ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Agresivní útoky na členy zdravotnické záchranné služby

Aggressive attacks on members of the medical service

Bakalářská práce

Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor:	Zdravotnický záchranář

Autor bakalářské práce:	Adéla Nováková
Vedoucí bakalářské práce:	PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D. LL.M.

Kladno 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení:	**Nováková**	Jméno:	**Adéla**	Osobní číslo:	**483321**
Fakulta:	**Fakulta biomedicínského inženýrství**				
Garantující katedra:	**Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**				
Studijní program:	**Specializace ve zdravotnictví**				
Studijní obor:	**Zdravotnický záchranář**				

II. ÚDAJE K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Název bakalářské práce:

Agresivní útoky na členy zdravotnické záchranné služby

Název bakalářské práce anglicky:

Aggressive Attacks on Members of the Emergency Medical Service

Pokyny pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude analýza současného stavu agresivních útoků směřovaných na členy zdravotnické záchranné služby při zásahu na místě mimořádné události. V teoretické části bude komplexně shrnuta problematika týkající se agrese, agresivity a útoků ze strany agresivních jedinců. Součástí teoretické části práce bude i problematika prevence vzniku agresivity na místě mimořádné události, zvládání agresora a zmapovány základní prvky sebeobrany. V praktické části bude provedena statistická analýza dat získaných prostřednictvím anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření určeného pro respondenty z řad zdravotnických záchranářů s minimálním počtem 75. Cílem bude zjistit četnost výskytu agresivního chování, konkrétní formy agresivity a možnosti využití opatření v oblasti prevence eskalace agresivity, které respondenti ve vypjatých situacích využívají. V diskusi bude provedena komparace zjištěných dat s výsledky jiných autorů a budou uvedeny návrhy pro praxi.

Seznam doporučené literatury:

[1] ANDRŠOVÁ, Alena, Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi., ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2012, 120 s., ISBN 978-80-247-4119-2
[2] LÁTALOVÁ, Klára, Agresivita v psychiatrii, ed. 1. vyd., Praha: Grada, 2013, 240 s., ISBN 978-80-247-4454-4
[3] KANE Lawrence a Rory MILLER, Přiměřená sebeobrana: efektivní rozhodování v násilné situaci, ed. 1. vyd., Praha: Mladá fronta, 2018, 287 s., ISBN 978-80-204-5038-8
[4] JANEČKOVÁ, Eva, Právní aspekty sebeobrany, ed. 1. vyd., Praha: Wolters Kluwer, 2015, 171 s., ISBN 978-80-7478-760-7

Jméno a příjmení vedoucí(ho) bakalářské práce:

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

Jméno a příjmení konzultanta(ky) bakalářské práce:

Bc. Martin Štiber

Datum zadání bakalářské práce: **15.02.2021**
Platnost zadání bakalářské práce: **18.09.2022**

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

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

III. PŘEVZETÍ ZADÁNÍ

Student(ka) bere na vědomí, že je povinnen(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.

20. 4. 2021
Datum převzetí zadání

Podpis studenta(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem **Agresivní útoky na členy zdravotnické záchranné služby** vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

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

V Kladně dne 11.05.2021

…….
Jméno autora vč. titulů
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych zde poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Mgr. Daně Rebece Ralbovské, Ph.D. za cenné rady, kritické, ale konstruktivní připomínky a její vstřícnost a ochotu, kterou mi po celou dobu vzniku mé práce dávala. Poděkování patří i bc. Barboře Smetákové, která mi dávala cenné rady, podporu a trpělivost. V neposlední řadě také všem respondentům z řad výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby Ústeckého, Moravskoslezského, Středočeského a Karlovarského kraje.

ABSTRAKT

Obsahem bakalářské práce jsou agresivní útoky na členy zdravotnické záchranné služby. V současné době je dle respondentů stupňující se agrese na posádku záchranné služby velice aktuální problematikou.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část pojednává o definici agrese, její příčině a také rozdělení. Jsou vymezeny i jiné pojmy jako je – agresivita, příčiny agresivního chování u pacienta, prevence vzniku agrese na místě mimořádné události, následky útoku na člena výjezdové skupiny a také sebeobrana dle práva.

V části výzkumné jsme pro vyhodnocení cílů zvolili anonymní dotazníkové šetření, které bylo rozšířeno mezi příslušníky Zdravotnické záchranné služby ČR.

Klíčová slova

Zdravotnická záchranná služba; agrese; agresivita; agresivní pacient; krizová komunikace; sebeobrana

ABSTRACT

The content of this bachelor thesis are aggressive attacks towards medical staff of the ambulance. At this time, based on respondents, the escalating aggression towards the medical staff is a very current issue.

This thesis is divided into theoretical and research parts. Theoretical part consults the definition of aggression, its cause and severance. Defined are also concepts, such as – aggressivity, the cause of aggressive behavior of a patient, preventing escalation of aggressivity at the scene of the emergency, consequences of an attack towards the medical staff member, as well as self-defense by law.

For the research part we have chosen anonymous survey forms, which were distributed between members of the emergency medical service.

Keywords

Medical rescue service; aggression; aggressiveness; aggressive patient; crisis communication; self-defence

Obsah

1 Úvod 9

2 Cíle práce 10

3 Přehled současného stavu 11

3.1 Charakteristika práce členů zdravotnické záchranné služby 11

3.2 Způsoby chování pacientů 13

3.3 Vymezení pojmů agrese a agresivita 15

3.3.1 Druhy agresivity 16

3.4 Výskyt agrese v přednemocniční péči 16

3.5 Projevy agrese ze strany pacientů na členy výjezdových skupin 18

3.6 Agresivní pacient v důsledku onemocnění 19

3.6.1 Schizofrenie 20

3.6.2 Deprese 21

3.6.3 Intoxikace návykovou látkou 21

3.7 Možnosti předcházení konfliktu s agresivním pacientem 22

3.8 Krizová komunikace 23

3.9 Komunikace jako nástroj prevence 24

3.10 Přístup k pacientovi s psychiatrickým onemocněním 25

3.11 Komunikace s pacientem pod vlivem návykové látky 27

3.12 Přístup k osobě bez přístřeší 29

3.13 Zásady komunikace s rodinou 30

3.14 Sebeobrana dle platné legislativy 30

3.15 Následky člena výjezdové skupiny po setkání s agresí 31

4 Metodika 34

4.1 Popis výzkumného šetření 34
4.2 Stanovení výzkumného vzorku 34
4.3 Výzkumný nástroj 34
4.4 Stanovené hypotézy 35
5 Výsledky výzkumu 36
5.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku 36
5.2 Vyhodnocení cílů práce 49
5.3 Vyhodnocení hypotéz 52
6 Diskuze 54
7 Závěr 62
8 Seznam použitých zkratek 63
9 Seznam použité literatury 64
10 Seznam použitých obrázků 69
11 Seznam Příloh 70

1 ÚVOD

„Agresivita, největší zlozvyk lidstva, zničí civilizaci“ (Stephen Hawking, teoretický fyzik, kosmolog a spisovatel)

Obsahem této bakalářské práce jsou agresivní útoky na členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. V současné době je stupňující se agrese na posádku zdravotnické záchranné služby velice aktuální problematikou a je zaznamenán nárůst napadení členů výjezdové skupiny při poskytování zdravotní péče.

Danou problematiku jsem si vybrala díky tomu, že jsem se v rámci výkonu praxe setkala s prací člena výjezdové skupiny u zdravotnické záchranné služby. Jakožto členka výjezdové skupiny jsem se již několikrát setkala s agresí pacientů, či blízkých členů jejich rodiny vůči sobě i svým kolegům. Často si při výjezdu pokládám otázku, zda se zrovna dnes setkám znovu s agresivitou či napadením a jaký by to mělo dopad. Z výzkumů a odborné literatury je patrné, že toto téma je každým rokem stále aktuálnější a je potřeba se na něj více zaměřit.

Spousta zaměstnanců zdravotnické záchranné služby často zapomíná na své vlastní bezpečí ve prospěch pacienta, což může často vést ke vzniku následných negativních jevů, jako jsou např. posttraumatické poruchy, stresové poruchy, výskyt projevů syndromu vyhoření, případně odchodu ze zaměstnání atd. Velmi stresující je samotné vypořádání s agresí vůči sobě či svým kolegům. Pokud se podíváme na aktuální situaci, je zřejmé, že dovednost sebeobrany a zvládání agrese bude nedílnou součástí výkonu práce člena výjezdové skupiny. Tento předpoklad klade důraz na budoucí připravenost, jako jsou kurzy sebeobrany, krizové intervence a jiné.

2 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce je na podkladě analýzy tuzemské i zahraniční odborné literatury týkající se zpracovávané problematiky přinést sjednocený náhled na problematiku agresivních útoků vůči zaměstnancům zdravotnické záchranné službě.

V praktické části je hlavním cílem potvrzení či vyvrácení námi navržených hypotéz. Zároveň bude cílem práce statisticky zpracovat analýzu výsledků získaných pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl distribuován elektronicky mezi členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby.

Cíle práce:

- Přinést ucelený náhled na problematiku agresivního chování vůči členům výjezdových skupin, definování a objasnění pojmů týkajících se agrese
- Poukázání na problematiku agresivního chování pacientů
- Zjistit četnost kontaktu členů výjezdových skupin při poskytování přednemocniční péče s agresivní osobou.
- Zjistit charakter agrese, se kterým se členové výjezdových skupin při poskytování přednemocniční péče setkávají.
- Zjistit, zda by členové výjezdové skupiny měli zájem navštěvovat dobrovolně kurz sebeobrany
- Verifikace nebo falsifikace námi navržených hypotéz
- Komparace výsledků s výsledky jiných autorů

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Obsahem následujících podkapitol bude charakteristika práce členů výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby, vymezení pojmů agrese a agresivita, agresivní pacient v důsledku onemocnění, komunikace s pacienty a rodinou a sebeobrana dle práva.

3.1 Charakteristika práce členů zdravotnické záchranné služby

Charakteristikou práce členů výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby (ZZS) je především velká zodpovědnost a nepředvídatelný chod pracovní činnosti. Pracovní doba skupin výjezdových skupin je rozdělená na čekání na práci, protože tísňové výzvy jsou náhodné a nelze předpovídat autonomii pracovního procesu. Když bychom porovnali práci členů výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby s jinými profesemi, je zde hojnější vystavení kritickým událostem a často členům výjezdových skupin hrozí riziko jejich ohrožení. Důležitá je správná komunikace s pacientem, protože se posádky setkávají s velkým spektrem sociálních a etnických rozdílů pacientů. Členové výjezdových skupin se setkávají při své práci s azylanty, bezdomovci, ale i s nejbohatší vrstvou obyvatel. Mnohokrát jsou členové výjezdových skupin vystaveni situacím, kdy je potřeba v nedostatku času rychlého rozhodování. Zároveň jsou tato rozhodnutí velmi zásadní a může na tom záviset i přežití pacienta. Empatie a trpělivost je za potřebí i u jiných typů zásahu. Členové výjezdových skupin také zažívají situace, se kterými se setkávají pouze párkrát za svou kariéru a jsou přinuceni k improvizaci a rychlému zhodnocení situace (Štětina, 2014).

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby (ZZS) dělíme v souladu se zákonem č. 374/2011 Sb. podle paragrafu 13 na:

- **Rychlou lékařskou pomoc** (RLP) – Lékař, zdravotnický záchranář a řidič/zdravotnický záchranář
- **Rychlou zdravotnickou pomoc** (RZP) – Řidič a zdravotnický záchranář
- **Lékařskou výjezdovou skupinu v osobním automobilu Rendez - Vous** (RV) – Lékař a řidič/zdravotnický záchranář
- **Letecká záchranná služba** (LZS) – Lékař, zdravotnický záchranář a pilot

Výkon povolání členů výjezdových skupin, patří z hlediska konkrétního profesionálního výkonu i odborné přípravy mezi velmi náročný. Hlavním bodem práce člena výjezdové skupiny je nemocný člověk. Od člena výjezdové skupiny se dnes očekává, že zvládne práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své profese, zvládne velmi odbornou činnost, vykonává různé administrativní práce, ovlivňuje a vede správným směrem jednání a prožívání nemocných a zvládne řešit problémy, které život přináší. Veškeré tyto nároky jsou velmi náročné na profesionální průpravu, styl práce, osobnost člověka, duševní stabilitu i způsob života. Jak uvádějí Šimíčková – Čížková, Zacharová (2011): správný člen výjezdové skupiny by měl mít například tyto předpoklady:

- Dávka empatie
- Měl by být sebekritický i kritický
- Tvůrčí typ
- Porozumění problému nemocných
- Klidné profesionální jednání
- Smysl pro humor
- Smysl pro povinnost a odpovědnost
- Humánní vztah k nemocnému
- Klidná a vyrovnaná osobnost

K nutné osobnostní výbavě člena výjezdové posádky patří také schopnost zvládat velkou psychickou zátěž (Andršová, 2012). Všechny tyto stránky potřebují sebekritickou kontrolu jednání. Je důležité, aby si člen výjezdové skupiny udržoval profesionální odstup od nemocného, ale zároveň aby byl chápavý a soucitný k nemocnému člověku. Historicky se osobnost člena výjezdové skupiny v průběhu let měnila i s prestiží povolání (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

3.2 Způsoby chování pacientů

„Každé chování má svou sociální dimenzi, protože vyjádřením vnitřního vztahu osobnosti a je komunikací bezprostředních pocitů a postojů k sobě a světu tj. sdělování tohoto stavu včetně emočního vyladění“ (Pešatová, 2006, str. 14).

Jak uvádí autorky Zacharová, Šimíčková – Čížková (2011) - chování lidí v jakýchkoliv situacích se může měnit různým způsobem. Prožívání a chování na sebe navzájem reagují a ovlivňují se. Ve zdravotnictví se setkáváme s odlišnými skupinami lidí, kteří specifickým způsobem reagují na osobní problémy a vzniklou svízelnou situaci. Práce s nemocným člověkem je velice náročná, protože se dostává do situací, které jsou složité a mohou ho vyvádět z míry. Při prosazování svých požadavků a svého názoru se uplatňují tři základní druhy chování: agresivita, pasivita a asertivita.

Zvláštní způsob chování je manipulace. Manipulace obsahuje prvky pasivního a asertivního chování. Člověk tím skrývá skutečnou žádost, za něco úplně jiného. V každé situaci je pouze na nás, jaký způsob chování si vybereme (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

Pasivní chování – jak uvádí autoři Prašková a Praško (2007) *„Pasivní chování se vyznačuje bezbranností vůči požadavkům druhých. Pasivním lidem chybí sebejistota v projevu, nedokážou se prosadit, stále se omlouvají, vysvětlují, vciťují se do přání druhých“* (Prašková, Praško, 2007, str. 23).

Rozumíme tím potlačování vlastních práv, nejistotu, vzdání se svých cílů a také velmi často využívání jinými lidmi. Člen výjezdové skupiny nebo pacient, který má pasivní chování, obviňuje okolí z agresivity, ustupuje ostatním, vyhýbá se výměně názorů, v jednání je nejistý a nedokáže odolat manipulaci. Takové chování může být typické pro člena výjezdové skupiny s nízkým sebevědomím. Pasivní člověk často bývá cílem hněvu a politování jiných (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

„*Pasivně agresivní jedinec se chová tak, aby svým jednáním druhého naštval, vyprovokoval a zároveň v něm vzbudil lítost nebo stud*“ (Gottwaldová, 2017, str. 10).

Důsledek pasivního chování představuje uvědomění si, že jedinec nedostane to, po čem touží a na co má právo (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Agresivní chování – „*Agresivní chování z hlediska sociální patologie můžeme definovat jako porušení sociálních norem, jako chování omezující práva a narušující integritu sociálního okolí*“ (Fischer, Škoda, 2014, str. 127).

Je to takový způsob chování, které člověk používá k předkládání svých myšlenek, názorů a vymáhá si jejich přijetí. To ale znamená, že porušuje práva ostatních lidí. Agresivní člen výjezdové skupiny vypadá tak, že zraňuje a ponižuje, nepřipouští si vlastní chyby, útočí a obviňuje ze všeho ostatní. Takový typ člena výjezdové skupiny bývá často osamocený, neoblíbený, ale přesto má vysoké sebevědomí (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Asertivní chování – Jak uvádí autor Chvoj (2013) definuje asertivní chování jako: „*Způsob prosazení vlastního názoru tím, že vytvoříme pravidla hry, jež vedou k jedinému námi požadovanému logickému vyústění*“ (Chvoj, 2013, str. 195).

Tímto druhem chování jedinec prosazuje a vyjadřuje přiměřeně a otevřeně své názory, postoje, city a myšlenky. Takový člověk má pozitivní postoj k druhým lidem a přiměřené sebevědomí k sobě i druhým lidem. Člověk s asertivním chováním umí přistoupit na kompromis i naslouchat ostatním. Asertivní člen

výjezdové skupiny umí být laskavý, působí klidně a uvolněně, brání se manipulaci, respektuje morální zásady a může dosáhnout vytyčeného cíle (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

3.3 Vymezení pojmů agrese a agresivita

V této práci budou velmi často používány dva pojmy, a proto je nutné si tyto pojmy přesně definovat, aby nedošlo k zaměnění jejich významu.

Agresivita může být chápána jako schopnost organismu uvést v činnost své síly k agresi, jak uvádí Látalová *„Agrese je zjevná a chování je záměrné“* (Látalová, 2013, str. 21).

Lze o termínu říct, že je to souhrnný psychologický termín. Může se jednat o situaci, v níž se člověk postaví svým životním nesnázím. Jedinec s nadbytkem agresivity, může ve společnosti vytvářet obtíže, ale díky ní, ve správné míře, dokáže ve společnosti přežít. Naopak v kolektivu, kde člověk vykazuje minimální míru agresivity, je pokládán za společenského. Agresivita se může projevovat v mnoha podobách. Myšlení, komunikace, prožívání, jednání dokonce i představy, fantazie, různá nevyslovená či vyslovená přání nebo v denních i nočních snech. Ve všech těchto činnostech agresivitu dokážeme naleznout. Agresivitu můžeme dělit do čtyř základních skupin na vnitřní – autoagrese, vnější – agresivita vůči okolí (posádce), verbální (slovní) a brachiální (fyzická) (Pindeš, 2012).

Pojem agrese pochází z latinského ad-gredior – neboli napadnout, přistoupit blízko. *„Agrese je definována jako nepřátelské, zraňující nebo destruktivní chování, často způsobené frustrací, může být kolektivní či individuální“* (Látalová, 2013, str. 5).

Zde si můžeme představit nepřátelské, útočné a násilné chování. Chování je cílené proti subjektu za úmyslem ublížit mu nebo ho přinutit, aby vyhověl naší potřebě. Jedná se o vystupování osoby s vyjádřením agresivity. Plyne také

z pocitu nedostatečné informovanosti. Na agresi navazuje agresivita nebo také agresivní jednání (Burda, 2014).

3.3.1 Druhy agresivity

Autor Vymětal (2003) uvádí následující druhy agresivity:

- **Agresivita instrumentální** – instrumentální agresivita je nejčastější. Jednotlivec chce tímto typem agresivity dosáhnout nějakého cíle. Stává se pouze instrumentem neboli nástrojem.
- **Agresivita samoúčelná** – daná agresivita přináší pachateli požitek sama o sobě. Je často vázána na sebepojetí.
- **Agresivita jako důsledek afektu** – touto formou trpí lidé s narcistickou poruchou. Tito lidé jsou nadměrně citlivý na jakýkoliv sebemenší podmět proti jejich osobě. Velmi rychle reagují hněvem či agresivním chováním. Na prožitek tohoto rázu mnohdy reagují amnézií.
- **Agresivita reaktivní** – je spojená s ohrožením vitálních potřeb. Cílem této agresivity bývá často odstranění fyzické nebo duševní bolesti.

3.4 Výskyt agrese v přednemocniční péči

Když se z člověka stává pacient, začíná prožívat stavy spojené s bolestí, obavami z možné smrti a je ve stavu, který je psychicky značně špatně snášen a který nezná. Tato náhlá změna pacientova zdravotního stavu bývá provázena strachem a obavami. Často pro pacienty bývá stresovou situací jen to, že po sobě zanechává opuštěnou domácnost. Nemocný člověk v danou chvíli posuzuje svůj aktuální zdravotní stav v mezích subjektivního prožívání tzv. autoplastickém obrazu nemoci (Burda, 2014).

Autorky Zacharová, Heřmanová, Šrámková (2007) uvádějí následující definici autoplastického obrazu nemoci *„Má složku: senzitivní (místní bolesti a obtíže), volní (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzdravení), emocionální (strach, úzkost, naděje), racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě, prevenci)“* (Heřmanová,

Zacharová, Šrámková, 2007, str.38). Do autoplastického obrazu se promítají aktuální potíže, citové prožitky, vjemy z pacientova zorného pole a tím vším se ovlivňují jeho komunikační aktivity.

Při poskytování přednemocniční péče není ojedinělé, že se pacient objeví v situaci, která pro něho není běžná ba naopak je pro spoustu jedinců první. Setká se s členy výjezdové skupiny ZZS, kteří jsou nezbytnou součástí tohoto prostředí. Tyto situace se v danou chvíli můžou stát pro pacienta velmi stresující a vyskytuje se zde prostor pro nedorozumění, nevhodnou komunikaci a odlišné agresivní projevy, které se mohou objevit jak na straně pacienta, tak na straně člena výjezdové skupiny. O případech napadeních členů výjezdové skupiny ZZS se v médiích mluví čím dál víc a podle dosavadních výzkumných šetřeních nejčastěji při poskytování první pomoci. Agresivita ve zdravotnictví je velký problém, o kterém se málo kdy mluví a napadení bývají čím dál častější (Burda, 2014).

Už při cestě na místo mimořádné události by měli členové výjezdové skupiny zvažovat řešení případné agrese. Každý výjezd, lze podle hlášení od zdravotnického operačního střediska (ZOS) analyzovat a předpokládat, že dojde k agresi. To lze podle předpokladů, jako jsou například pacienti pod vlivem návykových látek či alkoholu a pacienti s psychiatrickými diagnózami. Těchto signálů může být i více. Jak uvádí autoři Zelman, Hollý a Bračoková (2006) členové výjezdových skupin musí na místě poskytování přednemocniční péče sledovat tyto varovné signály:

- **Fyzické signály** – výhružná gesta, agrese vůči předmětům, svalové napětí, zvýšená motorická aktivita
- **Signály z nálady** – odmítání komunikovat, stěžování si, slovní výhružky
- **Signály z myšlení a vnímání** – zmatený myšlenkový projev, akutní halucinace, neschopnost vnímání a koncentrace informací

- **Signály z vnímání hranic** – pocit, narušení cizího či svého osobního prostoru
- **Signály z minulosti pacienta a kontextu** – užívání psychoaktivních látek, agrese
- **Signály z terapeutického procesu** – pokažení terapeutického vztahu, odmítání spolupráce, zhoršující se psychický stav atd.

Jak uvádí Šeblová a Knor (2018) největší riziko agrese je u pacientů, kteří již v minulosti byli agresivní, a kteří jsou impulzivní, asociální a explozivní. Zvýšené riziko agrese nastává také, pokud je ze strany pacienta malá nebo žádná spolupráce a pacient odmítá komunikovat.

Jak uvádí Andršová (2012) jde-li o ohrožení života, je situace na místě zásahu mnohdy napjatá. To bývá nejčastější příčinou agresivního chování u pacienta.

Jak uvádí Vymětal (2003) dalšími rizikovými faktory jsou:

- subjektivní pocit obavy a ohrožení
- pocit bezpráví a křivdy ve vztahu k němu nebo k osobě jemu blízké
- deziluze z určitého očekávání
- celkové přetížení a následné vyčerpání
- urážení, zesměšnění a ponížení
- bezmoc
- sebeobviňování nebo hledání viníka ve svém okolí
- somatická bolest

3.5 Projevy agrese ze strany pacientů na členy výjezdových skupin

Autor Vymětal (2003) uvádí, že agresivní chování ve verbální podobě je velice časté. Zastrašování, provokace nebo hádky vzbuzují pocit strachu.

„Projevy zlosti nejsou vždy nezbytnou podmínkou pro vznik agrese, ovšem čím častěji se vyskytují, tím vyšší je pravděpodobnost přechodu do agresivního chování“ (Lahnerová, 2009, str. 137). Tímto chováním se snaží dosáhnout určitého cíle. Jindy převládá pocit odreagování se a zbavení se vnitřního neklidu. Verbální projev útoku často bývá reakce na to, co pacient dříve prožil, čeho chce nyní dosáhnout a na situaci která právě probíhá. Tato situace má funkci spouštěče neadekvátního projevu. Agresorovo jednání převážně předchází pocity hněvu, úzkosti i strachu. Tyto zkušenosti jsou pro nás významné ale naopak i nevýhodné. Záleží na osobnosti jedince, jak se v daných náročných situacích zachová. Nutno podotknout, že taková reakce nemocného člověka nebo jeho příbuzného nastává v okamžiku, kdy není k členovi výjezdové skupiny vytvořen dostatečně pozitivní a důvěryhodný vztah. Velkou roli hraje fakt, jak na pacienta daný člen výjezdové skupiny působí, zda má člen výjezdové skupiny dostatečnou autoritu a pacientův respekt (Vymětal, 2003).

3.6 Agresivní pacient v důsledku onemocnění

Volající, který vyhledává pomoc ZZS, je schopen v sobě nést příčiny agresivního chování. Může pociťovat specifickou či nespecifickou bolest, strach či nejistotu. Ve prospěch není ani fakt, že je pacient v neznámém prostředí a v situaci, která mu není blízká. Je důležité přistupovat ke každému pacientovi i situaci individuálně. Všeobecně se ví, že každý prožívá svou bolest jinak. Níže vybraná onemocnění mívají větší riziko agresivního chování než jiná, proto by výjezdová skupina měla dbát zvýšené opatrnosti (Vymětal, 2003).

Látalová (2013) – uvádí, že agresivitu ze strany pacienta vůči členům výjezdových skupin ZZS lze předpokládat u následujících diagnóz: Schizofrenie, deprese a intoxikace návykovou látkou.

Bližší charakteristika výše uvedených diagnóz bude předmětem následujících podkapitol.

3.6.1 Schizofrenie

Autorka Kučerová (2010) uvádí následující definici schizofrenních poruch: „*Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládání, pasivita či ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenních poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím či trvalým defektem, anebo může být jedna či více atak s úplnou nebo neúplnou remisí*“ (Kučerová, 2010, str. 21).

Dále autorka Kučerová (2010) popisuje proces nemoci jako: „*Proces nemoci samotné a její zákonitosti jsou sice u všech pacientů obdobné, ale nemocný sám, tedy objekt, na němž se choroba projevuje, je pokaždé jiný a jedinečný, a proto také psychopatologický obraz této choroby je u konkrétního člověka specifický a pro něho typický*“ (Kučerová, 2010, str. 10).

Problematika agresivního chování u psychiatricky nemocných lidí provázejí klinická a společenská dilemata. Agresivní chování může velmi komplikovat schizofrenii samotnou a tím být pro pacienta nebezpečná. Od členů výjezdových skupin ZZS se očekává, že takové chování jsou schopné předpovídat, vyhodnocovat a následně snižovat rizika. Mají také k dispozici farmakoterapii a jsou vyškoleni ke zvládnutí takových situací. Největším problémem v tomto odvětví je to, že pacienti, kteří trpí schizofrenní nebo jinou psychiatrickou poruchou, často nedodržují nastavenou léčbu. Na toto rozhodnutí mají právo, ale vede to ke zhoršení jejich symptomů a následné agresi. I přes veškerá školení a snaze připravit se na tento druh hrozby, není možné předpovídat, jak se pacient zachová. Velké množství pacientů, není ochotno nebo schopno se podílet na léčbě, i když je v jeho nejlepším zájmu, a proto jim léčba musí být poskytnuta

i za cenu jejich omezení. Tady se ovšem setkáváme s problematikou porušování lidských práv a omezování svobody (Látalová, 2013).

3.6.2 Deprese

Autoři Lukáš, Žák a kolektiv (2014) uvádějí následující definici deprese: *„deprese (depressio, onis, f., deprese – sklíčená nálada, skleslost, beznadějnost) je chorobně smutná nálada, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. Základním rysem je ztráta zájmů, pocity úzkosti, pocity tělesného i psychického vyčerpání, tendence k negativnímu bilancování, mohou se objevovat i sebevražedné myšlenky“* (Lukáš, Žák a kolektiv, 2015, str. 169).

Vznik deprese může být chápán jako následek agrese převrácené vůči sobě. Agrese byla původně vytyčena proti jiné osobě, a to ať milované nebo nenáviděné, a byla vytěsněna či potlačena. Pacienti s depresivní poruchou mají tendenci obracet vztek na sebe, i když by se měli v těchto situacích hněvat na druhé. Tudíž depresivní pacient nenese pro posádku ZZS takové riziko, jako pacient s výše jmenovanou schizofrenií. Existuje však popisovaný fenomén, kdy je u pacientů se specifickou variantou depresivní poruchy uváděn vznik záchvatů vzteku (Látalová, 2013).

3.6.3 Intoxikace návykovou látkou

Uvádí se, že komunikaci s intoxikovaným pacientem je lepší se vyhnout, bohužel pro členy výjezdových skupin to v terénu není možné. Pokud je tedy komunikace nezbytná, doporučuje se rozhovor neprotahovat na dobu delší, než je nezbytně nutná a dodržovat co největší srozumitelnost, jednoznačnost a jednoduchost. Zároveň se doporučuje maximální opatrnost a připravenost na jakýkoliv konflikt. V případě útoku by člen výjezdové skupiny měl mít možnost úniku a, nebo dostatečné ochrany sebe a svých kolegů. Důležité je také

uvědomění, že jakýkoliv pohyb je těžko odhadnutelný a předvídatelný (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Při akutním užití alkoholu, tedy při opilosti či v důsledku dlouhodobého užívání nebo závislosti na alkoholu, pozorujeme zvýšenou agresivitu. Agresivita může vzniknout při zneužití psychoaktivních látek, na základě jejich akutní intoxikace, příznaku vyloučení či jako následek dlouhodobého zneužívání (Látalová, 2013).

3.7 Možnosti předcházení konfliktu s agresivním pacientem

Při poskytování zdravotní péče pacientům musí člen výjezdové skupiny dbát na všechny charakteristiky ošetřovatelství. Pacienta nelze brát jen jako člověka s biologickou stránkou, ale musíme se zaměřit i na informace z ostatních oborů. Abychom mohli rizikovému chování pacienta předcházet, je důležité stanovit potencionální hrozbu. K rozeznávání těchto rizik nesmějí být použity předsudky, paušalizace či zevšeobecnění. V praxi se bohužel tyto praktiky vyskytují. Členové výjezdové skupiny často přisuzují tyto vlastnosti pacienta na základě sociálního postavení, barvy pleti, národnosti a dalších jiných rysů. Toto neprofesionální chování může být právě samotným zdrojem, které může vyústit v agresivní projevy. Podle etického kodexu sester by každý člen výjezdové skupiny pacientovi vytvářet prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva, hodnoty, duchovní přesvědčení a zvyky jedince. Rizikové skupiny pacientů jsou zpravidla zranitelní lidé, kteří mají sklony k agresivním projevům a používají ho k dosažení určitého cíle či řešení situací. Každý člen výjezdové skupiny by si měl uvědomit, že jeho role není soudit, ale pomáhat pacientům (Burda, 2014).

3.8 Krizová komunikace

Autor Vymětal (2009) uvádí následující definici krizové komunikace „*Výměna informací mezi odpovědnými autoritami, organizacemi, médii, jednotlivci a skupinami před mimořádnou událostí, v jejím průběhu a po jejím skončení*“ (Vymětal, 2009, str. 17).

Krizová komunikace je účinným nástrojem při konfrontaci s pacienty, u kterých se objevuje agrese. „*Tento typ komunikace je nelehkým úkolem, který vyžaduje specifické postupy a přístupy*“ (Vymětal, 2009, str. 89).

Úskalí takové komunikace se skrývá v tom, že pacientovo vnímání nemusí odpovídat reálnému stavu. Pacient, který je v ohrožení může vnímat informace zkresleně. Včasná identifikace krize, slouží jakožto základ prevence. Každý člen výjezdové skupiny by měl, před krizovou komunikací chápat jaká je její forma, obsah a jaká jsou její úskalí. V každé krizové komunikaci je podstatou budování důvěry pacienta a člena výjezdové skupiny. Každý člen výjezdové skupiny musí být na krizovou komunikaci správně vyškolen. Musí mít vytvořený plán krizové komunikace před vypuknutím agrese. K základu efektivní komunikace v krizi patří formulace informací a její sdělení věcně a krátce. Při takové komunikaci je dobré pracovat s paralingvistickými projevy jako je tón hlasu, intonace řeči a snažit se vyhnout negativním formulacím (nic, nikdo, nikdy apod.). Z toho plyne, že úmyslem krizové komunikace je snižovat nebezpečí, úzkost a napětí, předcházet agresi a v neposlední řadě mít kontrolu nad tvorbou obrazu krize (Burda, 2014).

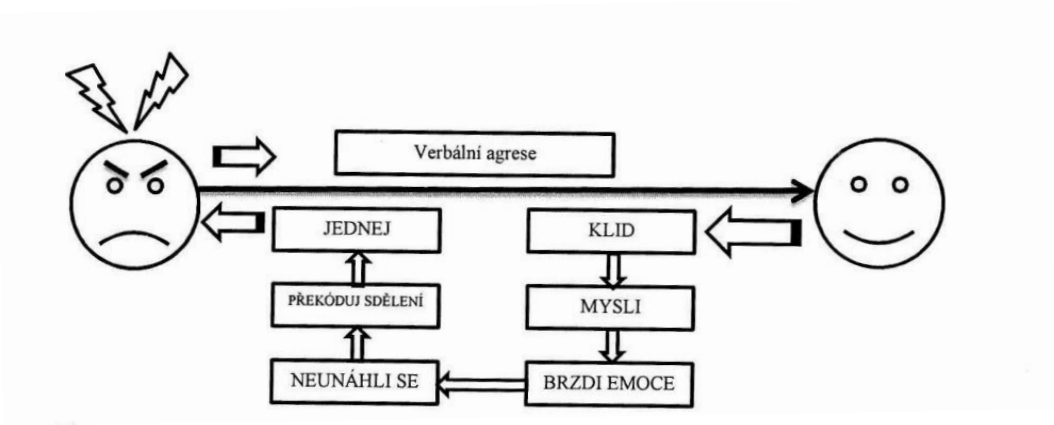
HLAVNÍ ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S ČLOVĚKEM V KRIZI
a) Komunikujte optimálně (slovní a mimoslovní komunikace i řeč těla jsou v souladu)
b) Komunikujte empaticky
c) Komunikujte strukturovaně a jasně
d) Komunikujte lehce asertivně
e) Aktivně naslouchejte, co zasažený člověk potřebuje

Obrázek 1 - Hlavní zásady pro komunikaci s člověkem (zdroj Vymětal, 2009, str. 88)

3.9 Komunikace jako nástroj prevence

Hlavní roli hraje na místě mimořádné události komunikace, která je klíčem k předcházení konfliktu. Komunikace je celá řada dovedností, kterou se člen výjezdové skupiny musí naučit. Není to osobnostní charakteristika, kterou buď člen výjezdové skupiny má, nebo ne (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011). Jak uvádí autor Burda (2014) při identifikaci varovných signálu, kdy hrozí agresivní projev, existují doporučené postupy. I když by měl člen výjezdové skupiny mít znalosti krizové komunikace, neznamená to, že by měl tolerovat agresivní projevy nebo se omlouvat. Na podkladě pochopení situace pracujeme s komunikací jako preventivním nástrojem. Při komunikaci s takovým pacientem by si měl člen výjezdové skupiny uvědomit, že agresor je často sám manipulátor, egoista, slaboch a komunikaci zaměřuje hlavně sám na sebe. Útočník nevěří sám sobě a není schopen vážit si druhých ani sebe. Koná agresivně a neumí užívat empatii, ohleduplnost, tvořivost, nezná vyhlášky ani zákony. V komunikaci s takovým pacientem si musíme nastavit jasné hranice. Slovní napadení začíná kritizováním, obviňováním a napadáním. Pokud nepodchytí člen výjezdové skupiny násilí včas a začne se nevhodně bránit, eskaluje projev agrese v hádku, napětí a zlost. To může lehce vyústit v napadení nebo vzdálení se.

Jak uvádí autoři Bednařík a Andrášiová (2020) člen výjezdové skupiny by měl projevovat pacientům svoji empatii. Měl by dávat najevo, že chápe jejich pocity, to, co vnímají a prožívají, svými slovy nebo jednáním. Je správné projevovat empatii nejen kvůli pacientovi, ale i kvůli uvolnění pocitů člena výjezdové skupiny.



Obrázek 2 - Doporučený postup jednání s agresivním pacientem (zdroj Burda, 2014, str. 40)

V konfrontaci s potencionálně agresivním pacientem by měl člen výjezdové skupiny užívat především logiku a argumentovat. Naprosto kontraproduktivní je používat „rány pod pás" a vyhrožovat. Nevhodné je během komunikace vést politické debaty, zabývat se pseudoproblémy a vynucovat své názory a postoje. Není vhodné při komunikaci využívat třetí osobu. Z toho plyne, že osvojení komunikačních schopností je pro člena výjezdové skupiny velmi důležité k zabránění agresivních projevů a dokázání rozpoznat, co se v pacientovi odehrává (Burda, 2014).

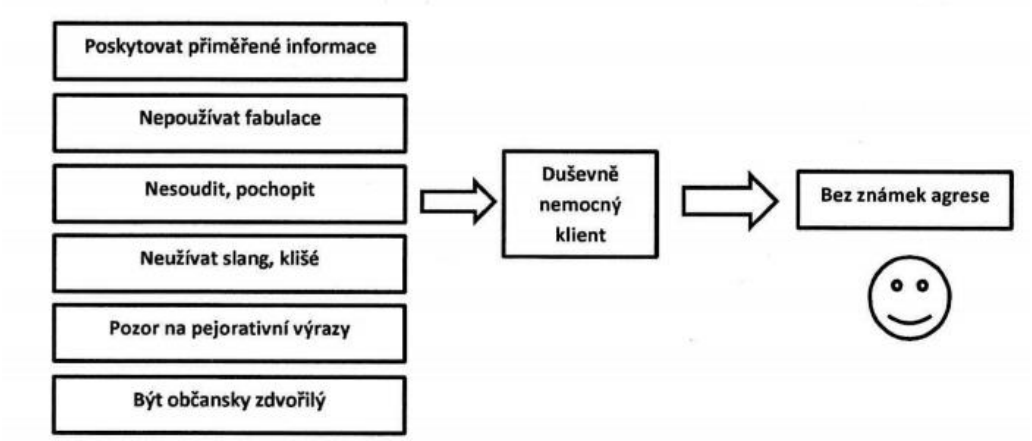
3.10 Přístup k pacientovi s psychiatrickým onemocněním

Duševní choroba je popisovaná jako stav, který se projevuje vadou v prožívání mezilidských vztahů. Především se jedná o deliria, pokročilé demence, poruchy nálad, psychózy, disociativní poruchy, úzkostné poruchy a v neposlední řadě poruchy osobnosti. I v těchto situacích je nutné, aby měl člen výjezdové skupiny dostatečné znalosti a zkušenosti, jak s tímto pacientem komunikovat. S těmito pacienty se komunikace plánuje velmi těžko, protože každá komunikace má své specifika a chování pacienta se může nepředvídatelně měnit (Burda, 2014).

Jak uvádějí autorky Venglářová, Mahrová (2006): zásadní může být pro člena výjezdové skupiny i rada a pomoc rodiny, jak správné komunikovat s jejich příbuzným. Člen výjezdové skupiny při komunikaci s duševně postiženým musí pochopit a tolerovat odlišnosti, které pacient má. Reaguje – li duševně nemocný

v situaci napadením, hovoříme o agresi, ale pokud se situace opakuje, jedná se o agresivitu. Často bývá agrese vyvolaná indikací hospitalizace, kterou pacient odmítá. Tímto se dostáváme k etické i právnické otázce, zda pacient s duševní chorobou může podepsat negativní reverz. Pokud je indikace hospitalizace od lékaře a duševně nemocný pacient odmítá, může nastat detence pacienta v ústavní péči. Prioritou každého člena výjezdové skupiny v přednemocniční péči je předcházení agresivních projevů. U takového pacienta je důležité respektovat jeho osobní prostor, vycházet ze základních zásad v oblasti sociální komunikace, používat informace o stavu pacienta, snížit používání odborných výrazů, ale zároveň i infantilit.

I zde je nutné pacienta chápat, ale nesoudit. Velkou chybou je užívání pejorativ, hanlivých vět, které může pacient vnímat jako útok na svou osobu. Jejich užívání je velice neprofesionální. Každý člen výjezdové skupiny by měl rozlišovat osobnost i odlišnost pacienta a najevo to dávat tím, že bude zdvořilý. Toto je základem zdařilé komunikace a zároveň předcházení agresivních projevů (Burda, 2014).



Obrázek 3 - Prevence agrese u duševně nemocných (zdroj Burda, 2014, str. 31)

3.11 Komunikace s pacientem pod vlivem návykové látky

Definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) uvádí Nešpor (2011) jako: „*Syndrom závislosti: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající), brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je to mu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje*“ (Nešpor, 2011, str.9).

Závislost představuje podstatný problém pro celou společnost i jednotlivce. Mají velký podíl na předčasném úmrtí, úrazovosti a nemocnosti. Závislost přispívá ke zvýšené agresivitě a trestné činnosti jedince. Užívání psychoaktivní látky způsobuje soubor psychických a somatických změn. Péče o pacienta se závislostí je velmi specifická a vyžaduje určité zkušenosti a znalosti. Pacienti v návykových látkách hledají hlavně řešení svých problémů, dosažení uspokojení, uniknutí ze stereotypu a sociální konformitu. U závislého je dominantní potřeba drogy před ostatními zájmy. Pokud je u pacienta dlouhodobá závislost na alkoholu a vyhledá zdravotní péči, můžeme pozorovat typické známky chování způsobené následky užívání alkoholu (Burda, 2014). U lidí, kteří jsou uživateli návykových látek, bývají nejčastější příčinou útočného chování abstinenční příznaky, akutní intoxikace, psychotické, paranoidní stavy a halucinace. Roli spouštěče agresivního chování zastává stres, aktuální zdravotní stav, pocit ohrožení či pocit bezmoci (Radimecký, 2007).

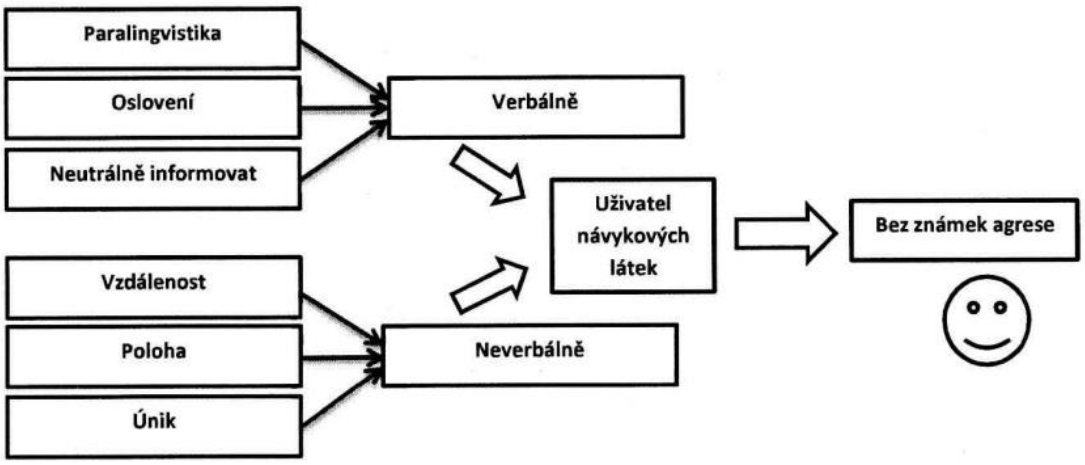
Tyto následky jsou často spojeny s agresivitou pacienta. Jedná se v první řadě o alkoholový abstinenční syndrom. Při tomto syndromu pacient reaguje neklidem, úzkostí, podrážděnou a depresivní náladou. Pro takového pacienta jsou charakteristické halucinace, bludy a delirium. Následujícím účinkem

požívání alkoholu jsou halucinózy a alkoholické psychózy. Typické jsou také amnestické alkoholové poruchy a demence. Další závislostí je závislost na opioidech. Ta je charakterizována rychlou a silnou závislostí. Požití drogy vyvolává pocit oblouznění, uvolnění a útlumu. Problémem se stává až teprve abstinenční syndrom nebo předávkování. U intoxikace již zmiňovanými kanabioidy způsobuje euforii, ale také vyvolá úzkost, halucinace a zkreslený náhled na čas. Problém nastává většinou až tehdy, kdy pacient kombinuje tuto drogu s alkoholem nebo užije větší množství. Poté jeho chování začíná vykazovat známky agrese. Pacient se závislostí na sedativech má poruchy myšlení a výkyvy emočního ladění. Opakem těchto drog jsou stimulancia. Ty způsobují bdělost, pocit zvýšené energii a výkonosti. Pacient pod vlivem této drogy má pocit, že vše zvládne. Pokud nastanou abstinenční příznaky, vzniká těžká deprese, dysforická nálada, poruchy spánku s nepříjemnými sny a suicidální tendence. Halucinogeny způsobují poruchu soudnosti, impulzivní chování, zhoršené sebeovládání, změny nálad a depersonalizace. Základem komunikace se závislým pacientem je znalost člena výjezdové skupiny psychických důsledků závislostí. Tím lépe dokáže komunikovat a pochopit projevy klienta. Toto může předcházet nedorozumění a agresi. Člen výjezdové skupiny musí umět rozpoznat, zda pacient užil zvýšené množství drogy nebo zda se jedná o abstinenční syndrom. Od těchto informací se odvíjí specifika komunikace. Pacient si často člena výjezdové skupiny idealizuje a hledá v něm pomoc. Pokud jeho ideální představy nenaplní, může dojít k agresivním projevům. V komunikaci s pacientem pod vlivem návykových látek by měl člen výjezdové skupiny hovořit tichým a klidným hlasem, nereagovat na křik křikem a na vulgarismy nereagovat vulgarismem. I u takového pacienta by nemělo nikdy dojít k tykání při oslovení nebo užívání křestního jména či jiných výrazů. Pokud situace s agresivním pacientem eskaluje v napětí, je dobré klienta neutrálně informovat o následcích jeho chování. Tyto informace nesmí přejít ve vyhrožování, demonstraci moci a převahy (Burda, 2014).

3.12 Přístup k osobě bez přístřeší

Autor Mátel (2019) uvádí následující definici osoby bez přístřeší: „*V první řadě je to osoba. Je to člověk, který se ocitl v sociální události bezdomovectví. Je člověkem bez přístřeší, bez práce, finančních příjmů, bez dokladů totožnosti, s narušenými rodinnými vztahy. Kromě sociálních problémů, může mít vážné zdravotní i psychické poruchy zdraví, mohl spáchat i trestnou činnost a může být závislý na alkoholu“* (Mátel, 2019, str. 13).

Postoj společnosti k osobám bez přístřeší bývá často negativistický a vyvolává pocit odporu a soucitu. Tyto osoby často v akutní péči hledají teplo, ošacení, jídlo a ošetřovatelskou péči. Nejčastěji nepotřebují ani lékařskou akutní péči. Tyto osoby často bývají pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek. Do této skupiny také z velké části patří lidé s duševní chorobou. Často je to i kombinace duševního postižení a závislosti na drogách. Agrese u osob bez přístřeší vzniká hlavně na základě odmítání hodnot společnosti, ve které žijí, a proto si vybírají asociální způsob života. Člen výjezdové skupiny se v akutní péči potkává s nepříjemnými projevy chování a nezpůsobilostí respektovat pravidla. Snaha člena výjezdové skupiny o nápravu bývá zdrojem pacientova agresivního chování. Dalšími důvody, kdy se pacient může chovat agresivně, můžou být provedení vyšetření nebo odmítnutí hospitalizace (Burda, 2014).



Obrázek 4 - Zásady komunikace s uživateli návykových látek (zdroj Burda, 2014, str. 29)

3.13 Zásady komunikace s rodinou

Základem je ubezpečení příbuzného, že je o jeho blízkého nemocného dobře postaráno. Člen výjezdové skupiny by měl poskytnout rodině správným podáním informace z terapeutické i diagnostické oblasti a jak při léčbě mohou spolupracovat (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). Každý člen výjezdové skupiny by měl dbát na míru poskytnutých informací rodině pacienta. Důležitá je vhodná komunikace pro zjištění pacientovi anamnézy, která je základem při léčbě klienta. Při léčbě pacienta je úzká spolupráce rodiny a zdravotnického týmu velmi důležitá (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012).

3.14 Sebeobrana dle platné legislativy

Dle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě je ZZS 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“.*

Dle zákona číslo *372/2011* Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování může člen výjezdové skupiny v návaznosti na paragraf 50 odst. 1, písm. b) *„neposkytnout zdravotní službu v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožen jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví“.*

Již v průběhu vzdělávání (tedy v době přípravy na výkon povolání u ZZS) jsou studenti seznamováni s obsahem trestního zákoníku č. 40/2009 zejména pak z: paragraf 28 krajní nouze

- Paragraf 29 - Nutná obrana
- Paragraf 31 Přípustné riziko
- Paragraf 42 Přitěžující okolnosti

Stále častěji se stává, že členové výjezdových skupin musí čelit fyzickým útokům i výhružkám při výkonu své práce. Pokud nehrozí na člena výjezdové

skupiny přímý fyzický útok, je doporučeno přizvat svědky, aby měl člen výjezdové skupiny případně svědecky podložené výhružky. Pokud je pacient ke členům výjezdové skupiny hrubě verbálně agresivní, mohlo by se podle okolností jednat o přestupek proti občanskému soužití nebo dokonce o trestný čin výtržnictví. Za přestupek proti občanskému soužití se dá považovat i ublížení na cti urážkou. Pokud pacient členovi výjezdové skupiny vyhrožuje těžkou újmou na zdraví nebo dokonce usmrcením, jde o trestný čin proti jednotlivci. Policie ČR je povinna působit preventivně proti vzniku trestných činů a činit preventivně vhodná opatření. Policie České republiky je v souladu se zákonem č. 273/2008 Sb., 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.“* Právě proto v některých případech spolupracuje ZZS s policií. Při vzniku útoku na zdravotnického pracovníka, kdy bezprostředně hrozí nebo již probíhá útok, je každý, tedy i člen výjezdové skupiny oprávněn bránit sebe i jiné osoby, tím pádem tento úkon není trestným činem. Pokud člen výjezdové skupiny ucítí hrozící útok, nemusí s obranou čekat, než začne. Obrana však nesmí být zjevně nepřiměřená způsobu útoku (Mach, Rath, 2006).

3.15 Následky člena výjezdové skupiny po setkání s agresí

V oboru zdravotnictví je osobité, že kolegové pociťují podporu a pochopení mezi sebou. Sám napadený člen výjezdové skupiny má občas pocit profesního selhání, a že si za napadení mohl sám (Burda, 2014).

Důsledky napadení rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé. Do krátkodobých důsledků řadíme pocit nejistoty, viny a psychické únavy. Do dlouhodobých příznaků řadíme přeceňování situací, iracionální strach, neschopnost vykonávat práci, deprese, úzkosti a problémy s novými věcmi v zaměstnání a životě. V krajních situacích se může u člena výjezdové skupiny

rozvinout posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD) (Venglářová, Mahrová, 2006).

PTSD je možné pozorovat v emocích (smutek, strach, úzkost, pláč a jiné), v tělesných příznacích (bolesti břicha, tachykardie, rudnutí, pocení, blednutí apod.), v myšlení (flashbacky, poruchy soustředění apod.) a v chování (křik, časté kouření, urovnávání věcí, nadávky apod.). Velmi důležitá je podpora kolegů a zaměstnavatele. Pro postiženého je dobré o situaci opakovaně hovořit, možnost jí rozebírat a slyšet názory ostatních (Vodáčková, 2012).

Pro tyto účely byl od roku 2010 u poskytovatelů ZZS postupně budován systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS). Od roku 2012 je SPIS zakotven v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Jak uvádí autorka Ralbovská (2017): ,,*Je to služba zaměřená na podporu zdravotníků, především těch, kteří byli a jsou akutním posttraumatickým vlivům vystaveni nejvíce. Jedná se především o pracovníky záchranné služby (přednemocniční péče), urgentních příjmů (nemocniční péče), ale i dalších oborů"* (Ralbovská, 2017, str.299).

Dále výše uvedená autorka uvádí, že SPIS mohou dle potřeby využít i ostatní zdravotníci bez ohledu na to, kde pracují. Činnost SPISu je koordinována oddělením krizové připravenosti jednotlivých ZZS. V rámci poskytování psychosociální intervenční služby je zasaženým osobám (ale i samotným zaměstnancům ZZS) nabízená odborná pomoc ze strany psychologa, zdravotnických interventů a peerů. Využití této služby je dobrovolné. Rovněž se v rámci komplexní péče o psychické zdraví zaměstnanců ZZS pořádají různá interaktivní školení a podpůrné programy, ve kterých jsou cíleně využívány metody Critical incident stress managementu, a to konkrétně debriefing, defusing a demobilizace.

„*Nadřízený by měl postiženému nabídnout možnost řádné dovolené, pracovní neschopnost a také debriefing*" (Venglářová, Mahrová, 2011, str. 59). Ve zdravotnictví hovoříme o skupinových setkáních, kde je účelem zhodnocení dojmů a reakcí po

kritickém konfliktu. Pokud i tak postižený situaci nezvládá je zapotřebí vyhledat pomoc odborníků z řad psychologů (Vodáčková, 2012).

4 METODIKA

V následující podkapitole uvádíme popis získávání a statistické analýzy dat.

4.1 Popis výzkumného šetření

Pro tuto bakalářskou práci jsme zvolili nestandardizovaný anonymní dotazník o počtu 20 otázek, který byl elektronicky rozeslán mezi členy zdravotnické záchranné služby (viz. příloha **1**). Tuto formu jsme zvolili z důvodu oslovení většího počtu osob. Na základě jejich odpovědí jsme určili aktuálnost této problematiky, která se týká agresivity pacientů vůči členům zdravotnické záchranné služby.

Výzkumné šetření bylo zahájeno 1. 1. 2021 a ukončeno bylo dne 30. 4. 2021.

4.2 Stanovení výzkumného vzorku

Hlavním kritériem pro výběr respondentů byl zaměstnanecký poměr pro ZZS. Podařilo se nám získat data od členů výjezdových skupin nejen z Ústeckého kraje, ale také například z Moravskoslezského, Středočeského a Karlovarského kraje.

Respondenti nebyli limitováni věkem, vzděláním, pohlavím ani délkou praxe, pouze kariérním zasazením. Všem byl distribuován stejný nestandardizovaný anonymní dotazník v elektronické podobě na elektronickém portálu www.survio.com

Celkově jsme získali odpověď od 141 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby.

4.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj jsme zvolili nestandardizovaný anonymní dotazník obsahující 20 otázek. Dotazník se skládá z anamnestické a vlastní části. Před

začátkem dotazníku jsou respondenti seznámeni s anonymitou a důvodem distribuce dotazníku.

Anamnestická část dotazníku se nachází hned na začátku a zjišťovali jsme zde věk, stupeň vzdělání, pohlaví, jejich pozici a délku práce u ZZS. V této části dotazníku jsme položili 5 otázek.

Vlastní část dotazníku obsahuje 15 uzavřených otázek. Otázky jsou zaměřeny na vzrůstající agresi vůči členům výjezdových skupin, s jakým druhem agrese se setkaly či na problematiku sebeobrany.

4.4 Stanovené hypotézy

Pro tuto bakalářskou práci jsme vymezili následující hypotézy.

Hypotéza č. 1 *Předpokládáme, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že k útoku na členy výjezdové skupiny nejčastěji přichází již po příjezdu na místo události.*

Hypotéza č. 2 *Předpokládáme, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že do kontaktu s agresivní osobou přichází jednou do měsíce a nejčastější variantou zvládání agresivní osoby bude vyžádání součinnosti Policie ČR nebo Městské Police.*

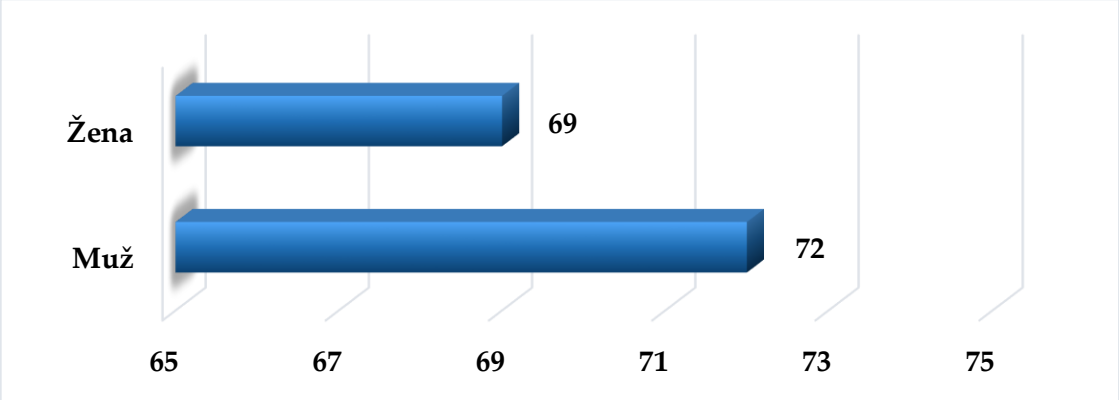
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující části se budeme zabývat vyhodnocením výsledků získaných prostřednictvím anonymního nestandardizovaného dotazníku.

5.1 Vyhodnocení údajů z dotazníku

Otázka č. 1 **Jste muž nebo žena?**

- Žena
- Muž

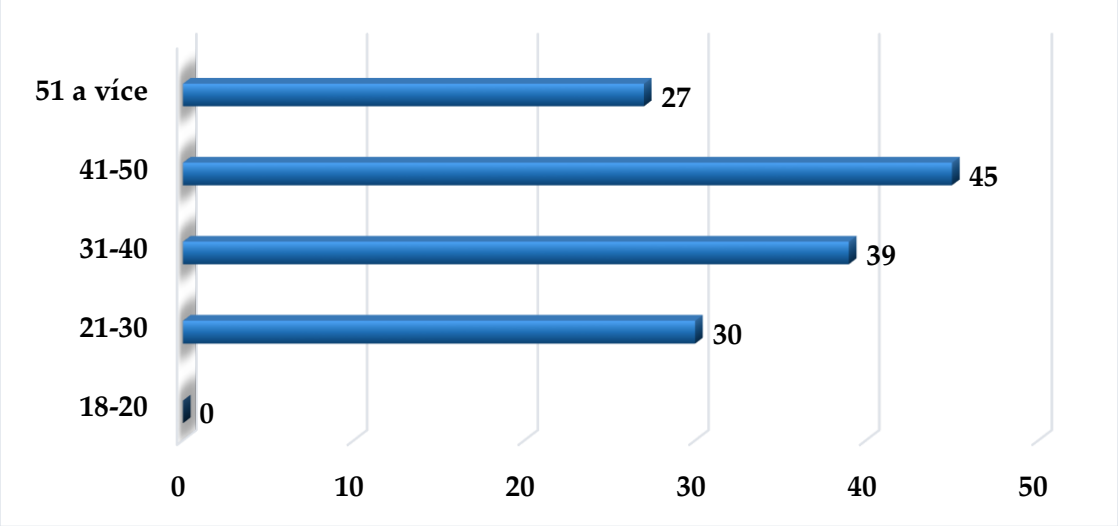


Obrázek 5 - Pohlaví respondentů (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) dotázaných bylo 69 (49 %) žen a 72 (51 %) mužů.

Otázka č. 2 **Jaký je Váš věk?**

- 18-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51 a více

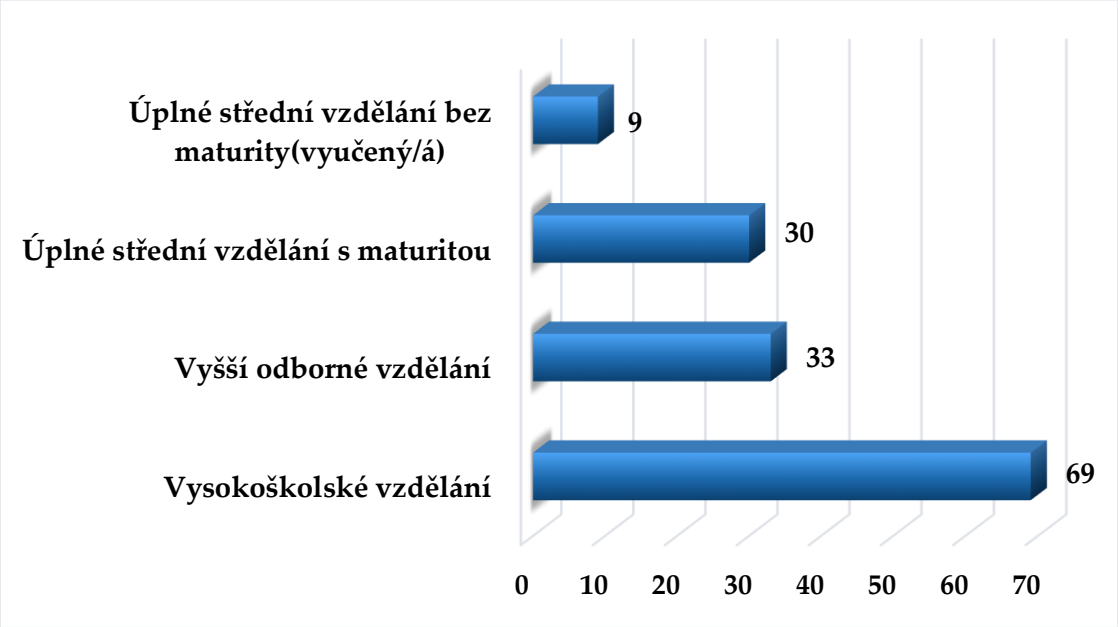


Obrázek 6 - Věk respondentů (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů nebyl ve věku 18-20 nikdo, 30 (22 %) bylo ve věku 21-30, 39 (27 %) ve věku 31-40, 45 (32 %) bylo ve věku 41-50 a 27 (19 %) ve věku 51 a více.

Otázka č. 3 **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Úplné střední vzdělání bez maturity (vyučený/á)
- Úplné střední vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

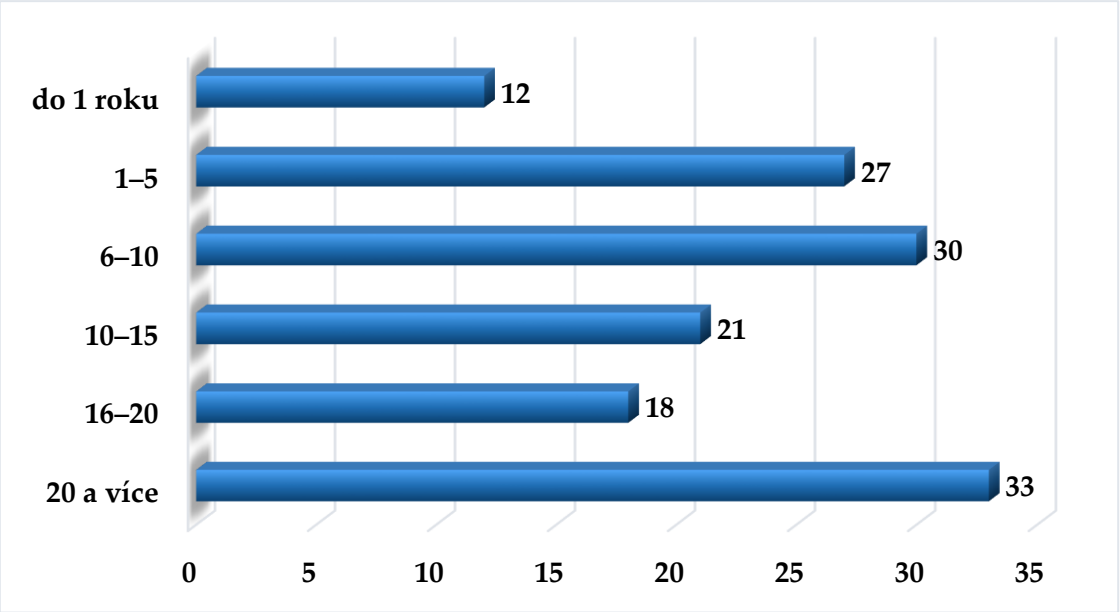


Obrázek 7 - Míra dosaženého vzdělání respondentů (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) dotázaných, má 9 (7 %) úplné střední vzdělání bez maturity, 30 (21 %) úplné střední vzdělání s maturitou, 33 (23 %) vyšší odborné vzdělání a 69 (49 %).

Otázka č. 4 **Jak dlouho pracujete u ZZS?**

- do 1 roku
- 1-5
- 6-10
- 10-15
- 16-20
- 20 a více

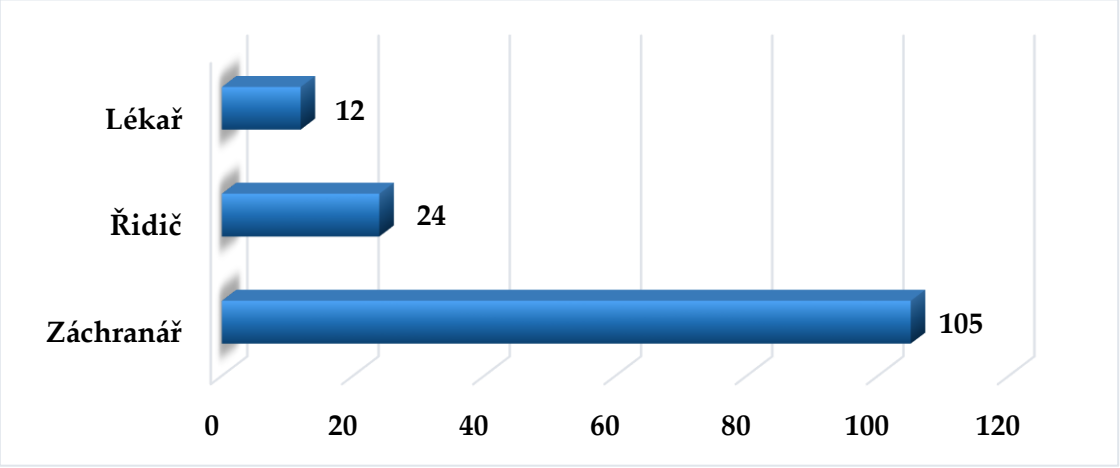


Obrázek 8 - Délka pracovního poměru respondentů u ZZS (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 respondentů pracovalo u ZZS 12 (9 %) respondentů do jednoho roku, 27 (20 %) 1-5 let, 30 (21 %) 6-10 let, 21 (15 %) 10-15 let, 18 (13 %) 16-20 let a 33 (22 %) 20 let a více.

Otázka č. 5 **Jaká je Vaše pozice u zdravotnické záchranné služby?**

- Lékař ● Řidič ● Záchranář

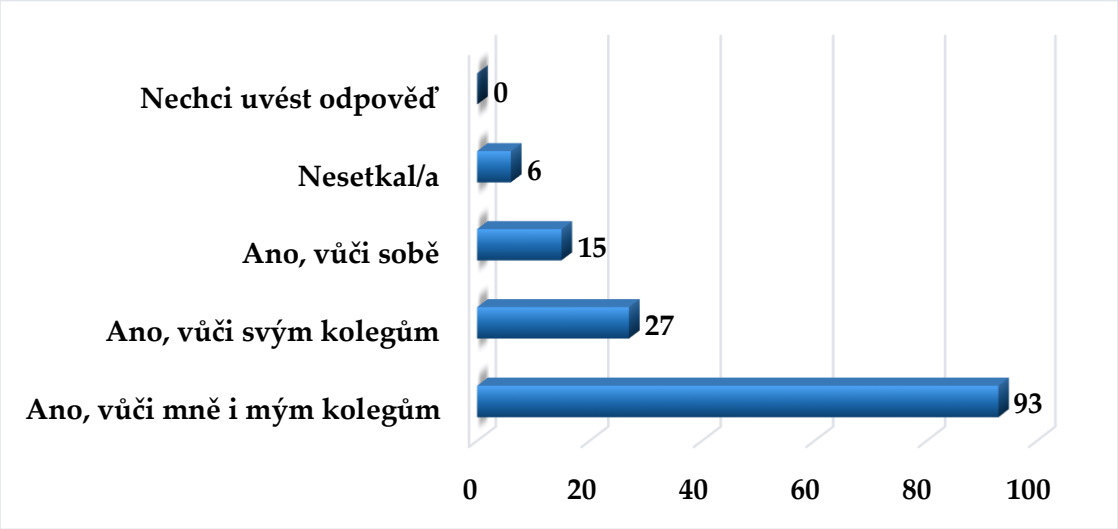


Obrázek 9 - Pracovní pozice respondenta u ZZS (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů bylo 12 (9 %) lékařů, 24 (16 %) řidičů a 105 (75 %) záchranářů.

Otázka č. 6 **Setkal/setkala jste se někdy s agresivitou u pacienta vůči sobě či někomu ze své posádky?**

- Nechci uvést odpověď ● Nesetkal/a ● Ano, vůči sobě
- Ano, vůči svým kolegům ● Ano, vůči mně i mým kolegům

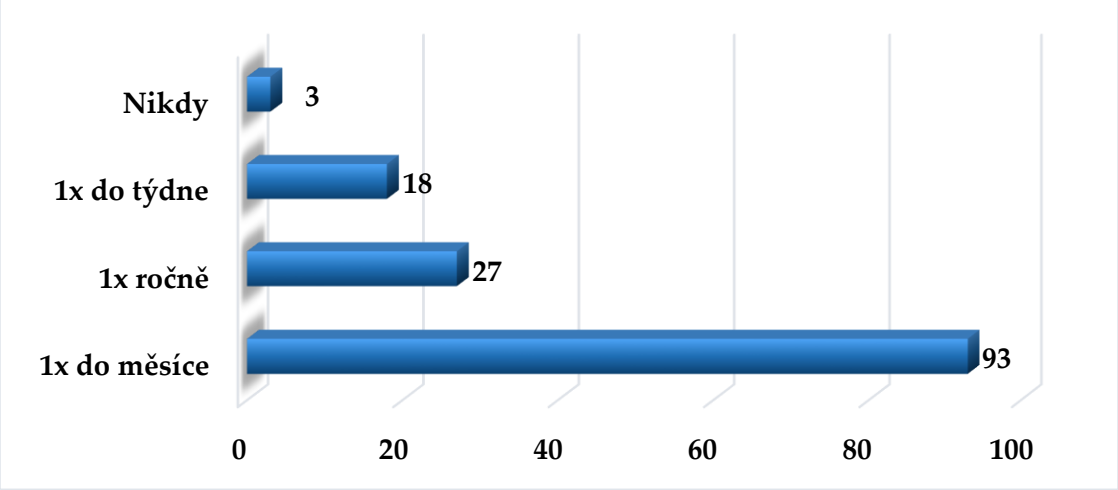


Obrázek 10 - Styk s agresivitou vůči respondentům či jejich kolegům (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo 93 (66 %) ano, vůči mně i mým kolegům, 27 (19 %) ano, vůči svým kolegům, 15 (11 %) ano, vůči sobě, 6 (4 %) nesetkal/a, a nikdo nezvolil odpověď typu: nechci uvést odpověď.

Otázka č. 7 **Jak často přicházíte do kontaktu s agresivitou/agresivní osobou?**

- Nikdy ● 1x do týdne ● 1x měsíčně ● 1x ročně

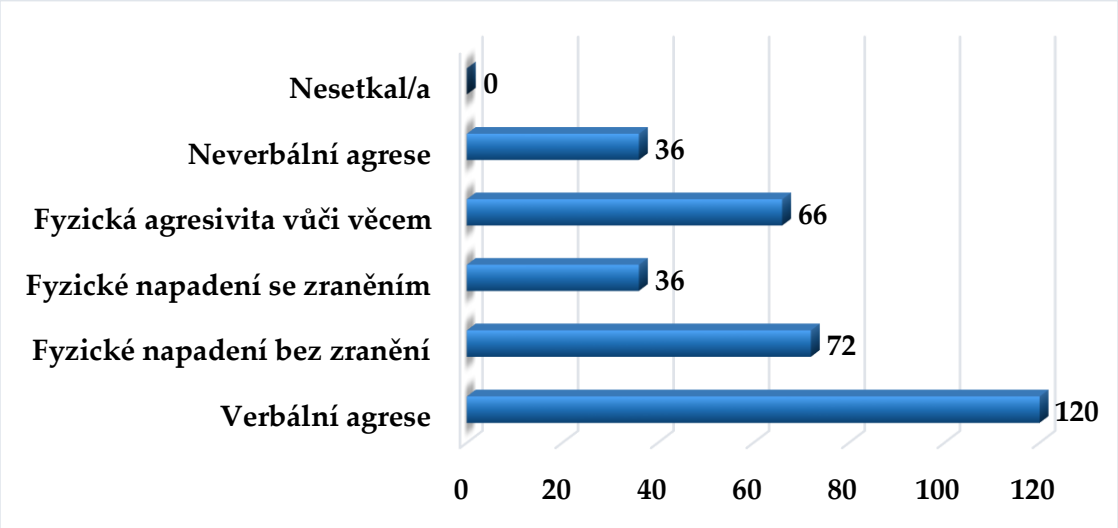


Obrázek 11 – Četnost kontaktu s agresivní osobou (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů, přichází do kontaktu s agresivní osobou 93 (66 %) jednou měsíčně, 27 (19 %) jednou ročně, 18 (13 %) jednou do týdne a 3 (2 %) nikdy.

Otázka č. 8 **S jakým druhem agresivity jste se setkal/a?**

- Fyzické napadení bez zranění ● Fyzické napadení se zraněním
- Fyzická agresivita vůči věcem ● Verbální agrese
- Neverbální agrese ● Nesetkal/a



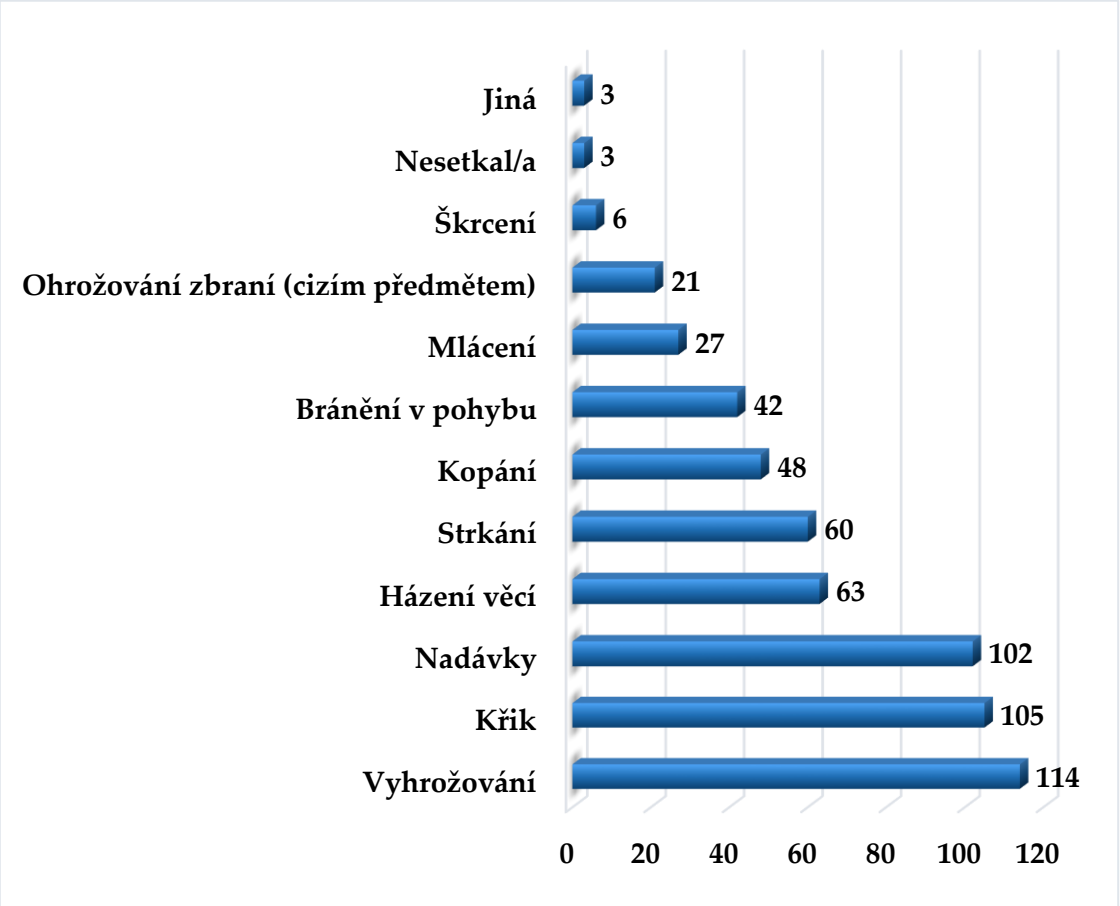
Obrázek 12 - Druh agresivity (zdroj: vlastní zpracování)

V této otázce mohli respondenti zvolit vícero odpovědí, z celkového počtu 330 (100 %) odpovědí se s verbální agresí setkává 120 (36 %) respondentů, s fyzickým napadením bez zranění 72 (22 %) respondentů, s fyzickým napadením se zraněním 36 (11 %) respondentů, s fyzickou agresivitou vůči věcem 66 (20 %) respondentů, s neverbální agresí 36 (11 %) respondentů a nikdo nezvolil, že by se s žádným druhem agrese nesetkal.

Otázka č. 9 **S jakým druhem charakteru agrese jste se setkal/a?**

- Křik ● Vyhrožování ● Nadávky
- Strkání ● Kopání ● Mlácení
- Škrcení ● Házení věcí ● Bránění v pohybu

- Ohrožování zbraní (cokoliv, co se dá použít k hrubějšímu útoku)
- Nesetkal/a ● Jiná



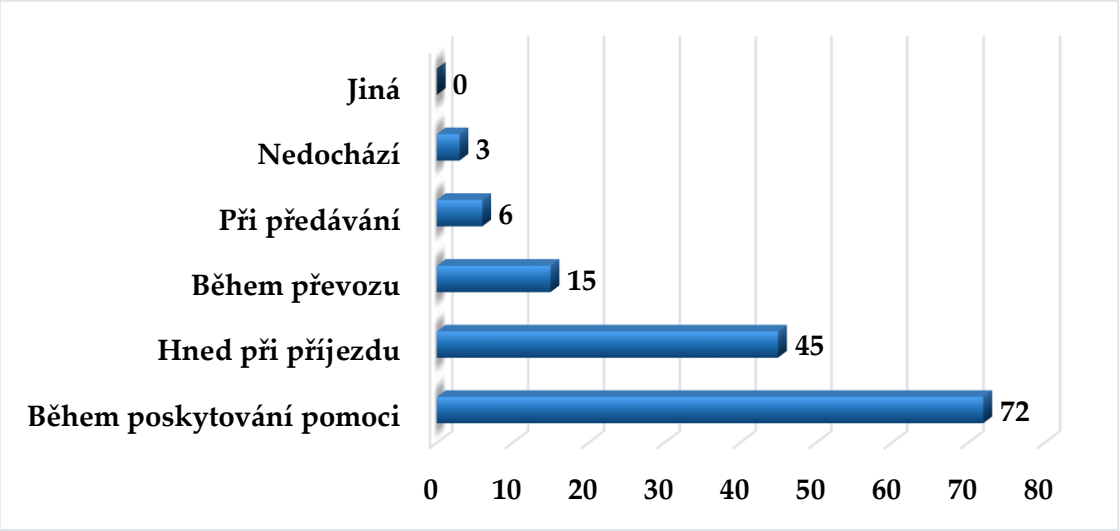
Obrázek 13 – Druh charakteru agrese (zdroj: vlastní zpracování)

V této otázce mohli respondenti zvolit vícero odpovědí, z celkového počtu 594 (100 %) odpovědí se 114 (19 %) respondentů setkalo s vyhrožováním, 105 (18 %) s křikem, 102 (17 %) s nadávkami, 63 (10 %) s házením věcí, 60 (9 %) se strkáním, 48 (8 %) s kopáním, 42 (7 %) s bráněním v pohybu, 27 (5 %) s mlácením, 21 (4 %) s ohrožováním zbraní (cizím předmětem), 6 (1 %) se škrcením, 3 (1 %) se nesetkalo s žádným druhem agrese a 3 (1 %) s jiným druhem agrese jako například kombinace útoků, vydírání, ničení vybavení posádky.

Otázka č. 10 **V jaké fázi výjezdu podle Vás dochází nejčastěji k útoku?**

- Hned při příjezdu
- Během poskytování pomoci

- Během převozu ● Při předávání
- Nedochází ●Jiná

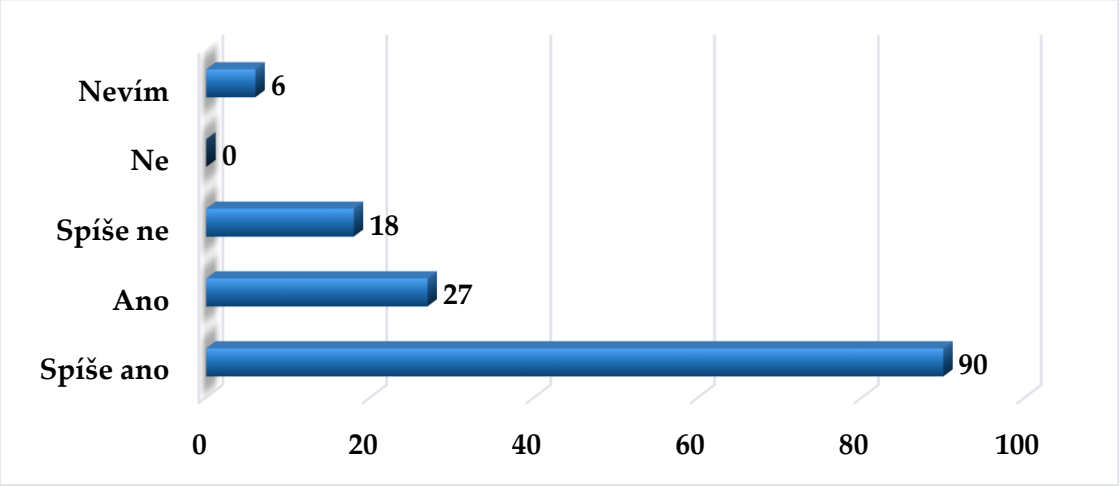


Obrázek 14 - Fáze, ve které dochází nejčastěji k útokům (zdroj: vlastní zpracování)

Ze 141 (100 %) respondentů odpovědělo 72 (51 %), že se agrese vyskytla během poskytování pomoci, 45 (32 %) odpovědělo hned po příjezdu, 15 (11 %) během převozu, 6 (4 %) při předávání, 3 (2 %) nedochází a nikdo nezvolil možnost jiná.

Otázka č. 11 **Je možné podle Vašich zkušeností, vytipovat případného agresora po příjezdu na místo?**

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

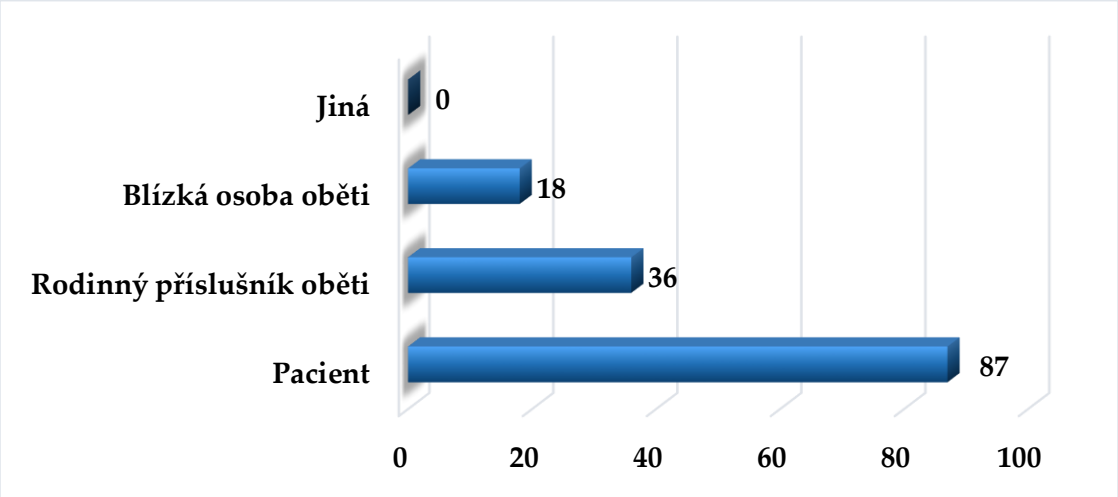


Obrázek 15 - Schopnost rozeznání agresora (zdroj: vlastní zpracování)

Na otázku, zda dokážou respondenti dle svých zkušeností rozpoznat agresora po příjezdu na místo, odpovědělo z celkového počtu 141 (100 %) respondentů 90 (64 %) možnost spíše ano, 27 (19 %) ano, 18 (13 %) spíše ne, 6 (4 %) nevím a nikdo nezvolil odpověď ne.

Otázka č. 12 **Kdo je podle Vás nejčastěji agresorem?**

- Pacient ● Rodinný příslušník oběti ● Blízká osoba oběti ● Jiná

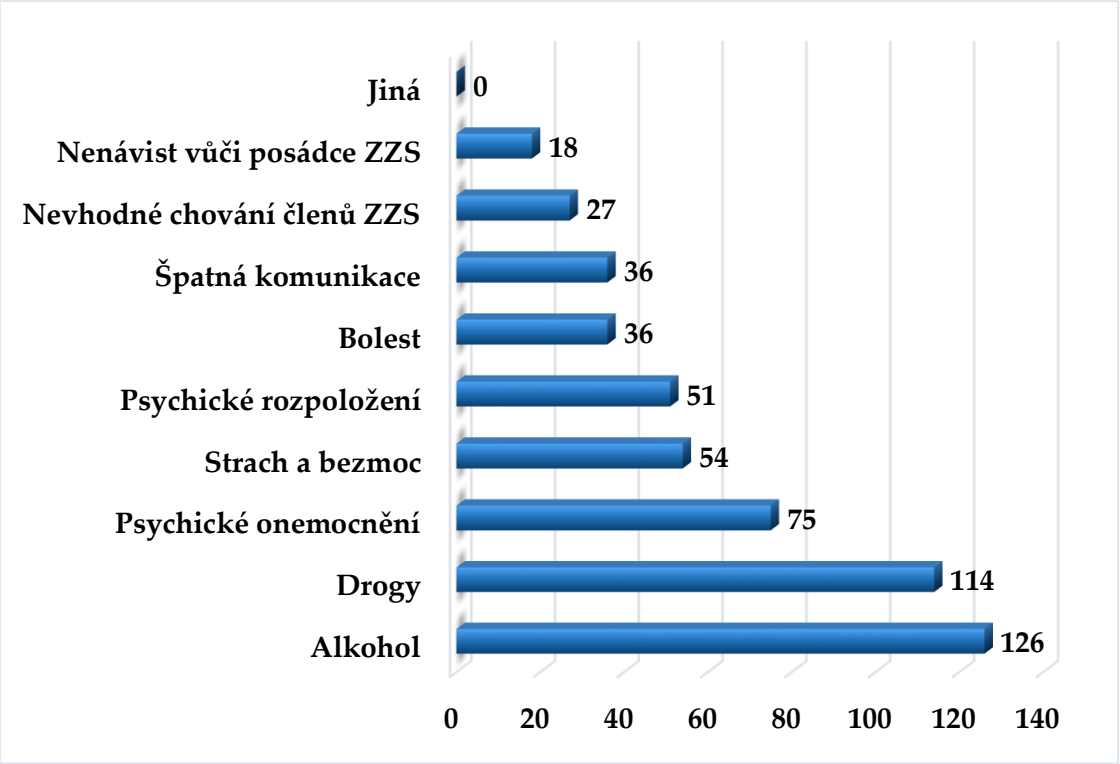


Obrázek 16 - Nejčastější agresor (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů odpovědělo 87 (62 %), že nejčastějším agresorem je pacient, 36 (25 %) rodinný příslušník oběti, 18 (13 %) blízká osoba oběti a nikdo nezvolil možnost jiná.

Otázka č. 13 **Jaká je nejčastější příčina agresivního chování?**

- Strach a bezmoc ● Alkohol ● Drogy
- Bolest, psychické rozpoložení ● Psychické onemocnění
- Nenávist vůči posádce ZZS
- Špatná komunikace mezi pacientem a posádkou
- Nevhodné chování členů ZZS
- Jiná

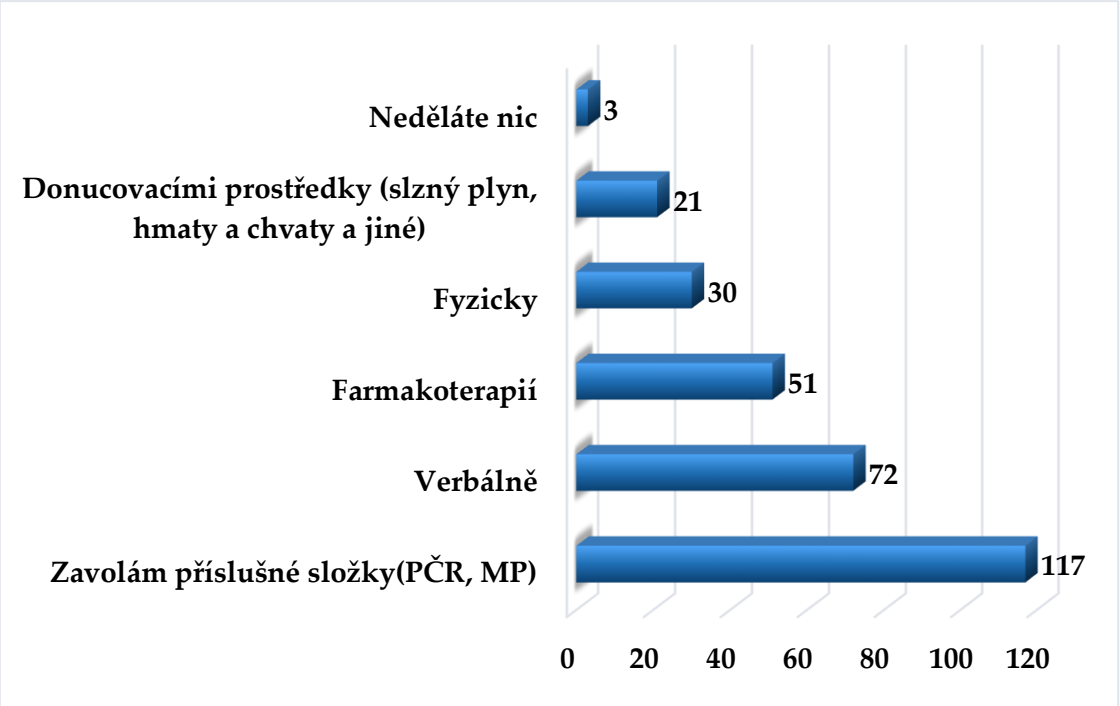


Obrázek 17 - Nejčastější příčina agresivního chování (zdroj: vlastní zpracování)

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí, z celkového počtu 537 (100 %) odpovědí zvolilo 126 (23 %) alkohol, 114 (21 %) drogy, 75 (14 %) psychické onemocnění, 54 (10 %) strach a bezmoc, 51 (9 %) psychické rozpoložení, 36 (7 %) bolest, 36 (7 %) špatná komunikace, 27 (6 %) nevhodné chování členů ZZS, 18 (3 %) nenávist vůči posádce ZZS a nikdo nezvolil možnost jiná.

Otázka č. 14 **Jak je bráníte proti agresivnímu chování?**

- Verbálně ● Fyzicky ● Zavolám příslušné složky (PČR, MP)
- Donucovacími prostředky (slzný plyn, hmaty a chvaty, jiné)
- Farmakoterapií ● Neděláte nic

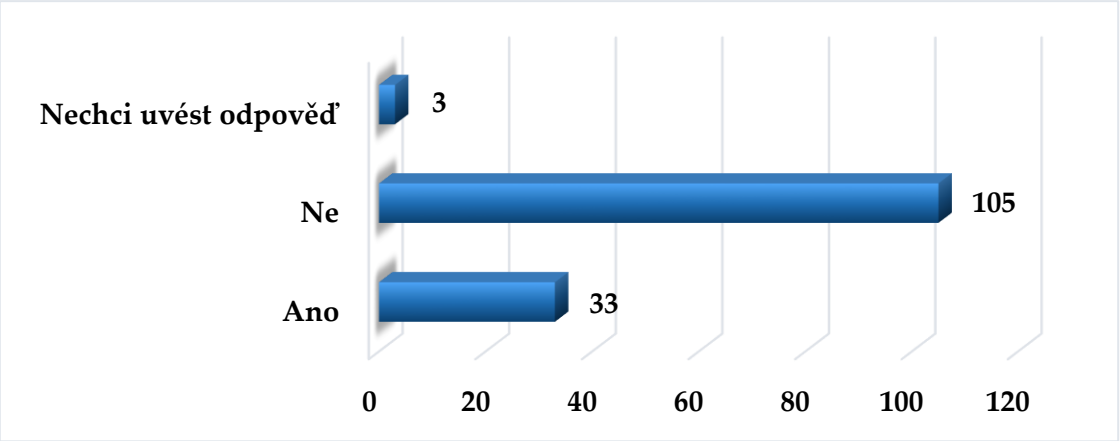


Obrázek 18 – Druh obrany vůči agresivnímu chování (zdroj: vlastní zpracování)

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí, proto jsme získali celkově 294 odpovědí. Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo 117 (83 %) zavolání příslušné složky (Policie České republiky, Městská policie), 72 (51 %) verbálně, 51 (36 %) farmakoterapií, 30 (21 %) fyzicky, 21 (15 %) donucovacími prostředky (slzný plyn, hmaty a chvaty, jiné), 3 (2 %) respondenti by nedělali nic.

Otázka č. 15 **Chodíte v rámci Vašeho zaměstnání na kurzy sebeobrany?**

- Ano ● Ne ● Nechci uvést odpověď

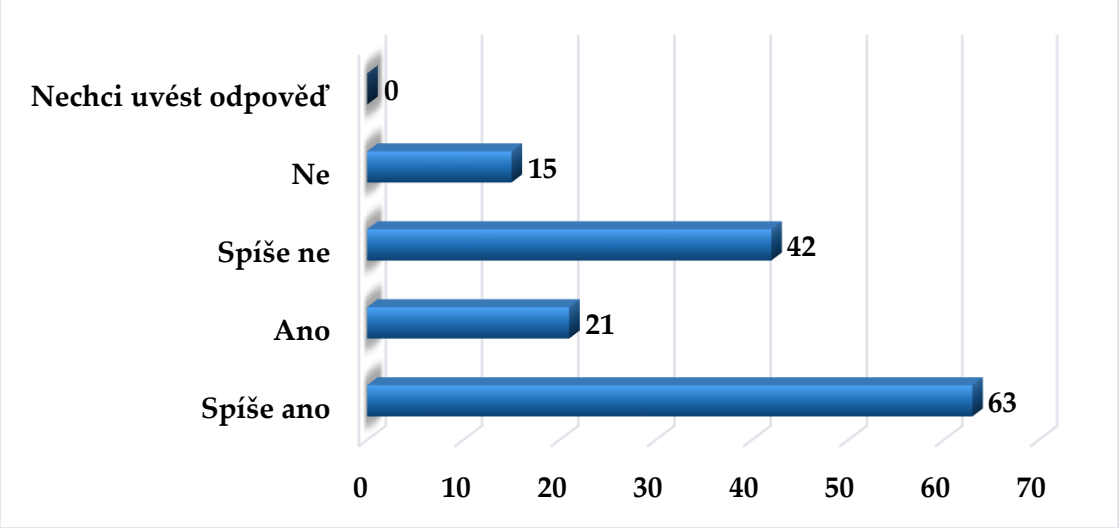


Obrázek 19 - Docházení respondentů na kurzy sebeobrany (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo 33 (23 %) odpověď ano, 105 (75 %) ne a 3 (2 %) nechci uvést odpověď.

Otázka č. 16 **Měl/a byste zájem navštěvovat dobrovolně ve svém volnu kurz sebeobrany?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nechci uvést odpověď

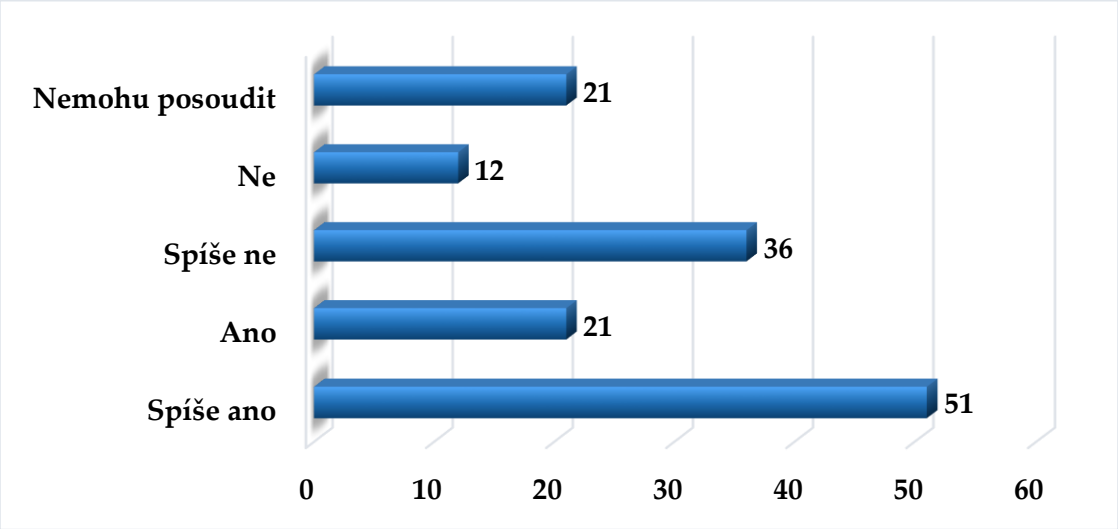


Obrázek 20 - Ochota respondentů navštěvovat kurzy sebeobrany v jejich volném čase (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů odpovědělo 63 (45 %) spíše ano, 21 (15 %) ano, 42 (30 %) spíše ne, 15 (10 %) ne a nikdo nezvolil odpověď typu: nechci uvést odpověď.

Otázka č. 17 **Myslíte si, že jste schopen/schopna se proti jakémukoliv napadení ubránit?**

- Spíše ano ● Ano ● Spíše ne ● Ne ● Nemohu posoudit

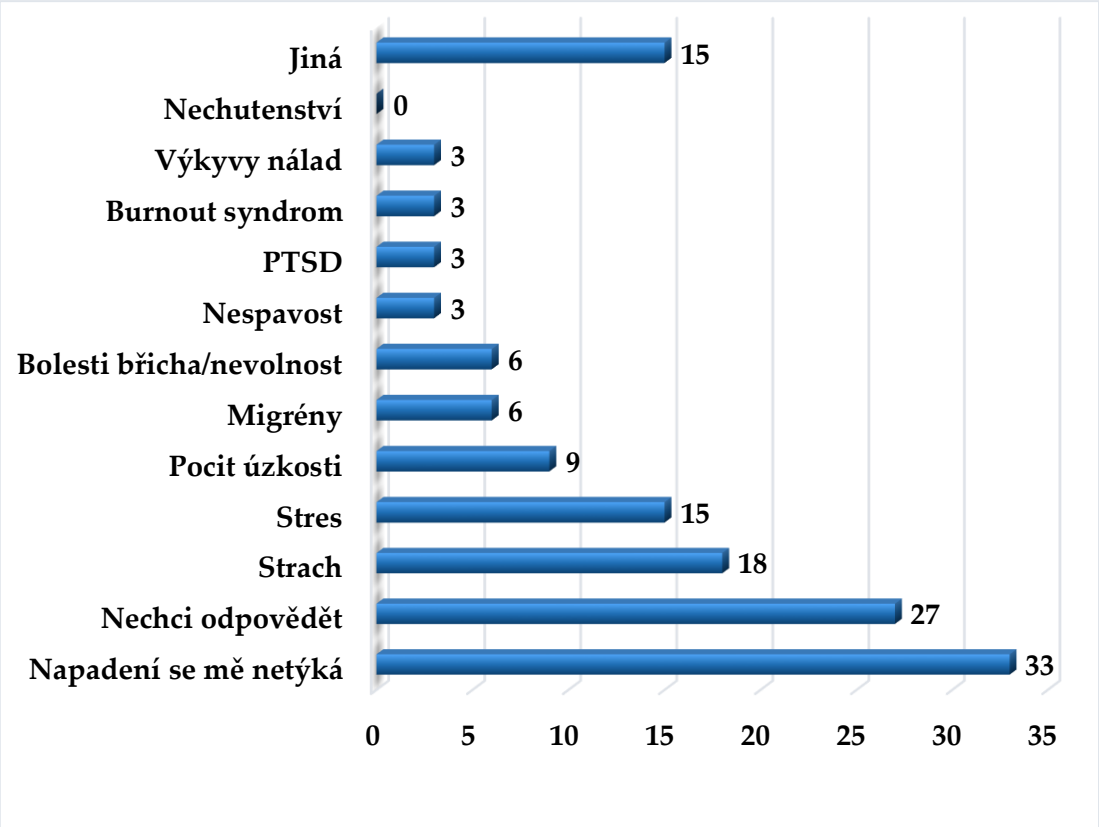


Obrázek 21 – Schopnost obrany vůči napadení (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů odpovědělo 51 (36 %) spíše ano, 21 (15 %) ano, 36 (25 %) spíše ne, 12 (9 %) ne, 21 (15 %) nemohu posoudit.

Otázka č. 18 **Pokud se Vás napadení týká, vyskytly se u Vás po napadení nějaké problémy?**

- Napadení se mě netýká ● Strach ● Stres
- Migrény ● Bolesti břicha/nevolnost ●Nechutenství
- Nespavost ●burn out syndrom ●PTSD
- Výkyvy nálad ●pocit úzkosti ●nechci odpovědět
- Jiná

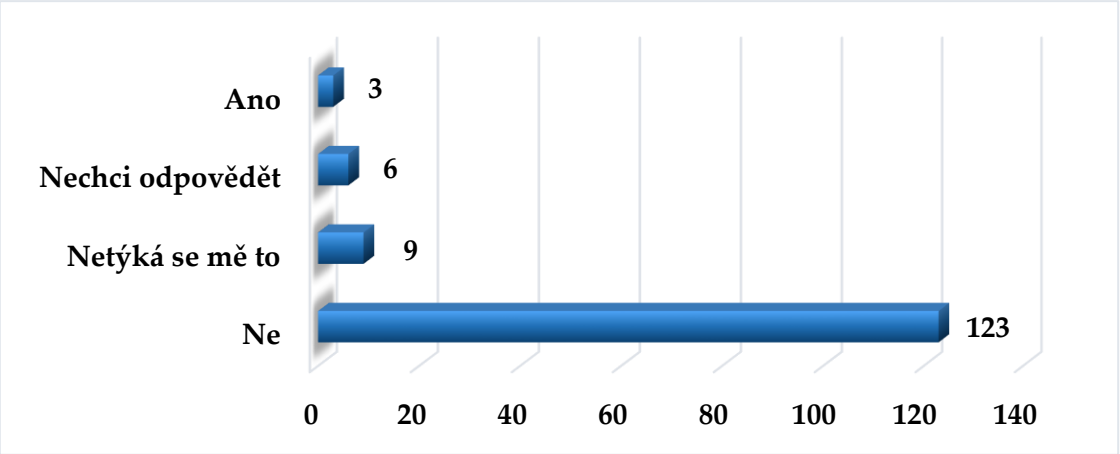


Obrázek 22 – Výskyt problémů u respondentů po napadení (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 respondentů odpovědělo 33 (24 %) napadení se mě netýká, 27 (19 %) nechci odpovědět, 18 (13 %) strach, 15 (11 %) bezmoc, 9 (6 %) pocit úzkosti, 6 (4 %) migrény, 6 (4 %) bolesti břicha/nevolnost, 3 (2 %) nespavost, 3 (2 %) PTSD, 3 (2 %) burnout syndrom, 3 (2 %) výkyvy nálad, nikdo nezvolil nechutenství a 15 (11 %) jiná. V kategorii jiná byly odpovědi: noční děsy, kde tuto variantu napsalo 10 (7 %), a 5 (3 %) bolest hlavy.

Otázka č. 19 **Vyhledali jste odbornou psychickou pomoc?**

- Ano ● Ne ● Nechci odpovědět ● Netýká se mě to

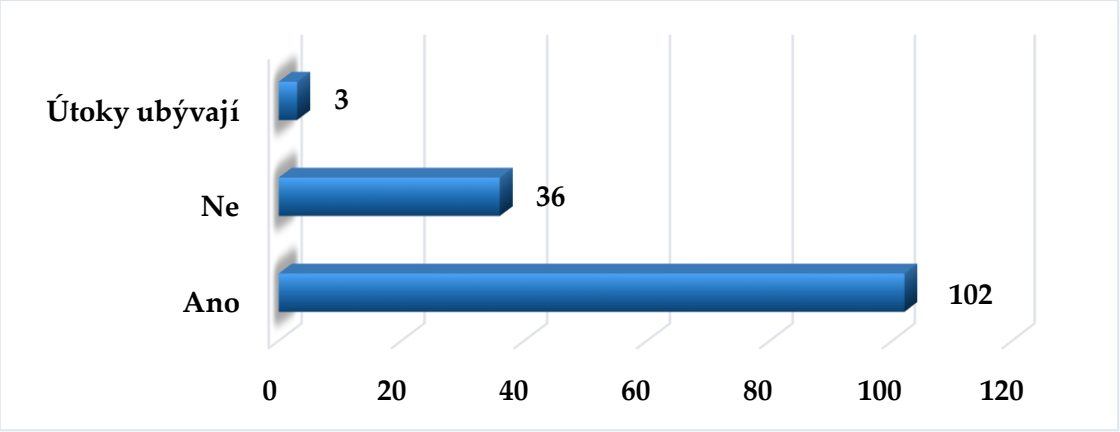


Obrázek 23 – Vyhledání odborné psychické pomoci respondentem (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo 123 (87 %) odpověď ne, 9 (7 %) netýká se mě to, 6 (4 %) nechci odpovědět, 3 (2 %) ano.

Otázka č. 20 **Máte pocit, že se každým rokem vyskytují útoky častěji?**

- Ano ● Ne ● Útoky ubývají



Obrázek 24 – Četnost výskytu agresivního chování (zdroj: vlastní zpracování)

Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů odpovědělo 102 (72 %) ano, 36 (26 %) ne a 3 (2 %) útoky ubývají.

5.2 Vyhodnocení cílů práce

V této bakalářské práci bylo naším prvním cílem přinést ucelený náhled na problematiku agresivního chování vůči členům výjezdových skupin a definování a objasnění pojmů týkajících se agrese. Tento cíl se nám podařilo

naplnit na základě analýzy dostupné tuzemské i zahraniční literatury jiných autorů, která se věnuje zpracovávané problematice. Zjistili jsme, že autoři uvádějí tyto pojmy podobně a často jsou mezi nimi jen nepatrné rozdíly. Tím byl rovněž naplněn i druhý cíl, kterým bylo poukázání na problematiku agresivního chování pacientů, zejména pak z pohledu práce jednotlivých členů výjezdových posádek.

Třetím cílem práce bylo zjistit četnost kontaktu členů výjezdových skupin při poskytování přednemocniční péče s agresivní osobou. K tomuto cíli práce se vztahovala otázka č. 6 a 7. Na obrázku číslo 10 (na straně č. 38) je uvedena analýza odpovědí, které jsme získali za pomoci otázky číslo 6, pomocí které jsme se respondentů ptali na to, zda se někdy setkali s agresivitou u pacienta vůči sobě či někomu ze své výjezdové skupiny. Celkem 93 (66 %) respondentů se setkalo s agresí vůči sobě i svým kolegům, 27 (19 %) se setkalo s agresí pouze vůči svým kolegům, 15 (11 %) vůči sobě a 6 (4 %) se jich nikdy s agresí nesetkalo. V otázce číslo 7 na straně 39 byla položena otázka, jak často přicházejí do kontaktu s agresivitou/agresivní osobou a zaznamenané odpovědi můžeme vidět na obrázku číslo 11. Celkem 93 (66 %) respondentů se s agresivitou/agresivní osobou setkává jednou do měsíce, 27 (19 %) jednou ročně, 18 (13 %) jednou do týdne a 3 (2 %) se nesetkávají nikdy.

Čtvrtým cílem bylo zjistit charakter agrese, se kterými se členové výjezdových skupin setkávají. K tomuto cíli směřovala otázka číslo 8 a zejména pak otázka číslo 9. Na obrázku číslo 12 (na straně č. 39) jsou zaznamenané výsledky na otázku číslo 8 pomocí které zjišťovali, s jakým druhem agresivity se respondenti setkali. Respondenti mohli zde zvolit vícero odpovědí. Celkem 120 (36 %) respondentů se setkalo s verbální agresí, 72 (22 %) respondentů s fyzickým napadením bez zranění, 36 (11 %) respondentů s fyzickým napadením se zraněním, 66 (20 %) respondentů s fyzickou agresivitou vůči věcem a 36 (11 %) s neverbální

agresí. V následující otázce zobrazené na obrázku číslo 12 pod číslem 9 (na straně č. 40) jsme se ptali, s jakým druhem charakteru agrese se respondenti setkali a mohli zvolit více odpovědí najednou. Celkem 114 (19 %) respondentů uvedlo, že se setkalo s vyhrožováním. Dalších 105 (18 %) respondentů s křikem, 102 (17 %) s nadávkami, 63 (10 %) s házením věcí, 60 (9 %) respondentů se setkalo se strkáním, 48 (8 %) s kopáním, 42 (7 %) s bráněním v pohybu, pouhých 27 (5 %) respondentů s mlácením a 21 (4 %) s ohrožováním zbraní (cizím předmětem) 6 (1 %) respondentů se setkalo se škrcením, 3 (1 %) se nesetkali s žádnou agresí a 3 (1 %) s jiným druhem jako jsou kombinace útoků, vyhrožování či ničení vybavení posádky.

Pátým cílem bylo zjistit, zda by členové výjezdové skupiny měli zájem navštěvovat dobrovolně kurz sebeobrany. K tomuto cíli směřuje otázka číslo 17 a zejména pak otázka číslo 16. V otázce číslo 16, jejíž odpovědi jsou zaznamenané na obrázku číslo 20 (na straně č. 45) jsme se respondentů ptali, zda by měli zájem navštěvovat dobrovolně ve svém volném čase kurz sebeobrany. Na tuto otázku nám odpovědělo 63 (45 %) respondentů, že spíše ano, 21 (15 %) ano, 42 (30 %) respondentů by spíše nenavštěvovalo kurz sebeobrany a 15 (10 %) by nenavštěvovalo kurzy sebeobrany vůbec.

V otázce číslo 17 na straně 46 jsme zjišťovali, zda jsou respondenti schopni se ubránit proti jakémukoliv napadení. Celkem 51 (36 %) respondentů uvedlo odpověď spíše ano, 21 (15 %) ano, 36 (25 %) spíše ne a 21 (15 %) nemohou posoudit.

Šestým cílem byla verifikace nebo falsifikace námi navržených hypotéz. Tento cíl byl splněn na podkladě vypracování následující podkapitoly.

Sedmým cílem byla komparace námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů. Tento cíl byl naplněn na podkladě vypracování diskuse.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1 *Předpokládáme, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že k útoku na členy výjezdové skupiny nejčastěji přichází již po příjezdu na místo události.*

S hypotézou č. 1 souvisela otázka č. 10.

V otázce číslo 10 jsme zjišťovali, kdy si respondenti myslí, že dochází nejčastěji k útokům. Respondenti mohli zvolit odpověď hned při příjezdu, během poskytování pomoci, během převozu, při předávání, nedochází a jiná. Respondenti se nejčastěji setkali s agresí během poskytování pomoci. Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů tuto odpověď zvolilo 72 (51 %) respondentů. Variantu odpovědi: **ihned při příjezdu zvolilo 45 (32 %) respondentů**. Během převozu zvolilo 15 (11 %) respondentů, při předávání 6 (4 %) respondentů a 3 (2 %) respondenti zvolili, že nedochází. Odpověď jiná nezvolil nikdo.

Na základě výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza č. 1 byla falsifikována.

Hypotéza č. 2 *Předpokládáme, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že do kontaktu s agresivní osobou dochází jednou do měsíce a nejčastější variantou zvládání agresivní osoby bude vyžádání součinnosti Policie ČR nebo Městské Police.*

S hypotézou č. 2 souvisely otázky č. 7 a 14.

V otázce č. 7 jsme se ptali na otázku, jak často přicházejí jednotliví respondenti do kontaktu s agresivní osobou. **Nejvíce respondentů zvolilo odpověď jednou do měsíce, a to 93 (66 %).** Jednou ročně se setkává 27 (19 %) respondentů, jednou týdně 18 (13 %) a 3 (2 %) respondentů se do kontaktu s agresivní osobou nedostávají nikdy.

Pomocí otázky č. 14 jsme zjišťovali, jak se členové výjezdové skupiny brání proti agresivnímu chování při poskytování přednemocniční péče. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. **Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo variantu odpovědi, že zavolají (PČR, MP) 117 (83 %) respondentů.** Verbální způsob obrany vůči agresivitě uvedlo 72 (51 %) respondentů a fyzický způsob obrany vůči agresivitě uvedlo 30 (21 %) respondentů. Obranu prostřednictvím donucovacích prostředků (např. slzný plyn a jiné) uvedlo 21 (15 %) respondentů, 51 (36 %) respondentů uvedlo farmakoterapii a 3 (2 %) respondenti by neudělali nic.

Na základě výsledků konstatujeme, že hypotéza byla v obou svých částech verifikována.

6 DISKUZE

V této části práce shrneme výsledky, které jsme v průběhu našeho výzkumu získali. Následně je budeme interpretovat vzhledem k cílům práce a zvoleným hypotézám. Také provedeme komparaci našich výsledků s odbornou literaturou a výzkumy jiných autorů. Naším záměrem bylo uceleně zpracovat problematiku agresivních útoků vůči členům výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby, se kterými se potýkají při poskytování přednemocniční péče.

Komplexní náhled na zpracovávanou problematiku je uveden v teoretické části práce, která byla vypracována na podkladě hloubkové analýzy dostupné tuzemské i zahraniční odborné literatury. Jsou vypsány a vysvětleny pojmy agrese a agresivity, krizová komunikace či sebeobrana dle práva a jsou uvedené jejich definice.

V praktické části jsme k získání dat využili nestandardizovaný anonymní dotazník a použili kvantitativní metodu sběru dat. Do našeho výzkumného šetření se celkově zapojilo celkem 141 respondentů. Jednalo se o členy posádek výjezdových skupin. Byli to respondenti s různou délkou praxe a pracovním zaměřením. Celkem se do našeho šetření zapojilo 24 řidičů, 12 lékařů/lékařek a 105 záchranářů/záchranářek. Respondenti s délkou praxe do 1 roku se v dotazníku objevili 12x, mezi 1 až 5 lety 27x, 6 až 10 let 30x, 21 respondentů s délkou praxe 10 až 15 let, 16 až 20 let 18x a s délkou praxe delší jak 20 let 33x.

Pro zjištění četnosti agrese, se kterou je spjatý třetí cíl, nám posloužila otázka číslo 7 na straně 39. Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů se vyjádřilo 93 (66 %), že se s agresí setkává jednou do měsíce, 27 (19 %) jednou do roka, 18 (13 %) jednou týdně a pouze 3 (2 %) respondentů se nesetkávají s agresí nikdy. O tomto problému pojednával i Chvál (2020). Ten analyzoval projevy agresivity při zásahu integrovaného záchranného systému. Na základě dotazníkového

šetření došel k závěru, že z celkového počtu 102 (100 %) respondentů se s agresí setkává 52 (51 %) respondentů opakovaně, 44 (43 %) spíše výjimečně, 5 (5 %) respondentů se s projevy agrese nesetkává a 1 (1 %) nechtěl uvést odpověď.

Autorka Lodinská (2018) se ve své diplomové práci zajímala o podobný problém jako my. Prováděla výzkum četnosti agrese, který však měla rozšířený mezi členy a příslušníky IZS. Na podkladě dotazníkového šetření došla k závěru, že ze souhrnného počtu 272 respondentů (100 %) z řad IZS se s agresivní osobou 1 x ročně setkalo 72 (27 %) respondentů z HZS, 38 (14 %) respondentů z řad členů výjezdových skupin ZZS a 18 (7 %) respondentů z řad příslušníků PČR. Dále 1x měsíčně se s projevy agrese setkalo 44 (16 %) respondentů z řad členů výjezdových skupin ZZS, 28 (10 %) respondentů z řad příslušníků PČR a 16 (6 %) respondentů z HZS. Dále 1x týdně se s projevy agrese setkalo 14 (5 %) respondentů z řad členů výjezdových skupin ZZS, 7 (2 %) respondentů z řad příslušníků PČR a 1 (1 %) respondent z HZS. V neposlední řadě se s agresivitou každou směnu potkávali 4 (2 %) respondenti z HZS a 2 (1 %) respondenti z řad příslušníků PČR. Respondenti z řad členů výjezdových skupin ZZS tuto variantu odpovědi neuvedli. S projevy agresivity se nikdy nesetkalo 23 (7 %) respondentů z HZS, 2 (1 %) respondentů z řad příslušníků PČR a 3 (1 %) respondentů z řad členů výjezdových skupin ZZS. Výsledky zjištěné výše uvedenou autorkou Lodinskou (2018) nekolidují s námi dosaženým výsledkem. My jsme naopak zjistili, že nejvíce se naši respondenti střetávají s četností agrese 1x měsíčně.

V časopise urgentní medicína uvádějí autoři Pekara a Kolouch (2016) statistické výsledky o agresi vůči členům ZZS. V období od listopadu 2013 do února 2014 výše uvedení autoři realizovali dotazníkové šetření s celkovým počtem 130 respondentů z řad členů výjezdových skupin ZZS. Tento výzkum dokázal, že za rok 2013 došlo k fyzickému konfliktu ve 41 případech (32 %) a verbálních konfliktů v 81 případech (62 %). Pouze 6 % členů výjezdových

skupin ZZS nebylo vystaveno násilí. V roce 2003 se stal incident, kdy byl napadený lékař během zásahu u dopravní nehody. Od tohoto incidentu si ZZS HMP a Moravskoslezský kraj vedou statistiky. Výše uvedení autoři uváděli počty napadených v období 2004–2014. Množství těchto napadení se pohybovali od 8 (v roce 2011) do 26 (2009) za rok. Pozoruhodná informace je ta, že celkem v 18 % napadení členové výjezdových skupin HMP skončili v pracovní neschopnosti, která trvala více než tři dny.

Naše práce se také zaměřovala na výskyt fyzické i verbální agrese. K tomuto výskytu se vztahuje otázka číslo 8 a výsledky které jsou přehledně graficky zpracovány na obrázku číslo 12 na straně 39. Naše výsledky se s jejich rezultáty shodují v tom, že nejvíce respondentů se setkalo s verbální agresí oproti fyzickému napadení.

Bigham a kol. (2014) v Kanadě realizovali na výzkumné šetření na vzorce 1676 respondentů z řad zdravotnických záchranářů. Předmětem jejich zkoumání byla zkušenost respondentů s projevy verbálních útoků, zastrašování, fyzických útoků, sexuálního obtěžování a sexuálních útoků, kterým byli vystaveni během posledních 12 měsíců. Z výsledků jejich výzkumu vyplývá, že většina respondentů, konkrétně 75 % se za posledních 12 měsíců setkalo s projevy násilí. Nejčastější formou násilí, kterou respondenti zažili, bylo verbální napadení 67 %, následovalo zastrašování, které uvedlo 41 % respondentů a fyzické napadení uvedlo 26 % respondentů. Se sexuálním obtěžováním se při poskytování přednemocniční péče setkalo 14 % respondentů a sexuálně napadeno bylo 3 % respondentů. Nejčastějším pachatelem těchto incidentů byl sám pacient. Výše uvedení autoři, ve výsledcích jejich výzkumu dále pak poukazují na negativní dopad těchto incidentů na psychiku respondentů, které mohou vést k vážným osobním i profesionálním následkům. Dle jejich mínění by měla být věnována pozornost této problematice a dále by se měla rozvíjet metodika

týkající se poskytování jednotlivých metod Critical stress managementu. Našich respondentů jsme se ptali na otázku číslo 18, která je zobrazená v grafu na obrázku číslo 22 na straně 46. Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů zvolilo 33 (24 %) odpověď napadení se mě netýká, 27 (19 %) nechci odpovědět, 18 (13 %) respondentů strach, 15 (11 %) bezmoc, 9 (6 %) pocit úzkosti, 6 (4 %) migrény, 6 (4 %) bolesti břicha/nevolnost, 3 (2 %) respondenti nespavost, 3 (2 %) PTSD, 3 (2 %) burn out syndrom, 3 (2 %) výkyvy nálad, nechutenství nezvolil nikdo a 15 (11 %) respondentů si vybralo odpověď jiná. V této kategorii byly odpovědi noční děsy 10 (7 %), 5 (4 %) odpověď bolesti hlavy.

K výše uvedené problematice autorka Zacharová (2009) konkrétně uvádí, že v případě setkání se s projevy agrese a agresivity může: „*Zdravotník tento okamžik může chápat jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí situace, někdy prožívá pocit viny, ale i obavy, jak se zachová příště. V přípravě profesionálních zdravotníků by tedy měly být zařazeny oblasti práce a komunikace s agresivními jedinci, abychom tak předcházeli stresu a negativním pocitům v těchto napjatých pracovních situacích*“ (Zacharová, 2009, str. 471).

S výše uvedenými výsledky kolidují i výsledky autorů Pourshaikhian et al (2016), kteří ve výsledcích své studie uvádějí, že zaměstnanci poskytující přednemocniční péči a zaměstnanci na urgentním příjmu jsou často vystavováni projevům agrese a agresivity. Konkrétně uvádějí, že s projevy verbálního násilí (v podobě urážek nebo ponižování) se setkali v 67 % případů a s fyzickým násilím (v podobě úderů, škrabání, kopání, kousání atd.) ve 13 – 79 % případů. Rovněž se u 17 % případů vyskytuje ohrožování např. holí, nožem nebo střelnou zbraní. Nedílnou součástí těchto negativních jevů, vyskytujících se při poskytování zdravotní péče, je sexuální obtěžování a to ve 3,5 % případů nebo až sexuální útok, který se odehrál v 15, 5 % případů. Výše uvedený kolektiv autorů rovněž poukazuje na vzájemný vliv vysoké prevalence násilí a následných škod

projevujících se na psychickém a fyzickém zdraví zaměstnanců (což v mnoha případech vyžadovalo následnou odbornou pomoc), ale dále pak i to, že tyto případy násilí sekundárně poškodili péči o pacienty. Ve výsledcích jejich studie rezonuje potřeba kvalitní přípravy zaměstnanců na tyto negativní jevy (včetně psychologické, právní a fyzické přípravy) ale i vytvoření a zpřístupnění specializovaného poradenství a posttraumatické péče zasaženým osobám.

Jak uvádějí autorky Ralbovská a Ralbovská (2020) pandemie Covid-19 ovlivnila výkon povolání členů výjezdových skupin ZZS tím, že u mnohých navodila pocit ohrožení života, eventuálního narušení tělesné i duševní integrity a rovněž navození pocitu bezmoci. Už před touto pandemií představovalo povolání členů výjezdových skupin ZZS velkou frekvenci setkávání se s různými emocemi typu rozčílenost, hněv, smutek a mnoho dalších. Zároveň členové výjezdových skupin ZZS pracují ve vypjatých situacích a jednou z nich je právě související pandemie s onemocněním Covid-19. Na členy výjezdových skupin tento stav klade zvýšené nároky. Pandemie COVID-19 způsobila zvýšenou míru stresu na členy výjezdových skupin, ale rovněž i na psychiku pacientů. Výše uvedené autorky konkrétně uvádějí, že: „*Hrozba nákazy a následného průběhu onemocnění negativním způsobem ovlivňovala prožívání výskytu symptomů běžných virových onemocnění, ale rovněž zhoršovala i průběh chronických chorob. U mnoha případů docházelo k exacerbaci psychických poruch. Následná protiepidemiologická opatření související s pandemií (např. nutnost nastoupit do karantény, zákaz návštěv ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociální péče, omezení dostupnosti zdravotnické péče atd.) u vnímavějších jedinců vedly k rozvoji různých psychických reakcí na zátěžovou (krizovou) situaci. Členové výjezdových skupin ZZS tak byli každodenně konfrontováni s celou řadou nových krizových situací, které bylo zapotřebí citlivě řešit, a to ve specifických podmínkách. Oni sami se museli téměř ze dne na den přizpůsobit novým opatřením souvisejícím s pandemií (do výkonu jejich povolání vstoupily nové činnosti, se kterými se museli vyrovnat v podmínkách plného provozu) a rovněž ve svém nitru*

zpracovat své vlastní niterní pocity, které rovněž mohly zahrnovat i pocity obavy o své vlastní zdraví a zdraví jejich blízkých" (Ralbovská, Ralbovská, 2020, str. 445).

Bakalářská práce byla psána v období pandemie COVID-19 a předpokládáme, že výsledky našeho šetření mohou být faktory pandemie ovlivněny.

Za pozitivum považujeme, že v souvislosti s pandemií COVID-19 a jejího vlivu na psychický stav zdravotnických záchranářů byla od 30. 3. 2020 zpřístupněna Linka kolegiální podpory pro pracovníky ve zdravotnictví. Autor Humpl (2020) uvádí, že „*účelem linky kolegiální podpory je poskytnout pracovníkům ve zdravotnictví bezpečný prostor pro podpůrný rozhovor, základní doporučení, pokud jde o zvládnutí jejich stresového zatížení, obav, frustrace, emocí, naplnění základních potřeb."*

S výše uvedeným tvrzením kolidují i výsledky autorů Reger, Ian a Joiner (2020), kteří v návaznosti na pandemii spojenou s onemocněním COVID - 19 upozorňují na zvýšený výskyt sebevražedného jednání zdravotníků. Za rizikové faktory vedoucí k sebevražednému jednání, lze dle výše uvedených autorů považovat: obavy zdravotníků z infekce, riziko následné nákazy členů jejich rodiny (pokud by oni samy tuto infekci do rodiny přenesli), výskyt onemocnění COVID- 19 u jejich kolegů v zaměstnání, nedostatek potřebných osobních ochranných prostředků, zvýšenou psychickou a fyzickou zátěž plynoucí z přetíženosti zdravotnického systému a v neposlední řadě enormní pracovní stres.

Autorky Ralbovská, Ralbovská a Lodinská (2018) uvádějí, že z výsledků jejich výzkumného šetření, které realizovaly mezi členy a příslušníky IZS, vyplynulo, že nejčastěji se respondenti setkávají s verbální agresivitou ze strany opilého člověka. V naší bakalářské práci jsme došli ke stejnému názoru a směřuje k tomu otázka číslo 13 s výsledky, které jsou uvedeny na obrázku číslo 17 a straně 43. V této otázce měli respondenti možnost zvolit vícero odpovědí. V naší práci

uvádíme nejčastějším důvodem vzniku agrese alkohol, kdy tuto odpověď z celkového počtu 537 odpovědí (100 %) zvolilo 126 (89,4 %) respondentů.

V této práci jsme se také zabývali verifikací nebo falzifikací hypotéz. Předpokládali jsme, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že k útoku na členy výjezdové skupiny nejčastěji dochází již po příjezdu na místo události. Tato hypotéza byla falsifikována na podkladě výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, kde vyšlo, že k útoku na členy výjezdových posádek dochází ihned při příjezdu pouze u 32 % respondentů.

Naší druhou hypotézou byl předpoklad, že více než 50 % respondentů zvolí variantu odpovědi, že do kontaktu s agresivní osobou dochází jednou do měsíce a nejčastější variantou zvládání agresivní osoby bude vyžádání součinnosti Policie ČR nebo Městské policie. Z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku jsme zjistili, že se 66 % respondentů setká s agresí jednou do měsíce a nejčastější odpovědí na otázku, jak se členové výjezdových skupin brání proti agresivnímu chování při poskytování přednemocniční péče je, že zavolají příslušně složky (PČR, MP). Tuto odpověď zvolilo celkem 83 % respondentů. Tedy obě části druhé hypotézy byly verifikovány.

Nedílnou součástí našeho výzkumu bylo i zjištění zájmu respondentů o kurzy sebeobrany. Z celkového počtu 141 (100 %) respondentů kladnou odpověď ve variantě spíše ano uvedlo 63 (45 %) respondentů a ve variantě ano 21 (15 %) respondentů. Součtem obou kladných odpovědí získáváme soubor 84 (60 %) respondentů, kteří o kurzy sebeobrany mají zájem.

Vzhledem k závažnosti problematiky agrese a agresivního chování, se kterým se členové výjezdové skupiny při poskytování přednemocniční péče setkávají lze za příklad dobré praxe uvést skutečnost, že např. ZZS HMP nabízí všem svým

zaměstnancům interaktivní kurzy, které rozšiřují jejich kompetence v oblasti sebeobrany. Autoři Pekara a Kolouch (2016) uvádějí, že v rámci preventivních aktivit byly na území hlavního města Prahy detekovány tzv. rizikové lokality, kde se dá předpokládat vyšší výskyt projevů agrese a agresivity, a tedy i potřeba vyžádání součinnosti s hlídkou PČR. Rovněž svým zaměstnancům ZZS HMP dala k dispozici i metodický pokyn na zvládání mimořádných událostí spojených s projevy agrese a agresivity.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá agresivními útoky na členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. Touto problematikou se zabývá řada diplomových i bakalářských prací. Problematika týkající se agrese a agresivity na členy výjezdových skupin ZZS je v dnešní době velice aktuální, můžeme totiž pozorovat nárůst těchto situací, a to je spojeno i s přítomností pandemie COVID -19, kterou již zmiňujeme v textu výše.

Teoretická část se zaměřuje na související témata: agrese, agresivita, krizová komunikace, sebeobrana a další.

Základem praktické části je anonymní nestandardizovaný dotazník, z něhož jsme vypracovali konkrétní data a následně je analyzovali. Pro splnění cílů jsme zvolili problémové odvětví při styku a agresivitou a jejím následným východiskem na místě mimořádné události. Shledali jsme, že se členové posádek ZZS setkávají ze strany pacientů opakovaně a jejich četnost narůstá. Dominují verbální formy agrese před fyzickým napadením.

Závěrem lze konstatovat, že důležitá je především prevence, která by se neměla nikdy podceňovat, připravenost záchranáře, schopnost předvídat a profesionální přístup k pacientovi. Ráda bych také vyzdvihla systém psychosociální a intervenční služby, který má podle mě obrovský význam pro člena výjezdové posádky po napadení a v neposlední řadě důležitost podpory kolegů.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

RV – Rendez-Vous

LZS – Letecká záchranná služba

ZOS – Zdravotnické operační středisko

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

PČR – Policie České republiky

HZS – Hasičský záchranný sbor

HMP – Hlavní město Prahy

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BIGHAM, B. et al. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. In. *Prehospital Emergency Care*. 2014, vol. 18. issue. 4, pp. 489-94. ISSN 1090-3127.
4. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
5. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
6. GOTTWALDOVÁ, Radka. *Jak na pasivní agresi: nenechte se jí zmítat a ovládat*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1113-6.
7. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
8. CHVOJ, Martin. Pokročilá teorie her ve světě kolem nás. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4620-3.
9. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
10. LAHNEROVÁ, Dagmar. *Asertivita pro manažery*. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2892-6.

11. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.
12. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5067-5.
13. MACH, Jan a David RATH. *Právní sebeobrana lékaře*. Vyd. 2. Břeclav: Presstempus, 2006. ISBN 80-903350-6-3.
14. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
15. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
16. PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. [online] Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4. [cit. 04. 04. 2021]. Dostupné z: https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jakosebeobrana-zdravotnika.pdf
17. 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.
18. PEŠATOVÁ, Ilona. *Vybrané kapitoly z etopedie*. 2., upr. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-087-6.
19. PINDEŠ, Miroslav. *Prevence násilí a zvládání krizové situace na pracovišti: praktická studijní příručka*. Praha: ČMKOS, 2012. ISBN 978-80-87306-08-6.
20. POURSHAIKHIAN, Majid, ABOLGHASEM, Hassan, ARYANKHESAL, Aidin, KHORASANI-ZAVAREH, Davood, BARATI, Ahmad. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. In. *Archives Trauma Research*. 2016, vol. 5, issue. 1. ISSN 2251-953X

21. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
23. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka.; RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte; LODINSKÁ, Michaela. Problematika agresívního jednání vůči členům IZS 2. část. In. *Bezpečnost s profesionály*. 2018, roč. 8, č. 4, 24-26. ISSN 2336-4793.
24. 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.
25. RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte; RALBOVSKÁ, Dana Rebeka. Pandemie COVID-19 z pohledu zdravotnické záchranné služby. In: *Recenzovaný sborník příspěvků mezinárodní vědecké konference MMK 2020*. Hradec Králové: Akademické sdružení MAGNANIMITAS, 2020. p. 445-452. ISBN 978-80-87952-33-7.
26. RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte; OTŘÍSAL, Pavel. Agresivita, agresivní jednání a fyzické napadání členů integrovaného záchranného systému při výkonu povolání In: *Aspekty práce pomáhajících profesí 2020*. Praha: CTU. Faculty of Biomedical Engineering, 2020. p. 344-359. ISBN 978-80-01-06783-3.
27. REGER Mark, IAN, Stanley, JOINER Thomas. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 A Perfect Storm? In *JAMA Psychiatry*. 2020, vol. 77, issue 11, pp. 1093–1094. doi:10.1001/ jamapsychiatry.2020.1060
28. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
29. ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.

30. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1262-8.
31. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
32. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
33. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
34. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
35. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
36. ZELMAN, Marek, Karol HOLLÝ a Helena BRAČOKOVÁ. Zvládanie akútneho psycho-motorického nepokoja a agresivity pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, roč. 6, vol. 4, s. 185-190. ISSN 1213-0508.

Internetové zdroje:

1. HUMPL, Lukáš. Linka kolegiální podpory. [online]. Poslední změna článku 9. 4. 2020 [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: https://spis.cz/2020/04/09/linka-kolegialni-podpory/
2. ZACHAROVÁ, Eva: Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků, In: *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč.11, č.10, s. 471. [online] [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: https://www.solen.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf.

Závěrečné práce:

1. 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.

2. CHVÁL, David. *Analýza projevů agresivity při zásahu složek IZS.* Kladno, 2020. Bakalářská práce. ČVUT, Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Legislativa:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=372%2F2011
- Zákon č. 40/2009 Sb. zákonů. Zákoník trestní zákoník. Dostupé z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Hlavní zásady pro komunikaci s člověkem 23
Obrázek 2 - Doporučený postup jednání s agresivním pacientem.....25
Obrázek 3 - Prevence agrese u duševně nemocných 26
Obrázek 4 - Zásady komunikace s uživateli návykových látek.....29
Obrázek 5 - Pohlaví respondentů 36
Obrázek 6 - Věk respondentů 36
Obrázek 7 - Míra dosaženého vzdělání respondentů 37
Obrázek 8 - Délka pracovního poměru respondentů u ZZS.....38
Obrázek 9 - Pracovní pozice respondenta u ZZS 38
Obrázek 10 - Styk s agresivitou vůči respondentům či jejich kolegům 39
Obrázek 11 – Četnost kontaktu s agresivní osobou 39
Obrázek 12 - Druh agresivity.....40
Obrázek 13 – Druh charakteru agrese.....41
Obrázek 14 - Fáze, ve které dochází nejčastěji k útokům 42
Obrázek 15 - Schopnost rozeznání agresora.....42
Obrázek 16 - Nejčastější agresor 43
Obrázek 17 - Nejčastější příčina agresivního chování 44
Obrázek 18 – Druh obrany vůči agresivnímu chování.....45
Obrázek 19 - Docházení respondentů na kurzy sebeobrany 46
Obrázek 20 - Ochota respondentů navštěvovat kurzy sebeobrany v jejich volném čase.....46
Obrázek 21 – Schopnost obrany vůči napadení 47
Obrázek 22 – Výskyt problémů u respondentů po napadení 48
Obrázek 23 – Vyhledání odborné psychické pomoci respondentem 49
Obrázek 24 – Četnost výskytu agresivního chování.....49

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Adéla Nováková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru zdravotnický záchranář na fakultě Biomedicínského inženýrství Českého vysokého učení technického v Praze. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění mého dotazníku, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce.

Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro vypracování mé praktické části bakalářské práce. Skládá se celkem z 20 otázek a vyplnění by mělo trvat maximálně 5 minut.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

S úctou a poděkováním

Adéla Nováková

Otázka č. 1 **Jste muž nebo žena?**

- Žena ● Muž

Otázka č. 2 **Jaký je Váš věk?**

- 18-20 ● 21-30 ● 31-40 ● 41-50 ● 51 a více

Otázka č. 3 **Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Úplné střední vzdělání bez maturity (vyučený/á)
- Úplné střední vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání ● Vysokoškolské vzdělání

Otázka č. 4 **Jak dlouho pracujete u ZZS?**

- do 1 roku ● 1-5 ● 6-10 ● 10-15 ● 16-20 ● 20 a více

Otázka č. 5 **Jaká je Vaše pozice u zdravotnické záchranné služby?**

- Lékař ● Řidič ● Záchranář

Otázka č. 6 **Setkal/setkala jste se někdy s agresivitou u pacienta vůči sobě či někomu ze své posádky?**

- Nechci uvést odpověď ● Nesetkal/a ● Ano, vůči sobě
- Ano, vůči svým kolegům ● Ano, vůči mně i mým kolegům

Otázka č. 7 **Jak často přicházíte do kontaktu s agresivitou/agresivní osobou?**

- Nikdy ● 1x do týdne ● 1x měsíčně ● 1x ročně

Otázka č. 8 **S jakým druhem agresivity jste se setkal/a?**

- Fyzické napadení bez zranění ● Fyzické napadení se zraněním
- Fyzická agresivita vůči věcem ● Verbální agrese
- Neverbální agrese ● Nesetkal/a

Otázka č. 9 **S jakým druhem charakteru agrese jste se setkal/a?**

- Křik ● Vyhrožování ● Nadávky
- Strkání ● Kopání ● Mlácení
- Škrcení ● Házení věcí ● Bránění v pohybu
- Ohrožování zbraní (cokoliv, co se dá použít k hrubějšímu útoku)
- Nesetkal/a ● Jiná

Otázka č. 10 **V jaké fázi výjezdu podle Vás dochází nejčastěji k útoku?**

- Hned při příjezdu ● Během poskytování pomoci
- Během převozu ● Při předávání ● Nedochází ●Jiná

Otázka č. 11 **Je možné podle Vašich zkušeností, vytipovat případného agresora po příjezdu na místo?**

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

Otázka č. 12 **Kdo je podle Vás nejčastěji agresorem?**

- Pacient ● Rodinný příslušník oběti ● Blízká osoba oběti ● Jiná

Otázka č. 13 **Jaká je nejčastější příčina agresivního chování?**

- Strach a bezmoc ● Alkohol ● Drogy
- Bolest, psychické rozpoložení ● Psychické onemocnění
- Nenávist vůči posádce ZZS
- Špatná komunikace mezi pacientem a posádkou
- Nevhodné chování členů ZZS
- Jiná

Otázka č. 14 **Jak je bráníte proti agresivnímu chování?**

- Verbálně ● Fyzicky ● Zavolám příslušné složky (PČR, MP)
- Donucovacími prostředky (slzný plyn, hmaty a chvaty, jiné)
- Farmakoterapií ● Neděláte nic

Otázka č. 15 **Chodíte v rámci Vašeho zaměstnání na kurzy sebeobrany?**

- Ano ● Ne ● Nechci uvést odpověď

Otázka č. 16 **Měl/a byste zájem navštěvovat dobrovolně ve svém volnu kurz sebeobrany?**

- Spíše ano ● Ano ● Spíše ne ● Ne ● Nechci uvést odpověď

Otázka č. 17 **Myslíte si, že jste schopen/schopna se proti jakémukoliv napadení ubránit?**

- Spíše ano ● Ano ● Spíše ne ● Ne ● Nemohu posoudit

Otázka č. 18 **Pokud se Vás napadení týká, vyskytly se u Vás po napadení nějaké problémy?**

- Napadení se mě netýká ● Strach ● Stres
- Migrény ● Bolesti břicha/nevolnost ●Nechutenství
- Nespavost ● burn out syndrom ●PTSD
- Výkyvy nálad ●pocit úzkosti ●nechci odpovědět
- Jiná

Otázka č. 19 **Vyhledali jste odbornou psychickou pomoc?**

- Ano ● Ne ● Nechci odpovědět ● Netýká se mě to

Otázka č. 20 **Máte pocit, že se každým rokem vyskytují útoky častěji?**

- Ano ● Ne ● Útoky ubývají