



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Analýza okolností ovlivňujících fyzické napadání posádek zdravotnické záchranné služby

Vypracovala: Natálie Kleinová
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2015

Abstrakt

V této bakalářské práci se zabývám analýzou okolností ovlivňujících fyzické napadání posádek zdravotnické záchranné služby. Byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo porovnat mezi respondenty četnost napadení fyzického a verbálního. Druhým cílem bylo zmapovat nejčastější příčiny fyzického napadení posádek zdravotnické záchranné služby a třetím cílem bylo zmapovat znalosti sebeobrany respondentů. K těmto třem cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky. Celá práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části jsem se zaměřila na vysvětlení základních pojmů týkající se agrese, agresivního jedince a jaké známe formy agresivního chování. Dále se zabývám obsáhlejšími kapitolami, jako jsou příčiny agresivního chování, které jsem rozdělila do několika skupin. Následně se také snažím popsat princip napadení. Důležitou kapitolou jsou pravidla komunikace a jednání s agresivní osobou, čemu by měli členové posádek věnovat pozornost a také čemu se vyvarovat. V této kapitole uvádím i odlišnosti komunikace s vybranými typy agresivních jedinců. V závěru jsou popsány možnosti zpacifikování agresivní osoby a právní sebeobrana posádek.

Výzkumnou část tvoří zpracované výsledky dotazníků vyplněné členy posádek Zdravotnické záchranné služby Jihočeského a Moravskoslezského kraje, kterých bylo dohromady 52. Další částí jsou výsledky polostrukturovaných rozhovorů, které mi poskytli 4 zdravotničtí záchranáři pracující v Moravskoslezském kraji. Cílem bylo vybrat takové respondenty, kteří se setkali s napadením ať už verbálním či fyzickým, v případě rozhovorů se jednalo pouze o respondenty, kteří zažili fyzické napadení. Rozmezí praxe, kterou za sebou respondenti mají, je od několika málo let až po desítky roků. Dotazníky vyplňovali řidiči, zdravotničtí záchranáři i lékaři, pracující na ZZS. Výsledky dotazníků byly zaznamenány do grafů a výsledky rozhovorů sumarizovány.

Z výzkumu vyplynulo u první výzkumné otázky: jaká je nejčastější forma napadení – verbální či fyzická, že nejčastěji se jedná o verbální napadení, se kterým se respondenti setkali během případů s agresivní osobou, nejběžněji. Fyzické napadení není tak časté a mnohdy mu verbální útok předchází. U druhé výzkumné otázky: jaká je

nejčastější příčina fyzického napadení posádek ZZS, jsem zjistila, že útočníci jsou nejčastěji pod vlivem alkoholu. Na druhém místě jsou osoby s psychickými poruchami. Třetí výzkumná otázka: jak jsou respondenti znalí postupů sebeobranu při fyzickém napadení, nám ukázala, že asi polovina respondentů neprošla školením v komunikaci s agresivní osobou, tudíž neznají správné postupy, pouze vycházejí ze zkušeností. Kurzem sebeobranu neprošla většina z nich. Kladným ukazatelem je ovšem to, že téměř všichni si k případům s agresivní osobou volají pomoc Policie ČR. Tudíž z této výzkumné otázky vyplývá, že respondenti jsou znalí postupů sebeobranu nedostatečně.

Věřím, že odborná příprava členů posádek ZZS je dostatečná, avšak se zapomíná na situace, kdy může dojít až k ohrožení života někoho z posádky, jestliže nebude postupováno podle určitých pravidel. V komunikaci a jednání s agresivní osobou by neměl nikdo spoléhat na to, že situaci vyřeší aniž by věděl jak se v dané chvíli chovat a jak k takové osobě přistupovat. Myslím si, že by se mělo více zaměřit na komunikaci s agresivní osobou a také na sebeobranu v těchto situacích při studiu na škole, která nás má k tomuto povolání připravit a také v zaměstnání.

Výsledky mohou členové posádek ZZS využít k motivaci ke zdokonalování a také k přehledu nejčastějších příčin útoků, se kterými by se mohli setkat.

Abstract

This bachelor thesis deals with the analysis of the circumstances affecting physical assaults of medical emergency service (EMS) crews. Three objectives have been established. The first objective was to compare the frequency of physical and verbal assaults among the respondents. The second objective was to map out the most common causes of physical assaults of the EMS crews and the third objective was to map out the respondents' knowledge of self-defence. Three research questions were established along with these three objectives. The entire work is divided into a theoretical part and a practical part.

In the theoretical part, I focused on the explanation of basic concepts relating to aggression, aggressive individuals and known forms of aggressive behavior. Furthermore, I addressed chapters such as the causes of aggressive behavior, which I split into several groups. Then I also tried to describe the principle of an assault. An important chapter is the rules of communication and negotiation with an aggressive person, what should crew members pay attention to, and also what to avoid. In this chapter, I describe the differences of communication with selected types of aggressive individuals. The conclusion describes the options of pacifying aggressive persons and legal self-defence.

The research part consists of the processed results of the questionnaires filled out by EMS crew members of South Bohemian and Moravian-Silesian region, 52 of them in total. The other part consists of the results of the semi-structured interviews provided to me by 4 paramedics working in Moravian-Silesian region. The aim was to choose such respondents who came across assaults, whether verbal or physical. In the case of the interviews, the only respondents were those who had experienced physical assault. The extent of practice the respondents have is ranging from a few years to tens of years. The questionnaires were filled out by drivers, paramedics and doctors, working at the EMS. The results of the questionnaires were recorded in graphs and the results of the interviews were summarized.

The research of the first research question: what is the most common form of attack – verbal or physical, revealed that most often it is verbal assault, which respondents encountered during cases with aggressive persons most commonly. Physical assault is not so frequent and is often preceded by verbal assault. The second research questions: what is the most common cause of physical assault of EMS crews, revealed that the attackers are most often under the influence of alcohol. People with mental disorders were in the second place. The third research question: how are the respondents aware of the practices of self-defence during physical assault, has shown that about half of the respondents did not have training in communication with aggressive persons, therefore they don't know the proper procedures, and proceed from their experience. Most of them did not attend a self-defence course. A positive indicator, however, is that almost all of the paramedics contact the Police of the Czech Republic when dealing with an aggressive person. Therefore this research question shows that the respondents are not aware of the proper procedures of self-defence.

I believe that the training of the EMS crew members is sufficient, but is oblivious to situations which may be life-threatening for someone from the crew, if not proceeded according to certain rules. While communicating with an aggressive person, one should not rely on solving the situation without knowing how to behave in a given moment and how to deal with such person. I think the schools and employers should focus more on training paramedics in communicating with an aggressive person and also in self-defence for those situations.

The results can be used as an incentive for EMS crew members to improve and also as an overview of the most common causes of the attacks which paramedics can encounter.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2015

.....
Natálie Kleinová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu Mgr. Miroslavovi Majerovi za ochotu a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat členům posádek Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského a Jihočeského kraje za poskytnuté rozhovory a vyplnění dotazníků.

OBSAH:

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Vymezení pojmů.....	11
1.2 Formy agresivního chování.....	12
1.3 Příčiny agresivního chování	13
1.3.1 Dědičnost.....	14
1.3.2 Neurochemické příčiny	14
1.3.3 Neurologické příčiny.....	15
1.3.3.1 Epilepsie	15
1.3.3.2 Demence.....	15
1.3.3.3 Delirium	16
1.3.3.4 Encefalitida.....	16
1.3.4 Kraniocerebrální úrazy.....	16
1.3.5 Schizofrenie	17
1.3.6 Posttraumatická stresová porucha.....	17
1.3.7 Účinky psychoaktivních látek a alkoholu	18
1.3.8 Vliv prostředí a aktuální situace	19
1.3.9 Vliv pohlaví	19
1.4 Agresivní jedinec	20
1.4.1 Charakteristika agresivního jedince	20
1.4.2 Princip napadení	21
1.5 Základní pravidla kontaktu s agresivní osobou.....	21
1.6 Pravidla jednání u vybraných typů agresivních jedinců	23
1.6.1 Podle stupně agresivního chování.....	23
1.6.2 Pacient s psychózou	23
1.6.3 Pacient s demencí.....	24
1.6.4 Intoxikovaná osoba	24
1.7 Nevhodné jednání	25
1.8 Agrese ze strany posádky ZZS	26

1.9 Prostředky k uklidnění agresivní osoby	26
1.9.1 Policie ČR.....	26
1.9.2 Fyzické omezení	27
1.9.3 Psychofarmakologické ovlivnění.....	28
1.10 Právní sebeobrana členů posádek ZZS	29
1.11 Pomoc napadeným členům posádek ZZS	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ ČÁST	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 METODIKA	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 VÝSLEDKY	33
4.1 Výsledky dotazníků	33
4.2 Výsledky rozhovorů.....	48
4.2.1 Rozhovor 1	48
4.2.2 Rozhovor 2	49
4.2.3 Rozhovor 3	50
4.2.4 Rozhovor 4	51
5 DISKUZE	55
6 ZÁVĚR.....	58
7 KLÍČOVÁ SLOVA.....	60
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	61
9 PŘÍLOHY	64

ÚVOD

V dnešní době se s agresí setkáváme téměř na každém kroku, ať už se jedná o skutečné činy nebo projev masových médií, které hrají důležitou roli při podporování agresivních pudů.

Z hlediska pracovních pozic, dle mého názoru, zaměstnanci integrovaného záchranného systému se nejčastěji setkávají s agresivními jedinci. V mé práci se zabývám konkrétně zdravotnickou záchrannou službou a jejími členy. Tito lidé se mohou setkat s nejrůznějšími typy agresivního chování a z nejrůznějšími zapříčiněními, proto by měli být dostatečně na takové situace proškoleni. Nikdy nemůžeme vědět kdo nás napadne, jestli to bude pacient, jeho kamarád či rodina nebo jen přihlížející, kteří třeba budou pod vlivem omamných látek. S každým typem bychom měli být připraveni jednat podle určitých pravidel a vědět jak naopak agresivní jednání ještě více nevyprovokovat.

Tudíž si myslím, že by se v rámci vzdělávání členů posádek zdravotnické záchranné služby mělo více dbát na toto téma. Jak se bránit vůči agresi na místě dojezdu, jak s dotyčným komunikovat a vypořádat se s ním danou sebeobranou. Vědět co smím a nesmím použít či jak se zachovat.

Jestliže k útoku dojde, je riziko, že napadený si odnese fyzické či psychické trauma. Takže dle mého názoru, by členové posádek záchranky měli být dostatečně na podobné situace připraveni a vědět kam se obrátit v případě psychických následků.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmů

Agresi můžeme vysvětlit z různých pohledů jako například reakci na frustraci a bezmoc, jako přání ničit, sebezáchovný a ochranný pud jedná-li se především o fyzické či psychické přežití. Můžeme také říci, že se jedná o vlastnost získanou a naučenou a tím pádem změnitelnou (Poněšický, 2004).

Další definice agrese popisuje jako silnou emoční reakci, která je schopna se vystupňovat až afektu zuřivosti. Ten pak může být předcházejícím podnětem k samotnému projevu agrese (Němec, Stuchlíková, 2007).

Agresi také chápeme jako útočné chování, kdy dochází k jakémusi kontaktu s druhou osobou, která je napadána buď slovně či fyzicky. Cílem může být poškození či zničení objektu. Vše je doprovázeno hněvem a nepřátelstvím. Agrese může mít podklad buď pudový nebo vrozený (Nakonečný, 2003).

Agrese byla definována také z pohledu evoluce, kdy je zkoumána její evoluční funkce. Byla formována přirozeným výběrem, tudíž je vnímána jako behaviorální strategie zaměřená na adaptaci (Hewstone, Stroebe, 2006).

Agresivita je považována za vnitřní dispozici, kterou lidé více či méně mají už přirozeně a jsou schopni si ji snadno vybavit jako pohotovost k agresivnímu chování. V průběhu vývoje se především učí agresivním způsobům chování a to například výchovou či napodobováním agresivně jednajících jedinců. Někdy se s agresivitou můžeme setkat jako s kladně hodnocenou činností, kdy je dokonce projevem hrdinství či odvážného činu, ale především je hodnocena negativně, kvůli častému ublížení jiné osobě, které má agresivita za následek. S agresivitou se můžeme setkat konstruktivní, která je, dalo by se říci, pozitivní. Slouží k rozvoji a obraně jedince. Pak existuje

agresivita destruktivní s cílem ničit a ubližovat a může být už i projevem poruchy osobnosti (Pavlovský a kol., 2004).

1.2 Formy agresivního chování

Základní rozdělení je přímé a nepřímé agresivní chování. **Přímé** je vždy značné a jasné od různých projevů až po útok. Zde pak patří projev **verbální**, kdy dochází k slovnímu napadení. Jsou to například nadávky, křik a vyhrožování. U **neverbální** agrese dochází k vstupu do osobní zóny, jasná gestikulace – zatínání pěstí, sevření rtů, zrudnutí, atd (Němec, Stuchlíková, 2007).

Dalším výkladem verbálního napadení je, že jedinec používá útočné výrazy, křičí a vyhrožuje s úmyslem obtěžovat nebo zastrašit. Neverbální chování je fyzické napadení či úmysl fyzicky napadnout s použitím nějakého objektu nebo údery, kopáním a dalšími způsoby za účelem tělesného zranění (Boyle, Coles, Koritsas, Stanley, 2007).

Agresivní chování můžeme rozlišit na několik dalších skupin. U **instrumentální agrese** je afektivní náboj nízký a útočník jedná především pro dosažení určitého cíle. Nebývá zde vysoký afektivní náboj a významný nepřátelský postoj vůči oběti (Pavlovský a kol., 2004).

Instrumentální agrese slouží jako prostředek k dosažení cíle, který si jedinec umane. Ne vždy musí být bráno toto chování jako škodlivý jev, může se jednat o odvrácení nebezpečí a o vlastní ochranu. Pak ale může být toto chování zaměřeno na uspokojování potřeb, kdy se na toto jednání nahlíží jako na patologické. Jedinec si může vydobýt pozornost, úctu a uznání a vůbec chladné dosažení spokojenosti (Fisher, Škoda, 2009).

Afektivní agrese nemá přímo zaměřený cíl, jde o nenávist například vůči lidem všeobecně. Veškerá zloba vznikla na podnětu nějakého emocionálního rozrušení,

mnohdy jde o vyprovokování tímto podnětem, a proto se nazývá též „horká“ (Kajanová, 2014).

Dalším typem je agrese **přesunutá** neboli přenesená. U této agrese dochází k přesunu vzteku na nejbližší předměty či osoby, které nemají zodpovědnost za příčinu chování tohoto jedince. Typickým příkladem je chování u dětí, které si vybíjejí svůj vztek na hračky (Hartl, Hartlová, 2010).

Známe také agresivní chování, které se nezaměřuje na ostatní jedince, ale na sebe sama. Jedná se o sebeпоškozování nebo také **autoagresi**. Do tohoto problému se řadí také mentální anorexie a bulimie, s převahou ženského pohlaví. Nejčastější příčinou je touha po dokonalosti. Extrémní formou autoagrese je sebedestrukce neboli sebevražda (Haškovcová, 2004).

1.3 Příčiny agresivního chování

Příčiny vedoucímu k tomuto chování se rozdělují do dvou hlavních skupin – biologické neboli vrozené a sociální neboli získané. Každý z nás má jisté předpoklady k agresivnímu chování, někdo větší a někdo menší. Největší část populace má tyto dispozice průměrné a naproti tomu extrémní varianty mají četnost nízkou. Jisté dispozice jsou nám potřebné k obraně a uchování vlastního teritoria a také k vytvoření společenské hierarchie.

Mezi **biologické** faktory patří hladina testosteronu, kdy s vyšší hladinou bývají jedinci agresivnější. tato hladina souvisí s protispolečenským chováním, ale nesouvisí s úspěchem. Poukazuje to na jakousi pudovou podstatu. Dále mohou dispozice k agresivitě souviset se změnami ve funkci či struktuře CNS. Příkladem může být osoba trpící poruchou psychického vývoje a hyperkinetickou poruchou, dále osoby s poruchou čelních laloků.

Tendence k agresivnímu chování nejsou podmíněny jen biologicky, ale také **sociálními** faktory, především sociálním učením, které probíhá v rámci působení rodiny

a dalších skupin jako jsou vrstevníci, média, ideologie a politické skupiny. Vše je založeno na interakci a s ní spojené vzorce chování, které si lidé vytvářejí. K agresivnímu chování může docházet pozorováním a nápodobou, kdy při jeho posilování, dochází k jeho častějšímu výskytu (Fisher, Škoda, 2009).

1.3.1 Dědičnost

Vývoj psychiky člověka ať už standardní či abnormální se podmaňuje postupné proměně. Průběh závisí na interakci vrozených dispozic a komplexu vlivů prostředí. Genetické vlohly určují míru rizika vzniku psychické odchylky. Jedinci s odlišnými dispozicemi se budou vždy projevovat rozdílně a tudíž budou vyvolávat nestejně reakce okolí. Člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování a jejich velikost se liší v závislosti na historii a sociokulturní tradici (Vágnerová, 2004).

1.3.2 Neurochemické příčiny

Předpoklady k agresivnímu chování mohou být dány změnou ve struktuře či funkci mozku. příčinou nemusí být genetická dispozice, ale třeba úraz nebo onemocnění. V CNS neexistuje přímo dané místo, které by podmiňovalo sklon k agresi, ale mohou jej ovlivnit změny v různých korových a podkorových oblastech, zejména vysoce aktivní podkorové oblasti limbického systému. Prefrontální kůra tento systém v patologické situaci netlumí, neovládá obvyklým způsobem. Dále pak pacienti s poškozením kůry čelních laloků bývají častěji agresivnější. K poruše této oblasti může dojít i působením dlouhotrvajícího stresu. Následně dochází k narušení koordinace emočního a racionálního hodnocení. Zvýšenou pohotovost k agresi mají také lidé s nízkou koncentrací serotoninu v krvi, tedy při poruše serotoninergního systému. Je zde ovšem i předpoklad, že hustota serotoninergních receptorů je ovlivněna i sociálními podněty. Dalším činitelem je acetylcholin, který se vztahuje k navozování averzních stavů spouštějících násilné chování a dopamin, kdy při snižování jeho hladiny se redukuje sklon k agresi (Vágnerová, 2004).

1.3.3 Neurologické příčiny

1.3.3.1 Epilepsie

Ačkoli pacient s epilepsií spadá pod neurologii, jeho projevy mohou být psychopatologické. V rámci záchvatu může dojít ke sebepoškození, ale také po záchvatu nebo v době, kdy nastupuje aura, může jedinec vykazovat známky agrese i vůči okolí. Mohou se totiž objevit motorické impulzivní projevy jako například útěk a napadení nejbližší osoby. Po skončení záchvatu má jedinec amnesii na proběhlý stav. Vyskytuje se skupina epileptiků, u kterých se záchvatovitě a bez zjevného podnětu dostavují speciální nálady, zvané rozlady, které mohou trvat i několik dní a jsou význačné podrážděným a agresivním chováním (Pavlovský a kol., 2009).

1.3.3.2 Demence

Demence se projevuje poruchou paměti, intelektu a dalších psychických kvalit. Jedná se o organicky podmíněný syndrom. Můžeme je rozdělit do tří stádií, kdy se známky agresivního chování se můžeme setkat především u třetího stupně – těžká demence. začne docházet ke ztrátě osobnosti, jedinec není schopen si vštípit nové poznatky a ani si vybavit staré, jména osob a podobně. Pod vlivem vaskulárního postižení mozku může dojít až k nejzávažnějším trestním činům (Pavlovský a kol., 2009).

Při poruše empativity, ztrácí dotyčný schopnost kontrolovat své emoce, stává se více labilním, má sklon k podráždění i afektivním výbuchům. V pozdějším stadiu, kdy ztrácí schopnost verbální komunikace, uchyluje se dotyčný i nepřiměřenému způsobu sdělování svých pocitů nebo aby na sebe upoutal pozornost – shazování a ničení věcí, tlučení do zdi. Tato agrese či zlostný afekt je známkou toho, že dotyčný nedokáže své negativní pocity vyjádřit jinak než těmito primitivními způsoby, protože projev se potřebuje (Vágnerová, 2004).

1.3.3.3 Delirium

Jedná se o nespecifický organický mozkový syndrom. Jeho známky jsou zastřené vědomí se sníženou schopností udržet pozornost, narušení poznávacích schopností, narušení psychomotoriky a narušení spánku, kdy se můžou vyskytovat noční můry, které pak mohou pokračovat jako halucinace či iluze (Češková, Kučerová, Svoboda, 2012).

Delirium patří mezi závažné choroby, které se projevují neklidem až agitovaností, úzkostnou náladou a někdy agresí proti okolí nebo vůči sobě. Jedinci trpí zkresleným vnímáním a v okolních hlasech či zvucích slyší výhružky, zvýšené hlasy a volání (Pavlovský a kol., 2009).

1.3.3.4 Encefalitida

Tato nemoc se začíná projevovat inverzí spánku a nekontrolovatelnými očními pohyby. Objevují se agresivní nutkavé myšlenky. Projevy mohou být až v podobě demence, paranoidního, manického, depresivního a agresivního syndromu. Při encefalitidou při vzteklině se můžeme setkat s deliriem, apatii a podrážděností (Dörner, Plog, 1999).

Při encefalitidě dochází ke změnám v oblasti emočního prožívání, kdy se projevuje nejčastěji zvýšená emoční dráždivost a labilita a celkový sklon k výbušnému chování, někdy i agresivnímu (Vágnerová, 2004).

1.3.4 Kranio cerebrální úrazy

Tato poranění bývají pro člověka často smrtelná a pokud je přežije, může se setkat s různě závažnými následky v souvislosti s mírou postižení. Někdy i lehká poranění mohou mít za následek difúzní poškození projevující se narušením psychických funkcí.

Většina psychopatologických projevů se začne objevovat až nějakou dobu po traumatu. U těchto lidí se vyskytuje větší dráždivost, jsou přecitlivější a mají zvýšenou pohotovost k afektivnímu jednání. Často se stává, že své emoce nedokáží ovládat a stejně tak své chování. Mají problémy se sebeovládáním a reagují impulzivně (Vágnerová, 2004).

Také se můžeme u těchto jedinců setkat s depresemi a suicidálními myšlenkami. Objevují se též psychotické poruchy jako je manie, vztahovačnost a bludy. Tyto známky chování společně se změnami zvládnání emocí a impulzivitou se vyskytují především při poranění mozku v oblasti emocí a chování oproti oblasti kognitivní, která slouží k soustředění a učení (Kučerová, Preiss a kol., 2006).

1.3.5 Schizofrenie

Jedná se o duševní chorobu, kdy dochází k chronickému narušení myšlení a vnímání, poruše emotivity a osobní integrity. Dotyčný trpí halucinacemi a bludy, slyší hlasy a mohou být na některé podněty přecitlivější. Jsou emočně labilní a nevíme jakou reakci od nich můžeme očekávat. Při poruchách jednání může docházet i k sebepoškození (Vágnerová, 2004).

U paranoidní schizofrenie jsou typická bludná přesvědčení s podrážděnou náladou. Dotyčný bývá zaměřený proti předpokládaným pronásledovatelům a může tak dojít až k násilnému činu (Pavlovský a kol., 2009).

1.3.6 Posttraumatická stresová porucha

Jedná se o opožděnou reakci na extrémně stresovou situaci výjimečného charakteru. Projevy jsou znovuprožívání dané události, noční můry, vyhýbání se podobným situacím atd. Pozoruhodné je vzájemné spojení mezi agresivním chováním a samotným posttraumatickým syndromem, neboť ten samotný je podmíněn vznikem

nějakého násilí, ale na druhé straně tento syndrom násilí vyvolává (Češková, Kučerová, Svoboda, 2012).

Tělesné příznaky spojené s touto poruchou jsou podmíněné nadměrnou aktivací organismu, které je výsledkem zvýšené stimulace noradrenergního systému. V souvislosti s tím, dochází k aktivaci limbických a paralimbických oblastí, které jsou spojené s emočním prožíváním a dochází k narušení schopnosti reagovat určitým způsobem (Vágnerová, 2004).

1.3.7 Účinky psychoaktivních látek a alkoholu

Touto látkou se rozumí každá látka, která po vstřebání do organismu ovlivní duševní procesy. Komplikací akutní intoxikace může být, s ohledem na psychickou stránku jedince, delirium, koma a křeče. Zneužití této látky může navodit psychotické poruchy jako je schizofrenie, halucinózu nebo afektivní poruchu. Například při požití kokainu se mohou vyskytnout halucinace a agresivní chování a při odvykání nejsou vzácné sebevraždy.

Při akutní intoxikaci alkoholem dělíme stav jedince podle závažnosti na tři stupně. K agresivnímu chování dochází až u druhého stupně, kdy se dotyčnému zvyšuje sebevědomí a přestává dodržovat společenské normy. U třetího stupně je agresivita velmi častá, zvláště u jedinců, kteří mají silnější sklony k agresivitě v sobě zabudovány. Třetí nebo těžká alkoholemie je při 2,5 promile a více. Často se vyskytuje palimpsest, neboli výpadek paměti na krátký úsek opilosti. S alkoholem souvisí odvykací stav, kdy při stavu označovaném delirium tremens dotyčný trpí dezorientací, hrubým třesem, úzkostí, iluzemi, psychomotorickým neklidem a někdy agresivním chováním. Tento stav propuká zhruba 24 až 48 hodin po posledním požití alkoholu (Pavlovský a kol., 2009).

1.3.8 Vliv prostředí a aktuální situace

Především sociální složka může také ovlivňovat sklon k agresivitě tak, že narůstá v závislosti na učení. Tím se myslí napodobování, identifikace s určitou osobou nebo instrumentálním učením. S rannou zkušeností souvisí rodina, kde dochází k pozitivnímu posilování agresivních projevů dítěte, tedy rozvoj tohoto jednání je závislý na rodičovském chování. Později je jedinec ovlivňován různými skupinami, se kterými se stýká. Ve vztahu k agresi je důležitý vzorec norem a hodnot, který je s určitou tolerancí, závazný pro všechny členy dané společnosti.

Aktuální situaci je myšleno především prostředím, ve kterém se momentálně jedinec ocitá a toto místo může být spouštěčem agresivního jednání. Jde o to, že za normálních okolností by takové reakce nebyly nepřiměřeně závažné, ale v daném okamžiku se na tom místě může vyskytovat například nadměrné a nestrukturované nakupení lidí, může se jednat o nepřehlednost situace, chybění pravidel nebo naopak příliš striktní řád. To jak bude jedinec reagovat závisí na jeho aktuálním stavu. Podnětem pro posílení agresivního chování je míra stresu a frustrace, která tento stav momentálně ovlivňuje (Vágnerová, 2004).

1.3.9 Vliv pohlaví

Řada výzkumů nám také prokázala, že i pudová podstata hraje roli, kdy větší sklon k agresivnímu jednání mají muži. Tento jev je ovlivněn hladinou testosteronu, který souvisí s protispolečenským chováním (Fisher, Škoda, 2009).

1.4 Agresivní jedinec

1.4.1 Charakteristika agresivního jedince

V počtu útoků a napadení, jemuž jsou vystaveni, zauímají zdravotničtí pracovníci jedno z prvních míst. Formy útoků jsou jak verbální, tak bohužel i fyzické a mezi nejrizikovější patří pracoviště prvního kontaktu, především zdravotničtí záchranáři (Němec, Stuchlíková, 2007).

Agresivní jedinec je zdravotnickým personálem popisován nejčastěji jako člověk vykazující větší míru rozrušení než nenásilný jedinec. Je také méně empatický, více se brání a ofenzivní, ostražitý a nedůvěřivý. Projevují se také výraznou nedůtklivostí při fyzickém kontaktu a vyžadují větší osobní prostor. Mezi další známky agresivního člověka patří pojetí destruktivnosti jako normální součást života, negativní sebepojetí a omezený limit tolerance frustrace, což zapříčiňuje časté agresivní vystupování v interpersonálních konfliktech. Pak agresivní jednání je využíváno jako reakce na pocit bezmoci a bezradnosti a projev boje se strachem a depresí (Boster, Davis, 1992).

Jedná-li se o agresivního pacienta, může k agresi dojít i z hlediska dlouhodobého stresu, kterému je vystaven. Může to být pokles socioekonomické úrovně, dlouhodobá nespokojenost, nemohoucnost změnit své životní podmínky. Ovšem i zdravotnický pracovník může svým jednáním pacienta či další účastníky situace podpořit v agresivním chování.

Mezi faktory, které determinují útok patří rodinné prostředí útočníka, momentální psychický stav, situace a prostředí, kdy okolí může k útoku povzbuzovat, chyby pracovníka a jeho charakteristika, kdy může vystupovat arogantně či situaci ironizovat a podobně. Dále můžeme nadcházející agresivní chování vyčíst z varovných signálů, které mohou být vysílány různě dlouho před napadením. Jedná se o neverbální projev – dotyčný je ztuhlý, bledý nebo naopak rudý, hluboce oddechuje, svírá pěsti, pohupuje se na nohou, podupává či klepe prsty o stůl nebo používá gesta, která naznačují boj. Pak

jsou to signály verbální, kdy mluva je stručnější, úsečnější a hlasitější s obsahem výčitek, výhrůžek a požadavků (Králová, 2005).

1.4.2 Princip napadení

Napadení probíhá v určitém cyklu. Prvním bodem je fáze **spouštěcí**, u které dochází k odklonu od jeho obvyklého chování. V takovém případě, jelikož dotyčného neznáme a nemáme o něm dostatek informací, je třeba si všimnout varovných signálů. Další fází je **eskalační** – jeho chování je čím dál více neobvyklé a odchyluje se o jeho normality. Začíná se zaměřovat na jeden problém či přání a přestává pomalu racionálně reagovat na intervenci. **Krizová** fáze je začátkem snížení ovládnutí agresivních impulsů a velké omezení racionálního uvažování. Následně nastává fáze **uklidnění**. V této době se jeho chování vrací k normálu a dotyčný může vypadat uklidněný, ale hladinu adrenalinu v krvi má stále vysokou, a proto by se měl zdravotník mít stále na pozoru a především se snažit jedince znovu nevyprovokovat. Při poslední fázi **postkrizové deprese** dotyčný upadá pod hladinu svého normálního chování, tudíž se cítí vyčerpaný, může plakat či pociťovat lítost.

Je důležité nedovolit, aby první fáze přešla v druhou nebo ještě dál. Musíme si uvědomit, že agresivní jedinec neuvažuje racionálně, takže naše racionální argumenty ho ještě více rozhněvají. Vnímá jen to co si sám vybere z našeho rozhovoru, toho bychom si měli všimnout a také jaké závěry si vytváří (Králová, 2005).

1.5 Základní pravidla kontaktu s agresivní osobou

Jelikož kontakt s agresivními a neklidnými osobami patří k běžné součásti praxe zdravotníka, měli bychom vědět, jak s takovou osobou komunikovat a jednat. V nejlepším případě pokud známe příčinu agrese, můžeme se zaměřit na určitý styl komunikace s daným typem, ale postačí, když budeme znát základy.

Jedná-li se o pacienta, nikdy s ním nehovoříme o samotě a pokud možno, aby na blízku byl alespoň jeden další zdravotník. Dodržujeme bezpečnou vzdálenost, což je

přibližně dva metry a hlídáme si únikový východ, tudíž nedovolíme, aby se agresivní osoba dostala mezi nás a dveře. Hovoříme klidným a vyrovnaným hlasem, pomalu a srozumitelně. Nenecháme se vyprovokovat a nevstupujeme do konfrontace, stejně tak ho nekritizujeme, neprovokujeme a neodporujeme mu. Jsme trpěliví, klidní, tolerantní, nevyhrožujeme a nezastrašujeme. Při nutnosti omezení pacienta je třeba postupovat co nejkorektněji, v klidu mu sdělit, co bude následovat a snažit se využít co nejmenší fyzické násilí k omezení. V takovém případě platí, že zákrok musí být dobře zajištěn personálně a musí být bezpečný pro všechny strany (Ertlová, Mucha a kol., 2002).

Agresivní osoba signalizuje nejen nespolupráci ale také ohrožení, na což je vyvolána instinktivní odpověď útok nebo útěk. Jestliže se nacházíme na „jeho území“ nejčastěji se projeví útokem. Prvním požadavkem pro zvládnutí této situace a také perspektivy dalšího terapeutického vztahu je nedat impulzivní odpověď, ale ponechat si čas na rozmyšlenou. V tomto čase můžeme zatím rozpoznat příčinu vedoucí k agresi, která je z hlediska dalšího postupu podstatná. Není nutné agresivním osobám nastavovat tvrdou tvář, ale ani agresi eskalovat (Honzák, 1999).

Dále je třeba při jednání s takovou osobou sledovat její verbální a neverbální projevy a včas je vyhodnotit. Zajistit si dostatek prostoru pro komunikaci a pohyb a odstranit z okolí předměty, které by se mohly stát zbraní agresora. Vhodné je, pokud je to možné, si zajistit soukromí a klid pro komunikaci. V zdravotnickém týmu bychom měli mít sjednané signály pro různé situace a třeba pro zavolání Policie ČR. Při komunikaci jsme stále zdvořilí a umožňujeme pacientovi, aby cítil pochopení a snahu mu pomoci. Vyvarujeme se ironii a dáme najevo, že jsme tady pro pacienta. Nakonec mu srozumitelně sdělíme náš závěr a přesvědčíme se, zda rozuměl (Němec, Stuchlíková, 2007).

V každém případě aktivně nasloucháme a snažíme se zjistit o co pacientovi skutečně jde. Pokud mu nelze vyhovět, snažíme se i přesto nabídnout různá řešení, jako například doporučení. Měli bychom znát možná rizika, která nám hrozí v daném

prostředí (sociální skupiny, etnické skupiny apod.). Při stupňování napětí se pokusíme situaci uklidnit tím, že odvedeme pozornost jinam, například změnou tématu (Kelo, 2008).

1.6 Pravidla jednání u vybraných typů agresivních jedinců

1.6.1 Podle stupně agresivního chování

Když rozdělíme agresivní chování do tří stupňů, můžeme stanovit postupy našeho jednání s agresivní osobou vhodné k jednotlivému stupni. U prvního stupně projevujícího se hněvem a zlostí je nejvhodnější uplatnit nedirektivní postup, tedy nereagovat emocionálně a pokusit se situaci uklidnit. Naopak direktivní jednání můžeme použít u druhého stupně, tedy na vztek a zuřivost. Vystupovat dynamicky, energicky, vyjadřovat se stručně a jasně a neodbíhat od hlavního tématu – problému. Vyhýbáme se však slovním soubojům. Při třetím stupni, amoku a zběsilosti, můžeme zkusit použít jednorázový pokus o zastavení agrese. Jedná se o využití silného podnětu, například jasně dáme najevo, že nelze vyjednávat nebo zkusíme extrémně silný podnět jako je zakřičení slova TICHŮ, avšak jen jednou, vykřiknutí příkazu a při stupňování použijeme pravidlo na každou končetinu jeden člověk a jeden navíc. Pokud toto není možné a stále dochází k elevaci agrese, utečeme, náš život je prioritou (Králová, 2005).

1.6.2 Pacient s psychózou

Udržet kontakt s psychotickým člověkem je velmi náročné. Během komunikace rychle dochází k přetížení novými podněty, což může směřovat k úzkosti či negativnímu chování dotyčného. Kromě zájmu o nemocného a odborných znalostí, nám může pomoci jeho rodina, která nám může poskytnou potřebné informace, jak se nemocným mluvit v konkrétních situacích nebo jestli dotyčný na něco reaguje negativně popřípadě jak ho uklidnit. Naším cílem je, aby tato osoba získala důvěru v okolí, aby mohl sdělovat svá přání, navázat kontakt. Zachováváme empatický postoj a snažíme se

pochopit situaci s ohledem na psychické změny nemocného. U psychoticky nemocných dochází během komunikace rychle k přetížení novými podněty, což může směřovat k úzkosti či negativnímu chování dotyčného (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.6.3 Pacient s demencí

V první řadě bychom si měli uvědomit, že agresivní jednání u dementního pacienta musíme brát jako jeden ze symptomů jeho nemoci. Pokud to jde, nereagujeme na jeho nevhodné chování a vyvarujeme se otázkám, na které není schopen odpovědět. Stejně tak se vyhneme spouštěčům nevhodného chování. Používáme krátké věty s jednoznačným významem. Naše komunikace by měla probíhat kratší dobu, kdy se opakovaně ptáme pacienta, zda nám rozumí a zjišťujeme, jestli se v rozhovoru neztrácí a vnímá nás. Na dotyčného neapeluujeme a působíme klidně, ne nervózně, uspěchaně. Také se snažíme, aby na pacienta působilo co nejméně podnětů. Celé naše jednání je založeno na trpělivosti a dostatku taktu (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.6.4 Intoxikovaná osoba

Komunikaci s intoxikovanou osobou předchází rychle zhodnocení stavu, zejména bdělosti a schopnosti interakce. Zcela nevhodná je kritika jednání dotyčného. Komunikace by měla být stručná a jasná, používáme srozumitelné věty, které mají v danou chvíli účel. Na téma toxikomanie nemusí v prvních chvílích kontaktu vůbec padnout odrazující či provokující slovo. Sdělení nesmí obsahovat agresi ani ve skryté formě a stejně tak neužíváme agresivně zbarvenou intonaci. Velmi riziková se může stát i komunikace mezi zdravotníky, kterou intoxikovaný uslyší a mohla by ho popudit a vystupňovat agresi. Můžeme dotyčnému povolit agresi, pokud se jedná o verbální nebo takovou, která neohrožuje zdravotnický personál nebo někoho v okolí. Ačkoli to zní paradoxně, jakmile agresi povolíme a nereagujeme na ni, její intenzita nenarůstá nebo narůstá jen krátkodobě. poté intenzita klesne či dokonce ustoupí. Jde o to, že jedinec obvykle čeká agresivní protireakci na svou agresi.

Dále se snažíme synchronizovat naši verbální komunikaci s neverbální. Máme ve tváři přátelský nebo neutrální výraz a naše pohyby jsou klidné a pomalé. Dáme si pozor na obranná gesta (ruce v bok), abychom u intoxikovaného neposílili agresivní ladění. Dbáme na to, že alkohol a psychoaktivní látky snižují u dotyčného rozumové vnímání, koncentraci a pozornost. Vždy dodržujeme zdvořilé oslovení (pane, paní) a nenarušujeme důstojnost dotyčného (Woleská, 2001).

1.7 Nevhodné jednání

Mezi nevhodné jednání s agresivní osobou patří protiútok. nikdy nekopírujeme rozzlobeného jedince (nekřičíme, negestikujeme), protože tím jen nepřímo podporujeme agresi dotyčného. Také nepřevádíme vinu na někoho jiného, například na zákony, působí to, že se vyhýbáme zodpovědnosti. Dále nikdy nezesměšňujeme, neurážíme a neironizujeme. Také bychom neměli nutit protějšek, aby uznal, že neměl v něčem pravdu (Králová, 2005).

Nesprávné je reagovat instinktivně, protiútokem, ale také s potřebou vyjít z konfliktu jako vítěz či mít nad dotyčným navrch. Mezi chyby se počítá i snaha o ošetření či provedení úkonu za každou cenu či podcenění situace a představa, že vše zvládneme sami. Nerozpoznání varovných signálů blížícího se nebezpečí patří mezi základní omyly (Němec, Stuchlíková, 2007).

Často konflikt mezi pacientem a zdravotníkem vyústí v agresi, která je reakcí na pociťovanou ztrátu nenaplněných požadavků. Jedná se o stav výhra – prohra, ale našim cílem je výhra – výhra. Nejčastější situací, kdy nastane výhra – prohra je, když se snažíme podat medikaci proti vůli pacienta. Jestliže ji podáme, je to pro pacienta prohra, která může spustit agresi. Proto hledáme ve vyjednávání cestu, která by vedla k výsledku výhra – výhra (Zelman, Hollý, Bračoková, 2006).

1.8 Agrese ze strany posádky ZZS

Vůči agresivitě nejsou imunní ani členové posádky ZZS. Mezi nejčastější projevy patří tendence trestat pacienta či jinou osobu přítomnou na místě, která je nepříjemná, obtěžující či drzá. Agresivita se nejčastěji projevuje zvyšováním hlasu, ironií nebo necitlivostí během komunikace. V dnešní době se agresí nevyhneme, a proto je důležité vzniklou situaci včas vyhodnotit a vyvarovat se nevhodnému chování (Němec, Stuchlíková, 2007).

Agrese u zdravotních pracovníků bývá především verbální a projevuje se především při trestání za nevhodné chování. Zdravotníci by si měli uvědomit, že pacient sám nemusí být schopen situaci správně popsat, indikace z první informace může být obtížná, ale je neprofesionální dávat najevo v těchto případech své pohoršení, znechucenost a přemrštěně zdůrazňovat zbytečnost výjezdu. Situace pak může vyústit v negativní reakci, stížnostem či agresí (Kelo, 2008).

1.9 Prostředky k uklidnění agresivní osoby

1.9.1 Policie ČR

U konfliktů s projevem agrese by měla být přítomna policie, jelikož málokdy se podaří zvládnout situaci bez její asistence. Její doprovod však nebývá až tolik častý ve srovnání s počtem agresivních projevů. Její přítomnost přitom bývá sama o sobě dostatečnou „hrozbou“ pro zklidnění agresivního jedince (Kelo, 2008).

Když je třeba násilí na místě ihned ukončit, je vhodné si zavolat Policii ČR nebo městskou policii. Do rizikových oblastí, kde se například shromažďují narkomani, bezdomovci a podobně, se obvykle hned vyjíždí s policií (ČRo, 2011, online).

Při spolupráci s Policií ČR platí, že zdravotník i policie si musí ujasnit, zda jsou splněny zákonné předpoklady pro zákrok za policejní asistence. Pro spolupráci s policií stáčí podezření zdravotníků, že je pacient nebezpečný sobě či okolí. Zákrok organizuje vždy lékař, zdravotník (Pokorný a kolektiv, 2010).

1.9.2 Fyzické omezení

Jedná se výkon, který lze užit bez souhlasu pacienta, a který se řídí zákonem č. 86/1992. Fyzického omezení lze použít u osob, která jeví známky duševního onemocnění nebo intoxikace a zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí. K tomuto omezení přistupujeme pouze tehdy, jestliže selhaly jiné metody. Platí pravidlo jedna osoba na jednu končetinu + jedna osoba navíc. Jedná se výkon na indikaci lékaře, který dohlíží na postup. Omezení se provádí rychle a šetrně a pacienta informujeme o tom, co se bude dít. Výhodou je asistence policie (Křížová, Kříž, 2006).

Fyzické omezení nebo také manuální fixace není v České republice příliš rozšířen ve zdravotnických zařízeních, ale pracovníci u záchranné služby jinou možnost nemají. Jedná se o situaci, kdy se pacientovi brání v pohybu pomocí úchopu končetin pracovníky. Poté většinou následuje uklidňující medikace. Toto opatření vyžaduje speciální výcvik, který spočívá v osvojení hmatů, které znemožní pacientovi pohyb a zároveň mu neublíží (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Toto opatření přichází v úvahu v těžších případech a před pokusem o farmakologické zklidnění i po aplikaci injekce. Při urgentním zásahu u neklidného pacienta bychom si měli zodpovědět otázky typu jestli byl pacient už v minulosti neklidný, jestli jsou přítomny známky závislosti a zda je na první pohled agitovaný, hluchý, naléhavý? Jestliže bude odpověď na alespoň některou otázku kladná, měli bychom myslet na vlastní bezpečí. Při zásahu na každou končetinu jedna osoba, by měl být pacient šetrně avšak co nejrychleji položen na záda na zem, fixují se končetiny tak, aby se zabránilo kopům, úderům do zdravotnického personálu. Jedna osoba by měla

zůstat volná, aby hlídala, zda pacient dýchá a pro případnou aplikaci psychofarmak. Jakmile dojde ke zklidnění, měli bychom omezení co nejdříve uvolnit. Užití omezujících prostředků je nutné písemně poznamenat a řádně zdůvodnit do doporučení k převzetí lůžkovým zařízením (Pokorný a kolektiv, 2010).

1.9.3 Psychofarmakologické ovlivnění

U užití psychofarmak je diskutabilní, zda se jedná o omezovací prostředek, protože zároveň lze tento postup charakterizovat jako léčebný. Tato skupina léků se používá pro zklidnění, k pacifikaci nemocného a zároveň k zahájení terapie. Důvodem užití těchto léků jsou psychopatologické projevy pacienta. K parenterální cestě podání přistupujeme jestliže se nepodařilo pacienta přesvědčit k perorálnímu užití léků. Po dosažení farmakologického útlumu je nezbytné zajistit kontrolu psychického a somatického stavu a monitoraci vitálních funkcí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychofarmakologické ovlivnění bez fyzického omezení přichází v úvahu tam, kde se jedná o stavy s vyšší mírou subjektivního i objektivního napětí, úzkosti a agitovanosti. Používají se benzodiazepinové preparáty, antipsychotika nebo jejich kombinace. U lehčích stavů lze použít perorální užití léků. K dispozici máme diazepam 10 mg. Při intenzivnějším neklidu (depresivní porucha, psychotická porucha) je účinnější forma parenterální, nejlépe intravenózní (diazepam 10 mg). dávkou bychom měli titrovat a pacienta udržovat ve stavu lehkého útlumu. U nejtěžšího neklidu (schizofrenie, duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy či mánie) je velmi obtížné intravenózní podání léku, které je přesto někdy doporučováno. Většinou nemáme jinou možnost než cestu intramuskulární i když se látka vstřebává pomaleji. Můžeme se pokusit o zklidnění samotným benzodiazepinem do deltoidního svalu. Další možností je podání antipsychotik (haloperidol 5 mg) nebo užití kombinace obou látek. Silný sedativní účinek navodí i metotrimeprazin (Tisercin) cestou intravenózní (Pokorný a kolektiv, 2010).

1.10 Právní sebeobrana členů posádek ZZS

Fyzické omezení i násilná aplikace injekce znamenají provádění léčebného výkonu bez souhlasu nemocného. Jedná se o právně delikátní situaci, která vyžaduje naplnění předpokladů daných zákonem ČNR č. 86/1992 Sb. Musí se jednat buď o osobu jevící známky duševní choroby nebo intoxikace a která zároveň zjevně aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí, nebo o nemocného, u něhož si nelze kvůli jeho zdravotnímu stavu vyžádat souhlas k neodkladným výkonům zachraňující život nebo zdraví. Jedná-li se o výkon zachraňující život nebo zdraví pacienta, je lékař oprávněn a povinen provést takový zákrok třeba i proti vůli nemocného, a to i kdyby opatrovník nebo zákonný zástupce nebyl dosažitelný či odmítl souhlas (Pokorný a kolektiv, 2010).

Do trestního zákoníku se podařilo prosadit ustanovení, podle kterého je vražda, těžké ublížení na zdraví, ublížení na zdraví nebo nebezpečné vyhrožování spáchané na zdravotníkovi hodnoceno přísnější trestní sazbou, než je-li spácháno na jiném občanovi. Sazba je stejná jako kdyby byl trestní čin spáchán na úřední osobě (dříve veřejném činiteli). Tato přijatá právní úprava má však i své mezery. Například předpokládá trestní postih pouze tehdy, dojde-li k vraždě, ublížení na zdraví nebo vyhrožování „při výkonu povolání“, nikoli však dojde-li k němu „pro výkon povolání“ (Mach, 2010).

Dojde-li k napadení členů posádek ZZS a ti se brání, vztahuje se k tomuto tématu § 29 z trestního zákoníku o nutné obraně, který říká:

„Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajících útok na zájem chráněný trestním zákoníkem, není trestným činem.“

„Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku“ (Česko, 2009, §29).

1.11 Pomoc napadeným členům posádek ZZS

Jako psychická pomoc zdravotníkům byl vytvořen Systém psychosociální intervenční služby (SPIS). Jedná se o systém péče a podpory ve zdravotnictví, zaměřený prvotně na záchranáře a oddělení urgentní péče v nemocnicích. Ze systému nejsou vyloučeny jakékoli jiné zdravotnické obory, kde může dojít k profesně náročné situaci, která může následně negativně ovlivnit psychiku zdravotníků a poté i kvalitu péče a pacienty. Do tohoto systému vstupuje krajský koordinátor, jakožto osoba určená pro realizaci psychosociální intervenční služby. Koordinuje a řídí proces, jeho přípravy a vlastní provedení na daném území. Odborník na duševní zdraví je klinický psycholog nebo psychiatr s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem v krizové intervenci. Peer je vyškolená osoba, sloužící pro okamžitou psychickou pomoc kolegům v resortu zdravotnictví (Šeblová, 2011, online).

Cílem SPISu je snížení rizika profesionálního selhání, syndromu vyhoření i péče po nadlimitní zátěži. SPIS vychází z CISM, což je vědní obor psychotraumatologie, v rámci kterého dochází k vypracovávání různých technik jako debriefing, defusing, demobilizace a podpora na místě události. Nejdůležitější rovinu tvoří PEER, což je kolega, který má podobné zážitky a zkušenosti jako my a je proškolený pro poskytování podpory po prožití náročné situace, nehodnotí, nekritizuje, poslouchá a je diskrétní. Nejedná se ani o psychologa ani psychiatra (Štancel, Vargová, Majdišová, 2012).

Jestliže se dostaneme do traumatizující situace, není vůbec jisté, že tuto negativní zkušenost dokážeme absolvovat bez následků. Každý člověk má svou odolnost, která mu společně s pomocí sociálního prostředí pomůže situaci zvládnout. Také zaměstnavatel je vázán určitými právními, finančními a můžeme říci i morálními důvody k tomu, aby svým uniformovaným zaměstnancům zajistil patřičnou psychosociální péči (Šeblová, 2011, online).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

1. Porovnat mezi respondenty četnost napadení fyzického a verbálního.
2. Zmapovat nejčastější příčiny fyzického napadení.
3. Zmapovat znalosti sebeobrany respondentů.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká forma napadení je nejčastější – fyzická či verbální?
2. Jaká je nejčastější příčina fyzického napadení členů posádek ZZS?
3. Jak jsou respondenti znalí postupů sebeobrany při fyzickém napadení?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím techniky polostrukturovaných rozhovorů a dotazníků. Výzkumu se účastnili členové posádek zdravotnické záchranné služby v Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Bylo položeno 15 otázek v rámci dotazníku a několik otázek v rámci rozhovoru. Můžeme otázky rozdělit na anamnestické údaje respondentů a na otázky týkající se zkušeností respondentů s napadením při výjezdu. Dotazník se dále dělil na uzavřené odpovědi, u kterých jsou předem připravené možnosti odpovědí, a polouzavřenou formu, kde jsou také předem připravené odpovědi a k tomu jedna možnost volného pole, do kterého může respondent napsat svou vlastní odpověď. U některých otázek byla možnost zaškrtnutí více než jedné možnosti. Výsledky dotazníků byly zpracovány pomocí grafů a tabulek. Rozhovory sloužili pouze jako doplnění informací, na které jsem se v dotazníku neptala.

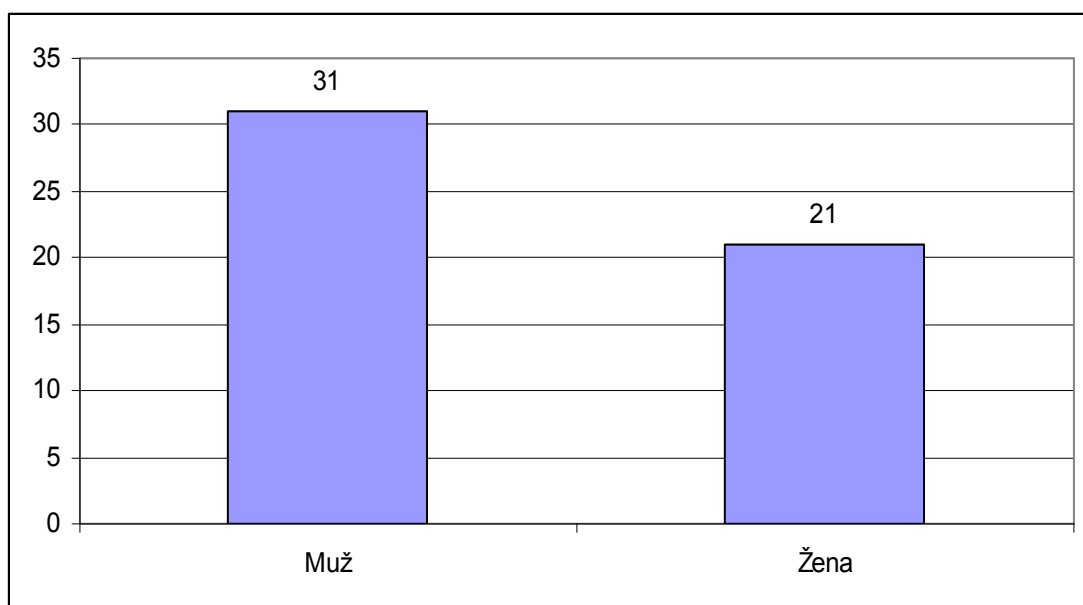
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat probíhal v Jihočeském a Moravskoslezském kraji v rámci zdravotnické záchranné služby. Respondenti byli řidiči, záchranáři i lékaři. Dotazník bylo ochotno vyplnit 52 respondentů a to jak s dlouholetou praxí, tak i ti, kteří pracují u ZZS kratší dobu. Cílem rozhovorů byly členové posádky ZZS, kteří se setkali s fyzickým napadením. Poskytnout rozhovor mi byli ochotni 4 respondenti.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníků

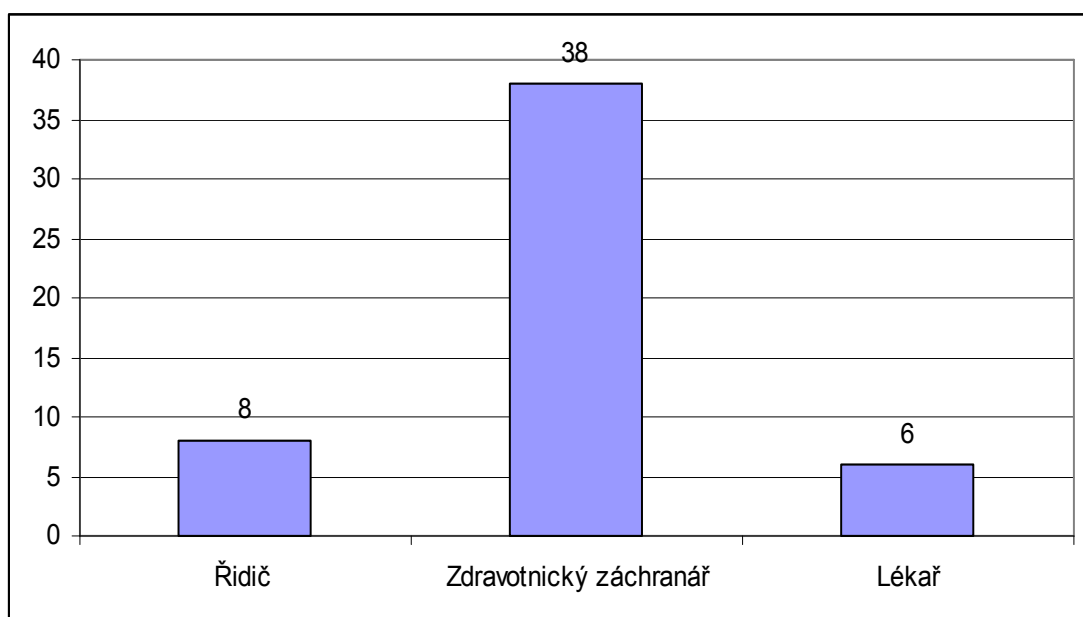
Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?



Obr. 1 Pohlaví respondentů

Obrázek č. 1 nám znázorňuje zastoupení mužů a žen ve výzkumu. Mužů odpovědělo 31 (59,6%) a 21 (40,4%) žen z celkového počtu 52 respondentů.

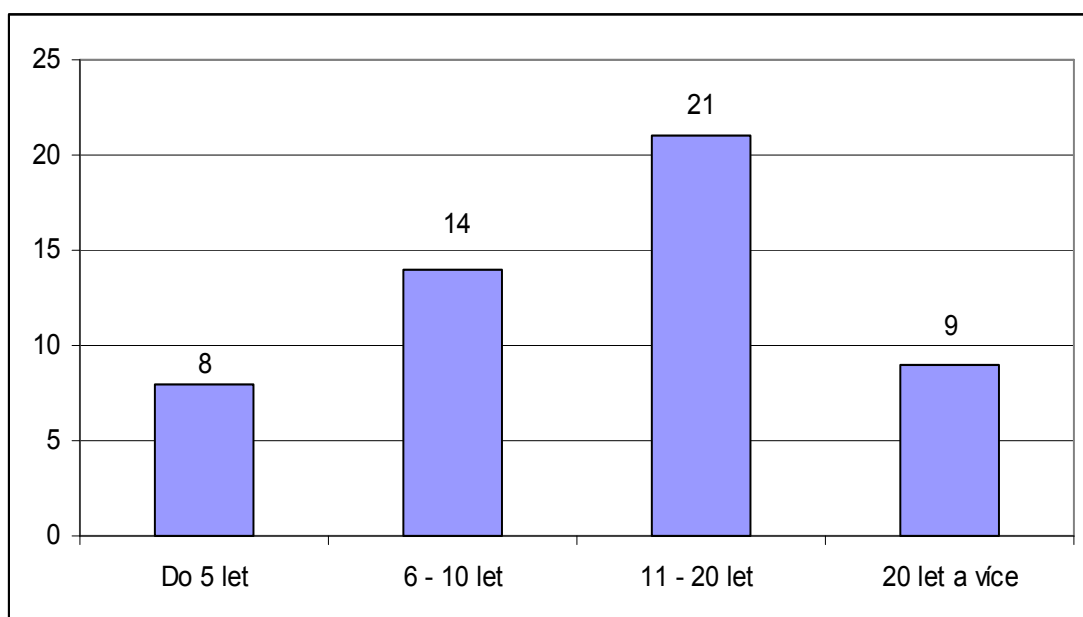
Otázka č. 2: Jakou pozici zastáváte v posádce ZZS?



Obr. 2 Pozice v posádce ZZS

Graf č. 2 nám zobrazuje číselné zastoupení řidičů (8; 15%), zdravotnických záchranářů (38; 73%) a lékařů (6; 12%) ve výzkumu.

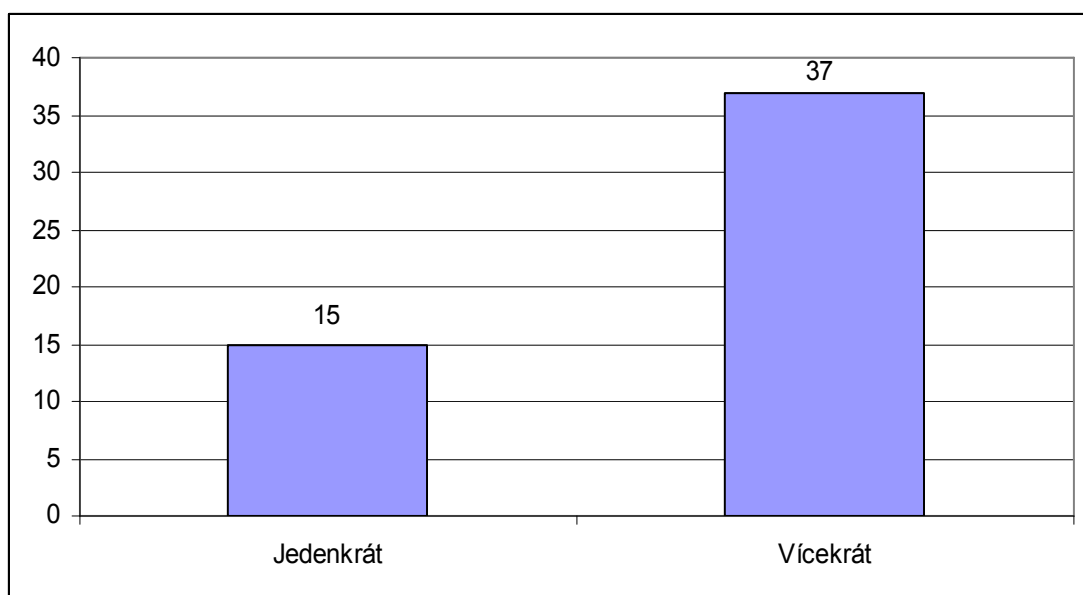
Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete u ZZS?



Obr. 3 Doba působení u ZZS

Obrázek č. 3 zobrazuje v jakém rozmezí let pracují respondenti u zdravotnické záchranné služby. Z celkového počtu 52 respondentů pracuje na záchranné službě 8 (15,4%) do 5 let, 14 (26,9%) z nich 6-10 let, 21 (40,4%) 11 – 20 let a 9 (17,3%) přes 20 let.

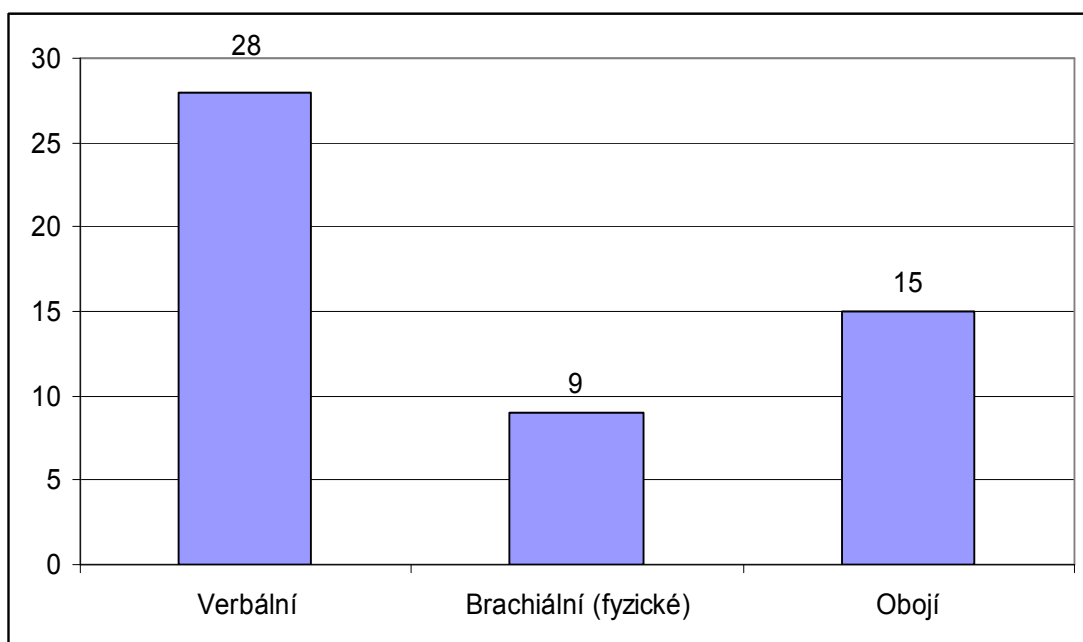
Otázka č. 4: Kolikrát jste byl/a napaden/a během doby co pracujete u ZZS?



Obr. 4 Četnost napadení

Na grafu č.4 můžeme vidět zda se respondenti setkali s napadením během působení u záchranné služby jedenkrát či opakovaně. 15 (29%) z nich odpovědělo, že byli napadeni jedenkrát a 37 (71%) respondentů se setkalo s napadením vícekrát.

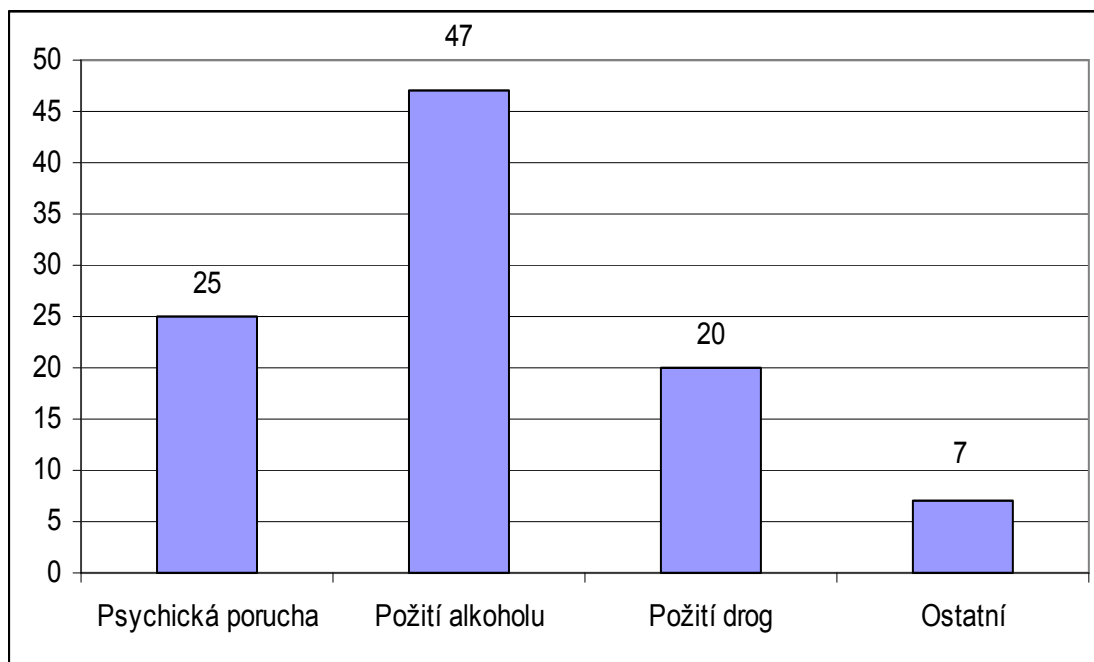
Otázka č. 5: O jaký druh napadení se jednalo?



Obr. 5 Druh napadení

Na otázku ohledně druhu napadení odpovědělo z celkového počtu 52 respondentů 15 (29%), že se setkali jak s fyzickým tak verbálním útokem. Pouze s verbálním napadením se setkalo 28 (54%) respondentů a 9 (17%) bylo obětí fyzického napadení.

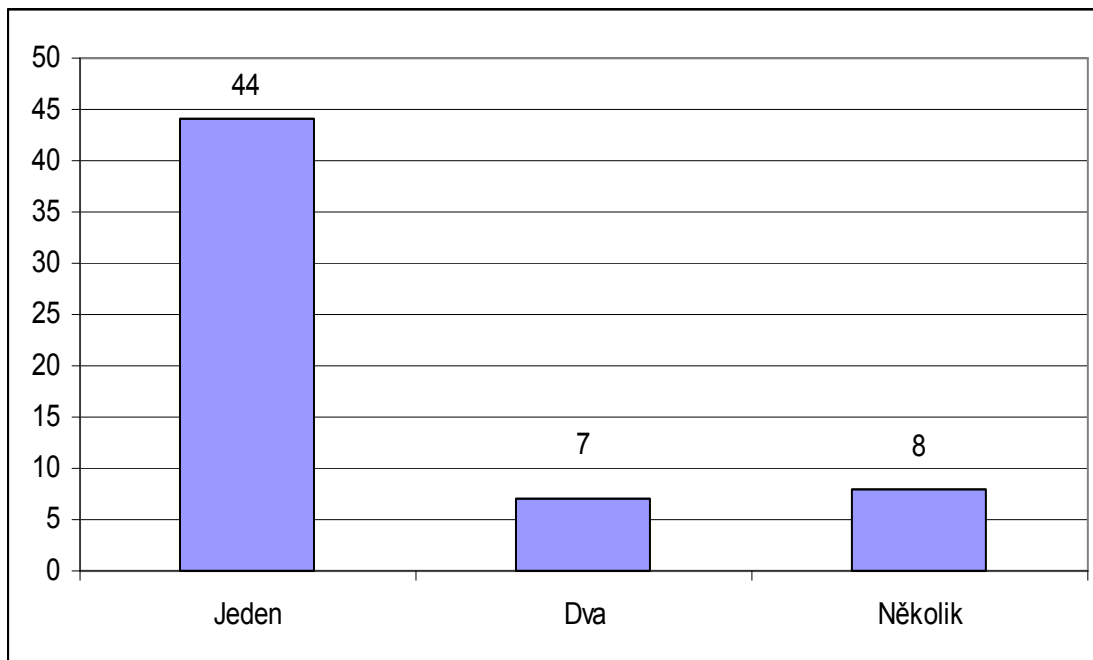
Otázka č. 6: Co bylo příčinou napadení?



Obr. 6 Příčina napadení

U otázky č. 6 měli respondenti možnost vybrat více než jednu odpověď, jestliže byli napadeni vícekrát nebo se jednalo o kombinaci příčin a také možnost doplnění vlastní odpovědi. Ve 25 (25,2%) případech se jednalo o psychickou poruchu, u 47 (47,5%) případů šlo o požití alkoholu, u 20 (20,2%) napadení bylo příčinou požití drog a u 7 (7,1%) případů se jednalo o ostatní příčiny.

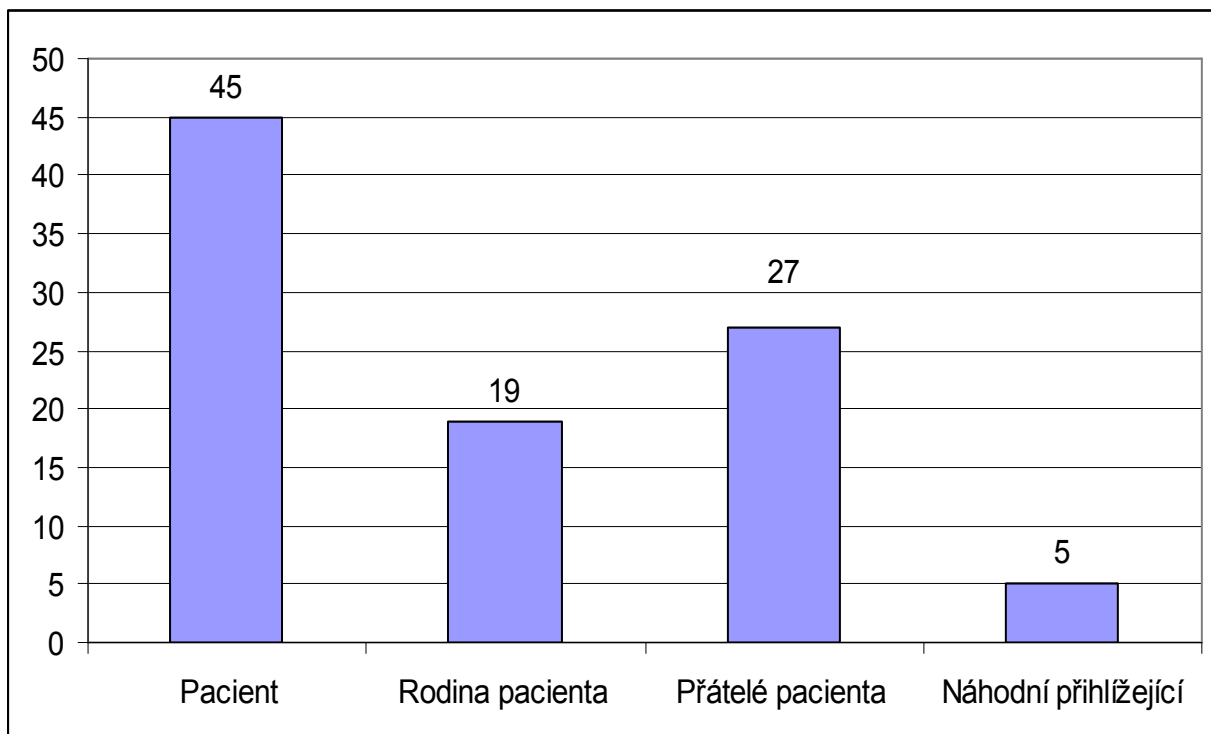
Otázka č. 7: Napadl Vás jeden či více útočníků?



Obr. 7 Početní zastoupení útočníků

Při zjišťování, zda byl útočník jeden či více, mohli respondenti opět vybrat několik odpovědí zároveň, protože jestliže se setkali s více napadeními, mohlo se jednou jednat o jednoho útočníka a jindy zase o více. U 44 (74,6%) případů se jednalo pouze o jednoho útočníka, u 7 (11,8%) šlo o dva agresivní jedince a u 8 (13,6%) případů se setkali respondenti s více než dvěma útočníky.

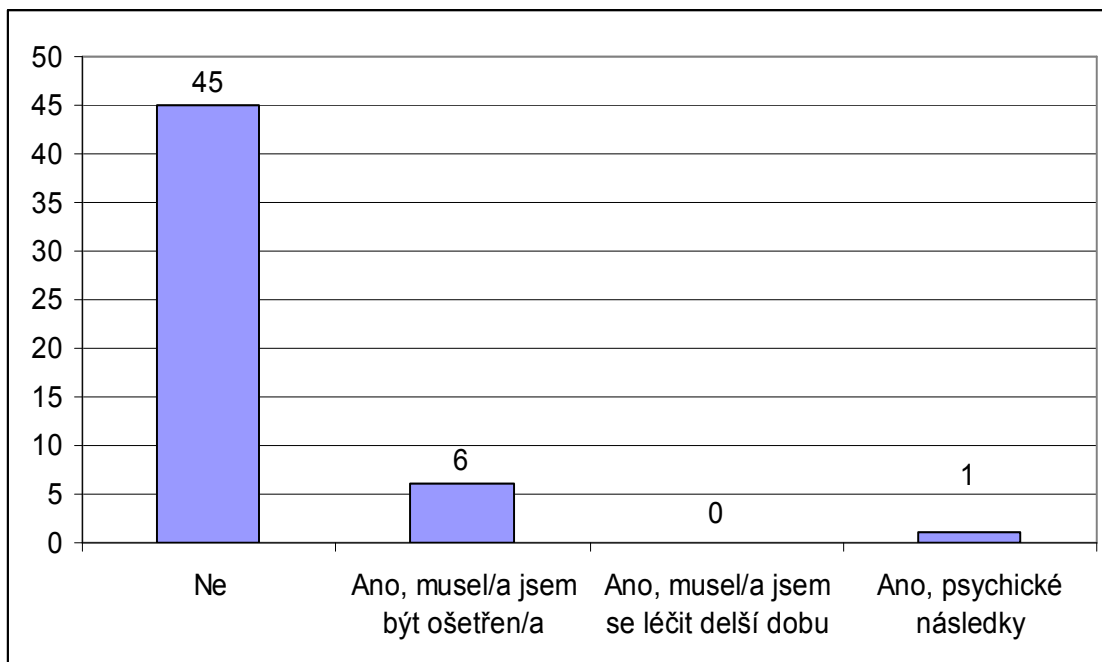
Otázka č. 8: Kdo byl/i útočník/útočníci?



Obr. 8 Identita útočníka

U otázky č. 8 jsem se snažila zjistit, kdo byl nejčastěji útočníkem. Opět respondenti měli možnost využít více odpovědí. Nejčastěji je agresivní osobou sám pacient, tedy v 45 (46,9%) případech napadení, dále ve 27 (28,1%) případech útočili přátelé pacienta, u 19 (19,8%) případů se jednalo o rodinu pacienta a 5 (5,2%) útoků bylo zaviněno náhodnými přihlížejí.

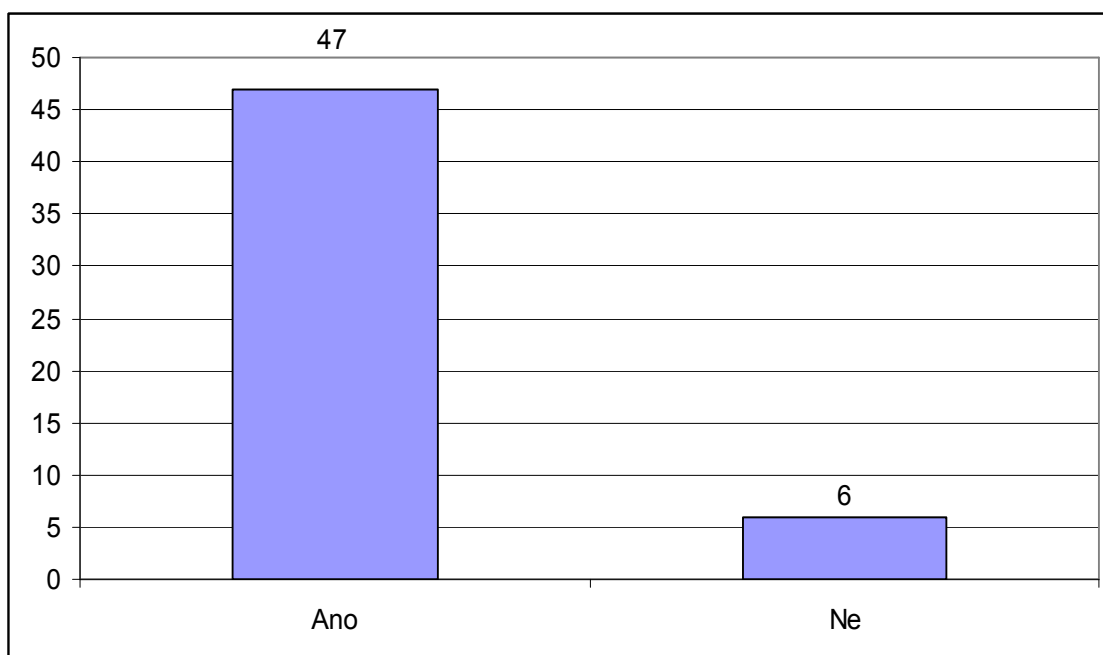
Otázka č. 9: Utrpěl/a jste zranění?



Obr. 9 Následky napadení

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti přišli k újmě při útoku a pokud ano, tak k jaké. Nejvíce respondentů 45 (86,5%) žádné zranění neutrpělo. Ošetřeno bylo 6 (11,5%) zúčastněných výzkumu a 1 (1,9%) měl psychické následky. Žádný z respondentů se nemusel léčit delší dobu.

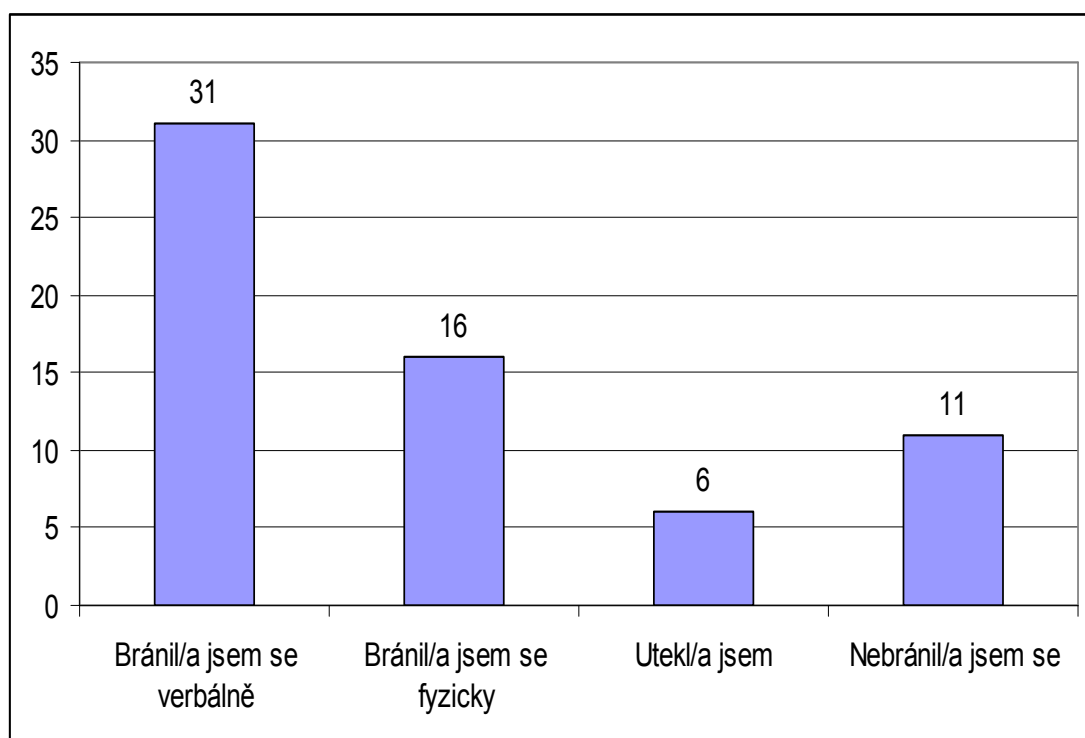
Otázka č. 10: Přivolal/a jste si k zásahu Policii ČR?



Obr. 10 Využití Policie ČR

V otázce č. 10 jsem se ptala, zda si respondenti volali k těmto situacím pomoc PČR a ukázalo se, že ve 47 (88,7%) případech si pomoc opravdu zavolali a v 6 (11,3%) případech se rozhodli obejít bez její pomoci.

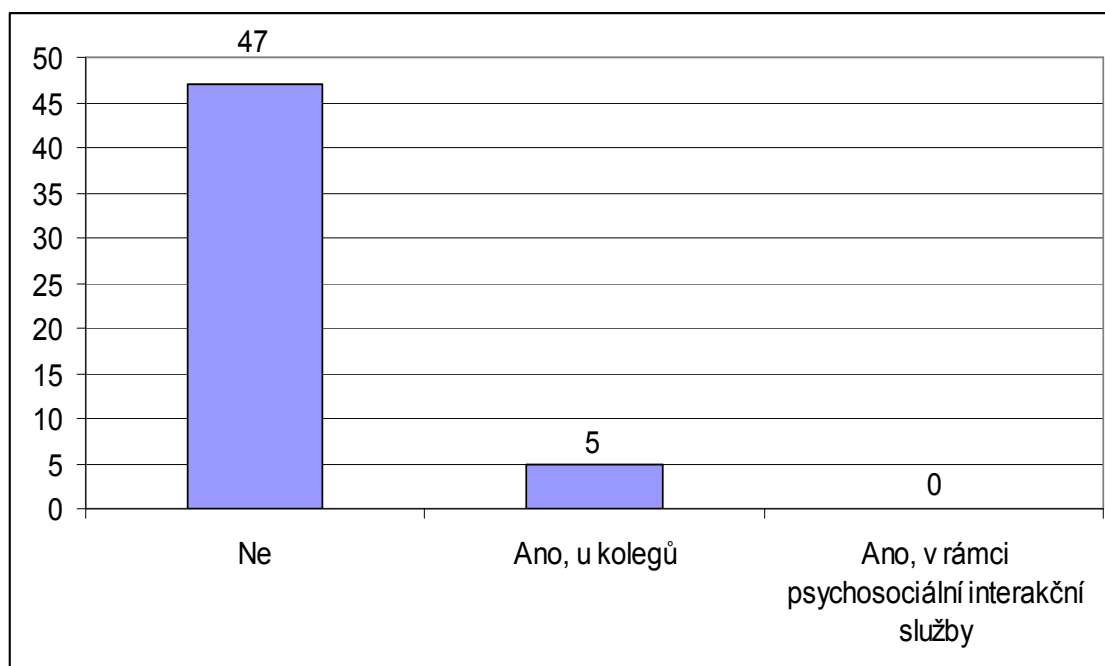
Otázka č. 11: Jak jste se bránil/a?



Obr. 10 Způsob obrany

Záměrem této otázky je zjistit jaký způsob obrany je mezi respondenty nejčastější. Nejvíce případů bylo 31 (48,4%), kdy se respondenti bránili verbálně, potom v 16 (25%) případech se bránili fyzicky, nebránili se u 11 (17,2%) případů a u 6 (9,4%) se rozhodli pro útěk.

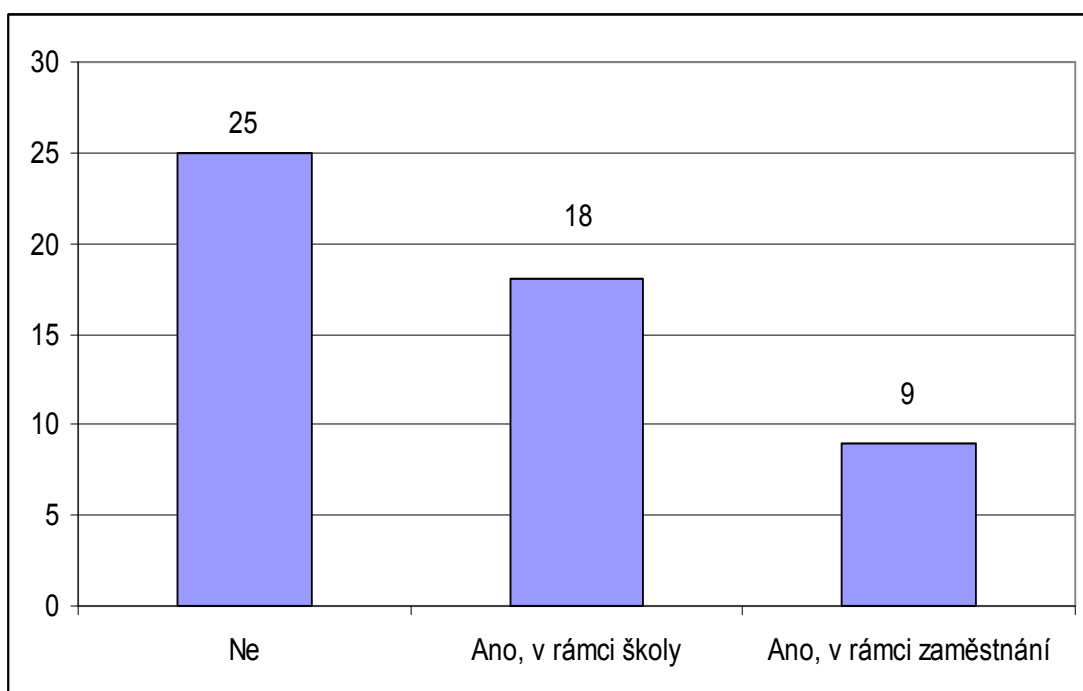
Otázka č. 12: Vyhledal/a jste následně psychickou podporu?



Obr. 12 Psychická podpora po napadení

V otázce č. 12 jsem zkoumala zda respondenti využili psychické podpory a v jaké formě. Zjistila jsem, že 47 (90,4%) z celkového počtu 52 tuto pomoc nevyhledali a 5 (9,6%) vyhledali psychickou pomoc u svých kolegů. Žádný z respondentů nevyužil psychosociální interakční službu.

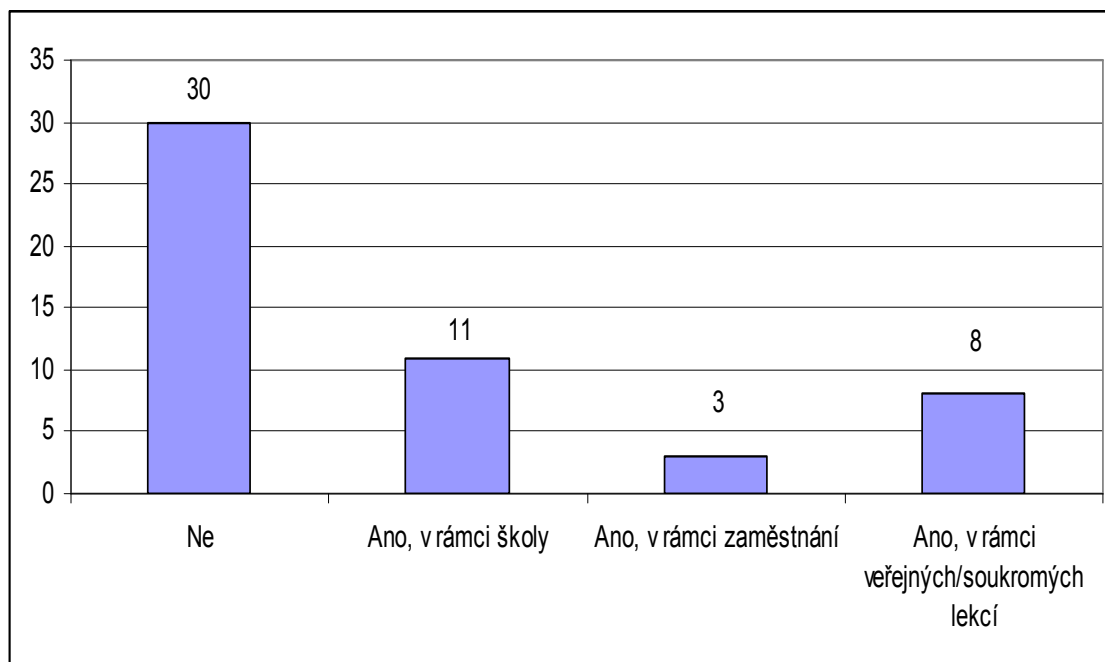
Otázka č. 13: Prošel/la jste školením v komunikaci s agresivní osobou?



Obr. 13 Školení v komunikaci s agresivní osobou

Graf č. 13 nám ukazuje zda byli respondenti někdy v životě proškoleni v komunikaci s agresivní osobou. Nejvíce odpovídajících, 25 (48,1%), se nikdy s tímto školením nesetkalo. Dalších 18 (34,6%) bylo proškoleny během studia v postupech komunikace s agresivní osobou a 9 (17,3%) v rámci zaměstnání.

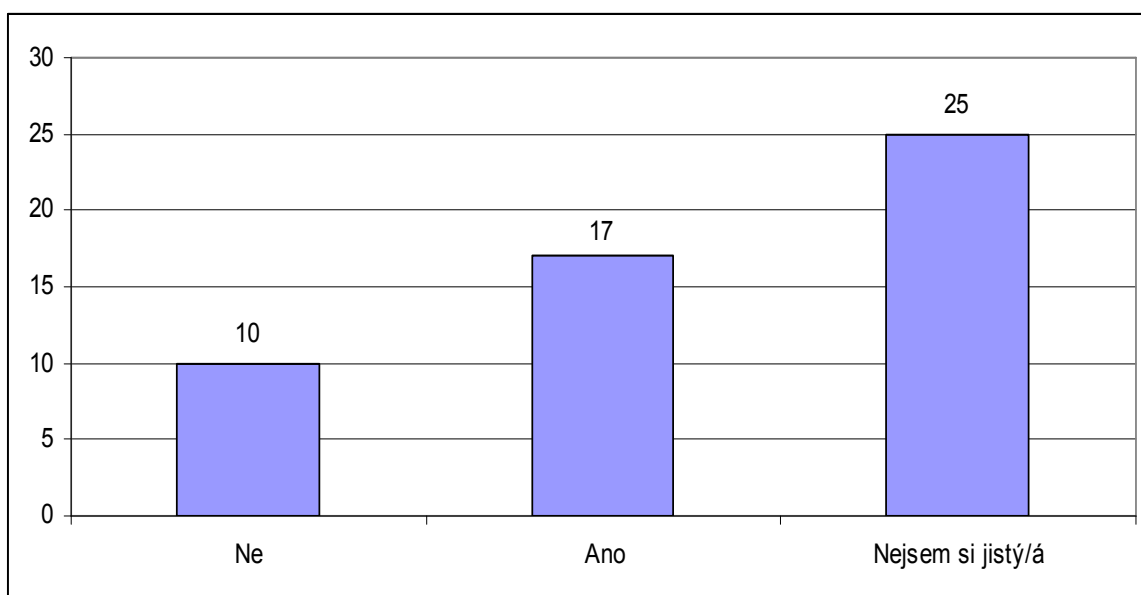
Otázka č. 14: Absolvoval/a jste kurz sebeobrany?



Obr. 14 Absolvování kurzu sebeobrany

Otázkou č. 14 jsem se snažila vyzkoumat zda zúčastnění výzkumu prošli někdy v životě kurzem sebeobrany a jestliže ano, kde se s tímto kurzem setkali. 30 (57,7%) odpovědělo, že se takového kurzu nikdy neúčastnilo, kdežto zbylých 22 ano, 11 (21,2%) z nich během studia na škole, 8 (15,4%) vyhledalo veřejné či soukromé lekce a 3 (5,8%) uvedlo, že byli v sebeobraně proškoleni v zaměstnání.

Otázka č. 15: Jste seznámen/a s legislativou nutné obrany?



Obr. 15 Znalost pojmu nutná obrana

Úkolem poslední otázky bylo zmapovat kolik respondentů zná pojem nutná obrana, uvedený v trestním zákoníku. Nejvíce odpovědí, 25 (48,1%), bylo, že si respondenti nejsou tímto pojmem jistí, 17 (32,7%) uvedlo, že tento pojem znají a 10 (19,2%) z celkového počtu 52 respondentů pojem nutná obrana nezná.

4.2 Výsledky rozhovorů

4.2.1 Rozhovor 1

První rozhovor se uskutečnil s ženou zastávající pozici zdravotnického záchranáře, na které pracuje nyní 13 let a to v oblasti Moravskoslezského kraje.

Na otázku jestli byla napadena odpovídá, že ano, že se setkala jak s verbálními útoky, kterých bylo několik, tak s jedním fyzickým napadením. Uvádí, že útočník byl jeden a jednalo se o pacienta. Jeli k případu úraz hlavy, bez lékaře, kdy po příjezdu zjistili, že se jedná o opilého mladého muže, který po pádu měl úraz hlavy. Popisuje, že už od začátku pacient reagoval na posádku ZZS negativně a odmítal spolupracovat. Na místě byli i pacientovi kamarádi, kteří se mu snažili domluvit. Záchranářka dále uvádí, že spolupráce s policií neproběhla, jelikož si myslela, že má situaci pod kontrolou. Na otázku co bylo vystupňováním agrese říká, že když pacienta už dlouho přemlouvali k nastoupení do sanitního vozu a on stále odmítal, chytila ho s řidičem každý z jedné strany za paži a chtěli ho do auta pomalu odvést. Pacient se začal bránit a její ruku ze sebe strhl a chytil ji za zápěstí. Řidič ho odtáhl a jak se snažila vykroutit ze sevření, tak si pohmoždila zápěstí a utřila nad ním od pacienta škrábnutí. Útočník byl okřiknut řidičem a pomohli i jeho kamarádi, tudíž došlo k jeho uklidnění. Dále uvádí, že nakonec se pacienta podařilo přimět ke spolupráci a odvézt ho do nemocnice. Přiznává, že si měla zavolat policii hned na začátku a situaci nepodceňovat. Po příjezdu musela být ošetřena, lékař ji prohlédl zápěstí a ošetřila si škrábnutí na ruce a říká, že se nejednalo o vážné zranění.

Na otázku, jestli byla proškolená v komunikaci s agresivní osobou odpovídá, že ne, nikdy se takového kurzu neúčastnila. Na žádost o uvedení několika příkladů komunikace s takovou osobou uvádí, nenaléhat na takovou osobu, nehádat se s ní a dodržovat si bezpečný odstup. Říká, že neprošla ani kurzem sebeobrany a uvádí, že by se fyzickému napadení nejspíš sama neubránila. Ohledně pojmu nutná obrana přiznává, že si není jistá jeho přesným zněním, jen si vybavuje, že není považováno za trestný čin, když při útoku použije jako obranu také násilí.

4.2.2 Rozhovor 2

Druhý rozhovor poskytl muž pracující jako zdravotnický záchranář. Pozici zastává již 18 let a slouží v Moravskoslezském kraji.

Uvádí, že za dobu, co pracuje u ZZS byl napaden fyzicky jen jedenkrát. S verbálním napadením se setkává často. Na otázku kdo byl útočník při fyzickém útoku odpovídá, že manžel pacientky. Jednalo se o výjezd k bolestem břicha v rodinném domě. U pacientky byl její manžel, který posádce z neznámého důvodu bránil v bližšímu přístupu k manželce. Vyhrožoval a urážel je. Záchranář dále uvádí, že pacientka byla ochotná spolupracovat, ale bála se přes manžela projít. Popisuje, když se přiblížili k ženě blíž, muž záchranáře napadl a snažil se ho odstrčit. Na otázku jak se bránil odpovídá, že muže odstrčil zpátky a s řidičem opustili dům a šli zavolat policii. Do domu nevkročili do příjezdu policie, která agresivního muže zpacifikovala a umožnila volný přístup k pacientce. Uvádí, že s přístupem policie byl spokojený a nedošlo k žádnému zranění. Od manželky se následně dověděli, že muž užívá drogy, kdy následně bývá agresivní a před příjezdem ZZS nějaké požil.

Školením v komunikaci s agresivní osobou prošel při studiu na vysoké škole. Jako sebeobranu při kontaktu s takovou osobou uvádí bezpečnou vzdálenost, hlídání si únikové cesty, nebýt s agresivní osobou sám v místnosti, zavolání si Policie ČR, zůstat klidný a neoplácet útočníkovi stejnou agresí a nedávat této osobě jakoukoli záminku pro útok. Kurzy sebeobrany zažil na škole a dále navštěvoval veřejné lekce a myslí si, že by byl schopný při útoku se ubránit. U otázky týkající se termínu nutná obrana říká, že si není jistý znalostí tohoto pojmu. Udává, že se jedná o vymezení toho, kdy je obrana při napadení útočníkem považována stále za obranu a kdy už za útok.

4.2.3 Rozhovor 3

Třetí rozhovor se uskutečnil s mužem zastávající pozici zdravotnického záchranáře. U ZZS pracuje již 8 let a to v oblasti Moravskoslezského kraje.

Na otázku jestli se někdy setkal s verbálním či fyzickým napadením odpovídá, že s obojím, kdy početnější bylo verbální a fyzický útok zažil dvakrát. Na žádost, aby popsal závažnější případ uvádí, že ani u jednoho fyzického útoku nebyl zraněn. Dále pokračuje v popisu případu, ke kterému byla přivolána policie. Útočníkem byl pacient, ke kterému jeli na indikaci úrazu. Jednalo se o muže staršího věku nalezeného v bytě panelového domu. Záchranou službu volala jeho přítelkyně. Po příjezdu čekala přítelkyně i se sousedy na chodbě před bytem, odkud se ozývalo pacientovo nadávání. Záchranář dále uvádí, že jim sousedi vylíčili agresivní a nepřátelskou povahu onoho muže a přítelkyně jim sdělila, že požil alkohol. Proto si zavolali policii a po jejím příjezdu vstoupili do bytu k pacientovi. Policie se snažila muže uklidnit a zpacifikovat, ten držel v ruce láhev od piva, kterou hodil po posádce ZZS. Záchranář uvádí, že ho láhev nezasáhla. Pacient se dále agresivně nechoval, jen ještě párkrát se pokusil urazit někoho z posádky ZZS nebo z policistů, ale rozhodl se spolupracovat. Se spoluprací policie byl celkem spokojen. Na otázku, zda záchranář nějak reagoval na pacientovo chování odpovídá, že ne, pouze se v klidu pokoušel pacienta usměrňovat a uklidnit. Dále na otázku jaké další postupy by použil v komunikaci s agresivní osobou uvádí, že určitě si vždy přivolat policii a neriskovat vstup na vlastní nebezpečí, mít v dosahu únikový východ, pokud to je možné, držet si od útočníka bezpečnou vzdálenost, komunikovat s ním klidným hlasem, nenechat se od něj vyprovokovat, snažit se mu vyjít vstříc, pokud to situace dovolí, dát mu najevo, že jeho problém chápeme, neurážet ani nevysmívat se mu. Když se záchranáře ptám, zda prošel kurzem sebeobrany uvádí, že pouze během studia na škole a není si jistý, zda by se mu povedlo při útoku ubránit. Termín nutná obrana nezná, pouze uvádí, že o tomto pojmu už slyšel, ale nevybavuje si jeho znění.

4.2.4 Rozhovor 4

Další z rozhovorů byl s mužem, který pracuje u ZZS jako zdravotnický záchranář již 16 let v oblasti Moravskoslezského kraje.

Uvádí, že se s fyzickým napadením setkal jedenkrát, s verbálním několikrát. Na otázku kdo byl útočník odpovídá, že se jednalo o dva kamarády pacienta, kteří byli pod vlivem alkoholu. Indikace výjezdu bylo bezvědomí a ZZS volal další z kamarádů na místě. Uvádí, že po příjezdu byl pacient již při vědomí, ale neschopný spolupráce. Vše se odehrávalo před restaurací, kde se vyskytovala skupina mladých lidí pod vlivem alkoholu. Dále popisuje, že dva z kamarádů pacienta značně nesouhlasili s přístupem posádky k jejich kamarádovi. Napadali posádku včetně lékaře verbálně a záchranář uvádí, že po chvíli, kdy se je snažili verbálně uklidnit a situaci vyřešit v klidu, se mladíci rozhodli využít násilí a pokusili se záchranáře odstrčit. Následně celá posádka odešla zpět k sanitnímu vozidlu, kde si zavolali policii na pomoc. Popisuje, že po příjezdu policie se dostali k pacientovi a v klidu ho odvedli do vozu. Říká, že nikdo z posádky nebyl zraněn a se spoluprací s policií byl spokojen.

Na otázku, zda zná postupy komunikace s agresivní osobou a zda by mohl uvést příklady uvádí zůstat v klidu za každou cenu, nenechat se útočníkem vyprovokovat a neoplácet mu stejnou mincí, sdělit mu naše záměry, držet si bezpečný odstup od útočníka. Kurz sebeobrany nikdy neabsolvoval a říká, že kdyby se musel při napadení bránit vlastními silami, tak se neubrání. Pojem nutná obrana nezná.

4.3 Sumarizace dat rozhovorů

V této kapitole jsem se rozhodla pro shrnutí výsledků rozvoru pro lepší přehled mezi rozdíly v odpovědích. Rozhovor mi poskytli pouze zdravotničtí záchranáři.

Počet fyzických napadení

Respondenti uvádí, že s verbálním napadením se setkávají často, kdežto s fyzickým výrazně méně často. Tři z nich uvedli, že se s fyzickým útokem během výjezdu setkali pouze jedenkrát (Záchranář č. 1, 2, 4) a jeden z nich dvakrát (Záchranář č. 3).

Kdo a kolik bylo útočníků

Z rozhovorů vyplývá, že ve dvou případech se jednalo o agresivního pacienta (Záchranář č. 1 a 3), dále útočila rodina pacienta (Záchranář č. 2) a v posledním případě byli agresivní přátelé pacienta (Záchranář č. 4).

Příčina útoku

Tři ze záchranářů uvedli, že příčinou útoku bylo požití alkoholu danou osobou (Záchranář č. 1, 3, 4). Ve čtvrtém případě se jednalo o užití drog (Záchranář č. 2).

Vystupňování agrese

Ohledně dotazu co vystupňovalo agresi útočníka byla nejčastější příčina nevhodný postup komunikace s agresivní osobou (nátlak na útočníka, nerespektování bezpečné vzdálenosti, ignorování agresivního chování) (Záchranář č. 1, 2, 3) a v jednom případě proběhlo napadení, podle popisu respondenta, bez poskytnuté záminky útočníkovi (Záchranář č. 4).

Způsob obrany

Při zjišťování jak se respondenti bránili jsem zjistila, že dva z nich se bránili pouze verbálně (Záchranář č. 3, 4). Další přiznává, že se bránil fyzicky (Záchranář č. 2) a jeden se nebránil vůbec (Záchranář č. 1).

Ke zranění došlo také jen v jednom případě a to v případě, kdy se záchranář nebránil a ani si nezavolal na místo policii (Záchranář č. 1).

Zásah policie

Na dotaz, zda si respondenti zavolali na pomoc policii se dovídám, že tři z nich si policii přivolali (Záchranář č. 2, 3, 4) a byli s její spoluprací spokojeni. Jeden si policii k případu nezavolal (Záchranář č.1).

Ve všech případech, kde byla přivolána policie, bylo zpacifikování útočnicka provedeno právě policisty. V jednom případě, kdy si záchranář policii nepřivolal byl útočník zpacifikován pomocí řidiče a přátel, kteří byli na místě a to jak verbálně tak fyzicky.

Znalost postupů komunikace s agresivní osobou

Všichni respondenti znají alespoň nějaké postupy jak komunikovat s agresivní osobou. Nejčastější odpovědí bylo dodržování bezpečné vzdálenosti od útočnicka (Záchranář č. 1, 2, 3, 4), dále komunikovat v klidu a nijak na něj nenaléhat (Záchranář č. 1, 2, 3, 4). Další odpověď, která padla byla nenechat se vyprovokovat (Záchranář č. 3, 4). Dva také uvádí neriskovat vstup na vlastní nebezpečí, zavolání policie (Záchranář č. 2, 3), mít zabezpečenou únikovou cestu (Záchranář č. 2, 3), dát najevo, že chápeme problém, který danou osobu sužuje, nevysmívat se mu (Záchranář č. 3) a sdělit útočnickovi naše záměry (Záchranář č. 4).

Kurz sebeobrany

Na otázku, zda respondenti prošli někdy v životě kurzem sebeobrany odpovídají dva z nich, že se s tímto kurzem nesetkali (Záchranář č. 1, 4), dva další uvádí, že absolvovali kurz během studia na škole (Záchranář č. 2, 3) a jeden prošel sebeobranou na veřejných lekcích (Záchranář č. 2).

Subjektivní pocit, zda by se ubránili udává pouze jeden, že nejspíš ano (Záchranář č. 2), ostatní uvádí, že spíše ne.

Znalost pojmu nutná obrana

Když jsem se ptala na termín nutná obrana, uvedený v trestním zákoníku, vyplynulo, že tímto pojmem nejsou znalí. Dva z nich přiznali, že tento pojem neznají vůbec (Záchranář č. 3, 4) a dva si vybavují pouze čeho se zhruba nutná obrana týká, ale přesné znění neznají, ani nedokáží vysvětlit vlastními slovy (Záchranář č. 1, 2), uvádí: „*Není považováno za trestný čin, když při útoku použije jako obranu také násilí.*“ (Záchranář č. 1) a „*Jedná se o vymezení toho, kdy je obrana při napadení útočníkem považována stále za obranu a kdy už za útok.*“ (Záchranář č. 2).

5 DISKUZE

V této bakalářské práci na téma Analýza okolností ovlivňujících fyzické napadání posádek zdravotnické záchranné služby jsem se pokusila zmapovat pomocí výzkumu četnost napadení fyzického a verbálního, dále nejčastější příčiny fyzického napadení posádek ZZS a naposled znalosti sebeobrany respondentů.

Cílem číslo jedna bylo zmapovat četnost napadení verbálního a fyzického. K tomuto cíli nám pomohla otázka č. 5 z dotazníku. Na dotaz s jakým druhem útoku se respondenti setkali odpovědělo z celkového počtu 52 respondentů 15 z nich, že s verbálním i fyzickým. Takže 28 pouze s verbálním a 8 jen s fyzickým. Když tyto případy napadení dáme dohromady, tak ve 43 případech se jednalo o verbální útok a ve 24 o fyzický. Z toho vyplývá, že verbální útoky jsou početnější než fyzické napadení, které se ale nevyskytuje úplně zřídka. Tomuto tvrzení odpovídají i výsledky z rozhovorů, kde záchranáři, se kterými rozhovory proběhly uvádí, že s verbálními útoky se setkávají častěji než s fyzickými, které se dají přímo vyčíslit a to, že čtyři záchranáři zažili dohromady 5 fyzických napadení. Je samozřejmé, že mnohdy fyzický útok se neobejde bez verbálního napadení, které tomu často předchází. 37 respondentů se setkalo s napadením více než jednou, ať už se jednalo o verbální či fyzické, což odpovídá většině, když celkem odpovídalo 52 členů posádek ZZS.

Dalším cílem bylo zmapovat nejčastější příčiny fyzického napadání posádek zdravotnické záchranné služby. Pomohla nám otázka číslo 6 z dotazníku. Na grafu č. 6 vidíme, že ve 47 případech se jednalo o požití alkoholu, což se stává nejčastější příčinou. Odpovídá tomu i příčina útoků v případech, které popisovali respondenti v rozhovorech. Tři ze čtyř uvedli, že se jednalo o opilého buď pacienta nebo někoho dalšího přítomného na místě. K agresivnímu chování dochází až u druhého stupně opilosti, kdy se dotyčnému zvyšuje sebevědomí a přestává dodržovat společenské normy. U třetího stupně je agresivita velmi častá, zvláště u jedinců, kteří mají silnější sklony k agresivitě v sobě zabudovány (Pavlovský a kolektiv, 2009). Jako druhá nejčastější příčina fyzického napadení byla psychická porucha, která byla příčinou ve 25 případech a u 20 napadení hrálo roli požití drog.

Třetím cílem bylo zmapování znalostí sebeobrány respondentů. Tím se myslí nejen zda absolvovali kurzy sebeobrány a jsou přesvědčeni o tom, že se ubrání nebo ne, ale také je tím myšleno jak ovládají postupy komunikace a přístupu k agresivnímu jedinci, zda si přivolali k výjezdu Policii ČR a také jak je jim znám termín nutná obrana, který je uveden v trestním zákoníku. Ohledně zranění nám graf č. 9 ukazuje, že 45 respondentů nebylo zraněno při útoku, který zažili. Dalších 6 z celkového počtu 52 muselo být ošetřeno a 1 utrpěl psychické následky. Žádný z nich neuvedl, že by se musel léčit delší dobu. Z rozhovorů jsem zjistila, že pouze jeden utrpěl zranění, které muselo být ošetřeno.

Policii si respondenti zavolali k 47 případům a pouze k 6 ne podle dotazníku a dle rozhovorů 3 ze 4 si policii zavolali. Způsob obrany nám ukazuje graf č. 11, kde můžeme vidět, že nejčastější obrana byla verbální, ve 31 případech, dále v 16 případech respondenti přiznali, že se bránili fyzicky a v 11 se rozhodli nebránit vůbec. U 6 situací se rozhodli pro útěk. Respondenti v rozhovorech uvedli, že dva se bránili verbálně, jeden fyzicky a jeden se nebránil, což se podobá odpovědím z dotazníku. Ohledně kurzů sebeobrány uvedlo 30 respondentů v otázce č. 14, že kurz sebeobrány nikdy neabsolvovali a zbylých 22 odpovídajících uvedlo, že ano a to buď v rámci školy, zaměstnání nebo vyhledali soukromé či veřejné lekce. Z rozhovorů vyplývá, že dva kurz sebeobrány zažili a dva nikoli.

Otázka č. 13 nám pomohla zodpovědět zda se někdy respondenti setkali se školením v komunikaci s agresivní osobou. Graf č. 13 ukazuje, že 25 z nich nikdy tímto školením neprošlo. 27 se s tímto školením setkali buď v rámci studia na škole nebo během zaměstnání. V rozhovorech jsem se pokusila zjistit zda respondenti znají alespoň nějaké příklady přístupu a komunikace s agresivní osobou. Všichni respondenti uvedli pár příkladů, žádný nebyl chybný. Nejčastější odpovědí bylo dodržování bezpečné vzdálenosti od útočníka, dále komunikovat v klidu a nijak na něj nenaléhat. Další odpověď, která padla byla nenechat se vyprovokovat. Dva také uvádí neriskovat vstup na vlastní nebezpečí, zavolání policie, mít zabezpečenou únikovou cestu, dát najevo, že chápeme problém, který danou osobu sužuje, nevysmívat se mu a sdělit útočníkovi naše záměry. Kelo (2008) ve svém článku uvádí, že v každém případě aktivně nasloucháme a

snažíme se zjistit o co pacientovi skutečně jde. Pokud mu nelze vyhovět, snažíme se i přesto nabídnout různá řešení, jako například doporučení.

Ohledně termínu nutná obrana, který je uveden v § 29 trestního zákoníku, uvedlo 25 respondentů, že si nejsou tímto pojmem jistí, stejně tak jako dva záchranáři, kteří mi poskytli rozhovor. Uvedli pouze to, co si s pojmem spojují: *„Není považováno za trestný čin, když při útoku použije jako obranu také násilí.“* a *„Jedná se o vymezení toho, kdy je obrana při napadení útočником považována stále za obranu a kdy už za útok.“* Což není úplné ani přesné znění. Dalších 17 z celkového počtu 52 respondentů odpovědělo, že pojem a znění zná a 10 uvedlo, že termín nutná obrana neznají, stejně tak jako dva záchranáři v rozhovoru.

6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce bylo Analýza okolností ovlivňujících fyzické napadání posádek zdravotnické záchranné služby. Stanoveny byly tři cíle, prvním cílem bylo porovnat mezi respondenty četnost napadení fyzického a verbálního, druhým cílem bylo zmapovat nejčastější příčinu fyzického napadení posádek ZZS a třetím cílem bylo zmapovat znalosti sebeobrany respondentů. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky, na které jsem se pokusila odpovědět pomocí dotazníků a doplňující informace jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Veškerý sběr dat proběhl v oblastech Jihočeského a Moravskoslezského kraje. Respondenti byli členové posádek zdravotnických záchranných služeb z různých měst v těchto krajích.

Výzkumná otázka č. 1, jaká je nejčastější forma napadení – verbální či fyzická, ukázala, že nejčastější útoky na posádky ZZS jsou verbální, kdy 52 respondentů uvedlo, že ve 43 případech se setkali s verbálním a pouze ve 24 případech se jednalo o fyzické napadení.

K výzkumné otázce č. 2, jaká je nejčastější příčina fyzického napadení posádek ZZS, se respondenti vyjádřili, že nejčastěji je útočník či útočníci pod vlivem alkoholu. Z 99 případů, alkohol hrál roli v 47 z nich. Na druhém místě jsou psychické poruchy, které se z tohoto celkového počtu objevily ve 25 případech.

U třetí otázky, jak jsou respondenti znalí postupů sebeobrany při fyzickém napadení, jsem zjistila, že téměř všichni si volají k výjezdu, kde se vyskytuje agresivní osoba, policii. Ohledně školení v komunikaci s agresivní osobou uvedla zhruba polovina, že tímto školením prošla a polovina že ne, ale přesto dokázali uvést alespoň nějaké správné příklady postupů jednání s touto osobou. Kurzy sebeobrany většina neabsolvovala a i ti, kteří ano, tak si nejsou jistí tím, zda by se dokázali ubránit. Pojem nutná obrana většina respondentů nezná nebo si nejsou jistí.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty výjezdovým stanovištím MSK, kde byla data získávána. Samotní záchranáři projevíli zájem během rozhovorů o výsledky této práce. Mohou je využít k motivaci ke zdokonalování komunikace s agresivní osobou a k připravenosti na výjezdy tohoto charakteru. Dále výsledky

mohou posloužit k přehledu, s jakou pravděpodobnou příčinou agrese se může posádka setkat. Ačkoli nelze výsledky globalizovat, jsem toho názoru, že by se mělo během studia na škole a dále potom i v zaměstnání zaměřit na kurzy sebeobrany a na zdokonalení znalostí v komunikaci a přístupu k agresivnímu jedinci formou kurzů, které by mohli zaměstnavatelé pořádat častěji než je tomu nyní, stejně tak by se posádky mohly procvičovat na modelových situacích. V rámci školy se jedná samozřejmě o zařazení více výukových hodin komunikace a sebeobrany do výuky, avšak ne na úkor jiných předmětů a větší psychologická příprava, zaměřená na tyto krizové situace.

Na závěr bych ráda dodala, že žádný záchranář by neměl nikdy podceňovat situaci a zároveň přeceňovat své schopnosti, protože kdo zachrání záchranáře?

7 KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotnická záchranná služba

agresivita

agresivní pacient

příčiny agresivního chování

sebeobrana

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOSTER, Lucinda a DAVIS, Daniel. Cognitive-Behavioral-Expressive Interventions with Aggressive and Resistant Youths. *Child welfare*. 1992, č. 6, s. 557 – 573.
2. BOYLE, Malcolm, KORITSAS, Stella, COLES, Jan a STANLEY, Janet. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Original article*. 2007, č. 24, s. 760 – 763.
3. ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb., ze dne 8. ledna 2009, Trestní zákon. In. *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 358. ISSN 1211-1244.
4. ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA, Mojmír a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012, 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5.
5. ČRo – České Budějovice. Útoky na záchranáře. *Zdraví E15 – Z domova* [online]. 2011, [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/utoky-na-zachranare-461073>
6. DÖRNER, Klaus a PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
7. ERTLOVÁ, Františka, MUCHA, Josef a kolektiv. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
8. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 218 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
9. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 83 s. ISBN 80-7013-397.

11. HEWSTONE, Miles a STROEBE, Wolfgang. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 769 s. ISBN 80-7367-092-5.
12. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999, 162 s. ISBN 80-7262-032-0.
13. KAJANOVÁ, Alena. *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 87 s. ISBN 978-80-7394-449-0.
14. KELO, Ján. Komunikace pracovníku záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra*. 2008, č. 3, s. 23.
15. KRÁLOVÁ, Jaroslava. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. 2005, č. 4, s. 230 – 232.
16. KŘÍŽOVÁ, Valentýna a KŘÍŽ, Petr. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra*. 2006, č. 10, s. 43.
17. MACH, Jan. *Lékař a právo*. Praha: Grada, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
18. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
19. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003, 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
20. NĚMEC, Ivo a STUHLÍKOVÁ, Helena. Agresivní pacient. *Sestra*. 2007, č. 11, s. 24.
21. PAVLOVSKÝ, Jan a kolektiv. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 204 s. ISBN 80-247-0542-7.
22. POKORNÝ, Jan a kolektiv. *Lékařská první pomoc*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010, 474 s. ISBN 978-80-7262-322-8.
23. PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 226 s. ISBN 978-80-7387-378-3.
24. PREISS, Marek a KUČEROVÁ, Hana. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 362 s. ISBN 80-247-0843-4.

25. ŠEBLOVÁ, Jana. Systém Psychosociální Intervenční Služby. *SPIS* [online]. 2011, [cit. 2015-06-12]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/>
26. ŠTANCEL, Marek, VARGOVÁ, Anna a MAJDIŠOVÁ, Dana. Psychosociální podpora zdravotníku v krizových situacích. *Sestra*. 2012, č. 1, s. 46.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-2476-818-6.
29. WOLESKÁ, Jana. Psychologický pohled zdravotníků na atoxikomana při akutní příhodě. *Postgraduální medicína*. 2001, č. 5, s. 547.
30. ZELMAN, Marek, HOLLÝ, Karol, BRAČOKOVÁ, Helena. Zvládanie akútneho psychomotorického nekludu a agresivity pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, č. 4, s. 185 – 190.

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Otázky dotazníku

1. Jste muž nebo žena?
2. Jakou pozici zastáváte v posádce ZZS?
3. Jak dlouho pracujete u ZZS?
4. Kolikrát jste byl/a napaden/a během doby co pracujete u ZZS?
5. O jaký druh napadení se jednalo?
6. Co bylo příčinou napadení?
7. Napadl Vás jeden či více útočníků?
8. Kdo byl/i útočník/útočníci?
9. Utrpěl/a jste zranění?
10. Přivolal/a jste si k zásahu Policii ČR?
11. Jak jste se bránil/a?
12. Vyhledal/a jste následně psychickou podporu?
13. Prošel/la jste školením v komunikaci s agresivní osobou?
14. Absolvoval/a jste kurz sebeobrany?
15. Jste seznámen/a s legislativou nutné obrany?

Příloha č. 2: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Jak dlouho pracujete u ZZS?
2. Jakou pozici zastáváte v posádce ZZS?
3. Kolikrát jste byl napaden/a?
4. Kdo byl útočník a kolik jich bylo?
5. Jaká byla příčina útoku?
6. Co bylo příčinou vystupňování agrese?
7. Jak jste se bránil/a a bylo to účinné? Byl/a jste zraněn/a?
8. Proběhla spolupráce s Policií ČR a jste s jejím výsledkem spokojen/a?
9. Jak došlo k zpacifikování útočníka?
10. Víte jak komunikovat s agresivní osobou? Uveďte, prosím, pár příkladů.
11. Prošel/a jste kurzem sebeobrany a myslíte si, že by jste se ubránil/a?
12. Znáte pojem nutná obrana? Mohl/a by jste tento pojem vysvětlit?