



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

**Fakulta biomedicínského inženýrství
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

Agresivní chování a násilí proti zdravotnickým záchranářům

Aggressive behavior and violence against paramedics

Bakalářská práce

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D

Bc. Marie Kotálová

Kladno, květen 2019

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Kotálová** Jméno: **Marie** Osobní číslo: **419170**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Agresivní chování a násilí proti zdravotnickým záchranářům

Název bakalářské práce anglicky:

Aggressive Behavior and Violence Against Paramedics

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude zjistit četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického napadení zdravotnických záchranářů ze strany agresivního pacienta, popřípadě jeho rodinných příslušníků. V teoretické části bude na podkladě studia odborné literatury zpracována problematika agresivity a agresivního chování jako negativního jevu při poskytování přednemocniční neodkladné péče. V praktické části bude provedeno dotazníkové šetření pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku a následná statistická analýza získaných dat. Součástí diskuse bude komparace dosažených výsledků s výsledky jiných autorů, kteří se zabývali problematikou agresivity v souvislosti s výkonem povolání zdravotnického záchranáře.

Seznam doporučené literatury:

- [1] AYERS, Susan a DE VISSER, Richard, Psychologie v medicíně, ed. 1., Praha: Grada, 2015, 568 s., ISBN 978-80-247-5230-3
- [2] ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, Urgentní medicína v klinické praxi lékaře, ed. 1, Praha: Grada, 2013, 400 s., ISBN 978-802-4744-346
- [3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., Krize a krizová intervence, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2017, 288 s., ISBN 978-80-247-5327-0

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

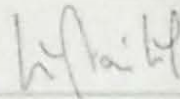
PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Ing. Jan Kordík

Datum zadání bakalářské práce: **27.02.2019**

Platnost zadání bakalářské práce: **20.09.2020**



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



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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Agresivní chování a násilí proti zdravotnickým záchranářům 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 16.05.2019

.....
podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí PhDr. Mgr. Daně Rebece Ralbovské, Ph.D. za její trpělivost, vstřícnost a cenné rady, které mi při psaní práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům z řad Zdravotnické záchranné služby ČR, kteří se účastnili dotazníkového šetření, za jejich ochotu a čas.

Abstrakt

Obsahem bakalářské práce je problematika agresivity a násilí proti pracovníkům zdravotnické záchranné služby. Aktuálnost tématu vychází z čím dál většího nárůstu útoků proti zdravotnickým záchranářům.

V teoretické části jsou vymezeny pojmy agrese a agresivita, její druhy a příčiny. Dále se v práci zabýváme nejčastějšími příčinami agrese proti zdravotnickým záchranářům, prevencí vzniku agrese a způsobům zvládnání agresora. V neposlední řadě se věnujeme právní ochraně záchranářů před napadením. Na teoretickou část navazuje výzkumná část, kde jsou definované cíle, hypotézy a charakterizován výzkumný nástroj a metody výzkumu.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického napadení zdravotnických záchranářů ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků. Toto šetření, bylo realizováno distribucí anonymních dotazníků zaměstnancům Zdravotnické záchranné služby ČR. Získaná data jsou v praktické části zpracována ve formě přehledných tabulek a grafů. V diskusi jsou námi zjištěné výsledky, komparovány s výsledky jiných autorů. V závěry jsou shrnuty výsledky a cíle práce.

Klíčová slova: Agrese; agresivita; konflikt; zdravotnická záchranná služba; sebeobrana.

Abstract

The Bachelor thesis covers the problems of aggression and violence against paramedics. The up-to-date nature is based on the increase in aggressive attacks against paramedics.

In the theoretical part, aggression and aggressiveness are defined as well as its types and causes. Later in the work, we focus on the most frequent causes of aggression against paramedics, preventing aggression and ways of handling aggressors. Last but not least, we deal with the legal protection of paramedics against attacks. The theoretical part is followed by the research part where goals and hypotheses are defined and research tools and research methods are characterized.

The main goal of the research survey was to map the frequency of the occurrence of aggressive behaviour or assault of paramedics from patients or their family members. The survey was carried out by the distribution of anonymous questionnaires to employees of the Emergency Medical Services of the Czech Republic. The data gathered are presented in well-arranged tables and graphs in the practical part. In the discussion, our results are compared with the results of other authors. The results and the goals of the work are summarized in the conclusion.

Keywords: Aggression; aggressiveness; conflict; emergency medical services-defence.

Obsah

1	Úvod	9
2	Současný stav	10
2.1	Zdravotnická záchranná služba	10
2.2	Vymezení pojmů agrese a agresivita	12
2.2.1	Příčiny vzniku agresivity	13
2.2.2	Druhy agrese	14
2.2.3	Projevy agrese	15
2.3	Nejčastější příčiny vzniku agresivního chování proti členům zdravotnické záchranné služby	16
2.3.1	Frustrace	17
2.3.2	Bolest	17
2.3.3	Strach a úzkost	18
2.3.4	Psychiatrická anamnéza	18
2.3.5	Intoxikace alkoholem a jinými návykovými látkami	19
2.4	Metody zvládnání agrese v přednemocniční neodkladné péči	21
2.4.1	Prevence	21
2.4.2	Komunikace	23
2.4.3	Farmakologické zklidnění	25
2.4.4	Fyzické omezení	27
2.4.5	Sebeobrana	28
2.5	Právní ochrana záchranářů	29
3	Cíl práce	31
4	Metodika	32
4.1	Popis výzkumného šetření	32
4.2	Stanovení výzkumného vzorku	32
4.3	Výzkumný nástroj	32
4.4	Stanovené hypotézy	33

5	Výsledky.....	34
5.1	Vyhodnocená údajů z dotazníku.....	34
5.2	Vyhodnocení cílů práce	50
5.3	Vyhodnocení hypotéz	52
6	Diskuze	54
7	Závěr.....	59
8	Seznam použitých zkratk	60
9	Seznam použité literatury	61
10	Seznam použitých obrázků	64
11	Seznamu použitých tabulek	65
12	Seznam Příloh	66

1 ÚVOD

Agrese je komplexní fenomén uplatňující se v každodenním životě člověka a má své pozitivní i negativní stránky. Ve zdravé míře slouží agrese jako adaptační mechanismus, který nám pomáhá nejen přežít, ale i překonávat překážky. Destruktivní se agrese stává ve chvíli, kdy její míra překročí společensky stanovené hranice.

Lidé pracující v kontaktu s veřejností se s agresí setkávají častěji než jiné profese. Existují i takové profese, které se s agresí setkávají téměř pravidelně. Jednou z takových profesí je i profese zdravotnického záchranáře. V posledních letech se v médiích objevují čím dál častěji případy napadení záchranářů při výjezdu. Je zarážející, že právě ti, co v rámci své profese pomáhají chránit život a zdraví ostatních, se často stávají terčem agresivního jednání a musí se tak bát o svůj život a zdraví. Záchranář se ve své profesi setkává s lidmi, kteří pocítující zdravotní, fyzický a často i psychický diskomfort. Už jen tento stav sebou nese riziko zvýšené emocionální odezvy. Dále se záchranáři setkávají s lidmi, kteří mají strach o svůj život a zdraví. S lidmi pod vlivem různých návykových látek a alkoholu, kteří někdy o jejich pomoc ani nestojí. Setkávají se s lidmi bez domova, se sociálně nepřizpůsobivými občany a s lidmi zraněnými v rámci různých potyček a demonstrací. I toto sebou nese riziko vzniku konfliktní situace a záchranáři by měli na tyto situace připravováni.

Bakalářská práce je rozdělaná na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vymezeny pojmy agrese a agresivita, její druhy a příčiny. Dále se v práci zabýváme nejčastějšími příčinami agrese proti zdravotnickým záchranářům, prevencí vzniku agrese a způsobům zvládnutí agresora. V neposlední řadě se věnujeme právní ochraně záchranářů před napadením. Praktická část se zabývá výzkumným šetřením a analýze získaných dat od zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS). Dotazník je zaměřený na zmapování četnosti útoků proti zdravotnickým záchranářům a na zjištění jejich hlavní příčiny. Dále jsme v dotazníku zjišťovali, jak záchranáři krizové situace s agresivním jedincem zvládají a zda prošli nějakou formou edukace v jednání s agresorem.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala pro jeho aktuálnost a závažnost. A dále také proto, že jsem sama setkala, v rámci své praxe na ZZS s agresivním pacientem.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) poskytuje přednemocniční (PNP) neodkladnou péči osobám se závažným poškozením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí ZZS jsou i následující činnosti:

- *„nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska,*
- *vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin,*
- *řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému,*
- *spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,*
- *poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události,*
- *vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchrane života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta,*
- *soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče,*
- *přepravu pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,*
- *přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,*

- *třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací“ (Zákon č. 374/2011 sb. § 4).*

Výjezdové skupiny

Zdravotnická záchranná služba je poskytována následujícími výjezdovými skupinami:

- **RZP (rychlá zdravotnická pomoc)** – posádka tvoří jeden řidič a záchranář v sanitním vozidle. Toto vozidlo je vybavené k ošetření širokého spektra zdravotních komplikací a také prostředky pro přepravu imobilních pacientů.
- **RLP (rychlá lékařská pomoc)** – posádka tvoří řidič, zdravotnický záchranář a lékař v sanitním voze
- **RV (rendes vous)** – nebo také setkávací systém. Je posádka s lékařem a záchranářem v osobním automobilu. Tento automobil není vybaven prostředky pro transport pacienta do zdravotnického zařízení, ale slouží pouze jako prostředek dopravy zdravotních pracovníků na místo události. Spolu s vozem RV je obvykle vysíláno i vozidlo RZP, které v případě potřeby transportuje pacienta do nemocnice. Lékař může nebo nemusí pacienta při tomto transportu doprovázet. V případě že vyhodnotí, že jeho přítomnost není třeba, je výjezdová skupina RV okamžitě dostupná pro další tísňovou výzvu.
- **LZS (letecká záchranná služba)** – zasahuje u vážných úrazů a náhle vzniklých závažných onemocnění, u kterých je zapotřebí rychlí transport pacienta do zdravotnického zařízení (Remeš a Trnovská, 2013).

2.2 Vymezení pojmů agrese a agresivita

Na začátku této práce je důležité vymežit několik základních pojmů. A to zejména pojmy jako agrese a agresivita, které jsou mezi sebou velmi často zaměňovány. Dále pak definujeme pojmy jako asertivita, násilí a hostilita, které s agresivitou souvisí.

Agrese

V literatuře najdeme velké množství definicí pojmu agrese. Vágnerová (2014) definuje agresi „jako úmyslné jednání, jehož cílem je ublížit živým bytostem či poškodit neživý objekt.“ Vágnerová (2014, s. 699) Podle Poněšického (2005) je agrese „psychologická, emočně motivační mohutnost, jenž má za cíle poškodit přírodu, věci, lidi nebo sebe samého“ (Poněšický, 2005, s. 22). Agrese však nemusí být jen destruktivní a nezdravá, ale v určité míře je přirozenou součástí lidského chování. Destruktivní a nezdravou se stává až ve chvíli kdy její míra překročí hranice stanovené sociálními a právními normami a jestliže je nepřiměřená situaci či podnětům který ji vyvolali (Orel, 2016).

Ve společnosti existuje také sociálně přijatelná forma „agrese“, která je označovaná jako asertivita. „Asertivita je způsob jednání a tím také komunikace vyznačující se schopností obhájit vlastní stanovisko nebo se prosadit bez prvků agrese a manipulace“ (Honzák, 2015, s. 17).

Agresivita

Zatímco agrese je viditelná a její dopad můžeme sledovat. Agresivita je tendence či pohotovost k agresivnímu chování, které nemusí být vždy vidět. Matoušek (2009) ve své publikaci definuje agresivitu jako „útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat své síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem.“ Matoušek (2009, s. 9). Každý člověk je vybavený určitou mírou agresivity, protože tato schopnost nám zajišťuje přežití ve společnosti. Patologickou se stává až ve chvíli, kdy je predispozice jedince k agresivnímu chování vysoká. Takový jedinec reaguje impulzivně a agresivně i na podněty, které by jiný člověk přešel bez povšimnutí nebo by se jim jen zasmál (Martínek 2009).

Násilí a hostilita

Dalším pojmem, který souvisí s agresí a agresivitou je násilí a násilné chování. Násilí Špatenková (2017) definuje jako „závažnou formu agrese, při které dochází k využívání (nejčastější fyzické převahy) k vykonávání bezprávi vůči jiné osobě, respektive osobám“ Špatenková (2017, s. 196).

Vevera (2014) pak popisuje násilné chování jako „fyzicky agresivní chování a jasným úmyslem poškodit jinou osobu, např. bití, kopání, strkání, házení s předměty, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím“ Vevera (2014, s. 48).

S agresivním chováním souvisí i pojem hostilita. Fischer a Škoda (2014, s. 46) uvádějí že hostilita je „nepřátelský postoj vůči sobě a okolí s agresivními projevy chování.“ Křivohlavý (2002, s. 17) pak hostilitu definuje jako „soupeřivý až nepřátelský postoj daného člověka k druhým lidem. Jedná se píše o dlouhodobou záležitost, nejen o momentální výlev nepřátelství“. Tento postoj se nemusí vždy projevovat násilným chováním.

2.2.1 Příčiny vzniku agresivity

Podle Fischera a Škody (2014) lze rozdělit příčiny vedoucí k agresivnímu chování na biologické (vrozené) a sociální (získané).

Biologické předpoklady

V rámci biologických předpokladů pro vznik agrese hraje významnou roli dědičnost, některé hormony a nervová soustava. Jak již bylo výše napsáno, každý člověk se rodí s určitým vrozeným předpokladem k agresivnímu jednání. Tyto předpoklady jsou pro nás důležité zejména k obraně a uchování vlastního teritoria a vybudování sociálního postavení. Nejvíce osob má k agresivnímu chování předpoklady průměrné a extrémní abnormality se vyskytují jen zřídka. Tyto předpoklady jsou tedy zcela individuální (Fischer a Škoda, 2014).

U mužů hraje z biologického hlediska významnou roli zejména hladina testosteronu v krvi. Případná zvýšená sekrece tohoto hormonu může mít vliv na vyšší výskyt agresivity. Řada výzkumů prokázala spojitost testosteronu a protispoločenského chování. Zvýšený sklon k agresi může dále zapříčinit i organické poškození mozku. A to zejména cerebrálního kortexu (kůry mozkové) a limbického systému. V limbickém systému se nachází řada struktur, které mají vliv na pudy a emoce. Kůra mozková je k spojena s kognitivními funkcemi nezbytnými pro učení, usuzování a rozhodování (Vágnerová, 2014).

Z biochemického hlediska mají důležitou roli neurotransmitery serotonin a dopamin, dále pak acetylcholin a noradrenalin. Serotonin má tlumivé účinky na agresivitu a jeho nedostatek tak způsobuje její nárůst. Naproti tomu dopamin je hlavním spouštěcím činitelem agrese. (Vágnerová, 2014).

Sociální předpoklady

Významnou roli v rozvoji agresivního chování hraje i sociální prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Již od dětství jsme ovlivňováni svým nejbližším okolím, a to zejména rodinou. Ovlivňuje nás styl výchovy a prostředí, ve kterém jsme vychováváni (nedostatek lásky může vyvolat agresivní tendence), ale i chování rodičů a o osob vyskytující v blízkosti nás (dítě má tendence napodobovat to co vidí u ostatních). Dále je důležité i prostředí školy, práce, a celkové klima společnosti ve které žijeme (Vágnerová, 2014).

Dalším společenským faktorem podílejícím se na vzniku agresivity jsou prostředky masové komunikaci. Pro tento fenomén vznikl nový pojem mediální násilí. Tento pojem označuje nejen násilí, které je prezentováno v televizi, ale i na internetu a v počítačových a video hrách. Násilí vyobrazené v médiích může snižovat senzitivitu jedince vůči násilí v běžném životě (Fischer a Škoda, 2014).

2.2.2 Druhy agrese

Agresi lze rozdělit z několika různých hledisek. Pro účely této práce jsme vybraly ta nejčastější rozdělení, které lze v literatuře nalézt. Venglářová a Mahrová (2006) rozdělily agresi podle objektu na který je cílená, a to na:

- **Přímou agresi** – je cílená přímo proti určité osobě. Objektem agrese bývají osoby nacházející se v nejbližším okolí člověka. Může mít formu verbální i fyzickou.
- **Transformovanou agresi** – je přenesená agrese na jinou osobu nebo objekt. Tato agrese se může projevat např. rozbíjením věcí nebo vyvoláním hádky s osobou která se situací nemá nic společného.
- **Zadržovanou agresi** – při této agresi dochází k potlačení negativních projevů agrese, které se mohou v jedinci dále hromadit. K uvolnění agrese pak může dojít naprosto nečekaně a pro okolí naprosto nepochopitelně.

Vymětal (2003) dále rozděluje agresivitu z pohledu psychologie na základě motivace na:

- **Agresivitu instrumentální** – je nejčastější a slouží jako prostředek dosažení určitého cíle. Ve zdravotnictví může být cílem například napsání receptce nebo vynucení si dřívějšího ošetření.
- **Agresivitu samoučelnou** – je druh agrese, která přináší člověku určitý požitek. Také může sloužit ke zvýšení sebevědomí a prosazování sebe
- **Agresivitu jako důsledek afektu** – bývá nejčastější u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Tyto lidé bývají sebevědomí a sebestředný. Jsou citlivý a na jakékoliv ponížení reagují hněvivým afektem, po kterém velmi často následuje agresivní jednání.
- **Agresivitu reaktivní** – je reakcí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Například silná fyzická bolest může vyvolat agresivitu, jejímž cílem je zastavit její příčinu.

2.2.3 Projevy agrese

Agrese se může projevovat následujícími způsoby:

- **Myšlenková (ideatorní) agrese** – projevuje se pouze v myšlenkách a fantazii
- **Verbální agrese** – slouží zejména k zastrašení protějšku. Důvodem může být dosažení práva, odčinění křivdy nebo třeba odreagování vnitřního napětí. Může se projevovat např. křikem, nadávkami, výhružkami, zastrašováním ale třeba i ironií nebo jízlivostí.
- **Poškozování věcí** – je přenesená forma agrese. Může se jednat o předstupeň a varovný signál blížícího se fyzického napadení. Slouží zejména k vybití agrese. Projevuje se např. boucháním dveřmi, házením a rozbíjením předmětů.
- **Fyzické napadání lidí** – nejzávažnější projev agrese. Fyzické napadení může být provedeno s pomocí předmětů, nástrojů a zbraní nebo i bez nich. Jedná se například o škracení, strkání ale i třeba vyhrožování se zbraní v ruce.
- **Autogrese (sebeпоškozování)** – je násilí obrácené proti vlastní osobě. Může se projevovat od škrábání kůže a trhání vlasů, až k závažnému poškozování těla např. řezáním a pálením. Nejzávažnější formou autoagrese je sebevražda (Venglářová a Mahrová, 2006).

2.3 Nejčastější příčiny vzniku agresivního chování proti členům zdravotnické záchranné služby

Důvodů, proč se pacient k záchranáři může chovat agresivně je nespočet. Důležité je ale říci, že agresorem nemusí být jen pacient. Agresivně se mohou chovat i příbuzní pacienta, popřípadě jiné osoby nacházející se na místě události. Podle Andršové (2012) patří k možným příčinám agresivního chování:

- Frustrace,
- bolest,
- strach, nejistota a bezmoc,
- pocit ohrožení,
- zklamání očekávání,
- pocity křivdy a nespravedlnosti,
- pocity ponížení či zesměšnění,
- velká zátěž – opakování otázek, mnoho procedur,
- psychiatrická anamnéza,
- vliv alkoholu a drog, intoxikace.

Podle Šeblové (2018) také hrozí riziko agrese v případě, že už pacient v minulosti agresivní byl nebo již byl za násilnou trestnou činnost v minulosti trestán. Agresivní také mohou být pacienti s asociálními, impulzivními nebo explozivními rysy. Riziko hrozí i pokud pacient projevuje malou nebo téměř žádnou spolupráci se zdravotníky, nebo verbálně vyjadřuje nepřátelské záměry. Ze strany příbuzných pak hrozí agrese ve chvíli, kdy je lékař informuje o úmrtí rodinného příslušníka.

Dalšími stresovými faktory při poskytování PNP jsou čas, prostředí, vzhled a vystupování samotného záchranáře. Čas pro pacienta nebo jeho rodinné příslušníky v krizové situaci, ubíhá jinak než pro posádku jedoucí na místo. Proto, se také často záchranáři při příjezdu na místo událost, setkávají s typickou výčitkou „Kde jste tak dlouho?“ i třeba v případě že na místo dojeli za 10 minut. Často bývá pacient agresivní už na dotazy dispečerky, která otázkami snaží získat více informací. Důležité je také prostředí, protože ne vždy ošetřujeme pacienta v soukromí jeho domova. Pacient se může nacházet na veřejnosti a v jeho blízkost se mohou pohybovat úplně cizí lidé. V takové situaci může pacient pociťovat stud a určité diskomfort. Dále je také důležitý samotný vzhled a vystupování

záchranáře. Záchranář by se měl chovat profesionálně, být upravený, empatický a nepovyšovat se (Kelo, 2008).

2.3.1 Frustrace

„Frustraci rozumíme nemožnost dosáhnout cíle, neschopnost uspokojení některých potřeb“ (Andršová, 2012, s. 67). Pocit frustrace může vyvolat déle trvající:

- Vážný nedostatek nebo zbavení něčeho, co je nezbytné pro uspokojení některé z biologických nebo psychických potřeb,
- oddálení určitá potřeby,
- zmaření nebo neúspěch v úsilí o uspokojení potřeby.

Existuje přímá úměrnost mezi velikostí frustrace a naším očekáváním. Výsledná frustrace je tím větší, čím vyšší bylo naše očekávání z dané situace nebo potřeby. (Andršová, 2012, s. 67). „Maximální hranicí individuální odolnosti vůči frustračnímu napětí nazýváme frustrační toleranci“ (Cakirpaloglu, 2012, s. 197). Tato hranice je pro každého jedince individuální a je ovlivněna intenzitou vnitřního napětí, věkem, zkušenostmi. Dále také únavou, aktuálním zdravotním stavem či požitím alkoholu nebo jiné návykové látky. Reakce na frustraci jsou různé. Frustrovaný člověk může pociťovat silné napětí, neklid a stavy deprese. Nejčastější reakcí na frustraci je však agrese. Frustrovaný člověk vnímá překážku, která mu zabraňuje dosáhnout určitého cíle nebo v uspokojení svých potřeb, jako zdroj svých potíží. A tuto překážku se snaží odstranit, a to nejčastěji pomocí agresivním chování.

V PNP je frustrace velmi častým pocitem. Protože nemoc a úraz pacienta, má často za následek pocit frustrace. Pacient najednou nemůže vykonávat spoustu činností, které do této doby bez problému vykonávat mohl. Například nemůže chodit do práce, je omezen pohybově a nemůže se věnovat svým koníčkům (Andršová, 2012).

2.3.2 Bolest

„Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným obvykle s aktuálním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (např. onemocnění–zánět) nebo vnějším násilím (např. úraz zhmoždění)“ (Vymětal 2003, s. 224). Bolest také slouží jako varovný signál a má též ochrannou funkci. Upozorňuje nás na to, že došlo k poškození organismu nebo že toto poškození může nastat.

Vnímání bolesti je pro každého velmi subjektivní. Pro hodnocení intenzity pacientovi bolesti existují různé škály a dotazníky. Pro dětské pacienty se používá škála obličejům a pro dospělé číselná škála, kdy pacient hodnotí velikost bolesti na škále od jedné do desíti. Při hodnocení bolesti je však důležité, vždy pacientovi bolest věřit, projevit zájem a zjistit intenzitu bolesti a další její charakteristiky.

Velká část pacientů volající si ZZS pociťuje nějaký druh bolest. Důležité je pacientovi bolest vždy věřit, projevit zájem a zjistit intenzitu bolesti a její další charakteristiky. Dále pokud to lze, bolest snižovat nebo ji eliminovat. Dlouho trvající bolesti mohou vést k depresím a agresivitě. Kromě farmakologického způsobu tlumení bolesti, lze bolest ovlivnit už pouhou sugescí a využitím tzv. placebo efektu. V případě PNP může úlevu od bolesti přinést např. podání „obyčejného“ fyziologického roztoku, přijíždějící sanitní vozidlo se zapnutými majáky nebo už jen samotná přítomnost zdravotnického záchranáře v uniformě (Andršová, 2012).

2.3.3 Strach a úzkost

„Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení“ (Vymětal 2003, s. 235). Toto ohrožení může být vnější např. strach z operace, nebo vnitřní např. strach z toho, že něco nezvládneme. Dále může být strach reálný a pro ostatní pochopitelný nebo nereálný, nepřiměřený a často iracionální.

Úzkost, lze též definovat jako nepříjemný stav a prožitek. Ale na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její příčinu, proto také bývá hůře snášena. Úzkost a strach mají signální a obranou funkci a patří mezi přirozené dispozice člověka, potřebné pro jeho orientaci a přežití.

Příčiny úzkosti a strachu u pacientů v PNP mohou být např. bolest, obavy o své zdraví, finance a zaměstnání. Ale také třeba strach z nepříjemných a bolestivých procedur. Pociťovat úzkost a strach však nemusí jen sami pacienti, ale také třeba jejich rodinní příslušníci, kteří se na místě události nacházejí (Vymětal, 2003).

2.3.4 Psychiatrická anamnéza

S pacienty, kteří se léčí psychiatrickým onemocněním, se záchranář při své práci setkává celkem často. Podle Šeblové (2018) těchto pacientů v poslední době přibývá, a to jak v záchranných službách, tak i na urgentních příjmech.

Orel (2016) ve své publikaci píše „že není možné klást rovnítko mezi duševní poruchu a agresivitu – platí, že naprostá většina duševně nemocných není agresivních a jednoznačnou konají lidé bez duševního onemocnění“ (Orel, 2016, s. 88)

Podle Látalové (2013) je zde riziko agresivního chování vyšší než u člověka, který žádným duševním onemocněním netrpí. Nejčastější příčinou agresivního chování je kombinace psychického onemocnění a současné zneužívání psychoaktivních látek, závislost na těchto látkách nebo intoxikace. Také samotné onemocnění může být příčinou násilného chování. Některá duševní onemocnění mohou vyvolávat halucinace a bludy, které pak vyvolávají agresivní chování pacienta. Dále může být příčinou slabá kontrola impulzivity nebo i základní osobnostní rysy pacienta např. asociální rysy, které mohou mít vliv na užití násilí k dosažení vlastního cíle.

2.3.5 Intoxikace alkoholem a jinými návykovými látkami

S intoxikovanými pacienty alkoholem nebo jinými návykovými látkami se záchranáři setkávají velmi často. Tito pacienti mohou být agresivní z důvodu akutní intoxikace nebo na základě abstinčních příznaků. Podle Látalové (2013) „jsou psychoaktivní látky spíše katalyzátorem násilí než příčinou. Zda se agresivita projeví nebo ne, záleží z valné části na osobnosti dané osoby“ (Látalová, 2013, s. 127)

Alkohol

Patří k nejčastěji užívaným psychoaktivním látkám. Obvykle působí anxiolyticky, uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu a dodává sebevědomí. „Agresivitu nebo násilné chování pozorujeme zejména ve stavu akutního užití alkoholu (při opilosti) nebo v důsledku dlouhodobého zneužívání alkoholu a při závislosti na alkoholu“ (Látalová 2013, s. 122). Specifickým stavem, který může vyvolat agresivní chování je alkoholové delirium. Tento stav je bouřlivou reakcí na nedostatek alkoholu, který může končit až smrtí. Projevuje se neklidem, agitovaností, poruchami vědomí, bludy a halucinacemi (Vágnerová, 2014).

Psychostimulancia

Mezi psychostimulancia řadíme amfetamin, efedrin, kokain a pervitin. Při užití malých dávek vyvolávají pocit zvýšené výkonnosti, sebedůvěry, euforie. Po vysokých

dávkách bývá postižený neklidný, úzkostný a trpí paranoidními pocity, které mohou mít až obraz toxické psychózy s možností agrese vůči svému okolí. (Šeblová a Knor, 2018)

Toxickou psychózu obvykle vyvolává dlouhodobé zneužívání psychostimulancií. Projevuje se nápadnými změnami chování, zrakovými, sluchovými a hmatovými halucinacemi. Které bývají často doprovázeny paranoidními bludy, panickými stavy a možnou agresivitou vyvolanou neustálým pocitem ohrožen (Látalová 2013).

Opiáty

Mezi opiáty patří kodein a jeho deriváty heroin a morfin. Při akutním podání mají opiáty sedativní účinky a agresivní chování snižují. Při jejich zneužívání však na nich velmi rychle vzniká fyzická a psychická závislost. Těžké abstinční příznaky mohou vznikat již několik hodin po odeznění účinku drogy. Tyto příznaky bývají spojené s iritabilitou, hostilitou, nárustem tenze a někdy i agresivním chováním (Látalová, 2013).

Halucinogeny

Mohou být přírodní nebo syntetické. Mezi syntetické halucinogeny patří hlavně LSD. Přírodní jsou pak např. lysohlávky (psylocybin), durman (hyoscyamin, atropin a skopolamin) a mochromůrka červená (kyselina ibotenová a muscimol) (Šeblová a Knor, 2018). Intoxikace se projevuje euforickou či depresivní náladou, halucinacemi, změnou vnímání času a prostoru, snížením kritičnosti, přeceňováním vlastních schopností a agresivitou vůči sobě nebo svému okolí. Dále mohou halucinogeny stejně jako psychostimulancia vyvolat toxickou psychózu. (Látalová, 2013)

Benzodiazepiny

Benzodiazepiny patří k látkám s anxiolitickým efektem. Mezi tyto látky patří např. diazepam, oxazepam, bromazepam a alprazolam. K agresivním projevům při jejich užívání může dojít vlivem ztráty společenských zábran. K útlumu psychomotorického neklidu se velmi často používá injekční forma diazepamu. Po podání injekční formy může nastat paradoxní reakce, kdy naopak agresivita a neklid vzroste. Dále může agresivitu vyvolat akutní intoxikace či chronické zneužívání benzodiazepinů. U pacientů závislí na vysokých dávkách se může projevit náladovost, tenze, popudlivost i agresivní chování spojené s neklidem, úzkostí až zmateností (Látalová, 2013).

2.4 Metody zvládnání agrese v přednemocniční neodkladné péči

2.4.1 Prevence

„Z hlediska prevence konfliktů je klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat a případný konflikt maximálně deeskalovat“ (Pekara, 2015, s. 27). Konfliktní situaci můžeme předejít rozpoznáním potenciálně rizikové osoby. Viz v předchozí kapitole popsané nejčastější příčiny agrese proti záchranářům. Dále je také důležité pozorovat i samotného pacienta. Jeho verbální a neverbální projevy mohou sloužit jako varovné signály hrozícího útoku. V následující tabulce jsou uvedeny příklady verbálních a neverbálních projevů, které mohou signalizovat hrozbu násilí ze strany pacienta.

Tab. 1 - Verbální a neverbální projevy hrozícího násilí

Neverbální projevy	Verbální projevy
<ul style="list-style-type: none">• Ztuhnutí,• zblednutí,• hluboké oddechování,• semknutí rtů nebo zubů,• zatínání pěsti,• podupávání,• poklepávání prsty,• upřený výhružný pohled,• vzrušená gestikulace,• vstávání a naklánění nad stolem,• gesta připomínající bytí a údery,• vstup do osobní zóny pracovníka.	<ul style="list-style-type: none">• Hlasitější a stručnější řeč,• výhrůžky,• výčitky,• požadavky.

(Zdroj: Venglářová a Mahrová, 2006)

ABC posouzení pacienta

Sands (2007) ve své publikaci zmiňuje ABC posouzení rizika násilí. Skládá se ze tří částí a používá se zejména v zahraničí na urgentních příjmech.

- **A**–v této části se provede prvotní zhodnocení pacienta. Pozornost by měla být věnována zejména fyziologickým příznakům hrozící agrese jako např. zčervenání

pokožky, rozšíření zornic nebo nadměrnému pocení. A dále také příznakům intoxikace alkoholem a jinými návykovými látkami.

- **B** – zde provádíme nenápadné pozorování pacientova chování, pozornost věnuje zejména výhružným a zastrašujícím gestům. Dále hledáme známky neklidu jako třeba podrážděnost nebo přecházení pacienta z místa na místo.
- **C** – tato část je zcela závislá na informacích, které nám o sobě sdělí sám pacient. Zvýšit pozornost bychom měli zejména pokud nám pacient sdělí, že myslí na ublížení ostatním nebo sobě, nebo že již v minulosti choval agresivně.

Tab. 2 - ABC posouzení rizika násilí (Sands, 2007)

Posouzení situace	Chování	Rozhovor s pacientem
<ul style="list-style-type: none"> • vzhled pacienta • aktuální zdravotní potíže • psychiatrická anamnéze • farmakologická anamnéza • orientace (časem, místem, osobou) • zčervenání pokožky • rozšířené zornice • mělké a zrychlené dýchání • nadměrné pocení 	<ul style="list-style-type: none"> • obecné chování (intoxikace, úzkost, hyperaktivita) • podráždění • nepřátelské a agresivní chování • impulzivní chování • neklid a přešlapování z místa na místo • podráždění • podezřívavost • rozbíjení předmětů • vztek • výhružná gesta (zatínání pěstí...) 	<ul style="list-style-type: none"> • pacient přiznává, že má u sebe zbraň • přiznává násilné chování v minulost • myšlenky na ublížení ostatním • pacient plánuje ublížit ostatním • vyhrožuje násilím • přiznává užití/zneužívání návykových látek • halucinace • přiznává sklony k extrémní agresi

(Zdroj: Sands, 2007)

V případě že pacient vykazuje dva a více indikátorů z ABC posouzení rizika násilí, je třeba začít přemýšlet o strategii, jak možnému násilí předejít nebo jak se případnému útoku bránit.

Fáze konfliktu

K fyzickému napadení může dojít i bez varovných signálů. Ale mnohem častější je, že agresivní projevy postupně eskalují. Proto, abychom mohli na situaci adekvátně reagovat je důležité rozpoznat v jaké fázi se agresor právě nachází. Burda (2014) popisuje vývoj konfliktní situace v pěti fázích:

- 1) **Fáze spouštěcí** – jedinec se začíná chovat způsobem, který pro něj není typický, dochází k porušení společenských norem. V této fázi konfliktu můžeme vnímat verbální a neverbální varovné signály které jsou uvedeny výše.
- 2) **Fáze eskalační** – budoucí agresor vykazuje známky iracionálního chování a jeho reakce jsou nepřiměřené. V této fázi se snižuje možnost vrátit se do stavu před začátkem konfliktu.
- 3) **Fáze krizová** – situace se stává vyhrocená, agresor je vybuzený a přestává se ovládat. V této fázi může dojít fyzickému napadení.
- 4) **Fáze uklidnění** – dochází k uklidnění situace a člověk se začíná opět chovat racionálně. Stále však zůstává zvýšená hladina adrenalinu v krvi, která může vést k dalšímu napadení.
- 5) **Fáze postkrizové deprese** – je patrné rozrušení, úzkost. Člověk může pociťovat vinu a zoufalství. Někdy se tato fáze může projevovat i pokusem o zdůvodnění nezdůvodnitelného. Mohou přicházet prosby o odpuštění a lítost. (Burda 2014)

Pokud chceme předejít vyhrocení situace, je důležité nedovolit přechodu spouštěcí fáze do fáze eskalační a následně krizové. Také je potřeba mít na mysli to, že rozhněvaný člověk v krizové fázi neuvažuje racionálně a pokusy o uklidnění klidnými argumenty může mít spíše opačný efekt.

2.4.2 Komunikace

„Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace rozuměli“ (Andršová 2012 s. 42). Komunikace je tvořena dvěma složkami, a to verbální a neverbální. Obě tyto složky by měli být v rovnováze. Pekara (2015) však ve své publikaci píše že *„při komunikaci ve stresové situaci se skladba komunikace mění: 50% obsahu komunikace zaujímá neverbální složka, 40% tón hlasu a 10% složka verbální“* (Pekara, 2015, s. 30).

Z toho tedy vyplývá, že na slovním projevu zase tak moc nezáleží a v případě komunikace s agresivním pacientem je tak důležité spíše chování zdravotníka.

Neverbální komunikace

„Neverbální komunikaci lze definovat jako řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme“ (Venglářová, 2006, s. 39). Neverbální komunikace zahrnujeme mimiku, proxemiku, haptiku, posturologii, kinetiku a gesta. Ve stresových situacích je neverbální složka komunikace velmi důležitá. V případě že záchranář přijde do kontaktu s agresivním osobou, měl by nejprve zapojit neverbální složku komunikace a zaměřit se na vlastní sebeovládání. (Zacharová, 2016)

Jednou ze složek neverbální komunikace je proxemika (vzdálenost). Přistupujeme-li k agresivnímu nebo neklidnému pacientovi, je vždy důležité od něho udržovat bezpečnou vzdálenost. Doporučuje se jeden metr a v případě je-li pacient již verbální agresivní zvětšime vzdálenost na tři metry. Dále je také důležité myslet na to, abychom v případě potřeby měli volnou únikovou cestu. (Šeblová, 2018)

Další důležitou složkou neverbální komunikace je i mimika. Záchranář by měl udržovat oční kontakt s pacientem. Doporučená délka je maximálně šest vteřin a poté pohled přesunout na jiné místo např. boky nebo ramena. Záchranář tak může postřehnout začínající pohyb pacienta, jako třeba chůze směrem k němu, kop, úder rukou. Můžeme také použít techniku „třetí oko“, kdy si představíme třetí oko uprostřed čela pacienta. Nehledíme tak pacientovi přímo do očí, ale můžeme sledovat jeho mimický výraz a postřehnout tak neverbální signály hrozícího násilí. Měli bychom se vyvarovat jakémukoliv ponížení pacienta neverbálním projevem jako je mračení, smích, gesta nezájmu, povýšené chování nebo vytřeštění očí (Pekara, 2015).

Záchranář by měl také zaujmout správný postoj, který by měl vyjadřovat sebejistotu a zároveň uvolněnost. Postavení chodidel by mělo být v úrovni ramen, přední noha by měla směřovat směrem k pacientovi a zadní noha by měla poskytovat dostatečnou oporu. Horní končetiny by měli být viditelné a ruce nezatnuté. Nekonfliktní držení rukou je mezi pasem bradou. Záchranář by se měl vyvarovat negativních gest, které vyjadřující nejistotu jako je krčení ramen, vrtění hlavou, ruce za zády, ruce v kapsách (Pekara, 2015).

Verbální komunikace

„Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné nebo více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému“ (Vybíral 2005, s. 106). Verbální komunikace s agresivním pacientem bývá velmi složitá, ale správně vedená komunikace může významně snížit riziko eskalace situace a zabránit tak případnému fyzickému útoku.

Verbální složka komunikace by měla být sladěná se složkou neverbální. Tón hlasu by měl být klidný, uvolněný ale přesto pevný. V případě, že se na místě nachází více osob, na agresivního pacienta by měla mluvit pouze jedna osoba. Více hlasů zvyšuje napětí. Na začátku vyšetření je potřeba podávat jednoduché příkazy. Vyhnout bychom se tak měli používání odborných výrazů a zdravotnickému slangu (Šeblová, 2018).

Podle Pekary (2015) je také vhodné okomentování každé činnosti, kterou s pacientem nebo okolo něho děláme. Dále bychom měli dát pacientovi dostatečný čas na vstřebání informací, na rozmyšlení odpovědi a také mu dát dostatečný čas na odpověď a neskákat mu do řeči. Také je dobré pacientovi důležité informace opakovat a přesvědčit se, zda vše dostatečně chápe. Dále bychom měli předpokládat, že vše, co pacient říká je pravda, i když to tak třeba není. Zájem o pacienta snižuje jeho napětí a pomáhá tak uklidňovat situaci.

Šeblová (2018) shrnula zásady komunikace s agresivním pacientem následovně:

- „s potencionálně nebezpečným pacientem nezůstáváme o samotě,
- mít možnost stisknout tzv. tísňové tlačítko (v sanitním voze na palubní desce)
- odstranit z okolí pacienta nebezpečné předměty,
- hovořit klidným, jasným hlasem a snažit se podávat jasné informace jazykem srozumitelným pro pacienta,
- kontrolovat vlastní postoj a gesta, postoj by neměl být ani agresivní ani obranný
- nereagovat na slovní útoky a nejt do konfrontace s pacientem“ (Šeblová, 2018, s. 413)

2.4.3 Farmakologické zklidnění

V případě že se nepovede agresivního pacienta uklidnit pomocí správně vedené komunikace, je nutné ji kombinovat s farmakologickým zklidněním (trankvilizace). Užití léků ke zklidnění pacienta je vždy na indikaci lékaře. Ale i přesto, by měl mít záchranář základní znalosti o účincích léků, které k tomuto účelu nejčastěji používají. A to zejména o účinné dávce, o maximální dávce a možných vedlejších účincích.

K uklidnění agresivního pacienta v PNP se používají dvě skupiny léků, a to neuroleptika a benzodiazepiny. Volba léku se řídí podle předpokládané nebo známé psychiatrické diagnózy. U diagnostikované schizofrenie jsou vhodnější neuroleptika, popřípadě jejich kombinace s benzodiazepiny. „Neuroleptika jsou látky, které mají při dlouhodobém podání schopnost potlačovat psychotické symptomy (především halucinace a bludy) u schizofrenie, schizoafektivních psychóz a manické fáze u maniodepresivní psychózy“ (Hynie, 2001, s. 162). Vedlejšími účinky neuroleptik jsou extrapyramidový syndrom, hypotenze a prodloužený QT interval s rizikem maligních arytmií. Dále také mohou způsobit velmi závažnou komplikaci, maligní neuroleptický syndrom, který se projevuje hypertermií, svalovou rigiditou, kolísavou hypertenzí, tachykardií, poruchami vědomí a rozvratem vnitřního prostředí. Nejčastěji používaná neuroleptika ke zklidnění jsou haloperidol, popřípadě levopromazin. (Šeblová, 2018)

Podání benzodiazepinů je vhodnější při stavech úzkosti, stresové reakci či při podezření na užití stimulačních drog. Benzodiazepiny patří do skupiny léků nazývaných se hypnotika a mají výrazný sedativní účinek. Jejich podání může způsobit výrazný útlum, hypoventilaci a u strašících pacientů vedou ke zmatenosti. Dále je důležité myslet na to, že je jejich účinek potencován alkoholem. Mezi nejčastěji používané léky ze skupiny benzodiazepinů patří diazepam, midazolam a klonazepam (Šeblová a Knor, 2018).

Tab. 3 - Dávkování léků

Lék	Dávka	Nástup účinku
haloperidol	2–10 mg i.v., i.m.	i.m. 20-30 min. i.v. do několika minut
diazepam (Apaurin)	5–10 mg i.v., i.m.	i.m. 2–5 min. i.v. asi 1 min.
midazolam (Dormikum)	2–10 mg i.v., i.m.	i.v. méně než 1 minuta i.m. 15 min.
levomepromazin	Až 50 mg i.m., i.v. frakcionálně	i.v. do několika minut i.m. 30–60 min.

(Zdroj: Knor, 2016)

2.4.4 Fyzické omezení

Zákon č. 86/1992 o péči zdraví lidu sb. § 23 odst. 4 říká že „*bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče.*“ Dále tento zákon přímo stanovuje, za jakých okolností je toto možné provést:

- a) *„jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,*
- b) *jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo*
- c) *není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.“*

Výše uvedený paragraf zákona záchranářům dovoluje pacienta fyzicky omezit, jsou-li splněny výše uvedené podmínky. Toto omezení se používá jen v krajních případech a na nezbytně nutnou dobu. Použití fyzického omezení je nutné zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Je potřeba přesně popsat okolnosti které vedly k rozhodnutí o fyzickém omezení, jaký prostředek jsme použily a uvést délku omezení. Omezení může být buď mechanické (kurty, pásy, pouta) nebo manuální kdy pacientovi brání v pohybu personál. V tomto případě je důležité dodržet zásadu, že na každou končetinu jedna osoba plus jedna navíc pro aplikaci léku. V podmínkách ZZS, kde je posádka tvořena dvěma maximálně třemi členy, je toto bez asistence policie velmi těžko proveditelné (Šeblová a Knor 2018).

Asistence policie ČR

Často může být již ze samotné tísňové výzvy jasné, že je pacient agresivní nebo je zde podezření že by se agresivním stát mohl. V tomto případě zdravotní operační středisko dále jen (ZOS) vysílá na místo události spolu s posádkou ZZS již i posádku policie ČR. Nebo mají záchranáři možnost jsi v případě potřeby asistenci policie na místo události dodatečně vyžádat. Policisté jsou totiž na rozdíl od záchranářů trénovaní v zásazích proti agresivním jedincům. Někdy už jen pouhá přítomnost policie usnadní záchranářům komunikaci s pacientem a řada agresorů se ve svém chování zmírní.

Úkolem policie na místě události je zejména ochrana záchranářů před agresivitou pacienta, který ještě není vyšetřován. Proto by měli policisté vstupovat na místo události vždy před záchranáři. Dále by jejich zásah měl umožnit záchranářům pacienta vyšetřit. Policisté agresivního pacienta znehybní a zároveň mu zabrání, aby při provádění vyšetření záchranáře

zranil. Policisté také pomáhají lékaři připravit pacienta k farmakologické intravenózní sedaci. Znehybní pacienta, aby mu mohl být zaveden žilní vstup a následně zajišťují, aby si tento vstup nevytrhl. V případě potřeby také chrání záchranáře před útokem v davu. (Pokorný, 2004).

2.4.5 Sebeobrana

Fyzická sebeobrana by měla být použita až ve chvíli kdy všechny ostatní metody selžou. Zvyšuje se tím riziko, že dojde ke zranění jak záchranáře, tak pacienta. Navíc většina záchranářů má malé nebo téměř žádné zkušenosti se sebeobranou, pokud se jí nevěnuje z vlastní iniciativy a ve svém volném čase jako zálibě. Ale pokud někdo záchranáře fyzicky napadne, má právo se bránit jako každý jiný občan České republiky.

Trestní zákoník č. 40/2009 sb. v §29 odst. 1 definuje nutnou obranu jako *„čin jinak trestný kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem.“* V odstavci 2 pak dále specifikuje že *„nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.“* Nutná obrana, patří mezi okolnosti vylučující protiprávnost. To znamená že čin, který by byl jinak trestný, za splnění určitých podmínek trestný není. V případě nutné obrany jsou tyto podmínky následující. Útok musí být veden proti zájmům chráněných trestným zákonem (život, zdraví, majetek) a musí přímo hrozit nebo trvat. Nutná obrana není přípustná např. proti připravovanému útoku, který však ještě nehrozí bezprostředně nebo v případě že už útok skončil. A obrana nesmí být zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku (Pekara, 2015).

2.5 Právní ochrana záchranářů

Ačkoliv je zdravotnická záchranná služba jednou z hlavních složek integrovaného záchranného systému (IZS). Ale na rozdíl od příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky a Policie ČR nemají záchranáři statut úřední osoby. Tento statut sebou přináší větší právní ochranu při výkonu jejich povolání. Ale i přesto, že záchranář není úřední osobou, tak mu jako osobě poskytující zdravotnickou pomoc, poskytuje právní řád České republiky ochranu (Cuper, 2017).

Podle § 50 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 sb. o zdravotních službách má zdravotník právo „*neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.*“

Dále v roce 2009 vzešla v platnost novelizace trestního zákona č. 40/2009. Tato novelizace sebou přinesla významné změny týkající se ochrany osob vykonávající zdravotní povolání. U vybraných trestných činů došlo k navýšení trestní sazby, došlo-li k jejich spáchání na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu svého povolání. Vybrané trestné činy jsou § 140 Vražda, § 145 Těžké ublížení na zdraví, § 146 Ublížení na zdraví a § 353 Nebezpečné vyhrožování. (Burda, 2014)

Podle § 140 Vražda odst. 3 písm. f) „*odnětím svobody na patnáct až dvacet let nebo výjimečným trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na a zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchráně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona*“ (Zákon č. 40/2009)

Obdobně je popsán postup zákona v případě ublížení na zdraví. Podle § 145 Těžké ublížení na zdraví odst. 2 písm. e) „*odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchráně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona*“ a § 146 Ublížení na zdraví odst. 2 písm. d) „*odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchráně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající*

z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona“ (Zákon č. 40/2009)

Poslední paragraf týkající se trestných činů narušující soužití lidí, popisuje asi ten nejčastější typ útoku, se kterým se záchranář může setkat, a to je verbální útok. Podle § 353 Nebezpečné vyhrožování odst. 2 písm. e) *„odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.“*

3 CÍL PRÁCE

V této bakalářské práci jsme si stanovili několik cílů. Prvním cílem je zmapovat četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického napadení zdravotnických záchranářů ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků. V teoretické části jsou vymezeny pojmy agrese a agresivita, její druhy a příčiny. Dále se v práci zabýváme nejčastějšími příčinami agrese proti zdravotnickým záchranářům, prevencí vzniku agrese a způsobům zvládnutí agresora. V neposlední řadě se věnujeme právní ochraně záchranářů před napadením.

V praktické části je hlavním cílem vyvrácení nebo potvrzení námi navrhovaných hypotéz. Při vyhodnocování hypotéz budeme vycházet z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl elektronicky distribuován mezi pracovníky ZZS.

Cíle práce

- Zpracování problematiky agrese agresivity jako negativního jevu při poskytování PNP.
- Zmapovat četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického napadení zdravotnických záchranářů ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků.
- Zjistit, s jakým druhem agrese se respondenti nejčastěji setkávají.
- Zjistit, jakým způsobem záchranáři nejčastěji agresora zvládají
- Zjistit, co by respondentům pomohlo v lepším zvládnutím kontaktu s agresivní osobou.
- Potvrdit nebo vyvrátit námi stanovené hypotézy.

4 METODIKA

4.1 Popis výzkumného šetření

Pro potřeby bakalářské práce jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku. (viz příloha 1). Pro tuto metodu jsme se rozhodli z důvodu možnosti oslovení většího počtu respondentů – pracovníků ZZS. Před zahájením samotného šetření bylo provedeno tzv. pilotní šetření na vzorce 5 námi vybranými pracovníky ZZS. Výsledky pilotního šetření nejsou obsaženy ve výsledné analýze dat. Toto šetření mělo za cíl ověřit srozumitelnost a pochopitelnost jednotlivých otázek námi vytvořeného dotazníku.

Výzkumné šetření bylo zahájeno 1. 2. 2019 a ukončeno bylo 12. 4. 2019.

4.2 Stanovení výzkumného vzorku

Podmínkou pro výběr respondentů byl pracovní poměr u ZZS v rámci ČR. Respondenti nebyli limitováni věkem, pohlavím, vzděláním ani délkou profesní praxe. Nestandardizované dotazníky byly distribuovány v elektronické formě spolu s odkazem na umístění dotazníku na elektronickém portálu www.docs.google.com. V námi vybraných krajských ZZS jsme kontaktovali vybranou osobu a požádali jsme o pomoc při elektronické distribuci dotazníku, a odkazu na dotazník na elektronickém portálu.

Pro výzkumné šetření se nám podařilo získat celkem 78 validně vyplněných dotazníků od zaměstnanců ZZS.

4.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj jsme pro potřeby bakalářské práce použily nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce. Dotazník se skládá z dvou částí, a to s amnestické a vlastní (hlavní) část. Před těmito částmi se nachází úvodní instruktáž, v rámci které, respondenty seznamujeme s důvodem distribuce dotazníku a rovněž s jeho anonymitou. Otázky byly vytvořeny v návaznosti na námi stanovené cíle práce a formulované hypotézy.

V amnestické části dotazníku jsme zjišťovali pohlaví respondentů, jejich pracovní pozici a délku praxe u ZZS. V této části dotazníku jsme položili 2 otázky, které byly uzavřené a 1 otázku polootevřenou.

Vlastní část dotazníku obsahuje 14 otázek. Z toho bylo použito 9 uzavřených otázek, 7 polootevřených otázek a 1 otázka otevřená. Otázky ve vlastní části dotazníku byli orientovány na zjištění, jak často, a s jakou formou agrese se respondenti setkávají, kdo je nejčastěji agresorem a co je příčinou agrese. Další série otázek byla zaměřena na ochranu samotných respondentů a na zjištění, co by jim lépe pomohlo zvládat kontakt s agresivní osobou. A na závěr jsme se zaměřili na vzdělání respondentů v jednání s agresivní osobou

Námi získané výsledky jsme dále podrobili analýze. A přehledně zpracované výsledky, jsme po jednotlivých položkách zobrazili formou grafu a tabulek, pro detailnější analýzu dat.

4.4 Stanovené hypotézy

V bakalářské práci jsme si stanovili následující hypotézy:

HYPOTÉZA 1 *Předpokládáme, že více jak nadpoloviční většina respondentů se setkala s nějakou formou agresivního chování vůči své osobě.*

HYPOTÉZA 2 *Předpokládáme, že nejčastější příčinou agrese je alkohol.*

HYPOTÉZA 3 *Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů absolvovalo nějakou formu vzdělání v jednání s agresivní osobou.*

5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocená údajů z dotazníku

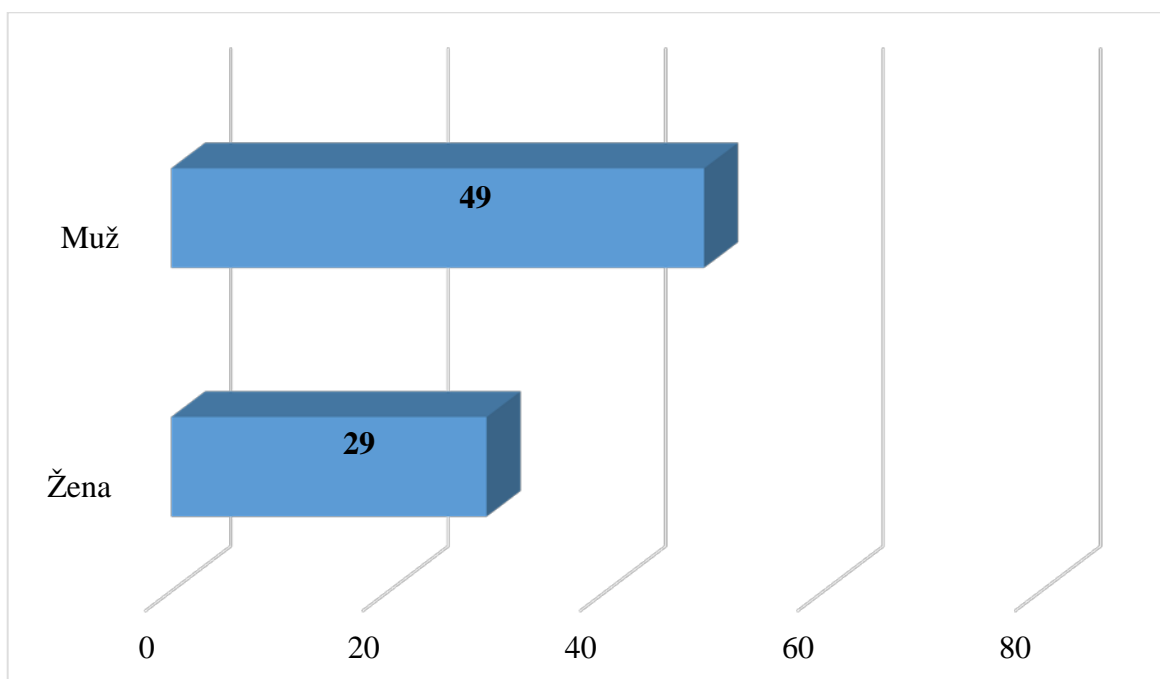
V této kapitole se budeme věnovat přehlednému vyhodnocení jednotlivých otázek anonymního dotazníkového šetření. Každá otázka má přehledně provedenou analýzu dat od zaměstnanců ZZS ČR. Vyhodnocení každé otázky je vyobrazeno ve formě grafu, pro získání lepší přehlednosti. V případě dat, které jsou nezbytné pro další analýzu a následné porovnání s jinými autory, je zpracována i přehledná tabulka.

Vyhodnocení amnestické části dotazníku

Otázka č. 1 Jaké je vaše pohlaví?

Žena

Muž



Obr. 1 - Pohlaví respondentů

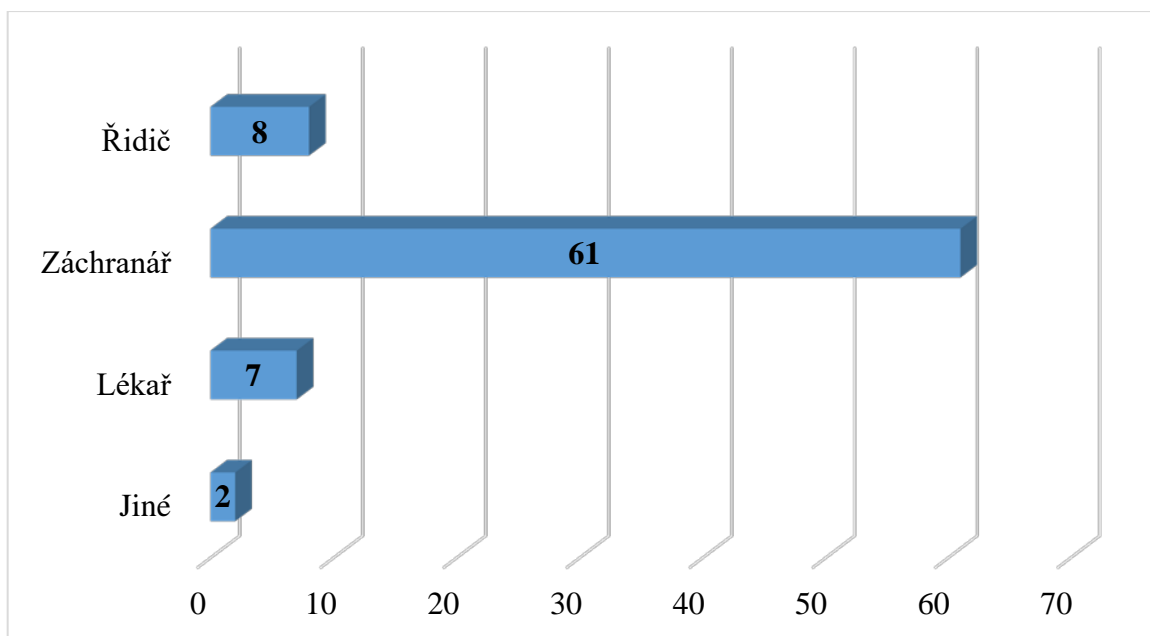
Otázka č. 2 Na jaké pozici pracujete u zdravotnické záchrané služby?

Řidič

Lékař

Záchranář

Jiné

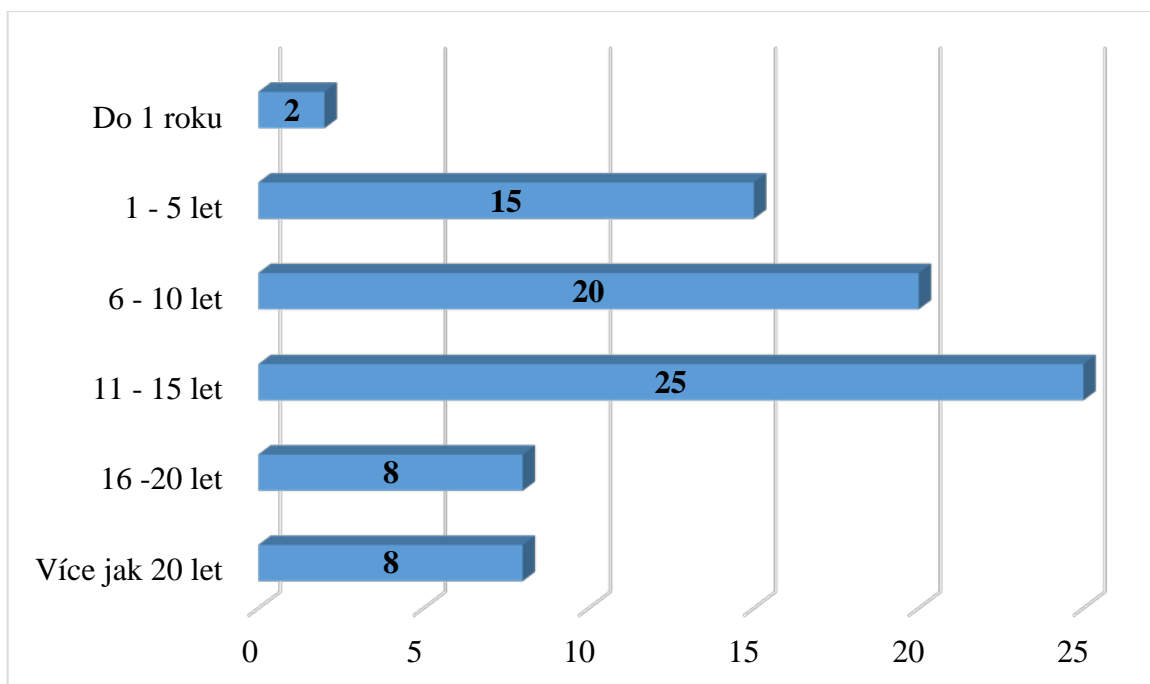


Obr. 2 - Pracovní pozice respondentů

V odpovědi „jiné“ se objevovaly tyto odpovědi: záchranář a řidič a záchranář-řidič, zastávám obě pozice.

Otázka č. 3 Uveďte délku Vaší praxe?

- Do 1 roku
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-15 let
- 16-20
- Více jak 20 let

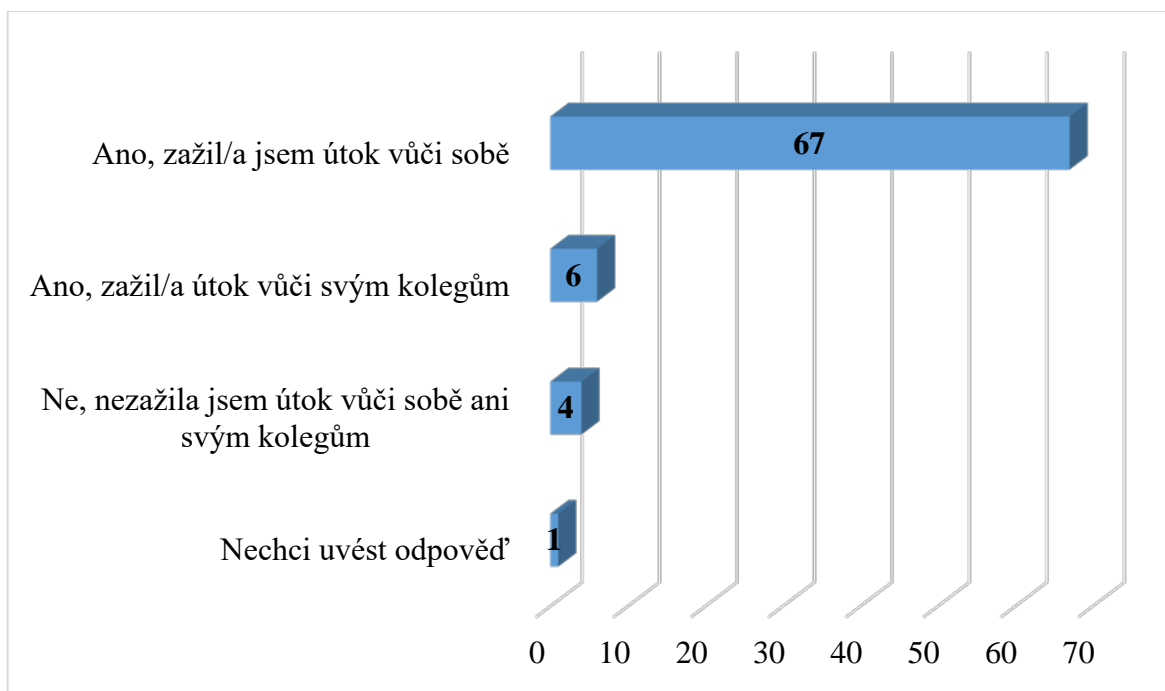


Obr. 3 - Délka profesní praxe respondentů

Vyhodnocení hlavní části dotazníku

Otázka č. 4 Zažil/a jste během výkonu své práce u zdravotnické záchrané služby útok agresivní osoby vůči Vám, či Vaším kolegům?

- Ano zažil/a jsem útok vůči sobě
- Ano zažil/a jsem útok vůči svým kolegům
- Ne, nezažila jsem útok vůči sobě ani svým kolegům
- Nechci uvést odpověď



Obr. 4 - Setkání s agresivní osobou

Pro lepší přehlednost dat a pro potřebu verifikace nebo falzifikace hypotézy č. 1 jsme vytvořili tabulku (viz tab. č. 4), ve které jsme vyjádřili celkové počty a procentuální zastoupení respondentů, kteří se setkali s agresí.

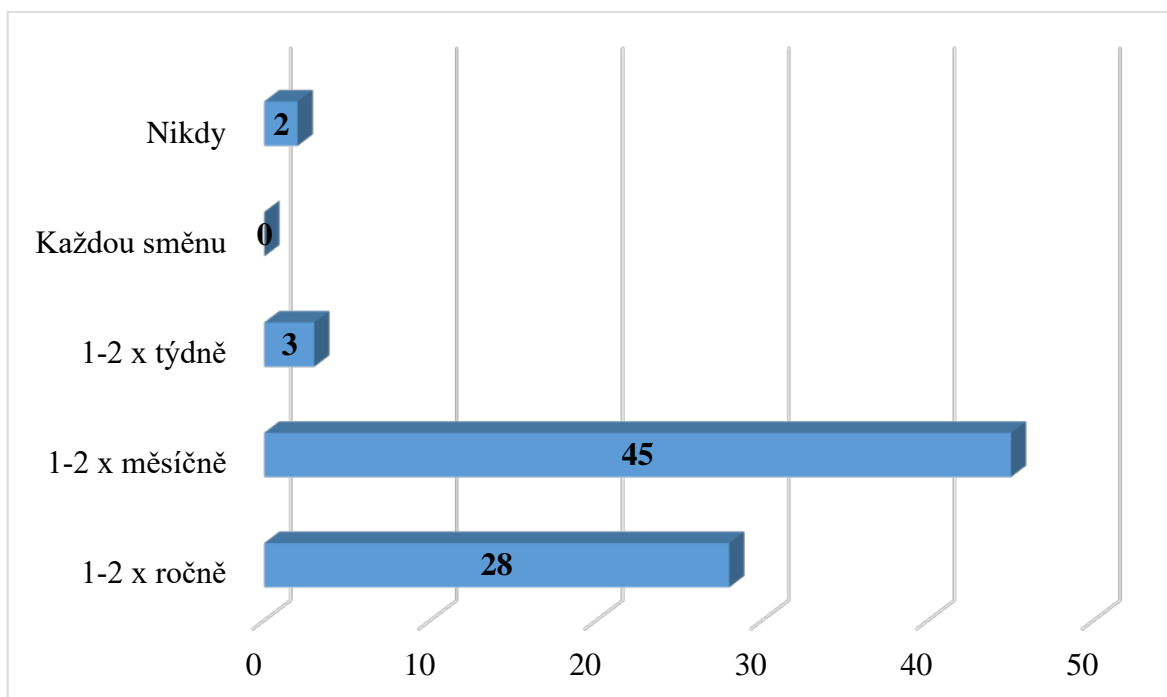
Tab. 4 - Setkání s agresivitou

Odpověď	Počet	Percentil
Ano, zažil/a jsem útok vůči sobě	67	85,9 %
Ano zažil/a jsem útok vůči svým kolegům	6	7,7 %
Ne, nezažila jsem útok vůči sobě ani svým kolegům	4	5,1 %
Nechci uvést odpověď	1	1,3 %

Otázka č. 5 Jak často se při své práci setkáváte s agresivitou/agresivní osobou?

- Nikdy
- Každou směnu

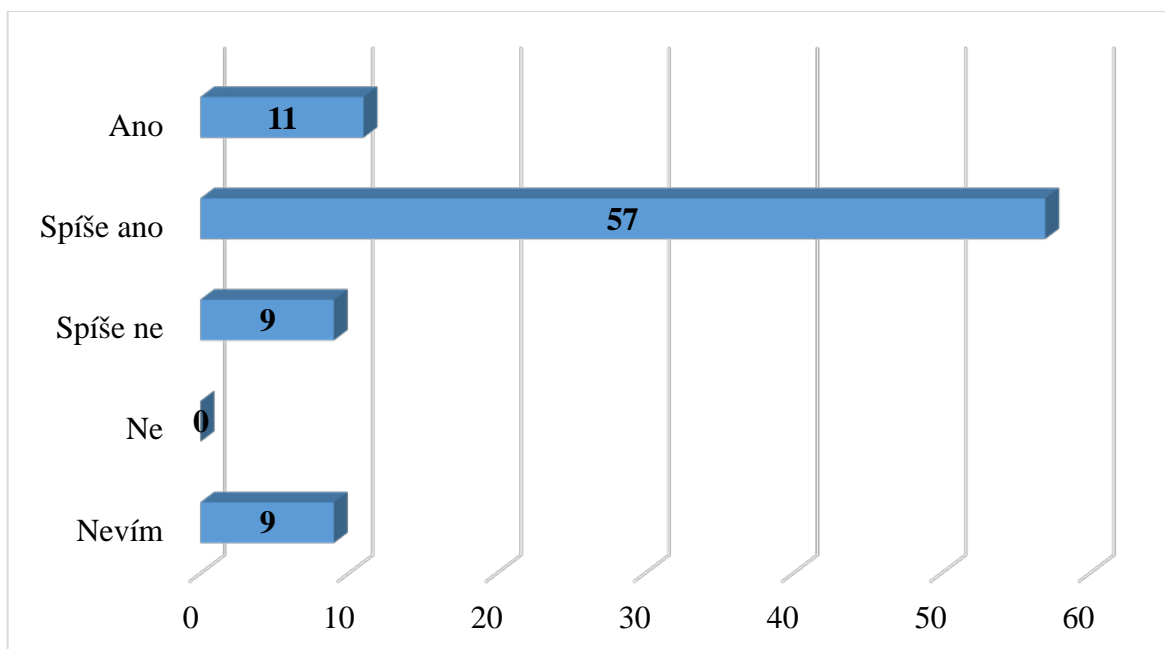
- 1-2 x týdně
- 1-2 x měsíčně
- 1-2 x ročně



Obr. 5 - Četnost styku s agresivní osobou

Otázka č. 6 Myslíte si, že je teoreticky možné, na základě vašich zkušeností vytipovat potenciálně agresivní osobu, už při příjezdu na místo události?

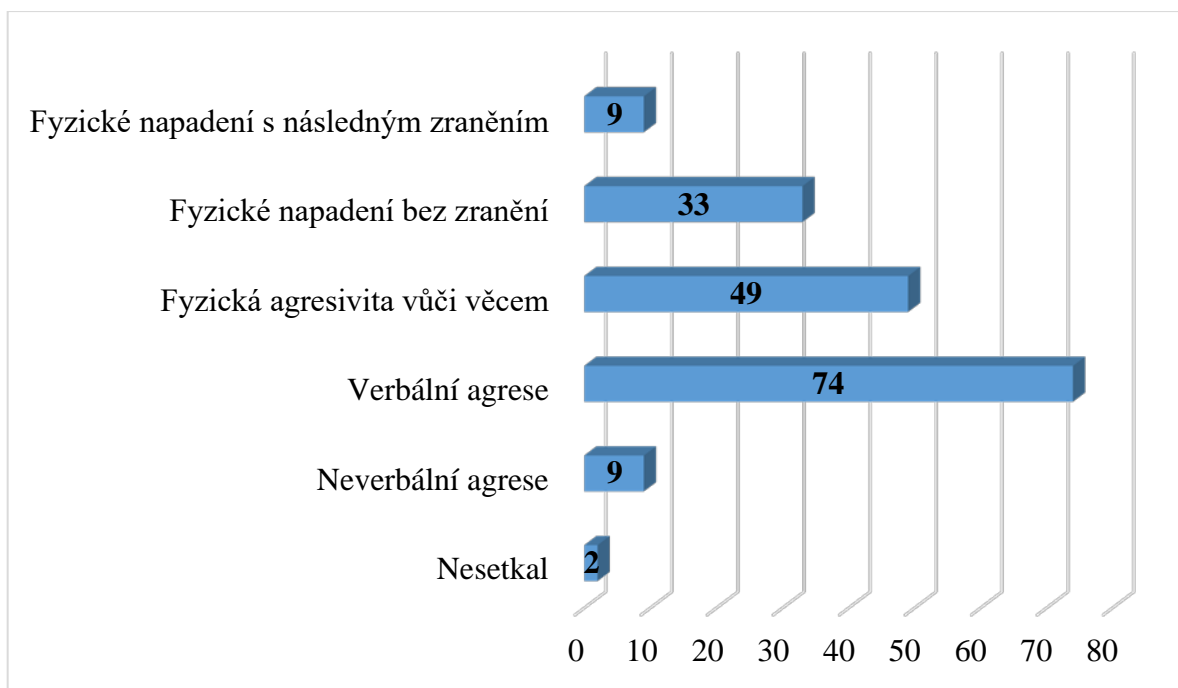
- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím



Obr. 6 - Vytipování potenciálního agresora

Otázka č. 7 S jakým druhem agresivity jste setkal/a? (možno označit více odpovědí)

- Fyzické napadení s následným zraněním
- Fyzické napadení bez zranění
- Fyzická agresivita vůči věcem
- Verbální agrese
- Neverbální agrese
- Nasetkal



Obr. 7 - Druh agrese

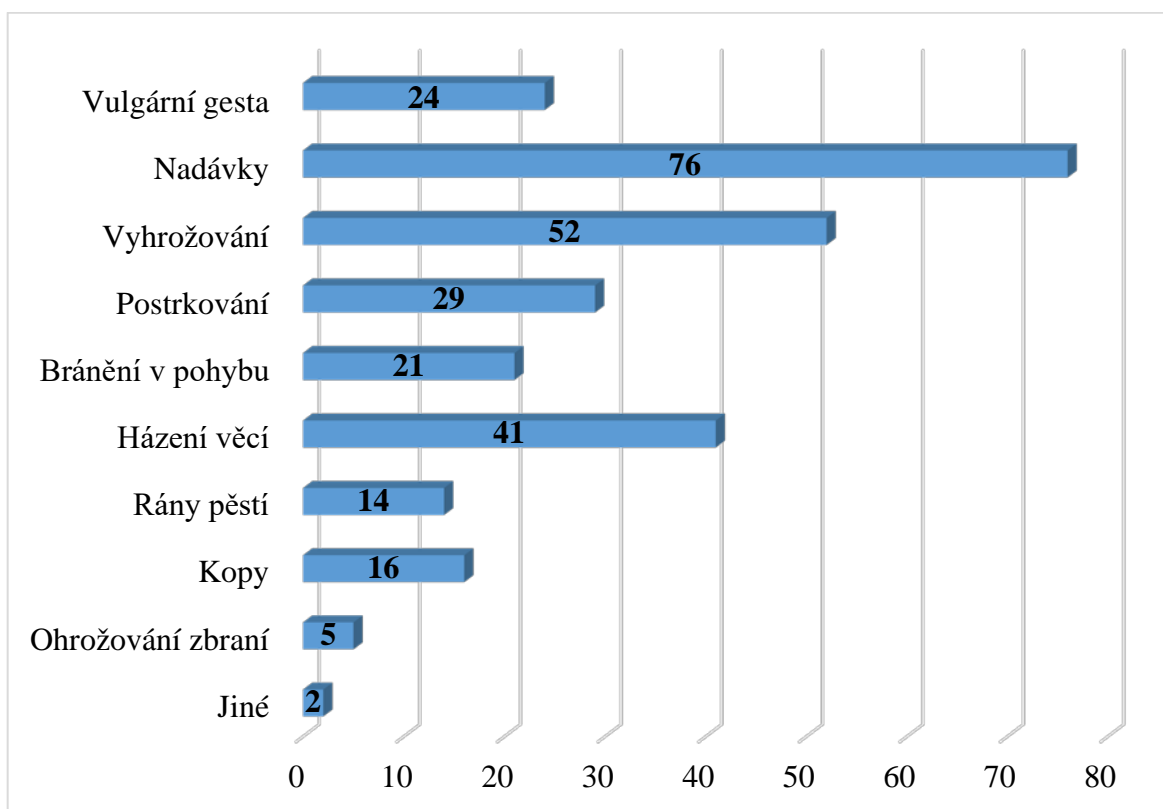
Pro přehlednost dat a pro potřebu vyhodnocení cílů, jsme vytvořili tabulku (viz tab. č. 5) s celkovým počtem a procentuálním zastoupením odpovědí respondentů, s jakým druhem agrese se setkali.

Tab. 5 - Druh agrese

Odpověď	Počet	Percentil
Fyzické napadení s následným zraněním	9	11,5 %
Fyzické napadení bez zranění	33	42,3 %
Fyzická agresivita vůči věcem	49	62,8 %
Verbální agrese	74	94,9
Neverbální agrese	9	11,5 %
Nasetkal	2	2,6 %

Otázka č. 8. Jakého charakteru byl/y útok/y vůči Vám nebo Vaším kolegům? (možno označit více odpovědí)

- Vulgární gesta
- Nadávky
- Vyhrožování
- Postrkování
- Bránění v pohybu
- Házení věcí
- Rány pěstí
- Kopy
- Ohrožování zbraní
- Jiné

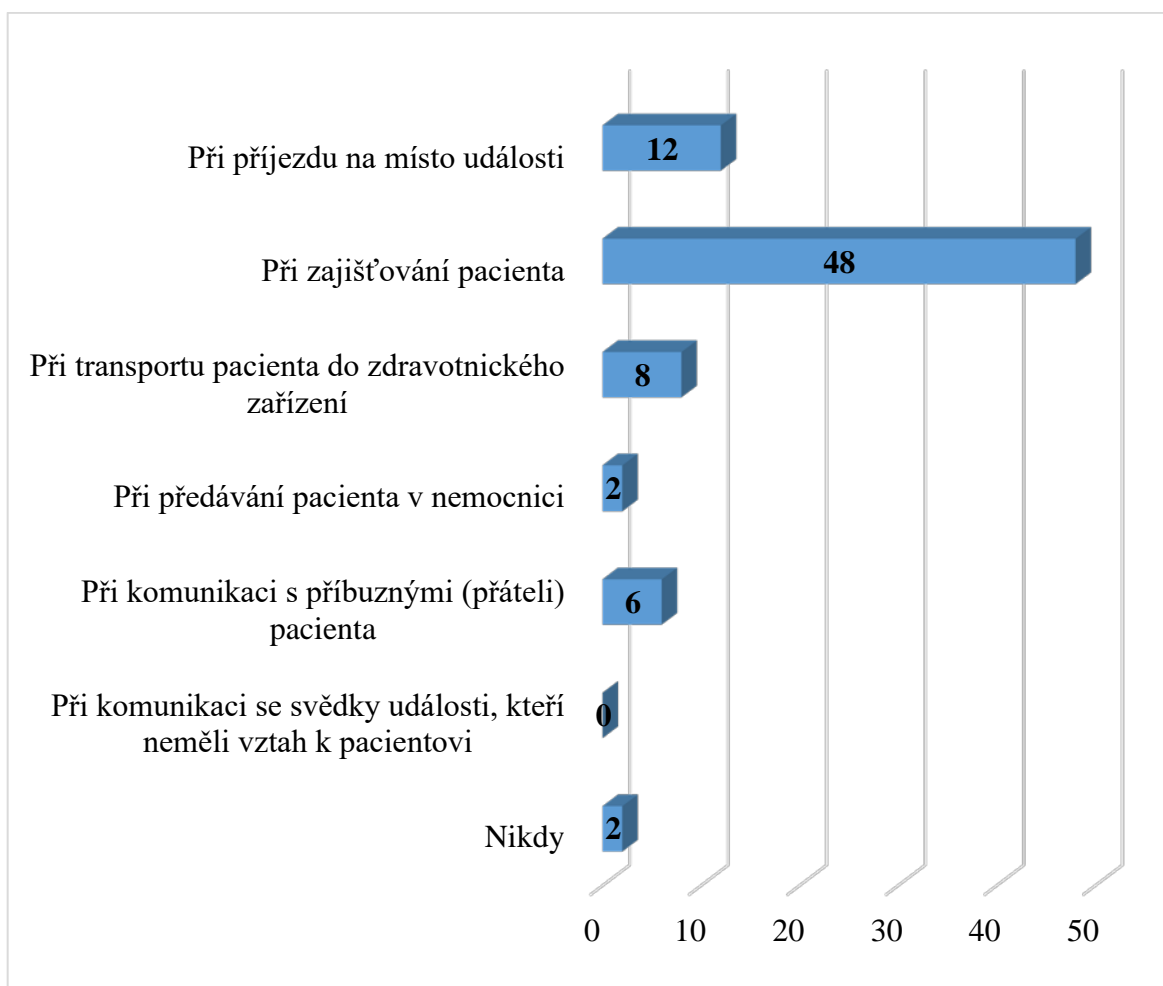


Obr. - 8 Charakter útoku

Ve skupině „jiné“ byli následující dvě odpovědi: že se respondent nesetkal s agresí vůči sobě, ani vůči svým kolegům.

Otázka č. 9 Kdy nejčastěji došlo k útoku?

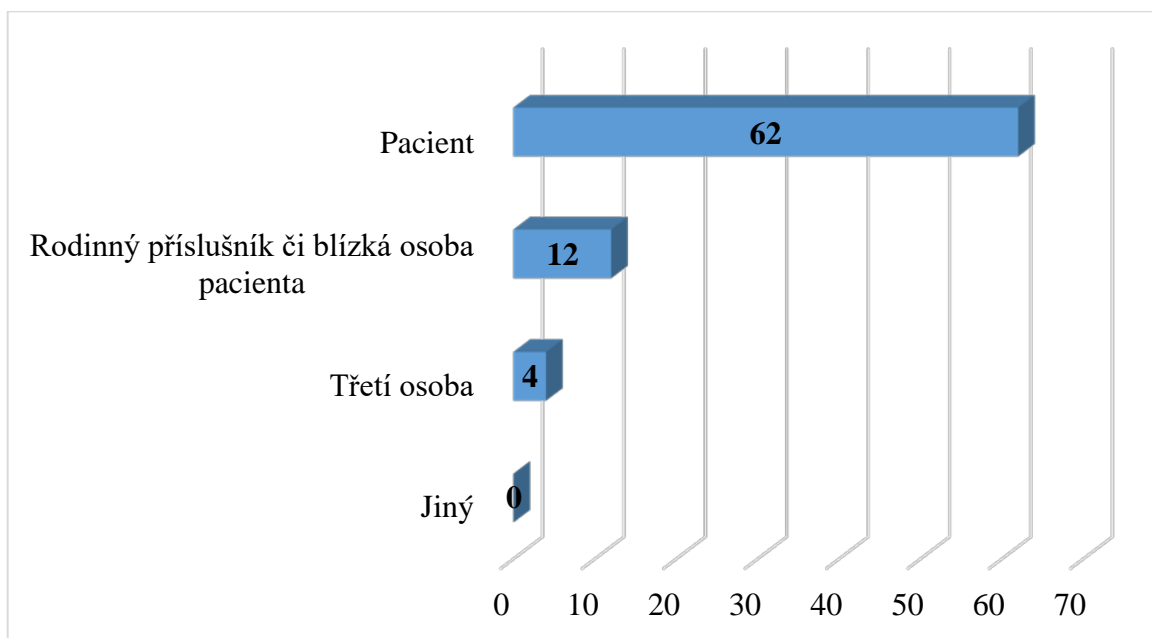
- Při příjezdu na místo události
- Při zajišťování pacienta
- Při transportu pacienta do zdravotnického zařízení
- Při předávání pacienta v nemocnici
- Při komunikaci s příbuznými (přáteli) pacienta
- Při komunikaci se svědky události, kteří neměli vztah k pacientovi
- Nikdy



Obr. 9 - Místo útoku

Otázka č. 10 Kdo je podle Vašeho názoru nejčastěji osobou agresora?

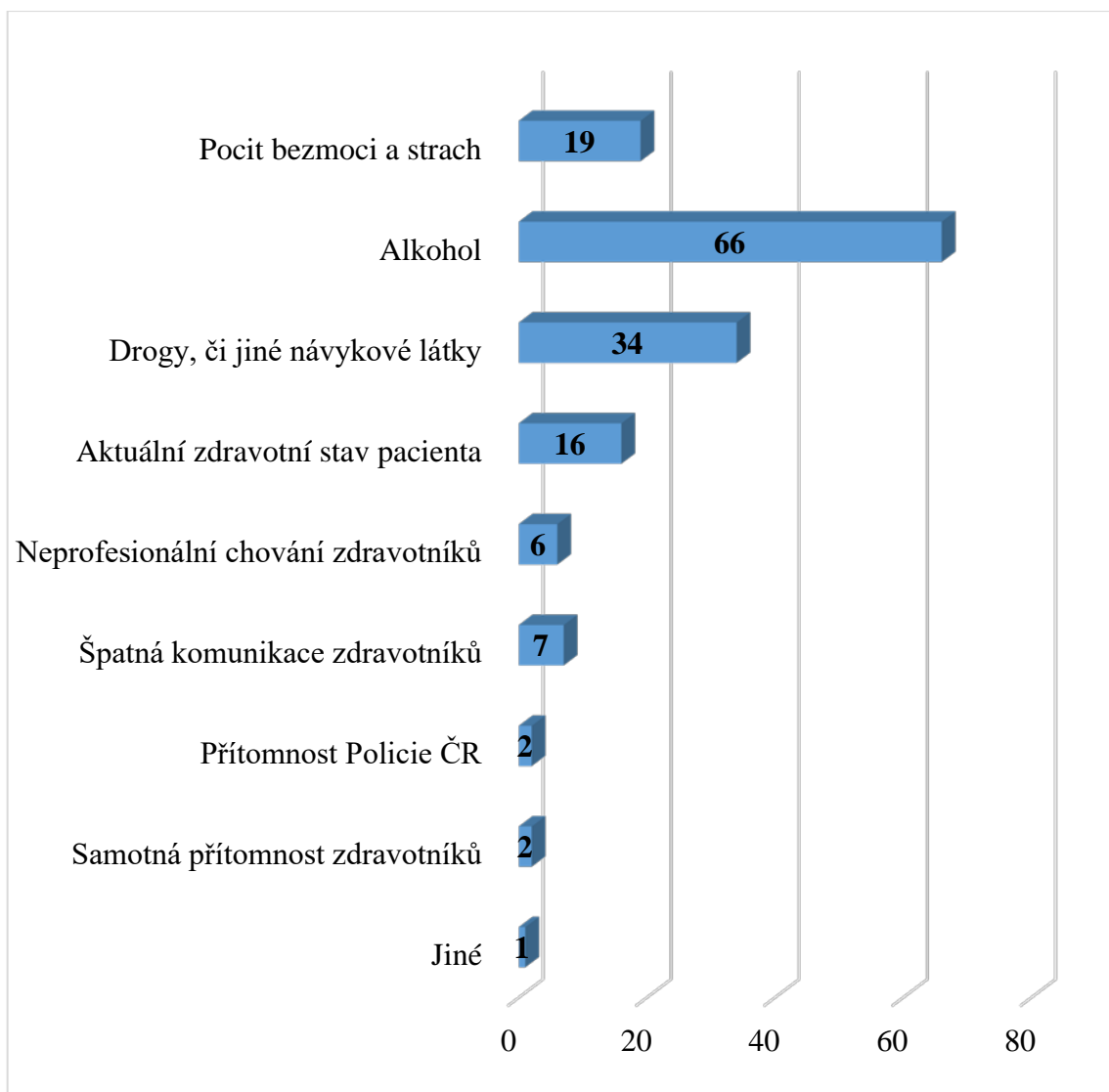
- Pacient
- Třetí osoba
- Rodinný příslušník či blízká osoba pacienta
- Jiný



Obr. 10 - Osoba agresora

Otázka č. 11 Co je podle Vašeho názoru nejčastější příčinou agresivního chování proti personálu zdravotnické záchranné služby? (možno označit více odpovědí)

- Pocit bezmoci a strach
- Alkohol
- Drogy, či jiné návykové látky
- Aktuální zdravotní stav pacienta (např. epileptický záchvat, akutní psychotická ataka, hypoglykémie apod.)
- Neprofesionální chování zdravotníků
- Špatná komunikace zdravotníků
- Přítomnost Policie ČR
- Samotná přítomnost zdravotníků
- Jiné



Obr. 11 - Příčiny agresivity

Ve skupině „jiné“ byla tato odpověď: mentálním stavem na místě události.

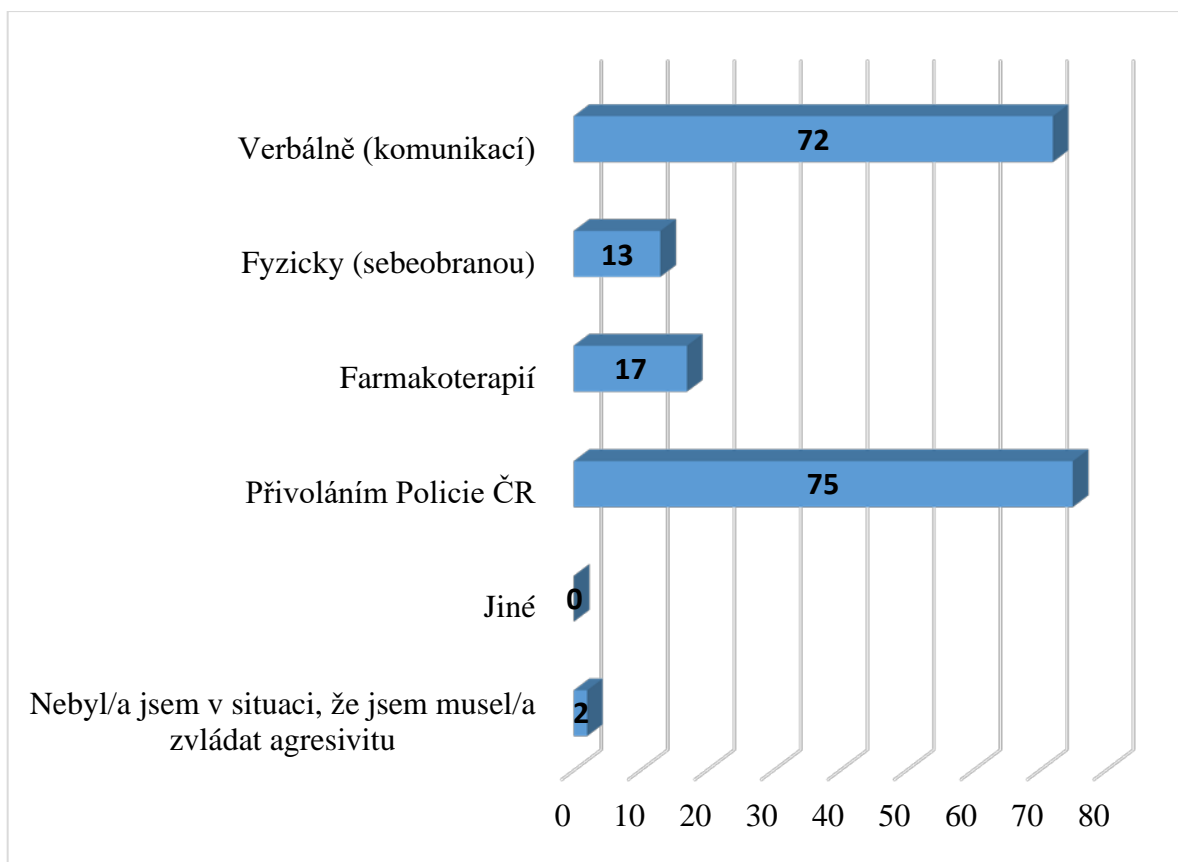
Pro přehlednost dat a pro potřebu verifikace nebo falzifikace hypotézy, jsme vytvořili tabulku (viz tab. č. 6) s celkovým počtem a procentuálním zastoupením odpovědí respondentů, s jakým druhem agrese se setkali.

Tab. 6 - Příčiny agrese

Odpověď	Počet	Percentil
Pocit bezmoci a strach	17	21, 8 %
Alkohol	65	83, 3 %
Drogy, či jiné návykové látky	32	41 %
Aktuální zdravotní stav pacienta	15	19, 2 %
Neprofesionální chování zdravotníků	5	6, 4 %
Špatná komunikace zdravotníků	5	6, 4 %
Přítomnost policie ČR	2	2, 6 %
Přítomnost zdravotníků	0	0 %

Otázka č. 12 Jakým způsobem nejčastěji zvládáte agresivní jedince v rámci práce na zdravotnické záchranné službě? (možno označit více odpovědí)

- Verbálně (komunikací)
- Fyzicky (sebeobranou)
- Farmakoterapií
- Přivoláním policie ČR
- Jiné
- Nebyl/a jsem v situaci, že jsem musel/a zvládat agresivitu



Obr. 12 - Způsoby zvládnutí agresora

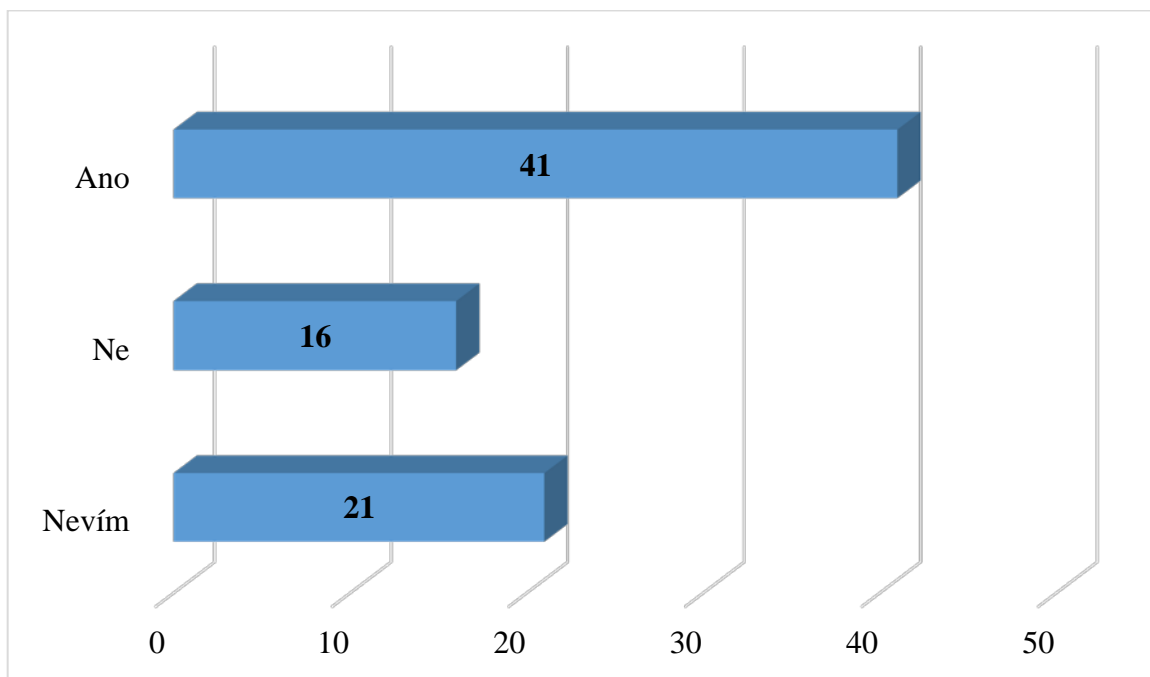
Pro lepší přehlednost dat a vyhodnocení cílů, jsme vytvořili tabulku (viz tab. č. 7) s obsahem celkových početních a procentuálních odpovědí, jak se nejčastěji brání agresivní osobě. (respondenti měli volbu více odpovědí)

Tab. 7 - Způsoby zvládnutí agresora

Odpověď	Počet	Percentil
Verbálně (komunikací)	72	92,3 %
Fyzicky (sebeobrana)	13	16,7 %
Farmakoterapie	17	21,8 %
Přivolání Policie ČR	75	96,2 %
Jiné	0	0 %
Nebyl/a jsem v situaci, že jsem musel/a zvládat agresivitu	2	2,6 %

Otázka č. 13 Myslíte si, že je možné v některých případech případnému útoku předejít? (Jestliže odpovíte NE nebo NEVÍM, přejděte prosím na otázku č.15)

- Ano
- Ne
- Nevím



Obr. 13 - Prevence agrese

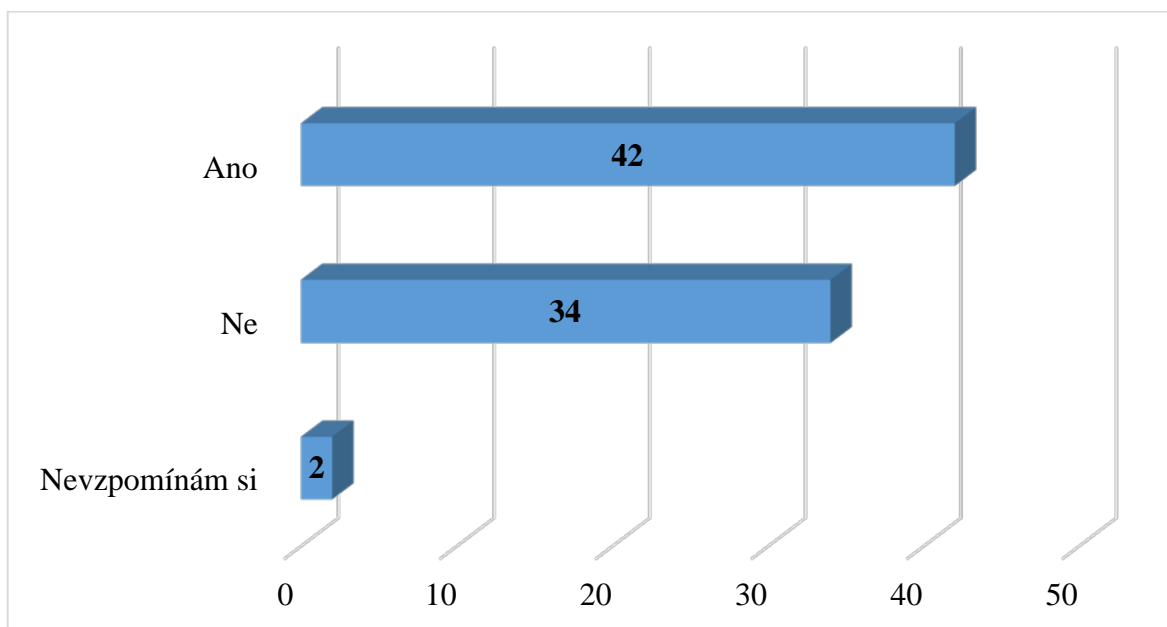
Otázka č. 14 Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, napište prosím, jakým způsobem lze podle Vašeho názoru případnému útoku předejít.

Pokud respondenti odpověděli na otázku č. 13 NE nebo NEVÍM, přecházeli rovnou na otázku č. 15. Otázka č. 14 je otázka s otevřenou odpovědí. Pokud respondenti na otázku č. 13 odpověděli ano, že si myslí, že je možné někdy případnému útoku předejít. Tak v následující otázce č. 14 jsme se jich dále ptali, jakým způsobem si myslí, že je to možné.

Nejčastější odpovědi respondentů byla správná komunikace, empatický přístup a asistence policie ČR. Dále se objevovali odpovědi jako: dostatečný odstup od agresora, nezlehčování situace ani dotyčného, vyčkání na příjezd PČR, asertivita, nedráždit pacienta k útoku, používat klidný hlas, oznamovat co se bude dít, užití preventivních opatření při transportu, předvídat chování agresora.

Otázka č. 15 Prošel/šla jste někdy nějakou formou vzdělávání v oblasti jednání s agresivní osobou? (jestliže odpovíte Ne, přejděte na otázku č. 17)

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si



Obr. 14 - Vzdělání v oblasti jednání s agresivní osobou

Pro potřebu verifikace nebo falzifikace hypotézy č. 3 jsme vytvořili tabulku (viz tab. č. 8), kde jsme vyjádřili celkové počty a procentuální zastoupení odpovědi respondentů, zda absolvovali nějakou formu vzdělání v jednání s agresivní osobou.

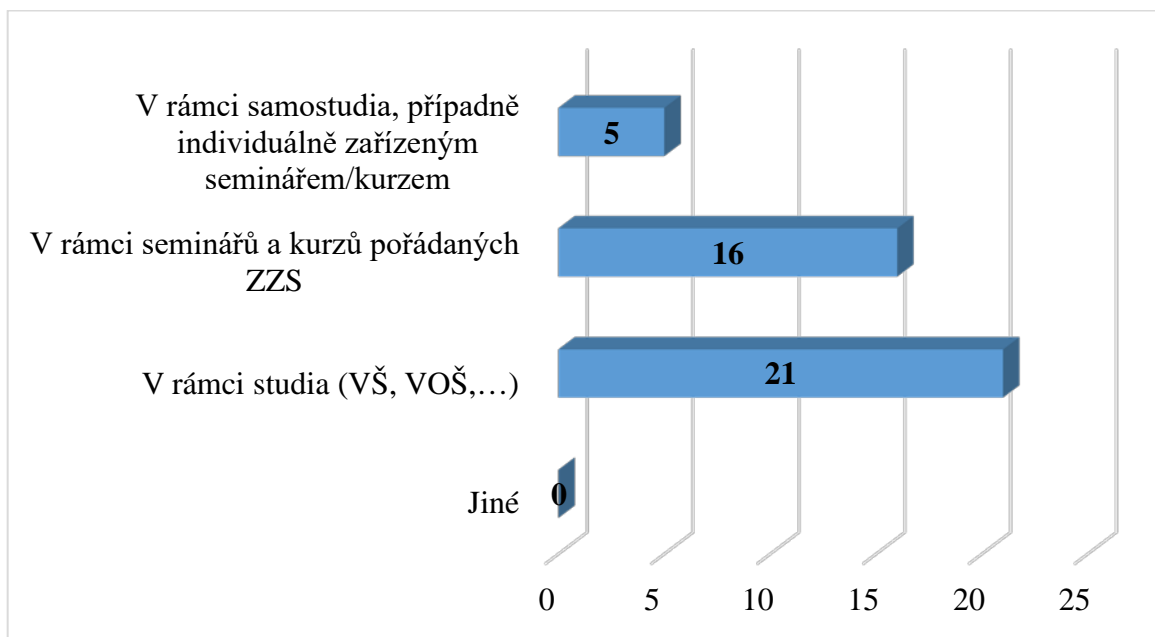
Tab. 8 - Vzdělání

Odpověď	Počet	Percentil
Ano	42	53, 8 %
Ne	34	43, 6 %
Nepamatuji si	2	2, 6 %

Otázka č. 16 Pokud ano, jakou formou?

- V rámci studia (VŠ, VOŠ, ...)

- V rámci seminářů a kurzů pořádaných zdravotnickou záchranou službou
- V rámci samostudia, popřípadě individuálně zařízeným seminářem/kurzem
- Jiné

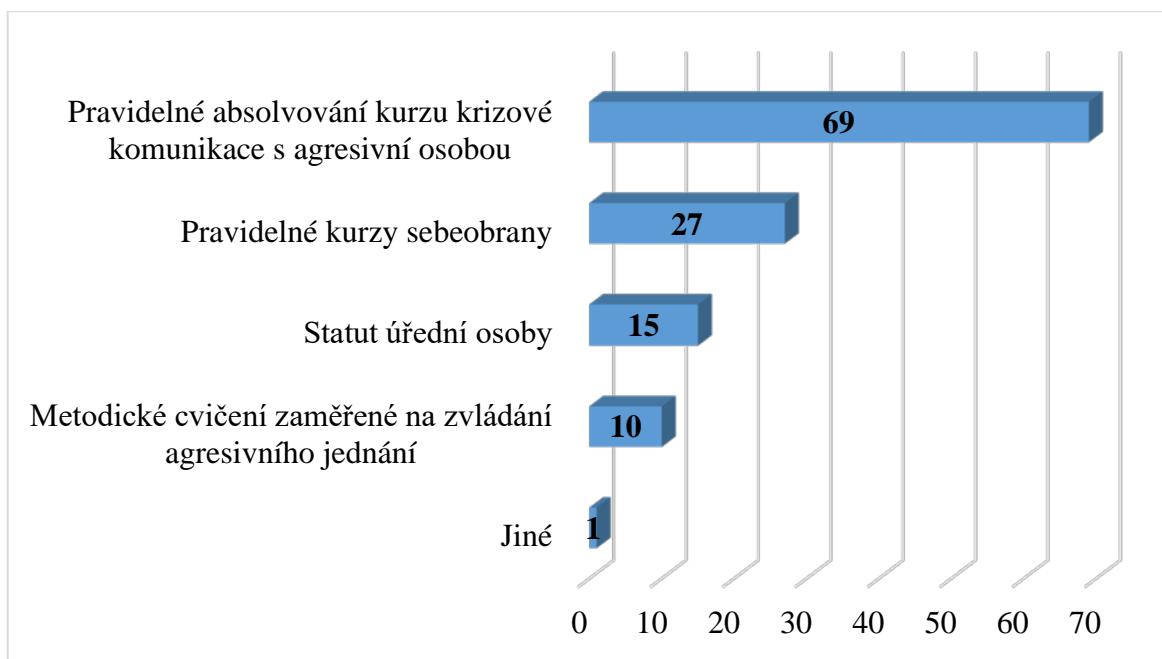


Obr. 15 - Druh vzdělání v oblasti jednání s agresivní osobou

Pokud respondenti odpověděli na otázku č. 15 NE nebo NEVZPOMÍNÁM SI přecházeli rovnou na otázku č. 17. Tudíž otázka č. 16 nemá celkový počet zastoupení 78 respondentů.

Otázka č. 17 Co myslíte, že by Vám pomohlo pro lepší zvládnutí kontaktu s agresivní osobou? (možnost označit více odpovědí)

- Pravidelné absolvování kurzu krizové komunikace s agresivní osobou
- Pravidelné kurzy sebeobrany
- Statut úřední osoby
- Metodické cvičení zaměřené na zvládnutí agresivního jednání
- Jiné



Obr. 16 - Doporučení pro lepší zvládnutí agresivní osoby

Ve skupině jiné byla uvedena následující odpověď: zákaz alkoholu.

5.2 Vyhodnocení cílů práce

V bakalářské práci jsme si stanovili celkem šest cílů. Prvním cílem této práce bylo zpracování problematiky agrese a agresivity jako negativního jevu při poskytování PNP. V teoretické části jsme vymezili pojmy agrese a agresivita, její druhy a příčiny. Dále jsme se zabývali nejčastějšími příčinami agrese proti zdravotnickým záchranářům, prevencí vzniku agrese a způsobům zvládnutí agresora. A v neposlední řadě jsme se věnovali právní ochraně záchranářů. První námi stanovený cíl se nám tedy podařilo celistvě obsáhnout.

Druhým cílem bylo zmapovat četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického násilí proti zdravotnickým záchranářům, ze strany pacienta nebo jeho rodinných příslušníků. Tento cíl se nám podařilo splnit v rámci vyhodnocení dotazníkového šetření. Otázka č. 5 byla cíleně zaměřena na zjištění četnosti styku s agresivní osobou. Pro přehlednější analýzu dat jsme vyhodnocené výsledky zpracovali ve formě grafu (viz Obr. 5 na str. 38). Dle vyhodnocení výsledků z celkového počtu 78 respondentů, se nejčastěji setkává s agresorem 1–2 x měsíčně 45 respondentů, což představovalo 57, 7 % respondentů. Volbu 1–2 x ročně zvolilo 28 respondentů, což představovalo 35, 9 %. 1–2 x týdně se s agresí setkávají 3 respondenti, což činí 3, 8 %. 2 respondenti se s agresí nesetkali nikdy, což činilo 2, 6 %.

Odpověď „každou směnu“ nezvolil z respondentů nikdo.

Třetím cílem bylo zjistit, s jakým druhem agrese se záchranáři nejčastěji setkávají. Na toto byla v dotazníkovém šetření zaměřená otázka č. 7, kde jsme zjišťovali, s jakým druhem agrese se respondenti setkali. Výsledky jsme zpracovali ve formě grafu (viz obr. 7 na str. 40). Nejčastěji se respondenti setkali s verbální formou agrese, konkrétně 74, což představuje 94,9 %. S fyzickou agresivitou vůči předmětům se pak setkalo celkem 49 respondentů, což představuje 62,8 %. K fyzickému napadení bez zranění pak došlo u 33 respondentů, což činí 42,3 %. S fyzickým napadením, kde došlo ke zranění se setkalo celkem 9 respondentů, což představuje 11,5 %. A stejný počet respondentů celkem 9, se setkalo s formou neverbálního násilí, což představuje 11,5 %. S žádnou formou agrese se pak nesetkali 2 respondenti, což představuje 2,6 %.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jakým způsobem respondenti agresora nejčastěji zvládají. V dotazníkovém šetření tomuto byla věnována otázka č. 12. Získané výsledky uvádíme v grafu a v tabulce (viz obr. 12 na str. 46). Celkem 75 respondentů uvedlo, že se před agresorem chrání přivoláním Policie ČR, což představuje 96,2 %. Verbálně (komunikací) agresora zvládá 72 respondentů, což představuje 92,3 %. Farmakoterapii zvolilo celkem 17 respondentů, což činí 21,8 %. Fyzickou obranu (sebeobranu) zvolilo celkem 13 respondentů což představuje 16,7 %. A 2 respondenti se nikdy nenacházeli v situaci, že by museli zvládat agresivitu, což představuje 2,6 %.

Pátým cílem bylo zjistit, co by respondentům pomohlo v lepším zvládnutím kontaktu s agresivní osobou. V dotazníkovém šetření byla tomuto problému věnována otázka č. 7. Vyhodnocené výsledky uvádíme v grafu (viz obr. 16 na str. 50). Celkem 69 respondentů odpovědělo, že by jim pro lepší zvládnutí agresivní osoby pomohlo pravidelné absolvování kurzu krizové komunikace s agresivní osobou, což představuje 88,5 %. Pravidelné kurzy sebeobrany by pomohli 27 respondentů, což představuje 34,6 %. Statut úřední osoby vybralo celkem 15 respondentů, což představuje 19,2 %. 10 respondentů by uvítalo metodické cvičení se zaměřením na zvládnutí agresivního jednání, což představuje 12,8 %. Ve skupině „jiné“ se pak objevila 1 odpověď „zákaz alkoholu“, což představuje 1,3 %.

Posledním našim cílem bylo potvrzení nebo vyvrácení námi stanovených hypotéz. V práci jsme stanovili 3 hypotézy, které byli na základě výsledků anonymního dotazníkového šetření vyhodnoceny. Tyto hypotézy byli posléze potvrzeny nebo vyvráceny.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

HYPOTÉZA 1 *Předpokládáme, že více jak nadpoloviční většina respondentů se setkala s nějakou formou agresivního chování vůči své osobě.*

S hypotézou 1 souvisela otázka č. 4.

V otázce č. 4 jsme zjišťovali informace o styku respondentů s agresivní osobou během výkonu práce u ZZS. Útok agresivní osoby vůči sobě, zažilo celkem 67 respondentů, což představuje 85,9 %. S útokem vůči svým kolegům se setkalo celkem 6 respondentů, což představuje 7,7 %. 4 respondenti se nesečkali s útokem ani vůči sobě, ani vůči svým kolegům, což představuje 5,1 %. Dále 1 respondent na námi položenou otázku nechtěl odpovědět, což představuje 1,3 %.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 1 potvrdila.

HYPOTÉZA 2 *Předpokládáme, že nejčastější příčinou agrese je alkohol.*

S hypotézou 2 souvisela otázka č. 11.

V otázce č. 11 jsme se ptali co je nejčastější příčinou agrese. Respondenti zde mohli vybrat více odpovědí. Alkohol jako příčinou agrese označilo celkem 65 respondentů, což představuje 83,3 %. 32 respondentů pak odpovědělo že příčinou agrese jsou drogy a jiné návykové látky, což představuje 41 %. Strach a bezmoc pak zvolilo celkem 17 respondentů, což představuje 21,8 %. Aktuální zdravotní stav pacienta (např. epileptický záchvat, akutní psychotická ataka, hypoglykémie apod.) pak označilo za příčinu 15 respondentů, což představuje 19,2 %. 5 respondentů označilo za příčinu neprofesionální chování zdravotníků, což představuje 6,4 %. Špatnou komunikaci zvolilo 5 respondentů, což představuje 6,4 %. Přítomnost PČR pak označili 2 respondenti, což představuje 2,6 %. Ve skupině „jiné“ se objevila odpověď mentální úroveň osob na místě zásahu, což představuje 1,3 %.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 2 potvrdila.

HYPOTÉZA 3 *Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů absolvovalo nějakou formu vzdělání v jednání s agresivní osobou.*

S hypotézou 3 souvisela otázka č. 15.

V otázce č. 15 jsme zjišťovali, zda respondenti prošli nějakou formou vzdělání v jednání s agresivní osobou. 42 respondentů odpovědělo že ano, což představuje 53, 8 %. Žádnou formy vzdělání se nezúčastnilo 34 respondentů, což představuje 43, 6 %. 2 respondenti jsi nevzpomínají, což představuje 2, 6 %.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 3 nepotvrdila.

6 DISKUZE

V této části práce se budeme zabývat námi získanými výsledky, které budeme porovnávat s jinými výzkumy a dostupnou literaturou. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit názory a zkušenosti zaměstnanců ZZS s agresivními osobami při výkonu svého povolání. V teoretické části jsme vymezili pojmy agrese a agresivita, její druhy a příčiny. Dále jsme se zabývali nejčastějšími příčinami agrese proti zdravotnickým záchranářům, prevencí vzniku agrese na místě události a případnému zvládnutí kontaktu s agresivní osobou. Nakonec jsme se věnovali právní ochraně záchranářů před útokem.

Výzkumné dotazníkové šetření bylo zaměřeno na zaměstnance ZZS. Celkem dotazník vyplnilo 78 pracovníků ZZS. Nejvíce našich respondentů bylo z řad zdravotnických záchranářů, a to celkem 61. Dále 8 respondentů bylo z řad řidičů a 7 z řad lékařů. Dva respondenti zastávají funkci jak řidiče tak záchranáře. Nejvíce našich respondentů má praxi 11-15 let u ZZS, a to celkem 25. Dále 20 respondentů pracuje u ZZS 6-10 let, 15 respondentů u ZZS pracuje 1-5 let. S praxí více jak 20 let se nám podařilo získat 8 respondentů. Praxi 16-20 let má 8 respondentů. A s praxí pod 1 rok se nám podařilo získat 2 respondenty.

Hlavním cíle této práce byl zmapovat četnost výskytu agresivního chování nebo fyzického napadení zdravotnických záchranářů ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků. K získání potřebných dat nám posloužila otázka č. 5. Z celkového počtu 78 respondentů nám vyšlo, že pracovníci ZZS se setkávají s agresivním chováním nejčastěji 1-2 x do měsíce. Tuto odpověď zvolilo celkem 45 respondentů (57,7 %). 1-2 x ročně se pak s agresivní osobou setkává celkem 25 respondentů (35, 9 %). 1-2 x týdně pak uvedli 3 respondenti (3, 8 %) a 2 respondenti se s agresivním chováním neseťkalo nikdy.

Autor Morávek (2015) ve své práci zjišťoval zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královohradeckém kraji. Z dotazníkového šetření zjistil, že z celkového množství 112 respondentů, se 36, 1 % setkává s agresivními pacienty 1 x za půl roku, 1 x za měsíc pak 29, 1 % respondentů a 1 x za 14 dní 19, 1 % respondentů. Velmi výjimečně nebo vůbec se s agresory setkává 13, 6 % respondentů a 0, 9 % respondentů udává že se s agresí setkává každou směnu.

Pekara a Kolouch (2016) uvádí statistiku útoků proti zaměstnancům ZZS hlavního města Prahy (dále jen HMP) v roce 2013-2014 a v roce 2014-2015. V roce 2013-2014 proběhlo dotazníkové šetření, kde respondenti odpovídali, jak často se setkávají s verbální a s fyzickou agresí. Z celkového počtu 130 respondentů, se 28 % setkala s verbální agresí

1 x do týdne a 17 % pak 1 x do měsíce. S fyzickým násilím se setkala 18 % respondentů 1 x za měsíc a 45 % 1 x za rok. Následně v roce 2014-2015 proběhlo podobné dotazníkové šetření. Z celkového počtu 216 respondentů, se 80 % setkává s verbálním útokem na svou osobu 1 x do měsíce. 1 x do týdne pak 16 % respondentů. S fyzickou agresí se setkává 80 % respondentů 1 x ročně a 4 % respondentů 1 x do měsíce.

Autorka Lodinská (2017) se ve své práci zabývala připraveností členů Integrovaného záchranného systému (IZS) na mimořádné události. V rámci dotazníkové šetření zjišťovala četnost výskytu agrese proti složkám IZS. Podle analýzy výsledků došla ke stejnému závěru jako my. Nejčastěji se záchranáři setkávají s agresí 1 x měsíčně, konkrétně 43,6 %. 1 x ročně se pak s agresí setkává celkem 37,6 % respondentů. 1 x týdně má pak zkušenosti s agresí 13,9 % respondentů. A nikdy se s agresí neseťkalo celkem 3 % respondentů.

Špůrek (2017) prováděl studii bezpečnostních rizik příslušníků ZZS při výkonu svého povolání. V jedné z otázek v dotazníkové šetření respondenti odpovídali, jak často u nich dochází k napadení, při výkonu povolání. 43 % respondentů odpovědělo, že se s napadením setkává 1 x ročně. 1 x za půl roku se s napadením setkává 42 % respondentů. 1 x do měsíce 9 % respondentů a 1 x týdně 6 % respondentů.

Touto problematikou se zabývala i autorka Vašáková (2017), která zjišťovala četnost setkání zdravotníků s agresí ve zdravotnickém zařízení. Několikrát za rok se z agresí setkala celkem 28 % respondentů. Několikrát za měsíc pak 45 % respondentů a 25 % respondentů se setkává s agresí 1 x týdně a 2 % respondentů se s agresí neseťkalo nikdy.

V bakalářské práci jsme si také stanovili 3 hypotézy, které jsme pak na základě námi získaných výsledků potvrdili nebo vyvrátili. V první hypotéze jsme předpokládali, že více jak 70 % respondentů se setkala s nějakou formou agrese vůči své osobě. Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření jsme zjistili že agresivní útok vůči své osobě zažilo celkem 85,9 % respondentů. 7,7 % respondentů se setkala s útokem vůči svým kolegům a žádnou formou agresivního chování se neseťkalo celkem 5,1 % respondentů. 1,3 % nechtělo na námi položenou otázku odpovědět.

K podobnému výsledku došla i autorka Lodinská (2017), která prováděla kvantitativní šetření příslušníků IZS. Na základě výzkumného šetření, zjistila že s agresí vůči své osobě i svým kolegům setkala celkem 72,3 % respondentů. S agresí vůči svým kolegům se pak setkala 15,8 % respondentů. A s žádnou formou útoku se neseťkalo 6,9 % respondentů.

Podobným problémem se zabírali autoři Netušilová a Brečka (2015), kteří ve své práci zjišťovali, zda se respondenti setkali s agresí vůči své osobě. Z celkového počtu

75 respondentů, se 85 % respondentů setkala s verbální agresí vůči své osobě. S fyzickou agresí se pak setkala celkem 48 % respondentů.

Autor Špůrek (2017) ve své práci zjistil že s napadením při výkonu povolání se setkala 80 % respondentů. Zbýlých 20 % se pak s napadením nesetkala.

V druhé námi stanovené hypotéze jsme se zjišťovali, co je nejčastější příčinou agrese. Alkohol jako nejčastější příčinu agrese označilo celkem 83, 3 % respondentů. 41 % jako příčinu označilo drogy a jiné návykové látky. Dále 21, 8 % respondentů označilo jako příčinu strach a bezmoc. Aktuální zdravotní stav pacienta (např. epileptický záchvat, akutní psychotická ataka, hypoglykémie apod.) pak označilo za příčinu 19,2 %. Špatnou komunikaci a neprofesionální chování zdravotníků označilo za příčinu stejný počet respondentů a to 6, 4 % . Přítomnost PČR označilo 2, 6 % respondentů.

Stejnou problematikou se zabývala i Lodinská (2017), která ve své práci zjišťovala, kdo nejčastěji představuje osobu agresora. Opilého člověka jako nejčastější osobu agresora označilo celkem 51, 8 % respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou byl respondentů zvolen, účastník mimořádné události, s celkovým počtem 37 (13,6 %). S agresivní obětí mimořádné události se pracovníci IZS setkali celkem 33x (12,1 %).

Tímto tématem se zabíral i autor Wohlmüt (2016), který zjišťoval nejčastější důvody napadení záchranáře. Z celkového počtu 84 respondentů z řad ZZS, označilo 90, 5 % jako důvod napadení alkohol. Omamné a psychotropní látky označilo celkem 84, 5 % záchranářů. Posttraumatický šok a strach pak jako příčinu zvolilo celkem 25 % záchranářů a aktuální zdravotní stav označilo za příčinu 22, 6 %.

K podobnému výsledku došla i Chvostová (2015), která ve své práci zjišťovala, zda v agresivních chování vůči záchranářům hrál roly alkohol nebo jiné návykové látky. Na tuto otázku 88 % dotázaných odpovědělo kladně. Zbýlých 12 % respondentů na tuto otázku odpovědělo záporně.

Podle statistik z roku 2013-2014 vyplývá že nejčastějším příčinou agrese je opilý pacient (35 %). Druhou nejčastější příčinou byl neprofesionální přístup zdravotníků 20 % a se stejným počtem i nealkoholové drogy (20 %). Samotné chování personálu bylo označeno za příčinu v 15 %. A samotná přítomnost Policie ČR a zdravotníků představovala 10 %. Naopak podle statistik z roku 2014-2015 vyplývá, že z 80 % není příčinou agrese samotný alkohol a omamné látky, ale snížené sebeovládání a zvýšené prvky neprofesionální komunikace při řešení konfliktů s pacienty pod vlivem návykových látek. (Pekara a Kolouch, 2017)

S tímto však nesouhlasí Fischer a Škoda (2008), který tvrdí že „*snížená inhibice nevhodného chování samo o sobě, není příčinou agresivního chování, je jen okolností, která zvyšuje pravděpodobnost výskytu agresivního chování.*“ Fischer a Škoda (2008, s. 278),

Tématem vlivu alkoholu na agresivní chování se zabývala i Látalová (2013) ve své publikaci píše, že „*v rozvoji agresivního chování při abúzu alkoholu ovšem sehrávají roli také faktory osobnostní, socioekonomické i genetické, komorbidita s psychickými a somatickými onemocněními.*“ Látalová (2013, s. 122)

Na základě výše zmíněného můžeme říci, že alkohol hraje významnou roli ve vzniku agresivního chování. Velké procentu útoků proti zdravotnickým záchranářům mají na svědomí osoby intoxikované alkoholem. Ale to, zda dojde u osoby intoxikované alkoholem k rozvoji agresivního chování, záleží na více faktorech než jen na samotném požití alkoholu.

Dále jsme se v práci zjišťovali, zda respondenti absolvovali nějakou formu vzdělání komunikace s agresivní osobou. Kladně na tuto otázku odpovědělo 53, 8 % dotazovaných respondentů. Zbýlých 43, 6 % pak připustilo že se žádné formy vzdělání nezúčastnilo. 2, 6 % dotazovaných si nevzpomíná.

Toto ve svém výzkumu zjišťoval i Morávek (2015). Z celkového počtu 110 záchranářů, 44, 5 % potvrdilo, že v jednání s agresorem bylo někdy edukováno. Vzděláváno pak nikdy nebylo 45, 5 %. A 10 % si nevzpomíná.

Podobnou problematikou se zabývala i Prosecká (2012), která ve své práci zjišťovala proškolenost zdravotníků v nemocnici v jednání s agresivní osobou. Výzkumným šetřením zjistila, že až 80 % respondentů, nikdy nebylo proškoleny v jednání s agresivním pacientem.

Problematika násilí proti záchranářům není v České republice, vzhledem k povaze PNP prioritou všech ZZS v ČR. ZZS HMP je v tomto výjimkou. Jako jedná z mála, pořádá pražská ZZS pro své zaměstnance každoročně komunikačně školení a nabízí zaměstnancům kurzy sebeobrany. Výjezdové posádky jsou vybaveny obrannými spreji. V rámci prevence útoků byli v Praze vytipovány nebezpečné lokality, typy výzev a místa zásahu kam ZOS automatický vysílá s výjezdovou skupinou hlídku Policie ČR. Dále byl také vytvořen metodický pokyn pro zvládnání těchto událostí. (Pekara a Kolouch, 2016)

V roce 2005 ZZS HMP, v reakci na zvýšený výskyt násilných incidentů proškolila všechny své zaměstnance. Toto školení probíhalo formou kurzů komunikace a sebeobrany. Dále byly výjezdové posádky vybaveny obrannými spreji a do vozů ZZS byli nainstalovány alarmová tlačítka. Tato opatření se ukázala jako účinná, když počet napadení v letech

2007-2008 klesl na polovinu. V roce 2009 pak proběhl projekt s názvem Inovace systému profesního rozvoje záchranářů. Kdy bylo celkově proškoleny 350 odborných pracovníků, z toho bylo 120 řidičů vozidel ZZS, 150 zdravotnických záchranářů, 50 lékařů a 30 operátorek ZOS. Pracovníci byli školeni v oblasti práva, psychologie, sebeobrany, jízdy s VRZ (výstražné zvukové a rozhlasové zařízení) a byli vytvořeny karty pro komunikaci s cizinci. V následujících letech klesl počet napadeních o 30–50 % a ukázalo se tak, že kurzy komunikace jsou velmi efektivním nástrojem pro prevenci případných konfliktů. (Edmüller, 2012). Na základě toho, je tak od roku 2010, každý nový zaměstnanec ZZS HMP proškolen v rámci adaptačního procesu kurzem komunikace a kurzem sebeobrany (Pekara a Kolouch, 2016).

V letech 2005 a 2006 proškolily své zaměstnance i ostatní ZZS v ČR. Toto školení však bylo jen jednorázovou událostí a krom mimořádných školení, se již neopakovalo. Toto potvrdila anketa, která proběhla v roce 2016 (Pekara a Kolouch, 2016).

V rámci možností jsou budoucí záchranáři vzdělávání v komunikaci s agresivní osobou na vysokých školách. Většina vysokých škol, kde lze tento obor studovat, má ve svém studijním plánu zařazeny předměty jako psychologie, základy komunikace a alespoň dva semestry profesní sebeobrany.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku agrese a násilí proti pracovníkům zdravotnické záchranné služby při výkonu svého povolání.

V teoretická část práce byla zaměřena na zpracování problematiky agrese agresivity jako negativního jevu při poskytování PNP. Na začátku práce jsme definovali pojmy agrese a agresivita, druhy agrese a její příčiny. Dále jsme se blíže zabývali konkrétními příčinami agresivního chování proti zdravotnickým záchranářů a možnostem jakým mohou agresora zvládat. V neposlední řadě jsme se v této části věnovali právní ochraně záchranářů.

V praktické části jsme pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníkového šetření zjišťovali zkušenosti záchranářů s agresivním chováním. Následnou analýzou výsledků jsme zjistili četnost útoků proti záchranářům. Rovněž jsme zjistili, že s útokem proti své osobě má zkušenost 85,9 % námi dotazovaných záchranářů. Dále nás zajímala nejčastější příčina útoků. Zjistili jsme, že nejčastější příčinou agrese je intoxikace alkoholem. Také nás zajímalo, zda záchranáři prošli nějakou formou vzdělání v komunikaci s agresivní osobou. S edukací v komunikaci s agresorem má zkušenost 53,8 % záchranářů. Zjištěné výsledky jsme zpracovali do přehledných grafů a tabulek. Následně jsme provedli komparaci námi zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů, který se touto problematikou zabývali.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS – zdravotnická záchranná služby

PNP – přednemocniční neodkladná péče

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – rendez vous

LZS – letecká záchranná služba

IZS – integrovaný záchranný systém

HMP – hlavní město Praha

ZOS – zdravotnické operační středisko

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 120 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
3. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 287 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4033-1.
4. CUPR, Tomáš. *Úroveň právní ochrany zdravotnického záchranáře v praxi*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. MUDr. Josef Štorek
5. CHVOSTOVÁ, Zuzana. *Význam reálných útoků při napadení zdravotnického záchranáře pro systém profesní sebeobrany*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Mgr. et Mgr. Václav Beránek
6. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
7. HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. První vydání. Praha: Galén, 2005. 257 stran. ISBN 978-80-7492-142-1.
8. HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. Vyd. 2. V Praze: Triton, 2001. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.
9. KELO, Ján. *Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem*. *Sestra*. 2008, roč. 18 č. 3, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
10. KNOR, Jiří a MÁLEK, Jiří. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2016. 260 stran. Moderní farmakoterapie. Jessenius. ISBN 978-80-7345-514-9.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
12. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 235 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4454-4.

13. LODINSKÁ, Michaela. *Analýza psychické připravenosti členů IZS na mimořádné události*. Kladno, 2017. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D
14. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 152 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2310-5.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
16. MORÁVEK, Tomáš. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.
17. NETUŠILOVÁ, Veronika Karolína a Tibor A. BREČKA. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. *Urgentní medicína*. 2015, roč. 18, č. 3, s. 32-35. ISSN 1212-1924.
18. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
19. PEKARA, Jaroslav a Petr KOLOUCH. Zkušenosti s násilím ve vztahu zdravotník a pacient na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy v letech 2004–2014. *Urgentní medicína*. 2016, roč. 19 č. 4, s. 35-41. ISSN 1212-1924.
20. PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. [online] Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4. [cit. 26. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>
21. POKORNÝ, Jiří. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Medicína pro praxi*. 2004, č. 2, s. 94-98. ISSN 1214-8687.
22. PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-593-0.
23. PROSECKÁ, Pavlína. *Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení*. Brno, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH
24. REMEŠ, Roman a kol. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
25. SANDS, Natisha. An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. *Australasian Emergency Nursing Journal* [online]. 2007, roč. 10, č. 3, s. 107-109 [cit. 2019-03-30]. DOI: 10.1016/j.aenj.2007.05.002. ISSN 15746267. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1574626707000729>

26. ŠEBLOVÁ, Jana a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. 479 stran, xii stran obrazových příloh. ISBN 978-80-271-0596-0.
27. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. 285 stran. ISBN 978-80-247-5327-0.
28. ŠPŮREK Petr. *Bezpečnostní studie rizik příslušníků „Zdravotnické záchranné služby“ při výkonu povolání*. Ostrava 2017. Diplomová práce. Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava. Fakulta bezpečnostního inženýrství. Ing. Stanislav Lichorobiec, Ph.D.
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
30. VAŠÁKOVÁ, Lenka. *Bezpečnost zdravotnických pracovníků versus agresivní pacient*. Zlín, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. PhDr. Petr Snopek. Dis
31. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. VEVERA, Jan. Pacienti s násilným chováním. In: PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2016, 495 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
33. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
34. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd., V nakl. Portál 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
35. WOHLMUT, Lukáš. *Analýza okolností ovlivňující napadení zdravotnického personálu při zásahu*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta tělesné výchovy a sportu. PhDr. Radim Pavelka, Ph.D.
36. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
37. Zákon č. 40/2009 sb. trestní zákoník
38. Zákon č. 86/1992 o péči o zdraví lidu

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Pohlaví respondentů.....	34
Obr. 2 - Pracovní pozice respondentů	35
Obr. 3 - Délka profesní praxe respondentů	36
Obr. 4 - Setkání s agresivní osobou.....	37
Obr. 5 - Četnost styku s agresivní osobou.....	38
Obr. 6 - Vytipování potencionálního agresora	39
Obr. 7 - Druh agrese	40
Obr. - 8 Charakter útoku	41
Obr. 9 - Místo útoku.....	42
Obr. 10 - Osoba agresora.....	43
Obr. 11 - Příčiny agresivity	44
Obr. 12 - Způsoby zvládnání agresora	46
Obr. 13 - Prevence agrese	47
Obr. 14 - Vzdělání v oblasti jednání s agresivní osobou.....	48
Obr. 15 - Druh vzdělání v oblasti jednání s agresivní osobou	49
Obr. 16 - Doporučení pro lepší zvládnání agresivní osoby.....	50

11 SEZNAMU POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1 - Verbální a neverbální projevy hrozícího násilí	21
Tab. 2 - ABC posouzení rizika násilí (Sands, 2007)	22
Tab. 3 - Dávkování léků	26
Tab. 4 - Setkání s agresivitou	37
Tab. 5 - Druh agrese	40
Tab. 6 - Příčiny agrese	45
Tab. 7 - Způsoby zvládnání agresora	46
Tab. 8 - Vzdělání	48

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Jsem studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář, na Fakultě biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze. A tímto způsobem bych Vás chtěla poprosit o vyplnění krátkého anonymního nestandardizovaného dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma *Agresivní chování a násilí proti zdravotnickým záchranářům*. Dotazník je zcela anonymní a získané výsledky budou využity pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Bc. Marie Kotálová

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - a) žena
 - b) muž

2. Na jaké pozici pracujete u zdravotnické záchranné služby?
 - a) řidič
 - b) záchranář
 - c) lékař
 - d) jiné:

3. Uveďte délku Vaší praxe?
 - a) do 1 roku
 - b) 1-5 let
 - c) 6-10 let
 - d) 11-15 let
 - e) 16-20 let
 - f) více jak 20 let

4. Zažil/a jste během výkonu své práce u zdravotnické záchranné služby útok agresivní osoby vůči Vám, či Vaším kolegům?
- a) ano zažil/a jsem útok vůči sobě
 - b) ano zažil/a jsem útok vůči svým kolegům
 - c) ne, nezažila jsem útok vůči sobě ani svým kolegům
 - d) nechci uvést odpověď
5. Jak často se při své práci setkáváte s agresivitou/agresivní osobou?
- a) nikdy
 - b) každou směnu
 - c) 1–2 x týdně
 - d) 1–2 x měsíčně
 - e) 1–2 x ročně
6. Myslíte si, že je teoreticky možné, na základě vašich zkušeností vytipovat potenciálně agresivní osobu, už při příjezdu na místo události?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
7. S jakým druhem agresivity jste setkal/a? (možno označit více odpovědí)
- a) fyzické napadení s následným zraněním
 - b) fyzické napadení bez zranění
 - c) fyzická agresivita vůči věcem
 - d) verbální agrese
 - e) neverbální agrese
 - f) nesetkal
8. Jakého charakteru byl/y útok/y vůči Vám nebo Vaším kolegům? (možno označit více odpovědí)
- a) vulgární gesta
 - b) nadávky

- c) vyhrožování
- d) postrkování
- e) bránění v pohybu
- f) házení věcí
- g) rány pěstí
- h) kopy
- i) ohrožování zbraní
- j) jiné:

9. Kdy nejčastěji došlo k útoku?

- a) při příjezdu na místo události
- b) při zajišťování pacienta
- c) při transportu pacienta do zdravotnického zařízení
- d) při předávání pacienta v nemocnici
- e) při komunikaci s příbuznými (přáteli) pacienta
- f) při komunikaci se svědky události, kteří neměli vztah k pacientovi
- g) nikdy

10. Kdo je podle Vašeho názoru nejčastěji osobou agresora?

- a) pacient
- b) rodinný příslušník či blízká osoba pacienta
- c) třetí osoba
- d) jiný:

11. Co je podle Vašeho názoru nejčastější příčinou agresivního chování proti personálu zdravotnické záchranné služby? (možno označit více odpovědí)

- a) pocit bezmoci a strach
- b) alkohol
- c) drogy, či jiné návykové látky
- d) aktuální zdravotní stav pacienta (např. epileptický záchvat, akutní psychotická ataka, hypoglykémie apod.)
- e) neprofesionální chování zdravotníků
- f) špatná komunikace zdravotníků
- g) přítomnost Policie ČR

- h) samotná přítomnost zdravotníků
- i) jiné:.....
.....

12. Jakým způsobem nejčastěji zvládáte agresivní jedince v rámci práce na zdravotnické záchranné službě? (možno označit více odpovědí)

- a) verbálně (komunikací)
- b) fyzicky (sebeobranou)
- c) farmakoterapií
- d) přivoláním policie ČR
- e) jiné:
- f) nebyl/a jsem v situaci, že jsem musel/a zvládat agresivitu

13. Myslíte si, že je možné v některých případech případnému útoku předejít? (Jestliže odpovíte NE nebo NEVÍM, přejděte prosím na otázku č.15)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli **ano**, napište prosím, jakým způsobem lze podle Vašeho názoru případnému útoku předejít.

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

15. Prošel/šla jste někdy nějakou formou vzdělávání v oblasti jednání s agresivní osobou? (jestliže odpovíte Ne, přejděte na otázku č. 17)

- a) ano
- a) ne
- b) nevzpomínám si

16. Pokud ano, jakou formou?

- a) v rámci studia (VŠ, VOŠ, ...)
- b) v rámci seminářů a kurzů pořádaných zdravotnickou záchranou službou
- c) v rámci samostudia, popřípadě individuálně zařízeným seminářem/kurzem
- d) jiné:

17. Co myslíte, že by Vám pomohlo pro lepší zvládnutí kontaktu s agresivní osobou?

(možnost označit více odpovědí)

- a) pravidelné absolvování kurzu krizové komunikace s agresivní osobou
- b) pravidelné kurzy sebeobrany
- c) statut úřední osoby
- d) metodické cvičení zaměřené na zvládnutí agresivního jednání
- e) jiné: