

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

**Napadení zdravotnických záchranářů z jejich vlastního
pohledu**

Bakalářská práce

Petr Novotný, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Katarina Veselá

Praha 2016



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

Novotný Petr
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 2. 11. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Napadení zdravotnických záchranářů z jejich vlastního pohledu

Attacking on Paramedics from Their Own Point of View

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Katarína Veselá

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 vedoucí práce paní doktorce Kataríně Veselé za trpělivost a vstřícnost při vypracování této bakalářské práce. Také bych zde rád poděkoval celému pedagogickému sboru Vysoké školy zdravotnické za podíl na této práci a neposlední řadě bych rád poděkoval přátelům, kteří mi laskavě zaslali svoje připomínky a návrhy na doplnění této práce.

ABSTRAKT

NOVOTNÝ, Petr. *Napadení zdravotnických záchranářů z jejich vlastního pohledu*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce MUDr. Katarina Veselá. Praha 2016. Počet stran: 89.

Bakalářská práce se zabývá dnes často diskutovaným sociálním fenoménem, kterým je agrese směřovaná na zdravotnické záchranáře. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část analyzuje jednotlivé typy agrese, interpretuje poznatky jak se s agresí vypořádat a jak jí předcházet. Uvádí také legislativní ustanovení týkající se napadení zdravotnických záchranářů platná v České republice. Praktická část se je vedena formou rozhovoru s respondenty, kteří se v rámci svého povolání setkali s agresivním pacientem.

Klíčová slova

Agrese. Frustrace. Komunikace. Napadení. Pacient. Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

NOVOTNÝ, Petr. *Attacking on Paramedics from Their Own Point of View*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Katarina Veselá. Prague. 2016. 89 pages.

This present study attempts to deal with today's quite often discussed social phenomenon and the aggression on paramedics.. The study is divided into theoretical and practical part. The theoretical part analyzes the different types of aggression, and the theoretical part interprets knowledge of how to deal with aggression and how to prevent it. Moreover, it also gives legislative provisions concerning assault paramedics valid in the Czech Republic. The practical part is conducted through an interview with respondents who encounter aggressive patients within their profession.

Keywords

Aggression. Attack. Communications. Frustration. Paramedic. Patient

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNÁM OBRÁZKŮ

ÚVOD	11
1 Agrese jako pojem	14
1.1 Druhy agrese	16
2 Komunikace v podmínkách přednemocniční péče	19
2.1 Komunikace s agresivním pacientem.....	20
3 Obrana proti agresivnímu pacientovi.....	22
3.1 Farmakologické a fyzické omezení.....	23
3.2 Neletální zbraně	25
4 Prevence a způsoby, jak agresi předcházet	27
4.1 Komunikační techniky a základní krizová intervence	27
4.2 Komunikace mezi pacienty a záchranáři.....	29
5 Legislativa.....	31
6 Praktická část	34
6.1 Kritéria hloubkového rozhovoru	35
6.1.1 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům	36
6.2 Rozhovory	37
7 Diskuze	49
7.1 Doporučení pro praxi	53
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

ČR - Česká republika

IZS - integrovaný záchranný systém

KPR - kardiopulmonální resuscitace

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NLZP - nelékařský zdravotnický pracovník

PNP - přednemocniční neodkladná péče

% - procento

RLP - rychlá lékařská pomoc

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

Sb. - Sbírka (zákonů)

Tzv. - takzvaný

ZZS - zdravotnická záchranná služba

WHO - World health organization (Světová zdravotnická organizace)

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antiparkinsonika - látky odstraňující symptomy parkinsonismu

Cyanóza- modré a modrofialové zbarvení kůže a sliznic

Ekg - elektrokardiografie

Farmakoterapie léčení pomocí léků a infuzních roztoků

Gerontopsychiatrie - léčbou psychických poruch, které vznikají ve stáří, po 65. roce života

Glukóza - krevní cukr

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

Násilí - zneužití fyzické převahy vůči jiné osobě, např. k prosazení své vůle nebo vybití vlastní frustrace

Trankvilizace - zklidnění

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Kódovací schéma	36
Obrázek 2 Doporučení pro praxi	53

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou napadání záchranářů pacientem a možnostmi, jak agresivnímu chování zamezit, zejména využitím komunikačních technik.

V nemocničním prostředí i v přednemocniční péči hraje komunikace s pacientem klíčovou roli, obzvláště v dnešní době, kdy se počet napadení výjezdových skupin a zdravotníků nebyvale zvyšuje, a to nejen u nás, ale i v zemích po celém světě.

Zvýšená agresivita u pacientů může souviset s mnoha faktory, ať už se jedná o neustálé odolávání stresu v pracovním i domácím prostředí, nebo o všudypřítomný vliv moderních forem médií. Každý den proudí z televize a internetu nespočet zpráv s násilným podtextem, který v lidech může podporovat pocit nejistoty a strachu ústící právě v agresi. Ve výsledku pak nevědomky začínáme brát násilí jako běžnou součást každodenního života.

V České republice došlo v posledních letech k značnému nárůstu kriminálního chování. Podle policejních statistik se do konce roku 1989 celková kriminalita udržovala na počtu zhruba 120 000 evidovaných zločinech ročně. Za rok 2014 je ale evidovaných 288 660 zločinných případů. Studie dále potvrzují, že více než jedna čtvrtina násilí se odehrává právě na zdravotnicích. Nelze se tedy pozastavovat nad faktem, že se prakticky každý záchranář někdy dostane do konfliktu s pacientem. Výjezdové skupiny zasahují na rizikových místech a jednají s osobami, které jsou často pod vlivem omamných látek či alkoholu, čímž se pravděpodobnost násilného incidentu samozřejmě zvyšuje.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje násilí obecně a poskytuje souhrnný přehled k této problematice. Zabývá se teorií agrese, specifikuje, co je agrese a jak se dělí. Zaměřuje se na asertivní komunikaci s agresivním pacientem. Obsahuje doporučení, jak se v takovém případě chovat včetně postupů, jak pacienta uklidnit. Nadále se zde pojednává o možnosti sebeobrany pro záchranáře, pro případy, kdy útoku nelze zabránit. Připojená jsou i legislativní ustanovení o nutné sebeobraně platná v České republice.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat problematiku napadení a agrese ze strany pacientů.

Cíl 2: Uvést právní ustanovení pro napadení zdravotnických záchranářů.

Praktická část bakalářské práce je tvořena 10 rozhovory s různými respondenty v oboru zdravotnický záchranář, jedná se již o pracující profesionály i studenty, kteří se v minulosti setkali s agresí ze strany pacientů či s napadením. Respondenti odpovídali volně na předem dané otázky, ze kterých potom byl vytvořen rozbor.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit okolnosti vzniku napadení respondentů

Cíl 2: Zjistit, zda by napadení respondentů šlo předejít, kdyby použili správné komunikační techniky

Průzkumná otázka:

- Které faktory donutili záchranáře použít sebeobranu?

Hlavní cíl této bakalářské práce je zmapovat problematiku napadání zdravotnických záchranářů. Nabídnout stručný náhled do tohoto tématu. Seznámit odbornou veřejnost s problematikou agrese a způsoby, jak se jí vyvarovat. Sestavit přehled typů komunikace, které lze v případě napadení uplatnit a v neposlední řadě předložit toto téma k odborné diskuzi.

Vstupní literatura:

- ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
- ANGELOVSKI, Igor, 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví. Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. ISSN 1213- 6050. roč. 7, č. 3, s. 118-123.
- BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Psyché. ISBN 978-80-247-1125-6.
- PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Napadení záchranářů z jejich vlastního pohledu*, proběhlo v časovém od roku 2005 až do roku 2015. Pro vyhledávání bylo použito elektronických databází Bibliographia medica Czechoslovaca a Medic. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém Agrese, Frustrace, Komunikace, Napadení, Pacient, Zdravotnický záchranář. A v jazyce anglickém Aggression, Attack, Communications, Frustration, Paramedic, Patient.

1 Agrese jako pojem

Samotné slovo agrese je latinského původu, kdy původní výraz *agressio* znamená útok nebo výpad. Pojem agrese má mnoho definic, protože zahrnuje velkou škálu projevů. Všeobecně může být agrese chápána jako násilné narušení práv jiné osoby, nebo jako ofenzivní jednání či jako procedura. Lze také uvést výklad, že se jedná o agresivní pud, který zodpovídá za široké spektrum chování, které nemusí být ve své podstatě nutně agresivní. Agrese se dá chápat i jako komponent normálního chování, který se ve velmi specifických situacích zaměří na nějaký cíl a dojde k jeho uvolnění za účelem překonání ohrožení fyzické či psychické integrity (PONEŠINSKÝ, 2005).

Agrese se většinou popisuje jako psychotická (emočně motivační) mohutnost, kde je cílem ublížit, nebo získat majetek. Může být zaměřená proti jiným lidem nebo i proti sobě samému. Ve valné většině případů je akt agrese hodnocen negativně, ale agrese může být využita i v morálně pozitivním nebo neutrálním smyslu, například v boji o svobodu. Z psychologického hlediska je chápána jako přirozená či pudová vlastnost, která je lidské bytosti vlastní, a z takového úhlu pohledu lze říci, že je dokonce eticky neutrální.

Původ agrese není zcela jednoznačný, může souviset s teritoriální rivalitou, bojem mezi potomstvem, nebo bojem o hierarchické postavení. Z pohledu evoluční biologie slouží k adaptaci a udržení života, ať už se jedná o způsob zajištění obživy, sebeprosazení, nebo o sebeobranu. Biologickými kořeny agrese se zabýval také Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy. Jeho základní myšlenkou bylo, že v přírodě existuje přirozená homeostatická organizace všeho živého, a stejně tak existuje i opak, tedy tendence vedoucí k rozkladu a zániku. Freud viděl východisko z konfliktu mezi pudem života a smrti v pochopení agresivní povahy člověka (PTÁČEK, 2011).

Ve 30. letech 20. století byla formulována Frustrační teorie agrese, která považovala frustraci za nutnou podmínku a spouštěč agrese. Většinou pacient vyhledá lékaře kvůli bolesti, ať jde o psychické napětí či úzkost. Tyto symptomy mohou vést u pacienta k frustraci. I když tato frustrace nemusí sama o sobě být z jednání pacienta zřejmá, může mít původ v neschopnosti dosáhnout cíle či v nejistotě. V klinické praxi patří frustrace i dnes stále mezi nejčastější katalyzátor agresivního chování (PTÁČEK, 2011).

K agresivnímu chování může pacient také snadno přejít z jiného počátečního stavu, jako například z agitovanosti nebo neklidu. Obojí lze obecně definovat jako stav, v němž převažuje špatně koordinovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z duševní či fyzické nepohody. V následné fázi agrese je pak pacient nebezpečný sobě i svému okolí. Agitovanost lze popsat jako roztěkanost, která může být doprovázena neklidem. Především se projevuje jako bezhlavé jednání, které může být i společensky nevhodné. Její výskyt souvisí s roční dobou a nejvíce se objevuje na podzim. Tohoto chování se nedokáže pacient sám zbavit. Neklid je stav, který charakterizuje zvýšená a náhodná psychomotorická aktivita, kterou doprovází vysoká podrážděnost a přecitlivělost ke stimulům, která může vyústit právě v agresivní chování (HANUŠKOVÁ, 2008), (VEVERA, 2002).

Agresivní chování lze definovat jako porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení (SZKANDEROVÁ 2008, str. 2).

Jednou z nejvíce používaných definic násilí, která se dnes používá je definice vytvořena Světovou zdravotnickou organizací, která charakterizuje násilí jako hrozbu, nebo úmyslné použití fyzické síly nebo moci proti sobě samému, jiné osobě, proti skupině. Je při tom použita moc či síla, která má vysokou pravděpodobnost, že bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti. Pro účely této práce se samotným násilím budeme zabývat minimálně, zajímá nás jak hlavně jak mu předejít (www.who.int).

Násilí v přednemocniční péči je vystupňované agresivní chování vznikající na základně neovladatelných negativních emocí a jiných různě přidružených faktorů. S prvky verbální a fyzické agrese, které již nelze považovat za přijatelné, tak že přímo ohrožuje důstojnost a zdraví bytostí na které je namířena. Jako reakce na násilí je obranné chování, které svým charakterem převyšuje povahu útoku a dokáže za dané hrozbu odvrátit. Jako mírnější formou obrany je například komunikace (PEKARA, 2015).

1.1 Druhy agrese

Je mnoho způsobů klasifikace agrese ať už podle jejích projevů, účelu, nebo příčiny. Podle projevů se například agresivita obvykle rozlišuje na čtyři stupně, kde první stupeň je ideatorní, čili myšlenková agrese. Druhým stupněm je agrese verbální, která zahrnuje také gestikulaci. Třetím stupněm je agrese proti předmětům, nejčastěji se jedná o ničení majetku. A čtvrtý stupeň zahrnuje již fyzickou agresi mířenou proti lidem, označovanou jako násilí (PTÁČEK, 2011).

Na základě účelu se agrese rozděluje na instrumentální a emocionální, kde instrumentální agrese je vlastně prostředkem, jak dosáhnout svého cíle a je-li při tom někdo zraněn, jedná se čistě o sekundární efekt. Použití tohoto typu agrese je založeno na promyšleném jednání, v němž agresor bere v úvahu i možné dopady svého chování. Agresor může své jednání vědomě kontrolovat, v takovém případě počítá s rizikem a přemýšlí o důsledcích. Naproti tomu emocionální agrese, také nazývaná zlostná nebo afektivní, je typická pro přítomnost velmi silné negativní emoce, většinou dominuje hněv a agrese není prostředkem, ale cílem sama o sobě. Impulzivní agrese v takové situaci je spontánním výbuchem všech negativních emocí a je spojená s motorickou reakcí na podnět (BERAN, 2010), (PONEŠINSKÝ, 2005).

Pro rozlišení agrese na základě příčin se dodnes používá Moyerova klasifikace, která na základě odlišností v podnětných a fyziologických příčinách definuje sedm různých druhů agrese. Jedná se sice o studii na zvířatech, lze ji ale aplikovat i na člověka. Členění podle příčin je následující:

- Predátorská - útočná agrese, zaměřená na kořist, ve většině případů jde o mezidruhovou agresi. Vyvolávajícím podmětem je pohybující se kořist.
- Agrese mezi samci - agrese mezi příslušníky stejného druhu, sloužící k nastolení hierarchie dominantních a submisivních samců ve skupině.
- Agrese vyvolaná strachem, která se může vyskytovat v situaci, kdy není možný únik a jedinec je ohrožený na životě.
- Dráždivá agrese, která se může směřovat mezi živé i neživé objekty (skříně, dveře či jiný nábytek) a které předchází frustrace, bída, nedostatek spánku či hlad.

- Mateřská agrese je reakcí matky, která jedná v situaci ohrožení svého mláděte.
- Sexuální agrese je vyvolaná podněty, které jsou příčinou sexuálních reakcí. Většinou se vyskytuje u samců, ne však výhradně.
- Agrese jako obrana teritoria je typ agrese, při které se naruší již vymezené území vyskytuje se jak mezi příslušníky stejného druhu, tak i mezidruhově.

Z praktického hlediska lze potom rozlišovat přímou a nepřímou agresi a agresí verbální a fyzickou. Pokud agresor může cíl přímo napadnout fyzicky, ať jde o kopnutí nebo facku, jde o přímou agresi nebo o přímou verbální agresi, za užití nadávek a zesměšňování. Ale agrese bývá i nepřímá, jestliže se agresor obává trestu za agresi přímou, nebo mu to daná sociální situace neumožňuje. Projevem této agrese je například ničení majetku náležícímu cíli této agrese (ANDRŠOVÁ, 2012), (BERAN, 2010), (PONEŠINSKÝ, 2005).

- Agresivita je určitým rysem osobnosti. Můžeme rozlišit mnoho forem agrese, z nichž některé jsou dokonce i společensky tolerované, například během sportovních utkání, či demonstrací a mezi její nejčastější formy patří:
 - Verbální - nadávky, ironie, sarkasmus, různé pomluvy
 - Fyzická - může se jednat o strkání, nebo o napadení bez zbraně či se zbraní
 - Psychická - vzniká následkem emocionální újmy, často se jedná o verbální agresi, ponižování či šikanu
 - Sociální - materiální a finanční, často vůči seniorům
 - Sexuální násilí - zahrnuje sexuální zneužívání či znásilnění
 - Autoagresivita - druh sebepoškozování, u něhož je konečným stádiem sebevražda
 - Heteroagresivita - agrese zaměřená na ostatní

- Institucionální týrání - v nemocnicích, domovech důchodců, nebo ve vězeňských zařízeních
- Rasové násilí - agrese z důvodu jiné rasy
- Přenesená forma agresivity - objektem agrese se stává jiná osoba, než ta, kvůli které agrese vznikla
- Stalking - sledování a obtěžování oběti (ANDRŠOVÁ, 2012), (BERAN, 2010).

Prevalenci násilného chování u psychiatrických pacientů sledovala studie z roku 2000 na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, kde prevalence násilného chování na Psychiatrické klinice byla 5,3 %. Na jednoho pacienta s násilným chováním připadalo 2,53 incidentu agrese. Výsledkem studie bylo zjištění, že nejrizikovější skupinu tvoří osoby ve věku mezi 20 a 40 lety a dále osoby starší 70 let (VEVERA, 2002).

2 Komunikace v podmínkách přednemocniční péče

Komunikace v přednemocniční péči je rozdílná oproti komunikaci v nemocnici, většinou je mnohem obtížnější, základem je dbát na respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti (ANDRŠOVÁ, 2012).

Urgentní medicína je poměrně mladý medicínský obor zaměřený na prvotní stabilizaci stavu pacienta. Zahrnuje tedy všechny akutní stavy všech medicínských oborů v celé věkové škále pacientů. Z toho vyplývá, že urgentní medicína má specifické rysy komunikace. Jednou ze zvláštností je, že lékař nebo záchranář vidí pacienta poprvé a za okolností, které pacient či jeho okolí může vyhodnotit jako kritické. Zasahující záchranář často nemá dostatek informací o zdravotním stavu pacienta. Léčba bývá zajišťována na veřejnosti za přítomnosti mnoha nezúčastněných svědků; stále častěji se například stává, že svědci si pořizují i amatérské záznamy nehod, či jiných zásahů, které jsou posléze předány bulvárním mediím bez vědomí zasahujících záchranářů. I během zásahu v bytě pacienta je situace odlišná od ošetření v nemocnici, na ambulanci nebo urgentním příjmu; velkou roli hraje třeba přítomnost pacientovy rodiny na místě zásahu (PTÁČEK, 2011).

Velmi citelně se rozšiřuje i sociální spektrum přijímaných pacientů. Záchranáři ošetřují lidi bez domova a další skupiny obyvatelstva, které se souhrnně označují za „sociálně nepřizpůsobivé“. Zvládnutí zásahu zahrnující adekvátní komunikační prostředky bývá často náročné. Komplikující skutečností dále může být, že u slabších sociálních vrstev bývají i zanedbatelné úrazy ztíženy životními podmínkami pacientů, nebo jejich závislostí na drogách či alkoholu. Vyšší sociální vrstvy zase mívají dojem, že za peníze je možné získat cokoliv včetně zdraví. Situaci nepomáhají ani televizní seriály z medicínského prostředí, kde „heroické výkony“ zdravotníků neukazují realitu našich nemocnic a seriál může vyvolat pocit, že dnes medicína umí zázraky a že zdravotní péče je dostupná ihned, kdekoliv a komukoliv (PTÁČEK, 2011).

2.1 Komunikace s agresivním pacientem

Při příjezdu na místo zásahu záchranáři působí jako spasitelé či jako „hromosvod“. Záleží na atmosféře v místě konaného zásahu. Je-li pacient ohrožen na životě, emoce všech okolo pravděpodobně padnou právě na bedra záchranáře. Takže je nucen využít empatii v nejvyšší možné míře tak jako svoje komunikační schopnosti.

Pokud se záchranář setká s pacientem, který má v anamnéze agresivní projevy, či sám záchranář pacienta vyhodnotí jako agresivního, je vhodné provést posouzení rizikových faktorů. Tím se myslí ABC posouzení pacienta, kde A je primární průzkum, založený na vnímání verbálních i neverbálních projevů a způsobu komunikace. B znamená rozeznat typ chování, z něhož záchranář může usoudit, jak se bude vyvíjet setkání s agresivním pacientem dál. C faktor se týká zbraně, ať už se jedná například o nůž, či jinou útočnou zbraň, nebo o láhev a další potenciálně nebezpečné předměty. Touto tematikou se zabývá Risk Assessment (BÁRTLOVÁ, 2010).

Agresivně se mohou chovat nejen pacienti, ale i příbuzní pacientů. Proto se uvádí, že všichni zdravotníci by měli očekávat agresi od příbuzných pacientů z rizikovějších skupin, zejména od alkoholiků, drogově závislých, nebo psychotiků. Za riziková pracoviště se považují všechny druhy nemocničních oddělení a veškeré instituce či ústavy.

Právě při kontaktu s agresivním pacientem či jeho příbuznými se mohou objevovat chyby, kdy záchranář zareaguje protiútokem nebo má potřebu dominovat. Proto se doporučuje dodržovat následující pravidla pro komunikaci s agresivním pacientem (ANDRŠOVÁ 2012).

- Zhodnotíme veškerou míru ohrožení, a pokud máme podezření na nebezpečí, nikdy neohrožujeme svoje zdraví.
- Do místnosti nechodíme sami, pokud možno jdeme v doprovodu dalších lidí, popřípadě voláme k asistenci policii. Ta je potřeba v případech, kdy je agresivní pacient již dopředu avizován prostřednictvím dispečinku.
- Ovšem agrese se může projevit i zcela nečekaně, proto se musíme dávat pozor například na dlouhé, upřené pohledy do očí a na nervozitu.

- Záchranář musí stále sledovat a vyhodnocovat vysílané signály verbálních i neverbálních projevů.
- Musí vždy pamatovat na možnost rychlého útěku, ale také nezahánět agresora do kouta, což by mohlo vyvolat další agresi.

Neměl by se nechat vyprovokovat k použití vlastní agrese, i když jen verbální, protože pak by mohl vyvolat tzv. spirálové posilování agresivity a pacientův agresivní stav zhoršit. Pokud je to možné, měl by upoutat pacienta na sebe – projevit zájem, vyslechnout ho, nesmí však pacientovy problémy bagatelizovat, hodnotit nebo dokonce zesměšňovat (ANDRŠOVÁ, 2012).

- Záchranář by měl najít správné důvody toho, co zapříčinilo pacientovu agresi.
- Cílem je společně nalézt optimální řešení konfliktu pro obě strany.
- Vhodné je zdokumentovat každý náznak násilí, kvůli pozdější ochraně pracujících zdravotníků (ANDRŠOVÁ, 2012).

Jednání s agresivním pacientem klade skutečně vysoké nároky na schopnosti záchranáře a představuje i náročnou výzvu pro jeho sebeovládání. Během kontaktu s takovým pacientem je ale třeba věnovat dostatečnou pozornost i vlastnímu bezpečí. To platí jak u vojenských zdravotníků, kteří poskytují pomoc v bojových akcích, tak i v civilním prostoru, kdy záchranář vstupuje do rizikové oblasti jen tehdy, pokud to hasiči či jiní bezpečnostní technici dovolili. Kontakt s agitovaným nebo agresivním pacientem se z velké většiny odehraje v ambulanci či v nemocnici. To umožňuje záchranářům se na takovou situaci již z preventivních důvodů připravit a dodržovat uvedené bezpečnostní zásady ještě před tím, než záchranář přijde s pacientem do přímého kontaktu (ANDRŠOVÁ, 2012).

- Záchranář by nikdy neměl být sám s pacientem v místnosti, bez možnosti rychlé evakuace.
- Všechny nebezpečné předměty musí být odstraněny z pacientova možného dosahu.
- Záchranář dodržuje bezpečnou vzdálenost, alespoň na délku paže (ANDRŠOVÁ, 2012).

3 Obrana proti agresivnímu pacientovi

Téma agresivity, či vyhrožování zdravotníkům, je v naší společnosti stále velmi problematické. Zdravotníci se na seminářích často dotazují, jak na takové situace reagovat. K případům verbálního napadání i hrubého fyzického násilí vůči pracovníkům záchranné služby dochází prakticky neustále. Nelze opomenout, že pacienti a jejich příbuzní ohrožují i nemocniční personál. Proto zdravotníci musí umět zvládat projevy agresivity a násilí u těchto osob. Velmi závažné jsou situace, kdy je pacient skálopevně přesvědčen, že mu bylo ublíženo chybným postupem lékaře, či že lékař zavinil smrt jeho nejbližší osoby a plánuje odvetu. Bránit se takovému útoku lze jen velmi těžko (BERAN, 2010), (MACH, 2010).

Již dlouho se hovoří o výcviku sebeobrany pro záchranáře, někde již probíhá na dobrovolné úrovni, ale vybrané metody nejsou mnohdy tak vhodné, jak by se na první pohled mohlo zdát. Lidé, kteří se angažují v oblasti bojových umění, mohou být dobrými trenéry svého bojového stylu, ale o sebeobraně pro záchranáře mají často zkreslené představy. Většinou se totiž nikdy nepohybovali v prostředí, kde záchranáři pracují.

Útok hrozí nejen ze strany opilce, který brání v přístupu k osobě, které je potřeba pomoci, ale také od pacienta s psychiatrickou anamnézou či v akutní stresové reakci. Tito lidé mají snížený práh vnímavosti, takže při fyzickém kontaktu nemusí reagovat tak, jak předpokládá modelová situace nacvičovaná v tělocvičně. Může se jednat i o napadení se zbraní, nejčastěji to je nůž či sekyra. Je tedy nutno si uvědomit, že v takových případech se už nejedná o hrozbu malého poranění, ale o poranění ohrožující záchranáře na životě.

Již z významu slova záchranář lze vyvodit, že hlavní náplní práce by mělo být zachraňování, nikoli kontaktní boj. Proto by boj měl být tím posledním, čemu se má záchranář učit. Na některých školách pro záchranáře se objevily osnovy pro výuku sebeobrany. Záchranář by se ale měl hlavně naučit, jak se přímému střetu vyhnout. Na druhou stranu pokud střetu není vyhnoutí, musí záchranář počítat s tím, že i když je útok zahájen beze zbraně, že se zbraň v jakémkoliv okamžiku může objevit. Hlavním předpokladem pro bezpečnost záchranáře je být v dostatečné vzdálenosti od agresora a umět se rychle dostat do bezpečí, odkud je možné zavolat pomoc.

Další složkou v obraně je spolupráce posádky, všichni přítomní by měli mít domluvené heslovité kódy, které signalizují nebezpečí ostatním, znamení pro přivolání asistence policie nebo pro rychlý ústup. Takováto hesla by měla být lehce zapamatovatelná a jejich použití je nutné dopředu nacvičit ve vzorových situacích. Pražští záchranáři mají například na klíčích alarmová tlačítka, jimiž mohou vyslat varovný signál a informovat tak dispečink o hrozícím nebezpečí. Chybou je také podceňování výcviku schopnosti orientace v prostoru, kde se vyskytuje více lidí najednou (diskotéky či bary), kde je nutné sledovat jak pacienta, tak prostor za záchranářem (BURDA, 2014), (PEKARA, 2008).

Již bylo naznačeno, že i samotný záchranář může nevhodným chováním podpořit útočníka v napadení, ačkoliv to nemusí být vůbec úmyslné, může jít například o ignorování pacienta či přílišnou aroganci. Právě tyto aspekty lze minimalizovat na kurzech sebeobrany. Kurzy sebeobrany patří k nejefektivnějším preventivním opatřením. Například v roce 2005 proběhlo školení zdravotnických záchranářů v komunikaci v 7 Územních střediscích záchranné služby. Šlo o kurz komunikace s agresivními pacienty a také o nácvik činnosti v situacích pod psychickým tlakem. Ukázalo se, že v tomto ohledu chybí dostatečná připravenost záchranářů (PEKARA, 2008).

3.1 Farmakologické a fyzické omezení

V případech, kdy je nutné použít fyzické omezení agresora, je nezbytné jej aplikovat na co nejkratší dobu. Záchranáři by měli znát velmi dobře indikace, ale i kontraindikace pro tuto metodu a řídit se standardy. Pokud se použije fyzické omezení, je potřeba do zdravotnické dokumentace popsat okolnosti, které vedly k jeho volbě. Jedná se o poslední možnost při selhání všech ostatních metod a v situaci, která by mohla vést k bezprostřednímu ohrožení pacienta nebo lidí v jeho okolí. Další variantou je i aplikace nedobrovolné medikace, která je nutná. Takový případ ale zároveň musí právně odpovídat zákonem stanovené situaci (BURDA, 2014).

Názory na používání omezovacích prostředků nejsou v Evropské unii sjednocené. Například ve Velké Británii se nepoužívají síťová lůžka, ale preferovaná je manuální fixace, přestože tento postup může vést k úrazu či usmrcení pacienta. I v České republice se od síťových lůžek ustupuje, nejsou vhodná zejména pro omezení agresivních pacientů, ale řada psychiatrů zastává názor, že je to metoda vhodná

pro gerontopsychiatrické pacienty, u kterých by vyšší dávky farmak mohly vést k somatickým komplikacím. Fyzicky omezenému pacientovi je potřeba věnovat zvýšenou pozornost, kontrolovat jeho vitální funkce a sledovat prokrvení končetin (HANUŠKOVÁ, 2008), (ŠEBLOVÁ, 2013).

K omezení pacienta se používají pomůcky mechanické (kurty, pásy, či pouta) nebo manuální, při nichž pacientovi brání v pohybu personál. Zde se musí dodržet zásada, že na jednu končetinu připadá jedna osoba a nad tento rámec ještě jedna osoba navíc, která podává farmakologickou léčbu. Ovšem v podmínkách záchranné zdravotnické služby, kde posádka čítá dvě, maximálně tři osoby, je toto bez asistence policie velmi obtížně zajistitelné. Také nelze použít možnost kompletní izolace pacienta, pokud k agresi dojde dříve, než se pacient dostane do sanitního vozu (BYDŽOVSKÝ, 2010).

Cílem farmakoterapie je zvládnutí akutního neklidu a u agresivního pacienta zmírnění rizika fyzického napadení. Od použití farmak se očekává rychlý nástup účinku a navození sedace. Všeobecně se preferuje použití farmak per os, ale když pacient nespolupracuje, musí se podat farmakum intramuskulárně či intravenózně. Přednost se dává lékům s rychlým nástupem a krátkou dobou účinku. Zvládnutí agitovaného či destruktivního chování pomocí medikamentózní léčby za použití psychotropních látek se nazývá metoda rychlé trankvilizace. K jejímu použití je podmínkou znalost indikací a kontraindikací účinků dané medikace (znalosti maximální možné dávky, znalosti vedlejších účinků zejména na kardiovaskulární a dýchací systém). Vhodná volba farmaka se podmiňuje předpokládanou či známou diagnózou psychiatrického onemocnění. U pacientů s diagnostikovanou schizofrenií jsou vhodná neuroleptika, popřípadě kombinace neuroleptik a benzodiazepinů. Za relativně bezpečné neuroleptikum se považuje haloperidol či levopromazin. Ovšem k nežádoucím účinkům neuroleptik patří zejména extrapyramidový syndrom, při němž dojde k hypotenzi a na EKG k prodloužení QT intervalu s rizikem maligních arytmií. Hlavním symptomem v takovém případě je hypertermie, svalová rigidita, kolísavý krevní tlak, tachykardie, poruchy vědomí a nakonec rozvrat vnitřního prostředí. Mezi další nežádoucí účinky patří anticholinergní krize, což je poměrně ojedinělé onemocnění vznikající v důsledku nežádoucí blokády muskarinových receptorů kvůli účinkům starších antidepresiv (dosulepin či clomipramin), nebo některých antipsychotik (clozapin), také ho mohou vyvolat anticholinergní

antiparkinsonika. Mezi jeho symptomy patří suchost sliznic, rozšířené zornice, tachykardie a komorové arytmie. Po psychické stránce je patrná úzkost, dezorientace popřípadě i halucinace. Léčba spočívá ve vysazení psychofarmak a podání inhibitoru cholinesterázy (HANUŠKOVÁ, 2008), (POKORNÝ, 2010), (ŠEBLOVÁ, 2013).

Při stavech úzkosti, akutní stresové reakce nebo při podezření na požití psychotropních látek jsou vhodnější benzodiazepiny, i když i ty mají své kontraindikace. Mohou například přivodit výrazný útlum, vést k hypoventilaci a k rozvoji fyzické závislosti, při níž tlumivý účinek je násoben alkoholem. Z farmak lze použít diazepam, midazolam, či klonazepam (ŠEBLOVÁ, 2013).

Jestliže nastane situace, v níž pacient s přepokládanou psychiatrickou diagnózou odmítá transport do zdravotnického zařízení, je nutné se rozhodnout, zda jsou splněna kritéria pro léčbu pacienta bez jeho souhlasu. Zde se musí rozpoznat, zda chování pacienta bezprostředně ohrožuje pacienta a jeho okolí. Při volbě cílového zařízení by měl lékař být schopen využívat i krizová centra, nikoliv pouze psychiatrické léčebny, které jsou vhodné hlavně pro pacienty s potvrzenou diagnózou. Ovšem krizová centra neexistují v České republice plošně a ani psychiatrická oddělení nejsou automatickou součástí zdravotnických zařízení. Proto existují i komunitní služby, jako jsou specializovaná centra a linky důvěry, která mají určitou specializaci. To je důvod, proč by záchranné služby a urgentní příjmy měly mít zpracovanou databázi dostupných zdravotních i sociálních služeb ve svém regionu (ŠEBLOVÁ, 2013).

3.2 Neletální zbraně

Ne vždy se podaří napadení předejít, takže pokud k němu dojde, je na místě mít připravené adekvátní prostředky na svoji obranu. První možností je hlavně spolupráce s Policií ČR, popřípadě s Městskou policií. Dále pak připadají v úvahu různé obranné pomůcky, které mohou řešit nečekaně vzniklou situaci, popřípadě útočnicka zpomalit, nebo dokonce zastavit. Někteří záchranáři například používají pro svoji ochranu pepřový sprej (PEKARA, 2008).

Neletální zbraně lze rozdělit podle způsobu účinku na fyzikální a chemické. Fyzikální neletální zbraně jsou takové zbraně, při jejichž užití nejde v první řadě o usmrcení protivníka, ale pouze o jeho vyřazení, aniž by byl přímo ohrožen jeho život. Řadí se sem zbraně vysílající mikrovlnné impulsy, které zvyšují celkovou tělesnou únavu. Pěnové přístroje chrlí lepkavou přilnavou pěnu, která má za cíl útočnicka znehybnit. Dále se používají chemické neletální zbraně, kam patří všeobecně známý „slzný plyn“, jde o řadu chemických sloučenin, které dráždí oči, kůži a sliznici dýchacího systému. Chemické neletální zbraně jsou hojně využívány pro vojenské a policejní účely.

V Minnesotě v USA sledovali použití elektronických zbraní v nemocnici na akutním příjmu. Studie probíhala rok po zavedení těchto zbraní. Zbraně tam používali pracovníci ostrahy. Zbraň byla připravena k použití ve 27 případech. Ve 24 případech jí stačilo pouze ukázat a posvítit na agresora laserovým zaměřovačem. Ve zbylých případech nebylo samotné použití elektrických výbojů nutné (HO et al., 2011).

4 Prevence a způsoby, jak agresi předcházet

S agresivním pacientem se během své profesní praxe setkal téměř každý záchranář. Nemusí se nutně jednat o běsnícího psychopata, který hrozí se zbraní v ruce, ale stačí projevy „pouhé“ verbální agrese. V dnešní době se případy, kdy je napaden záchranář, jen množí. Pro záchranáře to znamená velmi stresující událost, která přispívá ke vzniku syndromu vyhoření a může způsobit i posttraumatickou stresovou poruchu. Pokud tedy přes veškerou snahu dojde k napadení záchranáře, je nezbytné, aby záchranář svůj zážitek nepotlačil, ale místo toho si o něm popovídal s kolegy nebo psychologem (ANDRŠOVÁ, 2012).

4.1 Komunikační techniky a základní krizová intervence

V dnešní době záchranáři zasahují u všech druhů pacientů a bohužel často ve velmi nepříjemném prostředí. Agresivita pacientů bývá zvýšena alkoholem, drogami popřípadě akutním stresem. V posledních letech narůstá podíl tzv. psychosociálních intervencí a záchranáři si musí doplňovat znalosti a dovednosti, s nimiž se v učebních osnovách zaměřených na urgentní medicínu nepočítalo. Jedná se hlavně o znalosti technik deescalace. Ta se skládá ze tří složek - vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání. Podmínkou je dostatek času na kontakt s pacientem (PTÁČEK, 2011).

Nonverbální komunikace zahrnuje veškerou „řeč těla“ - všechnu mimiku (pohyby obličeje i výrazy), pohyby rukou či doteky (haptiku). Pozornost je třeba věnovat postoji, který nesmí být útočný. To se týká především polohy rukou, například ruce v bok či ruce zkřížené na prsou nejsou vhodné. Také je nutné správně odhadnout přiměřenou vzdálenost od pacienta (proxemika). Je-li porušena intimní zóna, může to pacient podvědomě vnímat jako velmi nepříjemné, proto by na ni měl být všemi zdravotníky brán velký zřetel (PTÁČEK, 2011), (BERAN, 2010).

Verbální komunikace všech zdravotníků by měla být vždy zcela jasná, klidná, srozumitelná a bez odborných termínů. Pacient se oslovuje příjmením, což značí projev respektu k pacientovi. Dokumentace se píše až následovně, aby vzájemná komunikace nebyla narušená. Pokud existuje jakákoliv komunikační bariéra, musíme dbát na správnou formulaci a používat spíše jednoduché věty. Je-li zdravotník vystaven

verbálnímu útoku, je lepší nereagovat. Ve všech situacích je třeba se soustředit na hlavní problém a vystupovat jako ten, kdo je schopný danou věc vyřešit. Velmi často se stává, že důvodem k agresi je to, že se pacient snaží překonat úzkost, nebo hájit svoji důstojnost či čest (PTÁČEK, 2011), (BERAN, 2010).

Záchranář musí být schopen rychle vyhodnotit signály možné agrese, které jsou zřejmé ve velké většině útoků a musí proto reagovat včas. Akutní neklid, který během okamžiku může eskalovat do agresivního jednání, zahrnuje verbální výhrůžky, sebepoškozování, ztrátu veškerých zábran, těsné narušování osobního prostoru ostatních osob a agitovanost. Nemusí se jednat o pacienta s nutnou anamnézou násilných činů či antisociálním chováním. Ale k eskalaci může dojít i v případě krizové situace, která se stala nedávno. Nejčastěji se jedná o pocity křivdy, zklamání, či pocit viny a podobně. Vztek vzniklý touto cestou může být potom přenesen na záchranáře (ANDRŠOVÁ, 2012).

V případě takovéto situace se uvádějí čtyři hlavní zásady, jak lze snížit napětí.

- Vždy je nutné zachovat svůj klid a nereagovat na provokování.
- Trpělivě vyslechnout všechny potíže pacienta a nenechat se zmást impulzivními odpověďmi.
- Zachovat určitou míru empatického chování, hlavně ve verbální rovině, například je vhodné reflektovat vyslechnuté informace svými slovy.
- Je-li to možné, pacientovi se vyhoví, není-li to možné, je třeba pacientovi vysvětlit proč.

Další doporučovanou technikou je nekonfrontační postoj těla, při němž se záchranář nachází ve stejné rovině jako pacient; sedí-li pacient, záchranář může zmírnit napětí tak, že se posadí proti němu. Nutné je minimalizovat gestikulaci, protože opak by pacient mohl vyhodnotit jako agresivní signál. Verbální a nonverbální komunikace by tedy měly být v souladu. Každopádně v zájmu bezpečnosti záchranáře je vždy lepší udržovat od pacienta větší vzdálenost než je délka natažené paže (PTÁČEK, 2011).

Záchranáři by měli být schopni provádět v rámci zásahu základní psychotický screening, který obnáší zběžnou identifikaci diagnózy dle příznaků u psychických poruch, protože ne každé problémové jednání znamená psychózu. Poté by měli být schopni identifikovat pacienty, kteří budou potřebovat pomoc od specialistů, tím se myslí psychology v krizových centrech či jiné odborníky. Principem zvládnutí krize jedince či komunity je v první řadě nalezení opory v rodině či širším sociálním okolí (ANDRŠOVÁ, 2012).

Během vlastní krizové intervence - například při úmrtí v rodině - je třeba nejprve myslet na zajištění základních potřeb a záchranář dohlédne na to, že pozůstalí budou mít dostatek informací. K tomu není nutné použít nějaké specifické dovednosti, stačí říci, co se bude dál dít, jak postupovat a kdo pozůstalým dále může poradit. Tyto základní zásady nemají nic společného s psychoterapií a může je zvládnout opravdu každý, přesto mají v prvním okamžiku krize zásadní význam. Proto je vhodné znát zásady vedení hovoru a základy empatické komunikace při krizové intervenci:

- zrcadlení - ozvěna, vyslechnutí pacienta, pojmenování jeho pocitů a potvrzení o tom, že je pochopen,
- rekapitulace - shrnutí, aby pacient věděl, že mu nasloucháme,
- parafráze - převyprávění pacientova příběhu,
- kotvení - upevňování na některé odpovědi.

Krizová intervence nemusí zabrat o moc víc času než je běžný výjezd záchranné služby. Je ale nutné znát vlastní limity a rozpoznat situaci, kdy osoba, které se snažíme pomoci, bude potřebovat specializovanou pomoc (PTÁČEK, 2011), (BERAN, 2010).

4.2 Komunikace mezi pacienty a záchranáři

Zdravotníci na záchranné službě a v nemocnicích by měli být schopni adekvátně a hlavně nekonfliktně umět komunikovat s kýmkoliv, nejen s pacienty. Účinná komunikace je základním pilířem kvalitní péče a pomáhá snížit hladinu stresu v nemocničním prostředí. Většina zdravotnické literatury zabývající se napadáním zdravotníků, obsahuje jednoduchou poučku, že příčinou většiny konfliktů je nedorozumění. Manažeři rizik zastávají názor, že až 84% fatálních mimořádných

událostí ve zdravotnickém zařízení, je způsobeno právě selháním komunikace (PEKARA, 2014).

K základním hodnotícím prostředkům v každé komunikaci patří zejména vzájemný respekt, empatie, aktivní naslouchání a zájem. Dále se k nim řadí stručnost, jasnost, srozumitelnost. Zásady slušného chování by měly být samozřejmostí. Problematiku shrnuje například pravidlo 4P – pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Pacienti sdělují záchranáři svoje intimnosti, pouštějí je do své domácnosti, takže pokud to situace umožňuje, je velmi vhodné dbát na zdvořilost. Hlavním cílem je projevit zájem o pacienta a respektovat možné odlišnosti, protože právě to má vysoce psychoterapeutické účinky (PTÁČEK, 2011).

Ideální pacient pro záchranáře je ten, který je orientován v čase, místě a své osobě, je schopný adekvátně odpovídat, bez abusu drog či alkoholu, vstřícný, spolupracující, který umí poděkovat a poslouchá pokyny záchranáře. Bohužel realita bývá odlišná. Pacienti jsou ze všech věkových skupin, pochází z různých socioekonomických oblastí a někdy se projeví i jazyková bariéra, takže komunikace může být velmi obtížná.

Záchranáři se musí za jakýchkoliv okolností zvládnout domluvit s kýmkoliv, bez ohledu na jeho sociální zařazení a aktuální psychický stav tak, aby bylo možné úspěšně zjistit anamnézu a také vysvětlit pacientovi alespoň stručně terapii, která bude následovat. Zapojení pacienta a příbuzných do rozhodovacího procesu o léčbě i v podmínkách přednemocniční neodkladné péče je čím dál tím více důležité. V poslední době se totiž objevuje tzv. „VIP syndrom“ spočívající v přesvědčení, že je k dispozici vyšší úroveň ošetření např. pro známé osobnosti, která se odlišuje od běžné standardně poskytované péče. V důsledku se objevuje snaha dožadovat se přes známé této domnělé „kvalitnější péče“. Problém je, že snaha zajistit si protekci místo prostého vytočení tísňové linky může vést ke komplikacím (PTÁČEK, 2011).

5 Legislativa

Česká lékařská komora dokázala prosadit do nového trestního zákoníku ustanovení, podle kterého je vražda, těžké ublížení na zdraví, či ublížení na zdraví, nebo nebezpečné vyhrožování spáchané na zdravotníkovi hodnoceno přísnější trestní sazbou, než kdyby bylo spácháno na jiném občanovi. Sazba za vraždu, ublížení na zdraví, případně vyhrožování zdravotníkovi je stejná jako v případě, kdy je tento trestný čin spáchán vůči úřední osobě, tj. soudci, policistovi nebo státnímu úředníkovi. Toto lze považovat za úspěch stejnou měrou, jako když byl do právního řádu v novém trestném zákoníku nově zahrnutý i trestný čin nebezpečné pronásledování (MACH, 2010).

Pro lepší pochopení uvádíme trestní sazby z trestního zákoníku č. 40/2009 Sb.

Jde o trestné činy nebezpečné vyhrožování (§ 353, trestní sazba běžně horní hranice 1 rok, při vyhrožování zdravotníkovi až 3 roky),

-těžké ublížení na zdraví (§ 145, trestní sazba 3-10 let, u zdravotníka ve službě 5-12 let)

- ublížení na zdraví (§ 146, trestní sazba 6 měsíců-3 roky a u zdravotníka ve službě 1-5 let).

- vraždy (§ 140, trestní sazba 10 – 18 let, u zdravotníka ve službě 15-20 let až výjimečný trest), (ČESKO, 2009. TRESTNÍ ZÁKONÍK č. 40/2009 Sb.).

Ačkoli přijatá právní úprava postihuje přísněji násilí vůči zdravotníkům, má i svoje mezery. Česká lékařská komora na ně již důrazně upozornila. Jedná se například o fakt, že se trestní postih předpokládá pouze tehdy, dojde-li k vraždě či ublížení na zdraví „při výkonu povolání“ avšak už nikoliv dojde-li k němu „pro výkon povolání“. Pokud někdo ublíží soudci pro výkon povolání, bude přísněji potrestán, než kdyby ublížil jinému, protože ublížil úřední osobě pro výkon povolání. Podle nového trestného zákona se trestného činu nebezpečného vyhrožování dopustí každý, kdo vyhrožuje jinému usmrcením, újmou na zdraví, nebo jinou závažnou újmou, a to takovým způsobem, že to u poškozeného může vzbudit

důvodnou obavu. Je-li takto vyhrožováno zdravotníkovi při výkonu jeho pracovních povinností, jedná se o trestný čin (MACH, 2010).

Proběhne-li prostý fyzický útok na zdravotníka, kterému nebylo vyhrožováno a útok nemá za následek ublížení na zdraví, není potom tento útok klasifikován jako trestný čin. Podle okolností může být případ hodnocen jako výtržnictví, nebo jiný trestný čin a pokud nejde o trestný čin, pak se jedná o přešůpek proti občanskému soužití. Policie je ovšem povinná zakročít a tento zákrok nemůže spočívat jen v tom, že přijme trestní oznámení. Pokud napadání nebo ohrožování trvá, je třeba urgovat, aby policie přijela na místo a zabránila pokračování trestného činu či přešůpku, dále zajistila pachatele a provedla nutné prvotní prvky (MACH, 2010).

Každý občan má právo na sebeobranu. Pokud útok na občana či jinou osobu probíhá, nebo jen hrozí, má dotčený právo tento útok odvrátit. Trestní zákoník nazývá sebeobranu nutnou obranou. Toto téma bylo také medializováno v souvislosti s přiměřenou sebeobranou. Ovšem v souvislosti s tím se objevily některé mylné informace. Například pokud sebeobrana nebude přiměřená, bude sám obránce, ublíží-li útočníkovi, trestně stíhán. Zde se jedná o špatný výklad. Trestní zákoník nevyžaduje, aby obrana byla přiměřená útoku, jen požaduje, aby obrana nebyla zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Jak Ústavní soud, tak i Nejvyšší soud ve svých nálezech a judikátech opakovaně dokonce zdůraznily, že pokud by přiměřená obrana mohla být neúčinná, tak je i jistá nepřiměřenost na místě. Z toho lze vyvodit, že pokud dojde při odvrácení útoku k poranění útočníka, či jeho usmrcení a jsou-li splněny podmínky ustanovení trestního zákoníku o nutné obraně, není tento čin trestným činem, ale jde o jednání v rámci nutné obrany (MACH, 2010).

Podmínky pro nutnou obranu jsou následující:

- útok na zájem chráněný trestním zákoníkem - jedná se z pravidla o útok na fyzickou integritu člověka, ať přímo hrozí, či už probíhá anebo stále trvá.
- obrana nesmí být jasně nepřiměřená způsobu útoku.

Podle okolností případu může být útokem i vyhrůžka u osoby známé svojí agresivitou a násilností. Nutná obrana avšak není přípustná proti útoku, který je jen připravovaný a nehrozí bezprostředně. Nejvyšší soud jasně zdůraznil, že obrana s použitím důraznějších prostředků a to včetně střelné zbraně, proti útoku vedenému holýma rukama u agresivního útočníka, nemusí být dle okolností případu brána jako zjevně nepřiměřená. Obránce však nesmí použít takové prostředky obrany, aby bylo zcela jasné, že jde o nepřiměřenou obranu (MACH, 2010).

Za přímo hrozící útok je považován takový, který má bezprostředně nastat, případně hrozí, že bezprostředně nastane. V takovém případě není nutné s obranou čekat na první krok útočníka. Útok v době sebeobrany musí ještě probíhat, nelze se tedy bránit, když útok již pominul. Lze tedy jednoduše popsat, že útok můžeme v rámci obrany odvracet, avšak nikoliv oplácet. Záchranář má právo na sebeobranu jako jakýkoliv jiný člověk a není pravda, že by podmínky na nutnou sebeobranu byly v současné době nějak přísné, nebo že sebeobrana musí být přiměřená útoku. Praxe u soudu je taková, že soudy uznávají, že oběť napadení není vždy schopna použít vhodný či přiměřený způsob sebeobrany odpovídající útoku. Záchranář není tedy povinen se nechat napadat, snášet urážky či výhrůžky (MACH, 2010).

6 Praktická část

Hlubkové rozhovory mají ve vztahu k tomuto tématu mnoho předností, neboť se dají využít u citlivých témat a pomáhají odkrývat pravou podstavu vzniku násilí během kontaktu záchranáře s pacientem. Cílem bylo získat náhled na situace a reakce, které proběhly u cílové skupiny (zdravotníci záchranáři), ve specifických okamžicích kdy hrozí, nebo již probíhá násilí. Hlubkový rozhovor zachycuje výpovědi zdravotnických záchranářů v jejich přirozené podobě, to je tedy základní princip kvalitativního výzkumu. Bylo vybráno deset otázek zaměřených na násilnou situaci a možnosti jejího řešení. Záchranáři odpovídali volně, pokud se objevila informace přínosná pro výzkum, byli vybídnuti k rozvinutí myšlenek (PEKARA, 2015).

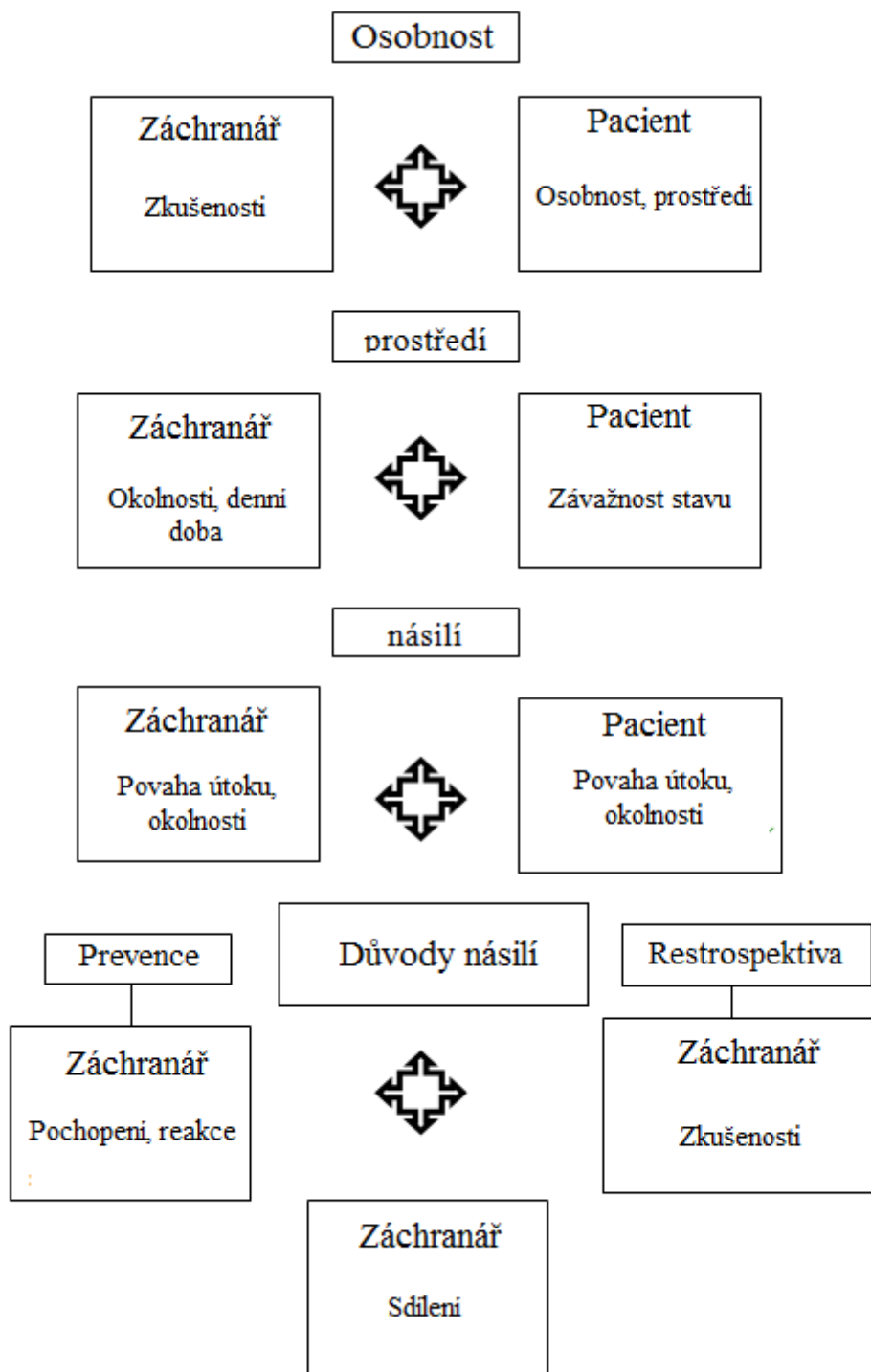
Za otázky pro hlubkový rozhovor byly určeny:

- Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení
- Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)
- Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?
- Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?
- Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?
- Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?
- Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?
- Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?
- Zúčastnil/a byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?
- Preferoval/a byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

6.1 Kritéria hloubkového rozhovoru

Jádrem kvalitativního zkoumání je deset hloubkových rozhovorů se zdravotnickými záchranáři a studenty oboru zdravotnický záchranář (z rozdílných oddělení včetně ambulancí a přednemocniční neodkladné péče), kteří se stali svědky nebo sami byli cílem napadení pacientem. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je hloubkový rozhovor prováděn s menší skupinou respondentů. Rozhovory byly pořizovány od prosince 2015 do března 2016. Rozhovor se vždy odehrával po domluvě na místě, které určil respondent. Tazatel pro nahrání záznamu rozhovoru použil mobilní telefon. Následné přepisování záznamu hovoru proběhlo v programu Microsoft Word 2010. Kritérium pro rozhovor bylo stanoveno nejméně trvání 35 minut (průměrná doba rozhovorů byla 45 minut). Rozhovor vždy začínal úvodem a vysvětlením, co bude následovat. Bylo předem uvedeno, že rozhovor bude anonymní a že bude nahráván na záznamové zařízení. Pokud respondent se vším souhlasil, rozhovor začal. Začátek probíhal položením otázky a následovala respondentova odpověď. Poté co byla zodpovězena poslední otázka, byla dána respondentovi možnost vyjádření na případné otázky. Ukončení bylo provedeno poděkováním a rozloučením. Úprava rozhovoru spočívala ve změně informací, které by mohly vést k identifikaci respondenta nebo jeho pracoviště. Jednalo se hlavně o úpravu prvků nářečí a úpravu slovosledu. Nakonec proběhla také celková úprava do spisovného jazyka. Při přepisování rozhovoru byli respondenti označeni číslem (1 – 10), které je shodné s pořadím čísla rozhovoru (tedy Rozhovor 1 a Respondent 1 (PEKARA, 2015)).

6.1.1 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům



Obrázek 1 Kódovací schéma

Zdroj: Modifikováno z PEKARA, 2015.

Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům zobrazuje faktory ovlivňující vznik a průběh násilného incidentu. Schéma zohledňuje okolnosti, které vedly k násilí, které jsou středem násilného chování ze strany pacientů. Hodnocení je nutno brát ze strany zdravotnického záchranáře, tak i pacienta. Kódovací znak pro zdravotnické záchranáře zohledňuje hlavně dosavadní zkušenosti. Kódovací znak pro pacienta zohledňuje osobnost a prostředí, ve kterém se pacient nachází. To vše má vliv na kontakt se zdravotnickým záchranářem. Kódovací znak zdravotnický záchranář zohledňuje převážně okolnosti a denní dobu. Kódovací znak pacient zahrnuje okolnosti, které vedly k agresi (neznalost prostředí či zdravotní stav). V kódovacím znaku násilí (záchranář) je hlavní povaha agrese a okolnosti. V kódovacím znaku násilí (pacient) hraje významnou roli povaha útoku, jestli byla či nebyla použita zbraň. Dále se řeší primární důvody násilí a rozbor zda, mu šlo předejít. Také psychickou stránku napadeného záchranáře a jaké zkušenosti to pro něj obnáší. (PEKARA, 2015).

6.2 Rozhovory

Rozhovor 1 (Respondent 1)

Žena, 5 let praxe ve zdravotnictví, absolvovala bakalářské studium, nyní studuje magisterské studium. Pracuje na záchranné službě. V minulosti dva násilné útoky. Verbální násilí velmi často (*„že mi verbálně nadávají, jsem si dávno zvykla - už jsem byla komunistka, americký špion dokonce teď nedávno mi nadávali do Zemana“*). První incident na interní ambulanci ve 4 hodiny ráno. Pacient z počátku nekonfliktní (*„Záchranka mi tam přivezla paní, která byla značně opilá a hodně agitovaná a domluva s ní z počátku byla dobrá“*). Profesionál přiznává únavu a stres (*„musím říct, že byly 4 hodiny ráno a já jsem byla hodně utahaná, za pár hodin mě čekala důležitá zkouška ve škole“*). Během vyšetření pacienta dochází k verbální agresi ze strany pacienta (*„s paní nebyla lehká spolupráce, už když jsem začala měřit tlak, tak se jí to nelíbilo a řvala na mě, ať jí nechám na pokoji“*). Profesionál pociťuje obavu o svoje zdraví (*„V tuhle chvíli si normálně vždy volám sanitáře k sobě, abych měla jistotu, že s ní nebudu prát, tak jsem si ho zavolala, abych tam s ní nebyla sama, jenže jeho si za chvíli zavolali na oddělení, že tam byl exitus.“*). Po příchodu sloužícího doktora se mění situace (*„Tak se přirtil do ambulance a začal na ní křičet, co blbne, že jsou 4 hodiny ráno“*). Doktor se snaží situaci rychle vyřešit (*„Tak jí řekl, že pojedou na záchytku, když s námi nechce spolupracovat a řekl, že papíry si udělá u sebe na pokoji,*

at' zavolám policii, která jí tam převez. No tak odešel a já jsem tedy zavolala na policii, kde mi řekli, že přijedou do půl hodiny“). Profesionál se již nevěnuje pacientce (*„tak jsem si vytáhla učebnici a učila jsem se. Pak náhle slyším za sebou kroky a vidím tu ženskou, jak drží v ruce infuzní stojan a napřahuje se, že mě s ním praští. Než jsem stihla udělat cokoli na svoji obranu, praštila mě s ním tak silně, že jsem ztratila vědomí a způsobila mi otřes mozku“).* Profesionál přiznává pochybení (*„že jsem to šíleně podcenila a taky jsem na to draze zaplatila“).* Profesionál nechce o vyřešení situace dále hovořit. (*„A o tom jak to dopadlo radši nemluvit“).* S odstupem profesionál udává nové zkušenosti (*„U incidentu bych změnila úplně všechno, bylo to v době, když jsem začínala a bála jsem si dupnout. Sanitář mě neměl opouštět s rizikovým pacientem a doktor neměl chodit pryč. A já to měla čekat. Hlavně z toho viním sebe, vzala jsem si z toho ponaučení.“).* Druhý incident pracoviště záchranná služba, místo zásahu domov důchodců. Profesionálův první kontakt s pacientem (*„V pokoji byl pán okolo 80 let, celý pokálený, sedící na míse a rozhazující exkrementy kolem sebe“).* Komunikace s pacientem obtížná (*„já se hned zeptala, jestli není diabetik, nebo jestli neprodělal mrtvičku a jestli to je u něho prvně, co mi místní sestřička vyloučila. S pánem nebyla žádná domluva“).* Doktor nařídí personálu, aby pacientovi podali medikaci na uklidnění, během situace je nutno použít fyzické omezení (*„a nařídil nám, abychom mu píchli něco na uklidnění. Takže jsem si to začala připravovat a v tom tam přišli 2 sanitáři, chytli ho jako kus masa a začali se s ním přetahovat“).* Profesionál vyšetřoval důvod změny stavu (*„a pak jsem sem si ho začala vyšetřovat. Zajisté měl hodnotu glykémie méně než 1 mmol/l.“).* Přítomný doktor odmítá pochybení (*„Místní lékař ani neměl potuchy, že je diabetik, že si to musel píchat sám“).* Profesionál vyhodnocuje situaci (*„incident byl spíš o pochybení personálu, k té situaci nemuselo vůbec dojít“).* Profesionál k otázce vybavení zdravotnických záchranných obrannými prostředky odpovídá (*„Agresori by si asi už pak tolik na nás netroufali, kdyby věděli, že máme u sebe třeba pepřák. Ovšem kdyby se použil, mohly by z toho být nepříjemnosti. Mám kamarády, co u sebe nosí teleskopický obušek.“).*

Rozhovor 2 (Respondent 2)

Muž, 5 rok praxe v oboru (zdravotnická záchranná služba). Zdravotnický záchranář. Noční směna. Na místě výjezdu jako posádka RZP. Profesionál přiznává, že pociťuje únavu a stres („*No kolem 6. hodiny ráno jsme dostali výjezd na okraj našeho dojezdu, takže bylo jasné, že se nevrátíme dřív než v 8 hodin., už jsme za sebou měli 4 dosti blbý výjezdy*“). Profesionál popisuje zásah („*No když jsme dojeli na místo zásahu, tak jsme se dostali do rodinného domu, kde před domem stálo 5 aut. Uvnitř na nás čekala mladá ženská, která udává bolesti hlavy a zad.*“). U pacientky se nachází manžel, který se snaží ovlivnit záchranáře („*U manželky stál hned vedle manžel, který byl hodně naštvaný proč nám to tak dlouho trvalo, že jeho manželku necháváme zbytečně trpět. A hned řekl, že je bratr místního starosty, tak ať se hodně snažíme*“). Profesionál popisuje svoje pocity („*Ve mně to hodně bublalo vzteky. I řidič byl rudý. Když jsem řidičovi naznačil, že by bylo vhodné vzít lehátka, ten na mě hodil ten nechápající výraz, jestli jako to myslím vážně. Já chtěl co nejrychleji vypadnout bez zbytečných řečí.*“). Řidič vzápětí podlehně okolnostem („*A v autě jsem si chtěl udělat zbytek vyšetření, abych vůbec věděl co je s ní. Ale řidičovi už začaly tikat nervy, jestli už nepojedeme, že to dodělám cestou. Toho jsem odbyl, ať mi dá ještě chvilku. Mezi tím se objevil manžel, a že pojede s náma. To jsem mu řekl, že to nepůjde, ale on si normálně otevřel a zalezl si dovnitř. Hádám, že tohle byla pro řidiče poslední kapka, vyřítit se ven, vytáhl manžela z auta a začal mu hodně sprostě nadávat, že jsme sem přijeli úplně zbytečně, taková akutní bolest mohla až do rána co, že si ji mohl odvést sám, že paní jen hysterčí, zajisté*“). Profesionál se danou situací snaží uklidnit („*Já vběhl mezi ně, abych zamezil nějaké rvačce. Neříkám, že jsem měl to samé na jazyku. No, a když jsem držel řidiče, dostal jsem od manžela facku. Naštěstí ne moc silnou, aby se mi zatmělo před očima a vrhl se na něho. Takže jsem odhodil řidiče stranou a řekl jsem manželovi, jestli se mě ještě dotkne, zavolám na něho policii*“). Profesionál danou situaci nějak dále neřešil („*Takže po tomhle jsme hned odjeli. Policii jsem nevolal, ani jsem nějak nenahlásil. Byly by to zbytečné trable*“). Profesionál s odstupem na vzniklou situaci odpovídá („*S řidičem jsem o tom mluvil a zajisté toho litoval, jak se zachoval. Na druhou stranu já jsem taky málem vylítl. Ale zase to nás neomlouvá. Manžel měl určitě strach o svoji manželku. A my tam přijeli už pěkně nabroušený. Takže bych nechal na pokoji, snad se to již nebude opakovat*“).

Rozhovor 3 (Respondent 3)

Muž, bez praxe v oboru (stáž na zdravotnické záchranné službě). Student oboru zdravotnický záchranář. Denní směna. Respondent udává nejistotu a nervozitu během stáže (*„Byl jsem ve druháku, když jsem se dostal na záchranku. Takže kompletní zelenáč, ucho, prostě cokoliv vás napadne. Když jsem už pár hodin na záchrance měl za sebou, tak jsem si nějak už zvykal“*). Respondent popisuje dohodu s dohlížejícím záchranářem (*„se záchranářem jsem se domluvil, že mě nechá dělat samostatně a vše co budu dělat, budu říkat nahlas, aby mě mohl kontrolovat. Tohle pro mě bylo nejlepší, jak se něco naučit“*). Respondent se dostal na místo zásahu (*„kde již na nás čekala Policie ČR, tady záchranář řekl, že mě bude přímo navigovat on, dokud nezjistí co se, přesně děje. Uvnitř domu nás přivítala matka pacienta, že se zbláznil a je nebezpečný, proto tam je i policie. Já s kufrem ruce, jsem šel jako poslední. Před vstupem do místnosti jsme zaťukali a pomalu jsme vešli. V místnosti seděl za stolem pán okolo 40 let, jenže na stole měl asi 4 nože, kladiva a šroubovák. Nejdřív se záchranář ptal, co se děje, proč tam má ty nože atd.“*). Komunikace s pacientem obtížná (*„pacient řekl, že s polišema vyjednávat nebude, ať jdou pryč. To záchranář odmítl a chtěl vysvětlení, proč je má poslat pryč. Tak pacient uvedl, že to jsou špioni Kalouska a že on ho chce jít zabít. A že ho máme odvést za Kalouskem. Po chvílce přesvědčování dal ty nože pryč, že prý použijeme naše, jsou na to lepší“*). Respondent cítil velký tlak situace (*„mě poslali změřit tlak. Ještě jsem se ho 2x zeptal, jestli mu můžu změřit tlak, s čímž souhlasil, že chápe, že to je protokol“*). Pacient díky vhodné komunikaci spolupracoval (*„No a potom jsme došli pokojně do záchranky, s tím že pojedeme navštívit Kalouska. Jeden z policistů nastoupil do auta s námi. Pacient si na cestu nasadil alobalovou čepičku, aby zabránil čtení myšlenek Kalouskem. Museli jsme jet bez majáků a ne moc rychle, abychom nebudili pozornost“*). S reakcí pacienta výjezdová skupina nepočítala (*„Problém nastal, když jsme dojeli do psychiatrické léčebny. Tam to ten pacient evidentně znal a začal neuvěřitelně vyvádět. Byli jsme tam na něm 4 a stále s námi házel, jako bychom byli z papíru. Za chvílku tam doběhli místní sanitáři, každý z nich měřil alespoň 2 metry a bez problému ho zpacifikovali. Doběhl pak i lékař, podali jsme lék na zklidnění a byl klid“*). Respondent s odstupem uvádí (*„Já bych snad mohl být více statečný, asi nemusím říkat, že jsem se fakt bál. Tohle byla první konfliktní situace, do které jsem se kdy dostal. Ale v zásadě, dle mého názoru jsme udělali vše, co bylo“*

v našich silách. Takže bych se zachoval stejně. Otázkou je, jestli jsem se jako stážista neměl celou dobu držet dál pacienta.“).

Rozhovor 4 (Respondent 4)

Žena, 4 let praxe ve zdravotnictví, dříve ARO nyní pracuje na záchranné službě. Vystudovala zdravotnického záchranáře a všeobecnou sestru. Vyskytuje se často v rizikových oblastech. („dostali jsme výjezd právě do takové sociálně vyloučené oblasti. Tak jsem chvíli uvažovala, jestli si mám zavolat o policii nebo ne, nakonec jsem si řekla, že jsem tam jednou byla a nebylo to taková hrůza. Po našem příjezdu na danou adresu, nás už u vchodu přivítala skupinka dětí, která snad nikdy neviděla záchranku.“). Na místě obtížná komunikace díky početné rodině („jsme se dostali do místnosti, kde seděla na židli paní okolo 60 let a kolem ní se hádala celá velmi početná rodina. Hádali se o tom, že ta paní umírá a musíme jí pomoc. Zbytek rodiny jsem poprosila, aby na chvíli šli pryč, aby paní měla nějaký soukromí. Takže nakonec tam zůstala jen její dcera s manželem a pár dětmi“). Pacientka nejdříve odmítá léčbu, ale díky správné komunikaci profesionála souhlasí („navrhla jsem, že jí vezmeme do nemocnice na internu, ale ona řekla, že nikam nepojede. V tu chvíli se strhala další hádka s její dcerou, že musí jet. Takto se tam hádali pár minut, tak jsem se je snažila nějak uklidnit a poté a paní svolila.“). Pacientka poté mění názor („Když jsme si nastoupili, tak si to paní rozmyslela a že nikam nepůjde. Začala nám nadávat, a jestli jí budeme bránit, tak nás zabije. My jsme jí nijak nebránili. Takže jsme všechno sepsali a jeli zpět“). Profesionál se snaží o pochopení pacientky („Myslím si, že měla pouze strach o svůj život. Nicméně to nemění stav na věci, že nám nadávala. Od toho aby se nám nadávalo tady opravdu nejsme. Z mého pohledu jsme udělali, co jsme mohli“). Profesionál na otázku možného řešení odpovídá („hypoteticky by možná šlo, paní nějak utěšit. Ale zase mi nechtělo zbytečně riskovat, když nechtěla naší pomoc, tak to je její věc“). Profesionál se také vyjádřil o k otázce vybavení obranými prostředky („To teď dělá pražská záchranka, jak jim rozdávají ty neprůstřelné vesty. A podívejte se, kam to povede. Teď na nás ještě snad začnou střílet a u soudu řeknou, já jsem si myslel, že mají neprůstřelnou vestu. Nadšená z toho tedy rozhodně nejsem. Jsme zdravotníci, ne nějaká bojová jednotka“).

Rozhovor 5 (Respondent 5)

Muž, 0,5 roku praxe v oboru (soukromá záchranná služba). Zdravotnický záchranář. Verbální útoky časté (*„převážení pacientů, kteří pro ostřejší slovo nemají daleko, je skoro na denním pořádku, jsem na to už zvyklý a dá se říct, že už mě to ani nepřekvapí“*). Pacient iritován zpožděním převozu (*„které bylo způsobeno dopravní kolonou. Prohlásil, že nechápe, proč nepoužijeme majáky“*). Profesionál se snažil pacientovi vysvětlit, důvody svého rozhodnutí (*„Já jsem ovšem odmítl s tím, že se musíme držet předpisů. Na to pacient reagoval vulgárními poznámkami. Naše zpoždění bylo nakonec něco přes hodinu“*). Díky dalšímu čekání v nemocnici se pacient začíná verbálně útočit (*„že se nás dostane řada až za 2 hodiny, jelikož nyní mají přednost pacienti, kteří přišli v čas. V této chvíli se náš pacient rozčilil a obvinil nás, že je to naše vina, a že to máme spočítané. Začal nám velice vulgárně nadávat a vyhrožovat, že nás zažaluje. Naše omluva byla odmítnuta s tím, že si ji máme někam strčit. Pacient nám řekl, že musí ihned domů, že má něco důležitého. A že by bylo žádoucí, kdybychom vyjeli co nejrychleji, a také se nezapomněl zmínit o zapnutí majáku“*). Profesionál odmítá pochybení (*„Toto chování jsem už ale nemohl akceptovat a důrazně jsem to odmítl.“*). Pacient odmítá čekat a sjednal odvoz domů (*„že se pacient rozhodl objednat taxík. Nakonec nám řekl, že nám pošle účet za taxík, a že se uvidíme u soudu. Zamával nám a odešel“*). Profesionál s odstupem vyhodnocuje situaci (*„V té poslední fázi bych se asi mohl snažit toho pacienta víc přesvědčit. On na nás opravdu tu žalobu podal, ale nakonec jsme soudní obsílku ani nedostali. Jen s tím bylo hodně starostí, musel jsem u vedení vysvětlovat celou situaci, jak to vůbec vzniklo a proč jsem tomu nemohl zabránit. Naštěstí jsem měl dost svědků, kteří mi potvrdili moji verzi. Ale od té doby, jezdíme na rutinní vyšetření někdy i s majáky“*).

Rozhovor 6 (Respondent 6)

Muž, 2 roky praxe v oboru (zdravotnická záchranná služba). Zdravotnický záchranář. Profesionál popisuje indikaci výjezdu („*zhoršení stavu u schizofrenika. Manželka pacienta volala, že manžel má záchvaty a přestává se ovládat, takže výjezd jak pro RZP, tak pro RV. Po příjezdu na místo jsme se nemohli dostat do domku*“). Pacient mění psychický stav („*Po chvíli volal zpátky dispečink, že oznamovatelka je zavřená v pokoji a bojí se vyjít ven, protože manžel začal být agresivní a že na místo jede PČR. Po 15 minutách přijela PČR, dva mladíci, kteří evidentně nevěděli, do čeho jdou*“). Policisté na místě museli použít sílu kde vstupu do objektu („*policisté vylomili branku a vchodové dveře do domu*“). Doktor začal navigovat policisty, aby zabezpečili situaci („*doktor tedy řekl, že policisté půjdou první a až projdou dům a ujistí nás, že je všude bezpečno, půjdeme ošetřovat. Policie se k tomu moc neměla, mladíci se evidentně dost báli. Po chvíli našli v kuchyni sedícího muže, který v ruce držel poměrně dlouhý kuchyňský nůž na porcování masa, hrál si s ním a něco si brblal*“). Komunikace s pacientem obtížná („*Na výzvu policie nereagoval, s námi nekomunikoval, jen stále mumlal, že se jedná o spiknutí, že po něm jdou agenti a že my jsme také agenti a že se jen tak nedá. Doktor ho slušně prosil, přesvědčoval, že žádní agenti a spiklenci nejsme, že mu neublížíme, že si chceme jen promluvit a že není důvod někoho ohrožovat nožem*“). Policisté špatně komunikovali („*oba policajti až úplně za námi na konci chodby a dopředu se jim evidentně nechtělo, spíš situaci svými výhrůžkami jen zhoršovali*“). Pacient se uchýlil k fyzickému násilí („*Po chvíli se pán zvedl a zamířil k nám s nožem v ruce. Než stačil kdokoliv zareagovat, zrychlil a běžel s napřaženou rukou s nožem na doktora a řval, že nás všechny zabije, že s agenty nemá slitování. Policajti stáli jako přibití a nezmohli se na nic. Doktor našťěstí duchapřítomně zareagoval, vzal záchranářský batoh do rukou, kryl si s ním tělo a ve chvíli, kdy chlap doběhl k němu a chtěl ho bodnout, ohnal se doktor batohem a vyrazil mu nůž z ruky. Chlap začal rvát, že nás stejně zabije a ať táhneme pryč. Doktor na mě křikl, ať mu jdu pomoci. Odložil jsem monitor a kufrem jsem praštil chlapa do kolena*“). Policisté zareagovali až na povel („*řidič řval na policisty, ať začnou něco dělat a nestojí tam jen tak. Policisty nenapadlo nic lepšího, než přijít a ležícího pána začít mlátit pendreký do ledvin a přes záda*“). Profesionál s odstupem provádí analýzu situace („*Zabránit se tomu asi moc nedalo, možná kdyby policie byla víc pomáhající, víc s námi spolupracovala a situaci nevyhrocovala. Hlavně měla dělat to, co je její povinností a*

nestát jen tak vzadu a zklidnění pacienta nechat nás. Možná se situace mohla vyřešit klidněji, ale u psychicky nemocných pacientů je to vždycky těžké“). K otázce na vybavení záchranářů obrannými prostředky odpovídá („Minimálně něco pro vlastní ochranu bychom mít měli, buď to pouta, pepřový sprej, teleskopický obušek; pistoli určitě ne, to je hloupost a přineslo by to jen víc problémů než užitku a hrozně by se to dalo zneužít, hlavně by s tím bylo strašně moc byrokracie, takže buďme zase soudní a uvažujme racionálně.“).

Rozhovor 7 (Respondent 7)

Muž, bez praxe v oboru (stáž na zdravotnické záchranné službě). Student oboru zdravotnický záchranář. Denní směna. Respondent popisuje situaci („Byli jsme přivoláni k ošetření zakrvaveného pacienta ležícího na zemi, nejspíše úraz nebo dopravní nehoda. Po příjezdu na místo události jsme našli staršího pána, nicméně měl kolem 60 let. Spolu s ním tam byl přítomný jeden mladík Pán měl na tváři krev, mladík jej ošetřoval bez rukavic, a který byl celý od pánovi krve. S kolegy jsme se rozdělili, já si vzal na starost mladíka, kolegové pána.“). Respondent počítal s možností, že pacientova krev je infekční („Mladíka jsem upozornil, že pána přece nezná, ale na rukou má jeho krev a ta může a bohužel jsem měl pravdu, obsahovat žloutenku a jiné nemoci. V průběhu cesty kolegové dostali hlášení, že starší pán je známá firma, alkoholik a má i žloutenku typu C.“). Respondent se domníval, že se pacientův stav zhoršil („tu pán zkolaboval. Vypadalo to docela dramaticky. Když jsem po dobu 10 vteřin nezaregistroval jediný dechový pohyb hrudníku, přešel jsem na bolestivý podnět to pána probralo, ale až moc“). Respondent se snažil přiměřeně bránit („Začal být zmatený a agresivní začal mně osahávat a chytat krvavými rukama, čemuž jsem zamezil jednoduše tím, že jsem mu chytnul ruce a držel je. Neměl jsem pevný stisk, jenom jsem bránil tomu, aby mi zamazal bundu krví. Pak ale začal kolem sebe plivat kromě vulgárního nadávání, chytil jsem obě jeho ruce jednou svojí rukou a druhou rukou jsem mu otočil hlavu na bok, aby plival na nosítka a na sebe a ne všude po sanitce.“). Respondent k otázce, zda by na svém jednání něco změnil („Nemyslím si, že můj postup nebyl lege artis. Budu předpokládat, že další z našich klientů, který bude odkázaný na specializovanou pomoc zdravotnických záchranářů nebo doktorů, protože obyčejný bakalář přece není na tak závažný problém dostatečně vyškolen, mi bude chtít poplivat sanitku, bude mít žloutenku anebo nějakou jinou breberku, takže případný bolestivý podnět udělám až poté, co mu otočím hlavu na bok a dám mu před pusou alespoň ústenku

abych pak znova nemusel dvě hodiny uklízet všechny spáry a kouty v poplivaném autě.“). K otázce, změny legislativy se respondent vyjádřil („I když si nemyslím, že se tomu tak stane do doby, než nějaký opilec nebo magor nezaútočí na sanitku vezoucí poslance anebo někoho kompetentního, ale jsem za všemi deseti“).

Rozhovor 8 (Respondent 8)

Muž, 1 rok praxe v oboru (urgentní příjem). Zdravotnický záchranář. Profesionál popisuje příchod pacienta („RZP přivezen muž po napadení. Dle posádky že pán byl před barem napaden skupinou Romů, kteří jej opakovaně kopali a bili pěstí do hlavy a hrudníku, bezvědomí neguje, na vše si pamatuje, mnohačetné exkoriace na obličeji, nad pravým obočím má krvácející tržnou ránu cca 3 cm a také byl v ebrietě“). Na příjmu se dostal na řadu ihned („na triáži přidělena P3. Toho času byl sloužící lékař zrovna u jiného pacienta na urgentním příjmu, tak jsem si převzal papíry“). Spolupráce s pacientem obtížná („Dotyčný byl silně cítit alkoholem, přes obvaz mu prosakovala krev, ale seděl normálně a při pozdější komunikaci byl silně agitovaný a cítil jsem, že ho svými dotazy spíše obtěžuji. Nicméně na všechny otázky odpověděl, z toho jsem usoudil, že může čekat venku, ale i tak jsem mu nabídl, že se může jít do ambulance položit na lůžko, že stejně musíme čekat, až přijde lékař.“). Pacient byl již netrpělivý než se dostavil lékař („Pán pomocí expresivních a rasistických výrazů vylíčil celou situaci a po krátkém přemlouvání se položil na lůžko (zprvu trval na tom, že ležet nemusí, že zvládne sedět, pro nás ale v tu chvíli bylo mnohem snadnější mu ošetřovat ránu vleže). Během probíhajícího měření mu lékař sundal z hlavy obvaz a zjistil, že bude třeba ránu šít.“). Další spolupráce s pacientem se stává stále obtížnější („než půjde na RTG aby dýchnul do alkoholtestru pacient souhlasil, ale bylo vidět, že měření sabotuje a záměrně nedýchá do přístroje tak, jak by bylo potřeba.“). Profesionál zvládá díky správné komunikaci přesvědčit pacienta ke spolupráci („To už se pánovi nelíbilo a nadával, že nám jde jen o to kolik nadýchá a ne o to, co se mu stalo, že to nás nezajímá, ale že je třeba to vědět kvůli následujícímu neurologickému konziliu, aby mohl neurolog posoudit, nakolik je za jeho stavem alkohol, nebo případné poranění mozku, což je vzhledem k tomu, jak se při chůzi motá, pro neurologa důležité.“). Situaci mění příchod dalšího pracovníka („Mezitím přišla do ambulance druhá sestra, se kterou jsem měl službu. Sestra se ještě pána ptala, kolik toho vypil. Pán hlásil, že jen 2 piva, po chvíli se pánovi podařilo nadýchat a sanitář nám hlásil 2,76 promile. Načež sestra ihned směrem k pánovi hlasitě řekla, že tak to jste toho nadýchal opravdu hodně, to je určitě víc jak 2

piva.“). Pacient přešel na fyzickou agresi („Slova sestry pána ovšem nahněvala natolik, že chtěl odejít, sprostě nám nadával a jelikož mu v odchodu bránily postranní zábrany na posteli, tak do nich začal mlátit a vzteky házel bundu, klíče, tašku, mobil a peněženku a namířil si ke dveřím, kde opět stoupala jeho agrese, a se slovy že jde jinam a bude si na nás stěžovat, opustil ambulanci“). Profesionál se snaží vyhodnotit událost („No kdyby sestra byla na denní místnosti déle a vůbec nepřišla, tak by se této situaci pravděpodobně předešlo, i když nemohu vyloučit, že by se dotyčný nenahněval později kvůli něčemu jinému. Ale v této situaci jsem i chápal, že je naštvaný. Alespoň měla přemýšlet, předtím než něco řekne, tak by pána takto zbytečně nenaštvala. I mě to štvalo, jelikož jsem se snažil nekomplikovat si práci tím, že budu muset ještě krotit našťvaného agresivního a na pohled mnohem silnějšího chlapa než jsem já.“). Profesionál uvažuje nad tím jak předejít napadení záchranářů („Je třeba, abychom se, v rámci možností, pokoušeli vidět situaci i očima pacienta. Samozřejmě je i mnoho situací, kdy násilnému chování pacienta nejde předejít, např. při některých akutních psychiatrických stavech. Zkrátka si myslím, že bychom měli více pracovat na svých komunikačních dovednostech a měli bychom mít na paměti, že to, co je pro nás prkotina, pro pacienta prkotina vůbec není, že je to pro něj velký problém, který ho přivedl do nemocnice“).

Rozhovor 9 (Respondent 9)

Muž, 5 rok praxe v oboru (zdravotnická záchranná služba). Zdravotnický záchranář. Nyní studuje bakalářský obor. Páteční služba. Výjezd RZP. Profesionál popisuje situaci („indikace výjezdu bolesti břicha, dojeli jsme na místo, rodinná chata, na zahradě smetiště, kolem pobíhaly slepice, psi, kočky, kohouti a další vesnická zvířina“). Stav pacientky na první pohled není kritický („Došli jsme do obýváku, tam ležela babička, přes 80 let, na první pohled apatická, zmatená, dehydratovaná, ale jak jsme se dozvěděli od jejího syna, tak ještě odpoledne skotačila na zahrádce“). Při dalším vyšetření se pacientka stává agresivní („s babičkou domluva žádná nebyla, ta se při pokusu zajistit žílu s námi začala prát, začala křičet, vyrazila mi kanylu z ruky, najednou měla tolik síly, že začala rvát, že jí jdeme zabít a že syn jí chce taky zabít a ať jí necháme na pokoji“). Do místnosti přichází zbytek rodiny („toho se vložil syn s manželkou, ať jí přestaneme týrat, co my jsme za záchranáře a ať mu maminku odvezeme do nemocnice nebo uvidíme, jak si to s námi vyřídí.“). Profesionál se snaží o správnou komunikaci s agresivním synem („takže jsme mu pomalu a co nejvíc

jednoduše vysvětlovali, že musíme zajistit žílu, musíme maminku přeměřit a zajistit vitální funkce a pak až pojedeme. Pro pána to stejně asi bylo příliš náročné na pochopení a řekl, že takhle teda ne a že to bude podle něj“). Komunikace selhala („strčil do kolegy, že kolega upadl na zem a začal rvát, že mámu okamžitě naložíme a pojedeme nebo bude hůř. Do toho se přidala pacientka, ať necháme jejího syna na pokoji, že to je všechno co má a že nás bude žalovat.“). Profesionál se začal obávat o vlastní bezpečnost („syn začal být stále víc a víc agresivnější, začal být sprostý a neustále do nás strkal, pacientka absolutně nespolupracovala a situaci ještě víc vyhrocovala. Požádali jsme tedy o pomoc přes dispečink policii.“). Syn na žádost o asistenci policie reaguje ještě větší agresí („když to syn slyšel, že žádáme o pomoc policie, vytrhl kolegovi mobil z ruky, třísknul s telefonem o zem a začal rvát, že policii“). Profesionálové se rozhodli se stáhnout a vyčkat na policie („S těmito slovy vzal hůl jeho matky do rukou a šel k nám. S kolegou jsme rychle utekli do sanity, kde jsme se zamkli a čekali na příjezd policie, která situaci vyřešila a pomohla nám s pacientkou a i s následným transportem.“). Profesionál na otázku zda se násilí šlo vyhnout odpověděl („násilí je od pradávna zakořeněno v lidech. Jednoduše řečeno, kdo násilí bude aktivně vyhledávat, najde ho. Vyvarování se násilí představuje často vysokou schopnost sebereflexe a sebeovládání“). Profesionál s odstupem vyhodnocuje („Pasivní přístup. Klidným hlasem poskytnout pacientovi oporu a vyjádřit pochopení. V případě nebezpečí bych zavolal policii dříve a kontaktoval lékaře v závislosti na situaci“). Profesionál se také vyjádřil k otázce vybavení záchranářů obrannými prostředky („Slyšel jsem o záchranářích, kteří v zaměstnání nosí při sobě i střelné zbraně, což je podle mého názoru už nepřiměřená obrana, i když se to odvíjí od dané situace. Pro neodbornou a zákonem danou manipulaci byly dálkové paralyzéry zamítnuty. Zbývají tedy pepřové spreje, balistické vesty, chvaty a údery, přesněji řečeno, záchranář si tedy musí vystačit s užitím selského rozumu a zvážit následná opatření.“).

Rozhovor 10 (Respondent 10)

Muž, 1 rok praxe v oboru (zdravotnická záchranná služba). Zdravotnický záchranář. V minulosti bez žádného závažného incidentu s pacientem. Noční směna. Na místě výjezdu jako posádka RZP, v restauračním zařízení. Bez přítomnosti Policie ČR. (*„Přijeli jsme do jednoho restauračního zařízení, ne moc luxusního, prakticky bych to nazval nalejvárnou. Kde snad nebyl nikdo střízlivý, na zemi byl jeden muž s tržnou ránou na hlavě. Tak jsme ho začali v klidu ošetřovat.“*). Jeden z hostů začal verbálně nadávat profesionálovi, profesionál se snažil o komunikační řešení (*„Ale během toho již jeden z hostů na nás začal rvát. Já se ho snažil uklidnit, pomocí deescalace co jsem si pamatoval.“*). V rámci časové úspory se profesionálové rozdělili (*„když jsem si udělal svoje, začali jsme balit a poslal jsem kolegu pro nosítka.“*). Profesionál připouští, že udělal chybu (*„což jsem dělat rozhodně neměl“*). Dané situace využívá agresivní host (*„Když byl kolega z dohledu, v tu chvíli ten host se postavil a šel směrem ke mně.“*). Profesionál očekával tuto možnost (*„Na to jsem si dával pozor, takže jsem se rychle taky postavil a snažil jsem se nějak uklidnit“*). Komunikace selhala a profesionál se snaží opustit místo (*„Ale on se stále přibližoval a začal sprostě křičet a vyhrožovat. Takže já jsem tohle vyhodnotil jako hrozbu a chtěl jsem se rozběhnout ke dveřím, ale než jsem stihl pohnout, byl u mě a vrazil mi několikrát pěstí do hlavy. Já jsem se snažil bránit, ale bez úspěchu“*). Pomoc profesionálovi musel až jeho kolega (*„Za okamžik tam byl kolega, který se na něho vrhnul a strhl ho na zem, já jsem mezi tím zavolal o asistenci policie. Ten host se hodně vrtěl, měl sílu jako býk. Tak jsme ho museli zalehnout dva.“*). Profesionál vyjádřil zděšení na reakci hostů na jeho napadení (*„Nejvíce mě na celé věci překvapilo, že mě nikdo nešel bránit, když jsem v jasné pozici oběti. Všichni se jen koukali.“*). Profesionál na otázku co udělal jinak dodává (*„Hned bych si zavolal asistenci police, zvláště když tam byl ten náznak té agrese.“*).

7 Diskuze

Rozhovory proběhly s deseti různými respondenty. Jednalo se hlavně o zdravotnické záchranáře, kteří již mají pár let praxe tak i o záchranáře, kteří neměli skoro žádnou dosavadní praxi. Pro účely výzkumu byli zahrnuti i studenti oboru zdravotnický záchranář, jelikož i oni se během své stáže na záchranné službě setkávají s agresivními pacienty. Problém ovšem byl sehnat přímo kontakty na respondenty, kteří se setkali s agresivitou ve svém povolání. Řešením bylo, že jsme se museli zeptat na různých stanovištích výjezdových skupin záchranné služby a přímo je kontaktovat. Poté šlo všechno hladce, respondenti upozorňovali na své kolegy, kteří zažili podobné zkušenosti a můžeme je začlenit do výzkumu. Co nás nejvíce překvapilo, byla vstřícnost respondentů a velký zájem provést rozhovor, chtěli pomoci diskutovat o tomto tématu, aby se to dostalo do povědomí i ostatních profesionálů a tak omezit prevalenci těchto nežádoucích událostí.

Za první cíl této bakalářské práce bylo zjistit okolnosti napadení respondentů. Je nutné konstatovat, že tyto okolnosti jsou různé. Jako u Respondenta 1, kde za napadením stála nepozornost (*„tak jsem si vytáhla učebnici a učila jsem se. Pak náhle slyším za sebou kroky a vidím tu ženskou, jak drží v ruce infuzní stojan a napřahuje se, že mě s ním praští“*). Respondent 2 uvádí jako důvod vyčerpání a stresující podmínky (*„Já vběhl mezi ně, abych zamezil nějaké rvačce. Neříkám, že jsem měl to samé na jazyku. No, a když jsem držel řidiče, dostal jsem od manžela facku.“*). U respondenta 3 to byla nečekaná reakce (*„Problém nastal, když jsme dojeli do psychiatrické léčebny. Tam to ten pacient evidentně znal a začal neuvěřitelně vyvádět.“*). Ovšem situace u respondenta 4 (*„Problém nastal, když jsme dojeli do psychiatrické léčebny. Tam to ten pacient evidentně znal a začal neuvěřitelně vyvádět.“*) je situace podobná jako u respondenta 3, oba pacienti, byli již tou dobou rozrušení a záchranáři se je snažili transportovat do nemocničního zařízení, rozdílné je zde řešení situace, kde respondent 4 nechal pacienta na místě a respondent 3 musel použít fyzickou sílu. Respondent 5 se potkal s faktory, které mohl sice ovlivnit, ale držel se platných předpisů, to mělo za následek zpoždění a také rozčilení pacienta (*„Začal nám velice vulgárně nadávat a vyhrožovat, že nás zažaluje. Naše omluva byla odmítnuta s tím, že si jí máme někam strčit“*). Respondent 6 se ocitl v situaci, kdy byl přímo ohrožen na životě, avšak zachoval chladnou hlavu a pomohl k uklidnění situace (*„Po chvíli se pán zvedl a*

zamířil k nám s nožem v ruce. Než stačil kdokoliv zareagovat, zrychlil a běžel s napřaženou rukou s nožem na doktora a řval, že nás všechny zabije, že s agenty nemá slitování.“). Do jiné situace se dostal respondent 7, kde byl ponechán sám se zmateným pacientem, který byl vysoce infekční (*„Začal být zmatený a agresivní začal mně osahávat a chytat krvavýma rukama.“*). Také situace u respondenta 8 byla jiná, jak respondent uvádí, situace byla klidná, dokud nepřišel další profesionál a situaci díky nevhodné komunikaci rapidně zhoršil (*„Slova sestry pána ovšem nahněvala natolik, že chtěl odejít, sprostě nám nadával.“*). Respondent 9 se také ocitl v situaci, která ho ohrožovala na životě, ovšem ne vinou špatné komunikace, ale kvůli přehnané reakci rodiny, která se bála o pacienta (*„s babičkou domluva žádná nebyla, ta se při pokusu zajistit žílu s námi začala prát, začala křičet, vyrazila mi kanylu z ruky, najednou měla tolik síly, že začala řvát.“*). Do obtížné situace se dostal Respondent 10, který byl i fyzicky napaden. (*„Ale on se stále přibližoval a začal sprostě křičet a vyhrožovat. Takže já jsem tohle vyhodnotil jako hrozbu a chtěl jsem se rozběhnout ke dveřím, ale než jsem stihl pohnout, byl u mě a vrazil mi několikrát pěstí do hlavy“*). Ovšem již měl vodítka před napadením, že se jedná o nebezpečnou situaci (*„Ale během toho již jeden z hostů na nás začal řvát. Já se ho snažil uklidnit, pomocí deescalace co jsem si pamatoval.“*). Kde došlo k podcenění situace stejně jako u respondenta 1, s tím rozdílem že respondent 10 předpokládal tuto situaci, přesto nic žádné protipatření nepodnikl.

Druhým cílem bylo, jestli šlo napadením předejít, kdyby se použili správné komunikační techniky. Respondenti, kteří byli studenti se čistě spoléhali na vedení dohlížejících profesionálů a přesto se dostali do situace, která ohrožovala jejich zdraví. Respondent 2 byl v situaci, kdy profesionálové byli již vyčerpáni, a také úroveň stresu byla vysoká, proto i přes dosavadní zkušenosti se dostali do fyzického konfliktu. Patrně kdyby zachovali klid, konfliktu šlo předejít (*„S řidičem jsem o tom mluvil a zajisté toho litoval, jak se zachoval. Na druhou stranu já jsem taky málem vylítl. Ale zase to nás neomlouvá.“*). Respondent 3 **vyzdvihuje komunikaci vedenou záchranářem, že dokázal uklidit pacienta** (*„No a potom jsme došli pokojně do záchranky, s tím že pojedeme navštívit Kalouska“*). To, že potom došlo k fyzickému napadení a jak se tomu dalo zabránit je věc k diskusi. Respondent 4 přiznává, že mohla vést komunikaci jiným způsobem, ovšem dala přednost svému zdraví a je také pochopitelně dobře. (*„hypoteticky by možná šlo, paní nějak utěšit. Ale zase mi nechtělo zbytečně riskovat, když nechtěla naší pomoc, tak to je její věc“*). Respondent 5 uvedl,

že na jeho komunikaci nic chybného nebylo („*Toto chování jsem už ale nemohl akceptovat a důrazně jsem to odmítl.*“). Přesto, že měl málo dosavadních zkušeností, snažil zvládnout situaci, jak nejlépe uměl. Zajímavé je jaký vliv měl incident na jeho budoucí rozhodování („*Ale od té doby, jezdíme na rutinní vyšetření někdy i s majáky*“). Respondent 8 uvedl jako **hlavní důvod agrese pacienta byla špatně vedena komunikace zdravotní sestry** („*No kdyby sestra byla na denní místnosti déle a vůbec nepřišla, tak by se této situaci pravděpodobně předešlo, i když nemohu vyloučit, že by se dotyčný nenahněval později kvůli něčemu jinému. Ale v této situaci jsem i chápal, že je naštvaný. Alespoň měla přemýšlet, předtím než něco řekne, tak by pána takto zbytečně nenaštvala.*“). Ovšem respondent 9 byl v situaci, kdy mu komunikace jasně selhala („*jednoduše vysvětlovali, že musíme zajistit žílu, musíme maminku přeměřit a zajistit vitální funkce a pak až pojedeme. Pro pána to stejně asi bylo příliš náročné na pochopení a řekl, že takhle teda ne a že to bude podle něj*“) a to vyescalovalo až k fyzickému násilí.

Pacient u respondenta 6 patrně nešel zvládnout běžnou komunikací, rozhodně tomu nepomáhali přítomní policisté („*oba policajti až úplně za námi na konci chodby a dopředu se jim evidentně nechtělo, spíš situaci svými výhrůžkami jen zhoršovali*“). Kde je otázkou, jak by incident probíhal, kdyby nic neřikali. Za zmínku zde stojí i následná reakce policie („*řidič řval na policisty, ať začnou něco dělat a nestojí tam jen tak. Policisty nenapadlo nic lepšího, než přijít a ležícího pána začít mlátit pendreký do ledvin a přes záda.*“). **Kdyby záchranáři se neuchýlili k sebeobraně, mohlo by to mít i za následek ztráty na životě.** Proto jako jednu otázku jsme zvolili, zda by záchranáři měli trénovat sebeobranu. Kde odpovědi byly převážně pozitivní. Ale také budí rozpaky jako u respondenta 4 („*Na škodu by to asi nebylo, trocha pohybu by neuškodila. Ale jakmile se někde v televizních zprávách objeví reportáž o tom, jak se záchranáři učí boxovat, tak to je konečná*“). Stejně jako otázka zda by záchranáři měli mít u sebe sebeobranné prostředky respondent 1 uvádí („*Má to hodně záporů a hodně kladů. Agresoři by si asi už pak tolik na nás netroufali, kdyby věděli, že máme u sebe třeba pepřový sprej. Ovšem kdyby se použil, mohly by z toho být nepříjemnosti. Mám kamarády, co u sebe nosí teleskopický obušek.*“). Přesto souhrnně odpovědi byly pozitivní pro vybavení záchranářů obrannými prostředky.

Respondenti také odpovídali na téma vztahující se legislativní ochraně pro zdravotnické záchranáře. Toto téma ve směrsh respondenti zaskočilo, Nevěnují tomuto tématu moc velkou pozorností, nicméně většina se domnívá, že stav je nedostačující jako respondent 4 (*„Na papíře je všechno fajn, ať si politici říkají, co chtějí. Dokud nezjistí, jak to funguje v terénu tak si budou žít v iluzi, jak je ten systém dokonalý“*).

V rámci těchto 10 respondentů, jsme se setkali s velkou škálou incidentů. Nelze říct, že všem se dalo předejít tak stejně jako, že se všem dalo vyvarovat. Zdravotnický záchranář je povolání, které vyžaduje často různé druhy improvizace. Proto nelze říct, že když profesionál získá odbornost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře, tím jeho studium bylo ukončeno. Naopak, neměl by stagnovat a měl by si rozšiřovat svoje vědomosti, pilovat svoje komunikační dovednosti. Ovšem se nesmí zapomenout i na prevenci. **Proto doporučujeme kromě trénování komunikačních dovedností i trénink sebeobrany.** Z mnoha důvodů, jde o fyzickou kondici, která nutná pro zdravý životní styl, tak i prevenci syndromu vyhoření a v neposlední řadě, umožní záchranáři si zachránit vlastní život, když to situace vyžaduje.

Tuto problematikou se zabývá hlavně Pekara v disertační práci Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky. Kde Pekara zjišťuje obdobné výsledky, jako nalézáme v této práci.

Jak se vyhnout konfliktu

1. Zachovej vlastní klid.

2. Všímej si okolí.

3. Mluv pomalu a jasně.



Vypracoval: Novotný Petr, DiS. Vedoucí práce: MUDr. Katartina Veselá . Praha 2016

Obrázek 2 Doporučení pro praxi

ZÁVĚR

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat problematiku napadání záchranářů, čehož jsme dosáhli v teoretické části. Zaměřili jsme se hlavně na problematiku komunikaci v přednemocniční péči. Zaměřili jsme se na techniky jak správně komunikovat s agresivním pacientem a jak se vyvarovat konfliktu. Ovšem jsou situace kdy se zdravotnický záchranář nemůže se spolehnout čistě na komunikační řešení. Proto jsme se zaměřili i na obranu záchranářů proti napadením. Kde jsme uvedli techniky jak si poradit s agresivním pacientem. Se zaměřením na fyzické a farmakologické omezení. Také jsme okrajově nastínili problematiku používání obranných prostředků. Toto téma nás zajímalo i v naší praktické části. Nadále jsme vypsali souhrn doporučení jak agresi jako takové předcházet se zaměřením na krizovou intervenci. Dalším cílem této práce bylo uvést legislativní ustanovení týkající se sebeobrany pro záchranáře.

Pro praktickou část této bakalářské práce byly stanoveny cíle bylo zpracování rozhovorů týkající se napadení zdravotnických záchranářů. Jako výsledek vyšli 3 skupiny respondentů. Jedna skupina, která se setkala s agresi a dokázala se efektivně s agresi vypořádat jen díky komunikaci, tak že k napadení vůbec nedošlo. Druhá skupina, která se setkala s agresi nebyla schopna agresora uklidnit, přičemž nebyla správně vedena komunikace a agresi by šlo předejít, kdyby se změnilo jednání záchranářů. Poslední třetí skupina, která se setkala s agresi a jako první skupina, záchranáři použili komunikaci správně, ale přesto došlo k napadení, že museli použít sebeobranu, aby si ochránili vlastní zdraví.

Domníváme se, že cíle, které jsme si dali na začátku bakalářské práce, byly splněny. To vše by mělo pomoci záchranářům v praxi pro kvalitní a odbornou pomoc v problematice napadání záchranářů. Za další inspiraci mohou zdravotníci využít různou škálou komunikačních seminářů či workshopy s obdobnou problematikou. Nebo se v rámci prevence chodit na lekce sebeobrany a tak se vyvarovat nežádoucím incidentům, které mohou mít doživotní následky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

ANGELOVSKI, Igor, 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnictví. Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. ISSN 1213- 6050. roč. 7, č. 3, s. 118-123.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Psyché. ISBN 978-80-247-1125-6.

BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7013-564-8.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2010. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Vyd. 1. Praha: Triton, Lékařské repertorium. ISBN 978-80-7387-351-6.

HANUŠKOVÁ, Vlasta, 2008. *Terapie akutního neklidu a agrese*. Psychiatr. pro Praxi [online]. 2008, roč. 9, č. 4 [cit. 2010-12-08], s. 168-169. Dostupné na WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>>. ISSN 1803-5272.

HO, Jeffrey Down., et al., 2011. *Introduction of the Conducted Electrical Weapon into a Hospital Setting*. Journal of Emergency Medicine [online]., roč. 41, č. 3 [cit. 2015-12-21], s. 317-323. ISSN 0736-4679. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467909009299>

IRMIŠ, Felix, 2014. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vyd. Praha: Galén., ISBN 978-80-7492-130-8.

- JANOŠEK, Jaromír, 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Vydání 1. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4295-3.
- MACH, Jan, 2010. *Lékař a právo*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1356-4.
- NĚMCOVÁ, Jana. a kol., 2015. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- MOUREK, Jindřich, 2012. *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-24-7787-23.
- MURPHY, Judy, 2011. *Assertiveness: How to Stand Up for Yourself and Still Win the Respect of Others*. USA: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN-10: 1495446859.
- PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ, 2011. *Prevence násilí v ošetrovatelství (Přehledová studie)*. In: *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 7(2), 187-191. ISSN 1801-0261.
- PEKARA, Jaroslav, 2007. *Napadení zdravotnických záchranářů*. In: *Florence*. 3(4), 175-176. ISSN 1212-1924.
- PEKARA, Jaroslav, 2013a. *Násilí ve zdravotnictví*. In: *Praktický lékař*. 6(93), 264-268. ISSN 0032-6739.
- PEKARA, Jaroslav, 2013b. *Násilí a české ošetrovatelství*. In: *Florence*. 9(12), 20–22. ISSN 1801-464X.
- PEKARA, Jaroslav, 2014a. *Proč dochází k násilným incidentům při ošetrování pacientů?* In: *Florence*. 10(1-2), 31–33. ISSN 1801-464X.
- PEKARA, Jaroslav, 2014b. *Význam komunikace při prevenci násilných incidentů*. In: *Florence*. 10(3), 23–25. ISSN 1801-464X.
- PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. Disertační práce. České Budějovice. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

POKORNÝ, Jan, 2010. *Lékařská první pomoc: v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, . Psyché (Grada). ISBN 978-80-7262-322-8.

POLICIE.CZ, 2015. *Statistické přehledy kriminality. Informační servis, statistiky.* [online]. [cit. 20. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/statistiky-kriminalita.aspx>

PONĚŠICKÝ, Jan, 2005. *Agrese, násilí a psychologie moci.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-378-3.

PTÁČEK, Petr a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

SZKANDEROVÁ, Michaela, a Jarošová, Darja, Červenec 2008. *Výskyt agresivity ve zdravotnických zařízeních.* Profese on-line : recenzovaný časopis pro zdravotnické obory [online]., roč. 1, č. 1 [cit. 2010-06-16], s. 1-9. Dostupné na WWW: <http://profeseonline.upol.cz/vyskytagresivity-ve-zdravotnickych-zarizenich>. ISSN 1803-4330. 42

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře: v praxi.* 1. vyd. Praha: Grada,. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4434-6.

TRESTNÍ ZÁKONÍK, 2009. *Zákony pro lidi: Předpis č. 40/2009 Sb.* [online]. [cit. 30. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40#redakce>

VEVERA, Jan, a Jiráček, Roman, a Uhrová, Tereza, 2007. *Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi.* Psychiatr. pro Praxi [online], roč. 8, č. 2 [cit. 2010-12-08], s. 66-71. Dostupné na WWW: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/05.pdf>. ISSN 1803-5272.

VEVERA, Jan, a Uhrová, Tereza, a Stopka, Pavel, 2002. *Násilné chování a možnosti jeho ovlivnění I. díl – výskyt, rozdělení a klinické koreláty.* Psychiatr. pro Praxi [online]., roč. 3, č. 5 [cit. 2010-12-07], s. 226-229. Dostupné na WWW: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/05/08.pdf>. ISSN 1803-5272.

VEVERA, Jan, Martin ČERNÝ a Pavel KRÁL, 2011. Agrese a násilné chování. In: *Postgraduální medicína. Č. 2., s. 220-222.* ISSN 1212-4184WHO, 2015. Violence and

Injury Prevention. Violence against health workers. [online]. [cit. 2015-01-20].

Dostupné z: http://www.who.int/violence_injury_prevention

VOKURKA, Michal., J. HUGO a kol., 2002. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

WYATT, Jonathan P. *Oxford handbook of emergency medicine: v praxi*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-0-19-958956-2.

ZACHAROVA, Eva, 2009. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků*. Interní Med. [online], roč. 11, č. 10 [cit. 2010-06-18], s. 471. Dostupné na WWW: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2009/10/09.pdf>. ISSN 1803-5256

PŘÍLOHY

Příloha A - Rozhovory 1- 10	II
Příloha B – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XXX
Příloha C – Rešeršní protokol.....	XXX1

Příloha A – Rozhovory 1- 10

Rozhovor číslo 1

Rozhovor trval 51 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 10 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 8 124 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 1 obsahuje 5 524 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Vystudovala jsem vyšší odbornou školu v oboru všeobecná sestra a poté bakalářské studium zdravotnický záchranář. Nyní dálkově studuji magisterský obor. Ve zdravotnictví jsem dělala už během studia jako sanitář. Po vystudování všeobecné sestry jsem začala dělat na interní ambulanci, kde jsem byla 3 roky a mezi tím si dodělávala zdravotnického záchranáře. Nyní pracuji na záchranné službě 2. rokem.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Tak incidenty, které bych tady ráda zmínila, mám dva. Hlavně myslím ty incidenty, kde už bylo to fyzické násilí, že mi verbálně nadávají, jsem si dávno zvykla už jsem byla komunistka, americký špion dokonce teď nedávno mi nadávali do Zemana. Ten první se odehrál na příjmové interní ambulanci kolem 4. hodiny ráno. Záchranka mi tam přivezla paní, která byla značně opilá a hodně agitovaná a domluva s ní z počátku byla dobrá, byla schopná si dojít na lůžko, kde si lehla a já se záchranáři šla dodělat papíry. Když jsem měla hotové papíry, šla jsem za paní, abych si udělala svoji práci. Musím říct, že byly 4 hodiny ráno a já jsem byla hodně utahaná, za pár hodin mě čekala důležitá zkouška ve škole a já to chtěla mít co nejrychleji z krku, takže jsem to brala trošku rychleji než bych to dělala normálně. Jenže, jak se dalo čekat, s paní nebyla lehká spolupráce, už když jsem začala měřit tlak, tak se jí to nelíbilo a řvala na mě, ať jí nechám na pokoji. No tak jsem řekla, že s ní hádat nebudu, že jí nechám být, ale jen jestli bude tak ochotná a foukne do takové mašinky s jasným úmyslem, že jí pošlu na záchytku a hotovo.“

V tuhle chvíli si normálně vždy volám sanitáře k sobě, abych měla jistotu, že s ní nebudu prát, tak jsem si ho zavolala, abych tam s ní nebyla sama, jenže jeho si za chvíli zavolali na oddělení, že tam byl exitus. Po chvílce přesvědčování mi tedy foukla a já spokojeně zavolala doktora, kterého jsem zajisté vzbudila a ten byl ještě víc

nadšený než já. Tak se přihlítil do ambulance a začal na ní křičet, co blbne, že jsou 4 hodiny ráno. Já se ho snažila uklidnit, že tohle snad není nutný, ale vnitřně jsem s tím souhlasila. Tak jí řekl, že pojedou na záchytku, když s námi nechce spolupracovat a řekl, že papíry si udělá u sebe na pokoji, ať zavolám policii, která jí tam převezde. No tak odešel a já jsem tedy zavolala na policii, kde mi řekli, že přijedou do půl hodiny. Tak jsem si vytáhla učebnici a učila jsem se. Pak náhle slyším za sebou kroky a vidím tu ženskou, jak drží v ruce infuzní stojan a napřahuje se, že mě s ním praští. Než jsem stihla udělat cokoli na svoji obranu, praštila mě s ním tak silně, že jsem ztratila vědomí a způsobila mi otřes mozku. Zbytek znám jen z vyprávění, že mě našli po 15 min policisté se sanitářem a že hledali tu ženskou, která byla již dávno pryč. A o tom jak to dopadlo radši nemluvit. No a ten druhý incident se odehrál, když jsem jezdila na záchrance. Přijeli jsme s kolegou do domova důchodců, pro nějaké zhoršení stavu, takže jsme očekávali ledacos. V pokoji byl pán okolo 80 let, celý pokálený, sedící na míse a rozhazující exkrementy kolem sebe, já se hned zeptala, jestli není diabetik, nebo jestli neprodělal mrtvičku a jestli to je u něho prvně, co mi místní sestřička vyloučila. S pánem nebyla žádná domluva, pak přišel doktor a nařídil nám, abychom mu píchli něco na uklidnění. Takže jsem si to začala připravovat a v tom tam přišli 2 sanitáři, chytli ho jako kus masa a začali se s ním přetahovat. Já mu tedy co nejrychleji dala tu injekci a pak jsem sem si ho začala vyšetřovat. Zajisté mě hodnotu glykémie méně než 1 mmol/l. Místní lékař ani neměl potuchy, že je diabetik, že si to musel píchat sám.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Ten první incident mi spíš přišla jako souhra nešťastných okolností a taky, že jsem to šíleně podcenila a taky jsem na to draze zaplatila. Ten druhý incident byl spíš o pochybení personálu, k té situaci nemuselo vůbec dojít.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„U prvního incidentu bych změnila úplně všechno, bylo to v době, když jsem začínala a bála jsem si dupnout. Sanitář mě neměl opouštět s rizikovým pacientem a doktor neměl chodit pryč. A já to měla čekat. Hlavně z toho viním sebe, vzala jsem si z toho ponaučení. U toho druhého si myslím, že jsem udělala, co jsem mohla.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Do velké, většina doktorů co znám, jsou arogantní tak, že i já jim chci někdy dát facku.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Zlepšit komunikaci.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„To je dobrý nápad, o nějakých vím, ale na žádném jsem ještě nebyla.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Tím jste mě dostal, popravdě nevím. Má to hodně záporů a hodně kladů. Agresoři by si asi už pak tolik na nás netroufali, kdyby věděli, že máme u sebe třeba pepřák. Ovšem kdyby se použil, mohly by z toho být nepříjemnosti. Mám kamarády, co u sebe nosí teleskopický obušek.“

Zúčastnila byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Takový kurzy tu už byly, dokonce jsem na nich byla i já. Byla to jen ztráta času. Člověk se za pár lekcí nic pořádně nenaučí.“

Preferovala byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„To je běh na dlouhou trať, už takový pokusy byly a stejně to nezmění nic.“

Rozhovor číslo 2

Rozhovor trval 48 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 20 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 4 124 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 2 obsahuje 3 736 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Úspěšně jsem absolvoval bakalářské studium zdravotnického záchranáře. O další studium nemám zájem, je to zbytečnost. Takže po škole jsem chvíli dělal na oddělení ARO, po tom jsem nastoupil na záchranku teď tam pracuji 4. rokem.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„No kolem 6. hodiny ráno jsme dostali výjezd na okraj našeho dojezdu, takže bylo jasné, že se nevrátíme dřív než v 8 hodin., už jsme za sebou měli 4 dosti blbý výjezdy, takže naše nálada byla pod bodem mrazu. No cesta trvala trošku víc než by měla, zastavil nás cestou vlak. No když jsme dojeli na místo zásahu, tak jsme se dostali do rodinného domu, kde před domem stálo 5 aut. Uvnitř na nás čekala mladá ženská, která udává bolesti hlavy a zad. U manželky stál hned vedle manžel, který byl hodně našťvaný proč nám to tak dlouho trvalo, že jeho manželku necháváme zbytečně trpět. A hned řekl, že je bratr místního starosty, tak ať se hodně snažíme. Ve mně to hodně bublalo vzteky. I řidič byl rudý. Když jsem řidičovi naznačil, že by bylo vhodné vzít lehátka, ten na mě hodil ten nechápající výraz, jestli jako to myslím vážně.“

Já chtěl co nejrychleji vypadnout bez zbytečných řečí. Tak manželku jsme úspěšně naložili. A v autě jsem si chtěl udělat zbytek vyšetření, abych vůbec věděl co je s ní. Ale řidičovi už začaly tikt nervy, jestli už nepojedeme, že to dodělám cestou. Toho jsem odbyl, ať mi dá ještě chvíli. Mezi tím se objevil manžel, a že pojede s náma. To jsem mu řekl, že to nepůjde, ale on si normálně otevřel a zalezl si dovnitř. Hádám, že tohle byla pro řidiče poslední kapka, vyřítil se ven, vytáhl manžela z auta a začal mu hodně sprostě nadávat, že jsme sem přijeli úplně zbytečně, taková akutní bolest mohla až do rána co, že si ji mohl odvést sám, že paní jen hysterčí, zajisté, ty peprnější slova, uvádět nebudu. Já vběhl mezi ně, abych zamezil nějaké rvačce. Neříkám, že jsem měl to samé na jazyku. No, a když jsem držel řidiče, dostal jsem od manžela facku. Naštěstí ne moc silnou, aby se mi zatmělo před očima a vrhl se na něho. Takže jsem odhodil

řidiče stranou a řekl jsem manželovi, jestli se mě ještě dotkne, zavolám na něho policii. Po tom se manžel uklidnil, mezi tím manželka na něho křičela, ať toho nechá. Takže po tomhle jsme hned odjeli. Policii jsem nevolal, ani jsem nějak nenahlásil. Byly by to zbytečné trable.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„To je ale otázka. Heleďte nemám upřímně potuchy. S řidičem jsem o tom mluvil a zajisté toho litoval, jak se zachoval. Na druhou stranu já jsem taky málem vylítl. Ale zase to nás neomlouvá. Manžel měl určitě strach o svoji manželku. A my tam přijeli už pěkně nabroušený. Takže bych nechal na pokoji, snad se to již nebude opakovat.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Stejná odpověď co byla předtím.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Kdo je nevinný, ať hodí kamenem. Normálně člověk zkousne hodně věcí. Někdy prostě přetečou nervy a je to hned.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Pevné nervy.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Dělají se, ale je to je kravina, jen zabitý čas Je to pokaždé úplně stejný.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Udělaloby to více škod než užitku.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobran, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Pokud by to bylo na dobrovolné bázi šel bych to do toho.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Bylo by to fajn.“

Rozhovor číslo 3

Rozhovor trval 48 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 14 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 152 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 3 obsahuje 4 902 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Já jsem na střední chodil na průmyslovku, pak mě to táhlo do zdravotnictví. Takže jsem potom hned nastoupil na vyšší odbornou školu obor zdravotnický záchranář. Momentálně jsem ve 2. ročníku. Proto mám nulovou praxi. Takže veškeré zkušenosti co mám, jsou jen ze stáží.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Takže všechno se to odehrálo, když jsem byl na stáži na záchrance. Byl jsem ve druháku, když jsem se dostal na záchranku. Takže kompletní zelenáč, ucho, prostě cokoli vás napadne. Když jsem už pár hodin na záchrance měl za sebou, tak jsem si nějak už zvykal, jak to tam chodí atd. Jednou nám houkli výjezd psychóza, se záchranářem jsem se domluvil, že mě nechá dělat samostatně a vše co budu dělat, budu říkat nahlas, aby mě mohl kontrolovat. Tohle pro mě bylo nejlepší, jak se něco naučit. Takže jsme jako RZP (tedy záchranář, řidič a stážista) dojeli do rodinného domu, kde již na nás čekala Policie ČR, tady záchranář řekl, že mě bude přímo navigovat on, dokud nezjistí co se ,přesně děje. Uvnitř domu nás přivítala matka pacienta, že se zbláznil a je nebezpečný, proto tam je i policie. Já s kufrem ruce, jsem šel jako poslední. ed vstupem do místnosti jsme zaťukali a pomalu jsme vešli.“

V místnosti seděl za stolem pán okolo 40 let, jenže na stole měl asi 4 nože, kladiva a šroubovák. Nejdřív se záchranář ptal, co se děje, proč tam má ty nože atd. Pacient řekl, že s polišema vyjednávat nebude, ať jdou pryč. To záchranář odmítl a chtěl vysvětlení, proč je má poslat pryč. Tak pacient uvedl, že to jsou špioni Kalouska a že on ho chce jít zabít. A že ho máme odvést za Kalouskem. Po chvílce přesvědčování dal ty

nože pryč, že prý použijeme naše, jsou na to lepší. Pak jsme si všichni před ním museli vypnout mobily. Když bylo hotovo, tak mě poslali změřit tlak. Ještě jsem se ho 2x zeptal, jestli mu můžu změřit tlak, s čímž souhlasil, že chápe, že to je protokol. No a potom jsme došli pokojně do záchranky, s tím že pojedeme navštívit Kalouska. Jeden z policistů nastoupil do auta s námi. Pacient si na cestu nasadil alobalovou čepičku, aby zabránil čtení myšlenek Kalouskem. Museli jsme jet bez majáků a ne moc rychle, abychom nebudili pozornost. Celá cesta šla hladce. Problém nastal, když jsme dojeli do psychiatrické léčebny. Tam to ten pacient evidentně znal a začal neuvěřitelně vyvádět. Byli jsme tam na něm 4 a stále s námi házel, jako bychom byli z papíru. Za chvíli tam doběhli místní sanitáři, každý z nich měřil alespoň 2 metry a bez problému ho zpacifikovali. Doběhl pak i lékař, podali jsme lék na zklidnění a byl klid. Pak jsme kontrolovali, co se nám stalo, všichni jsme byli naštěstí v pořádku.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Podle mě, tady záchranář udělal velký kus práce, jen tím že ho dostal do auta. Vhodné by bylo, kdyby dostal něco předem na zklidnění, ale to odmítl, myslel by si, že ho chceme otrávit. Takže dobrovolně by to určitě nešlo.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Já bych snad mohl být více statečný, asi nemusím říkat, že jsem se fakt bál. Tohle byla první konfliktní situace, do které jsem se kdy dostal. Ale v zásadě, dle mého názoru jsme udělali vše, co bylo v našich silách. Takže bych se zachoval stejně. Otázkou je, jestli jsem se jako stážista neměl celou dobu držet dál pacienta.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Potkal jsem již pár zdravotníků, ze kterých arogance jen zářila. Dost štváli i mě. Už jen svým chováním a taky jak se chovají k pacientům. Ale tohle je individuální věc. Říkali mi, že dobrý záchranář může sloužit celý život a nic se mu nestane.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Ve škole máme kurzy sebeobrany, ty mě přijdou dosti neúčinné. Třídou 40 lidí má jeden instruktor za 20 hodin naučit sebeobranu? To je směšné.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„To by bylo něco dobrého. Něco kde si člověk vezme kazuistiku a rozebere, co má dělat a čemu se vyvarovat.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„To by mohlo být kontraproduktivní. Ale těžko říct. Viděl jsem, že nějací záchranáři u sebe už něco na sebeobranu nosí.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobranu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„No jak jsem říkal, člověk se za pár hodin nic nenaučí. Ale zas to neublíží, takže bych do toho zas i šel. Lepší by byl soustavný trénink.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Vždyť záchranáři mají zvýšenou ochranu, od ostatních lidí. Sice nemají status úřední osoby, ale to prý mít ani nemůžeme.“

Rozhovor číslo 4

Rozhovor trval 45 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 19 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 451 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 4 obsahuje 4 107 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Mám hotovou vyšší odbornou školu oboru zdravotnický záchranář. Poté jsem ještě dodělala všeobecnou sestru na vysoké škole. Poté jsem nastoupila na ARO, kde jsem byla 2 roky. Poté jsem nastoupila na záchranku. Sloužím zde 2. rokem.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Se záchrankou jezdím v kraji, kde je více sociálně vyloučených oblastí než by mělo být. Takže na verbální agresi jsem zvykla rychle. Máme už vytipované oblasti, kam bez doprovodu policie nejdeme. A tedy k tomu incidentu, dostali jsme výjezd právě do takové sociálně vyloučené oblasti. Tak jsem chvíli uvažovala, jestli si mám zavolat o policii nebo ne, nakonec jsem si řekla, že jsem tam jednou byla a nebylo to taková hrůza. Po našem příjezdu na danou adresu, nás už u vchodu přivítala skupinka dětí, která snad nikdy neviděla záchranku. Ty děti nás potom odvedly do činžovního domu, kde po nás každý koukal, jako co tam děláme. Pak jsme se dostali do místnosti, kde seděla na židli paní okolo 60 let a kolem ní se hádala celá velmi početná rodina. Hádali se o tom, že ta paní umírá a musíme jí pomoci. Zbytek rodiny jsem poprosila, aby na chvíli šli pryč, aby paní měla nějaký soukromí. Takže nakonec tam zůstala jen její dcera s manželem a pár dětmi. Když jsem si paní vyšetřovala, tak mi z kufru nějaký dítě vzalo ambuvak. Ale toho si všiml parták. Takže jsme si to vzali zpět. Když jsem paní vyšetřila, navrhla jsem, že jí vezmeme do nemocnice na internu, ale ona řekla, že nikam nepojede. V tu chvíli se strhala další hádka s její dcerou, že musí jet. Takto se tam hádali pár minut, tak jsem se je snažila nějak uklidnit a poté a paní svolila. Když jsme si nastoupili, tak si to paní rozmyslela a že nikam nepůjde. Začala nám nadávat a jestli jí budeme bránit, tak nás zabije. My jsme jí nijak nebránili. Takže jsme všechno sepsali a jeli zpět.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Nemyslím si, že se tomu dalo nějak zabránit. Myslím si, že měla pouze strach o svůj život. Nicméně to nemění stav na věci, že nám nadávala. Od toho aby se nám nadávalo tady opravdu nejsme. Z mého pohledu jsme udělali, co jsme mohli.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Řekla bych, že bych postupovala úplně stejně. Hypoteticky by možná šlo, paní nějak utěšit. Ale zase mi nechtělo zbytečně riskovat, když nechtěla naší pomoc, tak to je její věc.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Mám hodně přátel, co se dostali do konfliktu s pacientem, aniž by to byla jejich vina. Lidi si nějak zvykli, že na zdravotníky si můžou dovolit všechno. Na druhou stranu, si za to taky někdy můžeme sami.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Ocelové nervy, méně intoxikovaných pacientů a určitě více laskavosti.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Nápad to není špatný, otázka je věc realizace. Když se toho chopí někdo schopný, ne nějaký vystudovaný teoretik, který nezná prostředí, kde se záchranář ocitne, tak to bude zbytečný. Takže pokud to bude mít hlavu a patu, šla bych do toho.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„To teď dělá pražská záchranka, jak jim rozdávají ty neprůstřelné vesty. A podívejte se, kam to povede. Teď na nás ještě snad začnou střílet a u soudu řeknou, já jsem si myslel, že mají neprůstřelnou vestu. Nadšená z toho tedy rozhodně nejsem. Jsme zdravotníci, ne nějaká bojová jednotka.“

Zúčastnila byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Na škodu by to asi nebylo, trocha pohybu by neuškodila. Ale jakmile se někde v televizních zprávách objeví reportáž o tom, jak se záchranáři učí boxovat, tak to je konečná.“

Preferovala byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Na papíře je všechno fajn, ať si politici říkají, co chtějí. Dokud nezjistí, jak to funguje v terénu tak si budou žít v iluzi, jak je ten systém dokonalý.“

Rozhovor číslo 5

Rozhovor trval 48 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 10 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 4 984 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 5 obsahuje 3 390 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Já jsem dokončil vyšší odbornou školu oboru zdravotnický záchranář. Časem možná zkusím ve studiu pokračovat. Pracuji pro soukromou firmu, která se zabývá převážně sekundárním prevozem pacientů, ale občas dostaneme i nějaký primární výjezd. Pracuji tu půl roku.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Mnoho lidí si ani neuvědomí, že převážení pacientů může snadno vyvrcholit i v konflikt. Převážení pacientů, kteří pro ostřejší slovo nemají daleko, je skoro na denním pořádku, jsem na to už zvyklý a dá se říct, že už mě to ani nepřekvapí. Pacient se rozčiloval kvůli našemu zpoždění, které bylo způsobeno dopravní kolonou. Prohlásil, že nechápe, proč nepoužijeme majáky, které používají „saniťáci“ běžně. To zaslechnul i náš řidič, který se na mě podíval pohledem, že ty majáky klidně zapne. Já jsem ovšem odmítl s tím, že se musíme držet předpisů. Na to pacient reagoval vulgárními poznámkami. Naše zpoždění bylo nakonec něco přes hodinu, pacient byl námi doprovázen na vyšetření. Samozřejmostí bylo, že jsme čekali na konec vyšetření, abychom pacienta mohli odvést zpět domů. V nemocnici nám ale řekli, že se nás dostane řada až za 2 hodiny, jelikož nyní mají přednost pacienti, kteří přišli v čas. V této chvíli se náš pacient rozčilil a obvinil nás, že je to naše vina, a že to máme spočítané. Začal

nám velice vulgárně nadávat a vyhrožovat, že nás zažaluje. Naše omluva byla odmítnuta s tím, že si jí máme někam strčit.

Pacient nám řekl, že musí ihned domů, že má něco důležitého. A že by bylo žádoucí, kdybychom vyjeli co nejrychleji, a také se nezapomněl zmínit o zapnutí majáku. Toto chování jsem už ale nemohl akceptovat a důrazně jsem to odmítl. To mělo za následek, že se pacient rozhodl objednat taxík. Nakonec nám řekl, že nám pošle účet za taxík, a že se uvidíme u soudu. Zamával nám a odešel.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Jsou věci, kterým se prostě zabránit nedá. Já jsem s touto situací opravdu nemohl nic dělat a porušovat předpisy opravdu zbytečně nebudu. I když mi tato situace byla opravdu nepříjemná.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„V té poslední fázi bych se asi mohl snažit toho pacienta víc přesvědčit. On na nás opravdu tu žalobu podal, ale nakonec jsme soudní obsílku ani nedostali. Jen s tím bylo hodně starostí, musel jsem u vedení vysvětlovat celou situaci, jak to vůbec vzniklo a proč jsem tomu nemohl zabránit. Naštěstí jsem měl dost svědků, kteří mi potvrdili moji verzi. Ale od té doby, jezdíme na rutinní vyšetření někdy i s majáky.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Člověk, který pracuje jako zdravotník, nemá absolutně tušení o tom, že má na zádech nějaký terč, na který mají všichni spadeno. Takže zdravotník by si měl uvědomit, že je tu ta možnost, že k němu budou lidé agresivní.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Jedině tak zmenšit počet pacientů, to by mohlo pomoci. Když je pacientů hodně, člověk je více ve stresu, a tím udělá logicky spíše nějakou chybu, která je nepříjemná“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom, jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Komunikace neřeší všechno. V první řadě bych udělal semináře pro pacienty, aby pochopili, co naše práce obnáší, a že všechno nelze udělat ihned.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Kdybych u sebe měl nějakou pistoli, bylo by to fajn. Ale pokud bych ji měl použít, tak opravdu nevím, jestli bych toho byl schopen.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Proč ne, alespoň by to pár lidí konečně donutilo se hýbat.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Je to smutné, ale nemyslím si, že naši politici se touto problematikou budou vůbec někdy zabývat.“

....

Rozhovor číslo 6

Rozhovor trval 59 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 30 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 952 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 6 obsahuje 5 280 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Po vystudování bakalářského oboru zdravotnický záchranář jsem nastoupil na kardiologickou JIP, kde jsem pracoval půl roku, poté jsem přešel na záchrannou službu, kde nyní pracuji druhým rokem.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Bylo to v červnu loňského roku, indikací k výjezdu bylo psychické zhoršení stavu u schizofrenika. Manželka pacienta volala, že manžel má záchvaty a přestává se ovládat, takže výjezd jak pro RZP, tak pro RV. Po příjezdu na místo jsme se nemohli dostat do domku. Byl to klasický rodinný domek se zahradou, branka zavřená, nikde se nesvítilo, na volání a zvonek nikdo nereagoval. Zatelefonovali jsme na dispečink, ať zavolají oznamovatele, že jsme na místě, aby nám šla otevřít. Po chvíli volal zpátky dispečink, že oznamovatelka je zavřená v pokoji a bojí se vyjít ven, protože manžel začal být agresivní a že na místo jede PČR. Po 15 minutách přijela PČR, dva mladíci, kteří evidentně nevěděli, do čeho jdou. Policisté vylomili branku a vchodové dveře do domu. Všude bylo zhasnuto, na volání nikdo nereagoval, doktor tedy řekl, že policisté půjdou první a až projdou dům a ujistí nás, že je všude bezpečno, půjdeme ošetřovat. Policie se k tomu moc neměla, mladíci se evidentně dost báli. Po chvíli našli v kuchyni sedícího muže, který v ruce držel poměrně dlouhý kuchyňský nůž na porcování masa, hrál si s ním a něco si brblal. Na výzvu policie nereagoval, s námi nekomunikoval, jen stále mumlal, že se jedná o spiknutí, že po něm jdou agenti a že my jsme také agenti a že se jen tak nedá. Policie znovu zopakovala výzvu, aby odložil nůž a nechal se prohlédnout, doktor ho slušně prosil, přesvědčoval, že žádní agenti a spiklenci nejsme, že mu neublížíme, že si chceme jen promluvit a že není důvod někoho ohrožovat nožem. Já stál za doktorem s kufrem a monitorem, za mnou řidič s transportním sedátkem, oba policajti až úplně za námi na konci chodby a dopředu se jim evidentně nechtělo, spíš situaci svými výhrůžkami jen zhoršovali. Po chvíli se pán zvedl a zamířil k nám s nožem

v ruce. Než stačil kdokoliv zareagovat, zrychlil a běžel s napřaženou rukou s nožem na doktora a řval, že nás všechny zabije, že s agenty nemá slitování. Policajti stáli jako přibití a nezmohli se na nic.

Doktor naštěstí duchapřítomně zareagoval, vzal záchranářský batoh do rukou, kryl si s ním tělo a ve chvíli, kdy chlap doběhl k němu a chtěl ho bodnout, ohnal se doktor batohem a vyrazil mu nůž z ruky. Chlap začal řvát, že nás stejně zabije a ať táhneme pryč. Doktor na mě křikl, ať mu jdu pomoci. Odložil jsem monitor a kufrem jsem praštil chlapa do kolena. Chlap ránu neustál a složil se do kleku. Ve stejnou chvíli na něj doktor skočil, povalil ho na zem a s mojí pomocí ho zalehl. Náš řidič řval na policisty, ať začnou něco dělat a nestojí tam jen tak. Policisty nenapadlo nic lepšího, než přijít a ležícího pána začít mlátit pendrekem do ledvin a přes záda...to už nám přišlo opravdu směšné. Pána se ale nakonec podařilo takhle uklidnit, dostal sedativa a za doprovodu PČR jsme jeli do nemocnice.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Zabránit se tomu asi moc nedalo, možná kdyby policie byla víc pomáhající, víc s námi spolupracovala a situaci nevyhrocovala. Hlavně měla dělat to, co je její povinností a nestát jen tak vzadu a zklidnění pacienta nechat nás. Možná se situace mohla vyřešit klidněji, ale u psychicky nemocných pacientů je to vždycky těžké.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Bud' půjde policie jako první a zajistí nám bezpečí nebo voláme na dispečink, že ukončujeme výjezd, protože pro nás není bezpečno.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Záleží na konkrétním případě, nelze říci nějaké číslo nebo definovat, někdy za to může pacient, někdy záchranáři, někdy rodina, někdy jiné zasahující složky nebo někdy prostředí zásahu.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Změna zákona a ustanovení pracovníků ZZS jako orgány na úrovni policie, tj možnost spoutat pacienta, použít donucovací prostředky a podobně, do té doby to bude dost těžké.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Neexistuje univerzální algoritmus, jak se zachovat v situaci, situace jsou pokaždé jiné, pokaždé je jiná příčina sporu a konfliktu, takže semináře o komunikaci asi ani ne, spíš nějaké semináře ohledně zvládnání krizových situací a vyjednávání.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Minimálně něco pro vlastní ochranu bychom mít měli, buď to pouta, pepřový (slzný) sprej, teleskopický obušek; pistoli určitě ne, to je hloupost a přineslo by to jen víc problémů než užitku a hrozně by se to dalo zneužít, hlavně by s tím bylo strašně moc byrokracie, takže buďme zase soudní a uvažujme racionálně.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobranu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Asi ano, ale nevím, jestli by to k něčemu bylo, nejlepší obranou je útek a zamknout se v sanitce, popřípadě ujet.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Samozřejmě, mělo by se s tím něco dělat.“

Rozhovor číslo 7

Rozhovor trval 49 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 50 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 6 072 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 7 obsahuje 4 882 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Jsem v bakalářském studiu ve třetím ročníku. Chvilí jsem pracoval vedle školy také jako sanitář na standardním oddělení.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Stalo se to během mé praxe na záchrance. Byli jsme přivoláni k ošetření zakrvaveného pacienta ležícího na zemi, nejspíše úraz nebo dopravní nehoda. Po příjezdu na místo události jsme našli staršího pána, nicméně měl kolem 60 let. Spolu s ním tam byl přítomný jeden mladík, nejspíše ještě student. Pán seděl na zemi před lavičkou divné bylo, že byl v parku a poblíž nebyla žádná hospoda ani krámek s alkoholem. Nejbližší krámek byl vzdálený necelý kilometr. Pán měl na tváři krev, mladík jej ošetřoval bez rukavic a který byl celý od pánovi krve. S kolegy jsme se rozdělili, já si vzal na starost mladíka, kolegové pána. Chvilí jsem se s mladíkem dohadoval, aby se umyl, dával jsem mu alkoholové ubrousky a dezinfekci z auta. Trvalo to hodnou chvíli, než jsem ho přemluvil. Kolegové mezitím stihli vyšetřit a naložit staršího pána do sanitky. Mladíka jsem upozornil, že pána přece nezná, ale na ruku má jeho krev a ta může a bohužel jsem měl pravdu, obsahovat žloutenku a jiné nemoci. To ho přesvědčilo a mladík se očistil. Poté jsme se vydali na cestu zpět do nemocnice se starším pánem vzadu se mnou. V průběhu cesty kolegové dostali hlášení, že starší pán je známá firma, alkoholik a má i žloutenku typu C. Dopisují si parere, přeměřuji znovu hodnoty, když tu pán zkolaboval. Vypadalo to docela dramaticky zezadu za jeho hlavou byl jsem na doktorském místě vzadu v autě, za hlavou pacienta, kolegové byli vpředu. Zejména ta krev a boule na jeho hlavě. Když jsem po dobu 10 vteřin nezaregistroval jediný dechový pohyb hrudníku, přešel jsem na bolestivý podnět - to pána probralo, ale až moc. Začal být zmatený a agresivní začal mně osahávat a chytat krvavými rukama, čemuž jsem zamezil jednoduše tím, že jsem mu chytnul ruce a držel je. Neměl jsem pevný stisk, jenom jsem bránil tomu, aby mi zamazal bundu krví to už jsem věděl, že má C žloutenku. Pak ale začal kolem sebe plivat kromě vulgárního nadávání, na což jsem už zvyklý chytil jsem obě jeho ruce jednou svojí rukou a druhou rukou jsem mu otočil hlavu nabok, aby plival na nosítka a na sebe a ne všude po sanitce.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Máme sice školení v rámci psychologie, jak přistupovat k sebevrahům, našťavaným manželům okrajově zmíníme i opilce, většinou s tím, že PČR. Nemyslím si ale, že můj postup nebyl lege artis, verifikace dýchání se dělá 10 vteřin a vzhledem

k jeho úrazu hlavy jsem předpokládal v podstatě dva stavy: buď zástavu srdce, což je v sanitce problém, anebo hlubší bezvědomí spojené s útlumem dechu, což jsem se snažil ověřit bolestivým podnětem.“

Kdyby pacient nereagoval, chystal jsem se říci kolegovi, ať odstaví auto ke krajnici, odepnul bych bezpečnostní pás, zprůchodnil bych mu dýchací cesty polohou hlavy a eventuálně zahájil resuscitaci. Naštěstí se nejednalo o zástavu, jenom o vysoké stadium opilosti. Ale abych se vrátil zpátky k otázce, nevím že bych udělal něco špatně, takže odpověď je ne, nemyslím si to.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Budu předpokládat, že další z našich klientů, který bude odkázaný na specializovanou pomoc zdravotnických záchranářů nebo doktorů, protože obyčejný bakalář přece není na tak závažný problém dostatečně vyškolen, mi bude chtít poplivat sanitku, bude mít žloutenku anebo nějakou jinou breberku, takže případný bolestivý podnět udělám až poté, co mu otočím hlavu na bok a dám mu před pusou alespoň ústenku abych pak znova nemusel dvě hodiny uklízet všechny spáry a kouty v poplivaném autě.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Já si myslím, že obecně záleží člověk od člověka.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Asi by to chtělo nějakou ochranu záchranářů ustanovenou přímo zákonem anebo obušky do auta.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„A byli by přítomní i agresivní pacienti, aby věděli, jak se k nám nemají chovat?“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?“

„Jsem za, ale nejsem v pozici, abych mohl určit, zda se má jednat o obušek, anebo rovnou pistoli. Ale vzhledem k zákonům si myslím, že by bylo pak třeba i školení v zákonech, protože nejsme právníci.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Určitě ano.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„I když si nemyslím, že se tomu tak stane do doby, než nějaký opilec nebo magor nezaútočí na sanitku vezoucí poslance anebo někoho kompetentního, ale jsem za všemi deseti.“

Rozhovor číslo 8

Rozhovor trval 1 hodinu a 30 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 2 hodiny a 45 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 8 845 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 8 obsahuje 8 049 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„V červnu 2015 jsem dokončil studium Bc. oboru zdrav. Záchranář jsem nastoupil na urgentní příjem akutní ambulance. Poslední rok studia jsem pracoval na urgentním příjmu jako sanitář a příležitostně jezdil na zdravotnické asistence, na hudební festivaly. Od října 2015 pracuji na poloviční úvazek a současně studuji magisterské studium.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Kolem 4. hodiny ranní byl posádkou RZP přivezen muž po napadení. Dle posádky ž e pán byl před barem napaden skupinou Romů, kteří jej opakovaně kopali a bili pěstí do hlavy a hrudníku, bezvědomí neguje, na vše si pamatuje, mnohačetné exkoriace na obličeji, nad pravým obočím má krvácející tržnou ránu cca 3 cm a také byl v ebrietě. Dotyčného posádka RZP nechala prozatím čekat na sedačce (erární invalidní vozík) hned vedle našich dveří, jelikož mu byla na triáži přidělena P3. Toho času byl sloužící lékař zrovna u jiného pacienta na urgentním příjmu, tak jsem si převzal papíry, připravil lůžko a šel se ven podívat na pána, v jakém je přesně stavu. přetlumočit lékaři do telefonu a případně pána rovnou položit na lůžko, kdyby bylo potřeba. Dotyčný byl silně cítit alkoholem, přes obvaz mu prosakovala krev, ale seděl normálně a při pozdější komunikaci byl silně agitovaný a cítil jsem, že ho svými dotazy spíše obtěžuji. Nicméně na všechny otázky odpověděl, z toho jsem usoudil, že může čekat venku, ale i tak jsem mu nabídl, že se může jít do ambulance položit na lůžko, že stejně musíme čekat, až přijde lékař. Na to dodal, že to zná a že radši bude čekat venku. Já se vrátil a šel telefonovat lékaři, který po cca 10 minutách přišel, načež jsem šel ven pro pána. Pán vstal, že půjde sám, vrávoravou chůzí vešel dovnitř a já ho doprovázel směrem k připravenému lůžku. Lékař se ho zároveň ptal, co se mu stalo. Pán pomocí expresivních a rasistických výrazů vylíčil celou situaci a po krátkém přemlouvání se položil na lůžko (zprvu trval na tom, že ležet nemusí, že zvládne sedět, pro nás ale v tu chvíli bylo mnohem snadnější mu ošetřovat ránu vleže). Během probíhajícího měření

mu lékař sundal z hlavy obvaz a zjistil, že bude třeba ránu šít. Lékaře mezitím opět volali na urgent, že tam přivezli pacienta (polytrauma, po pádu z 18 m), takže lékař vypsál dotyčnému žádanky na RTG hrudníku a další na CT hlavy, s tím, že mu ránu zašije až po těchto vyšetřeních a také mě požádal abych provedl u pána dechovou zkoušku na alkohol.

Tak jsem pánovi nejprve očistil obličej od krve a dal obvaz přes ránu, pak jsem jej poprosil, aby mi ještě před tím, než půjde na RTG dýchnul; souhlasil, ale bylo vidět, že měření sabotuje a záměrně nedýchá do přístroje tak, jak by bylo potřeba. Po několikátém marném pokusu jsem ho poslal na RTG s tím, že nám foukne, až se vrátí z RTG. Když se vrátil z RTG, lékař byl již zpět v naší ambulanci, tak jsme na něj ani nemuseli čekat a zavolali jsme si pána dovnitř, položili ho na lůžko, já začal připravovat potřeby na šití a sanitář se pokoušel provést u pána dechovou zkoušku na alkohol. To už se pánovi nelíbilo a nadával, že nám jde jen o to kolik nadýchá a ne o to, co se mu stalo, že to nás nezajímá, ale že je třeba to vědět kvůli následujícímu neurologickému konziliu, aby mohl neurolog posoudit, nakolik je za jeho stavem alkohol, nebo případné poranění mozku, což je vzhledem k tomu, jak se při chůzi motá, pro neurologa důležité. Pán se trochu zklidnil a pokračoval v pokusech o dostatečně dlouhý výdech do přístroje. Mezitím přišla do ambulance druhá sestra, se kterou jsem měl službu. Sestra se ještě pána ptala, kolik toho vypil. Pán hlásil, že jen 2 piva, po chvíli se pánovi podařilo nadýchat a sanitář nám hlásil 2,76 promile. Načež sestra ihned směrem k pánovi hlasitě zvolala no tak to jste toho nadýchal opravdu hodně, to je určitě víc jak 2 piva. Slova sestry pána ovšem nahněvala natolik, že chtěl odejít, sprostě nám nadával a jelikož mu v odchodu bránily postranní zábrany na posteli, tak do nich začal mlátit a vzteky házel bundu, klíče, tašku, mobil a peněženku. Už ani nevím jak, ale povedlo se mi s doktorem a sanitářem pána trochu zklidnit, nicméně slezl z lůžka a začal sbírat své věci a namířil si ke dveřím, kde opět stoupala jeho agrese, a se slovy že jde jinam a bude si na nás stěžovat, opustil ambulanci.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„No kdyby sestra byla na denní místnosti déle a vůbec nepřišla, tak by se této situaci pravděpodobně předešlo, i když nemohu vyloučit, že by se dotyčný nenahněval později kvůli něčemu jinému. Ale v této situaci jsem i chápal, že je naštvaný. Alespoň měla přemýšlet, předtím než něco řekne, tak by pána takto zbytečně nenaštvala. I mě to

štvalo, jelikož jsem se snažil nekomplikovat si práci tím, že budu muset ještě krotit naštvaného agresivního a na pohled mnohem silnějšího chlapa než jsem já.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Těžko říci, sám bohužel nevím, co šlo udělat lépe.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Myslím si, že většinou sami přiléváme olej do ohně, ať už záměrně, když neumíme potlačit své ego, anebo prostě málo komunikujeme s pacientem, který neví, co se s ním děje /bude dít/ a pak je mnohdy i právem naštvaný, přičemž nám v tu chvíli ani nemusí dojit, že bychom měli něco více vysvětlit. Přece jen jsme všichni více či méně profesionálně deformovaní a jsme adaptovaní na nemocniční prostředí a sanitku, a tak cítíme se tam jako doma, kdežto pacient je v cizím, neznámém prostředí, navíc má nějaký svůj problém, který ho štve a obtěžuje sám o sobě, takže mu pak k prudké reakci stačí slabší podnět než za, pro něj, běžné situace.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Mohli bychom hledat napřed chyby v sobě a ne v pacientech, mnohdy konflikty s pacientem přejdeme s tím, že to byl debil, s tím jsem nemohl nic dělat. Ale i kdyby byl dotyčný opravdu debil, tak podle toho s ním jednám holt jsme profesionálové a musím i když to bohužel mnohdy stojí hodně naší trpělivosti a sebezapření. Je třeba, abychom se, v rámci možností, pokoušeli vidět situaci i očima pacienta. Samozřejmě je i mnoho situací, kdy násilnému chování pacienta nejde předejít, např. při některých akutních psychiatrických stavech. Zkrátka si myslím, že bychom měli více pracovat na svých komunikačních dovednostech a měli bychom mít na paměti, že to, co je pro nás prkotina, pro pacienta prkotina vůbec není, že je to pro něj velký problém, který ho přivedl do nemocnice, přiměl zavolat na tísňovou linku. A pokud je někdo opravdu debil, tak mu to nebudu dokazovat a vyvolávat hádku, zaprvé debil to stejně nepochopí a za druhé bych si tím jen zbytečně komplikoval práci, když bych někoho naštvál.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Tady jsem dost na vážkách, ti, kteří to potřebují jako sůl, to mnohdy považují za zbytečnost a zároveň však pochybuji, že by sebelepší seminář dokázal předělat člověka k lepšímu, pro dobrou komunikaci je třeba jistých osobnostních předpokladů a ty bohužel všichni nemáme. Ale v zásadě jsem pro, pořád je co zlepšovat a nikdo není dokonalý. Hlavní je motivovat lidi, aby se těch seminářů chtěli účastnit a nebrali je jen jako nutné zlo či ztrátu času.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Rozhodně bych nezakazoval záchranářům nosit, třeba své vlastní, běžně dostupné prostředky pro sebeobranu, ale byl bych pro, aby tyto prostředky byly opravdu pečlivě schované. Vidět záchranáře s teleskopem nebo s pepřákem na opasku, by vážně působilo dost blbě. Kdyby to mělo být oficiálně součástí výbavy, tak bych o to víc apeloval na povinná školení komunikace a kurzy sebeobrany, abychom s nimi uměli pořádně zacházet.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Určitě ano.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„V trestním zákoně tam bych nic dalšího už neměnil, tím už je onen přísnější postih v podstatě zajištěn. Jen nevím, jak je to s přestupkovým zákonem a legislativou týkající se správního řízení, proto teď nedokážu říci, jestli je potřeba dělat nějaké novely. Ale pokud by tam nebyl nijak zajištěn přísnější trest, tak bych se to pokoušel upravit podobně, jako je to v trestním zákoně. Zatím nejsem příliš nakloněn pro tvorbu nového trestného činu speciálně kvůli záchranářům. Pokud by někdy v budoucnu poslanci chtěli takový nový trestný čin vytvořit, tak bych byl pro, aby se týkal všech příslušníků záchranných sborů a zdravotnických pracovníků, ne jen záchranářů.“

Rozhovor číslo 9

Rozhovor trval 51 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 21 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 842 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 9 obsahuje 4 664 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Jsem absolventem 4letého všeobecného studia gymnázia. Poté jsem vystudoval 3letý obor Zdravotnický záchranář na Vyšší odborné škole zdravotnické. V současné době studuji bakalářský obor Zdravotnický záchranář na vysoké škole. Ve zdravotnictví aktivně pracuji již 5 let, z toho jako záchranář bez odborného dohledu 2 roky.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Klasický páteční odpolední výjezd do rodinného domu na vesnici, mladí se evidentně potřebovali zbavit babičky na víkend, jak to tak bývá, a nejjednodušší je uklidit jí do nemocnice a proč by jí tam vozili sami, když mohou využít naší taxislužby, takže indikace výjezdu bolesti břicha, dojeli jsme na místo, rodinná chata, na zahradě smetiště, kolem pobíhaly slepice, psi, kočky, kohouti a další vesnická zvířina, takže už na první pohled to vypadalo, že to bude výborný výjezd. Došli jsme do obýváku, tam ležela babička, přes 80 let, na první pohled apatická, zmatená, dehydratovaná, ale jak jsme se dozvěděli od jejího syna, tak ještě odpoledne skotačila na zahrádce a bylo jí strašně dobře a úplně zdravá a teď se to najednou takhle zhoršilo. Paní byla skoro hypoglykemická, najít žílu byl problém, silně dehydratovaná, zmatená, dle syna se s ničím neléčí a jen jí bolí břicho, s babičkou domluva žádná nebyla, ta se při pokusu zajistit žílu s námi začala prát, začala křičet, vyrazila mi kanylu z ruky, najednou měla tolik síly, že začala rvát, že jí jdeme zabít a že syn jí chce taky zabít a ať jí necháme na pokoji, do toho se vložil syn s manželkou, ať jí přestaneme týrat, co my jsme za záchranáře a ať mu maminku odvezeme do nemocnice nebo uvidíme, jak si to s námi vyřídí. Syn byl na první pohled vzhledově vyhazovač z diskotéky, ale problém by měl i s první třídou, takže jsme mu pomalu a co nejvíc jednoduše vysvětlovali, že musíme zajistit žílu, musíme maminku přeměřit a zajistit vitální funkce a pak až pojedeme. Pro pána to stejně asi bylo příliš náročné na pochopení a řekl, že takhle teda ne a že to bude podle něj, strčil do kolegy, že kolega upadl na zem a začal rvát, že mámu okamžitě

naložíme a pojedeme nebo bude huř. Do toho se přidala pacientka, ať necháme jejího syna na pokoji, že to je všechno co má a že nás bude žalovat. Situace byla velmi vyhrocená, syn začal být stále víc a víc agresivnější, začal být sprostý a neustále do nás strkal, pacientka absolutně nespolupracovala a situaci ještě víc vyhrocovala. Požádali jsme tedy o pomoc přes dispečink PČR, když to syn slyšel, že žádáme o pomoc policie, vytrhl kolegovi mobil z ruky, třásknul s telefonem o zem a začal rvát, že policii na něj teda volat nebudeme a že teď něco zažijeme. S těmito slovy vzal hůl jeho matky do rukou a šel k nám. S kolegou jsme rychle utekli do sanity, kde jsme se zamkli a čekali na příjezd policie, která situaci vyřešila a pomohla nám s pacientkou a i s následným transportem.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Těžko říci, násilí je od pradávna zakořeněno v lidech. Jednoduše řečeno, kdo násilí bude aktivně vyhledávat, najde ho. Vyvarování se násilí představuje často vysokou schopnost sebereflexe a sebeovládání.“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Pasivní přístup. Klidným hlasem poskytnout pacientovi oporu a vyjádřit pochopení. V případě nebezpečí bych zavolal policii dříve a kontaktoval lékaře v závislosti na situaci.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Nemohu jednoznačně říci, do jaké míry jsou zdravotníci zdrojem násilí. Zdravotníci jsou všeobecně vystaveni vysokému tlaku. Při vykonávání práce se může pacient setkat s neosobním přístupem svědčící na prostou únavu zdravotnického pracovníka. I takovýto moment může být spouštěcím mechanismem násilí.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Zpřísnění zákonů a dostačující postihy za jejich napadení. Pro zdravotníky bych doporučil dostatečný odpočinek a vyvarování se zbytečných konfliktů, pokud to situace a okolnosti dovolí.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Podle mého názoru ano.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Slyšel jsem o záchranářích, kteří v zaměstnání nosí při sobě i střelné zbraně, což je podle mého názoru už nepřiměřená obrana, i když se to odvíjí od dané situace. Pro neodbornou a zákonem danou manipulaci byly dálkové paralyzéry zamítnuty. Zbývají tedy pepřové spreje, balistické vesty, chvaty a údery, přesněji řečeno, záchranář si tedy musí vystačit s užitím selského rozumu a zvážit následná opatření. Osobně bych k takovým incidentům volal PČR.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobranu, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Ano. V současné době již kurz sebeobranu aktivně absolvuji.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„Rozhodně.“

Rozhovor číslo 10

Rozhovor trval 35 minut. Celkový přepis rozhovoru trval 1 hodinu a 5 minut. Původní přepis celého rozhovoru s doplňujícími otázkami obsahoval 5 541 znaků. Čistý a upravený text Rozhovoru 10 obsahuje 3 581 znaků.

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení

„Mám vystudovanou vyšší odbornou školu v oboru zdravotnický záchranář, nyní rok pracuji na záchranné službě na pozici záchranáře. A nyní začínám uvažovat, že si ještě dodělám bakaláře, ale uvidím.“

Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)

„Přijeli jsme do jednoho restauračního zařízení, ne moc luxusního, prakticky bych to nazval nalejvárnou. Kde snad nebyl nikdo střízlivý, na zemi byl jeden muž s tržnou ránou na hlavě. Tak jsme ho začali v klidu ošetřovat. Nechtělo se mi tam zůstat moc dlouho, tak jsem si chtěl udělat jen základní věci a zbytek v autě. Ale během toho již jeden z hostů na nás začal rvát. Já se ho snažil uklidnit, pomocí deescalace co jsem si pamatoval. Na chvíli to fungovalo, když jsem si udělal svoje, začali jsme balit a poslal jsem kolegu pro nosítka, což jsem dělat rozhodně neměl. Když byl kolega z dohledu, v tu chvíli ten host se postavil a šel směrem ke mně. Na to jsem si dával pozor, takže jsem se rychle taky postavil a snažil jsem se nějak uklidnit. Ale on se stále přibližoval a začal sprostě křičet a vyhrožovat. Takže já jsem tohle vyhodnotil jako hrozbu a chtěl jsem se rozběhnout ke dveřím, ale než jsem stihl pohnout, byl u mě a vrazil mi několikrát pěstí do hlavy. Já jsem se snažil bránit, ale bez úspěchu. Za okamžik tam byl kolega, který se na něho vrhnul a strhl ho na zem, já jsem mezi tím zavolal o asistenci policie. Ten host se hodně vrtěl, měl sílu jako býk. Tak jsme ho museli zalehnout dva. Za chvíli přijela police a odvezla si ho. Já jsem potom s kolegou a pacientem jeli do nemocnice. Nejvíc mě na celé věci překvapilo, že mě nikdo nešel bránit, když jsem v jasné pozici oběti. Všichni se jen koukali.“

Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?

„Tomuhle nevím, podle mě se chtěl prát a já jsem byl jen vhodná oběť. Já si osobně nemyslím, že bych udělal nějakou komunikační chybu, vy si to myslíte?“

Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?

„Hned bych si zavolal asistenci police, zvláště když tam byl ten náznak té agrese.“

Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?

„Mám kolegy, co pro ostré slovo nezajdou daleko, tak oni jsou taky o hlavu větší než já. Takže si s nimi začít nějakou rvačku je na pováženou. Já se snažím dbát na tu komunikaci, i když v tomhle případě mi to nebylo moc platný.“

Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?

„Těžko říct, bylo by fajn u sebe mít nějakou sebeobranou pomůcku, ale k ní je nutný zas výcvik, to platit jen tak nebude.“

Bylo by vhodné pořádat semináře o tom jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?

„Byl jsem na jednom.“

Jaký je váš názor na vybavení zdravotnických záchranářů obrannými prostředky?

„Jak jsem již říkal, bylo by to fajn. Ale nevím, jestli by to vlastně pomohlo.“

Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby vám to zaměstnavatel plně uhradil?

„Jo to určitě, již sám jsem začal chodit na karate.“

Preferoval byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

„A pomůže to? Já nevím, nikoho to neodradí a v té hospodě jsem mohl mít legislativní ochranu prezidenta a stejně bych dostal.“

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Napadení zdravotnických záchranářů z jejich vlastního pohledu,

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha C – Rešeršní protokol

Napadení zdravotnických záchranářů z jejich vlastního pohledu.

Petr Novotný, DiS

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: agrese – aggression, frustrace – frustration, komunikace – communication, pacient – patient, zdravotnický záchranář – paramedic

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 66 (vysokoškolské práce: 9, knihy: 32, články a příspěvky ve sborníku: 15, elektronické zdroje: 10)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

- Bibliographia medica