



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sebeobrana pro zdravotnický personál

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SPECIALIZACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Autor: Dominik Janů

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Majer

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sebeobrana pro zdravotnický personál 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/diplomové 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 6. 5. 2021

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavu Majerovi za cenné rady a připomínky při psaní této bakalářské práce.

Sebeobrana pro zdravotnický personál

Abstrakt

V současné době můžeme vidět nárůst agresivity ve společnosti. Pokud je agrese podpořena nemocí, zraněním nebo strachem, může dojít k tomu, že se neoprávněně dotkne lidí, kteří se nalézají v blízkosti. V těchto případech to je zdravotnický personál. Zdravotníci se setkávají s lidmi, kteří jim většinou nevědomě mohou ublížit. Může to být vlivem alkoholu, drog, psychického stavu či těžké životní situace.

Bakalářská práce Sebeobrana pro zdravotnický personál se věnuje napadání zdravotnického personálu a připravenosti zdravotníků na napadení. Teoretická část pojednává o základních definicích sebeobrany, jejím členění a právních aspektech. Dále jsou zmíněny fáze konfliktu a trénink sebeobrany. Závěr teoretické části se zabývá agresivním pacientem, komunikací s ním, používané medicíny ke zklidnění pacienta a tím, jaký vliv má stres na jeho chování.

Výzkumná část bakalářské práce byla sestavena z polostrukturovaných rozhovorů s nemocničním personálem a členy výjezdových skupin ZZS. Zjišťuje četnost napadení patnácti vybraných respondentů, jejich verbální a fyzické řešení konfliktních situací, jejich zkušenosti se sebeobranou a sebeobranými prostředky. Také zjišťuje schopnost zdravotníků předcházet konfliktním situacím a zkoumá snahy zdravotnického personálu o rozšíření znalostí v tématu sebeobrany a komunikace s agresivními pacienty.

Ze závěru práce vyplývá, že nejlepším řešením konfliktů je správná komunikace. Není ale vždy pravidlem, že bývá stoprocentně úspěšná. Proto je nutností znát základy sebeobraných technik k předcházení úrazů, které by mohlo zapříčinit napadení zdravotníka.

Klíčová slova

Zdravotnický personál, agresivní pacient, sebeobrana, sebeobraný prostředek, konflikt, napadení, komunikace

Self-defense for medical staff

Abstract

We can see an increase in aggression in contemporary society. If aggression is driven by illness, injury, or fear, it can unduly affect people around us. In some cases, the medical staff is affected. Paramedics meet people who can usually unknowingly harm them. This can be influenced by alcohol, drugs, mental state or difficult life situation.

The bachelor's thesis Self-Defense for medical staff deals with an attack on medical staff and the readiness of medical staff for this attack. The theoretical part is focused on the basic definitions of self-defense, its classification and legal aspects. Phases of conflict and self-defense training are also mentioned. The problematics of aggressive patients, communication with them, the medication used to calm the patients and the effect of stress on their behaviour are mentioned in the conclusion of the theoretical part.

The research part of the bachelor's thesis consists of semi-structured interviews with hospital staff and members of emergency medical services. It detects the frequency of attacks on fifteen selected respondents, their verbal and physical resolutions of conflict situations, experience with self-defense and means of self-defense. It also explore the ability of healthcare professionals to prevent conflict situations and examines the efforts to increas knowledge about self-defense and communication with aggressive patients.

The conclusion of the thesis suggests that the best conflict resolution is proper communication. However, its 100% success is not always the rule. Therefore, it is necessary to know the basics techniques of self-defense to prevent injuries, that could be caused by an attack on a healthcare professional.

Key words

Medical staff, aggressive patient, self-defense, means of self-defense, conflict, attack, communication

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část	9
2.1	Definice sebeobrany	9
2.1.1	Osobní sebeobrana.....	9
2.1.2	Profesní sebeobrana	9
2.2	Specifika profesní sebeobrany pro zdravotnické záchranáře	10
2.3	Faktory střetnutí	10
2.3.1	Základní faktory	10
2.3.2	Vedlejší faktory.....	11
2.3.3	Právní aspekty sebeobrany.....	11
2.3.4	Princip I.M.O.P.	11
2.3.5	Okolnosti vylučující protiprávnost činu	12
2.4	Fáze konfliktu.....	14
2.4.1	Prekonfliktní fáze.....	14
2.4.2	Konfliktní fáze	14
2.4.3	Postkonfliktní fáze	16
2.5	Trénink sebeobrany	17
2.6	Agresivita pacienta.....	19
2.6.1	Onemocnění, úrazy a látky ovlivňující agresivitu	19
2.6.2	Komunikace	20
2.6.3	Léky používané ke zklidnění pacienta.....	20
2.7	Stres.....	21
2.7.1	Adaptace na stres	21
2.8	Aktuální situace.....	22
3	Cíl práce a výzkumné otázky	23
3.1	Cíl práce	23

3.2	Výzkumné otázky.....	23
4	Metodika výzkumu	24
4.1	Metodický postup.....	24
4.2	Výzkumný soubor	24
5	Výsledky výzkumu	25
5.1	Identifikační údaje.....	25
5.2	Verbální agrese.....	26
5.3	Řešení verbální agrese.....	27
5.4	Fyzická agrese	28
5.5	Řešení fyzické agrese	29
5.6	Ohrožování zbraní	30
5.7	Předcházení konfliktním situacím.....	31
5.8	Agresor	32
5.9	Důvod útoku.....	33
5.10	Újma od agresora.....	34
5.11	Možnost přivolání pomoci.....	35
5.12	Zkušenosti se sebeobranou	36
5.13	Sebeobranný prostředek	37
5.14	Příprava ve škole	38
5.15	Rozšíření znalostí v sebeobraně	39
5.16	Snaha zlepšení od zaměstnavatele.....	40
6	Diskuze	42
7	Závěr	46
8	Seznam použitých zdrojů.....	47
9	Seznam příloh	50
10	Seznam použitých zkratk	51

1 Úvod

Pokud jsme nemocní nebo zranění, vyhledáváme pomoc lékařů, sester, záchranářů. Jsou to lidé, kteří pečují o naše zdraví. Zbavují nás bolesti a trápení. Jsme jedna z mála zemí, kde máme tak vysokou úroveň lékařské péče. Lidé v naší zemi se nemusí obávat, že by se jim nedostalo pomoci. Máme takové vnímání, že je to přece povinnost, aby se o nás někdo postaral, když jsme nemocní nebo zranění. Neuvědomujeme si, že v mnoha zemích toto není samozřejmostí. Tímto přístupem se stáváme čím dál méně ohleduplnější vůči lidem, kteří se o nás starají. Chceme nemožné a dokážeme si to vynutit někdy i násilím. Mark Twain, americký spisovatel, jednou prohlásil: „Pes, kterého uzdravíš, Tě nikdy nekousne. To je hlavní rozdíl mezi zvířetem a člověkem.“ Je opravdu překvapující, jak někdo, ačkoliv třeba i nevědomč, dokáže ublížit někomu, kdo se o něho stará nebo ho léčí. Ne vždy to můžeme pokládat za vinu agresorovi. Vinou může být nemoc, rodina, kamarádi, pracovní prostředí, okolní svět. Je to všechno, co dokáže zapříčinit, že člověk je pod vlivem drog, alkoholu či těžké životní situace. V neposlední řadě je to ale i přístup zdravotníků k těmto lidem, kteří je vnímají jako pracovní subjekt, či problém který musí vyřešit a zapomínají na to, že to jsou lidé, kterým je třeba v první řadě pomoci.

Tomu se věnuji v mé bakalářské práci. V teoretické části popisuji teorii sebeobranu a agresivitu pacientů. Ve výzkumu se věnuji předcházení a připravenosti zdravotníků na napadení a také zmapování napadání. Nejčastěji řeším to, jak často jsou zdravotníci napadáni, jak v těchto situacích postupují a jak by mohli předcházet konfliktům s agresivními pacienty.

2 Teoretická část

2.1 Definice sebeobrany

Dle Reguliho (2013) je sebeobrana tvořena různými úpolovými aplikacemi, které se seskládají z různých bojových sportů a umění. Význam aplikace tkví v tom, že sebeobrana je systém otevřený, tudíž je možné dle okolností (místo čas, počet útočníků) měnit úpolové činnosti tak, aby při použití sebeobrany byl výsledek co nejrychlejší a nejučinnější a zároveň aby byl ochráněn život a zdraví člověka. (Reguli et al., 2013)

Samotná sebeobrana se skládá ze tří postupných kategorií:

- příprava na obranu (trénink)
- proces obrany (samotný výkon)
- konkrétní obranná činnost (výsledek)

Jako základní dělení uvádí Reguli dva druhy, podle cílových skupin:

- osobní
- profesní

2.1.1 Osobní sebeobrana

Tato kategorie je určena pro širokou veřejnost, napříč věkem, profesí či pohlavím, ačkoli velkou skupinu zde tvoří ženy a dívky (Reguli et al., 2013). Spadá sem např.:

- Sebeobrana žen – obrana proti sexuálnímu obtěžování.
- Sebeobrana seniorů – vzhledem k slabší fyzické kondici je zde kladen důraz na komunikaci, preventivní opatření a rozpoznání nebezpečných situací.
- Sebeobrana dětí – zde se jedná o šikanu a sexuální obtěžování. Hlavním cílem výuky bývá komunikace a hledání pomoci. Také se děti učí, jakým způsobem např. zasáhnout citlivá místa. (Pavelka, 2015)

2.1.2 Profesní sebeobrana

Zde jsou zařazovány ty osoby, které při svém výkonu povolání potřebují znát specifické úpolové dovednosti. Dle profesí pak můžeme tuto skupinu dále dělit na profesní sebeobranu pro bezpečnostní složky, ozbrojené složky a ostatní profese (zdravotnická záchranná služba a zdravotnický personál). (Reguli et al., 2013)

2.2 Specifika profesní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře

Zvláštní skupinou zdravotnického personálu je zdravotnický záchranář. Časté útoky na něj, ukazují význam sebeobranu v tomto oboru. Personál ZZS nikdy neví, do jaké situace se při výjezdu dostane, a ne vždy je k dispozici hlídka PČR. Narozdíl od policistů, zdravotničtí záchranáři nemají statut úřední osoby a nemají pravidelné školení v sebeobraně. První, a občas i jediná, zkušenost se sebeobranou je v rámci vysokoškolského studia bakalářského oboru dané univerzity. Zpravidla se jedná o výukový předmět v trvání jednoho semestru. Proto zdravotničtí záchranáři, zvláště po zkušenosti s napadením, začínají uvažovat o individuální přípravě v nějaké sportovní organizaci. Bojové umění poskytované sportovní organizací ale nedokáže připravit pracovníka ZZS na specifické konfliktní situace, do kterých se během výkonu svého povolání dostane. (Beránek, 2017)

2.3 Faktory střetnutí

Faktory střetnutí můžeme rozdělit na 4 základní, poté vedlejší.

2.3.1 Základní faktory

1. Faktor psychologický

Jde o schopnost dokázat v konfliktní situaci, která je reálně nebezpečná a psychicky zátěžová, zachovat psychickou stabilitu. Cílem je překonat projev strachu, paniky, úzkosti, či vzteku a zuřivosti. Projevem těchto instinktivních reakcí se snižuje racionální myšlení a poté i taktické chybování, které může být pro zdravotnický personál osudné. (Reguli et al., 2013)

2. Faktor taktický

Jedná se o souhrn pravidel účinného jednání a chování, které by dokázalo vytvořit podmínky pro naučené sebeobrané techniky v konfliktní situaci. Dodržování taktických zásad nám může vytvořit výhodnější situaci pro využití dané obranné techniky. (Reguli et al., 2013)

3. Faktor technický

V případě reálného nebezpečí, pokud dojde k fyzickému řešení konfliktní situace, se zde dbá na správný výběr obranné techniky (Reguli et al., 2013).

4. Faktor kondiční

Kondice, či jinak řečeno fyzická zdatnost, má velký vliv na vývoj i samotný výsledek konfliktní situace. Pokud dojde ke střetu dvou stejně technicky, takticky a psychicky vyspělých jedinců, pak vyhrává ten, který je fyzicky silnější (s lepší fyzickou kondicí). Zároveň platí, že i proti těžšímu a fyzicky zdatnějšímu jedinci nestačí vždy výborná technika slabšího jedince. Znamená to, že i síla která je použita nešikovně a neobratně ve spojení s hmotností může zvítězit nad technikou a taktikou. Musíme tedy pamatovat na to, že kondiční příprava je velmi důležitá a je nutné se jí věnovat kontinuálně. (Reguli et al., 2013)

2.3.2 *Vedlejší faktory*

- oblečení – výrazným způsobem ovlivňuje pohyblivost
- obuv – důležitá pro stabilitu
- prostorové podmínky – míra uplatnění pohybu v sebeobraně situaci (malé prostory jak výtah či koupelna jsou nebezpečné)
- použité zbraně – znevýhodnění neozbrojeného jak psychicky, tak takticky
- divácká kulisa – takzvaní „čumilové“ jsou příčinou nervozity
- osobnost protivníka – jiná kultura, minulá kriminální činnost atd. (Reguli et al., 2013)

2.3.3 *Právní aspekty sebeobrany*

Každý člověk má právo bránit sebe, své blízké, či svůj majetek. Je to nezpochybnitelné morální právo, které je zaneseno také legislativně. V určitých případech, které stanovuje zákon se lze bránit i použitím přiměřeného násilí. Toto jednání ale často provází narušení práv zúčastněných a je zde riziko zranění či případně i smrti jak na straně agresora, tak i na straně oběti. Z těchto situací bývají vyvozeny právní důsledky, a proto je nutné být si vědom zákonných mezí. Můžeme tak předejít postihu, kvůli kterému bychom měli strach využít sebeobranu v náš prospěch. (Reguli et al., 2012)

2.3.4 *Princip I.M.O.P.*

Dobrou pomůckou pro to, jestli s útočníkem bojovat nebo ne, je princip I.M.O.P. – Intent, Means, Opportunity a Preclusion (Záměr, Prostředky, Příležitost a Nevyhnutelnost). Abychom si ospravedlnili naši fyzickou akci k útočníkovi, musí být zachovány všechny čtyři kritéria. Tato pomůcka je snadno zapamatovatelná, protože se zakládá na zdravém selském rozumu. Jako záměr je jednoznačné třeba křičení „Já tě zabiju!“. Když se proti

vám navíc rozběhne se zaťatou pěstí, je váš záměr se bránit u soudu zcela obhajitelný. Na druhou stranu, pokud si někdo sahá do bundy, není správné zaútočit jen z obavy, že může vytahovat zbraň. Hodně lidí si tímto pohybem jen vytahuje peněženku. Aby dané ohrožení bylo legitimní, musí mít daná osoba záměr a vy musíte dokázat vysvětlit, jak jste ho odhadli. Ačkoliv je záměr podstatný, bez prostředků je zcela nedostačující. Útočník musí mít minimálně zbraň, boty či fyzické proporce. Pokud tříleté dítě chytne agresivní amok, je jeho záměr jasný ale prostředky nejsou žádné. Proto při obhajobě svého jednání, musí mít útočník i prostředky, i když to může být pouze jeho fyzický vzrůst. Dalším důležitým faktem je příležitost ublížit. Jednoduchým příkladem je to, že pokud jste na chodníku a někdo projíždí autem kolem a mává nožem z okýnka, není přiměřenou sebeobranou použití střelné zbraně. Pokud ale zamíří autem přímo na vás, situace se mění. Je tedy nutné prokázat i příležitost ublížit. Posledním po vysvětlení záměru, prostředku a příležitosti je nevyhnutelnost. Je nutné prokázat, že jiná možnost, než možnost boje neexistovala. Pokud by se naskytl možnost utéct nebo se bránit s menší intenzitou, je povinností těchto možností využít. (Miller, Kane, 2012)

2.3.5 Okolnosti vylučující protiprávnost činu

Zákon proto stanovuje tzv. okolnosti vylučující protiprávnost činu, kterými jsou nutná obrana, krajní nouze a oprávněné použití zbraně. Principem je naplnění formy trestného činu ale ve výsledku se daná osoba trestného činu nedopustí. Zákon tak umožňuje občanům bránit svůj život, zdraví, majetek či zdraví a majetek svých spoluobčanů. (Reguli et al., 2012) V trestním zákoníku jsou tyto tři aspekty definovány takto:

§ 28 Krajní nouze

(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. (§ 28 zákona č. 40/2009 Sb. trestní zákoník)

Krajní nouze znamená odvrácení nebezpečí za těchto podmínek:

1. Nebezpečí ohrožuje zájem chráněný trestním zákonem (osoba i věc).
2. Nebezpečí není možné jinak odvrátit.

3. Následek našeho působení je nižší než ten, který hrozil.

Nebezpečím se rozumí přírodní síly, nebezpečné lidské jednání či napadení zvířetem. Nejde tedy o odvrácení trestného činu ale o ochranu života, zdraví a majetku. Zároveň podle druhého odstavce nemůže naše jednání zapříčinit větší škody než ty, které by způsobilo samo nebezpečí. (Reguli et al., 2013)

§ 29 Nutná obrana

(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. (§ 29 zákona č. 40/2009 Sb. trestní zákoník)

Nutná obrana je ve skutečnosti speciální případ krajní nouze. Opravňuje tak kohokoliv nahradit zásah veřejných orgánů, a to i v případě, pokud útok směřuje na jinou osobu (pomoc v obraně). Podmínkou je, že útok musí hrozit (jednání útočnicka a okolnosti naznačují útok) nebo trvat. Pokud ale útok bezprostředně hrozí, není nutné čekat až nastane. Zároveň ale nemůže být obrana předčasná (jednala-li se pouze o výhrůžnou gestikulaci útočnicka). Dle druhého odstavce je ale nutné pamatovat na to, že způsob obrany musí být takový, aby útok odvrátil a ukončil, a to se zcela minimálním rizikem. Je tedy nepřijatelné, aby obrana přesáhla stanovené meze přiměřenosti. (Reguli et al., 2013)

§ 32 Oprávněné použití zbraně

Trestný čin nespáchá, kdo použije zbraň v mezích stanovených jiným právním předpisem. (§ 32 zákona č. 40/2009 Sb. trestní zákoník)

Podle § 32 je možné využít zbraň pouze u pracovníků ozbrojených sborů a složek. Jako zbraň je myšlena zbraň bodná, sečná, hromadné účinnosti atd. (Reguli et al., 2013). Běžný občan tak může využít zbraň pouze v případě nutné obrany či krajní nouze (Náchodský, 2006).

Musíme ale pamatovat na zásadu, že je nutné se bránit pouze proti útoku který trvá nebo přímo hrozí. Pokud by naše jednání po skončení útoku vykazovalo známky oplácení, nejedná se již o nutnou obranu a vybočujeme z mezí. (Reguli et al., 2013)

2.4 Fáze konfliktu

2.4.1 Prekonfliktní fáze

Jedná se o časový úsek předcházející konfrontaci. Zde je velmi nezbytná úroveň komunikačních znalostí, ať už verbálních či neverbálních, které mohou samotný konflikt zažehnat. Je dobré dát útočnickovi vědět v této fázi, že situace pro něj není jen příznivá, a to zaujetím bojového postoje. Toto gesto může útočnicka znejistět a odradit ho od případného útoku. V této fázi je také vhodné si zvolit dobrou taktickou pozici, abychom měli vždy za zády otevřenou cestu k úniku. Také se zde hodnotí veškeré faktory jako třeba vliv alkoholu a drog u protivníka. To může být přínosem pro nás, jelikož má pomalejší reakce, ale zároveň má snížený práh bolestivosti a projevuje se to zvýšenou agresivitou. (Janečková, 2015)

Je nutné kontrolovat svoje emoce. Nesmíme ztratit sebekontrolu a tím buď verbálně nebo fyzicky konflikt zahájit. Zároveň sledujeme okolí a díváme se po zbraních, které může agresor použít. Jsou to zbraně tradiční (pistole, nůž...) nebo pouze improvizované (tyč, láhev...). Zároveň si ale můžeme sami takovou improvizovanou zbraň najít. Může to být třeba stetoskop, židle nebo jen propiska. Dobré je mít předmět, který můžeme hodit na agresora v případě útoku. Agresor na něj reaguje úhybem nebo odražením, a tím získáváme více času k obraně či útěku. (Pavelka a Stich, 2015)

2.4.2 Konfliktní fáze

Při selhání našeho vyjednávání s agresorem a jeho útoku nastává konfliktní fáze, která končí skončením boje (Janečková, 2015).

Pokud ze situace není jasné, jestli agresor zaútočí nebo ne, je dobré zaujmout skrytý postoj. V něm máme nohy na šíři ramen, jedna je mírně vpřed. Ruce máme jednu na břichu a druhou pod bradou, v gestu přemýšlení. U agresora to nevyvolává pocit, že chceme konflikt a zároveň obránce je schopen velice rychle přejít do obranného postoje v případě útoku. (Pavelka a Stich, 2012)

Když nastává hrozba, že agresor zaútočí, musíme okamžitě zaujmout obranný postoj. Nohy máme na šíři ramen a kolena mírně pokrčená. Jednou nohu předsuneme vpřed. Záleží, kterou nám je to pohodlnější a přirozenější. Ruce máme ve výši ramen a jsou otevřené. Tím útočnickovi naznačujeme, že nestojíme o žádný konflikt. Zaťaté pěsti by mohly vzbuzovat opak. Jedna ruka je mírně pokrčená, druhá natažená a vymezujeme si jí osobní prostor. Pokud se útočník přibližuje, je dobré dát zvýšeným hlasem povel „Stůj“.

Tímto lze agresora překvapit tak, že znejistí a napadený tak dostává čas k vyřešení situace, třeba útekem či přivoláním pomoci. (Pavelka a Stich, 2015)

V případě že vzdálenost agresora je už bezprostřední, je nejlepší zaútočit jako první. Náš právní řád v těchto případech, kdy bezprostředně hrozí napadení, dovoluje se bránit útokem. (Pavelka a Stich, 2015)

Samotný útok může být proveden třemi různými způsoby. Je to situace, kdy oba účastníci jsou si vědomi toho, že k útoku dojde a jsou na to připraveni. Tento způsob konfliktu je nazýván střetný boj. Druhým případem je situační přeřepad, ve kterém je si vědom napadený agresora, ale neočekává fyzický konflikt. V poslední situaci se jedná o napadení ze zálohy, kdy napadený o útočníkovi vůbec neví. (Janečková, 2015)

Zasažení takzvaných citlivých míst na těle, dokáže způsobit velkou bolest útočníkovi a někdy může úplně odrazit útok. Je nutné mít na paměti, že zde ale může dojít k vážnému zranění či dokonce smrti. Mimo znalost těchto míst musíme i znát důsledky plynoucí z úderů na citlivá místa. I když se může zdát, že tento typ boje je nečestný, musíme pamatovat na to, že se zde bojuje o život a v těchto případech je vše dovoleno. Zároveň se ale pohybujeme v mezích stanovených zákonem, který udává, že obrana musí být přiměřena útoku. (Pavelka a Stich, 2015)

2.4.2.1 Citlivá místa

Na těle se nachází určité množství tlakových a nervových bodů, které po stlačení nepříliš velkou silou vyvolají silný bolestivý podnět (Dougherty, 2010).

Není ale účinné během boje tyto body vyhledávat, proto je lepší se zaměřit na větší plochy na těle. Nejdůležitějšími jsou genitálie, oči, uši, nos, holeň, kolena a krk. (Madsen, 2016)

Genitálie

Jde o velice citlivé místo, které zvláště u mužů při nepříliš velkém úderu způsobuje ostrou bolest. Muži si proto toto místo i podvědomě chrání, ale i pokud se nám nepodaří jej zasáhnout přímo, tak tento pokus dokáže rozhodit útočníka na krátkou dobu. Pokud se ale podaří zasáhnout genitál dostatečnou silou, můžeme tím agresora zcela odrovnat. (Madsen, 2016)

Oči

Při zasažení dochází k omezenému vnímání nejdůležitějším smyslem a to zrakem. Nemusíme se bát, že bychom agresorovi „vypíchny oči“ a to z důvodu reflexu mrkání. Oči ale začnou slzet, a tak je útočník velice omezen. (Pavelka a Stich, 2015)

Uši

Při úderu plochou dlaně na oblast ucha vznikne tlak, který působí na vnitřní ucho, a tak naruší rovnovážné centrum. Po tomto úderu agresor může ztratit orientaci, rovnováhu a pokud se nám podaří prorazit bubínek, nastoupí velice silná bolest. (Pavelka a Stich, 2015)

Nos

Nejúčinnějším zasažením nosu je buď pěstí nebo loktem. Důsledkem tohoto úderu je krvácení, silná bolest v důsledku možné zlomeniny a slzení očí. (Pavelka a Stich, 2015)

Holeň

Proti kopu do holenní kosti je velice těžké se bránit. V případě, že máme boty s pevnější špičkou, lze tak útočníkovi velice ztížit pronásledování při útěku. Tento úder je velice často podceňován, ačkoliv je velice účinný. (Madsen, 2016)

Koleno

Nejefektivnějším úderem na koleno je kop ze strany. Pokud se podaří tento úder, může dojít proslápnutí kolene. Agresor pocítí velice silnou bolest, a i jeho případné pronásledování bude zcela znemožněno, v důsledku zranění. Tento úder může zanechat na agresorovi doživotní následky v podobě problému s chůzí. (Madsen, 2016)

Krk

V případě silného úderu do oblasti krku může dojít k destrukci chrupavky, či k natržení jícnu a trachey. Sice útočníka zastavíme, ale může dojít až k smrti v důsledku zranění. (Pavelka a Stich, 2015)

Je dobré znát citlivá místa na lidském těle, a nejen je vyhledávat k úderu, ale také si ta svá chránit při napadení agresorem.

2.4.3 Postkonfliktní fáze

V tomto časovém horizontu od skončení útoku nastává stabilizace situace. Je zde zkoumáno, zda nedošlo k zranění a poté případně k materiálním škodám. Při zranění si napadený volá o zdravotní ošetření a musí tak učinit i v případě, že byl zraněn agresor.

Pokud by tak neučinil, v případě smrti agresora v důsledku zranění by se zde jednalo o trestný čin neposkytnutí první pomoci. (Janečková, 2015)

Po každém takovém konfliktu je vhodné celou situaci zpětně zhodnotit. Zdali se jí nedalo předejít, z jakého důvodu došlo ke konfliktu či zda nešlo postupovat jiným způsobem. Napomůže nám to v případě řešení jiných konfliktních situací. (Pavelka a Stich, 2015)

2.5 Trénink sebeobrany

Pro náš úspěch v potencionálním konfliktu je nutná příprava. Samotný trénink obsahuje mimo výkon sebeobranu i předcházení a řešení konfliktů. Úspěch sebeobranu velmi často závisí na našich znalostech a dovednostech, které dokážeme shrnout do velmi krátkého časového období, během kterého útok trvá. Trénink jako takový lze pojmut dvěma způsoby. Prvním z nich je minimalistický. Zde se jedinec snaží o účinnou sebeobranu proti laikovi, který je běžným útočníkem (nijak nevyškoleným). Naopak druhý způsob, maximalistický, jde dále a jeho cílem je se dokázat ubránit i profesionálnímu útočníkovi, kterým může být např. boxer či judista. Dále trénink dělíme na jednotlivé složky. (Reguli et al., 2013)

Jsou jimi:

- strategicko-taktická příprava
- psychologická příprava
- technická příprava
- kondiční příprava

Důležitým faktorem v tréninku je snaha přiblížení se co nejvíce k reálným podmínkám. K tomu je dobrá pomůcka 10 podmínek, které zpracoval Jim Wagner. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

1. Udržování fyzické kondice.

Je vhodné rozvíjet své tělo všestranně. Obratnost, síla nebo vytrvalost. Samotná fyzická kondice může mít psychologický efekt a odradit případného agresora. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

2. Nevěnovat se pouze jednomu bojovému systému či pouze jednomu instruktorovi.

Při maximalistickém přístupu k tréninku je nutné se věnovat co nejvíce bojovým uměním co to jde. Vyzkoušet různé trenéry a od každého si vzít něco pro svůj styl sebeobran. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

3. Držet se jednoduchosti.

Pokud jste v nebezpečí, vaše tělo vyřadí jemnou motoriku a bude se zabývat pouze pudem sebezáchovy (Bartůňková, 2010). Není účelné ztrácet čas učením se složitých technik, pokud nebudeme ovládat základní funkční techniky, jako jsou nízký kop, úder loktem nebo útok prsty do očí (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011).

4. Trénovat tvrdě, bojovat lehce.

Cílem této poučky je trénovat náročněji, než je náročnost samotného potencionálního útoku. Jako příklad může být běh před tréninkem, či trénování s více protivníky než s jedním. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

5. Myslet pozitivně

Je důležité se nenechat psychicky zlomit a udržet si vůli k přežití. Ta se dá trénovat dosažením svých fyzických a psychických hranic již během tréninku. Takto lze snížit práh bolesti a zároveň zvýšit důvěru v naučené techniky a taky v samotné vůli přežít. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

6. Modelové situace.

Většina bojových umění učí své žáky před bojem se uklonit a začít bojovat v jeden okamžik. V reálném životě jde ale o nenadálé situace, které nejde vždy dobře předvídat. (Reguli et al., 2013) Při tréninku je tedy vhodné používat modelové situace v záchranářském oblečení, v prostředí sanitního vozu a s takovými osobami, které dokážou věrohodně zahrát roli agresorů. (Beránek, 2017)

7. Trénink od A do Z.

Cílem tohoto bodu je naučit se přemýšlet o krok dopředu. Pokud udělám určitý úkon v sebeobraně, musím vědět co bude následovat. Je vhodné si procvičovat tyto postupy od samotného pozorování prostředí po řešení konfliktní situace, která se skládá z různých úkonů (zpacifikování útočníka, přivolání policie, ošetření raněných). (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

8. Trénink v běžném oblečení.

Pro nemocniční personál a záchranáře to znamená, trénovat v oblečení, které používají při výkonu své profese. Tento faktor dokáže také přiblížit trénink co nejvíce reálným situacím a dobře na ně připravit. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

9. Přizpůsobivost.

Nemůžeme od agresora očekávat, že bude útočit podle našich představ. Je nezbytné se na tyto situace připravit a snažit se o rychlé a efektivní řešení. V rámci tréninku to může být dosaženo např. překvapivými a nečekanými útoky od našeho sparringpartnera. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

10. Agresivní obrana.

Častým omylem bývá mínění, že sebeobrana je pouze bránění se proti probíhajícímu útoku. Pokud se ale cítíte ohroženi životem či zdravím, máte již právo na přiměřenou obranu. Proto se nebojte při modelových situacích zaútočit jako první, pokud se cítíte ohroženi. Pomůže to během reálných situací. (Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2011)

2.6 Agresivita pacienta

Nejčastější příčinou agresivity bývá bolest v důsledku onemocnění či úrazu. Toto je podporováno strachem a nejistotou a také nadměrnou psychickou a fyzickou zátěží. Pacient zde napadá zdravotnický personál fyzicky či verbálně. Fyzická agrese obsahuje strkání, kopy a údery, zatímco verbální se projevuje nadávkami, ironií a vulgarismy. (Andršová, 2012)

2.6.1 Onemocnění, úrazy a látky ovlivňující agresivitu

Onemocnění podporující agresivitu pacienta bývají zpravidla demence, mozkové nádory, meningitida, sepse, diabetická ketoacidóza či abnormální funkce štítné žlázy. Psychiatrické onemocnění jako schizofrenie a maniodepresivní porucha mají také velký vliv na chování pacienta. Z úrazů je nutno zmínit nitrolební krvácení a související traumatické poškození mozku. Látky, které jsou nejčastější příčinou agresivity zahrnují alkohol, halucinogenní látky, marihuana, steroidy či různá stimulantia. (Kuo, Tucci, 2016) Je tedy nutno počítat s tím že vyšší riziko napadení bude u pacientů kteří jsou drogově závislí, alkoholicí či psychiatricky nemocní (Haškovcová 2004).

2.6.2 Komunikace

Základním pravidlem komunikace s agresivním pacientem je zachovat klid, trpělivost a být zdvořilý. Musíme brát ohled na to, že pacient může být úzkostný a rozrušený. Naši arogancí akorát podnítíme negativní emoce. (Šimek, 2008) Necitelným výrokem, nevhodně podanou informací, gestem, nebo jiným neverbálním způsobem můžeme zapříčinit psychickou iatropatogenii, což je psychické poškození pacienta, které vzniklo v důsledku nevhodné komunikace a jednání. (Andršová, 2012)

Při agresivitě pacienta musíme dát jasné hranice. Vyzvat ho, aby se zklidnil a dát mu najevo že mu chcete pomoci, ale zároveň že jeho chování nebude tolerováno. V případě, že se situace nezlepší a je možnost pacienta vykázat, můžeme to tak učinit. Při neuposlechnutí si můžeme zavolat na pomoc ochrannou službu nemocnice. (Jacques, 2016) Ta je zajišťována v nemocnicích pomocí vlastního personálu, najaté agentury nebo přímého napojení na policii. Například areál nemocnice Na Bulovce v Praze hlídají strážníci městské policie. Ti ale nejsou vybaveni střelnou zbraní. K dispozici mají pouze obušek a slzný plyn. (zdravotnickýdeník, 2020)

Důležitou roli hraje naše vystupování a hlas. Klidným chováním můžeme i my sami pacienta uklidnit. Dáváme si pozor na naši neverbální komunikaci (nešklebíme se, nezvedáme obočí, ...). Je nutno hovořit klidně, srozumitelně a jasně. Pro naše bezpečí si udržujeme vlastní bezpečnou vzdálenost. (Kellnarová a Matějková, 2014)

Udržujeme si osobní zónu, která není menší než 1,5 metru. Toto může být velice individuální z hlediska kultur, ale je nutné si udržovat odstup z hlediska komfortu v komunikaci. (Pokora, Rovná, 2016) Nesmíme se nechat strhnout ke hrubému chování a začít používat vulgarismy. Při přetrvávajících potížích a nemožností vykázání pacienta si dejte přivolat lékaře k naordinování zklidňujícího léku. (Kellnarová, Matějková, 2014)

2.6.3 Léky používané ke zklidnění pacienta

Psychofarmaka využíváme při selhání mírnějších řešení, jakými jsou např. omezovací prostředky či psychodynamické strategie. Vstup do organismu vybíráme podle daných okolností a může být tabletami, nitrožilní aplikací či aplikací do svalů. Účinky léků dělíme na akutní (krátkodobé) a dlouhodobé. (Látalová, 2013) Nejčastější volbou u dospělých bývá diazepam (Apaurin, dávkování 5-10 mg i. v. / i.m.) nebo midazolam (Dormicum, dávkování 5-10 mg i. v. / i.m.). Další možností je Haloperidol (dávkování

5-10 mg i. v. / i.m.) nebo Tiapridal (dávkování 100-200 mg i. v.) Pokud je účinek nedostatečný, podáme Propofol (dávkování 0,5 mg/kg i. v.). (Remeš, 2013)

2.7 Stres

Stres je důležitým faktorem, který ovlivňuje naši komunikaci a reakci na útočníka. Jedná se o stav, kdy je ohrožena homeostáza. Je aktivována specifická odpověď organismu, která slouží k udržení homeostázy. (Rokyta, 2015)

Stresová reakce je řízena limbickým systémem mozku, konkrétně amygdalou. Jsou stimulovány CRH neurony a parasymptické nervy způsobující tvorbu kyselin v žaludku. Tato reakce má za cíl s pocitem vyvoláním strachu připravit tělo na fyzický výkon. Napomáhají tomu hormony nadledvin adrenalin a noradrenalin, které jsou tvořeny v jejich dřeni. Dokážou vyvolat vazokonstrikci a zvýšit srdeční výdej. Takto jsou mobilizovány metabolické zásoby. Omezení transportu do zásobních tkání mají na starosti kortikosteroidy, které jsou taktéž produkovány dřeni nadledvin. (Ward, 2010)

S adrenalinem jsou vyplavovány i endorfiny. Díky tomu je člověk rychlejší a odolnější vůči bolesti. Na druhou stranu je ale zde zhoršeno sluchové vnímání a nastává tunelovité vidění. Tím je omezeno naše periferní vidění a nedokážeme vnímat okolní podněty, a tím pádem i celkovou situaci. (Vít et al. 2012)

2.7.1 *Adaptace na stres*

Pokud jsme vystaveni stresové reakci, se kterou jsme se dosud nesetkali, může se velice snadno stát, že kvůli stresu nedokážeme řešit daný problém a může dojít i k „zamrznutí“. To nastává v případech, kdy náš organismus vyhodnotí, že daná situace nemá řešení, nebo pokud je vystaven mnoha vnějším podnětům. Intenzita stresu se dá zmírnit tím, že se budeme vystavovat danému stresovému podnětu. Dojde tak k adaptaci organismu na podnět a tím se zvýší jeho odolnost. Tento soubor je nazýván adaptační syndrom a skládá se ze tří fází. (Andršová, 2012)

V první fázi nastává poplachová reakce. Organismus se připravuje na útěk nebo boj. Tato fáze nastává vždy, pokud se poprvé setkáme s danou stresovou situací, nebo jiným intenzivním podnětem, na který nejsme zvyklí. (Vít et al., 2012)

Další fáze se nazývá adaptace. Organismus se postupně daným stresovým podnětům přizpůsobuje a dokáže je lépe zvládat. Platí zde, že častějším vystavováním se stresoru dochází ke snižování stresové zátěže působící na náš organismus. (Vít et al., 2012)

Pokud dojde k nadměrné stresové intenzitě zároveň s délkou působení a nepříznivými podmínkami, může dojít k selhání organismu. Ten není schopen obrannými reakcemi potlačit působení stresoru a může dojít i ke smrti. Tato fáze se nazývá destrukce. (Andršová, 2012)

2.8 Aktuální situace

Světová zdravotnická organizace popsala problém násilí ve zdravotnictví již v roce 2002. Označila jej jako globální fenomén, který se týká nejen vyspělých částí světa, ale i těch rozvojových. Tento úkaz je pozorován bez ohledu na hranice či kulturu dané země. (WHO, 2002)

V dnešní době můžeme sledovat vysokou míru napadení ve zdravotnictví. Pacienti jsou velmi často ovlivněni nemocí nebo úrazem a prožívají pocit bezmocnosti. Tím dochází k psychickému nátlaku, což někdy může být i podpořeno užitím drog nebo alkoholu. (Vybíhalová, 2010)

Lenka Vybíhalová prováděla v roce 2009 výzkum ohledně výskytu agrese na pracovišti. Cílem bylo zmapovat četnost násilného chování na pracovišti a zvládání daných situací pracovníky. Z výzkumu, kterého se účastnilo 130 respondentů vyplývá, že 51 % dotázaných se s agresivním pacientem setkává měsíčně a dokonce 100 % se setkala alespoň jednou se slovní agresí. K fyzickému napadení došlo v případě 59 % zdravotnických pracovníků a 17 % z nich bylo v důsledku této agrese zraněno. Nejčastěji se jednalo o kopnutí, kousnutí a škrábance. Dalším zajímavým faktem je, že slovní agrese v rámci pohlaví byla víceméně vyrovnaná (žena – 46 %, muž – 54 %). V oblasti fyzické agrese ale dominovali muži a to s 78 %. (Vybíhalová, 2010)

Z výzkumu dále vyplynulo, že slovní agresí se ubrání 76 % ale fyzické agresí pouhých 38 %. Respondenti uváděli jako hlavní příčinu agresivity abstinenční příznaky (29 %), demenci (20 %), léky (15 %), poruchy osobnosti (15 %), celkové onemocnění (12 %) a bolest (9 %). Autorka uznala, že je stále co zlepšovat co se týče informovanosti a návštěv odborně zaměřených seminářů. (Vybíhalová, 2010)

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat připravenost zdravotnického personálu na napadení.

3.2 Výzkumné otázky

Č. 1: Jak je připraven zdravotnický personál na napadení?

Č. 2: Kdo nejčastěji bývá napaden?

Č. 3: Jakým způsobem zvládá personál tyto situace a jejich předcházení?

Č. 4: Jak často dochází k verbálnímu či fyzickému napadání zdravotnických pracovníků?

4 Metodika výzkumu

4.1 Metodický postup

Výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Počet základních otázek bylo 16, v případě potřeby byly položeny otázky doplňující. Otázky jsou vypsány v kapitole „Přílohy“. V první otázce se věnuji identifikačním údajům, a to z hlediska pohlaví a délky praxe ve zdravotnictví, případně umístění. V dalších otázkách rozebírám jejich dosavadní zkušenosti s napadením a řešením těchto situací. Věnuji se také agresorovi, příčinám jeho agrese a také možnostem pomoci při napadení. V závěru se dotazuji na sebeobranu zdravotnických pracovníků. Jejich zkušenosti a případné snahy o rozšíření výcviku sebeobrany.

Rozhovory byly nahrávány za předchozího souhlasu všech respondentů a zaručením zachováním anonymity a vymazáním hlasového záznamu po přepisu.

Odpovědi respondentů byly pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulek a určité úseky výpovědí jsou doslovně citovány kurzívou v textu pod tabulkami a v diskuzi.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen 15 respondenty, kteří pracovali na nejrůznějších odděleních v nemocnicích v kraji Vysočina a na ZZS kraje Vysočina. Jednalo se o zdravotní sestry, bratry, záchranářky, záchranáře a v pár případech i lékaře.

5 Výsledky výzkumu

5.1 Identifikační údaje

V této úvodní otázce jsem se dotazoval na pohlaví a délku praxe ve zdravotnictví. Také jsem se doptával na oddělení, kde dotazovaní slouží (vyjma ZZS). Cílem bylo zjistit jak dlouho a v jakém odvětví zdravotnictví se pracovník pohybuje. Respondenty jsem označil označením R1 – R15. Všechny následující odpovědi celého výzkumu, které jsou zaznamenány za tímto označením, patří stejné osobě.

Respondent	Pohlaví	Délka praxe	Oddělení
R1	Žena	11 let	Neurologie
R2	Žena	23 let	Urgentní příjem
R3	Žena	23 let	Urgentní příjem, chirurgie, ZZS
R4	Muž	18 let	ARO, urgentní příjem
R5	Žena	23 let	Neurologie, urgentní příjem
R6	Muž	15 let	ARO, urgentní příjem
R7	Žena	4 roky	Chirurgie JIP
R8	Žena	8 let	Neurologie
R9	Žena	20 let	Chirurgie
R10	Muž	9 let	Psychiatrie
R11	Muž	6 let	ZZS
R12	Muž	15 let	ARO, ZZS
R13	Žena	17 let	ARO, ZZS
R14	Muž	9 let	ZZS
R15	Muž	14 let	ZZS

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že respondenti byli v rozmezí praxe od 4 do 23 let, přičemž délku praxe 24 let měli tři respondenti (R2, R3 a R5). Skladba z hlediska pohlaví byla téměř vyrovnaná, a to v počtu 8 ku 7 a to ve prospěch ženského pohlaví. Jak se později ukázalo, tak pohlaví dotazovaných hrálo roli ve vnímání hranic agrese pacientů. Dosavadní praxe

dotazovaných se pohybovala od standartních lůžkových oddělení (chirurgie, neurologie, psychiatrie) přes JIP, ARO a urgentní příjem až po zaměstnání u ZZS. Na standartních lůžkových oddělení sloužili či slouží R1, R5, R8 (neurologie), R3, R9 (chirurgie) a R10 (psychiatrie). Na JIP či ARO se pohybovaly R4, R6, R12 a R13. Pět respondentů mělo zkušenosti s urgentním příjmem a to R2, R3, R4, R5 a R6. U ZZS bylo nebo stále je zaměstnáno 6 dotazovaných (R3, R11, R12, R13, R14, R15).

5.2 Verbální agrese

Tato otázka byla zaměřena na verbální agresi. Jestli jí zdravotničtí pracovníci čelí a pokud ano, tak jak často.

Respondent	Verbální agrese	Jak často
R1	ANO	1x týdně
R2	ANO	2x měsíčně
R3	ANO	5x měsíčně
R4	ANO	výjimečně
R5	ANO	5x měsíčně
R6	ANO	1x týdně
R7	ANO	1x týdně
R8	ANO	2x měsíčně
R9	ANO	výjimečně
R10	ANO	Párkrát měsíčně
R11	ANO	1x měsíčně
R12	ANO	Párkrát měsíčně
R13	ANO	Párkrát za rok
R14	ANO	2x měsíčně
R15	ANO	Párkrát za rok

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že s určitými formami verbální agrese se setkali všichni účastníci průzkumu. Rozdíl byl v míře setkávání se s touto agresi. Nejméně se s verbální agresi setkali R4, R9, R13 a R15. První dva uvedení odpověděli, že s verbální agresi se setkávají výjimečně, další dva uvedli setkání s verbální agresi párkrát za rok. Respondent R2, R8 a R14 odpověděli, že s verbální agresi se setkávají 2x měsíčně. Následující odpovědi byli vzájemně téměř podobné, co se týče četnosti. Dotazovaní R10 a R12 uvedli verbální

agresi párkrát měsíčně, R3 a R5 se s ní setkávají 5x měsíčně a R1, R6 a R7 se setkávají 1x týdně. Posledních sedm jmenovaných tedy čelilo verbální agresi nejčastěji. Vzhledem k celkovému počtu patnácti dotazovaných je to téměř polovina osob, co se potýká s verbální agresi téměř každý týden.

5.3 Řešení verbální agrese

V této otázce jsem se dotazoval, jak zdravotničtí pracovníci řeší verbální agresi u pacientů. Mým cílem bylo zjistit jejich postupy pro zvládnání této vypjaté situace a nalézt určitou podobnost v jejich řešení.

Respondent	Řešení verbální agrese
R1	Asertivní chování, ústní obrana
R2	Snaha o klidnou komunikaci
R3	Komunikace a zklidnění pacienta
R4	Klidný přístup a asertivní chování
R5	Snaží se pacienta uklidnit
R6	Asertivní přístup
R7	Komunikace, zjistit proč je pacient nespokojený (neklidný), snaha o vysvětlení a následné nalezení kompromisu
R8	Uklidnit pacienta, komunikovat v klidu
R9	Klidná komunikace
R10	Neoponovat a neescalovat situaci
R11	Slovní zklidnění, pohrožení PČR, v nouzi volání PČR
R12	Asertivní přístup
R13	Komunikace
R14	Komunikace, vysvětlit pozice záchranáře a pacienta, důvody ošetření a různých úkonů
R15	Asertivní přístup

Zdroj: Vlastní výzkum

Hlavní odpovědi na tuto otázku byl asertivní přístup (či chování) a komunikace. První uvedené odpovědělo 5 dotazovaných (R1, R4, R6, R12 a R15). Druhou variantu ve své odpovědi zmínilo 7 dotazovaných (R2, R3, R7, R8, R9, R13, R14). Jako další skupinu odpovědi bych uvedl klidný přístup (uklidnění pacienta, neescalování situace). Tato odpověď byla přítomna u tří respondentů, a to u R5, R8 a R10. Respondent R11 uvedl

sám jako jediný variantu vyhrožování agresorovi, zavolání PČR, při neúspěchu samotné volání. Jak sám uvedl „... oni na to slyší. Stačí jim jen pohrozit, že na ně zavoláte policajty a hned jsou úplně jiný. Samozřejmě, že když je pak někdo úplně mimo jako nebo hlavně u těch drog teda, tak tam to nepomůže a volám je teda radši předem, než něco začnou vyvádět. Ono je to pak klidnější i pro mě. ...“

5.4 Fyzická agrese

Zde jsem se snažil zjistit, jak často a zdali vůbec jsou zdravotničtí pracovníci napadáni fyzicky.

Respondent	Fyzická agrese	Jak často
R1	ANO	Nárazově, nelze určit
R2	ANO	2 - 3x za celou praxi
R3	ANO	výjimečně
R4	NE	-----
R5	ANO	Cca 1 x ročně
R6	ANO	Nárazově, párkrát do roka
R7	ANO	3x do roka
R8	NE	-----
R9	ANO	Pouze 1x
R10	ANO	Párkrát do roka
R11	ANO	1x do roka
R12	ANO	1x do roka
R13	ANO	1x do roka
R14	ANO	2 – 3x do roka
R15	ANO	Párkrát do roka

U této otázky již zjišťujeme, že ne všichni se setkávají s fyzickou agresí, ale stále jich je naprostá většina. Nepotkali se s ní pouze 2 dotazovaní, a to R4 a R8. Ostatní se s nějakou formou fyzické agrese, ať ve větší či menší míře, setkali. Většina z nich pouze párkrát či jen jednou do roka a zbytek se setkal s agresorem 1x až 3x za svou praxi ve zdravotnictví. I když se zdá že na různých standartních odděleních je četnost fyzické agrese téměř totožná jak u ZZS, tak jsem vypožoroval, že velký vliv na to má vnímání různých osob na to, co je a co ještě není jako fyzická agrese. Zatímco u ZZS bere záchranář jako agresi

opravdu vyhocený konflikt s fyzický cíleným napadením pracovníka, u sester na lůžkovém oddělení je brána fyzická agrese i škrábnutí od pacienta. Tímto to nechci v žádném případě zlehčovat, ale pouze uvádím vysvětlení pro podobnou četnost fyzického napadení. Samozřejmě i takovéto projevy agrese na lůžkových odděleních nesmí být opomíjeny a měli by být brány v potaz. Důležitým faktorem bylo také, zdali je respondentem muž, anebo žena.

5.5 Řešení fyzické agrese

Touto otázkou jsem se snažil vyzkoumat jejich řešení konfliktních situací z hlediska fyzického napadení agresory.

Respondent	Řešení fyzické agrese
R1	Informovat lékaře, ostatní zdravotnický personál, požádat o pomoc sanitáře, podání sedativ dle lékaře, kurtace pacienta
R2	Útěk na bezpečné místo, zavolání PČR
R3	Společně s kolegy zpacifikování agresora, zavolání ostrahy, případně PČR
R4	Nezažila, tudíž neřeší
R5	Přivolání PČR, ochranné služby
R6	Co nejmenší kontakt s pacientem, zavolání o pomoc kolegy
R7	Snaha o uklidnění pacienta, pokud to situace umožní (nepodněcovat agresi křikem), zachování únikové cesty, přizvání si na pomoc kolegu/kolegyni
R8	Nezažila, tudíž neřeší
R9	Přivolání na pomoc kolegy
R10	Pacifikace pacienta, uklidnění
R11	Venku ustoupení, v sanitě snaha o zklidnění pacienta ve spolupráci s PČR
R12	Přivolání PČR na místo, pokud není již z dispečinku volaná, ústup do bezpečného místa
R13	Komunikace, výhružka PČR
R14	Ústup, volání PČR
R15	Zavolání PČR, pokud není již na místě

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce můžeme pozorovat odlišné odpovědi na tuto otázku. Dva respondenti R4 a R8 fyzickou agresi nezažily, a tudíž nijak fyzickou agresi neřeší. Sama R8 říká: „... jako zatím nic nebylo, nebo si aspoň to nevybavuju, takže to nijak neřeším ani. Vždycky se to dalo vyřešit nějak domluvou rozumně a v klidu. Ale kdybych se měla zamyslet, co bych dělala, kdyby někdo začal jako po mě nějak jít, tak asi vezmu nohy na ramena. Nějaký hrdinství mě za to nestojí vůbec. ...“ Většina personálu na lůžkových odděleních řeší fyzickou agresi přivoláním kolegy, kolegyně nebo sanitáře na místo. Tuto odpověď uvedli R1, R3, R6, R7 a R9. V prostředí urgentního příjmu a na ZZS převažovalo přivolání PČR nebo ochranné služby (v rámci urgentního příjmu). Někteří respondenti uvedli že situaci řeší ústupem na bezpečné místo a předem již hlídání si únikové cesty. R3 a R8 ve své odpovědi uvedly pacifikaci pacienta, ale pouze v případech, kdy je to bezpečné a pacient zjevně není zvláště nebezpečný. Jak uvedla R3: „... když to není někdo, kdo by neměl přes sto kilo a oháněl se po nás, tak policii nijak neotravujeme. Většinou tu je nějaký chlap sanitář, tak když vidíme, že se někdo nějak začíná ohánět tak mu chytne ruce a přikurtuje ho. Doktor mu dá něco na zklidnění a tím je to vyřešený.“

5.6 Ohrožování zbraní

Jako poslední a nejvyšší stupeň ohrožení jsem se zdravotnických pracovníků doptával na to, zdali se setkali s agresorem, který by měl u sebe zbraň a nějak je ohrožoval. Při pozitivní odpovědi jsem se doptával, jaký druh zbraně to byl.

Respondent	Ohrožení zbraní	Jaká?
R1	NE	-----
R2	NE	-----
R3	ANO	bodná
R4	NE	-----
R5	NE	-----
R6	NE	-----
R7	NE	-----
R8	NE	-----
R9	NE	-----
R10	ANO	bodná
R11	NE	-----
R12	NE	-----

R13	ANO	bodná
R14	ANO	bodná, střelná
R15	NE	-----

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina odpovědí na tuto otázku byla negativní. Čtyři pracovníci se ale setkali již s pacientem se zbraní. Ačkoliv nešlo přímo o vyhrožování zdravotníkovi útokem, tak to byl velmi stresový a rizikový faktor. Dotazovaný R14 se dokonce setkal se střelnou zbraní u pacienta. Zde připojuji jeho svědectví. „...*To bylo taky jednou ty jo, že jsme jeli pro nějakýho pána hlášenýho jako ebrieta. Měl tržnou ránu trochu na hlavě. Tak jsme ho naložili do sanity, a že ho vyšetříme a on se smál, že má pistolku, že ji vytáhne, když ho nenecháme. My jsme mysleli, že si dělá srandu, a tak jsme se zasmáli a on vytáhl takovou velkou pistolí. Tak jsme ho zabouchli v sanitě a volali policajty. Byl jsem z toho pak dost vedle ještě teda. ...*“ Někteří z dotazovaných odpověděli, že občas u pacientů najdou sebeobranné prostředky jako teleskopické obušky nebo pepřové spreje. I když je většinou nemají u sebe z důvodu zaútočení, je třeba na to brát zřetel a včas je odebrat. Může to ušetřit nadcházející problémy.

5.7 Předcházení konfliktním situacím

Mou další otázkou bylo, jak zvládají zdravotničtí pracovníci předcházet konfliktním situacím.

Respondent	Předcházení konfliktním situacím
R1	Být trpělivý, vše pacientovi vysvětlit, v klidu a zachovat chladnou hlavu
R2	Postupovat opatrně, nespouštět z očí podezřelé pacienty, neotáčet se k nim zády
R3	Komunikovat s pacientem a neeskalovat agresi.
R4	Snaha o klidný přístup, asertivní chování
R5	Komunikovat s pacientem
R6	Neeskalovat napětí, zavčas si přivolat na pomoc kolegu
R7	Informovanost pacienta, klidný přístup k pacientovi. Ale vždy předejít nelze, např. poúrazové stavy, reakce při odeznívání anestézie, dementní pacienti aj.
R8	Při známkách verbální agrese vše řešit v klidu

R9	Včasné zavolání o pomoc
R10	Ostražitost, hlídání únikové cesty
R11	Předvídat a být ostražitý, myslet na únikovou cestu
R12	Vytušení situace, zabránit eskalaci
R13	Komunikace
R14	Nesnažit se odporovat, komunikovat
R15	Hlídání únikové cesty, zavčas řešit verbální agresi

Zdroj: Vlastní výzkum

Hlavním společným jmenovatelem v odpovědích byla komunikace, trpělivost a klid. Někteří respondenti udávali hlídání si únikové cesty a zbytečně se neotáčet k rizikovým pacientům zády. V případě útoku není zdravotník schopen adekvátně reagovat. Jak mnozí uvedli důležitá je komunikace. R12 uvedl, že neřešená či špatně řešená verbální agrese přechází v agresi fyzickou. „...a taky si myslím, že to je hlavně o včasné komunikaci a nerejpání si do těch lidí. Brát to tak, že se to prostě stalo a nic jim nevyčítat a už vůbec ne nadávat. Snažit se zklidnit tu situaci. Fakt mám vyzorovaný že 80 % těch agresorů se zklidní, když s něma dobře komunikujete. Hodně se tím dá předejít. ...“ Stejně tak i dotazovaný R15 uvedl že verbální agresi je třeba řešit zavčas. R9 ještě uvádí, že je dobré si včas zavolat někoho na pomoc. Je to pro potencionální agresi lepší, než když je zdravotník sám. R11 zmiňuje důležitost ostražitosti a pozorování podezřelých pacientů. Ačkoliv u některých se útok vytušit nedá, někteří jsou podezřelí již od počátku.

5.8 Agresor

V této otázce jsem se zabýval osobou agresora. Kdo jím nejčastěji bývá.

Respondent	Kdo je nejčastěji agresorem?
R1	Pacienti s demencí
R2	Muži, opilci
R3	Narkomani, opilci, dementní pacienti
R4	Pacienti v ebrietě, nejčastěji muži ale občas i ženy
R5	Nejčastěji muži, pacienti v ebrietě nebo s psychiatrickým onemocněním
R6	Schizofrenici
R7	Šokové stavy, poúrazové a úrazové stavy (kraniotraumata), reakce na odeznění anestézie, dementní

	pacienti, psychiatrické diagnózy (suicidiální stav), stav po spáchání trestného činu
R8	Pacienti s demencí
R9	Pouřazový stav pacienta
R10	Psychicky nemocní pacienti
R11	Opilci a lidé pod vlivem drog
R12	Muži pod vlivem alkoholu a drog
R13	Pacienti pod vlivem alkoholu a drog
R14	Muži pod vlivem alkoholu a drog, v těžké životní situaci
R15	Pacienti pod vlivem alkoholu a drog, psychicky nemocní pacienti

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce můžeme vidět, že nejčetnější skupinou jsou pacienti pod vlivem alkoholu a drog. Tuto variantu mnohdy uvádí pracovníci z urgentního příjmu a ZZS, kteří jsou s těmito lidmi nejvíce v kontaktu. Čtyři z nich uvedli, že to jsou nejčastěji muži. Další velkou skupinou jsou pacienti s psychickými poruchami. Respondenti s praxí na neurologii uváděli jako agresory pacienty s demencí. Z lůžkových oddělení je také patrná agrese u pacientů po odeznění anestezie. Jak sdělil respondent R7: „...občas se mi taky stává, že když se někdo probírá po anestezii, tak je ještě dost mimo třeba, nebo ho ještě něco začíná bolet a já, když po něm něco chci, tak se ožene rukou. Jako asi ne naschvál, ale někdy to člověk vůbec nečeká a párkrát jsem tak dostala do obličeje no. ...“

5.9 Důvod útoku

Tato otázka velmi úzce souvisela s předchozí. Snažil jsem se dozvědět, z jakého důvodu agresor zaútočí.

Respondent	Z jakého důvodu útočí?
R1	Nekontrolovatelnost pacienta a afekt
R2	Ebrieta, afekt
R3	Psychický stav, rozrušení, ebrieta
R4	Nekontrolovatelné jednání z důvodů ebriety
R5	Neuvědomují si své jednání z důvodů drog, alkoholu, psychického onemocnění
R6	Z důvodu psychického stavu pacientů
R7	Nekontrolovatelnost, dezinformace, strach

R8	Psychický stav
R9	Reakce na odeznění anestezie
R10	Psychický stav
R11	Nevědomé jednání z důvodu požití alkoholu a drog
R12	Neúmyslné jednání, pocit ohrožení a strachu
R13	Vliv omamných látek, alkoholu Někdo po něm chce něco, co on sám zrovna nechce
R14	Nesoulad v požadavcích záchranáře a v pacientových předstávách, které řeší násilím Nevědomé jednání v důsledku alkoholu a drog
R15	Vliv alkoholu a drog, psychický stav

Zdroj: Vlastní výzkum

Je třeba zmínit, že téměř všichni respondenti uvedli, že se nejedná o cílený útok na jejich osobu ale většinou pouze o nevědomé jednání pod vlivem alkoholu nebo drog. Ty samotné se jako důvod útoků objevovali vždy u personálu na ZZS a méně pak u pracovníků urgentního příjmu. Další skupina důvodů, proč pacienti útočí byla vliv psychického stavu na chování pacienta. I toto se dá považovat za neúmyslné jednání, ale nemůžeme opomenout, že i neúmyslný útok může ublížit a zranit. Respondenti R7 a R12 uvádějí jako důvod útoku i strach, který vyplývá z nedostatečné informovanosti pacienta. Pouze dva respondenti odpověděli, že někteří pacienti zaútočí v afektu. V jednom případě u R9 byla zmíněná reakce na odeznění anestezie.

5.10 Újma od agresora

Ve spojení s útokem agresora jsem se zdravotníků ptal na to, zdali utrpěli nějakou újmu při jejich napadení.

Respondent	Újma	Jaká?
R1	NE	-----
R2	ANO	psychickou
R3	ANO	hematom
R4	NE	-----
R5	NE	-----
R6	NE	-----
R7	ANO	hematomy, škrábance

R8	NE	-----
R9	ANO	škrábance
R10	ANO	hematom, bolestivý kotník
R11	NE	-----
R12	NE	-----
R13	NE	-----
R14	ANO	hematomy po pádu od útoku agresora
R15	ANO	-----

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina z dotazovaných žádnou újmu neutrpěla a případně mi sdělila, že se to za újmu nedá ani považovat. Jedna respondentka, a to R2 utrpěla újmu psychickou. „...Bylo to pro mě dost otřesné. Jeden opilý muž se proti mně vyřítil, když jsem měla zrovna noční službu. Sice mě nic neudělal, protože jsem stihla se zavřít do sesterny, ale byla jsem z toho hodně dlouho vyklepaná. Pak jsem byla dost k pacientům, a zvláště mužům nepříjemná. Naštěstí po chvíli jsem to překonala. ...“ Čtyři respondenti odpověděli, že měli maximálně nějaké drobné hematomy od úderu, ale že to je velmi výjimečné. R9 sdělila, že po pacientech má nanejvýš nějaké škrábance.

5.11 Možnost přivolání pomoci

V dalším dotaze jsem se zabýval zavoláním pomoci při napadení.

Respondent	Možnost pomoci	Využívání
R1	ANO, může přivolat kolegy	Využívá
R2	ANO, nouzové tlačítko	Využívá
R3	ANO, nouzové tlačítko, případně PČR	Nevyužívá, má k dispozici kolegy
R4	ANO, sanitář	Využívá
R5	ANO, ochranná služba, PČR	Využívá
R6	ANO, lékař, sanitář	Využívá
R7	ANO, kolega nebo kolegyně	Využívá

R8	ANO, sanitář	Nevyužívá, nepotřebuje
R9	ANO, kolegové	Využívá
R10	ANO, kolegové	Využívá
R11	ANO, PČR	Využívá
R12	ANO, PČR, nouzové tlačítko na vysílače	PČR využívá, nouzové tlačítko na vysílače ne
R13	ANO, PČR	Využívá
R14	ANO, PČR	Využívá
R15	ANO, PČR	Využívá

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni dotazovaní mají možnost si přivolat někoho na pomoc a také většina ji využívá. Rozdílný je pouze typ pomoci. Všichni zaměstnanci u ZSS uvedli, že si jako dopomoc při napadení volají PČR, pokud již není přítomna na místě. Jeden z nich uvedl, že existuje i nouzové tlačítko na příruční vysílače, které ale nepoužívá a radši volá policii přes dispečink. Značná část zaměstnanců urgentního příjmu uvedla, že též využívá služeb policie, ačkoliv většinou mají zajištěnou ochrannou službu přímo v nemocnici, jak uvedla respondentka R5. Ta může být také přivolána pomocí nouzového tlačítka. Těchto služeb v nemocnici ale nevyužívají všichni, jelikož dost respondentů pracujících na lůžkových odděleních odpovědělo, že většinou si vystačí s kolegy nebo sanitářem sami.

5.12 Zkušenosti se sebeobranou

Další téma se zabíralo zkušenostmi zdravotníků se sebeobranou. Jestli buď sami, ve škole, nebo v rámci zaměstnání se sebeobraně nějak věnovali.

Respondent	Zkušenosti	Jaké
R1	NE	-----
R2	NE	-----
R3	ANO	Školení sebeobranu
R4	ANO	Školení měkkých cílů
R5	ANO	Školení v práci
R6	ANO	Školení měkkých cílů
R7	ANO	Ve volném čase
R8	NE	-----
R9	NE	-----

R10	ANO	Ve volném čase kick-box Dříve judo
R11	ANO	Ve škole kurz sebeobrany
R12	ANO	Ve škole kurz sebeobrany, ve volném čase 5 let bojového umění
R13	ANO	Ve volném čase judo
R14	ANO	Kurz sebeobrany
R15	ANO	Ve škole kurz sebeobrany

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky nám vyplývá, že velmi značná část zdravotnického personálu má se sebeobranou nějaké zkušenosti. Na odděleních urgentních příjmů bylo školení měkkých cílů, které absolvovali téměř všichni zaměstnanci. Respondentka R7 odpověděla, že se sebeobraně věnuje sama ve svém volném čase. Ostatní pracovníci lůžkových oddělení se sebeobraně nijak nevěnují. Pouze R10 uvedl, že ve volném čase se věnuje kick boxu a dříve cvičil judo. Zdravotníci u ZZS mají povětšinou zkušenosti se sebeobranou ze školy, anebo zároveň sami se věnují bojovému sportu či umění. Respondent R12 dělal ve volném čase 5 let bojové umění a R13 se stále ve volném čase věnuje judu. Čtyři respondenti nemají se sebeobranou zkušenosti vůbec žádné.

5.13 Sebeobranný prostředek

Tato otázka směřovala na to, zda mají zdravotníci nějaký sebeobranný prostředek, který dokážou ovládat.

Respondent	Sebeobranný prostředek	Jaký
R1	NE	-----
R2	ANO	Pepřový sprej
R3	NE	-----
R4	NE	-----
R5	NE	-----
R6	NE	-----
R7	NE	-----
R8	NE	-----
R9	ANO	Pepřový sprej, pro vlastní obranu mimo zaměstnání

R10	NE	-----
R11	NE	-----
R12	NE	-----
R13	NE	-----
R14	ANO	Pepřový sprej
R15	NE	-----

Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze tři z dotázaných vlastnili nějaký sebeobranný prostředek. Ve všech případech to byl pepřový sprej. Jeho nespornou výhodou je velikost, snadná ovladatelnost, účinnost a cenová dostupnost. R9 uvedla, že pepřový sprej vlastní, ale má ho pouze pro vlastní obranu mimo zaměstnání a v práci ho u sebe nemá. Naopak R14 uvedl toto: „...*třeba když jsem začínal u pražský záchranky, tak tam jsme ten pepřák měli normálně ve výbavě. Tady nevím proč, ale nemají ho tu. Tak mám v kapse svůj pro vlastní obranu. Jako zatím musím zaklepat, že jsem ho nikdy nepoužil, ale párkrát jsem ho fakt už v ruce měl. A je to i pro mě lepší pocit, že u sebe něco kdyžtak mám. ...*“

5.14 Příprava ve škole

Zajímalo mě, jestli byli zdravotničtí pracovníci ve škole nějak připravováni na možné napadení. A to teoreticky, nebo i praktickým způsobem.

Respondent	Příprava	Jaká?
R1	NE	-----
R2	NE	-----
R3	ANO	teoreticky
R4	NE	-----
R5	NE	-----
R6	ANO	Dva semestry základů sebeobrany
R7	ANO	Minimální zmínkou v rámci teoretické části, nebyla pro mě přínosem
R8	NE	-----
R9	NE	-----
R10	NE	-----
R11	ANO	Dva semestry kurzu sebeobrany

R12	ANO	Kurz sebeobraný
R13	NE	-----
R14	NE	-----
R15	ANO	Dva semestry kurzu sebeobraný

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve škole se přípravě na napadení očividně moc pozornosti nevěnuje. 9 respondentů nemělo na toto téma žádnou přípravu. Dvě respondentky se svěřily, že jejich příprava byla pouze teoretická. Jedna z nich R7 uvedla, že to pro ni nemělo absolutně žádný přínos. Čtyři dotazovaní měli kurz sebeobraný ve škole. Jsou to pracovníci ZZS a jeden pracovník urgentního příjmu, který byl zdravotnický záchranář. Dodali ale, že se jednalo pouze o základy technik sebeobraný, které bez procvičování velmi rychle zapoměli.

5.15 Rozšíření znalostí v sebeobraně

V souvislosti s předchozí otázkou jsem se dotazoval na to, jestli mají zájem rozšiřovat své znalosti v sebeobraně, a to teoreticky nebo i prakticky.

Respondent	Kurzy sebeobraný
R1	V rámci práce by o tom uvažovala
R2	Nechce, stačí ochranná služba
R3	Ano
R4	Kurz absolvoval pouze jednou, chtěl by pokračování
R5	Ano, v rámci zaměstnání
R6	Ano, pokračování toho, co proběhl
R7	Ano, ale zaměřený na prostředí nemocnice
R8	Nechce
R9	Ano, v rámci zaměstnání
R10	Ano, při proplacení zaměstnavatelem
R11	Ano, v rámci zaměstnání
R12	Ano, ale spíše kurz asertivního chování
R13	Ano, v rámci zaměstnání
R14	Ano, v rámci zaměstnání spíše kurz komunikace
R15	Ano, v rámci zaměstnání

Kromě dvou dotazovaných měli všichni respondenti zájem na tom, aby si mohli rozšířit své znalosti v oblasti sebeobrany. Respondentka R2 uvedla, že takové kurzy nepotřebuje, jelikož má ochrannou službu. Značná část uvedla, že by kurz musel probíhat v rámci zaměstnání, nebo být minimálně proplacen zaměstnavatelem. R12 odpověděla, že by mnohem radši, než kurz technik sebeobrany měla nějaký kurz, který by byl zaměřen na asertivní chování a komunikaci s agresivními pacienty. Naopak R7 mi sdělila toto: „...*Já byla na nějakém kurzu, který byl zaměřený tak nějak všeobecně na sebeobranu. Ale co mě chybělo tak to, že to nebylo přímo na to nemocniční prostředí a na ty situace tam občas. Protože přece jen to je dost specifický a myslím, že by to chtělo něco takového. Aspoň nějak krátce, ale s určitým oživováním pravidelným. ...*“

5.16 Snaha zlepšení od zaměstnavatele

V závěrečné otázce jsem se zajímal o to, zda by něco šlo vylepšit ze strany zaměstnavatele pro jejich bezpečnou práci.

Respondent	Snaha zaměstnavatele
R1	Nějaký základní kurz sebeobrany
R2	Zrychlení a zkvalitnění ochranné služby
R3	Intenzivnější kurzy sebeobrany
R4	Pokračování ve školení kurzů sebeobrany
R5	Kurzy sebeobrany
R6	Pokračování ve školení kurzů sebeobrany
R7	Kurz sebeobrany ale sestaven přímo pro péči na oddělení
R8	Nic
R9	Základní kurz sebeobrany
R10	Proplácení vlastních sebeobránných kurzů
R11	Pravidelné oživení základů sebeobrany v rámci ZZS
R12	Častější kurzy asertivního chování, základní kurz sebeobrany
R13	Výcvik komunikace s agresivními pacienty
R14	Nácvik praktických základů sebeobrany
R15	Sebeobránný prostředek v rámci ZZS

Zdroj: Vlastní výzkum

Jeden z respondentů odpověděl, že nepotřebuje od zaměstnavatele nic zlepšovat. Ostatní nějaké návrhy měli. Velmi často se opakovalo pořádání kurzů sebeobrany, a to buď

nových, nebo pokračování stávajících které už proběhli v minulosti. Respondentka R2 uvedla, že by jí stačilo zrychlení a zkvalitnění ochranné služby, jelikož to považuje za nedostačující. Respondent R15 by požadoval od zaměstnavatele nějaký sebeobranný prostředek ve výbavě ZZS. Uvedl, že by mu stačil pepřový sprej. Také od dvou respondentů zaznělo, že by byli rádi za kurzy komunikace či asertivního chování pro jejich prostředí a podmínky.

6 Diskuze

V bakalářské práci Sebeobrana pro zdravotnický personál jsem se snažil zmapovat připravenost zdravotnického personálu na napadení. S jakou agresí se setkává, jak jí dokáže čelit a předcházet a také jak je na ni připraven.

Mého výzkumu se účastnilo 15 osob se zkušenostmi z nejrůznějších oddělení nemocnice a také s prací u ZZS. Jejich délka praxe byla v rozsahu od 4 po 23 let a z hlediska pohlaví byl výzkumný vzorek téměř vyrovnaný, přičemž ženské pohlaví bylo zastoupeno osobou navíc.

Všichni respondenti se potýkají s nějakou formou agrese. To samé dokázal i výzkum pana Krbka (2012). Ačkoliv se jedná pouze o verbální agresi, nebylo by správné ji nějak podceňovat. Velmi často jsem zjišťoval, že neřešená či špatně řešená verbální agrese přechází v agresi fyzickou. To samé uvádí i ve své knize Linhartová (2007). Četnost setkávání se s verbální agresí by se dal rozdělit na dvě skupiny. Jedna z nich se s ní setkává výjimečně či několikrát za rok, druhá jí čelí každý měsíc, nebo i týdně. Zpozoroval jsem, že velmi záleží na vnímání hranic verbální agrese. Zatímco jeden zdravotník bere urážlivé slovo od pacienta jako verbální agresi, jiný to bere jako běžnou věc a za agresi považuje až opravdu vyhrocený slovní konflikt, který hrozí fyzickým napadením. To samé můžeme pozorovat u agrese fyzické, které se budu věnovat později.

Řešení verbální agrese u pacientů bylo u zdravotníků velmi podobné. Základním středobodem byla komunikace a asertivní přístup. Tyto rady zaznívají i u Linhartové (2007). Důležitým faktorem komunikace je to, aby byla vedená v klidu a má za cíl pacienta uklidnit. Nesmí přejít ve vyčítání, urážení, posmívání se či jiné formě eskalace napětí. Respondent R14 uvádí: „...*je třeba dobrý mu to říct na rovinu. Hele, já jsem tady v nějaký situaci, kdy tě musím ošetřit a odvézt, ty jsi taky v nějaký situaci, a tak to pojd'me spolu vyřešit teda. To, že tu zůstaneš nejde, tak bude nejlepší, když půjdeš s námi, než aby to bylo nějak násilím. Samozřejmě jim při tom vykám. To jsem řekl jen jako příklad. ...*“ Další radu ke komunikaci řekla dotazovaná R13: „...*Já mám vyzpozorovaný, že zvlášť teda na chlapy nejvíc platí, když jim vykám, ale oslovuju je křestním jménem. Třeba například: „Tak Pavle pojd'te s námi.“ Na někoho to neplatí, ale už se mě to u dost lidí osvědčilo.*“ Musíme ale říct, že neplatí na všechny klidná a vstřícná komunikace. Je ale vždy nutné tuto metodu vyzkoušet. Pokud je pacienta nutné transportovat či ošetřit, a on se nechce nechat, je pak na místě volat PČR. Toto udává také respondent R11. Prvně pohrozí tím,

že zavolá policii. Značná část lidí dokáže i pod vlivem si uvědomit, že policie je na místě nenechá, a tudíž je tento argument přesvědčiv. Pokud ani toto ale nepomůže, je vždy na místě si přivolat na pomoc PČR. Tyto rady také doporučuje ve své knize Beránek (2017).

Zatímco s verbální agresí se setkali všichni dotazovaní, s fyzickou už ne, ačkoliv to bylo 13 respondentů z 15. Četnost fyzické agrese už byla výrazně nižší. Jednalo se pouze o výjimečné napadení, přibližně 1x do roka, nebo pouze několikrát za celé období své praxe. Je ale nutno dodat, že někteří uváděli, že četnost agrese se zvyšuje v poslední době. To také popisuje Vávra (2015). Nejvíce takovýchto napadení se odehrává při práci u ZZS, další v řadě je pracoviště urgentního příjmu a jako poslední lůžkové části nemocnic. Poslední jmenovaní by ale neměli být opomíjeni, jelikož se u nich nejedná o nulovou četnost. Dokládá to například útok z roku 2019 ve Vinohradské nemocnici (iRozhlas.cz, 2019).

Fyzickou agresi zdravotníci řeší různě. Někteří se snaží pacienta uklidnit, ale zároveň si hlídají únikovou cestu či se přímo dávají na ústup. Andršová (2012) radí to samé. Nejlepší sebeobranou je útěk. Poté si přivolají ochranou službu, nebo policii ČR, která je na tyto situace školená a vybavená. Pokud se jedná o fyzickou agresi, která je zvládnutelná personálem a nehrozí ohrožení, přistupují zdravotníci k pacifikaci pacienta, jeho kurtaci a medikaci sedativ dle ordinace lékaře. Respondenti zdůrazňovali důležitost dovolání se kolegy. V rámci ZZS řeší posádka konfliktní situace ohrožující zdraví voláním PČR na místo. Dle mého názoru je důležité pacienta pozorovat a při případných projevech agrese si policii volat na místo raději předem, než může být pozdě.

Jako nejvyšší stupeň ohrožení zdravotnických pracovníků je, pokud se agresor rozhodne použít zbraň. Dle legislativy je to cokoli, čím je možno učinit útok proti tělu důraznějším (§181 zákona č. 40/2009 Sb. trestní zákoník). Dozvěděl jsem se, že se zdravotníci setkávají i s pacienty se zbraněmi. Někteří ji měli jako výhružku, jiní ji měli pouze u sebe. Tři z mých respondentů se svěřili s tím, že jim bylo zbraní vyhrožováno. Ve všech případech se jednalo o bodnou zbraň, v jednom navíc i o zbraň střelnou. Útoky takovými zbraněmi by mohly mít fatální následky. V lepším případě poranění, v tom horším i smrt. Dokládá to například útok v ostravské nemocnici (idnes.cz, 2020). Ačkoliv zde nebyli usmrceni zdravotníci, ale lidé v čekárně, odehrál se v prostředí nemocnice a jejich ohrožení bylo velmi vysoké. Někteří respondenti mi odpověděli na otázku zbraní, že přímo jim zbraní nebylo vyhrožováno, ale během probírání věcí pacienta našli nože,

teleskopické obušky nebo pepřové spreje. Nevíme, zdali je měl pacient na svou obranu, ale vždy je lepší tyto věci preventivně odebrat a mít je pod dohledem.

Beránek (2017) uvádí, že velké většině napadení se dá předem zabránit. Také to jsem zjišťoval, jak dokážou zdravotníci předcházet konfliktním situacím. Opět se zde prokazuje důležitost komunikace, klidného přístupu a asertivního chování, jak uvádí i Linhartová (2007). Je vhodné podávat pacientovi průběžně informace a nekomunikovat povýšeně. Mít přehled o situaci a pozorovat podezřelé pacienty pomáhá předcházet nečekaným napadením. Důležité je také hlídání si únikové cesty, čímž můžeme včas z možného střetu uniknout, a tak zabránit možné fyzické agresi.

Agresorem bývá nejčastěji pacient pod vlivem drog a alkoholu. To nám potvrzuje i Lubas (2013) ve svém článku. Jejich chování bývá mnohdy neúmyslné, ale možná i proto nebezpečnější. Agresivně dle respondentů se projevují i pacienti s demencí a s jinými psychickými poruchami. Okrajově také pacienti, kteří se probouzí z anestezie. Někteří respondenti také uvedli, že to jsou častěji muži než ženy. Je to bohužel ale horší varianta, jelikož většinou disponují větší fyzickou silou.

Naprostá většina agresorů jedná pod vlivem návykových látek nebo alkoholu. Nejedná se tedy o útok s cílem ublížení, i když výsledek někdy takový může být. Některé pacienty také ovlivňuje jejich aktuální psychický stav. Vliv alkoholu a drog, či psychický stav mohou vést ve spojení se špatnou komunikací, nedostatečnou informovaností či strachem pacienta k napadení zdravotníka. Musíme ale uznat, že všechny tyto faktory lze eliminovat chováním zdravotníka k pacientovi. Je ale pravdou, že může dojít k útoku i při dodržení všech zásad a pravidel, a zde již nastává nutnost použít sebeobranu.

Při napadení se snažíme ubránit agresorovi a zamezit tak poranění, nebo ho aspoň minimalizovat (Náchodský, 2006). Ne vždy to ale je možné. Zjistil jsem, že z 15 dotazovaných utrpělo 6 újmu. Jedna respondentka uvedla, že utrpěla psychickou újmu. Zbytek napadených si z útoku odnesl pohmožděniny a škrábance. Jeden z nich měl bolestivý kotník. Ve velké většině nemocnic funguje ochranná služba. Někteří ji využívají, jiní si vystačí s pomocí kolegů a kolegyně. Při vážnějších případech je volána PČR. Tu si také volá posádka ZZS při napadení. Není ale vždy na místě ihned, proto je lepší znát základy sebeobrany.

Zkušenosti se sebeobranou měli v mém výzkumu spíše pracovníci urgentního příjmu a část zdravotníků u ZZS. Někteří zaměstnanci ZZS se ve svém volném čase věnovali různým bojovým sportům.

Z výzkumu vyplynulo, že na napadení zdravotníků se při výuce dotazovaných moc nedbalo. Pokud byla nějaká zmínka, byla teoretická a praktický výcvik se konal pouze u části zdravotnických záchranářů. Pokud byl ale praktický výcvik, při průběžném neopakování velmi snadno dojde k jeho zapomnění. Proto je otázkou, zdali je ještě aktuálně uplatnitelný. O tom svědčí i snaha dotazovaných rozšířit si své vědomosti a v první řadě praktické dovednosti. Značná část měla zájem o sebeobranný kurz či pokračování některých kurzů. Důležitou připomínku měla respondentka R7, která by byla ráda za kurz, který by byl zaměřený přímo na nemocniční prostředí.

V závěru jsem se všech respondentů zeptal, co by ocenili ze strany zaměstnavatele. Odpovědi byly různé, ale velkou měrou převažoval požadavek na kurzy sebeobran. Velmi mě potěšilo, že dva z dotazovaných měli zájem o kurz správné komunikace s agresivními pacienty.

7 Závěr

Práce měla za hlavní cíl zmapovat připravenost zdravotnických pracovníků na napadení. Sledoval jsem v ní četnost napadení zdravotnických pracovníků, řešení, a zvláště předcházení konfliktních situací a jejich zkušenosti s nácvikem obrany proti napadení.

Z výzkumu vyplývá, že zdravotníci se opravdu setkávají s verbální i fyzickou agresí. Ze školy jsou na tyto situace ve většině případů nepřipraveni. Pokud nějaká příprava probíhala (teoretická nebo i praktická), tak průběžným neopakováním byla již zapomenuta. Pokud proběhlo nějaké školení od zaměstnavatele, bylo pouze 1x. Proto i od řady respondentů zaznívalo přání pro pravidelné opakování kurzů sebeobraný a komunikace s agresivními pacienty. Někteří z nich se z toho důvodu v sebeobraně přiučují sami, a to buď pomocí všeobecných kurzů nebo různých bojových sportů. Výjimečně se uchylují i k nošení vlastních sebeobránných prostředků.

Největší četnost napadení zdravotnického personálu se projevila o pracovníku ZZS a urgentních příjmů. Ačkoliv v některých případech jsou někteří z nich na to školeni, není to pravidelné a v některých případech ani žádné školení neproběhlo. Nemohou vždy spoléhat na PČR a měli by být připraveni se ubránit případnému napadení, nejlépe mu předejít. Proto by zde pomohlo pravidelné školení komunikace s agresivními pacienty a následně základy sebeobránných technik. Také by mohlo dojít k dovybavení posádek ZZS sebeobránným prostředkem (pepřový sprej), ale s důkladným proškolením ohledně používání a možných důsledků.

Pokud jde o pracovníky lůžkových oddělení, je zde četnost napadení nižší, ale příprava téměř žádná. Z toho vyplývá, že jsou na tyto situace připraveni nedostatečně, a to z hlediska komunikačního i z hlediska sebeobraný fyzické. Dochází tedy k tomu, že verbální agrese často přechází ve fyzickou a fyzická agrese končí újmou či poraněním zdravotnického personálu. Proto by i zde bylo vhodné zařadit pravidelné školení, které by bylo zaměřené přímo na nemocniční personál a jeho prostředí. Z hlediska četnosti a rozsahu školení by se mohlo jednat o menší formát, než u pracovníků UP a ZZS.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A. 2012. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2
2. BARTŮŇKOVÁ, S., 2010 Stres a jeho mechanismy. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6
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. ČESKO. § 28 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 4. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#p28>
5. ČESKO. § 29 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 4. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#p29>
6. ČESKO. § 32 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2020 [cit. 4. 3. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#p32>
7. ČTK, 2019, Střelec z vinohradské nemocnice zemřel ve vazbě. Zranil dva pacienty, jeden z nich nepřežil, iROZHLAS [online]. [cit. 24.04.2021]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/strelba-vinohrady-nemocnice-pacient-zemrel-senior_1904291355_ako
8. ČTK, 2020, Ostraha nemocnic nebývá vybavena střelnou zbraní. www.zdravotnickydenik.cz [online]. Praha: Media Network, 2020 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/01/ostraha-nemocnic-nebyva-vybavena-strelnou-zbrani/>
9. DICK, C. KUO, TUCCI, V. 2016 Psychiatric and Behavioral Emergencies, An Issue of Emergency Medicine Clinics of North America, E-Book, ISBN 978-03-2341-685-6
10. DOUGHERTY, M., 2010. Unarmed Combat. London: Amber books. ISBN 9781906626815.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Manuálek o násilí. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3397-8

12. JACQUES, 2016. Physicians Practice: Dealing with the Aggressive Patient [online]. 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. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7
15. KRBEK, K. (2012). Analýza okolností ovlivňujících napadání zdravotnického personálu. Bakalářská práce Masarykova Univerzita.
16. LINHARTOVÁ, V., 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada. ISBN 9788024717845
17. LOŠKOVÁ, 2020, Rok od střelby v ostravské nemocnici. Experti testují technologii na odhalení zbraní - Novinky.cz [online] [cit. 02.04.2021]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/clanek/rok-od-strelby-v-ostravske-nemocnici-experti-testuji-technologie-na-odhaleni-zbrani-40344801>
18. LUBAS, M., Zdravotní sestry se učí údery a kopy, aby se ubránily zuřícím pacientům. [online]. [cit. 02.04.2021]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/liberec/zpravy/sebeobrana-v-nemocnici.A130219_091517_liberec-zpravy
19. MADSEN, T., 2016. Krav Maga Survival: výcvik elitních jednotek v boji zblízka. Přeložil Josef OTÁHAL. Praha: Naše vojsko. ISBN 978-80-206-1605-0
20. MILLER, A. KANE. Přiměřená sebeobrana: efektivní rozhodování v násilné situaci. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5038-8
21. NÁCHODSKÝ, Z., 2006 Nebojte se bránit. Praha: Armex, ISBN 80-86795-43-8
22. New Research shows workplace violence threatens health services. WHO [online]. Geneva: WHO, 2002 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/en/>
23. PAVELKA, R., STICH, J., 2015. Sebeobrana: nebuďte snadnou obětí!. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2800-5
24. POKORA, R., ROVNÁ, M. 2016. Bear claw: revoluce v sebeobraně žen. Brno: Radek Pokora. ISBN 978-80-260-9677-1
25. REGULI, Z., VÍT, CHVÁTALOVÁ, KUBÍKOVÁ, BUGALA a HOUDEK, 2013, Sebeobrana pro zdravotnický personál – zvládání konfliktních situací. 1.

- vyd. Brno: Masaryková univerzita, Zdravotnická záchranná služba Jmk, p.o., ISBN 978-80-210-6338-9
26. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5
 27. ROKYTA, R., 2015 Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2
 28. ŠIMEK, J., 2008, Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*, 2008, roč. 11, č. 4. ISSN: 1212-1924
 29. Trénink sebeobrany. www.fsps.muni.cz [online], 2011, Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/inovace-SEBS-ASEBS/elearning/sebeobrana/trenink>
 30. VÁVRA, L., 2015. Zrození nové úřední osoby?. [online]. [cit. 1. 4. 2021]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/trestni-pravo/zrozeni-nove-uredniosoby>
 31. VÍT M, REGULI Z, CHVÁTALOVÁ J. Základy osobní sebeobrany, 2012, Dostupné z: <http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/index.html>
 32. VYBÍHALOVÁ, L., 2010, Agresivní pacient – výzkum. Nemocnice Prostějov Interní ambulance, Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/agresivni-pacient-vyzkum-456624>
 33. WARD, J., LINDEN, A., 2010 Základy fyziologie. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-667-0
 34. [Zákony.centrum.cz](http://zakony.centrum.cz) [online]. [cit. 24.04.2021] Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-1-hlava-8-paragraf-118>

9 Seznam příloh

Příloha 1: Polostrukturovaný rozhovor – otázky

- 1) Pohlaví, oddělení a délka praxe?
- 2) Setkali jste se s verbální agresí ve své profesi? Jak často?
- 3) Jak se bráníte proti verbální agresí?
- 4) Setkali jste se s fyzickou agresí? Jak často?
- 5) Jak se bráníte proti fyzické agresí?
- 6) Jak předcházíte konfliktním situacím?
- 7) Vyhrožoval Vám někdy někdo zbraní?
- 8) Kdo byl nejčastěji agresorem?
- 9) Z jakého důvodu zaútočil?
- 10) Způsobil Vám nějakou újmu?
- 11) Máte možnost přivolání pomoci? Využil/a jste?
- 12) Máte zkušenosti se sebeobranou?
- 13) Používáte nějaký sebeobranný prostředek?
- 14) Byl jste na to připravován/a ve škole nějakým způsobem?
- 15) Co byste v této oblasti ocenil/a ze strany zaměstnavatele?

10 Seznam použitých zkratk

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

i.m. – Intra-muskulární

i.v. – Intra-venózní

JIP – Jednotka intenzivní péče

UP – Urgentní příjem

PČR – Policie České republiky

PNP – Přednemocniční neodkladná péče

ZZS – Zdravotnická záchranná služba