

**UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Martin HOLÉCI**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Záchranář versus agresivní pacient**

**Martin Holáci**

**Bakalářská práce  
2012**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martin Holáci**  
Osobní číslo: **Z09125**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Záchranář versus agresivní pacient**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Sběr informací, vyhledávání a studium odborné literatury ke zvolenému tématu.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných předpokladů bakalářské práce.
3. Stanovení vhodné metodiky výzkumného šetření.
4. Vypracování teoretické části bakalářské práce.
5. Realizace výzkumného šetření - sběr dat.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení výsledků a doporučení pro praxi.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:


1. BYDŽOVSKÝ, Jan . Akutní stavy v kontextu. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
2. HOSÁKOVÁ , Jiřina, a kol. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
3. LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
4. VYMĚTAL, Štěpán. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Mlatečková**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškerá literatura a prameny, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona. Jsem také seznámen, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2012 .....

Martin Holáci

**Poděkování:**

Chtěl bych poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Lucii Mlatečkové za její ochotu, cenné rady, konzultace a odborné vedení při tvorbě bakalářské práce. Dále mé poděkování patří všem respondentům, kteří byli ochotní vyplnit dotazník sloužící výzkumné části této práce.

Martin Holáci, 2012

## **SOUHRN**

Předmětem této bakalářské práce je problematika konfrontace záchranáře s agresivním pacientem. Skládá se ze dvou částí – teoretické a výzkumné.

V teoretické části jsou popsány nejčastější formy a příčiny agresivního chování, jeho zvládnutí prostřednictvím vhodné komunikace či dalších metod. Dále se tato část zabývá právní odpovědností záchranáře v případě napadení pacientem a v neposlední řadě možnostmi záchranáře, jak se s tímto častým problémem vyrovnat.

Výzkumná část je zaměřena s pomocí dotazníku na zkušenosti záchranářů s agresivními pacienty. Dotazník byl sestaven tak, aby co nejlépe přiblížil situaci, v které se respondenti při napadení nacházeli. Je tedy zaměřen na okolnosti a reakce respondentů při napadení a následky vzniklé po tomto incidentu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

agrese, agresivní pacient, komunikace, nutná obrana, psychosociální intervenční služba

## **TITLE**

Paramedic versus aggressive patient

## **SUMMARY**

The subject of this thesis is the issue confronting a paramedic with an aggressive patient. It consists of two parts - theoretical and research.

In the theoretical section there are described the most common types and causes of aggressive behavior, its management through appropriate communication or other methods. Furthermore, this section deals with the legal responsibility of the paramedic in the event of attack by the patient and not least the possibilities of paramedic as a common problem with this deal.

The research part is using a questionnaire on the experience of paramedics with aggressive patients. The questionnaire was designed so as to best close a situation in which the respondents found the attack. It is focused on the circumstances and responses of respondents in the assault and the consequences arising after this incident.

## **KEY WORDS**

aggression, aggressive patient, communication, necessary defense, psychosocial intervention service



## Obsah

ÚVOD .....	10
1 Cíle práce .....	11
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	12
2.1 Agrese, agresivita .....	12
2.2 Formy agresivního chování .....	13
2.3 Příčiny agresivního chování .....	14
2.3.1 Dědičnost .....	14
2.3.2 Neurologické příčiny .....	14
2.3.2.1 Kraniocerebrální poranění .....	15
2.3.2.2 Neuroanatomické a neurochemické mechanismy agresivity .....	15
2.3.2.3 Cévní mozková příhoda .....	16
2.3.2.4 Epilepsie .....	16
2.3.2.5 Akutní toxicko-metabolické encefalopatie .....	17
2.3.2.6 Demence .....	17
2.3.3 Vliv pohlaví .....	17
2.3.4 Duševní choroba, abúzus psychoaktivních látek .....	18
2.3.5 Vlivy prostředí, aktuální situace .....	19
2.4 Agresivní pacient .....	19
2.4.1 Jak poznáme agresivního pacienta .....	20
2.4.2 Princip napadení .....	21
2.4.3 Obecná pravidla komunikace s agresivním pacientem .....	21
2.4.4 Nevhodné postupy .....	22
2.4.5 Agresivní chování zdravotníků .....	23
2.4.6 Zvláštnosti a pravidla komunikace u vybraných typů agresivních pacientů .....	23
2.4.6.1 Úzkostně-agresivní typ .....	23
2.4.6.2 Bezohledně-agresivní typ .....	24
2.4.6.3 Pacient s psychózou .....	25
2.4.6.4 Pacient s projevy demence .....	25
2.4.6.5 Pacient pod vlivem alkoholu, drog .....	26
2.4.7 Psychofarmakologické zklidnění pacienta .....	26
2.4.8 Fyzické omezení pacienta .....	27
2.5 Právní sebeobrana záchranáře .....	28
2.6 Pomoc zdravotníkům napadených pacientem .....	28
3 VÝZKUMNÁ ČÁST .....	30
3.1 Metodika výzkumu .....	30

3.2	Výzkumné otázky.....	31
3.3	Prezentace výsledků výzkumu .....	32
4	Diskuze .....	50
5	Závěr .....	53
	Soupis bibliografických citací .....	55
	Seznam obrázků.....	57
	Seznam tabulek .....	58
	Seznam příloh .....	59

## ÚVOD

V dnešní době se stále častěji setkáváme s agresivitou. Ať již je to v podobě „pouze“ verbální, kdy se rozhněvaný jedinec nebrání použít nadávky nebo vyhrožování, tak jsme zároveň mnohdy svědky páchaného fyzického násilí.

Tato protispolečenská jednání můžeme často vidět na místech spojených s naším každodenním životem. Mám na mysli např. rozčilující se starší dámu v nákupním centru, které „před nosem“ někdo vzal poslední kus zlevněného produktu nebo výlevy vzteku řidiče městské hromadné dopravy při dopravní zácpě. Je jistě na místě položit si otázku, jak se potom takový člověk zachová v pro něj opravdu krizové situaci, mezi něž patří ohrožení vlastního života nebo jeho blízké osoby. Nemluvě o jedincích posílených alkoholem či drogami, u kterých agresivita nabývá ještě větších měřítek.

V těchto momentech se na scéně objevují posádky záchranářů, kteří díky nedostačujícím informacím o situaci na místě zásahu nemohou tušit, s jakým typem pacienta se setkají.

Proto si myslím, že by se vzdělávání pracovníků zdravotnické záchranné služby mělo více zaměřit na problematiku komunikace a jednání s agresivním pacientem, popřípadě dovednosti určitých prvků sebeobrany, které by mohly vést k omezení následků ať již fyzických, tak i psychických v případě napadení zdravotnických záchranářů. Dále se domnívám, že po prožití této emocionálně vypjaté situace, je na místě vyhledat odbornou pomoc v podobě psychosociální intervence, což je pro většinu záchranářů nemyslitelné kvůli obavám o svoji profesionální pověst. Dle mého názoru by se výše uvedené postupy měly stát běžnou součástí života každého zdravotnického záchranáře.

## **1 Cíle práce**

- Seznámit čtenáře s problematikou agresivního pacienta.
- Objasnit pojem agrese, vysvětlit její etiologii, formy a možnosti jejího předcházení či zvládnání pomocí správné komunikace, popřípadě dalších metod.
- Zjistit četnost a hlavní příčiny napadení záchranáře agresivním pacientem na vybraných stanovištích zdravotnické záchranné služby.
- Ověřit, zda jsou respondenti proškolení v oblasti komunikace s agresivním pacientem.
- Zjistit, jak se zdravotničtí záchranáři s napadením vyrovnávají.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Agrese, agresivita

**Agrese** zahrnuje celou řadu aspektů, pro které není jednoduché tento pojem přímo definovat. Je důležité rozlišit, kam je agrese namířena. Může být směřována vůči sobě samému nebo vůči někomu či něčemu jinému. Otázkou zůstává, zda lze do ní také zahrnout nerealizované agresivní plány, fantazie a představy. Se zjednodušením je tedy možné agresi definovat jako pozorovatelné útočné chování s úmyslem poškodit živého tvora, kterým může být člověk, zvíře či rostlina nebo naopak neživý předmět, překážku (Orel, Facová a kol., 2009).

Agresi můžeme dále definovat jako jednorázové vybití vnitřního napětí násilným chováním, a to s cílem zničit nebo poškodit nějaký objekt (Harding, 2006).

V nejjednodušším slova smyslu lze agresi také formulovat jako projev agresivity v chování jedince (Martínek, 2009).

**Agresivita** je popisována jako útočnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se dá tímto pojmem označovat schopnost jedince v sobě mobilizovat síly k boji pro dosažení určitého cíle nebo naopak vzdorovat těžkostem. Do jisté míry je agresivita považována za charakteristický znak osobnosti každého jedince. Proto ji lze také definovat jako tendenci k agresivnímu chování. Pokud je člověk nadaný příliš vysokou mírou agresivity, tak je často náchylný jednat v různých chvílích agresivně a to i na podněty, které by jiný člověk přešel bez povšimnutí, popřípadě by se nad nimi zasmál. Impulzivita, která je součástí agresivity má mnohdy u lidí za následek větší sklony k urážlivosti, vztahovačnosti a komunikace s nimi bývá velice obtížná (Martínek, 2009).

Pojem agresivity u lidí se může spojovat s útočností, která může být vnímána buď jako součást reakce na pocit osobního ohrožení nebo jako trvalejší osobnostní rys u některých poruch osobnosti. Agresivitu lze také brát jako symptom, který může doprovázet některou z duševních nemocí (Orel, Facová, 2009).

## 2.2 Formy agresivního chování

Jednou z forem agresivního jednání vyskytující se v ošetřovatelské praxi je **přímá agrese**, která je obrácená přímo proti osobě, které je agrese určena. To znamená, že je nejčastěji namířena vůči zdravotníkovi, spolupacientům a rodinným příslušníkům. Za těchto okolností pacienti využívají buď **verbální agresi**, spojenou například s křikem, nadávkami, urážkami a vyhrožováním. Často však dochází i k užití **fyziké agrese**, tedy napadání lidí v okolí nebo poškozování a ničení věcí (Zacharová, 2007).

O **nepřímé agresi** se hovoří, pokud jedinec používá pouze pomluvy, ironie nebo ničí majetek, který patří objektu agrese, neboť si je vědom možných důsledků svého agresivního jednání nebo daná situace přímou agresi neumožňuje (Čermák, 1999).

Další formou agresivního chování je **autoagrese**, charakterizovaná agresi vyvíjenou na vlastní osobu. Projevuje se sebepoškozováním, které může mít jen lehčí projevy, jimiž si pacient ubližuje, někdy ale může vyústit až v sebevraždu. **Transformovaná agrese** vzniká v situacích, kdy pacient „přenes“ projevy zlosti a hněvu na jinou osobu či předmět. Mezi další formy agrese řadíme i navenek neprojevující se agresi, která se označuje jako **zadržovaná agrese**. V tomto případě se pacient zdánlivě umí ovládat, odreagování probíhá na zcela jiném místě a může být pro okolí nepochopitelné. Potlačované emoce pak bývají příčinou vzniku různých psychosomatických onemocnění (Zacharová, 2007).

Z hlediska psychologické charakteristiky agresivního chování rozlišujeme dva typy agrese. První z nich je **afektivní agrese**, spojená s určitým emočním prožitkem, který násilnou reakci stimuluje a doprovází. Obvykle jde o impulzivní a nečekanou aktivitu, která je reakcí na nepříjemné prožitky. Typickou emoci je prožitek vzteku, který je obvykle spojen s nepřátelským postojem k objektu násilného jednání. Agresivní chování může být stimulováno i pocitem strachu nebo úzkostí. V takovém případě by jej bylo možné chápat jako obrannou reakci. Strach z ohrožení nebo pocity zoufalství můžou mít za následek násilné chování jedince s cílem zbavit se nebezpečí. Pocity frustrace také patří mezi hlavní stimuly agresivního chování. Jestliže se člověk nachází v nějaké zátěžové situaci, doprovázené pocity neuspokojení, zvyšuje se riziko, že se bude chovat agresivně, zejména pokud má k tomuto způsobu reagování dispozice (Vágnerová, 2004).

Druhým typem agrese z pohledu psychologie je **instrumentální agrese**. V tomto případě je agrese typickým a obvyklým způsobem reagování a je chápána jako vhodný prostředek, účinný způsob k dosahování žádoucího cíle. Jeho preference má výhradně racionální základ. Při dosažení úspěchu se pak tyto projevy posilují (Vágnerová, 2004).

Existuje však i přijatelná a užitečná forma agresivního chování, kterou označujeme jako **asertivitu**. Jde o socializovanou variantu, respektující daná společenská pravidla. Projevuje se schopností prosazovat a realizovat vlastní cíle, které mohou být ve společnosti považovány i z objektivního pohledu za přijatelné nebo dokonce žádoucí (Vágnerová, 2004).

### **2.3 Příčiny agresivního chování**

Tendence k agresivitě je zpravidla podmíněna multifaktoriálně. To znamená, že závisí na kumulaci různých vlivů zvyšující riziko agresivního způsobu chování, jimiž jsou genetické dispozice, zkušenosti získané během života, ale i aktuální podněty (Vágnerová, 2004).

#### **2.3.1 Dědičnost**

Každý člověk má vrozené dispozice k agresivnímu chování. Tyto dispozice jsou z hlediska etologických teorií důležité k opatření a obraně vlastního teritoria a vytvořením společenské hierarchie. Nelze však říci, že sklony k násilnému chování mají všichni jedinci stejné. Rozdíly je možné najít v souvislosti s historií a sociokulturní tradicí společnosti, ve kterých byli v minulosti na základě pozitivní selekce zvýhodňováni jedinci, kteří byli vybaveni určitými dispozicemi a tím i jejich četnost v dalších generacích. Úspěšní jedinci tak mohli snáze přežít a mít více potomstva (Vágnerová, 2004).

#### **2.3.2 Neurologické příčiny**

Předpoklady k agresivnímu chování mohou být podmíněny změnami ve struktuře či funkci mozku. Je nutné podotknout, že tyto odchylky se nemusí objevit pouze v souvislosti s genetickými příčinami, ale mohou vzniknout i sekundárně v důsledku poškození centrální nervové soustavy, například úrazem či onemocněním (Vágnerová, 2004).

### **2.3.2.1 Kraniocerebrální poranění**

Kraniocerebrální poranění může být spojeno s agresivním chováním jednak v akutní fázi, ale může se objevovat i jako dlouhodobý následek po již překonaném poranění. Asi 12% pacientů 10 let po překonaném kraniocerebrálním poranění má projevy agresivity. Obvykle se vyskytuje při akutním nebo chronickém subdurálním hematomu. Nelze opomenout výskyt agresivity při subarachnoidálním krvácení, kde může být přítomna v souvislosti s kvalitativní poruchou vědomí, která bývá přítomna u asi 58% pacientů s trváním až 10 dní (Havlíková, Humaj, 2008).

### **2.3.2.2 Neuroanatomické a neurochemické mechanismy agresivity**

Sklon k agresi mohou ovlivnit poruchy aktivity či vzájemného propojení různých korových a podkorových oblastí. Důležitá je oblast prefrontální kůry mozku, která za normálních okolností zodpovídá za tlumivý vliv na podkorové struktury. Porušení její funkce se projeví zvýšenou pohotovostí k násilnému chování. Pacienti s poškozením kůry čelních laloků mozku tedy bývají útočnější a agresivnější. K porušení funkce této oblasti mozku může dočasně dojít i vlivem silného a dlouhotrvajícího stresu. Dalším centrem agresivních impulzů jsou vysoce aktivní podkorové oblasti limbického systému, zejména amygdala a hypotalamus, které jsou za normálních okolností tlumeny prefrontální kůrou. V případě poruchy spojení mezi těmito podkorovými oblastmi s prefrontální kůrou dochází k narušení koordinace emočního a racionálního hodnocení a z toho vyplývající regulaci vlastního chování. Za těchto okolností nejsou emoce vyvolávající agresivitu dostatečně kontrolovány a korigovány. Zvýšená pohotovost k agresi má i určitý biochemický základ. Předpokládá se, že jednou z možných příčin agresivity je dysfunkce serotoninergního systému, která je spojena s nízkou hladinou serotoninu v krvi, s omezením počtu receptorů, respektive s narušením jeho metabolismu (Vágnerová, 2004).

Serotonin je neurotransmitter s inhibiční aktivitou v mozku, který se výrazně podílí na regulaci emocí. Dysfunkce serotoninu je spojena s agresivním chováním u zvířat i lidí, a to v rámci mentálních onemocnění, suicidálních pokusů a také v kriminologii v případě vražd (Havlíková, Humaj, 2008).



Dalším neurotransmiterem podílejícím se na regulaci agresivity je dopamin. Dopaminová hyperfunkce vede k impulzivitě a poruchám řízení emocí u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Snížení jeho hladiny redukuje agresivní projevy. Dopaminové nervové buňky a jejich zakončení jsou modulované serotoninovým systémem. Serotoninová dysfunkce má za následek hyperfunkci dopaminového systému, která vede k provokaci agresivního jednání. Výsledné chování je tedy projevem nerovnováhy mezi serotoninergním a dopaminergním systémem (Havlíková, Humaj, 2008).

Byla rovněž zjištěna spojitost mezi sníženou hladinou acetylcholinu a sklonem k navození averzivních stavů spouštějících agresivní chování (Vágnerová, 2004).

### **2.3.2.3 Cévní mozková příhoda**

Pacienti s cévní mozkovou příhodou mohou také jednat agresivně. V tomto případě bývá postižena oblast zodpovědná za regulaci emocí, tedy postižení povodí arteria cerebri media a anterior, ale i arteria cerebri posterior. Vyskytuje se přibližně u 17 % pacientů s cévní mozkovou příhodou, bez ohledu na postižené povodí. Všeobecně platí, že čím je léze rozsáhlejší, tím je vyšší riziko vzniku agresivního chování, přičemž není rozhodující, zda je ischemické nebo hemoragické etiologie (Havlíková, Humaj, 2008).

### **2.3.2.4 Epilepsie**

S agresivními projevy u pacientů s epilepsií se obvykle můžeme setkat v pozáchvatovém období při generalizovaných záchvatech v rámci stavu zmatenosti. Někteří pacienti mohou mít po záchvatu spontánní a cílené projevy agresivity, které mohou trvat několik minut až hodin. Na stav má pacient amnézii. Riziko zvýšené agresivity se vyskytuje při komplexních parciálních záchvatech, které mají původ v temporálních lalocích. V tomto případě mívají pacienti různé projevy psychomotorického neklidu a kvalitativní poruchy vědomí, kde se může vyskytnout agresivní chování vůči jiným osobám (Havlíková, Humaj, 2008).

### **2.3.2.5 Akutní toxicko-metabolické encefalopatie**

Nejdramatičtější projevy agresivního chování se objevují u stavů spojené s hypoglykemií. Pokud se nachází pacient v tomto stavu sám, jeho potenciální agresivní projevy mají neřízený a dezorganizovaný charakter, ale pokud je přítomen někdo v jeho blízkém okolí, může se stát právě objektem agresivity ve formě mlácením rukou kolem sebe. Pacient není v takovéto chvíli jednoznačně schopen verbálního kontaktu a pokusy o fyzické potlačení jeho projevů ve smyslu zadržet končetiny, vyvolá ještě agresivnější reakci. Zřídka se může vyskytnout agresivita v rámci hepatální či renální encefalopatie (Havlíková, Humaj, 2008).

### **2.3.2.6 Demence**

Ve skupině onemocnění projevující se demencí dominuje Alzheimerova choroba. U tohoto onemocnění mělo asi 62 % pacientů projevy brachiální agresivity, která je obvykle předcházena formou verbální. V progredujících fázích choroby je pravděpodobnost vývoje agresivního chování až 53 %. Agresivita byla popsána i v dalších případech pacientů s demencí, jimiž jsou například demence při Parkinsonově chorobě nebo alkoholové demence (Havlíková, Humaj, 2008).

### **2.3.3 Vliv pohlaví**

Větší sklon k agresi mají muži. Tato tendence souvisí s mužským pohlavním hormonem testosteronem. Muži s vysokou hladinou testosteronu bývají nápadně konfliktní a reagují často agresivně i bez předchozích provokací. Ukázalo se, že zvýšená hladina testosteronu probouzí v jedinci větší tendence vyhledávat vzrušení a sklon k dominanci či asertivitě. Za faktory zvyšující riziko násilného chování lze považovat zejména muže mladšího věku, neboť u této skupiny je hladina zmíněného hormonu nejvyšší (Vágnerová, 2004).

#### **2.3.4 Duševní choroba, abúzus psychoaktivních látek**

Zvýšená pohotovost k agresivnímu jednání může být úzce spjata s duševní chorobou či vrozenou poruchou osobnosti. U nemocných schizofrenií se můžeme setkat s projevy agresivního chování, které vyplývá z jejich chorobného přesvědčení, označovaného jako bludy, eventuálně je důsledkem halucinací. Nemocný pak jedná např. v souvislosti se slyšenými hlasy, které mu přikazují někoho zlikvidovat (Vágnerová, 2004).

Agresivně se mohou chovat i lidé s disociální poruchou osobnosti. Běžnými projevy, se kterými se setkáme u těchto typů pacientů, jsou násilí, neschopnost ovládnout se a patologické sobectví. Jedná se o útočné sadisty, schizofreniky, paranoidní pacienty, drogově závislé, ale i mimořádně sebestředné a úzkostné pacienty (Linhartová, 2007).

Je nutné podotknout, že i v těchto případech se postupně dozvídáme o souvislostech s odchylkami fungování CNS. Například u pacientů se schizofrenní poruchou, kteří se opakovaně projevovali agresivním způsobem, byly zjištěny změny v oblasti mozkové kůry na hranici spánkového a temenního laloku (Vágnerová, 2004).

Užívání psychoaktivních látek je jednou z hlavních příčin zvýšené pohotovosti k násilnému chování. Lidé pod vlivem těchto látek ztrácejí zábrany a mají omezené schopnosti kontroly vlastního jednání. Příčinou agresivního jednání pak může být nabuzení silné aktivizace a souběžně s tím zvýšené napětí po užití určité psychoaktivní látky, po které se člověk násilím doslova odreagovává (Vágnerová, 2004).

Mezi hlavní zástupce nejčastěji užívaných psychoaktivních látek patří alkohol. Hosáková a kol. v roce 2007 uvádějí, že průměrná roční spotřeba občana České republiky se pohybovala okolo 10 litrů absolutně čistého alkoholu (Hosáková a kol., 2007).

Pro srovnání, Macková se v roce 2011 zmiňuje, že na každého člověka v ČR staršímu 15 let vychází průměrná roční spotřeba 16,45 litrů čistého alkoholu (Macková, 2011).

### **2.3.5 Vlivy prostředí, aktuální situace**

Za jistých podmínek může působit aktuální situace nebo určité prostředí jako aktivátor agresivního jednání. Přitom, kdyby se člověk do takového stavu nedostal, tak by tyto reakce nemusely být tak četné nebo nepřiměřeně závažné. Agresivní reakce na určité podněty závisí i na aktuálním stavu jedince. Mnohdy je vyvolána na základě subjektivní zátěživosti dané situace, frustrace či stresu, která je jedincem vnímána ať už na úrovni psychické nebo somatické. Mezi psychické zátěže můžeme jmenovat např. útok v podobě nadávek a urážek, které jedince ohrožují a snižují jeho sebeúctu. Somatické zátěže jsou např. nadměrné vyčerpání či bolest (Vágnerová, 2004).

Příčinou agrese vůči záchranářům může být neočekávaná událost, kdy jedinec svou nejistotu a bezradnost promítá do svého chování. Agresivní jednání je v těchto případech spojeno i s přesvědčením pacienta, že posádka přijela na místo pozdě. To je způsobeno dojmem, že čas na místě, ve kterém se pacient zrovna nachází, plyne pomaleji. Dalším častým stimulem pro vznik agresivity bývá vzhled a vystupování záchranáře (Němec, Stuchlíková, 2007).

Pokud se nachází pacient v prostředí, kde došlo k záměrně způsobenému neštěstí, je pravděpodobné, že jeho zloba a vztek může sytit agresivní chování zaměřené i na nevinné osoby (Vymětal, 2009).

## **2.4 Agresivní pacient**

V této kapitole bude popsáno, podle čeho můžeme poznat agresivního pacienta, jeho projevy a v neposlední řadě způsoby komunikace s tímto typem pacienta.

Mezi nejrizikovější pracoviště z hlediska opakovaného výskytu agresivního chování patří lékařská pohotovost, záchranné služby, chirurgická pracoviště, protialkoholní záchytné stanice a detoxikační jednotky, věznice a psychiatrické léčebny (Králová, 2005).

### 2.4.1 Jak poznáme agresivního pacienta

Při práci s potenciálně agresivním pacientem je velmi důležité dokázat zaznamenat aktuální varovné signály, které nás můžou v dané situaci upozornit na hrozící nebezpečí. Tyto signály můžeme zaregistrovat již před napadením (Králová, 2005).

Prvními projevy potenciálně agresivního pacienta mohou být projevy **neverbální**. Pacient se tímto způsobem projevuje např. ztuhnutím, zblednutím či zčervenáním, může hluboko oddechnout, semknout rty nebo zatínat zuby. Dalšími pozorovatelnými projevy jsou svírání pěstí, podupávání nohou či poklepávání konečky prstů na stole. Pacienti se můžou s výhrůžným pohledem upřeně dívat do očí protějšku, vzrušeně gestikulují, vstávají, naklánějí se nad stolem protějšku a mnohdy používají gesta připomínající bití a údery. Současně s těmito projevy se agresivní pacienti často neadekvátně pohybují v osobní zóně protějšku, což bývá velice nepříjemné (Králová, 2005).

Dalším signálem, který by nás měl upozornit na hrozící nebezpečí je **verbální** agrese pacienta. Křik, nadávky, ironie či jízlivost jsou běžnými projevy verbální agrese. Za cíl mají většinou zastrašit svůj protějšek. Důvodem verbální agrese je mnohdy i touha prosadit svá přání, demonstrovat nadvládu, moc nad situací a lidmi a v neposlední řadě dosažení domnělého či skutečného práva, odčinění křivdy nebo pouze odreagování vnitřního napětí (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Poškozování věcí** jako přenesená forma agresivního chování je jedním z dalších varovných projevů, se kterými je potřeba počítat, protože zde již může jít o signály blížícího se napadení. Pacient si v tomto případě nejčastěji vybírá za oběť své agrese dveře, se kterými bouchá, dále hází s věcmi či kope do lůžka (Venglářová, Mahrová, 2006).

**Fyzické napadení** je již přímým útokem, jenž může či nemusí následovat po předešlých varovných signálech. Fyzický útok bývá proveden buď bez nebo s pomocí nástrojů, předmětů či zbraní (Venglářová, Mahrová, 2006).

### 2.4.2 Princip napadení

Samotné napadení se uskutečňuje v určitém cyklu, jehož součástí je 5 fází. První fáze se nazývá jako **fáze spouštěcí**. V tomto období se jedinec projevuje odklonem od jeho obvyklého chování. V případě, že se setkáme s pacientem poprvé a nemáme o něm dostatečné informace, je velmi důležité registrovat z jeho chování všechny varovné signály, které by mohly nasvědčovat hrozícímu nebezpečí. Po této úvodní fázi následuje **fáze eskalační**. V této části se setkáváme se stále většími odchylkami v chování jedince od jeho základní hladiny chování. Pacient se např. nepřiměřeně soustřeďuje na konkrétní problém či přání a snižuje se pravděpodobnost, že bude reagovat racionálním způsobem. Jako třetí v pořadí nastupuje **fáze krizová**. Zde se snižuje ovládnutí agresivních impulzů a pacient se již nedokáže chovat racionálně. Další v pořadí je **fáze uklidnění**. Pacientovo chování by se mělo v tomto období vracet k normálu, avšak tato fáze je spojená s rizikem opětovného napadení. Důvodem je to, že se pacient může zdát sice navenek klidným, ale účinek adrenalinu stále přetrvává, a tudíž v důsledku nevhodného postupu v komunikaci pak může být výsledkem nové napadení. Poslední část samotného cyklu napadení se označuje jako **fáze postkrizové deprese**. Po předešlých fázích se jedinec dostává pod svou základní hladinu normálního chování. To se nejčastěji projevuje vyčerpáním, pláčem, výčitkami či lítostí (Králová, 2005).

Cílem je zabránit, aby spouštěcí fáze nepřešla ve fázi eskalační, popřípadě aby fáze eskalační nepřestoupila do fáze krizové. Je nutné mít neustále na paměti, že agresivní člověk nemyslí racionálně, a tudíž naše racionální argumenty jej můžou ještě více rozzuřit. Při rozhovoru s takovýmto pacientem musíme brát zřetel i na to, že pacient často vnímá jen některé informace a to navíc podle svého výběru. Je tedy velice důležité kontrolovat, jaké námi poskytované informace si pacient vybírá, eventuálně jaké závěry z nich pro sebe dělá. Tento postup umožňuje předcházet vznikům nedorozumění, kdy pacient může vnímat informaci v rozporu s naší představou (Králová, 2005).

### 2.4.3 Obecná pravidla komunikace s agresivním pacientem

Při komunikaci s agresivním pacientem by se měly dodržovat následující postupy. Pacienta bychom měli nechat chvíli mluvit, abychom zjistili příčinu jeho emočního jednání. Je to důležité pro volbu způsobu další komunikace. Mnohdy se tak může pacient po několika afektivních větách sám uklidnit. Podstatné je dbát na dodržování bezpečné vzdálenosti

od pacienta a respektovat své vzájemné osobní prostory. Výrazně gestikulujícího pacienta se snažíme posadit a vyzvat ho ke klidnému dýchání. To může vyústit v psychické zklidnění a zmírnění gestikulace. Účinné je pacienta překvapit svým nadhledem a klidem. Nikdy nesmíme dopustit, aby nás pacient vyprovokoval k hrubému chování, neboť to může být snadno použitelné proti nám. Jednat s klidným a vlídným hlasem je další důležitou zásadou v komunikaci s tímto typem pacienta. Měli bychom si během rozhovoru udržovat pacientovu důvěru, eventuelně se ji pokusit obnovit. Aby se nám to podařilo, je vhodné trpělivě pacientovi vysvětlovat, z jakého důvodu navrhuje jednotlivé postupy a opatření. Na místě je i nezdráhat se omluvy v případě, že je příčina pacientova hněvu oprávněná. Upřímnost totiž často hněv zmírní (Linhartová, 2007).

Mezi další pravidla v rozhovoru s agresivním pacientem patří udržovat oční kontakt, nezvedat obočí, nešpulit rty a sedět či stát volně, s klidem. Potom bychom se také měli vyvarovat prudkých gest, nenakročovat náhle směrem k pacientovi, pokud ho nemáme v úmyslu zklidnit fyzicky. Nezklidní-li se pacient sám po únosné době, měli bychom vždy volat pomoc, popřípadě policii (Linhartová, 2007).

K některým dalším uklidňujícím vlivům patří pomalé tempo řeči. Bylo zjištěno, že zklidněním pacientova tempa řeči dojde k celkovému zpomalení psychomotorických reakcí. Nikdy bychom neměli hodnotit ani odsuzovat pacientovo chování a jeho projevy. Je-li to možné, vyhoví se požadavkům pacienta. K uklidnění může napomoci např. umožnění zakouřit si nebo si zatelefonovat. Vždy bychom měli myslet na vytvoření si nebo zanechání otevřené ústupové cesty sobě i pro pacienta. Lepší možností bude, když pacient může utéct, než kdybychom mu stáli v cestě. Dalším uklidňujícím vlivem je odvrácení pozornosti jinam za okolností, kdy cítíme zvyšující se napětí. Lze např. odložit určité zdravotnické výkony, pokud se ocitneme s pacientem sami a hrozí nám potenciální nebezpečí (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### **2.4.4 Nevhodné postupy**

Mezi nejčastější chyby v přístupu k agresivnímu pacientovi patří zejména reagování instinktivním způsobem, protiútokem, ale také potřeba získat navrch a vyjít tak z konfliktu jako vítěz. Dalšími chybami jsou tendence provést léčebný výkon či ošetření za každou cenu

nebo představa, že vše zvládne záchranář sám. Nelze opomenout časté podcenění či nerozpoznání varovných signálů blížící se ho napadení (Němec, Stuchlíková, 2007).

Dalšími nevhodnými postupy jsou zejména vysvětlování, kde se stala chyba, proč něco nefunguje tak, jak má, neboť si pacient může myslet, že se vymlouváme. Je třeba si dávat pozor i na svádění viny na někoho jiného, popřípadě na zákony, protože by tak pacient mohl mít pocit, že se snažíme uhýbat před zodpovědností (Králová, 2005).

Měli bychom se vždy vyvarovat zakázaných postupů v komunikaci s agresivním pacientem, kterými jsou zesměšňování, ironizování, nucení k přiznání, že pacient nemá pravdu (Králová, 2005).

#### **2.4.5 Agresivní chování zdravotníků**

Často se v praxi můžeme setkat s nevhodným až agresivním jednáním zdravotnického personálu vůči nemocným, mezi něž patří verbální agresivita s křikem, nešetrné ošetřování a neodůvodněné užití omezovacích prostředků či medikace. Tyto nepřijatelné reakce jsou často vyvolávány jedinci, kteří nejsou ochotní spolupracovat nebo sami projevují agresivitu vůči zdravotníkům. Může se potom stát, že zdravotník si přestává uvědomovat svou profesionalitu a přechází do obrany. Ta se pak projevuje např. přehlížením potřeb pacienta, ignorací, slovními konflikty až po fyzické napadení, které je extrémní formou a řadí se mezi nejzávažnější selhání zdravotníka (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### **2.4.6 Zvláštnosti a pravidla komunikace u vybraných typů agresivních pacientů**

##### **2.4.6.1 Úzkostně-agresivní typ**

Tento typ pacienta je většinou charakteristický svou štíhlou postavou, křečovitě vzpřímeným postojem i sedem, nohama u sebe, energicky pevným úchopem předmětů. Z výrazu ve tváři můžeme rozpoznat odměřenost a bojovně naladěný pohled. Jeho řečový projev je velice strohý a z hlasu, který přechází do vyšších poloh, můžeme cítit stísněnost a nervozitu. Je však vybaven rychlými obrannými slovními reakcemi. Kategoricky odmítá veškeré projevy



pomoci a péče, vyjadřuje se pomocí jízlivých poznámek a výroků vedených na city a morálku druhých (Janáčková, Weiss, 2008).

Mezi zvládací strategie v jednání s takovýmto typem pacienta patří pohledem projevat ochotu, nechat jej přistoupit a určit tak vzdálenost mezi námi a pacientem při dalším rozhovoru. Měli bychom dbát na dodržování horizontální polohy pohledu z očí do očí. Jestliže pacient hovoří, je vhodné se dívat se zájmem do jeho obličeje. Pokud naopak hovoříme my, měli bychom střídat pohled do očí s odklonem pohledu stranou. Zásadou je mluvit klidně, věcně, srozumitelně a podávat vyčerpávající informace zdůvodňující všechna naše rozhodnutí. Dále je doporučeno nezvyšovat tón hlasu a nezrychlovat tempo řeči. Pokud pacient vstupuje do naší řeči, je vhodné počkat a pak následně pokračovat ve sdělení (Janáčková, Weiss, 2008).

#### **2.4.6.2 Bezohledně-agresivní typ**

Nejčastějšími charakteristickými znaky tohoto typu pacienta jsou robustní postava a neměnný, nepřátelský výraz obličeje. Projevuje se zpomaleným myšlením, podezíravostí a vztahovačností. Jeho řečový projev je hlučný, nespisovný a nelogický s častým užitím vulgárních výrazů. Běžně se u takového jedince vyskytují zkratkovité či výbušné reakce a netolerantní prosazování svých zájmů. Mnohdy se svým chováním snaží zastrašit slušnější protějšky a také vyjadřuje své nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám, autoritám a zvyklostem (Janáčková, Weiss, 2008).

V případě kontaktu s tímto typem pacienta je potřeba dodržovat opět určitá pravidla. Prvním krokem je vymezit si vzdálenost asi 0,7 m vodorovně mezi pacientem a nikdy tuto pozici neměnit. Při sdělování informací se mu rázně a vytrvale dívat do očí. V případě, že hovoří pacient, je doporučeno pohled odvrátit, ale neklopit ani nezvedat. Znovu je potřeba pacientovi sdělovat informace klidně, věcně, srozumitelně a s jistým, nevzrušeným hlasem. Měli bychom se snažit stát v uvolněné poloze, pomalu gestikulovat a nejednat zmatečně či zakřiknutě. V neposlední řadě bychom měli být schopni jednat vážně a důsledně si stát na svých stanoviscích. Mnohdy může být velice užitečné dbát na čestnost a férovost s možností nabídky důstojného ústupu (Janáčková, Weiss, 2008).

### **2.4.6.3 Pacient s psychózou**

Možným průvodním znakem pacienta s psychózou je snížená, opožděná či dokonce úplná ztráta schopnosti reagovat na okolí. Nemocný má problémy komunikovat v obou směrech, tedy dávat informace a přijímat je. K tomu je přidružena i vymizelá schopnost informace zpracovávat. Velmi často tedy pacient nerozumí, co se mu říká, chová se neadekvátně a vyvolává tak odmítavé reakce okolí. Pacient trpí narušeným obrazem reality v důsledku příznaků psychotického onemocnění, kterými jsou poruchy vnímání okolí (halucinace, bludy). Vnímání je zkresleno i přehnanou vztahovačností, pocity ohrožení, proto nemocný mnohdy vnímá běžné jevy jako útoky proti své osobě. Na základě toho může agresivně reagovat i na upřímný zájem ošetřujícího personálu, neboť si ho může vyložit jako ohrožující. Poruchy myšlení, jež jsou dalším příznakem psychotického onemocnění, mají za následek narušenou schopnost logicky uvažovat, což vede ke vzniku konfliktů a paradoxních situací (Venglářová, Mahrová, 2006).

Doporučenými postupy v komunikaci s tímto pacientem jsou projevat empatii, snažit se pochopit situaci s ohledem na pacientovo psychické onemocnění. Dále hovořit jednoduchým způsobem, používat snadno pochopitelné pravdivé výroky. Měli bychom se vyhnout naléháním a přesvědčováním pacienta. V každém případě bychom se měli snažit respektovat pacientovi intimní zóny, nedívat se mu dlouho přímo do očí a vyvarovat se nečekaných dotyků. Klíčové je průběžně se ujišťovat, zda pacient rozumí naším sdělením (Venglářová, Mahrová, 2006).

### **2.4.6.4 Pacient s projevy demence**

V praxi se často setkáváme s vysokým počtem seniorů. Většina z nich může mít známky poruch kognitivních funkcí s různým rozsahem a intenzitou. Na počátku onemocnění, kde dochází k postupnému rozvoji příznaků, si nemocný uvědomuje změny, na které může reagovat podrážděním až agresivním chováním. Charakteristickými příznaky demence jsou poruchy paměti, řeči a pozornosti. Pacient se snaží zapomenuté věci nahradit a má tendence si vymýšlet. Ošetřující personál je tak stavěn do náročné situace, protože si musí řadu informací od pacienta ověřit a navíc s ním musí komunikovat tak, aby zachoval jeho sebeúctu (Venglářová, Mahrová, 2006).

K pacientovi, který má projevy demence, je nutné mít zvláštní přístup. Je důležité si uvědomit pacientovu diagnózu a posuzovat tak pacientovo chování jako symptom nemoci. Zbytečně neklademe otázky, na které pacient nedokáže odpovědět. Pokud to situace umožňuje, ignorujeme pacientovo nevhodné chování a snažíme se vyhnout jeho spouštěčům. Hovoříme krátkými větami a používáme slova s jednoznačným významem. Měli bychom se vyvarovat tlaku na nemocného, aby se víc snažil, nespěchat a nebyl nervózní. Podstatné je také snažit se eliminovat mnoho podnětů, které mohou na pacienta působit rušivě (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### **2.4.6.5 Pacient pod vlivem alkoholu, drog**

Pacienti pod vlivem alkoholu či drog mají sníženou úroveň vnímání a pozornosti. Běžnými projevy jsou euforie nebo agresivita. Péče o pacienta, jenž je pod vlivem drog, bývá v častých případech obtížná v důsledku silné manipulativní tendence pacienta. Komunikace s ním je náročná, protože často nespolupracuje a jeho chování je nevypočitatelné. Jedním z řady dopadů na pacientovo chování z nadměrného užívání alkoholu či drog je nerespektování sociálních, právních a společenských norem (Venglářová, Mahrová, 2006).

K zásadám komunikace s tímto pacientem patří používat srozumitelné, jasné a konkrétní sdělení. Dále si je potřeba hlídat své i pacientovy neverbální projevy. Zásadní je nepřijímat manipulativní chování závislého pacienta, být rozhodný a důsledný. Nikdy nekritizujeme, nekáráme a nehodnotíme pacientovo chování. Nesmíme pacienta zavrhnout, nedávat najevo projevy znechucení. Měli bychom se také snažit nepoučovat a neposkytovat rady pacientovi, který nemá o pomoc zájem (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### **2.4.7 Psychofarmakologické zklidnění pacienta**

Perorální podání psychofarmaka se doporučuje pouze při lehčích formách neklidu. Využití je hlavně u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou. Za těchto okolností máme k dispozici např. diazepam 10 mg, oxazepam 10 mg či alprazolam 0,25-1 mg. Jestliže se jedná o intenzivnější neklid v rámci např. psychotického onemocnění, přistupuje se spíše k parenterální aplikaci látky. Je však třeba si dávat pozor na to, zda pacient před nástupem

neklidu nepožil alkohol. V tomto případě se podání benzodiazepinů vůbec nedoporučuje z důvodu nežádoucích účinků na dechové centrum. U nejtěžších neklidů, běžně vyskytujících se při schizofrenii, poruchách s bludy či v průběhu mánie, se nejčastěji aplikuje zklidňující látka do svalů. V úvahu potom připadá clonazepam (Rivotril) 2 mg, diazepam 20 mg či haloperidol 5 mg. Výborné účinky s okamžitým efektem a malým rizikem vzniku komplikací má kombinace haloperidolu s diazepamem. U neklidných a agresivních pacientů se využívají injekční formy sedativních antipsychotik první generace, jimiž jsou Tisercin a Plegomazin. Je důležité mít neustále na paměti možné nežádoucí účinky psychofarmak. Proto u agresivního opilce či epileptika je indikací ke zklidnění spíše fyzické omezení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

#### **2.4.8 Fyzické omezení pacienta**

K fyzickému omezení se přistupuje v těžších případech před pokusem o farmakologické zklidnění pacienta, při čekání na účinek psychofarmaka nebo v případě, že nelze psychofarmaka podat pro riziko vzniku komplikací. Vždy je třeba myslet především na vlastní bezpečnost a řídit se určitými pravidly. Je třeba snažit se dozvědět se co nejvíce informací o pacientovi předem. Zjistit, zda nemůže na místě použít něco, co by mu eventuelně sloužilo jako zbraň. Měli bychom vyčkat příjezdu policie. Předtím bychom se neměli pokoušet o omezení pacienta sami nebo s pomocí jeho rodiny. Pokud dojde k napadení, je třeba dbát na bezpečí pacienta, jeho okolí a především personálu (Dušek, Večeřová Procházková, 2005).

Ideálně by mělo být provedeno alespoň 5 osobami, kdy na každou končetinu je k dispozici jedna osoba se současným jištěním hlavy pacienta. Je-li to možné, zdravotnický personál by se neměl fyzického omezení účastnit kvůli ztrátě pacientovy důvěry. Vhodná je tedy asistence policie nebo bezpečnostní služby. Po fyzickém omezení pacienta je následně možné opět zkusit intervenci rozhovorem nebo se aplikuje připravené farmakum pro zklidnění (Bydžovský, 2008).

Použití fyzického omezení nebo jiných omezovacích prostředků je důležité pečlivě zdokumentovat a následně zdůvodnit zdravotnickému zařízení (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005).

## **2.5 Právní sebeobrana záchranáře**

Z praxe víme, že v krajních případech může dojít k fyzickému napadení záchranáře pacientem. Je tedy na místě znát problematiku trestního práva v situaci, kdy k útoku dojde. Každý občan má právo na sebeobranu za podmínek, je-li útok na něho nebo jinou osobu již přímo hrozící nebo právě probíhá. V trestním zákoníku je sebeobrana nazývána jako nutná obrana (Mach, 2010).

Existují dvě zásadní podmínky nutné obrany. První podmínkou je, že útok na zájem, jenž je chráněn trestním zákoníkem (fyzická integrita člověka) buď přímo hrozí, nebo již probíhá a stále trvá. Druhou podmínkou je, že obrana nesmí být zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. Jsou-li splněny tyto podmínky a dojde-li při odvracení útoku k poranění či dokonce k usmrcení útočnicka, nelze tento čin považovat za trestný, ale jde o dovolené jednání v rámci nutné obrany (Mach, 2010).

Obránce by však mohl být stíhán, pokud by vybočil z mezí nutné obrany. Záchranář by tak mohl být trestně stíhán, jestliže by jeho obrana byla zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku. S nutnou obranou dále nesouvisí obrana, která nebyla s útokem současná. To znamená, že v obraně bylo pokračováno i po skončení útoku nebo byla obrana předčasná v době, kdy útok ještě přímo nehrozil. Můžeme útok odvrátit, nikoliv však oplácet. Přímo hrozící útok se označuje jako útok, u kterého hrozí, že bezprostředně nastane. Není však nutno vyčkávat do první rány útočnicka, je-li zřejmé, že útok již přímo hrozí (Mach, 2010).

## **2.6 Pomoc zdravotníkům napadených pacientem**

Vlastní napadení vyvolává v záchranářovi pocity vlastního ohrožení a zážitek spojený s tímto činem se většinou dotkne všech účastníků. Napadený většinou cítí jak podporu a souhlas kolegů, tak i pochybnosti. Je to z důvodu pocitů viny z profesionálního selhání, nezvládnutí situace, která vyústila v napadení. V důsledku napadení se může rozvinout kromě pocitů viny, ztráty jistoty v komunikaci či strachu z opakovaného napadení, až posttraumatická stresová porucha. Doporučuje se tedy mluvit s kolegy o celé situaci, poradit se s nimi a eventuelně využít jejich vlastní zkušenosti. Může se tak tím vytvořit i společná preventivní strategie proti vzniku dalších rizik v budoucnu (Venglářová, Mahrová, 2006).

Mýty záchranářů jsou častým důvodem, kvůli kterému napadení jedinci nechtějí vyhledat odbornou pomoc. Patří mezi ně např. domněnka, že projevit emoce je slabost či nechat si pomoci znamená osobní i profesní selhání (Venglářová, Mahrová, 2006).

V současné době je v České republice k dispozici Systém Psychosociální Intervenční Služby (SPIS), který je určen všem pracovníkům ve zdravotnictví zasažených nadlimitní psychickou zátěží při výkonu své profese. Mezi profesně náročné, krizové situace patří např. napadení zdravotníka, úmrtí či zranění kolegy, smrt dítěte, hromadné neštěstí a další. Po skončení takovýchto událostí je pak účastníkům zásahu nabídnuto individuální či společné setkání všech zasažených členů posádky, včetně operátora/operátorky. Využívají se metody skupinové péče o zasahující profesionály či individuální kontakt s vyškoleným kolegou, popřípadě odborníkem na duševní zdraví. Poskytování psychosociální intervenční péče je tedy založeno na systému profesních kolegů – peerů. Peerem je kolega z oboru, který zná prostředí a problematiku povolání. Jeho cílem je zasaženého kolegu vyslechnout, podpořit a pomoci mu nalézt zvládací mechanismy k vyrovnání se s prožitou situací, eventuálně doporučit mu další možnosti odborné péče. Aby mohl peer poskytovat takovouto psychosociální péči a podporu, musí nejprve absolvovat certifikovaný kurz s názvem „PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací“, který se uskutečňuje v rámci NCO NZO v Brně (Šeblová, 2011).

Každý z peerů spolupracuje s odborníky na duševní zdraví a krajskými koordinátory. Odborníkem na duševní zdraví je vyškolený psycholog či psychiatr v krizové intervenci, systému CISM (Critical Incident Stress Management) (Šeblová, 2011).

Krajský koordinátor je kontaktní osoba pro poskytovatele i žadatele psychosociální intervenční služby v kraji. Každý kraj má svého koordinátora, který plánuje, řídí a zabezpečuje vlastní realizaci psychosociální intervenční služby (Šeblová, 2011).

Odbornými garanty PIS ve zdravotnictví jsou PhDr. Blanka Čepická a PhDr. Lukáš Humpl. Program je prozatím zaštitěn Ministerstvem zdravotnictví ČR (Šeblová, 2011).

Systém nabízí kromě vlastní krizové intervence i předkrizovou intervenci v podobě vzdělávání pracovníků v oblasti zvládání stresu, adaptace na něj a v neposlední řadě také v oblasti prevence profesního selhání či syndromu vyhoření (Šeblová, 2011).

### 3 VÝZKUMNÁ ČÁST

#### 3.1 Metodika výzkumu

Výzkum jsem prováděl na celkem třech stanovištích nejmenovaných zdravotnických záchranných služeb ve dvou krajích. Principem výzkumu byla metoda dotazníkového šetření. K získání potřebných dat jsem vypracoval anonymní dotazník, který jsem v celkovém počtu 50 kusů dodal mezi jednotlivá stanoviště. Dotazníky jsem rozdělil v odpovídajícím počtu k personálnímu obsazení vybraných stanovišť. Předpokládám, že vzhledem k anonymitě dotazníků, odpovídali všichni respondenti pravdivě. Dotazník (Příloha A) se skládá ze dvou částí. První část se vztahuje na osobní a anamnestické údaje respondentů a druhá část se již týká zkušeností respondentů s agresivním pacientem. Respondenti odpovídali na uzavřené a polouzavřené formy otázek. Uzavřená otázka je taková, která respondentovi předkládá určitý počet předem připravených odpovědí, ze kterých si vybere jednu možnost. Polouzavřená otázka je vytvořena na stejném principu, ale respondent má u tohoto typu otázky navíc možnost dopsat svou vlastní odpověď do kolonky „jiné“, nevyhovuje-li mu žádná z nabídnutých možností.

Výzkum probíhal od 1. 2. 2012 do 30. 3. 2012 a z celkového počtu 50 rozdaných dotazníků se mi vrátilo 38 správně vyplněných dotazníků. Návratnost tedy byla 76 %. Výsledky dotazníkového šetření jsem zhodnotil a zpracoval pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel 2007. Po zhodnocení získaných dat byli do výzkumu zařazeni pouze respondenti, kteří byli alespoň jednou napadeni agresivním pacientem.

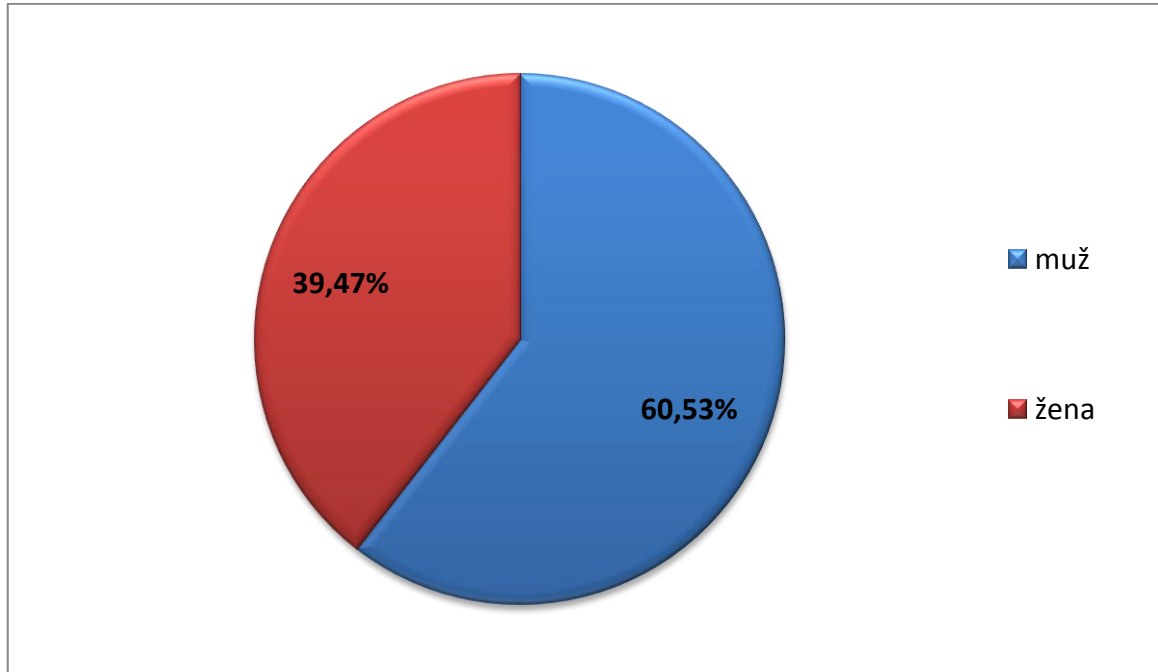
### **3.2 Výzkumné otázky**

1. Byla většina respondentů již někdy vystavěna fyzické agresí pacientů?
2. Je vliv alkoholu nejčastějším důvodem agresivního chování pacientů?
3. Vědí respondenti, jak se mají chovat k agresivnímu pacientovi?
4. Vyhledala většina napadených respondentů po události psychickou podporu?



### 3.3 Prezentace výsledků výzkumu

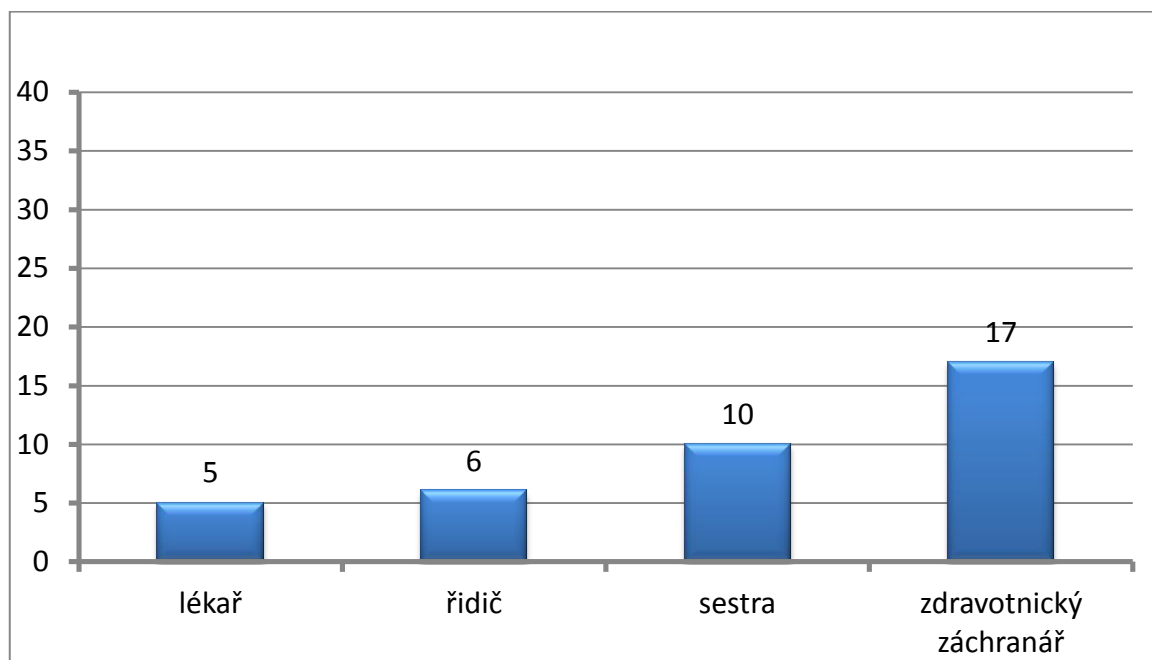
Otázka č. 1: Jste muž/ žena?



Obr. 1 Pohlaví respondentů

Grafické znázornění obr. 1 vypovídá o skladbě respondentů dle pohlaví. Z 38 respondentů odpovědělo 23 mužů (60,53 %) a 15 žen (39,47 %).

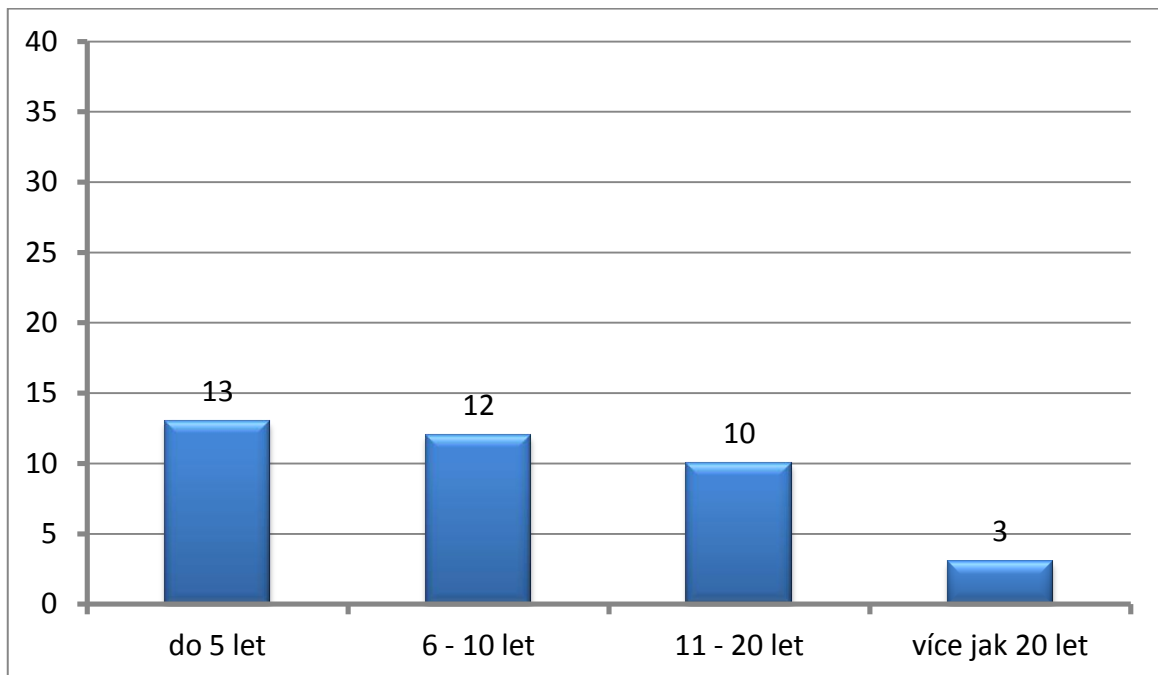
Otázka č. 2: Jakou pracovní pozici máte na Vašem stanovišti?



Obr. 2 Pracovní zařazení respondentů

Cílem otázky č. 2 bylo zjistit, jakou pracovní pozici zauímají respondenti na svém pracovišti. Na obr. 2 je vidět, že z celkového počtu 38 respondentů bylo 5 (13,16 %) lékařů, 6 (15,79 %) řidičů, 10 (26,32 %) sester a 17 (44,74 %) zdravotnických záchranářů.

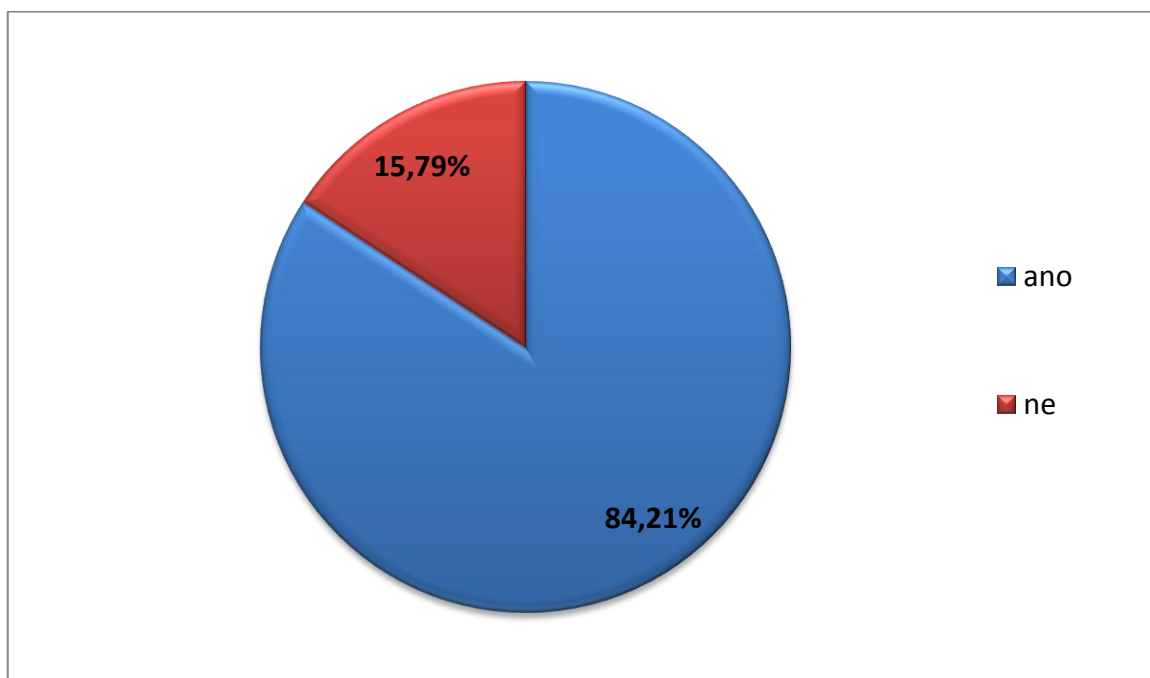
Otázka č. 3: Jak dlouho působíte na záchranné službě?



Obr. 3 Doba působení na záchranné službě

Obr. 3 nám ukazuje, v jakém rozmezí let respondenti působí na záchranných službách. Z celkového počtu 38 respondentů pracuje na záchranné službě 13 (34,21 %) necelých 5 let, 12 (31,58 %) 6 – 10 let, 10 (26,32 %) 11 – 20 let a 3 (7,89 %) respondenti působí na záchranné službě více jak 20 let.

Otázka č. 4: Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem?



Obr. 4 Četnost napadených respondentů

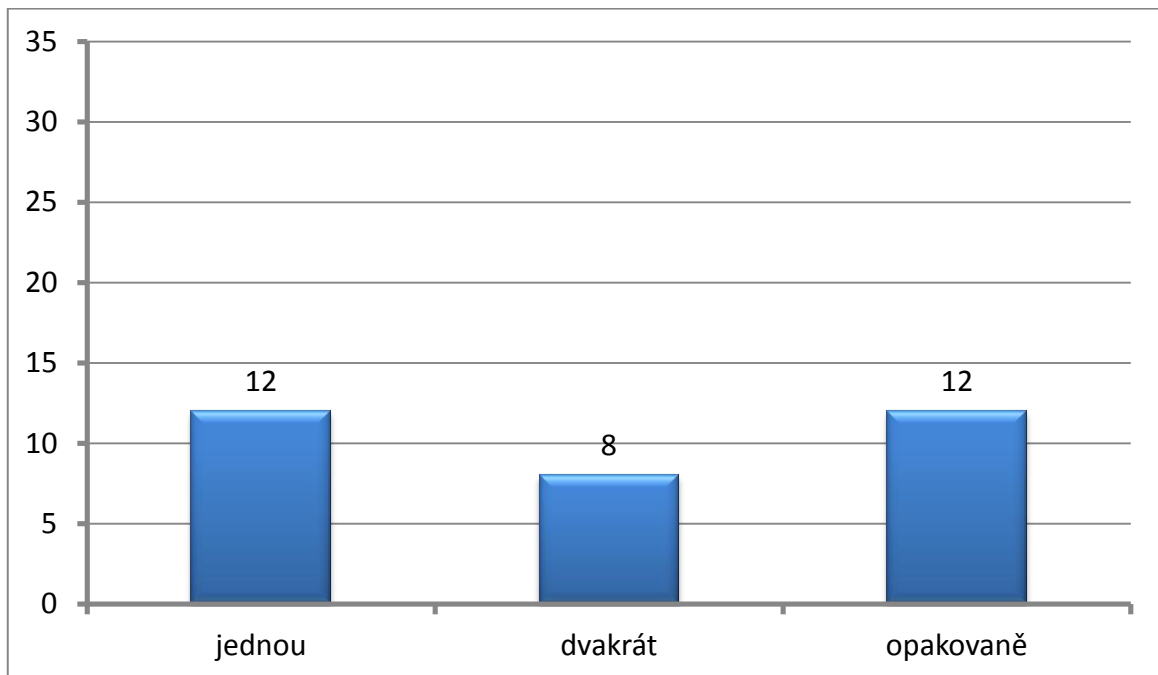
Z obr. 4 je patrné, že převážná většina respondentů, tedy 32 (84,21 %), byla již někdy napadena pacientem během svého působení na záchranné službě. Zbýlých 6 (15,79 %) respondentů se doposud s napadením nesetkalo.

Tab. 1 Pohlaví napadených respondentů

Pohlaví	počet	vyjádření v procentech
muž	19	59,38 %
žena	13	40,63 %
celkem napadených	32	100 %

V tab. 1 vidíme, že 19 (59,38 %) napadených respondentů byli muži a 13 (40,63 %) respondentů bylo ženského pohlaví.

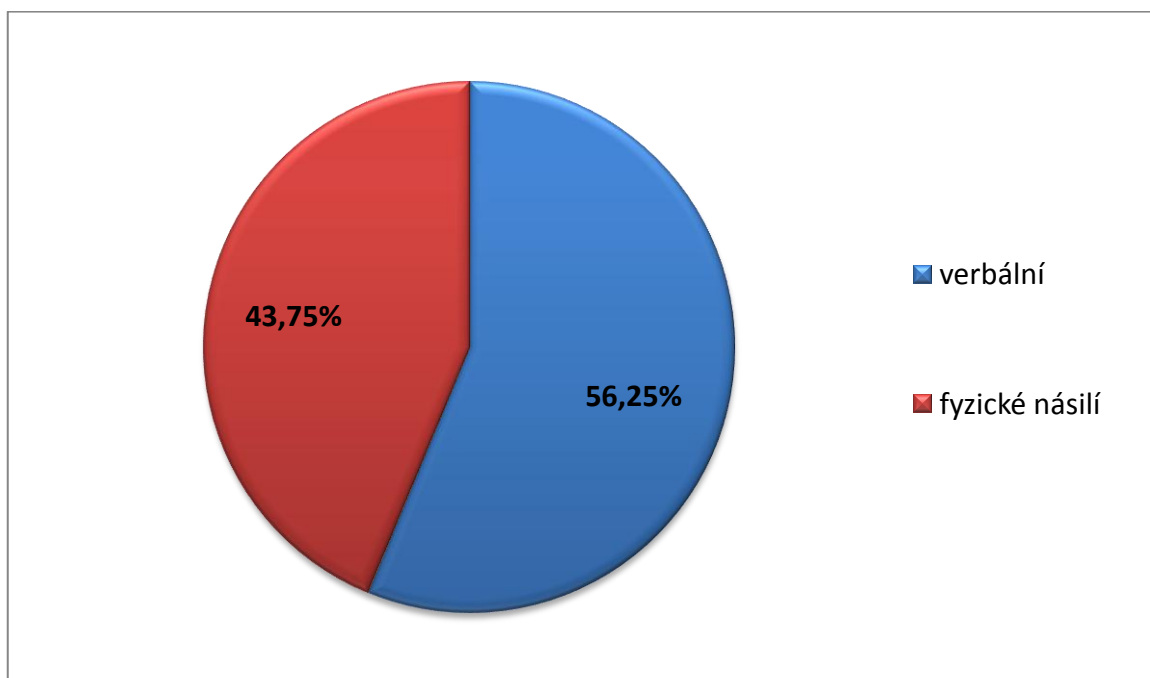
Otázka č. 5: Kolikrát jste se setkal/a s napadením Vaší osoby?



Obr. 5 Četnost vlastního napadení

Cílem grafické úpravy otázky č. 5 bylo znázornit, kolikrát se respondenti setkali s napadením pacientem. Z obr. 5 vyplývá, že z celkového počtu 32 napadených respondentů bylo napadeno 12 (37,50 %) jednou, 8 (25,00%) dvakrát a dalších 12 (37,50 %) se setkala s napadením opakovaně.

Otázka č. 6: Jakou formou útoku jste byl/a napaden/a?



Obr. 6 Forma útoku

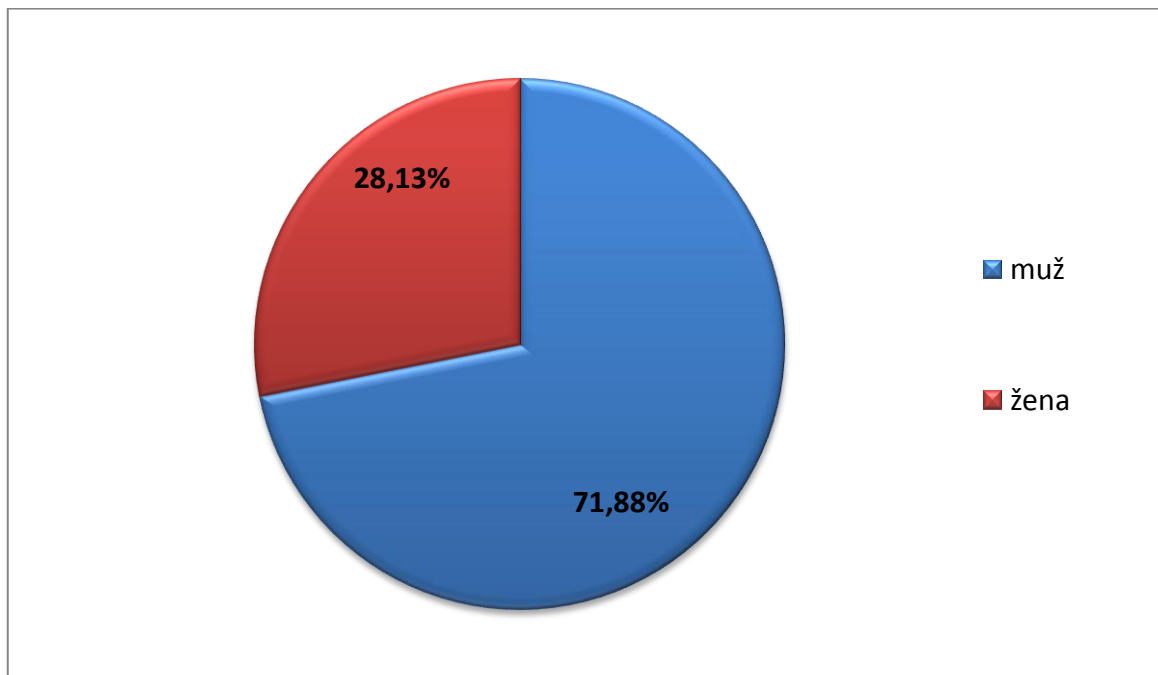
V této otázce si měli respondenti vzpomenout, jaké formě útoku museli čelit. Vzhledem k tomu, že respondenti mohli být v minulosti napadeni dvakrát či dokonce opakovaně, bylo respondentům prostřednictvím dotazníku sděleno, aby si vybavili pouze nejhorší zkušenost s napadením. Obr. 6 nám ukazuje, že 18 (56,25 %) případů útoku bylo uskutečněno formou verbální a 14 (43,75 %) respondentů bylo fyzicky napadeno.

Tab. 2 Pohlaví brachiálně napadených respondentů

Pohlaví	počet	vyjádření v procentech
muž	10	71,43 %
žena	4	28,57 %
celkem fyzicky napadených	14	100 %

Z tab. 2 vyplývá, že z brachiálně napadených respondentů bylo 10 (71,43 %) mužů a 4 (28,57%) ženy.

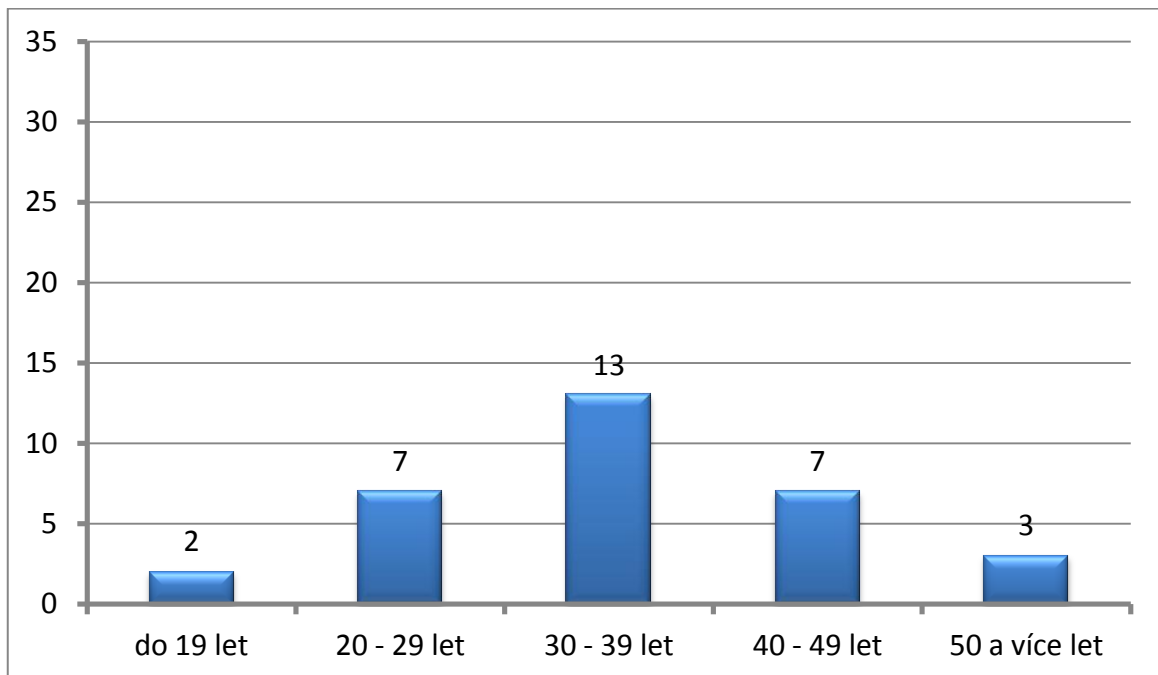
Otázka č. 7: Pacient byl muž/ žena?



Obr. 7 Pohlaví agresora

Tato otázka měla za cíl zjistit pohlaví útočníka. Na obr. 7 je patrné, že ze všech 32 případů napadení provedlo útok 23 (71,88 %) pacientů mužského pohlaví a 9 (28,13 %) pacientů ženského pohlaví.

Otázka č. 8: Jaký byl přibližně věk pacienta?

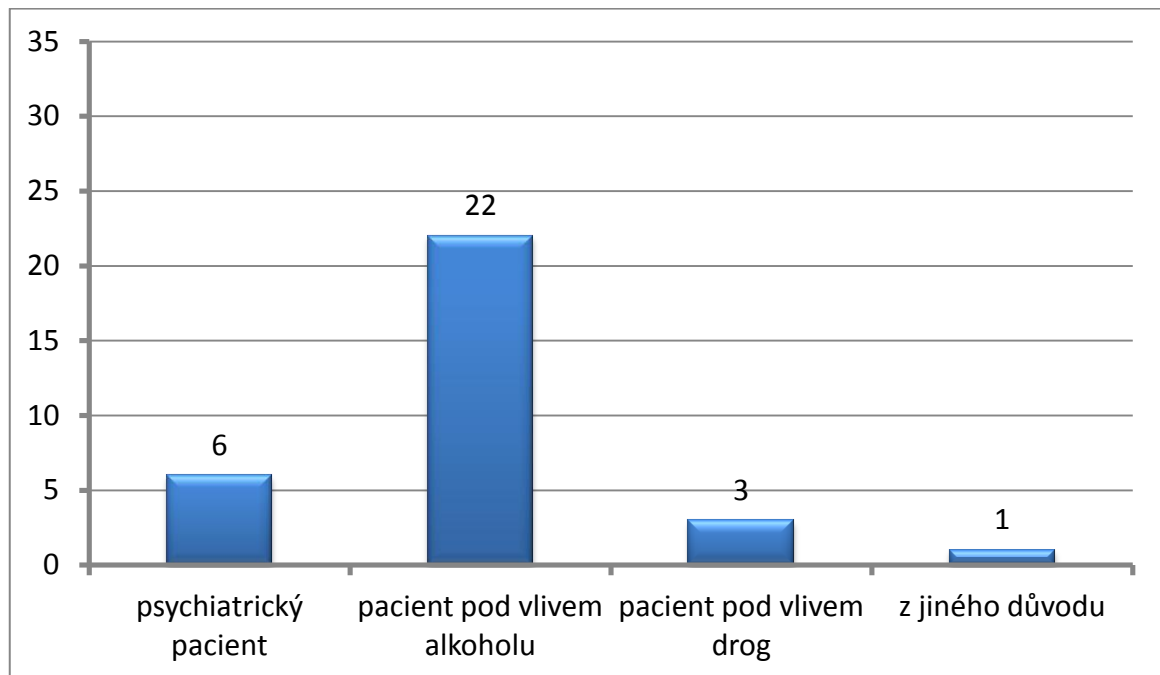


Obr. 8 Věk pacienta

V otázce č. 8 si měli respondenti vybavit přibližný věk agresivního pacienta. Na tuto problematiku poukazuje obr. 8. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli pacienti ve věkovém rozmezí 30 – 39 let s celkovým počtem 13 (40,63 %). Dvě věkové skupiny v rozmezí 20 – 29 let a 40 – 49 let byly zastoupeny 7 (21,88 %) pacienty. Pacienti staří 50 a více let byli 3 (9,38 %). Nejméně zastoupenou skupinou byli pacienti ve věku do 19 let se 2 (6,25 %) jedinci.



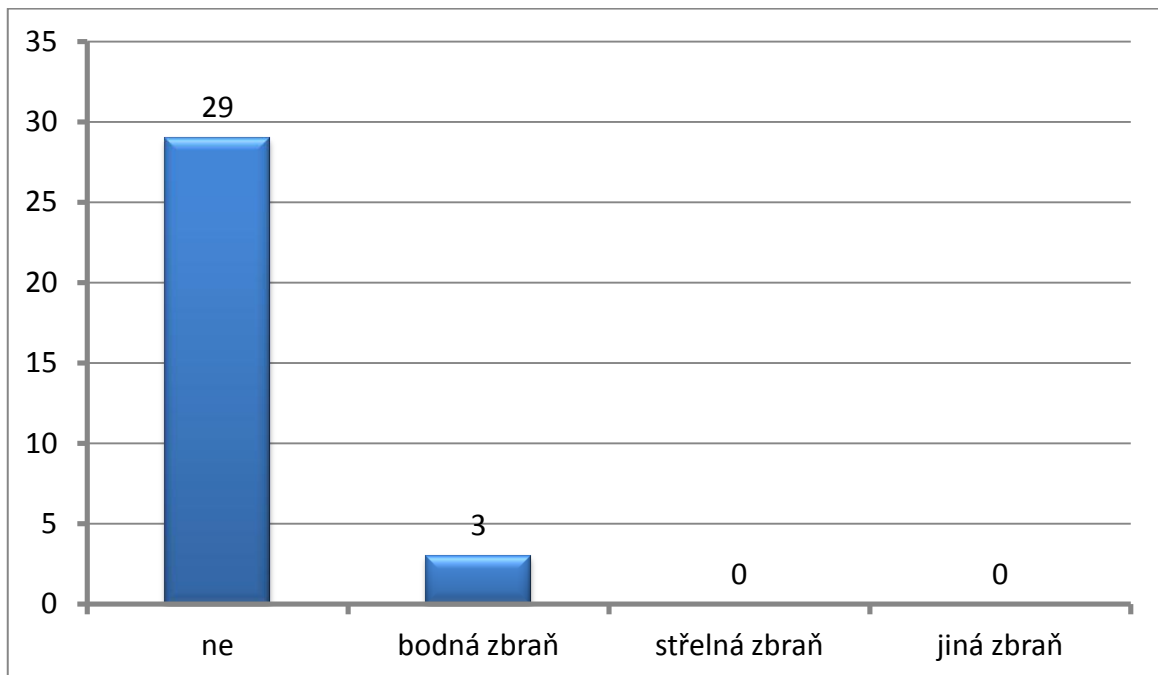
Otázka č. 9: Bylo pacientovo agresivní jednání příčinou některé z uvedených skutečností?



Obr. 9 Příčiny agresivního jednání

Z obr. 9 je patrné, že nejčastější příčinou agresivního chování pacientů byl vliv alkoholu. Agresivních pacientů pod vlivem alkoholu bylo celkem 22 (68,75 %). Druhým nejčastějším důvodem bylo psychiatrické onemocnění, které se týkalo 6 (18,75 %) pacientů. Pacienti, kteří jednali agresivně pod vlivem drog, byli 3 (9,38 %). Pouze 1 (3,13 %) pacient reagoval agresivně z jiného důvodu, kterým byla podle respondenta nedostatečná spokojenost se službami zdravotnické záchranné služby.

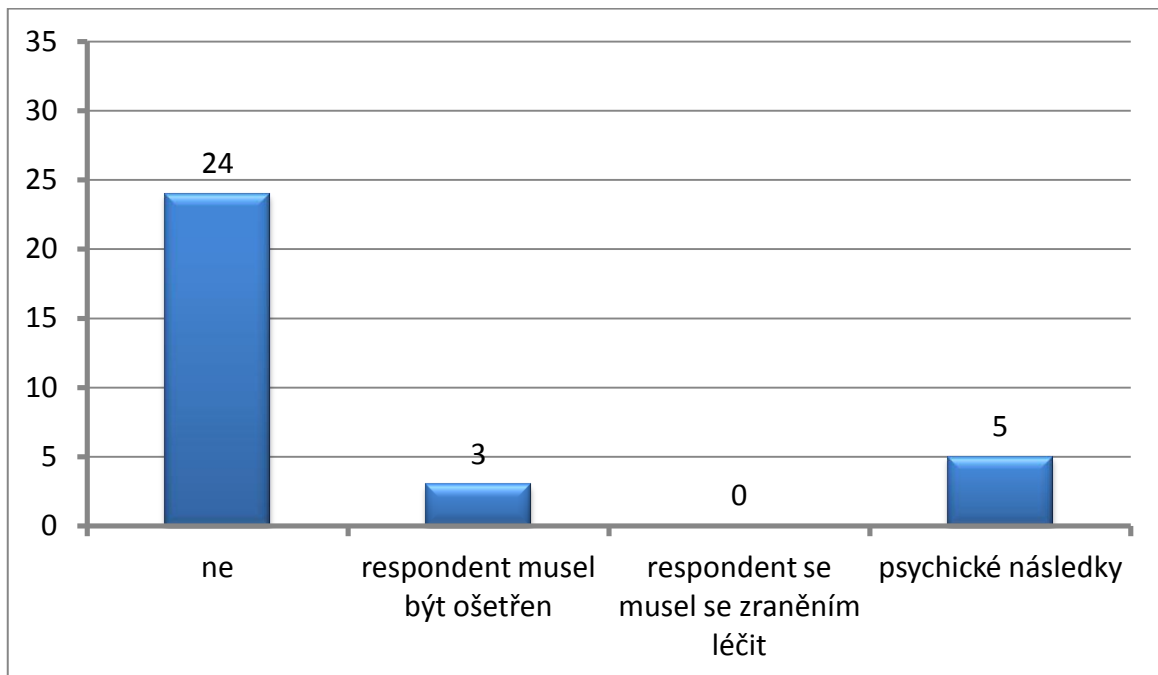
Otázka č. 10: Byla pacientem proti Vám použita zbraň?



Obr. 10 Užití zbraně při napadení

Obr. 10 ukazuje, že ve 29 (90,63 %) případech napadení nedošlo k útoku za užití zbraně. Bodná zbraň byla pacientem použita ve 3 (9,38%) případech. Střelná ani žádná jiná zbraň nebyla z 32 napadení použita vůbec.

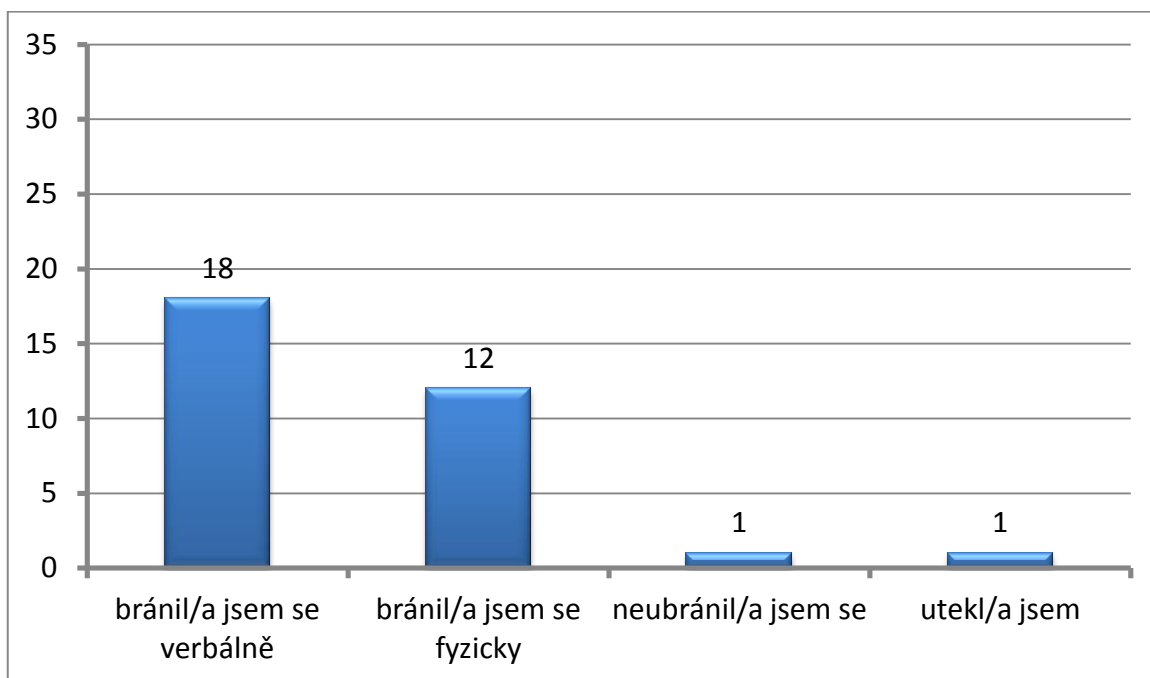
Otázka č. 11: Utrpěl/a jste po napadení nějaká zranění?



Obr. 11 Následky napadení

Záměrem této otázky bylo ověřit, zda respondenti utrpěli nějaká zranění po napadení. Grafické znázornění této otázky v obr. 11 ukazuje, že 24 (75,00 %) respondentů nemělo po incidentu s pacientem žádné následky. 3 (9,38 %) respondenti museli být následně ošetřeni, ale žádný respondent se nemusel se zraněním po nějakou dobu léčit. Psychickými následky trpělo 5 (15,63 %) respondentů.

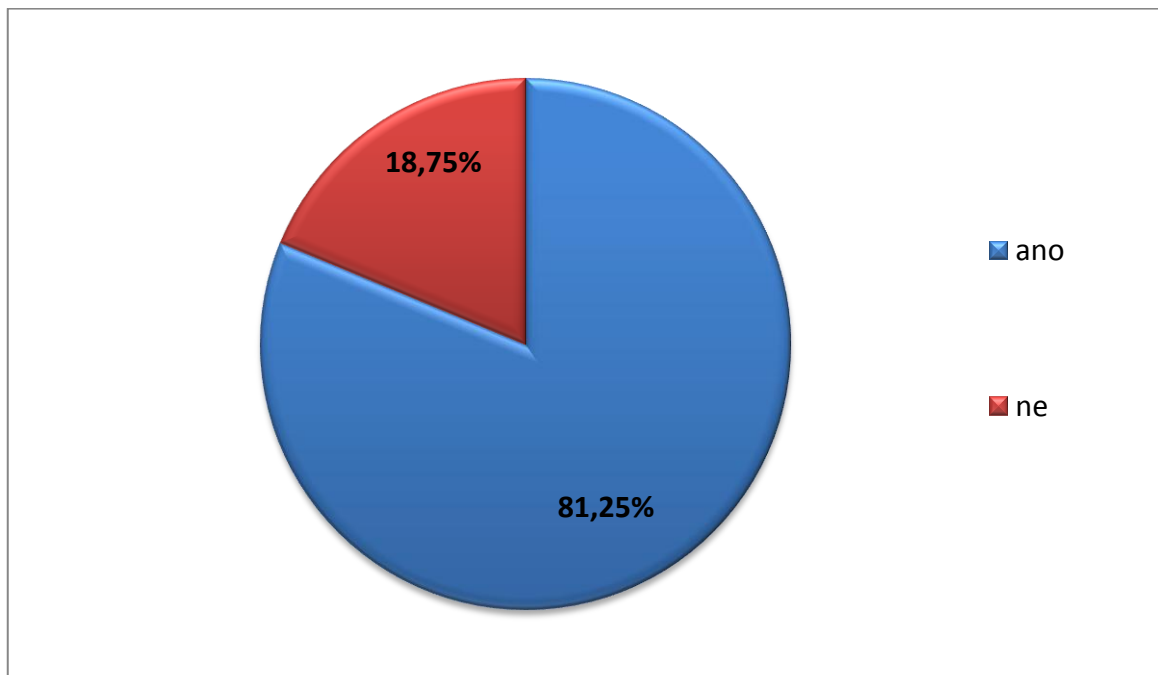
Otázka č. 12: Jak jste se zachoval/a při napadení?



Obr. 12 Reakce respondentů na napadení

Na základě této otázky jsem chtěl zjistit nejčastější reakce respondentů na napadení. Jednotlivé reakce respondentů jsou graficky znázorněny na obr. 12. Většina respondentů, 18 (56,25 %), se bránilo napadení verbálně. Tento počet reakcí odpovídá obr. 6, kde bylo poukázáno na 18 napadení verbální formou. Z toho vyplývá, že všech 18 respondentů se verbální agresi bránilo také verbálně. 12 (37,50 %) respondentů se muselo bránit fyzicky. 1 (3,13 %) respondent se nedokázal v dané situaci ubránit, 1 (3,13 %) respondent z místa incidentu utekl. Opět tento počet souvisí s obr. 6, kde je upozorněno na 14 případů fyzického napadení.

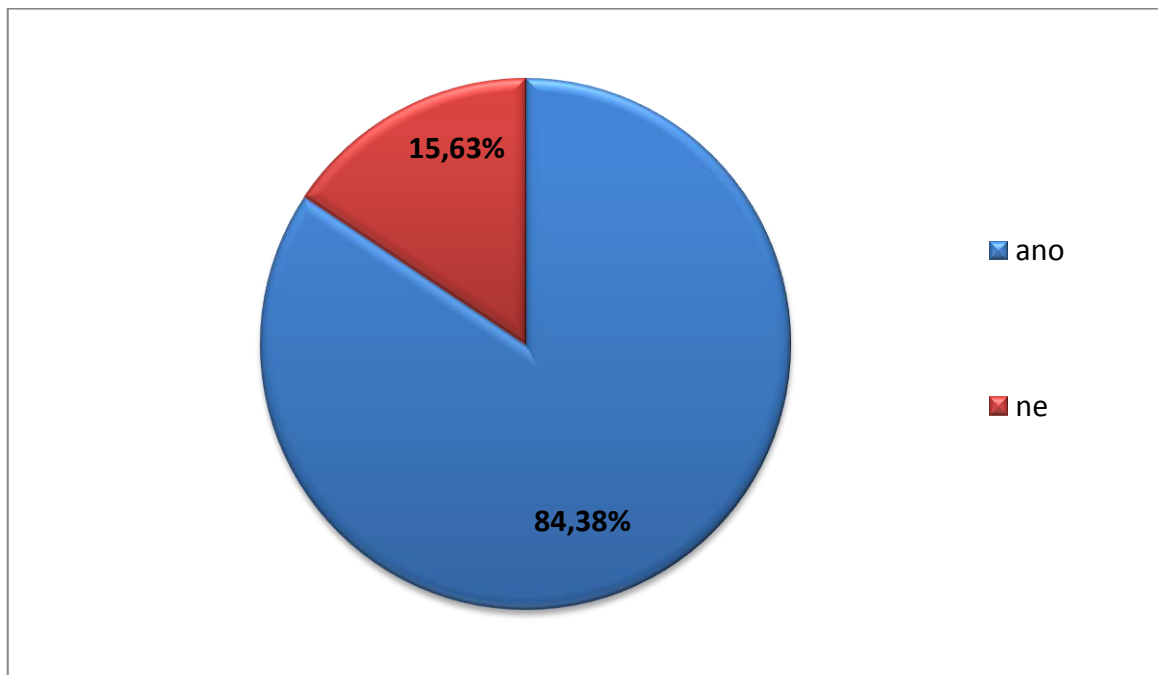
Otázka č. 13: Bylo v dané situaci zapotřebí dovolat si na pomoc Policii ČR/Městskou policii?



Obr. 13 Četnost volání Policie ČR/Městské policie

Z obr. 13 vyplývá, že ve 26 (81,25 %) případech respondenti potřebovali pomoc členů Policie ČR či Městské policie. Pouze v 6 (18,75%) případech to nebylo nutné.

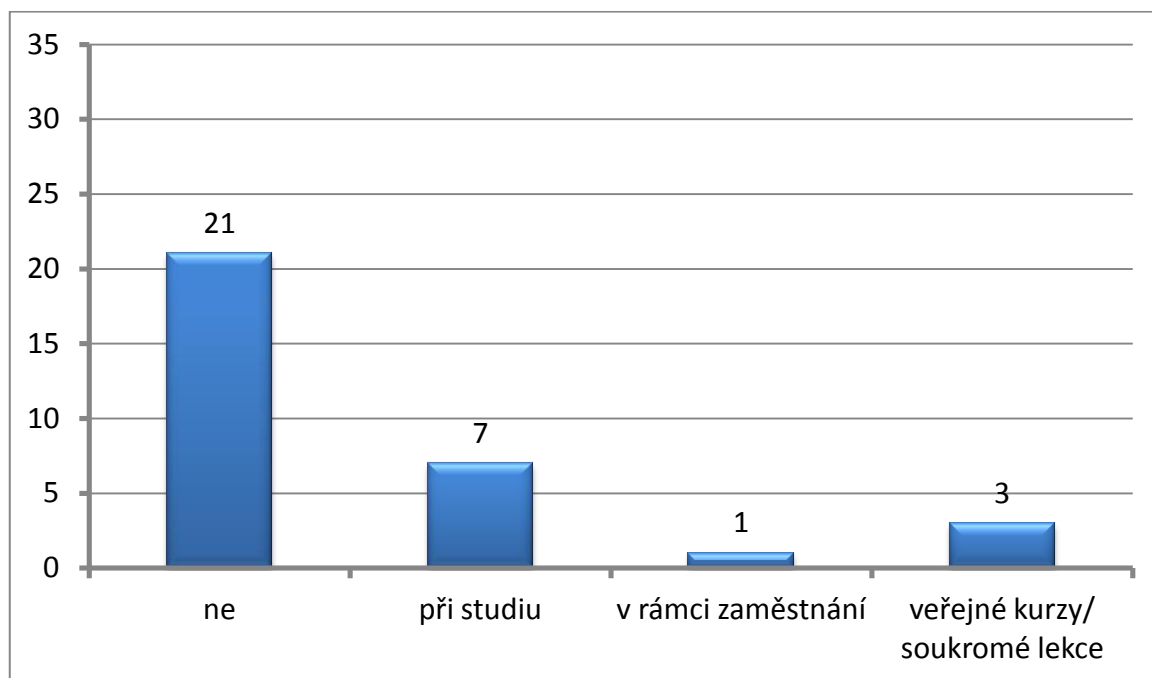
Otázka č. 14: Jste spokojen/a se spoluprací Policie ČR/Městské policie?



Obr. 14 Spokojenost respondentů s Policií ČR/Městskou policií

Předmětem otázky č. 14 bylo ověřit, zda jsou respondenti spokojeni se spoluprací Policie ČR/Městské policie. Z obr. 14 je patrné, že 27 (84,38 %) respondentů je spokojeno, zatímco zbylých 5 (15,63 %) není. Respondenti mohli u této otázky eventuelně napsat své připomínky. Důvodem jejich nespokojenosti byl ve všech případech dlouhý dojezdový čas na místo zásahu.

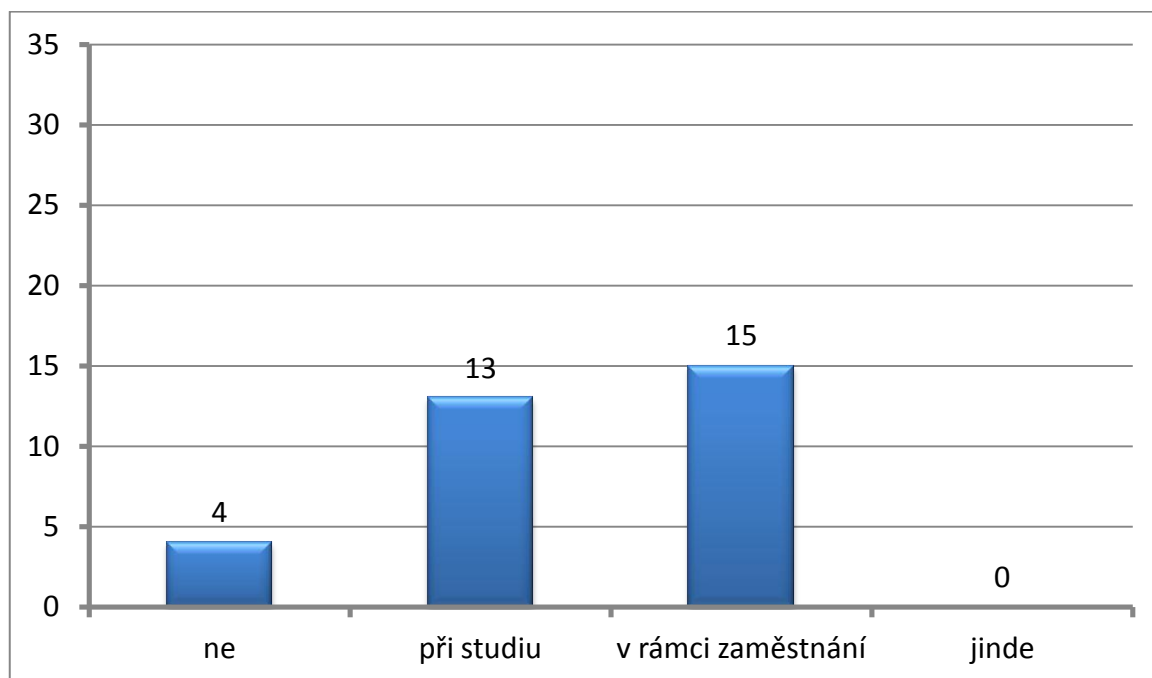
Otázka č. 15: Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany?



Obr. 15 Respondenti a sebeobrana

Na základě otázky č. 15 jsem chtěl zjistit, zda respondenti ovládají nějaké prvky sebeobrany v případě napadení. Z obr. 15 je zřejmé, že převážná většina, tedy 21 (65,63 %) respondentů nemá zatím zkušenost s kurzem sebeobrany. 7 (21,88 %) respondentů uvedlo, že absolvovalo kurz sebeobrany během svého studia. 1 (3,13 %) respondent se setkal se sebeobranou v rámci zaměstnání a 3 (9,38 %) respondenti absolvovali sebeobranu v rámci veřejných kurzů či soukromých lekcí.

Otázka č. 16: Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem?

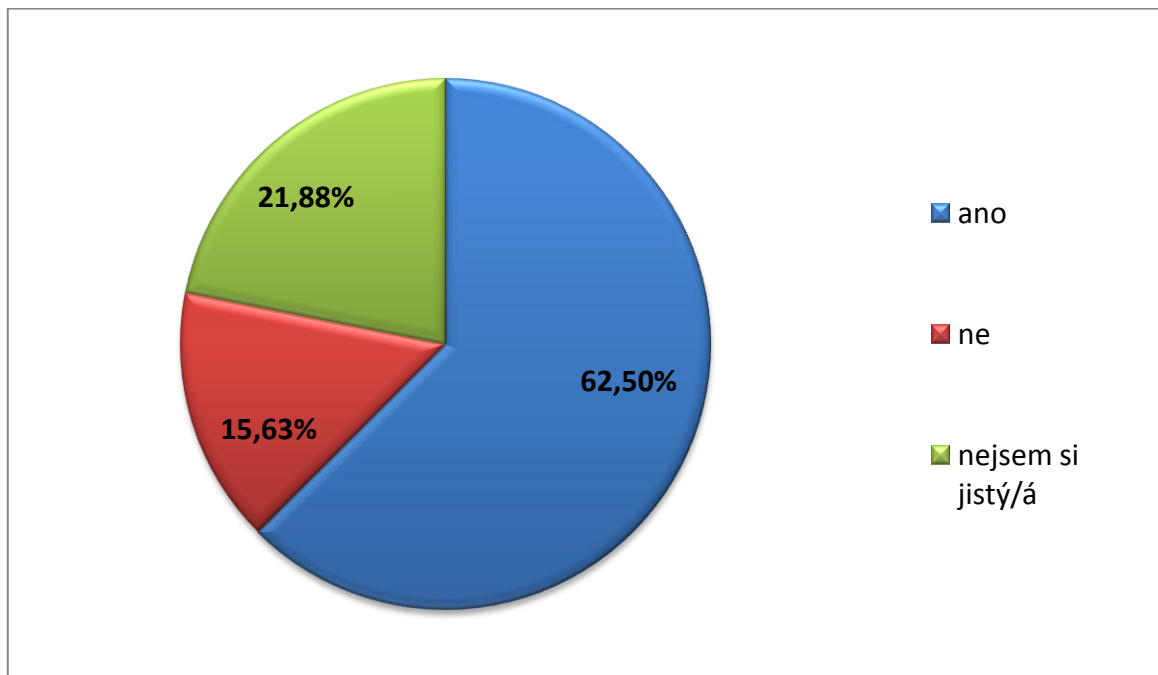


Obr. 16 Školení respondentů v komunikaci s agresivním pacientem

Záměrem této otázky bylo zjistit, jsou-li respondenti proškoleni v komunikaci s agresivním pacientem. Na obr. 16 je vidět, že převážná většina respondentů již byla někdy proškolená v této problematice. V rámci zaměstnání bylo proškolen 15 (46,88 %) respondentů, 13 (40,63 %) respondentů se setkala s touto problematikou během svých studií a 4 (12,50 %) respondenti doposud nebyli proškoleni vůbec. Žádný z respondentů nevedl, že by byl proškolen jinde, než v rámci zaměstnání či studia.



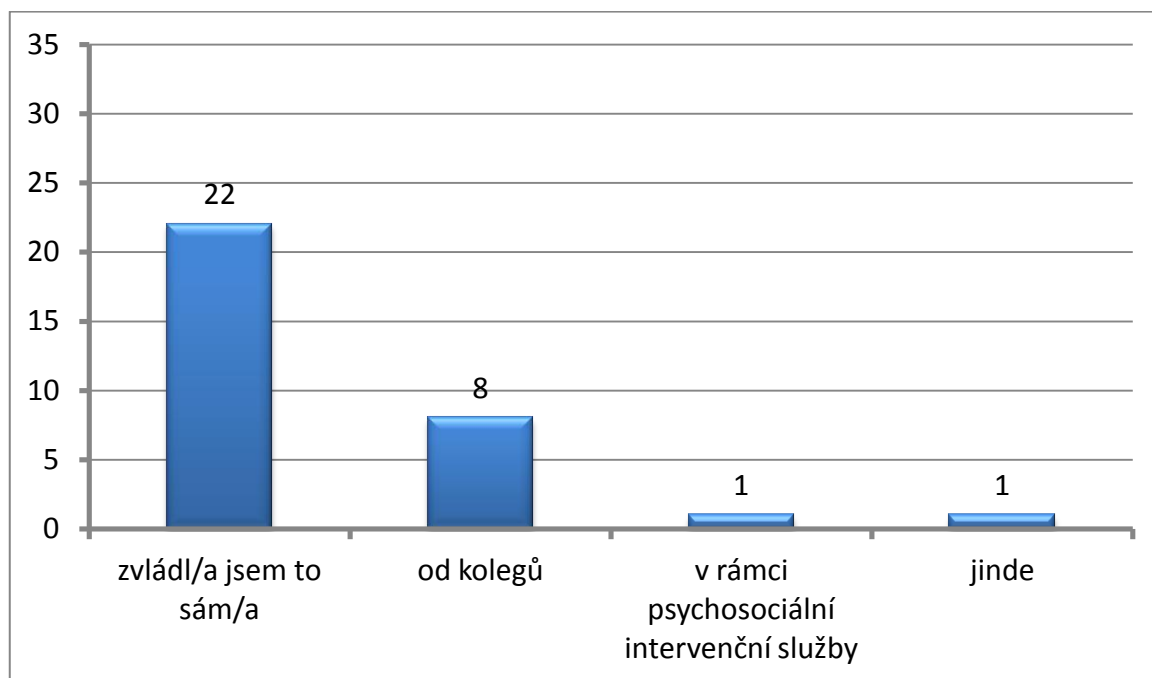
Otázka č. 17: Jste seznámen/a s problematikou nutné obrany v případě fyzického napadení?



Obr. 17 Znalost problematiky nutné obrany v případě napadení

Cílem této otázky bylo zjistit, zda si jsou respondenti jistí svými právy či povinnostmi v situaci, kdy musí čelit útoku agresivního pacienta. S touto problematikou úzce souvisí pojem nutná obrana, o které je pojednáno v teoretické části práce. Z obr. 17 vyplývá, že 20 (62,50 %) respondentů si je vědomo svých práv či povinností v případě fyzického napadení pacientem. Respondentů, kteří si při vyplňování této otázky nebyli jistí v této problematice, bylo 7 (21,88 %), 5 (15,63 %) respondentů se v této problematice neorientuje vůbec.

Otázka č. 18: Vyhledal/a jste po napadení psychickou podporu?



Obr. 18 Psychická podpora respondentům po napadení

U otázky č. 18 bylo záměrem zjistit, zda byla respondentům poskytnuta psychická podpora po napadení či respondenti sami vyhledali pomoc. Grafické zpracování této otázky je na obr. 18. Po vyhodnocení získaných dat jsem zjistil, že z celkového počtu 32 respondentů, nevyhledalo psychickou podporu 22 (68,75 %), 8 (25,00 %) respondentů našlo psychickou podporu u svých kolegů. Pouze 1 (3,13 %) respondent vyhledal pomoc v rámci psychosociální intervenční služby. Další 1 (3,13 %) respondent odpověděl, že mu byla poskytnuta psychická podpora jeho rodinou.

## 4 Diskuze

V této části bakalářské práce zodpovídám výzkumné otázky, které jsem si stanovil na začátku výzkumného šetření. Zhodnocením odpovědí z dotazníků a jejich porovnáním s výzkumnými otázkami jsem došel k následujícím výsledkům.

**Výzkumná otázka č. 1:** Byla většina respondentů již někdy vystavena fyzické agresi pacientů?

Pro zodpovězení byla klíčovou otázkou otázka č. 6. Z té jsem zjistil, že z celkového počtu 32 napadených respondentů bylo 14 (43,75 %) obětmi fyzického násilí. Vzhledem k tomu, že v dnešní době často sledujeme v médiích případy napadených záchranářů, jsem čekal i vyšší číslo. Na základě získaných výsledků mohu na tuto otázku odpovědět **NE**. Je ovšem důležité mít stále na vědomí, že je zde téměř polovina záchranářů, kteří se již při výkonu povolání setkali s fyzickým napadením své osoby. Z výzkumu Svitákové z roku 2008 vyplývá, že 35 % záchranářů již bylo fyzicky napadeno. Stále tedy převládá verbální agrese nad fyzickou, což je „pozitivní“ vzhledem k možným následkům fyzické agrese. U této otázky mě také zajímal poměr fyzicky napadených mužů a žen. Roztřídil jsem si tedy jednotlivá napadení podle pohlaví a došel jsem k závěru, že 14 fyzicky napadených bylo zastoupeno 10 (71,43 %) muži a 4 (28,57 %) ženami. Z toho bohužel vyplývá, že pro ženy pracující na záchranných službách neplatí žádné výjimky. Jsou mnohdy také obětmi agresivních pacientů.

Jako doplňující informace k této výzkumné otázce považuji výsledky z otázky č. 10. Zde měli respondenti odpovědět, zda pacient proti nim použil nějakou zbraň. Po vyhodnocení této otázky jsem zjistil, že ve 3 (9,38 %) případech byla pacientem použita bodná zbraň, což je vzhledem k relativně nízkému počtu respondentů vysoké číslo, a můžeme si jistě domyslet závažnost takové situace. Záchranáři tak někdy musí čelit nejen útokům pěstí, ale i zbraní.

**Výzkumná otázka č. 2:** Je vliv alkoholu nejčastějším důvodem agresivního chování pacientů?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka č. 9. Záchranáři se často setkávají s jedinci pod vlivem alkoholu, proto jsem se snažil zjistit, zda agresivita pacientů nejčastěji koreluje s požitím této látky. Analýzou otázky č. 9 jsem zjistil, že z 32 případů agresivního

chování pacientů se odehrálo 22 (68,75 %) incidentů v důsledku vlivu alkoholu. Odpověď na tuto otázku je tedy **ANO**, vliv alkoholu byl nejčastějším důvodem agresivního chování pacientů.

Zmíním zde i výsledky výzkumu Jiříka z roku 2007, který se zabýval násilím na záchranných službách. V této práci autor zmiňuje, že pacientů v době agrese bylo pod vlivem alkoholu 65,50 %, což evidentně svědčí o tom, že vliv alkoholu je opravdu nejčastější příčinou agresivity pacientů.

### **Výzkumná otázka č. 3:** Vědí respondenti, jak se mají chovat k agresivnímu pacientovi?

Na tuto otázku odpovídá prioritně dotazníková otázka č. 16, ale zároveň bych zde pro doplnění zmínil i otázku č. 17. V otázce č. 16 jsem si chtěl ověřit, zda byli respondenti někdy proškoleni v komunikaci s agresivním pacientem. Vezmeme-li v úvahu vysokou četnost napadení záchranářů, pak si myslím, že školení v této problematice by mělo být samozřejmostí. Zpracováním získaných dat u této otázky jsem si tak ozřejmil, že celkem 28 (87,50 %) respondentů bylo proškoleno v komunikaci s agresivním pacientem a to buď v průběhu studia, nebo v rámci zaměstnání. Školení s tímto tématem si osobně představuji jako takové, kde jsou účastníkům vysvětleny doporučené postupy v komunikaci, přístupu k pacientovi, ale také řešení krajních situací v případě napadení. Proto chci zde zmínit i výsledky otázky č. 17, kde jsem zjišťoval znalosti respondentů v problematice nutné obrany. Ukázalo se, že 20 (62,50 %) respondentů má přehled v této problematice, tedy jsou si jisti svými právy v případě fyzického napadení. Na základě získaných informací z těchto dvou otázek tedy mohu odpovědět **ANO**, většina respondentů zná postupy v komunikaci s agresivním pacientem.

### **Výzkumná otázka č. 4:** Vyhledala většina napadených respondentů po události psychickou podporu?

Tuto výzkumnou otázku jsem si záměrně stanovil, abych zjistil, zda respondenti vyhledali nějaký druh psychické podpory či pomoci po napadení. Vlastní napadení pacientem s sebou nese stresující okamžiky, obavy z vlastního ohrožení či o svého kolegu a proto mě zajímalo, jak se s takovou událostí respondenti vyrovnávají. K této otázce se vztahuje dotazníková

otázka č. 18. Ze získaných odpovědí po zpracování vyšlo, že 22 (68,75 %) respondentů nevyhledalo žádnou pomoc, se situací se vyrovnali sami. Tento výsledek si vysvětlují ze dvou příčin. První možnou příčinou je, že respondenti sami nemají zájem řešit okolnosti takovéto události. Druhou příčinou pak může být naopak ostych či obavy před ostatními spolupracovníky o svoji profesionální pověst. Z celkového počtu 32 respondentů, kteří se setkali s agresivním pacientem, hovořilo o události pouhých 8 (25,00 %) se svými kolegy, 1 (3,13 %) respondent s jeho vlastní rodinou a 1 (3,13 %) využil psychosociální intervenční službu. Opět zde využiji výzkumu Svitákové z roku 2008, kde autorka uvádí, že v součtu celkem 47 % respondentů po incidentu s nikým nehovořilo o průběhu napadení.

Vzhledem k tomu, že v tomto případě převážná část respondentů (56,25 %) byla napadena verbálně, nelze jednoznačně určit, zda bylo po incidentu nutné vyhledat psychickou pomoc. Odpovědí na tuto výzkumnou otázku ale zůstává **NE**, většina respondentů po napadení nevyhledala psychickou podporu.

Jsem si vědom, že závěry mého dotazníkového šetření nemohou být obecně platné, neboť nebyl proveden náhodný výběr respondentů zkoumaného souboru.

## 5 Závěr

Problematiku agresivních pacientů jsem si vybral záměrně, protože jsem chtěl poukázat na to, že práce zdravotnického záchranáře není spojena pouze s riziky, jimiž jsou např. nebezpečné prostředí, transport, přírodní vlivy, ale i samotný postižený či osoby z jeho nejbližšího okolí.

Prvním z cílů bylo objasnit problematiku agresivního pacienta. K tomu posloužila prioritně teoretická část práce, kde jsem se snažil popsat agresi jako takovou, její formy a etiologii. Dále bylo náplní této části popsání agresivního pacienta. Z praktického hlediska jsem se zde snažil popsat obecně doporučené postupy v jednání s agresorem, ale i zvláštní postupy a pravidla v komunikaci s vybranými typy agresivních pacientů. Spouštěčem agrese může být celá řada příčin, od kterých se pak odvíjí specifický přístup. Tato část seznamuje i s dalšími metodami zvládnání agresivních pacientů, jimiž jsou psychofarmakologické zklidnění či fyzické omezení. V závěru teoretické části práce jsem se zmínil i o právní problematice záchranáře v případě napadení a také o eventuelní psychické pomoci záchranářům po takové události.

Dalším z cílů bylo zanalyzovat četnost napadení záchranářů a hlavní příčiny napadení. Sestavil jsem si proto dotazník, který jsem zaměřil hlavně na zkušenosti respondentů v této problematice. Neposledním cílem, který byl též výzkumného charakteru, bylo ověřit, zda jsou respondenti proškolení v komunikaci s agresivním pacientem a jak se vyrovnávají s případným napadením. Po vyhodnocení a zpracování získaných dat tak mohu říct, že se mi podařilo na tyto všechny otázky a cíle odpovědět. Zjistil jsem, což bylo pro mě prioritní, že drtivá většina respondentů se již setkala s nějakým druhem agresivního chování pacienta. Hlavní příčinou vzniku agresivity u pacientů byl nepochybně alkohol. Dále jsem si ověřil, že většina respondentů je proškolená v oblasti komunikace s agresivním pacientem. Přesto bych doporučil uskutečňovat školení zaměřená na problematiku agresivních pacientů a způsoby jednání s nimi alespoň jednou do roka na všech pracovištích zdravotnické záchranné služby, neboť je to jeden z vážných aktuálních problémů a zdravotničtí pracovníci by se tak mohli stále zdokonalovat v těchto postupech. Osvojení si těchto znalostí a dovedností není nic snadného. O to důležitější je potřeba být na zvládnání takových situací připraven.

Práci bych rád poskytl všem respondentům na vybraných stanovištích, pro které by mohla být určitým přínosem. Závěrečná práce poukazuje na poměrně vysokou četnost napadení členů

posádek zdravotnické záchranné služby a v neposlední řadě seznamuje též se způsoby řešení a zvládnání agresivních pacientů ze strany zdravotníků. Zároveň tak může tato práce posloužit i jako jakýsi komplex zkušeností z případů odehraných v minulosti, ať již pro nové začínající zdravotnické záchranáře, tak i pro ty stávající. Zdravotničtí záchranáři by si touto cestou mohli osvojit postupy v přístupu k agresivnímu pacientovi, eventuelně se tak vyvarovat některých chyb a předcházet tím i závažným následkům.

## Soupis bibliografických citací

1. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha : Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
2. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. 1. vyd. Žďár nad Sázavou : Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8.
3. DUŠEK, Karel; VEČERŮVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *První pomoc v psychiatrii*. Praha : Grada, 2005, 170 s. ISBN 80-247-0197-9.
4. HARDING, Celia. *Aggression and destructiveness : psychoanalytic perspectives*. New York : Routledge, 2006. ISBN 978-1-58391-884-5.
5. HAVLÍKOVÁ, E.; HUMAJ, M. Neurologické příčiny agresivity v prednemocničnéj starostlivosti. In: *Agresívny pacient: II. konferencia Falck, Rožňava 2008* [CD-ROM]. Prešov : Falck Záchranná Academy, Fakulta zdravotníctva PU v Prešově, 2008, s. 14-19. ISBN 978-80-8068-884-4.
6. HOSÁKOVÁ , Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
7. JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
8. JIŘÍK, Jakub. *Násilí ve zdravotnických zařízeních a způsoby jeho zvládnání*. Praha, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí bakalářské práce Mgr. M. Štěpánková.
9. KRÁLOVÁ, J. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. 2005, č. 4, s. 230-232. ISSN 0032-6739.
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně : pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
11. MACKOVÁ, Katarína. WHO: Češi jsou druzí na světě ve spotřebě alkoholu. *Eurozpravy cz* [online]. 2011, [cit. 2012-04-02]. Dostupný z WWW: <<http://ekonomika.eurozpravy.cz/>>
12. MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
13. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2310-5.



14. NĚMEC, Ivo ; STUHLÍKOVÁ, Helena. Agresivní pacient. *Sestra*. 2007, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
15. OREL, Miroslav; FACOVÁ Věra a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-175.
16. SVITÁKOVÁ, Hana. *Možnosti zvládnutí situace při napadení posádky záchranné služby*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta [online]. [cit. 2012-04-04]. Dostupný z WWW: < [http://theses.cz/id/vorzmd/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_10153](http://theses.cz/id/vorzmd/downloadPraceContent_adipIdno_10153)>
17. ŠEBLOVÁ, Jana. Systém Psychosociální Intervenční Služby. *SPIS* [online]. 2011, [cit. 2012-04-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.spiscr.cz/cs/>>
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
20. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace : a komunikace rizika*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
21. ZACHAROVÁ, Eva. Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. *Florence*. 2007, č. 7-8, s. 318. ISSN 1801-464X.

## Seznam obrázků

Obr. 1 Pohlaví respondentů .....	32
Obr. 2 Pracovní zařazení respondentů .....	33
Obr. 3 Doba působení na záchranné službě .....	34
Obr. 4 Četnost napadených respondentů .....	35
Obr. 5 Četnost vlastního napadení .....	36
Obr. 6 Forma útoku .....	37
Obr. 7 Pohlaví agresora .....	38
Obr. 8 Věk pacienta .....	39
Obr. 9 Příčiny agresivního jednání .....	40
Obr. 10 Užití zbraně při napadení .....	41
Obr. 11 Následky napadení .....	42
Obr. 12 Reakce respondentů na napadení .....	43
Obr. 13 Četnost volání Policie ČR/Městské policie .....	44
Obr. 14 Spokojenost respondentů s Policií ČR/Městskou policií .....	45
Obr. 15 Respondenti a sebeobrana .....	46
Obr. 16 Školení respondentů v komunikaci s agresivním pacientem .....	47
Obr. 17 Znalost problematiky nutné obrany v případě napadení .....	48
Obr. 18 Psychická podpora respondentům po napadení .....	49

## **Seznam tabulek**

Tab. 1 Pohlaví napadených respondentů .....	35
Tab. 2 Pohlaví brachiálně napadených respondentů.....	37

## Seznam příloh

Příloha A: Dotazník.....	60
Příloha B: Kazuistika.....	63

## Příloha A: Dotazník

### Dotazník k bakalářské práci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Martin Holécí a jsem studentem bakalářského studijního programu Specializace ve zdravotnictví, oboru zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Dovoluji si se na Vás obrátit s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je nedílnou součástí pro výzkumné šetření v mé bakalářské práci na téma **Záchranář versus agresivní pacient**. Dotazník je anonymní a získaná data budou využita ve výzkumné části mé práce. Děkuji za Váš čas a pomoc.

#### Část I.

1) Jste muž/ žena?

2) Jakou pracovní pozici máte na Vašem stanovišti?

- lékař
- řidič
- sestra
- zdravotnický záchranář

3) Jak dlouho působíte na záchranné službě?

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- více jak 20 let

4) Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem?

- ano (pokračujte ve vyplňování dotazníku, děkuji)
- ne (nemusíte dále pokračovat ve vyplňování, dotazník prosím vraťte, děkuji)

5) Kolikrát jste se setkal/a s napadením Vaší osoby?

- jednou
- dvakrát
- opakovaně

## Část II.

Pokuste si vzpomenout na napadení, kterému jste musel/a čelit. Pokud jste byl/a napaden/a opakovaně, popište pouze tu nejhorší zkušenost, s kterou jste se setkal/a.

6) Jakou formou útoku jste byl/a napaden/a?

- verbální
- brachiální (fyzickou)

7) Pacient byl muž/ žena?

8) Jaký byl přibližně věk pacienta?

- do 19 let
- 20-29 let
- 30-39 let
- 40-49 let
- 50 a více let

9) Bylo pacientovo agresivní jednání příčinou některé z uvedených skutečností?

- psychiatrický pacient
- pacient pod vlivem drog
- pacient pod vlivem alkoholu
- z jiného důvodu, uveďte jakého .....

10) Byla pacientem proti Vám použita zbraň?

- ne
- ano, bodná
- ano, střelná
- ano, jiná – uveďte jaká .....

11) Utrpěl/a jste po napadení nějaká zranění?

- ne
- ano, po incidentu jsem musel/a být ošetřen/a
- ano, se zraněním jsem se musel/a nějakou dobu léčit
- ano, psychické následky

12) Jak jste se zachoval/a při napadení?

- bránil/a jsem se verbálně
- bránil/a jsem se fyzicky
- neubránil/a jsem se
- utekl/a jsem

13) Bylo v dané situaci zapotřebí dovolat si na pomoc Polici ČR/Městskou policii?

- ano
- ne

14) Jste spokojen/a se spoluprací Policie ČR?

- ano
- ne

připomínky .....

15) Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany?

- ne
- ano, při studiu
- ano, v rámci zaměstnání
- ano, v rámci veřejných kurzů/ soukromých lekcí

16) Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem?

- ne
- ano, při studiu
- ano, v rámci zaměstnání
- jinde – uveďte, kde .....

17) Jste seznámen/a s problematikou nutné obrany v případě fyzického napadení?

- ano
- ne
- nejsem si jistý/á

18) Vyhledal/a jste po napadení psychickou podporu?

- ne, zvládl/a jsem to sám/a
- ano, od kolegů
- ano, v rámci psychosociální intervenční služby
- ano, jinde – uveďte, kde .....

## **Příloha B: Kazuistika**

### ***Opilý muž na Nymbursku napadl záchranáře***

*„Středočeští záchranáři byli v noci na sobotu napadeni v Pískové Lhotě na Nymbursku. Při zásahu u opilého mladíka napadl jiný muž řidiče sanitky, který si zhmoždil rameno a musel vyhledat lékařské ošetření, sdělila mluvčí krajských záchranářů Tereza Janečková. Případ vyšetřuje policie. Záchranáři podle mluvčí pomáhali opilému mladíkovi, který byl v bezvědomí a utrpěl úraz hlavy. U zásahu byli ještě dva další muži, kteří záchranářům komplikovali práci. "Nejprve záchranářům nadávali a pak začali kopat do sanitního vozu, ve kterém byl naložený pacient," uvedla Janečková. Později podle ní jeden z mužů zezadu napadl řidiče sanitky, který musel se zhmožděným ramenem k lékařskému ošetření.*

*U případu zasahovali policisté, kteří podle nymburské mluvčí Petry Potočné zatím nezjistili, že muž spáchal přestupek nebo trestný čin. "Případ vyšetřujeme, budou vyslýcháni svědci," uvedla Potočná.*

*Záchranáři bývají častým terčem napadení zejména při zásazích u opilých lidí. Ve Středočeském kraji se stala tři napadení záchranářů hned na začátku roku. Ve Stochově na Kladensku muž několikrát kopl do břicha zasahující lékařku, během silvestrovské noci na Příbramsku agresivní pacient kopl lékařku do nohy a ta pak musela absolvovat rentgenové vyšetření, říčanské posádce zase při zásahu útočník kopal do sanitního vozu a snažil se ho poškodit. Všichni tito útočníci byli opilí“.*

**Zdroj:** Oficiální stránky Novinky.cz [online]. [cit. 2012-04-11]. Dostupný z WWW: <http://www.novinky.cz/krimi/262199-opily-muz-na-nymbursku-napadl-zachranare.html>