

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

**VERBÁLNÍ A FYZICKÁ SEBEOBRANA
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADAM HRUBÝ

Praha 2016

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**VERBÁLNÍ A FYZICKÁ SEBEOBRANA
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

Bakalářská práce

ADAM HRUBÝ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2016



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

Hrubý Adam
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

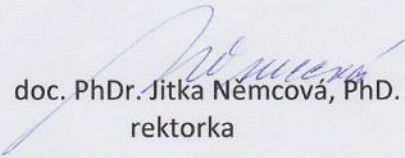
Na základě Vaší žádosti ze dne 18. 9. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Verbální a fyzická sebeobrana u zdravotnických záchranářů

Verbal and Psysical Self-defense from the Perspective of Paramedics

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval vedoucímu práce, Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D., za čas, který se mnou strávil na vývoji této bakalářské práce. Zvláště pak za jeho podíl, na realizaci videa, které bylo zároveň výstupem z celé práce. Dále bych rád poděkoval Bc. Marcele Braunové, za pomoc s psychologickými aspekty, zmiňovanými v této práci a za pomoc s celkovým vývojem.

ABSTRAKT

HRUBÝ, Adam. *Verbální a fyzická sebeobrana zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2016. 59 s.

Teoretická část této bakalářské práce je koncipována pro získání základního povědomí o pojmech zdravotnický záchranář, agrese, verbální a fyzická sebeobrana. Praktická část bakalářské práce je zaměřena na průzkum incidentů zdravotnických záchranářů ve své profesi, a to za pomoci kvalitativního hloubkového rozhovoru. Tento rozhovor měl za cíl zjistit, zda zdravotničtí záchranáři používají fyzickou sebeobranu a verbální sebeobranu. Dále jejich postup při opakování násilného incidentu. Dalším cílem bylo zjistit názor zdravotnických záchranářů na učení verbální a fyzické sebeobrany a její reálné využití pro tuto profesi. I když mnohdy nedokáží konkretizovat jak, většina dotazovaných zdravotnických záchranářů by preferovala koncepční výuku verbální a fyzické sebeobrany, která by byla specificky určená pro výkon povolání zdravotnického záchranáře. Dalším cílem tohoto průzkumu je praktické využití získaných informací z hloubkového rozhovoru pro tvorbu edukačního videa a pro souhrn technik verbální a fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. Zjistili jsme, že z pohledů zdravotnických záchranářů v celém světě, je téma verbální a fyzické sebeobrany velmi aktuální.

Klíčová slova

Agresivní pacient, Deeskalace násilí, Fyzická sebeobrana, Verbální sebeobrana, Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

HRUBÝ, Adam. *Verbal and Physical self-defense from the Perspective of Paramedics*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Prague. 2016. 59 pages.

Theoretical part of this bachelor's thesis is conceived to comprehend basic terms, which are paramedics, aggression, verbal and physical selfdefense. The practical part of this bachelor's thesis is focused on the cases of violence from the perspective of paramedics research. This research has been done by in-depth interviews. The main point of the interviews was to find out, if paramedics are able to use physical or verbal self defense. Another subject was to determine the approach to similar cases of violence by paramedics. We tried to establish the opinion of paramedics about teaching verbal and physical selfdefense and about real and practical use at work. Most of the responded paramedics were not able to state their opinions about teaching, most of them would prefer conceptual teaching of specially designed verbal and physical selfdefense for paramedics. As a next target we defined to use extracted information for development of educational video, containing verbal and physical selfdefense processes designed for paramedics. We found out that the subject matter about violence taken on paramedics is a worldwide topic.

Keywords

Aggressive patient, Paramedics, Physical Selfdefense, Verbal Selfdefense, Violence Deescalation.

OBSAH

ÚVOD.....	10
ÚVOD DO TEORETICKÉ ČÁSTI.....	12
1 Zdravotnický záchranář.....	13
1.1 Zdravotnická záchraná služba.....	13
1.2 Přednemocniční neodkladná péče.....	14
1.3 Anesteziologicko-resuscitační péče	15
1.4 Urgentní příjem	15
2 Agrese ve výkonu povolání zdravotnického záchranáře ..	16
2.1 Fáze agrese	17
2.2 Příčiny agrese pacientů a zdravotnických záchranářů.....	18
2.3 Možnosti neverbální deeskalace agrese zdravotnickým záchranářem	19
3 Fyzická sebeobrana zdravotnického záchranáře	20
3.1 Okolnosti fyzického sebeobranu zdravotnického záchranáře..	20
3.2 Preventivní obranné mechanismy pro zdravotnického záchranáře	21
3.2.1 Preventivní ochrana hlavy a krku.....	22
3.2.2 Preventivní ochrana trupu a nohou	23
3.3 Restriktivní metody	23
4 Verbální sebeobrana zdravotnického záchranáře.....	24
4.1 Komunikace zdravotnického záchranáře	24
4.2 Verbální a neverbální komunikace v sebeobraně zdravotnického záchranáře.....	25
4.3 Komunikace při práci zdravotnického záchranáře	28
4.4 Verbální sebeobrana a deeskalační metody při práci zdravotnického záchranáře.....	29
5 Legislativní podmínky sebeobranu zdravotnického záchranáře	31

5.1	Trestní zákoník	31
5.2	Občanský zákoník	33
6	PRAKTICKÁ ČÁST	34
6.1	Průzkumné otázky a cíle průzkumu	34
6.2	Průzkumný soubor	35
6.3	Metody sběru dat a zpracování dat	36
6.4	Analýza dat.....	37
6.5	Interpretace dat	41
6.5.1	Jaké techniky verbální sebeobrany použili respondenti pro deeskalaci agrese v popisovaném incidentu?	41
6.5.2	Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učit verbální sebeobraně?	44
6.5.3	Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učit fyzické sebeobraně?	45
6.5.4	Jak by respondenti postupovali při opakování obdobného násilného incidentu?	47
6.5.5	Jaký krok byl spouštěčem agresivních reakcí útočníků vůči zdravotnickým záchranářům?	48
6.5.6	Jakou roli v incidentu hrálo pohlaví zdravotnických záchranářů? ...	50
7	DISKUZE	52
8	ZÁVĚR.....	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
	PŘÍLOHY.....	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARIP	.....	anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče
DRNR	.....	doprava raněných, nemocných a rodiček
IZS	.....	integrovaný záchranný systém
ODD	.....	oddělení
OUP	.....	oddělení urgentního příjmu
PČR	.....	policie České republiky
PNP	.....	přednemocniční neodkladná péče
PŽK	.....	periferní žilní kanylace
ZZ	.....	zdravotnický záchranář
ZZS	.....	zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Tato bakalářská práce na téma verbální a fyzické sebeobrana zdravotnického záchranáře má za cíl v teoretické části zmapovat profesi zdravotnického záchranáře, agresí ve výkonu povolání a popsat techniky verbální a fyzické sebeobrany, které se využívají a v povolání zdravotnického záchranáře. Téma bylo zvoleno z důvodu častého výskytu agresivního chování vůči pracovníkům ve zdravotnictví, speciálně proti zdravotnickým záchranářům, kteří jsou často u agresivního pacienta nejdříve.

V teoretické části se tak zabýváme popsáním profese zdravotnického záchranáře, legislativním ukotvením této profese a definováním výkonu profese, což je nezbytné pro znalost vlastních možností a limitů při ošetřování pacientů a při deeskalaci případného násilí, které se vůči zdravotnickému záchranáři může objevit. Pojednáváme v této části dále o agresí samotné, jejích fázích, příčinách a možnostech odražení. Na to tematicky navazuje část o fyzické a verbální sebeobraně a o komunikaci při výkonu povolání zdravotnických záchranářů.

Pro praktickou část jsme využili kvalitativního designu, konkrétně techniku hloubkového rozhovoru, který se zaměřil na průzkum incidentů agresivní povahy proti zdravotnickým záchranářům. Zde jsme si stanovili cíle průzkumu a konkrétní průzkumné otázky tak, abychom z našeho průzkumu získali co nejvíce potřebných dat za pomoci strukturovaného rozhovoru.

Bakalářská práce je psána dle vysokoškolských skript Němcové (2015), kdy jsou dodržovány standardní postupy při zpracování dat, citování literatury a psaní bakalářské práce. Tuto práci tak řadíme mezi průzkumné práce s kvalitativní metodologií (NĚMCOVÁ, 2015).

Vstupní literatura

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání, dotisk. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

NÖLLKE, Michael, 2011. *Trénink slovní sebeobrany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3517-7.

PEKARA, Jaroslav, 2016. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, fakulta zdravotně sociální

VEVERA, Jan, ČERNÝ, Martin, 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2011; **12**(2), pp. 69-71. ISSN 1213-0508.

.

Popis rešeršní strategie

Odborná literatura byla získávána především přes mezinárodní odbornou databázi EBSCO, z ústřední knihovny Univerzity Palackého v Olomouci a z Národní lékařské knihovny v Praze.

ÚVOD DO TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část této bakalářské práce je zaměřena na definování profese zdravotnického záchranáře a legislativní ukotvení profese zdravotnického záchranáře. Také je zaměřena na definování samotného výkonu profese zdravotnického záchranáře, na agresi v této profesi, fáze této agrese, na možné příčiny, které agresivní chování pacientů, či jejich blízkých, vůči zdravotnickému záchranáři spouští a na možnosti odrazení agresivního chování. Dále rozebíráme fyzickou sebeobranu a verbální sebeobranu, jejich konkrétní techniky a metody využití v praxi zdravotnického záchranáře. Zabýváme se také častými chybami, které doprovázejí komunikaci zdravotnického záchranáře s pacienty, které jsou také možným spouštěčem agresivního chování a dále alternativním chováním, které by agresivnímu chování mohlo zabránit.

1 Zdravotnický záchranář

V České republice je zdravotnický záchranář specializovaným nelékařským zdravotnickým pracovníkem v přednemocniční neodkladné péči, v letecké záchranné službě, v oblasti anesteziologicko-resuscitační péče a v oblasti akutních příjmů (ČESKO, 2011a). Zde může ZZ poskytovat dle §3, odst.1a specifickou ošetrovatelskou péči, dle §17, odst. 1 péči bez indikace lékaře, či dle odst. 2 *na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče* (ČESKO, 2011a). Kompetentnost zdravotnického záchranáře je, mimo vyhlášky 55/2011 Sb., podložena zákonem 96/2004 Sb. absolvováním akreditovaného vysokoškolského studia se specializací pro výkon povolání zdravotnického záchranáře, které je ukončené bakalářskou prací a zakončené státní závěrečnou zkouškou. Stále je však možné vykonávat toto povolání i s tříletou přípravou v oboru diplomovaný specialista na vyšší odborné škole (ČESKO, 2004).

Zdravotnický záchranář by měl mít schopnosti ke zvládnutí velké psychické i fyzické zátěže. Pohybuje se totiž v mnohdy velmi náročných situacích, jako jsou kupříkladu ztěžující podmínky okolí, agrese ze strany pacientů, rodinných příslušníků a časová tíseň. Výkon tohoto povolání je tudíž psychicky i fyzicky velmi náročný (SIHELSKÁ, 2007), (BYDŽOVSKÝ, 2008), (VYMĚTAL, 2008).

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Dle zákona č. 374/2011 Sb. je definována zdravotnická záchranná služba jako zdravotní služba, v jejímž rámci je na základě tísňového volání, nestanoví-li legislativa jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče takovým jedincům, kteří jsou v přímém ohrožení života úrazem, nebo jsou se závažným poškozením zdraví. Zákon dále upravuje činnosti, které jsou součástí ZZS (ČESKO, 2011c).

Zdravotnická záchranná služba jako jedna ze součástí integrovaného záchranného systému, musí koordinovat poskytování přednemocniční neodkladné péče na celém území České republiky. Dalšími součástmi integrovaného záchranného systému dále rozumíme Policii České republiky a Hasičský záchranný sbor. Poskytnutí této neodkladné péče by mělo být nejen na místě vzniku události, při transportu postižené osoby, ale až

do předání zdravotnickému zařízení, kde může zdravotní péče o pacienta adekvátně pokračovat.

ZZS převážně poskytuje pomoc lidem, kterým:

- hrozí bezprostřední ohrožení na životě,
- prohlubování patologických změn stavu může vést k náhlé smrti,
- bez včasného odborného zásahu může stav způsobit trvalé následky,
- stav způsobuje akutní bolest a utrpení,
- změnou chování a jednání ohrožují sebe či své okolí (BYDŽOVSKÝ, 2008).

Mimo tento zásadní úkol se ZZS zabývá sekundárními transporty pacientů, kvalifikovaným přijímáním volání na národní tísňovou linku 155 a jejich následným zpracováním, kooperací s poskytovateli akutní lůžkové péče, zajišťováním následků hromadného postižení osob, odbornou přepravou občanů se zdravotní újmou ze zahraničí zpět do vlasti, akutním transportem krevních zásob. Páteří ZZS jsou dvě složky, a to zdravotnické operační středisko a výjezdové základny s výjezdovými skupinami (ČESKO, 2011c).

Výjezdovou základnou se rozumí pracoviště, odkud je po přijetí informací o tísňovém volání od zdravotního nebo pomocného operačního střediska, vysílána výjezdová skupina dle naléhavosti výzvy samotné. V České republice to může být rychlá zdravotnická pomoc tvořená dvěma členy výjezdové skupiny (dvojicí zdravotnických záchranářů, či řidičem a zdravotnickým záchranářem) nebo rychlá lékařská pomoc, kde je součástí výjezdové skupiny lékař (ČESKO, 2011c).

1.2 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladnou péči definuje zákon č. 374/2011 Sb., kdy PNP je péčí poskytovanou pacientovi na místě život nebo zdraví ohrožující události a při transportu k poskytovateli akutní lůžkové péče (ČESKO, 2011c). Na místě zásahu poskytuje ZZS pacientům ošetření zdraví ohrožujících poranění a stavů, spolu s neodkladnou resuscitací, v kooperaci se složkami integrovaného záchranného systému a se zdravotnickými zařízeními. Dále pak ZZS poskytuje ošetření náhlých zhoršení stavů u protrahovaných a

chronických chorob, stavů způsobující velké utrpení a bolest bez okamžité pomoci, stavů, které svou povahou mohou změnit jednání člověka samotného a popřípadě ohrozit okolí (KNOR, MÁLEK, 2014).

Je však nutné podotknout, že PNP můžeme rozdělit na dvě podmnožiny, a to na laickou první pomoc a profesionální zásah integrovaného záchranného systému (REMEŠ, TRNOVSKÁ, 2014). V rozporu s ostatními definicemi Brázdil a Fellnerová (2011) definují PNP z větší části jako laickou první pomoc.

Je potřeba mít stále na paměti, že v tomto oboru je neustálým pronásledovatelem a neúprosným soudcem zdravotníků čas. Pacientem se může stát člověk napříč celou věkovou škálou životního cyklu (BRÁZDIL, FELLNEROVÁ, 2011). Včasný a účinný zásah velmi často rozhoduje o šancích pacienta na záchranu života samého. Stejně tak na minimalizaci potenciálních trvalých následků (REMEŠ, TRNOVSKÁ, 2014).

1.3 Anesteziologicko-resuscitační péče

Anesteziologicko-resuscitační péče může být zdravotnickým záchranářem poskytována zejména v PNP, na ARO a částečně i na urgentních příjmech. Většinou v přímém napojení na PNP pracuje ZZ se stavy akutně ohrožující život. Mimo ZZS, tedy v nemocničních zařízeních, spolupracuje anesteziologicko-resuscitační péče úzce s operačními sály, kde se provádí soubor léčebných postupů k umožnění operačních, léčebných i vyšetřovacích úkonů (NEMOCNICE VYŠKOV, 2016).

1.4 Urgentní příjem

Oddělení urgentních příjmů se ve své podstatě snaží o zajištění kontinuity v přechodné fázi z PNP do nemocniční neodkladné péče. Materiální i personální standard těchto oddělení je nastaven pro příjem pacientů jak od všech posádek ZZS a DRNR, tak i samostatně přichozích pacientů do zdravotnického zařízení. Oddělení urgentních příjmů slouží jako filtr stavů, které nejsou indikovány k hospitalizační péči v daném zdravotnickém zařízení (ČLS JEP, 2011)

2 Agrese ve výkonu povolání zdravotnického záchranáře

V psychologii je agrese definována nespočetným zástupem autorů. Kupříkladu Hartl, Hartlová (2010), kteří uvádějí jako definici agrese zcela krajní příklady z psychoanalytického pohledu, kde popisují agresi jako pudovou záležitost. Oproti tomu z etologického hlediska je agrese definována jako přívlastek reflektivní snahy o přežití. Pro potřeby této práce vybíráme od výše zmíněných autorů další definici, která hovoří o tom, že agrese je reakcí na frustraci. Tedy, že agrese v mnoha podobách je přirozenou reakcí na frustrující podněty, neboli na nekomfortní situace, ze které se jedinec snaží uniknout, tj. k úniku volí cestu agrese (HARTL, HARTLOVÁ, 2010). Agrese je akutní krátkodobá reakce, která se projevuje ve frustračních situacích, při nichž je ohroženo uspokojení nějaké důležité potřeby (PEKARA, 2016). Pro naše potřeby lze konkretizovat pojem frustrace na přímé problémy pacienta během zásahů ZZS, nebo na samotný průběh zásahu včetně verbálních i neverbálních projevů všech členů výjezdové skupiny. Již v minulém století byla jasně přednesena frustrační teorie agrese, která uvádí frustraci jako nezbytnou podmínku pro vytvoření agrese (ŠPATENKOVÁ, 2011).

To, čeho jsme nebo nejsme v daném okamžiku tísně schopni, záleží na míře odolnosti vůči zátěži označované jako frustrační tolerance (DOBIÁŠ, 2012).

Pro přesnější představu rozdělení agrese poukazujeme na čtyřstupňovou škálu agresivního chování. Prvním stupněm je pouhá představa agrese, kterou pacient, potažmo agresor, nijak verbálně neprojeví. Druhý stupeň se již může projevit například neasertivní komunikací, ironií, až nadávkami. Stupeň číslo tři je přelomový, neboť spojuje verbální i neverbální agresi. Konkrétně fyzickou ventilaci vzteku na okolních předmětech spojenou s verbální agresi. Čtvrtým a finálním stupněm je fyzické napadení (HARTL, HARTLOVÁ, 2010).

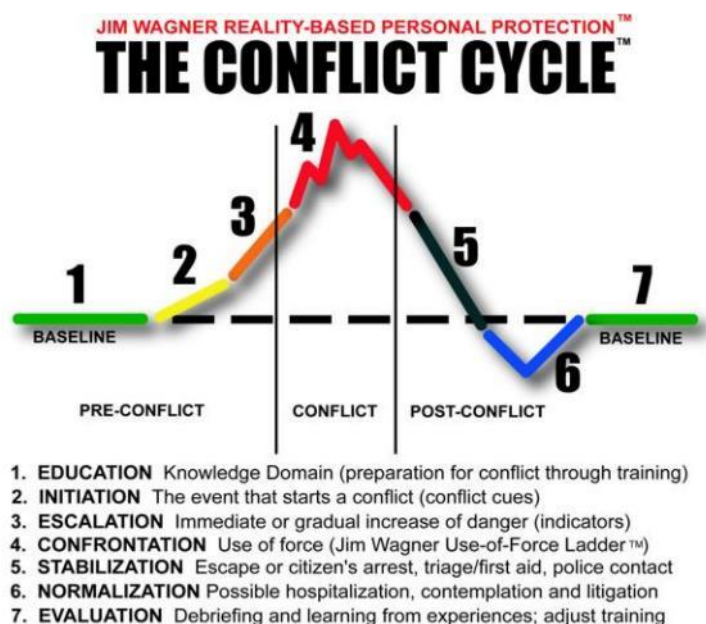
S agresi ze strany pacienta se ve svém profesním životě pravděpodobně setká každý zdravotnický záchranář. Škála definovatelnosti agresivního pacienta je od člověka hrozícího střelbou z palných zbraní, až po náznaky verbální agrese. Mimo jiné je naprosto

na místě zmínit fakt, že samotný kontakt s agresivním pacientem je pro zdravotnického záchranáře velmi náročný a s velkým stresovým faktorem (ANDRŠOVÁ, 2012).

Častým a mnohdy nepochopeným důvodem agrese je snaha překonat úzkost, nebo hájit svou důstojnost a čest. Přírozenou reakcí jedince na agresivitu je tak boj, nebo útěk (VEVERA, ČERNÝ, 2011).

2.1 Fáze agrese

Teorie agrese se kontinuálně doplňuje s teorií konfliktu a jeho fázemi i se sebeobranou jako takovou. Obdobně, jako u agrese, je nezbytné vědět, že i konflikt má svojí kauzalitu. Průběh konfliktní fáze lze nazvat jako cyklus konfliktu (Obrázek 1). Při znalosti průběhu konfliktu a jeho fází, je ZZ strategicky zvýhodněn a dostává možnost se takticky připravit na další průběh dané situace. Povědomí o fázích konfliktu je z hlediska sebeobranu velmi důležité (WAGNER, 2006).



Obrázek 1: Konfliktní kruh, Wagner, Jim, 2006.

Znalost fází konfliktu může pomoci ZZ při setkání s agitovaným pacientem určit, v jaké fázi se zrovna nachází a adekvátně na to zareagovat. Pre-konfliktní fáze se

vyznačuje výčtem verbálních i neverbálních znaků. Jsou to například verbalizace nespokojenosti ostřejší formou mluvy. Při následné eskalaci (na obrázku 1 označeno čísly 1, 2 a 3) nabírají projevy agrese na intenzitě a zmenšuje se šance na úspěšnou deeskalaci. Fáze konfliktu už značí propuklou agresi v plné míře. V této fázi je dle Pekary (2016) lepší najít rychle únikovou cestu či se připravit na fyzickou sebeobranu. Možnost deeskalace verbálně je prakticky nulová. V následné post-konfliktní fázi (na obrázku 1 označeno čísly 5, 6 a 7) agrese ubývá, hladina hormonů klesá a agresor může upadnout až do post-krizové deprese. Velmi často se objevuje pocit viny. Primárně se snažíme v pre-konfliktní fázi použitím verbální sebeobranu a deeskalačních technik zabránit gradaci agrese (PEKARA, 2016), (WAGNER, 2006), (NEWMAN, NEWMAN, 2010).

2.2 Příčiny agrese pacientů a zdravotnických záchranářů

K rozvoji či stupňování agrese mohou vést zdroje dvojího typu. Vnitřní zdroje, zapříčínující agresi, které zastupují například osobnostní předpoklady pacienta včetně emoční lability. Stejně tak závislosti na návykových látkách či stavy při jejich neuváženém užívání, cerebrální onemocnění (psychiatrické, biomechanické a jiné), vnímání bolesti a její intenzity. Máme zde vnitřní zdroje, jako stavy úzkosti a strachy, zapříčíněné například samotným průběhem aktuálního zdravotního stavu či představou o potencionálních následcích, frustrace od kupříkladu nařízeného lačnění před odběrem biologického materiálu, až přes nevyspání, stres a další faktory. Dále pak vnější zdroje zapříčínující agresi, které zahrnují vlivy okolního prostředí, neadekvátní informovanost ohledně potencionálních následků při volání na tísňovou linku, samotné neasertivní chování zasahujících záchranářů, popřípadě spojené s nevnímáním, či neochotou nebo bagatelizací pacienta samotného a jeho stavu (ŠPATENKOVÁ, 2009).

Mnoho autorů jako Knor (2014), Málek (2014), či Linhartová (2006) uvádějí, že v posledních letech přibývá agresivně reagujících pacientů ke zdravotnickému personálu. Společnými jmenovateli agresivního pacienta mohou být například obava z nejisté budoucnosti nebo z negativní progresu choroby a mnoho jiných spouštěčů, které agresi jako takovou mohou vyvolat (KNOR, 2014), (LINHARTOVÁ, 2006).

2.3 Možnosti neverbální deescalace agrese zdravotnickým záchranářem

Při kontaktu s agresivním pacientem, ať už je agrese způsobena jakoukoliv formou frustrace, či jinými příčinami, je potřeba myslet na několik neverbálních úkonů, které mohou pomoci k deescalaci pacientova agresivního stavu a kladně se doplňovat s verbální technikou pro zklidnění pacienta (VEVERA, ČERNÝ, 2011).

Jako na každém kroku výkonu povolání ZZ, i zde musíme myslet primárně na vlastní ochranu a zvolit takový přístup k pacientovi, který nijak nebude ohrožovat nás, ani naše okolí. Pacienta samotného nevyjímá (PEKARA, 2016).

Neverbální projevy, jako jsou zbytečně rychlé pohyby, rychlá gestikulace, výškově nevyrovnaný oční kontakt, kdy například pacient sedí a zdravotnický záchranář stojí, mohou pacientovu agresi zbytečně prohlubovat a pacient tak může získat pocit přílišné nevýhody. Dále pak umístění rukou v bok, nebo překřížení horních končetin na prsou. Všeobecně by pozice rukou zdravotnického záchranáře neměla mít žádný provokativní charakter (např. zatnuté pěsti). V ideálním případě by ZZ neměl narušovat pacientův osobní prostor (ideálně odstup na vzdálenost vzpažené horní končetiny). Pozice příliš blízko pacienta zbytečně zvyšuje jeho napětí a naopak velká vzdálenost může vyznít jako nezájem ZZ o pacienta (VEVERA, 2011), (ANDRŠOVÁ 2012), (PEKARA, 2016).

V rámci setkání s agresivním pacientem je vždy prioritní vlastní bezpečí zdravotnického záchranáře. Kvalitní pomoc v rámci výkonu svého povolání může poskytnout pouze zdravý a nezraněný zdravotnický záchranář. Obdobně jako se buď ve válečných konfliktech, či vojenské medicíně, přerušují chirurgické výkony v době útoku, vstupuje ZZ do nebezpečného prostředí (např. při napadení pacientem) až po zabezpečení prostoru složkami IZS. Stejně tak při kontaktu s agresivním pacientem prioritně myslíme na vlastní bezpečí (VEVERA, ČERNÝ, 2011).

3 Fyzická sebeobrana zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář, pokud nemá jakýkoliv druh sebeobrany jako součást svých volnočasových aktivit, obvykle neovládá bojová umění. Z tohoto důvodu by měla technika fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře z principu upravovat instinktivní pohyby lidského těla při fyzickém napadení. V této části práce popisujeme především obranné techniky, které mohou zdravotnickému záchranáři pomoci se ubránit fyzickému útoku s minimalizací následných problémů. Ať už legislativních problémů či pracovně právních vztahů.

Vedení fyzického střetu by mělo být ze strany ZZ koncipováno k maximálnímu zmírnění či předejití zranění všech zúčastněných. Zdravotnický záchranář by měl dbát na své sebeovládání (VEVERA, 2011).

3.1 Okolnosti fyzického sebeobrany zdravotnického záchranáře

Základní faktory střetnutí můžeme rozdělit do čtyř kategorií. První kategorií jsou okolnosti fyzického střetnutí, druhou kategorií je taktický fakt, třetí je technický faktor a čtvrtou kategorií je kondiční faktor.

Okolnosti fyzického střetnutí jsou pro napadeného ZZ z velké části vždy nevýhodou, vzhledem k jejich nepředvídatelnosti, zvláště pokud se jedná o v boji vycvičeného agresora. V sebeobranných cvičeních se dá naučit mnoho potencionálních scénářů střetnutí, ale všechny aspekty a možnosti se nikdy obsáhnout nedají. Možnost útočníka si útok dopředu připravit, například volbou prostředí a orientace v něm, je dalším znevýhodňujícím faktorem pro napadeného. Obránce tedy do fáze střetu vstupuje v podstatě nepřipraven (NÁCHODSKÝ, 2006). Jedná se o psychologický pohled na střet, kdy v tomto odstavci výše uvedené faktory pomáhají napadajícímu v pocitu psychologické převahy. Oproti tomu napadený ZZ může v přívalu adrenalinu do těla ztrácet racionální myšlení a z pocitu ohrožení se uchýlovat k panickému jednání. Zachování chladné hlavy a psychické stability může napadenému ZZ značně pomoci ke zvládnutí situace (NÁCHODSKÝ, 2006).

Další okolností je taktický fakt střetnutí. Střetná taktika (neboli taktika fyzického střetu) jako taková je nepostradatelným průvodcem v sebeobraných přípravách. Ve fyzickém střetnutí taktizujeme s vhodným postavením těla v bok, možnostmi úniků a úhybů před útočnými kopy a údery a neméně tak využití okolních prostředků k obraně (NÁCHODSKÝ, 2006). V tomto případě se zdravotnický záchranář může například zaštitit před údery svým zásahovým vybavením, jako je kufr nebo například zdravotnický batoh. Pro ilustraci uvádíme na obrázku v příloze B na obrázku 2.

Technickým faktorem fyzického střetu může být právě výběr z nacvičených technik, které dají obránci šanci na úspěšné odražení útoku. Opětovně je potřeba zmínit fakt, že zdravotnický záchranář při výkonu svého povolání má v technice vedení boje legislativně omezené možnosti. Proto je vhodné se zaměřit na cvičení jen obraných technik s myšlenkou možného právního důsledku bránění se.

Posledním aspektem je kondiční připravenost střetnuvších. Lepší fyzická kondice významně zvýhodňuje svojí stranu a v přímém střetu tak může mít za následek i naprostou převahu (JACOBS, 2011).

3.2 Preventivní obranné mechanismy pro zdravotnického záchranáře

Pokud se ZZ ocitne v situaci, která jasně signalizuje možnost příchodu fyzického napadení ze strany pacienta, má možnost zvýšit své šance určitými postupy obranné připravenosti. A to konkrétně takovými, které nebudou pacientovu agresi ještě více stupňovat.

Jako prevence proti střetu samotnému by měl ZZ dodržovat přiměřený odstup od pacienta (alespoň na vzdálenost natažených paží), neboť narušení osobního prostoru může být kontraproduktivní pro práci ZZ. Do narušení již zmíněné osobní zóny můžeme zařadit, i byť přátelsky myšlené doteky (PEKARA, 2016).

Pozice rukou by měla být nekonfliktní, ale zároveň připravená k sebeobraně (JACOBS, 2011).

Pro úspěšnou sebeobranu je příhodné předvídat stranu, na kterou, případně ze které útočník zaútočí. Mohou nám k tomu pomoci jasné neverbální znaky čitelné z útočnickova těla. Máme na mysli konkrétně důraz na pravou či levou stranu z důvodu potencionálního vedení útoku. Netrénovaný agresor primárně na začátek útoku použije svojí dominantní

stranu. Můžeme tak usuzovat například z útočnickova postoje (nakročení vpřed pravou či levou nohou), jak uvádíme v příloze C a D na obrázek 3 a obrázek 4, či z psychomotorického neklidu akcentovaného na určitou stranu. Pokud nám to čas dovolí a již předpokládáme stranu, kterou útočník bude preferovat, začneme obezřetně provádět preventivní úkony k úspěšné sebeobraně (NÖLLKE, 2011).

Prvním z nich je samotné vytočení trupu tak, aby napadnutelná plocha z pohledu útočníka, byla co nejmenší (PEKARA, 2016). Toto postavení uvádíme na obrázku 5 v příloze E.

3.2.1 Preventivní ochrana hlavy a krku

Nejpravděpodobnějším obranným nástrojem pro oblast obličeje a hlavy jsou lidské ruce. Ovšem samotné obranné zvednutí rukou před obličej (více v příloze F, obrázek 6) mohou agresora spíše utvrdit v jeho očekávání fyzického střetu. Proto se v přípravě k obraně snažíme o co největší nenápadnost. Jak již bylo zmíněno v podkapitole 3.1, snažíme se snížit útočnickovu výhodu v momentu překvapení (DOUGHERTY, 2013).

Útočník má bohužel širokou škálu možností, jak, a čím na zdravotnického záchranáře může zaútočit. Od útočného hození předmětu na hlavu, pěstní úder přímo či obloukem (tzv. hák) k mnoho dalším útokům za použití vlastního těla.

Předstírané drbání na hlavě je z obranného hlediska asi nejúčinnější preventivní metodou ochrany hlavy a krku. Na straně předpokládaného útoku pomalu zvedneme ruku a začneme se pomalu prsty drbat na hlavě. Tato pozice nám umožní velmi rychle přejít do jednostranného krytu hlavy. Pro ilustraci přikládáme přílohu G, obrázek 7.

Předstírané drbání na bradě, či na samotném obličejí, je obdobou výše zmíněného postupu. V praxi je skoro stejně tak užitečné, jen o něco málo pomalejší. Příloha H, obrázek 8.

Nižší postavení ruky, jako například drbání na krku či hrudníku, se ukázalo z hlediska připravenosti vůči útoku na hlavu neadekvátní. Pohyb zvednutí ruky před obličej a hlavu z polohy na hrudníku je již příliš pomalý, tudíž nepraktický (DOUGHERTY, 2013). Příloha I, obrázek 9.

3.2.2 Preventivní ochrana trupu a nohou

Vycházejme z již zmíněného faktu v podkapitole 3.2 o natočení celého těla bokem k protivníkovi s adekvátně zvolenou stranou nakročení. Pokud se agresor rozhodne zaútočit na trup či nohy ZZ, je již nakročení jednou nohou vpřed prevencí samotnou. Z takové to pozice můžeme snadno zvolit buď ústup anebo kryt zvednutím předkročené nohy (HOLLOMAN, ZELLER 2011). Ilustraci nalezneme v příloze J, obrázek 10).

3.3 Restriktivní metody

Omezením a *omezovacími prostředky se rozumí terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta* (DOHNALOVÁ, 2011, s. 86). Jakékoliv omezení pacienta tohoto typu by mělo být zvoleno až jako poslední, krajní řešení. Je velmi zásadní umět posléze jasně definovat důvod použití restriktivních metod omezení pacienta (DOHNALOVÁ, 2011).

V PNP je použití restriktivních metod v zásadě velmi omezené, a to konkrétně na improvizované pomůcky z vybavení sanitního vozu (ochranné pásy na nosítkách), či úchop zdravotnickými pracovníky. Pouze však tehdy, použijeme-li jich účelně k odvrácení hrozícího ohrožení života pacienta samotného, nebo zdraví a bezpečí osob v okolí. Jen však na dobu nezbytně nutnou, tudíž na dobu trvání agrese. Další, z metod omezení volného pohybu pacienta v PNP, je možnost využití psychofarmak (ŠEBLOVÁ, KNOR, 2013), (ČESKO, 2011b).

Psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy. Tyto možnosti je možné kombinovat (ČESKO, 2011b).

V intencích zvládnutí agresivního pacienta při převozu je podstatná spolupráce s IZS (konkrétně s Policií České republiky).

4 Verbální sebeobrana zdravotnického záchranáře

V této kapitole se budeme zabývat verbální sebeobranou, která má důležité místo v sebeobranných mechanismech ZZ, vedle již zmíněných metod v předešlých kapitolách. Z těchto důvodů, z hlediska zaměření celé bakalářské práce a pro fakt, že komunikace je prostým základem verbální sebeobrany, dále rozvíjíme téma komunikace v dalších kapitolách. Dobře informovaný pacient a hlavně kvalitně informovaný o aktuálním postupu (co se s ním děje), spíše bude se ZZ spolupracovat a důvěřovat mu. Někde se příliš profesionální přístup ZZ může velmi lehce obrátit proti němu, neboť takový pacient se velmi lehce může začít cítit bezmocně a vytvářet si prvotní náznaky frustrace (PEKARA, 2016).

Základy verbální sebeobrany jsou položeny v mnoha oborech. Což dokazuje důležitost verbální sebeobrany jako takové. Kupříkladu téma verbální sebeobrany nacházíme v základech psychoterapie, jazykových vědách, v určitých stylech právního vynucování a ve zdravotnických profesích (RICHMOND, 2012).

4.1 Komunikace zdravotnického záchranáře

Komunikace je kontinuální a dynamický proces, kdy ZZ a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí vzájemný komunikační vztah, který by měl být lidsky rovnocenný, ale zároveň po profesní stránce přirozeně nevyvážený, neboť ZZ je z hlediska svých profesních znalostí a zkušeností jasnou autoritou (ŠPATENKOVÁ, KRÁLOVÁ, 2009). Ze samotné podstaty práce ZZ vyplývají určité komunikační rysy. Zdravotnický záchranář vidí pacienta většinou poprvé, a to hned při situaci, kterou buď pacient sám, nebo jeho okolí, vyhodnotil jako kritickou (ŠEBLOVÁ a kol. 2007).

V této podkapitole se tak zaměříme na komunikaci a její složky z důvodu, že komunikační dovednosti jsou v profesi ZZ magnifikantním aspektem. Je velmi důležité rozlišovat, znát a aplikovat kombinaci verbálních a neverbálních komunikačních signálů. Během komunikace ZZ a pacienta, si ZZ musí ujasnit, co by pacientovy prezentované komunikační signály mohly následně znamenat pro práci s pacientem a pro vlastní bezpečí (RAUDENSKÁ, JAVŮRKOVÁ, 2011).

V komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu, ale i o svých pocitech, očekáváních, o našich hodnotách, motivech, cílech a přáních. Vše můžeme vyjádřit pomocí mluveného nebo psaného projevu, tj. verbálně neboli slovně, nebo informace sdělujeme neverbálně, to je mimoslovně neboli mluvou těla. I když se oba druhy komunikace projevují současně, někteří odborníci tvrdí, že téměř 80-90% probíhá na úrovni neverbální. Pro kvalitní komunikaci a navázání dobrého vztahu s nemocnými je velmi důležité ovládat účinnou neverbální komunikaci (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ, ŠRÁMKOVÁ, 2007, s. 81).

4.2 Verbální a neverbální komunikace v sebeobraně zdravotnického záchranáře

V praxi zdravotnického záchranáře je verbální komunikace zúžena na rychlé vytvoření důvěryhodného vztahu s pacientem pro snadnější a kvalitnější diagnostiku. Od prvního kontaktu s pouhým pozdravem, představením se společně s prvky neverbální komunikace (FTOREK, 2007 In: VYMĚTAL, 2008).

Verbální komunikace, z latinského *verbum* (tedy slovo), jako taková, je z velké části podmíněna slovní zásobou komunikujícího, neboť její dokonalejší znalost může vlastníka markantněji zvýhodnit oproti druhé osobě v komunikačním vztahu (PECH, 2009). V praxi to může znamenat, že pro vytvoření stabilního základu v komunikaci je dovednost ve správném pokládání otázek majoritní doménou, stejně tak jako um ve vhodné volbě otázek (VYMĚTAL, 2008).

Při prvním kontaktu ZZ s pacientem je začátek verbální komunikace základním stavebním kamenem pro další spolupráci. Vhodně zvolené aspekty verbální komunikace, což jsou obsahová stránka řeči (členění, intonace, a jiné) a neobsahová neboli paralingvistická stránka řeči (intenzita, odstín a barva hlasu, aj.), se budou lišit v komunikaci s mladším či starším pacientem, pacientem více nebo méně erudovaným, s pacientem z vyššího či nižšího socioekonomického prostředí a samozřejmě s přihlédnutím na pacientovu akutní, chronickou diagnózu a osobní anamnézu (FTOREK, 2007 In: VYMĚTAL, 2008).

Během verbální komunikace s pacientem volíme vhodnou intenzitu hlasu společně s barvou a tónem. Především pacienti s intoxikací či poruchou sluchu (např. vlivem věku)

vnímají spíše tón, než obsahovou stránku. Specificky při sdělování nepříznivé prognózy, či eskalující agrese z frustračně vyhlížející budoucnosti musíme zvolit neutrální alternativu:

Chápu Vás a rozumím Vaší špatné náladě i Vaší zlosti. Na Vašem místě bych si počíнал pravděpodobně stejně, ne-li hůř. Vaše situace je nezávidění hodná a Váš vztek oprávněný. Je dokonce lepší, když máte vztek, než kdybyste to vzdával. Uvažte jen, zda je užitečné obracet jej proti lidem, kteří Vám chtějí pomoci. Pojdme si spolu říci, že je osud ničemný a my se mu spolu postavíme (VEVERA, ČERNÝ, 2011, s. 68).

Neverbální komunikace, též komunikace mimoslovní nebo nonverbální, je velice důležitou téměř nejdůležitější složkou lidské, tudíž i profesní komunikace (HARTL, HARTLOVÁ, 2010), (KLENKOVÁ, 2006). Termín je složen z latinského *verbum* (tedy slovo) a *non* (česky ne), to znamená komunikace nepoužívající slova. Neverbální komunikace tedy zahrnuje všechny komunikační prostředky, které nejsou vyjadřovány pomocí slov (DEVITO, 2008).

Neverbálně komunikujeme například chůzí a držením těla, což často bývá ukazatelem sebehodnocení, momentální nálady. Dále pak proxemikou neboli vzdáleností mezi komunikujícími, která může upozorňovat na koncepci vztahu. Nadále posturikou, která poukazuje především na to, jak se komunikující v daný okamžik cítí. Zdravotnický záchranář by neměl komunikovat ve vyšším postavení oproti pacientovi. Díky správně zvolenému stylu posturiky si ZZ může rychleji vytvořit otevřenější vztah s pacientem, vhodný například pro přesnější diagnostiku. Další nedílnou součástí neverbální komunikace je mimika, díky které může nejen ZZ, ale ve své podstatě každý člověk, sdělit hrou obličejových svalů kvantum emocionálních skutečností. V oblasti čela a obočí převažuje negativní, bázlivé úzkostné či dokonce bolestivé emoce. Oproti orální oblasti, která pravděpodobně nejvíce sděluje emoce radosti, uvolnění a klidu (DEVITO, 2008), (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ, ŠRÁMKOVÁ 2007). Mimikou se mimo jiné může úspěšně dařit deescalovat pacientovu agresi již v samém prvopočátku. Velkou součástí neverbální komunikace je také gestikulace/pantomimika neboli řeč rukou, jejíž důležitosti popisuje v neverbální komunikaci mnoho odborníků (KLENKOVÁ, 2006). Jako příklad uvedeme nejčastější jevy typu založené ruce křížem na hrudníku symbolizující váhavost, nejistotu a defenzitu. Při potřebě dorozumívání se je gestikulace nedílnou součástí a leckdy nápomocná překonat i jazykové bariéry. Správnou gestikulací může ZZ dodat

komunikaci například s postiženým pacientem (cévní mozková příhoda, otorhinolaryngologické diagnózy a jiné nemoci) naprosto jiný rozměr. Neverbální komunikaci také tvoří haptika neboli kontakt dotykem. Kupříkladu podáním ruky, kdy konkrétně ZZ má přívětivou možnost nenápadně a zároveň s určitou grácií provést několik základních diagnostických zkoušek, jako například teplota kůže, puls, chvění, bolesti a další (DEVITO, 2008), (ZACHAROVÁ, 2007). Dalším faktorem je oční kontakt. Pohledem z očí do očí velmi často zahajujeme konverzaci ještě před vyslovením jediného slova. Faktory, jako například kam je pohled směřován, čas, těkání, celkový dojem, úhel, dilatace zornic a mrkací reflexy, mohou v neverbální komunikaci indikovat mnohé (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Naučit se ovládat neverbální projevy, umět je při své práci využít a umět pozorovat nemocného s tím, že jsme schopni pojmenovat jeho neverbální projevy, patří k práci všech zdravotnických pracovníků. Záleží však na jejich znalostech a zkušenostech, které mohou ve své profesi využívat (ZACHAROVÁ, 2007).

Dle uznávaného myslitele na poli komunikace F. De Saussurea má lidská komunikace tři roviny. Řeč, jazyk a mluvu. Řeč má pro člověka nejen velký význam, ale i řadu funkcí. Sděluje myšlenky, přináší nové informace, znalosti, obohacuje o nová fakta, ovlivňuje postoj k věcem a lidem, udržuje vzájemné vztahy, lidi spojuje (ZACHAROVÁ, 2007).

Z praxe ZZ je známo, že je méně výjezdů výjezdových skupin k opravdu urgentním a život ohrožujícím stavům, u kterých se vzhledem k vyhrocenosti zásahu aplikace stoprocentní komunikační profesionality nemusí vždy podařit (ANDRŠOVÁ, 2012). *Prvním pravidlem je zachovat klid, být zdvořilý a trpělivý. Pokud se skutečně něco stalo, musíme počítat s tím, že pacient je rozrušen a plný úzkostí. Sebevědomý klid je nejlepší lék na úzkost. Netrpělivost a arogance negativní emoce podněcuje, trpělivost a zdvořilost je klidní* (ŠIMEK, 2008, s. 31).

Mimo komunikaci zdravotnického záchranáře s pacientem je více než pravděpodobné, že se ZZ bude muset vypořádat i s konfrontací s pacientovými rodinnými příslušníky. Pokud je výjezdová skupina operačním střediskem vyslána na volání od rodinných příslušníků, může to intervenci ZZ přinést positiva, ale i negativa. Za pozitivní můžeme brát relevantnější anamnézu, mechanické aspekty traumat a úrazů. Za negativa

pak například emočně vyhocené situace, agresi, omezování ve výkonu povolání (ZACHAROVÁ, 2007).

Dle Zacharové (2007) jsou nejhorší situace na místě zásahu vnímány stavy spojené se smrtí, náhlé zástavy oběhu a resuscitací. Wollersheimová (2005), přímo zabývající se etickou otázkou rodinných příslušníků u tísňových situací, zmiňuje pro ZZ podstatný aspekt zahajování resuscitace „na oko“, neboli tzv. „sociální resuscitace“ i v jasně indikované pacientovi smrti. Autorka uvádí, že pro následnou komunikaci s rodinou, a pro rodinu samotnou, je psychologický fakt maximální poskytnuté péče zesnulému velkým přínosem. Chronologicky navazuje jako poslední stupeň komunikace v přednemocniční péči (které se budeme věnovat v dalších kapitolách) interakce mezi výjezdovou skupinou a zdravotnickým zařízením při předání pacienta (WOLLERSHEIMOVÁ, 2005).

Je ještě mnoho potencionální aspektů komunikace používané zdravotnickým záchranářem, nicméně jejich detailnější popis by překračoval tematické rozhraní této bakalářské práce.

4.3 Komunikace při práci zdravotnického záchranáře

Při své práci ZZ skoro vždy vstupuje na místa, která jsou v jasně soukromé sféře pacientů. V těchto případech je asertivní jednání přímou vstupenkou pro poskytnutí kvalitní zdravotní péče jakémukoliv pacientovi. Při prvním setkání s pacientem či blízkými, ať už agresivním nebo ne, je vhodné představit se: *„Dobrý den. Moje jméno je Pepa a jsem zdravotnický záchranář. Jaké je Vaše jméno?“*. Představením se navzájem můžeme zbořit první hráz anonymity. Mimo jiné již tímto prvním kontaktem de-facto provádíme část základního vyšetření. Další podstatnou částí je informovanost pacienta o tom, co se s ním právě děje nebo dít bude: *„Pane Nováku, kolega si teď poslechne Vaše srdíčko a natočí Vám ho, abychom věděli, jak Vám tluče“* anebo *„Pane Nováku, nyní Vám napíchnu žílu, což je něco podobného jako odběr krve. Byl jste někdy na odběru, že? Chtěl bych to udělat pro to, abychom Vám mohli dát infuzi.“*. Popisováním toho, co ZZ chce anebo bude provádět, pacienta uklidňuje a může zamezit pozdějším nedorozuměním. Věta *„Franto, dej mu jednu růžovou a kapat kilo fyzáku.“* Se pravděpodobně u pacienta těžko setká s poruměním. Pacient, který je informovaný, si většinou nestěžuje a násilí nevyvolává (LÁNSKÝ, 2013), (PEKARA, 2016).

Tím, že ZZ srozumitelně popisuje pacientovi, co dělá a co se chystá vykonat, do jakého zdravotnického zařízení ho hodlá směřovat, splňuje pacientův nárok na poskytnutí informací, který je zákonem daný (ČESKO, 2011b).

Pokud si z jakéhokoliv důvodu nejsme jisti, že nás pacient pochopil a všemu rozumí, je na výhodné zeptat se ho. Použitím otevřených otázek („*Co konkrétně Vám není jasné?*“) spíše dosáhneme odpovědi.

4.4 Verbální sebeobrana a deeskalační metody při práci zdravotnického záchranáře

Je možné, že ZZ dorazí na místo zásahu již k frustrovanému či agresivnímu pacientovi, nebo se jeho stav frustrace/agrese během zásahu prohloubí. S větami typu „*Kde sakra jste, v televizi říkáj, že vám to má trvat sedm minut a vám to trvalo alespoň dvacet.*“, se pravděpodobně setká mnoho ZZ. V této podkapitole se konkrétně zaměříme na popis možností, jak se verbálně bránit, nebo deeskalovat agresi.

Jedna z metod verbální sebeobrany dle McYounga (2011), která deeskaluje pacientovu agresi, je tzv. popisování „*Vidím na Vás, že jste nahněvaný. Co Vás takhle rozzlobilo?*“, „*Pojďte tady ke křeslu a sedneme si spolu. Jak na mě křičíte, tak mám strach a nejde mi soustředit se na Vaše potřeby.*“.

Dalším příhodným způsobem, jak reagovat na agitovaného pacienta, je tzv. zapojení jeho samotného do děje „*Nevidím to jako dobrý nápad, že byste mi ublížil.*“ pacientova odpověď „*Jak to sakra myslíš???*“ ZZ „*Pojďme to společně zjistit.*“ (MCYOUNG, 2011).

Pacientův projev agrese, ať už je jeho frustrace zakořeněná kdekoliv, může být myšlena pouze jako instinktivní obranný mechanismus před neznámou situací. *Bojíme se toho, co neznáme* (PRESLEY-TURNEROVÁ, 2013, s. 172).

Jednou z dalších technik je tzv. odvedení pozornosti. Tato cesta má širokou variabilitu a částečně vyžaduje i předchozí přípravu. Důvodem je pohotovost reakce. Odvedení pozornosti je účinný deeskalační přístup, neboť se tím přetrhne linie rostoucího napětí. Technika odvedení pozornosti se odráží v postupu zvaném absurdní divadlo. Zdravotnický záchranář si dopředu připraví jednoduché nerozvitě věty tak, aby je měl opravdu zažité a mohl s nimi pohotově reagovat prakticky kdykoliv. Je potřeba si vytvořit

větší zásobu těchto vět, protože při využití je třeba zvolit takovou, která naprosto nesouvisí s tématem. Agresora to pak vyvede z kontextu a mnohdy definitivně ukončí celý konflikt. Pacient „*Co na mě tak blbě čumíš?*“, zdravotnický záchranář odbočí od tématu a odpoví „*To máte, pravdu a to jste mě ještě neviděl parkovat.*“ V této situaci je velmi pravděpodobný vývoj nového tématu „*Cooože?? Jak to s tím sakra souvisí?*“, přičemž ZZ odvětlí „*Nijak, udělal jsem odbočku. A teď k našemu problému.*“. V poslední citované větě jsme použili první osobu množného čísla (našemu problému). Začlenění pacienta, právě touto cestou je příhodnější, protože tím dáváme víc znát, že ho považujeme za sobě rovného a chceme ho zapojit. Ne se ho pouze zbavit „*Já už opravdu nevím, jak Vám to říct jinak.*“, „*Vy to pořád nechápete?*“, oproti tomu „*Snažím se přijít na to, kde chybujeme. Zkusíme se společně dohodnout?*“ (PEKARA, 2016), (NÖLLKE, 2009), (RICHMOND, 2012).

Zvítězit nad pacientem není hlavní cíl verbální sebeobrany (VEVERA, 2011, s. 371).

5 Legislativní podmínky sebeobraný zdravotnického záchranáře

V této kapitole rozebereme právní aspekt nutné obrany a krajní nouze. Zdravotnický záchranář je ve výkonu povolání stále občanem České republiky. Vzhledem k tomu, že ZZ není úřední osobou, při kontaktu s napadením se na něj vztahují především tato právní ustanovení. Konkrétně budeme zmiňovat pojmy krajní nouze a nutná obrana v trestním a občanském zákoníku.

5.1 Trestní zákoník

Krajní nouze v trestním zákoníku vystihuje stav, kdy je umožněna ochrana zájmu pouze tak, že se obětuje jiný takový zájem. Účelnost krajní nouze je přiřknout fyzickým i právnickým osobám možnost ochránit svoje, státní, firemní či jiné zájmy osob ve stavu ohrožení, který není možno odvrátit jinak bez legislativního porušení. Institut krajní nouze je považován za nejobecnější při vylučování protiprávnosti (ŠÁMAL, 2012).

Dále pak zákon 40/2009 Sb., § 28, ve svém druhém odstavci stanovuje fakt již zmíněný a to že o krajní nouzi se nejedná, pokud se tento stav dal odvrátit jiným způsobem, nebo jsou následky způsobené využitím instituce krajní nouze ekvivalentní či dokonce větší, než následky samotného nebezpečí (ČESKO, 2009).

Poslední souvětí druhého odstavce zákona o povinnosti snášení nebezpečí se více zpřesňuje ustanovení samotné. Bylo tak učiněno z důvodu vyloučení použití statutu krajní nouze pro lidi pracující ve sféře, kde je nutné se s povinností snášet nebezpečí z titulu svého povolání. Tyto informace uvedeny v důvodové zprávě uvádějí povolání jako například armádní pracovník ve válce, či pracovník ve zdravotnictví (ŠÁMAL, 2009).

Dalším aspektem v tématu sebeobraný z ranku trestního zákoníku je §29 projednávající termín nutná obrana. První odstavec tohoto paragrafu říká:

Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem (ČESKO, 2009).

Odvrácení nebezpečné situace je podstatou nutné obrany jako takové. Tím pádem stav nutné obrany vylučuje protiprávní jednání aktu obrany i jeho společenské neakceptovatelnosti. V našem případě zmiňujeme konkrétně ochranu života a zdraví, která je nepochybně v zájmu společnosti. Vzhledem k tomu, že není vždy možné zajistit včasný zásah veřejných složek na místě protiprávního jednání, je nutná obrana možností pro fyzické i právnické osoby, jak bránit vlastní, cizí popřípadě státní zájmy (ŠÁMAL, 2012).

Doplněním paragrafu §29 je druhý odstavec, který praví:

Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku (ČESKO, 2009).

Vybočení, neboli exces, obránce z intencí nutné obrany neguje skutkovou podstatu nutné obrany jako takovou. Z praxe rozlišujeme zde intenzivní vybočení, tedy případný rozdíl mezi intenzitou útoku a nutnou obranou. Dále pak extenzivní vybočení, které hovoří o časové linii provedení nutné obrany. Konkrétně o předčasném provedení nebo již po útoku. Judikatura nedefinuje přípravu k nutné obraně (např. legální držení střelných zbraní), jako nepřiměřené jednání v rozporu s nutnou obranou.

Z povahy věci vyplývá, že obrana musí být tak intenzivní, aby útok jistě a bez rizika pro napadeného odvrátila, tj. musí být silnější než útok, avšak nesmí být zcela zjevně přehnaná (ŠÁMAL, 2012).

Předposledním sebeobranným aspektem z trestního zákona, zmíněném v této práci, je §358 popisující výtržnictví. Tento paragraf mimo jiných aspektů (hanobení hrobu, či kulturních památek) sankcionuje odnětím svobody na dobu dvou let za projev hrubé neslušnosti na veřejném místě napadením (ČESKO, 2009).

Posledním paragrafem, který je k závažnosti problematiky útoků na zdravotnické záchranáře nutné zmínit, je §42 o přitěžujících okolnostech. V tomto případě konkrétně písmeno g.

Soud jako k přitěžující okolnosti přihlédne zejména k tomu, že pachatel spáchal trestný čin vůči osobě podílející se na záchraně života a zdraví nebo na ochraně majetku (ČESKO, 2009).

5.2 Občanský zákoník

Oproti výšeči z trestního zákoníku, zmiňovaném v kapitole 5.1, který upravuje krajní nouzi doslova jako okolnost vylučující protiprávnost, stanovuje občanský zákoník něco trochu jiného.

Kdo odvrací od sebe nebo od jiného přímo hrozící nebezpečí újmy, není povinen k náhradě újmy tím způsobené, nebylo-li za daných okolností možné odvrátit nebezpečí jinak nebo nezpůsobí-li následek zjevně stejně závažný nebo ještě závažnější než újma, která hrozila, ledaže by majetek i bez jednání v nouzi podlehl zkáze (ČESKO, 2012).

Obdobně jako u trestního zákoníku zde platí ustanovení o nepřekročení hranice poškození při využití práva krajní nouze. Hulmák (2012) ve svém komentáři jasně poukazuje na obdobný princip o snášlivosti, popsáný v podkapitole 4.1, který ovšem ve znění zákona již popsán není.

Stejně tak jako u §2906 (krajní nouze), občanský zákoník duplicitně s trestním zákoníkem upravuje nutnou obranu (HULMÁK, 2012).

Kdo odvrací od sebe nebo od jiného bezprostředně hrozící nebo trvající protiprávní útok a způsobí přitom útočnickovi újmu, není povinen k její náhradě. To neplatí, je-li zjevné, že napadenému hrozí vzhledem k jeho poměrům újma jen nepatrná nebo obrana je zcela zjevně nepřiměřená, zejména vzhledem k závažnosti újmy útočníka způsobené odvracením útoku (ČESKO, 2012).

6 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části této bakalářské práce uvádíme stanovené cíle kvalitativního průzkumu, dále uvádíme stanovené jednotlivé průzkumné otázky, dále metodu sběru a následného zpracování dat, které bylo realizováno metodou otevřeného kódování dle Strausse a Corbinové. Oddíl věnovaný analýze dat je rozdělen tematicky dle jednotlivých otázek rozhovoru, který přikládáme následně i do přílohy A. Po analýze získaných dat se dále věnujeme interpretaci získaných dat, které vyšly po kategorizaci kódů získaných otevřeným kódováním. V interpretaci se také zabýváme propojením a porovnáním získaných dat s odbornou literaturou a s informacemi z naší teoretické části. Jedná se o důležitý krok v této práci, který je zacílen na zjištění současného stavu užití technik verbální a fyzické sebeobrany a konkrétní možnosti jejich užití či naučení pro praxi zdravotnického záchranáře.

6.1 Průzkumné otázky a cíle průzkumu

Cílem tohoto kvalitativního průzkumu (NĚMCOVÁ, 2015) je zjistit, jestli zdravotničtí záchranáři používají prvky fyzické sebeobrany a verbální sebeobrany. Dále jaký by byl nyní postup respondentů při opakování se násilného incidentu. Jak poznatky o verbální a fyzické sebeobrany učít ZZ tak, aby se dali reálně aplikovat ve výkonu jejich povolání. Dalším cílem tohoto průzkumu je praktické využití získaných informací od respondentů pro tvorbu edukačního videa a pro souhrn technik verbální a fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. Ke zjištění těchto cílů využijeme formu kvalitativních metod získání dat (HENDL, 2016). Pro kvalitativní povahu tohoto průzkumu (NĚMCOVÁ, 2015) jsme stanovili následující průzkumné otázky splňující kritéria pro kvalitativní průzkum (HENDL, 2016):

Otázka č. 1: Jaké techniky verbální sebeobrany použili respondenti pro deeskalaci agrese v popisovaném incidentu?

Otázka č. 2: Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učít verbální sebeobraně?

Otázka č. 3: Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učít fyzické sebeobraně?

Otázka č. 4: Jak by respondenti postupovali při opakování obdobného násilného incidentu?

Otázka č. 5: Jaký krok byl spouštěčem agresivních reakcí útočníků vůči zdravotnickým záchranářům?

Otázka č. 6: Jakou roli v incidentu hrálo pohlaví zdravotnických záchranářů?

V této první otázce se ptáme, zda naši respondenti během incidentu použili verbální sebeobranu. Pokud ano, jaké konkrétní techniky verbální sebeobrany použili. V druhé otázce se dotazujeme na postoj respondentů k metodám výuky verbální sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. V otázce číslo tři zjišťujeme postoj respondentů k metodám výuky fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. Otázkou číslo čtyři se ptáme respondentů na jejich postup, při opakování se obdobného incidentu, který popisují. Otázkou číslo pět zkoumáme, který krok v popsanych situacích byl spouštěčem agresivní reakce útočníka. Útočníkem máme na mysli pacienty či jejich okolí, tedy příbuzné a celou rodinu. V otázce číslo šest se snažíme zjistit, jakou roli hraje pohlaví ZZ v popisovaných incidentech.

Stanovili jsme si také další vedlejší průzkumnou otázku, která zní:

Co by respondenti ocenili po násilném incidentu?

V této otázce se snažíme zjistit, zda existují nějaké postupy, metody či formální postupování, které by respondenti po odehrání násilného incidentu vůči jejich osobě dále ocenili od zařízení, ve kterém pracují.

6.2 Průzkumný soubor

Sběr dat jsme provedli na skupině zdravotnických záchranářů, pracujících buď na ZZS, nebo na OUP v České republice.

Průzkumný soubor tvořilo 8 respondentů, se kterými byl proveden rozhovor. Avšak pro následnou analýzu získaných rozhovorů bylo použito pouze 7 rozhovorů, jelikož jeden respondent nakonec vyslovil přání nepoužít do průzkumu jím poskytnutá data. Ze 7 respondentů se jednalo o 4 ženy a 3 muže.

Rozhovor byl veden s těmi zdravotnickými záchranáři, kteří byli ochotni spolupracovat a kteří zažili nějaký incident při výkonu povolání ZZ. Těm, kteří byli ochotni spolupracovat, avšak nezažili osobně incident, nebyl rozhovor nakonec nabídnut.

Participace na průzkumu tak byla zcela dobrovolná a účastníci byli předem informováni o účelu rozhovoru. Rozhovory byly vedeny anonymně.

6.3 Metody sběru dat a zpracování dat

K účelům našeho průzkumu na téma verbální a fyzická sebeobrana zdravotnických záchranářů jsme zvolili kvalitativní metodiku průzkumné části, konkrétně šlo o formu hloubkového rozhovoru, koncipovaného jako strukturovaný s otevřenými otázkami (ŠVAŘÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2010). Samotný rozhovor měl deset otázek. Otázky rozhovoru byly převzaty z Pekary (2016) po osobní konzultaci roku 2015. Následně modifikovány pro splnění našich průzkumných cílů.

Pilotáž rozhovorů byla provedena v září roku 2015 na vzorku dvou zdravotnických záchranářů, z čehož oba respondenti se s násilím setkali

Po úspěšné pilotáži nastal sběr rozhovorů, který probíhal od října roku 2015 až do ledna roku 2016. Původní počet rozhovorů (celkem osm) musel být na poslední chvíli zredukován na sedm. Rozhovor byl s respondenty veden anonymně.

Jednotlivé rozhovory měli rozdílnou délku, průměrně však jeden trval 30 minut. Rozhovory byly nahrávány na mobilní zařízení.

Prostředí, kde se rozhovory nahrávaly, bylo vždy po domluvě s respondentem zvoleno tak, aby byla zachována 100% anonymita a respondenti při poskytování rozhovorů nebyli ničím rušeni.

Při zpracování dat byly následně audio záznamy rozhovorů přepisovány v operačním systému společnosti Microsoft – Windows 10. Konkrétně do aplikace Word a upraveny. Strukturované rozhovory pak byly zpracovávány jednotlivě. Úpravy byly provedeny pouze v místech, kde by se dal respondent identifikovat. V přepisu jsme rozhovory označili číslicemi, pohlavím a místem výkonu povolání. Celkový přepis rozhovorů trval dvanáct hodin čistého času.

Pomocí otevřeného kódování získaného z teorie autorů Corbin a Strauss (ŠVAŘÍČEK, ŠEĐOVÁ, 2010), se otázky rozebírali postupně jedna po druhé. Otevřené kódování bylo užito záměrně, jelikož nejvíce korelovalo s typem získaných dat. Pro přesnější představu o námi užitým kódování, přikládáme jako přílohu L kódovaný přepis

jednoho z hloubkových strukturovaných rozhovorů. Získaná data byla plná odpovědí s různými významovými celky (HENDL, 2016).

Dotazník byl strukturován z deseti otevřených otázek, kdy první otázka dotazuje respondenty pouze na základní údaje o nich samých. Respondenty jsme se ptali na pohlaví, věk a pracoviště. Konkrétně, jestli pracují jako zdravotničtí záchranáři na ZZS, nebo jestli pracují na OUP. Druhá, třetí a čtvrtá otázka našeho dotazníku je koncipována na projevy násilí a zhodnocení reakce respondentů, následně na jejich názor o možnostech vyřešit situaci jinak. Následně je zaměřena na reflexi respondentů na potencionální řešení budoucích násilných incidentů, které se tematicky podobají popisovanému incidentu. Pátá a šestá otázka mapují názor zdravotnických záchranářů na možnou koncepci minimalizace násilí. Sedmou otázkou zjišťujeme, při jakých situacích může být ZZ frustrován z pacientů. Konkrétně při výkonu povolání na ZZS, nebo při práci na OUP. Osmou a devátou otázkou našeho průzkumu konkrétně mapujeme názor ZZ na edukaci verbální a fyzické sebeobrany pro ZZ samé. Poslední, čili desátou otázkou, se dotazujeme na postoj ZZ, co by mělo následovat po násilném incidentu.

6.4 Analýza dat

Otázka č. 1: Popište prosím Vaše získané vzdělání, věk, pohlaví a délku praxe ve zdravotnictví.

Z celkového počtu sedmi respondentů z řad ZZ jsou čtyři ženy a tři muži. Všichni respondenti mají středoškolské vzdělání s maturitou. Tři z nich mají vysokoškolské vzdělání. Dva respondenti mají nástavbový kurz ARIP. Věk respondentů se pohybuje od 24 let věku až po 43 let. Průměrný věk respondentů je 31,14 let. Medián je roven přesně 28 roků. Čtyři respondenti aktuálně pracují na ZZS. Jsou to dva muži a dvě ženy. Na OUP pracují tři dotazovaní. Konkrétně jeden muž a dvě ženy. Jedna z respondentek pracující na OUP, pracovala před tím na ZZS. Tento fakt uvedla i do rozhovoru. Praxe na ZZS se u dotazovaných pohybuje v rozmezí od 3 do 20 let. Z čehož dva respondenti pracují na ZZS 3 a 4 roky. Další dva respondenti pracují na ZZS 15 a 20 let. Na OUP se praxe dotazovaných pohybuje od 2 do 5 let.

Otázka č. 2: Popište prosím stručně násilný incident. Co se stalo?

Incident agrese se v odpovědích sedmi respondentů čtyřikrát odehrál na noční směně. Třikrát na denní směně. Dva respondenti dále uvádějí, že se násilí odehrálo okolo

střídání směn. Čtyři respondenti pracující na ZZS uvádějí, kde se incident odehrával. Konkrétně dva respondenti uvádějí ghetto. Jeden respondent rodinný baráček a další respondent obytný dům. Tři dotazovaní, kteří pracují na OUP, doslovně lokaci neuvádějí. Z kontextu jasně vyplývá, že se jimi uváděné situace staly právě na OUP. Dotazovaní ZZ pracující na ZZS popisují výzvy k výjezdům. Jedenkrát tržnou ránu na hlavě, jedenkrát výzvu bolesti na hrudi, jednou pacienta s intoxikací a křečemi a jednou bolestivost břicha. Dotazovaní ZZ pracující na OUP uvádějí, že se třikrát setkali s násilím u intoxikovaných pacientů. Jedenkrát pouze alkoholem a jedenkrát návykovými látkami. Jeden popisovaný pacient měl spojenou intoxikaci alkoholem a zlomeninu v krčku. Pohlaví agresora bylo pětkrát popsáno jako mužské a dvakrát jako ženské. Respondenti pracující na ZZS se s agresí setkali třikrát ze strany mužů a jednou ze strany žen. Dotazovaní ZZ na OUP se s násilím setkali dvakrát ze strany mužů a jedenkrát ze strany žen. Agrese ze strany samotného pacienta byla zmíněna v sedmi rozhovorech celkem čtyřikrát. Třikrát byl incident spáchán ze strany pacientovy osoby blízké. Agrese ze strany Romů byla uvedena celkem dvakrát. Jedenkrát ze strany muslimů. Pět respondentů v popisu násilného incidentu uvedlo výskyt policejních složek. Konkrétně dva účastníci tohoto kvalitativního průzkumu popsali přítomnost PČR na místě. Jeden z respondentů popisuje převzetí komunikace s agresivním pacientem PČR. Dva z respondentů popisují, že v průběhu incidentu komunikaci s agresivním pacientem přejímá lékař. Další dva z respondentů popisují přítomnost PČR při transportu pacienta ZZS. Tři z dotazovaných popisují dovolávání si PČR během násilného incidentu. Tři z respondentů, v popisu násilného incidentu popisují problémy ve svém osobním životě. V této otázce všichni z respondentů velmi podrobně popisují průběh násilného incidentu krok za krokem.

Otázka č. 3: Do jaké míry myslíte, že se dalo násilí zabránit?

Z celkového počtu sedmi respondentů tři respondenti neví, zda se dalo násilí zabránit. Dva uvádějí, že se dalo násilí zabránit a dva, že se asi násilí zabránit nedalo. Z celkového počtu sedmi pět respondentů uvádí postup, co by se stalo, kdyby postupovali jinak. Dva respondenti popisují pravděpodobnou příčinu násilí v negativní zkušenosti pacientů z minulosti.

Otázka č. 4: Pokud by nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

Dva z respondentů uvádějí, že by reagovali stejně. Zbýlých pět by reagovalo jinak. Respondenti především uvádějí poučení se, rychlejší reakci, kontaktování PČR, znemožnění převzetí komunikace třetí stranou a edukaci o náboženství.

Otázka č. 5: Do jaké míry, si podle Vás mohou za násilí zdravotničtí záchranáři sami?

Šest respondentů uvádí, že ZZ mohou za násilí proti jejich osobě nějakou měrou sami. Jeden respondent uvádí, že ZZ nemohou za násilí proti jejich osobě. Tento respondent uvádí, že se ZZ vždy jen brání. Respondenti uvádějící, že si za násilí ZZ mohou sami, udávají zejména důvody jako je dání nějakého konkrétního důvodu k zahájení násilí agresora vůči ZZ, diskriminační projevy vůči pacientům, nekvalitně podávaná PNP, špatná komunikace ve formě jejího nedostatku či kvality ze strany ZZ.

Otázka č. 6: Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

Dva ze sedmi respondentů uvádí, že by pomohla změna legislativy. Dva z respondentů popisují zvýšení trestů za napadení ZZ. Jeden dotazovaný popisuje navýšení kompetencí o zatýkání a pokutování pacientů. Tři ze sedmi respondentů uvádějí finanční aspekty, jako minimalizaci násilí na ZZ. Dvakrát je zmíněna přímá platba za výjezd ZZS. Jedenkrát je popsána neprůchodnost navýšení stavů na ZZS z finančního hlediska. Tři respondenti uvádějí medializaci, jako nástroj pro minimalizaci násilí na ZZ. Z čehož dva medializaci práce ZZ. Jeden respondent popisuje medializaci potencionálních změn v legislativě. Dva z respondentů popisují cestu k minimalizaci násilí na ZZ situacemi spojenými s alkoholem. Jeden konkretizuje zákaz volání ZZS opilým lidem. Druhý respondent zákaz alkoholu obecně. Další z respondentů uvádí postup nedělat nic proti vůli klienta.

Otázka č. 7: V jaké situaci jste měl/a chuť pacienta uhodit, nebo mu vynadat?

Sedm ze sedmi dotazovaných popsalo pocity, kdy měli chuť pacienta buď uhodit, nebo mu vynadat, z čehož dva respondenti uvádí, že tento pocit mají skoro pořád. Dva respondenti pracující na ZZS uvádějí chuť pacientovi vynadat při neindikovaném výjezdu. Obdobně jeden pracovník OUP popsal chuť pacientům vynadat, když přicházejí s *blbostma celý den*. Dva z tázaných odpověděli, že chuť fyzicky napadnout pacienta

neměli nikdy. Jeden z respondentů popsal fakt, že při výkonu profese se krotí více, než mimo něj.

Otázka č. 8: Jak by podle Vás měli být ZZ učeni fyzicky se bránit?

Šest ze sedmi respondentů uvádí, že by ZZ měli být učeni fyzicky se bránit. Jeden tázaný uvádí, že by ZZ měli být učeni fyzicky se bránit pouze pro práci na ZZS a ne na OUP. Jeden respondent popisuje, že by ZZ neměli být učeni pouze fyzickou sebeobranou, ale i útočnou. Šest ze sedmi respondentů konkretizuje způsoby výuky sebeobrany na kurzy, cvičení, lekce sebeobrany, školení, výuku ve školách pro ZZ. Jeden respondent popisuje výuku fyzické sebeobrany od Policie České republiky. Tři ze sedmi respondentů v popisu preferují výuku sebeobrany pro ZZ během studií, z čehož jeden popisuje dvousemestrální výuku fyzické sebeobrany. Dva respondenti uvádějí získávání znalostí fyzické sebeobrany ve volném čase. Dva ze všech dotazovaných konkretizují ve svém popisu výuku sebeobrany poskytovanou zaměstnavatelem. Jeden respondent popisuje finanční možnost ve formě slev na výcviky domluvené zaměstnavatelem.

Otázka č. 9: Jak by podle Vás měli být zdravotničtí záchranáři učeni verbálně se bránit?

V této otázce pět ze sedmi respondentů uvedlo, že ano, měli by být ZZ učeni verbálně se bránit. Jeden respondent uvedl, že není potřeba učit ZZ verbálně se bránit. Jeden tázaný popsal, že neví, zda by ZZ měli být učeni verbálně se bránit. Čtyři respondenti popisují, že verbální sebeobrana je o komunikaci. Čtyři respondenti přímo popisují, že verbální sebeobrana s komunikací by měla být vyučována ve školách na oborech pro ZZ. Dva respondenti popisují výuku verbální sebeobrany zprostředkovanou zaměstnavatelem. Jeden z dotazovaných popisuje učení se komunikace a verbální sebeobrany od *zkušenějších kolegů*. Jeden respondent v rozhovoru upřesňuje spojení výuky verbální sebeobrany s fyzickou sebeobranou. Dále pak popisuje ne jen teoretickou, ale i praktickou výuku verbální sebeobrany pro ZZ.

Otázka č. 10: V případě, že nastane násilný incident, co byste si přál/a, aby po něm následovalo?

Celkově pět ze sedmi dotazovaných uvádí, že by po násilném incidentu něco následovat mělo. Tři z respondentů popisují, že by měla následovat klasifikace závažnosti napadení. Další tři uvádějí, že po násilném incidentu by mělo následovat volno. Jeden

tázaný konkretizuje volno *na alespoň hodinu*. Jeden z respondentů popisuje, že po/z násilného incidentu by nechtěl vyjít jako pacient. Na tázanou otázku jeden respondent vyřkl popis *uklidněný pacient*. Dva z respondentů popisují sledování násilných incidentů ze strany zaměstnavatele.

6.5 Interpretace dat

Následující podkapitola se zabývá interpretací zanalyzovaných dat. Podkapitolu jsme rozdělili dle průzkumných otázek, jelikož tvoří tematicky odlišné celky, které jsou informačně velmi cenné.

6.5.1 Jaké techniky verbální sebeobrany použili respondenti pro deeskalaci agrese v popisovaném incidentu?

V první otázce budeme interpretovat, zda naši respondenti během incidentu použili verbální sebeobranu. Pokud ano, jaké konkrétní techniky verbální sebeobrany použili.

U našich respondentů jsme zaznamenali verbální reakci na počínající konflikt, mezi ZZ a pacientem, či blízkou osobou pacienta, v šesti ze sedmi popsáných případech.

První respondent konkrétně popisuje *první, co jsem mu odpověděl bylo, že ho prosím, aby mi netykal*. V tomto rozhovoru se jednalo o komunikaci s příchozí Romskou rodinou do čekárny OUP. Situace se odehrála po předání pacienta. Respondentovi byla nepříjemná verbální agrese, ze strany přesily, kdy popisovaná hlava rodiny (*asi táta*) spustila: *Doufám, že si ho ničím nesfetoval jako ten gadža posledně kurva*. Přesto na nával verbální agrese podle nás respondent zareagoval správně a použil práci větu, tedy *prosím, aby mi netykal*. Časový průběh komunikace nedovolil respondentovi reagovat více. *Nestihl jsem se ani nadechnout s odpovědí, že kluk ani nic proti bolesti sám nechtěl*. Myslíme si, že v dané situaci měl začít základním představením se rodině, protože s nimi měl kontakt poprvé. Tuto myšlenku uvádíme detailněji v podkapitole 4.3 *Komunikace při práci ZZ*, kde popisujeme, že při prvním kontaktu s pacientem, či jeho blízkými, bychom se měli představit: *Dobrý den. Moje jméno je Pepa a jsem zdravotnický záchranář. A následně otevřít prostor pro jinou, než agresivní komunikaci otázkou: Jaké je Vaše jméno?*“ (PEKARA, 2016).

Druhý respondent zažil v části popisovaného incidentu. *No a když mě držela za ten rukáv, tak jsem se jí vyšklubla a řekla jí že, když mě bude držet tak toho asi fakt moc*

nezmůžu. V této popisované situaci již od začátku respondentka popisuje manželku pacienta s negativním náhledem. *Brečela a hysterčila okolo nás už ode dveří.* Respondentka podle nás podcenila permanentní kontrolu svého okolí při zásahu. Neboť v citovaném textu od Pekary (2016), v teoretické části této práce popisujeme, že na každém kroku výkonu povolání ZZ musíme myslet primárně na vlastní ochranu. *No a najednou nevím, odkud se vzala ta manželka, když před tím stála za řidičem a začala se mnou cloumat.* Respondentka na tuto situaci reagovala již výše zmíněnou reakcí, kdy agresor drží ZZ za rukáv. Byť agresorka reagovala ústupem, *asi se zalekla a chvíli bylo ticho,* nezhodnocujeme tuto odpověď jako správnou techniku verbální sebeobrany. Podle nás by bylo ideální použití postupu procházky s pacientem v kombinaci s dotazováním se agresora na to, proč to dělá (PEKARA, 2016). Kladně hodnotíme však i nějaké verbální řešení situace.

Další respondentka, konkrétně třetí, popsala první verbální obranou reakci takto. *No nicméně jsem mu řekla, že jsem sestřička a že mu sama bez pana doktora nic dát nemůžu. Že počkáme na pana doktora a domluvíme se s ním.* V tomto rozhovoru respondentka popisuje pacienta jako feťáka, který se během hospitalizace, po přivezení ZZS pravděpodobně začal dostávat do stavu abstinence a bažil po droze (KALINA, 2015). *No a v tomhle mezičase, on se asi dostal z dávky a začal tam něco halekat.* Dalším krokem respondentky bylo otočení se k pacientovi zády, což shledáváme jako chybné. Neboť tento neverbální projev může eskalovat pacientův pocit frustrace a následně vyústit v agresi (VEVERA, 2011). *Pak jsem se otočila, že vyhodím na boxe emitku s nějakým bordelem a najednou prásk. Vedle hlavy o sklo přiletěl takovej plastovej polštářek, co měl pod hlavou.* Opětovně se zde opakuje problém nehlídání si svého okolí.

Čtvrtý respondent popisuje kontakt s agresivní pacientkou po přivezení ZZS. *Záchranka nám jí přivezla jako intoxikaci alkoholem.* Náš respondent chtěl postupovat dle interních postupů odd. *Po předání jsem jí dostal na box no a chtěl jsem jí začít vyšetřovat. Jako vždycky. Tlak, saturace.* Nadále respondent popisuje reakci pacientky *No jo, jenomže ona na sebe nenechala šáhnout a začala mi nadávat. Ty kreténe, vůbec na mě nešahej, všichni jste stejně zmrdi.* Dále respondent popisuje časovou tíseň na adekvátní reakci a následné převzetí komunikace třetí stranou. *Ještě, než jsem na to stihl zareagovat, přiběhla lékařka a začala s pacientkou komunikovat místo mě.*

V pátém rozhovoru respondentka popisuje první náznak agrese. *Když jsem se k němu přiblížila s esmarchem, začal se se mnou prát, a jak na mě chtěl zakřičet, tak jsem byla najednou celá od krve.* V této situaci byla respondentka lehce předpojatá, neboť z rozhovoru vyplývá, že dle ní zdravotní stav pacienta nevyžadoval přílišnou komunikaci. *Přišlo mi, že je ještě takovej malátnej, tak jsem ani nic neříkala.* Tímto respondentka chybovala a mohla alespoň částečně metodou popisování zamezit eskalaci agrese. Sice zpětně popsala, co se chystá dělat, *tak jsem mu řekla, že potřebujeme zajistit žílu, ať se uklidní, že je to jako odběr,* ovšem až jako reakci na pacientovu agresi. Tento fakt popisujeme v teoretické části jako informování pacienta, co se s ním právě děje. Neboť popisování toho, co ZZ chce anebo bude dělat před tím, než to dělat začne, může zamezit pozdějším nedorozuměním (LÁNSKÝ, 2013).

V rozhovoru č. 6 respondentka popisuje svou reakci na verbální agresi intoxikovaného pacienta s pravděpodobně zlomeným krčkem. *Při překládání nám nadával do kurev a hodně nahlas si stěžoval, že ho to strašně bolí. Řekla sem mu lehce zvýšeným hlasem, ať po mě přestane křičet, že mu dám injekci a po ní se mu uleví.* Dále respondentka popisuje názor, že se na všechny pacienty intoxikované alkoholem musí mluvit nahlas. *Musí se na všechny s ebrietou trochu víc nahlas. Lépe pak vnímajó.* Náš názor na tuto reakci je, že respondentka mohla spíše zvolit metodu otevřených otázek společně s podrobnějším informováním pacienta před formou rozkazu (PEKARA, 2016). Souhlasíme s respondentkou ve faktu, že komunikace s intoxikovaným pacientem je těžší, než s pacientem bez intoxikace. Proto i aplikace verbální sebeobrany musí být podána takovou formou, která bude v daný moment vhodná pro komunikaci s intoxikovaným pacientem (VEVERA, ČERNÝ, 2011).

Respondent vyjadřující se k tématu verbální sebeobrany v rozhovoru číslo 7. nepopisuje žádnou verbální sebeobranou reakci. Pravděpodobně z hlediska časové tísně. *Neskutečně rychle vytáhl nůž a ohnal se s ním po mě. Bohužel jsem stál dost blízko a nestihl jsem udělat opravdu nic jiného, než si dát ruku před obličej.*

Byť jsme zaznamenali náznaky používání technik verbální sebeobrany ve všech rozhovorech, jejich použití bylo vždy nedokonalé. Ve většině případů, kdy ZZ použili alespoň prvky verbální sebeobrany, byly tyto pokusy pouze naznačeny a nedotaženy do konce. Vypovídá o tom i neúspěšnost deeskalace agrese v analyzovaných rozhovorech.

6.5.2 Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učit verbální sebeobraně?

V druhé otázce budeme uvádět a interpretovat názory respondentů, jak by měla být vyučována verbální sebeobrana pro ZZ.

První respondent akceptuje výuku verbální sebeobranu a již konkretizuje způsob, kde by měl být vyučována. *Jako předmět na školách třeba.* Dále respondent rozvádí problematiku obdobně, jako my v teoretické části, protože stejně tak jako my, popisuje komunikaci ZZ v přímé souvislosti s verbální sebeobranou. *I když vlastně velká část práce je o tom, jak si s těma lidma povídáme.* Postoj propojenosti komunikace a verbální sebeobranu aplikujeme i v teoretické části naší bakalářské práce. Konkrétně, že komunikace je o verbální a neverbální stránce a obě tyto stránky jdou ruku v ruce (ANDRŠOVÁ, 2012), tedy i obrana je potřeba řešit z obou perspektiv, což vidí i respondent.

Druhá respondentka uvádí, že výuka verbální sebeobranu by byla vhodná k výuce na školách. Taktéž propojuje pojem verbální sebeobrana a komunikace, čímž potvrzuje koncepci naší teoretické části. *Ale tohle by bylo lepší na té škole. Aby se učili správně komunikovat. Protože ta komunikace se jim pak bude hodit v praxi.* Dále respondentka popisuje sebekázeň, jako aspekt verbální sebeobranu. *A hlavně se nenechat vyprovokovat.* Sebekázeň je jedním z aspektů verbální sebeobranu, popisovaným například Veverou (2011).

Třetí z respondentů uvádí jako jediný svůj vlastní zájem o komunikaci. *Docela mě baví psychologie, tak jsem si o tom něco četla. Jak komunikovat s pacientem.* Tato respondentka ovšem popisuje doporučený postup k výuce verbální sebeobranu pro ZZ diametrálně jiný, než ostatní. Nezmiňuje výuku verbální sebeobranu na školách, ale v průběhu praxe získáváním zkušeností, od služebně starších kolegů. *Myslím si, že je super, aby se ZZ učili od zkušených. Taková sestra, která už má praxi 40 let, tak toho naučí víc, než ve škole.* Domníváme se, že respondentka vychází z vlastní zkušenosti, i když předtím popisuje vlastní iniciativu v učení se komunikace s pacientem. *Já to tak sama dělala.*

Čtvrtý respondent kombinuje postupy výuky verbální sebeobranu pro ZZ. A to výuku ve školách, kterou preferuje a v kombinaci se školeními, či kurzy poskytovanými zaměstnavatelem. Pro nás je velmi podstatné popisování faktu, že by měla být verbální

sebeobrana vyučována ruku v ruce s fyzickou sebeobranou pro ZZ. *Asi ve škole. Měla by je na to připravit škola ideálně. V případě kdyby zaměstnavatel dělal nějaké to školení fyzické, tak by mělo být dohromady i s tou verbální.* Stejně jako první respondent i tento poukazuje na potřeby spojení verbální a neverbální sebeobrany dohromady. Tedy předpokládáme, že i respondent vidí komunikaci jako celek a prostředek k úspěšné verbální sebeobraně. Tento poznatek je zároveň v souladu se zahraničními trendy výuky sebeobrany, kdy se na školách učí sebeobranu jako celek, která obsahuje část verbální sebeobrany a část fyzické sebeobrany (GALLO, 2012).

Respondent, který odpovídal v pořadí jako pátý, nesouhlasí s výukou verbální sebeobrany pro ZZ. *Myslím, že verbálně se bránit umí každý. Takže to není potřeba se to učit.* Toto je první názor z našich respondentů, který má opačný postoj k výuce verbální sebeobrany pro ZZ. Tento názor je v rozporu s mezinárodním náhledem na problematiku. Například s USA, kde policisté přímo nabízejí výuku sebeobrany pro zdravotnické záchranáře (OLSON, 2011).

Šestý respondent odpovídá, že neví. *Já nevím, já fakt nevím.* Následně pak popisuje, že škola a praxe nás vedou ke správné komunikaci s pacientem. Tudíž se nám podruhé, i když ne stoprocentně, potvrzuje správnost faktu, jakým je koncipována teoretická část. A to, že se ve verbální sebeobraně pro ZZ významněji věnujeme komunikaci, která je zásadním prvkem pro správné jednání s pacientem bez konfliktu (ANDRŠOVÁ, 2012). *Myslím, že škola a praxe nás vede k tomu, jak komunikovat s pacientem.*

Sedmý, tudíž poslední respondent, popisuje fakt, že vzdělávání ZZ ve verbální sebeobraně by mělo být od začátku do konce jejich profesního života. *Všeobecně vzato od začátku jejich kariéry až do konce.* Dále respondent kombinuje možnosti výuky od škol, přes zaměstnavatele, až na fakt kombinace praktické výuky s teoretickou. *Na školách sester a záchranářů nějaká komunikace s pacienty, ale taky od ZZS. Ale ne jenom semináře, taky praktická cvičení.* I zde vidíme snahu propojit teoretické znalosti s praktickými. Tato snaha, aby ZZ získali poznatky jak teoretické, ale následně i praktické, je vidět u zahraničních záchranářů, konkrétně v USA (GALLO, 2012).

6.5.3 Jak by se zdravotničtí záchranáři měli učit fyzické sebeobraně?

V této interpretační otázce budeme popisovat názory ZZ na výuku fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře.

První z respondentů vyjadřuje souhlas s výukou fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. *No určitě!!! Mohlo by být nějaké cvičení pro ZZ, kde by nás pár chvatů naučili. Třeba policaji.* Dále pak respondent uvádí fakt, že by fyzická sebeobrana mohla být kritériem pro přijetí na ZZS, *například jako součást pohovoru na záchranku by mohla být nějaká sebeobranná připravenost.* Zde vidíme první názor, kde se objevuje možnost výuky sebeobrany od PČR. V zahraničí vidíme trend učit sebeobranné techniky záchranáře externími lektory z řad ozbrojených složek (YOUNG, 2013). Další teorie, potvrzující naše stanoviska je již probíhající výuka sebeobrany zdravotnických záchranářů v USA, kde ZZ vyučuje přímo záchranáře sebeobranu (GALLO, 2012).

Druhá respondentka taktéž popisuje souhlas s výukou fyzické sebeobrany pro ZZ. *No asi nějak jo.* Opakovaně pak kombinuje formy výuky. Konkrétně výuku ve škole, kurzy ve volném čase a zřízení kurzů zaměstnavatelem. Tento jev se opakuje u více respondentů, *Asi už na školách by to mělo být. Anebo ve volném čase nějakým kurzem. Ideální by bylo, kdyby to zařídil zaměstnavatel.*

Respondent, dotazovaný jako třetí, rozděluje výuku fyzické sebeobrany pro ZZ na dvě kategorie. Pro ty, kteří budou pracovat na ZZS a pro ty, kteří budou pracovat na OUP. Toto rozdělení je zmíněno poprvé, respondentka uvádí svůj názor, že fyzická sebeobrana pro pracovníky OUP není potřeba. *Podle mého názoru by ZZ měli mít přípravu na záchranku. Tady na OUP to není potřeba.* Zde je patrná snaha propojit možné učení fyzické sebeobrany ve škole s dalším profesním životem tak, aby učení sebeobrany bylo kontinuální, což je důležitý poznatek jak pro školský systém, tak pro zaměstnavatele.

Pátá respondentka popisuje v rozhovoru souhlas s možnostmi výuky fyzické sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. Uvádí však, že podle ní nestačí se umět jen fyzicky bránit, ale i útočit. Tento zmiňovaný fakt nekoreluje s naší teorií a domníváme se, že ani s legislativou České republiky. *Záchranáři by se neměli učit jenom bránit, ale taky útočit. Ale jinak určitě.* Dále ZZ popisuje, že ve svém osobním životě navštěvuje kurzy fyzického boje Krav Maga. Tím doplňuje teoretickou část této práce. Konkrétně fakt o připravenosti ZZ k fyzické sebeobraně zmiňovaného v prvním odstavci třetí kapitoly. Ovšem ne úplně výstižně, neboť Krav Maga je bojový styl, zaměřený primárně na likvidaci protivníka, ne na sebeobranu (PAVELKA, 2015). *Já jsem se přihlásila na Krav Maga a budu se učit sama. Protože zaměstnavatel nám nic neposkytuje, a když, tak je to jenom jednorázová akce.* Dále respondentka popisuje koncepční možnost vyučovat

fyzickou sebeobranu již na školách. *Ale na školách třeba? Jeden nebo dva semestry fyzické sebeobrany.* Důležitost fyzické připravenosti pro záchranáře vyzdvihuje řada zahraničních profesionálů, jelikož ZZ je povolání, kde velmi často dochází k fyzickému napadení a ZZ nejsou dostatečně připravováni na takové incidenty (GALLO, 2012), (OLSON, 2011).

Šestá respondentka krátce zmiňuje souhlas s možností pro ZZ učit se fyzickou sebeobranu. *Určitě by měli být.* Jako možnost uvádí kurz. *Absolvovat nějaký kurz sebeobrany.* Kurzy sebeobrany jsou pro ZZ nabízeny jak u nás, tak v zahraničí. Je tedy vidět, že i od samotných ZZ je poptávka po těchto kurzech.

Sedmý respondent také krátce popisuje svůj souhlas a konkretizuje ho na výuku jak se bránit poskytnutou zaměstnavatelem. *Napadá mě intenzivnější výuka jak se bránit od zaměstnavatele. Nebo třeba nějaká sleva místo do posilovny na výcvik.* I tento respondent poukazuje na nenabízenost výuky, či jiné formy nácviku sebeobrany od zaměstnavatelů. Nabízení kurzů od zaměstnavatelů se v našich rozhovorech opakuje. Tato poptávka je stejná jako v zahraničí, kde sami ZZ po těchto možnostech dlouhodobě volali (ANDERSON, 2009).

6.5.4 Jak by respondenti postupovali při opakování obdobného násilného incidentu?

První respondent popisuje, jak pro něj byl zážitek nepříjemný, i když se necítil v nebezpečí. Přesto však odpovídá na dotazovanou otázku tak, že *asi bych reagoval stejně.* Stejná reakce respondenta je tato odpověď zajímavá vzhledem k tomu, že lidé se zpravidla z nepříjemné situace poučí a chování do obdobných situací změní (VEVERA, ČERNÝ, 2011).

Oproti tomu druhá respondentka popisuje své následné chování diametrálně jinak. *No stoprocentně úplně jinak, než jsem to udělala tehdy.* Zde je patrný markantní rozdíl odpovědí. U této dotazované se projevuje stud, jako hlavní iniciátor změny postoje k budoucímu chování při podobné incidentu. *Ale jak jsem říkala, že jsem se pak styděla, tak mě to ponaučilo.*

Třetí respondentka popisuje jako hlavní změnu ve svém budoucím chování v obdobných incidentech fakt, že se z každého ponaučí. Popisuje tak metodu učení se praxí. Tento fakt respondentka sama aplikovala a následně popsala úspěch. *Poučila jsem*

se, že na podobného pacienta musím být více připravená. Měla jsem podobného pacienta asi za týden a nic se nestalo.

Čtvrtý respondent uvádí. No. U opilých pacientů se toho moc udělat nedá. Asi bych se nesnažil o vyšetření a snažil se spíš s pacientkou domluvit. Rozhodně už nenechám doktorku, aby se mi do toho vměšovala, když to takhle dopadlo. Zde je také vidět známka poučení se. Byť ne přímo použita respondentem, ale jasně viditelná v popisu nenechání nikoho jiného převzít komunikaci v agresii. Již zmiňovaná těžší komunikace s intoxikovanými pacienty se zde objevuje znovu. Jelikož celosvětově platí, že pacienti pod vlivem alkoholu se často spojují s pácháním násilí na záchranářích (OLSON, 2011).

Pátá respondentka popisuje obdobně jako třetí dotazovaná poučení se v obezřetnosti. Je zajímavé, že právě dvě ženy respondentky odpověděly podobně. *Asi bych byla hodně více obezřetná.* Dále tázaná uvádí *asi si okamžitě zavolám policajty*, čímž jasně potvrzuje fakt o spolupráci se složkami IZS popisovaného v teoretické části této práce. Konkrétně máme na mysli podstatnou spolupráci s IZS v intencích zvládnutí agresivního pacienta, konkrétně s Policií České republiky.

Šestá respondentka uvádí *já jsem to tenkrát nečekala. Dějala bych všechno stejně.* Zde je pro nás podstatné, že se podruhé objevuje fenomén nepoučení se z násilného incidentu. Obdobně, jako to bylo u prvního respondenta.

Dle nás příkladný postup poučení uvádí poslední sedmý respondent. *Po tomhle incidentu jsem šel do českého islámského centra a dozvěděl se víc o tomhle náboženství.* Respondent se z vlastní iniciativy společně s negativního zážitku poučuje a okamžití vytváří kroky k nápravě a budoucí připravenosti. *A když bude nějaký problém, budu volat jejich ambasádu.*

6.5.5 Jaký krok byl spouštěčem agresivních reakcí útočníků vůči zdravotnickým záchranářům?

V prvním rozhovoru nenacházíme spouštěč v jednání ZZ při incidentu samotném, ovšem v tom, že se pacient a jeho rodina v minulosti pravděpodobně setkali s negativními zkušenostmi. Faktem je, že velmi často se ZZ může setkat s pacienty, kteří mají sami, nebo jejich okolí, negativní zkušenost z minulosti. Je to bohužel věc, kterou ZZ v danou chvíli nezmění, ovšem tím více to musí ZZ nabádat k opatrnosti a asertivitě při výkonu svého povolání.

V rozhovoru s druhou respondentkou nacházíme pravděpodobné spouštěče v osobních problémech a frustraci respondentky samé. Některé z nich mohly být u zasahující respondentky subjektivně viditelné a eskalovat agresi (ŠPATENKOVÁ, 2011).

V rozhovoru číslo tři se jako původce agrese objevuje drogová závislost. Je prokázáno, že když se narkomanům odejme umožnění přístupu k návykové látce, může to u těchto závislých lidí vyvolávat agresi (KALINA, 2015). *No a on se asi dostal z dávky a začal tam něco halekat ve smyslu, ať mu něco dám, že ho to strašně bolí.*

Ve čtvrtém rozhovoru se počátek agrese velmi těžko interpretuje. Objevuje se zde podobný aspekt intoxikace, tentokrát alkoholem. Ovšem nevíme, jak závažně byla pacientka intoxikována. *Záchranka nám ji přivezla někdy po půlnoci jako intoxikaci alkoholem. ZZ v tuto chvíli na sebe může vzít roli spíše kamarádkou, neboť intoxikovaný pacient spíše vnímá tón hlasu, než sdělovaný obsah (PEKARA, 2016), (VEVERA, ČERNÝ, 2010).* Respondent nepopisuje komunikaci příliš detailně. Tudíž uvádíme pouze všeobecné doporučení. A to konkrétně, že manipulací s intenzitou hlasu spíše docílíme úspěšné komunikace s intoxikovaným pacientem.

Z rozhovoru číslo pět jasně můžeme vyčíst, jako počátek agrese, nedostatečné aplikování metody popisu. *Přišlo mi, že je takovej malátnej, tak jsem ani nic neříkala.* Respondentka přeskočila úvodní fázi komunikace a jala se rovnou provádět výkon zavádění PŽK. Na to konto se pacientova agrese eskalovala (PEKARA, 2016). *Když jsem se přiblížila s esmarchem, začal se se mnou prát.*

Šestá respondentka jasně popisuje námi zmiňovaný teoretický fakt, že intoxikovaní pacienti vnímají spíše tón hlasu než obsahovou stránku sdělení (PEKARA, 2016). *Řekla jsem mu lehce zvýšeným hlasem, ať po mě přestane křičet.* Respondentka je velmi silně přesvědčená o správnosti svého postupu. *Musí se na všechny s ebrietou trochu víc nahlas.* Tato situace je v konfliktu s námi uváděnou teorií dle Pekary (2016), že tón a intenzita hlasu je pro deescalaci agrese u intoxikovaného pacienta velmi podstatná.

Z tohoto posledního, sedmého rozhovoru interpretujeme chybný předpoklad ZZ, že budoucí agresor nehovoří česky, jako počátek agrese. V situaci, kterou respondent popisuje, je těžké předpokládat jazykovou vybavenost potencionálního agresora. Vzhledem k etnické skupině, do které ZZ pacienta automaticky zahrnul

(KUTNOHORSKÁ, 2013). *Při nakládání do sanitky jsem utrousil - ještě, že jsem jí to břicho prohmatal před tím, než přišel.*

6.5.6 Jakou roli v incidentu hrálo pohlaví zdravotnických záchranářů?

Ve výpovědi prvního respondenta, nenacházíme žádný genderový aspekt, který by jakkoliv ovlivňoval průběh incidentu.

Druhá respondentka, žena, popisuje situaci, kdy muž (řidič, druhý člen výjezdové skupiny) vstupuje do incidentu a řeší ho. Z rozhovoru je patrné, že přirozený respekt muže-řidiče agresí pravděpodobně deeskaloval, neboť další progresse není popsána. *Řidič vyskočil a stoupnul si mezi nás. On je takovej velikej klid'as.* Domníváme se tedy, že v tomto konkrétním případě mělo pohlaví vliv na agresora. Jak negativně, při komunikaci s respondentkou, tak pozitivně. Při předání komunikace popisovanému kolegovi-muži.

Třetí respondentka, žena, ve svém popisu jasně naráží na přítomnost mužů na OUP. Nepřímo popisuje možnost úniku a potencionálního převzetí fyzické sebeobrany muži, čímž nepřímo odpovídá na naši průzkumnou otázku. Pocit, zázemí pro napadané ženy je důležitý. *Né, že bych se bála, chlapů jsme tam měli dost.*

Čtvrtý respondent taktéž pouze okrajově naráží na problematiku pohlaví, při násilném incidentu. Podruhé se zde setkáváme s faktem, že větší počet personálu přítomného na OUP je oproti situaci na ZZS výhodou při potencionální fyzické agresí pacientů. *Než přijela PČR, tak jsme jí museli držet. Docela dobře jsme jí ve dvou chlapech udrželi.* Z respondentova popisu usuzujeme, že v tomto případě by ženě-zdravotnické záchranářce nesvěřil fyzickou sebeobranu či restrikcí pacientky, tudíž, že má na problematiku rolí pohlaví vyhraněný názor.

Ve vyprávění pátého, šestého i sedmého respondenta nenacházíme náznaky komentářů u genderových otázek při incidentech agrese.

Shrnutí podkapitoly

V této kapitole jsme se zabývali interpretací dat z výpovědí sedmi respondentů na strukturovaný hloubkový rozhovor. Na první průzkumnou otázku která zněla, jaké techniky verbální sebeobrany použili respondenti pro deeskalaci agrese v popisovaném incidentu, jsme si dle získaných dat odpověděli, že ZZ techniky verbální sebeobrany spíše nepoužívají, než používají. Zaznamenali jsme náznaky použití technik verbální

sebeobrany, ovšem jejich použití jsme shledali jako neúplné, či neadekvátně použité. Z hlediska struktury verbální komunikace, popisované v teoretické části, zjišťujeme u respondentů značné mezery v komunikaci s agresivním pacientem, které následně vedou k agresi.

Na druhou průzkumnou otázku se nám dostalo kladné odpovědi. Většina dotazovaných záchranářů popsala svůj souhlas s výukou verbální sebeobrany pro ZZ. Tázání následně rozvedli své úvahy, jak by měla být verbální sebeobrana vyučována. Zajímavým aspektem je, že respondenti nepřímo uvádí pojem komunikace v přímé souvislosti s verbální sebeobranou. Tímto nám potvrzují, že detailnější zakomponování tématu komunikace pro ZZ do teoretické části bylo na místě.

Všeobecně souhlasná odpověď na třetí otázku nám potvrzuje, že výuka fyzické sebeobrany je pro ZZ ne sice na prvním místě, ale považována za důležitou. Konceptně bychom chtěli zmínit popis jednoho z respondentů o propojení výuky fyzické a verbální sebeobrany.

U čtvrté otázky nás výpovědní hodnota lehce překvapila. Oproti očekávání, pouze čtyři ze sedmi respondentů poukazují na ponaučení se z násilného incidentu. Předpokladem bylo, že pokud respondent popisuje násilný incident, který se mu stal při výkonu povolání, bude se z něj chtít ponaučit a chyby v budoucnu neopakovat. Tyto odpovědi nám potvrzují fakt, že výuka verbální a fyzické sebeobrany je v dnešní době světově velmi aktuální téma.

Odpovědi na pátou průzkumnou otázku jsou různé. První respondent popisuje jako spouštěč negativní zkušenosti pacientů z minulosti. U druhé respondentky nacházíme jako spouštěč frustraci z osobního života. Dále ve třetím, čtvrtém a šestém rozhovoru je jako pravděpodobný spouštěč určována intoxikace agresora. Jedenkrát drogami a dvakrát alkoholem. Pátý respondent iniciuje agresi svojí neadekvátní komunikací.

Na poslední šestou průzkumnou otázku jsme z odpovědí našich respondentek zjistili, že se u nich vyskytuje potřeba zaštit'ovat se muži v profesním životě zdravotnických záchranářů. Nejčastěji v souvislosti s tématem fyzické sebeobrany. U mužů respondentů tuto tendenci nenacházíme.

7 DISKUZE

V této bakalářské práci jsme se pokusili za pomoci kvalitativního designu, konkrétně pomocí hloubkového rozhovoru prozkoumat, jaký postoj mají ZZ k výuce verbální sebeobrany. Dále pak, jaké techniky verbální sebeobrany, byť třeba nevědomky, užili ZZ při násilném incidentu. V neposlední řadě jsme chtěli zjistit, zda na verbální sebeobranu má vliv genderový aspekt. Našimi respondenty byli přímo zdravotničtí záchranáři, kteří osobně zažili incident s agresivním pacientem či jeho blízkým příbuzným.

Přestože byla snaha respondenty daný incident, jeho průběh a svůj postup popsat co nejobjektivněji, je možné, že získané informace mohly být zkreslené vzhledem k časové prodlevě mezi odehraným incidentem a dobou, kdy byl incident v rozhovoru popsán. Dále mohly být informace nepřesné z důvodu subjektivního zkreslení prožité situace respondenty. Také si respondenti nemuseli rozvzpomenout na další podrobnosti incidentu, či některé údaje nemuseli říci záměrně.

Již samotnou povahou druhu průzkumu, tedy kvalitativního designu, je třeba připomenout, že získaná data jsou ze souboru pouze 7 respondentů, kteří splňovali námi zadaná kritéria a byli ochotni spolupracovat. Takto získané závěry tedy nelze plně zobjektivizovat a nejedná se o reprezentativní vzorek respondentů (HENDL, 2016).

I přes výše uvedené faktory, které mohly proces získávání dat do našeho kvalitativního průzkumu ztížit, jsme dostali poměrně významné informace a za pomoci otevřeného kódování a následného analyzování jsme dostali důležitá data, která pomohou k tvorbě edukačního videa. Taktéž data pomohla získat důležité informace, které se dají dále využít v praxi zdravotnických záchranářů.

Za pomoci srovnávání získaných dat s mezinárodní odbornou literaturou, jsme dospěli k závěru, že jsou zde výrazné tendence se srovnat s aktuálními mezinárodními trendy na poli sebeobrany pro profesi zdravotnických záchranářů.

8 ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce bylo poukázat na fakt, že metodami verbální sebeobrany se dá předejít velkému počtu fyzických útoků na zdravotnické záchranáře a zjistit, jaké metody sebeobrany zdravotničtí záchranáři znají a popřípadě používají. Námi formulované cíle byly zodpovězeny. Zdravotničtí záchranáři používají prvky verbální a fyzické sebeobrany. Dotazovaní ZZ by převážně uvítali koncepční výuku sebeobrany pro ZZ. Vytěžené informace jsme využili pro zpracování edukačního videa.

V teoretické části se zabýváme popisem ZZ, jak je definován zákonem a kde může vykonávat své povolání. Dále popisem agrese a sebeobranou pro ZZ jako takovou. Součástí popisu verbální sebeobrany je úzké spojení s tématem komunikace ZZ. Neboť toto spojení prostupuje celou práci od teoretické části až po praktickou. Význačným momentem je přímý popis metodik, jak se připravovat na verbální sebeobranu, a jak ji rovnou použít v případném incidentu.

Naši praktickou část tvořil sběr a následné zpracování sedmi strukturovaných hloubkových rozhovorů tvořeného deseti otázkami. Čtyři z tázaných pracují na ZZS a tři na OUP. Díky tomuto kritériu jsme získali pohled na to, jak dotazovaní ZZ vidí sebeobranu na odlišných pracovištích. Dále pak jsme získali pohled na průběh incidentů přímo od napadených ZZ, jejich popis situace, techniky, které se často používají a rozdíly v reakci žen-záchranářek a mužů-záchranářů na agresi pacienta či blízké osoby pacienta.

Z odpovědí na průzkumné otázky jsme zaznamenali použití verbální sebeobrany ve všech vzorcích. Vzhledem k nedokonalosti využití, povětšinou neúspěšné. Dále pak, že výuka verbální i fyzické sebeobrany je pro ZZ podstatnou záležitostí. Ne všichni dotazovaní ZZ vykazovali tendenci poučit se z chyb, i přestože dle našeho názoru nepostupovali dobře. Někteří respondenti, byť jasně popisující napadení, uváděli, že by reagovali na obdobnou situaci stejně. Všeobecným spouštěčem agrese dle rozhovorů byla neadekvátní nebo nedokonalá komunikace, kam řadíme i verbální sebeobranu. Muži a ženy, pracující jako ZZ, mají na roli sexuality rozdílné názory. Všeobecně respondentky vždy popsaly, že přítomnost mužů, kvůli zvládnání fyzické agrese, je důležitá.

Z informací získaných pomocí hloubkových rozhovorů a společně s teoretickou částí, jsme vytvořili edukační video, které může být použito jako výukový materiál jak

na školách pro zdravotnické záchranáře, tak přímo v praxi na ZZS nebo OUP. Nadále získaná data můžeme využít pro potencionální přípravu výuky, kurzů či školení verbální a fyzické sebeobrany. Konkrétně můžeme použít teorii a aplikovat ji na reálné incidenty. Stejně tak jako edukativní video, lze využít tyto materiály jak na školách, tak v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADÁMEK, Martin, 2010. *Jak funguje letecká záchranka*. 1. vydání. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2589-2.
- ANDERSON, Brigid, 2009. *Qld paramedics get self-defence training*. [online]. [cit. 03. 03. 2016]. Dostupné z: <http://www.abc.net.au/news/2009-12-17/qld-paramedics-get-self-defence-training/1182410>.
- ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
- BŘÁZDIL, Milan, FELLNEROVÁ, Ivana, 2011. *Urgentní medicína: záchrana lidského života, resuscitace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2725-6.
- BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-815-6.
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004, *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. Sbírka zákonů, Česká republika. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4334.
- ČESKO, 2009. Zákon č. 40 ze dne 9. února 2009, *Trestní zákoník*. Sbírka zákonů, Česká republika. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>.
- ČESKO, 2011a. *Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011, O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Sbírka zákonů, Česká republika. ISSN 1211-1244. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886.
- ČESKO, 2011b. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, *O zdravotních službách*. Sbírka zákonů, Česká republika. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23497>.
- ČESKO, 2011c. Zákon č. 374 ze dne 8. prosince 2011, *O zdravotnické záchranné službě*. Sbírka zákonů, Česká republika. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23499>.
- ČESKO, 2012. Zákon č. 89 ze dne 22. března 2012, *Občanský zákoník*. Sbírka zákonů, Česká republika. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=24084>.

DEVITO, Joseph, 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

DOBIÁŠ, Viliam, a kol., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. vydání. Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5.

DOHNALOVÁ, Hana, 2011. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. In: *Medicína pro praxi* 2011; **8**(2), pp. 86–88. ISSN 1214-8687.

DOUGHERTY, Martin J., 2013, *Sebeobrana - boj beze zbraně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4676-0.

GALLO, Juan D., 2012. *Paramedic students training in self-defense as abuse prevention for first responders* [online]. [cit. 15. 01. 2016]. Dostupné z: <http://humberetc.com/paramedic-students-training-in-self-defense-as-abuse-prevention-for-first-responders/>.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, 2010. *Velký psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání, dotisk. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLLOMAN, Garland and Scott ZELLER, 2011. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. In: *Western Journal of Emergency Medicine*. **13**(1), pp. 1–2. ISSN 1936-900X.

HULMÁK, Milan, 2009. *Občanský zákoník I+II - velký komentář*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-108-6.

JACOBS, Mark, 2011. *The Principles of Unarmed Combat*. USA: Turtle Press. ISBN-10 1934903272.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1110-2.

KNOR, Jiří, MÁLEK, Jiří, 2014. *Farmakoterapie urgentních stavů*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-386-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ Jaroslava, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.

- LÁNSKÝ, Tomáš, 2013. Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti [online]. In: *Zdravotnické noviny*. [cit. 29. 01. 2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-rci-kritizuji-pacienti-463262?category=z-domova>.
- LINHARTOVÁ, Věra, 2006. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MC YOUNG, Marc, 2013. *Four types of violence*. [online]. [cit. 29. 01. 2016]. Dostupné z: http://nonenseselfdefense.com/four_types_of_violence.htm.
- NEWMAN, Willis and Esmeralda NEWMAN, 2010. *Domestic Violence: Causes and Cures and Anger Management*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN 978-1-4528-4323-0.
- NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2015. *Skripta k předmětům výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. 3. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická. ISBN 978-80-904955-9-3.
- NÖLLKE, Michael, 2009. *Schlagfertigkeit Trainer*. München: Rudolf Haufe Verlag. ISBN-10 3448095893.
- NÖLLKE, Michael, 2011. *Trénink slovní sebeobrany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3517-7.
- OLSON, Roger, 2011. *Tactical Scene Safety: Part 1,2,3*. [online]. [cit. 12. 03. 2016]. Dostupné z: <http://www.emsworld.com/article/10318776/self-defense>.
- PAVELKA, Radim, STICH, Jaroslav, 2015. *Sebeobrana*. 1. vydání. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2800-5.
- PECH, Jaroslav, 2009. *Řeč těla a komunikace*. 1. vydání. Praha: NS Svoboda. ISBN 978-80-205-0606-1.
- PEKARA, Jaroslav, 2016. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, fakulta zdravotně sociální.
- PRESLEY-TURNEROVÁ, Louise, 2013. *Život ve vlastních rukou*. Dosáhněte svých snů a buďte sami sebou. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4673-9.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*, 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
- RICHMOND, Janet et al., 2012. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. In: *Western Journal of Emergency Medicine*. **13**(1), pp. 17–25. ISSN 1936-900X.

REMEŠ, Roman, TRNOVSKÁ, Silvia a kol., 2014. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.

SIHELSKÁ, Dana, 2007. Zdravotnícky záchranář – profesionál, osobnost. In: *Urgentní medicína*. **10**(2), pp. 30–31. ISSN 1212-1924.

ŠÁMAL, Pavel a kol., 2012. *Trestní zákoník*. 2. vydání, Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-428-5.

ŠEBLOVÁ, Jana, KNOR, Jiří a kol., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠIMEK, Jiří, 2008. Etické problémy urgentní medicíny. In: *Urgentní medicína*. **11**(4), pp. 31-33. ISSN 1212-1924.

ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace*. Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

VEVERA, Jan, 2011, *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3976-2.

VEVERA, Jan, ČERNÝ, Martin, 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. In: *Psychiatrie pro praxi*, 2011; **12**(2), pp. 69-71. ISSN 1213-0508.

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Efektivní komunikace v praxi. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.

WAGNER, Jim, 2006. *Defensive tactics for professionals and civilians: reality-based personal protection system*. Madrid: Budo International. ISBN 8496492125.

WOLLERSHEIMOVÁ, Susane, 2005. Příslušníci rodiny v tísňové situaci. Péče o rodinné příslušníky a spolu-pacienty při neodkladné resuscitaci. In: *Urgentní medicína*. **8**(1), pp. 30-32. ISSN 1212-1924.

YOUNG, Robin, 2013. *Self-Defence for Paramedics and Other Health Care Professionals*. United States: 11th Dimension Press. ISBN 978-0-9918622-0-7.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Webové stránky:

Anesteziologicko - resuscitační oddělení (ARO) [webová stránka]. Nemocnice Vyškov. 2016. [cit. 29. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.nemvy.cz/anesteziologicko-resuscitacni-oddeleni-aro>

Poslání, činnost a struktura oddělení urgentního příjmu (emergency department) [online]. ČLS JEP - Sekce urgentních příjmů OS UM ČLS JEP. Září 29, 2011. [cit. 15. 01. 2016]. Dostupné z: http://www.urgmed.cz/up/2011_up%20.doc.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rozhovor	II
Příloha B – Obrázek 2	IV
Příloha C – Obrázek 3	V
Příloha D – Obrázek 4	VI
Příloha E – Obrázek 5	VII
Příloha F – Obrázek 6.....	VII
Příloha G – Obrázek 7.....	IX
Příloha H – Obrázek 8.....	X
Příloha I – Obrázek 9	XI
Příloha J – Obrázek 10	XII
Příloha K – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XIII
Příloha L – Kódovaný přepis sedmého rozhovoru	XIV

Příloha A – Rozhovor

Následující otázky byly obsaženy v našem hloubkovém rozhovoru. Zde je jejich přepis. Otázky jsou vytěženy z disertační práce Pekary (2016) po osobní konzultaci v roce 2015. Následně byly otázky modifikovány pro splnění našeho průzkumného účelu.

1. Popište prosím Vaše získané vzdělání, věk, pohlaví a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.
2. Popište prosím stručně násilný incident. Co se stalo?.
3. Do jaké míry myslíte, že se dalo násilí zabránit?
4. Pokud by nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?
5. Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?
6. Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči ZZ?
7. V jaké situaci jste měl/a chuť pacienta uhodit nebo mu vynadat?
8. Jak by podle Vás měli být ZZ učeni fyzicky se bránit?
9. Jak by podle Vás měli být ZZ učeni verbálně se bránit?
10. V případě, že nastane násilný incident, co byste si přál/a, aby po něm následovalo?

Příloha B – Obrázek 2



Obrázek 2

Zdroj: www.pax-bags.com/media/catalog/product, 2016

Příloha C – Obrázek 3



Obrázek 3

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha D – Obrázek 4



Obrázek 4

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

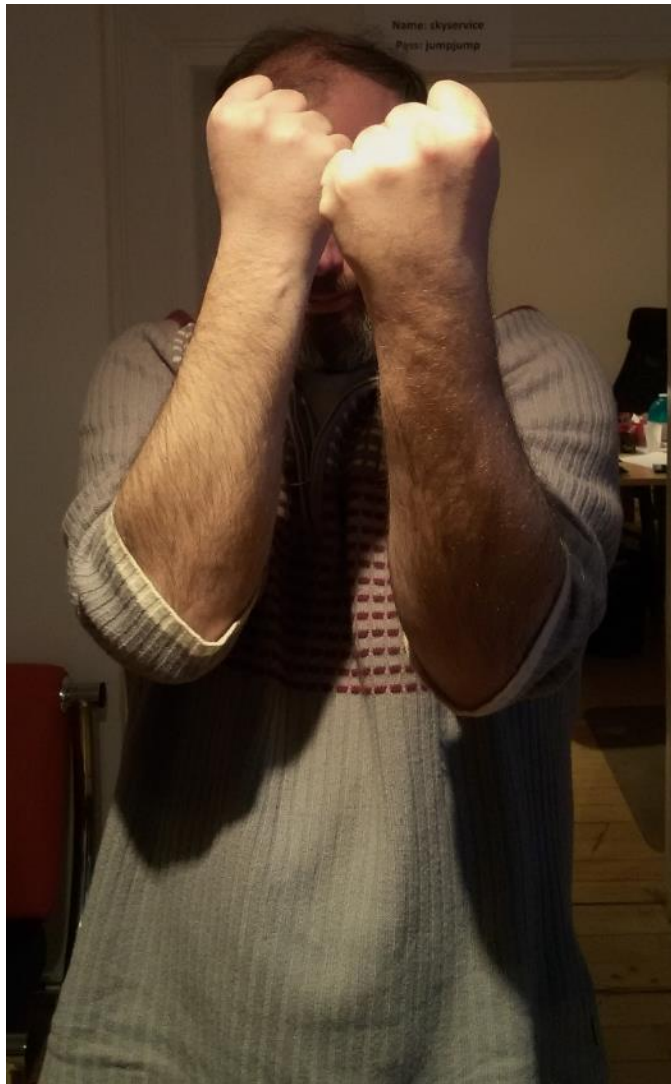
Příloha E – Obrázek 5



Obrázek 5

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha F – Obrázek 6



Obrázek 6

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha G – Obrázek 7



Obrázek 7

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha H – Obrázek 8



Obrázek 8

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha I – Obrázek 9



Obrázek 9

Zdroj: Adam Hrubý, 2016

Příloha J – Obrázek 10



Obrázek 10

Zdroj: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js10/upoly/web/muay-thai/04-kryty.html>, 2016

Příloha L – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Verbální a fyzická sebeobrana zdravotnického záchranáře v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha L – Kódovaný přepis sedmého rozhovoru

MZE

1 Rozhovor č. 7

1.1 1. Popište prosím Vaše získané vzdělání, věk, pohlaví a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.

Tak já jsem před rokem dodělal magisterský titul. Přesně dneska je mi 33 let. Jsem muž a na ZZS pracuji už čtvrtým rokem. Před tím jsem pracoval jako řadová sestra na urgentním příjmu. Pracoval jsem i mimo zdravotnictví. Ještě před tím jsem dělal sanitáře. Během studií.

1.2 Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?).

Mě se jich stalo víc. Mám na to vyloženě smůlu. Ale ten co budu popisovat byl asi nejvážnější. Vždycky si dávám pozor na to, jak s pacientama mluvím, ale tohle co se mi stalo, jsem opravdu nečekal. Přijeli jsme normálně sami jako RZP posádka na výzvu bolesti břicha. Dispečerka volala, že doktor teď předal v nemocnici a že jede za náma, protože je to tam prý nějaké složité. Přijeli jsme na místo, naprosto normálně vypadající. Nic nenaznačovalo, že máme očekávat nějaké nebezpečí. Zazvonili jsme na zvonek a já už jsem začal tušit, protože tam bylo na jménu Abdulah. Mužský hlas hovořící anglicky nás vpustil dovnitř do druhého patra. U dveří nás přivítal muž v obleku snědší pleti a ukazoval na nás. Prý jsou tady na pracovní cestě a manželka jeho bratra si už od rána stěžuje, že jí hrozně bolí břicho. Zeptal jsem se, jestli pacientka mluví anglicky. Řekl, že bohužel ne a že bude překládat. Dopracovávali jsme se k nějaké anamnéze a já jsem řekl, že bych si rád to břicho vyšetřil. A že bych ho potřeboval vidět, kvůli tomu jakou má barvu atd. Popsal jsem mu, jak to bude probíhat a on řekl, že jemu to nevadí, jí že taky ne pokud se to nikdy nedozví její manžel. Za pomoci překladatele-bratra si vyhrnula takový ten jejich hábit. Břicho bylo pohmatem tvrdší a jasně reagovala na Blumbergův pžiznak. Zvracela a měla teplotu. Měl jsem vyhráno. Apendicitida. Zeptal jsem se překladatele, jestli můžeme napíchnout žílu a vysvětlil jsem, o co jde. Napíchnli jsme žílu a já volal dispečink kvůli roztokům. V tom zaharašili klíče v zámku a vletěla tam osoba v turbanu jako aragán. Začal něco řečet arabky a já jsem hned vstal a klidil jsem se někam do prostoru. Řidič udělal to samé a čekali jsme, co se bude dít. Po chvilce komunikace se zdálo vše v pořádku a začali jsme pani nakládat. Její manžel, že pojede s náma. Všechno bylo ok. Při nakládání do sanitky jsem utroušil. Ještě, že jsem jí to břicho prohmatal před

1

tím, než přišel. V tom okamžiku se manžel pacientky otočil a zařval. COŽE??!!!
Neskutečně rychle vytáhnul nůž a ohnal se s ním po mě. Bohužel byl (dost blízko) a já jsem
nestihl udělat opravdu nic jiného než si dát ruku před obličej. Nůž mi projel bundou až
na kůži ale naštěstí ne moc hluboko. Řidič, který v tu chvíli nandával nosítka s pacientkou
do sanity je tam rychle zarazil až pacientka nadskočila, a protože je opravdu ale opravdu
veliké, tak chlapa srazil na zem. Vůbec nevím jak, protože jsem chytl svojí vlastní krev.
Vzal mu nůž a zahodil ho. Chlap pod ním ležel a řval na nás česky, že jsme zneuctili jeho
ženu. A v tu chvíli přijel doktor. Počkali jsme na další sanitu, která paní odvezla s bratrem
tohoto turbanáře. No a já jsem řešil s PČR napadení, mezitím co mě doktor ošetřoval.
Pak následoval soud, kterej sem vyhrál a dostal odškodnění.

1.3 Do jaké míry myslíte, že se dalo násilí zabránit?

No tady konkrétně u mě je to naprosto jasné. Kdybych držel hubu, nic se nestalo. Protože do té doby byl ten chlap naprosto šťastnej, jak jsme ohleduplní k jejich víře.

1.4 Pokud by nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

Po tomhle incidentu jsem šel do českého islámského centra a dozvěděl jsem se víc o tomhle konkrétním náboženství. Takže budu reagovat tak, že na všechno se ptám pacientčina manžela. A když bude nějaký problém, budu volat jejich ambasádu.

1.5 Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?

Podle mě si většinou za násilí můžou zdravotníci sami. Spoustě problémů se dá předejít aktivní komunikací. A hlavně vlastním entusiasmem pro to naučit se jednat v určitých situacích. Například náboženské problémy v poskytování PNP.

1.6 Co myslíte, že by pomohlo vůči minimalizaci násilí vůči ZZ?

Všeobecně asi změna legislativy a její následná masivní medializace. Prostě zvýšit tresty za napadení záchranáře doktora. Prostě záchranářů a hodně to medializovat. A pak taky propagace toho, v jakých podmínkách opravdu pracujeme. Ale reálná, ne jako TV Nova.

1.7 V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit nebo mu vynadat?

Pacienta snad nikdy, ale někdy mám chuť vynadat některým rodinným příslušníkům. Třeba včera jeden vnuk řval na starou babičku, že mu nedala kapesné. Babička v sanítce a on po ni chce peníze. To jsem mu měl chuť jednu střelit. ↓

1.8 Jak by podle vás měli být ZZ učeni fyzicky se bránit?

Wow. Napadá mě intenzivnější výuka jak se bránit od zaměstnavatele. Nebo třeba nějaká sleva místo do posilovny na výcvik. "ANO"

1.9 Jak by podle vás měli být ZZ učeni verbálně se bránit?

Všeobecně vzato od začátku jejich kariéry až do konce. Na školách sester a záchranářů nějaká komunikace s pacienty ale taky od ZZS. Ale ne jenom semináře, taky praktická cvičení. Jenže kdy na to máme vzít čas. Nebo jedna a druhá strana peníze. "ANO"

1.10 V případě, že nastane násilný incident, co byste si přál, aby po něm následovalo?

Já jsem dostal pracovní volno. Takže asi něco podobného. Když to bude vážné. Nadává nám někdo pořád ale to už asi tak je a jsme na to zvyklí. Ale po fyzickém napadení by mohl mít záchranář na výběr. Dosloužit a nebo jít domů.

3