



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Analýza násilných napadení zdravotnických záchranářů

Analysis of Violent Attacks on Paramedics

Diplomová práce

Studijní program: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Klára Tomečková

Vedoucí diplomové práce: doc. Ph.Dr. Barbora Vegrachtová, Ph.D, MBA

Kladno 2021



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Tomečková** Jméno: **Klára** Osobní číslo: **492501**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Analýza násilných napadení zdravotnických záchranářů

Název diplomové práce anglicky:

Analysis of Violent Attacks on Paramedics

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude analýza násilí vedeného vůči zdravotnickým záchranářům. Teoretická část bude zaměřena na popis druhů, příčin a možnosti prevence násilných incidentů. Dále pak na úroveň právní ochrany zdravotnických záchranářů a možnosti obrany proti ataku. V praktické části budou zpracovány hloubkové rozhovory zaměřené na situace, při kterých došlo k napadení záchranáře. Cílovou skupinu budou představovat: operátoři Zdravotnického operačního střediska, příslušníci Policie ČR a napadení zdravotničtí záchranáři. Získaná data budou analyzována kvalitativní metodou podle zakotvené teorie Glasera a Strausse, a to tvorbou konceptů a podskupin. Vyhodnocení rozhovorů bude zaměřeno na jevy, které mají vliv na vznik a průběh násilného incidentu a jsou společné pro záchranáře i pacienta/příbuzného. Samostatně budou posouzena data jen pro zdravotnické záchranáře - prevence, dokumentace násilí a satisfakce. Bude využita stupnice Thomas H. Holmes and Richard H. Rahe hodnotící míru stresu v těchto situacích. Výstupem práce bude návrh opatření vedoucích ke zvýšení úrovně osobní bezpečnosti zdravotnických záchranářů.

Seznam doporučené literatury:

- [1] KNOR, J., PEKARA, J., ŠEBLOVÁ, J., PEŘAN, D., CMOREJ, P., NĚMCOVÁ, J., Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic, West J Emerg Med, ročník 21, číslo 2, 2020, 463-468 s., DOI:10.5811/westjem.2019.10.43919
- [2] BURDA, Patrik, Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014, ISBN 978-80-7013-564-8
- [3] PONĚŠICKÝ, Jan, Agrese, násilí a psychologie moci, Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-593-0
- [4] RAHMANI, A., HASSANKHANI, H., MILLS, J. et al., Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: a cross-sectional analysis, Emerg Med Australas, ročník 24, číslo 1, 2012, 105-110 s., DOI: 10.1111/j.1742-6723.2011.01494.x

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

doc. PhDr. Barbora Vegrachtová, Ph.D., MBA

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **21.09.2020**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2022**


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


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

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Analýza násilných napadení zdravotnických záchranářů 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 13.05.2021

.....
Bc. Klára Tomečková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce paní doc. Ph.Dr. Barboře Vegrichtové, Ph.D., MBA za ochotný přístup při zpracování práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za cenné postřehy z praxe a poskytnutí rozhovorů na dané téma. Poděkování patří také všem, kteří svou ochotou přispěli ke vzniku této diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou násilných napadení páchaných na zdravotnických záchranářích při poskytování přednemocniční neodkladné péče v České republice. Aktuálnost tohoto jevu vychází ze stále vzrůstajícího trendu páchaných útoků.

Teoretická část se věnuje práci zdravotníků záchranné služby a jejich právní ochraně. Jsou zde vymezeny pojmy konflikt, násilí a agresivita ve spojitosti s poskytováním přednemocniční péče, přístup záchranářů k agresivnímu pacientovi a v neposlední řadě také možnosti prevence. Na teoretickou část práce navazuje část praktická – výzkumná. Jsou zde stanoveny průzkumné otázky, popsán současný stav problematiky a taktéž je zde charakterizována metoda výzkumu.

Hlavním cílem praktické části práce bylo zmapování problematiky násilných incidentů. Podkladem výzkumné části této práce byly hloubkové rozhovory zaměřené na vznik a samotný průběh násilných incidentů mířených proti zasahujícímu záchranáři. Rozhovory byly prováděny s operátory zdravotnického operačního střediska, s napadenými zdravotnickými záchranáři a s příslušníky Policie České republiky. Rozhovory jsou v praktické části kódovány pomocí zakotvené teorie Glasera a Strausse. Následně jsou námi zjištěné poznatky komparovány s výsledky autorů jiných výzkumů. V závěru práce jsou shrnuty výsledky a navržena vhodná opatření, která by mohla vést ke zvýšení úrovně osobní bezpečnosti zdravotnických záchranářů v terénu.

Klíčová slova

Agrese; komunikace; násilí; prevence; sebeobrana; urgentní medicína; zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the issue of violent assaults committed on paramedics while providing pre-hospital emergency care in the Czech Republic. The topicality of this phenomenon is based on the ever-increasing trend of attacks.

The theoretical part deals with the work of paramedics and their legal protection. It defines the concepts of conflict, violence, and aggression in connection with the provision of pre-hospital care, approach of rescuers to an aggressive patient and last but not least, the possibility of prevention. The theoretical part of the work is followed by a practical part - research. Exploratory questions are set here, the current state of the issue is described, and the research method is characterized there as well.

The main goal of the practical part of the work was to map the issue of violent incidents. The research part of this work was based on in-depth interviews focused on the origin and course of violent incidents aimed at the intervening rescuer. Interviews were conducted with the operators of the medical operations centre with the attacked paramedics and with members of the Police of the Czech Republic. The interviews are coded in the practical part using the grounded theory of Glaser and Strauss. Subsequently our findings are compared with the results of authors of other researches. At the end of the work the results are summarized and appropriate measures which could lead to an increase in the level of personal safety of paramedics in the field are proposed.

Keywords

Aggression; communication; emergency medicine; paramedics; prevention; self-defence; violence.

Obsah

1	ÚVOD	9
2	ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA	11
2.1	Bezpečnost záchranářů a jejich právní ochrana	13
3	KONFLIKT	16
3.1	Druhy konfliktů	16
3.2	Zvládání konfliktu	18
3.3	Násilí a agresivita.....	21
3.4	Zdroje podněcující násilí a agresivitu.....	23
4	VZNIK A ŘEŠENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ VE VZTAHU K ZÁCHRANÁŘŮM.....	27
4.1	Faktory ovlivňující vznik negativních emocí a nepřátelský přístup ze strany pacienta	27
4.2	Faktory ovlivňující vznik negativních emocí a nepřátelský přístup ze strany zdravotníka.....	30
4.3	Projevy agrese pacientů	31
4.4	Metody práce s agresivním pacientem.....	34
4.4.1	Neverbální deeskalační přístup.....	38
4.4.2	Verbální deeskalační přístup.....	39
5	CÍLE PRÁCE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY.....	40
5.1	Cíl práce.....	40
5.2	Stanovení průzkumných otázek	41
6	PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU	42
6.1	Přehledy výjezdů ZZS a útoků na záchranáře	42

6.2	Příklady incidentů z praxe	44
7	METODIKA	46
7.1	Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům	48
8	VÝSLEDKY	49
8.1	Výsledky kvalitativního výzkumu	49
8.2	Výsledky testu psychosociální zátěže	59
9	DISKUZE	62
9.1	Vyhodnocení průzkumných otázek	66
10	ZÁVĚR	68
11	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	70
12	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
13	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ	77
14	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK	78
15	SEZNAM POUŽITÝCH SCHÉMAT	79
16	SEZNAM PŘÍLOH	80
	<i>Příloha 1 Otázky k hloubkovým rozhovorům</i>	<i>80</i>
	<i>Příloha 2 Rozhovory</i>	<i>82</i>
	<i>Příloha 3 Stupnice těžkých životních událostí</i>	<i>98</i>

1 ÚVOD

Zdravotníci záchranáři (ZZ) poskytující přednemocniční péči se stále častěji setkávají s útoky ze strany pacienta, jejich příbuzných či dokonce jen náhodných kolemjdoucích. Přestože agrese ve zdravé míře slouží jako adaptační mechanismus, který nám napomáhá přežít a překonávat překážky v každodenním životě, dokáže velmi snadno překročit společensky stanovené hranice a stává se tak destruktivní. Mnoho studií potvrzuje, že valná většina násilí ve společnosti se odehrává právě v oblasti zdravotnictví, a to je také důvod, proč byla v řadě evropských zemích včetně České republiky (ČR) tato oblast identifikována jako značně riziková z hlediska výskytu napadení. Celá řada napadení ve zdravotnictví začíná pouze verbálně a následně se v mnoha případech promění právě v přímý fyzický útok [60].

V rámci České republiky dle Marešové násilných incidentů v této oblasti stále přibývá, ovšem pozornosti jí je věnováno velmi málo. V rámci výkonu o povolání zdravotnického záchranáře při poskytování přednemocniční péče riziko konfliktu znásobuje skutečnost, že zásahy zdravotníků probíhají ve značně vypjatých situacích. *„Kontakt s agresivním pacientem, který může verbálně či fyzicky napadnout členy výjezdové posádky, není ojedinělým jevem. Stále se zvětšuje počet incidentů na území České republiky“* [62]. Toto dokazuje také zvýšený výskyt informací o těchto proběhlých incidentech v médiích. Je ovšem problémem, že i přes medializaci těchto incidentů je postrádána jakákoliv hlubší analýza této problematiky, která by případně vedla ke konkrétním doporučením a výstupům pro jejich prevenci [61].

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se věnuje práci zdravotníků záchranné služby a jejich právní ochraně. Jsou zde vymezeny pojmy konflikt, násilí a agresivita ve spojitosti s poskytováním přednemocniční péče, přístup záchranářů k agresivnímu pacientovi a v neposlední řadě také možnosti prevence. Na teoretickou část práce navazuje část praktická – výzkumná.

Hlavním cílem praktické části práce bylo zmapování problematiky násilných incidentů. V rámci této části je popsána současná situace řešené problematiky, včetně několika názorných případů násilných incidentů.

Podkladem výzkumné části této práce byly hloubkové rozhovory zaměřené na vznik a samotný průběh násilných incidentů mířených proti zasahujícímu záchranáři. Rozhovory proběhly s operátory zdravotnického operačního střediska, se samotnými napadenými zdravotnickými záchranáři a s příslušníky Policie České republiky (PČR). Hloubkové rozhovory jsou v praktické části kódovány pomocí zakotvené teorie Glasera a Strausse a to tvorbou konceptů a podskupin dle námi navrženého kódovacího schématu. Následně jsou námi zjištěné poznatky komparovány s výsledky autorů jiných výzkumů.

V závěru práce jsou na základě zajištěných informací navržena vhodná opatření, která by mohla vést ke zvýšení úrovně osobní bezpečnosti zdravotnických záchranářů v terénu.

2 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je definována zákonem, konkrétně zákonem č.374/2011 Sb., který uvádí, že „zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem“ [28, §2].

I její činnosti jsou zákonem vymezené a zahrnují [28, §4]:

- Nepřetržitý, kvalifikovaný a bezodkladný příjem tísňového volání na národní číslo tísňového volání 155;
- Vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, včetně rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy (včetně rozhodnutí o vyslání, přesměrování a operačním řízení výjezdové skupiny);
- Řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události (a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému);
- Spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,
- Poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací;
- Vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů potřebných k záchraně života, které je nutné provést na místě události;
- Soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy (i letecké) k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče;
- Přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak;
- Třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací.

Jinak řečeno, zdravotnická záchranná služba je součástí systému zdravotních služeb ČR. Základním úkolem této služby je poskytování tzv. přednemocniční neodkladné péče v situacích náhle vzniklého onemocnění, úrazu nebo jiného zhoršení zdravotního stavu, které bez této péče mohou vést ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků (včetně selhání životních funkcí a náhlé smrti), situacích náhle vzniklých bolestí nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého, která ohrožuje zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob v jeho okolí. Je důležité, že pro tuto službu – na rozdíl od všech jiných druhů zdravotní péče – neplatí možnost „svobodné volby lékaře“ ve smyslu jak samotného poskytování přednemocniční neodkladné péče, tak ve smyslu výběru cílového zdravotnického zařízení [40].

Pro kvalitní zajištění definovaných úkolů zdravotnické záchranné služby je důležitá správná alokace výjezdových skupin. Zákon udává, že dostupnost ZZS je dána zejména plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami ZZS, který stanovuje počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území. To vše proto, aby byla zajištěna dojezdová doba do 20 minut. Tato dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska (ZOS) nebo pomocného operačního střediska. Zmíněný plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami vydává kraj a musí být vždy aktualizován nejméně jednou za 2 roky [28, §5].

Organizace systémů je závislá na operačním řízení zdravotnického operačního střediska, která přijme telefonní volání s žádostí o poskytnutí pomoci. Operátor, nebo dispečer vyhodnotí volání a vyšle k jednotlivým událostem nejvhodnější výjezdovou skupinu. Bere přitom v úvahu místo a naléhavost události a vyžadující odbornost výjezdové skupiny. Cílem tedy není snaha reagovat na každé volání co nejrychleji, ale vyřešit je podle závažnosti dané situace. Je možnost využívat také alternativní způsoby reakce v podobě vyslání tzv. „first respondenta“, kterým je proškolená osoba v první pomoci a vybavená přístroji pro neodkladnou resuscitaci a externí defibrilaci. Nejčastěji jsou takto využíváni příslušníci jiných tísňových složek (hasiči, policie, horská záchranná služba a podobně) [18].

Výjezdové skupiny dle složení a povahy činností [28, §13]:

- Rychlá lékařská pomoc – vedoucí týmu je lékař;
- Rychlá zdravotnická pomoc – vedoucím týmu je zdravotnický záchranář.

2.1 Bezpečnost záchranářů a jejich právní ochrana

Bezpečnost zdravotnických záchranářů může být v rámci výkonu jejich povolání řešena v několika rovinách. Tou první je jejich bezpečnost psychická. Ačkoli tímto typem bezpečnosti se tato práce podrobně nezabývá, není jejím hlavním cílem, je nutné uvést, že zásahové týmy jsou po psychické stránce vysoce zatěžovány. Jednají pod časovým tlakem, řidič se musí soustředit na rychlou a dynamickou jízdu záchranářským vozem s akustickými a světelnými signály v plném dopravním provozu. Na místě je pak nutné provádět veškeré odborné diagnostické úkony jednak rychle, často v nestandardním prostředí, a velmi často za emočně vypjatých reakcí pacientů, příbuzných či kolemjdoucích. V tomto ohledu posádka ZZS tedy nejvíce ohrožuje setrvalý stres [1].

Druhou rovinou je možnost ohrožení zdraví, které je spojeno s výkonem zdravotníka – záchranáře. Jedná se o možnost nakažení záchranáře infekčním pacientem, nebo jeho onemocnění či zranění v důsledku vlivu prostředí, kde záchranu vykonává (například špinavé sklepy, obydlí narkomanů, kde je možné se poranit o infikované jehly a podobně, havárie záchranného vozu a podobně).

Poslední sledovanou a pro tuto práci stěžejní rovinou, je ohrožení fyzického zdraví záchranářů v důsledku agresivního jednání pacienta nebo jiných osob, které se nacházejí na místě zásahu.

Právní ochrana záchranářů je řešena především zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, přičemž záchranáři používají stejné právní ochrany, jako kterákoliv jiná osoba. Veškeré trestné činy, které budou případně na záchranářích spáchány, jsou posuzovány plně v intencích tohoto zákona. Může se jednat například o těžké ublížení na zdraví, omezování osobní svobody a mnoho dalších. Je však nutné na druhou stranu říci, že útočníci mohou být své

odpovědnosti úplně, nebo částečně zbaveni, a to z důvodů, které také trestní zákoník definuje. Například může být důvodem zmenšená přičetnost pachatele. V takovém případě, pokud pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti, který si (a to ani z nedbalosti) nepřivodil vlivem návykové látky, přihlédnou soud k této okolnosti při stanovení druhu trestu a jeho výměry. Stejně tak platí další polehčující okolnosti, jako například to, že pachatel spáchal trestný čin v silném rozrušení, ze soucitu nebo z nedostatku životních zkušeností [29].

S ohledem na trestní zákoník je nutné zmínit, že byla veřejně velmi diskutována možnost udělit záchranářům status takzvané „úřední osoby“. Úřední osobu definuje § 127 trestního zákoníku. Aktuálně platí, že sice zdravotníci úředními osobami dle tohoto paragrafu nejsou, je jim však přiznáno jisté zvláštní postavení v tom ohledu. Útok na zdravotníka, který lze klasifikovat jako ublížení na zdraví, je stíhán stejně přísně, jako by se o úřední osobu jednalo. Tato diskuze a potřeba řešit násilí, vyhrožování či verbální napadání záchranářů přišla se stupňujícími se útoky. *„Na druhé straně zákonodárce bohužel zatím opomenul stanovit stejnou trestní sankci i v případě, že k útoku nedojde přímo při výkonu služby, ale pro výkon povinností vyplývajících z poskytování zdravotní služby (např. lékař není napaden přímo při výkonu povolání, ale proto, že povolání vykonával viz případ vraždy ortopeda v Praze nebo útok mačetou na psychiatra)“* [12, s. 21].

Mnoho útoků však nelze ve svém důsledku kvalifikovat jako ublížení na zdraví. Je přitom potřeba podotknout, že v případě tzv. „úřední osoby“ je i takový útok trestným činem. U záchranářů, vzhledem k částečné právní ochraně, však nikoli. Takové útoky jsou řešeny pouze jako přestupek. Přestupky se zabývají příslušné obecní úřady ze své pravomoci a posuzují je dle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

Ochranu záchranářů lze také rozšířit na ochranu profesní cti a dobré pověsti (stejně jako u lékařů a dalších pracovníků) proti nepravdivým údajům a skandalizaci. V těchto případech je možné využít [12]:

- Uplatnění svých práv podle mediálních zákonů (právo na odpověď a na dodatečné sdělení provozovateli televizního nebo rozhlasového vysílání nebo vydavateli novin);

- Žaloba na ochranu osobnosti;
- Žaloba na ochranu dobré pověsti právnické osoby;
- Trestní oznámení pro trestný čin pomluvy.

3 KONFLIKT

Konflikty jsou v lidském životě naprosto běžné. Dokonce ne každý konflikt je problémem, který je nutné nějakým způsobem řešit.

Konflikt je možné definovat jako rozpor, střetávání se protichůdných tendencí. „Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí“ [5]. Obecně platí, že čím dříve je konflikt rozeznán, tím snadnější je jeho řešení. Existují lidé, kteří mají vyšší sklon ke konfliktům než ostatní. Chování člověka, který se dostane do konfliktní situace je jiné než chování člověka bezkonfliktního [5, 6].

Nicméně konflikt lze také označit za náročnou situaci, která může v lidech spouštět stresovou reakci. Pocitově se ke konfliktu pojí negativní emoce. Člověk konflikt může prožívat s napětím, úzkostí, bezmocí nebo dokonce agresí. Je však nutné doplnit, že existují i konflikty pozitivní, v rámci kterých může daná osoba pociťovat i uvolnění, aktivizaci či radost [2].

Příčin konfliktů může být celá řada, například [5]:

- Nedostatky v organizaci práce;
- Neprofesionální management;
- Povrchní vztah některých lidí k práci a malá disciplinovanost;
- Nedostatečná objektivita při hodnocení vlastní práce;
- Nevhodně pronesená kritika;
- Negativní povahové vlastnosti jedince, závist, náladovost, neodpovědnost a mnohé další.

3.1 Druhy konfliktů

Konflikty je možné vymezit podle různých hledisek. Dle počtu zúčastněných osob rozlišujeme konflikty [5]:

- Intrapersonální – tedy vnitřní konflikt jedné osoby;
- Interpersonální – konflikty mezi dvěma lidmi;

- Skupinové – konflikty uvnitř skupin lidí;
- Meziskupinové – konflikty mezi dvěma skupinami lidí.

Konflikty podle vyvolávajícího prostředí [6]:

- Vnitřní – v člověku samotném vznikají protikladné tendence k určitému chování;
- Vnější – vnější prostředí klade protikladné a odporující si požadavky na chování. Tj. Dochází ke srážkám v důsledku toho, že každý zastává jiné stanovisko nebo se snaží dosáhnout jiných cílů a podobně;
- Vnější vnitřní konflikt – dochází ke srážce mezi vnějším požadavkem na chování a vnitřní tendencí člověka chovat se určitým způsobem. Vnější prostředí klade na člověka určité požadavky, člověk však může cítit konflikt, protože se u něj aktualizuje opačná tendence reagování.

Konflikty lze členit také na základě stupně závažnosti konfliktu [6]:

- Počínající stavem bezkonfliktnosti, spolupráce a harmonie;
- Potíže, problém, svízelná až náročná situace;
- Nesrovnalost;
- Neshoda;
- Spor či svár;
- Konflikt;
- Zápas;
- Nepřátelství.

Konflikt lze označit i pojmem krize, a to ve chvíli, kdy dochází k porušení stability systému. V případě, že systém kolabuje a skokově ztrácí své vlastnosti, dochází k jevu, který lze pojmenovat jako katastrofa [16].

Probíhající konflikt může mít různé složky [6]:

- Jevová – tato složka má obvykle situační charakter. Můžeme ji dále dělit na složku výrazovou, tedy spočívající v mimice obličeje a gestikulaci a složku behaviorální, která spočívá v celkovém chování člověka;
- Názorová – lze ji popsat jako složku racionální a věcnou. Rozeznáváme přitom objektivní věcnost a subjektivní reflexi věcnosti, tedy vidění situace z jistého úhlu pohledu jedince;
- Postojová – v tomto případě je nutné dávat si pozor, aby nebyla situace vytvářena horší, než je;
- Motivační – má dlouhodobější a hlubší charakter. Vyžaduje podrobnější analýzy toho „o co vlastně jde“;
- Situační – jde jen o shodu okolností, neexistuje hlubší nebo viditelná souvislost;
- Záměrná – konflikt je vyvolán a živen záměrně pro získání určitých výhod buď pro jednotlivce či pro skupinu.

3.2 Zvládání konfliktu

Stadia vývoje a řešení konfliktů lze popsat následovně [6]:

- Inkubace – v tuto chvíli ještě konflikt nevypukl, ale jsou pro něj vytvořeny potřebné předpoklady;
- První symptomy – většinou jsou nenápadné a nemají velký význam (například dvě osoby se vzájemně vyhýbají);
- Propuknutí – v této fázi je již konflikt zcela patrný;
- Polarizace – konflikt se zhoršuje tím, že se do něj zapojují další osoby;
- Adaptační stadium – v tomto období se sice podnikly kroky k likvidaci konfliktu, ale tyto kroky nebyly účastníky konfliktu přijaty;
- Výskyt prvních řešení – jsou hledána taková řešení, která mají naději na souhlas osob, které jsou v konfliktu;
- Konsensuální proces – jedná se o období konfliktu, ve kterém již nejsou hledána nová řešení konfliktů, ale dovršuje se proces přijetí stávajících řešení.

Metod zvládání konfliktů existuje celá řada [16]:

- Pasivita – v některých situacích odložení řešení problémů může pomoci. Některé konflikty po odložení mohou vypadat nedůležitě nebo mohou být zapomenuty. Nicméně tento způsob řešení znamená, že není pod kontrolou ani proces, ani výsledek řešení. Také může být riskována krize, pokud je pasivitou řešen zásadní konflikt;
- Delegation – i řešení konfliktů je možné delegovat, konkrétně například na soud, experta či nadřízeného. Takový postup, obdobně jako u pasivity, znamená nemít vliv na proces, ani výsledek řešení;
- Náhoda – pokud konflikt řeší náhoda (například los) dochází již ke kontrole procesu řešení konfliktu. Na výsledek strany již vliv nemají, protože „delegovaly“ výsledek na náhodu. Výhodou tohoto způsobu řešení je skutečnost, že je to rychlý postup v podstatě bez možnosti napadnout výsledek;
- Mediaci a facilitace – v případě takové volby řešení sporu má mediátor právo regulovat (dle podmínek dohody) proces jednání. Rozhodnutí o výsledku je již v rukou stran sporu. Zatímco mediátor mívá právo určovat proces řešení, facilitátor spíše možnosti řešení nabízí a usnadňuje tím proces;
- Násilí – společnost řešení konfliktu násilím neschvaluje. Jako způsob řešení lze tento typ zařadit v podstatě ke způsobu řešení „náhodou“. Obě strany nějakým způsobem mohou kontrolovat proces řešení, nemají však vliv na výsledek.

Metody zvládání konfliktů lze vyznačit na diagramu podle míry vlivu na proces konfliktu a na jeho výsledek.

Kontrolují účastníci proces řešení konfliktu?	ANO	náhoda násilí	vyjednávání projednávání
	NE	delegace pasivita	mediace facilitace
		NE	ANO
		Kontrolují účastníci výsledek řešení konfliktu?	

Obrázek 1 - Metody řešení konfliktu [16]

V případě jednání s pacienty může ke konfliktům docházet z různých příčin. Pro jednání s pacienty je potřeba dodržet tři hlavní hodnoty, kterými jsou odpovědnost, laskavost a spravedlnost [6].

Průběh konfliktu mohou pomoci zjednodušit následující pravidla [22]:

- Každý má právo říct svůj názor;
- Spravedlivě dělíme čas vstupů;
- Nasloucháme, i když nesouhlasíme;
- Všichni nemusí mít stejné názory (a přesto mohou vycházet zadobře);
- Nekřičíme, neironizujeme, neurážíme;
- Parafrázujeme myšlenky;
- Neshazujeme, co je pro oponenta cenné;
- Mluvíme pouze o aktuálních věcech;
- Nenecháváme se ovládnout emocemi;
- Cílem není vítězství, ale efektivnější postup;
- Ke konci hledáme kompromisy;

- Vyzvedneme nějaký nápad protivníka, sami kriticky zhodnotíme některé svoje postupy.

3.3 Násilí a agresivita

Pokud jsou řešeny násilné činy, nelze opomenout základní pojmy, které se s násilím často používají. Nejčastěji se jedná právě o agresivitu, agresi či násilí. Je však nutné předeslat, že jednoznačné a všeobecně uznávané definice neexistují.

Můžeme souhlasit s tím, že „*agresivní chování je evolučně velmi starý způsob reakce na něco nepříjemného*“ [21]. Toto konstatování má velmi dobrou vazbu k probíranému tématu, jelikož nemoc, úraz, obavy o zdraví či smrt, to vše rozhodně nelze považovat za příjemnou situaci.

Samotnou agresivitu je možné také definovat jako „*vyjadřování, projevoování tendence chovat se agresivně*“ [26]. Jedná se o pojem, který popisuje chování. Jiná definice říká, že agresivita je „*sklon k útočnému jednání vůči věcem, zvířatům a lidem, většinou souvisí s vnitřní nepohodou, s rozpory mezi prožíváním a jednáním*“ [19]. Agresivita se může projevovat různě. Je možné rozlišit agresivitu verbální, fyzickou agresivitu vůči předmětům nebo agresivitu psychickou vůči lidem. Agresivita je označována za rys osobnosti a je charakterizována jako připravenost nebo predispozice k agresivnímu chování v různých typech situací. Agresivita přitom nemusí být výhradně negativním jevem, to je potřeba doplnit. To mohou dokreslit typy agresivity, určit typ agresivity i míru její prospěšnosti či destrukce je velmi obtížné [7, 8, 26]:

- Obranná. Tento typ je odpovědí na bezprostřední hrozbu. Slouží k obraně před napadením či hrozbou, pomáhá danému jedinci se bránit;
- Rodičovská. Rodič má tendence chránit své potomky před újmou. Jedná se o typ agresivity s velkým významem pro přežití a zachování rodu;
- Soutěživá. Tento typ agresivity zajišťuje dostatek zdrojů pro přežití.

Zatímco je tedy agresivita vyjadřováním či projevováním tendencí, je agrese pak již samotné chování, které „*cíleně směřuje ke způsobení negativních důsledků jiné osobě s úmyslem ji poškodit*“ [26]. Agresi mohou doprovázet silné emoční stavy, jako jsou například silné projevy hněvu či zlosti. Agrese může mít různé typy podob, nemusí se jednat jen o způsobení fyzické bolesti, ale také například o poškození majetku jiné osoby, nebo o psychické ubližování (ponižování, zesměšňování, zastrasování a podobně). Ve své podstatě je agrese vším, co vyvolává u druhé osoby odpor a prožívání psychické nepohody [7, 26].

Důležitá při definování pojmů agresivita a agrese je skutečnost, že jde o záměrné a zjevné jednání. Zjevné znamená, že lze pozorovat. Záměrnost pak znamená, že chování má vědomý cíl nebo účel. Nejde tedy o neúmyslné chování, nicméně schopnost tvořit záměr může být ohrožena (kognitivní poruchou, opilostí a podobně) [8].

Za synonymum pojmu agrese je mnohdy mylně považován pojem násilí. Násilí lze definovat jako „*úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti*“ [3]. Jakkoliv to může znít podobně jako definice násilí, není tomu tak. Násilí jako pojem, popisuje fyzickou agresi, která má těžké následky. Tedy násilí je agresí, ale ne každá agrese je násilím. Lépe to vysvětlí fakt, že agrese zahrnuje řadu různých projevů – mimo zmiňované násilí, ale také například mobbing, tyranizování, šikanování nebo obtěžování, pokud mají tyto projevy charakter záměrného způsobování negativních důsledků pro oběť [26]. Násilí ve zdravotnictví pak lze definovat jako „*záměrné chování či činnost vznikající na podkladě vystupňované negativní emoce (stres, strach, agrese), která je často zesílena různým precipitorem (alkohol, dlouhé čekání, neprofesionalita zdravotníka) s důsledky různého stupně verbálního či fyzického násilí*“ [15].

Ačkoli je násilí zkoumáno, je mnohem více zájmu věnováno snaze porozumět násilí v psychiatrických zařízeních než situacím souvisejícím se všeobecnou zdravotní péčí. V rámci psychiatrie je násilí popisováno jako typ chování (impulzivní nebo promyšlené), které se vyskytuje v interakcích mezi lidmi a které je spojeno s různými formami psychopatologie. Výzkumy násilí se nejčastěji zaměřují na psychiatrická pracoviště, přičemž pak tato data bývají automaticky

přenášena na lůžka somaticky nemocných (nepsychiatriká, neintenzivní oddělení), která jsou však specificky odlišná. Násilí je v jejich souvislosti často zaměňováno s termíny agrese a agresivita [15].

Spolu s již vysvětlenými pojmy se často také objevuje pojem „hostilita“, který odkazuje na „*agresivitu, sklon k podrážděnosti, podezřívavost, nespolupráci či žárlivost.*“ [8] Rozdíl je v tom, že agresi i agresivitu lze vztáhnout na konkrétní událost. Hostilita je označení obecného nepřátelského postoje vůči lidem, avšak nemusí se projevovat ubližováním. Hostilita je často zmiňována jako možná příčina agrese, nebo jako jedna z možných příčin [26].

Dalším častým pojmem, který se s agresivitou a agresí spojuje je pojem vztek. Je zajímavé, že „*navzdory dlouhodobému zájmu o psychopatologii je vztek, který má jasný společenský dopad, „opomenutou emoci“, což znamená, že není zájem přijmout pro něj a jemu příbuzné stavy jednoznačnou a konsenzuální terminologií*“ [8].

Vztek, hněv či zlost lze popsat jako afekty, které jsou fyziologickým doprovodem varujícího nebo zstrašujícího chování vůči jiným osobám. Jsou používány jako výzva nebo zstrašování. Sám pojem afekt pak psychologie definuje jako emoční výkyv, jehož trvání je v rozmezí minut až hodin [8].

3.4 Zdroje podněcující násilí a agresivitu

Agresivní projevy se mohou projevovat různými způsoby. Může to být například stres, kdy nervový systém volí mezi strategií „uteč“ a „bojuj“, dle aktuální situace či povahy. Určitý vliv má i současný životní styl, který omezuje fyzickou aktivitu [7].

„Agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do jisté míry osvojené učení během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. ... Má-li pacient strach nebo prožívá-li nějakou silnou osobní újmu, reaguje na bolest nejčastěji agresí“ [25].

Pacienta tedy může k agresivitě dohnat bolest nebo situace, ve které má strach o své zdraví či o svůj život.

Bolest přitom patří k nejčastějším chorobným příznakům a není jednoduchým smyslovým vjemem. Důležité je také to, že bolest je vždy subjektivní a je prožitkem komplexním. Pacient může začít jednat agresivně i ve chvíli, kdy je stupeň jeho bolesti zdravotníky podceňován. V tomto ohledu jsou i popsány situace, které zhoršují pacientovu bolest. Jedná se o situace, kdy si zdravotník nevšimne, že pacient prožívá bolest nebo když je chladný k tomu, že pacienta něco bolí. Obdobně působí také situace, kdy zdravotník pacientovu bolest bagatelizuje, nebo když tvrdí, že „to nic není“. Další chování, které zhoršuje pacientovu bolest pak je chování úsečné, neempatické či nepřiměřené, kdy zdravotník nepřiměřeně popisuje pacientovo bolestivé chování [4].

Strach je základní emocí, obdobně jako například hněv, radost, smutek a podobně. Lze ho definovat jako „*emoční stav navozený ohrožením či nebezpečím, obvykle jsou přítomny nepříjemné pocity, tělesné změny (např. tachykardie, pocení), změny chování (například vyhýbání se strach navozujícím objektům či situacím)*“ [24]. Z pohledu lékařské fyziologie je strach mentálním stresorem. Na ten organismus nespecificky reaguje. Stresová reakce tedy směřuje k přežití organismu, zajišťuje udržení homeostázy za mimořádných podmínek. Nicméně strach může také ovlivnit myšlení a to natolik, že může takové myšlení být iracionální a až stupidní. Podobně se projevuje i úzkost. Ta může být různé intenzity od mírné, přes střední k závažné, silné až panické. Úzkost je „*nejasný pocit stísněnosti nebo děsu, provázený vegetativní odpovědí, jehož důvod bývá neurčitý nebo neznámý*“ [20]. Úzkost má obvykle delší trvání, než má strach a postižená osoba často ani neumí vyjádřit, co jeho úzkost způsobuje. Úzkost je až destruktivní emocí, kterou lze charakterizovat časově neuspořádaným prožitkem chaotické bezradnosti a děsu, který vzniká v situacích (reálných i domnělých) ohrožení [20, 24].

Speciální formou strachu je pak tzv. fobie, která bývá definována jako „*silný a nepřiměřený strach z konkrétní situace, objektu či činnosti vně člověka*“ [24]. Fobii může provázet ochromující strach spolu s psychickými a somatickými projevy. Jedinec si nesmyslnost svého stavu uvědomuje, ale není schopen jej potlačit. Fobie je pojmenovávána dle předmětu, na který se váže (tedy např. z výšek, létání, uzavřených prostor a podobně). Z pohledu zdravotnictví jsou známé fobie jako například obecný strach z bolesti (algofobie, odynofobie), strach ze zubaře

a stomatologického ošetření (odontofobie), strach z injekce, strach z operace, strach z léčby opiáty, strach z anestezie a mnoho dalších [24].

Další skupinou, která může mít na svědomí agresivní útoky je skupina osob s psychickým onemocněním. Násilí, neschopnost ovládnout se a patologické sobectví jsou běžnými projevy osob s duševními poruchami. Takových poruch může být celá řada. Může se jednat o útočné sadisty, schizofreniky, paranoidní pacienty, drogově závislé ale i mimořádně sebestředné a úzkostné pacienty. Konkrétně například psychopatologická agrese je jev, který se objevuje pod vlivem psychického onemocnění ve smyslu projevů jeho psychotických příznaků (halucinací, bludů a podobně), když je narušen kontakt s realitou. Zmínit je možné i agresivitu, která je spojena s demencí a jedná se o častý projev této nemoci, který se například u demence Alzheimerova typu projevuje téměř u desetiny pacientů. V takových případech jde o agresi, která jde na vrub takových onemocnění [10, 13].

Také platí, že existuje souběh psychického onemocnění a užívání psychoaktivních látek. Většinou jde o méně vážná onemocnění, objevují se však i vážné případy například typu psychóz. V tomto ohledu je potřeba vědět, že vztah mezi agresivitou a zneužíváním psychoaktivních látek je u skupiny obyvatel s psychickým onemocněním složitější, než je u zdravé populace. Jde o to, že většina psychicky nemocných osob není primárně agresivních. Dokonce lze statisticky prokázat, že většinu násilných činů páchají duševně zdraví lidé. Nicméně pokud psychicky nemocná osoba zneužívá psychoaktivní látky, lze očekávat vyšší riziko agresivního chování než u zdravých osob, které zneužívají tytéž látky [8].

Agresivita může vznikat při zneužívání psychoaktivních látek i u zdravých jedinců. Agresivita se v takovém případě projevuje jednak při akutní intoxikaci, na základě abstinčních příznaků při vysazení, ale také jako důsledek dlouhodobého zneužívání. *„Lidé zneužívají drogy, aby změnili svůj stav vědomí, aby získali emoční zážitky nebo aby změnili způsob svého prožívání. Psychoaktivní látky jsou spíše katalyzátorem násilí než jeho základní příčinou. Zda se agresivita projeví, nebo ne, záleží z valné části na osobnosti dotyčné osoby“* [8].

Z psychoaktivních látek je nejpřístupnější a tím pravděpodobně nejvíce užívaný alkohol. Ten má na centrální nervovou soustavu komplexní vliv, přičemž příznaky užívání se různí v závislosti na užití. Jsou jiné při akutním užití, při dlouhodobém užívání i při vzniku abstinčního syndromu. Agresivita je přitom spojena především s akutním užitím nebo potom v důsledku dlouhodobého užívání a při vzniku závislosti. Specificky se agresivita může rozvinout v alkoholovém deliriu [8].

Pod vlivem alkoholu jedinec mimo jiné hůře reaguje na nové nebo ohrožující situace. Tím pádem je i náchylnější k impulsivně – agresivnímu jednání a může i agresivně reagovat na situace, které vyhodnotí jako provokaci (i nevinné poznámky si takový jedinec může vyložit jako osobní urážku). Reakce jsou však závislé na mnoha faktorech – na množství alkoholu, osobnostních nebo tělesných dispozicích, prostředí a podobně. Zvýšená agrese byla pozorována také u osob, které byly vystaveny alkoholu před narozením [13].

Agresivní chování ve vztahu k drogám je možné dělit dle typu na psychofarmakologické (podmíněné přímým užitím dané drogy), ekonomicko-kompulsivní (vzniklé potřebou získat prostředky k nákupu drog) a organizované (vznikající v důsledku drogové „ekonomiky“ tj. související s distribucí a šířením drog) [13].

„Vliv alkoholu a drog na rozvoj násilného chování a agresivity je variabilní. Druh a závažnost agresivity závisejí na dávce zneužívané látky, osobnosti zneuživatele, jeho zkušenostech s látkou a na sociálních okolnostech (včetně toho, zda se v jeho okolí nacházejí potenciální oběti násilí) [8].

4 VZNIK A ŘEŠENÍ KRIZOVÝCH SITUACÍ VE VZTAHU K ZÁCHRANÁŘŮM

V rámci kontaktu zdravotníka záchranáře s pacientem (či jeho příbuzným nebo známým) mohou konfliktní situaci svým přístupem nebo chováním vyvolat obě zúčastněné strany. Přítomný zdravotník může vyvolat negativní emoce u pacienta, ale také opačně může pacient vyvolat negativní emoce u zdravotníka. Konečným důsledkem této konfrontace může být projev násilí.

4.1 Faktory ovlivňující vznik negativních emocí a nepřátelský přístup ze strany pacienta

Obecně lidé, kteří přicházejí do styku se zdravotníky očekávají, že jsou zdravotníci profesionálové, kteří jim pomohou. Navíc však očekávají především [35]:

- Naslouchání;
- Pozornost;
- Otázky na pocity;
- Zájem o problémy pacientů;
- Pochopení;
- Respektování osobnosti;
- Poskytování informací;
- Lidskost neboli uctívou komunikaci;
- Smysluplné vysvětlování;
- Empatii a pocit, že zdravotníkovi na pacientovi opravdu záleží.

Představy pacientů o přístupu zdravotníka k jeho osobě se rozcházejí s přítomnou realitou. Postup a postoj zdravotníka je v očích pacienta málo vstřícný. Pacient má pocit, že zdravotník odmítá komunikovat, nevysvětlí mu dostatečně důvody jeho současných problémů, jeho stav zlehčuje a podobně. Danou situaci ve většině případů, není pacient, vzhledem ke své momentální zdravotní indispozici a psychickému rozpoložení, schopen objektivně posoudit.

Běžná komunikace, jako si lidé osvojují v běžném životě, ve zdravotnictví nestačí. Proto jsou i zdravotníci v období profesionální přípravy vyučováni také specifickým dovednostem v této oblasti. *„Přesto komunikace s pacienty nadále zůstává jedním z největších problémů českého zdravotnictví. Pacienti přicházejí do kontaktu se zdravotním systémem většinou ve stresových situacích, kdy je něco bolí, či mají jinou obtíž, která jim způsobuje větší či menší diskomfort a přirozeně ovlivňuje jejich emocionální prožívání a reaktivitu. Pro obě strany je potom obtížné překonat propast odbornosti. Zdravotnický profesionál může mít problém srozumitelně několika slovy či větami vysvětlit složitost problematiky. Na druhé straně pacient často nechce slyšet či pochopit bolestivou pravdu a své rozčarování transformuje do negativní emoce, již nasměruje na první osobu v dosahu – zdravotníka“* [31].

Právě vystupňované negativní emoce vedou k násilí s projevy agrese nebo agresivity. Pacienti přitom mohou pociťovat frustraci a strach. Jsou ve stresové situaci, a přestože ani frustrace či strach násilí nevyvolávají, může se v rámci vzájemné interakce se zdravotníkem objevit další faktor, který emoce zesiluje natolik, že dojde k překročení „tolerance“ a jedinec tzv. vybuchne. Těmto zesilujícím faktorům se říká averzivní podněty (popřípadě precipitory negativních emocí) a lze k nim nejčastěji přiřadit nedostatečný spánek, alkohol, nealkoholové drogy, závislost na omamných látkách, sociální a finanční problémy, osobní labilitu, bolest, neschopnost řešit zátěžové situace, vlastní zklamání, nemoc, provedení chyby, neúspěch, neúctu druhých, sníženou adaptaci či interpersonální vztahy. Záleží pak na schopnosti sebeovládání, které rozhoduje o tom, zda v konkrétní situaci dojde k eskalaci emocí a následnému násilí [35].

Pacienti, kteří povolali v rámci strachu o své zdraví na pomoc záchranáře špatně vnímají i vyjádření či postupy záchranářů, které působí na pacienty nevhodně, neprofesionálně či dokonce jsou pacienty vnímány jako dehonestující a devalvující. Za takové faktory jsou pacienty označovány kroky jako například [35]:

- Shazování domácích postupů (léčba bylinkami);
- Označování pacientů čísly (diagnózami);
- Nepozdravení, nepředstavení se;

- Nezájem (zdravotník se na pacienta nedívá, když na něj mluví);
- Neverbální gesta (pacient má pocit, že mu zdravotník nevěří);
- Čekání (frustrace);
- Nedostatek soukromí;
- Nízké zapojení při rozhodování o ošetřování.

Analýza publikací, které se v letech 1990–2006 věnovaly násilí ve zdravotnictví, ukázala, některé hlavní důvody násilného chování pacientů [15]:

- Čekání na vyšetření a ošetření;
- Tlak na pacienta prostřednictvím zákazů nemocničních zařízení;
- Neporozumění podaným informacím.

„Zdravit a něco vysvětlit, to je věc, která u nás nemá tradici, a zejména starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. Zdravotnictví je přitom z 80 % o komunikaci. Přitom pacient, se kterým lékař srozumitelně mluví, je informovaný pacient. A takový i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Má to vliv i na ekonomiku, neboť rychlejší vyléčení znamená kratší pracovní neschopnost“ [35].

K těmto faktorům lze navíc dovodit souvislosti, kdy násilí souvisí s managementem zařízení (pasivní přístup k řešení násilí na pracovišti) a zdravotnickým prostředím (nízký počet personálu – především noční směny, dlouhé chodby, velká zaměstnanost žen), ale především s neverbálním chováním personálu. Takový stav potvrzují také průzkumy realizované v České republice, které říkají, že pacienti zažili násilí ze strany zdravotníků v nemocnicích při objednávání se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika), projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester, např. formou: „Kdybyste nebyla tak tlustá, nemusela jste na operaci!“ a podobně. Až 15 % násilných incidentů vyprovokují právě zdravotníci, kteří pacientům tykají nebo hodnotí nevybíravým způsobem jejich stav („Kolik jste toho vychlastal?!“ „To neumíte chodit, že jste spadl ze schodů?!“) [15].

Zmínit lze i takzvanou „emoční nákazu“. Jde o přenášení emocí z jedné osoby nebo skupiny osob na druhou osobu nebo na více osob. Takový přenos se obvykle děje na mimoslovní úrovni. *„Emoční nákaza se častěji přenesse z osoby*

v dominantním postavení na osobu v submisivním postavení než naopak. To v praxi znamená, že dobrá nebo méně dobrá nálada např. lékaře se snáze přenese na pacienta nežli z pacienta na lékaře“ [33].

4.2 Faktory ovlivňující vznik negativních emocí a nepřátelský přístup ze strany zdravotníka

K vyvolání negativních emocí na straně zdravotníka může dojít i přes veškerou jeho snahu o maximálně profesionální přístup a empatii k pacientovi. Když se vrátíme k pojmu „emoční nákaza“, je nepochybné, že zdravotník během dne přijde do kontaktu s mnoha pacienty, kteří mohou být pod vlivem negativních emocí. Jejich emoční vliv na psychiku zdravotníka se tak může kumulovat. Osobní náchylnost k emoční nákaze zvyšuje u profesionála riziko deprese a syndromu vyhoření [33].

Z pozice zdravotníka by měl záchranář vždy jednat klidně, vstřícně a s empatií. Je nutno ovšem konstatovat, že zdravotníci jsou také jenom lidé, mají své problémy, své představy a své emoce. I zdravotník předpokládá určitý vzorec chování pacienta, který vyžaduje urgentní pomoc. Očekává například, že pacient bude spolupracovat, bude se řídit pokyny zdravotníka, třeba bude i vděčný za poskytnutou pomoc a poděkuje. Ale ani tato očekávání, obdobně jako očekávání pacientů v předchozí kapitole, nebývají naplněna. Pokud očekávání zdravotníka hrubě pokulhávají za realitou, kumulují se v něm negativní emoce. Ve chvíli kdy záchranář přijede na pomoc k pacientovi, který se navíc chová hrubě a arogantně, může mít zdravotník v té chvíli problém vidět v jeho osobě pacienta, který si zaslouží potřebnou pomoc. Naopak ho může považovat za cizince a nepřítele. Takovou reakci není nutno chápat jako neprofesionální, ale jako obrannou. Zdravotník je člověk a tento člověk může být ve stresu a rozhodovat se mezi útokem (zastavení násilí útočníka) či hledáním únikové cesty [35].

I u zdravotníků lze definovat faktory, které zhoršují jejich schopnost efektivně řešit konfliktní a násilné situace s pacientem. Jedná se o následující stavy [35]:

- Spánková deprivace nebo subdeprivace;
- Zdravotníková osobnost;

- Minulé negativní životní zkušenosti;
- Faktor času (nutnost provádět současně více úkonů);
- Relevantní znalosti a dovednosti;
- Jednostranná tělesná a duševní zátěž;
- Faktory týkající se pracoviště a organizace práce;
- Systém zdravotní péče;
- Faktory týkající se jiných sociálních vlivů.

Platí, že „efektivní zvládnutí emocí by mělo být součástí profesionálního repertoáru každého zdravotníka, protože právě deeskalace a uklidnění pacienta mnohdy nejen konflikty řeší, ale umí jim i předcházet. Velkou roli v prevenci konfliktu sehraává především profesionální chování zdravotnického personálu“ [15].

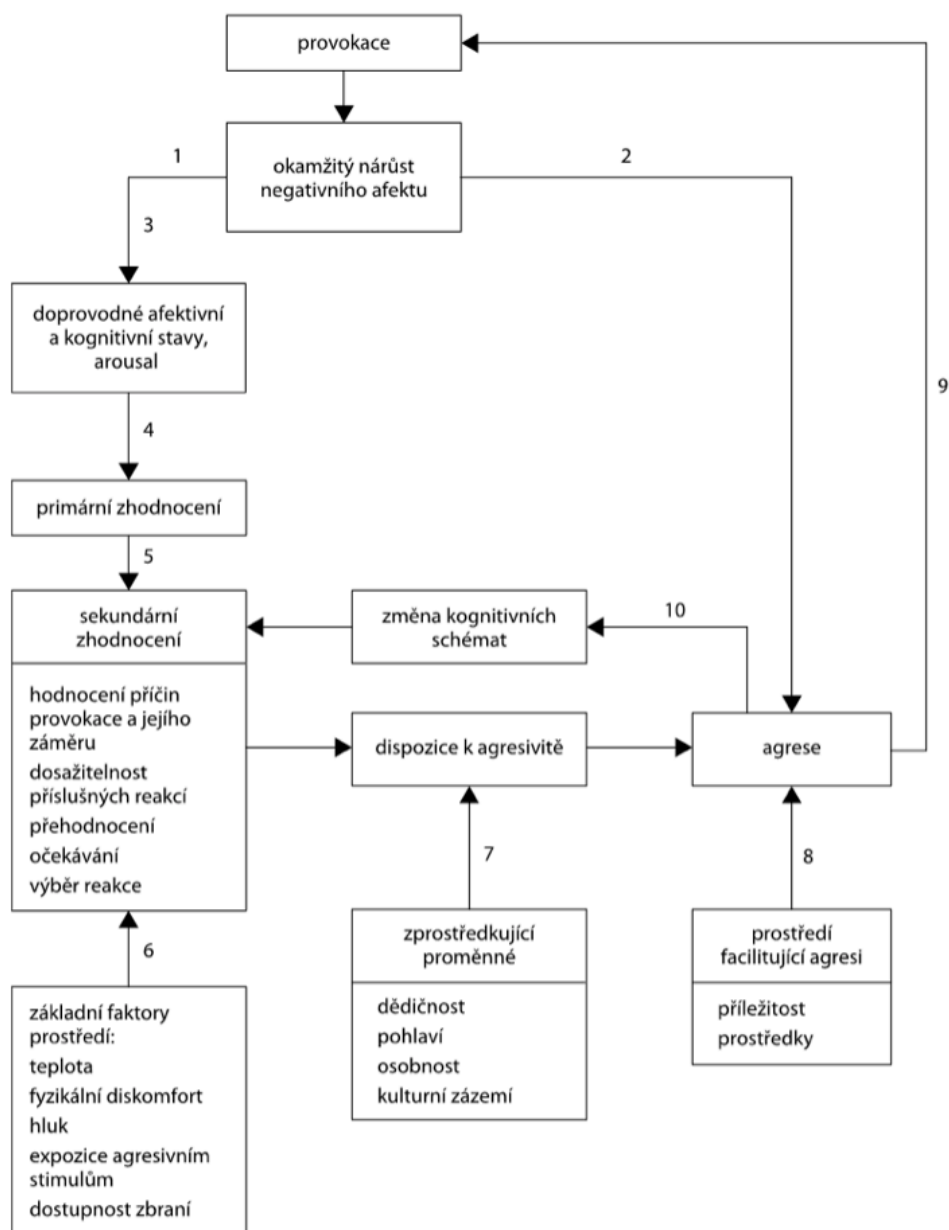
4.3 Projevy agrese pacientů

Agresivního pacienta lze rozeznat podle znaků zvýšeného neklidu. Tyto znaky jsou projevy nonverbální komunikace a může jít o [10]:

- Trhavé podupávání nohama;
- Nervózní popocházení;
- Kopání do prostoru i do předmětu;
- Silnou gestikulaci celými pažemi;
- Rostoucí rozrušení pozorovatelné v obličeji a slyšitelné v hlase, který sílí;
- Nepravidelný a hlasitý dech;
- Agresi slyšitelnou v řeči (vulgarismy, nadávky, urážky a podobně). Agresivní člověk často narušuje lékařovu osobní zónu, nespolečensky se naklání do blízkosti jeho obličeje apod.

Vždy by mělo být prioritou bezpečí zdravotníka, jelikož účinnou pomoc je schopen poskytnout jen zdravý zdravotník. To je ostatně důvodem, proč například při nehodách musí místo zásahu záchranářů nejdříve prohlásit za bezpečné například hasiči či bezpečnostní technici [17].

Obrázek č. 2 schematicky zobrazuje procesy, které probíhají při afektivní agresi. Provokací, která iniciuje násilné chování, je myšlena změna v okolí dané osoby. Tato změna může být fyzikální nebo sociální. Dojde k nárůstu negativního afektu, který je automaticky vyvolán averzivním prostředím, přičemž je tato zkušenost spojena prostřednictvím dřívějších zkušeností s celou řadou různých stavů, emocí a expresivních motorických odpovědí. Ty v podstatě vedou k volbě strategie „boj nebo uteč“. Tyto stavy mohou vést k impulsivní agresivní reakci (dráha č. 2 na obrázku). Souběžně dochází k dalším pochodům, které jsou založeny na předchozích zkušenostech (vztek, předchozí agresivní plány, motorické vzorce a podobně) a také dochází k prvnímu vědomému zhodnocení situace i vlastní reakce (dráha 5 na obrázku), po kterém následuje druhé zhodnocení situace se zapojením paměťových procesů, přičemž může dojít k přehodnocení dosavadního záměru a chápání. V tomto bodě mohou hrát roli také stimuly prostředí (dráha 6 na obrázku). *„Agresivní reakce je pravděpodobnější při vyšší teplotě a hluku, které představují podobné environmentální stresory jako fyzická bolest. Expozice násilným stimulům ve formě filmů, TV, videoher, agresivních sportovních událostí a zbraní vesměs usnadňuje přístup k hostilním myšlenkám a afektivním stavům spojeným s agresi“* [17].



Obrázek 2 - Procesy probíhající při afektivní agresi [17]

Platí, že podle zákona může být ukončeno poskytování zdravotní péče v situaci, kdy pacient soustavně (nebo závažným způsobem) obtěžuje lékaře, zdravotní sestry či další personál a toto obtěžování není prokazatelně způsobeno psychickou poruchou. To však neplatí v případě neodkladné zdravotní služby, která je poskytována k nutné záchraně života nebo zamezení vážné poruchy zdraví [11].

Z pohledu práva platí následující zásady [11]:

- V rozumné míře je potřeba dbát o vlastní ochranu. Je vhodné mít účinný pepřový sprej nebo paralyzér.
- Jakékoli vyhrožování nebo ohrožování je vhodné dokumentovat, klidně i se zvukovým záznamem. Je vhodné zajistit prohlášení svědků a jejich výpověď na policii. Obdobně je potřeba trvat na vyslání výjezdové skupiny policie České republiky.
- Při případném pronásledování formou soustavného obtěžování je jednání pachatele vhodné dokumentovat a pořizovat o něm důkazy. V případě duševní choroby to může být důvodem k nedobrovolné hospitalizaci.
- Je možné se bránit proti útoku, a to včetně obrany zbraní i proti neozbrojenému útočníkovi. Obrana nemusí být přiměřená, nesmí však být zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.

Pro zdravotníky jsou doporučovány i další zásady předcházení problémům [17]:

- Není vhodné být s pacientem sám v uzavřené místnosti bez možnosti zavolat pomoc. Lékař by měl sedět vždy blíže ke dveřím, aby měl zajištěnu možnost úniku.
- Je vhodné z dosahu pacienta odstranit nebezpečné předměty.
- Bezpečnou vzdáleností je délka větší, než je délka natažené paže.
- Pokud je předem známo, že jde o agresivního pacienta, je vhodné citlivě prezentovat převahu například dalším přítomným personálem.

4.4 Metody práce s agresivním pacientem

Přestože je možné činit určitá preventivní ochranná opatření, obecně se má za to, že násilným situacím je možné předcházet především prostřednictvím vhodných komunikačních technik a že je vždy výhodné vynaložit maximální úsilí k tomu, aby ke konfliktu nedošlo. *„I experti na mimořádné události ve zdravotnictví se shodují na tom, že kdyby existoval jediný aspekt v procesu*

poskytování zdravotní péče, který by mohl přinést efektivní zlepšení, byla by to efektivní verbální komunikace“ [35].

Již v úvodu komunikace s pacientem je možné získat nějaké informace o pacientovi a případné hrozbě problémů. Doporučuje se představit a nabídnout pacientovi ruku. Prostý úvodní seznamovací rituál má (kromě významu společenského), také cenný význam informační. Pokud například pacient podanou ruku odmítne, může to značit nedůvěru, kterou k lékaři chová, neochotu spolupracovat, strach ze současné situace a vnitřní napětí. K pacientovi by se mělo přistupovat ze směru, který pro něj není ohrožující, nebo překvapivý, tedy čelem. Kontakt z boku nebo zezadu může být pacientem vnímán nepříjemně [36].

Samotné představení pacientovi signalizuje zájem o jeho osobu, tlumí strach a lékaři pomáhá vystoupit před druhým z anonymity, pacient získává pocit, že je důležitý. Jde o nutný krok k vytvoření důvěry, kterou si ke zdravotníkovi pacient buduje. Následně tento pacient považuje zdravotníka za partnera, nestydí se mluvit nejen o svých zdravotních problémech, ale i o pocitech či emocích. Takto se začíná vytvářet krátkodobý nebo dlouhodobý vztah, který rozhoduje o vzájemné spolupráci. Tento vztah je vhodné udržet co nejdéle, protože opět stačí určitá negativní situace, pacient zdravotníkovi přestává věřit a budování vztahu začíná od začátku [35].

Aby komunikace mohla probíhat efektivně, tedy aby umožnila vzájemnou výměnu informací, které jsou očištěné od negativních emocí, musí být splněny tři podmínky: chtít, umět a moci. Ne vždy je možné efektivně komunikovat. Existují různé překážky komunikace, jako je například změněné vnímání, poruchy řeči, nesoustředěnost, rozptýlenost, netečnost, apatie, neuvědomělé příčiny chování a jednání, neslučitelné životní styly a systémy hodnot, či komunikační neobratnost a necitlivost. Vždy platí, že základní prevencí proti vzniku nedorozumění je aktivní poslech protistrany. Takový poslech vyžaduje intenzivní pozornost, vcítění se do záměrů a postojů mluvčího, naslouchání s ochotou přijmout odpovědnost za závěry rozhovoru [31].

Proto se zdravotníkům v komunikaci doporučuje [35]:

- Přizpůsobit se jazyku lidí, kterým je sdělení určeno;
- Používat odbornou terminologii v nejnížší možné míře;
- Změnit skladby vět, upřednostnit jednoduché věty před složitými souvětími;
- Neuvádět zbytečná synonyma, respektive neříkat jinými slovy jednou uvedené formulace.

V rámci prevence konfliktů se považuje za klíčové se do násilného střetu s pacientem vůbec nedostat, a pokud ke konfliktu dojde, maximálně ho deescalovat. Tato prevence je zohledněna pomocí dvou kroků. Prvním efektivním krokem prevence konfliktů je takové chování, které neutralizuje počáteční stres a další negativní emoce, které se kumulují již při prvním kontaktu zdravotníka s pacientem. Jedná se o již zmíněné projevení zájmu a představení se. Projevení zájmu o pacienta je faktor, který je často opomíjený. Ačkoli je mnoho úkonů pro zdravotníka rutinou, pro pacienta se může jednat o první setkání s takovou situací. Zdravotník tedy nemůže spoléhat na to, že pacient již předem ví, co jej čeká nebo – ještě lépe – na co právě zdravotník myslí. I to je nutné mít na paměti [35].

Druhým krokem je znalost fází násilného chování. Schopnost rozpoznat, ve které fázi se pacient nachází, umožňuje nejen na danou fázi spolehlivě reagovat, ale zvyšuje i bezpečnost samotných zdravotníků [35].

Zmíněné fáze násilného chování jsou definovány takto [34].

- Fáze spouštěcí – v této fázi dochází k odklonu od normálního neagresivního chování. Násilí souvisí s nezvyklými nebo vyhrocenými negativními podněty, jejichž většinu lze odhadnout předem podle určitých verbálních a neverbálních projevů, např. agresivní a nepřátelský postoj, manifestace nespokojenosti, frustrace, změna tónu hlasu, rozšíření zornic, postupně dochází k prohlubování a zvětšování signálů.

- Fáze eskalační – v této fázi jsou reakce budoucího agresora nepřiměřené, zvyšují se, je snížena možnost vrátit se do původního stavu před konfliktem, ani oběť v této fázi mnohdy nereaguje zcela promyšleně.
- Fáze krizová – v tuto chvíli je již agresor fyzicky, citově i psychicky excitován, přestává se ovládat, stačí nepatrný podnět k tomu, aby protějšek napadl.
- Fáze uklidnění – vztek agresora se mírní, člověk je zaskočen tím, co se stalo, zvýšená hladina adrenalinu agresora přetrvává až 90 minut po útoku, poté následuje postupná redukce této tenze.
- Fáze postkrizové deprese – tato fáze nastupuje jako poslední. Je patrné rozrušení, pocit úzkosti a viny, zoufalství, někdy je typickým projevem zdůvodňování nezdůvodnitelného, jindy se objevují prosby o odpuštění, lítost.

Platí, že ne pokaždé proběhne vše tak, jak je dáno schématem výše. Ideální je nedopustit, aby fáze spouštěcí přerostla do fáze eskalační či krizové. Zdravotník by měl mít na paměti, že rozhněvaný člověk nejedná racionálně a že snaha uklidnit takovou osobu může mít opačný efekt. Krizovou situaci provází stres a v jeho důsledku je 80% krve shromažďováno ve svalech jako příprava na útěk či útok. Současně jsou také odkrvená kognitivní centra mozku, tedy útočník nevnímá, neslyší a má omezené zorné pole [35].

„Základní intervencí, která předchází ostatním terapeutickým aktivitám, je deescalace. Deescalace je takový způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí pacienta a také ošetřujícího personálu. Skládá se ze tří složek – vyhodnocení situace, komunikace (verbální a neverbální) a taktiky vyjednávání. Pro úspěšnou deescalaci je nutné, aby si zdravotník uvědomoval své emoce a okolnosti dané situace, aby ji mohl správně vyhodnotit. Nezbytné je zajistit dostatečný čas a prostor“ [23].

Základní pravidla deescalace konfliktů jsou vyobrazena na obrázku č. 3.

<p>Vyhodnocení situace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a úniku). • Informace o příčinách a souvislostech (ty často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení).
<p>Neverbální komunikace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postoj nesmí být útočný – ruce v bok, ani defenzivní – ruce zkrřížené na prsou. • Respektování neverbálních signálů pacienta (např. ústup, otočení hlavy.). Fyzické agrese často předchází ideatorní a verbální agrese. • Respektování osobního prostoru (např. u pacientů s paranoidními bludy typicky větší za zády). • Jednání vsedě, při eskalaci situace požádání pacienta, pokud stojí, aby si sedl. • Omezení zevních stimulů.
<p>Verbální komunikace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doporučuje se oslovovat pacienta příjmením – dodává to komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu. • Slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné. • Nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „<i>Všichni mě štvete.</i>“ nekomentovat, ale snažit se porozumět jejím důvodům). Vyhýbáme se hodnotícím sdělením, preferujeme užívání popisných vět. • Vyjádření empatie – eliminace pocitů bezmoci a frustrace. • Nenutíme pacienta k rychlým rozhodnutím, poskytujeme mu čas na rozmyšlení. • Sdělujeme pochopení pro pacientovy pocity, ne však pro chování. (např. „<i>Snažím se představit si, jak Vám je.</i>“ Ale pozor, musí být jasné pojmenováno, jaké chování není akceptováno. Nenecháváme pacienta, aby na personál křičel a napadal ho). • Odpovídáme na otázky, jejichž cílem je získání informací bez ohledu na to, jak neslušně jsou formulovány. Např. „<i>Kde mám tedy podepsat ten bílý informovaný souhlas?</i>“. Dotazovaný se domáhá konkrétní odpovědi. • Zůstáváme „nad věcí“, nenecháme se vtáhnout do hádky a zbytečné argumentace. • Při vystupňování neklidu ukončujeme hovor. • Dokumentace je prováděna až následně.
<p>Vyjednávání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vystupujeme jako osoba ochotná a schopná pomoci. • Konfrontaci měníme na diskusi. Cílem je výsledek výhra–výhra. • Docílení možnosti volby čini z pacienta partnera. Např. „<i>Je nutné vám podat lék. S jakými léky máte lepší zkušenosti?</i>“. • Fyzická aktivita – na některých odděleních je k dispozici např. rotoped či boxovací pytel. • Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí. Např. „<i>Snažíme se vám pomoci, pane Nováku, podáme vám lék na zklidnění.</i>“.

Obrázek 3 - Shrnutí tří složek zásad deeskalace konfliktů [23]

4.4.1 Neverbální deeskalační přístup

Pro zklidnění situace (i pro bezpečnost zdravotnického personálu) je důležité efektivní nakládání s osobním prostorem. V případě násilného pacienta se doporučuje stát na vzdálenost dvou natažených paží (cca 1,2 m). Přibližování k pacientovi zmenšuje jeho osobní prostor a zvyšuje tak napětí a negativní emoce. Správným postojem je přistupovat k pacientovi ze strany (to bývá vnímáno pacientem jako starostlivý, ale neohrožující přístup) a nedoporučuje se otočení zády. Zdravotník by neměl stát v konfrontačním postavení – čili ne čelem k pacientovi, ale v úhlu. Pokud je potřeba se pacienta dotknout, je potřeba, aby takový neverbální úkon byl spojen s verbálním dotazem. Měla by jednak být položena otázka, zda je to možné a pak také připojeno vysvětlení, proč je dotek potřeba [23, 35].

V případě verbálně agresivní osoby je doporučena vzdálenost přibližně 1,8m (orientačně na vzdálenost tří paží) a opět, pokud možno přístup k pacientovi ze strany. V případné fázi fyzické agrese by měl zdravotník buď zvolit zákrok nebo útek. Vždy platí pravidlo, že bezpečnost zdravotníka je prioritou [23].

Je vhodné nepoužívat negativní gesta (například krčení ramen, vrtění hlavou, ruce v kapsách, zvedání rukou nad úroveň hlavy, zatínání pěstí a podobně). Obdobně je důležité hlídat mimiku zdravotníka (vyvarovat se třesnutí očí, nadzvedávání obočí, dlouhodobý oční kontakt ...) – vhodnou mimikou je tzv. „třetí oko“ – pozorováním bodu na čele pacienta se zdravotník nedívá pacientovi přímo do očí, ale současně má přehled o celé mimice pacientova obličeje. Postoj zdravotníka by měl být pevný, ale zároveň uvolněný. Toho lze docílit postavením s chodidly mírně od sebe, cca v úrovni ramen. Dominantní noha směřuje dopředu [35].

4.4.2 Verbální deeskalační přístup

Základním pravidlem pro verbální komunikaci je nedávat pacientům impulzivní odpověď [23].

Při komunikaci s agresivní osobou pomáhá klidný, uvolněný a pevný hlas. Pokud je okolo pacienta více osob, je vhodné, aby mluvila jen jedna. Více osob mluvících najednou může zvyšovat napětí [35].

Vždy je i vzhledem k agresivním pacientům na místě slušné chování. Po vzájemném představení zdravotníků i pacienta by měl být nadále pacient osloven příjmením. Je důležité také identifikovat pacientovy potřeby, pocity a naslouchat co říká. Užívat by se mělo aktivní naslouchání. Ošetřující personál by měl svými slovy, konverzací a řečí těla dávat najevo, že věnuje pozornost tomu, co pacient říká a cítí. Pokud jedná zdravotník s intoxikovaným pacientem či s pacientem s demencí, je nutné vědět, že tito pacienti vnímají spíše tón než obsah slov. Při komunikaci je vždy nutno mluvit klidným hlasem [35].

5 CÍLE PRÁCE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

5.1 Cíl práce

Předmětem diplomové práce je analýza násilných napadení zdravotnických záchranářů. Hlavním cílem práce je zmapování násilných incidentů páchaných na zdravotnických záchranářích při poskytování přednemocniční neodkladné péče v České republice. Ke zjištění těchto skutečností je využita metoda hloubkových rozhovorů. Z rozhovorů, v rámci kterých respondenti vyjádřili své názory související s danou tematikou, jsou získány potřebné informace týkající se zkoumaného problému.

Výstupem této práce je navrhnoutí opatření vedoucí ke zvýšení úrovně osobní bezpečnosti zdravotnických záchranářů.

Jako dílčí cíle práce jsou stanoveny následující:

- Shromáždění teoretických poznatků a zmapování situace vybraných tematických okruhů, které se vztahují k tématu diplomové práce;
- Zvolení metodiky a stanovení průzkumných otázek;
- Zpracování otázek k hloubkovým rozhovorům pro jednotlivé respondenty;
- Uskutečnění samotných rozhovorů;
- Vyhodnocení a srovnání jednotlivých vypovědí;
- Porovnání výsledků z praktické části s teoretickými poznatky a vyhodnocení průzkumných otázek.

5.2 Stanovení průzkumných otázek

V rámci stanovených dílčích cílů diplomové práce jsou formulovány následující průzkumné otázky, které budou za pomoci využití metody vyvráceny či potvrzeny:

Průzkumná otázka 1 *Jsou návykové látky nejčastějším důvodem agresivního chování?*

Průzkumná otázka 2 *Lze považovat násilné incidenty za ojedinělé?*

Průzkumná otázka 3 *Jaké prvky lze využít v rámci kódování násilných incidentů?*

Průzkumná otázka 4 *Jak často dochází k řešení násilných incidentů?*

Průzkumná otázka 5 *Jsou zdravotničtí záchranáři adekvátně připraveni na násilné incidenty?*

6 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

6.1 Přehledy výjezdů ZZS a útoků na záchranáře

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR má k dispozici poslední údaje za rok 2017. Ty říkají, že zdravotnická záchranná služba v roce 2017 vykázala celkem 902 328 pacientů celkem. Jejich rozložení, dle typu ošetření, zobrazuje tabulka 1 [38].

Tabulka 1 - Počet pacientů ZZS 2017 [38]

Ukazatel	Počet pacientů
Celkový počet pacientů	902 328
z toho traumata	197 829
- somatická onemocnění	606 474
- jiné a neznámé	98 025
z toho akutní selhání systému	16 136
- cévní mozkové příhody	26 212
- polytrauma	1 961
- psychiatrická onemocnění	45 395
- sebevraždy a sebevražedné pokusy	4 674

Z pohledu počtu výjezdů je nejvíce nasazována rychlá zdravotnická pomoc (tedy vedoucím týmu je zdravotnický záchranář). Z celkového počtu výjezdů (bez letecké výjezdové skupiny) 1 031 272 výjezdů, zasahovala rychlá zdravotnická pomoc v téměř 75 % případů (tabulka 2).

Tabulka 2 - Počet výjezdů zdravotnické záchranné služby 2017 [39]

Ukazatel	Počet výjezdů ZZS (bez LVS)	Počet sekundárních výjezdů (bez misí LVS)	Počet misí LVS
Rychlá lékařská pomoc	121 655	6 962	x
Rychlá zdravotnická pomoc	769 148	37 158	x
Rendez-vous	140 469	1 016	x
Letecké výjezdové skupiny	x	x	5 635

Statistiky všech napadení záchranářů evidovaných jejich zaměstnavatelem nejsou veřejně dostupné. V rámci statistik kriminality Policie České republiky jsou trestné činy spojené s útoky na záchranáře evidovány pod označením „Výtržnictví – útok na záchranáře“. Za posledních 5 let je evidováno pouze

108 napadení. Tato statistická data jsou uvedena v tabulce 3. Je však velmi pravděpodobné, že mnoho případů napadení záchranáře se do statistik Policie ČR ani nedostane. Souvisí to se skutečností, že incidenty, v rámci kterých nevznikla žádná škoda na majetku nebo vážná újma na zdraví, nejsou řešeny ve spolupráci s Policií ČR [46].

Tabulka 3 – Výtržnictví – Útoky na záchranáře [46]

Rok	Počet hlášených případů PČR
2016	20
2017	22
2018	44
2019	12
2020	10

Drobné potyčky typu nadávek a strkání mnoho záchranářů považuje za běžný stav, bez potřeby kdekoli tyto incidenty hlásit. To potvrzuje i sama záchranná služba – „Nejčastějšími příčinami vzrůstající agresivity pacientů jsou alkohol a drogy. Většina zranění záchranářů nejsou vážná a obejdou se bez odborného ošetření a trvalých následků. Posádky ve velké většině případů zvládnou agresivního pacienta samy a věc dál nehlásí. Hlášené případy tak jsou za rok v řádech jednotek. Vloni středočeští záchranáři zaznamenali 4 hlášená napadení. Agresivita ošetřovaných ale vzrůstá, nicméně mnohdy nedojde až k fyzickému napadení – pacient si vystačí s nevybíravým slovníkem a třeba pliváním“ [41].

V roce 2008 Komora záchranářů iniciovala v roce 2008 sběr dat o počtech napadení posádek ZZS. Bylo tomu tak na žádost studenta Univerzity Karlovy (UK), který je požadoval pro potřeby své diplomové práce. Tento pokus o monitoring nemá veřejně dostupné výstupy, monitoring nebyl povinný, a tudíž jeho výstup nemusel zahrnovat veškeré evidované incidenty. Student v roce 2009 odevzdal diplomovou práci na téma Kompetence zdravotnických záchranářů v České republice, zmíněná diplomová práce na dané téma není v archivu UK dostupná [30].

Nicméně v roce 2016 byla jiným studentem Univerzity Karlovy předložena diplomová práce na téma Analýza okolností ovlivňujících napadení

zdravotnického personálu při zásahu. V rámci této práce byla publikována data, ze kterých vyplývají poměrně znepokojivé údaje (ankety se zúčastnilo celkem 84 osob, které pracují převážně u ZZS HMP a ZZS Plzeňského kraje). Většina dotazovaných prohlásila, že jsou přesvědčeni, že za dobu jejich působení u záchranné služby se počet útoků na záchranáře zvyšuje. Celkem 76 respondentů (tedy 90 %) odpovědělo, že znají někoho z kolegů, kdo byl napaden během své služby a 61 osob (tedy 72 %) dokonce odpovědělo, že se s napadením museli vyrovnávat osobně. Přitom, jak práce poznamenává, mnoho respondentů tvořili studenti, kteří s výjezdy se ZZS teprve začínají. A přestože největší počet respondentů (24) byl napaden jednou, nebyly výjimkou ani opakovaná napadení [27].

Tato čísla by byla znepokojivá i pokud by jejich hodnoty byly jen poloviční. Je proto velmi překvapivé, že ZZS nevytvoří jednotnou metodiku pro sběr dat, údaje o napadeních nijak veřejně neshromažďuje a plně se spokojuje s konstatováním obecným. Obecně se přijímá, že *„pracovní výkony lékařů, všeobecných sester a dalších zdravotnických pracovníků probíhají ve vypjatých situacích a bylo potvrzeno, že až jedna čtvrtina společenského násilí se odehrává v prostředí zdravotnických zařízení. Násilí související s prací v systému zdravotní péče se stalo velkým nebezpečím pro zaměstnance“* [15].

6.2 Příklady incidentů z praxe

Jako příklad násilného napadení z praxe lze uvést událost, ke které došlo v dubnu roku 2021 v Chrudimi. Během výkonu svého povolání zde byla napadena záchranářka, která po brutálním napadení skončila s poraněním hlavy v nemocnici, kde musela být hospitalizována. Řidič, který záchranářce chtěl pomoci byl také zraněn. Agresivní útok, jehož se dopustil samotný pacient, zřejmě souvisel s duševním onemocněním. Případ vyšetřují kriminalisté rovnou jako trestný čin ublížení na zdraví i přes to, že záchranáři nemají status úřední osoby. V tomto případě hrozí pachateli až pět let odnětí svobody. Na výši trestu má ovšem vliv rozhodnutí ohledně vlivu duševního zdravotního stavu pacienta na jeho chování v danou chvíli. Rozhodnutí o tom, zda je za své činy plně nebo z části odpovědný, či nikoliv [64].

Dalším názorným příkladem je incident z Hradce Králové, který se odehrál také v dubnu roku 2021. V tomto případě se jednalo o značně opilého agresora, který nejprve napadl své známé, a následně také přivolané zdravotnické záchranáře, kterým navíc ničil zdravotnické vybavení. Příslušníci Policie ČR útočníka vyzývali ke spolupráci, ovšem agresor se nechtěl uklidnit a jeho agrese vzrůstala. Příslušníci nakonec byli nuceni, v rámci asistenci záchranářům, použít donucovacích prostředků a pomoci pacienta připoutat k lůžku. Po vyšetření byl agresor umístěn v cele, a případ byl předán k dořešení magistrátu. Tento agresivní čin pravděpodobně bude řešen finančním postihem [65].

V srpnu roku 2020 došlo k napadení zdravotnických záchranářů na ubytovně v pražských Nuslích. Agresorem zde byl pacient, který v rámci svého zdravotního stavu užívá velké množství léků, které následně kombinuje s alkoholem. Záchranáři byli na místo přivoláni z důvodu epileptického záchvatu u tohoto pacienta. Agresor začal záchranáře nejprve slovně napadat – „*běžte pryč, já vás zabiju, vypíchnu vám oči*“ [66]. Záchranáři si, po vyslechnutí výhrůžek a posouzení psychického stavu pacienta vyžádali asistenci PČR prostřednictvím zdravotnického operačního střediska. Následně útočník vzal kuchyňský nůž a začal přímo ohrožovat záchranáře. Záchranáři dokázali ještě před příjezdem Policie ČR, a také díky kurzu sebeobrany, agresora sami zpacifikovat. Vyšetřování incidentu ukázalo, že tento pacient neútočil poprvé. Ze 75 výjezdů, které ZZS uskutečnila ve snaze poskytnout pomoc tomuto pacientovi, jich 20 vyžadovalo asistenci Policie ČR z důvodu zajištění bezpečnosti posádky. V lednu roku 2021 byl agresor nepravomocně odsouzen k třem letům odnětí svobody za nebezpečné vyhrožování zdravotnickým záchranářům [66].

Dalším příkladem může být napadení záchranářů na Karlovarsku z června roku 2020. Zde došlo k napadení pacientem – cizincem, který si zavolala ZZS kvůli bolestem břicha. Pacient byl pod vlivem alkoholu a následně odmítl převoz do zdravotnického zařízení. Začal být značně agresivní, vyhrožoval záchranářům zabitím a fyzicky záchranáře napadl. Kriminálníisté agresorovi sdělili podezření z ublížení na zdraví a nebezpečné vyhrožování. V případě prokázání hrozí až 5 let odnětí svobody [67].

7 METODIKA

K získání potřebných dat, pro zpracování praktické části diplomové práce, byla zvolena metoda dotazování respondentů formou hloubkových rozhovorů. Získané informace jsou následně analyzovány kvalitativní metodou podle zakotvené teorie Glasera a Strausse, a to tvorbou konceptů a podskupin. Forma rozhovorů byla zvolena s ohledem na zpracovávané téma, které může být pro některé respondenty velmi osobní až citlivé. Vzájemným kontaktem, v rámci osobního dialogu, je možno odhalit konkrétní okolnosti a podstatu probíraného incidentu spojeného s násilím. Hloubkové rozhovory byly vedeny se zkoumanými napadenými záchranáři, s operátory zdravotnického operačního střediska a také s příslušníky Policie České republiky. Cílem bylo získat pohled zúčastněných stran na nepříjemné události spojené s napadením, pravděpodobné příčiny těchto událostí, průběh a jejich následné řešení.

Rozhovory na rozdíl od dotazníku umožňují odhalení skutečných faktorů, které ovlivňují násilí při vzájemném kontaktu. Díky hloubkovému rozhovoru je respondentovi umožněno vyjadřovat jeho vlastní názor na zkoumanou problematiku, což následně přináší detailnější výsledky o zkoumaném jevu. Rozhovory byly založeny na bázi nestrukturovaného individuálního rozhovoru výzkumníka a respondenta. Pro tento výzkum byly připraveny otázky (Příloha 1), jejichž cílem bylo ověření našich průzkumných otázek. Dialogy byly vedeny tak, aby umožnily nahlédnout na zkušenosti jednotlivých respondentů s násilnými incidenty a objevit spouštějící faktory násilného chování u pacientů. Rozhovory byly zaměřeny také na názory účastníků s jejich připraveností na takové události, umění se bránit a také možnosti eliminace těchto incidentů. Respondentům bylo umožněno volně odpovídat, v případě zajímavých poznatků byli vybídnuti k rozvoji myšlenek [43, 48].

Situace, kdy je člověk napaden jiným člověkem, je situací stresovou a významně ovlivní psychiku takového jedince. Zdravotničtí záchranáři pracují neustále pod vysokým tlakem, jedná se vždy o zdraví, v horších případech i o život jiného člověka. Byť lze říci, že v tomto povolání je připravenost na zvýšenou psychickou námahu nutná, každý další stresový podnět ohrožuje psychické potažmo fyzické zdraví zdravotníka. Zdravotníky může ovlivňovat nejen stres v zaměstnání, ale také stresové situace v osobním životě. V naší práci

se proto také zaměříme na interpretaci stresové zátěže u respondentů za využití metodiky dle Thomase H. Holmese and Richarda H. Rahe, která se zabývá významnými životními událostmi, které mohou ovlivňovat naši psychickou pohodu, a mohou mít také vliv na naše zdraví. Tato stupnice bude využita u respondentů z řad napadených zdravotnických záchranářů pro zjištění jejich míry stresu a aspekty jeho zvládnutí v závislosti na zkoumaný jev.

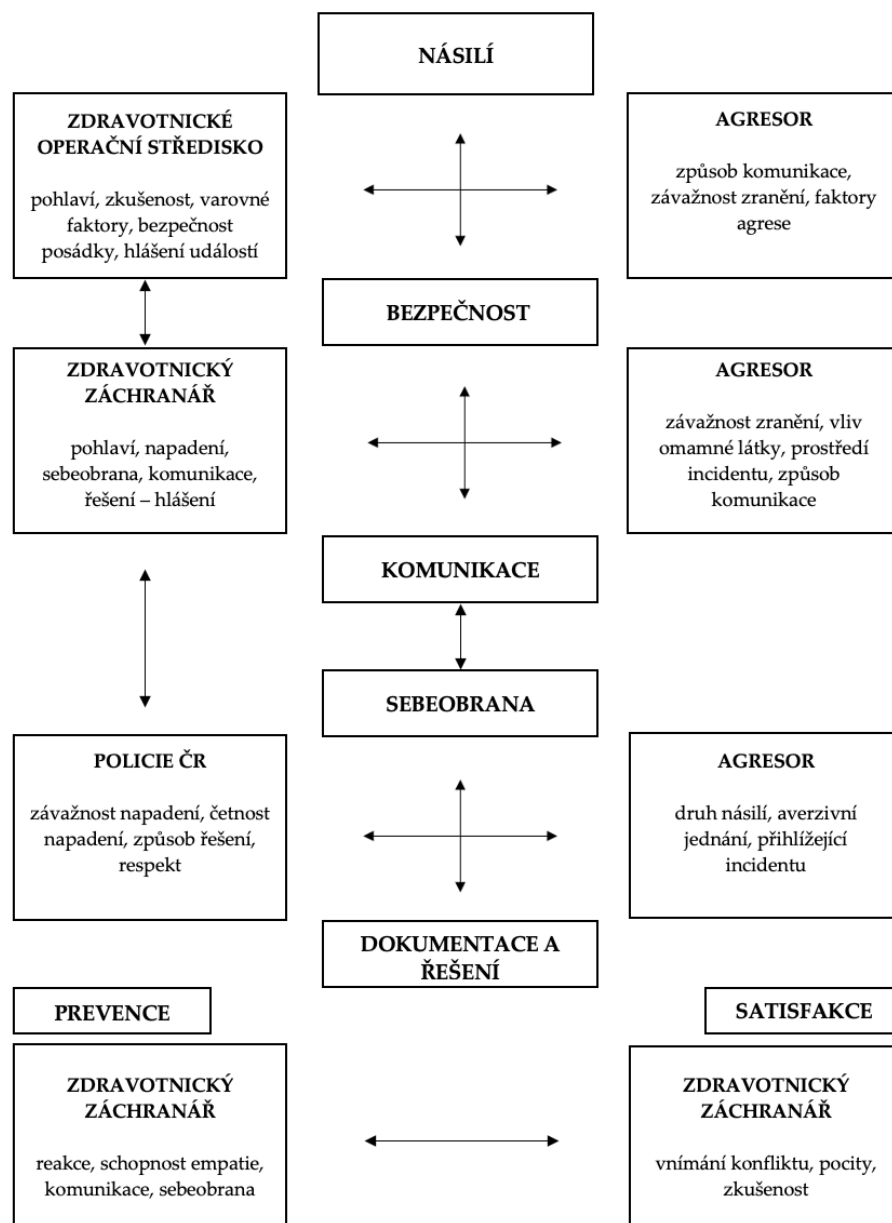
Holmes–Rahova stupnice je nejčastěji užívaný systém k měření psychosociální zátěže. Tato stupnice je založená na seřazení 43 nejvýznamnějších pozitivních i negativních událostí (příloha 3), se kterými se člověk ve svém životě může běžně potkat. Tyto události jsou následně bodově ohodnoceny, dle stupně přizpůsobení a lze je vysvětlit jako úsilí, které musí člověk vynaložit, aby se se situací vypořádal. Události, které jsou v této stupnici uvedené mohou v kombinaci se stresovými profesními situacemi, jakými mohou být právě napadení, zvyšovat psychické zatížení pracovníku a vytvářet u nich různá somatická onemocnění či urychlovat jejich vyhoření [49].

Vyhodnocení je založeno na sečtení bodů za jednotlivé události, které se týkají respondenta, a které se v jeho životě udály za posledních 12 měsíců. V tomto systému jsou nastaveny bodové hranice, které demonstrují míru rizika vzniku stresových onemocnění [49, 50].

7.1 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům

Hloubkové rozhovory jsou kódovány dle kódovacího schématu vyobrazeného níže. Toto schéma bylo navrženo dle Pekary s ohledem na strukturu našich rozhovorů. Kódovací schéma zobrazuje faktory, které vedou ke vzniku, průběhu a ukončení násilného napadení [36].

Schéma 1- Kódování rozhovorů [vlastní]



8 VÝSLEDKY

Rozhovory jsou vedeny ve třech rovinách, aby byla možnost analyzovat násilná napadení z více směrů a tím získat detailnější informace o zkoumaném problému. Byli tak osloveni napadení zdravotničtí záchranáři, operátoři zdravotnického operačního střediska a příslušníci Policie ČR. Celkem bylo provedeno 19 rozhovorů s respondenty z celé České republiky v období od února 2021 do dubna 2021. Po prvotním zhodnocení všech rozhovorů bylo vybráno právě 12 ukázkových rozhovorů s nejvýznamnějšími přínosy pro zkoumanou problematiku.

Rozhovory s jednotlivými respondenty byly vedeny na klidném místě tak, aby nedocházelo k jejich rozptylování okolními vjemy. Na úvod jsme je seznámili se způsobem a cílem výzkumu. Aby byla zajištěna anonymita respondentů, jsou níže označeni pouze čísly (1–12) s identifikací jejich pracovních pozic.

Na konci rozhovoru byly respondentům z řad ZZS, navíc rozdány dotazníkové formuláře k zjištění míry psychosociální zátěže. Do dotazníku, dle svého uvážení, zaznamenali události, které se v jejich životě udály za posledních 12 měsíců.

8.1 Výsledky kvalitativního výzkumu

Rozhovor 1 (Respondent 1 – ZOS)

Muž, praxe 2 roky na zdravotnickém operačním středisku, zároveň praxe 3 roky na zdravotnické záchranné službě, bakalářské vzdělání. Respondent má osobní zkušenost s napadením záchranáře v rámci ZOS, ale taktéž jako zdravotnický záchranář v terénu („Jak na ZOS tak v rámci výjezdové činnosti – přímo osobní zkušenost. Dekompenzovaný mladý schizofrenik, který vynechal medikaci, ale byl klidný. Při příchodu do sanity akcelerace agresivity.“). Respondent udává, že je možné vykódovat varovné faktory již z tísňového volání („Je to o kladení správných otázek, poslouchám, co se v tom telefonu děje – nějaký křik v pozadí a tak, případně, že volající je rozrušený a zvyšuje hlas.“). Respondent zmiňuje, že agresivní chování je často vyvoláno návykovou látkou, ale nevylučuje, že ho vyvolávají také samotní operátoři a záchranáři („Arogantní chování operátorů nebo záchranářů, návykové látky, tíživé životní situace ve vztahu k nepochopení zasahujících složek.“). V rámci

bezpečnosti posádek se kladně staví k možnosti odhadnutí agresivního chování a nebrání se, v případě podezření, požádat o asistenci PČR, taktéž udává, že si záchranáři vyžadují asistenci sami („Je to poměrně často, já je vysílám většinou společně, když mám nějaké podezření, a i když jsem na výjezdu, tak většinou tam v těch komplikovanějších případech už jsou.“). Respondent se sám vyjádřil, že je možné agresii řešit pouze komunikací („Z mého pohledu, pokud umí výjezdová skupina pracovat se stresem, zvládne na místě uklidnit mnoho agrese pouhým vlídným slovem.“). Respondent popsal postup hlášení události („Dle interního předpisu máme povinné hlášení napadení výjezdové skupiny, případně zranění, stejně jako nutné fyzické či medikamentózní omezení klienta.“).

Rozhovor 2 (Respondent 2 – ZOS)

Žena, praxe na zdravotnickém operačním středisku 3,5 roku, bakalářské vzdělání. Respondentka má zkušenosti s fyzickým napadením záchranářů, zmiňuje také časté verbální napadání („Nějakou zkušenost mám, nejčastěji jde o opilé příbuzné, nežádka kdy opilý pacient, takové obvyklé pokusy o údery rukama. Častěji se potom objevuje verbální napadání, to i v rámci volání k nám.“). V rámci kódování varovných faktorů odpovídá kladně („Obvykle se to dá vytušit. Je tam možnost, že to volající popíše, nebo je sám volající agresivní, vulgární, slyším hlasy nebo křik v pozadí, opilost spojená s tím, že volající se nedokáže vyjádřit, co se vlastně stalo.“). Mezi nejčastější důvody agrese respondentka řadí návykové látky a psychiatrické diagnózy. V rámci bezpečnosti posádek respondentka žádá asistenci PČR v případech, které vyhodnotí na základě jí vyhodnocených varovných faktorů, ale zmiňuje, že nelze odhadnout vždy („Když slyším hluk, dojde k nadávkám volajícího nebo i když je to patrné z okolí, když nás volají a ten důvod je právě, že zranění byla způsobena nějakým násilím.“). Odpovídá, že sami záchranáři si vyžadují asistenci PČR („Jinak v běžném režimu o svátcích a víkendech je to dost pravidelné“). Respondentka popsal postup hlášení události („Zapišeme to co nejpodrobněji do dokumentace, a navíc se to píše do hlášení managementu.“).

Rozhovor 3 (Respondent 3 – ZOS)

Žena, praxe na operačním středisku 14 let, vyšší odborné vzdělání. Respondentka udává, že má zkušenosti s fyzickým napadením zdravotnického záchranáře v rámci své praxe na ZOS, udává také četnost výskytu slovní agrese („Bylo toho hodně. Od střelby na posádku, napadení posádek bez použití zbraně, taky si vybavuji

psychiatrickou pacientku, která vytáhla na posádku nůž. A ve velké míře je to tedy slovní agrese.“). Respondentka dokáže vykódovat varovné faktory, které mohou vést k násilí vůči záchranářům („Podle hrubé a vulgární rétoriky, znatelná ebrieta, nebo třeba známe prostředí – ubytovny, bary, kde už k nějakým podobným incidentům došlo.“). Jako nejčastější důvod agrese respondentka zmiňuje návykové látky („Určitě tam hrají významnou roli návykové látky. Ale může to být vyvoláno obyčejným strachem, bezmocí a pak nesouhlas s vyšetřením, ale to je spíše zase spojeno s těmi návykovými látkami.“). V rámci bezpečnosti posádek respondentka vyžaduje asistenci PČR na základě varovných faktorů a zkušeností („Verbální agrese, nebo když ta situace není moc přehledná, jako že volající moc nekomunikuje, nedokáže odpovídat na otázky – to jsou zase ty známky intoxikace. Taky případné vyhrožování, že pokud nepřijedeme, někomu něco udělá, nebo že má zbraň. Je to asi jen o tom kódování, a nějaké zkušenosti – případně, když operátor má trochu přehled o tom, že napadení proběhlo a za jakých podmínek, potom si na to může dávat pozor.“). Respondentka zmiňuje, že dochází k situacím, kdy si záchranáři sami vyžadují asistenci PČR v rámci své bezpečnosti („Někteří si ji dovolávají pokaždé, když se jedná o výzvu s názvem „psychóza“. Třeba tak 1 - 2 do měsíce, si ji vyžadují sami.“). Respondentka popsala postup hlášení události („Vše podrobně zapsat do záznamu o výjezdu, eventuálně vyplnění formuláře hlášení nežádoucí události a oznámení vedoucímu pracovníkovi.“).

Rozhovor 4 (Respondent 4 – ZOS)

Žena, praxe na zdravotnickém operačním středisku 10 let, bakalářské vzdělání všeobecné sestry. Respondentka má zkušenosti s fyzickým napadením záchranářů, zmiňuje převážně verbální napadání, ale také pomůcky, které lze využít s ohledem na prostředí ve kterém se agresivní pacient nachází („Ve velké míře se jedná o slovní napadání. Nicméně také hodně pokusů o kopání, úderů nebo odstrkování rukama. V restauraci a barech pak použití taky například skleniček, v domácím prostředí například kuchyňského vybavení.“) Respondentka udává, že lze vykódovat nebezpečí již z tísňového volání. Mezi varovné faktory řadí křik, vulgarismy a hluk v prostředí, zmiňuje také, že je důležité místo, ze kterého tísňové volání vychází („Řekla bych, že hodně záleží na místě, odkud pacient volá. Když slyším křik, vulgarismy, nebo hluk v okolí říkám si, že je tam něco asi špatně.“) Respondentka zmiňuje, že agresivní chování je nejčastěji vyvoláváno návykovou látkou, ale nevyklučuje, že agresi vyvolávají i další faktory („Ale není to pravidlem, agresivní může být také člověk, který jen cítí bezmoc a má strach o své zdraví, nebo někdo

z rodiny, kdo nabije dojmu, že záchranáři nedělají vše, co by měli.“) V rámci bezpečnosti posádek respondentka vyžaduje asistenci PČR převážně dle místa výjezdu spojených s dalším varovným signálem a také u psychiatricky nemocných pacientů („Dávám hodně na místo výjezdu. Takže restaurace, bary, hodně známé ubytovny, když je to spojeno s nějakým dalším signálem. Tím myslím opilost, agresivní jednání už v rámci hovoru, nebo podezřelý křik v dáli. Ale asi je to o osobním pocitu, u psychóz většinou taky žádám asistenci.“). Respondentka na možnost odhadnutí agresivního chování odpovídá kladně, díky kódování se sama snaží předcházet incidentům a PČR vysílá s výjezdovou posádkou vždy, když má podezření na nebezpečí („Je to dost o osobním pocitu a schopnosti analyzovat celou situaci, jako kódy bych určitě zařadila přítomnost návykové látky, křik v okolí, agresivita a vulgarismy v rámci hovoru a psychiatrické onemocnění.“). Zmiňuje ale, že si i záchranáři sami dovolávají jejich asistenci v rámci své bezpečnosti („Nedokážu asi říci, jak je to často, ale rozhodně se to stává několikrát do měsíce.“). Respondentka popisuje postup hlášení události dle interních předpisů a vysílání inspektora provozu („Jsou k tomu interní předpisy, jako napadení výjezdové skupiny. Je tam potřeba co nejpodrobněji popsat hovor a celou událost, vše zapsat. Na místo se většinou posílá inspektor provozu.“).

Rozhovor 5 (Respondent 1 – ZZS)

Muž, 13 let praxe na zdravotnické záchranné službě, bakalářské vzdělání. Pracuje ve dvojici – na pozicích řidič a záchranář se střídají. V minulosti asi tři fyzická napadení, dále se setkává minimálně jednou do týdne se slovním napadáním. Při jednom z fyzických napadení byl napaden příbuzným pacienta ve večerních hodinách. Incident nastal následkem určitého nedorozumění spolu s požitím alkoholu („V tu dobu do místnosti vešel přítel nebo manžel paní a začal hrozně vyvádět. Asi byl překvapený, kdo to tam je, u nich v kuchyni, a taky v tom hrál roli asi ten alkohol. Začal nadávat a potom se po mě ohnal, srazil mě na zem.“). Došlo k pádu záchranáře na zem (fyzické násilí), další hrozby byly odvráceny pomocí kolegy („Naštěstí jsem měl pohotového kolegu, který mi hned pomohl ho trochu zpacifikovat.“). Charakter útoku byl slovní i fyzický – respondent uznává, že neumožnili čas ke smírnému řešení situace a také možné nedostatky v profesionální komunikaci, což mohlo vést ke spuštění násilí – bere to jako ponaučení („Ale asi je pravda, že si za to do jisté míry můžeme i sami. Asi člověk, který má pocit, že je jeho život nějakým způsobem ohrožený, cítí se nekomfortně, nebo má strach reaguje různě. Takže možná styl komunikace z naší strany.“), zároveň poukazoval na možnost, že by s kolegou reagoval stejně, a to

z důvodu, rychlého shonu události („*Ono, když člověk takhle sedí a přemýšlí nad tou situací, tak má pocit, že by se zachoval jinak. Ale nevím, ve skutečnosti bych asi reagoval stejně. Někdy prostě není jiná možnost do příjezdu policie.*“). Respondent potvrzuje, že prošel kurzem sebeobrany. Incident byl nahlášen („*Volal se inspektor provozu, se kterým se to dále řešilo jako fyzické napadení člena výjezdové skupiny.*“), ale myslí si, že řešení podobných incidentů není dostatečné („*Myslím si, že řešení není dostatečné. Už jen z toho důvodu se moc případů nehlásí, protože je to většinou slovo proti slovu, že jsme to jednání vyprovokovali*“). Pro zlepšení situace se vyjádřil následovně – cítí se přepracovaný a s tím spojuje občasné neprofesionální chování („*Asi snížit počet výjezdů a tím přepracovanost posádek, i když je to věc, která se tolik ovlivnit nedá. Trochu si myslím, že by to mohlo vézt k lepší komunikaci, kdyby toho na nás nebylo tolik. Prostě by jsme neztráceli nervy.*“).

Rozhovor 6 (Respondent 2 – ZZS)

Muž, 7 let praxe na zdravotnické záchranné službě, magisterské vzdělání. Pracuje ve dvojici – na pozicích řidič a záchranář se střídají. V minulosti pouze jedno fyzické napadení, dále se často setkává s verbálním napadáním („*Ve větší míře se pak jedná o verbální napadání. V centru Prahy poměrně časté.*“). Při fyzickém napadení byl napaden samotným pacientem v baru (večerní hodiny) – cizinec. Násilí nejdříve verbální, následně fyzické („*V momentě, kdy jsme se dostali k pacientovi, chtěli se podívat na tu pořezanou ruku tak jsem si nejprve vyslechl řadu pěkných slov a hned na to mi pán dal pěstí.*“). Charakter útoku byl slovní i fyzický – incident vyvolaný nerespektováním osobního prostoru pacienta. Respondent řešil situaci odchodem, nevyužil sebeobrany, přestože kurzem prošel. K situaci se v danou chvíli údajně slovně nevyjádřil („*Začali jsme couvat a odešli do sanity. Tam jsme potom dovolávali policii.*“). Respondent má sklon k empatickému jednání, násilí se snaží svým chováním vyvarovat, ale přiznává, že komunikaci někdy vede agresivně („*Řešil bych to stejně. Vždycky je přece lepší ustoupit. Spíš mě to jen naštvě, rupnou mi nervy a začnu zvyšovat hlas.*“). Zároveň se snaží analyzovat podobné případy a zhodnotit, jestli je možnost se takovému jednání vyvarovat („*Myslím, že to nedokážeme tolik ovlivnit, protože se většinou jedná o jednání, které je pod vlivem nějaké drogy, tím je většinou ta agrese vyvolána. No. Myslím tím všechny návykové látky samozřejmě. Takže jedině méně alkoholu a drog.*“). Incident nebyl řešen („*Hlásilo se to jen inspektorovi provozu. Situace se obešla v podstatě bez většího zranění, takže jsem to dál neřešil.*“). Respondentem byl v souvislosti s incidentem vyjádřen názor, že

trestání těchto napadení je nedostatečné („Nemáme dostatečnou ochranu. Dokud nedojde opravdu k těžké újmě na zdraví, nebo poškození majetku ZZS, tak to skoro žádný záchranář nehlásí, nemá to význam.“). V rámci zvýšení bezpečnosti byl respondentem projeven zájem o zavedení statusu úřední osoby („Status úřední osoby, jinak je to pořád jen spáchání přestupku. I když se o tom pořád mluví, zatím to nikdo neschválil. Uvidíme, doufám, že třeba za pár let.“).

Rozhovor 7 (Respondent 3 – ZZS)

Muž, 5 let praxe u zdravotnické záchranné služby, vyšší odborné vzdělání. Respondent se s napadením setkává, přímo byl napaden jen jednou, opět zmiňuje, že slovně je napadán pravidelně („S fyzickým napadením se setkávám výjimečně, i s kolegy, co se tak bavíme, to není příliš často. Naopak slovní napadání je náš denní chleba.“). Fyzické napadení proběhlo před hospodou (večerní hodina) samotným pacientem, který vykazoval známky požití alkoholu („Před hospodou sedí jeden, který asi potřebuje ošetřit. Když jsme dojeli na místo pacient už od pohledu vypadal, že toho alkoholu neměl málo.“). Charakter útoku byl slovní i fyzický – důvod incidentu neznámý („Pamatuju si, že se zvedl ze země a šel nám naproti, tak jsme ho poprosili, aby šel s námi do sanity, že ho prohlédneme a případně ošetříme. Začal odporovat a nadávat, pak se mě pokusil i kopnout – tomu jsem se ale vyhnul, takže se mi nic nestalo.“). Respondent udává, že se od mala věnuje bojovému sportu, a nebál se znalosti využít (dominantní jednání záchranáře) („Hned na to se začal ohánět pěstí a nadávek přibývalo. Tím, že se nějakou dobu věnuji bojovým sportům jsem se mu bránil, takže se mi nic nestalo. Pána to trochu uklidnilo nebo si možná uvědomil, že na mě tohle neplatí.“). Respondent v malé míře cítí pochybení a uznává, že by se podobné situace daly řešit komunikací, nikoliv využitím násilí („Možná, kdybych byl skvělý řečník, tak bych to dokázal nějakým způsobem ukecat.“). Ovšem celkový styl jednání respondenta při podobných situacích se jeví jako arogantní, spíše odmítá možnost podílu na vyvolání násilí, chybí prvky empatie („Lidi by nesměli být hloupí, nesměli by tolik pít a užívat jiné omamné látky. Pokud ta agrese teda není vyvolána z naší strany, a i v tomhle případě dotyčný většinou něco požil, že si nějakou třeba větu od nás vzal moc osobně.“). Respondent také kladně odpovídá na využití násilí vůči pacientovi („Tak jsou situace, kdy třeba pacientovi chytím ruku, když se vzpírá, nebo to vypadá, že se po mně chce ohnat. Ale to je asi normální, spíš dokážu pořádně zvýšit hlas.“). Respondent se vyjádřil k možnosti zvýšení schopnosti se bránit („Je to prostě náhoda, že potkáte někoho, kdo vám chce ublížit. Vesměs jsou to

situace, které nelze předvídat. Takže za mě zkušenosti a léta praxe v boji. A určitě jsem pro častější kurzy sebeobran, když se tomu někdo nevěnuje jako já, a možná i ta komunikace, jak jsem zmínil.“). Zmíněná situace nahlášena nebyla. Dle respondenta je řešení podobných incidentů nedostatečné, zároveň projevil určitou znalost v oblasti ochrany („Určitě není. Zlepšil by to ten status úřední osoby. Třeba by lidi trochu více přemýšleli, když by se to medializovalo a tak. A taky by to třeba dohnalo k více hlášením těchto případů, protože bez nějakého poškození majetku nebo zdraví se na to kašle.“).

Rozhovor 8 (Respondent 4 – ZZS)

Muž, 10 let praxe u zdravotnické záchranné služby, vyšší odborné vzdělání. Pracuje ve dvojici na RZP. V minulosti zažil fyzické napadení, zároveň popisuje danou událost („Tehdy se tam jelo v noci a teda musím říct, že to prostředí nebylo moc příjemné. Mělo to být zároveň s asistencí policie, ale na místo jsme dorazili jako první. Probíhalo to normálně, vystoupili jsme, vytáhli batohy a šli k pacientovi.“). Fyzické napadení proběhlo přihlížející/známou osobou pacienta, který vykazoval známky požití alkoholu. Násilí fyzické doplněné o prvky verbálního napadání („Ale z ničeho nic se na mě zezadu vrhl nějaký člověk. Shodil mě na zem a řval co mu to děláme, že mu nemáme ublížovat a spoustu nadávek okolo.“) Respondent situaci řešil sebeobranou a komunikací („Snažil jsem se bránit, shodil ho ze sebe a snažil se vysvětlit, že jsme ze zdravotnické záchranné služby a že má pacient zlomenou nohu a chceme mu pomoci.“). Incident nejspíše vyvolán nedostatečnou kontrolou okolí a poučením přihlížejících osob samotným záchranářem, což vyjadřuje i samotný respondent, který část viny za incident bere na sebe („Určitě to byla i moje vina, měl jsem si trochu zkontrolovat okolí. Je to při té záchrane důležité krok, aby se vědělo, kdo jsme a co tam děláme.“). Incident nahlášen nebyl („Nehlásil jsem. Nic vážného se mi nestalo, jen nějaké modřiny.“), ale respondent si z incidentu vzal ponaučení („Od té doby dávám větší pozor na to, co se mi odehrává za zády.“). Respondent udává, že často dochází k verbálnímu napadání posádek („Hodně se setkáváme s verbálním napadáním, hlavně u opilých pacientů.“). Ohledně četnosti násilných napadení záchranářů se vyjádřil následovně: „A přímo s násilím to je třeba jen jednou za měsíc. Ale teda i to je docela dost, vzhledem k tomu, že s tímhle setkávají určitě všechny ZZS nejenom ta naše. To hned máte nějakých 15 napadení za měsíc.“. Respondent říká, že v rámci své praxe prošel kurzem sebeobran pouze jednou („Byl jsem v sebeobraně v rámci ZZS proškolen jen jednou. Uprůmně ani nevím, před jakou dobou to bylo.“). V rámci

předcházení situací je respondentem kladen důraz převážně na přístup záchranáře a jeho schopnost komunikace („*Jinak taky záleží na záchranáři, jak k pacientu přistupuje a jak dokáže komunikovat.*“). Dle respondenta je řešení podobných incidentů nedostatečné, kladně ale hodnotí častější medializaci incidentů („*Sice byly o něco zvýšené tresty za napadení záchranářů, ale dostatečné to z mého pohledu není.*“)

Rozhovor 9 (Respondent 1 – PČR)

Žena, 5 let praxe u Policie České republiky, bakalářské vzdělání v oboru Bezpečnostní management. Respondentka zmiňuje, že napadení záchranáře zažila několikrát („většinou to byly jen drobné napadení – strkanice z důvodu, že se pacient nechtěl nechat ošetřit.“). V rámci odpovědi zmiňuje, že si při těchto situacích záchranáři dovolávají asistenci, čímž sami záchranáři snižují riziko vážnějšího napadení („V podstatě, po té strkanici přestanou ošetřovat, zavolají si nás a čekají do našeho příjezdu. Zbytečně neriskují a možná proto jsem nic velkého neviděla.“). Z odpovědi respondentky ohledně četnosti napadení vyplývá, že se nejedná o neobvyklý jev, ale již nedochází k jeho hlášení („Není to tak často. Nebo, řekla bych, že klidně i 11–12 krát do roka. Kdy při nějakém výjezdu tohle zaznamenám, kdy vidím, že se po záchranářích ty lidi sápu. Ale z toho je nahlášeno třeba jednou maximálně dvakrát.“). Respondentka zaujímá názor, že agresivní jednání je vyvoláno nejčastěji návykovými látkami, agresi, kterou by mohl vyvolat sám záchranář nezmiňuje („Lidi pod vlivem různých látek jednají jinak. A zrovna v tomhle případě si neuvědomují, že ti záchranáři jim chtějí pomoci.“). Respondentka reaguje na předcházení podobným incidentům kladně, svou odpovědí vyzdvihuje výhodu, když se umí záchranář bránit a zná prvky profesionální komunikace („Ale je určitě výhodou, když záchranáři vědí, jak se bránit, nebo jak ideálně s agresivními lidmi komunikovat. Takže maximálně nějaké kurzy v tomhle ohledu – sebeobrana a komunikace.“). Zároveň nesouhlasí s názorem, že by PČR měla větší respekt oproti pozici záchranáře, zdůrazňuje, že strach vychází z možnosti užití donucovacích prostředků („Ale autorita, nebo respekt? To v dnešní době vůči nám nemá snad nikdo. A už vůbec ne tito agresivní jedinci, kteří jsou pod vlivem.“). K řešení incidentů se přistupuje jednotlivě, ovšem případy mnohdy nejsou hlášeny, schází status úřední osoby („To se odvíjí od další komunikace s těmi osobami, každý případ je posuzován zvlášť. Taky záleží na závažnosti zranění, toho způsobu napadení a vlastně na celém tom incidentu. Ono je to těžké, třeba ty případy, které jsem zažila, se ani oficiálně

nehlásily jako napadení. Navíc, záchranáři nejsou bráni jako úřední osoby, takže tam jde většinou jen o přešupek.“).

Rozhovor 10 (Respondent 2 – PČR)

Muž, 9 let praxe u Policie České republiky, úplné střední vzdělání s maturitou. Respondent souhlasí, že zažil případ fyzického napadení záchranáře opět případ spojený s vlivem alkoholu („Ano, byl jsem na takovém případě. Jeli jsme tehdy do nějakého baru. Přijeli na místo, někdo tam chtěl ošetřit, ale očividně ta situace nebyla ještě úplně klidná, a když si pacienta teda brali do sanitky, jiný aktér toho záchranáře vytáhl ze dveří a shodil ho na zem. Následně udeřil pěstí i do druhého záchranáře.“). Respondent poukazuje na fakt, že slovní napadání je častější než fyzické („S něčím takovým větším je to třeba dvakrát do roka. Ale když s těmi záchranáři spolupracujeme a potkáváme se na jiných událostech, které nejsou spojené s jejich napadením, tak hodně vypráví, že ty lidi nemají úctu. Že je slovně napadají téměř každý den, a to bez nějakého důvodu třeba jen, že podle nich, prostě přijeli pozdě.“). Dle respondenta jsou nejčastější příčinou agrese návykové látky, ale zmiňuje i další případy („Tak předpokládám, že to jsou návykové látky. Ale lidi jsou různí. Slyšel jsem i o případě, že někdo z rodiny byl agresivní, a to prý z důvodu, že vyžadoval ošetření lékařem a poslali mu záchranáře.“). Respondent v rámci předcházení podobných situací zmiňuje sebeobranu, ale plně nedůvěřuje, že by se situacím dalo předcházet („Zákony ČR zajišťují lékařskou péči komukoliv, jestli se nepletu, takže prostě těm situacím záchranáři nějak předcházet asi nemůžou. Ale když jste zmínila ty kurzy, tak určitě by měli vědět, jak se pachatelé ubránit.“). Respondent nesouhlasí s názorem, že respekt k PČR zklidňuje situaci („Většinou k tomu zklidnění dojde až v okamžiku, kdy dojde k omezení osobní svobody. Ale respekt k policii u agresivní osoby určitě neexistuje.“). Řešení fyzických napadení, dle respondenta, je závislé na celé situaci, nejčastěji však řešeno přešupekem („Vždycky záleží na dané situaci. Když je nahlášena a dojde k zranění, je to evidováno jako přešupek. Nevybavuji si zrovna žádný případ, kdy by se to řešilo nějak jinak.“).

Rozhovor 11 (Respondent 3 – PČR)

Muž, 21 let praxe u Policie České republiky, úplné střední vzdělání s maturitou. Respondent během své praxe zažil několik situací, kde došlo k napadení záchranáře, přímo popisuje jednu událost spojenou s alkoholem a psychickou poruchou pacienta (napadení přihlížející osobou) – („Ten pacient, kterého měli ošetřit, se

bránil. Údajně vůbec nemluvil, jen vydával nějaké zvuky. Když mu chtěli tedy pomoci a vzít ho do nemocnice, tak záchranáře dost poškrábal a pokousal. Do toho nepřispíval ani ten kamarád, který ho, ve svém opilém stavu spíše podporoval a ke všemu záchranářům nadával. To byl už asi impulz, proč si nás volali k asistenci.“). Respondent se zmiňuje, že na místo zásahu bývají spíše přivoláni až po incidentu, na společných zásazích se to moc nestává, zároveň také zmiňuje, že se nejedná o výjimečné situace („Nevím jak ostatní, já bych to odhadoval tak jednou za dva měsíce? Takže 6krát do roka? Není to zas tak výjimečné.“). Respondent poukazuje především na problém návykových látek v souvislosti s agresí, ale vybízí také k zamyšlení ohledně nesnášenlivosti uniformovaných složek („Alkohol, drogy, psychicky nemocní a taky, jak jsem zmiňoval, jedinci, kteří nesnáší uniformované složky.“). V rámci předcházení situace zmíněna sebeobrana a komunikace pouze k ovlivnění průběhu incidentu a zmírnění následků („Jako předejít se tomu nedá. Ty lidi nedokážete odhadnout. Maximálně tak zmírnit ty následky, trochu ovlivnit ten průběh. Takže určitě je vhodné, pokud mají záchranáři nějaký kurz sebeobrany, umí nějak komunikovat – třeba stylem vyjednávání.“). Při pohledu na možnost větší autority oproti záchranářům se respondent klaní spíše k většímu spektru možností, jak zasáhnout („Spíš je to závislé na tom, že je tam ta hrozba zajištění, zadržení, omezení na osobní svobodě, nebo hrozba postihu za protiprávní jednání. Ale těm lidem je to tak docela fuk, když jsou pod vlivem nějaké látky a nevědí tolik o sobě.“). Řešení incidentů dle respondenta je posuzováno jednotlivě, domluva či přestupek, z výpovědi vyplývá, že nedochází často k nahlášení („Je to individuální. Ale po pravdě je to většinou řešeno jen domluvou, výjimečně pak přestupkem. Ono u těchto případů, kdy není ublíženo tomu záchranáři, nebo on se nerozhodne to nějak dál řešit, tak to končí leta tak donucovacími prostředky a odvozem na záchytku, když se samozřejmě nejedná o těžké zranění. Nic víc se moc dělat vlastně nedá, oni stále nejsou bráni za úřední osoby.“).

Rozhovor 12 (Respondent 4 – PČR)

Muž, 13 let praxe u Policie České republiky, úplné střední vzdělání s maturitou. Respondent během své praxe zažil situace, kde došlo k napadení zdravotnického záchranáře. Udává, že se jedná převážně o události spojené s užitím alkoholu, a také vyjadřuje názor, že v rámci psychicky nemocných pacientů se nejedná o úmyslné napadení, ale napadení pod vlivem jejich psychického stavu („Co si vybavuji, většinou se jednalo o psychiatrické pacienty, kteří napadli záchranáře spíš v rámci té své nemoci, než že by se přímo jednalo u nějaký závažný útok na ně.“).

Respondent si během asistence ZZS všímá také jiných aspektů („Když jezdíme asistovat záchrance, tak si spíše hodně všímám drzosti těch lidí – jsou vulgární a spíš je teda slovně napadají, odstrkují je rukama a snaží se kopat. Jednoduše se nechtějí nechat ošetřit, nechápou že je to v rámci jejich dobra.“) Respondent udává, že na místo napadení, vyrážel současně, ale také byla situace, kde byl dodatečně přivolán („V rámci těch známých míst vyjíždíme zároveň, ale stalo se mi také, že jsme dodatečně přijížděli na pomoc.“). Respondent poukazuje na fakt, že asistence u výjezdu ZZS je častá, nicméně samotné napadení bývá zřídka („Přímo to napadení? Cca jednou za měsíc. Ale jinak záchrance u pacientů asistujeme o dost častěji.“). Dle respondenta jsou nejčastější příčinou agrese *návykové látky*, ale zmiňuje i *psychicky nemocné* pacienty. V rámci předcházení situace byla respondentem zmíněna vhodnost *sebeobrany*, ale také zhodnotil možnost větších kompetencí v rámci omezování svobody („Určitě je výhoda se umět bránit, mít kurz sebeobrany. Možná to zmírní zranění, ale cizího člověka nezměníte ani když budete mít spoustu kurzů. Spíš větší kompetence v rámci omezování svobody, ale zase záchranáři jsou od poskytnutí zdravotnické péče.“). Respondent nesouhlasí s větším respektem k PČR oproti záchranářům. Zmiňuje, že záleží také na příslušníkovi, jak dokáže *komunikovat* a přiklání se i k užívání *donucovacích prostředků* jakožto prvku ke zklidnění situace („Hodně záleží na dané situaci a na schopnosti zúčastněných agresivní osobu uklidnit. Ale následně při použití donucovacích prostředků to jde skoro samo.“). Dle respondenta se k řešení incidentů přistupuje jednotlivě s rozdílem událostí řešených na místě a událostí, které jsou následně oficiálně hlášeny („Takže na místě donucovacími prostředky, domluvou, přestupkem. Když je přímo ublížení na zdraví, tak záleží, jestli to záchranář oficiálně oznámí. Tam se potom můžeme bavit o poměrně větších trestech.“).

8.2 Výsledky testu psychosociální zátěže

Uvedená tabulka č. 4 demonstruje životní události, které jednotliví respondenti z řad napadených zdravotnických záchranářů prožili za uplynulé období. Množství těchto událostí bylo sečteno a výsledkem je celková hodnota životní změny jednotlivých respondentů. Právě tato hodnota, dle autorů metody, vyjadřuje míru psychosociální zátěže či míru stresu prožitého v uplynulém roce [50].

Tabulka 4 - Výsledky testu psychosociální zátěže [vlastní]

Životní událost	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4
Úmrtí partnera	100	100	100	100
Rozvod	73	73	73	73
Rozchod s partnerem	65	65	65	65
Pobyt ve vězení	63	63	63	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	63	63	63
Vlastní zranění nebo nemoc	53	53	53	53
Svatba	50	50	50	50
Výpověď v práci	47	47	47	47
Usmíření s partnerem	45	45	45	45
Odchod do důchodu	45	45	45	45
Zdravotní změny člena rodiny	44	44	44	44
Těhotenství	40	40	40	40
Sexuální potíže	39	39	39	39
Příchod nového člena do rodiny	39	39	39	39
Změna zaměstnání	39	39	39	39
Změna finanční situace	38	38	38	38
Úmrtí blízkého přítele	37	37	37	37
Změna v pracovním zařazení	36	36	36	36
Zvýšení počtu hádek s partnerem	35	35	35	35
Větší půjčka nebo hypotéka	31	31	31	31
Zabavení zastaveného majetku	30	30	30	30
Změna náplně práce a odpovědnosti	29	29	29	29
Odchod dítěte z domu	29	29	29	29
Potíže s příbuznými ze strany partnera	29	29	29	29
Významný osobní úspěch	28	28	28	28
Začátek/ukončení zaměstnání partnera	26	26	26	26
Zahájení nebo ukončení studia	26	26	26	26
Změna životních podmínek	25	25	25	25
Změna osobních zvyků	24	24	24	24
Problémy s nadřazeným	23	23	23	23
Změna pracovní doby nebo podmínek	20	20	20	20
Změna bydliště	20	20	20	20
Změna školy	20	20	20	20
Změna sportovních aktivit	19	19	19	19
Změna náboženských aktivit	19	19	19	19
Změna společenských aktivit	18	18	18	18
Ne příliš vysoká půjčka	17	17	17	17
Změna spánkových aktivit	16	16	16	16
Změna počtu rodinných setkání	15	15	15	15
Změna stravovacích návyků	15	15	15	15
Dovolená	13	13	13	13
Vánoce	12	12	12	12
Drobná porušení zákona	11	11	11	11
Vyhodnocení	171	224	332	331

Dle metody jsou dány bodové hranice nahromadění stresů, jejichž překročení se ve velké míře projevuje radikální změnou zdravotního stavu. V rámci těchto nastavených bodových hranic se udává, že jedinec, který nasbírání 150–199 bodů je vystaven nízké stresové zátěži a značí to vysokou odolnost proti stresu. V případě hodnot mezi 200–299 body je jedinec ve svém životě ohrožen vyšší stresovou zátěží, která má vliv na jeho zdravotní stav a zároveň se odolnost proti stresu značí jako hraniční. V případě nasbíraných bodů 300 a více je jedinec významně ohrožen stresovou zátěží, která již může způsobovat vážná onemocnění a značí to velmi nízkou odolnost proti stresu [49, 50].

Předpokládá se dále, že během života se může udát daleko více různorodých událostí, které významně tyto hodnoty mohou ovlivnit. V rámci této práce se jedná právě o možná násilná napadení, která mohou mít značný vliv na psychosociální zátěž. Hodnotíme tedy výsledky této metody pouze jako objektivní, jelikož je nutné brát ohled na fakt, že spojitost s agresivními pacienty a možnosti napadení hraje významnou roli při posuzování psychosociální zátěže a míry stresu. Daleko důležitější je, jakým způsobem si jednotliví respondenti tyto životní situace interpretují a jak se s nimi sami vypořádávají.

Již samotné zaměstnání u zdravotnické záchranné služby se řadí do nadprůměrně stresujících, je tedy potřeba důkladný výběr pracovníků pro tuto rizikovou profesi, a to vzhledem k odolnosti vůči tomuto typu zátěže [52].

9 DISKUZE

Výzkum zaměřený na případy násilného napadení zdravotnických záchranářů při poskytování přednemocniční péče jsme si zvolili z důvodu všeobecného nárůstu agresivního chování a projevů násilí ve společnosti. Dle údajů World Health Organization se až 38 % zdravotnických pracovníků, během své kariéry setká s fyzickým násilím ze strany samotných pacientů, nebo jejich příbuzných. Mnoho dalších se pak potýká s jejich verbální agresí. V důsledku zmíněného násilí ve zdravotnictví dochází k ovlivnění kvality a efektivity poskytované zdravotní péče, jelikož psychická a fyzická pohoda zdravotníků ovlivňuje právě jejich motivaci [51].

Násilná napadení zdravotnických záchranářů byla analyzována metodou kvalitativního výzkumného šetření za pomoci hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s operátory zdravotnického operačního střediska, napadenými zdravotnickými záchranáři a příslušníky Policie České republiky. V rámci rozhovorů byly rozebírány konkrétní situace tak, aby bylo možné zmapovat celý průběh násilných incidentů. Cílem kladených otázek bylo zjistit podstatné okolnosti jednotlivých fází konfliktu. Možnost vycítit a předvídat potencionální agresivní chování již v rámci tísňového hovoru. Okolnosti agresivního chování a podstatné vlivy na samotný průběh napadení zdravotníka. Následné řešení incidentu v rámci správních či jiných řízení.

Část pokládaných otázek při hloubkových rozhovorech se věnovala současným nebezpečím při poskytování péče v terénu, a to z pohledu prostředí spojeného s rizikovými skupinami populace, které obklopují zdravotnické záchranáře v běžné pracovní rutině. Z výpovědí všech dotázaných respondentů zcela jednoznačně vyplývá, že sklony k agresi a násilnému jednání vůči zdravotnickým záchranářům mají převážně lidé s nižším sociálním statutem a nejčastěji jsou zapříčiněny intoxikací. V drtivé míře se jedná právě o alkohol a psychotropní látky. Taktéž bývá agrese a násilné chování vyvoláno vlivem duševní poruchy. Tématem spojení vlivu alkoholu a agresivního chování se, ku příkladu zabývá ve své publikaci Lálová, která píše, že *„v rozvoji agresivního chování při abúzu alkoholu ovšem sehrávají roli také faktory osobnostní, socioekonomické i genetické, komorbidita s psychickými a somatickými onemocněními“* [54, s. 122]. Dále například dle statistiky Pekary a Koloucha z let 2013–2014 vyplývá, že, v rámci

přednemocniční péče, je agrese vyvolána právě alkoholem, tuto odpověď zvolilo 35 % respondentů, další příčinou byly uvedeny jiné nealkoholové drogy – 20 % respondentů, ale zároveň se stejným výskytem byl uveden také neprofesionální přístup samotných zdravotníků [55].

Z našich rozhovorů dále vyplývá, že násilným napadením, v drtivé míře předchází útoky verbálního charakteru. Tyto verbální útoky na zdravotnické záchranáře jsou dle výpovědí respondentů mnohem častějším jevem. V roce 2010 proběhl v České republice kvantitativní výzkum pod vedením Českomoravské konfederace odborných svazů, Oborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky. V tomto výzkumu bylo osloveno 1 500 respondentů. Výsledky ukázaly, že se v posledním roce s pracovním násilím setkalo 31 % respondentů. Z tohoto počtu bylo 41 % spojeno pouze s verbálním násilím a 17 % se setkalo s fyzickým násilím. Taktéž lze uvést Pekarův výzkum z roku 2015, vedený v rámci jeho disertační práce, kde je konstatováno, že z celkového počtu 896 respondentů se 71,5 % potkalo s verbálním násilím a 18 % s fyzickým násilím. Všeobecně násilí ve zdravotnictví není problémem jen České republiky, ale zabývají se jím i další země. Můžeme zde zmínit například průzkum Cynthie Cruickshank, který probíhal již v roce 1995 pro Asociaci registrovaných sester z Nové Scotie. Veselá o tomto průzkumu uvádí, že 80 % respondentů mělo osobní zkušenost s násilím na pracovišti. Ze zmíněného počtu se 63 % respondentů průzkumu setkalo s verbálním násilím, 35 % pak zažilo pokus o fyzické napadení a 21 % bylo přímo fyzicky napadeno. Také Nesvadbová společně s Hávou v rámci přehledu mezinárodních výzkumných aktivit, upozornili na mnoho výzkumných šetření zabývajících se touto problematikou. Zmínili výzkum, který byl uskutečněný v Kanadě, kdy Universita of Cariboo z Britské Kolumbie uveřejnila práci Duncana a kolektivu, při kterém bylo sledováno celkem 8 780 zdravotnických pracovníků. Z výsledku výzkumu vyplynulo, že celkem 46 % respondentů se setkalo při vykonávání své profese, s různou formou násilí na pracovišti. Ze zmíněného počtu se 18 % setkalo přímo s násilným napadením a 38 % s verbální agresí. V rámci tohoto výzkumu bylo také zjištěno, že 70 % respondentů tato napadení nehlásilo [36, 52, 53].

V rámci hloubkových rozhovorů s operátory zdravotnického operačního střediska jsme se zaměřili na zjištění možné prevence násilných incidentů, a to za

pomoci určitého kódování situace již v rámci tísňového volání. Respondenti jednoznačně souhlasili, že agresivní jednání lze rozpoznat již z prvního kontaktu. Je ovšem důležité zmínit, že Čermák ve svém díle uvádí, že je důležité rozlišovat násilí a agresi, protože „*agrese představuje motivační zdroj násilí, kdežto násilí může být jen jedním z projevů agrese v chování*“ [56]. Lze tedy říci, že operátoři jsou schopni vykódovat prvky agresivního chování, které se u každého jedince může projevovat jinak. Mezi nejčastější prvky dotazování respondenti zařadili: křik, vulgární rétoriku či znatelnou ebrietu. V rámci zmíněného kódování bylo respondentem zdůrazněno, že je potřeba sledovat celý průběh hovoru – *„Je to o kladení správných otázek, poslouchat, co se v tom telefonu děje – nějaký křik v pozadí a tak, případně, že volající je rozrušený a zvyšuje hlas.“* Zmíněné poznatky vypovídají o tom, že operátoři zdravotnické operačního střediska v rámci prevence vyžadují asistenci policie u případů, kde by mohla být ohrožena bezpečnost zdravotnických záchranářů. Z toho taktéž vyplývá, že zdravotničtí záchranáři s ohledem na svou bezpečnost úzce spolupracují s Policií ČR či také s městskou policií. Ovšem v rámci neschopnosti vykódovat možné ohrožení naznačuje, že není možné, aby byly posádky zmíněných sborů na místě výjezdu včas a mohly tak efektivně zasáhnout. Toto naznačuje také fakt, že z provedených rozhovorů vyplývá, že si zdravotničtí záchranáři vyžadují asistenci policie až po příjezdu na místo události, či dokonce až po vzniku incidentu.

Část otázek byla zaměřená na způsob a četnost hlášení násilných incidentů. Z odpovědí respondentů je zřejmé, že k oficiálnímu hlášení ve velké míře nedochází, a to i přes to, že existují interní postupy pro tyto případy, což také samotní respondenti potvrdili. Z rozhovorů vyplývá, že k nahlášení události nedochází převážně z důvodu nízké motivace. Řešení těchto událostí je ve většině případů nedostatečné, a to jak v rámci organizace, tak následně v rámci právní ochrany. To, že k oficiálnímu hlášení násilných incidentů nedochází, dokazují také výsledky kvalitativní studie Hendersona z roku 2003, která byla prováděna v Kanadě a Velké Británii. Respondenti zmíněné studie poukazovali na nedostatek podpory a porozumění ze strany zaměstnavatele v rámci řešení konfliktu. Stejnou problematikou se zabývá Sato ve své studii z roku 2013, který navíc zmiňuje značné opomíjení hlášení verbálního napadání. Daná zjištění ze zahraničních studií korelují s našimi výsledky. Je důležité také zmínit, že kvalita poskytované zdravotní péče souvisí s dodržováním zásad bezpečnosti a ochrany

zdraví při práci. Ku příkladu v roce 2004 ve Spojených státech amerických bylo ze všech pracovních úrazů celých 14 % namířeno proti pracovníkům ve zdravotnictví a sociálních službách, které v důsledku vyžadovalo následnou domácí léčbu. Což ve svém důsledku vede nejenom k možnému odchodu zaměstnanců a dalšímu nezájmu o profese ve zdravotnictví, ale také k ekonomickému dopadu na celou společnost [52, 58, 63].

U rozhovorů se v rámci návaznosti na hlášení incidentů často vyskytovala zmínka o právní ochraně zdravotnických záchranářů. I přes zcela známá rizika, která představuje práce v oblasti poskytování přednemocniční péče, zůstává otázka změny v oblasti ochrany stále nedořešená. Jak zmiňuje Mach, k právní ochraně zdravotníků jednal prezident České republiky s ministrem spravedlnosti ČR. Výsledkem tohoto jednání byl návrh příslušného ustanovení nového trestního zákoníku, ve které je vyhrožování zdravotníkům, ublížení na zdraví či vražda hodnocena stejnou trestní sazbou, jako by se jednalo o vraždu, ublížení na zdraví a vyhrožování veřejnému činiteli. V tomto případě sice došlo v roce 2009 ke zvýšení právní ochrany zdravotníků. Nicméně v rámci tohoto sám Mach dále dodává, že se nepodařilo do trestního zákona prosadit, aby i násilný útok na zdravotnického pracovníka, který se obejde bez následků na životě či zdraví, byl hodnocen stejně jako například obyčejný útok na příslušníka policie, tedy o útoku na úřední osobu. Tento poznatek koreluje s teoretickou částí této práce. Ovšem lze konstatovat, že vzhledem k stále narůstajícímu počtu napadení nedošlo k žádné zásadní změně v právní ochraně, která by vedla k eliminaci počtu útoků na zdravotnické pracovníky [57].

Nedílnou součástí výzkumu byly také otázky zaměřené na řešení incidentů ze strany samotných zdravotnických záchranářů. A s tím spojenou sebeobranu a profesionální komunikaci. Z odpovědí respondentů z řad napadených zdravotnických záchranářů jednoznačně vyplývá, že se setkali s kurzem sebeobrany, a měli by tak vědět, jak se v případné situaci bránit. V rámci odpovědí ostatních respondentů vyplývá, že by záchranáři měli podstupovat nejenom kurzy sebeobrany, ale také kurzy profesní komunikace, a to převážně z důvodů prevence násilných incidentů, či ovlivnění situace před příjezdem policie. Zmínit zde můžeme studii Grange a kolektivu z roku 2002, kde z výsledků vyplývá nutnost zaměřením se na školení pracovníků v rámci

sebeobranu, včetně jejich nácviku chování v zátěžových situacích. Tímto koreluje s našimi výsledky. Vzhledem k poskytování přednemocniční péče, není u jednotlivých krajských ZZS, problematika násilí zatím prioritou. Ovšem v období roku 2005 a 2006 došlo k jednorázovému proškolení zaměstnanců zdravotnických záchranných služeb v celé ČR. Výjimkou je ZZS hlavního města Prahy, která v roce 2005 v reakci na zvyšující se trend výskytu násilných napadení proškolila všechny své zaměstnance v komunikaci a sebeobraně, a i nadále tento kurz svým zaměstnancům nabízí. Dle Pekary a Koloucha tak vývojový trend násilných incidentů u této ZZS v roce 2007–2008 klesl téměř na polovinu, v následujících letech pak o 30–50 %. Což dokazuje, že kurzy profesionální komunikace a sebeobranu jsou velmi efektivním nástrojem pro prevenci násilných incidentů [52, 55, 59].

9.1 Vyhodnocení průzkumných otázek

Na základě stanovené první průzkumné otázky jsme prokázali, že nejčastějším důvodem agresivního jednání vedeného vůči zdravotnickým záchranářům jsou návykové látky. Tuto skutečnost potvrdili všichni dotazovaní respondenti.

Druhá průzkumná otázka ověřovala četnost násilných incidentů v přednemocniční péči. Zde musíme konstatovat, že incidenty nejsou výjimečné či ojedinělé, ale ve většině případů nebývají řešeny oficiální cestou nebo přímo Policií ČR. Jedná se ve větší míře o verbální útoky ze strany pacientů nebo jejich příbuzných. Verbální útok je veden proti záchranáři z nejrůznějších příčin. Zejména se jedná o pacienty pod vlivem návykových látek, ale verbální násilí užijí i pacienti, kteří jsou z nějakého důvodu nespokojeni s přístupem záchranáře. Výskyt verbálních útoků je ve srovnání s fyzickými útoky častější, ale nebývá po odeznění dále řešen.

Třetí průzkumná otázka se zaměřila na predikci násilného chování ze strany pacienta nebo jeho okolí. Výsledky podporují skutečnost, že již z tísňového volání lze agresivní situaci vypozařovat. Jsou specifikovány podněty jako je křik, vulgární rétorika či znatelná ebrieta jako možný kódovací znak. Společně se sledováním celého průběhu hovoru dokáže zkušený operátor odhadnout danou

situaci. Takto je možno vysílající posádku ZZS upozornit na možnou konfliktní situaci a preventivně připravit zdravotnické záchranáře na kontakt s násilným pacientem. Dle uvážení, je možno ihned vyžádat asistenci Policie ČR.

Čtvrtá průzkumná otázka poukázala na nedostatečné hlášení násilných incidentů ze strany záchranářů svým zaměstnavatelům. Důvodem, jak uvádějí dotazovaní, je nízká právní ochrana ve spojitosti s nízkou podporou managementu tyto situace následně řešit.

Poslední pátá průzkumná otázka byla zaměřena na přípravu zdravotnických záchranářů řešit násilné incidenty. Z výsledků vyplynulo, že ne všichni zdravotničtí záchranáři absolvovali kurz sebeobrany, či kurz profesionální komunikace i přes to, že je dokázané, že tyto kurzy dokážou velmi efektivním sloužit jako prevence násilných incidentů.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce si kladla za cíl přehledně a systematicky analyzovat násilná napadení zdravotnických záchranářů při poskytování přednemocniční péče v celém jejich rozsahu. Cílem této práce bylo poukázat na důležitost řešení ochrany zdravotníků v rámci výkonu jejich povolání. Tento fenomén totiž, v současné době stále postrádá standardní postupy řešení a taktéž preventivní opatření, která by vedla k větší bezpečnosti nejenom záchranářů v terénu, ale taktéž všech zdravotníků pracujících ve zdravotnických zařízeních.

Všechny stanovené cíle práce byly naplněny. Pro samotný výzkum byla zvolena kvalitativní metoda za pomoci hloubkových rozhovorů. Hlavní podstatou kvalitativního výzkumu je 12 hloubkových rozhovorů uskutečněných s operátory zdravotnického operačního střediska, dále se samotnými napadenými zdravotnickými záchranáři a s příslušníky Policie České republiky. Rozhovory byly koncipovány tak, aby byl zmapován celý průběh incidentu.

Z hlediska navržení možných opatření pro zvýšení osobní bezpečnosti zdravotnických záchranářů je velmi důležité se zaměřit na efektivní vzdělávání stávajících, ale i budoucích zdravotnických pracovníků v oblasti prevence násilí při výkonu povolání ve zdravotnictví. Podstatou takového vzdělávání musí být nalezení a následně uplatňování účinných postupů či prostředků, jejichž působení povede nejenom k omezení násilných incidentů, ale převážně k předcházení jeho vzniku a taktéž k jejich samotnému řešení. Pro toto povolání, kde dochází ke každodennímu kontaktu s lidmi ve zvlášť vypjatých situacích, je nezbytné do pracovních plánů zařadit pravidelná vzdělávání v oblasti krizové komunikace. Tyto kurzy mohou připravit zdravotníky na různé konfliktní situace, představí různé komunikační techniky, poukáže na nejčastější chyby ve vnímání komunikace, pomůže zvládnout různá komunikační nedorozumění a mnoho dalších komunikačních procesů. Dalším neméně důležitým směrem je umění sebeobrany jedince. Zařazení pravidelných kurzů pro vzdělávání v sebeobranných technikách se aktivně předejde následkům v podobě ublížení na zdraví zasahujícího záchranáře. K nácviku zvládnání agresivních pacientů a jejich útoků lze využít simulační výuku. Tato moderní forma vzdělávání je schopna, na základě simulací reálných krizových situací, umožnit účastníkům

výuky vyzkoušet své reakce, poučit se z případných chyb, a hlavně se adekvátně na takové případy preventivně připravit. V souvislosti s otázkou evidence všech incidentů je zapotřebí nastavit jednotná pravidla pro povinnosti hlášení všech násilných incidentů. Tady je nutné aktivní zapojení vyššího managementu organizací. Musí být kladen důraz na důležitost evidence těchto jevů. Tato evidence může být podpůrným podkladem v rámci budoucích požadavků na zvyšování ochrany zdravotníků jednak po stránce pracovní (ochranné pomůcky, přesčasy, školení), tak v případě požadavků na zvýšení právní ochrany zdravotníků z pozice zákonů. Každý zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnanci práci v kvalitních, a hlavně bezpečných podmínkách. Neméně důležitým krokem pro zajištění bezpečnosti zdravotnických záchranářů je větší medializace problému násilí ve zdravotnictví, je vhodné podporovat a vyzdvihovat práci záchranářů, a zároveň tvrdě odsuzovat tyto činy. V rámci využití mediálních prostředků je možné využívat odborné publikace se zaměřením na profesionální komunikaci, krizové řešení situací s důrazem na důležitost prevence.

11 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ČR – Česká republika

PČR – Policie České republiky

UK – Univerzita Karlova

ZOS – zdravotnické operační středisko

ZZ – zdravotnický záchranář

ZZS – zdravotnická záchranná služba

12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
2. BEDNÁŘ, Vojtěch. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4211-3.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-397-X.
4. CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
5. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
7. LAHNEROVÁ, Dagmar. *Asertivita pro manažery: jak využít pozitivní asertivní komunikace k dosažení svých cílů*. 2., rozš.. vyd. Praha: Grada, 2012. Komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-4406-3.
8. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
9. *Violence and Aggression to staff in health services: Guidance on assessment and management*. 2003. HSE Books, 1987. ISBN 0-7176-1466-2.
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
11. MACH, Jan. *Medicínské právo – co a jak: praktické rady pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Galén, [2015]. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7492-218-3.
12. MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.
13. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.
14. PEKARA, Jaroslav. *Kompetence zdravotnických záchranářů v České republice*. [Competency medical rescuers in the Czech republic]. Praha, 2009.

- 2 přílohy, 5 tabulek, 14 grafů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, 1. LF UK 2009. Mgr. Lenka Hejzlarová.
15. PEKARA, Jaroslav. Násilí ve zdravotnictví. *General Practitioner/Praktický Lekar*, 2013, 93.6.
 16. PLAMÍNEK, Jiří. *Konflikty a vyjednávání: umění vyhrávat, aniž by někdo prohrál*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4485-8.
 17. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
 18. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
 19. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk *Hry pro zoládání agresivity a neklidu*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-689-6
 20. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1213-X.
 21. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
 22. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
 23. VEVERA, Jan, et al. Deeskalace – *Základní intervence ke zoládání násilí*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114.5.
 24. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, SOLGAJOVÁ Andrea a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.
 25. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.
 26. VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.
 27. WOHLMUTH, Lukáš. *Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu*. 2016.
 28. Zákon 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

29. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
30. Komora záchranářů. [on-line]. *Dotazník: Napadení posádky ZZS.* [cit. 2021-01-13]. Dostupné z www: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/dotaznik-napadeni-posadky-zzs>
31. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [on-line]. *Komunikace ve zdravotnictví: vztah zdravotnický personál a pacient, stížnosti.* [cit. 2021-01-22]. Dostupné z www: <https://www.nzip.cz/clanek/481-zdravotnicky-personal-vs-pacient-stiznosti>
32. MORKEN Tone, Kjersti ALSAKER and Ingrid H. JOHANSEN. *Emergency primary care personnel's perception of professional-patient interaction in aggressive incidents -- a qualitative study.* BMC family practice [online]. 2016, [cit. 2020-01-22]. ISSN 14712296. Dostupné z: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0454-7>
33. NEŠPOR, Karel a Hana KARBANOVÁ. [on-line]. *Emoční nákaza: častý problém ve zdravotnictví i ve vztazích.* [cit. 2021-01-22]. Dostupné z www: <http://www.esznam.cz/index.php/rubriky/ruzne-clanky/3144-emocni-nakaza-casty-problem-ve-zdravotnictvi-i-ve-vztazich>
34. PEKARA, Jaroslav. [on-line]. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka.* [cit. 2021-01-27]. Dostupné z www: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>
35. PEKARA, Jaroslav. [on-line]. *Prevence násilí ve zdravotnictví.* [cit. 2021-01-22]. Dostupné z www: http://stopnasili.cz/wp-content/uploads/2016/04/11-N%C3%A1sil%C3%AD-ve-zdravotnictv%C3%AD_zdravotn%C3%ADk_pacient.pdf
36. PEKARA, Jaroslav. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky.* Č. Budějovice, 2015. disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
37. PETR, Tomáš. [on-line]. *Agresivní pacient – ošetrovatelský postup a používání omezovacích prostředků v psychiatrii.* [cit. 2021-01-22]. Dostupné z www: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=498>
38. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [on-line]. *Počet pacientů zdravotnické záchranné služby.* [cit. 2021-01-12]. Dostupné z www: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy>

- infrastruktura-zdravotni-pece--zdravotnicka-zachranna-sluzba--pocet-pacientu-zdravotnicke-zachranne-sluzby
39. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [on-line]. *Počet výjezdů zdravotnické záchranné služby*. [cit. 2021-01-12]. Dostupné z www: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--infrastruktura-zdravotni-pece--zdravotnicka-zachranna-sluzba--pocet-vyjezdu-zdravotnicke-zachranne-sluzby>
 40. Záchraná služba. [on-line]. *Systém zdravotnické záchranné služby v ČR*. [cit. 2021-01-12]. Dostupné z www: <https://zachrannasluzba.cz/system-zzs-v-cr/>
 41. Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje p. o.. [on-line]. *Napadání středočeských záchranářů přibývá*. [cit. 2021-01-13]. Dostupné z www: <https://www.uszssk.cz/napadani-stredoceskych-zachranaru-pribyva/>
 42. BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. 1. ed. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelekářských zdravotnických oborů; 2014. IBBN 978-80-7013-564-8
 43. KOZEL Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.
 44. PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-593-0.
 45. RAHMANI, HASSENKHANI, MILLS, et al. *Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: a cross-sectional analysis*. *Emerg Med Australas*. 2012;24(1):105–10
 46. Policie České republiky. *Statistické přehledy kriminality* [online]. 2021 [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/statistiky-kriminalita.aspx>
 47. KNOR Jiří, Jaroslav PEKARA, Jana ŠEBLOVÁ, David PEŘAN, Patrik CMOREJ a Jitka NĚMCOVÁ. *Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic*. *West J Emerg Med*. 2020;21(2):463-468. Published 2020 Feb 21. doi:10.5811/westjem.2019.10.43919
 48. KARLÍČEK, Miroslav. *Základy marketingu*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-5869-5

49. HOLMES, Thomas and Richard RAHE. *The Holmes and Rahe Stress Scale*. Justice Institute of BC, Centre for Leadership [online]. [cit. 2021-03-14]. Dostupné z: [https://www.jibc.ca/sites/default/files/community_social_justice/pdf/cl/Life_Stress_Self_Assessment_\(Holmes_and_Rahe\).pdf](https://www.jibc.ca/sites/default/files/community_social_justice/pdf/cl/Life_Stress_Self_Assessment_(Holmes_and_Rahe).pdf)
50. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
51. Preventing violence against health workers. *World Health Organization* [online]. 21.9.2018 [cit. 2021-04-9]. Dostupné z: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
52. HÁVA, Petr. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-21-4
53. Prevence násilí ve zdravotnictví – situace v ČR. *Prevence násilí na pracovišti* [online]. [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.cra-uzs.cz/bezpecnaprace/cz/informujte-se/fakta-a-cisla/cl/31/prevence-nasili-ve-zdravotnictvi--situace-v-cr>
54. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
55. PEKARA, Jaroslav a Petr KOLOUCH. *Zkušenosti s násilím ve vztahu zdravotník a pacient na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy v letech 2004–2014*. *Urgentní medicína*. 2016, roč. 19 č. 4, s. 35-41. ISSN 1212-1924.
56. ČERMÁK, Ivan. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8
57. MACH, Jan, 2009. *Aktuální právní problémy českého lékaře*. *Zdravotnictví a právo*. 1(2), 3-7. ISSN 1211-6432
58. SATO, Kana. *Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey* [online]. 2013 [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748912004397?via%3Dihub>

59. PROSECKÁ, Pavlína. *Agresivní pacient a zdravotníci, teorie, možnosti, řešení*. Brno, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, PhD., MPH
60. CHAPPELL, Duncan and Vittorio DI MARTINO, 2006. *Violence at Work* 3rd edn. Geneva: International Labour Office. ISBN 92-2-117948-6.
61. MAREŠOVÁ, Alena a Miroslav SCHEINOST, 2001. *Trendy kriminality v ČR z pohledu roku 2000*. In: Sociologický časopis. 37(1), 23-41. ISSN 0038-0288.
62. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
63. ZAMPIERON, Alessandra et al., 2005. *Survey on violence and aggression prevention and management strategies in European renal units*. In: *Journal of Renal Care*. Vol. 36, no. 2, pp. 60–67. ISSN 1755-6686.
64. VINTRILÍKOVÁ, Petra. *Záchranářku napadl agresor přímo v sanitce*. Chrudimskenoviny.cz [online]. 2021, 09.04.2021 [cit. 2021-5-1]. Dostupné z: <https://chrudimskenoviny.cz/kategorie/krimi/zachranarku-napadl-agresor-primo-v-sanitce>
65. HOLEK Martin a Anna Lacinniková. *Opilý muž v Hradci zaútočil na své známé, pak napadl i záchranáře. Skončil v cele*. Prima CNN [online]. 2021, 01.04.2021 [cit. 2021-5-1]. Dostupné z: <https://cnn.iprima.cz/opily-muz-na-kralovehradecku-zautocil-na-zachranare-skoncil-spoutany-na-luzku-22158>
66. PÁNEK, Jiří. *Jsem dobytek, kál se muž za vyhrožování záchranářům. Dostal tři roky*. IDNES.cz [online]. 2021, 06.01.2021 [cit. 2021-5-1]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/praha/zpravy/zachranarna-sluzba-zdravotnici-vyjezd-nebezpeci-vyhruzky-nuz-sebeobrana-soud.A210105_123403_praha-zpravy_iri
67. KUKLOVÁ, Daniela. *Události v regionech: Napadení záchranářů na Karlovarsku*. Události v regionech [online]. 2021, 25.06.2020 [cit. 2021-5-1]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/10118379000-udalosti-v-regionech-praha/220411000140625-udalosti-v-regionech/obsah/775840-napadeni-zachranaru-na-karlovarsku>

13 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Metody řešení konfliktu	20
Obrázek 2 - Procesy probíhající při afektivní agresi	33
Obrázek 3 - Shrnutí tří složek zásad deeskalace konfliktů	38

14 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 - Počet pacientů ZZS 2017	42
Tabulka 2 - Počet výjezdů zdravotnické záchranné služby 2017	42
Tabulka 3 – Výtržnictví – Útoky na záchranáře.....	43
Tabulka 4 - Výsledky testu psychosociální zátěže.....	60

15 SEZNAM POUŽITÝCH SCHÉMAT

Schéma 1 - Kódování rozhovorů	48
-------------------------------------	----

16 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Otázky k hloubkovým rozhovorům

Otázky pro napadené ZZ:

1. Uveďte prosím dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.
2. Popište prosím, co se přesně stalo? A jak jste na situaci reagoval?
3. Jak často se s takovými situacemi setkáváte?
4. Co by se muselo stát, aby se dané situaci dalo zabránit?
5. Řešil byste situaci v tomto časovém odstupu, jinak?
6. Jak jste takovou situaci hlásil?
7. Byl jste za posledních 5 let proškolen v sebeobraně? Pokud ne, měl byste být? Proč?
8. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání?
9. Dostal jste se někdy do situace, že jste použil hrubou sílu vůči pacientovi?
10. Myslíte si, že by se dalo podobným situacím předcházet? (a jakým způsobem)
11. Co si myslíte, že by zvýšilo vaši bezpečnost, schopnost se bránit?
12. Myslíte si, že řešení těchto incidentů je dostatečné? (vyšetření, potrestání, satisfakce)

Otázky pro PČR:

1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.
2. Byl jste někdy povolán k případu v souvislosti s napadením zdravotnického záchranáře, nebo víte o takové situaci bližší informace?
3. Jak jste se na místo dostal? (byl jste na místě události v době incidentu, nebo Vás dodatečně přivolali skrz ZOS)
4. Jak často se s tím setkáváte?
5. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?
6. Jak by se dalo těmto situacím předcházet? (kurzy apod.?)

7. Proč dochází ke zklidnění situace v momentě Vaší přítomnosti? (větší autorita, větší respekt)
8. Jak jsou tyto situace, v danou chvíli, nejčastěji řešeny? Domluvou nebo je častěji přistoupeno k donucovacím prostředkům?

Otázky pro ZOS:

1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.
2. Máte osobní zkušenost se situací, při které byl napaden zdravotnický záchranář? (popište situaci)
3. Jak dokážete tzv. vykódovat, zda se jedná o situace s prvky násilí?
4. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?
5. Co je impulzem k tomu, že požádáte asistenci PČR u případu, v rámci udržení bezpečnosti posádky?
6. Jak často si záchranáři vyžadují asistenci PČR s ohledem na svou bezpečnost?
7. Myslíte si, že lze odhadnout agresivní chování, a tím předejít napadení, již z tísňového volání?
8. Pokud dojde k napadení, jak postupujete s hlášením události?

Příloha 2 Rozhovory

Rozhovor 1 (Respondent 1 – ZOS)

- 1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.**

„Mám vystudovaného zdravotnického záchranáře a na operačním středisku pracuju 2 roky, zároveň dělám záchranáře už 3 roky.“

- 2. Máte osobní zkušenost se situací, při které byl napaden zdravotnický záchranář? (popište situaci)**

„Ano, mám. Jak na zdravotnickém operačním středisku, tak v rámci výjezdové činnosti – přímo osobní zkušenost. Dekompenzovaný mladý schizofrenik, který vynechal medikaci, ale byl klidný. Při příchodu do sanity akcelerace agresivity. Bylo to tehdy složité. Velmi náročné brachiální a medikamentózní zklidnění pacienta. Došlo tam i ke zranění výjezdové skupiny.“

- 3. Jak dokážete tzv. vykódovat, zda se jedná o situace s prvky násilí?**

„Asi bych řekl, že je to většinou o osobní zkušenosti. Znímám to z toho terénu, takže jako operátor to mám asi jednodušší. Je to o kladení správných otázek, poslouchat, co se v tom telefonu děje – nějaký křik v pozadí a tak, případně, že volající je rozrušený a zvyšuje hlas.“

- 4. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?**

„Arogantní chování operátorů nebo záchranářů, návykové látky, tíživé životní situace ve vztahu k nepochopení zasahujících složek.“

- 5. Co je impulzem k tomu, že požádáte asistenci PČR u případu, v rámci udržení bezpečnosti posádky?**

„Obecně jakékoli nebezpečné prostředí, verbální agrese známa již z telefonu, třeba vyhrožování. V rámci výjezdu potom agresivní chování, tím myslím pokřikování v nějaké větší míře, nebo když fyzicky odmítá vyšetření a má známky poranění, které je potřeba ošetřit.“

- 6. Jak často si záchranáři vyžadují asistenci PČR s ohledem na svou bezpečnost?**

„Je to poměrně často, já je vysílám většinou společně, když mám nějaké podezření, a i když jsem na výjezdu, tak většinou tam v těch komplikovanějších případech už jsou. To dovolávání z místa, kvůli agresi, podle mě není tak časté.“

- 7. Myslíte si, že lze odhadnout agresivní chování, a tím předejít napadení, již z tísňového volání?**

„Ve většině případu ano. Volající jsou už agresivní z hovoru. Z mého pohledu, pokud umí výjezdová skupina pracovat se stresem, zvládne na místě uklidnit mnoho agrese pouhým vlídným slovem.“

8. Pokud dojde k napadení, jak postupujete s hlášením události? (záznamem)

„Dle interního předpisu máme povinné hlášení napadení výjezdové skupiny, případně zranění, stejně jako nutné fyzické či medikamentózní omezení klienta.“

Rozhovor 2 (Respondent 2 – ZOS)

1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám bakalářské vzdělání v oboru Zdravotnický záchranář a pracuji na operačním středisku 3,5 roku.“

2. Máte osobní zkušenost se situací, při které byl napaden zdravotnický záchranář? (popište situaci)

„Nějakou zkušenost mám, nejčastěji jde o opilé příbuzné, nezřídky kdy opilý pacient, takové obvyklé pokusy o údery rukama. Častěji se potom objevuje verbální napadání, to i v rámci volání k nám.“

3. Jak dokážete tzv. vykódovat, zda se jedná o situace s prvky násilí?

„Obvykle se to dá vytušit. Je tam možnost, že to volající popíše, nebo je sám volající agresivní, vulgární, slyším hlasy nebo křik v pozadí, opilost spojená s tím, že volající se nedokáže vyjádřit, co se vlastně stalo.“

4. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Řekla bych, že nejčastěji to jsou alkohol, drogy a psychiatrické diagnózy“

5. Co je impulzem k tomu, že požádáte asistenci PČR u případu, v rámci udržení bezpečnosti posádky?

„Když slyším hluk, dojde k nadávkám volajícího nebo i když je to patrné z okolí, když nás volají a ten důvod je právě, že zranění byla způsobena nějakým násilím.“

6. Jak často si záchranáři vyžadují asistenci PČR s ohledem na svou bezpečnost?

„Momentálně v době COVID-19 je to méně. Jinak v běžném režimu o svátcích a víkendech je to dost pravidelné.“

7. Myslíte si, že lze odhadnout agresivní chování, a tím předejít napadení, již z tísňového volání?

„Ano jde to, ale asi to úplně neodhadneme vždycky.“

8. Pokud dojde k napadení, jak postupujete s hlášením události? (záznamem)

„Zapíšeme to co nejpodrobněji do dokumentace, a navíc se to píše do hlášení managementu.“

Rozhovor 3 (Respondent 3 – ZOS)

1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám vystudovanou diplomovanou sestru pro intenzivní péče na operačním středisku pracuji 14 let.“

2. Máte osobní zkušenost se situací, při které byl napaden zdravotnický záchranář? (popište situaci)

„Bylo toho hodně. Od střelby na posádku, napadení posádek bez použití zbraně, taky si vybavuji psychiatrickou pacientku, která vytáhla na posádku nůž. A ve velké míře je to tedy slovní agrese, většinou pod vlivem alkoholu, eventuálně jiných drog. Vesměš vždy dovolána policie, taky proto aby potvrdila intoxikaci.“

3. Jak dokážete tzv. vykódovat, zda se jedná o situace s prvky násilí?

„Podle hrubé a vulgární rétoriky, znatelná ebrieta, nebo třeba známe prostředí – ubytovny, bary, kde už k nějakým podobným incidentům došlo.“

4. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„To je složité. Určitě tam hrají významnou roli návykové látky. Ale může to být vyvoláno obyčejným strachem, bezmocí a pak nesouhlas s vyšetřením, ale to je spíše zase spojeno s těmi návykovými látkami.“

5. Co je impulzem k tomu, že požádáte asistenci PČR u případu, v rámci udržení bezpečnosti posádky?

„Verbální agrese, nebo když ta situace není moc přehledná, jako že volající moc nekomunikuje, nedokáže odpovídat na otázky – to jsou zase ty známky intoxikace. Taky případné vyhrožování, že pokud neprijedeme, někomu něco udělá, nebo že má zbraň“

6. Jak často si záchranáři vyžadují asistenci PČR s ohledem na svou bezpečnost?

„To záleží, někteří si ji dovolávají pokaždé, když se jedná o výzvu s názvem „psychóza“. Ale jinak jsou posílání současně. Třeba tak 1 - 2 do měsíce, si ji vyžadují sami.“

7. Myslíte si, že lze odhadnout agresivní chování, a tím předejít napadení, již z tísňového volání?

„Ve většině případů ano. Je to asi jen o tom kódování a nějaké zkušenosti – případně, když operátor má trochu přehled o tom, že napadení proběhlo a za jakých podmínek, potom si na to může dávat pozor. Ale jak jsem říkala hluk na místě, slovní agresivita a vulgarita volajícího a okolí, znatelná ebrieta.“

8. Pokud dojde k napadení, jak postupujete s hlášením události? (záznamem)

„Vše podrobně zapsat do záznamu o výjezdu, eventuálně vyplnění formuláře hlášení nežádoucí události a oznámení vedoucímu pracovníkovi.“

Rozhovor 4 (Respondent 4 – ZOS)

1. Uveďte prosím své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám vystudované bakalářské studium všeobecné sestry a pracuji jako operátorka tísňové linky 10 let.“

2. Máte osobní zkušenost se situací, při které byl napaden Zdravotnický záchranář? (popište situaci)

„Ano, mám. Pracuji tady poměrně dlouho, takže jsem už něco málo zažila. Je poměrně těžké si hned vybavit některý z případů, ale ve velké míře se jedná o slovní napadání. Nicméně také hodně pokusů o kopání, údery nebo odstrkování rukama. V restauraci a barech pak použití taky například skleniček, v domácím prostředí například kuchyňského vybavení.“

3. Jak dokážete tzv. vykódovat, zda se jedná o situace s prvky násilí?

„Řekla bych, že hodně záleží na místě, odkud pacient volá. Když slyším křik, vulgarismy, nebo hluk v okolí říkám si, že je tam něco asi špatně.“

4. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Jednoznačně návykové látky, hned za nimi různé druhy psychiatrických onemocnění. Ale není to pravidlem, agresivní může být také člověk, který jen cítí bezmoc a má strach o své zdraví, nebo někdo z rodiny, kdo nabije dojmu, že záchranáři nedělají vše, co by měli.“

5. Co je impulzem k tomu, že požádáte asistenci PČR u případu, v rámci udržení bezpečnosti posádky?

„Dávám hodně na místo výjezdu. Takže restaurace, bary, hodně známé ubytovny, když je to spojeno s nějakým dalším signálem. Tím myslím opilost, agresivní jednání už

v rámci hovoru, nebo podezřelý křik v dáli. Ale asi je to o osobním pocitu, u psychóz většinou taky žádám asistenci.“

6. Jak často si záchranáři vyžadují asistenci PČR s ohledem na svou bezpečnost?

„Osobně se snažím policii posílat hned, když mám podezření. Nedokážu asi říct jak je to často, ale rozhodně se to stává několikrát do měsíce.“

7. Myslíte si, že lze odhadnout agresivní chování, a tím předejít napadení, již z tísňového volání?

„Určitě ano, ale je to dost o osobním pocitu a schopnosti analyzovat celou situaci. Ale když jsme mluvili o tom kódování situace, tak bych jako kódy určitě zařadila přítomnost návykové látky, křik v okolí, agresivita a vulgarismy v rámci hovoru a psychiatrické onemocnění.“

8. Pokud dojde k napadení, jak postupujete s hlášením události? (záznamem)

„Jsou k tomu interní předpisy, jako napadení výjezdové skupiny. Je tam potřeba co nejpodrobněji popsat hovor a celou událost, vše zapsat. Na místo se většinou posílá inspektor provozu.“

Rozhovor 5 (Respondent 1 – ZZS)

1. Uveďte prosím dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám bakalářské vzdělání v oboru Ošetrovatelství a pracuji už 13 let na zdravotnické záchranné službě. Pracujeme ve dvojicích, takže se střídám na pozici řidiče a záchranáře.“

2. Popište prosím, co se přesně stalo? A jak jste na situaci reagoval?

„Jednou se mi stalo, že mě napadl příbuzný pacienta. Byl to případ, kdy jsme na začátku směny, jeli k případu paní, která měla rozbitou hlavu a kroácela. Přijeli jsme do jistého bytu, vešli dovnitř a začali jsme se paní věnovat, po zjištění, že se nejednalo jenom o tu rozbitou hlavu, ale paní měla pořezanou i ruku a viděli jsme taky, že se na stole ležela nějaký alkohol a rozbité sklenice, tak jsme se snažili zjistit, jak ke zranění došlo. V tu dobu do místnosti vešel přítel nebo manžel paní a začal hrozně vyvádět. Asi byl překvapený, kdo se nachází u nich v kuchyni a taky v tom hrál roli ten alkohol. Začal nadávat a potom se po mě ohnal, srazil mě na zem. Naštěstí jsem měl pohotového kolegu, který mi hned pomohl ho trochu zpacifikovat. Ihned jsme si dovolali policii a takhle jsme čekali na jejich příjezd. Naštěstí se mi nic vážného nestalo, odnesl jsem si jen pár modřin po tom pádu.“

3. Jak často se s takovými situacemi setkáváte?

„Se situacemi, kdy opravdu dojde až k nějakému fyzickému napadení podle mě nedochází tak často. Za to klasické slovní napadání zažíváme minimálně jednou do týdne. „Kolikrát jste se s tím fyzickým tedy setkal? „Nechci lhát, ale 3krát určitě, teď jsem mluvil o nejčerstvějším zážitku.“

4. Co by se muselo stát, aby se dané situaci dalo zabránit?

„Ty jo. Občas nad těma situacema přemýšlím a říkám si, co jsme udělali špatně. Ale asi je pravda, že si za to do jisté míry můžeme i sami. Asi člověk, který má pocit, že je jeho život nějakým způsobem ohrožený, cítí se nekomfortně, nebo má strach reaguje různě. Takže možná styl komunikace z naší strany?“

5. Řešil byste situaci, v tomto časovém odstupu, jinak?

„Ono, když člověk takhle sedí a přemýšlí nad tou situací, tak má pocit, že by se zachoval jinak. Ale nevím, ve skutečnosti bych asi reagoval stejně.“

6. Jak jste takovou situaci hlásil?

„Volal se inspektor provozu, se kterým se to dále řešilo jako fyzické napadení člena výjezdové skupiny.“

7. Byl jste za posledních 5 let proškolen v sebeobraně? Pokud ne, měl byste být? Proč?

„Ano byl. Máme přímo kurz u ZZS.“

8. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání?

„Určitě je ta agresivita nejvíce spojená s návykovými látkami.“

9. Dostal jste se někdy do situace, že jste použil hrubou sílu vůči pacientovi?

„Dostal jsem se, ale bylo to jenom u intoxikovaných pacientů. Někdy prostě není jiná možnost do příjezdu policie.“

10. Myslíte si, že by se dalo podobným situacím předcházet? (a jakým způsobem)

„Jak už jsem zmínil, určitě by pomohly lepší komunikační dovednosti.“

11. Co si myslíte, že by zvýšilo vaši bezpečnost, schopnost se bránit?

„To je zajímavá otázka. Asi snížit počet výjezdů a tím přepracovanost posádek, i když je to věc, která se tolik ovlivnit nedá. Trochu si myslím, že by to mohlo vést k lepší komunikaci, kdyby toho na nás nebylo tolik. Prostě by jsme neztráceli nervy.“

12. Myslíte si, že řešení těchto incidentů je dostatečné? (vyšetření, potrestání, satisfakce)

„Myslím si, že řešení není dostatečné. Už jen z toho důvodu se moc případů nehlásí, protože je to většinou slovo proti slovu, že jsme to jednání vyprovokovali.“

Rozhovor 6 (Respondent 2 – ZZS)

1. Uveďte prosím dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám bakalářské vzdělání v oboru Zdravotnický záchranář a navazující v oboru Civilní nouzové plánování. Ano, jsem inženýr. Na záchrance pracuji už 7 let a jezdím jako záchranář, nebo jako řidič. Střídáme se.“

2. Popište prosím, co se přesně stalo? A jak jste na situaci reagoval?

„Dobře. To bylo jednou v nějakém baru, je to maximálně dva roky zpátky. Nebylo to teda nic příjemného. Ale přijeli jsme na místo, kde údajně měl být někdo s tržnou ránou a velkým krvácením. V podstatě hned, když jsme vešli do místnosti, tak na nás začali pokřikovat. Ještě bych teda zmínil, že pacient byl cizinec, takže kolem sebe měl své přátele a všichni pokřikovali. V momentě, kdy jsme se dostali k pacientovi, chtěli se podívat na tu pořezanou ruku tak jsem si nejprve vyslechl řadu pěkných slov a hned na to mi pán dal pěstí. Což už jsem docela tušil, že by se to mohlo ještě více rozjet tím, že tam měl přátele. Začali jsme couvat a odešli do sanity. Tam jsme potom dovolávali policii, ale jen se to nahlásilo inspektorovi nic víc.“

3. Jak často se s takovými situacemi setkáváte?

„To fyzické napadení je zřídka, ale je, i když se o tom tolik nemluví. Ve větší míře se pak jedná o verbální napadání. V centru Prahy poměrně časté.“

4. Co by se muselo stát, aby se dané situaci dalo zabránit?

„Myslím, že to nedokážeme tolik ovlivnit, protože se většinou jedná o jednání, které je pod vlivem nějaké drogy, tím je většinou ta agrese vyvolána. No. Myslím tím všechny návykové látky samozřejmě. Takže jediné méně alkoholu a drog.“

5. Řešil byste situaci, v tomto časovém odstupu, jinak?

„Řešil bych to stejně. Vždycky je přece lepší ustoupit.“

6. Jak jste takovou situaci hlásil?

„Hlásilo se to jen inspektorovi provozu. Situace se obešla v podstatě bez většího zranění, takže jsem to dál neřešil.“

7. Byl jste za posledních 5 let proškolen v sebeobraně? Pokud ne, měl byste být? Proč?

„Ano byl.“

8. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání?

„Určitě vliv omamných a psychotropních látek, když bych to měl zaměřit na agresivitu, která je přímo od ošetřované osoby. Ale slyšel jsem i případy, kdy byl někdo napaden nějakým příbuzným, nebo dokonce, že došlo k poranění kolegy psem.“

9. Dostal jste se někdy do situace, že jste použil hrubou sílu vůči pacientovi?

„Hrubou sílu jsem asi nepoužil. Ale občas jsem měl chuť. Hlavně v případech, kdy člověk zbytečně vyvádí, nechce se nechat ošetřit, ale vlastně od nás tu pomoc vyžaduje. Spíš mě to jen naštvne, rupnou mi nervy a začnu zvyšovat hlas.“

10. Myslíte si, že by se dalo podobným situacím předcházet? (a jakým způsobem?)

„Nevím jak. Když jsou pod vlivem nějaký látky, tak to jde těžko ovlivnit.“

11. Co si myslíte, že by zvýšilo vaši bezpečnost, schopnost se bránit?

„Status úřední osoby, jinak je to pořád jen spáchání přestupku. I když se o tom pořád mluví, zatím to nikdo neschválil. Uvidíme, doufám, že třeba za pár let.“

12. Myslíte si, že řešení těchto incidentů je dostatečné? (vyšetření, potrestání, satisfakce?)

„Přesně to jsem měl na mysli. Nemáme dostatečnou ochranu a vesměs se to řeší jen tím přestupkem. Dokud nedojde opravdu k těžké újmě na zdraví, nebo poškození majetku ZZS, tak to skoro žádný záchranář nehlásí, nemá to význam.“

Rozhovor 7 (Respondent 3 – ZZS)

1. Uveďte prosím dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Studoval jsem vyšší odbornou školu v oboru Zdravotnický záchranář a pracuji už ZZS už 5 rokem.“

2. Popište prosím, co se přesně stalo? A jak jste na situaci reagoval?

„No, incident byl s opilý chlapíkem, který byl jednoduše opilý a dost konfliktní. Volali nás do místní hospody, že se tam pár chlapů trochu poždůchalo, a že je teda vyhodili, ale před hospodou sedí jeden, který asi potřebuje ošetřit. Když jsme dojeli na místo pacient už od pohledu vypadal, že toho alkoholu neměl málo. Pamatuji si, že se zvedl ze země a šel nám naproti, tak jsme ho poprosili, aby šel s námi do sanity, že ho prohlídne a případně ošetříme. Začal odporovat a nadávat, pak se mě pokusil i kopnout – tomu jsem se ale vyhnul. Hned na to se začal ohánět pěstí a nadávek přibývalo. Tím, že se nějakou dobu věnuji bojovým sportům, jsem se mu bránil, takže se mi nic nestalo. Pána to trochu uklidnilo nebo si možná uvědomil, že na mě tohle neplatí a relativně se uklidnil, nakonec se nechal i bez dalších zbytečných výstupů ošetřit.“

3. Jak často se s takovými situacemi setkáváte?

„S fyzickým napadením se setkávám výjimečně, i s kolegy, co se tak bavíme, to není příliš často. Naopak slovní napadání je náš denní chleba.“

4. Co by se muselo stát, aby se dané situaci dalo zabránit?

„Lidi by nesměli být hloupí, nesměli by tolik pít a užívat jiné omamné látky. Ono se tomu jinak zabránit nedá. Pokud ta agrese teda není vyvolána z naší strany, a i v tomhle případě dotyčný většinou něco požil, že si nějakou třeba větu od nás vzal moc osobně. Ale to se moc nestává, že bychom někoho takhle vyprovokovali.“

5. Řešil byste situaci, v tomto časovém odstupu, jinak?

„Nevím. Většinou se v neobvyklých situacích chovám instinktivně.“

6. Jak jste takovou situaci hlásil?

„Nehlásil jsem to. Podle mě tohle absolutně nemá význam, nemáme status úřední osoby, takže člověk za to není nijak zvlášť potrestán.“

7. Byl jste za posledních 5 let proškolen v sebeobraně? Pokud ne, měl byste být? Proč?

„Je to můj koníček.“ Co přesně? „Od dětství se věnuji judu.“

8. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání?

„Alkohol a drogy. Ty lidi si pak neuvědomují co dělají.“

9. Dostal jste se někdy do situace, že jste použil hrubou sílu vůči pacientovi?

„Ano, v situaci, kterou jsem na začátku popisoval.“ Jiná situace nenastala? „Tak jsou situace, kdy třeba pacientovi chytím ruku, když se vzpírá, nebo to vypadá, že se po mně chce ohnat. Ale to je asi normální, spíš dokážu pořádně zvýšit hlas.“

10. Myslíte si, že by se dalo podobným situacím předcházet? (a jakým způsobem)

„To neumím posoudit. Možná, kdybych byl skvělý řečník, tak bych to dokázal nějakým způsobem ukecat. Takže nějaké zaměření na lepší komunikaci možná.“

11. Co si myslíte, že by zvýšilo vaši bezpečnost, schopnost se bránit?

„Je to prostě náhoda, že potkáte někoho, kdo vám chce ublížit. Vesměs jsou to situace, které nelze předvídat. Takže za mne zkušenosti a léta praxe v boji. A určitě jsem pro častější kurzy sebeobrany, když se tomu někdo nevěnuje jako já, a možná i ta komunikace, jak jsem zmínil.“

12. Myslíte si, že řešení těchto incidentů je dostatečné? (vyšetření, potrestání, satisfakce?)

„Určitě není. Zlepšil by to ten status úřední osoby. Třeba by lidi trochu více přemýšleli, když by se to medializovalo a tak. A taky by to třeba dohnalo k více hlášením těchto případů, protože bez nějakého poškození majetku nebo zdraví se na to kašle.“

Rozhovor 8 (Respondent 4 – ZZS)

1. Uveďte prosím dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Jsem diplomovaný zdravotnický záchranář a pracuji u ZZS už 10 let, vždy na RZP ve dvojici.“

2. Popište prosím, co se přesně stalo? A jak jste na situaci reagoval?

„Jednou jsme jeli k případu mezi bezdomovce. To už v tu chvíli víte, že tam může dojít k čemukolivo. Většinou jsou opilí a obvykle i pod vlivem jiných látek. Tehdy se tam jelo v noci a teda musím říct, že to prostředí nebylo moc příjemné. Mělo to být zároveň s asistencí policie, ale na místo jsme dorazili jako první. Probíhalo to normálně, vystoupili jsme, vytáhli batohy a šli k pacientovi. Ten seděl na zemi a stěžoval si na bolest nohy. Jednalo se tam o otevřenou frakturu tibie. Při fixaci končetiny mi pomáhal i kolega, ale z ničeho nic se na mě zezadu vrhl nějaký člověk. Shodil mě na zem a řval co mu to děláme, že mu nemáme ubližovat a spoustu nadávek okolo. Snažil jsem se bránit, shodil ho ze sebe a snažil se vysvětlit, že jsme ze zdravotnické záchranné služby a že má pacient zlomenou nohu a chceme mu pomoci. Naštěstí brzo dorazila policie, kteří ho od nás odvedli.“

3. Jak často se s takovými situacemi setkáváte?

„Hodně se setkáváme s verbálním napadáním, hlavně u opilých pacientů. A přímo s násilím to je třeba jen jednou za měsíc. Ale teda i to je docela dost, vzhledem k tomu, že s tímhle setkávají určitě všechny ZZS nejenom ta naše. To hned máte nějakých 15 napadení za měsíc.“

4. Co by se muselo stát, aby se dané situaci dalo zabránit?

„Musel bych být opatrnější. Určitě to byla i moje vina, měl jsem si trochu zkontrolovat okolí. Je to při té záchrane důležité krok, aby se vědělo, kdo jsme a co tam děláme. Ještě navíc, když se nacházíte v prostředí, které neznáte, a mezi existencemi, od kterých nevíte, co čekat.“

5. Řešil byste situaci, v tomto časovém odstupu, jinak?

„Vůbec nevím, asi ne. Jen musím uznat, že si od té doby dávám větší pozor na to, co se mi odehrává za zády. Už jenom proto, abych se do stejné situace nedostal.“

6. Jak jste takovou situaci hlásil?

„Nehlásil jsem. Nic vážného se mi nestalo, jen nějaké modřiny. Takže bych z toho měl jen nějaké oplétačky a ve výsledku by se stejně nic nevyřešilo.“

7. Byl jste za posledních 5 let proškolen v sebeobraně? Pokud ne, měl byste být? Proč?

„Byl jsem v sebeobraně v rámci ZZS proškolen jen jednou. Upřímně ani nevím, před jakou dobou to bylo.“

8. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání?

„Návykové látky a bývají to teda převážně muži.“

9. Dostal jste se někdy do situace, že jste použil hrubou sílu vůči pacientovi?

„Občas zvýším hlas a snažím se být více důrazný, ale hrubou sílu jsem vědomě určitě nepoužil.“

10. Myslíte si, že by se dalo podobným situacím předcházet? (a jakým způsobem?)

„Myslím, že když nám asistuje u výjezdu policie tak je to svým způsobem předcházení napadení, protože můžou ihned zakročit. Ale není možné, aby s námi jezdili na každý výjezd. Jinak taky záleží na záchranáři, jak k pacientu přistupuje a jak dokáže komunikovat.“

11. Co si myslíte, že by zvýšilo vaši bezpečnost, schopnost se bránit?

„Asi bych uvažoval ten kurz sebeobrany znovu, to by nebylo nic proti ničemu. Nic jiného mě nenapadá.“

12. Myslíte si, že řešení těchto incidentů je dostatečné? (vyšetření, potrestání, satisfakce)

„Určitě ne. Sice byly o něco zvýšené tresty za napadení záchranářů, ale dostatečné to z mého pohledu není. Hodně případů se poslední dobou medializuje, ale ty tresty jsou nakonec směšné. To je taky jeden z důvodů, proč se ty případy moc nehlásí.“

Rozhovor 9 (Respondent 1 – PČR)

1. Uveďte své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám bakalářské vzdělání v oboru Bezpečnostní management a pracuji už 5 let u státní policie.“

2. Byl jste někdy povolán k případu v souvislosti s napadením zdravotnického záchranáře, nebo víte o takové situaci bližší informace? Popište.

„Ano, zažila jsem několikrát, ale většinou to byly jen drobné napadení – strkanice z důvodu, že se pacient nechtěl nechat ošetřit. V podstatě, po té strkanici přestanou ošetřovat, zavolají si nás a čekají do našeho příjezdu. Zbytečně neriskují, a možná proto jsem nic velkého neviděla.“

3. Jak jste se na místo dostala? (byl jste na místě události v době incidentu, nebo Vás dodatečně přivolali skrz ZOS)

„Zažila jsem oba případy.“

4. Jak často se s tím setkáváte?

„Není to tak často. Nebo, řekla bych, že klidně i 11 - 12 krát do roka. Kdy při nějakém výjezdu tohle zaznamenám, kdy vidím, že se po záchranářích ty lidi sápu. Ale z toho je nahlášeno třeba jednou maximálně dvakrát.“

5. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Jednoznačně to jsou drogy a alkohol. Lidi pod vlivem různých látek jednají jinak. A zrovna v tomhle případě si neuvědomují, že ti záchranáři jim chtějí pomoci.“

6. Jak by se dalo těmto situacím předcházet? (kurzy apod.)

„Nemyslím si, že se na tyto situace dá připravit, popřípadě se naučit, jak jim předcházet. Ale je určitě výhodou, když záchranáři vědí, jak se bránit, nebo jak ideálně s agresivními lidmi komunikovat. Takže maximálně nějaké kurzy v tomhle ohledu – sebeobrana a komunikace.“

7. Proč dochází ke zklidnění situace, v momentě Vaší přítomnosti? (větší autorita, větší respekt)

„Z mého pohledu to je dané tím, že můžeme používat donucovací prostředky jako PČR. Ale autorita, nebo respekt? To v dnešní době vůči nám nemá snad nikdo. A už vůbec ne tito agresivní jedinci, kteří jsou pod vlivem.“

8. Jak jsou tyto situace v danou chvíli, nejčastěji řešeny? Domluvou nebo je častěji přistoupeno k donucovacím prostředkům?

„To se odvíjí od další komunikace s těmi osobami, každý případ je posuzován zvlášť. Taky záleží na závažnosti zranění, toho způsobu napadení a vlastně na celém tom incidentu. Ono je to těžké, třeba ty případy, které jsem zažila, se ani oficiálně nehlásili jako napadení. Navíc, záchranáři nejsou bráni jako úřední osoby, takže tam jde většinou jen o přestupek.“

Rozhovor 10 (Respondent 2 – PČR)

1. Uveďte své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám úplné střední vzdělání s maturitou a pracuji 9 let u pořádkové policie.“

2. Byl jste někdy povolán k případu v souvislosti s napadením zdravotnického záchranáře, nebo víte o takové situaci bližší informace? Popište.

„Ano, byl jsem na takovém případě. Jeli jsme tehdy do nějakého baru, kde vznikla snad nějaká rvačka, následně po nějakém uklidnění situace si údajně ti agresoři zavolali záchranku. Byly tam nějaké zranění s krví, pořezání, nebo něco takového. To úplně nevím. Každopádně nás volali ti záchranáři. Že přijeli na místo, někdo tam chtěl ošetřit, ale

očividně ta situace nebyla ještě úplně klidná, a když si pacienta teda brali do sanitky, jiný aktér toho záchranáře vytáhl ze dveří a shodil ho na zem. Následně udeřil pěstí i do druhého záchranáře. Ti si nějak navzájem sami pomohli a zavřeli se v autě, a právě vyžadovali naši asistenci.“

3. Jak jste se na místo dostal? (byl jste na místě události v době incidentu, nebo Vás dodatečně přivolali skrz ZOS)

„U toho případu, který jsem teď popisoval, jsme byli dovoláni dodatečně. Nikdo nás předtím neinformoval, že nějaká rvačka proběhla už předtím. Takže ten výjezd byl přímo na to napadení záchranáře.“

4. Jak často se s tím setkáváte?

„S něčím takovým větším je to třeba dvakrát do roka. Ale když s těmi záchranáři spolupracujeme a setkáváme se na jiných událostech, které nejsou spojené s jejich napadením, tak hodně vypráví, že ty lidi nemají úctu. Že je slovně napadají téměř každý den, a to bez nějakého důvodu, třeba jen, že, podle nich, prostě přijeli pozdě.“

5. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Tak předpokládám, že to jsou návykové látky. Ale lidi jsou různí. Slyšel jsem i o případu, že někdo z rodiny byl agresivní, a to prý z důvodu, že vyžadoval ošetření lékařem a poslali mu záchranáře.“

6. Jak by se dalo těmto situacím předcházet? (kurzy apod.)

„Každá ta situace je specifická. Zákony ČR zajišťují lékařskou péči komukoliv, jestli se nepletu, takže prostě těm situacím záchranáři nějak předcházet asi nemůžou. Že by si třeba řekli, že ten je agresivní, takže by nám mohl něco udělat, toho ošetřovat nebudeme. To nejde no. Ale když jste zmínila ty kurzy, tak určitě by měli vědět, jak se pachateli ubránit. Ale na druhou stranu by taky měli vědět, co si mohou dovolit, aby tou sebeobranou neublížili pak spíš sami sobě.“

7. Proč dochází ke zklidnění situace, v momentě Vaší přítomnosti? (větší autorita, větší respekt)

„Většinou k tomu zklidnění dojde až v okamžiku, kdy dojde k omezení osobní svobody. Ale respekt k policii u agresivní osoby určitě neexistuje.“

8. Jak jsou tyto situace v danou chvíli, nejčastěji řešeny? Domluvou nebo je častěji přistoupeno k donucovacím prostředkům?

„To je taky oříšek. Vždycky záleží na dané situaci. Když je nahlášena a dojde k zranění, je to evidováno jako přestupek. Nevybavuji si zrovna žádný případ, kdy by se to řešilo nějak jinak.“

Rozhovor 11 (Respondent 3 – PČR)

1. Uveďte své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„Mám střední školu s maturitou a jsem u Policie ČR už dlouhých 21 let.“

2. Byl jste někdy povolán k případu v souvislosti s napadením zdravotnického záchranáře, nebo víte o takové situaci bližší informace? Popište.

„Za délku své praxe jsem těch situací zažil několik. Jestli mám teda vypíchnout jeden případ, tak by to byl ten, kdy si ZZS vyžádala naší asistenci u psychicky nemocného pacienta, který při tom incidentu nebyl sám, ale zároveň tam byl jeho kamarád nebo známý, který měl něco upito. Ten pacient, kterého měli ošetřit se bránil, údajně vůbec nemluvil, jen vydával nějaké zvuky. Když mu chtěli tedy pomoci a vzít ho do nemocnice, tak záchranáře dost poškrábal a pokoušel. Do toho nepřispíval ani ten kamarád, který ho, ve svém opilém stavu, spíše podporoval a ke všemu záchranářům nadával. To byl už asi impuls, proč si nás volali k asistenci, aby násilně neodvedli toho nemocného a ten druhý se na ně nevrhnul. Když jsme tam potom přijeli, tak se podařilo toho kolegu trochu zklidnit a pacienta dostat do sanitky. Tam mu asi něco dali na zklidnění a odvezli ho.“

3. Jak jste se na místo dostal? (byl jste na místě události v době incidentu, nebo Vás dodatečně přivolali skrz ZOS)

„V tom případě, který jsem popisoval jsme byli dovoláni dodatečně. Ale byl jsem i u případu, kdy to vzniklo na místě společného zásahu. Tam většinou nedojde k ničemu velkému, spíše takové pokusy. Asi bych i řekl, že jde o nesnášenlivost vůči uniformovaným složkám. Tam to může schytat kdokoliv.“

4. Jak často se s tím setkáváte?

„Nevím jak ostatní, já bych to odhadoval tak jednou za dva měsíce? Takže 6krát do roka? Není to zas tak výjimečné.“

5. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Alkohol, drogy, psychicky nemocní a taky, jak jsem zmiňoval, jedinci, kteří nesnáší uniformované složky.“

6. Jak by se dalo těmto situacím předcházet? (kurzy apod.)

„Jako předejít se tomu nedá. Ty lidi nedokážete odhadnout. Maximálně tak zmírnit ty následky, trochu ovlivnit ten průběh. Takže určitě je vhodné, pokud mají záchranáři nějaký kurz sebeobrany, umí nějak komunikovat – třeba stylem vyjednávání.“

**7. Proč dochází ke zklidnění situace, v momentě Vaší přítomnosti?
(větší autorita, větší respekt)**

„Není to úplně v momentě naší přítomnosti. Spíš je to závislé na tom, že je tam ta hrozba zajištění, zadržení, omezení na osobní svobodě, nebo hrozba postihu za protiprávní jednání. Ale těm lidem je to tak docela fuk, když jsou pod vlivem nějaké látky a nevědí tolik o sobě.“

8. Jak jsou tyto situace, v danou chvíli, nejčastěji řešeny? Domluvou nebo je častěji přistoupeno k donucovacím prostředkům?

„Je to individuální. Ale po pravdě je to většinou řešeno jen domluvou, výjimečně pak přestupkem. Ono u těchto případů, kdy není ublíženo tomu záchranáři, nebo on se nerozhodne to nějak dál řešit, tak to končí leta tak donucovacími prostředky a odvozem na záchytku, když se samozřejmě nejedná o těžké zranění. Nic víc se moc dělat vlastně nedá, oni stále nejsou bráni za úřední osoby.“

Rozhovor 12 (Respondent 4 – PČR)

1. Uveďte své dosažené vzdělání, pracovní pozici a délku své praxe.

„U policie jsem 13 let a mám středoškolské vzdělání s maturitou.“

2. Byl jste někdy povolán k případu v souvislosti s napadením Zdravotnického záchranáře, nebo víte o takové situaci bližší informace? Popište.

„Ano, několikrát. Co si vybavuji, většinou se jednalo o psychiatrické pacienty, kteří napadli záchranáře spíš v rámci té své nemoci, než že by se přímo jednalo u nějaký závažný útok na ně. U těchto případů spíše jen asistujeme při zajištění pacienta a převozu do nemocnice. Potom jsou tady případy, kdy se jedná o napadení v opilosti a pod vlivem jiných látek. V barech a restauracích. Když jezdíme asistovat záchrance, tak si spíše hodně všímám drзости těch lidí – jsou vulgární a spíš je teda slovně napadají, odstrkují je rukama a snaží se kopat. Jednoduše se nechtějí nechat ošetřit, nechápou že je to v rámci jejich dobra.“

3. Jak jste se na místo dostal? (byl jste na místě události v době incidentu, nebo Vás dodatečně přivolali skrz ZOS)

„Byly to oba způsoby. V rámci těch známých míst vyjíždíme zároveň, ale stalo se mi také, že jsme dodatečně přijížděli na pomoc.“

4. Jak často se s tím setkáváte?

„Přímo to napadení? Cca jednou za měsíc. Ale jinak záchrance u pacientů asistujeme o dost častěji.“

5. Co si myslíte, že je nejčastějším důvodem agresivního jednání vůči záchranářům?

„Alkohol a ostatní návykové látky a taky psychicky nemocní pacienti“

6. Jak by se dalo těmto situacím předcházet? (kurzy apod.)

„Určitě je výhoda se umět bránit, mít kurz sebeobrany. Možná to zmírní zranění, ale cizího člověka nezměníte ani když budete mít spoustu kurzů. Jestli bude mít, ten člověk, potřebu někomu ublížit tak se na kurzy ptát nebude a pokusí se o to. Spíš větší kompetence v rámci omezování svobody, ale zase záchranáři jsou od poskytnutí zdravotnické péče.“

7. Proč dochází ke zklidnění situace, v momentě Vaší přítomnosti? (větší autorita, větší respekt)

„Respekt nebo autorita určitě ne. Stává se to jen málokdy, že se jen tak situace uklidní. Hodně záleží na dané situaci a na schopnosti zúčastněných agresivní osobu uklidnit. Ale následně při použití donucovacích prostředků to jde skoro samo.“

8. Jak jsou tyto situace, v danou chvíli, nejčastěji řešeny? Domluvou nebo je častěji přistoupeno k donucovacím prostředkům?

„Každý případ se řeší jinak, není totiž moc možností a hodně závisí na situaci. Takže na místě donucovacími prostředky, domluvou, přestupkem. Když je přímo ublížení na zdraví, tak záleží, jestli to záchranář oficiálně oznámí. Tam se potom můžeme bavit o poměrně větších trestech.“

Příloha 3 Stupnice těžkých životních událostí [49]

Life Event	LCU
1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital Separation	65
4. Jail Term	63
5. Death of a close family member	63
6. Personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Being Fired from work	47
9. Reconciliation with spouse	45
10. Retirement	45
11. Change in health of family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual difficulties	39
14. Addition of family member	39
15. Major business readjustment	39
16. Major change in financial state	38
17. Death of a close friend	37
18. Changing to a different line of work	36
19. Change in frequency of arguments with spouse	35
20. Mortgage for loan or major purchase over \$ 15,000	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work	29
23. Children leaving home	29
24. Trouble with in-laws	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse begins or stops work	26
27. Starting or ending school	26
28. Change in living conditions	25
29. Revision of personal habits (dress, manners, associations)	24
30. Trouble with boss	23
31. Change in work hours, conditions	20
32. Change in residence	20
33. Change in school	20
34. Change in recreational activities	19
35. Change in church activities	19
36. Change in social activities	18
37. Mortgage or loan under \$15,000	17
38. Change in sleeping habits	16
39. Change in number of family gatherings	15
40. Change in eating habits	15
41. Vacation	13
42. Christmas	12
43. Minor violation of the law	11