



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Analýza projevů agresivity při zásahu složek IZS

Analysis of shows of aggressions during the intervention of the organs of the Integrated Rescue System

Bakalářská práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací
Autor bakalářské práce: Chvál David
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.

Kladno 2020

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Chvál** Jméno: **David** Osobní číslo: **456447**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Ochrana obyvatelstva**
Studijní obor: **Plánování a řízení krizových situací**

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Analýza projevů agresivity při zásahu složek IZS

Název bakalářské práce anglicky:

Analysis of Shows of Aggression During the Intervention of the Organs of the Integrated Rescue System

Pokyny pro vypracování:

V bakalářské práci bude rozpracováno téma agrese při zásahu složek IZS. S agresí se mohou potýkat všichni zaměstnanci složek integrovaného záchranného systému, kteří vyjíždějí do terénu a setkávají se s problémovými osobnostmi, včetně agresorů. V teoretické části bude nejprve rozpracováno téma agrese, její druhy, stupně a příčiny. Dále bude v teorii sledována prevence vzniku agresivity na místě mimořádné události, zvládnání agresora, zmapování základní prvky sebeobrany. V teorii bude zmíněna posttraumatická stresová porucha u členů IZS. V další, praktické části bude na základě dat z dotazníkového šetření provedena statistická analýza a zpracování dat. Rovněž budou uvedeny výsledky získané prostřednictvím řízených rozhovorů. Cílem bude zjistit četnost výskytu agresivního chování klientů a konkrétní formy agresivity. Cílem bude rovněž v závěru stanovit, jaká preventivní opatření v oblasti prevence eskalace agresivity členové IZS ve vypjatých situacích využívají.

Seznam doporučené literatury:

- [1] ANDRŠOVÁ, Alena, Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4119-2
- [2] NÁCHODSKÝ, Zdeněk, Teorie sebeobrany, ed. 2., Praha: Armex, 2011, ISBN 978-80-86795-98-0
- [3] VILÁŠEK, Josef, FIALA, Miloš, VONDRÁŠEK, David, Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století, Praha: Karolinum, 2014, 189 s., ISBN 978-80-246-2477-8
- [4] VÄGNEROVÄ, Marie, Současná psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0696-5
- [5] VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, SOLLÁRCOVÄ, Eva, Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace, Praha: Grada, 2019, ISBN 978-80-247-5775-9

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

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

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce: **17.02.2020**


Platnost zadání bakalářské práce: **19.09.2021**


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


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

III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

Student(ka) bere na vědomí, že je povinen(a) vypracovat bakalářskou práci samostatně, bez cizí pomoci, s výjimkou poskytnutých konzultací. Seznam použité literatury, jiných pramenů a jmen konzultantů je třeba uvést v bakalářské práci.


19.2.2020
Datum převzetí zadání

Podpis studenta(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Analýza projevů agresivity při zásahu složek IZS vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 17.05.2020

Chvál

.....

Chvál David

PODĚKOVÁNÍ

Chtěl bych poděkovat mé vedoucí PhDr. Mgr. Daně Rebece Ralbovské, Ph.D. za cenné rady, za její kritické, ale konstruktivní připomínky, za její vstřícnost a ochotu pomoci při vzniku i vedení celé práce. Poděkování také patří všem respondentům z řad členů IZS – Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR a poskytovatelům zdravotnické záchranné služby, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své rodině za její trpělivost.

ABSTRAKT

Obsahem bakalářské práce je analýza projevů agrese při zásahu složek IZS. Téma agrese bylo posouzeno respondenty jako aktuální.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je rozpracováno téma agrese, její druhy a příčiny. Jsou definovány další pojmy – agresivita, příčiny agrese na místě mimořádné události, profil agresora, prevence agrese, vzdělávání členů IZS a následná pomoc po agresi.

V praktické části jsme jako výzkumný nástroj zvolili anonymní dotazníkové šetření a provedli statistickou analýzu dat. Zjistili jsme, že členové IZS se nejčastěji setkávají s verbální agresi. Prevencí je správně vedená komunikace, průběžné vzdělávání a kurzy, dále sdílení problému v zaměstnání s kolegy nebo odborníky a správná psychohygienu. V praktické části jsme uvedli i výsledky získané prostřednictvím řízených rozhovorů. Jejich výpovědi potvrdily závěry dotazníkového šetření.

V diskusi jsme výsledky zhodnocovali s názory odborníků a výzkumy jiných autorů. Navrhli jsme, která další témata mohou být předmětem šetření v oblasti agrese proti složkám IZS. V závěru jsou shrnuty výsledky a cíle práce.

Klíčová slova

Integrovaný záchranný systém; agrese; agresivita; prevence; vzdělávání

ABSTRACT

The aim of the bachelor work is the analysis of the marks of the aggression during the interventions of the components of the integrated rescue system. The respondents assessed the topic of the aggression as the actual one.

The work is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical parts there is worked up the subject of the aggression, its kinds and its causes. The other defined terms are: aggressiveness, the causes of the aggression on the place of an extraordinary event, the aggressor's profile, the aggression prevention, the education of the members of the integrated rescue system and the subsequent help after the aggression.

In the practical part we used the anonymous questionnaire to make a research and we statistically analysed the data. We found out that the members of the integrated rescue system most often meet the verbal aggression. The prevention can be the right communication, the continuous education and courses, sharing the problem in the job with colleagues or experts and the correct psycho hygiene. In the practical part we also mentioned the results acquired by means of controlled dialogues. Their statements confirmed the conclusions of the questionnaire research.

In the discussion we evaluated the results with the experts' opinions and the researches of other authors. We suggested the other topics which can be the subject of an enquiry in the field of the aggression towards the components of the integrated rescue system. In conclusion we summed up the results and the aims of the work.

KEY WORDS

The integrated rescue system; aggression; aggressiveness; prevention; education

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Cíle práce.....	11
3	Přehled současného stavu.....	13
3.1	Integrovaný záchranný systém.....	13
3.2	Mimořádná událost a krizová situace	15
3.3	Agrese a související pojmy	16
3.3.1	Typy agrese	18
3.3.2	Teoretické přístupy k agresi.....	19
3.4	Agresivita.....	21
3.4.1	Faktory ovlivňující agresivitu.....	21
3.4.2	Tolerance současné společnosti vůči agresivitě.....	22
3.5	Příčiny agrese na místě zásahu jednotek IZS	23
3.5.1	Zátěžové situace	24
3.5.2	Bolest	26
3.5.3	Strach a úzkost.....	27
3.6	Profil agresora	27
3.7	Postup zvládnání agrese při zásahu složek IZS	29
3.7.1	Využití možnosti sebeobrany	32
3.8	Následky traumatizujících zážitků na psychiku členů IZS.....	33
3.9	Psychohygienu členů IZS.....	35
3.9.1	Vzdělávání a následná pomoc členům IZS	36
4	Metodika.....	40
4.1	Postup sběru dat	40

4.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	40
4.3	Výzkumný nástroj	41
4.4	Stanovené hypotézy	42
5	Výsledky Výzkumu	43
5.1	Vyhodnocení údajů z dotazníků	43
5.2	Vyhodnocení výsledků řízených rozhovorů	55
5.3	Vyhodnocení cílů	57
5.4	Vyhodnocení hypotéz	61
6	Diskuze	64
7	Závěr	81
8	Seznam použitých obrázků a grafů.....	89
9	Seznam Příloh.....	90

1 ÚVOD

„Nebudu nikdy dobrým teologem, pokud budu jen studovat názory jiných, psát vybroušené řešerše, a nikdy nepocítím žízeň živé bytosti po Bohu. Pokud budu svět zkoumat jen z vnějšku, jako nezávislý a nezájatý novinář, nikdy jej nepostihnu.“

(Marek Orko Vácha, biolog, teolog a profesor etiky)

Přirozenou součástí sociálního chování je agrese. V dějinách lidstva se pouze proměňovaly její formy a typy. Měnil se postoj společnosti k agresivitě. Odborná literatura obsahuje desítky jejích definic. Najdeme řadu teorií, které téma detailně zpracovávají, ale zároveň nabízejí variabilitu v přístupech ke klíčovým pojmům agrese a agresivita. Pojem agrese je předmětem zájmu psychologie, zejména sociální, přesahuje do sociologie, ale výklad je doplněn o pohled jiných oborů, jako např. lékařství, zejména psychiatrie. S agresí a agresivitou se setkáváme běžně, neboť současná doba přináší nadměrné množství stresových situací a agrese je typická reakce na zátěžovou situaci. Ze zkušeností profesí Integrovaného záchranného systému (dále jen IZS) víme, že její členové se s agresí setkávají. Analýza této skutečnosti bude předmětem této bakalářské práce, která je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Do teoretické části jsou zařazeny klíčové pojmy agrese, agresivita, IZS, prevence agrese na místě zásahu, vzdělávání členů IZS pro případy setkávání s agresí.

Uvedené motto odkazuje na význam praktické části naší práce. Teoretický výklad odborně doplňuje stěžejní část bakalářské práce – vlastní výzkum. Je kompozičně rozčleněn tak, aby pokryl hlavní sledovaná témata. Cílem je získat vlastní náhled do problematiky, tedy zjištění míry a formy agrese při zásahu a jejího vlivu na členy IZS.

Nikoho dnes nepřekvapí, že agrese je v médiích často zmiňována. Slyšíme o agresí na našich silnicích, agresí politiků, firem, které se předhánějí

v reklamách a marketingových tazích, o domácím násilí a agresi rodičů vůči dětem i obráceně, o agresi drogově závislých, o agresi mládeže, která hraje na počítačích bojové hry a sleduje filmy s notnou dávkou agrese, útoku a nebezpečí, o agresivním vtipkování a urážení, o agresivních fanoušcích fotbalu. Pokud se zaměřujeme touto prací na agresi vůči členům IZS, tak to není případ, který by byl často uváděn, aktuálně se více píše o agresi na sociálních sítích. Přesto zaznamenané, že se agrese i vůči těmto profesím zvyšuje. To je jeden z dalších důvodů vypracování předložené práce – poukázat na závažnost tématu.

K závažnosti a důležitosti tématu se dnes váže ještě jeden důležitý fakt – svoji bakalářskou práci jsem začal připravovat a psát ještě před vyhlášením nouzového stavu v České republice. Do té doby se v našich médiích objevovali jiní „superhrdinové“, ale náhle společnost zaznamenala názorovou proměnu. Symbolem a hrdiny dnešních dnů jsou ti, kteří zachraňují a pomáhají a přitom se sami vystavují riziku. Čelí mnohým náročným situacím, setkávají se se zoufalstvím, bezmocností, smrtí, strachem z chybných rozhodnutí, pracují v časové tísní, snaží se odpoutat osobně od neštěstí, kterým jsou svědky, musí zvládat dlouhodobý i akutní stres. To vše poukazuje na náročnost povolání všech členů IZS, kteří navíc mohou být vystavováni realitě agrese ze strany klientů nebo jejich blízkého okolí.

Téma bakalářské práce jsem zvolil i ze zájmu, v pozadí rovněž stojí podněty od mých přátel z řad záchranářů, policistů i hasičů, kteří se s agresivitou setkali, ale i podněty mé vedoucí práce, která sleduje dané téma delší dobu. Motivace k výzkumu z její strany je určitě velkým důvodem.

2 CÍLE PRÁCE

V bakalářské práci jsme si stanovili několik cílů. Budeme vycházet ze samotné koncepce práce. Ta je rozdělena na teoretickou a výzkumnou (praktickou). V teoretické části práce shrneme základní terminologii k dané problematice, která nám usnadní analýzu výzkumu. Budeme se zabývat pojmy IZS, agrese, agresivita, stres, mimořádná událost (dále jen MU), traumatizující událost, zátěžové situace, prevence, krizová intervence, sebeobrana, posttraumatická stresová porucha, psychohygiena a vzdělávání členů IZS v oblasti prevence. Tematické celky jsou děleny na kapitoly a podkapitoly. Obsahy jsou koncipovány tak, aby se jednotlivé části doplňovaly, aktualizovaly a umožnily seznámit se s klíčovými otázkami, které práce řeší. Na tyto obsahy budeme odkazovat i ve výzkumu. To je cílem teoretické části.

Ve výzkumné části chceme zjistit četnost a formy projevů agrese při zásahu složek IZS. Budeme pracovat s konkrétními daty, abychom na vybraném vzorku mohli ukázat reálnou podobu i četnost agrese při zásahu složek IZS. Budeme vycházet z konkrétních zkušeností členů IZS s agresivitou. Rovněž chceme zkoumáním poznat, zda nastaly u těchto lidí v souvislosti s agresivním chováním při zásahu nějaké psychické a fyzické obtíže, zda jsou možnosti tuto problematiku na pracovišti řešit a jestli tuto možnost využívají. Zaměříme se i na možnosti psychosociální podpory a vzdělávacích kurzů vzhledem k psychické náročnosti práce a setkávání s agresí. Pokusíme se zjistit, jaká preventivní opatření v oblasti eskalace agresivity členové IZS znají a která na místě zásahu využívají. V neposlední řadě chceme vyzkoumat, jaká opatření ke zvládnutí pracovního stresu členové IZS využívají. Získané poznatky by mohly pomoci členům IZS porovnat své dosavadní zkušenosti se zkušeností kolegů stejné profese a na základě doporučení v této práci lépe zvládat agresivní klienty a lépe si poradit s následky stresových situací.

V praktické části budeme pracovat s hypotézami, které jsme si stanovili. Vycházíme z výsledků získaných prostřednictvím nestandardizovaného anonymního dotazníku, který elektronicky rozešleme členům jednotlivých složek IZS. Jedná se o kvantitativní metodu, k dispozici budeme mít omezený rozsah informací o mnoha jedincích. Současně využijeme odpovědi respondentů u řízených rozhovorů.

Dílčí cíle práce:

1. Zmapovat náhled odborníků z více oborů na téma agrese, agresivity, prevence agresivního jednání a vzdělávání členů IZS v této oblasti;
2. zjistit četnost a formy agrese na místě mimořádné události;
3. zjistit případné obtíže členů IZS po setkání s agresí;
4. zjistit, zda mají v zaměstnání možnost řešit agresi s odborníky a jestli tuto možnost využili a jaké možnosti psychosociální podpory respondenti znají;
5. zjistit, zda respondenti absolvovali vzdělávací kurzy s tématem zvládnutí agresivního jedince;
6. prozkoumat četnost agrese a využívané techniky k deeskalaci napětí u řízených rozhovorů;
7. verifikovat nebo falzifikovat zformulované hypotézy.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém je vymezen zákonem č. 239/2000 Sb. Rozumí se jím „koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací“. Uvedený zákon dále stanovuje základní složky IZS – Hasičský záchranný sbor České republiky (dále HZS ČR), poskytovatele zdravotnické záchranné služby (dále ZZS) a Policii ČR (dále PČR). Zákon rovněž zpřesňuje ostatní složky IZS, mezi něž řadí vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví aj. (zákon č. 239/2000 Sb., hlava II., §. 4, odst. 2).

Další důležitou legislativu představuje vyhláška č. 247/2001 Sb. V § 22, odst. 1 v bodě a) této vyhlášky najdeme odpověď na otázku taktického řízení složek IZS. „V případě, kdy jsou na místě zásahu dvě nebo více jednotek, může být řízení převzato na základě práva přednostního velení. Právem přednostního velení se rozumí, že velitel jednotky hasičského záchranného sboru kraje má přednost před všemi veliteli jednotek s výjimkou velitele hasičského záchranného sboru podniku uvedeném v písmenu b“ (vyhláška č. 247/2001 Sb.)

Zákon č. 320/2015 Sb. je **zákon o Hasičském záchranném sboru ČR**. „Hasičský záchranný sbor České republiky je jednotný bezpečnostní sbor, jehož základním úkolem je chránit životy a zdraví obyvatel, životní prostředí, zvířata a majetek před požáry a jinými mimořádnými událostmi a situacemi“ (zákon č. 320/2015 Sb., hlava I., §. 1, odst. 1). Hasičský záchranný sbor tvoří „generální ředitelství, hasičské záchranné sbory krajů, záchranný útvar a škola“ (zákon č. 320/2015 Sb., hlava II., §. 5). Generální ředitelství je součástí ministerstva, v čele stojí generální ředitel, ředitelství řídí záchranné sbory krajů. Autor Vilášek (2014) uvádí, že v průběhu reorganizace

HZS došlo k mnoha změnám. Jednou z nich bylo v roce 2009 převedení 157. záchranného sboru Armády ČR z Ministerstva obrany do podřízenosti MV ČR HZS. Dvě záchranné rotý jsou dislokovány v Hlučíně, 3. záchranná rota v městě Zbiroh.

Podle Statistické ročenky ČR (2019) byly nejčastějšími zásahy hasičů technické havárie celkem – 55,5 %, z toho technická pomoc 49 %, výjezd k dopravním nehodám tvoří 16,9 % z celkového počtu zásahů a požáry jen 14,1 %. (např. vyprošťování osob při dopravních nehodách, odstraňování zábran na silnicích po silném větru apod., práce ve výškách, aj.). HZS hraje v současnosti důležitou roli v přípravách státu na mimořádné události. V roce 2001 došlo ke sloučení HZS ČR s Hlavním úřadem civilní obrany a HZS má tak na starosti i ochranu obyvatelstva. V současné době nouzového stavu a celkové situace vyvolané výskytem COVID 19 je na centrálních stanicích jednotlivých územních odborů soustředěn materiál, který je vydáván v nepřetržitém provozu pro regionální zdravotnická zařízení.

Zdravotnická záchranná služba (dále ZZS) vychází ze zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Podle tohoto zákona je službou, *„v jejímž rámci na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života“*. V případě řešení mimořádných událostí a krizových situací jsou stanoveny rovněž činnosti, mezi něž zákon řadí přípravu na řešení takových situací pro oblast poskytování zdravotnické záchranné služby, přípravu na společné zásahy složek IZS. Pro zajištění připravenosti na mimořádné události je v činnosti pracoviště krizové připravenosti (zákon č. 374/2011 Sb., hlava I., §. 20, odst. 1–3).

Autor Vilášek (2014) k tomuto posláním ZZS dále uvádí: „Posláním ZZS je poskytování odborné neodkladné přednemocniční péče od okamžiku vyrozumění až po předání postiženého do nemocniční péče“ (Vilášek 2014, s. 75). Výjezdové skupiny (dále jen VS) se obecně dělí na rychlou lékařskou pomoc (dále jen RLP), rychlou zdravotnickou pomoc (dále jen RZP), systém Rendez-Vous (dále jen RV) s nejméně dvoučlennou posádkou a leteckou záchrannou službu (dále jen LZS) (Vilášek 2014).

Policie České republiky (zákon č. 273/2008 Sb.) je jednotný ozbrojený bezpečnostní sbor. „Policie slouží veřejnosti. Jejím úkolem je chránit bezpečnost osob a majetku a veřejný pořádek, předcházet trestné činnosti, plnit úkoly podle trestního řádu.“ Nadřízeným orgánem je Ministerstvo vnitra ČR, při plnění svých povinností spolupracuje s ozbrojenými silami, bezpečnostními sbory a dalšími orgány veřejné správy. Působí v rámci IZS při řešení krizových situací a mimořádných událostí a při přípravě na ně.

3.2 Mimořádná událost a krizová situace

„Mimořádnou událostí se rozumí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací“ (Zákon o IZS č. 239/2000 Sb., hlava I., § 2, bod b).

Zákon č. 239/2000 Sb. definuje záchranné práce jako „činnost k odvrácení nebo omezení bezprostředních působení rizik vzniklých mimořádnou událostí, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, a vedoucí k přerušení jejich příčin“ (zákon č. 239/2000 Sb., hlava I., § 2, bod c). Likvidační práce jsou definovány jako „činnosti k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí“ (zákon č. 239/2000 Sb., hlava I., § 2, bod d). V případě vyhlášení nouzového stavu,

stavu ohrožení státu nebo válečného stavu se složky IZS řídí pokyny Ministerstva vnitra (zákon č. 239/2000 Sb., hlava II, § 4, odst. 8).

Při mimořádné události nejsou však členové IZS jenom ti, kteří provádějí záchranné a likvidační práce. Autorka Baštecká (2005) poukazuje na hasiče, záchranáře a policisty jako na skryté oběti mimořádných událostí a krizových situací. Rozeznává několik skupin lidí zasažených mimořádnou událostí a vedle obětí přímých (účastníci neštěstí, kteří byli v nejvyšší míře ohroženi), příbuzných a přátel obětí přímých, případně pozůstalých, uvádí také záchranáře a pomáhající pracovníky, podle autorky vyprošťující, resuscitační a terapeutický personál prvního a druhého sledu.

Podle zákona č. 240/2000 Sb. (Zákon o krizovém řízení, Krizový zákon) se **krizovou situací** rozumí „*mimořádná událost podle zákona o IZS, narušení kritické infrastruktury nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu*“. Krizové situace se dělí na **přírodní** a **antropogenní**. Kategorie přírodní zahrnuje živelní pohromy a hromadné nákazy (např. epidemie – hromadné nákazy osob). Do druhé kategorie antropogenní řadíme provozní havárie a havárie spojené s infrastrukturou a vnitrostátní, společenské, sociální a ekonomické krize. Zákony a vyhlášky podávají dále přesný výčet opatření, která jsou nutná k ochraně životů a zdraví těch, kteří zasahují a pomáhají. Úkolem při mimořádné události je zachránit co nejvíce životů a předejít dalším závažným postižením zdraví (Štětina 2014).

3.3 Agrese a související pojmy

Velmi často se v odborné literatuře pojmy agrese a agresivita překrývají, hranice mezi nimi je velice tenká. Setkáváme se s velkým množstvím studií, ve kterých se některé teorie liší a je obtížné vymezit jednotnou klasifikaci. Pro účely naší práce se přesto pokusíme vyjádřit obě kategorie co nejsrozumitelněji.

Nakonečný (2009) uvádí, že „*agrese jako vrozená reakce na frustraci byla příčinou sociální revoluce. Adaptivní chování má sice selekční výhodu, ale může být také zavádějící a agrese může selhání adaptace kompenzovat*“ (Nakonečný 2009, s. 97). Uvádí, že agrese zahrnuje mnoho různých aktivit, které vyjadřují tendenci útočit, napadat, poškozovat, ničit. Zaútočit lze na někoho fyzicky (zranit, zabít), ale i slovy. Druhého lze zničit sociálně, např. jeho pověst pomluvami, intrikami apod. Útočit lze na někoho s úmyslem poškodit ho či zničit, agrese nemusí být vždy provázena pocitem nepřátelství (Nakonečný 2009).

(2018) uvádí, že neexistuje žádná obecně přijatá definice agrese, ale vychází ze známé Moyerovy definice. Zmiňuje dále agresi jako „*slovní či fyzické jednání s cílem ublížit*“ (Šeblová 2018, s. 16). Z obou definic vyplývají pro autorku dvě vlastnosti: **agrese je zjevná a chování je záměrné.**

Autorka Látalová (2013) vychází rovněž z Moyerovy definice: „*Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu*“ (Látalová 2013, s. 16). Později byla definice rozšířena také o agresi proti předmětům. Příbuzným pojmem je i **hostilita**, nepřátelský postoj k lidem. Nemusí se projevit fyzickou agresí, ale i verbálně. „*Hostilita je vymezena méně přesně, jako pojem odkazující na agresivitu, sklon k podrážděnosti, podezřívavost, nespolupráci či žárlivost*“ (Látalová 2013, s. 11).

Dalším podstatným pojmem je **agresivita**. Jde již o vyjadřování, projevení agrese, tendenci chovat se agresivně. Podle Burdy (2014) je agresivita útočné jednání a z hlediska osobnosti jedince je důležité pro agresivní projevy, zda převládá introverze nebo extroverze. Podle toho se povaha útočného jednání určuje jako vnitřní agrese – např. sebepoškozování, nebo vnější agrese vůči druhým. O agresivitě bude pojednávat samostatná kapitola.

3.3.1 Typy agrese

Agrese se může rozmanitě členit. První typ se často pojí s pudovým jednáním. Z hlediska příčin je nazývána jako **zlostná, vzteklá, hostilní, impulzivní, emocionální či expresivní**. Tím jsou vyjádřeny i její rysy. Obvykle není plánována, jedinec reaguje na podnět. Nakonečný (2009) nazývá takovou formu agrese jako zlobnou, neboli vzteklou. Tento první typ rovněž najdeme u dalších autorů, kteří popisují afektivní reakci.

Druhý typ agrese se nazývá **instrumentální**. Tato je spíše naučenou sociální technikou, agresor směřuje k vyvinutí tlaku na oběť. Tím se liší od zlobné agrese, která vede k záměrnému ničení a poškozování (Nakonečný 2009). V souladu s výše uvedeným je patrné, že instrumentální agrese je mezikrokem k dosažení cíle. Výstižně označují autoři Výrost a Slaměník (2008) agresi **instrumentální jako chladnou, zatímco agresivní jako horkou**.

Třetím typem agrese, který doplňuje dva standardní typy, je **delší dobu trvající, opakované ubližování**, kam patří tyranizování, obtěžování a šikanování (Andršová 2012).

Agrese je nejčastější reakce na zátěžovou situaci. Andršová (2012) uvádí u agrese následující formy – **přímá či přenesená, verbální či fyzická** – jedinec se nějakým způsobem mstí za porážku. Může se také jednat o manipulaci, pomluvy, poškozování majetku, násilí. Někteří psychologové rozlišují ještě **aktivní a pasivní fyzickou agresi**. Příkladem aktivní přímé agrese je přepadení, vražda, výhrušné pohledy, pasivní např. záměrné zpomalení práce, znemožnění styku – odmítání, zatajování se.

Na problematiku agrese je možno ještě nahlédnout z toho pohledu, vůči komu je zaměřená. Rozlišujeme **heteroagresi a autoagresi**. První zmiňovaná je

zaměřena proti druhým, má mnoho podob, uvedených již výše, autoagrese naopak proti vlastní osobě (Nakonečný 2009). Vrcholem autoagrese je suicidium (sebevražda). Jedná se o extrémní řešení, kdy jedinec nevidí východisko z krize a jedná ze zoufalství. Andršová (2012) uvádí, že pro některé jedince, i z řad záchranářů, představuje tento čin naprosto něco nepochopitelného. Vedle sebevražednosti rozlišujeme ještě sebezabití, u kterého chybí touha zemřít a je následkem halucinací nebo chováním v afektu.

3.3.2 Teoretické přístupy k agresi

Některé teorie vysvětlují původ agrese jako pudový, vrozený, podle jiných agrese podléhá sociálnímu okolí a návykům. Zlobná agrese má zřejmě **pudový původ**. S agresí jako pudem přichází již S. Freud v hlubinné psychologii. *„Jako u každého vrozeného pudu i u agrese najdeme typický průběh. Fyziologický stav napětí (připravenosti) vede organismus k cíli („vybití“), s jehož dosažením je spojeno získání slasti“* (Kern 2012, s. 70). Důkazem napětí mohou být některé tělesné projevy, jako zatínání pěstí, nahrbení trupu a výraz napětí v obličeji.

Vrozenost agrese je podle etologa K. Lorenze typická ve světě zvířat. Hovoří o intraspecifické agresi – útočném chování zvířat navzájem, tato forma se projevuje i u lidí. *„Agrese se uvnitř stáda projevuje jako boj o pozice a tím zajišťuje jasné uspořádání pozic“* (Kern 2012, s. 71). U člověka se agrese kultivovala a je usměrňována, např. ve sportu. Odkazuje ale zde na významný faktor ovlivňující i lidskou agresi – **biologický základ, instinkt**. Agrese je podle této teorie závislá na instinktu.

Agrese má své pozadí rovněž ve vlivu prostředí. *„Vlivy prostředí, především jeho sociální složka, mohou posilovat sklon k agresivnímu reagování na základě specifické zkušenosti, event. mohou působit jako vyvolávající podnět“* (Vágnerová 2004, s. 760). Záleží podle ní na společnosti, rodině, vlivu sociální skupiny. Tento model agrese

je založený na poznatcích o psychologii učení, podle které se agresí člověk učí ve svém sociálním okolí. Modelem může být **učení nápodobou** (Nakonečný 2009). Kern (2012) uvádí jako příklad „školu Yaleskou“, která využila behavioristické teorie k vysvětlení agrese ve velkých městech. Tvrdí, že projevy násilí ve velkých městech existují jako naučené formy. *„Ty nemohou být vrozené a autonomní, ale jen naučené a reaktivní, jsou následkem defektů v prostředí“* (Kern 2012, s. 73). Zatímco tedy S. Freud zvažuje interní faktory vzniku agrese, tento model se opírá o teorii učení, spíše externí faktory.

Třetí model je **frustrační teorie agrese**. Věnuje se vysvětlením příčin agrese celou řadou podmínek v každodenním životě, např. citovými deprivacemi v raném dětství, krizovými situacemi, vznikem konfliktních zón. Jedinec má v těchto případech větší pohotovost k agresí. Pojem frustrace je centrálním pojmem v celé teorii, neboť analogicky bude jednat člověk agresivně v mnoha frustračních situacích. *„Frustrace jako psychický stav nastává, když je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby či dosažení určitého cíle. Dá se říci, že míra frustrace se zvyšuje se subjektivní důležitostí a naléhavostí potřeby“* (Paulík 2017, s. 242). Autor Harwood (2017) uvádí okolnosti provázející agresí, které zahrnují delirium, demenci, psychózu, sociální učení, zdravotní postižení, poruchu osobnosti, smutek, úzkost a frustraci. Případy agrese jsou nejčastější v akutním lékařství, na geriatrických a psychiatrických klinikách.

Integrativní pohled na agresí se snaží o kompatibilitu prezentovaných teorií než o rivalitu. Tento model je prezentován R. G. Geenem a C. Andersonem. *„Integrativní pohledy vycházejí z předpokladu, že k agresí dochází především tehdy, když je určitým podnětům vystavená osoba, která je určitým způsobem naladěná, resp. má určité predispozice konat agresivně“* (Výrost, Slaměník 2008, s. 273). Z uvedené definice vyplývá, že musí existovat podnět, jako první předpoklad, a predispozice, jako druhý předpoklad.

3.4 Agresivita

Pod pojmem agresivita určuje autor Burda (2014) útočné jednání. Autoři Výrost a Slaměník (2008) popisují agresivitu jako určitou charakteristiku, která je poměrně trvalá. Agrese vyjadřuje celou škálu případů záměrného poškozování a ubližování, odpověď organismu na nějaké nebezpečí. V přírodě směřuje k přežití organismu. Agresivitu považujeme **za sklon k agresi, vyjadřování, projevení určité tendence chovat se agresivně**. Tím se vyhneme pro účely této práce záměně pojmů. Další autor Vymětal (2003) uvádí: *„Agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Slouží k formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci“* (Vymětal 2003, s. 260).

3.4.1 Faktory ovlivňující agresivitu

Abychom pochopili důvody vzniku agresivity na místě mimořádné události, uvádíme faktory, které agresi vyvolávají nebo ji mohou podporovat.

- **Situační faktor** – tento faktor je uváděn jako nejčastější, je vyvolaný změnami prostředí. Autoři Anderson a Huesmann člení tento faktor do tří kategorií – averzivní podmínky (útok nebo jiná provokace, frustrace, bolest), druhou kategorií je agresivní ladění (k podmínkám patří nepohoda, špatná nálada, stres) a třetí kategorií jsou afekty a podněty, které aktivizují. Podle studií ze všech uvedených případů tohoto faktoru nejčastěji vyvolá agresi přímý fyzický nebo verbální útok, mimo jiné je ale zařazena do averzivních podmínek i bolest, se kterou se při zásahu zejména poskytovatelé ZZS setkávají. U druhé kategorie je uváděna souvislost mezi agresivním chováním a nepohodou, kterou může vyvolat např. i teplota prostředí. Experimenty ukázaly vliv vysoké teploty na hostilitu a fyziologickou aktivaci (Výrost, Slaměník 2008). Vágnerová (2004)

v souvislosti se situačním faktorem uvádí: „Agresivita může být součástí určité sociální role, která toto chování přímo vyžaduje a v závislosti na tom pravděpodobně i posiluje“ (Vágnerová 2004, s. 761). Jako příklad uvádí agresivní chování lidí ve vězení.

- **Biologický faktor** – do tohoto kontextu spadá i dědičnost. Význam má ale biochemické prostředí, chemické složení krve, které může vyvolat citlivost vůči agresivnímu podnětu. Autorka Šeblová (2018) v této souvislosti uvádí, že nejvyšší riziko agrese je právě v případech zneužívání návykových látek, které změní biochemické prostředí.
- **Osobní faktor** – známý termín arousal (zvýšená aktivační úroveň) a zlost (v pozadí je afektivní agrese). Mezi aktivační činitele patří v současné době rychlé životní tempo, celkově vysoká míra hluku a shlukování lidí (Výrost, Slaměník 2008). Do aktivačních činitelů lze opět zařadit i mimořádnou událost.

3.4.2 Tolerance současné společnosti vůči agresivitě

Poměrně velká pozornost je v současné době věnována toleranci vůči agresivitě. Projevy agresivního chování se v historii proměňují. S tím se také mění postoje společnosti vůči agresivitě. Roli hraje sociokulturní vzorec, společenské klima a jiné aktuální vlivy. Je-li však nějaká forma agrese majoritní společností bagatelizována, může se postupně přijmout jako norma. Etika varuje před posouváním norem, před změnou způsobů chování mezi sebou, relativizací pravdy a změnou zvyků při řešení běžných situací. V této souvislosti připomeneme autorku Vágnerovou (2004): „Aktuální situace, resp. určité prostředí, může působit jako spouštěč agresivního jednání. Za jiných okolností by tyto reakce nebyly tak četné nebo nepřiměřeně závažné“ (Vágnerová 2004, s. 762).

Příkladem změny tolerance společnosti po roce 1989 je postoj k držení střelných zbraní. Období komunismu u nás je provázeno zákazem držení

střelných zbraní pro soukromé osoby. Po revoluci se situace změnila. Pod titulkem „*Nezabíjejí zbraně, zabíjejí lidé*“ analyzuje tuto otázku také Lachman (2012). V Česku stoupl v roce 2012 podle jeho zpráv počet majitelů legálně držných zbraní. Lachman (2012) se také zabývá otázkou držení zbraní jako sociálního fenoménu a souvislostmi mezi držením zbraní a použitím násilí. Většina držitelů zbraní nejsou potenciálními vrahy, nepoužívají zbraně jako nástroj agrese, přesto se přiklání k názoru, že by mělo být držení zbraní regulováno a majitelé prověřováni přísnějšími psychologickými posudky. Sama existence střelných zbraní ve veřejném prostoru je variantou při řešení mimořádných událostí.

3.5 Příčiny agrese na místě zásahu jednotek IZS

Lze předpokládat riziko agrese u výjezdu k „rizikovým skupinám“, mezi něž se budou řadit alkoholici, psychotici, psychicky alterovaní a drogově závislí. Podle Szkanderové a Jarošové (2008) se za riziková pracoviště považují všechny typy pohotovostních služeb, čekárny všech zdravotnických pracovišť, geriatrické kliniky. Jak uvádí Andršová (2012), situace na místě zásahu je mnohdy napjatá, zvláště pak, jde-li o ohrožení života. To může být příčinou agresivity pacienta. Z výčtu výše uvedené autorky dále uvádíme:

- *„frustrace (pozor například na „kurtování“ pacienta – automaticky vyvolává agresivitu);*
- *bolest (nejen jako dopad následků zranění či nemoci, ale také bolest při zdravotnických výkonech – příprava!);*
- *strach, nejistota, bezmocnost;*
- *pocit ohrožení;*
- *zklamaná očekávání;*
- *veliká zátěž (opakování otázek, mnoho procedur);*
- *osobnost pacienta – psychopatologie;*

- *psychiatrická anamnéza;*
- *vliv alkoholu a drog, intoxikace“ (Andršová 2012, s. 78).*

Agresivnímu chování předchází téměř vždy určité signály (97 % případů), které je nutné rozpoznat a umět snížit (Šeblová 2018).

3.5.1 Zátěžové situace

Příčinou agrese může být pro některé typy osobností samotná zátěžová situace, kterou nezvládají. Zátěžovými situacemi rozumíme zpravidla frustrace, stres, deprivace a konflikty. Psychosociální zátěž je podle Psychologického slovníku: *„Zátěž, která plyne ze svízelných sociálních vztahů či situací; jejími ukazateli mohou být: ztráta pocitu dobrého zdraví, zesilující pocity nejistoty, rostoucí pocity vnitřního nebo vnějšího ohrožení, prohlubující se pocity nedostačivosti v sociálních rolích a úkolech, neschopnost přizpůsobit se novým situacím, pocit ohrožení života, který vede k životnímu bilancování“ (Hartl, Hartlová 2009, s. 699).*

Stres je jednou ze zátěžových situací. Slovo stres pochází z anglického „stress“ a znamená tlak, tíhu, napětí. Křivohlavý (2010) uvádí některé znaky stresového stavu: nerozhodnost a nejistota v situacích, změněný denní rytmus, např. problémy s usínáním a se spaním, neustálé nářky a bědování a také změny ve stravovacích návycích. K fyziologickým příznakům stresu patří bušení srdce, úporné bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí a bolesti a svírání za hrudní kostí (Křivohlavý 2010).

Stres má charakteristické znaky. První je neovlivnitelnost situace. Příkladem je nevléčitelná nemoc. Nepředvídatelnost vzniku situace je uváděna jako druhý znak. Jedinec se nemůže na situaci připravit, nemůže ji předvídat, proto se zvyšuje stupeň stresu. Ke znakům stresových situací se dále váže pocit nezvládnutelnosti situace a poslední znak citujeme: *„Nepříjemný tlak okolností, vyžadujících příliš mnoho změn. Vyvolává pocit dezorientace, zásadní změna životních*

zvyklostí klade velké nároky na adaptaci a znehodnocuje význam dosud fungujících strategií chování“ (Vágnerová 2004, s. 50).

Biomedicínské hledisko stresu poprvé popsal americký fyziolog W. Cannon (tělesné reakce člověka na stres). Známy je model reakce na zátěž „fight or flight response“ – tělo se připravuje ve chvíli konfrontace s hrozbou na boj nebo útěk. Psychologie se snažila pochopit toto jednání a dnes pod vlivem výzkumů H. Selyeho (1966) se opíráme o koncepci třífázového procesu Obecného adaptačního syndrom – General Adaptation Syndrome – GAS. *„H. Selye zpočátku důsledně nerozlišovat, zda stres představuje zátěžový podnět, nebo reakci organismu“* (Paulík 2017, s. 221). Na teoretické rovině se jedná o jednotlivé fáze od doby, kdy si člověk stres uvědomuje, reaguje na něj a aktivuje svoje síly. Autor Paulík (2017) uvádí následující fáze:

- Při **poplachové fázi** jedinec mobilizuje svoje síly, připravuje se na stav nebezpečí. Objevují se vnější projevy, zvyšuje se tep, pocení a napětí ve svalech, zrychluje se dýchání. Při silné zátěži reaguje organismus šokem.
- Druhá fáze je nazvána **adaptační** (rezistence). Jedinec se adaptuje na zátěž, tělesné projevy provázející první fázi takřka zmizí. Tělo se při tomto procesu vyrovnává (homeostáze organismu) se stresorem, pokud ovšem boj je dlouhodobý, mohou se objevit symptomy, kardiovaskulární choroby aj. Pokud však adaptace není účinná, tělo zůstává v napětí.
- Při třetí fázi **se adaptační schopnosti jedince vyčerpají a dojde k selhání organismu**. Objeví se znovu příznaky sympatiku, člověk již nemá prostředky potřebné k adaptaci a zvládnutí stresu. Naše tělo je velmi „chytré“ a chápe nebezpečí, které stresor představuje, zahajuje činnost GAS, a jedinec by měl tyto tělesné signály pochopit a naslouchat jim. Přitom se vyhne nebezpečí vyčerpání, zhroucení obranných mechanismů (Paulík 2017).

Stresory jsou činitele stresu a můžeme mezi ně zařadit veškeré situace či události, které narušují tělesné a duševní zdraví. Někdy se jedná o situace každodenního života, jindy o nepředvídatelné události, jako např. dopravní nehody, živelné pohromy. *„Ke stresorům záchranářů lze obecně řadit všechny události, které přesahují běžnou zkušenost – nadlimitní prožitky; stavy ohrožující pacienta na životě, vlastní pocity ohrožení, smrt kolegy na pracovišti, nehoda sanitního vozu, hromadná neštěstí, výrazná deformace těl, popálená těla, neúspěšná resuscitace, ale také strach, jak záchranář zvládne celou situaci“* (Andršová 2012, s. 64).

3.5.2 Bolest

Podle definice WHO je bolest *„komplexní, nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní, je prožívaná jako tělesný fenomén a není tedy pouhým procesem sensorického vnímání“* (Raudenská 2011, s. 163).

„Podobně jako úzkost a strach má tedy bolest obrannou a signální funkci. Bolest je mnohostranně podmíněna a má mnoho podob. Je jedním z projevů psychofyziologické jednoty, spojují se v ní tělesné pocity i emoční prožitky“ (Paulík 2017, s. 301). Pokud se tělo „bojí“, objeví se některé známky této obavy na těle – dilatace zornic, pocení, změny na kůži, zastavení produkce slin a sucho v ústech, přidá se někdy svalový třes. Ke složce psychologické patří např. zastřený hlas, pocit sklíčenosti, bezmocnosti, někdy křik, volání o pomoc. Je důležité zmínit práh bolesti, úroveň intenzity vnímání podnětu. Jeho hodnota je velmi individuální (Paulík 2017). V některých případech při bolesti dojde i k uplatnění síly a moci, určitý druh agrese, v člověku se hromadí energie, obavy i bezmocnost. Ze složek IZS musí počítat s řešením bolesti na místě mimořádné události zejména zdravotničtí záchranáři.

3.5.3 Strach a úzkost

Příjezd členů IZS, zejména pak posádky ZZS, představuje pro nemocného a zraněného klienta určitou míru obav a nejistoty z něčeho neznámého. Úzkost pacientů jako jedna z obranných reakcí a adaptačních mechanismů je velmi častá. Pokud se vyskytuje v přijatelné mezi, pomáhá organismu vyrovnat se s náročnou situací (Croos-Müller, 2012). Při zásahu se objevuje jak úzkost (pacient či klient neví, co ho čeká), tak i strach (konkrétní obava, např. z bolesti, lékařských zákroků a jejich rozsahu, ztráty rodinného příslušníka, odloučení od blízkých, hospitalizace v neznámém místě po autonehodě aj.)

Z mnoha důvodů úzkost a strach provází ještě bezmocnost, bezvýhradní spoléhání se na pomoc druhých a nejistota z následků zranění. Oslabují se dále kognitivní funkce jako myšlení, řeč, ve fyziologické oblasti se projeví třes rukou, pocení, kožní projevy, bušení srdce, ztížené dýchání, někdy nehybnost, ale přirozeně nastupují emoce a někdy agrese jako vyústění pocitů bezmocnosti a zoufalství. Podle kognitivní neoasociační teorie jsou agresivní myšlenky, emoce a tendence chovat se nějakým způsobem uchovávané v paměti. Později vyvolaný podnět aktivuje toto uchované. Výzkumy dospěly k závěrům, podle kterých tendence k agresi se spojuje se zlostí a tendence k úniku se strachem (Výrost, Slaměník 2008).

3.6 Profil agresora

Již při rychlé přípravě na výjezdovou situaci by měly zasahující posádky (zejména Policie ČR a zdravotnická záchranná služba) zvažovat řešení případné agrese na místě mimořádné události. Jedou-li k nahlášenému zásahu k jedinci pod vlivem návykové látky či alkoholu, nebo k osobě vykazující dle popisu známky psychiatrické diagnózy, je předpoklad, že k agresi dojde. Jejich vhléd do situací vychází z opakujících se případových studií i popsaných charakteristik

profilu klienta z místa hlášení. Signálů může být více. Zelman (2006) detailně uvádí následující varovné signály:

- **signály fyzické** – zvýšená motorická aktivita, svalové napětí, výhrůžná gesta, agrese vůči předmětům;
- **signály z nálady** – slovní výhrůžky, odmítání komunikovat, stěžování;
- **signály z myšlení a vnímání** – neschopnost koncentrace a vnímání informací, zmatený myšlenkový projev, akutní halucinace, atd.;
- **signály z vnímání hranic** – pocit narušení svého či cizího osobního prostoru;
- **signály z kontextu a minulosti pacienta** – dříve známá agrese, užívání psychoaktivních látek, atd.;
- **signály z terapeutického procesu** – narušení terapeutického vztahu, zhoršující se psychický stav, odmítání spolupráce, atd.



Obrázek 1: Fáze cyklu napadení (modifikace dle Honzáka, 2005)

V intencích těchto signálů se po vyhodnocení na místě jedná. Je zřejmé, že bude hodně záležet na kontextu situace. Autorka Šeblová (2018) uvádí, že riziko agrese je nejvyšší u zneužívání návykových látek, u pacientů, kteří již v minulosti agresivní byli, kteří jsou asociální, explozivní, impulzivní. Jejich neklid zahrnuje výhrůžky, násilí vůči věcem i druhým osobám. Autor Burda (2014) uvádí, že zdravotník může u pacienta identifikovat neverbální projevy, jako např.

psychomotorický neklid (přecházení z místa na místo, rychlé pohyby, bouchání dveřmi), dále podrážděnost, projevy zlosti v obličeji, projevy v oblasti gestiky – napřímená postava, lehce zakloněná, hlava vzpřímená a tělo v tenzi.

3.7 Postup zvládnání agrese při zásahu složek IZS

Na základě analýzy výjezdů zasahujících posádek lze vymezit základní pravidla prevence vzniku agrese na místě mimořádné události. Východiskem je tzv. deeskalace napětí. *„Deeskalace je takový způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí pacienta a také ošetřujícího personálu. Skládá se ze tří složek – vyhodnocení situace, komunikace (verbální a neverbální) a taktiky vyjednávání“* (Vevera a kol. 2018, s. 213).

Za prvé, **vyhodnocením situace** se rozumí základní sběr informací o místě, kde se pacient nachází (eventuální cesty úniku aj.) a o klientovi samotném (známky poukazující na užívání omamných či psychotropních látek, a další). Vevera (2018) vysvětluje, že se jedná o schopnost posoudit, co se děje, proč se to děje a co se bude dít dál. Pokud je podle Burdy (2014) jedinec agresivní, musí členové zasahující posádky IZS zachovat klid a nesmějí jednat intuitivně (vrátit úder, zapojit se do hádky aj.). Naopak musí zjistit důvody eskalace napětí a spuštění agresivního chování (např. silná bolest, dyskomfort, šok aj.), přerušit eskalaci napětí v neverbální oblasti (psychomotorický neklid, gestika, mimika). Pokud nedojde k deeskalaci napětí, pacient přechází do fáze poškozování věcí (házení předmětů, ničení dokumentů, trhání lékařských zpráv, bouchání a kopání do dveří, aj.). Stupňováním agrese může dojít až k fyzickému napadení. To se může projevit bez varovných signálů, typičtější je, že se agresivní projevy stupňují a eskalují. První fáze je **spouštěč**, chování se náhle odklání od společenského normálu a tento signál by měli záchranáři vnímat. Druhá fáze je eskalace, kdy pacient nereaguje racionálně, je impulzivní. Třetí fáze zklidnění, lze pozorovat racionální projevy.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat stavům klientům s rozpoznatelnou duševní poruchou, kteří nedokážou ovládat své chování. Mezinárodní klasifikace nemocí charakterizuje duševní poruchu jako „*klinicky rozpoznatelný soubor příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce*“ (Pavlovský 2012, s. 18).

Za druhé, k získání času jim pomůže **správná komunikace**. Zelman (2006) **hovoří o deeskalaci násilí – verbální intervenci**. Oproti běžným zásadám komunikace ve zdravotnictví má toto sdělování svoje specifika. Doporučuje se ve všech případech partnerský přístup, kdy je pacient či klient respektován, je aktivním účastníkem. Pokud to není možno uplatnit, zvolí se způsob paternalistický (kompetence do rukou záchranáře, i přes vůli pacienta). Výše uvedený autor doporučuje použít klidný a jasný tón řeči. „*V počátečních fázích uklidnění vydáváme jednoduché příkazy v jasně formulovaných vyjádřeních, např. Pojd'me se posadit, promluvíme si o tom, co potřebujete. Osobní konfrontaci se vyhýbáme přehlížením slovních útoků a urážek naší osoby, věnujeme se věcným tématům*“ (Zelman 2006, s. 186).

Autorky Knezović a Ralbovská (2010) doporučují při deeskalaci násilí využít nejnámější taktiku vyjednávání tzv. „*techniku pokažené gramofonové desky*“. Jedná se o využití nenásilného způsobu k dosažení oprávněných požadavků, tím, že přichází k trvalému opakování toho, čeho chci v přístupu dosáhnout.

Ke správné komunikaci je třeba přidat druhou složku, a tou je **komunikace neverbální**. Podle Zelmana (2006) je nutné kontrolovat svoje gesta, např. provokují ruce v bok nebo zkřížené na prsou a komunikovat s pacientem ve stejné výšce. Podle Vevery (2018) je nutná správná proxemika (doporučuje vzdálenost 1,2 m – dvou paží, to je důležité pro bezpečnost zasahujících). Autorka Šeblová (2018) navrhuje klidné chování, nekonfrontační postoj a tón hlasu.

Obecně doporučuje konkrétní vyhodnocení situace, při verbální agresi již doporučuje odstup 3 metrů a mít v dosahu únikové dveře. Autorka Zacharová (2016) ke komunikaci dodává: *„Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je zapotřebí navodit ovzduší důvěry, které by nemocného uspokojovalo a zbavovalo ho obav a strachu“* (Zacharová 2016, s. 103).

Andršová (2012) shrnuje tato pravidla a v mnohém dochází ke shodě s jinými autory, když uvádí:

- *„Zhodnoťte možnou míru ohrožení – pokud vydedukujete, že míra je příliš velká, nikdy neohrozte své zdraví.*
- *Sledujte a vyhodnocujte signály celého těla, verbální i neverbální projevy – rychlé pohyby, kopání, zaťaté pěsti, mimika, svalstvo obličeje, zrychlující se psychomotorické tempo pacienta“* (Andršová 2012, s. 52)

Třetí část deeskalace se nazývá **taktika vyjednávání**. *„Naším cílem je dosáhnout rovnováhu výhra – výhra. Nejběžnější situací, kdy nastane pravděpodobný výsledek výhra – prohra, je vyjednávání s pacientem o nechtěné medikaci. Pokud se podá medikace proti vůli pacienta, pacient prohrál a personál vyhrál. To může vést k agresi“* (Zelman 2006, s. 186). Tento autor navrhuje vyjednávat, dát pacientovi vybrat z více možností (tableta, injekce). Je třeba dát pacientovi i čas na rozmyšlenou. Stejný postup najdeme i u Vevery (2018). Podle něho je potřeba shodnout se na pravdivých údajích, na základních principech (respektování lidské důstojnosti klienta) a souhlasit s tím, že to, co říká, je pravděpodobné či možné.

Rovněž je vhodné využít krizovou intervenci, kterou u Andršové (2012) najdeme definovanu následovně: *„Metoda, způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit zvládnutí situace a úlevy. Jedná se o uspořádání a návaznost postupů, které klienta vedou k vyřešení současné situace a k obnově sil.*

Zaměřuje se na podnět, který krizovou situaci vyvolal, na pocity s ním spojené, na možné zdroje pomoci v klientově okolí a na jeho vlastní síly“ (Andršová 2012, s. 85).

3.7.1 Využití možnosti sebeobrany

Obecně základem pro zvládání krizové situace je deeskalace napětí a dobře vedená komunikace, o které jsme hovořili v předchozí kapitole. Ne vždy ale stačí intervenovat slovy a neverbálně. Vedle psychologických a taktických metod se někdy uplatňují i technické, mnohdy je to kombinace všech možností – psychologické, taktické i technické. U agresivního klienta pod vlivem drog, alkoholu či psychotického onemocnění se možnost napadení posádky zvyšuje, proto se u těchto a podobných případů neúspěšné předchozí deeskalace přistupuje k dalším krokům – fyzické omezení klienta, někdy nedobrovolná hospitalizace a možnou variantou je tedy využití sebeobrany.

V případě nástupu agrese patří k zásadám profesionálnost, rychlost a přítom je třeba neomezit osobní svobodu agresora (častá stížnost agresivních osob). HZS nemá k dispozici žádné prostředky, aby zamezila v pohybu agresivní osobě, ZZS používá farmakoterapii a Policie ČR se řídí zákonem č. 273/2008 Sb. o možnosti omezit volný pohyb osob, které fyzicky napadnou policistu. *„Policista je oprávněn omezit možnost volného pohybu osoby, která fyzicky napadá policistu nebo jinou osobu, ohrožuje vlastní život, poškozuj je majetek nebo se pokusí o útěk“ (zákon č. 273/2008 Sb., hlava V, § 25).*

Sebeobrana se často ztotožňuje s bojovými sporty, jako judo, karate, aikidó, ale pokud jde o kontext, v jehož rámci se realizuje zvládání agresora na místě mimořádné události, máme na mysli činnost k odvrácení útoku nebo nebezpečí.

„Sebeobrana je definována jako praktická účelová disciplína, která slouží především k ochraně života, zdraví, majetku, cti, osobní a domovní svobody“

(Náchodský 2011, s. 5). Teorie podle Náchodského (2011) uvádí dvě varianty zahájení útoku – jako střetný boj a přeřad. Střetný boj je situace, kdy se fyzickému střetu není možno vyhnout (rozhovorem, domluvou aj.), útok jako přeřad je posuzován jako moment překvapení, něco nečekaného, zákeřného. Rozdíl tkví v tom, že na přeřad se jedinec nemůže připravit, nelze zvolit taktiku zahájení útoku. Aktivní sebeobranu rozděluje autor na **osobní** (civilní) a **profesní** sebeobranu.

Policisté, ale také členové ozbrojených sil procházejí výcvikem sebeobranu, aby si prohloubili dovednosti při používání standardních donucovacích prostředků proti agresorovi. Do okruhu profesní sebeobranu již dnes také spadají hasiči a záchranáři, protože se dostávají do obdobných situací, které ohrožují jejich život. Uplatňuje se znalost sebeobranných technik – obrana proti kopu, úderu, noži, střelné zbraně, škrcení, proti dvěma útočníkům. Do hry vstupuje možnost použít jednoduché doporučené techniky sebeobranu (bezpečná vzdálenost, zastavovací kop, páka na ruku), anebo přivolání další složky IZS na místo – Policie ČR.

Mezi faktory sebeobranu patří vhodný výběr technik, struktura techniky, dynamika, přesnost a plynulost obranné akce, ale také soulad s právními a etickými normami.

3.8 Následky traumatizujících zážitků na psychiku členů IZS

Opakovaná setkání s agresivním klientem, výjezdy, které končí fyzickým napadením či smrtí, psychotraumata mohou být příčinou posttraumatických stresových poruch, i syndromu vyhoření. Žádná jiná profese není vystavena během svého pracovního života takovému množství traumatických událostí, emočních a tělesných zranění, bolestí, nepřiměřeným reakcím lidí, kteří jsou šokováni z toho, co prožívají, jako právě zasahující posádky IZS a všichni

zdravotníci. Do velké skupiny následných psychických obtíží náleží akutní stresová situace a posttraumatická stresová porucha.

Akutní reakci na stres situaci popisuje autorka Vágnerová (2004) takto: *„Akutní reakci na traumatizující zážitek lze chápat jako přechodné narušení psychických i somatických funkcí, jehož závažnost závisí jak na míře ohrožení, tak na odolnosti poškozeného jedince, resp. na poskytnutí sociální podpory (Vágnerová 2004, s. 429).* Dále uvádí, že selhává kognitivní složka a člověk se těžko orientuje v situaci, která nastala.

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD) obsahuje již ve svém názvu onemocnění provázející traumatický zážitek, ale objevující se po delší době, třeba po několika měsících. *„Z medicínského hlediska jde o klinickou jednotku, která se vyznačuje tím, že u člověka dochází k znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách. Dostavují se pocity otupělosti, emoční oploštěnost. Jedinec se straní lidí, je netečný vůči okolí. Dostavují se pocity úzkosti, depresivní stavy, občas dokonce suicidální myšlenky. Tento negativní stav trvá zpravidla několik týdnů až měsíců, mívá kolísavý průběh a většinou se po čase upraví. Někdy však může přejít až v chronický stav s trvalou změnou osobnosti“ (Mareš 2012, s. 19).*

Náhlé zraňující události zasahují i později do života člověka. Mohou se vracet vzpomínky na prožitou událost, a to v představách, myšlení i ve snu. Symptomy jsou různé, přetrvává většinou úzkost a přecitlivělost, dále neschopnost se soustředit, někdy emoční otupělost, kdy člověk nedokáže prožívat radost, uspokojení ve vztahu či jiné emoční situace. V oblasti motivace ztrácí zájem o práci a budoucnost. Bývá s tím spojen i pocit odcizenosti, že druzí lidé mu nerozumějí.

U dané problematiky podává Andršová (2012) dále výčet dalších charakteristických symptomů, některé jsme již uvedli obecně výše:

- „pocity otupělosti, nedostatek zájmu o činnosti, které postižený dříve vykonával, pocit odcizení se lidem, anhedonie – neschopnost prožívat radost;
- Flashback – opakované znovuprožívání traumatu ve snech a vzpomínkách;
- popření a vyhýbání se situacím, lidem, místům nebo činnostem, které události připomínají“ (Andršová 2012, s. 66).

PTSD se netýká jen konkrétních obětí násilí a traumatizujících událostí, ale rovněž i tzv. skrytých obětích – záchranářů, hasičů, policistů. „Jsou vystaveni tíživým situacím pravidelně a dlouhodobě, jejich úloha je profesionálně pomáhat trpícím, rychle reagovat a setřást ze sebe dramatické a bolestné příběhy klientů“ (Izzová, Carpelová, Millerová 2019, s. 41–42).

Autorka Baštecká (2005) nabízí další pohled na PTSD. Poukazuje na význam trénovanosti profesionálních záchranářů, např. hasičů. „Nečelí přitom ohrožení svých blízkých, ale svému vlastnímu ano. Přesto situaci zvládají jinak než ostatní lidé. Svoji roli hraje výcvik a předpoklad, že se situace stane, motivace pro opakované vystavování se jejím důsledkům a skupinová morálka“ (Baštecká 2005, s. 39).

3.9 Psychohygienu členů IZS

Práce v IZS je velmi náročná a dlouhodobé působení pracovního stresu se odráží v nejrůznějších obtížích i psychice zaměstnanců, může přispívat ke zdravotním problémům, mít vliv na pracovní výkonnost, nebo dokonce vést k syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Jsou k dispozici výsledky četných výzkumů poukazující na skutečnost, že nahromaděný stres a nezpracované tragické zážitky vedou k syndromu vyhoření nebo jiným obtížím včetně odchodu na jinou pracovní pozici. Rovněž víme, že členům IZS akutně hrozí stát se „skrytými oběťmi neštěstí“. Je proto třeba pečovat o duševní zdraví. O něm pojednává obor psychohygienu. Autor Míček (in Andršová 2012, s. 98) podává následující definici: „Psychohygienu je systém vědecky propracovaných pravidel a rad

sloužících k udržení, prohloubení anebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ Mezi pravidla patří zdravý životní styl a správná životospráva (zdravá strava, dostatek spánku, fyzická aktivita, vyhýbání se alkoholu, nikotinu, drogám, relaxace, sport, aj.). Přírozenou součástí psychohygieny je dobré rodinné zázemí, partner a přátelé. Pozitivně působí humor a opora kolegů. Nejlépe se sdílí prožité trauma s někým, kdo má obdobné zkušenosti. Možností je hodně, obecně se hovoří o salutorech, jako faktorech, které nám pomáhají zvládat stres (opak stresorů).

3.9.1 Vzdělávání a následná pomoc členům IZS

Existuje řada programů, jejichž cílem je pomoci s následky nahromaděného stresu, podnítit k flexibilitě, k znovuzískání sebejistoty, ale i nabýt potřebných dovedností a zkušeností do dalších výjezdů. Programy jsou podpůrné prostředky pro lepší zvládání profese, ale nejsou zpravidla povinné. Záleží rovněž na osobnosti jedince, u některých odezní symptomy po prožité agresi rychle.

Coping – techniky zvládání stresu, samotný název v angličtině znamená zvládání, vyrovnání se, z řeckého *colaphos*, což je přímý úder protivníka v boxu. Jedná se o proces zvládání situací, omezení, minimalizace a překonávání stresů (Výrost, Slaměník 2001). Je možné se vzdělávat v různých copingových strategiích, uplatnit je a tím účinně předcházet psychickým poruchám. Podle autora Paulíka (2017) je důležité naučit se vyrovnávat se stresem, neboť nároky klade život permanentně. *„Interakce s dynamickým prostředím, v němž žijeme, vyžaduje adekvátní adaptivní odpovědi na kladené nároky, které mohou mít různou kvalitu, trvání i intenzitu. Větší či menší tlak působení vnějších vlivů na adaptaci představuje pro lidskou osobnost vždy určitou zátěž. Ze skutečnosti, že zátěž je permanentním průvodním jevem lidského života, pak vyplývá životní důležitost efektivní adaptace, bez níž by život nebyl vůbec možný“* (Paulík 2017, s. 199).

CISM (Critical incident stress management) je „ucelený postup preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případné obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích. Jde o soubor technik, které jsou určeny profesionálním, zejména tísňovým složkám (ZZS, HZS, Policie ČR, AČR), a jejich cílem je prevence nadměrného působení stresu a následné psychologické morbidity, kam patří syndrom vyhoření, posttraumatická stresová porucha a případně další psychopatologické příznaky“ (Andršová 2012, s. 100).

V tomto případě je soustředěna pozornost na techniky, ne na léčbu a terapii. Zajímavý prvek představuje „**debriefing**“ (z angl. vyslechnout hlášení) je praktická intervence, zaměřená na omezení působení stresu. Jeho cílem je stabilizace situace a hlavně mobilizace vlastních zdrojů tak, aby byl pracovník schopen co nejdříve normálně fungovat. Zaměřuje se na snižování hladiny stresu, posiluje schopnost sdílení těžkých zážitků, podporuje proces zpracování mimořádných událostí, zvyšuje týmovou soudržnost a podporu. Pracuje se vzpomínkami na nepříjemnou událost, s myšlenkami a prožitky, které vzpomínky vyvolávají. Cílem je, aby účastníci mluvili o svých reakcích a aby přijali fakt, že to, co prožívají, je přirozená reakce na situaci, která překračuje běžnou zkušenost. Důležité je, aby se naučili přijímat své vlastní reakce, rozumět sobě i reakcím okolí“ (Ralbovská in Šín 2017, s. 302).

Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) je podpora pro členy ZZS v případě, že si potřebují ulevit od zatěžujících situací a je uveden mottem: „Uši ochotné naslouchat, srdce připravené porozumět“ (Andršová 2012, s. 100). V řešení problémů pomáhá peer pracovník – proškolený profesní kolega, který sdílí stejné zkušenosti. K bodům programu tohoto systému patří např. předkrizová příprava, péče po zásahu, činnost v terénu, individuální podpora – intervence, aj. (Andršová 2012).

Také pro hasiče je zřízena psychologická služba, citujeme: „*Psychologická služba u HZS ČR byla zřízena na základě toho poznatku, že povolání hasiče – záchranáře je z lékařského hlediska jednou z nejohroženějších profesí s extrémní fyzickou a psychickou zátěží. V roce 2002 byla schválena koncepce Psychologické služby HZS ČR, na pokyn generálního ředitele HZS ČR a náměstka ministra vnitra byla krajským ředitelům HZS uložena povinnost zřídit v jednotlivých krajích psychologická pracoviště. K zabezpečení poskytování posttraumatické intervenční péče byl v každém kraji zřízen Tým posttraumatické péče (TPP). Koordinátorem týmu je psycholog HZS daného kraje*“ (Ralbovská in Šín 2017, s. 296).

Pokyn policejního prezidenta 231/2016, o psychologických službách, přijatý v září 2016 – podle tohoto pokynu disponuje Policie ČR činností policejních psychologů, zajišťuje systém kolegiální podpory, krizové intervence a krizového vyjednávání. Podle pokynu se tím rozumí „*krátkodobá specializovaná pomoc poskytovaná za účelem redukce nepříznivých psychických následků způsobených traumatizující události a obnovení psychické rovnováhy; krizová intervence je poskytována například formou první psychické pomoci, krizově intervenčního rozhovoru nebo zprostředkováním kontaktů k získání odborné pomoci*“ (PPP č. 231/2016). Krizovou intervenci charakterizuje autorka Baštecká (2005) jako „zásah v krizi“. Pojem používáme v užším a širším smyslu. V užším znamená techniky a strategie při pomoci někomu, kdo zažívá úzkost a nezvládá situaci krize, v širším smyslu metodu a postupy pracovníka s cílem pomoci klientovi v krizi.

Druhý důležitý pojem je kolegiální podpora, definován výše uvedeným pokynem (PPP č. 231/2016). Jedná se o systém pomoci sobě navzájem, v rámci skupiny pracovníků. Tzv. „*peeři*“ poskytují psychickou, sociální nebo praktickou pomoc v náročných situacích. Peeři se ve speciálně zaměřeném výcviku učí pomáhat vhodným způsobem ostatním, účastník intervence a peer jsou profesně na stejné úrovni, sdílí podobné pracovní zkušenosti. **Systém kolegiální podpory**

Policie ČR, který spočívá ve sdílení policistů, poskytnutí profesní opory a případné psychologické pomoci, má za cíl předcházet rozvoji psychických obtíží po prožitých traumatizujících událostech. Služba byla rovněž zavedena v roce 2016 a nahradila systém tzv. PIP – Posttraumatické intervenční péče.

4 METODIKA

4.1 Postup sběru dat

Pro náš výzkum jsme zvolili nestandardizovaný anonymní dotazník o počtu 17 otázek, který byl elektronicky rozeslán členům a příslušníkům IZS. Dotazník je uveden v příloze. Informace o přehlednosti, srozumitelnosti a jasné orientaci v dotazníku jsme získali z pilotního šetření. Skupinka deseti testovacích respondentů nám poskytla zpětnou vazbu a odpověděla na připravené otázky. Na základě jejich sdělení jsme pouze změnilí dílčí obtížněji srozumitelná slova sdělovaného obsahu a provedli typografickou úpravu. Jejich odpovědi nejsou zahrnuty do vlastního výzkumného vzorku. Důležité bylo zjištění, že téma agrese bylo posouzeno jako aktuální vzhledem k práci respondentů.

Časový rozvrh šetření: samotné výzkumné šetření probíhalo od 8. 1. 2020 do 5. 4. 2020, kdy jsme zaznamenali poslední 3 odpovědi.

Dále jsme využili metodu řízených rozhovorů s 6 členy IZS, průřezem dvou poskytovatelů ZZS, dvou členů HZS ČR a dvou zaměstnanců Policie ČR. Připravené otázky jsme rozeslali e-mailem dopředu, aby se dotazovaní mohli na odpovědi připravit. Šetření proběhlo v dubnu 2020. Svůj souhlas s výzkumem potvrdili na připravený formulář. Otázky jsou součástí přílohy.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

V dotazníku jsou výhradně zpracovávána data členů IZS (členů Hasičského záchranného sboru České republiky, poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a členů Policie ČR). Zpravidla jsme využili kontaktní osoby, které zprostředkovaly distribuci dotazníku svým kolegům. Odkaz dotazníku byl umístěn na internetovém portálu www.docs.google.com. Portál automaticky vyhodnocuje odpovědi, výsledky jsou podrobeny analýze.

Respondenti dotazníku nebyli limitováni délkou praxe, ani složkou IZS, u které pracují. Předpokladem pro vyhodnocení bylo získání minimálně 100 odpovědí. Celkem se do výzkumu zapojilo 102 respondentů, z toho 20 členů HZS ČR, 48 poskytovatelů ZZS a 34 odpovědí jsme získali od členů PČR, a to z Plzeňského, Středočeského a Jihočeského kraje. Co se týče pohlaví, účastnilo se výzkumu 30 žen a 72 mužů.

Dotazovaných v řízených rozhovorech bylo 6 osob, limitované byly délkou praxe – vyšší než 5 let. Rozhovor poskytli členové IZS Plzeňského a Jihočeského kraje.

4.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj je nejprve využit dotazník, ten je rozdělen na několik částí, celkově obsahuje 17 otázek. Na začátek dotazníku byla zařazena anamnestická část, kterou tvoří 3 uzavřené otázky (pohlaví, délka praxe a příslušnost ke sboru).

Mezi faktické zjišťovací otázky patří č. 4, 5 a 6, kde otevíráme téma agrese. Ptáme se na četnost setkání s agresí při zásahu, formu agrese a v otázce 6 přímo zmiňujeme možnou fyzickou agresi a následné možné zranění člena IZS. Otázky 7 a 8 mají zjistit, zda po napadení měl člen IZS obtíže a jakého byly případně rázu. Otázky jsou uzavřené i polootevřené. Ve vlastní části se dále zaměřujeme na následky setkání s agresí pro jednotlivé členy IZS (otázka 9 – zvažovaný odchod ze zaměstnání) a profil agresora (otázka 10).

Otázky 11 a 12 jsou věnovány možnosti pomoci pro pracovníka po náročném zásahu ze strany zaměstnavatele. Varianta zvládnutí agresivity na místě zásahu a možnosti prevence jsou vymezeny otázkami 13 a 14. Cílem otázek č. 15 a 16 bylo získat odpověď na využívání vzdělávacích kurzů pro zaměstnance k deeskalaci

napětí a další formy podpory pro řešení případných psychických problémů. Vybrali jsme pomoc psychologa, SPIS, CISM, linky pomoci v krizi a copingové strategie. Důležitým informačním nástrojem jsou i otázky psychohygieny, neboť každý člen pomáhajících profesí by měl umět pracovat se stresem a napětím.

Získaná data z dotazníku potřebná ke zkoumání jsme podrobili analýze. Z množství informací se podařilo sestavit obraz projevů agresivity na místě zásahu (četnost a formu), stejně jako zjistit možná preventivní opatření. Pro přehlednost užíváme grafy (viz obrázky). Dotazník je umístěn v příloze č. 1.

Druhým nástrojem byly řízené rozhovory, při nichž jsme stanovili následující otázky: jméno a příjmení, délku praxe, pozice, kterou člen IZS zastává, četnost setkávání s agresivitou, techniky k využívání k deeskalaci napětí, zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS. Získaná data pořízená při rozhovorech jsme rovněž analyzovali a vyhodnotili v cílech. Otázky a přepisy odpovědí jsou umístěny v příloze č. 2.

4.4 Stanovené hypotézy

V bakalářské práci jsme si stanovili tyto hypotézy:

HYPOTÉZA 1: *Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů se setkali při výkonu svého povolání s projevy verbální agrese.*

HYPOTÉZA 2: *Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů využívá jako prevenci při zvládnutí agrese faktor psychologický, správnou komunikaci a zajištění psychické stability klienta.*

HYPOTÉZA 3: *Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů využívá ke zmírnění stresu a napětí oporu zejména v pracovním prostředí a pomoc od kolegů.*

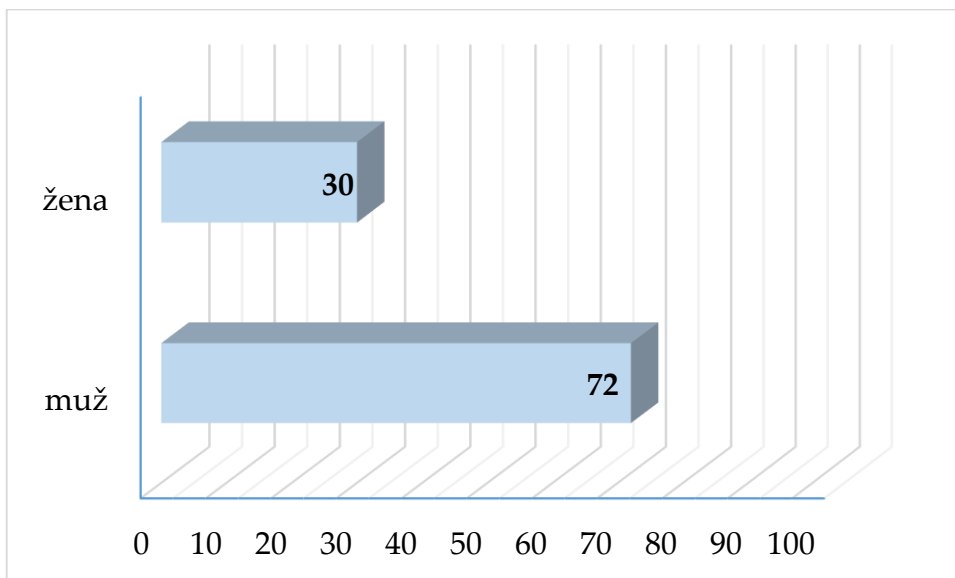
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Vyhodnocení údajů z dotazníků

Přecházíme k vyhodnocení výzkumu na základě analýzy získaných dat pomocí dotazníkového šetření. Nejprve uvádíme otázky, které jsme položili respondentům, poté výběr z variant a nakonec v grafu zpracované výsledky. Otázky a grafy jsou očíslované (viz obrázky), budeme se na ně v diskusi následně odvolávat.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

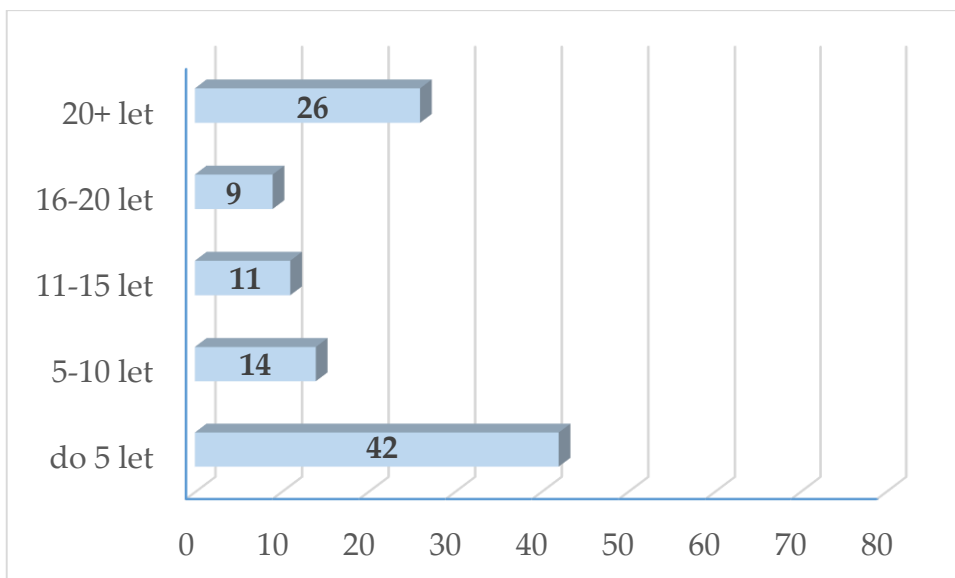
- Muž
- Žena



Obrázek 2: Pohlaví respondentů

Otázka č. 2: Uveďte prosím délku Vaší praxe u složek IZS.

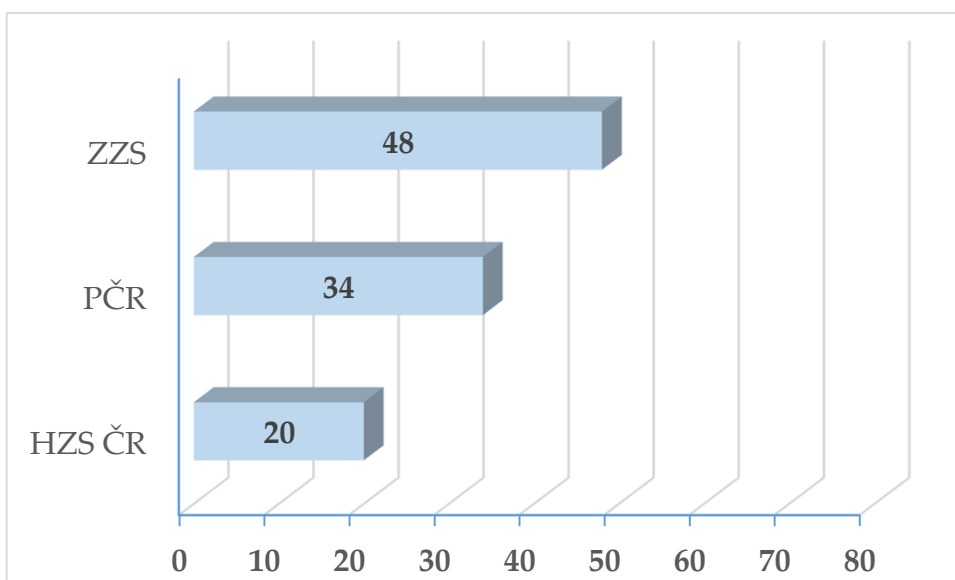
- do 5 let
- 5–10 let
- 11–15 let
- 16–20 let
- více než 20 let



Obrázek 3: Délka praxe u složek IZS

Otázka č. 3: Pro jakou složku IZS pracujete?

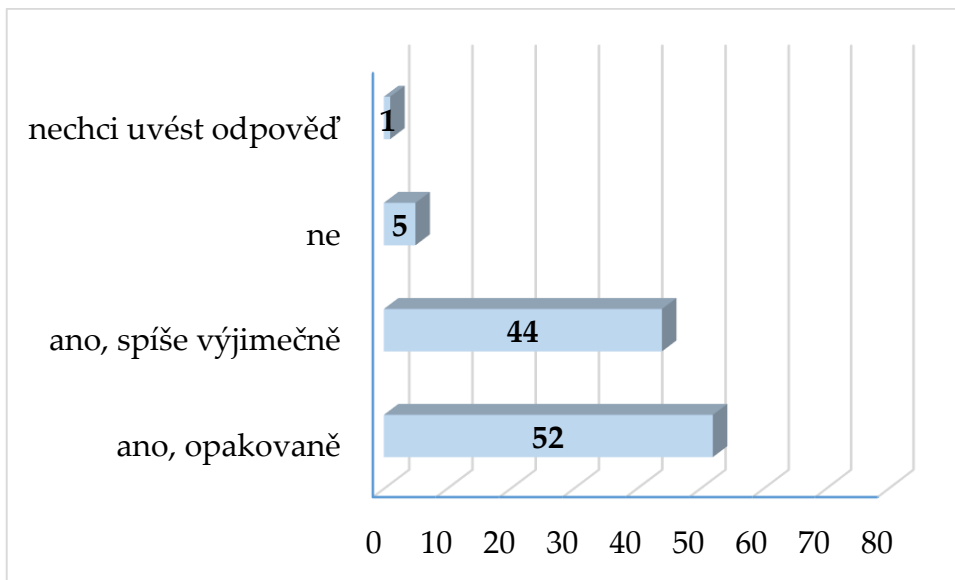
- pro Policii ČR
- pro Hasičský záchranný sbor České republiky
- pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby



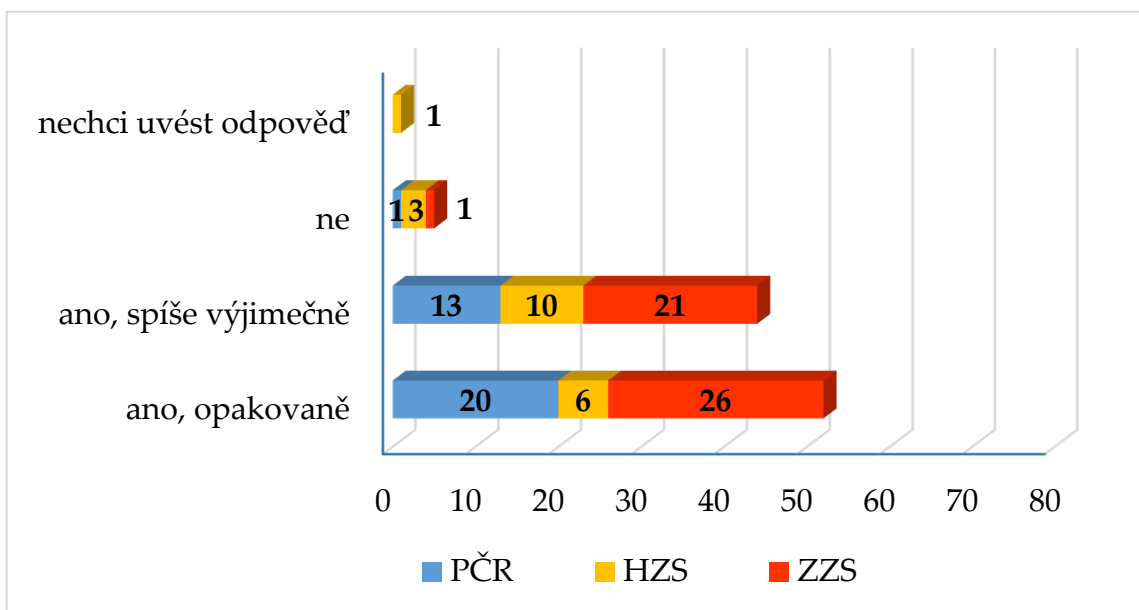
Obrázek 4: Složka IZS

Otázka č. 4: Setkal(a) jste se někdy při vykonávání Vaší profese s projevy agrese vůči Vaší osobě?

- ano, opakovaně
- ano, spíše výjimečně
- ne
- nechci uvést odpověď



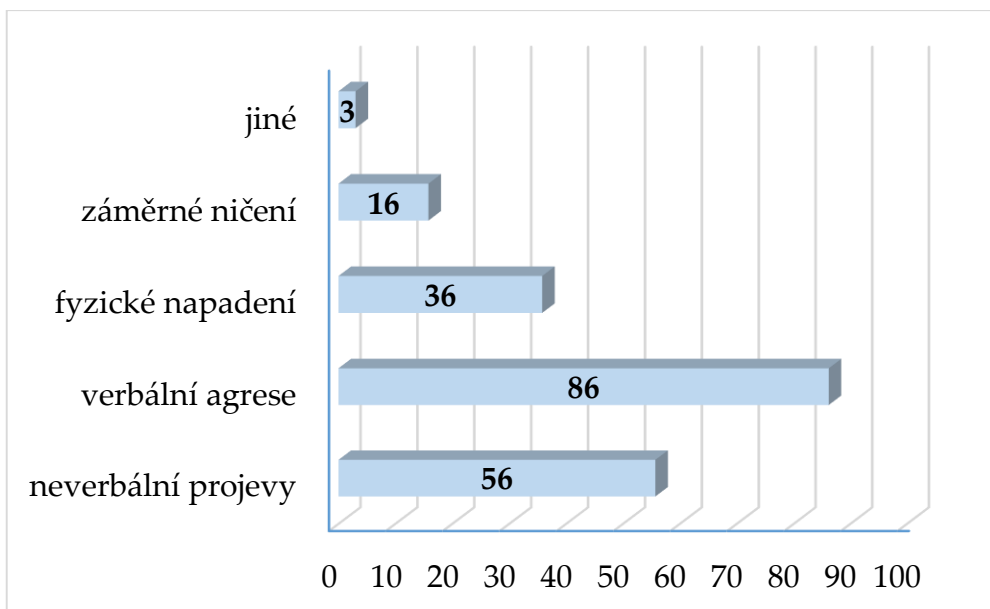
Obrázek 5: Setkání s agresí při vykonávání profese



Obrázek 6: Setkání s agresí při vykonávání profese (členění dle složek IZS)

Otázka č. 5: Pokud jste ve 4. otázce odpověděl(a) ano, pokračujte prosím v otázkách 5, 6 a 7. Pokud jste odpověděl(a) ne, tak prosím přeskočte na otázku 9. O jaké projevy agresivity se jednalo? (Můžete uvést vícero odpovědí.)

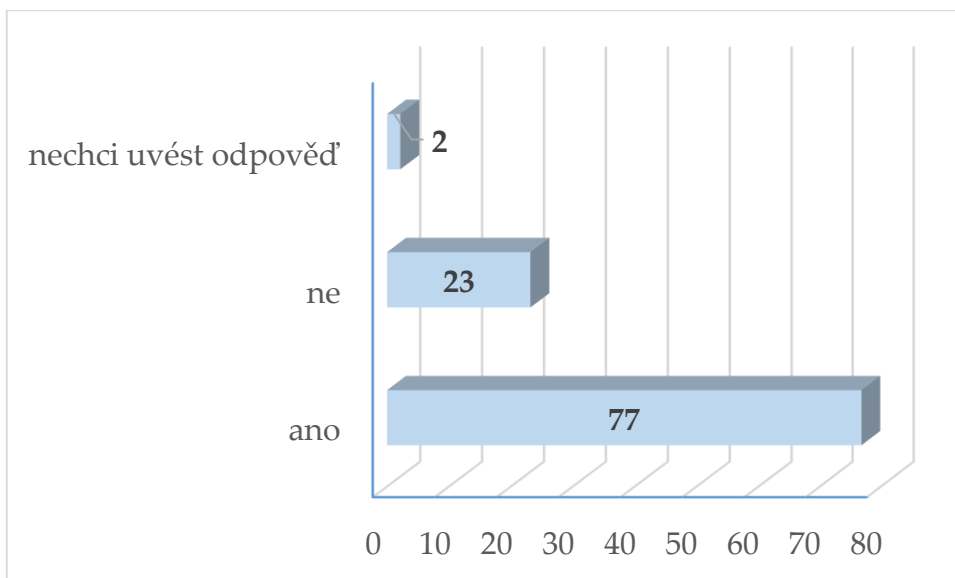
- neverbální projevy (mimika, gesta zdůrazňování ponižování Vaší práce, zesměšnění apod.)
- verbální agrese (nadávky, vulgarismy, ironie, „skákání do řeči“ aj.)
- fyzické napadení (strkání, narážení aj.)
- záměrné ničení věcí složek IZS
- jiné, uveďte jaké _____



Obrázek 7: Konkrétní projevy agresivity

Otázka č. 6: Byl(a) jste v souvislosti s projevy agresivity a agresivního jednání fyzicky napaden(a) tak, že došlo ke zranění?

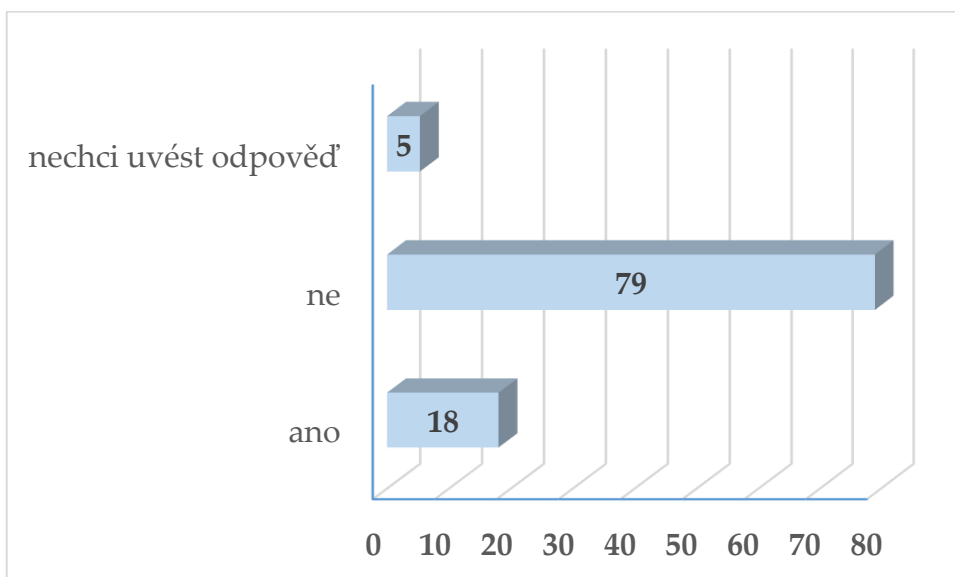
- ano
- ne
- nechci uvést odpověď



Obrázek 8: Fyzické napadení při zásahu

Otázka č. 7: Měl(a) jste v souvislosti s verbálním nebo fyzickým útokem následně obtíže (v psychické nebo psychosomatické oblasti)?

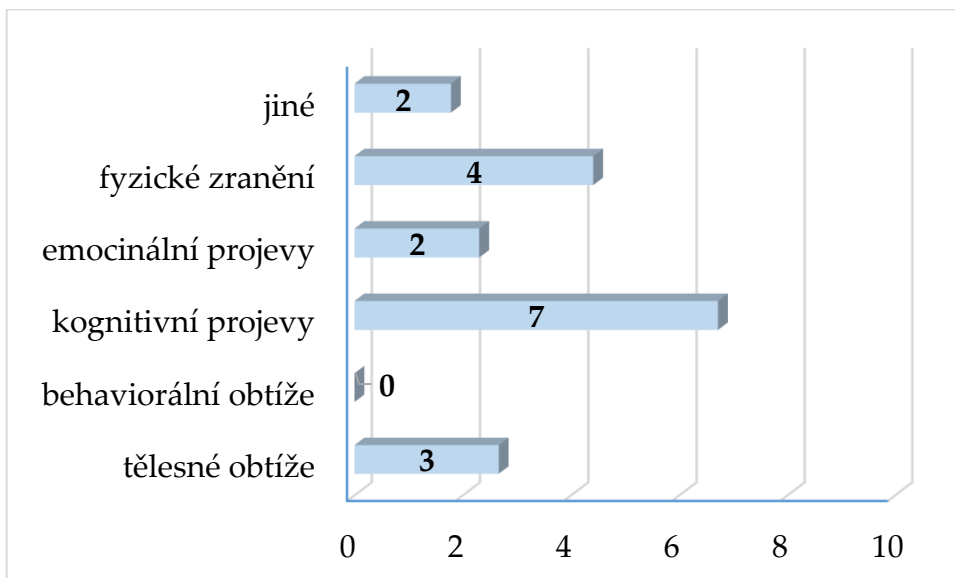
- ano
- ne
- nechci uvést odpověď



Obrázek 9: Následné obtíže v souvislosti s agresí klienta

Otázka č. 8: Pokud jste odpověděl(a) v 7. otázce ano, pokračujte v 8. otázce. Pokud jste odpověděl(a) ne, tak prosím plynule přejděte k otázce 9. O jaké potíže se jednalo? Zde můžete zaškrtnout více odpovědí.

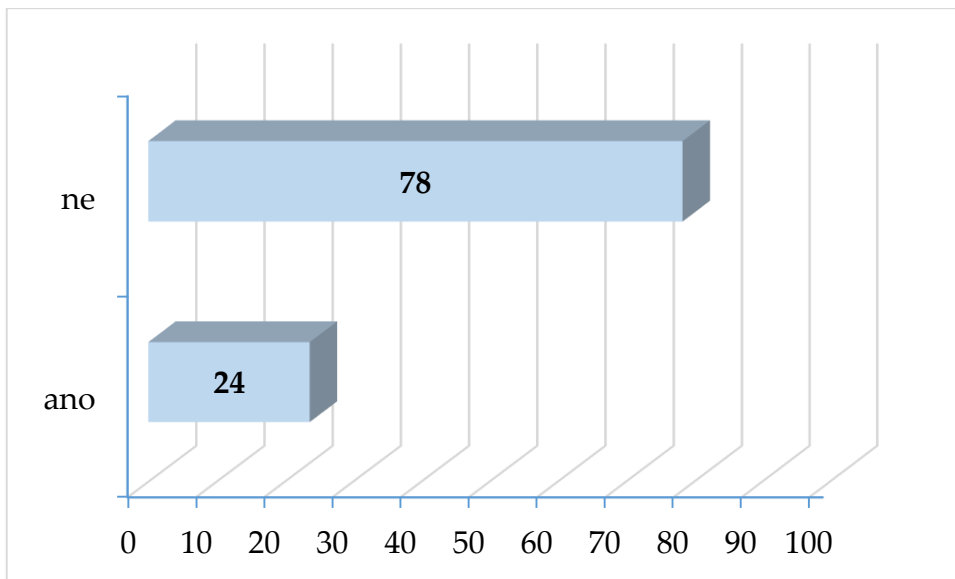
- tělesné obtíže (nevolnost, bolest na hrudi, únava, vyčerpání aj.)
- behaviorální obtíže – vnější projevy chování (snížení pracovního výkonu, snadná rezignace, neschopnost odpočívat aj.)
- kognitivní projevy – oblast myšlení (vtíravé myšlenky, opětovné vracení se k události, flashback, poruchy soustředění se aj.)
- emocionální projevy – pocity ztráty životních iluzí, bezpečnosti a jistoty, strach
- fyzické zranění
- jiné _____



Obrázek 10: Druhy obtíží po setkání s agresí

Otázka č. 9: Přemýšlel(a) jste někdy v souvislosti s projevy agresivity a agresivního jednání na místě mimořádné události o změně povolání?

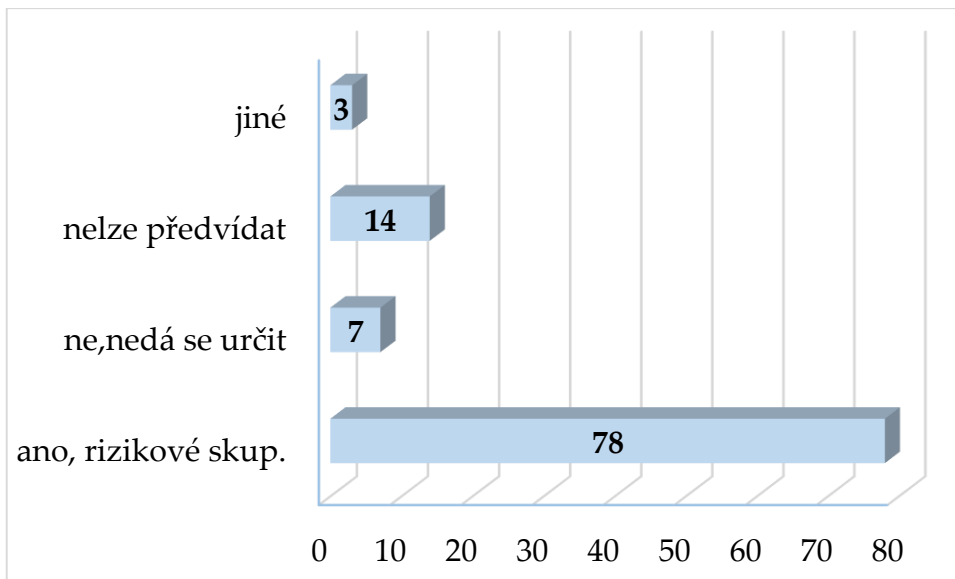
- ano
- ne
- nechci uvést odpověď



Obrázek 11: Uvažování o změně zaměstnání

Otázka č. 10: Dá se (dle Vašeho subjektivního posouzení) předem očekávat, že na místě mimořádné události propuknou projevy agrese?

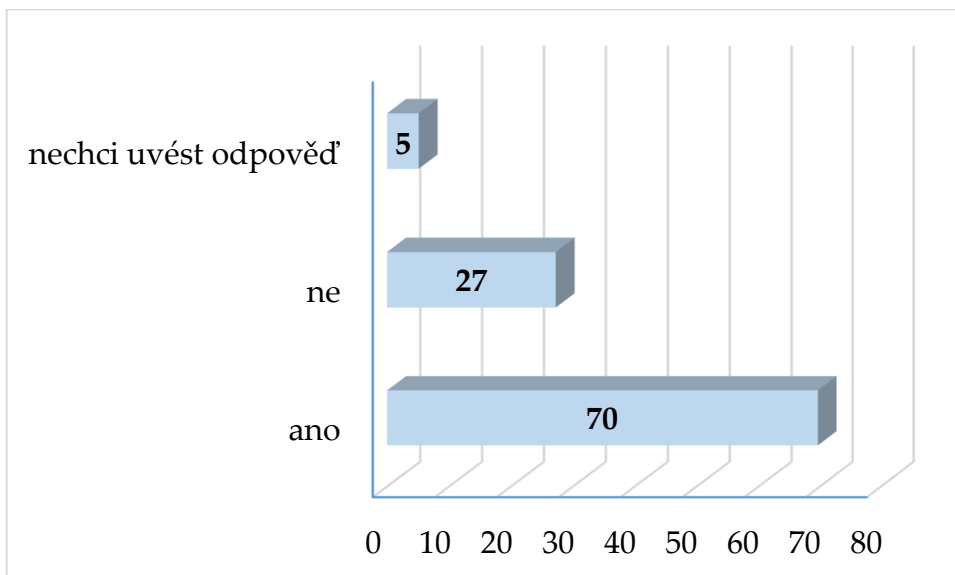
- ano, existují rizikové skupiny u výjezdů – (lidé pod vlivem psychoaktivní látky, intoxikace alkoholem, psychotici, psychicky alterovaní apod.)
- ne, nedá se předem určit. Frustrace či pocit ohrožení ale může vyvolat neadekvátní reakci i agresi.
- nikdy nelze dopředu předvídat, jak se situace na místě mimořádné události vyvine
- jiné _____



Obrázek 12: Předpoklad agrese na místě MU

Otázka č. 11: Máte možnost ve Vašem zaměstnání řešit problematiku výskytu agresivity a agresivního chování?

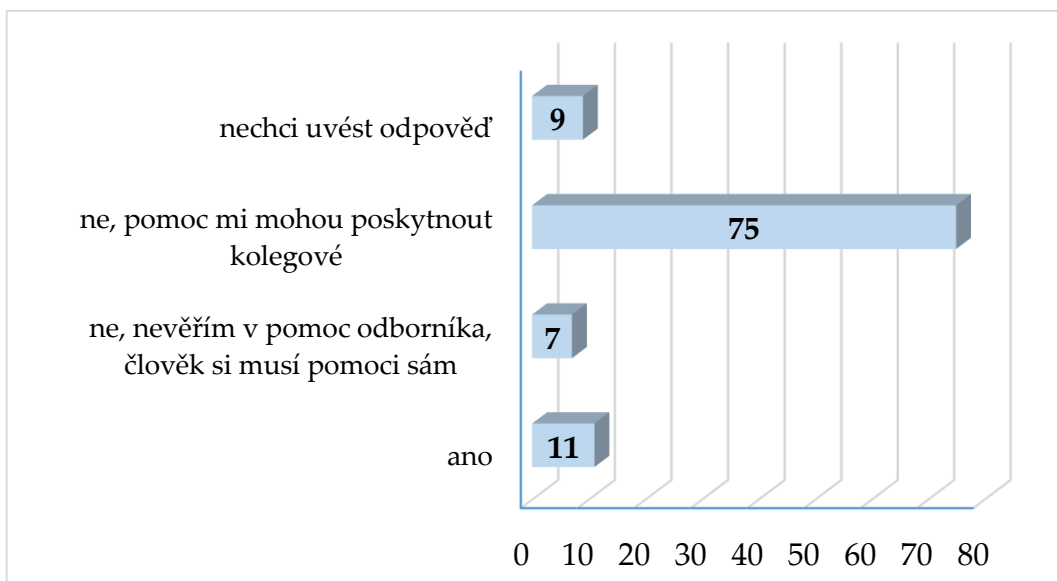
- ano
- ne
- nevím o možnosti



Obrázek 13: Možnost řešení následků agrese v zaměstnání

Otázka č. 12: Navštívil(a) jste někdy odborníka (psychologa, peera, krizového intervenanta apod.) po náročném zásahu s výskytem agresivity a agresivního chování?

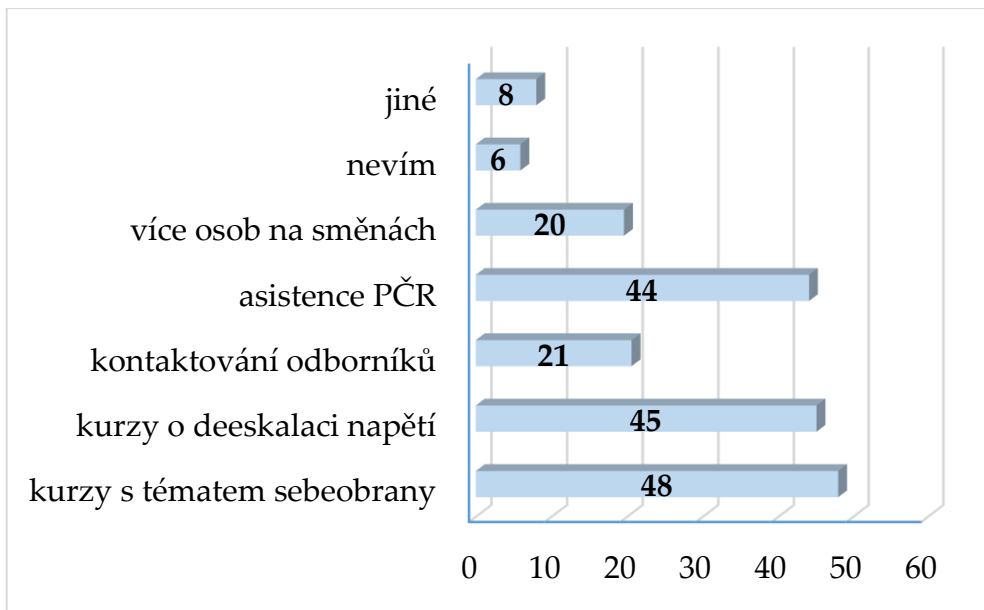
- ano
- ne, nevěřím v pomoc odborníka. Člověk si musí pomoci sám.
- ne, pomoc mi mohou poskytnout i kolegové
- nechci uvést odpověď



Obrázek 14: Možnost návštěvy odborníka po zásahu

Otázka č. 13: Jaká si myslíte, že by byla nejlepší varianta zvládnání projevů agresivity a agrese při zásahu? (Můžete vybrat vícero odpovědí.)

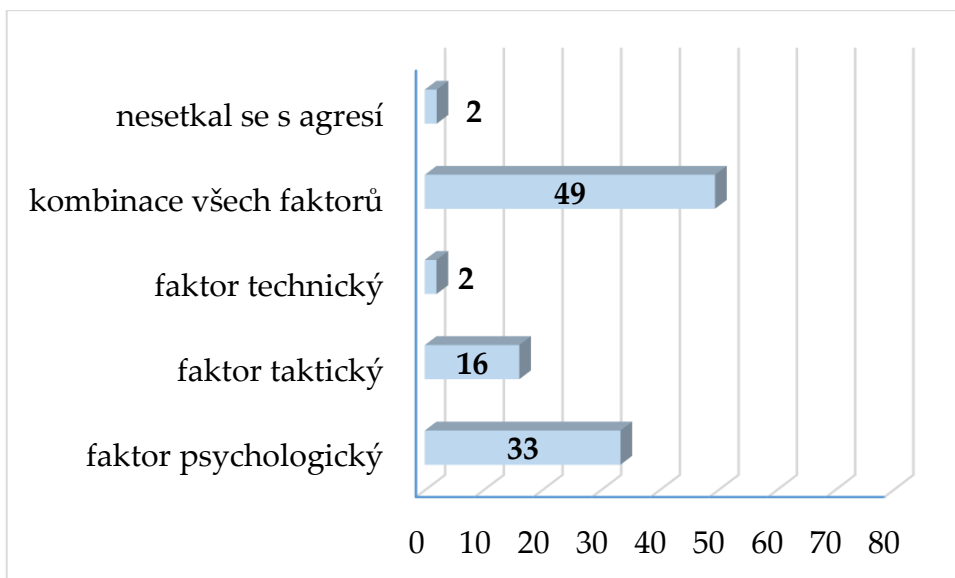
- využití poznatků z kurzů s tématem sebeobrany vůči agresivním jedincům
- využití poznatků z kurzů s tématem deeskalace napětí a agresivity
- možnost kontaktování krizového intervenanta, peera, psychologa apod., který by Vám pomohl se zvládnáním náročných situací v rámci zásahu
- asistence Policie ČR
- více osob na směnách
- nevím
- jiné – _____



Obrázek 15: Varianty zvládnutí agrese na místě MU

Otázka č. 14: Která z následujících preventivních opatření jste na základě Vaší zkušenosti při zvládnutí agresivního jednání efektivně vyžili v praxi?

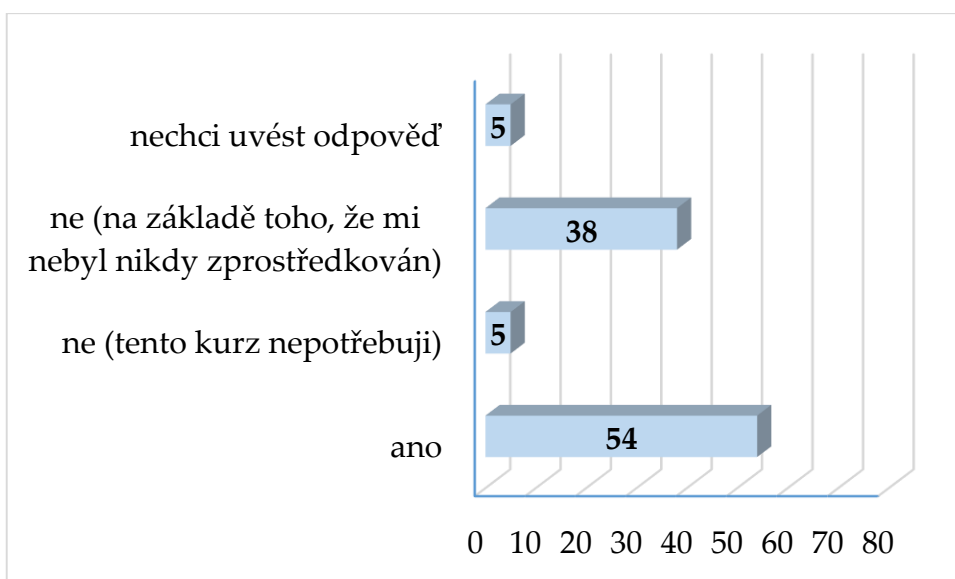
- faktor psychologický – psychická stabilita v krizové situaci
- faktor taktický – zvolení správné taktiky pro obranu – správná vzdálenost od útočníka, aj.
- faktor technický – výběr prostředků pro sebeobranu
- kombinace všech faktorů
- s projevy agresivity jsem se nesešel (nemohu tedy odpovědět)



Obrázek 16: Prevence na místě MU

Otázka č. 15: Absolvoval/a jste někdy během výkonu své profese vzdělávací kurz s tématem, jak si poradit s agresivním jedincem?

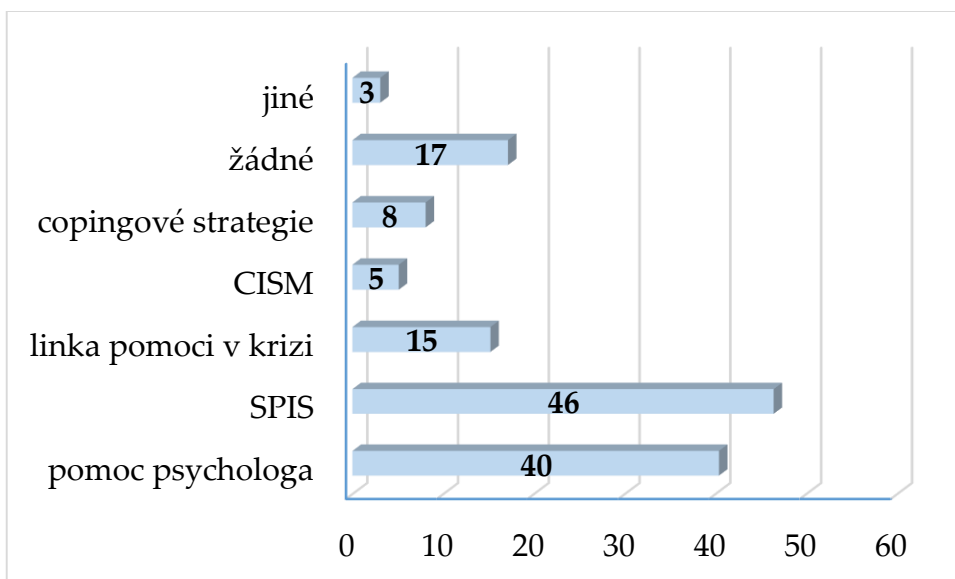
- ano
- ne (na základě vlastního rozhodnutí, že tento kurz nepotřebuji)
- ne (na základě toho, že mi nebyl nikdy zprostředkován v rámci zaměstnání)
- nechci uvést odpověď



Obrázek 17: Vzdělávací kurz na téma agresivní jedinec

Otázka č. 16: Jaké formy podpory vzhledem k psychické náročnosti práce členů IZS ze své praxe znáte? (možnost vícero odpovědí)

- pomoc psychologa
- SPIS – poskytovatelé ZZS, systém kolegiální podpory – Policie ČR, Posttraumatickou péči – HZS ČR apod.
- Linka pomoci v krizi
- CISM – Critical Incident Stress Management – systém preventivních a intervenčních technik (techniky pomáhající vyrovnat se stresem, mimořádnou událostí)
- Copingové strategie (strategie zvládnání stresu dle individuálních preferencí)
- žádné
- jiné – _____

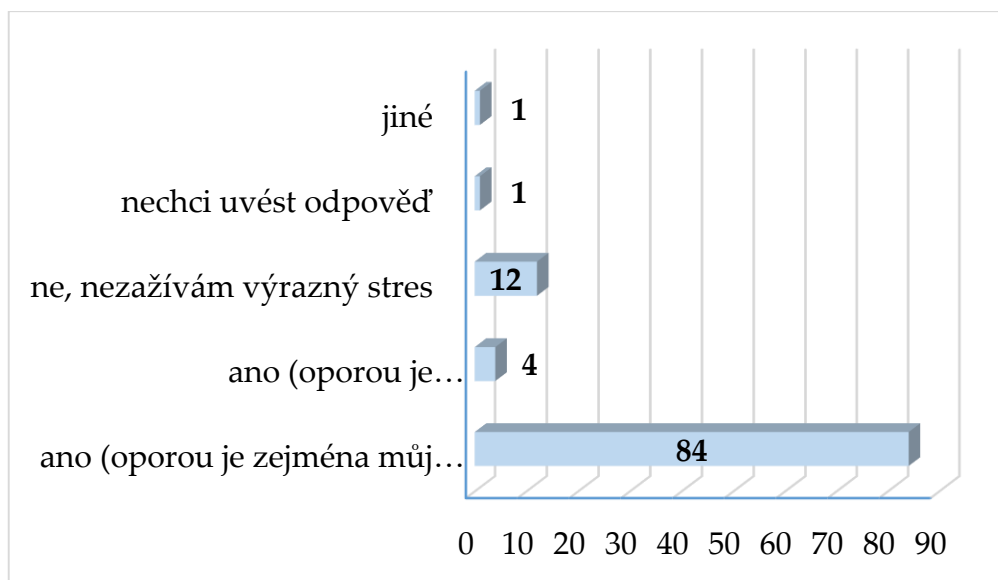


Obrázek 18: Formy podpory pro členy IZS

Otázka č. 17: Využíváte ve svém životě nějaká opatření ke zmírnění stresu a napětí?

- ano (oporou je zejména můj osobní život a sociální zázemí, odpočinek, sport, relax, apod.)

- ano (oporou je zejména moje pracovní prostředí a pomoc od kolegů)
- ne, nezažívám výrazný stres
- nechci uvést odpověď
- jiná – _____



Obrázek 19: Psychohygienu členů IZS

5.2 Vyhodnocení výsledků řízených rozhovorů

Cílem bakalářské práce bylo rovněž vyhodnotit řízené rozhovory se členy IZS. Výsledky měly podpořit výzkum směrem přenosu informací do praxe a také zajímavé bylo srovnání odpovědí dotazovaných s tím, co jsme anonymně zkoumali v dotazníku. Stanovili jsme 6 otázek, jejichž přesné znění je uvedeno v příloze č. 2. Shromáždili jsme výpovědi 6 členů IZS (2 zaměstnanci ze ZZS, 2 zaměstnanci PČR a 2 osoby z HZS ČR).

Nejprve dle výše uvedeného pořadí jsme vyhodnotili odpovědi členů ZZS. Prvním z nich byl Bc. Martin Brejcha z Plzeňského kraje, kde pracuje jako řidič RZP a vedoucí úseku kanceláře ředitele, v praxi u ZZS působí 10 let. Uvádí, že při výjezdech se setkává s agresivitou 3x až 4x za rok, při setkání s agresivním

klientem využívat asertivitu, dbá na neverbální komunikaci. Při větší MU se s žádnou agresí nesešel.

Druhým dotazovaným ze ZZS byl Petr Hradský, dis., z Jihočeského kraje, pracuje jako řidič – záchranář u výjezdové skupiny, v praxi u ZZS působí 16 let. Uvádí, že se setkává s agresivitou 1x za měsíc, s verbální formou. Využívá jako prevenci komunikaci a také svoji klidnou povahu. Při větší MU se s agresí nesešel, ale uvádí příklady verbální agrese při menších MU.

U zaměstnanců Policie ČR jsme pořídili rovněž rozhovory se dvěma osobami, první z nich byla por. Bc. Martina Joklová z Policie ČR z Prachatic. Pracuje od roku 2010 na Oddělení tisku a prevence u Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje v Prachaticích jako tisková mluvčí a preventistka, celkově má již 25 let praxe, do roku 2010 pracovala u pořádkové a dopravní policie a setkávala se s agresí zejména u osob pod vlivem návykové látky. U těchto osob jde podle jejích slov spíše o represi, nikoli prevenci na místě mimořádné události (postup podle Zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR). Pro lepší zvládnání agresora absolvují policisté kurzy asertivního jednání, je nutno vhodně komunikovat.

Další zaměstnanec Policie ČR, který nám poskytl rozhovor, je mjr. Mgr. Petr Mášek, MBA, s délkou praxe 23 let, zastává pozici vrchního komisaře/velitele pořádkové jednotky Plzeňského kraje. Uvedl, že s agresí se setkává pravidelně, použil metafory: „U PČR je agresivita denní chléb.“ K deeskalaci napětí Policie ČR využívá znalosti z psychologie, verbální a neverbální komunikaci, také vědomosti o rozvoji konfliktní situace. Také uvádí, že u pořádkové jednotky je nástrojem pro jednání s potenciálně rizikovou skupinou tzv. antikonfliktní tým. K otázce zkušeností s řešením agrese při MU v rámci PČR sděluje, že v případech policejních a bezpečnostních opatření většího rozsahu je současným trendem minimalizovat síly a prostředky, popř. působit pouze neinvazivně a skupiny

osob monitorovat (minimalizace emocí u davu). V případě zjištění protiprávního jednání skupin Policie ČR zasáhne, jedná se potom o tvrdě represivní a preventivní opatření, kdy jsou pořádkové síly naopak zřetelně vidět při zásahu proti rizikovým skupinám. Tyto obě strategie jsou střídány podle situace.

Z členů HZS ČR byl prvním dotazovaným p. Eduard Lenc z HZS ČR v Prachaticích. Pracuje jako řidič a strojník, praxi má již 14 let. S agresí se potýká u klientů 1x za 3 měsíce. Jako příklad uvádí dopravní nehodu, kdy je zastavena doprava v obou směrech a řidiči na komunikaci, kterých se omezení týká, zpravidla používají verbální agresi vůči členům HZS. K deeskalaci napětí používá správnou komunikaci a pomoc kolegů. Za svoji praxi se však nesetkal s vážnější MU, proto nemůže posoudit agresi v tomto případě. Sám si pomáhá k deeskalaci napětí sportem. Dále uvádí, že v Prachaticích je po těžkém zásahu možnost intervence pro členy HZS, v každé jednotce je minimálně jeden proškolený kolega. V Českých Budějovicích je možnost intervence pro členy HZS v kraji.

Posledním respondentem byl člen HZS ČR, p. Miroslav Roučka, s délkou praxe 19,5 roku. Pracuje na pozici hasič – strojník u HZS Vimperk, prošel řadou školení v jednotce. Uvádí, že s agresí se setkává asi 5x ročně, zpravidla při dopravních nehodách. K deeskalaci napětí na místě MU využívá správnou komunikaci a psychologické rozhovory. Jednotky IZS jsou vycvičeny v případě MU pro společný postup při agresi.

5.3 Vyhodnocení cílů

Stanovili jsme si několik cílů práce. Cílem teoretické části bylo zpracovat kompaktní náhled odborníků z více oborů na téma agrese, agresivity, prevence na místě zásahu a vzdělávání členů IZS. Zjistili jsme a uvedli, že kvantita studií o agresi a agresivitě vede k tomu, že hranice mezi pojmy je velmi tenká, někdy

se pojmy mírně liší. Přesto našim záměrem bylo popsat přehledně všechny tematické celky a zohlednit názory více autorů. U prevence jsme rovněž zpracovali přehled možností využití prostředků proti agresivnímu jedinci, u podkapitoly vzdělávání jsme uvedli příklady programů, které pomáhají členům IZS zvládat stresové situace. Tímto se nám podařilo obsáhnout první zadaný cíl.

Druhým cílem bylo zjistit četnost a formy agrese na místě mimořádné události. Četnost agrese vyplývá z odpovědi na otázku č. 4, výsledky jsou zobrazeny na obrázku č. 5 a 6 (viz str. č. 45). Získaná data poukazují na to, že 52 respondentů se opakovaně setkalo s agresí na místě mimořádné události, 44 dotazovaných se setkalo spíše výjimečně, 5 se neseťkalo a pouze 1 respondent neuvedl odpověď. Na obrázku 6 jsme rozdělili složky IZS podle počtu odpovědí. Opakovaně se setkává s agresí 26 respondentů z řad poskytovatelů ZZS, 20 z Policie ČR a 6 z HZS ČR, výjimečně 21 respondentů ze ZZS, 13 z PČR a 10 z HZS ČR. Odpověď ne uvedli 3 respondenti z HZS ČR, 1 z Policie ČR a 1 ze ZZS. Poslední respondent z HZS ČR nechtěl uvést odpověď. Na obrázku č. 7 (viz str. č. 46) jsme zaznamenali tři důležité hodnoty k otázce č. 5, ke konkrétním formám agrese. Zde mohli respondenti uvést vícero odpovědí. Nejčastější forma agrese je verbální (nadávky, vulgarismy, ironie, skákání do řeči), jedná se o 86 odpovědí. Na druhém místě neverbální projevy, uvádí 56 dotazovaných a třetí hodnotou v grafu je fyzické napadení, se kterým se setkalo 36 dotazovaných. Z celkového počtu uvádí 16 respondentů jako projev agresivity záměrné ničení věcí složek IZS. Jako jiné uvádí 3 respondenti střelbu, výhrůžky (fyzickou likvidaci osoby člena IZS i příbuzných) a směs všech výše uvedených verbálních i fyzických jevů. Tím je splněn druhý cíl, zjistili jsme četnost i formy agrese.

Třetím cílem bylo zjistit případné obtíže členů IZS po setkání s agresí. K tomuto cíli směřovaly otázky č. 6, 7 a zejména otázka č. 8. V otázce č. 6 na str.

č. 46 jsme zjišťovali, zda byl člen IZS při setkání s agresí fyzicky napaden tak, že došlo ke zranění. Z celkového počtu odpovědělo 77 respondentů ano, dále 23 ne a jen 2 dotazovaní nechtěli uvést odpověď. V otázce č. 7 na str. č. 47 se ptáme, zda měli členové IZS obtíže po setkání s agresí a odpovědi jsou zaznamenané na obrázku č. 9 na str. č. 47. Pouhých 18 respondentů uvedlo, že měli obtíže, naopak celých 79 uvedlo ne. Dále 5 nechtělo uvést odpověď. Na str. 48 na obrázku č. 10, v odpovědích na otázku č. 8, jsou specifikovány druhy obtíží. Odpovídalo pouze 18 respondentů, kteří v předchozí otázce č. 7 odpověděli ano. Obtíže v oblasti kognitivních projevů (oblast myšlení, vtíravých myšlenek) mělo 7 respondentů a druhou nejvyšší položku tvoří fyzická zranění, která uvádí 4 dotazovaní. Tělesné obtíže uvedli 3 respondenti a emocionální obtíže uvedli 2 tázaní. Žádný respondent neodpovídá kladně v případě behaviorálních projevů. V odpovědi jiné uvedli 2 dotazovaní, že jsou schopni bránit se nejvyšší možnou razancí a silou, jaké jsou schopni. Tento cíl lze ještě upřesnit v souvislosti s otázkou č. 9, kdy se ptáme, zda členové IZS přemýšleli v souvislosti s agresí o změně zaměstnání. Zjišťujeme na obrázku č. 11 na str. č. 49, že 78 dotazovaných o této skutečnosti nepřemýšlelo. Změnu zvažovalo 24 tázaných. Také tento cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda mají respondenti v zaměstnání možnost řešit případy agrese s odborníky (otázka č. 11) a jestli tuto možnost využívají (otázka č. 12), dále jaké možnosti psychosociální podpory (posttraumatická péče) znají (otázka č. 16). Nejprve výsledky k otázce č. 11, sledujeme na obrázku č. 13 na str. č. 50. Z celkového počtu respondentů uvádí 70 z nich, že mají možnost agresí řešit s odborníky, 27 dotazovaných odpovídá, že tuto možnost nemají a pouhých 5 respondentů nechce uvést odpověď. Na obrázku č. 14 na str. č. 51 jsou uvedeny odpovědi respondentů na otázku č. 12, zda po zásahu s agresorem vyhledali odbornou pomoc (psycholog, peer, krizový intervent). Kladnou odpověď uvedlo 11 dotazovaných, velký počet – 75 respondentů uvedlo, že nevyhledali pomoc,

mohou jim ji poskytnout kolegové. Dalších 7 respondentů uvedlo rovněž ne, protože nevěří v pomoc odborníka, člověk si musí pomoci sám. Zbýlých 9 dotazovaných nechtělo uvést odpověď.

Výsledky k otázce č. 16 psychosociální podpory jsou uvedeny na obrázku č. 18 (viz str. č. 54). Respondenti volili více odpovědí. Nejvíce z nich zná systém SPIS (pro poskytovatele ZZS, systém kolegiální podpory Policie ČR a Týmy posttraumatické péče pro HZS ČR) – 46 respondentů. Poměrně velký počet respondentů zvolil pomoc psychologa (40 osob), 15 dotazovaných zná linku pomoci v krizi a 5 dotazovaných CISM (Critical Incident Stress Management). Dále 8 respondentů uvádí copingové strategie, 3 uvádí jiné (rodina, humor, kamarádství, kolegiálnost), 17 respondentů uvádí žádné. Tento cíl je také splněn.

Pátý cíl sleduje, zda respondenti absolvovali kurzy s tématem zvládnutí agresivního jedince. Vymezena je otázka č. 15 a výsledky najdeme na obrázku č. 17 (viz str. č. 53). Výše zmiňovaný kurz absolvovalo během své profese 54 respondentů a 38 uvádí, že neabsolvovali kurz, protože jim nebyl nikdy zprostředkován v rámci zaměstnání. Z analýzy odpovědí dále zjišťujeme, že 5 respondentů se nezúčastnilo kurzu na základě vlastního rozhodnutí, že tento kurz nepotřebují. Zbýlých 5 dotazovaných neuvedlo odpověď. Tento cíl je také splněn.

Šestý cíl je spojen s výsledky řízených rozhovorů. Cílem bylo prozkoumat četnost agrese a využívané techniky k deeskalaci napětí. K první části cíle respondenti (6 osob) uvádějí následující: jeden zaměstnanec ZZS uvádí, že se setkává s agresí 3x až 4x za rok, druhý respondent 1x za měsíc. Respondenti z Policie ČR odpovídají následovně: respondentka z Jihočeského kraje uvádí agresi u osob pod vlivem návykové látky a respondent z Plzeňského kraje uvádí

agresivitu jako každodenní záležitost. Zástupci z HZS ČR uvádějí: 1x za 3 měsíce a druhý respondent 5x do roka, převážně na místě dopravní nehody.

K deeskalaci napětí na místě MU využívají zejména verbální komunikaci (2 respondenti absolvovali kurzy asertivity), 2 respondenti rovněž doplňují, že je nutné dbát i na neverbální komunikaci (1x ZZS, 1x Policie ČR). Také 1 respondent z Policie ČR uvádí, že využívá znalosti z psychologie a vědomosti o rozvoji konfliktní situace. Tento respondent zmiňuje jako nástroj jednání s rizikovou skupinou antikonfliktní tým. Dotazovaná respondentka z Policie ČR uvedla, že u klientů pod vlivem návykové látky již nejde o prevenci, ale o represi, a musí se postupovat podle Zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR. Respondent z HZS ČR uvádí, že hasiči mohou využít krizovou intervenci po zásahu. Také tento cíl je splněn.

Sedmým cílem bylo verifikovat nebo falzifikovat zformulované hypotézy. V tomto kontextu pokračujeme v další podkapitole.

5.4 Vyhodnocení hypotéz

HYPOTÉZA 1: *Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů se setkala při výkonu svého povolání s projevy verbální agrese.*

S hypotézou č. 1 souvisela otázka č. 5.

V otázce číslo 5 jsme zjišťovali formy agrese. Respondenti mohli volit neverbální projevy agrese, verbální agresi, fyzické napadení, záměrné ničení věcí složek IZS a mohli uvést jiné. Z této poslední možnosti uvedli střelbu, výhrůžky a fyzickou likvidaci osoby respondenta či jeho příbuzných, nebo směs všech výše uvedených verbálních či fyzických jevů.

Respondenti se nejčastěji setkali s verbální formou agrese (86 z celkového počtu). Ta zahrnuje nadávky, vulgarismy, ironii a skákání do řeči. Dále respondenti uváděli často neverbální projevy, jako např. mimika a gesta, z našeho počtu se jednalo o 56 osob. Fyzické napadení uvedlo 36 dotazovaných, dalších 16 respondentů záměrné ničení věcí složek IZS. Při sběru dat se objevili 3 respondenti, kteří uvedli střelbu, výhrůžky fyzickou likvidací osoby respondenta nebo jeho příbuzných a směs všeho výše uvedeného.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že hypotéza 1 byla verifikována.

***HYPOTÉZA 2:** Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů využívá jako prevenci při zvládnání agrese faktor psychologický, správnou komunikaci a zajištění psychické stability klienta.*

S hypotézou 2 souvisela otázka č. 14.

V otázce č. 14 jsme zjišťovali, která preventivní opatření jsou efektivní v praxi při zvládnání agresivního jednání klienta. Dali jsme na výběr 5 možností (viz obr. č. 16, str. 53). Nejvíce respondenti uvedli jako odpověď kombinaci všech faktorů (49 osob) – psychologického, taktického a technického. V psychologické prevenci jsme uváděli psychickou stabilitu v krizové situaci, v taktické jsme nabídli správnou vzdálenost od útočníka a v technické výběr prostředků pro sebeobranu.

Psychologickou prevenci jako možnost na místě mimořádné události uvedlo 33 respondentů. Jedná se o respondenty, kteří k deeskalaci napětí při setkání s agresivním jedincem využívají správnou komunikaci, psychickou stabilitu. Taktický faktor jako zvolení správné taktiky pro obranu, např. správná

vzdálenost od útočníka, uvedlo 16 dotazovaných. Ze všech respondentů 2 odpověděli ano na technický faktor, 2 dotazovaní se neseťkali s agresí.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že hypotéza 2 byla falzifikována.

HYPOTÉZA 3: *Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů využívá ke zmírnění stresu a napětí oporu zejména v pracovním prostředí a pomoc od kolegů.*

S hypotézou 3 souvisela otázka č. 17.

V této hypotéze jsme předpokládali, že v zaměstnání využívají členové IZS pomoc kolegů, kteří sdílejí podobné zkušenosti a více rozumí sdělovaným prožitkům. V otázce č. 17 na str. č. 54 jsme zjišťovali, jaká využívají respondenti opatření ke zmírnění stresu a napětí. Nejdříve mohli zvolit možnost ano (oporou je zejména můj osobní života sociální zázemí, odpočinek, sport, relax). Tuto odpověď uvedlo 84 dotazovaných. V další kladné odpovědi, kde byla uvedena možnost pomoci od kolegů a v pracovním prostředí, zvolili 4 dotazovaní tuto variantu. Z celkového počtu 12 respondentů odpovědělo, že nezažívá výrazný stres, 1 dotazovaný uvedl jiné (alkohol) a 1 nechtěl uvést odpověď.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se hypotéza 3 falzifikovala.

6 DISKUZE

V této části shrneme získané výsledky a následně je budeme interpretovat s ohledem na cíle práce a zvolené hypotézy. Rovněž bude provedena komparace námi dosažených výsledků s odbornou literaturou a výzkumy jiných autorů. Budeme sledovat i statistické výsledky ZZS a PČR o setkávání s agresí. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se členové IZS setkávají při mimořádných událostech s agresí a získat jejich názory a zkušenosti v oblasti prevence na místě mimořádné události a v oblasti následné podpory po setkání s agresorem.

První cíl se týkal teoretické části. Zmapovali jsme pohled odborníků z více oborů na agresi a agresivitu, jsou popsány metody prevence na místě mimořádné události. Uvedli jsme možnosti kurzů a podpory, které jsou členům IZS nabízeny, vysvětlili jsme různé metody a postupy u HZS, ZZS a PČR při řešení následků traumat.

Pro praktickou část a splnění dalších cílů jsme zvolili metodu kvantitativního sběru dat pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníkového šetření, do kterého se zapojilo 102 respondentů. Jednalo se o členy IZS (členů HZS ČR, Policie ČR a zdravotnické záchranné služby), z nichž 48 pracuje pro poskytovatele ZZS, 34 pro Policii ČR a 20 pro HZS ČR, 72 respondentů výzkumu tvoří muži a 30 ženy. Respondenti byli s délkou praxe do 5 let zastoupeni 42x, s více jak 20 roky praxe 26x. Dále 14x jsou zastoupeni respondenti s délkou praxe v rozmezí 5–10 let, 11x v délce praxe 11–15 let a 9 respondentů s 16–20 roky praxe. Podařilo se nám tedy získat informace o agresi u poměrně mladé skupiny respondentů, kteří se přesto s agresí setkali.

K výzkumu četnosti agrese, ke které se vázal cíl č. 2, nám posloužila otázka č. 4 na str. č. 45. Z celkového počtu se 52 respondentů vyjádřilo, že se setkali s agresí opakovaně, 14 spíše výjimečně a 5 dotazovaných se

s agresí nesetkalo. Pouze 1 nechtěl uvést odpověď. Stejně jako my se o problému zajímala autorka Lodinská (2018). Ta ve své práci analyzovala psychickou připravenost členů IZS na mimořádné události a prováděla rovněž výzkum četnosti agrese. Došla na základě dotazníkového šetření k závěru, že z celkového počtu 272 respondentů z řad IZS se setkalo s agresivní osobou 1x ročně 72 příslušníků HZS, 38 pracovníků ZZS a 18 členů PČR, dále 1x měsíčně 44 členů z ZZS, 28 z PČR a 16 z HZS, 1x týdně 14 členů ze ZZS, 7 z PČR a 1 z HZS.

Další autorka Peňáková (2011) uvádí, že z celkového počtu 115 respondentů se setkává 49 zdravotníků s agresí často (1–2x za měsíc), velmi často 14 (1–2x za týden), občas 28 (1–2x za rok) a 10 velmi zřídka (1–2x za 5 let). Uvádí dále, že nejčastějším místem agrese je z nemocničních oddělení chirurgie.

Pro zajímavost autorka Čerňanová (2010) uvádí také četnost agresivních útoků v jednotlivých nemocničních odděleních. Uvádí, že riziko je největší na psychiatrickém oddělení (14x vyšší než průměr v rámci jiných oddělení). Vysoká míra agrese, kde je riziko až 3x větší, je podle ní na geriatrii a jednotkách akutního příjmu.

Autoři Pekara, Kolouch (2016) v časopise Urgentní medicína zveřejňují statistické výsledky o násilí vůči členům ZZS. Od listopadu 2013 do února 2014 bylo u ZZS HMP provedeno dotazníkové šetření, celkem bylo vyhodnoceno 130 dotazníků od zdravotnických záchranářů a řidičů sanitních vozů. Výzkum potvrdil, že v roce 2013 došlo k fyzickému napadení ve 41 případech (32 %) a verbální agrese nastala v 81 případech (62 %). Pouhých 6 % nebylo vystaveno násilí. Povědomí o násilí u složek IZS vyvolal incident v roce 2003, kdy byl napaden lékař při zásahu u dopravní nehody, od té doby vede právě statistiky ZZS HMP, ale také Moravskoslezský kraj. Dále výzkum zjistil počty napadených

v letech 2004–2014. Počty se pohybovaly od 8 (2011) do 26 (2009) za rok a zajímavá je informace, že „souhrnně v 18 % napadení zaměstnanci ZZS HMP skončili v pracovní neschopnosti trvající déle než tři dny“ (Pekara, Kolouch 2016, s. 36). Průzkum uvádí další zajímavá fakta:

- „Výjezdové skupiny (dále jen VS) všechna napadení nehlásí, většinu útoků nepovažují za důležité,
- dominuje verbální napadení VS (62 % verbální, fyzické 32 %),
- nejvíce útoků je od pacientů mužů na nočních směnách (2:00 h – 6:00 h)“ (Pekara, Kolouch 2016, s. 37).

V otázce č. 5 volili respondenti z více možností a odpovídali na formy agrese. Nejčastěji uváděli, že se setkávají s verbální agresí (nadávky, vulgarismy, ironie, skákání do řeči), zjištěno u 86 odpovědí, neverbální projevy (mimika, gesta aj.) jsou uvedeno v 56 odpovědích, fyzické napadení (strkání, narážení aj.) v 36 případech. Dále 16 respondentů uvádí jako projev agresivity záměrné ničení věcí složek IZS, jako jiné 6 respondentů uvedlo střelbu, výhrůžky (fyzickou likvidací osoby člena IZS i příbuzných) a směs všech výše uvedených verbálních i fyzických jevů. K této otázce se vztahovala současně hypotéza č. 1, která byla verifikována. Rovněž výsledky odpovědí řízených rozhovorů potvrdily tuto převládající formu agrese, se kterou se členové IZS potýkají.

Autor Morávek (2016) zjišťoval ve své bakalářské práci zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji. V jeho výzkumu zaznamenal dokonce u 96,8 % dotazovaných záchranářů setkání s verbální agresí.

Autorka Čerňanová (2010) uvádí, že jedna zdravotní sestra na psychiatrii ošetřila za jednu směnu 5 pasivně agresivních pacientů (neodpovídají, neuposlechnou výzvu, odmítají užití léku aj.) a 3 verbálně agresivní (nadávky, křičení, ječení,

vyhrožování). Verbálním útokům je podle ní vystaveno denně 99 % sester psychiatrických oddělení.

Formy agrese zkoumala i autorka Lojková (2019) ve své diplomové práci o ohrožení zdravotního personálu při výkonu jejich práce. Odpovídalo 327 zdravotních sester z Nemocnice České Budějovice, kde dle výroční zprávy z roku 2018 pracuje celkem 1 431 sester, dotazníku se zúčastnilo 23 %. U výzkumu forem agrese autorka Lojková (2019) zjistila, že 151 sester uvedlo výhrůžná gesta, 119 prskání, plivání a kousání, 86 úder, facku, strkání, kopnutí, 8 napadení předmětem (úder, bodnutí), 6 fyzický kontakt se sexuálním záměrem a 9 jiné. Pouhých 53 sester neuvádí setkání s agresivním pacientem. Když srovnáme námi dosažené výsledky (kdy neverbální projevy uvádí 56 respondentů z celkového počtu 102) a výsledky výzkumu výše uvedené autorky Lojkové (kdy 151 sester z celkového počtu 327 uvádí formu neverbální agrese – gesta), pak nalzáme shodu. Výskyt agresivního chování dle Lojkové (2019) je u obou pohlaví stejný (uvedlo v jejím výzkumu 168 sester).

Pekara (2019) se dlouhodobě věnuje problematice násilí ve zdravotnictví. V roce 2016 prováděl rozsáhlý výzkum, kterého se zúčastnilo 1 000 zdravotníků z celé ČR, a z něho vyplynulo, že za jediný rok se setkala s výhrůžkami a nadávkami 78 % dotazovaných, 23 % zaznamenalo fyzické násilí. Pekara (2019) dále uvádí, že podle statistik WHO je vystaveno fyzickému násilí 8–38 % zdravotníků, většina čelí verbálním útokům. Podle jeho studií vnímají zdravotníci trend zvyšování agrese ze strany pacientů za velkou hrozbu a dlouho podceňovaný problém. To vyplývá z dalšího průzkumu v únoru až v srpnu 2018, do kterého se zapojilo 155 českých nemocnic a 6 235 zdravotníků. V tomto výzkumu odpovědělo 697 zdravotníků, že muselo čelit agresivním nadávkám a výhrůžkám, agresivitu pacientů vidí jako riziko 22,2 % dotazovaných.

Autor Pekara (2013) v článku *Násilí a české ošetřovatelství* upozorňuje také na tři největší mýty, které o formách agrese a násilných činech ve zdravotnictví převládají:

- *„násilí lze očekávat nejčastěji na psychiatrii,*
- *za násilí při kontaktu může vždy pacient či jeho příbuzný,*
- *zdravotníci vědí, co dělat, když je pacient napadne“* (Pekara 2013, s. 20)

Jeho „mýty“ vycházejí z řady publikovaných výzkumů. Z pohledu 1. mýtu uvádí, že výzkumy se zaměřují převážně na psychiatrická pracoviště a oddělení intenzivní péče, 2. mýtus sleduje nezvládnuté negativní emoce nejen pacientů, ale i zdravotníků. Z výzkumu vyplývá, že řada konfliktů je vyprovokována neohleduplným jednáním zdravotníků, gesta či slova pacienta mohou vyvolat obrannou reakci. Třetí mýtus naráží na nedostatek prevence u zdravotníků, konflikt nemusí přerůst v násilí. O jeho výzkumech v oblasti prevence pojednáme v další diskusi.

Autor Pavlovský (2009) uvádí, že verbální agrese (zesměšnění, nadávky a vulgarismy) je předstupeň fyzického napadení. Setkávají se s touto formou i tísňové linky, což bývá důvodem povolat na místo zásahu jako posilu Policii ČR.

Autorka Hnilicová (2007) uvádí jako důvod, proč se terčem násilí stávají záchranáři a zdravotní sestry, tu skutečnost, že v rámci prvního kontaktu s pacientem tráví nejvíce času.

Z diskuse o četnosti a formách agrese vyplývá, že v otázce četnosti se uvedené výzkumy liší, ovšem v otázce forem převládají verbální formy agrese, následované neverbálními. Zde jsme došli ke shodě. Pekara (2019) uvádí vliv

chování zdravotnického personálu, které může vystupňovat negativní emoce klienta. To je skutečnost, o které mnoho autorů nepíše.

Třetím cílem bylo zjistit, zda členové IZS mají případné obtíže po setkání s agresí. K tomu se pojily tři otázky: č. 6 na str. č. 46, č. 7 na str. č. 47 a č. 8 na str. č. 48. V otázce č. 6 na str. č. 46 jsme zjišťovali, zda byl člen IZS při setkání s agresí fyzicky napaden tak, že došlo ke zranění (77 respondentů odpovědělo ano, dále 23 ne a 2 nechtěli uvést odpověď). V otázce 7 jsme se dotazovali, zda měli členové IZS následné obtíže po setkání s agresí. Pouhých 18 uvedlo ano, 79 uvedlo ne, 5 respondentů nechtělo uvést odpověď. Následovala otázka číslo 8, kde mohli zaškrtnout konkrétní potíže po setkání s agresí a mohli uvést více odpovědí. Odpovídalo 18 respondentů, kteří v předchozí odpovědi zaškrtnuli ano. Ze získaných dat vyplývá, že 7 respondentů mělo potíže v oblasti kognitivní (myšlení, vtíravé myšlenky), 4 z nich uvádí fyzické zranění, 3 respondenti měli tělesné obtíže a 2 emocionální projevy. Z dotazovaných 2 odpověděli, že jsou schopni se bránit nejvyšší možnou razancí a silou, jaké jsou schopni.

Výzkumem psychických a jiných následků při takto náročných povoláních se zabývá autorka Baštecká (2005). Zdůrazňuje, že roli hraje výcvik, motivace pro vystavování se těmto situacím a skupinová morálka. Toto tvrzení by odpovídalo našim výzkumům – pouhých 18 respondentů ze 102 uvedlo obtíže po setkání s agresí v mimořádné situaci. Opakované zásahy a připravenost členů IZS vedou k tomu, že se odolnost vůči zátěži zvyšuje. Autorka dále uvádí, že pomáhající profese by měly vyjít po pomoci druhým bez následků na vlastní osobě: *„Pracovníkův úkol při postkatastrofické pomoci jednou skončí a on by měl odcházet obohacen o nové zkušenosti, které dávají smysl, a co možná prost nepříznivých prožitků. Možností je mnoho – výstupní nebo návratové poradenství, závěrečné zhodnocení úkolu, společný začíšťovací rituál týmu – v České republice se však používá zřídka“* (Baštecká 2005, s. 108).

Autor Wohlmuth (2016) analyzuje okolnosti napadení zdravotnického personálu při zásahu. Dotazuje se rovněž na psychickou náročnost práce z pohledu samotných záchranářů. Jeho výzkumu se účastnilo 84 osob, z nichž 61 označuje vysokou míru psychické zátěže, 12 extrémně vysokou a 11 střední.

Autorka Čerňanová (2010) vychází z rozhovorů se zdravotnickým personálem. Sestry na psychiatrii uvádějí obtíže po setkání s agresí, nejčastěji strach z dalšího útoku, ale i úlevu, že incident skončil, a úzkost. Mají tendenci vyhýbat se agresorovi, což u něho posiluje pověst agresora a u personálu vznik dalšího strachu.

Autorka Sperlingová (2013) řešila posttraumatickou intervenční péči u HZS v Třebíči (výzkumný vzorek 41 hasičů). Využila při své práci zkrácenou podobu dotazníku SVF 78, dimenzionální sebezpozorovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěži. Na výzkumném vzorku zjistila převahu pozitivních strategií při zvládnání stresu, tedy dobrou schopnost hasičů zvládat stres bez výrazných obtíží.

Autorka Křížová (2012) mapovala dopad psychické zátěže u hasičů na psychický stav jednotlivců i týmu. Její výsledek potvrzuje převažující pozitivní strategie zvládnání stresu. V jejím výzkumu z 50 dotazovaných 43 výsledků je pozitivní strategie, 3 negativní a pozitivní (tzn. vyrovnané) a 4 respondenti uvedli, že převažuje negativní strategie zvládnání stresu.

O obtížích, spojených s napadením agresivním klientem v klinické praxi, se zmiňuje i autorka Zacharová (2009). Ve svém příspěvku uvádí, že jednání s agresí je obtížný úkol pro všechny zdravotníky. Ti pak mohou chápat takový zážitek jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí situace, někdy jako pocit viny, ale i obavy z dalších takových setkání s agresorem.

Autor Wachsmuth (2002) zmiňuje rovněž rizika v ZZS a uvádí: „I přes vědomí rizik naší práce ji většina z nás dělá s nasazením, které nám naplňuje profesní život. Jsou nám jasná všechna pro a proti, ale mnohdy si při práci rizika nepřipouštíme a snažíme se svůj pud sebezáchovy potlačit. Je to od nás mnohdy nezodpovědné – nemáme totiž odpovědnost pouze k nemocnému, ke které nás vede složená přísaha a osobní svědomí, ale také odpovědnost za naši posádku a také odpovědnost za naše rodiny“ (Wachsmuth 2002, s. 27).

Výzkumem stresu ve výkonu profese zdravotnického záchranáře se zabývali i autoři Svobodová a Brečka (2016). Výzkumné šetření realizovali u zaměstnanců ZZS Pardubického kraje. Cílem bylo zjistit, jaké zátěžové situace nejvíce ovlivňují jejich psychiku. Nejvíce stresující je dle výzkumu úmrtí dítěte či těžké zranění dítěte.

Autorka Čírtková (2015) zmiňuje ve své knize policejní stres, tedy situace hodně vypjaté s velkou dávkou zátěže. Zde shodně s výše uvedenými autory uvádí jako největší stresory při vyšetřování násilné trestné činnosti smrt dítěte, případy náhlého úmrtí dítěte v rodině aj.

Autor Šváb (2006) analyzuje zkušenosti s prožíváním psychické zátěže u členů HZS při řešení MU a uvádí: „Jednoduché pracovní činnosti vykonávané pod vlivem stresorů jsou obvykle zvládnuty dobře i delší dobu. U složitějších nebo složitých činností součinné působení mnoha faktorů může působit řadu problémů.... Základní informace z výzkumu stresu udávají shodně, že nestačí jen MU vyhodnocovat a zpětně hledat příčiny jejich vzniku, ale musí být analyzovány činnosti, které se odehrály ještě před MU“ (Šváb 2006, s. 25). K modelové situaci požáru obytného domu, kde požár zachvátil dvě horní patra, únikové cest byly neprůchodné a ohrožené osoby natlačené v oknech, uvádí autor výčet stresorů, které hasiči museli zvládat: „Hluk, křik (rozkazy velitelů, výkřiky zachraňovaných), změna počasí (začalo drobně

pršet, horko (sálavé teplo z plamenů), časový tlak (vývoj požáru), dlouhodobá koncentrace pozornosti (obsluha žebříku), odpovědnost (bezpečnost zachraňovaných lidí na žebříku)“ (Šváb, 2006, s. 25). Autor sice uvádí vyšší počet stresogenních faktorů (100x více) v práci hasičů ve srovnání s jiným pracovním zařazením, ale profesionální hasiči podle něho stres zvládají.

Znalost forem psychosociální podpory se pojila s otázkou číslo 16 a cílem č. 4. Respondenti mohli zvolit více možností odpovědí. Znají nejvíce SPIS (kolegiální forma podpory, týmy posttraumatické péče, služba peer), uvedlo 46 z nich. Znají pomoc psychologa (40 dotazovaných) a 15 uvedlo linku pomoci v krizi. Dále 5 respondentů odpovědělo, že zná CISM a 8 copingové strategie. Zajímavý je počet respondentů 12, kteří neznají podporu vzhledem k náročnosti jejich práce a 3 uvedli jiné (alkohol, rodina, humor, kamarádství). Zde při srovnání odpovědí u řízených rozhovorů jsme zjistili, že je běžnou součástí pracovního týmu u jednotek IZS proškolený kolega (peer), stejně jako intervence v rámci pracoviště i v rámci širšího územního celku (kraje).

Autorka Karbanová (2019) se zabývala systémem kolegiální podpory u Policie ČR. Vysvětluje, že před kolegiální podporou existoval u nás systém PIP, který měl také minimalizovat rizika spojená s nárokem práce Policie ČR (pokyn Policejního prezidenta č. 231/2016, o psychologických službách). Princip pomoci je podobný. Je jím vzájemná psychická podpora zaměstnanců/policistů. Karbanová (2019) však nabízí ve své studii srovnání české a zahraniční praxe. Provedla výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s devíti poskytovateli služby SPIS ve Středočeském kraji a přichází s následujícími výsledky. *„Hlavním motivem je pro respondenty pomoc kolegům snášet a vyrovnávat se s nároky policejní práce, dělat mimo hlavní náplň práce ještě něco navíc. Práce s lidmi je jim blízká a baví je. Současně dalším důvodem pro přihlášení do programu byla možnost vzdělání, uplatnění dovedností z předchozí praxe, využití poznatků v dalším studiu.*

...Respondenti se k tématu nastavení osobních hranic vyjadřovali ve třech rovinách. V první rovině vnímali osobní hranice v souvislosti se svou rolí poskytovatele kolegiální podpory. Respondenti prakticky nevnímají rozdíl, mluví-li s kolegy jako poskytovatelé či jako kolegové“ (Karbanová 2019, s. 18). Autorka odkrývá ve své studii i slabiny kolegiální podpory. V plném uplatnění brání strach ze ztráty zaměstnání, když se prozradí, že službu vyhledal a má psychické problémy, nedůvěra v poskytovatele služby, nedostatek informací o smyslu a účelu podpory a také její zlehčování. Navíc podle ní převládá mýtus silného a neoblomného policisty, který vše zvládne.

Systém kolegiální pomoci SPIS plně funguje u ZZS. Přínos psychosociální intervenční služby pro poskytovatele zdravotních služeb potvrdila první pražská konference Systému psychosociální intervenční služby v březnu 2020.

Autor Šváb (2006) se věnuje oblasti posttraumatické intervenční péče o hasiče a k této problematice a potvrzuje důležitost této psychologické služby. K tomuto uvádí: „Pokud dobře funguje psychologická služba v daném regionu, dojde k odbornému psychologickému ošetření jednotky nebo postižených jednotlivců, celkový akční potenciál je uchován k novému nasazení. Psychologická služba HZS je službou mladou, která v řadě krajů ještě bojuje o své místo na slunci. Kdyby však za dobu její existence byl zachráněn jen jeden lidský život člověka v nouzi (např. sebevrah) a pomoheno jedinému záchranáři z následků traumatické zátěže, je její místo v souboru služeb HZS plně oprávněné“ (Šváb 2006, s. 36).

Dále nás v souvislosti s cílem č. 4 zajímalo, jak řeší členové IZS následky závažných situací, zda mají možnost v zaměstnání řešit problematiku agresivity s odborníky a zda tuto možnost využívají. Odpovědi k této části – možnost řešit následky závažných situací v zaměstnání a jejich následné využití – najdeme ve výzkumu pod otázkou č. 11 na str. č. 50 (odpovědělo 70 respondentů kladně,

27 záporně, nechtělo uvést odpověď) a otázkou č. 12 na str. č. 51. Zde odpovídá 75 respondentů ne, 11 respondentů uvádí, že navštívili odborníka, a 7 dotazovaných uvádí, že si musí člověk pomoci sám, 9 z nich nechtělo uvést odpověď. Tyto dvě otázky – č. 11 a 12 tvořily spojené nádoby. Z odpovědí vyplývá, že členové IZS mají možnost po náročných zásazích řešit případné problémy s odborníky, ale zřejmě tuto možnost nevyužívají s tím, že jim mohou pomoci kolegové.

Autoři Svobodová a Brečka (2016) zjišťovali rovněž, zda mají zdravotníci záchranáři možnost využít služeb psychologa po náročném výjezdu. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 65 % kladně, 35 % záporně. Toto komentují následovně: *„Tyto odpovědi jsou zavádějící. Vzhledem k tomu, že všichni respondenti jsou ze ZZS PAK, měli by mít stejnou možnost využití psychologa. Domníváme se tedy, že je to ovlivněno rozdílnou informovaností zaměstnanců jednotlivých členů základen svými nadřízenými“* (Svobodová, Brečka 2016, s. 43). Ve stejném výzkumu pak 35 % dotazovaných odpovídalo na otázku důvodu vyhledání psychologa. Z nich 7 uvedlo variantu odpovědi po kardiopulmonální resuscitaci dítěte, 2 po vlastní chybě, kterou poškodili pacienta, 1 respondent kvůli vlastní potřebě a ostatní nespecifikovali. Ve srovnání s našimi výsledky jsme došli k zajímavé shodě v otázce možnosti navštívit odborníka.

Autorka Čírtková (2015) uvádí, že policisté následnou pomoc zpravidla nevyhledávají, zejména pak ti, kteří nedávají najevo svoje city a nezveřejňují své prožitky, protože chtějí mít pocit silného jedince, strážce zákona. Ti jsou podle autorky ale ohroženi PTSD.

Podle Baštecké (2005) se podílí na správném zvládnutí mimořádné události pro pracovníka tzv. plán pro zvládání zátěže. Pomoci by měl zaměstnavatel správnou organizací a vedením. *„Vedení dbá, aby pracovníci měli přestávky a volno,*

poskytuje osvětu o známkách pracovní zátěže a o možnostech jejího zvládnání. Je vypracován výstupní plán pro pracovníky po skončení práce včetně příležitosti vyjádřit kritiku a včetně oficiálního uznání za práci“ (Baštecká 2005, s. 107).

Na výzkum možností řešit následky agrese s odborníky navazovala otázka vzdělávacích kurzů s tématem, jak si poradit s agresivním jedincem. Zjišťovali jsme pomocí otázky č. 15 a výsledky jsou uvedeny na str. č. 53. Odpovědělo 54 respondentů ano, a zajímavé číslo 38 sdělilo, že ne, a to na základě toho, že kurz jim nebyl zprostředkován. Dále 5 dotazovaných uvedlo, že kurz nepotřebují, 5 nechtělo uvést odpověď.

Autorka Lodinská (2018) provedla ve své práci SWOT analýzu, ve které navrhovala opatření k vylepšení podmínek členů IZS při zásahu a setkání s agresivní osobou. Mezi slabé stránky SWOT analýzy řadí právě absenci vzdělávacích kurzů se zaměřením na jednání a zvládnání agresivních klientů a sebeobranu. Podle jejího průzkumu by kurzy měly být zprostředkovány právě k minimalizaci rizika pro zaměstnance. Jako další slabé stránky dále uvádí absenci ochranných prostředků pro členy HZS ČR a ZZS, absenci statutu úřední osoby pro ZZS a nízké právní postihy pro agresory.

Důležitost kurzů a příprav pro zvládnání mimořádné zátěže zmiňuje Wielfried Grafling (2012). Uvádí spolupráci hasičů-záchranářů, důležitost výcviku a dalšího vzdělávání. Pro vzdělávání v oblasti záchranné medicíny slouží certifikovaná traumatologická střediska.

S cíli souviselo ověření pravdivosti či nepravdivosti našich hypotéz. V této práci jsme si stanovili 3 hypotézy. Hypotéza 1 předpokládala, že více jak 50 % respondentů se setkalo s verbální agresí. Tuto hypotézu jsme verifikovali, jak bylo již uvedeno výše. V hypotéze 2 jsme předpokládali, že více jak 50 % respondentů využívá jako prevenci při zvládnání agrese faktor psychologický,

správnou komunikaci a zajištění psychické stability klienta. Převažovali odpovědi u podotázky kombinace všech faktorů (49 respondentů). Faktor psychologický zvolilo 33 dotazovaných, taktický 16 a technický pouze 2. Dále 2 respondenti uvedli, že se neseťkali s agresí, čili nemusí volit žádnou specifickou taktiku a komunikaci. Hypotéza 2 byla tedy falzifikována.

Výzkumy v oblasti komunikace jako nástroje prevence v případě pacientova hněvu a agrese jsou četné, uvádíme některá srovnání. V řadě odborných prací i výzkumů oproti našim výsledkům převažuje faktor komunikace a zajištění psychické stability klienta jako klíčový.

Komunikaci jako vhodný prostředek k deeskalaci napětí často zmiňuje autor Pekara (2019). Ale představa, že zdravotníci mají automaticky vrozenou schopnost empaticky komunikovat s pacienty, je mylná. Je podle něho třeba posilovat tuto schopnost správným tréninkem. Uvádí, že je třeba vynaložit maximální úsilí prevence v oblasti správné komunikace, aby konflikt s agresivním jedincem nevznikl. *„Vliv má také chování zdravotnických pracovníků, které může vystupňovat negativní emoce již „nastartovaných“ pacientů a zapálit připravenou nálož emocí. Tento vztah je reciproční a funguje i obráceně: unavený zdravotník má nižší schopnost čelit nepříjemným výlevům pacientů. Efektivní zoládnutí emocí by mělo být součástí profesionálního repertoáru každého zdravotníka, protože právě deeskalace a uklidnění pacienta mnohdy nejen konflikty řeší, ale umí jim i předcházet“* (Pekara 2019, s. 33).

Autorka Zacharová (2009) uvádí některé zásady profesionálního chování k agresivním pacientům a sděluje ve svém příspěvku následující přístupy: *„Zjistit, co bylo spouštěcím momentem neadekvátního chování, a to pomocí rychlých otázek. Zdravotník tak získá čas na rozmyšlenou, jak se zachovat dál, a překvapí pacienta opačnou reakcí, než očekával. Je však možné, že se zdravotníci rozhodnou nereagovat na*

pacientův amok, trpělivě vyslechnou příčinu jeho reakce a následuje omluva s ujištěním, že dojde k nápravě“ (Zacharová 2009, s. 11). Autorka Zacharová (2009) dále doporučuje zachovávat určitá obecná pravidla v komunikaci, mezi něž patří nenechat se vyprovokovat, neodpovídat na agresi protiútokem, nehodnotit chování, vyjádřit nesouhlas s chováním, nikoli s nemocným. K tomu se řadí i konkrétní projevy jednání – volit pomalé tempo řeči, udržovat oční kontakt, sedět klidně a nedělat prudká gesta a nechat otevřenou ústupovou cestu, případně volat pomoc.

Autorka Čerňanová (2010) se zabývá agresí zejména v oblasti psychiatrické péče a ke zvládnutí agresivního pacienta uvádí, že zvládnutí agresivního pacienta začíná právě verbální intervencí, včetně kontroly našich neverbálních projevů. Doporučuje srozumitelnou komunikaci, během které vysvětlíme pacientovi, co a proč děláme.

Autor Zelman (2009) uvádí, že se dá 36 % všech agresivních setkání zvládnout verbální intervencí. Autor Morávek (2016) uvádí, že komunikace se řadí mezi jednu z očekávaných dovedností dobrého zdravotnického záchranáře. Důležité je správně zvolit slova i gesta, mít empatii.

Autorka Peňáková (2011) zkoumala, zda respondenti znají zásady při setkání s agresivním pacientem. Pokud uvedli ano, zvolili tyto 3 základní varianty: *„zachovat klid – neodpovídat protiútokem, mluvit klidně, srozumitelně, přivolat i další osobu“* (Peňáková 2011, s. 55).

Výsledky našich řízených rozhovorů rovněž potvrdily správnou komunikaci jako prostředek ke zvládnutí agresivního pacienta či klienta. Respondenti využívají kurzy asertivity, neverbální projevy, Policie ČR antikonfliktní týmy. Respondentka z Policie ČR uvedla, že v případě klienta pod vlivem návykové látky funguje pouze represe, nikoli prevence.

Předpokládali jsme, že více jak 50 % respondentů využívá ke zmírnění stresu a napětí oporu zejména v pracovním prostředí a pomoc od kolegů. Zkoumali jsme toto v otázce č. 17 a předpokládali v hypotéze č. 3. Odpovědi máme zaznamenané na obrázku č. 18 na str. č. 55. Z celkového počtu respondentů 84 odpovědělo, že oporou je jim zejména osobní život a sociální zázemí, odpočinek, sport, relax. Hypotéza byla falzifikována.

Autoři Svobodová a Brečka (2016) na základě svého výzkumu konstatují, že pro respondenty je „zásadním pomocníkem ve zvládnutí stresu sport (37 %), 33 % dotazovaných preferuje komunikaci s rodinou a přáteli. Filmem nebo četbou se odraťují 17 % respondentů, malé části respondentů napomáhá ke zvládnutí stresu alkohol a cigarety (4 %), nebo stres nijak neřeší“ (Brečka, Svobodová 2016, s. 42).

Autorka Baštecká (2005) uvádí, že i záchranáři jsou oběťmi, projevují se u nich posttraumatické jevy, ale „brání se jako jiní lidé – hlavně činností (která je v jejich případě živá), humorem a schopností mentálně se vzdálit od situace pomocí obranného mechanismu disociace“ (Baštecká 2005, s. 27).

Na základě diskuse s odborníky v dané oblasti a v porovnání s výzkumy výše uvedenými, vnímáme jako podstatné uvést některé **návrhy**. Většina diskusí se shoduje v důležitosti správné komunikace jako prevence deeskalace napětí na místě MU. Verbální komunikace doplněná neverbální je klíčovým prvkem při setkání s agresí na místě MU. Současně však někteří autoři (např. Pekara 2019) upozorňují na skutečnost, že komunikační dovednosti a empatie by měly patřit k základní výbavě členů IZS, ale ne vždy tomu tak je. Proto považujeme za důležité, aby členové IZS byli připravováni na MU právě absolvováním kurzů, jak zvládat krizové situace s agresivními klienty, a výcviků v oblasti krizové komunikace. Toto naše tvrzení je podpořeno i výsledky řízených rozhovorů, kdy členové IZS s vyšší délkou praxe (v našem výzkumu se pohybujeme u řízených

rozhovorů od 10 let výše) uvedli důležitost kurzů asertivity, které absolvovali. Domníváme se, že efektivita tohoto výcviku však spočívá v opakovanosti vzdělávacích aktivit, ale stejně důležitá je samozřejmě osobnost člena IZS.

V souvislosti s kurzy se objevil v našem výzkumu zajímavý výsledek na otázku, zda respondenti absolvovali vzdělávací kurzy na téma zvládnutí agresivního jedince. Připomínáme, že ze 102 dotazovaných odpovědělo 54 kladně, ale 38 respondentů záporně s tím, že kurz jim nebyl nikdy zprostředkován. K tomuto závěru jsou vztaženy diskuse autorky Lodinské (2018, SWOT analýza – kurzy jako slabé stránky), autorů Svobodové a Brečky (2016), kteří hovoří o rozdílné informovanosti zaměstnavatelů o kurzech, autora Pekary (2019), který zdůvodňuje důležitost znalosti prevence, aby konflikt vůbec nevznikl. Proto shrnujeme jako návrh absolvování kurzů o zvládnutí agresivity, o komunikaci jako krizové intervenci, opakovatelnost kurzů, správnou informovanost o kurzech ze strany zaměstnavatele a nikoli dobrovolnost ze strany členů IZS.

Z našich diskusí se zejména autorka Baštecká (2005) a autor Šváb (2006) věnovali týmové práci členů IZS. Připomeneme zde tzv. „závěrečný začišťovací rituál týmu“, kdy autorka Baštecká (2005) uvádí, že v Čechách nemá tradici, a důležitost analýzy činností před MU v rámci týmu (Šváb 2006). U složek IZS hraje vedle odbornosti soudržnost týmu a přesné rozdělení činností nejdůležitější roli při zásahu. Proto považujeme za podstatné uvést jako návrh kurzy, semináře pro týmy, zahrnout téma skupinové morálky a profesní kolegiality.

V řadě diskusí jsme uváděli činnost SPIS, kolegiální podporu v rámci jednotlivých složek IZS, činnosti psychologických týmů. K tomu se váže další návrh, a sice návrh většího výzkumu na téma kolegiální podpory a její využitelnosti a efektivity, srovnat Prahu a menší obce. Je třeba se dále zeptat na

konkrétní využití SPISu u jednotlivých složek IZS. K tomuto závěru nás vedou výše uvedená fakta, viz např. autorka Karbanová (2019), která právě odkrývá ve svém výzkumu i slabiny kolegiální podpory. Zdůrazníme zde mýtus „silného policisty“, který si neřekne o pomoc, dále obavy členů IZS z prozrazení jejich psychických obtíží před kolegy.

Na základě našeho výzkumu se postupně odkrývala další témata, která by mohla být předmětem zkoumání a zpracování. Větší pozornost by si zasloužila medializace problému. V úvodu jsme uvedli, že pozornost médií se upíná k agresi na sociálních sítích (viz dokument „V síti“). Výzkum by mohl sledovat četnost medializace agrese vůči složkám IZS ve srovnání s jinými druhy agrese často uváděnými v médiích. V neposlední řadě doporučujeme v oblasti psychohygieny věnovat pozornost přetíženosti službami u složek IZS, která může vést u členů k nesprávné deeskalaci napětí na místě MU, a tuto oblast zájmu prozkoumat.

V každém případě chceme zdůraznit, že daný výzkum bereme jako inspirativní pro další rozpracování.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na téma agresivity při zásahu složek IZS. Nárůst pozornosti, který je zaměřen na výzkum forem agrese a četnost, je patrný i z řady studií a diplomových prací. Je zřejmě podmíněn tou skutečností, že agrese při zásahu složek IZS není výjimečnou událostí. Teoretická část obsahuje položky se souvisejícími tématy: agrese a jejích formy, agresivita, MU, prevence na místě MU, psychohygiena, stres a jeho vliv.

V praktické části jsme pracovali s konkrétními daty na základě výzkumu formou dotazníku a následné analýzy. Pro naplnění cíle byly zvoleny některé problémové oblasti při setkávání s agresivitou a jejím následným řešením, jak na místě MU, tak po jejím skončení. Zjistili jsme, že s agresí ze strany klientů se setkávají členové IZS opakovaně, převládají verbální formy agrese, následované neverbálními. Důležitý prvek do výzkumu přinesly řízené rozhovory, ve kterých respondenti zdůraznili pozitivní zkušenosti se správnou komunikací v oblasti prevence na místě MU. Rovněž četné diskuse odborníků se ztotožňovaly s tímto fenoménem. Tyto poznatky by členové IZS mohly porovnat s vlastní zkušeností a využít případně při zvládnutí agresivních klientů.

Dále výzkum sledoval absolvování kurzů o deeskalaci napětí a s tématem sebeobrany. V této souvislosti bylo zajímavé zjištění, že kurzy nebyly všem našim respondentům v zaměstnání nabídnuty. Další zkoumanou oblastí byl i vliv stresu a řešení jeho následků, kde jsme zaznamenali důležitost kolegiální podpory na úrovni organizace a dobrého zázemí na úrovni jednotlivce.

Považujeme za potřebné v závěru zdůraznit, že po zhodnocení výzkumu jsme v diskusi stanovili návrhy a doporučení. Zejména poukazujeme na důležitost vzdělávání a kurzů u členů IZS a doporučujeme analyzovat oblast kolegiální a psychologické podpory pro členy IZS ve smyslu její využitelnosti.

Seznam použitých zkratk

HZS – Hasičský záchranný sbor

HZS ČR – Hasičský záchranný sbor České republiky

IZS – Integrovaný záchranný systém

LZS – letecká záchranná služba

MU – mimořádná událost

PČR – Policie České republiky

PTSD – posttraumatická stresová porucha

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – Rendez-Vous systém

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

VS – výjezdová skupina

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS HMP – Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy

ZZS PAK – Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje

Seznam použité literatury

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Terénní krizová intervence: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-708-x.
3. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
4. CROOS-MÜLLER, Claudia. *Odvahu! Knížka o přežití. Okamžitá pomoc při strachu, úzkosti a panice*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4595-4.
5. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie. 2., rozšířené vydání*. Plzeň: Čeněk, Aleš, 2015. ISBN 978-80-7380-581-4.
6. HARTL Pavel, HARTLOVÁ Helena. 2. vyd. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
7. HNILICOVÁ, Helena. *Násilí na pracovišti ve zdravotnictví*. In *Zdravotnické noviny* 2007, roč. 56, č. 46. s. 14–15. ISSN: 1805-2355.
8. HONZÁK, R. *Obrana před napadením agresivním pacientem. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005. roč. 1. č. 4. s. 195 ISSN 1801-1349.
9. IZZOVÁ, Ellie, CARPELOVÁ MILLEROVÁ Vicki. *Předané trauma*. Praha: Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-662-4.
10. KERN, Hans a kol. *Přehled psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0105-2.
11. KNEZOVIĆ, Renata, RALBOVSKÁ, Rebeka. *Komunikace pro pomáhající profese 2*. Praha: Evropské vzdělávací centrum Praha, 2010. ISBN 978-80-87386-07-1.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-0-247-3149-0.

13. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
14. MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.
15. NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Teorie sebeobrany*. 2. vyd. Praha: Armex, 2011. ISBN 978-80-86795-98-0.
16. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
17. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
18. PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4332-5.
19. PEKARA, Jaroslav, KOLOUCH, Petr. Zkušenosti s násilím ve vztahu zdravotník a pacient na zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy v letech 2004–2014. In *Urgentní medicína 2016*, roč. 19, č. 4, s. 35–40. ISSN 1212-1924.
20. PEKARA, Jaroslav. Násilí a české ošetřovatelství. Recenzované články, přehledová studie. In: *Florence*. IX (12), 2013, s. 20–22. ISSN 1801 -464X.
21. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka. Psychologické aspekty mimořádných událostí. In: ŠÍN, Robin et al. *Medicína katastrof*. 1. vydání. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
22. RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
23. SVOBODOVÁ, Petra, BREČKA, Tibor. Stres ve výkonu profese zdravotnického záchranáře. In. *Urgentní medicína*, 2016, roč. 19, č. 4, s. 42–46. ISSN: 1212-1294.
24. ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.

25. ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotníci a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
26. ŠVÁB, Svatoslav. *Psychologie práce pro nováčky, hasiče-záchranáře, ale nejen pro ně*. 1. vyd. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2006. ISBN 80-86634-84-1.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání, rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
28. VEVERA, Jan a kol. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. In: *Časopis psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*, 2018, roč. 114, č. 5, s. 213–217. ISSN 1212-0383.
29. VILÁŠEK, Josef, FIALA, Miloš, VONDRÁŠEK, David: *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.
30. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktual. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
31. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5.
32. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada., 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.
33. WACHSMUTH, Jiří. Mimořádné události a rizika v ZZS. In: *Urgentní medicína*, 2002, roč. V, č. 2., s. 27–33. ISSN 1212–1924.
34. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9238-0.
35. ZELMAN, Marek, HOLLÝ, Karol, BRAKOČOVÁ, Helena. Zvládanie akútneho psychomotorického nekludu a agresivity pacienta. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2006, roč. 6, č. 4, s. 185–190. ISSN 1213-0508.

Závěrečné práce:

1. KŘÍŽOVÁ, Jana. *Zvládání stresu u příslušníků hasičského záchranného sboru*. Olomouc, 2012. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Zdeněk Vtípil, CSc.
2. LODINSKÁ, Michaela. *Analýza psychické připravenosti členů IZS na mimořádné události*. Kladno, 2018. Diplomová práce. ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.
3. LOJKOVÁ, Michaela. *Průzkum ohrožení personálu při poskytování zdravotních služeb*. České Budějovice, 2019. Diplomová práce. JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.
4. MORÁVEK, Tomáš. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Ved. práce Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.
5. PEŇÁKOVÁ, Simona. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Prof. MUDr. Alexandra Žourková, CSc.
6. SPERLINGOVÁ, Petra. *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka, Ph.D.
7. WOHLMUTH, Lukáš. *Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu*. Praha, 2016. Diplomová práce.

Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce
PhDr. Radim Pavelka, Ph.D.

Internetové zdroje:

1. ČERŇANOVÁ, Andrea. Agresivní pacient z aspektu psychiatrického ošetrovatelstva. In *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 2010, roč. 17, č. 2, s. 107–111. [cit. 26. 04. 2020] Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2010/psy2-2010-cla3.pdf>.
2. GRAFLING, Wielfried. *Ich sehe grosse Herausforderungen auf uns zukommen*. Berlin, 2012. [cit. 26. 04. 2020]. Dostupné z: <https://www.berliner-feuerwehr.de/fileadmin/bfw/dokumente/Publikationen/Jahresberichte/jahresbericht2012.pdf>.
3. KARBANOVÁ, Petra. Systém kolegiální podpory Policie ČR. In *E-Psychologie*, 2019, roč. 13, č. 2., s. 13–32. [cit. 28. 04. 2020]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/341>.
4. LACHMAN, Filip. Zbraně nezabíjejí, zabíjejí lidé. In *Sociální teorie, publikováno 16. 12. 2012*. [cit. 24. 4. 2020]. Dostupné z: <http://socialniteorie.cz/zbrane-nezabijej-zabijej-lide-zbranemi/>.
5. PEKARA, Jaroslav. *Agrese ve zdravotnických zařízeních je celosvětový problém. V případě mimořádné situace je nejlepší útěk*, 2019. [cit. 10. 12. 2019]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/tiskove-entrum/agrese-ve-zdravotnickych-zaizenich-je-celosvetovy-problem.html>.
6. HARWOOD, R. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical setting. In *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47/2 2017, pp. 176–182. doi: 10.4997/JRCPE.2017.218. [cit. 28. 4. 2020] Dostupné z: http://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/jrcpe_47_2_harwood.pdf.
8. Statistické ročenky HZS ČR – Statistická ročenka 2019 ČR, vydalo Ministerstvo vnitra – generální ředitelství. Příloha časopisu 112 č. 3/2020.

Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/statisticke-rocenky-hasicskeho-zachranneho-sboru-cr.aspx>.

9. SZKANDEROVÁ, Michaela, JAROŠOVÁ, Darja. Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních. In: *Profese on-line*, recenzovaný časopis pro zdravotnické obory, 2008, ročník I, č. 1, s. 1–9. ISSN 1803-4330. [cit. 8. 5. 2020]. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2008/01/01.pdf>.
9. ZACHAROVÁ, Eva: Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků, In: *Interní medicína pro praxi*, 2009, 11(10), s. 471. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>.

Legislativa:

- Pokyn policejního prezidenta č. 231/2016 b., o psychologických službách
- Vyhláška č. 247/2001 Sb., o organizaci a činnosti jednotek požární ochrany ve znění vyhlášky č. 226/2005 Sb. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-247>
- Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>
- Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-273>
- Zákon č. 320/2015 Sb., o Hasičském záchranném sboru ČR a o změně některých zákonů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-320>
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-37>

8 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1: Fáze cyklu napadení (modifikace dle Honzáka, 2005).....	28
Obrázek 2: Pohlaví respondentů.....	43
Obrázek 3: Délka praxe u složek IZS.....	44
Obrázek 4: Složka IZS.....	44
Obrázek 5: Setkání s agresí při vykonávání profese	45
Obrázek 6: Setkání s agresí při vykonávání profese (členění dle složek IZS)	45
Obrázek 7: Konkrétní projevy agresivity	46
Obrázek 8: Fyzické napadení při zásahu	47
Obrázek 9: Následné obtíže v souvislosti s agresí klienta.....	47
Obrázek 10: Druhy obtíží po setkání s agresí	48
Obrázek 11: Uvažování o změně zaměstnání	49
Obrázek 12: Předpoklad agrese na místě MU	50
Obrázek 13: Možnost řešení následků agrese v zaměstnání	50
Obrázek 14: Možnost návštěvy odborníka po zásahu	51
Obrázek 15: Varianty zvládnutí agrese na místě MU.....	52
Obrázek 16: Prevence na místě MU	53
Obrázek 17: Vzdělávací kurz na téma agresivní jedinec.....	53
Obrázek 18: Formy podpory pro členy IZS	54
Obrázek 19: Psychohygienu členů IZS.....	55

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1:

Dotazníkové šetření agresivity ze strany klientů při zásahu složek IZS

Vážení respondenti,

jsem studentem 3. ročníku oboru Plánování a řízení krizových situací Fakulty biomedicínského inženýrství katedry Zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva na Českém vysokém učení technickém. Právě zpracovávám bakalářskou práci na téma „Analýza projevů agresivity při zásahu složek IZS“. Cílem práce je zjistit četnost výskytu, konkrétní formy agresivity a agresivního jednání. Cílem bude rovněž zjistit, jaká preventivní opatření v oblasti prevence eskalace agresivity členové IZS ve vypjatých situacích využívají. Tímto bych Vás chtěl požádat o vyplnění mého krátkého dotazníku, který Vám zabere maximálně 10 minut. Dotazník je zcela anonymní a údaje nebudou použity k jiným účelům.

Děkuji za Váš čas

David Chvál, student 3. ročníku oboru Plánování a řízení krizových situací

Na konci dotazníku, po jeho vyplnění, stačí jen zmáčknout ikonu odeslat.

Dotazník je určen pouze pro jednotlivé členy složek IZS.

Instrukce k vyplnění dotazníku: Každou odpověď jednou zaškrtněte, není-li uvedeno jinak.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

muž

žena

2) Uveďte prosím délku Vaší praxe u složek IZS:

- do 5 let
- 5–10 let
- 11–15 let
- 16–20 let
- více než 20 let

3) Pro jakou složku IZS pracujete?

- pro Policii ČR
- pro Hasičský záchranný sbor České republiky
- pro poskytovatele Zdravotnické záchranné služby

4) Setkal/a jste někdy při vykonávání Vaší profese s projevy agrese vůči Vaší osobě?

- ano, opakovaně
- ano, spíše výjimečně
- ne
- nechci uvést odpověď

5) Pokud jste ve 4. otázce odpověděl/a ano, pokračujte prosím v otázkách 5, 6 a 7. Pokud jste odpověděl/a ne, tak prosím přeskočte na otázku č. 9.

- jaké projevy agresivity se jednalo?
- neverbální projevy (mimika, gesta zdůrazňující ponižování Vaší práce, zesměšnění apod.)
- verbální agrese (nadávky, vulgarismy, ironie, „skákání do řeči“ aj.)
- fyzické napadení (strkání, narážení aj.)
- záměrné ničení věcí složek IZS
- jiné, uveďte jaké _____

6) Byl/a jste v souvislosti s projevem agresivity a agresivního jednání fyzicky napaden/a tak, že došlo ke zranění?

- ano
- ne
- nechci uvést odpověď

7) Měl/a jste v souvislosti s verbálním nebo fyzickým útokem následně obtíže (v psychické nebo psychosomatické oblasti)?

- ano
- ne
- nechci uvést odpověď

8) Pokud jste odpověděl/a v 7. otázce ano, pokračujte v 8. otázce. Pokud jste odpověděl/a ne, tak prosím plynule přejděte k otázce číslo 9.

O jaké obtíže se jednalo? Zde můžete zaškrtnout více odpovědí.

- tělesné obtíže (nevolnost, bolest na hrudi, únava, vyčerpání aj.)
- behaviorální obtíže – vnější projevy chování (snížení pracovního výkonu, snadná rezignace, neschopnost odpočívat aj.)
- kognitivní projevy – oblast myšlení (vtíravé myšlenky, opětovné vrácení se k události, flashback, poruchy soustředění se aj.)
- emocionální projevy – pocity ztráty životních iluzí, bezpečnosti a jistoty, strach
- fyzické zranění
- jiné _____

- 9) Přemýšlel/a jste v souvislosti s projevy agresivity a agresivního jednání na místě mimořádné události o změně povolání?
- ano
 - ne
 - nechci uvést odpověď
- 10) Dá se (dle Vašeho subjektivního posouzení) předem očekávat, že na místě mimořádné události propuknou projevy agrese?
- ano, existují rizikové skupiny u výjezdů – (lidé pod vlivem psychoaktivní látky, intoxikace alkoholem, psychotici, psychicky alterovaní apod.)
 - ne, nedá se předem určit. Frustrace či pocit ohrožení ale může vyvolat neadekvátní reakci i agresi.
 - nikdy nelze dopředu předvídat, jak se situace na místě mimořádné události vyvine
 - jiné _____
- 11) Máte možnost ve Vašem zaměstnání řešit problematiku výskytu agresivity a agresivního jednání s odborníky?
- ano
 - ne
 - nevím o možnosti
- 12) Navštívil/a jste někdy odborníka (psychologa, peera, krizového intervenanta apod.) po náročném zásahu s výskytem agresivity a agresivního jednání?
- ano
 - ne, nevěřím v pomoc odborníka. Člověk si musí pomoci sám.
 - ne, pomoc mi mohou poskytnout i kolegové
 - nechci uvést odpověď

13) Jaká si myslíte, že by byla nejlepší varianta zvládnání projevů agresivity a agrese při zásahu? (Můžete vybrat vícero odpovědí.)

- využití poznatků z kurzů s tématem sebeobrany vůči agresivním jedincům
- využití poznatků z kurzů s tématem deeskalace napětí a agresivity
- možnost kontaktování krizového intervenanta, peera, psychologa apod., který by Vám pomohl se zvládnáním náročných situací v rámci zásahu
- asistence Policie ČR
- více osob na směnách
- nevím
- jiné _____

14) Která z následujících preventivní opatření jste na základě Vaší zkušeností při zvládnání agresivního jednání efektivně v praxi využil?

- faktor psychologický – psychická stabilita v krizové situaci
- faktor taktický – zvolení správné taktiky pro obranu – správná vzdálenost od útočníka, aj.
- faktor technický – výběr prostředků pro sebeobranu
- kombinace všech faktorů
- s projevy agresivity jsem se nesešel (nemohu tedy odpovědět)

15) Absolvoval/a jste někdy během výkonu své profese vzdělávací kurz s tématem, jak si poradit s agresivním jedincem?

- ano
- ne (na základě vlastního rozhodnutí, že tento kurz nepotřebuji)
- ne (na základě toho, že mi nebyl nikdy zprostředkován v rámci zaměstnání)
- nechci uvést odpověď

16) Jaké formy podpory vzhledem k psychické náročnosti práce členů IZS ze své praxe znáte?

- pomoc psychologa
- SPIS – poskytovatelé ZZS, systém kolegiální podpory – Policie ČR, Posttraumatickou péči – HZS ČR apod.
- Linka pomoci v krizi
- CISM – Critical Incident Stress Management – systém preventivních a intervenčních technik (techniky pomáhající vyrovnat se stresem, mimořádnou událostí)
- Copingové strategie (strategie zvládnání stresu dle individuálních preferencí)
- žádné
- jiné _____

17) Využíváte ve svém životě nějaká opatření ke zmírnění stresu a napětí?

- ano (oporou je zejména můj osobní život a sociální zázemí, odpočinek, sport, relax, apod.)
- ano (oporou je zejména moje pracovní prostředí a pomoc od kolegů)
- ne, nezažívám výrazný stres
- nechci uvést odpověď
- jiná _____

Děkuji Vám za Váš čas. David Chvál

Příloha č. 2

Přepis řízených rozhovorů

Průvodní dopis zasláný před rozhovorem

Dobrý den,

jsem studentem 3. ročníku ČVUT, FBMI (oboru Plánování a řízení krizových situací). Zpracovávám bakalářskou práci na téma: Analýza projevů agresivity ze strany klienta při zásahu složek IZS.

Potřeboval bych své anonymní dotazníky doplnit o rozhovory s lidmi, kteří už jsou léta v praxi u IZS. Dostal jsem na Vás kontakt. Chtěl bych se tímto zeptat, zda byste si našel chvíli na moje následující dotazy.

- 1) Jméno a příjmení
- 2) Délka praxe
- 3) Pozice, kterou v IZS zastáváte
- 4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta?
- 5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu?
- 6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?

Děkuji za Váš čas

S pozdravem

David Chvál (FBMI-PŘKS 3)

Respondent č. 1

1) **Jméno a příjmení:** *Bc. Martin Břejcha*

2) **Délka praxe:** *10 let*

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: Řidič RZP na úvazek 1,0 a vedoucí úseku kanceláře ředitele na úvazek 0,5 u ZZS Plzeňského kraje.

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? Asi 3x až 4x za rok.

5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu? Snažím se o asertivitu za všech okolností, dbám na neverbální komunikaci.

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?

V rámci praxe u ZZS PK jsem se na žádné MU s agresí nesetkal.

Respondent č. 2

1) Jméno a příjmení: Petr Hradský, dis.

2) Délka praxe: 16 let

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: Řidič, záchranář RZP, ZZS Vimperk.

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? Mohu říci, že tak 1x za měsíc, zpravidla u starších pacientů a u klientů závislých na návykových látkách.

5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu? Komunikace, jsem od přírody „pohodář“ a jen tak něco mě nevyprovokuje.

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?

Uvedu na příkladech. Nedávná nehoda, srážka školního autobusu a osobního auta ve Vlachově Březí, kdy jsem vytahoval z auta ženu, která měla rozdrcené nohy. Kolemjdoucí si mě natáčeli na mobil, nikdo mi nepomohl a ještě agresivně komentovali. Další příkladem jsou motokrosově závody, kdy má každý „upito“ a při ošetřování třeba zlomené ruky mi často nadávají. Není to vážná mimořádná událost, ale zejména slovní agrese ze strany klientů je hodně častá.

Respondent č. 3

1) Jméno a příjmení: por. Bc Martina Joklová

2) Délka praxe: 25 let

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: *Od roku 2010 na Oddělení tisku a prevence u Krajského ředitelství Policie Jihočeského kraje, Územní odbor Prachatice jako tisková mluvčí a preventistka, do roku 2010 pořádková a dopravní policie v Prachaticích.*

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? *Především u osob pod vlivem návykové látky. U těchto osob jde spíše o represí, nikoli prevenci na místě mimořádné události. Postupovala jsem podle Zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR, kdy po neuspěšném opakování výzvy o upuštění od protiprávního jednání přišly na řadu donucovací prostředky.*

5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu? *Pro lepší zvládnutí agresora absolvují policisté kurz asertivního jednání, který jsem také absolvovala. Co říci závěrem, jsem žena menšího vzrůstu a musela jsem si poradit s agresorem slovně, což se mi celkem dařilo.*

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?
Nemám takové zkušenosti.

Respondent č. 4

1) Jméno a příjmení: *mjr. Mgr. Petr Mášek, MBA*

2) Délka praxe: *23 let*

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: *Pozici vrchního komisaře/velitel pořádkové jednotky Plzeňského kraje.*

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? *U PČR je agresivita „denní chléb“.*

5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu? *deeskalaci napětí využívám znalosti z psychologie, verbální a neverbální komunikaci, také znalosti o rozvoji konfliktní situace. Co se týče pořádkové jednotky, je nástrojem pro jednání s potenciálně rizikovou skupinou tzv. antikonfliktní tým.*

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?

V případě policejních a bezpečnostních opatření většího rozsahu je současným trendem minimalizovat síly a prostředky, popř. působit pouze neinvazivně a skupiny osob monitorovat, protože potom neovznikají negativní emoce u davu. V případě zjištění protiprávního jednání skupin Policie ČR zasáhne. Opakem jsou tvrdě represivní a preventivní opatření, kdy jsou pořádkové síly naopak zřetelně vidět při zásahu proti rizikovým skupinám. Tyto obě strategie jsou střídány podle situace.

Respondent č. 5

1) Jméno a příjmení: *p. Eduard Lenc*

2) Délka praxe: *14 let*

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: *HZS Prachatice, řidič a strojník.*

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? *Tak 1x za 3 měsíce. Jako příklad uvedu dopravní nehodu, kdy je zastavena doprava v obou směrech. Řidiči na komunikaci, kterých se omezení týká, zpravidla používají vůči nám, členům HZS, verbální agresi.*

5) Jaké techniky využíváte k deeskalaci napětí při zásahu? *Pomoc kolegů, komunikaci. Ještě bych chtěl doplnit, že v Prachaticích je po těžkém zásahu možnost intervence pro členy HZS, v každé jednotce je minimálně jeden proškolený kolega. V Českých Budějovicích je možnost intervence pro členy HZS v kraji.*

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS? *Za svoji praxi jsem se nasetkal s vážnější MU, proto nemohu posoudit agresi v tomto případě. Sám si pomáhám ke zklidnění sportem.*

Respondent č. 6

1) Jméno a příjmení: *p. Miroslav Roučka*

2) Délka praxe: *19,5 roku*

3) Pozice, kterou v IZS zastáváte: *HZS Vimperk, hasič – strojník.*

4) Jak často se setkáváte s agresivitou ze strany klienta? Asi tak 5x ročně.

5) Jaké techniky využíváte k deescalaci napětí při zásahu? Psychologické rozhovory, správnou komunikaci.

6) Jaké jsou Vaše zkušenosti s řešením zvládnutí agrese při MU v rámci IZS?

Velmi dobré, na spolupráci jsme vycvičeni ke společnému postupu.