

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

**KOMUNIKACE S NÁSILNÝM PACIENTEM
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAKUB KULHAVÝ

Praha 2017

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

**KOMUNIKACE S NÁSILNÝM PACIENTEM
V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

JAKUB KULHAVÝ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

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

Praha 2017



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

Kulhavý Jakub
3. C ZZ

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 18. 1. 2017 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komunikace s násilným pacientem v přednemocniční neodkladné
péči

Communication with Violents Patients in Pre-hospital Care

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

V Praze dne: 18. 1. 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze, dne 20. března 2017

.....
Jakub Kulhavý

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych touto cestou poděkoval panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D za cenné rady, vstřícný přístup a profesionální vedení této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval své přítelkyni Janě za trpělivost a podporu, kterou mne zahrnula při psaní této bakalářské práce.

ABSTRAKT

KULHAVÝ, Jakub. *Komunikace s násilným pacientem v přednemocniční neodkladné péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha 2017, 71 s.

Bakalářská práce nahlíží do problematiky komunikace zdravotníků zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) s násilným/agresivním pacientem v přednemocniční neodkladné péči. Teoretická část bakalářské práce byla vytvořena tak, aby čtenáře zasvětila do problematiky komunikace s agresivními pacienty jako takové. V prvních kapitolách se zabývá historií komunikace a vymezením základních pojmů, které jsou pro tuto práci stěžejním bodem. Další kapitola teoretické části popisuje problematiku komunikace obecně a rozděluje ji na verbální a neverbální složku, přičemž každé složce je přidělen patřičný díl a jsou zde vytyčeny základní poznatky o daném tématu. Poslední kapitola je zaměřena na samotnou komunikaci s násilným nebo agresivním pacientem a jsou zde vytyčeny základní poznatky a pravidla, které by se měly při komunikaci s těmito pacienty dodržovat.

Praktická část bakalářské práce obsahuje několik rozhovorů, které uvádějí skutečné případy a popisují postup, který byl zdravotníky použit při komunikaci s násilnými pacienty. Jednotlivé kazuistiky byly tvořeny formou hloubkových rozhovorů podle Pekary (2015).

Klíčová slova:

Agrese. Komunikace. Násilí. Zdravotnický záchranář

ABSTRACT

KULHAVÝ Jakub. *Communication Vith Violent Patients in Pre-hospital Care.*
Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.
Prague 2017, 71 pages.

bulubulu

Keywords:

Agression. Communication. Violence. Paramedic

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	12
1.1 Agresor.....	12
1.2 Agresivita.....	12
1.3 Agrese.....	12
1.4 Oběť.....	13
1.5 Násilí.....	13
1.6 Verbální a neverbální komunikace.....	14
1.7 Řeč.....	14
1.8 Bolest.....	14
1.9 Stres.....	14
1.10 Akutní reakce na stres.....	15
1.11 Posttraumatická stresová porucha.....	15
1.12 Komunikace.....	15
2 HISTORIE KOMUNIKACE.....	16
2.1 Epocha signálů.....	16
2.2 Epocha mluvení a jazyka.....	16
2.3 Rétorika.....	16
3 DRUHY KOMUNIKACE.....	17
3.1 Komunikační proces.....	17
3.2 Verbální komunikace.....	17
3.3 Efektivní komunikace.....	17
3.3.1 Základy efektivní komunikace.....	19
3.3.2 Asertivní komunikace.....	21

3.3.3	Nedirektivní komunikace	23
3.4	Neverbální komunikace.....	24
4	KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM A JEJÍ PRAVIDLA	27
4.1	Pravidla komunikace s agresivním pacientem	28
4.1.1	Zhodnocení míry ohrožení posádky	28
4.1.2	Vodítka k rozpoznání agrese pacienta.....	28
4.1.3	Odstup a úniková cesta.....	28
4.1.4	Vedení rozhovoru	29
4.1.5	Potřeby pacienta	29
4.1.6	Dokumentace.....	29
4.2	Neverbální náznaky agresivního pacienta.....	30
5	PRAKTICKÁ ČÁST	32
5.1	Kritéria hloubkového rozhovoru	33
5.2	Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům.....	34
5.3	Popis kódovacího schématu	35
6	ROZHOVORY	36
7	DISKUZE.....	56
7.1	Doporučení pro praxi	60
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace s násilnými/agresivními pacienty v přednemocniční neodkladné péči (dále jen PNP) a tím, zda-li je možné těmto incidentům pomocí verbální a neverbální komunikace účelně předcházet.

Počet napadení zdravotníků v PNP (tzn. záchranářů, řidičů a lékařů) neustále roste. K mnoha případům násilného chování pacientů dochází i v nemocničních zařízeních, což ale není předmětem této bakalářské práce. Je proto zapotřebí se zaměřit na možné prvky předcházení či zamezení těchto nepříjemných incidentů. Těmi jsou pro účely této bakalářské práce verbální a neverbální komunikace, která je klíčovým faktorem v situacích, kdy je posádka zdravotnické záchranné služby na místě události sama.

Podněcujícími prvky pro násilí u jednotlivých pacientů může být hned několik. Je tomu tak například ze stran médií, které vysílají každý den zprávy s násilnými podtexty nebo může být podněcujícím prvkem například i nezájmem populace o duševní hygienu či prevenci duševních onemocnění. V době, kdy je mládež a populace ovládána počítačovými hrami, které podněcují zlost, nenávisť, úzkost, agresi nebo dokonce fyzické násilí, počet psychóz či stavů po napadení razantně roste. Násilí je tedy považováno za běžný stav každodenního života, odehrávající se na celé planetě.

Teoretická část této bakalářské práce se zaměřuje na předcházení situacím, kdy dochází k napadnutí členů výjezdových skupin ať již verbálním nebo fyzickým způsobem. Zaměřuje se na možnosti verbální či neverbální komunikace a na způsoby jak ji účelně využít proti agresivnímu/násilnému pacientovi tak, aby nedocházelo k častějším incidentům fyzického napadání.

Praktická část bakalářské práce byla vedena metodou hloubkových rozhovorů, kdy jednotliví respondenti odpovídali na předem připravené otázky, vztahující se k tématu této práce. Je tedy zaměřena na jednotlivé situace, ve kterých se respondenti ocitli, s následným vyhodnocením škodlivé události. Cílem práce je zjistit důvod těchto událostí a především to zda je možné těmto střetům určitými preventivními kroky předejít a eskalaci konfliktu tak zastavit.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vytyčit základní informace a problematiku komunikace s pacienty

Cíl 2: Zmapovat problematiku komunikace s násilným/agresivním pacientem

Praktická část bakalářské práce byla tvořena z osmi rozhovorů, kdy respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti si nepřáli být nahráváni, záznamy rozhovoru jsem prováděl pomocí poznámek a zápisu jednotlivých rozhovorů. Poznámky jsou pro ukázkou přiloženy v přílohách této práce. Jednotlivé poznámky pak byly převedeny a přepsány na rozhovor.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit zda, je možné zabránit eskalaci agrese při setkání s násilným/agresivním pacientem

Cíl 2: Zjistit nejčastější příčiny vzniku agrese ze strany pacienta

Průzkumná otázka:

Jak lze zabránit eskalaci agrese u jednotlivých pacientů.

Vstupní literatura

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024741192.

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky* [online]. České Budějovice [cit. 2017-02-20]. Disertační práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/ltejzu/>>.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací vydaných od roku 2007 do 2017, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem „Komunikace s násilným pacientem v přednemocniční neodkladné péči“ proběhlo za pomoci online katalogu NCO NZO, MEDVIK, SIGMA a THESES.cz. Sběr dat probíhal v období od zimy 2016 do března roku 2017.

1 Vymezení pojmů

Tato kapitola vysvětluje pojmy užívané dále.

1.1 Agresor

Agresor je člověk, který aktivně vede agresí vůči druhé osobě – oběti. Jeho cílem je zesměšnit, urazit či fyzicky napadnout protější stranu, z jakéhokoliv důvodu či bez něj, k uspokojení svých vlastních potřeb a nároků. Agrese však nemusí být vždy pouze negativní, její kladné využití je uplatněno například při fyzické obraně, pomáhá při zvládnutí stresových situací, či k uspokojení vlastních potřeb. (LÁTALOVÁ, 2013; PONĚŠICKÝ, 2010).

1.2 Agresivita

Agresivitou se rozumí vlastnost jedince, povahový rys, projevující se tendencí k útočnému jednání vůči svému okolí. Je dána dědičnou predispozicí, učením a vlivy vnějšího prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Nejčastější příčinou agresivního jednání je frustrace (LÁTALOVÁ, 2013).

1.3 Agrese

Agrese je krátkodobá akutní reakce, kterou můžeme nazývat jakékoliv chování, které má za cíl někoho záměrně poškodit nebo mu ublížit. Může být zaměřena proti celé skupině, jedinci, proti sobě samému, zvířeti či věci. Agrese je však také vnímána jako fyziologická odpověď organismu, směřující k dosažení cíle a přežití jedince. Tento žádoucí efekt může být chápán jako normální součást chování, umožňující překonání překážek a dosažení vytyčeného cíle. Pro účel této práce je důležité dělení agrese na verbální a neverbální, která se projevuje fyzickým násilím (ANDRŠOVÁ, 2012; SHAVER et al., 2011; PONĚŠICKÝ, 2010).

Verbální agresí rozumíme například slovní nápadání, křik, urážky, jízlivé poznámky, či nepřiměřenou ironii v hlase agresora. Jejím účelem je posměch či častěji zastrašení protějšku. Cílem agresora v této situaci je snaha o dosažení skutečného či domnělého práva, snaha o odčinění a očistění se od křivdy, která mu byla, dle jeho zhodnocení, způsobena (HARSA, 2012).

Neverbální/brachiální agrese vůči člověku má často předzvěst v agresivním jednání vůči neživým předmětům v okolí agresora. Zde se agresivní chování přenáší na věci v okolí agitované osoby, dochází často k rozbíjení, shazování a házení předmětů, bouchání dveřmi, kopáním do nábytku atd. Někdy může toto jednání působit jako uklidňující faktor a agresor se po pár ranách uklidní. Důležité je však být na pozoru, jelikož tento incident může přejít ve fyzickou agresi vůči lidem. Ta je nejzávažnější formou agrese vůči druhé osobě projevující se fyzickým násilím na oběti, za použití holých rukou, předmětů, nástrojů, chladných či stělných zbraní. Její motivací je především domáhání se svých přání, vybíjení frustrace a napětí. (PONĚŠICKÝ, 2010).

1.4 Oběť

Oběť je cílem agresora a jeho agresivního jednání. Obětí se může stát osoba, zodpovědná za excitovaný stav agresora či jí může být osoba náhodně se vyskytující v jeho dosahu. Dobrým příkladem jsou zde právě zdravotničtí pracovníci pracující v systému zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), jimiž jsou zdravotničtí záchranáři, řidiči a lékaři poskytující přednemocniční neodkladnou péči, kteří jsou často po příjezdu na místo s různými formami agrese konfrontováni, bez znalosti vyvolávající příčiny (LÁTALOVÁ, 2013; MELLANOVÁ et al., 2014; REMEŠ et al., 2013).

1.5 Násilí

Násilí je vystupňovaná forma agrese při nezvládnutí negativních prožitků a emocí, jejímž cílem je úmyslné poškození druhého. Dělíme ho na dvě základní skupiny, instrumentální a impulzivní. Kdy je rozhodující neplánovanost a připravenost nebo naopak jeho nepředvídatelnost a spontánnost (REMEŠ et al., 2013).

Instrumentální, plánované násilné chování, které slouží jako prostředek k získání něčeho jiného, například šikana k získání hmotných věcí. Nebo násilné chování, označované také jako predátorní, kdy se násilí dopouští profesní vrazi, lupiči a agrese tak slouží jako druh obživy (ANDRŠOVÁ, 2012).

Impulzivní, též označována jako násilné chování afektivní, je charakteristické svou nenaplánovatelností a nepřipraveností. Jedinec zde impulzivně reaguje na podněty, na které nebyl dopředu připraven. Násilí je dnes nejčastěji chápáno jako projev fyzické agrese. Při tomto tvrzení tedy platí, že násilí je jedním z projevů agrese, avšak agrese nemusí mít nutně podobu násilí (ANDRŠOVÁ, 2012; HARSA, 2012).

1.6 Vebrální a neverbální komunikace

Verbální komunikací je míněno vyjadřování za pomoci slov, prostřednictvím jazyka. Neverbální komunikace (non-verbální) je řečí těla, může být použita samostatně k vyjádření našeho postoje bez mluveného slova, či ho vždy doplňuje. Pod pojmem non-verbální komunikace rozumíme souhrnou řeč našeho těla, například postoj, mimika, gestikulace, oční kontakt a další (ALLHOFF et al., 2008; JANÁČKOVÁ et al., 2008; PEASE et al., 2008; PTÁČEK, 2011).

1.7 Řeč

Řeč můžeme definovat jako lidskou činnost, která se soustřeďuje na používání slovních i neslovních prostředků k vyjádření obsahu našeho vědomí. Jejím celistvým projevem za použití dvou hlavních složek, verbální a neverbální. Tak komunikujeme, vysíláme signály a postoje k okolnímu světu (ALLHOFF et al., 2008; KLAPETEK, 2008).

1.8 Bolest

Bolest definujeme jako subjektivní vjem jedince. Je charakterizována nepříjemným sensorickým a emocionálním prožitkem, spojeným s potencionálním či skutečným postižením tkáně. Velikost a hloubka negativních emocí způsobených bolestí je velice individuální a je varovným signálem v souvislosti s ochrannou funkcí (JANÁČKOVÁ et al., 2007; MELLANOVÁ et al., 2014; ZACHAROVÁ et al., 2011).

1.9 Stres

Stres v obecné rovině definujeme jako reakci organismu na nadměrnou zátěž. Stresovými faktory může být cokoli, co nás nečekaně nutí přizbůsobení okolnostem, které nám jakýmkoliv způsobem způsobují přetížení. Stresové reakce jsou přirozenou genetickou výbavou, chrání nás před nebezpečím a vybízí k aktivitě (JANÁČKOVÁ, 2007; IRMIŠ, 2014; KŘIVOHLAVÝ, 2010).

1.10 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je přechodná porucha významné závažnosti, vznikající vystavením jedince výjimečně silnému duševnímu nebo fyzickému stresu. Mívá silné psychosomatické projevy jako je například zrychlení srdeční činnosti, zvýšená potivost, závratě, třes, selhávání rozumové složky člověka a další. Traumatizovaný není za těchto okolností schopen účelně jednat (IRMIŠ, 2014; KŘIVOHLAVÝ, 2010).

1.11 Postraumatická stresová porucha

Postrauematická stresová porucha je opožděná reakce na stres. Jedná se o úzkostnou poruchu, charakterizovanou znovuprožíváním traumatické události ve formě snů, představ a vzpomínek. Jsou přítomny poruchy spánku, přehnaná vzrušivost, ztráta pozitivních emocí, popření a vyhýbání se situacím, lidem a místům, které událost připomínají (MAREŠ, 2012).

1.12 Komunikace

Komunikace je často definovaná jako vzájemná výměna informací. Komunikace má za cíl informovat druhého o hodnotách, motivech, cílech a přáních. Rozumíme tím všechny její složky, kterými dáme výše zmíněné jasně najevo (ANDRŠOVÁ, 2012; MELLANOVÁ, 2014; ZACHAROVÁ, 2011).

2 Historie komunikace

Pro účely této bakalářské práce se zaměříme na několik epoch z historie komunikace, které jsou důležitými prvky, pro dnešní ucelený pohled na danou problematiku. Mezi základní epochy komunikace řadíme epochu signálů, epochu mluvení a jazyka, epochu psaní, tisku a epochu elektronické komunikace. Pro naše téma se zaměříme na epochu signálů a dále na epochu mluvení a jazyka.

2.1 Epocha signálů

V období epochy signálů, důležitém mezníku historie komunikace, nacházíme některé znaky již u zvířat. V následující epoše vznikají první nástiny hlasových signálů, které byly zapotřebí při nemožnosti vizuálního kontaktu při shromáždění více lidí například lovu a bylo zapotřebí akci bezpečně řídit (MUSIL, 2012).

2.2 Epocha mluvení a jazyka

První zmínky o řeči u člověka se datují přibližně kolem roku 35 000 př.n.l. Toto období je důležitým mezníkem v naší historii, jelikož díky komunikaci docházelo k předávání zkušeností mezi jednotlivými kmeny a docházelo tak k šíření komunikace mezi jednotlivé lidské rasy. Nastala tak nová éra pro lidstvo, ze které nyní čerpá celá populace. Jsou však ovšem i kmeny, pro které je komunikace mluveným slovem dodnes tabuizovaným tématem (MUSIL, 2012).

2.3 Rétorika

Rétorika nebo-li věda o mluvení, má svůj původ již v antickém Řecku, kdy byla považována hned vedle sochařství nebo hudby za tvůrčí umění. Pro komunikaci s pacientem je mluvené slovo považováno i za léčebnou metodu. Proto bychom měli tuto problematiku sledovat, mluvení trénovat a profesionálně rozvíjet. Abychom se mohli tímto tématem vůbec zabývat je důležité mít na paměti, komu za tuto možnost a schopnost uceleně se vyjadřovat vlastně vděčíme. Za vývoj jazyka a řečnictví můžeme děkovat především filozofům, kterými jsou Sokrates, Platón a Aristoteles (HERRICK, 2013; JANÁČKOVÁ, 2007; ŽANTOVSKÁ, 2015).

3 Druhy komunikace

3.1 Komunikační proces

Tento proces zahrnuje pět základních složek, mezi které řadíme mluvčího – osoba od kterého vede směr a zájem komunikace, dále pak příjemce, kde se jedná o osobu přijímající informační sdělení. V neposlední řadě je to zpráva jako taková, nebo-li informace, kterou sdělujeme. Dále pak zpětná vazba, pod kterou si představíme informaci o tom, že zpráva byla přijata. Jako poslední se jedná o kontext samotný, tudíž okolí a podmínky, za kterých rozhovor probíhá (ZACHAROVÁ et al., 2011).

3.2 Verbální komunikace

Základem verbální komunikace je slovo. To můžeme sdělit zprostředkovaně, písemně nebo ústně. Pro potřebu této práce se zaměříme na ústní projevy verbální komunikace ve zdravotnické sféře, především zaměřenou na komunikaci s násilným pacientem. Již od nepaměti je postoj zdravotníka a pacienta rozhodující součástí léčby a důvěry v souvislosti vztahu zdravotník versus pacient. Nemocí dnešní doby je problematika toho, že zdravotníci čato léčí přístroje, nikoliv pacienta. Přičemž na zdravotní či duševní stav pacienta se nebere velký zřetel. Od toho se také odvíjí celkový zdravotní stav nemocného (EVANS, 2010; ZACHAROVÁ, 2011).

3.3 Efektivní komunikace

Důležité je tedy znát způsob efektivní komunikace s pacientem, tak aby i ze strany nemocného byl pocit duševního uznání a celkového klidu. Zaměřme se tedy na některé prvky.

Nemocný prožívá stavy, kterými jsou například bolest, akutní reakce na stres, postraumatická stresová porucha aj. Zdravotnický záchranář by na tyto aspekty měl brát zřetel a jeho verbální projev by měl být těmto stavům dostatečně přizpůsoben. Pro udržení klidné atmosféry, by tón hlasu měl být přiměřený situaci. Jedním z dalších základních klíčů je to, aby byl pacient dostatečně a především srozumitelně informován. Jednak o svém zdravotním stavu a nadále pak o krocích, které budou v jeho léčbě či rekonvalescenci následovat. Pacient by měl mít pocit zahrnutí do léčby, jakožto osoby, nikoliv však jako složky s nadepsanou diagnózou. Podle Mellanové (2014) je dalším bodem komunikace s pacientem dostatek času, který by měl být zdravotnickým záchranářem nemocnému poskytnut pro jeho duševní pohodu.

(MELLANOVÁ, 2014). Komunikace by měla být oboustranná, to znamená, že dalším prvkem je naslouchání, kdy by měl zdravotník vyslechnout obavy či náznaky strachu pacienta z léčby nebo z jeho zdravotního stavu. Pacient je vzhledem k množství nemocných a nedostatku zdravotnického personálu odsouván na druhou kolej a zdravotníci léčí především přístroje. Efektivní komunikace je základní klinická dovednost, kterou je potřeba trénovat. Délka praxe zdravotníků bohužel nesouvisí s účinností komunikace. Vzhledem k dosavadním studiím a jednotlivým výzkumům by měla být efektivní komunikace vyučována se stejnou váhou jako jsou ostatní medicínské předměty (EVANS, 2010).

Dalším důležitým prvkem verbální komunikace je asertivní chování, kterým se budeme zabývat podrobněji v kapitole 3.3.2.

Efektivní komunikaci mohou z velké části ovlivnit některé nepříznivě působící faktory. Je tomu tak například u syndromu vyhoření zdravotnických záchranářů. Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom, vzniká na podkladě dlouhodobého nadměrného vytížení zdravotníka, jehož přetížení ovlivňuje kvalitu pracovního nasazení. Má hned několik fází. První z nich je nadšení nebo zaujetí pro danou oblast, následuje přetížení jedince se současným fyzickým a psychickým vyčerpáním organismu. Následuje dehumanizace, jakožto štít před prohlubováním přetížení organismu a v posledním stádiu je to naprosté vyčerpání, nezájem (BÄHRER-KOHLER, 2013; RAUDENSKÁ, 2011).

3.3.1 Základy efektivní komunikace

Mellanová (2014) hovoří o tom, že efektivní nebo též produktivní komunikace je základním pilířem pro získání důležitých informací ze strany zdravotnického personálu, jak jsme se již zmiňovali v kapitole 3.2.

Jako dva základní prvky, pro vhodně vedenou produktivní komunikaci jsou bezbariérová a kongruentní komunikace. Existuje i několik faktorů, které mohou danou situaci znemožnit nebo narušit. Jsou to tzv. vnější (hluk, nedostatek intimit) a vnitřní vlivy (ego, moci a chtít komunikovat s pacientem). Mezi komunikační bariéry můžeme také zahrnout například tělesný diskomfort, nesoustředěnost, apatii, neobratnost, neuvědomělé chování a jednání nebo necitlivost ze strany zdravotníků. Pacient je ve stresové situaci, pociťuje bolest nebo duševní neklid a má právo na to být nepříjemně naladěm (HRUBÝ, 2016; ŠPATENKOVÁ et al., 2009).

Dle Mellanové jsou základy efektivní komunikace umění naslouchat, zrcadlení, kladení otázek, podněcování, sumarizace a mlčení (MELLANOVÁ, 2014).

Naslouchání ze strany zdravotníka neznamena jen mlčet a slyšet, ale především porozumět a pochopit. Proto je zapotřebí aktivní neslouchání pacientovi a poskytovat mu zpětnou vazbu. Při aktivním naslouchání je posluchač schopen aktivně reagovat na danou situaci a je schopen vhodně reagovat na psychický stav komunikátora. Při aktivním naslouchání dochází k porozumění pocitů, verbální ale i neverbální komunikace mluvčího. Existuje i tzv. „hm terapie“ kdy mluvčí hovoří o svých problémech a posluchač mlčí. Ve chvíli kdy komunikátor očekává reakci na svůj monolog odpoví: „hm“. I takové vedení terapie má své výsledky. Jsou ovšem i situace, kdy je zapotřebí aby zdravotník plnil funkci pasivního naslouchače (ANDRŠOVÁ, 2012; PTÁČEK, 2011).

Otázky jež můžeme klást jsou trojího typu. Jsou to buď otázky otevřené, uzavřené nebo polouzavřené. Otevřené otázky umožní mluvčímu se rozpovídat o dané problematice v kontextu otázky. Uzavřené otázky nedávají žádnou možnost pacientovi k tomu, aby se rozpovídal a jsou zde spíše od toho, aby se dotýčný zamyslel a popřemýšlel o problematice. Možnosti odpovědí jsou buď ANO, nebo NE. Polouzavřené otázky umožňují širší odpovědi, které jsou ovšem ohraničeny (RAUDENSKÁ et al., 2011).

Příklady otázek:

Uzavřená: „Udeřila jste se při pádu do hlavy?“

Polouzavřená: „Kde Vás bolí hlava?“

Otevřená: „Co předcházelo Vašemu pádu?“

Podněcování, stimulace. U tohoto druhu je zapotřebí dbát na to, aby pacient neodbíhal od tématu a držel se struktury rozhovoru. Jedná se především o starší nemocné, kteří žijí sami a mají problémy s mnohomluvností. Existují ale i opaky, kdy z jednotlivců musíte každé slovo tahat a do rozhovoru se jim jen tak nechce (MELLANOVÁ, 2014).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu.
Podněcování – Nechme teď stranou Vaše kolegy, pojďme se bavit o Vašich pocitech.

Zrcadlení (reflexe). Při reflexi dáváme najevo, že pacientovi nasloucháme, že jej chápeme a že jsme schopni pojmenovat jeho emoce a pocity. Jedná se o součást zpětné vazby komunikačního procesu. Do této formy rozhovoru nepatří hodnocení pacienta. Je důležité zpětnou vazbou zjišťovat, zda-li je vše co řekl pacient správně pochopeno (MELLANOVÁ, 2014; ZACHAROVÁ, 2011).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu.
Zrcadlení – Je zcela pochopitelné, že nyní prožíváte stres.

Sumarizování. Další komunikační dovedností a základem v efektivní komunikaci je bilance toho, co již pacient řekl, co již bylo zmíněno. Sumarizaci neboli shrnutí debaty, by měla završovat podněcující otázka nebo otázka přímo zaměřená (KELNAROVÁ, 2009).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu.
Sumarizování – Pokud Vám tedy dobře rozumím, pociťujete úzkost a duševní neklid.

Mlčení. I mlčení patří do verbální efektivní komunikace, kterou by měl mít na paměti každý zdravotník. Mlčení může být různé. Mlčím protože vlastně nevím co chci říci, mlčím protože kdybych promluvil, tak vybuchnu, mlčím protože to považuji za správné a pro protistranu vhodné nebo užitečné (ZACHAROVÁ, 2011).

3.3.2 Asertivní komunikace

Dle Mellanové je asertivní komunikace vstřícná, upřímná a otevřená ve vztahu k druhé osobě, kterou mohou doprovázet i negativní emoce, aniž by musela být narušena cizí nebo naše práva. Asertivitu lze využít všude, kde se setkáváme s lidmi. *„Asertivně jednající člověk dokáže přesně a jasně definovat, o co mu jde, jak situaci vidí co si o ni myslí a jak ji prožívá“ (MELLANOVÁ, 2014, str. 42).*

Asertivní člověk dává najevo hned několik věcí. Je to především to, že má přímé a přirozené postavení k lidem a neoplývá horlivou sebevědomostí. Dalším prvkem asertivně jednajícího člověka je to, že se chová sebejistě, korektně s úctou ke druhým lidem a osobnostmi sděluje světu, že jeho nároky a požadavky jsou reálné a splnitelné přičemž respektuje důstojnost druhé osoby. Jeho umění spočívá i v tom, že se nechová pouze jako komunikátor, ale i jako posluchač, který je ochoten přijmout informace druhých lidí a výsledek rozhovoru tak vyústit v kompromis nebo naprostou změnu názoru, za předpokladu relevantních informací. Chování asertivně jednajícího člověka je přímé, klidné, srozumitelné a jedinec působí vyrovnaně a uvolněně (MACH, 2014).

Asertivní práva. Existují i tzv. asertivní práva, která definoval a sepsal Andrew Salter. Řadíme mezi ně posuzování svého vlastního jednání, nenabízení omluv a výmluv, které by měly odůvodňovat názory a postoje mluvčího. Dále je to posouzení toho, jaká je odpovědnost asertivně jednajícího v problémech druhých. Děláním chyb a změna názoru je další právo komunikátora v rámci asertivní komunikace. Patří sem také právo na to, zda-li jedinec chce jednat asertivně či nikoli. Mnoho lidí o sobě tvrdí, že jednají asertivně, ale jejich komunikace je agresivní. Agresivně jednající člověk neakceptuje práva ostatních lidí a na úkor ostatních prosazuje svůj názor. Agresivně jednající člověk si myslí, že pravda je pouze na jeho straně. Rád druhým káže a moralizuje je. Ve většině případů zaměňuje upřímnost s verbálním útokem na druhou osobu. Za agresivní jednání bereme i sarkasmus, ironii nebo naopak významné mlčení. Agresivní jednání je v dnešní době na denním pořádku, především ze stran pacientů, avšak ani zdravotničtí záchranáři nejednají vždy profesionálně. U pacientů to ovlivněno především užíváním drog, požíváním alkoholu a jiných omamných látek. Asertivně jednající člověk není agresivní (SULLY, 2010; ZACHAROVÁ, 2011).

Asertivní chování zdravotníka lze využít buď v komunikaci s nadřízenými, spolupracovníky, pacienty nebo také v partnerském životě. Asertivní komunikace je možná za předpokladu asertivních technik (SULLY, 2010).

Asertivní techniky. Mezi asertivní techniky řadíme například metodu gramofonové desky, kdy nastává opakování toho, co komunikátor v asertivní rovině chce, bez pocitu zlosti. Tuto komunikační dovednost, lze ale i snadno zneužít k manipulaci, což ale není smyslem asertivního jednání, které je strany zdravotnických záchranářů žádoucí. Proto by zdravotničtí záchranáři měli opakovat své požadavky prostou vytrvalostí a důsledností tak, aby ani při sebevětší oprávněnosti požadavku nevyužívali svého postavení k manipulaci. Jedná se o opakování nároku 3-4x, s následným sdělením následku nesplnění požadavků. Cílem je nenechat diskuzi odvést jinam a na následné citové vydírání či manipulaci ze strany pacienta nereagovat. Příkladem nám může být pacient s tržnou ránou na čele odmítající ošetření. Zdravotník opakovaně vysvětluje možné nebezpečí z prodlení při případném neošetření. Další metodou je metoda otevřených dveří, kdy agresivní pacienti manipulativně kritizují. V takových případech je nutné dodržovat základy asertivity a podotknout, že na kritice může být něco pravdy, ale při tom danou problematiku nehanit a naopak podpořit silnými argumenty v její prospěch. Jako příklad uveďme pacienta, který bude hanit uniformu zdravotnického záchranáře. Podotkneme, že chápeme že barva a střih se nemusí líbit každému, avšak my se v ní cítíme příjemně a její barevné provedení je jedním z ochranných prvků, nezbytných pro naši práci. Je důležité neposkytovat kritikovi posílení a možnost přitvrzování v kritice. Sebeotevření je další technikou, kdy se jedná o komunikaci za použití slov jako je laskavost a hovoření o svém duševním citění. Další technikou vhodnou pro asertivní jednání je otevřenost či volnost informací, kdy nás metoda učí jednat bez plachosti a stydlivosti. Příkladem nám může být hovor na téma sexuální problematiky pacienta, kdy je zapotřebí jednat otevřeně. Negativní aserce je způsob, který nás učí přijímat omyly a chyby, ale také umožňuje zhodnocení svého chování. Zde nám poslouží příklad věty: *Vím, že jsem se k Vám nezachoval zcela nejlépe, ale rád bych to nějak odčinil. Pojďme tento problém společně odstranit.* Dalším prvkem je negativní dotazování, které vede k cílenému získávání informací, za použití aktivní podpory kritiky. Zde nám jako příklad poslouží věta: *Vím, že se Vám moje uniforma nelíbí, řekněte mi, které barvy na uniformě by Vás uklidňovaly?* Posledním bodem je selektivní ignorace, kdy se ke kritice jako takové nevyjadřujeme, ale dáváme najevo, že jsme slyšeli a druhému rozumíme. Příkladem nám může být slovní vyjádření: *Chápu Vaše rozčilení.* (ČERNÝ, 2010; MELLANOVÁ, 2014; SULLY, 2010).

3.3.3 *Nedirektivní komunikace*

Tento druh komunikace závisí na empatickém komunikačním stylu a slovo pacient je nahrazen pojmem klient. Je tak poukázáno na to, že ačkoliv je nutnost jedinci poskytnout potřebnou pomoc, nejedná se o pasivní objekt. Tento komunikační proces tvoří součást pomáhajících profesí. Základním stavebním kamenem je to, že jedince nevedeme v rozhovoru nikam, ale dbáme na jeho potřeby za použití minimálního počtu otázek. Věříme v to, že dotyčný měl důvod pro to, jak se zachoval. Lze popsat tři základní charakteristiky přístupu k pacientovi. Jedná se o plnou úctu a akceptaci pacienta bez tendence zasahování do osobnosti druhého, dále je to empatie neboli porozumění druhému a v neposlední řadě se jedná o autentičnost terapeuta, kdy se zdravotník nerealizuje v jinou hodnotící osobu (VEVERA, 2011; ZACHAROVÁ, 2011).

Akceptace. Akceptace neboli přijetí pacienta takového jaký je, závisí na otevřenosti, vstřícnosti zdravotníka, který prokazuje druhému úctu i respekt. Jedince nekritizuje a ani nehodnotí jeho názory či chování. V tomto případě zdravotník dbá na své neverbální projevy, kterými jsou například gesta nebo mimika. Důležité je dát druhému najevo, že mu rozumíme nebo alespoň to, že se o to snažíme (ZACHAROVÁ, 2016).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu. Akceptace – *Vaše projevy emocí jsou zcela na místě.*

Empatie. Empatie nebo také porozumění nikoliv spoluprožívání, hovoří o tom, že jsme schopni druhého vidět ze svého pohledu a snažíme se pochopit jeho myšlení nebo prožívání. Tento druh nedirektivního jednání lze projevit jak verbálně, tak i neverbálně. Mezi jednotlivé techniky řadíme aktivní naslouchání, empatická sdělení, která ovšem nemají hodnotící charakter. Dále je to zrcadlení, sdělování stejného obsahu jinak než již bylo řečeno a snaha o vyjádření pocitů klienta (MELLANOVÁ, 2014).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu. Empatie – *Vaše projevy emocí jsou zcela pochopitelné.*

Autenticita. Autenticita, schopnost být sám sebou jde o vyjádření opravdovosti člověka. Jendá se o podporu pacienta vyjádřením svých postojů a pocitů, nezkršeně, tak jak se ve zdravotníkovi odehrávají (MELLANOVÁ, 2014; ZACHAROVÁ, 2011; ZACHAROVÁ, 2016).

Příklad: Akutní reakce na stres: Pacient pociťuje napětí, psychickou nestabilitu. Autenticita – *Být na Vašem místě, pravděpodobně bych reagoval obdobně.*

Pro oddělení jednotlivých komunikačních stylů je zapotřebí rozeznat dvě základní roviny, kterými jsou vztahy zdravotník – nemocný nebo naopak nemocný – zdravotník. První z rovin má charakter sociální naproti tomu druhá úroveň již pouze charakter profesionální. V první úrovni jde o setkávání dvou lidí a vztah by měl být rovnocenný, ačkoliv nemocný je narušen svým onemocněním. Ve druhém vztahu se již jedná o úroveň profesionální, kdy se setkáváme s tím, že jedinec potřebuje pomoci a druhý je schopen mu ji poskytnout. Pokud je zapotřebí zdůraznit sociální vztah jednáme nedirektivně, tudíž empaticky. Je-li ovšem zapotřebí zdůraznění své zdravotnické role, ve prospěch zdravotního stavu pacienta měl by být použit přístup asertivního jednání (ALLHOFF, 2008).

Pro direktivně jednajícího člověka je tedy charakteristické organizování, příkazování a rozkazování bez nutnosti diskuze s druhou osobou. Ve většině případů hovoří za sebe, bez ohledu na názory ostatních. Je přesvědčen o správnosti svých činů a o nepostradatelnosti svojí osoby (MELLANOVÁ, 2014).

3.4 Neverbální komunikace

Non-verbální komunikace je druh dorozumívání mezi lidmi bez použití slova. Jedná se pouze o řeč těla. Tento druh komunikace zahrnuje několik složek. Je to proxemika, gestika, mimika, haptika a posturologie. Funkce neverbální komunikace spočívá v tom, že chceme podpořit nebo nahradit verbální projev, ucelit sebe prezentaci či vyjádřit emoce nebo pocity. Můžeme ji rozdělit i jako vědomou a nevědomou. V případě vědomé neverbální komunikace se jedná například o herce. Naopak u nevědomé neverbální komunikace, přítomné u každého jedince, jde o spontánní reagování na danou situaci. Mohou nastat i situace kdy hovoříme o takzvané souhlasné a nesouhlasné neverbální komunikaci. V případě souhlasné, neboli kongruentní, souhlasí mluvený projev s mimikou obličeje. Hovoříme-li o takzvané

nesouhlasné nebo také nekongruentní nonverbální komunikaci, jedná se o takový jev, kdy mluvené slovo naprosto neodpovídá duševnímu rozpoložení dotyčné osoby a neverbální komunikace nám napomáhá stav identifikovat (KELNAROVÁ et al., 2014; ZACHAROVÁ, 2011).

Proxemika zahrnuje vzdálenost subjektů během komunikace. Máme na mysli čtyři zóny, jsou zde zahrnuty intimní a osobní zóna, dále pak zóna veřejná a sociální. Jednotlivé zóny se od sebe odlišují mírou vzdálenosti. Intimní zóna je vzdálenost 15-30 cm. Je to zhruba vzdálenost, ze které jsme již schopni se druhé osoby dotknout. Osobní zóna zahrnuje vzdálenost 45-70 cm, sociální zóna čítá vzdálenost 1,5-3 m a veřejná označuje 5 a více metrů. Máme-li na mysli neverbální komunikaci jako takovou, je pro potřeby této bakalářské práce důležité především výškové postavení očí jednotlivých stran. Za rovnoprávné považujeme stejné výškové postavení očí. V opačném případě se jedná o autoritativní postoj, což může být jedné ze stran nekomfortní a nepříjemné a může se jednat o spouštěč agresivního chování k jedné ze stran (KELNAROVÁ et al., 2014).

Haptika jedná o dotecích jednotlivých subjektů v rámci non-verbální komunikace. Zaměřujeme se například na senzitivitu kůže, kdy sledujeme chlad, teplo, hrubost, jemnost, chvění, opocení a další. V rámci intimity bychom se měli zaměřit především na ohleduplnost, taktnost a ochranu soukromí druhé osoby (ALLHOFF, 2008).

Posturologie neboli nauka o postoji těla při komunikaci hovoří o přátelském a nepřátelském postoji vůči druhé osobě. Za přátelské postavení těla považujeme stoj čelem k druhé osobě, ruce podél osy těla a dlaně otevřené. Naopak o nepřátelské posturologii hovoříme například tehdy, když máme ruce v bok, překřížené končetiny nebo ruce v pěst. Za nepřátelská gesta považujeme i mhouření očí nebo tvrdě sevřenou čelist (ALLHOFF, 2008).

Gestika neboli kinezika se zabývá pohyby těla, společně s mluveným projevem pak především gestikulací horních končetin, je zde zahrnuta i znaková řeč. Horní končetiny tak patří mezi kontaktní orgány těla a umožňují nám tak komunikovat s okolím (KELNAROVÁ et al., 2014; HAYESOVÁ, 2009).

Mimika zahrnuje výrazy obličeje, odraz lidských emocí, strachu, úzkosti, bolesti nebo nejistoty. Je popsáno sedm základních výrazů na dané situace. Jedná se o vyjádření štěstí, strachu, smutku, překvapení, zlosti, spokojenosti a zájmu. Do mimiky můžeme zahrnout například i postavení očí. Časté uhýbání očního kontaktu mezi jednotlivými subjekty značí nejistotu, strach nebo pocit submisivity. Naopak dlouhý upřený výraz na druhou osobu značí nerovnoměrné a nepříjemné rozložení emocí v jednotlivci (HAYESOVÁ, 2009).

4 Komunikace s agresivním pacientem a její pravidla

S pacientem s různou formou agresivního až násilného jednání se ve své praxi ve zdravotnictví setkal snad každý. Pokud chceme efektivně reagovat na tento druh pacientů, je zapotřebí pojmout agresi celistvě. Agrese nabývá různé intenzity, od „pouhého“ slovního napadání až po násilného psychopata přímo ohrožujícího sebe a své okolí střílnou zbraní. Bohužel není dnes již výjimkou fyzický útok/násilí vedené přímo proti posádce zdravotnické záchranné služby. U zásahu s agresivním/násilným pacientem je pro zdravotníka na místě více než kdy jindy důležité dodržet všeobecné zásady komunikace zmíněné v kapitolách verbální a neverbální komunikace. Je však zřejmé, že pouhé zásady zmíněné výše v tomto případě nemusí stačit a především ze strany záchranáře je důležitá sebekázeň a pochopení, že zde nejsme kvůli sobě. Přijmout roli průvodce, dokázat se odprostit od nekorektního jednání pacienta a jakožto profesionál se pokusit společně s pacientem o nalezení shůdného řešení a zamezit tak hrozbě či ukončit již probíhající násilí. (EVANS, 2010; BURDA, 2014; VŠETEČKOVÁ, 2010).

Za případným neúspěchem jednání s takovýmto pacientem může být mnoho příčin. Pro názornost budou uvedeny dvě nejčastější.

Potřeba dominovat. Neboli mít věci od příjezdu na místo plně pod svou kontrolou. Pacient by měl dostat šanci nastínit co se stalo, dostat svůj vztek a hněv pod kontrolu a společně poté situaci se zdravotníkem řešit (ANDRŠOVÁ, 2012).

Reakce protiútokem. Záchranáři by měli být schopni přijmout fakt, že ve většině případů nejsou těmi, kteří jsou přímo zodpovědní za prvotní problém a následnou situaci na místě zásahu. V dané chvíli ale působí jako první „hromosvod“. Hněv a urážky pacienta tedy budou mířeny proti nim. Je proto zapotřebí dodržovat pravidla, kterými se budeme zabývat v následující kapitole (ANDRŠOVÁ, 2012; SHAVER et al., 2011).

4.1 Pravidla komunikace s agresivním pacientem

V následující kapitole se zaměříme na jednotlivá pravidla a postupy komunikace s násilným/agresivním pacientem.

4.1.1 Zhodnocení míry ohrožení posádky

Jednou z velkých chyb je domněnka, že se nemůže nic stát, že vše je pevně pod kontrolou. Takovéto podcenění situace může mít pro zdravotníky na místě zásahu fatální následky. Proto v těchto situacích, kdy je záchranář konfrontován, je nutno zvážit, zda situaci na místě dokáže vyřešit sám či nikoliv. Pokud se již od počátku agrese předpokládá, je na místo zpravidla dispečinkem ZZS vyslána i hlídka policie. Jako všude jinde i zde platí, že na prvním místě je bezpečnost zasahující posádky (ČERNÝ, 2010; MACH, 2014).

4.1.2 Vodítka k rozpoznání agrese pacienta

Míru nebezpečí pacienta na místě zásahu hodnotíme podle celkového verbálního a neverbálního projevu. Znaky podráždění pacienta a předzvěstí eskalace napětí jsou především dlouhý a upřený pohled do očí, strnulý výraz v obličeji, motorický neklid projevující se například zatínáním pěsti a rychlými pohyby. Z verbálních projevů křik, jízlivý slovní projev a nadávky. Je důležité aby zasahující záchranář měl neustále svůj celkový projev plně pod kontrolou, nenechal se vyprovokovat a nepřistoupil na pacientovu hru, kdy dochází k takzvanému spirálovitému posilování agresivity. Tento efekt má za následek rychlou eskalaci napětí, kdy se obě strany snaží dokázat svou moc na druhém soupeřem a pokouší se o svou výhru, respektivě prohru druhé strany. Výsledkem je nezdědkakdy fyzické násilí jedné nebo obou zúčastněných stran (ČERNÝ, 2010; HARSA, 2012; SHAVER et al., 2011).

4.1.3 Odstup a úniková cesta

Zasahující posádka by obzvláště při kontaktu s agresivním pacientem měla vždy myslet na své možnosti úniku, kdy posádka zaujme místo mezi ústupovou cestou a agresorem. Důležitým faktorem je zde velikost prostoru, kde by měl kontakt probíhat nejméně na délku dvou natažených paží a agresor se zde nebude cítit zahnaný do kouta, což by u něj mohlo vyvolat další vlnu agrese (VEVERA, 2011; VŠETEČKOVÁ, 2010).

4.1.4 Vedení rozhovoru

Rozhovor by měl být veden za pomoci všech výše zmíněných pravidel a technik popsaných v kapitole verbální a neverbální komunikace. Velký důraz by měl záchranář klást na upoutání agresora, ujistit ho, že je zde pro něj, podpořit ho v popisu jeho problému a uvedení do situace, kterou právě prožívá. Nabídnout mu svůj nadhled a sebe jako nezávislého pozorovatele, posluchače a pomocníka, který se může podílet na řešení jeho problému. Nikdy by se neměl uchýlit k bagatelizování, hodnocení adekvátnosti jeho reakce či dokonce zesměšňování. Naopak silným prostředkem ke zvládnutí situace je zde klidný, vlídný, jasný, stručný a nedirektivní projev se známkami pochopení a účasti na problému. Z neverbální komunikace je zde asi nejdůležitějším faktorem výška očí, respektive poloha zúčastněných. Nejlepší se jeví poloha v sedě, kdy se postavení očí lidí i se zřetelným výškovým rozdílem téměř smaže, tudíž především agresor nemá pocit dominance či naopak (BURDA, 2014; VŠETEČKOVÁ, 2010).

4.1.5 Potřeby pacienta

Jestliže agresor během konfrontace se zdravotnickým pracovníkem projeví přání a jeho zdravotní stav to umožní je vhodné jeho prosbě vyhovět. Jako názorný příklad může sloužit dlouholetý kuřák, který projeví zájem o cigaretu. Jako profesionál by měl zasahující záchranář vždy zhodnotit rizika a přínos projevených přání. Zde více než jinde platí, že nejdůležitější je především lidský přístup a snaha vyhovět přáním, ze kterých mohou nakonec profitovat obě zúčastněné strany (ANDRŠOVÁ, 2012).

4.1.6 Dokumentace

Z výše uvedeného vyplývá, že konfrontace s agresivním/násilným pacientem klade na záchranáře vysoké nároky při zvládnání této stresové situace, kterou bezesporu je. Důraz je zde kladen především na schopnost správně vyhodnocovat hrozby a k nim nalézt adekvátní odpověď. Je proto vhodné, aby záchranář poctivě všechny výhrůžky, či fyzické napadení řádně zdokumentoval. Jedině tak může dokumentace sloužit při případných dalších sporech, vyšetřování a odškodnění, kde může být posuzována správnost jednání zdravotníka. Zároveň slouží jako cenné informace pro ošetřující, v návazné péči a upozorní je na zvýšené riziko problémového jednání pacienta (ANDRŠOVÁ, 2012; 372/2011 Sb., 98/2012 Sb., v plném znění).

4.2 Neverbální náznaky agresivního pacienta

Jak již bylo zmíněno v kapitole 3.4, neverbální komunikace je jedním z ukazatelů, který nám napoví s diagnostikou duševního stavu pacienta. Lze proto i díky těmto znakům snadno rozeznat, zda pacient nejeví známky agrese. V této kapitole se zaměříme na neverbální náznaky agrese a potencionálního fyzického násilí v prostředí přednemocniční neodkladné péče.

Gestikulace. Stékající pot po čele nebo strnulý výraz obličeje nejsou zcela jedinými prvky v rámci diagnostiky možné počínající agrese. Dosti prozradí i například poloha horních a dolních končetin. Omezení gestikulace končetin je jedním ze znaků nervozity. Je možné zachytit drobné úniky pohybů těla, jimiž jednotlivec uvolňuje vnitřní napětí (mnutí rukou, tahání za nos, aj.). Jedním z agresivních gest je předpažení jedné z horních končetin s nataženým ukazováčkem. Jedná se o vytyčení jednotlivce z davu a vyvolává v druhé osobě nervozitu a stres. V případě takové situace by dlaně druhé osoby měly být otevřené a měly by signalizovat otevřený postoj k druhé osobě. Jedná-li pacient se zdravotnickým personálem, pozornost zdravotníka by měla během diagnostiky spočinout i na směru natočení dlaní. V případě, že se jedná o stočené dlaně k vlastní osobě, značí taková situace sobeckost gestikulující osoby. Má-li pacient spojené ruce nebo se s nimi například opírá o bradu, signalizuje to nepříjemný zážitek či udržovaný odstup. Volně položené horní končetiny na desce stolu signalizují přístupnost pacienta a možnost s ním spolupracovat. Přesouvání věcí po desce stolu naopak naznačuje sílu a dominanci. Střížka prstů proti druhé osobě naznačuje nesouhlas. Krok zpátky nebo krok vpřed naznačuje pokus o útěk, averzi nebo naopak sympatii k dotyčné osobě či útok (ALLHOFF, 2008; KELNAROVÁ et al., 2014; ZACHAROVÁ, 2011).

Tělesný postoj. Otevřený postoj je jedním z přístupů důležitých pro zdravotníky, pokud chceme zaujmout a nechceme působit arogantně. Tento druh postoje by měl být vzpřímený, klidný bez nahodilých gestikulací. Naznačuje vnímavost pro názory ostatních a suverenitu, která nemusí být vždy žádoucí. Uzavřený postoj je dalším ze znaků non-verbální komunikace za pomoci držení těla, kdy jedinec vytváří barikády, nepřístupnost a drží si od zdravotníka odstup. Jedinec má sehnutou hlavu, ohnutý trup a z končetin si jejich překřížením vytvoří vlastní bariéry. V takových případech

je zapotřebí nastolení pohody, klidu a příjemné atmosféry pro dotyčnou osobu. Křečovitě držené tělo naznačuje přetížení jednotlivce, který má strach ze ztráty sebekontroly a vyzařuje tak negativní znaky vůči okolí. Ponižený postoj hovoří za jednotlivce tak, že jsou patrné známky jako například naklonění těla dopředu, vytažení ramen blíže k hlavě a stočení dolních končetin mírně k sobě, do středu osy těla. Dotyčný se tak snaží zabrat minimální část prostoru. Nadřazený postoj je oproti poniženému ve větším rozsahu co do rozlohy těla v prostoru. Tělo je zakloněné, dotyčný se dívá z vrchu, má založeny horní končetiny na prsou, nohy má od sebe a stojí nehnutě. V takové případě se jedná o agresivní postoj člověka, nemající zájem na řešení situace. Co do výčtu rozdílného pohlaví, jedná-li se o komunikaci s mužem neměli bychom nikdy zahajovat rozhovor z čelního postavení, jelikož takovýto postoj zdravotníka vyvolává konfrontace. Zahájení konverzace by mělo začínat z boku s následným pomalým přesouváním do frontální roviny. U ženy naopak bychom měli zahajovat konverzaci z čelního postavení a pomalu se přesouvat do boku (HAYESOVÁ, 2009; RAUDENSKÁ, 2011).

Další rovinou, kterou je nutno zmínit je pravidlo pro posazení či sezení u pacienta. Nikdy by zdravotník neměl stát, když pacient sedí a naopak. Jedná se o výškové rozdíly, které naznačují dominanci a submisivitu jedince (MELLANOVÁ, 2014).

Oční kontakt. Oči jsou jedním z aspektů, kterých si všímáme na jedinci jako prvních. Zúžené nebo rozšířené zornice mají svůj význam a lze podle nich ledacos diagnostikovat. Například zúžené zornice znamenají nezáměr pozorovatele s chladnými a uzavřenými emocemi. Naopak rozšířené zornice nám naznačují zájem pozorovatele o sledovaný objekt, přívětivost a přátelský přístup. Chybějící nebo špatný oční kontakt vyvolává špatné či negativní pocity v posluchači a je vysoce pravděpodobné, že povedou k nezdaru v rámci efektivní komunikace. Je-li pacient, který je ochotný se domluvit na určitém kompromisu, prozradí to jeho zvýšení očního kontaktu, kdy je jedinec připraven naslouchat. Je proto důležité snažit se udržovat oční kontakt s nemocným, nikoli však úporný ani letný. Pacient musí mít pocit, že o něj má zdravotnický záchranář zájem a jeho problém mu není cizí. Krátký oční kontakt vyvolává nedůvěryhodnost, neupřímnost a nejistotu (HAYESOVÁ, 2009; REMEŠ et al., 2014).

5 Praktická část

Pro praktickou část této bakalářské práce, byla zvolena metoda hloubkových rozhovorů podle Pekary (2015). Jejich velkou předností u takto citlivého tématu je především schopnost hloubkových rozhovorů odkrýt rozhodující momenty, které měly zásadní vliv na další vývoj situace při kontaktu zdravotníka s agresivním/násilným pacientem.

Cílem rozhovorů bylo najít a rozkrýt právě tyto okamžiky, v situacích kdy již násilí probíhalo či se k němu schylovalo. Pomocí hloubkových rozhovorů jsou zachyceny výpovědi zdravotnických záchranářů, podle základního principu kvalitativního výzkumu, tudíž v přirozené podobě (SVAŘÍČEK, 2007). Proto mohou být zachyceny skutečné faktory, důvody a detailní informace, které ovlivňují násilí při kontaktu zdravotnického záchranáře s pacientem. Bylo vybráno deset otázek zaměřených na jednání s násilným pacientem, jejich řešení a prevenci. Respondenti z řad zdravotnických záchranářů na ně volně odpovídali. Při zmínce, která by mohla odkrýt podstatu problému a byla tak přínosná pro výzkum, byli vyzváni k bližšímu rozvedení konkrétní situace (HENDL, 2008, PEKARA, 2015).

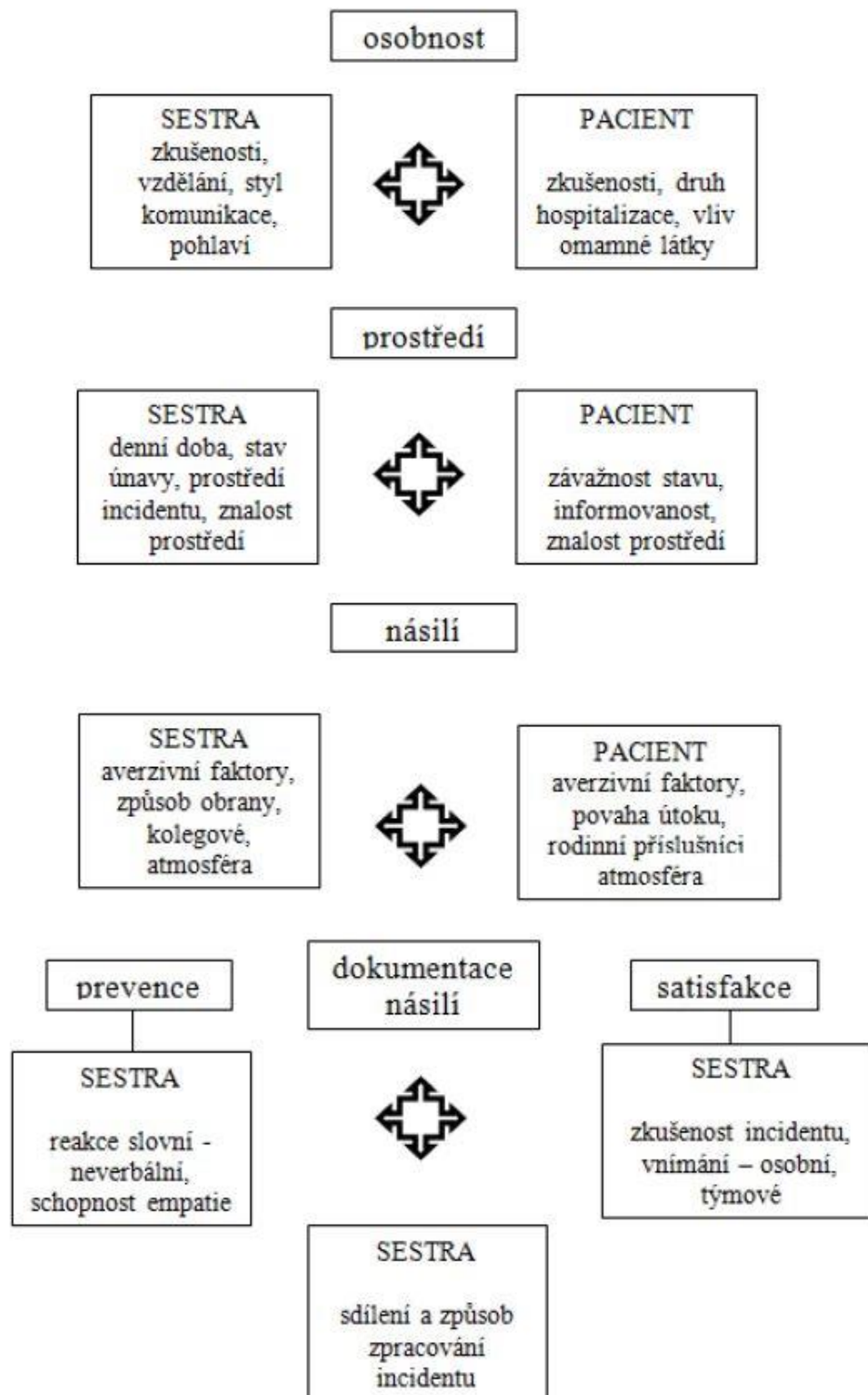
Pro rozhovory byly podle Pekary (2015) vybrány následující otázky:

1. Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.
2. Popište prosím stručně násilný incident.
3. Do jaké míry si myslíte, že by se dalo násilí zabránit?
4. Pokud by se opakovala podobná situace, jak budete nyní reagovat?
5. Do jaké míry si myslíte, že za některá násilí mohou zdravotníci sami?
6. Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči zdravotnickým záchranářům?
7. Bylo by vhodné pořádat semináře o tom, jak zlepšit komunikaci s agresivním pacientem?
8. Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?
9. Zúčastnil byste se dobrovolně kurzu sebeobrany, kdyby Vám to zaměstnavatel plně uhradil?
10. Preferoval/a byste změnu legislativy, aby se zvýšila ochrana zdravotnických záchranářů?

5.1 Kritéria hloubkového rozhovoru

Základem kvalitativního zkoumání je osm hloubkových rozhovorů se zdravotnickými záchranáři. Všichni respondenti se sami stali obětí násilného/agresivního jednání ze strany pacienta nebo byli jejími přímými svědky. Rozhovory byly pořizovány během zimy roku 2016/2017. Čas a místo rozhovoru bylo voleno dle přání respondenta. Vzhledem k tomu, že si někteří repondenti nepřáli být nahráváni, pro jednotný postup byly při probíhajících rozhovorech pořizovány poznámky. Některé z nich jsou uvedl v přílohách této práce. Minimální délka rozhovoru byla stanovena na 30 minut (průměrná doba byla 50 minut). Před samotnými otázkami byl rozhovor zahájen úvodem a vysvětlením, co bude následovat. Po zodpovězení všech předem připravených otázek proběhlo krátké zhodnocení a rekapitulace rozhovoru. Následovalo neformální ukončení rozhovoru, poděkování a rozloučení. Při přepisu rozhovoru byl kladen důraz na zachování anonymity respondenta. Byly změněny údaje, které by mohly vést k jeho identifikaci či identifikaci jeho pracoviště. Jednalo se především o úpravu prvků nářečí, slovosledu a nakonec proběhla také celková úprava do spisovného jazyka. Respondenti byli při přepisování rozhovorů označeni číslicemi (1 – 8), které jsou shodné s pořadím čísla rozhovoru (tedy Rozhovor 1 a Respondent 1) (PEKARA 2015).

5.2 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům



Obrázek číslo 1 – Kódovací schéma

Zdroj: Pekara (2015)

5.3 Popis kódovacího schématu

Kódovací schéma podle Pekary (2015) k hloubkovým rozhovorům, zobrazuje schéma, kde jsou posány faktory ovlivňující vznik a průběh incidentu. V převzatém schématu je pro účel této práce sestra považována za zdravotnického záchranáře. Schéma zohledňuje okolnosti, které vedly k verbálně agresivnímu až fyzicky násilnému jednání pacientů či zdravotnických záchranářů. V kódovacím znaku osobnost pro zdravotnické záchranáře klade práce důraz především na dosavadní zkušenosti, v poli prostředí na denní dobu a prostředí incidentu. V poli násilí se tato bakalářská práce zaměřuje na atmosféru na místě zásahu, možný vliv kolegy a nutné obrany, ústupu či použití komunikačních technik. U pacienta ve schématickém poli osobnost, hraje významnou roli vliv alkoholu a jiných návykových látek, které mohou zkreslovat pacientovo vnímání vůči okolí a tudíž i vůči zdravotnické složce. Mezi dominantní faktory polí prostředí a násilí řadíme znalost okolí a přítomnost rodiny či přátel. Ta může pacientovu agresi značně posílit a snížit tak šanci na zvládnutí situace bez násilného jednání.

6 Rozhovory

V této kapitole bude uvedeno osm rozhovorů s respondenty, označených chronologicky jako Rozhovor 1 až Rozhovor 8.

6.1 Rozhovor číslo 1

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Mým nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru je vyšší odborná škola. Ve zdravotnictví pracuji celkem pět let, tři roky v nemocnici a nyní dva roky na záchranné službě.

Popište prosím stručně násilný incident.

Už je to téměř takové pravidlo že kolem půl šesté hodiny ranní po celé noční, kdy si téměř neodpočnete prostě musíte vyjet. Samozřejmě to nebylo jinak i v ten den. Výzva naprosto odpovídají hodině a tomu že je zase sobota. Úraz hlavy v opilosti. Bylo to někdy minulou zimu, vzpomínám si, že venku byla zima a svého popuzeného kolegu, který cestou nadával něco ve smyslu, že to snad už není normální, že už je to třetí taková výzva za noc. Vybavuji si ten podnik docela dobře, teda podnik, taková hospoda co tam jezdíme celkem pravidelně. Pacient byl opilý, ležel na zemi a měl rozbitou hlavu. Po představení jsme ho posadili a začali obvazovat ránu. V tom se začal ohánět, křičel ať na něj nesaháme. Snažím se ale být v klidu, jenomže kolega se neovládnul a začal ho umravňovat. Nějaký hlouček lidí si toho všimnul a začali nás urážet. Napřímili jsem se, ještě jsem jim to chvíli slušně vysvětloval, jako že to tak kolega nemyslel a tak. Poté ale začal hlouček do nás strkat. Já jakožto vedoucí zásahu jsem nechtěl nic riskovat, vzal jsem kolegu za rukáv a společně jsme urychleně bar opustili. Po zavolání policie jsme čekali v autě. Když jsme poté šli dovnitř společně s policií nikdo si nás nedovolil napadat a pacient šel sám dobrovolně do sanitního vozu. Po ošetření za přítomnosti policie byl bez asistence hlídky a bez dalších problémů předán na chirurgii.

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

Násilí by se dalo zabránit téměř vždy, když posádka udrží pevné nervy a nenechá se vyprovokovat. Často se potom pacient uklidní sám, je nutné ustát prvních pár minut. Potom se většinou vše nechá řešit domluvou. Další možností je zavolat si a vyčkat do příjezdu policie, to ale není vždy možné a nelze vždy násilí předpovídat.

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

Zkratovité jednání kolegů nelze dopředu předpovídat. Proto v této situaci bylo opravdu nejlepším řešením bar jednoduše opustit a počkat na policii. Příště můžu jediné lépe předpovídat. Jednání kolegy se možná dalo vyčíst z jeho naladění již při cestě k zásahu. Jinak ale pravděpodobně není moc možností, jak zkratovitému jednání ze strany ostatních členů posádky na místě zásahu efektivně předcházet.

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

Za násilí páchané na zdravotnících si z velké části mohou oni sami, kvůli svému chování.

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

Rozhodně by pomohlo slušné jednání, které ale není součástí všech zdravotníků. Pravděpodobně by pomohly viditelně nošené obranné pomůcky, které by měly zastrašovací efekt. Někteří kolegové je nosí, například teleskop a pepřový sprej.

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

Účast na takovýchto seminářích by měla být pro mnohé povinností. Nikdy jsem se ničeho takového neúčastnil, pokud by byl takovýto seminář v rámci vzdělávání proplacen zaměstnavatelem, určitě bych se rád zúčastnil.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Pokud už bude záchranář napaden, není jisté jak budou jeho pomůcky na opasku či v kapse účinné. Fyzická obrana posádky je těžko řešitelné téma. Jelikož se musí soustředit na jiné věci.

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

Nejsme bojovníci. Takovou věc nás nikdo nedokáže během pár lekcí naučit a každý se stejně v takové situaci bude řídit spíše svým instinktem, který mu podle jeho povahy a situace zavelí k útoku či útěku.

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

Když lidé napadají a urážejí ozbrojené policisty, „cár papíru“ nám myslím nijak nepomůže. Jedinou ochranou tak zůstává opatrnost a rozhodnost každého z nás.

6.2 Rozhovor číslo 2

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Studoval jsem vysokou školu zdravotnickou se zaměřením zdravotnický záchranář. Má praxe ve zdravotnictví začala na interní JIP, kde jsem pracoval 2 roky, poté jsem byl rok na oddělení ARO a nyní pracuji již 8 let u záchranné služby.

Popište prosím stručně násilný incident.

Násilných incidentů bylo mnoho. Jsou však takové, které se Vám zaryjí do paměti a jen tak na ně nezapomenete. Nebývají to povětšinou ty klasické hospodské rvačky, ale bývají to situace, které tak úplně nečekáte. Jeden takový incident se mi stal hned první rok mé praxe na ZZS. Výjezd v ranních hodinách noční směny nebyl zas takovou výjimkou. Když vyjedete takhle ráno povětšinou máte jistotu, že se jedná o intoxikaci jakéhokoliv druhu. V mém případě šlo o intoxikaci alkoholem. Po příjezdu na místo jsem viděl dvě postavy táhnoucí mezi sebou postavu třetí. Jednalo se o dva muže a jednu ženu. Vzhledem casus socialis a bylo tomu i tak po zjištění situace. Tři bezdomovci se opili a žena to prostě neustála. Naložili jsme ženu do vozu, jelikož údajně upadla a měla slabé nohy. Což ale v jejím stavu nebylo divu. Žena nebyla ztotožnitelná protože u sebe neměla žádné doklady. Snažil jsem se od mužů vyzjistit nějaké údaje, ale muži začali být verbálně útoční, že s ženou nemají nic společného a že jim mám dát pokoj. Pořád ale na ženu v sanitce pořvávali a situace začala nabývat na hlučnosti. Naposledy jsem muže vyzval o klid a o spolupráci, ale muži si byli až moc vědomi toho, že jim nemůžeme nic a na nic nemáme pravomoce. Proto byl můj další krok vytočení dispečinku a požadoval jsem hlídku policie na místo. Mezi tím než policie přijela jsem se snažil z ženy dostat anamnézu nebo cokoli co by promluvilo o jejím zdravotním stavu, ale marně. Žena odmítala spolupracovat ať jsem se snažil sebevíc. Po příjezdu policie na místo strážníci vyzvali muže o předložení dokladů a o vysvětlení situace. Muži nespolupracovali ani s policií ale co bylo zajímavé, že když policie vlezla do auta, nastolila tam atmosféru ve stylu že tady už končí sranda. Žena zkrotla jelikož věděla že policie již může daleko více než zdravotník v sanitce. Žena z ničeho nic vyndala doklady z kapsy, policie ji ztotožnila a bylo po problému.

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

Agrese ze strany pacientky a obou dvou mužů byla ovlivněna alkoholem a především tím, že si byli až moc vědomi toho, že mi jakožto nesilová složka jim nemůžeme nic. Od toho se i nadále odvíjelo jejich chování. Verbální agrese z jejich strany proto nebyla nijak ovlivnitelná mojí asertivní komunikací jelikož muži volali 155 pouze jako formu jakéhosi taxíku, aby s ženou neměli práci a mohli jít vesele popíjet dál.

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

Úplně stejně, akorát možná budu požadovat policii na místo daleko dříve než jsem požadoval tenkrát.

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

V takových případech jako byl tento si nejsem vědom ničeho co by vedlo k tomu, aby bylo okolí na mě verbálně agresivní. Požadoval jsem doklady a nějaké informace o situaci co se vlastně stalo. To je ale standardní postup a komunikace je daná. Tudíž v takových případech si myslím, že vina rozhodně není na straně záchranářů.

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

Méně opilých.

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

Jak pro koho. Jsou záchranáři, kteří mají přirozenou autoritu a komunikaci mají špičkovou. Jsou ale i tací, kteří mají za sebou seminářů několik a už při otevření dveří kabiny u auta poznáte, že si pro konflikt vyloženě jde.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Zcela závisí na individualitě člověka. Já žádné nenosím, protože vždy mi stačila ústa k tomu, abych konfliktu předešel. No a pokud nepředejdete konfliktu a násilí komunikací, pak jsou Vám pomůcky už stejně k ničemu.

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

Ne. Každý funguje v terénu individuálně a každý musí vědět, jak je na tom ve chvíli, kdy se něco stane. Já vím, že bych sebe a partáka ubránit dokázal a proto bych nikam nešel. Samozřejmě by se muselo jednat o reálné případy sebeobran, když máte proti sobě maximálně dva lidi. V ostatních případech je Vám sebeobrana k ničemu a spíš bych doporučoval seminář běhu.

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

Ano. Zcela určitě bych zavedl to, že napadení záchranáře je zcela úměrné napadení policisty. To znamená, že trestný čin a nikoliv výsměchu hodný přestupek. To se pak nedivím, že napadení záchranářů roste.

6.3 Rozhovor číslo 3

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Vystudoval jsem vyšší odbornou školu se zaměřením záchranář. Ve zdravotnictví pracuji již 4 roky a celou dobu působím na ZZS.

Popište prosím stručně násilný incident.

Pamatuji si to jako by to bylo včera. Bylo léto a myslím že to je zhruba tak 2 roky zpátky. Jednalo se o výzvu ve smyslu napadení. Opět denní služba, která stála za to. Bylo to již ke konci směny, když jsme vyjeli na 50 letého muže. Po příjezdu na místo se na zemi svíjel muž odhadem tak na 40-50 let. Měl tržnou ránu nad obočím a několik podlitin v oblasti žeber. Měl být údajně sražen pěstmi k zemi a tam jej měli kopat 2 mladíci do břicha. Muž byl schopný vstát a dojít do sanitky. Vše probíhalo v klidu, jelikož na místě byla již policie. Vše probíhalo tak jak mělo do té doby dokud jsem nebyl s mužem v sanitce sám. Naložili jsme ho do vozu a kolega šel řešit s policií údaje ohledně ztotožnění. Muž byl nedbalého vzhledu a zapáchajícího charakteru. Už mi tak nějak běhalo hlavou, že tam bde přinejménším i nějaký alkohol, který nakonec vyšel po dechové zkoušce jako negativní. Jakmile se zavřeli dveře sanitky, ambulantní části vozu, požádal jsem muže aby se vysvlekl abych mu mohl prohlédnout zranění v oblasti torza a změřit mu základní životní funkce. Muž se na mě podíval nemilosrdným pohledem a řekl, že pokud se ho jen dotknu dostanu pěstí, začal si stoupat a vypadalo to že každou chvíli vyrazí proti mě. V takové chvíli jsem měl na výběr z několika možností. Asertivní komunikace nezabírala a proto mě napadla léčba šokem. Když muž po několikáté výzvě nepovolil na hlase a na slovní agresí, povolal jsem do vozu policii. Bohužel i s příslušníky si muž nebral sevítky. Uvědomil jsem si, že do této chvíle je zatím jen pacient tím, který řve na celý vůz. Jak jsem již zmínil zvolil jsem metodu léčbu šokem a na verbálně agresivního jedince jsem začal postupně zvyšovat hlas a zároveň jsem vystoupil proti němu. Nebylo to, že bych ho nějak napadal, ale cílem bylo muže zastrašit natolik, aby si přinejménším sedl zpátky na sedačku. Muž byl zaskočen a s verbální agresí pomalu ustupoval, jelikož viděl, že ne vše bude záchranka tolerovat s klidným a vstřícným přístupem. Když jsem na muže zvýšil hlas a vyzval ho k uklidnění, se slovy že mu nikdo nic nedělá a že jsme mu přijeli pomoci muž se zklidnil, sedl si a začal spolupracovat. Pro jistotu

jsem si vzal policejní doprovod do nemocnice, který se nakonec ukázal jako nepotřebný, jelikož muž začal sekat latinu.

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

Jelikož vyloženě k násilí jako takovému nedošlo, nebylo zabraňovat čemu. Zkusil jsem to po dobrém za pomoci komunikace, ale bohužel bez efektu. Zkusil jsem povolat policii, ale efekt byl opět nulový. Tato metoda byla buď a nebo. Nakonec se ukázalo, že to bylo nejlepší řešení v danou chvíli.

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

Každý člověk je individuální. Jinak Vám reagují pacienti staří, mladí a jinak Vám reagují ženy staré a mladé. Nemohu proto s přesností říci jak bych nyní reagoval, ale myslím si, že nějak podobně.

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

Záleží na přístupu. Každý zdravotník má svoje charisma a svou autoritu. Proto je zcela na nich jak s tím naloží a jak moc si nechají pacienta dojít do stavu nezvladatelnosti.

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

Zcela určitě úprava legislativy. Za napadnutí záchranáře dostanete flastr, což je velmi směšné, když vezmeme v potaz, že za napadnutí policisty máte přinejmenším podmínku.

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

Ne. Je na každém jak si představuje správnou komunikaci s pacientem. Někaké obecné čarovné formule jak slovně uklidnit verbálně či fyzicky napadajícího pacienta fungují jen v učebnicích a na ojedinělých případech, když máte převahu co se týká věkového rozdílu. Pak se dá mluvit o efektivitě nějakých kouzelných formulí.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Je to dobrá věc za předpokladu, že je stihnete vyndat z pouzdra nebo za předpokladu, že si vzpomenete, že nějaké vůbec máte.

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

Smích. Další otázka prosím.

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

O tomto tématu jsem se již zmiňoval. Ano. Myslím si, že kdyby naši průměrní televizní diváci měli ponětí o tom, že za napadení záchranáře dostanou zápis do rejstříku, myslím si, že většina by si to rozmyslela před první ránou, kterou by zasadila.

6.4 Rozhovor číslo 4

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Pracoval jsem jako řidič na ZZS. Poté jsem se ale rozhodl, že si dodělám VŠ a začal jsem studovat obor záchranář. Nyní i s mojí řidičskou praxí pracuji na záchrance již 20 let.

Popište prosím stručně násilný incident.

Za tu dobu se člověk dostal k ledasčemu. Většinou zjistíte, že spoustu agresivních pacientů stačí klidnou konverzací dovést k základnímu problému, který je tíží a situaci s nimi rozebrat. Samozřejmě, když se člověk dostane ke rvačce, kde panuje adrenalin, je každá snaha o konverzaci marná a nezbyvá nic jiného než čekat kolik lidí budete nakonec odvážet. Stala se mi situace, kdy jsem s kolegou jel na klasickou hospodskou rvačku. Po příjezdu na místo jsem spolu s policií a kolegou vešel do hospody, kde měla údajně proběhnout rvačka dvou mužů. Samozřejmě již z dálky bylo vidět, kterých dvou se to týkalo. Po vyzvání policií, aby muži šli ven, šlo s nimi několik dalších. Už to jsem si tenkrát říkal, že bude problém. Samozřejmě byli dvě protistrany a každá měla svých několik členů. Situace byla vypjatá a z ničeho nic se schýlilo ke rvačce asi 4 mužů z toho 2 byli ti původní. V tu chvíli byla veškerá snaha o komunikaci zbytečná, ustoupili jsme do pozadí a přenechali práci na policii. Nezbyvalo nic jiného než čekat, kolik lidí vstane a odejde po svých. Policie zasáhla poměrně rychle a radikálně. 3 muže zadrželi na místě a čtvrtého jsme si vzali do péče mi. Několik tržných ran v obličejí, vyražený zub a několik podlitin. Naštěstí muž v sanitě už nejevil známky agrese a po celou dobu ošetřování a transportu se řídil pokyny polici a posádky.

Do jaké míry si myslíte, že by se násilí zabránilo?

Dle mého názoru bylo možné zabránit druhé potyčce tím, že policie neměla dopustit, aby šel zbytek opilých štamgastů s námi a původními aktéry prvotní rvačky. Jinak samozřejmě první rvačce ze strany záchranky a policii zabránit nešlo nijak, jelikož u toho v první chvíli nikdo z IZS nebyl.

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

No asi bych policii nabádal k tomu, aby k vozu šlo co nejmén lidí.

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

Ve většině případů se jedná o násilí z toho důvodu, že se zdravotníci do těchto rvaček snaží vmístit a situaci řešit spolu s policií. To je ovšem v některých případech krok špatným směrem. Samozřejmě jsou případy, kdy metoda psychologického rozhovoru při rvačkách zabírá. Nemyslím si však ale, že to patří pro hromadné rvačky, kterou byla například tato.

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

Praxe, praxe a znovu praxe. Je důležité vědět co si k jednotlivým typům lidí můžete a nemůžete dovolit. To ale nebudou vědět záchranáři po 5 ani po 10 letech. Chce to praxi a ani já po 20 letech nemohu říci, že bych dokázal odhadnout každého člověka, natolik, abych si byl jist, že ve zkratové situaci po mě nevystartuje.

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

Myslím si že z jedné strany pro obecný přehled je to dobré. Ale vzhledem k tomu, že každý výjezd je individuální v tom, že nikdy nevíte na koho tam narazíte, z mého pohledu se jedná spíše o mimotechnickou pomůcku k řešení stavů s agresivními pacienty.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Záchranná služba není represivní složka. Proto si myslím, že ochranné pomůcky ANO, ale v krajní nouzi a ne na bezdomovce, který se sotva drží na nohou a pokřikuje nadávky na zdravotníky.

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

V těhle letech už ne. Myslím si, že tyto privilegia přenechám mladším generacím. Já se s nikým prát nehodlám a když mi půjde o život, tak pud sebezáchovy pracuje daleko líp, než nějaký kurz sebeobrany.

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

Zcela určitě bych změnil tresty v případě napadení zdravotníka. Myslím si, že by to mělo být tak jako to je u napadení policisty nebo hasiče.

6.5 Rozhovor číslo 5

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Vystudoval jsem zdravotnickou školu se zaměřením zdravotnický záchranář. Ve zdravotnictví pracuji již 17 let. Nejprve jsem začínal na lůžkovém oddělení, kde jsem strávil 4 roky a poté jsem šel na záchranou službu.

Popište prosím stručně násilný incident.

Můj incident, který bych chtěl vyzdvihnout není ničím závažný ani Vám tady nebudu povídat o nějakých násilnostech ze stran pacienta. Můj nedávný incident byl s ženou, ke které jsem jel v půl 5 ráno. Intoxikace léky a alkoholem. Po příjezdu na místo, byli u vozu 2 muži. Jeden byl ženy synovec a druhý byl s ženou ten večer v hospodě popíjet. Žena byla somnolentní, ale stále oslovitelná a poměrně reagující. Již před sanitkou začaly kolem lézat nadávky a žena se projevovala jako kterýkoliv jiný opilý člověk. Ženu jsme si naložili do vozu a požádali jsme ji aby se vysvlékla z bundy. Se snahou jí pomoci jsme jí byli nápomocni při sundávání bundy. Jenomže jakmile jsme na ženu sáhli hned se proti nám ohnala a začla být fyzicky agresivní. Ženu jsme okřiklali se a povyhržovali, že zavoláme policii. Žena si něco zamumlala pod vousy a od té doby po uložení na lehátko už jen poklimbávala.

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

V tomto případě jsme byli spíše překvapení jak málo stačí k tomu, aby se proti Vám někdo ohnal. Jakýkoliv podnapilý člověk po Vás vystartuje ani nevíte jak. V tomto případě si nemyslím, že tomuto incidentu šlo nějak zabránit. Žena se prostě rozhodla, že se zabije léky a v tu chvíli jí prostě všechno bylo jedno. Jakékoliv domlouvání nebo vysvětlování situace bylo v tuto chvíli marné protože žena prostě nechtěla nic slyšet. Rozhodla se prostě zemřít.

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

Úplně stejně. Neudělal jsem s kolegou nic co by nebylo morální nebo špatné. Také jsme neudělali nic co by ženu k agresi vybízelo.

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

Jsou zdravotníci, kteří si na každém výjezdu najdou něco kvůli čemu vyhroťí situaci, ale jsou i tací, kteří za jakýkoliv situace udrží chladnou hlavu a nenechají se vyhecovat.

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

Jedna z metod je asertivní komunikace a snaha o předejití pomocí verbální komunikace.

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

Určitě ano. V mnoha případech je totiž komunikace život zachraňujícím prvkem.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

S ochrannými prostředky jsem docela kamarád. Nemám proti nim žádné výhrady, ale přiznám se, že sám jsem je ještě nikdy nepoužil.

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

Když jsem nastupoval, tak čistě pro svůj pocit a klid asi ano. Ale dnes když vidím, že lecos se dá uhrát na dohodu a domluvu bych už asi nikam nešel.

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

Zcela určitě bych zavedl přísné tresty za napadení policie, hasičů a záchranářů.

6.6 Rozhovor číslo 6

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Vystudoval jsem obor zdravotnický záchranář na vysoké škole, zakončeno je titulem Bc. Ze školy jsem šel rovnou na záchrannou službu, nyní zde pracuji druhým rokem.

Popište prosím stručně násilný incident.

Incident se stal v nočních hodinách. Pro posádku to byl již několikátý výjezd v řadě. Obsahem výzvy byla žena po napadení v jednom z místních barů. Při příjezdu na místo posádka vchází do baru, který je téměř prázdný. U stolu sedí mladá žena s dalšími muži. Všichni jeví známky opilosti. Po mávnutí jedním z řad přisedících mužů posádka přistoupila ke stolu. Žena byla bez viditelného poranění, stěžovala si pouze na bolest hlavy a krku, zapletla se mezi dva rváče. Na místě žena límec odmítla. Záchranář ženu vyzval k transportu do vozu pokud si přeje dovyšetřit a jet do nemocnice. Byl přerušen jedním z mladíků úderem do stolu a slovy že se mu to nelíbí. Záchranář se pokusil o zvládnutí situace vysvětlením, že záchranná služba není represivní složkou, tudíž ženu nemůže násilím odvléci, a proto jí slušně vyzval, aby ho následovala do sanitního vozu, pokud si přeje absolvovat další vyšetření na specializovaném pracovišti. Mladík se poté postavil a pokračoval s nadávkami, na ty již záchranář už dále nereagoval. Žena se poté sama zvedla a řekla že půjde. To se opilému muži znelíbilo na tolik, že vyzval záchranáře k pěstnímu souboji. Respondent odpověděl, že pokud ihned opilý muž nepřestane, odchází a volá policii. To zapůsobilo až nečekaně dobře. Muž se usadil zpět na lavičku, následovalo opět pár úderů do stolu a během odchodu dále nepromluvil. Po dovyšetření v sanitním voze žena souhlasila s nasazením krčního límce a následným transportem do zdravotnického zařízení

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

K násilí na posádce na místě zásahu přímo nedošlo. Mladík pod vyhrůžkou kontaktování policie svůj čin přehodnotil a spokojil se pouze s fyzickou agresí vůči předmětům v jeho okolí a verbálními urážkami.

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

Pravděpodobně bych udělal totéž, zprvu jsem osazenstvo stolu jako větší hrozbu nevyhodnotil, a tudíž bych na svém postupu nic neměnil. To že si mladík představoval náš zásah jako z akčního filmu, není naší chybou

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

Je mnoho situací, nad jejichž vývojem má zchranář přímý podíl. Avšak jsou i situace, kdy jde pacientovi o napáchání co největších škod, a na místě nelze situaci nijak zvrátit.

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

Zlepšení komunikace

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

Myslím že je to dobrý nápad, určitě by to mohlo pomoci.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Každý člověk je zodpovědný za své jednání, tudíž nošení a případné použití obranných prostředků by mělo být čistě individuální.

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

Jednoho takového kurzu jsem se účastnil, přišlo mi to spíše úsměvné. Jeden kurz nikomu nepomůže a kdo by se chtěl v tomto odvětví vzdělávat, musí investovat svůj volný čas.

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

O tuto problematiku se příliš nezajímám, v terénu nikoho žádný zákon od fyzického napadení neuchrání.

6.7 Rozhovor číslo 7

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Ve zdravotnictví pracuji již sedm let, z toho pět let na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a nyní druhým rokem na záchranné službě.

Popište prosím stručně násilný incident.

Všechno se to odehrálo v jednom nám už dobře známém nonstopu. Někdy tam jezdíme i dvakrát za večer. Bylo asi kolem třetí hodiny večer, v tu dobu už tam zpravidla není nikdo schopen ani pořádně chodit. Podle výzvy se nemělo jednat o rvačku, tudíž tuto noc bez asistence policie. Při vchodu do místnosti na nás hnedka začal jeden povykovat a ukazoval na mladíka s krvavým čelem a rozbitou sklenicí před sebou. Prý usnul a padnul hlavou na stůl, přímo na sklenici. Tohle se ale musí brát s rezervou, člověk se tu doví občas opravdu zajímavé věci. Po představení a oslovení se muž naprosto nereagoval. Po zvednutí hlasu se usadil rovně, začal kolem sebe máchat rukama, nadávat a křičet že s námi nikam nepůjde. V tu chvíli jsme se samozřejmě znelíbili i jeho spolusedícím a snesla se na nás vlna nevole a nadávek. Zjistili jsme, že jedna žena od stolu je jeho přítelkyní. Patrně mu tyto okolnosti dodávali kuráž a v hloučku těchto lidí s námi odmítal jakkoli spolupracovat. Zkusili jsme tedy celkem dobře osvědčenou taktiku. Vyzvali pána aby šel s námi do auta, kde mu ránu ošetříme a když bude chtít, pustíme ho. Po chvíli souhlasil a šel. V autě najednou jakoby úplně otočil, začal z ničeho nic brečet, prosil abychom mu přivedli přítelkyni. Po ošetření tržné rány hlavy jsme svolili a muž s námi i se svou přítelkyní bez dalších problémů odjel k definitivnímu ošetření do nemocnice.

Do jaké míry si myslíte, že by se násilí zabránilo?

Myslím že v tomto případě bylo vše učiněno tak jak mělo být. Myslím si, že eskalaci násilí jsme tak dokázali předejít.

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

Pravděpodobně úplně stejně, tato taktika na jedince posílené alkoholem funguje často velice dobře.

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

Toto nedokážu moc dobře posoudit, každý má na tuto problematiku asi jiný pohled, dle svých osobních zkušeností a úspěšnosti při vyjednávání s takovými pacienty. V drtivé většině situací, kdy již násilí probíhá či přímo hrozí, dokážeme s kolegy agresora nakonec přesvědčit, aby toho nechal, pokud ne, pomůže policie.

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

Asi nějaké obrané prostředky, těžko říct. Je to individuální.

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

Mohlo by to pomoci. Hodně by záleželo jak a kým by byly kurzy vedené.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

V dnešní době a při tomto počtu potencionálně nebezpečných pacientů si myslím, že minimálně kvalitní pepřový sprej byti standardem. Sám u sebe jeden takový nosím.

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

Asi ano, zda by byl přínosný posoudit nedokážu.

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

Nevidím způsob, jak může změna zákona ovlivnit chování lidí v podnapilém stavu, ovlivněné drogami či prostě člověka. Který se rozhodne někomu ublížit.

6.8 Rozhovor číslo 8

Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnictví.

Vystudoval jsem nejdříve obor všeobecná sestra, čtyři roky jsem pracoval v nemocnici, nejdříve na standardním lůžkovém oddělení a později na jednotce intenzivní péče. Po dokončení dálkového studia zdravotnického záchranáře jsem se přesunul na auto, kde tomu letos bude sedm let.

Popište prosím stručně násilný incident.

Incident na který si vzpomínám velice dobře se stal někdy tři roky zpět. Jeli jsme na poraněného fanouška, přímo před fotbalový stadion. Strhla se tam rvačka, když se pravděpodobně nějakým nedopatřením stalo, že tvrdé jádro fandů obou klubů se dostalo k sobě. Na místě zasahovalo několik jednotek těžkooděnců a dalších příslušníků policie. Při našem příjezdu už byly oba tábory oddělené a policie měla našeho pacienta spoutaného stranou od ostatních. Měl několik drobnějších tržných ran na hlavě a jednu poměrně velkou a hlubokou na zápěstí. Poprosil jsem policii, aby mi ho odvedli do auta, oba tábory se chovali jako zvířata, tak jsme s kolegy nechtěli riskovat že nám přistane dlažební kostka na zádech. V autě s námi byly dva policisté, takže pacient dostal důrazně vysvětleno že se má chovat slušně. Rána na zápěstí pořád docela tekla, takže jsem jí ošetřil jako první. Vždycky než jsem začal něco dělat, řekl jsem mu to. Podotýkám že pacient byl i v sanitním voze pořád spoutaný, jelikož se prý mělo jednat o známého rváče. Celou dobu nic neříkal, jen koukal. Dal jsem se do ošetřování hlavy. Po umytí okolí ran peroxidem jsem se dal do krytí a vázání ran. Když už jsem byl skoro na konci obvazu. Rychle se zaklonil a dal mi vší silou hlavou do hrudníku. Nevím co ho to v tu chvíli napadlo, hrudník mě bolel ještě druhý den.

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

V tuhle chvíli asi těžko něco dělat. My se k němu chovali slušně. Ale když je to zákeřný grázl tak nemáte šanci cokoli dělat. Kdo chce opravdu ublížit, tak si tu možnost vždycky najde.

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

Nevím co bych měl udělat jinak. Spoutaný byl. Snad už jen že by ho policie příště držela pod krkem, ale to by hádám úplně neprošlo. Celou dobu předtím v klidu seděl a nic nedělal. Takže asi není nic, co bych mohl v tu chvíli změnit nebo udělat zásadně jinak.

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

To nevím. Není na mě abych soudil práci druhých. Každý sám nejlépe ví, jestli se v dané situaci zachoval správně nebo ne.

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

Obecně je mezi lidmi málo slušnosti, tak to by pro začátek určitě stačilo. Pak už asi pomůžou jedině zbraně, co já vím.

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

Myslím si, že rozhodně nestačí nějaký dvouhodinový seminář. Má to mnohem hlubší základ než jedna přednáška v rámci pracovní smlouvy.

Jaký je Váš názor na vybavení záchranářů obrannými prostředky?

Co vím tak si každý většinou nosí, co uzná za vhodné. Poslední dobou koukám, že ani nošení zbraní, samozřejmě legálně držných, není až tak úplně výjimečné. Při dnešním složení pacientů, kdy se minimálně verbální napadání stalo už jakousi součástí naší práce mají lidi prostě strach, chápu to. Sám nosím teleskopický obušek.

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

Asi ne, je to opět to stejné, jako s kurzem komunikace. To nás prostě nikdo za dvě hodiny nenaučí. Spoléhám na svůj úsudek.

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

Já jsem pro, ale jak to udělat a zda by to pomohlo, to není otázka pro mě.

7 Diskuze

Rozhovory byly vedeny s osmi respondenty, kteří působí ve zdravotnické složce. Jsou to záchranáři s praxí, působící na zdravotnických záchranných službách v rozsahu celé České republiky. Ve výše uvedených kazuistikách jsou popsány události z pohledu tázaných zdravotnických záchranářů. Jednotliví respondenti byli velice ochotní a snažili se mi co nejvíce nastínit problematiku prožitých násilných incidentů. V jednotlivých rozhovorech se zabýváme především tím, zdali je možné konfliktům předcházet nějakou určitou metodou, která by dokázala situaci zklidnit nebo naopak vést tak, aby nedocházelo k eskalaci agrese v násilí. Jednotlivé rozhovory se zabývají i například tím, zdali je možné zdravotníky připravit na agresi v terénu a především na to, jsou-li prostředky, které jsou schopné zdravotníky uchránit před napadením ze strany agresora.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda je možné zabránit eskalaci agrese při setkání s násilným/agresivním pacientem. Jednotliví respondenti odpovídali různě, v závislosti na jednotlivých kazuistikách. Respondent č. 1 se spíše přikláněl k tomu názoru, že násilí lze předejít pokaždé, když je posádka ukázněná a především pokud je správně využita verbální komunikace formou asertivního jednání. Stejně tak to uvádí Pekara (2015). Respondent č.1 zároveň odkazuje na to, že některé situace nejsou předvídatelné zejména pro chování ostatních kolegů. Oproti tomu respondent č. 2 hovořil o tom, že většina případů, kdy dojde na místě události k agresi či napadení zdravotníků, je ovlivněna alkoholem ze strany pacientů. Uváděl proto tedy, že v těchto případech předcházet násilí nelze jelikož opilý člověk vykazuje známky agrese přirozeně a na jakoukoliv odezvu ze strany zdravotníka reaguje opět agresí. Též uváděl problematiku toho, že lidé jsou si až moc dobře vědomi toho, že si na zdravotníky mohou dovolovat jak chtějí, jelikož jim nikdo nemůže prakticky nic. Doporučoval včasné volání hlídek policie. Respondent č. 3 se k této problematice stavěl víceméně negativně. Tvrdil, že v případě jeho agresivního pacienta nezabrala ani hlídka policie na místě události. Zastává názor, že každý člověk je v agresivním jednání individuální, že záleží na tom, zdali se jedná o muže či ženu nebo také na tom, zdali se jedná o mladého nebo postaršího člověka. Uvádá, že každý reaguje na asertivní komunikaci jinak. Naopak uváděl, že se mu osvědčila metoda léčba šokem a vystoupil proti agresivnímu pacientovi zvýšením hlasu a vyjasněním situace. Respondent č. 4 uvedl, že v některých případech nejsou zcela optimální podmínky za asistence policie, která v jeho případě

neměla zcela 100% organizaci na místě události. Respondent č. 5 například na své kazuistice uvedl, že některé případy jsou prostě neovlivnitelné. Tvrdí, že je podstatné taky například to, za jakým účelem je dotyčná osoba agresivní, touto problematikou se zabývá i Burda (2014). Na příkladu respondenta č. 5 bylo krásně vidět to, jak se chová člověk, který se rozhodl sáhnout si na život. Respondent č. 6 naopak uvádí to, že na agresi, se kterou se setkal na místě události postačilo pohrození přivoláním policie. Agrese ze strany pacienta, tak ustoupila. Uvádí tedy, že jsou pacienti, na které zapůsobí už i uniforma policie. Respondent č. 7 například uvedl, že pro snížení rizika eskalace mu stačilo vytrhnout pacienta z místa, kde se cítil nepřemožitelný a silný z otho důvodu, že měl kolem sebe oporu v kolektivu. Tvrdí, že někdy stačí jen to, aby agresor neměl pocit zastání v okolí a necítil se v prostředí příznivců, kteří na konflikt vyloženě jen čekají nepřemožitelný. Poslední respondent č. 8 uvádí nevyspitatelnost určitých jedinců. Tvrdí, že ačkoliv na místě byla policie a omezovací prostředky byly použity, není vždy 100% jistota toho, že jste v bezpečí a především toho, že se Vám nic nemůže stát. **Cíl č. 1 byl tedy splněn.** Výsledek je takový, že eskalaci agrese při setkání s násilným pacientem je z části možné zabránit předvídáním vývoje situace, správnou neverbální a verbální komunikací, za pomoci asertivní a nedirektivní komunikace s pacientem.

Druhým cílem praktické části této bakalářské práce bylo zjistit nejčastější příčiny vzniku agrese ze strany pacienta. I v tomto případě se jednotliví respondenti poměrně shodovali v názoru na problematiku vzniku agrese. Respondent č. 1 v případě opilého pacienta uvedl: *... jsme ho posadili a začali obvazovat ránu. V tom se začal ohánět, křičel ať na něj nesaháme. Nějaký hlouček lidí si toho všimnul a začali nás urážet. Poté ale začal hlouček do nás strkat.* Poukazuje tedy na to, že v tomto případě za vznikem agrese stál alkohol a hlouček dalších opilých lidí, kteří v tu chvíli chtěli začít řešit situaci sami. Poukazuje na to, že má-li pacient za sebou nebojácné zázemí, není ke vzniku agrese daleko. Respondent č. 2 uvedl zajímavý příklad toho, jak jsou lidé uvědomělý, když vytočí číslo 155. Respondent uvedl následující: *...V mém případě šlo o intoxikaci alkoholem. ... Pořád ale na ženu v sanitce pořvávali a situace začala nabývat na hlučnosti. Naposledy jsem muže vyzval o klid a o spolupráci, ale muži si byli až moc vědomi toho, že jim nemůžeme nic a na nic nemáme pravomoce.* Respondent uvedl typický případ toho, jak jsou občani uvědomělý, byť jsou zanedbaného vzhledu, opilý a bez domova. Poukazuje zde na to, že lidi považují záchrannou službu za taxík do nemocnice a záchranáře jako sanitáře, na který si mohou dovolit cokoli. Poukazuje

na to jak je v opětovném případě opilosti důležité mít kolem sebe příslušníky policie. Respondent č. 3 uvedl následující: *... Jakmile se zavřeli dveře sanitky, ambulanti části vozu, požádal jsem muže, aby se vysvlekl abych mu mohl prohlédnout zranění v oblasti torza a změřit mu základní životní funkce. Muž se na mě podíval nemilosrdným pohledem a řekl, že pokud se ho jen dotknu dostanu pěstí, začal si stoupat a vypadalo to že každou chvíli vyrazí proti mě.* Respondent poukazuje na to, že agresor se cítí tak silný, jak bojácně vytupuje posádka ZZS. Hovoří o tom, že ani přítomnost policie neměla vliv na rozvíjející se agresi pacienta. Teprve až zvýšení hlasu respondenta na pacienta vyhocenou situaci uklidnilo. Respondent č. 4 uvádí následující kazuistiku, ve které zmiňuje: *... jel na klasickou hospodskou rvačku. ... Po vyzvání policií, aby muži šli ven, šlo s nimi několik dalších. ... Situace byla vypjatá a z ničeho nic se schýlilo ke rvačce asi 4 mužů z toho 2 byli ti původní.* Respondent zde poukazuje na to, že opilé publikum a obolí v prostředí hospod, značně určuje další průběh situace samotné. Poukazuje na to, že je důležité opilého, ale i střízlivého pacienta vytrhnout z prostředí, ve kterém se cítí nepřemožitelný. Respondent č. 5 zmínil následující incident: *...Můj nedávný incident byl s ženou, ke které jsem jel v půl 5 ráno. Intoxikace léky a alkoholem. Již před sanitkou začaly kolem létat nadávky a žena se projevovala jako kterýkoliv jiný opilý člověk. Jenomže jakmile jsme na ženu sáhli, hned se proti nám ohnala a začla být fyzicky agresivní. Ženu jsme okřikli se a povyhrožovali, že zavoláme policii. Žena si něco zamumlala pod vousy a od té doby po uložení na lehátko už jen poklimbávala.* Respondent poukazuje na to, že ačkoliv se chovali k ženě se vší úctou a respektem, i přes to všechno došlo k násilí ze strany pacienta vůči zdravotníkům. Respondent uvádí to, že v situacích, kdy je stav ovlivněn alkoholem, pacientovo chování nelze předpovídat a v některých situacích fyzickému násilí nelze předejít. Stejného názoru byl i respondent č. 6, který uvádí stejný případ, kdy je situace ovlivněna alkoholem a okolními vlivy, vyvolané opilými diváky. I následující respondent ucedl potyčvku v ranních hodinách jednoho vyhlášeného baru, kde opět figurovala verbální agrese za doprovodu opilých diváků a alkoholu. Uvádí osvědčenou metodu, při které je pacient vytržen z okolního dění, aby neměl pocit zázemí a přílišné dominance na to, aby si mohl na záchranáře dovolovat. Poslední respondent č. 8 za to uvedl naprosto odlišný případ, kdy se jednání pacienta také nedalo předvídat, ale v tomto případě nebyla situace ovlivněna alkoholem. Okolí podmínky byly velmi nepříznivé a pacienta k agresi jen vybízely. Že se ale agrese otočí proti zdravotníkovi bohužel nikdo nečekal.

Cíl č. 2 byl tedy také splněn a ukázalo se, že za velkou částí agresivního jednání ze strany pacientů stojí alkohol a vědomí, že si zdravotničtí záchranáři musí ledačos nechat líbit. Dále také to že agrese více graduje v ranních hodinách, pokud se agresor nachází mezi svými příznivci, než v prostředí kde je nemocný sám (vůz ZZS). Nejčastěji je tomu v hostincích a barech. Pekara (2015) ještě navíc ve své práci uvádí, že projev verbální či neverbální agrese, se projevuje bez ohledu na pohlaví zdravotnického personálu, ale například udává, že jedním z faktorů, které násilí ovlivňuje je to, zda-li je obětí vysokoškolsky či středoškolsky vzdělaná osoba. Tentýž autor, také ve své studii poukazuje na to, že projevy agrese jsou spíše verbálního než fyzického původu (PEKARA, 2015).

Na průzkumnou otázku, zda je možné eskalaci agrese u pacientů předcházet, také většina respondentů odpověděla. Vzhledem k tomu, že většina uvádí nepříznivé podmínky alkoholu a okolních agresi povzbuzujících diváků, lze eskalaci potyček a násilí jen těžko předcházet. Pekara (2015) uvádí, že projevy verbálního či neverbálního agresora se spíše vyskytují u samotné ošetrovatelské péče, nežli u samotného zdravotnictví. Je tedy zapotřebí mít se na pozoru a předvídat situaci jak je to jen možné. Zdravotnický záchranář je pomáhající profese, které z většiny případů, vyžaduje improvizaci a schopnost diplomatického chování. Nelze tedy standardizovat komunikace s jednotlivými pacienty z toho důvodu, že každý případ je ojedinělý a pacient v podnapilém stavu se bude chovat vždy nepředvídatelně.

Touto problematikou se Pekara zabývá již dlouhodobě a uvádí ji hned v několika článcích a výzkumných pracích. Jeho výsledky a výstupy z článků jsou velice podobné výsledkům práce výše uvedené (PEKARA, 2015).

7.1 Doporučení pro praxi

Součástí výstupu bakalářské práce je seznam doporučených bezpečnostních postupů na místě události, kterými by se zdravotníci měli řídit v rámci minimalizace nebezpečí pro výjezdové skupiny.

Tyto doporučení jsou uvedeny ve formě plakátu v příloze č. 3 této bakalářské práce.

Pečlivě monitoruj okolní podmínky při příjezdu na událost.

Dbej zvýšené opatrnosti v prostředí barů a hospod.

**Za předpokladu agrese pacienta dovolej na místo příslušníky
Policie České republiky.**

Dbej na správnou verbální a neverbální komunikaci.

Udržuj si bezpečnou vzdálenost.

Udržuj si volnou únikovou cestu.

**Nenech se vyprovokovat agresorem ke stejnému stylu jednání,
které je vedeno z jeho strany.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma *Komunikace s násilným pacientem v přednemocniční neodkladné péči*, byla rozdělena na dvě části. Část teoretickou a praktickou. V teoretické části byly za užití odborných knižních publikací vymezeny stěžejní pojmy pro danou problematiku a byly shrnuty důležité historické mezníky vývoje komunikace. Dále se práce zabývala již samotnou komunikací a zvládnutím všech jejich nezbytných technik pro výkon povolání zdravotnického záchranáře a komunikace s agresivním až násilným pacientem, které přímo v terénu pomáhají v těchto situacích deeskalovat napětí, či mu aktivně předcházet. Pro potřeby práce byla kapitola komunikace rozdělena na její dvě základní složky a to sice na složku verbální a neverbální.

V teoretické části bakalářské práce jsme měli za úkol *Vytyčit základní informace a problematiku komunikace s pacienty a Zmapovat problematiku komunikace s násilným/agresivním pacientem*. Oba tyto cíle jsou náplní této bakalářské práce.

Kapitola o verbální komunikaci zahrnuje pojem efektivní komunikace a především její dvě stěžejní složky pro výkon tohoto povolání, jimiž jsou asertivní a nedirektivní komunikace. Kapitola o neverbální komunikaci zahrnuje celkový pohled na tuto neméně důležitou složku. Obsahuje a popisuje všechny její důležité části, dává jasná pravidla a doporučení při zásahu u verbálně agresivního až fyzicky násilného pacienta. Zakončena je kapitolou o vybraných neverbálních náznacích, dle gestikulace, očního kontaktu a postoje pacienta, které mohou napomoci k pochopení mentálního rozpoložení a předvídání následných činů pacienta.

Praktická část je založena na hloubkových rozhovorech se zdravotnickými záchranáři, kteří byli v přímém kontaktu s verbálně agresivním či fyzicky násilným pacientem. Rozhovory se soustřeďovaly k deseti předem daným otázkám, na které zdravotničtí záchranáři volně odpovídali. Jejich odpovědi byly zaznamenány a sloužily jako podklad pro následnou diskuzi. Ta na jejich podkladě shrnuje předem stanovené cíle této bakalářské práce. Oba dva cíle praktické části bakalářské práce byly splněny. Cíl č. 1 byl vyhodnocen tak, že eskalaci agrese při setkání s násilným pacientem je z části možné zabránit předvídáním vývoje situace, správnou neverbální a verbální komunikací, za pomoci asertivní a nedirektivní komunikace s pacientem. U cíle č. 2

se ukázalo, že za velkou částí agresivního jednání ze strany pacientů stojí alkohol a vědomí, že si zdravotničtí záchranáři musí ledačes nechat líbit. Dále také to že agrese více graduje v ranních hodinách, pokud se agresor nachází mezi svými příznivci, než v prostředí kde je nemocný sám (vůz ZZS).

Schopnost komunikovat s okolím je nedílnou součástí našeho života. Pro zdravotnické záchranáře je schopnost správně přizpůsobit komunikaci dané situaci stěžejní. Jejím prostřednictvím téměř vždy dokáží, určit, řídit a nasměrovat vývoj i situaci na místě zásahu. Jakožto jeden ze základních nástrojů pro práci zdravotnických záchranářů je ovládání správné verbální i neverbální komunikace v praxi, jedním z nejdůležitějších předpokladů pro činnost těchto složek.

Seznam použité literatury

ALLHOFF, Dieter-W. a Waltraud ALLHOFF, 2008. *Rétorika a komunikace: 14. vydání*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024722832.

ANDRŠOVÁ, Alena, 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024741192.

BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135648.

ČERNÝ, Pavel, 2010. Komunikace v krizových situacích: jak zabránit ohrožení nezúčastněných osob. *Rescue report*, 13(2), 26-28. ISSN 1212-0456.

EVANS, Patricia, 2010. *Jedovatá slova: jak rozpoznat verbální násilí a jak na ně reagovat*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2790-2.

HARSA, Pavel, Dana KERTÉSZOVÁ a Marek MACÁK, 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi*, 13(1), 15-18. ISSN 1213-0508.

HAYESOVÁ, Nicky, 2009. *Základy sociální psychologie*. 5. PRAHA: Portál. ISBN 970-80-7367-639-1.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HERRICK, James, c2013 A. *The history and theory of rhetoric: an introduction*. 5th ed. Boston: Pearson. ISBN 978-0205078585.

HRUBÝ, Adam, 2016. *Verbální a fyzická sebeobrana u zdravotnických záchranářů* [online]. Praha [cit. 2017-02-20]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Dostupné na intranetu školy z: < <https://vswww1/default.aspx>>.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 9788024752037.

KLAPETEK, Milan, 2008. *Komunikace, argumentace, rétorika*. Praha: Grada. ISBN 9788024726526.

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

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MACH, Jan, 2014. Jak reagovat na agresivitu. *Tempus medicorum*, 23(9), 26-29. ISSN 1214-7524.

MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024730073.

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie. 5., přeprac. vyd.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

MUSIL, Josef, 2012. Univerzita Jana Amose Komenského. *Historický vývoj komunikace a informační společnost* [online]. Praha [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://2012.elearning.ujak.cz/mod/book/view.php?id=2358&chapterid=338>

PEASE, Allan a Barbara PEASE, 2011. *Řeč těla*. Vyd. 2. Přeložil Hana ANTONÍNOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-921-7.

PEKARA, Jaroslav, 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky* [online]. České Budějovice [cit. 2017-02-20]. Disertační práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/ltejzu/>>.

PONĚŠICKÝ, Jan, 2010. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 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.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.

SABINE BÄHRER-KOHLER (ED.), 2013. *Burnout for experts prevention in the context of living and working*. New York [etc.]: Springer Verlag. ISBN 9781461443919.

SHAVER, Phillip R. a Mario. MIKULINCER. *Human aggression and violence: causes, manifestations, and consequences*. Washington, DC: American Psychological Association, c2011. Herzliya series on personality and social psychology. ISBN 978-1-4338-0859-3.

SULLY, Philippa a Joan DALLAS, 2010. *Essential communication skills for nursing and midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Mosby/Elsevier. ISBN 9780702044380.

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

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

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

VŠETEČKOVÁ, Renata a Linda BUŘIČOVÁ, 2010. Komunikace s problémovým pacientem v přednemocniční péči a na urgentním příjmu. *Florence*, 6(10), 32-34. ISSN 1801-464X.

Vyhláška č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, (zákon o zdravotních službách) 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s.4730-4798, ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1666-1670, ISSN 1211-1244.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027192380.

ŽANTOVSKÁ, Irena, 2015. *Rétorika a komunikace*. Praha: Dokořán. Bod (Dokořán). ISBN 9788073637125.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Rešerše

Příloha č. 2 – Záznamy rozhovorů

Příloha č. 3 – Doporučení pro praxi



Komunikace s násilným pacientem v přednemocniční neodkladné péči

Klíčová slova:

agrese, násilí, agresivní pacient, násilný pacient, komunikace, verbální komunikace, neverbální komunikace, zdravotnický záchranář, přednemocniční neodkladná péče

Rešerše č. 7/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 43 záznamů (vysokoškolské práce – 6, knihy – 17, články a sborníky – 20)
Časové omezení:	2007-2017
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	VŠ práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	20. 2. 2017

Základní prameny:

katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Jednotná informační brána (www.jib.cz)

Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)

Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)

Online katalog NCO NZO

Příloha č. 2 – Záznamy rozhovorů

ROZHOVOR ČÍSLO 1)

① VOJ → 3 X 25, 2 ZES

② PRAY → MOČNÍ → g / ODPOČINEK,
CIR. HLAVY, EBRIETA
MIN. P. ↑ ZIMA, ⊕ KOLEBA, X KOC.
" KALEJVA RNA "

ONE → AGRESE 0, PÍDIL TITTY,

! - 000 → ZES → PRY → PCR
/ / / → ∅ PROBL.

③ KEDAT SE, X MIN → OK / PCR

④ KEDLEPÍ VEU, HLÍDAT PÍDICE / SUKROV

⑤ ZES → SPATNĚ CHOVÁNÍ

⑥ SLEŠNOST → SE PÍDICI, VID POKŮCKÍ
TEČEK, PEPĚS.

⑦ POUKONAT ZS!; JĀ UB, PENÍZE → AGO

⑧ PROFIT?; POS. JINĚ VĚCI KA PRÁCI

9 "DEJŠHE BOJOVNICI", NEŽE ČIT, → INSTINCT

10 ČAR PAPIRU K MĚSTU, ORAVUOST!

Jak zamezit násilí

Pečlivě monitoruj okolní podmínky při příjezdu na událost.

Dbej zvýšené opatrnosti v prostředí barů a hospod.

**Za předpokladu agrese pacienta dovolej na místo příslušníky
Policie České republiky.**

Dbej na správnou verbální a neverbální komunikaci.

Udržuj si bezpečnou vzdálenost.

Udržuj si volnou únikovou cestu.

**Nenech se vyprovokovat agresorem ke stejnému stylu jednání,
které je vedeno z jeho strany.**

