

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

**ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ A PRIMÁRNÍ  
KONTAKT S NÁSILNÝM PACIENTEM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**VERONIKA VODIČKOVÁ, DiS.**

**Praha 2017**

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

**ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ A PRIMÁRNÍ  
KONTAKT S NÁSILNÝM PACIENTEM**

Bakalářská práce

VERONIKA VODIČKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

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

Praha 2017

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala 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: 28.8.2017

.....  
*Veronika Vodičková, Dis.*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a odborné vedení mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Jitka Němcové, PhD. za pomoc při závěrečných úpravách práce.

## ABSTRAKT

VODIČKOVÁ, Veronika. *Zdravotnický záchranář a primární kontakt s násilným pacientem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.) Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D. Praha 2015. 61 s.

Tématem bakalářské práce je popsat činnost zdravotnického záchranáře a primární kontakt s násilným pacientem. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V první části se zabývá zdravotnickou záchrannou službou, legislativním ukotvením, povinnostmi a výjezdovými skupinami, dále také situacemi, v nichž záchranář poskytovat první pomoc nemusí. Definováno zde jsou agrese, příčiny agrese a násilí. Mapovány jsou také hlavní zdroje násilí včetně popisu právních důsledků mezi pacientem či příbuzným a zdravotnickým záchranářem. Popisuje právní důsledky násilí, prevence násilí a agrese, možnosti deeskalace. Praktická část je zaměřena na zjištění zkušenosti záchranářů s výskytem násilného chování u pacientů a neprofesionálním chováním u zdravotnických záchranářů. Metodou práce byl průzkum, v rámci, kterého byly realizovány rozhovory se zdravotnickými záchranáři. Z tohoto důvodu jsou prováděny rozhovory se zdravotnickými záchranáři, kteří nám potvrdí nebo vyvrátí stanovené průzkumné otázky. Součástí bakalářské práce jsou i doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

Agrese. Deeskalace. Násilný pacient. Primární kontakt. Zdravotnická záchranná služba.

## ABSTRAKT

VODIČKOVÁ, Veronika. *Paramedics and primary contact with a violent patient*. Medical College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara. Prague. 61 pages.

The theme of this thesis is to describe paramedic and primary contact with a violent patient. The work is divided into two parts: theoretical and practical. The first part deals with the emergency services, its rights, responsibilities and the emergency groups, as well as situations in which the rescuer does not have to provide first aid. Defines aggression causes aggression and violence. Mapping is also a major source of violence, including a description of the legal implications between a patient or a relative and a health rescuer. It describes the legal consequences of violence, prevention of violence and aggression, the possibility of de-escalation. Exploratory problem is experienced rescuers with the occurrence of violent behavior among patients and unprofessional behavior by paramedics. The practical part of the thesis deals with its own research. For this reason, the interviews with the paramedics, who will confirm or disprove the hypothesis. Part of the bachelor thesis includes recommendations for practice.

Key words:

Aggression. De-escalation. Violent patient. Primary contact. Emergency Medical Service.

# OBSAH

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA.....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení zdravotnické záchranné služby.....	12
1.2 Výjezdové skupiny .....	12
1.3 Oprávnění a povinnosti členů výjezdových skupin .....	13
<b>2 NÁSILÍ A AGRESE .....</b>	<b>17</b>
2.1 Charakteristika pojmů.....	18
<b>3 PŘÍČINY NÁSILÍ .....</b>	<b>20</b>
3.1 Omamné látky.....	22
3.2 Organická onemocnění .....	25
3.3 Jiné.....	27
3.2 Násilné projevy .....	27
3.3 Chování zdravotnického záchranáře jako impuls k násilí pacientů.....	28
<b>4 NAPADENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE .....</b>	<b>30</b>
4.1 Důsledky napadení zdravotnického záchranáře.....	30
<b>5 PREVENCE NÁSILÍ .....</b>	<b>33</b>
5.1 Možnosti deeskalace .....	34
5.2 Verbální komunikace .....	36
5.3 Nonverbální komunikace .....	36
<b>6 PRAKTICKÁ ČÁST TÉMATU .....</b>	<b>38</b>
6.1 Metodika průzkumu.....	38
6.2 Přepis rozhovorů.....	41
<b>7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>53</b>
7.1 Získané vzdělání a délka praxe zdravotnického záchranáře.....	53
7.2 Násilný incident .....	53
7.3 Možnost zabránění násilnému incidentu.....	54

7.4	Reakce na možnou opakovanou situaci .....	54
7.5	Neprofesionalita zdravotnického záchranáře .....	55
7.6	Minimalizace násilí vůči zdravotnickým záchranářům .....	55
7.7	Verbální napadení pacienta zdravotnickým záchranářem .....	56
7.8	Fyzické napadení pacienta zdravotnickým záchranářem.....	56
7.9	Hlášení násilí pacientů vůči zdravotnickým záchranářům .....	57
7.10	Následné přání po násilném incidentu .....	57
<b>8</b>	<b>DISKUSE.....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>63</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....</b>	<b>62</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>65</b>



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům.....	40
--	----

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je popsat činnost zdravotnického záchranáře a primární kontakt s násilným pacientem.

Cílem bakalářské práce je zmapovat zkušenosti záchranářů s násilnými pacienty. Definovat nejčastější faktory, které vedou k násilí mezi zdravotnickými záchranáři (ZZ) a pacienty. Zjistit nástroje prevence násilí mezi ZZ a pacienty.

Setkáváme se s různými projevy chování, které na nás působí jak v přijatelné (socializované), tak i nepřijatelné (nesocializované) formě. Projevy násilí dělíme na verbální, neverbální, psychické, fyzické, proti lidem, věcem, zvířatům apod. Aktuálnosti moderní doby, technické vyspělosti, jako je například rozvoj informačních komunikačních technologií, vývoj moderních zbraní, výkonných automobilů, jsou v současné době odraženy v projevech násilí. Také násilných pacientů přibývá s narůstající nezaměstnaností a dlouhodobým stresem ze svých starostí. K násilí vedou faktory rušící veškeré zábrany a schopnosti sebekontroly, jsou to v první řadě psychotropní látky, drogy, alkohol a stresové situace. Vysokou náchylností k násilí trpí lidé s duševními poruchami, hlavně v psychiatrických ordinacích, ale i jinde.

V první části se zabývá zdravotnickou záchrannou službou, legislativním ukotvením, povinnostmi a výjezdovými skupinami, dále také situacemi, v nichž záchranář poskytovat první pomoc nemusí. Práce se zabývá také situacemi, kdy záchranář není povinen poskytnout první pomoc. Bakalářská práce definuje násilí, příčiny a prevenci násilí a možnosti deeskalace pacienta. Mapuje hlavní zdroje násilí mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem.

V praktické části se práce zabývá vlastním průzkumem. Z tohoto důvodu jsou prováděny strukturované hloubkové rozhovory se zdravotnickými záchranáři, kteří se vyjádří ke stanoveným průzkumným otázkám.

# 1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

„Postavení a činnosti Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) upravuje zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. Posláním ZZS je poskytování odborné neodkladné přednemocniční péče od okamžiku vyrozumění až po předání postiženého do nemocniční péče. ZZS zahrnuje tyto činnosti:

- Nepřetržitý kvalifikovaný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155, příjem výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému.
- Vyhodnocení stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta.
- Řízení a organizace přednemocniční neodkladné péče na místě události.
- Spolupráce s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče.
- Poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací.
- Vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče.
- Soustavnou zdravotní péči a nepřetržité monitorování pacienta do předání pacienta cílovému zdravotnickému pracovišti.
- Přeprava pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče.
- Přeprava tkání a orgánů k transplantaci.
- Třídění osob postižených na zdraví při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací.

Výjezdové skupiny jsou nepřetržitě a bezprostředně řízeny operačním střediskem které koordinuje jejich činnost v určené oblasti. Výjezdové skupiny se dělí na dvě kategorie podle složení a činnosti:

- Výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, jejichž členem je lékař.

- Výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci, jejichž členy jsou zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání“ (Číková, 2012, s. 13).

## **1.1 Vymezení zdravotnické záchranné služby**

ZZS přijímá volání na národní číslo tísňové linky 155 a přijaté výzvy operačním střediskem (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického nebo pomocného operačního střediska. Určuje stupně neodkladnosti tísňového volání, musí rozhodnout o nejvhodnějším okamžitým způsobu řešení tísňové výzvy, podle konkrétního pacientova zdravotního stavu. ZZS rozhoduje o vyslání výjezdových skupin přímo na místo nehody a také určuje jejich případné přesměrování, řídí a organizuje přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP) na místě události, spolupracuje s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému a s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče. ZZS prostřednictvím sítě elektronických komunikací poskytuje instrukce laikům v případě nezbytného poskytnutí první pomoci ještě před příjezdem zdravotnické záchranné služby na místo události.

Během transportu pacienta na akutní lůžkové oddělení nepřetržitě sleduje ukazatele základních životních funkcí a poskytuje soustavnou zdravotní péči do doby osobního předání pacienta cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče.

Pokud hrozí nebezpečí z prodlení a nelze přepravu zajistit jiným způsobem, pacient se transportuje leteckou záchrannou službou, stejně tak jako přeprava tkání a orgánů připravených k transplantaci, kde hrozí časové prodlení.

Při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných a krizových událostí, třídí záchranná služba osoby postižené na zdraví podle stanovených odborných hledisek urgentní medicíny ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).

## **1.2 Výjezdové skupiny**

Zdravotničtí pracovníci, kteří vykonávají činnost zdravotnické záchranné služby tvoří výjezdovou skupinu, minimálně o dvou členech. Poskytovatel zdravotnické

záchranné služby určuje vedoucího výjezdové skupiny. Výjezdové skupiny se člení podle složení a povahy činnosti a to na – výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, jejich členem je lékař, rychlé zdravotnické pomoci, jejichž členy jsou pracovníci nelékařského zdravotnického povolání. Dělí se podle typu dopravních prostředků (pozemní, letecké, vodní), které se využívají. Letecká záchranná služba má dva piloty, atestovaného lékaře a záchranáře. Vykonává se též činnost v rámci setkávacího systému, kdy operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska vyšle jednu nebo více výjezdových skupin na místo události, a to rychlou lékařskou pomoc a jednu nebo více výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci, které se setkají a pracují společně či samostatně. Na místě mimořádné události, kde došlo k hromadným postižením osob, se stanovují činnosti a označení členů výjezdových skupin podle právního předpisu ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).

V závislosti na povaze závažnosti stavu pacienta a dosažitelnosti nemocničního zdravotnického zařízení se obecně uplatňují dva přístupy:

- „Stay and play“ – prioritou je maximum terapie přímo v místě události, poté se pacient transportuje na akutní lůžkovou jednotku.
- „Load and go“ („scoop and run“) – prioritou je rychlý transport pacienta, na místě události se provádí pouze nejnutnější vyšetření a ošetření. Tento způsob je vhodný zejména pro velké aglomerace a kritické stavy vyžadující další rychlou intervenci, např.
- chirurgická operace (Bydžovský, 2008).

### **1.3 Oprávnění a povinnosti členů výjezdových skupin**

Pokud se podle podaných informací členům výjezdových skupin vyskytuje osoba v určité oblasti, která je v bezprostředním ohrožení života, je zdravotnický záchranář povinen vstoupit do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče.

Členové výjezdových skupin jsou oprávněni požadovat osobní nebo věcnou pomoc, pokud je to bezprostředně nutné k poskytnutí první pomoci, od fyzických osob, které se

zdržují na místě události nebo v jeho blízkosti, ale jen pokud nejsou tyto osoby vystaveny ohrožení života nebo zdraví. Také jsou členové VS oprávněni požadovat od fyzické a právnické osoby informace, které jsou nezbytně nutné k poskytnutí zdravotnické první pomoci. Pokud dojde k prokazatelné škodě u osob, které poskytly osobní nebo věcnou pomoc, odpovídá za škodu poskytovatel zdravotnické záchranné služby, ledaže by ke škodě došlo zaviněním, či jednáním poškozeného ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).

Členové VS jsou povinni do dvou minut splnit pokyn operátora zdravotnického operačního střediska. Přičemž dojezdová doba je stanovena maximálně na 20 min a je pro zdravotnickou záchrannou službu závazná. Tolerují se jen zvláštní okolnosti, například nemožnost přejetí železničního přejezdu pro závory (Bydžovský 2008).

Pokud dojde k zahájení PNP bez tísňové výzvy, je vedoucí výjezdové skupiny povinen bezodkladně nahlásit místo události a čas zahájení operačnímu zdravotnickému středisku nebo pomocnému operačnímu středisku.

O neposkytnutí PNP rozhoduje vedoucí VS v případech pokud:

- jsou bezprostředně ohroženy životy nebo zdraví členů VS, členové VS nejsou dostatečně vycvičení, vyškoleni nebo vybaveni vhodnými technickými či osobními ochrannými prostředky pro provedení PNP (např. slaňování). Pokud tak rozhodne vedoucí VS, je povinen tuto skutečnost neprodleně oznámit zdravotnickému operačnímu středisku nebo pomocnému operačnímu středisku včetně důvodu tohoto rozhodnutí ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).

**Zdravotnický záchranář bez odborného dohledu a bez indikace lékaře:**

- monitoruje a hodnotí vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem,
- zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- zajišťuje periferní žilní vstup, aplikuje krystaloidní roztoky a provádí nitrožilní aplikace roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií,

- provádí orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzuje,
- obsluhuje a udržuje vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídí pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení,
- provádí první ošetření ran, včetně zástavy krvácení,
- zajišťuje nebo provádí bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťuje bezpečnost pacientů během transportu,
- vykonává v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému,
- zajišťuje v případě potřeby péči o tělo zemřelého,
- přejímá, kontroluje a ukládá léčivé přípravky, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,
- provádí neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu,
- přejímá, eviduje a vyhodnocuje tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečuje odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky,
- provádí telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytuje další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu.

#### Zdravotnický záchranář **bez odborného dohledu na základě indikace lékaře:**

- zajišťuje dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádí a udržuje inhalační kyslíkovou terapii, zajišťuje přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečuje o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci,
- podává léčivé přípravky, včetně krevních derivátů,
- asistuje při zahájení aplikace transfúzních přípravků a ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji,
- provádí katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let.
- odebírá biologický materiál na vyšetření,

- asistuje při porodu a provádí první ošetření novorozence,
- zajišťuje intraoseální vstup ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)).



## 2 NÁSILÍ A AGRESE

Je možné určit celou řadu pojetí konceptu násilí a přístupu k jeho vymezení. Určité vodítko při definici násilí nám poskytuje Sociologický slovník, který pojem vysvětluje následovně – Jednorázové jednání, kterým jeden člověk druhému způsobí fyzickou silou nějakou újmu, vliv vykonávaný na jedince v oblasti etiky, která je vymezena právem a spravedlností, ovlivňování lidí se záměrem, aby nemohli rozvinout své potenciaální tělesné a duševní schopnosti. Další z hlavních typologií násilí rozlišuje mezi násilím osobním, institucionálním a strukturálním (Valterová, 2009).

- **Násilí** není diagnostická skupina, je pouze typem chování, které je spojeno s různou psychopatologií. Pojetí násilí je používán pro interakce mezi lidmi (Kučera, 2013). Násilí je definováno Světovou zdravotnickou organizací WHO jako úmyslné použití fyzické moci nebo síly, kterou je vyhrožováno nebo použito proti sobě samému, proti jiné osobě nebo proti skupině či nějaké komunitě. Následkem je zranění, smrt, psychická újma nebo deprivace ([www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)).
- **Agrese** je dána najevo nepřátelským útokem nebo výbojným jednáním vůči danému předmětu či osobě (Kučera, 2013). Lze ji také definovat jako chování, které záměrně působí negativními důsledky na jiné osoby s úmyslem poškodit je, ale prakticky ji lze definovat jako čin nebo situaci záměrný k poškození jiné osoby. Může mít různou podobu, různý původ i psychologické pozadí (Výrost, Slaměník, 2008). Jejím základem je záměrný útok na překážky, lidi či věci stojící v cestě uspokojení svých potřeb. Při zabránění dosažení cíle, nastává stav zklamání a zmaru, důsledkem frustrací agresora. Obecnou útočností, útočné jednání nebo tendenci k hrozbě nazýváme agresivitou. Jedná-li se o fyzickou agresi s vážnými důsledky, hovoříme o násilí, pokud dochází k nepřátelskému postoji k sobě samému či jiným osobám, označuje se toto chování za hostilitu. Je nutné odlišit agresivitu od asertivity, tedy sebeprosazování, sebeprojevení, zakládající se na jasném, stručném a klidném jednání, z důvodu dosažení cílů, nebo v tendenci získat dominanci a kontrolu nad chováním (Kučera, 2013).

- **Agresivita** je komplexní úkaz. Problémem je přemíra agresivity projevující se nevhodně, v nedostatečně socializované nebo destruktivní formě. Agresivita a násilí jsou záležitosti jak jednotlivců, různých společenských skupin, tak i celé společnosti. Společnost se podílí na jejím vzniku a rozvoji řadou faktorů. Za zvláště nepříznivé lze považovat působení médií, ve kterých se zvyšuje kontakt s násilnými jevy. Vágnerová zdůrazňuje splývání reality a symbolických forem těchto předkládaných jevů. Upozorňuje na fakt, že se tyto jevy stávají součástí běžné zkušenosti. Postupně totiž začínají být považovány za normální, tj. za součást sociokulturní normy. To navyšuje míru tolerance společnosti k agresivitě i násilí (Fischer, 2014).

## 2.1 Charakteristika pojmů

Autoři se snaží o přímou formulaci agrese, agresivity. V jistých kritériích dochází k obecné shodě, ale snaha o vymezení agrese dosud neuspěla. Rozdíl mezi pojmy agresivita a agrese lze shrnout do dvou okruhů. Agresivitu lze chápat jako určitou dispozici a tendenci k agresivnímu chování. Člověk, který má vysokou míru agresivity, je často náchylnější k agresivnímu chování. Tendencí agresora je útočné jednání vůči druhé osobě či okolí, kdy jeho důvod bývá často spojován s frustrací. Agrese je považována za přirozenou odpověď, která směřuje k přežití organismu, nebo dosažení stanoveného cíle. Násilné chování je patologická agrese, jejímž záměrem je někoho poškodit. Násilné chování rozdělujeme na predátorní, instrumentální (k násilnému chování dochází záměrně, v podstatě bez emocí) a impulzivní – zpravidla bez hmotného zisku a bez rozmýšlení (Žukov, 2012).

- „**Agresivita** je určitá vlastnost, typ povahy. Je determinována biologicky (geneticky), kognitivně (učení) i psycho-sociálně (emoční oblast a vliv vnějšího prostředí) tento rys je u každého člověka v určité míře přítomen,
- **Agrese** je chápána jako jakýkoliv projev chování, jehož záměrem je někoho cíleně poškodit nebo mu ublížit. Nemusí vždy působit jen negativním projevem v chování, ale může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě zdolávání

překážek k určitému cíli. Agresi považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě. Verbální agresi rozumíme vyhrožování a urážky. Mohou, ale nemusejí být doprovázeny agitovaností“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 147).

- „**Násilí** – síla, která převyšuje něčí sílu, fyzická převaha využívaná k protiprávním činům vůči někomu, protiprávně vnucená nadvláda, panování, protiprávní činy provedené za použití fyzického násilí, znásilnění“ (Wróbel, 2008, s. 90). „Násilné chování je patologická agrese, jejím smyslem je záměrně někoho poškodit. Rozumíme jím fyzicky agresivní chování s jasným úmyslem poškodit jinou osobu, např. bití, kopání, strkání, házení předměty, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím. Tato definice nezahrnuje násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie a plány,
- **Agitovanost** je stav, při kterém dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody,
- **Antisociální chování** je termín, který v angloamerické literatuře charakterizuje komplexní chování sahající od verbální agrese až po násilné chování doprovázené nedostatkem empatie. V angloamerické literatuře není synonymem pro pasivní agresi, jak se s tímto výrazem někdy setkáváme v češtině,
- **Hostilita** je obecně negativní nebo nepřátelský postoj jedince k jinému jedinci nebo k více lidem, nemusí se ale projevovat násilím,
- **Psychopatie** je výraz, který je v České republice používán pro řadu poruch osobnosti, v anglosaské terminologii však představuje specifickou
  - poruchu charakterizovanou povrchním půvabem, impulsivitou, sebezpečením, patologickou lhavostí, manipulováním a nepřítomností empatie (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 147).

## 3 PŘÍČINY NÁSILÍ

### Faktory vyvolávající násilí u pacientů

Příčiny vnitřního neklidu jsou různé. Zdrojem určité podrážděnosti mohou být psychologicky srozumitelné faktory, například problémy v rodině, ve vztazích, přepracovanost aj. Často však neklid vychází z důvodu nemoci či zranění. S násilím bývají často spojeny následující okolnosti:

- alkohol – intoxikace, delirium,
- toxikománie – intoxikace, vyžadování drog,
- osobnostní porucha – explozivní jedinec, asociální jedinec,
- psychóza – paranoidní psychóza, přechodná psychotická porucha, mánie,
- organické stavy – akutní stavy zmatenosti, mozková afekce, epilepsie,
- bolest a frustrace

Nejčastější zdroje konfliktů mezi ZZ a pacienty:

- nesouhlas s hospitalizací, medikací apod.,
- nedostatek informací,
- neoblíbené ošetrovatelské intervence,
- doba příjezdu ZZS na místo,
- akutní stres

Zvýšit napětí pacienta může i obtížná orientace při vstupu do zdravotnického zařízení – nevhodné a nesrozumitelné označení budov a jednotlivých ordinací pro pacienta, nedostatek informací – personál, který se nepředstaví a nemá jmenovky, neinformovanost o postupu ošetřování, neprofesionální chování a přístup personálu k pacientovi – nemístné poznámky, zdravotníci nejsou empatictí, jsou nervózní a ve stresu. Neumožněním kontaktu s blízkými členy rodiny a přáteli, například zákazem telefonování (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

### **Probíhající procesy při násilném chování**

Provokací nazýváme násilné chování, které je podněcováno změnou ve fyzikálním nebo sociálním prostředí člověka. Provokace ihned vzbuzuje nárůst nepříjemného pocitového stavu, negativního afektu, který je spojen s dřívější nepříjemnou zkušeností a s mnohými emocemi, které společně vedou k odezvě „bojuj nebo uteč“. Tento nárůst negativního afektu může vést k ukvapenému násilnému chování a agresi proti dostupnému cíli. Paralelně se aktivují další procesy, se základy s předchozími zkušenostmi jako jsou hostilní myšlenky a vzpomínky, předešlé násilní plány, vztek, zlost, hněv, zuřivost. Po počáteční reakci na provokující podnět navazuje kognitivní uvědomění. „Začíná první vědomé zpracování daného děje, které vede k částečnému pochopení situace (např. „Co se mi to stalo? Urazil mne ten člověk?“), tak své vlastní reakce na ni („Cítím se vzteklý, uražený.“). Po primárním zhodnocení následuje další kognitivní zpracování situace se zapojením paměťových procesů - sekundární zhodnocení. Některé závěry se vztahují k příčině provokace a k úmyslu provokující osoby. V tomto bodě se manifestují všechny hostilní tendence, které má provokovaná osoba k provokujícímu činiteli. Zde může též dojít k přehodnocení dosavadního chápání příčiny a záměru provokace („Opravdu se na něj mám zlobit, když mi ublížil neúmyslně?“).“ (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 383).

V průběhu přehodnocení jsou důležité podněty, ve kterých se člověk zrovna nachází nebo nedávno nacházel. Násilná reakce je častější při silném hluku nebo vyšší teplotě, což způsobuje podobné stresory jako fyzická bolest. Působení násilných podnětů v podobě videoher, filmů, TV, agresivních sportovních událostí a zbraní podporuje hostilní myšlenky a afektivní stavy s násilným chováním. Pokud pacientovi nezabrání utlumující podnět, jako například pocity viny, strach, obavy nebo ohrožení v dané situaci, pak pravděpodobně dojde k násilnému jednání. Utlumení agrese proti provokující osobě může být příčinou přesunutí násilného jednání na jiný cíl. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

„Násilí je interaktivní proces, který má důsledky jako pro oběť, tak pro agresora. Okamžitými důsledky pro oběť je, že chování agresora pravděpodobně slouží jako provokace, která spouští zde popsanou sekvenci, přičemž role agresora a oběti je změna

některých kognitivních schémat, což následně ovlivňuje budoucí hodnocení provokujících událostí.“ (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 383).

### 3.1 Omamné látky

Násilí může vzniknout při zneužívání psychoaktivních látek na principu příznaků vysazení (abstinenční příznaky), na principu akutní intoxikace, také jako následek dlouhodobého zneužívání, kdy je jedinec donucen abstinencí si opatřit další drogy, použitím agresivního chování, například krádeže a loupežná přepadení. Vyskytují se tedy dvě souvislosti mezi drogami, násilím a zločinností. K násilí se lidé uchylují buďto z důvodu působením psychoaktivní látky na organismus nebo za účelem získání prostředků na další drogy. Lidé zneužívají drogy za záměrem změnit svůj stav vědomí, aby dosáhly určitých emočních zážitků, nebo aby změnil styl svého života. Z větší části záleží na typu osoby, zda se agresivita projeví. Asociální chování jako je například delikvence – páchaní trestných činů a násilí, je nejčastěji spojováno se zneužíváním drog, které mají negativní důsledky pro jedince, rodiny a společnost. Nejzávažnější důsledky jsou sice v chudých oblastech, ale i ve vyspělých zemích se jedná o velmi rozsáhlou záležitost. Často duševně choří jedinci užívají drogy. Velmi vážná duševní onemocnění, typu psychóz, se vyskytují méně často, většinou se jedná o méně vážná duševní onemocnění. U lidí s tímto onemocněním je vztah mezi agresivitou a zneužíváním psychoaktivních látek složitější, než u zdravého obyvatelstva. Násilné činy páchají spíše „duševně zdraví“ lidé, duševně nemocní nejsou obvykle agresivní. Přesto zneužití psychoaktivních látek je však u psychicky nemocných osob častější příčinou nebezpečí agresivního chování. Nejnovější průzkumy poukazují na to, že na agresivitu má největší vliv prostředí, kde pacient vyrůstal, defekty chování v dětství a svolnost k užívání léků (Látalová, 2013).

- **Alkohol** - má všestranný vliv na centrální nervovou soustavu a působí v mnoha formách. Symptomy při jeho užívání nebo zneužívání jsou rozdílné, jedná se o akutní požití a zneužívání dlouhodobě, nebo při vzniku závislosti a při rozvíjení závislosti. Nejvíce ve stavu opilosti, (akutní užití alkoholu) nebo v dopadu dlouhodobého zneužívání alkoholu a při závislosti se vyskytuje násilné nebo

agresivní chování. Určitým stavem, kdy se agresivita rozvíjí, je alkoholové delirium. Alkohol na člověka působí činně, povzbuzuje a současně snižuje úzkost. Podobně jako benzodiazepiny mění alkohol chování a vnímání okolí, zkresluje názory. Na začátku alkoholové opilosti nastává u jedince stav spokojeného a sdíleného rozpoložení mysli s pocitem vysokého sebevědomí. V další fázi opojení alkoholem zasahuje funkci nejen kortexu, ale i podkorových systémů a mozečku. Člověk k sobě není kritický a chová se netaktně, počíná si bezohledně vůči okolí a křičí. Jednání je zbrklé, nepromyšlené, opilý nereaguje na domluvu. Posléze nastává únava, spavost, útlum, případně i zvracení (Látalová, 2013).

„Alkohol zvyšuje účinek GABA (kyselina gamaaminomáselná) a naopak snižuje účinek glutamátu na NMDA receptorech v CNS. Dále dochází ke změně v dalších neurotransmiterových systémech zejména serotoninu, noradrenalinu a acetylcholinu. Naváže-li se alkohol na glutamátové receptory v hippocampu, začne ovlivňovat paměť. Jedinec si ztěžka vzpomíná na to, co se stalo poslední dobou. Dokonce může dojít i k výpadkům paměti. Stejně tak se sníží schopnost kontrolovat své chování“ (Látalová, 2013, s. 122).

Alkohol má ničivé účinky na centrální nervovou soustavu, při dlouhodobém užívání ve vysokém množství, proto u jedinců dochází k sociálním a osobnostním změnám, snižují se jejich životní hodnoty, případně může dojít k alkoholové demenci – organické poškození mozku (Látalová, 2013).

- **Opiáty** – opiáty díky sedativním účinkům derivátů kodeinu, např. heroin a morfin, pomáhají snižovat psychické napětí pacienta a tím usměrňují násilné chování. Jestliže dojde ke zneužívání opiátů, vzniká ve velice krátké době psychická i fyzická závislost s těžkými abstinenními příznaky po skončení účinku působení drogy. Pacient s abstinenními příznaky má zvýšenou citlivost, je výbušný a podrážděný. Trpí násilným chováním a agresí vůči sobě i okolí. U žen jsou sklony k sebevraždě vyšší než u mužů. Takový člověk se snaží za každou cenu si opatřit další dávky drogy, což vede k násilným činům a kriminalitě (Látalová, 2013).

- **Halucinogeny** - původ agresivity u halucinogenů při akutní intoxikaci jsou psychotické příznaky, úzkost, zmatenost a neklid. Mezi halucinogeny patří takzvané pravé halucinogeny – harmin, psilocybin, lysergamid, hašiš, atropin, marihuana a skopolamin. A delirogeny – ketamin, fencyklidin, meskalin, ditran. Po použití halucinogenů byly vylíčeny podobné stavy schizofrenie, jako například vleklé toxické psychózy. Halucinogeny byly v historii používány na navození experimentální psychózy, za účelem objasnění původu schizofrenie. Nejprve po užití halucinogenních látek se dostaví nepříjemné tělesné pocity, po 30-45 minutách začínají psychické změny, euforické či depresivní nálady, změny vnímání času a prostoru, halucinace, přeceňování vlastních schopností, agresivita, kritičnost i sebevražedné pokusy (Látalová, 2013).
  
- **Anabolické steroidy** - jsou uměle vytvořené látky, jako například melendronol, danazol, nandrolon, které se podobají testosteronu. Užívají se při úrazech a hojení ran, díky podpůrnému systému bílkovin. Nejčastěji jich zneužívají kulturisté a atleti k zvětšení a zesílení svalů. První informace o agresivním chování, z důvodu zneužívání steroidů, se objevily koncem osmdesátých let minulého století. Charakteristické případy se popisovaly u mladých mužů, kteří nejevili žádné známky agresivního nebo násilného chování, před užíváním anabolických steroidů, ale několik měsíců po zvýšení dávek steroidů se u nich vyvinula nervozita, vztek a bojová nálada. Také byly zaregistrovány trestné činy loupežných přepadeních a vražd. Tyto příznaky postupně vymizely v průběhu několika měsíců po skončení užívání těchto syntetických látek (Látalová, 2013).
  
- **Benzodiazepiny** - Mezi nejvíce předepisované farmaka v České republice patří právě benzodiazepiny a hypnotika. Díky rychlému a razantnímu anxiolitickému účinku mají u lidí svou oblíbenost, jsou však spojeny s rizikem vzniku závislosti, proto se mohou používat jen omezenou dobu, a to na 2 až 6 týdnů. Velmi podobný kvalitativní efekt mají látky diazepam, oxazepam, bromazepam, alprazolam. Vlivem ztráty společenských zábrán může dojít k agresivním projevům při použití benzodiazepinů. Riziko agresivity se spíše než na farmakologickém účinku



benzodiazepinů, odvíjí na osobnostní charakteristice pacienta. V praxi se injekční forma diazepinu užívá k utlumení psychomotorického neklidu. Je také možnost vzniku paradoxní reakce po podání injekčního diazepinu, kdy agresivní chování a neklid naopak vznikne nebo vzroste. Proto se doporučuje u akutně intoxikovaných psychostimulancií k potlačení úzkosti a neklidu aplikovat antipsychotika nebo kombinace benzodiazepinu s antipsychotiky. Příčinou ve většině případů agresivního chování je spíše akutní intoxikace, nebo chronické zneužívání benzodiazepinů než odvykací stav, při kterém jsou jeho příznaky velmi podobné jako u alkoholové závislosti. U pacientů, kteří jsou závislí na vysokých dávkách benzodiazepinů, se projevují poruchy spánku, popudlivost, náladovost, agresivní chování až zmatenost. Častým předepisovaným farmakem v minulosti bylo benzodiazepinové hypnotikum – Flunitrazepam nebo Rohypnol, který se zneužíval při podávání obětem kriminálních činů vmícháním do alkoholického nápoje. Flunitrazepam je bez chuti a dobře rozpustný ve vodě, ve spojení s alkoholem vyvolává zmatenost, ospalost a částečnou ztrátu paměti (Látalová, 2013).

- **Nikotin** - u osob závislých na nikotinu, může vznikat agresivní chování, z příčin abstinčních příznaků. Charakteristickými odvykacími příznaky jsou špatné nálady, obtížná schopnost zvládat stresové a zátěžové situace, pokles nálady, deprese, zlost, neklid, podrážděnost až agresivita, mohou nastat také pocity frustrace, psychomotorický neklid a úzkost. K těmto příznakům dochází, když se jedinec pokouší o abstinenci kouření nebo nemá k cigaretám momentálně přístup (Látalová, 2013).

## 3.2 Organická onemocnění

- **Demence**  
Při demenci je častější agresivita a násilné chování spíše u mužů. Dementní pacienti nezvládnou pochopit důvody ošetrovatelské péče a hygieny, jako je

například přesvědčování kvůli koupání, převlečení oblečení, proto se mohou těmto činnostem bránit, snaží se odstrkováním pečovatelů udržet si osobní prostor (Látalová, 2013).

Klienti také bývají znepokojeni kvůli svému zapomínání a schopnostem. Domnívají se, že se jim ztrácí věci, nebo mu je někdo záměrně schoval, neuvědomí si, že si je uklidil on sám a dochází ke konfliktům. Těžce se smířují se současným onemocněním, které se v budoucnu bude už jen zhoršovat. Velmi je stresují změny a obavy, co s nimi bude dál, a to vše vede k agresivním reakcím (Mlýnková, 2010).

### ➤ **Epilepsie**

Epilepsie během záchvatu a mezi záchvaty může vyvolávat dva typy agresivních reakcí. Prvním typem je iktální či postiktální – během a po záchvatu temporální epilepsie, bývá doprovázena záchvatovou aktivitou na EEG. Stereotypní pohyby vypadají jako reakce na pokusy omezení pacienta. Tento typ útoku klinicky nebo forenzně nepůsobí žádný problém. Podobně jako při agresivitě v běžné populaci je tomu tak u interiktálního typu, který se rozvíjí mezi záchvaty. U Pacientů s epilepsií je míra agresivity 4,2% oproti zdravým lidem 2,5 %. Agresivní projevy u pacientů s epilepsií jsou podobné jako u jejich zdravých sourozenců, což naznačuje, že zvýšená míra násilnosti je ovlivněná spíše geneticky a vlivem faktorů vnějšího prostředí než epilepsií samotnou (Látalová, 2013).

### ➤ **Schizofrenie**

Schizofrenie se vyznačuje vysokým psychomotorickým neklidem. Projevuje se zvýšená aktivita, která někdy přechází až do agresivního chování vůči okolí. Aby byl možný převoz pacienta do psychiatrického zařízení, volí se injekční forma zklidnění (Dušek, Večeřová, Procházková, 2005).

Tuto nemoc může násilné chování a agrese velmi komplikovat. Někteří pacienti přerušением léčby, kdy léky nemohou ovlivnit násilné chování, podporují u své nemoci agresivitu. Proto by měl Lékař či zdravotník podporovat klienta a motivovat ho při užívání farmak (Látalová, 2013).

### 3.3 Jiné

#### Traumatické poškození mozku

Hodnocení důsledků se odvozuje podle lokalizace zranění v CNS. Více agresivní pacienti jsou se zraněním s čelní ventromediální lézí než v jiných částech mozku. Stejně tak mohou vést ke stejnému problému, jako pacienti s úrazy ve frontální části, tak i v jiných místech, například difúzní poškození mozku. Abúzus, nadměrné užívání psychoaktivních látek, výrazně zvyšuje riziko agresivního chování. Také pacienti s poškozením kognitivních funkcí a oslabenou sociální dovedností, kteří utrpěli traumatické poškození mozku, jsou náchylnější ke zneužívání návykových látek. Například měli tyto potíže veteráni, vracející se z ozbrojených konfliktů (Látalová, 2013).

### 3.4 Násilné projevy

Násilné činy jsou páčány v mnoha souvislostech a většinou duševně zdravými lidmi (Látalová, 2013).

Téměř každý den se setkáváme s různými projevy chování, které nás ovlivňují jak v přijatelné (socializované), tak i v nepřijatelné (nesocializované) formě. Projevy agrese dělíme na verbální, neverbální, psychické, fyzické, proti lidem, věcem, zvířatům apod. Současnost moderní doby, technické vyspělosti, jako je například rozvoj informačních komunikačních technologií, vývoj moderních zbraní, výkonných automobilů apod. se odráží v projevech násilí.

Už v dětském věku se vytvářejí agresivní sklony, a to na základě instinktu, dědičnosti, výchovy, učení, získání předchozí zkušenosti a okolního vlivu prostředí. Aby nedocházelo k narušování vztahů mezi lidmi a normami společnosti, musí se agresivita kontrolovat, regulovat a kultivovat sociálně účelnou cestou.

Potíží bývá nadměrná agresivita projevující se nepatřičně, v nedostatečně socializované formě a fyzického násilí. Projev násilí má bio-psycho-sociální kontext. Může být odrazem určitého psychosociálního rozvoje, aktuálního dění, či seskupení osobnostních dispozic. Jde o behaviorální složku, vyjadřující impulzivitu a násilí, jako

řešení problému nebo nesouhlasu s obvykle uznávanými sociálními normami. Přibližně stejné chování, postoje, dispozice a jejich projevy jsou v různé míře zastoupeny u mnoha duševních nemocí a poruch (Žukov, 2012).

### **3.5 Chování zdravotnického záchranáře jako impuls k násilí pacientů**

Nejčastější obětí násilí při poskytování zdravotní péče jsou zdravotničtí záchranáři, protože jsou v primárním kontaktu s pacienty a tráví s nimi nejvíce času oproti jiným profesím ve zdravotnictví. Lidé dostávají informace z mediálních publikací příklady situací, kdy byl zdravotnický personál napaden pacientem. Není vždy vina na straně pacienta, stává se, že neprofesionální zdravotník nedokáže ovládnout své negativní emoce a na pacienta může působit jeho chování provokativně, tudíž u pacientů se sklonem k násilnému chování může jeho reakci vystupňovat. Pacient tedy nemusí být opilý, pod vlivem drogy nebo dlouho čekající na vyšetření. Unavený a vyčerpaný zdravotník má nižší schopnost čelit nepříjemným projevům pacienta a vidí ho jako soupeře, před kterým utíká nebo se s ním dostává do konfliktu. Proto by se měl záchranář vzdělávat v oblasti zvládnání konfliktů a komunikace s pacientem, čerpat z přednášek ve škole, poučit se z praxe a snažit se svou sebekontrolu a uklidnění alespoň předstírat, protože je vždy lepší vydat ze sebe co největší úsilí, aby nevznikal konflikt, než jej následně náročně řešit. (Pekara, 2011).

Nejvyšší nároky na naše profesionální schopnosti jsou kladeny při zacházení s agresivním pacientem, také patří mezi nejnáročnější výzvy v našem povolání. Nejčastějšími důvody vyhledávání lékaře jsou symptomy s doprovodem fyzické bolesti nebo psychického napětí, strachem a obavami o sebe nebo o své blízké. Tyto příznaky u pacientů přispívají k frustraci, která je nejčastějším spouštěčem agresivního chování. Frustrace nejčastěji vyplývá z vlastní neschopnosti dosáhnout cíle, z nejistoty nebo ztráty své pozice, ale i z jednání ostatních. Frustrační teorie byla stanovena už ve třicátých letech dvacátého století, kde byla považována za nezbytnou podmínkou agresivního chování. Projevy agresivity se definují ve čtyřech stupních. Prvním stupněm je agrese ideatorní, nebo-li myšlenková, druhým stupněm je agrese verbální (včetně gestikulací), třetím

stupněm je agrese proti předmětům (kopání do dveří). Posledním stupněm je fyzická agrese vůči lidem, mezi kterou se řadí násilí, například při vyhrožování se zbraní v ruce. (Ptáček, Bartůněk, 2011).

## 4 NAPADENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

„Násilné chování zahrnuje celou škálu projevů. Počíná chladným, ironizujícím či hostilným způsobem komunikace nemocného se zdravotníky. Závažnější jsou projevy násilí vůči věcem, bouchání dveřmi, shazování předmětů, plivání potravy či léků. Nejzávažnější je násilí vůči druhé osobě či sobě samému. Ohrožení jsou spolupacienti, zdravotníci, rodinní příslušníci, návštěvníci“ (Mahrová, Venglářová, 2006, s. 81).

Téměř každý záchranář se za dobu své praxe setkal s agresivním pacientem. Nemusí se vždy jednat o rozrušeného psychopata hroícího nožem či střelbou, ale o neadekvátní výrazy verbálního napadení. V České republice se situace, kdy je záchranář fyzicky napaden, množí. Pro záchranáře je jistě stresující výjezd k agresivnímu pacientovi, kdy na něj může v nejhorším případě dokonce zaútočit fyzicky. Vede k syndromu vyhoření a následkem může být posttraumatická stresová porucha. Nejčastější chyby při styku s agresivním pacientem je například představa, že vše zvládneme sami bez pomoci kolegů, reagování protiútokem, nezbytnost dominovat a zvítězit, domnění, že jsme chytřejší než agresor a nic se nám nemůže stát. Pokud i přes dodržení všech předpokladů a pravidel dojde k napadení zdravotníka, je nutné, aby zdravotník svůj negativní zážitek nepotlačoval, ale poradil se a konzultoval s kolegy nebo psychologem. Řešení stavu je vhodnou prevencí před psychickou újmou a zátěží záchranáře (Andršová, 2012).

### 4.1 Důsledky napadení zdravotnického záchranáře

#### Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Poruchy z této skupiny mají většinou hrozivý ráz, představují smrtelnou hrozbu nebo vážné zranění. Člověk při závažném stresu prožívá bezmoc, strach a hrůzu. Za traumatické životní události se považují zkušenosti jedince, které se nadají zvládnout obvyklými adaptačními a obrannými mechanismy, jako je například:

- pokus o vraždu, přepadení, fyzické napadení,
- traumatická ztráta blízké osoby, příčinou vraždy sebevraždy nebo jiného neštěstí,

- sexuální napadení, zneužívání, znásilnění,
- katastrofy způsobené přírodou nebo člověkem (požáry, zemětřesení),
- genocida, terorismus, válka.

### **Akutní reakce na stres**

Tato porucha u jedince vzniká na bezprostřední výjimečný psychický nebo fyzický stres. Její projevy jsou různé, typicky se objevuje zúžené vědomí, snížená pozornost, dezorientace, neschopnost chápat podněty a špatná orientace v určité situaci. Poruchy může vyústit až do stažení do sebe – disociační fáze, nebo může nastat agitovanost a hyperaktivita. Možné jsou i projevy hněvu a agrese. Vegetativním příznakem je zčervenání, tachykardie, pocení. Panická úzkost může trvat i několik dní, během tohoto stavu, může mít člověk částečnou nebo úplnou amnézii (Vymětal, 2007).

### **Posttraumatická stresová porucha**

Jedná se o opožděnou reakci z hrozivé události, vyvolávající pronikavou tíseň (Vymětal, 2007).

„Charakterizují ji tyto symptomy:

- příznaky znovuprožívání a ožívování traumatu v dotírajících vzpomínkách nebo snech, které jsou prožívány často ve výrazně vizualizované podobě jako vracející se obrazy, doprovázené intenzivním emočním prožitkem.
- Vzpomínky na trauma se opakují v úzkostných snech,
- pocity necitlivosti a emočního otupění, ztráta obvyklých pozitivních emocí a zájmů, pocit odcizení a ztráty smyslu,
  - vyhýbání se situacím a činnostem, které připomínají trauma, ať již jde o přímou připomínku traumatu (například místo) nebo i konverzaci o tématu traumatizující události,
  - vegetativní hyperaktivace, spojená se zvýšenou dráždivostí, úlekovými reakcemi a poruchami spánku.

Kromě těchto příznaků se objevují typické pocity viny, pokoření a studu. Pocit viny bývá častý tehdy, když při neštěstí zahyne blízká osoba. Traumatický proces je výsledkem interakce následujících faktorů:

- stresoru,
- typu osobnosti, způsobu obranných a adaptačních mechanismů a subjektivního významu traumatu pro postiženou osobu,
- emoční a sociální podpory a péče, kterou dostane postižená osoba od rodiny, přátel či profesionálních služeb“ (Vymětal, 2007, s. 75).

Postižené osoby nejsou schopny zvládat emočně trauma, které předcházelo rozvoji poruchy. Mozek je během psychické újmy zahlcen masivním množstvím informací, které není schopen v daný moment vstřebat. Traumatické situace aktivují předtím skryté a nevyřešené emoční konflikty (Vymětal, 2007).

..

..



## 5 PREVENCE NÁSILÍ

Zdravotnický záchranář vyhodnocuje míru možného ohrožení, pokud se vydedukuje, že míra ohrožení je příliš velká, nikdy by neměl ohrozit své zdraví. ZZ nevstupuje do místnosti o samotě, nýbrž s kolegou nebo zavolá na pomoc polici – ta je v případě ohrožení násilným pacientem kontaktována již prostřednictvím dispečinku. Násilí se může projevovat i nečekaně. Míru nebezpečí poznáme podle dlouhých, upřených pohledů přímo do očí. Pacient se chová nervózně, rozrušeně a trpí motorickým neklidem. Někdy drží předměty, které by mohl použít jako zbraně. ZZ sledujte signály celého těla a vyhodnocujte situaci, projevy mohou být verbální i neverbální, například rychlé pohyby, kopání, zaťaté pěsti, mimika, svalstvo obličeje, zrychlující se psychomotorické tempo pacienta. Vždy je důležité mít kolem sebe prostor, který se může využít k útěku a nenechávat se zahrnout do kouta. Taktéž by se agresor neměl nezahánět do stísněného prostoru, mohlo by to na něj vyvolat další agresivní reakci. Ideální je dostatečný prostor, znát prostředí ve kterém se vyskytujete, znalost možných únikových cest a zvolené soukromí s klidným prostředím. ZZ by měl být mezi dveřmi a agresorem. Minimální vzdáleností se považuje na paži před sebe. ZZ se nesmí nechat vydráždit k použití agrese, byť i slovní. V takové situaci by se jednalo o spirálové posilování násilí, kdy se vyvolává u protivníka vyšší agresivita, podporuje se vzestupná tendence dokazování si moci. Předem si rozmyslí, čeho chcete dosáhnout, poté rozmyšleně mluví na agresora se zachováním nadhledu a klidu stručně a srozumitelně, bez emocí. Vyslechne se zájmem agresora a pokusí se na sebe upoutat. Významný je pohled z očí do očí, osoba, která má oči výše se cítí dominantnější. Při přípravě aplikací léků, je důležité, aby na ně agresor viděl a znal jejich indikaci, jestliže má pacient potřebu kouřit, je přínosné mu to dopřát. Každé vyhrožování násilím, by se mělo zdokumentovat, kvůli pozdější právní obraně a informacím pro další členy zdravotnického týmu. Pokud dojde k napadení, je vhodné po výjezdu vyhledat psychologickou pomoc (Andršová, 2012).

Trénování asertivity je specifickým druhem pozitivního nácviku, který usiluje o dosažení dovednosti vyjadřovat přímo, poctivě a s mírou vlastní názory, potřeby a pocity

bez porušování práv ostatních lidí. Usnadňuje navazovat pozitivní sociální kontakt a současně v něm vhodně hájit svá práva a odmítat neoprávněné nároky (Kratochvíl, 2006).

Příčinou násilí může být také zdůraznění své tužby. „Už dál nechci brát tyto léky!“ vztekle křičí pacient a bouchne dveřmi. Přiměřenou odezvou je racionální jednání, vyzvat pacienta k vyjádření, co mu na lécích nejvíce vadí a pokusit se mu empaticky porozumět. „Chápu Vás, pocit na zvracení by mi také velmi vadil, probereme tedy spolu další možnosti“ Při možné eskalaci pacientova jednání mu vyjádříme omluvu s tím, že se odkážeme na konzultaci s nadřízeným a hovor ukončíme. Při nedostatečné deeskalaci je nutné pokračovat v dalších postupech jako jsou například fyzická omezení pacienta, farmakoterapie a nedobrovolná hospitalizace, současně vysvětlujeme a popisujeme význam a účel vykonávaných zásahů („Chceme Vám pomoci pane Nováku, dáme Vám zklidňující lék.“) (Ptáček, Bartůněk, 2011).

## **5.1 Možnosti deeskalace**

Zdravotníci záchranáři zasahují u různých typů pacientů a velmi často v hostilním prostředí. Násilné chování zvyšuje alkohol, drogy, ale i akutní stres. V posledních letech vzrůstá u všech záchranných služeb podíl tzv. psychosociálních intervencí a zdravotníci si musí doplňovat zdatnosti, se kterými se v učebnicích osnovách zaměřených na řešení život ohrožujících případech nepočítalo. K tomu mohou pomoci znalosti technik deeskalace napětí a zvládnání agrese psychologickou cestou. To předpokládá vědomost prostředků neverbální komunikace a její aplikaci v konkrétních situacích. (Ptáček, 2011).

Zdravotnický záchranář by se měl řídit hlavními zásadami pro snížení napětí mezi pacientem, či příbuzným, např. zachování klidu a nereagovat na provokativní jednání, trpělivost při vyslechnutí obtíží pacienta bez impulzivních odpovědí, snažení se o maximální empatii i ve verbální komunikaci (zopakovat pacientovi obtíže a starosti, tím dáváme najevo, že o jeho slovech někdo uvažuje a má zájem mu pomoci), pokud to lze, tak pacientovi vyhovíme, pokud to není možné, musíme mu vysvětlit důvod (Ptáček, 2011). „Psychosociální urgency, kterých v praxi záchranných služeb přibývá, si vynucují i základní znalosti zásad a technik krizové intervence i základní znalosti diagnostiky

příznaků u psychických poruch, neboť ne každé problémové jednání je psychózou. Kromě zvládnutí situace krize, ať již individuální, nebo v rámci postižení celé komunity (povodně, velké dopravní nehody apod.) by záchranáři měli být schopni identifikovat osoby, které budou potřebovat pomoc specialistů – psychologů z krizových centrech či jiných specializovaných odborníků. Záchranáři by tedy měli provádět v rámci zásahů základní psychologický screening.“ (Ptáček, 2011, s. 215).

Prvořadou otázkou při kontaktu s agresivním pacientem je **bezpečí lékaře či zdravotníka**.

- neměli bychom být s pacientem sami bez možnosti zavolat o pomoc, lékař sedí vždy blíže ke dveřím s možností úniku,
- je nutné odstranit nebezpečné předměty z dosahu pacienta,
- bezpečná vzdálenost od pacienta je na délku natažené paže,
- pokud už předem víme, že pacient je agitovaný či dokonce násilný, citlivě upozorníme na převahu např. přítomností dalšího personálu

(Ptáček, Bartůněk, 2011).

„Základními třemi otázkami pro komunikaci k vyřešení konfliktů jsou:

- Má se stresovou reakcí problém pacient, nebo mám problém s jeho chováním já?
- Vidím před sebou stále ještě pacienta, nebo „nespolupracující objekt“?
- Co mi pacient svou agresí nebo násilným chováním sděluje? „

Pokud pacient nebo jeho příbuzný, či známý začne na zdravotníka křičet, ponižovat ho, nadávat mu, tím se mohou negativní emoce vystupňovat i u zdravotnických záchranářů, stačí pak málo, aby se pacient stal pro zdravotníka někým nebo něčím, co mu škodí a musí se před ním bránit (Pekara, 2011).

## 5.2 Verbální komunikace

**Verbální komunikace**, ve smyslu obrany zdravotnického záchranáře a prevence eskalace pacienta, by měla být srozumitelná, klidná a jasná, bez odborných termínů. Při existenci komunikační bariéry je třeba sdělovat zřetelně formulovaná vyjádření. Je potřeba udržovat hovor v co největší rovině, a pokud jsme vystaveni verbálním útokům, nereagovat. Ve všech situacích je třeba se soustředit na problém a jednat jako ten, kdo je problém schopen vyřešit (Ptáček, 2011).

„Je vhodné znát i zásady vedení rozhovoru a základy empatické komunikace při krizové intervenci:

- zrcadlení – ozvěna, jejímž účelem je sdílení, pojmenování pocitů a ujištění o pochopení,
- rekapitulace – shrnutí, důkaz, že nasloucháme,
- parafráze - jakési převyprávění jinými slovy, dává zpětnou vazbu,
- kotvení – upevňování některých odpovědí a reakcí, posiluje
  - jistotu,
- zhodnocující informace“ (Ptáček, 2011, s. 215).

Často při pocitu ponížení, bezmocnosti a úzkosti reaguje pacient agresivním chováním. Základem vyjednávání je změna konfliktu na diskusi, proto je nutné se vyhnout ultimátům a výhrůžkám. Pacientovi musíme prokázat svou ochotu a schopnost pomoci. Měl by se pacientovi nabídnout určitý přehled nad situací a vlastní volbu ve výběru jak behaviorálních, tak farmakologických možností (Ptáček, 2011).

## 5.3 Nonverbální komunikace

**Nonverbální komunikace zahrnuje** *mimiku* (pohyby obličeje a výraz), *gestiku* (pohyby rukou), *haptiku* (dotyky – zde je nutné mít velmi vyvinutý cit pro uměřenost, aby nebyl dotyk vnímán pacientem nebo příbuzným negativně či dotěrně) a *proxemiku* (přiblížení a oddálení. Zejména uvědomění existence intimní zóny, jejíž překročení je

podvědomě pocíťováno velmi nepříjemně., by mělo patřit do vědomostní výbavy všech zdravotníků, neboť ji porušují při provádění různých vyšetřovacích a ošetrovacích úkonů. V prostředí sanitního vozu je intimní zóna pacienta porušena prakticky během každého transportu, je tedy vhodné informovat o všech úkonech, které bude tým provádět.

Další vhodné techniky u nonverbální komunikace je nekonfliktní postoj těla, ideálně ve stejné rovině s pacientem. Napětí se zmírní, pokud se záchranář posadí k sedícímu pacientovi. Důležité je, aby záchranář kontroloval i svá vlastní gesta, mohl by vysílat agresivní signály, které by byly provokující pro násilného pacienta. Při nesouladu verbálních a neverbálních gest si pacient podvědomě vyhodnotí rozpornou komunikaci a velmi ho to znejistí. Za bezpečnou délku se považuje natažená paže (Ptáček, 2011).

## 6 PRAKTICKÁ ČÁST TÉMATU

Tato část bakalářské práce se zabývá vyhodnocením dat získaných průzkumem, který proběhl formou hloubkových rozhovorů mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby.

**Téma:** Zdravotnický záchranář a primární kontakt s násilným pacientem

**Průzkumný problém:** Zkušenost záchranářů s výskytem násilného chování u pacientů.

### Cíle průzkumu

**Cíl č. 1:** Zmapovat zkušenosti záchranářů s násilnými pacienty.

**Cíl č. 2:** Definovat nejčastější faktory, které vedou k násilí mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty.

**Cíl č. 3:** Zjistit nástroje prevence násilí mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty.

### Průzkumné otázky

**Průzkumná otázka č. 1:** Jaké zkušenosti mají zdravotničtí záchranáři s násilnými pacienty?

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaké jsou nejčastější faktory, které vedou k násilí mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty?

**Průzkumná otázka č. 3:** Vědí zdravotničtí záchranáři, jaké jsou nástroje prevence násilí mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty?

### 6.1 Metodika průzkumu

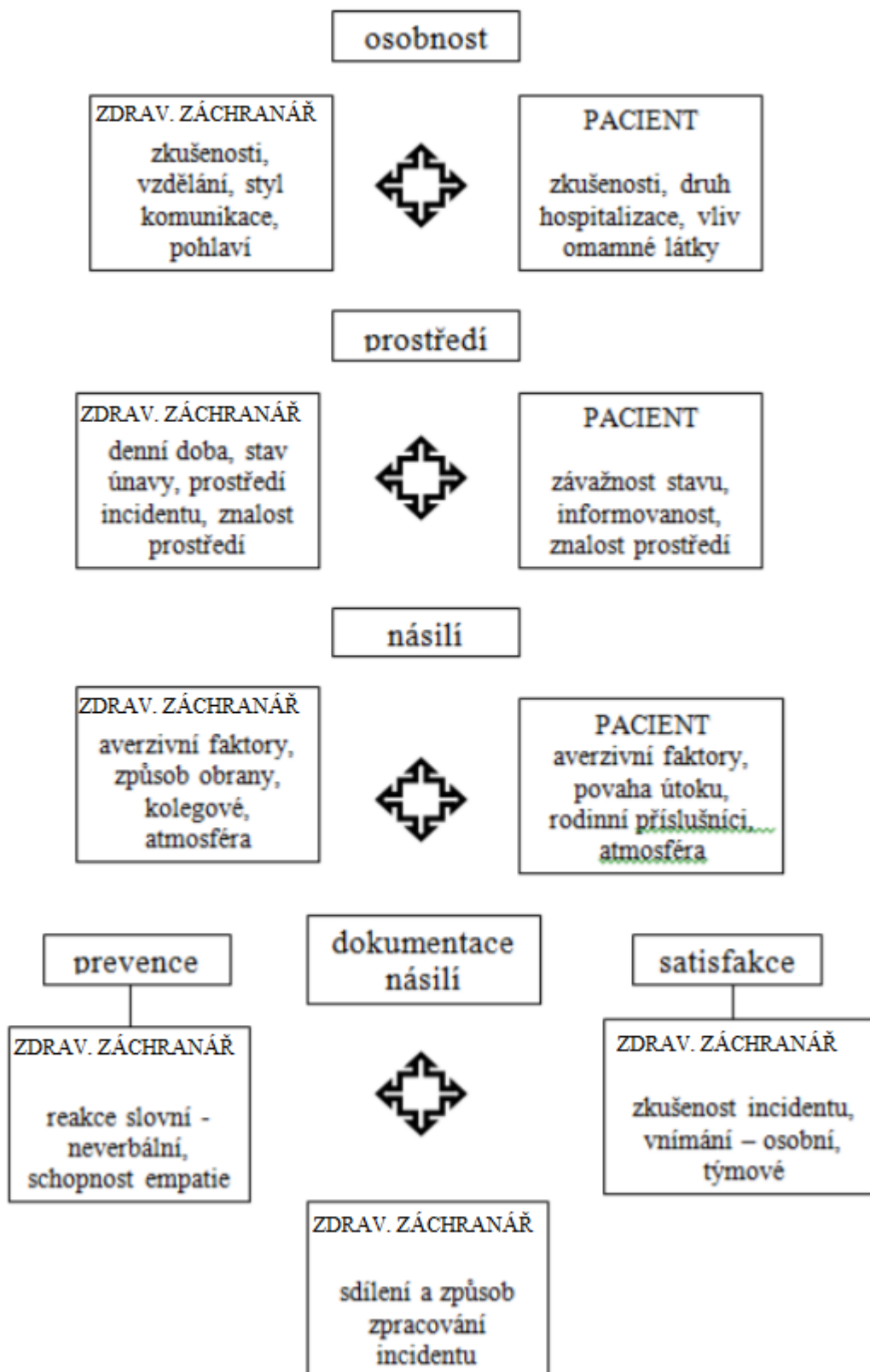
Průzkumná metoda bude tvořena kvalitativním výzkumem formou strukturovaných hloubkových rozhovorů se zdravotnickými záchranáři, kteří nám potvrdí nebo vyvrátí stanovené průzkumné otázky. Hloubkový rozhovor zachycuje odpovědi zdravotnických záchranářů v přirozené podobě, což je hlavní princip kvalitativního výzkumu a umožňuje

získat autentický náhled na události a jejich jednání, což kvantitativní výzkum neumožňuje (PEKARA, 2015).

### **Kritéria hloubkového rozhovoru**

Podstatou kvalitativního zkoumání je šest hloubkových rozhovorů se zdravotnickými záchranáři formou deseti strukturovaných otázek. Rozhovory byly pořizovány během zimy roku 2014. Respondenti se navzájem neznají, byli vybráni z několika Záchraných zdravotnických služeb v Příbrami, Sokolově, Karlových Varech, Praze a Písku. Místo a čas rozhovoru si volili respondenti sami. Tazatelka nevyužívala na přání respondentů nahrávání rozhovorů, proto byly pro jednotlivé průzkumy pořizovány poznámky. Před strukturovanými otázkami byl rozhovor zahájen úvodem a seznámením s tématem a cílem průzkumu. Následovala „rozehřívací“ fáze, při které se vytvořil vztah mezi tazatelem a respondentem. Poté se navázalo na hlavní část rozhovoru, podle předem dané osnovy. Při konečné fázi rozhovoru měl respondent možnost dotázní případně dovysvětlení nejasností. Následovalo postupné odcházení od tématu směřující ke konci rozhovoru, přičemž se pro odlehčení situace přešlo do neformální roviny, která byla ukončena poděkováním a rozloučením. Všichni respondenti byli upozorněni, že se jedná o anonymní rozhovor a dotyčný nebude jmenován. Záznam rozhovoru byl následně přepisován v programu Microsoft Word 2007. Kritérium pro rozhovor bylo stanoveno nejméně 30 minut (průměrná doba rozhovorů byla 45 minut). V závěru proběhla úprava slovosledu a slangového nářečí, pro lepší porozumění, při čemž některé slovní prvky byly neupraveny pro výraznější osobitost daného děje. Při přepisování rozhovoru jsme označili respondenty číslem (1–6). (Pekara, 2015).

## Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům



Obrázek číslo 1 – Kódovací schéma

Zdroj: Pekara, 2015, str. 70



Kódovací schéma k hloubkovým rozhovorům, podle Pekary (2015), představuje okolnosti geneze, procesu a výstupu násilného incidentu. Kódovací znak, dále jen KZ, pro osobnost (ZZ) zohledňuje faktory, jako jsou zkušenosti, vzdělání, styl komunikace a pohlaví. KZ pro osobnost (pacient) klade důraz na vliv omamných látek, druh hospitalizace a zkušenosti s předešlou zdravotnickou péčí. KZ pro prostředí (ZZ) zobrazuje dobu směny, stav únavy, prostředí incidentu a znalost prostředí. KZ pro prostředí (pacient) udává závažnost stavu, informovanost a znalost prostředí. KZ pro násilí (ZZ) popisuje averzní faktory, způsoby obrany, přístup kolegů a atmosféru pracoviště. KZ pro násilí (pacient) udává averzní faktory, druh útoku, reakce rodinných příslušníků a atmosféru dané situace. Následně se řeší nástroje prevence násilného incidentu, dokumentace násilí a satisfakce. KZ prevence pomáhá sestře k uvědomění si vhodné verbální a neverbální reakce, schopnosti empatie. KZ dokumentace eviduje a sdílí zpracování násilného incidentu. KZ satisfakce je důležitým zlomem, kdy se díky zkušenostem ovlivňují reakce pro každý násilný incident.

## **6.2 Přepis rozhovorů**

### **Záchranář č. 1**

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Studoval jsem diplomovaného zdravotnického záchranáře na vyšší odborné škole zdravotnické v Praze. Nyní pracuji už třetím rokem u Zdravotnické záchranné služby.

***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Měl jsem výjezd v pátek večer, asi kolem jedenácté, k mladistvé dívce ze sociálně slabší rodiny, abusus alkoholu a pervitinu. Výjezd byl v součinnosti s Policií České republiky, která tu dívku našla na ulici. Dívka prý byla v bezvědomí, po našem příjezdu už komunikovala a pokřikovala vulgarismy na posádky zdravotnické záchranné služby i Policii ČR a odmítala spolupracovat. Stále jsme ji nepřesvědčili ke spolupráci, proto policie byla nucena použít donucovacích prostředků k přesunu pacientky do sanitního vozu, ve kterém pacifikování stále pokračovalo. Pacientku jsme připoutali na lehátko

zádržným systémem, pěti-bodovými pásy, dokud se nedohodneme na spolupráci. Při měření fyziologických funkcí byla stále připoutaná a už se zdála klidnější, ale při orientačním neurologickém vyšetření najednou vymrštila pravou nohu a kopl kolegu do hlavy. Najednou byla v sanitním voze na nohou a začala mě kopat do břicha, velmi mě udivilo, jak si dokázala rychle rozepnout pásy. Hned na to ji Policie ČR musela znovu zpacifikovat donucovacími prostředky.

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

Podle mého názoru se tomuto konfliktu nedalo nijak zabránit, k pacientce naše posádka i Policie České republiky přistupovali profesionálně a bez předsudků, vše jsme jí vysvětlili, poučili jsme jí v co její chování může vyústit. Bohužel alkohol a drogy na to neslyší.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Budu reagovat úplně stejně, nejedu na výjezd s tím, že se budu prát, ale že budu pomáhat. Proto znovu budu postupovat profesionálně, jako u každého jiného pacienta. Ať je agresivní nebo ne.

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

Je pravda, že někdy si právě skrze předsudky zdravotníci za napadení mohou sami, ale někdy je konflikt nevyhnutelný, protože se pacient prostě prát chce a už s tímto úmyslem volá na tísňovou linku. Zdravotníci jsou tak snadno dostupný cíl, na který si svou zlost mohou vybit. Je to smutné, ale pravdivé.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Myslím si, že není hybná síla, která by napadání zdravotníků změnila, statut veřejného činitele je hloupost, neboť v zákoně je napadání zdravotníků ošetřeno zpřísněnou trestní sazbou pro pachatele i bez statutu veřejného činitele a ve finále k napadání stále dochází. Osobní obranné prostředky jsou zase dvousečnou zbraní, kurz sebeobrany také, ale i ten největší mistr bojového umění, který s napadením nepočítá

a dostane první ránu v momentu překvapení, půjde k zemi stejně jako zdravotník sebeobranou nepolíbený.

***V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Nestalo se mi to, a co k tomu vede druhé, netuším. Jen by se nad sebou tito záchranáři měli zamyslet, neboť profese zdravotníka je profesí pomáhající, a naše práce je pomáhat, být tu pro pacienta a samozřejmě dodržovat nějaký profesionální a etický kodex. Máme pomáhat, ne na pacienta křičet nebo ho nedej bože mlátit. Takoví by spíš měli přemýšlet o změně povolání.

***V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Toto už jsem vlastně vysvětlil v předchozí otázce, nikdy se mi to nestalo.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Napadení se hlásí, pokud je v přítomnosti Policie České republiky, pak je to automatické.

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

Aby dlouho po něm k žádnému napadení nedošlo.

**Záchranář č. 2**

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Vystudoval jsem diplomovaného zdravotnického záchranáře, a nyní pracuji třetím rokem na záchranné službě jako zdravotnický záchranář.

***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Bylo to o jedné noční službě, jezdil jsem v režimu rychlé lékařské pomoci. Přišla nám výzva kolem 22. hodiny. Obsah výzvy byl agresivní pacient, podnapilý. Záchranou službu mu zavolal spolubydlící, protože prý omdlel, pak se probрал a choval se agresivně. Při příjezdu byla na místě policie, která již s dotyčným komunikuje. Agresor je v podnapilém stavu, policistům nadává do šašků, udává „Jsem bejvalej boxer, já vám ukážu, nikam nepojedu!“ S agresorem nebyla žádná domluva, nechal si od nás aspoň vyšetřit fyziologické funkce, ale do nemocnice nepojede. V podnapilém stavu se pacient na místě nechat nemůže, tak policie volala zásahovku. Přijeli čtyři plně ozbrojení muži ze zásahové jednotky. Řekli nám abychom připravili nosítka ven. A čekali jsme, ozvali se rány, chvílku řev a pak vynášejí muže v horizontální poloze s rukama spoutanýma aretační páskou. Agresora položili na břicho na nosítka, měl tržnou ránu na čele, kterou jsme v sanitě ošetřili. Muž se pořád vzpouzel, takže za doprovodu policie jsme muže transportovali na urgentní příjem na pozorování.

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

Nevím, jestli by se zde dalo něčemu zabránit, muž byl vulgární na policisty, odmítal transport a byl podnapilý.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Reakce by byla asi stejná, policie vše zařídí podle svého, když jde o takového agresora, mají své postupy.

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

V nějakých situacích si za to pracovníci mohou sami, a to když zbytečně agresora dráždí různými komentáři.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Možná by pomohla nějaká trestná odpovědnost či trestné stíhání vůči těmto agresorům.

***V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Asi v každé situaci, kdy se pacient chová neadekvátně k posádce, která mu přijede pomoci, ale nikdy jsem to neudělal. Z profesionální hlediska si to nemohu dovolit.

***V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

V jistých situacích má člověk chuť toho dotyčného proplesknout, ale z pracovního postu to není možné. Jako třeba u situace, kdy jsou nadměru podnapilý spoluobčané s vulgárním komentářem.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Povinnost je, když mě fyzicky napadne, asi by to bylo jako pracovní úraz, nebo mohu podat trestní oznámení při zdravotních potížích způsobené fyzickým napadením.

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

Zbytek klidné služby, nebo alespoň pár slušných lidí při výjezdu záchranné služby.

### **Záchranář č. 3**

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Studovala jsem na střední zdravotnické škole v Písku a poté na Vyšší odborné škole zdravotnické, obor zdravotnický záchranář, v Příbrami. Praxi ve zdravotnictví mám 7 let.

***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Opilý agresivní pacient se schizofrenií nám při ošetřování nadával, poté to přešlo až do fyzického napadení.

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

Myslím si, že se tomu asi nedalo nijak zabránit, tohle jsou celkem nevyzpytatelné situace.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Nejspíš jako minule, budu pravděpodobně zaražená, člověka to vždy do jisté míry překvapí.

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

Záleží na povaze těch zdravotníků, pokud jsou neprofesionální, chování se k pacientům arogantně a jsou neschopný, tak si za to sami můžou rozhodně hodně.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Myslím si, že nepomůže asi nic.

***V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Chuť vynadat pacientovi mám, pokud nedělá to, co mu už po několikáté vysvětluji, že dělat má.

***V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Nikdy jsem neměla chuť uhodit pacienta, k tomuto nemůže vést nic, vždy musím jednat profesionálně.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Musí se sepsat mimořádná událost.

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

Každopádně trest pro pacienta, násilníka, který by odpovídal míře poškození vybavení a psychické nebo fyzické újmě záchranáře.

**Záchranář č. 4**

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Studoval jsem na vyšší odborné škole zdravotnické, 5. května, v Praze. Mám 5 let praxe jako záchranář.

***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Dostali jsme výzvu, že muž v nočním je ve stavu po křečích. Po příjezdu na místo události jsme pacienta nenašli a ani tam žádný pacient nebyl. Parta kamarádů cítila nenávisť vůči záchranné službě a chtěli se pomstít. Došlo naštěstí pouze k verbálnímu napadení a k pár strkancům. Nereagovali jsme na jejich provokaci a místo události jsme opustili. V této době případ řeší Policie České republiky

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

V tomto popsaném výjezdů si myslím, že zabránit agresivnímu jednání z důvodu zneužití tísňové linky a plánovanému napadení posádky, nijak nešlo.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Vždy se snažím vystupovat profesionálně a nevytvářet pacientům příležitost k vyvolání konfliktů.

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

Setkávám se s provokatéry z řad zdravotníků vyvolávající konflikty, v tom případě si za to můžou sami na sto procent.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Myslím, že při vykonávání zdravotnického záchranáře by rozhodně pomohl status veřejného činitele.

***V jaké situaci jste měl chut' pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Chut' vynadat jsem měl opilé matce, která měla v krvi 2,7 promile alkoholu a kojila deset dní staré dítě.

***V jaké situaci jste měl chut' pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Chut' uhodit pacienta jsem nikdy neměl, pouze ho zpacifikovat při napadení mé osoby nebo jiného člena výjezdu za použití fyzické síly, to ano.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Sepsání mimořádné události.

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

Nejvíc bych si přál se vrátit ve zdraví domů a samozřejmě, aby Policie České republiky případ prošetřila a vyměřila násilníkovi přiměřený trest. Vrátit se domů ve zdraví a samozřejmě prošetření PČR.

***Záchranář č. 5***

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Studoval jsem na střední zdravotnické škole a poté na vyšší odborné škole zdravotnické. Praxi na záchrance mám 26 měsíců.



***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Při noční službě jsme dostali výzvu, že je pacient v bezvědomí. Po příjezdu na místo události byl pacient už při vědomí, velmi malátný, bylo jasné, že je pod vlivem alkoholu i drog. Odmítal se nechat jakkoliv vyšetřit, byl agresivní a verbálně nás napadal, že jsme stejně neschopní a začal strkat do řidiče. Na místo byla povolána Policie České republiky, která pacienta zpacifikovala.

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

Myslím, že se tomu zabránit moc nedalo, protože byl pod vlivem drog a trpěl psychickou labilitou.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Rozhodně pohotověji, budu se snažit připravit okolí na danou situaci, jak kolegy, tak i místo ošetření. Tím myslím odstranit například volně dosažitelné předměty, které by mohl agresor použít jako zbraň.

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

Už jsem se setkal se zdravotníky, kteří byli na pacienty arogantní, lehce podráždění, měli bojový tón hlasu, chovali se netaktně a nevhodně, špatně kladli otázky a nevhodně odpovídali pacientům, odsekávali a zesměšňovali je. Takoví ti zdravotníci, co mají syndrom vyhoření a nezvládají už své povolání.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Určitě by pomohlo lepší a profesionálnější komunikování zdravotníků s pacienty, měli by se zlepšit v asertivním jednání nebo mít alespoň nějaký neutrální přístup. Také si myslím, že by tuto situaci pomohl zlepšit statut úřední osoby minimálně v rozsahu zdravotnické záchranné služby a emergency, kde je výskyt konfliktu nejčastější.

***V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Nevynadat, spíš důrazněji vysvětlit, jak funguje zdravotnická záchranná služba a nemocnice. Nebo když pacient zneužije zdravotnické záchranné služby, když to není nezbytně nutné nebo hůř, jen pro svoji zábavu, dále také když neuposlechne moje pokyny nebo doporučení a je drzý až sprostý vůči okolí a personálu.

***V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Když se po mně ohnal pacient nebo mě slovně uráží, pokud mne napadne, snažím se použít obraných chvatů, ale je to jen chuť uhodit pacienta, ještě nikdy jsem to neudělal. Ostatní zdravotníci k tomu určitě vede úplně to samé.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Hlášení násilí vůči naší osobě je vždy povinné a bez menšího prodlení.

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

Přál bych si, aby jeho čin byl adekvátně potrestán.

## **Záchranař č. 6**

***Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.***

Studovala jsem na vyšší odborné škole zdravotnické a poté na vysoké škole zdravotnické. Praxi ve zdravotnictví mám 9 let.

***Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)***

Bylo to o noční službě, kdy jsme přijali výzvu dušnosti u mladé dívky, na místo události přijela i Policie České republiky, protože pacienta byla agresivní i na přítomné rodiče v bytě, byl přítomen i psycholog. Pacientka byla agresivní a sprostá, kopala do

rodičů, po nás začala házet lampičky, tužky, kufry, vše, co se jí dostalo pod ruku. Policie ji musela spoutat a poté jme ji odvezli do Bohnic.

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

Všichni se snažili být maximálně profesionální, i přesto se nám nedařilo pacientku uklidnit. Nevím, jestli se tomu dalo nějak zabránit, myslím že ne.

***Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?***

Reagovala bych podobně, snažím se vždy zamezit konfliktu, ale byla bych nejspíš pohotovější.

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

Pokud se chovají provokativně nebo povýšeně, dávají až příliš na sobě znát únavu nebo nezájem o pacienta, tak si mohou za násilí jediné sami.

***Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?***

Pomohla by větší informovanost veřejnosti o zdravotnické záchranné službě a jejich úkonech. Také se hodně řeší statut veřejného činitele, ale myslím, že tuto obtížnost by nevyřešil, protože když jsou lidi pod vlivem alkoholu, drog nebo mají psychickou poruchu, tak jim je stejně jedno koho napadnou, neuvědomují si to.

***V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Mívám chuť vynadat pacientům, které několikrát poučím, a stejně si dělají věci po svém.

***V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?***

Nikdy, to je v profesi zdravotnického záchranáře nepřijatelné.

***Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?***

Sepsání mimořádné události.

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

Vyměřený trest pro pacienta, a aby se dlouho nic podobného nestalo.

## 7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V této části bakalářské práce jsou vyhodnoceny odpovědi zdravotnických záchranářů na průzkumný problém se zkušeností záchranářů s výskytem násilného chování u pacientů a neprofesionálním chováním u zdravotnických záchranářů. V následujících podkapitolách jsou vypsány společné i odlišné odpovědi, které se u zdravotnických záchranářů v rozhovorech objevily.

### 7.1 Získané vzdělání a délka praxe zdravotnického záchranáře

Všichni dotazovaní zdravotničtí záchranáři vystudovali vyšší odbornou školu zdravotnickou, záchranářka č. 6 vystudovala vysokou školu zdravotnickou. Dobu praxe ve zdravotnictví mají všichni rozdílnou, pohybuje se od 26 měsíců do 9 let.

### 7.2 Násilný incident

Všichni zdravotničtí záchranáři uvádí o násilném incidentu, že násilníkem byl pacient pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek. V jednom případě, jak sdělila zdravotnická záchranářka č. 3, měl pacient i psychickou poruchu - schizofrenii. Jako nejčastější dobu výjezdu k násilnému pacientovi uvedli zdravotničtí záchranáři noční službu, kdy přijížděli ke dvěma agresivním mladým dívkám, a v ostatních čtyřech případech byli násilníky muži, z toho v pěti případech musela zasáhnout Policie České republiky a pacienta zpacifikovala donucovacími prostředky, jak to například uvádí zdravotnický záchranář č. 1: *„Stále jsme ji nepřesvědčili ke spolupráci, proto policie byla nucena použít donucovacích prostředků k přesunu pacientky do sanitního vozu, ve kterém pacifikování stále pokračovalo. Pacientku jsme připoutali na lehátko zádržným systémem, pěti-bodovými pásy, dokud se nedohodneme na spolupráci.“* a zdravotnický záchranář č. 2: *„V podnapilém stavu se pacient na místě nechat nemůže, tak policie volala zásahovku. Přijeli čtyři plně ozbrojení muži ze zásahové jednotky. Řekli nám abychom připravili nosítka ven. A čekali jsme, ozvali se rány, chvílku řev a pak vynášejí muže v horizontální poloze s rukama spoutanými aretační páskou. Agresora položili na břicho na nosítka, měl tržnou ránu na čele, kterou jsme v sanitě ošetřili. Muž se pořád vzpouzel,*

*takže za doprovodu policie jsme muže transportovali na urgentní příjem na pozorování.“* Všichni dotazovaní záchranáři uvedli, že se při výjezdu zdravotnické záchranné služby setkali s verbálním i fyzickým napadením.

### **7.3 Možnost zabránění násilnému incidentu**

Žádný z dotazovaných zdravotnických záchranářů si nemyslí, že by se danému incidentu dalo nějak zabránit, protože uvedli, že se všichni zachovali profesionálně, nesnažili se vyvolávat konflikty. Také sdělili důvod, jako je užití alkoholu a drog pacientem, jak například řekl zdravotnický záchranář č. 1: *„Podle mého názoru se tomuto konfliktu nedalo nijak zabránit, k pacientce naše posádka i Policie České republiky přistupovali profesionálně a bez předsudků, vše jsme ji vysvětlili, poučili jsme jí v co její chování může vyústit. Bohužel alkohol a drogy na to neslyší.“* Další z důvodů neschopnosti zabránit násilnému incidentu je zneužití tísňové linky. *„V tomto popsaném výjezdů si myslím, že zabránit agresivnímu jednání z důvodu zneužití tísňové linky a plánovanému napadení posádky, nijak nešlo.“* (Záchranář č. 4)

### **7.4 Reakce na možnou opakovanou situaci**

Čtyři zdravotničtí záchranáři sdělili, že pokud by nastala podobná situace s násilným pacientem, tak by ve svém jednání nic nezměnili. *„Budu reagovat úplně stejně, nejedu na výjezd s tím, že se budu prát, ale že budu pomáhat. Proto znovu budu postupovat profesionálně, jako u každého jiného pacienta. Ať je agresivní nebo ne.“* (Zdravotnický záchranář č. 1) Zdravotnický záchranář č. 5 a č. 6 by v opakované situaci chtěli reagovat více pohotověji. *„Rozhodně pohotověji, budu se snažit připravit okolí na danou situaci, jak kolegy, tak i místo ošetření. Tím myslím odstranit například volně dosažitelné předměty, které by mohl agresor použít jako zbraň.“* (Záchranář č. 5)

## 7.5 Neprofesionalita zdravotnického záchranáře

Z odpovědí zdravotnických záchranářů je patrné, že se už setkali s neprofesionálním chováním z řad zdravotníků a všichni se shodují, že takoví záchranáři si za vzniklý násilný konflikt s pacientem mohou jediné sami. *„Už jsem se setkal se zdravotníky, kteří byli na pacienty arogantní, lehce podráždění, měli bojový tón hlasu, chovali se netaktně a nevhodně, špatně kladli otázky a nevhodně odpovídali pacientům, odsekávali a zesměšňovali je. Takoví ti zdravotníci, co mají syndrom vyhoření a nezvládají už své povolání.“* (Zdravotnický záchranář č. 5) Zdravotnický záchranář č. 1 sdělil, že některé konflikty s pacienty jsou nevyhnutelné. *„Je pravda, že někdy si právě skrze předsudky zdravotníci za napadení mohou sami, ale někdy je konflikt nevyhnutelný, protože se pacient prostě prát chce a už s tímto úmyslem volá na tísňovou linku. Zdravotníci jsou tak snadno dostupný cíl, na který si svou zlost mohou vybit. Je to smutné, ale pravdivé.“*

## 7.6 Minimalizace násilí vůči zdravotnickým záchranářům

Dva zdravotničtí záchranáři (č. 1 a č. 3) se shodli, že k minimalizaci násilí vůči zdravotníkům by nic nepomohlo. Zdravotnický záchranář č. 1 uvedl: *„Myslím si, že není hybná síla, která by napadání zdravotníků změnila, statut veřejného činitele je hloupost, neboť v zákoně je napadání zdravotníků ošetřeno zpřísněnou trestní sazbou pro pachatele i bez statutu veřejného činitele a ve finále k napadání stále dochází. Osobní obranné prostředky jsou zase dvousečnou zbraní, kurz sebeobrany také, ale i ten největší mistr bojového umění, který s napadením nepočítá a dostane první ránu v momentu překvapení, půjde ke zemi stejně jako zdravotník sebeobranou nepolíbený.“* Zdravotnický záchranář č. 4 a č. 5 se shodují, že by se zamezilo násilí vůči zdravotnickým pracovníkům udělením statutem veřejného činitele. *„Určitě by pomohlo lepší a profesionálnější komunikování zdravotníků s pacienty, měli by se zlepšit v asertivním jednání nebo mít alespoň nějaký neutrální přístup. Také si myslím, že by tuto situaci pomohl zlepšit statut úřední osoby minimálně v rozsahu zdravotnické záchranné služby a emergency, kde je výskyt konfliktu nejčastější.“* (Zdravotnický záchranář č. 5) Naopak tuto myšlenku popírá zdravotnická

záchranařka č. 6, podle které by se zamezilo násilí větší informovaností veřejnosti, ale statut veřejného činitele by nic nevyřešil. „*Pomohla by větší informovanost veřejnosti o zdravotnické záchranné službě a jejich úkonech. Také se hodně řeší statut veřejného činitele, ale myslím, že tuto obtížnost by nevyřešil, protože když jsou lidi pod vlivem alkoholu, drog nebo mají psychickou poruchu, tak jim je stejně jedno koho napadnou, neuvědomují si to.*“ Zdravotnický záchranař č. 2 se domnívá, že by pomohla zamezit násilnému jednání trestná odpovědnost nebo trestné stíhání vůči agresorům.

### **7.7 Verbální napadení pacienta zdravotnickým záchranařem**

Žádný ze Zdravotnických záchranařů nikdy verbálně pacienta nenapadl, jen v některých případech důrazněji vysvětlili pacientům funkci zdravotnické záchranné služby, jak popsal Zdravotnický záchranař č. 5 „*Nevynadat, spíš důrazněji vysvětlit, jak funguje zdravotnická záchranná služba a nemocnice. Nebo když pacient zneužije zdravotnické záchranné služby, když to není nezbytně nutné nebo hůř, jen pro svoji zábavu, dále také když neuposlechne moje pokyny nebo doporučení a je drzý až sprostý vůči okolí a personálu.*“ Chuť vynadat pacientovi měli tři Zdravotničtí záchranaři (Zdravotnický záchranař č. 2, č. 4 a č. 6.), ale jen v případech, když se pacient chová neadekvátně k posádce nebo poněkolikáté neuposlechne pokynů zdravotníků. „*Chuť vynadat jsem měl opilé matce, která měla v krvi 2,7 promile alkoholu a kojila deset dní staré dítě.*“ (zdravotnický záchranař č. 4) Naopak Zdravotničtí záchranaři č. 1 a č. 3 se shodují, že profesionálům by se tato situace stát neměla. „*Nestalo se mi to, a co k tomu vede druhé netuším. Jen by se nad sebou tyto záchranaři měli zamyslet, neboť profese zdravotníka je profesí pomáhající, a naše práce je pomáhat, být tu pro pacienta a samozřejmě dodržovat nějaký profesionální a etický kodex. Máme pomáhat, ne na pacienta křičet nebo ho nedej bože mlátit. Takoví by spíš měli přemýšlet o změně povolání.*“ (Zdravotnický záchranař č. 1).

### **7.8 Fyzické napadení pacienta zdravotnickým záchranařem**

Zdravotničtí záchranaři č. 1, č. 3, č. 4 a č. 6 nikdy neměli chuť pacienta uhodit, připadá jim to v jejich profesi nepřípustné. Fyzickou sílu by použili pouze v sebeobraně při



napadení vlastní osoby nebo jiného člena výjezdu. „*Nikdy jsem neměla chuť uhodit pacienta, k tomuto nemůže vést nic, vždy musím jednat profesionálně, a to fyzické napadení rozhodně není.*“ (Zdravotnický záchranář č. 3). Zdravotnický záchranář č. 2 a č. 5 chtěli v určitých případech použít na pacienta fyzickou sílu, ale nikdy to neudělali. „*V jistých situacích má člověk chuť toho dotyčného proplesknout, ale z pracovního postu to není možné. Jako třeba u situace, kdy jsou nadmíru podnapilý spoluobčané s vulgárním komentářem.*“ (Zdravotnický záchranář č. 2). Žádný z dotazovaných záchranářů by pacienta fyzicky ani verbálně nenapadl bezdůvodně, vždy se jednalo o sebeobranu nebo jen o chtíč. „*Když se po mně ohnal pacient nebo mě slovně uráží, pokud mne napadne snažím se použít obraných chvatů, ale je to jen chuť uhodit pacienta, ještě nikdy jsem to neudělal. Ostatní zdravotníky k tomu určitě vede úplně to samé.*“ (Zdravotnický záchranář č. 5).

## **7.9 Hlášení násilí pacientů vůči zdravotnickým záchranářům**

Tři zdravotničtí záchranáři (č. 3, č. 4, č. 6) tvrdí, že v případě, kdy dojde k násilnému incidentu, se musí sepsat mimořádná událost. Zdravotnický záchranář č. 1 uvedl, že v přítomnosti Policie České republiky je nahlášení násilného incidentu automatické. Zdravotničtí záchranáři č. 2 a č. 5 sdělili, že povinnost ohlásit násilí na místě události je povinné a neprodlené. „*Povinnost je, když mě fyzicky napadne, asi by to bylo jako pracovní úraz, nebo mohu podat trestní oznámení při zdravotních potížích způsobené fyzickým napadením.*“ (Zdravotnický záchranář č. 2).

## **7.10 Následné přání po násilném incidentu**

Zdravotničtí záchranáři č. 3, č. 4, č. 5 a č. 6 by si po násilném incidentu přáli vhodně vyměřený trest pro násilného pacienta, který by odpovídal míře poškození zdravotnického vybavení a psychické i fyzické újmě zdravotnického záchranáře. Zdravotničtí záchranáři č. 1 a č. 2 by si přáli jen zbytek klidné služby, a aby ch dlouho nedošlo k podobnému incidentu.

## 8 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá násilným chováním pacientů na členy výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. V naší práci jsme pomocí metody rozhovorů zmapovali, jaké mají zkušenosti zdravotničtí záchranáři s výskytem násilného chování u pacientů a neprofesionálním chováním u zdravotnických záchranářů. Naši respondenti uvedli, že nejčastěji se setkávají s násilnými pacienty při nočních službách, což je doba, ve které jsou pacienti nejčastěji pod vlivem alkoholu a drog, kteří se projevují násilně verbálně i fyzicky. *Zdravotničtí záchranáři zasahují u různých typů pacientů a velmi často v hostilním prostředí. Násilné chování zvyšuje alkohol, drogy, ale i akutní stres. V posledních letech vzrůstá u všech záchranných služeb podíl tzv. psychosociálních intervencí a zdravotníci si musí doplňovat zdatnosti, se kterými se v učebnicích osnovách zaměřených na řešení život ohrožujících případech nepočítalo. K tomu mohou pomoci znalosti technik deeskalace napětí a zvládnání agrese psychologickou cestou. To předpokládá vědomost prostředků neverbální komunikace a její aplikaci v konkrétních situacích.* (Ptáček, 2011). *Projev násilí má bio-psycho-sociální kontext. Může být odrazem určitého psychosociálního rozvoje, aktuálního dění, či seskupení osobnostních dispozic. Jde o behaviorální složku, vyjadřující impulzivitu a násilí, jako řešení problému nebo nesouhlasu s obvykle uznávanými sociálními normami. Přibližně stejné chování, postoje, dispozice a jejich projevy jsou v různé míře zastoupeny u mnoha duševních nemocí a poruch* (Žukov, 2012).

V naší práci jsme zjišťovali, zda se dalo násilnému incidentu zabránit. Podle dotazovaných se násilí zabránit nedalo, přistupovali profesionálně a snažili se zabránit fyzickému násilí. Zmonitorovali jsme také, co by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům. Zjistili jsme, že nejvhodnější by byla větší informovanost veřejnosti o činnosti Zdravotnické záchranné služby, také by tuto situaci mohl vyřešit statut veřejného činitele. *K jednoduchému zklidnění násilného pacienta nevede žádná komunikační dovednost. Nástroje komunikace se přizpůsobují individuálnímu stylu a osobnosti pracovníka. Komunikace musí být vážná a upřímná* (Beer, 2005).

Dalším faktorem bylo zjištění reakce na možnou opakovanou situaci s násilným pacientem. Většina uvedla, že by v opakované situaci postupovala stejně jako v předchozím konfliktu, jen by se snažili být pohotovější.

Zmapovali jsme, do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami. Zdravotničtí záchranáři se shodli, že pokud se pracovník chová arogantně a podrážděně, má bojový tón hlasu a jedná neadekvátně vůči své profesi, pak si může za vyvolané násilné chování u pacienta ve větší míře sám.

Dále jsme monitorovali, zda zdravotnický záchranář měl chuť pacientovi vynadat nebo ho uhdít. U této otázky se dotazovaní shodli, že nikdy žádného pacienta verbálně ani fyzicky nenapadli, ale většina zdravotnických záchranářů na to alespoň v daný moment pomyslela. *Často to bývá vystoupení z profesionální role, neovládnutí emocí, nedostatečná praxe* (Pekara, 2016).

V konečném šetření jsme se zabývali povinností hlášení každého násilí vůči zdravotnickým záchranářům a jejich následným přáním po násilném incidentu. Většina uvedla, že je nutností sepsat mimořádnou událost, v případě přítomnosti Policie České republiky je hlášení automatické. Zdravotničtí záchranáři by si přáli, aby Policie České republiky násilný incident prošetřila a vyměřila násilníkovi přiměřený trest.

## 9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z příběhů napadení zdravotnického personálu pacientem, ale i z incidentů vyvolanými zdravotníky vyplývá, že:

- konflikty ve zdravotnictví při kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem jsou vyvolány především nezvládnutými negativními emocemi;
- zdravotníci nejsou stroje a případná neprofesionální gesta či slova mohou být následkem jejich obranné reakce;
- vždy je lepší vynaložit maximální úsilí na prevenci, aby konflikt nevznikl, než jej následně řešit.

Pekara (2015) zdůrazňuje, že 80 % zdravotnictví spočívá v komunikaci a ta se pak týká především chování, nejen sdělování zpráv a vyslechnutí druhého člověka. Velkou pozornost si zaslouží komunikace ve stresové situaci.

### **Doporučení pro zdravotnické záchranáře**

Myslíme si, že násilí je v současné době velice časté, a proto by se měli zdravotníci záchranáři více vzdělávat v oblasti zvládnání násilí a absolvovat kurzy sebeobrany.

### **Doporučení pro školy**

Uskutečnění seminářů o zvládnání násilí pro studenty zdravotních škol.

### **Doporučení pro společnost**

Více informovat veřejnost o činnosti zdravotnické záchranné služby.

## ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byla činnost zdravotnického záchranáře a primární kontakt s násilným pacientem. V první části se zabývá zdravotnickou záchrannou službou, legislativním ukotvením, povinnostmi a výjezdovými skupinami, dále také situacemi, v nichž záchranář poskytovat první pomoc nemusí. Bakalářská práce definuje agresí, příčiny agrese a násilí. Práce mapuje hlavní zdroje násilí mezi pacientem či příbuzným a zdravotnickým záchranářem. V bakalářské práci uvádíme i právní důsledky násilí, prevenci násilí a agrese, možnosti deeskalace.

Průzkumným problémem byla zkušenost ZZ s výskytem násilného chování u pacientů. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti ZZ s násilnými pacienty, definovat nejčastější faktory, které vedou k násilí mezi ZZ a pacienty. Zjistit nástroje prevence násilí mezi ZZ a pacienty.

Díky praktické části jsme došli k závěru, že ZZ mají zkušenosti s násilnými pacienty většinou o nočních službách, což je doba, ve které jsou pacienti nejčastěji pod vlivem alkoholu a drog.

Nejčastějším faktorem, který vede k násilnému chování, je pacient v podnapilém stavu, také s pravděpodobností užití drog. Zjistili jsme, že prevencí násilí mezi ZZ a pacienty by mohla být větší informovanost veřejnosti o činnosti zdravotnické záchranné služby, také by tuto situaci mohl vyřešit statut veřejného činitele.

Cíle bakalářské práce stanovené v Úvodu jsme splnili.

## SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- ANDRŠOVÁ, A. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
- BEER, M.D., S.M. PEREIRA a C. PATON, 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0363-7.
- BYDŽOVSKÝ, J., 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton. ISBN 978-807254-815-6.
- ČÍKOVÁ, Z., J. KELNÁŘOVÁ, J. TOUFAROVÁ a J. VÁŇOVÁ, 2012. *První pomoc I pro studenty zdravotnických oborů*. 2. přepracované doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4199-4.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.
- FISCHER, S., 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472781-3.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA, 2014. *Sociální patologie, Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
- KALVACH, Z., L. ČELEDOVÁ, I. HOLMEROVÁ, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. WIJA a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367122-0.
- KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474621-0.
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-4454-4.
- LINHARTOVÁ, V., 2006. *Praktické komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-1784-5.
- MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.

MLYNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví 1. díl, učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.

PEKARA, J., 2011. Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientů. In: *Florence*. [online]. S. 31-33. [cit. 2015-02-02]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: [http://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Proc\\_dochazi\\_k\\_nasilnym\\_incidentum\\_pri\\_o\\_setrovani\\_pacientu.pdf](http://bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Proc_dochazi_k_nasilnym_incidentum_pri_o_setrovani_pacientu.pdf)

PEKARA, J., 2015. *Fenomén násilí v ošetrovatelské péči všeobecných sester České republiky*. JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Ved. práce: PhDr. M. Trešlová, Ph.D.

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

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a kolektiv, 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

SCRATON, P. and J. McCULLOCH, 2009. *Global Consultation on violence and health - The violence of incarceration*. [online]. New York, Routledge. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/249193/Prisons-andHealth,-4-Violence,-sexual-abuse-and-torture-in-prisons.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/249193/Prisons-andHealth,-4-Violence,-sexual-abuse-and-torture-in-prisons.pdf?ua=1)

STREJČKOVÁ, A. a kolektiv, 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0.

VALTEROVÁ, A., 2009. Násilí jako strategie zájmových skupin. In: *Rexter*. [online]. [cit. 2015-02-02]. ISSN 1214-7737. Dostupné z: <http://www.rexter.cz/nasili-jako-strategie-zajmovych-skupin/2009/05/01/>

VYMĚTAL, J. a kolektiv, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.

WRÓBEL, A., 2008. *Výchova a manipulace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472337-2.

[www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374)

ŽUKOV, I., P. HARSA, D. KERTÉSZOVÁ, M. MACÁK a I. VOLDŘICHOVÁ, 2012.  
*Současné projevy agrese*. [online]. Praha: Psychiatrická klinika Univerzity Karlovy. [cit.  
2015-02-02]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>



# PŘÍLOHY

Příloha 1 - Otázky k rozhovorům

Příloha 2 - Dotazník britské psycholožky Glynis Breakwellové

Příloha 3 - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha 4 – Protokol rešerše

## **Příloha 1**

1. Popište prosím Vaše získané vzdělání a délku praxe ve zdravotnickém zařízení.
2. Popište prosím stručně násilný incident (Co se stalo?)
3. Do jaké míry si myslíte, že se dalo násilí zabránit?
4. Pokud by znova nastala podobná situace, jak budete nyní reagovat?
5. Do jaké míry si za některá násilí mohou pracovníci sami?
6. Co myslíte, že by pomohlo k minimalizaci násilí vůči pracovníkům?
7. V jaké situaci jste měl chuť pacientovi vynadat? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?
8. V jaké situaci jste měl chuť pacienta uhodit? Pokud ne, co myslíte, že k tomu vede druhé?
9. Jaká je povinnost automatického hlášení každého násilí vůči vaší osobě od pacientů v zaměstnání?
10. V případě, že nastane násilný incident, co byste přál, aby po něm následovalo?  
(Pekara 2016)

## Příloha 2

„Dotazník britské psycholožky Glynis Breakwellové, zabývající se prevencí a zvládnutím násilí, který umožňuje odhadnout rizika napadení.

1. Je člověk, se kterým právě jedním pod vlivem výrazného stresu?
2. Je podnapily či pod vlivem drog?
3. Projevil se již v minulosti jako násilník?
4. Byl v minulosti již soudně trestán pro agresivně zabarvenou trestnou činnost?
5. Trpěl nebo trpí duševní chorobou, která snižuje přičetnost?
6. Má zdravotní problémy snižující sebekontrolu?
7. Napadl nás ten člověk v minulosti nebo nám vyhrožoval?
8. Vyhrožoval nám již v minulosti konkrétním násilím?
9. Zaútočil na mne již někdy?
10. Myslí si dotyčný, že ohrožuje jeho děti nebo jiné jemu velmi blízké osoby, nebo jsem tak či onak spojován s institucí, jež by něco podobného mohla činit?
11. Myslí si dotyčný, že ohrožuje jeho svobodu nebo že nějakým způsobem patřím mezi ty, kdož by jeho svobodu mohli ohrozit?
12. Má onen člověk nereálné představy o tom, co pro něj mohu udělat?
13. Je přesvědčen, že mu úmyslně nechci pomoci?
14. Měl jsem z toho člověka již v minulosti strach?
15. Má diváky, kteří jsou zaměřeni proti mé osobě a kteří by mohli přímo nebo zprostředkovaně jeho agresivní chování vůči mně podporovat, obdivovat nebo oceňovat?

Čím více je odpovědí ANO, tím větší je riziko agresivního napadení. Po pěti odpovědích ANO je riziko dosti výrazné, 10 odpovědí činí následný útok dosti pravděpodobným. Vyhodnotíme-li situaci na 15 krát ANO, lze útok považovat za prakticky jasný“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 112).