

2.LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERSITA KARLOVA  
V Úvalu 84, Praha 5 Motol

Studijní program ošetřovatelství

Studijní obor všeobecná sestra

Násilí na zdravotnících  
průzkumná sonda

**Bakalářská práce**

Vypracovala: Renáta Všetečková

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Marie Šamánková

Praha, březen 2007

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a jiné materiály, které jsem použila.

V Praze 15.března 2007



Kateřina Honzák

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mi pomáhali a podporovali mě při vypracování této práce. Velmi děkuji vedoucí mé práce Mgr. Šamánkové a MUDr. Honzákovi za vstřícný přístup a odborné vedení, za mnohé podněty ke zpracování i za doporučení a poskytnutí dalších literárních zdrojů. Mé poděkování rovněž patří všem respondentům za čas strávený nad vyplněním dotazníku, spolupracovníkům z Urgentního příjmu FN Motol, ZZS hlavního města Prahy, ZZS Praha venkov, pracovníkům Psychiatrické léčebny v Bohnicích za připomínky, rady a za umožnění provedení průzkumné části práce.

## Obsah

1. Úvod, stanovení hypotézy,summary.....	str.3
2. Definice násilí.....	str.7
3. Právní aspekty agrese.....	str.8
3.1.Útoky na zdravotníky versus úprava zákona.....	str.11
4. Mezinárodní výzkumy v oblasti násilí na zdravotnických pracovištích.....	str.12
4.1.Britské listy.....	str.12
4.2.Česká tisková kancelář.....	str.12
4.3.Celostátní konference sester.....	str.13
„Cesta k modernímu ošetřovatelství VII“.....	str.13
4.4. Zdravotnické noviny.....	str.13
4.5. Bezpečná ambulance.....	str.14
4.6. Násilí ve světě, různé studie.....	str.14
5. Výsledky dotazníkového šetření.....	str.17
5.1. Časový harmonogram.....	str.17
5.2. Návratnost vyplněných dotazníků.....	str.18
5.3. Pohlaví respondentů.....	str.19
5.4. Délka praxe – pohlaví.....	str.19
5.5.geografické působíště.....	str.20
5.6.typy pracovišť – počet respondentů.....	str.21
5.7.vzdělání respondentů – pracovní zařazení.....	str.22
5.8.vzdělání – typ pracoviště.....	str.23
5.9.vzdělání – typ pracoviště – délka praxe.....	str.24
5.10.vzdělání – délka praxe ve zdravotnictví.....	str.25
6.Druhy agrese.....	str.26
6.1.verbální.....	str.27
6.2.brachiální.....	str.27
6.3.pracovní neschopnost.....	str.28
7. Četnost útoků.....	str.31
7.1. kategorie < 5 let praxe.....	str.31
7.2. kategorie 5 – 10 let.....	str.31
7.3. kategorie 10 – 15 let.....	str.32
7.4. kategorie 15 let a více.....	str.32

8. Vliv drog a alkoholu na agresivitu.....	str.33
9. Násilí vyprovokované chováním zdravotníků.....	str.36
10. Zajištění bezpečnosti zaměstnavatelem.....	str.37
10.1. nijak.....	str.37
10.2. bezpečnostní agentura.....	str.38
10.3. obranné spraye.....	str.39
10.4. přenosné alarmy.....	str.39
10.5. kurzy sebeobrany.....	str.40
10.6. kurzy asertivního chování.....	str.41
10.7. přehled v tabulkové úpravě.....	str.42
10.8. jiné zajištění.....	str.42
11. Jak se bránit fyzickému útoku.....	str.43
12. Návčik komunikace s problémovým pacientem.....	str.45
12.1. Náplň školících akcí.....	str.46
12.2. Na co se zaměřit při komunikaci s obtížným pacientem.	str.48
13. Nárůst agresivity za posledních 15 let.....	str.49
14. Potvrzení hypotézy, možnosti řešení agresivity pacientů ve FN Motol.....	str.50
14.1. varování.....	str.51
14.2. hlášení mimořádné události.....	str.53
14.3. zvýšení kvality prostředí.....	str.55
14.4. celonemocniční semináře.....	str.55
15. Závěr.....	str.57
16. Seznam citované literatury, odkazy.....	str.58
17. Přílohy.....	str.59

## 1. Úvod

Za bezmála 8 let provozu Oddělení urgentního příjmu dospělých ve FN Motol, kde pracuji jako vrchní sestra, jsme nasbírali bohaté zkušenosti v oblasti agresivity pacientů a jelikož mě toto téma velice zajímá, vybrala jsem si jej jako téma pro bakalářskou práci na 2. Lékařské fakultě UK, kde studuji obor všeobecná sestra.

### **Vymezení základní otázky a stanovení hypotézy průzkumu:**

Tématem bakalářské práce je průzkumná sonda na téma Násilí na zdravotnících. Průzkumnou sondu jsem prováděla formou dotazníku se standardizovaným souborem otázek připravených na formuláři. Vše bylo prováděno anonymní formou.

**Základní otázkou bylo, zda došlo k nárůstu agresivity ve zdravotnictví za posledních 15 let a jakým způsobem zajišťuje zaměstnavatel bezpečnost zdravotnických pracovníků.**

Pracuji na Urgentním příjmu pro dospělé a s násilnickým chováním ať verbálním či brachiálním se na tomto pracovišti setkáváme bohužel denně.

Průzkumnou sondu jsem provedla se 168 respondenty z různých oborů zdravotnického působení. Zaměřila jsem se především na oblast zdravotnické záchranné služby, urgentních příjmů, různých typů ambulancí a psychiatrických oddělení.

Všichni respondenti mi vyšli vstříc a dotazník ochotně vyplnili, což bylo pro mou práci to nejdůležitější. Na konci dotazníku dostali všichni možnost se k problematice násilí na zdravotnících vyjádřit, bohužel této možnosti využilo jen několik dotázaných, i když byl dotazník anonymní.

Největší počet respondentů (41%) byl v kategorii 15 a více let praxe ve zdravotnictví. Z čehož plyne, že mají většinou četné praktické zkušenosti s agresivitou a mohou porovnat nárůst násilí nejen ve společnosti jako celku, ale i v jednotlivých oborech.

Všem děkuji za vyplnění a pokusím se ve své práci nastínit, jak to s agresivitou na zdravotnických pracovištích vlastně u nás je, zda-li se vyrovnáváme v zacházení s násilím anglo-americkém typu zdravotnictví, kde mají s touto problematikou bohaté zkušenosti.

Mezinárodní rada sester (ICN) vyhlásila problematiku násilí jako celosvětové aktuální téma již v roce 2001.

Nejrůznější projevy násilí ve společnosti se objevovaly vždy, jejich výskyt však kolísal. Zkušenosti občanů jako oběti násilí stoupají, stoupá i brutalita jednotlivých pachatelů trestných činů.

S všeobecným nárůstem násilí ve společnosti samozřejmě narůstá i násilí na pracovištích.

Napadení zdravotníka? To je nový obraz medicíny 21.století? Pokud tomu tak opravdu je, musí se ve společnosti něco změnit a hlavně začít agresi na tomto poli působení radikálně mýtit.

Sociolog Ivo Možný ve své publikaci uvádí, že v 70.letech minulého století připadal 1 trestný čin na 100 000 obyvatel.

V roce 1997 počet dosáhl čísla 4 na 100 000 obyvatel. (odkaz 1)

Proč násilí na profesi, jejíž hlavní náplní je záchrana lidských životů?

Zdravotničtí pracovníci různých oborů se dostávají do velmi úzkého kontaktu se svými pacienty všech sociálních oblastí a to s sebou samozřejmě nese riziko nějakého konfliktu.

Případy násilí se nejčastěji objevují na pracovištích přednemocniční akutní péče jako jsou záchranné služby, dále v akutní péči nemocničního typu urgentních příjmů, traumatologických ambulancí, detoxikačních středisek, psychiatrických odděleních.

S agresí se ale setkávají i ostatní pracoviště typu interní nebo ortopedické ambulance, kde zdravotníci sami nemohou rozhodnout o tempu své práce, o pořadí a čekacích dobách.

Čekárny jsou plné pacientů, nevlídné prostředí a fakt, že každého něco bolí a necítí se dobře, umocní mnohdy autoritativní přístup zdravotnického pracovníka v kartotéce a první náznak konfliktu je ve vzduchu.

Toto povolání je velmi stresující a časem může vést k násilnému chování, které se obrátí i proti vlastním spolupracovníkům.

Samostatnou kapitolou jsou agresivní drogově závislí, alkoholici a bezdomovci. V naší společnosti je toto fenomén, na který jsme si ještě nezvykli.

Před rokem 1989, možná i díky politické situaci v naší zemi, málokdo věděl jak vypadá drogově závislý člověk, pojem bezdomovec byl většinou z nás cizí. Ne, že by v naší populaci nebyli, ale byli schováni v ústraní a obávali se represivních orgánů.

Nemůžeme ale všechnu agresivitu svalovat na tuto skupinu naší populace.

I člověk v obleku s kravatou a vysokoškolským titulem před jménem někdy překvapí. Tato kategorie obyvatel se ale ve většině případů neuchyluje k fyzickému násilí.

Když mluvíme o násilí, kromě fyzického, o kterém každý z nás již bohatě slyšel, ale jen pár z nás mělo vlastní zkušenost, nemohu opomenout i násilí verbální. A s touto formou se setkal opravdu každý z nás.

## Summary

My presentation is an attempt to probe current social view and reception of patients violence against medical professionals. The problem has a growing tendency and there is no wonder that ICN / International Council of Nurses / declared patient violence relative topics in 2001 as a worldwide current theme.

I work at Emergency Department of big teaching hospital and I consider this place as one of those that are exposed to conflicts and patient violence often.

The questioning was performed via nameless answer sheets. These were given mainly to staff from Emergency Departments, Ambulance Services, Psychiatric Departments and different sorts of admitting rooms. Two hundred answer sheets were given, about 84% were answered and sent back.

Major group of respondents / 41 % / were well experienced, more than 15 years working staff. Their opinion was valuable as they could compare the problem trend. The major part of them consider patient relative violence as a growing problem and attack severity too. Moreover the most of the respondents had the feeling that the level of medical professionals protection is poor and nothing had been done for years in this field.

In the end of my presentation I offer some measures that should be called into action in our hospital after the discussion with the management.



## 2. Definice násilí

Nejucelenější definici násilí vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1996, která násilí popsala jako :

„ úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly, která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt,psychickou újmu,poruchu vývoje či osobnosti,.. (odkaz 2)

Latinské slovo aggredi znamená přistoupit,přiblížit,napadat, útočit.

Agrese je vlastně zloba. Zloba může přejít do podoby násilného jednání.

Agrese může být zaměřená přímo na zdravotníka s cílem vyprovokovat personál, nebo nevědomá a impulsivní.

Agresivitu lze rozdělit do 2 forem, na zdravou a patologickou.

Patologickou agresivitu dále dělíme na agresi proti předmětům, proti sobě, proti druhým osobám.(odkaz 3)

Spoluvyvolávající a podporující příčinou agrese jsou :

- alkohol
- drogy
- bolest
- porucha vědomí
- souvislost s úmrtím, žal

Některé agresivní počiny pacientů spouští svými projevy sami zdravotníci.

Ovlivnit chování a celkový dojem z návštěvy zdravotnického zařízení může

- vlídnost, zdvořilost
- zájem o problémy a obavy pacienta
- pořádek a čistota
- čekací doba na ambulanci
- informovanost o nemoci ze strany lékaře
- informovanost rodiny o stavu pacienta

Agresi předchází stres. Na tom se shodují všichni odborníci.

Stres může násilí vyvolávat, stres se objeví nejen u oběti, ale mnohdy i u agresora.

Stres je komplexní psychofyziologická reakce, je běžně přítomný v našem každodenním životě. Pokud stres nepřekročí jistou míru má i pozitivní účinky na člověka. Pokud je stres dlouhotrvající a opakovaný vede k psychickým poruchám osobnosti.

### **3. Právní aspekty agrese ve zdravotnických zařízeních**

Často diskutovaným tématem v problematice agrese na zdravotnicích je možnost zavedení statutu veřejného činitele.

Ředitel pražské Záchrané služby MUDr. Schwarz řekl:

„, nemá smysl tento statut zavádět. Je nutné ale zpřísnit trestní sazbu za násilné činy páchané na zdravotnicích, zlepšit pracovní podmínky, posílit právní ochranu zdravotníků, iniciovat novelu trestního zákona.,,(odkaz 4)

Názory na zařazení zdravotníků do statutu veřejného činitele jsou rozličné.

Násilníkovi je jedno na koho útočí a v jakém právním postavení je jeho potenciální oběť.

Stále platí zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Je zcela nevyhovující dnešním potřebám českého zdravotnictví.

Další problém spočívá v tom, že dosud nejsou v ČR zákonem jasně vymezena práva a povinnosti zdravotnických pracovníků.

Z toho vyplývá, že zdravotničtí pracovníci si nejsou vědomi svých kompetencí, odpovědností a povinností ve vztahu k pacientům.

Zajímavostí je, že ve zmiňovaném zákoně o péči o zdraví lidu hovoří o povinnostech zdravotnických pracovníků jen jeden z 80 paragrafů zákona a právům a povinnostem pacientů se nevěnuje vůbec.(odkaz 4)

Zákon č.95/2004 Sb. a 96/2004Sb. o lékařích a nelékařských zdravotnických profesích se věnuje především získáním odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu jejich činností.

Podzákonná norma, která se trochu zmiňuje o násilí na zdravotnických pracovištích se jmenuje Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry a Kodex práv pacientů.

Zde jsou celkem podrobně popsána práva a povinnosti zdravotníků i pacientů. Bohužel jsou to pouze doporučení a nemají sílu zákona.(odkaz 4)

Všechny tyto legislativní nedostatky mohou silně ovlivňovat podvědomí a ovlivňovat hodnocení a posuzování fenomenu přímého i nepřímého násilí v přednemocniční i nemocniční péči.

V případě fyzického napadení zdravotníka pacientem lze toto jednání kvalifikovat jako trestný čin ublížení na zdraví s povinností rozlišit zda se jedná o ublížení na zdraví nebo těžkou újmu na zdraví. Toto rozhoduje soud na základě znaleckého posudku znalce z oboru lékařství.

Pozor, pro nepřičetnost není vyloučena trestní odpovědnost, jestliže pachatel, který trestní čin spáchal v halucinogenním stavu, se do tohoto stavu přivedl sám požitím alkoholických nápojů nebo drog.

#### § 201a - Opilství

(1) Kdo se požitím nebo aplikací návykové látky nebo jinak přivede, byť i z nedbalosti, do stavu nepřičetnosti, v němž se dopustí jednání, které má jinak znaky trestného činu, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let; dopustí-li se však jednání, které má jinak znaky trestného činu, na který zákon stanoví trest mírnější, bude potrestán oním trestem mírnějším.

(2) Ustanovení odstavce 1, jakož i § 12 se neužije, přivedl-li se pachatel do stavu nepřičetnosti v úmyslu spáchat trestný čin, nebo spáchal trestný čin z nedbalosti, která spočívá v tom, že se přivedl do stavu nepřičetnosti.

Ustanovení § 186 tr. zák. z roku 1950 hovořilo o odpovědnosti toho, kdo "se požitím

alkoholického nápoje nebo jinak" přivede do stavu nepřičetnosti, čímž byla již tehdy míněna možnost aplikace drogy.

**Odstavec 2** vylučuje případy tzv., actio libera in causa, kdy pachatel požije alkohol nebo jinou drogu již v úmyslu trestný čin spáchat (tzv. napítí se na kuráž) a případy, kdy samo požití návykové látky je součástí trestného činu spáchaného z nedbalosti. (odkaz 5)

Se stále rostoucím počtem napadení zdravotníků byl Poslaneckou sněmovnou dne 3.11.2004 schválen návrh na změnu trestního zákona. Návrh nově ukládá soudu „povinnost přihlídnout při vyměřování trestu jako k přitěžující okolnosti, neb pachatel spáchal trestný čin vůči osobě podílející se na záchraně života a zdraví.,,(odkaz4)

Netýká se pouze pracovníků záchranné služby, ale podstatně širší zdravotnické populace včetně nezdravotníků, kteří jsou napadeni agresorem při poskytování první pomoci.

Žádný zákon, byť, by byl sebe tvrdší, nezabrání agresorovi v provedení zamyšleného útoku.

Dobrá znalost indikace farmakologického zklidnění i použití přechodného fyzického omezení může zabránit násilníkovi v použití násilí.

Agresivita není zdravotnický, ale celospolečenský problém.

Nutno veřejně o těchto problémech hovořit. Násilník na půdě českého zdravotnictví velmi dobře ví, že se mu prakticky nic nestane.

### 3.1. Útoky na zdravotníky versus úprava zákona :

- první poslanecký návrh, dle něhož by útočníkům na zasahující záchranáře hrozily přísnější tresty, nezískal podporu vlády. Bylo projednáváno v únoru 2004.
- Ministerstvo spravedlnosti připravuje komplexní úpravu trestního zákona a počítá s jiným řešením.
- Útok na zdravotníka dosud nepatří mezi přitěžující okolnosti. Fyzické napadení nyní může být podle právníků kvalifikováno jako úmyslné ublížení na zdraví a soud může dát podmíněčný trest nebo veřejně prospěšné práce. Pokud ale bude tento čin považován jako přitěžující okolnost, soud se může přiklonit k vyšším trestům.
- Návrh novely trestního zákona – napadení osoby poskytující pomoc musí být přitěžující okolnost a tedy tvrdší trest.
- Násilí na pracovišti by mělo být hlavním bodem řešení pro zaměstnavatele, kteří nesou určitý díl odpovědnosti za své zaměstnance.

Problematika násilí na zdravotnících si zasluhuje rozsáhlejší a systematictější pozornost odborníků zabývajících se zdravotnickou legislativou, bezpečnostních složek, psychologů, psychiatrů, soudních znalců. Seznámena s problematikou by asi měla být i laická veřejnost.

## 4. Mezinárodní výzkumy v oblasti násilí na zdravotnických pracovištích

### 4.1.

Zde bych se nejprve krátce zmínila o reakci na narůstající počet agrese vůči zdravotníkům ve Velké Británii.(odkaz6)

Britské ministerstvo zdravotnictví uvedlo 65 000 násilných incidentů ročně. Britský premiér Tony Blair oznámil radikální plán s názvem „nulová tolerance“, v jehož rámci mají být z britského státního zdravotnictví vyloučeni násilničtí pacienti. Jeho projev vyvolal vlnu znepokojení, že by agresivní pacienti měli přijít o právo na záchranu života v krizové zdravotní situaci.

Nemocnice Royal London Hospital doporučila zavést systém žlutých karet pro pacienty, kteří se provinují násilným chováním, agresivně sexuálním chováním nebo agresivním vyjadřováním. Pacienti, kteří se chovají agresivně opakovaně, dostanou červenou kartu a mohou být z ošetřování nemocnice vyloučeni až na dobu 1 roku. Zákaz se netýká pacientů s duševními chorobami, ani pacientů ohrožených na životě.

Britské listy poukázaly na rozpor mezi britskou vládou a svazem pacientů (Organisation Patient Concern) , která dohlíží na úroveň zdravotnické péče.

Násilné útoky na zdravotní personál nemohou být tolerovány, nemohou být ale ani přehlíženy situace, kdy zdravotníci jednájí sami jako soudci a odmítají pacienty ošetřit. (odkaz6)

### 4.2.

Česká tisková kancelář 10.6.2001 (odkaz7) zveřejnila návrh britské ministryně zdravotnictví Caroline Flintové, že lidé, kteří verbálně urážejí či fyzicky ohrožují zdravotnický personál, budou potrestáni pokutou 1000 liber.

Ředitelé zdravotnických zařízení budou mít pravomoc nechat útočníky vyvést z nemocnic a dalších zdravotnických objektů.

Návrh zaručuje, že útočníkovi se dostane nezbytného akutního ošetření, ale bude čelit obvinění z trestného jednání.

#### 4.3.

Mgr. Tereza Koláčná (odkaz8)

ve své přednášce přednesené na celostátní konferenci Cesta k modernímu ošetrovatelství VII, konané v září 2005, poskytla poznatky ze své stáže v jedné britské nemocnici. Jak uvedla, zaujala ji hned u vchodu do nemocnice informační cedule pro pacienty a návštěvníky s následujícím zněním :

- Útočné, násilné, urážlivé či výhružné chování není povoleno.
- Násilný čin na zaměstnanci nemocnice je trestným činem. Osoby vystupující tímto způsobem jsou nahlášeny Policii a budou soudně stíhány.
- Chová-li se podobným způsobem návštěva, může jí být na určitou dobu zakázán vstup do zdravotnického zařízení.

Pro tyto situace mají v nemocnici zřízenou funkci manažer na telefonu, který řeší tyto situace.

Vše je pečlivě zaznamenáno v dokumentaci pacienta.

Z řad zaměstnanců byl podán návrh na zřízení přímé telefonní linky na nejbližší policejní stanici.

#### 4.4.

Zdravotnické noviny (odkaz 9)

Otiskly příjezd britského občana alkoholika a drogově závislého, který napadl personál nemocnice na příjmu raněných, kdy po personálu házel lékařské přístroje a jiné vybavení nemocnice. Choval se tak, že personál nemohl nijak zasáhnout a musel vyklidit prostor, který násilník ovládl.

Soudce dotyčného provinilce poslal na devět měsíců do vězení.

Verdikt soudu je vzkazem všem, kteří by chtěli jakýmkoli způsobem ohrožovat zdravotníky, prohlásil ředitel bezpečnostního odboru Státní zdravotní péče Velké Británie.

Naproti tomu 35letý Zdeněk Kovařík, který v lednu 2004 surově napadl a zbil lékaře pražské ZZS byl potrestán pouze podmíněčným trestem.

Mluvčí pražské ZZS uvedl, že doufali, „že soud bude k takto společensky nebezpečnému chování přistupovat nekompromisně.,,

4.5.

Bezpečná ambulance (odkaz 10)

Vedení FNKV v roce 2005 uvedlo do provozu projekt s názvem Bezpečná ambulance. Než se pacientům otevrou dveře, uvidí je ošetřující zdravotníci pomocí videotelefonu. Při vstupu do místnosti je bezpečnostní rám, který prověří, zda pacient nemá u sebe nežádoucí kovové předměty (zbraně, nože). Veškerý mobiliář ambulance je pevně ukotven k zemi; nelze ho použít k napadení. Celý prostor ambulance je sledován bezpečnostní kamerou. V případě napadení si může ošetřující personál přivolat pomoc buď tísňovým bezdrátovým tlačítkem, nebo využitím pevného PANIK tlačítka. Další možností je využití únikového, nouzového východu. Okna v ambulanci jsou neotevíratelná a skla jsou opatřena bezpečnostní fólií. Dveře mezi ordinací a čekárnou by měly být opatřeny elektrohydraulickým pohonem. Výstup je aktivován při stisknutí jakéhokoliv tísňového tlačítka. Poplachový signál je sveden na dispečink soukromé bezpečnostní služby.

Podle rizika zde rozlišují ambulance na čtyři kategorie:

- Vysoké riziko – ambulance 24 hodin v provozu pro problematické pacienty.
- Střední až vysoké riziko – ambulance je 24 hodin v provozu, drahé vybavení, nebezpečné látky a předměty.
- Nízké až střední riziko – drahé vybavení ambulance, nebezpečné látky a předměty.
- Nízké riziko – běžné vybavení ambulance a běžný provoz.

4.6.

Problému násilí na zdravotnickém pracovníkovi je věnována trvalá pozornost odborné veřejnosti hlavně ve Spojených Státech a Austrálii již od konce osmdesátých let minulého století.

Alarmující nárůst brutality v celé společnosti, se plně dotýká i sektoru zdravotnictví. Určité profese jsou rizikovější, ve zdravotnictví se odehrává asi čtvrtina všech činů, které se dají za násilí plně označit.



Autoři Vittorio Di Martino, Helge Hoel a Cary L. Cooper ve své práci Preventing Violence and Harassment in the Workplace z roku 2003 poukazují na skutečnost rozdílů v kultuře a legislativě jednotlivých zemí, které ovlivňují chápání jednotlivých druhů problémů v oblasti násilí a následné ovlivnění výsledků šetření.(odkaz4)

Velká Británie potvrzuje, že zdravotničtí pracovníci jsou tři až čtyřikrát více ohroženi než jiné profese. (odkaz 5)

Institut zdravotní politiky a ekonomiky poukazuje na studii z roku 1999, průzkum proběhl ve Finsku, kde byl v kontaktu s agresí každý desátý zdravotník.

Austrálie referovala o 73% lékařů, kteří byli vystaveni verbální nebo brachiální agresi.

Mezi největší studie patří práce Duncana a kol. z University of Cariboo z Britské Kolumbie z Kanady, která byla publikována v roce 2001 a autoři studie sledovali asi 9000 zdravotních sester z 210 nemocnic v kanadských provinciích Britská Kolumbie a Alberta. 19% sester se setkalo s hrozbou napadení, 18% s fyzickým napadením, 38% respondentek se setkalo se slovními výhrůžkami. 70% respondentů své zkušenosti s násilím nikomu nehlásilo. (odkaz 4)

Studie pana D.D. Maye a L.M.Grubbse z roku 2002 dotazovala sestry z jednotek intenzivní péče, pohotovostí a 770 lůžek všeobecných. 88% sester odpovědělo, že byly slovně napadeny, 74% mluvilo o fyzických útocích od samotných pacientů nebo jejich příbuzných, z toho 60% bylo pod vlivem návykových látek. (odkaz 4)

Na zvýšená rizika násilí na urgentních příjmech a pohotovostech upozorňuje práce Work stress a PTSD in ED nurses personál z roku 2003 autorů Laposa a kol.

Zde autor navíc podotýká, že 67% respondentů se domnívá, že nemá podporu v řešení násilných konfliktních situací od vedení nemocnice. 20% respondentů se rozhodlo změnit práci v oboru, poté co byli inzultováni. (odkaz 4)

Pohledem trochu na východ Evropy se dostáváme do Bulharské republiky, kde taktéž bylo provedeno dotazníkové šetření s 508 zaměstnanci různých zdravotnických zařízení v hlavním městě.

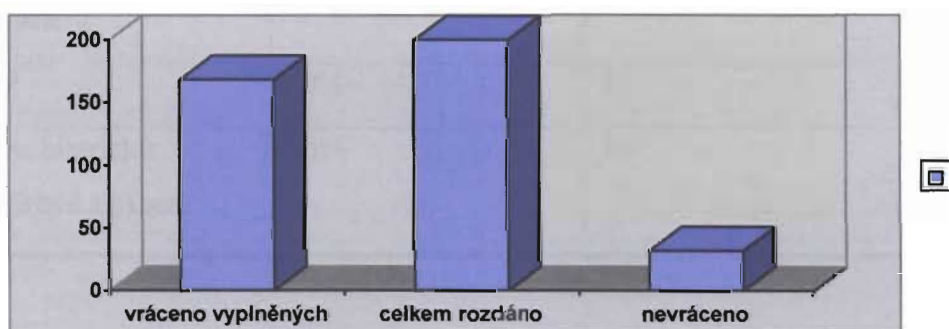
Ačkoli fyzické násilí se v bulharském zdravotnictví moc neobjevuje, autoři upozorňují na vyšší míru tolerance společnosti vůči agresorům. V přímém kontaktu s násilím bylo 7,5% dotázaných, a asi 10% bylo svědky fyzického konfliktu mezi pacientem a zdravotnickým kolegou. Slovní napadání uvedlo 37,2% dotázaných. (odkaz 4)

## 5. Výsledky dotazníkového šetření k bakalářské práci na 2.LF UK na téma Násilí na zdravotnicích – průzkumná sonda:

Distribuce dotazníků jednotlivým respondentům proběhla v měsících duben a květen 2006. Osloveni byli pracovníci výjezdových skupin zdravotnických záchranných služeb Praha a Praha venkov, pracovníci operačního střediska ZZS hl.města Prahy, personál ambulancí a standardních oddělení FN Motol, Urgentního příjmu FN Motol a pracovníci Psychiatrické léčebny v Bohnicích.

Dotazníky byly anonymní. Jako metoda zpracování vyplněných dotazníků byla pro větší přehlednost zvolena forma tabulek a grafů.

Celkem bylo distribuováno 200 dotazníků, návratnost byla 168 což jest 84%.

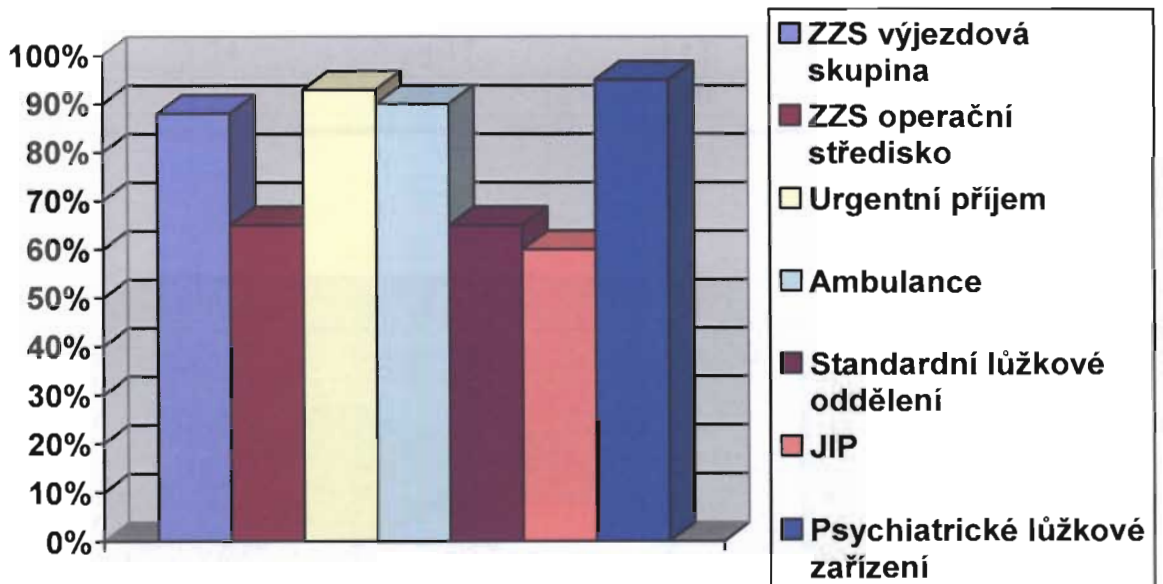


### 5.1. Časový harmonogram

Měsíc	Činnost
Únor 2006	Sběr materiálu k definování otázek do dotazníku
Březen	Konzultace s vedoucí bakalářské práce
Duben	Distribuce dotazníků
Květen	Distribuce dotazníků
Červen	Sběr dotazníků
Červenec	Statistické zpracování údajů
Srpen	Statistické zpracování údajů
Září	Interpretace prvních výsledků
Říjen	Konzultace bakalářské práce
Listopad	Finální úpravy bakalářské práce
Prosinec	Odevzdání bakalářské práce

## 5.2. Návratnost vyplněných dotazníků

pracoviště	Návratnost	rozdáno	vráceno
ZZS výjezdová skupina	88%	60	53
ZZS operační středisko	65%	20	13
Urgentní příjem	93%	40	37
Ambulance	90%	30	27
Standardní lůžkové oddělení	65%	20	13
JIP	60%	10	6
Psychiatrické lůžkové zařízení	95%	20	19



### 5.3. Pohlaví respondentů

Celkem	muž	žena
168	67	101
100%	40%	60%

Ve výsledném vzorku všech 168 respondentů převažovaly ženy, což je v našich podmínkách dáno hlavně možností studia střední zdravotní školy již od 14 let, kam se nejvíce hlásila děvčata, v současnosti obor zdravotnický záchranář studuje daleko větší procento mužů, a ti nacházejí uplatnění hlavně v přednemocniční péči na záchranných službách.

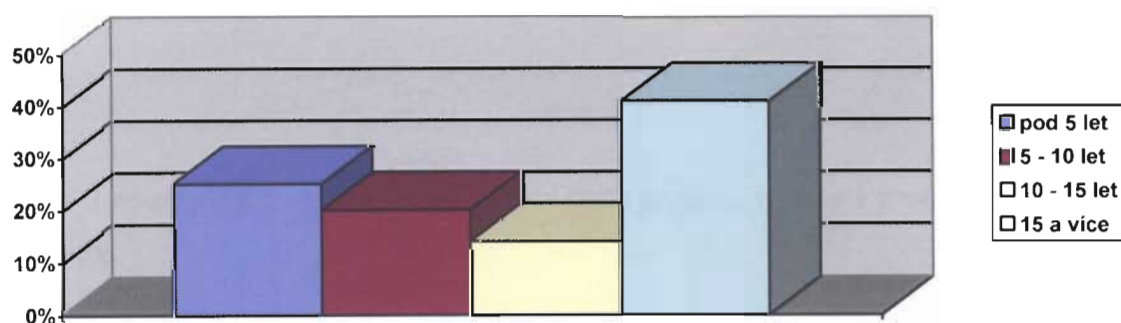
Další možností většího počtu žen respondentek je fakt, že ženy vyplňují dotazníky ochotněji než muži.

### 5.4. Rozdělení délka praxe x pohlaví

Délku praxe ve zdravotnictví jsem rozdělila do 4 kategorií, praxe do 5 let, 5-10 let, 10-15 let a 15 let praxe a více.

Zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích jsou zobrazeny v následující tabulce:

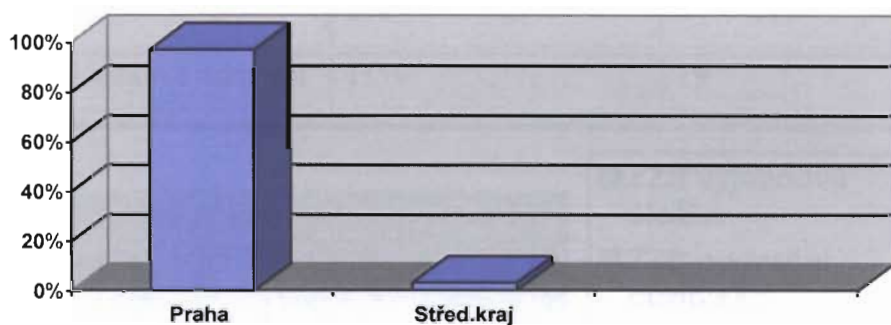
Kategorie	< 5 let praxe	5 - 10	10 - 15	15 a více
Celkem	42 = 25%	34 = 20%	23 = 14%	69 = 41%
Muž	24	17	13	13
Žena	18	17	10	56



## 5.5. Geografické působíště

Jelikož pracuji v Praze, ve Fakultní nemocnici v Motole, zaměřila jsem se na okruh respondentů z nejbližšího okolí, Záchrané služby hlavního města Prahy a oblasti Prahy venkov. Jedinou výjimku tvoří respondenti z Psychiatrické léčebny v Praze Bohnicích. Kategorie zdravotnických oddělení typu urgentní příjem, ambulance, standardní oddělení, jednotka intenzivní péče jsou všechny z naší fakultní nemocnice.

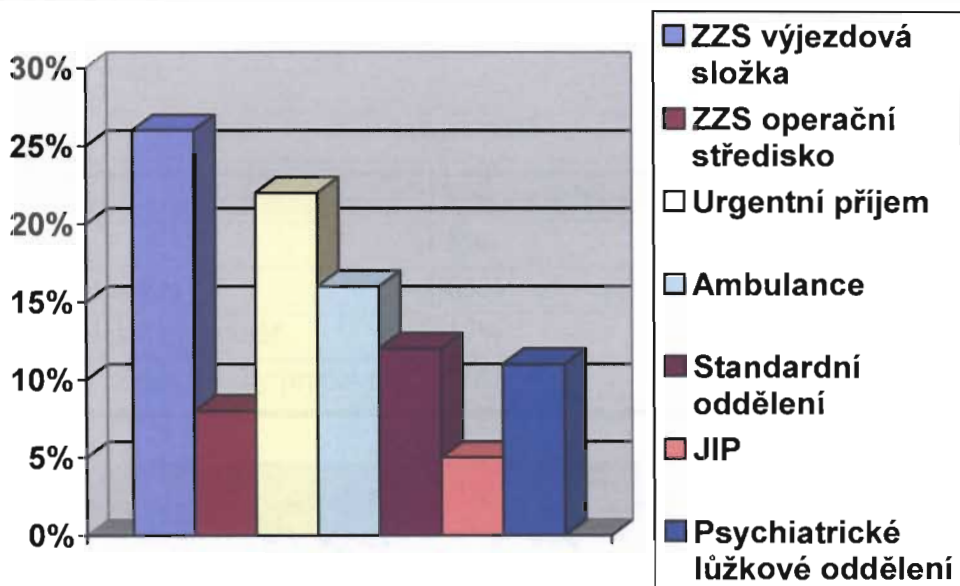
Praha		Středočeský kraj	
Celkem	165 - 97%	Celkem	5 - 3%



Poznámka : 1 respondent uvedl, že slouží v obou dvou krajích, v tabulce proto započteno 2x.

## 5.6. Typy pracovišť x počet respondentů

Pracoviště	Procentuelní vyjádření	Počet respondentů
ZZS výjezdová složka	26%	43
ZZS operační středisko	8%	13
Urgentní příjem	22%	38
Ambulance	16%	27
Standardní oddělení	12%	20
JIP	5%	8
Psychiatrické lůžkové oddělení	11%	19



### 5.7. Vzdělání respondentů , pracovní zařazení

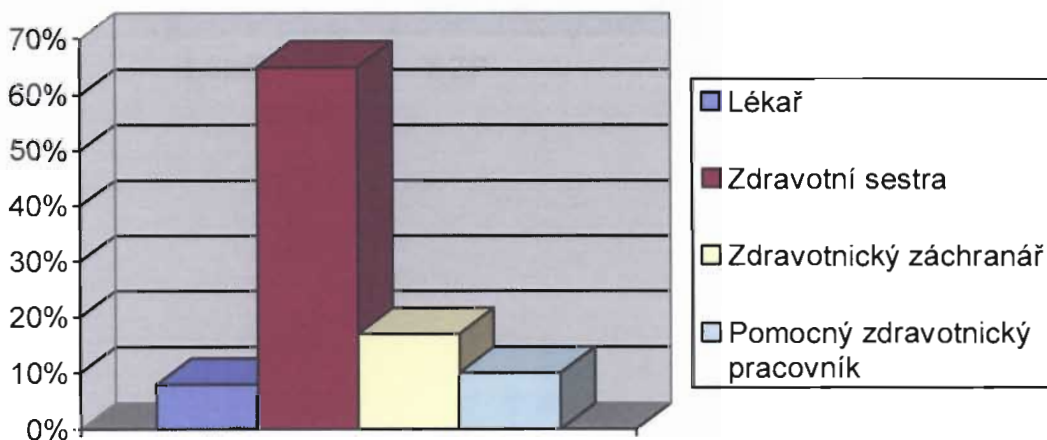
Z hlediska vzdělání převažují respondenti se středoškolským nebo vyšším odborným vzděláním, což je kategorie střední zdravotnický pracovník typu zdravotní sestra nebo zdravotnický záchranář.

Kategorie pomocný zdravotnický pracovník vyžaduje zdravotnický kurs na akreditovaném pracovišti v rozsahu 3 týdnů, pro záchranné služby je speciální kurs v Národním centru ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů v rozsahu 300 hodin.

V této kategorii jsou zařazeni řidiči sanitních vozidel rychlé zdravotnické pomoci nebo pracovníci na lůžkových pracovištích(všeobecně používaný je název sanitář).

U kategorie lékař mne překvapila nižší účast při vyplňování dotazníku, potvrzuje to pravidlo, že lékaři neradi vyplňují jakékoli ankety, dotazníky, ať již jsou na odborné nebo jiné téma.

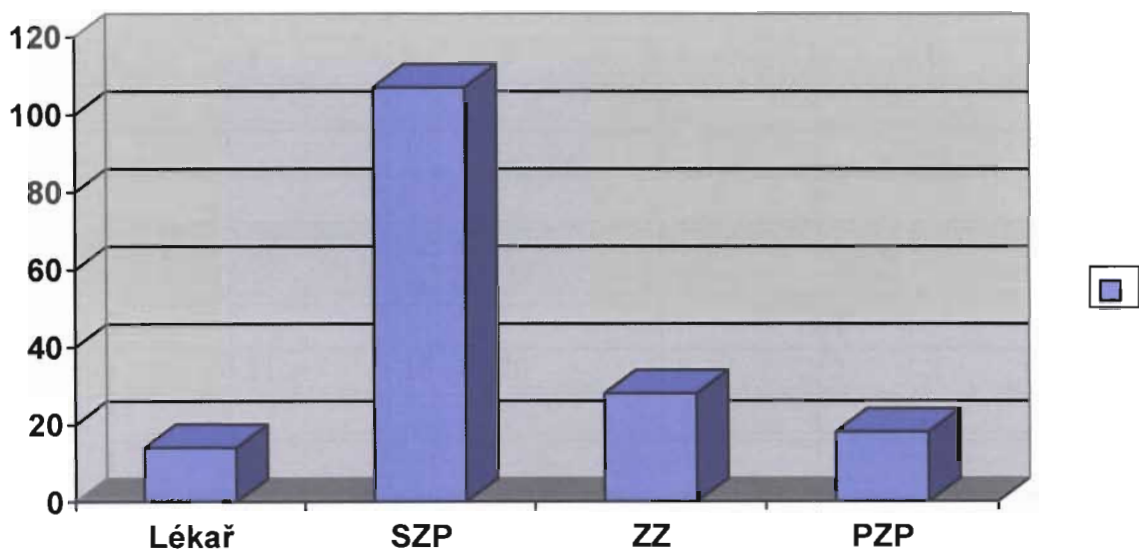
Typ	Procentuelní vyjádření	Z celkového počtu 168
Lékař	8%	14
Zdravotní sestra	65%	110
Zdravotnický záchranář	17%	28
Pomocný zdravotnický pracovník	10%	16





### 5.8. Vzdělání x typ pracoviště

	Lékař	Zdravotní sestra	Zdravotnický záchranář	Pomocný zdrav.pracovník
Celkem	14	107	28	18
ZZS výjezdová složka	3	6	26	7
ZZS operační středisko		13		
Urgentní příjem	8	23	2	5
Ambulance		26		1
Standardní lůžkové oddělení		18		2
JIP	3	4		1
Psychiatrické lůžkové oddělení		17		2

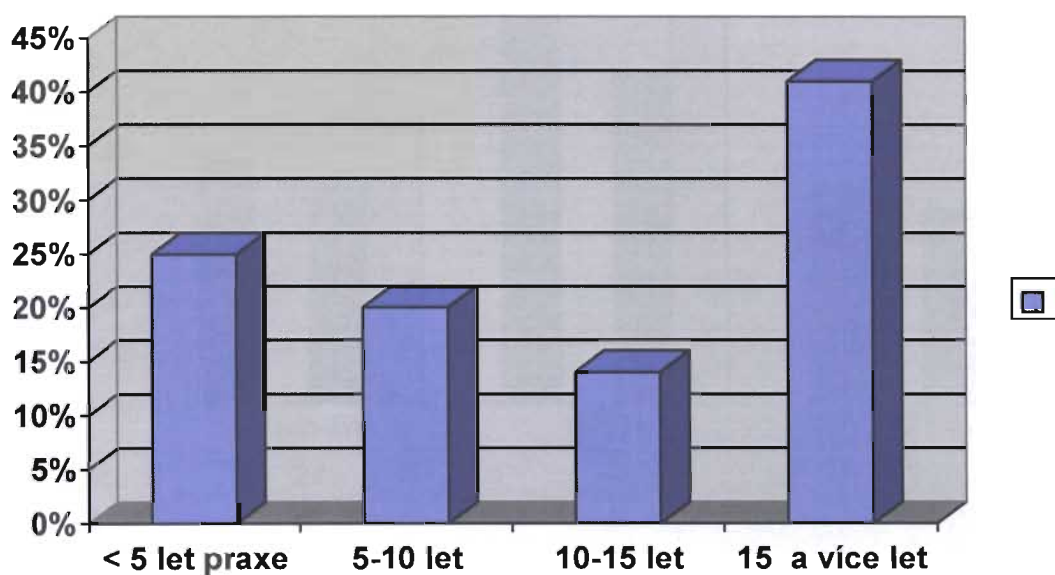


### 5.9. Rozdělení vzdělání x typ pracoviště x délka praxe

	ZZS výjezdy	ZZS operační	UP	ambulance	standard	JIP	psychiatrie
<b>&lt; 5 let</b>							
Lékař			3				
SZP	1		2		7	2	4
Záchranář	9		1				
PZP	3		1	1	1	1	2
<b>5-10 let</b>							
Lékař			2			1	
SZP	1		3	3	3	1	10
Záchranář	6		1				
PZP	1		2		1		
<b>10-15</b>							
Lékař						1	
SZP	3	2	3	3	2		1
Záchranář	6						
PZP	1		1				
<b>15 let a více</b>							
Lékař	3		3			1	
SZP	1	11	15	20	6	1	2
Záchranář	5						
PZP	1						

### 5.10. Vzdělání x praxe ve zdravotnickém zařízení

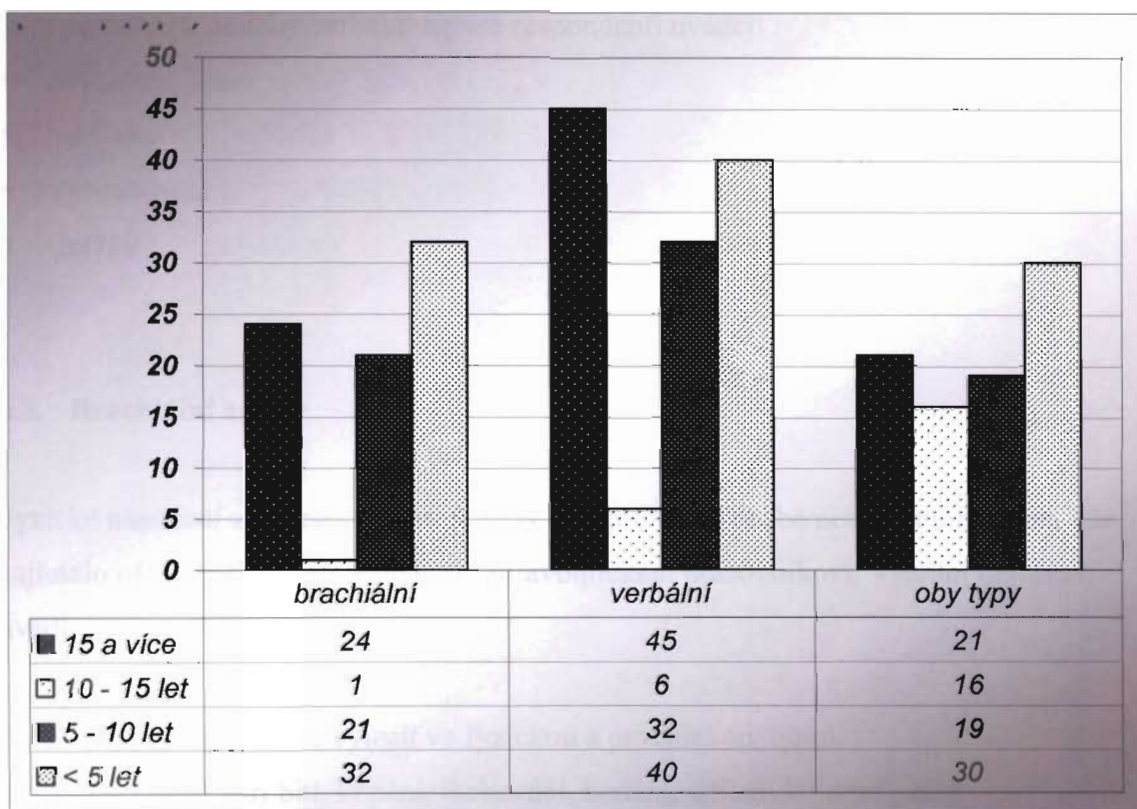
	< 5 let praxe	5-10 let	10-15 let	15 a více let
Procentuální vyjádření	25%	20%	14%	41%
Lékař	3	3	1	7
Zdravotní sestra	20	20	14	56
Zdravotnický záchranář	10	7	6	5
Pomocný zdravotnický pracovník	9	4	2	1



## 6. Jakým druhům agrese jste byl/a vystavena ? :

Respondentům byly nabídnuty 2 možnosti. Verbální (slovní) násilí a brachiální (fyzické) násilí.

### 168 respondentů versus verbální a brachiální agrese



## 6.1. Verbální agrese

Slovní napadení je druh psychického násilí, které znamená úmyslné zneužití moci proti jiné osobě, někdy i skupině osob. Může vyústit v újmu fyzickou, psychickou, morální i sociální. (Upraveno podle definice násilí WHO).

Statistiky uvádějí, že slovní agresivita se vyskytuje až v 50% případů.

Jako nejčastější podoby verbální agrese respondenti uvádějí :

- Zvyšování hlasu
- Nadávky
- Vyhrožování
- Urážky

## 6.2. Brachiální agrese

Fyzické napadení znamená použití fyzické síly proti jiné osobě nebo skupině osob. Mě zajímalo násilí páchané pacientem na zdravotnickém pracovníkovi. Všichni napadení uvedli jako pachatele pacienta.

Použití fyzické síly může vyústit ve fyzickou a psychickou újmu.

Do této skupiny patří bití, kopání, fackování, bodání, střílení, kousání, píchání.

( Upraveno podle definice WHO).

Agresor se někdy se zbraní nebo nějakým předmětem uchyluje pouze k vyhrožování, jindy ihned napadá. U drogově závislého pacienta může moment mezi výhružkami a napadením být velice krátký.

Jedinou možností v takto vyhocené situaci je asi snaha zachovat klid, nebýt agresivní, nepropadat panice , mít možnost úniku ven z místnosti. V situaci, kdy útočník jedná v záchvatu zuřivosti, ztrácí kontrolu sám nad sebou a nejlepším řešením je tak zvané vyklizení pozice a povolání bezpečnostní služby nebo Policie ČR.

### 6.3. Pracovní neschopnost následkem fyzického útoku

Ze 168 respondentů bylo fyzicky napadeno s následnou pracovní neschopností **11 osob**, tj, **6,5%** :

1. Lékařka pracující na ZZS hmp. Praha a UP  
kategorie 15 let praxe a více  
v dotazníku uvedla, že fyzický útok byl veden na obličej s hospitalizací v nemocnici s dg. fraktura orbity, commotio cerebri.
  
2. Zdravotnický záchranář pracující na ZZS  
Údery pěstí vedeny do obličeje, dále uvedl kopání  
kategorie 5 – 10 let praxe
  
3. Pomocný zdravotnický pracovník pracující na UP  
Údery nespecifikoval  
Pracovní neschopnost  
kategorie 5 – 10 let praxe
  
4. zdravotnický záchranář ZZS  
praxe 10 – 15 let  
fyzické napadení nespecifikoval
  
5. Pomocný zdravotnický pracovník pracující na UP  
Praxe 10 – 15 let  
Dále nespecifikováno
  
6. Pomocný zdravotnický pracovník, ZZS  
Praxe 10 – 15 let  
Série kopanců do rozkroku
  
7. Zdravotnický záchranář, ZZS  
praxe 10 – 15 let  
dále nespecifikováno

8. Zdravotní sestra, ZZS

Praxe 10 – 15 let

Dále nespecifikováno

9. zdravotní sestra, muž, psychiatrie

úder, kopání, kousání

praxe více jak 15 let

10. zdravotnický záchranář

praxe více jak 15 let

dále nespecifikováno

11. lékař, ambulance

praxe více jak 15 let

dále nespecifikováno

Při zpracovávání dotazníků mě velice zajímalo, kolik respondentů uvede, že se setkala s přímým fyzickým násilím na své osobě. Trochu mě zklamalo, jak málo z těch 11 postižených blíže specifikovalo o jaký druh útoku se jednalo a jaké byly následky.

Na našem oddělení došlo k vážnému incidentu několikrát, ve třech případech pacient vytáhl na personál nůžky, pistoli, mačetu a ohrožoval je s těmito nástroji. Tyto případy se odehrály v době, kdy nám vedení nemocnice umožnilo 24 hodinovou přítomnost bezpečnostní služby přímo v prostoru oddělení.

V těchto třech případech uniforma bezpečnostní složky pomohla k rychlému zvládnutí agresora a dalšímu zklidnění a imobilizaci.

Nejzávažnějším případem fyzického napadení byl případ z června 2003, kdy v půl osmé ráno ve všední den přivezla záchranná služba pacienta, který nejevil vůbec žádné známky agresivity, ale nekomunikoval s nikým ze zdravotníků. Zdravotní sestra, která pacienta vysvlékla z jeho civilních šatů a sepsala cennosti, procházela kolem jeho lůžka, když pacient se nenadále na ni vrhnul ze zadu a začal ji škrtnout.

Velkým štěstím bylo, že v místnosti byl ještě lékař a pomocný zdravotník. Oba se ihned na agresora vrhli a snažili se sestru vymanit z pod jeho těla, neb jí stačil strhnout na zem a dále škrtit.

Fyzické napadení jsme ihned nahlásili na Policii ČR, nutno podotknout, že během 5 minut byla na místě zásahová jednotka, naštěstí mezi tím lékař a druhý zdravotník agresora přemohli a vlastní vahou mu bránili v útěku.

Policie agresorovi nasadila pouta, dle lékaře byl schopen k převozu k výslechu a odvezli jej.

Druhý zdravotník byl ošetřen na úrazové ambulanci, s výsledkem výron v kotníku s týdenní pracovní neschopností. Lékaři se nic nestalo.

Napadená sestra neměla viditelnou fyzickou újmu kromě několika modřin na krku a psychického šoku.

Vše dopadlo dobře, nicméně ona sama na tuto službu nerada vzpomíná a nechce se o této události s nikým bavit. V současné době je na mateřské dovolené a vzhledem k tomu, že vím o jejím psychickém bloku, vyplnění dotazníku jsem jí záměrně ušetřila.

Možná i těch 10 respondentů (kromě 1 lékařky, která vše specifikovala), nerado o těchto negativních příhodách ze služby hovoří a v dotazníku to nechtěli dále rozebírat a popisovat.



## 7. Četnost útoků proti své osobě :

### 7.1. kategorie < 5 let praxe

četnost	počet	Typ pracoviště
denně	1	psychiatrie
1xtýdně	4	2x ZZS 1x UP 1x psychiatrie
cca 2xměsíčně	9	2x psychiatrie 2x JIP 3x ZZS 1x UP 1x standardní oddělení
cca 1x3 měsíce	11	3x UP 1x JIP 4x ZZS 3x standardní oddělení
vyjíměčně	17	2x psychiatrie 4x JIP 4x standardní oddělení 2x UP 4x ZZS 1x ambulance

### 7.2. kategorie 5 – 10 let praxe

četnost	počet	Typ pracoviště
denně	3	2x Psychiatrie 1x ZZS
1xtýdně	7	2x ZZS 2x psychiatrie 1x ambulance 1x UP
cca 2xměsíčně	11	3x psychiatrie 1x ambulance 4x UP 3x ZZS
cca 1x3 měsíce	7	2x JIP 1x UP 2x standardní oddělení 2x ZZS
vyjíměčně	6	2x UP 1x standardní oddělení 3x psychiatrie

### 7.3. kategorie 10 – 15 let praxe

četnost	počet	Typ pracoviště
denně	3	2x ZZS 1x UP
1xtýdně	2	2x ZZS
cca 2xměsíčně	8	1x JIP 2x ZZS 3x UP 1x psychiatrie 1x ambulance
cca 1x3 měsíce	4	3x ZZS 1x ambulance
vyjímečně	6	3x ZZS 3x standardní oddělení

### 7.4. kategorie praxe více jak 15 let

četnost	počet	Typ pracoviště
denně	5	5x UP
1xtýdně	18	10x ZZS 6x UP 2x ambulance
cca 2xměsíčně	8	4x ZZS 2x ambulance 1x standardní oddělení 1x UP
cca 1x3 měsíce	16	7x ambulance 4x UP 1x JIP 2x standardní oddělení 2x ZZS
vyjímečně	22	4x ZZS 11x ambulance 2x psychiatrie 3x UP 2x standardní oddělení

## 8. Vliv drog a alkoholu na agresivitu

Droga je jakákoli přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění psychické nebo tělesné funkce.

V našich zeměpisných podmínkách a finančních poměrech je nejčastěji se vyskytující drogou špervitin a šheroin.

Pervitin je metamfetamin, patří mezi stimulantia, vzhledově bílý prášek. Přijímá se šňupáním nebo injekční aplikací.

Heroin je derivát morfinu, ale 2,5x silnější. Jedná se o jednu z nejnebezpečnějších drog na trhu. Rychle vyvolává duševní i tělesnou závislost. Přijímá se šňupáním nebo injekčně.

Alkohol ( $C_2H_5OH$ ) – etylalkohol

Bezpečná dávka pro zdravého dospělého člověka je podle Světové zdravotnické organizace asi do 20g 100% lihu / 24 hodin, což je asi do půl litru piva nebo 200 ml vína nebo 50 ml destilátu.

Alkohol působí poruchy zraku, při dlouhodobém požívání se mohou objevovat poruchy paměti a jiné duševní poruchy.

Rozlišujeme 4 stadia opilosti:

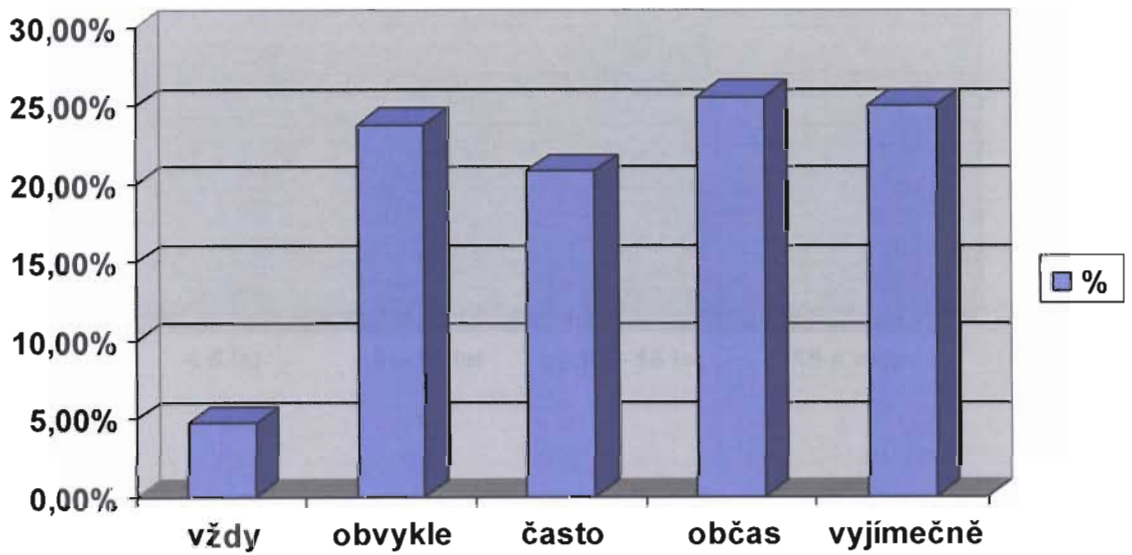
1. stadium excitační – zde se může objevit slovní a fyzická agrese
2. stadium somnolentní – projeví se útlum, spavost
3. stadium komatózní – jedná se o stav bezvědomí
4. stadium asfyktické – zástava dechového centra v prodloužené míše

Alkohol, kokain, pervitin a jiné látky zvyšují sklony k násilnému chování.

### **Zásady komunikace s pacientem, který je pod vlivem drogy nebo alkoholu :**

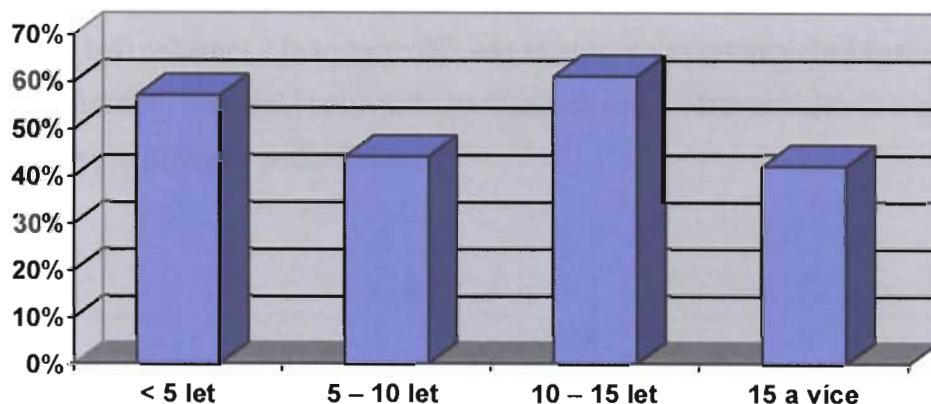
- Pokud možno získat důvěru narkomana a naslouchat mu
- Pozor! Narkoman hájí odlišné životní hodnoty než my ostatní
- Utvořit pevná pravidla pro danou chvíli, se kterými bude narkoman seznámen a snažit se, aby na ně přistoupil po dobu vyšetřování a základního ošetření.
- Seznámit jej s každým ošetřovatelským úkonem, který zdravotnický personál jde provádět.
- Pokud narkoman spolupracuje a není agresivní, jakýkoliv druh uniformy, ať je to bezpečnostní agentura nebo Policie ČR, nevyžadovat přítomnost přímo u lůžka narkomana. Zkušenosti hovoří, že uniforma v narkomanovi vyvolává sklon k agresi, neb policista mu chce nasadit pouta, sebrat drogu, odvézt jej pryč atd.,
- Nikdy nevyhrožovat, ale snažit se pomocí jednoduchých vět s narkomanem domluvit.
- Nikdy narkomana neobviňovat z nastalé situace, zeptat se jej, zda chce pomoci formou kontaktů na Protidrogové krizové centrum
- Nejednat chaoticky a impulsivně
- Vyhnout se fyzickému násilí
- Nevyhrožovat a neslibovat něco, co nemůžeme splnit. Zdravotník tím ztrácí důvěryhodnost.

Četnost/věkové kategorie	vždy	obvykle	často	občas	vyjimečně
Celkem	8	40	35	43	42
Vyjádřeno v %	4,76%	23,8%	20,83%	25,59%	25%
< 5 let praxe	2	9	8	10	13
5 – 10 let	2	7	9	8	8
10 – 15 let	1	8	9	3	2
15 a více	3	16	9	22	19



**9. Na otázku, zda útoky proti zdravotníkům mohou být vyprovokovány jejich vlastním chováním odpovědělo NIKDY :**

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 a více
57%	44%	61%	42%
24 ze 42	15 z 34	14 z 23	29 z 69



V této otázce v dotazníku mě zaujalo vyjádření respondentů, že nikdy nemůže být vlivem jejich chování vyvolána agresivita ze strany pacienta.

I když jsem si plně vědoma jak se chovat k násilnému pacientovi, byť i jen verbálně, nemyslím si, že jsem nikdy nezadala, byť nevědomky, nějaký podnět k jeho agresivitě.

**Proto mě velmi překvapila tato odpověď a vyskytovala se ve všech věkových kategoriích.**

**Všichni tito respondenti jsou si jistí, že jakýkoli podnět k agresi nikdy nevyvolali, ale nevěřím, že je to možné. I asertivní přístup může u pacienta se sklony k násilí být spouštěcím momentem k nástupu nezvládnutelné agrese .**

## 10. Zajištění bezpečnosti zaměstnavatelem :

Otázky v této části dotazníku směřovaly k zjištění, jakou důležitost přikládá zaměstnavatel k opatřením vedoucím k zamezení nebo alespoň k zmírnění výskytu fyzického násilí v oblasti zdravotnictví.

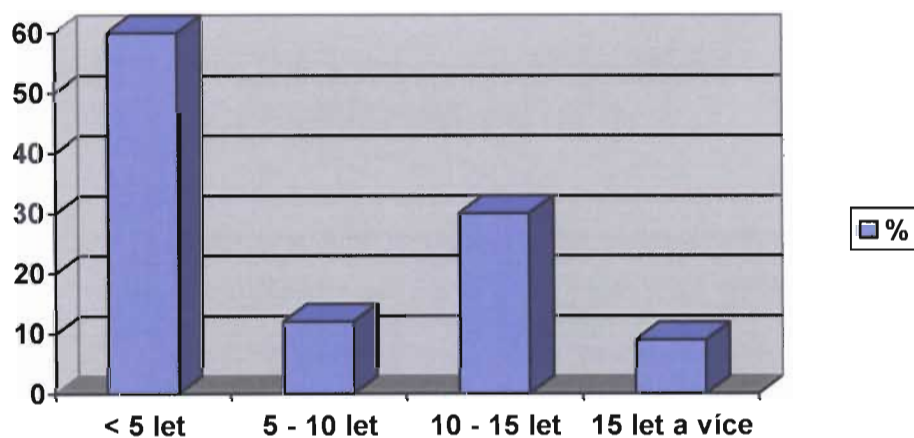
25% respondentů uvedlo, že **nijak**, což je docela zarážející, vzhledem k tomu, že respondenti byli osloveni z řad pracovišť, kde se agrese vyskytuje velmi často. Z tohoto průzkumu bohužel vyplývá, že páchané násilí na zdravotnících je v našich podmínkách přehlíženo a podceňováno.

### 10.1.

Do grafického znázornění jsem cíleně vybrala odpověď - **nijak**.

Je alarmující, kolik respondentů odpovědělo, že jejich zaměstnavatel vůbec nezajišťuje bezpečnost svých zaměstnanců v oblasti násilí.

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	celkem
25 – 60%	4 – 12%	7 – 30%	6 – 9%	42 – 25%



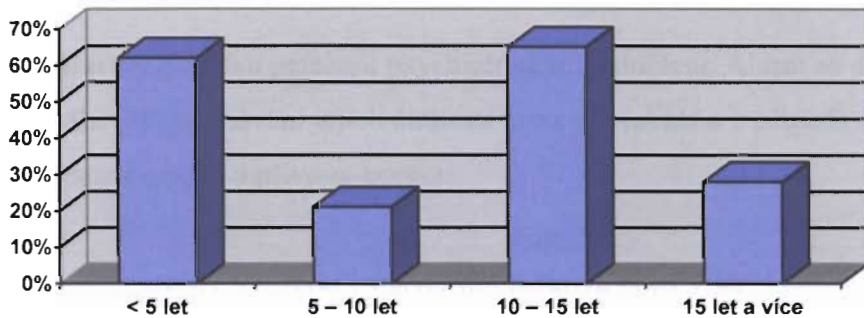
## 10.2.

### Bezpečnostní agenturu

uvedlo 40% respondentů, všechna pracoviště se nacházela ve FN Motol, kde pracovníci bezpečnostní agentury jsou k dispozici pro tyto mimořádné události, ale zároveň všichni respondenti upozornili na skutečnost, že dostupnost agentury je kolem 15 – 30 minut, což je ve většině případů pozdě.

Jedinou výjimkou je pracoviště Urgentního příjmu dospělých, kde vzhledem k charakteru pracoviště ( ZZS sem přiváží opilé a drogově závislé) a po incidentu v roce 2003, kdy pacient škrtil zdravotní sestru, mají pracovníka bezpečnostní agentury dostupného v recepci přímo na oddělení po celých 24 hodin denně.

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	Celkem
62%	21%	65%	28%	40%



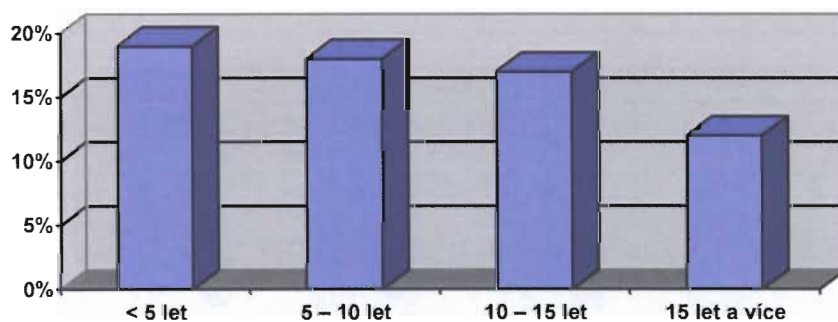


### 10.3.

Mezi osobní ochranné prostředky můžeme počítat obranné spraje.

Záchranná služba hlavního města Prahy má posádky vybavené **obrannými spraji**, paralyzéry. Při nutnosti použití spraje na agresivního pacienta nebo opilce je posádka povinná nahlásit jeho použití na operační středisko a sepsat formulář.

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	celkem
19%	18%	17%	12%	15%

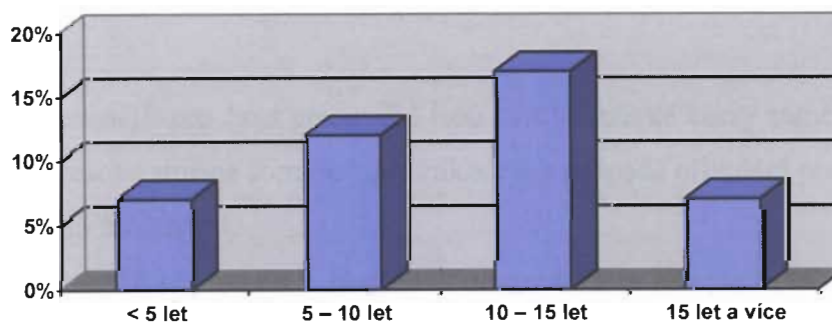


### 10.4.

**Přenosné alarmy** používá personál psychiatrických oddělení. Alarm se dá zavěsit na krk, personálu při vykonávání jejich činností nijak nepřekáží a v případě ohrožení jej mohou bezpečně použít a přivolat pomoc.

Tuto ochranu by mohly využívat i standardní lůžková pracoviště, kde v noci slouží pouze 1 zdravotní sestra na celé oddělení. Alarm v případě nouze bude signalizovat na další stanici, popřípadě na stanoviště bezpečnostní služby. Její pracovníci ihned přivolají pomoc.

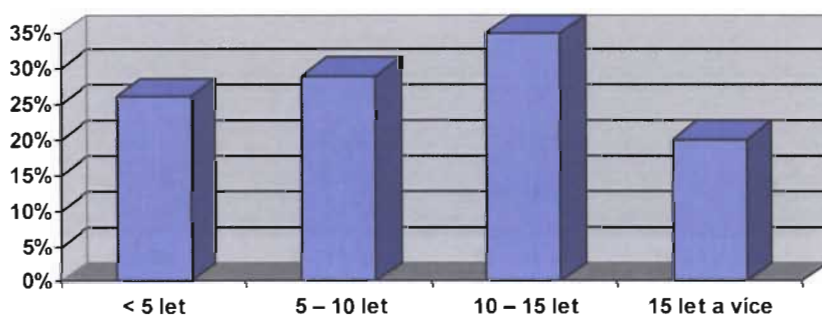
< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	celkem
7%	12%	17%	7%	10%



## 10.5.

**Kurs sebeobrany** se hodí dle mého názoru pouze pro zdravotníky mužského pohlaví sloužící na vozech záchranné služby. V běžných lůžkových zařízeních s převažujícím ženským ošetrovatelským personálem si nedovedu moc dobře představit praktickou aplikaci.

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	celkem
26%	29%	35%	20%	26%



Primářka Doc. MUDr. Jarmila Drábková v roce 2001 kolektivu pracovníků Urgentního příjmu FN Motol zajistila seminář s praktickou ukázkou na téma

„Obrana před agresivním pacientem,„

Seminář vedli 2 pracovníci ochrany bývalého prezidenta republiky. Závěrem jsme se společně shodli na faktu, že jednorázovým školením nelze zvládnout techniku obrany tak, aby byla účinná a přitom jsme pacientovi agresorovi nezpůsobili fyzickou újmu. Zvládnutí agresivního pacienta musí být provedeno s naprostou fyzickou převahou a bez váhání.

Moment překvapení by měl být na straně zdravotníků. Zároveň násilí musí být šetrné. A toto se nedá naučit během jednorázového semináře.

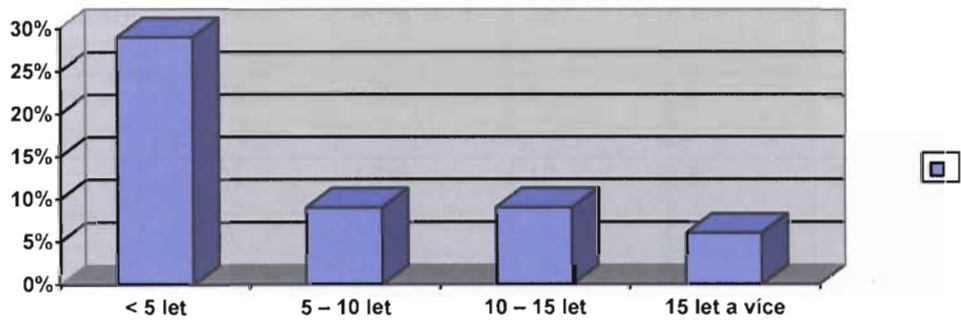
Daleko přínosnější pro daná pracoviště jsou psychologické kurzy zaměřené na dokonalé zvládnání stresové situace formou komunikace a popřípadě přivolání pomoci pracovníků tomuto účelu školenými.

Důležité je naučit se předvídat. Například drogově závislého pacienta přivezeného na určité pracoviště preventivně imobilizovat na lůžku pomocí zábran a jiných pomůcek.

## 10.6.

**Kurs asertivního přístupu** a znalostí neverbální komunikace s potenciálně agresivním pacientem by měl být povinný pro všechny zdravotníky bez ohledu na druh vykonávané práce.

< 5 let	5 – 10 let	10 – 15 let	15 let a více	celkem
29%	9%	9%	6%	13%



### 10.7. Tabulka zajištění bezpečnosti:

Způsob	Celkem	Vyjádření v %	< 5 let	5- 10 let	10-15 let	15 a více
Nijak	42	25%	25	4	7	6
Alarmy	16	10%	3	4	4	5
Kurs sebeobrany	43	26%	11	10	8	14
Bezpečnostní agentura	67	40%	26	7	15	19
Ochranné pomůcky	26	15%	8	6	4	8
Kurs asertivního chování	21	13%	12	3	2	4

### 10.8.

V dotazníku byla ještě možnost odpovědi - **jinak**.

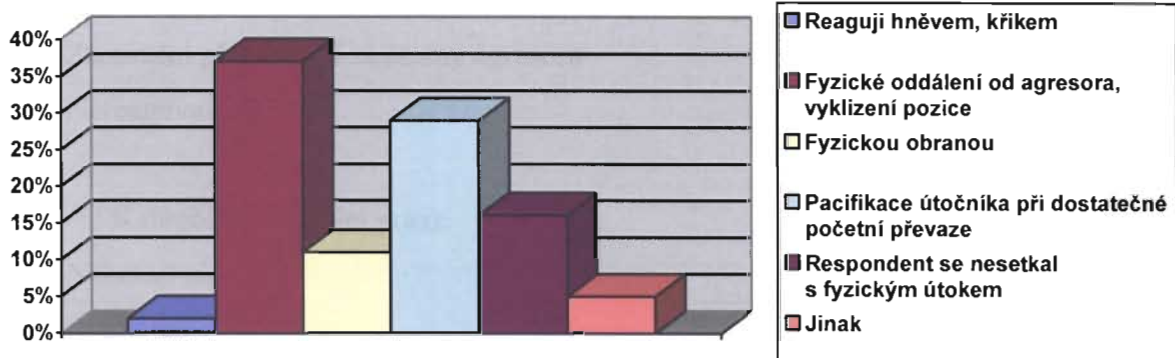
Respondenti popsali zajištění bezpečnosti na jejich pracovišti takto :

- Nainstalované průmyslové kamery
- Dostupná početní převaha personálu
- Bezpečnostní opatření zakotvené v organizačním řádu oddělení
- Pravidelné semináře na téma agresivní pacient
- Pravidelné semináře komunikace

Respondenti by taktéž ocenili větší míru uvědomění si problému se strany zaměstnavatele a viditelnou podporu a jednoznačné hájení zájmů zaměstnanců od vedoucích pracovníků oddělení.

**11. Na otázku, jakým způsobem se obvykle bráníte fyzickému útoku, odpověděli respondenti takto :**

Způsob	%	< 5 let praxe	5 – 10 let	10 – 15 let	15 a více
Reaguji hněvem, křikem	2%	1	0	2	2
Fyzické oddálení od agresora, vyklizení pozice	37%	19	13	11	33
Fyzickou obranou	11%	8	3	5	6
Pacifikace útočníka při dostatečné početní převaze	29%	24	17	9	10
Respondent se nesetkal s fyzickým útokem	16%	2	6	1	24
Jinak	5%	2	1	4	3



**Zajímavost : 16% respondentů se za svoji praxi nesetkalo s fyzickou agresí.**

**Z toho převážná většina odpovědí byla u respondentů s praxí delší jak 15 let.**

Při zpracovávání údajů v dotazníku mě tato skutečnost velmi překvapila. U této věkové kategorie se dá předpokládat, že 15 let nepracují v jednom zdravotnickém zařízení a na stejném postu.

Positivní je skutečnost, že existují zdravotníci, kteří ještě nezažili žádné slovní ani fyzické napadení, a přejí všem kontakt s takovými pacienty i nadále.

5 respondentů odpovědělo, že na obranu proti fyzickému útoku reagují hněvem a křikem. To je zarážející, dle mého názoru taková reakce může vyvolat daleko vyšší

stupeň agresivity ze strany pacienta a z této situace není mnoho možností úniku. Agresivní pacient v tu danou chvíli vůbec nepřemýšlí nad tím co provádí a jedná velmi impulsivně a nebezpečně.

Těžko si lze představit, jak se urostlý chlap v afektu zalekne křičícího zdravotníka útlé tělesné konstituce.

Tento způsob reakce je neadekvátní a je zde ještě větší riziko vystupňované agrese ze strany útočníka.

Další možností odpovědi bylo „jinak“ a respondenti odpovídali takto :

11.1. Kategorie < 5 let

- Zvyšování hlasu, rozhodné jednání
- Zamezení překvapení ze strany agresora
- Nereagovat

11.2. Kategorie 5 – 10 let praxe

- Nebránit se
- Zvolit útěk
- Volat službu majícího lékaře na pomoc

11.3. Kategorie 10 – 15 let

- Snaha o uklidnění agresora
- Přivolání Bezpečnostní služby

11.4. Kategorie více jak 15 let

- Volat na Policii ČR
- Včas odhadnout možnost napadení (u psychiatricky nemocných)
- Snaha o slovní uklidnění

## 12. Návčik komunikace s problémovým pacientem

Co je možné pro zdravotnický personál udělat v oblasti školení v komunikačních dovednostech a řešení konfliktů ?

Pro zdravotnický personál je nezbytné, aby zaměstnavatel zajistil školení a výcvik v komunikaci s problémovým pacientem.

Tam by měl personál možnost si prohloubit a rozšířit odbornou kvalifikaci v diagnostice krizových stavů, rozlišení příčiny agresivního chování a co možná nejpřesnější diagnostice chorobně, organicky podmíněné agresivity, kde je zcela jiný přístup než u prostého afektivního agresivního jednání plně zodpovědného jedince. Vhodný by byl praktický návčik určitých modelových schémat reakcí na agresivní jednání ze strany pacienta či příbuzných.

Agresorem proti zdravotníkům jsou obvykle osoby, které patří do některé z následujících skupin :

- osoby se změněným vědomím po abuzu psychotropních látek,
- osoby duševně choré (patří sem i bludy, halucinace)
- onemocnění a úrazy CNS
- těžké poruchy osobnosti
- akutní reakce na stres v mimořádné situaci

Nutno při výkonu zdravotnického povolání s těmito eventualitami počítat, nesmíme je podceňovat a hlavně přehlížet.

Cílem je prevence nečekané agresivity v jednání ze strany pacienta a naučení se na tuto agresi patřičně reagovat a zasáhnout.

## 12.1.

Jednotnou náplní školicích akcí pro personál, který může být nejvíce ohrožen, by mělo být : (odkaz11)

- Vytvořit proveditelné návody jak řešit násilnou situaci
- Co dělat v případě ohrožení
- Jak se vyhnout kritickým situacím
- Naučit se svým jednáním nezpůsobit počátek agrese ze strany pacienta.
- Naučit personál bránit se agresorovi snahou získat nad ním kontrolu.Hlavní zbraní by měla být psychologie.
- Úprava prostředí a zavedení různých technických opatření, například přivolání pomoci stisknutím tlačítka.
- Vybavení slznými spreji, zde je velice otevřený prostor pro diskusi s odborníky, neb hrozí poškození ostatních pacientů či personálu.
- Znalost nejzákladnějších zákonů formou jednorázových seminářů

„V případě napadení naučit se použít takovou techniku, která je humánní, současně adekvátní a pacifikační. Nemá útočnicka likvidovat, ale získat nad agresivním pacientem převahu a kontrolu.“, (odkaz12)

Považuji za nutnost seznámit nově příchozí zaměstnance o možných rizikových faktorech násilí na určitých typech pracovišť, kde dochází k přímému kontaktu s rizikovými skupinami pacientů jako jsou alkoholici, drogově závislí,psychiatricky nemocní.

Předejít konfliktu, v případě nutnosti útočnicka adekvátním způsobem dostat pod kontrolu.

Neustále je třeba personálu opakovat, že nejpodstatnější je zabránit fyzického střetu. Nutnost vypracovat jednotnou metodologii pro konkrétní typ pracoviště, jak postupovat.



Část konfliktů mezi zdravotníkem a pacientem má prvotní příčinu ve špatném postupu zdravotníků. Některé agresivní počiny pacientů spouští sami zdravotníci.

Spouštěcím mechanismem je zejména celkové podcenění situace a negativní impuls ze strany zdravotnického personálu vůči pacientovi nebo jeho okolí. Mluvíme o nevhodném chování, aroganci, neetickém chování, podceňování situace a jiné.

Pravidelnými semináři na téma komunikace a základy psychologie kontaktu, možná ubude konfliktů vedoucích k agresi ze strany pacienta.

Samostatnou kapitolou budou pacienti pod vlivem drogy, alkoholu, s psychiatrickou chorobou.

Atakům, které přijdou náhle a nečekaně, nelze předvídat.

Otázkou do diskuze je, co se zaměstnancem, který byl již napaden? Konzultace s psychologem je namístě, detailní rozbor události s ostatními pracovníky je užitečný, neb si mohou všichni vzít ponaučení pro příště.

Vedení zdravotnického zařízení musí dát jasně a viditelně najevo, že se problematikou násilí na pracovišti bude vážně zabývat, a docílí výrazného omezení projevů násilí.

Upozorňuji na fakt, který respondenti uvedli ve svém dotazníku, že násilím se nemyslí pouze fyzické, ale i verbální.

Nejúčinnější a nejlevnější forma nulové tolerance je informační tabule na vstupních dveřích do nemocnice, upozorňující pacienty a návštěvníky nemocnice, že management nemocnice netoleruje jakoukoli podobu agrese směrem k personálu nemocnice a pokud se tato agrese vyskytne, bude to řešeno zákazem vstupu do prostor nemocnice daným osobám.

V tak velkém zdravotnickém zařízení jako je FN Motol, kde je 2500 lůžek, by měl být určený pracovník, který bude vyhodnocovat evidenci hlášených útoků a informovat pravidelně písemnou formou management nemocnice.

## 12.2.

Na co bychom se měli zaměřit při komunikaci s obtížným pacientem :

- Sledovat nonverbální projevy (zblednutí, zčervenání, ztuhnutí, zatínání pěstí, upřený pohled, gestikulace, vstup do osobní zóny)
- Sledovat verbální projevy ( úsečnější řeč, hlasitější, urážky, vyhrožování, výčitky, měnící se požadavky ).
- Na hněv a zlost použít zásadně uklidňující komunikaci
- Na vztek a zuřivost být asertivní
- NIKDY – složitě nic nevysvětlovat, agresivní člověk nepřemýšlí !!!!
- NIKDY – nezesměšňovat, neironizovat, nesvádět vinu na druhé, pacient agresor to vezme jako naší výmluvu.

### 13. Nárůst agresivity za posledních 15 let dle respondentů :

#### 13.1.Kategorie < 5 let

Minimální	5	12%
Není	1	2%
Značný	24	57%
Nehodnotilo	12	29%

#### 13.2.Kategorie 5 – 10 let

Minimální	4	12%
Není	3	8%
Značný	23	68%
Nehodnotilo	4	12%

#### 13.3.Kategorie 10 – 15 let

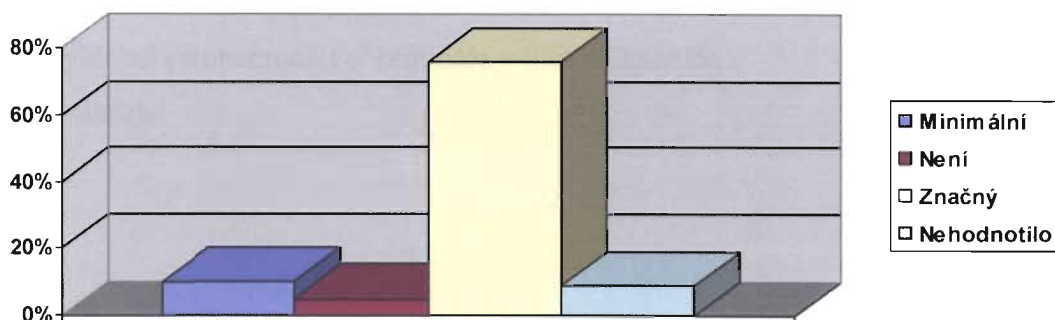
Minimální	1	4%
Není	3	13%
Značný	19	83%
Nehodnotilo	0	0%

#### 13.4.Kategorie 15 let a více

Minimální	7	10%
Není	1	1%
Značný	61	89%
Nehodnotilo	0	0%

**Procentuální zhodnocení nárůstu agresivity ve všech kategoriích celkem:**

Minimální	10%	17
Není	5%	8
Značný	76%	127
Nehodnotilo	9%	16



**14. Potvrzení hypotézy:**

Dotazníkovým šetřením u 168 respondentů, kteří byli cíleně vybráni do dotazníkového průzkumu, neb se dennodenně při své práci setkávají s agresivitou, se potvrdila moje domněnka, že naše zdravotnická zařízení se potýkají se značným nárůstem agresivity pacientů a návštěvníků a jsou nedostatečně připravena a vybavena na zvládnání situací. Bezpečí zdravotnického personálu není mnohde vůbec zajištěno, zvládnání krizových situací, nácvik sebeobrany při ohrožení a preventivní kroky jsou nulové a léta neřešené

**V dotazníku byly položeny konkrétní otázky:**

- Jakým způsobem zajišťuje Váš zaměstnavatel Vaší bezpečnost?  
25% ze všech dotázaných si myslí, že nijak.
- Dle Vašeho názoru je nárůst agresivity pacientů ve zdravotnictví za posledních 15 let ?  
76% respondentů odpovědělo, že nárůst je značný.

**Na základě zjištění dotazníkovým šetřením navrhuji možnosti řešení agresivity a násilí pacientů ve FN Motol :**

- 14.1. varování – využití stávajícího počítačového programu
- 14.2. hlášení mimořádné události – formulář
- 14.3. zvýšit kvalitu vnitřních prostor nemocnice
- 14.4. pravidelné celonemocniční semináře v komunikačních technikách

14.1.

Pacient, který přijde na ambulantní ošetření nebo hospitalizaci do FN Motol, je evidován v programu UNIS, kde se ukládají veškeré identifikační údaje o pacientovi.

Tento program umožňuje evidovat u každého jedince záznamy o ošetření na jednotlivých ambulancích i na lůžkových stanicích. Veškerá dokumentace je kromě elektronické podoby i v podobě písemné.

Navrhuji jednoduchou úpravou v počítačovém programu dát možnost výstrahy pro ostatní pracoviště.

V případě, že pacient napadne kohokoli ze zdravotnického personálu, bude tento incident zaznamenán do kolonky varování jednoduchou formulací a u rodného čísla pacienta se automaticky rozsvítí červená značka (například \* nebo !).

Všechen personál nemocnice, pokud bude s pacientem a jeho identifikačními údaji pracovat, se automaticky dozví, že pacient napadl někoho ze zdravotníků a je potřeba být ostražitý.

Návrh úpravy stávající tabulky programu UNIS, kam se zadávají identifikační údaje pacienta :

Oprava pacienta 6852030790

**Jméno** Novák Karel

**Narozen** 03.02.1968

**Ulice**

**Obec** /

**PSČ**

**Stát** CR

**Pojišťovna** ČNZP

**Varování** napadl nožem personá

OK Zrušit ? F1 1 / 1

Start Renata Vsetecká... unis 2 Chorobopis CS 8:11

## 14.2.

Fyzické napadení zdravotníka agresivním pacientem se posuzuje jako pracovní úraz, hlásí se vše Oddělení bezpečnosti práce a revizních činností, kde sledují všechny pracovní úrazy, ale nerozlišují o jaký úraz či zdravotní újmu se jedná.

Z tohoto důvodu navrhuji vytvořit zvláštní formulář, který pomůže evidovat počty napadených v daném zdravotnickém zařízení a organizace bude mít přehled o počtech napadených zdravotníků, bez ohledu na míru závažnosti napadení a trvání délky pracovní neschopnosti.

Mimo záznam k identifikačním údajům pacienta by bylo vhodné zavést postupy pro hlášení případů násilí na pracovišti.

Vytvořit jednotný formulář hlášení mimořádné události – napadení zdravotnického pracovníka.

Každé pracoviště, kde je potenciální riziko většího výskytu agresivity na zdravotnickém pracovníkovi by mělo mít tento protokol k dispozici a všechny incidenty a události, i ty potencionálně méně nebezpečné, zaznamenávat a hlásit na Oddělení bezpečnosti práce.

Samostatné oddělení bezpečnosti práce by formuláře evidovalo a mělo komplexní přehled a hlavně počet všech napadení zdravotníků ve FN Motol.

Formulář o mimořádné události by měl obsahovat kolonky :

- kde se událost stala (oddělení)
- datum a čas
- popis prostředí
- popis události
- zda byl přítomen svědek
- vyjádření přímých aktérů (napadených)
- vztah mezi agresorem a napadeným
- popis pachatele
- přijatá opatření
- zda bylo nutné volat PČR

## Návrh formuláře hlášení mimořádné události:

NAPADENÍ ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA		
Klinika / oddělení:	Datum:	Čas:
Jméno a příjmení napadeného:	Věk:	
Svěděk – jméno a příjmení:		
Vztah mezi agresorem a napadeným:		
Popis prostředí:		
Popis události:		
<b>Lékařské ošetření:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	<b>Pracovní neschopnost:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
<b>Volána policie ČR:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
<b>Přijatá opatření:</b> ANO <input type="checkbox"/> JAKÁ: NE <input type="checkbox"/>		
Protokol sepsal/a:	Funkce:	Podpis:
Svěděk:	Funkce:	Podpis:



### 14.3.

Zvýšit kvalitu vnitřního prostředí , týká se hlavně velkých ambulancí, kde je značný provoz, anonymita a dlouhé čekací doby, tyto negativní faktory rozhodující měrou ovlivňují jednání mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Jednoduchou úpravou čekáren jako je příjemné osvětlení, tlumená relaxační hudba, televizor, nápojový automat, denní tisk a časopisy, čistota a pořádek, dostatek sedadel a hlavně barevné ladění čekáren (v českých podmínkách jsou všechna zdravotnická zařízení šedo-bílá, nebojme se veselých barev!).

Ambulance ve Fakultní nemocnici Motol mají všechny tmavě hnědá sedadla, tmavé rámy oken, stěny mají neidentifikovatelnou barvu.

Prostředí, ne vždy dokonalá komunikace a úsečné jednání zdravotnického personálu působí jako velmi stresující faktor pro pacienta a ostatní návštěvníky nemocnice.

Zlepšením těchto faktorů můžeme snížit výskyt té formu agrese, kterou nazýváme verbální a která se vyskytuje nejčastěji.

Především staniční sestry a vedoucí lékaři toto mohou ovlivnit. Od managementu nemocnice se očekává, že bude apelovat na vedoucí pracovníky, aby se kulturou prostředí svých prostor a chováním svých zaměstnanců více zabývali.

### 14.4.

Kromě odborných seminářů na celonemocniční úrovni zrealizovat permanentní semináře na téma komunikační techniky jako prevence verbálního i fyzického násilí , prevenci stresových situací.

Management nemocnice a Samostatné oddělení bezpečnosti práce a revizních činností (BOZP) by měli pečlivě vyšetřit okolnosti každé konfliktní situace mezi pacientem a personálem a v případě pochybení ze strany personálu kromě trestu toto využít pro další vzdělávání. Jen tak získá podporu zaměstnanců a jejich zájem se na dané problematice aktivně účastnit.

Před vstupem do areálu nemocnice by měla být informační cedule upozorňující pacienty a návštěvníky, že nemocnice vyhlásila program nulové tolerance vůči agresivitě na zdravotnících.

**PROGRAM NULOVÉ TOLERANCE FN MOTOL:**

**NEPODPORUJEME ŽÁDNOU FORMU AGRESE SMĚREM K  
ZDRAVOTNICKÉMU PERSONÁLU**

Konkrétní případy napadení je nutno probírat na jednotlivých seminářích a vyhodnocovat situace proč k napadení došlo a zda se mu dalo předejít.

## 15. Závěr

Násilí ve společnosti je celosvětovým problémem, který se v posledních letech úzce dotýká i resortu zdravotnictví.

Nejen pacient, který má nemocí nebo chemickou látkou ovlivněno myšlení, ale i zcela zdravý lucidní člověk nepřemýšlí, je-li v afektu, zda svým jednáním páchá trestní čin nebo jen přestupek. V tom krátkém okamžiku konfliktního chování jsou jeho myšlenkové pochody velmi zúžené.

Zdravotníci se musejí naučit s takovými pacienty jednat, nezavdávat podněty k takovému chování svým nevhodným a strohým jednáním. Na druhou stranu ale všichni, kdo vstupují do zdravotnického zařízení, by měli na každém kroku mít možnost si přečíst informační tabuli, že tato nemocnice netoleruje žádnou formu agresivity, a pokud se tak stane, může to mít pro agresora citelné důsledky, např. i to, že nebude – nepůjde-li o bezprostřední ohrožení života – ošetřen a bude to mít dopad na postoj nemocnice vůči němu i v budoucnosti.

V podmínkách našeho zdravotnictví by to byla věc velmi neobvyklá, ale účinná.

Zdravotnický personál nemocnice velice ocení, pokud se v naší fakultní nemocnici podaří zavést určitá preventivní opatření a obranné prostředky proti verbální i brachiální agresi.

Vedení nemocnice je plně zodpovědné za bezpečnost a ochranu zdraví při práci zaměstnanců. Do této oblasti patří i rizika možného ohrožení při výkonu povolání jako je agresivita pacientů.

Agresivita v dnešní době narůstá do extrémních rozměrů, s tím musíme nadále počítat. Nespoléhejme se na fakt, že v našem zdravotnickém zařízení se nic vážného ještě nestalo. Nejlepší prevencí bude jednoznačná podpora ze strany vedení nemocnice bez ohledu na pomalý postup úprav státní legislativy.

Ostatním zdravotnickým zařízením můžeme nabídnout konkrétní preventivní opatření a nácviky postupů při zvládnutí agresivního pacienta.

## 16. Seznam citované literatury a odkazy :

1. Možný, I.: Česká společnost. Praha, Portál 2002
2. ICN: Společně proti násilí. Praha, ČAS 2001
3. Haškovcová, H.: Manuálek o násilí. Brno, 2004
4. Brůha Dominik, Tomek Vratislav, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR – IZPE, vydáno v rámci řešení projektu: reg.č.:1J013/04-DP1: „Násilí na pracovišti“, ISBN 80-86625-21-4, Kostelec nad Černými lesy
5. Český právnícký publikační informační prostor 1/2004
6. www.britskelisty.cz, 20.6.2001
7. Česká tisková kancelář 10.6.2001
8. Cesta k modernímu ošetřovatelství I-VII Praha 1999-2005
9. Zdravotnické noviny 5.8.2004
10. Bezpečná ambulance - Stavebnictví a interiér 12/2005
11. Téma školení personálu – Zdravotnické noviny 48/2005 ročník 54
12. Drda, P.: kurs s názvem Emergency Self Defence and Health Service
13. Dynáková, Š.: Komunikační strategie s obtížným pacientem , Sestra 10/2005, 7-8/2005
14. Zákon 140/1961Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů
15. Zákon 200/1990Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů
16. Kalvach, Z. a kol.: Geriatrie a gerontologie, Grada 2004
17. Šatenková, N. a kol.: Krize, psychologický a sociologický fenomén, Grada 2004
18. Hartl, P.: Komunita občanská a terapeutická, Slon 1997
19. Řezáč, J.: Sociální psychologie, Paido 1998
20. Etylová, F. a kol.: Přednemocniční neodkladná péče
21. Nejedlá, M. a kol.: Ošetřovatelství IV/1

## **17. Přílohy:**

## Dotazník: Agrese na zdravotnicích

### 1. Pohlaví

- žena  
 muž

### 2. Praxe ve zdravotnictví

- méně než 5 let  
 5-10 let  
 10-15 let  
 více než 15 let

### 3. Působíste

- Praha  
 Středočeský kraj

### 4. Typ pracoviště

- ZZS - výjezdová skupina  
 ZZS - operační středisko  
 urgentní příjem  
 ambulance  
 standardní lůžkové oddělení  
 JIP  
 psychiatrické lůžkové oddělení

### 5. Vaše pracovní zařazení

- lékař  
 zdravotní sestra  
 zdravotnický záchranář  
 Pomocný zdrav.prac.

### 6. Jakým druhům útoku - agrese jste byl/a vystaven/a

- verbální (slovní) agrese  
 brachiální (fyzická) agrese

### 7. Nejčastější podoby verbální agrese

- zvyšování hlasu  
 nadávky  
 výhrůžky

### 8. Nejčastější podoby brachiální (fyzické) agrese

.....  
.....  
.....

### 9. S útokem proti své osobě se setkávám

- denně  
 1x týdně  
 cca 2x měsíčně  
 cca 1x za 3 měsíce (občas)  
 vyjimečně

### 10. Agresor je pod vlivem alkoholu či drog

- vždy  
 obvykle  
 často  
 občas  
 vyjimečně

### 11. Mělo někdy napadení za následek újmu na Vašem zdraví s následnou pracovní neschopností?

- ano  
 ne

**12. Jakým způsobem se obvykle bráníte VERBÁLNÍMU útoků:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> psychologicky - nedám impulsivní odpověď | <input type="checkbox"/> opustím místnost |
| <input type="checkbox"/> volám kolegu na pomoc                    | <input type="checkbox"/> opětuji          |
| <input type="checkbox"/> jinak .....                              |   |

**13. Jakým způsobem se obvykle bráníte FYZICKÉMU útoků:**

- reaguji hněvem, křikem
- fyzické oddálení od agresora, vyklizení pozic
- fyzickou obranou
- pacifikace útočníka při dostatečné početní převaze
- jinak .....

**14. Mohou být útoky proti Vám vyprovokovány Vaším chováním, gestikulací?**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> vždy  | <input type="checkbox"/> obvykle                            |
| <input type="checkbox"/> někdy | <input type="checkbox"/> občas                              |
| <input type="checkbox"/> nikdy | <input type="checkbox"/> roli hraje profesionální deformace |

**15. Jakým způsobem zajišťuje zaměstnavatel Vaši bezpečnost?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nijak   | <input type="checkbox"/> OOP (obrné spreje, paralyzéry) |
| <input type="checkbox"/> instalace alarmů  | <input type="checkbox"/> kursy asertivního chování      |
| <input type="checkbox"/> kursy sebeobrany  |   |
| <input type="checkbox"/> pracovník bezpečnostní agentury dostupný 24 hodin denně |   |
| <input type="checkbox"/> jinak .....   |   |

**16. Nárůst agresivity pacientů za posledních 15 let je dle Vás :**

- |                               |                                    |                                 |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> není | <input type="checkbox"/> minimální | <input type="checkbox"/> značný |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|

**17. Prostor pro vyjádření :**