



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Ochrana zdravotnického personálu
Fakultní nemocnice v Motole před
fyzickým útokem**

**Protection of medical personnel against
physical violence in Motol University
Hospital**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Veronika Matochová
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

Kladno 2021



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Matochová** Jméno: **Veronika** Osobní číslo: **484265**
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:

Ochrana zdravotnického personálu Fakultní nemocnice v Motole před fyzickým útokem

Název diplomové práce anglicky:

Protection of Medical Personnel Against Physical Violence in Motol University Hospital

Pokyny pro vypracování:

Diplomová práce se bude zabývat hodnocením fyzické ochrany zdravotnického personálu ve FN v Motole. K hodnocení problematiky budou využity pokročilé statistické metody zpracování dat zaměřené na hledání vztahů mezi jednotlivými soubory dat získaných z empirického šetření vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti. V první části práce bude nastíněn úvod do problematiky ochrany měkkých cílů. Současný stav zkoumané problematiky, se zaměřením na oblast násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních v zahraničí, bude zhodnocen na základě sekundární analýzy dat získaných z případových studií. Výzkumná část práce bude zaměřena na objekt FN v Motole, z tohoto důvodu zde budou dále uvedeny důležité informace o objektu včetně jeho popisu. Vlastní výzkum bude zaměřen na pokročilou statistickou analýzu dat získaných z empirického šetření vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti. Výsledky budou porovnány s vybraným zdravotnickým zařízením ze zahraničí. Na základě uvedené komparace statistických výstupů budou navržena možná preventivní opatření vedoucí ke zvýšení fyzické ochrany zdravotnického personálu ve FN v Motole.

Seznam doporučené literatury:

- [1] HENDL, Jan, Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat, ed. 5., Praha: Portál, 2015, 734 s., ISBN 978-80-262-0981-2
- [2] DISMAN, Miroslav, Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele, ed. 4., Praha: Karolinum, 2011, 372 s., ISBN 978-80-246-1966-8
- [3] PACÁKOVÁ, Iva, Statistika v terénních průzkumech, ed. 3., Průhonice: Professional Publishing, 2018, 254 s., ISBN 978-80-88260-10-3
- [4] KARLOS, Vasilis, LARCHER, Martin, SOLOMOS, George, Review on soft target/public space protection guidance, ed. 2., Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018, 24 s., ISBN 978-92-79-79907-5

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Veronika Fáberová

Datum zadání diplomové práce: **26.01.2021**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2022**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
podpis vedoucí(ho) katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
podpis oškana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Ochrana zdravotnického personálu Fakultní nemocnice v Motole před fyzickým útokem 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 Kladně dne 05.05.2021

.....
Bc. Veronika Matochová
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat panu Mgr. Tiborovi Brečkovi MBA, LL.M. za odborné vedení a věcné připomínky k vypracování předložené diplomové práce. Dále mé vřelé poděkování patří Fakultní nemocnici v Motole za poskytnutí dat, bez kterých by diplomová práce nemohla být zpracována. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat paní Veronice Fáberové ze společnosti Doverville za odborné konzultace a především přátelský přístup.

ABSTRAKT

Téma. Problematika externího násilí ve zdravotnictví představuje negativní fenomén dnešní doby, který není veřejnosti známý. Z poznatků zahraničních výzkumů je zřejmé, že násilí proti zdravotnickému personálu páchané pacienty, rodinnými příslušníky či návštěvníky zdravotnických zařízení představuje negativní trend napříč celou společností, kterému je zapotřebí věnovat více pozornosti.

Výzkum. Předložená diplomová práce si klade za cíl statisticky zpracovat data získaná z empirického šetření vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Motole (dále jen FNM). Předmětem výzkumu je externí násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních. Vlastní výzkum se zaměřuje na zjištění skutečnosti, zda zdravotnický personál FNM má zkušenost s ohrožením na pracovišti, jaké situace vnímá na svém pracovišti za rizikové, a o jaké bezpečnostní aktivity má na svém pracovišti do budoucna zájem.

Výsledky. Z celkového vzorku zaměstnanců FNM ($N = 1\,052$) má zkušenost s ohrožením na pracovišti ve formě externího násilí 45 % dotázaných, přičemž zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení (p -hodnota = $2,2 \times 10^{-7}$, chí-kvadrát test). Dotázaný zdravotnický personál má zkušenost s ohrožením na pracovišti ze 48 %. Z výzkumu vyplývá, že zdravotnický personál s přímou zkušeností s ohrožením více čelí verbální agresi (22 %) než fyzickým útokům (12 %). K nejčastějším pachatelům se řadí agresivní pacienti a agresivní rodinní příslušníci. Na základě naměřených dat se dále prokázal vliv negativní zkušenosti s externím násilím na pracovišti na obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního pacienta a agresivního návštěvníka nemocnice. Výzkum nepotvrdil statisticky významné rozdíly výskytu přímé zkušenosti s ohrožením na pracovišti mezi zdravotními sestrami a lékaři (p -hodnota = 0,53, test dobré shody) ani mezi ženami a muži (p -hodnota = 0,064, test dobré shody).

Z hlediska bezpečnostních aktivit vyslovil zdravotnický personál FNM zájem o realizaci bezpečnostních školení a praktických nácviků.

Klíčová slova

Násilí na pracovišti; zkušenost s ohrožením na pracovišti; zdravotnický personál; zdravotnické zařízení; měkký cíl.

ABSTRACT

Background. Workplace violence against health professionals is a current negative phenomenon which is not well known to the public. Findings presented in the foreign studies confirm that violence against health professionals perpetrated from patients, relatives or visitors is a global problem. According to these findings, it is necessary to pay attention to this negative trend.

Research. The aim of the diploma thesis is the statistical analysis. The data set for analysis was provided by Motol University Hospital, where the questionnaire survey was realized. This research is focused on external workplace violence in health facilities. The object of this research finds out how many health professionals in Motol University Hospital have an experience with workplace violence, what are they afraid of in their department and which security measures do they prefer in their department in the future.

Results. Of the total sample employees of Motol University Hospital (N = 1 052), 45 % had been exposed to a workplace violence, the experience with a workplace violence depends on the position of employee ($p = 2,2 \times 10^{-7}$, chi-squared test). In case of health professionals, 48 % respondents have experience with a workplace violence. This research shows that 22 % of health professionals with direct experience with a workplace violence had been exposed to non-physical violence and 12 % had been exposed to physical violence. The most common perpetrators were patients and their relatives. Our data sample confirms that the negative experience with a workplace violence has an influence on worries about being assaulted by aggressive patient or by aggressive visitor. These worries are widespread especially between health professionals. This research does not confirm that nurses would be more frequently assaulted in comparison with physicians ($p = 0,53$). There are no significant differences in gender related to frequency of assaults ($p = 0,064$). Regarding security measures,

the health professionals are interested in a security training and a practical conflict demonstration practice.

Keywords

Workplace violence; experience with a workplace violence; health professionals; soft target.

Obsah

1	ÚVOD	11
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	13
3	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU	16
3.1	Problematika ochrany měkkých cílů v ČR	16
3.1.1	Pojem měkký cíl	17
3.1.2	Pojem ochrana měkkých cílů	22
3.1.3	Právní rámec ochrany měkkých cílů v ČR.....	25
3.2	Svépomoc a okolnosti vylučující protiprávnost.....	27
3.2.1	Svépomoc.....	28
3.2.2	Okolnosti vylučující protiprávnost	29
3.3	Násilí na pracovišti.....	31
3.3.1	Formy.....	32
3.3.2	Definice.....	33
3.3.3	Příčiny, faktory a následky	34
3.3.4	Pachatelé.....	41
3.4	Násilí na pracovišti ve zdravotnictví – přehled případových studií ze zahraničí	43
3.4.1	Studie 1 – násilí na pracovišti v pěti evropských zemích.....	44
3.4.2	Studie 2 – násilí na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Modeně..	47
3.4.3	Srovnání případových studií	51
4	METODIKA	53
4.1	Základní informace o Fakultní nemocnici v Motole	53
4.2	Empirické šetření	55

4.3	Statistické testování hypotéz pomocí testů hypotéz	56
5	Výsledky	64
5.1	Zkušenost s ohrožením na pracovišti.....	64
5.2	Obavy z ohrožení na pracovišti.....	72
5.3	Zájem o bezpečnostní aktivity	80
6	Diskuze	90
7	Závěr	106
8	Seznam použitých zkratk.....	108
9	Seznam použité literatury.....	109
10	Seznam použitých obrázků	114
11	Seznam použitých tabulek.....	115
12	Seznam Příloh.....	117

1 ÚVOD

Corte Ibáñez ve svém díle uvádí zajímavou myšlenku: „*terrorismus je produktem lidské společnosti a je doprovodným negativním jevem její existence.*“ (Corte Ibáñez, 2009, s. XII) Termín terrorismus by zde autorka práce zaměnila za slovo „násilí“ – myšlenka by zněla následovně: násilí je produktem lidské společnosti a je doprovodným negativním jevem její existence. Z hlediska analýzy rizik nelze riziku výskytu násilí v jeho různých formách zcela zabránit, ale pouze jej eliminovat na společensky přijatelnou mez. I když útokům nelze zcela zabránit, lze včas detekovat a identifikovat podezřelé chování potenciálních pachatelů. Včasná detekce vede ke snížení negativního dopadu a následků útoku. Nemusí se jednat pouze o teroristický útok zaměřený na měkký cíl, detekci podezřelého chování je možné využít i při snížení následků fyzické nebo verbální agrese použité proti zdravotnickému personálu na pracovišti.

Z celkového počtu případů násilí na pracovišti ve světě připadá 25 % na resort zdravotnictví. Dle Mezinárodní rady sester je efektivita poskytování péče pacientům v důsledku násilí na pracovišti ohrožena. (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2007) Uvedené informace ukazují na závažnost problematiky násilí na pracovišti ve zdravotnictví. Z tohoto důvodu se autorka práce rozhodla zaměřit na prevenci externího násilí na pracovišti zdravotnického personálu v největším zdravotnickém zařízení v ČR – Fakultní nemocnici v Motole, kde se zdravotnický personál denně setkává s více než tisícem pacientů a návštěvníků nemocnice. Negativní emoce mohou jednoduše přejít do formy verbální či fyzické agrese. Pokud budou zdravotnickému personálu známy a srozumitelně objasněny postupy, jak se zachovat v situaci fyzické nebo verbální agrese ze strany pacienta či návštěvníka nemocnice, bude lépe připraven na zvládnutí krizové situace v podobě hromadného útoku, jehož cílem by mohla být právě nemocnice.

Posláním předložené diplomové práce je poukázat na fenomén externího násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních, které je namířeno proti zdravotnickému personálu. Dále chce autorka práce poukázat na provázanost problematiky ochrany měkkých cílů s problematikou externího násilí na pracovišti ve zdravotnictví a nastínit možnosti řešení této problematiky.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíl a poslání práce. Posláním předložené diplomové práce je poukázat nejen na fenomén externího násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních, ale i na provázanost problematiky ochrany měkkých cílů s prevencí externího násilí na pracovišti ve zdravotnictví.

Cílem předložené diplomové práce je statisticky zpracovat a porovnat data získaná z empirického šetření vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Motole (dále jen FNM). K hodnocení problematiky budou využity pokročilé statistické metody zpracování dat zaměřené na hledání vztahů mezi jednotlivými soubory dat získaných z empirického šetření.

Práce si klade za cíl odpovědět na následující otázky (dále jen OT + pořadové číslo):

- OT1: Jaké procento zdravotnického personálu FNM má zkušenost s ohrožením na pracovišti?
- OT2: Jaké situace vnímá zdravotnický personál FNM za rizikové?
- OT3: O jaké bezpečnostní aktivity má zdravotnický personál FNM na svém pracovišti zájem?

Uvedené výzkumné otázky se zaměřují na tři hlavní oblasti výzkumu:

- zkušenost s ohrožením na pracovišti;
- obavy z ohrožení na pracovišti;
- zájem o bezpečnostní aktivity do budoucích let.

Pro jednotlivé oblasti výzkumu byly stanoveny hypotézy.

Hypotézy. K naplnění cíle předložené diplomové práce byly stanoveny hypotézy (dále jen H doplněné o pořadové číslo hypotézy) uvedené níže. Hypotézy jsou řazeny chronologicky v návaznosti na výzkumné oblasti vymezené výše.

Zkušenost s ohrožením na pracovišti.

- H1: Zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.
- H2: Zkušenost s ohrožením na pracovišti se vyskytuje méně často u ostatních pracovníků nemocnice než u zdravotnického personálu.
- H3: Zdravotní sestry mají čtenější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než doktoři.
- H4: Ženy disponují čtenější přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti než muži.

Obavy z ohrožení na pracovišti.

- H5: Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního pacienta než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.
- H6: Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního pacienta závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.
- H7: Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního návštěvníka nemocnice než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.
- H8: Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního návštěvníka nemocnice závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.
- H9: Vnímání rizik na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.

Zájem o bezpečnostní aktivity.

- H10: Negativní zkušenost respondentů s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.
- H11: Negativní zkušenost zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.

- H12: Zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti má vyšší zájem o bezpečnostní školení a praktické nácviky, jak se zachovat v nouzové situaci než zdravotnický personál bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

H3, H4, H5 a H7 jsou stanoveny na základě poznatků ze zahraničních výzkumů se zaměřením na výskyt externího násilí ve zdravotnických zařízeních napříč pěti evropskými zeměmi (viz kapitola 3.4.1) a Fakultní nemocnici v Modeně (viz kapitola 3.4.2), aby bylo možné provést komparaci statistických výstupů. Ostatní hypotézy zkoumají skutečnost, zda zkušenost zaměstnanců FNM s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr některých odpovědí v naměřeném souboru dat. Dále je zkoumána závislost jevů tzn., zda zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na vybraných proměnných a opačně.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Následující kapitola je chronologicky členěna do čtyř částí. První část je věnována problematice ochrany měkkých cílů v ČR. Z důvodu zaměření diplomové práce podkapitola reflektuje zaměření na zdravotnická zařízení. Nedílnou součástí následující kapitoly jsou rovněž možnosti, jak se každý občan ČR, v případě ohrožení svého života a zdraví, může bránit a nespáchat svým jednáním trestný čin. Svépomocí a okolnostem vylučující protiprávnost je věnována druhá část této kapitoly. Třetí a čtvrtá část je věnována problematice násilí na pracovišti. Zde jsou popsány druhy, faktory a pachatelé násilí na pracovišti v návaznosti na oblast zdravotnictví. Závěr kapitoly je věnován případovým studiím ze zahraničí, jejichž předmětem zkoumání je fenomén externího násilí na pracovišti.

3.1 Problematika ochrany měkkých cílů v ČR

Hromadné útoky na lidské životy a zdraví představující fenomén násilí dnešní doby, který rezonuje celým světem. Ke snížení negativních následků hromadných útoků lze využít poznatky z oblasti ochrany měkkých cílů, která vznikla v návaznosti na útoky spáchané v posledních letech na území evropských států.

Na území ČR nebyl doposud spáchán žádný útok obdobného charakteru ani rozsahu. Avšak za posledních 7 let došlo na území ČR ke třem tragickým událostem, které se neobešly bez ztrát na lidských životech. První tragická událost zastihla školské zařízení ve Žďáru nad Sázavou, kde duševně nemocná žena nožem napadla studenty školy. Útok si vyžádal jednu oběť na životě. O rok později, v roce 2015, došlo ke střelbě v uhersko-brodské restauraci. Událost si vyžádala devět lidských životů. V roce 2019 si aktivní střelec za svůj cíl vybral oddělení traumatologie Fakultní nemocnice Ostrava. Útok trval jen pár desítek

vteřin, maximálně minut, ale i přes to si vyžádal sedm obětí na životech. Z veřejně dostupných informací je známo, že pachatel místo činu opustil těsně před příjezdem Policie ČR (dále jen PČR). Nemocnice představuje specifický a složitý prostor pro zásah nejen z hlediska charakteru stavby, ale i co do počtu vyskytujících se nezúčastněných osob. S ohledem k závažnosti útoku a následnému pátrání po pachateli bylo k zásahu povoláno 500 policistů PČR, 70 strážníků Městské policie Ostrava a nespočet záchranářů. Pachatel po několika hodinách od útoku spáchal sebevraždu. Výsledky vyšetřování odhalily, že střelec nejednal v afektu, ale své kroky plánoval. Případ byl po složitém vyšetřování uzavřen jako rozšířená sebevražda. Motiv státní zástupce přisuzuje zdravotnímu stavu střelce. Pachatel byl přesvědčen, že trpí nevyléčitelnou nemocí, doktoři však tvrdili opak. (ČT24, 2014; ČT24, 2016; ČT24, 2020b; Vrlák, 2020)

Rok po tragédii náměstkyně ředitele Fakultní nemocnice Ostrava uvedla, že nikdo z týmu zdravotníků, kteří v době útoku na traumatologii sloužili, svou profesi neopustili ani nezměnili ambulanci. Existují však podněty, jež zdravotníky vedou k opětovnému vybavení události, např. hluk. Nemocnice by měla být bezpečným prostředím, z tohoto důvodu je zapotřebí řešit otázku bezpečnosti komplexně, aby návštěvníci i zaměstnanci nemocnice byli chráněni co nejlépe to jde. (Rok poté, 2020; ČT24, 2020a)

3.1.1 Pojem měkký cíl

Pojem měkký cíl není v českém právním řádu zákonodárcem definován, je však použit v dokumentech nelegislativního charakteru. První zmínku lze dohledat ve strategickém dokumentu Audit národní bezpečnosti z roku 2016. Expertní skupina zde měkké cíle uvádí za jeden z možných cílů teroristického útoku. (ČESKO, 2016) O rok později zpracovalo Ministerstvo vnitra Koncepti

ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020 (dále jen Koncepce), která se oblastí ochrany měkkých cílů zabývá podrobněji.

Termín měkké cíle pochází z překladu anglického sousloví „soft targets“. Cíle potenciálních útoků lze rozdělit do dvou základních skupin – měkké cíle (soft targets) a cíle tvrdé (hard targets). Z dostupných zdrojů lze za měkký cíl považovat jakékoli místo v podobě uzavřeného prostoru i otevřeného prostranství s vysokou koncentrací osob a s nízkou mírou zabezpečení tzn. místo, které není významně chráněné a současně se zde vyskytuje vyšší množství osob. Další charakteristikou je volný přístup veřejnosti. Typickým příkladem jsou nemocnice, školská zařízení, nákupní centra, ale i sportovní a kulturní akce. Přesným opakem jsou cíle tvrdé. Tvrdé cíle představují zejména objekty s vysokou mírou zabezpečení a omezeným přístupem. Příkladem jsou střežené státní objekty či prvky kritické infrastruktury. (ČESKO, 2017; ČESKO, 2016; Lapková, 2019)

Za zhoršené bezpečnostní situace v ČR lze vybrané měkké cíle dočasně přeměnit na cíle tvrdé. Důležitým faktorem je zde určení času. Česká republika je právní stát založený na principech demokracie, který svým občanům garantuje dodržování základních lidských práv a svobod. Je důležité vnímat skutečnost, že nelze v zájmu ochrany společnosti bezhlavě omezovat práva a svobody občanů. Je zcela nepřijatelné, aby ochrana měkkých cílů měla za následek přeměnu demokratického státu na stát policejní. (Jakubcová, 2018) *„Svoboda a bezpečnost jsou dvě kategorie, které nelze sledovat současně.“* (Jakubcová, 2018, s. 77) Za běžné normální situace je na prvním místě svoboda před bezpečností. Dojde-li však k násilnému útoku nebo pravděpodobnost jeho spáchání je na základě vyhodnocení relevantních informací vysoká, je zapotřebí klást *„vyšší důraz na bezpečnost než na svobodu. Poté se situace opět vrací do stavu, který je považován za běžný.“* (Jakubcová, 2018, s. 77)

Klíčovou roli pro útok na měkký cíl hraje jeho atraktivita pro pachatele. Vysoká koncentrace osob a nízká míra zabezpečení. Oba uvedené faktory činí místo pro pachatele tím zajímavější, čím koncentrace lidí v daném místě roste a míra zabezpečení klesá. Atraktivitu měkkého cíle může pachatel útoku dále spatřovat v následujících kritériích:

- volný přístup veřejnosti;
- „množství a koncentrace osob;
- přítomnost a kvalita bezpečnostního personálu;
- přítomnost PČR nebo obecní policie;
- přítomnost médií;
- symboličnost cíle.“ (ČESKO, 2017, s. 8)

Aplikují-li se výše uvedená kritéria na specifické prostředí nemocnic lze jejich atraktivitu z pohledu pachatele vyhodnotit následovně.

Volný přístup veřejnosti. Nemocnice jsou přístupné široké veřejnosti nepřetržitě 24/7. Pro zachování plynulého chodu nemocnic nejsou u vstupu zaváděny bezpečnostní kontroly v podobě turniketů, bezpečnostních rámu či evidence příchozích osob. Skutečnost bezproblémového vstupu a odchodu osob atraktivitu zvyšuje.

Množství a koncentrace osob. Důležitým faktorem je koncentrace osob pohybující se v místě měkkého cíle. Lidé do nemocnice přichází z různých důvodů, nejčastěji však za účelem poskytnutí speciální nebo ambulantní péče, doprovodu pacienta či návštěvy osoby blízké. Z tohoto důvodu má počet návštěvníků nemocnice tendenci se v průběhu dne měnit. Dosáhne-li koncentrace osob v určitém čase a místě svého maxima jedná se o tzn. peak time. (ČESKO, 2017) V nemocničním prostředí nastává špička návštěvnosti především v ranních a dopoledních hodinách. Pro přiblížení, prostory FNM projde

v dopoledních hodinách v průměru 20 000 osob včetně zdravotního personálu, pacientů a návštěvníků nemocnice. (Historie a současnost, c2021)

Přítomnost a kvalita bezpečnostního personálu. Přítomnost kvalitního bezpečnostního personálu je vždy pro měkký cíl výhodou nejen z hlediska zvýšení odolnosti měkkého cíle, ale i z pohledu prevence kriminality. Bezpečnostní personál ve formě ostrahy vykonávající pochůzkovou činnost představuje organizační opatření situační prevence v podobě fyzické ochrany. Pochůzková činnost vede ke zlepšení dohledu nad měkkým cílem. (Gřivna, Scheinost, Zoubková, 2014) *„Cílem situační prevence je znesnadnění spáchání trestného činu, zvýšení rizika pro pachatele, že bude dopaden a potrestán.“* (ČESKO, c2020) Z výše uvedených slov vyplývá, že se zvyšující se kvalitou bezpečnostního personálu se atraktivita měkkého cíle pro pachatele snižuje.

Přítomnost PČR nebo obecní policie. Hlídkující příslušníci PČR či strážníci obecní policie v místě měkkého cíle mají psychologický efekt nejen na samotné návštěvníky nemocnice, ale i na možné pachatele útoku. Organizace hlídkové činnosti PČR a obecní policie spadá rovněž do nástrojů situační prevence kriminality. (ČESKO, c2020)

Přítomnost médií. Je obecně známo, že cílem teroristických útoků je vyvolat atmosféru strachu ve společnosti. U hromadných útoků je tomu obdobně. Dnešní doba je charakteristická svou provázaností. Dostupnost informací prostřednictvím médií napříč celým světem je v dnešním světě běžnou praxí. Čím vyšší medializace se útoku dostaví, tím snadněji se lidé o útoku dozvědí. Útočníci na tento mediální trend spoléhají, dokonce se prostřednictvím medializace daří šířit atmosféru strachu mnohem rychleji, než tomu bylo v minulosti.

Symboličnost cíle. Čím vyšší význam dané místo pro společnost představuje, tím se stává zranitelnější a pro pachatele lákavější. Cílem útočníků není poškození vybraného místa včetně vytvoření materiálních škod, ale zasazení psychologického úderu v podobě vyvolání atmosféry strachu ve společnosti a způsobení újmy na lidských životech. (Corte Ibáñez, 2009; ČESKO, 2017)

Zdroje nebezpečí pro měkké cíle lze spatřit v různých věcech. Koncepce zdroje nebezpečí spatřuje především v útoku:

- osamocené vlka – aktivní útočník;
- „*teroristické skupiny*;
- *jiné specifické skupiny.*“ (ČESKO, 2017, s. 8)

Měkké cíle lze rozdělit ze dvou hledisek. První hledisko dělí měkké cíle dle zdroje nebezpečí. Jedná se o měkké cíle ohrožené útokem viz uvedené tři body výše. Druhé hledisko dělí měkké cíle z pohledu času na dočasné a trvalé. Do skupiny dočasných měkkých cílů se řadí především venkovní akce konající se na místě veřejně přístupném i na pozemku v soukromém vlastnictví. Účast na různých koncertech či festivalech je ve většině případů podmíněna zaplacením vstupného, oproti tomu trhy nebo demonstrace žádné vstupné nevyžadují. Z tohoto důvodu se dočasné měkké cíle dále dělí na:

- dočasné akce podmíněné zaplacením vstupného;
- dočasné akce bez vstupného. (ČESKO, 2017)

Trvalé měkké cíle jsou spojeny s objekty a stavbami. Dle charakteru se prostory rozdělují na venkovní a vnitřní. Typickým příkladem venkovního prostoru jsou stadiony, vnitřního nemocniční zařízení. (Lapková, 2019)

3.1.2 Pojem ochrana měkkých cílů

Podstata ochrany měkkých cílů „spočívá v ochraně (větších počtů) osob před teroristickými a jinými závažnými násilnými útoky.“ (Lapková, 2019, s. 27) Priorita ochrany měkkých cílů tedy spočívá v ochraně lidských životů nikoli majetku. Právě újma na lidském životě je hlavním cílem hromadných útoků. Gesčním ministerstvem pro řešení problematiky ochrany měkkých cílů je v ČR ustanoveno Ministerstvo vnitra. V působnosti Ministerstva vnitra vzniklo Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám (dále jen CTHH), které se zabývá problematikou útoků na měkké cíle a jejich ochranou. (ČESKO, 2017; Úvod, c2020)

Ochrana měkkých cílů vychází z určitých principů a východisek. Koncepce uvádí čtyři základní principy fungování ochrany měkkých cílů:

- *„bezpečnost měkkého cíle je věcí všech dotčených subjektů;*
 - *proaktivní přístup;*
 - *spolupráce a kooperace mezi vlastníky, státem, obcemi;*
 - *nastavení komunikačních procesů a organizace a koordinace činnosti osob.“*
- (ČESKO, 2017, s. 5)

Bezpečnost měkkého cíle je věcí všech dotčených subjektů. Představuje první princip, který je založen na kolektivním přístupu k ochraně měkkých cílů. Je důležité, aby si příslušné subjekty uvědomily, že bezpečnost měkkých cílů není pouze věcí státního aparátu nebo majitele/provozovatele měkkého cíle. Každý dotčený subjekt nese na zajištění bezpečnosti svůj dílčí podíl, proto je nutné se na ochraně měkkých cílů podílet společnými silami, jak ze strany samotných vlastníků a provozovatelů měkkých cílů, tak ze strany územních samospráv, příslušných ministerstev a základních složek integrovaného

záchranného systému (dále jen IZS). (ČESKO, 2017) V případě nemocnic by se na zajištění bezpečnosti měly podílet následující subjekty:

- zřizovatel nemocnice tzn. kraj či ministerstvo zdravotnictví;
- provozovatel dané nemocnice;
- příslušné ministerstvo tzn. ministerstvo zdravotnictví;
- gesční ministerstvo pro ochranu měkkých cílů tzn. ministerstvo vnitra;
- územní samospráva, v jejímž územním obvodu se nemocnice nachází;
- složky IZS – PČR, obecní policie aj.

Na druhou stranu Lapková (2019) k tomuto principu dodává nutnost uvědomit si, že primární odpovědnost za bezpečnost nese každý subjekt na vlastních bedrech. Z logiky věci vyplývá, že k efektivní ochraně měkkých cílů povede zlatá střední cesta.

Proaktivní přístup. Druhý princip spočívá v proaktivním přístupu k ochraně měkkých cílů ze strany dotčených subjektů. Iniciativa by měla vycházet především ze strany samotného měkkého cíle. Důvodem je efektivní kooperace se složkami IZS. Snížení následků závažných násilných útoků spočívá v systematické a dlouhodobé přípravě. Taktická a organizační příprava na útoky, které nejsou na našem území běžné, např. střelba, je pro měkký cíl patřičnou výhodou. Mimořádným událostem je zapotřebí předcházet. (ČESKO, 2017; Lapková 2019)

Spolupráce a kooperace mezi vlastníky, státem, obcemi. Třetí princip spočívá ve vzájemné spolupráci, přičemž se významně prolíná s proaktivním přístupem popsáním výše. Vzájemná znalost a informovanost subjektů mezi sebou je klíčem k efektivní spolupráci. Vzájemná obeznámenost platí oboustranně, jak pro zaměstnance měkkého cíle, tak i pro subjekty, které budou při mimořádné události zasahovat – zasahující bezpečnostní složky by měly mít

maximum informací o prostředí daného měkkého cíle, naopak zaměstnanci měkkého cíle by měli být obeznámeni s postupy, jak se zachovat do příjezdu zasahujících složek IZS. Z tohoto důvodu je na místě nastavit fungující systém komunikace a vzájemné informovanosti. Ke spolupráci a předávání poznatků z praxe dochází i mezi jednotlivými měkkými cíli. (ČESKO, 2017; Lapková, 2019)

Nastavení komunikačních procesů a organizace a koordinace činnosti osob.

Poslední, čtvrtý princip, spočívá v investici do lidských zdrojů, jenž se v prostředí měkkého cíle denně vyskytují. Především se jedná o zaměstnance. Zvládnutí mimořádné události spočívá v celkovém zodolnění měkkého cíle ve formě vzdělávání, přípravy a koordinaci zaměstnanců. Klíčem k řešení mimořádných událostí je, aby dotčené osoby věděly, jak se v dané situaci zachovat, koho informovat a jak postupovat. (ČESKO, 2017)

Koncepce dále stanovuje pilíře ochrany měkkých cílů, které spočívají v:

- systematickém vedení a vzdělávání nejen zaměstnanců daného měkkého cíle, ale i široké veřejnosti, protože *„dobře informovaný občan je jedním ze základních článků ochrany měkkých cílů.“* (ČESKO, 2017, s. 27);
- zajištění finanční podpory, v podobě dotačních programů, určené majitelům/provozovatelům měkkých cílů k financování školení a vzdělávání zaměstnanců či zpracování potřebné bezpečnostní dokumentace;
- pravidelné výměně informací a sdílení osvědčených zkušeností dotčených subjektů;
- součinnosti PČR a samotnými měkkými cíli. (Lapková, 2019)

Důležitou roli zde hraje především finanční podpora v podobě dotačních programů. Z Koncepce pro příslušná ministerstva vyplývá úkol vytvořit dotační programy na zvýšení ochrany měkkých cílů. Ministerstvo zdravotnictví se svého

úkolu zhostilo úspěšně a v roce 2018 na svých webových stránkách zveřejnilo dotační program na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví. Výše uvedená finanční podpora je určena pro poskytovatele lůžkové péče a bude probíhat v tříletém cyklu v letech 2019-2021 formou neinvestičních dotací. Pro každý rok budou stanoveny nové priority, vedoucí k zodolnění měkkého cíle. (Dotace a programové financování, 2018) V prvním roce existence dotačního programu, tzn. v roce 2019, byly stanoveny tři následující priority:

- analýza rizik měkkého cíle + tvorba bezpečnostní dokumentace;
- bezpečnostní školení pracovníků měkkého cíle;
- realizace cvičení a praktických nácviků. (Dotace a programové financování, 2018)

3.1.3 Právní rámec ochrany měkkých cílů v ČR

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 3.1.1, základním dokumentem pro ochranu měkkých cílů je Koncepce. Vedle Koncepce CTHH zpracovalo několik metodických dokumentů, které jsou veřejnosti volně přístupné. Majitelé/provozovatelé měkkých cílů v dokumentech naleznou např. vhodná bezpečnostní opatření vedoucí ke zvýšení odolnosti měkkých cílů. Jedná se však o dokumenty nelegislativního charakteru. Na rozdíl od zákonů mají formu doporučení nikoli právní vymahatelnosti. Samostatný zákon upravující problematiku ochrany měkkých cílů v českém právním řádu chybí. Důvodů, proč oblast ochrany měkkých cílů není zákonodárcem upravena, je několik. (Lapková, 2019) Níže uvedený text přibližuje tři hlavní úskalí, která stojí v cestě vzniku zákona o ochraně měkkých cílů.

První překážka spočívá již v samotném zdůvodnění potřeby vzniku navrhovaného zákona. Každý návrh zákona musí být podložen jasnými argumenty „proč je nezbytné danou oblast života společnosti svázat nějakými pravidly,

proč je třeba ukládat určité povinnosti a zda je nezbytné a přiměřené takové povinnosti po fyzických či právnických osobách požadovat.“ (Vangeli, 2019, s. 17) Bez relevantní argumentace nemůže být návrh zákona přijat. V případě zákona o ochraně měkkých cílů by zákonodárce potřebu přijetí navrhovaného zákona hodnotil na základě stávající bezpečnostní situace Evropě i v ČR. Europol v dokumentu TE-SAT 2020 (zpráva o situaci a trendech v oblasti terorismu v Evropě) uvádí klesající trend celkového počtu teroristických útoků na území Evropy za časové období 2017-2020. Pravděpodobnost hrozby teroristického útoku na území ČR je v porovnání s jinými evropskými státy relativně nízká. Na druhou stranu tragické události popsané na začátku kapitoly 3.1 představují typický útok na měkký cíl. Vezme-li se v potaz aspekt modu operandi tragických událostí, lze předpokládat opětovné zacílení útoku na měkké cíle. Z tohoto důvodu by se ochraně měkkých cílů mělo věnovat více pozornosti. Je však zapotřebí její zákonná úprava? Odpověď na uvedenou otázku spočívá v politickém rozhodnutí. Záleží, z jakého úhlu pohledu bude na věc nahlíženo. Pokud bude kladen důraz na potřebu zvýšení ochrany měkkých cílů v důsledku modu operandi páchaní dalších obdobných útoků na měkké cíle, lze předpokládat pozitivní ohlas. Bude-li však na problematiku nahlíženo optikou klesajícího trendu statistických dat, lze očekávat negativní reakci k přijetí takového zákona. (Analýzy a komentáře, c2020; Vangeli, 2019)

Definice měkkých cílů stanovuje široké mantinely pro určení subjektů spadajících do kategorie měkkých cílů. Dle Vangeliho (2019) může na území ČR existovat desetitisíce subjektů, které lze označit za měkký cíl. Početnost a různorodost měkkých cílů vyplývá i z dělení měkkých cílů (viz podkapitola 3.1.1). Z tohoto důvodu by bylo zcela nesmyslné, aby zákonodárce pro všechny potenciální měkké cíle stanovil stejná práva a povinnosti. Zde vystává druhé úskalí, jaké měkké cíle svázat zákonnými povinnostmi, a které budou od zákonných povinností osvobozeny? Podle jakých kritérií by měl zákonodárce

rozhodnout? Nebo svázat všechny měkké cíle, ale pouze vybranými povinnostmi? O jaké povinnosti by se jednalo? Vangeli (2019) upozorňuje na skutečnost, že téma zákona o ochraně měkkých cílů přináší více otázek do diskuse než odpovědí.

Třetí překážka představuje úskalí v určení povinností. Povinnosti by měly vést především ke zvýšení odolnosti měkkých cílů. V úvahu připadá např. povinnost zpracovat příslušnou dokumentaci, zřídit hlídkovou činnost či povinnost zřídit pracovní pozici bezpečnostního pracovníka, kterou by mohla vykonávat pouze osoba odborně způsobilá k výkonu takto specifické práce. Zde opět vznikají další otázky charakteru, jak zajistit dodržování a vymahatelnost uvedených povinností? Jaké měkké cíle budou těmito povinnostmi svázány, a které budou osvobozeny? Jaké nároky mají být kladeny na vzdělání bezpečnostních pracovníků? Absence odpovědí na uvedené otázky mají za následek, že *„žádný konkrétní návrh právní úpravy měkkých cílů doposud nebyl nikým předložen.“* (Vangeli, 2019, s. 24) Pokud nelze jednoznačně určit adresáta svazujících pravidel ani jasně stanovit ona svazující pravidla, je zcela nepřijatelné, aby taková norma vznikla. Nejasnost a nesrozumitelnost zákona by přinesla pouze chaos a nerovnost v oblasti ochrany měkkých cílů. Ke zvýšení jejich odolnosti je zapotřebí dané subjekty motivovat a podporovat na platformě dobrovolnosti nikoli formou regulace. Metodická a dotační pomoc ze strany státního aparátu a dotčených ministerstev povede k vyššímu zájmu vlastníků či provozovatelů měkkých cílů k zvýšení jejich odolnosti vůči násilnému útoku. Cílem politiky ochrany měkkých cílů není vytvořit legislativní rámec dané problematiky, ale zvýšit jejich odolnost a bezpečnost. (Vangeli, 2019)

3.2 Svépomoc a okolnosti vylučující protiprávnost

Složky IZS při zásahu na místě mimořádné události postupují dle typových činností, které představují určitou šablonu, jak v dané situaci postupovat. Při

zásahu v ostravské fakultní nemocnici složky IZS postupovaly podle typové činnosti aktivní střelec. Jak se však v situaci ohrožení svého života a zdraví má zachovat občan ČR? Zákonodárce v české legislativě ustanovuje k ochraně soukromých práv právní instituty v podobě svépomoci a okolností vylučující protiprávnost. Právní základ uvedených právních institutů je ustanoven v občanském a trestním právu. Okolnosti vylučující protiprávnost pro občana ČR představují obranné prostředky, kterými se v případě ohrožení svých práv může bránit a svým jednáním nespáchá trestný čin.

3.2.1 Svépomoc

Svépomoc nachází svůj právní základ v občanském právu, konkrétně v § 14 nového občanského zákoníku. Obecně lze říci, že svépomoc připouští skutečnost, že každý občan bude sám sebe bránit. Lze konstatovat, že slouží k ochraně vlastní osoby. K tomu, aby občan mohl využít právního institutu svépomoci, musí nastat určité okolnosti a podmínky popsané níže.

Okolnosti pro uplatnění svépomoci:

- Svépomoci může využít každý občan v případě, jedná-li se o zachování jeho práv.
- Zásah státního aparátu by nastal s časovou prodlevou.
- Občan si vlastní bezpečnost organizuje sám. K jejímu zajištění může každý občan využít obranné prostředky v podobě okolností vylučující protiprávnost (krajní nouze, nutná obrana viz kapitola 3.2.2).

Podmínky užití svépomoci jsou definovány přímo v § 14 odst. 2 nového občanského zákoníku. Konkrétně se jedná o následující podmínky:

- Neoprávněný zásah do práv hrozí bezprostředně.

- Neoprávněný zásah do práv musí být odvrácen přiměřeným úsilím a prostředky. (Občanský zákoník, 2012)

Svépomoc představuje právo každého občana zasáhnout v případě ohrožení svých práv, života, zdraví a majetku. Hlavní podmínkou svépomoci je přiměřené jednání, aby nedošlo k naplnění skutkové podstaty některých trestných činů uvedených v trestním zákoníku.

3.2.2 Okolnosti vylučující protiprávnost

Okolnosti vylučující protiprávnost představují obranné prostředky, které má k dispozici každý občan ČR k zajištění své obrany. Okolnosti vylučující protiprávnost činu představují právní instituty, které z trestněprávního hlediska občanovi zaručují, že svým jednáním nenaplní skutkovou podstatu trestného činu. Je však důležité, aby jednání naplňovalo rysy definované zákonodárcem v hlavě III trestního zákoníku. Bude-li občan jednat na základě a v mezích zákona, tak se trestného činu nedopustí, způsobí pouze škodu. V opačném případě, dojde-li k rozporu se zákonem, jednání bude označeno za protiprávní.

Jak již bylo zmíněno výše, problematice okolnostem vylučující protiprávnost činu je v trestním zákoníku věnována celá hlava III. Zákonodárce zde stanovuje pět případů okolností vylučující protiprávnost. Pro občana platí pouze ustanovení krajní nouze, nutné obrany a souhlas poškozeného. V případě externího násilí na pracovišti může občan využít především ustanovení o nutné obraně.

Nutná obrana. Obecně se jedná o způsob obrany proti útoku. Nutná obrana je zakotvena v § 29 trestního zákoníku. Zákonodárce nutnou obranou rozumí *„čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestný čin. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zřejmě*

nepřiměřená způsobu útoku.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2010-, s. 18)

Důležitou roli zde hraje časová konstanta. Ta říká, že útok, který chce obránce odvrátit musí být přímo hrozící nebo trvající. Přímo hrozící útok znamená takovou situaci, když obránce spatřuje útočníka, který se připravuje k útoku. Útok musí být ze strany útočníka myšlen vážně tzn. útočník např. řve „já tě zabiju!“ Trvající útok představuje již probíhající situaci, např. rvačku. Pod pojmem chráněné zájmy trestním zákonem se skrývají takové společenské hodnoty, které jsou pro společnost důležité a stojí za to být pod zákonnou ochranou. Nejběžnějším příkladem chráněných zájmů jsou životy, zdraví a majetek osob. V případě externího násilí na pracovišti dochází k ohrožení života a zdraví osob tzn. chráněných zájmů. Osoba, která využije institut nutné obrany, je v roli obránce. Obránce míří své jednání vůči útočnickovi tzn. chrání společenské hodnoty shodné s hodnotami, které chrání i trestní zákon. Z tohoto důvodu nepáchá trestný čin, ale zastupuje zásah orgánu moci veřejné. (Jílek, 2019)

V případě využití právního institutu nutné obrany se vždy hodnotí způsob zakročení. Nutná obrana může být zřejmá, nepřiměřená, ale nesmí být zcela zřejmě nepřiměřená způsobu útoku. Obránce musí vždy vynaložit větší úsilí k ochraně chráněných zájmů než útočník k jejich napadení. Příkladem je fyzický útok robustního muže namířený proti zdravotní sestře menšího vzrůstu. Poměr sil útočníka a obránce je v tomto případě zcela nevyvážený. Pokud by byla zdravotní sestrou k obraně svého života použita zbraň, jednala by v souladu s ustanovením o nutné obraně, protože na svou obranu musí vynaložit mnohem větší úsilí než útočník k jejímu napadení. Pod pojmem zbraň není myšlena pouze střelná zbraň. Trestní zákoník pod pojmem zbraň rozumí „*cokoli, čím je možno učinit útok proti tělu důraznějším*“ (Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2010-, s. 40) tzn. i běžné věci v podobě hrotu propisovací tužky, deštníku apod. Závěrem je zapotřebí uvést, že nutná obrana odvrací útok proti člověku. Z tohoto

důvodu lze nutnou obranu použít jako obranný prostředek v případě fyzického napadení na pracovišti. Nutnou obranu může k ochraně chráněných zájmů využít každý občan tzn., že může být využita i ze strany zdravotnického personálu, pacientů či návštěvníků zdravotnického zařízení dostanou-li se do ohrožení. Ostatní okolnosti vylučující protiprávnost uvedené v trestním zákoníku nelze v případě externího násilí na pracovišti využít.

3.3 Násilí na pracovišti

Násilí na pracovišti představuje jeden z negativních jevů, který narušuje zdravé pracovní prostředí. Lidé stráví většinu svého času v práci, proto je důležité problematiku násilí na pracovišti řešit. Mezinárodní kancelář práce (dále jen ILO) uvádí že *„násilí na pracovišti představuje jedno z největších rizik pro svět práce spolu s drogami, alkoholem, tabákem a HIV/AIDS.“* (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2007, s. 4) S násilím na pracovišti ve zdravotnictví se potýkají státy napříč celým světem včetně České republiky. Závažnost násilí na pracovišti dokazuje fakt, že z celkového počtu všech celosvětově zaevidovaných případů násilí na pracovišti připadá ¼ na sektor zdravotnictví. Riziko viktimizace u osob pracujících ve zdravotnictví je tím pádem vyšší než u jiných pracovních profesí. (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2007) Násilí na pracovišti představuje odchylku od běžného chování, je tedy zcela nepřijatelné, aby docházelo k jeho přehlížení a toleranci. Tolerance násilí na pracovišti by vedla k vytvoření určité imunity vůči tomuto negativnímu jevu, v jehož důsledku by došlo k narušení či úplnému zániku zdravého pracovního prostředí. Pekara (c2021) explicitně uvádí, že *„násilí na pracovišti, agresivní manipulace a verbální napadení nejsou normální a jako takové nesmějí být zdravotníky tolerovány.“* Na základě výše uvedených důvodů je zapotřebí problematice násilí na pracovišti ve zdravotnictví věnovat vyšší pozornost.

S ohledem na zaměření předložené diplomové práce je následující kapitola zaměřena pouze na specifika problematiky externího násilí na pracovišti ve zdravotnictví.

3.3.1 Formy

Formy násilí na pracovišti lze rozdělit v závislosti na aktérech do dvou základních skupin – interní, externí. Interní neboli vnitřní násilí na pracovišti je páčáno kmenovými zaměstnanci dané organizace. Vnitřní násilí se projevuje specifickými formami násilí, ke kterým se řadí např. mobbing, bossing aj. Předmětem zkoumání předložené diplomové práce je však externí forma násilí na pracovišti. Z tohoto důvodu zde nebudou zmíněné specifické druhy násilí na pracovišti blíže specifikovány. Externí násilí na pracovišti je namířeno rovněž vůči zaměstnancům, ale oproti interní formě je způsobeno ze strany třetí osoby. Pravděpodobnost vzniku násilí na pracovišti se zvyšuje, přicházejí-li zaměstnanci do kontaktu s klienty – pacienty nebo návštěvníky nemocnice. Pindeš ve své publikaci do vnějšího násilí zahrnuje jak fyzické, tak i psychické násilí. (Chromý, 2014; Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012)

Interní i externí násilí na pracovišti nabývá formy fyzického nebo psychického násilí. Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) za fyzické násilí označuje jakékoli užití fyzické síly vůči jiné osobě, které má za následek způsobení fyzické, psychologické či sexuální újmy. K projevům fyzického násilí se mimo jiné řadí:

- údery, kopání, fackování;
- strkání, kousání, štípání;
- úmyslné zranění nožem;
- střelba. (International Labour Office, 2002)

Uvedené projevy fyzického násilí na pracovišti vedou k jednoznačné identifikaci a rozpoznání existence tohoto nežádoucího jevu. Oproti tomu psychické násilí působí nenápadně a je těžké jej v mnoha případech odhalit. Existence psychického násilí na pracovišti byla dlouhou dobu podceňována a přehlížena. Do popředí zájmu se problematika psychického násilí na pracovišti dostává až v posledních letech. WHO za psychické násilí považuje úmyslné použití nátlaku proti jiné osobě či skupině, jenž má za následek způsobení fyzické, duševní či spirituální újmy. Psychické násilí může mít negativní dopad i na mravní a společenský rozvoj člověka. K projevům psychického násilí na pracovišti se řadí:

- vyhrožování fyzickým násilím;
- slovní agrese včetně použití nadávek a urážek;
- šikana;
- obtěžování.

Psychické násilí je páčáno opakovaným chováním, z tohoto důvodu dochází ke kumulaci negativních dopadů, které zvyšují závažnost této formy násilí. (International Labour Office, 2002, s. 3-4)

3.3.2 Definice

Rámcové pokyny pro řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví definují násilí na pracovišti jako „*incidents, kdy jsou zaměstnanci v rámci výkonu své práce slovně uráženi, obtěžováni, napadeni nebo ohroženi na životě a toto jednání vede explicitně nebo implicitně k napadení jejich bezpečnosti, zdraví nebo osobní pohody.* (International Labour Office, 2002, s. 3) Chromý ve své publikaci uvádí obecnější definici, dle jeho názoru násilí na pracovišti představuje „*specifickou formu násilí, která se odehrává v pracovním prostředí a souvisí s výkonem práce.*“ (2014, s. 24) Důležitou roli zde hraje uvědomění si, zda se jedná o vnitřní nebo vnější formu násilí na

pracovišti. Předmětem zkoumání předložené diplomové práce je externí forma násilí na pracovišti. Z tohoto důvodu je na násilí na pracovišti nahlíženo optikou definice uvedené v Rámcových pokynech pro řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví.

3.3.3 Příčiny, faktory a následky

Obecně lze konstatovat, že každé zdravotnické zařízení je do jisté míry násilí na pracovišti vystaveno. Některá zdravotnická zařízení jsou zranitelnější více, některá méně. Míra zranitelnosti zdravotnických zařízení závisí na okolnostech, ale i samotném prostředí, kde je činnost zdravotnického zařízení provozována. Z tohoto důvodu je zapotřebí věnovat pozornost obecným rizikovým faktorům, které mohou vést ke vzniku násilí na pracovišti. K obecným rizikovým faktorům se řadí:

- *„umístění ve vysoce zalidněné oblasti s vysokou mírou výskytu kriminálního jednání;*
- *izolovanost zařízení;*
- *podstav zaměstnanců;*
- *tlak ze strany zaměstnavatele/provozovatele v důsledku snižování stavů či nákladů na provoz;*
- *práce je vykonávána nevhodným vybavením či prostředky;*
- *zařízení funguje v kultuře tolerance násilí;*
- *špatná komunikace včetně mezilidských vztahů v zařízení. (International Labour Office, 2002, s. 12)*

Z uvedeného přehledu vyplývá, že přítomnost násilí na pracovišti má mnoho příčin. Významnou roli zde především hraje nepřipravenost zaměstnanců v detekci podezřelého chování osob, ale také neznalost slovní i fyzické

sebeobrany. Vznik násilí na pracovišti je rovněž doprovázen absencí účinných opatření preventivního charakteru. (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012)

Faktory. Násilí jako takové je způsobeno mnoha faktory. Za jeho vznikem stojí především „vrozené dispozice, získané zkušenosti a situační podmínky.“ (Chromý, 2014, s. 29) Násilí včetně jeho podkategorie násilí na pracovišti představují multifaktorové jevy. Odborná literatura uvádí pět hlavních skupin faktorů vedoucích ke vzniku násilí na pracovišti:

- *situační;*
- *organizační;*
- *skupinové;*
- *individuální;*
- *společenské.“* (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012, s. 119; Chromý, 2014, s. 36)

Situační faktory. Představují, vedle osobnosti pachatele a jeho stimulu, základní činitele vedoucí ke vzniku násilí. Obecně se k situačním činitelům řadí:

- *„nepříznivá životní situace;*
- *hrozba ztráty zaměstnání;*
- *konzumace alkoholu;*
- *užívání omamných a psychotropních látek.“* (Chromý, 2014, s. 35; Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012, s. 117)

K situačním faktorům, které ovlivňují násilí na pracovišti ve zdravotnictví se dále řadí práce o samotě, výkon nočních služeb a komunikace s třetí stranou. (Chromý, 2014; Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012)

Organizační faktory. Všechny organizace včetně zdravotnických zařízení fungují v rámci určité organizační kultury, která je založena na formálních a neformálních vztazích mezi zaměstnanci. Formální vztahy vychází z organizační struktury organizace, kde každý zaměstnanec zastává určitou roli a pozici. Jednotlivé pozice jsou spojeny s určitými povinnostmi, ale i pravomocemi. Oproti tomu neformální vztahy na pracovišti jsou založeny na mezilidských vztazích, které si lidé vytváří sami mezi sebou napříč celou organizací i blízkým okolím. Dojde-li však k narušení zdravého pracovního prostředí z důvodu špatné organizace a dělby práce, neúměrného přidělování úkolů, nefungující komunikace, nedůvěřivosti mezi kolegy či ekonomické nejistoty, kvalita profesního života zaměstnanců se sníží. Otrávené pracoviště může u zaměstnanců vyvolat řadu problémů v osobním životě včetně výskytu nespavosti, depresí či úzkostných stavů. V otráveném pracovním prostředí plném nejistoty se pravděpodobnost vzniku vyhrocených situací zvyšuje. Dochází ke frustraci zaměstnanců, protože ve splnění pracovních úkolů stojí bariéra, „*kteřá oddaluje nebo znemožňuje dosáhnout očekávaného cíle.*“ (Chromý, 2014, s. 33) Obdobný proces vzniká i ve směru vůči třetí straně. Pacient v postavení přímého uživatele poskytované služby, ale i rodinní příslušníci, kteří jsou v postavení nepřímého uživatele „*snadno vycítí nespokojenost, negativitu, případně nezájem pracovníků a reagují na ně podobně nežádoucími emocemi.*“ (Pekara, c2021) Následně dochází k eskalaci situace, jenž má za následek fyzický či verbální útok. (Chromý, 2014; Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012; Pekara, c2021)

Společenské faktory. Představují nejširší skupinu činitelů, které mohou ovlivnit vznik násilí na pracovišti. Společenské faktory jsou úzce provázané s vývojem společnosti. Odborníci za možné příčiny zvýšení výskytu násilí na pracovišti považují:

- rostoucí trend násilného jednání ve společnosti;

- redukce počtu zdravotnických zařízení;
- škrty v oblasti sociální politiky;
- ekonomické změny;
- úpadek morálních hodnot ve společnosti. (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012)

Se zvyšujícím se násilím ve společnosti přichází sekundární negativní jev – tolerance násilí. Lidé si do jisté míry zvykli na skutečnost, že násilí je prakticky všudypřítomné – v médiích, na ulici, v zaměstnání, ve škole nebo dokonce i v domácnostech. Vzniká apatie vůči násilnému jednání, která může vést i k racionalizaci násilného chování. Násilná forma jednání představuje odchylku od běžného chování, z tohoto důvodu je zcela nepřijatelné, aby docházelo k racionalizaci, moralizování či ospravedlňování násilí.

Další významnou roli mezi společenskými faktory hraje úpadek morálních hodnot ve společnosti. Úcta k druhému člověku, ale i k vlastnímu životu se snižuje. Morální hodnoty bývají často potlačovány a nahrazovány materialistickým způsobem života. U lidí vzrůstá nutnost vlastnit vše a v co nejkratším časovém okamžiku. Připočtou-li se k výše uvedenému výčtu ještě činitelé v podobě sociální nejistoty, příjmové nerovnosti a život na hranici chudoby, lze předpokládat narušení sociální koheze společnosti. (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012) Společenské faktory dávají prostor vzniku podhoubí násilí nejen ve společnosti, ale i na pracovišti.

Skupinové faktory. Zaměstnanci pracující na určitém pracovišti tvoří pracovní skupinu. Ze sociologického pohledu je na pracovní skupinu nahlíženo jako na skupinu referenční. (Kusá, 2012) Referenční skupina je charakteristická tím, že se jednotliví členové řídí nebo jsou usměřňováni k tomu, aby se řídili určitými normami chování, které jsou pro danou referenční skupinu

charakteristické. Většinou se jedná o pravidla nepsaného charakteru, která jsou závazná pro všechny členy. Prostřednictvím nepsaných pravidel dochází k vnucení nároků „na očekávaný pracovní výkon“ (Chromý, 2014, s. 37) a standardizaci chování členů v pracovní skupině. Standardizace chování je zcela typická pro profesi zdravotní sestry. Role zdravotní sestry je spojena s určitými očekáváními jak ze strany pacientů, tak od kolegů na pracovišti. Jsou zde jasně stanovené mantinely, které chování je tolerováno, a které již ne. (Pekara, c2021; Chromý, 2014) Chromý ve své publikaci upozorňuje na skutečnost, že „*chování skupiny není souhrnem chování jednotlivců, z nichž se skupina skládá.*“ (Chromý, 2014, s. 37)

Individuální faktory. Jak napovídá samotný název, individuální činitele představují specifickou kategorii faktorů ovlivňující vznik násilí. Za vznikem násilného jednání lze hledat:

- vrozené predispozice genetického fondu jedince;
- negativní směr procesu socializace;
- biologické presumpce;
- nepříznivé působení médií;
- osobnostní charakteristiky. (Chromý, 2014)

První dva body ve výše uvedeném výčtu spolu úzce souvisí. Výzkumy ukazují vyšší přítomnost násilného chování u dětí se špatnými genetickými predispozicemi, jež zároveň vyrůstaly v nevhodném prostředí. Proces socializace může probíhat i nežádoucím směrem. „*Rodina se stává vůbec prvním místem, kde jedinec může sbírat zkušenosti s násilím.*“ (Chromý, 2014, s. 32)

Biologické předpoklady k násilnému jednání a chování vznikají v důsledku ovlivnění limbického systému nebo poškození centrální nervové soustavy. Limbický systém ovlivňuje a řídí emoční reakce a sociální chování člověka.

Poškození centrální nervové soustavy má za následek změnu ve funkcích či struktuře lidského mozku. K poškození může dojít po úrazu, ale i nemoci. (Chromý, 2014; Cichá, 2013)

Chromý (2014) upozorňuje na nepříznivé působení sdělovacích prostředků a médií na člověka, který se stává konzumentem mediálního násilí. Dosavadní výzkumy, zaměřené na otázku vlivu konzumace televizního násilí na zvýšenou agresivitu diváků, jednoznačně tento vliv neprokázaly. Proti výsledům výzkumů stojí teorie, „*kteří se snaží vysvětlit negativní účinky televizního násilí.*“ (Kšišan, 2010) Kšišan ve svém článku klade důraz na teorii sociálního učení. Autor této teorie Albert Bandura předpokládá, že „*diváci mají tendenci učit se jednání postav vystupujících v násilných pořadech a takové jednání kopírovat.*“ (Kšišan, 2010) Chromý (2014) dodává, že působení televizního násilí má za následek efekt:

- „*agresora – sledováním násilí se zvyšuje míra agresivního chování;*
- *oběti – u diváka se posiluje obava, že na něm bude spáchán trestný čin;*
- *desenzibilace – přivýkání na dávky násilí.*“ (Chromý, 2014, s. 33)

Televizní násilí působí na každého člověka individuálně viz efekty popsané výše. Z tohoto důvodu je lze rovněž zařadit do kategorie individuálních faktorů.

Individuální faktory mohou v negativním slova smyslu narušit proces standardizovaného chování zaměstnanců na pracovišti. K narušení dochází prostřednictvím osobnostních charakteristik. K osobním indikátorům agrese se řadí:

- iritabilita;
- hostilita;
- vztahovačnost;
- impulzivita;

- tolerance násilí. (Chromý, 2014; Pekara; c2021)

Iritabilita představuje nadměrně zvýšenou citlivost a náchylnost k neúměrným emočním reakcím na frustrující incidenty. Může zde docházet k tendenci zkreslovat realitu. Chování u těchto osob je nepředvídatelné. Oproti tomu hostilní jedinec se vyznačuje nepřátelským až agresivním postojem k ostatním. Hostilita se dále vyznačuje sníženou schopností odehnat myšlenky směřující k agresi. Odborná literatura dává hostilitu do vzájemného vztahu s impulzivitou. Impulzivita představuje sklon k náhlému a neočekávanému jednání, které vzniká nepromyšleně. Jedinec nebere v úvahu následky svého jednání. Impulzivita vzniká na základě vnitřního pudu. (Chromý, 2014; Pekara; c2021; Suchá, Dolejš, 2016) *„Impulzivní jednání je považováno za ego-syntonní. Nepředchází mu vědomá představa cíle, zároveň ale při něm nedochází k poruše vědomí, takže si jedinec svoji aktivitu pamatuje.“* (Suchá, Dolejš, 2016, s. 16)

Vztahovačnost vede k podrážděným reakcím vůči negativním věcem, které jsou směřovány směrem k danému jedinci. Reakce může vznikat oprávněně, ale i na základě domněnek. (Pekara, c2021) Posledním indikátorem agrese je tolerance násilí. Termín tolerance násilí byl již v textu několikrát zmíněn. Násilné jednání se neseťká s odsouzením, ale dostává se mu pozitivní ohlas. Všechny výše popsané osobní indikátory agrese, s výjimkou tolerance násilí, spojuje podrážděné jednání, které se může překlenout do jednání agresivního.

Následky. Z definice násilí na pracovišti uvedené v kapitole 3.3.2 vyplývá, že všechny formy násilí na pracovišti vedou k napadení osobní bezpečnosti a narušení osobní pohody. Hlavním následkem násilí na pracovišti je způsobení fyzické nebo duševní újmy či jejich kombinace. Újmu nemusí utrpět pouze oběť násilí na pracovišti, ale i svědkové či nepřímé oběti incidentu. Újma na duševním zdraví se může projevit úzkostmi, zoufalstvím či bezmocností. V obzvláště

závažných případech může dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatická stresová porucha vzniká při „nedostatečném zpracování závažné traumatické události přesahující běžnou lidskou zkušenost, přetrvávající v psychických a somatických potížích.“ (Chromý, 2014, s. 31) K psychickým a somatickým potížím se v tomto případě řadí již výše zmíněné úzkostné stavy, pocity bezmoci a zoufalství, zvýšená nervozita či deprese. Nahlídne-li se na věc z opačného úhlu pohledu, lze předpokládat, že přesáhnou-li pocity bezmoci a ponížení určitou mez, může dojít k ventilaci nakumulovaného napětí v organismu prostřednictvím nepřiměřené až násilné reakce. (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012; Chromý, 2014) Lze tedy konstatovat, že následky násilí na pracovišti, které vedou k projevům úzkosti, bezmoci či ponížení, mohou samy o sobě být stimulem k nepřiměřené reakci a vyvolat další konflikt.

3.3.4 Pachatelé

Vnější násilí na pracovišti je pácháno osobami, „které nepatří k organizaci včetně zákazníků a klientů“ (Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012, s. 118) tzn. třetími osobami. V případě zdravotnických zařízení třetí osobu představují pacienti, včetně jejich rodinných příslušníků a návštěvníci nemocnice. Může se tedy jednat o kohokoli z široké veřejnosti. Pachatelé fyzického i psychického násilí své činy páchají:

- v důsledku nedostatečné úcty k druhým;
- úmyslně s cílem zranit druhou osobu;
- v intenci způsobit újmu druhé osobě;
- z důvodu uplatnění své moci nad druhou stranou. (Pindeš, Michalík, Komrska a kol. 2012; Pekara, c2021)

Tyto činy mohou nabývat podoby násilných činů. Potenciální pachatele lze rozeznat pomocí varovných signálů. Varovné signály představují indikátory rizikového chování, které vychází z řeči těla. K varovným signálům se řadí:

- „nepřátelské držení těla;
- opakující se projev nespokojenosti, podráždění nebo frustrace;
- změny v intonaci hlasu;
- rozšířené zornice;
- tenze svalů;
- nadměrné pocení.“ (International Labour Office, 2002, s. 13)

Uvedené náznaky rizikového chování se mohou stupňovat a vést k eskalaci konfliktu. Indikátory se též mohou prolínat. Za zrodem potenciálního pachatele se může skrývat určité pozadí, které bývá ovlivněno pachatelovou minulostí, zdravotním stavem, ale i současnou společenskou či životní situací. Pachateli externího násilí na pracovišti se nejčastěji stávají takové osoby, které mají:

- zkušenost s násilným jednáním již z minulosti;
- jsou uživateli omamných a psychotropních látek;
- trpí závažnou duševní poruchou. (International Labour Office, 2002)

Nejedná se však o rigidní popis pachatele externího násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních. Pekara (c2021) ve svém článku prisuzuje vznik externího násilí na pracovišti k fenoménu uplatňování moci. Uplatnění moci spočívá v dosažení svých vlastních zájmů vůči druhé straně prostřednictvím manipulace či poškození druhé strany. Převaha jedné strany nad druhou je buďto skutečná nebo domnělá. Skutečná převaha moci spočívá např. ve fyzické konstituci těla agresora, který si je své síly a převahy vědom. Domnělou převahu moci Pekara (c2021) popisuje na situaci, kdy „*rodiče dospívající dcery hospitalizované na dětském psychiatrickém oddělení mají dojem, že lékaři a sestry nedělají pro léčbu jejich*

dítěte dost. Setkají-li se silné emoce jako jsou strach o dítě, nejistota a bezmoc s více či méně pravdivým dojmem nedostatečné péče, mohou snadno obrátit své emoce proti ošetřujícímu personálu. Pokud ten nezareaguje adekvátně, utišujícím a chápajícím způsobem, z pouhé sdělené obavy se stane výhrůžka, vulgární slovní útok nebo dokonce fyzické napadení. (...) V takových krajních situacích dochází k uplatnění domnělé moci – mohu ho zničit, zabránit, aby dál léčil – ze strany rodičů nad zdravotníky.“

Konflikt představuje „*interpersonální spor bez fyzického násilí.*“ (Pekara, c2021) Jádro většiny konfliktů mezi zaměstnanci zdravotnických zařízení a třetí stranou spočívá v kolizi nároků a předpokladů obou dotčených stran. Třetí osoby do zdravotnických zařízení přichází s určitou představou řešení svého problému. Úskalí může spočívat v tom, že výsledné řešení zvolené dotčeným personálem ne vždy naplní předchozí očekávání třetí strany. Motivace k násilí třetí strany může vzniknout právě z nenaplněných očekávání či nespokojenosti. Další stimul ke vzniku násilí vzniká, dojde-li k rozporu „*mezi vyžadovanou službou na straně pacienta a možností, kterou pracovník může poskytnout.*“ (Pekara, c2021) V tomto případě dochází k paradoxní situaci, kdy iniciátor násilí se sám cítí jako oběť. (Pekara, c2021; Chromý, 2014)

3.4 Násilí na pracovišti ve zdravotnictví – přehled případových studií ze zahraničí

Zahraněční výzkumy poukazují na rostoucí trend problematiky násilí na pracovišti ve zdravotnictví. S násilím na pracovišti se ze zdravotnického personálu setkávají především zdravotní sestry a záchranáři. Důvodem, proč se obětí násilí stávají především zdravotní sestry spočívá v jejich postavení a roli. Zdravotní sestry stojí v přední linii zdravotních týmů, proto jsou vystaveny prvnímu kontaktu s třetí stranou. Zdravotní sestry přichází do kontaktu s různými typy pacientů včetně návštěvníků zdravotnického zařízení, se kterými navazují interakci.

I když autoři výzkumů upozorňují na zvyšující se počet případů násilí na pracovišti ve zdravotnictví, stále zůstává vysoké procento případů utajeno. Za latencí stojí několik překážek. Hlavním důvodem, proč násilí na pracovišti není ohlašováno, je absence národního systému, kam by se případy ohlašovaly. Účinný a fungující ohlašovací systém chybí ve většině zemí. (Babiarczyk a kol., 2020)

Níže uvedený text uvádí informace o násilí na pracovišti ve zdravotnictví, které jsou volně přístupné prostřednictvím odborných studií. Hlavní kritéria výběru studií spočívala v aktuálnosti dat a metodice jejich zpracování.

3.4.1 Studie 1 – násilí na pracovišti v pěti evropských zemích

Studie s názvem Reporting of workplace violence towards nurses in 5 european countries – a cross-sectional study zpracovává problematiku externího násilí na pracovišti u zdravotních sester. Do výzkumu se celkem zapojilo 1080 zdravotních sester z Polska, Turecka, Španělska, Slovenské a České republiky. Početní zastoupení respondentů z jednotlivých zemí je uvedeno v tabulce 1 níže. Empirické šetření proběhlo v druhé polovině roku 2016. Studie přináší poznatky o tom, zda se respondenti setkali s formou fyzického nebo psychického násilí na pracovišti za 12 po sobě jdoucích měsíců. (Babiarczyk a kol., 2020)

Tabulka 1 Početní zastoupení respondentů z jednotlivých zemí – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)

N = 1 080					
Země	Polsko	Turecko	Španělsko	Slovensko	Česká republika
N	265	200	100	200	324

Nejvyšší početní zastoupení respondentů připadá dle tabulky 1 České republice. Nejnižší počet připadá na Španělsko, kde se do výzkumu zapojil pouze přibližně třetinový počet zdravotních sester oproti České republice.

Výsledky. Studie přináší poznatky o výskytu četnosti psychické a fyzické formy násilí na pracovišti. Výsledky jsou shrnuty v tabulce 2 uvedené níže.

Tabulka 2 – Zkušenost zdravotních sester s násilím na pracovišti – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)

	N = 1 080
Psychické násilí	54 %
Fyzické násilí	20 %
Zkušenost s oběma formami násilí	15 %

Z tabulky 2 vyplývá značná převaha výskytu formy psychického násilí na pracovišti nad násilím fyzickým. Zkušenost s psychickým násilím na pracovišti má z celkového počtu dotázaných 54 % zdravotních sester. Z dat vyplývá, že s verbální agresí se na svém pracovišti setkala každá druhá zdravotní sestra. Studie dále uvádí, že verbální agresí čelí nejméně zdravotní sestry ve Španělsku. Z pohledu pracovního zařazení jsou nejvíce slovně napadány sestry sloužící na oddělení psychiatrie (87 %) a ambulance (67 %). (Babiarczyk a kol., 2020)

Fyzickému násilí bylo vystaveno 20 % zdravotních sester, viz tabulka 2. Nejvyšší četnost fyzického násilí byla zaznamenána u zdravotních sester na oddělení psychiatrie (36 %) a rehabilitace včetně sester pracujících v pečovatelských zařízeních (32 %). Nejméně zkušeností s fyzickou agresí mají zdravotní sestry sloužící na ambulanci. Zde se s fyzickým násilím setkalo pouze 9 % dotázaných zdravotních sester. Nejvyšší četnost výskytu fyzického násilí z hlediska národnosti se ukázala u polských a slovenských zdravotních sester. V Polsku fyzické napadení na pracovišti ohlásilo 34 % dotázaných, na Slovensku 21 % oslovených sester. Nejnižší četnost výskytu fyzického násilí připadá na

Turecko, zde se s fyzickým napadením na pracovišti setkala pouze 8 % respondentů. (Babiarczyk a kol., 2020)

S oběma formami násilí na pracovišti se dle tabulky 2 setkala 15 % dotázaných zdravotních sester. Z výzkumu dále vyplývá, že negativní zkušenost s násilím na pracovišti má vliv na celkový pocit bezpečí zdravotních sester na jejich pracovišti. Zdravotní sestry, které mají zkušenost s násilím na pracovišti, se výskytu násilí obávají více než ty, které negativní zkušenost s fyzickým či verbálním napadením nemají. Vysoké obavy z výskytu násilí na pracovišti mají rovněž zdravotní sestry na oddělení psychiatrie a ambulance. (Babiarczyk a kol., 2020)

Studie se zabývala i otázkou pachatelů násilí na pracovišti. Zdravotní sestry zařazené do studie za nejčastější pachatele násilí označují pacienty a jejich rodinné příslušníky. Procentuální zastoupení podílu pachatelů na jednotlivých formách násilí na pracovišti je znázorněn v tabulce 3.

Tabulka 3 Podíl pachatelů jednotlivých forem násilí na pracovišti – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)

	Pacient	Příbuzný pacienta
Verbální agrese	70 %	40 %
Fyzický útok	92 %	10 %

Z výše uvedené tabulky 3 vyplývá, že nejčastěji za externím násilím na pracovišti ve formě fyzické i verbální agrese stojí pacient. Rodinní příslušníci pacientů mají dle studie minimální podíl na fyzické agresi. Na druhou stranu až 40 % případů slovní agrese vůči zdravotním sestřím připadá právě na skupinu rodinných příslušníků pacienta. Uvedené poznatky však neplatí pro všechny země zapojené do výzkumu. Statisticky významný rozdíl vznikl při porovnávání jednotlivých zemí. Zdravotní sestry v Turecku jsou častěji napadány ze strany

rodinných příslušníků než samotnými pacienty. Necelé ¾ případů slovní agrese byly iniciovány právě z řad rodinných příslušníků. (Babiarczyk a kol., 2020)

Důležitou roli při zkoumání násilí na pracovišti ve zdravotnictví hraje ohlašování jednotlivých incidentů. Externí násilí na pracovišti se potýká s určitou mírou latence. Důvodů, proč zdravotní sestry případy násilí na pracovišti neohlašují, je několik. Téměř polovina dotázaných zdravotních sester ohlášení incidentů obou forem násilí považuje za nedůležité nebo zcela zbytečné. (Babiarczyk a kol., 2020)

Studie dále přináší informace o skutečnosti, že zdravotní sestry se nestávají pouze obětí externího násilí na pracovišti, ale dostávají se i do role svědka. Z celkového počtu dotázaných, 18 % zdravotních sester potvrzuje, že se staly svědkem fyzického útoku na svém pracovišti. V roli oběti nebo svědka fyzického násilí na pracovišti se v přepočtu ocitlo 38 % dotázaných. (Babiarczyk a kol., 2020)

3.4.2 Studie 2 – násilí na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Modeně

Studie s názvem Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study přináší poznatky o výskytu násilí na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Modeně na severu Itálie. Empirické šetření proběhlo v roce 2015. Do výzkumu se zapojilo celkem 419 respondentů z řad zdravotnického personálu napříč různými odděleními fakultní nemocnice. Ze zdravotnického personálu se výzkumu zúčastnili nejen zdravotní sestry, ale i zdravotní asistenti a doktoři. (Ferri a kol., 2016) Studie rovněž přináší poznatky o tom, zda se respondenti setkali s formou fyzického nebo psychického násilí na pracovišti za 12 po sobě jdoucích měsíců, obdobně jak tomu bylo u studie 1.

Výsledky. Z celkového počtu respondentů má s násilím na pracovišti zkušenost 45 % dotázaných. V absolutní hodnotě se s násilím na pracovišti setkala 187 zdravotníků. Zkušenost pracovníků s verbální nebo fyzickou agresí je co do počtu spáchaných incidentů srovnatelná. S formou verbální agrese se setkala 51 % respondentů, zkušenost respondentů s fyzickou agresí je o 2 % nižší než u agrese verbální. (Ferri a kol., 2016) Četnost výskytu násilí na pracovišti z hlediska profesního zařazení zdravotnického personálu je uvedena v tabulce 4.

Tabulka 4 Četnost výskytu násilí na pracovišti z hlediska profesního zařazení respondentů – studie 2; zdroj dat: (Ferri a kol., 2016)

N = 187	
Profesní zařazení	Zkušenost s násilím na pracovišti
Zdravotní sestry	67 %
Zdravotní asistenti	18 %
Lékaři	12 %

Z tabulky 4 vyplývá, že s násilím na pracovišti se nejčastěji setkávají zdravotní sestry. Lékaři se do role oběti externího násilí na pracovišti dostávají 5,5x méně často než zdravotní sestry. Zdůvodnění tak významného rozdílu spočívá v přímém kontaktu zdravotních sester s třetí stranou. Studie poukazuje na zjištění, že profese zdravotní sestry je v porovnání s ostatními profesemi ve zdravotnictví nejvíce vystavena riziku agrese právě kvůli přímému kontaktu s pacientem. (Ferri a kol., 2016)

Procentuální podíl výskytu externího násilí na pracovišti ve vztahu k jednotlivým oddělením je znázorněn v tabulce 5 uvedené níže.

Tabulka 5 Četnost výskytu násilí na pracovišti napříč odděleními; zdroj dat: (Ferri a kol., 2016)

N = 419	
Oddělení s nejvyšší četností výskytu obou forem násilí	
Psychiatrie	86 %
Ambulance	71 %
Geriatrické péče	57 %
Oddělení s nejnižší četností fyzického násilí	
Rehabilitace	3 %
Neurologie	8 %
Oddělení s nejnižší četností verbální agrese	
Metabolické oddělení	4 %
Oddělení s nejvyšší četností fyzického násilí	
Psychiatrie	73 %
Ambulance	34 %
Oddělení s nejvyšší četností verbální agrese	
Neurochirurgie	50 %
Geriatrická péče	41 %

K oddělením s nejvyšší četností výskytu obou forem externího násilí na pracovišti se dle tabulky 5 řadí oddělení psychiatrie (86 %), ambulance (71 %) a oddělení zaměřené na poskytování geriatrické péče (57 %). Existence fyzického násilí převažuje na oddělení psychiatrie (73 %) a ambulance (34 %). Nejnižší četnost fyzického násilí byla zaznamenána na oddělení rehabilitace (3 %) a neurologie (8 %). S verbální agresí se nejvíce setkávají zdravotníci na oddělení neurochirurgie. Negativní zkušenost s verbálním napadením zaznamenalo 50 % pracovníků na tomto oddělení. Druhé nejvíce zastižené pracoviště verbální agresí je oddělení geriatrické péče. Zde bylo verbální agresí vystaveno 41 % zdravotnického personálu. (Ferri a kol., 2016)

Studie dále přináší poznatky o vztahu mezi formou násilí a jeho pachateli. Z empirického šetření vyplývá, že pachatelé, kteří se dopustili verbální agrese vůči zdravotnickému personálu, si byli svého jednání plně vědomi. Typičtí pachatelé verbálních urážek jsou rodinní příslušníci pacientů, opatrovníci nebo návštěvníci nemocnice, kteří se násilí vůči zdravotnickému personálu dopustili

v 31 % případů. Autoři studie k příčinám vzniku řadí dlouhé čekání, strach z pacientovy prognózy, obavy o pacientovo zdraví, nedostatečně jasná a srozumitelná komunikace ze strany zdravotnického personálu či nedostatečná empatie a porozumění s tíživou situací rodinných příslušníků pacienta ze strany zdravotníků. Oproti tomu pachateli fyzických útoků se ve většině případů stávali pacienti s psychickou poruchou nebo pod vlivem omamných látek či léčiv. Z výzkumu vyplývá, že v 51 % případů násilí na pracovišti bylo spácháno právě pacientem. Data ze studie potvrzují převahu násilných incidentů ze strany pacienta na oddělení psychiatrie, zatímco na ambulanci byla většina incidentů spáchána ze strany rodinných příslušníků. (Ferri a kol., 2016) Celkové zatížení násilím na oddělení psychiatrie a ambulance je zřejmé z tabulky 5.

Z hlediska pohlaví se cílem napadení stávaly častěji ženy než muži. Z celkového počtu napadených zdravotníků 72 % tvořily ženy. Zde vznikl statisticky významný rozdíl. Jak již bylo zmíněno, obětí útoků se nejčastěji stávaly ženy, zatímco pachateli násilí byli převážně muži. Studie dále přináší poznatek o statistickém rozdílu věku oběti a pachatele. Z dat vyplývá, že napadení zdravotníci byli mladší než pachatelé bez ohledu na to, zda se jednalo o verbální urážky nebo fyzické násilí. (Ferri a kol., 2016)

Reportování násilných incidentů ze strany zdravotnického personálu je nízké. Data ze studie upozorňují na skutečnost, že 84 % z celkového počtu napadených zdravotníků násilí na pracovišti neohlásilo. Neohlašování násilí na pracovišti spočívá ve strachu z odplaty ze strany pachatele násilí či jeho rodiny nebo z pocitu studu. Data dokládají skutečnost ohlašování pouze závažných útoků. Teprve vznik fyzického zranění přesvědčí zdravotnický personál danou událost ohlásit. (Ferri a kol., 2016)

3.4.3 Srovnání případových studií

Podrobné srovnání výsledů studie 1 a studie 2 popsaných výše, je uvedeno v příloze 1. Následující text uvádí shrnutí výsledků.

Zkušenost s externím násilím na pracovišti. S verbální nebo fyzickou agresí se setkala dle:

- studie 1: 74 % respondentů;
- studie 2: 45 % respondentů.

Procentuální zastoupení se liší z důvodu rozdílnosti celkového počtu respondentů v jednotlivých studiích, ale i přes tento rozdíl jsou výsledky alarmující. Do obou výzkumů se celkem zapojilo 1 508 respondentů, z toho 986 respondentů uvedlo, že se na svém pracovišti setkala s externím násilím. V přepočtu na procenta bylo ohroženo 65 % dotázaných zdravotníků. Četnost výskytu jednotlivých forem externího násilí na pracovišti je uvedena v odstavcích níže.

Zkušenost s verbální agresí:

- Studie 1: 54 % respondentů;
- Studie 2: 51 % respondentů.

Zkušenost s fyzickou agresí:

- Studie 1: 20 % respondentů;
- Studie 2: 49 % respondentů.

Vyšší četnost výskytu verbální agrese před agresí fyzickou lze na základě provedené literární rešerše přisoudit k fenoménu uplatňování domnělé moci (viz

uvedený příklad rodičů a hospitalizované dcery na str. 42), úpadku morálních hodnot ve společnosti včetně absence úcty a respektu k druhé osobě. Vedoucí Odboru pro vnitřní bezpečnost a krizové řízení FNM pan Kotalík dodává, že *„vše je o mezilidských vztazích a chování – do nemocnice lidé přicházejí žádat o pomoc a čekají, že jim bude od zdravotnického personálu pomoc poskytnuta. Zde by měla být vzájemná důvěra a respekt.“* (Kotalík, 2019a)

Obě studie své zkoumání podrobněji zaměřily na výskyt verbální a fyzické agrese napříč zdravotními odděleními.

Zdravotní oddělení s nejvyšším výskytem verbální agrese.

- Studie 1: psychiatrie (87 %), ambulance (67 %);
- Studie 2: neurochirurgie (50 %), oddělení geriatrické péče (41 %).

Zdravotní oddělení s nejvyšším výskytem fyzické agrese:

- Studie 1: psychiatrie (36 %), rehabilitace a pečovatelská zařízení (32 %);
- Studie 2: psychiatrie (73 %), ambulance (34 %).

Z výše uvedeného srovnání vyplývá, že k nejvíce zatíženým oddělením se řadí oddělení psychiatrie a ambulance.

4 METODIKA

4.1 Základní informace o Fakultní nemocnici v Motole

FNM představuje největší zdravotnické zařízení na území České republiky. Celková kapacita lůžek činí z FNM jedno z největších zdravotnických zařízení v Evropě. (Historie a současnost, c2021)

Nemocnice v číslech. Všechny níže uvedené údaje jsou aktuální k 31. 12 2019 a poukazují nejen na objem poskytované péče, ale i na četnost výskytu vysoké koncentrace osob v areálu nemocnice.

- Rozloha areálu nemocnice má 35 ha.
- Celková kapacita lůžek činí 2 231, z toho 1 624 připadá pro dospělé a 607 pro dětské pacienty.
- Celkový počet zaměstnanců 5 954.
- K ambulantnímu ošetření se v roce 2019 dostavil 1 251 485 pacientů.
- Hodnota 20 000 představuje průměrný počet pacientů, návštěvníků a zaměstnanců nemocnice, který denně projde nemocnicí v dopoledních hodinách.
- Komplex nemocničních budov tvoří 21 455 místností. (FN Motol, 2020; Historie a současnost, c2021)

Popis objektu. Mapa areálu FNM je k nahlédnutí v příloze 2. Areál nemocnice má rozlohu 35 ha tzn., že svou rozlohou zaujímá plochu přibližně 52 fotbalových hřišť. Stavebně je FNM tvořena dvěma hlavními monobloky. Jeden z monobloků je určen pouze pro péči o dětské pacienty. Jedná se o 12patrovou budovu, jenž je koncipovaná do tvaru kříže. Druhý monoblok je určen pro pacienty dospělé. Oba monobloky jsou navzájem propojené. V areálu se dále nachází několik samostatných pavilonů, které jsou využívány jako laboratoře nebo pro pracovní

zázemí ústavů 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. (Historie a současnost, c2021)

Bezpečnost. Informace o bezpečnosti a bezpečnostních prvcích objektu představují citlivé informace, které nemohou být v předložené diplomové práci zveřejněny. Z tohoto důvodu jsou informace o bezpečnosti objektu zobecněny, aby nemohlo dojít k jejich zneužití.

Areál FNM představuje veřejný prostor s nepřetržitým provozem 24/7/365. S ohledem na charakter areálu a jeho rozlohu nelze provádět rutinní kontroly přicházejících osob. Situaci v nemocnici lze, dle slov vedoucího odboru pro vnitřní bezpečnost a krizové řízení, pana Kotalíka, pouze monitorovat. V celém areálu se nacházejí 4 vrátnice. Fyzickou bezpečnost zabezpečují desítky bezpečnostních zaměstnanců soukromé bezpečnostní služby, kteří plní činnosti spojené s ostrahou objektu. Každá budova má k dispozici člena ostrahy, který určitým způsobem zabezpečuje plynulý chod nemocnice. V případě ohrožení zdravotnického personálu jsou členové ostrahy nápomocni vzniklou situaci řešit, nedisponují však pravomocemi příslušníků PČR ani strážníků obecní policie. Dojde-li k porušení zákona, je přivolána PČR. Pro případ nouze disponuje každá ordinace telefonním přístrojem s tlačítkem první pomoci, které povolává ostrahu objektu. Urgentní příjmy jsou navíc vybaveny SOS tlačítky, která jsou napojena na pult centrální ochrany. (Kotalík, 2019a; Historie a současnost, c2021)

K zabezpečení objektu jsou rovněž využívána technická bezpečnostní opatření. Ke zvýšení ochrany objektu přispívají stovky bezpečnostních kamer. Kamerový systém zabezpečuje Odbor informačních systémů. Umístění kamerového systému má svá striktní pravidla. Dle zákona mohou být bezpečnostní kamery umístěny pouze na místech veřejných, kde se veřejnost volně pohybuje. V areálu FNM lze bezpečnostní kamery najít např. na chodbách

či v čekárně lékaře. (Kotalík, 2019a) K dalším technickým zabezpečovacím prvkům se řadí technické prostředky sloužící ke kontrole vstupu vedoucí k zamezení vstupu neoprávněných osob. Ke zvýšení bezpečnosti jsou dále využívány poplachové zabezpečovací a tísňové systémy.

4.2 Empirické šetření

Na konci roku 2018 mohly poskytovatelé lůžkové péče zažádat o poskytnutí neinvestiční dotace v rámci dotačního programu na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví pro rok 2019 (viz str. 24-25). Žádost FNM o udělení výše uvedené finanční podpory na zvýšení ochrany měkkých cílů byla Ministerstvem zdravotnictví schválena. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví OKP/10/1109/2019 byla FNM poskytnuta neinvestiční dotace na realizaci projektu 10/18/MC-1 s názvem Zvýšení ochrany a bezpečnosti měkkého cíle Fakultní nemocnice v Motole. (Kotalík, 2019b)

V rámci výše uvedeného projektu bylo provedeno nespočet analýz včetně dotazníkového šetření se zaměřením na vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 1 052 respondentů (zaměstnanců FNM). Četnost souboru naměřených dat (získaných odpovědí) stojí za bližší statistické rozpracování. Z tohoto důvodu oslovila autorka práce zástupce FNM o poskytnutí naměřeného souboru dat ke statistickému rozpracování v předložené diplomové práci. Na základě souhlasu FNM, uvedeném v příloze 3, byl naměřený soubor dat (odpovědi z dotazníkového šetření) autorce práce poskytnut ke statistickému rozpracování.

Sběr dat probíhal v měsících srpen-září roku 2019 formou online dotazníků. Dotazník obsahoval 10 otázek a byl určen všem zaměstnancům nemocnice. Do průzkumu se zapojili:

- zdravotní sestry a zdravotníci;
- lékaři;
- management nemocnice;
- ostatní pracovníci nemocnice – úředníci, referenti, pomocný zdravotní personál apod.

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit kvalitativní informace o vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti. Dotazník zodpovědělo 1 054 respondentů. Jedná se o reprezentativní vzorek, který byl využit k otestování hypotéz stanovených v kapitole 2. V přepočtu se do výzkumu zapojilo 18 % pracovníků z celkového počtu zaměstnanců FNM.

Dotazníkové šetření probíhalo dobrovolně a zcela anonymně. I přes uvedené skutečnosti lze předpokládat nevyplnění dotazníku z obavy zaměstnanců ze zneužití získaných informací či odhalení jejich identity.

4.3 Statistické testování hypotéz pomocí testů hypotéz

Na základě definovaných otázek a jednotlivých odpovědí na tyto otázky lze předpokládat, že získaný soubor dat pochází z normálního rozdělení. Proto je k vyhodnocení naměřeného souboru dat a statistickému ověřování hypotéz stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Níže uvedené vzorce a testovací statistiky jednotlivých testů hypotéz vychází z publikací Hendla (2015), Pecákové (2018) a Altmana (c1991):

Test dobré shody. Pro testování hypotéz H3 a H4 byl využit chí-kvadrát test dobré shody, který se vypočítá jako podíl naměřených a očekávaných četností. Nulová hypotéza hovoří o statisticky nevýznamných rozdílech mezi naměřenými a očekávanými četnostmi. Testovací statistika má tvar:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - np_i)^2}{np_i}$$

k = počet možných hodnot proměnné,

n_i = naměřené četnosti,

np_i = očekávané četnosti.

Kritický kvantil χ^2 -rozdělení při $k - 1$ stupních volnosti:

$$\chi_{(k-1)}^2(1 - \alpha)$$

$k - 1$ = stupně volnosti,

α = hladina významnosti.

Nulová hypotéza se zamítá v případě, že testovací statistika χ^2 nabývá vyšších hodnot než kritický kvantil χ^2 -rozdělení při $k - 1$ stupních volnosti tzn.:

$$\chi^2 \geq \chi_{(k-1)}^2(1 - \alpha)$$

χ^2 = testovací statistika chí kvadrátu dobré shody,

$\chi_{(k-1)}^2$ = chí-rozdělení při $k - 1$ stupních volnosti,

α = hladina významnosti.

Nulovou hypotézu je možné zamítnout i v případě, je-li p-hodnota testu větší než stanovená hladina významnosti α .

Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. K ověření hypotézy H_1 , H_2 , H_5 , H_7 a H_{12} byl využit chí-kvadrát test nezávislosti, který posuzuje závislosti jevů prostřednictvím kontingenčních tabulek. Test je založen na porovnání naměřených (pozorovaných) četností s četnostmi očekávanými. Pro zobrazení naměřených četností lze využít kontingenční tabulky typu $r \times s$. Očekávané četnosti se vypočítají jako podíl součinu naměřených hodnot v řádcích (r) a sloupcích (s) v tabulce naměřených četností ku celkovému počtu naměřených četností, matematicky je tento vztah vyjádřen takto:

$$m_{ij} = \frac{n_i n_j}{n}$$

m_{ij} = očekávané četnosti,

n_i = součet naměřených hodnot v řádku tabulky,

n_j = součet naměřených hodnot v sloupci tabulky,

n = celkový počet naměřených četností.

H_0 mluví o nezávislosti jevů tzn. o shodě mezi pozorovaným a očekávaným souborem dat. Oproti tomu alternativní hypotéza předpokládá existenci závislosti. Po dopočítání očekávaných četností lze dle vzorce vypočítat testovací statistiku:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{pozorované četnosti} - \text{četnosti očekávané})^2}{\text{očekávané četnosti}}$$

matematický zápis vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - m_{ij})^2}{m_{ij}}$$

Výsledná hodnota testovací statistiky χ^2 se porovná s kritickou hodnotou kvantilu:

$$\chi_{(r-1)(s-1)}^2(1 - \alpha)$$

$\chi_{(r-1)(s-1)}^2$ = chí-rozdělení o stupních volnosti,

α = hladina významnosti.

Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti α , pokud testovací statistika nabývá vyšších hodnot než kritický kvantil chí-rozdělení o stupních volnosti:

$$\chi^2 \geq \chi_{(r-1)(s-1)}^2(1 - \alpha)$$

χ^2 = testovací statistika chí-kvadrátu testu nezávislosti,
 $\chi^2_{(r-1)(s-1)}$ = chí-rozdělení o stupních volnosti,
 $(1 - \alpha)$ = kvantil.

Nulovou hypotézu o nezávislosti lze zamítnout i v případě je-li p-hodnota testu menší než hladina významnosti α .

Dojde-li k zamítnutí H_0 ve prospěch alternativní hypotézy, lze v kontingenční tabulce dále zkoumat sílu závislosti prostřednictvím Pearsonova a Cramerova kontingenčního koeficientu. Pro výpočet Pearsonova kontingenčního koeficientu se využívá vzorec:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

χ^2 = testovací statistika chí-kvadrátu testu nezávislosti,
 n = celkový počet naměřených četností.

Cramerův kontingenční koeficient:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(m-1)}}$$

χ^2 = testovací statistika chí-kvadrátu testu nezávislosti,
 n = celkový počet naměřených četností,
 $m - 1$ = minima z hodnot $r - 1$ $s - 1$.

Uvedené koeficienty nabývají hodnot v otevřeném intervalu od 0 do 1. Čím se hodnoty koeficientů blíží k 1, tím je závislost jevů silnější. V opačném případě závislost slábne, blíží-li se hodnoty k nule. Nula představuje ideální nezávislost. Jestliže koeficienty dosáhnou hodnoty rovné jedné, lze konstatovat, že v tabulce je úplný vztah.

Korelační analýza. K otestování hypotéz H6, H8 a H12 byl použit Pearsonův korelační koeficient, který testuje možnou korelaci naměřených veličin. Korelační koeficient nabývá hodnot v intervalu od -1 do 1, přičemž záporné hodnoty představují negativní vztah mezi proměnnými a kladné hodnoty pozitivní vztah. Korelační koeficient se v populaci označuje symbolem ρ . H_0 předpokládá nulovou korelaci proměnných, tzn. korelační koeficient ρ je roven nule. Vzorec pro výpočet testovací statistiky:

$$t = \frac{r}{\sqrt{1-r^2}} \sqrt{n-2}$$

t = Studentovo t-rozdělení s $n - 2$ stupni volnosti,
 r = koeficient korelace,
 $n - 2$ = stupně volnosti.

Kritický kvantil:

$$t_{1-\frac{\alpha}{2}}(n-2)$$

α = hladina významnosti,
 $(n - 2)$ = stupně volnosti.

H_0 o nulové korelaci se zamítá v případě, překročí-li testovací statistika hodnotu kritického kvantilu:

$$|t| \geq t_{1-\frac{\alpha}{2}}(n-2)$$

nebo je-li p-hodnota testu menší než hladina významnosti α .

Analýza rozptylu. Pro statistické ověření hypotézy H9 byla využita jednofaktorová ANOVA (analysis of variance), která představuje analýzu rozptylu. ANOVA zkoumá vliv nezávisle proměnné (faktoru) na závisle proměnnou (zkoumaného znaku). Nulová hypotéza říká, že zvolený faktor

neovlivňuje zkoumaný znak. Jinými slovy H_0 hovoří o neexistenci statisticky významného rozdílu mezi výběry.

Testová statistika:

$$F = \frac{MS_A}{MS_e}$$

F = testová statistika

MS = průměrné čtverce (mean squares).

kde:

$$MS_A = \frac{S_A}{m - 1}; MS_e = \frac{S_e}{n - m}$$

S_A = součet čtverců rozdílů mezi výběry,

S_e = součet čtverců odchylek uvnitř výběru,

$m - 1, n - m$ = stupně volnosti.

Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti α , jestliže testovací statistika překročí hodnotu kritického kvantilu:

$$F > F_{1-\alpha}(m - 1, n - m)$$

F = testovací statistika,

$F_{1-\alpha}(m - 1, n - m) = 100(1 - \alpha)\%$ kvantil F-rozdělení o $m - 1, n - m$ stupních volnosti.

H_0 lze rovněž zamítnout, pokud p-hodnota testu je menší než hladina významnosti α . Zamítne-li se nulová hypotéza ve prospěch H_1 , je prokázán statisticky významný rozdíl mezi pozorovanými výběry.

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů. Ke statistickému ověření H_{10}, H_{11} byl použit dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů neboli Welchův test, který odpovídá na otázku, zda mezi středními hodnotami zvolených výběrů existuje

statistický rozdíl. Nulová hypotéza předpokládá rovnost středních hodnot zvolených výběrů. Testová statistika má tvar:

$$T = \frac{\bar{x}_1 + \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

\bar{x}_1 = střední hodnota výběru jedna,

\bar{x}_2 = střední hodnota výběru dva,

S^2 = rozptyl daného výběru,

n_1 = výběr jedna,

n_2 = výběr dva.

Vzorec pro stupně volnosti:

$$st. v. = \left(\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}} \right)$$

st. v. = stupně volnosti,

S^2 = rozptyl daného výběru,

n_1 = výběr jedna,

n_2 = výběr dva.

Kritický kvantil:

$$t_{st.v.}(1 - \alpha/2)$$

st. v. = stupně volnosti,

α = hladina významnosti.

Pro ověření stanovené hypotézy byl využit oboustranný test, z tohoto důvodu je pro oblast zamítnutí použit kvantil $1 - \alpha/2$. Pokud testovací statistika přesáhne hodnotu kritického kvantilu, lze na hladině významnosti α zamítnout H_0 , tzn.:

$$T > t_{st.v.}(1 - \alpha/2)$$

T = testovací statistika,
st. v. = stupně volnosti,
 α = hladina významnosti.

Nulovou hypotézu lze také zamítnout, pokud p-hodnota testu je menší než hladina významnosti α .

5 VÝSLEDKY

Následující kapitola je věnována prezentaci výsledků výzkumu, nikoliv jejich diskuzi. Níže uvedený text přináší odpovědi na otázky a hypotézy stanovené v kapitole 2. Pro zachování přehlednosti jsou výsledky výzkumu řazeny analogicky s kapitolou 2.

Do výzkumu se vedle zdravotnického personálu zapojili i ostatní pracovníci a management nemocnice. Početní zastoupení respondentů dle pracovního zařazení uvádí tabulka 6.

Tabulka 6 Počet respondentů dle pracovního zařazení (vlastní zpracování)

	N = 1 052
Zdravotní sestry/zdravotníci	517
Ostatní pracovníci	247
Lékaři	209
Management	79

Nejpočetnější skupinu respondentů tvoří zdravotní sestry a zdravotníci. Následují ostatní pracovníci a lékaři. Z tabulky 6 dále vyplývá, že nejnižší zastoupení připadá na management nemocnice. Pro účely dalšího zkoumání jsou respondenti dle pracovního zařazení rozděleni do dvou základních kategorií:

- zdravotnický personál (lékaři a zdravotní sestry/zdravotníci),
- ostatní pracovníci nemocnice (management nemocnice a úředníci, referenti, pomocný zdravotní personál apod.).

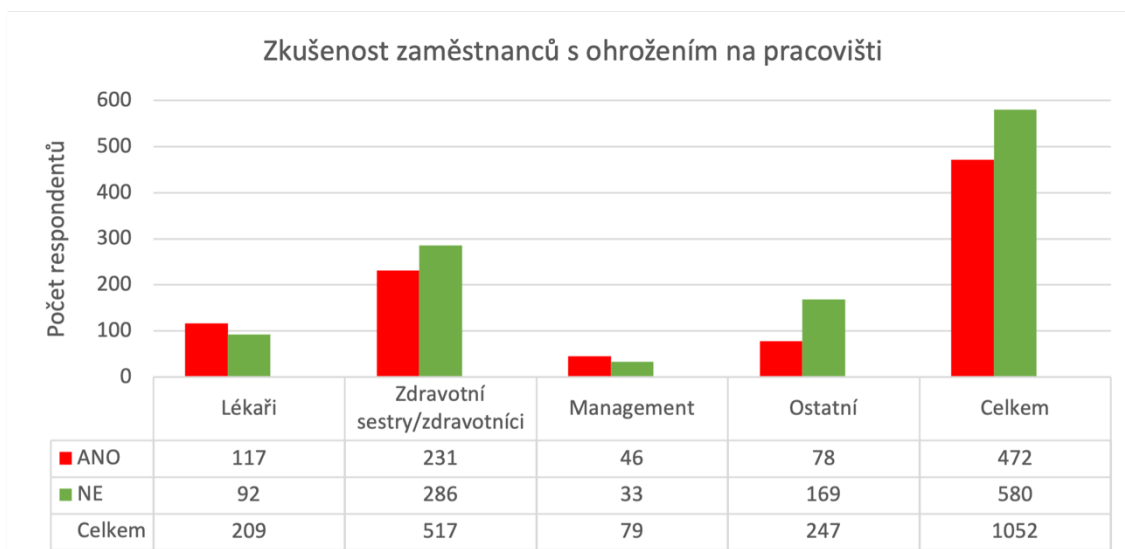
5.1 Zkušenost s ohrožením na pracovišti

První výzkumná oblast se zabývá otázkou, zda zaměstnanci FNM mají zkušenost s ohrožením na pracovišti. Zkušenost s ohrožením na pracovišti může nabývat dvojího charakteru – přímé a nepřímé (přenesené) zkušenosti.

Samostatný pojem zkušenost s ohrožením na pracovišti v předložené práci zahrnuje přímou i nepřímou zkušenost s ohrožením. Skutečnost, zda zaměstnanci FNM mají zkušenost s ohrožením na pracovišti zjišťovala otázka 7 dotazníkového šetření. Respondenti zde vybírali z odpovědí:

- ano, mám osobně tuto špatnou zkušenost;
- osobně ne, kolega;
- osobně ne, na bývalém pracovišti/na současném pracovišti před mým příchodem;
- ne, nemám.

Přímou zkušenost s ohrožením reprezentuje odpověď „ano“. Nepřímou zkušenost reprezentuje odpověď „osobně ne, kolega.“ Pro účely vyhodnocení vybraných hypotéz došlo k sloučení odpovědí „osobně ne, na bývalém pracovišti“ s odpovědí „ne, nemám“. Důvodem sloučení je stejná vypovídající hodnota těchto odpovědí – ne, nemám zkušenost s ohrožením na pracovišti. Zkušenost zaměstnanců s ohrožením na pracovišti prezentuje obrázek 1 uvedený níže. Zelené sloupce zastupují respondenty bez zkušenosti s externím násilím na pracovišti, naopak červené znázorňují respondenty s negativní zkušeností s ohrožením.



Obrázek 1 Zkušenost zaměstnanců FNM s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)

I přes převahu zelených sloupců se 45 % dotázaných zaměstnanců setkala s ohrožením na pracovišti. Četnost výskytu přímé a nepřímé zkušenosti s ohrožením je v rovnováze. Ze 472 zaměstnanců, kteří mají negativní zkušenost s ohrožením na pracovišti, disponuje přímou zkušeností 238 a nepřímou 234 zaměstnanců. Z obrázku 1 je zřejmé, že nejčastěji se s ohrožením na pracovišti setkávají zdravotní sestry a lékaři. Skutečnost, zda mezi zkušeností s ohrožením na pracovišti a pracovním zařazením existuje závislost zkoumala H1.

H1: Zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.

Pro ověření tvrzení H1 byl využit chí-kvadrát test nezávislosti. K otestování byly stanoveny následující hypotézy:

- H0: Jevy jsou nezávislé.
- H1: Jevy jsou závislé.

P-hodnota testu = $2,2 \times 10^{-7}$.

Vyhodnocení H1: P-hodnota testu, uvedená výše, ukazuje velmi malé číslo. Jelikož je p-hodnota menší než stanovená hladina významnosti α , zamítá se H_0 o nezávislosti jevů. Na zvolené hladině významnosti se prokázaly statisticky významné rozdíly mezi pracovním zařazením respondentů a zkušeností s ohrožením na pracovišti, které jsou zobrazeny na obrázku 1. Hodnoty příslušných kontingenčních koeficientů nabývají malých hodnot ($C = 0,18$; $V = 0,18$) proto lze konstatovat, že síla závislosti pracovního zařazení a zkušeností s ohrožením na pracovišti je slabá. Jinými slovy lze říci, že test prokázal závislost.

Na základě naměřeného souboru dat se prokázala slabá závislost zkušeností s ohrožením a pracovního zařazení respondentů. Z grafu uvedeném na obrázku 1 je dále zřejmé, že zdravotnický personál disponuje četnější zkušeností s ohrožením na pracovišti než ostatní pracovníci nemocnice.

H2: Zkušenost s ohrožením na pracovišti se vyskytuje méně často u ostatních pracovníků nemocnice než u zdravotnického personálu.

Tvrzení H2 bylo ověřeno obdobným postupem jako výše uvedené tvrzení H1. Pro výpočet chí-kvadrátu došlo k seskupení lékařů a zdravotních sester pod zdravotnický personál. Ostatní pracovníci jsou seskupeni s managementem nemocnice. P-hodnota testu je rovna hodnotě 0,003. Protože p-hodnota testu je menší než hladina významnosti α , zamítáme H_0 o nezávislosti jevů. Hodnoty Pearsonova a Cramerova kontingenčního koeficientu jsou rovny 0,09. Nízká hodnota uvedených kontingenčních koeficientů dokazuje slabou sílu závislosti zkušeností s ohrožením na pracovišti a pracovního zařazení. Na základě naměřeného souboru dat se potvrdily významné statistické rozdíly mezi pracovním zařazením respondentů a jejich zkušeností s ohrožením na pracovišti. Procentuální zastoupení je znázorněno v tabulce 7. Pro porovnání přímé a přenesené zkušenosti byl rovněž proveden chí-kvadrát test pouze pro přímou

zkušenost s ohrožením, který obdobně prokázal statisticky významné rozdíly na zvolené hladině významnosti. Srovnání výsledů je shrnuto v tabulce 7.

Tabulka 7 Zkušenost zdravotnického personálu a ostatních pracovníků FNM s externím násilím na pracovišti (vlastní zpracování)

N = 1 052		
Pracovní zařazení	Zkušenost s ohrožením na pracovišti	
	Ano	Ne
Zdravotnický personál	48 %	52 %
Ostatní pracovníci nemocnice	38 %	62 %
P-hodnota	0,003	
Pracovní zařazení	Přímá zkušenost s ohrožením	
	Ano	Ne
Zdravotnický personál	25 %	75 %
Ostatní pracovníci nemocnice	18 %	82 %
P-hodnota	0,010	

Zkušenost s ohrožením na pracovišti zahrnuje jak přímou, tak i přenesenou zkušenost respondentů s ohrožením. 48 % dotázaných zdravotníků má zkušenost s ohrožením na pracovišti, kdežto z řad ostatních pracovníků nemocnice (managementu a ostatních pracovníků) se s ohrožením na pracovišti setkalo 38 % dotázaných. Z tabulky 7 výše dále vyplývá, že ¼ dotázaných lékařů a zdravotních sester se setkala tváří v tvář s útočníkem. Na základě výše uvedených informací se potvrdilo tvrzení H2, že ostatní pracovníci nemocnice se s ohrožením na pracovišti neseškávají v takové míře jako jejich kolegové z řad zdravotnického personálu.

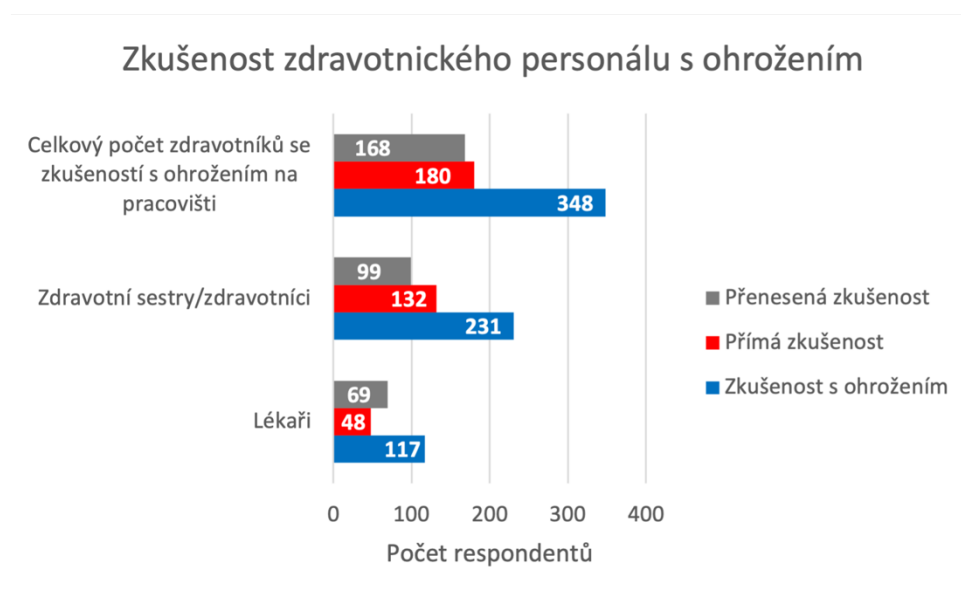
První výzkumná otázka směřovala k zjištění procentuálního zastoupení zdravotnického personálu, který má zkušenost s ohrožením na pracovišti. Z celkového počtu 726 lékařů a zdravotních sester se s ohrožením na pracovišti setkalo 48 % dotázaných, viz tabulka 8 níže.

Tabulka 8 Zkušenost zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)

N = 726

Profesní zařazení	Zkušenost s násilím na pracovišti
Zdravotní sestry/zdravotníci	32 %
Lékaři	16 %
Zdravotnický personál	48 %

Z celkového počtu dotázaného zdravotnického personálu se s přímým i nepřímým ohrožením na pracovišti setkala 32 % zdravotních sester a 16 % lékařů (viz tabulka 8 výše). Podrobnější náhled na skutečnost, kolik dotázaných lékařů a zdravotních sester FNM má negativní zkušenost s externí formou násilí na pracovišti uvádí obrázek 2.



Obrázek 2 Zkušenost zdravotnického personálu FNM s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)

Hlavní přínos obrázku 2 spočívá v poukázání na skutečnost, že více než tři stovky dotázaných lékařů a zdravotních sester má zkušenost s ohrožením na pracovišti. Z obrázku 2 lze nesprávně usoudit, že zdravotní sestry mají 3x vyšší přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než lékaři. Porovnej-li se absolutní četnosti přímé zkušenosti s ohrožením (obrázek 2) s počtem respondentů dle

pracovního zařazení (tabulka 6), lze jednoduchou matematickou úvahou dopočítat, že přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti disponuje $\frac{1}{4}$ lékařů i $\frac{1}{4}$ zdravotních sester. Skutečnost, zda zdravotní sestry mají nebo nemají častější zkušenost s ohrožením na pracovišti ověřuje hypotéza H3.

H3: Zdravotní sestry mají častější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než doktoři.

Pro ověření H3 byl použit test dobré shody. Hypotézy pro provedení testu:

- H0: Mezi četnostmi není významný statistický rozdíl.
- H1: Mezi četnostmi je významný statistický rozdíl.

Výsledná p-hodnota testu = 0,53.

Vyhodnocení H3: Protože výsledná p-hodnota testu je vyšší než hladina významnosti α , předpokládáme platnost H0. Z celkového počtu dotázaných zdravotních sester má 25,5 % přímou zkušenost s ohrožením, zatímco z celkového počtu lékařů přímou zkušeností disponuje 23 %. Uvedený procentuální rozdíl není statisticky významný na zvolené hladině významnosti α . Závěrem lze říci, že na základě naměřeného souboru dat se nepodařilo prokázat tvrzení o tom, že zdravotní sestry mají častější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než doktoři.

Četnost výskytu zkušenosti s ohrožením na pracovišti se může z hlediska pohlaví respondentů lišit. Dané tvrzení ověřuje hypotéza H4.

H4: Ženy disponují četnější přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti než muži.

Tvrzení H4 představuje obdobný případ testovaného tvrzení H3 uvedeného výše. Z tohoto důvodu byl k ověření tvrzení H4 využit stejný postup.

Výsledná p-hodnota testu = 0,064.

Vyhodnocení H4: Výsledná p-hodnota testu přesahuje hladinu významnosti α , z tohoto důvodu předpokládáme platnost H_0 na zvolené hladině významnosti α . Na základě naměřeného souboru dat se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými četnostmi, tzn. nepodařilo se prokázat tvrzení o tom, že ženy mají četnější zkušenost s ohrožením na pracovišti než muži.

Zdravotnický personál, který v dotazníku uvedl, že disponuje přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti, mohl dále uvést o jakou zkušenost se konkrétně jednalo např. jaké formě násilí čelil či kdo byl pachatelem násilí. Této možnosti sdělení využilo 46 % zdravotníků, kteří mají přímou zkušenost s externím násilím na pracovišti. Tabulka 9 uvádí nejčastější pachatele externího násilí vůči zdravotnickému personálu ve FNM.

Tabulka 9 Podíl pachatelů externího násilí na pracovišti proti zdravotnickému personálu FNM (vlastní zpracování)

N = 180	
Pachatel	Zkušenost zdravotnického personálu
Agresivní pacient	38 %
Agresivní rodinný příslušník	21 %

Z tabulky 9 vyplývá, že se respondenti z řad lékařů a zdravotních sester na svém pracovišti nejčastěji setkávají s agresivním pacientem. Rodinný příslušník pacienta se násilí proti dotázanému zdravotnickému personálu FNM dopustil v 21 % případů.

Formy externího násilí na pracovišti, kterým dotázaní lékaři a zdravotní sestry čelili znázorňuje tabulka 10 níže.

Tabulka 10 Zkušenost zdravotnického personálu FNM s formami externího násilí na pracovišti (vlastní zpracování)

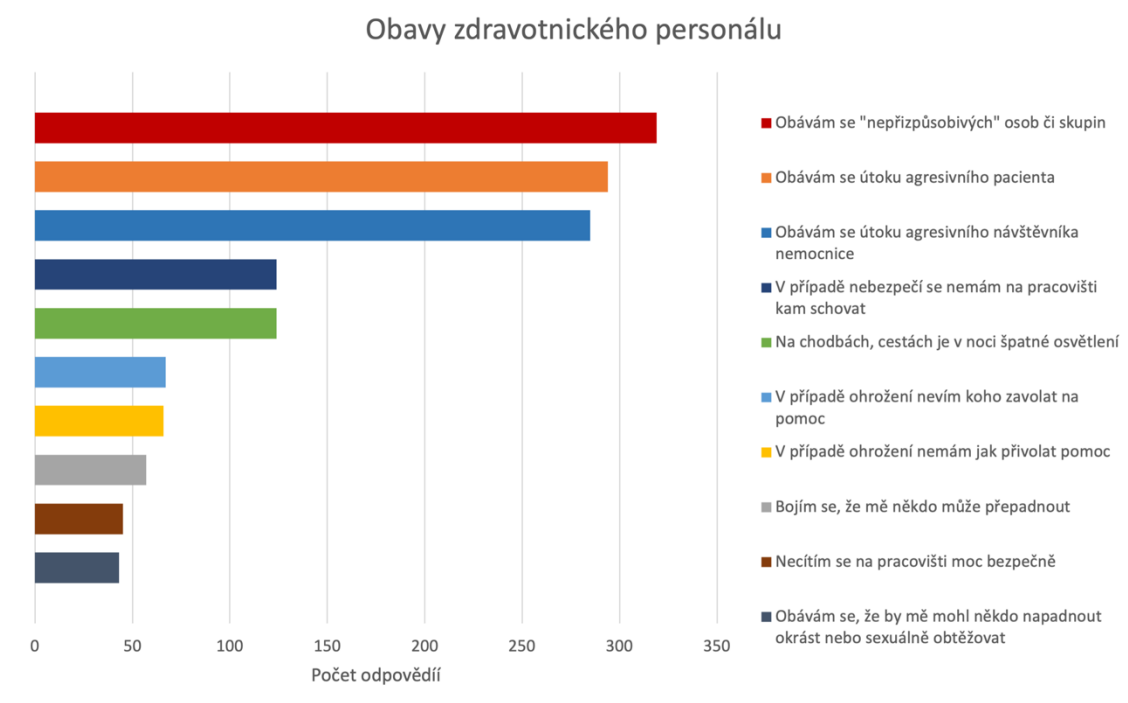
N = 180	
Forma násilí	Zkušenost zdravotnického personálu
Verbální agrese	22 %
Fyzický útok	12 %

Z tabulky 10 je zřejmá převaha výskytu verbálních útoků nad útoky fyzickými. S verbální agresí se setkala 22 % dotázaných lékařů a zdravotních sester, kteří mají přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, zatímco fyzickému útoku čelilo o 10 % méně dotázaných.

5.2 Obavy z ohrožení na pracovišti

První otázka dotazníkového šetření směřovala k zjištění, jaké situace vnímají zaměstnanci FNM na svém pracovišti za rizikové. Z výzkumu vyplynulo, že se dotázaní zaměstnanci FNM nejvíce obávají nepřizpůsobivých osob, útoku agresivního návštěvníka nemocnice a útoku agresivního pacienta. Zdravotnický personál za rizikové situace vnímá situace uvedené na obrázku 3. Největší obavy má zdravotnický personál z nepřizpůsobivých osob. Následuje obava z útoku agresivního pacienta. Třetí nejčtenější obavu pro lékaře a zdravotní sestry/zdravotníky představuje útok agresivního návštěvníka nemocnice. Níže uvedené schéma obav (obrázek 3) je totožné jak pro zdravotnický personál, tak i pro všechny zaměstnance nemocnice, kteří se empirického výzkumu zúčastnili. Jediný rozdíl spočívá ve vnímání obav z útoku agresivního pacienta a návštěvníka nemocnice. Zdravotníci za druhé nevyšší riziko vnímají útok agresivního pacienta. Naopak v celkovém přehledu všech zaměstnanců

nemocnice je na druhém místě obava z útoku agresivního návštěvníka nemocnice.



Obrázek 3 Vnímání rizik zdravotnického personálu FNM na pracovišti (vlastní zpracování)

Nejméně se zdravotnický personál na svém pracovišti obává přepadení, majetkové kriminality nebo sexuálního obtěžování. Pouze pár desítek zdravotníků v dotazníkovém šetření uvedlo, že se necítí na svém pracovišti bezpečně. Z obrázku 3 dále vyplývá, že přibližně 20 % zdravotníků má obavu z toho že, pokud by došlo na jejich pracovišti k ohrožení, nemají se kam ukryt.

Zda jsou obavy zdravotnického personálu z obrázku 3 podložené negativní zkušeností s externím násilím na pracovišti, blíže přiblíží testy hypotéz H5, H6, H7, H8, H9, kterým se věnuje následující text.

H5: Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního pacienta než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.

Pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti byla ověřena skutečnost, zda obava z možného útoku agresivního pacienta závisí na předchozí negativní zkušenosti s ohrožením na pracovišti. Pro vyhodnocení H5 nedošlo ke sloučení odpovědí, ale byly použity pouze odpovědi reflektující přímou zkušenost s ohrožením – „ano, osobně mám tuto špatnou zkušenost“ a „ne, nemám“.

Výsledná p-hodnota testu = $8,2 \times 10^{-15}$.

Vyhodnocení H5: Výsledná p-hodnota testu je mnohonásobně menší než stanovená hladina významnosti α , z tohoto důvodu zamítáme H_0 o nezávislosti jevů. Pearsonův kontingenční koeficient $C = 0,33$ a Cramerův kontingenční koeficient $V = 0,35$. Protože hodnoty kontingenčních koeficientů nabývají vyšších hodnot než v předchozích případech, lze konstatovat, že síla závislosti obavy z útoku agresivního pacienta a zkušenosti zdravotníků s ohrožením je středně slabá. Nízká p-hodnota testu dále potvrzuje významné statistické rozdíly na zvolené hladině významnosti. Existenci těchto rozdílů znázorňuje tabulka 11.

Tabulka 11 Vliv přímé zkušenosti s ohrožením zdravotnického personálu na obavu z útoku agresivního pacienta (vlastní zpracování)

		N = 486	
Přímá zkušenost s ohrožením	Obava zdravotníků z agresivního pacienta		
	Ano	Ne	
Ano	59 %	41 %	
Ne	24 %	76 %	

Z tabulky 11 vyplývá, že 76 % dotázaných lékařů a zdravotních sester, co nemají přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se zároveň útoku

agresivního pacienta neobávají. Zatímco více než polovina dotázaných zdravotníků, kteří mají přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se útoku agresivního pacienta obává. Zdravotníci, kteří se s přímým ohrožením na pracovišti nesetkali, se agresivního pacienta obávají z 24 %. Na základě naměřeného souboru dat se potvrdila hypotéza H5, že lékaři a zdravotní sestry s přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti mají vyšší obavy z útoku agresivního pacienta než kolegové bez zkušenosti s externím násilím na pracovišti.

H6: Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního pacienta závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

Závislost jevů byla ověřena pomocí korelace. Za účelem ověření H6 byly odpovědi „ano“ a „osobně ne, kolega“ seskupeny pod souhrnnou odpověď reprezentující zkušenost s ohrožením na pracovišti. Odpovědi „ne“ a „osobně ne, na bývalém pracovišti“ byly seskupeny pod odpověď „ne, nemám zkušenost s ohrožením“. Pro možnost výpočtu korelace byly oba sloupce odpovědí převedeny na 0 a 1, přičemž 1 reprezentuje zkušenost s ohrožením. Pro testovací statistiku H6 byly stanoveny následující hypotézy:

- H0: Obavy z agresivního pacienta nezávisí na zkušenosti s ohrožením.
- H1: Obavy z agresivního pacienta závisí na zkušenosti s ohrožením.

Vyhodnocení H6: Hodnota korelačního koeficientu $\rho = 0,30$ představuje korelaci zkoumaných jevů. Protože uvedený korelační koeficient nabývá kladné hodnoty, nachází se mezi zkoumanými jevy pozitivní vztah. Testovací statistika $|t| = 8,58$ je větší než hodnota kritického kvantilu $t_{0,975}(724) = 1,96$ tzn., že na hladině významnosti α zamítáme H0 ve prospěch H1. Výsledek testu potvrzuje statisticky významnou korelaci na zvolené hladině významnosti α . Lze tedy konstatovat, že na základě zjištěných dat se potvrdila hypotéza H6, že obava

z agresivního pacienta závisí na zkušenosti zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti.

H7: Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního návštěvníka nemocnice než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.

Hypotéza H7 se obdobně jako výše uvedená hypotéza H5 zabývá skutečností, zda obava zdravotníků z možného útoku agresivního návštěvníka nemocnice závisí na předchozí negativní zkušenosti s ohrožením na pracovišti. Pro ověření H7 je využit analogický postup uvedený u H5.

Výsledná p-hodnota testu = $1,7 \times 10^{-5}$.

Vyhodnocení H7: P-hodnota testu je menší než stanovená hladina významnosti α , z tohoto důvodu lze na základě naměřených dat oprávněně zamítnout H_0 o nezávislosti jevů. Pearsonův kontingenční koeficient $C = 0,19$ a Cramerův kontingenční koeficient $V = 0,20$. Protože hodnoty kontingenčních koeficientů nabývají uvedených hodnot, lze konstatovat, že síla závislosti obavy zdravotníků z útoku agresivního návštěvníka nemocnice a zkušenosti zdravotníků s ohrožením na pracovišti je slabá. Nízká p-hodnota testu dále potvrzuje významné statistické rozdíly mezi zkoumanými jevy, které jsou znázorněny v tabulce 12.

Tabulka 12 Vliv přímé zkušenosti s ohrožením zdravotnického personálu na vnímání obavy z útoku agresivního návštěvníka nemocnice (vlastní zpracování)

		N = 486	
Přímá zkušenost s ohrožením	Obava z agresivního návštěvníka nemocnice		
	Ano	Ne	
Ano	49 %	51 %	
Ne	29 %	71 %	

Z tabulky 12 vyplývá, že 71 % dotázaných lékařů a zdravotních sester, z těch, kteří nemají přímou zkušenost ohrožením na pracovišti, se útoku ze strany agresivního návštěvníka nemocnice neobávají. Naopak 49 % zdravotníků, kteří mají přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se útoku agresivního návštěvníka obávají, zatímco kolegové bez přímé zkušenosti s ohrožením na pracovišti se útoku agresivního návštěvníka nemocnice obávají pouze z 29 %. Na základě naměřeného souboru dat se prokázala hypotéza H7, že zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením má vyšší obavy z útoku agresivního návštěvníka nemocnice než lékaři a zdravotní sestry, kteří se s externím násilím na pracovišti nesetkali.

H8: Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního návštěvníka nemocnice závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

Za účelem ověření H8 byly odpovědi „ano“ a „osobně ne, kolega“ seskupeny pod jednu odpověď „ano mám zkušenost s ohrožením“. Odpovědi „ne“ a „osobně ne, na bývalém pracovišti“ byly seskupeny pod odpověď „ne, nemám zkušenost s ohrožením“. Pro možnost výpočtu korelace byly oba sloupce odpovědí převedeny na numerické hodnoty 0 a 1, přičemž 1 reprezentuje zkušenost s ohrožením. Hypotézy pro ověření tvrzení H8 pomocí korelace jsou stanoveny následovně:

- H0: Obavy z agresivního návštěvníka nemocnice nezávisí na zkušenosti s ohrožením.
- H1: Obavy z agresivního návštěvníka nemocnice závisí na zkušenosti s ohrožením.

Vyhodnocení H8: Hodnota korelačního koeficientu $\rho = 0,20$ potvrzuje pozitivní korelaci zkoumaných jevů. Testovací statistika $|t| = 5,49$ přesahuje hodnotu kritického kvantilu $t_{0,975}(724) = 1,96$. Z tohoto důvodu se na hladině

významnosti α zamítá H_0 ve prospěch H_1 . Závěrem lze konstatovat, že provedený test prokázal závislost a statisticky významnou korelaci zkoumaných jevů na zvolené hladině významnosti α . Na základě naměřených dat se potvrdila hypotéza H_8 , že obava z agresivního návštěvníka nemocnice závisí na zkušenosti zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti.

H9: Vnímání rizik na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.

Otázka 1 dotazníkového šetření zjišťovala, jaké situace vnímají respondenti na svém pracovišti za rizikové. Otázka zahrnovala celkem 10 rizikových situací, přičemž respondenti mohli označit jednu a více situací, kterých se na pracovišti obávají. K ověření tvrzení, zda pracovní zařazení respondentů má nebo nemá vliv na vnímání rizikových situací na pracovišti, byl použit jednofaktorový ANOVA test. Pro účely výpočtu byly odpovědi přepsány na numerické hodnoty 0 a 1, kde hodnota 1 představuje obavu z dané situace. Přepis na numerické hodnoty byl proveden za účelem zjištění součtu rizikových situací pro každého respondenta zvlášť. Na základě součtu označených rizik u každého respondenta, mohla být provedena analýza rozptylu prostřednictvím jednofaktorového ANOVA testu. Výsledek ANOVA testu znázorňuje tabulka 13.

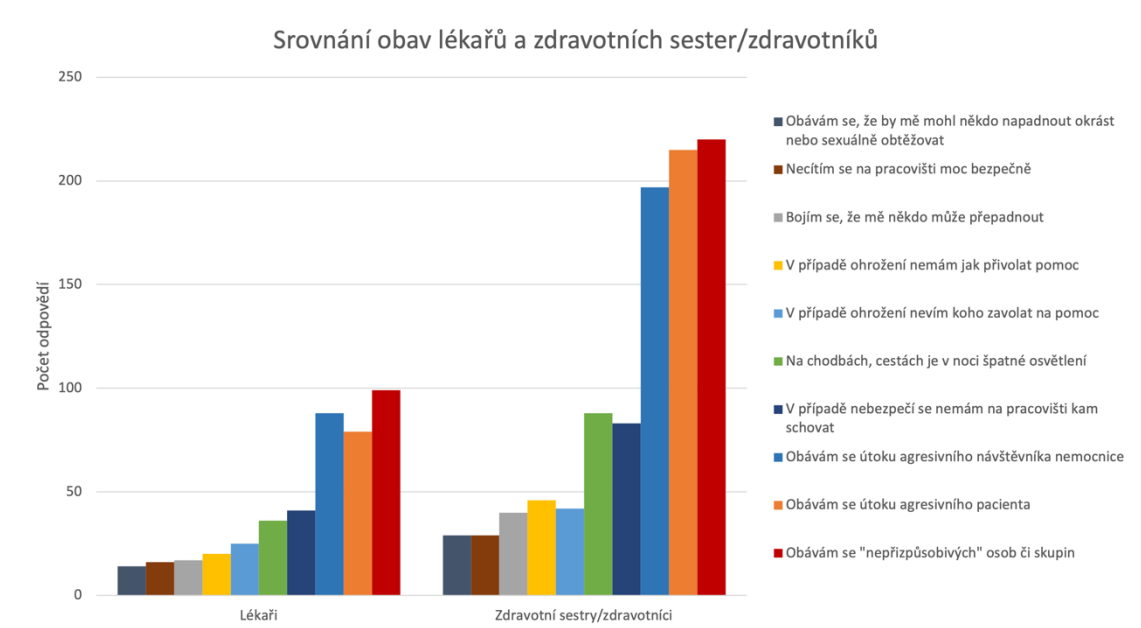
Tabulka 13 Vnímání rizik v průměru mezi respondenty napříč pracovním zařazením (vlastní zpracování)

N = 1052	
Profesní zařazení	Průměr
Zdravotní sestra/zdravotník	1,91
Lékař	2,08
Ostatní pracovníci	1,83
Management	1,62
P-hodnota	0,04

Na hladině významnosti α se prokázala statistická významnost rozdílů mezi pracovním zařazením respondentů a vnímáním rizik na pracovišti. Statistickou

významnost rozdílů dokládá i p-hodnota testu, která nabývá nižší hodnoty než zvolená hladina významnosti α . Díky výsledku testu ANOVA lze konstatovat, že celkové vnímání rizik je závislé na pracovním zařazení respondentů. Z výše uvedené tabulky 13 vyplývá, že lékaři v průměru vnímají více než 2,08 druhů rizik, kdežto management nemocnice v průměru vnímá za rizikové pouze 1,62 situací. Na základě naměřených dat a výsledku provedeného testu ANOVA byla potvrzena hypotéza H9, z tohoto důvodu lze tvrdit, že vnímání rizik na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.

Názorovou shodnost lékařů a zdravotních sester v oblasti vnímání rizik na pracovišti lze spatřit na obrázku 4. Graf na obrázku 4 znázorňuje, jaké situace spatřují za rizikové lékaři a jakou optikou nahlíží na rizikové situace zdravotní sestry.



Obrázek 4 Vnímání rizik na pracovišti z pohledu lékařů a zdravotních sester (vlastní zpracování)

Z grafu na obrázku 4 je viditelný nepatrný rozdíl v obavě lékařů z útoku agresivního pacienta (oranžový sloupec) a útoku agresivního návštěvníka nemocnice (první modrý sloupec zprava). Lékaři mají vyšší obavy z útoku

agresivního návštěvníka nemocnice, zatímco zdravotní sestry spatřují vyšší riziko v útoku agresivního pacienta. Z grafu dále vyplývá názorová rozdílnost na pohyb po chodbách v nočních hodinách. Zdravotní sestry vnímají špatně osvětlené chodby za vyšší riziko než lékaři.

5.3 Zájem o bezpečnostní aktivity

Třetí část výzkumu se zaměřuje na zjištění zájmu o bezpečnostní aktivity. Respondenti měli v otázce 6 dotazníkového šetření na výběr 12 bezpečnostních aktivit, přičemž mohli zaškrtnout více možností. Zda za výběrem počtu bezpečnostních aktivit stojí vliv negativní zkušenosti s externím násilím na pracovišti ověřuje hypotéza H10.

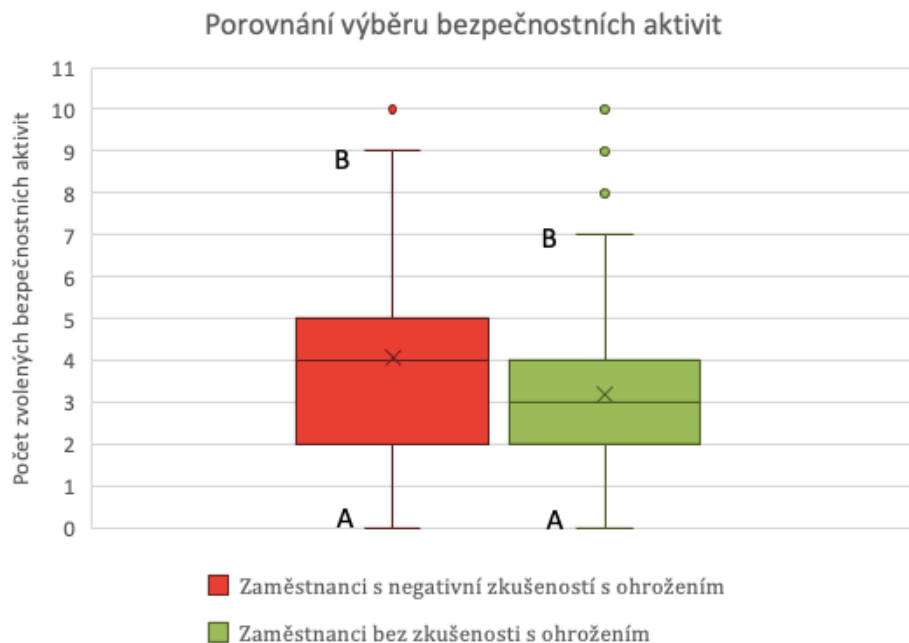
H10: Negativní zkušenost respondentů s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.

Vliv zkušenosti s násilím na pracovišti na výběr bezpečnostních aktivit byl ověřen pomocí dvouvýběrového t-testu. Pro vyhodnocení H10 došlo k seskupení odpovědí „ano, mám negativní zkušenost“ s odpovědí „osobně ne, kolega“ pod souhrnnou odpověď „ano“. Odpověď „ne“ je seskupena s odpovědí „osobně ne, na bývalém pracovišti“.

Výsledná p-hodnota testu = $3,5 \times 10^{-9}$.

Vyhodnocení H10: Výsledná p-hodnota testu je podstatně nižší než stanovená hladina významnosti α , z tohoto důvodu je tedy oprávněné zamítnout H0. Dvouvýběrovým t-testem byl prokázán statisticky významně vyšší zájem o bezpečnostní aktivity u zaměstnanců s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti než u pracovníků bez této zkušenosti. Zaměstnanci s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti mají v průměru zájem o 4 bezpečnostní

aktivity, zatímco zaměstnanci bez této zkušenosti, by v průměru ocenili 3,3 z nabízených bezpečnostních aktivit. Grafické znázornění zájmu zaměstnanců o bezpečnostní aktivity s ohledem na zkušenost s ohrožením na pracovišti je uvedeno na obrázku 5.



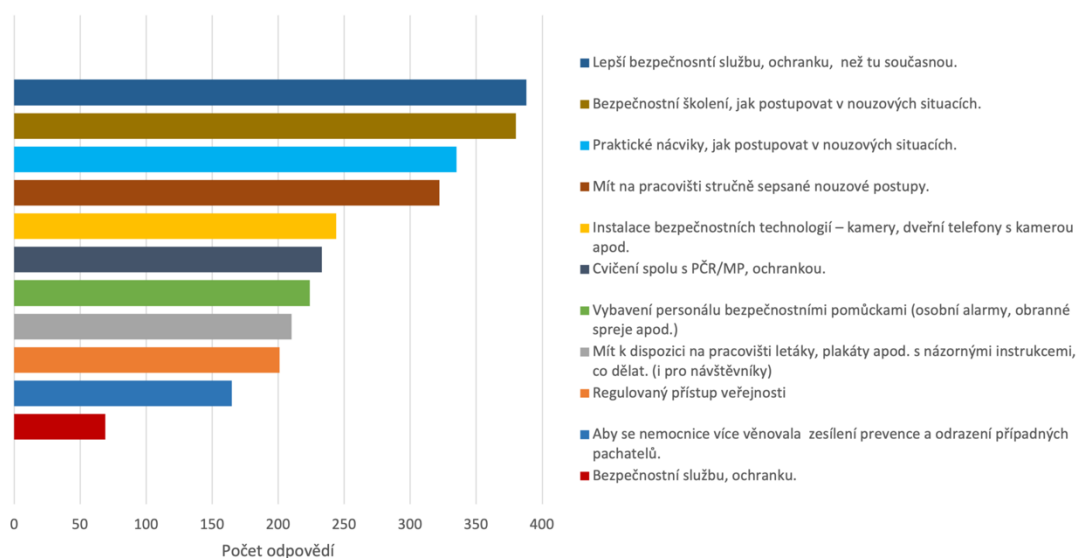
Obrázek 5 Zájem zaměstnanců o bezpečnostní aktivity s ohledem na zkušenost s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)

Box-plot uvedený na obrázku 5 potvrzuje výsledky dvouvýběrového t-testu. Křížek v těle box-plotu označuje medián naměřeného souboru dat. Medián červeného box-plotu je roven hodnotě 4, u zeleného box-plotu nabývá hodnoty 3,3. Uvedené hodnoty jsou shodné s hodnotami středních hodnot u provedeného dvouvýběrového t-testu, které reprezentují průměrný počet bezpečnostních aktivit, o které mají respondenti zájem. Krabicové tělo box-plotu zobrazuje nejčtetnější odpovědi zaměstnanců. Z obrázku 5 vyplývá, že respondenti se zkušeností s ohrožením na pracovišti nejčastěji vybírali 2 až 5 bezpečnostních aktivit. Oproti tomu respondenti bez zkušenosti s ohrožením vybírali v celkovém rozsahu o jednu bezpečnostní aktivitu méně. Body A a B představují konce paprsků, které znázorňují nejnižší a nejvyšší hodnotu naměřených dat,

kteřé nejsou odlehlou hodnotou. Svislá spojnice mezi konci paprsků stanovuje rozsah počtu bezpečnostních aktivit, o které mají respondenti zájem. V obou skupinách respondentů se našli zaměstnanci, kteří o bezpečnostní aktivity zájem nemají, z tohoto důvodu je hodnota paprsku A u obou box-plotů nulová. Koncový paprsek B u červeného box-plotu nabývá hodnoty 9, která představuje nejvyšší počet bezpečnostních aktivit, o které mají zaměstnanci se zkušeností s ohrožením zájem. Nejedná se však o odlehlou hodnotu. Ze zeleného box-plotu je zřejmé, že zaměstnanci bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti projeví nižší zájem o bezpečnostní aktivity. Z obrázku 5 tedy vyplývá, že zaměstnanci bez zkušenosti s ohrožením vybírali bezpečnostní aktivity v intervalu celých čísel $\langle 0,7 \rangle$, zatímco jejich kolegové, kteří se s ohrožením na pracovišti setkali, vybírali bezpečnostní aktivity v intervalu celých čísel $\langle 0,9 \rangle$. Tečky v grafu na obrázku 5 reprezentují odlehlé hodnoty naměřeného souboru dat. Existence odlehlých hodnot v grafu představuje skutečnost, že byly naměřeny hodnoty vyšší, než se očekávalo. Více odlehlých hodnot se překvapivě nachází v zeleném box-plotu tzn. u respondentů bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti. I přes skutečnost, že většina respondentů bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti má nižší zájem o bezpečnostní aktivity než jejich kolegové se zkušeností s ohrožením, se našli respondenti, kteří se s ohrožením na pracovišti nesetkali, ale projeví vysoký zájem o realizaci bezpečnostních aktivit.

Poslední výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit, jaké bezpečnostní aktivity by zdravotnický personál FNM na svém pracovišti do budoucna ocenil. Celkový přehled zájmu o bezpečnostní aktivity zdravotnického personálu je uveden v schématu na obrázku 6. Níže uvedené schéma neobsahuje 12 bezpečnostních aktivit, ale pouze 11. Důvod snížení z původního počtu spočívá v tom, že nikdo z lékařů ani zdravotních sester nehlasoval pro zlepšení bezpečnosti v celém areálu nemocnice.

Zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní aktivity



Obrázek 6 Zájem zdravotnického personálu FNM o vybrané bezpečnostní aktivity (vlastní zpracování)

Zdravotnický personál by dle schématu na obrázku 6 ze všeho nejvíce z nabízených bezpečnostních aktivit ocenil lepší bezpečnostní službu/ostrahu nemocnice než tu stávající. Dále byl vysloven vysoký zájem o:

- bezpečnostní školení;
- praktické nácviky, jak se zachovat v nouzových situacích;
- stručně sepsané nouzové postupy, které by byly na pracovištích k dispozici.

Středně vysoký zájem mají zdravotníci o realizaci cvičení s PČR/Městskou policií. Vedle realizace cvičení by lékaři a zdravotní sestry ocenili instalaci technických zabezpečovacích prvků v podobě rozšíření kamerového systému a instalaci dalších technických prostředků sloužících ke kontrole vstupu např. dveřní telefony s kamerou, které vedou k zamezení vstupu neoprávněných osob. Z obrázku 6 dále vyplývá zájem o vybavení zdravotnického personálu bezpečnostními pomůckami v podobě osobních alarmů, pepřových sprejů apod.

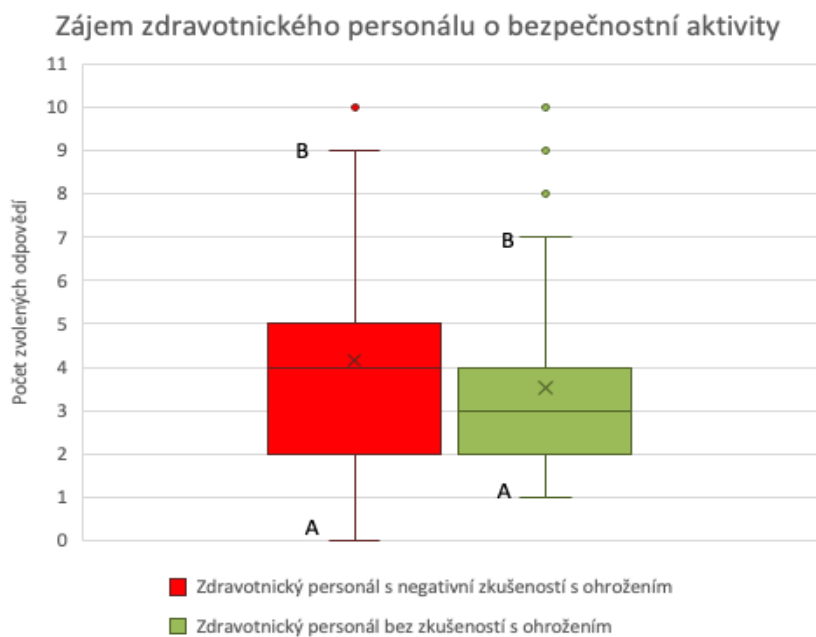
Skutečnost, zda výběr bezpečnostní aktivity závisí na zkušenosti lékařů a zdravotních sester s ohrožením na pracovišti, byla ověřena stejným způsobem, jako tvrzení H10.

H11: Negativní zkušenost zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.

H11 představuje obdobu tvrzené H10, proto byl pro ověření opět využit dvouvýběrový t-test.

P-hodnota testu = $2,6 \times 10^{-5}$

Vyhodnocení H11: Výsledná p-hodnota testu nabývá menší hodnoty než stanovená hladina významnosti α . Naměřená data podporují rozhodnutí o zamítnutí platnosti H0. Dvouvýběrovým t-testem se prokázal statisticky významně vyšší zájem o bezpečnostní aktivity ze strany lékařů a zdravotních sester, kteří mají negativní zkušenost s ohrožením na pracovišti oproti kolegům bez této zkušenosti. Zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti v průměru projevil zájem o 4,2 bezpečnostních aktivit, zatímco kolegové bez této zkušenosti by v průměru ocenili 3,5 z nabízených bezpečnostních aktivit. Grafické znázornění zájmu lékařů a zdravotních sester o bezpečnostní aktivity je uvedeno na obrázku 7 níže.



Obrázek 7 Zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní aktivity s ohledem na zkušenost s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)

Z box-plotů na obrázku 7 vyplývá názorová rozdílnost zájmu o bezpečnostní aktivity s ohledem na předchozí negativní zkušenost zdravotnického personálu s násilím. Červený box-plot reprezentuje zdravotnický personál se zkušeností s ohrožením na pracovišti, zelený box-plot bez zkušenosti. Rozsah naměřených odpovědí je zaznamenán na stupnici od 0 do 10. Krabicové tělo box-plotu zobrazuje nejčtenější odpovědi zdravotníků. Obrázek 7 potvrzuje, že zdravotní personál se zkušeností s ohrožením na pracovišti má zájem nejčastěji o 2-5 bezpečnostních aktivit, zatímco zdravotníci bez zkušenosti s ohrožením vybírali nejčastěji 2-4 aktivity. Box-plot dále sděluje centrální tendenci odpovědí respondentů, která je v grafu na obrázku 7 znázorněna křížkem. Jinými slovy se jedná o medián naměřených odpovědí. Medián červeného box-plotu je roven hodnotě 4,2, u zeleného box-plotu nabývá hodnoty 3,5. Hodnoty mediánů jsou shodné s hodnotami středních hodnot u provedeného dvouvýběrového t-testu. Body A a B představují konce paprsků, které znázorňují nejnižší a nejvyšší hodnotu naměřených dat, které nejsou odlehlou hodnotou. Svislá spojnice mezi konci paprsků A a B stanovuje rozsah počtu bezpečnostních aktivit, o které mají

lékaři a zdravotní sestry zájem. U zdravotnického personálu se zkušeností s ohrožením se našli respondenti, kteří i přes negativní zkušenost s násilím na pracovišti o bezpečnostní aktivity zájem nemají. Z tohoto důvodu je hodnota paprsku A u červeného box-plotu nulová. Koncový paprsek B u červeného box-plotu nabývá hodnoty 9, která představuje nejvyšší počet bezpečnostních aktivit, o které zdravotníci se zkušeností s ohrožením projeví zájem. Nejedná se však o odlehlou hodnotu. U zeleného box-plotu, reprezentující zaměstnance bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti, je koncový paprsek A roven jedné, B roven hodnotě 7. Z obrázku 7 tedy vyplývá, že zdravotnický personál bez zkušenosti s ohrožením vybíral bezpečnostní aktivity v intervalu celých čísel $\langle 1,7 \rangle$, zatímco kolegové, kteří se s ohrožením na pracovišti setkali, vybírali bezpečnostní aktivity v intervalu celých čísel $\langle 0,9 \rangle$. Existence odlehlých hodnot v grafu (viz obrázek 7) představuje skutečnost, že se naměřily vyšší hodnoty, než které se očekávaly. Více odlehlých hodnot se nachází u respondentů bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti, shodně s H10 (viz obrázek 5). Z tohoto důvodu lze konstatovat, že i přes skutečnost, že většina lékařů a zdravotních sester bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti, má dle obrázku 7 nižší zájem o bezpečnostní aktivity než jejich kolegové se zkušeností s ohrožením, se v naměřeném souboru dat našli lékaři a zdravotní sestry, kteří se s ohrožením na pracovišti nesetkali, ale i přes uvedenou skutečnost projeví vysoký zájem o realizaci bezpečnostních aktivit.

Poslední hypotéza se zabývá tvrzením, zda zkušenost s ohrožením na pracovišti přiměla lékaře a zdravotní sestry k vyššímu zájmu o bezpečnostní aktivity, v podobě bezpečnostních školení a praktických nácviků, v porovnání se zdravotnickým personálem, který se s formou externího násilí na pracovišti nesetkal.

H12: Zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti má vyšší zájem o bezpečnostní školení a praktické nácviky, jak se zachovat v nouzové situaci než zdravotnický personál bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

Tvrzení H12 bylo ověřeno korelací a chí-kvadrát testem nezávislosti. Za účelem provedení uvedených testů hypotéz byly odpovědi „ano“ a „osobně ne, kolega“ seskupeny pod jednu odpověď „ano“. Odpovědi „ne“ a „osobně ne, na bývalém pracovišti“ byly seskupeny pod odpověď „ne, nemám zkušenost s ohrožením“.

Bezpečnostní školení. Hodnota korelačního koeficientu $\rho = 0,03$ potvrzuje téměř nulovou korelaci zkoumaných jevů. Testovací statistika $|t| = 0,72$ je menší než hodnota kritického kvantilu $t_{0,975}(724) = 1,96$ tzn., že na základě zjištěných dat předpokládáme platnost H_0 , přičemž uvedený výsledek potvrzuje statisticky nevýznamnou korelaci na zvolené hladině významnosti α . Jinými slovy lze konstatovat, že není dostatek dokladů pro zamítnutí H_0 , z tohoto důvodu předpokládáme, že zájem o bezpečnostní školení nezávisí na zkušenosti zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti.

Praktické nácviky. Hodnota korelačního koeficientu $\rho = 0,01$ rovněž potvrzuje téměř nulovou korelaci zkoumaných jevů. Testovací statistika $|t| = 0,36$ je menší než hodnota kritického kvantilu $t_{0,975}(724) = 1,96$. Na základě zjištěných dat předpokládáme platnost H_0 , přičemž výsledek provedeného testu potvrzuje statisticky nevýznamnou korelaci na zvolené hladině významnosti α . Naměřený soubor dat nepodporuje rozhodnutí o zamítnutí H_0 , z tohoto důvodu předpokládáme, že zájem zdravotnického personálu o praktické nácviky nezávisí na jeho zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

Pro ověření nezávislosti uvedených jevů byl rovněž využit chí-kvadrát test nezávislosti. Výsledné hodnoty testovacích statistik jsou uvedeny v tabulce 14.

Tabulka 14 Porovnání hodnot testovacích statistik chí-kvadrát testu nezávislosti k ověření H12
(vlastní zpracování)

N = 726		
	Bezpečnostní školení	Praktické nácviky
P-hodnota	0,13	0,09
α	0,05	0,05
C	0,06	0,06
V	0,06	0,06

*Poznámka: α = hladina významnosti; C = Pearsonův kontingenční koeficient; V = Cramerův kontingenční koeficient;

Z výše uvedené tabulky 14 je zřejmé, že výsledná p-hodnota u obou provedených chí-kvadrát testů vyšla vyšší než stanovená hladina významnosti α , z tohoto důvodu nelze na základě zjištěných dat zamítnout H0 o nezávislosti jevů. Hodnoty kontingenčních koeficientů nabývají hodnot blízkých nule, proto lze konstatovat minimální sílu závislosti zkoumaných jevů. Procentuální zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní školení a praktické nácviky znázorňuje tabulka 15.

Tabulka 15 Zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní školení a praktické nácviky s ohledem na zkušenost s ohrožením (vlastní zpracování)

N = 726		
Zkušenost s ohrožením	Zájem o bezpečnostní školení	
	Ano	Ne
Ano	55 %	45 %
Ne	49 %	51 %
p-hodnota	0,13	
Zkušenost s ohrožením	Zájem o praktické nácviky	
	Ano	Ne
Ano	49 %	51 %
Ne	42 %	58 %
p-hodnota	0,09	

Z tabulky 15, uvedené výše, jsou na první pohled zřejmé existující rozdíly v procentech, nicméně na zvolené hladině významnosti α nejsou statisticky významné.

Vyhodnocení H12: Na základě naměřeného souboru dat nebyly na stanovené hladině významnosti α zjištěny statisticky významné rozdíly. Jinými slovy se nepodařilo prokázat tvrzení H12, že zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti má vyšší zájem o bezpečnostní školení a praktické nácviky, jak se zachovat v nouzové situaci než zdravotnický personál bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

6 DISKUZE

Diskuzi získaných výsledků předchází shrnutí testovaných hypotéz, které je uvedeno v tabulce 16 níže.

Tabulka 16 Shrnutí testovaných hypotéz (vlastní zpracování)

H1	Zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.	Potvrzena
H2	Zkušenost s ohrožením na pracovišti se vyskytuje méně často u ostatních pracovníků nemocnice než u zdravotnického personálu.	Potvrzena
H3	Zdravotní sestry mají četnější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než doktoři.	Zamítnuta
H4	Ženy disponují četnější přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti než muži.	Zamítnuta
H5	Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního pacienta než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.	Potvrzena
H6	Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního pacienta závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.	Potvrzena
H7	Zdravotnický personál, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti se více obává útoku agresivního návštěvníka nemocnice než zdravotnický personál, který tuto zkušenost s ohrožením nemá.	Potvrzena
H8	Obavy zdravotnického personálu z útoku agresivního návštěvníka nemocnice závisí na zkušenosti s ohrožením na pracovišti.	Potvrzena
H9	Vnímání rizik na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů.	Potvrzena
H10	Negativní zkušenost respondentů s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.	Potvrzena
H11	Negativní zkušenost zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti má vliv na výběr bezpečnostní aktivity.	Potvrzena
H12	Zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti má vyšší zájem o bezpečnostní školení a praktické nácviky, jak se zachovat v nouzové situaci než zdravotnický personál bez zkušenosti s ohrožením na pracovišti.	Zamítnuta

Z celkového vzorku 1 052 zaměstnanců FNM má zkušenost s ohrožením na pracovišti ve formě externího násilí 45 % dotázaných. Zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení, přičemž respondenti z řad zdravotnického personálu FNM mají četnější negativní zkušenost s ohrožením na pracovišti než ostatní pracovníci nemocnice. Důvod rozdílnosti v četnosti ohrožení zdravotnického personálu a ostatních pracovníků nemocnice může, dle literatury, spočívat především v rozdílné míře kontaktu zaměstnanců s pacienty a návštěvníky nemocnice. Pravděpodobnost vzniku násilí na pracovišti se zvyšuje, přicházejí-li zaměstnanci do kontaktu s klienty. (Chromý, 2014; Pindeš, Michalík, Komrska a kol., 2012) Z logiky věci vyplývá, že nejčastěji s pacienty, rodinnými příslušníky a návštěvníky nemocnice komunikují a pracují lékaři a zdravotní sestry.

Zaměříme-li se pouze na zdravotnický personál FNM, 48 % dotázaných lékařů a zdravotních sester potvrdilo, že mají zkušenost s ohrožením na pracovišti. Uvedený výsledek je v souladu s případovou studií z Fakultní nemocnice v Modeně. Ferri a kol. (2016) uvádí, že s externím násilím na pracovišti se ve Fakultní nemocnici v Modeně setkala 45 % dotázaných zdravotníků. Autoři Babiarczyk a kol. (2020) přináší výsledky o tom, že napříč pěti evropskými zdravotnickými zařízeními se s externím násilím na pracovišti setkala 74 % dotázaných zdravotních sester. Procentuální zastoupení se liší z důvodu rozdílnosti celkového počtu respondentů zapojených do jednotlivých studií, ale i přes tento rozdíl jsou výsledky víc než alarmující. Do výše uvedených výzkumů (včetně motolského) se celkem zapojilo 2 234 respondentů z řad zdravotnického personálu z nichž 1 334 uvedlo, že se na svém pracovišti setkala s externím násilím. V přepočtu na procenta bylo ohroženo 60 % dotázaných zdravotníků z uvedených studií.

Výzkumy od autorů Winstanley a Whittington (2004), Hahn a kol. (2010), Schablon a kol. (2018), Ferri a kol. (2016) se shodují v tvrzení, že zdravotní sestry se s násilím na pracovišti setkávají častěji než lékaři. Na základě naměřeného souboru dat ve FNM se nepodařilo potvrdit tvrzení, že zdravotní sestry mají četnější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než lékaři. 25,5 % z dotázaných zdravotních sester FNM potvrdilo, že disponuje přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti, stejnou skutečnost potvrdilo i 23 % dotázaných lékařů FNM. I přes patrný rozdíl v procentech dotázaných lékařů a zdravotních sester FNM se nejedná o statisticky významný rozdíl na zvolené hladině významnosti (p -hodnota = 0,53). Zjištěný výsledek je pro autorku práce překvapivé zjištění, nejen z důvodu, že výsledek není v souladu s výše uvedenými studii, ale rozchází se i s tvrzením, že profese zdravotní sestry je v porovnání s ostatními profesemi ve zdravotnictví nejvíce vystavena riziku agrese právě kvůli přímému kontaktu s pacientem (Ferri a kol., 2016). Jeden z možných důvodů, proč uvedený výsledek H3 (viz tabulka 16) není v souladu se zahraničními výzkumy, lze sledovat v rozdílném počtu respondentů zapojených do výzkumu ve FNM a ve Fakultní nemocnici v Modeně.

Převaha žen v resortu zdravotnictví může mít za následek skutečnost, že se do role oběti verbální či fyzické agrese dostávají častěji právě ženy než muži. S ohledem na naměřený vzorek dat se na zvolené hladině významnosti neprokázal statisticky významný rozdíl mezi pohlavím respondentů FNM majícím přímou negativní zkušenost s ohrožením na pracovišti (p -hodnota = 0,064). Jinými slovy se na základě naměřených dat neprokázalo tvrzení H4 (viz tabulka 16) o tom, že ženy disponují četnější přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti než muži. Uvedený výsledek přináší překvapivé zjištění, protože není v souladu s výzkumem ve Fakultní nemocnici v Modeně, kde se nejčastěji obětí externího násilí na pracovišti stávají ženy. Nesouhlas zjištěného výsledku ve FNM s Fakultní nemocnicí v Modeně může být zapříčiněn rozdílným počtem

respondentů z řad mužů zapojených do obou výzkumů, popřípadě vyšším zastoupením mužů mezi nemocničním personálem ve FNM než ve Fakultní nemocnici v Modeně. Jelikož se nepotvrdilo ani tvrzení H3 o tom, že zdravotní sestry mají četnější přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti než lékaři, tak zde v každém případě vzniká prostor pro nové bádání a možné rozšíření práce do budoucna se zaměřením na hledání příčiny rozdílnosti těchto výsledů.

Zahraniční výzkumy potvrzují skutečnost, že se zdravotnický personál s ohledem na formu externího násilí na pracovišti častěji setkává s verbální agresí než s fyzickými útoky. (Ferri a kol., 2016; Babiarczyk a kol., 2020; Schablon a kol., 2018; Winstanley a Whittington, 2004; Hahn a kol., 2010) Z výzkumu ve FNM vyplývá, že verbální agresí bylo vystaveno 22 % dotázaných lékařů a zdravotních sester s přímou zkušeností s ohrožením na pracovišti. Fyzickému útoku čelilo o 10 % méně, tzn. 12 % zdravotníků s přímou zkušeností s ohrožením. I přes nižší procentuální zastoupení jsou naměřené četnosti výskytu jednotlivých forem externího násilí na pracovišti ve FNM v souladu s ostatními studiemi ze zahraničí. Převaha výskytu verbální agrese nad fyzickými útoky ve FNM je pro autorku práce překvapivé zjištění, i když jsou naměřené výsledky v souladu s literaturou. Vysoká čísla zdravotníků, jenž mají zkušenost s verbální agresí jsou znepokojující. Babiarczyk a kol. (2020) uvádí, že napříč pěti evropskými zařízeními poskytující lůžkovou péči, se s verbální agresí setkala každá druhá dotázaná zdravotní sestra. Výzkum Schablon a kol. přináší další alarmující poznatek o skutečnosti, že 94 % z necelých dvou tisíc dotázaných německých zdravotníků má zkušenost s verbálním napadením na svém pracovišti. Vyšší četnost výskytu verbální agrese před agresí fyzickou lze na základě provedené literární rešerše přisoudit několika důvodům. Výzkum ve Fakultní nemocnici v Modeně k hlavním impulzům vzniku verbální agrese řadí dlouhé čekání, strach z pacientovy prognózy, obavy o pacientovo zdraví, nedostatečně jasnou a srozumitelnou komunikaci ze strany zdravotnického personálu

či nedostatečnou empatii a porozumění tíživé situaci rodinných příslušníků pacienta ze strany zdravotníků. Uvedené obavy a strach z nejistoty může vyústit k verbálním urážkám zdravotnického personálu. (Ferri a kol., 2016) Kotalík (2019a) rovněž upozorňuje na skutečnost, že nedostatek zdravotnického personálu má za důsledek shromažďování lidí v čekárnách. Dlouhé čekání může u pacientů způsobit frustraci a vyšší agresi vůči zdravotnickému personálu. Další důvod převahy verbální agrese může spočívat v uplatňování domnělé moci. Pekara (2021) popisuje fenomén domnělé moci na příkladu rodičů a hospitalizované dcery, který je uveden na str. 42 této práce. Domnělá převaha moci spočívá v subjektivním dojmu třetí strany (pacienta či rodinného příslušníka) z nedostatečně poskytované zdravotní péče. Bezmoc a strach o zdraví pacienta, především u rodinných příslušníků, vede k nabytí negativních emocí, přičemž subjektivní dojem z nedostačující péče se obratem otočí vůči ošetřujícímu zdravotnímu personálu v podobě verbální agrese. Vedoucí Odboru pro vnitřní bezpečnost a krizové řízení FNM pan Kotalík dodává, že *„vše je o mezilidských vztazích a chování – do nemocnice lidé přicházejí žádat o pomoc a čekají, že jim bude od zdravotnického personálu pomoc poskytnuta. Zde by měla být vzájemná důvěra a respekt.“* (Kotalík, 2019a) Obecně lze říci, že za zvyšující se četností verbálních útoků ve zdravotnických zařízeních stojí úpadek morálních hodnot ve společnosti včetně absence úcty a respektu k druhé osobě.

Pachateli externího násilí na pracovišti se nejčastěji stávají samotní pacienti. S agresivním pacientem se setkalo 38 % dotázaných lékařů a zdravotních sester FNM, kteří mají přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, oproti tomu s agresivním rodinným příslušníkem se setkalo 21 % dotázaného zdravotnického personálu. Uvedené výsledky jsou v souladu s výzkumem ve Fakultní nemocnici v Modeně, kde pacienti spáchali 51 % případů externího násilí na pracovišti, zatímco rodinní příslušníci pouze 31 %. (Ferri a kol., 2016) Výzkum Winstanley a Whittington (2004) rovněž dokládá vyšší podíl násilí vůči zdravotnickému

personálu ze strany pacientů než od návštěvníků nemocnic. I přes četnější zkušenost zdravotnického personálu FNM s agresivním pacientem se dotázaní lékaři a zdravotní sestry FNM nejvíce obávají nepřizpůsobivých osob. Obava z agresivního pacienta je na druhém místě (viz obrázek 3).

Na základě naměřených dat se prokázalo, že negativní zkušenost s externím násilím na pracovišti má vliv na pocit bezpečí zdravotnického personálu na jejich pracovišti. Dokladem jsou potvrzené hypotézy H5-H9, které zjišťovaly, zda obavy zdravotnického personálu z útoku agresora, v podobě pacienta či návštěvníka nemocnice, závisí na předešlé zkušenosti s ohrožením na pracovišti. Zdravotnický personál FNM, který má přímou zkušenost s ohrožením na pracovišti, se více obává útoku agresivního pacienta/návštěvníka nemocnice než zdravotnický personál, který negativní zkušenost s fyzickým či verbálním napadením nemá. Zjištěný výsledek je v souladu s výzkumem Babiarczyk a kol. (2020), který rovněž potvrzuje, že zdravotní sestry, které mají zkušenost s násilím na pracovišti, se výskytu násilí obávají více než ty, které negativní zkušenost s externím násilím na pracovišti nemají.

Výzkum ve FNM se dále zabýval otázkou, zda vnímání rizikových situací závisí na pracovním zařazení respondentů. Na testovaném vzorku respondentů se prokázaly statistické rozdíly vnímání ohrožení na pracovišti napříč profesním zařazením respondentů, které jsou významné na stanovené hladině významnosti α . Na základě potvrzené hypotézy H9 (viz tabulka 16) lze konstatovat, že celkové vnímání rizik je závislé na pracovním zařazení respondentů FNM. Nejvíce rizik na svém pracovišti vnímají lékaři a zdravotní sestry. Lékaři v průměru vnímají více než 2,08 druhů rizik, kdežto management nemocnice za rizikové vnímá v průměru pouze 1,62 situací. Zdravotní sestry považují za rizikové 1,9 situací a ostatní pracovníci nemocnice 1,8 rizik. Ostatní pracovníci nemocnice mají v porovnání se zdravotními sestrami nižší zkušenost s ohrožením na pracovišti,

ale i přes tuto skutečnost vnímají ostatní pracovníci nemocnice obdobný počet rizik na svém pracovišti jako zdravotní sestry. Celkový přehled rizikových situací, které zdravotnický personál vyhodnotil za rizikové, je znázorněn na obrázku 3. Z odpovědí zdravotnického personálu FNM lze vyvodit závěr, že nejvyšší obavy u lékařů a zdravotních sester vzbuzují nepřizpůsobivé osoby, útok agresivního pacienta a útok agresivního návštěvníka nemocnice. Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotnický personál za nejčastějšího pachatele externího násilí na pracovišti uvedl agresivního pacienta, je převažující obava z nepřizpůsobivých osob nad útokem agresivního pacienta překvapivé zjištění. Nejméně se zdravotnický personál na svém pracovišti obává přepadení, majtkové kriminality a sexuálního obtěžování. Pouze pár desítek zdravotníků v dotazníkovém šetření uvedlo, že se necítí na svém pracovišti bezpečně. Další alarmující zjištění spočívá v odhalení, že dotázaní zdravotníci mají obavu z toho že, pokud by došlo na jejich pracovišti k ohrožení, nemají se kam ukryt. Zde nastává problém v případě aplikace opatření v podobě „lock-downu“ a „uteč, schovej se, bojuj“, které mohou zaměstnance, ale i samotné pacienty a návštěvníky zdravotnického zařízení ochránit před nebezpečím agresora. Ministerstvo vnitra vydalo osvětovou brožuru s názvem 10 principů z odolnosti měkkého cíle, kde srozumitelnou formou uvádí, jak přispět k vyšší odolnosti měkkého cíle prostřednictvím základních principů v podobě „lock-downu“, uteč-schovej se-bojuj a dalších. Principy „lock-downu“ a uteč-schovej se-bojuj lze taktéž aplikovat v případě ohrožení zdravotnického personálu v závažných případech externího násilí na pracovišti.

Princip uteč-schovej se-bojuj funguje na bázi selského rozumu. Dostane-li se zdravotnický personál do ohrožení svého života, má tři možnosti, jak se zachovat. První možnost je útěk. Pokud útěk není možný, je zapotřebí najít bezpečný úkryt a před útočníkem se zabarikádovat, dostat se do tzv. „lock-downu“. Pokud nelze realizovat útěk do bezpečí ani se před agresorem schovat,

má každý občan ČR v případě ohrožení svého zdraví a života právo se bránit prostřednictvím právního institutu nutné obrany, jenž je popsán v kapitole 3.2.2 této práce.

S ohledem na skutečnost, že nejen zdravotnický personál FNM, ale i zdravotníci ze zahraničí, se čím dál více setkávají s formou verbální agrese, je na místě se zaměřit především na prevenci vzniku verbálního napadání lékařů a zdravotních sester nejen ze strany pacientů, ale i rodinných příslušníků a samotných návštěvníků nemocnice. Příčiny vzniku verbální agrese byly popsány v literární rešerši. Na jejím základě lze usoudit, že k vyřešení problému je nutná spolupráce obou zainteresovaných stran konfliktu, tzn. jak samotných agresorů (pacientů, rodinných příslušníků, návštěvníků nemocnice), tak i zdravotnického personálu, který se dostává do role oběti. Existují však i případy, kdy sám pachatel násilí vůči zdravotnickému personálu se cítí být v roli oběti, proto se rozhodl ke svému agresivnímu jednání. Lékaři a zdravotní sestry jsou odborníci ve svém oboru, kteří se vzdělávají celý život nejen ve své lékařské profesi, ale prochází i dalšími školeními a kurzy, které jsou zaměřeny na ochranu jejich zdraví a života. Vedoucí Odboru pro vnitřní bezpečnost a krizové řízení FNM pan Kotalík (2019a) zdůrazňuje skutečnost, že nikdy se nejde konkrétně připravit na danou situaci, ale vždy je zapotřebí řešit vzniklou situaci v konkrétní chvíli. Z tohoto důvodu nelze zdravotnický personál připravit a proškolit tak, aby všechny vzniklé situace a konflikty zvládal na 100 %. K eliminaci vzniku konfliktů v důsledku externího násilí hraje důležitou roli nenásilná komunikace a detekce podezřelého chování osob. Z tohoto důvodu by uvedená opatření měla být součástí pravidelných školení se zaměřením na praktické nácviky. Jedno z možných preventivních opatření ke snížení externího násilí na pracovišti ve zdravotnickém zařízení je vytvoření bezpečnostního balíčku pro zdravotnický personál FNM. Bezpečnostní balíček by kombinoval soubor školení se zaměřením na:

- Procvičování slovní sebeobrany a nenásilné komunikace.
- Návčky de-escalace násilí.
- Procvičování detekce podezřelého chování osob.
- Pravidelný nácvik „lock-downu“ zdravotnického personálu na svém pracovišti.

Slovní sebeobrana a nenásilná komunikace. Lékaři a zdravotní sestry pracují s lidmi, z tohoto důvodu není jejich práce jednoduchá. Alfa a omega mezilidských vztahů spočívá v komunikaci. Komunikace jako taková představuje dovednost, kterou lze cvičit a zlepšovat. Pekara (2014) a Nöllke (2011) uvádějí, že komunikaci lze využít jako nástroj pro řešení konfliktů, je však zapotřebí mít na paměti následující kroky:

- Ovládat své emoce.
- Agrese pacientů ve většině případů vzniká z bezmoci danou situaci řešit, nebo mají-li pocit ohrožení. Vzniklá agrese je mířena na danou situaci, které je zdravotnický personál součástí.
- Nebrat si slovní agresi osobně, ale vztahovat ji na vzniklou situaci.
- V případě křiku či použití vulgarismů ze strany pacienta, je na místě projevit zájem a reagovat se zájmem „Co se děje, že na mě zvyšujete hlas/křičíte?“, vyvarovat se nařizování „Neřvěte tady!“ a moralizování.
- Pro zklidnění situace a vzniklého napětí pomáhá představení se, říct kdo jste a navázat např. větou „Možná společně najedeme lepší řešení.“
- Zrcadlit situaci, tzn. popisovat, co zdravotník vidí – „Vidím, že jste rozčilený a já vůbec nevím proč. Můžete mi povědět, co se stalo?“ „Mám dojem, že Vás někdo vyvedl z míry.“
- Být v klidu a uklidnit své vnitřní napětí. (Pekara, 2014; Nöllke, 2011)

Nöllke (2011) ve své publikaci *Trénink slovní sebeobrany* uvádí nespočet cvičení, jak zareagovat v případě slovního napadení. Tato cvičení by mohla být inspirací pro návrh školení slovní sebeobrany pro zdravotnický personál formou zážitkového vzdělávání.

De-eskalace. Představuje metodu řešení konfliktů prostřednictvím verbálních strategií. De-eskalace se využívá především v oboru psychiatrie. Princip de-eskalace spočívá v klidném a racionálním způsobu komunikace zdravotníka s pacientem, který vede k uvolnění napětí u pacienta. De-eskalace spočívá ve vyhodnocení situace, verbální i neverbální komunikaci a vyjednávání. (Flanagan, 2019; Vevera a kol., 2018) Poznatky z psychoterapeutické intervence v podobě de-eskalace násilí lze rovněž využít jako jeden z možných nástrojů zvládnutí verbální agrese ze strany pacientů či návštěvníků zdravotnických zařízení. Kombinaci poznatků nenásilné komunikace a de-eskalace násilí lze využít ve prospěch zdravotnického personálu. Vzdělávání lékařů a zdravotních sester v této problematice by mohlo vést ke snížení následků verbální agrese způsobené třetí stranou.

Detekce podezřelého chování osob. Pokud se zdravotnický personál naučí detekovat podezřelé chování, všimnout si více varovných signálů (viz podkapitola 3.3.4) a rozeznávat věci, které jsou jiné od běžného chování osob, může se riziko následku možného útoku snížit. Přidají-li se k detekci podezřelého chování i základy slovní sebeobrany a nenásilné komunikace či intervence ke zvládnutí násilí (de-eskalace), lze tímto způsobem zvýšit míru obranyschopnosti zdravotnického personálu vůči násilí páchaného třetí stranou proti jejich osobě. Správná a včasná reakce může vést nejen ke snížení následků, ale i k zabránění vzniku verbálních urážek či fyzické agrese.

Nácvik „lock-downu“. „Lock-down“ se uplatňuje v případě výskytu ozbrojeného pachatele přímo na chodbách či čekárnách lékaře, kde způsobuje násilí. Pokud je ozbrojený agresor uvnitř budovy, je na místě se zamknout, zabarikádovat a schovat. Mají-li zdravotníci FNM obavu, že se v případě ohrožení nemají na pracovišti kam schovat, bylo by vhodné zvážit pravidelné nácviky „lock-downu“ zdravotnickému personálu před agresivním pachatelem a připravit možné scénáře ukrytí.

Důležité je rovněž edukovat i laickou veřejnost. Ke snížení verbální agrese je zapotřebí, aby si lidé, kteří do nemocnice přicházejí, uvědomili, za jakým účelem do nemocnice přichází. Ve většině případů lidé do zdravotnického zařízení přichází s prosbou o pomoc, přičemž čekají, že jim bude automaticky vyhověno. Lékaři a zdravotní sestry jsou lidé, jako všichni ostatní. Z tohoto důvodu je zapotřebí s nimi jednat s respektem a vzájemnou důvěrou. Bez vzájemného respektu a úcty k druhému člověku nelze zajistit bezproblémovou komunikaci mezi zdravotníkem a třetí stranou. Výše zmíněná detekce podezřelého chování osob je určena nejen pro pracovníky nemocnice, ale i pro laickou veřejnost. Pokud se lidé všeobecně naučí rozpoznávat podezřelé chování, všimnout si více svého okolí a rozeznávat věci, které jsou jiné od běžného chování osob, může se riziko vzniku násilí snížit. Otázka snížení externího násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních není pouze otázkou vzdělávání zdravotnického personálu, ale i edukace osob, které do nemocnic přicházejí. Je důležité, aby se téma externího násilí ve zdravotnických zřízeních dostalo do povědomí lidí a veřejné diskuze. Vzrůstající verbální agrese proti lékařům a zdravotním sestram nesmí být společností tolerována. Lékaři ani zdravotní sestry nejsou hromosvodem pro emoce pacientů ani rodinných příslušníků. Aby došlo ke snížení rostoucího trendu verbální agrese vůči zdravotnickému personálu, je důležité do problematiky zasvětit nejen odbornou, ale i laickou veřejnost. Zvýšení informovanosti veřejnosti o fenoménu externího násilí ve zdravotnictví

lze uskutečnit prostřednictvím informačních letáků v čekárnách lékařů, ale i na jiných veřejnosti přístupných místech v nemocnici. Informační plakáty by měly být srozumitelné a výstižné např. ve smyslu: „Víte, že téměř každá druhá zdravotní sestra se na svém pracovišti setkala s verbální agresí? Stop násilí na pracovišti.“

Tolerance externího násilí na pracovišti je ve zdravotnických zařízeních zcela neakceptovatelná. Pokud by mezi zdravotníky docházelo k toleranci verbální agrese či fyzických útoků z třetí strany, došlo by ke snížení jejich pracovního výkonu, a následně i kvality poskytování zdravotní péče. Tolerance externího násilí na pracovišti má za následek narušení potřeby bezpečí a jistoty zdravotnického personálu. Nebude-li se zdravotnický personál na svém pracovišti cítit bezpečně, nelze očekávat motivaci k výkonu své profese a může zapříčinit i samotný odchod lékařů a zdravotních sester. Nedostatek zdravotnického personálu má za následek dlouhé čekání pacientů. Dlouhé čekání vyvolává frustraci a strach o pacientovo zdraví. Jak již bylo v diplomové práci několikrát zmíněno, frustrace a strach může vyústit v agresi třetí strany vůči zdravotnickému personálu. Jedná se o cyklické návaznosti, které je zapotřebí zachytit již před vznikem pomyslného cyklického kruhu. Z tohoto důvodu je nezbytně nutné dbát na bezpečné pracovní prostředí zdravotníků. K vytvoření bezpečného pracovního prostředí s nízkou mírou externího násilí na pracovišti je zapotřebí vytvořit a zavést program prevence násilí na pracovišti se zaměřením na specifické prostředí nemocnice. Hlavní přínos preventivního opatření v podobě programu prevence násilí na pracovišti ve zdravotnickém zařízení je v:

- nastavení průběžného vzdělávání a školení zdravotnického personálu a bezpečnostních pracovníků nemocnice;

- sepsání standardizovaných postupů, jak se zachovat v případě verbální nebo fyzické agrese z třetí strany;
- reportování a ohlašování násilí.

Nástin obsahu bezpečnostních školení je uveden v textu výše v podobě navrhovaného bezpečnostního balíčku. Důležitou roli zde hraje pravidelnost a dlouhodobost vzdělávání. Získané dovednosti by se měly pravidelně procvičovat na modelových situacích formou zážitkového vzdělávání v půlročních maximálně ročních intervalech. Delší časový rozestup mezi školeními má za následek zapomínání získaných komunikačních dovedností. Nedílnou součástí každého preventivního programu je vytvoření příručky se standardizovanými postupy, jak se zachovat dostane-li se lékař nebo zdravotní sestra nejen do pozice oběti, ale i svědka verbální či fyzické agrese na svém pracovišti. Z naměřených dat ve FNM vyplývá, že 23 % dotázaných lékařů a zdravotních sester má přenesenou zkušenost s ohrožením na pracovišti tzn., že se stali svědkem externího násilí na pracovišti nebo znají kolegu, který verbální či fyzické agresi čelil. Postupy by měly shrnovat informace:

- jak se chránit;
- jak s agresorem komunikovat;
- čeho se v komunikaci s agresorem vyvarovat (viz text výše).

Třetí část programu se zaměřuje na reportování a ohlašování externího násilí na pracovišti. Zaměstnanci musí mít jasno, na koho se v případě externího násilí na pracovišti obrátit, komu verbální či fyzické napadení ohlásit. Důležitou roli zde hraje podpora zaměstnanců v ohlašování ze strany zaměstnavatele. Ohlašování externího násilí na pracovišti je založeno na vzájemné důvěře mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem. Reportování násilí na pracovišti nemusí být pro zdravotníky vždy jednoduché, protože se jedná o citlivé téma. Z tohoto důvodu

by strategie ohlašování měla být založena na principu vzájemné důvěry. Ferri a kol. (2016) zdůrazňuje důležitost ohlašování jak verbálních urážek, tak i závažných fyzických útoků. Informace o externím násilí na pracovišti jsou důležité pro další analýzy vývoje tohoto negativního trendu a implementaci nových bezpečnostně-preventivních opatření vedoucí ke snížení fenoménu externího násilí ve zdravotnických zařízeních.

Respondenti ve FNM měli v empirickém šetření rovněž možnost vyjádřit svůj zájem o bezpečnostní aktivity, které by do budoucna na svém pracovišti ocenili. Hypotézy H10 a H11 potvrdily, že dotázaní zaměstnanci i samotný zdravotnický personál, který má zkušenost s násilím na pracovišti, projevili vyšší zájem o realizaci bezpečnostních aktivit než zaměstnanci, kteří negativní zkušenost s verbální nebo fyzickou agresí nemají. Poslední výzkumná otázka, stanovená v kapitole 2, si kladla za cíl zjistit zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní aktivity. Zdravotnický personál by, dle schématu na obrázku 6, ze všeho nejvíce z nabízených bezpečnostních aktivit ocenil lepší bezpečnostní službu/ostrahu nemocnice než tu stávající. Zde, dle autorky práce, dochází k mylným představám zdravotnického personálu ohledně kompetencí a pravomocí členů ostrahy nemocnice. Pracovníci soukromé bezpečnostní služby, kteří jsou členy ostrahy nemocnice, nemají dle českého právního řádu žádné speciální pravomoci ani kompetence k řešení mimořádných událostí, kterými disponují policisté či strážníci. Ostraha nemocnice může využít pouze právních institutů v podobě okolností vylučujících protiprávnost. V případě, dojde-li v areálu nemocnice k páčání trestného činu, může ostraha danou osobu do příjezdu policie zadržet. Vedoucí Odboru pro vnitřní bezpečnost a krizové řízení FNM pan Kotalík potvrzuje, že *„v případě ohrožení zdravotnického personálu jsou členové ostrahy nápomocni řešit tuto situaci, ale nemají pravomoc někoho kontrolovat, v případě porušení zákona volají PČR.“* (Kotalík, 2019a) Z tohoto důvodu by bylo vhodné provést osvětu nejen u zdravotnického personálu, ale u všech zaměstnanců nemocnice

o tom, že ostraha nemocnice nedisponuje pravomocemi policistů ani strážníků. Úkolem ostrahy je situaci v areálu monitorovat a být nápomocna při řešení mimořádných událostí, nikoli kontrolovat pacienty a návštěvníky nemocnice. Kotalík (2019a) dále upozorňuje na skutečnost, že nemocnice představuje prostor veřejný, nikoli věznici s rutinními kontrolami. Pacienty ani návštěvníky nemocnice nelze ze zákona kontrolovat. Jedná se však o otázku legislativy, kterou může zákonodárce změnit. Nicméně členové ostrahy nemocnice jsou nápomocni k řešení konfliktů verbální i fyzické agrese ze strany pacientů, rodinných příslušníků či návštěvníků nemocnice. Z tohoto důvodu by bezpečnostní balíček zaměřený na nácvik a procvičování nenásilné komunikace a základy intervence zvládnutí násilí ze strany třetích osob měli absolvovat rovněž bezpečnostní pracovníci nemocnice. Nelze veškerou odpovědnost řešení konfliktů nechat na bedrech zdravotnického personálu.

Zdravotnický personál dále vyslovil vysoký zájem o:

- bezpečnostní školení;
- praktické nácviky, jak se zachovat v nouzových situacích;
- stručně sepsané nouzové postupy, které by byly na pracovištích k dispozici.

Vysoký zájem zdravotníků o bezpečnostní školení a praktické nácviky, jak se zachovat v nouzových situacích potvrzuje skutečnost, že otázka bezpečnosti není dotázaným lékařům a zdravotním sestřím lhostejná. Tuto skutečnost potvrzuje i zamítnutí hypotézy H12, která tvrdila, že o bezpečnostní školení a praktické nácviky má zájem především zdravotnický personál s negativní zkušeností s ohrožením na pracovišti. Na základě naměřeného vzorku dat se nepodařilo uvedené tvrzení dokázat, z tohoto důvodu lze předpokládat, že zájem lékařů

a zdravotních sester FNM o bezpečnostní školení a praktické nácviky nezávisí na předchozí zkušenosti s ohrožením na pracovišti.

Zájem zdravotnického personálu FNM o bezpečnostní školení a praktické nácviky představuje možnost eliminovat fenomén výskytu externího násilí na pracovišti na společensky přijatelnou mez. Chuť a potenciál zdravotnického personálu se dál v problematice vzdělávat je zapotřebí využít ve prospěch bezpečného pracovního prostředí. Procentuální zastoupení výskytu verbální a fyzické agrese ve FNM je oproti zahraničním studiím nižší, ale i přes tuto skutečnost projeví lékaři i zdravotní sestry vysoký zájem danou situací řešit. Preventivní opatření na strategické i organizační úrovni jsou důležitá pro zachování bezproblémového chodu nemocnice. Nesmí se však zapomenout na možnost a dispozice každého zaměstnance zlepšit své dovednosti v oblasti své bezpečnosti. Zájem zdravotníků o bezpečnostní školení a praktické nácviky podtrhuje smysl zvyšování povědomí o existenci verbální a fyzické agrese ze strany pacientů, ale i rodinných příslušníků a návštěvníků nemocnice prostřednictvím soustavného vzdělávání. Na základě toho si každý pracovník může individuálně nastavit a zavést svá vlastní preventivní opatření ke snížení rizika externího násilí na svém pracovišti.

7 ZÁVĚR

Předložená diplomová práce s názvem *Ochrana zdravotnického personálu Fakultní nemocnice v Motole před fyzickým útokem* poukazuje na existenci verbální i fyzické agrese ze strany pacientů, rodinných příslušníků a návštěvníků nemocnic namířené proti zdravotnickému personálu v největším zdravotnickém zařízení v ČR. Diplomová práce úspěšně plní stanovený cíl v podobě zpracování statistické analýzy dat z empirického šetření vnímání ohrožení zaměstnanců na pracovišti ve Fakultní nemocnici v Motole. Práce dále dokládá komparaci statistických výstupů se zahraničními výzkumy. Na základě naměřeného souboru dat se pomocí testů hypotéz podařilo prokázat 9 z 12 stanovených hypotéz.

Výsledky statistické analýzy odhalily, že zkušenost s ohrožením na pracovišti závisí na pracovním zařazení respondentů, přičemž v případě FNM je nejvíce postižen zdravotnický personál. Naměřená data však dokládají, že verbální a fyzická agrese ze strany pacientů a rodinných příslušníků není mířena pouze proti zdravotnickému personálu, ale i proti ostatním pracovníkům a managementu nemocnice. Výzkum ve FNM přinesl překvapivé zjištění o převaze výskytu verbálních útoků nad útoky fyzickými. Zjištěné poznatky o externím násilí na pracovišti ve FNM dále dokládají skutečnost, že zkušenost s ohrožením na pracovišti má vliv na obavy zdravotnického personálu. Potvrdily se hypotézy, že vyšší obavy z útoku agresivního pacienta i z útoku agresivního návštěvníka nemocnice mají zdravotníci s negativní zkušeností s ohrožením než kolegové bez této zkušenosti. Na zvolené hladině významnosti, výzkum nepotvrdil statisticky významné rozdíly výskytu přímé zkušenosti s ohrožením na pracovišti mezi zdravotními sestrami a lékaři. Významné statistické rozdíly výskytu přímé zkušenosti s ohrožením na pracovišti se nepotvrdily ani z hlediska pohlaví respondentů.

Hlavním výstupem diplomové práce je poukázat na problematiku existence externího násilí nejen v největším zdravotnickém zařízení v ČR, ale i v zahraničí. Prevence externího násilí na pracovišti v resortu zdravotnictví je do jisté míry provázaná s problematikou ochrany měkkých cílů – eliminovat následky útoku agresivního pachatele (pacienta, rodinného příslušníka, návštěvníka nemocnice) na společensky přijatelnou mez. Měkké cíle se zodolňují prostřednictvím systematického vzdělávání zaměstnanců. Prevence verbální a fyzické agrese funguje na stejném principu. Vysoký zájem zdravotnického personálu o realizaci bezpečnostních školení a praktických nácviků, jak se zachovat v nouzových situacích, potvrzuje smysl vzdělávání v oblasti ochrany měkkých cílů a prevence externího násilí na pracovišti. Autorka práce proto přichází s návrhem „bezpečnostního balíčku“ se zaměřením na školení slovní sebeobrany, de-escalaci násilí, detekci podezřelého chování osob a nácviku „lock-downu“ pro zdravotnický personál a bezpečnostní pracovníky nemocnice formou zážitkového vzdělávání. Další preventivní opatření spočívá v zavedení programu prevence násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních.

Výsledky a výstupy diplomové práce jsou využitelné nejen pro FNMI, ale i pro další zdravotnická zařízení v podobě podkladového materiálu k podrobnějšímu rozpracování navrhovaných preventivních opatření v oblasti prevence externího násilí na pracovišti ve zdravotnických zařízeních.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CTHH Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám

ČR Česká republika

FNM Fakultní nemocnice v Motole

H Hypotéza (+ pořadové číslo)

ILO Mezinárodní kancelář práce

IZS Integrovaný záchranný systém

Koncepce Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020

OT Otázka (+ pořadové číslo)

PČR Policie České republiky

WHO Světová zdravotnická organizace

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Recenzovaná literatura

- ALTMAN, Douglas G., c1991. *Practical statistics for medical research*. Londýn: Chapman & Hall/CRC, 623 s. ISBN 0-412-27630-5.
- GRIVNA, Tomáš., SCHEINOST, Miroslav., ZOUBKOVÁ, Ivana a kol., 2014. *Kriminologie*. 4. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 536 s. ISBN 978-80-7478-614-3.
- HENDL, Jan, 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5. rozšířené vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
- PECÁKOVÁ, Iva, 2018. *Statistika v terénních průzkumech*. 3. přepracované vyd. [Průhonice]: Professional Publishing, 254 s. ISBN 978-80-88260-10-3.
- SUCHÁ, Jaroslava a DOLEJŠ, Martin, 2016. *Agresivita, depresivita, sebehodnocení a impulzivita u českých adolescentů* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 93 s. [cit. 2021-03-23]. ISBN 978-80-244-5044-5. Dostupné z: <https://www.ff.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/vyzkum/Sucha-Dolejs-Agresivita-depresivita....pdf>.

Nerecenzovaná literatura

- CORTE IBÁÑEZ, Luis de la, 2009. *Logika terorismu*. Praha: Academia, 321 s. Historie (Academia). ISBN 978-80-200-1724-6.
- CHROMÝ, Jakub, 2014. *Násilí na pracovišti: charakteristika, rizikové faktory, specifické formy a právní souvislosti*. Praha: Wolters Kluwer, 216 s. Právní rukověť (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80.7478-552-8.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, WORLD HEALTH ORGANIZATION a PUBLIC SERVICES INTERNATIONAL, 2002. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: International Labour Office, 31 s. ISBN 92-2-113446-6. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>.
- LAPKOVÁ, Dora, 2019. *Politika státu v oblasti ochrany měkkých cílů*. APELTUER, Tomáš, Zdeněk DUFEK, Benedikt VANGELI, et al. *Ochrana měkkých cílů*. Praha: Leges, s. 27-37. ISBN 978-80-7502-427-5. Dostupné také z: <https://profesis.ckait.cz/wp-content/uploads/2020/10/r8-1.pdf>.
- NÖLLKE, Matthias, 2011. *Trénink slovní sebeobrany: jak pohotově najít správná slova v každé situaci*. Praha: Grada, 120 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3517-7.
- Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2007. *Rámcový návod k řešení násilí na pracovišti ve zdravotnictví: příručka pro školení*. Praha: ČMKOS, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR ve vydavatelství Educa

Service, 122 s. ISBN 978-80-903917-3-4. Dostupné také z: <https://ndk.cz/view/uuid:4917f6b0-ac4c-11e9-8fdf-005056827e52?page=uuid:ac315251-98e8-4744-b9c4-c7e71247209e>.

PINDEŠ, Miroslav., MICHALÍK, David., KOMRSKA, Marian a kol., 2012. *Prevence násilí a zvládání krizové situace na pracovišti: praktická studijní příručka* [online]. Praha: ČMKOS, 216 s. [cit. 2021-03-06]. ISBN 978-80-87306-08-6. Dostupné z: <https://www.cmkos.cz/cs/obsah/282/prakticka-studijni-prirucka-prevence-nasili-zvladani-krizove/13042>.

VANGELI, Benedikt, 2019. Právní úprava ochrany měkkých cílů v ČR. APELTAUER, Tomáš, Zdeněk DUFEK, Benedikt VANGELI, et al. *Ochrana měkkých cílů*. Praha: Leges, s. 17-26. ISBN 978-80-7502-427-5. Dostupné také z: <https://profesis.ckait.cz/wp-content/uploads/2020/10/r8-1.pdf>.

Elektronické články

BABIARCZYK, Beata a kol., 2020. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries: a cross-sectional study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [online]. 33(3), 325-338 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: doi:10.13075/ijomeh.1896.01475.

FERRI, Paola a kol., 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management* [online]. 9, 263-275 [cit. 2021-02-14]. ISSN 1179-1578. Dostupné z: doi:10.2147/PRBM.S114870.

HAHN, Sabine a kol., 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]. 19(23-24), 3535-3546 [cit. 2021-4-28]. ISSN 09621067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x.

JAKUBCOVÁ, Lenka, 2018. Vnímání bezpečnostních hrozeb pro Českou republiku. *Bezpečnostní teorie a praxe: sborník Policejní akademie ČR* [online]. Praha: Policejní akademie České republiky, 1995-, 03.2018, 2018(1), 65-77 [cit. 2021-02-21]. ISSN 1211-2461. Dostupné z: Národní digitální knihovny.

PARIONA-CABRERA, Patricia a kol., 2020. Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 76(7), 1581-1593 [cit. 2021-4-28]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: doi:10.1111/jan.14352.

PEKARA, Jaroslav, 2014. Význam komunikace při prevenci násilných incidentů. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 10.3.2014, X(3), 23-25 [cit. 2021-5-1]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/3/vyznam-komunikace-pri-prevenci-nasilnych-incidentu/>.

- SCHABLON, Anja a kol., 2018. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany – A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 15(6), 1274 [cit. 2021-4-28]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph15061274.
- VEVERA, Jan a kol., 2018. Deeskalace – základní intervence ke zvládnání násilí. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 114(5), 213-217 [cit. 2021-05-02]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1227>.
- WINSTANLEY, Sue a WHITTINGTON, Richard, 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 13(1), 3-10 [cit. 2021-4-28]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x.

Právní prameny, strategie a koncepce

- ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA. 2016. *Audit národní bezpečnosti* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, c2020 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/audit-narodni-bezpecnosti-20161201-final-web-uv.pdf.
- ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA. 2017. *Koncepce ochrany měkkých cílů pro roky 2017-2020* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, c2020 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/cthh/clanek/terorismus-web-dokumenty-dokumenty.aspx>.
- ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA. c2020. *Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/soubor/iii-strategie-pk-2012-2015-09-11-2011-vlada-doc.aspx>.
- Občanský zákoník: novelizované znění : rejstřík : redakční uzávěrka ...*, 2012-. Ostrava: Sagit. ÚZ. ISBN 978-80-7208-920-8.
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2010-. Trestní předpisy: redakční uzávěrka ..* Ostrava: Sagit, s. 14-106. ÚZ. ISBN 978-80-7488-111-4.

Internetové zdroje

- Analýzy a komentáře: TE-SAT 2020, c2020. Ministerstvo vnitra České republiky: *Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/cthh/clanek/te-sat-2020.aspx>.

- CICHÁ, Martina, 2013. O limbickém systému v širších souvislostech – z pohledu antropologa. *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. 2013-04-14 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <http://pfyziolmysl.upol.cz/?p=4916>.
- ČT24, 2014. Mladá žena zavraždila studenta – chránil spolužačku. In: *Česká televize: ČT24* [online]. 2014-10-14 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1013782-mlada-zena-zavrazdila-studenta-chranil-spoluzacku>.
- ČT24, 2016. Střelba v Uherském Brodě: Zabiják si nechal poslední kulku pro sebe. In: *Česká televize: ČT24* [online]. 2016-02-24 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/1704445-strelba-v-uherskem-brode-zabijak-si-nechal-posledni-kulku-pro-sebe>.
- ČT24, 2020a. Rok od střelby v ostravské nemocnici – 1. část. In: *90' ČT24* [televizní pořad]. ČT. ČT24 2020-12-10 20:15. Dostupné též z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/11412378947-90-ct24/220411058131210/>.
- ČT24, 2020b. Rok od střelby v ostravské nemocnici – 2. část. In: *90' ČT24* [televizní pořad]. ČT. ČT24 2020-12-10 20:15. Dostupné též z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/11412378947-90-ct24/220411058131210/>.
- Dotace a programové financování: dotační program na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví, 2018. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2018-09-24 [cit. 2021-04-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/dotacni-program-na-zvyseni-ochrany-mekkych-cilu-v-resortu-zdravotnictvi/>.
- FLANAGAN, Alice Yick, 2019. #97453: Violence in the Healthcare Workplace. *Netce.com* [online]. NetCE, 2019-01-08 [cit. 2021-05-02]. Dostupné z: <https://www.netce.com/coursecontent.php?courseid=1834;productid=6920;scrollTo=chap.10#chap.11>.
- FN Motol, 2020. *Výroční zpráva 2019 FN Motol*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: https://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/3/2777/vyrocnizprava-2019.pdf.
- Historie a současnost: Nemocnice v číslech, c2021. In: *FN Motol* [online]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/historie-a-soucasnost/fakultni-nemocnice-v-motole-v-cislech/>.
- JÍLEK, Jindřich, 2019. Vybrané aspekty limitů nutné obrany. In: *Epravo.cz* [online]. Pardubice: EPRAVO.CZ, 2019-07-22 [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/vybrane-aspekty-limitu-nutne-obrany-109625.html>.
- KOTALÍK, Michal, 2019a. Bezpečí v nemocnici. In: *Káva o čtvrté* [rozhlasové vysílání]. Moderuje Patricie STROUHALOVÁ. Praha: Český rozhlas 2, 2019-

- 04-01, 16:04, 29:59 min. Dostupný jako digitální záznam z: <https://dvojka.rozhlas.cz/bezpeci-v-nemocnici-7846971>
- KOTALÍK, Michal, 2019b. 25.09.2019. *Závěrečná zpráva o využití dotace ze státního rozpočtu v rámci dotačního programu na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví v roce 2019*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/zaverecne-zpravy-za-rok-2019-fn-motol-5dde5a9cdba23.pdf>.
- KŠIŇAN, Albert, 2010. Je třeba regulovat násilí na televizní obrazovce? In: *BLOG.RESPEKT.CZ* [online]. Praha: Economia, 2010-01-25 [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://ksinan.blog.respekt.cz/je-treba-regulovat-nasili-na-televizni-obrazovce/>.
- KUSÁ, Marika, 2012. Pod tlakem sociálních referenčních skupin. In: *Odmaturuj.cz* [online]. 2012-12-28 [cit. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://www.odmaturuj.cz/sociologie/pod-tlakem-socialnich-referencnich-skupin/>.
- PEKARA, Jaroslav, c2021. 13 Násilí na pracovišti. In: *Stop násilí* [online]. Praha: ROSA - centrum pro ženy, b.r. [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/13-Nasil%C3%AD-na-pracovisti.pdf>.
- Průvodce areálem, c2021. In: *FN Motol* [online]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole [cit. 2021-04-16]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/pruvodce-arealem/>.
- Rok poté*, 2020 [dokumentární film]. Scénář a režie Tereza KRUMPHOLZOVÁ a Tomáš VAVREČKA. Česko.
- Úvod: Co je CTHH, c2020. *Ministerstvo vnitra České republiky: Centrum proti terorismu a hybridním hrozbám* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/cthh/Default.aspx>.
- VRLÁK, Marek, 2020. „Slyším druhý výstřel, padl ten příjemný mladý muž,“ říká v dokumentu ČT přeživší střelby v ostravské nemocnici. In: *Česká televize: ČT24* [online]. 2020-12-10 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3228450-slysim-druhy-vystrel-padl-ten-prijemny-mlady-muz-rika-v-dokumentu-ct-prezivsi-strelby>.

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Zkušenost zaměstnanců FNM s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování).....	66
Obrázek 2 Zkušenost zdravotnického personálu FNM s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování).....	69
Obrázek 3 Vnímání rizik zdravotnického personálu FNM na pracovišti (vlastní zpracování).....	73
Obrázek 4 Vnímání rizik na pracovišti z pohledu lékařů a zdravotních sester (vlastní zpracování)	79
Obrázek 5 Zájem zaměstnanců o bezpečnostní aktivity s ohledem na zkušenost s ohrožením na pracovišti	81
Obrázek 6 Zájem zdravotnického personálu FNM o vybrané bezpečnostní aktivity (vlastní zpracování).....	83
Obrázek 7 Zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní aktivity s ohledem na zkušenost s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování).....	85

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Početní zastoupení respondentů z jednotlivých zemí – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)	44
Tabulka 2 – Zkušenost zdravotních sester s násilím na pracovišti – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)	45
Tabulka 3 Podíl pachatelů jednotlivých forem násilí na pracovišti – studie 1; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020)	46
Tabulka 4 Četnost výskytu násilí na pracovišti z hlediska profesního zařazení respondentů – studie 2; zdroj dat: (Ferri a kol., 2016)	48
Tabulka 5 Četnost výskytu násilí na pracovišti napříč odděleními; zdroj dat: (Ferri a kol., 2016)	49
Tabulka 6 Počet respondentů dle pracovního zařazení (vlastní zpracování)	64
Tabulka 7 Zkušenost zdravotnického personálu a ostatních pracovníků FNM s externím násilím na pracovišti (vlastní zpracování)	68
Tabulka 8 Zkušenost zdravotnického personálu s ohrožením na pracovišti (vlastní zpracování)	69
Tabulka 9 Podíl pachatelů externího násilí na pracovišti proti zdravotnickému personálu FNM	71
Tabulka 10 Zkušenost zdravotnického personálu FNM s formami externího násilí na pracovišti	72
Tabulka 11 Vliv přímé zkušenosti s ohrožením zdravotnického personálu na obavu z útoku agresivního pacienta (vlastní zpracování)	74
Tabulka 12 Vliv přímé zkušenosti s ohrožením zdravotnického personálu na vnímání obavy z útoku agresivního návštěvníka nemocnice (vlastní zpracování)	76
Tabulka 13 Vnímání rizik v průměru mezi respondenty napříč pracovním zařazením (vlastní zpracování)	78

Tabulka 14 Porovnání hodnot testovacích statistik chí-kvadrát testu nezávislosti k ověření H12	88
Tabulka 15 Zájem zdravotnického personálu o bezpečnostní školení a praktické návky s ohledem na zkušenost s ohrožením (vlastní zpracování)	88
Tabulka 16 Shrnutí testovaných hypotéz (vlastní zpracování).....	90

12 SEZNAM PŘÍLOH

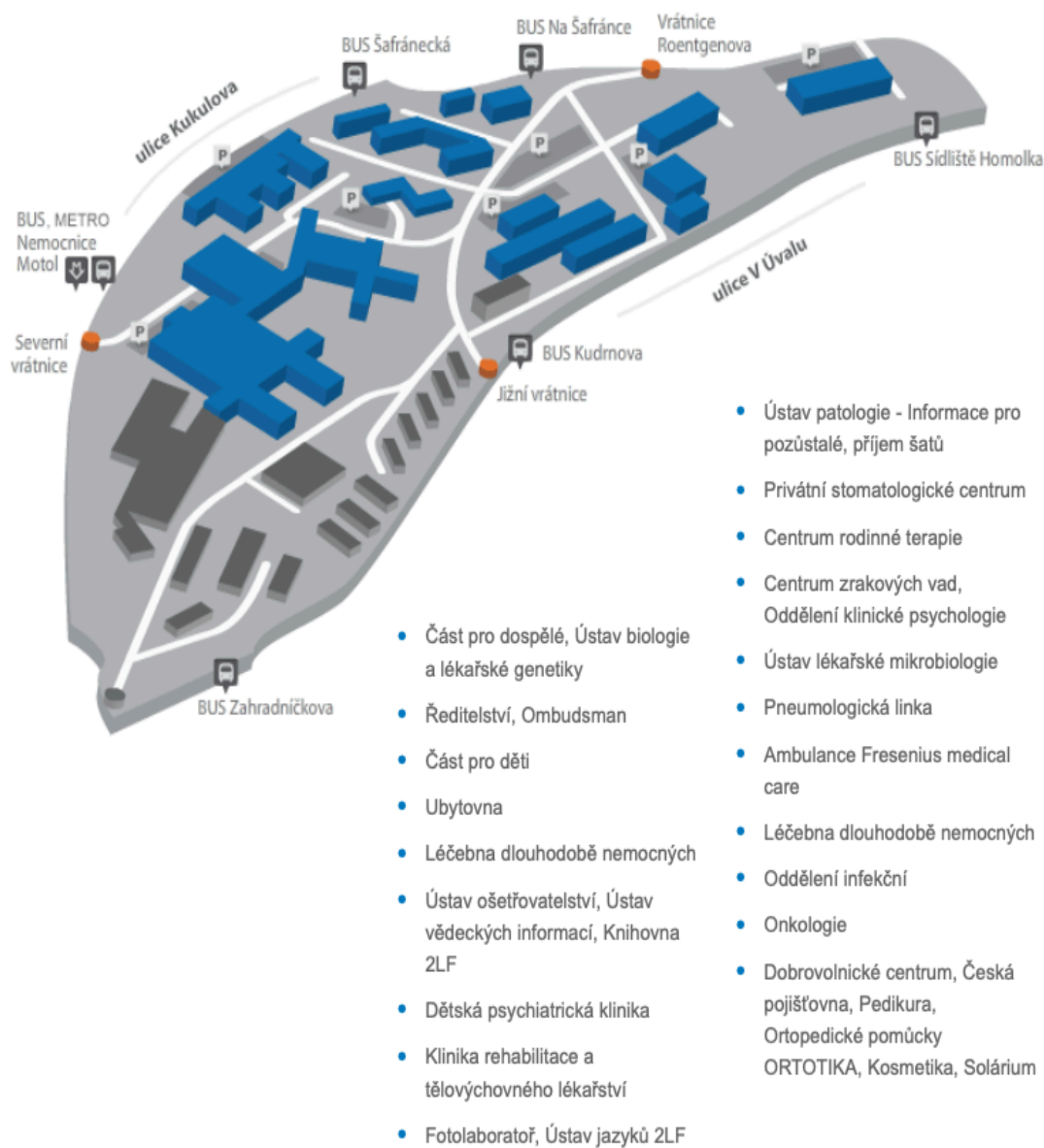
Příloha 1 – Srovnání výstupů případových studií 1 a 2	1
Příloha 2 – Mapa areálu FNM	2
Příloha 3 – Souhlas FNM s rozpracováním a zveřejněním dat z empirického šetření v diplomové práci.....	3

Příloha 1 – Srovnání výstupů případových studií 1 a 2; zdroj dat: (Babiarczyk a kol., 2020; Ferri a kol., 2016)

	STUDIE 1	STUDIE 2
N respondentů	1 080	419
Profesní zařazení respondentů	zdravotní sestra	lékař vrchní sestra zdravotní sestra zdravotní asistent
Zkušenost respondentů s		
• Externím násilím	74 %	45 %
• Verbální agrese	54 %	51 %
• Fyzickým útokem	20 %	49 %
• Oběma formami násilí	15 %	N/A
Oddělení s nejnižší četností		
• Fyzického násilí	• ambulance (9 %)	• rehabilitace (3 %)
• Verbální agrese	• N/A	• neurologie (8 %)
		• metabolické (4 %)
Oddělení s nejvyšší četností		
• Fyzického násilí	• psychiatrie (36 %)	• psychiatrie (73 %)
	• rehabilitace + pečovatelská zařízení (32 %)	• ambulance (34 %)
• Verbální agrese	• psychiatrie (87 %)	• neurochirurgie (50 %)
	• ambulance (67 %)	• geriatrická péče (41 %)
		• ambulance (37 %)
Pachatel		
• Pacient	blíže nespecifikováno	51 % případů
• Rodinný příslušník		31 % případů
Pachatel verbální agrese		
• Pacient	70 % případů	blíže nespecifikováno
• Rodinný příslušník	40 % případů	
Pachatel fyzické agrese		
• Pacient	92 % případů	blíže nespecifikováno
• Rodinný příslušník	10 % případů	

Poznámka: N/A – data nedostupná

Příloha 2 – Mapa areálu FNM (Průvodce areálem, c2021)



- Ústav patologie - Informace pro pozůstalé, příjem šatů
- Privátní stomatologické centrum
- Centrum rodinné terapie
- Centrum zrakových vad, Oddělení klinické psychologie
- Ústav lékařské mikrobiologie
- Pneumologická linka
- Ambulance Fresenius medical care
- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Oddělení infekční
- Onkologie
- Dobrovolnické centrum, Česká pojišťovna, Pedikura, Ortopedické pomůcky ORTOTIKA, Kosmetika, Solárium
- Část pro dospělé, Ústav biologie a lékařské genetiky
- Ředitelství, Ombudsman
- Část pro děti
- Ubytovna
- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Ústav ošetřovatelství, Ústav vědeckých informací, Knihovna 2LF
- Dětská psychiatrická klinika
- Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství
- Fotolaboratoř, Ústav jazyků 2LF

Příloha 3 – Souhlas FNM s rozpracováním a zveřejněním dat z empirického šetření v diplomové práci

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva
Sportovců 2311
272 01 Kladno



V Praze, dne 17. června 2020

Souhlas se sběrem, analýzou, zpracováním a uveřejněním dat v diplomové práci

Tímto potvrzujeme, že

paní Bc. Veronika Matochová
narozena dne 24. ledna 1996

smí použít data z anonymní ankety, zpracované v bezpečnostním dokumentu *Analýza hrozeb a rizik FN Motol*, k analýze a statistickému rozpracování v diplomové práci s názvem *Ochrana zdravotnického personálu FNM před fyzickým napadením*.

Dále souhlasíme s tím, že data z anonymní ankety budou analyzována, použita a uveřejněna v diplomové práci studentky na FBMI ČVUT.

Studentka svým podpisem stvrzuje, že data použije výhradně pro statistické zpracování v diplomové práci.

Podpis studentky



Pečítka a podpis zástupce FN v Motole