



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úroveň znalostí a použití sebeobranu zdravotnického
záchrannáře při napadení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Martin Panoušek

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úroveň znalostí a použití sebeobrany zdravotnického záchranáře při napadení*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5.2017

.....

Martin Panoušek

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Miroslavu Majerovi za cenné rady a připomínky. Dále mé poděkování patří mým participantům, bez kterých by má práce nemohla být zhotovena.

Úroveň znalostí a použití sebeobranu zdravotnického záchranáře při napadení

Abstrakt

Současná doba přináší mnohá rizika pro zdravotnické záchranáře v podobě zvýšené agrese ze strany osob, se kterými přicházejí do styku. Stále častěji se pracovníci zdravotnické záchranné služby při výkonu povolání setkávají s verbálním i fyzickým napadáním ze strany pacientů a jejich blízkých. Stoupá četnost ošetřování osob intoxikovaných alkoholem, či jinými omamnými látkami, kteří mohou být pro ošetřující nebezpeční. Nastávají tedy situace, na které nejsou zdravotničtí záchranáři řádně vycvičeni, ani vybaveni.

V teoretické části práce se zabývám problematikou agrese v přednemocniční neodkladné péči, zejména pak jejími projevy, příčinami a druhy. Jelikož verbální agrese byla participanty označena za nejčastější, rozhodl jsem se věnovat část teoretické práce zásadám komunikace s agresivní osobou. Dále uvádím několik okrajových informací ohledně fyzické sebeobranu a pravidel šetrné sebeobranu. Jelikož zdravotničtí záchranáři nejsou dostatečně vybaveni pro případy fyzického napadení, zkoumám blíže tuto problematiku po stránce technické, fyzické i právní.

Data k výzkumné části práce získávám od zdravotnických záchranářů prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Zkoumám, jakým způsobem jednájí v případě napadení. Orientačně zjišťuji, jakou mají zdravotničtí záchranáři úroveň znalostí sebeobranu a zda některé její techniky používají.

Výsledek mé práce poukazuje na skutečnost, že zdravotničtí záchranáři nejsou v technikách sebeobranu na úrovni, se kterou by se dokázali efektivně ubránit při vážnějším fyzickém napadení. Složka police české republiky, je pro posádky ZZS klíčová při řešení krizových situací. Výzkum prokázal, že nácviky sebeobranu se spoluprací se složkou PČR, by většina zdravotnických záchranářů uvítala ideálně alespoň jednou ročně. Dle mého názoru, by mohla být ku prospěchu pro situace, které mohou v budoucnu nastat.

Klíčová slova: Zdravotnický záchranář, napadení, sebeobrana, komunikace s agresivní osobou, šetrná sebeobrana, sebeobrana a legislativa, Policie České republiky

The level of knowledge and use of self-defense paramedic during attack

Abstract

The modern day brings with it many risks for paramedics in the form of higher aggression from the side of people they interact with. More and more often, members of rescue teams are encountering verbal and physical abuse from the side of patients and their relatives. The frequency of treating people intoxicated with alcohol or other narcotics, which makes them dangerous for the paramedics, is rising. Therefore, situations for which the paramedics weren't trained or sufficiently geared are occurring.

In the theoretical part of this paper I am talking about problems with aggression in a pre-hospital care, mainly with how it manifests, the reason why and the types of it. Because the verbal abuse was voted by participants as the most common, I decided to devote a part of the theoretical paper to the ways how to properly communicate with an aggressive person. Then I include a few marginal information about self-defence and rules for tactful self-defence. Because paramedics are completely unequipped for physical attack, I talk about this problem from the technical, physical and legal side.

I am gathering data for the research part of the paper from paramedics through series of half-structured interviews. I study how they act in times of crisis such as when they are attacked. I also mention what level of knowledge of self-defence there paramedics possess and if they use some techniques from it.

The result of my paper is pointing out that the paramedics aren't at a level of self-defence when they can effectively protect themselves from harm during an actual physical attack. A police department of Czech Republic is absolutely necessary for ZSS squads for dealing with these situations. The research showed, that the training in self-defence and cooperation with PČR ideally once per year would be greatly appreciated by most of the paramedics, and from my opinion it would be great way to deal with situations that can occur in the future.

Key words: Paramedic, attack, self-defence, communication with aggressive person, tactful self-defence, self-defence and legislation, Police of Czech Republic

Obsah

Obsah	6
Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Osobnost záchranáře	9
1.2 Agrese	9
1.3 Komunikace v PNP.....	11
1.4 Přístup k pacientovi v přednemocniční neodkladné péči.....	12
1.5 Sebeobrana.....	13
1.6 Vyšetření agresivního pacienta	17
1.7 Farmakoterapie agresivního pacienta	17
1.8 Právní aspekty sebeobrany.....	18
1.9 Úřední osoba pro zdravotnické záchranáře.....	21
1.10 Syndrom vyhoření.....	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	27
2.1 Cíl práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika výzkumu	28
3.1 Metoda a technika sběru dat	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4 Výsledky výzkumu	29
4.1 Kategorizace získaných dat	29

4.2	Výsledky výzkumného šetření	29
5	Diskuze	47
6	Závěr	54
7	Seznam použitých zdrojů.....	55
8	Seznam příloh	58
9	Seznam použitých zkratk	59

Úvod

Výjezdů posádek zdravotnické záchranné služby k agresivním pacientům v posledních letech přibývá a zdravotničtí záchranáři se čím dál častěji stávají terčem napadení při výkonu jejich služby. Je veliké štěstí, že tato napadení jsou většinou bez vážnějších následků. Tomuto faktu jistě přispívá i určitá opatrnost pracovníků zdravotnické záchranné služby na rizikových místech a vhodný způsob komunikace s agresivními osobami. Existuje mnoho důvodů, proč mohou pacienti agresivně jednat. Nejčastějšími příčinami vzniku agrese jsou některé psychiatrické stavy, nedostatek kyslíku, metabolické poruchy, nadměrná konzumace alkoholu a návykových látek. Za riziková místa lze považovat hospody, kluby, bary a oblasti, kde žijí sociálně slabší rodiny.

Sebeobrana je souborem činností, které odvracejí útok agresora. Nemusí se vždy jednat o fyzický boj, ve kterém chráníme svůj život, či zdraví. Jedná se i o preventivní opatření, směřující k zabránění napadení. Zdravotničtí záchranáři by především měli hledět na vlastní bezpečí, jelikož jejich úlohou ve společnosti není řešit konflikty. Avšak situací, ve kterých se ZZ snaží situaci zklidnit asertivní komunikací není málo. Realita je taková, že všechny případy nelze vyřešit pomocí asertivní komunikace. Při krizových situacích, by měli zdravotničtí záchranáři přednostně využívat pomoci posádek Policie České republiky, která je k řešení podobných situací vycvičena a řádně vybavena. Složka PČR je tedy nejefektivnějším prostředkem sebeobranu pro posádky ZZS. Bohužel spolupráce s PČR není v některých případech okamžitě možná a posádka může být na řešení krizové situace sama. V momentě, kdy všechny pokusy o uklidnění situace selžou, je třeba včas rozpoznat rizika a snažit se zaujmout výhodné taktické postavení, kterým se rozumí především ponechání si volné únikové cesty. Mohou ovšem nastat i případy, ve kterých není možné se fyzické konfrontaci vyhnout. Situace může být natolik nečekaná, že není možné se na ni připravit. Je potom na každém, aby se dokázal efektivně bránit.

Z toho důvodu se v části své práce věnuji zmapování možnosti zvyšování dovedností v oblasti sebeobranu záchranářů. Nedílnou součástí je i analýza podpory v legislativě ČR. Téma bakalářské práce „Úroveň znalostí a použití sebeobranu zdravotnického záchranáře při napadení“ jsem si zvolil kvůli vlastnímu zájmu o techniky sebeobranu a osobnímu setkání se s napadením pracovníků ZZS během výkonu školní praxe.

1 Současný stav

1.1 Osobnost záchranáře

Zdravotničtí záchranáři zdolávají velmi náročné situace ohrožení lidského života a jsou nuceni pracovat často v improvizovaných podmínkách, při vysoce vypjatých emočních situacích, kdy mohou spolurozhodovat o přežití či smrti pacientů. Oproti tomu se v praxi setkávají také s vysokým počtem neakutních stavů, jako jsou například notoricky intoxikovaní pacienti apod. Výkon profese zdravotnického záchranáře převyšuje rámec běžného povolání, především kvůli vysoké psychické zátěži, kterou musí každý záchranář zvládat. (Andršová, 2012)

Bydžovský (2008), uvádí, že základní požadavky na osobnost záchranáře jsou „znalost, zkušenost, rychlost a chladnokrevnost“.

V neposlední řadě pak práce ZZ zahrnuje služby ve dne i v noci, o víkendech a státních svátcích. Z těchto důvodů by měl být vytrvalý, odhodlaný a schopný sáhnout si na dno svých fyzických sil (Sihelská, 2007).

1.2 Agrese

Situací, ve kterých je ZZ napaden agresorem, v České republice přibývá a výjezdy k agresivním pacientům, kteří napadají, ať už verbálně, či fyzicky, značně stresují a přispívají k syndromu vyhoření záchranáře. (Andršová, 2012)

U agrese jde o činy, které vyjadřují tendenci ničit, napadat a poškozovat. Jedná se o činy, které jsou motivovány frustrací, strachem, s cílem vyvolat strach, útěk či tendenci prosadit vlastní zájmy. Agresivita je určitou mírou energie a projevuje se u různých typů osobností. (Nakonečný, 1997)

Fyzicky ji provází hněv, redistribuce krve, hlavně do horních částí těla, jako je obličej a horní končetiny, s účelem připravit se na konfrontaci. (Bartůňková, 2010)

1.2.1 Typy agrese

Do základního rozdělení patří verbální agrese, projevující se nadávkami, sarkasmem, ironií, pomluvami a vulgarizmy a fyzická agrese, kdy se může jednat o strkání, narážení, údery a kopy. (Andršová, 2012)

Mezi další formy násilí může patřit vyhrožování, které lze chápat jako verbální slib použití fyzického násilí a za následek má strach z fyzické, psychické, sexuální či jiné negativní důsledky, jimiž je vyhrožováno. (Pindeš, 2012)

Další a podrobnější rozdělení agrese dle Andršové (2012), se dále dělí na: Psychickou agresi, kdy následkem je emoční újma, z příčin jako jsou verbální agrese, šikana a ponižování. Sociální agrese, která se typicky vyskytuje u seniorů a dětí v souvislosti s finančním a materiálním. Institucionální týrání v nemocnicích, věznicích, domovech pro seniory, nevhodné zacházení všude tam, kde se jedinci nemohou bránit. Sexuální násilí jako je sexuální zneužívání, znásilnění a obtěžování. Autoagresivita nebo také automutilace, či sebepoškození až suicidium. Heteroagresivita, která je mířená na ostatní jedince. Rasové násilí, jako je diskriminace z důvodů rasové odlišnosti. Přenesená forma agresivity, kdy objektem agrese je náhradní oběť. Mobbing, bossing, je formou šikany na pracovišti. Stalking, ve kterém se jedná o sledování, pronásledování a obtěžování objektem ať už přímo, telefonicky, nebo na sociálních sítích.

1.2.2 Příčiny agresivního chování

Bolest kvůli onemocnění, úrazu, nebo nedostatečné přípravě u zdravotnického výkonu. Strach, spojený s bezmocností a nejistotou. Pocit ohrožení a zklamání očekávání, s pocitem nespravedlnosti a křivdy. Ponížení, či zesměšnění osobnosti pacienta. Nadměrná psychická a fyzická zátěž. Psychiatrická anamnéza. Frustrace, či vliv alkoholu, nebo intoxikace drogami. (Andršová, 2012)

Do organických příčin agresivity patří hypoglykémie, hypoxie, hypotenze, organické onemocnění mozku, psychiatrické onemocnění a poruchy osobnosti. (Remeš, 2013)

K agitovanosti mohou vést z neurologického hlediska cévní mozkové příhody, demence, mozkové nádory, nitrolební krvácení a traumatické poškození mozku. Další příčiny mohou být kardiovaskulární s následkem hypoxie; infekční, jako jsou meningitidy, encefalitidy a sepse; metabolické a endokrinní, například diabetická ketoacidóza, abnormální funkce štítné žlázy; z psychiatrických příčin je to disociální porucha osobnosti, schizofrenie, maniodepresivní porucha, porucha u posttraumatického stresu a v poslední řadě z vnějších příčin je to alkohol, halucinogenní látky, steroidy, stimulancia a syntetická marihuana. (Kuo, Tucci, 2016)

Všichni zdravotničtí pracovníci by měli být obeznámeni s faktem, že zvýšené riziko agresivity, lze očekávat od pacientů z určitých rizikových skupin, jako jsou alkoholici, drogově závislí a psychotici. U těchto skupin je vysoké riziko že se uchýlí k násilí. Dále také za riziková pracoviště se považují všechny typy pohotovostních služeb, čekárny všech zdravotnických zařízení, geriatrické kliniky a oddělení a všechny instituce a ústavy, které se starají o zdraví geriatrických a nemocných lidí. (Haškovcová, 2004)

1.3 Komunikace v přednemocniční neodkladné péči

Při příjezdu na místo zásahu může záchranář působit jako spasitel, ale stejně tak i jako hromosvod pro nepříznivé události, které se staly, ať už pacientovi samotnému, jeho rodině, nebo přihlížejícím. Komunikace s rodinnými příslušníky, může být pro záchranáře výhodou z hlediska získání relevantních informací o anamnéze, či příčině a mechanismu úrazu, ale oproti tomu i nevýhodou, kvůli emočně vypjaté atmosféře, agresivitě a zasahování do práce záchranáře. Ten v těchto situacích musí velmi dobře využít svých schopností komunikace a empatie nejen k pacientovi a jeho rodině, ale i okolním přihlížejícím. Pokud dojde k napadení zdravotníka je nezbytné, aby záchranář svůj negativní prožitek nepotlačil, ale za pomoci psychologa, či kolegů, negativní zážitek opracoval a snažil se pro příště přijít na vhodnější možnost řešení situace. (Andršová, 2012)

1.3.1 Pravidla pro komunikaci s agresivním pacientem

S agresivním pacientem se ve své profesní praxi setkal téměř každý záchranář. Nemusí se nutně jednat o rozzuřeného psychopata hrozícího zbraní, ale stačí i projevy verbální agrese. Při kontaktu s agresorem se nejčastěji objevují chyby, jako je reagování protiútokem, potřeba dominovat a zvítězit, popřípadě nepřipuštění si rizika. Pro vytvoření partnerského přístupu je třeba využít základních pravidel komunikace s pacienty, jako je respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti. (Andršová, 2012)

V první řadě zhodnoťte možnou míru ohrožení a nikdy při příliš velkém ohrožení vašeho zdraví neriskujte a uveďte o této skutečnosti dispečink. Sledujte rizikové faktory, jako jsou dlouhé, upřené pohledy přímo do očí, nervozita, rozrušenost, motorický neklid. (Špatenková, 2008)

Dávejte si pozor na předměty, které může agresor držet, nebo se jich rychle zmocnit a využít jako zbraně. Neustále sledujte neverbální i verbální signály celého těla, jako jsou rychlé pohyby, zaťaté pěsti, kopání, mimika, svalstvo obličeje, nebo zrychlující se psychomotorické tempo. (Venglářová, 2011)

Mějte vždy možnost ústupu, nikdy se nenechte zahnat do kouta, zároveň ale nikdy nezahánějte do kouta agresora, z důvodů akcelerace jeho agresivity. Vhodné je udržovat bezpečnou vzdálenost minimálně na délku paže. Nenechte se vyprovokovat eskalující situací a neklesejte k žádným agresivním projevům, z důvodů následného spirálového posilování agresivity. Mluvte středním tempem, nedirektivně, bez emocí a zachovejte si klid a nadhled. Pokuste se agresora na sebe upoutat tím, že projevíte zájem, empatii a vyslechněte ho. Nebagatelizujte, nehodnoťte, nezesměšňujte. Pokuste se najít společné řešení. Úroveň oči-oči, v jiném případě vzniká pocit dominance osoby ve vyšším postavení očí. Nejvhodnější je, když oba sedí. (Andršová, 2012)

Při aplikaci léků je vhodné, aby na ně agresor viděl a věděl o jejich indikaci. Pokud pacient potřebuje kouřit, je výhodné mu to dopřát. Je užitečné zdokumentovat každé vyhrožování násilím, z důvodů pozdější právní obrany. Pokud dojde k napadení, nebo byla situace obzvláště vážná, neváhejte a vyhledejte psychologickou pomoc. (Linhartová, 2007)

1.4 Přístup k pacientovi v přednemocniční neodkladné péči

V přednemocniční neodkladné péči mohou nastat situace, kdy v případě ohrožení života, nebo zdraví pacienta je nezbytný použit přístup paternalistický. Jedná se ve zkratce o převzetí rozhodnutí nad pacientem i proti jeho vůli. Tento přístup se ovšem nesmí stát všedním a měl by být využíván pouze tehdy, když je ohrožen pacient, nebo jeho okolí a partnerský přístup nevede k záchraně či obnovení zdraví pacienta. Pacienti v PNP jsou ve většině případů úzkostní, trápí je bolest, či mají strach o svůj život, proto by záchranář měl stále vnímat subjektivní potřeby pacienta. Mezi základní motto záchranáře by mělo patřit: „*Chovejte se k pacientovi tak, jak si přejete, aby se zacházelo s vámi, či vašimi blízkými*“. (Andršová, 2012)

Vhodné je zde zdůraznit slova Šimka, (2008) že: „*Prvním pravidlem komunikace v PNP je zachovat klid, být zdvořilý a trpělivý. Pokud se skutečně něco stalo, musíme hledět na to, že pacient je rozrušený a úzkostný. Sebevědomí a klid je nejlepší lék na úzkost. Oproti tomu arogance negativní emoce podněcuje.*“

Psychická/psychogenní iatropatogenie, je takovým jednáním záchranáře, či lékaře, které způsobuje psychické poškození pacienta nevhodnou komunikací a jednáním. Vzniká například necitelným výrokem, nebo jakoukoli nevhodně podanou informací, ale i neverbálním způsobem, či gestem. Veškerá komunikace může působit na jednu stranu psychoterapeuticky a na druhou psychotraumaticky. (Andršová, 2012)

1.5 Sebeobrana

Sebeobrana je interdisciplinárním komplexem psychologie, práva, pohybových mechanik a taktiky, které jsou nejčastěji převzaté z technik úpolových sportů, pákové a úderové školy. (Náchodský, 2009)

Jednou z hlavních součástí sebeobránného jednání, je snaha v první řadě konfliktu předejít a tím se sebeobránným technikám naprosto vyhnout. V české republice není příliš pravděpodobné napadení a uplatnění sebeobrány, vzhledem k celkové úrovni kriminality. Z těchto důvodů, se velké množství občanů spoléhá na to, že se jim konfrontace násilného typu vyhnou a nácviku sebeobrány nevěnují pozornost. Kdokoli bez rozdílu se může stát obětí násilí, a to třeba jen jednou v životě. Fyzický útok na nepřipravenou osobu, která je situací zaskočená a nedokáže reagovat, má horší následky. (Vít, Reguli, Chvátalová, 2012)

Sebeobrana je stavem, kdy se jedinec snaží uchránit své zdraví, či život před útočníkem, nebo útočnický. Do tohoto pojmu nedílně patří taktická, technická a psychická připravenost a v neposlední řadě i morální vlastnosti a právní vědomí. (Náchodský, 1992)

1.5.1 Osobní zóny

Dají se představit jako neviditelné bubliny kolem našich těl, které při odlišných druzích kontaktů mění svou velikost. Jako první a nejbližší k tělu, je intimní zóna, u které její hranice probíhá asi do 50 cm od těla. Do této zóny vpouštíme pouze osoby blízké, kterým důvěřujeme. (Pokora, Rovná, 2016)

Další v pořadí je osobní zóna, do níž vpouštíme známé osoby, k nimž máme pozitivní vztah. Tato vzdálenost činí přibližně 0,5-1,5 metru a v této vzdálenosti obvykle probíhají rozhovory se známými a kamarády. U osobních zón se setkáváme s poměrně velkou kulturní odlišností. Například Evropané jsou oproti Asiatům, či Arabům odtažitější a narušení osobní zóny cizím člověkem, vnímají jako neklamně znamení sociální, či sexuální agresivity. (Pokora, Rovná, 2016)

Třetí je zóna společenská, která probíhá přibližně 1,5-3 metry od těla a je používána pro kontakt s lidmi, se kterými nás nepojí osobní vztah. Tato vzdálenost je vhodná pro diskuzi, poradu, pracovní pohovor a jiné neosobní jednání. (Pokora, Rovná, 2016)

Jako poslední je veřejná zóna se vzdáleností 3 metry a více je určena pro setkání se zcela cizími lidmi. Důležitým mezníkem je narušení osobní zóny, kdy je již ohrožena i vaše bezpečnost. Z tohoto důvodu je důležité pro efektivní obranu si tuto zónu chránit a cizí osoby do ní nevpuštět. (Pokora, Rovná, 2016)

1.5.2 Fáze konfliktu

1.5.2.1 Prekonfliktní fáze

Jde o časový úsek před konfliktem a jeho eskalaci do samotné konfrontace. V této fázi velice záleží na komunikačních schopnostech obránce, kdy prostřednictvím vhodné verbální a neverbální komunikace, je v mnoha případech možné se eskalaci konfliktu vyhnout. Přispět může i zaujetí bojového postoje, kdy si útočník může uvědomit, že se situace nemusí vyvíjet tak, jak zamýšlí. Zvolení taktické pozice, jako je přesunout se na místo, kde máme prostor a je možné ho i rychle opustit. Hlavní zásadou je nestát v rohu a nemít útočníka mezi sebou a únikovou cestou. Celou situaci dobře vyhodnotit a hodnotit také protivníka, s přihlédnutím na faktory, jako jsou například vliv alkoholu a drog. Ty se projevují zpomalenými reakcemi, ale oproti tomu sníženým prahem bolesti a větší agresivitou. (Janečková, 2015)

1.5.2.2 Konfliktní fáze

Fyzické násilí je krajním řešením konfliktu a znamená to, že selhalo jakékoli vyjednávání. Konflikt trvá do skončení boje a začíná těsně před jeho zahájením, které může být zahájeno třemi způsoby. Napadení ze zálohy, kdy ví o útoku pouze útočník. Situační přepad, ve kterém oba o sobě vědí, avšak napadený nemá tušení, že bude

fyzicky napaden. Střetný boj, kdy oba účastníci vědí, že dojde k boji a samotnému konfliktu pouze předchází nějaký útočný pohyb, z něhož je patrné, že souboj začíná. (Janečková, 2015)

1.5.2.3 Postkonfliktní fáze

Jedná se o časový úsek po konfliktu, ve kterém se situace stabilizuje. Napadený zkoumá, zda neutrpěl nějaké zranění, či materiální škodu. V případě, že byl zraněn napadený, volá si pomoc a měl by tak učinit i v případě, že byl zraněn útočník. Napadený se dopouští trestného činu neposkytnutí první pomoci v případě, že by útočník na následky zranění zemřel. (Janečková, 2015)

1.5.3 Techniky sebeobrany pro ženy

Prvním a nejdostupnějším prostředkem k zastavení fyzického útoku je hlas. Do nezbytné složky v efektivním použití sebeobrany jakýmkoli způsobem, je nedat najevo strach. Z těchto poznatků vyplývá, že právě pomocí hlasitosti, pevnosti, volby použitých slov a jejich důrazem, můžeme odradit protivníka. Neméně důležitou součástí je postoj, výraz obličeje, gestikulace, jinak řečeno, neverbální komunikace. Je nezbytné dát najevo vzdor, odhodlání, sílu a nebojácnost již v situaci, ve které se útočník snaží narušit vaši osobní zónu. Pokuste se vyjednávat s útočníkem ve chvílích, kdy se k útoku na vaši osobu pouze schyluje a dosud přímé nebezpečí nehrozí. To platí ale pouze v situacích, kdy je mezi vámi a agresorem překážka, nebo než vstoupí do vaší osobní zóny. (Pokora, Rovná, 2016)

Narušení osobní zóny berte jako začátek fyzického útoku na vaši osobu a mobilizujte se k boji. V první řadě využijte verbální obranu, pokud je na ní čas, jestliže není, útočte na citlivé části těla, s cílem agresora v co nejkratším čase vyřadit z boje. Dejte útočníkovi možnost ústupu, sami ale neustupujte, dokud není jisté, že vás nebude dále pronásledovat. (Pokora, Rovná, 2016)

1.5.4 Vitální body v sebeobraně

V případě nezbytné sebeobrany je třeba se naučit zasáhnout útočníka na vitální body a orgány, nebo použít páku či úder na útočnickovy klouby. Cílem je, útočníka v co nejkratší době vyřadit z boje. (Kahn, 2016)

Vitální body slouží jako brána do nervového systému, hlavního řídicího centra těla. Nejvíce bodů nahromaděných blízko sebe je v oblasti hlavy a krku. Za vitální body v této oblasti lze považovat kost spánkovou, čelní a týlní, horní i dolní čelist, ohryzek a oblast, kudy probíhají krční tepny. S postupem níže je to dále solar plexus, který se nachází na spodním okraji hrudní kosti, oblast jater, která je vpravo pod hrudním košem, okolí ledvin, které jsou na zadní části trupu v oblasti beder a genitál. (Sank, Kim, 2008)

1.5.5 Použití obranných zbraní v podmínkách PNP

Pro zdravotnické záchranáře existuje několik typů improvizovaných zbraní, které nosí u sebe, nebo jsou k dispozici ve voze ZZS. Zde je několik příkladů, jak využít předmětů běžného nošení a z vybavení sanitního vozu, jako improvizované zbraně: klíče (pěstní klín), propiska (taktické pero), kufr (štít), pokrývka (zásahová deka) a samotný vůz může sloužit jako úkryt před agresory. (Pindeš, 2012)

Pepřový sprej je silná, legální zbraň, která může být snadno skrytá a efektivně použita proti agresorům, nebo zvířatům. Je ovšem nezbytné se s pepřovým sprejem naučit zacházet, jinak může být jeho použití naopak nebezpečné kvůli zasažení vlastních očí a podráždění sliznic. (Nevels, 2017)

1.5.6 Pravidla šetrné sebeobrany

Fyzické zásahy se využívají pouze v nezbytných situacích ohrožení zdraví, nebo života klienta. Dle Balické a kol. (2005) je jejich cílem je klienta zklidnit, vytvořit pocit, že naše konání je ve snaze dotyčnému pomoci. Jedná se o krajní opatření, které má za účel snižování napětí a vhodnější je situaci řešit prostřednictvím komunikace, úpravy prostředí, analýzou potřeb, prevencí rizik a individuálním plánováním. Správnost provedení zásahu se zvyšuje s nácvikem, vyškolením a supervizí. Následky svého jednání nese výhradně pracovník, který zásah provádí. Stále udržujeme slovní kontakt s klientem a informujeme ho o tom, co děláme a proč. Základnímu cíli, kterým je zklidnění pacienta, přizpůsobujeme způsob verbálního projevu prostřednictvím vhodného obsahu, klidného tónu řeči a hlasitosti. Pokud je u zásahu více osob, vybereme vyjednavče (nejlépe osobu, které klient důvěřuje). Kvalitní a bezpečné zajištění zásahu je vhodné provést s potřebným počtem pracovníků (zpravidla 2-5

osob). Je nezbytné vzít v potaz fyzický a zdravotní stav klienta. V průběhu zásahu není vhodné klienta úplně omezit v pohybu. Ideální je fixovat končetiny a pohybovat se společně s klientem. Při zásahu se neustále snažit chránit citlivá a pro zranění riziková místa těla jako je obličej či krk a nebránit volnému dýchání klienta. Nezakrývat oči, pus, nos. Rychlost a přesnost provedení zásahu má vliv na efektivitu, ale i bezpečí a důstojnost klienta. Při probíhajícím zásahu neopomeneme neustále vyhodnocovat situaci a je naší snahou odstranit příčinu agrese. Po každém zásahu by měla být provedena analýza situace a přijata preventivní opatření. (Balická, 2005)

1.6 Vyšetření agresivního pacienta

Agresivního pacienta vyšetřujeme odebráním anamnézy od svědků, sousedů, rodiny, pokud on sám nespolupracuje. Dbáme na vlastní bezpečnost a bezpečí posádky (možnost únikové cesty, dostatečný odstup, volání PČR). Vyšetření psychického stavu jako je hodnocení chování a vzhledu (motorická aktivita, abnormální pohyby, adekvátnost odpovědi a řeči, nálada pacienta, poruchy myšlení, halucinace), hodnocení úrovně vědomí, orientace v osobě, místě, času, dlouhodobá a krátkodobá paměť. Důležitá je vhodná komunikace s pacientem (představení se, pokus o navázání přímého kontaktu, uklidnění pacienta, ubezpečení o naší pomoci, prostor pro nepřerušované vyjádření pacienta, převzetí iniciativy a předložení možnosti řešení). (Remeš, 2013)

1.7 Farmakoterapie agresivního pacienta

Zahájení farmakoterapie by mělo být použito zároveň s psychologickými a behaviorálními intervencemi. Psychofarmaka se využívají u výrazně agitovaných, nebo agresivních pacientů, u kterých selhávají mírnější řešení, jako jsou například psychodynamické strategie, či omezovací prostředky. Možnost vstupu psychofarmak do organismu jsou tabletami (p.o.), injekcemi do žilního vstupu, či do svalu (i.v., i.m.) a dělí se na akutní a dlouhodobou. (Látalová, 2013)

Vhodnou farmakoterapií u dospělých osob může být například: diazepam (Apaurin) 5-10 mg i.v. (i.m.) nebo midazolam (Dormicum) 5-10 mg i.v. (i.m.) u kterého je nezbytné dávat pozor na útlum dechu, zejména u pacientů s podezřením na požití drog, léků, alkoholu. Jsou možné i kombinace těchto látek. Benzodiazepiny podáváme titračně. Haloperidol 5-10 mg i.v. (i.m.), který je možno opakovat ve 30 až

60minutových intervalech, nebo Tiapridal 100-200 mg i.v. (vhodný u chronických ethyliků). Propofol 0,5 mg/kg i.v., pokud je účinek výše uvedených látek nedostatečný. V případě, že farmakoterapie není možná, či není vhodná, je možné využít fyzického omezení pacienta použitím, scoop rámu, či vakuové matrace s popruhy a transportovat pacienta na psychiatrické oddělení ve spolupráci s PČR a její asistencí ve voze ZZS. (Remeš, 2013)

1.8 Právní aspekty sebeobrany

Některé z níže uvedených zdrojů jsou přímými citacemi z Trestního zákoníku České republiky obsažené v hlavě III, Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.358-359 v platném znění pro úplnost a přesnou kvantifikaci daných problémů.

Janečková (2015) uvádí že, sebeobrana je v povědomí veřejnosti jako boj bez pravidel. Z hlediska legislativy je ale opak pravdou. V případě napadení útočník žádné právní, ani morální zásady nerespektuje, ale je to právě on, kdo určuje „pravidla“, za kterých se konfrontace odehraje. Při použití sebeobrany se napadená osoba často dopustí jednání, které by za normální situace bylo posouzeno jako protiprávní. Zákon neopomíná tyto situace a stanovuje tzv. okolnosti vylučující protiprávnost činu.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, pojednává ve III. hlavě o okolnostech vylučujících protiprávnost, kdy obránce neporuší zákon, pokud dodrží meze okolností vylučujících protiprávnost činu. Podle platné právní úpravy, se v případě okolností vylučujících protiprávnost jedná o krajní nouzi, nutnou obranu, přípustné riziko, svolení poškozeného a oprávněné použití zbraně.

Tímto tedy právní úprava občanům umožňuje ve velkém rozsahu účinně vstoupit na ochranu napadených a ohrožených zájmů nejen vlastních, ale i celé společnosti. (Janečková, 2015)

1.8.1 Krajní nouze

Dle § 28 trestního zákoníku, obsažené v III. hlavě je krajní nouze jedna ze základních okolností vylučujících protiprávnost a pojednává o okolnostech vylučujících protiprávnost. Krajní nouze dle znění trestního zákoníku je „a) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem.“

b) Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo toto nebezpečí za daných okolností možné odvrátit jiným způsobem, anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný, či ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet.“ (Zákon č. 40/2009 Sb., částka 11, str. 358).

Nouze vzniká z kolize zájmů, kdy v dané situaci je nadále nemožná existence dvou, či více vedle sebe ležících právních statků a člověk jednající v krajní nouzi, tedy zachraňuje jeden právní statek obětováním druhého. (Janečková, 2015)

Příklad: Osoba A je na procházce v městském parku a náhle je napadena cizím psem, který nemá nikde v blízkosti majitele. Pro svou obranu použije jízdní kolo nějaké cizí osoby B, které stojí u lavičky. Při odhánění psa toto kolo poničí. Ačkoliv se jednalo o úmyslné zmocnění a následné zničení cizího majetku, kdy by se za normálních okolností jednalo o trestný čin, tak v tomto případě jde o adekvátní obranu, která není činem trestným, protože osoba jednala ve stavu krajní nouze. (Jelínek, 2012)

Vyloučení krajní nouze u osob, které jsou povinné nebezpečí snášet. Takovými osobami jsou zejména příslušníci ozbrojených sborů, záchranných sborů, lékaři a četné další osoby s podobně stanovenými povinnostmi. (Kratochvíl, 2009)

Při hodnocení, zda nebezpečí bylo možné odvrátit jiným způsobem, se berou v úvahu pouze ty možnosti obviněného, kterými bylo možné odvrátit nebezpečí včas, a před porušením zájmu osoby v nebezpečí chráněného trestním zákonem. (Rozhodnutí NS ČSR ze dne 16.8.1971, sp. zn. 3 Tz 54/71 (R26/1972))

1.8.2 Svolení poškozeného

1) Trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny.

2) Svolení podle odstavce 1 musí být dáno předem nebo současně s jednáním osoby páchající čin jinak trestný, dobrovolně, určitě, vážně a srozumitelně; je-li takové svolení dáno až po spáchání činu, je pachatel beztrestný, mohl-li důvodně předpokládat, že osoba uvedená v odstavci 1 by tento souhlas jinak udělila vzhledem k okolnostem případu a svým poměrům.

3) S výjimkou případů svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nelze za svolení podle odstavce 1 považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení. (Zákon č. 40/2009 Sb., částka 11, str. 358-359)

1.8.3 Přípustné riziko

1) Trestný čin nespáchá, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení, nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí, nebo poruší zájem, chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.

2) Nejde o přípustné riziko, jestliže taková činnost ohrozí život, nebo zdraví člověka, aniž by jím byl dán k ní v souladu s jiným právním předpisem souhlas, nebo výsledek, k němuž směřuje, zcela zřejmě neodpovídá míře rizika, anebo provádění této činnosti zřejmě odporuje požadavkům jiného právního předpisu, veřejnému zájmu, zásadám lidskosti, nebo se přičí dobrým mravům. (Zákon č. 40/2009 Sb., částka 11, str. 359)

1.8.4 Oprávněné použití zbraně

Trestný čin nespáchá, kdo použije zbraně v mezích stanovených jiným právním předpisem. (Zákon č. 40/2009 Sb., částka 11, str. 359)

1.8.5 Nutná obrana

1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící, nebo trvajícím útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem.

2) Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. (Zákon č. 40/2009 Sb., částka 11, str. 359)

Obecně lze uvést, že nutná obrana je uplatněním práva proti bezpráví, kdy svépomoc nahrazuje nedostatek ochrany zájmů chráněných trestním zákonem ze strany veřejné moci. Účelem nutné obrany je dát možnost fyzickým i právnickým osobám k ochraně zájmů vlastních, zájmů jiných osob, zájmů státu a společnosti, neboť na místě páchaní útoku není často možné zajistit včasný zásah veřejných orgánů. Přitom je třeba vycházet ze zásady, že riziko vyvolané útokem by měl nést útočník, a nikoliv obránce. Útok

nesmí být přerušen ani ukončen, neboť byl-li útok ukončen, či přerušen a nebezpečí již přímo nehrozí, nepřichází nutná obrana v úvahu, přičemž pouhá přestávka v boji, po níž lze očekávat pokračování, nepřekáží splnění podmínek nutné obrany. (Janečková, 2015)

Dalším z pohledů na danou problematiku, uvádí Nývltová (2003) a jedná se o odmítnutí nutné obrany proti útoku osoby nepřičetné, či dítěte, neboť jednání takovýchto osob nemůže mít povahu útoku, ale nebezpečí. Činy těchto osob je třeba pokládat za nebezpečí, jež odůvodňuje stav krajní nouze, přičemž se vyžaduje splnění podmínky, že toto nebezpečí nebylo možno odvrátit jinak (podmínka subsidiarity). Podmínku proporcionality lze zmírnit (neboť způsobený následek nesmí být stejně závažný, nebo ještě závažnější než ten, který hrozil) tím, že vůči kategorii těchto osob je možno připustit způsobení takové škody, jakou je dovoleno způsobit v nutné obraně. Takováto analogie je zásadně přípustná, neboť zužuje podmínky trestnosti, tedy je ve prospěch pachatele. Takovéto zmírnění je nazýváno subjektivní pojetí protiprávnosti činu. (Nývltová, 2003)

1.9 Úřední osoba pro zdravotnické záchranáře

Tato kapitola obsahuje přímé citace z trestního zákoníku české republiky obsažené v hlavě X, Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.428-430 v *platném znění*.

1.9.1 Díl první, Trestné činy proti výkonu pravomoci orgánu veřejné moci a úřední osoby

1.9.1.1 Násilí proti orgánu veřejné moci, § 323

„1) Kdo užije násilí v úmyslu působit na výkon pravomoci orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let.

2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 se zbraní, b) ublíží-li takovým činem jinému na zdraví, nebo c) způsobí-li takovým činem značnou škodu.

3) Odnětím svobody na čtyři léta až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 a) těžkou újmu na zdraví, b) škodu velkého rozsahu, nebo c) poruchu v činnosti takového orgánu.

4) *Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.*

5) *Příprava je trestná.*“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.428-429).

1.9.1.2 Vyhrožování s cílem působit na orgán veřejné moci, § 324

„1) Kdo jinému vyhrožuje usmrcením, ublížením na zdraví, nebo způsobením značné škody a) v úmyslu působit na výkon pravomoci orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci, nebo b) pro výkon pravomoci takového orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

2) *Odnětím svobody až na pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 se zbraní.*“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.429).

1.9.1.3 Násilí proti úřední osobě, § 325

„1) Kdo užije násilí a) v úmyslu působit na výkon pravomoci úřední osoby, nebo b) pro výkon pravomoci úřední osoby, bude potrestán odnětím svobody až na čtyři léta.

2) *Odnětím svobody na šest měsíců až šest let bude pachatel potrestán, a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 se zbraní, b) ublíží-li takovým činem jinému na zdraví, nebo c) způsobí-li takovým činem větší škodu.*

3) *Odnětím svobody na tři až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 a) těžkou újmu na zdraví, nebo b) škodu velkého rozsahu.*

4) *Odnětím svobody na osm až šestnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.*

5) *Příprava je trestná.*“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.429).

1.9.1.4 Vyhrožování s cílem působit na úřední osobu, § 326

„1) Kdo jinému vyhrožuje usmrcením, ublížením na zdraví nebo způsobením značné škody v úmyslu působit a) na výkon pravomoci úřední osoby, nebo b) pro výkon pravomoci úřední osoby, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

2) *Odnětím svobody až na pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 se zbraní.*“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.429).

1.9.1.5 Společné ustanovení, § 327

„1) Ochrana podle § 323 až 326 se poskytuje také osobě, která vystoupila na podporu nebo na ochranu orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci anebo úřední osoby.

2) Ochrana podle § 323 až 326 se poskytuje též mezinárodně chráněné osobě, kterou se rozumí úřední osoba cizího státu nebo mezinárodní organizace, která požívá diplomatické nebo jiné výsady a imunity podle mezinárodního práva, nebo osoba zastávající funkci nebo zaměstnaná nebo pracující v mezinárodním soudním orgánu.“
(Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.429).

1.9.2 Díl druhý, Trestné činy úředních osob

Tato kapitola obsahuje přímé citace z trestního zákoníku České republiky obsažené v hlavě X, Sbirky zákonů 40/2009 v platném znění.

1.9.2.1 Zneužití pravomoci úřední osoby, § 329

„1) Úřední osoba, která v úmyslu způsobit jinému škodu, nebo jinou závažnou újmu, anebo opatřit sobě, nebo jinému neoprávněný prospěch, a) vykonává svou pravomoc způsobem odporujícím jinému právnímu předpisu, b) překročí svou pravomoc, nebo c) nesplní povinnost vyplývající z její pravomoci, bude potrestána odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti.

2) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, a) opatří-li činem uvedeným v odstavci 1 sobě nebo jinému značný prospěch, b) spáchá-li takový čin na jiném pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání, c) způsobí-li takovým činem vážnou poruchu v činnosti orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci, d) způsobí-li takovým činem vážnou poruchu v činnosti právnické nebo fyzické osoby, která je podnikatelem, e) spáchá-li takový čin zneužívaje bezbrannosti, závislosti, tísně, rozumové slabosti nebo nezkušenosti jiného, nebo f) způsobí-li takovým činem značnou škodu.

3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, a) opatří-li činem uvedeným v odstavci 1 sobě nebo jinému prospěch velkého rozsahu, nebo b) způsobí-li takovým činem škodu velkého rozsahu.

4) Příprava je trestná.“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.429-430).

1.9.2.2 Maření úkolu úřední osoby z nedbalosti, § 330

„1) Úřední osoba, která při výkonu své pravomoci z nedbalosti zmaří nebo podstatně ztíží splnění důležitého úkolu, bude potrestána odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.

2) Odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 vážnou poruchu v činnosti orgánu státní správy, územní samosprávy, soudu nebo jiného orgánu veřejné moci, b) způsobí-li takovým činem vážnou poruchu v činnosti právnické nebo fyzické osoby, která je podnikatelem, c) způsobí-li takovým činem značnou škodu, nebo d) zajistí-li takovým činem jinému značný prospěch.

3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 škodu velkého rozsahu, nebo b) zajistí-li takovým činem jinému prospěch velkého rozsahu.“ (Zákon 40/2009 Sb., částka 11, str.430).

1.10 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, nazývaný též burn-out syndrom, byl v minulosti nazýván syndromem vypálení, vyprahnutí, nebo vyhaslosti a vytváří se dlouhodobými vlivy stresových situací, které jsou psychicky i fyzicky náročné a nejčastěji se vyskytuje u pomáhajících profesí. (Bartošíková, 2006)

Vyhoření je následkem vyčerpání psychických rezerv, důsledkem zanedbávání svých potřeb a chronického stresu. Tedy když je dlouhodobá nerovnováha mezi příjmem a výdejem (nepoměr mezi odpočinkem a aktivitou). (Andršová, 2012)

Ve své knize Stock, (2010) uvádí, že na syndromu vyhoření se podílejí vnitřní hlasy, které každého z nás motivují k lepším výkonům: „Musíš být rychlý! Buď silný! Buď se všemi za dobře! Všechno musíš zvládnout!“ U většiny případů se podílejí na syndromu vyhoření vlivy vnitřní i vnější.

Pro syndrom vyhoření je typické, že se odvíjí v několika fázích, u kterých je různá doba trvání, která je naprosto individuální. Dle Andršové, jsou to tyto fáze:

Fáze nadšení, kdy záchranář má nadprůměrné nasazení, bere si služby navíc, aktivně se účastní mnoha školení a vzdělává se, volný čas věnuje profesním povinnostem na úkor relaxace a dobrovolně se přepracovává. Zdravotník věří, že dokáže zachránit všechny pacienty a pevně věří, že když bude vysílat dobro, tak že se mu bude vždy i vracet. (Andršová, 2012)

Fáze stagnace, ve které z mnohých příčin nadšení dohasíná a dochází k přehodnocení ideálů vzhledem k realitě, nastupuje pocit, že nestíhá nic jiného a dříve opomíjené hodnoty nabývají na hodnotě, uvědomuje si, že povolání je vzhledem k náročnosti málo finančně ohodnocené. Okolí ani sám postižený stále nemusí tuto fázi vnímat jako syndrom vyhoření. (Andršová, 2012)

Fáze frustrace nastupuje, když si pacient uvědomuje vlastní bezmocnost a pochybuje o smysluplnosti svého povolání. Má pocit z nedostatku uznání ze strany nadřízených, kolegů i pacientů. V této fázi se již vyskytují emoční problémy a hádky na pracovišti apod. (Andršová, 2012)

Fáze apatie, ve které již přichází vnitřní rezignace, pocit zklamání a trvalé nespokojenosti v práci, bez vyhlídek na lepší budoucnost s následkem, že záchranář dělá jen rutinu stereotypně, s co nejmenším výdejem emoční i fyzické energie a nastupuje vzdorovitost mířená k pacientům a kolegům. Záchranář přistupuje ke své práci byrokraticky, omezuje kontakt s pacientem a raději hledí na přístroje. K pacientům je cynický, skeptický až arogantní a v osobním životě se objevují závažné konflikty v rodině, partnerství a na pracovišti s přecitlivělostí a neustálou podrážděností. Syndrom vyhoření je na vrcholu. (Andršová, 2012)

Fáze intervence, kde záleží na volbě samotného záchranáře, jak se k situaci postaví a zda na sobě bude chtít pracovat. Intervencí je myšleno, zda postižený udělá jakýkoliv krok ke zlepšení situace a přerušení bludného kruhu, kterým je syndrom vyhoření. Tato část je opět individuální, může přispět například změna práce, přestěhování, terapie, výcvik, ad. (Andršová, 2012)

Na známky syndromu vyhoření často poukazují i některé další duševní poruchy. Z hlediska prevence si všimněte varovných příznaků, které se objevují již v počáteční fázi. Velice často dochází k tomu, že je jedinec, nadměrně vyčerpáván následkem nepřiměřené zaměstnanosti a projevuje se to výkyvy nálad k jeho okolí. (Kallwass, 2007)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je provést výzkum problematiky sebeobrany zdravotnických záchranářů.

2.2 Výzkumné otázky

- 1 Jaká je znalost zdravotnických záchranářů v užití sebeobrany při napadení?
- 2 Jak často se zdravotničtí záchranáři setkávají s agresivním prostředím při výjezdu?
- 3 Jaká je spokojenost zdravotnických záchranářů s legislativou při použití sebeobrany?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metoda a technika sběru dat

Výzkumná část práce „Úroveň znalostí a použití sebeobrany zdravotnických záchranářů při napadení“ je zpracována kvalitativní formou. Sběr dat je proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Na základě níže uvedených výzkumných otázek jsem připravil dotazník, obsahující 15 základních otázek. Úvodní otázka měla identifikační charakter. Zjišťoval jsem délku praxe na záchranné službě, pohlaví a jiné zkušenosti v oboru zdravotnictví. Hlavní otázky byly směřovány k problematice, týkající se napadení a agrese mířené směrem k pracovníkům záchranné služby. Touto formou jsem se snažil docílit splnění cíle mé práce a zodpovězení výzkumných otázek, které jsou uvedené v předešlé kapitole.

V rámci etických aspektů výzkumu bylo všem participantům sděleno, že rozhovor je anonymní a bude nahráván. S tímto návrhem všichni participanté souhlasili.

Ve výzkumné části práce je přímý přepis odpovědí participantů napsán kurzívou. Rozhovory byly poskytovány výhradně zdravotnickými záchranáři, pracujícími v období od prosince 2016 do dubna 2017 na Zdravotnické záchranné službě, nebo na Urgentním příjmu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní výzkumnou metodou bylo osloveno 8 vybraných participantů. Zvolil jsem dvě kritéria pro výběr. Zaměstnání na pozici zdravotnického záchranáře a souhlas s nahráváním hovoru. Většina participantů je zdravotnickým záchranářem zaměstnaným u Zdravotnické záchranné služby Jihočeského, Středočeského a Královehradeckého kraje, jedna participantka v době výzkumu pracovala na Urgentním příjmu v nemocnici v Praze. Záměrem bylo oslovit stejný počet mužů i žen. Tento genderový aspekt se po prostudování problematiky jevil jako zásadní, jelikož pohledy a možnosti sebeobrany se u žen a mužů dle očekávání lišily.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace získaných dat

Kategorizace dat získaných ve výzkumu byla provedena po důkladné analýze informací získaných v polostrukturovaných rozhovorech s participanty a je uvedena níže.

Tabulka 1 – Přehled kategorií

Kategorie 1	Identifikační údaje
Kategorie 2	Agrese v PNP, její druhy, příčiny a projevy
Kategorie 3	Úroveň znalostí a použití technik sebeobran
Kategorie 4	Právní, personální a technické vybavení ZZ
Kategorie 5	Postřehy a doporučení pro budoucí ZZ

Zdroj: Vlastní rozdělení

4.2 Výsledky výzkumného šetření

Kategorie 1: Identifikační údaje

V této kategorii zjišťuji od účastníků základní identifikační údaje. V **tabulce 2** jsou uvedeny pohlaví jednotlivých účastníků, délka jejich praxe na záchranné službě a jiné praxe v oboru zdravotnictví.

Tabulka 2 – Identifikační údaje

Participant	Pohlaví	Délka praxe na ZZS	Jiná praxe
P1	Žena	7 let	10 let na UP
P2	Muž	10 let	5 let Letecká ZZS
P3	Muž	2 roky	2 roky na protialkoholní záchytné stanici (PZS)

P4	Žena	12 let	3 roky ARO
P5	Muž	8,5 roku	žádná
P6	Žena	2 roky	3 roky JIP, 1 rok na UP
P7	Muž	7,5	žádná
P8	Žena	4 roky	3 roky na ARO

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem se výzkumné části bakalářské práce zúčastnilo 8 zdravotnických záchranářů, z nichž jsou 4 muži a 4 ženy. Věkové rozpětí participantů je od 26 do 45 let. Délka praxe na ZZS jednotlivých participantů je od 2 do 12 let. Z jiné praxe jsou uvedena pracoviště UP, ARO, JIP, LZS a PZS. Současnou či předešlou praxi na urgentním příjmu uvádějí P1 s délkou praxe 10 let a P6, která zde slouží 1 rok. Dále tříletá praxe participantů P4 a P8 na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. 3 roky praxe na jednotce intenzivní péče absolvoval P6. Participant P2 slouží navíc u letecké záchranné služby zároveň se službami na ZZS. Participant P3 pracoval před nástupem na ZZS po dobu dvou let na protialkoholní záchytné stanici

Kategorie 2: Agrese v PNP, její druhy a projevy

V této kategorii se mé otázky zaměřují na četnost, příčiny a druhy agrese, se kterými se zdravotničtí záchranáři setkávají během výkonu služby. Dále potom, co respondenti považují za nebezpečná místa a situace, ve kterých hrozí fyzické napadení posádek ZZS. V poslední řadě potom na rizikové skupiny lidí, od nichž se dá očekávat zvýšená agrese a v některých případech je i možné, že se uchýlí k fyzickému násilí.

V **tabulce 3** jsou ve zkratce vypsány odpovědi respondentů na otázku druhu, příčin a četnosti agrese proti zdravotnickým záchranářům.

Tabulka 3 – Jak často, s jakými druhy a příčinami agrese se při výkonu služby setkáváte?

Participant	Druh	Četnost	Příčina agrese
P1	Nejčastěji verbální agrese	Obtížné určit	Ebrieta a psychiatrická onemocnění
P2	Častěji verbální agrese, výjimečně fyzické napadení	Několikrát do měsíce	Pacienti s abúzem alkoholu, drog a u psychiatrických pacientů
P3	Častěji s verbální agresí a vyhrožováním	S fyzickým napadením se osobně setkal jen výjimečně	Psychiatrická onemocnění, ebrieta
P4	Nejčastější verbální agrese	Často o víkendech	Osoby intoxikované alkoholem
P5	Verbální nejčastější	Fyzické násilí udává jako výjimečné	Agrese u abúzu alkoholu
P6	Verbální agrese častější	Poměrně často i fyzické napadání	abúzus alkoholu
P7	Verbální agrese udává jako častější, výjimečně i fyzické napadení	S agresivitou se setkává především o víkendech	Abúzus alkoholu pacienti s CMP, po otřesech mozku a jiné úrazové příčiny
P8	Slovní agrese častější	Nedá se přesně určit	Alkohol, omamné látky

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti se jednoznačně shodují na verbální agresii, která je v PNP poměrně častá a někteří se s ní setkávají i několikrát do měsíce. Oproti tomu se s fyzickou agresí setkali také všichni, ale to již v množství výrazně nižším. Participantů se shodují, že nejčastější příčinou agrese je abúzus alkoholu. Ten výrazně zvyšuje agresivitu, jak

uvádějí participant, ale v mnoha případech, se eskalaci konfliktu dá vyhnout vhodnou komunikací a preventivními opatřeními. Participant P1, P2 a P4 udává zvýšené riziko u psychiatrických pacientů, kdy fyzické napadení může nastat bez předchozího varování a být i velice agresivní. P7 dodává, že zvýšená agresivita lze očekávat u pacientů při CMP, komoci a jiných poranění mozku.

V **tabulce 4** je zdokumentován můj výzkum, zaměřený na místa a situace, ve kterých ve zvýšené míře hrozí napadení pracovníků ZZS. V této části je popsáno i potenciální vyhodnocení rizik před výjezdem posádky na kritické místo.

Tabulka 4 – Jaká jsou riziková místa napadení?

Participant	Riziková místa a faktory agrese
P1	Ve voze záchranné služby, v bytě a na neznámých místech
P2	Místa kde se popíjí, hospody, bary a svatby
P3	Diskotéky, bary, hospody
P4	Různá, pokud již z výzvy vyplývá nebezpečí agrese
P5	Nejvíce rizikové udává skupiny lidí i třeba pod vlivem alkoholu
P6	Hospody, fotbalové zápasy, domácí násilí, skupiny lidí pod vlivem alkoholu
P7	Diskotéky, kluby, hospody
P8	Místa se nedají kvantifikovat

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina participantů uvádí hospody, bary, kluby a místa, ve kterých se ve zvýšené míře konzumuje alkohol. P1 upozorňuje na vůz ZZS a neznámé prostředí, kvůli omezeným možnostem obrany a neznalosti prostředí, ze kterého může následně být obtížný ústup. P2 se setkal již vícekrát s agresí na svatbách, kdy nátlak přihlížejících může být značný. Situace, která může vzniknout kvůli domácímu násilí může mít též agresivní charakter vůči pracovníkům ZZS jak uvádí P6. Za rizikové lze především považovat skupiny lidí

pod vlivem alkoholu, jak uvádějí P5, P6 a P8. Jelikož větší skupiny lidí ovlivňují chování jednotlivce. P4 uvádí, že nebezpečí se dá očekávat již z výzvy k výjezdu, kdy v datové větě může být uvedeno agresivní pacient, podezřelé místo, známé jméno pacienta či PČR na místě. K tomuto P8 dodává, že by bylo vhodné u některých rizikových pacientů mít záznamy od ZOS jako například, předchozí agresivita, pacient je HIV pozitivní, hepatitida a další.

Kategorie 3: Úroveň znalostí a použití technik sebeobran

Otázky zařazené do třetí kategorie jsou věnovány výzkumu orientační úrovně znalostí a použití technik sebeobran v situacích, kdy jsou ZZS na místě zásahu napadeni. Pokládám i doplňující otázku, zda by ZZ uvítali více školení sebeobran v rámci zaměstnání, přímo formou nácviku situací, které mohou v praxi řešit. V této kategorii se dále zabývám tím, jakým způsobem zdravotničtí záchranáři řeší verbální napadení a zda se někdy ocitli v situaci, kdy byli ohrožováni zbraní.

V **tabulce 5** jsou uvedeny názory respondentů ohledně potřeby sebeobran pro profesi zdravotnického záchranáře.

Tabulka 5 – Co si myslíte o potřebě sebeobran v profesi ZZ?

Participant	Názor
P1	Potřebná je zejména nácvikem komunikace a sebeobrana až v druhé řadě
P2	Techniky sebeobran považuje za zbytečnost, jako užitečné vidí okrajové zásady sebeobran
P3	Bylo by užitečné, ale není dostatek času k řádnému nácviku
P4	Domnívá se, že užitečná je, ale její užití ojedinělé a je nezbytné jí stále procvičovat
P5	Uvádí, že není na škodu nějaké techniky ze sebeobran ovládat, uvítal by školení v rámci zaměstnání
P6	Udává jako velmi přínosné jí ovládat, především kvůli lepšímu předvídání situace a celkovému vyhodnocení

P7	Nepokládá to za nutné
P8	Myslí si, že je to dobrá věc, ale v mnoha situacích nelze použít

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde se již názory mírně rozcházejí. Participant P6 zastává názor, že znalost sebeobrany může být velmi přínosná nejen kvůli dovednostem technik, ale především lepší předvídání krizové situace a její včasné i správné vyhodnocení. P4, P5 a P8 se shodují v názoru, že není na škodu techniky sebeobrany ovládat, ovšem je nezbytné opakované procvičování. V tomto je s nimi zajedno P3, ale ten uvádí nedostatečné časové okno pro efektivní nácviky. P2 a P7 nepovažují techniky sebeobrany za nutné, ale oba mají vědomosti ohledně okrajových zásad sebeobrany. P1 se domnívá, že techniky sebeobrany mohou být potřebné, ale za důležitější pokládá nácvik asertivní komunikace. P8 by uvítala na nácvik sebeobrany spolu se složkami PČR z důvodů nácviku fungování obou složek při problematickém zásahu.

V **tabulce 6** je zobrazeno orientační hodnocení úrovně znalostí sebeobrany, prostřednictvím dotazů na absolvované kurzy sebeobrany.

Tabulka 6 – Absolvoval/a jste nějaký kurz sebeobrany?

Participant	Kurzy sebeobrany
P1	Absolvovala kurz sebeobrany na urgentním příjmu
P2	Neabsolvoval
P3	Neabsolvoval
P4	Absolvovala jednu lekci sebeobrany v rámci zaměstnání
P5	V rámci tělovýchovy při studiu ZZ na vysoké škole
P6	Na vysoké škole půlroční kurz pro ZZ, sama je členem AČR kde sebeobranu též procvičují a ve volném čase nacvičuje krav magu
P7	Absolvoval 1 rok v rámci školy

P8

Absolvovala v rámci zaměstnání lekci Krav magy

Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto výzkumu P1 absolvovala kurz sebeobrany, který byl poskytnut na pracovišti urgentního příjmu se zaměřením na komunikaci s agresivním pacientem, ale i nácvik fyzického napadení. P2 a P3 neabsolvovali žádný kurz technik sebeobrany, ale P3 absolvoval školení ohledně asertivní komunikace a oba mi popsali obecné zásady bezpečnosti, při kontaktu s rizikovými pacienty. P4 absolvovala jednu lekci školení sebeobrany pro zdravotnické záchranáře v rámci zaměstnání a uvítala by i další. P5 a P6 absolvovali roční výcvik technik sebeobrany v rámci tělovýchovy na vysoké škole. P8 byla poskytnuta jedna lekce Krav magy v rámci zaměstnání při nástupu na ZZS.

Problematicke verbální agrese a jejím řešením se zabývám v **tabulce 7**, kde jsou heslovitě vypsány odpovědi respondentů na otázku, jak řeší situace, ve kterých jsou slovně napadáni pacienty, příbuznými, či jinými osobami při službě na ZZS

Tabulka 7 – Jak řešíte verbální napadení?

Participant	Názor participanta
P1	Prostřednictvím asertivní komunikace
P2	Vhodná komunikace, nekonfliktnost
P3	Empatie a přátelská komunikace, preventivní opatření
P4	Asertivní komunikace, neverbální komunikace
P5	Nevěnuje pozornost, nekomentuje, snaží se situaci vysvětlit
P6	Nekonfliktnost, vysvětlit situaci, zůstat v klidu
P7	Empatie, přátelský přístup, nekonfliktnost
P8	Zpětně agresivně nereagovat, chovat se profesionálně

Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce se všichni respondenti shodli na nekonfliktnosti a vysoké důležitosti neverbální komunikace. Vhodná volba slov, přátelský přístup, přizpůsobení komunikace pacientovi a trpělivost jsou doménou, která je pro zvládnání krizové situace klíčová. P1 využívá technik asertivní komunikace s pacienty a osob v jeho okolí. P2 zdůrazňuje, že není vhodné snažit se pacienty pod vlivem alkoholu poučovat, či jim něco vyčítat, jak mají často ve zvyku jeho kolegyně. P5 a P8 situaci, ve které jsou slovně napadáni pacientem, či jinými osobami přechází a dále nekomentují. P8 k tomuto dodává, že v těchto krizových situacích je nezbytné zachovat profesionalitu a chladnou hlavu. Participanti P2, P4, P6 a P7 uvádějí, že v mnoha případech za eskalaci konfliktu může samotný záchranář, kvůli nevhodné komunikaci a přístupu k rozrušenému pacientovi.

V **tabulce 8** se snažím od participantů zjistit, zda v momentě, kdy byli napadeni, či bylo ze strany pacienta přítomno fyzické násilí proti jejich osobě či kolegovy, použili na agresory některé z technik sebeobrany.

Tabulka 8 – Použil jste při napadení nějaké prvky sebeobrany?

Participant	Názor
P1	Při větším množství zdravotnického personálu a s policií pacifikovala agresivního pacienta
P2	Pacifikace agresivního pacienta ve větším množství zdravotnického personálu nebo s dopomocí police
P3	Pouze omezení pohybu pacienta
P4	Použila škrcení, když byla náhle napadena pacientem v autě a následně jí přišel na pomoc řidič
P5	Za dobu své praxe použil pouze prvky sloužící k vysmeknutí z držení
P6	Použila páčení ruky při držení a dále volila ústup a udržování vzdálenosti, pacifikování, použití omezovacích prostředků
P7	Pouze pacifikace agresivního pacienta formou držení před podáním medikace
P8	Respondentka uvádí, že žádnou z technik sebeobrany nepoužila

Zdroj: Vlastní výzkum

Prakticky všichni participantů se dostali do situace, kdy bylo nezbytné pacienta fixovat, aby bylo možné podání medikace a následný transport do zdravotnického zařízení. P4 byla napadena pacientem při převozu v autě a bylo nezbytné jej přidržit použitím chvatu „kravaty“ na lůžku, než mohl přijít na pomoc řidič a následně kontaktovali ZOS pro spolupráci s PČR. P5 použil za dobu své praxe při napadení pouze techniku vysmeknutí a přesunu do bezpečné vzdálenosti. P6 použila páku na zápěstí pacienta, když jí byla chycena a bolestivě držena za ruku. Z odpovědí respondentů je patrna opatrnost při použití technik a jejich volba až v případech, kdy se situace nedá vyřešit jinak. P8 uvádí, že pro použití technik nejsou dostatečně vycvičeni, tudíž použití by nebylo efektivní a mohlo by to samotné záchranáře ohrozit. K tomuto dodává že záchranáři nejsou kompetentní kohokoliv zadržovat, tudíž techniky sebeobrany mohou použít pouze ve stavu nejvyšší nouze.

Kvůli problematice zbraní v PNP, jsem vyhradil zvlášť otázku, kde odpovědím respondentů je věnována **tabulka 9**. Jelikož použití zbraně může být zavádějící, otázku mířenou k participantům jsem doplňoval o dotaz, zda zbraň byla osobou alespoň demonstrativně držena.

Tabulka 9 – Setkal/a jste se při napadení s použitím zbraně?

Participant	Vyhrožování, nebo použití zbraně proti ZZ
P1	Za dobu své praxe osobně nesečkala
P2	Setkal se pouze s vyhrožováním nožem
P3	S použitím se nesečkala, pouze s držetím nože, který na výzvu odložil
P4	Setkala se s použitím nože proti zasahujícím složkám
P5	Napadení zbraní přímo ne, pouze demonstrativní držetím nože
P6	Setkala a jako nebezpečné udává, když se osoba pohybuje například v kuchyni
P7	Demonstrativní držetím nože, kdy hrozil sebevraždou
P8	Za dobu své praxe nesečkala

Zdroj: Vlastní výzkum

Až na P1 a P8 se všichni respondenti setkali s ozbrojeným pacientem, či jinou osobou. Ovšem jako jediný P4 udává, že zbraň byla proti zasahujícím složkám použita. Ostatní respondenti se setkali pouze s držetím zbraně v ruce a vyhrožováním, že ji použije proti sobě, nebo hrozil jim samotným. Agresor ovšem ve většině případů po domluvě, aby zbraň odložil, uposlechl. V naprosté většině případů se jednalo o nůž, ale P1 uvedla, že její kolegové byli napadeni střelnou zbraní, která naštěstí nebyla použita.

Kategorie 4: Právní, personální a technické vybavení zdravotnického záchranáře při napadení

Ve čtvrté kategorii výzkum směřuje ke zjištění, jaké možnosti mají zdravotničtí záchranáři při napadení ze stránky právní, personální a technické. Z hlediska právní se věnují poměrně aktuálnímu tématu, kterým je statut veřejného činitele, jelikož zdravotničtí záchranáři jsou jedinou složkou IZS, kteří úředními osobami nejsou. Jako personální vybavení jsem označil spolupráci se složkami IZS, konkrétně s policií české republiky a pořádkovou jednotkou. Tomuto tématu jsem vymezil dvě otázky, ve kterých se zajímám o názor respondentů, jak funguje spolupráce s PČR a jak postupují, když posádka PČR okamžitě k dispozici není. Technickým vybavením rozumím, prostředky, kterými se posádka ZZS může v případě nouze bránit. Proto se participantů dotazuji, zda jsou, nebo by bylo vhodné ZZS přidat do výbavy vozidla pepřový sprej.

Jelikož je zvlášť na každém kraji správa ZZS, tak i vnitřní předpisy a vybavení posádky ZZS jsou v jejich režii. **V tabulce 10** jsou názory participantů na otázku vybavení posádek obranou zbraní jakou je pepřový sprej.

Tabulka 10 – Jsou zdravotničtí záchranáři vybaveni, popřípadě bylo by vhodné je vybavit pepřovým sprejem?

Participant	Zařazen ve výbavě	Názor na vybavení
P1	Posádka ZZS není vybavena, má vlastní pepřový sprej	Hodnotí kladně
P2	ZZS není vybavena	Nemyslí, že by bylo nutné vybavovat
P3	ZZS vybavena není, ale nosí	Domnívá se, že by vybavení ZZS

	vlastní	přínosné bylo
P4	ZZS není vybavena a ona osobně také nemá k dispozici	Hodnotí kladně, může být užitečný i proti útokům zvířat
P5	ZZS vybavení nejsou ani participant vlastní nemá	Domnívá se, že potřeba není
P6	ZZS je vybavena pepřovým sprejem a dokáže ho používat	Hodnotí kladně, pouze je nezbytné se sprejem umět zacházet
P7	ZZS vybavena není, participant sprejem již vybaven také není	Nemyslí si, že by bylo nutné
P8	ZZS vybavena není, ona sama také k dispozici nemá	Hodnotí kladně, pouze je nutné se jej naučit používat a vědět kdy je možné ho použít

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkum problematiky zbraní byl doplněn otázkou, zda samotní pracovníci ZZS jsou vybaveni obrannou zbraní. Pro tento účel jsem vybral pepřový sprej jako nejvhodnější prostředek k obraně pro pracovníky ZZS, kvůli jeho skladnosti, snadnému ovládní, cenové dostupnosti a ne letálnosti. V tabulce 9 je patrná rozdílnost názorů i vybavení ZZS jednotlivých krajů. Posádky ZZS pepřovým sprejem plošně vybaveny nejsou, je na každém, zda si jej pořídí a naučí se s ním zacházet. Mimo P6, která uvádí, že na pracovišti UP a ve výbavě ZZS pepřový sprej mají k dispozici. Vlastní pepřový sprej vozí P1 a P3, kteří jsou přesvědčeni o jeho užitečnosti. Ovšem žádný z participantů prostředek ještě nemusel použít. P4 uvádí, že její kolegové ho nosí především kvůli napadení psem, které se jim již stalo při vstupu k pacientovi domů. P2, P5 a P7 pepřový sprej nepovažují za nutné vybavení ZZS. P7 uvedl, že on sám již vybaven není, ale jeho kolegové jsou vybaveni noži, ale to spíše z důvodů přeříznutí pásu u dopravních nehod. P8 se domnívá že by v případě nutnosti mohl být užitečný, pokud s ním vlastník umí zacházet, ale ona sama pepřový sprej k dispozici nemá a ani ve vozidle ZZS není.

Policie České republiky jako nejefektivnější „prostředek“ obrany zdravotnických záchranářů před napadením. Odpovědi respondentů na otázku, zda jsou spokojeni se spoluprací s PČR, jsou ve zkrácené verzi uvedeny v **tabulce 11**.

Tabulka 11 – Jaké máte zkušenosti se spoluprací s Policií České republiky?

Participant	Názor
P1	Většinou horší zkušenosti, z důvodů nezkušenosti PČR s agresivními pacienty
P2	Hodnotí jako nadstandartní
P3	Různé, záleží na posádkách PČR z hlediska jejich působení
P4	Různé, často jsou mírní a dlouho vyčkávají, než zasáhnou
P5	Ve většině případů dobrá, udává že v případě, kdy hrozí napadení přímo záchranářů, tak funguje velice dobře
P6	Udává jako bezproblémové, efektivní
P7	Nikdy nebyl problém, spolupráci hodnotí kladně
P8	Spolupráci s policií hodnotí na výbornou

Zdroj: Vlastní výzkum

V případě této otázky již názor není jednotný, avšak po ujasnění některých okolností většina participantů hodnotí spolupráci s policií kladně. Respondenti, kteří uvádí záporné zkušenosti dodávají, že vždy záleží na konkrétní posádce, se kterou spolupracují. Jako kladnou a nadstandartní spolupráci s PČR označil P2. Jako bezproblémovou a efektivní ji hodnotí P6, P7 a P8. Za dobrou ji považuje P5 a dodává, že v případech, kdy je přímo ohrožena složka ZZS, fungují složky PČR velice dobře. P1 již upozorňuje na horší zkušenosti s PČR, kvůli nezkušenosti s agresivními pacienty. Uvádí, že často vyčkávají, než se něco stane a na situaci bývají nepřipravení. V tomto bodě se shodují P1, P2 i P3 ovšem zdůrazňují, že vždy záleží na posádce a jejich zkušenostech. P3 se domnívá, že častější problémy s PČR jsou, pokud posádka je z menších měst a vesnic. Tudíž, se mezi sebou lidé více znají a častokrát se policisté

snaží agresorovi pouze domluvit již ve chvílích, kdy by se měli chovat pohotověji. P8 sděluje názor, že by bylo vhodné mít záznam o problémových pacientech a k nim posádku PČR spolu se ZZS posílat automaticky současně.

V **tabulce 12** se problematika posouvá do situace, kdy se PČR na krizové místo nedostala kvůli zpoždění, nebo proto, že nebyla dosud kontaktována. Příkladně při náhle vzniklé agresi.

Tabulka 12 – Jak postupujete při napadení, když PČR není na místě?

Participant	Postup
P1	Ústup z místa, kontaktování a vyčkání příjezdu PČR
P2	Postup volí dle situace a konstituce pacienta
P3	Ústup z místa a vyčkání příjezdu PČR
P4	Pokud není možné použít medikaci na zklidnění, popřípadě není dostatečná početní převaha nad agresorem, volí ústup
P5	V rizikovém prostředí zaujímat výhodné taktické postavení, sledovat situaci a při nebezpečí ustoupit a skrýt se například v autě
P6	Snažit se útok odvrátit a místo opustit, kontaktovat PČR
P7	Útěk, nebo úkryt v sanitě
P8	Opuštění prostoru, ve kterém hrozí nebezpečí, kontaktovat PČR

Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto případě jsou participanti více méně jednotní v postupu. Ten se ovšem liší v různých situacích a vždy je na rozhodnutí posádky jaký postup zvolí. Participanti P2, P4 a P5 uvádějí tyto faktory, které rozhodují o postupu. Konstituce agresora, početní převaha, složení posádky ZZS atd. Všichni participanti se shodují, že pokud je riziko neúspěchu vysoké, vždy je výhodnější volit ústup a vyčkání příjezdu PČR. V situaci, kdy k napadení dojde v sanitním voze za převozu, je vhodné dle participantů vůz

opustit, přední část uzamknout a vyčkat PČR. Participanti dále uvádějí, že vozu ZZS lze v krizových situacích využít jako úkrytu před agresory.

V **tabulce 13** Je problematika zaměřena na statut veřejného činitele, nebo „úřední osoby“. Toto je pasivní ochrana státních zaměstnanců. Zdravotničtí záchranáři jsou jedinou složkou IZS, která tento statut nemá. Pro získání názorů ohledně této problematiky jsem vyčlenil otázku ve svém výzkumu.

Tabulka 13 – Co vnímáte jako klad x zápor při napadení, když by zdravotničtí záchranáři byly úřední osoby?

Participant	Názor
P1	Vnímá kladně, vyšší postihy za napadení úřední osoby
P2	Nedomnívá se, že by mohlo být přínosem pro ZZ
P3	Nemá pro získání jasný názor, vnímá výhody i nevýhody
P4	Vnímá kladně, domnívá se, že bylo výhodou
P5	Udává, že si je vědom pouze kladů, ale že v případech psychiatrických pacientů, nebo opilých jsou často napadeni i policisté, tudíž jim tento statut příliš nepomůže
P6	Nemyslí si, že by na tom nějak záleželo, jelikož lidem, kteří napadnou záchranáře je všechno jedno
P7	Nevidí důvod, proč by celý IZS neměl být úředními osobami
P8	Domnívá se, že by pro pracovníky ZZS bylo přínosem

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde jsou názory různé a u dotazovaných participantů vysoká nevědomost práv a povinností úředních osob. P1, P4, P7 a P8 nevidí důvod, proč by ZZS neměli být úředními osobami, když ostatní složky IZS jsou. Nutno ovšem dodat, že při dotazu na klady participantů odpovídali, že napadení, či vyhrožování úřední osobě je přísněji stíháno. Záporny žádné nevedli. P2 se nedomnívá, že by mohlo mít pro pracovníky ZZS

nějaký přínos. P3 si je vědom kladů i záporů, ale stále na změnu nemá jasný názor. P5 a P6 si jsou vědomi kladů. Ovšem dále také uvádějí, že dle jejich zkušeností, agresivní pacienti pod vlivem, alkoholu, drog, či psychiatrických onemocnění, útočí bez sebemenšího rozmyslu i na policii, která úřední osobou je.

V **tabulce 14** je zdokumentováno, zda existuje doporučený postup, jak jednat při napadení, anebo je na každém, jak bude situaci řešit.

Tabulka 14 – Existuje od zaměstnavatele stanovený postup při napadení?

Participant	Postup při napadení
P1	Není si vědoma
P2	Není si vědom
P3	Domnívá se, že jasný postup není, ale jsou doporučení
P4	Nedomnívá se, pouze by vše zaznamenala do dokumentace a oznámila na ZOS a PČR
P5	Není si vědom žádné směrnice upravující postup, ale je doporučováno se konfliktům vyhýbat a dbát na preventivní opatření
P6	Domnívá se, že stanovený postup není, ovšem s doporučeným postupem od zaměstnavatele byla seznámena
P7	Není si vědom
P8	Domnívá se, že přímý postup není, ale klade se za důraz v krizové situaci neohrozit sebe samotného

Zdroj: Vlastní výzkum

Ohledně přímého stanovení postupu od zaměstnavatele se P1, P2 a P3 vyjádřili, že si nejsou vědomi žádného ustanovení, jak v dané situaci jednat. P3, P5, P6 a P8 se shodují na tom, že stanovený postup není, ovšem jsou jistá doporučení, kterými byli od zaměstnavatele poučeni. P4 uvádí, že problémový výjezd by nahlásila na ZOS, PČR a následně zapsala do zdravotnické dokumentace do detailů k výjezdu.

Kategorie 5: Postřehy a doporučení pro budoucí záchranáře

Pátá kategorie výzkumu je věnována postřehům pracovníků ZZS k problematice napadení a agrese při výjezdech. Tyto postřehy mohou být přínosné pro studenty oboru ZZ. Dále jsou zde uvedena některá rizika, která mohou v případě použití sebeobrany nastat. Také jsem do této kategorie připojil několik odpovědí na doplňující otázky, které jsem participantům pokládal.

V **tabulce 15** Je dán prostor odpovědím participantů na otázku rizik, která mohou nastat při použití technik sebeobrany při napadení.

Tabulka 15 – Vnímáte nějaké riziko v případě použití sebeobrany?

Participant	Názor
P1	Samozřejmě, stále je možnost, že pacientovy při vlastní sebeobraně sami ublížíme
P2	Ano, v případě špatného vyhodnocení situace
P3	Nevybočit z mezí přiměřené sebeobrany
P4	Riziko, že sebeobrana nebude použita efektivně a konflikt tím eskaluje
P5	Domnívá se, že při pokračující sebeobraně se riziko zvyšuje, z vlastní zkušenosti pokládá za nejvýhodnější provést vytrhnutí se z držení agresorem a přesunout se do bezpečné vzdálenosti
P6	Jako riziko udává, že nikdy neznáme schopnosti agresora a naše obrana nemusí být dostačující
P7	Upozorňuje, že vždy je třeba jednat s rozmyslem. Na rizikové místo přistupovat pomalu a nechat si možnost k ústupu
P8	Stále je možnost, že technika nebude účinná, kvůli nedostatečnému nácviku, nebo samotného obránce ohrozí

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina odpovědí participantů je logická. Riziko špatného vyhodnocení situace a následného vlastního ohrožení na zdraví je vysoké, jak uvádí P2, P4 a P8. S tímto

souhlasí i P7 a dodává, že nebezpečná je i situace, kdy nepozorně vstoupíme do místnosti s agresorem a neponecháme si volnou cestu k ústupu. P6 s výše uvedeným souhlasí, navíc dodává, že schopnosti agresora se velmi špatně nechají dopředu odhadnout a každý útok je rychlejší než obrana. P5 využívá techniku sebeobrany pouze k ústupu. Tento způsob se zdá výhodný i z hlediska P3, který klade důraz na opatrnost, aby se obránce nedostal přes míru přiměřené obrany. P1 upozorňuje na možné nebezpečí, že pacientovi způsobíme zranění.

V **tabulce 16** jsou shrnuty rady pro studenty od ZZ, jak se vyhnout napadení.

Tabulka 16 – Co byste doporučil kolegům a budoucím záchranářům, jako prevenci před napadením?

Participant	Názor
P1	Projít si zásady asertivní komunikace, vyvarovat se provokací, dbát na své vlastní bezpečí
P2	Sociální inteligence, přizpůsobení se pacientovy, empatie
P3	Dbát na své vlastní bezpečí
P4	Nenechat se vyprovokovat verbální agresí, být opatrný a učinit preventivní opatření v případě, že nějaká agresivita může nastat
P5	Neopětovat nadávky, nebrat si urážky osobně, učinit preventivní opatření a raději nebezpečí nadhodnotit než naopak
P6	Absolvovat kurz sebeobrany pro zdravotnické záchranáře nebo jiný, zaměřit se na sebe a pracovat na eliminaci konfliktnosti
P7	Pracovat na fyzičce, nepovyšovat se nad pacienty a volit vhodnou komunikaci
P8	Dávat si pozor na pusu a chovat se profesionálně. Přátelský přístup k pacientům i přesto, že jsou pod vlivem alkoholu. Být trpělivý.

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedeného výzkumu je patrné, že je vždy lepší se konfliktu naprosto vyhnout. Pokud toto nelze je dobré vědět, jak se bránit. Po nezbytném konfliktu se ZZ musí

vyrovnat se situací. Také je dobré se ponaučit ze svých chyb. Všichni participanti zdůrazňují vysokou důležitost verbální konverzace a sociální inteligence. Tímto je třeba vždy začít, proto nácvik považují za důležitý P1 a P6. Sociální inteligence a empatie, jak uvádí P2, je velkou výhodou, jelikož napomáhá správnému rozhodnutí. P7 dodává, že povyšování se nad pacienty nikdy nic dobrého nepřineslo. Proto, jak se domnívá P8, je vždy výhodnější volit přátelský přístup ke všem, bez rozdílu. P3 upozorňuje a vyzývá začínající záchranáře k chladné hlavě, odměřenosti a ať dbají na vlastní bezpečí. V tomto je s ním za jedno i P4 a radí, aby se pamatovalo na preventivní opatření. P5 uvádí, že je vždy lepší nebezpečí nadhodnotit, než naopak. P6 vyzývá k aktivnímu procvičování sebeobrany a dalších technik, které mohou být pro tyto situace nápomocné. P7 uvedl stejnou radu, jakou jsem dostal od svého vedoucího bakalářské práce a učitele tělovýchovy. Tato rada byla, naučit se rychle běhat a pracovat na fyzičce.

P1 považuje za důležité procvičovat asertivní komunikaci a varovat se zbytečných provokací. P2 při konfliktních situacích využívá empatie, přizpůsobení se pacientovi a jisté sociální inteligence. P3 považuje za důležité učinit preventivní opatření, s cílem zamezit možnosti nečekaného napadení. P4, stejně jako předešlí participant, klade důraz na preventivní opatření a nabádá k opatrnosti a nenechat se vyprovokovat verbální agresí. P5 souhlasí s výše uvedeným

5 Diskuze

Bakalářská práce „**Úroveň znalostí a použití sebeobranu zdravotnického záchranáře při napadení**“. Kdy sebeobranou se rozumí interdisciplinární komplex psychologie, práva, pohybových mechanik a taktiky, které jsou nejčastěji převzaté z technik úpolových sportů, pákové a úderové školy. (Náchodský, 2009)

Napadení může být trojího typu. Ze zálohy, kdy ví o útoku pouze útočník. Situační přepad, ve kterém oba o sobě vědí, ale oběť nemá tušení, že bude napadena. Střetný boj, kdy o sobě oba účastníci vědí, konfliktu předchází útočný pohyb a souboj začíná. (Janečková, 2015)

Hlavní náplní bakalářské práce, je získat co nejvíce informací, ohledně problematiky napadení pracovníků ZZS v přednemocniční neodkladné péči. Dále je snaha orientačně zjistit vědomosti a schopnosti sebeobranu zdravotnických záchranářů, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumná část práce je rozdělena do pěti kategorií.

V první kategorii nazvané Identifikační údaje, jsem vytvořil tabulku, ve které je zobrazen základní přehled informací o participantech. Hlavními body vypsanými v tabulce je jejich pohlaví, délka praxe na ZZS a jiné předchozí, nebo současné praxi v oboru zdravotnictví. Zkoumaná skupina se skládala ze 4 mužů a 4 žen, pracujících na ZZS. Rozsah doby praxe na ZZS jednotlivých participantů byl od dvou to dvanácti let. Jiné praxe participantů jsou různorodé jako například LZS, ARO, UP, JIP a PZS. Dva participanté jsou bez předchozí praxe.

V druhé kategorii výzkumu se zabývám výskytem agrese proti zdravotnickým záchranářům v PNP. V úvodní otázce se participantů dotazuji na četnost, druh a příčiny agrese, se kterou se zdravotničtí záchranáři setkávají během výkonu služby. Zde všichni participanté rozdělili agresi do dvou typů. Na fyzickou, která je méně častá, ale o to více nebezpečná a verbální agresi. Fyzická agrese, kdy se může jednat o strkání, narážení, údery a kopy, jak uvádí Andršová, (2012). Verbální agresi rozumíme, nadávky, sarkasmus, ironie, vyhrožování, pomluvy a vulgarizmy dle Andršové, (2012) a Pindeše, (2012). Participanté se jednoznačně shodují, že nejčastější příčinou verbální agrese je abúzus alkoholu. Toto potvrzují i slova Haškovcové, (2004) která uvádí, že zvýšené riziko agresivity, lze očekávat od pacientů z určitých rizikových skupin, jako jsou

alkoholici, drogově závislí a psychotici. Participanti též zmiňují často psychiatrické onemocnění jako příčinu agrese. P4 uvádí schizofrenii jako vysoce rizikovou z hlediska napadení, kvůli nečekanosti a mnohdy silné agresivitě. P7 upozorňuje na možné organické původy agrese, jako jsou úrazy hlavy a CMP. K agitovanosti mohou vést z neurologického hlediska cévní mozkové příhody, demence, mozkové nádory, nitrolební krvácení a traumatické poškození mozku. (Kuo, Tucci, 2016)

V další otázce zjišťují od participantů, jak vyhodnocují rizikové faktory a místa pro napadení. P1 považuje za rizikové místo napadení vůz ZZS a neznámé prostředí, kvůli omezeným možnostem obrany a neznalosti prostředí, ze kterého může následně být obtížný ústup. Janečková, (2015) uvádí, že pro riziková místa je důležité zvolení taktické pozice, jako nestát v rohu, nemít útočníka mezi sebou a únikovou cestou, zvolit si přehledné místo i je možné prostor rychle opustit. Většina participantů uvádí hospody, bary, kluby a místa kde se ve zvýšené míře konzumuje alkohol. Za rizikové lze považovat skupiny lidí pod vlivem alkoholu, jak uvádějí P5 a P6. Janečková, (2015) upozorňuje, že rizikové faktory je nutné dobře vyhodnotit a hodnotit také protivníka, s přihlédnutím například na vliv alkoholu a drog.

Třetí kategorie je věnována výzkumu orientační úrovně znalostí a použití technik sebeobrany v situacích, kdy byly ZZ napadeni. Pokládal jsem i doplňující otázku, zda by ZZ uvítali více školení sebeobrany v rámci zaměstnání, přímo formou nácviku situací, které mohou v praxi řešit. V otázce, zda pracovníci ZZS potřebují k výkonu své profese techniky sebeobrany, byla 5 participanty označena jako potřebné, užitečné a velmi přínosné. Výcvik sebeobrany má ovšem svá úskalí, a to především v časové dotaci, která nemusí být pro všechny záchranáře dosažitelná. Balická, (2005) uvádí, že k efektivnímu zásahu proti agresivnímu pacientovi je třeba nácvik a sebranost zdravotnického týmu. Několik participantů dále připomíná, že fyzických napadení není mnoho a je tedy třeba více pozornosti věnovat nácviku komunikace. Zde Remeš, (2013) uvádí důležité kroky při vyšetření pacienta jako je představení se, pokus o navázání přímého kontaktu, uklidnění pacienta, ubezpečení o naší pomoci, prostor pro nepřerušované vyjádření pacienta, převzetí iniciativy a předložení možnosti řešení. Jako další toto tvrzení potvrzuje Vít, Reguli, Chvátalová, (2012) kteří udávají, že *v české republice není příliš pravděpodobné napadení a uplatnění sebeobrany, vzhledem k celkové úrovni kriminality.*

V třetí kategorii se dále věnuji způsobům sebeobrany, kterými ZZ řeší verbální napadení. V této otázce byl názor participantů velice podobný a nejčastěji zaznívali odpovědi jako empatie, vhodná komunikace, přátelský přístup, asertivní komunikace, nekonfliktnost. *K tomuto je třeba využít základních pravidel komunikace s pacienty, jako je respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti.* (Andršová, 2012)

Dále navazuje otázka, zda některý prvek sebeobrany již ZZ při napadení využili. Na tento dotaz většina participantů upřesnila, že pokud použila některý prvek sebeobrany, jednalo se ve většině případů o vysmeknutí z držení, či v nejvyšším riziku držení pacienta pomocí páky, nebo škrcení. Z tohoto vyplývá, že běžná sebeobrana zdravotnických záchranářů nemůže být chápána, jak uvádí Kahn, (2016) *V případě nezbytné sebeobrany je třeba zasáhnout útočnicka na vitální body, jako jsou některé důležité orgány, nebo použití páky na útočnickovy klouby, kdy cílem je, útočnicka v co nejkratší době vyřadit z boje.* Ale měla by být použita proti pacientům co nejšetrněji, jak uvádí Balická, (2005): *Rychlost a přesnost provedení zásahu má zásadní vliv na efektivitu, ale i bezpečí a důstojnost klienta. Při probíhajícím zásahu neopomeneme neustále vyhodnocovat situaci a je naší snahou odstranit příčinu agrese. Po každém zásahu by měla být provedena analýza situace a přijata preventivní opatření.*

V další otázce jsem se zabýval tím, zda se participanti někdy ocitli v situaci, kdy byli ohrožováni zbraní. K mému údivu se většina participantů, až na P1 a P8, osobně setkala s ozbrojeným pacientem. Ovšem až na jeden případ se jednalo o demonstrativní vyhrožování zbraní a o přímý útok se tedy nejednalo. Pro doplnění dodávám, že jako nejčastěji se vyskytující zbraň v ruce pacientů, či jiných osob participantů uvádějí nůž.

Kategorie čtvrtá obsahuje výčet možností, které mají zdravotničtí záchranáři při napadení z hlediska technického, personálního a právního.

Technickým vybavením posádek ZZS, může být pepřový sprej. V některých krajích české republiky je ZZS, či jiná pracoviště ZZ standardně vybaveny a jejich personál je proškolen v jeho použití. Participantů, kteří jsou pro získání pepřových sprejů pro svá pracoviště jsou P1, P3, P4, P6 a P8. I vybavení vozidel ZZS pepřovým sprejem má svá úskalí. Především poučit posádky o situacích ve kterých sprej mohou použít a jak, aby neohrozili sami sebe, či své kolegy. Nevels, (2017) upozorňuje na následující: *„je nezbytné se s pepřovým sprejem naučit zacházet, jinak může být jeho použití naopak*

nebezpečné kvůli zasažení vlastních očí a podráždění sliznic“. Obranného prostředku jako je pepřový sprej může ZZ použít pouze v situaci krajní nouze, kdy dle znění trestního zákoníku 40/2009Sb., § 28, obsažené v III. hlavě o okolnostech vylučujících protiprávnost „*čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem“.* P2, P5 a P7 se domnívají, že tyto úskalí převyšují benefity, které mohou vybavením ZZS pepřovým sprejem získat. Je tedy čistě věcí názoru každého záchranáře, jak se s tímto vypořádá. Dle mého názoru je vybavení pepřovým sprejem otázkou prevence před nenadálým náhle vzniklým nebezpečím, které nelze vyřešit jiným způsobem než okamžitou a efektivní obranou, po které následuje ústup do bezpečí. K této problematice uvádí definici této obranné zbraně Nevels, (2017). „*Pepřový sprej je silná, legální zbraň, která může být snadno skrytá a efektivně použita proti agresorům, nebo zvířatům“.*

Jako personální prostředek zdravotnických záchranářů při napadení označuji ve své práci spolupráci pracovníků ZZS a PČR. Tomuto tématu jsem vymezil dvě otázky, ve kterých se zajímám o názor respondentů, jak funguje spolupráce s PČR a jak postupují, když k dispozici není. Většina participantů hodnotí spolupráci s PČR kladně a dokonce P2, P4, P6, P7 a P8 ji udávají jako nadstandartní, efektivní, či výbornou. Participant P1, P3 a P4 vyjadřují jistou nespokojenost v souvislosti s nezkušeností PČR s agresivními pacienty, dlouhým vyčkáváním a příliš mírným přístupem. Toto ovšem platí pouze u některých posádek PČR a vesměs spolupráce funguje dobře. P8 uvedla problém v efektivitě spolupráce s policií a to takový, že ona sama nezná možnosti, jak jejich pomoci plně využít. Toto nás při spolupráci s participanty přivedlo na myšlenku, že by bylo vhodné nácviky sebeobrany procvičovat zároveň s příslušníky PČR.

Druhá otázka v problematice spolupráce pracovníků ZZS a příslušníků PČR nastiňuje problematiku, jak by zdravotničtí záchranáři jednali při náhlém napadení, kdy by PČR nebyla okamžitě na místě. Na tuto otázku odpovídali participanté téměř shodně. V případě, že je to možné, při ohrožení svého zdraví místo opouští, nebo na něj ani nevstupují, kontaktují ZOS a vyčkávají příjezdu PČR.

Z právního hlediska jsem participantům pokládal otázky na téma získání statutu veřejného činitele, jinak známého jako úřední osoba, pro zdravotnické záchranáře. Tento výzkum ovšem nepřinesl jednoznačné výsledky, jelikož participanté byli

nedostatečně informováni ohledně této problematiky. Tato problematika je podrobně zmíněna v Zákoně č. 40/2009 Sb., částka 11, na str. 428-430. Pro získání statutu byl P1, P4, P7 a P8. Statut úřední osoby vnímají kladně, jelikož se domnívají, že některé agresory by mohl odradit. Tito participanti se zmiňovali o § 323-327 obsaženém v Zákoně č. 40/2009 Sb., částka 11, na str. 428-429. V tomto případě se jedná o pasivní ochranu, která může a nemusí být účinná. Ostatní participanti mají názor opačný k v této problematice. Jak uvádějí P5 a P6, že osoby útočící na ZZ neodradí nic. Jako utvrzení tohoto názoru jsou jejich svědectví, jak tyto osoby bez rozmyslu napadají i příslušníky PČR, kteří jsou úředními osobami, tudíž tuto ochranu mají. Z hlediska nevýhod vyplývajících po získání statutu veřejného činitele pro ZZ, mi žádný z participantů nic neuváděl. Z mého názoru to bylo především z důvodu neznalosti přesného znění zbylých § 329 a 330 obsažených v druhém díle Zákona č. 40/2009 Sb., částka 11, na str. 429-430.

Jako poslední otázku jsem v této kategorii pokládal, zda existuje od vedoucího ZZS stanovený postup při napadení. V této otázce jsem se od participantů dozvěděl, že stanovený postup není, ovšem existují jistá opatření, která nabádají zdravotnické záchranáře k opatrnosti a neohrožení sebe samotného. Dále jsem shledal za přínosné rady participantky P4, která uvádí, že je vhodné celý konflikt dobře zaznamenat a nahlásit na ZOS, kvůli možným následným stížnostem a vlastnímu právnímu krytí.

Pátá kategorie je zaměřena na rizika při použití sebeobrany proti agresorům a prosba na zdravotnické záchranáře, zda by se mohli podělit o své zkušenosti ohledně napadení s budoucími záchranáři.

V otázce rizik při použití sebeobrany zdravotnickým záchranářem při napadení, se mi opět dostalo poměrně mnoho podobných odpovědí od participantů. Většina z nich uvádí riziko vzniklé nezvládnutím situace a selhání sebeobrany a vystavení se vlastnímu nebezpečí. P6 upozorňuje na přecenění vlastních sil a skutečnosti, že nikdy nemůžeme znát protivníkovy schopnosti. P3 situaci vnímá jako rizikovou, kvůli možnosti vybočení z mezí nutné obrany. Ty definuje (zákon 40/2009 SB., částka 11, na str. 359)

Při žádosti o shrnutí problematiky a uvedení některých užitečných typů z praxe pro budoucí záchranáře jsem získal od participantů následující odpovědi. Uvádím zde na závěr doslovný přepis odpovědí zdravotnických záchranářů.

P1 uvedl „*No určitě bych doporučila projít si zásady komunikace, myslím si, že by to mohlo být i zajímavé a vyvarovat se provokací a zkusit v první řadě nějaké asertivní chování. Řekla bych, že mladí natěšení záchranáři jdou do všeho bezhlavě. Přitom je v první řadě nutné myslet na své vlastní bezpečí.*“ Špatenková, (2008) uvádí, že je vhodné v první řadě zhodnotit možnou míru ohrožení a nikdy při příliš velkém ohrožení vašeho zdraví neriskovat a uvědomit o této skutečnosti dispečink.

P2 se podělil o konkrétní případ který se mu stal a vyvozuje z něj toho řešení. „*Asi taková nějaká sociální inteligence, když člověk do nějaké takové společnosti vlez tak se musí přizpůsobit. Taky jednu vzpomínku, co mám na takový výjezd. Sbírali jsme takového opilého mladíka ve škarpe, co nějak nedošel na nádraží, my jsme ho tam sbírali s kolegou, no a byl takový verbálně agresivní, ožralý, ale nic hrozného, no tak jsme přistoupili na tu jeho notu. Jo, vole, pojd' sem, vole pojd' změříme ti tlak. Prostě naladili jsme se na tu jeho notu. V tom přijela druhá posádka a sní další kolega, ten mluvil už trochu jinak a na nějaké vole pojd' sem, on reagoval já jsem pan záchranář a v tu chvíli byl problém. Jakmile se takto nepřizpůsobil situaci tím následně vyvolal další konflikt s tím opilým pacientem, takže můj názor je, že tyto situace jsou hodně o té empatii a dovednosti přizpůsobení se prostředí.*“

P3 dává příklad, jak si myslí, že je vhodné jednat v případě napadení pacientem za převozu v autě bez pomoci policie české republiky. Stalo se jeho kolegům, kteří převáželi pár nakažený hepatitidou C a během převozu vznikla náhlá agrese. „*V takovou chvíli je nejvhodnější zastavit, z auta utéct, přední část zamknout, jim nechat odemčeno, aby mohli vůz ZZS opustit a vyčkat příjezdu policie. Dbal bych zásad, které se říkají na kurzech sebeobrany a to je: V případě že to zle tak uteč, když nelze utéct tak se skryj, pokud ani to nejde tak bojuj.*“

P4 doporučuje „*U psychiatrických pacientů při sebemenším náznaku agrese, si na pomoc a k převozu zažádat spolupráci se složkou PČR a nepodceňovat situaci.*“ V tomto doporučení, bych rád zdůraznil slova Janečkové, (2015), která rozděluje konfliktní fázi na 3 možné způsoby útoku a jedním z nich je situační přeпад, ve kterém oba o sobě vědí, avšak napadený nemá tušení, že bude fyzicky napaden.

P5 uvádí následující: „*Určitě je důležité dbát na prevenci, správnou komunikaci, nepouštět se do hádek, nadávky přecházet. Pokud to přechází k nějakému fyzickému*

napadání tak myslet na to co je v okolí, jestli ten člověk má k dispozici nějakou zbraň, a tak. Spíš je lepší, jakmile je náznak nějaké agrese i fyzické a prostě se sebrat a odejít, nebo ze sanitky vystoupit a počkat na policii i kdyby to bylo nakonec zbytečné, tak tu policii si zavolat, protože se to může velice rychle změnit.“ Tomuto bych přiřadil slova Víta, Reguli, a Chvátalové, (2012) kteří uvádějí, že jednou z hlavních součástí sebeobraného jednání, je snaha v první řadě konfliktu předejít a tím se sebeobraným technikám naprosto vyhnout.

P6 doporučuje pro budoucí záchranáře toto: *„Určitě, navštívit nějaký kurz sebeobrany, je dobré se zavěnovat té problematice a rozhodně se zaměřit na sebe z hlediska konfliktnosti a vždy se snažit situaci řešit klidně, rozhodně ne tím že jsem silnější a v opačném případě je lepší volit útek.*“ S tímto souhlasí i další participant a vedoucí mé bakalářské práce.

P7 mi poskytl stejnou radu jako nám poskytovali při lekcích sebeobrany v rámci studia a to: *„Naučit se rychle běhat, mít nějakou fyzickou, není od věci nějaká posilovna. Hlavně se na pacienty nepovyšovat, mluvit na ně klidně, pomalu, srozumitelně a myslím, že nebude větší problém.*“ Obdobně uvedl i Remeš, (2013) důležitá je vhodná komunikace s pacientem (představení se, pokus o navázání přímého kontaktu, uklidnění pacienta, ubezpečení o naší pomoci, prostor pro nepřerušované vyjádření pacienta, převzetí iniciativy a předložení možnosti řešení).

Jako poslední mi P8 poskytla tyto rady pro budoucí práci na ZZS: *„Myslím si, že by si měli dávat pozor na pusy, prostě se chovat profesionálně. Vždy si musíme uvědomit, že ten agresivní člověk, nebo opilý je vlastně nemocný, svým způsobem a prostě nevybouchnout a odpustit si to sprostý slovo nějaký. Nepouštět se do všeho po hlavě a jít do věci s rozmyslem.*“ K tomuto se velice hodí slova Andršové, (2012) které uvádí, že při kontaktu s agresorem se nejčastěji objevují chyby, jako je reagování protiútokem, potřeba dominovat a zvítězit, popřípadě nepřipuštění si rizika. Pro vytvoření partnerského přístupu je třeba využít základních pravidel komunikace s pacienty, jako je respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti.

6 Závěr

Náplní práce bylo provést výzkum problematiky sebeobranu zdravotnických záchranářů. Zkoumal jsem jakým způsobem participanti jednají v krizových situacích, ve kterých jsou verbálně, či fyzicky napadáni. Cílem bylo tuto problematiku poodhalit a zjistit, jak jsou zdravotničtí záchranáři se současnou situací spokojeni.

Zdravotničtí záchranáři, tvořící výzkumný soubor v empirické části mé práce, jsou pracovníky zdravotnické záchranné služby, středočeského, hradeckého a jihočeského kraje. Výzkum poukazuje na skutečnost, že zdravotničtí záchranáři na fyzická napadení nejsou vycvičeni ani vybaveni. Nesetkávají se s ním příliš často, ale téměř každý se s ním již setkal. Do nejčastějších příčin agrese dle participantů patří abúzus alkoholu, psychiatrické stavy, intoxikace drogami a úrazy mozku.

Napadení zdravotnických záchranářů není tak ojedinělou záležitostí, jak se může zdát. Mnoho škol pro studijní obor ZZ tuto problematiku vzalo v potaz a zapojily do studijního programu i nácviky bazální sebeobranu a asertivní komunikace, která může být v situacích eskalujících konfliktů užitečná.

S verbálním napadením se zdravotničtí záchranáři setkávají i několikrát do měsíce a jejich řešení je na nich samotných, jak se v danou chvíli rozhodnou situaci řešit. Volba vhodné komunikace je klíčová a její nácvik je prostřednictvím praxe a zkušeností z výjezdů. Fyzická napadení nejsou oproti verbálním tak častá, ovšem jejich řešení jsou o to náročnější. Kvůli nedostatečnému vybavení posádek ZZS při ohrožení agresivní osobou, je posádka závislá na pomoci policie české republiky, která ve většině případů vyjíždí již součinně s posádkou ZZS. Tento způsob řešení krizových situací, ve kterých dominuje agresivní osoba je neefektivnější, ale neexistují žádné společné nácviky složek PČR a ZZS při řešení fyzických napadení. Několik participantů se vyjádřilo k dané problematice tak, že by intervencí tohoto problému mohly být nácviky sebeobranu společně s příslušníky PČR. Mělo by se jednat o nácvik samotných technik a zásad, jak by si měli zdravotničtí záchranáři počínat, pokud se na místě fyzické agrese ocitnou bez pomoci PČR. V druhé řadě potom, jak mohou efektivněji spolupracovat se složkami PČR, která zajišťuje nebezpečné okolí pacienta. Pro nácviky sebeobranu, se dle mého výzkumu najde jistě několik ZZ, kteří by tyto modelové situace přivítali a s chutí se jich účastnili.

Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BALICKÁ, K. 2005. *Práce s klientem s rizikem v chování: (manuál průvodce dobrou praxí)*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 80-86878-27-9.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3439-9.
4. BARTUŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
5. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
6. DICK, C. KUO, TUCCI, V. 2016 *Psychiatric and Behavioral Emergencies, An Issue of Emergency Medicine Clinics of North America, E-Book*, ISBN 978-03-2341-685-6.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. Brno: NCO NZO, 2004. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
9. JANEČKOVÁ, Eva. *Právní aspekty sebeobrany*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. Právní rukověť (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-760-7.
10. JELÍNEK, J. 2013. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 3. vyd. Praha: Leges. Student (Leges). ISBN 978-80-87576-64-9.
11. KAHN, D. *Krav Maga Defense: How to Defend Yourself Against the 12 Most Common Unarmed Street Attacks*. 2016, ISBN 978-12-5009-083-6.

12. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál. ISBN 978-807-3672-997.
13. KRATOCHVÍL, V. a kol. 2009. *Kurs trestního práva. Trestní právo hmotné. Obecná část*. 1.vyd. Praha: C. H. Beck, s. 366.
14. LÁTALOVÁ, K. 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
15. LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. MATTINGLY, K. (July 2007). *Self-defense: steps to survival* By Katy Mattingly. ISBN 978-0-7360-6689-1.
17. NÁCHODSKÝ, Z. 2009. *Zásady pro inteligentní sebeobranu*, dostupné na: <http://www.bkb.cz/prevence/zasady-pro-inteligentni-sebeobranu/>
18. NÁCHODSKÝ, Z. *Učebnice sebeobrany pro každého*. Praha: Futurama, 1992.
19. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
20. NEVELS, T. 2017, *Pepper Spray Self Defense Tactics*, ISBN 978-14-8359-854-3.
21. NÝVLTOVÁ, I. Objektivní a subjektivní koncepce protiprávnosti útoku a jejich vztah k právnímu posouzení obrany proti útoku osob trestně neodpovědných. *Trestněprávní revue*, 2003, č. 7, s 204.
22. PINDEŠ, M. 2012. *Prevence násilí a zvládání krizové situace na pracovišti: praktická studijní příručka*. Praha: ČMKOS. ISBN 978-80-87306-08-6.
23. POKORA, R., ROVNÁ, M. 2016. *Bear claw: revoluce v sebeobraně žen*. Brno: Radek Pokora. ISBN 978-80-260-9677-1.

24. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S. 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
25. Rozhodnutí NS ČSR ze dne 16.8.1971, sp. zn. 3 Tz 54/71 (R26/1972)
26. SANK, H. KIM, Vital Point Strikes: The Art & Science of Striking Vital Targets for Self-defense and Combat Sports. 2008, ISBN 978-19-3490-305-6
27. Sbírka zákonů ČR: 40/2009 Sb., § 28-32, částka 11, str. 358-359 Hlava III, *Okolnosti vylučující protiprávnost činu*.
28. Sbírka zákonů ČR: 40/2009 Sb., § 323-330, částka 11, str. 428-430 Hlava X, *Trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných*.
29. SIHELSKÁ, D. 2007. Zdravotnícky záchranár - profesionál, osobnosť. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*, 10(2), pp. 30-32.
30. STOCK, Ch. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
31. ŠIMEK, J. 2008. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*. 4, s. 31-33.
32. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-2247-1740-1.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. *Sestry nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
34. VÍT, M., REGULI, Z., CHVÁTALOVÁ, J. *Základy osobní sebeobrany*. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy university, dostupné na: http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/pages/priprava_a_vykon.html.

7 Seznam příloh

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor

1. Délka praxe, pohlaví, předchozí povolání?
2. Jak často, s jakými druhy a příčinami agrese se při výkonu služby setkáváte?
3. Jaká jsou riziková místa napadení?
4. Co si myslíte o potřebě sebeobrany ve vaší profesi?
5. Absolvoval jste nějaký kurz sebeobrany?
6. Jak řešíte verbální napadení?
7. Použil jste při napadení nějaké prvky sebeobrany?
8. Setkal jste se při napadení s použitím zbraně?
9. Jsou ZZ vybaveni, popřípadě bylo by vhodné je vybavit pepřovým sprejem?
10. Jaké máte zkušenosti se spoluprací s PČR při napadení?
11. Jak postupujete při napadení, když PČR není na místě?
12. Co vnímáte jako klad x zápor při napadení, když by ZZ byly úřední osoby?
13. Existuje od zaměstnavatele stanovený postup při napadení? – legislativa?
14. Vnímáte nějaké riziko v případě použití sebeobrany?
15. Co byste doporučil kolegům a budoucím záchranářům, jako prevenci před napadením?

8 Seznam použitých zkratek

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
HZS	Hasičský záchranný sbor
i.m.	Intra-muskulární (podání do svalu)
i.v.	Intra-venózní (podání do žíly)
JIP	Jednotka intenzivní péče
LZS	Letecká záchranná služba
p.o.	Per os (podání ústy)
PČR	Policie České republiky
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
PZS	Protialkoholická záchytná stanice
UP	Urgentní příjem
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba