

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Možnosti zvládnutí situace při napadení posádky záchranné služby

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Gerhartová

Autor: Hana Svitáková

Datum odevzdání práce: 13. 5. 2008

Abstract

Currently media more and more often inform about various attacks, violence, criminal acts or aggression. These are basically types of interpersonal relationships with that we live daily. We may observe such negative aspects of human behaviour even on professional level. That concerns in particular activities of so called assistance jobs. Assistant jobs include but are not limited to services of ambulance providing daily pre-hospitalization emergency health care to patients in acute situations.

Number of rescuers who were attacked and injured is increasing. Problematic situation at the place of their response is often not suitably solved by ambulance staff and that makes it difficult to provide good quality care to patients.

A quantitative research has been conducted within this Bachelor essay. Data was collected based on responses to questions. The quantitative research has been performed in form of a questionnaire. The subjects of research were ambulance rescuers, response nurses, doctors and ambulance drivers of South Bohemian Ambulance. The research has been performed in April 2008.

The Bachelor essay includes two sections, one practical and one theoretical. The purpose of the essay was to map the issue of ambulance crew attacks. The objective has been achieved. The following three hypotheses have been formulated.

Hypothesis No. 1: Health rescuers feel to be threatened by patients/clients more than ambulance drivers. This hypothesis has not been confirmed.

Hypothesis No. 2: Ambulance doctors feel to be threatened by patients/clients less than health rescuers. This hypothesis has not been confirmed.

Hypothesis No. 3: Health rescuers have better self defence skills than nurses working at ambulance. This hypothesis has not been confirmed.

Results of the above research are to be published at www.zzsjeck.cz. The will form a base for implementation of self defence courses in cooperation with Faculty of Health and Social Studies of South Bohemian University in České Budějovice.

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „Možnosti zvládnutí situace při napadení posádky záchranné služby“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1198 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou Univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 13. 5. 2008

Hana Svitáková

Chtěla bych tímto poděkovat magistře Renatě Gerhartové za odborné vedení bakalářské práce, cenné rady a trpělivý přístup.

Mé poděkování patří také magistru Milanu Veselému za posouzení práce z pozice profese policisty a magistře Magdaléně Čapkové za konzultaci při realizaci výzkumné části práce.

Obsah:

Úvod	2
1. Současný stav.....	3
1.1 Přednemocniční neodkladná péče	3
1.1.1 Výkony mobilní části zdravotnické záchranné služby a využití řetězce přežití...5	
1.1.2 Vzdělání pracovníků na zdravotnické záchranné službě.....6	
1.1.3 Osobnost zdravotnického pracovníka	8
1.1.4 Základní legislativní normy týkající se zdravotnické záchranné služby	9
1.2 Agrese.....	11
1.2.1 Teorie agrese.....	13
1.2.2 Patofyziologický podklad agrese	14
1.2.3 Příčiny agrese.....	15
1.2.4 Projevy agrese.....	16
1.2.5 Zvládnutí objektivně akutních psychiatrických stavů spojených s agresivitou..22	
1.3 Problematika pomáhajících profesí.....	26
1.3.1 Stres a fungování psychiky v zátěžové situaci.....	27
1.3.2 Dopad agresivního chování ze strany pacienta/klienta na členy posádky zdravotnické záchranné služby	29
2. Cíl práce a hypotézy	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Hypotézy.....	30
3. Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	31
4. Výsledky	32
5. Diskuse.....	42
6. Závěr.....	50
7. Seznam použité literatury	52
8. Klíčová slova.....	56
9. Přílohy	57

Úvod

V současné době stále častěji média informují o nejrůznějších útocích, projevech agrese, trestných činech či napadeních. Jedná se ve své podstatě o charakteristiky mezilidských vztahů, které nás každodenně provázejí. S těmito negativními projevy lidského chování se můžeme setkat i v profesní linii. Tím mám na mysli zejména činnost pomáhajících profesí.

Mezi pomáhající profese mimo jiné patří zdravotničtí záchranáři, sestry, lékaři i řidiči, kteří působí na zdravotnické záchranné službě a každodenně poskytují přednemocniční neodkladnou péči pacientům v akutním stavu. Obtížná je zejména léčba psychiatrických pacientů, kteří nespolupracují a chovají se vůči okolí agresivně. Výsledkem postoje pacienta jsou útoky směřované na pracovníky zdravotnické záchranné služby, jejichž posláním je poskytování odborné péče a pomoci, nikoliv však souboj s útočícím pacientem. Důvodem k zamyšlení je jistě otázka, zda jsou zdravotničtí záchranáři a lékaři připraveni na tyto situace, zda je dokáží řešit a správně diagnostikovat příčinu patologického chování pacienta. Odpovědi na tyto otázky budou kladné jen tehdy, pokud členové posádek zdravotnických záchranných služeb budou dále vzdělávání v problematice specifického přístupu k agresivnímu pacientovi a zároveň bude-li posilována jejich komunikační, psychická a v neposlední řadě i fyzická stránka osobnosti.

Napadených a zraněných záchranářů však přibývá, problémová situace na místě zásahu často není členy posádky zdravotnické záchranné služby vhodně řešena a je znemožněno kvalitní odvedení péče o pacienta.

Proto se domnívám, že téma mé bakalářské práce: „Možnosti zvládnutí situace při napadení posádky záchranné služby“ je nepochybně tématem aktuálním a jeho řešení je nezbytnou součástí zvýšení prestiže oboru urgentní medicína.

1. Současný stav

1.1 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP) je zdravotnická odborná péče poskytovaná odbornými zdravotnickými pracovníky na místě, kde pacient/klient utrpěl náhle vzniklou poruchou zdraví či úraz (11).

Jednotlivé výjezdové skupiny jsou posuzovány z hlediska personálního složení, kvalifikačních předpokladů a odborných kompetencí. Z toho pramení rozdělení výjezdových skupin na posádku rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP), rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP) a letecké záchranné služby (dále jen LZS). Posádka RZP je dvoučlenná, složená ze zdravotnických záchranářů, z nichž jeden zároveň plní funkci řidiče. Vedoucím skupiny se stává záchranář s vyšší kvalifikací. Výjezdová RLP je navíc doplněna třetím členem. Tímto členem je lékař, který odpovídá za poskytování léčebné péče. Posledním typem výjezdové skupiny je posádka LZS, kde odborný zdravotnický tým představuje lékař a záchranář. Pilot vrtulníku zabezpečuje dopravu na místo zásahu a nemusí být členem zdravotnického týmu (7).

Členové jednotlivých výjezdových skupin jsou připraveni poskytnout pacientovi/klientovi základní i rozšířenou podporu základních životních funkcí, tedy podporu dýchání, srdeční činnosti a stavu vědomí. Jedná se o jedno-či víceúrovňové poskytování PNP. Na zdravotnických záchranných službách (dále jen ZZS) v České Republice je poskytován převážně jednoúrovňový systém, který je charakterizovaný výjezdem a odborným zásahem členů posádky RLP. Dvouúrovňový systém poskytování PNP spočívá v prvotním výjezdu posádky RZP a následném dojezdu lékaře ZZS na místo zásahu. Existuje také rendez-vous (dále jen RV) systém. RV je potkávací systém prostředků ZZS. V rámci tohoto systému vyjíždí např. lékař a řidič-záchranář v malém, osobním kompletně vybaveném vozu na místo zásahu. V druhém pořadí vyjíždí posádka RZP, která pacienta/klienta ve stabilizovaném stavu transportuje do cílového nemocničního zařízení. Pacienty/klienty, jejichž stav je závažný, doprovází během transportu lékař. Jedná-li se o lehčí stav, odbornou

péči zajišťuje zdravotnický záchranář. Významným činitelem záchranné akce je dojezdový čas, tedy časový interval přesunu výjezdové skupiny ze základny na místo zásahu. Nejkratší výjezdové časy vykazují víceúrovňové systémy. Nedílnou součástí činnosti jednotlivých výjezdových skupin je spolupráce se zdravotnickým operačním střediskem, tedy řídicím centrem všech výjezdových skupin. Jeho hlavním úkolem je příjem a analýza obsahu tísňových výzev, určení nejbližší a nejvhodnější posádky pro zásah, vyslání této jednotky na místo nehody v krátkém časovém intervalu. Mimo to je nezbytné informovat posádku během jízdy o typu a charakteru akutní situace a podávat volajícímu instrukce týkající se správného poskytování první pomoci (11).

Linkové spojení na ZZS lze rozdělit na tísňové, součinnostní, operační a informační. Tísňové spojení je zprostředkováno tísňovou linkou na čísle 155. Tato linka je vyhrazena pouze pro tísňová volání zvenčí. Zároveň lze využít evropského jednotného čísla 112, které je společné pro všechny základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). Ertlová a kolektiv autorů ve své knize Přednemocniční neodkladná péče zdůrazňují: „IZS je třeba chápat především jako systém funkčních vazeb, zabezpečující jednotný, koordinovaný a efektivní postup záchranných, pohotovostních, odborných, ochranných a jiných služeb či složek nebo orgánů státní správy a samosprávy, případně i dalších právnických i fyzických osob v ochraně obyvatelstva před mimořádnou událostí a v přípravě na ni, jakož i při odstraňování následků mimořádných událostí (7, str. 25).“ IZS tvoří tři základní složky: hasičský záchranný sbor, ZZS a policie (viz příloha 2). Součinnostní spojení umožňuje komunikaci mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, vzájemnou komunikaci mezi ZZS a zároveň slouží jako spojení mezi jednotlivými subjekty IZS. Operativní spojení zabezpečuje provozní komunikaci mezi jednotlivými složkami a pracovníky ZZS. Informační spojení je určeno pro přenos datových informací zejména pomocí internetové sítě a elektronické pošty (7).

1.1.1 Výkony mobilní části zdravotnické záchranné služby a využití řetězce přežití

Mezi výkony mobilní části ZZS patří primární výkony, sekundární výkony, marné výjezdy a zneužití. Primární výkony jsou charakteristické tím, že PNP je poskytována přímo na místě vzniku náhlé poruchy zdraví či úrazu. Výkon zahrnuje jízdu či let na místo zásahu, vlastní poskytnutí odborné první pomoci, následnou dopravu do cílového zdravotnického zařízení a aktivní spolupráci ze strany ZZS při předání pacienta/klienta. Sekundární výkon je převoz z jednoho zdravotnického zařízení do jiného, obvykle specializovanějšího zařízení. Při tomto převozu je nutná přeprava v podmínkách neodkladné péče. V některých situacích může dojít k marnému výjezdu, kdy se výjezdová skupina nedostane do kontaktu s pacientem/klientem, protože byl například odvezen jiným vozidlem nebo odešel z místa události. Určitým typem marného výjezdu je zneužití tísňové linky, kdy je nahlášena klamná tísňová výzva (7).

Ertlová a kolektiv autorů tvrdí, že: „Výrazem záchranný řetězec je vyjádřen časově, věcně i odborně na sebe navazující komplex jednotlivých článků neodkladné péče o osoby bezprostředně ohrožené na životě v důsledku náhle vzniklé poruchy zdraví nebo náhlého zhoršení již dříve vzniklé poruchy zdraví (7, str. 14).“

Záchranný řetězec je tvořen několika složkami. První složku tvoří poskytnutí základní první pomoci, která je prováděna laiky bez použití specializovaného vybavení. Součástí základní první pomoci je i vyrozumění a přivolání odborné první pomoci na tísňové lince 155 nebo 112. Následuje vlastní poskytnutí odborné (rozšířené) první pomoci, kterou zajišťují vyškolení pracovníci za použití specializovaného vybavení. Další částí záchranného řetězce je transport pacienta/klienta do cílového zdravotnického zařízení za pokračujícího poskytování PNP. V nemocničním zařízení pak po předání pacienta/klienta navazuje nemocniční neodkladná péče, tedy intenzivní a resuscitační péče (7).

1.1.2 Vzdělání pracovníků na zdravotnické záchranné službě

Vzdělávání členů jednotlivých výjezdových skupin na ZZS je dáno legislativně. Vzdělání nelékařských povolání stanovuje zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů (32). Dle § 18, odstavce 3 zákona č. 96/2004 Sb.: „Za výkon povolání zdravotnického záchranáře se považuje činnost v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Dále se zdravotnický záchranář podílí na neodkladné léčebné a diagnostické péči (32).“

(viz příloha 6) V § 18 zákona č. 96/2004 Sb., prvního odstavce je také stanoveno, že odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře lze získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo tříletým studiem v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách. Poslední alternativou je absolvování střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999. Středně zdravotničtí pracovníci musí tři roky pracovat pod odborným dohledem a až po uplynutí tohoto časového intervalu mohou pracovat samostatně. Zdravotničtí záchranáři s vyšším typem vzdělání, tedy vysokoškolským či vyšším odborným vzděláním, mohou od počátku pracovního zařazení pracovat bez odborného dohledu. Pracovníci, kteří jsou oprávněni pracovat bez odborného dohledu jsou evidováni v tzv. registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému (32). V § 72, odstavce 5, zákona č. 96/2004 Sb. se uvádí: „Ministerstvo sděluje do Národního zdravotnického informačního systému údaje o zdravotnických pracovnících, kterým vydalo a, osvědčení, b, rozhodnutí o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání podle hlav VII a VIII, pokud je v něm uvedeno, že fyzická osoba je způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu (32).“

Na ZZS pracují také všeobecné sestry se specializací v oboru anesteziologie a resuscitace (dále jen ARIP), které až do roku 2004 mohly zastupovat funkci zdravotnického záchranáře. Zákonem č. 96/ 2004 Sb. se jednotlivé specializace a pozice ve zdravotnictví ujednotily, proto se v současné době na sestry se specializací ARIP vztahuje na ZZS tzv. generální pardon. Tedy tyto sestry dále mohou plnit funkci zdravotnického záchranáře, ale nově jsou k pracovnímu poměru na ZZS přijímáni pouze pracovníci s odbornou způsobilostí v oboru zdravotnický záchranář (32).

V § 35, odstavce 1 zákona č. 96/2004 Sb. je stanovena také způsobilost k výkonu povolání řidiče vozidla ZZS. Odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání lze získat absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru řidič vozidla ZZS, řidič vozidla RZP nebo řidič vozidla RLP (32). Tento zákon definuje v § 35, odstavce 2 : „Za výkon povolání řidiče vozidla ZZS se považuje činnost v rámci neodkladné péče a zdravotnické dopravy, kdy se pod odborným dohledem podílí na poskytování zdravotní péče na úseku neodkladné péče (32).“

Do zdravotnického týmu v rámci ZZS kromě záchranáře a řidiče patří také lékař. Vzdělávání lékařů upravuje zákon č. 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. V § 4, odstavce 1 tohoto zákona je řečeno: „Odborná způsobilost k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství (31).“ § 4, odstavec 2 zákona č. 95/2004 Sb. definuje výkon povolání lékaře s odbornou způsobilostí jako činnost preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační a dispenzární (31). Lékaři na ZZS mají obvykle specializaci v oboru urgentní medicína či anesteziologie a resuscitace, mohou zde však sloužit i lékaři jiné specializace. V § 5, odstavce 1 zákona č. 95/2004 Sb. je stanoveno: „Specializovaná způsobilost lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělání atestační zkouškou (31).“

1.1.3 Osobnost zdravotnického pracovníka

Z hlediska odborné přípravy i konkrétního výkonu profese lze označit zdravotnické povolání za vysoce náročné. Zdravotnický pracovník by měl ovládat profesní odborné činnosti, práci s moderní technikou, plnění administrativních úkolů a v neposlední řadě také disponovat schopností velké psychické i fyzické zdatnosti. Očekává se, že zdravotnický pracovník zvolí žádoucí formu jednání ve vztahu k pacientům/klientům, ale i ke spolupracovníkům. To vše mnohdy zastává zdravotnický pracovník v třísměnném pracovním provozu a samozřejmě jako každý jiný člověk má svou rodinu, se kterou se pojí řada starostí a povinností. Lze tedy říci, že na zdravotnického pracovníka jsou kladeny nemalé nároky, které vyžadují profesní přípravu, určitý styl práce, způsob života i duševní stabilitu.

K výkonu zdravotnického povolání jsou beze sporu nezbytné také určité osobnostní předpoklady. Jedná se především o schopnost empatie, tedy vcítění se do situace druhých lidí. Dalším nezbytným předpokladem pro výkon profese zdravotnického pracovníka je určitá kultura vystupování, tedy trpělivé, rozvážené a přiměřeně sebevědomé vystupování vyjadřující zájem o individuální osobnost pacienta/klienta. Nezbytná je také pohotovost, rozhodnost a schopnost rychlého jednání. Zdravotnickému pracovníkovi by nemělo chybět ani umění ovládat své chování, smysl pro povinnost, dostatečná sebekritičnost a touha po dalším vzdělávání (19). Zacharová zdůrazňuje: „Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání (26, str. 63).“

Společnost hodnotí význam zdravotnické profese a tím ji zároveň ovlivňuje. Pod vlivem etických norem formuluje některé základní dokumenty, které napomáhají zkvalitnění činnosti zdravotnických pracovníků. Jedná se o etické kodexy týkající se České lékařské komory, zdravotních sester a práv pacientů (19).

1.1.4 Základní legislativní normy týkající se zdravotnické záchranné služby

Problematika ZZS a poskytování přednemocniční neodkladné péče je dána některými důležitými právními normami. Jedná se o zákon č. 239/2000 Sb. O integrovaném záchranném systému a změně některých souvisejících zákonů, který se zabývá především jednotlivými složkami IZS, pravomocemi státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků, právy a povinnostmi právnických a fyzických osob při přípravě na mimořádné události a při záchranných a likvidačních pracích (33). V § 2 zákona č. 239/2000 Sb. jsou vymezeny některé základní pojmy: „Pro účely tohoto zákona se rozumí a) integrovaným záchranným systémem koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací, b) mimořádnou událostí škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací, e) ochranou obyvatelstva plnění úkolů civilní ochrany, zejména varování, evakuace, ukrytí a nouzové přežití obyvatelstva a další opatření k zabezpečení ochrany jeho života, zdraví a majetku (33).“

Vyhláška č. 434/1992 Sb., O zdravotnické záchranné službě v § 1, odstavce 1 definuje: „Zdravotnická záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči (29).“ V § 2 této vyhlášky jsou stanoveny základní úkoly ZZS: „Zdravotnická záchranná služba nepřetržitě zabezpečuje: a) kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev k odborné zdravotnické první pomoci a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování přednemocniční neodkladné péče, b) poskytování nebo zajištění přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku náhlé poruchy zdraví, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení odborně způsobilém ke zvládnutí stavů uvedených v § 1 odst. 2, c) dopravu nemocných v podmínkách neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními, d) dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu, e) dopravu nemocných a raněných ze zahraničí do České republiky, f) přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí nebo katastrof, g) koordinaci součinnosti se systémem praktických a žurnálních lékařů a lékařské služby první pomoci jako trvalé

zálohy zdravotnické záchranné služby, h) dopravu odborníků k zabezpečení neodkladné péče do zdravotnických zařízení, která jimi nedisponují, popřípadě léků a krve a jejich derivátů nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče (29).“

Během zásahu s potencionálně agresivním pacientem/klientem členové posádky ZZS spolupracují s Policií České Republiky (dále jen PČR). V zákonu č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, v § 2, odstavce 1 jsou stanoveny úkoly policie: „Policie plní tyto úkoly: a) chrání bezpečnost osob a majetku; b) zajišťuje ochranu ústavních činitelů České republiky (34).“

V § 2, odstavce 3 je dále uvedeno: „Policie plní rovněž úkoly při zabezpečování místních záležitostí veřejného pořádku, které jí ukládají příslušné orgány obcí za podmínek stanovených zvláštními předpisy (34).“

§ 14, odstavce 1, zákona č. 283/1991 Sb. je dáno zajištění prováděné policistou: „Policista je oprávněn zajistit osobu, která a) svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život nebo zdraví jiných osob nebo majetek (34).“

V §16, odstavce 1 a 2, zákona č. 283/1991 Sb. je definováno oprávnění k omezení pohybu agresivních osob: „Osobě, která fyzicky napadá jinou osobu nebo policistu nebo poškozují cizí majetek nebo se pokusí o útěk, může být omezena možnost volného pohybu připoutáním k vhodnému předmětu. Omezení volného pohybu může trvat nejdéle do doby, než osoba od jednání upustí nebo než bude umístěna v policejní cele, nejdéle však 2 hodiny (34).“

V § 21, odstavce 1, zákona č. 283/1991 Sb. je dána možnost oprávnění otevřít byt nebo jiný uzavřený prostor: „Je-li důvodná obava, že je ohrožen život nebo zdraví osoby anebo hrozí-li větší škoda na majetku, je policista oprávněn otevřít byt nebo jiný uzavřený prostor (dále jen „byt“), vstoupit do něho a provést v souladu s tímto zákonem potřebné služební zákroky, služební úkony nebo jiná opatření k odvrácení bezprostředního nebezpečí (34).“ Zákon č. 283/1991 policistům nezakazuje použití zbraně a jiných donucovacích prostředků, pouze přesně vymezuje jejich použití (34).

V § 23, zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu je uvedeno: „Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze

onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (negativní revers). Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem k své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu. Bez souhlasu nemocného je možno provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li toho podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jde-li o nemoci, u nichž lze uložit povinné léčení, nebo ohrožuje-li nemocný vzhledem ke svému zdravotnímu stavu své okolí anebo není-li možno vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas. Jestliže nemocný stížený duševní poruchou ohrožuje sebe, lze jej též převzít do ústavní péče bez jeho souhlasu (30).“

1.2 Agrese

Násilí, agrese a konflikty jsou bezesporu neodmyslitelnou součástí vztahů mezi tvory, obdařenými myšlením a řečí. Ocitneme-li se v konfliktní situaci, soustředíme se na její vnímání, zhodnocení a zároveň bilancujeme o naši pozici v této situaci. Správné vnímání je podmíněno nejen kvalitou našich poznávacích procesů, ale i stupněm psychologického zatížení, jaký v nás vzniklá situace vyvolává. Výsledkem vnímání je soubor informací, které nám umožňují zhodnocení dané situace (20).

Vágnerová ve své knize Psychopatologie pro pomáhající profese uvádí: „Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a poškozující živé bytosti či neživé objekty (24, str. 757).“ Může se jednat o reálný či symbolický útok a o různý způsob ubližování např. bitím, ničením, omezováním, nadávkami. Termínem agresivita lze charakterizovat tendenci a pohotovost k násilnému chování. Reálný projev tohoto způsobu chování, který mívá charakter násilí, označujeme

termínem agrese. Agresivní jednání je jedním z běžně se vyskytujících způsobů lidského chování. Pokud intenzita agrese překročí hranice stanovené právními normami, event. pokud je nepřiměřená dané situaci a vyvolávajícím podmětům, pak se jedincovo chování stává problematickým. Reakci lze chápat jako řešení vzniklého problému útokem, který signalizuje obranu a touhu po odstranění překážek. Agresivita je často chápána jako záměrná aktivita s cílem ublížit. Tento úmysl v případě impulzivního násilného chování není jednoznačný, event. může zcela chybět, a přesto dojde k násilí (24). Haškovcová v knize Manuálek o násilí uvádí obecnou definici Světové zdravotnické organizace, která v roce 1996 popsala násilí: „Násilí je úmyslné použití či hrozba 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 (8, str. 13).“

Dispozici k bojovnému chování nelze vždy hodnotit jen negativně, existují i přijatelné a užitečné formy. Vágnerová tvrdí: „Socializovaná varianta, která respektuje daná společenská pravidla, je označována jako asertivita. Je to schopnost prosazovat a realizovat vlastní cíle, které mohou být i z objektivního hlediska přijatelné, nebo dokonce žádoucí (24, str. 757-758).“

Násilí je všudypřítomný fenomén, jehož expozice vede k psychologickým, psychiatrickým či sociálním manifestacím a k výskytu nového násilí. S násilným chováním se můžeme setkat v řadě situací. Mohou to být války, živelné katastrofy, ale i oblast profesní linie, zejména činnost prováděná na ZZS, na odděleních urgentního příjmu (dále jen OUP), psychiatrických odděleních, záchytných stanicích, vězeních apod. Expozice násilí ve společnosti vede k depresi, ke vzniku dalších atak agrese a k poruše mezilidských vztahů. Agresi dělíme na agresi verbální, fyzickou (brachiální) mířenou proti lidem, věcem či zvířatům a agresi potlačenou vůlí. Nejméně závažnou formou agrese je psychomotorický neklid, kdy je pacient/klient schopen se na výzvu zklidnit. Závažnějším stupněm je psychomotorická agitovanost a raptus, kdy vznikají agresivní projevy chování. Nejzávažnější formou je samotná agrese, která může být v případě přirozené odpovědi jedince na nebezpečí normální agresí. Pokud se jedná o nepřiměřenou odpověď v důsledku psychické poruchy, označujeme chování termínem

patologická agrese. Vznik agrese je nejčastěji spojen s abúzem alkoholu, požíváním drog, nižším sociálním a ekonomickým statutem, zneužíváním v dětství a předchozím agresivním chováním (21). (viz příloha 7)

1.2.1 Teorie agrese

Teorie agrese se pokouší odhalit vyvolávající moment vzniku agresivního jednání a související okolnosti. Pomocí dalších psychologických pojmů, poznatků i teorií vysvětlují vznik a průběh agresivního chování. Z jednotlivých formulací jsou obvykle patrné možnosti předcházení či tlumení agresivních projevů jedinců i skupin. Existuje více teoretických koncepcí, které se liší východisky a hledisky, jež ve svých teoriích zdůrazňují. S množstvím agresivních projevů akceptují vybrané dílčí momenty a dospívají tak k závěrům s omezenou platností (4).

Teorie agrese lze definovat podle toho, zda hledají její vysvětlení ve vrozených (pudových) reakcích, nebo zda ji přičítají vlivům prostředí, tedy učení. Výklad Freuda vychází z jeho pojetí pudu smrti, který definuje jako vrozenou tendenci člověka k agresi. Agrese pak směřuje k ovládnutí jiných, k sebezničení a negaci života. Podle Freuda není pud agrese spojen s určitou oblastí těla, např. orální či anální, ale je obecnější silou, která ovlivňuje různé projevy živého organismu. Mnohem podrobnější výklad agrese vytvořil Fromm, který chápe agresi jako jednání s cílem působit škodu. Vzhledem ke smyslu této aktivity rozlišuje dvě varianty. První z nich je benigní agrese, která je biologicky nutná. Lze ji vnímat jako obranný mechanismus směřující k odstranění zdroje ohrožení. Druhou alternativou je agrese maligní, jež funguje v situaci ohrožení jako obrana. Lidé s takovou dispozicí vyhledávají nebo sami vytvářejí situace, které jim umožní tuto tendenci projevit. Fromm zároveň uvádí, že nutnou podmínkou pozitivního vztahu ke světu je zkušenost s vřelostí a s citovou akceptací druhými lidmi (24).

Představitelem teorie naučené agresivity je Bandura, který považuje za důležité učení nápodobou. Dle Banduryho se agresivnímu chování naučí každý, kdo má častou příležitost pozorovat projevy agresivity u jiných lidí. Zafixování tohoto způsobu jednání je mnohem vyšší, pokud pozorovaná osoba není za násilné chování potrestána

či dokonce je za toto jednání odměněna. Důkazem je studie, kterou provedl v roce 1973 Bardury se spolupracovníkem Waltersem. Objektem studie byly děti v mateřské škole, které po shlédnutí videa s motivem agresivní hry toto jednání bez zábran napodobovaly (24).

1.2.2 Patofyziologický podklad agrese

Biologické předpoklady k agresivnímu způsobu reagování mohou být dány určitou změnou struktury či funkce mozku, která nemusí mít pouze příčinu genetickou, ale může k jejímu vzniku dojít i v důsledku poškození centrálního nervového systému (např. úrazem či onemocněním). Z tohoto hlediska může mít zásadní význam postižení proběhlé během nitroděložního vývoje jedince (24).

V mozku není jednoznačně lokalizován sklon k agresi. Mohou jej ovlivnit změny v různých korových i podkorových oblastech, jejich vzájemné propojení či poruchy. Oblast prefrontální kůry mozku, která má za normálních okolností tlumivý vliv na podkorové oblasti, je v případě poškození odpovědná za vznik násilného reagování a asociálního chování. Zároveň je však také předpokladem potřebného asertivního chování. Pacienti/klienti, u nichž došlo k poškození kůry čelních laloků, se často projevují agresivně a následně útočně. Zdrojem agresivních projevů jsou vysoce aktivní podkorové oblasti limbického systému, které za těchto okolností nejsou prefrontální kůrou ovládaný obvyklým způsobem. Příčinou může být i porucha spojení mezi prefrontální kůrou a podkorovými oblastmi. Ve své podstatě lze říci, že jde o narušení koordinace racionálního a emočního hodnocení a z toho vyplývá regulace vlastního chování. Emoce doprovázející agresivní reakci za těchto okolností nejsou potřebným způsobem koordinovány a kontrolovány (3).

Zvýšená pohotovost k agresi má určitý biochemický podklad. Předpokládá se, že vliv má snížená koncentrace hormonu serotoninu v krvi, s omezením metabolismu receptorů. Sklon k agresivitě, stupňující se pocity napětí a strachu může podporovat také změna hladiny acetylcholinu, dopaminu či noradrenalinu. Větší sklon k agresi mají muži, tato tendence je přičítána působení mužského pohlavního hormonu testosteronu. Se zvyšující se hladinou tohoto hormonu vzrůstá u mužů sklon

ke konfliktům a agresi i bez zjevné příčiny a jejich chování se tak stává asociálním. Mužské pohlaví a mladší věk, kdy je hormonální hladina nejvyšší, lze tedy považovat za rizikové vzhledem k možným projevům agrese a násilí. Zároveň je důležité pomyslet na společenskou roli muže, který je odjakživa symbolem bojovnosti, sebeprosazení a dominance (24).

1.2.3 Příčiny agrese

Sklon k agresi bývá obvykle podmíněn multifaktoriálně, tedy kumulací více příčin. Jedná se především o vrozené dispozice a získané zkušenosti jedince. Němec a Stuchlíková charakterizují příčiny agresivního chování: „Subjektivní pocit úzkosti a ohrožení plynoucí ze strachu, prožitky křivdy a nespravedlnosti, zklamání určitého očekávání, celkově zvýšená zátěž, prožitek ponížení, zesměšnění, pocit bezmoci, viny a obrana před nimi, intenzivní bolest, reakce na předchozí zkušenosti v obdobné situaci, špatná interpretace reality (duševní onemocnění, psychotropní látky), aktuální situace je někdy jen spouštěč (28, str. 24).“ Zásadní vliv mají také aktuální podmínky, např. časový interval dojezdu posádky ZZS na místo zásahu, který pacient/klient vnímá jinak než členové posádky. Významná je také neočekávanost situace. V neposlední řadě má vliv na rozvoj agresivního chování prostředí a pocit diskomfortu v důsledku neuspokojení některé z biologických či psychosociálních potřeb pacienta/klienta. Všechny tyto faktory jsou chápány pouze jako dílčí, zvyšující riziko agresivní reakce jedince (28).

Neklid a agrese jsou doprovodnými příznaky řady stavů a onemocnění. Nejčastěji se jedná o intoxikaci psychoaktivními látkami, tedy alkoholem, drogami či léky. Další příčinou vzniku agresivního chování ze strany pacienta/klienta mohou být záněty a poranění mozku, onemocnění mozku (mozková hypoxie, hypertenzní encefalopatie), poruchy metabolismu (hypoglykémie, poruchy funkce jater a ledvin), záchvatovité stavy s neurologickým podkladem (epilepsie), demence (Alzheimerova choroba, vaskulární demence), mentální retardace a psychické poruchy (schizofrenie, deprese, mánie, úzkostné poruchy, sexuální deviace) (27). Zároveň je důležité podotknout, že agresivně může reagovat každý jedinec, u kterého došlo ke kumulaci

různých zátěžových faktorů a byla překročena subjektivně únosná míra. Vymětal ve své knize Lékařská psychologie zdůrazňuje: „Vlastní slovně útočný projev bývá reakcí na to, co se dříve pacientovi přihodilo, čeho chce dosáhnout, a na právě probíhající situaci, která má funkci spouštěče tohoto nepřiměřeného projevu. K pochopení diskutovaného chování je třeba vzít v potaz minulou i současnou zkušenost nemocného a cíl, jehož chce vědomě či nevědomě dosáhnout (25, str. 261).“

Zásadním faktorem, který ovlivní reakci pacienta/klienta, je postoj zdravotnického záchranáře a ostatních členů posádky ZZS na místě zásahu. Pekara uvádí: „Takovým chováním může být např. direktivní jednání, devalvace, ignorování, křik, sdělování negativních zkušeností, tykání pacientům nebo jejich blízkým, hraní si na hrdiny apod. Právě tyto aspekty je možné kultivovat např. v kurzech komunikace nebo při tréninku zvládání náročných situací (36, str. 2).“

1.2.4 Projevy agrese

Projevy agrese mohou být velmi pestré a rozmanité. Jejich intenzita je závislá především na vyvolávající příčině změny chování u pacienta/klienta, ale i na dalších faktorech. Agresivní pacient/klient se vyznačuje především zvýšeným neklidem, což se projeví na způsobu jeho verbálního i neverbálního chování. Jedná se o trhavé podupávání nohama, nervózní popocházení, kopání do prostoru a předmětů, rozsáhlé pohyby pažemi, rozrušení, nepravidelné a hlasité dýchání. Při verbálním projevu pacient/klient užívá vulgarismy, urážky i výhrůžky. Agresivní jedinec často narušuje zdravotníkovu osobní zónu, nespolečensky se naklání do blízkosti jeho obličeje a způsobuje tak potencionálně určitou míru nebezpečnosti (13).

Psychoaktivní látky vyvolávají poruchy jednání a chování jedince. Za psychoaktivní, nebo-li psychotropní látku se považuje každá látka, která po vstřebání do organismu ovlivňuje duševní procesy jedince. S touto problematikou se pojí termín droga, který označuje jakoukoli látku, jenž léčí nemoc, případně ji zabraňuje nebo zvyšuje duševní či tělesnou pohodu. V užším slova smyslu je droga látka nelegální, která může či nemusí vyvolat závislost. Jako fyzická závislost je označován rozvoj nepříjemných tělesných příznaků, např. třes, pocení, průjem či křeče.

Tyto příznaky obvykle trvají několik týdnů. Psychickou závislostí se rozumí touha po opětovném navození příjemných duševních stavů, která obvykle přetrvává oproti závislosti fyzické delší časový interval (14).

Mezi nejčastěji používanou psychoaktivní látku patří alkohol. Tyler ve své publikaci *Drogy v ulicích o alkoholu* píše: „Zde máme drogu, která může srazit k zemi dospělého člověka během půl hodiny, která každý rok zabíjí a mrzačí tisíce lidí na silnicích, vyvolává závislost, násilí, nemoce a sebevraždy, zjišťuje už beztak zoufalou situaci bezdomovců, a přesto je volně přístupná, veřejně propagovaná a je vnímaná ne jako tvrdá droga, ale jako prostředek vzbuzující veselou, družnou náladu (23, str. 25).“ Alkohol se do těla dostává prostřednictvím trávicího traktu s nejméně resorpcí v tenkém střevě. Rychlost vstřebání závisí na charakteru a množství stravy požitá před napitím. Akutní intoxikace alkoholem (prostá podnapilost, opilost, ebrietas simplex) se může projevovat jako podnapilost lehká zarudnutím v obličeji, zvýšenou hovorností, uvolněností a mírnou poruchou motoriky. Hladina alkoholu v krvi (alkoholemie) dosahuje nejvýše 1,5 promile. Při středně silné opilosti, kdy alkoholemie činí až 2,5 promile, se zvyšuje intenzita uvedených příznaků, dochází k agresivním projevům, zvyšuje se sebevědomí a jedinec se začíná chovat asociálně. Při nejtěžším stádiu opilosti alkoholemie přesáhne hodnotu 2,5 promile. Vlivem účinků alkoholu pak u podnapilého jedince dochází k hrubé poruše motoriky s častými projevy agrese a násilí vůči okolí.

Za život nebezpečnou je považována alkoholemie v hodnotě 5 promile (6). Dušek a Večeřová-Procházková ve své knize *První pomoc v psychiatrii* uvádějí: „Všechny typy intoxikace alkoholem mohou být komplikovány výskytem dalších potíží: halucinacemi, bludy, poruchami vědomí (delirium, koma), případně se může vyskytnout jiná patologická intoxikace (6, str. 103).“ Od akutní intoxikace je nutné diferenciatně diagnosticky odlišit tzv. patologickou opilost (ebrietas pathica), při které dochází ke kvalitativní poruše ve smyslu mráкотného stavu. Pro vznik této poruchy není rozhodující množství požitého alkoholu. Postiženy jsou především osoby mladšího věku, které trpí psychickým onemocněním (poruchy osobnosti, organické postižení mozku atd.) nebo dalšími stavy, které oslabují organismus (6). Pavlovský a kolektiv

autorů charakterizují průběh patologické opilosti: „Náhle začíná a náhle končí, podnapilý jedinec se může chovat zdánlivě zcela nenápadně a účelně. Jeho výraz je však nepřítomný, obličej bývá bledý, zornice ztrnulé, nálada může být buď úzkostná nebo agresivní. Pohybová koordinace a řeč nebývají narušené. Jednání nemá srozumitelnou motivaci a může vést k trestným činům násilného charakteru. Na stav trvající nejvýše pár hodin a končící usnutím jedince je úplná amnézie (18, str. 53-54).“ Zvláštní poruchou požívání alkoholu je podnapilost komplikovaná (ebrietas complicata), která je považována za kvantitativní poruchu vědomí. Od prosté podnapilosti ji lze odlišit intenzitou a trváním psychického vzrušení. Pacient/klient s komplikovanou podnapilostí se chová neadekvátně vůči vnějším podmětům, je agresivní a dochází k výraznému poklesu sebeovládání. Poruchy chování a jednání mohou u jedince nastat také v průběhu stádia odvykání od alkoholu. Kromě pestrých vegetativních a celkových somatických příznaků může pacient/klient upadnout až do nejtěžšího stádia, tedy do deliria tremens, jež propuká zpravidla do 24-48 hodin po posledním požití alkoholu a opět bývá provázeno neklidem a agresivními tendencemi (6).

Dalšími psychoaktivními látkami jsou opioidy, kanabinoidy, kokain, stimulantia, halucinogeny a organická rozpouštědla. Pokud jsou jednotlivé psychoaktivní látky kombinovány, dochází ke zvyšování rozvoje závislosti a k výskytu negativních společenských a zdravotních problémů.

Mezi opioidy řadíme přirozeně se vyskytující alkaloidy, tedy opiáty obsažené v zaschlé šťávě nezralých makovic. Hlavní zástupce této skupiny látek je morfin užívaný v lékařství pro analgetický účinek a kodein obsažený v mnoha lécích na útlum kašle. V posledních desetiletích se na drogovém trhu rozšířil výskyt heroinu, který stejně jako morfin patří mezi krátkodobě působící opiáty, proto ve stádiu rozvinuté závislosti je látka aplikována cestou přes žilní či dýchací systém 3-4 krát denně (18). Pavlovský a kolektiv autorů uvádí: „Heroinové opojení vede k příjemnému uvolnění, problémy se vzdalují, intoxikovaný jedinec se propadá do příjemného snění, z něhož je nerad vyrušován; paměť není narušena (18, str. 60).“ Účinek látky odeznívá v časovém intervalu 6-8 hodin. V případě závislosti se rychle rozvíjí odvykací příznaky

v podobě neklidu, úzkosti, bolestných křečí a střídání pocitů horka a zimy. Jedinec je emočně labilní a často jedná agresivně.

Skupinu kanabinoidů představuje konopí, z pryskyřice květů se připravuje hašiš, nať se kouří jako marihuana, známky intoxikace touto látkou trvají řadu hodin. Po prvotních nepříjemných příznacích jako je pálení sliznice úst, zarudnutí spojivek a kašel, nastává uvolnění, hovornost, smích, mizí zábrany. Dlouhodobé užívání kanabinoidů může vést ke vzniku deprese a zvýšené afektivní dráždivosti (18). Pavlovský a kolektiv autorů zdůrazňují: „Ve vztahu ke spáchané trestné činnosti lze poukázat na možné ovlivnění rozpoznávacích a ovládacích schopností v důsledku akutní intoxikace kanabinoidy v době spáchání trestného činu (18, str. 62).“

Kokain je látka původně používána v Jižní Americe k náboženským účelům, později byla využívána při operačních zákrocích jako analgetikum. Kokain se dostává do těla přes dýchací či žilní systém, téměř okamžitě po aplikaci látky nastává povznesená nálada. Jedinec má vysoké sebevědomí, je mimořádně bdělí, uvolněný a ztrácí potřebu hladu a spánku. Zároveň však dochází ke vzniku vegetativních projevů, mohou se objevit taktilní či zrakové halucinace a sklon k agresivnímu a násilnému jednání (18). Pavlovský a kolektiv autorů v knize Soudní psychiatrie a psychologie uvádí: „Kokainismus se považuje za nejnebezpečnější závislost, neboť vede k povahovým změnám disociálního rázu, k narůstání agresivity a ztrátě vyšších citů (18, str. 63).“

Další skupinou jsou poruchy vyvolané užíváním stimulantů. Jedná se zejména o metamfetamin, nebo-li pervitin, pro jehož výrobu je výchozí surovinou efedrin obsažený v řadě antiastmatik. Způsob aplikace a doba účinku látky je stejná jako u kokainu. Jedinec ztrácí veškeré společenské zábrany, je komunikativní, ztrácí obavy a vidí věci kolem sebe jednoduše. Závislost vzniká velmi rychle, je především psychická. V jejím průběhu dochází k pocitům sledování až k rozvoji halucinatorních psychóz. Časté jsou projevy agrese mířené proti vlastní osobě i okolí.

Halucinogeny se na našem drogovém poli objevují ve formě tzv. psaníček, která obsahují látku LSD (diethylamid kyseliny lysergové). Během několika minut od požití látky dochází k změnám vnímání času a prostoru, intoxikovaný jedinec

prožívá pocity nekonečna a létání, což může vést např. k tomu, že jedinec vyskočí z okna. Během akutní intoxikace může docházet k násilným trestným činům.

Poruchy užívání organických rozpouštědel jsou v naší společnosti prezentovány zejména zneužíváním toluenu, který se do organismu dostává přes dýchací ústrojí, vzácně cestou trávicího traktu. Následně se látka rychle vstřebává zejména přes tukovou tkáň a hojně prokrvené orgány. Akutní intoxikace toluenem připomíná alkoholovou podnapilost. Sebevědomí jedince je zvýšené, nálada povznesená a v chování často dominuje agresivita (18).

Další z příčin, které často vedou k agresivním a násilným projevům jedince, jsou psychiatrická onemocnění. Jedná se o schizofrenii, která postihuje převážně mladší věkovou skupinu. Mezi charakteristické příznaky schizofrenie patří slyšení vlastních myšlenek, bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, přetrvávající halucinace, náhlé změny chování, poruchy myšlení, katatonní projevy (bizarní pohyby, grimasování, impulsivní činy, negativismus). Z hlediska agresivních projevů jedince vůči okolí jsou nebezpečné katatonní stavy vzrušenosti, které mohou doprovázet některé formy schizofrenie. Jedná se zejména o náhlé a nemotivované agresivní stavy, které mohou vznikat v iniciálních stádiích onemocnění, v jeho průběhu i během hospitalizace pacienta/klienta. Nejčastější formou je katatonní raptus, který vychází z katatonního útlumu a po odeznění projevů agrese opět jedinec upadá do netečnosti. Další z forem je katatonní agitovanost spojená s déle trvajícím projevem vzrušení.

V rámci manických poruch se mohou vyskytnout formy agitované mánie se zvýšenou rezonancí a megalomanickými bludnými představami. Tyto stavy jsou provázeny euforií, zvýšeným neklidem a nadměrnou podnikavostí. Pacienti/klienti se často chovají nevhodně až agresivně. Opakem mánie je agitovaná deprese. Mezi hlavní příznaky deprese patří výrazná úzkost, trvale špatná nálada a vnitřní i psychomotorický neklid. Vrcholnou formou tohoto stavu může být depresivní či anxiózní raptus, případně rozšířená sebevražedná aktivita. Takto postižený jedinec se může rozhodnout pro sebevraždu, do které zahrne i další osoby, aby zabránil jejich utrpení (6).

Poruchy osobnosti (dříve označovány termínem psychopatie) se vyznačují nevyvážeností. Mezi jednotlivými vlastnostmi chybí harmonická souhra, která je typická pro zdravou osobnost. Jednotlivé poruchy osobnosti jsou trvalé, i když samozřejmě během vývoje jedince mění svou dynamiku. Některé struktury osobností se mohou za určitých okolností dekompenzovat a jedinci se následně chovají agresivně vůči svému okolí. Paranoidní porucha osobnosti je charakterizována nepřátelskými a podezřívavými tendencemi, konfliktností, pocity křivdy a urážek. Schizoidní porucha osobnosti se projevuje emočním chladem a neschopností sociálních kontaktů. Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje impulsivně, neuváženě, často násilně (18).

K agresivním až násilným projevům jedince mohou vést také onemocnění a poranění mozku, které vznikají jako přímé či nepřímé poškození mozku. Příмым poškozením mozku, tedy primární poruchou centrálního nervového systému, je myšlen úraz, nádor mozku, zánětlivé postižení (encefalitida, menigoencefalitida, abscesy apod.). Do této skupiny lze zařadit i degenerativní onemocnění mozku, tedy demence, které představují závažnou získanou poruchu paměti, intelektu a dalších psychických kvalit. Za nepřímé poškození mozku se považují projevy celkového onemocnění, tedy vaskulární onemocnění centrálního nervového systému doprovázející celkovou aterosklerózu, stavy zmatenosti, dehydratace, hladovění atd. Jedná se také o psychické poruchy metabolického původu, především diabetes mellitus a jeho akutní komplikaci hypoglykémii, tedy náhlý pokles hladiny krevního cukru.

Zvláštní skupinu rizikových pacientů/klientů z hlediska agrese činí mentálně retardovaní jedinci, u nichž dochází k poruše osobnosti v důsledku vrozené či získané vady, která vznikla v průběhu nitroděložního života, v době kolem porodu nebo v prvních dvou letech života. Porucha může být lehká, střední či těžká. Zejména u středně těžké a lehké mentální retardace může dojít v důsledku podlehnutí chybnému návodu druhé osoby či vlastní emoce k fyzickému útoku vůči okolí či k trestnému činu.

Léčba a péče o pacienty trpící epileptickým záchvatem je stejně jako předchozí uváděné stavy obtížná. Jedná se o epileptické mráкотné stavy, které jsou kvalitativní poruchou vědomí a obvykle navazující na epileptický záchvat. V důsledku obluženého

vědomí může být projev pacienta/klienta velmi agresivní, spojený s útokem (18). Pavlovský a kolektiv autorů upozorňuje: „U některých epileptiků se záchvatovitě a bez zjevného podnětu dostávají patické nálady nazývané jako rozlady. Mohou trvat i několik dní, vědomí během nich není porušeno. Epileptické rozlady mají velmi často ráz nálady podrážděné, agresivní, takže spáchání násilného trestného činu v jejich důsledku není výjimečné (18, str. 48).“

1.2.5 Zvládnutí objektivně akutních psychiatrických stavů spojených s agresivitou

Členové posádek ZZS se stále častěji setkávají s objektivně akutními psychiatrickými stavy spojenými s agresivitou ze strany pacienta/klienta. Ošetřování takto se projevujících jedinců má svá specifika, především proto, že zdravotník přichází do kontaktu s lidmi, kteří nemají náhled na svou nemoc, nespolupracují a často odmítají pomoc zdravotnického personálu. Důležité je, aby zdravotník včas rozpoznal signály předznamenávající změnu pacientova/klientova chování (15). Proto je výhodné, aby bylo co možná nejvíce informací o dané situaci a stavu pacienta/klienta zjištěno dříve než posádka ZZS dorazí na místo zásahu či dříve než přijde do kontaktu s pacientem/klientem. K tomu poslouží dotazník britské psycholožky Glynis Breakwellové, který Novák uvádí ve své publikaci *Sám proti agresii*:

„1. Je člověk, se kterým právě jedním, pod vlivem výrazného stresu?

2. Je podnapilý či zfetovaný?

3. Projevil se již v minulosti jako násilník?

4. Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?

5. Trpěl nebo trpí duševní poruchou, která snižuje přičetnost?

6. Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?

7. Napadl nás ten člověk již v minulosti nebo nám vyhrožoval?

8. Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?

9. Zaútočil na mne již někdy?

10. Myslí si ten člověk, že ohrožuje jeho děti nebo jiné jemu velmi blízké osoby nebo sem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?

11. Myslí si dotyčný, že ohrožují jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kdož by jeho svobodu mohli ohrozit?

12. Má onen člověk nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?

13. Je přesvědčen, že mu nechci úmyslně pomoci?

14. Měl (a) jsem z tohoto člověka již v minulosti strach?

15. Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mé osobě a kteří by mohli buď přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči mně podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

Vyhodnocení: Čím více je odpovědí ANO, tím větší je riziko agresivního napadení. Již při pěti odpovědích ano je riziko poměrně dosti výrazné. 10 odpovědí činí následný útok dosti pravděpodobný. Vyhodnotíme-li situaci na 15 krát ano, lze útok považovat za prakticky jistý (17, str.57-58).“

Zároveň je v rámci zvládnání objektivně akutních stavů spojených s agresivitou pacienta/klienta nutná úzká spolupráce s policií České republiky při zásahu v potencionálně nebezpečných situacích, která je daná zákonem č. 283/1991 Sb. o Policii České republiky. Pokorný členy posádky ZZS ve své příspěvku Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči upozorňuje: „Je potřeba si uvědomit, že nejlepší obranou proti důsledkům agrese pacientů zůstává prevence (nezasahovat bez policie, případně včas utéci) a klidná verbální komunikace (37, str. 3).“ Při ošetřování agresivních nemocných by měl být brán v úvahu fakt, zda došlo k splnění všech zákonných předpokladů. Pokud ano, pak lékaři a zdravotníci záchranáři mohou a v řadě případů musí pacienta/klienta ošetřit i proti jeho vůli, nemělo by však dojít k jeho zranění či ke zranění některého z členů posádky ZZS. V případě vlastního ohrožení není posádka ZZS povinna pacienta/klienta ošetřovat (37).

Prvním prostředkem, který vede ke zvládnání situace spojené s agresivitou je komunikace. Zacharová a kolektiv autorů uvádí: „Pro jednání zdravotníka (zejména lékaře) a pacienta by měly platit zásady etického a psychologického přístupu, které v sobě obsahují myšlenky důvěry, pochopení, naděje, empatie a léčby, jež by měla být realizována s vlastní angažovaností lékaře (26, str. 65).“ Tento ideální vzorec

vztahu mezi zdravotníkem a pacientem/klientem je však často znesnadňován změnou chování a jednání pacienta/klienta. Pokud je pacient/klient neklidný, agresivní až útočný je nezbytné, aby zdravotník tomuto stavu přizpůsobil způsob komunikace. Principem neverbální komunikace je úprava postoje, nesmí působit autoritativně či defenzivně (ruce v bok, ruce zkřížené na prsou). Zdravotník by měl s pacientem/klientem promlouvat ve stejné výšce, tedy pokud pacient/klient sedí, měl by se zdravotník také posadit. Zároveň je důležitá regulace výrazu v obličeji, udržování bezpečné vzdálenosti od pacienta/klienta (asi 1 metr) a v případě slovní agrese tuto vzdálenost zvětšit až třikrát. Agresivního pacienta/klienta se zdravotník nedotýká, avšak stále se snaží za účelem navození pocitu jistoty a bezpečí udržet oční kontakt (1). Beer a kolektiv autorů v knize Intenzivní péče v psychiatrii doporučují specifikaci verbální komunikace s agresivním pacientem/klientem:

„- Základním principem je klidný a jasný tón hlasu. Tón hlasu by měl odpovídat energii komunikace, náladě a výrazu tváře. Komunikaci udržujeme plynulou.

- Pokud nemáme k pacientovi terapeutický vztah, navážeme s ním kontakt prostřednictvím osobního emocionálního prožitku, např. sebeotevřením. Pacient pak spíše nezaútočí.

- V počátečních fázích zklidnění vydáváme jednoduché příkazy v jasně formulovaných vyjádřeních, např. „Pojďme se posadit, promluvme si o tom, co potřebujete.“

- Během počáteční fáze se zaměříme na hlavní problém, i když to může být velmi náročné.

- vystupujeme v roli toho, kdo pomáhá-pacienta neomezujeme.

- Někdy není možné uvést pacienta zpět do úplného klidu. Pokud je snížení agresivního napětí viditelné, zanecháme dalšího působení na pacienta, neboť bychom mohli vyvolat novou vlnu napětí (1, str. 41-42).“

Dojde-li v krizové události k výbuchu hněvu a zlosti, je nutné, aby zdravotník svou reakci na pacientovo/klientovo chování pojal jako proces skládající se z několika na sebe navazujících fází. Zdravotník by v první řadě neměl pacienta/klienta opouštět dříve než zhodnotí danou situaci. Poté je důležité odstranit z pacientovi/klientovi blízkosti všechny nebezpečné předměty. Další zásadou je zdrženlivost ve vlastním

projevu, více by zdravotník měl nechat hovořit pacienta/klienta. Avšak naslouchání by nemělo být pouze pasivním projevem. Zdravotník by měl vytvořit řízený rozhovor, kterým pacienta/klienta směřuje k vytyčenému cíli, tedy ke zklidnění a zjištění příčiny agrese. Další fází je reflexe pacienta/klienta, tedy uvědomování si toho, co jedinec sám prožívá. Následně by se mělo dostavit uklidnění, pacient/klient by si měl uvědomit důsledky a perspektivu svého chování a provést určité zhodnocení (12). Je nezbytné snažit se zabránit postiženému před sebepoškozením nebo poškozením okolí. Psychicky ho zklidnit a zabránit jeho dalšímu rozrušení. Komunikace však není všemocná a to by si měl zdravotník od počátku uvědomovat (2).

Řízený a specificky zaměřený rozhovor s agresivním pacientem/klientem je vždy prvotním řešením dané situace. Změna chování a jednání daného jedince však často vyžaduje využití i dalších postupů vedoucích ke kompenzaci stavu. Jedná se o fyzické omezení a cílenou psychoterapii.

Fyzické omezení připadá v úvahu v těžších případech dříve, než využijeme farmakologický způsob zklidnění. Fyzické omezení užíváme i v období po bezprostřední aplikaci psychofarmaka do doby nástupu účinku léku, případně v situaci, kdy nelze z nějakého důvodu psychofarmakum podat (např. z důvodu obavy z tlumivého účinku u agresivního podnapilého jedince). Na fyzickém omezení jedince se musí vždy podílet více osob (6). Dušek a Večeřová-Procházková tvrdí: „Ideální je zásah tehdy, pokud na každou končetinu je k dispozici jedna osoba. Pacient má být co nejrychleji šetrně položen na záda. Jedna osoba má mít volné ruce pro případnou aplikaci psychofarmak a zároveň hlídat, zda pacient volně dýchá (6, str. 51).“ Omezení je vedeno pouze po dobu agresivních projevů pacienta/klienta, po jeho zklidnění je uvolněno. Omezení by vždy měla provádět policie za dopomoci členů posádky ZZS, rodina pacienta/klienta by neměla být do omezování zapojována. Zároveň je nutné, aby lékař ZZS rodinu informoval o aktuálním stavu pacienta/klienta a vysvětlil příčinu fyzického omezení.

Nejúčinnějším způsobem zvládnutí objektivně akutních stavů spojených s agresivitou je aplikace psychofarmak, tedy léčiv ovlivňujících duševní funkce. V případě zvýšeného neklidu je vyloučena možnost perorálního podání léku,

výhodnější je podání parenterální (do cévního systému) či intramuskulární (do svalu). Mezi nejčastěji užívané léky patří Haloperidol, Diazepam a Clonazepam, jejichž podání je výhodné z důvodu okamžitého efektu a malých rizik komplikací. Lze použít i kombinaci dvou léků, např. intramuskulární podání (dále jen i.m.) 5 mg Haloperidolu a 20 mg Diazepamu. Všeobecně jsou k léčbě agresivního chování používány injekční formy sedativních antipsychotik první generace, především Tisercin a Plegomazin. Volba psychotika je závislá na posouzení možných nežádoucích účinků léku.

U agresivního podnapilého jedince nebo u epileptika tedy zvolíme spíše omezující prostředky a aplikaci Haloperidolu i.m. Naopak u sebevražedně jednajícího jedince či u pacienta/klienta trpícího poruchou osobnosti zvolíme raději sedativní psychotika nebo injekční Sulperid. Na trhu se objevily také v injekční formě psychofarmaka druhé generace vhodná pro urgentní aplikaci, jedná se např. o Olanzapin (6).

1.3 Problematika pomáhajících profesí

Za pomáhající profese je považována celá řada povolání, jejichž pracovní náplň zahrnuje práci s lidmi za určitým účelem (vzdělávacím, léčebným, za účelem sociální podpory apod.) Také lékařská a nelékařská zdravotnická povolání patří mezi pomáhající profese. Stejně jako všechna ostatní povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, kterou je možné získat na příslušných školách. Odborné vzdělání zahrnuje sumu dovedností a vědomostí, jejichž osvojení je nezbytné pro výkon daného povolání. To co však obvykle škola zdravotníka nenaučí je vztah k pacientovi/klientovi, který by měl být jakousi samozřejmostí všech pomáhajících profesí. Pracovník pomáhající profese se často setkává s lidmi v těžkých životních situacích, kteří potřebují přijetí, porozumění a vlídné jednání. Mnohdy postačí pouze vhodné neverbální projevy odborníka (9).

Mnozí lidé se domnívají, že ten, kdo druhým pomáhá, sám pomoc nepotřebuje. Předpokládají, že člověk vykonávající pomáhající profesi snad ani problémy nemá a nebo je dokáže snadno zvládat. Opak je však pravdou. Čím je emotivně náročnější pomáhající profese, tím větší přináší stres člověku, který ji vykonává. I přes náročnost povolání se pro řadu profesí jejich práce stává drogou, nedokáží využít volný čas

a relaxovat. Takový způsob života následně vede k tzv. duševní únavě a tím i psychosomatickým onemocněním (19).

Pomáhající profese jsou nepochybně ovlivňovány atributy společnosti. Ivanová tvrdí: „Současná společnost preferuje jednoznačně zdraví, mládí, úspěch a výkon; kvalita života v současnosti se odvíjí právě od těchto hodnot, a proto jakékoliv odkazy na význam nemoci, utrpení a bolesti pro osobní růst každého jednotlivého člověka jsou obecně považovány jako nepatřičné. Přesto existují lidé, kteří nacházejí svůj životní smysl v povoláních, která pomáhají druhých (9, str. 174).“

1.3.1 Stres a fungování psychiky v zátěžové situaci

Autor Selye původně termínu stres užíval pro označení reakce organismu na mimořádné, extrémní poruchy, např. různé druhy šokových reakcí vyvolané traumatem, termickými změnami, poruchou oběhu. Pozdější autoři vycházeli z přesvědčení, že stres nelze ztotožnit pouze s něčím mimořádným či neobvyklým. Pojem stres může charakterizovat i prožitky každodenních běžných situací, tedy činnosti související s profesí, rodinou a dalšími činnostmi (10). Jobánková ve své knize Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky uvádí současnou definici stresu: „V současnosti se velmi často používá pojmu stres ve smyslu psychické zátěže, popřípadě se stresem rozumí zvláštní forma zátěže, při níž musí organismus mobilizovat rezervní zdroje energie pro činnost (10, str. 38).“ Zároveň je nezbytné zdůraznit fakt, že nezáleží na povaze vyvolávající příčiny stresu, tedy zda se jedná o fyzikální či psychosociální povahu zátěže nebo zda je vyvolávající činitel příjemný či nepříjemný. Postupnými výzkumy bylo zjištěno, že stres může být navozen čistě psychologickým působením, proto jsou v rámci pojetí stresu zdůrazňovány především psychologické aspekty. Stresová reakce jedince může být navozena přímým podmětem, předjímáním, určitým očekáváním, popřípadě zpětným vybavením nějaké zkušenosti či vzpomínky. Hodnocení dané situace významně ovlivňuje vnímání psychického stresu. Situace může být pro jedince skutečně ohrožující nebo je pouze jedincem subjektivně vnímána jako ohrožující. Zvládání stresu je závislé na emocionálním prožitku, připravenosti, znalostech a dovednostech člověka. Problémem se tedy stává

míra a kvalita zátěže a její přiměřenost vzhledem k adaptačním schopnostem jedince a jeho osobním charakterovým vlastnostem. Pokud je kladen na jedince vysoký situační tlak, dochází k nejrůznějším neadaptivním formám reakce, které se projevují obrannými mechanismy jedince (10).

Dle Nakonečného lze rozčlenit základní způsoby řešení stresových situací do osmi dimenzí:

„-konfrontující zvládnutí („Držím pozici a bojuji za své zájmy“)

-distancování („Dělám jako by se nic nestalo“)

-sebekontrola („Pokusil jsem se neprojevat svoje city“)

-hledání sociální podpory („Mluvil jsem s někým, kdo by mohl nějak konkrétně přispět k problému.“)

-převzetí odpovědnosti („Dal jsem si lekci nebo provedl sebekritiku“)

-unik, resp. vyhnutí („Doufám, že situace pomine nebo se vyřeší sama“)

-plánované řešení problému („Věděl jsem, co bylo třeba učinit a zdvojnásobil jsem tím své úsilí, abych dal věc do pořádku“)

-pozitivní znovuoценění („Našel jsem novou naději“) (16, str. 139).“

Zátěžové situace jsou přirozenou součástí života, dokonce lze hovořit o nezbytné a přirozené složce normálního utváření osobnosti člověka. Pokud by stresové situace neexistovaly, byl by narušen zdravý a plnohodnotný vývoj osobnosti. Pokud však tyto situace dosáhnou neúměrné intenzity, případně jsou kumulovány v omezeném časovém intervalu, není v silách jedince dosáhnout přiměřené adaptace na tyto změny (10). Stres a vyčerpanost pak mohou vést až k tzv. syndromu vyhoření, při kterém dochází ke ztrátě profesionálního zájmu a osobního zaujetí (22).

1.3.2 Dopad agresivního chování ze strany pacienta / klienta na členy posádky zdravotnické záchranné služby

Agresivní chování ze strany pacienta/klienta může mít vážný dopad na fyzický i psychický stav členů posádky ZZS. Důsledky napadení mohou být krátkodobé, tedy fyzická a psychická únava, pocity nejistoty v mezilidských vztazích či pocity viny. Mezi dlouhodobé důsledky napadení lze zařadit nepřiměřený strach z opakujícího se napadení, strach ze změn v osobním životě a přeceňování hrozícího násilí. V nejtěžší fázi se může rozvinout až posttraumatická stresová reakce (38). Útokem u poškozeného dochází k narušení potřeby bezpečí a potřeby sebeprosazování a seberealizace. Vzhledem k prolomení těchto dvou základních předpokladů duševního zdraví a pohody dochází ke ztrátě iluzí dobrého světa a iluzí kontroly. Dochází také k pocitu zneuctění, ke ztrátě důvěry a pocitu možnosti rozhodování o sobě samém. V řadě případů dochází také k fyzické újmě, tedy k lehčím poraněním až k závažnému ublížení na zdraví či usmrcení (5).

Venglářová ve svém článku Agresivní klient v ošetrovatelské praxi uvádí možnosti pomoci po zážitku napadení:

- „1. Mluvte s kolegy o celé situaci, klidně i opakovaně-postupně tak odreagujte emoce spojené s negativním zážitkem. Také můžete společně vytvořit preventivní strategie, aby se omezila další rizika.
2. Pochvalte všechny účastníky za zvládnutí krize.
3. Využijte zkušenosti jiných, poraďte se s nimi.
4. V případě rozvoje posttraumatických syndromů vyhledejte poradenské a terapeutické služby.
5. Očekávejte, že se reakce na napadení může dostavit později.
6. Vraťte se do práce. Kolegové vás jistě podpoří (38, str. 3)!“

Humhal tvrdí, že členové ZZS i ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří pracují osamoceně s pacienty, potřebují prohloubit a rozšířit svoji odbornou kvalifikaci, absolvovat odborná školení zaměřená na diagnostiku krizových stavů a na komunikaci s pacienty ve stavu částečně nebo více změněného vědomí (35).

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem práce bylo zmapovat problematiku napadení posádek zdravotnické záchranné služby.

2.2 Hypotézy

Byly stanoveny tyto tři hypotézy:

H1 Zdravotnický záchranář se cítí být ohrožen ze strany pacienta/klienta více než řidič vozidla zdravotnické záchranné služby.

H2 Lékař zdravotnické záchranné služby se cítí být ohrožen ze strany pacienta/klienta méně než zdravotnický záchranář.

H3 Zdravotničtí záchranáři zvládají techniku sebeobrany více než zdravotní sestry na zdravotnické záchranné službě.

3. Metodika

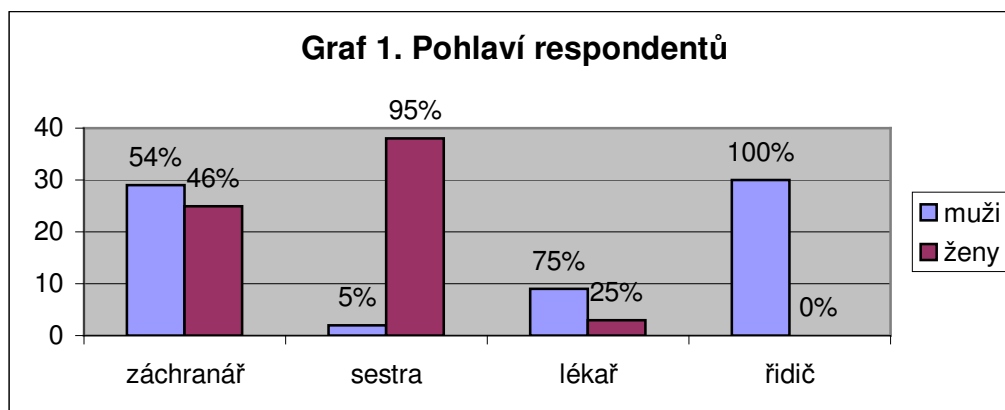
3.1 Použité metody

V rámci bakalářské práce byl proveden kvantitativní výzkum. Sběr dat byl proveden metodou dotazování. Kvantitativní výzkum byl realizován technikou dotazníku, ve kterém respondenti označovali jednu či více odpovědí a zároveň měli možnost vyjádřit v určených otázkách svůj vlastní postoj. V dotazníku bylo použito 18 otázek. Do tabulky v záhlaví dotazníku respondenti vyplňovali kromě věku a pohlaví také kód složený z jejich iniciálu a roku narození. Tento kód bude sloužit pro možnost opětovného šetření u stejných respondentů a tím bude zároveň možné zmapovat problematiku napadení posádek ZZS opakovaně za delší časový interval (viz příloha 1).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

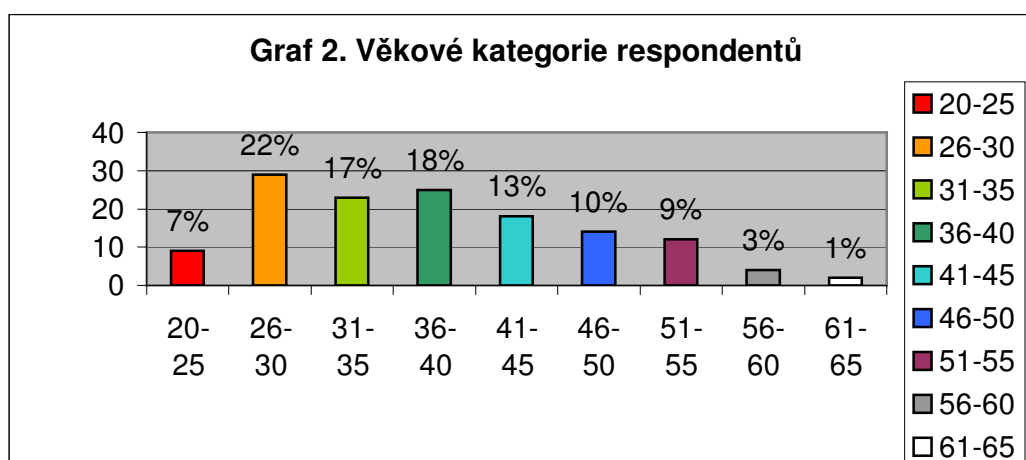
Výzkumný soubor tvořili zdravotničtí záchranáři, výjezdové sestry, lékaři a řidiči Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje (dále jen ZZS JČK). Dotazníky byly rozeslány do sedmi hlavních oblastních středisek ZZS JČK, tedy do Českých Budějovic, Jindřichova Hradce, Písku, Strakonice, Tábora, Prachatic a do Českého Krumlova (viz příloha 3). Výzkum byl proveden se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči na ZZS JČK a vrchních sester příslušných oblastních středisek. Výzkum byl realizován v průběhu dubna roku 2008. Na každé oblastní středisko bylo dodáno 30 dotazníků, celkem tedy bylo rozdáno 210 dotazníků. Vrátilo se 145 dotazníků, z nichž 9 bylo vyřazeno pro neúplnost., takže konečný vzorek respondentů byl 136. Data byla zpracována a zobrazena v grafech.

4. Výsledky



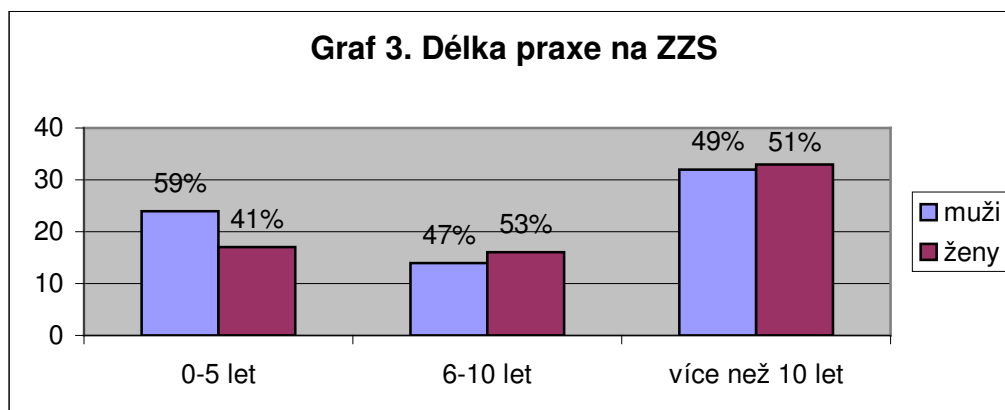
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu respondentů na ZZS JČK zastává 29 mužů (54 %) a 25 žen (46 %) pozici záchranáře, 2 muži (5 %) a 38 žen (95 %) pozici sestry, 9 mužů (75 %) a 3 ženy (25 %) pozici lékaře a 30 mužů (100%) pozici řidiče. Celkově je zastoupeno 66 žen (49 %) a 70 mužů (51 %).



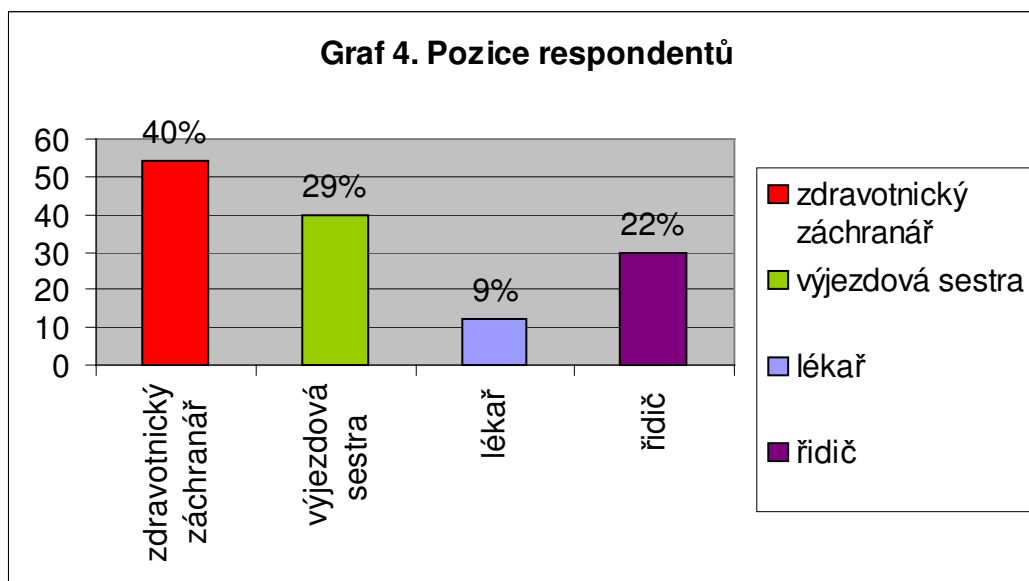
Zdroj: Vlastní výzkum.

Zastoupení respondentů na ZZS JČK je ve věkové kategorii: 20-25 let: 9 (7 %), 26-30 let: 29 (22 %), 31-35 let: 23 (17 %), 36-40: 25 (18 %), 41-45: 18 (13 %), 46- 50: 14 (10 %), 51-55: 12 (9 %), 56-60: 4 (3 %), 61-65: 2 (1 %).



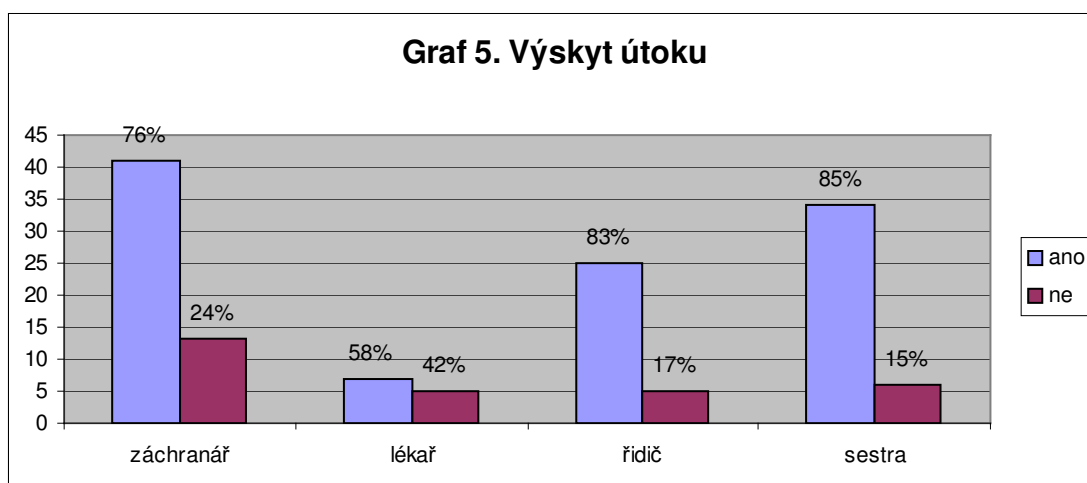
Zdroj: Vlastní výzkum.

Délka praxe dotazovaných respondentů na ZZS JČK činí u 24 mužů (59 %) a u 17 žen (41 %) 0-5 let, u 14 mužů (47 %) a 16 žen (53 %) 6-10 let a u 32 mužů (49 %) a 33 žen (51 %) více než 10 let. Celkově má 41 respondentů (30 %) 0-5 let praxe, u 29 respondentů (21 %) 6-10 let praxe a u 66 respondentů (49 %) více než 10 let praxe.



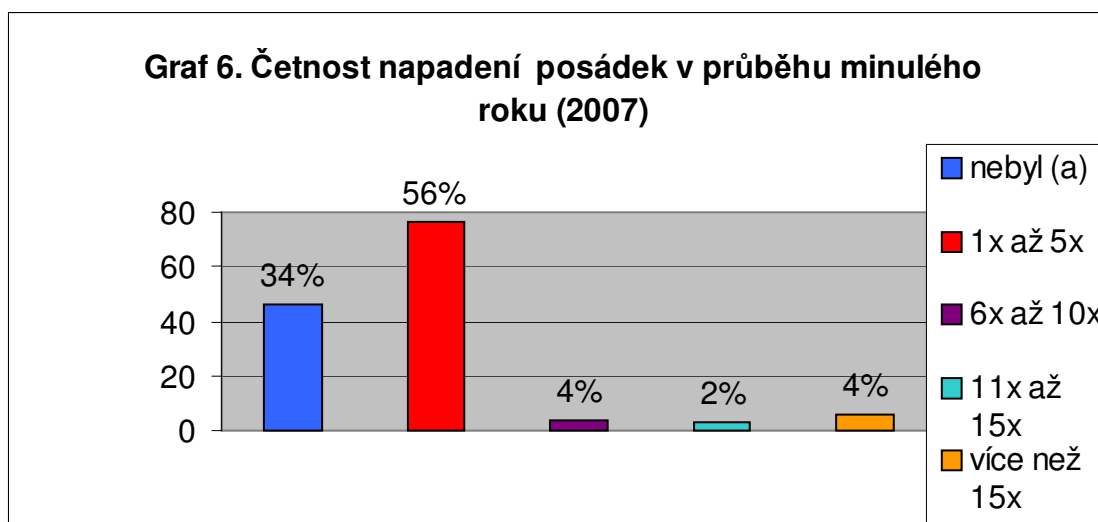
Zdroj: Vlastní výzkum.

Na ZZS JČK zastává 54 respondentů (40 %) pozici zdravotnického záchranáře, 40 respondentů (29 %) pozici výjezdové sestry, 12 respondentů (9 %) pozici lékaře a 30 respondentů (22 %) pozici řidiče.



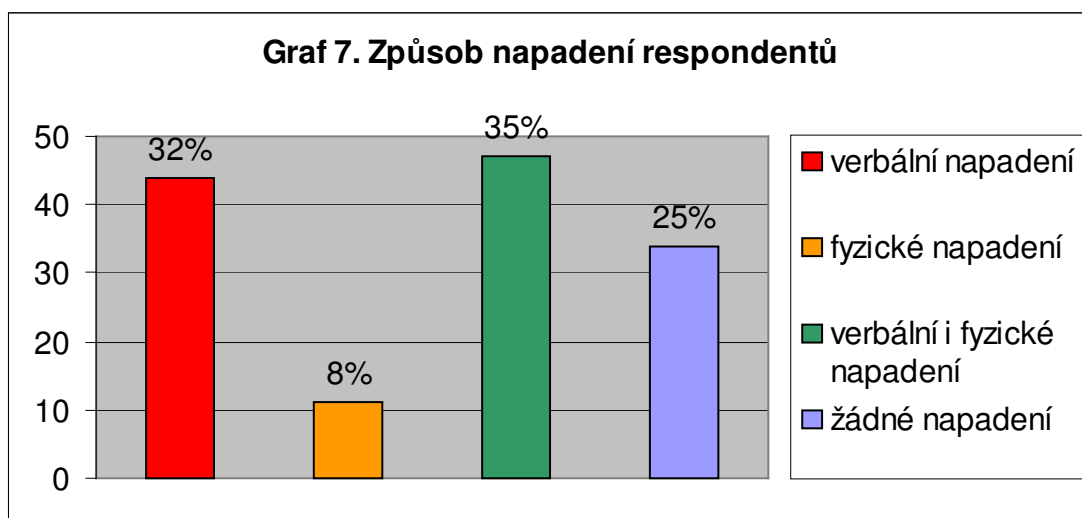
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu dotazovaných respondentů se dle jednotlivých pozic 41 záchranářů (76 %) setkala při výkonu své profese s útokem ze strany pacienta a 13 respondentů (24 %) se s útokem neseťkalo. Výskyt útoku potvrzuje 7 (58 %) lékařů na ZZS JČK. Zbýlých 5 respondentů (42 %) se s útokem ze strany pacienta neseťkalo. 25 řidičů (83 %) bylo vystaveno útokem, 5 řidičů (17 %) útok popírá. Kontakt s agresivním pacientem potvrzuje 34 sester (85 %), 6 (15 %) sester útok neudává.



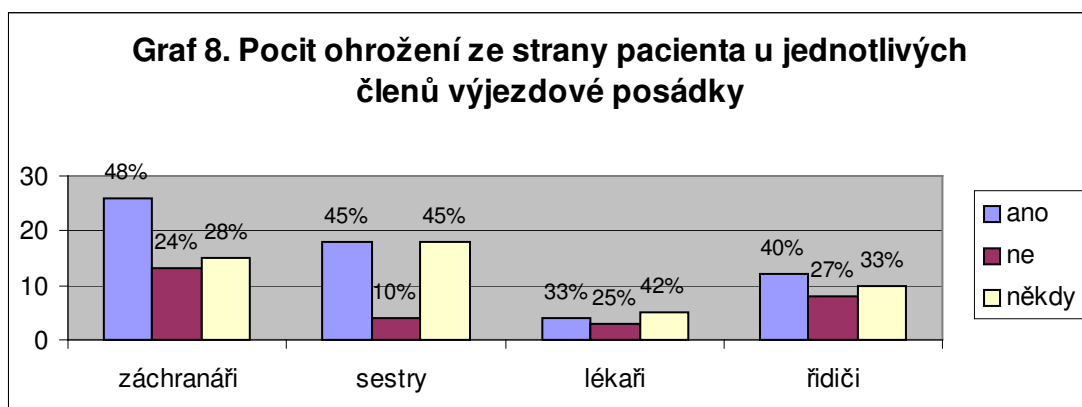
Zdroj: Vlastní výzkum.

V průběhu minulého roku (2007) 46 respondentů (34 %) napadeno nebylo, 76 respondentů (56 %) bylo napadeno 1x až 5x, 5 respondentů (4 %) 6x až 10x, 2 respondenti (2 %) 11x až 15x a 6 respondentů (4 %) bylo vystaveno napadení ze strany pacienta více než 15x.



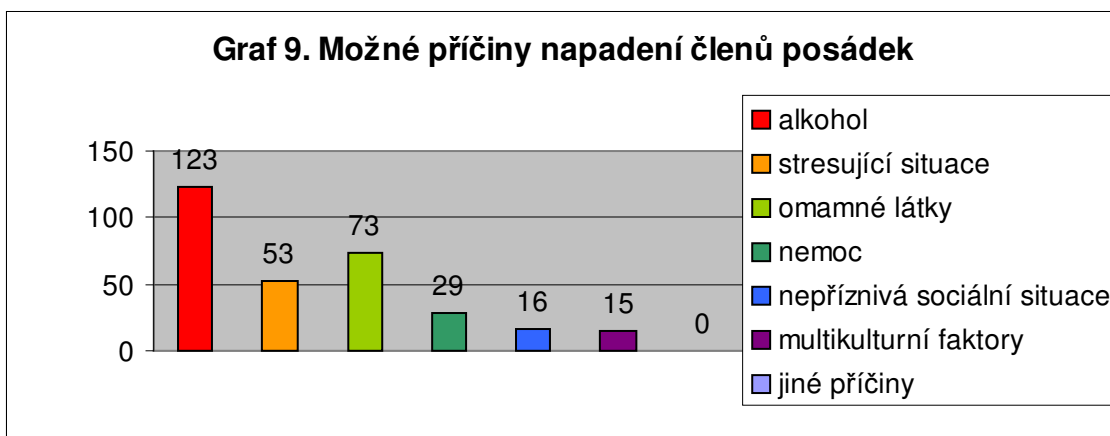
Zdroj: Vlastní výzkum.

Při výkonu povolání bylo 44 respondentů (32 %) vystaveno verbálnímu napadení, 11 respondentů (8 %) fyzickému napadení, 47 respondentů (35 %) verbálnímu i fyzickému napadení a 34 respondentů (25 %) se s útokem ze strany pacienta nesetkalo.



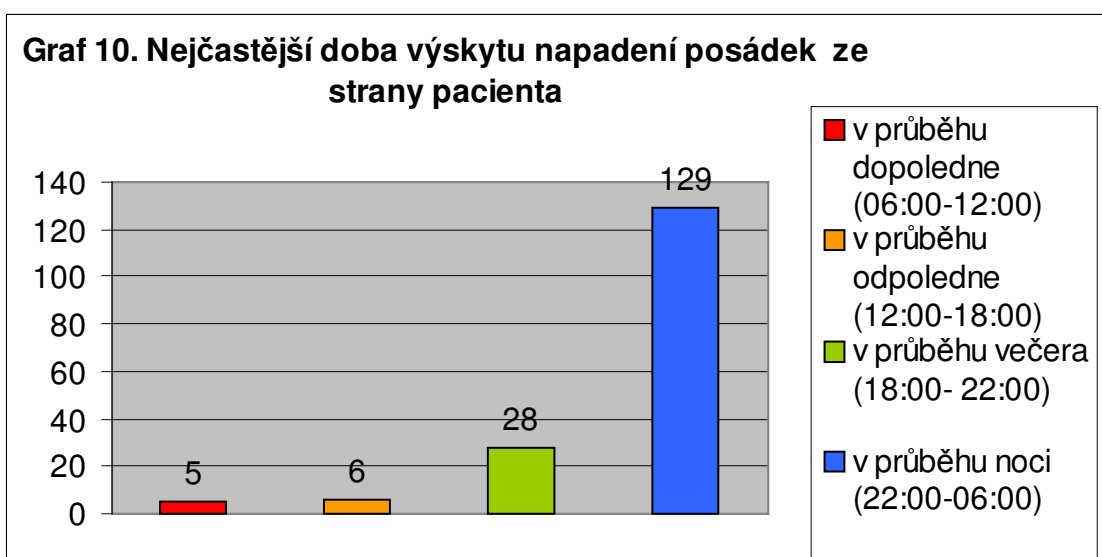
Zdroj: Vlastní výzkum.

Pocit ohrožení ze strany pacienta při výkonu povolání udává 26 záchranářů (48 %), 13 záchranářů (24 %) nemá pocit ohrožení, 15 záchranářů (28 %) pocit ohrožení popisuje v určitých situacích. 4 lékaři (33 %) mají pocit ohrožení, 3 lékaři (25 %) pocit ohrožení nemají a zbylých 5 lékařů (42 %) pouze v určitých situacích. 18 sester (45 %) udává pocit ohrožení, 4 sestry (10 %) nepocitují ohrožení a 18 sester (45 %) cítí ohrožení v určitých situacích. 12 řidičů (40 %) má pocit ohrožení, 8 řidičů (27 %) nepocituje ohrožení a 10 řidičů (33 %) se cítí být ohroženo v určitých situacích.



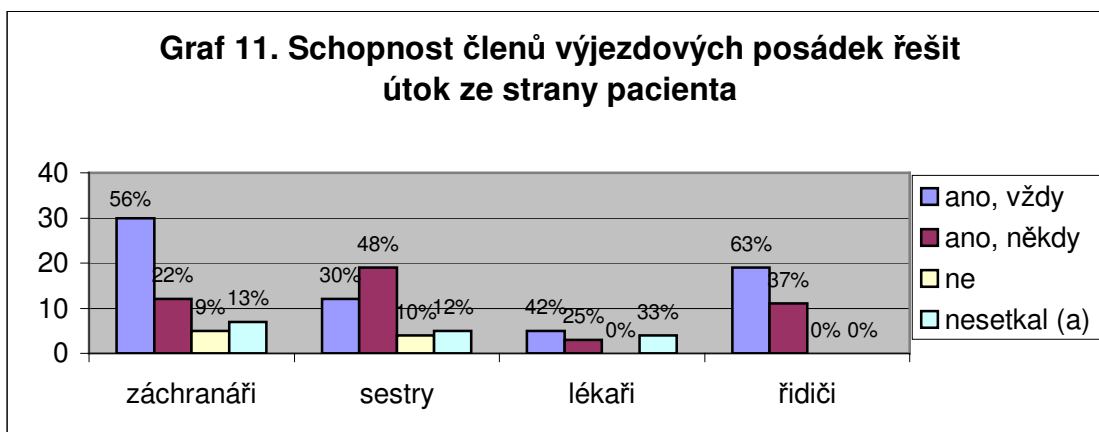
Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako možné příčiny napadení členů posádek ZZS JČK respondenti vzhledem k možnosti více správných odpovědí označili 123x alkohol, 53x stresující situace, 73x omamné látky, 29x nemoc, 16x nepříznivou sociální situaci, 15 x multikulturní faktory a 0x jiné příčiny.



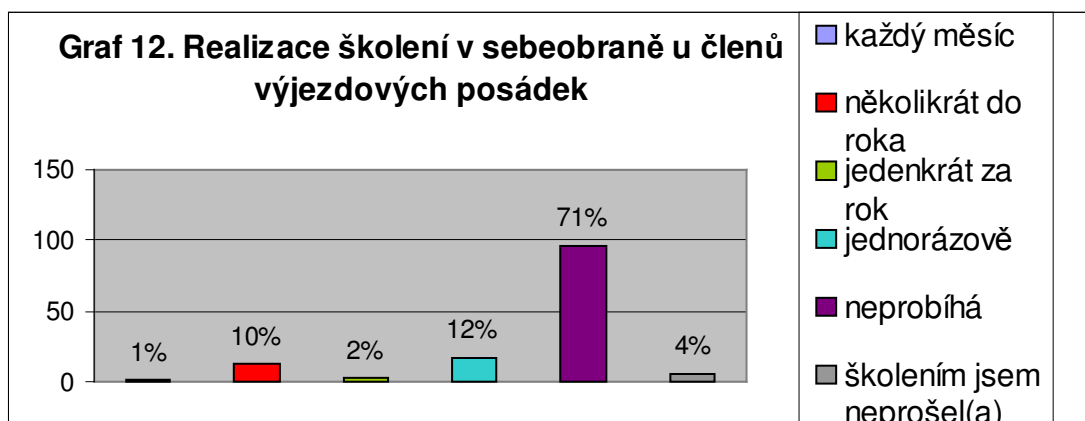
Zdroj: Vlastní výzkum.

Při volbě nejčastější doby napadení posádek ZZS JČK respondenti s možností označení více odpovědí udávali 5x dopoledne (06:00-12:00), 6x odpoledne (12:00-18:00), 28x večer (18:00-22:00) a 129x noc (22:00-06:00).



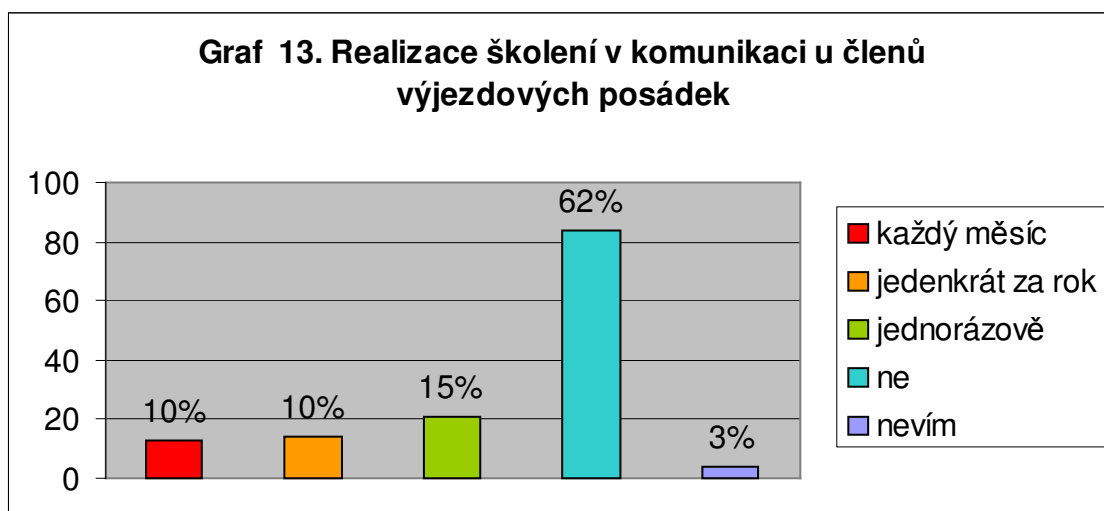
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu dotazovaných respondentů dle pozic 30 záchranářů (56 %) potvrdilo schopnost řešit útok za každé situace, 12 záchranářů (22 %) dokáže řešit útok v určitých situacích, 5 záchranářů (9 %) útok řešit nedokáže a 7 záchranářů (13 %) se s napadením nesetkalo. Útok dokáže vždy řešit 5 lékařů (42 %), 3 lékaři (25 %) dokáží řešit útok někdy a 4 lékaři (33 %) se s útokem nesetkali. Schopnost řešit útok potvrzuje 12 sester (30 %), 19 sester (48 %) dokáže řešit útok v určitých situacích, 4 sestry (10 %) útok nedokáží řešit a 5 sester (12 %) se s útokem ze strany pacienta nesetkalo. 19 řidičů (63 %) dokáže řešit útok za každé situace a 11 řidičů (37 %) v určitých situacích.



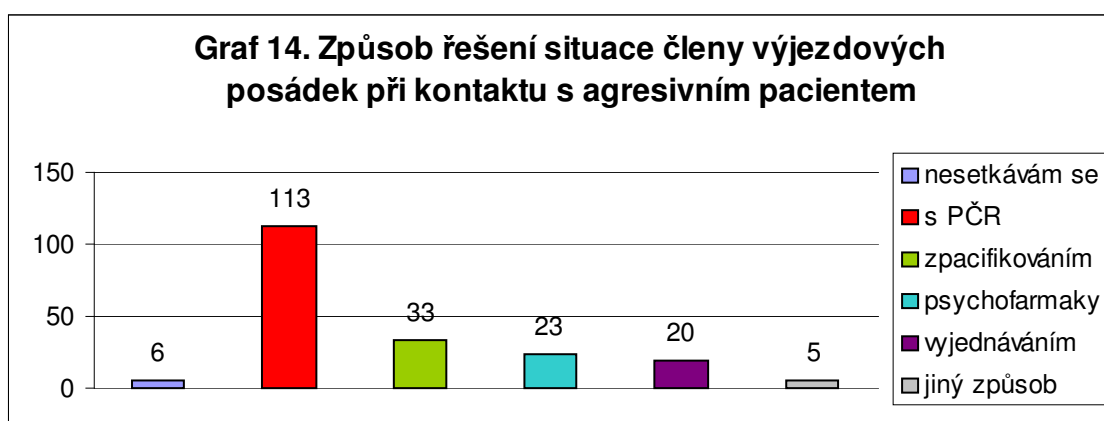
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu respondentů 2 respondenti (1 %) potvrzují realizaci školení každý měsíc, 13 (10 %) několikrát do roka, 3 (2 %) jedenkrát za rok, 17 (12 %) jednorázově, 96 (71 %) popírá realizaci školení a 5 respondentů (4 %) se se školením nesetkalo.



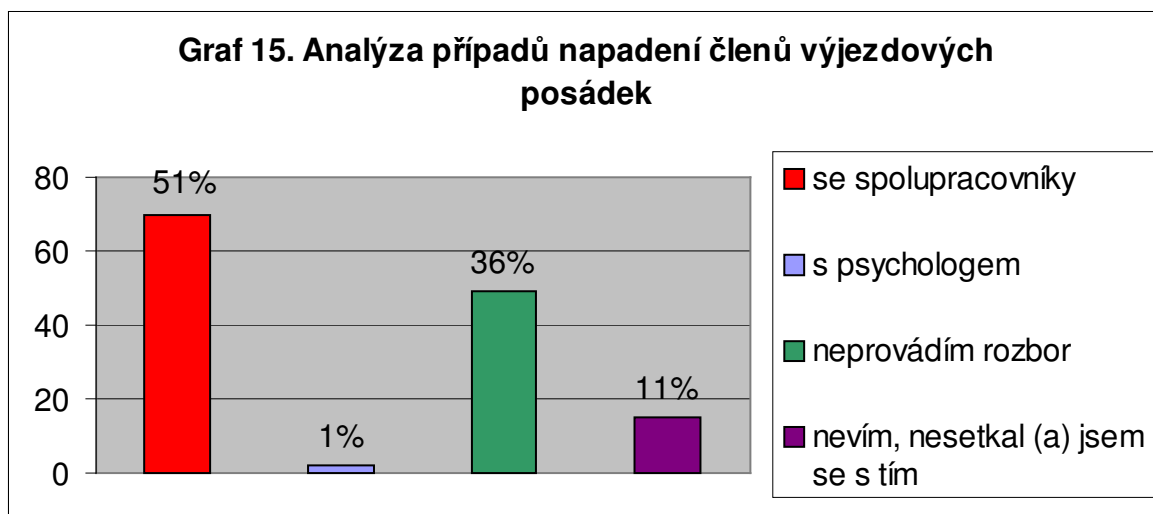
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu respondentů 13 respondentů (10 %) potvrzuje realizaci školení každý měsíc, 14 (10 %) jedenkrát za rok, 21 (15 %) jednorázově, 84 (62 %) popírá realizaci školení a 4 (3 %) se se školením v komunikaci dosud nesetkali.



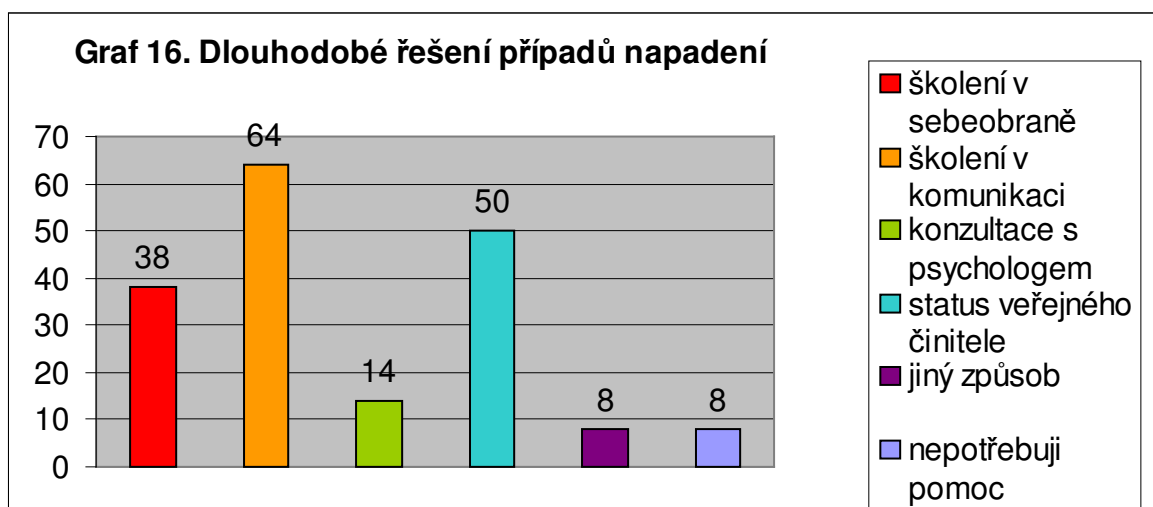
Zdroj: Vlastní výzkum.

Mezi způsoby řešení situace členy posádek ZZS JČK respondenti vzhledem k možnosti volby více odpovědí označili 6x alternativu nesetkání se s pacientem, 113x řešení situace v součinnosti s PČR zabezpečující místo zásahu, 33x řešení formou zpacifikování pacienta za účasti více pomáhajících osob, 23x možnost aplikace psychofarmak a současné fixace končetin pacienta dalšími osobami, 20x vyjednávání s pacientem a konzultace případů s psychiatrem a 5x jiný způsob řešení.



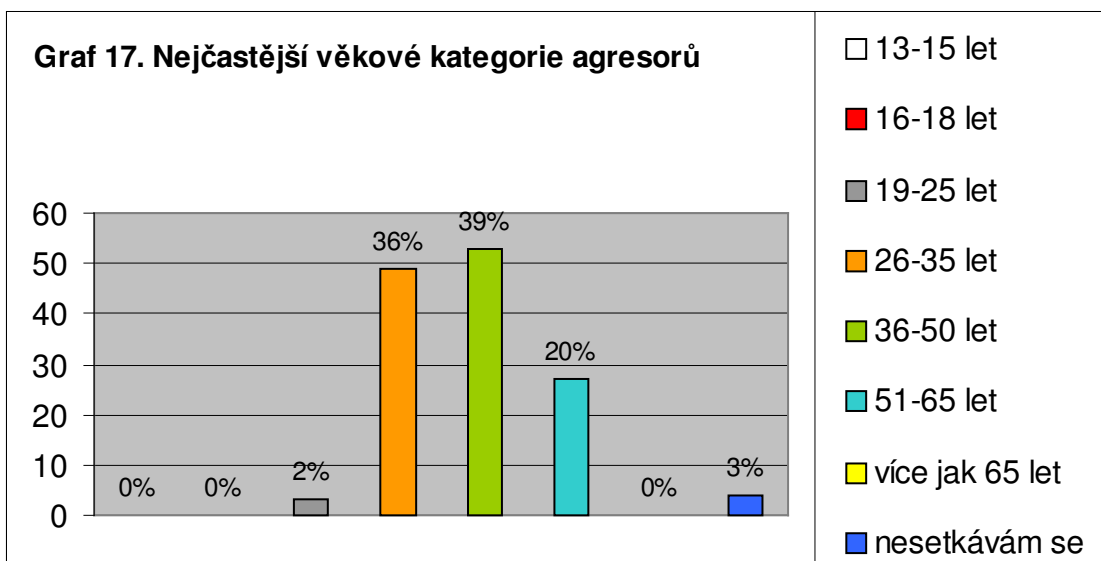
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu respondentů na ZZS JČK provádí analýzu napadení členů posádek ZZS JČK 70 respondentů (51 %) se spolupracovníky, 2 respondenti (1 %) s psychologem, 49 respondentů (36 %) rozbor případů neprovádí a 15 respondentů (11 %) se dosud s analýzou případů nesetkalo.



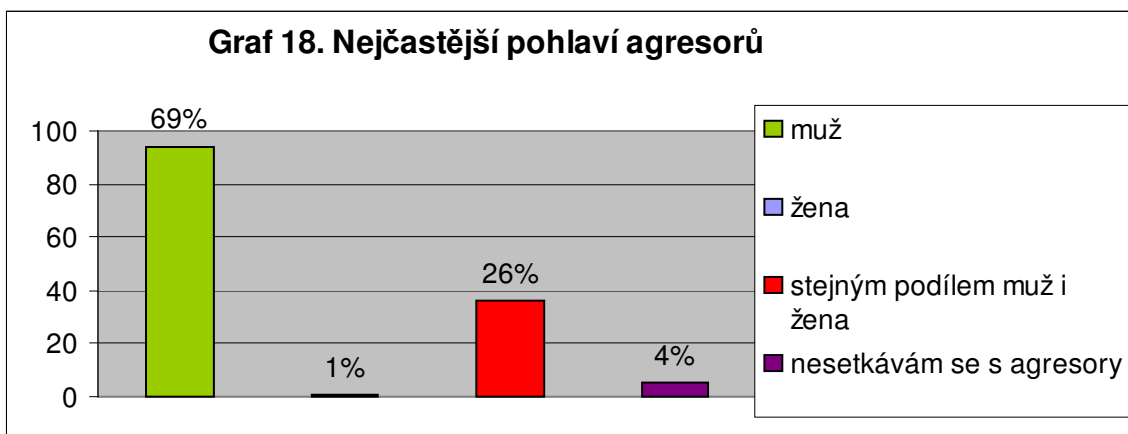
Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako dlouhodobé řešení případů napadení na ZZS JČK respondenti s možností označení více odpovědí zvolili 38x pravidelné školení v sebeobraně, 64x pravidelné školení v komunikaci s agresivním klientem, 14x možnost konzultace jednotlivých případů s psychologem, 50x přidělení statutu veřejného činitele, 8x jiný způsob pomoci a 8x respondenti odmítli pomoc v problematice zvládnutí agrese klienta.



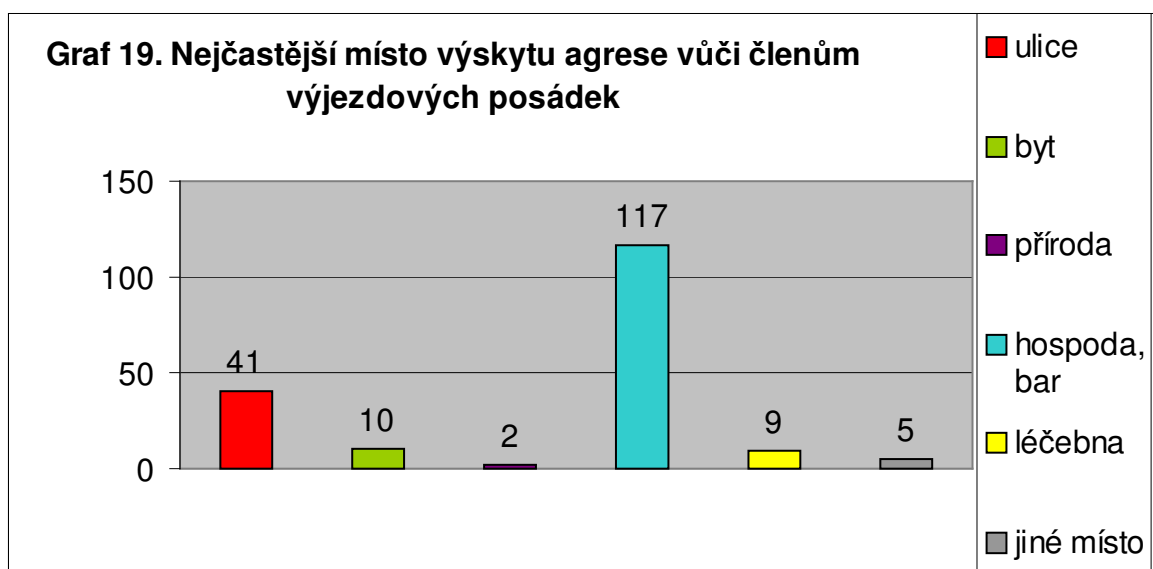
Zdroj: Vlastní výzkum.

Nejčastější věkové kategorie agresorů jsou následující: do 12 let včetně: 0 respondentů, 13-15 let: 0 respondentů, 16-18 let: 3 respondenti (2 %), 19-25 let: 49 respondentů (36 %), 26-35 let: 53 respondentů (39 %), 36-50 let: 27 respondentů (20 %), 51-65 let: 0 respondentů, více jak 65 let: 0 respondentů a 4 respondenti (3 %) se při výkonu svého povolání s agresory nesetkávají.



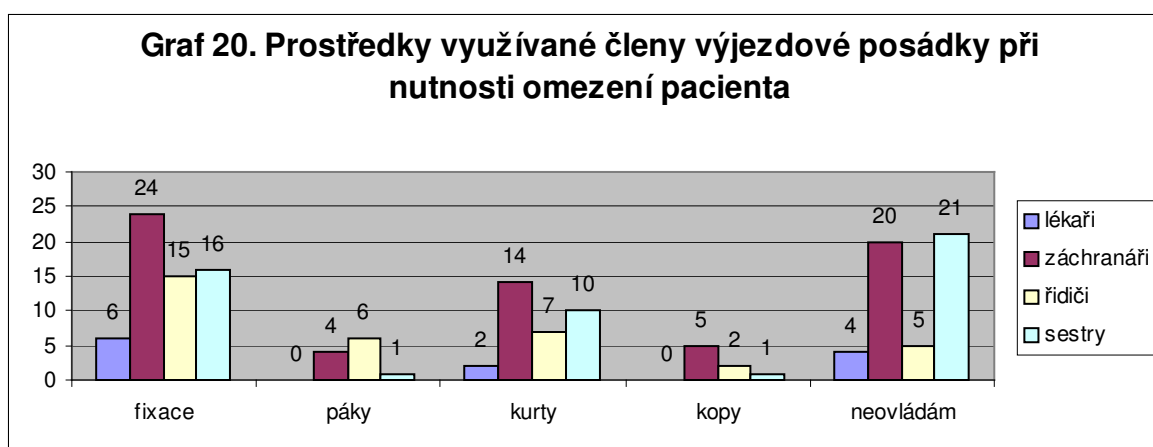
Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu dotazovaných členů posádek ZZS JČK 94 respondentů (69 %) označilo za nejčastější pohlaví agresorů muže, 1 respondent (1 %) ženu, 36 respondentů (26 %) stejným podílem muže i ženu a 5 respondentů (4 %) se s agresivními pacienty nesetkává.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako nejčastější místo výskytu agrese ze strany pacienta členové posádek ZZS JČK označili vzhledem k možnosti volby více odpovědí 41x ulici, 10x byt, 2x přírodu, 117x hostince, hospody a bary, 9x léčebny, ústavy a domovy pro seniory a 5x jiná místa.



Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako prostředky k omezení pohybu pacienta záchranáři označovali s možností volby více variant 24x fixaci, 4x páky, 14x kurty, 5x kopy a 20x uvedli neschopnost sebeobrany. Sestry označovaly 16x fixaci, 1x páky, 10x kurty, 1x kopy a 21x uvedli neschopnost sebeobrany. Řidiči zvolili 15x fixaci, 6x páky, 7x kurty, 2x kopy a 5x uvedli neschopnost sebeobrany. Lékaři označovali 6x fixaci, 2x kurty a 4x uvedli neschopnost sebeobrany.

5. Diskuse

S agresivitou ze strany pacienta jsem se dosud osobně nesetkala, ale měla jsem možnost hovořit s lékařem, který několik let působil na ZZS a byl útoky při výkonu svého povolání opakovaně vystaven. Podle jeho slov jsem dospěla k názoru, že práce na ZZS je sama o sobě velice náročná po fyzické i psychické stránce. Zároveň však vyžaduje nesmírnou schopnost flexibility a adaptace členů posádek ZZS na neočekávanost stavů, které jsou jakousi specialitou přednemocniční neodkladné péče. Existuje mnoho stavů, které mohou vyústit v agresi pacienta, proto lze téměř s jistotou říci, že členové posádek ZZS jsou útoky ze strany pacienta každodenně vystaveni.

Při realizaci výzkumu formou dotazníku se největším problémem stala velice obtížná spolupráce s lékaři ZZS, kteří dotazníky vyplňovat odmítali, a tím se jejich zastoupení ve zkoumaném souboru velice snížilo. Jako odůvodnění negativního postoje k výzkumu lékaři udávali nedostatek času a nechut' podílet se na výzkumu.

V bakalářské práci byly zjištěny možnosti zvládnutí situace při napadení posádky záchranné služby. Dotazník byl zvolen jako technika kvantitativního výzkumu, byl určen členům posádky ZZS JČK, tedy zdravotnickým záchranářům, lékařům, výjezdovým sestram a řidičům. Z celkového počtu 210 rozdaných dotazníků se vrátilo 136 dotazníků (65 %), které bylo možné použít ke zpracování. Překvapila mě poměrně nízká návratnost dotazníků. Z oblastního střediska Prachatice se z 30 zaslaných dotazníků vrátilo pouze 10, z oblastního střediska ve Strakoniciích se z 30 dotazníků vrátilo také 10 dotazníků, které jsem mohla použít pro svou práci, z oblastního střediska Jindřichův Hradec se z 30 dotazníků vrátilo 17 dotazníků, z oblastního střediska Tábor bylo vráceno z 30 dotazníků 21 řádně vyplněných dotazníků a v oblastním středisku České Budějovice bylo vyplněno z 30 dodaných dotazníků 20 dotazníků, se kterými jsem mohla dále pracovat. Nejvíce dotazníků se vrátilo z oblastního střediska Písek, z 30 doručených dotazníků bylo vráceno 28 dotazníků a z oblastního střediska Český Krumlov, kde byly vyplněny všechny dotazníky z 30 doručených dotazníků.

První čtyři otázky byly identifikační a sloužily k identifikaci zkoumaného souboru. Jednotlivé otázky byly vyhodnoceny z celkového počtu 136 dotazovaných

respondentů nebo z celkového zastoupení jednotlivých pozic na ZZS JČK. Na ZZS JČK bylo zastoupeno 66 žen (49 %) a 70 mužů (51 %). Nejvíce dotazovaných bylo zastoupeno ve věkové kategorii 26 až 30 let, jedná se o 29 respondentů (22 %). Nejméně respondentů bylo v kategorii 61 až 65 let, pouze 2 respondenti (1 %). Praxe na ZZS byla ve 49 % dotazníků označena v časovém intervalu delším jak 10 let. Tento údaj potvrdilo 66 respondentů. U 41 respondentů (30 %) činí praxe 0-5 let a u 29 respondentů (21 %) je délka praxe 6-10 let. Na ZZS JČK zastává 54 respondentů (40 %) pozici zdravotnického záchranáře, 40 respondentů (29 %) pozici výjezdové sestry, 12 respondentů (9 %) pozici lékaře a 30 respondentů (22 %) pozici řidiče (viz grafy 1, 2, 3, 4). Nejvíce dotazníků tedy bylo vyplněno od zdravotnických záchranářů a nejméně dotazníků vyplnili lékaři. Z početního zastoupení je patrné, že počet výjezdových sester na ZZS oproti zdravotnickým záchranářům je nižší. Tento fakt v plném rozsahu potvrzuje tzv. generální pardon, který se vztahuje na všeobecné sestry se specializací v oboru anesteziologie a resuscitace (dále jen ARIP) působící na ZZS. Tyto sestry měly možnost až do roku 2004 zastupovat funkci zdravotnického záchranáře. Zákonem č. 96/2004 Sb. se jednotlivé specializace a pozice ve zdravotnictví ujednotily. Tedy tyto sestry dále mohou plnit funkci zdravotnického záchranáře, ale nově jsou k pracovnímu poměru na ZZS přijímáni pouze pracovníci s odbornou způsobilostí v oboru zdravotnický záchranář (32). Myslím si, že zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů přispěl k zvýšení prestiže oboru urgentní medicína tím, že ukládá povinnost specializovaného vzdělání, které je při poskytování přednemocniční neodkladné péče nezbytné.

Následující otázky v dotazníku se již vztahovaly k problematice napadení posádek ZZS JČK. Setkání s útokem ze strany pacienta bylo rozlišeno z pohledu každého člena posádky ZZS. 41 záchranářů (76 %) se setkalo při výkonu své profese s útokem ze strany pacienta a 13 záchranářů (24 %) se s tímto útokem neseťkalo. Výskyt útoku ze strany pacienta potvrzuje 7 (58 %) lékařů. Zbylých 5 lékařů (42 %) se s útokem ze strany pacienta neseťkalo. Útoku ze strany pacienta bylo vystaveno

při výkonu povolání 34 výjezdových sester (85 %), 6 (15 %) výjezdových sester se s útokem ze strany pacienta nesetkalo. S útokem ze strany pacienta se setkalo 25 řidičů (83 %). Zbýlých 5 řidičů (17 %) se s útokem při výkonu svého povolání nesetkalo (viz graf 5). Každý z členů posádky ZZS JČK tedy potvrdil kontakt s agresivním pacientem, nejvíce kladných odpovědí měly výjezdové sestry (85 %) a nejméně kladných odpovědí zvolili lékaři (58 %). Negativní odpovědi byly voleny členy posádek ZZS JČK v menší míře oproti kladným odpovědím. Je tedy zřejmé, že výskyt agresivního chování je všude přítomný fenomén, který často znesnadňuje výkon povolání členů posádek ZZS. Svoboda a kolektiv autorů ve své knize Psychopatologie a psychiatrie potvrzují, že s násilným chováním se můžeme setkat v řadě situací. Mohou to být války, živelné katastrofy, ale i oblast profesní linie, zejména činnost prováděná na ZZS, na odděleních urgentního příjmu (dále jen OUP), psychiatrických odděleních, záchytných stanicích, vězeních apod. Expozice násilí ve společnosti vede k depresi, ke vzniku dalších atak agrese a k poruše mezilidských vztahů (21).

V průběhu minulého roku (2007) 46 respondentů (34 %) napadeno nebylo, 76 respondentů (56 %) bylo napadeno 1x až 5x, 5 respondentů (4 %) 6x až 10x, 3 respondenti (2 %) 11x až 15x a 6 respondentů (4 %) bylo vystaveno napadení ze strany pacienta více než 15x (viz graf 6). Nejvyšší četnost napadení členů posádek ZZS JČK v průběhu minulého roku (2007) byla tedy 1x až 5x. Ostatní možnosti vícečetných útoků ze strany pacienta byly členy posádek ZZS v menší míře voleny, proto se domnívám, že tyto údaje jsou poměrně vypovídající a potvrzující vysokou míru agresivity ze strany pacienta. Výsledky provedeného výzkumu potvrzují názor Markové a kolektivu v knize Psychiatrická ošetrovatelská péče, kde se uvádí, že kontakt členů posádek ZZS s objektivně akutními psychiatrickými stavy spojenými s agresivitou ze strany pacienta/klienta je stále častější. Ošetřování takto se projevujících jedinců má svá specifika, především proto, že zdravotník přichází do kontaktu s lidmi, kteří nemají náhled na svou nemoc, nespolupracují a často odmítají pomoc zdravotnického personálu.(15).

Při výkonu povolání bylo 44 respondentů (32 %) vystaveno verbálnímu napadení, 11 respondentů (8 %) fyzickému napadení, 47 respondentů (35 %) verbálnímu i fyzickému napadení a 34 respondentů (25 %) se s útokem ze strany pacienta nesetkalo (viz graf 7). Samostatné verbální napadení a kombinace verbálního a fyzického napadení ze strany pacienta směřované na členy posádek ZZS bylo tedy zastoupeno v největší míře.

Pocit ohrožení ze strany pacienta byl rozlišen jednotlivě z hlediska zdravotnického záchranáře, lékaře, výjezdové sestry a řidiče. Pocit ohrožení ze strany pacienta při výkonu povolání udává 26 zdravotnických záchranářů (48 %), 13 (24 %) nemá pocit ohrožení, 15 (28 %) pocit ohrožení popisuje pouze v určitých situacích (vliv drog a alkoholu na vědomí pacienta, psychiatrické stavy, hypoglykémie, infekční choroby a vyhrocená situace v rodině pacienta). 4 lékaři (33 %) udali pocit ohrožení, 3 (25 %) pocit ohrožení nemají a zbylých 5 (42 %) pocítuje ohrožení pouze v určitých situacích. Pocit ohrožení při výkonu povolání udává 18 výjezdových sester (45 %), 4 (10 %) nepocítují ohrožení a 18 (45 %) cítí ohrožení pouze v určitých situacích (opilství pacienta, psychiatrické indikace, vliv drog a výskyt agresivního pacienta ve skupině bez přítomnosti PČR). Pocit ohrožení při výkonu povolání udává 12 řidičů (40 %), 8 (27 %) nepocítuje ohrožení a 10 (33 %) se cítí být ohroženo jen v určitých situacích (vliv alkoholu, omamných látek a psychiatrická onemocnění pacienta). Nejvíce respondentů ze skupiny zdravotnických záchranářů, lékařů a řidičů udává pocit ohrožení vždy. Nejvíce respondentů ze skupiny lékařů udává pocit ohrožení někdy, v určitých situacích (viz graf 8). Je tedy zřejmé, že členové posádky ZZS mají velmi často při zásahu u potencionálně agresivního pacienta pocit nejistoty a strachu. Podle mého názoru tento údaj má vypovídající hodnotu a měl by vést k realizaci odborných školení a pomoci členům posádek ZZS v dané problematice.

Jako možné příčiny napadení členů posádek ZZS JČK respondenti vzhledem k možnosti více správných odpovědí označili 123x alkohol, 53x stresující situace, 73x omamné látky, 29x nemoc, 16x nepříznivou sociální situaci, 15 x multikulturní faktory a 0x jiné příčiny (viz graf 9). Svoboda a kolektiv se domnívají, že vznik agrese je nejčastěji spojen s abúzem alkoholu, nižším sociálním a ekonomickým statutem,

zneužíváním v dětství a předchozím agresivním chováním (21). Dle mého názoru je nejzávažnějším problémem zneužívání psychostimulačních látek, tedy alkoholu a drog. Souhlasím s charakteristikou alkoholu autorem Tylerem: : „Zde máme drogu, která může srazit k zemi dospělého člověka během půl hodiny, která každý rok zabíjí a mrzačí tisíce lidí na silnicích, vyvolává závislost, násilí, nemoce a sebevraždy, zjitřuje už beztak zoufalou situaci bezdomovců, a přesto je volně přístupná, veřejně propagovaná a je vnímaná ne jako tvrdá droga, ale jako prostředek vzbuzující veselou, družnou náladu (23, str. 25).“

Při volbě nejčastější doby napadení posádek ZZS JČK respondenti s možností označení více odpovědí udávali 5x dopoledne (06:00-12:00), 6x odpoledne (12:00-18:00), 28x večer (18:00-22:00) a 129x noc (22:00-06:00) (viz graf 10). Souhlasím s tím, že v nočních hodinách dochází nejvíce k projevům agrese ze strany pacienta. Domnívám se, že tato doba je spojena s častým zneužíváním návykových látek, které následně k agresi vedou.

Schopnost řešit útok ze strany pacienta za každé situace potvrdilo 30 záchranářů (56 %), 12 (22 %) dokáže řešit útok pouze v určitých situacích (v početní převaze, za asistence PČR, pokud je možná domluva s pacientem), 5 (9 %) útok řešit nedokáže a 7 (13 %) se s napadením nesetkalo. Útok ze strany pacienta dokáže vždy řešit 5 lékařů (42 %), 3 (25 %) dokáží řešit útok pouze někdy (pokud je možná domluva s pacientem, za spolupráce s PČR), žádný z lékařů neudává negativní odpověď a 4 (33 %) se s útokem ze strany pacienta nesetkali. Schopnost řešit útok potvrzuje 12 sester (30 %), 19 (48 %) dokáže řešit útok pouze v určitých situacích (za spolupráce s PČR, týmovou prací, za předpokladu navázání komunikace s pacientem), 4 (10 %) útok ze strany pacienta nedokáží řešit a 5 (12 %) se s útokem ze strany pacienta nesetkalo. Schopnost řešit útok potvrzuje 19 řidičů (63 %) za každé situace a 11 (37 %) pouze v určitých situacích (s PČR, pokud je možná domluva s pacientem). Žádný z řidičů neoznačil negativní odpověď a každý z řidičů se s útokem ze strany pacienta setkal (viz graf 11). Z výzkumu je patrné, že více jak polovina zdravotnických záchranářů dokáže řešit útok ze strany pacienta. Necelá polovina všech dotazovaných sester útok ze strany pacienta dokáže řešit pouze v určitých situacích. Více jak 40 % lékařů dokáže řešit útok ze

strany pacienta za každé situace stejně jako více jak 60 % řidičů. Největší obavy z řešení potencionálně rizikových situací spojených s agresivitou pacienta mají výjezdové sestry, což může pramenit z absence specializovaného vzdělání nezbytného pro poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Realizaci školení v sebeobraně každý měsíc potvrdili 2 respondenti (1 %), 13 respondentů (10 %) několikrát do roka, 3 respondenti (2 %) jedenkrát za rok, 17 respondentů (12 %) jednorázově při nástupu do pracovního poměru, 96 respondentů (71 %) popírá realizaci školení v sebeobraně a 5 respondentů (4 %) se se školením v sebeobraně dosud neseťkalo (viz graf 12). Realizaci školení v komunikaci každý měsíc potvrzuje 13 respondentů (10 %), 14 respondentů (10 %) jedenkrát za rok, 21 respondentů (15 %) jednorázově při nástupu do pracovního poměru, 84 respondentů (62 %) popírá realizaci školení v komunikaci a 4 respondenti (3 %) se dosud neseťkali se školením v komunikaci (viz graf 13). Domnívám se, že školení v sebeobraně a v komunikaci probíhá na jednotlivých oblastních střediscích v nedostatečné míře a souhlasím s Humhalem, který tvrdí, že členové ZZS i ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří pracují osamocně s pacienty, potřebují prohloubit a rozšířit svoji odbornou kvalifikaci, absolvovat odborná školení zaměřená na diagnostiku krizových stavů a na komunikaci s pacienty ve stavu částečně nebo více změněného vědomí (35) (viz přílohy 4, 5).

Mezi způsoby řešení situace členy posádek ZZS JČK respondenti vzhledem k možnosti volby více odpovědí označili 6x alternativu neseťkání se s pacientem, 113x řešení situace v součinnosti s PČR zabezpečující místo zásahu, 33x řešení formou zpacifikování pacienta za účasti více pomáhajících osob, 23x možnost aplikace psychofarmak a současné fixace končetin pacienta dalšími osobami, 20x vyjednávání s pacientem a konzultace případů s psychiatrem a 5x jiný způsob řešení (vlastní psychologický přístup, trpělivost, klidný rozhovor s pacientem) (viz graf 14).

Jako nejčastější alternativu řešení objektivně akutních stavů spojených s agresí respondenti volili v drtivé většině součinnost s policií, která zabezpečí místo zásahu před vstupem ZZS. S tímto postojem plně souhlasím a zároveň je tento postup dán legislativně. V zákonu č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, v § 2, odstavce

1 jsou stanoveny úkoly policie: „Policie plní tyto úkoly: a) chrání bezpečnost osob a majetku; b) zajišťuje ochranu ústavních činitelů České republiky (34).“ § 14, odstavce 1, zákona č. 283/1991 Sb. je dáno zajištění prováděné policistou: „Policista je oprávněn zajistit osobu, která a) svým jednáním bezprostředně ohrožuje svůj život anebo život nebo zdraví jiných osob nebo majetek (34).“

Z celkového počtu respondentů na ZZS JČK provádí analýzu napadení členů posádek ZZS JČK 70 respondentů (51 %) se spolupracovníky, 2 respondenti (1 %) s psychologem, 49 respondentů (36 %) rozbor případů neprovádí a 15 respondentů (11 %) se dosud s analýzou případů nesetkalo. Jako nejčastější způsob provedení analýzy případů byla označena konzultace případu s ostatními spolupracovníky (viz graf 15). Venglářová ve svém článku Agresivní klient v ošetrovatelské praxi uvádí tento způsob jako jednu z možností pomoci po zážitku napadení: „1. Mluvte s kolegy o celé situaci, klidně i opakovaně-postupně tak odreagujte emoce spojené s negativním zážitkem. Také můžete společně vytvořit preventivní strategie, aby se omezila další rizika (38, str. 3).“

Jako dlouhodobé řešení případů napadení na ZZS JČK respondenti s možností označení více odpovědí zvolili 38x pravidelné školení v sebeobraně, 64x pravidelné školení v komunikaci s agresivním klientem, 14x možnost konzultace jednotlivých případů s psychologem, 50x přidělení statutu veřejného činitele, 8x jiný způsob pomoci a 8x respondenti odmítli pomoc v problematice zvládnutí agresivity klienta (viz graf 16). Pomoc při kontaktu s agresivním pacientem členové výjezdových skupin vidí především v realizaci kurzů v sebeobraně a v komunikaci s agresivním pacientem, zároveň však také vyjadřují zájem o přidělení státu veřejného činitele. Schmidbauer ve své knize Psychologická úskalí pomáhajících profesí potvrzuje, že mnozí lidé se domnívají, že ten, kdo druhým pomáhá, sám pomoc nepotřebuje. Předpokládají, že člověk vykonávající pomáhající profesi snad ani problémy nemá a nebo je dokáže snadno zvládat. Opak je však pravdou. Čím je emotivně náročnější pomáhající profese, tím větší přináší stres člověku, který ji vykonává. Takový způsob života následně vede k tzv. duševní únavě a tím i psychosomatickým onemocněním (19).

Jako nejčastější věkovou kategorií agresorů respondenti označili věkovou 19-25 let: 49 respondentů (36 %) a 26-35 let: 53 respondentů (39 %) (viz graf 17).

Jako nejčastější pohlaví agresorů 94 respondentů (69 %) označilo muže, 1 respondent (1 %) ženu, 36 respondentů (26 %) stejným podílem muže i ženu a 5 respondentů (4 %) se s agresivními pacienty neseťkává (viz graf 18). Domnívám se, že muž je odedávna symbolem síly a dominance, a proto má také mnohem výraznější sklon k projevům agrese.

Jako nejčastější místo výskytu agrese ze strany pacienta členové posádek ZZS JČK označili vzhledem k možnosti volby více odpovědí 41x ulici, 10x byt, 2x přírodu, 117x hostince, hospody a bary, 9x léčebny, ústavy a domovy pro seniory a 5x jiná místa (sanita, protialkoholní léčebna). Nejčastějším místem výskytu agresivně jednajících pacientů je dle členů posádek ZZS JČK hostinec, hospoda a bar (viz graf 19). Myslím si, že právě alkohol, který je v těchto místech hojně požíván, následně vede k výrazným projevům agrese u pacienta.

Jako prostředky k omezení pohybu pacienta záchranáři označovali s možností volby více variant 24x fixaci, 4x páky, 14x kurty, 5x kopy a 20x uvedli neschopnost sebeobrany. Sestry označovali 16x fixaci, 1x páky, 10x kurty, 1x kopy a 21x uvedli neschopnost sebeobrany. Řidiči zvolili 15x fixaci, 6x páky, 7x kurty, 2x kopy a 5x uvedli neschopnost sebeobrany. Lékaři označovali 6x fixaci, 2x kurty a 4x uvedli neschopnost sebeobrany (viz graf 20).

Vzhledem k celkovému počtu jednotlivých pozic na ZZS JČK prvky sebeobrany nedokáží využít zejména výjezdové sestry. Možnost nezvládnutí techniky sebeobrany označilo 21 ze 40 sester. Zdravotničtí záchranáři se pro neschopnost sebeobrany vyjádřili ve 20 případech z celkového počtu 54 dotazovaných záchranářů. Lékaři se vyjádřili pro neschopnost provedení sebeobrany ve 4 z 12 případů. A řidiči potvrdili neschopnost provést sebeobranu pouze v 5 z 30 případů.

6. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat problematiku napadení posádek zdravotnické záchranné služby. Cíl práce byl splněn.

Napadení členů posádek záchranné služby je nepochybně jedním z velice závažných úskalí poskytování přednemocniční neodkladné péče. V této práci jsem se pokusila objasnit danou problematiku a zároveň jsem se snažila zjistit míru vzdělanosti, informovanosti a v neposlední řadě i zdatnosti zdravotnických záchranářů, sester, lékařů a řidičů při kontaktu s objektivně akutními psychiatrickými stavy pacientů spojenými s projevy agrese.

Byla stanovena Hypotéza číslo 1: Zdravotnický záchranář se cítí být ohrožen ze strany pacienta/klienta více než řidič vozidla zdravotnické záchranné služby. Zdravotničtí záchranáři se setkali s útokem pacienta v 76 % případů, řidiči v 83 % případů. Zdravotničtí záchranáři udávají pocit ohrožení ze strany pacienta ve 48 % případů, řidiči ZZS pouze ve 40% případů. Schopnost řešit situaci při ošetření agresivního pacienta v každé situaci potvrzují zdravotničtí záchranáři pouze v 56 %, řidiči dokáží řešit situace spojené s agresivními projevy pacienta za každé situace v 63 % případů. Hypotézu číslo 1 potvrzovaly v použitém dotazníku otázky 2, 3, 6, 9. Hypotéza číslo 1 nebyla potvrzena. Výsledky nemají signifikantní hodnotu.

Hypotéza číslo 2: Lékař zdravotnické záchranné služby se cítí být ohrožen ze strany pacienta/klienta méně než zdravotnický záchranář. S útokem ze strany pacienta se setkalo pouze 58 % lékařů, zdravotničtí záchranáři a sestry, které vzhledem ke „generálnímu pardonu“ zastávají pozici záchranáře, se s útokem při výkonu své profese setkali v 80 % případů. Nelékařské profese se oproti lékařům tedy častěji setkávají s útokem ze strany pacienta. Dle mého názoru je příčinou rozličného postoje pacienta fakt, že lékař je v očích pacientů profesí uznávanější a váženější. Lékaři mají pocit ohrožení ze strany pacienta menší (33 % případů) než zdravotničtí záchranáři a sestry (47 % případů). Schopnost řešit napadení ze strany pacienta v každé situaci mají zdravotničtí záchranáři a sestry v 45 % případů a lékaři v 42 % případů. Schopnost řešit napadení pouze v určitých situacích mají záchranáři a sestry ve 33 % případů a lékaři v 25 % případů. Hypotézu číslo 2 potvrzovaly

v použitém dotazníku otázky 2, 3, 6, 9. Hypotéza číslo 2 nebyla potvrzena. Výsledky nemají signifikantní hodnotu.

Hypotéza číslo 3: Zdravotničtí záchranáři zvládají techniku sebeobranu více než zdravotní sestry na zdravotnické záchranné službě. Zdravotničtí záchranáři a sestry s možností vyjádření více variant týkajících se zvládnutí techniky sebeobranu potvrdili, že záchranáři více volili jednotlivé prvky sebeobranu (fixace končetin, páky, kurty, kopy, údery) oproti výjezdovým sestřím, které se asi spíše přikláněly k neschopnosti provést prvky sebeobranu. Možnost nezvládnutí techniky sebeobranu označilo 21 ze 40 sester. Zdravotničtí záchranáři se pro neschopnost sebeobranu vyjádřili ve 20 případech z celkového počtu 54 dotazovaných záchranářů. Hypotézu číslo 3 potvrzovaly v použitém dotazníku otázky 2, 18. Hypotéza číslo 3 nebyla potvrzena, protože výsledky nemají dostatečně signifikantní hodnotu.

V rámci kvantitativního výzkumu bylo zjištěno, že členové posádek ZZS se často setkávají při výkonu svého povolání s agresivními pacienty a v řadě případů mají pocit ohrožení ze strany pacienta. Stanovené hypotézy nebyly potvrzeny, prokázaly se však výrazné nedostatky řešení agresivních situací u všech pracovníků ZZS. Domnívám se, že k tomu, aby členové posádek dokázali řešit objektivně akutní psychiatrické stavy pacientů spojené s agresivitou, potřebují nutnou dávku pravidelného vzdělávání v oblasti sebeobranu a komunikace s agresivním pacientem. Také možnost konzultace případu napadení s psychologem a ostatními spolupracovníky by měla být nedílnou součástí pracovní náplně záchranářů, sester, lékařů a řidičů působících na ZZS. Z výsledku výzkumu vyplývá, že takové postupy probíhají na jednotlivých oblastních střediscích nedostatečně a jsou spíše hudbou budoucnosti. Členové posádek ZZS JČK vidí jako pomoc realizaci kurzů sebeobranu, kurzů komunikace s agresivním pacientem a také možnost přidělení statutu veřejného činitele.

Výsledky výzkumu budou prezentovány na ww.zzs.jck.cz. Budou předpokladem pro realizaci kurzů sebeobranu ve spolupráci se Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

7. Seznam použité literatury

1. BEER, M. DOMINIC. PEREIRA, STEPHEN M. PATON C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Přel. HOLLÝ, MARTIN. ŠOLTYSOVÁ, KATEŘINA. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 296 s. přel. z: *Psychiatric Intensive Care*. ISBN 80-247-0363-7.
2. BERÁNKOVÁ, M. FLEKOVÁ, A. HOLZHAUSEROVÁ. *První pomoc*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2002. 199 s. ISBN 80-86073-99-8.
3. ČERMÁK, IVO. *Lidská agrese a její souvislosti*. Vyd. 1. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
4. ČÍRTKOVÁ, LUDMILA. *Policejní psychologie*. Vyd. 3. v nakl. Portál 1. Praha: Portál, 2000. 254 s. ISBN 80-7178-475-3.
5. ČÍRTKOVÁ, LUDMILA. VITOUŠOVÁ, PETRA. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
6. DUŠEK, KAREL. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, ALENA. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
7. ERTLOVÁ, FRANTIŠKA. MUCHA, JOSEF a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. Vyd. 2. přeprac.-dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
8. HAŠKOVCOVÁ, HELENA. *Manuálek o násilí*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
9. IVANOVÁ, KATEŘINA. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
10. JOBÁNKOVÁ, MARTA a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1.

11. KNOR, JIŘÍ in PACHL, JAN. ROUBÍK, KAREL. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí. V. část Přednemocniční neodkladná péče* str. 345-350, Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN : 80-246-0479-5.
12. KŘIVOHLAVÝ, JARO. *Jak přežít vztek, zlost a agresi.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-0818-3.
13. LINHARTOVÁ, VĚRA. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. MALÁ, EVA. PAVLOVSKÝ, PAVEL. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
15. MARKOVÁ, EVA. VENGLÁŘOVÁ, MARTINA. BABIAKOVÁ, MIRA. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
16. NAKONEČNÝ, MILAN. *Motivace lidského chování.* 1. vyd. Praha: Academia, 1996. 270 s., rejstř. V tiráži rok vydání 1997. ISBN 80-200-0592-7.
17. NOVÁK, TOMÁŠ - CAPPONY, VĚRA. *Sám proti agresi.* 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 123 s. ISBN 80-7169-253-0.
18. PAVLOVSKÝ, PAVEL a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie.* Vyd. 2., rozšíř. a aktualiz. Praha: Grada, 2004. 204 s. ISBN 80-247-05.
19. SCHMIDBAUER, WOLFGANG. *Psychologická úskalí pomáhajících profesí.* Přel. PATOČKA, PETR. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 176 s. přel. z: *Die Hilfflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe.* ISBN 80-7178-312-9.
20. SPURNÝ, JOŽA. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu.* 1. vyd. Praha: Eurounion, 1996. 134 s. ISBN 8085858304.
21. SVOBODA, MOJMÍR (ed.). ČEŠKOVÁ, EVA. KUČEROVÁ, HANA. *Psychopatologie a psychiatrie.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

22. ŠPATENKOVÁ, NADĚŽDA. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 197 s. (Psyché). ISBN 80-247-0586-9.
23. TYLER, ANDREW. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Železný, 2000. 426 s., 6 s. příl. Originál: Street drugs. ISBN 80-237-3606-X.
24. VÁGNEROVÁ, MARIE. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
25. VYMĚTAL, JAN. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
26. ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
27. KRÍŽOVÁ, VALENTÝNA. KRÍŽ, PETR. *Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči*. Sestra- odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory, 10/2006, Praha: Mladá fronta, 2006. 59 s. ISSN 1210-0404
28. NĚMEC, IVO. STUHLÍKOVÁ, HELENA. *Agresivní pacient*. Sestra- odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory, 11/2007, Praha: Mladá fronta, 2007. 57 s. ISSN 1210-0404.
29. Vyhláška č. 434/1992 Sb., O zdravotnické záchranné službě; ze dne 28. 7. 1992 v platném znění.
30. Zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu; 17. 3. 1966 v platném znění.
31. Zákon č. 95/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta; ze dne 29. 1. 2004 v platném znění.
32. Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů; ze dne 4. 2. 2004 v platném znění.
33. Zákon č. 239/2000 Sb., O integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů; ze dne 28. 6. 2000 v platném znění.
34. Zákon č. 283/1991 Sb., O policii České republiky; ze dne 21. 6. 1991 v platném znění.

35. HUMHAL, KAREL [on-line] *Rostoucí verbální a fyzické útoky na zaměstnance ve zdravotnictví*. Vinohradská iniciativa. Panelová diskuze. [on-line]. [2007-10-25] <http://www.fnkv.cz/html/iniciativa/diskuse2/diskuse2.htm>.
36. PEKARA, JAN [on-line] *Napadení zdravotnických záchranářů*. [on-line]. [cit. 2007-10-25]. <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=477>.
37. POKORNÝ, JIŘÍ [on-line] *Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči* [on-line]. [cit. 2007-10-30] <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2004/02/11.pdf>.
38. VENGLÁŘOVÁ, MARTINA [on-line] *Agresivní klient v ošetrovatelské praxi* [on-line]. [2007-10-25]. <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=303346>.

8. Klíčová slova

Zdravotnická záchranná služba

Napadení

Agrese

Násilí

Drogy

Psychika

Komunikace

Sebeobrana

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Zastoupení jednotlivých složek IZS při mimořádné události

Příloha 3 Hlavní oblastní střediska ZZS JČK

Příloha 4 Kurz sebeobrany

Příloha 5 Technika sebeobrany

Příloha 6 Činnost členů posádky ZZS na místě zásahu

Příloha 7 Časté příčiny vzniku agrese u pacienta

Příloha 1 Dotazník

Vážená paní, vážený pane!

Jmenuji se Hana Svitáková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studijního oboru zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době zpracovávám bakalářskou práci a chtěla bych Vás touto cestou požádat o pomoc při výzkumu, který je zaměřen na zjištění možnosti zvládnutí situace při napadení posádek záchranné služby.

Dovoluji si Vám poslat dotazník s prosbou o jeho vyplnění. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10 minut Vašeho času.

Do tabulky v záhlaví tohoto dotazníku vyplňte, prosím, Váš věk, datum vyplnění dotazníku, kód podle návodu a dále zakroužkujte údaj, zda jste muž či žena.

Pomocí kódu, který uvedete, bude případně možné provést za tři roky opětovné šetření u stejných respondentů, tedy u Vás. Tímto způsobem je možné zmapovat problematiku napadení posádek záchranné služby opakovaně v delším časovém intervalu.

Děkuji Vám.

S pozdravem *Hana Svitáková*

DOTAZNÍK

Věk	Pohlaví	Datum vyplnění
	M - Ž	
	Kód:	

Kód vytvoříte tak, že napíšete první písmeno Vašeho jména a první písmeno Vašeho příjmení a rok svého narození. Kód vyplňte, prosím, čitelně.

(PŘÍKLAD: JAN NOVÁK, 1980 – Kód: JN 1980)

1. Kolikaletou praxi máte u zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS)?
 - a, 0 až 5 let
 - b, 6 až 10 let
 - c, více než 10 let
2. Jakou pozici na ZZS zastáváte?
 - a, zdravotnický záchranář
 - b, výjezdová sestra
 - c, lékař
 - d, řidič
3. Setkal (a) jste se při výkonu povolání s útokem ze strany pacienta směřovaným na Vaši osobu?
 - a, ano
 - b, ne
4. Kolikrát jste byl (a) v průběhu minulého roku (2007) pacientem napaden (a) při výkonu povolání nebo pro jeho výkon?
 - a, nebyl (a)
 - b, ano, 1x až 5x
 - c, ano, 6x až 10x
 - d, ano, 11x až 15x
 - e, ano, více než 15x
5. O jaký typ napadení se podle Vašeho mínění jednalo?
 - a, verbální napadení
 - b, fyzické napadení
 - c, verbální i fyzické napadení
 - d, žádné

6. Cítíte se být ze strany pacienta při výkonu povolání ohrožen (a)?

a, ano

b, ne

c, někdy, pouze v určitých situacích. Doplňte v jakých situacích

.....
.....

7. Co je možnou příčinou napadení člena ZZS pacientem při výkonu povolání?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

a, alkohol

b, stresující situace

c, omamné látky

d, nemoc

e, nepříznivá sociální situace

f, multikulturní faktory

g, jiné příčiny. Doplňte jaké příčiny:

.....

8. Kdy podle Vás nejčastěji dochází k napadení posádky ZZS ze strany pacienta?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

a, v průběhu dopoledne (06:00-12:00)

b, v průběhu odpoledne (12:00-18:00)

c, v průběhu večera (18:00-22:00)

d, v průběhu noci (22:00-06:00)

9. Dokážete řešit situace, při kterých se setkáváte s agresivními klienty?

a, ano, vždy

b, ano, někdy...Doplňte kdy...

.....

c, ne

d, nevím, nesetkal jsem se s napadením ze strany klienta

10. Probíhá na Vaší ZZS školení členů výjezdové posádky v sebeobraně?

- a, ano, každý měsíc
- b, ano, několikrát do roka
- c, ano, vždy jedenkrát za rok
- d, ano, jednorázově při nástupu do pracovního poměru
- e, ne
- f, nevím, školením jsem neprošel (a)

11. Probíhá na Vaší ZZS školení členů výjezdové posádky v komunikaci?

- a, ano, každý měsíc
- b, ano, vždy jedenkrát za rok
- c, ano, jednorázově při příjmu do pracovního poměru
- d, ne
- e, nevím

12. Jak řešíte situaci při kontaktu s agresivními klienty?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

- a, nesetkávám se s agresivními pacienty
- b, v součinnosti s policií, která zabezpečí místo zásahu
- c, zpacifikováním pacienta za účasti více pomáhajících osob
- d, aplikací psychofarmak a současnou fixací končetin pacienta dalšími osobami
- e, vyjednáváním s pacientem a konzultací případu s psychiatrem
- f, jiným způsobem. Doplňte jakým způsobem:

.....
.....

13. Provádíte rozbor případů napadení členů ZZS?

a, ano, s ostatními spolupracovníky

b, ano, s psychologem

c, ne

d, nevím, dosud jsem se nesetkal (a) s provedením rozborů

14. Co by Vám podle Vašeho názoru v kontaktu s agresivním pacientem pomohlo?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

a, pravidelné školení v sebeobraně

b, pravidelné školení v komunikaci s agresivním pacientem

c, možnost konzultace jednotlivých případů s psychologem

e, status veřejného činitele

g, jiný způsob pomoci. Doplňte vlastní návrh:

.....

f, nepotřebuji pomoc v problematice zvládnání agresivity pacienta

15. S jakou věkovou skupinou agresorů se nejčastěji setkáváte?

a, do 12 let včetně

b, 13 až 15 let

c, 16 až 18 let

d, 19 až 25 let

e, 26 až 35 let

f, 36 až 50 let

g, 51 až 65 let

h, více jak 65 let

ch, nesetkávám se při výkonu svého povolání s agresory.

16. Jakého pohlaví bývá podle vás agresivní pacient častější?

a, muž

b, žena

c, stejným podílem muži i ženy

d, nesetkávám se při výkonu svého povolání s agresory.

17. Kde podle Vás dochází nejčastěji k agresi pacientů vůči pracovníkům ZZS?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

a, na ulici

b, v bytě

c, v přírodě, tj. v lese, na louce, zahradě atd.

d, v hostincích, hospodách či barech

e, v léčebnách, ústavech, domovech pro seniory..apod.

f, na jiném místě. Doplňte podle svého poznání a zkušenosti:

.....

18. Co použijete při nutnosti k omezení pacienta?

(U této otázky máte možnost zvolit dle uvážení více odpovědí)

a, fixaci končetin

b, páky

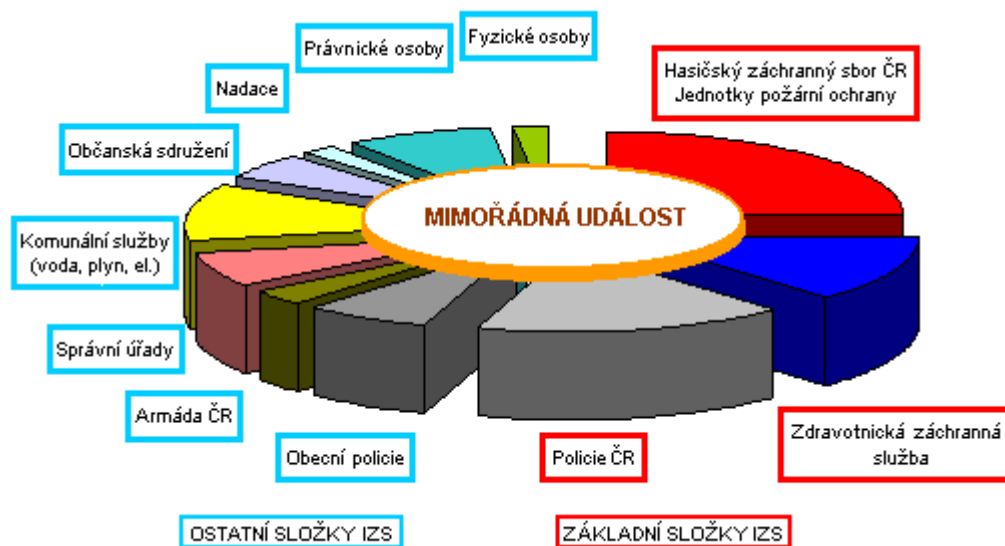
c, kurty

d, kopy, údery

e, neovládám techniku sebeobrany

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Příloha 2 Zastoupení jednotlivých složek IZS při mimořádné události



Příloha 3 Hlavní oblastní střediska ZZS JČK



Příloha 4 Kurz sebeobrany



Příloha 5 Technika sebeobrany











Příloha 6 Činnost členů posádky ZZS na místě zásahu



Příloha 7 Časté příčiny vzniku agrese u pacienta

