním příjmu?



Obrázek 3

Tato otázka se týkala délky praxe respondentů na urgentním příjmu. Nejvíce, 18 (30 %) respondentů, uvedlo, že pracují na urgentním příjmu 6-10 let. 2-5 let praxe na urgentním příjmu odpovědělo 17 (28 %) respondentů. 16 (26 %) respondentů uvedlo, že mají na urgentním příjmu praxi 0-1 rok a 10 (16 %) respondentů odpovědělo, že mají více než 11 let praxe na urgentním příjmu.

#### 4. V které nemocnici pracujete?

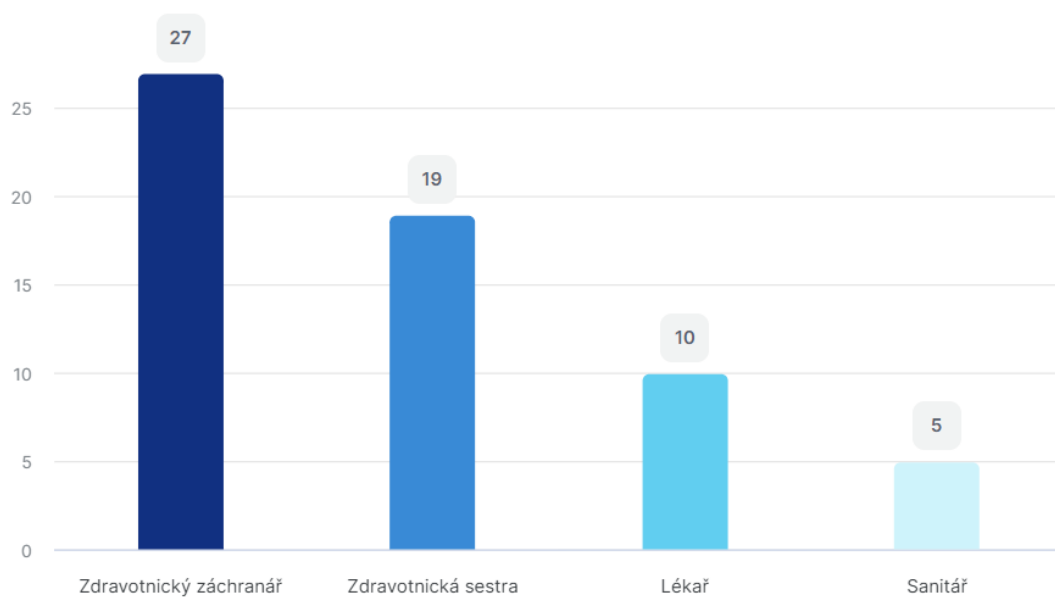


*Obrázek 4*

Ve Fakultní nemocnici Motol pracuje 41 (67 %) respondentů a ve Fakultní nemocnici Na Bulovce pracuje 20 (33 %) respondentů.



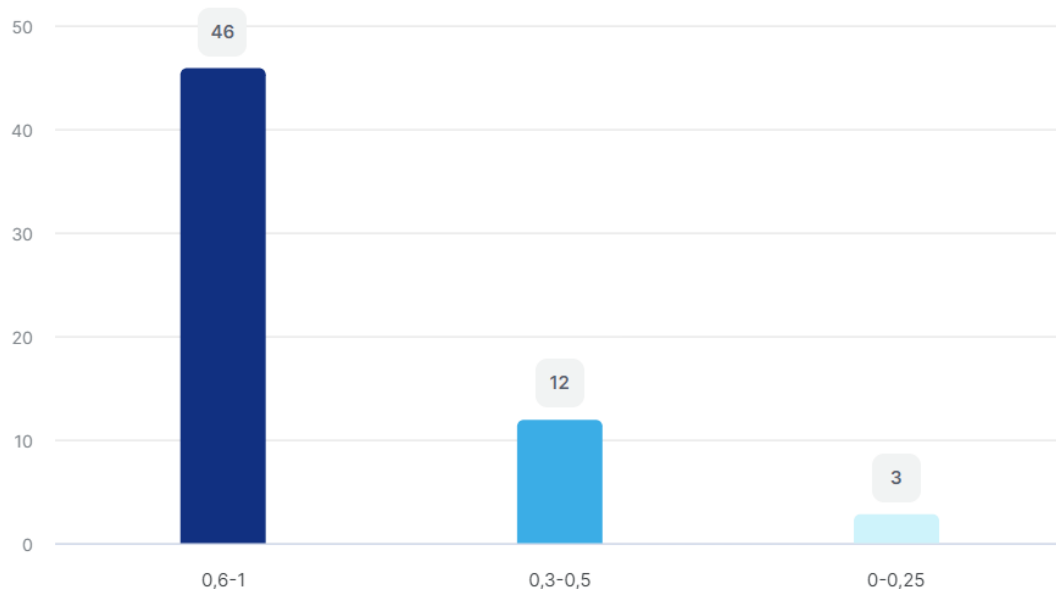
## 5. Na které pozici pracujete?



*Obrázek 5*

Tato otázka se týkala pracovní pozice respondentů. Nejvíce, 27 (45 %) respondentů pracuje na pozici zdravotnického záchranáře, 19 (31 %) pracuje jako zdravotnická sestra, 10 (16 %) pracuje jako lékař a 5 (8 %) pracuje jako sanitář.

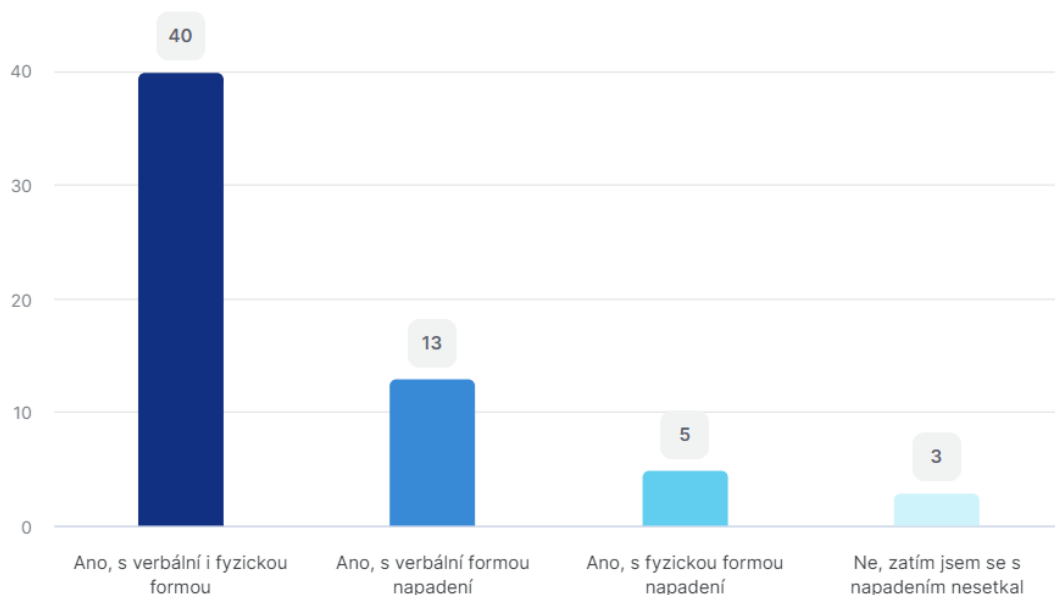
## 6. Jaká je výše Vašeho úvazku na urgentním příjmu?



Obrázek 6

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se výše jejich úvazku na urgentním příjmu. Nejvíce respondentů, konkrétně 46 (75 %) osob, odpovědělo, že mají úvazek o výši 0,6-1. 12 (20 %) respondentů uvedlo úvazek o výši 0,3-0,5 a pouze 3 (5 %) respondenti odpověděli, že mají úvazek o výši 0-0,25.

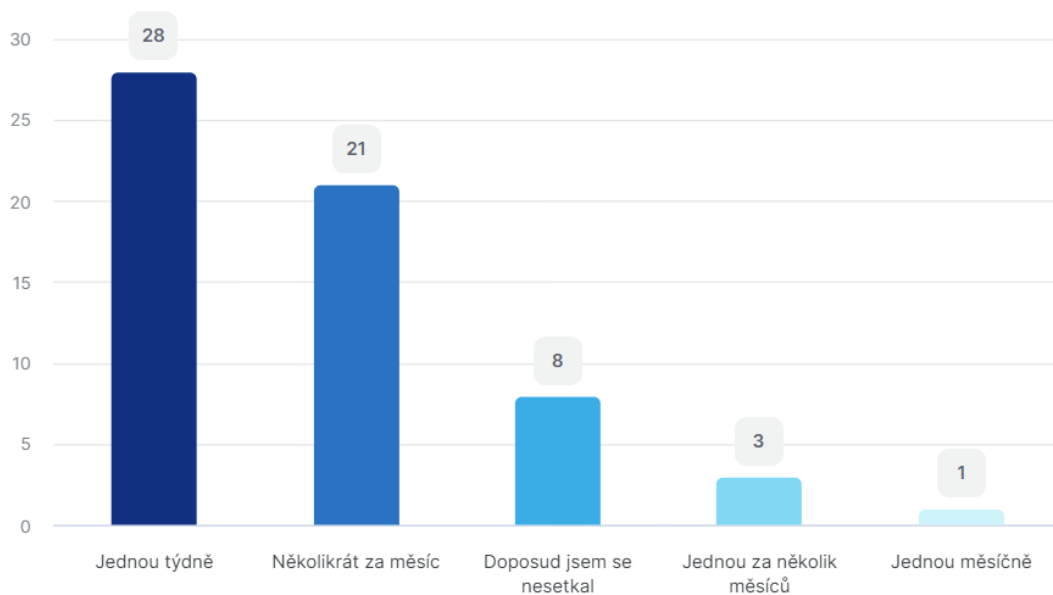
## 7. Setkal(a) jste se někdy během praxe na urgentním příjmu s napadením?



Obrázek 7

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda se setkali během praxe na urgentním příjmu s napadením. Největší část, 40 (66 %) respondentů, odpověděla, že se setkali s oběma formami napadení, jak verbální, tak i fyzickou. 13 (21 %) respondentů uvedlo, že se setkali pouze s verbální formou napadení a 5 (8 %) respondentů uvedlo, že se setkali pouze s fyzickou formou napadení. Pouze 3 (5 %) respondentů odpovědělo, že se s napadením nesetkali.

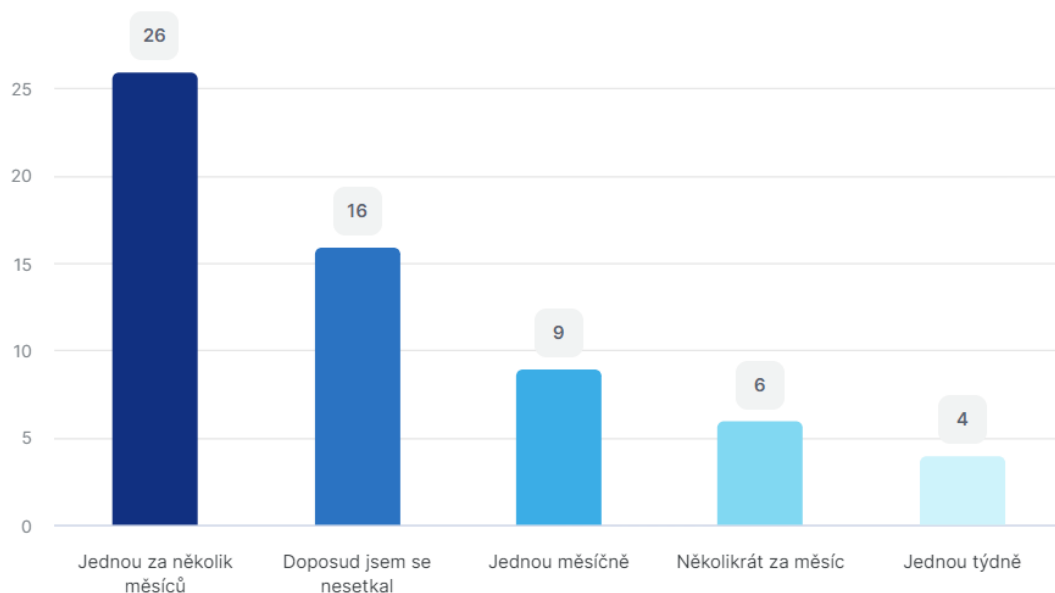
## 8. Jak často se setkáváte s verbálním napadením během činnosti na urgentním příjmu?



Obrázek 8

Nejvíce respondentů, konkrétně 28 (46 %), uvedlo, že se setkávají s verbálním napadením jednou týdně. Dalších 21 (34 %) respondentů uvedlo, že se s napadením setkávají několikrát za měsíc. Zatímco 8 (13 %) respondentů se s verbálním napadením na urgentním příjmu vůbec nesetkalo. Poměrně nízkou frekvenci napadení, jednou za několik měsíců, uvádí 3 (5 %) respondentů a jednou měsíčně pouze 1 (2 %) respondent.

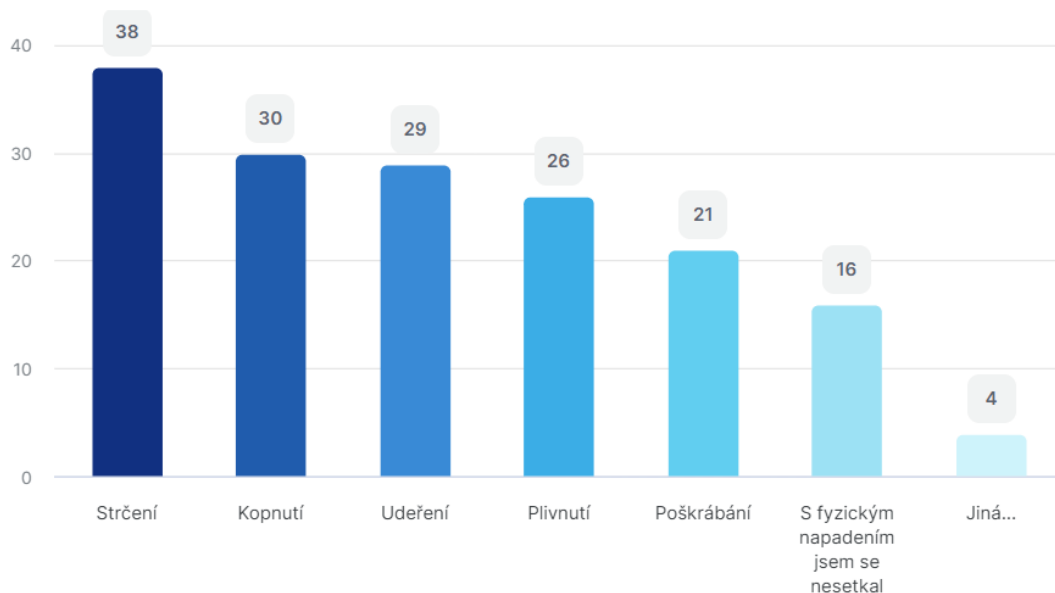
## 9. Jak často se setkáváte s fyzickým napadením během činnosti na urgentním příjmu?



Obrázek 9

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, jak často se setkávají s fyzickým napadením na urgentním příjmu. Nejvíce respondentů 26 (43 %) uvedlo, že se s fyzickým napadením setkávají jednou za několik měsíců. 16 (26 %) respondentů se doposud s napadením neseťkalo. 9 (15 %) respondentů uvedlo, že se s fyzickým napadením setkávají jednou měsíčně. Volbu několikrát za měsíc si vybralo 6 (10 %) respondentů a volbu jednou týdně si vybralo 4 (6 %) respondentů.

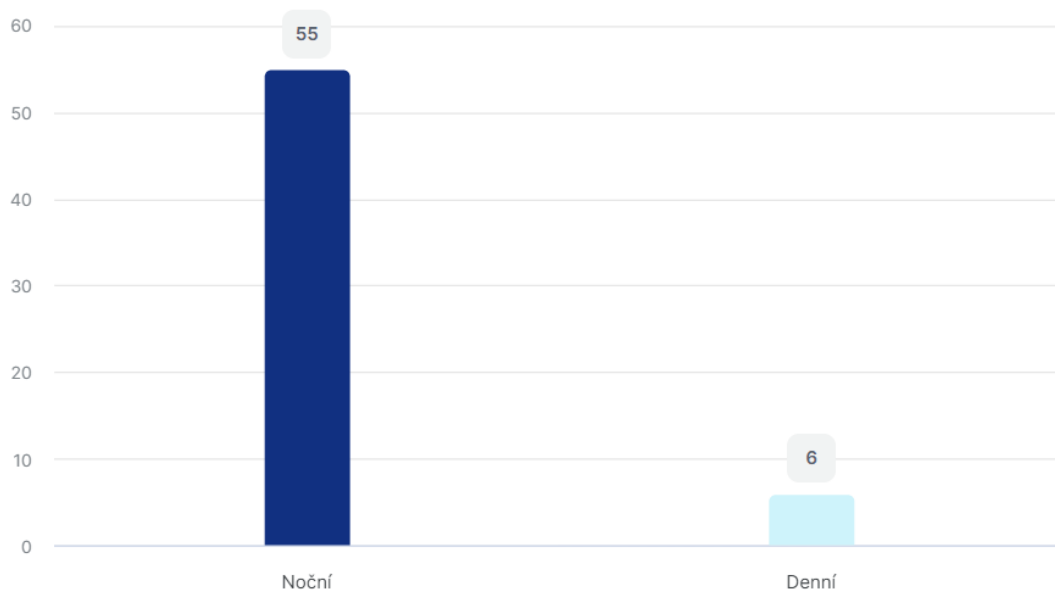
## 10. Pokud jste se setkal s fyzickým napadením, jakou mělo formu?



Obrázek 10

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se formy fyzického napadení, se kterým se setkali. Nejčastější odpovědí bylo "Strčení", které zaznamenalo 38 (23 %) odpovědí. Následovaly "Kopnutí" s 30 (18 %), "Udeření" s 29 (17 %) a "Plivnutí" s 26 (16 %). Menší počet respondentů uvedl jako formu napadení "Poškrábání" 21 (13 %). 16 (10 %) respondentů se s fyzickým napadením nesetkalo. Zbýlých 4 (3 %) respondentů uvedlo jinou formu napadení, která zahrnovala vytržené vlasy, škracení, házení předmětem, útoky nožem a použitými jehlami a pokusy o pomočení.

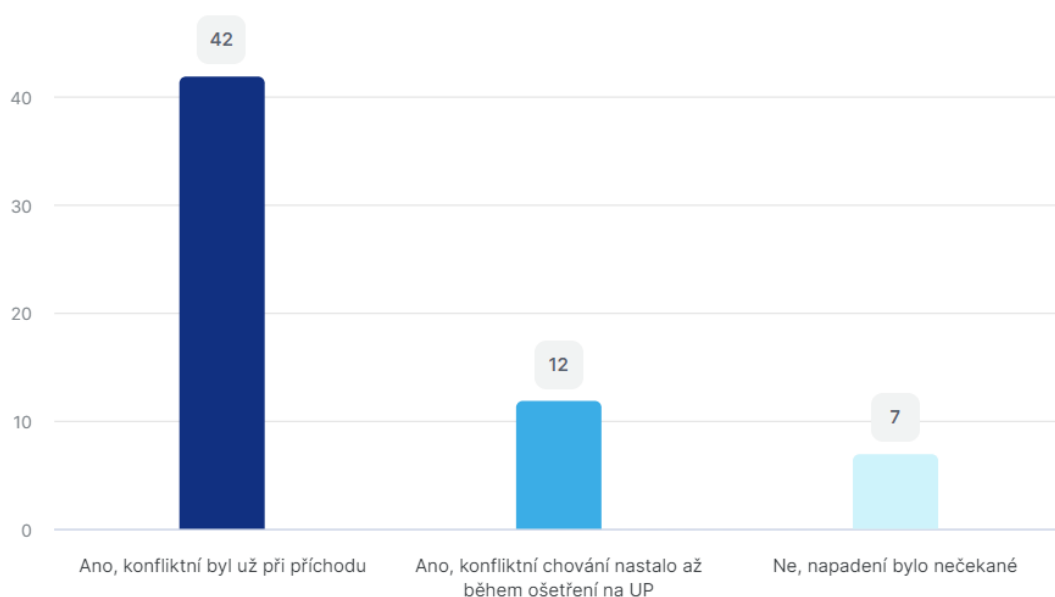
## 11. Při které směně se častěji setkáváte s napadením?



Obrázek 11

Graf zobrazuje výsledky dotazování na to, při které směně se respondenti setkávají častěji s napadením. 55 (90 %) respondentů setkává s napadením častěji během noční směny, zatímco pouze 6 (10 %) respondentů uvedlo denní směnu jako směnu, kdy se s napadením častěji setkávají.

## 12. Předcházelo napadení konfliktní chování pacienta?

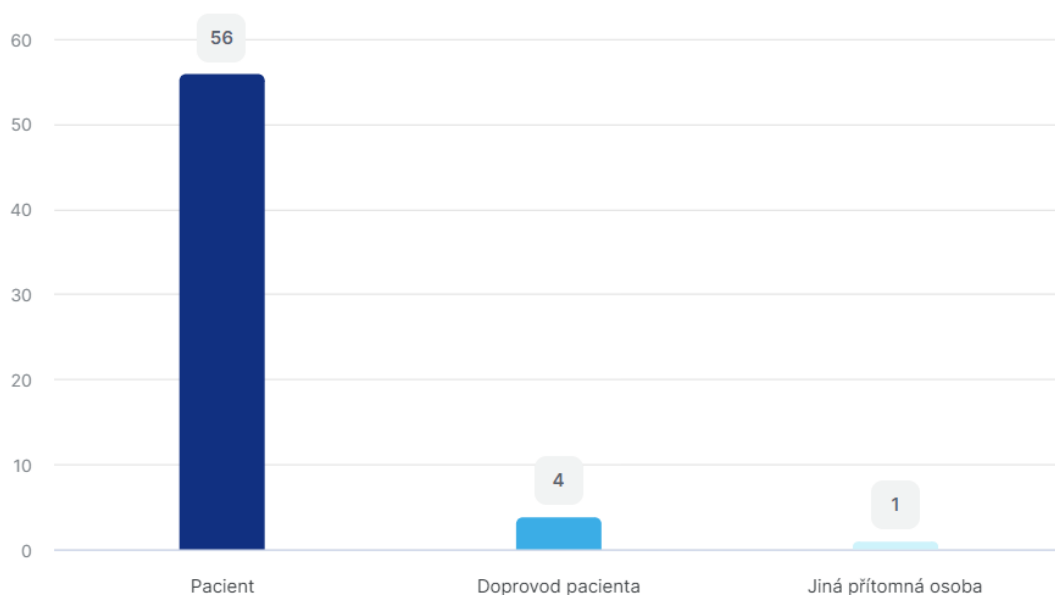


Obrázek 12

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda předcházelo napadení konfliktní chování pacienta. Nejvíce respondentů, konkrétně 42 (69 %), odpovědělo, že ano, konfliktní chování bylo pozorováno již při příchodu pacienta na urgentní příjem. 12 (20 %) respondentů uvedlo, že konfliktní chování pacienta se objevilo až během ošetření na urgentním příjmu. Menší skupina respondentů, tedy 7 (11 %), uvedla, že napadení bylo nečekané, tedy že se nevyskytlo žádné konfliktní chování před napadením.



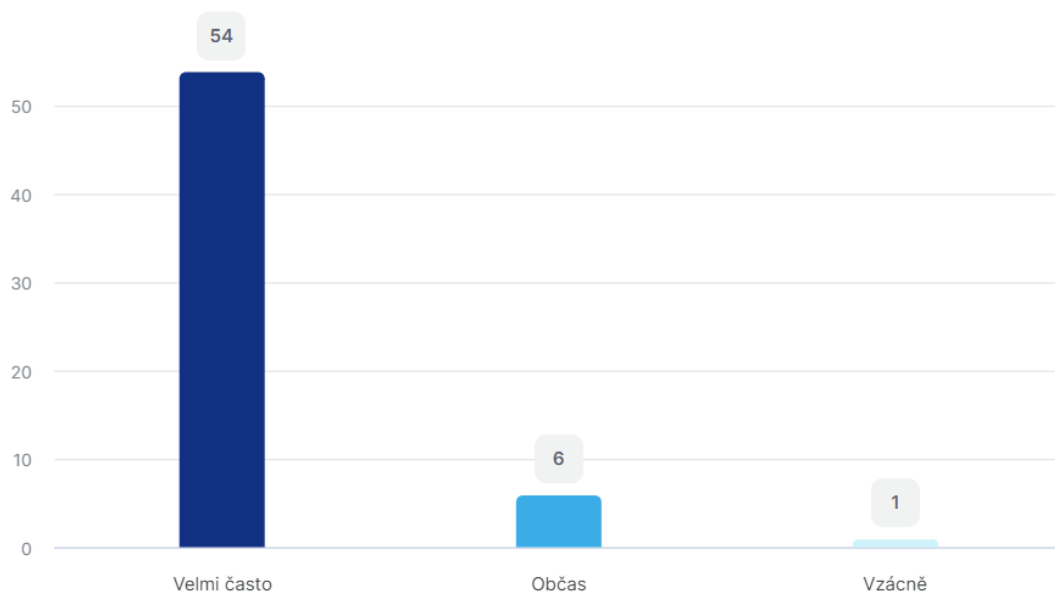
### 13. Původcem napadení byl



*Obrázek 13*

Graf zobrazuje údaje týkající se původce napadení na urgentním příjmu. Z celkového počtu respondentů 56 (92 %) uvedlo, že původcem napadení byl pacient sám. Dále 4 (7 %) uvedlo, že napadení bylo způsobeno doprovodem pacienta a pouze 1 (2 %) respondent označil jako původce napadení jinou přítomnou osobu.

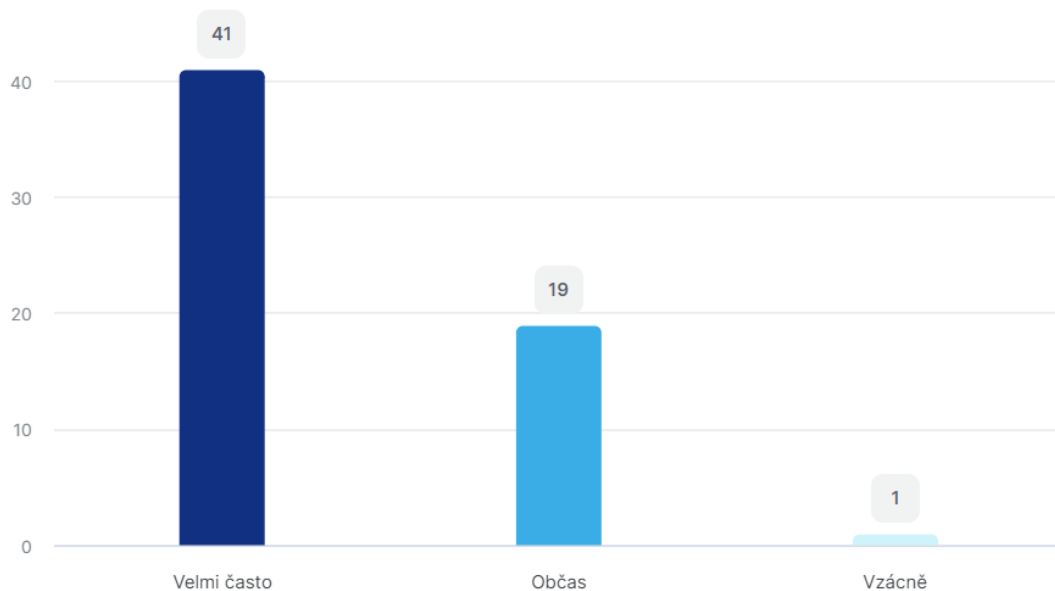
## 14. Jak často byl iniciátor napadení pod vlivem alkoholu



Obrázek 14

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se četnosti, s jakou byl iniciátor napadení pod vlivem alkoholu. Nejvíce respondentů odpovědělo "velmi často", konkrétně 54 (88 %). 6 (10 %) respondentů uvedlo, že se to stává "občas" a pouze 1 (2 %) respondent odpověděl, že se to stává "vzácně".

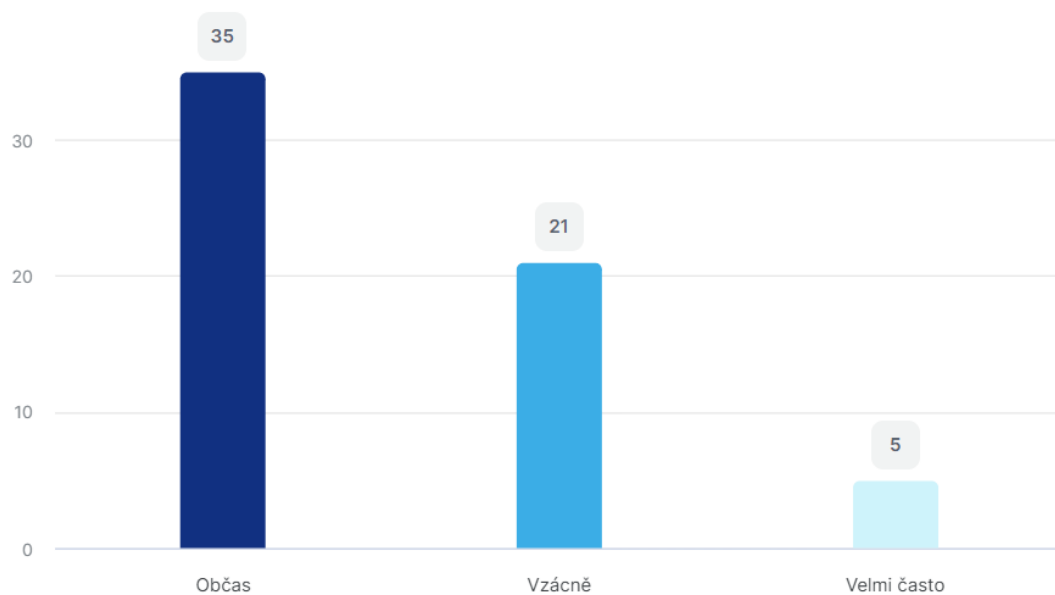
## 15. Jak často byl iniciátor napadení po vlivem omamných látek



Obrázek 15

Graf zobrazuje frekvenci, s jakou byl iniciátor napadení pod vlivem omamných látek. Největší skupina respondentů, tedy 41 (67 %) osob, odpověděla, že se iniciátor napadení pod vlivem omamných látek vyskytuje "velmi často". Druhá největší skupina, tedy 19 (31 %) respondentů, odpověděla, že se to stává "občas". Pouze 1 (2 %) respondent uvedl, že se to stává "vzácně".

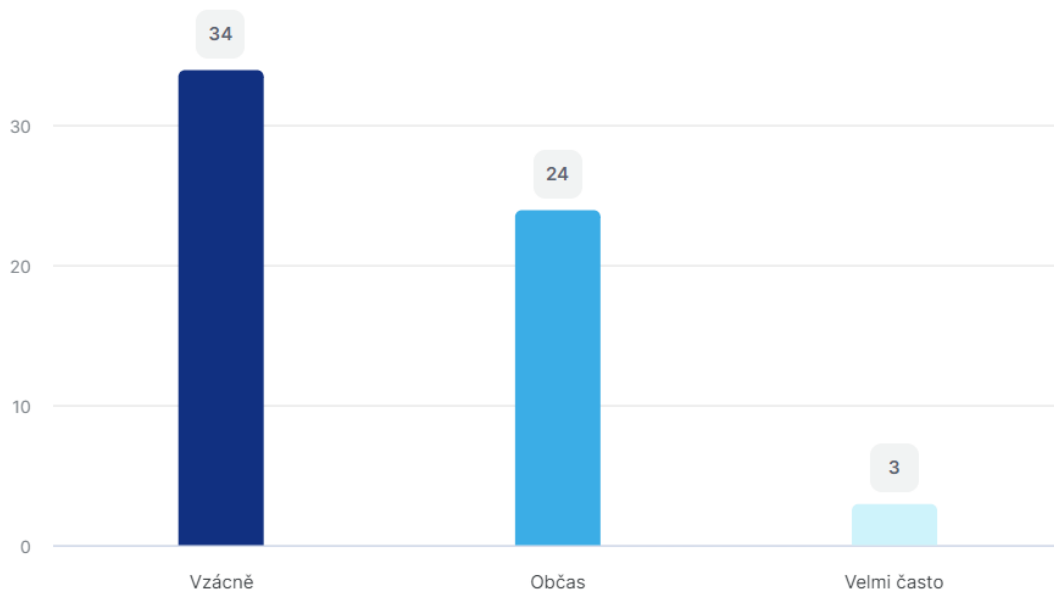
## 16. Jak často bylo napadení důsledkem konfliktní komunikace s personálem.



Obrázek 16

Graf ukazuje, jak často bylo napadení důsledkem konfliktní komunikace s personálem. Nejčastější odpovědí bylo "občas", kterou zvolilo 35 (57 %) respondentů. "Vzácně" uvedlo 21 (34 %) respondentů, zatímco pouze 5 (9 %) respondentů odpovědělo, že se to stává "velmi často".

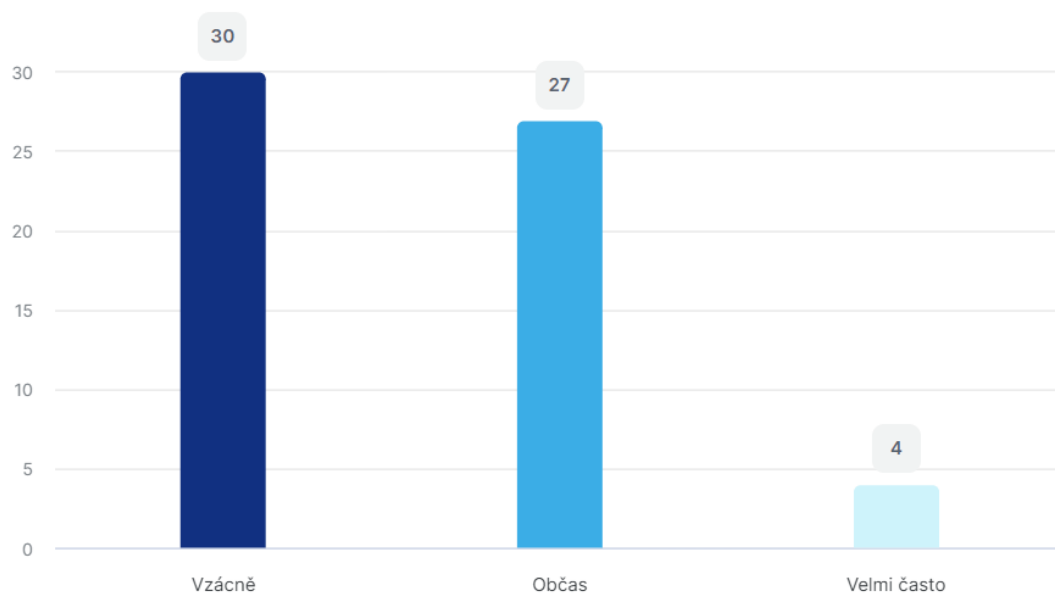
## 17. Jak často bylo napadení důsledkem nespokojenosti s průběhem ošetření na UP



Obrázek 17

Graf zobrazuje, jak často bylo napadení důsledkem nespokojenosti s průběhem ošetření na urgentním příjmu. Nejvíce respondentů, konkrétně 34 (56 %) odpovědělo, že se to stává "vzácně". 24 (39 %) respondentů uvedlo, že se to stává "občas" a pouze 3 (5 %) respondenti odpověděli, že se to stává "velmi často".

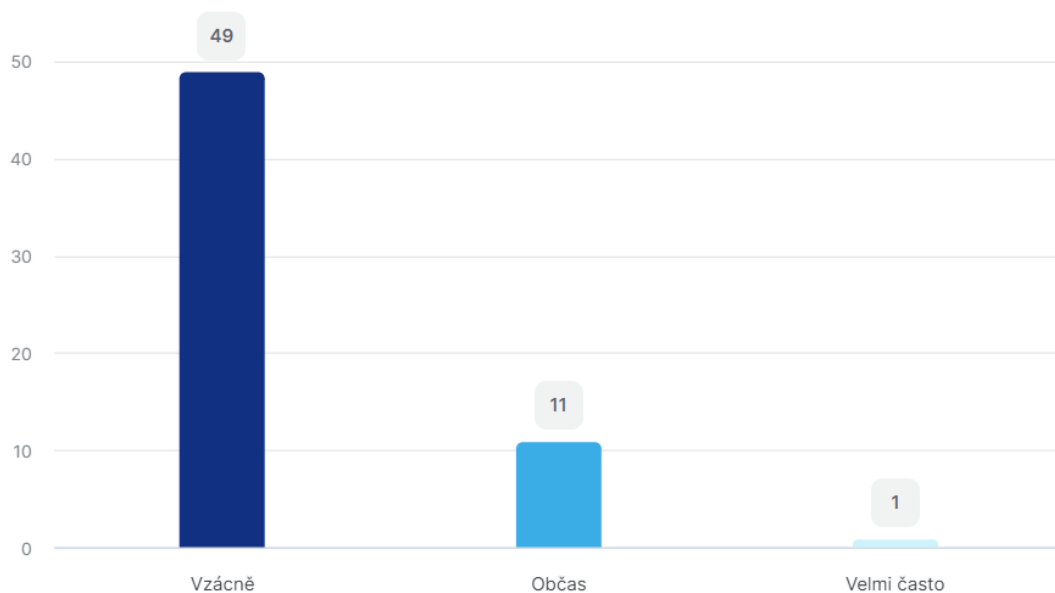
## 18. Jak často bylo příčinou napadení akutní Psychotický stav či jiná kvalitativní porucha vědomí pacienta



Obrázek 18

Graf ukazuje, jak často bylo příčinou napadení akutní psychotický stav či jiná kvalitativní porucha vědomí. Nejvyšší počet respondentů, konkrétně 30 (49 %), odpověděl, že se to stává "vzácně". Odpovědi "občas" uvedlo 27 (44 %) respondentů a pouze 4 (7 %) respondenti odpověděli, že se to stává "velmi často".

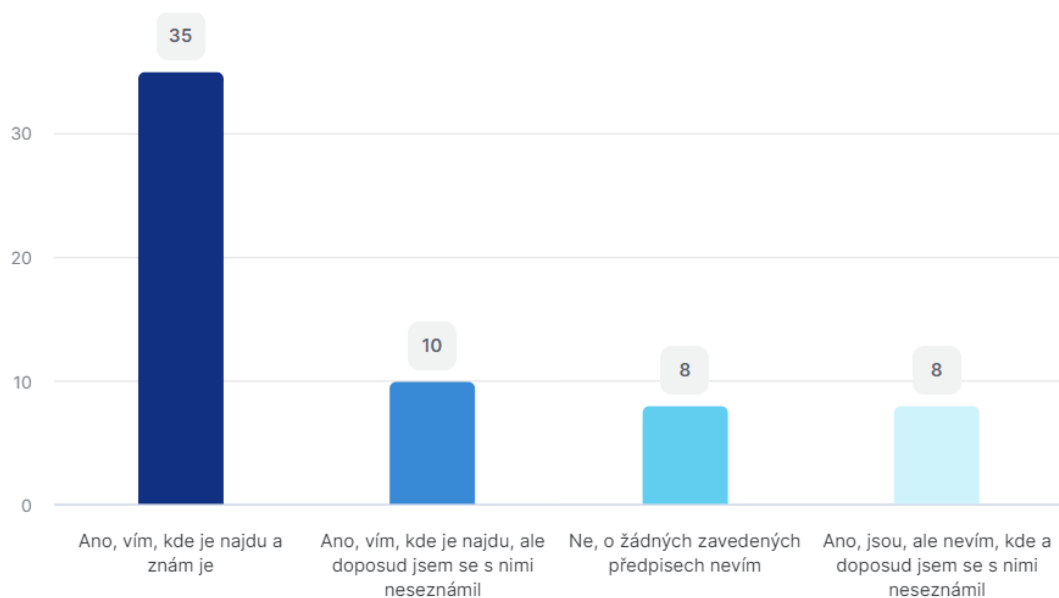
## 19. Jak často byly příčinou napadení jiné akutní potíže (bolest, jiný diskomfort)



Obrázek 19

Graf znázorňuje, jak často byly příčinou napadení akutní potíže jako bolest či jiný diskomfort. Největší skupina respondentů, konkrétně 49 (80 %) odpověděla, že se to stává "vzácně". 11 (18 %) respondentů uvedlo, že se to stává "občas" a pouze 1 (2 %) respondent odpověděl, že se to stává "velmi často"

## 20. Jsou na Vašem pracovišti zavedené bezpečnostní předpisy k prevenci konfliktů a napadení?

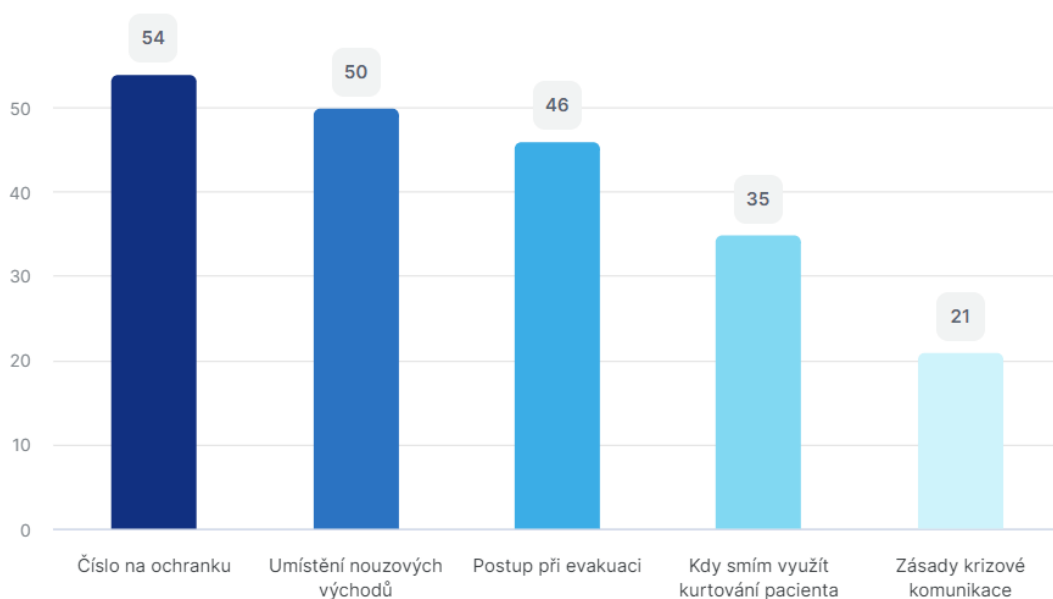


Obrázek 20

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda jsou na jejich pracovišti zavedené bezpečnostní předpisy k prevenci konfliktů a napadení. Nejvíce respondentů, konkrétně 35 (57 %), odpovědělo, že ano, znají tyto předpisy a ví, kde je najít. 10 (17 %) respondentů odpovědělo, že předpisy znají a ví, kde je najít, ale doposud se s nimi neseznámili. 8 (13 %) respondentů o žádných zavedených předpisech neví, zatímco dalších 8 (13 %) respondentů ví o předpisech, ale neví, kde je najít ani se s nimi neseznámili.



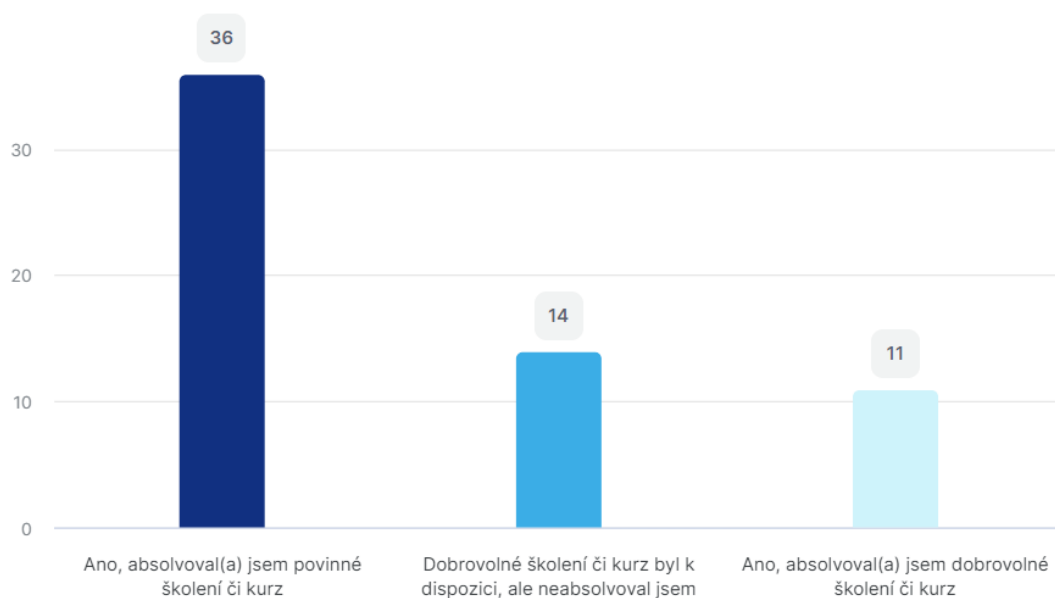
## 21. V bezpečnostních předpisech najdu:



Obrázek 21

Graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, co mohou najít v bezpečnostních předpisech. Nejvíce respondentů, tedy 54 (88 %), zvolilo možnost, že tam najdou číslo na ochranu. Další nejčastější odpověď, kterou zvolilo 50 (82 %) respondentů, je, že tam najdou umístění nouzových východů. Postup při evakuaci uvedlo 46 (75 %) respondentů. Možnost kurtování pacienta tam najde 35 (57 %) respondentů. A 21 (34 %) respondentů uvedlo, že tam najdou zásady krizové komunikace.

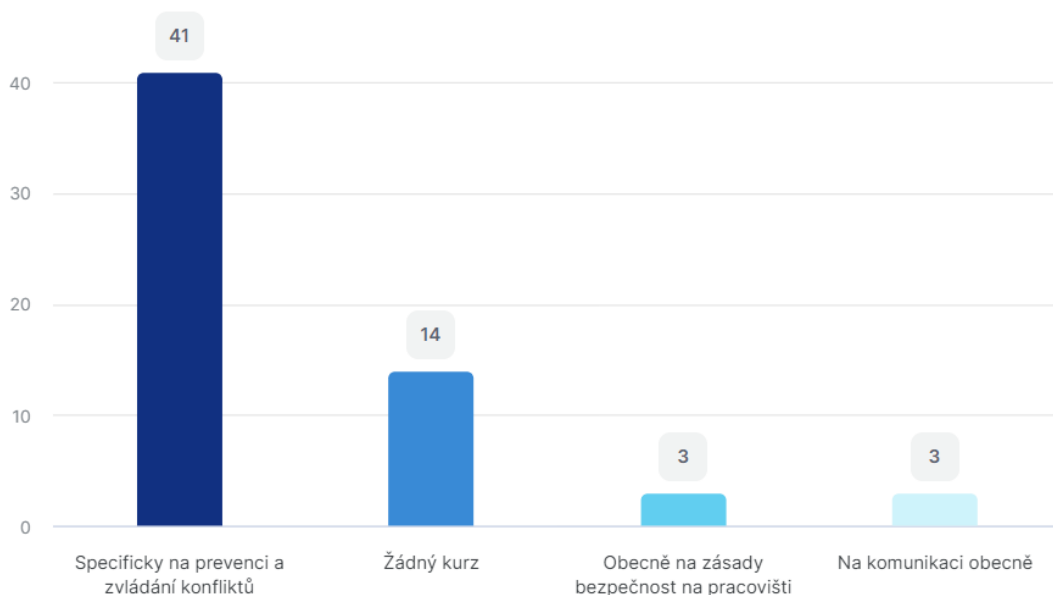
## 22. Na svém pracovišti jsem měl(a) možnost absolvovat školení či kurz(y) se zaměřením na prevenci a zvládání konfliktů či napadení



Obrázek 22

Graf zobrazuje odpovědi na otázku týkající se absolvování školení či kurzů se zaměřením na prevenci a zvládání konfliktů či napadení. 36 (59 %) respondentů uvedlo, že absolvovali povinné školení či kurz, zatímco 14 (23 %) respondentů mělo možnost absolvovat dobrovolné školení, ale nevyužili této příležitosti. Posledních 11 (18 %) respondentů odpovědělo, že absolvovali dobrovolné školení či kurz.

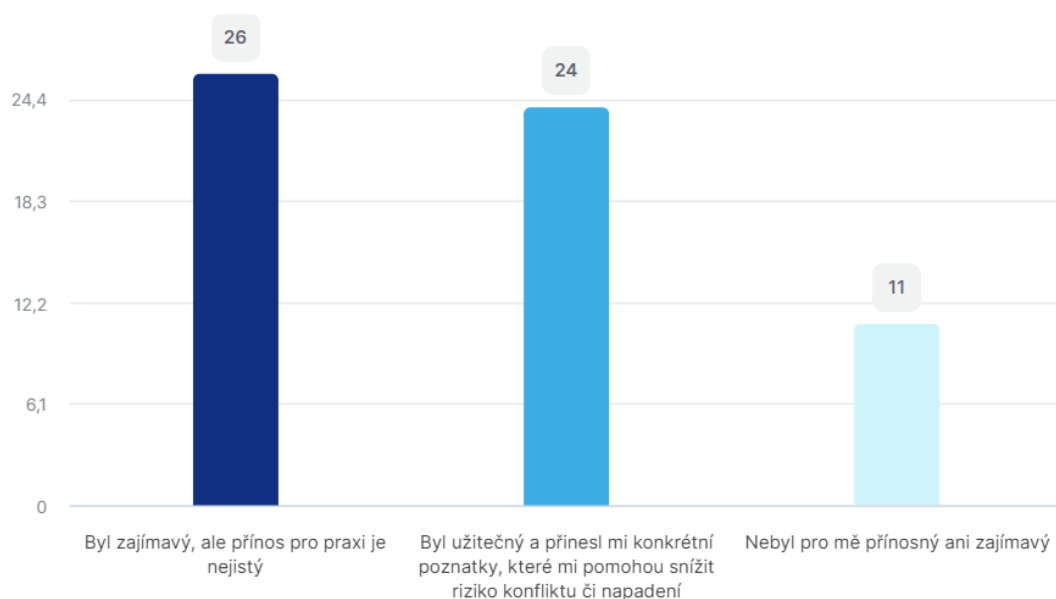
## 23. Pokud jsem měl(a) možnost absolvovat takový kurz či školení, bylo zaměřeno:



Obrázek 23

Graf ukazuje odpovědi respondentů na otázku o zaměření kurzů či školení, které absolvovali, pokud jde o prevenci a zvládání konfliktů. 41 (67 %) respondentů uvedlo, že kurz byl zaměřen specificky na prevenci a zvládání konfliktů. 14 (23 %) respondentů neabsolvovalo žádný kurz, zatímco 3 (5 %) respondenti měli kurz zaměřený obecně na zásady bezpečnosti na pracovišti a další 3 (5 %) respondenti absolvovali kurz zaměřený na komunikaci obecně.

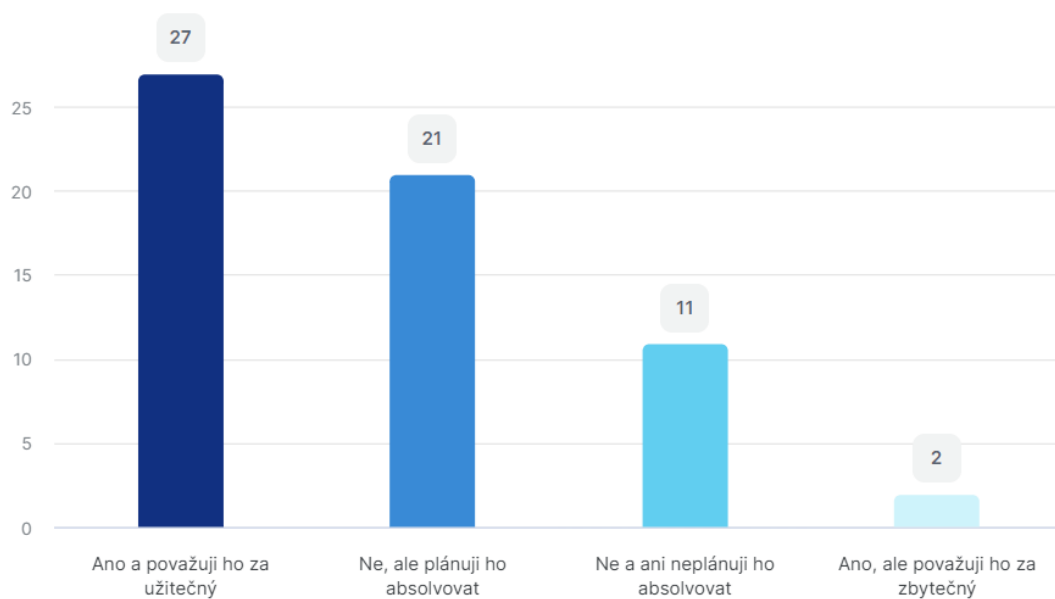
## 24. Kurz(y) a školení, které jsem absolvoval(a) hodnotím:



Obrázek 24

Graf ukazuje odpovědi respondentů na otázku ohledně hodnocení kurzů a školení zaměřených na prevenci a zvládnání konfliktů a napadení. 26 (43 %) respondentů uvedlo, že je zajímavý, ale nejsou si jisti, zda přinese přínos pro praxi. 24 (39 %) respondentů hodnotí kurz jako užitečný, který přinesl konkrétní poznatky pro snížení rizika konfliktu a napadení. Až 11 (18 %) respondentů hodnotí kurz jako nepřínosný a nezajímavý.

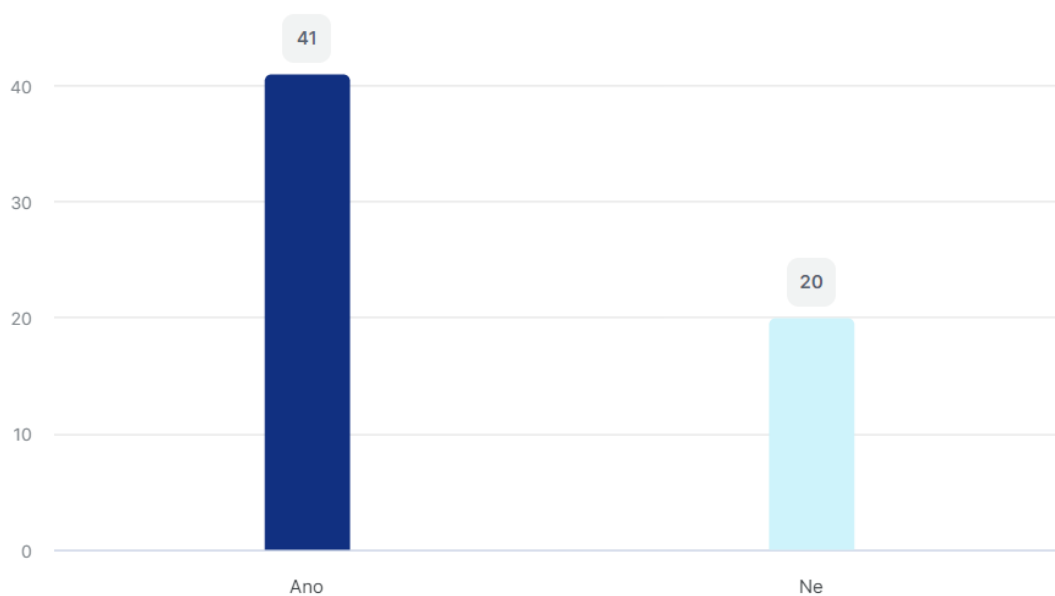
## 25. Absolvoval(a) jste kurz sebeobrany?



Obrázek 25

Graf zobrazuje odpovědi na otázku týkající se absolvování kurzu sebeobrany. 27 (44 %) respondentů uvedlo, že kurz absolvovali a považují ho za užitečný. 21 (35 %) respondentů zatím kurz neabsolvovalo, ale plánuje to v budoucnu udělat. 11 (18 %) respondentů neplánuje kurz absolvovat ani ho neabsolvovalo. Pouze 2 (3 %) respondenti uvedli, že kurz sebeobrany absolvovali, ale považují ho za zbytečný.

26. Probíhá ve Vaší nemocnici nácvik nebo cvičení, jak se správně chovat a jak postupovat v případě ozbrojeného napadení nemocnice?



Obrázek 26

Na otázku, zda probíhá v nemocnici nácvik nebo cvičení, jak se správně chovat a postupovat v případě ozbrojeného napadení nemocnice 41 (67 %) respondentů odpovědělo, že ano a 20 (33 %) respondentů uvedlo, že ne.

## 6 DISKUZE

Studie naznačují, že více než čtvrtina násilných trestných činů v naší společnosti má místo v oblasti zdravotnictví. Evropské výzkumy, včetně českého, označují zdravotnický sektor jako významné riziko pro napadení zdravotnických pracovníků. Výskyt různých forem násilí v naší společnosti roste a násilné činy se stávají stále více kruté a brutální. Dnes se násilí ve zdravotnické oblasti považuje za fenomén, a někteří autoři dokonce hovoří o endemickém výskytu. [50]

Během provedení průzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření odpovědělo celkem 61 respondentů, kteří byli osloveni anonymní platformou [www.survio.com](http://www.survio.com). Nezanedbatelný podíl tvořili zástupci Fakultní nemocnice Motol, kteří představovali 67 % respondentů, zatímco zástupci Fakultní nemocnice Na Bulovce se podíleli pouze 33 % celkového počtu respondentů. Tento rozdíl je pravděpodobně způsoben vyšším počtem zdravotnického personálu, který je zaměstnán ve Fakultní nemocnici Motol ve srovnání s Fakultní nemocnicí Na Bulovce.

Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že větší podíl respondentů tvořily ženy, konkrétně 61 % ze všech účastníků. Tento výsledek je pravděpodobně ovlivněn převahou žen mezi povoláním zdravotnický záchranář a zdravotnická sestra, kteří dohromady tvoří 76 % všech respondentů. Tato skutečnost odpovídá mé osobní zkušenosti, která naznačuje, že v nemocnicích je nelékařský zdravotnický personál, jako jsou zdravotnické sestry a záchranáři, významně zastoupen ženami.

Otázka č. 7 v průzkumu se zaměřovala na zkušenosti respondentů s napadením během jejich praxe na urgentním příjmu. Získané výsledky ukazují, že 95 % respondentů se setkalo s nějakou formou napadení, z toho

66 % zaznamenalo jak fyzickou, tak i verbální formu napadení. Tyto výsledky jsou v souladu s disertační prací J. Pekary, která zahrnovala především nelékařský zdravotnický personál na různých pracovištích zdravotnických zařízení. V této studii bylo zjištěno, že 10 % respondentů nezažilo v posledních 12 měsících žádné formy násilí. [46]

Dvě následující otázky v dotazníku zkoumaly četnost napadení zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních. U otázky č. 8, týkající se verbálního napadení, bylo nejčastěji zaznamenáno označení "jednou týdně", a to u 37 % mužů a 51 % žen. Druhou nejčastější odpovědí bylo označení "několikrát za měsíc", což bylo zaznamenáno u 37 % mužů a 32 % žen. U otázky č. 9, týkající se fyzického napadení, nejčastěji byla zaznamenána odpověď "jednou za několik měsíců", a to u 40 % respondentů ženského pohlaví a u 45 % respondentů mužského pohlaví. Navazující otázka č. 10 se zaměřovala na konkrétní formy fyzického napadení, kde z celkového počtu 45 respondentů, kteří se s fyzickým napadením setkali, 89 % z nich bylo napadeno strčením, což z této formy činí nejčastější formu napadení. Ke stejnému výsledku došel i Wohlmuth ve svém výzkumu, který označil strkání jako nejčastější druh útoku na zdravotnické záchranné službě. [51] Z mých výsledků průzkumu plyne, že ženy se častěji setkávají s verbálním napadením, zatímco u fyzického napadení pohlaví nepředstavuje významný faktor, což je trochu v rozporu s výzkumem Pekary, který uvádí, že výskyt násilí nezávisí na pohlaví zdravotnických pracovníků.

Dále jsem zkoumal, při které směně je napadení častější. Z výsledků vyplývá, že 90 % respondentů uvádí noční směnu jako období s vyšším rizikem napadení. Zbývajících 10 % respondentů, kteří uvedli denní směnu, se skládalo ze zdravotnického personálu s nízkou pracovní zkušeností na urgentním příjmu (0–1 rok) a s pracovním úvazkem ve výši 0,3 – 0,5.



V rámci další otázky dotazníkového šetření bylo zjišťováno, kdo byl původcem napadení zdravotnických pracovníků. Ve výsledcích mého průzkumu uvádí 92 % respondentů, že původcem napadení byl pacient. Podobné výsledky můžeme najít i ve výzkumu provedeným Szkanderovou a Jarošovou v roce 2008, kde 54 % respondentek označilo pacienta jako původce verbálního napadení a až 94 % respondentek označilo pacienta v případě fyzického napadení.

V následující otázce jsem se ptal na to, zda před napadením došlo k předcházejícímu konfliktnímu chování. Podle 69 % respondentů byl agresor již konfliktní při svém příchodu na urgentní příjem. Toto naznačuje, že hlavní vyvolávající příčinou napadení nebyl samotný zdravotnický personál. Tato domněnka je podporována i odpověďmi na otázky č. 16 a 17, ve kterých jsme zjistili, že napadení v důsledku konfliktní komunikace s personálem se děje občas (57 %) až vzácně (34 %), a napadení v důsledku nespokojenosti s průběhem ošetření se děje vzácně (56 %).

Z výsledků otázek zaměřených na faktory vyvolávající napadení plyne, že nejčastějším vyvolávajícím faktorem napadení zdravotnického personálu na urgentních příjmech jsou pacienti pod vlivem alkoholu. Tuto odpověď jako velmi častou uvedlo 88 % respondentů. Dalším významným vyvolávajícím faktorem je přítomnost omamných látek, kterou jako velmi častou uvedlo 67 % respondentů. Naopak jako nejméně pravděpodobnou příčinu napadení respondenti označili napadení v důsledku akutních obtíží, jako je bolest nebo jiný diskomfort. Tuto odpověď jako vzácnou uvedlo až 80 % respondentů. V nemocnici v britském městě Nottingham proběhl výzkum, který ukázal, že u 52 % incidentů bylo v hlášeních incidentů nebo související lékařské dokumentaci zaznamenáno podezření, že útočník byl pravděpodobně pod vlivem alkoholu. Hahn ve své studii uvádí, že většina pacientů projevujících

násilné chování byla buď pod vlivem alkoholu nebo drog. Následně byla tato chování spojena s psychiatrickými onemocněními a bolestivými stavy. Výsledky uvedených studií korelují s výsledky mého výzkumu. [49; 52]

V otázce č. 20 bylo zjišťováno, zda v nemocnici existují bezpečnostní předpisy zaměřené na prevenci konfliktů a napadení. Z odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření zjišťujeme, že pouze 8 z nich uvedlo, že takové předpisy neexistují, a z tohoto počtu jen 3 respondenti pochází z Fakultní nemocnice Motol.

Další otázkou jsem zkoumal znalost obsahu těchto předpisů. Mezi respondenty, kteří uvedli, že znají bezpečnostní předpisy a jsou seznámeni s jejich obsahem, se 94 % shodlo na tom, že v těchto předpisech najdou číslo na ochranku. 23 % respondentů se shodlo na všech odpovědích, zatímco 77 % se shodlo na prvních třech odpovědích, které zahrnují "číslo na ochranku", "umístění nouzových východů" a "postup při evakuaci". U respondentů, kteří se s bezpečnostními předpisy zatím neseznámili bylo procentuální rozložení odpovědí velmi podobné. Výrazný rozdíl byl zaznamenán pouze v shodě v prvních třech odpovědích, kde u respondentů, kteří tyto předpisy znají, byla shoda 77 %, zatímco u respondentů, kteří se s nimi ještě neseznámili, byla shoda 44 %.

V následujících třech otázkách zaměřených na kurzy nebo školení se zaměřením na zvládání a prevenci napadení či konfliktů byly zjišťovány informace o účasti respondentů na těchto programech, jejich přesné specifikaci a hodnocení respondenty. V první otázce uvedlo 78 % respondentů, že absolvovalo takový kurz, a to buď z povinnosti nebo dobrovolně. Lepping a Lanka zastávají názoru je důležité, aby zdravotnický personál prošel školením z oblasti komunikace a účastnil se výukových programů, zejména na odděleních s vyšším výskytem agresivního chování pacientů, jako je například urgentní příjem. [47] V navazující otázce bylo zkoumáno zaměření těchto

kurzů, přičemž 87 % respondentů odpovědělo, že kurz byl specificky zaměřen na prevenci a zvládání konfliktů. To naznačuje, že většina kurzů poskytuje relevantní informace a dovednosti v této oblasti. V poslední otázce se respondentů ptám na hodnocení takového kurzu. Zjistilo se, že jedna polovina respondentů, kteří kurz absolvovali, hodnotí jej jako užitečný a zajímavý. Druhá polovina však vyjádřila nejistotu ohledně toho, zda je takový kurz přínosný pro jejich praxi. V Anglii bylo provedeno zkoumání na třech nemocničních pohotovostech, které se zaměřovalo na to, jak personál může přispět ke snížení rizika agresivního jednání zaměřeného na zdravotnický personál. Výsledkem bylo několik osvědčených postupů, mezi které patří například několikátýdenní školení zaměřené na problematiku násilí ve zdravotnictví a nutnost rozvíjet dovednosti projevování soucitu v obtížných situacích. [53]

V rámci 25. otázky bylo zjištěno, že 47 % respondentů již absolvovalo kurz sebeobrany, zatímco 35 % respondentů plánuje takový kurz absolvovat. Mezi respondenty, kteří teprve plánují absolvovat kurz, jsou častěji zastoupeny ženy. Zbývajících 18 % respondentů, kteří neplánují absolvovat kurz sebeobrany, převážně tvoří ti, kteří se zatím s fyzickým napadením nesetkali nebo se s ním nesetkávají často. Tento výsledek ukazuje, že určitá část respondentů si uvědomuje důležitost a přínos absolvování kurzu sebeobrany pro zvýšení své osobní ochrany. Je však také patrné, že existuje skupina respondentů, která se zatím necítí ohrožena fyzickým napadením nebo nevidí potřebu absolvovat takový kurz.

Poslední otázkou bylo zkoumáno, zda se v nemocnici provádí trénink nebo cvičení zaměřené na ozbrojené napadení nemocnice. Na tuto otázku odpovědělo 67 % respondentů kladně, že v jejich nemocnici probíhají tato cvičení. Zbývajících 33 % respondentů, kteří tuto informaci nepotvrdili, se

skládalo z 70 % respondentů s pracovní zkušeností 0–1 rok, což představuje 87 % všech respondentů s takovou délkou praxe, a 20 % respondentů s pracovní zkušeností 2–5 let. Z těchto údajů lze vyvodit, že cvičení zaměřená na ozbrojené napadení nemocnice se v nemocnicích konají, avšak nejsou příliš častá.

## 7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo posoudit reálnou četnost a vyvolávající faktory napadení a posoudit reálnou úroveň připravenosti zdravotnického personálu urgentních příjmů k obraně před napadením.

V Teoretické části této bakalářské práce byl popsán urgentní příjem, jeho struktura, personální obsazení a proces třídění pacientů. Dále zde byly rozebrána rizika pro zdravotnický personál, zejména na násilí a napadení. Byly prezentovány principy prevence a ochrany prostřednictvím komunikace, sebeobrany a použití omezovacích prostředků. Dále byly zmíněny relevantní výsledky výzkumů podobných témat.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že valná většina respondentů se setkala s nějakou formou napadení během své praxe na urgentním příjmu. Respondenti uváděli, že pacienti pod vlivem alkoholu a omamných látek jsou nejčastějšími vyvolávajícími faktory napadení. Konfliktní chování agresorů při příchodu na urgentní příjem naznačuje, že napadení není primárně způsobeno samotným zdravotnickým personálem. Bezpečnostní předpisy zaměřené na prevenci konfliktů a napadení existují a větší část personálu urgentního příjmu již prošla kurzy či školeními, ale jejich efekt není dle zjištěných dat jednoznačný, část personálu stále má rezervy jak v teoretické, tak praktické rovině svých znalostí. Na základě zjištěných dat můžeme potvrdit hypotézu č.1 a konstatovat, že hypotéza č.2 byla vyvrácena.

Na základě získaných výsledků doporučuji věnovat zvýšenou pozornost problematice napadení zdravotnického personálu v urgentním příjmu.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|      |                                      |
|------|--------------------------------------|
| CT   | Počítačová tomografie                |
| ČR   | Česká republika                      |
| DRN  | Doprava raněných a nemocných         |
| FN   | Fakultní nemocnice                   |
| FNO  | Fakultní nemocnice Ostrava           |
| HEMS | Helicopter Emergency Medical Service |
| MR   | Magnetická rezonance                 |
| MS   | Microsoft                            |
| NLZP | Nelékařský zdravotnický personál     |
| NT   | Nemocnice Třinec                     |
| RTG  | Rentgenové vyšetření                 |
| UP   | Urgentní příjem                      |
| ÚCL  | Úřad pro civilní letectví            |
| ZZS  | Zdravotnická záchranná služba        |

## 9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] *Ministerstvo zdravotnictví: Ministerstvo zdravotnictví vydává metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů* [online]. In: . 2020 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-metodicky-pokyn-pro-zrizeni-a-vedeni-urgentnich-prijmu/>

[2] POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2016. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3939-0.

[3] BRAMUŠKOVÁ, Jarmila a Eva BALOGOVÁ. *Cesta k modernímu ošetřovatelství: Profesní riziká urgentních příjmů*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2016. ISBN 978-80-87347-23-2.

[4] REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

[5] Komora záchranářů. In: *V ČR by mělo být 81 urgentních příjmů* [online]. 2018 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/v-cr-by-melo-byt-81-urgentnich-prijmu-lekari-slouzici-pohotovost-by-jim-meli-pomahat-tridit-pacienty#:~:text=L%C3%A9ka%C5%99i%20slou%C5%BE%C3%ADc%C3%AD%20pohotovost%20by%20jim%20m%C4%9Bli%20pom%C3%A1hat%20t%C5%99%C3%ADdit%20pacienty,-03.08.2018>

[6] ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

[7] *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. In: . 2020 [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: [https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ\\_9-2020\\_UP.pdf](https://zachrannasluzba.cz/wp-content/uploads/2020/09/Vestnik-MZ_9-2020_UP.pdf)

[8] HUBÁČEK, Petr. *Urgentní medicína: Poslání a činnost oddělení urgentního příjmu* [online]. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2005, [cit. 2023-03-21]. ISSN 1212-1924.

[9] *Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. In: . 2018 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15323/36080/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%204-2018.pdf>

[10] *Zákony pro lidi*. In: *Vyhláška č. 55/2011 Sb: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. 2011 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

[11] HUBÁČEK, Petr. *Interní medicína pro praxi: třídění zraněných a nemocných s interní problematikou* [online]. Olomouc: Solen, 2018, [cit. 2023-03-20]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2018/02/09.pdf>

[12] GRAVES, Ian. *Emergency Care: A Textbook for Paramedics*. 2nd ed. London: Saunders Ltd., 2006. ISBN 0-7020-2586-0.

[13] *Fakultní nemocnice Motol: Oddělení urgentního příjmu dospělých* [online]. [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a>



ambulance/kliniky-dospela-cast/oddeleni-urgentniho-prijmu-dospelych/#specializace

[14] *Fakultní nemocnice Motol: Oddělení urgentního příjmu dospělých* [online]. [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-ambulance/kliniky-dospela-cast/oddeleni-urgentniho-prijmu-dospelych/#vybavenost-pristroji>

[15] *Fakultní nemocnice Bulovka: Oddělení urgentního příjmu* [online]. [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/urgentni-prijem>

[16] PETROVOVÁ, Markéta. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví* [online]. Praha: Care Comm, 2017, [cit. 2023-04-12]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/11/zdravotni-rizika-prace-ve-zdravotnictvi/>

[17] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-407-6.

[18] JANEČKOVÁ, Eva. *Právní aspekty sebeobrany*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. Právní rukověť (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-760-7.

[19] PAVELKA, Radim a Jaroslav STICH. *Sebeobrana: nebuďte snadnou obětí!*. Vydání první. Praha: Ikar, 2015. ISBN 978-80-249-2800-5.

[20] PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ. *Prevence úrazů, otrav a násilí: prevence násilí v ošetrovatelství* [online]. 2011, [cit. 2023-04-17]. ISSN 1804-7858. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120514102106667618.pdf>

[21] KRÁLOVÁ, Jaroslava a Radka NITSCHOVÁ. Násilí při práci sester v nemocnici. In: *Zdraví Euro* [online]. 2008 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/nasili-pri-praci-sester-v-nemocnici/>

[22] PEKARA, Jaroslav. *Interní medicína pro praxi: Fenomén násilí ve zdravotnictví* [online]. Olomouc: Solen, 2017, [cit. 2023-04-10]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2017/05/01.pdf>

[23] *World Health Organization: The VPA Approach* [online]. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>

[24] KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Praktický lékař: Agresivní pacient* [online]. 2005, [cit. 2023-04-11]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-4/agresivni-pacient-5878/download?hl=cs>

[25] BURDA, Patrik. *Možnosti deeskalace násilných projevů u pacientů všeobecnou sestrou - model reaktivního managementu* [online]. České Budějovice, 2021 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3n1yjj/>. Rigorózní práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH.

[26] BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

[27] HNILICOVÁ, Helena. *Praktický lékař: Násilí jako znepokojivý fenomén současného zdravotnictví* [online]. 2008, [cit. 2023-04-13]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2008-5/nasili-jako-znepokojivy-fenomen-soucasneho-zdravotnictvi-91/download?hl=cs>

[28] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

[29] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

[30] PEKARA, Jaroslav. *Prevence násilí ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: [http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-N%C3%A1sil%C3%AD-ve-zdravotnictv%C3%AD\\_zdravotn%C3%ADk\\_pacient.pdf](http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-N%C3%A1sil%C3%AD-ve-zdravotnictv%C3%AD_zdravotn%C3%ADk_pacient.pdf)

[31] VÁCHA, Marek Orko. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země: o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8.

[32] *Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci.: Násilie na pracovisku* [online]. In: . [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/publications/factsheet-24-violence-work>

[33] PEKARA, Jaroslav. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky: Význam komunikace při prevenci násilných incidentů* [online]. Praha: Care Comm, 2014, [cit. 2023-04-13]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/3/vyznam-komunikace-pri-prevenci-nasilnych-incidentu/>

[34] PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

[35] NÖLLKE, Matthias. *Trénink slovní sebeobrany: jak pohotově najít správná slova v každé situaci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3517-7.

[36] GRIMALDI, Nicolas. *Nelidskost*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2013. Galileo. ISBN 978-80-200-2258-5.

[37] BENNETT. *Conflict resolution*. Canada: Lulu Enterprises, 2012. ISBN 978-0-9878706-4-3.

[38] REGULI, Zdenko. *Úpolové sporty: distanční studijní text*. 1. vyd. V Brně: MU FSs, 2005. ISBN 80-210-3700-8.

[39] REGULI, Zdenko. *Sebeobrana pro zdravotnický personál - zvládnání konfliktních situací: textová opora ke kurzu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou Jihomoravského kraje, 2013. ISBN 978-80-210-6338-9.

[40] VONDRÁČEK, Jan, Vladimíra DVOŘÁKOVÁ a Lubomír VONDRÁČEK. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3151-3.

[41] DOHNALOVÁ, Hana. *Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby* [online]. In: . *Medicína pro praxi*, 2011 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/02/10.pdf>

[42] *Zákony pro lidi*. In: *Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. 2011 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

[43] RABOCH, Jiří, ed. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. 1.* vyd. V Praze: Infopharm, 2006. ISBN 80-239-8501-9.

[44] PEKARA, Jaroslav. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky: násilí a české ošetrovatelství* [online]. Praha: Care Comm, 2013, [cit. 2023-04-13]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/12/nasili-a-ceske-osetrovatelstvi/>

[45] SZKANDEROVÁ, Michaela a Darja JAROŠOVÁ. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. *Profese on-line: recenzovaný časopis pro zdravotnické odbory* [online]. 2008 [cit. 2023-04-18]. ISSN 1803-4330.

[46] PEKARA, Jaroslav. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/34575/DP-Pekara.pdf?sequence=1>. Disertační práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH.

[47] LEPPING, Peter. 1234 – Prevalence of patient and visitor violence against staff on high-risk medical wards. *European Psychiatry* [online]. 2013 [cit. 2023-04-21]. ISSN 0924-9338. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933813763120>

[48] FERNS, Terence. Recording violent incidents in the emergency department. *Nursing Standart* [online]. 2012 [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&sid=5e6b9bf5-52fa45c3-b709-5f56e6929e08%40sessionmgr4002&hid=4203>.

[49]HAHN, Sabine, Marianne MÜLLER, Ian NEEDHAM, Theo DASSEN, Gerjo KOK a Ruud HALFENS. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2010, **19**(23-24), 3535-3546 [cit. 2023-04-20]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x

[50] *Diagnostika a poradenství v pomáhajících profesích: Důsledky násilí ve zdravotnictví* [online]. Praha: Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, 2019, [cit. 2023-04-14]. ISSN 2570-7612.

[51]WOHLMUTH, Lukáš. *Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu* [online]. Praha, 2016 [cit. 2023-05-14]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/78713/120222000.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.

[52]JAMES, A. Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal* [online]. 2006, **23**(6), 431-434 [cit. 2023-04-20]. ISSN 1472-0205. Dostupné z: doi:10.1136/emj.2005.028621

[53]LIPLEY, Nick. Writing may be on the wall for violent and aggressive patients. *Emergency Nurse* [online]. 2011 [cit. 2023-04-21]. ISSN 1934-8150. Dostupné z: <https://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=5e6b9bf5-52fa45c3-b709-5f56e6929e08%40sessionmgr4002&hid=4203>

## 10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

|                 |    |
|-----------------|----|
| Obrázek 1.....  | 37 |
| Obrázek 2.....  | 38 |
| Obrázek 3.....  | 39 |
| Obrázek 4.....  | 40 |
| Obrázek 5.....  | 41 |
| Obrázek 6.....  | 42 |
| Obrázek 7.....  | 43 |
| Obrázek 8.....  | 44 |
| Obrázek 9.....  | 45 |
| Obrázek 10..... | 46 |
| Obrázek 11..... | 47 |
| Obrázek 12..... | 48 |
| Obrázek 13..... | 49 |
| Obrázek 14..... | 50 |
| Obrázek 15..... | 51 |
| Obrázek 16..... | 52 |
| Obrázek 17..... | 53 |
| Obrázek 18..... | 54 |
| Obrázek 19..... | 55 |
| Obrázek 20..... | 56 |
| Obrázek 21..... | 57 |
| Obrázek 22..... | 58 |
| Obrázek 23..... | 59 |
| Obrázek 24..... | 60 |
| Obrázek 25..... | 61 |
| Obrázek 26..... | 62 |

## 11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

|   |    |
|---|----|
| Tabulka 1 - 5ti stupňový systém priorit ..... | 17 |
|---|----|



## 12 SEZNAM PŘÍLOH

### Příloha 1 – Dotazník

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - Muž
  - Žena
2. Jaký je Váš věk?
  - 20–30
  - 31–40
  - 40–50
  - 51+
3. Jak dlouho pracujete na urgentním příjmu?
  - 0–1
  - 2–5
  - 6–10
  - 11+
4. V které nemocnici pracujete?
  - Fakultní nemocnice Na Bulovce
  - Fakultní nemocnice Motol
5. Na které pozici pracujete?
  - Lékař
  - Zdravotnická sestra
  - Zdravotnický záchranář
  - Sanitář
6. Jaká je výše Vašeho úvazku na urgentním příjmu?
  - 0 – 0,25
  - 0,3 – 0,5
  - 0,6 – 1
7. Setkal(a) jste se někdy během praxe na urgentním příjmu s napadením?

- Ano, s fyzickou formou napadení
  - Ano, s verbální formou napadení
  - Ano, s verbální i fyzickou formou
  - Ne, zatím jsem se s napadením nesetkal
8. Jak často se setkáváte s verbálním napadením během činnosti na urgentním příjmu?
- Jednou týdně
  - Několikrát za měsíc
  - Jednou měsíčně
  - Jednou za několik měsíců
  - Doposud jsem se nesetkal
9. Jak často se setkáváte s fyzickým napadením během činnosti na urgentním příjmu?
- Jednou týdně
  - Několikrát za měsíc
  - Jednou měsíčně
  - Jednou za několik měsíců
  - Doposud jsem se nesetkal
10. Pokud jste se setkal s fyzickým napadením, jakou mělo formu? (více správných možností)
- Strčení
  - Udeření
  - Kopnutí
  - Plivnutí
  - Poškrábání
  - Jiné (uveďte)...
  - S fyzickým násilím jsem se nesetkal
11. Při které směně se častěji setkáváte s napadením?
- Denní

- Noční

12. Předcházel napadení konfliktní chování pacienta?

- Ano, konfliktní byl už při příchodu
- Ano, konfliktní chování nastalo až během ošetření na UP
- Ne, napadení bylo nečekané

13. Původcem napadení byl

- Pacient
- Doprovod pacienta
- Jiná přítomná osoba

14. Jak často byl iniciátor napadení pod vlivem alkoholu

- Velmi často
- Občas
- Vzácně

15. Jak často byl iniciátor napadení po vlivem omamných látek

- Velmi často
- Občas
- Vzácně

16. Jak často bylo napadení důsledkem konfliktní komunikace s personálem.

- Velmi často
- Občas
- Vzácně

17. Jak často bylo napadení důsledkem nespokojenosti s průběhem ošetření na UP

- Velmi často
- Občas
- Vzácně

18. Jak často bylo příčinou napadení akutní Psychotický stav či jiná kvalitativní porucha vědomí pacienta

- Velmi často

- Občas
- Vzácně

19. Jak často byly příčinou napadení jiné akutní potíže (bolest, jiný diskomfort)

- Velmi často
- Občas
- Vzácně

20. Jsou na Vašem pracovišti zavedené bezpečnostní předpisy k prevenci konfliktů a napadení?

- Ano, vím, kde je najdu a znám je
- Ano, vím, kde je najdu, ale doposud jsem se s nimi neseznámil
- Ano, jsou, ale nevím, kde a doposud jsem se s nimi neseznámil
- Ne, o žádných zavedených předpisech nevím

21. V bezpečnostních předpisech najdu: (více správných možností)

- Číslo na ochranku
- Umístění nouzových východů
- Postup při evakuaci
- Kdy smím využít kurtování pacienta
- Zásady krizové komunikace

22. Na svém pracovišti jsem měl(a) možnost absolvovat školení či kurz(y) se zaměřením na prevenci a zvládání konfliktů či napadení

- Ano, absolvoval(a) jsem povinné školení či kurz
- Ano, absolvoval(a) jsem dobrovolné školení či kurz
- Dobrovolné školení či kurz byl k dispozici, ale neabsolvoval jsem

23. Pokud jsem měl(a) možnost absolvovat takový kurz či školení, bylo zaměřeno:

- specificky na prevenci a zvládání konfliktů
- na komunikaci obecně
- Obecně na zásady bezpečnost na pracovišti

- Žádný kurz

24. Kurz(y) a školení, které jsem absolvoval(a) hodnotím:

- Byl užitečný a přinesl mi konkrétní poznatky, které mi pomohou snížit riziko konfliktu či napadení
- Byl zajímavý, ale přínos pro praxi je nejistý
- Nebyl pro mě přínosný ani zajímavý

25. Absolvoval(a) jste kurz sebeobrany?

- Ano a považuji ho za užitečný
- Ano, ale považuji ho za zbytečný
- Ne, ale plánuji ho absolvovat
- Ne a ani neplánuji ho absolvovat

26. Probíhá ve Vaší nemocnici nácvik nebo cvičení, jak se správně chovat a jak postupovat v případě ozbrojeného napadení nemocnice?

- Ano
- Ne