



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Václav Šilhavý

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře 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 11.8.2020

.....

Šilhavý Václav

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavu Majerovi za trpělivé vedení bakalářské práce. Dále bych chtěl vyjádřit poděkování Mgr. Jaroslavu Vágnerovi za konzultace a své rodině a přátelům za podporu.

Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře“ se zabývá možnostmi sebeobrany zdravotnických záchranářů na území České republiky. V teoretické části se tato práce soustřeďuje na současnou strukturu záchranného sboru a složení výjezdových skupin záchranné služby v ČR. Dále definuje pojem „sebeobrana“ a vymezuje rozdíl mezi bojovým uměním a sebeobranou, jejich aspekty a dělení sebeobrany. Teoretický podklad práce se také věnuje psychickým faktorům sebeobrany, vysvětluje konflikt a agresi a popisuje reakci těla na stres. Pozornost je také věnována právním termínům vztahujících se k problematice sebeobrany. Závěrečná kapitola teoretické části ukazuje modelové principy použitelné v sebeobraně dle J. Coopera.

Praktická část byla zpracována formou kvalitativního výzkumu za využití metody polostrukturovaného rozhovoru. V něm jsou porovnávány výpovědi devíti členů zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Za hlavní cíle této práce bylo stanoveno zjištění postojů zdravotních záchranářů k sebeobraně a zmapování úrovně a možností sebeobrany zdravotních záchranářů.

Prostřednictvím těchto cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jaké možnosti nabízí zaměstnavatel v oblasti sebeobrany? A jaké možnosti sebeobrany využívají zdravotničtí záchranáři a jaká je její úroveň?

Z výsledků šetření vyplývá, že se sebeobranou zabývá pouze minimum informantů, což může být zapříčiněno i nízkým výskytem kontaktů s agresivními pacienty. Většina informantů totiž vypověděla, že se s útoky setkávají zřídka. Zaměstnavatel nenabízí možnosti zlepšování schopnosti sebeobrany a úroveň sebeobrany informantů není vysoká, i když většina absolvovala nějakou formu výuky sebeobrany v rámci studia. Dle šetření, by většina informantů uvítala možnost navštěvovat kurzy nebo se jinak vzdělávat v sebeobraně, ale nyní zájem neprojeví.

Tato práce může sloužit jako podklad pro další výzkum či jako edukační materiál pro závěrečné ročníky studijních oborů zdravotnický záchranář.

Klíčová Slova

Sebeobrana; agresivní pacient; zdravotnický záchranář; krajní nouze; nutná obrana
konflikt

Self-defence for paramedics

Abstract

Bachelor thesis titled “Self-defence for paramedics” concerns itself with opportunities of self-defence of paramedics in the Czech Republic. In the theoretical part this work focuses on contemporary structure of ambulance service and a composition of the ambulance crews in the Czech Republic. It also defines the “self-defence” term and delimits the difference between martial art and self-defence, its aspects and divisions. The theoretical base of the work also considers the psychological factors of the self-defence, explains the conflict and aggression and describes a body stress reaction. It also defines the legal terms related to the self-defence issues. The final chapter of the theoretical part shows model principles used in self-defence by J. Cooper.

Practical part was elaborated in a form of qualitative research using the half-structured interview method. There is a comparison of the statements of nine members of the paramedic team in the South-bohemia. The major target of this work is establishing the statements of paramedics for self-defence and discover a level and possibilities of paramedic self-defence.

Using these targets there were established two research questions: Which possibilities offers an employer in this area? Which possibilities do paramedics use and on which level?

The research results show, that just a minimum of the informants concerns themselves with a self-defence. It can be caused by low appearance of aggressive patient contact. The most of informants mentioned that they experienced attacks very rarely. The employer does not provide any possibilities to improve the self-defence skills and level of their skills is not high, despite the fact that they get through some education during their studies. According the research the majority of the informants would like to attend any course or educate themselves in this area.

This thesis could be used like a base for another research or like an educational text for final year students of paramedic programme.

Key words

Self-defence; aggressive patient; paramedic; necessity defence; private defence; conflict

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavu Majerovi za trpělivé vedení bakalářské práce. Dále bych chtěl vyjádřit poděkování Mgr. Jaroslavu Vágnerovi za konzultace a své rodině a přátelům za podporu.

Obsah

1	Úvod	10
2	Současný systém zdravotnické záchranné služby v ČR	11
2.1	Zdravotnický záchranář	12
2.2	Řidič	13
2.3	Lékař	13
2.4	ZOS – Zdravotnické operační středisko	14
2.5	Výjezdové skupiny	14
2.6	RZP – rychlá zdravotnická pomoc	14
2.7	RLP – rychlá lékařská pomoc	14
2.8	RV – ‚rendez-vous‘	14
2.9	LZS – Letecká záchranná služba	15
3	Sebeobrana	16
3.1	Rozdíl mezi kurzy sebeobrány a bojovým uměním	16
3.1.1	Bojová umění	16
3.1.2	Sebeobrana	17
3.2	Typy kurzů sebeobrány	19
3.2.1	Osobní sebeobrana	19
3.2.2	Profesní sebeobrana	20
3.3	Psychické faktory sebeobrány	20
3.3.1	Konflikt	21
3.3.2	Stres	22
3.3.3	Agresivita	23
3.4	Modelové principy využívané při výuce sebeobrány	25
3.4.1	Cooperova škála ostražitosti – Cooperovy režimy	25
3.4.2	Semafor jako názorný příklad řešení rizikové situace	26
4	Posádka ZZS a možnosti sebeobrány	28
4.1	Právní kontext	28
4.1.1	Krajní nouze § 28	28
4.1.2	Nutná obrana § 29	29
4.1.3	Oprávněné použití zbraně § 32	29
4.2	Psychologické principy sebeobrány podle J. Coopera aplikované na posádku ZZS	29
5	Výzkumné cíle a otázky	32
5.1	Výzkumné cíle	32
5.2	Výzkumné otázky	32
6	Metodika práce	33
6.1	Metodika výzkumu	33
6.2	Výzkumný soubor, sběr a fixace dat	34
6.3	Technika analýzy dat	34
6.4	Etika výzkumu	35
6.5	Výsledky šetření	36
6.5.1	Kategorie 1: Konfrontace s agresivním pacientem v praxi	36
6.5.2	Kategorie 2: Role zaměstnavatele	38
6.5.3	Kategorie 3: Strategie postupu při práci s agresivním pacientem	39
6.5.4	Kategorie 4: Příprava a úroveň sebeobrány	40
6.5.5	Kategorie 5: Aktuální problémy sebeobrány	41
6.5.6	Kategorie 6: Postup u psychiatrického pacienta	42
6.5.7	Kategorie 7: Spolupráce s PČR	43
6.5.8	Kategorie 8: Bezpečnost povolání zdravotnického záchranáře	44
6.5.9	Kategorie 9: Napadení zvířetem	45
6.5.10	Kategorie 10: „Krajní nouze“ a „nutná obrana“	46
7	Diskuze	47

8	Závěr.....	50
9	Seznam použité literatury a zdrojů.....	51
	Příloha 1 – Zadání polostrukturovaného rozhovoru	54

1 Úvod

Povolání zdravotnického záchranáře má svá specifika a představuje v mnoha aspektech rizikové zaměstnání. S rostoucím počtem výjezdů zdravotní záchranné služby stoupá i pravděpodobnost setkání s agresivním či problémovým pacientem nebo jeho okolí. Tato agrese může být způsobena stresem, bolestí a často bývá ovlivněna strachem o své známé nebo rodinu. Velkou roli mohou hrát i návykové látky a alkohol, které agresi všeobecně zvyšují. Četnost těchto konfliktů můžeme pozorovat v masmédiích. Záchranáři vyjíždějí na místo události pouze se stručným popisem, co a kdo se na místě nalézá. Jsou odkázáni na odbornost operátorů na tísňové lince, kteří musejí sami shromáždit a analyzovat informace, které jim volající poskytne. Často se stává, že situace na místě události neodpovídá informacím, které volající popsal. V tomto případě musí sám záchranář vyhodnotit situaci, aby nedošlo k ohrožení posádky.

Záchranáři jsou nuceni vyjíždět i na místa násilných činů, kde jsou připraveni na hrozící rizika. Například když agresivní, alkoholem posilnění účastníci pouliční bitky potřebují zdravotnické ošetření. Na takových výjezdech bývá přítomná i hlídka Policie České republiky, která si s agresivními pacienty poradí, ale i při ošetřování může být pacient agresivní. Záchranář si je rizika vědom a umí na něj adekvátně reagovat.

Existují ale i výjezdy, kdy si záchranář nemusí být vědom bezpečnostního rizika. Nahlášená událost i místo výjezdu vypadá obvykle, bezpečně, přesto zde může vzniknout riziková a nebezpečná situace. Popisují se případy, kdy jsou záchranáři povoláni na místo automobilové nehody, kde jsou zraněné děti. Přivolaný záchranář začne s ošetřováním vyproštěného dítěte a je náhle napaden rozrušeným zoufalým rodičem, který je v psychickém šoku a vyhodnotí, že záchranářova pomoc není adekvátní a dostatečná, aby jeho dítě zachránil.

Do výuky sebeobraný spadá i zdokonalování schopnosti rychlého a správného vyhodnocování rizika. Během výuky se klade důraz na nácvik ostražitosti, rychlého a adekvátního jednání, které ale musí být zároveň rozvážné. Záchranář by měl být schopen orientace v neznámém prostředí. Musí vnímat rizika i v případě, že mu číhají za zády a on se musí soustředit především na své poslání.

Cílem bakalářské práce je získat informace přímo od profesionálních zdravotnických záchranářů jaký postoj k sebeobraně zaujímají a zmapovat úroveň schopnosti jejich sebeobraný. Zjistit, jaké jsou nabízené možnosti od zaměstnavatele na zvýšení úrovně sebeobraný například formou kurzů a jakých možností sebeobraný sami využívají.

2 Současný systém zdravotnické záchranné služby v ČR

2.1 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář je nelékařský zdravotnický pracovník, který je vzdělán dle kritérií Zákona o nelékařských zdravotnických povolání č. 96/2004 Sb. Může vykonávat svou profesi a své kompetence bez dohledu, a to v souladu s Vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. § 17.

Zdravotnický záchranář podle téhož zákona § 4 vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace vykonává činnosti v rámci specifické ošetrovatelské péče při poskytování přednemocniční neodkladné péče a také při poskytování akutní intenzivní lůžkové péče, včetně péče na urgentním příjmu.

Zákon o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb. specifikuje záchranné službě některá oprávnění pro poskytování neodkladné přednemocniční péče, jejichž následováním se mohou stát zdrojem potenciálního konfliktu nebo agrese. Například v § 18, odstavec 1: *„Členové výjezdových skupin jsou oprávněni vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky, pokud se tam podle dostupných informací nachází osoba, které má být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta.“* (Zákon č. 374/2011 Sb. O zdravotnické záchranné službě, s. 4844)

Tento zákon ale také opravňuje zdravotnickou záchrannou službu neposkytnout přednemocniční péči za podmínek, které jsou vyjmenovány v § 19, odstavec 3, ve znění: *„Vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události v případě, pokud by*

a) při poskytování přednemocniční neodkladné péče byly bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny, nebo

b) měla být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta za podmínek, pro jejichž zvládnutí nebyli členové výjezdové skupiny vycvičeni, vyškoleni nebo vybaveni vhodnými technickými či osobními ochrannými prostředky a poskytnutí přednemocniční neodkladné péče toto vyžaduje.“ (Zákon č. 374/2011 Sb. O zdravotnické záchranné službě, s. 4845)

Zároveň je poté v §19, odstavci 4 téhož zákona uvedeno, že při neposkytnutí neodkladné péče je vedoucí výjezdové skupiny povinen hned vše nahlásit zdravotnickému operačnímu středisku a zdůvodnit své rozhodnutí. Veškerá komunikace s operačním střediskem je nahrávána a ukládána.

Zdravotnický záchranář je školen a připravován na situace, kdy na místě výjezdu může být postižená osoba či sám zdravotnický záchranář ohrožen na svém zdraví nebezpečím z okolního prostředí (požár, nepřístupný terén, počasí), od ostatních osob, které se nalézají na místě, i od pacienta samotného. Zdravotnický záchranář musí zvažovat nejprve své vlastní bezpečí a bezpečí posádky. V situaci, ve které hrozí nebezpečí pro zdravotnického záchranáře, informuje posádka zdravotnické operační středisko, které zajistí kooperaci s ostatními složkami IZS. Po zajištění bezpečí a přístupu k postiženému je poskytnuta přednemocniční neodkladná péče a po zajištění pacienta následuje jeho odsun do nemocničního zařízení dle naléhavosti a stavu pacienta.

Krajské operační středisko zajišťuje také prvotní komunikaci s místem události, jeho lokalizaci a v případě potřeby zajišťuje přístupy do budov se správci objektů. (Zákon č. 374/2011 Sb. O zdravotnické záchranné službě, s. 4844-4845)

2.2 Řidič

Řidič je dle zákona č. 96/2004 Sb. §40 nelékařský zdravotnický pracovník, který pro svou odbornou způsobilost absolvoval akreditovaný kurz. K výkonu povolání řidiče zdravotnické dopravní služby je také způsobilý zdravotnický záchranář. Řidičovou hlavní pracovní náplní je řízení všech typů zdravotnických vozidel za použití výstražných zařízení a transport pacientů. Pod odborným dohledem smí podle vyhlášky 55/2011 Sb. § 36 zajišťovat vyprošťování zraněných, provádět základní ošetření ran a krvácení, KPR (kardio-pulmonální resuscitace) v rámci přednemocniční neodkladné péče, zabezpečovat komunikaci s operačním střediskem, manipulovat s léčivými prostředky a prádlem. Řidič pomáhá pod vedením lékaře nebo zdravotnického záchranáře při dalších výkonech v rámci přednemocniční neodkladné péče.

2.3 Lékař

Lékař jezdí k nejzávažnějším a nejnaléhavějším případům. V rámci výjezdových skupin je vždy vedoucím výjezdové skupiny a jeho kompetence jsou nejobsáhlejší. Na výjezdy je dopravován RV vozem (viz dále).

„Lékař získává kompetence pro výkon povolání na zdravotnické záchranné službě absolvováním magisterského studijního oboru všeobecné lékařství, kterým získává titul MUDr., a následným úspěšným složením atestačních zkoušek v některém z oborů: anesteziologie a resuscitace, interna, chirurgie, všeobecné lékařství, pediatrie nebo urgentní medicína.“ (Bydžovský, 2008, s. 24–30)

2.4 ZOS – Zdravotnické operační středisko

Dispečeri na zdravotně operačním středisku jsou zdravotničtí záchranáři se specializací operátora tísňové linky. Jejich prací je příjem volání na číslo 155 a zjištění všech důležitých informací, jejich následné zpracování, vyhodnocení a předání těchto informací jednotlivým výjezdovým skupinám. V případě potřeby pomáhají po telefonu volajícímu v poskytnutí první pomoci, než přijede posádka zdravotnické záchranné služby.

2.5 Výjezdové skupiny

Zdravotnická záchranná služba dělí své výjezdové skupiny na základě ekonomických, materiálních a lidských zdrojů.

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RLP – rychlá lékařská pomoc

RV – ‚rendez-vous‘

LZS – Letecká záchranná služba

2.6 RZP – rychlá zdravotnická pomoc

RZP je nelékařská posádka, která se skládá z řidiče a zdravotnického záchranáře. Operační středisko povolává tuto posádku k drtivé většině výjezdů všeho spektra. Jsou první, kteří přijíždí na místo události. Jejich úkolem je poskytnout PNP (přednemocniční neodkladnou péči), znovu zhodnotit situaci a o všem informovat operační středisko. V případě podezření na ztrátu životních funkcí, či jejich zjištěné absence na místo události dojíždí lékař. Případně je vyslán současně s RZP, dle odběru výzvy operačním střediskem.

2.7 RLP – rychlá lékařská pomoc

Ve vozidle RLP je mimo řidiče a záchranáře přítomen lékař. Tato posádka je primárně vysílána na výjezdy, v nichž jsou ohroženy životní funkce, nebo hrozí zhoršení životních funkcí.

2.8 RV – ‚rendez-vous‘

RV se skládá z dvojčlenné posádky řidiče a lékaře. Tento systém byl založen pro zvýšení efektivnosti a menší ekonomickou zátěž, protože lékař v případě potřeby může sám přejíždět mezi jednotlivými posádkami RZP (*rendez-vous* je francouzský výraz pro setkání).

Po příjezdu RV k události, u níž je již přítomna posádka RZP, jsou na místě 4 pracovníci (výhoda oproti RLP, v jejímž případě jsou u události přítomni pouze 3 pracovníci), kteří bez nutnosti konzultace s operačním střediskem dokáží vyřešit komplikované a život ohrožující stavy. Pokud je pacient stabilizovaný, jede RZP do nemocnice bez RV. V případě, že hrozí zhoršení stavu pacienta, popř. jeho nestabilita životních funkcí, doprovází lékař pacienta do nemocnice.

2.9 LZS – Letecká záchranná služba

V Jihočeském kraji zajišťuje provoz Letecké záchranné služby Armáda České republiky ze základny letiště Bechyně. Létá nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu, v závislosti na počasí. Posádka Letecké záchranné služby se skládá z pilota kapitána, pilota navigátora, palubního technika, lékaře a zdravotnického záchranáře/sestry.

LZS přijímá od operačního střediska výzvu a v závislosti na povětrnostních podmínkách vzlétne. LZS je určena pro závažné, urgentní život ohrožující stavy v terénu, kdy je prioritou nejrychlejší možný transport do místa definitivního ošetření (traumacentra). Dalším úkolem je rychlý převoz pacientů z jednoho nemocničního zařízení do druhého, pokud je stav pacienta na tolik závažný, že je transport pozemní ZZS vyhodnocen jako příliš rizikový. (ZZS JčK, 2011)

3 Sebeobrana

„Sebeobrana je založena na souhrnu znalostí a dovedností, které jsou určeny k předcházení útoku na vlastní osobu, k obraně před fyzickou a psychickou újmou v průběhu útoku i k odsunutí negativních jevů útoku na psychiku napadeného. Je praktickou účelovou disciplínou, která slouží především k ochraně života, zdraví, majetku, cti, osobní a domovní svobody.“ (Náchodský, 2006, s. 5)

Souhrnně lze sebeobranu popsat jako ucelený systém činností a prostředků zaměřených k vlastní obraně. Účinnost sebeobrany závisí na znalostech, schopnostech a dovednostech jedince pracovat a využívat sílu v krizových a nebezpečných situacích.

3.1 Rozdíl mezi kurzy sebeobrany a bojovým uměním

3.1.1 Bojová umění

Pracují s mnoha postupy a strategiemi, jak zvítězit nad protivníkem a využívají k tomu údery, kopy, páky a mnoho dalšího. Existuje mnoho druhů bojových umění (*muay thai, karate, judo, jiu jitsu*), které sdílejí tyto společné prvky: pravidla, váhové kategorie, povolené údery, někdy i dost složité techniky. Vznikly jako systémy, které se zdokonalovaly po staletí. Mají pevně stanovenou hierarchii (učitel – žák) a staví na postupném učení a zdokonalování technik. Zvládnutí těchto technik a stylů vyžaduje roky tréninku, kdy je žákovi vštěpována filozofie bojového umění a jeho případná tradice. Hlavním cílem není přemoci soupeře, ale ukázat umění, které vede k přemožení soupeře.

Obecně můžeme říci, že bojová umění si zakládají na technice, kondici, síle a hbitosti a psychice, a to v tomto pořadí důležitosti, které je důležité pro dosažení nejlepšího sportovního výkonu a tím pádem k vítězství.

Technika: hodnotí se provedení daného pohybu, páky, úderu, obtížnost dané techniky. Jsou zakázány či omezeny různé typy úderů, je kladen důraz i na estetiku pohybu.

Kondice: všechny zápasy jsou ohraničeny časovým limitem, aby zápasníky motivovaly k akci.

Síla a hbitost: kde selhává technika, nastupuje síla, pokud je rychle a správně nasazena páka, je minimální možnost se z ní dostat.

Psychika: zápasníci jsou ve sterilním prostředí. Oba na sebe vidí a zároveň jsou si vědomi toho, že se jde bojovat a očekávají různé reakce od soupeře.

Etika, pravidla, kodex: každý takový zápas má svá pravidla (povolené, zakázané údery), ohraničený prostor boje a rozhodčí, kteří dohlíží na dodržení stanovených pravidel atd.

3.1.2 Sebeobrana

V kurzu sebeobranu se na základě zkušeností, anatomických znalostí a moderního přístupu se snaží účastníci kurzu naučit účelné, rychlé metody k likvidaci reálného nebezpečí v různých situacích. Kurzy mívají různou délku od čtvrtletních po roční. V porovnání s bojovými uměními se účastníci danou problematikou zabývají mnohem kratší dobu a do menších podrobností. Jejich účelem je správné vyhodnocení reakce, prevence a rychlé protiopatření proti možným útokům. Absence pravidel, reálný boj, případně až boj o holý život, je tím, na co se účastníky snaží tento typ kurzů připravit.

Moment překvapení, nepřipravenost a neschopnost okamžité reakce dokáže napadeného naprosto paralyzovat. Útočnickova zbraň, ať se jedná o nůž, teleskopický obušek, paralyzér, rozbitá lahev, ale i váhový a výškový rozdíl, to vše může hrát v neprospěch napadeného. Napadený v daný okamžik nemůže vědět, zda je dotčený opilý nebo pod vlivem drog, ani jestli je útočník ochotný svůj úmysl uskutečnit i za cenu fyzického ublížení na zdraví. Toto jsou informace, které napadený nemá k dispozici. Jedním ze základních problémů účastníků kurzů sebeobranu je ochota, či schopnost provést samotný úder. Touto limitací, dle výpovědi instruktora kurzů sebeobranu Mgr. Jaroslava Vágnera, trpí především ženy. Kurzy sebeobranu se těchto limitací (ať už se jedná o nevědomost nebo neochotu udeřit) snaží účastníky zbavit, naučit je neustále vyhodnocovat rizika v okolí, předcházet přímé konfrontaci či efektivně odpovědět na neodvratitelný útok.

Výuka je zde prováděna na základě principů jednoduchých technik, protože svou vlastní reakcí si musí být absolvent kurzu naprosto jistý. V momentu napadení nelze dlouho přemýšlet, kterou techniku, na kterou končetinu uplatnit. Princip musí být co nejjednodušší. Agresivita a odhodlání útočníka se vždy považuje za maximální, a to se kurzy snaží co možná nejautentičtěji simulovat.

Sebeobrana se zakládá na psychice, kondici, síle a hbitosti a technice. Pořadí těchto prvků je opačné než u bojových umění, protože při napadení je na prvním místě pohotová reakce a až na posledním je technika. Primárně jde totiž o zbavení se bezprostředního ohrožení, přičemž nezáleží na tom, jakým způsobem.

Při výuce se klade důraz na tyto atributy:

Psychika: poplachové reakce má každý jiné. Pokud strachem a šokem napadený ztuhne, ztrácí možnost se pohnout, popř. začne zmatkovat a nezmůže se na jedinou ucelenou myšlenku, čímž se okamžitě dostává do pozice prohrávajícího.

Při nácviku se jeden z účastníků kurzu položí na břicho a ostatní jej zalehnou. Jeho úkolem je i přes značnou přesilu vymanit se nebo aspoň pokusit se o únik. Touto situací se snaží vyučující nasimulovat pocit absolutní bezmoci a paralýzy a přemoci ho.

Kondice: rčení „kdo uteče, vyhraje.“ se dá praktikovat, pouze v případě, že si je napadený jistý sám sebou, svými schopnostmi běžet dál a rychleji než útočník. Kromě útěku je dostatečná fyzická kondice třeba i pro boj maximální intenzity, v němž ani ne 30 vteřin maximálního úsilí dovede člověka spolehlivě vyčerpat. Ve chvíli, kdy je napadený již vyčerpán, avšak útočnickovi zbývá ještě dostatek sil, se stává obětí snadnou kořistí. Součástí výcviku je také seznámení se s technikami pasivní obrany a efektivními způsoby sebeobrany, které šetří energii napadeného a účinně odráží výpady útočníka.

Při nácviku se jeden z účastníků postaví doprostřed kruhu ostatních a po daný časový interval se snaží bránit všem útokům od skupiny. Musí se rychle pohybovat, odrážet útoky a hlídat si slabá místa.

Síla a hbitost: schopnost udržet si od protivníka odstup, nenechat se chytnout, jsou základními pravidly, která se snaží lektor všem účastníkům kurzů sebeobrany vštípit.

Nácvik probíhá podobně jako předchozí kondiční cvičení, s tím rozdílem, že se zde napadený již snaží bránit kontaktu s agresorem a uhýbat útoku. Musí unikat nátlaku ostatních a zabraňovat útočnickům v převaze.

Technika: je zjednodušena na základní a co možná nejefektivnější provedení, které je nezávislé na síle a fyzické konstituci napadeného. Zároveň účastníci nejsou zatěžováni pravidly ani omezeními, kterými jsou svázány bojové sporty.

Při nácviku lze simulovat ztížené situace, kdy je napadený různými způsoby znevýhodněn vůči útočnickovi, např. společenský oděv omezující pohyb a rychlý útěk, silová či početní převaha atd. Na rozdíl od bojových sportů jsou v těchto kurzech vyučovány i údery do slabin, případně do v mnoha sportech nedovolených míst, využití prostředků sebeobrany (např. pepřový sprej, alarm) anebo běžných předmětů k odražení útočníka (klíče, kabelka, batoh, spray, oděv, knihy atd.).

Běžná struktura hodin kurzů sebeobrany je koncipována na několik částí:

Nejprve jsou účastníci seznámeni s konkrétní problematikou, které se daná hodina bude věnovat a její možnou prevencí. Následuje trénink, který má za úkol zvýšení fyzické kondice a nácvik patřičných technik. Posléze účastníci kurzu nacvičují modelové situace, při nichž se zkouší naučené techniky aplikovat a lektor zároveň dohlíží na případné chyby. Poslední fáze tréninku se věnuje uvolnění, protažení, případně i pohybovým hrám. Těžištěm závěrečné části lekce se však stává celkové zhodnocení naučeného materiálu.

Informace v této podkapitole byly čerpány z vlastních zkušeností, výpovědí instruktora sebeobrany Mgr. Jaroslava Vágnera a z internetových stránek společnosti Company Sports CR s.r.o. (Company Sports CR s.r.o. 2016.)

3.2 Typy kurzů sebeobrany

3.2.1 Osobní sebeobrana

Tento typ kurzů sebeobrany je určen veřejnosti. Svým zaměřením pokrývá široké spektrum témat a situací, které je třeba představit, vysvětlit a nacvičit, jakým způsobem na ně adekvátně reagovat. Do této kategorie kurzů lze zařadit následující:

Sebeobrana dětí – v rámci těchto kurzů se řeší především problematika fyzického násilí, šikany a sexuálního zneužívání a v nové době také prevence kyberšikany. Děti se zde učí například prevenci, způsoby asertivní komunikace v rizikové situaci, únikové strategie a hledání pomoci zvyšování psychické odolnosti. V technikách sebeobrany pak nacvičují únik z držení a vysmeknutí, zasažení citlivých míst.

Sebeobrana pro ženy – ženy jako tzv. „slabší pohlaví“ bývají často obětí sexuálních útoků, obtěžování či přepadení. Učí se rozpoznat a vyhodnocovat nebezpečné situace, jednoduché úniky z držení nebo použití improvizovaných sebeobránných prostředků. Agresory bývají ale také lidé z jejich blízkého okolí (na pracovišti, přátelé, rodina, partner), proto je součástí kurzů také poučení o dostupných opatřeních a organizacích, které nabízejí pomoc obětem domácího násilí.

Sebeobrana pro seniory – senioři jsou znevýhodněni menším fyzickým výkonem, pomalými reakcemi, a v některých případech i naivitou. Na kurzech se vyučuje komunikace, prevence, ale i rozpoznání podvodného jednání vůči své osobě.

Sebeobrana pro pomáhající profese – tyto kurzy jsou určeny především profesím a zaměstnáním, při jejichž vykonávání se člověk často dostává do přímé konfrontace s agresivní osobou, učitelé, sociální pracovníci atd. Důležitou roli v těchto případech hraje porozumění problému a příprava na něj. Například zdravotníci záchranáři mohou očekávat útok od pacienta pod vlivem alkoholu, který nechce být odvezen do nemocnice k definitivnímu ošetření. Dalším příkladem mohou být vodní záchranáři, kteří se vypravili pro tonoucího. Ti musí počítat, že tonoucí v záchvatu paniky a pudu sebezáchovy nebere ohled na nikoho ve svém okolí a jsou schopni utopit osobu, která se jim snaží pomoci. Sanitář, který se snaží uklidnit zmateného a dezorientovaného pacienta, se může setkat s agresí vůči své osobě. Sebeobrana je v těchto kurzech zaměřena především na udržení si odstupů a využití pomůcek.

3.2.2 Profesionální sebeobrana

Profesionální sebeobrana je určena pro zaměstnání, kde je očekávaná přímá konfrontace. Tuto sebeobranu rozdělujeme na profesionální sebeobranu pro bezpečnostní složky a ozbrojené složky. Kurzy jsou rozděleny na teoretickou část, seznámení s právní problematikou, nutnou obranou a zákony. Dále se kurzy soustřeďují na aktivity pro zvýšení kondice jednotlivců, na fyzický nácvik, procvičování modelových situací a všech problémů s vykonáváním dané profese spojených. Tento výcvik má účastníky kurzu připravit na řešení vypjatých situací, do kterých se mohou při vykonávání své práce dostat.

Informace pro tuto podkapitulu byly čerpány z internetové publikace *Základy osobní sebeobrany* (Vít, Regulí, Chvátalová, 2012) a knihy Radima Pavelky a Jaroslava Sticha: *Sebeobrana: nebuďte snadnou obětí!* (Pavelka, 2015, s. 10-12)

3.3 Psychické faktory sebeobrany

Zásadní význam při řešení nenadálé situace sehrává psychická připravenost a odolnost jedince. Musí být připraven a schopen asertivně vyjednávat, argumentovat, prosadit se a uchránit své zájmy, čelit strachu z napadení a dalším nebezpečím, při tom se snažit stále zachovat odstup a schopnost rychlé a správné reakce. Všechno toto úsilí vyžaduje u napadeného odvalu a odhodlání.

Čelit přesile nebo viditelně fyzicky silnějším protivníkovi v neznámé situaci je pro záchranáře velká výzva a jeho mentální příprava tomu musí odpovídat. Obecně se dá říct, že jakékoliv znalosti a dovednosti, kterými daný jedinec disponuje, jsou jen těžko využitelné, jestliže psychika selže.

3.3.1 Konflikt

Obecná definice konfliktu zní: „*Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí.*“ (Vít, Reguli, Chvátalová, 2012).

Konflikty jsou součástí naší historie, od slovní potyčky mezi sousedy až po války mezi mocnostmi. Pro tuto bakalářskou práci jsou důležité ty typy konfliktů, do kterých se potencionálně může záchranář při výkonu své profese dostat a kdy se kvůli nastalé situaci musí uchýlit k využití nabytých znalostí a zkušeností z kurzů sebeobrany. Tyto typy konfliktů lze rozdělit na:

Intrapersonální konflikt

Intrapersonální konflikt je konfliktem uvnitř jedné osoby, tedy vnitřní rozpor mezi vlastními hodnotami. Tento rozpor může být i dlouhodobý a zároveň se může stát překážkou při vykonávání profese. Závisí na psychickém rozpoložení jedince.

Za příklad tohoto typu konfliktu lze uvést nesouhlas s pravomocemi přidělenými zákony při vykonávání profese zdravotnického záchranáře. Zdravotnický záchranář se nemusí ztotožnit s tím, že ve výkonu svého povolání nemůže použít stejné obranné prostředky, kterými by mohl disponovat mimo službu ve svém občanském životě.

Interpersonální konflikt

V základě jde o konflikt mezi dvěma osobami. Jedná se o druh konfliktu, se kterým se záchranáři ve službě setkávají nejčastěji, a tím pádem jsou v těchto typech střetů nuceni k využití celé škály získaných schopností: od asertivního vyjednávání s pacientem, až po potenciální užití sebeobrany. Jednání agresora je často ovlivněn různými krizovými faktory, jako je strach, bolest, vztek, vliv návykových látek. Záchranář může svým přístupem zmírnit jeho reakci (například vysvětlování situace, popisování kroků, které chce učinit, konejšení), ale někdy je konflikt nevyhnutelný.

Zdravotnický záchranář se může setkat s verbálním či fyzickým napadením přímo od ošetřovaného pacienta či od jeho blízké osoby (manžel, kamarád atd.). Typickým příkladem, v němž je nutné využít asertivní vyjednávání je situace, kdy senior odmítá odvoz do nemocničního zařízení a zlehčuje svůj zdravotní stav. Zdravotnický záchranář v této chvíli klidným a autoritativním hlasem seniorovi vysvětluje, že v jeho stavu bude rozumné překontrolovat naměřené hodnoty v nemocnici za přítomnosti lékaře, a snaží se tak pacienta přesvědčit, aby svolil k přesunu do zdravotnického zařízení.

Skupinové konflikty

U skupinových konfliktů můžeme rozlišit konflikty, které vznikly v rámci jedné skupiny, nebo při nichž jedinec z jedné skupiny přišel do konfrontace se skupinou jinou, a konflikty mezi dvěma a více skupinami opačných názorů.

Typickým skupinovým konfliktem je rvačka před hospodou. Často se tak stává při sportovních akcích, kdy se k sobě dostanou fanoušci hrajících klubů, popř. skupina lidí s jiným politickým názorem. V obou výše uvedených příkladech je nutné ze strany záchranáře počítat i možnost, že se ve skupinách pohybují osoby pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek.

Všechny typy konfliktů mají jeden společný znak, a to prosezení svého názoru na úkor toho druhého. Motivace k prosazení názoru bývá různá a záchranáři musí vždy posoudit rizika a postup, jakým mohou v dané situaci postupovat. Jelikož záchranáři sledují odlišný cíl, stává se jejich primární snahou se konfliktům vyhýbat. Vývoj konfliktu je vždy nejistý a je nutné spoléhat na vlastní autoritu a vyhodnocení správného postupu.

3.3.2 Stres

Stres je nedílnou součástí, jelikož lidstvu už od nepaměti zajišťoval základní strategii „útek, nebo boj“. Slovo stres vychází z anglického slova „*stress*“, jehož doslovný překlad zní tlak, napínání, tíseň.

Tento pojem v sobě zahrnuje různé faktory. Mezi fyzikální faktory stresu lze zařadit vlastnosti okolního prostředí, jako je chlad, horko, déšť. Jakožto biologické faktory ovlivňující hladinu stresu jsou obvykle uváděny: hlad, tělesná zátěž, spánkový deficit, zranění, nepohodlí atd. Mezi psychosociální stresové faktory bychom mohli zařadit strach, úzkost, panika, vztek, sociální interakce, ale i pocit bezprostředního nebezpečí útoku.

Míra odpovědi na stres je u každého z nás jiná. Při častém opakování stejného stresového faktoru či faktorů, se odpověď mění. Klesá intenzita reakce v důsledku adaptačních mechanismů, s cílem zvýšit odolnost v dané situaci. Tato reakce se odborně nazývá generální adaptační syndrom. (Vít, Reguli, Chvátalová, 2012)

Lidské tělo reaguje na stres aktivováním kaskády hypothalamus, hypofýza a nadledviny a následně vyplavováním stresových hormonů do krve. Tyto hormony mají různé účinky na jednotlivé tělesné orgány, v jejichž důsledku připravují jedince na zvládnutí stresové situace.

Hlavními hormony reakce organismu na stresové podněty jsou:

Kortizol, který má za úkol především mobilizovat metabolismus a zajistit dostatek energie pro mozek a svaly.

Adrenalin mimo jiné zajišťuje dilataci bronchů a tím zlepšuje přísun vzduchu do plic a zajišťuje tak lepší přívod kyslíku do tkání, způsobuje vazokonstrikci a zrychluje a zvyšuje sílu srdečních stahů.

Noradrenalin zajišťuje zvýšení tlaku krve a pomáhá s rozkladem glykogenu na energii. (Ward, Linden, c2010)

3.3.3 Agresivita

Za agresivní chování se považuje myšlenka, slovní komunikace, jednání jedince i jednání jeho okolí. Agresivní chování je zobrazeno na úrovni představ, tužeb, snů a fantazie. Spouštěčů takového myšlení a jednání je hned několik. Mezi vnitřní spouštěče lze zařadit nenaplnění základních lidských potřeb, vnitřní napětí nebo strach. Vnější spouštěčem se může stát prostředí, v němž se jedinec nalézá. (Vymětal, 2003, s. 257-263)

Druhy agrese

Vymětal (2003) agresi dělí na slovní neboli verbální, za což se považují urážky, zastrašování a výhrůžky, a fyzickou čili brachiální, například fackování a jiné údery či působení fyzické bolesti. Další dělení vychází ze směru, kterým je agrese směřována. Při autoagresi člověk směřuje agresi proti sobě, naopak heteroagrese je směřována proti okolí, ve kterém se daný jedinec nalézá. Důvody, proč je daný člověk agresivní a co stojí za jeho agresi a motivací, můžeme rozdělit do 4 skupin:

Instrumentální agresivita je velmi častá a promyšlená. Agresor se snaží dosáhnout svého záměru za pomoci šikany, urážek, výčitek. Často je spojena se sebeuspokojením a uvědoměním si sama sebe v kolektivu.

S tímto typem agrese se zdravotnický záchranář neseťkává za strany pacientů, ale především na pracovišti, v rámci pracovního kolektivu, případně ze strany nadřízeného. Tento typ agresivity proto nebude dále v této práci rozváděn.

Agresivita samoučelná je spojována s osobním charakterem člověka a jejím cílem je zvýšení si sebevědomí daného jedince.

Příkladem samoučelné agrese může být skupina lidí posilněná alkoholem, která vzdoruje a záměrně vyvolává konflikt s pracovníky výjezdové skupiny v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Agresivita jako důsledek afektu – typický představitel této agrese je narcistický člověk, který za každým svým chováním hledá způsob, jak na sebe upozornit, získat si pozornost svého okolí a prosadit svůj cíl a názor, a to bez ohledu na ostatní. Kritiku neuznávají a mohou ji považovat za určitý druh ponížení. Tento pocit může následně vyústit až ve velmi prudkou neplánovanou reakci vůči výjezdové skupině.

Příkladem klasické situace mohou být hysteričtí rodiče, kteří se uchýlí k tomuto druhu agrese v důsledku strachu o zdraví svého dítěte.

Reaktivní agresivita je vyvolávána nezáměrně na vůli postiženého jedince. Tuto atypickou reakci může vyvolat například fyzická případně i duševní bolest, která postiženému znemožní racionální, a tedy i běžné jednání.

Příkladem z praxe může být pacient po traumatickém úrazu, který i přes podaná analgetika trpí silnou bolestí. Takový pacient se může dožadovat další analgezie a velice prudce reagovat na jakýkoliv pohyb s ním. Toto jednání může vyústit ve slovní a v extrémních případech i fyzickou agresi vůči výjezdové skupině. (Vymětal, 2003, s. 257-263)

Míra agresivity je u každého jedince individuální, stejně jako schopnost agresivitu ovládat a potlačit, a tím pádem ji nenechat přerůst v konflikt. Agresivita je však nedílnou součástí lidské psychiky a projevuje se v krizových situacích, kdy útek nepřipadá v úvahu a je potřeba bojovat. Vědecká obec dodnes nezná přesné příčiny agresivního chování, ale vychází ze základních dvou teorií, a to sociální a biologické. Sociální teorie připisuje agresi frustraci z vnějšího prostředí, zatímco biologická vidí příčiny ve vrozených pudech, genetické výbavě daného jedince a hormonální soustavě. (Brečka, 2009, s. 31-37).

3.4 Modelové principy využívané při výuce sebeobran

3.4.1 Cooperova škála ostražitosti – Cooperovy režimy

Jsou to barevné režimy a zóny, které jako model sestavil americký policista J. Cooper. Jedná se o barevné zóny, ve kterých se liší rychlost vyhodnocení hrozby, a od toho se odvíjí i odlišná rychlost reakce. K demonstraci jednotlivých situací J. Cooper využívá barevné škály od bílé, přes žlutou a oranžovou až po červenou, která je vyhodnocována jako nejrizikovější, tedy přímé napadení. (Vít, M., Reguli, Z., Chvátalová, J., 2012)

Bílý režim

Bílý režim je vnímán jako místo, na kterém se jednotlivec cítí v naprostém bezpečí, není vystaven žádné hrozbě bezprostředního napadení (jako příklad se uvádí vlastní byt, dům atd.).

V případě napadení v tomto režimu je předpokládána reakce úleková, očekává se určitá míra zmatenosti oběti a záchrana se spatřuje v nešikovnosti a neschopnosti samotného útočníka. (Vít, M., Reguli, Z., Chvátalová, J., 2012)

Žlutý režim

Režim, ve kterém se jedinec nalézá kdykoli opustí svůj dům (bílý režim). V tomto stavu se nepředpokládá, že je osoba ozbrojena, zároveň je však schopna uvolněného vnímání svého okolí, ačkoliv se nalézá v neznámém prostředí. Dalším dílčím faktorem v tomto režimu je přítomnost lidí, kteří jsou potenciální oběti neznámí a tím pádem nedokáže předvídat jejich chování a reakce svého okolí. Primárním předpokladem tohoto režimu je, že jednotlivci nehrozí žádné bezprostřední nebezpečí, ale smysly stále pracují, pozorují a vyhodnocují své okolí. Tento stav myslí je člověk schopen udržovat velmi dlouho, tak dlouho, dokud je schopen vnímat své okolí v jeho úplnosti. (Vít, M., Reguli, Z., Chvátalová, J., 2012)

Oranžový režim

Jednotlivec v tomto režimu velice pozorně vnímá své okolí a jeho případné proměny. Posuzuje situaci a zjišťuje hrozící nebezpečí. Jeho mysl zkoumá už konkrétní cíle, které představují hrozbu, a uvažuje, jak se s nimi případně vypořádat. Setrvání v tomto stavu může být po dlouhou dobu stresující, přesto v něm tělo a mysl dokáže setrvat tak dlouho, jak je potřeba. Ve chvíli, kdy bezprostřední nebezpečí pomine, přechází se zpět do žlutého režimu. V takovém režimu se zdravotnický záchranář se nachází již při každém výjezdu. Zvažují se možná rizika a strategie, jak se vypořádat s nově vzniklou situací.

Např.: Je-li na pozemku nebo v bytě pes, majitel je vyzván, zda by nemohl psa někam zavřít, aby se předešlo konfliktu se zvířetem. (Vít, M., Reguli, Z., Chvátalová, J., 2012)

Červený režim

V tomto režimu hrozí bezprostřední nebezpečí, mysl se soustředí pouze na boj, nebo útek. Tento režim nastává v případě, že je člen posádky výjezdové jednotky vystaven agresi ze strany pacienta, jiných subjektů, či jiným způsobem ohrožen a musí na tuto situaci reagovat. (Vít, M., Reguli, Z., Chvátalová, J., 2012)

3.4.2 Semafor jako názorný příklad řešení rizikové situace

Semafor slouží jako universální postup řešení sebeobrané situace. Tento princip byl popsán v projektu *Sebeobrana pro střední školy* (Vít, 2009).

Základním znakem je předpoklad, že obránce je v nevýhodě vlivem několika faktorů:

časová prodleva (schopnost zareagovat rychlou změnu situace),

okamžik překvapení (psychologický efekt),

neznámé prostředí,

počet útočníků nebo jejich síla.

Reprezentace barev tohoto semaforu má identickou barevnou škálu, jako semafony sloužící pro řízení silničního provozu: červená, oranžová a zelená, přičemž každá jednotlivá barva přesně vystihuje řešení krizové situace.

Červená

V silničním provozu červená barva na semaforu znamená „Stůj!“. V rámci této koncepce se také jedná pro jednotlivce o signál, který jej upozorňuje na možné nebezpečí, vzniklá situace jej nutí ke zvýšené ostražitosti a případně se i zastavit. Tato barva tedy vystihuje situace, ve kterých si člověk uvědomí, že něco není v pořádku v jeho bezprostředním okolí, nebo s člověkem, kterého vidí, případně, že vzniklá situace může směřovat k napadení. Laická veřejnost by tento stav myslí nazvala tzv. „šestým smyslem“. (Vít, 2009)

Oranžová

Na silničním semaforu tato barva znamená „Připrav se!“. V této koncepci barev a jejich významů oranžová předává napadenému signál: „Braň se!“ Jako obránce jednotlivec musí co nejrychleji zareagovat na příchozí útok adekvátně zvolenou obranou, jejímž cílem je odvrátit bezprostřední nebezpečí a vybojovat si cestu k útěku. (Vít, 2009)

Zelená

Poslední barva na silničním semaforu znamená „Jeď!“ Pro napadeného signalizuje možnosti útěku či ústupu. V situaci, v níž má napadený volnou ústupovou cestu, je preferován postup: stáhnout se a následně utéct. Za primární úkryt výjezdové skupiny se všeobecně považuje sanitka, v níž má posádka možnost se zamknout, zavolat o pomoc PČR a zároveň i informovat zdravotnické operační středisko o vzniklé nenadálé situaci. (Vít, 2009)

4 Posádka ZZS a možnosti sebeobran

Schopnost ubránit se agresí při výjezdu se odvíjí od složení výjezdových skupin, od vzhledu a fyzické zdatnosti jednotlivých členů. Složení výjezdové skupiny je závislé na nutnosti přítomnosti lékaře a v praxi se pohybuje od dvoučlenné posádky (RZP) až po členy čtyři při přítomnosti RV vozidla. Počet přítomných záchranářů je ovlivněn primárně naléhavostí případu, jež je vyhodnocena záchraným operačním střediskem na základě odebrané výzvy, vysílá na místo události příslušný počet výjezdových skupin či žádá o spolupráci s PČR.

4.1 Právní kontext

Zdravotnický záchranář je povinen vykonávat své povolání dle platné legislativy, avšak do míry, kdy není ohrožen na zdraví či životě on sám. Jak bylo zmíněno v úvodní části, vedoucí výjezdové skupiny může v případě ohrožení posádky rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče. V případech, kdy se zdravotnický záchranář v rámci obrany své či obrany jiné osoby musí uchýlit k násilí, poškodit majetek či jinak porušit zákon, spadá jeho jednání pod všeobecně platnou legislativu Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb., konkrétně Hlavu III *Okolnosti vylučující protiprávnost činu*, v níž se dále vysvětlují specifické okolnosti život či zdraví ohrožujících situací, jež zákon specifikoval jako následující pojmy:

§ 28 Krajní nouze;

§ 29 Nutná sebeobrana;

§ 32 Oprávnění použití zbraně.

4.1.1 Krajní nouze § 28

Krajiní nouze je definována v Trestním zákoníku č. 40/2009 Sb. § 28. Ten uvádí, že k zamezení bezprostředního nebezpečí, které člověku hrozí, může porušit zákon, aniž by nesl právní následky.

Zákon dále doplňuje, že za krajiní nouzi nelze považovat čin, kterým dotyčný způsobil škodu větší nebo rovnající se hrozícímu nebezpečí nebo jej byl povinen snášet.

V praxi tento zákon lze uplatnit při situacích, ve kterých výjezdová skupina spatří, že z okna bytu stoupá dým a uvnitř se nalézá osoba, jež jej nedokáže opustit. V takovémto okamžiku jsou jednotky oprávněny vyrazit dveře (čímž způsobil majiteli bytu škodu) za účelem záchrany osoby.

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

(2) Nejde o krajní 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. (Zákon č. 0/2009 Sb. trestní zákoník, 2009, s. 358-359.)

4.1.2 Nutná obrana § 29

Nutnou obranu definuje výše uvedený zákon v § 29. Zákon udává právo bránit sebe nebo i jiného člověka před napadením další osobou. Zákon dále vymezuje míru přiměřené obrany (za přiměřenou obranu zákon nepovažuje zastřelení osoby, která ostatní ohrožuje nožem) dále je také zakázána odvěta po skončení ohrožení.

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

(2) Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. (Zákon č. 0/2009 Sb. Trestní zákoník, 2009, s. 358-359.)

4.1.3 Oprávněné použití zbraně § 32

Ačkoli je v zákoníku ukotveno, že „*Trestný čin nespáchá, kdo použije zbraň v mezích stanovených jiným právním předpisem.*“ (Zákon č. 0/2009 Sb. trestní zákoník, 2009, s. 358-359.), pracovníkům záchranné zdravotnické služby je ze strany zaměstnavatele zakázáno nosit do služby střelnou zbraň, a to ani zbraň v osobním vlastnictví. (Zákon č. 0/2009 Sb. trestní zákoník, 2009, s. 358-359.)

4.2 Psychologické principy sebeobrany podle J. Coopera aplikované na posádku ZZS

Jeff Cooper ve své knize *Principles of personal defence* (2006) popisuje systém sebeobrany a psychologické přípravy shrnuté v několika principech. Kniha se sice věnuje především boji se střelnou zbraní, kterou, jak již bylo zmíněno v kapitole 3.1.3, posádka ZZS nesmí disponovat. V případě Cooperova pojetí sebeobrany ale nezáleží na konkrétním použitém obranném prostředku. Principy sebeobrany a psychologické aspekty zůstávají stejné i v případě boje s ozbrojeným i neozbrojeným útočníkem. Tyto principy lze využít při výuce sebeobrany a při nacvičování strategií jednání při napadení. (Cooper, 2006)

Mezi těchto několik principů sebeobranu a psychologické přípravy Jeff Cooper řadí:

Ostražitost

Lze ji definovat jako pohotovost našich smyslů.

Zostření smyslů při pohybu v neznámém a nebezpečném prostředí je automatickou reakcí našeho organismu. Přesto se dá ostražitost dále zlepšovat a rozvíjet. Nejobecnější pravidla, ke zvýšení bezpečnosti, je neustále kontrolovat a vědět, co se děje za vašimi zády, jelikož útok zezadu je nejpravděpodobnější. Zároveň by zdravotnický záchranář měl být schopen vnímat okolí i při své práci a v případě podezřelé akce být připraven na ni adekvátně reagovat. (Cooper, 2006)

Rozhodnost

Učinit rychlé a správné rozhodnutí na základě akutní nastalé situace by měl zdravotnický záchranář být schopen už z principu své profese. Očekává se to od něj i ve velice neobvyklých situacích, kterou může být i hrozba násilí vůči posádce nebo pacientovi. Tato situace nejenže vyžaduje rychlou mobilizaci sil, ale i psychickou odolnost. V případě fyzického útoku, který ohrožuje jeho zdraví, musí být podniknuté kroky instinktivní a jednání přímočaré, jelikož není možné váhat. Pro rychlé jednání by měl záchranář předvídat riziko a jednat. Dlouhým přemýšlením může být ohrožen život záchranáře, ale i pacientův. (Cooper, 2006)

Agrese

Útočník je oproti napadenému ve výhodě prvního úderu, ať už jde o útočné jednání ve smyslu verbálního nebo fyzického napadání. Dle Coopera a principům sebeobranu je nejlepší odpovědí na útok prudký protiútok. Útočník obvykle nečeká, že by se jeho oběť mohla bránit. Na rozdíl od obecných principů je ale primárním zájmem ZZS pokusit se deeskalovat konflikt, nebo mu rovnou předejít. Zdravotnický záchranář je na místě kvůli poskytování přednemocniční neodkladné péče a o možný konflikt by se měla případně postarat na místo události přivolaná PČR. (Cooper, 2006)

Rychlost

Rychlost je esenciální prvek jak v boji, tak sebeobraně. Když už dojde k napadení, musí být odpověď napadeného rychlá, nepředvídatelná a silná. Cílem je agresora co nejrychleji odvrátit. V záchraně je mnoho nástrojů, které lze efektivně využít k protiútok. Nácvik krizových situací a jejich řešení na kurzech sebeobranu zefektivní a zrychlí reakci na případnou situaci. (Cooper, 2006)

Rozvážnost

Schopnost zachovat klid a čistou mysl je v případech napadení velice obtížné. Pro některé jedince je schopnost koncentrace i při takovýchto situacích přirozená, pro některé je to velice náročné. Správnou přípravou a nácvikem situací se ale dá tato vlastnost dobře vytrénovat. To platí pro zdravotnického záchranáře nejen při výkonu svého povolání, ale právě i při sebeobraně. Při sebeobraně by neměl ztrácet hlavu a rozmýšlet své kroky, aby byly efektivní a nevedly k vyčerpání nebo zranění záchranáře. Útočník většinou neplánuje, proto záchranář může rozvážným jednáním získat navrch. Při tréningu se učí předvídat a promýšlet strategie účinné pro danou situaci. (Cooper, 2006)

5 Výzkumné cíle a otázky

5.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit postoj zdravotnických záchranářů k sebeobraně.
2. Zmapovat úroveň a možnosti sebeobrany zdravotnického záchranáře.

5.2 Výzkumné otázky

1. Jaké možnosti nabízí zaměstnavatel v oblasti sebeobrany?
2. Jaké možnosti sebeobrany využívají zdravotničtí záchranáři a jaká je její úroveň?

6 Metodika práce

6.1 Metodika výzkumu

Praktická část této bakalářské práce s názvem Sebeobrana pro zdravotnického záchranáře byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Sběr dat se uskutečnil pomocí metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Pro rozhovory byly stanoveny okruhy otázek, které vycházely ze stanovených cílů bakalářské práce a výzkumných otázek. Zároveň otázky vycházely z poznatků získaných při zpracovávání teoretické části a definic v ní uvedených. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost měnit pořadí stanovených okruhů a současně nejsou kladeny nároky na prostředí, kde se rozhovory uskuteční (Miovský, 2006). Miovský (2006) dále uvádí, že polostrukturované rozhovory mohou tazatelé poskytovat určitou jistotu, a to z toho důvodu, že výzkumník má stanovené minimální okruhy otázek, které musí v rámci výzkumného tématu s informanty probrat. Dle Hendla (2016) je taktéž tento typ rozhovoru vhodný využívat proto, aby nedocházelo k odlišování a odchylování rozhovorů od původního zadání. Zadání polostrukturovaného rozhovoru obsahuje celkem 20 otázek a jeho úplné znění naleznete v příloze (Příloha 1)

Zvolená struktura rozhovoru:

Úvodní 4 neočíslované otázky rozhovoru jsou určeny pro zjištění základních sociodemografických údajů o výzkumné souboru jako je věk, pohlaví, délka praxe a předchozí zaměstnání. Jejich přehled je uveden v tabulce 1.

Následují vlastní otázky, které se vztahují ke zvolenému tématu a jsou rozděleny do jednotlivých kategorií. Kategorie 1 představuje první 4 otázky týkající se osobní zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivním chováním pacienta, frekvence útoků, druh a příčina agrese, a také reakci a sebereflexi. V kategorii 2 je zařazena otázka, zda a jakým způsobem zajišťuje zaměstnavatel osobní ochranu. V kategorii 3 je zjišťována strategie postupu při práci s agresivním pacientem. Příprava a úroveň sebeobrany během studia je zjišťována v kategorii 4. V kategorii 5 jsou informanti dotazováni na aktuálními problémy sebeobrany, v kategorii 6 na postup u psychiatrického pacienta. Své zkušenosti se spoluprací s policií popisují informanti v kategorii 7 a v kategorii 8 subjektivně hodnotí bezpečnost svého povolání. V kapitole 9 informanti odpovídají, zda byli během výkonu služby napadeni zvířetem. Poslední dotaz prověřuje znalost záchranářů právních termínů „krajní nouze“ a „nutná obrana“.

6.2 Výzkumný soubor, sběr a fixace dat

Sběr dat probíhal v období červen–červenec 2020. Informanti byli osobně kontaktováni se souhlasem jejich nadřízeného. Výzkumný soubor představovali zdravotničtí záchranáři z Jihočeského kraje (N=9). Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem pět žen a čtyři muži ve věkovém rozmezí 33-53 let. Délka praxe informantů u zdravotnické záchranné služby (ZZS) byla variabilní. Tři informanti pracovali u ZZS pět let, jeden informant sedm let, dva informanti osm let a zbývající informant devět, deset a patnáct let. Jako předchozí zaměstnání sedm informantů uvedlo práci na Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) s délkou praxe od jednoho roku po devět let. Jeden informant pracoval pět let na operačním středisku zdravotnické záchranné služby a jeden informant pracoval šestnáct let na jiném, nespecifikovaném oddělení v nemocnici. Souhrnnou tabulku zahrnující zmíněné údaje informantů ve výzkumném souboru naleznete v tabulce 1 níže.

Tabulka 1 - Základní sociodemografické údaje o výzkumném souboru

Informant	Pohlaví	Věk	Praxe u ZZS	Praxe na jiném oddělení
IN1	Žena	38 let	10 let	1 rok ARO
IN2	Muž	37 let	5 let	5 let operační středisko
IN3	Žena	44 let	9 let	3 roky ARO
IN4	Muž	38 let	8 let	3 roky ARO
IN5	Žena	40 let	8 let	2 roky ARO
IN6	Žena	39 let	5 let	9 let ARO
IN7	Žena	33 let	5 let	2,5 roku ARO
IN8	Muž	53 let	7 let	16 let jiné
IN9	Muž	45 let	15 let	4 roky ARO

Fixace dat během rozhovorů probíhala prostřednictvím záznamového média. Takto získané rozhovory byly následně doslovně přepsány, informace byly zakódovány a zpracovány pomocí programu Atlas.Ti verze 7. Data jsou prezentována pomocí grafických diagramů a jejich popisu, doplněných o autentické citace jednotlivých informantů.

6.3 Technika analýzy dat

Pro analýzu informací získaných z rozhovorů byly využity prvky metody zakotvené teorie. Jednalo se o otevřené a axiální kódování, které představuje dvě základní fáze této metody (Strauss, Corbin, 1999). Doslovně přepsané rozhovory byly nejprve

zakódovány pomocí otevřeného kódování, při kterém výzkumník přiřazuje jednotlivým částem textu kódy, tedy významové jednotky (Miovský, 2006). Následně proběhlo axiální kódování, kdy byly vzniklé kódy rozříděné do oblastí s podobnou vnitřní souvislostí. Tento proces se nazývá kategorizace (Hendl, 2016). Mezi stanovenými kódy a kategoriemi byly vyhledány vztahy, které jsou graficky znázorněny ve výsledkové části této bakalářské práce. Seznam kategorií je uveden v tabulce 2. Analýza dat proběhla v programu Atlas.Ti, verze 7, kde byly taktéž vytvořeny pomocí *networkingu* výsledné grafické výstupy.

Tabulka 2 – Seznam kategorií

Kategorie 1	Konfrontace s agresivním pacientem v praxi
Kategorie 2	Role zaměstnavatele
Kategorie 3	Strategie postupu při práci s agresivním pacientem
Kategorie 4	Příprava a úroveň sebeobrany
Kategorie 5	Aktuální problémy sebeobrany
Kategorie 6	Postup u psychiatrického pacienta
Kategorie 7	Spolupráce s PČR
Kategorie 8	Bezpečnost povolání zdravotnického záchranáře
Kategorie 9	Napadení zvířetem
Kategorie 10	„Krajní nouze“ a „nutná obrana“

6.4 Etika výzkumu

Před zahájením rozhovorů byli informanti seznámeni s cílem výzkumu, použití a zpracování získaných dat, ale také o jeho nahrávání (Miovský, 2006). Informovaný souhlas byl společně s rozhovorem nahrán na záznamové médium. Informanti byli taktéž ubezpečeni o anonymitě, která byla zachována na základě absence identifikačních údajů. Pro orientační označení rozhovorů bylo použito kódování, kdy pro jednotlivé rozhovory byly použity identifikátory IN1-IN9. Zároveň byla informantům dána možnost pro výběr prostředí, kde se samotný rozhovor odehraje, čímž byl určitým způsobem zajištěn pocit bezpečí a klidného prostředí při sdělování informací.

6.5 Výsledky šetření

6.5.1 Kategorie 1: Konfrontace s agresivním pacientem v praxi

Níže uvedený diagram 1 představuje propojení prvních čtyř na sebe navazujících otázek, spadajících do kategorie konfrontace s agresivním pacientem v praxi. Popisuje, jak často se informanti setkávají s agresivním pacientem, které druhy agrese jsou nejčastěji proti nim použity, reakce informantů na agresi při výjezdu a jejich vnitřní pocity po vystavení agresi.

Drtivá většina informantů vypověděla, že se s agresi vůči sobě setkávají jen zřídka. Jak tvrdí informant IN2: „*Je to spíše výjimečná situace, není to nic, co se zažívá dnes a denně.*“

Informanti byli dotázáni, s jakými druhy agrese se během své praxe setkali. Nejčastější odpovědí bylo, že s verbální agresi, konkrétně pak s vulgárními nadávkami.

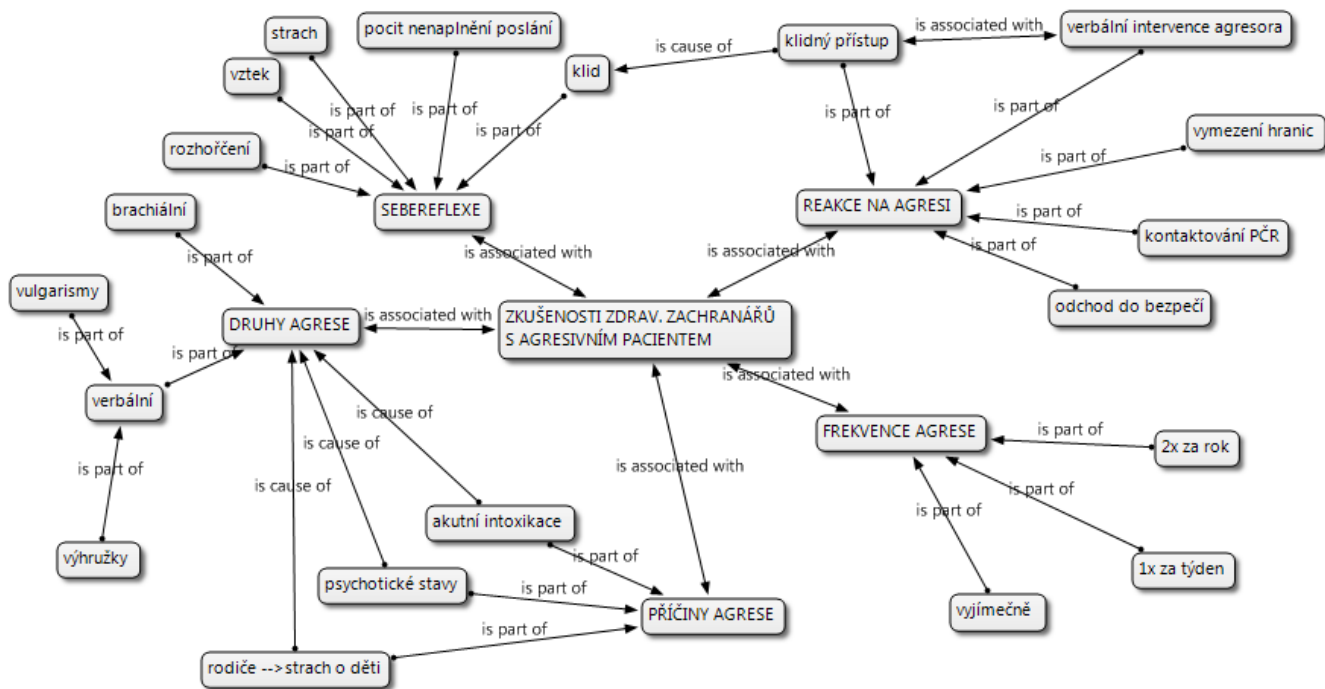
Informant IN4 se vyjádřil: „*Většinou jsou to výhružky a hodně sprostých slov, po kterým občas následuje brachiální napadení. Že by po mně někdo hodil kudlu se mi ještě nestalo.*“

Pouze tři informanti uvedli, že se setkali i s brachiální, tedy fyzickou agresi vůči své osobě.

Kategorie dále obsahuje reakce informantů na agresi v místě události. Nejčastější reakcí byl klidný přístup k pacientům a snaha o redukci napětí a zabránění konfliktu, dále pak jasné vymezení hranic a verbální intervenci s agresorem. Když se pokusy o zklidnění situace nezdařily, informanti si ve většině případů vyžádali součinnost PČR.

Do této kategorie byly ještě zařazeny emoce, které informanti na takto psychicky náročných výjezdech pociťovali. Zde se odpovědi velmi různí z důvodu individuálního přístupu a nálady v takové situaci. Reakce informantů byly od klidné reakce až po rozhořčení, či pocit nenaplněného poslání, jež je součástí této profese. Častou emocí byl jednoznačně strach, jak tvrdí IN6: „*bylo to dost nepříjemné, bála jsem se.*“

Diagram 1 - Konfrontace s agresivním pacientem v praxi



(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.2 Kategorie 2: Role zaměstnavatele

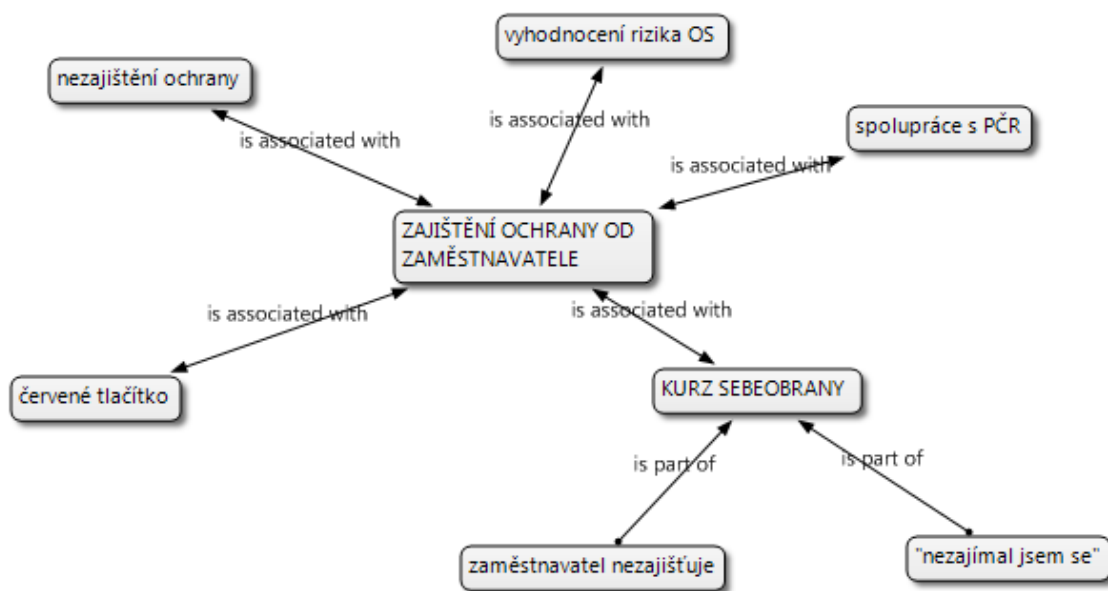
Tato kategorie se zabývá zjišťováním míry ochrany poskytované zaměstnavatelem členům výjezdových skupin a dále možnostmi absolvování kurzů sebeobran, které zaměstnavatel nabízí.

Polovina dotázaných informantů uvedla, že zaměstnavatel aktivně nezajišťuje žádnou formu obrany posádek. Informant IN2: „*Nemam pocit, že by jí nějak zajišťoval. Je tam předpoklad, že operační středisko vyhodnotí rizikovou výzvu a dá dopředu vědět, co tam je, a držíme se stranou, než PČR zajistí pro nás prostor. To kreje jen určitou část výjezdů, někdy do toho člověk vletí naslepo*“.

Druhá polovina informantů uvedla jako obranu posádek červené tlačítko na vysílače uvnitř výjezdového vozu, sloužící k upozornění operačního střediska na posádku v nebezpečí. IN1: „*V autě je vysílačka tam je červené tlačítko na Matře a to v případě nouze můžeme stisknout, ale nevím jestli je na agresivní pacienty.*“ Dále informanti uvedli operační středisko jako nástroj pro vyhodnocení rizikové situace a v případě konfrontace s agresivním pacientem možnost vyžádat si asistenci PČR.

Všichni informanti shodně odpověděli, že zaměstnavatel jim nezajišťuje žádné kurzy sebeobran. Většina ale doznala, že se o tuto možnost kurzů ani nezajímala.

Diagram 2 – Role zaměstnavatele



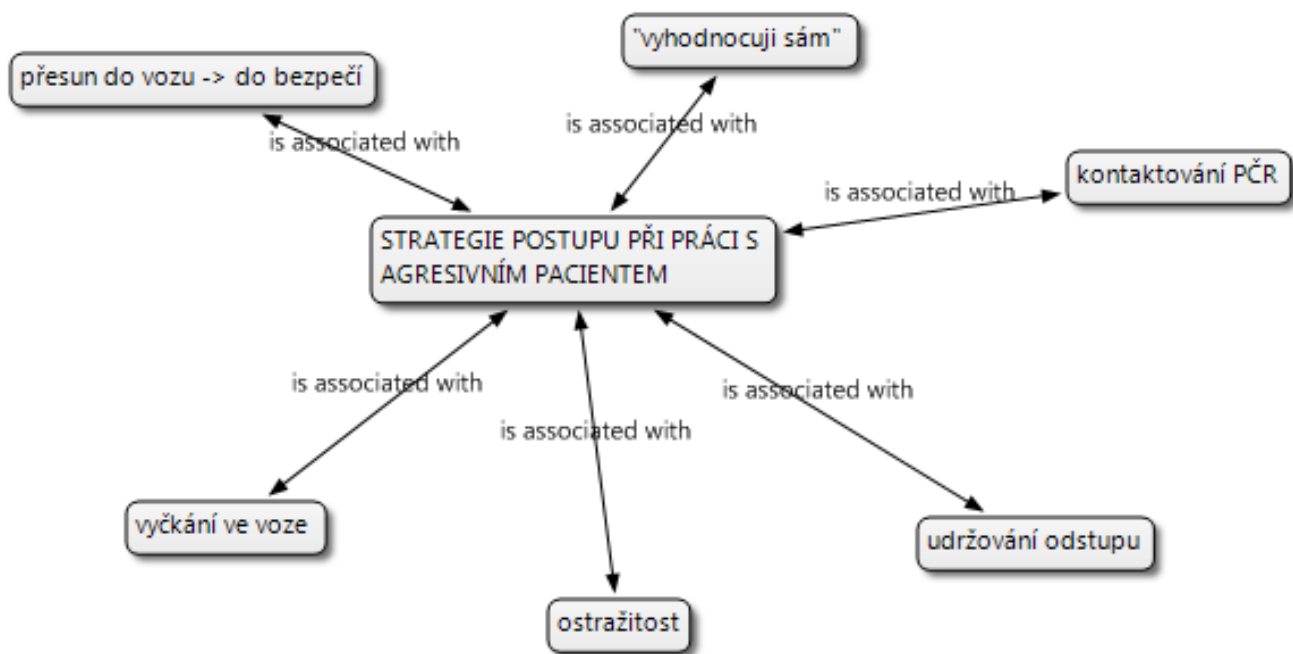
(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.3 Kategorie 3: Strategie postupu při práci s agresivním pacientem

Třetí kategorie analyzuje odpovědi informantů na postup, kterým by se měli řídit v případě, kdy informantům hrozí nebezpečí.

Informanti uvedli nutnost vyhodnocovat konkrétní situaci na místě zásahu. Například IN2 zhodnotil: „*Je na nás, jak si poradíme.*“ Naopak IN7 by zvolil odlišnou strategii. IN7: „*Nechodit tam, zůstat v autě.*“ Tuto strategii by zvolila většina informantů, protože považují sanitní vůz za bezpečné prostředí. V případě, kdy výjezdové skupině hrozí nebezpečí, je na posádce, zda zvolí přesun do bezpečí vozu nebo vyčkají v bezpečné vzdálenosti na místě události. Další možností je přivolání PČR na místo události. IN3: „*Zavolám policii a vyčkám na ně v autě nebo na místě.*“

Diagram 3 – Strategie postupu při práci s agresivním pacientem



(Zdroj: vlastní výzkum)

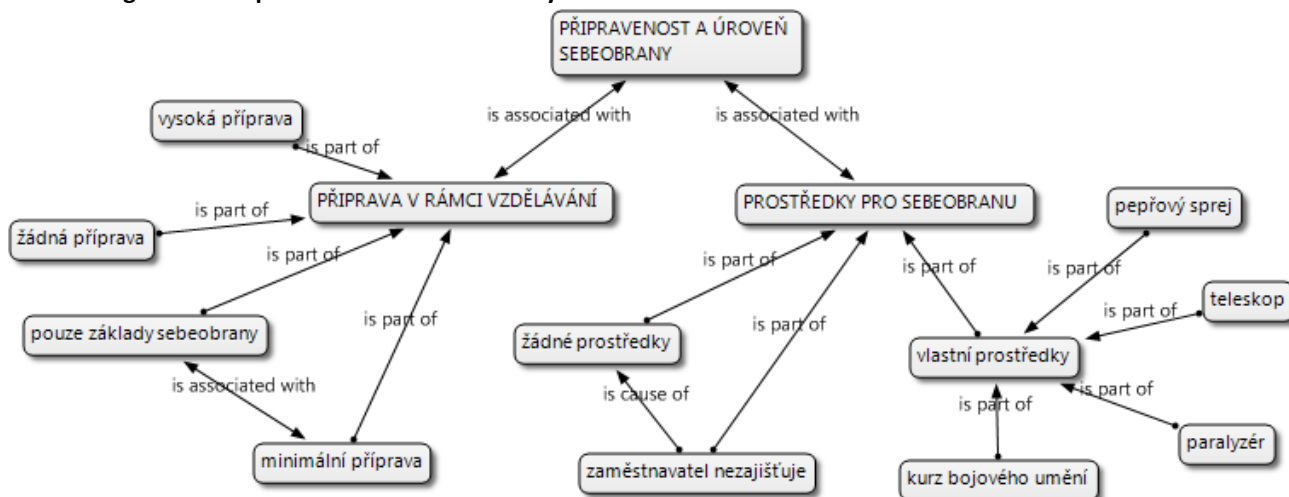
6.5.4 Kategorie 4: Příprava a úroveň sebeobranu

Ve čtvrté kategorii byly dotazy zaměřeny na přípravu budoucích záchranářů během studia na sebeobranu a zda nyní vlastní a během výjezdů používají nějaké obranné prostředky. Podle informantů se příprava v průběhu studia různila od žádné či minimální přípravy po vysokou míru přípravy na škole. Z většiny odpovědí však lze usoudit, že výuka sebeobranu na škole byla nedostačující. Z vyjádření IN6: „V rámci studia několik hodin sebeobranu a hodiny komunikace. Nijak ale závratná nebyla.“

Většina respondentů sdělila, že nevládní a neberou si žádné prostředky pro sebeobranu na výjezd. IN5: „Žádné nevládním.“

Pouze dva informanti uvedli, že docházejí na kurzy bojového umění ve volném čase a že vlastní některé obranné prostředky. IN2: „já sám, něco mam a umím to používat a trénuju s tím, teleskop a pepřový sprej.“

Diagram 4 – Příprava a úroveň sebeobranu



(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.5 Kategorie 5: Aktuální problémy sebeobrany

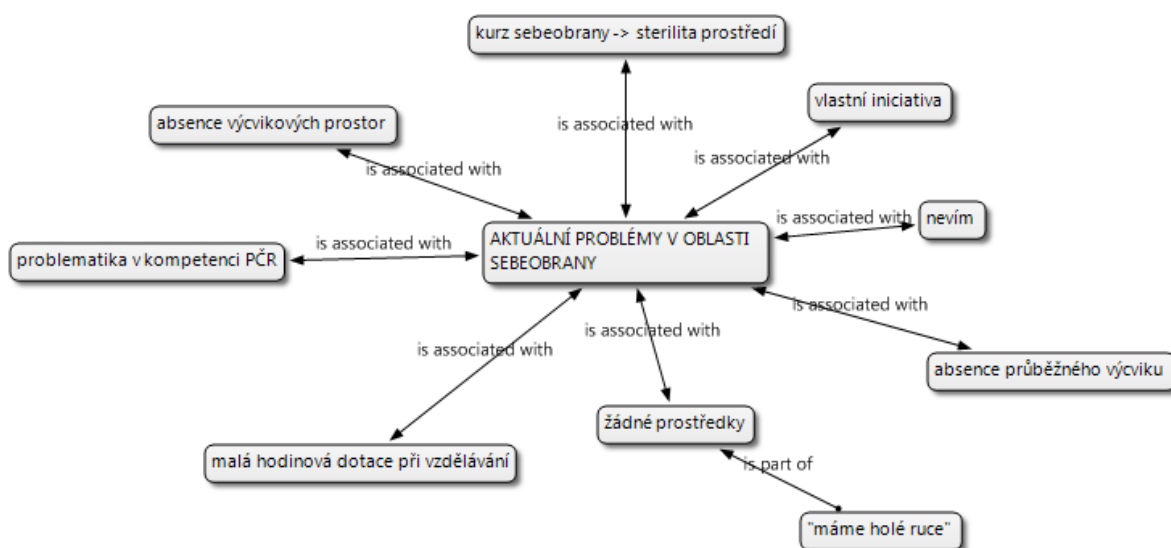
Tato kategorie analyzuje odpovědi informantů ohledně nedostatků ve výuce v oblasti sebeobrany během studií a nyní.

Mnoho informantů uvedlo, že mají kladné zkušenosti při spolupráci s PČR. IN9: „Kladnou, přijeli a pomohli nám“

Další informanti kriticky zhodnotili absenci kurzů sebeobrany a prostoru pro trénování sebeobrany. Z odpovědí některých informantů lze předpokládat, že by možnosti zdokonalení a nácviku technik sebeobrany uvítali. Informant IN2 odpověděl: „Nyní chybí kontinuální možnost trénovat sebeobranu a krizové situace a verbální intervenci s agresorem, i nějaké techniky. Mě konkrétně chybí i prostor na základně, kde se dá bezpečně cvičit, když nám seženou nějakého dobrého lektora sebeobrany, vůbec bych se toho nebránil.“

K výuce sebeobrany během studia se informanti vyjádřili obdobně s předešlým diagramem a otázkou. Dle odpovědí většina informantů během výuky nějakou formu přípravy absolvovala, ale nebyla příliš efektivní. IN6: „Během studií se to moc neřešilo.“

Diagram 5 – Aktuální problémy sebeobrany



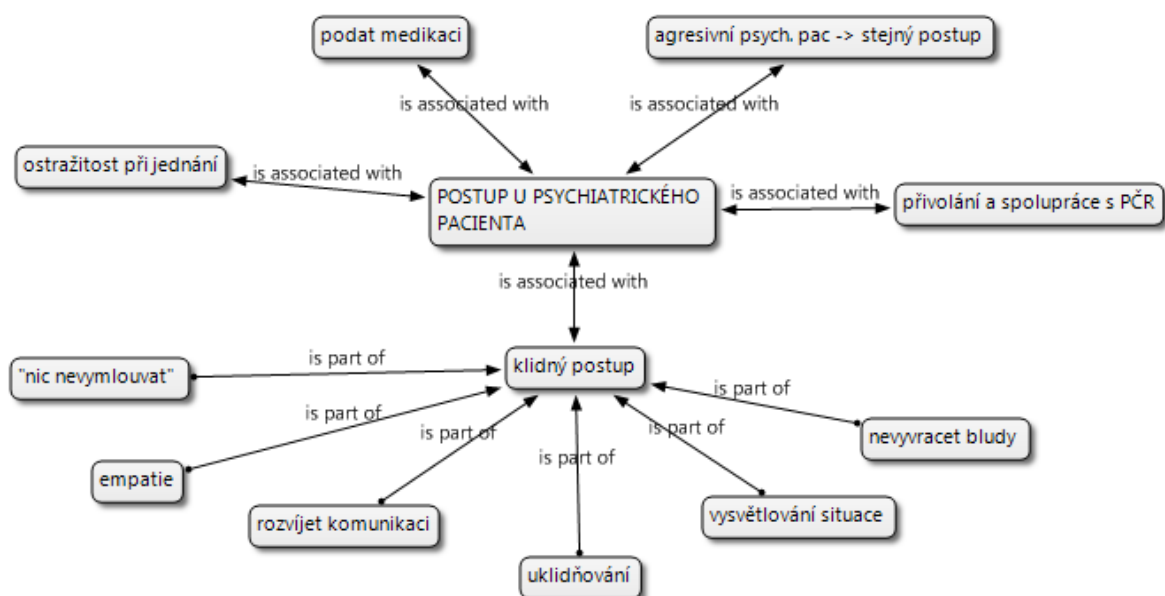
(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.6 Kategorie 6: Postup u psychiatrického pacienta

Šestá kategorie analyzuje postup informantů u psychiatrického pacienta.

Všichni informanti uvedli jako základ pro konstruktivní práci s takovýmto pacientem klidný a empatický přístup a komunikaci. IN1: „*Snažím se je uklidnit. Snažím se jim vše odkývat a né nic vymlouvat. Co slyší a vidí.*“ Při kontaktu s pacientem nedoporučovali informanti vyvracet pacientovy bludné představy a v případě agresivního psychiatricky nemocného pacienta postupovat ostražitě, ale klidně a v případě potřeby si vyžádat ke spolupráci PČR. Pacienta lze zklidnit také podáním medikace, která však musí být indikována lékařem.

Diagram 6 – Postup u psychiatrického pacienta



(Zdroj: vlastní výzkum)

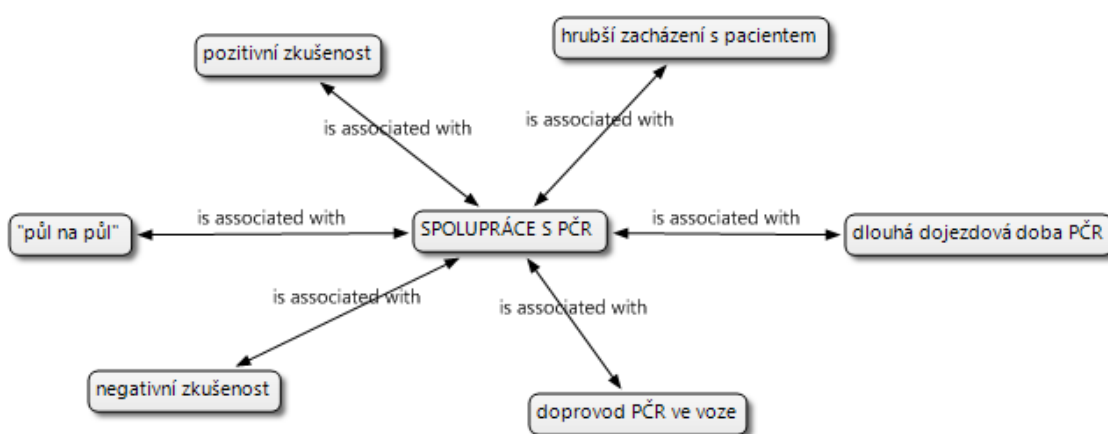
6.5.7 Kategorie 7: Spolupráce s PČR

Kategorie se zabývá osobními zkušenostmi informantů při spolupráci s PČR na místě události.

Mnoho informantů je nespokojeno s dojezdovým časem PČR na místo události, avšak spolupráci s PČR uvedla většina jako pozitivní. IN8: „Dobrá. Někdy trvá, než přijedou.“ Velice vítaná je přítomnost jednoho člena PČR v sanitním voze, při převážení agresivního pacienta do zdravotnického zařízení.

Někteří informanti uvedli negativní zkušenost s až příliš hrubým zacházením příslušníka PČR s pacientem. IN6: „Někdy trošku hrubší přístup k pacientům. Ale jinak mám zkušenosti dobré.“

Diagram 7 – Spolupráce s PČR



(Zdroj: vlastní výzkum)

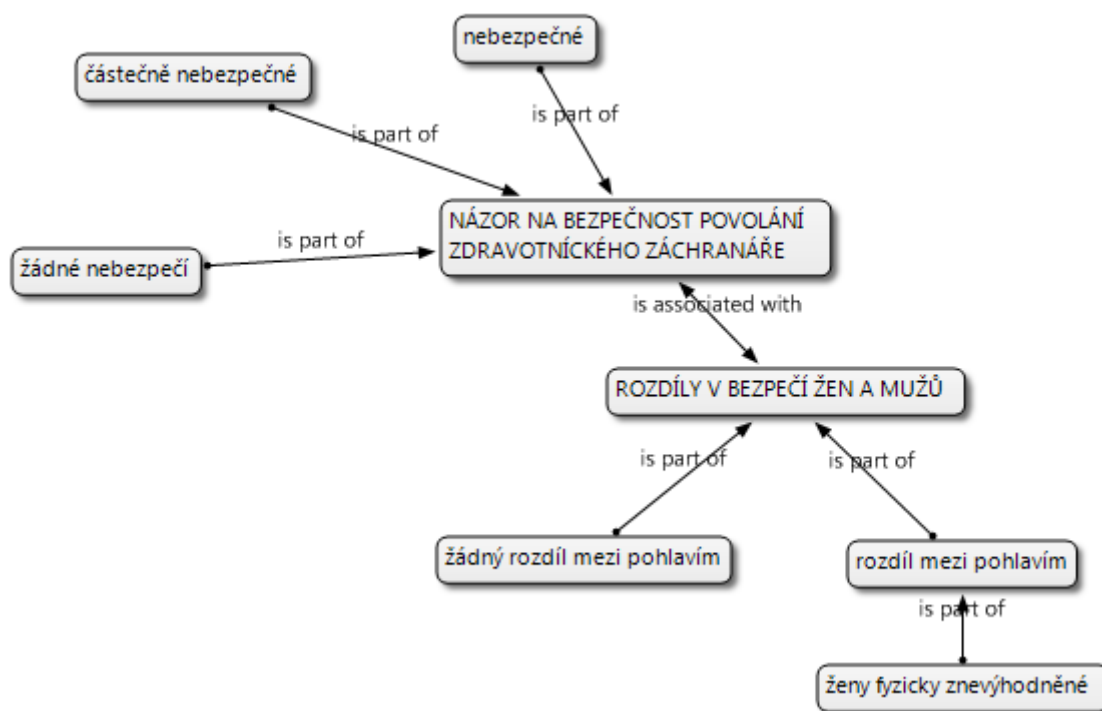
6.5.8 Kategorie 8: Bezpečnost povolání zdravotnického záchranáře

Osmá kategorie analyzuje odpovědi na otázky subjektivního hodnocení bezpečnosti povolání zdravotnického záchranáře a rozdílu v bezpečí žen a mužů.

Kromě dvou informantů hodnotí své povolání všichni dotázaní jako nebezpečné nebo alespoň částečně nebezpečné. IN1: „*Tak na půl nebo tak na ¼, to není vždy nebezpečné a těch případů je málo.*“

Většina informantů se shoduje, že považuje ženy při výkonu tohoto povolání za znevýhodněné, například IN5: „*Ano, jsou slabší*“ Znevýhodnění svých kolegyně shledávají všichni mužští informanti, ovšem některé ženy tento názor nesdílí. IN3: „*Ne, nejsou, nevím o ničem, co by nás znevýhodnilo*“

Diagram 8 – Bezpečnost povolání zdravotnického záchranáře

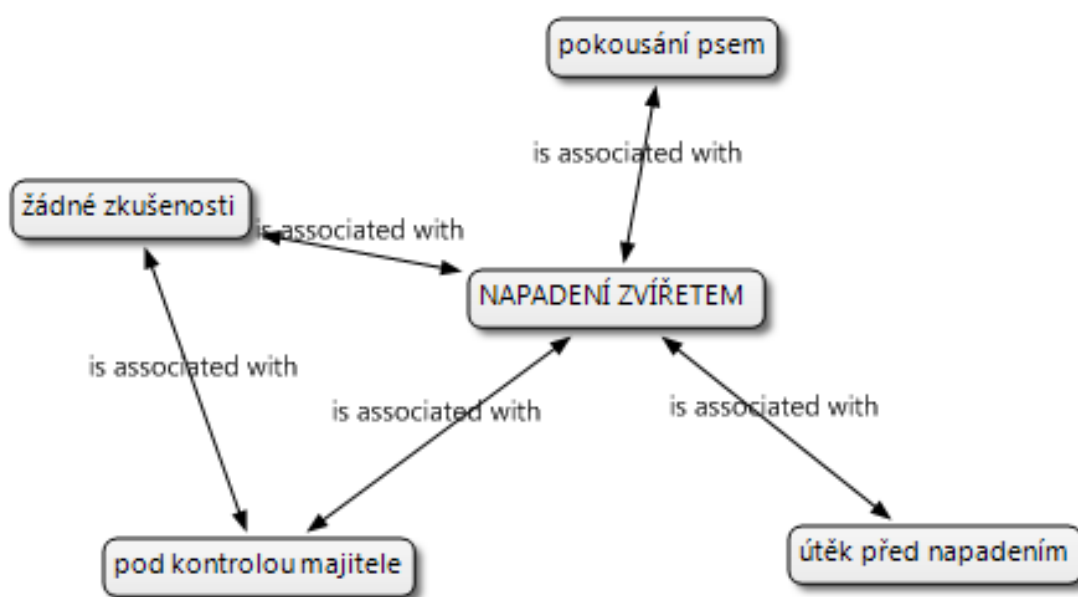


(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.9 Kategorie 9: Napadení zvířetem

Během výjezdů ZZS může být posádka napadena zvířetem, nejčastěji domácím mazlíčkem. Většina informantů se při výjezdech s takovýmto napadením nesečkala. Většina majitelů mají své mazlíčky pod kontrolou nebo nejsou nebezpeční. IN6: „Žádné, když tam byl pes tak tam byl majitel.“ Někteří informanti potvrdili, že byli zvířetem napadeni, konkrétně psem. IN4: „Už mě pokousal pes. To bylo nepříjemný, nebyl slyšet štěkot, nic. A majitelka byla na psa sama a už ho očividně nezvládala.“ IN5 uvedla, že jí hrozilo napadení psem, ale stihla mu uniknout: „Žádné, stačila jsem utéci do auta.“

Diagram 9 – Napadení zvířetem



(Zdroj: vlastní výzkum)

6.5.10 Kategorie 10: „Krajní nouze“ a „nutná obrana“

Poslední kategorie se zabývá znalostmi informantů dvou právních termínů „krajní nouze“ a „nutná obrana“. IN2: „*No asi ne podle paragrafu, krajní nouze - širší pojem ... že můžu vstoupit do bytu, vykopnout dveře, je to definováno, že svým jednáním zabráním významně vyšším škodám, tak můžu porušit jinej zákon, když slyším, že v bytě někdo volá o pomoc a z okna stoupá kouř, tak mám právo tam vstoupit a rozbít dveře, okno.*

Nutná obrana je, když mě napadne, tak já mam právo hájit svůj život a své zdraví, dokonce moje obrana může být intenzivnější.“

Podle tabulky 3 více jak polovina informantů není obeznámena s těmito termíny.

Tabulka 3 - Znalost právních termínů „krajní nouze“ a „nutná sebeobrana“

Informant	Správná odpověď	Nesprávná odpověď
IN1		X
IN2	X	
IN3		X
IN4	X	
IN5	X	
IN6		X
IN7		X
IN8	X	
IN9		X

(Zdroj: vlastní výzkum)

7 Diskuze

Bakalářská práce „Sebeobrana pro zdravotnické záchranáře“ se zabírá problematikou agrese vůči členům výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a možnostmi sebeobrany zdravotnických záchranářů.

V teoretické části bylo čerpáno z mnoha zdrojů, učebnic sebeobrany, odborných článků, citací zákonů aj. pro vytvoření teoretického podkladu pro nastínění dané problematiky. Na začátku teoretické části je představen systém zdravotnické záchranné služby v České republice a jsou v ní vymezeny jeho jednotlivé složky.

V následující kapitole se teoretická část textu věnuje rozdílu ve vedení kurzu sebeobrany a výukou bojového umění. Pro některé sociální skupiny jsou určeny konkrétní druhy kurzů sebeobrany, které zohledňují vlastnosti dané skupiny, například sebeobrana pro ženy či seniory. Při nácviku sebeobrany by se měla pozornost také věnovat psychickým faktorům sebeobrany a při výuce lze využít i modelové principy chování v různém prostředí pro nácvik vyhodnocování rizika. Na závěr teoretické části jsou zmíněny a vysvětleny obecné základní právní termíny vztahující se k sebeobraně, jako je „krajní nouze“, „nutná obrana“ a „oprávnění použití zbraně“, a dále se věnuje popisu psychologických principů sebeobrany J. Coopera, které pro lepší ilustraci byly aplikovány na příklad členů výjezdových jednotek ZZS.

Další pokračování práce je věnováno empirické části, tedy vlastnímu výzkumu. Pro tyto účely byly stanoveny hlavní výzkumné otázky a cíle popsané v 5. kapitole. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit postoj zdravotnických záchranářů k sebeobraně a také zmapovat úroveň a možnosti sebeobrany zdravotnického záchranáře. Hlavní výzkumné otázky zjišťují, jaké možnosti nabízí zaměstnavatel v oblasti sebeobrany, jaké možnosti sebeobrany využívají zdravotničtí záchranáři a jaká je její úroveň. Výzkum byl proveden v rámci kvalitativního šetření, a to metodou polostrukturovaného rozhovoru se členy výjezdových jednotek ZZS. Výzkumný soubor, sběr a fixace dat, včetně následné analýzy je specifikován v patřičných podkapitolách kapitoly 6. Zde jsou k dispozici i výsledky šetření.

Výzkumného šetření se zúčastnilo devět informantů, pracujících na střediscích Zdravotnických záchranných služeb Jihočeského kraje. První čtyři otázky se zaměřovaly na identifikaci informantů. Zahrnovaly dotaz na věk, pohlaví, délku praxe a předchozí zaměstnání. Zbylá část rozhovoru pak zahrnovala otázky směřující přímo k tématu bakalářské práce. Polostrukturované rozhovory byly následně analyzovány

technikou otevřeného a axiálního kódování a kategorizace. Kategorizaci jsme ještě pro názornost doplnili o diagramy zpracované v programu Atlas.Ti, verze 7.

Z analýzy dat vyplynulo, že informanti považují konfrontaci s násilným pacientem spíše za výjimečnou událost. Když už k nějaké agresii dojde, je většinou pouze verbální. Výsledky šetření této práce nesouhlasí se závěry Kazíka (2015), který ve své práci udává, že se všichni členové posádky se setkali s verbálním a většina i s fyzickým napadením. Při kontaktu s agresivním pacientem jsou záchranáři podle vlastních slov schopni klidného jednání a snaží se o zklidnění situace, v případě gradace agrese volají na pomoc PČR.

Sporadický výskyt napadení je možnou příčinou toho, že se většina informantů o případnou možnost výuky sebeobrany v zaměstnání příliš nezajímá. Přesto z odpovědí vyplývá, že by tuto možnost většina informantů nejspíše uvítala a využila. Všichni informanti se ovšem shodují, že jim zaměstnavatel žádné kurzy sebeobrany neposkytuje, jak píše i Vrátník (2019).

Z výzkumu bylo dále zjištěno, že nadpoloviční většina informantů je obezřetná ve věci hrozícího nebezpečí a zvolila by strategii pasivní, respektive takovou, kde má bezpečnost zachránce největší prioritu (kupříkladu zamknutí se ve voze). Při hrozícím nebezpečí jsou zvyklí požádat o pomoc PČR. Při jednání s psychiatrickým pacientem se snaží zachovat klidně, empaticky a hodně komunikovat, aby se pacient necítil ohrožený. V případě jeho agresivního chování platí stejné zásady, jako u nepsychiatrického pacienta.

V kategorii „Příprava a úroveň sebeobrany“ jen pár informantů považovalo výuku sebeobrany za dostačující – většina z nich tvrdila, že během studia se jim dostalo jen opravdu holých základů sebeobrany, jak udává i Vrátník (2019), anebo dokonce vůbec žádných. Většinově se informanti shodli i v tom, že nevládní žádný ochranný prostředek sebeobrany jak doma, tak v zaměstnání. Tento fakt zjistila ve své práci i Václavíková (2016) a dodává, že zdravotničtí záchranáři nevyužívají ochranných prostředků tak, jak by mohli. Pouze dva informanti ve výzkumu této práce uvedli, že vlastní nějaký ochranný prostředek a navštěvují kurzy bojového umění.

Se spoluprací s PČR je většina informantů spokojená. Někteří ve svých odpovědích však zmínili dlouhý dojezdový čas PČR na místo výjezdu a občasný hrubší přístup k pacientům ze stran příslušníků policie. Druhé tvrzení popisuje ve své práci i Kazík (2015), který píše, že někteří pacienti mají z PČR dokonce strach.

Své povolání považuje za nebezpečné nebo alespoň částečně nebezpečné většina informantů. Při hodnocení znevýhodnění žen jakožto záchranářek na výjezdu u agresivního pacienta některé dotazované ženy odpověděly, že se necítí znevýhodněné, některé, že ano. Naproti tomu jejich kolegové je za znevýhodněné jednohlasně považují, především kvůli nižší fyzické zdatnosti.

Z analýzy získaných dat dále vyplynulo, že pouze hrstka informantů se na výjezdech setkala s napadením zvířetem. Pokud k napadení došlo, jednalo o psa, který nebyl pod kontrolou majitele. Při výjezdech jsou podle odpovědí obvykle zvířata zavřená a zabezpečena jejich majiteli.

Z výzkumu vyplývá, že více než polovina informantů nezná termíny „krajní nouze“ a „nutná obrana“ a není seznámena s jejich právním výkladem a významem. S tímto se neshoduje Kazík (2015) – nadpoloviční většina jeho respondentů definovala tyto pojmy správně.

8 Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje problematice sebeobraně pro zdravotnické záchranáře. Hlavním cílem bylo zjistit postoj zdravotnických záchranářů k sebeobraně a zmapovat úroveň a možnosti sebeobraně zdravotnického záchranáře. V teoretické části práce je vysvětlen systém zdravotnické záchranné služby v České republice a jsou vymezeny jeho jednotlivé složky. Následující kapitola „Sebeobrana“ se věnuje rozdílu kurzů sebeobraně a výukou bojových umění, druhům kurzů sebeobraně, psychickým faktorům sebeobraně a modelovým principům využívaných při výuce. Závěr teoretické části popisuje právní termíny vztahující se k sebeobraně a popisuje psychologické principy J. Coopera, které byly aplikovány na příklady posádky ZZS.

V empirické části této práce byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jaké možnosti nabízí zaměstnavatel v oblasti sebeobraně? Jaké možnosti sebeobraně využívají zdravotničtí záchranáři a jaká je její úroveň?

Prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru, byly naplněny oba cíle. Postoj informantů k sebeobraně se zdá být poněkud laxní – byť by kurzy sebeobraně uvítali, zájem o ně u zaměstnavatele příliš neprojevují a ve svém volném čase se sebeobraně ve většině případů také mnoho nevěnují. Toto zjištění poukazuje na skutečnost, že sebeobrana pro informanty není úplnou prioritou. Příčinou je nejspíše nižší výskyt výjezdů k agresivnímu pacientovi. Tento fakt může být dán lokalitou, ve které byl výzkum prováděn. Z výzkumu vyplynulo, že úroveň sebeobraně u zdravotnických záchranářů není nikterak vysoká a je dána zřejmě i nízkou přípravou sebeobraně v rámci studia, jak ukázalo výzkumné šetření.

Výsledky této bakalářské práce mohou sloužit jako podklad pro teoretickou výuku sebeobraně pro zdravotnické obory. Přestože sebeobrana je zahrnuta v učebních osnovách oborů zdravotnický záchranář, bez návaznosti dalšího vzdělávání v oblasti sebeobraně při zaměstnání se naučené postupy mohou vytratit. Tato práce by mohla poukázat na možná úskalí v problematice sebeobraně, která zahrnují mimo jiné nemožnost uceleného vzdělávání v sebeobraně zajištěné zaměstnavatelem.

9 Seznam použité literatury a zdrojů

1. BREČKA, T.A., 2009. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. Praha: Triton. Psyché (Triton). ISBN 80-7387-330-3.
2. BYDŽOVSKÝ, J., 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. Company Sports CR s.r.o. 2016. *Sebeobrana vs bojové umění online*. Praha [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <https://www.companysports.cz/>
4. COOPER, J., 2006. *Principles Of Personal Defense*. Přepřacované vydání. Paladin Press. ISBN 9781581604955.
5. DINSTEIN, Y., 2018. *War, Aggression and Self-Defence*. 6th edition. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN 9781108120555.
6. GRASSI, R., 2008. *Police Firearms Instruction: Problems and Practices*. Kansas: CRC Press. ISBN 9781420065060.
7. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. HOLDER, P., 1998. *Defensive Tactics for the Security Professional*. Boston: Butterworth-Heinemann. ISBN 978-0750670289.
9. KAZÍK, J., 2015. *Otázky práva v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře*. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Beránek, Václav.
10. MACKWAY-JONES, K., WANKHADE, P., 2015. *Ambulance Services*. CH: Springer International Publishing. ISBN 9783319186412.
11. MILLER, R.K., KADLEC, J., 2018. *Komunikace v konfliktu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4815-6.
12. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 8024713624.
13. NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Nebojte se bránit*. Praha: Armex, 2006. ISBN 80-86795-43-8.
14. NOVÁK, Jindřich a Ivan ŠPIČKA. *Člověk rozumu v sebeochraně a sebeobraně*. Praha: TRS, 1991. ISBN 8085317028.
15. PAVELKA, R., STICH, J., 2015. *Sebeobrana: nebuďte snadnou obětí!*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2800-5.

16. STRAUSS, A. L., CORBIN, J. M., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Translated by Stanislav Ježek. Vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce, 196 s. ISBN 808583460X
17. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
18. VÁCLAVÍKOVÁ, J., 2016. *Sebeobrana pro záchranáře*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Vajda.
19. VÍT, M., 2009. *Sebeobrana pro střední školy*. Brno. Rigorózní. MASARYKOVA UNIVERZITA Fakulta sportovních studií.
20. VÍT, M., 2014. *Teoretické aspekty sebeobrany dětí a mládeže v kontextu vědního oboru kinantropologie*. Brno. Habilitační práce. MASARYKOVA UNIVERZITA Fakulta sportovních studií.
21. VÍT, M., REGULI, Z., CHVÁTALOVÁ, J., 2012. *Základy osobní sebeobrany* [online]. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012 [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <<http://is.muni.cz/elportal/?id=970733>>.
22. VÍT, Michal. *Sebeobrana pro střední školy* [online], Brno, 2009 [cit. 2020-08-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/2yvpz4/>>.
23. VRÁTNÍK, J., 2019. *Výukový sebeobranný kurz pro zdravotnické pracovníky*. České Budějovice. Bakalářská. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.
24. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011 In: Sbírnka zákonů České republiky, Částka 20, s. 492-494. ISSN 1211-1244.
25. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
26. WARD, J.P.T., LINDEN, R.W.A., c2010. *Základy fyziologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-667-0.
27. YOUNG, W.R., 2014. *Self-Defence for Paramedics and Other Health Care Professionals*. 11th Dimension Press: 11th Dimension Press. ISBN 978-0991862207.
28. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, 2011. In: *Sbírnka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4802-4838. ISSN 1211-1244.

29. Zákon č. 40/2009 Sb. *trestní zákoník*, 2009 In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 11, s. 358-359. ISSN 1211-1244.
30. Zákon č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*, 2004 In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.
31. ZZS JčK, 2011. *Letecká záchranná služba Jihočeského kraje*[online]. Jihočeský kraj [cit. 2020-06-13]. Dostupné z: <http://www.zzs.jck.cz/cinnost/letecka-zachranna-sluzba/zakladni-informace-o-lzs/>

Příloha 1 – Zadání polostrukturovaného rozhovoru

Pohlaví

Věk

Délka praxe

Předchozí praxe

1. Jak často se setkáváte s agresí vůči Vám či kolegům při výkonu profese zdravotnického záchranáře?
2. O jaký druh agrese se jednalo?
3. Jak jste v dané situaci reagoval?
4. Jak jste se cítil po vystavení agresivnímu pacientovi?
5. Jakým způsobem zajišťuje zaměstnavatel Vaši ochranu?
6. Jakým způsobem zajišťuje zaměstnavatel kurz sebeobrany?
7. Jak postupujete v situaci, kdy Vám hrozí nebezpečí?
8. Jak důkladná byla příprava na kontakt s agresivním pacientem během studia?
9. Co Vám v oblasti sebeobrany během studií scházelo a co Vám schází v oblasti sebeobrany nyní?
10. Jak postupujete při jednání s psychiatrickým pacientem?
11. Jaké máte zkušenosti s asistencí PČR během výjezdů?
12. Jaké vlastníte prostředky pro sebeobranu?

13. Považujete svoje povolání za nebezpečné?
14. Myslíte, že ženy jsou v této oblasti znevýhodněny?
15. Jaké jsou Vaše zkušenosti s napadením zvířetem?
16. Dokážete vysvětlit rozdíl mezi krajní nouzí a nutnou obranou?