



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické
pracovníky**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Autor: Jakub Vrátník

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky“ 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 jejích 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 bakalářské 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 13. 8. 2019

.....

Jakub Vrátník

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat Mgr. Miroslavu Majerovi za jeho cenné rady, trpělivost a ochotu při vedení mé bakalářské práce; respondentům, kteří si našli čas na poskytnutí rozhovoru, dále Filipu Hanzlíkovi a Marcelu Kubišovi za jejich ochotu při tvorbě fotografií k této práci a mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky

Abstrakt

Téma bakalářské práce se nazývá Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky. Teoretická část práce se zabývá různými aspekty sebeobrany. Je zde popsána agrese a příčiny jejího vzniku, právní aspekty sebeobrany a problematika statusu úřední osoby pro zdravotnické záchranáře. Dále se práce zabývá psychickou stránkou konfliktu, která má podle expertů na sebeobranu zásadní vliv na výsledek konfliktu. V práci jsou popisovány také jednotlivé fáze konfliktu a postupy jak v jednotlivých fázích jednat.

V praktické části bylo cílem výzkumu především zjistit, za jakých okolností jsou zdravotničtí pracovníci napadáni, zmapovat jejich zkušenosti se sebeobranou a zda mají zájem se v oblasti sebeobrany vzdělávat. Ze zjištěných poznatků se pak pokusit vytvořit několik jednoduchých technik, které by zdravotničtí pracovníci mohli v případě napadení použít. Výzkum byl prováděn polostrukturovaným rozhovorem s jedenácti zdravotnickými pracovníky.

Z výsledků bylo zjištěno, že s verbální agresí mají zkušenost všichni dotazovaní zdravotničtí pracovníci. Část z nich pak uvedla zkušenost i s fyzickým napadením. Dále bylo zjištěno, že i přestože se sebeobranou má jen malou zkušenost pouze část respondentů, většina dotazovaných projevila o sebeobranný kurz zájem.

V práci je také popsáno několik jednoduchých sebeobranných technik, které lze snadno využít ať už při výkonu povolání nebo v osobním životě.

Tuto bakalářskou práci lze využít jako zdroj informací z oblasti sebeobrany jak pro zdravotnické pracovníky, tak i nezdravotníky. Zároveň by mohla být použita jako podklad pro další práce nebo přednášky, které by rozvíjely jednotlivé aspekty uvedené v této práci.

Klíčová slova

Zdravotnický pracovník; sebeobrana; agrese; konflikt; útok

Self-defence training course for healthcare workers

Abstract

The topic of this bachelor thesis is called Self-defence training course for healthcare workers. The theoretical part involves different aspects of self-defence. It describes aggression and causes of its origin, legal aspects of self-defence and issues of official status for paramedics. Then the paper deals with the psychological side of the conflict, which, according to self-defence experts, has a major impact on the outcome of the conflict. The thesis also describes the individual phases of the conflict and procedures how to act in each phase.

The aim of the research of the practical part is finding out in what circumstances health workers are attacked, their experience with self-defence and whether they are interested in education in the field of self-defence. From the findings, then try to create a few simple techniques that healthcare professionals could use in the event of an attack. The research was conducted by a semi-structured interview with eleven healthcare professionals.

The results showed that verbal aggression is experienced by all interviewed healthcare professionals. Some of them then reported experience even with a physical assault. Furthermore, it was found that even though only a small part of respondents has little experience with self-defence, the majority of respondents showed interest in a self-defence course.

The paper also describes a few simple self-defence techniques that can be easily used either in the exercise of the profession or in personal life.

This bachelor thesis can be used as a source of information in the field of self-defence for both health workers and non-health professionals. At the same time, it could be a basis for further work or lectures that would develop the individual aspects mentioned in this work.

Key words

Health worker; self-defence; aggression; conflict; attack

Obsah

1	Současný stav.....	8
1.1	Agrese	8
1.1.1	Příčiny agrese.....	10
1.1.2	Teorie agrese.....	10
1.2	Úřední osoba	12
1.3	Sebeobrana	13
1.3.1	Sebeobrana vs sport	14
1.3.2	Sebeobrana pro záchranáře	14
1.3.3	Kurzy sebeobrany	15
1.4	Legislativa	15
1.4.1	Krajní nouze.....	16
1.4.2	Nutná obrana.....	16
1.5	Psychická připravenost.....	17
1.5.1	Stres	17
1.5.2	Adaptace na stres	18
1.5.3	Principy sebeobrany.....	18
1.6	Fáze konfliktu.....	21
1.6.1	Prekonfliktní, předkonfliktní fáze.....	21
1.6.2	Komunikace s agresivním pacientem	22
1.6.3	Konfliktní fáze	25
1.6.4	Zbraně v sebeobraně	31
1.6.5	Boj s více útočníky	32
1.7	Postkonfliktní fáze	32
2	Cíl práce, výzkumné otázky.....	34
2.1	Cíl práce	34
2.2	Výzkumné otázky.....	34

3	Metodika výzkumu	35
3.1	Metodický postup	35
3.2	Výzkumný soubor	35
4	Výsledky	37
4.1	Zkušenosti s napadením	37
4.1.1	Způsob napadení	38
4.1.2	Nejčastější agresoři	39
4.1.3	Způsoby obrany	41
4.2	Zkušenost se sebeobranou	42
4.3	Zájem o kurzy sebeobrany	43
4.3.1	Zaměření sebeobranného kurzu	45
4.3.2	Jak často by byli ochotni se tréninku sebeobrany věnovat	46
5	Diskuze	48
6	Praktická cvičení	54
6.1	Základní postoj	54
6.2	Reakce na chycení za ruku	56
6.3	Chycení za oděv	58
6.4	Reakce na strkání	62
6.5	Naražení na zeď	67
6.6	Naražení na zeď jednou rukou	70
6.7	Reakce na úder	75
6.8	Vhození předmětu do útočnickova zorného pole	80
7	Závěr	82
8	Seznam použitých zdrojů	84
9	Seznam příloh	88
10	Seznam použitých zkratk	89

1 Současný stav

V roce 2002 označila Světová zdravotnická organizace násilí na zdravotnickém personálu za vážný problém a zároveň uvedla, že se jedná o globální fenomén. (WHO, 2002)

V roce 2012 provedl Bc. Kamil Krbek, v rámci své bakalářské práce, výzkum okolností napadení zdravotnických pracovníků na šestnácti pracovnících záchranné služby jihomoravského kraje. Na otázku, zda podle jejich názoru za posledních pět let útoků na zdravotníky přibývá, čtrnáct respondentů opovědělo kladně. Všech šestnáct respondentů bylo během výkonu svého povolání verbálně napadeno. Fyzicky bylo napadeno třináct respondentů, z nichž deset uvedlo, že jsou fyzicky napadeni alespoň jednou měsíčně. (Krbek, 2012)

Policie České republiky evidovala v roce 2016 dvacet jedna útoků na zdravotnické záchranáře. V roce 2017 to bylo dokonce čtyřicet čtyři útoků. V roce 2018 jich policie evidovala dvacet dva. (Statistické přehledy kriminality za rok 2016, 2017, 2018)

Někteří zdravotníci po útocích skončili i v pracovní neschopnosti. V březnu roku 2017 napadl návštěvník Nemocnice na Bulovce řidiče a sanitáře nemocniční sanitky tak, že řidič sanitky skončil s vážným zraněním hlavy na operačním sále. (Brousil, 2017)

V některých případech dochází i ke střelbě. V roce 2014 došlo ke střelbě v Ostravské nemocnici, kde v čekárně psychiatrie pacient vystřelil ze zbraně, kterou se mu podařilo sebrat pracovníkovi nemocniční ochranky, který následně střelce zpacifikoval. Při tomto incidentu naštěstí nebyl nikdo zraněn. (Zdravotnický deník, 2017)

K závažnějšímu případu střelby došlo v březnu v roce 2019 ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Pacient na hematologickém oddělení tam legálně drženou zbraní postřelil dva pacienty, kteří s ním leželi na pokoji. Jeden ze zraněných později zemřel. Střelce se podařilo zpacifikovat zdravotním sestram. (ČTK, 2019)

1.1 Agrese

Agresi není jednoduché přesně definovat. Tento pojem totiž zahrnuje různé aktivity, které vyjadřují sklony k útočení, napadání nebo i poškozování a ničení. Útočit lze na někoho i za účelem vyvinout na něho tlak, přinutit ho k něčemu pomocí demonstrace síly a převahy. S tímto tvrzením souhlasí Pindeš (2012), který jako další formy agrese

uvádí vyhrožování. To můžeme chápat jako slib použití nějaké formy násilí. Vyhrožováním se člověk snaží ve své oběti vyvolat pocit strachu z fyzické, či psychické újmy. (Pindeš, 2012; Nakonečný, 1997)

Hartl a Hartlová (2010) ve své knize Velký psychologický slovník definuje agresi jako „útok, útočné či výbojné jednání, vůči osobě, předmětu, či překážce na cestě k uspokojení potřeby“ (Hartl a Hartlová 2010, s. 18) v případech, kdy je člověk frustrován. Biologicky je agrese „jakákoli fyzická akce nebo hrozba akcí, kterou jednatel zmenšuje svobodu či genetickou způsobilost jiného jednotlivce“ (Hartl a Hartlová 2010, s. 18).

S agresivním pacientem se může setkat kterýkoliv zdravotnický pracovník. To, jak často se zdravotník s takovýmto pacientem setká, je mimo jiné ovlivněno také tím, v jakém konkrétním zaměření zdravotník pracuje. Například v České republice stále přibývá počet výjezdů k pacientům, kteří zdravotnické záchranáře napadají, a to jak slovně, tak i fyzicky. (Andršová, 2012)

Za riziková pracoviště, kde se zdravotník může setkat s agresí často, se považují psychiatrická pracoviště, všechny typy pohotovostních služeb, čekárny všech zdravotnických pracovišť, především tam, kde jsou dlouhé čekací doby, geriatrická oddělení a všechny instituce a ústavy, kde se o geriatrické pacienty starají. (Haškovcová, 2004)

Každý zdravotník by měl vědět o tom, že násilí lze očekávat především od pacientů z určitých rizikových skupin, jako jsou alkoholici, drogově závislí a psychicky alternovaní. (Haškovcová, 2004).

Agresivní chování pacienta může být taktéž projevem jeho onemocnění jako například hypoglykemie, hypoxie, hypotenze, postižení centrální nervové soustavy atd. (Remeš a Trnovská, 2013)

Agresi lze rozdělit do dvou základních skupin. Na agresi verbální a fyzickou. Verbální agrese se projevuje nadávkami, sarkasmem, ironií, pomluvami a vulgarizmy. Fyzická agrese zase strkáním, narážením, údery a kopy. (Andršová, 2012)

Zdravotnický pracovník se také může setkat i se sexuálním násilím či sexuálním vydíráním. (Haškovcová, 2004)

1.1.1 Příčiny agrese

Dle Čírtkové (2000) je agrese přirozenou součástí chování. V současnosti většina psychologů přijímá předpoklad o osobnostní predispozici k agresivnímu jednání. V obecné psychologii se rozlišuje mezi agresivitou konstruktivní a destruktivní. (Čírtková, 2000)

Konstruktivní agresivita je účelným projevem lidského chování. Je důležitá při vývoji člověka a to zejména v procesu individuace, to znamená při vytváření individuální osobnosti. Člověku napomáhá k sebeuvědomování a sebepotvrzování. Konstruktivní agresivitu se člověk během života učí zvládat a využívat jí k sebeprosazování. Současně tato agresivita slouží k ochraně fyzické i duševní integrity. Konstruktivní agresivita se může účelně využít při poskytování pomoci druhým nebo k ochraně společenství, jehož je člověk součástí. Za konstruktivní agresi lze označit tu, která pomáhá rozvoji osobnosti, bez toho aby zároveň ničila nebo poškozovala druhé. (Čírtková, 2000)

Destruktivní agresivita se projevuje touhou ničit nebo ubližovat druhým. (Čírtková, 2000)

1.1.2 Teorie agrese

Existují teorie, které se snaží vysvětlit proč a za jakých okolností se člověk chová agresivně. Těchto teorií je více, avšak žádná z nich nenabízí výklad, který by mohl být univerzálně použit, a tak dospívají k závěrům pouze s omezenou platností. Tyto teorie se nicméně vzájemně doplňují a dohromady ve svém souhrnu dávají odpověď na otázku, odkud se agrese bere, a zda a čím může být popřípadě tlumena. (Čírtková, 2000)

Čírtková ve své knize popisuje tři základní koncepce agrese. Psychoanalytická teorie agrese, frustrační teorie agrese a lernteoretická koncepce agrese.

Psychoanalytická teorie agrese

V Psychoanalytické teorii agrese je agresivita chápána jako pudová instinktivní složka osobnosti, která patří k vrozené psychické výbavě. Podle této teorie má agresivní člověk vystupňovaný pud agrese, a proto tak jedná ve většině situací. Tato teorie tvrdí, že je agresivita vrozená vlastnost, a lze ji jen velmi málo a těžce ovlivnit. I přestože se dnes psychologie přiklání spíše k tomu, že agresivní chování je hlavně naučené od okolí jedince, podle Čírtkové (2000) však tuto teorii o vrozenosti agresivního chování nelze paušálně používat, avšak není ani účelné ji zcela odmítat. Podle Čírtkové není chybou

přemýšlet o psychoanalytickém přístupu v případech extrémní a opakující se agrese. (Čírtková, 2000)

Teorie frustrace

Podle této teorie je agrese vždy důsledkem nějaké frustrace. V případě, že dojde k frustraci člověka, tak vždy jedná agresivně. Zároveň se v případě agresivního chování jedince dá téměř jistě předpokládat, že byl tento jedinec frustrován. Agrese je v této teorii vnímána jako přirozená reakce na frustraci. V případě, že nejde agresi namířit proti příčině této frustrace, dochází k přesunutí agrese na náhradní vhodný terč. V krajním případě může jedinec namířit agresi i proti sobě samému (Čírtková, 2000). Někteří autoři uvádějí, že se pacienti mohou začít chovat agresivně potom, co se dozví nepříznivou zprávou, léčba nesplní zcela jejich očekávání nebo mají pocit, že jim bylo nějakým způsobem ukřivděno (Andršová, 2012). Nicméně podle vědeckých výzkumů není agrese vždy a u všech jedinců jedinou reakcí na frustraci. Proto ani touto teorií nelze agresivní jednání vždy vysvětlit. Avšak, stejně jako psychoanalytickou teorii, ji nelze zcela odmítnout. Za agresivním jednáním lze hledat frustrovaného jedince, ale ne vždy tomu tak musí být. (Čírtková, 2000)

Lernteoretická koncepce agrese

Tato teorie vychází z behaviorismu a předpokládá absolutní vliv prostředí na chování jedince. Téměř veškeré chování je naučené a jinak tomu není ani u agresivního chování. Člověk se během svého vývoje učí buď jednat agresivně, nebo prosociálně, konstruktivně. Záleží pouze na vlivu okolí na jedince. Jedinec se může učit napodobováním svého okolí. V tomto případě hovoříme o takzvaném observačním učení neboli učení pozorováním (Hart a Hartlová, 2010). Při observačním učení jedinec napodobuje chování modelu, který je dostupný jeho pozorování. Při tomto učení není nutné, aby bylo odměňováno chování imitátora. Zcela postačuje, aby bylo agresivní chování odměněno u modelu, který si jedinec vzal za vzor. Dojde-li k nějaké pochvale, obdivu od okolního prostředí jedince za jeho agresivní chování, je pravděpodobné, že takto bude jednat i v budoucnu. Je zde riziko, že časem bude jedinec zcela automaticky řešit jednotlivé situace a problémy agresivně. Lernteoretický přístup, ale také není zcela dokonalý. Lernteoretikové nejsou schopni vysvětlit, proč někteří jedinci agresivní chování přejímají, zatímco jiní, přestože byli vystaveni stejnému vlivu prostředí, si agresivní chování neosvojují. Zároveň nelze podle této teorie vysvětlit, proč se

agresivně chovají i jedinci, v jejichž minulosti nelze nalézt žádné škodlivé vlivy prostředí nebo posilování jejich agresivního chování v procesu učení. (Čírtková, 2000)

Další důvody agresivity pacientů, s nimiž se může zdravotnický záchranář ve své praxi setkat mohou mít mnohem prostší důvod, než které popisuje Čírtková (2000) ve své knize. Agresivní chování pacienta může být například zapříčiněno bolestí spojenou s jeho onemocněním, úrazem a s tím souvisejícím strachem o svůj život a zdraví. Nepřiměřená psychická a fyzická zátěž, pacientův pocit, že byl ponížěn či zesměšněn. (Andršová, 2012)

1.2 Úřední osoba

Někdy se objevují názory, že řešení, jak ochránit zdravotnický personál před fyzickým napadáním, je přidělit jim statut úřední osoby. Podle § 127 odstavce 1 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění, se Úřední osobou rozumí „a) soudce, b) státní zástupce, c) prezident České republiky, poslanec nebo senátor Parlamentu České republiky, člen vlády České republiky nebo jiná osoba zastávající funkci v jiném orgánu veřejné moci, d) člen zastupitelstva nebo odpovědný úředník územní samosprávy, orgánu státní správy nebo jiného orgánu veřejné moci, e) příslušník ozbrojených sil nebo bezpečnostního sboru nebo strážník obecní policie, f) soudní exekutor při výkonu exekuční činnosti a při činnostech vykonávaných z pověření soudu nebo státního zástupce, g) notář při provádění úkonů v řízení o dědictví jako soudní komisař, h) finanční arbitr a jeho zástupce, i) fyzická osoba, která byla ustanovena lesní stráží, stráží přírody, mysliveckou stráží nebo rybářskou stráží, pokud plní úkoly státu nebo společnosti a používá při tom svěřené pravomoci pro plnění těchto úkolů.“

Je třeba rovněž zmínit, že i přes to, že zdravotníci nejsou úředními osobami, jejich napadení je dle platné legislativy postihováno přísněji, než napadení běžného občana. Lze to ukázat například na § 140 vražda zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění, ve kterém se píše:

„(1) Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let. (2) Kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až dvacet let. (3) Odnětím svobody na patnáct až dvacet let nebo výjimečným trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 a) na dvou nebo více osobách, b) na těhotné ženě, c) na dítěti mladším patnácti let, d) na úřední osobě při výkonu nebo pro výkon její pravomoci, e)

na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinnosti, f) na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona,“

Z toho vyplývá, že zdravotníci, i přesto že nemají statut úřední osoby, jsou zákonem chráněni, jako kdyby tento statut měli. (Modrá hvězda života, 2017)

Avšak mít statut úřední osoby má i svou negativní stránku. Pokud úřední osoba překročí své pravomoci, je za to potrestána také mnohem přísněji. V § 329 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění, je uvedeno:

„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.“

To je jeden z důvodů, proč má toto řešení mnoho odpůrců. Předseda městského soudu v Praze JUDr. Libor Vávra, se v jednom ze svých článků podivoval nad tím, že i přestože jsou úřední osoby při překročení svých pravomocí postihovány přísněji, jsou lidé, kteří chtěli, aby se tento statut vztahoval i na záchranáře. Dle jeho mínění je současná právní ochrana zdravotníků, tak jak je popsána výše, lepší, než kdyby byl zdravotníkům statut úřední osoby přidělen. (Vávra, 2015)

Odpůrci dále argumentují tím, že útočníci nerozlišují, zda zdravotník je nebo není úřední osoba. I policisté, kteří statut úřední osoby mají, jsou i přesto napadáni. Navíc se jedná pouze o pasivní řešení, které útoku nezabrání, pouze je útočník přísněji potrestán. (Sigmund, 2017)

1.3 Sebeobrana

Sebeobrana znamená ochranu, obranu sebe sama. Nejedná se však pouze o obranu osoby člověka, ale i o obranu jeho majetku proti protiprávnímu jednání pachatele. Každý člověk je schopen se proti napadení nějakým způsobem bránit. Tyto schopnosti jsou však ovlivněny působením několika různých faktorů. Nejde jen o to ovládat nějaký sebeobranný systém nebo bojový sport. Úroveň schopnosti sebeobrany je ovlivněna

psychologickými a sociokulturními podmínkami, jako je výchova, náboženské vyznání a mnoho dalších. Jsou jedinci, kteří tvrdí, že by nebyli schopni ublížit nebo zabít jiného člověka ani v případě, že by jim chtěl ublížit. Přesto každý jedinec disponuje vrozeným reflexem, který je v angličtině označován jako „*killer instinct*“ (Pavelka a Stich, 2015, s. 7). Za důkaz tohoto přirozeného instinktu lze považovat reálné situace, ve kterých oběť při ohrožení života reagovala silně pudově (například kousáním nebo škrábáním). Jak již bylo zmíněno, schopnost bránit se má každý jedinec, avšak úroveň této schopnosti závisí na mnoha faktorech. (Pavelka a Stich, 2015)

Cílem sebeobrany by především mělo být se útoku vyhnout. Kahn (2016) uvádí, že optimálně je konflikt u konce dříve, než vůbec začne. Jinými slovy, hned jak se objeví nějaká hrozba, měla by být obráncem neutralizována. Protože ani sebelepší trénink, sebelepší příprava na sebeobrannou situaci nezaručuje, že jedinec v reálné situaci uspěje (Pavelka a Stich, 2015). Marcel Karman, instruktor izraelské krav maga, s mnoha letými zkušenostmi s bojovými sporty říká, že nejlepší obrana je útek, a když je to jen trochu možné se konfliktu vyhnout, je lepší odejít.

1.3.1 Sebeobrana vs sport

V bojových sportech existují určitá pravidla, na jejichž dodržování dohlíží rozhodčí. Zápasníci jsou vybaveni ochrannými pomůckami, které mají minimalizovat možná zranění. Zápasníci vždy znají místo a čas souboje, mají možnost se na zápas fyzicky i psychicky připravit. V sebeobraně nic takového není. Útočník si vybírá čas a místo útoku. Obránce neví, jak velkou intenzitou bude útočník útočit. Zda se pachatel zmůže na „pouhé strkání“ nebo zda se nebude zdráhat obránce zranit, či dokonce zabít. Útočník může zaútočit i pomocí zbraně a to jak klasickými (nůž, pistole, teleskopický obušek atd.), tak improvizovanými zbraněmi, které má zrovna po ruce (skleněná lahev, nůžky, ocelová trubka, kámen). To, že na začátku konfliktu není útočník ozbrojený a není ani vidět, že by u sebe nějakou zbraň měl, neznamená, že během okamžiku nebude mít v jedné ruce pistoli a v druhé nůž. V dnešní době totiž existuje mnoho možností, jak u sebe nosit celou řadu zbraní, aniž by si toho okolí všimlo, a přesto bylo možné se k nim snadno dostat. (Pavelka a Stich, 2015)

1.3.2 Sebeobrana pro záchranáře

V případě, že se nepodařilo útoku předejít, je nutné se tomuto útoku fyzicky bránit. Podle docenta Miroslava Ďurecha je v takovémto případě nutné útočníka vyřadit z boje

jakýmikoli v dané situaci nejvhodnějšími prostředky. Dle Náchodského je cílem sebeobran, v případě že všechna preventivní opatření selžou, útočnicka vyřadit tím, že mu obránce způsobí zdravotní defekt nebo útočnicka zlikviduje. S těmito tvrzeními souhlasí i Beránek, který ve své knize Bojové umění v profesní sebeobraně pro zdravotnické záchranáře píše, že na útok je potřeba rychlé a krátké odpovědi, která musí fungovat vždy na jakémkoliv místě i za cenu poškození útočnicka. Na druhou stranu zdravotník v první řadě život a zdraví zachraňuje a nikoliv poškozuje. Proto je vhodné se během kurzu zaměřit na defenzivní obranný charakter sebeobran a ze sebeobraných technik se zaměřit na tzv. měkké techniky. To znamená techniky, které nemají destruktivní prvky, jako jsou například kopy či údery. (Pavelka a Stich, 2015; Beránek, 2017)

1.3.3 Kurzy sebeobran

Některé zdravotnické organizace si uvědomují problém napadání zdravotníků a snaží se jim poskytnout sebeobrané kurzy.

Například v českolipské nemocnici v roce 2013 organizoval několik seminářů Jaroslav Matoušek z Městské policie v Hradci Králové. Jednalo se o dvoudenní kurzy, ve kterých se zdravotníci učili teoretickým znalostem sebeobran i praktickým cvičením. (Lubas, 2013)

V roce 2017 proběhl kurz profesní sebeobran na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy. Cílem kurzu bylo kromě naučení se sebeobraným technikám také zvýšení fyzické kondice záchranářů. (Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, 2017)

Užitečnost sebeobran v profesi zdravotníka si uvědomili i na Vyšší odborné škole zdravotnické. Tam výuka sebeobran nahradila hodiny tělesné výchovy. Studenti se zde učí řešit konflikty v modelových situacích, které mohou v jejich profesi nastat. (Pavelka, 2015)

V rámci tělesné výchovy se sebeobraně učí také studenti oboru zdravotnický záchranář na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

1.4 Legislativa

Záchranář jako každý jiný člověk má právo se útokům bránit. A stejně jako každý se přitom musí řídit platnou legislativou. Pro sebeobranu je důležitý zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, hlava III. Konkrétně § 28 krajní nouze a § 29 nutná obrana.

1.4.1 Krajní nouze

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, hlava III. § 28 Krajní nouze, v platném znění

„(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem.

(2) Nejde o krajnou nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet.“

V případě krajní nouze člověk odvrací nebezpečí způsobem, který by za normálních okolností byl považován za protiprávní. Aby bylo možné odvolávat se na krajnou nouzi, je potřeba, aby byly splněny tři předpoklady. V první řadě nebezpečí musí přímo hrozit. V případě, že nebezpečí reálně neexistuje nebo už skončilo, nelze se na krajnou nouzi odvolávat. Dalším předpokladem je, že za daných okolností nebylo možné nebezpečí odvrátit šetrnějšími prostředky. Posledním předpokladem je dodržení přiměřenosti. Výsledek obrany nesmí být stejně závažný nebo závažnější než nebezpečí, které hrozilo. (Mujglock.com, 2015; Krimi-Plzeň, 2019)

V praxi to znamená, že můžete například rozbít okno u auta, protože je velmi teplo, auto stojí na přímém slunci, v autě tudíž bude teplota ještě větší, a v autě je zavřené dítě. V takovém případě hrozí dítěti i smrt, a proto můžete okno rozbít, což normálně nemůžete. Pokud by auto například nebylo zamčené, a šlo tedy situaci vyřešit bez poškození auta, pravděpodobně by se nejednalo o krajnou nouzi. (Armed, 2019; Krimi-Plzeň, 2019)

1.4.2 Nutná obrana

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, hlava III. § 29 Nutná obrana, v platném znění

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

(2) Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.“

Z § 29 vyplývá, že obránce nemusí bránit pouze sebe, ale i někoho jiného. Obránce nemusí čekat, až ho útočník napadne. Lze se bránit i proti hrozícímu útoku. Avšak obránce nesmí záměrně útok vyprovokovat. Obrana může být silnější než útok, a tak

může být útočnickovi způsobena větší škoda, než která hrozila z jeho útoku. I tak ale nesmí být zjevně zcela nepřiměřená. Musí být zachován určitý poměr mezi tím, co obránci hrozilo, a tím, co obránce útočnickovi způsobil. (Mujglock.com, 2015; Krimi-Plzeň, 2019)

Je dobré zmínit, že pokud by došlo k překročení mezí § 28 a § 29, tak trestní zákoník v § 41 písmena g) uvádí, že pokud bude trestní čin spáchán při odvracení útoku nebo nebezpečí, aniž by byly splněny všechny podmínky pro nutnou obranu nebo krajní nouzi, jedná se o polehčující okolnost. (Muj-pravnik.cz, 2019)

1.5 Psychická připravenost

Psychická připravenost na konflikt má pro úspěšnou sebeobranu zásadní význam. Pokud obránce v rozhodující okamžik selže psychicky, tak i přesto že bude ve výborné fyzické kondici a dobře vycvičen k boji, jeho šance na úspěšnou sebeobranu budou zcela mizivé. (Vít et al., 2012) Autoři Černý a Goetz (2004) tvrdí, že úspěšnost v konfliktu je z 80 % závislá na psychice a z 20 % na technice. Jim Wagner přikládá psychice ještě větší váhu. Podle něj je boj z 90 % otázkou psychiky a z 10 % jde o fyzickou záležitost. (Černý a Goetz, 2004)

1.5.1 Stres

„Stres je stav ohrožení homeostázy. Během stresu se aktivuje adaptivní kompenzační specifická odpověď organismu pro udržení homeostázy. Adaptivní odpověď představuje aktivaci specifických centrálních drah, je geneticky programovaná a soustavně modulovaná environmentálními faktory.“ (Václavíková, 2016, s. 16)

Při napadení každý člověk pociťuje nepříjemný pocit, náhlé psychické vypětí. To je způsobeno činností části mozku zvaného amygdala, která má na starosti bezpečí. Tato část mozku v podstatě detekuje možnou hrozbu. Během stresu vyvolaného strachem o svoji bezpečnost dochází k aktivaci sympatického systému, což má za následek zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku. Tím zároveň dochází k centralizaci oběhu, kdy je krev stahována z končetin a distribuována hlavně do životně důležitých orgánů. Také dochází k horšímu prokrvování mozkové kůry, výsledkem čehož je zhoršení uvažování a schopnosti se rozhodovat. Zároveň dochází k posílení limbického systému, který je zodpovědný za emoce, což jen posiluje neschopnost racionální uvažování. (Vít et al., 2012)

Další k čemu při napadení, stresové situaci dochází, je vyplavení adrenalinu a endorfinů. Člověk se díky tomu stává rychlejším, silnějším a odolnějším vůči strachu a bolesti. Na druhou stranu však dochází ke zhoršení sluchu a tunelovému vidění, kdy dochází k omezení periferního vidění. Tím dochází k omezení vnímání okolních podnětů, zhoršení přehledu o celkové situaci, k neschopnosti správně situaci vyhodnotit a správně jednat. (Vít et al., 2012)

1.5.2 Adaptace na stres

Při konfliktu dochází ke stresové reakci, na kterou není člověk zvyklý. Může se proto velmi lehce stát, že člověk, který není na takovou situaci připravený, nebude schopen danou situaci vyřešit. Může dojít i k takzvanému zamrznutí, kdy člověk není schopen se ani pohnout. Častým vystavováním se stejnému stresovému podnětu se dá intenzita prožívání daného podnětu zmírnit. Organismus se postupně na podnět adaptuje a zvýší si tak odolnost proti podnětu intenzivnějším. Celý soubor adaptačních mechanismů se nazývá adaptační syndrom a skládá se tří fází. (Vít et al., 2012)

První fází je poplachová reakce. Při ní dochází k mobilizaci organismu, který se připravuje na boj či útek. Může taktéž dojít k takzvanému zamrznutí. K tomu dochází v okamžiku, kdy je organismus přehlacen podněty nebo situaci vyhodnotí jako neřešitelnou. K této fázi dochází při prvním kontaktu se stresem nebo s intenzivnějším podnětem, než na který je organismus zvyklý. (Andršová, 2012; Vít et al., 2012)

Po této fázi nastává adaptace. Organismus se na stresor adaptuje a lépe ho zvládá. V případě, že je organismus stresoru a adaptaci vystavován opakovaně, snižuje se tím působení stresové zátěže. (Vít et al., 2012)

Poslední fází je destrukce. K té dochází při nadměrné intenzitě a délce působení stresoru za nepříznivých podmínek, kdy jakákoliv opatření a obranné reakce nezvládají potlačit působení stresoru. Dochází tak k selhání organismu, respektive ke smrti. (Andršová, 2012; Vít et al., 2012)

Osoby, které jsou na takovou stresovou situaci adaptovány, jsou mnohem lépe schopny kontrolovat své pocity, emoce, pohyby a způsob jednání během napadení.

1.5.3 Principy sebeobrany

Jeff Cooper popisuje sedm principů, kterými by se měl v sebeobraně člověk řídit. Některé z těchto principů mohou být pro jedince, který žije v civilizované společnosti,

jen těžko pochopitelné, což by v reálné situaci mohlo mít za následek zaváhání ze strany obránce, a to by ho mohlo stát zdravím, či dokonce životem. V rámci psychologické přípravy je dobré být s těmito principy dopředu obeznámen a alespoň v hlavě se připravit na to, co by mohlo nastat. Člověk si tak může uvědomit, kde by mohly být jeho slabiny, a v tréninku na nich pak může zapracovat. (Vít et al., 2012)

1.5.3.1 Ostražitost

Člověk by měl vědět, co se děje v jeho okolí, a všemu, co se mu zdá podezřelé, by měl věnovat zvýšenou pozornost. Člověku by se nemělo stát, že by byl útokem překvapen. (Vít et al., 2012)

1.5.3.2 Rozhodnost

S rozhodností může mít řada lidí problémy. Většina lidí totiž není zvyklá být v situacích, které se dají vyřešit pouze hrubou silou. V situaci, kdy je člověk napaden, však není prostor pro váhání. Není čas přemýšlet nad tím, zda někoho udeřit nebo co udělat. A nezáleží ani tak na tom, co člověk udělá, ale jak rychle to vykoná. (Vít et al., 2012; Pavelka a Stich, 2015)

1.5.3.3 Agresivita

Říká se, že nejlepší obrana je útok. Útočníci většinou útočí na jedince, kteří jim přijdou slabší, popřípadě nečekají, že se budou nějak výrazně bránit. Agresivní jednání ze strany obránce proto útočníka většinou dost zaskočí. (Vít et al., 2012; Pavelka a Stich, 2015)

1.5.3.4 Rychlost

Rychlost je v sebeobraně naprostou samozřejmostí. Útočník, stejně jako s agresivitou, nebude s největší pravděpodobností počítat s rychlou reakcí obránce. Zároveň je nutné konflikt rychle vyřešit. Dokonalý boj skončí dřív, než si útočník vůbec uvědomí, co se vlastně stalo. Pavelka a Stich (2015) uvádí, že „*Ideální sebeobrana řeší konflikt jednou ranou a útekem.*“ (Pavelka a Stich, 2015 s. 33)

1.5.3.5 Rozvážnost

V sebeobraných situacích je důležité neztrácet hlavu. Je dobré svůj vztek kontrolovat. Například jakýkoliv útok holýma rukama na protivníkovu hlavu může způsobit poranění obráncovy ruky. Zatímco strčení prstu do útočnickova oka je bezpečnější a s určitou jistotou lze říci, že i účinnější. Když už je nutné bojovat, je dobré bojovat

efektivně a přesně, avšak stále mít kontrolu nad svým jednáním, aby nedošlo k překročení zákona. (Vít et al. 2012)

1.5.3.6 Nemilosrdnost

Při sebeobraně je nutné přijmout fakt, že útočnickovi způsobíme nějakou bolest, zranění, v krajním případě ho můžeme i zabít. Když útočnicka musíme udeřit, musíme ho udeřit vši silou. Provádět údery bez potřebné razance nemá smysl, protože to agresora s největší pravděpodobností nezastaví. Naopak ho to může vyprovokovat k mnohem razantnějšímu útoku. (Vít et al. 2012)

1.5.3.7 Překvapení

Právní řád České republiky umožňuje se bránit, už když útok přímo hrozí. Není tak nutné čekat, až útočník zaútočí jako první. Ve většině reálných situací bude ale moment překvapení na straně útočnicka, který zaútočí jako první. To však neznamená, že obránce nemůže útočnicka překvapit. To, že obránce udělá to, co agresor čekal ze všeho nejméně, ať už jde o rychlost, s jakou na napadení zareagoval nebo s jakou agresivitou provádí protiútok, může útočnicka vyvést z míry natolik, že nebude schopen pokračovat v útoku. Minimálně ho to však zaskočí, čímž dá obránci čas na útěk nebo na promyšlení dalšího postupu. To, co útočník nejméně očekává, je, že se bude napadený bránit. (Vít et al., 2012; Pavelka a Stich, 2015)

Pavelka a Stich (2015) ve své knize uvádí deset rad, kterými lze jednání a taktiku v sebeobraně situaci shrnout. Tyto rady byly dány dohromady na základě doporučení světových instruktorů sebeobrany.

„Vždy buďte ostražití. Nedoufejte, jinak budete překvapeni. Porazte nepřítele psychicky, fyzická výhra přijde vzápětí. Použijte nejjednodušší techniky. V jednoduchosti je efektivita. Bojujte a přežijete, neskončete a nezemřete. Čím více potu ve výcviku, tím méně krve v boji. Nejednejte podle pravidel – neexistují. Nejlepší obrana je silný útok. Držte svoje emoce pod kontrolou. Překvapte, bojujte, vyhraďte a utečte.“ (Pavelka a Stich, 2015, s. 34)

Při výcviku sebeobrany by měl být kladen důraz také na psychologickou stránku konfliktu. Cvičenec by měl být zapojen do modelových situací, které by co možná nejrealističtěji napodobovaly skutečný útok. Cvičenec díky tomu získá představu o tom, jak takový skutečný konflikt v realu vypadá. Zjistí, jaké jsou jeho přirozené reakce,

v čem má mezery a na co by se měl při výcviku zaměřit. Zároveň tyto modelové situace napomáhají k adaptaci cvičence na stress vyvolaný konfliktní situací. To v reálné situaci přispívá k tomu, že obránce je schopen vnímat mnohem více podnětů kolem sebe a udělat si dobrý přehled o situaci, správně a rychle ji vyhodnotit a co nejefektivněji danou situaci vyřešit. (Vít et al. 2012)

1.6 Fáze konfliktu

Konflikt lze rozdělit na několik fází, a sice na prekonfliktní fázi, fázi konfliktu a postkonfliktní fázi. Každá z těchto fází se dá ještě rozdělit na několik menších částí. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.1 Prekonfliktní, předkonfliktní fáze

Tato fáze se skládá ze dvou částí, klidu a iniciace.

Klid je výchozí fáze, ve které nejste v ohrožení života. V této fázi by se zdravotníci měli vzdělávat v oblasti prevence, psychicky, ale i fyzicky se připravovat na případný konflikt, například nějakým bojovým sportem nebo navštěvovat nějaké kurzy sebeobrany. Tato fáze končí ve chvíli, kdy se objeví určitý stresor, který vede ke konfliktu. (Pavelka a Stich, 2015)

Iniciace, dochází k zahájení konfliktu. Zpravidla ho vyprovokuje útočník buď verbálně, nebo fyzicky. V této fázi je nejdůležitější sebekontrola. Nenechat se zbytečně vyprovokovat. Mohlo by se stát, že zdravotník zaslepený emocemi vybuchne jako první. Stupňování konfliktu může být velice rychlé nebo může trvat i delší dobu, během níž konflikt eskaluje a kolísá. Dochází totiž ke komunikaci s útočníkem, k vyjednávání, hádkám a rozhodováním se apod. (Pavelka a Stich, 2015)

Prekonfliktní fáze je pravděpodobně tou nejdůležitější fází. Při jejím správném zvládnutí totiž nedochází k eskalaci konfliktu a tím k riziku zranění nebo právním následkům. Během této fáze je dobré řídit se několika věcmi.

Preventivní chování, jinak řečeno předcházení konfliktu, nebezpečné situaci. Chovat se tak, aby zdravotník svým jednáním konflikt nevyvolal. V případě zdravotnických záchranářů, kteří přijedou na místo zásahu, kde je pravděpodobné, že by se někdo z lidí na místě mohl chovat agresivně, vůbec na takové místo nevstupovat a zavolat si na pomoc policii. V případě, že se zdravotník nachází společně s agresorem v jedné místnosti, měl by se zdravotník snažit mít vždy volnou alespoň jednu ústupovou cestu.

Neměl by se nechat zahnat do rohu a neměl by se k agresorovi otáčet zády. (Janečková, 2015)

Pozor na zbraně, a to jak ty tradiční (pistole, nože, sekery...), tak ty improvizované (skleněné lahve, tyče, hole...). Je dobré se rozhlédnout po okolí a zhodnotit, zda se v okolí agresora nenachází nějaká zbraň nebo předmět, který by se jako zbraň dal použít.

Naopak si v této fázi může improvizovanou zbraň opatřit zdravotnický pracovník. Dle zákonů České Republiky se zbraní rozumí cokoliv, co činí útok proti člověku důraznější. Jako zbraň proto může posloužit vše, co se nachází v okolí zdravotníka například stetoskop, tonometr, propiska. V případě zdravotnických záchranářů to může být kufr nebo batoh s materiálem. Je dobré si také připravit předmět, který lze hodit do útočnickova zorného pole. Útočník na tento předmět bude muset reagovat ať už úhybem nebo odražením předmětu. To agresorovi alespoň na okamžik znemožní fyzicky útočit a zdravotník tím získá více času na přípravu sebeobrany, popřípadě na útěk z místa. (Pavelka a Stich, 2015)

Psychická stabilita. Zachování chladné hlavy, zvládnutí strachu a nervozity významně přispívá k správnému řešení situace. Je důležité zachovávat chladnou hlavu a nenechat se vyprovokovat. Udržovat si racionální myšlení. (Pavelka a Stich, 2015)

Sebevědomé vystupování. Už jenom to, že obránce neprojeví strach a nervozitu, může útočníka odradit od útoku. Pozor však na přemíru sebevědomí. Mohlo by dojít k podcenění agresora a možných rizik. (Pavelka a Stich, 2015)

Správná komunikace nebo také verbální sebeobrana. Jde o sebeobranu pomocí slov. Správná komunikace může zabránit eskalaci konfliktu, odradit agresora od jeho záměru fyzicky zaútočit, popřípadě získat čas, během kterého vám přijde někdo na pomoc, například policie nebo někdo z kolegů. Správně zvolenými slovy se také může podařit celý konflikt urovnat. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.2 Komunikace s agresivním pacientem

V případě, že se pacient začne chovat vůči zdravotníkovi agresivně, měl by se zdravotník snažit co nejrychleji vhodnou komunikací agresora zklidnit. Cílem této komunikace je zabránit další eskalaci pacientovy agrese a předejít fyzickému střetu.

Je ovšem složité říct, jak s agresivním pacientem jednat, protože každý člověk je jiný a každý reaguje na stejnou věc jinak. Někteří psychologové radí zvolit pro komunikaci klidný profesionální přístup. Například MUDr. Radkin Honzák v takových situacích dává přednost psychoterapeutickému přístupu a po svých četných zkušenostech dává přednost takovému jednání, které agresi tlumí. Pro zdůvodnění takového přístupu argumentuje doktor Honzák tím, že pacienti očekávají agresivní odpověď a v případě, kdy se takové odpovědi nedočkají, jsou zaskočeni, překvapeni a po čase zvolí jiné způsoby komunikace, které jsou přijatelnější. (Linhartová, 2007)

Tento přístup má ale i své odpůrce, kteří namítají, že se tímto přístupem mýjí s energií agresora. Je to jako kdyby zdravotník a pacient komunikovali na odlišných úrovních a tato snaha jednat klidně může u agresora vyvolat ještě větší hněv. Naopak je lepší na agresivní chování zvolit „zrcadlovou reakci“. Je třeba prokázat autoritu a komunikovat s agresivním pacientem stejně, jako on komunikuje se zdravotníkem. Napodobovat agresorova gesta, mimiku, hlas a postupně tyto prvky tlumit. (Linhartová, 2007) Po zvolení zrcadlové reakce se očekává uklidnění agresora. Po zklidnění může zdravotník využít svou proxemickou a haptickou komunikaci, která může být doprovázena větami: „*„tak se, pane Nováku posadíme, tady, klidně, pěkně na tu židli...“ (při tom ho buď přímo vedeme, či bez dotyku naznačujeme směr) a povzbuzujeme - „tak, uklidníme se, zhluboka se nadýchneme a pokusíme se uvolnit, jinak nemůžeme pokračovat a já bych vám nemohl pomoci. Přišel jste přece proto, abych vám pomohl?““* (Linhartová, 2007 s. 68), (Linhartová, 2007; Kelnarová a Matějková, 2014)

Linhartová ve své knize uvádí, že je i možnost, kdy nikdo ze zdravotníků nereaguje na pacientův amok, ale trpělivě vyslechne příčinu. V případě, že se stane chyba na straně zdravotníků, zdravotnického zařízení, je dobré se omluvit a ujistit pacienta, že se pokusíte o nápravu. Prestiži to neuškodí, naopak to dle Linhartové aktivizuje profesionální chování. (Linhartová, 2007)

To jakým způsobem bude zdravotník s agresivním pacientem jednat, záleží na zkušenostech a povahových vlastnostech každého zdravotníka, ale každý by měl zachovávat profesionalitu. Zdravotník by měl hned v prvních chvílích, kdy se u pacienta projeví agrese, pátrat po jejích příčinách. Je dobré zareagovat rychlými otázkami na příčinu negativních emocí. Zdravotník tím získá čas na rozmyšlenou, jak postupovat

dál, a zároveň pacienta překvapí, zklame reakcí, která je jiná, než pacient očekával. (Linhartová, 2007)

Naproti tomu Jacques (2016) uvádí, že ve chvíli, kdy začne být pacient agresivní, je nutné stanovit jasné hranice. Uvědomit pacienta, že mu chcete pomoci, ale takovéto chování nebudete tolerovat. V případě, že se neuklidní a situace se odehrává uvnitř zdravotnického zařízení, vyzvat ho k tomu, aby odešel z ordinace. A pokud tak neučiní, zavolat si na pomoc ochranku. V případě záchranářů policii. (Jacques, 2016)

Existuje pár zásad, pravidel, které je při komunikaci s agresivním pacientem dobré znát a řídit se podle nich. Níže je uvedeno několik takovýchto rad, které ve svých knihách uvádějí Linhartová (2017), Kelnarová a Matějková (2014).

„Nechte pacienta chvíli mluvit, abyste zjistili, čím se dá jeho emoční jednání vysvětlit (omluvit), je to důležité pro volbu způsobu další komunikace. Často se pacient po několika afektovaných větách sám uklidní. Nemluví-li sám, položte mu otázku: „Vidím, že jste rozzlobený. Co se vám přihodilo?“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Dodržujte při jednání bezpečnou vzdálenost od klienta, nenechte ho vstupovat do vaší intimní zóny, může to být pro vás nebezpečné. Chovejte se klidně, pacienta to může také uklidnit.“ (Kelnarová a Matějková, 2014 s. 33)

„Výrazně gestikulujícího pacienta se snažte posadit, vyzvěte ho ke klidnému dýchání. Psychicky se zklidní, i gestikulace bude mírnější.“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Odzbrojujte ho svým nadhledem a klidem.“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Hovořte jasně, stručně, srozumitelně a klidně.“ (Kelnarová a Matějková, 2014 s. 33)

„Nenechte se strhnout ke hrubému chování, nepoužívejte vulgarizmy, vše může být použito proti vám.“ (Kelnarová a Matějková, 2014 s. 33)

„Upozorněte ho na důsledky jeho nevěcného jednání či násilí. V afektu je ovšem každý méně přístupný racionálním argumentům.“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Pokuste se obnovit pacientovu důvěru, vysvětlete, proč navrhuje jednotlivé postupy a jednotlivá opatření, popřípadě jakou učiníte nápravu pro případné nedostatky ve vašem zařízení (třeba proti zpoždování laboratorních výsledků).“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Snažte se pacienta přesvědčit, že ani medicína, ani zdravotnické zařízení, ani lékař nejsou všemocní. Zázraky neumíme.“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Nevzdávejte se přímého očního kontaktu, nezvedejte obočí a nešpulte rty. Sedíte či stůjte klidně a volně, rozčilený je pacient, ne vy!“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Oční kontakt přerušujte při hovoru krátce pohledy na sestru, po místnosti, do papírů, abyste signalizovali vůli ke klidné dohodě.“ (Linhartová, 2007 s. 69)

„Dejte si pozor na svou neverbální komunikaci (nezvedejte obočí, nešpulte rty, nebouchejte pomůckami, nedělejte prudká gesta apod.).“ (Kelnarová a Matějková, 2014 s. 33)

„Pokud se pacient nezklidní, zavolejte na pomoc lékaře, který mu může naordinovat zklidňující lék. Na pomoc můžete zavolat i policii.“ (Kelnarová a Matějková, 2014 s. 33)

1.6.3 Konfliktní fáze

K této fázi dochází v případě, že nedošlo k uklidnění situace v prekonfliktní fázi. (Pavelka a Stich, 2015)

Náchodský (2006) rozlišuje dva způsoby, kterými boj začíná. Jedná o střetný boj a přepad. Přepad dále rozděluje na situační přepad a přepad ze zálohy.

1.6.3.1 Střetný boj

Jedná se o nejjednodušší způsob. Obránce ví, že dojde k útoku, a má čas si připravit obranu, naplánovat svůj postup. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.3.2 Přepad

Jedná se o situaci, kdy obránce nevnímá žádné riziko. Nepředpokládá tedy, že k napadení dojde. Přepad lze rozdělit na dva způsoby, situační přepad a přepad ze zálohy. (Náchodský, 2006)

Při situačním přepadu obránce neví, že k útoku dojde. Agresor si například během rozhovoru svůj útok připravuje a v nečekanou chvíli zaútočí. Obránce tak musí velmi rychle na útok zareagovat. (Pavelka a Stich, 2015)

U přepadu ze zálohy se jedná o zcela nečekaný útok. Útočník v tomto případě napadá oběť buďto zezadu, nebo ze zákrytu. Stejně jako v situačním přepadu je zde důležitá rychlá reakce na napadení. (Náchodský, 2006)

V případě napadení zdravotníků se s největší pravděpodobností bude většinou jednat o střetný boj nebo o situační přeпад.

V ideálním případě by si obránce měl začátek boje přizpůsobit tak, aby mu vyhovoval. Pavelka a Stich (2015) rozlišuje tři druhy obrany z hlediska načasování.

1.6.3.3 Obrana po útoku

V tomto případě obránce čeká, až agresor zaútočí, a po skončení útoku, například úderu pěstí, obránce provede vlastní útok. Je zde ale riziko, že obránce se útoku neubrání a nebude tak schopen vlastní útok provést. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.3.4 Obrana během útoku

Obránce blokuje útok a zároveň s tím udeří útočníka. Útočník tak bude nejspíš otřesen, zaskočen. V této chvíli je dobré převzít iniciativu a pokračovat v obraně, v útoku, tak aby byl útočník zneškodněn a nemohl obránce znovu napadnout. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.3.5 Obrana před útokem

Právní řád České republiky umožňuje bránit se v případě, že útok přímo hrozí nebo trvá. V tomto případě je důležité, že stačí, aby útok přímo hrozil. Obránce proto na útok nečeká, ale zaútočí jako první. Pavelka a Stich (2015) ve své knize obranu před útokem rozdělují na preventivní útok a preemptivní (předjímající) útok. Jako příklad preventivního útoku uvádí situaci, kdy obránce obklopí skupina agresorů chystajících se zaútočit. Obránce si z nich vybere toho, kterého považuje za nejslabšího, zaútočí na něj a následně uniká jeho směrem. Příkladem preemptivního útoku je, když se útočník v bojovém postoji přibližuje k obránci. Obránce vhodí útočnickovi nějaký předmět (batož, bunda, cokoliv je v danou chvíli po ruce) do obličeje a kopne útočníka do rozkroku a následně utíká z místa konfliktu pryč. (Pavelka a Stich, 2015)

Je třeba mít na paměti, že v těchto případech se obránce brání tím, že zaútočí jako první. Jak je psáno výše, zákon to sice umožňuje, musí ale být zcela zjevné, že útok skutečně hrozil a jednalo se tak o okolnosti vylučující protiprávnost činu.

1.6.3.6 Postoj

V okamžiku, kdy se konflikt vyostřuje a hrozí, že agresor zaútočí, měl by obránce okamžitě zaujmout postoj. V postoji jsou nohy od sebe na šíři ramen. Jedna noha je vpředu. To, která noha je vpředu, záleží na tom, jak to obránci vyhovuje nebo jak ho

okolnosti donutí. Je ovšem lepší vnútit útočníkovi váš styl boje než se přizpůsobovat tomu jeho. Kolena jsou mírně pokrčena. Dlaně rukou jsou ve výši ramen. Jedna ruka je mírně natažená, druhá je pokrčená u těla. Dlaně mohou být zaťaté v pěst nebo otevřené. Zaťaté pěsti vzbuzují agresi, zatímco otevřené dlaně, jsou neverbálním gestem, že obránce „nestojí o žádné problémy, nechce konflikt“. To, která ruka je vpředu, záleží na tom, jak má obránce nohy. V případě, že obránce zaujme takzvaně levý postoj, je levá ruka mírně natažená a levá noha vpředu. Pokud zaujme pravý postoj, je vpředu pravá noha a pravá ruka je mírně natažená.

V případě, že obránce zaujme postoj a útočník se přibližuje, je dobré, aby obránce povel stůj dal agresorovi najevo, že si nepřeje, aby se k němu dále přibližoval. Povel by měl být dost hlasitý. V ideálním případě to útočníka překvapí na tolik, že se zastaví, čímž obránce získá čas na vyřešení situace. (Pavelka a Stich, 2015)

Lze také zaujmout skrytý postoj. Při skrytém postoji jsou nohy opět na šíři ramen, jedna noha vpředu. Avšak ruce jsou v pozici neverbálního gesta přemýšlení, přitom jsou připraveny odvrátit hrozící útok. (Pavelka a Stich, 2015)

Pokud útočník pokračuje, neustále zkracuje vzdálenost k obránci, a je tak jisté, že se chystá zaútočit, obránce by neměl na nic čekat a zaútočit jako první. Jak je uvedeno výše, právní řád v určitých případech dovoluje, aby obránce zaútočil jako první. Pokud obránce tak neučiní a agresor zaútočí první, měl by obránce do útočníka takzvaně vstoupit. Jde vlastně o obranu během útoku, jak je popsáno výše. (Pavelka a Stich, 2015)

Po vyřešení útoku, kdy útočník už není schopen útoku, by měl obránce okamžitě utéct do bezpečí. Pavelka a Stich (2015) doporučují uniknout směrem vpřed. Podle nich zkušenosti ukazují, že když obránce couvá, z důvodu že nevidí terén a možné překážky, které mohou být za ním, riskuje pád na zem. Naopak tím, že obránce vyrazí vpřed proti útočníkovi, může obránce využít rychlosti a překvapit protivníka úderem. Jestliže se obránci při fyzickém střetu podařilo útočníka povalit na zem, může se obránci, únikem přes útočníka, v případě, že se útočník zvedá, podařit útočníka opět povalit na zem. Získá tím více času na únik do bezpečí. (Pavelka a Stich, 2015)

Pavelka a Stich, (2015) uvádí šest taktických rad, co by měl zdravotník dělat ve chvíli, kdy má pocit, že se agresor chystá zaútočit.

Zaujmout postoj a udržovat dostatečnou vzdálenost. Mít připravenou zbraň. Udržovat si kolem sebe prostor. Překvapit útočníka tím, že mu zablokujete zrakové vjemy. Zaujmout nejvýhodnější pozici v terénu. Jestliže útok bezprostředně hrozí, zahájit útok situačním přepadem. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.3.7 Citlivá místa

Při sebeobraně se vyplatí znát citlivá místa na těle. Jejich zasažení způsobuje velkou bolest, v některých případech mohou útočníka okamžitě vyřadit z boje. V některých případech však může dojít k závažným zraněním, v krajním případě až ke smrti útočníka. Útočit na některá z těchto míst se někomu může zdát jako nečestné. Ovšem v případě, že na vás někdo zaútočí, bojujete o svůj život, minimálně o své zdraví, a v boji o život je dovoleno vše. V každém případě je třeba pamatovat, že existují zákony, kterými se sebeobrana řídí a podle kterých musí být obrana přiměřená útoku. Může se tak stát, že obránce způsobí útočnickovi zranění, které policie a soud budou považovat za nepřiměřenou sebeobranu a obránce může být potrestán. Kromě znalosti těchto citlivých míst je rovněž důležité vědět, co může úderem na takové místo způsobit. (Pavelka a Stich, 2015)

Dougherty (2010) uvádí, že na těle je několik nervových, tlakových bodů, na které když se zatlačí, způsobí člověku velkou bolest. Nepovažuje však za pravděpodobné, že by během boje byl někdo schopen na tyto body přesně zamířit. Než tedy útočit na tyto body doporučuje útočit na větší plochy na těle. Madsen (2016) považuje za nejdůležitější místa oči, nos, krk/šíji, genitálie, kolena, holeň. Těchto šest míst označuje jako „simple six“. Jako další citlivá místa lze uvést uši, spánky, bradu, klíční kosti, meziklíčková jamka, solar plexus, krátká žebra, břicho, především oblast jater, sleziny, žaludku a močového měchýře. Dále ledviny, spodní část zad, kostrč, zápěstí, prsty na ruce, kotníky, Achillovy šlachy, chodidla, prsty na nohou. (Pavelka a Stich, 2015; Madsen, 2016)

Spánek

Jedná se o velice nebezpečné místo. I malý úder může způsobit otřes mozku, ztrátu vědomí. Při silnějším úderu může dojít až ke smrti. (Pavelka a Stich, 2015)

Uši

V případě úderu klasickou fackou na ucho vzniklý tlak, který pronikne do vnitřního ucha, naruší centrum rovnováhy. Útočník tak může ztratit rovnováhu, pociťovat pocit na zvracení. V případě proražení bubínku ucítí velmi silnou bolest. (Pavelka a Stich, 2015)

Oči

Zasažením dochází k prudké bolesti. Oči začnou slzet a je velmi obtížné, ne-li nemožné, pokračovat v útoku. Dle Pavelky a Sticha (2015) není vypíchnutí očí tak snadné, jak by se mohlo zdát, a to díky přirozenému reflexu mrkání. Madsen souhlasí s tím, že jde o velmi účinnou metodu, je zde ale riziko, že dojde k trvalému poškození zraku. (Pavelka a Stich, 2015; Madsen, 2016)

Nos

Jedná se o velmi citlivé místo. I slabší zásah způsobuje silnou bolest, slzení očí a krvácení. Úder do nosu může způsobit i smrt. (Pavelka a Stich, 2015; Madsen, 2016)

Brada

Při úderu do brady může dojít k otřesu mozku, ztrátě vědomí, skousnutí jazyka. Jsou známy i případy, kdy po silném úderu zespodu došlo ke zlomení vazy. (Pavelka a Stich, 2015)

Krk

Úderem do krku lze útočníka snadno zastavit. Může však dojít ke zlomenině štítné chrupavky, natržení trachey, jícnu a tím ke krvácení nebo i smrti. (Pavelka a Stich, 2015)

Klíční kosti

Klíční kosti se dají i za použití malé síly, hlavně při úderu ze shora dolů spodní stranou pěsti, zlomit. Tím dojde k vyřazení protivníkových rukou z boje. (Pavelka a Stich, 2015)

Meziklíčková jamka

V případě, že se obránci podaří toto místo zasáhnout vpichem prstů nebo nějakým předmětem, například propiskou, dojde k tomu, že útočník začne silně kašlat a slzet. Podobně jako u hrtanu může dojít k zástavě dechu, krvácení až smrti. (Pavelka a Stich, 2015)

Solar plexus

Úder na solar plexus způsobí vyražení dechu. Může dojít ke změně srdečního rytmu, při silnějším úderu až k zástavě srdce. (Pavelka a Stich, 2015)

Žebra

I slabším úderem dochází k vyhnání krve z orgánů, jako jsou játra, plíce a slezina, čímž dochází k pocitu silné bolesti. Při silnějším úderu může dojít ke zlomenině žeber a tím k propíchnutí vnitřních orgánů. (Pavelka a Stich, 2015)

Břicho

Především úder na oblast žaludku, jater a sleziny způsobí ostrou bolest a může dojít až k bezvědomí. Úderem však může dojít k ruptuře těchto orgánů, což může vést až ke smrti. (Pavelka a Stich, 2015)

Genitálie

Jedná se o velmi citlivé místo, kde i slabý úder způsobí velkou bolest. Muži jsou zvyklí si tuto oblast chránit, a tak i když se nepodaří genitál zasáhnout přímo, tak pouhý úder do oblasti kolem něho způsobí alespoň na vteřinu rozhození útočníka. Madsen (2016) tvrdí, že zkušený protivník může úder na genitál velmi snadno vykrýt. Podaří-li se však genitál zasáhnout silně, boj velmi rychle skončí. (Pavelka a Stich, 2015; Madsen, 2016)

Kolena

Kolena jsou nejcitlivější na úder ze strany. Podaří-li se koleno z boku takzvaně proslápnout, boj velmi rychle skončí. Takovéto zranění způsobí útočnickovi velmi silnou bolest, vyřadí mu to celou končetinu z boje a znemožní pronásledování obránce, který tak má možnost utéct. Útočník bude zcela jistě potřebovat operaci, aby mohl znovu

chodit, i tak může mít doživotní následky. Útoky na koleno, česku zepředu mohou být rovněž velmi bolestivé. (Madsen, 2016)

Holenní kost

Kop do holeně je jen těžko bránitelný. I za použití malé síly lze způsobit silnou bolest. Zároveň se tak útočnickovi ztíží možnost pronásledování při útěku. Dle Madsena (2016) je útok na holeň mnohem efektivnější, než si většina lidí myslí. (Madsen, 2016)

1.6.4 Zbraně v sebeobraně

Někteří autoři rozdělují zbraně na smrtící a nesmrtící. Smrtící zbraně se dále rozdělují na střelné a chladné zbraně. Další skupinu tvoří zbraně improvizované. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.4.1 Smrtící zbraně

Střelné zbraně – jedná se o pistole, samopaly, brokovnice, útočné pušky.

Chladné zbraně – do této kategorie patří například nože, teleskopické obušky, boxery, meče a mnoho dalšího.

Smrtící zbraně mohou velmi snadno a velmi vážně protivníka zranit či zabít. Je proto velmi vhodné jejich použití trénovat, aby nedošlo k tomu, že by obránce překročil podmínky nutné obrany kvůli nesprávnému použití zbraně. V případě střelných zbraní je trénink nutný i z důvodu bezpečné manipulace, aby nedošlo ke zranění samotného obránce. (Pavelka a Stich, 2015)

1.6.4.2 Nesmrtící zbraně

Do této skupiny patří elektrické paralyzéry a slzotvorné prostředky.

Naproti tomu nesmrtící zbraně nemají tak destruktivní účinek a možnost způsobení nějakého zranění jejich použitím je zcela minimální. Jejich použití je velmi snadné, a není tedy potřeba jejich použití nějak zvlášť trénovat. I tak je ale dobré si jejich použití předem vyzkoušet. (Pavelka a Stich, 2015) Například při špatné manipulaci s pepřovým sprejem může dojít k zasažení očí samotného obránce. (Nevels, 2017)

Smrtícími nebo nesmrtícími zbraněmi pravděpodobně nebudou vybaveni zdravotníci pracující v nějakém zdravotnickém zařízení, nemocnicích, ústavech atd. Těmito zbraněmi budou nejspíš vybaveni hlavně pracovníci zdravotnických záchranných

služeb. Nemusí jimi disponovat primárně kvůli obraně, například nůž může posloužit na mnoho jiných účelů.

1.6.4.3 *Improvizované zbraně*

Improvizovanou zbraní může být opravdu cokoli, co má obránce zrovna na dosah. Jako pár příkladů lze uvést například klacek, kámen, lahev, hůl a mnoho dalšího. Dají se využít k úderům, házení, bodání. Některé se dají použít jako štít. Například záchranáři mohou takto využít zdravotnický batoh nebo kufr.

1.6.5 *Boj s více útočníky*

Jde o velice nevýhodnou situaci. Jako při boji s jedním útočníkem je nejlepší se boji vyhnout, a pokud je to možné, rychle utéct pryč. V případě, že to možné není, je dobré tuto nevýhodnou pozici dorovnat. Například zaujetím pozice na vyvýšeném místě nebo opatřením si improvizované zbraně. Velmi důležité je nestát tak, aby obránce mohl zároveň napadat každý ze skupiny. Je důležité být neustále v pohybu a vždy být v takové pozici, ve které je možné bojovat jen s jedním z útočníků. I v tomto případě existuje několik taktických rad. (Pavelka a Stich, 2015)

Vyhýbat se místům s omezeným prostorem. Držet si skupinu v takové vzdálenosti, aby nemohla zaútočit. Zaútočit jako první, pokud je zřejmé, že se skupina chystá zaútočit. Jako první zaútočit na nejslabšího člena skupiny, na toho, co to čeká nejmíň. Přes tohoto člena následně uniknout pryč do bezpečí. Nikdy nebojovat s jedním útočníkem příliš dlouho. Využít jednoho z útočníků jako štít, aby ostatní nemohli přes něho útočit. Se dvěma, až třemi útočníky lze bojovat až do konce, záleží na schopnostech obránce. U větších skupin se snažit ostatní odradit od dalšího útoku zastrašováním. Snažit se, aby útočníci zpanikařili. V případě bezvýhodné situace se pokusit získat rukojmího a začít vyjednávat. (Pavelka a Stich, 2015)

1.7 *Postkonfliktní fáze*

Jedná se o časový úsek, který nastává po konfliktní fázi. Tato fáze se dělí na několik období.

Stabilizace – nastává po překonání protivníka. Začínají se řešit následky konfliktu.

Normalizace – v tomto období doznívají následky střetu. Obránce může utrpět fyzickou nebo psychickou újmu, která vyžaduje péči odborníka. V této fázi se obvykle řeší právní následky.

Evaluace a návrat na výchozí úroveň – je dobré se nad vzniklou situací zamyslet a zhodnotit ji. Proč vlastně ke konfliktu došlo? Bylo možné konfliktu předejít? Nešlo postupovat jinak? Toto vyhodnocení by mělo pomoci v řešení případných dalších konfliktů. (Pavelka a Stich, 2015)

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, za jakých okolností nejčastěji k napadení zdravotnických pracovníků dochází.
2. Zjistit, zda mají zdravotničtí pracovníci zkušenost se sebeobranou.
3. Zjistit, zda mají zdravotničtí pracovníci zájem se školit v sebeobraně.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké mají zdravotničtí pracovníci zkušenosti s agresí?

Výzkumná otázka 2: Procházejí zdravotničtí pracovníci kurzy sebeobrany, nebo se jí věnují sami?

Výzkumná otázka 3: Měli by zdravotničtí pracovníci zájem o kurzy sebeobrany?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodický postup

Výzkumná část práce byla prováděna kvalitativní formou pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti byli dotazováni na dobu jejich praxe ve zdravotnictví, zkušenosti s útoky proti nim, jejich zkušenosti se sebeobranou a zájem vzdělávat se v sebeobraně. Respondenti byli obeznámeni s tím, že rozhovory jsou nahrávány. Avšak v rámci zachování anonymity nebude v práci nikde uvedeno jejich jméno a tyto záznamy nebudou nikde uveřejněny, a proto nejsou součástí této práce. Všichni respondenti s tímto souhlasili. Pro lepší přehlednost byly výsledky vloženy do tabulek.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentů, 8 mužů a 3 ženy, kteří v době výzkumu pracovali na ZZS Jihočeského kraje, urgentním příjmu nemocnice Jihlava, urgentním příjmu Fakultní nemocnice Plzeň a na ortopedické ambulanci nemocnice Tábor.

Tabulka č. 1 – charakteristika zdravotnických pracovníků		
Zdravotnický pracovník	Pohlaví	Doba praxe ve zdravotnictví
ZP 1	Muž	3 roky
ZP 2	Muž	6 let
ZP 3	Muž	10 let
ZP 4	Muž	10 let
ZP 5	Muž	15 let
ZP 6	Žena	8 let
ZP 7	Žena	20 let

ZP 8	Muž	4roky
ZP 9	Muž	3 roky
ZP 10	Muž	16 let
ZP 11	Žena	26 let

Zdroj – vlastní výzkum

Délka praxe mezi respondenty byla v rozmezí 3 až 25 let. Nejkratší dobu praxe uvedli respondenti ZP1 a ZP 9, kteří měli v době výzkumu praxi 3 roky. Naopak nejdelší praxi 26 let uvedla respondentka ZP 11.

4 Výsledky

4.1 Zkušenosti s napadením

První část výzkumu byla zaměřena na zkušenosti s napadením, zejména na to, s jakými formami agrese se zdravotníci během své praxe setkali. Dále jsem se snažil zjistit, zda se dá určit, která skupina lidí zdravotníky nejčastěji napadá. A dotazoval jsem se také na způsob jejich obrany proti útoku.

Tabulka č. 2 – zkušenosti s napadením	
ZP 1	Verbální agrese
ZP 2	Verbální agrese, fyzicky napaden dvakrát
ZP 3	Pouze neverbální agrese, fyzicky napaden nikdy nebyl
ZP 4	Pouze slovní agrese za přítomnosti policie
ZP 5	Napaden verbálně, několikrát i fyzicky
ZP 6	Verbální agrese, dvakrát jí bylo vyhrožováno použitím nože
ZP 7	Verbální agrese i fyzická agrese
ZP 8	Verbální agrese, jednou napaden fyzicky
ZP 9	Verbální agrese
ZP 10	Verbální agrese, dvakrát napaden fyzicky
ZP 11	Verbální agrese

Zdroj – vlastní výzkum

Všichni respondenti se za svou praxi setkali s verbální agresí, většinou se jednalo o urážky. ZP 3, ZP 4, ZP 9 a ZP 11 se setkali pouze s touto formou agrese, fyzicky na ně nikdo nezaútočil. ZP 1 uvedl, že byl několikrát blízko k fyzickému napadení, nakonec se ale útočník vždy uklidnil. ZP 2 a ZP 10 byli fyzicky napadeni dvakrát. ZP 5 byl napaden jak verbálně, tak několikrát i fyzicky. ZP 6 se taktéž setkala pouze s verbální agresí. Dvakrát se ale setkala s agresory, kteří vytáhli nůž a hrozili jeho použitím. ZP 8 byl fyzicky napaden jednou. ZP 7 uvedla, že fyzicky byla napadena pouze od lidí, kteří měli sníženou kvalitu vědomí, například lidé po hypoglykémii, epileptickém záchvatu. Podle jejího názoru verbálních útoků za posledních deset let přibylo.

4.1.1 Způsob napadení

Tabulka č. 3 – způsob napadení	
ZP 1	Chycení za bundu, za ruku
ZP 2	Chycení, mávání končetinami, když se pacient bránil ošetření
ZP 3	Verbální agrese, nadávky
ZP 4	Verbální agrese, nadávky
ZP 5	Byl napaden pěstmi, fackami, strkáním
ZP 6	Verbální agrese, dvakrát ji bylo vyhrožováno použitím nože
ZP 7	Chycení za oděv, mávání rukama
ZP 8	Byl udeřen fackou do obličeje
ZP 9	Verbální agrese, nadávky
ZP 10	Verbální agrese, jednou se ho pacient pokusil udeřit helmou, podruhé se ho

	pacient pokusil kousnout do ruky
ZP 11	Verbální agrese, nadávky

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce jsem se snažil zjistit, jakým způsobem byli záchranáři napadeni. ZP 3, ZP 4, ZP 9 a ZP 11 byli napadeni pouze verbálně. Většinou se jednalo o urážky. ZP 1, ZP 2 a ZP 7 byli několikrát chyceni za oděv, když se pacienti bránili ošetření. Dále pak uvádějí, že pacienti různě mávali končetinami. ZP 5 byl napaden pěstmi, fackami a strkáním. ZP 6 uvedla, že ve dvou případech útočníci vytáhli nůž a hrozili jeho použitím. Ani v jednom případě s ním však nezaútočili. ZP 8 byl fyzicky napaden v jednom případě, kdy ho pacient udeřil fackou do obličeje. ZP 10 se jeden pacient pokusil udeřit helmou, která je součástí vybavení sanitního vozu. Ve druhém případě se ho pacient pokusil kousnout do ruky.

4.1.2 Nejčastější agresori

Tabulka č. 4 – jaký typ lidí je nejčastěji napadá	
ZP 1	Intoxikovaní, opilí
ZP 2	Intoxikovaní, opilí
ZP 3	Intoxikovaní, opilí
ZP 4	Intoxikovaní, opilí, občas psychiatričtí pacienti
ZP 5	Intoxikovaní, opilí
ZP 6	Většinou opilí nebo psychiatričtí pacienti
ZP 7	Opilí, pacienti se sníženým stavem vědomí po kolapsovém stavu, příbuzní pacienta

ZP 8	Intoxikovaní, opilí
ZP 9	Intoxikovaní, lidé naštvaní na dlouhé čekání v čekárně
ZP 10	Intoxikovaní, psychiatričtí pacienti, pacienti se sníženým stavem vědomí z metabolické příčiny
ZP 11	Lidé čekající delší dobu v čekárně, příbuzní pacientů

Zdroj – vlastní výzkum

Ve třetí otázce mě zajímalo, jaký typ lidí nejčastěji zdravotníky napadá. Zda se dá od určité skupiny lidí útok předem očekávat. Všichni zdravotníci se shodli na tom, že lidé, kteří je napadají, jsou většinou intoxikovaní a jako zdroj intoxikace nejčastěji uváděli alkohol. ZP 4 uvedl, že kromě opilců se jedná také o psychiatrické pacienty, konkrétně uvedl schizofreniky. ZP 5 uvedl, že útočníky, kteří ho napadli fyzicky, byly vždy mladé opilé ženy. ZP 6 uvedla stejně jako ZP 4, že se nejčastěji jedná o opilé nebo psychiatrické pacienty. V prvním případě, kdy na ni agresor vytáhl nůž, se jednalo o opilého pacienta, ve druhém případě šlo o psychiatrického pacienta. ZP 7 taktéž souhlasí s tím, že skupiny lidí, kteří jsou vůči zdravotníkům agresivní, jsou převážně opilci a psychiatricky léčení lidé. Další skupinou lidí, kteří se chovají agresivně, jsou ti, kteří mají sníženou kvalitu vědomí, například při hypoglykémii, po epileptických záchvatech a podobně. Zároveň ale uvedla, že to moc za agresi, útok proti ní nepovažuje. Je to zkrátka něco, s čím člověk musí při téhle práci počítat. Jako další skupinu, která podle jejího názoru poslední dobou často napadá zdravotníky, označila příbuzné pacientů, kteří jsou zcela při smyslech. S tím souhlasí i ZP 11. Obě zdravotnice se shodují na tom, že člověk, kterému skutečně něco je, není agresivní. ZP 11 také uvedla, že verbálně agresivní jsou lidé, kteří dlouho čekají v čekárně, s čímž souhlasí i ZP 9. ZP 8 uvedl, že agresori, kteří ho verbálně napadají, jsou opilci. Člověk, který ho napadl fyzicky, byl ale psychiatrický pacient, zmatený člověk. ZP 10 uvedl, že se jedná o lidi intoxikované, psychiatrické pacienty a stejně jako ZP 7 i on zmínil pacienty se sníženým stavem vědomí z metabolických příčin.

4.1.3 Způsoby obrany

Tabulka č. 5 – způsob obrany	
ZP 1	Vysmeknutím se a zamezením dalšímu napadení chycením pacientových končetin.
ZP 2	Zamezením pohybu a domluvou
ZP 3	Zachováním klidu, snahou konflikt vyřešit domluvou
ZP 4	Asertivním chováním, zachováním klidu. Ústupem do bezpečného místa
ZP 5	Pokusit se vyřešit konflikt dohodou. Ústupem do bezpečného místa
ZP 6	Ústupem do bezpečného místa
ZP 7	Zamezením pohybu a domluvou
ZP 8	Zamezením pohybu a domluvou
ZP 9	Zachováním klidu a domluvou
ZP 10	Zachováním klidu, helmu vyrazil pacientovi z ruky, ve druhém případě pouze ucukl rukou na stranu, aby ho pacient nepokousal
ZP 11	Zachováním klidu a domluvou

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce mě zajímalo, jakým způsobem se proti agresi bránili. Všichni respondenti odpověděli, že urážky a nadávky ignorují, snaží se zachovat klid a nevnímat si toho. ZP 1, ZP 2, ZP 7 a ZP 8 uvedli, že v případech, kdy došlo k fyzickému napadení, které popisovali, se snažili pacientovi v tomto chování zabránit chycením jeho končetin, společně se slovní dohodou. ZP 3 ZP 4, kteří mají zkušenost jenom s verbální agresi,

uvedli, že pouze zachovali klid. ZP 4 ještě odpověď doplnil, že v jednom případě, když hrozil fyzický útok, ustoupil do bezpečí a zavřel se do sanitky. ZP 5 uvedl, že proti fyzickému útoku se nikdy nebránil. Když k němu došlo, byla na místa policie, takže ustoupil do pozadí a nechal policii, aby útočnicka zpacifikovala. ZP 6 řekla, že v jednom z případů, kdy byl na ni vytažen nůž, se nacházela i s agresorem v sanitce. Ve chvíli, kdy nůž uviděla, vyběhla ze sanitky ven a přivolala si na pomoc PČR. Ve druhém případě se útočník nacházel v bytě a od začátku byla na místě přítomna policie, která útočnicka zpacifikovala. ZP 7 dodala, že v některých případech odstranila z dosahu pacienta předměty, které demoloval nebo které by mohl použít proti nim jako zbraň. ZP 9 urážky ignoroval, v případě že některý s pacientů nebyl spokojen s péčí, snažil se mu vysvětlit, že s tím bohužel nic udělat nemůže. Stejný postup volila i ZP 11. ZP 10 na verbální útoky reaguje s cílem člověka uklidnit. V případě že se mu to nedaří a pacient nepřestává verbálně útočit, přestává na to reagovat. V případě, kdy se ho pacient pokusil udeřit helmou, se mu ji podařilo vyrazit pacientovi z rukou a následně pacienta zpacifikovat. Ve druhém případě, kdy se ho pacient ve chvíli, kdy ho připoutávali na nosítka, pokusil kousnout do ruky, pouze touto rukou ucukl stranou.

4.2 Zkušenost se sebeobranou

Ve druhé části bylo cílem zjistit, zda mají zdravotničtí pracovníci nějaké zkušenosti se sebeobranou.

Tabulka č. 6 – zkušenost se sebeobranou	
ZP 1	Ve škole dva semestry, jednou týdně
ZP 2	Ve škole dvě nebo tři hodiny
ZP 3	V dětství se učil Judo
ZP 4	Žádná zkušenost
ZP 5	V dětství se učil Taekwondo

ZP 6	Žádná zkušenost
ZP 7	Žádná zkušenost
ZP 8	Ve škole jeden semestr, jednou týdně
ZP 9	Ve škole dva semestry, jednou týdně
ZP 10	Dva roky Aikido, čtyři roky karate
ZP 11	Žádná zkušenost

Zdroj – vlastní výzkum

Touto otázkou jsem se snažil zjistit, zda mají respondenti nějaké zkušenosti se sebeobrannou. ZP 1 a ZP 9 uvedli, že během studia měli dva semestry jednou týdně hodinu sebeobrany, kterou vedl příslušník policie. Výuka zahrnovala jak teorii, tak nácviky jednotlivých technik. ZP 8 měl sebeobranu také jednou týdně, ale pouze jeden semestr. Struktura výuky byla stejná jako u ZP 1 a ZP 9. Taktéž ZP 2 měl sebeobranu na škole. V jeho případě se ale jednalo pouze o dvě nebo tři hodiny, z nichž většinu zabrala pouze teorie. ZP 3 docházel v dětství rok na hodiny Judo. ZP 5 se taktéž v dětství učil Taekwondo po dobu 6 let. ZP 10 se před šestnácti lety dva roky učil Aikido, potom čtyři roky Karate. ZP 4, ZP 6 a ZP 11 nemají se sebeobrannou, ani s žádným bojovým sportem žádné zkušenosti.

4.3 Zájem o kurzy sebeobrany

Zde byla kladena otázka, zda by měli zdravotníci zájem o kurzy sebeobrany, co by mělo být náplní těchto kurzů a jak často by se kurzy měly konat.

Tabulka č. 7 – zájem o kurzy sebeobrany	
ZP 1	Zájem o kurz by měl
ZP 2	Zájem o kurz by měl

ZP 3	Zájem o kurz by měl
ZP 4	Zájem o kurz by měl
ZP 5	Zájem o kurz by měl
ZP 6	Zájem o kurz by měla
ZP 7	Zájem o kurz by měla
ZP 8	Zájem o kurz by měl
ZP 9	Zájem o kurz by měl
ZP 10	Zájem o kurz nemá
ZP 11	Zájem o kurz nemá

Zdroj – vlastní výzkum

V této otázce mě zajímalo, zda mají zdravotníci zájem se v sebeobraně vzdělávat a zda by tedy měli o nějaký sebeobraný kurz zájem. Všichni respondenti kromě ZP 10 a ZP 11 na otázku odpověděli kladně. Důvody, proč ZP10 nemá o kurz zájem, jsou takové, že by se musel sebeobranu učit alespoň půl roku, než by byl schopen použít něco z kurzu v reálné situaci. Hlavním důvodem je však to, že by byl ochoten na kurz docházet ve svém volném čase, avšak pouze dopoledne. Nicméně je však přesvědčen že v tuto denní dobu kurz nikdo pořádat nebude. ZP 11 uvedla, že v tomhle věku už o nic takového zájem nemá. Vzhledem k tomu, že ZP 11 neprojevila o kurz zájem, následující otázky jsem jí již nepokládal.

4.3.1 Zaměření sebeobránného kurzu

Tabulka č. 8 – zaměření sebeobránného kurzu	
ZP 1	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 2	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 3	Psychologie, nácvik sebeobránných technik, právní informovanost
ZP 4	Psychologie, především nácvik sebeobránných technik
ZP 5	Především nácvik sebeobránných technik
ZP 6	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 7	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 8	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 9	Především psychologie, nácvik pouze několika sebeobránných technik
ZP 10	Psychologie, nácvik sebeobránných technik
ZP 11	_____

Zdroj – vlastní výzkum

Touto otázkou jsem se snažil zjistit, co by zdravotníci od kurzu očekávali. Všichni zdravotníci se shodli na tom, že by uvítali jak psychologii, aby na fyzický střet vůbec nedošlo, tak i fyzická cvičení jak se bránit, kdyby se konfliktu nepodařilo zabránit. Psychologií je v tomto případě myšlena, správná komunikace s agresivním člověkem. V praktickém cvičení by uvítali především nácvik měkkých technik, jako například různé páky, aby bylo riziko zranění útočníka co nejmenší. Rozdílné byly názory na to, čemu by se měla věnovat větší pozornost. ZP 1, ZP 2, ZP 3, ZP 6, ZP 7, ZP 8 a ZP 10 shodně

uvedli, že psychologii a nácviku sebeobránných technik by se v kurzu měla věnovat stejná pozornost. Podle ZP 1 by bylo dobré, kdyby se kurz zaměřil také na sebeobranu uvnitř sanitního vozu. ZP 4 a ZP 5 jsou toho názoru, že komunikovat oni i jejich kolegové dokážou dobře. Z toho důvodu by se kurz měl zaměřit především na nácvik sebeobránných technik. Názor, že komunikaci zdravotníci zvládají dobře, sdílela i ZP 7. ZP 5 by uvítal, kdyby se v kurzu cvičila obrana i za pomoci předmětů, se kterými běžně pracuje. Jako příklad uvedl kufr a schodolez. Zcela opačný názor měl ZP 9, který by uvítal větší důraz na psychologii, předcházení konfliktu a jen pár sebeobránných technik. Dle jeho názoru zdravotník není od toho, aby se s někým pral. Proto by se měl především snažit se konfliktu vyhnout.

4.3.2 *Jak často by byli ochotni se tréninku sebeobrány věnovat*

Tabulka č. 9 – jak často by byli ochotni se tréninku věnovat	
ZP 1	Dvoudenní kurz jednou za půl roku
ZP 2	Jednou měsíčně dvě hodiny
ZP 3	Dvoudenní kurz jednou za rok
ZP 4	Dvoudenní kurz jednou za rok
ZP 5	Dvoudenní kurz jednou za půl roku
ZP 6	Jednorázový kurz, který by se po nějaké době zopakoval
ZP 7	Jednorázový kurz
ZP 8	Jednou týdně dvě hodiny po dobu dvou měsíců
ZP 9	Jednou za měsíc trénink sebeobránných technik
ZP 10	Jednou, dvakrát týdně po dobu půl roku

ZP 11	
-------	--

Zdroj – vlastní výzkum

Aby měl obránce co největší šanci se útoku ubránit, je potřeba sebeobranu neustále trénovat. Z toho důvodu jsem se zdravotnických pracovníků zeptal, jak často by se tréninku sebeobrany chtěli věnovat. ZP 1 a ZP 5 shodně uvedli, že podle jejich názoru by bylo ideální, kdyby se kurz opakoval vždy po půl roce. ZP 1 řekl, že by se mělo jednat o jednodenní nebo dvoudenní kurz. Podle ZP 5 by se mělo jednat o dvoudenní kurz. ZP 3 a ZP 4 taktéž souhlasí s tím, že by se mělo jednat o dvoudenní kurzy, avšak jednou za rok. ZP 6 uvedla, že by se mělo jednat o jednorázový kurz, který by se ale po nějaké době mohl zopakovat. ZP9 by byl ochoten jednou měsíčně trénovat sebeobranné techniky. ZP 8 by si představoval trénovat jednou týdně dvě hodiny po dobu dvou měsíců. ZP 2 by byl ochoten trénovat jednou měsíčně dvě hodiny. ZP 7 řekla, že by bylo dobré dvakrát, třikrát si něco vyzkoušet. Nedovede si představit, že by je někdo trénoval pravidelně. Pokud by ale byla taková možnost, byla by ochotná trénovat pravidelně. ZP 10 by byl ochoten, v případě že by se kurz konal v době, kdy mu to vyhovuje, sebeobranu cvičit jednou, dvakrát týdně, půl roku.

5 Diskuze

Bakalářská práce Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky měla za cíl zmapovat, zda a jakým způsobem jsou zdravotničtí pracovníci napadáni, jakou mají znalost sebeobrany a zda mají zájem se v této oblasti vzdělávat.

Sebeobrana je interdisciplinární komplex zahrnující právo, psychologii a pohybové techniky. Teoretická část této práce je proto věnována těmto aspektům, které do značné míry ovlivňují výsledek konfliktu. (Náchodský, 2006), (Pavelka, Stich 2015)

Ve výzkumné části jsem se snažil zmapovat, jaké zkušenosti mají zdravotničtí pracovníci s napadením, agresí vůči nim, dále jejich znalost sebeobrany a zájem se v této problematice vzdělávat. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru s jedenácti zdravotnickými pracovníky, kteří v době výzkumu pracovali na záchranné službě, urgentním příjmu, ortopedické ambulanci a jejichž praxe ve zdravotnictví se pohybovala v rozmezí dvou až dvaceti šesti let.

První otázka se zabývala tím, zda se zdravotníci během své praxe setkali s agresivním chováním vůči nim a o jaký druh agrese se jednalo. Zda šlo o agresi verbální, pod kterou si lze představit, jak píše Andršová (2012) nadávky, sarkasmus, ironii, pomluvy a vulgarizmy, nebo se jednalo o agresi fyzickou, tedy o údery, kopy a strkání. Z rozhovorů vyplynulo, že s verbální agresí se za svou praxi setkali všichni dotazovaní zdravotníci. Ve většině případů se jedná o nadávky. Ve dvou případech, které uvedla ZP 6, kdy agresor byl ozbrojen nožem, se jednalo o příslib použití násilí, což je podle Pindeše (2012) také jedna z forem agrese. S fyzickou agresí se setkalo pět respondentů a to jen v několika případech. ZP 2 uvedl, že se jednalo o mávání končetinami a chycení za oděv. Stejným způsobem byla napadena i ZP 7. ZP 8 byl útočníkem udeřen fackou do obličeje. ZP 5 uvedl, že byl napaden strkáním, fackami a pěstmi. ZP 10 se pacient pokusil udeřit helmou, která je součástí sanitního vozu. Ve druhém případě se ho pacient pokusil kousnout do ruky. Na otázku, jak se proti agresí brání, z rozhovorů vyplynulo, že v případě verbální agrese si toho buď nevšímají, nebo se snaží vhodnou komunikací agresora uklidnit. V případě fyzických útoků ZP 2, ZP 7 a ZP8 se bránili tím, že útočnickovi chytili končetiny, aby mu tak zabránili v dalším útoku, a komunikací se mu snažili další útok rozmluvit. ZP 5 uvedl, že vždy, kdy byl napaden fyzicky, byla na místě přítomna policie. Jeho reakce tedy byla taková, že se nijak nebránil. Ustoupil a nechal policii dělat její práci. Až po tom, co byla útočnice policií zpacifikována,

pokračoval v ošetřování. Jeden z případů, který uvedla ZP6, kdy ji bylo vyhrožováno použitím nože proti ní, se odehrál uvnitř sanitního vozu. Záchranářka zareagovala tak, že okamžitě ze sanitního vozu společně s řidičem utekla. Následně agresora uvnitř vozu zamkli, aby je nemohl napadnout, a zavolali si na pomoc policii, která agresora zpacifikovala. Ve druhém případě byla policie na místě od začátku, zdravotníci proto nechali policii napřed agresora zpacifikovat, a až když nebezpečí pominulo, vstoupili na místo i zdravotníci. ZP 10 v situaci, kdy byl napaden helmou, se mu ji podařilo útočnickovi vyrazit z ruky a následně za pomoci policie pacienta zpacifikovat.

Domnívám se, že hlavní důvod, proč se respondenti s fyzickou agresí setkali jen v několika případech nebo se s ní neseťkali vůbec, je ten, že se snaží konfliktu hlavně předcházet. V případě, že někdo začne být agresivní, snaží se konflikt co nejrychleji urovnat. Pokud se to z nějakého důvodu nedaří a hrozí, že je agresor fyzicky napadne, místo, kde se agresor nachází, opouští a volají si na pomoc policii. ZP 4 uvedl, že v jednom v případě, kdy hrozilo, že je útočník napadne fyzicky, se společně se záchranářem zamknuli uvnitř sanitního vozu a přivolali si na pomoc policii. Podobným způsobem postupovala i ZP 6 v případech, které jsou popsány výše. Někteří respondenti uvedli, že oni nejsou od toho, aby se s někým prali, od toho je policie. Pět dotazovaných uvedlo, že se obávají možných postihů v případě, že by v sebeobraně někomu způsobili zranění.

Tyto postupy, kdy se zdravotníci snaží ukončit konflikt už během prekonfliktní fáze, považují za velmi správné. I autoři Janečková (2015) a Pavelka (2015) uvádějí, že je mnohem lepší konfliktu předcházet a nenechat se zbytečně vyprovokovat. Minimalizuje se tím riziko zranění všech zúčastněných a i riziko jakýchkoliv postihů právních i kázeňských od zaměstnavatele. Myslím si, že i respondenti, kteří to v rozhovoru nezmínili, se těchto postihů obávají taktéž. Stejně tak i sdílejí názor, že oni nejsou ti, kteří by se měli s útočníkem prát, snažit se ho nějak zpacifikovat.

Další otázka se týkala toho, jaký typ lidí zdravotníky napadá. Zda lze u nějaké skupiny předem předpokládat agresivní chování. Kromě ZP 11 všichni dotazovaní uvedli, že se jedná o intoxikované jedince, popřípadě o lidi s psychiatrickým onemocněním. ZP 9 a ZP 10 uvedli, že agresivní jsou i pacienti, kteří jsou nespokojeni s dlouhou čekací dobou před ošetřením. ZP 10 uvedla, že agresivní nejsou často pacienti, ale jejich příbuzní. S tím souhlasí i ZP 7, která uvedla, že ji agrese ze strany příbuzných přijde

v poslední době jako stále častější. Remeš (2013) ve své knize jako příčinu agresivního chování uvádí hypoglykémii, hypoxii mozku, postižení nervové soustavy. Tyto příčiny agrese uvedli i ZP 7 a ZP 10.

To, že se agresivně chovají hlavně lidé pod vlivem alkoholu nebo drog, zjistili ve svých bakalářských pracích i Čáp (2018), Panoušek (2017) a Krbek (2012). Potvrzuje to i Haškovcová (2004), která ve své knize uvádí, že násilí lze především očekávat od lidí z určitých rizikových skupin, jako jsou alkoholici, psychicky alternovaní a drogově závislí. Typy lidí, které respondenti ve výzkumu uvedli jako ty, kteří se chovají agresivně, mě nijak nepřekvapuje. Domnívám se, že každý zdravotník si je vědom toho, že od lidí, kteří jsou intoxikovaní nebo psychiatričtí, lze očekávat agresivní chování. Stejně tak i od lidí, jak uvedli ZP 9 a ZP 11, kteří čekají na vyšetření delší dobu. Popřípadě od pacientových příbuzných, kteří se o svého blízkého bojí.

Další věc, která mě zajímala, byla, zda mají zdravotníci nějaké zkušenosti s tréninkem sebeobrany nebo bojového sportu. Zda při studiu, popřípadě v zaměstnání, prošli nějakým kurzem sebeobrany nebo se v sebeobraně cvičí ve svém volném čase. Čtyři respondenti, konkrétně ZP 4, ZP 6, ZP 7, ZP 11, uvedli, že s ničím takovým nemají žádnou zkušenost. ZP 3 a ZP 5 uvedli, že v dětství trénovali bojové umění. ZP 3 se rok věnoval Judu, ZP 5 se šest let učil Taekwondo. ZP 10 dva roky trénoval Aikido a čtyři roky Karate, nicméně od toho uplynulo již šestnáct let. ZP 1, ZP 2, ZP 8 a ZP 9 uvedli, že na škole sebeobranu měli. Těchto respondentů jsem se zeptal, kolik času bylo sebeobraně věnováno. ZP 2 uvedl, že se jednalo o dvě nebo tři hodiny. Většinu času se ale věnovali teorii, na praktické cvičení zbylo jen velmi málo času. U svého minulého zaměstnavatele měl možnost se kurzu zúčastnit, ale této možnosti nevyužil. Jako důvod, proč této možnosti nevyužil, uvedl, že zaměstnavatel sice domluvil instruktory, kteří by kurz vedli, ale domluva s instruktory a organizace toho, kde a kdy kurz proběhne a kolik se ho zúčastní lidí, byla už na zdravotnicích. Z důvodu, že on ani nikdo z jeho kolegů nic takového organizovat nechtěl, žádný kurz neproběhl. ZP 8 uvedl, že sebeobranu měl jeden semestr, jednou týdně, jednu hodinu. ZP 1 a ZP 9 měli sebeobranu po dobu dvou semestrů, taktéž jednu hodinu jednou týdně.

Podle názoru ZP 1 je dobře, že se sebeobrana na škole vyučovala. Zdravotník by s touto problematikou měl být obeznámen. S tímto názorem zcela souhlasím. Zvláště pak zdravotničtí záchranáři, kteří často vstupují na neznámá místa, kde může k útoku dojít,

by měli být se sebeobranou seznámeni a alespoň nějaké sebeobránné techniky by podle mého názoru měli ovládat.

V poslední části výzkumu jsem chtěl zjistit, zda by měli zdravotníci zájem o kurzy sebeobrany. Dále pak na co by se měl kurz zaměřit a jak často by se tréninku sebeobrany věnovali.

Nejprve mě tedy zajímalo, zda by měli zdravotníci vůbec o kurz zájem. ZP 11 řekla, že v jejím věku už o nic takového zájem nemá. ZP 10 také odpověděl, že o kurz zájem nemá a to ze dvou důvodů. Jako první důvod uvedl, že by trvalo alespoň půl roku tréninku, než by byl schopen něco z toho využít v praxi. Avšak hlavní důvod, proč nemá o kurz zájem, je takový, že by se sice kurzu byl ochoten zúčastnit ve svém volném čase, ovšem pouze dopoledne. Je ovšem přesvědčen o tom, že v tuto denní dobu kurz nikdo pořádat nebude, a v jinou denní dobu o kurz zájem nemá, protože se věnuje jiným zájmům. Pokud by ale kurz probíhal v této době, zájem by měl. Všichni ostatní respondenti opověděli, že v případě, kdy by jim bylo nabídnuto se sebeobránného kurzu zúčastnit, měli by o to zájem. Vzhledem k tomu, že respondenti uvedli, že verbální agrese je nechává klidnými a s fyzickou agresí se setkali jen v několika málo případech, někteří se s ní nesetkali vůbec, byl jsem tímto zájmem překvapen.

Respondentů, kromě ZP 11, která o kurz neprojevila zájem, jsem se zeptal, na co by se měl kurz zaměřit. Zda by se mělo jednat pouze o nácvik různých chvatů, nebo zda by uvítali, aby se v kurzu také učili jak zvládat prekonfliktní situace, tedy jak komunikovat s agresivním člověkem. Šest respondentů odpovědělo, že by kurz měl obsahovat obojí. Tedy jak teorii, tak praktický trénink sebeobránných technik. Dva respondenti ZP 4 a ZP 5 uvedli, že by v kurzu měly být obě části, ale více času by se mělo věnovat fyzickému tréninku. Podle jejich názoru vědí jak s pacientem komunikovat a stejně tak to vědí i jejich kolegové. Proto by se v kurzu měla pozornost věnovat především praktickým cvičením. ZP 9 byl opačného názoru. Podle něj by se kurz měl věnovat hlavně prekonfliktní fázi, tedy tomu, jak fyzickému střetu předejít. V praktickém cvičení by se mělo jednat pouze o nácvik několika technik toho jak útok vykrýt a utéct pryč. Respondent uvedl, že mu přijde zvláštní, aby se zdravotník s někým pral, popřípadě ho dokonce pacifikoval na zemi. Podle názoru ZP 3 by bylo také dobré věnovat se právním aspektům sebeobrany.

Několik dotazovaných řeklo, že v případě praktických nácviků by se mělo jednat hlavně o takzvaně měkké techniky než o údery a kopy. Ostatní respondenti toto nijak nspecifikovali. Domnívám se, že je zájem převážně o měkké techniky způsoben především kvůli strachu z možných postihů, kdyby došlo ke zranění útočníka. Při použití měkkých technik je riziko zranění útočníka menší než při použití úderů a kopů.

Nejspecifičtější požadavky na to, co by se v kurzu mělo objevit, měli ZP 1 a ZP 5. Podle názoru ZP 1 by bylo dobré, kdyby se kurz věnoval, mimo jiné, sebeobraně uvnitř sanitního vozu. ZP 5 by uvítal, kdyby se v kurzu učil sebeobraně za pomoci předmětů, které má při práci u sebe. Jako příklad uvedl zdravotnický kufr a schodolez.

Požadavky obou respondentů považuji za velmi dobré nápady. V případě, že se konflikt bude odehrávat uvnitř sanitního vozu, jedná se o specifické prostředí. V sanitce je totiž poměrně stísněný prostor, a proto některé techniky, které je možné aplikovat v otevřeném prostoru, mohou být v sanitce zcela neproveditelné. Stejně tak využití předmětů k sebeobraně poskytuje výhody, které jsou popsány v teoretické části. Považuji za velmi vhodné trénovat sebeobraně techniky s předměty, které mají zdravotníci běžně k dispozici, a v prostředí, ve kterém běžně pracují. Ordinace, čekárny nebo v případě zdravotnických záchranářů uvnitř sanitního vozu. Zdravotník si tak může vytvořit strategii, jak v určitých případech postupovat. Například čím si může udržet od útočníka vzdálenost nebo kudy bude z místa konfliktu utíkat. Rovněž souhlasím s tím, že by se zdravotník měl seznámit s psychologií konfliktu, správnou komunikací s agresorem a s právními aspekty sebeobrany. Například při neznalosti právních aspektů se v sebeobraně může zdravotník dopustit porušení zákonů a být trestně stíhán.

Poslední, na co jsem se zdravotníků ptal, bylo, jak často by se tréninku sebeobrany byli ochotni věnovat. Nejvíce času by byl ochoten kurzu věnovat ZP 10, který by byl ochoten trénovat jednou, dvakrát týdně půl roku, avšak za předpokladu, že by se kurz konal v čase, který mu vyhovuje. ZP 2 řekl, že by si představoval trénink jednou měsíčně dvě hodiny. ZP 9 taktéž uvedl jednou měsíčně, čas ale neupřesnil. ZP 1 a ZP 5 by si představovali dvoudenní kurz jednou za půl roku. ZP 1 je toho názoru, že by se tak na kurzu mohly rozebrat reálné případy, které se během toho půl roku staly. Podobného názoru byli i ZP 3 a ZP 4. Ti by si taktéž představovali dvoudenní kurz, avšak jednou ročně. ZP 6 řekla, že by si představovala jednorázový kurz, který by se po nějaké době

mohl zopakovat. Po jaké době ale neuvedla. Podobně se vyjádřil i ZP 8. Ten by si představoval jednorázový kurz, který by trval dva měsíce, jednou týdně, dvě hodiny. ZP 7 řekla, že si nedovede představit, že by je někdo trénoval pravidelně, takže si myslí, že by stačilo, kdyby si něco dvakrát, třikrát vyzkoušeli. Kdyby ale byla možnost sebeobranu trénovat pravidelně, nebránila by se tomu.

Podle mého názoru má-li mít obránce co největší šanci se útoku ubránit, je potřeba obranu pravidelně trénovat. Proto si nemyslím, že je vhodné, aby byl sebeobranný kurz pouze jednorázovou záležitostí. Nikdo z respondentů se však v době rozhovorů sebeobraně nebo bojovým sportům nevěnoval a většina z dotázaných neprojevila zájem věnovat se sebeobraně v krátkých časových intervalech, tak jako například ZP 2 nebo ZP 10. Na základě odpovědí respondentů se proto domnívám, že by bylo nejlepší, aby se kurz pořádal jednou za půl roku po dobu dvou dnů, tak jak uvedli ZP 1 a ZP 5. I když se jedná o poměrně dlouhou časovou prodlevu, tak by přeci jen docházelo k opakování a udržování si získaných dovedností.

6 Praktická cvičení

Jak je uvedeno výše, považuji za vhodné, aby zdravotníci byli se sebeobrannou seznámeni. Obzvláště pak ti, kteří pracují na rizikových pracovištích, která uvádí Haškovcová (2004) a Andršová (2012). Níže je uvedeno několik sebeobranných technik, které by dle mého názoru mohli zdravotničtí pracovníci využít.

6.1 Základní postoj

V případě, kdy člověku hrozí, že bude napaden a má možnost se na útok připravit, měl by zaujmout tzv. základní postoj. Tento postoj dává obránci dobrou stabilitu, umožňuje mu rychle a snadno se pohybovat a zároveň dobře vykrývat údery.

V základním postoji jsou nohy mírně od sebe, na šíři ramen. Jedna noha je mírně vpředu, druhá je mírně vzadu. To, která noha je vpředu, záleží na tom, jak to vyhovuje obránci. V případě, kdy je levá noha vpředu, se jedná o takzvaně levý postoj. Když je vpředu pravá noha, jedná se o pravý postoj. Pozice nohou zároveň určuje pozici rukou viz dále. Každému člověku vyhovuje jiný postoj, který pak upřednostňuje. V reálných situacích však může dojít k tomu, že obránce bude nucen zaujmout postoj, který mu vyhovuje méně nebo ho bude muset během boje několikrát měnit. Je proto dobré, aby obránce zvládal jak levý, tak i pravý postoj.

Kolena jsou mírně pokrčená. Je důležité, aby kolena byla rovně, směrem dopředu a nebyla vytočená do strany. V případě, kdy bude koleno vytočeno do strany, hrozí, že ho útočník tzv. prokopne, čímž mu způsobí vážné a velmi bolestivé zranění a vyřadí tak obránce z boje.

Tělo je v rovině. Obránce se nijak nepředklání, ani nezaklání.

Ruce jsou zvednuté na úroveň ramen. Jedna ruka je u těla, druhá je vpředu mírně pokrčená v lokti. To, která ruka je vpředu a která vzadu, záleží na tom, jak má obránce nohy. V případě, že obránce zaujímá levý postoj, je levá ruka vpředu. Když zaujímá pravý postoj, ve kterém je vpředu pravá noha, dává dopředu pravou ruku.

Dlaně jsou buď zaťaté v pěst, nebo jsou otevřené. Ruce v pěst značí agresi, kdežto otevřenými dlaněmi dává člověk najevo, že není ozbrojený a chce konflikt vyřešit po dobrém. I přesto ale lze v případě nutnosti otevřenou dlaní protivníka udeřit a bolestivě

zasáhnout. Z tohoto důvodu si myslím, že je pro zdravotnické pracovníky lepší učit se postoj s otevřenými dlaněmi.

Na obrázcích 1 a 2 je vidět levý základní postoj s otevřenými dlaněmi.



Obrázek 1 – základní postoj



Obrázek 2 – Základní postoj

6.2 *Reakce na chycení za ruku*

Pokud útočník chytí zdravotníka za ruku, obrázek 3 a 4, udeří obránce svojí volnou rukou útočníka do předloktí, obrázek 5. Zároveň s úderem obránce přitáhne druhou ruku, kterou drží útočník, k sobě. Je důležité do tohoto pohybu zapojit ramena. Tedy rameno ruky, která provádí úder, jde společně s touto rukou dopředu a rameno druhé ruky jde dozadu. Díky tomu, že ruka, kterou útočník drží, jde proti směru úderu, stává se úder razantnější. Tím by se měl obránce útočnickovi vysmeknout, obrázek 6. Poté je dobré poodstoupit, zaujmout základní postoj a pokusit se situaci uklidnit. Zároveň se připravit na boj, kdyby se situaci uklidnit nepovedlo.



Obrázek 3 – Chycení za ruku



Obrázek 4 – Příprava na úder



Obrázek 5 – Úder do útočnickovy ruky



Obrázek 6 – Odražení útočnickovy ruky

6.3 Chycení za oděv

Když útočník chytí obránce za oděv, je potřeba tuto ruku zafixovat u těla. V případě, že útočník uchopí obránce za oděv oběma rukama tak, jak je na obrázku 7, může si obránce vybrat, kterou ruku bude fixovat, tak jak mu to více vyhovuje nebo jak to dovolují podmínky. Ruka se zafixuje u těla palcovou hranou ruky, obrázek 8. Zároveň se zafixováním uchopí obránce svou druhou rukou útočníka ze spodu za loket ruky, která je zafixována. Před uchopením lokte je možné útočníka ještě udeřit do rozkroku, což by mělo útočníka takzvaně navolnit. Tím se docílí toho, že se útočník jakoby uvolní, nebude mít takový svalový tonus, což obránci usnadní práci s jeho tělem. Potom co je útočnickova ruka zafixována a uchopena ze spodu za loket, obránce přitáhne útočnickův loket ke svému protilehlému boku, obrázek 9. Následkem toho se útočnickova ruka ohne a útočník se předkloní. Díky tomu může obránce ruku, kterou předtím útočníka zafixoval, protáhnout za útočnickovou hlavou, obrázek 10, a uchopit ho za obličej, obrázek 11. Poté už stačí jenom touto rukou trhnout k sobě, obrázek 12, zatímco druhou rukou zvednete útočnickův loket nahoru. Následkem toho útočník padne na zem pod nohy obránce, obrázek 13. Pak má obránce možnost utéct nebo útočníka do příjezdu policie zakleknout.



Obrázek 7 – Chycení za oděv



Obrázek 8 – Zafixování ruky, chycení za loket



Obrázek 9 – Přitažení protivníkovy ruky



Obrázek 10 – Protažení druhé ruky za zátylkem



Obrázek 11 – Chycení za obličej



Obrázek 12 – Rotace útočnickovy hlavy



Obrázek 13 – Zakleknutí útočnicka

6.4 Reakce na strkání

Pokud se útočník z ničeho nic rozhodl zdravotníka odstrčit tak jako na obrázku 14, měl by se zdravotník, pokud mu to prostor kolem něj dovoluje, tomuto tlaku podrobit a ustoupit tak od útočnicka, obrázek 15. Obránce tak získá čas zaujmout základní postoj a připravit se na možný útok. Zároveň to útočnickovi znemožní zdravotníka rychle udeřit, protože tím vznikne rozestup mezi ním a obráncem, kdy útočník na obránce nedosáhne. V případě, že útočník po odstrčení jde směrem k obránci, chce pokračovat v útoku, může se ho obránce pokusit zastavit hlasitým zvoláním stůj, zastav nebo něčeho podobného. Útočníka to může od jeho dalšího útoku odradit, nebo ho alespoň na chvíli vyvést z míry, čímž obránce získá další čas na přípravu. Zároveň tím obránce na sebe upozorní a může mu tak někdo přijít na pomoc. Pokud to útočníka nezastaví a stále bude zkracovat vzdálenost mezi ním a zdravotníkem, tak ve chvíli, kdy se pokusí znovu do obránce strčit, obránce vychýlí spodní hranou předloktí své přední ruky útočnickovi ruce. Dorzální strana předloktí směřuje k útočnickovi, plantární strana směřuje k obránci. Obránce si tím chrání nervy a cévy, které prochází spodní stranou zápěstí, což je

důležité zvláště při boji s nožem nebo jinými ostrými předměty. Zároveň s vychýlením obránce trochu pootočí rameny směrem, kterým vychyluje útočnickovi ruce. Tímto pootočením společně s chýlením dosáhne obránce toho, že zmizí z útočnickovy osy, jak je vidět na obrázcích 16, 17 a 18. Následně obránce vykračuje dopředu, aby se dostal vedle, lépe však za útočníka. Zároveň s tím udeří druhou rukou útočníka do rozkroku, obrázek 19 a 20. Po úderu na rozkrok bude útočník s největší pravděpodobností ochromen a nebude v dalším útoku chtít pokračovat. V případě, že by ho úder nějak zvlášť neochromil a chtěl by v útoku pokračovat, obránce bude alespoň ve výhodné pozici pro útěk. Popřípadě je možné útočnickovi proslápnout koleno a tím získat více času na útěk, obrázek 21.



Obrázek 14 - Strčení



Obrázek 15 – Zaujetí základního postoje



Obrázek 16 – Odklonění rukou protivníka



Obrázek 17 – Odklonění rukou protivníka



Obrázek 18 – Odklonění rukou protivníka



Obrázek 19 – Úder na rozkrok



Obrázek 20 – Úder na rozkrok



Obrázek 21 – Prošlápnutí kolena

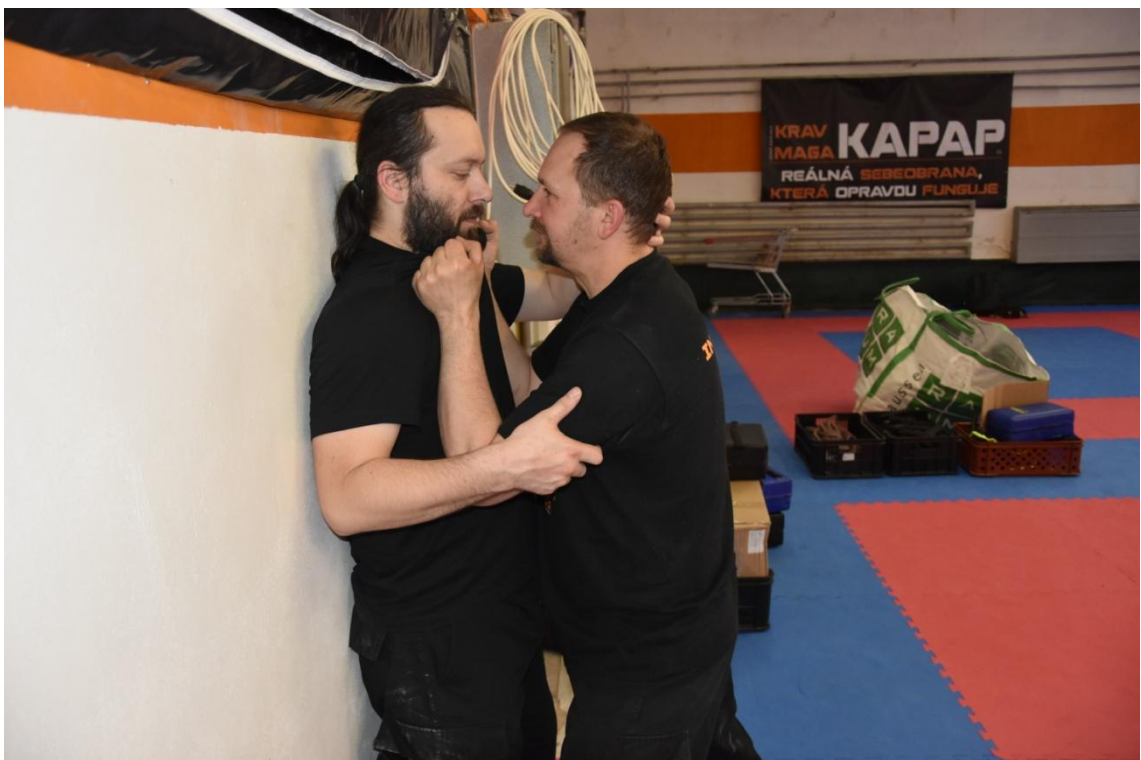
6.5 *Naražení na zeď*

V případě, že útočník takzvaně narazí zdravotníka na zeď a drží ho pod krkem oběma rukama jako na obrázku 22, uchopí obránce jednou rukou útočníka za zátylek a druhou rukou za jeho paži, obrázek 23. Poté se obránce vysune podél stěny do strany, přičemž tahem za útočnickovu ruku a tlakem na jeho zátylek narazí útočnickovu hlavu na zeď, obrázek 24. To, na kterou stranu se obránce vysune, opět záleží na tom, jak to obránci vyhovuje, a na současné situaci. Například pokud by se obránce chtěl vysunout na levou stranu tak, jak je na obrázku 23, avšak na této straně by se nacházel roh místnosti, s největší pravděpodobností by tam nebylo dostatek místa pro provedení této techniky a obránci by se tak nepodařilo z tohoto uniknout. Další věcí, na kterou je třeba myslet, je, že pokud obránce dá na zátylek levou ruku, bude se pak vysunovat na levou stranu tak, jak je tomu na obrázku 23. V případě, že by obránce dal na útočnickův zátylek pravou ruku, vysunoval by se na pravou stranu. Dokud se obránce nevysune do strany, měl by mít neustále kontakt se stěnou za ním. Neměl by se pokoušet působit proti síle útočníka, ale posouvat se po zdi. Pokud se i po nárazu do zdi útočník nepustí, je možné mu hlavou o zeď udeřit opakovaně, obrázek 25. Avšak je nutné myslet na to, že obrana nesmí být zcela neúměrná útoku. Po tom co se útočník pustí, může obránce utéct do

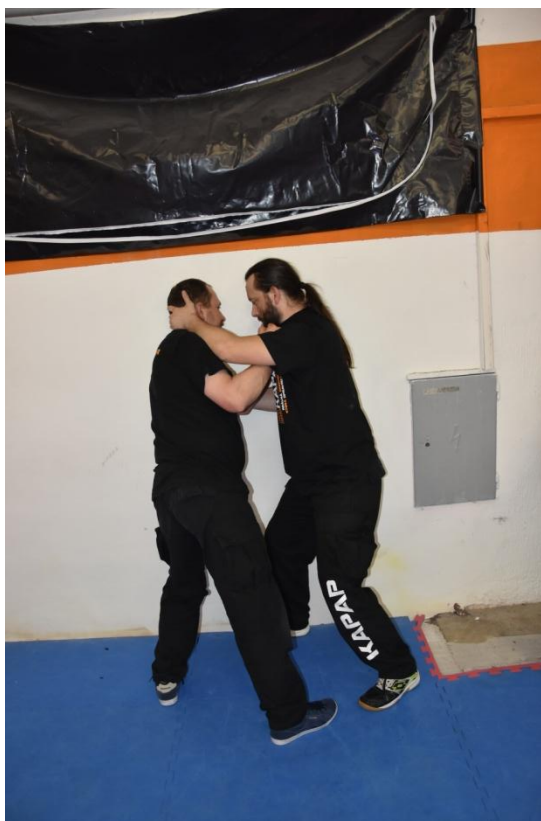
bezpečí. Před útekem může útočnickovi opět proslápnout koleno, obrázek 26, aby na útěk získal více času.



Obrázek 22 – Naražení na zeď oběma rukama



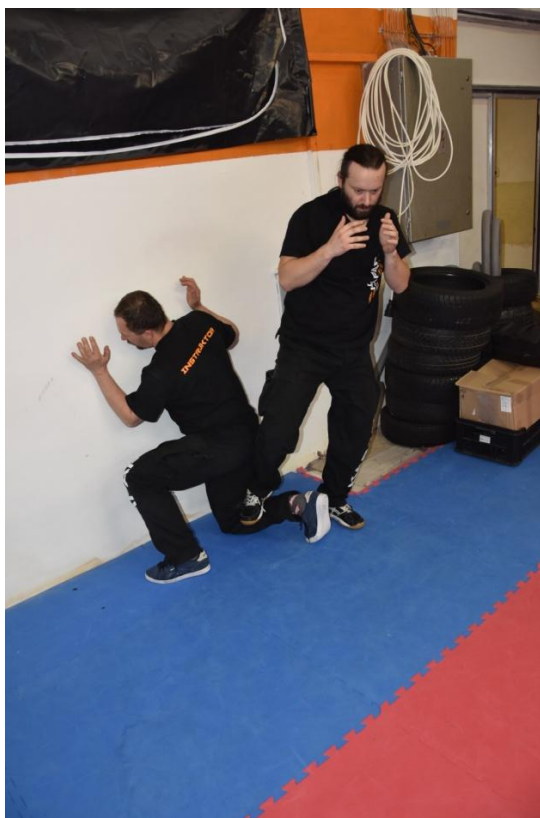
Obrázek 23 – Chycení útočníka za loket a zátylek



Obrázek 24 – Vysunutí obránce



Obrázek 25 – Úder o zed'



Obrázek 26 – Prošlápnutí kolena

6.6 *Naražení na zeď jednou rukou.*

V tomto případě drží útočník zdravotníka u zdi a předloktí jedné ruky má pod jeho krkem jako na obrázku 27. V takové situaci obránce rukou na té straně, na které má útočník loket, kterým drží obránce pod krkem, jakoby odsune útočnickovu ruku do strany a vysune tělo na opačnou stranu, obrázek 28. Zároveň s tím druhou ruku dá útočnickovi kolem krku, za kterým spojí ruce, obrázek 29. Pak jako v předchozím případě je možné udeřit útočnickovi hlavou o zeď, obrázek 30, prošlápnout koleno a utéct do bezpečí. Opět je nutné myslet na to, že obrana nesmí být zcela zjevně nepřiměřená a v případě způsobení vážných zranění může být obránce potrestán.

Další možností je, když útočník drží zdravotníka pod krkem předloktím a druhou rukou mu drží jednu z jeho paží, obrázek 31. V takové situaci obránce svou volnou rukou, stejně jako předtím, odsune protivníkovu ruku do strany a zároveň s tím vysune tělo na opačnou stranu. Pokud to situace dovolí, je možné, aby obránce udeřil druhou rukou útočníka do rozkroku, jak je vidět na obrázku 32. Tím by mělo dojít k dočasnému ochromení útočníka. Potom co se obránci podaří dostat vedle útočníka jako na obrázku

33, je možné mu opět udeřit hlavou o zeď, obrázek 34. Potom je možné opět proslápnout koleno, obrázek 35, a utéct do bezpečí.



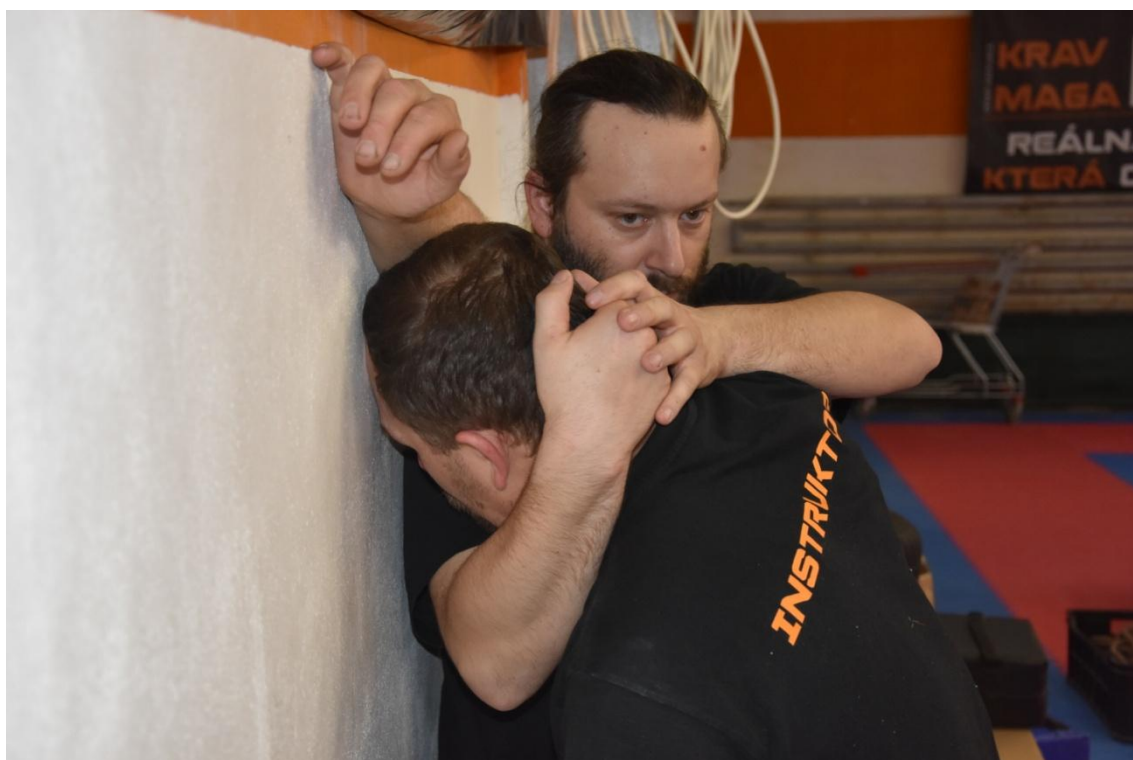
Obrázek 27 – Naražení na zeď jednou rukou



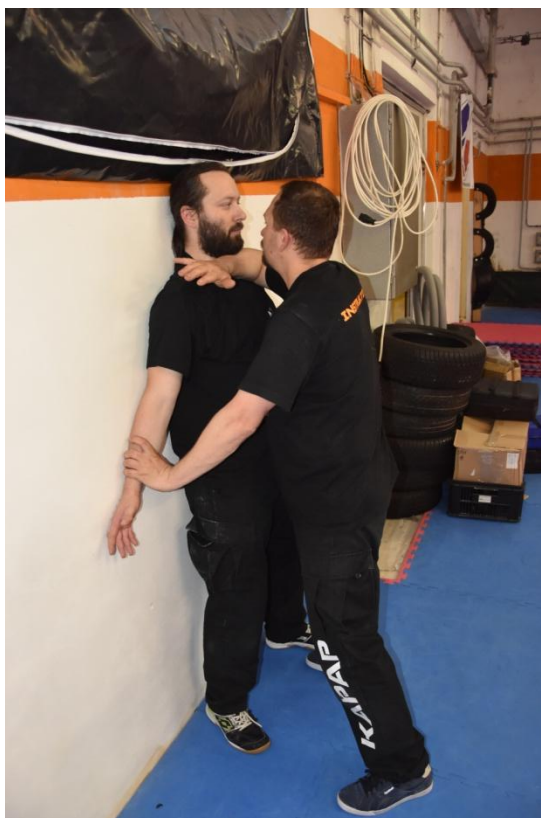
Obrázek 28 – Vysunutí obráncem do strany



Obrázek 29 – Chycení útočníka za hlavu



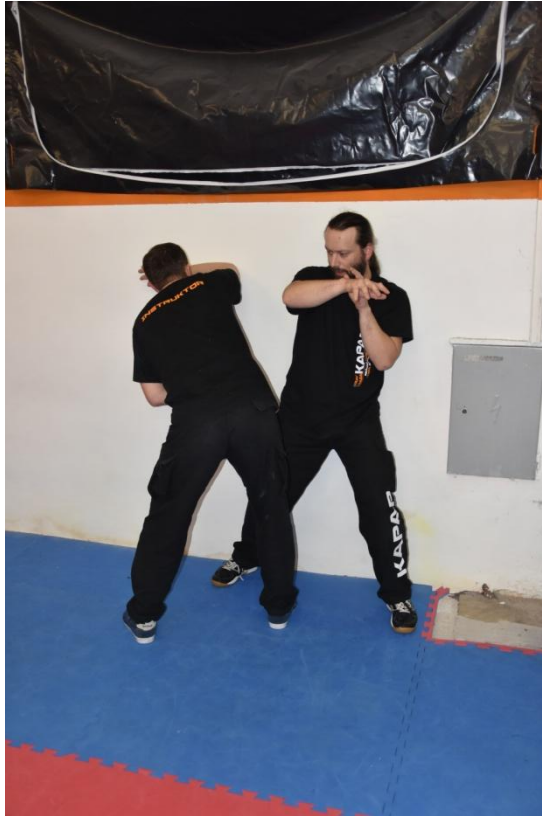
Obrázek 30 - Úder o zeď



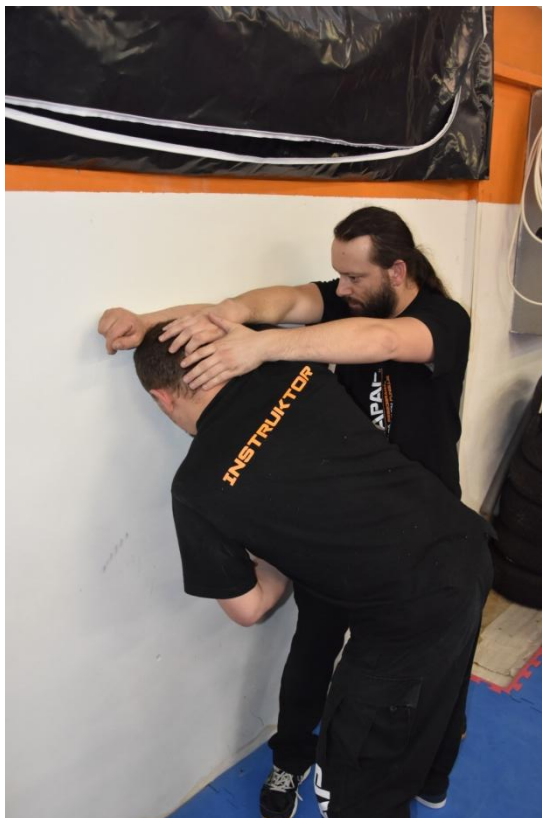
Obrázek 31 – Naražení na zeď se zablokovanou rukou



Obrázek 32 – Vysunutí obránce do strany, úder na rozkrok



Obrázek 33 – Vysunutí obránce do strany



Obrázek 34 – Úder o zed'



Obrázek 35 – Prošlápnutí kolena

6.7 Reakce na úder

V ideálním případě, kdy obránce útok očekává, by měl zaujmout základní postoj, tak jak je na obrázku 36. Už ve chvíli, kdy se útočník napřáhne, obrázek 37, je potřeba do útočníka takzvaně vstoupit. Nestát pasivně na místě, ale jít proti úderu. V okamžiku, kdy obránce do útočníka vstoupí, zastavuje útočnickovu ruku dorzální stranou předloktí, jak je vidět na obrázku 38 a 39. Předloktí a paže svírají v loketní jamce tupý úhel. Poté co je úder zastaven, obránce otočí své předloktí dorzální stranou k sobě a zároveň předkloní dlaně, tak aby v zápěstí svíraly s předloktím pravý úhel, obrázek 40. Tím se vytvoří jakési háčky, kterými je možné útočnickovu ruku srazit dolů a odklonit ji z obráncovy osy, obrázek 41 a 42. Zároveň s tímto sražením obránce vykročuje vpřed, aby se dostal za útočníka a mohl tak utéct pryč. Popřípadě je možné, tak jak je na obrázku 43, prošlápnout útočnickovi zezadu koleno, čímž je útočník sražen k zemi a obránce má tak opět více času na útěk. Je také možné útočníka chytit za rameno a strhnout ho tak na zem. Je třeba si ale uvědomit, že při pádu může dojít k poranění hlavy a k vážným zraněním s trvalými následky, což může mít i právní následky.



Obrázek 36 – Zaujetí základního postoje



Obrázek 37 – Napřažení na úder



Obrázek 38 – Zastavení úderu



Obrázek 39 – Zastavení úderu



Obrázek 40 – Vytvoření háčků



Obrázek 41 – Odklonění úderu



Obrázek 42 – Odklonění úderu, krok vpřed



Obrázek 43 – Prošlápnutí kolena

6.8 Vhození předmětu do útočnickova zorného pole

K sebeobraně je možné využít předměty, které se dají použít k zvýšení razance úderu, k udržení vzdálenosti mezi obráncem a útočníkem nebo se dají použít k rozptýlení útočníka. Použít se k tomu dá prakticky jakýkoliv předmět. V tomto případě půjde o zdravotnický batoh, který se použije k rozptýlení útočnickovy pozornosti, v situaci, kdy mezi obráncem a útočníkem je dostatečná vzdálenost a útočník se rozhodne zaútočit.

Už ve chvíli, kdy zdravotník cítí, že by pacient mohl být vůči němu agresivní a mohl by ho napadnout, může si připravit předmět, v tomto případě tedy batoh, k sebeobraně, obrázek 44. Ve chvíli, kdy se útočník vrhne směrem k obránci, vhodí zdravotník batoh po útočnickovi. Útočník bude muset batoh odrazit pryč nebo ho chytit, což mu alespoň na okamžik znemožní obránci napadnout. Díky tomu získá obránci čas na útěk. Pokud se podaří útočnickovi dostat dostatečně blízko k obránci, může ho obránci kopnout do rozkroku jako na obrázku 45, což s největší pravděpodobností znemožní pronásledování útočníkem.



Obrázek 44 – Příprava předmětu



Obrázek 45 – Kop do rozkroku

7 Závěr

Bakalářská práce Sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky je zaměřena na sebeobranu zdravotnických pracovníků. V práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, za jakých okolností jsou zdravotničtí pracovníci napadáni. Druhým cílem bylo zjistit, jaké mají zkušenosti se sebeobranou. A posledním cílem bylo zjistit, zda mají zdravotničtí pracovníci zájem se v této oblasti vzdělávat.

Pomocí výzkumných otázek bylo zjišťováno, zda mají zdravotničtí pracovníci s agresí osobní zkušenost a zda je možné na základě těchto zkušeností určit, jakým způsobem jsou zdravotničtí pracovníci napadáni nejčastěji. A zda je možné určit skupinu lidí, od kterých přicházejí útoky nejčastěji. Druhý okruh otázek se týkal toho, zda procházejí zdravotničtí pracovníci v zaměstnání kurzy sebeobrany nebo jimi někdy v minulosti prošli, popřípadě zda se sebeobraně věnují sami ve svém volném čase. A na to navazovala třetí otázka, zda mají zdravotníci vůbec o nějaký takovýto kurz zájem, a co by od takového kurzu očekávali.

Z výzkumu vyplynulo, že s verbálními útoky mají zkušenosti všichni dotazovaní zdravotničtí pracovníci. Pět z dotazovaných zdravotníků uvedlo zkušenosti i s fyzickými útoky. Jednalo se o facky, údery pěstmi a různé formy strkání. V jednom případě pacient zaútočil pomocí helmy. Respondenti uvedli, že prakticky všichni jedinci, kteří se vůči nim chovají agresivně, mají sníženou kvalitu vědomí. Jako nejčastější příčinu snížené kvality vědomí respondenti uváděli intoxikaci alkoholem, dále pak psychiatrickou a metabolickou poruchu. Tři z respondentů uvedli, že agresivně se vůči nim chovají i lidé, kteří snížené vědomí nemají. Dva z nich pracují ve zdravotnickém zařízení a jako příčinu agrese uvedli dlouhou čekací dobu na ošetření. Z těchto tří dvě respondentky uvedly, že se agresivně chovají příbuzní pacientů. Podle jedné je agrese ze strany příbuzných stále častější.

Čtyři z dotazovaných nemají se sebeobranou žádné zkušenosti. Ostatní dotazovaní zdravotníci buď prošli nějakým kurzem sebeobrany v rámci studia, nebo se soukromě věnovali bojovým uměním. Pouze jednomu z respondentů zaměstnavatel nabídl možnost zúčastnit se sebeobranného kurzu. Této možnosti ale nevyužil. Ostatní respondenti uvedli, že o žádném takovém kurzu neví, žádný z jejich zaměstnavatelů jim tuto možnost nenabídl.

Z rozhovorů vyplynulo, že kromě jedné respondentky všichni ostatní zdravotníci projeví o kurz zájem. A to i přes to, že s fyzickým napadením se setkalo jen několik z nich. Podle respondentů by kurz měl obsahovat jak teoretickou část, předcházení konfliktu, správnou komunikaci s agresivním člověkem atd., tak praktická cvičení jak se bránit při fyzickém napadení. Podle většiny dotazovaných by se oběma částem měla věnovat stejná pozornost, avšak tři respondenti v rozhovorech upřednostňovali jednu ze složek před druhou. Dva zdravotníci bylo toho názoru, že by se mělo jednat hlavně o nácvik praktických cvičení, třetí upřednostnil teoretickou část před praktickou. Dost odlišné odpovědi byly na otázku, jak často by byli ochotni se tréninku věnovat. Někteří by byli ochotni se tréninku věnovat pravidelně, ovšem v rozdílných časových intervalech. Podle jiných by kurz měl být jednorázovou záležitostí.

Tuto bakalářskou práci lze využít jako zdroj informací z oblasti sebeobrany jak pro zdravotnické pracovníky, tak i nezdravotníky. Zároveň by mohla být použita jako podklad pro další práce nebo přednášky, které by rozvíjely jednotlivé aspekty v této práci uvedené.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. *Armed* [online]. 2019 [cit. 2019-01-13]. Dostupné z: <https://www.armed.cz/clanky/13-nutna-obrana-a-krajni-nouze/>
3. BERÁNEK, Václav. 2017. *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0714-9.
4. BROUSIL, J., 2017. *Útoků na záchranáře přibývá, navíc jsou stále brutálnější* [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://tn.nova.cz/clanek/utoku-na-zachranare-pribyva.html>
5. ČÁP, J., 2018. *Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem v přednemocniční péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
6. ČERNÝ, P., GOETZ M., 2004. *Manuál obranné střelby*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0739-x.
7. ČÍRTKOVÁ, L., 2000. *Policejní psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8475-3.
8. ČTK., 2019. *Pacient v nemocnici na Vinohradech postřelil dva jiné, jeden zemřel*. [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/pacient-v-nemocnici-na-vinohradech-postrelil-dva-jine-jeden-zemrel/1730764>
9. DOUGHERTY, M., 2010. *Unarmed Combat*. London: Amber books. ISBN 9781906626815.
10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 9788073676865.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek o násilí*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3397-x.
12. JACQUES, s., 2016. *Physicians Practice: Dealing with the Aggressive Patient* [online]. [cit. 2019-07-22]. Dostupné z: <https://www.physicianspractice.com/patient-relations/dealing-aggressive-patient>
13. JANEČKOVÁ, E., 2015. *Právní aspekty sebeobrany*. Praha: Wolters Kluwer. Právní rukověť (Wolters Kluwer ČR). ISBN 978-80-7478-760-7.
14. KAHN, D., 2016. *Krav Maga Defense: How to Defend Yourself Againsts the 12 Most common Unarmed Street Attacks*. Combat sports. ISBN 978-12-5009-083-6

15. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024752037.
16. KRBEK, K., 2012. *Analýza okolností ovlivňujících napadání zdravotnického personálu*. Brno. Bakalářská práce. Fakulta sportovních studií.
17. *Krimi-Plzeň* [online]. 2019 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <https://www.krimi-plzen.cz/a/jak-se-branit-a-nenechat-se-zavrit-od-a-do-z/>
18. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. ISBN 9788024717845.
19. LUBAS, M., *Zdravotní sestry se učí údery a kopy, aby se ubránily zuřícím pacientům*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/liberec/zpravy/sebeobrana-v-nemocnici.A130219_091517_liberec-zpravy_ddt
20. MADSEN, T., 2016. *Krav Maga Survival: výcvik elitních jednotek v boji zblízka*. Přeložil Josef OTÁHAL. Praha: Naše vojsko. ISBN 978-80-206-1605-0.
21. *Modrá hvězda života* [online]. 2017 [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <http://modrahvezdazivota.cz/2017/11/01/zachranari-opravdu-chcete-byt-uredni-osobou-mince-ma-dve-strany/>
22. *Mujglock.com* [online]. 2015 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <http://www.mujglock.com/krajni-nouze.html>
23. *Mujglock.com* [online]. 2015 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <http://www.mujglock.com/nutna-obrana.html>
24. *Muj-pravnik.cz* [online]. 2019 [cit. 2019-07-25]. Dostupné z: <https://muj-pravnik.cz/nutna-obrana-a-krajni-nouze-v-trestnim-pravu/>
25. NÁCHODSKÝ, Z., 2006. *Nebojte se bránit*. Praha: Armex. ISBN 8086795438.
26. NAKONEČNÝ, M., 1997. *Encyklopedie obecné psychologie. 2.*, rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.
27. NEVELS, T., 2017. *Pepper Spray Self Defense Tactics*. ISBN 978-14-8359-854-3.
28. PAVELKA, R., *Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.sebeobrana-praha.cz/single-post/2015/03/30/SEBEOBRANA-PRO-ZDRAVOTNICK%C3%89-Z%C3%81CHRAN%C3%81%C5%98E-1>

29. PAVELKA, R., STICH, J., 2015. *Sebeobrana: nebuďte snadnou obětí!*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2800-5.
30. PINDEŠ, M., 2012. *Prevence násilí a zvládání krizové situace na pracovišti: praktická studijní příručka*. Praha: ČMKOS. ISBN 978-80-87306-08-6.
31. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
32. SIGMUNT., 2017. *Před rokem na Slovensku zdravotnický pracovník získal statut chráněnej osoby. U nás je statut úřední osoby mnoho let diskutován a má své zastánce i odpůrce*. [online]. [cit. 2019-04-05]. Dostupné z: <https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/pred-rokem-na-slovensku-zdravotnicky-pracovnik-ziskal-statut-chranenej-osoby-u-nas-je-statut-uredni-osoby-mnogo-let-diskutovan-a-ma-sve-zastance-i-odpurce>
33. *Statistické přehledy kriminality za rok 2016*, 2016. [online]. Policie ČR. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/statistiky-kriminalita-statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2016.aspx>
34. *Statistické přehledy kriminality za rok 2017*, 2017. [online]. Policie ČR. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2017.aspx>
35. *Statistické přehledy kriminality za rok 2018*, 2018. [online]. Policie ČR. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx>
36. VÁCLAVÍKOVÁ, J., 2016. *Sebeobrana pro záchranáře*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta.
37. VÁVRA, L., 2015. *Zrození nové úřední osoby?*. [online]. [cit. 2019-04-24]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/trestni-pravo/zrozeni-nove-uredni-osoby>
38. VÍT, M., REGULI, Z., CHVÁTALOVÁ, J., 2012. *Základy osobní sebeobrany* [online]. Brno: Masarykova univerzita, [cit. 2018-03-11]. Elportál. Dostupné z: <https://is.muni.cz/elportal/?id=970733>>. ISBN 978-80-210-5784-5. ISSN 1802-128X.
39. WHO., 2002. *New Research shows workplace violence threatens health services* [online]. [cit. 2019-02-6]. Dostupné z: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/en/>

40. Zákon č. 40/2009 Sb., *trestní zákoník*, ve znění pozdějších předpisů, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
41. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HL. M. PRAHY., *První kurz profesní sebeobrany s kondičním cvičením pro záchranáře*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.zzshmp.cz/aktuality/prvni-kurz-profesni-sebeobrany-s-kondicnim-cvicenim-pro-zachranare/>
42. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK., 2017. *Místo poděkování nadávky či fyzický útok. I s tím se denně potýkají zdravotníci* [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/05/misto-podekovani-nadavky-ci-fyzicky-utok-i-tim-se-denne-potykaaji-zdravotnici/>

9 Seznam příloh

Příloha 1: polostrukturovaný rozhovor

1. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Jaké máte zkušenosti s napadením?
3. Jakým způsobem vás napadli?
4. Jaký typ lidí vás nejčastěji napadá?
5. Jak jste se proti těmto útokům bránil/a?
6. Jaké máte zkušenosti se sebeobranou?
7. Měl/a byste o sebeobranný kurz zájem?
8. Co by takový kurz měl obsahovat? Na co by se měl zaměřit?
9. Jak často byste byl/a ochoten/ochotna se tréninku sebeobrany věnovat?

10 Seznam použitých zkratek

Apod. – A podobně

Atd. – A tak dále

ČR – Česká republika

PČR – Policie České republiky

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ZP – Zdravotnický pracovník

ZZS – Zdravotnická záchranná služba