

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**VÝUKA ZÁKLADNÍCH PRINCIPŮ SEBEOBRANY  
PRO ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PATRIK KOMANI, DIS.**

**Praha 2014**

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**VÝUKA ZÁKLADNÍCH PRINCIPŮ SEBEOBRANY  
PRO ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**PATRIK KOMANI, Dis.**

Stupeň vzdělání:	Bakalář
Název studijního oboru:	Zdravotnický záchranář
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. et Bc. Josef Taybner

**Praha 2014**



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

**Komani Patrik**  
**3. C ZZ**

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 29.10.2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Výuka základních principů sebeobranu pro zdravotnickou záchrannou  
službu

*Basic Principles of Self-defence Course for Paramedics*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. et Bc. Josef Taybner

V Praze dne: 1.11.2013

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

-----  
Patrik Komani

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. et Mgr. et Bc. Josefu Taybnerovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi věnoval při vypracovávání bakalářské práce.

# ABSTRAKT

KOMANI, Patrik. *Výuka základních principů sebeobrany u zdravotnických záchranářů.*

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.).

Vedoucí práce: Mgr. Mgr. et Bc. Josef Taybner. Praha. 2014. 77 s., přílohy VII s.

Tématem bakalářské práce je výuka základních principů sebeobrany pro zdravotnickou záchrannou službu. Teoretická část práce charakterizuje aktuální stav problematiky, práci zdravotnického záchranáře, napadení a rozpoznání hrozby fyzického napadení. Teoretická část práce dále obsahuje psychologické a právní aspekty napadení, kapitolu Sebeobrana a Stávající návrhy řešení ochrany zdravotnických záchranářů. Výzkumná část se práce se zabývá přípravou a realizací kurzu sebeobrany.

## **Klíčová slova**

Sebeobrana. Záchraná služba. Právo. Psychologie. Ochrana.

## **ABSTRACT**

KOMANI, Patrik. *Basic Principles of Self-defense Course for Paramedics*.

The college of nursing, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.).

Supervisor: Mgr. Mgr. et Bc. Josef Taybner. Prague. 2014. 77 pp., Appendices VII pp.

This bachelor thesis deals with education in the self-defense basic principles for paramedics. The theoretical part describes present problems, daily routine of a paramedic, recognition of a threat of his physical attack. Theoretical part consists of psychological and legal aspects of threat and finally chapter Self-defense and Current propositions of protection of paramedics. It describes causes of aggression against rescue service, strategy skills, improvised self-defense aids and modern self-defense systems. The methodical part focuses on paramedics' self-defense skills after completing the self-defense course. Methodical part focuses with preparation and realization of Self-defense course.

### **Keywords**

Self-defense. Emergency service. Aggression. Law. Psychology.

# OBSAH

<b>SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT .....</b>	<b>9</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>11</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>1 AKTUÁLNÍ STAV PROBLEMATIKY .....</b>	<b>13</b>
<b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....</b>	<b>15</b>
2.1 PRÁCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE.....	15
2.2 NAPADENÍ A ROZPOZNÁNÍ HROZBY .....	16
2.3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NAPADENÍ.....	17
2.3.1 Stres .....	18
2.3.2 Příčiny agrese.....	19
2.3.3 Komunikace s agresivním pacientem.....	21
2.4 PRÁVNÍ ASPEKTY NAPADENÍ .....	22
2.4.1 Seznámení s paragrafy .....	22
2.4.2 Nutná obrana, krajní nouze .....	23
2.4.3 Několik příkladů z praxe.....	26
2.5 SEBEOBRANA.....	27
2.5.1 Taktické dovednosti a improvizované pomůcky v sebeobraně.....	30
2.5.2 Stručná charakteristika vybraných bojových systémů .....	33
2.6 STÁVAJÍCÍ NÁVRHY ŘEŠENÍ OCHRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ .....	35
2.6.1 Status veřejného činitele.....	35
2.6.2 Kurzy sebeobrany.....	36
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>
3.1 TÉMA, PROBLÉM, CÍLE .....	38
3.2 METODIKA .....	38
<b>4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....</b>	<b>41</b>
4.1 VÝSLEDKY I. FÁZE: VSTUPNÍ DOTAZOVÁNÍ .....	42
4.2 PROJEKT KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ .....	54
4.3 VÝSLEDKY II. FÁZE: ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ .....	57
4.4 VÝSLEDKY III. FÁZE: VÝSTUPNÍ DOTAZOVÁNÍ .....	58
4.5 KOREKCE PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ.....	65
4.6 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	69
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>



SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	75
SEZNAM PŘÍLOH .....	78

# SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT

## SEZNAM TABULEK

TABULKA 1   ZASTOUPENÍ POHLAVÍ.....	42
TABULKA 2   VĚKOVÁ STRUKTURA RESPONDENTŮ .....	42
TABULKA 3   DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ .....	43
TABULKA 4   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – FORMA NAPADENÍ.....	44
TABULKA 5   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – ČASOVÁ FÁZE NAPADENÍ.....	44
TABULKA 6   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – TYPOLOGIE ÚTOČNÍKA .....	45
TABULKA 7   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – PŘÍČINA NAPADENÍ .....	46
TABULKA 8   DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ SE SEBEOBRANOU .....	47
TABULKA 9   SMYSL RESPONDENTŮ PRO PREVENCI – VSTUP DO NEZNÁMÝCH OBJEKTŮ .....	48
TABULKA 10   SMYSL RESPONDENTŮ PRO PREVENCI – VSTUP DO NEZNÁMÉ MÍSTNOSTI .....	48
TABULKA 11   ZPŮSOBY UKLIDNĚNÍ RESPONDENTŮ PO ABSOLVOVÁNÍ PSYCHICKY NÁROČNÉ SITUACE .....	49
TABULKA 12   SPOKOJENOST RESPONDENTŮ S PRÁVNÍ OCHRANOU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE .....	50
TABULKA 13   NÁZOR RESPONDENTŮ NA STATUS VEŘEJNÉHO ČINITELE .....	50
TABULKA 14   PREFERENCE RESPONDENTŮ V OTÁZCE VOLBY ZBRANĚ NA VLASTNÍ OBRANU .....	51
TABULKA 15   AKTUÁLNÍ STAV REALIZACE VYBRANÝCH FOREM PREVENCE NAPADENÍ NA PRACOVÍŠTI RESPONDENTŮ.....	52
TABULKA 16   ÚČAST NA KURZU SEBEOBRANY – OČEKÁVÁNÍ RESPONDENTŮ (ÚČASTNÍKŮ KURZU) .....	53
TABULKA 17   ČASOVÁ DOTACE PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ .....	55
TABULKA 18   UČEBNÍ OSNOVY PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ .....	56
TABULKA 19   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ PŘÍNOSU KURZU SEBEOBRANY .....	58
TABULKA 20   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ ORGANIZAČNÍHO ZAJIŠTĚNÍ KURZU .....	59
TABULKA 21   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ MATERIÁLNÍHO ZAJIŠTĚNÍ KURZU .....	59
TABULKA 22   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ KVALIFIKACE LEKTORA.....	60
TABULKA 23   ZÁJEM ABSOLVENTŮ O PRAVIDELNÝ VÝCVIK V SEBEOBRANĚ .....	61
TABULKA 24   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ POCITU BEZPEČÍ PO UKONČENÍ KURZU .....	61
TABULKA 25   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ OBSAHOVÉ NÁPLNĚ KURZU – CO SE LÍBILLO?.....	62
TABULKA 26   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ OBSAHOVÉ NÁPLNĚ KURZU – CO SE NELÍBILLO? .....	62
TABULKA 27   CELKOVÁ KLASIFIKACE KURZU ABSOLVENTY (FORMOU ZNÁMKOVÁNÍ) .....	63
TABULKA 28   DOPORUČENÍ ABSOLVENTŮ PRO ZLEPŠENÍ KURZU .....	64
TABULKA 29   ČASOVÁ DOTACE PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ PO KOREKCI .....	66
TABULKA 30   UČEBNÍ OSNOVY PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ PO REVIZI.....	68

## SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1   ZASTOUPENÍ POHLAVÍ.....	42
GRAF 2   VĚKOVÁ STRUKTURA RESPONDENTŮ.....	43
GRAF 3   DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ .....	43
GRAF 4   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – FORMA NAPADENÍ.....	44
GRAF 5   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – ČASOVÁ FÁZE NAPADENÍ.....	45
GRAF 6   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – TYPOLOGIE ÚTOČNÍKA.....	46
GRAF 7   ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S NAPADENÍM – PŘÍČINA NAPADENÍ .....	47
GRAF 8   DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ SE SEBEOBRANOU.....	47
GRAF 9   SMYSL RESPONDENTŮ PRO PREVENCI – VSTUP DO NEZNÁMÝCH OBJEKTŮ .....	48
GRAF 10   SMYSL RESPONDENTŮ PRO PREVENCI – VSTUP DO NEZNÁMÉ MÍSTNOSTI.....	49
GRAF 11   ZPŮSOBY UKLIDNĚNÍ RESPONDENTŮ PO ABSOLVOVÁNÍ PSYCHICKY NÁROČNÉ SITUACE .....	49
GRAF 12   SPOKOJENOST RESPONDENTŮ S PRÁVNÍ OCHRANOU ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE.....	50
GRAF 13   NÁZOR RESPONDENTŮ NA STATUS VEŘEJNÉHO ČINITELE .....	51
GRAF 14   PREFERENCE RESPONDENTŮ V OTÁZCE VOLBY ZBRANĚ NA VLASTNÍ OBRANU .....	51
GRAF 15   AKTUÁLNÍ STAV REALIZACE VYBRANÝCH FOREM PREVENCE NAPADENÍ NA PRACOVÍŠTI RESPONDENTŮ .....	52
GRAF 16   ÚČAST NA KURZU SEBEOBRANY – OČEKÁVÁNÍ RESPONDENTŮ (ÚČASTNÍKŮ KURZU) .....	53
GRAF 17   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ PŘÍNOSU KURZU SEBEOBRANY .....	58
GRAF 18   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ ORGANIZAČNÍHO ZAJIŠTĚNÍ KURZU .....	59
GRAF 19   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ MATERIÁLNÍHO ZAJIŠTĚNÍ KURZU .....	60
GRAF 20   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ KVALIFIKACE LEKTORA .....	60
GRAF 21   ZÁJEM ABSOLVENTŮ O PRAVIDELNÝ VÝCVIK V SEBEOBRANĚ .....	61
GRAF 22   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ POCITU BEZPEČÍ PO UKONČENÍ KURZU.....	61
GRAF 23   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ OBSAHOVÉ NÁPLNĚ KURZU – CO SE LÍBILLO? .....	62
GRAF 24   ABSOLVENTSKÉ HODNOCENÍ OBSAHOVÉ NÁPLNĚ KURZU – CO SE NELÍBILLO?.....	63
GRAF 25   CELKOVÉ KLASIFIKACE KURZU ABSOLVENTY (FORMOU ZNÁMKOVÁNÍ) .....	64
GRAF 26   DOPORUČENÍ ABSOLVENTŮ PRO ZLEPŠENÍ KURZU.....	64

## SEZNAM SCHÉMAT

SCHÉMA 1   ZOBECNĚNÍ PROCESU TVORBY PROJEKTU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE .....	41
SCHÉMA 2   MODEL SYSTÉMU VÝUKY SEBEOBRANY PRO ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE .....	71
SCHÉMA 3   MODEL SUBSYSTÉMU „PROJEKT KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ“ .....	72

## SEZNAM ZKRATEK

Zkratka	Význam
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ev.	eventuálně
FNO	Fakultní nemocnice Ostrava
ČR	Česká republika
MMA	Mixed Martial Arts – smíšená bojová umění
např.	například
NT	nemocnice Třinec
PNP	přednemocniční péče
popř.	popřípadě
R	respondent
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

Téma bakalářské práce *Výuka základních principů sebeobrany u zdravotnických záchranářů* bylo zvoleno z důvodu jeho společenské aktuálnosti a osobního zájmu autora. Společenská aktuálnost tématu je podpořena poměrně velkou medializací problému agrese pacientů nebo jeho blízkého okolí vůči zdravotnickým záchranářům (pracovníkům ve zdravotnictví obecně) a reakcím na tyto události, které jsou patrné v dílčích krocích profesních a politických organizací směřujících k řešení problému této agrese. Osobní zaujetí autora touto problematikou plyne ze skutečnosti, že se již od raného dětství zajímá o sebeobranu a bojové sporty, ale že se také osobně stal obětí fyzického napadení ze strany klienta v rámci výkonu související profese.

Základní problémovou otázkou, na kterou jsme hledali odpověď, bylo zjištění skutečnosti, zda jsou současné modely výuky sebeobrany pro zdravotnické záchranáře efektivní a dostačující. Hlavním cílem předkládané bakalářské práce bylo zjistit aktuální stav výuky sebeobrany pro zdravotnické záchranáře a na základě zjištěných poznatků pak navrhnout výukový model použitelný v praxi.

V rámci postupného plnění úkolů vztahujících se k vytyčenému cíli (viz kapitola 3) byla vytvořena odpovídající logická struktura bakalářské práce. V zásadě byl text rozčleněn na tři základní části: teoretickou, metodickou a praktickou. Smyslem teoretické části bylo zpracovat ucelený přehled aktuálního stavu problematiky a vytvořit teoretický odborný základ tématu. Metodická část v podobě Praktické části zarámovala téma do vyjádřeného problému a cíle práce včetně definice dílčích úkolů. Zároveň byl v této části popsán zvolený metodický postup nezbytný pro realizaci následující praktické části bakalářské práce. Struktura zmiňované praktické části práce tento postup kopíruje a její logika je podrobně popsána v úvodu kapitoly 4 (Prezentace výsledků výzkumu).

Závěry této práce a především pak část věnující se doporučení pro praxi mohou sloužit jako informační zdroj jak pro členy zdravotnických týmů, kteří přichází do styku s klienty v terénu a jsou ohroženi přímým fyzickým a psychickým napadením, tak pro vedoucí pracovníky, do jejichž kompetencí spadá také koncepční a strategická činnost.

# 1 AKTUÁLNÍ STAV PROBLEMATIKY

V roce 2004 proběhl výzkum pořádaný Ministerstvem zdravotnictví ČR a Institutem zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), jehož cílem bylo objektivizovat výskyt a podobu násilí v českém zdravotnictví. Projekt byl původně naplánován až do roku 2009, bohužel zánikem IZPE byl po dvou letech ukončen. V březnu 2006 byl rozhodnutím ministra zdravotnictví ČR zrušen a tím byly také předčasně ukončeny práce na tomto zajímavém projektu. Během dvou let jeho existence však byl realizován empirický kvantitativní výzkum násilí ve zdravotnických zařízeních (n = 675) mapující násilí páchané na zdravotnících i poskytovatelích sociálních služeb. Ukázalo se, že násilí je v českém zdravotnictví velmi rozšířené. Týkalo se to zejména slovní agrese, se kterým se setkalo 42 % respondentů z celkového počtu 675 dotázaných. Fyzické napadení zažilo 13 % dotázaných zdravotníků. Výskyt fyzického násilí byl ve srovnání s jinými zeměmi (Thajsko, Bulharsko, Brazílie, Libanon, Portugalsko) v České republice nejvyšší.

Součástí výzkumu byla i kvalitativní analýza rozhovorů s pacienty, kteří zažili násilí ze strany zdravotníků. Například pacienti objedávající se na plánované výkony (operace, invazivní diagnostika) se někdy setkávají s projevy verbálního násilí ze strany lékařů i sester. Zdravotníci se chovají neprofesionálně, občas až hrubě či arogantně (HÁVA, 2004).

Tento fakt potvrdila i kvalitativní studie provedená Pekarou (2006), která reflektovala situaci zvýšeného napadení posádek zdravotnických záchranných služeb v ČR. Na základě rozhovorů s napadenými zdravotnickými záchranáři a vedoucími pracovníky zdravotnických záchranných služeb ČR v jednotlivých krajích bylo nejen zjištěno, že slovní agrese je přítomna na každém třetím až pátém výjezdu (bráno na plochu celé ČR), ale také to, že za 15 % incidentů si mohou posádky záchranných služeb samy svým neprofesionálním chováním a útočnými k násilí provokují. Fyzická agrese byla v prostředí záchranných služeb identifikována ve 13 % ročně – průměr na každém středisku ze všech udaných incidentů. Velmi přínosné bylo také dotazníkové šetření agresivity, které bylo realizováno u 202 sester pracujících na radioterapeutické klinice, chirurgické klinice, interní klinice, neurologické klinice, traumatologickém centru, stomatochirurgickém oddělení, psychiatrickém oddělení a na urgentním příjmu ve dvou zdravotnických zařízeních – Fakultní nemocnici Ostrava (FNO) a Nemocnici Třinec (NT). Se slovní agresí se minimálně jednou setkala převážná většina oslovených sester (FNO – 90 % sester, NT – 89 % sester), (SZKANDEROVÁ, JAROŠOVÁ, 2008).

Někteří respondenti byli slovní agresí vystaveni opakovaně. Nejčastějším projevem slovní agrese směřované ke zdravotnickému personálu byly slovní urážky, křik, vyhrožování, vulgární nadávky apod. V roce 2010 zahájily Českomoravská konfederace odborových svazů a Odborový

svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky projekt Prevence násilí na pracovištích v oblasti zdravotnictví a sociální péče (trval do roku 2013). V roce 2010 byl proveden kvantitativní výzkum, bylo osloveno 1500 respondentů. Šetření ukázalo, že zkušenost s pracovním násilím mělo v posledním roce 31 % respondentů (z toho fyzické násilí 17 % respondentů a zkušenost s verbální agresí 41 % respondentů). Zajímavé je, že čísla jsou překvapivě shodná s rokem 2004, kdy bylo psychického násilí zaznamenáno 42 % a fyzického násilí dokonce o 4 % více! Ukázalo se také, že 60 % zaměstnavatelů zavedlo opatření proti výskytu pracovního násilí na pracovišti - opatření spojená s problematikou bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a screening pacienta (ČMKOS, 2012).

Výrazně však klesala opatření, jako jsou úprava pracovního prostředí, rozvoj lidských zdrojů, navýšení personálu nebo školení personálu v komunikačních dovednostech. Přestože od podobného projektu uplynulo 6 let, ze zkušeností respondentů vyplynulo, že nejčastějším zdrojem pracovního násilí je především špatná komunikace, přepracovanost a špatná informovanost (HOFMANNOVÁ, 2010).

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

**Motto:**

*Každý den záchranáři porušují dvě základní pravidla bezpečnosti od dětství  
vštěpovaná matkami: Nehraj si na cestě a Nemluv s cizími lidmi  
(DOBIÁŠ 2012, s. 51).*

### 2.1 PRÁCE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Přednemocniční neodkladná péče si klade za cíl minimalizaci následků akutních postižení zdraví a náhlého zhoršení chronických onemocnění tak, aby se nemocní mohli vrátit do kvalitního života bez výrazných omezení (POKORNÝ, 2004).

Být profesionálem znamená udělat vše potřebné a správné pro pacienta, ale současně dodržovat zásady bezpečnosti pro záchranáře. Zásady bezpečnosti při poskytování péče zahrnují fyzikální a environmentální rizika, silniční dopravu, fyzicky náročnou práci kombinovanou s emocionálním vypětím. Tato rizika jsou stejná pro všechny pracovníky na záchranné službě a nemají teritoriální ani demografické odlišnosti.

V současné době se čím dál tím více hovoří o narůstající brutalitě při napadení zdravotnických záchranářů. Média nás často informují o jejich následcích pro oběti. V současném světě plném kriminality, kdy ani zdravotničtí záchranáři či učitelé nejsou ušetřeni násilím, je nutné přestat podceňovat hledisko studia vhodné sebeobrany. Problémy s bezpečností vyplývají ze samotného pacienta a jeho okolí a z interakcí mezi posádkou a pacientem. Část z nich je preventabilní, především ty, které jsou zvládnutelné vhodnou komunikací.

Konflikty a problémy se mohou vyskytnout i při nejnevinnějším zásahu v domácnosti pacienta s chronickým onemocněním, které se akutně zhoršilo. Pro pacienta a rodinu je taková situace stresující, vede ke zvýšené sekreci katecholaminů a kortikoidů, které samozřejmě ovlivňují i psychiku zvýšenou emoční citlivostí, psychickým a psychomotorickým nepokojem, zvýšeným sklonem k agresivitě. Při výjezdech má zvýšené hodnoty adrenalinu i posádka. Jí se to však stává několikrát denně, takže jsou na biochemické, fyzické a psychické změny, na rozdíl od pacienta, adaptováni. Tím vzniká velký nepoměr mezi vnímáním stejné situace profesionálem a laikem, a navenek deklarovaný klid záchranáře může zvyšovat iritaci rodiny pacienta. Tato iritace a uvolnění negativních emocí často vyústí v agresivitu ze strany pacienta či okolí.

Posádka záchranné služby je po příjezdu na místo konfrontována s agresivitou pacienta, příbuzných nebo svědků. Je však důležité uvědomit si, že příčinou agrese nemusí být posádka,



avšak může plynout z předcházejícího stavu agresora či jeho okolí. Pokud posádka zvládne první nápor a ztlumí agresivitu místo reagování, problém je zažehnán.

I běžné a očekávané emoce mohou přispívat k nervozitě pacienta: strach ze smrti, z injekce, pobytu v nemocnici, trvání léčby, či z možných následků (DOBIÁŠ, 2012), (BULÍKOVÁ, HERMAN, 2012). Mnohdy to nemusí být pouze opilý člověk, který brání přístupu k osobě vyžadující pomoc, ale přímo konkrétní pacient, který může být psychicky narušený, pod vlivem drog, opilý či v šoku. Všichni tito lidé mají však jedno společné – snížený práh bolestivosti. Tudíž při fyzickém střetu (pro mnohé překvapivě) nemusí fungovat to, co lze jinak naprosto perfektně provést při nácviku v tělocvičně. Navíc při napadení záchranáře není výjimkou ani použití zbraně. Většinou se však nejedná o zbraň střelnou, ale o zbraň tzv. chladnou, to znamená nože, sekery a různé tyče (BRUNNER, 2008).

## 2.2 NAPADENÍ A ROZPOZNÁNÍ HROZBY

*Všichni zdravotníci by měli vědět, že násilí lze ve zvýšené míře očekávat od pacientů z určitých rizikových skupin, tedy alkoholiků, drogově závislých, psychotiků a psychicky alterovaných. Za riziková pracoviště se považují všechny typy pohotovostních služeb dále čekárny všech zdravotnických pracovišť, geriatrické kliniky a oddělení a všechny instituce a ústavy, které se starají o staré a nemocné lidi.*

(HAŠKOVCOVÁ 2004, s. 83)

Oddělení lůžek jsou specifická, protože se zde nejčastěji setkáváme s násilím na základě vystupňovaných a nevládnutých negativních emocí, které jsou patrné nejen u pacientů, ale zejména u zdravotníků. Přibývá tak incidentů, kdy zdravotníci, byť nevědomě, svým neohleduplným chováním vyprovokovali k násilí již nastartovaného pacienta (PEKARA, 2011).

Ovšem každý člověk se může někdy dostat vedle běžných životních situací i do situací kritických, tzn. situací s možností ohrožení vlastního života a zdraví, nebo naopak díky svému psychickému selhání do situace, kdy dojde k poškození zdraví nebo usmrcení osoby (útočníka), proti níž sebeobranný zásah směřoval. Taková situace s sebou nese značné problémy právní, morální, etické, v profesní sebeobraně pak služební, dále pak sociální a mnohdy psychické a zdravotní. Úkolem obrany tedy je znemožnit účinné dovršení protivníkovy útoku (např. úderu, kopu, atd.). Obrana je pak východiskem a přípravou pro vedení vlastního útoku, kterému předchází (NÁCHODSKÝ, 2006).

## PRAVIDLA PRO ROZPOZNÁNÍ HROZBY

Zhodnoťte možnou míru ohrožení, pokud vydedukujete, že míra je příliš veliká, nikdy neohrozte své zdraví. Do místnosti vždy vstupuje jako první, nejzkušenější z týmu, stejně tak nevstupujte sami, ale s kolegou, popřípadě zavolejte na pomoc policii, ta je v případech, kdy se agrese očekává, již upozorněna prostřednictvím dispečinku. Někdy se však může agrese projevit nečekaně. Pro vyhodnocení míry nebezpečí jsou následující vodítka:

- ✓ Pozor na dlouhé, upřené pohledy přímo do očí.
- ✓ Pozor na nervozitu, rozrušenost, motorický neklid.
- ✓ Pozor na předměty, které může agresor držet nebo kterých by se mohl zmocnit jako zbraň.
- ✓ Sledujte a vyhodnocujte signály celého těla, verbální i neverbální projevy – rychlé pohyby, kopání, zaťaté pěsti, mimiku, svalstvo obličeje, zrychlující se psychomotorické tempo pacienta (ANDRŠOVÁ, 2012).
- ✓ Schopnost rozlišovat z výrazu tváře, póz, chůze, odchylek od „normálu“ způsobu jednání a chování není u všech stejná. Životní zkušenosti nashromážděné neustálým stykem s lidmi jsou velmi cenné ve specifických situacích, jako je hrozba napadení.

Vhodné je zmínit se také o anticipační formě myšlení, což znamená myšlení vždy „o krok dopředu“. Jde tedy o progresivní formu myšlení, v níž předcházíme současnému ději. V praxi promýšlíme, jak asi bude daný agresor reagovat dle veškerých poznatků, které jsme získali. (NÁCHODSKÝ, 2006).

## 2.3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NAPADENÍ

Za bezpochyby jeden z nejdůležitějších základních faktorů střetnutí lze považovat faktor psychologický. Tento faktor je vyjádřením umění udržet se v reálně nebezpečné, psychicky zátěžové situaci nebo v momentě napadení překonat projevy strachu, paniky, hrůzy, trémy, vzteku, zuřivosti apod. Projev těchto negativních instinktivních reakcí způsobuje ústup racionálního myšlení do pozadí a následné chybování, které by se mohlo pro napadeného stát osudným. Jde zejména o úpravu vlastního psychického stavu. Zachovat psychickou stabilitu je značně složité a náročné. Hlavním faktorem je strach jako prožitek určitého podnětu signalizujícího nebezpečí. Je to projeve normálně fungujícího lidského organismu, důležité ale je, aby byla v životní praxi tato psychická bariéra cílevědomě překonávána (NÁCHODSKÝ, 2006).

Určitého pokroku lze dosáhnout při nácviku modelových sebeobránných situací, které probíhají v souladu s podmínkami reálně nebezpečných situací. Do sféry psychologického působení patří i tzv. instinktivní reakce, které jednání účastníka bojové situace nepříznivě ovlivňují a podstatně prodlužují jeho reakční dobu. V této souvislosti se rozlišuje:

- Instinktivní reakce orientační, která je závislá na hladině světla a hluku v daném prostoru.
- Instinktivní reakce úleková. Lidové rčení *Lekl se, že by se v něm krve nedořezal*, vystihuje 1 až 3 sekundy trvající leknutí, které může podstatně ovlivnit zahájení a průběh boje.

Jak zkušenosti a praxe ukazují, instinktivní reakce jsou u každého jedince individuální a jsou dány jeho psychologickými dispozicemi a schopnostmi chování v zátěžových situacích. Výcvikem se jen obtížně ovlivňují. Z toho důvodu by mělo být snahou vyvolat instinktivní reakce u útočníka, než regulovat naše vlastní. K vyvolání instinktivních reakcí lze použít taktického prvku - blokování zrakových vjemů, jehož popis bude uveden v části – taktické dovednosti (NÁCHODSKÝ, HONZÍK, 1987).

### 2.3.1 Stres

Důležitým faktorem v psychologických aspektech je stres. Pod slovem stres rozumíme reakci organismu na nadměrnou zátěž. Nelze však říci, že by stres byl pouze škodlivý. Určitá míra stresu je potřebná. Bez ní bychom měli nedostatek podnětů k překonávání překážek. Rozlišujeme mezi přijatelným stresem, tzv. *eustresem* a negativním stresem, tzv. *distresem*. Psychosociálním stresem bývá některé chování lidí. Ovšem zda se jím stane, o tom někdy rozhoduje náš postoj k němu, naše hodnocení a očekávání.

Stres má tedy důležitý funkční význam – aktivizuje organismus v případě jeho ohrožení. Pochází ještě z dob, kdy musel jedinec reagovat na akutní ohrožení, kterému byl vystavován. Tato reakce se odehrávala v rozmezích boj x útěk (ev. „zamrznutí“).

*Celý organismus při stresové odezvě intenzivně reaguje – mobilizují se energetické zdroje, zvyšuje se funkce kardiopulmonálního systému, zvyšuje se svalový tonus i síla, dochází ke snížení pocitu bolesti, zlepšují se kognitivní a smyslové schopnosti, zkracuje se koagulační čas, rozšiřují zornice, zvyšuje se pocení, naopak se snižují reprodukční mechanismy a potlačují se trávicí pochody.*

(BARTŮŇKOVÁ 2010, s. 67)

#### Fáze stresu:

- I. fáze: Poplachová reakce. Objevují se stresory, na které se organismus ani kvantitativně, ani kvalitativně neadaptoval. Při těchto a jiných změnách jsou typickými jevy pasivita

a snížení schopnosti organismu adaptovat se. Trvání šoku závisí na intenzitě stresorů a může kolísat od několika minut až do dvaceti čtyř hodin.

II. fáze: Rezistence. Lze ji chápat jako množství všech nespecificky vyvolaných reakcí, na které se organismus adaptoval. Organismus dosáhne za daných podmínek maximálního stavu adaptace.

III. fáze: Vyčerpání. Následek trvalého působení stresoru, na který se organismus sice adaptoval, ale adaptace není možná dlouhodobě.

Dobré komunikační dovednosti pomáhají snížit *distres*. Předně tím, že jsou dobrou prevencí sociálních úzkostí. Účinný způsob komunikace může zabránit stresujícím situacím a konfliktům již v zárodku! Sociální role a umění komunikovat se pak promítá do chování v kritických situacích.

### 2.3.2 Příčiny agrese

Agrese z latinského *ad gredior*, přistoupit blízko nebo napadnout, je v psychologicko-sociologickém pojetí chování, které vědomě a se záměrem ubližuje, násilně omezuje svobodu a poškozuje jiné osoby nebo věci. Agrese, ať již fyzická či verbální, může vzniknout v afektu nebo se může jednat o agresi instrumentální, např. úmyslný faul při sportu (PETRUSEK, 1996). Sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob, se nazývá agresivita.

S agresivním pacientem se setkal ve své profesní praxi téměř každý záchranář. Nemusí se vždy jednat o rozrušeného psychopata hrozícího střelbou, ale o nepříjemné projevy „pouhé“ verbální agrese. Situace, ve kterých je záchranář agresorem fyzicky napaden, se bohužel v České republice množí. Pro záchranáře je výjezd k agresivnímu pacientovi (okolí) vysoce stresující. Přispívá k syndromu vyhoření a může mít za následek i posttraumatickou stresovou poruchu. Záchranář působí po příjezdu na místo jako spasitel, v náročné situaci ale také jako „hromosvod“ a tím, že atmosféra v místě zásahu je mnohdy velice napjatá, přihlížející i zranění se mohou chovat velice podrážděně. Všechny nahromaděné emoce přítomných dopadnou na záchranáře (ANDRŠOVÁ, 2012).

Agresivní chování je takové chování, při kterém jedinec prosazuje sebe na úkor jiných. Nedbá na práva jiných lidí, ponižuje a pokořuje ostatní. Vlastní chyby není schopen přiznat. Jeho přehnané sebevědomí může být zástěrkou komplexů, které svou agresivitou kompenzuje. Můžeme rozlišit mnoho druhů agrese. Některé formy jsou dokonce společensky tolerované (sport, demonstrace, agresivní jízda autem).

### **Nejčastější formy agrese:**

- Verbální: nadávky, ironie, sarkasmus, vulgarizmy, pomluvy.
- Fyzická: může začínat strkáním, narážením až v napadení se zbraní/beze zbraně.
- Přenesená forma agrese: objektem se stává náhradní oběť namísto člověka, kterého daný útočník původně chtěl napadnout.
- Psychická: prostředkem je verbální agrese, nedostatečné uspokojování potřeb, ponižování, šikana.
- Sociální: materiální a finanční týrání.
- Sexuální násilí.
- Autoagrese: sebepoškozování.
- Heteroagrese: zaměřená na jedince.

Pravděpodobnost výskytu agresivního chování je často závislá na emocionálním stavu, vrozených dispozicích (nebo naučeném chování), a také na tom, do jaké míry se do procesu zapojí vyšší kognitivní funkce, jež dovolí jedinci střízlivě posoudit adekvátnost vlastní emocionální reakce a následného souvisejícího chování. Emocionální agrese se občas značí jako impulzivní nebo expresivní. Není zpravidla plánována, složité myšlenkové procesy se zapojují zřídka (ČERMÁK, 1999). Agresivně se mohou chovat i příbuzní nebo lidé z okolí (ANDRŠOVÁ, 2012). Čím bližší je vztah jedince ke skupině, tím menší je jeho schopnost se od skupiny oddělit, a tím větší je riziko ztráty soudnosti a zdravého rozumu. Vliv lidí na agresi je z dosavadních poznatků evidentní (ČERMÁK, 1999).

### **Možné příčiny agresivity:**

- Frustrace.
- Bolest (nejen jako dopad následků zranění či nemoci, ale také bolest při zdravotnických výkonech).
- Strach, nejistota, bezmoc.
- Alkohol, drogy a intoxikace.
- Pocit ohrožení.
- Osobnost pacienta – psychopatologie.

### **Nejčastější chyby při kontaktu s agresivním pacientem či příbuzným:**

- Reakce protiútokem.
- Potřeba dominovat a vítězit.
- Představa, že vše zvládneme sami bez pomoci, že se nám nemůže nic stát a že jsme chytřejší než agresor.

Nenechte se vyprovokovat k použití agrese, byť slovní. V takovémto případě se jedná o tzv. spirálové posilování agresivity. V tomto modelu každý podporuje agresivitu svého oponenta (agrese vyvolává vyšší agresi, vzestupná tendence, snaha o vlastní výhru = prohru toho druhého). Pokud tedy dojde přes dodržení všech pravidel k napadení zdravotníka, je důležité, aby svůj negativní zážitek nepotlačil, ale probral spolu s kolegy nebo psychologem. Řešení situace funguje jako vhodná prevence psychických škod (ČERMÁK, 1999).

### **2.3.3 Komunikace s agresivním pacientem**

Vhodná slovní komunikace může snížit napětí i stres u útočníka a zbránit tak bezprostřední fyzické agresi. Je nutné udržovat vizuální kontakt, mluvit pomalu, klidně a srozumitelně. Na otázky útočníka odpovídat delšími větami, opakovat jeho otázky, klást mu otázky vlastní, stěžovat si apod. Slovní komunikace slouží k vlastní personifikaci, způsobuje útočnickovy problémy s naším chápáním pouze jako objektu útoku a může tak u něho vytvářet zábrany agrese. Neříkat nic, co by mohlo útočníka vyprovokovat nebo znejistit. Chovat se vlažně, neprovokativně, nepodléhat příkazům, jednat podle svého, budit dojem profesionála (NÁCHODSKÝ, 2006).

Na základě prostudování dostupných prací zabývajících se potenciálně rizikovými klienty je možno identifikovat určité skupiny. Hovoříme o rizikových, snadno zranitelných lidech, kteří mají určité sklony k agresi jako nástroji k dosažení cíle nebo řešení situací. Jsou to lidé s tělesným postižením, smyslovým nebo mentálním postižením, bezdomovci, děti bez rodinného zázemí, mládeže bez kontaktu se vzdělávacím systémem, uživatelé alkoholu a jiných drog, příslušníky některých etnických skupin (MATOUŠEK, 2003).

Při poskytování zdravotní péče by měl zdravotník vybírat a užívat informace, které jsou pro pacienta vzhledem k jeho mentálnímu stavu podstatné a pochopitelné. Respektovat osobní prostor. Snížit užívání odborných výrazů ale také neužívat infantilit. Dále, by měl zdravotník u uživatelů návykových látek znát psychické důsledky závislostí, aby s pacienty dokázal komunikovat a chápat některé projevy, které by mohli vést k nedorozumění a agresi. Obecně lze vycházet z dělení komunikace na verbální a neverbální. Ve verbální složce při setkání s uživate-

lem návykových látek je podstatná paralingvistická složka. Zdravotník by měl hovořit klidným hlasem, na křik nereagovat také křikem a neoplácet vulgarismy. Nikdy by též nemělo dojít při oslovení k tykání. Na základě zkušeností autora se jeví velice účinné, pokud eskaluje napětí, neklid a začínají se zvyšovat agresivní projevy, neutrálně informovat o tom, co bude následovat, pokud dojde ze strany klienta k nějaké agresi. Neutrální informování nesmí mít znaky vyhrožování, demonstrace moci a převahy.

Nejjednodušší zhodnocení je na základě své intuice provést *ABC* posouzení pacienta:

- A) Primární průzkum: všímáme si verbálních a neverbálních projevů, způsobů komunikace.
- B) Chování: podstatná složka, jejíž pomocí identifikujeme, jak se nadále bude situace vyvíjet.
- C) Zbraň: nůž, pistol, láhev (sklo), tyče, apod.

#### **Důležité všeobecné zásady neverbální komunikace:**

- ✓ Nesvírat ruce v pěst.
- ✓ Nedávat ruce do kapes.
- ✓ Otočení se zády nebo další práce jsou velmi nebezpečné, v těchto chvílích vzniká nejčastěji napadení (BURDA, 2014).

## **2.4 PRÁVNÍ ASPEKTY NAPADENÍ**

Současná právní úprava poměrně široce zajišťuje občanovi možnost beztretně chránit osobní integritu, včetně například domovní svobody. Samotný problém násilí ve zdravotnictví se České republiky velmi dotýká. Přestože podpora vlády je spíše minimální, začínají se objevovat snahy snižovat násilí v českém zdravotnictví. První zkušenosti z projektů zaměřených na daný problém odhalují nutnost vzdělávání zdravotníků, ale také nutnost rozmyslet nad nedostatky (PEKARA, 2007). Přes nedokonalost právního řádu, určitou „právní sebeobranu“ zdravotnickým záchranářům stále poskytuje např. Zákon o Zdravotnické záchranné službě, případně Trestní zákoník.

### **2.4.1 Seznámení s paragrafy**

Zákon o zdravotnické záchranné službě 374/2011 Sb. upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti

poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby (ZÁKON 374/2011 Sb.).

V rámci těchto zákonů a při plnění povinností, které zákon ukládá, je nutností, aby byli zdravotničtí záchranáři seznámeni i s trestním zákoníkem, který je důležitou součástí sebeobranu jako takové.

#### **Relevantní ustanovení Zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník:**

- § 28 trestního zákona, nutná obrana: *Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajícím útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.*
- § 31 odst. 1 trestního zákoníku, přípustné riziko: *Trestný čin nespáchá, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí nebo poruší zájem chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.*

Zdravotníci bohužel nedisponují statutem úřední osoby, ale nový Trestní zákoník stanoví, že pokud byl trestný čin spáchán proti zdravotníkovi ve službě, je u vybraných trestných činů stanovena vyšší trestní sazba. Snaha zákonodárců o větší ochranu zdravotníků je bezesporu chvályhodná, ale každému, kdo se pohybuje v reálném prostředí ulice, je jasné, že téměř nic neřeší. Pro představu jmenujme trestné činy, kterých se to týká. Jde o trestné činy nebezpečné:

- **Pronásledování** (§ 354, trestní sazba běžně horní hranice 1 rok, u zdravotníka až 3 roky).
- **Vražda** (§ 140, trestní sazba 10–18 let, u zdravotníka ve službě 15–20 let až výjimečný trest).
- **Těžké ublížení na zdraví** (§ 145, trestní sazba 3–10 let, u zdravotníka ve službě 5–12 let).
- **Ublížení na zdraví** (§ 146, trestní sazba 6 měsíců – 3 léta, u zdravotníka ve službě 1–5 let), (TRESTNÍ ZÁKON, č. 40/ 2009 Sb.).

#### **2.4.2 Nutná obrana, krajní nouze**

Porovnáme-li nejprve trestně právní instituty, nutnou obranu a krajní nouzi, zjistíme, že podstatný rozdíl mezi nimi je jednak v příčině odvrácení útoku, kdy u nutné obrany je odvrá-



cen útok osoby, avšak u krajní nouze pouze nebezpečí, které nelze za daných okolností odvrátit jiným způsobem.

Další zásadní rozdíl mezi nutnou obranou a krajní nouzí je ve způsobeném následku. Zatímco jednání v nutné obraně připouští za určitých podmínek jakýkoli následek, jednání v krajní nouzi následek limituje, takže jednáním v krajní nouzi nesmí vzniknout stejná nebo větší škoda než ta, která hrozila. Pro použití nutné obrany jsou podmínky zcela přesně a konkrétně stanoveny (SEBEOBRANA, 2008).

### **TRVAJÍCÍ ÚTOK – ÚTOK NA CHRÁNĚNÝ ZÁJEM TRVÁ**

Z hlediska praktického se první podmínka trvajících útoku vyznačuje útokem již nastalým. Znamená to tedy, že útok na chráněný zájem (život, zdraví, proti majetku, domovní svobodě, apod.) byl již reálně zahájen, a to jak fyzicky, tak i např. hrozbou namířenou palnou zbraní apod. Zcela evidentně jde tedy o napadení, které vyvolává nutnost faktické obranné reakce a napadený tedy útok fyzicky odvrací.

### **PŘÍMO HROZÍCÍ ÚTOK – ÚTOK CHRÁNĚNÉMU ZÁJMU PŘÍMO HROZÍ**

Splnění druhé podmínky, přímo hrozícího útoku, však již tak jednoznačné při posuzování praktických případů střetů nebývá. Znaky přímo hrozícího útoku mohou být odpozorovány (potencionální útočník svými vnějšími projevy dává najevo, že nás chce napadnout. Např. nás verbálně napadá, vezme do ruky zbraň či příležitostný předmět, který jako zbraň může použít, vyhrožuje, apod.) Pokud však útočníka nemáme ve vlastním zorném poli, pak je podmínka přímo hrozícího útoku v podstatě prakticky nesplnitelná. I z těchto důvodů lze považovat za prioritu přímo hrozícího útoku vzdálenost mezi dvěma nebo více osobami.

Vzdálenost, ze které útok skutečně přímo hrozí, je zhruba sto dvacet centimetrů (je nutno podotknout, že se jedná o napadení beze zbraně!). Tato vzdálenost ve vzájemném postavení osob je tedy mez zásahu. Na tuto vzdálenost nelze vést úder rukou, avšak je možno zasáhnout protivníka i kopem. V praxi pro vedení střetu to tedy znamená, že přiblíží-li se útočník na tuto vzdálenost, lze již takový jeho postup doprovodně chápat jako přímo hrozící útok, a (podpůrně a technicky).

Jednáním v nutné obraně nelze předpokládanému útoku předcházet, i když je podmínka přímo hrozícího útoku (tedy krácení vzájemného postavení) splněna. Jinými slovy, naše obrana nesmí útoku předcházet. Námi napadený předpokládaný útočník by se mohl hájit, že nám sice vyhrožoval a jinak se jako útočník projevoval, ale nemyslel to vážně a fakticky nám nechtěl

ublížit. (poznámka autora: dle mého názoru by se v takové to situaci mohl použít preventivní útok, pokud útok sice nezapočal, ale hrozí. Problémové bude ovšem prokázání existence takového hrozícího útoku.)

Jednou ze základních zásad pro vedení střetného boje je i zásada, že každá akce je rychlejší než reakce. Útočná akce bude vždy rychlejší, než obranná reakce napadeného. Pokud bychom čekali až na zahájení útoku, nemuseli bychom pak tento útok účinným způsobem zablokovat. Pokud však jeho útoku předejdeme předčasně, budeme nuceni absolvovat důkazní řízení, které bude tento moment objektivizovat za účelem zjištění, zda byla naše obrana oprávněná či nikoliv. Posouzení takového případu je však zcela v rukou orgánů činných v trestním řízení. Každý konkrétní soudní případ má své specifické znaky, z nichž je třeba při jeho posuzování vycházet.

Podmínkou přímo hrozícího útoku lze v praxi chápat jako takovou, kdy má útok v dané konkrétní situaci již bezprostředně nastat.

#### **PŘIMĚŘENOST – OBRANA NESMÍ BÝT ZCELA ZJEVNĚ NEPŘIMĚŘENÁ ZPŮSOBU ÚTOKU**

Tuto podmínku nutné obrany je třeba v zásadě chápat především jako vztah přiměřenosti, případně zcela zjevné nepřiměřenosti obrany k útoku. Pokud by obranná aktivita napadeného byla nepřiměřená ve smyslu nižší intenzity, nežli je vedení útoku, pak by taková obrana postrádala logiku, protože by nevedla k úspěchu. Pokud je tedy teoreticky obranná aktivita napadeného stejné intenzity, jako je vedený útok, nastala by patová situace bez vítězství ať na jedné, či druhé straně. Obranná aktivita tedy musí být vždy nepřiměřená (vyšší intenzity), než je vedený útok, aby napadený tento útok s jistotou a konečnou platností odvrátil. Nepřiměřenost obrany oproti vedenému útoku je tedy nutná, nesmí jít však o zcela zjevnou nepřiměřenost a v tomto chápání nutné obrany je zásadní rozdíl.

Za nepřiměřenost považujeme především vše, co lze ve vedení střetného boje ze strany napadeného považovat za oplácení. Půjde tedy o takovou situaci, kdy napadený útok zvládl natolik, že ho vlastní (či za pomoci dalších osob) obrannou iniciativou jednoznačně neukončil, ale pokračuje v boji stále dál a jeho obrana tedy přerostla vlastně v útok. Obrana by tedy měla končit v souladu s ukončením útoku.

#### **VYBOČENÍ Z MEZÍ**

Pro případy, kdy dochází k vybočení z mezí nutné obrany nebo krajní nouze a napadenému se neprokáže chladnokrevně vědomý úmysl jeho nadbytečné bojové iniciativy po odražení

útočce, pak v posuzování takové situace při výměře trestu slouží orgánům činným v trestním řízení § 41 trestního zákona, který se týká přihlídnutí jako k polehčující okolnosti zejména k tomu, že pachatel, v našem případě napadená osoba, spáchala trestný čin:

- V silném rozrušení.
- Odvraceje útok nebo jiné nebezpečí, aniž byly zcela splněny podmínky nutné obrany nebo krajní nouze, anebo překročil meze přípustného rizika nebo meze jiné okolnosti vylučující protiprávnost (TRESTNÍ ZÁKON, č. 40/ 2009 Sb.).

### **POSOUZENÍ PŘÍPADU**

V posuzování vždy musí být prioritou skutečná situace v momentě střetu (zahájení útoku a obrany) a poměru mezi způsobem útoku a způsobem obrany pohledem na možnou či zcela zjevnou nepřiměřenost obrany proti útoku. Způsobený následek je v tomto případě sekundární záležitostí. Obecně je pak třeba zohlednit skutečnost, že pouze a jenom útočník je odpovědný za svůj čin a nese tedy i plné riziko nezdaru své útočné akce, popřípadě i utrpenou vlastní újmu na zdraví či smrt.

### **POMOC V NOUZI**

Za jednání v nutné obraně podle § 29 trestního zákoníku považujeme i tzv. pomoc někomu v nouzi. Jsou to ty případy, kdy nebezpečí trvá nebo přímo hrozí ostatním osobám (např. člen rodiny, kamarádce). I tehdy je možné v rámci tohoto institutu trestního práva útoky odvracet (TRESTNÍ ZÁKON, č. 40/ 2009 Sb.).

#### **2.4.3 Několik příkladů z praxe**

Pro ilustraci na tomto místě uvedeme příklady z praxe, kdy došlo k fyzickému napadení a jak byly tyto případy posouzeny z právního hlediska

#### **PŘÍPAD 1**

**Situace:** Roman K. po vstupu do restaurace zpozoroval, že jeho známého fyzicky napadl podnapilý host. Zastal se známého slovně. Podnapilý host přestal v útoku. Poté uchopil Romana K. za klopku kabátu a napřáhl se k úderu. Roman K., aby úderu předešel, podnapilého několikrát udeřil pěstí do obličeje. Způsobil mu zranění s dobou léčení osm dnů.

**Právní posouzení:** Roman K. jednal v mezích nutné obrany podle § 13 trestního zákoníku. Jedná se o případ tzv. „pomoci v obraně“.

## PŘÍPAD 2

**Situace:** Do bytu Pavla J. vnikl podnapilý Tomáš S. ozbrojený nožem. Stalo se tak po předchozí hádce mezi nimi v restauraci. Podnapilý Tomáš S. vyšel z restaurace za Pavlem J. Když otevřel dveře svého bytu v rodinném domku, vniknul do bytu též podnapilý Tomáš S. Přiložil Pavlovi J. na krk nůž a požadoval od něho peníze, které měl při sobě, neboť při karetní hře v restauraci viděl, že Pavel J. má u sebe větší finanční částku. Pavel J. podnapilého Tomáše S. od sebe prudce odstrčil a udeřil ho do hlavy železnou tyčí. Tím mu způsobil ublížení na zdraví s následnou pracovní neschopností dvaceti dnů.

**Právní posouzení:** Jde o učebnicový příklad nutné obrany. Pavel J. nebude za své jednání trestně odpovědný.

## PŘÍPAD 3

**Situace:** Roman Ch., byl na procházce s pejskem – jezevčíkem, kterého měl na vodítku. Náhle byl jeho jezevčík napaden větším psem, jemuž majitel nevěnoval dostatečnou pozornost. Stál opodál v družném rozhovoru s nějakou paní. Roman Ch. se pokusil odehnat psa útočícího na jezevčíka holí, kterou měl při sobě. V důsledku toho ho pes napadl. Roman Ch., jej udeřil holí do hlavy, a tím útočícího psa usmrtil.

**Právní posouzení:** Jeho jednání lze posoudit jako krajní nouzi podle § 14 trestního zákoníku. Rovněž neodpovídá za škodu, kterou usmrcením psa způsobil jeho majiteli (NOVOTNÝ, 2006).

## 2.5 SEBEOBRANA

Sebeobrana je definována jako: *technické, taktické, fyzické a psychické řešení konfliktní situace, která vyústila až do střetu, kdy je limitním faktorem ohrožení života; etická a praktická snaha likvidovat, neutralizovat neoprávněný, podněcovaný útok, nikoliv útočníka!; cílem je ubránit se, nebo převést situaci ke smíru, dohodě, kompromisu a rozchodu* (KONEČNÝ 2000, s. 63).

Souhrnně lze říci, že uvedená definice sebeobranu zahrnuje tři různé aspekty:

- 1) Příprava na obranu (trénink).

- 2) Proces obrany (výkon).
- 3) Konkrétní obranná činnost (výsledek).

V teorii sebeobraný existuje i další pohled na situace spojené s fyzickým násilím. Od konce 60let 20. století usilovali I. Špička a J. Novák v Československu o vytvoření zcela nového systému sebeobraný. Série jejich prací vznikajících na základě vlastního vývoje je originálním pokusem o ustanovení nového systému sebeobraný vytvořeného na vědeckých základech, tzv. brany. Termín brana původně používal F. Smotlacha jako označení pro *džúdžucu*, *džúdó* a prvky jiných úpolových sportů. František Smotlacha se zasloužil o rozvoj sebeobraný na našem území. Již v letech 1907–1910 vyučoval *džúdžucu* v rámci Vysokoškolském sportu Praha, a v tomto období také vznikaly první příručky sebeobraný (REGULI, 2004). Výraz brana byl převzat ale byl mu udělen jiný obsah. Přetvářením původního japonského karate pro účely moderní sebeobraný a využití v ozbrojených složkách (armáda) vznikal nový systém, tzv. české karate nebo česká forma karate. Když byli v roce 1971 Špička a Novák poprvé postaveni před otázku, jak nazvat jejich nový systém sebeobraný, převzali název brana. Byla vytvořena vlastní teorie a začali se rozlišovat sebeobranné a sebeochranné situace. Odlišnost těchto termínů spočívá v úrovni nebezpečnosti situací, ve stupni použitého násilí a hrozící škodě:

- **Sebeochranná situace:** útočník používá nebo hrozí násilím, avšak neuvádí v bezprostřední nebezpečí zdraví nebo život obránce.
- **Sebeobranná situace:** útočník využívá krajních forem násilí ohrožujících zdraví nebo život obránce.

Z uvedeného vyplývají taktické a technické rozdíly v řešení těchto situací. V sebeochranné situaci by měl obránce využívat především držení, páky, hody a zcela výjimečně měkké údery, aby útočníkovi nezpůsobil větší újmu. V sebeobranné situaci je obránce eticky oprávněn použít všech prostředků bez ohledu na způsobenou újmu útočníkovi (NOVÁK, ŠPIČKA, 1973).

#### **Sebeobranné situace se dále dělí:**

- Střetný boj (oba bojující považují situaci za sebeobrannou).
- Přepad.
  - Přepad ze zálohy (soupeř neví o obránčově přítomnosti);
  - Situační přepad (soupeř ví o obránčově přítomnosti, situaci však nepovažuje za sebeobrannou).

Ve snaze o vědecký a nestranný pohled na problematiku sebeobrany vytvořili Špička a Novák speciální terminologii v uměle vytvořeném jazyce esperanto:

- **Sindefendologie** – nauka o sebeobraně.
- **Batalagologie** – nauka o bojových akcích.
- **Sinprotektologie** – nauka o sebeochraně (JINDŘICH, MÜLLER 1980).

V pozdějším období Novák a Špička rozpracovali a rozšířili svou teorii sebeobrany a vytvořili novou nauku – alogodiku, což je teoretická i praktická nauka o řešení úkorných situací. Úkorná situace je přechodný nebo trvalý stav, ve kterém vzniká nebo trvá nějaká újma bytí.

V současnosti požíváme definici sebeobrany

*Sebeobranu tvoří různé úpolové aplikace. Je užtkovou pohybovou činností. Aplikace znamená, že sebeobrana je otevřeným systémem, aby bylo možné podle okolností (daných zúčastněnými osobami, situací apod.) měnit konkrétní úpolové činnosti takovým způsobem, aby sebeobranná akce byla dostatečně účinná a rychlá, a aby byly současně zachovány zájmy chráněné zákonem (především život a zdraví člověk), (REGULI, 2005, s. 15).*

Sebeobrana tedy vychází ze systematiky úpolů. Ta je konstruována hierarchicky (taxonomicky) a skládá se ze tří úrovní:

- 1) Úroveň úpolových předpokladů: průpravné úpoly.
- 2) Úroveň úpolových systémů: úpolové sporty.
- 3) Úroveň úpolových aplikací: sebeobrana

Úpoly jsou přitom definovány jako: *pohybové aktivity zacílené na kontaktní fyzické překonání partnera. Do úpolů zařazujeme i specifická cvičení, která jsou přímou přípravou na kontaktní překonání partnera.* (REGULI, 2005, s. 25)

Sebeobrana stojí na vrcholu systematiky úpolů, neboť se zabývá aplikacemi úpolových dovedností pro řešení reálně nebezpečných situací. Protože sebeobrana je důležitou součástí některých profesí, dělíme sebeobranu na dva základní druhy podle cílové skupiny, pro kterou jsou úpolové aplikace určeny: **osobní sebeobranu** (se zvláštní skupinou sebeobrany žen) a **profesní sebeobranu**.

## **OSOBNÍ SEBEOBRAHA**

Je určena nejširší oblasti zájemců, tedy široké veřejnosti. Najdeme zde všechny věkové, profesní a jiné kategorie cvičenců. Velkou skupinu tvoří ženy a dívky. Tato skupina má své specifické znaky a je třeba na ni brát zvláštní zřetel. Proto je této skupině určena sebeobrana žen.

## **PROFESNÍ SEBEOBRAHA**

Je určena pro profese, které vyžadují určité úpolové dovednosti. Podle charakteru používaných technických prostředků můžeme dále rozlišovat profesní sebeobranu pro bezpečnostní složky, ozbrojené složky a ostatní profese.

Podle systematiky úpolů vzniká sebeobrana aplikací úpolů ve stavu nutné obrany. Sebeobranu je však třeba chápat více zešíroka, protože snahou každého člověka je, aby k přímému fyzickému střetu nedošlo. V případě přímého fyzického kontaktu v sebeobraně hrozí zranění nebo smrt jedné, či obou stran.

K tomu, aby se sebeobranná situace dala zvládnout z pohledu zdravotníka co nejlépe, je nutno využít všech svých znalostí a dovedností. K získání určité výhody může sloužit taktická dovednost celého týmu, který je připravený a má určité zautomatizované postupy, např. dva z týmu ošetřují, třetí člen týmu hlídá okolí. Pokud však dojde k situaci fyzického napadení, je výhodné užití určitých technických pomůcek, které jsou v případě zdravotnických záchranářů spíše improvizované. V neposlední řadě, jak již bylo uvedeno, je sebeobrana složena z určitých úpolů – je tedy vhodné mít alespoň základní přehled o těchto bojových systémech, ze kterých sebeobrana jako taková vychází.

### **2.5.1 Taktické dovednosti a improvizované pomůcky v sebeobraně**

Výsledek řešení sebeobranné situace je ovlivněn množstvím nejrůznějších faktorů, tzv. faktorů střetnutí. Za základní faktory střetnutí lze považovat:

- **Faktor psychologický:** viz výše.
- **Faktor taktický:** tj. takové taktické jednání a chování, které umožňuje plně využít nacvičené pohybové techniky ve vedení střetného boje, které povedou k vítězství nad protivníkem nebo umožňují vyhnout se nebezpečné situaci.
- **Faktor technický:** je vlastním fyzickým řešením, a to správným výběrem bojových technik.

Vedle těchto „základních faktorů střetnutí“ je třeba brát v úvahu ještě řadu dalších, které mají rovněž bezpochyby vliv na zahájení, průběh a nakonec i na celkový výsledek napadení. Za tyto faktory lze považovat:

- **Oblečení a obutí:** ovlivňuje podstatným způsobem pohyblivost člověka, obutí navíc ovlivňuje stabilitu – lépe se bude bránit napadená žena ve „stabilní“ obuvi nežli např. na jehlových „podpatcích“.
- **Klimatické podmínky:** velké teplo nebo naopak chlad a zima – podstatně ovlivňují dýchání člověka zvláště při fyzické zátěži netrénovaného jedince.
- **Prostorové podmínky:** napadení v malých prostorech jsou vždy velmi nebezpečná.
- **Profil terénu.**
- **Použité zbraně.**
- Tzv. „divácká kulisa“.
- **Osobnost útočníka:** jiný žebříček hodnot, jiná kultura a výchova, osobní zkušenost s kriminální činností, např. vliv drog, alkoholu, intoxikace (Náchodský 2006).

K pacientovi je nutné přistupovat s velkou dávkou empatie, zájmu a porozumění. Pokuste se agresora na sebe upoutat – projeďte zájem, podpořte ho v popisu situace, vyslechněte ho. Určitě nebagatelizovat, nehodnotit, nezesměšňovat. Dále můžeme definovat následující doporučení:

- ✓ Pozor na úroveň očí! Měly by být ve stejné výši, jinak vzniká pocit dominance osoby, která má oči výše.
- ✓ Nejvhodnější je agresora posadit (zdravotník také sedí). Pokud budete aplikovat nějaké léky, je vhodné, aby i na jejich přípravu agresor viděl a věděl o jejich indikaci.
- ✓ Vhodné je zdokumentovat každé vyhrožování násilím (pozdější právní obrana, informace pro další členy zdravotnického týmu).
- ✓ Nenechte se zahnat do kouta, mějte vždy možnost ústupu. Zároveň do kouta nezahánějte ani agresora, mohlo by to u něj vyvolat další vlnu agrese (obrana teritoria).
- ✓ Ideální je dostatek prostoru, znalost prostředí, znalost únikových cest.
- ✓ Měli byste být mezi dveřmi a agresorem.
- ✓ Zvolte soukromí a klidné prostředí, je-li to možné.



- ✓ Minimální vzdálenost by měla být na paži před sebe, to samé pacient, tj. minimálně dvě paže od agresora, uvádí se zhruba sto dvacet centimetrů (ANDRŠOVÁ, 2012).
- ✓ Vzdálenost by měla být vždy alespoň jeden metr. Pokud však již identifikujeme varovné signály hrozícího napadení, doporučuje se zvýšit vzdálenost nejméně trojnásobně (BURDA, 2014).

Pozorování chování a zapamatování vnějších znaků mají pro pozdější potřebu policie velký význam (údaje týkající se celkového popisu útočnicka a znaků jeho chování a jednání). Jde především o vnější znaky – postava, obličej, oblečení, zvláštní znamení, zbraň apod.

Zdržovací taktika – je použita pro získání času, ve kterém lze přepokládat zejména pomoc zvenčí (např. záchranář nebo lékař komunikuje s agresorem a mezitím v ústraní volá řidič policii). Tato komunikace se zakládá na předstíraném nepochopení a neobratnosti při plnění úkolů kladených útočnickem.

Závěr napadení: v této fázi může být útočník nejnebezpečnější, protože musí řešit otázku svého rychlého a bezpečného útěku z místa činu. Při jeho útěku z prostoru napadení se nedoporučuje útočnickovi jakkoliv bránit (NÁCHODSKÝ, 2006).

Časté jsou i názory, že by záchranář měl být vybaven různými pepřovými spreji, paralyzéry apod. Mnohdy se dá k obraně použít i naprosto standardní výbava (např. *Septonex* velmi účinně nahradí slzný sprej). Ano, avšak i tak relativně jednoduché řešení má jednu potíž. Nestačí totiž mít podobné vybavení u sebe, ale je nutné se s ním naučit zacházet tak, aby byl člověk opravdu schopen a připraven jej bleskově použít právě v situaci, kdy to nejvíce potřebuje. I tak téměř triviální záležitost, jakou je použití spreje v sebeobraně, vyžaduje mnoho hodin tréninku v modelových situacích a pravidelné opakování.

Další neméně důležitou složkou v kvalitní obraně je i součinnost celé osádky vozu. Ta by měla zvládat heslovité kódy, které budou znamenat např. zavolání pomoci takovým způsobem, aby to nevyprovokovalo útočnicka k ještě větší agresivitě, nebo kód, který signalizuje ostatním možnost nebezpečí, a tím i zvýšenou ostražitost. Těchto hesel by však nemělo být příliš mnoho a měla by být snadno zapamatovatelná. I v tomto případě je ovšem nezbytné procvičování ve vzorových situacích. Rovněž by bylo chybou podceňovat výcvik schopnosti orientace v prostoru, kde je více lidí, kteří by mohli potenciálně být agresivní (restaurace, diskotéky, nádraží apod.). Záchranář by měl volit takovou taktiku, aby měl při ošetřování postiženého zároveň pod kontrolou většinu přihlížejících, a jeho kolega (většinou řidič) by měl sledovat prostor za ním. Je nutné celou oblast neustále monitorovat a zjistit či následně přímo zajistit případné ústupové cesty (BRUNNER, 2008).

## IMPROVIZOVANÉ POMŮCKY V SEBEOBRANĚ

Interakce každého člověka s okolím je zprostředkována a založena na fyzickém a psychickém vnímání probíhajících jevů. Zrakové vjemy patří mezi nejdůležitější. Jakákoliv lidská činnost je tedy podmíněna zrakovou kontrolou. Tento fakt lze úspěšně využít v rizikových situacích tak, že zrakové vjemy útočníka různým způsobem blokujeme. Tím dosáhneme toho, že útočník ztratí přehled o situaci, a tím je možné vést vlastní obranu s minimálním rizikem. Zrakovou kontrolu může blokovat s využitím následujících pomůcek:

- Využitím (i hozením) příležitostných předmětů: lékařský batoh, vesta, rukavice, drobné mince, stříknutím kapalin nebo plynů - limonáda, voda, dezinfekční sprej.
- Oslněním: silným zdrojem světla za tmy.
- Nečekaně hozený předmět proti obličeji vyvolává instinktivní ochranné reakce spojené s obavou o zrak, podstatně prodlužuje reakční dobu a může způsobit utlumení intenzity až zastavení útoku (NÁCHODSKÝ, HONZÍK 1987).

### 2.5.2 Stručná charakteristika vybraných bojových systémů

Historie bojových systémů, které jsou založené na střídání obrany a útoku, je stará jako lidstvo samo. Zvláště sebeobrana jako univerzální, vždy dostupný bojový prostředek jednotlivce i skupiny osob se vyvinula ze zkušenosti, že neozbrojený byl často napadán silnějším, mnohdy ozbrojeným útočníkem. Různé způsoby boje byly časem modifikovány a mnohé z nich byly zapomenuty, některé však přetrvaly dodnes (NÁCHODSKÝ, 1992).

#### MEZI NEJZNÁMĚJŠÍ BOJOVÉ SYSTÉMY PATŘÍ:

##### Box

Box, nebo také pěstní zápas je na západě běžným druhem sportovního zápasu, který se možná zrodil z různých variant řeckého umění pankration a poprvé byl zařazen mezi olympijské hry roku 688 př. n. l. Protivníci do sebe bušili pěstmi a přitom používali řadu kombinací. O vítězství je rozhodnuto, když boxer srazí úderem protivníka na zem na deset sekund. Další možností je knokout nebo technicky knokout (CRUDELLI, 2011).

##### MUAY THAI

Jedná se o tvrdé bojové umění, které se odvozuje z *muay boran* a *krabi krabongu*. Nazývá se rovněž *Thajský box* a představuje národní thajský sport, který je populární po celém světě.

Muay thai se často označuje jako umění osmi končetin, protože boxeři při útoku používají osmi bodů – nohy od kolen dolů, ruce, lokty a kolena (CRUDELLI, 2011).

### **MMA**

Smíšená bojová umění jsou bojovým sportem, v němž bojovníci soutěží v kleci nebo ringu za použití plno-kontaktních technik, jako například chvatu a úderu odvozených z různých bojových umění. Přestože myšlenka kombinování bojových umění existuje tisíce let, pojem „MMA“ je populární až od roku 1993. Bojovníci MMA se při tréninku soustředí na tři hlavní oblasti – boj na zemi, boj v zaklínění a boj ve vzpřímeném postoji (CRUDELLI, 2011).

### **BRAZILSKÉ DŽUDŽUCU**

Toto umění chvatu vzniklo z kodokan juda, především díky úsilí Micua Maedy, japonského přistěhovalce do Brazílie. Brazilské džudžucu se stalo synonymem rodiny Gracie. Ve stylu Gracie se klade větší důraz na sebeobranu a praktickou využitelnost tohoto umění jak v pouličních rvačkách, tak na soutěžích MMA (CRUDELLI, 2011).

### **SAMBO**

Sambo vzniklo v roce 1930. Název je složen ze dvou ruských slov znamenajících „sebeobranu beze zbraně“. Je ovlivněno japonským, arménským, gruzínským a ruským bojovým uměním. Používalo se v sovětské armádě během 2. světové války. Je složeno ze tří různých částí – sebeobrany, speciálního zápasu a sportovní varianty. K prvkům sebeobrany patří vymaňování se ze škrtícího úchopu, zaklesnutí se do protivníka, úder pěstí, kopy a odzbrojovací techniky (CRUDELLI, 2011).

### **KRAV MAGA**

Z hebrejštiny se volně překládá jako „boj zblízka“. V současné době je považována za nejefektivnější sebeobranný a taktický systém na světě, což také dokazuje přehled jednotek a armád, které tento systém převzaly. Jedná se o ozbrojené složky státu Izrael, dále např. americké federální agentury FBI, CIA a policejní SWAT týmy v několika státech USA, ve Švédsku a Dánsku. (KRAV MAGA, 2008)

### **JIM WAGNER'S REALITY BASED PERSONAL PROTECTION**

Kurzy vyučované Jimem Wagnerem nabízí velice komplexní pohled na sebeobranu dnešního světa. Nejde zde ani tak o konkrétní techniky, jako spíše o jejich zasazení do reálných

podmínek. Je mnoho stylů, tradičních i moderních, které mají funkční techniky využitelné v reálném střetu. Ale u žádného se nesetkáme s takto propracovanou před-konfliktní a po-konfliktní částí tréninku. (MIKOLÁŠEK, 2007)

## **MUSADO**

Nosnou částí MUSADO jsou, stejně jako v karate, postoje, kryty, kopy a údery. V boji na krátkou vzdálenost se pak přechází na prvky z juda a jiu-jitsu, tedy páky, škrčení, přehozy a podmety. MSADO je nejen bojové umění, ale i určitá forma životního stylu. Učí člověka přemáhat strach a čelit všem těžkostem. Vyučuje lidskosti, sebeovládání a rozvíjí fyzickou a duševní kondici. Tradiční MUSADO je určeno především civilním osobám a zájemcům o výcvik bojových technik v tradičním stylu. (ITV PUBLIC, 2010)

## **2.6 STÁVAJÍCÍ NÁVRHY ŘEŠENÍ OCHRANY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ**

Ochrana zdravotnických záchranářů je aktuálním tématem, jež se zdravotnické záchranné služby, kraje i vláda snaží řešit. Prozatím je snahou vždy prevence, a to včasnou aktivizací příslušných orgánů Policie České republiky, která na místo případného výjezdu s hrozbou fyzického napadení přijíždí, a tím poskytuje ochranu zdravotnickým záchranářům. Nevýhodou toho systému je, že ne vždy se dá předpokládat hrozba napadení předem, nebo již na místě výjezdu předem odhadnout, jak se bude situace vyvíjet. Diskutovaným tématem je status veřejného činitele, který do dnešních dnů nebyl schválen.

### **2.6.1 Statut veřejného činitele**

V roce 2011 Asociace krajů České republiky vyžadovala na vládě Petra Nečase a Ministerstvu zdravotnictví požadavek, aby byl v rámci projednávání zdravotnických zákonů v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky přiznán pracovníkům Zdravotnické záchranné služby České republiky - *Statut veřejného činitele*. Tento požadavek byl velice přirozený a oprávněný, a to vzhledem ke stále rostoucímu počtu napadení záchranářů při výkonu jejich povinností. V této době došlo například k napadení záchranářů ve Středočeském kraji na Zbraslavi, v Libereckém kraji přímo ve městě Liberci či v Pardubickém kraji u Lázní Bohdaneč, kde mladíci pod vlivem drog napadli zdravotnického záchranáře poté, co přijeli zachránit jednoho z nich, který upadl do kómatu. Asociace krajů ČR se pokusila v rámci projednávání zdravotních zákonů prostřednictvím svých zástupců v poslanecké sněmovně prosadit záchranářům statutu veřejného činitele. Vládní koalice doplňující návrhy poslanců jako vždy odmítla. (KÚ JMK, 2011)

Po této události byl tehdejší místopředsedkyní vlády Karolinou Peake, předložen návrh Zastupitelstva Libereckého kraje na vydání zákona, kterým se posiluje právní ochrana členů výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby před fyzickým napadením při plnění jejich úkolů. Návrh byl schválen Radou i zastupitelstvem Lékařské komory. Bohužel ani tento návrh zákona nebyl schválen. (KÚ LK, 2011)

Napadení záchranářů jsou napadením pořádku. Je otázka, zda by záchranáře ochránilo, pokud by jim byl udělen status veřejného činitele.

*Nejsem výjimkou, ale myslím si, že zastávám menšinový názor, že situaci by to vůbec nevyřešilo, naopak že by to spíše záchranářům a lékařům pracujícím na záchranné službě přidělalo spoustu problémů, protože mít status veřejné osoby neznamena být výjimečný a nedotknutelný, ale naopak z toho statutu vyplývá řada okolností a povinností, které jsou místy až konfliktní s tím, co musíme dělat. Ono se to většinou zjednoduší do toho: budeš veřejná osoba a trest za to, že ti někdo ublížil, bude podstatně větší... Ale tam se právě domnívám, že to může říct trestní zákoník úplně jednoduše: napadl si záchranáře ZZS, tak lze stavit trestní sazbu za napadení záchranáře. Druhý aspekt je samozřejmě ten, že pokud mě napadne osoba opilá téměř do bezvědomí nebo do agrese, kdy se neovládá, tak jí je úplně jedno, zdali jsem veřejný činitel nebo ne, to ho začne zajímat až ve chvíli, kdy dojde k řešení následků. To, že bychom se stali veřejnými činiteli, by podle mě nebyla ochrana, ale v podstatě by nám to umožnilo potrestat a pomstít se. Zvýšme tresty za napadení záchranářů, ale nedomnívám se, že by bylo nutno dělat status veřejného činitele pro záchranáře (SLABÝ 2011).*

### **2.6.2 Kurzy sebeobrany**

Možností ochrany je samotná sebeobrana pro zdravotnické záchranáře, která postrádá jakékoliv komplexní pojetí ať už samotným Ministerstvem zdravotnictví, Komorou záchranářů či jednotlivými Zdravotnickými záchrannými službami. Veškerá snaha naučit zdravotnické záchranáře sebeobranu je nejednotná. Častými lektory sebeobrany se stávají členové městské, státní policie nebo vojenských složek. Aktuální situace s narůstající agresí vůči zdravotníkům se snaží využít i jednotlivý trenéři bojových sportů či sebeobrany. Specializované sebeobraně pro zdravotníky se však věnuje jen úplné minimum. Místní snahy učit se sebeobranu vznikají až po vážném incidentu, a po určitém čase opět kurzy končí. Jednotliví záchranáři, kteří tuto oblast nepodceňují, se musí sebeobraně věnovat ve svém volném čase.

Ukázkou kvalitní práce inspirované ze zahraničí (Rakousko) je projekt vzdělávání dispečerů a zdravotnických záchranářů v oborech psychologie, práva, sebeobranu, ale i řízení se zapnutým majákem se naplno rozběhl v roce 2006. Částečně ho financuje město Praha jako zřizovatel záchranné služby, další část financovala Evropská unie ze svých grantů. Týmu expertů pod vedením Bc. Alana Ryby a Mgr. Jána Hirjaka se totiž díky školení podařilo snížit četnost napadení záchranářů ze strany agresivních pacientů až o 70 %. Bitky mezi posádkou sanitky a pacienty byly přitom ještě nedávno celkem běžné.

*Trochu jsme se inspirovali, ve Vídni. Oni jsou ale o kus dál. Zatímco my ještě školíme v učebnách, oni už simulují v téměř reálném prostředí. Používají videa, na kterých rozebírají chyby. O tom si můžeme nechat jen zdát (EICHLER, 2007).*

Výstupem tohoto projektu vzdělávání je studijní příručka Prevence násilí a zvládnání krizové situace na pracovišti, která se z větší části zabývá násilím na pracovišti, zejména ve zdravotnických zařízeních, a v další části se zabývá základy sebeobranu (ČMKOS 2012).

## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 TÉMA, PROBLÉM, CÍLE

**TÉMA:**

Výuka základních principů sebeobranu pro Zdravotnickou záchrannou službu.

**PROBLÉM:**

Jsou současné modely výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře efektivní a dostačující?

**HLAVNÍ CÍL:**

Zjistit aktuální stav výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře a na základě zjištěných poznatků navrhnout odpovídající výukový model použitelný v praxi.

**DÍLČÍ CÍLE:**

- 1) Zmapovat aktuální stav uvedené problematiky.
- 2) Vytvořit projekt kurzu základní sebeobranu vhodný pro zdravotnické záchranáře.
- 3) Vyhodnotit výsledky a navrhnout možná doporučení pro zlepšení stávající stavu.
- 4) Definování výzkumných otázek

### 3.2 METODIKA

K výzkumnému předmětu bakalářské práce jsme přistupovali v intencích *smíšeného výzkumu*. V první, **teoretické části práce**, byly využity standardní metody sběru a analýzy informací – např. *metoda historická, obsahová analýza, systémová analýza, syntéza, komparace*.

V druhé, **praktické části práce**, jsme postupovali ve smyslu *případové studie*, již jsme koncipovali následovně:

**1) Definování výzkumných otázek**

- VO 1)** Jak lze charakterizovat aktuální stav výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby?

- VO 2)** Jaká jsou specifika výuky sebeobran pro zdravotníky záchranné služby ve vztahu k reálným podmínkám participantů a okolního prostředí?
- VO 3)** Je navrhovaný projekt kurzu základní sebeobran pro zdravotnické záchranáře vhodně koncipován a strukturován?
- VO 4)** Jaké jsou předpoklady výuky sebeobran pro zdravotníky záchranné služby z hlediska koncepčního řešení problematiky?

## 2) Výzkumný vzorek

- V souvislosti se zamýšleným cílem výzkumu a s ohledem na reálné možnosti jeho praktického provedení jsme řešený problém pojali jako případovou studii, která umožňuje důkladným zkoumáním jednoho případu lépe porozumět jiným, podobným případům, a při současné aplikaci systémového přístupu jsme schopni výstupy takového zkoumání včlenit do širších souvislostí. V tomto ohledu jsme oslovili vedení Záchrané služby Kraje Vysočina s žádostí o spolupráci, které bylo vyhověno. Opět vzhledem k reálným možnostem spolupráce byly stanoveny následující kritéria zařazení do výběrové skupiny: zájem o dobrovolnou účast, zdravotní způsobilost, souhlas vedení s účastí kandidáta/ky, osobní souhlas kandidáta/ky s publikací výsledků šetření. Celkem tvořila sledovaná (cílová) skupina celkem 30 osob.

## 3) Určení metod sběru a analýzy dat

Sběr dat jsme rozčlenili na 3 fáze:

- **I. fáze:** sběr vstupních dat za využití *dotazníkové metody*. V této fázi bylo nezbytné zjistit vstupní informace o účastnících kurzu umožňující přizpůsobit projekt výuky základní sebeobran pro zdravotnické záchranáře tak, jak je koncipován v kapitole 4.2. Získané informace plnily funkci upřesňujících a doplňujících dat pro stávající příklady dobré praxe při vedení výuky podobného typu.
- **II. fáze:** sběr průběžných dat za využití *zúčastněného pozorování* formou terénních poznámek (reflektující poznámky – vlastní úvahy o pozorovaných objektech a jevech). I přes známé nevýhody této metody pozorování (především malá míra standardizace, odstup od předmětu pozorování) nám zjištěné poznatky umožnily zaznamenat informace jak o účastnících kurzu, tak o samotném průběhu kurzu takovým způsobem, abychom je pak mohli v analytické a interpretační fázi výzkumu využít jako doplňující podněty pro zamýšlení nad problémem.



- **III. fáze:** sběr výstupních dat za využití *dotazníkové metody*. Poslední fáze byla zaměřena na sběr informací vztahujících se vlastnímu hodnocení realizovaného kurzu absolventy.
- 4) Stanovení časového harmonogramu realizační fáze výzkumu:**
- Příprava konceptu projektu kurzu včetně sběru dat formou vstupního dotazování (viz fáze I výše) základní sebeobrany pro zdravotnické záchranáře byla realizována v období 10. 5. 2013 – 15. 6. 2013.
  - Kurz základní sebeobrany pro zdravotnické záchranáře byl naplánován a realizován v Jihlavě s termínem konání od 15. 7. 2013 do 22. 7. 2013.
  - Analýza výstupních dat a jejich interpretace byla realizována v období 2. 8. 2013 – 28. 9. 2013.
- 5) Praktická analýza a interpretace dat**
- Bylo analyzováno celkem 60 výstupů dotazníkového šetření (návratnost dotazníků = 100 %). Interpretace těchto výstupů ve vztahu k výzkumným otázkám byla obohacena o vlastní poznatky z terénních poznámek. Z metodologického hlediska bylo využito standardních metod zkoumání, které jsme již uvedli v úvodu této podkapitoly. Jednotlivé výstupy byly zpracovány prostřednictvím základní deskriptivní statistiky a pro přehlednost byly prezentovány grafickou formou v podobě tabulek a odpovídajícího typu grafu v závislosti na charakteru dat (100% skládaný, výsečový, prstencový a pruhový).
- 6) Zpracování textové podoby výstupů**
- Textová podoba výstupu byla koncipována v souladu s požadavky mateřské instituce na úpravu závěrečných prací (doporučenými i povinnými).

## 4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

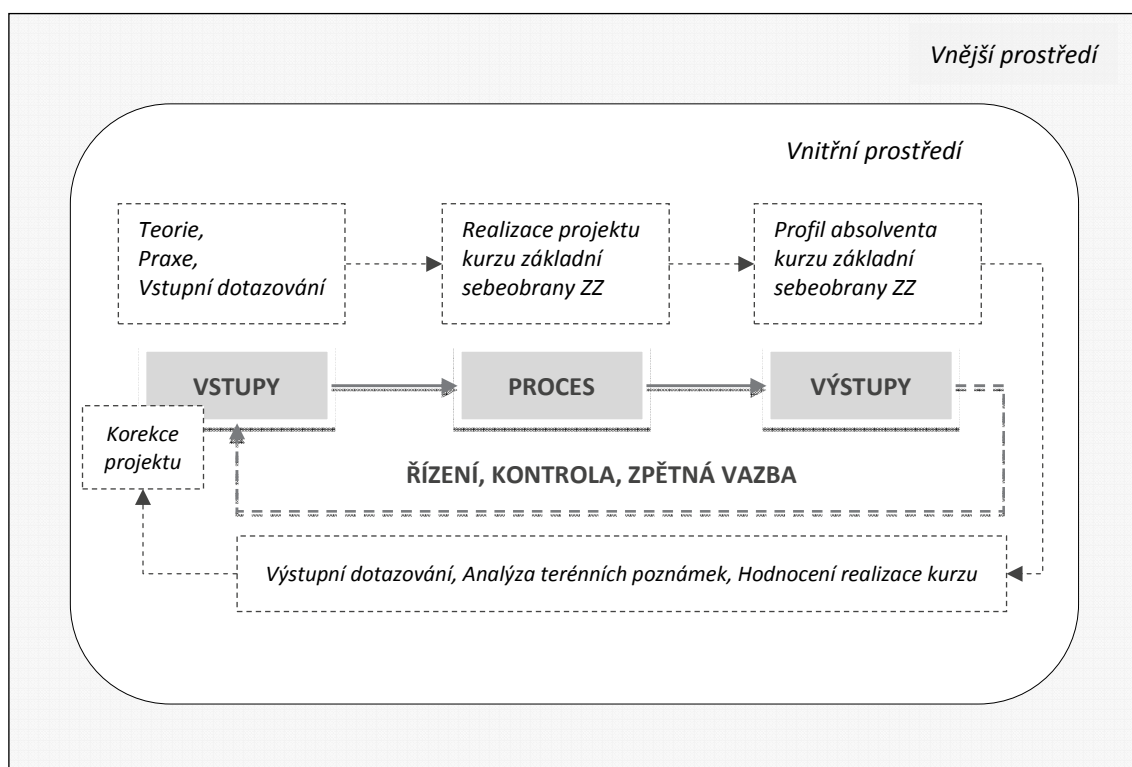
Výsledky výzkumu bychom rádi prezentovali na pozadí níže uvedeného modelu zobecnění procesu tvorby projektu základní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře (viz Schéma 1).

Ve vztahu k vytčenému cíli a zvolené metodice předkládané bakalářské práce (viz kapitola 3) bylo zajištění vstupů v podobě syntézy teoretických poznatků (viz kapitola 2), vlastních praktických zkušeností a výsledků vstupního dotazování (viz kapitola 4.1) důležitým momentem pro tvorbu konceptu projektu kurzu základní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře (viz kapitola 4.2).

Monitorovaný proces reprezentovaný praktickou realizací zmiňovaného kurzu byl významným zdrojem informací pro zpětnovazební hodnocení očekávaných výstupů (viz kapitoly 4.3, 4.4).

Syntéza všech dosavadních dílčích poznatků z výsledků byla výchozím předpokladem pro korekci konceptu projektu kurzu (viz kapitola 4.5) a zároveň přinesla jisté podněty pro další možný vývoj zkoumání problematiky, včetně nástinu systémových návrhů pro zlepšení dosavadního stavu (viz kapitola 4.6).

**Schéma 1** | Zobecnění procesu tvorby projektu základní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře



Zdroj: Vlastní

## 4.1 VÝSLEDKY I. FÁZE: VSTUPNÍ DOTAZOVÁNÍ

### OSOBNÍ ÚDAJE

**Otázka č. 1:** Pohlaví: muž/žena

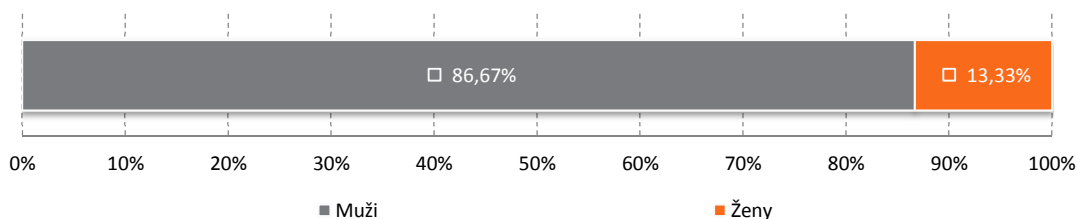
Průzkumu se zúčastnilo 30 respondentů (100 %). Jednalo se o lékaře, zdravotnické záchranáře a řidiče Zdravotnické záchrané služby Kraje Vysočina.

Graf 1 vyjadřuje zastoupení žen v celkovém počtu 4 (13,30 %) a mužů, kteří byli zastoupeni v počtu 26 (86,7 %).

**Tabulka 1 | Zastoupení pohlaví**

Odpověď	N	%
Muži	26	86,67%
Ženy	4	13,33%
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,0%</b>

**Graf 1 | Zastoupení pohlaví**



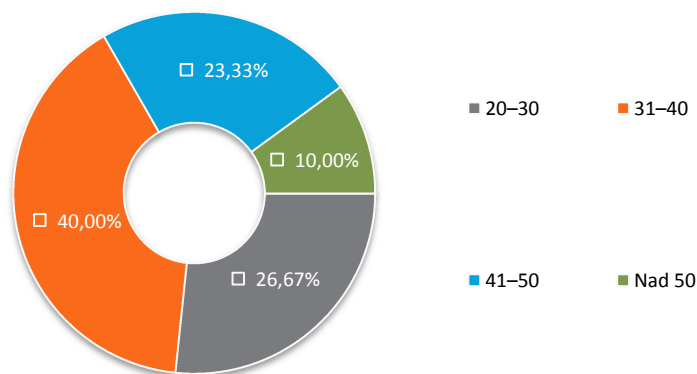
**Otázka č. 2:** Věk

Graf 2 vyjadřuje věkovou strukturu respondentů. Odpověď 20–30 let zadalo 8 (27 %) respondentů, 31–40 let označilo 12 (40 %) respondentů, 41–50 let označilo 7 (23 %) respondentů a nad 50 let označili 3 (10 %) respondenti.

**Tabulka 2 | Věková struktura respondentů**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
20–30	8	0,27
31–40	12	0,40
41–50	7	0,23
Nad 50	3	0,10
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 2 | Věková struktura respondentů**



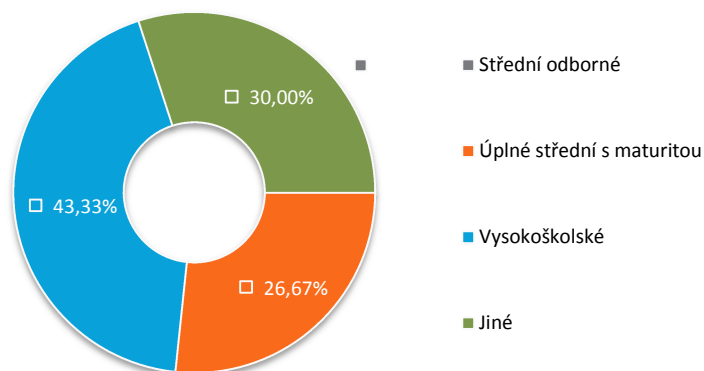
**Otázka č. 3: Vzdelání**

Graf 3 vyjadřuje vzdělání respondentů, přičemž odpověď Střední odborné označilo 0 (0 %) respondentů, Úplné střední s maturitou udalo 8 (26,7 %) respondentů, Vysokoškolské označilo 13 (43,3 %) respondentů, Jiné (Vyšší odborné) udalo 9 (30 %) respondentů.

**Tabulka 3 | Dosažené vzdělání respondentů**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné	0	0,00
Úplné střední s maturitou	8	0,27
Vysokoškolské	13	0,43
Jiné	9	0,30
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 3 | Dosažené vzdělání respondentů**



## DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI S NAPADENÍM

### Otázka č. 4: S jakou formou napadení jste se setkal?

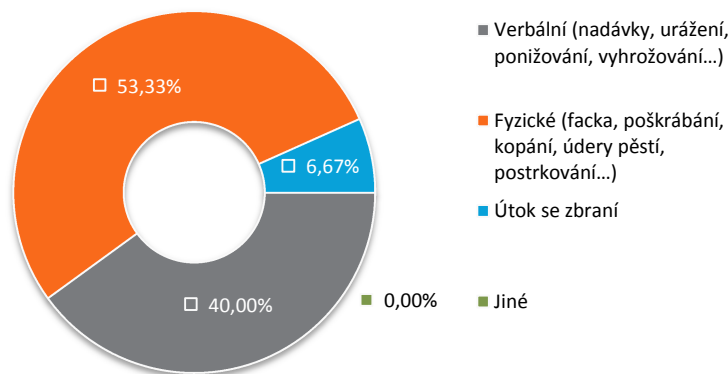
Cílem otázky bylo zjistit, s jakou formou napadení se zdravotničtí záchranáři již setkali.

Odpověď „Verbální (nadávky, urážení, ponižování, vyhrožování...)“ vybralo 12 (40 %) respondentů, „Fyzické (facka, poškrábání, kopání, údery pěstí, postrkování...)“ udalo 16 (53,3 %), „Útok se zbraní“ označili 2 (6,67 %) respondenti, „Jiné“ neudal žádný respondent.

Tabulka 4 | Zkušenosti respondentů s napadením – forma napadení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Verbální (nadávky, urážení, ponižování, vyhrožování...)	12	0,40
Fyzické (facka, poškrábání, kopání, údery pěstí, postrkování...)	16	0,53
Útok se zbraní	2	0,07
Jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

Graf 4 | Zkušenosti respondentů s napadením – forma napadení



### Otázka č. 5: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl B nebo C, prosím zadejte, kdy k napadení došlo?

Cílem otázky bylo zjistit, kdy nejčastěji dochází k fyzickému napadení.

Odpověď „Při příjezdu“ označilo 8 (26,67 %) respondentů, „Při zajištění pacienta“ označilo 12 (40 %) respondentů, odpověď „Během převozu“ udalo 5 (16,67 %) respondentů, „Při předání“ označilo 5 (16,67 %) respondentů.

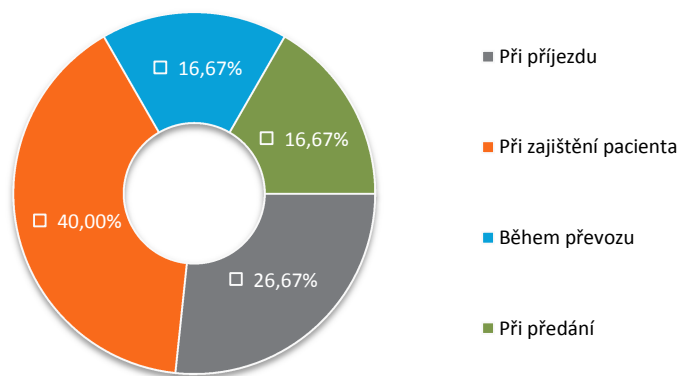
Tabulka 5 | Zkušenosti respondentů s napadením – časová fáze napadení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při příjezdu	8	0,27

- Pokračování tabulky na další straně -

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Při zajištění pacienta	12	0,40
Během převozu	5	0,17
Při předání	5	0,17
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 5 |** Zkušenosti respondentů s napadením – časová fáze napadení



**Otázka č. 6:** Pokud jste na otázku 4. odpověděl B nebo C, prosím zadejte, kdo byl útočníkem?

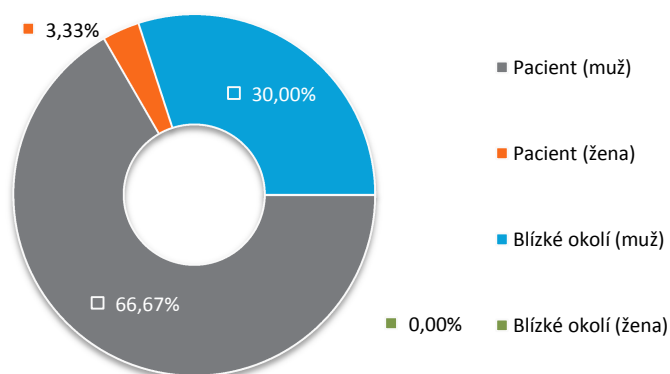
Cílem otázky byl zjistit kdo je nejčastěji útočníkem.

Odpověď „Pacient (muž)“ označilo 20 (66,67 %) respondentů, „Pacient (žena)“ udal 1 (3,3 %) respondent, „Blízké okolí (muž)“ označilo 9 (30 %) respondentů a odpověď „Blízké okolí (žena)“ neudal žádný respondent.

**Tabulka 6 |** Zkušenosti respondentů s napadením – typologie útočníka

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pacient (muž)	20	0,67
Pacient (žena)	1	0,03
Blízké okolí (muž)	9	0,30
Blízké okolí (žena)	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 6 |** Zkušenosti respondentů s napadením – typologie útočníka



**Otázka č. 7:**

**Co myslíte, že je nejčastější příčinou fyzického napadení zdravotnického záchranáře?**

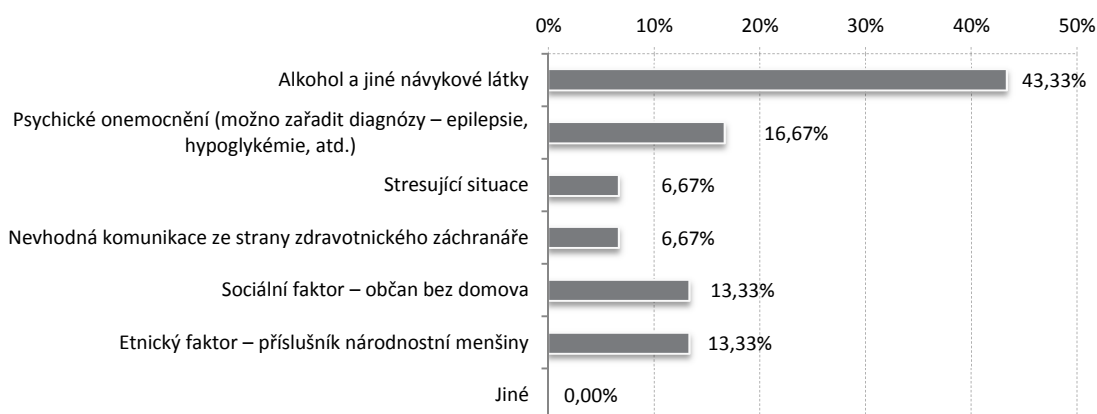
Cílem otázky bylo zjistit názor zdravotnických záchranářů na příčinu fyzického napadení.

Odpověď „Alkohol a jiné návykové látky“ označilo 13 (43,3 %) respondentů, „Psychická onemocnění (možno zařadit diagnózy – epilepsie, hypoglykémie, atd.)“ uvedlo 5 (16,67 %) respondentů, „Stresující situace“ uvedli 2 (6,67 %) respondenti a „Nevhodná komunikace ze strany zdravotnického záchranáře“ označilo 2 (6,67 %) respondentů, „Sociální faktor – občan bez domova“ udali 4 (13,3 %) respondenti, „Etnický faktor – příslušník národnostní menšiny“ označilo 4 (13,3 %) respondentů, „Jiné“ neoznačil žádný respondentů.

**Tabulka 7 |** Zkušenosti respondentů s napadením – příčina napadení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alkohol a jiné návykové látky	13	0,43
Psychické onemocnění (možno zařadit diagnózy – epilepsie, hypoglykémie, atd.)	5	0,17
Stresující situace	2	0,07
Nevhodná komunikace ze strany zdravotnického záchranáře	2	0,07
Sociální faktor – občan bez domova	4	0,13
Etnický faktor – příslušník národnostní menšiny	4	0,13
Jiné	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 7 | Zkušenosti respondentů s napadením – příčina napadení**



## DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI S PREVENČÍ A SEBEOBRAOU

**Otázka č. 8: Zabýval/a jste se v minulosti sebeobranou či bojovým sportem?**

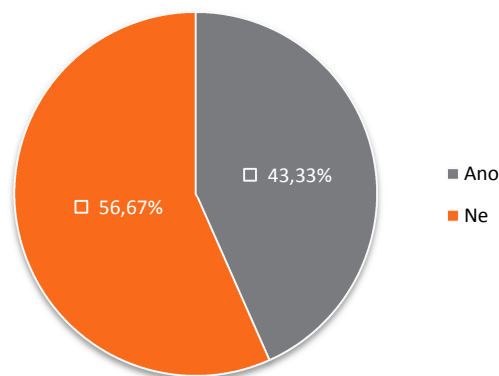
Cíl otázky byl, jestli se záchranáři zabývali v minulosti sebeobranou.

Odpověď „Ano“ označilo 13 (43,3 %) respondentů, „Ne“ označilo 17 (69,2 %) respondentů.

**Tabulka 8 | Dosavadní zkušenosti respondentů se sebeobranou**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	13	0,43
Ne	17	0,57
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 8 | Dosavadní zkušenosti respondentů se sebeobranou**





**Otázka č. 9:** Promýšlíte si, při vstupu do různých uzavřených prostor (byty, domy, ...) únikovou cestu?

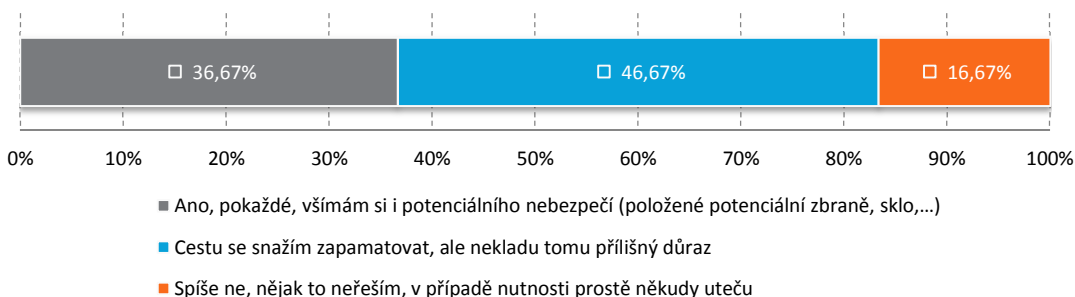
Tato otázka si klade za cíl zjistit, jak moc zdravotničtí záchranáři dbají o prevenci při vstupu do neznámých prostor, popřípadě jak moc si všímají i potenciálně nebezpečných předmětů.

Odpověď „Ano, pokaždé, všímám si i potenciálního nebezpečí (položené potenciální zbraně, sklo,...)“ označilo 11 (36,7 %) respondentů, „Cestu se snažím zapamatovat, ale nekladu tomu přílišný důraz“ udalo 14 (46,7%) respondentů, „Spíše ne, nějak to neřeším, v případě nutnosti prostě někudy uteču“ označilo 5 (16,7 %) respondentů.

**Tabulka 9** | Smysl respondentů pro prevenci – vstup do neznámých objektů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pokaždé, všímám si i potenciálního nebezpečí (položené potenciální zbraně, sklo,...)	11	0,37
Cestu se snažím zapamatovat, ale nekladu tomu přílišný důraz	14	0,47
Spíše ne, nějak to neřeším, v případě nutnosti prostě někudy uteču	5	0,17
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 9** | Smysl respondentů pro prevenci – vstup do neznámých objektů



**Otázka č. 10:** Koho z týmu byste zvolil/a jako prvního, kdo vstoupí do neznámé místnosti?

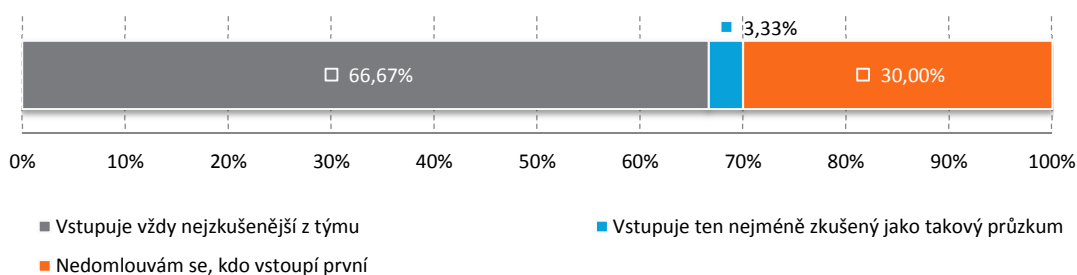
Tato otázka měla za cíl zjistit, koho volí zdravotničtí záchranáři jako prvního při vstupu do neznámých prostor.

Odpověď „Vstupuje vždy nejzkušenější z týmu“ označilo 20 (66,7 %) respondentů, „Vstupuje ten nejméně zkušený jako takový průzkum“ označil 1 (3,3 %) respondentů, „Nedomlouvám se, kdo vstoupí první“ udalo 9 (30 %) respondentů.

**Tabulka 10** | Smysl respondentů pro prevenci – vstup do neznámé místnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vstupuje vždy nejzkušenější z týmu	20	0,67
Vstupuje ten nejméně zkušený jako takový průzkum	1	0,03
Nedomlouvám se, kdo vstoupí první	9	0,30
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 10 | Smysl respondentů pro prevenci – vstup do neznámé místnosti**



**Otázka č. 11: Co Vám nejvíce pomáhá uklidnit se po psychicky náročné situaci?**

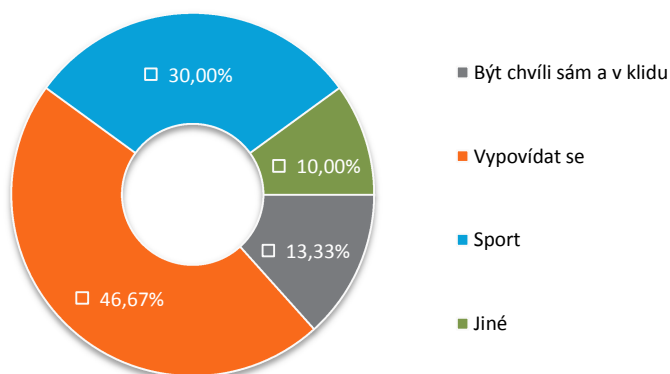
Cílem této otázky bylo zjistit, jaký způsob pomáhá zdravotnickým záchranářům se nejlépe uklidnit po psychicky náročné situaci.

Odpověď „Být chvíli sám a v klidu“ označili 4 (13,3 %) respondenti, „Vypovídat se“ označilo 14 (46,7 %) respondentů, odpověď „sport“ označilo 9 (30 %) respondentů, „Jiné“ uvedli 3 (10 %) respondenti.

**Tabulka 11 | Způsoby uklidnění respondentů po absolvování psychicky náročné situace**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Být chvíli sám a v klidu	4	0,13
Vypovídat se	14	0,47
Sport	9	0,30
Jiné	3	0,10
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 11 | Způsoby uklidnění respondentů po absolvování psychicky náročné situace**



## MOŽNOST OCHRANY PROTI NAPADENÍ

**Otázka č. 12:** Myslíte, že je dostatečně právně ošetřeno napadení zdravotnického záchranáře?

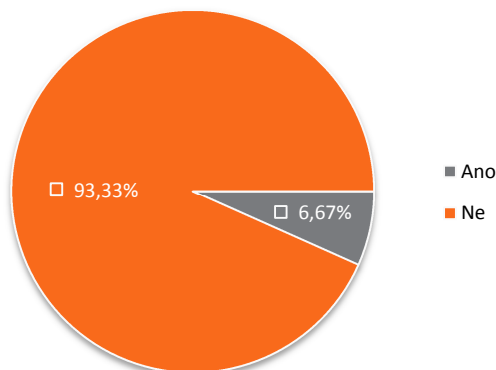
Tato otázka měla za cíl zjistit spokojenost zdravotnických záchranářů s právní ochranou.

Odpověď „Ano“ zvolili 2 (6,7 %) respondenti, odpověď „ne“ označilo 28 (93,3 %) respondentů.

**Tabulka 12** | Spokojenost respondentů s právní ochranou zdravotnického záchranáře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	2	0,07
Ne	28	0,93
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 12** | Spokojenost respondentů s právní ochranou zdravotnického záchranáře



**Otázka č. 13:** Myslíte, že by status veřejného činitele pro zdravotnického záchranáře snížil počet fyzických napadení?

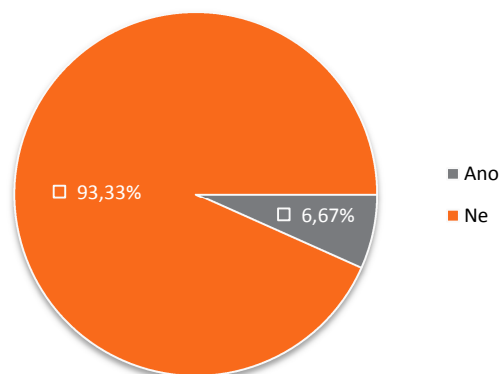
Cílem této otázky je zjistit názor zdravotnických záchranářů na získání statusu veřejného činitele.

Odpověď „Ano“ udalo 24 (80 %) respondentů, odpověď „Ne“ udalo 6 (20 %) respondentů.

**Tabulka 13** | Názor respondentů na status veřejného činitele

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	0,80
Ne	6	0,20
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 13 |** Názor respondentů na status veřejného činitele



**Otázka č. 14:**

**Co byste ocenil/a jako vhodnou zbraň pro obranu zdravotnického záchranáře?**

Otázka měla za cíl zjistit, jakou zbraň by zvolili zdravotničtí záchranáři jako vhodnou ke svoji obraně.

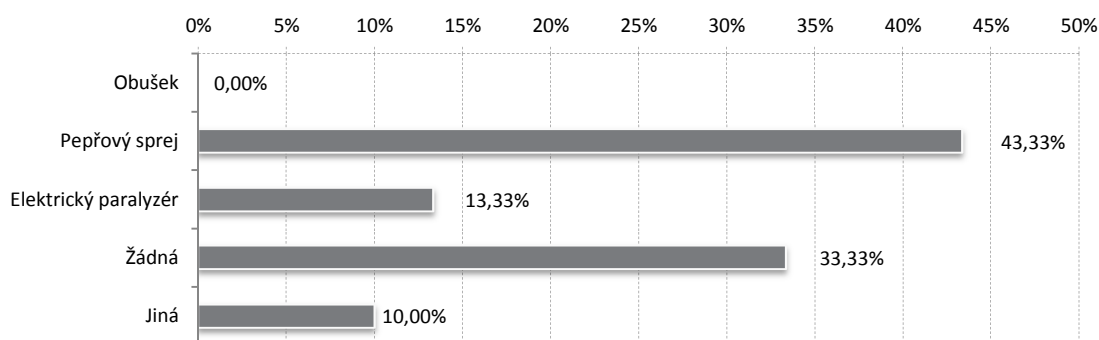
Odpověď „obušek“ vybralo 0 respondentů, „pepřový sprej“ označilo 13 (43,3 %) respondentů, „elektrický paralyzér“ označili 4 (13,3 %), „žádná“ uvedlo 10 (33,3 %) respondentů, „jiné (plynová pistol, statut veřejného činitele, teleskopický obušek)“ označili 3 (10 %) respondenti.

**Tabulka 14 |** Preference respondentů v otázce volby zbraně na vlastní obranu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obušek	0	0,00
Pepřový sprej	13	0,43
Elektrický paralyzér	4	0,13
Žádná	10	0,33
Jiná	3	0,10
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

*Pozn.: Jiné: plynová pistole, teleskopický obušek uvedli 2 respondenti*

**Graf 14 |** Preference respondentů v otázce volby zbraně na vlastní obranu



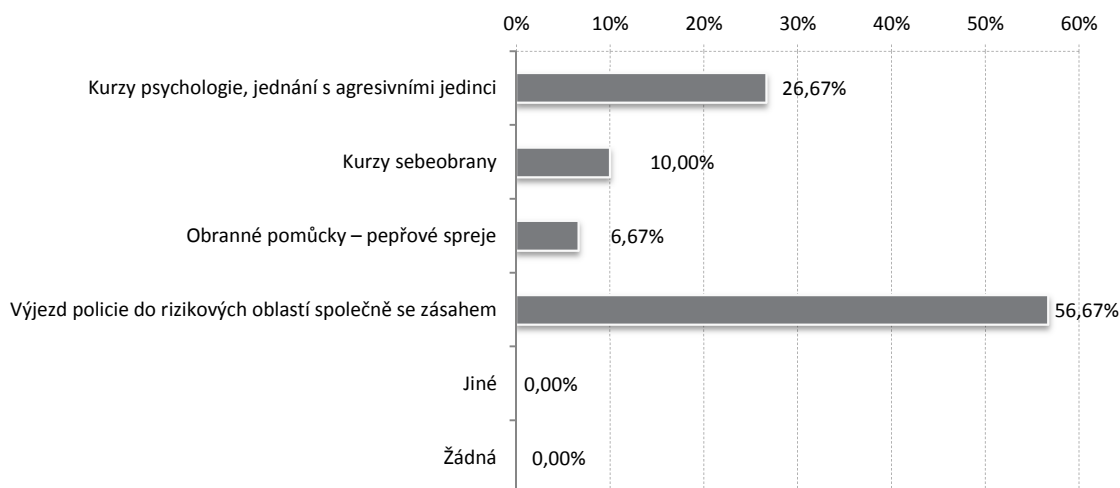
**Otázka č. 15: Je na Vašem pracovišti zajišťovaná nějaká forma prevence napadení?**

Cílem této otázky je zjistit jak je na pracovištích řešena prevence napadení.

Odpověď „kurzy psychologie, jednání s agresivními jedinci“ označilo 8 (26,67 %) respondentů, „kurzy sebeobrany“ označili 3 (10 %) respondenti, odpověď „obránné pomůcky – pepřové spreje“ udali 2 (6,67 %) respondenti, „výjezd policie do rizikových oblastí společně se zásahem“ označilo 17 (56,7 %) respondentů, odpovědi „jiné“ a „žádná“ neoznačil žádný respondent.

**Tabulka 15** | Aktuální stav realizace vybraných forem prevence napadení na pracovišti respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kurzy psychologie, jednání s agresivními jedinci	8	0,27
Kurzy sebeobrany	3	0,10
Obranné pomůcky – pepřové spreje	2	0,07
Výjezd policie do rizikových oblastí společně se zásahem	17	0,57
Jiné	0	0,00
Žádná	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 15** | Aktuální stav realizace vybraných forem prevence napadení na pracovišti respondentů**Otázka č. 16: Jaká jsou Vaše očekávání od kurzu?**

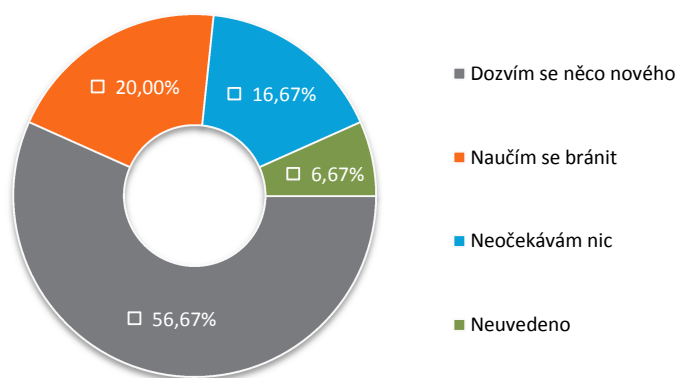
Tato otázka si kládla za cíl, zjistit očekávání respondentů před kurzem sebeobrany.

Odpověď „dozvim se něco nového“ napsalo 17 (56,67 %) respondentů, „naučím se bránit“ udalo 6 (20 %) respondentů, „neočekávám nic“ napsalo 5 (16,67 %) respondentů, 2 (6,67 %) respondenti neuvedli odpověď na tuto otázku.

**Tabulka 16** | Účast na kurzu sebeobranu – očekávání respondentů (účastníků kurzu)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dozvíím se něco nového	17	0,57
Naučím se bránit	6	0,20
Neočekávám nic	5	0,17
Neuvedeno	2	0,07
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 16** | Účast na kurzu sebeobranu – očekávání respondentů (účastníků kurzu)



## 4.2 PROJEKT KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRAHY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ

### CHARAKTERISTIKA KURZU

Kurz základních principů sebeobranu pro zdravotnickou záchrannou službu je specializovaný kurz pro členy ZZS – tedy lékaře, zdravotnické záchranáře nebo řidiče. Uskutečněn byl v kraji Vysočina ve městě Jihlava. Kurz byl rozdělen do tří dní a celkový hodinový rozsah kurzu byl 18 hodin.

### VZDĚLÁVACÍ CÍL

Hlavním cílem je získání základních dovedností specializované sebeobranu příslušníků ZZS a vytvoření předpokladů pro zvládnutí sebeobranu situace.

### POŽADAVKY NA LEKTORA

#### Lektorem může být:

- Certifikovaný lektor sebeobranu.
- Lektor sebeobranu se zkušenostmi s výukou zdravotníků.

### ROZSAH ZNALOSTÍ ABSOLVENTA

#### Absolvent zná:

- Základní komunikaci s agresivním pacientem či jeho blízkým okolím.
- Základní znalosti zvládnutí strachu.
- Využití improvizovaných pomůcek k sebeobranu.
- Taktické rozestoupení při práci ve vnitřních nebo vnějších prostorách.
- Základní chování a typologii útočníků.

#### Absolvent umí:

- Provést základní bojový postoj, úder, kop.
- Provést základní porazy útočníka na zem.

- Provést základní blokování útočníka na zemi.
- Zacházet s lékařským batohem jako sebeobrannou pomůckou.
- Základní techniky pro pomoc druhé osobě/kolegovi při napadení.
- Základní techniky jak se dostat ze situace napadení více útočníky.

## ČASOVÁ DOTACE KURZU

**Tabulka 17** | Časová dotace projektu kurzu základní sebeobrany zdravotnických záchranářů

Předmět	Počet hodin
Komunikace v sebeobraně	1
Strach a jeho kontrola	1
Sumarizace teoretické části	1
Fyzická příprava	3
Nácvik technik	4
Modelové situace	4
Přestávka	4
<b>Celková teorie a praxe</b>	<b>18</b>

## PODMÍNKY PRO ZAŘAZENÍ DO KURZU

- Pracující člen ZZS.
- Zdravotní způsobilost.

## MATERIÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ

### Požadavky na účastníka:

- Pracovní oděv a obuv.
- Psací potřeby.
- Dostatek tekutin.
- Vlastní strava.



### Požadavky na organizátora:

- Zajištění prostor.
- Zajištění sanitky.
- Zdravotní dozor.\*
- Zajištění materiálu pro nácvik technik:
  - Ochranné přilby.
  - Rukavice.
  - Lapy.
  - Ochranný oblek.

### UKONČENÍ KURZU

Ukončení kurzu bude realizováno prověřením naučených dovedností v modelové – sebeobraně situaci, dále výstupním dotazníkem, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci a další inovaci projektu kurzu základní sebeobraně pro ZZS.

### UČEBNÍ OSNOVY

**Tabulka 18** | Učební osnovy projektu kurzu základní sebeobraně zdravotnických záchranářů

Počet hodin	Místo výuky	Způsob výuky	Téma výuky	Poznámka
1	Tv	T	Základní komunikace v sebeobraně.	
1	Tv	T	Strach a jeho kontrola.	
1	Tv	T	Sumarizace teoretické části	
2,5	Tv	P	Rozběhání – rozehrání - pohybové hry	
0,5	Tv	P	Protažení – Silová průprava – kliky, dřepy, sedy lehky	

- Pokračování tabulky na další straně -

\* Z důvodu obsazení kurzu zdravotnickými záchranáři byl po domluvě ustanoven jeden z účastníků jako zdravotní dozor.

Učební osnovy kurzu: Základní sebeobranu zdravotnických záchranářů

Počet hodin: 18

Počet hodin	Místo výuky	Způsob výuky	Téma výuky	Poznámka
1	Tv	P	Nácvik – bojový postoj, pohyb v bojovém postoji, základní úder (tzv. kladivo – hammer fist)/ vysvětlení vitálních bodů člověka.	Nácvik samostatně, ve dvojicích, na lapách.
1	Tv	P	Nácvik základního kopu – kyvadlově vedený.	Nácvik samostatně, ve dvojicích, na lapách.
1,5	Tv	P	Klinč – držení v klinči – jednoduchý poraz útočníka na zem.	Nácvik porazu na vysokých žíněnkách.
2	Tv	P	Poraz útočníka na zem ve dvojici – taktická koordinace.	
1,5	Tv	P/T	Nácvik komunikace s agresorem – modelové situace.	
1	S	P	Blokování útočníka na zemi- samostatně ve dvojici. / užití pomůcek – užití lékařských baťohů.	
1	Tv	P	Modelová situace – agresivní okolí pacienta - nácvik orientace v davu/ možnost více útočníků.	
1	Tv	P	Modelová situace – nácvik sebeobranu při ošetřování v malých prostorách.	Užití baťohů.
1	Tv/S	P	Modelová situace – obrana druhé osoby - současný nácvik technik porazů – chycení útočnickovy hlavy.	
1	Tv	P	Modelová situace – agresivní útočník po naložení do sanitky- blokování na lehátku – a bezpečný únik.	

**Legenda:**

Tv Tělocvična  
T Teorie  
P Praxe

### 4.3 VÝSLEDKY II. FÁZE: ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ

Tato fáze proběhla jako nestrukturované pozorování, během něhož jsme zaznamenávali terénní reflektující poznámky k průběžným postřehům během realizace kurzu:

- ✓ Aktivita účastníků poklesává při delším vysvětlování techniky – více jednoduchosti ve vysvětlování a více nácviku.
- ✓ Po dokončení nacvičované techniky 90 % účastníků již dále nepřemýšlí, že je v realitě potřeba dále jednat – hlídat okolí v případě dalšího útočníka.
- ✓ Překvapivě rychlé pochycení a pohybové zvládnutí technik u většiny účastníků.

- ✓ Lépe pohybově nadaní/zkušenější účastníci projevují snahu poradit a pomoci ostatním – příště více zapojit do výuky.
- ✓ Jsou vidět diametrální rozdíly ve vnímání reality napadení: ti, co již napadení zažili /ti co nezažili – mají více zkruslené představy a obrana jim připadá jednoduchá.
- ✓ Velice špatná fyzická kondice u nadpoloviční většiny účastníků – při protahování velice malý pohybový rozsah.
- ✓ Při modelových situacích, kdy útočník fingovaně vykazuje vysokou míru agrese a blíží se k fyzické konfrontaci, je z počátku časté – obzvláště u žen – tzv. zamrznutí.
- ✓ Zařadit více stresoru do modelových – těžkou fyzickou aktivitu před řešením modelových situací – simulace tzv. zatuhnutí svalů.
- ✓ Organizace – domluvit sanitku na všechny dny kurzu.
- ✓ Pokud možno, příště zajistit zrcadla v tělocvičně – lepší zpětná vazba pro účastníka o prováděné technice.

#### 4.4 VÝSLEDKY III. FÁZE: VÝSTUPNÍ DOTAZOVÁNÍ

**Otázka č. 1:** Byl pro Vás kurz sebeobranu, kterým jste prošel/a přínosný?

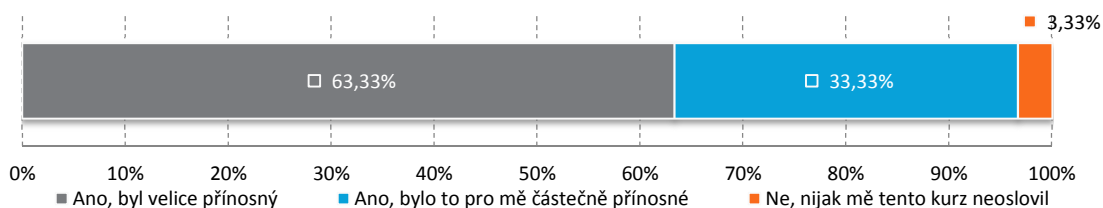
Cílem této otázky bylo zjistit přínos kurzu sebeobranu pro zdravotnické záchranáře.

Odpověď „ano, byl velice přínosný“, označilo 19 (63,4 %) respondentů, odpověď „ano, bylo to pro mě částečně přínosné“ 10 (33,2 %), „ne, nijak mě tento kurz neoslovil“, uvedl 1 (3,4 %) respondent.

**Tabulka 19** | Absolventské hodnocení přínosu kurzu sebeobranu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byl velice přínosný	19	0,63
Ano, bylo to pro mě částečně přínosné	10	0,33
Ne, nijak mě tento kurz neoslovil	1	0,03
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 17** | Absolventské hodnocení přínosu kurzu sebeobranu



---

**Otázka č. 2:** Byla podle Vás dobře zvládnuta organizace kurzu?

---

Cílem této otázky bylo zjistit názory respondentů na zvládnutí organizace.

Odpověď „ano“ označilo 27 (90 %) respondentů, „ne“ označili 3 (10 %) respondenti.

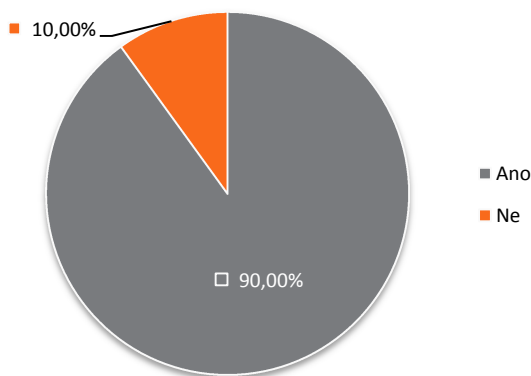
---

**Tabulka 20** | Absolventské hodnocení organizačního zajištění kurzu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	0,90
Ne	3	0,10
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

*Pozn.: Ne: Příliš krátké přestávky uvedli 2 respondenti, 1 neuvedeno.*

**Graf 18** | Absolventské hodnocení organizačního zajištění kurzu



---

**Otázka č. 3:** Myslíte si, že bylo dostatečně vyřešené materiální zajištění kurzu?

---

Cílem této otázky bylo zjistit názory účastníků na materiální zajištění kurzu.

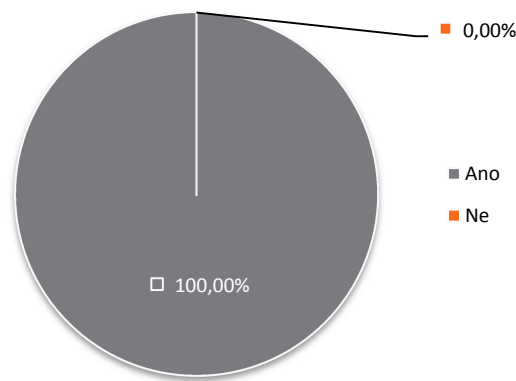
Odpověď „ano“ označilo 30 (100 %) respondentů, odpověď „ne“ neoznačil žádný respondent.

---

**Tabulka 21** | Absolventské hodnocení materiálního zajištění kurzu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	1,00
Ne	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 19 | Absolventské hodnocení materiálního zajištění kurzu**



**Otázka č. 4: Byl podle Vás lektor kurzu dostatečně kvalifikovaný?**

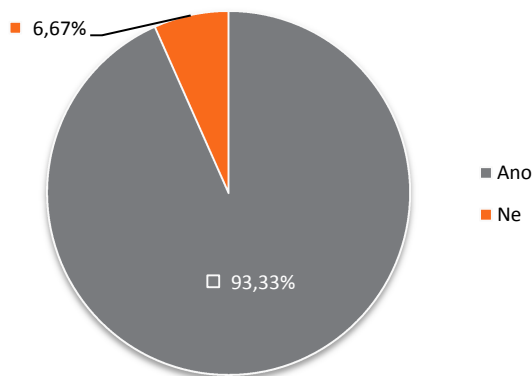
Tato otázka si kladla za cíl, zjistit zda li byli účastníci kurzu spokojeni s kvalifikací lektora.

Odpověď „ano“ označilo 28 (93,33 %) respondentů, odpověď „ne“ označili 2 (6,67 %) respondenti.

**Tabulka 22 | Absolventské hodnocení kvalifikace lektora**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	0,93
Ne	2	0,07
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 20 | Absolventské hodnocení kvalifikace lektora**



**Otázka č. 5: Byl/a byste ochotný/a cvičit sebeobranu pravidelně?**

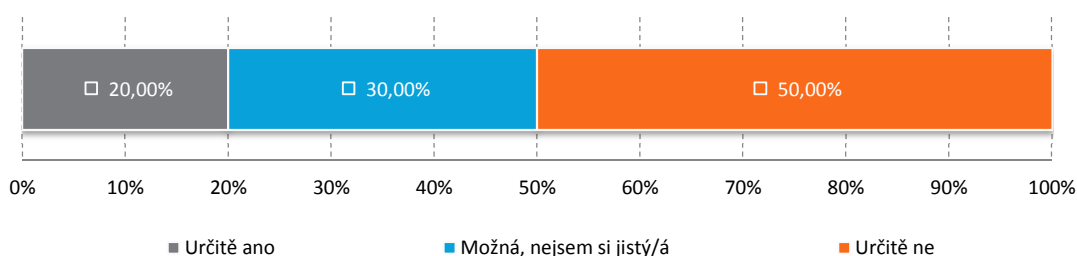
Tato otázka měla za cíl zjistit zájem zdravotnických záchranářů o pravidelný výcvik v sebeobraně.

Odpověď „určitě ano“ označilo 6 (20 %) respondentů, „možná – nejsem si jistý/á“ udalo 9 (30 %) respondentů, „určitě ne“ udalo 15 (50 %) respondentů.

**Tabulka 23** | Zájem absolventů o pravidelný výcvik v sebeobraně

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	6	0,20
Možná, nejsem si jistý/á	9	0,30
Určitě ne	15	0,50
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 21** | Zájem absolventů o pravidelný výcvik v sebeobraně



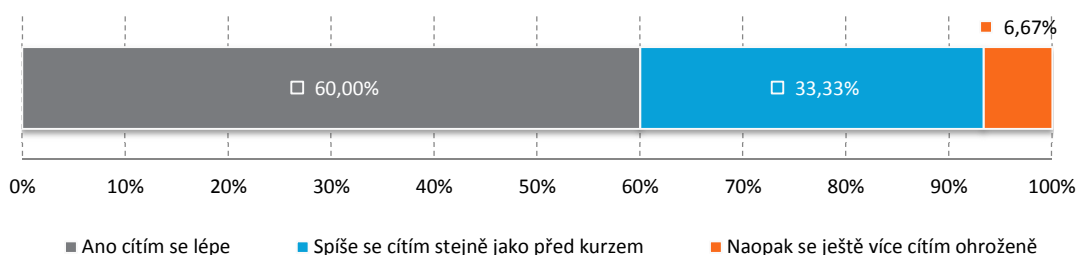
**Otázka č. 6:** Cítíte se po absolvování kurzu bezpečněji?

Cílem této otázky bylo zjistit, zdali se zdravotničtí záchranáři cítí po absolvování kurzu bezpečněji. „Ano, cítím se lépe“ označilo 18 (60 %) respondentů, „spíše se cítím stejně jako před kurzem“ udalo 10 (33,3 %) respondentů a „naopak se ještě více cítím ohrožen/á“ uvedlo 2 (6,7 %) respondentů.

**Tabulka 24** | Absolventské hodnocení pocitu bezpečí po ukončení kurzu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, cítím se lépe	18	0,60
Spíše se cítím stejně jako před kurzem	10	0,33
Naopak se ještě více cítím ohrožen/á	2	0,07
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 22** | Absolventské hodnocení pocitu bezpečí po ukončení kurzu



**Otázka č. 7: Co se Vám během kurzu líbilo nejvíce?**

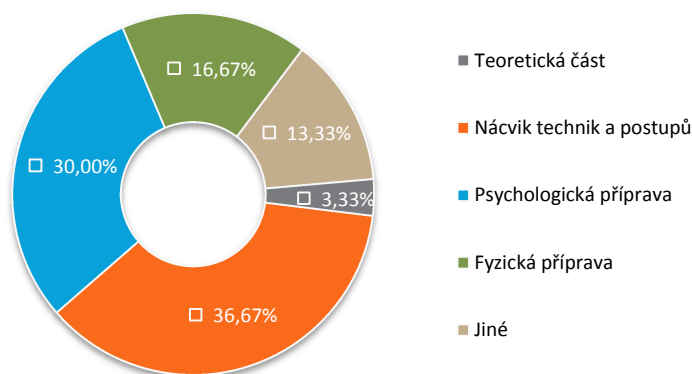
Cílem této otázky bylo, zjistit zpětnou vazbu zdravotnických záchranářů z kurzu sebeobranu.

Odpověď „teoretická část“ označil 1 (3,3 %) respondent, „návuk technik a postupů“ označilo 11 (36,7 %) respondentů, „psychologická příprava“ udalo 9 (30 %) respondentů, odpověď „jiné“ uvedli 4 (13,3%) respondenti.

**Tabulka 25 | Absolventské hodnocení obsahové náplně kurzu – co se líbilo?**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Teoretická část	1	0,03
Návuk technik a postupů	11	0,37
Psychologická příprava	9	0,30
Fyzická příprava	5	0,17
Jiné	4	0,13
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

Pozn.: Jiné: Každá část se mi líbila, udali 3 respondenti, Téměř nic udal 1 respondent.

**Graf 23 | Absolventské hodnocení obsahové náplně kurzu – co se líbilo?****Otázka č. 8: Co se Vám naopak na kurzu nelíbilo?**

Cílem této otázky bylo zjistit zpětnou vazbu zdravotnických záchranářů z kurzu sebeobranu.

Odpověď „návuk technik a postupů“ uvedlo 0 respondentů, odpověď „teoretická část“ označilo 6 (20 %) respondentů, „psychologická příprava“ označil 1 (3,3 %) respondent, „fyzická příprava“ označilo 10 (33,3 %), odpověď „jiné“ uvedlo 13 (43,3 %) respondentů.

**Tabulka 26 | Absolventské hodnocení obsahové náplně kurzu – co se nelíbilo?**

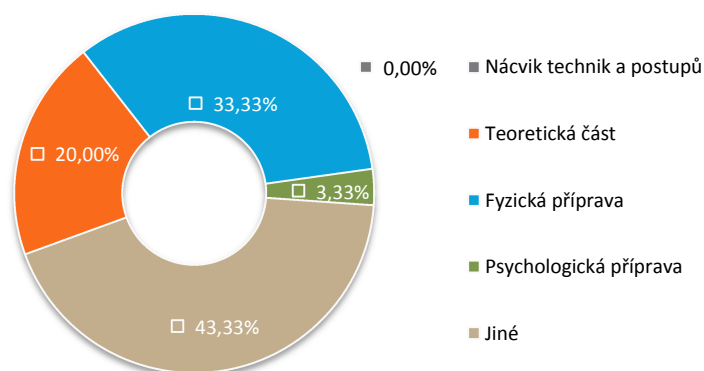
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Návuk technik a postupů	0	0,00
Teoretická část	6	0,20

- Pokračování tabulky na další straně -

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzická příprava	10	0,33
Psychologická příprava	1	0,03
Jiné	13	0,43
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

Pozn.: Jiné: Každá část se mi líbila, uvedlo 10 respondentů, 1 respondent uvedl příliš dlouhá teorie, 1 respondent uvedl málo času, 1 respondent uvedl více času na techniky.

**Graf 24** | Absolventské hodnocení obsahové náplně kurzu – co se nelíbilo?



**Otázka č. 9:**

**Jakou známku byste dal kurzu celkově od 1 do 5?  
(1 – je nejlepší/ 5 – nejhorší)**

Cílem otázky je zjistit celkovou spokojenost absolventů s kurzem.

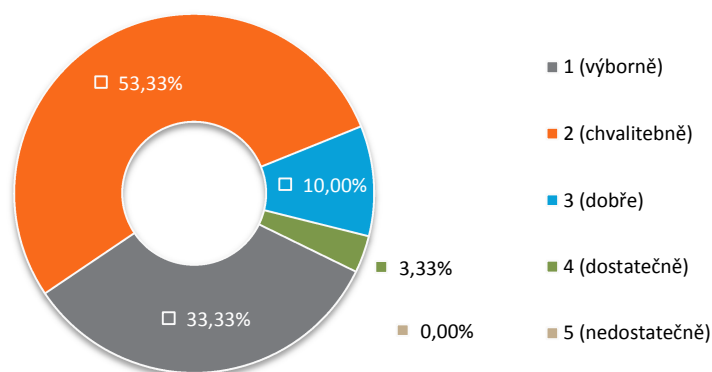
Odpověď „1 (výborně)“ udalo 10 (33,33 %) respondentů, „2 (chvalitebně)“ udalo 16 (53,33 %) respondenti, odpověď „3 (dobře)“ udali 3 (10 %) respondenti, odpověď „4 (dostatečně)“ udal 1 (3,33 %) respondent, odpověď „5 (nedostatečně)“ neoznačil žádný respondent.

**Tabulka 27** | Celková klasifikace kurzu absolventy (formou známkování)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 (výborně)	10	0,33
2 (chvalitebně)	16	0,53
3 (dobře)	3	0,10
4 (dostatečně)	1	0,03
5 (nedostatečně)	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>



**Graf 25 | Celkové klasifikace kurzu absolventy (formou známkování)**



**Otázka č. 10: Doporučil byste něco ohledně kurzu, do budoucna?**

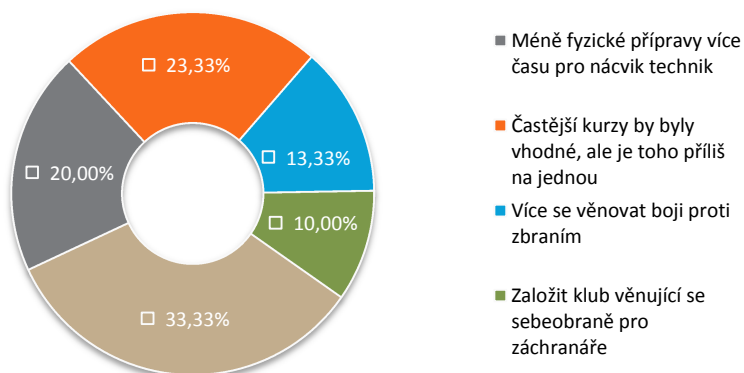
Cílem otázky bylo zjistit, zdali mají respondenti po absolvovaném kurzu nějaká další doporučení či tipy pro zlepšení výuky.

Odpověď „méně fyzické přípravy, více času pro nácvik technik“, napsalo 6 (20 %) respondentů, „častější kurzy by byly vhodné, ale je toho příliš najednou“ uvedlo 7 (23,33 %) respondentů, „více se věnovat boji proti zbraním“ uvedli 3 (13,33 %) respondenti, „založit klub věnující se sebeobraně pro záchranáře“ uvedli 3 (10 %) respondenti, 10 (33,33 %) respondentů neuvedlo žádná doporučení.

**Tabulka 28 | Doporučení absolventů pro zlepšení kurzu**

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně fyzické přípravy, více času pro nácvik technik	6	0,20
Častější kurzy by byly vhodné, ale je toho příliš najednou	7	0,23
Více se věnovat boji proti zbraním	4	0,13
Založit klub věnující se sebeobraně pro záchranáře	3	0,10
Neuvedeno	10	0,33
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>

**Graf 26 | Doporučení absolventů pro zlepšení kurzu**



## 4.5 KOREKCE PROJEKTU KURZU ZÁKLADNÍ SEBEOBRAHY ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ

### CHARAKTERISTIKA KURZU

Kurz základních principů sebeobranu pro zdravotnickou záchrannou službu je specializovaný kurz pro členy ZZS – tedy lékaře, zdravotnické záchranáře nebo řidiče. Uskutečňuje se v prostorách vhodných k nácviku sebeobranu (např. tělocvičny, haly), nutný je nácvik ve specializovaných prostorách (sanitka, malé prostory – uzavřená místnost, schodiště, ulice apod.).

### VZDĚLÁVACÍ CÍL

Hlavním cílem je získání základních dovedností specializované sebeobranu pro příslušníky ZZS a vytvoření předpokladů pro zvládnutí sebeobrané situace.

### POŽADAVKY NA LEKTORA

#### Lektorem může být:

- Certifikovaný lektor sebeobranu,
- Lektor sebeobranu se zkušenostmi s výukou zdravotníků.

### ROZSAH ZNALOSTÍ ABSOLVENTA

#### Absolvent zná:

- Základní komunikaci v sebeobraně tedy agresivním pacientem či jeho blízkým okolím.
- Základní znalosti zvládnutí strachu.
- Legislativu zaměřující se na sebeobranu.
- Základní metody mentálního tréninku.
- Využití improvizovaných pomůcek k sebeobraně.
- Taktické rozestoupení při práci ve vnitřních nebo vnějších prostorách.
- Základní chování a typologii útočníků.
- Své fyzické možnosti.

**Absolvent umí:**

- Rozpoznat blížící se hrozbu fyzického napadení – umí na ni reagovat.
- Provést základní bojový postoj, úder, kop.
- Provést základní porazy útočníka na zem.
- Provést základní blokování útočníka na zemi.
- Zacházet s lékařským batohem jako sebeobrannou pomůckou.
- Základní techniky pro pomoc druhé osobě/kolegovi při napadení.
- Základní techniky jak se dostat ze situace napadení více útočníky.
- Základní techniky pro boj proti zbraním (nůž, tyč, apod.).
- Základní techniky zacházení se zbraněmi.

**ČASOVÁ DOTACE KURZU**

**Tabulka 29** | Časová dotace projektu kurzu základní sebeobrany zdravotnických záchranářů po korekci

<b>Předmět</b>	<b>Počet hodin</b>
Komunikace v sebeobraně	2
Strach a jeho kontrola	1
Legislativa zaměřující se na sebeobranu	0,5
Rozpoznání hrozby – včasná/správná reakce	2
Mentální trénink	1
Nácvik technik	5
Modelové situace	5
Fyzická příprava	3,5
<b>Celková teorie a praxe</b>	<b>20</b>

## **PODMÍNKY PRO ZAŘAZENÍ DO KURZU**

- Pracující člen ZZS.
- Podepsaný souhlas s účastí v kurzu na vlastní nebezpečí.
- Zdravotní způsobilost.

## **MATERIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ**

### **Požadavky na účastníka:**

- Pracovní oděv a obuv.
- Psací potřeby.
- Dostatek tekutin.
- Vlastní strava.

### **Požadavky na organizátora:**

- Zajištění prostor.
- Zajištění sanitky.
- Zdravotní dozor.\*
- Zajištění materiálu pro nácvik technik:
  - Ochranné přilby.
  - Rukavice.
  - Lapy.
  - Ochranný oblek.

## **UKONČENÍ KURZU**

Ukončení kurzu bude realizováno prostřednictvím testování naučených dovedností v modelových sebeobraných situacích.

---

\* Z důvodu obsazení kurzu zdravotnickými záchranáři byl po domluvě ustanoven jeden z účastníků jako zdravotní dozor.

## UČEBNÍ OSNOVY

**Tabulka 30** | Učební osnovy projektu kurzu základní sebeobranu zdravotnických záchranářů po revizi

Učební osnovy kurzu: Základní sebeobranu zdravotnických záchranářů				
Počet hodin:	20			
Počet hodin	Místo výuky	Způsob výuky	Téma výuky	Poznámka
1	Tv	T	Základní komunikace v sebeobraně.	
1	Tv	T	Strach a jeho kontrola.	
0,5	Tv	T	Legislativa směřující na sebeobranu.	
1	Tv	T/P	Základní metody mentálního tréninku.	
2	Tv	T/P	Rozpoznání hrozby – včasná/správná reakce	
2	Tv	P	Rozběhaní – rozehrání - pohybové hry	
0,5	Tv	P	Protažení – Silová průprava – kliky, dřepy, sedy lehy	
1	Tv	P	Nácvik – bojový postoj, pohyb v bojovém postoji, základní úder (tzv. kladivo-hammer fist)/vy-světlení vitálních bodů člověka.	Nácvik samostatně, ve dvojicích, na lapách.
1	Tv	P	Nácvik základního kopu – kyvadlově vedený.	Nácvik samostatně, ve dvojicích, na lapách.
2	Tv	P	Klinč – držení v klinči – jednoduchý poraz útoč-níka na zem.	Nácvik porazu na vysokých žínkách.
1	Tv	P	Techniky boje proti se zbráním/boj se zbraní.	
1	Tv	P	Poraz útočnicka na zem ve dvojici – taktická ko-ordinace.	
1	Tv	P/T	Nácvik komunikace s agresorem – modelové situace.	
1	S	P	Blokování útočnicka na zemi- samostatně ve dvojici. / užití pomůcek – užití lékařských bato-hů.	
1	Tv	P	Modelová situace – agresivní okolí pacienta - nácvik orientace v davu/možnost více útočnicků.	
1	Tv	P	Modelová situace – nácvik sebeobranu při ošet-řování v malých prostorách.	Užití batohů.
1	Tv/S	P	Modelová situace – pomoc kolegovy- současný nácvik technik porazů – chycení útočnickovy hlavy.	
1	Tv	P	Modelová situace – agresivní útočnick po nalože-ní do sanitky- blokování na lehátku – a bezpečný únik.	

**Legenda:**

Tv	Tělocvična
T	Teorie
P	Praxe

## 4.6 DISKUZE, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Během tvorby této práce jsme se setkali s různými statistikami napadání zdravotníků (HÁVA 2004), (PEKARA 2006). Pouze málo prací se však zabývá napadáním konkrétně zdravotnických záchranářů. Podrobnější přehled můžeme nalézt v práci (KOSTELNÉ ,2013), která ve spolupráci s Komorou záchranářů v průběhu svého výzkumu zjistila, že ze vzorku 300 záchranářů bylo 53 % napadeno agresivním pacientem nebo jeho okolím. Toto zjištění koresponduje také s našimi poznatky. V rámci vstupního dotazníkového šetření jsme zjistili, že 53 % respondentů bylo fyzicky napadeno, 40 % se setkalo s verbálním napadením a 6,7 % bylo obětí útoku se zbraní (srov. Graf 4, s. 44).

Jedním z nejucelenějších přehledů, s nímž jsme pracovali, jsou zjištěná data z násilí na pracovištích, které uvádí příručka Prevence násilí a zvládnání krizové situace na pracovišti (ČMKOS, 2012). Zmiňovaný přehled uvádí, že z celkového počtu zkoumaných pracovišť mělo 56 % charakter zdravotnického zařízení a 44 % pracovišť charakter sociální péče. Celkem byla získána data od 1052 respondentů. Ve zdravotnických zařízeních bylo za poslední rok fyzicky napadeno téměř 16 % respondentů, v sociálních službách až 22 %. V převážné většině (90 %) šlo o útok ze strany klienta/pacienta, přičemž příčiny incidentu nebyly vůbec vyšetřovány v 70 % případů. Napadení se zpravidla odehrávalo uvnitř zdravotnického/sociálního zařízení (76 %). Jako nevyhnutelný jej hodnotilo více než 63 % respondentů. Fyzické napadení se zbraní se vyskytlo celkem v 3 % případů. Tyto výsledky nemají v obecné rovině klesající tendenci, a to ani u zdravotnických záchranářů, kde jsou konkrétní statistiky hůře k nalezení.

S ohledem na aktuálnost problematiky nás zajímaly zkušenosti záchranářů se sebeobranou. Z dalšího šetření vstupního dotazování vyplynulo, že 43 % účastníků se již v minulosti zabývalo sebeobranou nebo jiným bojovým sportem (srov. Graf 8, s. 47). Jako překvapivý problém se ukázalo, že ve srovnání s datem 2001, kdy u nás vznikaly první kurzy sebeobrany, je toto číslo navzdory aktuální potřebě stále nízké. Z výsledků fáze pozorování navíc vyplývá, že i účastníci, kteří se této aktivitě v minulosti zabývali, většinou projeví velice nízkou úroveň praktických dovedností v sebeobraně.

Solidní a účinná právní ochrana záchranářů je jedním ze základních předpokladů jejich mnohdy komplikované práce. Zajímala nás tedy jejich spokojenost se stávající právní ochranou. Výsledky šetření vstupní části dotazování konstatují, že 93 % zdravotnických záchranářů není spokojeno s dosavadní právní ochranou zdravotnických záchranářů (srov. Graf 12, s. 50), avšak na druhou stranu 93 % si také myslí, že status veřejného činitele by nesnížil počet fyzických napadení (srov. Graf 13, s. 51). To nasvědčuje o realitě, se kterou se účastníci kurzu denně

setkávají, jak jsme ukázali v teoretické části, a jak se můžeme setkat v médiích v posledních letech. V reakci na tuto skutečnost jsme se rozhodli během fáze korekce projektu kurzu zařadit teoretickou část zabývající se legislativou zaměřující se na sebeobranu.

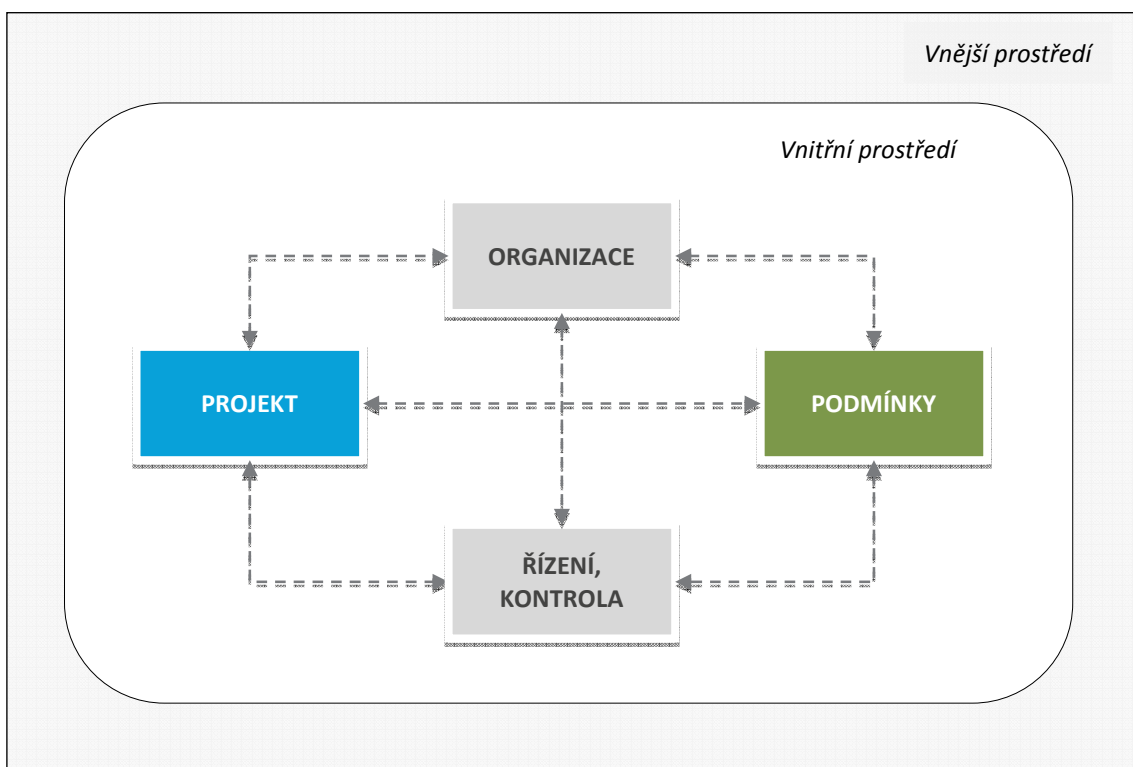
Po absolvovaném kurzu vnímalo 63,3 % účastníků přínos sebeobranu velmi pozitivně (srov. Graf 17, s. 58). Oproti tomu jsme se setkali s problémem – a to s neochotou 50 % absolventů cvičit sebeobranu pravidelně (srov. Graf 21, s. 61). Tento problém v našem případě vyúsťuje v jedno z hlavních doporučení této práce, a to konkrétně o nutnost koncepčního řešení problému. Dalším z pozitivních výsledků kurzu bylo, že se 60 % účastníků po jeho absolvování cítilo lépe. S tím také dle našeho pozorování přichází zvýšené sebevědomí, což je jistě pozitivní skutečností, na druhou stranu je však potřeba si uvědomit jistou míru nebezpečí, že žádný záchranář není pomocí sebeobranu nepřemožitelný – proto byl v průběhu korekce projektu kurzu zařazen požadavek na absolventa, že zná své vlastní fyzické možnosti. Překvapil nás poznatek, že pouze 33 % záchranářů uvedlo, že se jim nelíbila fyzická průprava (srov. Graf 24, s. 63). Můžeme se tedy domnívat, že i při vyšších nárocích na fyzickou zdatnost při kurzu je negativní ohlas spíše nižší, než jsme očekávali. V korekci kurzu jsme se proto rozhodli ponechat fyzickou průpravu a navíc ji prodloužit i přes to, že 20 % respondentů by se dle svého doporučení raději věnovalo nácviku technik, než fyzické přípravě (srov. Graf 26, s. 64). 13 % respondentů uvedlo zajímavý požadavek na výuku obrany proti zbraním, což jsme vyhodnotili jako relevantní a rozhodli se v rámci korekce projektu požadavek zahrnout do učebních osnov.

V průběhu tvorby této bakalářské práce jsme čelili některým omezujícím problémům. Při snaze o vymezení výuky základních principů sebeobranu pro zdravotnické záchranáře formou funkčního výukového modelu použitelného v praxi jsme dospěli k poznání, že je možné takovou výuku navrhnout a realizovat, avšak výsledek bude vždy pouze dílčím výsledkem neřešící podstatu problému. Adekvátní model lze totiž připravit pouze za předpokladu koncepčního řešení problému na národní úrovni. V reakci na to vyvstává důležitá otázka: Jakým způsobem řešit výuku sebeobranu v celorepublikovém měřítku? Odpověď na tuto důležitou otázku může být předmětem navazující diplomové práce. V tuto chvíli uvedeme v následující kapitole několik myšlenek věnující se doporučení pro praxi.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- 1) Definovat požadavky a navrhnou koncepční řešení výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře. Východiskem budiž model systému výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře uvedený níže formou schématu (viz Schéma 3). Model je tvořen navzájem na sebe působícími hraničními prvky funkčního systému, jejichž důležitost můžeme zvýraznit tvrzením, že pokud dojde k selhání libovolného uvedeného hraničního prvku, dojde k selhání celého systému. V této souvislosti je také nezbytné vzít v úvahu vzájemnou ovlivnitelnost hraničních prvků s vnitřním prostředím systému a zároveň vliv působení vnějšího prostředí reprezentovaného na národní úrovni např. ekonomickou situací státu, politickou reprezentací země aj. V této souvislosti je nezbytné zaměřit svou pozornost na následující okruhy řešení (popsané okruhy jsou pouze příkladem):

Schéma 2 | Model systému výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře



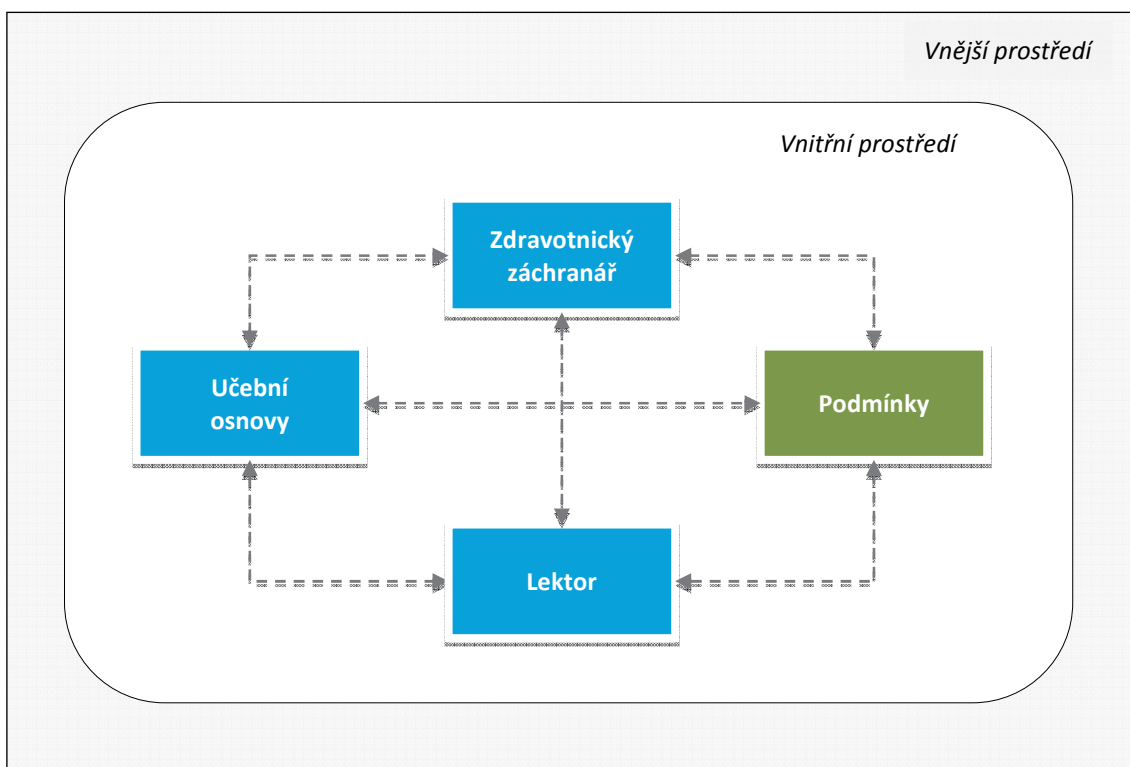
Zdroj: Vlastní

- a) **Podmínky:** personální (zajištění certifikovaných lektorů); ekonomické (zajištění finančních prostředků na realizaci forem výuky); materiální (zajištění výukových pomůcek a zařízení); legislativní (zajištění právní opory a ochrany).
- b) **Organizace, řízení (kontrola, hodnocení):** zajištění procesu řízení, kontroly a hodnocení procesů, vedení lidí, optimální organizační struktury.
- c) **Projekt:** viz bod 2).



- 2) V souladu s bodem 1) rozmělnit rozlišovací úroveň náhledu na systém a pohlédnout na hraniční prvek „Projekt“ jako na subsystém. Východiskem budiž opět model subsystému projektu kurzu základní sebeobraný zdravotnických záchranářů tak, jak je prezentován v níže přiloženém schématu (viz Schéma 3). Také zde platí pravidla vytvoření modelu uvedená v předchozím bodě. V zájmu kvalitního a reálného koncipování projektu je nezbytné se zaměřit na následující okruhy řešení a jejich souvislosti:

**Schéma 3** | Model subsystému „Projekt kurzu základní sebeobraný zdravotnických záchranářů“



*Zdroj: Vlastní*

- Podmínky:** platí totéž jako v případě bodu 1)-a.
- Lektor, zdravotnický záchranář:** je potřeba vnímat osoby lektora i zdravotnického záchranáře jako účastníky výchovně vzdělávacího procesu, kteří jsou ve vzájemné interakci a kvalita této interakce přímo ovlivňuje výstupy a výsledky celého snažení.
- Učební osnovy:** odráží reálné požadavky zdravotnických záchranářů v oblasti výuky sebeobraný. Jejich reálná podoba je především ovlivněna osobou lektora i zdravotnického záchranáře jako příjemce výukového procesu.

## ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce nesoucí název *Výuka základních principů sebeobranu pro zdravotnickou záchrannou službu* si kladla za cíl zjistit aktuální stav výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře a na základě zjištěných poznatků navrhnout odpovídající výukový model použitelný v praxi. Zmiňovaného cíle se podařilo dosáhnout sérií postupných kroků uvedených v kapitole 3.1 (úkoly práce). V rámci deskripce zvolené metodiky jsme v zájmu naplnění cíle a úkolů definovali výzkumné otázky, které se v závěru pokusíme stručně zodpovědět:

**VO 1:** *Jak lze charakterizovat aktuální stav výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby?*

Základním rysem aktuálního stavu výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby je jeho roztříštěnost a nejednotnost. Neexistuje žádné reálné centrální zastřešení této aktivity, čímž je otevřen prostor pro individuální aktivity ne vždy žádoucího charakteru. Dále neexistuje jednotná metodika pro výuku sebeobranu a dílčí pokusy o vymezení obsahu výuky většinou naráží na problémy odtržení od reálných potřeb záchranářů nebo předpokládají již od samého počátku neadekvátní úroveň pohybových dovedností.

**VO 2:** *Jaká jsou specifika výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby ve vztahu k reálným podmínkám participantů a okolního prostředí?*

Základní specifika výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby lze definovat následovně:

- **Specifické situace a prostředí**, ve kterých se záchranáři ocitají, vyžadují vysoký stupeň psychické odolnosti. Především je potřeba v pokročilejší fázi výuky využívat metodu modelování stresových situací v reálných prostředích.
  - Na základě výsledků realizovaného kurzu lze konstatovat, že **fyzická zdatnost záchranářů** není vždy optimální. S touto situací je potřeba počítat. Řešení tohoto problému tkví jak v osobách záchranářů samotných, tak (možná) v myšlence pravidelných prověrek fyzické zdatnosti.
  - Významným specifikem, v tomto případě značně omezujícím, jsou **reálné podmínky záchranářů pro aktivní přípravu a výcvik v sebeobraně**. Zastáváme názor, že bezpečnost na pracovišti není otázkou záchranáře jako soukromé osoby, nýbrž otázkou zaměstnavatele a osob odpovědných za související legislativu.
- VO 3:** *Je navrhovaný projekt kurzu základní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře vhodně koncipován a strukturován?*

Odpověď na tuto výzkumnou otázku byla zakomponována do korekce projektu kurzu základní sebeobranu pro zdravotnické záchranáře, která reflektovala poznatky ze zúčastněného pozorování průběhu kurzu, výstupního dotazování účastníků (absolventů) a vlastních znalostí principů výuky sebeobranu. V tuto chvíli lze zodpovědně pouze konstatovat, že koncept a struktura navrženého modelu výuky musí být podrobena další kritice a především reálné praxi, během níž může dojít k další kalibraci. Odpověď tedy nelze s ohledem na tyto argumenty jednoznačně formulovat.

**VO 4** *Jaké jsou předpoklady výuky sebeobranu pro zdravotníky záchranné služby z hlediska koncepčního řešení problematiky?*

Na tuto výzkumnou otázku jsme odpověděli v kapitole 4.6, resp. v části „Doporučení pro praxi“, kdy jsme navrhli model systému výuky sebeobranu pro zdravotnické záchranáře (viz Schéma 2, s. 71) a model subsystému „Projekt kurzu základní sebeobranu zdravotnických záchranářů“ (viz Schéma 3, s. 72). V této souvislosti jsme nastínili oblasti, které mohou být předmětem dalšího zpracování, např. v navazující diplomové práci.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## LITERATURA

- ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 120 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4119-2.
- BARTŮŇKOVÁ, Staša, 2010. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada. 299 s. Psyché. ISBN 80-247-0708-X.
- BRUNNER, Aleš, 2008. Sebeobrana záchranáře. *Rescue Report*, roč. 11, č. 3, s. 54–55. ISSN: 1212-0456.
- BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
- CRUDELLI, Chris, 2011. *Cesta bojovníka: bojová umění a bojové techniky z celého světa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 360 s. ISBN 978-80-204-2248-4.
- ČERMÁK, Ivo, 1999. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou: Fakta. 204 s. ISBN 80-902614-1-8.
- ČÍRTKOVÁ, Ludmila a kol., 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.
- ČMKOS, 2012. *Prevence násilí a zvládání krizové situace na pracovišti: praktická studijní příručka*. 1. vyd. Praha: ©ČMKOS. 216 s. ISBN: 978-80-87306-08-6.  
Dostupné z: [http://www.cmkos.cz/data/articles/down\\_3311.pdf](http://www.cmkos.cz/data/articles/down_3311.pdf)
- DOBIÁŠ, Viliam, Táňa BULÍKOVÁ a Peter HERMAN, 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta. 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
- EGGERT, Max a Wendy FALZON, 2005. *Řešení konfliktů*. 1. vyd. Praha: Portál. 112 s. Management do kapsy; 4. ISBN 80-7367-011-9.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 83 s. ISBN 80-7013-397-X.
- HÁVA, Petr a kol., 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 136 s. ISBN 80-86625-21-4.
- HOFMANNOVÁ, Kateřina, 2010. Kulatý stůl: Pracovní násilí a jeho zdroje. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*, roč. 6, č. 11, s. 1. ISSN: 1801-464X.
- JINDŘICH, Ivan a Jiří MÜLLER, 1980. *Příručka sebeochrany: páky, jejich mechanismus, nácvik a použití*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 259 s. Knižnice vojenských příruček, sv. 51.

- KONEČNÝ, Alois, 2000. *Slovník sebeobrany*. Olomouc: Votobia. 90 s. obr. příl. ISBN 80-7198-446-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2008. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál. 189 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk a Jaroslav HONZÍK, 1987. *Umíte se bránit?: Sebeobrana*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 180 s. ISBN 28-067-87.
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk, 1992. *Učebnice sebeobrany pro každého*. 1. vyd. Praha: Futura. 358 s. ISBN 80-85523-01-9.
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk, 2006. *Nebojte se bránit*. 1. vyd. Praha: Armex. 336 s. ISBN 80-86795-43-8.
- NOVÁK, Jindřich a Ivan ŠPIČKA, 1973. *Úvod do taktiky sebeobrany MS-1*. Praha: Olympia. 106 s.
- NOVÁK, Jindřich, ed. a Ivan ŠPIČKA, ed, 1966. *Úvod do teorie monosignální sebeobrany*. Praha: STN, 1966. 111, [1] s. Učební texty ČSTV. Ř. C, sv. 18.
- NOVOTNÝ, František, 2006. *Právo na sebeobranu*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ. 114 s. Knihovnička LexisNexis. ISBN 80-86920-10-0.
- PEKARA, Jaroslav, 2006. Napadení zdravotnických záchranářů v České republice. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*, roč. 3, č. 4, s. 175–176. ISSN 1801-464X.
- PETRUŠEK, Miloslav a kol., 1996. *Velký sociologický slovník: I. svazek, A–O*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
- POKORNÝ, Jiří a kol., 2004. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén. 547 s. ISBN 80-7262-259-5.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 277 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1697-8.
- Příručka sebeobrany QS-1*, 1973. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 329 s. Knižnice vojenských příruček, sv. 31.
- REGULI, Zdenko, 2004. *Systematika úpolov* [rukopis]. Rigorosní práce na FSpS MU Brno. 140 s.
- REGULI, Zdenko, 2005. *Úpolové sporty: distanční studijní text*. 1. vyd. Brno: MU FSpS. 133 s. ISBN 80-210-3700-8.
- ŘÍČAN, Pavel, 2009. *Psychologie*. 3., dopl. a upr. vyd. Praha: Portál. 300 s. ISBN 978-80-7367-560-8.
- SMOTLACHA, František, 1938. *Dějiny a význam brany (Jiu-jitsu a juda)*. Praha.
- SVOBODA, Slavomír a kol., 2012. *Encyklopedie bojových umění a sportů*. 1. vyd. Praha: Česká unie bojových umění v nakl. Mladá fronta. 315 s. ISBN 978-80-204-2852-3.

ŠPIČKA, Ivan a Jindřich NOVÁK, 1969. *Moderní sebeobrana*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 154, [5] s.

ŠPIČKA, Ivan a Jindřich NOVÁK, 1971. *Kapitoly o sebeobraně*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko. 163, [5] s.

ŠPIČKA, Ivan, 1980. *Úvod do mentální průpravy: Výklady o sebeobraně. Díl. 2*. Praha: TJ Tatra Smíchov ČKD. 43 s.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE

EICHLER, Pavel, ©2007. Jak se nepustit do křížku s agresivním pacientem. In: *iDNES.cz* [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/jak-se-nepustit-do-krizku-s-agresivnim-pacientem-f6n-/domaci.aspx?c=A071128\\_125813\\_praha\\_itu](http://zpravy.idnes.cz/jak-se-nepustit-do-krizku-s-agresivnim-pacientem-f6n-/domaci.aspx?c=A071128_125813_praha_itu)

ITV PUBLIC, s.r.o., ©2010. Musado. In: ITV PUBLIC, s.r.o. *Bojové sporty box judo karate kickbox taekwondo: bojovesporty.cz* [online]. [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://www.bojove-sporty.cz/styly/musado>

KRAV MAGA O. S., ©2008. Co je Krav Maga: Stručná charakteristika systému Krav Maga. In: KRAV MAGA O. S. *Krav Maga: Oficiální stránky české sekce Krav Maga Global* [online]. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.krav-maga.cz/clanky/co-je-krav-maga.html>

KÚ JMK, ©2011. Michal Hašek: Kraje chtějí pro záchranáře status veřejných činitelů. In: *Portál Jihomoravského kraje: Kraj a média: Akce představitelů JMK 2011* [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=167338&TypeID=2>

KÚ LK, ©2011. Vláda projedná návrh Zastupitelstva LK na změnu zákona posilující právní ochranu zdravotnických záchranářů. In: *Portál Libereckého kraje* [online]. [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.kraj-lbc.cz/Vlada-projedna-navrh-Zastupitelstva-LK-na-zmenu-zakona-posilujici-pravni-ochranu-zdravotnickych-zachranaru-n136027.htm>

MIKOLÁŠEK, Martin, ©2007. Jim Wagners reality based personal protection. In: *Reálná sebeobrana: RBSD.cz* [online]. [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: <http://www.rbsd.cz/clanky/jim-wagners-reality-based-personal-protection/>

SEBEOBRANA, ©2008. Sebeobrana a právo. In: *Sebeobrana* [online]. [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://www.sebeobrana.estranky.cz/clanky/sebeobrana-a-pravo.html>

SLABÝ, Marek, 2011. Rozhovor Marie Pfeiferové s ředitelem ZZS Jihočeského kraje na téma: *Co s útoky na záchranáře a lékaře ZZS*. Transkripce rozhovoru dostupná z: <http://www.tribune.cz/clanek/23589-co-s-utoky-na-zachranare-a-lekare-zzs>

VANTUCH, Pavel, ©2009. Nový trestní zákoník č. 40/2009 Sb.: PRAVNIRADCE.IHNED.CZ – Praktická příručka. In: ECONOMIA, a. s. *PravniRadce.cz: Leader na trhu právních informací* [online]. 21. 10. 2009 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://pravniradce.ihned.cz/c1-38730700-novy-trestni-zakonik-c-40-2009-sb>

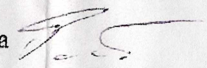
# SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A   SOUHLAS ZZS KRAJE VYSOČINA S REALIZACÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	I
PŘÍLOHA B   VSTUPNÍ DOTAZNÍK I. FÁZE VÝZKUMU .....	II
PŘÍLOHA C   VÝSTUPNÍ DOTAZNÍK III. FÁZE VÝZKUMU .....	VI

**ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Patrik Komani, DiS.	
Studijní obor	Zdravotnický záchranář	Ročník 3.
Téma práce	Vyuka základních principů sebeobranu u zdravotnických záchranářů	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	ZZS Kraje Vysočina	
Jméno vedoucího bakalářské práce	Mgr. Josef Taybner	
Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při výzkumu/průzkumu	Výzkum/průzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího bakalářské práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> <del>nesouhlasím</del> podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input type="radio"/> <del>souhlasím</del> <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> <del>nesouhlasím</del> podpis	

V Jihlavě dne 25. 3. 2011

podpis studenta 



## **PŘÍLOHA B | VSTUPNÍ DOTAZNÍK I. FÁZE VÝZKUMU**

Vstupní dotazník je směřován personálu zdravotnické záchranné služby Kraje vysočina, který projdou kurzem sebeobranu ve dnech 15. – 22. 7. 2013 vedeným Patrikem Komani, DiS.

Jsem studentem Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Praha 5, Duškova 7, kde studuji obor Zdravotnický záchranář. Chci Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako praktická část mé bakalářské práce a slouží jako zpětná vazba po kurzu sebeobranu, a též jako průzkum problematiky fyzického napadení zdravotnických záchranářů.

**Dotazník je anonymní.**

Předem děkuji za vyplnění a přeji příjemný zbytek dne.

(Zvolenou odpověď prosím zakroužkujte).

---

### **OSOBNÍ ÚDAJE**

---

- 1. Pohlaví:** a) Muž  
b) Žena
- 2. Věk:** a) 20–30  
b) 31–40  
c) 41–50  
d) nad 50
- 3. Vzdělání:** a) Střední odborné  
b) Úplné střední s maturitou  
c) Vysokoškolské  
d) Jiné:

---

## DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI S NAPADENÍM

---

### 4. S jakou formou napadení jste se do dnešní doby setkal?

- a) Verbální (nadávky, urážení, ponižování, vyhrožování...)
- b) Fyzické (facka, poškrábání, kopání, údery pěstí, postrkování...)
- c) Útok se zbraní
- d) Jiné: \_\_\_\_\_

### 5. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl B nebo C, prosím zadejte, kdy k napadení došlo?

- a) Při příjezdu
- b) Při zajištění pacienta
- c) Během převozu
- d) Při předání

### 6. Pokud jste na otázku 4. odpověděl B nebo C, prosím zadejte, kdo byl útočníkem?

- a) Pacient – muž / žena
- b) Blízké okolí – muž / žena
- c) Jiné: \_\_\_\_\_

### 7. Co myslíte, že je nejčastější příčinou fyzického napadení zdravotnického záchranáře?

- a) Alkohol a jiné návykové látky
- b) Psychické onemocnění (možno zařadit diagnózy – epilepsie, hypoglykémie, atd.)
- c) Stresující situace
- d) Nevhodná komunikace ze strany zdravotnického záchranáře
- e) Sociální faktor – občan bez domova
- f) Etnický faktor – příslušník národnostní menšiny
- g) Jiné: \_\_\_\_\_

---

## DOSAVADNÍ ZKUŠENOSTI S PREVENČÍ A SEBEOBRANOU

---

**8. Zabýval/a jste se v minulosti sebeobranou či bojovým sportem?**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Promyslíte si, při vstupu do různých uzavřených prostor (byty, domy,...), únikovou cestu?**

- a) Ano, pokaždé, všímám si i potenciálního nebezpečí (položené potenciální zbraně, sklo, ...)
- b) Cestu se snažím zapamatovat, ale nekladu tomu přílišný důraz
- c) Spíše ne, nějak to neřeším, v případě nutnosti prostě někudy uteču

**10. Koho z týmu byste zvolil/a jako prvního kdo vstoupí do neznámé místnosti?**

- a) Vstupuje vždy nejzkušenější z týmu
- b) Vstupuje ten nejméně zkušený jako takový průzkum
- c) Nedomlouváme se, kdo vstoupí první

**11. Co Vám nejvíce pomáhá uklidnit se po psychicky náročné situaci?**

- a) Být chvíli sám a v klidu
  - b) Vypovídat se
  - c) Sport
  - d) Jiné: \_\_\_\_\_
-

---

## MOŽNOSTI OCHRANY PROTI NAPADENÍ

---

**12. Myslíte, že je dostatečně právně ošetřeno napadení zdravotnického záchranáře?**

- a) Ano
- b) Ne

**13. Myslíte, že by status veřejného činitele pro zdravotnického záchranáře snížil počet fyzických napadení?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. Co byste ocenil/a jako vhodnou zbraň pro obranu zdravotnického záchranáře?**

- a) Obušek
- b) Pepřový sprej
- c) Elektrický paralyzér
- d) Žádná
- e) Jiné: \_\_\_\_\_

**15. Je na Vašem pracovišti zajišťovaná nějaká forma prevence napadení?**

- a) Kurzy psychologie, jednání s agresivními jedinci
- b) Kurzy sebeobrany
- c) Obranné pomůcky – pepřové spreje
- d) Výjezd policie do rizikových oblastí společně se zásahem
- e) Jiné:
- f) Žádná

**16. Jaká jsou Vaše očekávání od kurzu?**

---

## **PŘÍLOHA C | VÝSTUPNÍ DOTAZNÍK III. FÁZE VÝZKUMU**

Výstupní dotazník je směřován personálu zdravotnické záchranné služby Kraje vysočina, absolventy kurzem sebeobranu ve dnech 15. – 22. 7. 2013 vedeným Patrikem Komani, DiS.

Jsem studentem Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Praha 5, Duškova 7, kde studuji obor Zdravotnický záchranář. Chci Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který slouží jako praktická část mé bakalářské práce a slouží jako zpětná vazba po kurzu sebeobranu, a též jako průzkum problematiky fyzického napadení zdravotnických záchranářů.

### **Dotazník je anonymní.**

Předem děkuji za vyplnění a přeji příjemný zbytek dne.

(Zvolenou odpověď prosím zakroužkujte).

---

### **DOTAZNÍK**

---

#### **1. Byl pro Vás kurz sebeobranu, kterým jste prošel/a přínosný?**

- a) Ano, byl velice přínosný
- b) Ano, bylo to pro mě částečně přínosné
- c) Ne, nijak mě tento kurz neoslovil

#### **2. Byla podle Vás dobře zvládnuta organizace kurzu?**

- a) Ano
  - b) Ne – doplňte prosím informaci o tom, co bylo špatně:
- 

#### **3. Myslíte si, že bylo dostatečně vyřešené materiální zajištění kurzu?**

- a) Ano
- b) Ne

#### **4. Byl podle Vás lektor kurzu dostatečně kvalifikovaný?**

- a) Ano
- b) Ne

**5. Byl/a byste ochotný/a cvičit sebeobranu pravidelně?**

- a) Určitě ano
- b) Možná – nejsem si jistý/á
- c) Určitě ne

**6. Cítíte se po absolvování kurzu bezpečněji?**

- a) Ano cítím se lépe
- b) Spíše se cítím stejně jako před kurzem
- c) Naopak se ještě více cítím ohroženě

**7. Co se Vám během kurzu líbilo nejvíce?**

- a) Teoretická část
- b) Nácvik technik a postupů
- c) Psychologická příprava a mentální trénink
- d) Fyzická příprava
- e) Jiné: \_\_\_\_\_

**8. Co se Vám naopak na kurzu nelíbilo?**

- a) Nácvik technik a postupů
- b) Teoretická část
- c) Fyzická příprava
- d) Psychologická příprava a mentální trénink
- e) Jiné: \_\_\_\_\_

**9. Jakou známku byste dal kurzu celkově od 1 do 5? (1 – je nejlepší/ 5 – nejhorší)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**10. Doporučil byste něco ohledně kurzu, do budoucna?**

\_\_\_\_\_