

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Michal Hudáč

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Záchranář jako oběť agresivního pacienta

Michal Hudáč

Bakalářská práce

2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michal Hudáč**
Osobní číslo: **Z16038**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Záchranář jako oběť agresivního pacienta**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tíštěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.
2. BURDA Patrik, Kryzová komunikace s agresivním a hostilním pacientem. Brno Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.
3. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
4. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. Psychologie v medicíně. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
5. PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji 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, a s tím, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 11.08.2019

Podpis autora
Michal Hudáč

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou děkuji za užitečné a cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce Mgr. Janu Pospíchalovi, Ph.D. Velké díky za skvělou spolupráci a rychlé odpovědi na mé dotazy

.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá agresivitou pacientů vůči zdravotním záchranářům v přednemocniční péči. Teoretická část je zaměřena na agresi, agresivitu a její druhy, konkrétně na agresi proti zdravotním záchranářům, komunikaci záchranáře s pacientem a asertivní jednání.

Praktická část práce je tvořena anonymními dotazníky, které byly vyplněny na SŠ. Dotazník se týká náhledu studentů na agresivní chování pacientů vůči ZZS a informovanosti o obecné agresivitě.

KLÍČOVÁ SLOVA

Agrese, agresivita, asertivní komunikace, komunikace, zdravotnický záchranář, agresivní pacient

TITLE

The title of the bachelor's thesis in English.

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with the aggressiveness of patients towards to the paramedics in pre-hospital care. The theoretical part is focused on aggression and aggressiveness and its types. On aggression against paramedics, rescuer communication with patient and assertive behavior. The survey part of the thesis consists of anonymous questionnaires, which are filled in at secondary schools. The questionnaire refers to the students' view of the aggressive behavior of patients against EMS (Emergency Medical Service) and awareness of general aggression.

KEYWORDS

Aggression, aggressiveness, assertive communication, communication, paramedic, aggressive patient

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Změny ve Zdravotnických záchranných službách.....	13
2.1.1 Personální složení výjezdových skupin.....	14
2.2 Agrese a agresivita.....	15
2.2.1 Agrese.....	16
2.2.2 Druhy agrese.....	16
2.2.3 Agresivní chování.....	17
2.2.4 Příčiny agresivního chování pacienta.....	17
2.2.5 Agresivita.....	21
2.2.6 Agresivní chování zdravotníků.....	24
2.3 Obrana ze strany posádek zdravotnické záchranné služby.....	24
2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem.....	25
2.4 Asertivní komunikace.....	26
2.4.1 Asertivní chování v komunikaci.....	27
2.4.2 Agresivní chování v komunikaci.....	27
2.4.3 Pasivní chování v komunikaci.....	28
2.4.4 Pasivně agresivní chování.....	28
2.4.5 Techniky asertivní komunikace.....	28
3 praktická část.....	31
3.1 Výzkumné otázky.....	31
3.2 Metodika.....	31
3.3 Vyhodnocení výsledků.....	31
4 Diskuze.....	45
5 Závěr.....	50

6	Použitá literatura	52
7	Příloha	56

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1	Důležitost zabývání se agresivitou proti ZZ	32
Tabulka 2	Kdo je nejvíce napadán agresorem	33
Tabulka 3	Známe druhy násilí	34
Tabulka 4	Přítomnost u napadení zaměstnanců ZZS	35
Tabulka 5	Kdo častěji útočí	35
Tabulka 6	O jaké agresivní pachatele se nejčastěji jednalo	36
Tabulka 7	Důvod k napadení ZZS	38
Tabulka 8	Je legislativa sebeobrany ZZS dostatečná?	39
Tabulka 9	Možnosti obrany ZZS	40
Tabulka 10	Jaké obrany mohou využít ZZS	41
Tabulka 11	Psycholog na pracovišti ZZS	42
Tabulka 12	Slovní útok je agresí	43
Tabulka 13	Máte dostatečné množství informací o agresivním chování?	44

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesthesiologicko- resuscitační oddělení
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HK	Hradec Králové
LZS	Letecká záchranná služba
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Pardubice
OA	Obchodní akademie
PČR	Policie České republiky
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
Sb.	Sbírka zákonů
SPŠ	Střední průmyslová škola
SŠ	Střední škola
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS ČR	Zdravotnická záchranná služba České republiky
ZZS PAK	Zdravotnická záchranná služba Pardubického kraje
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

ÚVOD

Práce se zabývá stále rostoucí agresí lidí vůči zdravotnickým záchranářům. Agresivita je známá ve všech kulturách od pravěku, kdy bylo nutné bojovat o přežití. Předmětem boje byla hlavně potrava, území, oblečení a zachování další generace. Cílem agrese bylo zachovat hierarchický pořádek společnosti. Postupem času se chování lidstva měnilo, agrese vyvolané uspokojením základních potřeb ubývalo, ale našly se jiné podněty, které se dostaly do popředí (Poněšický, 2010). V 90. letech 20. století bylo napadání záchranářů velmi ojedinělé. Agresivní chování se často objevovalo u pacientů pod vlivem alkoholu a drog. Rodinní příslušníci měli respekt z postihu, který by mohl následovat.

S nástupem 21. století se agrese přesunula i tam, kde dříve nebyla. Velmi často se objevují ve veřejnoprávních médiích případy, kdy byli napadeni zdravotničtí záchranáři, kteří se snažili pomoci postiženému za asistence Policie České republiky. Stává se, že agresori ničí i majetek záchranných složek. Tito lidé si neuvědomují, že jsou i jiní pacienti, kteří potřebují rychlou pomoc a vybavení zdravotních záchranných složek musí být připraveno i pro ně. Není výjimkou, že záchranáře napadají verbálně i fyzicky rodinní příslušníci pacienta. Znepokojivý je nárůst agrese u žen a velmi mladých lidí.

Práce je rozdělena do dvou částí. Část teoretická zahrnuje teorii agrese a agresivního chování, možnost komunikace s agresivními pacienty, vývoj zdravotnické služby a asertivní chování. V praktické části se pokusím shrnout názor studentů tří vybraných SŠ na agresi vůči zdravotnickým záchranářům. K zjištění názoru jsem použil metodu dotazníkového šetření. Výzkum se netýká případů, kdy se jedná o psychiatrické pacienty.

1 CÍL PRÁCE

Teoretická část

1. Zmapovat změny ve Zdravotnických záchranných službách.
2. Objasnit pojem agrese, agresivita a jejich formy.
3. Popsat možnosti předcházení agresivity u pacientů, popsat metodu asertivní komunikace s pacientem.

Praktická část

1. Zjistit informovanost studentů středních škol o agresivitě vůči zdravotnické záchranné službě.
2. Popsat rozdíly v názorech studentů různých středních škol na agresi vůči záchranářům.
3. Zjistit zkušenosti studentů s agresivitou.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Změny ve Zdravotnických záchranných službách

Se změnami vyhlášek a zákonů se objevily změny i u Zdravotní záchranné služby. Zásadním zlomem byla vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky 434/1992 Sb. ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších vyhlášek MZ ČR č. 51/1995 Sb., č.175/1995 Sb. a č. 14/2001. Tato vyhláška stanovila zásady přednemocniční neodkladné péče a zásady výstavby záchranné sítě. Další změna nastala v roce 2012, kdy byla vydána vyhláška č 240/2012 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. ZZS musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost přednemocniční neodkladné péče a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy. V roce 2004 došlo k oddělení ZZS od nemocnic s tím, že přešla pod správu jednotlivých krajů České republiky. Došlo ke sloučení 18 stanovišť ve 12 krajských městech, kde došlo k vývoji v oblasti organizační, personální i technické. Časem se ukázalo, že tyto pozitivní změny provázelo i mnoho nedostatků. Podle statistik (UZIS, 2018) se zvýšil počet výjezdů v roce 2018 na 1 133 549 oproti roku 2008, kdy bylo výjezdů 730 122. Podíl na tom mají i neurgentní zbytečné návštěvy, kdy pacienti používají ZZS místo návštěv pohotovostní lékařské služby první pomoci, což je způsobeno nedostatečným počtem této služby.

Dalším z problémů se stává agrese vůči posádkám ZZS. Před odloučením od nemocnic se agrese neobjevovala ve velké míře. Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je povinna zabezpečovat dle zákona 374/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě ve znění zákona č. 385/2012 Sb. přednemocniční a neodkladnou péči nepřetržitě 24 hodin denně. Tísňová linka v ČR je 155. Přednemocniční neodkladnou péčí se rozumí pomoc postiženému na místě, v průběhu jeho převozu do zdravotního zařízení a jeho předání, a to v co nejkratším čase, aby byla minimalizována možnost následků a urychlen návrat zpět do normálního života. Zákonem č. 374/2011 Ministerstva zdravotnictví České republiky byla zrušena vyhláška č. 434 vydaná v roce 1992. Zákon upravil podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby spojené s výkonem neodkladné péče, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, a zpracoval i příslušné předpisy Evropské unie. Definuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí, krizových situací a výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby (Česko, 2011).

- 1) Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou.
- 2) Na poskytování zdravotnické záchranné služby se vztahují ustanovení zákona o zdravotních službách, nestanoví-li tento zákon jinak.
- 3) Záchranná služba je služba, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou další činnosti stanovené tímto zákonem.

Indikacemi pro výjezd a zásah zdravotnické záchranné služby jsou stavy, které:

- a) bezprostředně ohrožují život postiženého,
- b) mohou vést k prohlubování chorobných změn a k náhlé smrti,
- c) způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny,
- d) působí náhlou bolest a utrpení,
- e) působí změny chování a jednání postiženého, ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí (Remeš a Trnovská, 2013).

Zdravotnická záchranná služba musí být schopna:

- a) kvalifikovaně přijímat a zpracovávat tísňové výzvy;
- b) poskytovat přednemocniční neodkladnou péči přímo na místě vzniku náhlé poruchy zdraví;
- c) poskytovat přednemocniční neodkladnou péči během transportu a při předávání postiženého do zdravotnického zařízení.

Dalšími úkoly zdravotnické záchranné služby jsou:

- a) doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách neodkladné péče;
- b) doprava mezi zdravotnickými zařízeními a ze zahraničí do ČR

(Remeš a Trnovská, 2013).

2.1.1 Personální složení výjezdových skupin

Složení jednotlivých výjezdových skupin je dáno vyhláškou. Jednotlivé ZZS jsou obsazeny pracovníky, kteří mají zdravotnické vzdělání v rámci přednemocniční péče. Jedná se o lékaře, zdravotní sestry, záchranáře, ale i o řidiče záchranáře. Personální obsazení jednotlivých výjezdových skupin stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví podle § 30 zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, k provedení § 7 odst. 3, § 11 odst. 6, § 13 odst. 5 a § 17 odst. 4 zákona o zdravotnické záchranné službě (Remeš a Trnovská, 2013).

Rychlá zdravotnická pomoc

Je minimálně dvoučlenná a tvoří ji kvalifikovaní záchranáři. Vyšší kvalifikaci má obvykle vedoucí výjezdové skupiny. Jedná se o povolání, které je upraveno právními předpisy a požadavky. Bez jejich naplnění nelze tuto činnost vykonávat, což upravuje zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. Tyto posádky vyjíždějí k většině případů a jsou školeny k zvládnutí agresivního pacienta a komunikaci s ním. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a její novelizace z roku 2010. (Remeš a Trnovská, 2013).

Rychlá lékařská pomoc

Je minimálně dvoučlenná a lékař je vedoucí výjezdové skupiny. Lékař přijíždí na místo události v osobním voze se zdravotnickou zástavbou a se skupinou RZP se setkává u pacienta. Lékař má většinou vzdělání v urgentní medicíně. S přibývajícím množstvím agrese přistupují zdravotnická zařízení k ochraně svých zaměstnanců tak, že školí své pracovníky v kurzech sebeobrany a komunikaci, jak čelit agresivním pacientům.

Letecká záchranná služba

Posádka je nejméně dvoučlenná a skládá se z lékaře a záchranáře, doplňuje ji pilot. Vzlety LZS jsou vykonávány pouze na základě pokynu příslušného zdravotnického operačního střediska. V případě jiné tísňové výzvy lze vzlet provést pouze po konzultaci s příslušným zdravotnickým operačním střediskem, poskytování zdravotnické záchranné služby je dané dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, letecky, tj. za užití vrtulníku, prováděnou členy letové posádky a členy letecké výjezdové skupiny dle uvedeného zákona (Remeš a Trnovská, 2013).

2.2 Agrese a agresivita

Vysvětlit rozdíl mezi agresí a agresivitou je velmi důležité. Eva Malá popisuje agresi jako „emocionálně iniciované aktivní chování“, které může být zaměřené nebo nezaměřené. Agrese patří k základnímu vybavení člověka, je to přirozená hnací síla, kterou je třeba usměrňovat. Je nepostradatelná pro lidský rozvoj, musí však být integrována do emocionálních, kontextuálních souvislostí lidského života, jinak působí destruktivně.“ (Malá, 2005, s. 7). Agrese je součástí přirozeného chování. Z psychologického hlediska představuje velmi složitou problematiku, zahrnující širokou škálu rozmanitých jevů. Agrese není duševní

porucha ani nemoc. Agresi vykazují většinou zdraví jedinci, pacienti s duševní poruchou nejsou obvykle agrese schopni. Agresivně můžeme myslet, komunikovat, ale také i jednat. Naproti tomu agresivita je osobnostní vlastnost. Zpravidla je trvalá, obtížněji měnitelná charakteristika osobnosti. Agresivita se může zvyšovat vlivem drog, alkoholu nebo následkem úrazu mozku, často ji vyvolávají některé nemoci, například Alzheimerova choroba, schizofrenie, bipolární porucha. Agresivitu vymezujeme jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání (Čírtková, 2015).

2.2.1 Agrese

Agrese /z lat. aggressio, výpad, útok/ z psychologického hlediska se jedná o útočné jednání, které se projevuje záměrným poškozováním nebo násilným omezováním jiné osoby nebo věci a nemá jasný motiv. Agrese se může projevovat fyzickým napadením, ale také verbálně, například urážkami. Při verbální komunikaci jsou vysílány signály, které nás upozorňují na možnou agresi pacienta. Jedná se o výhrůžky, zvýšený hlas, nadávky a kladení požadavků. I v neverbální komunikaci můžeme zaznamenat signály, které upozorňují na možnou agresi. Jsou to např.: hluboké dýchání, červenání v obličeji, svírání pěstí. Agresor je člověk, který je původcem agrese, vyvolavatelem celého konfliktu nebo, jak je uváděno ve většině slovníků, jednoduše útočník. Agrese se neřadí mezi duševní poruchy ani onemocnění. Je používána zdravými jedinci, kteří se snaží vymezit z daných sociálních norem, porušují je a snaží se tím mnohdy zviditelnit.

2.2.2 Druhy agrese

Agrese označuje vlastní pozorovatelné chování, agresivitou se rozumí určitá vnitřní pohotovost k agresivnímu jednání (Čírtková, 2015). Rozlišujeme agresi vnější a vnitřní, podle toho, zda je agrese zaměřena na ostatní (lidi, zvířata, věci) nebo na sebe sama. Dále můžeme rozlišit agresi verbální, kde se agresor uchyluje pouze na slovní projev, snaží se ovlivnit emoce druhého člověka, případně ho zastrašit. Agrese brachiální, neboli kontaktní, je fyzické napadení, často s pomocí rukou nebo nohou. Jedná se o mlácení, kopání, šlapání, škrábání. Velmi často je používáno nástrojů např. nože, tyče, střelné zbraně, baseballové pálky, nebo čehokoli, co se objeví v blízkosti.

Agrese je přirozenou součástí lidské psychiky a agresivní chování je reakcí na stresovou situaci, jejímž následkem jsou zvýšené funkce nervového systému. Odborníci dělí projevy agrese ještě na impulzivní – tj. reakce na nenadálou situaci, která je lépe vnímána společností. Doktor Fromm tuto reakci nazývá benigní, biologicky nutnou, vyplývá ze základní lidské

potřeby a je cílená proti ohrožení života. Obvykle brání rodinu, území a život agresora. Agrese předem připravená je společensky nepřijatelná a neospravedlnitelná. Podle doktora Fromma je nazývána jako maligní, není vyvolána obavou o život nebo blaho, neslouží k obraně a nemá jiný cíl, než sebe sama. Podle Čírtkové, 1996, agresi poznáme podle jasné viditelnosti následků jejích projevů. Sklony a připravenost k agresivní reakci nazýváme agresivitou (Čírtková, 2015).

2.2.3 Agresivní chování

Musíme si přiznat, že na části chování pacientů se spolupodílejí i zdravotníci. „Agrese se navenek projevuje agresivními postoji a slovními projevy, může eskalovat do agrese vůči předmětům, vůči živým tvorům a lidem nebo také vůči vlastní osobě.“ Existuje několik druhů agrese, na které je se třeba zaměřit. Honzák, 2005, uvádí, že může jít o agresi sublimovanou. Tato agrese je zdánlivě skrytá, člověk se navenek chová normálně a své agresivní sklony uspokojí například výběrem zaměstnání. Mezi taková zaměstnání patří třeba řezník, vyhazovač, vymahač.

Převrácenou agresi můžeme vnímat v momentě, kdy je nám nepříjemné chování jiného člověka.

Přenesená agrese vzniká tehdy, když se někdo chová agresivně k nám a my poté reagujeme agresivně vůči někomu druhému.

Zadržená agrese se projeví po dlouhodobém zadržování negativních emocí a spustí se v momentě, kdy už „hrnec přeteče“. Dynáková, 2005.

Racionalizovanou agresi použijeme v momentě, kdy je prospěšná oběma stranám „konfliktu“. Může se týkat nepříjemného vyšetření, které je nutné pro blaho pacienta.

Auto agresi přenášíme sami na sebe. Nedokážu říct ne, a potom jsem naštvaný (Látalová, 2013).

2.2.4 Příčiny agresivního chování pacienta

Zdravotník musí vždy předpokládat u určitých pacientů zvýšené riziko agrese. Do této skupiny spadají alkoholici, drogově závislí pacienti, psychicky nemocní, či hodně vystresovaní pacienti. Agresí jsou ohroženi všichni zdravotníci včetně záchranářů. Vyskytuje se celá řada spouštěčů agresivity. Andršová se zaměřila na některé skupiny vjemů, které vyvolávají u pacientů agresi. Může se jednat o bolest (jako dopad následků zranění či nemoci, ale také bolest při zdravotnických výkonech – zde je třeba nepodcenit přípravu), strach, nejistotu, bezmocnost, pocit ohrožení, zklamaná očekávání, pocit křivdy a nespokojenosti,

ponížení či zesměšňování, nadměrnou zátěž, opakování otázek, mnoho procedur, osobnost pacienta, psychopatii, psychiatrickou anamnézu, vliv alkoholu a drog, intoxikaci (Andršová, 2012).

Bolest

Bolest je psychický stav, který je spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením živé tkáně organismu. Pocity bolesti vznikají v centrálním nervovém systému spojením procesů začínajících v receptorech kůže nebo vnitřních orgánů. Každý jedinec má různě velký práh bolestivosti a od toho se odvíjí vnímání síly bolesti. Záleží také, jestli se jedná o malé děti nebo seniora, neboť tito pacienti snášejí bolest velmi špatně. Někdy se může jednat pouze o čistě psychické příčiny. Některá onemocnění se projevují nepříjemnými pocity bolesti, které si pacient může zapříčinit svým myšlením a chováním. Pokud již někdy v minulosti zažil stejnou nebo podobnou situaci, kterou provázely bolesti, a jeho laické pojetí nemoci se upne k opakování situace z minulosti, může vnímat bolest mnohem silněji, než ve skutečnosti je. Pacient se může ocitnout v situaci (např. havárie, ochrnutí, náhlá komplikace diabetu, srdeční nevolnost, různé úrazy, které provázejí bolesti), kterou nezvládá, a ze strachu o život se u něho projeví agrese. Po amputaci může začít pociťovat fantomovou bolest v místech, kde už neexistuje část těla (Mareš, 2012).

Strach, nejistota, pocit bezpečí

Strach, nejistota, ohrožení pocitu bezpečí vyvolává neurovegetativní projevy jako např. kolísání tlaku, bušení srdce, zrychlené dýchání, třes těla, pocení. Strach je vždy spojen s konkrétní situací, kdy vznikne určité napětí. Objeví se např. strach ze smrti při ztrátě blízké osoby, z lékaře po prodělané operaci, ze školy po zkušenosti se šikanou. Člověk se přirozeně snaží situacím vyvolávajícím strach vyhnout. Pokud to není možné, mění se strach v agresi. Poté se může dostavit nejistota, což je duševní stav, kdy si pacient není jistý svou reakcí a může vzniknout úzkost nebo panická porucha. Vlivem domnělého ohrožení vnějšího či vnitřního se člověk snaží přizpůsobit tak, aby vyvážl co nejlépe a byla zachována jeho stabilita, chování a spolehlivost (Andršová 2012).

Pocit ohrožení

Ohrožení může být skutečné, fyzické ohrožující samotnou existenci bytí, ale může se jednat pouze o domněnku, kterou vyvolá pocit strachu u daného jedince. V takovém případě není přímo ohrožen pacient, ale narušuje to jeho psychickou pohodu. Skutečnost, která znamená ohrožení, se může vztahovat na určité období nebo místo, které vyvolává určité vzpomínky

spojené s nepříjemnými zážitky. Pocit ohrožení mohou vyvolat přírodní vlivy, hrozba útoku, rozšíření epidemie, vzpomínky na dřívější zážitky. Za úzkostí velmi často stojí dědičné předpoklady. Může se ale třeba jednat i o zážitky z dětství, které mohou vyvolat úplně bezvýznamné situace (Andršová, 2012). Pocit ohrožení většinou není vázán na nic konkrétního, ale podobné prožitky vyvolávají úzkosti a ty se uchovávají v paměti, a potom stačí pouhá vzpomínka, která může vyvolat emoční reakci. Pacient si většinou uvědomuje nepřiměřené jednání, ale nedovede je ovládat. Obvykle trpí pocitem méněcennosti, objevit se může také nespavost, únava, bušení srdce (Poněšický, 2010).

Zklamání očekávání

Většina zklamání pramení z nenaplněného očekávání. Každý má očekávání jiná a zklamání mohou být různá. Abychom porozuměli druhému člověku, musíme se vžít do jeho situace a musíme ho brát takového, jaký je. Pacienti většinou očekávají rychlé uzdravení, rychlé řešení pro ně neřešitelné situace. Posléze nastoupí zklamání, neboť jejich nemoc vyžaduje delší období na léčení a tím se prodlužuje nepříjemná situace. Pacienti si většinou neuvědomují, že i zdravotnictví má jen omezené možnosti. V urgentní fázi po mimořádné události je nejprve potřeba přistoupit k ošetření, tišení a evakuaci do bezpečí a teprve potom lze přistoupit k dalšímu řešení, k vyšetření, podání léků, popřípadě spojení a komunikaci s rodinou. Poté následuje další fáze vyrovnání se se situací a zároveň se zklamáním, které si pacient vytvořil (Vymětal, 2009).

Pocit křivdy a nespokojenosti

Křivdu lze prožívat a vnímat jako nespravedlivost. Obvykle je tento pocit spojen s nějakou vzpomínkou, kdy došlo k ponížení, manipulaci, neadekvátnímu obviňování, může to být spojeno i se ztrátou lidské důstojnosti, svobody, intimity a podobně. Velmi často se jedná o jedince, kteří nechtějí situaci řešit ze strachu, že by se mohla situace opakovat (Andršová, 2012). Pocit křivdy může být krátkodobý nebo dlouhodobý, záleží především na člověku, jestli se dokáže se situací vyrovnat a odpustit aktérovi, který ji způsobil. Pokud je odpuštěno, zbaví se dotyčný i nespokojenosti a nemusí dále používat agresí (Mareš, 2012).

Ponížení či zesměšnění

Jedná se o nadměrný stres, který můžeme definovat jako souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž fyzickou nebo psychickou. Při stresu se uplatňují obranné

mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. Jde o obavu ze ztrapnění, zesměšnění nebo ponížení při určité práci za přítomnosti jiných lidí. Projevit se to může různými způsoby, třeba neschopností promluvit, pohybovat se atd.

Záměrem je nejen dotyčného ponížit, ale i zastrašit. Většinou se jedná o psychickou šikanu, kdy jsou použity nadávky, pomluvy, vyhrožování a zesměšňování. Agresor je většinou člověk, který takto dokazuje sobě i ostatním svou sílu a nadřazenost, čímž si kompenzuje svoje nedostatky a neumí se začlenit do společnosti. Neblahé následky má ponižování v rodině, kdy je dětem neustále připomínáno, co dělají špatně, jak by to měly dělat, stále jsou s někým srovnávány a před někým ponižovány. Takové děti pak agresí otočí vůči sobě nebo druhým (Poněšický, 2010).

Stres

Stres je nespecifická reakce na škodlivý stimul a je vyvoláván napětím ve funkčním organismu, který je vystaven působení mimořádných podmínek a spustí ochranné reakce, které mají zajistit zachování homeostázy a následně zabránit poškození organismu nebo jeho úplnému selhání. Většinou se jedná o souhrn minimálně čtyř jevů. Pacient vystavený dlouhodobé zátěži v rodině, v práci, či celkově v soukromém životě přestane situaci racionálně řešit a začne používat agresí. Tento jedinec si vůbec nemusí uvědomovat, že se dostal do hluboké krize (Andršová, 2012).

Krátkodobý i dlouhodobý stres je provázený emočními a fyziologickými změnami. S krátkodobým stresem se člověk dokáže poměrně dobře vyrovnat. Může se jednat třeba o úmrtí v rodině. Dlouhodobý stres působí nepřiměřeně dlouhou dobu a výrazně zatěžuje organismus. Pacient se dostává do situace, kdy očekává, že mu hrozí nějaká ztráta či nebezpečí. Po dosažení určité hranice, která je u každého jiná, může stres působit i v situacích, které by se daly řešit racionálně, ale pacient si díky nepříjemným vzpomínkám neví rady (Mareš, 2012).

Vliv alkoholu a drog, intoxikace

Závislost na alkoholu a drogách ovlivňuje činnost mozku a CNS, nastupuje euforie, emoční labilita a agresivní chování. U pacienta se dostaví poruchy vnímání, které mohou být příznakem různých duševních onemocnění. Může se jednat o halucinace, což jsou šablonové vjemy. Pacient se dostane do stavu, kdy vidí a slyší různé hlasy, cítí věci, které ve skutečnosti neexistují, nebo naopak nevidí a nevnímá věci, které se kolem něj reálně dějí. Slyší různé

příkazy a má pocit, že je musí plnit, což začne ovlivňovat jeho chování. Halucinace jsou závažné duševní onemocnění.

Dále se mohou objevit iluze. Iluze je zkreslené vnímání smyslových vjemů (zrakové, sluchové, čichové, chuťové). Situace se jeví jinak, než jaká je ve skutečnosti. Po odeznění účinku drog se objeví absence látky, a pokud člověk nedostane další dávku, dostaví se absence drogy, a tím i agresivní chování (Čírtková, 2015).

2.2.5 Agresivita

Uvádí se, že agresivitu vymezujeme jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání. Agresivita je vlastnost, kterou má v určité míře každý člověk. Projevuje se útočným či nepřátelským jednáním vůči druhému člověku, skupině lidí nebo i proti sobě samému. Agresivitu klasifikujeme jako vnitřní pohotovost jednat útočně. Je to sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob. V přírodě se jedná o přirozenou vlastnost všech živočichů, aby přežili. Agresivita je způsob reakce na základě strachu, dědičnosti, opuštění nebo tyranie. V podobných souvislostech se může jednat o nepřátelský postoj vůči celému světu. Agresivita však může být chápána také jako cílevědomé jednání, jímž chceme něčeho dosáhnout. Agresivitu mohou provázet psychické příznaky. Bývá spuštěna úzkostí, podrážděností, zmateností, poruchami paměti, depresemi, halucinacemi, hněvem a poruchami spánku. Agresivita bývá také projevem různých psychiatrických onemocnění, většinou se jedná o poruchu osobnosti, záchvaty vzteku, bipolární nebo maniodepresivní poruchu či schizofrenii. Agresivně se může chovat člověk s demencí či Alzheimerovou chorobou, ale také člověk trpící závažným onemocněním či ohrožením života. Mezi riziková onemocnění spadají mozkové nádory, zánět mozkových blan, úrazy hlavy, ale i třeba hypoglykemie. Je velmi důležité rychle rozpoznat příčinu, určit diagnózu a zahájit neprodleně léčbu, aby nedošlo k dalším komplikacím, a zamezit tak dalšímu poškození (Poněšický, 2010).

Projevy agresivity

Agresivita má širokou škálu projevů od slovní po fyzickou formu: urážky, nadávky, vulgární gesta, pomluvy, výsměch, vandalismus, šikana, psychické týrání, fyzické útoky. Agresivita se může zvyšovat vlivem drog či alkoholu nebo následkem úrazu.

Útoky na zdravotnický personál jsou většinou verbální, mají vyvolat strach. Útočníci často křičí, nadávají či vyhrožují lékařům či záchranářům, někdy se snaží domoci svého práva, což může být spojeno s vnitřním napětím, kterého se tímto způsobem zbavují. Agresivní chování většinou předchází pocitu hněvu, úzkosti a strachu, které přichází v momentě, kdy se hodnotí

důležité, ale pro dotyčného člověka nepříjemné skutečnosti. Tímto jednáním se pacient s náročnou situací vyrovnává. (Vymětal, 2010).

Urážky, nadávky

Záměrem urážek a nadávek je vyvolat u oběti hněv a agresi. Většinou dojde ke zvýšení adrenalinu a negativních chemických reakcí. Oběť by neměla reagovat stejným způsobem, tedy agresivně. Nadávka může být použita jako oslovení oběti. Většinou ji používají agresori, kteří chtějí získat větší pozornost. Za nadávku lze považovat i sprostá slova, která jsou směřována k jednotlivci či kolektivu. Opakované používání nadávek a urážek může být také spojeno s duševním onemocněním (Vymětal, 2008).

Vulgární gesta

Vulgarismus slouží k rychlému uvolnění psychického napětí a většinou je použit ke zbavení se agrese, napětí, vzteku. Vulgarismus může být verbální či neverbální. Záměry verbální vulgarity jsem popsal v oddíle výše.

Neverbální vulgarita je nejčastěji zaměřena na použití gest, která jsou sdělována pohybovými symboly a prvky. Jedná se určitý druh komunikace, například zaťaté pěsti, natažené paže a předloktí do pravého úhlu, přičemž se uvolňuje emocionální napětí. Gesta mohou být spojená s pohybem končetin, trupu, krku či hlavy. Agresor používá vulgární gesta v momentě, kdy ztrácí pocit vítězství. Mezi nejznámější vulgární urážlivé gesto patří zdvižený prostředník. Provádí se vztyčeným prostředníčkem, ostatní prsty jsou sevřené v pěst s otočením dlaní k sobě. Vulgární gesta nezřídka používají i lidé vysoce postavení ve společnosti (Vymětal, 2008).

Vandalismus

Vandalismem se označuje svévolné hrubé poškozování a ničení veřejného i soukromého majetku, které nepřináší pachateli žádné materiální obohacení a pro které pachatel zpravidla nemá žádný motiv. Ničí vše, co mu přijde do cesty. Lavičky, zaparkovaná auta, různé malé stavby, ale i živé tvory. Vandalismus je destruktivní a likvidační chování, nepřináší nic dobrého. Vandal vždy ničí lehce dostupné terče. Koná to pro vlastní potěšení, pomstu nebo pro potřebu odreagovat se. Velmi často se jedná o party mladých lidí, kteří si dokazují své sebevědomí, předvádí se před druhými, aby si získali pozornost, popřípadě vybudovali postavení v dané skupině. Často jednají pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. Vandalismus vždy vyvolává negativní reakce a je veřejností přijímán velmi citlivě, jelikož je toto chování těžko pochopitelné (Čírtková, 2015).

Šikana

Šikanou nazýváme fyzické a psychické omezování či týrání jedince v kolektivu. Nachází se ve všech skupinách jak věkových, tak sociálních. Setkáváme se s ní ve všech typech škol, dokonce i v předškolních zařízeních, ve sportu, ve vězení, v zaměstnání. Dost často se objevuje i v rodinách, kdy jeden z partnerů šikanuje druhého, nezářídka i mezi dětmi a rodiči. Velmi často se stávají obětí děti a senioři. Většinou je šikana skrytá, neboť se odehrává v rodině, velkou roli zde sehrává alkohol a peníze. Jedinec nebo skupina vždy šikanují nejslabšího jedince, který se nedokáže bránit. Jedinci, kteří byli někdy šikanováni, nikdy nezapomenou na hanbu s tím spojenou. Pokud se dostanou do situace, kdy je někdo kritizuje, mohou pocítovat nelibost a na kritiku většinou reagují velmi špatně. Šikanu můžeme rozdělit na fyzickou, kde se jedná o útoky různými předměty, dále slovní šikanu, kdy se jedná o vyhrožování útokem, zastrašování, nadávání, případně o krádeže, ničení či manipulaci s věcmi. Také manipulativní příkazy, kdy jsou oběti nuceny k různým nepříjemným úkonům, patří do šikany (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

Psychické týrání

Psychické týrání je jeden z nejrozšířenějších druhů týrání a velmi špatně se rozpoznává. Psychické týrání má negativní vliv na vývoj jedince a špatný vliv na jeho chování. Rozlišujeme zde aktivní a pasivní přístup. Aktivní je cílené a účelové jednání, na rozdíl od pasivního, kde postrádáme jednání, které je správné. Do psychického násilí lze zahrnout zastrašování, psychický nátlak, vyhrožování, nadávání, vytváření pocitu viny, nevhodné zacházení, ponižování, snižování důstojnosti. Psychické násilí často přerůstá do fyzického, kdy je oběť navíc napadána a dochází ublížení na zdraví. Oběť se za své postavení v rodině či společnosti stydí, a z tohoto důvodu to neřeší a většinou ještě situaci zlehčuje. Hodně případů se objevuje v rodinách, kdy dospělé děti týrají a napadají rodiče, aby se dostali k jejich penězům, bytům a ostatnímu majetku, neváhají použít fyzické násilí. Tito lidé obvykle mají potřebu sebepotvrzení a potvrzení moci, často tak jednají na základě traumat z dětství, která způsobila pocit nejistoty. (Poněšický, 2010).

Fyzické útoky

Fyzické násilí zahrnuje "facky, rány pěstí, kopání, tlučení hlavou do tvrdých předmětů, dušení, tahání za vlasy, bití nějakým předmětem" či jiné fyzické útoky. Většinou následují až po agresi psychické a přejdou ve fyzické násilí. Může být namířeno proti člověku i proti zvířeti. Útoky jsou většinou cílené a nečekané. Obětí mohou být náhodně vybraní jedinci nebo skupinky. Agresoři si vybíjí svůj vztek a násilí používají jako určitý druh

zábavy. Nejzávažnější je domácí násilí, u kterého může docházet k nucení požití drog či sexuálnímu násilí, navenek je skryté, na oběti nemusí být patrné žádné fyzické následky. Z policejní praxe je znám bezpočet událostí v podobě rvaček, výtržnictví, vzniklých na základě afektu a vzteku, kdy vzniká odhodlanost bojovat až do zničení odpůrce. Uvolnění morálních zábran vychází z pocitu anonymity.

Těmto situacím může částečně pomoci prevence, kdy je třeba vydán zákaz nejaktivnějších agresorů např. na sportovní akce (Čírtková, 2015).

2.2.6 Agresivní chování zdravotníků

Často se můžeme setkat také s nevhodným či agresivním jednáním zdravotnického personálu vůči pacientům. Mezi ně patří verbální agresivita s křikem, necitelné ošetřování a zbytečné podání tisících prostředků. Tyto nepřijatelné reakce jsou vyvolány pacienty, kteří se projevují agresivně vůči zdravotníkům, a potom se stává, že zdravotník lidsky selže a přechází do obrany. Ta se pak projevuje třeba přehlížením potřeb pacienta, slovní agresí, až po fyzické napadení, které je extrémní formou a řadí se mezi nejzávažnější selhání zdravotníka (Venglářová a Mahrová, 2006).

Ukázalo se, že pacienti, kteří zažili násilí ze strany lékaře, sestry nebo zdravotního záchranáře, mluví o verbálním násilí, které se projevuje neprofesionálním chováním, arogancí a hrubým zacházením. Studií v roce 2007 bylo zjištěno, že slovní agrese byla zachycena při každém cca 5. výjezdu, nicméně bylo potvrzeno zdravotními záchranáři i jejich nadřízenými, že za 15 % incidentů si mohou záchranáři sami svým neprofesionálním zásahem a chováním vůči pacientům. Stává se, že sami záchranáři pacienty vyprovokují k agresi, místo toho, aby se snažili zklidnit jak pacienta, tak jeho okolí (Pekara, 2015).

2.3 Obrana ze strany posádek zdravotnické záchranné služby

Každá posádka ZZS musí počítat s tím, že se může dostat do konfliktu s agresivním člověkem, a to jak s pacientem, tak s jeho okolím. Teorie vnímání rizika hovoří o tom, že riziko ovlivňuje mnoho faktorů, které mají přímý vztah ke krizové situaci. Mohou to být například nejistota, hrůza, nedůvěra, pocit osobního ohrožení, etické a morální zábrany, nesouhlas s postupem léčby. Emoční a duševní neklid může významně negativně ovlivnit racionální stránku komunikace, a proto je potřeba pečlivě zvážit informace, které jsou pacientovi a příbuzným sdělovány. Jedinec může vyhodnotit situaci negativně jako riziko, pokud je vystaven nedobrovolnému jednání a nemůže se svobodně rozhodnout. Ještě silnější

emoce vyvolává neznámé prostředí, představa dlouhodobých zdravotních následků a další katastrofické scénáře (Vymětal, 2009).

Pokud posádka ZZS vyhodnotí, že se nachází v bezprostřední blízkosti agresivního pacienta, musí nejprve provést proces deeskalace /zklidnění/, a teprve potom začít terapeutické zákroky. Vyhodnocení situace znamená mít dost informací o místu, kde se pacient nachází, a zmapovat předměty poukazující na možné napadení. Pokud je jedinec agresivní, musí ZZ zachovat chladnou hlavu a nejednat intuitivně. Snaží se najít důvod agrese. Oční kontakt by měl být krátký, aby nepůsobil agresivně. Zdravotnický záchranář by měl mluvit klidně, přiměřeně hlasitě a srozumitelně, svými informacemi nezhoršovat situaci. V popisu obrany posádek zdravotnické záchranné služby se uvádí, že: „Pokud není efekt deeskalace dostatečný, přikročíme k dalším postupům – farmakoterapii, fyzickému omezení pacienta, nedobrovolné hospitalizaci, ale v deeskalaci i nadále pokračujeme, v mezních situacích je nutné použít sebeobranu či spolupráci s výjezdovou skupinou Policie České republiky.“

Pokud si ZZ není jist svou bezpečností, volá policii ČR. Pokud dojde k fyzickému napadení záchranáře pacientem, řeší se situace pomocí trestního práva. Záchranář může použít sebeobranu, která musí být přiměřená způsobu napadení, v žádném případě nesmí jít o akt nepřiměřeného útoku nebo msty. Při použití nepřiměřené sebeobranu by se mohlo jednat o trestný čin ze strany záchranáře (Čírtková, 2015).

2.3.1 Komunikace s agresivním pacientem

Záchranář je samostatná profese, která je závislá na dalších zdravotnických profesích. Je třeba nejen poskytnout rychlou pomoc, ale také kvalitně komunikovat s ostatními složkami systému, aby byly naplněny potřeby pacienta. Kvalitně navázaný kontakt s pozorovateli nebo pacientem při ošetření a pozitivně laděná komunikace zcela určitě vyčistí nedýchateľnou atmosféru plnou stresu a vylučuje možnost stupňované agresivity (Soukupová, 2006). U záchranářů je třeba dbát na rozvoj komunikačních dovedností, neboť to velmi přispěje ke kvalitnějšímu navázání kontaktu s pacientem. Komunikace s problémovým člověkem je vždy náročná. Zahrnuje celou škálu chování, se kterým si nemusíme vědět rady nebo je pro nás situace nepříjemná. Může se jednat o hněv, agresi, nátlak, výhrůžky. Za takovým jednáním se nemusí vždy skrývat ublížení druhému člověku, ale může se jednat o naučený způsob chování nebo postup, jak dosáhnout svého cíle a uspokojení svých potřeb.

Pacienta je třeba nechat mluvit, abychom zjistili, jak velké je nebezpečí agresivity. Často se stává, že když necháme pacienta vymluvit, agresivita ustane a dotyčný se uklidní. Pokud

pacient nekomunikuje, snažíme se vhodnými otázkami doptat, co ho tak rozrušilo. Většinou pacient na dotaz nějakým způsobem zareaguje. Vždy si držíme patřičný odstup a dáme na vědomí svůj nadhled a klid. Nikdy ho neprovokujeme k hrubému agresivnímu jednání, aby to nemohl použít vůči nám. Klidným hlasem upozorníme pacienta na důsledky jeho chování. Pokud pokračuje v agresivním chování, využijeme pomoci policie. Pokud se jedná o blízké osoby pacienta a jejich agrese nepřestává ani po upozornění, že zázraky neumíme a medicína také vše neumí, je zapotřebí chránit sama sebe a volat ihned policii. Pokud uděláme někde v komunikaci chybu, je potřeba se omluvit. Vždy musíme mít na zřeteli, že naším úkolem je pomáhat jak v případech somatických, tak i v psychických, a musíme pacientovi věnovat potřebnou pozornost. Může se stát, že agrese jeho blízkých začne zdravotní stav pacienta po psychické stránce rychle zhoršovat. V takovém případě je potřebné odhadnout situaci a pacienta dostat co nejdříve z dosahu agresorů. Zachovat klid a snažit se o maximální vstřícnost a asertivní projevení vlastních pocitů, vyslechnout nemocného a nehodnotit ho, použít jednoduchá pravidla komunikace (Vymětal, 2003).

Snažíme se být empatičtí, a pokud to lze, vyhovíme pacientovi. Není-li to možné, vysvětlíme v klidu své stanovisko, i s projevem pochopení pro jeho zklamání, akceptujeme hněv, soustředíme se na příčiny a ne na projevy, vyrovnáváme proxemické pozice, nedotýkáme se ani neotáčíme se zády, držíme si odstup. Rozčilenému člověku se nedíváme dlouze do očí, nezvyšujeme hlas a nezrychlujeme řeč, poskytneme dostatek času na vychladnutí emocí, neslibujeme nic, co se nedá splnit, vyvarujeme se vztahovačnosti, ujistíme se, že v dosahu agresora nejsou předměty, kterými by mohl zaútočit (Pekara, 2015).

2.4 Asertivní komunikace

Pojem asertivita je schopnost prosazovat názor, stanovisko nebo zájem. Je považován za důležitou dovednost v komunikaci. Jasně vyjadřuje názory a myšlenky, při čemž nenaruší práva ostatních jedinců či skupiny. Do češtiny se asertivita překládá, co by jisté jednání nebo sebeprosazování. Autorem metody asertivního tréninku je americký psycholog Andrew Salter, který ji založil v polovině minulého století. Učí přiměřenému chování a vytrvání na svém názoru nebo požadavku. Asertivně můžeme vyjadřovat svá stanoviska, nebát se oponovat, používat argumenty a stát si za svým názorem. Metoda nás učí říkat ne, aniž by tím byla dotčena práva druhých.

Ne každý asertivní komunikaci obhajuje. Občas se objevuje názor, že asertivita je málo citlivá, egoistická, snadno zneužitelná a skrývá prvky agresivity. Tato komunikace se odlišuje

od agrese i pasivity. Člověk, který umí jednat asertivně, zvládá definovat své požadavky, nejedná proti právům druhých lidí, umí dobře naslouchat a umí přistoupit na kompromis.

Jedinec, který jedná pasivně, nedokáže dobře formulovat své požadavky, neboť mu chybí sebedůvěra a nedokáže se prosadit. Pokud s ním začne někdo manipulovat, nedokáže tomuto jednání čelit. Agresivní komunikace naopak tvrdě prosazuje svůj názor, nerespektuje názory druhých, může ponižovat protistranu. Nemusí dojít k fyzickému útoku, ale projev je hlasitý, vulgární, případně ironický.

Asertivní komunikace je dovednost, se kterou je dobré umět pracovat, obzvláště v pomáhajících profesích. Mnoho lidí neumí jasně formulovat svůj názor a jejich komunikace se tak stává neefektivní. Zastánci asertivity považují tuto metodu za metodu zdravého sebeprosazování. Současný psycholog Mark Dombeck říká: „Asertivita je hledání střední cesty mezi agresivitou a pasivitou, respektující osobní hranice všech společenských vztahů.“

2.4.1 Asertivní chování v komunikaci

Každý máme právo se rozhodnout, které své myšlenky, pocity a přesvědčení druhým řekneme, a které ne. S tím je spojena také schopnost přijímání kritiky a názorů druhých. Tato schopnost jde pak ruku v ruce s vnímáním pocitu strachu a ohrožení. Asertivní lidé umí čelit oprávněné i neoprávněné kritice, agresivním útokům a manipulaci. Asertivní člověk se vyjadřuje slušně, v jeho hlase je slyšet pevnost, je schopný přijmout názor druhých a to i tehdy, je-li odlišný. Má zdravou sebedůvěru a umí přijmout zodpovědnost za věci, které dělá. Vyjadřuje se upřímně, jeho city, názory a postoje mohou být pozitivní i negativní. Vyzná se v sobě i v druhých lidech. Asertivním člověkem nikdo nemůže manipulovat, protože mu to nedovolí (Hadfieldová a Hassonová, 2012)

2.4.2 Agresivní chování v komunikaci

Agresivní komunikace je vyjádření pocitů, názorů a potřeb nevhodným způsobem, který se snaží ovládat druhé a neuznává jejich oprávněné požadavky. Agresivním chováním si dotyčný vynucuje naplnění svých přání. Agresor je neupřímný, sarkastický, obviňuje druhé. Jde mu pouze o jeho blaho.

Při jednání s takovým člověkem musíme být hodně asertivní. Agresivní komunikace může být i pasivní, obsahující nepravdivé a vyhýbavé informace. Snaží se s ostatními manipulovat. Komunikace s agresivním člověkem je vždy náročná (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

2.4.3 Pasivní chování v komunikaci

Pasivní chování a komunikace se vyznačují tím, že člověk nevyjadřuje svoje myšlenky, pocity a potřeby. Nechává druhé lidi, aby nad ním dominovali a říkali mu, co má dělat. Tito lidé sebou nechají manipulovat, dovolují druhým, aby nad nimi měli převahu. Mohou se pak dostat do nechtěné situace a následně se neumí postavit za správnou věc. Snaží se vyhnout konfliktu a napětí, neboť u nich reakce druhých lidí vyvolává strach. Pasivní lidé nechávají svoje rozhodnutí na druhých. Jsou pak zklamáni svými vztahy k druhým, a svůj život nemají pod kontrolou.

Všechny vzorce komunikace si neseme z dětství. Každý má právo na splnění svých potřeb a proto je třeba naučit se vyjadřovat krátce a jasně (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

2.4.4 Pasivně agresivní chování

Pasivně agresivní komunikace znamená, že své pocity, názory a potřeby vyjadřujeme jen nepřímo, a navíc nepravdivě. Patří k ní vyhýbavé chování – neochota vyjádřit, co skutečně chcete, a co nechcete. Pasivně agresivní člověk manipuluje s ostatními, aby dělali to, co chce on. Kontroluje situace a lidi, ačkoliv to tak na první pohled vůbec nepůsobí. Typickým projevem je, že namísto přímého vyjádření, vyjadřuje pasivní odpor vůči naplnění potřeb a očekávání druhých. Oddaluje naplnění a provedení různých činností, o které ho druzí požádali, nebo na tyto věci “zapomíná”. Dokonce kolem sebe dokáže vytvořit určitý chaos, takže činnost za něho udělá někdo jiný. Nespolupracuje, vinu hází na druhé a nepřebírá zodpovědnost za svá rozhodnutí (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

2.4.5 Techniky asertivní komunikace

Stát se úspěšným, prosazovat své názory bez manipulace a hlavně být za ně zodpovědný může dokázat každý. Pomáhají k tomu různé techniky, které jsou velmi jednoduché. Je potřeba umět pracovat se svými vlastními myšlenkami, impulsy a pocity, empatií, komunikačními dovednostmi, naslouchat druhým, být pozitivně naladěný, umět překonat překážky, zvládat negativní emoce a stres, mít zdravé sebevědomí a jít za svými cíli. Vždy je potřeba mít na vědomí, že za svůj úspěch je každý zodpovědný sám. Mezi nejznámější asertivní techniky patří například Přeskakující deska, Otevřené dveře, Umění odmítnout (Novák a Capponi, 2012).

Přeskakující deska

Patří mezi nejznámější a nejpoužívanější techniky. Stále dokola se opakuje stejný požadavek s klidným, ale rozhodným důrazem v hlase. Působí to, jako když přeskakuje jehla na

gramofonové desce. Požadavek musí být dobře připravený, a potom ho opakujeme tak dlouho, dokud nedocílíme svého, aniž by bylo použito ne. Technika je účinná, ale nedá se používat moc často. Je třeba ji využívat s rozmyslem. Vždy se zamyslíme nad situací, zvážíme, jak nejlépe techniku použijeme v konverzaci a používáme ji na prosazení oprávněných požadavků. Nehodí se, pokud druhá strana souhlasí s tím, co prosazujeme my (Novák a Capponi, 2012)

Otevřené dveře

Tuto techniku použijeme v momentě, kdy druhý odhalil naše nedostatky a snaží se nám je vyčítat. V takovém případě se snažíme dát druhému částečně za pravdu. V rozhovoru hledáme nějakou pravdivou nebo jen částečně pravdivou myšlenku, se kterou souhlasíme. Je to mnohem lepší, než si úplně zavřít dveře. Druhá strana obvykle očekává obhajování, které nenastane, a tím vznikne prostor zbavit se nepříjemného napětí a energie. Otevřené dveře mají za cíl agresivního jedince uklidnit tím, že neodporujeme. Souhlasíme s kritikou a použijeme kamarádský tón. Je na zvážení, kdy a jak techniku použít a uvědomit si, jak se cítíme při kritice, která je směřována proti nám (Novák a Capponi, 2012).

Umění odmítnout

Základní dovedností v asertivním chování je naučit se odmítnout a říci ne. Nejsme pak vystaveni situacím, ze kterých bychom měli špatný pocit. Cílem je říci ne a zároveň přijmout názor druhého, který s námi nerezonuje (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

Sebeotevření

Technika sebeotevření nás učí schopnosti mluvit o sobě a lidem popsat otevřeně své pocity pozitivní i negativní. Bez pocitu viny můžeme přiznat, že něco nevíme. Díky svým zkušenostem většina lidí nedává své pocity a emoce znát, aby nebyly zneužity proti nim. Cílem je zbavit se stresu ze situací, které se nám staly (Novák, 2012).

Negativní dotazování

Touto metodou reagujeme na kritiku nikoli obranou, ale komunikací na dané téma. Snažíme se zjistit další informace, které pomohou k řešení situace, aktivita dotazování je na naší straně. Kritiku zvládáme s klidem a snažíme se z ní vytěžit nové zkušenosti do budoucnosti. Dotazováním se zaměřujeme na podrobnosti. Techniku používáme při konfliktních situacích (Novák, 2012).

Selektivní ignorování

Technika se hodí v momentě, kdy na nás někdo udeří pod vlivem emocí a nutí nás dělat pro nás nepříjemné věci. Nevšímáme si neoprávněných požadavků a nehrotíme situaci, kterou druhý nezvládl. Nenecháváme sebou manipulovat. Nikdo nás nemůže donutit, abychom ho poslouchali. Nemusíme se za to omlouvat ani ospravedlňovat. Co je nenormální není asertivní (Novák a Capponi, 2012).

Přijatelný kompromis

Při užití kompromisu každá strana ustoupí částečně ze svých požadavků, aby došlo ke shodě a spokojenosti všech zúčastněných. Někdy stačí jen lépe vysvětlit své požadavky. Tato technika se používá hlavně při obchodních jednáních. Důležitá rozhodnutí vyžadují odvahu a záleží jen na zúčastněných stranách, jak přijmou zodpovědnost v jednání, nebo budou trvat jen na svém zisku (Hadfieldová a Hassonová, 2012).

Požádání o laskavost

Kouzelná slova prosím a děkuji, která známe od dětství, zní při vyjednávání určitě lépe než holé příkazy. Při asertivním jednání je nutná vstřícnost obou stran. Jeden žádá o laskavost a druhý ji může splnit nebo se alespoň pokusit ji splnit. Pokud něco po někom chceme, měli bychom ve vší pokoře požádat a poděkovat a nebrat vše jako samozřejmost (Novák, 2012).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část je zaměřena na vědomosti o agresivitě u studentů středních škol:

3.1 Výzkumné otázky

Pro splnění cílů praktické části bylo stanoveno pět výzkumných otázek.

1. Jaká je informovanost studentů vybraných středních škol o agresivitě vůči zdravotnické záchranné službě?
2. Jaké jsou znalosti studentů vybraných středních škol o agresi a jejích příčinách?
3. Jaké jsou rozdíly v názorech studentů na různých středních školách na agresi vůči záchranářům?
4. Jaké jsou znalosti studentů o možnostech obrany záchranářů proti agresivním pacientům?
5. Jaké mají studenti vybraných SŠ zkušenosti s agresivitou?

3.2 Metodika

Průzkum byl prováděn dotazníkovým způsobem na třech záměrně vybraných středních školách. Kritériem při výběru bylo, aby každá střední škola měla jiné zaměření. Gymnázium se zaměřením na všeobecné vzdělávání, rozvíjení vědomostí a přípravu pro další vysokoškolská studia. Obchodní akademie se zaměřením na ekonomiku, účetnictví, podnikání, cestovní ruch a jazyky. Střední průmyslová škola se zaměřením na budoucí techniky pro povolání na pozice středoškolských techniků, případně pro další studia na vysokých školách. Dalším záměrem bylo co možná nejvíce rovnoměrné zastoupení studentů obou pohlaví. V druhé polovině března 2019 byli studenti požádáni o vyplnění dotazníku. Dotazník je součástí přílohy. Respondenti byli upozorněni, že dotazník je anonymní a bude použit ke zpracování bakalářské práce. Celkem bylo rozdáno 329 ks dotazníků, zpět se vrátilo 329 ks, z toho plně vyplněných 324 ks. Plně vyplněné dotazníky byly použity jako 100%. Ze 121 ks vrácených dotazníků z gymnázia byly 3 ks vyplněny jen částečně. U obchodní akademie se vrátilo všech 46 ks plně vyplněných a u SPŠ se vrátilo 162 ks, 2 dotazníky nebyly vyplněny celé. Respondenti, kteří vyplňovali dotazníky, byli studenty třetích a čtvrtých ročníků, jejich věk se pohyboval v rozmezích 17-18, 19-20 a 21 a více.

3.3 Vyhodnocení výsledků

Jednotlivé odpovědi byly postupně zpracovány podle odevzdaných dotazníků z jednotlivých škol. Výsledky byly zpracovány pomocí tabulek. Celkem bylo zpracováno 324 ks dotazníků,

dalších 5 ks nebylo vyplněno dle požadavků. Ve věku 17-18 bylo celkem ze všech středních škol 176 respondentů, což je 54,32 %, 19-20 let bylo 145 respondentů, 44,75 % a 21 a více byli 3 respondenti, to je 0,93 %. Žen bylo 58,33 %, mužů o 54 méně, což je 41,67 %. Na vybraných školách byl stejný počet třetích i čtvrtých ročníků. Ze třetích ročníků odpovídalo 182 studentů, což činí 56,17 %, ze čtvrtých ročníků bylo pouze 142 studentů, jedná se o 43,83 %.

Myslíte si, že je důležité zabývat se problematikou agresivity proti členům zdravotnické záchranné služby?

Z odpovědí vyplynulo, že studenti o agresii vůči ZZS vědí a je třeba se touto problematikou zabývat. Studenti gymnázia uvedli rozhodně ano v 68 dotaznících (57,63 %), spíše ano, uvedlo 43 studentů (36,45 %), spíše ne uvedli 2 studenti (1,69 %), rozhodně ne také 2 studenti (1,69 %) 3 dotázaní uvedli nevím (2,54 %).

Respondenti obchodní akademie uvedli ano 21krát (45,65 %), spíše ano 25krát (54,34 %), u ostatních otázek odpověď není.

V SPŠ rozhodně ano označilo 118 studentů (73,76 %), spíše ano odpovědělo 39 dotázaných (24 %) a spíše ne 2 (1,25 %) studentů. Nevím, neumím se vyjádřit uvedl 1 dotázaný (0,62 %). Rozhodně ne neuvedl žádný student.

Tabulka 1: Důležitost zabývat se agresivitou proti ZZ

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Rozhodně ano	68	57,63 %	21	45,65 %	118	73,76 %
Spíše ano	43	36,45 %	25	54,34 %	39	24,37 %
Spíše ne	2	1,69 %	0	0	2	1,25 %
Rozhodně ne	2	1,69 %	0	0	0	0
Nevím, neumím	3	2,54 %	0	0	1	0,62 %

Na které zdravotnické pozice podle vás agresor utočí nejčastěji?

Na otázku, na koho agresor nejvíce útočí, odpověděli studenti Gymnázia následovně: lékař 7krát (5,93 %), zdravotní záchranář 79krát (66,95 %), zdravotní sestra 31krát (26,27 %), řidič sanitního vozu 1krát (0,85 %).

Respondenti OA odpověděli lékař 4krát (8,69 %), zdravotní záchranář 30krát (65,23 %), zdravotní sestra 11krát (23,91 %), řidič sanitního vozu 1krát (2,17 %).

Studenti SPŠ uvádí 12krát lékař (7,50 %), 125krát zdravotní záchranář (78,12 %), 22krát zdravotní sestra (13,75 %), 1krát řidič sanitního vozu (0,63 %).

Tabulka 2: Kdo je nejvíce agresorem napadán

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Lékař	7	5,93 %	4	8,69 %	12	7,50 %
Zdravotní záchranář	79	66,95 %	30	65,23 %	125	78,12 %
Zdravotní sestra	31	26,27 %	11	23,91 %	22	13,75 %
Řidič sanitního vozu	1	0,85 %	1	2,17 %	1	0,63 %

Jaké znáte druhy násilného chování?

V této otázce mohli studenti napsat i více možností, proto jsem zpracoval číselně pouze jednotlivé možnosti a není zde uveden procentní poměr. Podobné výrazy jsou zpracovány do jednoho řádku.

V dotaznících gymnázia byly uvedeny tyto druhy násilí: fyzické násilí 97krát, psychické násilí + nátlaky 21krát, slovní napadání + vulgarity 59krát, znásilnění + sexuální obtěžování 9krát, domácí násilí + vražda 1krát, šikana + kyberšikana 2krát, nevím 9krát.

Na obchodní akademii se objevily stejné druhy násilí: fyzické násilí 43krát, psychické násilí + nátlaky 9krát, slovní napadání + vulgarity 27krát, znásilnění + sexuální obtěžování 3krát, domácí násilí + vražda 1krát, šikana + kyberšikana 0krát, nevím 0krát.

Odpovědi na SPŠ se příliš nelišily od předchozích dvou škol: fyzické násilí 136krát, psychické násilí + nátlaky 31krát slovní napadání + vulgarity 99krát, znásilnění + sexuální obtěžování 8krát, domácí násilí + vražda 4krát, šikana + kyberšikana 7krát, nevím 17krát.

Tabulka 3: Známé druhy násilí

	Gymnázium	Obchodní akadem.	SPŠ
fyzické násilí	97	43	136
psychické násilí + nátlaky	21	9	31
slovní napadání + vulgarity	59	27	96
znásilnění + sexuální obtěžování	9	3	8
domácí násilí + vražda	1	1	4
šikana + kyberšikana	2	0	7
Nevím	9	0	17

Víte o případu napadení zaměstnanců zdravotnické záchrané služby?

Na otázku číslo 4, byly uvedeny tyto odpovědi: Gymnázium: ano, byl jsem přítomen 3krát (2,54 %), ano, viděl jsem to ve zprávách, uvedlo 56 studentů (47,46 %), nesetkal jsem se uvedlo 59 studentů (50 %).

Obchodní akademie: 2 studenti odpověděli, byl jsem přítomen (4,35 %), viděl jsem to ve zprávách odpovědělo 24 studentů (52,17 %), nesetkal jsem se s tím 20, což je (43,48 %) studentů.

Na SPŠ jsou odpovědi obdobné: byl jsem přítomen odpovědělo 7 studentů (4,38 %), viděl jsem to ve zprávách uvedlo 99 dotázaných (61,87 %), nesetkalo se 54 studentů (33,75 %).

Tabulka 4: Přítomnost u napadení zaměstnanců ZZS

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Ano, byl přítomen	3	2,54 %	2	4,35 %	7	4,38 %
Ano, ve zprávách	56	47,46 %	24	52,17 %	99	61,87 %
Ne, nesetkal se s tím	59	50,00 %	20	43,48 %	54	33,75 %

Jakého pohlaví si myslíte, že je nejčastěji útočník?

U otázky č. 5, „Jaké pohlaví útočí nejčastěji?“ studenti všech tří středních škol odpověděli shodně a uvedli, že v 90 % to jsou muži. Studenti gymnázia si myslí, že muži v 93,22 %, odpověď žena uvedlo pouze 5 studentů a je to 4,24 % a 3 respondenti opověděli nevím, což činí 2,54 %. Na obchodní akademii odpovídali studenti takto: muž ve 42 případech 91,3 % a žena ve 4 případech, což je 8,70 %. Odpověď nevím, nevyužil nikdo. I na SPŠ označilo za útočníka muže 147 studentů, je to 97,87%. Žena figurovala ve 13 odpovědích, to je pouze 8,13%.

Tabulka 5: Kdo častěji útočí

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠCH	
Muž	110	93,22 %	42	91,30 %	147	91,87 %
Žena	5	4,24 %	4	8,70 %	13	8,13 %
Nevím	3	2,54 %	0	0	0	0

Pokud si vybavíte jakékoliv napadení členů zdravotnické záchranné služby, o jaké pachatele se nejčastěji jednalo?

Na otázku číslo 6 odpovědělo 10 respondentů „jiné“ a „specifikujte“. U studentů gymnázia se jednalo o 3 dotázané (2,54 %), ze studentů obchodní akademie to byl 1 dotázaný (2,17 %) ze studentů SPŠ 6 dotázaných (3,75 %). Jejich odpovědi jsou uvedeny na konci hodnocení této otázky. Ostatní studenti si vybrali jednu z těchto variant: „pod vlivem alkoholu“ odpovědělo 63 studentů gymnázia (53,39 %), 34 respondentů obchodní akademie (73,91 %) a 84 respondentů SPŠ (52,50 %).

Odpověď „pod vlivem omamných látek“ volilo 30 dotázaných z gymnázia, což je 25,43 %, 10 dotázaných z obchodní akademie (21,75 %) a 47 dotázaných ze SPŠ (29,38 %).

„Psychiatricky nemocný pacient“ odpovědělo 19 studentů gymnázia, tj. 16,10 %, 17 studentů SPŠ (10,62 %), žádný student obchodní akademie.

Odpověď „příbuzní pacienta“ se vyskytla u 3 studentů gymnázia, 1 studenta obchodní akademie (2,17 %) a 6 respondentů SPŠ (3,75 %).

V kolonce jiné uvedli tři respondenti pouze nevím, tři označili alkohol a omamné látky, další tři alkohol, omamné látky a psychické onemocnění a jeden respondent uvedl alkohol, omamné látky a příbuzní pacienta.

Tabulka 6: O jaké agresivní pachatele se nejčastěji jednalo

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Pod vlivem alkoholu	63	53,39 %	34	73,91 %	84	52,50 %
Pod vlivem omamných látek	30	25,43 %	10	21,75 %	47	29,38 %
Psychiatricky nemocný pacient	19	16,10 %	0	0	17	10,62 %
Příbuzní pacienta	3	2,54 %	1	2,17 %	6	3,75 %
Jiné specifikujte	3	2,54 %	1	2,17 %	6	3,75 %

Jaký je, podle Vašeho názoru, nejčastější důvod pro napadení ZZS pacientem?

U otázky číslo 7 volilo 9 respondentů odpověď „jiné a specifikujte“. Jejich specifikace je uvedena na konci vyhodnocení. Ostatní odpovídali následovně:

Na Gymnázium označili „pocit pozdního příjezdu záchranné služby“ 2 respondenti (1,69 %), „pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu“ 38 respondentů (32,20 %), „pacienta vyprovokovala komunikace mezi záchranáři“ označil 1 student (0,85 %), „důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta“ bylo u 13 dotazníků (11,02 %), „násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta“ uvedlo 63 respondentů (53,39 %)

Studenti obchodní akademie označili „pocit pozdního příjezdu záchranné služby“ 3krát (6,52 %), „pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu“ uvedlo 18 dotázaných (39,13 %), „pacienta vyprovokovala komunikace mezi záchranáři“ označil 1 respondent (2,17 %), „důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta“ bylo u 6 dotázaných (13,04 %), „násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta“ bylo v 16 dotaznicích (34,78 %).

Studenti SPŠ uvedli „pocit pozdního příjezdu záchranné služby“ 5krát (3,13%), „pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu“ uvedlo 69 studentů (43,12 %), „pacienta vyprovokovala komunikace mezi záchranáři“ neoznačil nikdo, „důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta“ je uvedeno 9krát (5,63 %), „násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta“ uvedlo 71 dotázaných (44,37 %).

Poslední kolonku „jiné specifikujte“ využili studenti na jednotlivých školách následovně: gymnázium 1krát (0,85 %), obchodní akademie byli 2krát (4,35 %) a SPŠ 6krát (3,75 %). Tito respondenti uvedli následné specifikace. Odmítnutí léčby, samota, pocit úzkosti, hněv, jeden napsal pocit pozdního příjezdu, odmítnutí léčby, psychické onemocnění a další přidal ještě pocit úzkosti, hněv. Další dva respondenti udali pocit úzkosti, hněv a psychické onemocnění, další napsal pocit úzkosti, hněv a pozdní příjezd, a poslední uvedl pocit úzkosti, hněv a odmítnutí léčby.

Tabulka 7: Jaký důvod je k napadení ZZS

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Pocit pozdní příjezd záchranné služby	2	1,69 %	3	6,52 %	5	3,13 %
P. odmítá způsob léčby nebo léčbu samu	38	32,20 %	18	39,13 %	69	43,12 %
P. vyprovokovala komunikace záchr.	1	0,85 %	1	2,17 %	0	0
Důvodem je psychiatrická nemoc.	13	11,02 %	6	13,04 %	9	5,63 %
Násilí je projev strachu hněvu či úzkosti	63	53,39%	16	34,78%	71	44,37%
Jiné – specifikujte	1	0,85 %	2	4,35 %	6	3,75 %

Domníváte se, že legislativa dostatečně upravuje otázku sebeobrany záchranářů proti agresivnímu pacientovi?

U otázky číslo 8 se rozhodli studenti následovně: Rozhodně ano si myslí 3 studenti gymnázia (2,54 %), spíše ano napsalo 12 studentů (10,17 %), spíše ne, bylo uvedeno u 55 dotazníků (46,61 %), rozhodně ne si myslí 3 studenti (2,54 %) a nevím 45 studentů (38,14 %).

Na obchodní akademii neuvedl nikdo rozhodně ano, spíše ano uvedlo 6 studentů (13,04 %), spíše ne označilo 27 dotázaných (58,70 %), rozhodně ne je uvedeno 2krát (4,35%), nevím je označeno v 11 dotaznících (23,91 %).

Respondenti SPŠ uvedli rozhodně ano ve 3 dotaznících (1,87 %), spíše ano napsalo 26 studentů (16,25 %), spíše ne je uvedeno v 88 dotaznících (55 %), rozhodně ne si myslí 10 studentů (6,25 %), nevím studenti uvedli ve 33 případech (20,63 %). Na všech třech SŠ uvedlo největší počet respondentů shodně spíše ne.

Tabulka 8: Je legislativa sebeobrany ZZS dostatečná?

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Rozhodně ano	3	2,54 %	0	0	3	1,87 %
Spíše ano	12	10,17 %	6	13,04 %	26	16,25 %
Spíše ne	55	46,61 %	27	58,70 %	88	55,00 %
Rozhodně ne	3	2,54 %	2	4,35 %	10	6,25 %
Nevím, neumím	45	38,14 %	11	23,91 %	33	20,63 %

Jaké možnosti obrany mají podle Vás zaměstnanci zdravotnické záchranné služby proti agresorovi?

U otázky číslo 9 jsou odpovědi u gymnázia následující: „přivolat městskou policii nebo PČR“ je uvedeno v 68 případech, což činí 57,63 %, „uzamknout se v sanitním voze“ je u 3 respondentů, což je 2,54 %, fyzická obrana je uvedena v 16 dotaznících, je to 13,56 %, domluva s pacientem uvedlo 22 studentů, což je 18,64 %.

Respondenti obchodní akademie uvádí odpověď „přivolat městskou policii nebo PČR“ ve 34 případech, což činí 79,91 %, „uzamknout se v sanitním voze“ neuvedl nikdo, fyzická obrana byla uvedena u 4 respondentů (8,70 %), domluva s pacientem označilo 5 studentů (6,26 %).

Respondenti SPŠ uvádí odpověď „přivolat městskou policii nebo PČR“ 109krát, je to 68,12 %, „uzamknout se v sanitním voze“ je uvedeno 3krát (1,87 %), fyzická obrana u 13 dotázaných, což je 14,38 %, domluva s pacientem je označena 23krát (14,38%). V kolonce „nevím, specifikujte“ odpověděli ve všech třech školách takto: gymnazisté 9krát (7,63 %), obchodní akademie 3krát (6,52 %), SPŠ 12krát (7,50 %).

V odpovědích byly tyto nápady: 9 respondentů uvedlo „přivolat policii a domluvit se“, dalších 8 uvedlo přivolat policii a fyzickou obranu, 3 respondenti uvedli přivolat policii, fyzická obrana, domluva případně uzavřít se v sanitce. 1 respondent uvedl podat trestní oznámení, další respondent by nejprve pacienta uklidnil a potom zpacifikoval a v 1 dotazníku bylo uvedeno uzamknout se ve voze a zavolat policii.

Tabulka 9: Jaké možnosti obrany má ZZS

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Přivolat městskou policii nebo PČR	68	57,63 %	34	79,91 %	109	68,12 %
Uzamknout se v sanitním voze	3	2,54 %	0	0	3	1,87 %
Fyzická ochrana	16	13,56 %	4	8,70 %	13	8,13 %
Domluva s pacient.	22	18,64 %	5	10,87 %	23	14,38 %
Jiné, specifikujte	9	7,63 %	3	6,52 %	12	7,50 %

Jaké možnosti obrany proti agresorovi by, podle Vás, měli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby mít?

Zde mohli respondenti napsat i více možností, proto jsem je zde zpracoval pouze číselně a není zde uveden % poměr. Podobné výrazy jsem zpracoval do jednoho řádku. V dotaznících gymnázia byly uvedeny: fyzická obrana + sebeobrana 45krát, ochranné prostředky, paralyzér + pepřový sprej 32krát, tlumící prášky 10krát, kurzy sebeobran 4krát, PČR+ bodyguard 9krát, odmítnutí léčby 2krát, nevím 33krát. V dotaznících z obchodní akademie bylo uvedeno: fyzická obrana + sebeobrana 22krát, ochranné prostředky + taser + pepřový sprej 6krát, tlumící prášky 5krát, kurzy sebeobran 5krát, PČR + bodyguard 10krát, domluva s pacientem 1krát, nevím 10krát. V SPŠ respondenti v dotaznících uvedli: fyzická obrana + sebeobrana 81krát, ochranné prostředky + paralyzér + pepřový sprej 67krát, tlumící prášky 19krát, kurzy sebeobran 18krát, PČR + bodyguard 11krát, odmítnutí léčby nikdo, domluva s pacientem 6krát, nevím 16krát.

Tabulka 10: Jaké obrany mohou využít ZZS

	Gymnázium	Obchodní akademie	SPŠ
Fyzická obrana + sebeobrana	45	22	81
Ochranné prostředky + paralyzér + pepřák	32	6	67
Tlumící léky	10	5	19
Kurzy sebeobrany	4	5	18
PČR + bodyguard	9	10	11
Odmítnutí léčby	2	0	0
Domluva s pacientem	0	1	6
Nevím	33	10	16

Myslíte si, že by měli mít na pracovišti zdravotnické záchranné služby k dispozici psychologa?

40 gymnazistů si myslí rozhodně ano (11,90 %), spíše ano bylo označeno 62xkrát (52,54 %), spíše ne uvedlo 12 respondentů (10,18 %), rozhodně ne si myslí 2 respondenti (1,69 %) a nevím označili ve 2 dotaznících (1,69 %).

Studenti obchodní akademie uvedli rozhodně ano 16krát (34,78 %), spíše ano bylo ve 22 dotaznících (47,87 %), spíše ne označili 4 studenti (8,70 %), nevím je označeno 4krát (8,70%), odpověď rozhodně ne neoznačil žádný dotázaný.

Studenti SPŠ uvedli rozhodně ano 59krát, což činí 36,87 %, spíše ano použilo 82 dotázaných (51,25 %), spíše ne je uvedeno ve 14 dotaznících (8,75 %), rozhodně ne je označeno 1krát (1,63 %) a nevím uvedli 4 dotázaní (2,50 %) na této škole. Většina dotázaných na všech třech školách si myslí, že psycholog by měl být k dispozici.

Tabulka 11: Měli by mít na pracovišti ZZS psychologa

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Rozhodně ano	40	33,90 %	16	34,78 %	59	36,87 %
Spíše ano	62	52,54 %	22	47,82 %	82	51,25 %
Spíše ne	12	10,18 %	4	8,70 %	14	8,75 %
Rozhodně ne	2	1,69 %	0	0	1	0,63 %
Nevím, neumím se vyjádřit	2	1,69 %	4	8,70 %	4	2,50 %

Považujete slovní útok za agresi?

U otázky číslo 12 zaškrtili studenti odpovědi takto: gymnázium rozhodně ano 44krát (37,29 %), spíše ano 64krát (54,24 %), spíše ne 7krát (5,93 %), rozhodně ne 3krát (2,54 %), nevím neoznačil nikdo.

Na obchodní akademii uvedlo 25 studentů rozhodně ano (54,35 %), spíše ano 21 dotázaných (45,65 %), u zbylých odpovědí neodpověděl žádný respondent.

Na SPŠ uvedli rozhodně ano v 51 případech (31,88 %), spíše ano v 94 dotaznicích (58,75 %), spíše ne si myslí 11 respondentů (6,87 %), rozhodně ne 1 (0,63 %), nevím 3 respondenti (1,87 %). Většina respondentů udává, že slovní útok je agresi.

Tabulka 12: Je slovní útok agresí?

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Rozhodně ano	44	37,29 %	25	54,35 %	51	31,88 %
Spíše ano	64	54,24 %	21	45,65 %	94	58,75 %
Spíše ne	7	5,93 %	0	0	11	6,87 %
Rozhodně ne	3	2,54 %	0	0	1	0,63 %
Nevím, neumím se vyjádřit	0	0	0	0	3	1,87 %

Domníváte se, že máte dostatečné množství informací o problematice agresivního chování obecně?

U otázky číslo 13 rozhodli studenti takto: rozhodně ano odpověděli 3 studenti gymnázia (2,54 %), spíše ano uvedlo 19 dotázaných (16,10 %), spíše ne, je uvedeno v 75 dotaznících (63,56 %), rozhodně ne si myslí 17 studentů (14,41 %), nevím bylo uvedeno 4krát (3,39%).

3 studenti obchodní akademie uvedli rozhodně ano (6,52%), spíše ano se domnívá 11 dotázaných (23,91%), spíše ne uvedlo 27 studentů (58,70 %), rozhodně ne je označeno 5krát (10,87 %), nevím nevyužil nikdo.

Rozhodně ano označili 3 studenti SPŠ (1,87 %), spíše ano uvádí 44 dotázaných (27,50 %), spíše ne označilo 93 studentů (58,13 %), rozhodně ne je uvedeno 13krát (8,13 %) a nevím uvedlo 7 respondentů (4,37 %). Přes 70 % respondentů uvádí, že nemají dostatečné informace o agresivním chování.

Tabulka 13: Máte dostatečné množství informací o agresivním chování

	Gymnázium		Obchodní akadem.		SPŠ	
Rozhodně ano	3	2,54 %	3	6,52 %	3	1,87 %
Spíše ano	19	16,10 %	11	23,91 %	44	27,50 %
Spíše ne	75	63,56 %	27	58,70 %	93	58,13 %
Rozhodně ne	17	14,41 %	5	10,87 %	13	8,13 %
Nevím, neumím se vyjádřit	4	3,39 %	0	0	7	4,37 %

4 DISKUZE

Pro průzkum byl zvolen anonymní dotazník, který byl rozdělen na dvě části. První část byla zaměřena na charakteristiku respondentů a druhá část se zabývala agresivitou vůči ZZS. Ve vzorku respondentů byli vybráni studenti tří středních škol tak, aby každá škola byla jiného zaměření. Jednalo se o gymnázium, obchodní akademii a SPŠ. Odpovídali studenti třetích a čtvrtých ročníků. Ze třetích ročníků se zúčastnilo 182 studentů a ze čtvrtých ročníků 142 studentů, mezi studenty převládaly ženy. Věk byl rozdělen do tří skupin, přičemž ve skupině 17 - 18 let odpovídalo 176 studentů, druhá skupina byla zastoupena 145 studenty ve věku 19-20 let a 3 studenti byli ve skupině 21 a více let.

Druhá část průzkumu zabývající se agresivitou ukázala, že většina mladých lidí o agresivitě ví, pár jedinců dokonce bylo přítomno přímo u situace, kde se agresivní chování dělo. Na otázku číslo 1, zda považují za důležité se zabývat problematikou agresivity proti Zdravotnické záchranné službě, odpovědělo na gymnáziu 94,08 % studentů ano, na SPŠ uvedlo ano 98,13 % studentů a nejvíce odpovědí ano, a to 100 %, bylo v dotaznících z obchodní akademie. Podle srovnávaného průzkumu Tomáše Morávka z roku 2016 u zaměstnanců ZZS Královehradeckého kraje došlo v poslední dekádě k nárůstu agresivity pacientů v 54 %.

U druhé otázky, na kterého člena posádky nejvíce útočí, uvedli studenti shodně na záchranáře (gymnázium 66,95 %, obchodní akademie 65,23% a na SPŠ 78,12 %). Na všech školách byl jednou uveden řidič a zbytek byly sestry.

Na třetí otázku, jaké druhy násilného chování znáte, využila většina respondentů možnosti popsat více druhů agrese. 276krát bylo uvedeno fyzické násilí, slovní napadání a vulgarity byly uvedeny 182krát, psychické násilí 61krát, dále byly uvedeny jako násilí znásilnění + sexuální obtěžování, domácí násilí, vražda, šikana, kyberšikana, a 26 respondentů uvedlo nevím. Z dotazníků je patrné, že studenti všech tří SŠ znají a velmi dobře si uvědomují, co je agrese, znají druhy násilného chování a jejich povědomí o napadání ZZS je u většiny respondentů dobré.

Výsledky byly porovnány s průzkumem Kamasové (2007), která dělala dotazníky u zaměstnanců ZZS Pardubického kraje a ZZS Královehradeckého kraje, kde uvedlo slovní napadání a vulgarity ZZS PAK 87 % a ZZS KHK 83 %, fyzické násilí ZZS PAK 63 % a ZZS KHK 83 %. Rovněž průzkum Morávka (2016) uvádí jako nejčastější napadení verbální 96,8 %.

Na otázku č. 4, zda ví o případu napadení zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, odpovídali respondenti gymnázia ANO ve 2,54 %, obchodní akademie ve 4,35 % a SPŠ ve 4,38. Napadání ZZS byli přítomni, či zprostředkovaně ze zpráv a sdělovacích prostředků o něm ví 47 % studentů gymnázia, 52,17 % studentů obchodní akademie a 61,87 % studentů SPŠ. Zbytek respondentů odpovědělo, že se s tímto problémem nikdy nesetkali.

Podle porovnávaného průzkumu Kamasové (2007) uvedlo přítomnost napadení v ZZS PAK 83 % záchranářů, ZZS KHK 77 %, pouze 17 % záchranářů z obou krajů se nesetkalo s napadením ve službě. Ostatní o nich slyšeli od kolegů. Podle dalšího porovnávaného průzkumu Veverkové (2009), která dělala dotazníky se zdravotními sestrami ze třech zdravotních zařízení, je uvedeno, že byly přítomné napadení ve 100 %, z toho jich bylo 73 % přímo napadeno. Průzkum Moravce (2016) uvádí, že všichni respondenti se setkali s agresivními pacienty.

V následující otázce, které pohlaví útočí častěji, byl uveden muž u 92,28 % dotázaných, zbytek byly ženy. Zde se respondenti všech tří škol shodli. Dle průzkumu Kamasové (2007) v obou krajích to byli muži ve 100 %.

U 6. otázky měli studenti určit kdo nejčastěji napadá záchranáře. Nejvíce zastoupena byla odpověď „pacient pod vlivem alkoholu“, necelých 56 %, následoval „pacient pod vlivem omamných látek“ v necelých 27 %, dále se umístil psychicky nemocný pacient a příbuzní pacientů ve 3 %. Z průzkumu Kamasové (2007) u respondentů ZZS PAK vyplývá, že 93 % napadajících (ZZS KHK 80 %) bylo pod vlivem alkoholu, 23 % (ZZS KHK 27 %) pod vlivem omamných látek, příbuzné uvedli ZZS PAK ve 27 % (ZZS KHK 33 %). V průzkumu Veverkové (2009) je uveden vliv alkoholu či omamných látek 44 %, psychicky nemocný pacient ve 32 %, šok a trauma ve 14 %. Podle Moravce (2016) bylo napadeno pacientem 22 % záchranářů, rodinnými příslušníky 18,9 %. 58,9 % respondentů uvedlo stejným dílem pacienta a rodinného příslušníka.

Sedmá otázka se týkala důvodu napadení záchranáře pacientem. Nejvíce odpovědi se přiklánělo k důvodu „násilí je projevem strachu, hněvu či úzkosti“, na tom se shodlo nejvíce respondentů gymnázia a SPŠ, mírně za nimi byla obchodní akademie. Za všechny SŠ to je 46,3 %. ZZS PAK tak odpověděli ve 40 % a ZZS KHK ve 30 % odpovědi. Následovaly odpovědi, kdy pacient odmítá způsob léčby nebo samotnou léčbu, psychické onemocnění pacienta bylo uvedeno přibližně v 10 %. Průzkum Kamasové (2007) uvádí tento důvod u 30 % respondentů u kraje Pardubického i Hradeckého. Většinou pacient odmítá léčbu, má strach

a trpí psychickým onemocněním. Vše záleží na okolnostech a situaci, která je často vygradovaná a záchranáři by ji měli řešit pokud možno asertivním chováním.

V otázce osmé, zda legislativa dostatečně upravuje sebeobranu záchranářů proti agresivnímu pacientovi, byla více jak polovina respondentů 52,47 % respondentů přesvědčena, že tomu tak spíše není. 4,38 % respondentů uvedlo, že rozhodně není. Největší podíl na odpovědi spíše ne měli studenti obchodní akademie, kde takto odpovědělo 58,70 % respondentů. 27,47 % respondentů se nedokázalo vyjádřit a zbytek uvedl rozhodně ano nebo spíše ano. Respondenti z výzkumu Kamasové (2007) uvedli, že legislativa není dostatečná pro ZZS PAK v 67 % a ZZS KHK v 87 %. Vezmeme-li naše respondenty jako vzorek společnosti, je to velmi varovný signál pro záchranáře, neboť by si tohoto nedostatku byli vědomi i agresoři a mohli by této situace využít ve svůj prospěch. V tom případě by se mohlo stát, že by zdravotní záchranáři mohli být sami ohroženi na životě a na zdraví.

Na dotaz v otázce číslo 9, jaké možnosti obrany mají zaměstnanci zdravotnické záchranné služby proti agresorovi, bylo v nejvíce odpovědích uvedeno přivolat Městskou policii nebo Policii České republiky. Tato odpověď se vyskytla v 65,12 %, nejčastěji tak odpověděli na obchodní akademii, kde se tato odpověď vyskytla v 79,91 %. Přibližně 10 % dotázaných by se snažilo s pacientem domluvit, naopak 14,63 % studentů by použilo fyzickou obranu. V průzkumu Kamasové (2007) ZZS PAK i ZZS KHK uvedli všichni dotázaní, že spolupracují s policií a dle potřeby policii volají. V průzkumu Veverkové (2009) je uvedeno přivolání PČR v 7 %, fyzická obrana v 6 %, domluva s pacientem ve 30%, medikace ve 38%, restrikce ve 12 %.

Desátá otázka - „Jaké možnosti obrany proti agresorovi by, podle Vás, měli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby mít“ mohla být zodpovězena volně. Odpovědi respondentů jsou zpracovány do tabulky bez výpočtu relativních četností. Nejvíce respondentů by použilo fyzickou obranu a sebeobranu, dost by jich použilo ochranné prostředky, nejvíce pepřový sprej a paralyzér či boxer, někteří by využili tlumící léky nebo odmítnutí léčby, jiní preferují domluvu s pacientem, ale zazněl i návrh na kurzy sebeobrany pro pracovníky ZZS. Někteří si myslí, že by záchranáře měla doprovázet Policie České republiky nebo bodyguard. Čtvrtina respondentů uvedla, že neví, jak by se měli bránit. Překvapující je, že někteří by sami neváhali použít agresi vůči agresivním pacientům. Průzkum Morávka (2016) ukázal, že záchranáři Hradeckého kraje používají fyzické násilí v 9,1 %, komunikaci v 74,5 % a medikamenty v 7,3 %.

Následující otázka zněla, zda by měli mít na pracovišti zdravotnické záchranné služby k dispozici psychologa. Velká většina dotázaných na všech třech středních školách uvedla spíše ano, a to v 50 %, a 35,49 % jich uvedlo rozhodně ano. Ve zbývajících dotaznících zněla odpověď spíše ne nebo rozhodně ne. Nevím odpovědělo 10 dotázaných. V průzkumu Kamasové (2007) se 47 % respondentů ZZS PAK domnívá, že ano, 43 % ne. ZZS KHK se 50 % domnívá ano, 40 % ne.

Otázka dvanáct zněla „Považujete slovní útok za agresi?“ Zde uvedla většina respondentů spíše ano (55,24 %), 37 % rozhodně ano. Velmi malá skupinka respondentů z gymnázia a SPŠ uvedla spíše ne nebo rozhodně ne. Tři studenti SPŠ se nedokázali vyjádřit a uvedli neví. Průzkum Veverkové (2009) ukázal, že slovně byli záchranáři napadeni v 56 % případů. Podle respondentů průzkumu Morávka (2016) je také nejvíce napadení verbálních 96,8 %.

Poslední otázka „Domníváte se, že máte dostatečné množství informací o problematice agresivního chování obecně?“ byla zajímavá v tom, že si studenti myslí, že jejich informovanost o agresivitě je nedostačující. Odpovědi vyzněly následovně. Rozhodně ano uvedlo pouze 9 studentů, spíše ano 74 studentů, u odpovědi spíše ne to bylo 195 studentů, nejvíce jich bylo z gymnázia. Neumím se vyjádřit uvedlo 11 studentů a to společně z gymnázia a SPŠ.

Podle zpracování dotazníků si myslím, že většina dotázaných má podvědomí o agresivitě jak u ZZS, tak i o problematice agrese a agresivity obecně. Výsledky mého průzkumu se u některých otázek podobaly výzkumu Kamasové, (2007). Přestože mí respondenti byli studenti středních škol a respondenti Kamasové (2007) byli přímo zaměstnanci zdravotnických záchranných služeb, se v některých otázkách objevila shoda, a to třeba u druhu násilí, u otázky číslo 3, kde si mohli studenti vybrat podle svých zkušeností. Shoda byla i u otázky kdo útočí a důvodu, proč útočí. Naopak velké rozdíly byly v posouzení důvodů agrese, ale je znát, že si studenti uvědomují, že agresi ve velké míře způsobuje alkohol a omamné látky. Obě strany uvedly, že není dostatečná legislativa. Z průzkumu Veverkové (2009) lze vyčíst, že sestry nemají dostatek znalostí v komunikaci s agresivním pacientem (uvedly ne v 60 %). Přitom uvádí, že se setkávají s agresivními pacienty denně 22 %, týdně 26 %, měsíčně 15 % a několikrát ročně 31 %. Častěji uvádí jako druh napadení slovní útok (56 %) a fyzické napadení ve 42 %. V porovnání průzkumu mezi studenty a sestrami jsou velké rozdíly. Průzkum Morávka (2016), který byl prováděn mezi profesionálními záchranáři, dále uvádí

napadení pacientem týdně 1,8 %, jednou za 14 dní 19,1 % jedenkrát měsíčně 29,1 %, napadení 1x za půl roku 35,5 %, nárůst agrese za poslední kvartál byl 54,5 %.

O agresivním chování všeobecně by měly být informovány již děti na základních školách a středoškoláci, neboť se s agresí můžou setkat kdekoliv a měli by na ni umět reagovat. Snažil jsem se získat i další porovnání, ale na stránkách Ministerstva zdravotnictví jsem nenašel žádnou statistiku o agresi proti záchranářům a zdravotníkům. Zajímavou statistiku agresivního chování jsem našel na stránkách Ministerstva vnitra ČR. Je to statistika agrese v celé České republice. Na těchto stránkách je vyhodnoceno násilí všeobecně za ČR, záchranáři nejsou samostatně uvedeni. Vybral jsem některé statistiky za rok 2017 a za rok 2018, kde je alespoň porovnání obecné agresivity. Ministerstvo vnitra (POLICIE ČR 2019) uvádí u násilné kriminality 13672 případů (2017) a 13553 (2018), mravnostní kriminality 2363 (2017) a 2655 (2018), krádeže, vloupání 90228 (2017) a 80589 (2018), ostatní kriminalita 25635 (2017) a 26703 (2018), obecná kriminalita 150167 (2017) a 141581 (2018). Dále uvádí pro rok 2018 násilí proti úřední osobě a orgánům veřejné moci (mimo policie) v 98 případech, úmyslné ublížení na zdraví bylo spácháno v 4967 případech a nebezpečné vyhrožování bylo zaznamenáno 1884krát. Ani v této statistice se neobjevila samostatně uvedená násilná trestná činnost vedená proti ZZS. Ze statistik, které jsou dostupné, samotné Policejní prezidium uvádí mírný pokles (7,6 %) trestných skutků, ale vzápětí píše, že vnímají nové trendy v páchání trestné činnosti, a proto musí posilovat své útvary. Zároveň přiznávají, že jejich statistiky k některým násilím nejsou evidovány.

5 ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce je zaměřená na agresivní pacienty v přednemocniční péči v souvislosti se zdravotnickou záchrannou službou. V médiích je ukazována agrese pacientů vůči zdravotníkům, záchranářům, ve školách, ale i na veřejném prostranství. Teoretická část je zaměřena na změny ZZS, její základní ustanovení a složení výjezdových skupin. Dále byl záměr objasnit pojem agrese a agresivita, vznik a formy agresivity, možnosti jak jim předcházet, jak komunikovat s agresivním pacientem a jak agresi řešit. Věnoval jsem se komunikaci mezi záchranářem a agresivním pacientem a využití asertivity v praxi. Tyto vytyčené cíle byly splněny.

V posledních letech se záchranáři setkávají s agresi a agresivitou u pacientů, výjimkou není ani napadení rodinnými příslušníky nebo někým z okolí. Agresi máme v sobě všichni, je to součástí lidského chování. Vždy závisí na okolnostech a prostředí. Záchranáři by měli být na tyto situace připraveni, měli by si umět poradit a chovat se asertivně. Pokud se setkají s agresivním pacientem, měli by zjistit důvod jeho agresivity. Někdy postačí jen chvíli počkat a pacient se uklidní, může se jednat o strach, stres, neznalost situace, zmatenost, bolest, ovlivnění alkoholem či omamnými látkami. Záchranář by nikdy neměl agresora provokovat, měl by být v určité vzdálenosti, nesmí se obracet zády a měl by mít přehled o okolí, aby ho agresor nemohl napadnout nějakým předmětem. Mohlo by jít o sublimovanou agresi, která je skrytá a dá se určit s ohledem na okolnosti, dále se můžeme setkat s agresi převrácenou, či přenesenou. Každá agrese může probíhat jinak, někdy si agresor vystačí s nadávkami, vulgarity, vandalismem, šikanou nebo třeba výsměchem. Agresivní chování může být také projev změny zdravotního stavu nebo psychiatrického onemocnění. Proto je nutný empatický přístup k takovým pacientům. Můžeme se ovšem setkat i s tím, že záchranář nezvládne jednání pacienta, a potom se on sám může nevhodným chováním vůči pacientovi stát agresivním, většinou se jedná o verbální agresivitu doprovázenou křikem, necitelným ošetřením nebo zbytečným podáním tisíců prostředků. Stává se to u pacientů, kteří se chovají agresivně, jsou pod vlivem alkoholu, drog nebo jiných návykových látek. Při ošetření se může stát, že do situace zasáhnou příbuzní, kteří situaci ještě zhorší a mnohdy sami škodí pacientovi. Záchranáři jsou proto školeni, aby tyto situace zvládali co nejlépe a nedocházelo k nim. Procházejí různými kurzy sebeobrany, kurzy komunikace s agresivními pacienty a asertivního jednání.

V druhé části bylo cílem výzkumu zjistit, jaká je informovanost studentů středních škol různého zaměření o agresivitě vůči zdravotní záchranné službě, jaký je názor na agresi a její

důvody, jaké jsou rozdíly v informovanosti studentů na různých středních školách na agresi všeobecně, jaká je informovanost možnosti záchranáře na obranu proti agresorovi a jaké znají studenti vybraných SŠ druhy agrese. Všech pět bodů bylo zodpovězeno a v odpovědích v poměru počtu dotazníků nebyly velké rozdíly. K dosažení cíle zaměřeného na mladé lidi bylo použito dotazníkové šetření. Je vidět, že studenti vnímají práci zdravotnických záchranářů a jsou si vědomi možnosti agrese vůči zdravotnickým posádkám. Informovanost o agresivitě vůči zdravotnické službě je některých známá díky sdělovacím prostředkům, o ní nemají ponětí. Můj subjektivní názor je, že by tento problém měl být více znám a to nejen u studentů. Rozdíly v názorech studentů na agresi vůči záchranářům nebyly markantní na žádné ze tří středních škol. Velké rozdíly nebyly ani mezi ročníky. Na všech třech školách, studenti uvedli, že nemají dostatečné množství informací o agresi, a to hlavně studenti gymnázia. Také je podle mě závažnější skutečnost, že někteří studenti na gymnáziu a SPŠ nepovažují slovní útok za agresi. U odpovědi, kde mohli studenti napsat druhy násilí, napsalo jen velmi málo z nich např. urážky, nadávky, vulgární gesta, pomluvy, výsměch, šikana, domácí násilí. Jsou to druhy násilí, které jsou podle mě používány běžně a lidé si vůbec neuvědomují, že se jedná o agresivní jednání. Jsem přesvědčený, že vyhodnocené dotazníky, splnily to, co jsem očekával, i když někde jsem měl malinko jinou představu. Práce záchranářů je velmi náročná, a pokud se někdo chová agresivně a zdržuje záchranáře od jejich práce, měl by si uvědomit, že se může tato situace opakovat, až sám bude jejich pomoc potřebovat. Určitě by se měli více s tímto chováním seznamovat žáci základních i středních škol, jelikož agrese je na obou typech škol. V poslední době se tímto tématem u nezletilých hodně zabývají média, která ukazují agresivní chování a šikanu u školáků. O agresivní chování u dětí se zajímám. Jako vedoucí kroužku mladých hasičů vím, jak je těžké tyto problémy včas podchytit a hlavně s nimi pracovat. Do budoucna chci pracovat u zdravotnické záchranné služby a vím, že práci budu vykonávat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí s využitím všech právních prostředků a využiji všechny své znalosti k prospěchu druhým.

6 POUŽITÁ LITERATURA

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

ČESKO. Vyhláška č. 240/2012 Sb. Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 82. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 30, s. 1452-1479*. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 131, s. 4839-4848*. ISSN 1211-1244.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie: základy praktické psychologie pro policisty, strážníky, justiční stráž a pracovníky soukromých bezpečnostních služeb*. 2. rozš. vyd. Praha: Support, 1996. ISBN 80-902164-0-4.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie: efektivní komunikace v praxi*. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. Manažer. ISBN 978-80-7380-581-4.

DRDLA, Pavel, Irena SOUKUPOVÁ. *Ze záchranáře oběti? Už ne! Nejlepší obranou je prevence: krizová komunikace* [rozhovor]. *Zdravotnické noviny*. 2006, roč. 55, č. 12, str. 24–25. ISSN 1805-2355.

DYNÁKOVÁ, Šárka. "Nejsme si v něčem podobní?" (komunikace s agresivním pacientem - I. část). *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 7–8, str. 20. ISSN 1210-0404.

ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-379-1.

HADFIELD, Sue a Gill HASSON. *Jak být asertivní v každé situaci*. Přeložil David SAJVERA. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4269-4.

HONZÁK, Radkin. *Obrana před napadením agresivním pacientem. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 4, s. 195-196. ISSN: 1801-1349.

KAMASOVÁ, Klára. *Záchranář – oběť agresivity pacientů* [online]. Hradec Králové, 2007 [2019-04-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130064283>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce PhDr. Marie Rybářová.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii. 3., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3007-3.

Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online], ©2010. Praha [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>

MORÁVEK, Tomáš. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji* [online]. Brno, 2016 [cit. 2019-08-02]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/c4i2r/Bakalarska_prace_Moravek.pdf. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA. Vedoucí práce Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

NOVÁK, Tomáš. *Jednej asertivně!: asertivně na duševní hygienu*. Praha: Grada, 2012. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3999-1.

NOVÁK, Tomáš a Věra CAPPONI. *Asertivně do života: asertivně na duševní hygienu. 3., aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2012. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3869-7.

PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4.

POLICIE ČR, ©2019. *Statistické přehledy kriminality za rok 2018*. In: Policie České republiky [online]. Praha [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: [https://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx?fbclid=IwAR2io9rhriaq_-](https://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2018.aspx?fbclid=IwAR2io9rhriaq_-TBRyZjZcdfVuqK6_Db9yOUBSn_9XI2tA5S3V8vLgXGpxQ)

TBRyZjZcdfVuqK6_Db9yOUBSn_9XI2tA5S3V8vLgXGpxQ

PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie*. 2., dopl. vyd. V Praze: Triton, c2010. Psyché, sv. č. 64. ISBN 978-80-7387-378-3.

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

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VEVERKOVÁ, Monika. *Rizikové faktory při práci ve zdravotnictví*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009, 94 s., 8 s. obr. příloh. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/9036>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Čižmářová, Dagmar.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

Vyhláška č. 39/2005 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: Codexis (právní informační systém) fa ATLAS consulting spol. s r.o.

Vyhláška č. 51/1995 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, a mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: Codexis (právní informační systém) fa ATLAS consulting spol. s r.o.

Vyhláška č. 175/1995 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se mění a doplňuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění vyhlášky č. 51/1995 Sb. In: Codexis (právní informační systém) fa ATLAS consulting spol. s r.o.

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje [online]. Hradec Králové: ZZS KHK, ©2017 [cit. 2019-05-07]. Dostupné z: <https://www.zzskhk.cz/cs>

Zákon č. 385/2012 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: Codexis (právní informační systém) fa ATLAS consulting spol. s r.o.

Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. In: Codexis (právní informační systém) fa ATLAS consulting spol. s r.o.

7 PŘÍLOHA

Dobrý den,

jmenuji se Michal Hudáč, jsem studentem třetího ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Univerzitě Pardubice. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který bude podkladem praktické části mé bakalářské práce „Záchranář jako oběť agresivního pacienta“. Dotazník je určen pouze studentům třetích a čtvrtých ročníků středních škol. Vybrané odpovědi zakroužkujte, je možné vybrat pouze jednu odpověď. V případě otázky s volnou odpovědí ji prosím vyplňte hůlkovým písmem.

1. Myslíte si, že je důležité zabývat se problematikou agresivity proti členům zdravotnické záchranné služby?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím, neumím se vyjádřit

2. Na které zdravotnické pozice podle vás agresor utočí nejčastěji?

- Lékař
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotní sestra
- Řidič sanitního vozu

3. Jaké znáte druhy násilného chování?

.....
.....

4. Víte o případu napadení zaměstnanců zdravotnické záchranné služby?

- Ano, byl jsem u něj přítomen
- Ano, viděl jsem ve zprávách
- Ne, nesetkal jsem se s tím

5. Jakého pohlaví si myslíte, že je nejčastěji útočník?

- Muž
- Žena

6. Pokud si vybavíte jakékoliv napadení členů zdravotnické záchranné služby, o jakého pachatele se nejčastěji jednalo?

- Pacient pod vlivem alkoholu
- Pacient pod vlivem omamných látek
- Psychiatricky nemocný pacient
- Příbuzní pacienta
- Jiné – specifikujte:

7. Jaký důvod si myslíte, že je nejčastější pro napadení ZZS pacientem?

- Pacient má pocit pozdního příjezdu zdravotnické záchranné služby
- Pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu
- Pacienta k násilnému chování vyprovokovala komunikace mezi záchranáři
- Důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta
- Násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta
- Jiné – specifikujte:

8. Domníváte se, že legislativa dostatečně upravuje otázku sebeobrany záchranářů proti agresivnímu pacientovi?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím, neumím se vyjádřit

9. Jaké možnosti obrany mají podle Vás zaměstnanci zdravotnické záchranné služby proti agresorovi?

- Přivolat městskou policii nebo Policii České republiky
- Uzamknout se v sanitním voze
- Fyzickou obranu
- Domluva s pacientem
- Jiné –specifikujte:

10. Jaké možnosti obrany proti agresorovi by, podle Vás, měli zaměstnanci zdravotnické záchranné služby mít?

.....
.....
.....

11. Myslíte si, že by měli mít na pracovišti zdravotnické záchranné služby k dispozici psychologa?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím, neumím se vyjádřit

12. Považujete slovní útok za agresi?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím, neumím se vyjádřit

13. Domníváte se, že máte dostatečné množství informací o problematice agresivního chování obecně?

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím, neumím se vyjádřit

14. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

15. Kolik je Vám let?

- 17-18 let
- 19-20 let
- Více než 21 let

16. V jakém jste ročníku?

- Jsem ve 3. ročníku střední školy
- Jsem ve 4. ročníku střední školy

Děkuji za Váš čas pro vyplnění tohoto dotazníku.