



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Bezpečnostní hrozby násilných útoků ve zdravotnictví – příležitosti a výzvy

Safety Threats of Violent Attacks in Healthcare - Opportunities and Challenges

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Šárka Hrdličková
Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Barbora Vegrachtová, Ph.D., MBA

Kladno 2020



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Hrdličková** Jméno: **Šárka** Osobní číslo: **484260**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Ochrana obyvatelstva**
Studijní obor: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Bezpečnostní hrozby násilných útoků ve zdravotnictví - příležitosti a výzvy

Název diplomové práce anglicky:

Safety Threats of Violent Attacks in Healthcare - Opportunities and Challenges

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude zhodnocení a stanovení úrovně zabezpečení, ve zdravotnických zařízeních proti násilným útokům, na podkladě skutečných událostí. V teoretické části budou shrnuty současné poznatky týkající se bezpečnosti ve zdravotnictví, konkrétně ve zdravotnických zařízeních, bezpečnostní hrozby, především násilné útoky pacientů či návštěvníků, rozbor a důsledky těchto útoků. Práce bude zaměřena také na výzvy a v neposlední řadě na samotné příležitosti vedoucí k útokům. V empirické části bude proveden průzkum formou řízených rozhovorů, s minimálním počtem šesti respondentů, mezi zdravotnickým personálem vybraných zdravotnických zařízení. Na podkladě zjištěných skutečností bude vytvořena SWOT analýza vnímání rizik spojených s násilnými útoky. V závěru práce budou shrnuty doporučení a možnosti pro zlepšení bezpečnosti a předcházení násilných útoků.

Seznam doporučené literatury:

- [1] DREIßIG, Verena, Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus: Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund. Bielefeld, Německo: transcript Verlag, 2015. ISBN 9783839403921.
- [2] GALLO, Kathleen a Lawrence G. SMITH, Building a culture of patient safety through simulation: an interprofessional learning model. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 9780826169075.
- [3] ŠTĚTINA, Jiří, Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
- [4] WERFT, Wolfgang, Drehleitereinsatz. Landsberg am Lech: ecomed SICHERHEIT, 2017. ISBN 978-3-609-77496-1.

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

PhDr. Barbora Vegrachtová, Ph.D., MBA

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **23.09.2019**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2021**


prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem *Bezpečnostní hrozby násilných útoků ve zdravotnictví – příležitosti a výzvy*, vypracovala 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 Plzni dne 01.06.2020

.....
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych v této části poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Barboře Vegrichové, Ph. D., MBA za podnětné rady, kritické, ale konstruktivní připomínky. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem probandům, za jejich přínos pro výzkumnou část této diplomové práce. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině a oddělení, kde pracuji, za jejich podporu.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na problematiku bezpečnostních hrozeb násilných útoků ve zdravotnictví. Konkrétně se jedná o násilné útoky, kde je agresorem pacient/ klient a zdravotnický personál je oběť. Předmětem zkoumání jsou možnosti zabezpečení zdravotnických zařízení a analýza násilných útoků na základě již uskutečněných násilných událostí.

Teoretická část je zaměřena na násilné bezpečnostní hrozby zasahující zdravotnictví. Je kladen důraz na význam ochrany měkkých cílů. Explicitně se zaměřuje na problematiku agresivního chování pacientů/ klientů na zdravotnický personál. V neposlední řadě se věnuje bezpečnostním opatřením ve zdravotnických zařízeních, edukaci a managementu prevence násilného chování pacientů.

Praktická část diplomové práce interpretuje výsledky na podkladě kvalitativního výzkumu, které vznikly na základě řízených rozhovorů s napadeným zdravotnickým personálem. V diplomové práci je použita metoda strategické analýzy SWOT. Díky získaným rozhovorům a vyhodnocení vědeckých poznatků byly vygenerované strategické alternativy aplikovatelné při násilných útocích ve zdravotnických zařízeních.

Na základě dosažených výsledků jsme zjistili nejčastější důvody útoků a vymezili jsme rizikové faktory vedoucí k napadení. Práce obsahuje návrh na další možná opatření vůči agresivnímu chování pacientů formou posterů pro zdravotnický personál, která vychází z vědeckých poznatků a odborné literatury.

Klíčová slova

Bezpečnost; násilné útoky; zdravotnictví; agresivní pacient; zdravotník

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on the issue of security threats of violent attacks in healthcare. Specifically, these are violent attacks, where the aggressor is the patient / client and the medical staff is the victim. Subjects of research are the possibilities of security and analysis violent attacks its based on violent events which already happened.

Theoretical element deals with violent security threats affecting the healthcare. The emphasis is on the importance of protecting of soft targets. It explicitly focuses on the issue of aggressive behavior of patients / clients against medical staff. Last but not least, it deals with security measures in medical facilities, education and management of prevention of attacks performed by patients.

The practical part of the diploma thesis interprets the results on the basis of qualitative research, which arise on the basis of controlled interviews with the attacked medical person. The research is built on the method of strategic SWOT analysis. Based on the obtained interviews and evaluated knowledge, there were generated alternatives of the strategy in violent attacks in medical facilities.

Aim of the thesis is to assess the achieved results, find out the reasons and define the risk factors leading to the attack. The work contains a proposal for other possible measures against aggressive behavior of patients in the form of a brief guide for medical staff, which comes out from academic findings and specific literature.

Keywords

Safety; Violent Attacks; Healthcare; Aggressive Patient; Paramedic

Obsah

1	Úvod.....	10
2	Základní pojmy	12
2.1	Bezpečnost	12
2.2	Hrozba.....	12
2.3	Riziko.....	12
2.4	Násilí.....	13
3	Měkké cíle.....	14
3.1	Ochrana měkkých cílů	14
3.2	Základní principy ochrany měkkých cílů	16
3.3	Právní ukotvení ochrany měkkých cílů	17
3.4	Další bezpečnostní dokumenty obsahující ochranu měkkých cílů	18
3.5	Dotační program na ochranu měkkých cílů	19
4	Násilné bezpečnostní hrozby ve zdravotnictví.....	20
4.1	Terorismus	20
4.2	Negativní aspekty mezinárodní migrace.....	22
4.3	Aktivní střelec	23
4.4	Agresivní pacient.....	24
5	Agrese a násilí.....	26
5.1	Agrese.....	26
5.2	Druhy a formy agrese	26
6	Násilné chování ve zdravotnictví	28
6.1	Násilí proti zdravotníkům.....	28
6.2	Faktory a příčiny násilí páchané na zdravotnících.....	30

6.3	Následky agresivního chování	32
7	Management prevence násilí.....	33
7.1	Principy chování vůči agresorovi.....	34
7.2	Zásady jednání s agresivním pacientem	35
7.3	Komunikace jako sebeobrana zdravotnického personálu.....	36
7.4	Komunikační intervence.....	37
7.5	Profesní sebeobrana	38
7.6	Kurz Zdravotní péče v ohrožení	39
8	Práva a povinnosti pacienta.....	40
8.1	Práva pacienta	40
8.2	Povinnosti pacienta a jiných osob	40
8.3	Právní odpovědnost při napadení zdravotníků	41
9	Opatření pro zajištění agresivního pacienta	43
9.1	Restriktivní opatření	43
9.2	Farmakologický zásah	44
10	Bezpečnostní opatření zdravotnických zařízení.....	46
10.1	Zabezpečení zdravotnického zařízení	46
10.1.1	Kamerové systémy	47
10.1.2	Automatické dveře na zaměstnaneckou kartu	47
10.1.3	Bezpečnostní agentura, ostraha	48
10.1.4	Profesionální zásahový tým.....	48
10.1.5	Zásahové vozidlo.....	48
10.1.6	Pochůzková služba (online).....	49
10.1.7	Psovod	49

10.1.8	Elektrické zabezpečovací signalizace.....	49
10.1.9	Bezpečnostní čipy.....	50
10.1.10	Bezpečnostní velín.....	50
10.1.11	Bezpečnostní manažeři.....	50
10.1.12	Detekce rizikového chování.....	50
11	Formulace problému.....	51
12	Cíle práce.....	52
12.1	Metodika.....	52
12.2	Charakteristika vzorku.....	53
13	Interpretace výsledků.....	55
13.1	Interpretace výsledků pomocí SWOT analýzy.....	91
13.2	Postery.....	94
14	Diskuze.....	98
15	Závěr.....	106
16	Seznam použitých zkratek.....	108
17	Seznam použité literatury.....	110
18	Seznam použitých obrázků.....	119
19	Seznam použitých tabulek.....	120
20	Seznam použitých grafů.....	121
21	Seznam příloh.....	122

1 ÚVOD

Mezi bezpečnostní hrozby týkající se zdravotnictví můžeme řadit i násilné chování. Násilí na pracovišti je jedním z nejzávažnějších problémů ovlivňujících sektor zdravotnictví. Výskyt násilného chování směrem k zdravotnickým pracovníkům vzrůstá každým rokem. Je však obtížné posoudit rozsah problému, jelikož jsou násilné incidenty nedostatečně ohlašovány. V současné době lékaři a nelékařský zdravotnický personál vidí násilí páchané především pacienty a návštěvníky (přáteli a příbuznými pacientů) jako součást jejich práce. Násilné chování vůči zdravotnickým pracovníkům má důsledky, jak pro zúčastněný personál, tak i pro systém zdravotní péče.

Násilí pacientů bývá ovlivněno několika faktory souvisejícími s patologiemi pacientů i způsobem, jakým jsou organizovány pracovní vzorce. Je tedy na diskuzi, zda pouze školení personálu bude dostatečné jako preventivní opatření proti agresivnímu pacientovi a násilí návštěvníků, a zvýší tak bezpečnost nejen zdravotnických pracovníků, ale i celku.

V profesním životě se věnuji práci zdravotnického záchranáře v nemocničním zařízení, kde o násilné chování a konfliktní situace není nouze. S násilím v rámci našeho povolání se bohužel neseťkávám pouze já, ale všichni zdravotníci pracující v tomto sektoru. I to byl tedy důvod, proč jsem rozhodla provést kvalitativní výzkum na téma agresivní chování pacientů/ klientů vůči zdravotnickému personálu. Cílem je zjistit s jakým typem fyzického násilí se zdravotníci setkávají, jaké okolnosti a faktory vedly k násilnému chování, jaké to mělo na personál dopady a zdali jsou útoky dostatečně ohlašovány. Šetření proběhlo v rámci Plzeňského kraje v nemocnici fakulního typu a zdravotnické záchranné službě. Kvalitativní výzkum je zpracován v empirické části práce, a následně je porovnán i s dříve realizovanými výzkumy a studii.

Obsah práce by mohl sloužit nejen výkonným pracovníkům ve zdravotnictví z řad personálu, ale i bezpečnostním manažerům aj. Poskytne pohled na problematiku týkající se násilného chování pacientů; od potencionálních důvodů vzniku tohoto chování, rizikových faktorů až po samotné důsledky. Na základě výsledků bude možno vytvořit vzorce a doporučené postupy, postery popř. standardy, sloužící k preventivním opatřením proti násilnému chování, a to nejen za využití SWOT analýzy. Tato analýza vznikla na podkladě skutečných událostí, výsledná data jsme získali pomocí řízených rozhovorů.

Diplomová práce je zpracována na základě odborné literatury, článků a vědeckých poznatků. Byla zpracována rešerše, která byla vytvořena s pomocí Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje. V práci je využita literatura, vědecké studie a internetové články od zahraničních autorů. Jedná se především o anglickou, americkou, švýcarskou, holandskou a ruskou literaturu a publikace.

2 ZÁKLADNÍ POJMY

2.1 Bezpečnost

„Bezpečnost je stav, kdy jsou na nejnižší možnou míru eliminovány hrozby pro objekt (stát, mezinárodní organizaci) a jeho zájmy a tento objekt je k eliminaci stávajících i potenciálních hrozeb efektivně vybaven a ochoten při ní spolupracovat.“
[50, s. 13]

2.2 Hrozba

Jde o primárně nezávisle existující fenomén, který má schopnost či vůli poškodit konkrétní hodnotu. Závažnost hrozby vychází z povahy dané hodnoty, jak moc je pro nás hodnota důležitá. Hrozba se dělí na dva základní typy podle příčiny. Může být jevem přírodním, jež má fyzikální projevy nebo intencionální. Intencionální hrozby připravuje, spouští a případně realizuje lidský jedinec nebo kolektiv složený z vícera lidských individualit, jež je schopen artikulovat, agregovat a prosazovat své cíle.

2.3 Riziko

Riziko je určitá pravděpodobnost, že vznikne nějaká škodlivá, nežádoucí událost, jež postihne danou hodnotu. Riziko lze také chápat jako eventualitu, že s určitou pravděpodobností vznikne událost, která pro nás není žádoucí. Riziko je vlastnost hrozby. V užším pojetí je reakcí na hrozbu, na stav připravenosti (či jeho opaku – zranitelnosti). [39]

2.4 Násilí

Úmyslné použití fyzické síly nebo síly - ohrožené nebo skutečné, proti sobě, proti jiné osobě nebo proti skupině či komunitě, které má buď za následek, nebo má vysokou pravděpodobnost, že povede ke zranění, smrti, psychické újmě, špatnému rozvoji nebo deprivaci. [11]

3 MĚKKÉ CÍLE

„Termín „měkké cíle“ (soft targets) není nikde přesně definován, toto označení je bezpečnostní komunitou používáno pro označení míst s vysokou koncentrací osob a nízkou úrovní zabezpečení proti násilným útokům, která jsou pro tuto svou charakteristiku vybírány zejména v poslední době jako cíl takovýchto útoků, typicky útoků teroristických. Tím se liší měkké cíle od tzv. hard targets, tvrdých cílů, kterými jsou dobře chráněné a střežené objekty útoků (např. některé státní objekty, vojenské objekty, objekty dalších bezpečnostních složek, ale i některé dobře chráněné či střežené nestátní či komerční objekty).“ [7, s. 1]

Mezi měkké cíle můžeme řadit např. školy, obchodní centra, komunitní centra, sportovní akce, dopravní systémy, turistické památky, letiště, ale také zdravotnická zařízení, kde je vysoká fluktuace lidí. Lze hovořit o otevřených prostranstvích nebo uzavřených prostorech, na které má veřejnost volný přístup. [49]

3.1 Ochrana měkkých cílů

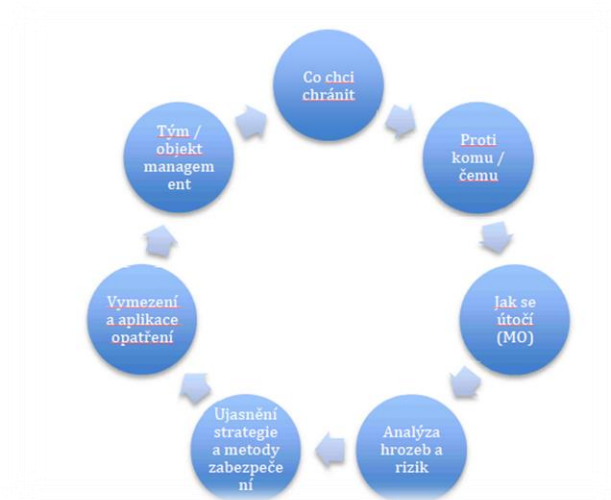
Na základě nutnosti zvyšovat bezpečnost obyvatel v důsledku narůstajících bezpečnostních hrozeb byla vytvořena Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017 – 2020. Odpovědným subjektem této Koncepce je Ministerstvo vnitra. Hlavním cílem je vytvoření efektivního a fungujícího národního systému na ochranu měkkých cílů, jež má zvýšit jejich odolnost.

Pro tuto problematiku vznikl stálý poradní sbor Ministerstva vnitra. Skládá se nejen ze složek státní správy, dotčených ministerstev, ale i z externích

specialistů na danou problematiku. Poradní sbor má především utvářet národní systém ochrany měkkých cílů a plnit Koncepti ochrany měkkých cílů.

Mezi zmiňovaná dotčená ministerstva patří zejména Ministerstvo vnitra a dále ministerstva zdravotnictví, kultury a dopravy. Zřizují neinvestiční dotace na podporu financování na ochranu měkkých cílů. Finance jsou využity v první řadě na programy pro analýzy hrozeb ohrožující cíle, na bezpečnostní opatření a v neposlední řadě na školení zaměstnanců a praktická cvičení. [21]

Na základní ochranu měkkých cílů v České republice existuje metodika vytvořená Ministerstvem vnitra. Zabývá se zejména násilnými útoky, jež postihují měkké cíle. Popisuje vytvoření elementární ochrany díky analýze nebezpečí/ hrozeb a předešlých útoků. Pro nastavení funkčního bezpečnostního systému na ochranu měkkých cílů je nutné nejprve definovat základní bezpečnostní teorii. Skládá se z několika kroků, resp. otázek, na které je potřeba postupně odpovědět. [49]



Obrázek 1 Principy zabezpečení měkkých cílů [49]

Při tvorbě bezpečnostního systému měkkého cíle (objektu) je prvotně zapotřebí určit si předmět zájmu. Definovat si o co jde, jak moc si toho ceníme a jaké potencionální rizika a hrozby mohou plynout z jeho poškození.

Ve většině případů jde především o zdraví a životy lidí, majetek, informace, hodnoty či dobré jméno.

V sekundární fázi jsou analyzovány a popisovány možné zdroje nebezpečí/hrozby vůči chráněným zájmům. Zjišťujeme konkrétní nepřátelské skupiny, kategorie osob s agresivním chováním a s potenciální motivací útočit. K tomu se používá analýza dosavadních obdobných útoků a úvaha nad potenciálními zdroji ohrožení.[7]

3.2 Základní principy ochrany měkkých cílů

Pro vytvoření ochrany měkkých cílů je vždy nutné brát v potaz několik základních principů, které by tak měly vést pro vznik plnohodnotné ochrany (Koncepce). Jsou zde shrnuty 4 základní principy.

Prvním principem přístupu k ochraně je uvědomění si, že bezpečnost měkkých cílů je záležitostí dotčených subjektů, nikoli jen státu. Na komplexní ochraně se proto musí podílet společně, jak základní složky integrovaného záchranného systému a Ministerstvo vnitra, tak i ostatní příslušná ministerstva, ústřední správní úřady, samospráva, ale také vlastníci nebo provozovatelé měkkých cílů.

Druhým principem Koncepce je proaktivní přístup k ochraně měkkých cílů. Jde o aktivní přístup ze strany státu i ze strany dotčených měkkých cílů. Je zapotřebí uvědomit si, že ač se může jednat o ojedinělé násilné útoky, je třeba se na ně dlouhodobě a systematicky připravovat. Je vyloučené pouze čekat a reagovat až tehdy, jestliže tyto útoky nastanou. Většinou se totiž jedná o velice závažné situace. Je tedy na místě, když je iniciativa patrná především na straně měkkého cíle. Jedině spolupráce měkkého cíle a státu může zajistit vyšší stupeň bezpečí.

Třetím principem Koncepce je součinnost. Pro úspěšné řešení problému je zapotřebí vzájemná znalost a kooperace mezi měkkým cílem, jeho pracovníky a příslušnými bezpečnostními složkami. Ať už se jedná o jakékoliv závažné násilné incidenty s různou variabilitou motivace a druhu, většinou krátkého trvání, je nutností úzká spolupráce. Dále je důležitá spolupráce mezi měkkým cílem a subjekty, nacházející se v bezprostředním okolí. Je klíčové, aby byla vzájemná obeznámenost a fungující komunikační kanály mezi měkkými cíli a příslušnými složkami.

Posledním čtvrtým principem je využití zkušeností z praxe. Pouze investice do materiálního vybavení a techniky nemusí vést ke zvýšení odolnosti a bezpečnosti měkkého cíle. Ústředním problémem často bývá dezorganizace a nekoordinovanost. Proto je pro efektivní ochranu zapotřebí správné nastavení komunikačních procesů, organizace a koordinace činnosti osob, tedy personálu, jejich příprava a stanovení rozdělení práce v případě mimořádných událostí apod. [49]

3.3 Právní ukotvení ochrany měkkých cílů

V legislativě České republiky prozatím není ukotvena problematika měkkých cílů. Neexistuje žádný konkrétní zákon. Toho času se vychází z metodik, strategií, norem a koncepcí vztahující se k těmto otázkám. Právní rámec je shodný s právním prostředím soukromé fyzické i právnické osoby a další organizace, které mají potřebu se zabezpečit proti závažnému protiprávnímu jednání. Jsou aplikovány obecné právní ústavy sloužící soukromým subjektům při ochraně měkkých cílů.

Ochrana měkkých cílů je uskutečňována zvláště na základě vlastnických či uživatelských práv, běžně se tak nastoluje režim, jak by se lidé měli chovat. Na tomto základě jsou stanoveny podmínky pobytu v daném prostoru.

Při porušení těchto podmínek je možné osoby vykázat z daného místa a prostoru. Jedná se o veřejně dostupné informace, které jsou dosažitelné v daném místě a prostoru, může jít například o návštěvní řád, bezpečnostní řád a jiné pokyny. [21]

3.4 Další bezpečnostní dokumenty obsahující ochranu měkkých cílů

Problematika ochrany měkkých cílů je v České republice obsažena v několika dalších stěžejních dokumentech. Mezi něž patří například Strategie České republiky pro boj proti terorismu (2013) a Audit národní bezpečnosti (2016). Dále byl schválen tzv. Protiteroristický balíček (2016), jež pokládá ochranu měkkých cílů jako prioritní aktivitu. Hasičský záchranný sbor České republiky se zajímá o otázky měkkých cílů souhrnně, se zaměřením především na ochranu obyvatelstva v Koncepti ochrany obyvatelstva do roku 2020 s výhledem do roku 2030 (2013).

Problematice ochrany měkkých cílů se věnovalo a nadále i věnuje řada odborníků nejen v akademické sféře, ale i v samotné praxi. Vzniká tak nepřehledné množství odborných prací, jež se věnují nejrozličnějším trendům a novinkám v této problematice, vytváří se analýzy bezpečnostních opatření nebo jsou dokonce zpracovávány konkrétní druhy ochrany měkkých cílů.

Nepostradatelnou činnost pro tvorbu těchto dokumentů týkajících se ochrany měkkých cílů vykonávají zpravodajské služby. Získávají, shromažďují a vyhodnocují informace podstatné pro ochranu ústavního systému, ekonomických zájmů, bezpečnost a obranu České republiky.

Díky této spolupráci dochází nejenom k předcházení teroristických útoků.[21]

3.5 Dotační program na ochranu měkkých cílů

V rámci podpory ochrany měkkých cílů byl odborem bezpečnostní politiky Ministerstva vnitra (MV ČR) vytvořen dotační program, jenž souvisí s „Konceptí ochrany měkkých cílů pro roky 2017 - 2020“. Konkrétně jde o Dotační program pro zvýšení ochrany veřejných prostranství a objektů (akcí) veřejné správy, škol a školských zařízení jako měkkých cílů - 2020.

Oblasti dotační podpory se zaměřují:

1. Vyhodnocení ohroženosti měkkého cíle;
2. Tvorba bezpečnostních plánů a bezpečnostních procedur;
3. Vzdělávací akce;
4. Výcvikové akce;
5. Cvičení;
6. Financování bezpečnostního manažera, koordinačního pracovníka a administrativního pracovníka aj.

Pro získání dotace je zapotřebí splnit předem stanovené podmínky. Žadatelé se musí řídit dokumenty jako jsou; „Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017 - 2020“, a postupovat podle Zásad pro poskytování dotací ze státního rozpočtu na výdaje realizované v rámci Dotačního programu pro zvýšení ochrany veřejných prostranství a objektů (akcí) veřejné správy, škol a školských zařízení jako měkkých cílů – 2020. Jedná se o dokumenty včetně příloh a metodických dokumentů. Realizovat projekt smí příjemce dotace, tedy kraj či obec. [16]

4 NÁSILNÉ BEZPEČNOSTÍ HROZBY VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Bezpečnostní hrozbou rozumíme mimo nás nezávisle existující vnější jev, který může nebo chce poškodit nějakou konkrétní hodnotu; závažnost této hrozby je úměrná tomu, jak si tuto hodnotu ceníme; může mít přírodní nebo společenským jevem. Bezpečnostní riziko je mírou pravděpodobnosti, že se hrozba stane reálnou.“ [8, s. 1]

Na základě analýzy rizik bezpečnostního prostředí státu lze identifikovat specifické hrozby, kterými může být ČR vystavena. Mezi bezpečnostní hrozby se mohou řadit i ty, které bezprostředně neohrožují stát, ale ohrožují naše spojení. [8]

Hrozba může být současně vnímaná jako výzva či příležitost. Je na každém státu nebo celku, jak se k tomu postaví.

4.1 Terorismus

„Terorismus je plánované, promyšlené a politicky motivované násilí, zaměřené proti nezúčastněným osobám, sloužící k dosažení vytčených cílů.“ [6, s. 1] Terorismus patří k největším bezpečnostním hrozbám a rizikům 21. století, který výrazným způsobem ovlivňuje náš život. Ač pro svou zdánlivou triviálnost a jednoduchost, bývá fenomén terorismu využit sofistikovaným způsobem, jenž dokáže negativně ovlivnit sféry státní správy, kritickou infrastrukturu i samotný stát. Často za tyto problémy mohou emocionální stavy společnosti (především strach) z pocitu ohrožení, nestability a nejistoty a vyvolávající psychologický úder. Terorismus je charakteristický pro přítomnost

nadnárodních sítí (skupin), ale i jednotlivců tzv. Lone Wolves. V současné době je významným a narůstajícím bezpečnostním rizikem fenomén tzv. zahraničních bojovníků. [9, 44]

Při teroristickém útoku je obecně nutné brát v potaz i to, že nemusí jít jen o usmrcení, co největšího počtu nevinných lidí, ale také o psychologický efekt vyvolání strachu. Je snaha snížit stupeň důvěry občanů u institucí a jejich služeb. I falešné poplachy teroristických útoků mohou vést k značné nestabilitě a chaosu. [42]

Z hlediska úrovně připravenosti České republiky na potenciální teroristický útok na našem území či proti našim zájmům v zahraničí, je úroveň brána jako dostačující. Je třeba brát v potaz, že nynější situace je z hlediska teroristických projevů klidná, vyplývá to z globálního teroristického indexu. Vzhledem k zapojení státu do protiteroristického úsilí je zapotřebí nepodceňovat rizika a být na případné hrozby připraveni. Být ve střehu musí být naše republika i v souvislosti se členstvím v Evropské unii a Severoatlantické alianci. Všechna protiteroristická opatření jsou ideově plánována s respektem k ochraně základních lidských práv a svobod. V ČR se problematika týkající se terorismu opírá především o Nařízení vlády č. 210/2008 Sb. k provedení zvláštních opatření k boji proti terorismu. [9]

4.2 Negativní aspekty mezinárodní migrace

Migrace je přirozeným a trvalým jevem a příležitostmi mající místo již v dávné historii. Důvody migrace jsou různé, ať v důsledku mezinárodního obchodu, zahraniční investice, zahraničního studia či stáže, ale i kulturní či vědecké mezinárodní spolupráce, nebo migrace z důvodu zaměstnání, tedy příchodem méně kvalifikované pracovní síly. Omezení nebo dokonce zákaz imigrace by bylo nejen ekonomickou hrozbou, ale dopady by vedly i ke ztrátě konkurenceschopnosti. V rámci imigrační politiky by byla zasažena i svoboda pohybu samotných občanů ČR.

Společně s migrací jsou skloňovány i bezpečnostní aspekty a samotná bezpečnost. Ať už bezpečnost jednotlivce či celého státu. Samotnou hrozbu mohou reprezentovat konkrétní imigranti anebo jejich masy. Tento fenomén hrozby může mít podobu organizovaného zločinu, terorismu, ale i šíření infekční nákazy, kulturních zvyklostí neslučitelných s naším právním pořádkem nebo snížené ochoty k integraci. Bezpečnost může ohrozit masová neřízená imigrace, která by mohla vyústit ve společenskou nepokoje či radikalismus.

Migrační vlny mohou mít dopady i v rámci zdravotnictví, kdy mohou vznikat násilné konflikty nejen ve zdravotnických zařízeních. Může tomu tak být především v důsledku nepochopení, nepochopení cizí řeči, nerespektování zdejších hodnot a postupů, ale i z důvodu náboženského. [5]

Mezi negativní aspekty mezinárodní migrace patří i zvyšující se počet místních ozbrojených konfliktů, což může vést k prohlubování nelegální migrace. I zcela legální příchod migrantů může být zdrojem sociálního napětí, natož poté nedostatečná integrace. Otázky ohledně migrační politiky vychází, jak ze směrnic Evropského parlamentu, tak i z tuzemských zákonů, jako jsou

například zákon č. 176/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů nebo Sdělení č. 208/1993 Sb. ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právním postavení uprchlíků a Protokolu týkajícího se právního postavení uprchlíků. [9]

4.3 Aktivní střelec

Fenomén aktivního střelce je čím dál tím častěji skloňovaný termín s ohledem na bezpečnostní hrozby ve zdravotnictví. Děje se tak vlivem narůstajících nároků na člověka, vlivem životních podmínek, ať už ekonomických či existenčních, a vzrůstajícího agresivního chování populace. [40]

Aktivní střelec je v literatuře definován jako nebezpečný a vysoce agresivní pachatel, který volil použití střelné zbraně či zbraní proti jiným osobám k dosažení svých cílů. Někdy pachatel využívá i kombinaci střelné zbraně a nástražných výbušných systémů. Obvykle jde o jednotlivce, není však vyloučena ani skupina pachatelů. Nemá zábrany a jeho cílem je zabít nebo zranit co největší počet osob. Oběťmi jsou většinou náhodní lidé. Útoky se odehrávají na místech s vyšší fluktuací lidí, např. ve školách, nemocničních zařízeních, na sportovních akcích nebo na úřadech. Útoky aktivních střelců jsou obvykle motivovány osobními konflikty, interpersonálními konflikty. Často mývají ale i politický či náboženský podtext.

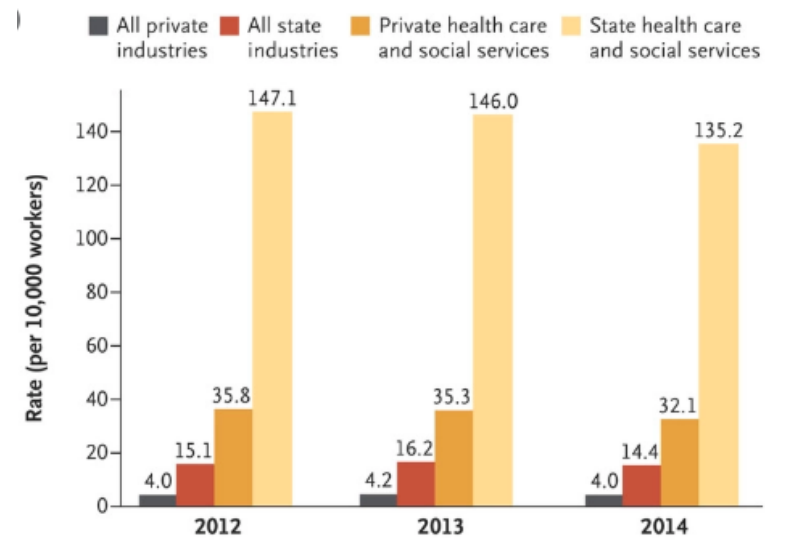
Pro tento typ násilné činnosti vznikla typová činnost Amok – útok aktivního střelce, což je dokument, který vydává Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky, spadající pod MV ČR. Typová činnost obsahuje postup složek integrovaného záchranného systému při

záchranných a likvidačních pracích s ohledem na druh a charakter mimořádné události. Velitelem zásahu pro tento typ mimořádné události se stává člen Policie ČR. Eliminace pachatele má nejvyšší prioritu. [40]

4.4 Agresivní pacient

Práce ve zdravotnickém prostředí je rizikovým faktorem pro vznik násilí. Agrese a násilí ve zdravotnických zařízeních se celosvětově zvyšuje a často je vysvětlována stresujícím prostředím. Zdravotníci přicházejí do poměrně úzkého kontaktu s pacienty, kteří bývají často ovlivněni svou nemocí, bývají v psychické i fyzické nepohodě a leckdy trpí pocitem bezmocnosti. Agrese pacienta často plyne z důsledků onemocnění, chronické bolesti, diskomfortu, z nespokojenosti poskytnuté péče, špatné komunikaci nebo nevhodného chování zdravotnického personálu aj. Z řad tuzemských i zahraničních výzkumů vyplývá, že alespoň polovina dotazovaných zdravotníků se setkala za svou praxi ve zdravotnictví s agresivním pacientem. Agrese bývá buď verbální, nebo fyzická. Není však výjimkou, že zdravotničtí pracovníci se setkávají s kombinací této agrese. Například výzkum uskutečněný před rokem 2015 ve Spojených státech amerických potvrdil, že nejohroženějším odvětvím pro výskyt agrese je právě zdravotnictví. Ať už se jedná o soukromou praxi či státní nemocnice a sociální služby. [20, 35, 41, 47]

Graf znázorňuje zvýšený výskyt fyzického násilí páchaného na amerických zdravotnících oproti jiným oborům. Výzkum probíhal v letech 2012 – 2014.



Obrázek 2 Násilí na pracovišti ve zdravotnickém sektoru [47]

5 AGRESE A NÁSILÍ

„S některou z forem násilí na pracovišti ze strany agresivního pacienta se pravidelně setkává téměř každý zdravotník, s fyzickým násilím má zkušenost pětina zdravotníků přičemž terčem násilného chování bývají převážně mlékaři“, zmiňuje expert na profesionální komunikaci a prevenci ve zdravotnictví Pekara. [25, s. 1]

5.1 Agrese

Agresi lze obecně interpretovat jako prožívání (myšlenky, fantazie), jednání jedince, jež projevuje násilí vůči nějakému objektu nebo nepřátelství a útočnost se záměrem ublížit. Jedná se o projev agresivity v chování jedince. Lze ji definovat i jako vyhledávání záliby v ubližování jiným lidem, jež vyvolává u daného jedince potěšení a svým způsobem i pocit uvolnění. Agrese může mít několik forem a nemusí vždy působit pouze negativně. V souhrnu je agrese velmi komplikovaným souborem, na který má vliv mnoho faktorů z oblasti společenských a individuálních. [24, 27]

5.2 Druhy a formy agrese

Agresi lze dělit z pohledu několika stanovisek. V odborné literatuře se setkáváme s dělením na instrumentální a emocionální. Instrumentální vychází z předem připraveného plánu, pomýšlí na možné jednání a dává prostor úvahám. Naopak emocionální (afektivní) agrese vzniká na podkladě silných negativních emocí, agrese je cílem, nikoli prostředkem.[33]

Běžnější dělení agrese je na přímou nebo nepřímou formu, které vychází z faktorové analýzy. Mezi přímou agresi řadíme verbální a fyzický projev

agrese. Verbální je charakteristická pohrůžkami, slovním napadením, použitím vulgarismů a vyhrožováním. Naopak fyzická je typická pro svůj přímý kontakt s obětí, využívá bouchání, kopání, strkání či kousání nebo škrábání. Nepřímá nebo tzv. sociální agrese vede k poškození sociálních vztahů. [2]

6 NÁSILNÉ CHOVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

„Záměrné použití síly, ohrožené nebo skutečné, proti jiné osobě nebo proti skupině, za pracovních podmínek, které buď vedou s vysokou pravděpodobností, že bude mít za následek zranění, smrt, psychickou újmu, špatný vývoj nebo nedostatek.“ [11, s. 1]

6.1 Násilí proti zdravotníkům

Agresivní projevy se v rámci poskytování zdravotní péče vyskytují čím dál tím častěji. Násilí se dopouštějí nejen samotní pacienti, ale v mnohých případech i jejich příbuzní. Oběťmi jsou buď zdravotničtí pracovníci, nebo ostatní pacienti. Agresivita se vyskytuje, jak v psychiatrických lůžkových zařízeních, tak i ve všeobecných nemocnicích. Všeobecně platí, že ve zdravotnických zařízeních bývají obvykle oběťmi agrese více sestry než lékaři. [18]

Zdravotníci jsou na celém světě vystaveni vysokému riziku násilí. Dle studií 8 % - 38 % zdravotnických pracovníků je vystaveno v určitém okamžiku své kariéry fyzickému násilí. Mnoho dalších je ohroženo nebo vystaveno verbální agresi. Také v katastrofických a konfliktních situacích se mohou zdravotničtí pracovníci stát terčem kolektivního nebo politického násilí. Nejvíce ohroženými zdravotnickými pracovníky jsou všeobecné sestry a další zaměstnanci, kteří se přímo podílejí na péči o pacienty, personál pohotovosti a jiní zdravotníci.

Násilí vůči zdravotníkům je nepřijatelné. Má to nejen negativní dopad na psychologický a fyzický blahobyt zdravotnického personálu, ale také ovlivňuje jejich motivaci k práci. V důsledku násilí je ohrožena kvalita péče a celkové poskytování zdravotní péče. Vede to také k obrovské finanční ztrátě ve zdravotnictví. [11,12]

Jednotlivé rizikové faktory se budou lišit v závislosti na typu a umístění zdravotnického nebo sociálního zařízení a také typ organizace. Výzkum agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (OSHA) z roku 2012 - 2014 ukazuje, že 50 % amerických zdravotníků již zažilo násilný útok. Nutno zmínit, že ne všichni zdravotníci, kteří zažili útok, tento akt nahlásili, výsledek tedy mohl být daleko vyšší. [28]



Obrázek 3 Nebezpečí násilí ve zdravotnictví [28]

Podobné výzkumy dělaly země po celém světě a došly k podobným výsledkům.

6.2 Faktory a příčiny násilí páchané na zdravotnících

Násilné chování vzniká vlivem nejrůznějších spekter. Mezi ně patří například kognitivní poruchy, zneužívání alkoholu a užívání psychoaktivních látek. Pacienti obvykle spadnou do stavu úzkosti a strachu. Nechápu, co se s nimi toho času stalo, co se v průběhu léčby děje, nejsou orientovaní, a proto se mohou některým postupům a zákrokům bránit. Tomuto jednání lze snadno zabránit vysvětlením nebo odložením zákroku či vyšetření. Specifickou situací je reakce na sdělení nepříznivé diagnózy.

„Zdrojem agresivity u pacienta mohou být i strach, úzkost, bolest, nespokojenost, beznaděj, bezmocnost, pasivita, odkázanost na pomoc zdravotnických pracovníků, pocity křivdy a nespravedlnosti, zklamání (relaps choroby), neschopnost plnit premorbidní role, absence abúzu, nesplněná očekávání ve vztahu k léčbě, existenční obavy, veřejná kritika, ignorace jeho otázek a dotazů, nedodržení etických zásad při obnažování, dlouhé čekání na vyšetření nebo subjektivní dojem nezájmu ze strany zdravotnických pracovníků.“ [22, s. 1]

Mnohdy se můžeme setkat s agresivním chováním u pacientů, kteří jsou nedostatečně informováni. Dále to mohou být důvody spojené s nepřizpůsobivostí poskytované terapeutické a ošetrovatelské péče, neuspokojování základních potřeb, společenské izolaci, pohybových a dietních omezení nebo dokonce spánkové a sexuální deprivace. Násilí dokáže vyvolat i nedostatek empatie ze strany pracovníka, nepochopení, nepozornost, nenaslouchání, nerespektování a neuctivá komunikace s klientem. Agresivní pacient je často neochotný spolupracovat a představuje ohrožení i pro okolní prostředí včetně osob, s nimiž může přijít do styku. Mezi znaky, které bychom měli zpozorovat ještě před útokem, patří; rigidní postoje, výhrušné gesta a zamítnutí veškeré komunikace. [10, 22,30]

Dle studií jsou náchylnější k útokům mladší pacienti než starší. Co se týče agresivity napříč pohlaví, bývají agresivnější muži, avšak u hospitalizovaných psychiatrických pacientů tyto rozdíly nejsou patrné. Diagnóza psychotického onemocnění (např. schizofrenie) zvyšuje riziko násilí. Ve spojitosti s poruchou osobnosti – především asociální, vede diagnóza téměř ve všech případech k projevům agresivního chování. Nejen u psychicky nemocných mohou být spouštěčem agresivity halucinace. Riziko agrese u pacientů zvyšuje i neurologické postižení. Nejčastějšími oběťmi agresivních pacientů či agresivního příbuzenstva pacientů jsou mladé a nezkušené všeobecné sestry. [19, 38, 23]

Mnemotechnická pomůcka pro identifikaci příčiny abnormálního / neklidného chování pacientů.

MOVE STUPID; pohni – posuň hlouposti

1. Metabolic – metabolické příčiny; selhávání ledvin, jater, abnormality elektrolytů, abnormální hladina glukózy;
2. Oxygen – kyslík; hypoxemie, respirační selhávání;
3. Vascular – cévní; cévní mozková příhoda, subdurální krvácení, vaskulitida;
4. Endocrine – endokrinní; abnormální hodnoty hormonů štítné žlázy, abnormální kortizol;
5. Seizures – záchvaty; stav po cévní mozkové příhodě, tranzitorní ischemická ataka
6. Trauma – trauma; otřes mozku, subdurální nebo subarachnoideální krvácení
7. Uremie – renální; selhávání ledvin;
8. Psychiatric – psychiatrické příčiny; primární psychiatrická porucha;

9. Infection – infekce; plicní, močové, zánět mozkových blan, zánět vedlejších nosních dutin, záněty gastrointestinálního traktu, zánětlivé onemocnění kostí;
10. Drugs – drogy; abstinenční příznaky, odejmutí alkoholu, neuznávání psychiatrické léčby apod.

Důvodem agitovanosti mohou být i nežádoucí účinky antipsychotické léčby (např. akatizie) nebo traumata. Násilí vždy nesouvisí pouze s psychiatrickými diagnózami. Není pravidlem, že zařízení, která mají vyšší počet psychiatrických pacientů, mají větší problémy než zařízení s absencí psychiatrických diagnóz. [34]

6.3 Následky agresivního chování

Útoky pacientů vedou nejen k fyzickým, ale i psychickým újmám personálu. Ponížení, ztráta osobní hodnoty a úzkosti doprovází nejednoho zdravotníka po násilných útocích na jejich osobu. Později může nastat pocit beznaděje a strachu. U oběti se mohou objevit obavy z budoucnosti, noční děsy, nespavost, deprese, relaps vtíravých myšlenek až rozvoj obsedantně kompulzivní poruchy. U zdravotníků dochází často i k syndromu vyhoření a jsou nuceni změnit povolání. V některých případech musí zdravotnický personál změnit povolání z důvodu trvalých následků po fyzickém napadení. [29]

7 MANAGEMENT PREVENCE NÁSILÍ

Intervence, které mají zabránit násilí na zdravotnických pracovnících v nouzovém prostředí, se zaměřují na strategie, jak lépe zajistit agresivní a konfliktní pacienty a vysoce rizikové návštěvníky. Intervence pro nouzové prostředí se zaměřují na zajištění fyzické bezpečnosti zdravotnických zařízení. K úplnému vyhodnocení účinnosti těchto programů je nutný další výzkum, zejména v zařízeních s nízkými zdroji.

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní rada sester a Mezinárodní organizace práce společně vypracovaly rámcové pokyny pro řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví, aby podpořily rozvoj politik prevence násilí v nouzových prostředích. Vytvořily protokol o dotazníku a studii k výzkumu o rozsahu a důsledcích násilí. Pro nouzové situace vyvinula WHO také metody systematického shromažďování údajů o útocích na zdravotnická zařízení, zdravotníky a pacienty. [11]

V rámci prevence předcházení násilných útoků ze strany pacienta je potřeba si na úvod shrnout, jaké fáze mohou nastat při konfliktní situaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Není však pravidlo, že tyto fáze striktně přechází jedna v druhou.

Novák a Capponi popisují vývoj konfliktní situace v 5 fázích:

Fáze spouštěcí: Agresor se odklání od normální neagresivního chování. Násilí souvisí s nezvyklými nebo vyhocenými negativními podněty, které ve většině případů lze odhadnout předem podle verbálních a neverbálních projevů,

např. agresivní a nepřátelský postoj, nespokojenost, frustrace, změna fonace, mydriáza; postupně dochází k prohlubování znaků a signálů.

Fáze eskalační: Reakce agresora jsou nepřiměřené, eskalují, není téměř možné vrátit se do stavu před vypuknutím konfliktu, ani oběť mnohdy nereaguje promyšleně.

Fáze krizová: Agresor je v této fázi psychicky, citově, ale i fyzicky excitován. Není schopen se ovládat. V tomto rozpoložení stačí minimální podnět, který by skončil útokem.

Fáze uklidnění: Dochází k uklidnění agresora i situace. Jedinec si neuvědomuje, co se stalo, je tím zaskočen. Typická je zvýšená hladina adrenalinu, která přetrvává několik desítek minut.

Fáze postkrizové deprese: Agresor se cítí vinen, je úzkostný, rozrušený, zstrašený, zmatený a zoufalý. Snaží si odůvodnit nevysvětlitelné pochody. V některých případech prosí o odpuštění. [29]

7.1 Principy chování vůči agresorovi

Existuje mnoho publikací, které se věnují principům chování vůči agresivnímu pacientovi. Tyto principy lze aplikovat na pacienty nejen v psychiatrickém prostředí, ale také například na pacienty hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. [23]

Zajistit potencionálně nebezpečné předměty
Sledovat fyzické chování pacienta (ruce v pěst)
Po celou dobu sledovat pohyb pacienta (netočit se k němu zády, přicházet k němu ze strany)
Brát slovní výhrůžky vážně
Pokud je to možné, vyhýbat se těsnému kontaktu
Oddělit ostatní pacienty od agresora
Zajistit si početní převahu, chodit k agresorovi pokud možno ve dvou
Snažit se zachovat klid, chovat se dle kompetencí, mít sebejistotu, vtáhnout pacienta do konverzace
Nedebatovat s personálem před pacientem
Při fyzickém omezení pacienta je zapotřebí alespoň čtyř osob

Tabulka 1: Principy chování vůči agresorovi [23]

7.2 Zásady jednání s agresivním pacientem

V této podkapitole je shrnuto pár rad, jak jednat a přistupovat k agresorovi. Člověk by měl mít na paměti, že pokud je to možné, měl by si udržovat bezpečný odstup, který je doporučován, a tím je vzdálenost dvou paží.

Verbální agrese

- Na ponižování, zastrašování, nadávky a vulgární slova nereagovat stejným způsobem. V krajních případech lze krátkodobě uplatnit pacing – tedy využití obdobných projevů (eliminovat vulgarismy). Zvýšeným hlasem projevit zdravé sebevědomí, dát na zřetel, že nedáme zastrašit ani nevyprovokovat.
- Snažit se rozhovor usměrňovat a vést v poklidu.
- Mluvit srozumitelně, v krátkých větách.
- Upozornit na ostatní přítomné pacienty a respektovat jejich přítomnost.

- Při gradaci agrese popřípadě kvůli jiné nutnosti opustit pokoj a v rozhovoru nepokračovat s upozorněním, že odcházíte.

Brachiální agrese

- U pacienta, který má sklony k fyzické agresi nikdy nezůstávat v místnosti sám.
- Nedávat pacientovi na mysl pocit nadřazenosti.
- Pokud možno vyhnout se fyzickému kontaktu.
- Z pacientova bezprostředního okolí odstranit nebezpečné předměty.
- Zajistit bezpečnost ostatních pacientů.
- Nesnažit se vyhrát za každou cenu, při nepřízní podmínek.
- Nezapomínat myslet na vlastní bezpečí. [34]

7.3 Komunikace jako sebeobrana zdravotnického personálu

Odborná literatura na problematiku, jak komunikovat s agresivním pacientem neposkytuje jednoznačnou odpověď. Někteří autoři se přiklání a doporučují pokojný a profesionální přístup a komunikaci. Jsou ale i tací odborníci, kteří navrhují „zrcadlovou odpověď.“ [10]

Komunikace je bezpochyby nejúčinnějším způsobem řešení a předcházení násilného jednání. Nabytí komunikačních dovedností a následně schopnost jejich správného využití je nedílnou součástí práce ve zdravotnictví. Jedinec musí mít osvojené nejen etické, ale i odborné standardy. Samotná praxe ukazuje, že konfliktním situacím je možné předcházet prostřednictvím vhodných komunikačních technik. Není pochyb, že zdravotnictví je bezmála z 80 % o komunikaci. Vliv správné komunikace zdravotnických pracovníků nemá kladný dopad pouze na zdraví klienta, ale má své pozitivum i

z ekonomického hlediska, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost. Díky komunikaci se buduje důvěra, krátkodobý nebo dlouhou „partnerský“ vztah, jenž může kladně působit na předcházení agrese. [22, 12, 30]

Problém v komunikaci často vzniká i z důvodu přepracovanosti zdravotníků. Podle Pekary je nejrizikovější čas od 2 hodin v noci do 6 hodin ráno, kdy zdravotníci mohou reagovat na konfliktní situace nepřiměřeně (např. i špatnou komunikací) a často tak může docházet k výskytu agrese nejen ze strany pacienta. Únava personálu se odráží na spokojenosti pacientů. Ankety Ministerstva zdravotnictví ČR sledují rizika špatné komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, ze 70 % to bývá hlavní příčina agrese a násilného chování pacientů.

Z výše uvedeného tedy vyplývá snad nejzajímavější zjištění s ohledem na prevenci, a to že násilí je těsně spojeno s komunikací mezi profesionály a pacienty. [31]

Nejen studie, které proběhly v České republice, ale i v zahraničí dokazují, že trénink pracovníků v nácviku chování v zátěžových situacích a hlavně nácvik komunikačních dovedností jsou prioritou pro řešení konfliktního pacienta. [32]

7.4 Komunikační intervence

Při komunikaci musí být vystupování zdravotníka neprovokativní. Mělo by reflektovat bezpečí. Horní končetiny viditelné, nezatnuté, ale připravené na situaci, kdy by se měly bránit fyzickému násilí. Pohled by měl být klidný, ne příliš upřený a vytřeštěný, oční kontakt krátký, ale opakovaný. Pozor je potřeba dát si při výrazné mimice obočí a úst. Vždy je nutné nezapomenout

pozorovat gesta a mimiku protějšku. Postoj zdravotníka by měl být uvolněný a sebevědomý s mírně nakročenou nohou k pacientovi. V případě posedu je dobré mít mezi aktéry nějakou překážku. Pro zklidnění konfliktu je zapotřebí soustředit se i na tón hlasu, který je uvolněný, klidný a zároveň pevný. [29]

Mezi hlavní intervence patří několik zásad; nikdy se neotáčet se k pacientovi zády, odstranit nebezpečné předměty nebo předměty, které by mohl využít k útoku, nabídnout pomoc na řešení situace, neurčovat nereálné limity, nevyhrožovat pacientovi, využít asertivní techniku („otevřené dveře“), dopřát dostatek prostoru pro vychladnutí, nebýt vztahovačný a nic neslibovat. [22]

7.5 Profesionální sebeobrana

Profesionální sebeobrana pro zdravotníky je systém taktických a technických postupů, jejichž cílem je připravit obránce na konfliktní situace v pracovním prostředí ve zdravotnictví. Z praxe vyplývá, že nejčastějším útočníkem/agresorem bývá pacient, který toho času prožívá šok, bolest, strach nebo jedná pod vlivem omamných a návykových látek (drog, alkoholu). Proto při tomto zjištění musí odpovídat volba technických sebeobránných postupů, se zaměřením pro sektor zdravotnictví – pro zdravotníky.

Mezi nejčastější útoky patří agrese vyvinutá na všeobecné sestry a především pak na zdravotnické záchranáře, kteří pracují v terénu. Proto je profesionální sebeobrana aktuálně velmi diskutované téma. V důsledku zvyšující se agresivity ve zdravotnictví se diskutuje o možnostech, jak záchranáře, ale i další zdravotnický personál, v takovýchto situacích lépe chránit. Není totiž samozřejmostí, že při každém výjezdu zdravotnických záchranářů k pacientovi s nežádoucím chováním je k dispozici doprovodná hlídka PČR. To se týká i ošetřování agresivního pacienta ve zdravotnickém zařízení, kde ochranu před nežádoucími událostmi zabezpečuje Security zdravotnického

zařízení. Většinou se musí posádky a nemocniční personál spolehnout jen sami na sebe. Celé počínání má jeden cíl: připravit se další krizovou situaci, která může nastat během další služby. V každém případě je důležité dostat situaci pod kontrolu, aby zachraňující zajistil bezpečí sám pro sebe, ale zároveň, aby nezpůsobil nikomu ze zúčastněných, újmu na zdraví. Nikdy se nesmí stát napadený personál agresorem, vždy musí zůstat pouze obráncem, a to nejen z pohledu legislativy. Každý zdravotnický pracovník by měl být schopen rozpoznat vznikající konflikt a řešit napadení taktickým ústupem. [1]

7.6 Kurz Zdravotní péče v ohrožení

Cílem projektu „Zdravotní péče v ohrožení“ je stanovit praktická opatření a doporučení, která mohou tvůrci zdravotních politik, humanitárních organizací a zdravotničtí pracovníci provádět v praxi. S ohledem na rozmanitost dotčených aktérů a zeměpisných šířek je nezbytné mít k dispozici nástroje potřebné k přijímání informovaných rozhodnutí, vedení chování ve vysoce rizikových oblastech a všem poskytnout prostředky k vytvoření a optimalizaci dialogu mezi humanitárními profesionály a zdraví na jedné straně. Tento kurz zahrnuje různá témata, jako je etika, práva a povinnosti zdravotnického personálu, otázky týkající se mezinárodního práva a humanitárního práva. Kurz je v anglickém jazyce a trvá přibližně 15 hodin. [45]

8 PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA

V rámci tématu týkajícího se bezpečnostních opatření a agresivního pacienta je zapotřebí stručně zmínit i práva a povinnosti pacientů vycházející nejen ze zákonu č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník.

8.1 Práva pacienta

Každý pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na odborné úrovni. Má právo na jednání s úctou, na důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb. Má právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení. Dále má právo zvolit si poskytovatele, jež mu poskytne zdravotní služby. Pokud si to žádá, musí mu být sděleno jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků a osob, připravujících se na výkon povolání, přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb. Přítomnost již zmiňovaných osob může odmítnout. Vzhledem k pacientově zdravotnímu stavu přijímat návštěvy. Klient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Práva pacienta jsou ukotveny v etickém kodexu práv pacientů z roku 1992. [51]

8.2 Povinnosti pacienta a jiných osob

Společně s právy jsou pacientovi uděleny i povinnosti, kterými by se měl řídit a plnit je.

Pacient zdravotnického zařízení má povinnost řídit se vnitřním řádem zařízení. Nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky,

eventuelně se podrobit vyšetření, pro indikaci lékařem, na jejich průkaznost. Pravdivě informovat zdravotnický personál o zdravotním stavu, infekčních nemocech a jiných skutečnostech, které mají souvislost se zdravotním stavem a mohly by ovlivnit poskytovanou zdravotní péči. V neposlední řadě je pacient povinen uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění. [51]

8.3 Právní odpovědnost při napadení zdravotníků

Každý občan této republiky má svá práva a povinnosti. Jinak tomu není ani v případě zdravotníků, kteří bohužel nemají větší práva než obyčejný smrtelník. Zdravotníci by měli mít na paměti, že protiprávní jednání proti jejich tělesné integritě nebo cti by mělo být náležitě prošetřeno a potrestáno. Důsledně využívat možnosti ochrany proti agresivním osobám a násilí v plné míře postihovat. Bohužel tomu tak ve většině případů není, jelikož převládá představa, že právně postihovat svého pacienta je neetické.

Nejčastější přečiny a trestné činy ze strany pacienta ke zdravotnickému personálu jsou výhrůžky, ublížení na zdraví, výtržnictví a vraždy. Oběť obvykle nemá status veřejného činitele.

Podle trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., kdo jinému vyhrožuje usmrcením, těžkou újmou na zdraví nebo jinou těžkou újmou tak, může být potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem. U uskutečnění výhrůžek je trestní sazba vyšší. Obecně platí, kdo se dopustí veřejně nebo na místě veřejnosti přístupném hrubé neslušnosti nebo výtržnosti, napadne jinou osobu, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

Nežřídka se lze setkat i s trestným činem pomluvy; kdo sdělí o někom nepravdivý údaj, který může ohrozit jeho vážnost u spoluobčanů, poškodit ho

v zaměstnání, může být potrestán odnětím svobody až na rok. Dvěma létům odnětí svobody nebo zákazem činnosti bude potrestán ten, který pro tento trestný čin využije tisk, film, rozhlas, televizi apod. [15]

V Rusku byl v roce 2019 přijat zákon o trestu za útok na zdravotnické pracovníky. Za způsobení drobného poškození na zdraví zdravotnického pracovníka, který v době útoku vykonával své pracovní povinnosti, se předpokládá trest odnětí svobody až na dva roky. Za hrozbu vraždy nebo způsobení těžkého ublížení na zdraví se stanoví maximální trest odnětí svobody až na pět let. [37]

9 OPATŘENÍ PRO ZAJIŠTĚNÍ AGRESIVNÍHO PACIENTA

Mezi opatření proti agresivnímu chování pacientů mohou patřit jak restriktivní opatření, tak i tzv. neklidová medikace, tedy zajištění pacienta farmakologicky. Většinou se tak děje, když všechna předešlá opatření byla neúčinná. Obojí by mělo přijít na řadu až po vyčerpání všech možností zajištění pacienta, např. po domluvě, změnou podmínek nebo v rámci možností vyhověním pacientovi. Restriktivní opatření jsou definována v zákoně č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) § 39. [51]

9.1 Restriktivní opatření

Problematika užívání restriktivních prostředků se dotýká všech věkových kategorií nemocných, tedy od dětských po geriatrické pacienty. Zasahuje celé spektrum zdravotní péče, a to nejen psychiatrická oddělení, instituce sociální péče, léčebny dlouhodobě nemocných, akutních nemocniční oddělení, ale i domácí péče.

Nespočet zdravotnických pracovníků se během své praxe ve zdravotnictví, ať už v soukromých ordinacích, sociálních službách nebo v jiných zdravotnických zařízeních, setkala se situací, kdy bylo nezbytné použít restriktivní metody vůči pacientovi. Omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření.

Užívání těchto opatření, jež vedou k omezení pohybu pacienta, je spornou oblastí ošetrovatelské péče a klinické praxe. Jsou to opatření, která zasahují do

lidských práv a důstojnosti jedince. Veškerá opatření vychází z dokumentů o základních občanských právech a z právních norem, které vytyčují stavy, za jakých mohou být využity omezovací prostředky či dokonce přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci.

Zdravotnický personál dle patřičného ošetrovatelského standardu rozhodne, jaký omezovací prostředek využije, tento postup je využíván vždy až jako krajní řešení. Personál by k tomuto postupu měl přistoupit až po vyčerpání jiných potenciačních řešení. K těmto opatřením by mělo dojít pouze tehdy, kdy jde o bezprostřední ohrožení zdraví pacienta a je pravděpodobné, že by mohlo dojít k zhoršení jeho zdravotního stavu. Jsou – li použity omezovací prostředky, je nezbytná zvýšená ošetrovatelská péče a pravidelné monitorování vitálních funkcí. Musí být zajištěna bezpečnost pacienta. Důležité je správné vedení dokumentace a uvedení důvodů využití restriktivních opatření. [14, 43, 51]

9.2 Farmakologický zásah

Farmakologický zásah má neodmyslitelně své místo při zajištění neklidného pacienta. Je to však způsob, který se volí až jako poslední možnost. Zásah by měl být nejlépe neinvazivní, snadno aplikovatelný, s téměř okamžitým nástupem účinku, tlumící neklid (bez zbytečné sedace pacienta), měl by být tolerován a minimálně negativně ovlivňovat příznaky základního onemocnění, tyto atributy však zatím nesplňují žádná farmaka.

Při farmakologickém zajištění pacienta je nutno brát v potaz několik aspektů. Jedním z nich je celkový stav pacienta, přidružená onemocnění a možnost reakce farmak na toto onemocnění. Dále je nutné brát na vědomí, že u pacientů s psychiatrickou či psychickou poruchou by mohl zásah vyvolat

nežádoucí účinky s jejich běžnou léčbou. Důležité je zvolit i vhodnou formu a způsob aplikace. Nejrychlejší účinek mají farmaka podaná intravenózně, dále intramuskulárně a v neposlední řadě perorálně. Nejbezpečnějším způsobem je podání léků perorálně, není zde riziko poranění sebe nebo pacienta jehlou.

Podle lékařských doporučení jsou nejčastěji využívané preparáty z řad benzodiazepinů, které tlumí psychotický i nepychotický neklid. Výhodné je použití typických nebo atypických antipsychotik.

U intoxikovaných pacientů nebo u pacientů s vážným poraněním hlavy jsou zklidňující (tlumící) farmaka kontraindikovány. [26]

Zásah proti agresivnímu pacientovi pomocí farmak můžeme dělit na akutní a dlouhodobý. Lékové skupiny pro obě fáze jsou podobná. Odlišují se pouze formou, v jaké je lék použit, také jakým způsobem je lék aplikován a jaká je rozmanitost léčby. Vždy by se mělo dbát, že společně s farmakologickým zásahem je nutné využít i behaviorální a psychologické intervence.

„V nemocničních odděleních je také možné stav průběžně monitorovat a následně upravovat dávky léků či kombinovat farmakologické postupy s postupy například mechanického omezení nebo izolace pacienta.“ [23, s. 209]

10 BEZPEČNOSTNÍ OPATŘENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Nemocnice v celé zemi v posledních několika letech zvyšovaly svou vlastní vnitřní bezpečnost. V mnoha zařízeních interní bezpečnostní týmy spolupracují s odděleními informačních technologií na upgradech monitorovacího zařízení oddělení. Patří mezi ně nové video monitorování, které umožňuje sledovat nemocniční pokoje, a elektronické štítky RFID (identifikace na radiové frekvenci), které sledují, kde se pacient v daném okamžiku nachází. Zařízení také nastavují bezdrátové panické poplašné systémy a ovládací prvky pro dálkový přístup, které otevírají dveře pouze těm, kteří mají jmenovku s čárovým kódem, a počítačový software, který přistupuje ke každému záznamu pacienta a předem informuje zaměstnance, pokud se dopustil násilí nebo rušivého chování v nemocnici již v minulosti. [13]

10.1 Zabezpečení zdravotnického zařízení

Vlivem zvyšujících se hrozeb nebezpečí ve zdravotnických zařízeních se přistupuje k vyšším, ale zároveň nákladnějším bezpečnostním opatřením. Určitou formu bezpečnostní politiky už má každé nemocniční zařízení. Vytváří se nejrůznější zabezpečení a bezpečnostní opatření, do kterých patří nejen bezpečnostní velín, ostraha a kamerové systémy, kterými disponují téměř všechna zdravotnická zařízení. Kamerové systémy bývají umístěny, jak ve venkovních částech zařízení, tak i ve vnitřních prostorech, jako jsou ambulance, čekárny, chodby, či jiné prostory, kde je větší fluktuace lidí. Mezi další opatření se řadí alarmy, které jsou umístěny na předem vytipovaných

místech, kde se vyskytuje větší množství lidí a kde tedy může hrozit nějaké nebezpečí. Jako další opatření volí nemocnice i tzv. security teamy.

Pro zabezpečení však neexistuje zatím žádný obecně závazný právní předpis ani závazný interní pokyn ministerstva, který by koncentroval úpravu oblasti zabezpečení nemocnic. Tato opatření se tedy opírají a vychází ze zákonů o krizovém řízení (krizový zákon), zákona o prevenci závažných havárií způsobených vybranými nebezpečnými chemickými látkami nebo chemickými přípravky, ze zákona o ochraně osobních údajů (kamerové systémy) až po zákon o kybernetické bezpečnosti

Je třeba zmínit, že zabezpečení některých nemocničních zařízení ve světě i v tuzemsku je přirovnáváno k ochraně „město ve městě“, a pavilony a kliniky jako „malé město ve městě“. [48]

10.1.1 Kamerové systémy

Kamerové systémy mají v zabezpečení objektů nemocnice své neodmyslitelné místo. Nachází se nejen v okolí objektu zdravotnického zařízení, ale i na chodbách a prostorách s vyšší fluktuací lidí, jako jsou např. čekárny a ambulance. Kamery disponují sofistikovanými „smart“ funkcemi, které v případě nutnosti dokážou rozpoznávat obličeje, registrační značky automobilů, počítání návštěvníků – osob, hlídat perimetr, předměty apod.[17]

10.1.2 Automatické dveře na zaměstnaneckou kartu

Vzhledem k bezpečnostní politice nemocnic dochází k centrálnímu uzavírání vstupů pomocí automatických dveří. Jsou měněny standardní dveře za nové automatické, které umožňují vstup na kartu, čip nebo jsou uzpůsobena na dálkové otevírání. Tyto automatické dveře jsou využívány především tam, kde je větší koncentrace lidí, popř. na vybraná pracoviště, kde je zapotřebí vyšší

kontrola (např. vyšetřovny s rentgenovým zářením, vyšetřovny s nákladnou přístrojovou technikou). [17]

10.1.3 Bezpečnostní agentura, ostraha

V rámci zabezpečení objektů jsou každoročně vynakládány milionové částky. Nemocniční zařízení si najímají bezpečnostní agentury, které nabízí fyzickou ochranu, zabezpečovací systémy aj. Ty mají zajistit kvalitní ostrahu, zabezpečit areál a zajistit pochůzkové služby 24 hodin denně. Ostraha je buď celodenně přítomna v místech, kde je největší koncentrace lidí, nebo rotují po areálu. Někteří z nich se nacházejí na vrátnicích, kde se starají o plynulý provoz a vstup návštěvníků, pacientů, ale i sanitních vozů do areálu.[17]

10.1.4 Profesionální zásahový tým

Nejen v zahraničí, ale i v pražských nemocnicích posilují svou bezpečnost díky profesionálním zásahovým týmům. Jde o skupiny, které jsou složeny z 2- 3 vycvičených profesionálů. Jsou držiteli zbraně a pracují pro nejrizikovější nemocnice. Podle Šándora jde o malou vnitřní bezpečnostní jednotku, která by měla být schopná zasáhnout do 2 minut. [36]

10.1.5 Zásahové vozidlo

V rámci bezpečnostní politiky nemocničních zařízení mají nemocnice k dispozici i vlastní zásahové vozidlo, které je použitelné non – stop. Vozidlo je určeno pro členy ostrahy, krizové a bezpečnostní manažery. V případě krizové situace je toto vozidlo volné pro složky integrovaného záchranného systému.

10.1.6 Pochůzková služba (online)

Unikátní služba, která slouží nejen na kontrolu pracovníků ostrahy, ale i na kontrolu daných prostor. Kontrolní místa jsou označena identifikačními čipy. V reálném čase je zaznamenán stav pochůzky. Každá pochůzková služba složená z pracovníků ostrahy má předem vytyčený časový harmonogram, který by měl být dodržen.

V případě neoznačení místa může bezpečnostní velín nebo jiný bezpečnostní pracovník identifikovat hrozbu a může se spojit s pracovníky ostrahy a zjistit, jaký je problém, eventuálně rovnou vyslat další hlídku. [36]

10.1.7 Psovod

Součástí některých zdravotnických zařízení je v rámci bezpečnosti i možnost využití psovoda. Psovod je schopen dostavit se na místo určení na základě smlouvy, která je uzavřená mezi zařízením a Městskou policií daného území. Psovod může sloužit k vyhledávání nástražného výbušného systému, při hledání osob, při útoku aktivního střelce či běžné obchůzkové činnosti aj.

10.1.8 Elektrické zabezpečovací signalizace (EZS)

Jsou technické prostředky řešící nejen ochranu objektu, venkovních prostor, cenných předmětů, ale sloužící také k přivolání pomoci při napadení osob. Zařízení je hojně využíváno ve zdravotnických zařízeních, apod. Systém zabezpečení zajišťuje vysoce efektivní, spolehlivou a včasnou signalizaci narušení střežených prostor nebo předmětů. Díky tomu může být zajištěn pohotový zásah, který dokáže snížit způsobené škody. Pravděpodobnost planého poplachu je minimální. Výhody EZS spočívají například v připojení k pultu centralizované ochrany PČR nebo bezpečnostních agentur. Možnost je využití i grafické nadstavby.[4]

10.1.9 Bezpečnostní čipy

Zdravotnická zařízení typu nemocnic a poliklinik využívají pro vstup do areálu, vyšetřoven, ambulancí a stacionářů bezpečnostní čipy a karty. Karty jsou využívány i pro vjezd do objektu a na vnitřní krytá parkoviště. Jde tak o prevenci pro nedovolené vniknutí nepovolaným osobám. [36]

10.1.10 Bezpečnostní velín

Zřizován pro vytvoření zázemí pro technický, zdravotnický i krizový dispečink. Místnost vybavená obrazovkami a telekomunikačním zařízením. Bezpečnostní velín funguje 24 hodin denně. Zajišťuje kontinuální monitoraci pomocí kamerového systému, zajišťuje provoz a bezpečnost celého zařízení a okolního areálu. Mají pokryté dodávky elektřiny a záložní zdroje. Tým ve velínu se skládá minimálně ze dvou vyškolených lidí.

10.1.11 Bezpečnostní manažeři

Nedílnou součástí opatření je bezpečnostní manažer, který navrhuje a následně realizuje bezpečnostní opatření daného zařízení. Vytváří standardy v rámci řízené dokumentace. Zajišťuje pravidelné školení pracovníků v rámci bezpečnosti. Monitoruje nežádoucí události a konfliktní jedince v zařízení. Na základě již předešlých nežádoucích událostí vytváří preventivní opatření.

10.1.12 Detekce rizikového chování

Jde o propojení počítačového a kamerového systému, který dokáže vyhodnotit rizikové chování návštěvníků, ztraceného pacienta nebo odložené zavazadlo. Veškeré informace se vyhodnocují v reálném čase. Toto zařízení má i svá uplatnění při detekci chování fanoušků na fotbalových stadionech, akorát neprobíhá v reálném čase. [3]

11 FORMULACE PROBLÉMU

V diplomové práci mapuji důvody a příčiny (faktory) bezpečnostních hrozeb násilných útoků ze strany pacientů/ klientů zdravotnických zařízení vůči zdravotnickému personálu.

Problematika násilných útoků je téměř dennodenními nástrahami nejen lékařů, ale především nelékařského zdravotnického personálu, který tráví s pacienty/ klienty povětšinu času, jsou to tzv. pracovníci první péče.

I přesto, že se tomuto fenoménu začíná přisuzovat vyšší pozornost, stále je tento problém neprůhledný, často chybí standardní postupy či preventivní opatření. V neposlední řadě se postrádá samotná koncepce vzdělávání v oblasti prevence násilí při výkonu zdravotnického povolání.

Tyto hrozby nemají dopad pouze na ekonomickou sféru, ale také na větší fluktuaci a odchod personálu.

12 CÍLE PRÁCE

V diplomové práci byly zvoleny celkem čtyři cíle.

1. Stanovit rizikové faktory možných útoků ze strany pacientů/ klientů vůči zdravotnickému personálu.

Výzkumná otázka: Jaké jsou nejčastější faktory ovlivňující agresivní chování pacientů?

2. Vyhledat ze současných vědeckých poznatků nutné znalosti k předcházení násilných útoků ze strany agresivního pacienta/ klienta.

3. Pomocí metody SWOT analyzovat vnitřní a vnější prostředí útoků na zdravotnický personál.

4. Vytvořit postery (jak přistupovat k agresivnímu pacientovi/ klientovi) pro zdravotnický personál na základě vědeckých poznatků.

12.1 Metodika

V diplomové práci byly využity dvě metody pro zpracování empirické části. Jako první byla použita kvalitativní metoda výzkumu, na kterou byla následně aplikována druhá metoda strategická analýza SWOT. Realizace sběru dat byla provedena pomocí řízených rozhovorů. Rozhovor probíhal s probandy na základě předem sestavených otevřených otázek. Otázky byly doplněny dotazováním pro konkretizaci potřebných informací. Rozhovor se skládal z 21 otázek. Rozhovory s lékaři a nelékařským zdravotnickým personálem (všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři), dále jen probandi, byly po udělení

souhlasu nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány, popřípadě rovnou zapisovány do elektronické podoby. Jednotlivé rozhovory jsou očíslovány. Řízený rozhovor se skládal ze čtyř částí. První část otázek (1. - 5.) zjišťuje identifikační údaje o probandech. Druhý segment otázek (6. – 11.) zjišťoval informace o agresorovi, jež páchal násilí na probandovi. Třetí okruh otázek (12.-16.) byl zaměřen na násilnou událost, důvody, faktory vyvolávající násilné chování a typ útoku. Poslední okruh otázek (17. - 21.) se týkal zajištění agresora, znalosti postupů, jak se chovat k agresivnímu klientovi a ohlašování nežádoucích událostí.

Získaná data byla přepsána a kódována do konkrétních kategorií. Vzhledem k podobným odpovědím probandů v některých otázkách bylo možné vytvořit na základě rozhovorů grafy a tabulky pro větší přehlednost. Grafy byly vytvořeny pomocí statistických funkcí aplikace Excel. Řízené rozhovory jsou k dispozici v elektronické podobě na CD, jež je součástí diplomové práce.

SWOT analýza byla zpracována na základě všech 14 řízených rozhovorů.

12.2 Charakteristika vzorku

Výzkum probíhal v období od 1. prosince – 31. ledna 2020. Probandů bylo celkem 14. Jednalo se o výběr lékařů a nelékařského zdravotnického personálu, konkrétně všeobecných sester a zdravotnických záchranářů, kteří se v rámci výkonu svého povolání setkali s fyzickým napadením ze strany klienta/pacienta. Dotazovaný personál byl z nejmenované nemocnice z Plzeňského kraje, Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje a soukromé zubní praxe. Z nemocničního zařízení se jednalo o personál z interní kliniky a kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Výzkum byl realizován na základě souhlasů, jež poskytli pracovníci, zaměřující se na výzkum v jednotlivých organizacích. Souhlas ze zdravotnické služby je v příloze práce.

Souhlas z nemocničního zařízení je k dispozici k osobnímu nahlédnutí u autora práce. Z důvodu ochrany osobních dat nebude jméno nemocnice v práci uveřejněno. Řízené rozhovory probíhaly dobrovolně a anonymně, nikde nebudou zveřejněny identifikační údaje probandů. Personál byl předem seznámen s tématem diplomové práce a důvodem výzkumného šetření. Rozhovory se uskutečnily v rámci volna či přestávky personálu.

13 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Všech 14 probandů odpovídalo na 21 stejných předem stanovených otázek. První otázka řízeného rozhovoru se týkala pohlaví probanda.

Tabulka 2: Pohlaví probanda

Pohlaví probanda	Počet probandů
Žena	13
Muž	1

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 1: Pohlaví probanda



Zdroj: autor

Výzkumu se zúčastnilo 14 probandů, kteří se stali oběťmi agresivního chování pacienta. Byli vystaveni nejen psychickému napadení, ale zejména fyzickému násilí. Ve výzkumu byla zastoupena obě pohlaví. Podle tabulky a následně ve znázorněném grafu je vidět, že v našem výzkumu byly oběťmi násilí především ženy, a to v počtu 13. Výzkumu se zúčastnil i 1 muž, který byl obětí fyzického násilí ze strany pacienta.

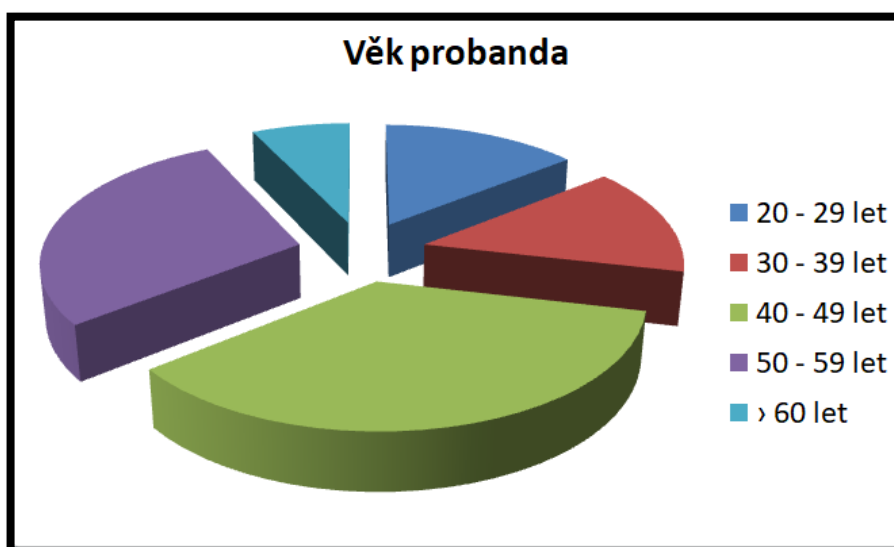
Otázka č. 2 se v řízeném rozhovoru týkala věku probanda. Odpovědi byly sumarizovány a zaznamenány do tabulky v pěti kategoriích.

Tabulka 3: Věk probanda

Věk probanda	Počet probandů
20 - 29 let	2
30 - 39 let	2
40 - 49 let	5
50 - 59 let	4
> 60 let	1

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 2: Věk probanda



Zdroj: autor

Podle odpovědí probandů byly nejvíce zastoupeny dvě věkové kategorie, a to od 40 – 49 let a kategorie 50 – 59 let. Podle našeho výzkumu byli nejčastěji napadáni respondenti středního věku, kteří již mají dlouholetou praxi v tomto oboru.

Otázka č. 3 zjišťovala povolání probanda, jakou zastává pozici. V rámci interpretace výsledků byly odpovědi na otázku povolání rozděleny do třech kategorií.

Tabulka 4: Povolání probanda

Povolání probanda	Počet probandů
Všeobecná sestra	10
Zdravotnický záchranář/ka	2
Lékařka	2

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 3: Povolání probanda



Zdroj: autor

Nejvíce zasažené povolání fyzickým násilím je profese všeobecné sestry. Napříč odděleními a zdravotnickou záchrannou službou jsou právě všeobecné sestry nejvíce vystaveny násilí ze strany pacienta.

Pozn. autora: Výsledky je možno vysvětlit tím, že všeobecné sestry jsou s pacienty téměř celou směnu v neustálém kontaktu, plní ošetrovatelskou péči, komunikují s nimi, vyžadují od nich spolupráci. Pečují o jejich komfort a snaží se naplnit jejich potřeby. Fyzickému násilí byli vystaveni i zdravotničtí záchranáři, kteří pracují v terénu a musí se často spolehnout pouze sami na sebe.

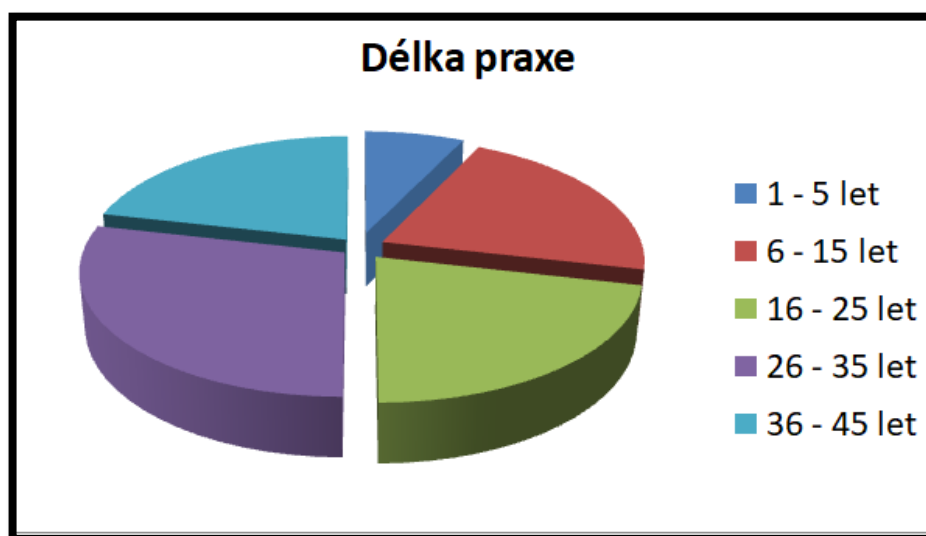
Otázka č. 4 se v řízeném rozhovoru týkala délky praxe probanda v oboru zdravotnictví. Výsledky byly zaneseny do tabulky, která má 5 kategorií.

Tabulka 5: Délka praxe probanda

Délka praxe	Počet probandů
1 - 5 let	1
6 - 15 let	3
16 - 25 let	3
26 - 35 let	4
35 - 45 let	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 4: Délka praxe probanda



Zdroj: autor

Výzkumu se zúčastnili probandi s různou délkou praxe. Nejvíce zastoupenou skupinou byla délka praxe 26 -35 let. Ostatní kategorie byly zastoupeny téměř ve stejném počtu.

Otázka č. 5 zněla: Setkal/a jste se někdy s agresí, agresivním chováním při výkonu povolání?

Tabulka 6: Agresivní chování pacientů

Odpověď probanda	Počet probandů
Ano	14
Ne	0

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 5: Agresivní chování pacientů



Zdroj: autor

Pro výzkum byl vybrán pouze zdravotnický personál, který se setkal s fyzickým násilím páchaným na své osobě v době konání svého povolání. Všech 14 probandů se stalo oběťmi fyzického nebo kombinace fyzického a psychického násilí. Probandi, kteří se setkali pouze s psychickým nátlakem či násilím v rámci svého povolání nebyli do výzkumu zařazeni.

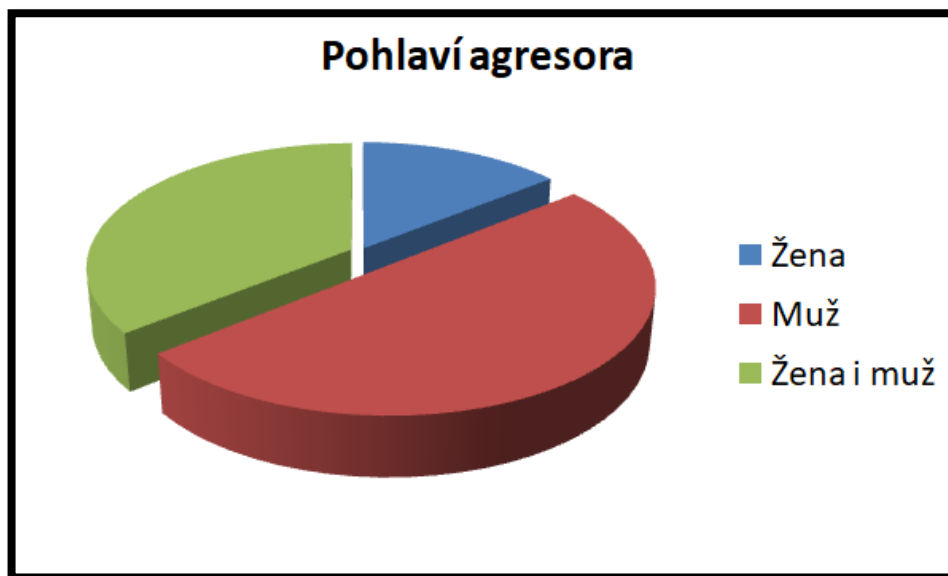
Otázka č. 6 byla položena na zjištění pohlaví útočníka, který útočil na zdravotnický personál.

Tabulka 7: Pohlaví agresora

Pohlaví útočníka	Počet probandů
Ženy	2
Muži	6
Ženy i muži	6

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 6: Pohlaví agresora



Zdroj: autor

Probandi odpovídali na sedmou otázku následovně; nejčastějšími útočníky byli muži, a to více jak v polovině odpovědí. Další nejčastější odpovědí bylo muži a ženy. Někteří probandi se s fyzickým násilím setkávají opakovaně, svou odpověď nekonkretizovali a odpověděli muži i ženy. Všeobecná sestra s 10letou praxí (P1) odpověděla: „Útočníky byli muži i ženy. Nelze však říct, kdo častěji útočí.“

Otázka č. 7. byla zaměřena na věk útočníka. Odpovědi byly shrnuty do tabulky skládající se z 5 kategorií.

Tabulka 8: Věk útočníka

Věk útočníka	Počet probandů
20 - 30 let	2
31 - 40 let	4
41 - 50 let	5
50 - 60 let	2
> 60 let	1

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 7: Věk agresora



Zdroj: autor

Z odpovědí vyplývá, že útočníky byli pacienti středního věku. Nejpočetnější skupinou byli pacienti ve věku 41 – 50 let, dále pacienti ve věkové kategorii 31 – 40 let. Naopak nejméně zastoupenou skupinou byli geriatrickí pacienti a to ve věku nad 60 let. Probandka č. 2 odpověděla: „Věk byl různý. Nejčastěji střední věk, ale byli mezi nimi i patriční pacienti. Někdy byli agresory i příbuzní pacienta.“

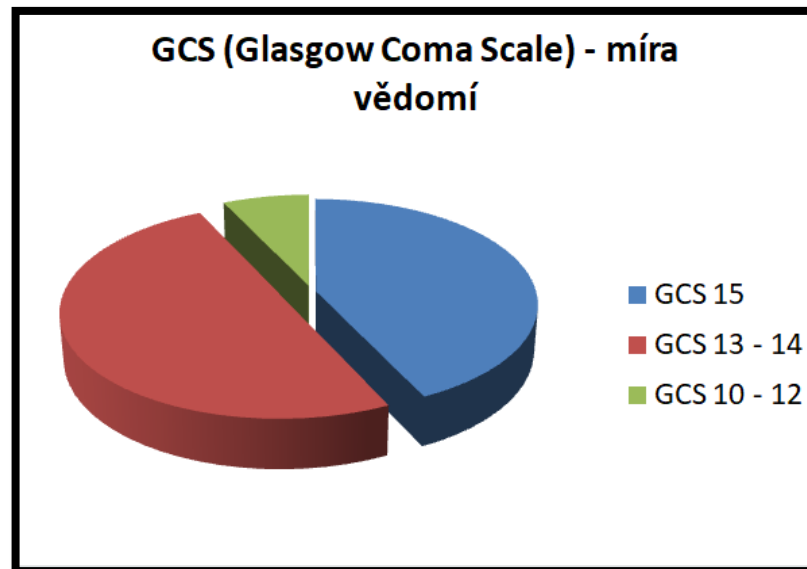
Otázka č. 8. Jaká byla kvalita vědomí – Glasgow Coma Scale?

Tabulka 9: Míra vědomí, GCS

Stupnice GCS	Počet probandů
15	6
13 - 14	7
10 - 12	1

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 8: Míra vědomí, GCS



Zdroj: autor

Osmá otázka měla zjistit, zdali byli pacienti v době páchaní fyzického násilí plně při vědomí. Téměř polovina pacientů neměla sníženou kvalitu vědomí. Všeobecná sestra (P4) vypověděla: „Moc dobrá byla. Při dobrým, plným vědomí.“

Sedm probandů odpovědělo, že vědomí klientů dle stupnice Glasgow Coma Scale, tedy míry vědomí, bylo z nějakého důvodu sníženo (lehká porucha

vědomí) a mohl to být jeden z faktorů vedoucí k napadení. Zdravotnický záchranář (P3) odpověděl: „GCS nebylo 15, byl zmatený, nepřičetný. V tu dobu to mohlo být tak 13 – 14.“ Další probandka (P5) odpověděla: „Encefalopatický. 13 – 14 GCS. Ne při plném a kvalitním vědomí.“ Jeden proband odpověděl, že pacient měl středně závažnou poruchu vědomí.

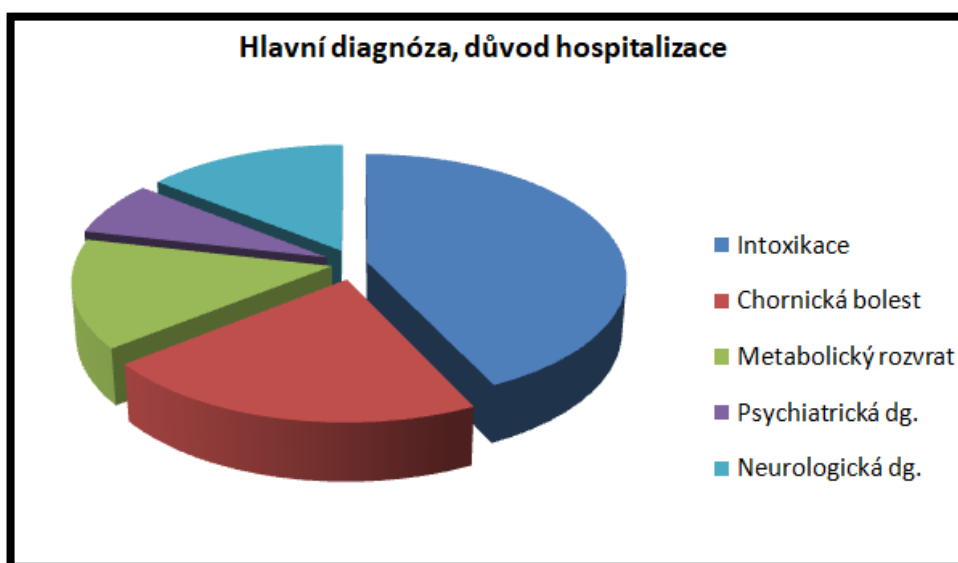
Otázka č. 9. Jaký byl hlavní důvod, tedy hlavní diagnóza útočníka, který útočil na zdravotnický personál.

Tabulka 10: Hlavní diagnóza útočníka

Hlavní diagnóza útočníka	Počet probandů
Intoxikace	6
Chronická bolest	3
Metabolický rozvrat	2
Psychiatrická diagnóza	1
Neurologická diagnóza	2

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 9: Hlavní diagnóza útočníka



Zdroj: autor

Otázka č. 9 měla odhalit hlavní diagnózu agresivního pacienta, která vedla k pacientově hospitalizaci. Téměř polovina probandů odpověděla, že hlavním důvodem hospitalizace byla intoxikace, ať už alkoholem nebo jinými

návykovými látky. Všeobecná sestra (P7) vypověděla: „*Cirhóza jater v důsledku abúzu alkoholu.*“ Probandka (P4) odpověděla: „*Psychiatrická nebyla. Byl alkoholik, na přesnou diagnózu už si nevzpomenu, ale bylo to interní zaměření. Možná nějaká ketoacidóza nebo cirhóza. Psychika byla v pohodě, ale když ho to draplo, tak radši pryč. Ale jinak byl normální.*“ Další nejčastější odpovědí byla, že pacient trpěl chronickou bolestí. Mezi méně časté odpovědi patřily důvody týkající se metabolického rozvratu či neurologické diagnózy. Překvapivě pouze jeden proband odpověděl, že byl napaden pacientem, který vykazoval psychiatrické onemocnění.

Otázka č. 10. Vzpomenete si, zda byl agresor pod vlivem farmak nebo pod vlivem návykových látek?

Tabulka 11: Vliv návykových látek a farmak

Odpověď probandů	Počet probandů
Farmaka	2
Návykové látky	5
Kombinace farmak a návykových látek	5
Žádná farmaka ani návykové látky	2

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 10: Vliv návykových látek a farmak



Zdroj: autor

Z odpovědí na otázku č. 10 vyplývá, že chování a jednání pacientů, kteří zaútočili na zdravotnický personál, bylo ovlivněno návykovými látkami nebo kombinací návykových látek a farmak. Zdravotnická záchranářka (P8) zmínila:

„Ano, dle policejních stěrů pod vlivem marihuany.“ Naproti tomu Všeobecná sestra téměř s 60letou praxí odpověděla: *„Pod vlivem farmak určitě ano, tam právě u nich dochází k tomu, že se kombinují ty látky nebo léky, ne úplně přesně, jak se mají. Ne tak, jak je mají pacienti rozepsány. Takže to jsme si samozřejmě všimli, že jsou často pod vlivem nějakých látek.“* Probandka (P1) odpověděla: *„Ano, ethylici byli ještě pod vlivem alkoholu. Někteří pod vlivem této kombinace, alkohol a farmaka.“* Pouze dva probandi odpověděli, že útok na ně nebyl ovlivněn žádnými návykovými látky ani farmaky.

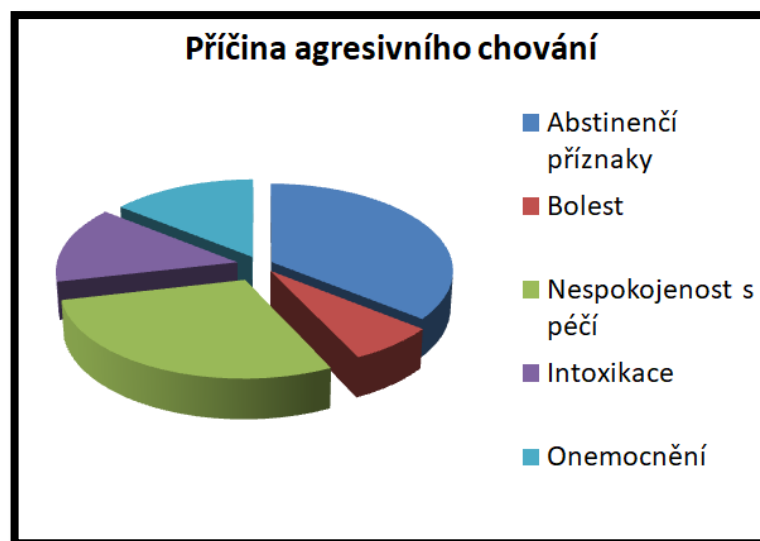
Otázka č. 11. Jaká si myslíte, že byla příčina (faktory vyvolávající agresivní chování) útoku, agrese?

Tabulka 12: Potencionální příčina útoku

Příčina útoku	Počet probandů
Abstinenční příznaky	5
Bolest	1
Nespokojenost s péčí	4
Intoxikace	2
Onemocnění	2

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 11: Potencionální příčina útoku



Zdroj: autor

Celkem 5 probandů se ve své odpovědi shodlo, když odpověděli, že agresivní chování a fyzické napadení mělo jako příčinu abstinenční příznaky. Další 4 probandi si myslí, že důvodem napadení mohla být nespokojenost s poskytovanou péčí. Všeobecná sestra (P10) sdělila: „Netrpělivost, nelíbil se mu způsob ošetření a rychlost ošetření.“ Probandka (P2)

odpověděla: *„To bylo různé. Od nespokojenosti s ošetřením, dlouhé čekací době. U geriatrických pacientů to bylo zejména změna prostředí a pobyt v nemocnici. U starších lidí to mělo spojitost i s osamělostí.“* Po dvou odpovědích uvedli probandi jako příčinu útoku samotné onemocnění a intoxikaci návykovými látkami či alkoholem. Zdravotnický záchranář (P3) řekl: *„Jednoduše to přestřelil s kombinací alkoholu a drog, takže intoxikace.“* Jeden účastník výzkumu shledal jako příčinu útoku bolest.

Otázka č. 12. Kde se odehrálo napadení? Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu.

Tabulka 13: Místo napadení

Místo napadení	Počet probandů
Pokoj pacienta	7
Čekárna ambulance	3
Emergency	1
Místo zásahu ZZS	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 12: Místo napadení



Zdroj: autor

Celkem 7 probandů se shodlo při odpovědi na otázku, kde se jejich napadení odehrálo, že v pokoji či boxu pacienta. Probandka (P12) sdělila: „V rámci nemocnice na jednotce intenzivní péče, na pokoji pacienta, v tomto případě to bylo u lůžka toho pacienta.“ Další tři probandi byli napadeni v čekárně ambulance, kde

pracovali a komunikovali s pacienty. Tentýž počet byl napaden v rámci výjezdu na místě zásahu zdravotnické záchranné služby. Lékařka záchranné služby řekla (P11): *„Byl to výjezd, kam jsme byli voláni pro epileptický záchvat.“* Jedna odpověď byla zaznamenána jako napadení na Emergency, tedy na vysokoprahovém příjmu nemocných v nemocnici.

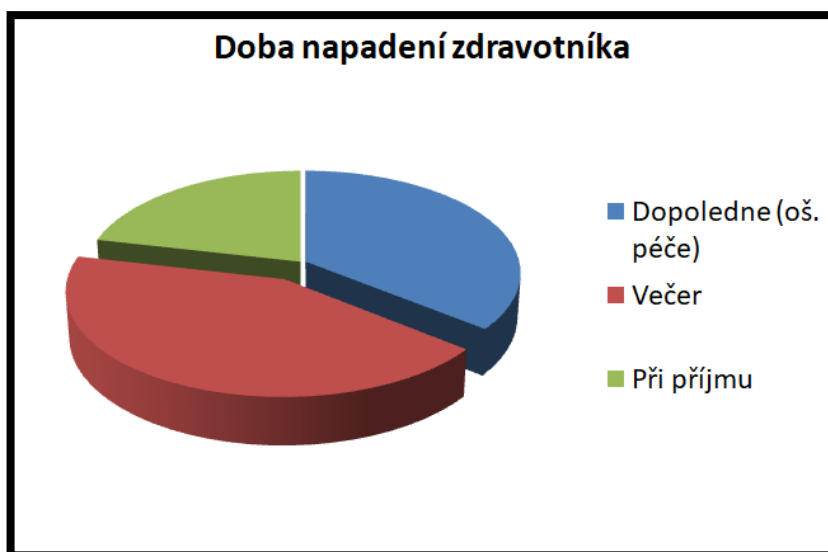
Otázka č. 13 byla zaměřena na dobu, kdy se napadení odehrálo. Měla zjistit zda, napadení a agrese je ovlivněno denní dobou eventuálně přesunem klienta nebo je vázáno na vyšetření či příjem klienta.

Tabulka 14: Denní doba napadení

Doba napadení	Počet probandů
Dopoledne (ošetřovatelská péče)	5
Večerní hodiny	6
Při příjmu	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 13: Denní doba napadení



Zdroj: autor

Téměř polovina odpověděla, že byli napadeni ve večerních hodinách. Ať už při výkonu běžné ošetřovatelské péče jako byla aplikace léků, měření vitálních hodnot aj. Probandka (P4) odpověděla: „Bylo to večer. Při večerním obcházení a kontrole pacientů.“ Další probandi sdělili, že byli napadeni v dopoledních

hodinách a to v rámci ošetrovatelské péče, především při výkonu hygieny, když vyžadovali pacientovu spolupráci. Především probandi z řad záchranné služby odpovídali, že byli napadeni při vyšetření, v naší kategorizaci, tedy při příjmu pacienta.

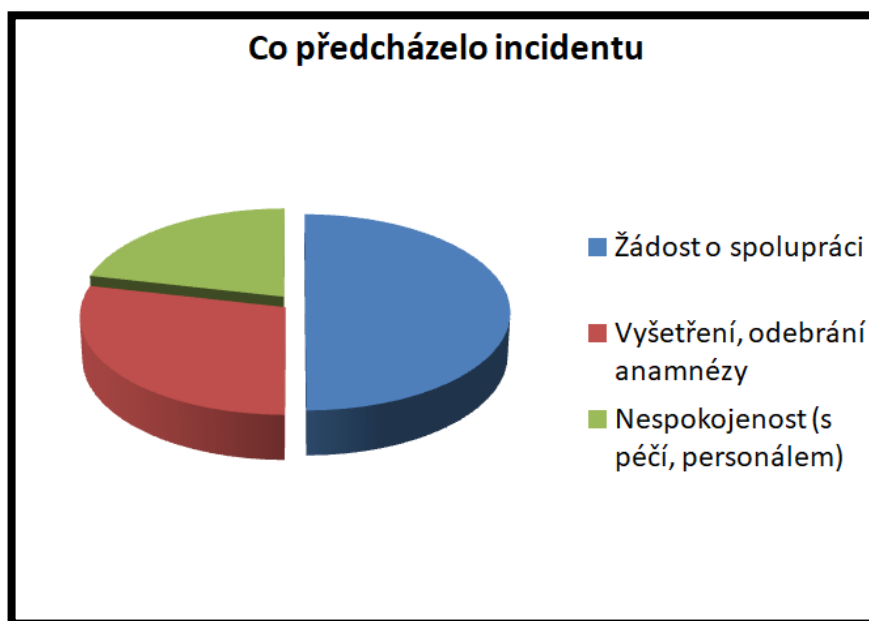
Otázka č. 14. Co předcházelo incidentu, bylo další otázkou pro probandy, kteří byli napadeni v rámci výkonu svého povolání.

Tabulka 15: Události před incidentem

Odpověď probandů	Počet probandů
Žádost o spolupráci	7
Vyšetření, odebrání anamnézy	4
Nespokojenost (s péčí, personálem)	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 14: Události před incidentem



Zdroj: autor

Sedm probandů odpovědělo shodně, že požadovali po pacientovi spolupráci, především při výkonu ošetrovatelské péče. Probandka (P7) vypověděla: „Žádost o spolupráci. Chtěla jsem nasadit kabely, potřebné pro monitoraci saturace, jelikož jedna z diagnóz bylo respirační selhání, potřebovala jsem monitorovat

saturaci krve kyslíkem.“ 4 jedinci odpověděli, že napadení předcházelo odebírání anamnézy a prvotní vyšetření pacienta. Probandka (P8) řekla: „Při odebírání anamnézy, fyzikálním vyšetření a měření vitálních funkcí byla klidná. Ještě jsem jí řekla, že jí natočím EKG, načež se postavila a zatímco jsem byla skloněná k monitoru a vytahovala jsem elektrody, mě koplá vší silou do oblasti břicha a hrudníku.“ Zbylí 3 probandi odpověděli, že incident mohla vyvolat nespokojenost pacienta s péčí nebo samotným personálem.

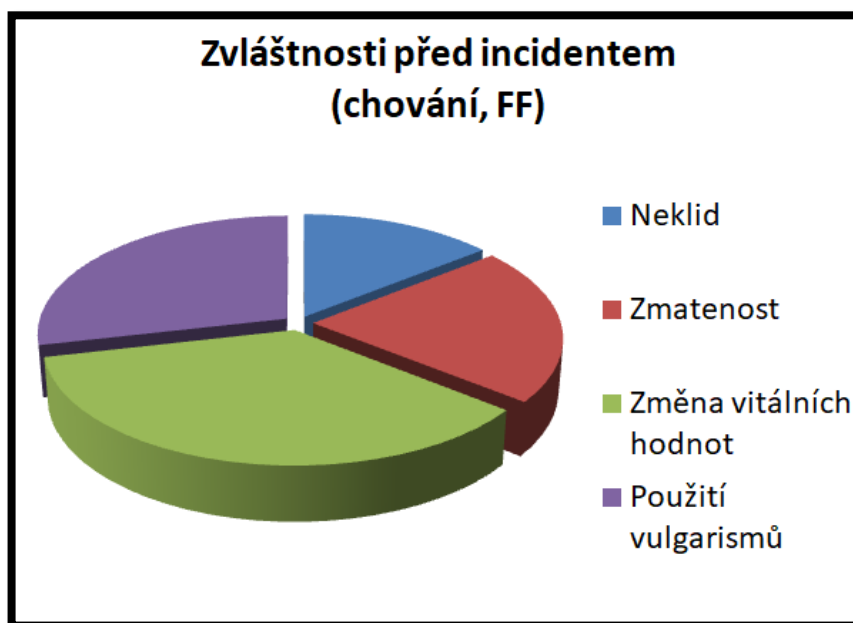
Otázka č. 15. Vzpomenete si na nějaké zvláštnosti, které předcházely incidentu? Např. chování, hodnoty vitálních funkcí, po návštěvě příbuzných aj.

Tabulka 16: Zvláštnosti před incidentem

Odpověď probandů	Počet probandů
Neklid	2
Zmatenost	3
Změna vitálních hodnot	5
Použití vulgarismů	4

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 15: Zvláštnosti před incidentem



Zdroj: autor

Podle 5 probandů, především pracujících v intenzivní péči, kde je kontinuální monitorace vitálních hodnot pacienta, se změnila fyziologické funkce před agresivním chováním. Probandka (P12) odpověděla: „Je tam samozřejmě, ohledně vitálních funkcí, tak tam bývá často denaturace, nižší nebo vyšší hodnoty krevního

tlaku, je to i ze strany vědomí. Celkově dechová nedostatečnost, ta může být spojená s agresí toho pacienta...zvlášť když je zmatený a neví, co dělá.“ Nejčastěji odpovídali, že se pacienti desaturovali, měli zrychlený puls aj. Další 4 odpověděli, že před samotným fyzickým napadením byli napadeni slovně. Po dvou a třech probandech poté odpověděli, že pacienti byli před incidentem zmatení a náhle neklidní.

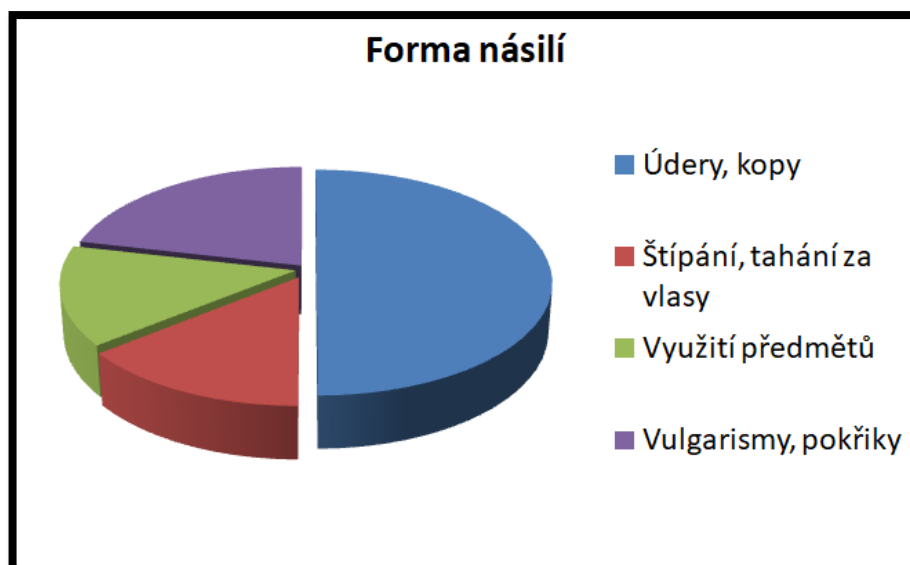
Otázka č. 16. O jaký typ násilného incidentu se jednalo? Byly využity např. nějaké předměty, vybavení?

Tabulka 17: Typ násilného incidentu

Způsob napadení	Počet probandů
Údery, kopy	7
Štípání, tahání za vlasy	2
Využití předmětů	2
Vulgarismy, pokřiky, vyhrožování	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 16: Typ násilného incidentu



Zdroj: autor

Polovina probandů odpověděla, že se jednalo o fyzické napadení manifestované kopy a údery, převážně do oblasti obličeje a břicha. Probandka (P1) odpověděla. „Nejčastěji o kousání do rukou, štípání do rukou, pevné úchopy mých rukou, abych nemohla nic dělat. Výjimkou nebyly ani kopance. Jednou se mi stalo,

že klient (muž) mi kopl do břicha. Nebylo využito žádné vybavení ani předměty.“

Probandka (P6) řekla: „Žádné předměty proti mně naštěstí nevyužil. Ale fyzicky mě napadl. Nejdříve mě chtěl chytit pod krkem, trochu o můj krk zavadil, ale naštěstí se mu to nepovedlo, bohužel mě chytil za halenu a hrubě mě k sobě přitáhl a poté se snažil mě odhodit, mrštit mnou.“ Tři zdravotníci odpověděli, že jim bylo vyhrožováno ublížením na zdraví a proti jejich osobě byly využity vulgární slovní výpady. Využití předmětů, zejména vybavení nemocničního pokoje, a fyzické násilí manifestované taháním za vlasy a štípáním, obě tyto odpovědi byly po dvou probandech. Probandka (P4) odpověděla: *„Byly využity předměty. Naštěstí jsme stihly uhnout a zapíchlo se to vedle do dveří. Začal najednou hrozně šítet. Měl velkou sílu. Ještě že jsme utekly. Hned jsme volaly doktora a sanitáře.“*

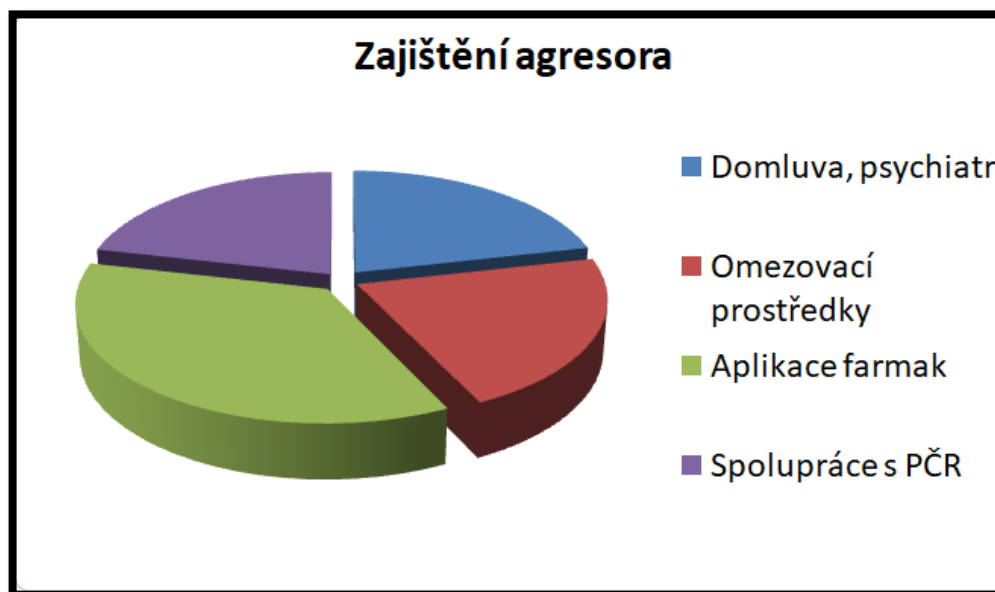
Otázka č. 17. Další blok otázek se týkal zajištění klienta, co se odehrávalo po události (po napadení). Jakým způsobem byl agresor zajištěn?

Tabulka 18: Zajištění útočníka po útoku

Zajištění útočníka	Počet probandů
Domluva, psychiatr	3
Omezovací prostředky	3
Aplikace farmak	5
Spolupráce s PČR	3

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 17: Zajištění útočníka po útoku



Zdroj: autor

Celkem 5 probandů odpovědělo, že po jejich napadení bylo nutno zajistit útočníka pomocí farmak, především z řady benzodiazepinů, žádný jiný postup totiž nebyl účinný. Na následujících odpovědích se shodli vždy 3 probandi. Všichni zmiňovali stejný postup, že nejdříve se snaží pacientovi domluvit, poté

přijdou na řadu omezovací prostředky, farmaka a v poslední řadě až spolupráce Policie ČR. Probandka (P13) odpověděla: *„Na Emergency byla přítomna Policie ČR, která dělala doprovod zdravotnické záchranné službě. Agresor by zajištěn díky účasti PČR.“*

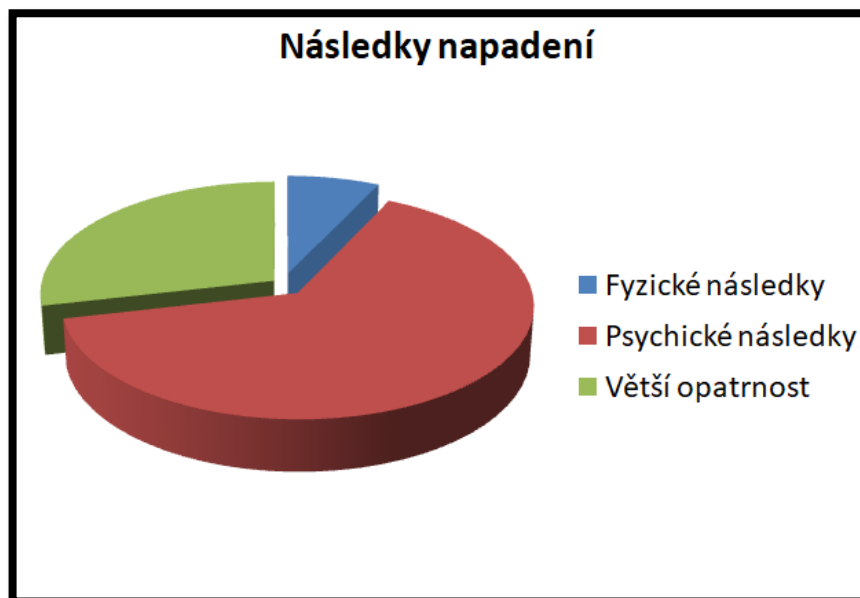
Otázka č. 18. Jaké to mělo na Vás důsledky? Ze zdravotní stránky? (fyzický stav/psychika).

Tabulka 19: Následky napadení

Následky napadení	Počet probandů
Fyzické následky	1
Psychické následky	9
Větší opatrnost	4

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 18: Následky napadení



Zdroj: autor

Na všech 14 probandech nechalo napadení ze strany pacienta nějaké následky. Devět zdravotníků odpovědělo, že útok na nich zanechal psychické následky, jako je např. nespavost, úzkost, strach atd. Další 4 probandi se shodli, že než fyzické či psychické následky se u nich objevuje větší respekt a opatrnost při kontaktu s pacientem. Fyzické následky po útoku pacienta si odnesla

zdravotnická záchranářka, která byla napadena při výjezdu záchranné služby. Probandka (P8) vypověděla: *„Žena mi kopem do oblasti levého hypochondria, epigastria a levého oblouku žeberního, způsobila kontuzi levého hemithoraxu a kontuzi přední břišní stěny, s rozsáhlým hematodem. Následně jsem byla 27 dní v pracovní neschopnosti pro nemožnost plného pohybu. Psychika také sehrála svojí roli, od incidentu mám větší respekt z pacientů, lekám se každých prudších pohybů. Kdyby se jednalo o agresivní pacientku od prvního kontaktu, na případný útok bych byla připravená. Takhle nevím, co přijde i od toho neklidnějšího pacienta.“*

Otázka č. 19 se týkala ohlašování nežádoucích událostí. Zda bylo napadení hlášeno jako pracovní úraz a jestli byl vytvořen zápis.

Tabulka 20: Ohlášení nežádoucích událostí

Ohlášení nežádoucích událostí	Počet probandů
Ano	4
Ne	10

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 19: Ohlášení nežádoucích událostí



Zdroj: autor

Více než polovina zúčastněných měla stejnou odpověď na otázku týkající se ohlášení nežádoucích událostí a vytvoření zápisu o tomto incidentu. Většina fyzické napadení vůči své osobě nenahlásilo, a tudíž nebyl vytvořen zápis o této události. Zdravotnický personál tyto incidenty bere jako součást práce. Probandka (P3) odpověděla: „Ne, nebylo to nikam hlášený, ani nebyl vytvořený zápis. Setkáváme se s tímhle nevhodným chováním docela často. Samozřejmě ale ne

vždy to dojde až k úderům, kopancům nebo k něčemu podobnému.“ Pouze 4 probandi ohlásili fyzické napadení především z důvodu větších následků, ať už fyzických či psychických.

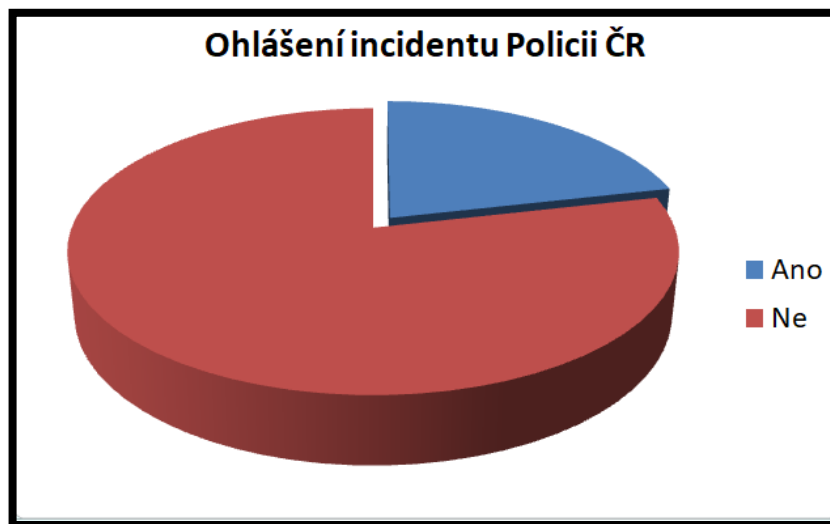
Otázka č. 20. Byl tento incident ohlášen na Policii ČR nebo byla přivolána na místo incidentu?

Tabulka 21: Ohlášení incidentu na PČR

Odpověď probandů	Počet probandů
Ano	3
Ne	11

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 20: Ohlášení incidentu na PČR



Zdroj: autor

Pouze 3 probandi z celkového počtu 14 odpovědělo, že jejich napadení řešila policie. Jedna probandka (P8) dokonce uvedla, že její napadení je stále v rukou policie a soudu, a to zejména z důvodu vážnosti tohoto napadení. Zbýlých 11 probandů odpovědělo, že fyzické napadení vůči jejich osobě neřešila Policie ČR a řeší se to pouze v rámci daného zdravotnického zařízení.

Otázka č. 21. Poslední otázka řízeného rozhovoru se týkala znalostí postupů a standardů při setkání s agresivním pacientem. Zdali probandi znají tyto postupy a umí je aplikovat v praxi.

Tabulka 22: Znalost standardů, postupů - agresivní pacient

Odpověď probandů	Počet probandů
Ano	14
Ne	0

Na základě odpovědí byl vytvořen graf, kde jsou znázorněny odpovědi na tuto otázku.

Graf 21: Znalost standardů, postupů - agresivní pacient



Zdroj: autor

Napříč všech probandů s různou zdravotnickou profesí a různým místem působiště se všichni shodli, že znají postupy a standardy vlastního zdravotnického zařízení při setkání s agresivním pacientem. Jak se chovat, jednat a komunikovat s agresivním pacientem. Probandka (P12) řekla: „Probíhá tady proškolení. Jak se chovat k agresivním lidem, jak k nim přistupovat, na

co si dávat pozor. Celkově jak se máme chovat.“ Někteří uvedli, že se dokonce zúčastnili kurzu sebeobrany. Řada z nich by se nebránila zúčastnit i jiných kurzů této tematiky, např. zaměřené na komunikaci s takovými pacienty.

Pozn. autora: Většina z nich však uváděla, že kolikrát postupy a standardy nestačí. Agresoři se chovají nepředvídatelně a je složité na ně okamžitě reagovat.

13.1 Interpretace výsledků pomocí SWOT analýzy

Pro naši diplomovou práci jsme zvolili SWOT analýzu, kterou jsme aplikovali na získané rozhovory se zdravotnickým personálem. Díky SWOT analýze jsme vygenerovali silné a slabé stránky vnitřního prostředí a příležitosti a hrozby vnějšího prostředí. Vzhledem k získaným výsledkům z této analýzy můžeme určit strategii pro zlepšení postupů a standardů při kontaktu zdravotnického personálu s agresivním pacientem.

SWOT analýza je základní metoda strategické analýzy. Využívá se v procesu strategického plánování nebo pro aktualizace strategie. Vnitřní pozitivní faktory se nazývají S trengths, vnitřní negativní faktory se nazývají W eaknesses vnější pozitivní faktory se nazývají O pportunities, a vnější negativní faktory se nazývají T hreats. Všechny tyto čtyři aspekty SWOT vedou po jejich prozkoumání k seznamu možných akcí, které je třeba podniknout pro vytvoření úspěšné strategie. Je zapotřebí stavět na svých silných stránkách, posílit slabší oblasti, čelit jakýmkoli hrozbám a využívat každou příležitost. Spojení mezi jednotlivými kvadranty vzniklé matice lze využít ve prospěch. Například využít silné stránky k otevření dalších příležitostí, které mohou vést k odstranění některých slabin.

Mnoho nemocnic a zdravotnických služeb využívá metodu SWOT analýzy k identifikaci organizačních schopností a analýze svých podniků.

SWOT analýza je vytvořená na základě získaných dat z kvalitativního výzkumu a informací získaných od bezpečnostního manažera nemocnice, kde byl výzkum uskutečněn. [52]

<p style="text-align: center;">Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • znalost doporučených postupů, • kurzy sebeobrany, • pravidelné školení, • chuť vzdělávat se, • praxe, • pevný kolektiv, • spolupráce s bezpečnostním manažerem, • schopný pomocný personál, • vybavení zařízení, • zabezpečení, bezpečnostní opatření • ostatní kurzy aj. 	<p style="text-align: center;">Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> • postupy nelze aplikovat na všechny agresivní pacienty, • nedostatek personálu – jeden pacient (vícer) X jedna sestra, • špatná komunikace sestry, • dlouhá čekací doba, • neuspokojení potřeb pacienta, • nenaslouchání, nedostatek empatie • nedostatečné ohlašování nežádoucích událostí • špatná edukace klienta
<p style="text-align: center;">Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • kurzy krizové intervence • nové technologie (kamerové systémy, online ostraha) • detekce nestandardního chování • spolupráce s Policií ČR • retrospekce, zpětná vazba • republikové semináře 	<p style="text-align: center;">Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> • národnostní menšiny • bariéra v komunikaci, • jiné náboženské vyznání, migranti, • nepřizpůsobivý pacient, nerespektující, • špatná komunikace, • intoxikace, • nesprávné vyhodnocení situace, • stres, • fyzické a psychické následky, • nespolečenská, prvotní agrese • neuspokojení potřeb klienta

Silné stránky (vnitřního prostředí) byly sestavy na základě odpovědí probandů z řízených rozhovorů. Všichni probandi pracující ve zdravotní sféře potvrzují, že znalost doporučených postupů je důležitý aspekt pro komunikaci s agresivním pacientem. Některé probandky uvedly, že se v rámci vzdělávání zúčastnili kurzu sebeobranu, což hodnotíme jako silnou stránku při kontaktu s agresivním pacientem. V rámci jednotlivých zdravotnických zařízení probíhají pravidelná školení týkající se nejen bezpečnostních opatření. Téměř většina probandů má dlouholetou praxi ve zdravotnictví, což se hodnotí jako kladný aspekt při kontaktu s agresorem. Kooperace v kolektivu a správně nastavený management pracovní kultury vede k prohlubování vzájemné důvěry, obzvlášť při stresových a konfliktních situacích s klienty, kdy se zdravotník nemusí spoléhat pouze sám na sebe, ale může se opřít o kolegu. Další silnou stránkou je spolupráce s bezpečnostním manažerem, který neustále inovuje bezpečnostní opatření díky novým technologiím a spoluprací s vedoucími pracovníky.

Mezi slabé stránky (vnitřního prostředí) patří zejména obecné postupy, které nelze aplikovat na všechny agresivní pacienty. Například agresivní pacient s psychiatrickým onemocněním, agresivní pacient pod vlivem návykových látek (drog, alkoholu), agresivní geriatrickí pacienti aj. Jako další slabou stránkou je nedostatek personálu. Ve většině případů má zdravotnický pracovník (většinou všeobecná sestra, zdravotnický záchranář) v péči několik pacientů, což může vést k další slabině a tou je neuspokojení potřeb pacienta a dlouhá čekací doba; to vše může vést k případnému vzniku agresivního chování ze strany pacienta. Špatná komunikace sestry s pacientem, nedostatek empatie a vstřícnosti často dává důvod ke vzniku konfliktů. V rámci řízených rozhovorů jsme zjistili, že většina probandů bere psychické a fyzické napadení jako součást práce, tudíž útoky na ně dostatečně neohlašují jako nežádoucí události a tedy nemůže dojít ke zlepšení situace a bezpečnostních opatření.

Příležitosti (externího prostředí) jsou kurzy krizové intervence, které jsou dostupné pro zdravotnický personál. Díky tomu mohou zdokonalit své komunikační schopnosti nejen s rizikovými skupinami pacientů. Díky novým technologiím jako jsou nejnovější kamerové systémy, online ostraha a technologie detekce nestandardního chování může být bezpečnost ve zdravotnickém zařízení na vyšší úrovni. V rámci spolupráce s Policií ČR probíhají kurzy pro zdravotníky, jak se vypořádat např. s aktivním střelcem, agresivním pacientem aj.

Mezi hrozby (externího prostředí) patří zejména nepřizpůsobiví klienti, intoxikovaní, s kterými lze těžko navázat komunikace. Jejich chování často vygraduje do fyzického napadení. Dalšími hrozbami jsou národnostní menšiny, popř. migranti a lidé s jiným náboženským vyznáním. Jedna probandka uvedla, že národnostní menšiny většinou chodí ve skupinách, jako doprovod klienta, a někdy i naschvál vyvolávají konflikty např. v čekárnách.

13.2 Postery

Jak postupovat při kontaktu s agresivním pacientem

Psychiatrický pacient

1. Respektuj osobní prostor!
2. Nevzdoruj, oba jste si rovni!
3. Nevyhrožuj, nebagatelizuj, nelži, neskákej druhému do řeči
4. Nebuď agresivní!
5. Nepoužívej vulgarismy
6. Komunikuj v jednoduchých větách
7. Snaž se odstranit příčinu, frustraci, nabídni řešení, pomoc
8. Snaž se pacientovi vyhovět

9. Měj vždy promyšlenou únikovou cestu
10. Pružně reaguj na situaci
11. Snaž se odstranit předměty z okolí, které by agresor mohl použít k násilí
12. Snaž se zkontaktovat kolegy

Intoxikovaný pacient alkoholem

1. Nenarušuj osobní prostor
2. Neposuzuj agresora, nechod s ním do konfrontace
3. Buď empatický/á, nebuď vulgární
4. Jednej uvážlivě dle situace
5. Nabídní pomoc
6. Snaž se přivolat pomoc
7. Měj rozmyšlenou únikovou cestu [23,34]

Aktivní střelec

1. Utíkej!

Pokud to lze opusť objekt, co nejkratší cestou. Nezdržuj se osobními věcmi. Využij případnou znalost objektu. Využij únikové východy, okna!

2. Varuj!

Pokud to lze, zavolej 112 nebo 158. Sděl, co a kde se děje. Mluv stručně a jednoznačně. Neohrožuj svůj život dlouhým telefonátem!

3. Schovej se!

V případě nemožnosti utéct, vyhledej nejlépe uzamykatelnou místnost a schovej se tam. Dveře zabarikáduj nábytkem. Vypni vyzvánění u mobilního telefonu, lehni si na zem, popř. se schovej za kus nábytku. Zachovej klid! Varuj!

4. Bojuj!

Pokud není jiná možnost, bojuj! Chovej se, co nejagresivněji. Využij dostupné předměty, nábytek. Pokud je vás více, snažte se střelce povalit a sebrat mu zbraň. Zbraň dejte z dosahu střelce. Nedržte střelcovu zbraň v ruce, minimalizujte riziko omylu PČR, kdo je skutečný střelec. [42]

Přístup k agresivnímu pacientovi na JIP

1. Nikdy k agresorovi nepřistupuj sám! Vždy minimálně ve dvou!
2. Přistupuj k němu z boku, mysl na své bezpečí!
3. Odstraň z jeho blízkosti předměty a nábytek, které by mohl použít pro násilí
4. Snaž se navázat vřelou komunikací
5. Mluv srozumitelně, jednoznačně, v jednoduchých větách
6. Nepoužívej vulgarismy
7. Nabídní pomoc
8. Měj připravené omezovací prostředky
9. Vše konzultuj s lékařem
10. Farmakologický zásah až na posledním místě
11. Vše řádně zdokumentuj! [34,23]

14 DISKUZE

Násilí na pracovišti je dlouhodobá problematika zasahující téměř veškeré sektory hospodářství, a to nejen zdravotnictví, které je předmětem této výzkumu. S touto problematikou se potýkají všechny země světa. Psychické a fyzické násilí ovlivňuje několik faktorů, které mohou výrazně snížit spokojenost s prací a kvalitu pracovního života zdravotnického personálu, ale také výkonnost personálu a ekonomiku daného zdravotnického zařízení. Zdravotnický personál, především všeobecné sestry, poskytují pacientům velké množství přímých služeb a hrají klíčovou roli v kvalitě služeb poskytovaných pacientům. I přesto, že se bezpečnostní opatření vyvíjí a neustále se zdokonalují, je problematika násilí ve zdravotnictví na každodenním pořádku. Obecně platí, že některé faktory zvyšují riziko expozice násilí na pracovišti ve srovnání s jinými skupinami, a to především vůči všeobecným sestram. Mezi tyto faktory patří úzká interakce s pacienty a jejich rodinou, práce v noci, vysoká úroveň stresu v prostředí klinické péče, práce v prostředí, které postrádá dostatečný počet personálu úměrný očekávaným službám od nich (což má za následek stresující podmínky pro pacienty stejně jako zaměstnanci), dominance ženského pohlaví u personálu, nedostatky týkající se bezpečnosti na pracovišti ve většině nemocnic, převozy mezi odděleními, stresující podmínky pro příbuzné pacientů (např. při čekání na návštěvu, čekání na informace od lékaře). Násilí na pracovišti přispívá ke snížení účinnosti a produktivity ve zdravotnictví, může mít za následek zvýšení úrovně stresu, může vést k chronické únavě a poruchám spánku a negativně ovlivňovat kvalitu péče o pacienta

V diplomové práci byly stanoveny celkem 4 cíle a 1 výzkumná otázka. Na základě logické posloupnosti od stanovení rizikových faktorů možných útoků

ze strany pacientů zdravotnického zařízení, přes shrnutí vědeckých poznatků, jež mají vést k prevenci a předcházení násilných útoků, po vytvoření SWOT analýzy na základě řízených rozhovorů až po samotné vytvoření jednotlivých doporučení (postery) pro zdravotnický personál, jak přistupovat k agresivnímu pacientovi.

Pro dosažení cílů jsme si stanovily několik kategorií, které slouží jako dílčí body pro jejich dosažení. Kategorie byly zvoleny předem podle otázek z řízených rozhovorů, které byly pokládány jednotlivým probandům. Všichni probandi odpovídali na stejné otázky. První kategorie (K1) obsahovala několik otázek, a to především týkajících se rizikových faktorů, které mohou vést k napadení zdravotnického personálu, a samotných důvodů napadení. Otázkou, jaká byla hlavní diagnóza, jsme se snažili zjistit, zda hlavní diagnóza je rizikovým faktorem pro napadení a zda je to hlavní příčina napadení zdravotnického personálu. Výsledky ukázaly, že 6 probandů ze 14 (43 % probandů) odpovědělo, že hlavní diagnóza u pacienta byla intoxikace. V navazující otázce uvedli, že právě to mohlo být hlavní příčinou napadení. Další 3 probandi (21 % probandů) odpověděli, že hlavní diagnózou byla chronická bolest, která patří taktéž k rizikovým faktorům vedoucí k napadení zdravotnického personálu. Po dvou odpovědích (14 % z celkového počtu) měly diagnózy neurologická onemocnění a metabolický rozvrat. Jedna probandka (8 %) odpověděla, že pacient měl psychiatrickou diagnózu. Otázka číslo 11, zaměřující se na rizikovost genezi násilí patřila: *„Vzpomenete si, zda byl agresor pod vlivem farmak nebo pod vlivem návykových látek?“* Celkem 5 probandek ze 14 (36 % z celkového počtu) odpovědělo, že klienti byli pod vlivem návykových látek. Dalších 5 probandek (36 %) se v odpovědi shodlo, když řekly, že pacienti byli pod vlivem, jak návykových látek, tak i farmak. Po dvou odpovědích (14 %) měla farmaka a odpověď, že pacienti nebyli pod vlivem žádné látky (drog, farmak ani alkoholu). Do skupiny rizikových faktorů jsme zařadili i kvalitu

vědomí - Glasgow Coma Scale, což může negativně ovlivnit chování pacienta. Na otázku, jaká byla kvalita vědomí (GCS) odpovědělo 7 probandů (50 % zúčastněných), že pacienti měli lehkou poruchu vědomí. Někteří probandi odpověděli, že kvalita vědomí pacientů nebyla nijak snižena. Jejich GCS bylo 15. Jedna probandka (8 % z celkového počtu probandů) vypověděla, že pacient měl středně závažnou poruchu vědomí. Zajímalo nás, zda i denní doba ovlivňuje a hraje nějakou roli v napadení zdravotníka.

Podle několika kvalitativních, ale především kvantitativních výzkumů se napadení děje především v noci a v pozdějších večerních hodinách. Například Jiřík (2007) ve svém kvantitativním výzkumu o *Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zoládání* uvádí, že nejčastěji probíhá násilí páchané na personálu v noci, a to až 66 %. My jsme se dotazovali, kdy se incident/napadení odehrálo. Šest probandů (43 %) odpovědělo, že se napadení odehrálo ve večerních hodinách, ať už při běžné ošetrovatelské péči nebo při vyšetření. Odezva od 5 probandů (36 %) byla, že napadení proběhlo v dopoledních hodinách, při ošetrovatelské péči, jako je podání léků, měření vitálních funkcí nebo hygienická péče. Tři probandi (21 %) denní dobu nespécifikovali, ani po výzvě pro konkretizování (z důvodu snahy o vytěsnění události), jejich odpověď byla pouze příjmu.

Mnoho výzkumů v zahraničí, ale i u nás v tuzemsku se zabývalo otázkou, jaká je nejčastější příčina agresivního chování. Fišerová (2017) ve svém kvalitativním výzkumu zabývající se *Úlohou sestry v péči o pacienty s násilným chováním* uvádí, že početnou část agresorů tvoří pacienti, kteří jsou závislí na alkoholu a propuknou u nich v době hospitalizace abstinenční příznaky. Podle výzkumů Pekary (2016) týkající se agrese ve zdravotnictví, bývá největším problémem komunikace zdravotnický pracovník vs. pacient. Často tam dochází k nepochopení a nezískání důvěry. I to může být tedy rizikový aspekt pro

vznik agresivního chování. Lojková (2019) ve svém kvantitativním výzkumu, zaměřující se na ohrožení personálu ze strany pacientů, podle získaných odpovědí zjistila, že důvod agrese plyne již z povahy pacienta, kteří mají už od počátku sklony k agresivnímu chování. V neposlední řadě uvádí, že důvodem je často závislost na drogách a jiných návykových látkách či úzkost, strach a bolest. I přesto, že jsme prováděli kvalitativní výzkum, můžeme zmínit, že některé prvky se shodují s dosaženými výsledky kvantitativního výzkumu Lojkové. (2019). V našem výzkumu uvedli probandi jako nejčastější důvod abstinenční příznaky, a to v počtu 5 ze 14 (36 %). Na odpovědi nespokojenost s péčí se shodli 4 probandi (29 %). Po dvou odpovědích (14 %) měla intoxikace pacienta a primární onemocnění, jakožto důvod, který přispěl k napadení. Jedna sestra uvedla (8 %), že spouštěčem byla bolest.

Zajímalo nás i to, zdali i pohlaví napadeného hraje roli. I přes rozdílnost metody výzkumů, zde zmíníme i kvantitativní studii, jež se zabývala obdobnou problematikou. Probíhala v Pakistánu již v roce 2008, s 266 dotazovanými a byla zveřejněná v *The Journal of Emergency Medicine* (2013), tato studie uvádí, že ženy jako sestry bývají napadeny častěji než lékaři (muži). Další studie, která se uskutečnila v Íránu v roce 2010, týkající se násilí na pracovišti, publikovaná v *Int J Health Policy Manag* (2014) uvádí, že více než 70 % žen (sester) z celkového počtu dotazovaných (301) se setkala s násilím na pracovišti. Výsledky našeho kvalitativního výzkumu dopadly následovně: 13 ze 14 probandů (93 %) byly ženy. Pouze 1 proband (8 %) byl mužského pohlaví. I Pekara (2016) ve své již zmiňované studii, uvádí a potvrzuje, že v ČR jsou napadány častěji sestry, a to až v 70 %, tvoří totiž tzv. nárazník mezi pacienty a lékaři. Ať už se jednalo o kvalitativní či kvantitativní výzkumy, lze konstatovat, že častěji bývají napadány ženy.

Důležitou otázkou je ale i pohlaví útočníka. Zda jsou agresivnější muži nebo ženy. Z našeho výzkumu vyplynulo, že častějšími agresory jsou muži, to odpovědělo 6 probandů (43 %), dalších 6 uvedlo, že se setkali s agresivním pacientem vícekrát, a tedy že se jednalo někdy o muže a někdy o ženy. Další 2 probandky (14 %) odpověděly pouze ženy agresorky. Násilí ve zdravotnických zařízeních se věnovala i Ulrychová (2006), která ve svém kvantitativním výzkumu uvádí 74% výskyt násilí ze strany mužů (z celkového počtu 74). Také Kissová (2012) se věnovala této problematice a zjistila, že až v 75 % (z 36 respondentů) jsou to opět muži. I přes různorodost výzkumů je zřejmé, že trend je stále stejný. Častějšími agresory jsou muži.

K umožnění a vytvoření strategické analýzy SWOT byly zapotřebí i následující otázky z řízeného rozhovoru. Otázkou, jakým způsobem byl agresor zajištěn během nebo po napadení, byla snaha zjistit, jaké metody/technologie se využívají a zdali jsou efektivní. Eventuálně, jestli ve většině případů postačí domluva a zda na pracovišti funguje týmová spolupráce. Celkem 5 probandů (36 %) se shodlo, že byla nutná aplikace léků (na zklidnění, většinou ze skupiny benzodiazepinu), jelikož domluva byla neakceptovatelná. Po třech odpovědích (21 %) měly tyto způsoby zajištění: omezovací prostředky, spolupráce s PČR, domluva či psychiatrické konzilium. Na tento dotaz navazovala otázka týkající se následků napadení. Devět probandů (64 %) odpovědělo, že útok na nich zanechal následky na jejich psychice. Jedna probandka (8 %) ze záchranné služby utrpěla vážné fyzické následky. Ostatní probandi (přes 28 %) odpověděli, že útok na nich nezanechal žádné psychické ani fyzické následky. Uvedli, že jsou spíš více opatrní a dávají si větší pozor. Podobné výsledky interpretovali i Lanctôt a Guay (2014), kteří provedli rozbor článků a studií a zjistili, že násilí zanechává jak fyzické, tak i psychické, emocionální, finanční či sociální následky.

Další podstatná otázka pro vytvoření SWOT analýzy byla, zdali bylo napadení hlášeno jako nežádoucí událost či pracovní úraz a zda byl vytvořen zápis o tomto napadení. Tím jsme se snažili zjistit, jestli zdravotníci hlásí napadení pokaždé či nikoli. Touto problematikou se zabýval i již zmiňovaný průzkum, který prováděl Pekara (2016), kde se pomocí kvantitativního výzkumu dotazoval napadeného personálu, zdali ohlásili fyzické násilí nebo nikoli. Z celkového počtu 206 zúčastněných vypovědělo téměř 70 %, že napadení neohlásili. Lojková (2019) v rámci své diplomové práce s názvem Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb, provedla výzkum, kde zjistila, že z počtu 327 respondentů, tedy přes 74 %, tento incident neohlásili svému nadřízenému pracovníkovi. I přes jinou metodu výzkumu dopadly naše výsledky obdobně. Celkem 10 probandů (71 %) se shodlo, že fyzické násilí neohlásilo. Někteří dokonce zodpověděli, že napadení byli opakovaně a i přesto incident nenahlásili. Nedostatečné ohlašování incidentů patří k slabým stránkám vytvořené analýzy. Vzhledem k nedostatečnému ohlašování těchto událostí nemohou vznikat a zdokonalovat se preventivní opatření a doporučené postupy. Naproti tomu 4 probandi (29 %) ohlásili útok jako nežádoucí událost. Do této kategorie otázek patřila i otázka, jež se týkala spolupráce s PČR při těchto nežádoucích událostech. Zda funguje nějaká kooperace. Tři probandi (21 %) potvrdili součinnost s PČR na místě události. Zbylí probandi (79 %) se shodli, že nebyla součinnost s bezpečnostním sborem zapotřebí. Vedoucí pracovnice z ambulantního traktu zmínila, že PČR je často volána spíš z důvodu krádeží z jejich oddělení nebo čekárny.

V rozhovoru byl dotaz týkající se znalostí doporučených postupů a standardů při kontaktu s agresivním pacientem. Doptáváním byla snaha zjistit, zdali se pracovníci zúčastnili nějakého školení, např. ve formě komunikace s problémovými pacienty (abuzér, drog, alkoholu, psychiatričtí pacienti) nebo se zúčastnili kurzu sebeobrany aj. Všech 14 probandů odpovědělo, že zná

doporučené postupy jejich zdravotnického zařízení při kontaktu s agresivním pacientem. Ne vždy se však dá zachovat a postupovat podle postupů a pokynů. Někteří se zúčastnili i kurzů sebeobrany a nácviku komunikace s takovými pacienty. Podle dosažených výsledků by se většina nebránila pravidelného školení v komunikaci a jiným kurzům. Již zmiňovaná Lojková (2019) uskutečnila obdobný avšak kvantitativní průzkum zaměřující se na dostatečnost školení a na předcházení konfliktů a zájem respondentů o školení v komunikaci. Co se týče dostatečnosti školení, uvedli její respondenti téměř v 60 % (z 329 respondentů), že školení jsou nedostatečná. Napříč oběma výzkumy se respondenti i probandi shodli v zájmu o školení v komunikaci.

Na základě odborné literatury a již uskutečněných výzkumů byla vytvořena krátké postery (doporučení), jak se zachovat a jednat při kontaktu s agresivním pacientem. Doporučení jsou jasná a stručná. Týkající se fenoménu aktivní střelec, intoxikovaný pacient alkoholem, psychiatrický pacient a speciálně zaměřeno na zdravotnická zařízení nemocničního typu na agresivního pacienta na jednotce intenzivní péče. Cíle práce byly dosaženy. Výzkumná otázka ohledně nejčastějších faktorů vyvolávající agresivní chování pacientů byla zodpovězena otázkami č. 10,11, 12.

Potencionální a zajímavý výzkum na tuto problematiku by mohl být proveden i formou kvantitativního výzkumu, a to například metodou dotazníkového šetření, kde by byly zjišťovány důvody napadení zdravotnického personálu, za jakých okolností byl napaden, zdali hraje roli v napadení vzdělání personálu, délka praxe, pracoviště aj. Dotazníkové šetření by probíhalo pouze u zdravotnického personálu pracujícího ve zdravotnických zařízeních, soukromého či státního typu. Na základě našeho výzkumu lze provádět další zkoumání. Pro další výzkumníky navrhuje tyto hypotézy;

H1: Předpokládáme, že zdravotnický personál s dlouholetou praxí nad 10 let se s útoky ze strany pacientů/klientů neseťkává tak často, jako zdravotnický personál s délkou praxe pod 10 let.

H2: Předpokládáme, že většina útoků proběhlo ze strany pacientů, kteří byli pod vlivem návykových látek nebo alkoholu.

H3: Předpokládáme, že zdravotnický personál se specializačním vzděláním bývá napadán méně často, než personál, který má základní vzdělání pro výkon povolání.

H4: Předpokládáme, že i někteří dotazovaní někdy verbálně napadli své pacienty/klienty.

Výstupem tohoto výzkumu by byly individuální kurzy, pro malý počet zaměstnanců, týkající se problematiky napadení zdravotnického personálu. Kurzy by byly dobrovolné a skládaly by se z několika bloků: chování lidí pod návykovými látkami a alkoholem, komunikace s rizikovými pacienty, základy sebeobrany aj.

15 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena především na problematiku agresivního pacienta vůči zdravotnickému personálu ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část se věnuje měkkým cílům, možnostem ohrožení zdravotnického zařízení a bezpečnostním opatřením. Hlubkově je zaměřena na ohrožení personálu ze strany agresivního pacienta, který může narušit nejen chod oddělení nebo narušit práceschopnost výjezdových skupin, ale může oslabit bezpečnostní a ekonomickou strukturu celého zařízení. Jsou zde shrnuty příčiny, faktory ovlivňující násilné chování, doporučené postupy, preventivní opatření a zejména bezpečnostní opatření vůči agresorům.

Praktická část vychází ze skutečných událostí a obsahuje řízené rozhovory, které byly uskutečněny s napadeným zdravotnickým personálem. Jednalo se o personál, který byl vystaven fyzickému násilí ze strany pacienta. Tito zdravotníci byli předem vytipováni na základě komunikace s vedoucími pracovníky jednotlivých zařízení. Na základě souhlasů byly tyto rozhovory uskutečněny. Výsledky kvalitativního výzkumu poukázaly nejen na rizika, příčiny (faktory ovlivňující násilné chování) a důsledky fyzických útoků, ale také důležitost týmové spolupráce, kooperace a znalost standardů daného zařízení. Na základě těchto rozhovorů následně vznikla strategická analýza SWOT, která zahrnuje silné a slabé stránky vnitřního prostředí a dále příležitosti a hrozby toho vnějšího. Podle odborné literatury a postupů byla vytvořena doporučení (krátké příručky), jak se chovat a jednat při kontaktu s agresivním pacientem, při kontaktu s intoxikovaným pacientem alkoholem a při útoku aktivního střelce. Předem stanové cíle byly splněny.

Agresivní chování pacienta ve zdravotnictví je důležitým aktuálním problémem, na který by se nemělo zapomínat. Tato diplomová práce na to upozorňuje. Pokud se většina zdravotníků musí téměř denně setkávat s konfliktními situacemi a řešit je, je namístě začít se tomuto tématu věnovat a snažit se navrhnout účinná preventivní opatření. I když, jak některé sestry samy ve výzkumu podotkly, záleží hodně na samotných pacientech a společnosti. Ve společnosti by se nemělo zapomínat na náročnost povolání všeobecné sestry. Obecně by si tato profese zasloužila mít lepší postavení a uznání široké veřejnosti.

Doporučení pro praxi

Kurzy sebeobrany, komunikace, intervenční služby, spolupráce s PČR, retrospekce, sebehodnocení, teambulding.

16 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR	Česká republika
GCS	Glasgow Coma Scale
EZS	Elektronická zabezpečovací signalizace
ICRC	International Committee of the Red Cross
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PČR	Policie České republiky
SWOT	Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats
WHO	World Hospital Organization

17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BERÁNEK, Václav. *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 9788026107149.
2. BERGEROVÁ, Hana. *Vývoj a mezikulturní srovnání agrese u dětí mladšího školního věku* [online]. Praha, 2017 [cit. 2020-03-16]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/163787/?lang=en>.
3. Bezpečnost nemocnic: Detekce nestandardního chování i "zásahovka." *České noviny* [online]. 2019(12), 1 [cit. 2020-03-17]. ISSN 1213-5003. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/bezpecnost-nemocnic-detekce-nestandardniho-chovani-i-zasahovka/1834847>
4. Bezpečnost nemocnic – jak se chrání zdravotnická zařízení. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015, 1 [cit. 2020-03-9]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/bezpecnost-nemocnic-jak-se-chrani-zdravotnicka-zarizeni-478087>
5. *Bezpečnostní aspekty migrace* [online]. 2019, 1 [cit. 2020-02-7]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/cthh/clanek/bezpecnostni-aspekty-migrace.aspx>
6. *Bezpečnostní politika: Bezpečnostní hrozby* [online]. 2019, 1 [cit. 2020-02-7]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/bezpecnostni-hrozby-337414.aspx>

7. Bezpečnostní politika: Ochrana měkkých cílů. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2019 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/ochrana-mekkych-cilu.aspx>
8. Bezpečnostní předpoklady a hrozby. *Vojenské rozhledy, Czech Military Review* [online]. 2011(2), 1 [cit. 2020-02-7]. Dostupné z: <https://vojenskerozhledy.cz/kategorie-clanku/bezpecnostni-prostredi/bezpecnostni-predpoklady-a-hrozby>
9. *Bezpečnostní strategie České republiky* [online]. Praha: Kolektiv autorů pod vedením Ministerstva zahraničních věcí ČR, 2015 [cit. 2020-03-17]. ISBN 978-80-7441-005-5. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/brs/dokumenty/bezpecnostni-strategie-2015.pdf>
10. ČERŇANOVÁ, Andrea. 2012. Komunikačné prostriedky na upokojenie agresívneho pacienta. *Florenc*. 8(2), 20-21. ISSN 1801-464X.
11. Definition and typology of violence. *WHO* [online]. Geneva: World Health Organization, 2019 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>
12. Di Martino Vittorio. (2003). *Relationship between stress and workplace violence in the health sector*. [online]. Geneva: ILO/ICN/ WHO/PSI. [cit. 28. 1. 2020]. Dostupné z: <http://www.who.int/...esspaper.pdf>

13. DOCKSAI, Rick. 2013. *Lawmakers and hospitals take actions to curb violence against nurses*. [online]. Copyright: Nursing Licensure. [cit. 2017-04-27]. <http://www.nursinglicensure.org/articles/workplace-violence.html>
14. DOHNALOVÁ, Hana. 2011. *Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnictví a v ústavech poskytujících sociální služby*. *Medicína pro praxi*. 8(2), 86-88. ISSN 1214-8687.
15. DOSTÁL, Ondřej. 2007. Právní ochrana zdravotníka. *Sestra*. 11 (7), 10-12. ISSN 1210-0404
16. *Dotací program na ochranu měkkých cílů* [online]. 2019, 1 [cit. 2020-02-7]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/cthh/clanek/dotacni-program-pro-zvyseni-ochrany-verejnych-prostranstvi-a-objektu-akci-verejne-spravy-skol-a-skolskych-zarizeni-mekkych-cilu-2020.aspx>
17. Fakultní nemocnice chce navýšit počet kamer. Novinkou je bezpečnostní velín. *Plzeň.cz* [online]. 2018, 1 [cit. 2020-03-9]. Dostupné z: <https://www.plzen.cz/fakultni-nemocnice-chce-navysit-pocet-kamer-novinkou-je-bezpecnostni-velin/>
18. FIŠEROVÁ, Andrea. *Úlohy sestry v péči o pacienty s násilným chováním* [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2020-03-16]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zlb0by/21602152>.
19. FRANZ, Simone. et al., 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey. *BioMed*

Central [online]. Copiright [cit. 2016-12-23] ISSN: 1472-6963 Dostupné z:
<http://1url.cz/utB8F>

20. HAHN, Sabine et al., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*. [online]. Blackwell Publishing [cit. 2016-12-20] ISSN 1365-2702. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20958803>.
21. *Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020* [online]. Praha: PostSignum Qualified CA 2, 2017 [cit. 2020-03-1]. Dostupné z:
<https://www.mvcr.cz/clanek/vlada-schvalila-koncepci-ochrany-mekkych-cilu-pro-roky-2017-2020.aspx>
22. KRISTOVÁ, Jarmila. 2008. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. 12(8). 23-25. ISSN 1210-0404.
23. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 9788024744544.
24. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládež* [online]. 2. Praha: Grada Publishing, 2015 [cit. 2020-03-15]. ISBN 978-80-247-9761-8. Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=byHCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Agresivita+a+kriminalita>
25. Násilí ve zdravotnictví: Nejlepší obranou bývá obyčejná slušnost [online]. [cit. 2019-1-16]. Dostupné z:
<https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/zdravotnicko-zachranar-pro-urgentni-medicinu-v-praxi>

26. NAWKA, Alexander. 2012. Neklidová medikace – teorie a praxe. *Psychiatrie pro praxi*. 13(2), 69-74. ISSN 1213-0508.
27. NETUŠILOVÁ, Veronika a BREČKA, Tibor. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. *Urgentní medicína*. 2015, roč. 18, č. 3, s. 32-35. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_03.pdf.
28. OSAHA., 2015. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. [online]. USA: Department of Labor. 60 s. [cit. 2016- 12-20] ISBN neznámé. Dostupné z: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
29. PEKARA, Jan. 2015(b). Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. 1. Praha: Institut pro postgraduální vzdělávání. 86 s. ISBN 978-80-200-2258-5. 3.
30. PEKARA, Jan. 2015(c). Prevence násilí od třetích stran ve zdravotnictví a sociální péči. *Zdravotnictví a medicína*. 7(1), 22-23. ISSN 2336-2987.
31. PEKARA, Jan. Zvládat agresivní pacienty pomáhá vhodná komunikace. Se základy seznámí i krátké školení. *Zdravotnický deník* [online]. 2016, 16(1), 1 [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/09/zvladat-agresivni-pacienty-pomaha-vhodna-komunikace-se-zaklady-seznami-i-kratke-skoleni/>

32. PEKARA, Jan. TREŠLOVÁ, Marie. 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství. Prevence úrazů, otrav a násilí. 7(2). 187-191. ISSN 1801-0261.
33. POBUCKÁ, Niké. *Agrese a agresivita u dětí v ústavní péči* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2020-03-1]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1ba4zh/11487983>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Ústav speciálněpedagogických studií.
34. POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0720-9.
35. POPOVIČOVÁ, Mária a VANSÁČ, Peter. Agresivita u pacientov v zdravotníckych zariadeniach z pohľadu ošetrovateľského personálu. In: *Cesta k modernému ošetrovatelství* [online]. Sv. 20. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2018 [cit. 2019-07-16], s. 56-65. ISBN 978-80-87347-40-9. Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/3/2256/sbornik-cmo-2018.pdf.
36. Pražské nemocnice mohou zabezpečit malé týmy profesionálů. *Pražský deník.cz* [online]. 2019,(12), 1 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: Pražské nemocnice mohou zabezpečit malé týmy profesionálů Zdroj: https://prazsky.denik.cz/zpravy_region/prazske-nemocnice-mohou-zabezpecit-male-tymy-profesionalu-20191211.html

37. Принят законопроект о наказании за нападение на медработников. *Профессиональный союз работников здравоохранения* [online]. Москва: © Профессиональный союз работников здравоохранения РФ, 2019 [cit. 2020-03-1]. Dostupné z: http://www.przrf.ru/info/full/zashita_prav/Prinyat-zakonoproekt-o-nakazanii-za-napadenie-na-medrabortnikov/
38. PTÁČEK, Roman a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
39. SMOLÍK, Josef a Tomáš ŠMÍD. *Vybrané bezpečnostní hrozby a rizika 21. století*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2010. ISBN 978-80-2105-2888.
40. STČ 14/IZS Amok-útok aktivního střelce. In: *Katalog typových činností integrovaného záchranného systému* [online]. Praha, 2014, s. 21 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx>
41. SWAIN, Nicola, GALE, Chris a GREENWOOD, Rachel, Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal*. 2014, vol. 127, iss. 1394, s. 10-18. ISSN 1175-8716.
42. ŠÁNDOR, Andor. *Jak přežít nejen teroristický útok: příručka pro každého*. Praha: Autreo, 2017. ISBN 978-80-906845-0-8.

43. ŠVARC, Jiří. 2008. Omezovací prostředky v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 9(5), 243-245. ISSN 1213-0508.
44. VEGRICHTOVÁ, Barbora. *Bezpečnostní hrozby současnosti*. Praha: Policejní akademie České republiky v Praze, 2016. ISBN 978-80-7251-462-5.
45. *Violence Against Healthcare* [online]. In: 2020, s. 1 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.coursera.org/learn/violence-against-healthcare>
46. Working together to protect health care across Asia-Pacific. *International Committee of the Red Cross* [online]. 2019, 1 [cit. 2020-02-17]. Dostupné z: https://www.icrc.org/en/document/working-together-protect-health-care-across-asia-pacific?__hstc=163349155.a6fa2c4fc418a791a05c7a69e9c87285.1581777761941.1581777761941.1581777761941.1&__hssc=163349155.1.1581777761943&__hsfp=1421919686
47. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *The New England Journal of Medicine* [online]. 2016, 36 [cit. 2020-01-17]. ISSN 1533-4406. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1501998>
48. YORK, Tony W., Don MACALISTER a Russell L. COLLING. *Hospital and healthcare security*. Sixth edition. Amsterdam: Butterworth-Heinemann, [2015]. ISBN 9780124200487.

49. *Základy ochrany měkkých cílů metodika* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2016 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/ochrana-mekkych-cilu.aspx>
50. ZEMAN, Petr, ed. *Česká bezpečnostní terminologie: výklad základních pojmů*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2002. ISBN 80-210-3037-2.
51. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sběrka zákonů
52. The SWOT analysis is an extremely useful tool to assess a company's strategic positioning. PrepLounge [online]. 2020 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: <https://www.preplounge.com/en/bootcamp.php/business-concept-library/useful-business-analysis-tools/swot-analysis>

18 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Principy zabezpečení měkkých cílů [49].....	15
Obrázek 2 Násilí na pracovišti ve zdravotnickém sektoru [47].....	25
Obrázek 3 Nebezpečí násilí ve zdravotnictví [28]	29

19 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1: Principy chování vůči agresorovi [23]	35
Tabulka 2: Pohlaví probanda	55
Tabulka 3: Věk probanda	57
Tabulka 4: Povolání probanda	58
Tabulka 5: Délka praxe probanda	60
Tabulka 6: Agresivní chování pacientů	61
Tabulka 7: Pohlaví agresora	62
Tabulka 8: Věk útočníka	63
Tabulka 9: Míra vědomí, GCS.....	64
Tabulka 10: Hlavní diagnóza útočníka.....	66
Tabulka 11: Vliv návykových látek a farmak	68
Tabulka 12: Potencionální příčina útoku.....	70
Tabulka 13: Místo napadení.....	72
Tabulka 14: Denní doba napadení	74
Tabulka 15: Události před incidentem	76
Tabulka 16: Zvláštnosti před incidentem.....	78
Tabulka 17: Typ násilného incidentu.....	80
Tabulka 18: Zajištění útočníka po útoku.....	82
Tabulka 19: Následky napadení	84
Tabulka 20: Ohlášení nežádoucí události	86
Tabulka 21: Ohlášení incidentu na PČR.....	88
Tabulka 22: Znalost standardů, postupů - agresivní pacient.....	89

20 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví probanda	55
Graf 2: Věk probanda.....	57
Graf 3: Povolání probanda	58
Graf 4: Délka praxe probanda	60
Graf 5: Agresivní chování pacientů	61
Graf 6: Pohlaví agresora	62
Graf 7: Věk agresora.....	63
Graf 8: Míra vědomí, GCS.....	64
Graf 9: Hlavní diagnóza útočníka.....	66
Graf 10: Vliv návykových látek a farmak	68
Graf 11: Potencionální příčina útoku.....	70
Graf 12: Místo napadení	72
Graf 13: Denní doba napadení.....	74
Graf 14: Události před incidentem	76
Graf 15: Zvláštnosti před incidentem.....	78
Graf 16: Typ násilného incidentu	80
Graf 17: Zajištění útočníka po útoku	82
Graf 18: Následky napadení	84
Graf 19: Ohlášení nežádoucí události	86
Graf 20: Ohlášení incidentu na PČR.....	88
Graf 21: Znalost standardů, postupů - agresivní pacient.....	89

21 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Souhlas s uskutečněním výzkumu, Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje



Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

Věc: vyjádření ke sběru dat pro diplomovou práci

Název práce: Agresivní pacient – klient. Dotazníkové šetření .

Jméno studenta: Sárka Hrdličková

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, p.o **souhlasí** se způsobem získání dat a informací, které budou využity výhradně pro vznik výše uvedené diplomové práce.

V Plzni dne 1. 12. 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Růžička', written over a horizontal line.

MUDr. Jiří Růžička, PhD.
pověřený pracovník pro styk se vzdělávacími institucemi

Příloha 2: Struktura řízeného rozhovoru

Rozhovor k DP

Zdravotnický pracovník

1. Pohlaví
2. Jaký je Váš věk?
3. Jaká je Vaše profese?
4. Jak dlouhou máte v praxi v oboru zdravotnictví?
5. Setkal/a jste se někdy s agresí, agresivním chováním při výkonu povolání?

Agresivní účastník – pacient

6. Pohlaví útočníka?
7. Jaký byl věk útočníka?
8. Jaká byla kvalita vědomí – Glasgow Coma Scale?
9. Jaká byla hlavní diagnóza? (+ psychiatrická diagnóza) – fyzický/psychický stav
10. Vzpomenete si, zda byl agresor pod vlivem farmak nebo pod vlivem návykových látek?
11. Jaká si myslíte, že byla příčina útoku, agrese?

Násilná událost – napadení

12. Kde se odehrálo napadení, agrese?
13. Kdy se tato událost odehrála? Např. při vyšetření, při příjmu, propuštění, ráno/večer
14. Co předcházelo incidentu?
15. Vzpomenete si na nějaké zvláštnosti, které předcházely incidentu? Např. chování, hodnoty vitálních funkcí, aj.
16. O jaký typ násilného incidentu se jednalo? Byly využity např. nějaké předměty, vybavení?

Po události

17. Jakým způsobem byl agresor zajištěn?
18. Jaké to mělo na Vás důsledky? Ze zdravotní stránky? (fyzický stav/psychika)
19. Bylo napadení hlášeno jako pracovní úraz, vytvořil se zápis?
20. Byl tento incident ohlášen na PČR? Byla přivolána PČR na místo?
21. Znáte postupy, jak se chovat při kontaktu s agresorem?