

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2023**

**Dominika Kloudová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Zdravotnické záchranářství B0913P360032

**Dominika Kloudová**

Studijní obor: Zdravotnické záchranářství B0913P360032

**ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ JAKO OBĚŤ  
AGRESIVNÍHO PACIENTA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Ing. Alena Lochmannová, Ph.D., MBA

PLZEŇ 2023

**2 prázdné stránky pro vložení zadání**



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 22. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Kloudová Dominika

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Zdravotnický záchranář jako oběť agresivního pacienta

Vedoucí práce: Ing. Alena Lochmannová, Ph.D., MBA

Počet stran – číslované: 62

Počet stran – nečíslované: 45

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 53

Klíčová slova: zdravotnický záchranář, agrese, agresivní pacient

### **Souhrn:**

Bakalářská práce na téma „Zdravotnický záchranář jako oběť agresivního pacienta“ se zabývá problematikou agresivních pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

První kapitola teoretické části se věnuje definici pojmů, které jsou v práci dále často užívány. Druhá kapitola je zaměřena na druhy agrese. Důvody agrese jsou popsány v kapitole třetí. Čtvrtá kapitola se zabývá řešením agrese v přednemocniční neodkladné péči a následky agrese pacientů.

V praktické části práce jsou popsány výsledky kvantitativního a kvalitativního šetření, které se zaměřuje na problematiku agresivních pacientů v přednemocniční neodkladné péči.

## **Abstract**

Surname and name: Kloudová Dominika

Department: Department of Rescue, Diagnostics and Public Health

Title of thesis: Paramedic as a victim of aggressive patient

Consultant: Ing. Alena Lochmannová, Ph.D., MBA

Number of pages – numbered: 62

Number of pages – unnumbered: 45

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 53

Keywords: paramedic, aggression, aggressive patient

### Summary:

The bachelor's thesis on "Paramedic as a victim of aggressive patient" deals with the issue of aggressive patients in pre-hospital emergency care. The thesis is divided into theoretical and practical parts.

The first chapter of the theoretical part is devoted to the definition of terms that are frequently used in the thesis. The second chapter focuses on types of aggression. The reasons for aggression are described in chapter three. Chapter four deals with the management of aggression in pre-hospital emergency care and the consequences of patient aggression.

The practical part of the thesis describes the results of a quantitative and qualitative investigation that focuses on the issue of aggressive patients in pre-hospital urgent care.

## **Poděkování**

Děkuji Ing. Aleně Lochmannové Ph.D., MBA za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	11
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	12
SEZNAM TABULEK .....	13
SEZNAM ZKRATEK .....	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST .....	16
1 DEFINICE POJMŮ .....	17
1.1 Zdravotnický záchranář .....	17
1.2 Pacient.....	17
1.3 Agresivita.....	17
1.4 Agrese .....	18
1.5 Agresivní pacient .....	18
1.6 Komunikace s agresivním pacientem .....	19
1.7 Nutná obrana .....	19
1.8 Traumatizace.....	20
2 DRUHY AGRESE.....	21
2.1 Verbální .....	21
2.2 Fyzická.....	22
2.3 Sexuální .....	22
2.4 Psychická .....	23
2.5 Autoagrese .....	23
2.6 Ostatní.....	23
2.6.1 Natáčení výjezdů .....	24
2.6.2 Využívání záchranné uličky .....	24
3 DŮVODY AGRESE .....	25
3.1 Intoxikace.....	25
3.1.1 Alkohol .....	26
3.1.2 Psychostimulancia .....	26
3.1.3 Opiáty .....	27
3.1.4 Halucinogeny .....	27
3.1.5 Benzodiazepiny .....	27
3.2 Psychiatrická onemocnění .....	28
3.2.1 Schizofrenie .....	28
3.2.2 Demence .....	28
3.2.3 Bipolární afektivní porucha .....	29

3.3	Situační důvody .....	29
3.3.1	Stres .....	29
3.3.2	Frustrace .....	29
3.3.3	Deprese .....	30
3.3.4	Epilepsie .....	30
3.3.5	Hypoglykemie .....	31
4	ŘEŠENÍ AGRESE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI.....	32
4.1	Cíle.....	32
4.2	Komunikace .....	32
4.2.1	Neverbální komunikace.....	32
4.2.2	Verbální komunikace.....	33
4.3	Konfrontace .....	34
4.3.1	Nutná obrana.....	34
4.4	Nefarmakologická léčba .....	34
4.5	Farmakologická léčba .....	35
4.6	Důsledky agrese pacientů .....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	37
5	CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	38
5.1	Hlavní cíl.....	38
5.2	Dílčí cíle.....	38
6	VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY .....	39
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	40
8	METODIKA PRÁCE .....	41
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	42
9.1	Dotazníkové šetření .....	42
9.2	Rozhovory.....	55
10	DISKUZE .....	73
11	ZÁVĚR .....	77
12	SEZNAM LITERATURY .....	78
13	SEZNAM PŘÍLOH .....	84
14	PŘÍLOHY .....	85
14.1	Příloha 1 - Dotazník .....	85
14.2	Příloha 2 – Rozhovor s lékařkou ZZS.....	88
14.3	Příloha 3 – Rozhovor se zdravotnickou záchranářkou.....	94
14.4	Příloha 4 – Rozhovor se zdravotnickým záchranářem/řidičem RV .....	100
14.5	Příloha 5 – Rozhovor s řidičem ZZS.....	104

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví respondentů .....	42
Graf č. 2: Pracovní pozice .....	43
Graf č. 3: Délka praxe respondentů .....	44
Graf č. 4: Výjezdové základny .....	45
Graf č. 5: Setkání s agresivním pacientem .....	46
Graf č. 6: Druhy agrese.....	47
Graf č. 7: Nejčastější druhy agrese .....	48
Graf č. 8: Nárůst agresivních pacientů .....	49
Graf č. 9: Utrpění fyzické újmy .....	50
Graf č. 10: Vliv napadení .....	51
Graf č. 11: Nejvíce agresivní pacienti .....	52
Graf č. 12: Řešení konfliktu .....	53
Graf č. 13: Přípravenost na řešení agrese .....	54

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Setkání s agresivním pacientem, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	55
Obrázek č. 2: Nejčastější druh agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	56
Obrázek č. 3: Jiné formy agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	57
Obrázek č. 4: Nejvíce agresivní pacienti, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	58
Obrázek č. 5: Společné znaky agresivních pacientů, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	60
Obrázek č. 6: Agresivní rodina nebo okolí, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	61
Obrázek č. 7: Verbální agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	62
Obrázek č. 8: Fyzická agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	63
Obrázek č. 9: Psychická agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	64
Obrázek č. 10: Psychická agrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	65
Obrázek č. 11: Autoagrese, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	66
Obrázek č. 12: Případ, co utkvěl v paměti, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	67
Obrázek č. 13: Vliv napadení, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	68
Obrázek č. 14: Předcházení konfliktu, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	69
Obrázek č. 15: nejčastější řešení konfliktu, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	70
Obrázek č. 16: Přípravenost na řešení situace s agresivním pacientem, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	71
Obrázek č. 17: Školení zaměřené na tuto problematiku, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	72

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Pracovní pozice, <i>Zdroj: Vlastní</i> .....	55
--	----

## **SEZNAM ZKRATEK**

a kol. .... a kolektiv

č. .... číslo

mg. .... miligram

PČR ..... Policie České republiky

PNP ..... přednemocniční neodkladná péče

RV ..... rendez-vous

RZP ..... rychlá zdravotnická pomoc

Sb. .... Sběrka

ZZS ..... zdravotnická záchranná služba

## ÚVOD

Agrese ve zdravotnictví se stává čím dál větším problémem dnešní doby. Agresivní chování mnohdy bývá jedním z doprovázejících symptomů u stavů, které vyžadují ošetření zdravotnickou záchrannou službou. Nejčastěji se jedná o intoxikaci návykovými látkami – například alkoholem a stimulačními drogami. Také se může jednat o osoby se schizofrenií, demencí, ale taktéž o pacienty postižené hypoglykemií či úrazem mozku. Téměř každý záchranář se alespoň jednou během své praxe setkal s agresivním pacientem. Ovšem ne vždy jsou to pouze pacienti, kteří mohou být vůči posádkám zdravotnické záchranné služby agresivní. Často se může také jednat o členy rodiny či přihlížející.

Toto téma jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s agresivním pacientem, ale také proto, že je tato problematika stále aktuální a zajímavá.

Tato bakalářská práce na téma „Zdravotnický záchranář jako oběť agresivního pacienta“ se zabývá problematikou agresivních pacientů v přednemocniční neodkladné péči. Práce je rozdělena teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na 4 kapitoly. První kapitola se zabývá definicí pojmů, jsou v práci dále často užívány. Druhá kapitola je zaměřena na druhy agrese. Důvody agrese jsou popsány v kapitole třetí. Čtvrtá kapitola se zabývá řešením agrese v přednemocniční neodkladné péči a následky agrese pacientů.

V praktické části práce jsou popsány výsledky kvantitativního a kvalitativního šetření, kterého se zúčastnili členové výjezdových skupin v Plzeňském kraji. Hlavním cílem této práce bylo zmapování problematiky agresivního pacienta v Plzeňském kraji. Na hlavní cíl navazuje 5 dílčích cílů. Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit s jakým druhem agrese se setkávají záchranáři v PNP v Plzeňském kraji nejčastěji. Druhým dílčím cílem bylo zjistit nejčastější příčinu agrese pacientů v PNP v Plzeňském kraji. Třetí dílčí cíl zjišťoval, zda napadení pacientem záchranáře v Plzeňském kraji jakkoliv ovlivnilo. Čtvrtý dílčí cíl se zaměřil na to, jak záchranáři v plzeňském kraji řeší nejčastěji konflikt s agresivním pacientem. Pátý dílčí cíl zjišťoval, zda mají záchranáři v Plzeňském kraji zájem se v problematice agresivního pacienta dále vzdělávat.

## **TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 DEFINICE POJMŮ

Pro lepší pochopení práce se tato kapitola se věnuje definicím pojmům, které se později v této práci objevují.

## 1.1 Zdravotnický záchranář

Zdravotnického záchranáře lze definovat jako nelékařského zdravotnického pracovníka zaměstnaného u Zdravotnické záchranné služby. Zdravotnická záchranná služba je definována jako služba. Která po obdržení tísňové výzvy poskytuje přednemocniční neodkladnou péči osobám v přímém ohrožení života či se závažným postižením zdraví (zákon č. 374/2011). Zdravotnickým záchranářem se může stát osoba bezúhonná (osoba, která nebyla odsouzena za trestný čin), zdravotně způsobilá, splňující kritéria vyhlášky č. 271/2012, která dosáhla pro toto povolání odborné způsobilosti v souladu se zákonem č. 96/2004. Odborné způsobilosti lze od roku 2019 dosáhnout pouze úspěšným dokončením studijního oboru Zdravotnické záchranářství, akreditovaného bakalářského studia. Zdravotnický záchranář vykonává činnosti dle vyhlášky 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků, konkrétněji §3, odstavec 1 a §17, je oprávněn poskytovat přednemocniční neodkladnou péči, intenzivní akutní lůžkovou péči, mimo jiné i péči na urgentním příjmu.

## 1.2 Pacient

Vondráček a kol. (2011) uvádí, že pacient je každá fyzická osoba, které je bez ohledu na věk, pohlaví či to, kým je zdravotní péče hrazena a poskytována nehledě na to, jedná-li se o léčení, prevenci nebo diagnostiku. Zákon č. 372/2011 O zdravotních službách, přesněji paragraf 3, definuje pojem pacient jako fyzickou osobu, jež se poskytují zdravotní služby. Zacharová (2017, str. 71) definuje pacienta jako osobu léčící se s nemocí či v lékařské péči. Upozorňuje, že člověk se jako pacient nenarodí, nýbrž se jím stane v průběhu života. Kvůli této roli muselo dojít v životě jedince k narušení zdraví, což vede k psychickým a biologickým změnám, tudíž lze očekávat změny v chování.

## 1.3 Agresivita

Martínek (2015, str. 10) popisuje agresivitu jako povahový rys, vnitřní připravenost nebo také postoj k agresi. V širším slova smyslu je možné tento výraz použít jako schopnost organismu jedince odolávat komplikacím a mobilizovat své síly ke střetu k dosažení určitého cíle, v nejširším významu je možné agresivitu označit jako sklon k agresivnímu chování. Do určité míry lze hovořit o osobitém znaku jedince. Bez agresivity by jedinec neměl šanci na

přežití, proto jí je do jisté míry vybaven úplně každý. K užití agresivity jsme mnohdy nuceni vnějšími vlivy, jak v životě osobním, tak profesním. V přijatelné míře může mít pozitivní vliv, posloužit jako nástroj ke zvednutí sebevědomí či posílení autority. Harsa a kol. (2012, str. 15) definuje agresivitu jako osobnostní rys nebo určitou vlastnost, která je u každého jedince přítomna v menší či větší míře. Je předurčena kognitivně, psychosociálně, ale také dědičností.

## **1.4 Agrese**

Martínek (2015, str. 10-11) uvádí význam tohoto slova jako chování, kterým se projevuje násilí vůči nějakému objektu či útočnost a nepřátelství se zřejmým záměrem ublížit. Velmi obecně, ale nejjednodušeji popisuje agresi jako vyjádření agresivity (viz dále) v chování jedince. Je možné agresi pokládat za úkon prováděný s úmyslem přinutit nějakou druhou osobu ke splnění něčeho požadovaného či ji ublížit. Látalová (2013, str. 22) definuje agresi jako záměrné, nepřátelské, zraňující či destruktivní chování, které je často způsobené frustrací. Orel (2020, str. 325) uvádí, že za agresi lze považovat útočné jednání, které je zjevné a záměrné, jelikož cílem je způsobit škodu, ublížení, destrukci živým i neživým objektům, včetně sebe sama. Dále také poukazuje na to, že agrese nemusí být pokaždé jen destruktivní a nezdravá. V jistých mezích je celkovým a běžným prvkem nejen našeho počinání, ale také chování zvířat. Dokonce může být žádoucí, v některých případech až klíčová k přežití. Proto její absence není žádoucí, totéž ale lze říci o její přemíře. Kopecká (2011, str. 151) udává, že agresi lze definovat jako jednání, které je výbojné nebo útočné, napadení či záměrný útok vůči sobě, nějaké překážce, případně předmětu, jenž stojí v cestě. Dále také uvádí, že se může jednat o chování, jehož cílem je zranit jinou osobu, ať už verbálně nebo fyzicky anebo něco zničit. Harsa a kol. (2012, str. 15) chápou agresi jako jakýkoliv druh chování, jehož cílem je někomu záměrně ublížit či ho poškodit. Ne vždy musí agrese vyjadřovat v chování pouze negativní projev. V případě překonávání překážek pro dosažení určitého cíle může mít agresivní postoj sociálně žádoucí efekt (například ve sportu).

## **1.5 Agresivní pacient**

Dle Pokorné (2006, str. 86) agresivní pacienti nehledí na práva či požadavky ostatních a prosazují se na úkor druhých. Styl komunikace je útočný, vetováním či vyhrožováním se snaží druhého zastrašit, čímž docílí převahy. Kromě hrubosti a násilí využívají agresivní pacienti také sarkasmus a ironii. Útočné chování může agresivní pacient dávat najevo i ne-

verbálně, například tělesným neklidem, máváním rukama nebo zvukovými projevy. Verbálně se pacient projevuje ironií, obviňováním, kritizováním, vyhrožováním, nadáváním či odmítáním čehokoliv, co řekne zdravotník. Takovýto pacient vnímá své potřeby jako ohrožené, a tak se je snaží ochránit (Bednařík a Andriášová, 2020).

## 1.6 Komunikace s agresivním pacientem

Pekara (2015, str. 30) uvádí, že by zdravotník neměl komunikaci pacienta provokovat a dbát na to, aby obě složky komunikace, tedy verbální a neverbální, byly v rovnováze. Toto ovšem neplatí, pokud se jedná o komunikaci ve stresové situaci, například komunikaci s agresivním pacientem. Poměr složek se v tomto případě mění a polovinu obsahu komunikace obsazuje složka neverbální, pak ze 40 % tón hlasu a zbylých 10 % verbální složka. Ve stresové situaci jde hlavně o chování zdravotníka, které může celou situaci deeskalovat či naopak eskalovat, slovní projev zde nehraje nejvýznamnější roli. Šeblová a Knor (2018, str.1762) uvádí, že zdravotník by měl zvládat komunikaci s agresivním pacientem. Klidné chování a tón hlasu zdravotníka, včetně uvolněného postoje jsou velmi důležité při komunikaci s pacientem, který jeví známky agrese. Srozumitelná vyjádření a jednoduché příkazy, které je pacient schopný pochopit, je důležité vydávat na začátku vyšetření. Zdravotník by neměl projevovat odpor a reagovat na slovní útoky pacienta. Andršová (2012, str. 182) upozorňuje na časté chyby při komunikaci s agresivním pacientem. Nejčastěji se jedná o protiútok, potřebu být dominantní a zvítězit v konfliktu a představa, že zdravotník vše zvládne sám a že je chytřejší než útočník. Dále uvádí pravidla, která je třeba při komunikaci dodržovat. Vždy zhodnotit míru ohrožení, do místnosti nikdy nevstupovat sám, pouze s kolegou či kolegyní, případně dovolat na místo policii. Je potřeba sledovat a vyhodnotit řeč těla pacienta, jeho verbální i neverbální projevy, například kopání, mimiku, rychlé pohyby. Je nutné mít vždy možnost úniku, tedy nenechat se zahrnout do kouta, avšak do něj nezahánět ani útočníka. Zdravotník by se neměl nechat vyprovokovat k protiútoky, ani verbálnímu. Oči zdravotníka by měly být ve stejné výši jako pacientovy a měl by mluvit stručně, srozumitelně, bez emocí.

## 1.7 Nutná obrana

Nutnou obranu definuje trestní zákoník jako: „Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný zákonem, není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku“ (Trestní zákoník 40/2009, § 29). Jelínek a kol. (2019) uvádí, že nutnou obranu je oprávněně využít

kdokoliv, stejně tak odvrácení útoku v situaci, kdy útok není směřován přímo proti jedinci samotnému a útok se jej nijak nedotýká.

## **1.8 Traumatizace**

Vágnerová (2004, str. 105) popisuje psychické trauma jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince velmi negativní význam a vede ke ztrátě či poškození. Trauma se projevuje především problémy v emoční oblasti, kdy jedinec vystavený traumatu prožívá smutek a úzkost a přichází o pocit bezpečí a jistoty. Chování jedince může být pak útočné a agresivní a bude zaměřeno na odvrácení další možné traumatizace. Vizinová a Preiss (1999) uvádí, že psychické trauma může vzniknout vlivem extrémního zážitku či dlouhodobým vlivem stresové situace, která je pro člověka velmi děsivá nebo představuje bezprostřední ohrožení života a vzbuzuje v člověku bezmoc. Autoři také dělí traumatizaci na primární, sekundární a terciární. O primární traumatizaci se jedná tehdy, když je jedinec přímým cílem agrese, například byl znásilněn, mučen, zraněn a tak dále. Pokud je podnětem blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (rodina znásilněného, pohřešovaného a tak dále) jde o sekundární traumatizaci. O terciární traumatizaci jde v případě, že člověk není v přímém vztahu k oběti, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovaným (například svědek, záchranář, terapeut, a tak dále).

## 2 DRUHY AGRESE

Agresi lze definovat mnoha způsoby. Stejně tak existuje velké množství možností, jak ji rozdělit. Na úvod byla zvolena ty nejznámější rozdělení.

Čermák (1998, str. 10) uvádí nejčastější dělení agrese na dva druhy, instrumentální a emocionální. Instrumentální agrese označuje jako prostředek, kterým je možné dosažení vnějšího cíle. Užití tohoto druhu agrese má být založeno na zvážení možného vývoje jednání a také na dopředu nachystaném plánu. Pokud dojde ke zranění druhého člověka, jedná se o druhotný důsledek. Naopak u agrese emocionální není agrese prostředkem, nýbrž cílem. Lze ji nazvat také jako afektivní a je typická přítomností intenzivní negativní emoce, povětšinou hněvu. Prakticky je možné diferencování též na agrese nepřímou, přímou a dále na verbální a fyzickou – tomuto rozlišení se tato práce bude dále věnovat v dalších podkapitolách.

Autorem známějšího rozdělení je Erich Fromm (1997), který agrese také rozděluje na dva naprosto odlišné typy, charakteristické pro člověka. Benigní (též obranná) agrese je prostředkem k přežití nejen jedince, ale také druhu. Člověk má tento typ agrese společný se zvířaty a vzniká, jakmile je přítomna hrozba životním zájmům organismu. Zaniká po ustání nebezpečí. Specificky lidský typ agrese, který u majority savců chybí, nazývá Fromm jako agrese maligní. Jejím účelem není biologické přizpůsobení organismu ani se nejedná o agrese pudovou. Slouží pouze jako nástroj k ukojení vlastních tužeb a žádostí.

Více autorů ve svých dílech zmiňuje další dělení agrese podle jejího zaměření. O heteroagresi se jedná v případě, že je zaměřena „ven“, tedy na druhou osobu, případně skupinu osob. Naopak autoagrese je nasměrována na sebe sama, tudíž „dovnitř“. Zde lze uvést jako příklad sebepoškozování, v extrémním případě může vyvrcholit sebevraždou (Kopecká, 2011, str. 159; Kelnarová a Matějková 2010, str. 147).

Možné je i další rozdělení podle různých hledisek. Není však primárním cílem této práce vyčerpávající dělení agrese v teoretické rovině, proto se tato práce se bude dále zabývat pouze těmi druhy agrese, se kterými se setkávají zdravotničtí záchranáři při výkonu své profese v terénu nejčastěji.

### 2.1 Verbální

Nástrojem verbální agrese jsou slova. Většinou jsou přítomny výhrůžky, vulgarismy, zastrašování a pokusy o vyvolání hádek (Orel, 2016, str. 325).

Martínek (2015, str. 105) ve své knize rozděluje verbální agresi na čtyři druhy, tedy verbální aktivní přímá agrese, verbální aktivní nepřímá agrese a verbální pasivní nepřímá agrese. Přednemocniční neodkladné péče se týkají ovšem pouze dva druhy (verbální aktivní přímá agrese a verbální pasivní přímá agrese). U verbální aktivní přímé agrese se jedná primárně o urážení, ponižování nebo zneuznávání. Do tohoto druhu agrese lze zařadit také agresi symbolickou – většinou jde o kresby, písně, básně, jejichž cílem je člověka zesměšnit, urazit. Verbální pasivní přímá agrese je charakteristická tím, že „napadený“ člověk pro útočníka „přestane existovat“. Lze mluvit tedy o úplné ignoraci druhého jedince a odmítání spolupráce.

Jako příklad v praxi lze uvést ignorování záchranáře pacientem, rodinným příslušníkem nebo přihlížejícím, nespolupráci při jakémkoliv úkonu, vyhrožování a nadávání záchranáři.

## **2.2 Fyzická**

Orel (2016, str. 325) používá pojem brachiální agrese, která je prováděna aktivní silou. Lze použít paže, nohy, zuby, ale také různé předměty, například kámen, stělná zbraň, nůž a podobně.

Martínek (2015, str. 105) stejně jako verbální agresi, rozděluje fyzickou do čtyř druhů, tedy fyzická aktivní přímá agrese, fyzická aktivní nepřímá agrese, fyzická pasivní přímá agrese a fyzická pasivní nepřímá agrese. V této práci budou zmíněny pouze tři druhy, jelikož jeden z nich (fyzická aktivní nepřímá) nesouvisí s přednemocniční neodkladnou péčí. Při fyzické aktivní přímé agresi jde o fyzické ublížení osobě napadením, při tom využívá pacient, rodinný příslušník nebo přihlížející předměty nebo vlastní tělo. Při fyzické pasivní přímé agresi je záchranáři fyzicky bráněno ve výkonu jeho povolání, například znemožněním přístupu k pacientovi. Pokud pacient, rodinný příslušník nebo přihlížející odmítá splnit nějaký požadavek, jedná se o fyzickou pasivní nepřímou agresi.

Pro příklad v praxi lze uvést fyzické napadení záchranáře (kopance, strkání, plivání a tak dále) pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím, případně bránění ve výkonu povolání.

## **2.3 Sexuální**

Andršová (2012, str. 277) popisuje sexuální agresi jako obtěžování se sexuálním podtextem, zneužívání a znásilnění. Orel (2015, str. 330) uvádí, že sexuální formy agrese jsou

spjaty se sexuálními aktivitami, hlavně s kopulací, jejíž průběh by nebyl bez jisté míry agrese možný. Na nezdravé úrovni může být projevem prosazování nadřazenosti nebo také dominance. Martínek (2016, str. 240) spojuje sexuální agresi s pokusem o znásilnění i se znásilněním dovršeným, dále také se sexuálním napadením a obtěžováním. Kopecká (2011, str. 277) ve svém díle zmiňuje Moyerovo rozdělení druhů agrese, kde udává, že sexuální agrese je způsobena totožnými stimuly, které mají za následek sexuální reakce. Většinou se objevuje u samců, ale není to pravidlem.

Jako příklad lze zde uvést pískání na záchranářky, ale i záchranáře, pokřikování sexuálních narážek (lze zařadit také do verbální agrese) nebo také osahávání.

## **2.4 Psychická**

Andršová (2012, str. 277) uvádí, že prostředkem psychické agrese může být agrese verbální, případně se může jednat o ponižování, šikanu, ztrátu kontroly, přílišné omezování nebo také o nedostatečné naplňování psychických potřeb, například potřeby bezpečí a jistoty. Následkem psychické agrese může vzniknout emocionální újma.

Příklady zde budou podobné jako u verbální agrese, jelikož prostředkem psychické agrese může být i ta verbální. V praxi se lze tedy setkat s ponižováním či omezováním záchranářů různými formami a nástroji.

## **2.5 Autoagrese**

Zvírotský (2020, str. 289) definuje autoagresi jako násilí zaměřené na vlastní osobu, které může mít různý charakter. Fyzicky se může projevovat jako sebepoškozování, psychicky více jako sebeobviňování. Kopecká (2011, str. 159) uvádí, že autoagrese je agrese obrácená na sebe sama, jako extrémní případ uvádí sebevraždu. Orel (2016, str. 338) k autoagresi uvádí, že jde o poškození těla, které činí člověk sobě samému. Bodno-řezná poranění bývají nejčastější formou, možné je také popálení, konzumace louhu, kyseliny či jiné formy.

Příkladem zde může být sebepoškozování, pacient ztěžuje své ošetření, vytrhává si kanyly a podobně.

## **2.6 Ostatní**

Následující dvě podkapitoly nejsou svým obsahem v teoretické rovině dostupné literatury přímo uváděny přímo jako druh agrese, ačkoliv na základě vlastního výzkumného

šetření autorky této práce formou dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů řada zdravotníků toto chování za agresivní považuje.

### **2.6.1 Natáčení výjezdů**

Zdravotnická záchranná služba města Prahy byla přivolána k intoxikovanému muži, kterého záchranáři chtěli převézt do psychiatrické léčebny. Intoxikovaný pacient později v sanitce záchranáře napadl. Poté, co řidič zastavil, aby kolegovi pomohl, útočník záchranáře kopl do krku a společně ze sanitky vypadli na chodník. Žádný z kolemjdoucích záchranáři nepomohl, celou situaci ale natáčeli na své mobilní telefony (Kořínek, 2013).

Všechny složky integrovaného záchranného systému zasahovaly u nehody v Praze, při které zemřeli dva lidé. Kolem jedoucí řidiči si vše natáčeli na mobilní telefony (Kavka, 2021).

V Kroměříži došlo ke srážce osobního vozidla a dvou žen. Na místo dorazili dobrovolní hasiči, kteří okamžitě zahájili resuscitaci obou žen. Lidé, kteří šli kolem, vše fotili a nahrávali na své mobilní telefony (Javoříková, 2022).

### **2.6.2 Využívání záchranné uličky**

Složky integrovaného záchranného systému potřebují ušetřit každou minutu, což jim ovšem komplikují řidiči, kteří nedbají na zákony a jsou schopni, například sanitce, vjet do cesty či se držet v jejím těsném závěsu v záchranné uličce. Někteří motorkáři dokonce sanitní vozy vybrzdí a brání jim v projetí (Křížová, 2021).

Na dálnici došlo ke střetu dvou osobních aut. Řidiči za nehodu zformovali záchrannou uličku, kterou za nedlouho po jejím vytvoření zneužilo minimálně dvanáct řidičů a využili ji k opuštění dálnice (Novinky, 2020).



### 3 DŮVODY AGRESE

Bednařík a Andrášiová (2020) uvádí, že agresivní chování je spojené se silnými emocemi, které jsou směřovány k další osobě, někdy také k předmětu, jejichž cílem je odstrašení, ohrožení nebo také likvidace objektu na který je agrese mířena. I přesto, že vnějším projevem je útok, cílem je ochrana potřeb, které jedinec vnímá jako ohrožené, případně sebe sama. Agresivita bývá podnícena hněvem, který stejně jako všechny naše emoce je spojován s našimi potřebami. Hněv vyburcuje organismus a vyprovokuje na svalové, neurologické a také hormonální úrovni stresovou reakci. Výsledkem těchto akcí je agresivní chování, které se projeví vůči zdravotníkovi hlavně tehdy, když pacient vyhodnotí, někdy nevědomky, že zdravotník ohrožuje potřeby pacienta. Cílem tohoto chování je zadržet hrozbu, proto pacient zdravotníka napadne. Pokud je tedy možné odstranit to, co pacient považuje za hrozbu, přestane být agresivní. Nejdříve je ale nutné porozumět důvodům agrese, aby bylo možné jejich odstranění.

Rees a kol. (2021) upozorňují na to, že s násilím mířeno na zaměstnance zdravotnické záchranné služby jsou významně spojeni pacienti s podezřením na psychiatrickou poruchu. Dále bylo také zjištěno, že tři hlavní důvody agrese pacientů jsou intoxikace, drogy a změněný duševní stav, například vlivem diabetu či epileptického záchvatu.

Existuje mnoho důvodů k agresii. Tato práce se bude dále zabývat pouze několika důvody, kvůli kterým jsou agresivní pacienti v terénu. Tyto důvody byly zjištěny na základě vlastního výzkumného šetření autorky této práce formou dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů.

#### 3.1 Intoxikace

Ptáček a Bartůněk (2011, str. 1067) doporučují se interakci s intoxikovaným pacientem vyhnout. Pokud nelze uniknout styku s intoxikovaným, dalším doporučením je přesunutí kontaktu do doby, až pacient nebude pod vlivem akutní intoxikace. To není pro členy výjezdových skupin v terénu možné, proto je dobré komunikaci co nejvíce zkrátit a udržet ji maximálně jednoznačnou, jednoduchou a srozumitelnou. Autoři také doporučují co největší opatrnost, jelikož u akutní intoxikace není možné předvídat vývoj událostí. Z tohoto důvodu je také důležité mít možnost se bránit či ze situace odejít. Látalová (2013) uvádí, že agresivita může vznikat také kvůli akutní intoxikaci, která je způsobena zneužíváním psychoaktivních látek, především tedy dlouhodobým zneužíváním, kdy si jedinec obstarává finance na nákup další dávky drogy agresivním chováním nebo kvůli abstinenčním příznakům. Je tedy možné

prokázat spojitost mezi násilím a drogami. Psychoaktivní látky bývají spíše katalyzátorem agrese než hlavní příčinou, proto záleží z velké většiny na charakteru jedince, zda se agresivita projeví nebo ne.

### **3.1.1 Alkohol**

Sprunger a kol. (2020) uvádějí, že alkoholové opojení zužuje obecné kognitivní schopnosti opilého jedince a zkrusluje pozornost tak, že jsou zpracovány pouze nejvýraznější podněty. Intoxikace alkoholem výrazně zvyšuje pravděpodobnost agrese, jestliže jsou podněcující podněty nejvýraznější. Alkohol lze chápat spíše jako moderátor situačního podněcování než jako samostatnou příčinu agresivního chování. Dle Látalové (2013) má alkohol komplexní účinek na centrální nervovou soustavu a symptomy během jeho užívání a zneužívání jsou jiné při dlouhodobém zneužívání, závislosti, akutním užití a vývoji abstinenčního syndromu. Hlavně ve stavech akutního užití, tedy v opilosti, při závislosti či jako následek dlouhodobého užívání alkoholu lze pozorovat násilné chování nebo agresivitu. Charakteristickým stavem, kdy může dojít k rozvoji agrese se nazývá alkoholové delirium (nejtěžší stadium abstinenčního příznaku). Převaha nadměrného užívání alkoholu se odhaduje na 20 % u agresivních útočníků.

### **3.1.2 Psychostimulancia**

Jako hlavní zástupce této skupiny lze zařadit kokain, pervitin, amfetamin a také eferdrin. Účinkem akutního podání je duševní i tělesná stimulace, snížení apetitu, u vyšších dávek pak nespavost, svědění, neklid, agresivita. Symptomy po vysazení mohou být také vztek a výrazná podrážděnost. Stav zvaný toxická psychóza může být vyvolaný dlouhodobým zneužíváním těchto látek. Toxická psychóza je charakteristická výraznými změnami v chování jedince, paranoidními bludy, které mohou být spojeny s halucinacemi (sluchovými, zrakovými, ale také hmatovými), agresivitou zapříčiněnou stíhou (stav nepřetržitého pocitu nebezpečí), nutkavým chováním, kdy řešením výše uvedených stavů může být sebevražda. Agrese se objevuje kvůli paranoie, kdy se člověk cítí v nebezpečí a snaží se bránit (Látalová, 2013). Dle Kaliny (2015, str. 1284) jsou symptomy u intoxikací pervitinem a kokainem podobné. U nižšího stupně intoxikace lze pozorovat v klinickém obraze dominanci centrálně stimulačního efektu. Poruchy vnímání, hlavně taktilní a vizuální halucinace a iluze, paranoidní bludy a myšlení, které mohou vést k epizodám násilného chování, jsou známkami vyššího stupně intoxikace.

### **3.1.3 Opiáty**

U akutního podání těchto látek, jejichž zástupci jsou morfin, heroin a kodein, včetně jeho derivátů, se naopak tendence k agresi snižuje, kvůli sedativnímu efektu opiátů. Ovšem při dlouhodobém užívání vznikne velmi rychle fyzická a psychická závislost, kterou doprovází velmi krátce po skončení účinků těžké odvykací symptomy spojené s agresí, hostilitou a iritabilitou. Závislost na těchto látkách způsobuje také agresivitu obrácenou vůči sobě, tedy autoagresi (Látalová, 2013).

### **3.1.4 Halucinogeny**

Halucinogeny lze dělit na pravé halucinogeny, jejichž zástupci jsou hašiš, marihuana, atropin, lysergamid, psilocybin, skopolamin a na delirogeny – ketamin, ditran, fencyklidin a meskalin. Zdrojem agresivního chování po požití halucinogenů jsou při akutní intoxikaci neklid, úzkost a zmatenost. Po konzumaci nastanou nelibé tělesné pocity, poté se objeví změny v náladě, vnímání prostoru a času, nebo také agresivita zaměřená proti okolí nebo sobě, kdy se jedná o sebevražedné pokusy (Látalová, 2013). Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) mají halucinogeny tak významný vliv na prožívání a vnímání, že distorze jimi způsobené doopravdy mohou znemožnit kontakt. Zásadním ztěžujícím faktorem bývají iluze, které jsou bohaté a mají různou intenzitu nebo také halucinatorní stavy. Myšlenky a halucinace, které jsou paranoidně laděné mohou být nebezpečné, jelikož kvůli nim pacient může ohrozit nejen sebe, ale také jinou osobu nebo zdravotníka. V důsledku požití velkých dávek halucinogenických látek může pacient nabýt dojmu, že mu zdravotník chce ublížit. Proto je velmi důležité být ostražitý a počítat s nečekanými a často nepřiměřenými reakcemi ze strany pacienta.

### **3.1.5 Benzodiazepiny**

Benzodiazepiny jsou látky, které mají schopnost silného a rychlého anxiolytického efektu. Je doporučeno užívat je pouze omezenou dobu, konkrétně 2-6 týdnů, kvůli velkému riziku vzniku závislosti. Zástupci jsou diazepam, bromazepam, oxazepam a alprazolam. Vlivem ztráty společenských zábrán a dezinhibice (neschopnost se ovládat) může docházet k agresivnímu chování. Riziko vzniku agresivity a jejích projevů se odvíjí více z osobnostních rysů pacienta než od farmakologického účinku. K utlumení psychomotorického neklidu se používá diazepam jako injekční forma, ovšem může dojít po podání k paradoxní reakci, kdy naopak místo utlumení se agresivní chování a neklid objeví nebo vzroste. Dalším zdrojem agresivity bývá spíše akutní stav či dlouhodobé zneužívání než stav odvykací (Látalová, 2013).

## **3.2 Psychiatrická onemocnění**

Látalová (2013) uvádí, že majorita pacientů, kteří trpí duševní poruchou není agresivní, ovšem epidemiologické studie potvrzují, že výskyt agrese je u těchto pacientů vyšší než u běžné populace. Příčin agrese u psychiatrických onemocnění je mnoho, ovšem tou nejvýznamnější je souběžné užívání psychoaktivních látek, intoxikace a závislost na těchto látkách. Psychiatrické onemocnění může samo o sobě být příčinou tvorby bludů nebo halucinací, která mohou být spouštěcím mechanismem násilného chování nebo agresivity. Neuropsychiatrický deficit má za následek slabou kontrolu impulzivity, která může stát za vznikem agresivních sklonů.

### **3.2.1 Schizofrenie**

Swanson a kol. (2006, str. 490-495) ve studii CATIE zkoumali prevalenci agrese u osob trpících schizofrenií. Této studii se zúčastnilo přesně 1410 pacientů, u kterých v období půl roku sledovali přítomnost agresivního chování. Sledovaného jednání se dopustilo 19 % pacientů. U 4 % pacientů se jednalo o vážné násilí, kdy byly použity zbraně a ostatní osoby zraněny, u zbylých 15 % šlo o méně závažnější agresi (kopání, tlačení, strkání a tak dále). Látalová (2013) se domnívá, že pacienti, kteří trpí tímto onemocněním často odmítají dodržovat léčbu, přerušují ji, což je jejich právo, ovšem to na druhou stranu může vést k tomu, že mnoho příčin agrese, které vyplývají z tohoto onemocnění nemůže být ovlivněno. Agresivita a násilné chování často způsobují komplikace nemoci a mohou být nebezpečné, ale předpovědět, kdy se pacient začne takto chovat je prakticky nemožné. Léčba a vedení pacientů trpících schizofrenií jsou mnohdy ztíženy kvůli neochotě brát léky a zneužívání psychoaktivních látek, které přímo zvyšují riziko agrese.

### **3.2.2 Demence**

Látalová (2013, str. 366) uvádí, že demence je jednou z neuropsychiatrických poruch, které prezentují značný společenský a zdravotní problém. Agrese je jeden z nejhorších důsledků tohoto onemocnění a klade vysoké nároky jak na rodiny pacientů a pečovatele, tak i společnost. Agresivní chování se objeví asi u 25-50 % pacientů a mají k němu více sklony muži než ženy. Pokud je přítomna fyzická bolest, deprese nebo psychóza, tak riziko agrese roste. Akrou a kol. (2022) tvrdí, že behaviorální a psychické příznaky demence jsou v akutní péči velmi časté. Agitovanost a agresivní chování jsou nejčastějšími příznaky, které je náročné zvládnout. Je doporučena včasná detekce a nefarmakologický přístup. Různé hyperstimulace a stres vyvolaný zdravotníky mohou být faktory, které urychlují agresi u pacientů

trpících demencí. Zvládnání verbální nebo fyzické agrese zůstává pro zdravotníky nejnáročnějším úkolem. Agrese představuje jak fyzické, tak psychické riziko, které je velmi často spojeno s negativními důsledky pro zdravotníky, kdy příkladem může být stres, nespokojenost s povoláním a špatné psychické zdraví.

### **3.2.3 Bipolární afektivní porucha**

Agrese je znakem smíšených a manických epizod bipolární afektivní poruchy a vyvíjí se ve spojitosti s podrážděností, ale může být také stálým osobním rysem některých pacientů a objevovat se pokaždé při návratu smíšené či manické epizody. Až u čtvrtiny pacientů s tímto onemocněním lze předpokládat výskyt a projevy agrese (Látalová, 2013). Oquendo a kol. (2000, str. 107) se ve svém výzkumu rozhodli zaměřit na prozkoumání suicidality u pacientů s bipolární afektivní poruchou. Pacienty, kterých bylo 44, přidělili do dvou skupin na pacienty, kteří se o sebevraždu pokusili a na ty, kteří se nepokusili. Z výzkumu vyšlo, že skupina pacientů, kteří se o sebevraždu pokusili, byli také více agresivní ke svému okolí.

## **3.3 Situační důvody**

Výrost a kol. (2019) uvádí, že majorita případů agrese je vyvolána změnami v prostředí. Záleží na proměnných či podnětech, které způsobují agresi, ty jsou označovány jako averzivní podněty, jejichž společným jmenovatelem je diskomfort. Lze bezpečně tvrdit, že agrese je vyvolána přímým verbálním či fyzickým útokem. Dalšími faktory, které zvyšují riziko výskytu agrese jsou bolest, frustrace nebo diskomfort.

### **3.3.1 Stres**

Termín stres lze přeložit jako napětí, zátěž nebo také tlak. Jde o automatickou nespecifickou reakci na stresor (to, co způsobuje napětí). Stres má za úkol aktivaci organismu v případě nebezpečí. Reakce na stres lze rozdělit na reakce alfa – kdy se jedná o útok nebo útěk a beta, kdy jde o ustrnutí, zamrznutí. V případě reakce alfa se aktivuje sympatikus, což má za následek zvýšení tepové a dechové frekvence a zrychlené reakce. Naopak reakce beta aktivuje parasympatikus a pacient zamrzne. Tato reakce je charakteristická zpomaleným chováním, studeným potem a snížením porozuměním situace. Andršová uvádí stres jako jednu z příčin agrese ze strany pacienta (Andršová, 2012).

### **3.3.2 Frustrace**

Andršová (2012, str. 242) vysvětluje frustraci jako nemožnost dosažení určitého cíle nebo neschopnost uspokojení některé potřeby. Lidé mívají různé reakce na frustraci, jako

například neklid, deprese, silné napětí nebo agrese, která je jednou z nejvíce typických reakcí. Frustrovaní lidé se snaží zbavit frustrace například udeřením do stolu, kopnutím do něčeho a tak dále. V přednemocniční neodkladné péči je frustrace nejen pacienta, ale také záchranáře častým jevem. Jako příklad situace, kdy je záchranář frustrován, uvádí autorka pocit bezmoci při čekání na vyproštění pacienta z vozidla po autonehodě a nemožnost být užitečný. Z pohledu pacienta je to například nemožnost pohybu následkem úrazu nebo onemocnění.

### **3.3.3 Deprese**

Van Praag (2001) uvádí, že v podskupině depresí je depresivní epizoda předznamenána nikoliv snížením nálady, ale zvýšenou úzkostí a známkami narušené regulace agrese, kdy se projevují rysy jako podrážděnost, nesnášenlivost, výbuchy hněvu a tak dále. U některých pacientů bylo prokázáno, že se u epizod vyskytly příznaky, při nichž byly patrné pouze známky úzkosti a zvýšené agrese a poté ke snížení nálady nedošlo. Látalová (2013) uvádí, že z psychiatrického pohledu stojí za vznikem deprese mimo jiné vnitřní agrese, přičemž psychoanalytici berou depresi za následek autoagrese, která měla být původně namířena na někoho jiného, ale byla potlačena. Se zvýšeným rizikem agresivního chování a rozšířené sebevraždy je spojená depresivní porucha, přičemž je toto riziko zvýšeno dalšími přidruženými poruchami a zneužíváním psychoaktivních látek.

### **3.3.4 Epilepsie**

Dle Látalové (2013) vykazují pacienti s epilepsií neobvyklé chování během nebo hned po záchvatu. Ty nelze vůlí ovlivnit a pacienti si na ně obvykle nepamatují. Někteří pacienti trpící epilepsií ale mohou být agresivní i mezi záchvaty, což je zapříčiněno mozkovou dysfunkcí, která je spojen s epilepsií. Agrese se tedy může objevit během záchvatu, kdy se jedná spíše o stereotypní pohyby, které mohou vypadat jako reakce na pokus omezení pacienta. Agrese se může rozvinout v období mezi záchvaty a podobá se násilnému chování v běžné populaci. Bonsard a Bartolomei (2013) uvádí, že agresivní chování se může objevit po záchvatech, které postihují oblasti mozku zapojené do zpracování emocí. Je možné pozorovat agresivní chování podobné obraně, hlavně v období bezprostředně po záchvatu, kdy bývá pacient často zmatený a v alterovaném stavu nálady.

### **3.3.5 Hypoglykemie**

Hypoglykemie je stav, který vzniká snížením hladiny cukru v krvi a doprovází ho různorodé klinické příznaky. Projevy hypoglykemie mohou být fyzické, kdy se jedná o pocení, křeče, bolesti hlavy nebo poruchy zraku, ale i psychické, kdy je pacient nesoustředěný, zmatený a agresivní (Plevová a Zoubková, 2021). Dobiáš (2013) uvádí, že příznaky u hypoglykemie jsou nervozita, ospalost, poruchy chování a agresivita.

## 4 ŘEŠENÍ AGRESE V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI

Tato kapitola se bude zabývat různými způsoby, jak řešit agresi pacientů v přednemocniční neodkladné péči a následky agrese.

### 4.1 Cíle

Pokorný (2004) píše, že zásahy u pacientů s psychiatrickou diagnózou v přednemocniční neodkladné péči bývají velmi obávané, hlavně z důvodu časté agrese, kdy pacienti ohrožují nejen sebe ale i své okolí. Autor sepsal šest cílů, které má každý zdravotník u zásahu s agresivním pacientem. Prvním a nejdůležitějším je přežít takovýto výjezd ve zdraví, ačkoli se tento cíl může někdy zredukovat na prosté „přežít“. Pomocť pacientovi dle svých možností a nejlepších schopností je druhým cílem. Třetím je zvolit svůj postup tak, aby v případě forenzního projednávání daného zásahu nebylo možné ho napadnout. Nepřijít o svůj odborný kredit u přihlízejících je čtvrtým cílem v pořadí. Pátým cílem je neztratit víru ve své schopnosti, dovednosti a sebevědomí. Posledním a šestým cílem je neztratit odvahu zasáhnout při podobném případě v budoucnosti.

### 4.2 Komunikace

Andršová (2012) vysvětluje sloveso komunikovat jako výměnu myšlenek, sdílení informací, zpráv a vyjadřování tak způsobem, aby si účastníci porozuměli. Jedná se o dynamický a kontinuální proces, kdy zdravotník a pacient kromě sdílení a interpretace určitých informací budují zároveň vzájemný vztah. Podle autorky je komunikace nejen nedílnou součástí ošetrovatelské péče, ale také jejím základem. Zacharová (2016) uvádí, že komunikace je unikátním rysem lidské společnosti a usměrňovačem mezilidských vztahů. Bez komunikace není možné, aby existovala sociální skupina. V medicíně komunikace není pouze o předávání informací, jde o vyjádření názoru k předmětu či příjemci a o sebe prezentaci. Komunikace je přenosem informací nejen v mluvené, ale také v psané, obrazové formě. Lze ji rozdělit na verbální a neverbální. Obě formy se vzájemně doplňují či může jedna druhou zcela zastoupit.

#### 4.2.1 Neverbální komunikace

Zacharová (2016) definuje komunikaci jako řeč těla, do které lze řadit veškeré projevy, kterými doprovázíme verbální komunikaci a které vysíláme i bez řeči. Prostřednictvím neverbální komunikace je člověk schopen vyjádřit svůj emocionální stav či interpersonální



postoj, ale lze jí podpořit či zcela nahradit řeč. Ve zdravotnictví je neverbální komunikace velmi významná, jelikož lze díky ní zjistit spoustu informací o pocitech či postojích pacientů. Pekara (2015, str. 31) popisuje, jak neverbální komunikaci použít jako deeskalační přístup k agresivnímu pacientovi. Kvůli rozložení komunikace ve stresu, kdy neverbální složka zaujímá až 70 % komunikace, je nutné, pokud je pacient agresivní, aby se zdravotník zaměřil na své sebeovládání a použil efektivní neverbální komunikaci. Je důležité respektovat osobní prostor pacienta, čímž zdravotník zvyšuje své vlastní bezpečí. Vzdálenost dvou natažených paží je doporučena u agresivního pacienta, pokud nelze dodržet bezpečnou vzdálenost, doporučuje se natočení zdravotníka ze strany. Neverbální jednání musí být ze strany zdravotníka neprovokativní, má naznačovat bezpečí, nikoli nejistotu či dokonce hrozbu. Důležitou složkou neverbální komunikace je mimika. Zdravotník by se měl vyhnout zvedání obočí, třeštění očí, příliš dlouhému očnímu kontaktu či otevření úst. Mimika může pomoci zdravotníkovi odhalit prvky, které naznačují, že se bude jednat o agresivního pacienta, například zrychleným dýcháním, rozšířením chřípí a zornic nebo zatnutím pěstí. Postoj je další významnou složkou. Postojem by měl zdravotník vyjádřit jistotu, ale také uvolněnost, čímž lze docílit správnou vzdáleností chodidel – na šířku ramen, přední noha směřuje k pacientovi a zadní noha je oporou. Častá změna postoje se nedoporučuje, jelikož zdravotník pak vypadá neklidně a nervózně.

#### **4.2.2 Verbální komunikace**

Dle Zacharové (2016) je řeč největší výhodou lidí. Díky ní je možná výměna informací, zkušeností a názorů. Význam verbální komunikace nelze popřít, jde o nepostradatelnou součást života, podmínkou myšlení a jde o jeden z nejdůležitějších nástrojů zdravotnického povolání. K dosažení kvalitní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je nutné dodržovat některé požadavky, kterými jsou individuální přístup, empatie a pozitivní vztah a úcta k pacientovi. Ptáček a Bartůněk (2011) doporučují při verbální komunikaci s agresivním pacientem mluvit tichým a klidným hlasem. Hlavně pacienti, kteří jsou intoxikováni či trpí demencí vnímají více tón hlasu než obsah slov. Je doporučeno oslovovat pacienta přímým jménem jako projev respektu. Tento přístup zároveň přidává komunikaci osobní ráz. Pacientovy slovní útoky by měl zdravotník přehlížet a snažit se porozumět důvodům pacientovy agrese. Pekara (2015, str. 33) uvádí, že je důležité, aby neverbální složka byla sladěna s tou verbální a upozorňuje na to, že se tón hlasu ve stresové situaci mění, aniž by si toho zdravotník všiml. Je vhodné mluvit na pacienta v jednoduchých větách, pokládat prosté otázky a užívat známá slova. K uklidnění pacienta napomáhá také komentování každé činnosti

okolo něj, lze tak předejít nedorozuměním. Problém s komunikací nastává u intoxikovaných pacientů. V takovéto situaci pomáhá, když si zdravotník nebude všimát tykaní, urážek či nadávek ze strany pacienta. Pekara se domnívá, že jakmile intoxikovaný pacient zjistí, že ve zdravotníkovi nemá soupeře, má k němu sympatie a neútočí.

### **4.3 Konfrontace**

Křivohlavý (2008) vysvětluje konflikt dvou lidí jako střet dvou cílů, kdy úplné či částečné naplnění cíle jednoho člověka má za následek neuspokojení cíle toho druhého, čímž pak dojde ke konfrontaci dvou tužeb, postojů či názorů. Pokorný (2004, str. 177) píše, že členové výjezdových skupin jsou vyškoleni v mnoha věcech, ale ne v sebeobraně a způsobech, jak uklidnit agresivního jedince. Zdůraznil, že zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy měla snahu zajistit pro své zaměstnance kurzy sebeobrany, ačkoliv autor nesusouhlasí s tím, že tyto kurzy byly vhodným řešením problematiky agrese pacientů. Je totiž důležité, aby kurzy sebeobrany dosáhly kýženého efektu, aby jedinec byl v dobré fyzické kondici a získané dovednosti je potřeba udržovat opakovaným tréninkem. Nejlepší obranou proti agresivním pacientům je klidná verbální komunikace a prevence – časný útěk, spolupráce s policií.

#### **4.3.1 Nutná obrana**

Mach (2010) ve své knize uvádí, že je možné, v krajních případech, aby byl záchranář napaden pacientem. Všichni lidé mají právo na sebeobranu, pokud právě probíhá či přímo hrozí útok na jinou osobu nebo přímo na ně samotné. Nutná obrana má pouze dvě podmínky. První je, že obrana nesmí být zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku – například jeden člověk druhého fackuje, tak ho oběť nemůže zastřelit. Druhou podmínkou je, že útok musí přímo hrozit či již probíhá a stále trvá – například když útočník začne utíkat, oběť ho již nesmí třeba zastřelit. Pokud by záchranář porušil tyto dvě podmínky, mohl by být za své činy trestně stíhán.

### **4.4 Nefarmakologická léčba**

Dle Pokorného (2004, str. 178) by na prvním místě řešení agrese u pacientů měla být komunikace, které se samostatně věnuje tato práce v podkapitole 9.2. Klidný rozhovor může celou situaci vyřešit, ale také se může stát, že zklidnění pacienta bude pouze přechodné. Proto je vhodné, aby u zásahů proti agresivním pacientům byla přítomna policie. Ze zkušeností vyplývá, že prezence policie na místě zásahu usnadňuje zdravotníkům komunikaci

s pacientem a část agresivních pacientů zmírní své projevy. Očekávání zdravotnické záchranné služby od spolupráce s policií shrnul Pokorný do několika bodů. Zajištění podmínek pro zásah zdravotnické záchranné služby, například otevření dveří do bytu či domu je prvním bodem. Druhým je vstup na místo zásahu před zdravotníky kvůli jejich ochraně před agresivním pacientem. Třetím bodem je umožnění vyšetření pacienta, což může znamenat u agresivních pacientů například držení horních končetin a krytí dolních končetin, případně bránění úderům hlavou či plivání. Příprava pacienta k farmakologické intravenózní sedaci je čtvrtým bodem. Ochrana zdravotníků před lidmi z davu je posledním bodem. Šeblová a Knor (2018) uvádí, že výrazně snížit riziko agrese může správně vedená komunikace, ale ne vždy zabrání agresi. Pokud selžou psychologické prostředky, je třeba zvážit fyzické omezení nebo farmakoterapii. Fyzické omezení je přípustné pouze tehdy, předejde-li jeho užití bezprostřednímu ohrožení ostatních osob či pacienta nebo umožní aplikaci právně odůvodněné a medicínsky nezbytné nedobrovolné medikace. Pokud se zdravotník rozhodne pro fyzické omezení, tak je nutné ho použít pouze na nejkratší nutnou dobu. Měl by se při tom řídit písemnými standardy a znát indikace i kontraindikace fyzického omezení. Zdravotnická dokumentace pacienta by měla obsahovat přesné okolnosti, jež vedly k rozhodnutí o fyzickém omezení, včetně jeho délky a užitého prostředku. Omezení lze rozdělit na mechanické, kdy se jedná o pásy, pouta či kurty, a na manuální, kdy personál brání pacientovi v pohybu. Pokud je zvoleno manuální omezení, je nutné dodržet pravidlo, že každou končetinu pacienta má na starosti jedna osoba, včetně jedné navíc, která aplikuje lék. Dodržení tohoto pravidla v přednemocniční neodkladné péči posádkou zdravotnické záchranné služby není zajištělné bez pomoci policie. Užití omezovacích prostředků je ukotveno v zákoně číslo 372/2011 v paragrafu 39.

#### **4.5 Farmakologická léčba**

Hanušková (2008) uvádí, že zvládnutí agresivního chování, akutního neklidu nebo zmírnění rizika sebepoškození pacienta je cílem farmakoterapie. Zároveň se zkracuje doba nutnosti fyzického omezení. Pokud pacient nespolupracuje, nelze se obejít bez intramuskulárního nebo intravenózního podání psychofarmak. Upřednostňovány jsou léky s rychlým nástupem účinku, zároveň ale působí krátkodobě. Příhodné léky pro léčbu agrese jsou benzodiazepiny, antipsychotika nebo antihistaminika. V případě intoxikace je lékem volby haloperidol. Šeblová a Knor (2018) vysvětlují pojem trankvilizace jako léčbu farmakologickou cestou pomocí psychotropní medikací, což se používá k zvládnutí agrese. U diagnostikované

schizofrenie jsou doporučena k užití neuroleptika (vhodný je například haloperidol), případně v kombinaci s benzodiazepiny. Pokud se jedná o stresové reakce, úzkosti či vliv stimulačních drog, jsou nejvíce vhodné benzodiazepiny, konkrétně diazepam, klonazepam či midazolam. Pokorný (2004, str. 176) uvádí, že pokud není možné dosáhnout v reálném čase komunikace s pacientem, který poté začne být nebezpečný vůči okolí či sobě a hrozí ohrožení života či zdraví, pak je ihned indikovaná trankvilizace. Nejčastějšími užívanými léky jsou haloperidol v dávce 5-10 mg, diazepam 10 mg a levopromazin 25-50 mg, vše podáváno intramuskulárně. Další možnou alternativou je podání haloperidolu, 5 mg taktéž intramuskulárně. Haloperidol, klonazepam a diazepam jsou nejlepší volbou, protože mají okamžitý efekt a malá rizika možných komplikací.

#### **4.6 Důsledky agrese pacientů**

Zacharová (2009) píše, že každého člověka se dotknou pocity vlastního ohrožení, které se objevují u zážitků, jenž jsou spojeny s napadením. Zdravotníci mohou takový zážitek vyhodnotit jako nedostačující zvládnutí situace či jako profesionální selhání a mohou kvůli tomu cítit pocity viny, ale také obavy. Podle autorky by v přípravě zdravotníků měla být zahrnuta komunikace a práce s agresivními pacienty, kvůli předcházení stresu a negativních pocitů v takovýchto napjatých situacích. Dle Pekary (2015) může mít zdravotník pocit fyzického i psychického vyčerpání, ztráty osobní hodnoty, ponížení či obavy z možných následků ihned po napadení. Mohou se též objevit úzkosti, pocity beznaděje či se může u zdravotníka rozvinout strach z lidí. Jako dlouhodobé následky napadení se mohou objevit noční děsy, nespavost, deprese či pocit osamělosti. Pokud je zdravotník opakovaně vystavován náročným situacím, jako je například brutální napadení, může zažívat pocit vyhoření, kdy se jeho práce může stát stresorem. Negativní důsledky napadení se odráží i na poskytování zdravotnických služeb, například snížením jejich kvality, ale také na rozhodování zaměstnanců nad volbou jiného povolání.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

### **5.1 Hlavní cíl**

Zmapování problematiky agresivního pacienta v PNP v Plzeňském kraji.

### **5.2 Dílčí cíle**

- C1 Zjistit s jakým druhem agrese se setkávají záchranáři v PNP v Plzeňském kraji nejčastěji.
- C2 Zjistit nejčastější příčinu agrese pacientů v PNP v Plzeňském kraji.
- C3 Zjistit, zda napadení pacientem záchranáře v Plzeňském kraji jakkoliv ovlivnilo.
- C4 Zjistit, jak záchranáři v Plzeňském kraji řeší nejčastěji konflikt s agresivním pacientem.
- C5 Zjistit, zda mají záchranáři v Plzeňském kraji zájem se v problematice agresivního pacienta dále vzdělávat.

## **6 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY**

- VP1 Předpokládáme, že nejčastěji se setkávají zdravotničtí záchranáři s verbální agresí.
- VP2 Předpokládáme, že nejčastější příčinou agrese pacientů je intoxikace alkoholem.
- VP3 Předpokládáme, že napadení pacientem záchranáře negativně ovlivnilo.
- VP4 Předpokládáme, že záchranáři řeší konflikt dovoláním PČR na místo.
- VP5 Předpokládáme, že záchranáři budou mít zájem dál se vzdělávat v problematice agresivního pacienta.

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Pro výzkum této bakalářské práce byla zvolena kvantitativní (dotazník) i kvalitativní metoda (polostrukturovaný rozhovor). K účasti na výzkumu byla oslovena zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, konkrétně členové výjezdových skupin (zdravotníci záchranáři, řidiči záchranáři a lékaři). Zpět se vrátilo 68 dotazníků a byly provedeny 4 rozhovory. Plzeňský kraj má rozlohu 7649 km<sup>2</sup> a dle Českého statistického úřadu ho k roku 2022 obývá 578 707 obyvatel (ČSÚ, 2022). Plzeňský kraj je pokrytý 26 výjezdovými základnami a k pacientům jezdí 47 (35 RZP, 12 RV) výjezdových skupin.



## 8 METODIKA PRÁCE

Pro zjištění cílů práce byl zvolen kvantitativní i kvalitativní výzkum. Byl vytvořen anonymní elektronický dotazník, který pomohl k získání informací. Dotazník se skládal ze 13 otázek s možnostmi uzavřených i otevřených odpovědí. Pro výzkumné šetření byla oslovena zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje.

Před samotným sběrem dat byl určen typ respondenta, kdy pro výzkum bylo důležité oslovit konkrétní pracovníky zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje (zdravotničtí záchranáři, řidiči a lékaři). Dotazníkové šetření bylo uskutečněno prostřednictvím internetového portálu [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) od 15. listopadu 2022 do 28. února 2023. Bylo vyplněno 68 dotazníků, jejichž data byla zpracována do grafů v textovém procesoru Microsoft.

Kvalitativní metoda výzkumu byla v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Zúčastnili se jich členové výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. Rozhovory probíhaly od 11. února 2023 do 23. února 2023 a byly provedeny dálkově pomocí internetového portálu [meet.google.com](https://meet.google.com). Bylo položeno celkem 20 otázek, z nichž byla 1 úvodní a 2 doplňkové. Úvodní otázka měla za úkol zjistit pracovní pozici dotazovaných a doplňující otázky byly zaměřeny na vytěžení větších podrobností. Rozhovory byly poté vyhodnocovány, analyzovány a zpracovány graficky pomocí aplikace Coggle do myšlenkových map.

## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření na zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje. Výsledky byly zpracovány pomocí grafů. Dodatečný výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jejichž výsledky jsou zaznamenány do myšlenkových map.

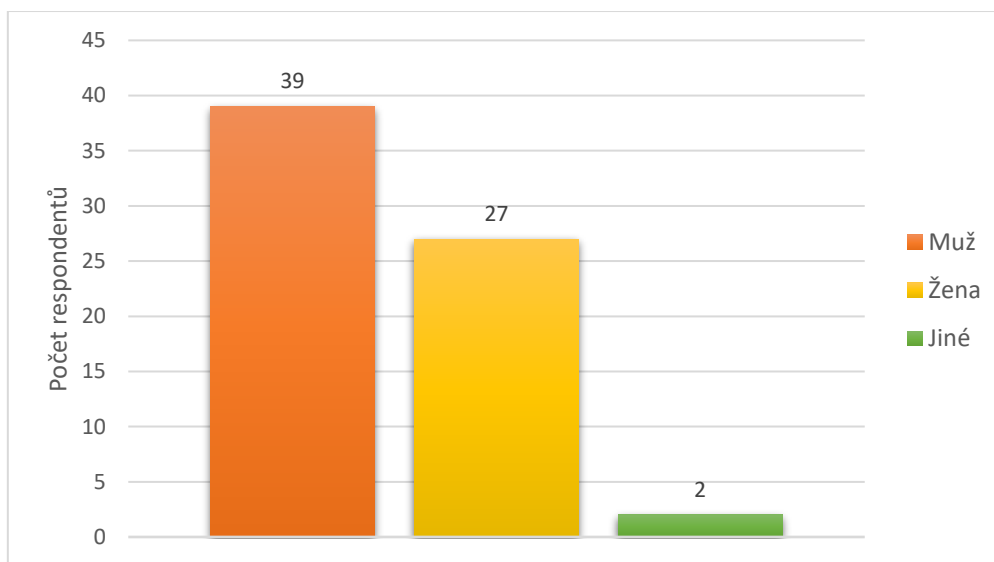
### 9.1 Dotazníkové šetření

Tato podkapitola obsahuje výsledky dotazníkového šetření, které jsou popsány a zaznamenány do grafů.

#### Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

V otázce č. 1 bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Výsledky této otázky jsou zaznamenány v grafu 1. Z celkového počtu 68 respondentů uvedlo 39 (57,4 %) že jsou muži, 27 (39,7 %) ženy a 2 (2,9 %) respondenti označili odpověď „Jiné...“

**Graf č. 1: Pohlaví respondentů**

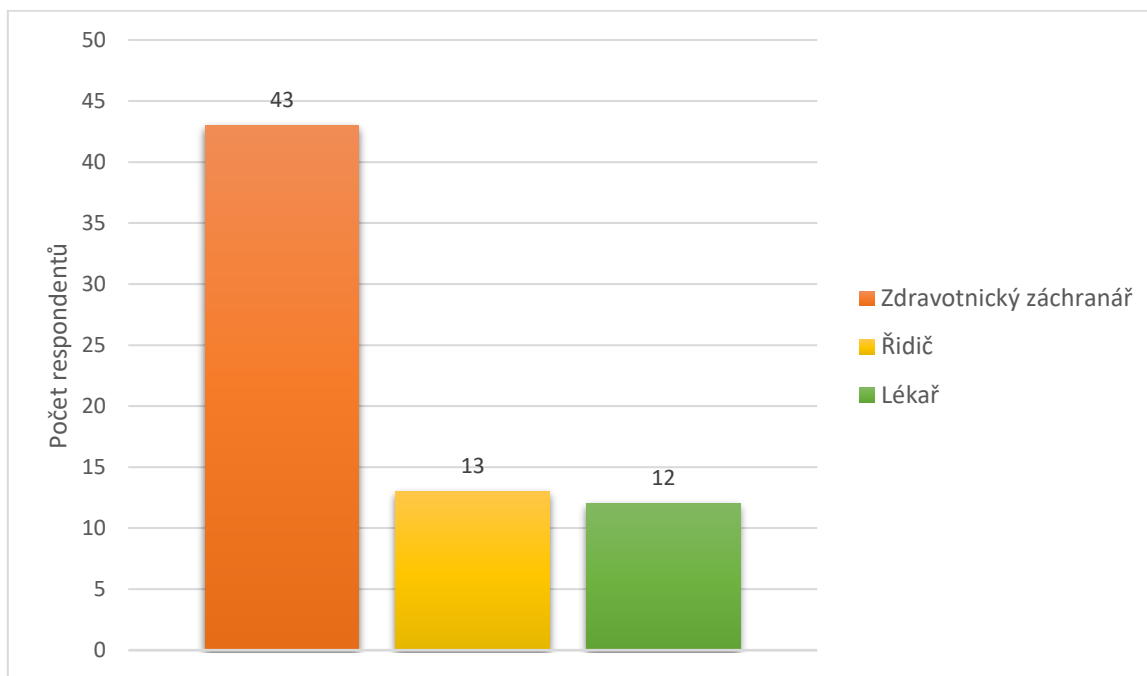


Zdroj: Vlastní

## Otázka č. 2: Na jaké pozici pracujete?

V otázce č. 2 bylo zjišťováno na jakých pracovních pozicích pracují respondenti. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 2. Nejvíce respondentů, přesně 43 (63,2 %), pracují na pozici zdravotnický záchranář, 13 (19,1 %) respondentů jsou řidiči a 12 (17,6 %) pracují jako lékaři.

**Graf č. 2: Pracovní pozice**

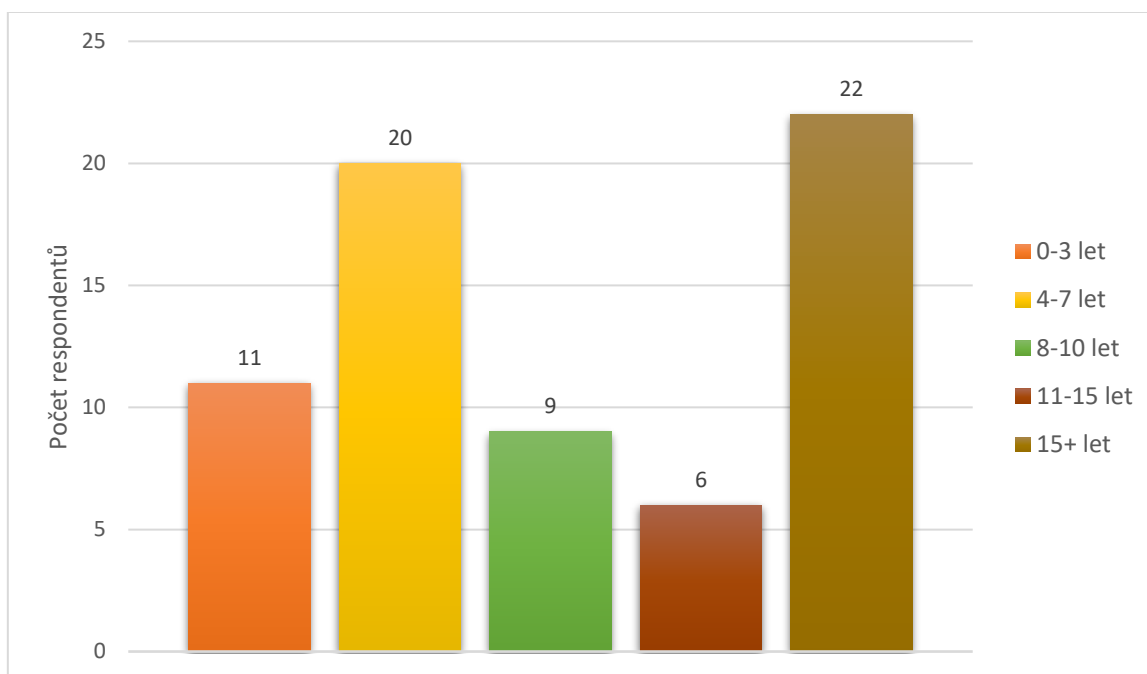


*Zdroj: Vlastní*

### Otázka č. 3: Jaká je délka Vaší praxe u ZZS?

V otázce č. 3 byla zjišťována délka praxe respondentů u zdravotnické záchranné služby. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 3. Nejvíce respondentů, přesně 22 (32,4 %), označilo odpověď 15+ let. 20 (29,4 %) respondentů pracují u ZZS 4-7 let. Odpověď 0-3 let označilo 11 (16,2 %) respondentů. Celkem 9 (13,2 %) respondentů označilo odpověď 8-10 let. Zbylých 6 (8,8 %) respondentů pracují u ZZS 11-15 let.

**Graf č. 3: Délka praxe respondentů**

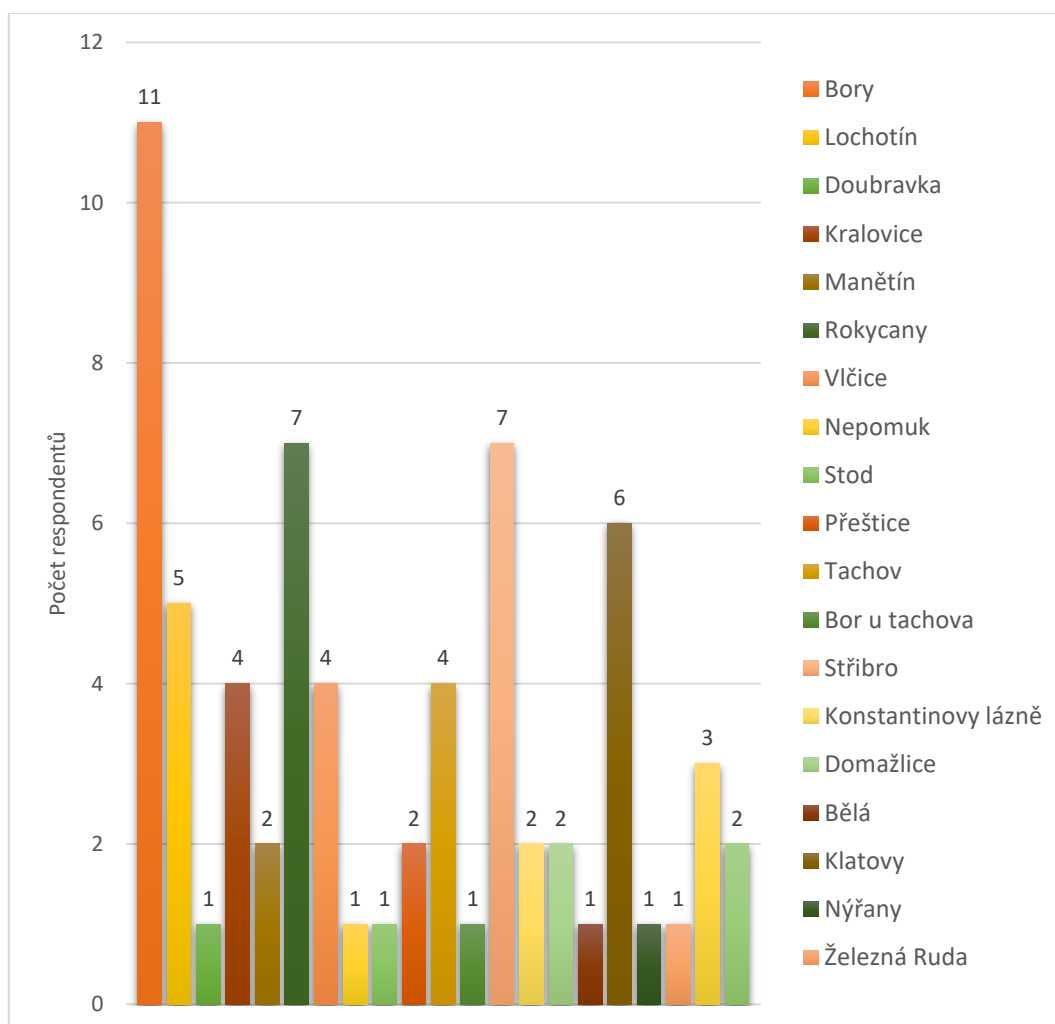


Zdroj: Vlastní

#### Otázka č. 4: Na jaké základně v Plzeňském kraji se pohybujete nejvíce?

Otázka č. 4 se ptala respondentů z jakých základen jsou. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 4. Nejvíce respondentů, přesně 11 (16,2 %), se nejvíce pohybují na výjezdové základně na Borech. Z výjezdových základen ve Stříbře a Rokycan odpovědělo z každé 7 (10,3 %) respondentů. 6 (8,8 %) respondentů nám odpovědělo z Klatov. Z lochotínské výjezdové základny nám odpovědělo 5 (7,4 %) respondentů. Z Kralovic, Vlčic a z Tachova nám z každé základny odpověděli 4 (5,9 %) respondenti. 3 (4,4 %) respondenti uvedli, že se nejčastěji pohybují na výjezdové základně v Sušicích. Z Manětína, Přeštic, Konstantinových lázních, Domažlic a Horažďovic z každé základny odpověděli 2 (2,9 %) respondenti. Z každé výjezdové základny Doubravka, Nepomuk, Stod, Bor u Tachova, Bělá, Nýřany a Železná Ruda nám odpověděli 1 (1,5 %) respondent. Nikdo neoznačil odpověď Koterov, Radnice, Planá a Modrava.

Graf č. 4: Výjezdové základny

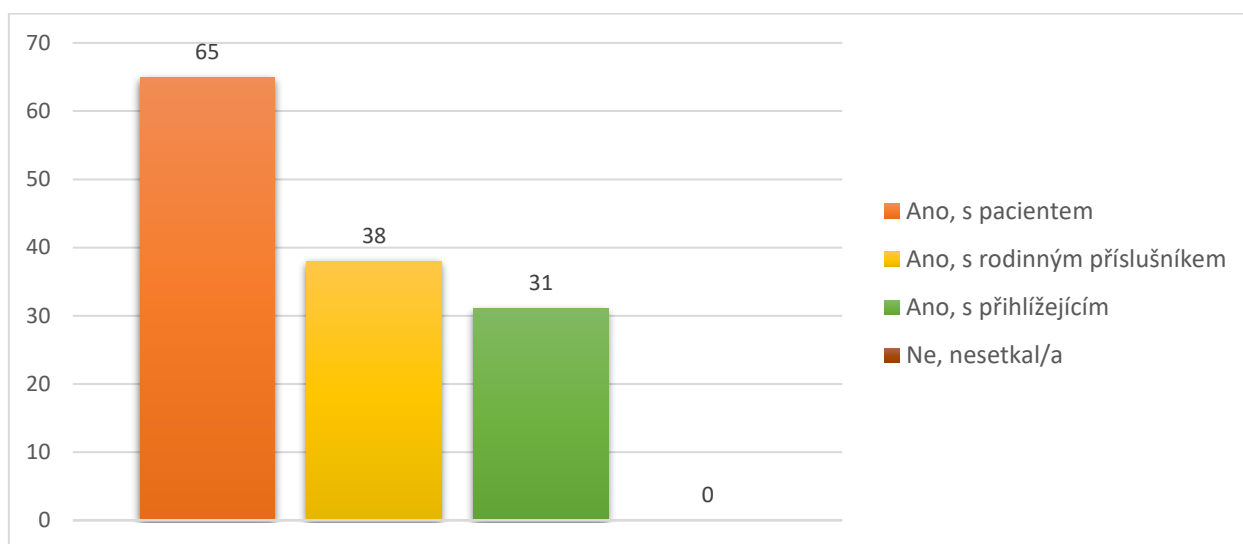


Zdroj: Vlastní

### Otázka č. 5: Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím?

Otázka č. 5 se ptala respondentů, zda se někdy setkali s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím. V této otázce bylo možné označit více odpovědí. Odpovědi jsou zaznamenány grafu 5. S agresivním pacientem se setkalo 65 (95,6 %) respondentů. S agresivním rodinným příslušníkem se setkalo 38 (55,9 %) respondentů a s agresivním přihlížejícím 31 (45,6 %).

**Graf č. 5: Setkání s agresivním pacientem**

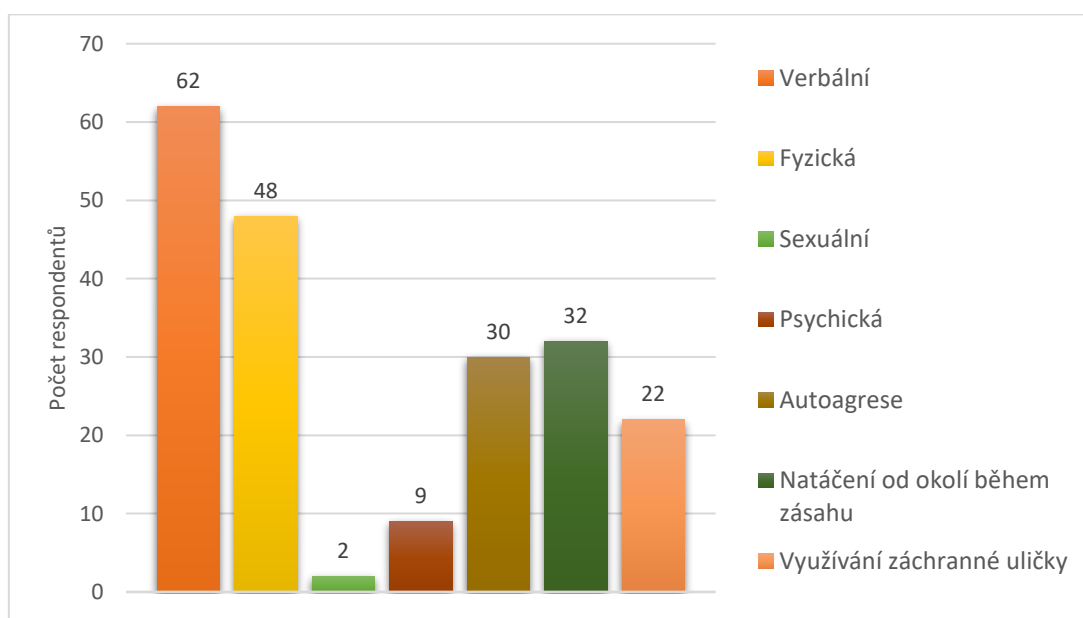


Zdroj: Vlastní

### Otázka č. 6: O jaké druhy agrese se jednalo?

Otázka č.6 zjišťovala, s jakými druhy agrese se respondenti setkávají. V této otázce byla možnost označit více odpovědí. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 6. Nejvíce respondentů, tedy 62 (91,2 %), se setkala s verbální agresí. S fyzickou agresí se setkala 48 (70,6 %) respondentů. Pouze 2 (2,9 %) respondenti se setkali se sexuální agresí. S psychickou agresí se setkala 9 (13,2 %) respondentů. Odpověď Autoagrese označilo 30 (44,1) respondentů. S natáčením od okolí během zásahu se setkala přesně 32 (47,1) respondentů. S využíváním záchranné uličky se setkala celkem 22 (32,4 %) respondentů.

Graf č. 6: Druhy agrese

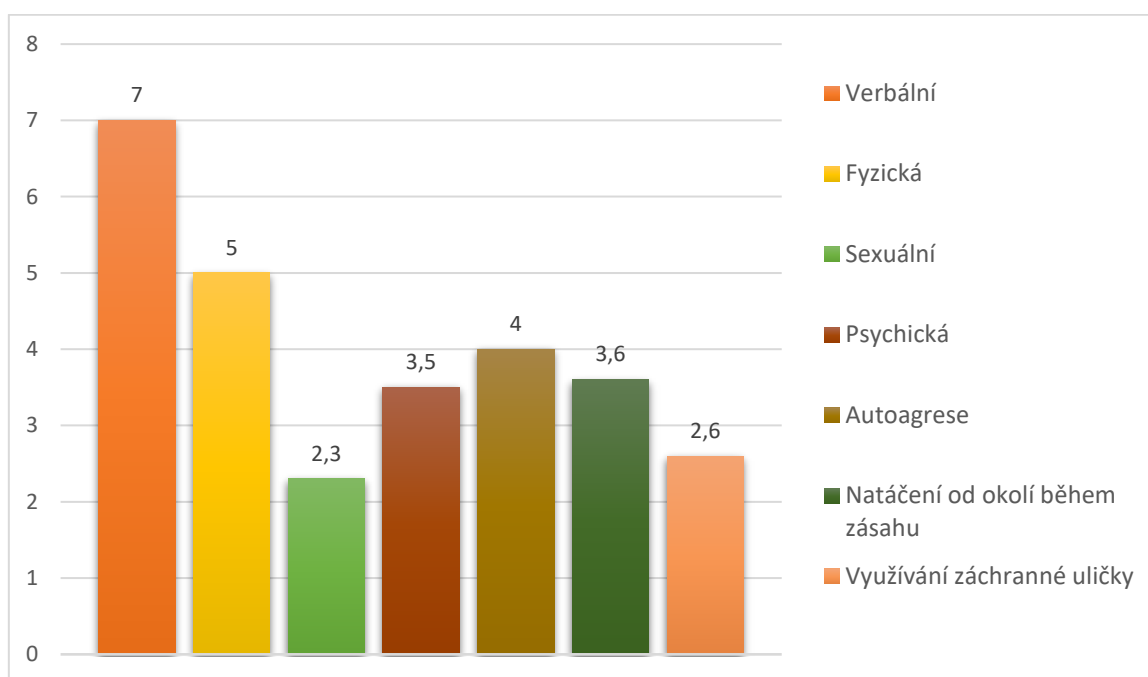


Zdroj: Vlastní

### Otázka č. 7: Se kterými druhy agrese se setkáváte nejčastěji?

V otázce č. 7 seřadili respondenti druhy agrese podle toho, jak často se s nimi setkávají. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 7. Nejčastěji se respondenti setkávají s verbální agresí. Jako druhý nejčastější typ agrese uvedli respondenti fyzickou agresi. Třetí nejčastější agresí je podle respondentů autoagrese. Natáčení od okolí během zásahu uvedli respondenti jako čtvrtý nejčastější typ. Psychická agrese skončila jako pátý nejčastější typ. Jako méně častý typ agrese označili respondenti využívání záchranné uličky. Na posledním místě, a tedy jako nejméně častý typ agrese uvedli respondenti sexuální agresi.

Graf č. 7: Nejčastější druhy agrese



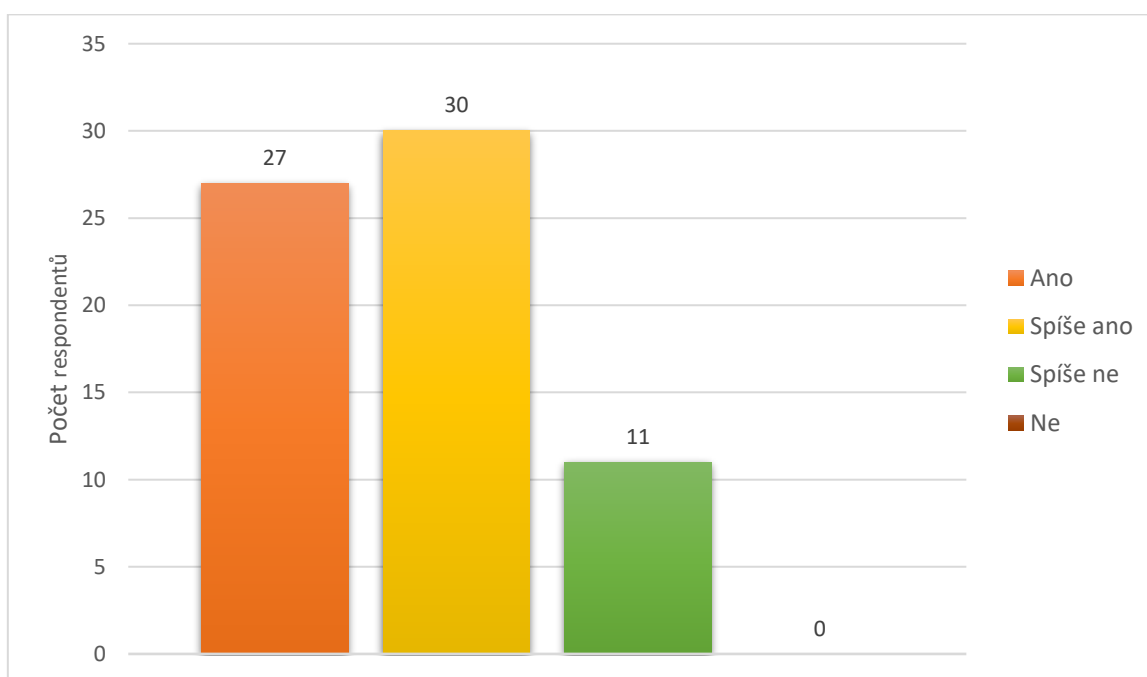
Zdroj: Vlastní



### Otázka č. 8: Myslíte si, že v čase přibývá agresivních pacientů?

V otázce č. 8 bylo zjišťováno, zda si respondenti myslí, že v čase přibývá agresivních pacientů. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 8. Nejvíce respondentů. Přesně 30 (44,1 %) odpověděli, že spíše ano. Odpověď Ano zvolilo 27 (39,7 %) respondentů. To, že spíše nepřibývá agresivních pacientů, si myslí 11 (16,2 %) respondentů. To, že agresivní pacienti nepřibývají si nemyslí nikdo.

**Graf č. 8: Nárůst agresivních pacientů**

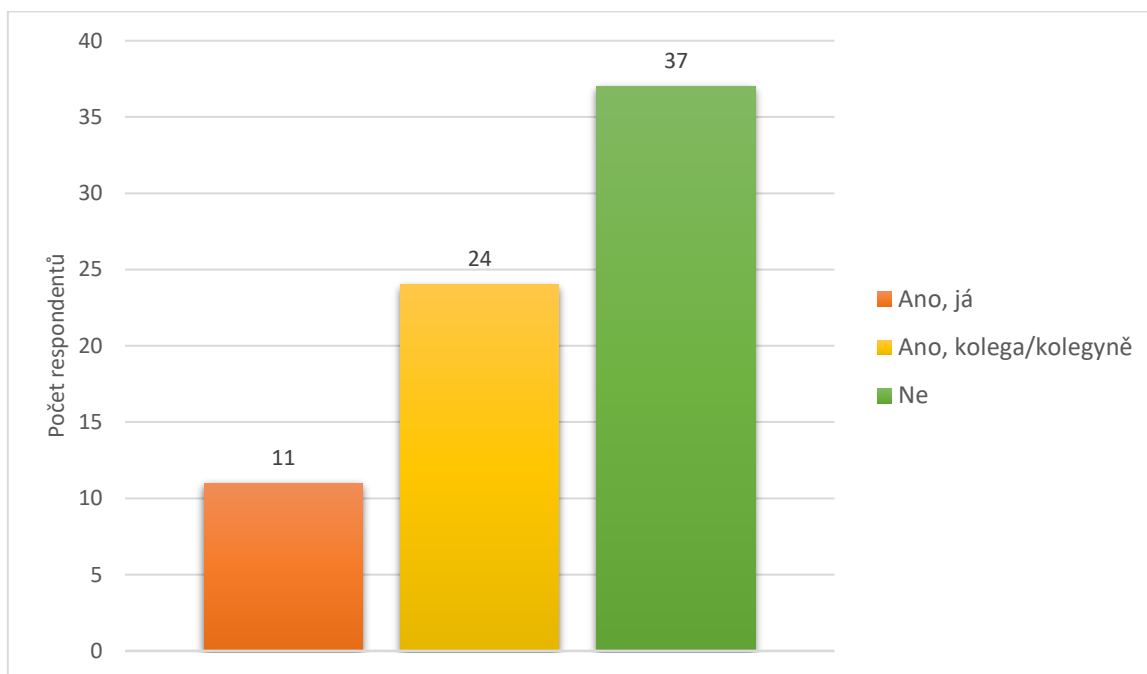


Zdroj: Vlastní

### Otázka č.9: Utrpěl jste Vy nebo jiný člen posádky někdy fyzickou újmu?

Otázka č. 9 zjišťovala, zda někdo z respondentů utrpěl fyzickou újmu. Otázka měla možnost více odpovědí. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 9. Nejvíce respondentů, tedy 37 (54,4 %) odpověděli, že žádnou fyzickou újmu neutrpěli. To, že utrpěl fyzickou újmu kolega nebo kolegyně označilo 24 (35,3 %) respondentů. Fyzickou újmu utrpělo 11 (16,2 %) respondentů.

**Graf č. 9: Utrpění fyzické újmy**

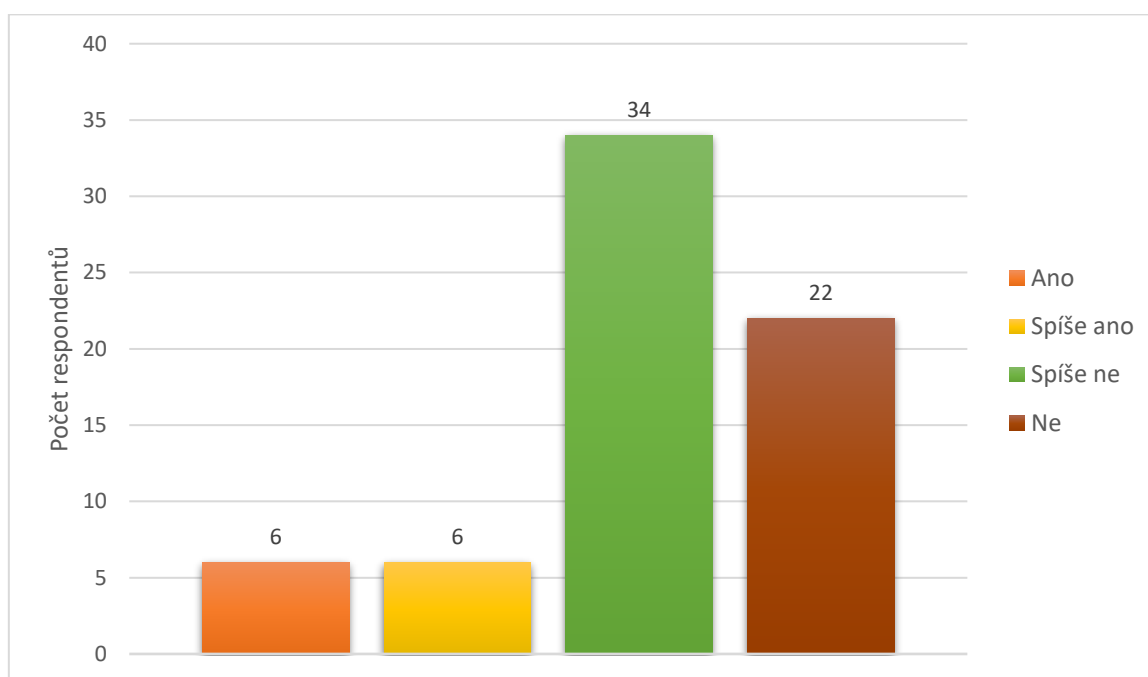


Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 10: Ovlivnilo napadení pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím později jakkoli Vaši práci? Ať už se jednalo o útok na Vás či kolegu.**

Otázka č. 10 zjišťovala, zda napadení respondentů či jejich kolegů jakkoli ovlivnilo později jejich práci. Otázka měla možnost více odpovědí. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 10. Přesně polovina respondentů, tedy 34 (50 %) odpovědělo, že spíše ne. 22 (32,4 %) respondentů odpovědělo, že ne. Odpověď „Ano“ zvolilo 6 (8,8 %) respondentů. Stejný počet, tedy 6 (8,8 %) respondentů odpovědělo „Spíše ano“. Pokud respondenti uvedli „Ano“ nebo „Spíše ano“, měli do kolonky volné odpovědi napsat, jak je to ovlivnilo. Jeden respondent uvedl: „Stále nutná obezřetnost, stále čekám cokoli na jakémkoli výjezdu.“ Podobnou odpověď uvedli dalších 6 respondentů. Druhý respondent uvedl: „Nesoustředěnost, ztráta chuti pomáhat.“ 4 respondenti odpověděli neadekvátně.

**Graf č. 10: Vliv napadení**

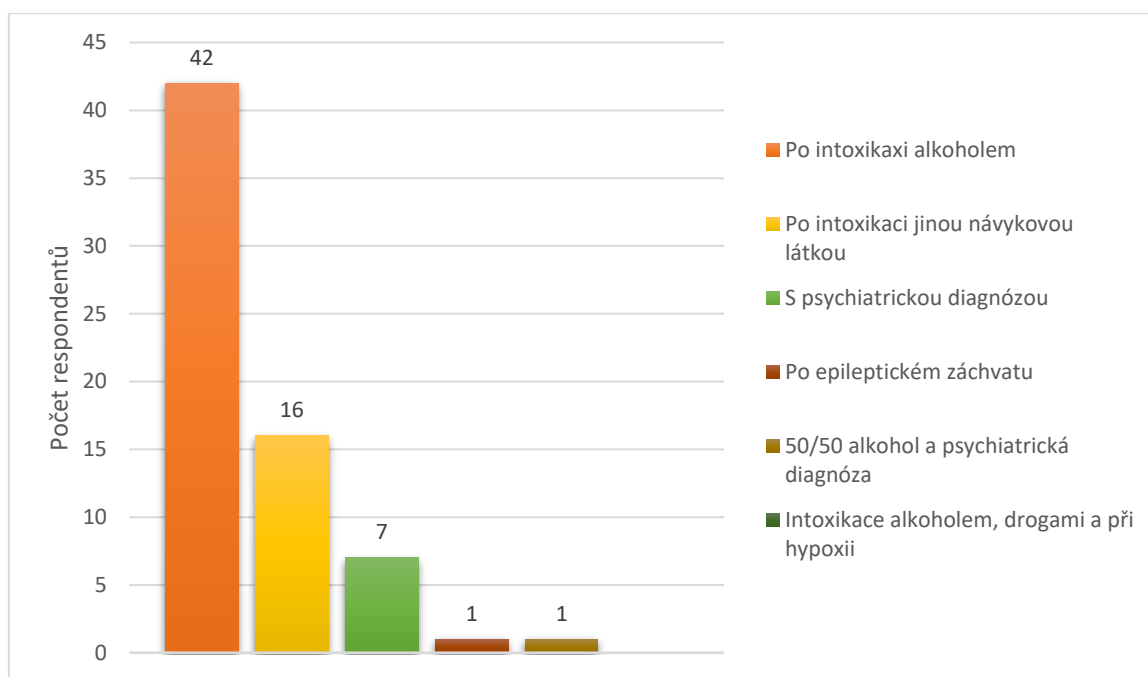


*Zdroj: Vlastní*

### Otázka č. 11: Kterí pacienti bývají podle Vás nejvíce agresivní?

Otázka č. 11 zjišťovala kteří pacienti jsou podle respondentů nejvíce agresivní. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 11. Nejvíce respondentů, přesně 42 (61,8 %) odpovědělo, že nejvíce agresivní pacienti jsou po intoxikaci alkoholem. To, že jsou pacienti nejvíce agresivní po intoxikaci jinou návykovou látkou uvedlo 16 (23,5 %) respondentů. Celkem 7 (10,3 %) respondentů uvedlo, že nejvíce agresivní jsou pacienti s psychiatrickou diagnózou. To, že jsou pacienti nejvíce agresivní po epileptickém záchvatu uvádí 1 (1,5 %) respondent. Jinou odpověď zvolili 2 (2,9 %) respondenti. Jeden z nich uvedl, že je to půl na půl s alkoholem a psychiatrickou diagnózou. Druhý uvedl, že nejvíce agresivní pacienti jsou po intoxikaci alkoholem, drogami a při hypoxii.

Graf č. 11: Nejvíce agresivní pacienti

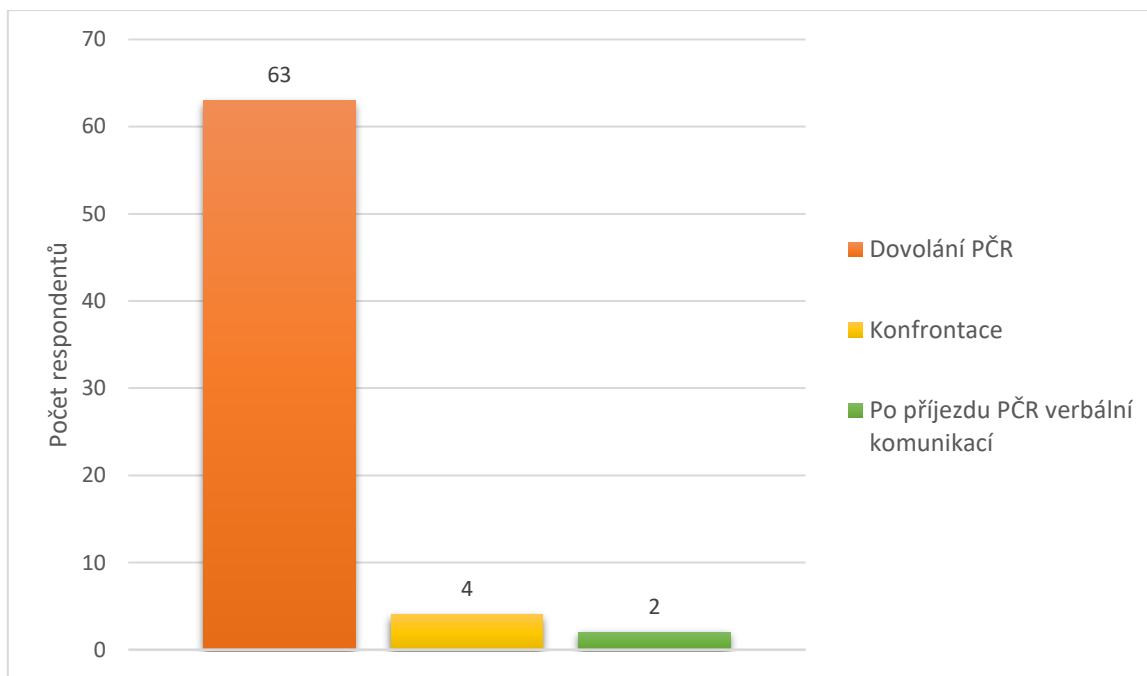


Zdroj: Vlastní

### Otázka č. 12: Jak nejčastěji řešíte konflikt?

Otázka č. 12 zjišťovala, jak nejčastěji řeší respondenti konflikt. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 12. Nejvíce respondentů, tedy 63 (92,6 %) uvedlo, že dovolávají PČR. Konfrontací řeší konflikt 4 (5,9 %) respondenti. Jinou odpověď zvolili 1 (1,5 %) respondent. Ten uvedl, že řeší konflikt po příjezdu PČR verbální komunikací.

Graf č. 12: Řešení konfliktu

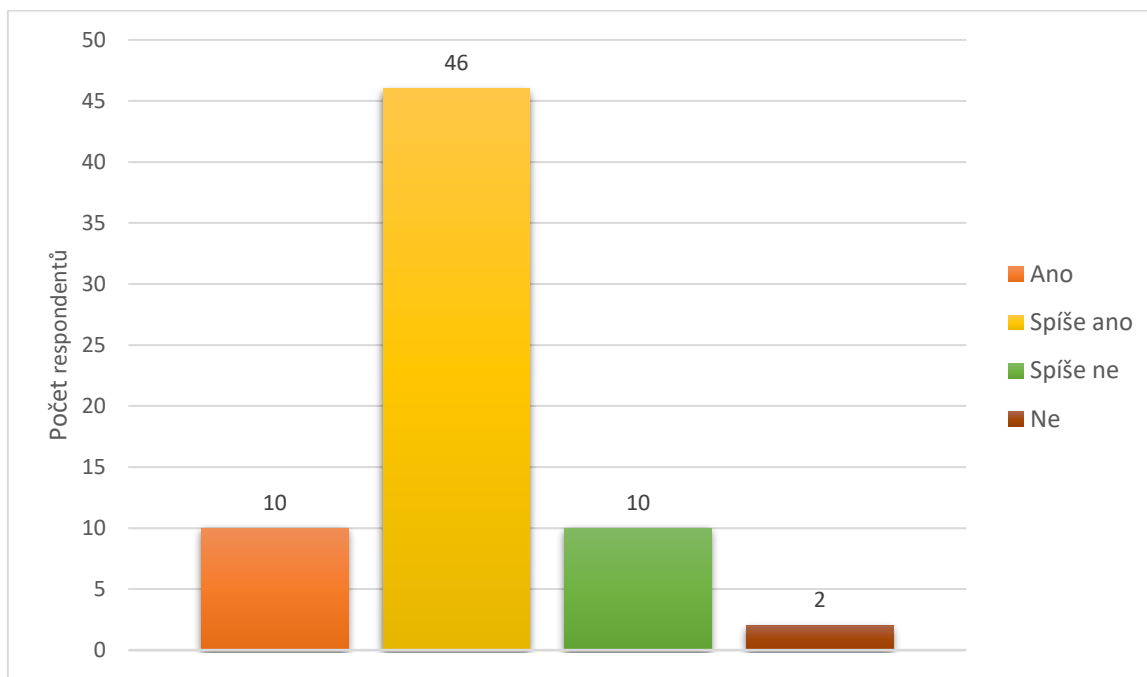


Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 13: Myslíte si, že jste dostatečně připraveni na řešení situace s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím?**

Otázka č. 13 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že jsou připraveni řešit situaci s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu 13. Odpověď „Ano“ zvolilo 10 (14,7 %) respondentů. „Spíše ano“ zvolilo 46 (67,6 %) respondentů. Odpověď „Spíše ne“ zvolilo 10 (14,7 %) respondentů. To, že nejsou připraveni uvedli 2 (2,9 %) respondenti.

**Graf č. 13: Připravenost na řešení agrese**



Zdroj: Vlastní

## 9.2 Rozhovory

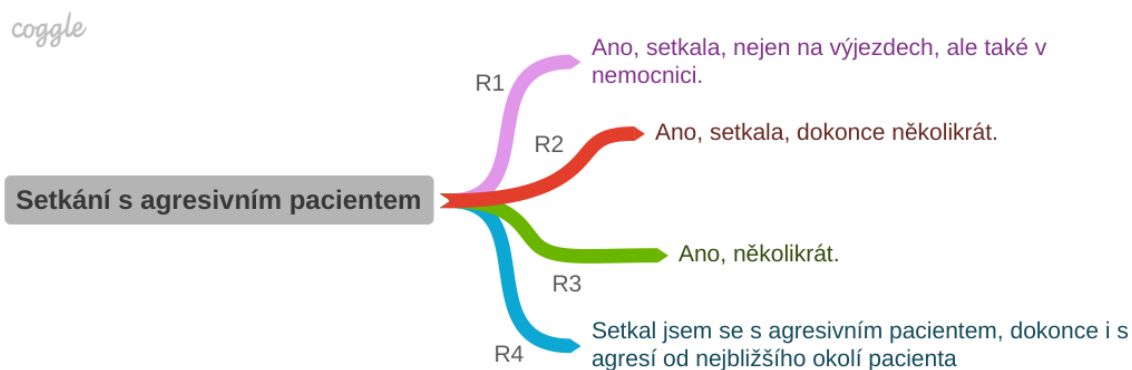
Tato podkapitola obsahuje myšlenkové mapy vycházející z uskutečněných rozhovorů. Myšlenkové mapy uvádějí přímou odpověď na dotazovanou otázku z důvodu větší přehlednosti výsledků. Každá myšlenková mapa je doplněná o ocitované odpovědi k tématu. Kompletní rozhovory jsou uvedeny v příloze.

### Otázka č. 1: Na jaké pozici pracujete?

Respondent	Pracovní pozice
R1	Lékařka
R2	Zdravotnická záchranářka
R3	Zdravotnický záchranář/Řidič RV
R4	Řidič záchranář

Tabulka č. 1: Pracovní pozice, Zdroj: Vlastní

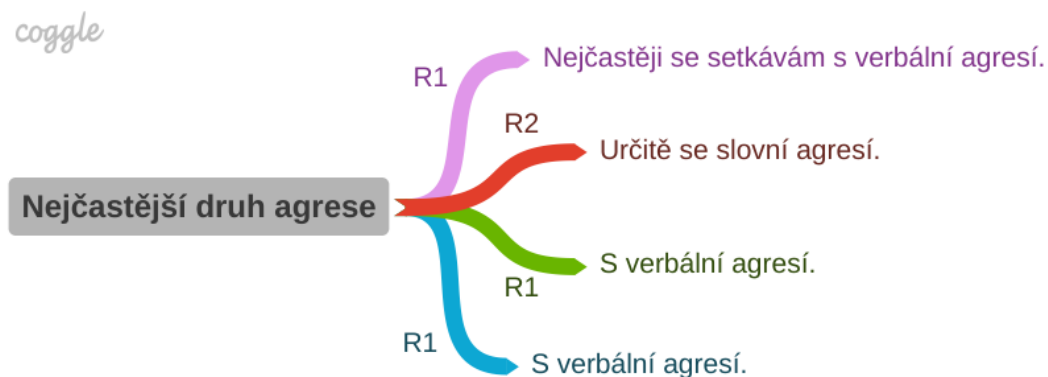
### Otázka č. 2: Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem?



Obrázek č. 1: Setkání s agresivním pacientem, Zdroj: Vlastní

Tato otázka zjišťovala, zda se respondenti setkali s agresivním pacientem. Všichni čtyři potvrdili, že se s agresivním pacientem setkali. Respondentka R2 dodala: „*Nejčastěji se jedná o právě probrané epileptiky, kteří jsou zmatení a neví, co se děje. Ti bývají dost agresivní, hlavně pokud se neléčí a jsou pod vlivem alkoholu.*“ Respondent R4 uvedl: „*Často jsou to pacienti po hypoglykemickém kóma nebo epileptickém záchvatu.*“

### Otázka č. 3: S jakým druhem agrese se setkáváte nejčastěji?

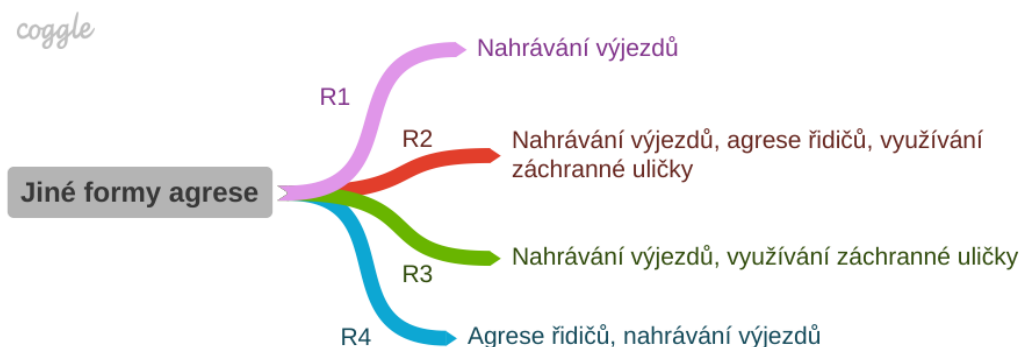


**Obrázek č. 2: Nejčastější druh agrese, Zdroj: Vlastní**

Tato otázka zjišťovala, s jakým druhem agrese se respondenti setkávají nejčastěji. Odpovědi všech čtyř respondentů se shodují a potvrzují i výsledek otázky č.7 v dotazníkovém šetření. Respondentka R1 dodala: „*Lidé nadávají nebo jsou primitivně vulgární, hlavně pokud jsou pod vlivem alkoholu.*“ Dodatek respondentky R1 potvrzuje respondent R4: „*Nejčastěji se setkávám s verbální agresí, hlavně od opilých a intoxikovaných pacientů.*“



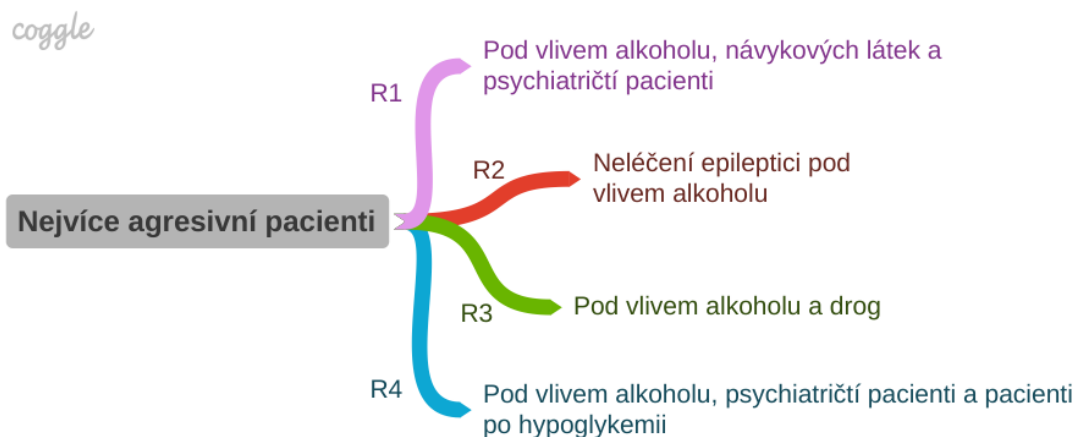
#### Otázka č. 4: Jiné formy agrese?



Obrázek č. 3: Jiné formy agrese, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 4 zjišťovala, co dalšího považují respondenti za agresi. Všichni respondenti se shodli, že nahrávání výjezdů považují za agresi. Byla zmíněna i agrese řidičů a využívání záchranné uličky. Respondentka R2 uvedla: „Setkala jsem se s nepochopením, když zasahujeme někde mezi panelákama a není kde zastavit, tak zastavíte uprostřed ulice a pak tam není možné projet. A to teda lidem hodně vadí, pak troubí, jsou slovně agresivní, že jsme jim zablokovali vjezd. Tohle mi hodně vadí, že ti lidé nejsou schopní pochopit, že tam někomu pomáháte a je to v podstatě nezajímá, protože třeba spěchají do práce.“ Respondent R3 uvedl: „Přesně před rokem jsme byli resuscitovat čtyřměsíční miminko u sociálně slabší rodiny, bohužel resuscitace nedopadla dobře, nicméně jeden člen rodiny si nás celou dobu natáčel na telefon. Vůbec jsem si toho zezáčátku nevšiml, protože se samozřejmě člověk věnoval miminku. Když přistál vrtulník, tak jsem si toho všiml a samozřejmě to bylo nepříjemné. Častým problémem je i záchranná ulička, protože řídím i RV, tak se s tím setkávám často. Lidi ji nedodržují, někteří podle mě ani neví, jak funguje.“ Respondent R4 se vyjádřil k agresi řidičů takto: „Ještě mě napadla, co se týče silničního provozu, chování řidičů, co jsou bezohledný, tak se tam určitě dá najít agrese. Třeba když někde zastavím, nakládáme pacienta a zatarasíme průjezd, tak řidič projel přímo kolem mě, vůbec nepřibrzdil, stáhl okýnko a řval na mě.“

## Otázka č. 5: Jací pacienti jsou podle Vás nejvíce agresivní?



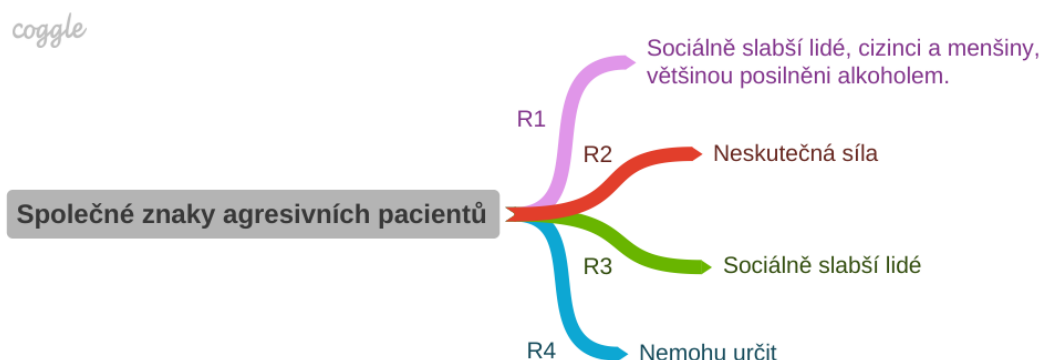
### Obrázek č. 4: Nejvíce agresivní pacienti, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 5 se zabývala nejvíce agresivními pacienty. Respondenti se shodli na jednom z faktorů a tím je alkohol. Respondentka R1 uvedla: „*Nejvíce agresivní jsou určité pacienti pod vlivem návykových psychotropních látek, nejčastěji pervitinu, také excitačních drog a samozřejmě alkoholu. Ti jsou většinou verbálně agresivní, fyzicky agresivní jsou spíše mezi sebou, na nás tolik ne. Pak jsou také hodně agresivní psychiatrické pacienti, v terénu asi nejvíce schizofrenici, pokud mají špatný den, vysadí léky nebo to naopak podpoří právě návykovými látkami. Takového pacienta jsem měla, který právě své léky nebral, a ještě byl závislý na návykových látkách. Ten byl verbálně i fyzicky agresivní. Nadával nám, nespůlpracoval, bránil se našemu ošetření, a nakonec jsem tento výjezd musela řešit ve spolupráci s policií.*“ Respondentka R2 dodala: „*Nejvíce agresivní jsou neléčení epileptici, kteří pijou alkohol nebo užívají drogy. Ti jsou podle mě nejvíce agresivní. Hlavně tedy po probuzení. Když se člověk vžije do jejich kůže, tak ten epileptik vůbec neví, co se děje, nad ním tma, májáky, policie a někdo na něm klečí, právě proto, že je agresivní. Oni nemají vůbec tušení, co se stalo a nějaký vysvětlování jim v tu chvíli nepomůže. Většinou to ale do pěti minut přejde, on se zklidní a probere a pak se s ním mluvit dá.*“ Respondent R3 uvedl: „*Nejčastěji a nejvíce agresivní jsou pacienti pod vlivem alkoholu a drog. Asi před měsícem na nádraží volali kolemdoucí, že se někdo válí na zemi. Přijela i policie, kteří ho vylustrovali a klasika recidivista na drogách.*“

### **Je něco, co Vás ohledně agresivních pacientů překvapilo?**

Toto byla doplňková otázka. Respondentka R1 uvedla: „*Ano, překvapilo mě, že jeden z pacientů, který byl pod vlivem právě pervitinu, měl potřebu na nás plivat, to jsem opravdu nečekala. Nakonec jsme to vyřešili nasazením roušky. Ještě si vzpomínám, že mě překvapil výjezd na malého kluka, staršího školního věku, úplně přesně si nevzpomínám na diagnózu, ale měl tendence si ubližovat a ničit nábytek. On tak jako rozkládal palandu a pak měl tendence bouchat hlavu o dřevěnou pelest a zeď. Tenkrát volala jeho matka, která už si nevěděla rady. Tento výjezd mě překvapil, protože to bylo úplně první dítě, které jsem takto zažila a nečekala jsem to.*“ Respondentka R2 uvedla: „*To asi úplně ne. Spíše jediné, co mě opravdu překvapilo, když máme agresivního pacienta, tak nemám strach o sebe, nebo jako o nás, o posádku, ale mám hrozný strach, o ty přístroje, které jsou v té sanitce. Málokdo Vám napadne sanitku z venku, většinou jsou agresivní vevnitř, kde je velmi omezený prostor a většinou sedíte vedle něj, tak není takový problém zvednout ruku a dát pořádnou ránu. Ale právě jak sebou často melou na těch nosítkách, mají sílu a nejste schopný je spacifikovat, tak bouchají rukama kolem sebe a tam všude jsou ty přístroje. Za prvé se může zranit ten pacient a za druhý může rozbít ty přístroje, o které já mám strach, protože jsou poměrně drahý. Už si pak představuju, co bude následovat, vedení, nějaká spoluúčast, na defibrilátoru třeba.*“ Respondent R4 uvedl: „*V podstatě mě většinou překvapí ta agrese jako taková. U pacientů třeba právě po epileptickém záchvatu nebo hypoglykemickém koma s tím člověk tak trochu počítá, ale co mě vždycky překvapí a rozčílí, že jsou na nás agresivní lidé opilí, kdy jedeme někomu pomoc a oni na nás agresivně startují, buď samotný pacient, že nikam nechce nebo jeho okolí, ať ho necháme být.*“ Respondenta R3 nic nepřekvapilo.

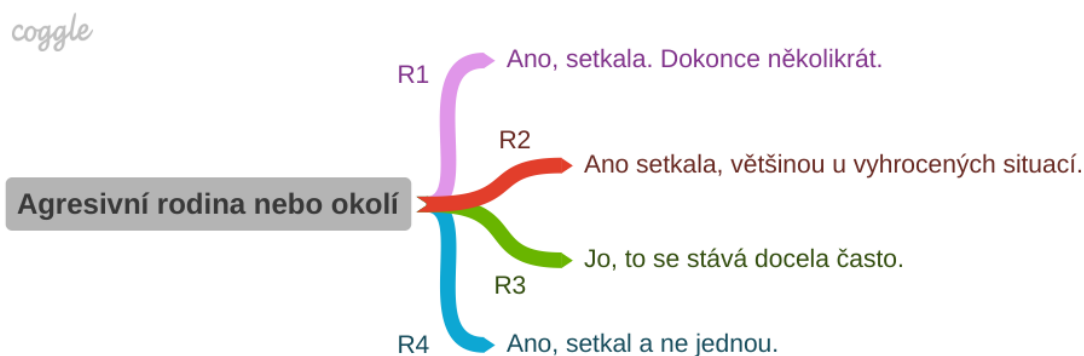
**Otázka č. 6: Jaké jsou společné znaky, které mají agresivní pacienti, s nimiž se setkáváte?**



**Obrázek č. 5: Společné znaky agresivních pacientů, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 6 zjišťovala, zda si respondenti všimají nějakých společných znaků u agresivních pacientů. Respondenti R1 a R3 se shodli, že se jedná většinou o sociálně slabší lidi. Respondentka R1 uvedla: „Když budu hodně hodně paušalizovat a vezmu to lehce s nadsázkou, protože pořád respektuji, že každý pacient je individuální, tak to zpravidla bývají sociálně slabší lidé. Bývají to cizinci, kteří se posilní alkoholem nebo menšiny pod vlivem drog.“ Respondent R3 uvedl: „Tito lidé jsou ve společenském žebříčku spíše níž, sociálně slabší lidé, tak ti bývají častěji agresivní a jezdíme na ně večer.“ Respondent R4 nevedl žádný společný znak.

**Otázka č. 7: Setkal/a jste se někdy s případem, kdy nebyl agresivní pacient, ale třeba rodina nebo okolí?**



**Obrázek č. 6: Agresivní rodina nebo okolí, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 7 zjišťovala, zda se respondenti setkali s případem, kdy byla agresivní rodina nebo okolí. Všichni čtyři respondenti se setkali s agresivní rodinou či okolím. Respondentka R2 uvedla: „Většinou to bývá fakt u těch vyhrcočených situací, kdy se děje něco závažného a vy se snažíte pomoc tomu člověku, tak moc nevnímáte to okolí. Když tam máte rodinu, tak s nimi sdílíte informace a postup, takže ví na čem jsou., ale když se děje něco závažného, tak se prostě věnujete jen tomu pacientovi, abyste udělali vše tak, jak máte a v tu chvíli ignorujete tu rodinu. Ale tu to samozřejmě hrozně zajímá, co se děje a co se bude dít a chtějí komunikovat, ale když jsme tam sami dva, tak dáme přednost tomu pacientovi, než abychom mluvili s rodinou, tak je pošleme za dveře, což je rozčílí do běla, protože oni ty informace chtějí hned. Tak tam jsem se setkala s tím, že ta rodina fakt dokáže být agresivní, aby ty informace dostala hned. Pak jsme postaveni před volbu, jestli mluvit s rodinou anebo se budeme věnovat pacientovi, který to potřebuje.“ Respondent R4 uvedl: „Když uvedu přesný případ, tak jsme jeli k jedné sociálně slabší rodině, kdy jeden člověk měl kriminální minulost, bydleli v domě bez světla a celkově bez elektřiny. Jeli jsme tam kvůli tomu, že se mezi sebou poprali. Vyšetřovali jsme toho poraněného a ten s námi nikam nechtěl jet, bál se toho, co ho napadl, snažil se celou situaci zlehčit, že o nic nešlo. Ale když ten člověk je zraněný, tak byste ho odvézt měli. Tam pak došlo k verbální agresi toho, co našeho pacienta napadl, že si nás napíše a zjistí a vyhrožoval nám. Nebo jsme jeli do rodiny k jedné menšině, jeli jsme na rodičku, když jsme paní nakládali, tak na nás manžel řval z okna a vypadalo to, že za námi vyskočí.“

## Otázka č. 8: Setkal/a jste se někdy s verbální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?



### Obrázek č. 7: Verbální agrese, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 8 zjišťovala, zda se respondenti setkali s verbální agresí. Všichni čtyři respondenti se shodli, že se s verbální agresí setkali, dokonce ji v otázce č. 3 uvedli jako nejčastější druh. Respondentka R2 uvedla: „Naposledy, když jsme zasahovali u rodiny jedné menšiny v takovém vybydleném baráčku a jeli jsme tam na bezvědomí, dýchá. Takže výjezd, kdy berete z auta opravdu vše a když jsme tam vlezli, tak jim pak přišlo, že neděláme dost, akorát jsme natáčeli EKG, což chvíli trvá, tak jim přišlo, že to neděláme dost rychle a kvalitně a že by si pacientka zasloužil lepší péči. Začali na nás útočit slovně, takže jsme čapli pacientku a vzali si ji do auta i přes jejich pohružky, kdy jich na chodbě stálo patnáct.“ Respondent R3 uvedl: „Tak s verbální agresí se setkáváme celkem často, určitě se s ní nesetkávám každou směnu, ale klasicky na nočních o víkendech a když zasahujeme u sociálně slabších jedinců, tak ti nemají ke sprostému slovu daleko. Přesný případ se můžu odkázat na začátek našeho rozhovoru, kdy jsem zmiňoval včerejší výjezd. Pán v důchodu byl posilněn alkoholem, bolelo ho na hrudníku, ale záchranku volala rodina. Vykřikoval nekonkrétní nadávky, že mu nic není a ať táhneme pryč. Byla tam s námi i policie. Nechtěl se nechat ošetřit, nakonec ho přemluvila rodina a ošetřili jsme ho.“ Respondent R4 uvedl: „Jako přesný případ můžu uvést právě to, kdy jsme nakládali pacienta a zatarasili jsme cestu a řidič okolo nás projel a nadával nám. Nebo třeba členové rodiny, kdy prostě v tom stresu jim přijde, že děláme moc pomalu. Oni nevidí do té problematiky, tak se jim to zdá moc pomalý. Nebo když je nehoda a je víc zraněných a přijede jen jedna posádka, tak se pak lidi rozčilují, ať jdeme k nim a nechtějí uznat to, že tam je člověk, co má větší prioritu.“

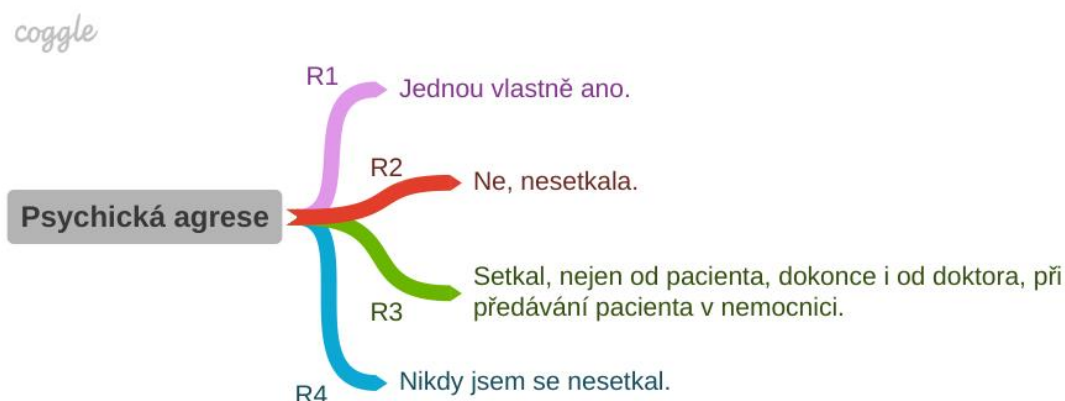
**Otázka č. 9: Setkal/a jste se někdy s fyzickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**



**Obrázek č. 8: Fyzická agrese, Zdroj Vlastní**

Otázka č. 9 zjišťovala, zda se respondenti setkali s fyzickou agresí. Respondentka R1 a R2 se s fyzickou agresí nikdy neseťkaly. Respondent R3 uvedl: „*V minulosti možná tak nějaký strkání, plivání. To plivání bývá u psychiatrických pacientů. Ale nikdy jsem nedostal třeba pěstí nebo jsem nebyl pokopanej nebo tak.*“ Respondent R4 uvedl: „*Ono těch případů fyzické agrese až tolik není. Vím, že se to párkrát stalo kolegům z mé základny, ale mně samotnému pouze jednou. Byli jsme na výjezdu u psychiatrické paní, která byla hodně plačtivá a najednou začala zuřit, tak na mě začala útočit pěstmi a kopanci.*“

**Otázka č. 10: Setkal/a jste se někdy s psychickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

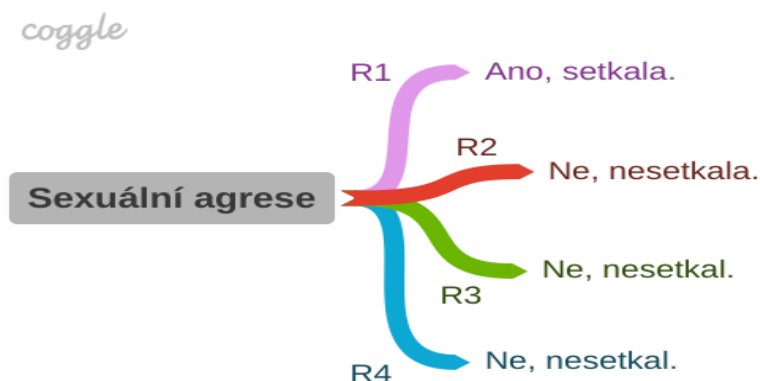


**Obrázek č. 9: Psychická agrese, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 10 zjišťovala, zda se respondenti setkali s psychickou agresí. Respondenti R2 a R4 se nikdy nesečkali s psychickou agresí. Respondent R3 se s psychickou agresí setkal, příklad uvedla pouze respondentka R1: „Byl případ, kdy jsme byli volaní k mladý holce na bolesti na hrudi a dušnost. Po vyšetření jsem zjistila, že bude mít pravděpodobně nějaký infekci dýchacích cest, který se přenáší na tu pleuru a hrudník a z toho má bolesti. Byla stabilní, rozhodla jsem se, že ji ponechám na místě, respektive že ji nepovezu sanitkou. Domluvili jsme se, že ji matčin přítel odveze na vyšetření. Ten přítel vešel do dveří, už našťvaný, ani nepozdravil a vyštěkl na mě, něco ve smyslu, jestli došly záchranky. Chlap na mě vystar-toval a zpochybňoval moje rozhodnutí i přes mé vysvětlování, že děvče není ve stavu, aby musela jet sanitkou. Vůbec na to nereagoval a poslal děvče do auta. Když jsem šla k autu vytisknout papíry, tak už seděl v autě se staženým okýnkem a řval na mě, že si na mě bude stěžovat a co bude dělat, když se něco stane. Nakonec si nestěžoval, ale bylo mi to opravdu nepříjemný a vydeptal mě.“



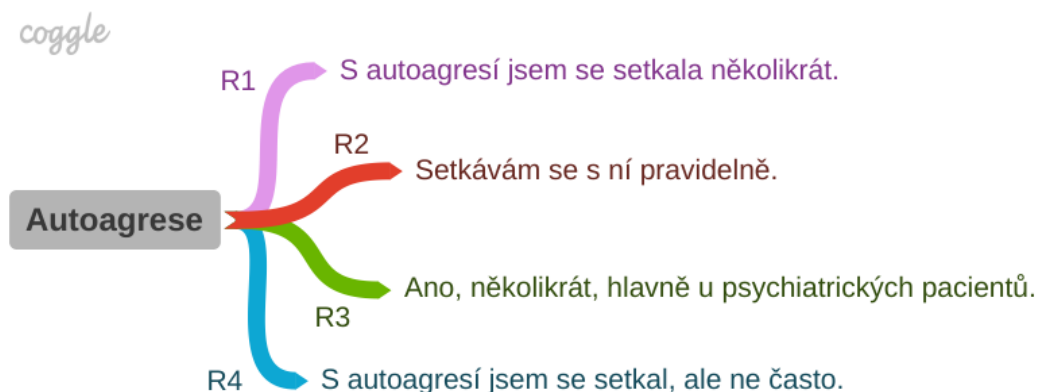
**Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy se sexuální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**



**Obrázek č. 10: Psychická agrese, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 11 zjišťovala, zda se respondenti setkali někdy se sexuální agresí. Tři respondenti se sexuální agresí nikdy neseťkali. Respondentka R2 k tomu uvedla: „*Oni ty uniformy moc sexy nejsou.*“ S tímto druhem agrese se setkala pouze respondentka R1, která uvedla: „*Tak teď budu opravdu upřímná. Jednou kdysi opilej kluk, když ležel v sanitě na nosítkách, stála jsem vedle něj, nebyl úplně agresivní, ale když jsem s ním mluvila a vyšetřovala jsem ho, tak mi pak zajel rukou mezi nohy. Prostě mi hrábnul do rozkroku. Tenkrát jsem byla ještě na stáži a chlapce usměrnila lékařka.*“

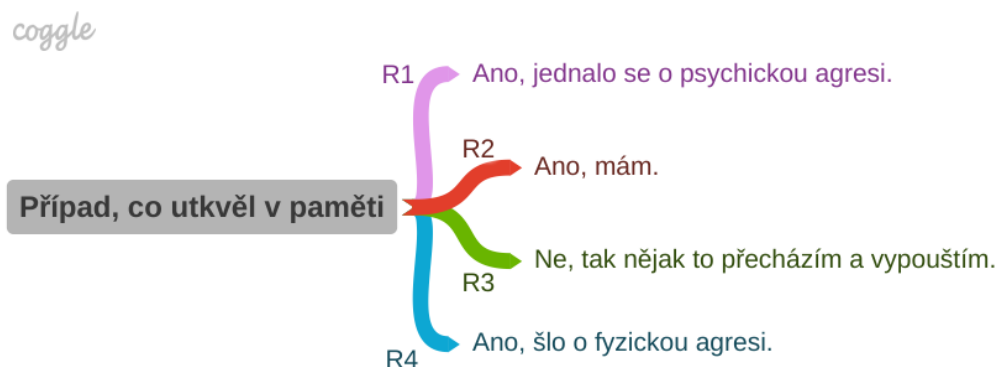
## Otázka č. 12: Setkal/a jste se někdy s autoagresí a můžete uvést nějaký přesný případ?



### Obrázek č. 11: Autoagrese, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 12 zjišťovala, zda se respondenti setkali s autoagresí. Všichni čtyři respondenti uvedli, že se s autoagresí setkali. Respondentka R2 uvedla: „*Jezdíme pravidelně na pár schizofreniků, kteří se sebepoškozují.*“ Respondent R3 uvedl: „*To je hlavně u těch psychiatrických pacientů. Zrovna nedávno jsme jeli na psychiatrického pacienta, volala jeho matka, že rozléval po stěně kafe, rozbíjel talíře a pak si ubližoval i sám, bouchal a kopal nohama do zdi. Matka uvedla, že se toto chování opakuje. Nakonec se uklidnil, dokonce přiznal, že si chce promluvit s psychiatrem, tak jsme ho transportovali na psychiatrii.*“ Respondent R4 uvedl: „*Často se to stává u opilých lidí, kdy si třeba trhají kanyly, že nikam nejedou. Taky se nám jednou stalo na výjezdu, jeli jsme na pacientku, která byla intoxikovaná houbami, paní byla úplně nepřičetná, byla jako zvíře, mlátila hlavou do zdi, musel ji držet manžel.*“

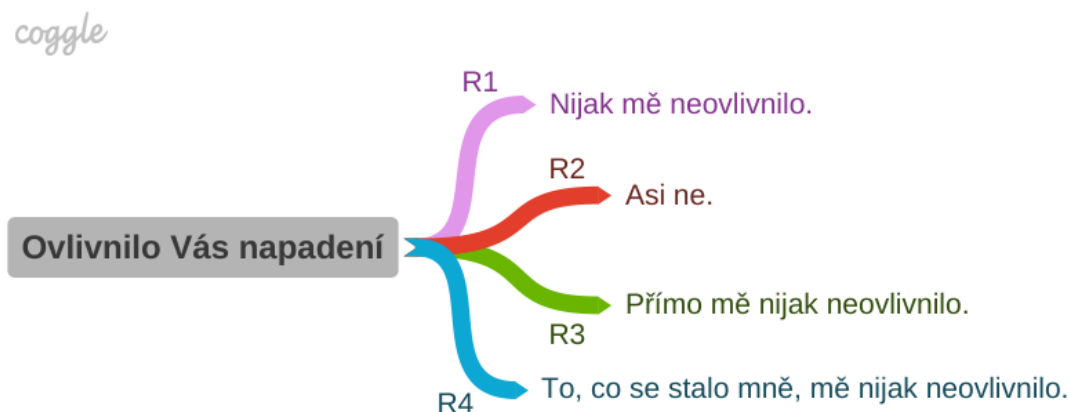
### Otázka č. 13: Je nějaký případ, který Vám utkvěl více v paměti a proč?



#### Obrázek č. 12: Případ, co utkvěl v paměti, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 13 zjišťovala, zda je nějaký případ spojený s agresí, který utkvěl respondentům v paměti. Tři respondenti odpověděli, že ano. Respondentka R1 uvedla: „*To už bych se asi opakovala. Tenkrát mě opravdu dostal ten otčím té holky s bolestmi na hrudi, protože jsem nekonfliktní a diplomatický člověk a tady to nezabralo. Takže to jsem měla v hlavě ještě dlouho. Pak se mě dotýkají ty děti, protože na ně nejezdíme často. Ale jinak mi asi nic jiného úplně víc v paměti neutkvělo.*“ Respondentka R2 uvedla: „*Ted'ka z poslední doby, opilej pacient, který měl úraz hlavy a měl jet do nemocnice na vyšetření. Když jsme vyjeli, tak fakt kousek od toho baráku nás nabourali. Ale pacient už tak tak předtím souhlasil s transportem do nemocnice, byl opilej že jo a nechtěl jet do nemocnice, tak jsme ho dlouho přesvědčovali, že je potřeba na to šití jet, tak tedy nakonec souhlasil. Ale hned kousek od jeho domu nás nabourali a samozřejmě se musí volat policie, zjistit, co se stalo, ten řidič z toho auta utekl a vše trvalo. No jenomže pacient, kterého jsme tak tak přesvědčili najednou otočil, že nikam nejede. Ta situace pro něj byla natolik nepříjemná, že se rozhodl, že nám z té sanitky uteče. No jenže byl natolik opilej, nemohl chodit a jen z té sanitky vypadl. No ale co ted' s ním, že jo. Nechat ho odejít nemůžete, takže jsme mu nanovo začali vysvětlovat, že s námi musí jet. Ale museli jsme čekat ještě na další posádku a všechno bylo hrozně dlouhý. Byl to fakt zážitek, tam s ním čekat, ještě když on tam být nechtěl a jak byl opilej, tak si proti mně stoupl a oznámil mi, že prost jde. Ale když se proti vám postaví skoro dvoumetrověj chlap a chce odejít, tak toho moc nezmůžete. Bylo to pro mě neskutečně dlouhý a těžký ho tam udržet. Ještě mi nadával a vyhrožoval, lokty mě odstrkoval. Nakonec na šití odjel a vše dopadlo dobře, ale bylo to fakt dlouhý. Bylo to ted' nedávno a pořád to ve mně tak nějak zůstalo.*“ Respondent R3 uvedl, že žádný takový případ nemá.

**Otázka č. 14: Ovlivnilo Vás nějak napadení pacientem? Nebo napadení kolegy či kolegyně?**



**Obrázek č. 13: Vliv napadení, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 14 zjišťovala, zda napadení pacientem, případně napadení kolegy či kolegyně, nějakým způsobem ovlivnilo respondenty. Všichni čtyři respondenti uvedli, že ne. Respondentka R1 dodala: „Slyšela jsem o napadení kolegyně, kterou napadla slečna pod vlivem návykových látek, když se nad ní skláněla na lůžku, tak ji hodně pokopala. Kolegyně byla pak nějakou dobu v pracovní neschopnosti. Tak to mě zaskočilo a bylo mi to líto. Zamýšlela jsem se nad tím, jestli to na ní nezanechá nějaké následky ve smyslu toho, že by se pak bála dělat svoji práci. Napadení kolegů se mě dotkne, ale že by mě to ovlivnilo ve smyslu, že bych se bála dělat tu práci nebo to změnilo můj pohled na věc, tak to ne.“ Respondentka R2 uvedla: „Asi ne. Ale ovlivnily mě děti, než jsem měla děti, ničeho jsem se nebála a šla do všeho po hlavě. Ale teď už jsem víc opatrná, myslím na svoje děti a prostě nejdu do rizika, ale pro nic za nic bych nešla proti agresivnímu pacientovi. Teď bych i zvážila, že bych ho zamkla v sanitce a utekla. Dřív bych to neudělala, protože myslím na ty přístroje. Teď je pro mě děsivá představa, že se mi něco stane, třeba zlomená ruka nebo noha, právě kvůli dětem. Jsem na sebe opatrnější.“

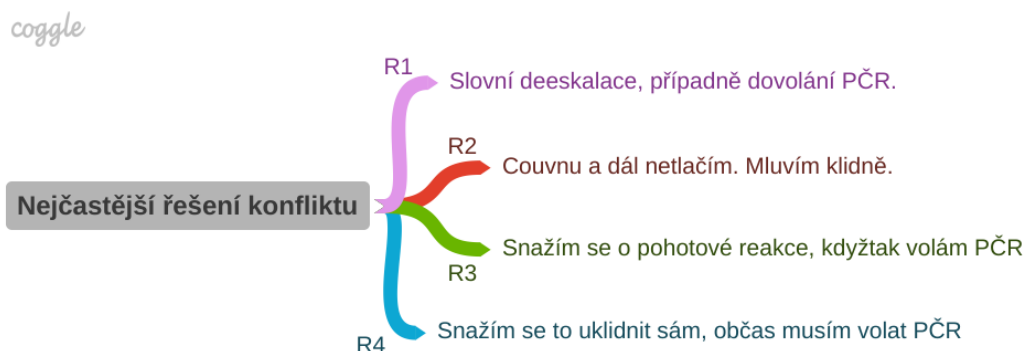
## Otázka č. 15: Jak se snažíte předejít konfliktu?



**Obrázek č. 14: Předcházení konfliktu, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 15 zjišťovala, jak se respondenti snaží předcházet konfliktu. Respondentka R1 uvedla: „Vždy z bezpečné vzdálenosti se snažím zjišťovat, co se děje a snažím se projevit zájem, ale zároveň si mapuju terén a koukám, kdo mi to přišel naproti, aby to nebyl někdo, kdo po mně hodlá skočit a pobodat mě. A většinou se snažím situaci uklidnit slovy. Samozřejmě se taky stane, že nemám den, člověk řeší něco soukromého, ale i když se snažíš být profesionální, tak ne vždy to jde. Snažím se, když vidím že jsou ti lidé jednodušší, nedat to najevo a působit profesionálně se zájmem. Také mluvím v jednoduchých krátkých větách a snažím se dobře artikulovat a udržet oční kontakt. Snažím se působit vlídně a empaticky, parafrázuji pacienty, aby bylo vidět, že je poslouchám a že si rozumíme.“ Respondentka R2 uvedla: „Mluvím na agresivní pacienty jak na děti. Zjistila jsem, že to fakt funguje a na koho ne, tak je většinou rozhodlej, že na něj nebude fungovat nic. Hlas zvyšují spíš většinou chlapi. Já se tam nebudu s nikým překřikovat. Snažím se klidným slovem, pochopit je. Funguje vše odkývat, vysvětlit a oni jsou pak nakonec v pohodě, když to nezabere, tak zaberou řidiči.“ Respondent R3 uvedl: „Trošku předvídám, vycházím z předchozích zkušeností, ale každý pacient je individuální. Snažím se postupovat racionálně a hlavě klidně, být na stejné úrovni jako ten pacient, takže si k němu sednu třeba a snažím se komunikovat na úrovni, vše klidně vysvětlit a většinou to zabere.“ Respondent R4 uvedl: „Snažím se vcítit do té situace, i když se zdá, že to lidi přehání. Empatie je důležitá. Taky se hodně snažím komunikovat, uklidnit ty pacienty a rodinu, protože se taky bojí, neví, co se děje. Pomalá a klidná komunikace je důležitá právě u takhle neklidných pacientů.“

## Otázka č. 16: Jak nejčastěji řešíte konflikt?



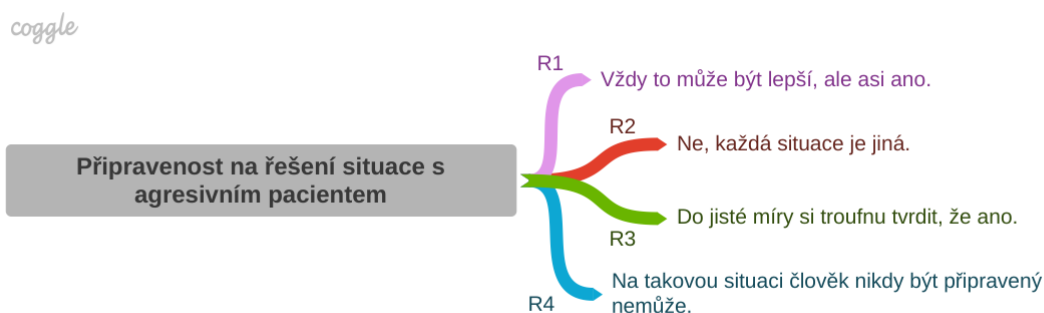
Obrázek č. 15: nejčastější řešení konfliktu, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 16 zjišťovala, jak nejčastěji řeší respondenti konflikt. Tři z nich se shodli, že dovolají na místo PČR. Respondentka R1 uvedla: „*Tohle je určitě nesporná výhoda, že si o tomhle můžu rozhodovat sama, Vzhledem k pacientům si úplně nemyslím, že to, že jsem lékařka by mělo mít nějaký vliv, protože spousta pacientů považuje i zdravotnické záchranáře za doktory. Navíc si myslím, že třeba agresivním pacientům pod vlivem návykových látek je úplně jedno, kdo s nimi mluví.*“ Respondentka R2 uvedla: „*Vyloženě se jím snažím předcházet. Když už vidím, že je to opravdu vyhrčené, tak couvnu a přestanu na ně tlačít. Zatím se mi prostě vyplatilo mluvit s nimi klidným hlasem. Policii moc nedovolávám, protože jezdím na periferii, musí to už být opravdu něco závažného.*“ Respondent R4 uvedl: „*Snažíme se to uklidnit sami a většinou se to daří. Někdy pomůže i to, že řeknete, že zavoláte policii, ale samozřejmě to může ty lidi vydráždit.*“

### Myslíte si, že doktoři mají v řešení takovéto situace větší výhodu?

Toto byla doplňková otázka. V této otázce se všichni respondenti shodli. Respondentka R1 uvedla: „*Tohle je určitě nesporná výhoda, že si o tomhle můžu rozhodovat sama, Vzhledem k pacientům si úplně nemyslím, že to, že jsem lékařka by mělo mít nějaký vliv, protože spousta pacientů považuje i záchranáře za doktory. Navíc si myslím, že třeba agresivním pacientům pod vlivem návykových látek je úplně jedno, kdo s nimi mluví.*“ Respondentka R2 uvedla: „*Myslím si že jo, ale zase si myslím, že si třeba nějakou medikaci ti doktoři hodně promyslí a že se k tomu uchylují, když už fakt není zbytí.*“ Respondent R3 uvedl: „*Určitě. Myslím, že na pacienty platí už jen to, že řekne, že je lékař. Někteří pacienti se pak cítí víc v bezpečí, ale ne vždycky to tak samozřejmě funguje. Plus samozřejmě si může naordinovat léky, ale to si nemyslím, že je až tak časté.*“ Respondent R4 uvedl: „*Myslím si, že ano. Doktoři mají větší autoritu u lidí.*“

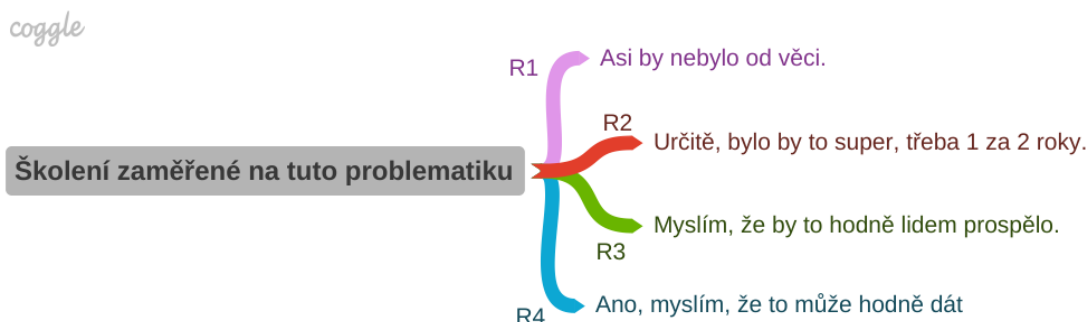
## Otázka č. 17: Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a řešit takovou situaci? Co Vám v tom pomohlo?



### Obrázek č. 16: Připravenost na řešení situace s agresivním pacientem, Zdroj: Vlastní

Otázka č. 17 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že jsou dostatečně připraveni řešit situaci s agresivním pacientem. Dva respondenti se shodli, že spíše ano a dva respondenti uvedli, že na takovou situaci se nelze připravit. Respondentka R1 uvedla: „*Myslím si, že člověk může být vždycky líp připravený. Ale po těch letech praxe si myslím, že si umím v lecčems poradit a člověk už asi ví co dělat a koho si dovolat a tak podobně. Takže si troufám říct, že mám v tomto pevnou půdu pod nohama. Na druhou stranu, to, že bych si byla jistá na sto procent, tak to neřeknu nikdy, ani po dvaceti letech, protože vždy jsou ty situace jedinečné.*“ Respondentka R2 uvedla: „*Ne, a hlavně si myslím, že vás na to nikdo nepřipraví. Můžete mít kurzy psychosociální intervence a asertivity nebo sebeobrany, ale na tu situaci, která přijde vás nic nepřipraví, protože je každá úplně jiná. Navíc, málokdy víte, že jedete na agresivního pacienta, to jsou situace, které najednou vygradují.*“ Respondent R3 uvedl: „*Do jisté míry si troufnu tvrdit, že ano. Ale zase, každý pacient je jinej a vždy ta situace může jít jiným směrem. Pomohly mi určité zkušenosti z přechozích výjezdů, do jisté míry empatie a trpělivost. Rozhodně nebyt až moc důrazný.*“ Respondent R4 uvedl: „*Na takovou situaci člověk být připravený nemůže, nikdy neví, co se stane. Může pomoc být v nějaký lepší fyzický kondici. Taky je důležitý zůstat v klidu a nenechat se vyprovokovat.*“

**Otázka č. 18: Myslíte si, že by bylo na místě více školení, které by se věnovalo této problematice? Jak by měla být zaměřená?**



**Obrázek č. 17: Školení zaměřené na tuto problematiku, Zdroj: Vlastní**

Otázka č. 18 zjišťovala, zda by měli respondenti zájem o školení na tuto problematiku. Respondentka R1 uvedla: „Přiznám se, že ze stran mého zájmu asi úplně ne. Ale konstruktivně si uvědomuju, že do osobního, ale hlavně pracovního života by se to hodilo. Stejně jak cvičíme různé situace a nacvičujeme resuscitace, si myslím, že by se měl člověk cvičit i v komunikaci. Mohl by prospět nějaký komunikační kurz, jak zvládnout agresivního pacienta či nějaký kurz na psychologický přístup. Asi by nebyla od věci, ačkoliv ta už jednou na záchrance proběhla, nějaká sebeobrana třeba s policií. To si myslím, že by bylo taky dobrý vědět, jak odvrátit nějaké fyzické napadení, třeba když někdo vystartuje s nožem.“ Respondentka R2 uvedla: „Školení by bylo určitě super, třeba jednou za dva roky, ale s tím, že by to nemusela být úplně sebeobrana nebo asertivita, ale spíš právní důsledky. Případně nějaké právní aspekty, které by se týkaly omezení svobody pacienta, které my můžeme a nemůžeme použít, než dojede policie třeba. Sebeobrana je jako fajn, ale myslím, že jsou mnohem důležitější ty právní aspekty toho, co si můžeme a nemůžeme dovolit a co nás čeká, když... Nebo třeba nějaké kazuistiky, zkušenosti kolegů, co se stalo a rozebrat si to.“ Respondent R3 uvedl: „Dobrá otázka. Myslím, že by to hodně lidem prospělo, otázka je, jestli si to ti lidé dokážou uvědomit, že v tom mají mezery. Já si myslím, že v tomhle úplně mezery nemám, navíc mě ta psychologie baví. Kdyby se něco sjednalo, tak věřím, že se tam lidi přihlásí, ale třeba lektorské dny bych na to nedělal.“ Respondent R4 uvedl: „Je super, když vám třeba na seminářích přednášejí lidé nebo lékaři, co se s touto problematikou setkávají nebo policie vám může dát informace k tomu, co si můžete a nemůžete dovolit. Myslím, že vám ty semináře dost dají a můžou vám pomoci v přípravě. Nebo nějaká sebeobrana by nemusela být špatná, ale i třeba právě právní pohled na věc, abychom věděli, co si můžeme dovolit.“



## 10 DISKUZE

Cílem této bakalářská práce „Zdravotnický záchranář jako oběť agresivního pacienta“ bylo zmapovat problematiku agresivního pacienta v PNP v Plzeňském kraji. Výzkumné šetření probíhalo metodou dotazníkového šetření a polostrukturovaného rozhovoru, jedná se o výzkumný design na bázi smíšeného výzkumu (kvantitativní + kvalitativní přístup). Pro výzkum byla oslovena ZZS Plzeňského kraje. Dotazník obsahoval 13 otázek, přičemž bylo 10 uzavřených a 3 byly otevřené. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 20 otázek (18 hlavních a 2 doplňkové). První otázka byla úvodní a zbývajících 17 se zabývalo agresivními pacienty, zkušenostmi respondentů s jednotlivými druhy agrese a předcházením a řešením agrese. Získaná data byla následně analyzována a poté zaznamenána pomocí textového procesoru Microsoft Word a aplikace Coggle do grafů a myšlenkových map. Bylo stanoveno 6 cílů (1 hlavní, 5 dílčích) a 5 výzkumných předpokladů, které souvisí se stanovenými cíli.

Začátek dotazníku a v první otázka polostrukturovaných rozhovorů měl za úkol zjistit základní informace o respondentech. Druhá otázka v dotazníku byla stejná jako první otázka u polostrukturovaného rozhovoru a zjišťovala na jaké pozici respondenti pracují. Z 68 dotázaných během dotazníkového šetření označilo 43 (63,2 %) respondentů, že pracují jako zdravotničtí záchranáři, 13 (19,1 %) respondentů pracují jako řidiči a 12 (17,6 %) respondentů pracují jako lékaři. V Polostrukturovaný rozhovor byl veden se 4 respondenty, kdy každý pracuje na jiné pozici (lékařka, zdravotnická záchranářka, zdravotnický záchranář/řidič RV, řidič záchranář).

Třetí dotazníková otázka zjišťovala délku praxe u zdravotnické záchranné služby respondentů. Nejvíce respondentů, přesně 22 (32,4 %), odpovědělo, že jejich délka praxe je 15+ let. Naopak nejméně bylo respondentů, tedy 6 (8,8 %), kteří odpověděli, že pracují u ZZS 11-15 let.

Prvním dílčím cílem (C1) bylo zjistit, s jakým druhem agrese se nejčastěji setkávají záchranáři v PNP v Plzeňském kraji. Tento cíl se podařilo zjistit pomocí otázky č. 7 (dotazník) a otázky č. 3 (polostrukturovaný rozhovor). V dotazníku v otázce č. 7 měli respondenti za úkol seřadit druhy agrese podle toho, jak často se s nimi setkávají. Na výběr měli respondenti celkem ze 7 druhů agrese. Z odpovědí respondentů vyšlo, že se nejčastěji setkávají s verbální agresí. Tento výsledek potvrdili také všichni 4 respondenti, se kterými byl veden polostrukturovaný rozhovor. To, že nejčastějším druhem agrese je agrese verbální mohl také

napovědět výsledek dotazníkové otázky č. 6, kdy respondenti odpovídali, s jakými druhy agrese se setkávají a nejvíce respondentů (62) odpovědělo, že s verbální agresí. Tento výsledek je shodný s výsledkem výzkumu Peňákové (2011), která též řešila otázku nejčastějšího druhu agrese, ovšem u pacientů ve zdravotnickém zařízení. Bílková (2019) došla svým výzkumem ve své diplomové práci na téma „Agresivní chování pacienta na JIP a ARO z pohledu sestry“ také k výsledku, že nejčastějším druhem agrese je agrese verbální. Panoušek (2017) svým výzkumem ve své práci „Úroveň znalostí a použití sebeobrany zdravotnického záchranáře při napadení“ došel vlastním výzkumem k tomu, že nejčastějším druhem agrese, se kterým se zdravotničtí záchranáři setkávají je agrese verbální. Morávek (2016) ve své práci „Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královohradeckém kraji“ také zjišťoval nejčastější druh agrese pacientů. Výsledek jeho šetření je shodný s výsledkem šetření této práce. Výsledek tohoto dílčího cíle potvrzuje výzkumný předpoklad VP1: „*Předpokládáme, že nejčastěji se setkávají zdravotničtí záchranáři s verbální agresí.*“

Druhým dílčím cílem (C2) bylo zjistit nejčastější příčinu agrese pacientů v PNP v Plzeňském kraji. Ke splnění tohoto cíle byly určeny otázky č. 11 (dotazníkové šetření) a č. 5 (polostrukturovaný rozhovor). V otázce č. 11 měli respondenti na výběr ze 4 možností a možnost otevřené odpovědi. Nejvíce respondentů, přesně 42, zvolilo odpověď „Po intoxikaci alkoholem“, druhá nejčastější odpověď byla „Po intoxikaci jinou návykovou látkou“, kterou zvolilo 16 respondentů. Respondenti, kteří se účastnili polostrukturovaného rozhovoru se také shodli, že nejčastěji jsou agresivní pacienti pod vlivem alkoholu, případně pod vlivem jiných návykových látek. Ke stejnému výsledku došla také autorka Bílková (2019), která se ptala na nejčastěji vyvolanou příčinu agrese pacientů na oddělení respondentů. Autor Holáci (2012) ve své práci „Záchranář versus agresivní pacient“ také zjišťoval příčinu agrese pacientů. Také dospěl k výsledku, že nejčastější příčinou agrese pacientů je intoxikace alkoholem. Panoušek (2017) svým výzkumem ve své práci zjistil, že nejčastější příčinou agrese pacientů je abúzus alkoholu. Rees a kol. (2021) ve svém výzkumu zjistili, že tři hlavní důvody agrese pacientů jsou intoxikace, drogy a alterovaný duševní stav, například vlivem diabetu či epileptického záchvatu. Výzkumný předpoklad VP2 „*Předpokládáme, že nejčastější příčinou agrese pacientů je intoxikace alkoholem.*“ je po analýze odpovědí potvrzen výsledkem druhého dílčího cíle.

Třetím dílčím cílem (C3) této práce bylo zjistit, zda napadení pacientem záchranáře v Plzeňském kraji jakkoliv ovlivnilo. Pro splnění tohoto cíle sloužily otázky č. 10 (dotazník)

a č. 14 (polostrukurovaný rozhovor). V otázce č. 10 měli respondenti na výběr ze 4 možností. Nejvíce respondentů, přesně polovina, tedy 34 (50 %), odpovědělo, že spíše ne. Druhá nejčastější odpověď byla „Ne“ a tu zvolilo 22 (32,4 %). Odpověď „Ano“ zvolilo 6 (8,8 %) respondentů. Stejný počet, tedy 6 (8,8 %) respondentů odpovědělo „Spíše ano“. Respondenti, kteří se účastnili polostrukurovaného rozhovoru se všichni 4 shodli, že je napadení nijak neovlivnilo. Stejnou otázku položil autor Holéci (2012), kdy téměř 70 % dotazovaných odpovědělo, že je napadení pacientem nijak neovlivnilo. Pekara (2015) uvádí, že zdravotník může mít po napadení pacientem pocity vyčerpání, jak fyzického, tak psychického. Nespavost, deprese nebo pocit osamělosti mohou být dlouhodobými následky. Negativní důsledky napadení se mohou odrážet i na kvalitě poskytování zdravotnických služeb, případně může napadení způsobit odchod ze zaměstnání. Výzkumný předpoklad VP3 „*Předpokládáme, že napadení pacientem záchranáře negativně ovlivnilo.*“ v případě tohoto šetření nelze potvrdit.

Čtvrtým dílčím cílem (C4) bylo zjistit, jak nejčastěji řeší záchranáři v Plzeňském kraji konflikt. Na tento cíl se podařilo zjistit odpověď pomocí otázek č. 12 (dotazník) a č. 16 (polostrukurovaný rozhovor). V dotazníkovém šetření měli respondenti na výběr 2 možnosti a možnost otevřené odpovědi. Přes 90 %, přesně 63 respondentů, odpovědělo, že dovolávají na místo zásahu PČR. Respondenti, kteří se účastnili polostrukurovaného rozhovoru, téměř shodně odpověděli, že se konflikt snaží řešit slovní deeskalací a situaci uklidnit sami, případně také dovolávají na místo PČR. K této otázce byla v polostrukurovaném rozhovoru položena otázka doplňková, která zjišťovala, zda si respondenti myslí, že mají lékaři výhodu v řešení konfliktu. Všichni 4 respondenti se shodli na tom, že ano. Janů (2021) ve své práci na téma „Sebeobrana pro zdravotnický personál“ řeší obdobnou otázku. Všichni respondenti ze ZZS odpověděli, že využívají pomoci PČR. Panoušek (2017) ve své práci položil podobnou otázku. Výsledek jeho výzkumu je shodný s výsledkem výzkumu této práce, tedy, že zdravotničtí záchranáři přivolají na místo zásahu PČR. Výzkumný předpoklad VP4 „*Předpokládáme, že záchranáři řeší konflikt dovoláním PČR na místo*“, který se váže k tomuto cíli, lze na základě výsledku dílčího cíle C4 potvrdit.

Pátým dílčím cílem (C5) bylo zjistit, zda mají záchranáři v Plzeňském kraji zájem se v této problematice dále vzdělávat. Tento cíl doplňovaly 2 otázky, otázka č. 13 (dotazník) a otázka č. 17 (polostrukurovaný rozhovor), jejichž cílem bylo zjistit, zda se respondenti cítí být připraveni řešit situaci s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím. V dotazníku měli respondenti na výběr 4 možnosti. Odpověď „Spíše ano“ zvolilo 46 (67,6

%) respondentů. Odpověď „Spíše ne“ zvolilo 10 (14,7 %) respondentů. To, že nejsou připraveni uvedli 2 (2,9 %) respondenti. Respondenti, kteří se účastnili polostrukturovaného rozhovoru měli odlišné názory. 2 respondenti odpověděli, že se na takovou situaci nelze připravit a 6 respondentů odpověděli, že na takovou situaci spíše jsou připraveni. Tento cíl se podařilo splnit pomocí otázky č. 18 v polostrukturovaném rozhovoru. Všichni respondenti, kteří se účastnili polostrukturovaného rozhovoru projevíli o možné školení zájem. I přes to, že se majorita respondentů cítí být spíše připravená na setkání s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím, o další vzdělání byl projeven zájem. Autor Janů (2017) ve své práci položil podobnou otázku. Respondenti měli zájem o kurzy sebeobranu nebo nácvik komunikace s agresivním pacientem. Výsledek jeho výzkumu je shodný s výsledkem této práce. Hrádek (2022) položil svým respondentům obdobnou otázku. Jeho respondenti sami iniciovali školení v této problematice. Peňáková (2011) svým výzkumem došla ke stejnému závěru jako tato práce. Výsledek tohoto dílčího cíle potvrzuje výzkumný předpoklad VP5 „*Předpokládáme, že záchranáři budou mít zájem dále se vzdělávat v problematice agresivního pacienta*“.

V praktické části této bakalářské práce byla přiblížena problematika agresivního pacienta v Plzeňském kraji. Pomocí dotazníku a polostrukturovaných rozhovorů bylo dosaženo hlavního cíle a všech dílčích výzkumných cílů a potvrzení 4 výzkumných předpokladů a vyvrácení 1 výzkumného předpokladu.

## 11 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou agresivního pacienta v PNP. Hlavním cílem této práce bylo zmapování problematiky agresivního pacienta v PNP v Plzeňském kraji. Dále bylo stanoveno 5 dílčích cílů a 5 výzkumných předpokladů.

Teoretická část práce se nejdříve zabývala vysvětlením základních pojmů, které byly často užívány v celé práci. Následující kapitoly byly již zaměřené na samotnou problematiku bakalářské práce. Byly představeny druhy a příčiny agrese pacientů v PNP, řešení agrese v PNP a důsledky agrese pacientů.

Pro realizaci praktické části této práce byl zvolen kvantitativní i kvalitativní výzkum. Kvantitativní výzkum byl uskutečněn pomocí elektronického anonymního dotazníku a kvalitativní výzkum byl uskutečněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Na základě získaných dat z obou šetření byl splněn hlavní cíl a všech 5 dílčích cílů. Potvrzeny byly 4 výzkumné předpoklady a 1 výzkumný předpoklad byl vyvrácen.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad pro přípravu studentům i zdravotnickým záchranářům na situace s agresivním pacientem. Případně může práce též sloužit jako podklad pro školení zdravotnických záchranářů v této problematice.

## 12 SEZNAM LITERATURY

1. Akrou R, Courret-Gilgen C, Perrenoud B. Prevention and management of behavioural and psychological symptoms in patients with dementia in acute care: a best practice implementation project. *JBIC Evid Implement*. 2022 Dec 1;20(4):289-300. doi: 10.1097/XEB.0000000000000329. PMID: 36375022; PMCID: PMC9794137.
2. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
3. BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ. *Komunikace s nemocným: sdělování nepřiznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
4. BÍLKOVÁ, Veronika. *AGRESIVNÍ CHOVÁNÍ PACIENTA NA JIP A ARO Z POHLEDU SESTRY* [online]. Brno, 2019 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/dgzvv/Diplomova\\_prace\\_-\\_Bilkova\\_Veronika.pdf?fbclid=IwAR0HEW4Lfq3ujpk90-1RdKYBJ9xk0sNI3esOgsLKID-wGVBIEJ61Q3bx72oM](https://is.muni.cz/th/dgzvv/Diplomova_prace_-_Bilkova_Veronika.pdf?fbclid=IwAR0HEW4Lfq3ujpk90-1RdKYBJ9xk0sNI3esOgsLKID-wGVBIEJ61Q3bx72oM). Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Mgr. Marie Marková, PhD.
5. Bronsard G, Bartolomei F. Rhythms, rhythmicity and aggression. *J Physiol Paris*. 2013 Sep;107(4):327-34. doi: 10.1016/j.jphysparis.2013.03.002. Epub 2013 Mar 29. PMID: 23542545.
6. ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998. ISBN 80-902614-1-8.
7. ČESKO. zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě – znění od 1. 1. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 8. 3. 2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>
8. ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009. [cit. 2023-03-11] Dostupný také z: 40/2009 Sb. Trestní zákoník (zakonyprolidi.cz)
9. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011. [cit. 2023-03-11] Dostupný také z: 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách (zakonyprolidi.cz)
10. Český statistický úřad. *Počet obyvatel v regionech soudržnosti, krajích a okresech České republiky k 1. 1. 2022* [online]. 2022 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/165603907/1300722201.pdf/ede48847-506c-4628-8010-a5d0c445f187?version=1.1>

11. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.
12. FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-232-4.
13. HANUŠKOVÁ, Mudr. Vlasta. Terapie akutního neklidu a agrese. *Psychiatr pro praxi* [online]. 1.11.2008, 168-169 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>
14. HARSA, P., et al., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 13(1) [cit. 2017-11-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>
15. HOLÉCI, Martin. *Záchranář versus agresivní pacient* [online]. Pardubice, 2012 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/45952/HoleciM\\_ZachranarVersus\\_LM\\_2012.pdf.pdf?isAllowed=y&sequence=3](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/45952/HoleciM_ZachranarVersus_LM_2012.pdf.pdf?isAllowed=y&sequence=3). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Lucie Mlatečková.
16. HRÁDEK, Milan. *AGRESIVNÍ PACIENT V PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČI* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://is.vszdrav.cz/th/dzlr/HRADEK\\_MILAN\\_3CZZ.pdf](https://is.vszdrav.cz/th/dzlr/HRADEK_MILAN_3CZZ.pdf). Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Vedoucí práce Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.
17. JANŮ, Dominik. *Sebeobrana pro zdravotnický personál* [online]. České Budějovice, 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/byf36t/Bakalarska\\_prace\\_Janu\\_Dominik.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Ddovol%C3%A1n%C3%AD%20P%C4%8CR%20V%20PNP%26start%3D1](https://theses.cz/id/byf36t/Bakalarska_prace_Janu_Dominik.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Ddovol%C3%A1n%C3%AD%20P%C4%8CR%20V%20PNP%26start%3D1). Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Majer.
18. JAVOŘÍKOVÁ, Lucie. Řidič v Kroměříži srazil dvě chodkyně. Ve chvíli, kdy hasiči a záchranáři bojovali o jejich životy, kolemjdoucí si vše natáčeli na mobilní telefony. *TÝDENÍK POLICIE* [online]. 1.1.2022 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://tydenikpolicie.cz/ridic-v-kromerizi-srazil-dve-chodkyne-ve-chvili-kdy-hasici-a-zachranari-bojovali-o-jejich-zivoty-kolemjdouci-si-vse-nataceli-na-mobilni-telefony/>
19. JELÍNEK, Jiří. *Trestní právo hmotné: obecná část, zvláštní část*. 8. aktualizované vydání. Praha: Leges, 2022. Student (Leges). ISBN 978-80-7502-576-0.
20. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

21. KAVKA, Martin. Zatímco záchranáři bojovali u nehody v Praze o život dvou mužů, kolemjedoucí řidiči si nehodu natáčeli na mobily. *TÝDENÍK POLICIE* [online]. 20.5. 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://tydenikpolicie.cz/zatimco-zachranari-bojovali-u-nehody-v-praze-o-zivot-dvou-muzu-kolemjedouci-ridici-si-nehodu-nataceli-na-mobily/>
22. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
23. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011-. ISBN 978-80-247-3877-2.
24. KOŘÍNEK, Ondřej. *Záchranáře napadl narkoman, svědci si místo pomoci všechno natáčeli na mobily* [online]. 25. 10. 2013 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: [https://www.novinky.cz/clanek/krimi-zachranare-napadl-narkoman-svedci-si-misto-pomoci-vsechno-nataceli-na-mobily-207607?fbclid=IwAR0Dfs2MeT-mmYCGwszwh3hTxSBIJ6JEAdSDPSwxdBGDJ9pWpKkuf\\_RZmHOo](https://www.novinky.cz/clanek/krimi-zachranare-napadl-narkoman-svedci-si-misto-pomoci-vsechno-nataceli-na-mobily-207607?fbclid=IwAR0Dfs2MeT-mmYCGwszwh3hTxSBIJ6JEAdSDPSwxdBGDJ9pWpKkuf_RZmHOo)
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Konflikty mezi lidmi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-407-6.
26. KŘÍŽOVÁ, Eliška. Řidiči zdržují záchranáře na cestách. Netvoří uličku, vybrzdíují sanitky. *IDnes.cz* [online]. 3. 11. 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zachranna-ulicka-pacient-nemocnice-zachranari-hasici.A210929\\_124111\\_domaci\\_elk](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/zachranna-ulicka-pacient-nemocnice-zachranari-hasici.A210929_124111_domaci_elk)
27. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
28. MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
29. MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže. 2.*, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5309-6.
30. MORÁVEK, Tomáš. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji* [online]. Brno, 2016 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/c4i2r/Bakalarska\\_prace\\_Moravek.pdf](https://is.muni.cz/th/c4i2r/Bakalarska_prace_Moravek.pdf). Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.
31. NOVINKY.CZ. Bezohlední řidiči na D7 jeden za druhým zneužili záchranářskou uličku. *Novinky.cz* [online]. 20.5. 2021 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z:



<https://www.novinky.cz/clanek/krimi-bezohledni-ridici-na-d7-jeden-za-druhym-zneuzili-zachranarskou-ulicku-40309220>

32. Oquendo, M. A., Waternaux, C., Brodsky, B., Parsons, B., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal Of Affective Disorders*, 59(2), 107–117.
33. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
34. PANOUSEK, Martin. *Úroveň znalostí a použití sebeobrany zdravotnického záchranáře při napadení* [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/o05m9t/21474147>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Majer.
35. PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. [online] Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-46-4. [cit. 26. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2365-komunikace-jakosebeobrana-zdravotnika.pdf>
36. PEŇÁKOVÁ, Simona. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka* [online]. Brno, 2011 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/sjf86/Bakalarska\\_prace\\_-\\_Simona\\_Penakova.pdf](https://is.muni.cz/th/sjf86/Bakalarska_prace_-_Simona_Penakova.pdf). Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Prof. MUDr. Alexandra Tourková CSc.
37. PLEVOVÁ, Ilona a Renáta ZOUBKOVÁ. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.
38. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO, 2006, s. 86. ISBN 978- 80-7013-440-2.
39. POKORNÝ, Jiří. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004, 6, 4, [cit. 2011-03-17]. Dostupný z WWW: ISSN 1803-5256.
40. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
41. REES, Nigel, Patrick REES, Lois HOUGH, Dylan PARRY, Nicola WHITE a Brady BOWES, 2021. A multi-agency approach to reducing harms from violence and aggression directed towards ambulance services staff in Wales (UK). *Journal of*

- Aggression, Conflict and Peace Research [online]. 14(2), 151 [cit. 2022-05-05]. ISSN 1759-6599. Dostupné z: doi:10.1108/JACPR-07-2021-0620
42. Sprunger JG, Hales A, Maloney M, Williams K, Eckhardt CI. Alcohol, Affect, and Aggression: An Investigation of Alcohol's Effects Following Ostracism. *Psychol Violence*. 2020 Nov;10(6):585-593. doi: 10.1037/vio0000341. Epub 2020 Jul 20. PMID: 34557324; PMCID: PMC8454894
43. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):490–499. doi:10.1001/archpsyc.63.5.490
44. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
45. *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. Vydání: dvanácté. Praha: Armex Publishing, 2022. ISBN 978-80-87451-89-2.
46. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágenerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
47. Van Praag HM. Anxiety/aggression--driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2001 May;25(4):893-924. doi: 10.1016/s0278-5846(01)00151-8. PMID: 11383984.
48. VIZINOVÁ, Daniela a Marek PREISS. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-x.
49. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3697-6.
50. VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.
51. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 71 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
52. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

53. ZVÍROTSKÝ, Michal. *Sebevýchova: teorie a praxe pedagogického ovlivňování sebe sama*. Praha: Grada, 2020. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2425-1.

## **13 SEZNAM PŘÍLOH**

14.1	Příloha 1 - Dotazník.....	85
14.2	Příloha 2 – Rozhovor s lékařkou ZZS .....	88
14.3	Příloha 3 – Rozhovor se zdravotnickou záchranářkou .....	94
14.4	Příloha 4 – Rozhovor se zdravotnickým záchranářem/řidičem RV .....	100
14.5	Příloha 5 – Rozhovor s řidičem ZZS .....	104

# 14 PŘÍLOHY

## 14.1 Příloha 1 - Dotazník

Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž
- Jiné

Na jaké pozici pracujete?

- Zdravotnický záchranář
- Řidič
- Lékař

Jaká je délka Vaší praxe u ZZS?

- 0-3
- 4-7
- 7-10
- 10-15
- 15+

Na jaké základně v Plzeňském kraji se pohybujete nejvíce?

- Bory
- Lochotín
- Doubravka
- Koterov
- Kralovice
- Manětín
- Rokycany
- Radnice
- Vlčice
- Nepomuk
- Stod
- Přeštice
- Tachov
- Bor u Tachova
- Planá
- Stříbro
- Konstantinovy lázně
- Domažlice
- Bělá
- Klatovy

- Nýřany
- Železná Ruda
- Sušice
- Horažďovice
- Modrava

Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem, rodinným příslušníkem či přihlížejícím

- Ano, s pacientem
- Ano, s rodinným příslušníkem
- Ano, s přihlížejícím
- Ne, nesetkal/a

O jaké druhy agrese se jednalo?

- Verbální
- Fyzická
- Sexuální
- Psychická
- Autoagrese (pacient se snažil ublížit sám sobě)
- Natačení od okolí během zásahu
- Využívání záchranné uličky

Se kterým typem agrese se setkáváte nejčastěji? Prosím seřad'te dle četnosti (1 – nejčastěji až po 7 - nejméně)

- Verbální
- Fyzická
- Sexuální
- Psychická
- Autoagrese (pacient se snažil ublížit sám sobě)
- Natačení od okolí během zásahu
- Využívání záchranné uličky

Myslíte si, že přibývá agresivních pacientů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Utrpěl jste vy nebo jiný člen posádky někdy fyzickou újmu?

- Ano, já
- Ano, kolega/kolegyně
- Ne

Ovlivnilo napadení pacientem později jakkoli Vaši práci? Ať už se jednalo o útok na Vás či kolegu.

- Ano (pokud ano, uveďte prosím jak)
- Spíše ano (pokud spíše ano, uveďte prosím jak)
- Spíše ne
- Ne
- Pokud jste zvolil/a odpověď „Ano“ nebo „Spíše ano“, zde uveďte prosím jak

Kterí pacienti bývají podle Vás nejvíce agresivní?

- Po intoxikaci alkoholem
- Po intoxikaci jinou návykovou látkou
- S psychiatrickou diagnózou
- Po epileptickém záchvatu
- Jiné...prosím uveďte

Jak nejčastěji řešíte konflikt?

- Dovolání PČR
- Konfrontace
- Pokud jinak, prosím uveďte

Myslíte si, že jste připraveni na takovou situaci?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

## **14.2 Příloha 2 – Rozhovor s lékařkou ZZS**

### **1. Na jaké pozici pracujete?**

Pracuji jako výjezdová lékařka.

### **2. Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem?**

Ano, s agresivním pacientem jsem se setkala, a to nejen na výjezdech, ale také v nemocnici na stáži.

### **3. S jakým druhem agrese se setkáváte nejčastěji?**

Nejčastěji se setkávám s verbální agresi, kdy ti lidé nadávají nebo jsou primitivně vulgární, hlavně pokud jsou pod vlivem alkoholu. Občas také s fyzickou agresi, ale spíše ve smyslu, že pacienti až přehnaně gestikulují a jsou neklidní. Člověk pak neví, co od nich má očekávat.

### **4. Jiné formy agrese?**

Mám zkušenost s nahráváním výjezdů. Úplně přímo, že by někdo u nás stál a natáčel si nás, tak to ne. Spíš třeba, když se stane nehoda někde na křižovatce, tak je to natáčený z těch okolních aut a pak se to zveřejní. Ale třeba, že bych byla někde v rodině a někdo si mě natáčel, že to pak použije proti mně, tak to se mi nestalo. Ale dokážu s tímto souhlasit s kolegy, že to může být projev agrese. Kdyby se mi to stalo, asi bych se cítila omezená a ohrožená a brala bych si to osobně.

### **5. Jací pacienti jsou podle Vás nejvíce agresivní?**

Nejvíce agresivní jsou určitě pacienti pod vlivem návykových psychotropních látek, nejčastěji pervitinu, také excitačních drog a samozřejmě alkoholu. Ti jsou většinou verbálně agresivní, fyzicky agresivní jsou spíše mezi sebou, na nás tolik ne. Pak jsou také hodně agresivní psychiatrickí pacienti, v terénu asi nejvíc schizofrenici, pokud mají špatný den, vysadí léky nebo to naopak podpoří právě návykovými látkami. Takového pacienta jsem měla, který právě své léky nebral, a ještě byl závislý na návykových látkách. Ten byl verbálně i fyzicky agresivní. Nadával nám, nespolupracoval, bránil se našemu ošetření, a nakonec jsem tento výjezd musela řešit ve spolupráci s policií.



## **Je něco, co Vás někdy překvapilo, co se týče agresivních pacientů?**

Ano, překvapilo mě, že jeden z pacientů, který byl pod vlivem právě pervitinu, měl potřebu na nás plivat, to jsem opravdu nečekala. Nakonec jsme to vyřešili nasazením roušky. Na tomto výjezdu jsme dojížděli policii, která ještě před naším příjezdem použila donucovací prostředky, ale kvůli vyšetření jsme ho museli rozpoutat a použít anxiolytika a benzodiazepiny, abychom ho trochu zklidnili. Ještě si vzpomínám, že mě překvapil výjezd na malého kluka, staršího školního věku, úplně přesně si nevzpomínám na diagnózu, ale měl tendence si ubližovat a ničit nábytek. On tak jako rozkládal palandu a pak měl tendence bouchat hlavu o dřevěnou pelest a zeď. Tenkrát volala jeho matka, která už si nevěděla rady. Tento výjezd mě překvapil, protože to bylo úplně první dítě, které jsem takto zažila a nečekala jsem to. Snažili jsme se ho uklidnit slovem a snad jsem tenkrát podávala dormicum do nosu. Pak spolupracoval, nechal se vyšetřit a pak jsme ho odvezli na dětské pro observaci. Poté jsem měla ještě jedno dítě, romského původu, včetně jeho rodiny, kdy mi přišlo, že právě triggerem agrese toho dítěte, byla matka. Ta byla skoro až hysterická a snažila se ho srovnat v podstatě z pozice síly, ale autoritu u něj neměla. Spíše mi přišlo, že to dítě zrcadlilo svou matku. Po našem příjezdu, možná kvůli nějaké autoritě uniformy, s námi to dítě spolupracovalo, bylo klidné a vlastně jsem ho i tenkrát ponechala na místě.

## **6. Jaké jsou společné znaky, které mají agresivní pacienti, s nimiž se setkáváte?**

Když budu hodně hodně paušalizovat a vezmu to lehce s nadsázkou, protože pořád respektuji, že každý pacient je individuální, tak to zpravidla bývají sociálně slabší lidé. Bývají to cizinci, kteří se posilní alkoholem nebo menšiny pod vlivem drog.

## **7. Setkal/a jste se někdy s případem, kdy nebyl agresivní pacient, ale třeba rodina nebo okolí?**

No to jsem se setkala, vlastně celkem nedávno. Byla jsem u partnerů, kdy pán volal, že má paní poruchu vědomí. Paní byla hypoglykemická, takže jsme ji zaléčili a dobrý. Ale pán, na kterém bylo vidět, že je to notorik, měl květákovitý nos a zarudlý obličej, prostě bylo vidět, že je dlouholetým a náruživým uživatelem alkoholu, což mi vlastně potvrdili kolegové, kteří ho znají, tak byl nedoslýchavý. Proto jsem na něj zvýšila hlas, aby mi rozuměl, tak jeho reakce byla: „*Co na mě řvete?!*“, tak na mě

vyjel a musela jsem mu vysvětlit, že jsem na něj zvýšila hlas, jen abych mu to vysvětlila. Bylo na něm vidět, že měl asi trochu abst'áček a když jsem se ho snažila zaměstnat, tak se místo toho rozklepal a měl vlastně takovou akutní stresovou reakci s hyperventilací. Takže jsem udělala z jednoho pacienta dva, ale pak jsme pána uklidnili, vše jsme si vyříkali, a dokonce se i pak omluvil a poděkoval za péči.

### **A třeba přímo nějaký rodinný příslušník? Například maminka u dítěte?**

No maminky zpravidla agresivní nebývají, ty jsou spíš zoufalý a když přijedeme, tak se snaží pomoci. Úplně si nevybavuju, že by někdo z rodiny byl agresivní.

### **8. Setkal/a jste se někdy s verbální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ano, jak jsem již zmínila, s verbální agresí jsem se setkala. Opět, většinou jsou to pacienti pod vlivem nebo s psychiatrickou diagnózou. Je mi nepříjemný, když mi tykají a do toho používají sprosté výrazy.

### **9. Setkal/a jste se někdy s fyzickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Že by se někdo pokoušel mi třeba dát facku, tak to úplně ne. Ale byla jsem u jedné rodiny, kdy byl pacient psychiatrický a agresivní a komunikovala jsem s nimi ponechání na místě, protože po našem příjezdu byl krotký a byla s ním domluva. Opět to byla sociálně slabší rodina, u které nám asistovala policie. A byla tam slečna, která zatínala pěsti a vypadalo to, že po mně skočí. Naštěstí se tak nestalo, vedle mě stál můj dvoumetrový řidič, ale i tak to bylo dost nepříjemný. Ještě co by se dalo považovat za fyzickou agresi, tak to bylo, jak jsem zmiňovala toho chlapce, co po nás plival. Pak ještě třeba lidé, co jsou motoricky neklidní, kdy máchají kolem sebe rukama, tak to se od nich člověk drží v uctivé vzdálenosti.

### **10. Setkal/a jste se někdy s psychickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Vlastně jo. Byl případ, kdy jsme byli volaní k mladý holce na bolesti na hrudi a dušnost. Po vyšetření jsem zjistila, že bude mít pravděpodobně nějaký infekci dýchacích cest, který se přenáší na tu pleuru a hrudník a z toho má bolesti. Byla stabilní, rozhodla jsem se, že ji ponechám na místě, respektive že ji nepovezu sanitkou. Domluvili jsme se, že ji matčin přítel odveze na vyšetření. Ten přítel vešel do dveří, už našťvaný, ani nepozdravil a vyštěkl na mě, něco ve smyslu, jestli došly záchranky. Chlap na mě vystartoval a zpochybňoval moje rozhodnutí i přes mé vysvětlování, že

děvče není ve stavu, aby musela jet sanitkou. Vůbec na to nereagoval a poslal děvče do auta. Když jsem šla k autu vytisknout papíry, tak už seděl v autě se staženým okýnkem a řval na mě, že si na mě bude stěžovat a co bude dělat, když se něco stane. Nakonec si nestěžoval, ale bylo mi to opravdu nepříjemný a vydeptal mě.

**11. Setkal/a jste se někdy se sexuální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Tak teď budu opravdu upřímná. Jednou kdysi opilej kluk, když ležel v sanitě na nosítkách, stála jsem vedle něj, nebyl úplně agresivní, ale když jsem s ním mluvila a vyšetřovala jsem ho, tak mi pak zajel rukou mezi nohy. Prostě mi hrábnul do rozkroku. Tenkrát jsem byla ještě na stáži a chlapce usměrnila lékařka.

**12. Setkal/a jste se někdy s autoagresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

S autoagresí se setkávám třeba u lidí, co jsou pod vlivem, nejčastěji v kombinaci alkoholu a léky, tak se demonstrativně podřezávají. Potom určitě psychiatričtí pacienti, kteří třeba mlátí hlavou o něco nebo se bijou rukama do hlavy. Konkrétní případ jsem již zmiňovala předtím, když jsem mluvila o tom malém chlapci, který mlátil hlavou o pelest.

**13. Je nějaký případ, který Vám utkvěl více v paměti a proč?**

To už bych se asi opakovala. Tenkrát mě opravdu dostal ten otčím té holky s bolestmi na hrudi, protože jsem nekonfliktní a diplomatický člověk a tady to nezabralo. Takže to jsem měla v hlavě ještě dlouho. Pak se mě dotýkají ty děti, protože na ně nejezdíme často. Ale jinak mi asi nic jiného úplně víc v paměti neutkvělo.

**14. Ovlivnilo Vás nějak napadení pacientem? Nebo napadení kolegy či kolegyně?**

Slyšela jsem o napadení kolegyně, kterou napadla slečna pod vlivem návykových látek, když se nad ní skláněla na lůžku, tak ji hodně pokopala. Kolegyně byla pak nějakou dobu v pracovní neschopnosti. Tak to mě zaskočilo a bylo mi to líto. Zamýšlela jsem se nad tím, jestli to na ní nezanechá nějaké následky ve smyslu toho, že by se pak bála dělat svoji práci. Napadení kolegů se mě dotkne, ale že by mě to ovlivnilo ve smyslu, že bych se bála dělat tu práci nebo to změnilo můj pohled na věc, tak to ne.

## **15. Jak se snažíte předejít konfliktu?**

Vždy z bezpečné vzdálenosti se snažím zjišťovat, co se děje a snažím se projevit zájem, ale zároveň si mapuju terén a koukám, kdo mi to přišel naproti, aby to nebyl někdo, kdo po mně hodlá skočit a pobodat mě. A většinou se snažím situaci uklidnit slovy. Samozřejmě se taky stane, že nemám den, člověk řeší něco soukromého, ale i když se snažíš být profesionální, tak ne vždy to jde. Snažím se, když vidím že jsou ti lidé jednodušší, nedat to najevo a působit profesionálně se zájmem. Také mluvím v jednoduchých krátkých větách a snažím se dobře artikulovat a udržet oční kontakt. Snažím se působit vlídně a empaticky, parafrázuji pacienty, aby bylo vidět, že je poslouchám a že si rozumíme.

## **16. Jak nejčastěji řešíte konflikt?**

Primárně se snažím konflikt slovně deeskalovat. Snažím se pacienta nebo rodinu získat na svoji stranu, přiznám chybu. Umím se omluvit. také nenápadně couvám a koukám se po únikových cestách. Když je agresivní pacient a ne rodina, tak kolegům říkám, aby preventivně připravili nějaké léky, kdyby náhodou. Případně se s kolegy diskrétně domluvíme, že zavoláme policii nebo jdeme zpět do auta.

**Myslíte si, že je výhoda, že jste lékařka a máte pravomoc podat léky bez konzultace v takovéto situaci?**

Hele tohle je určitě nesporná výhoda, že si o tomhle můžu rozhodovat sama, Vzhledem k pacientům si úplně nemyslím, že to, že jsem lékařka by mělo mít nějaký vliv, protože spousta pacientů považuje i zdravotnické záchranáře za doktory. Navíc si myslím, že třeba agresivním pacientům pod vlivem návykových látek je úplně jedno, kdo s nimi mluví.

## **17. Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a řešit takovouto situaci? Co Vám v tom pomohlo?**

Myslím si, že člověk může být vždycky líp připravený. Ale po těch letech praxe si myslím, že si umím v lecčems poradit a člověk už asi ví co dělat a koho si dovolat a tak podobně. Takže si troufám říct, že mám v tomto pevnou půdu pod nohama. Na druhou stranu, to, že bych si byla jistá na sto procent, tak to neřeknu nikdy, ani po dvaceti letech, protože vždy jsou ty situace jedinečné.

**18. Myslíte si, že by bylo na místě více školení, které by se věnovalo této problematice? Jak by měla být zaměřená?**

Přiznám se, že ze stran mého zájmu asi úplně ne. Ale konstruktivně si uvědomuju, že do osobního, ale hlavně pracovního života by se to hodilo. Stejně jak cvičíme různé situace a nacvičujeme resuscitace, si myslím, že by se měl člověk cvičit i v komunikaci. Mohl by prospět nějaký komunikační kurz, jak zvládnout agresivního pacienta či nějaký kurz na psychologický přístup. Asi by nebyla od věci, ačkoliv ta už jednou na záchrance proběhla, nějaká sebeobrana třeba s policií. To si myslím, že by bylo taky dobrý vědět, jak odvrátit nějaké fyzické napadení, třeba když někdo vystartuje s nožem.

## **14.3 Příloha 3 – Rozhovor se zdravotnickou záchranářkou**

### **1. Na jaké pozici pracujete?**

Pracuji jako zdravotnická záchranářka.

### **2. Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem?**

Ano, setkala, dokonce několikrát. Nejčastěji se jedná o právě probrané epileptiky, kteří jsou zmatení a neví co se děje. Ti bývají dost agresivní, hlavně pokud se neléčí a jsou pod vlivem alkoholu. Pak třeba ještě psychiatričtí pacienti, ale těch se tolik nebojím, s těmi se dá většinou domluvit.

### **3. S jakým druhem agrese se setkáváte nejčastěji?**

Nejčastěji se setkávám se slovní agresi, jako třeba nadávky a odmítání ošetření. Když jezdíme na nějaké menšiny, tak si to často vztahují na sebe, že je nechceme ošetřit a že měníme postupy ošetření, kvůli tomu, že jsou menšina, při tom to není vůbec pravda.

### **4. Jiné formy agrese?**

Setkala jsem se s využíváním záchranné uličky a natáčení při výjezdu. Ale když někde přijedu, tak mám tunelové vidění na pacienta a okolí moc neřeším. Takže i kdyby někdo vedle mě stál s kamerou, tak jsem schopná si toho nevšimnout. Když už mám zajištěného pacienta, tak pak samozřejmě koukám po okolí, ale v ty první momenty, tak se soustředím jen na pacienta. Ale setkala jsem se s nepochopením, když zasahujeme někde mezi panelákama a není kde zastavit, tak zastavíte uprostřed ulice a pak tam není možné projet. A to teda lidem hodně vadí, pak troubí, jsou slovně agresivní, že jsme jim zablokovali vjezd. Tohle mi hodně vadí, že ti lidé nejsou schopní pochopit, že tam někomu pomáháte a je to v podstatě nezajímá, protože třeba spěchají do práce.

### **5. Jací pacienti jsou podle Vás nejvíce agresivní?**

Toto jsem již zmiňovala na začátku našeho rozhovoru a myslím si, že nejvíce agresivní jsou neléčení epileptici, kteří pijou alkohol nebo užívají drogy. Ti jsou podle mě nejvíce agresivní. Hlavně tedy po probuzení. Když se člověk vžije do jejich kůže, tak ten epileptik vůbec neví, co se děje, nad ním tma, majáky, policie a někdo na něm

klečí, právě proto, že je agresivní. Oni nemají vůbec tušení, co se stalo a nějaký vysvětlování jim v tu chvíli nepomůže. Většinou to ale do pěti minut přejde, on se zklidní a probere a pak se s ním mluvit dá.

### **Je něco, co Vás ohledně agresivních pacientů překvapilo?**

To asi úplně ne. Spíše jediné, co mě opravdu překvapilo, když máme agresivního pacienta, tak nemám strach o sebe, nebo jako o nás, o posádku, ale mám hrozný strach, o ty přístroje, které jsou v té sanitce. Málokdo Vám napadne sanitku z venku, většinou jsou agresivní vevnitř, kde je velmi omezený prostor a většinou sedíte vedle něj, tak není takový problém zvednout ruku a dát pořádnou ránu. Ale právě jak sebou často melou na těch nosítkách, mají sílu a nejste schopný je spacifikovat, tak bouchají rukama kolem sebe a tam všude jsou ty přístroje. Za prvé se může zranit ten pacient a za druhý může rozbít ty přístroje, o které já mám strach, protože jsou poměrně drahý. Už si pak představuju, co bude následovat, vedení, nějaká spoluúčast, na defibrilátoru třeba.

### **A jak na tohle reagujete?**

No snažím se je uklidnit, ačkoliv to jde někdy hodně těžko. Zjistila jsem ale, že na spoustu lidí funguje milej a vstřícněj tón hlasu. Asi jako na děti, od doby, co jsem máma, mi přijde, že třeba s psychiatrickými pacienty mi jde komunikovat líp.

## **6. Jaké jsou společné znaky, které mají agresivní pacienti, s nimiž se setkáváte?**

Řekla bych, že společnými znaky je to, že už jim je všechno jedno, že mají nesku-tečnou sílu. Nedají vám výhružnou facku, ale napálí vám plnou silou. To samý do těch přístrojů a kohokoliv dalšího. Kolegovi, který posiluje, takže to není, že by ho odvál vítr, se stalo, že ho ze sanitky vykopala malá 150 centimetrová slečna.

## **7. Setkal/a jste se někdy s případem, kdy nebyl agresivní pacient, ale třeba rodina nebo okolí?**

Jo, to taky. Většinou to bývá fakt u těch vyhrocených situací, kdy se děje něco závažného a vy se snažíte pomoc tomu člověku, tak moc nevnímáte to okolí. Když tam máte rodinu, tak s nimi sdílíte informace a postup, takže ví, na čem jsou., ale když se děje něco závažného, tak se prostě věnujete jen tomu pacientovi, abyste udělali vše tak, jak máte a v tu chvíli ignorujete tu rodinu. Ale tu to samozřejmě hrozně zajímá,

co se děje a co se bude dít a chtějí komunikovat, ale když jsme tam sami dva, tak dáme přednost tomu pacientovi, než abychom mluvili s rodinou, tak je pošleme za dveře, což je rozčílí do běla, protože oni ty informace chtějí hned. Tak tam jsem se setkala s tím, že ta rodina fakt dokáže být agresivní, aby ty informace dostala hned. Pak jsme postaveni před volbu, jestli mluvit s rodinou anebo se budeme věnovat pacientovi, který to potřebuje.

**8. Setkal/a jste se někdy s verbální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Naposledy, když jsme zasahovali u rodiny jedné menšiny v takovém vybydleném baráčku a jeli jsme tam na bezvědomí, dýchá. Takže výjezd, kdy berete z auta opravdu vše a když jsme tam vlezli, tak jim pak přišlo, že neděláme dost, akorát jsme natáčeli EKG, což chvíli trvá, tak jim přišlo, že to neděláme dost rychle a kvalitně a že by si pacientka zasloužil lepší péči. Začali na nás útočit slovně, takže jsme čapli pacientku a vzali si ji do auta i přes jejich pohružky, kdy jich na chodbě stálo patnáct.

**A co Vám třeba vyhrožovali?**

Víte, nejde úplně o to, co říkají, ale jde o to, jakým tónem a jak stojí u vás u toho obličej. Třeba ten člověk si stoupne až k vám a mluví na vás z pěti centimetrů. Ten jejich výraz je kolikrát horší než to, co říkají, což jsou klasický nadávky a rasistické řeči. Kolikrát z nich ještě táhne alkohol a víte, že je na té chodbě patnáct chlapů. Je to fakt nepříjemný. Pak máte možnost tam pacientku nechat a utéct, což by asi každý normální udělal, no a my jsme odtáhli pacientku do auta a odjeli o dvě stě metrů dál.

**9. Setkal/a jste se někdy s fyzickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Fyzicky mě nikdo nenapadl, ale ne na málo výjezdů jsem musela dovolávat policii, takže oni mi pacienta zpacifikovali. My už nemáme v kompetenci je zkurtovat, dřív jsme je použít mohli, teď nemůže nic. Nebo jako můžeme, ale musí se posílat maily na detenční soud a je to komplikovaný. No ale samozřejmě, než dojede policie, tak to nějakou dobu trvá.

**10. Setkal/a jste se někdy s psychickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ne, s psychickou agresí jsem se neseetkala.



**11. Setkal/a jste se někdy se sexuální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

S tím jsem se neseetkala. Oni ty uniformy moc sexy nejsou.

**12. Setkal/a jste se někdy s autoagresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

S autoagresí jsem setkala. Jezdíme pravidelně na pár schizofreniků, kteří se sebepoškozují. Ale teď si úplně nevybavuju, že by někdo třeba mlátil hlavou o zed' nebo tak. Nic konkrétního si teď nevybavuju.

**13. Je nějaký případ, který Vám utkvěl více v paměti a proč?**

Teďka z poslední doby, opilej pacient, který měl úraz hlavy a měl jet do nemocnice na vyšetření. Když jsme vyjeli, tak fakt kousek od toho baráku nás nabourali. Ale pacient už tak tak předtím souhlasil s transportem do nemocnice, byl opilej že jo a nechtěl jet do nemocnice, tak jsme ho dlouho přesvědčovali, že je potřeba na to šítí jet, tak tedy nakonec souhlasil. Ale hned kousek od jeho domu nás nabourali a samozřejmě se musí volat policie, zjistit, co se stalo, ten řidič z toho auta utekl a vše trvalo. No jenomže pacient, kterého jsme tak tak přesvědčili najednou otočil, že nikam nejede. Ta situace pro něj byla natolik nepříjemná, že se rozhodl, že nám z tý sanitky uteče. No jenže byl natolik opilej, nemohl chodit a jen z tý sanitky vypadl. No ale co teď s ním, že jo. Nechat ho odejít nemůžete, takže jsme mu nanovo začali vysvětlovat, že s námi musí jet. Ale museli jsme čekat ještě na další posádku a všechno bylo hrozně dlouhý. Byl to fakt zážitek, tam s ním čekat, ještě když on tam být nechtěl a jak byl opilej, tak si proti mně stoupl a oznámil mi, že prost jde. Ale když se proti vám postaví skoro dvoumetrověj chlap a chce odejít, tak toho moc nezmůžete. Bylo to pro mě neskutečně dlouhý a těžký ho tam udržet. Ještě mi nadával a vyhrožoval, lokty mě odstrkoval. Nakonec na šítí odjel a vše dopadlo dobře, ale bylo to fakt dlouhý. Bylo to teď nedávno a pořád to ve mně tak nějak zůstalo.

**14. Ovlivnilo Vás nějak napadení pacientem? Nebo napadení kolegy či kolegyně?**

Asi ne. Ale ovlivnily mě děti, než jsem měla děti, ničeho jsem se nebála a šla do všeho po hlavě. Ale teď už jsem víc opatrná, myslím na svoje děti a prostě nejdu do rizika, ale pro nic za nic bych nešla proti agresivnímu pacientovi. Teď bych i zvážila, že bych ho zamkla v sanitce a utekla. Dřív bych to neudělala, protože myslím na ty

přístroje. Teď je pro mě děsivá představa, že se mi něco stane, třeba zlomená ruka nebo noha, právě kvůli dětem. Jsem na sebe opatrnější.

### **15. Jak se snažíte předejít konfliktu?**

Mluvím na agresivní pacienty jak na děti. Zjistila jsem, že to fakt funguje a na koho ne, tak je většinou rozhodlej, že na něj nebude fungovat nic. Hlas zvyšují spíš většinou chlapi. Já se tam nebudu s nikým překřikovat. Snažím se klidným slovem, pochopit je. Funguje vše odkývat, vysvětlit a oni jsou pak nakonec v pohodě, když to nezabere, tak zaberou řidiči.

### **16. Jak nejčastěji řešíte konflikt?**

Vyloženě se jím snažím předcházet. Když už vidím, že je to opravdu vyhrocené, tak couvnu a přestanu na ně tlačit. Zatím se mi prostě vyplatilo mluvit s nimi klidným hlasem. Policii moc nedovolávám, protože jezdím na periferii, musí to už být opravdu něco závažného.

#### **Myslíte si, že doktoři mají v řešení takovéto situace větší výhodu?**

Myslím si že jo, ale zase si myslím, že si třeba nějakou medikaci ti doktoři hodně promyslí a že se k tomu uchylují, když už fakt není zbylí.

### **17. Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a řešit takovouto situaci? Co Vám v tom pomohlo?**

Ne, a hlavně si myslím, že vás na to nikdo nepřipraví. Můžete mít kurzy psychosociální intervence a asertivity nebo sebeobrany, ale na tu situaci, která přijde vás nic nepřipraví, protože je každá úplně jiná. Navíc, málokdy víte, že jedete na agresivního pacienta, to jsou situace, které najednou vygradují. Nebo se pacient zhorší a je tam ta rodina a vidí to a dožaduje se informací, ale vy jim je nemůžete dát, tak je pak najednou agresivní rodina. Když jedete na agresivního pacienta, tak s vámi automaticky jede policie, ale těch výjezdů je málo. Nejvíce vám pak pomůžou zkušenosti, abyste dokázala poznat, kdy už ta situace graduje.

**18. Myslíte si, že by bylo na místě více školení, které by se věnovalo této problematice? Jak by měla být zaměřená?**

Školení by bylo určitě super, třeba jednou za dva roky, ale s tím, že by to nemusela být úplně sebeobrana nebo asertivita, ale spíš právní důsledky. Případně nějaké právní aspekty, které by se týkaly omezení svobody pacienta, které my můžeme a nemůžeme použít, než dojede policie třeba. Sebeobrana je jako fajn, ale myslím, že jsou mnohem důležitější ty právní aspekty toho, co si můžeme a nemůžeme dovolit a co nás čeká, když... Nebo třeba nějaké kazuistiky, zkušenosti kolegů, co se stalo a rozebrat si to.

## 14.4 Příloha 4 – Rozhovor se zdravotnickým záchranářem/řidičem RV

### 1. Na jaké pozici pracujete?

Pracuji jako zdravotnický záchranář a řidič RV.

### 2. Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem?

Ano setkal, několikrát. Zrovna včera s verbální agresí. Pán v důchodu byl posilněn alkoholem, bolelo ho na hrudníku, ale záchranku volala rodina. Vykřikoval nekonkrétní nadávky, že mu nic není a ať táhneme pryč. Byla tam s námi i policie. Nechtěl se nechat ošetřit, nakonec ho přemluvila rodina a ošetřili jsme ho.

### 3. S jakým druhem agrese se setkáváte nejčastěji?

Určitě se nejčastěji setkáváme s verbální agresí.

### 4. Jiné formy agrese?

Přesně před rokem jsme byli resuscitovat čtyřměsíční miminko u sociálně slabší rodiny, bohužel resuscitace nedopadla dobře, nicméně jeden člen rodiny si nás celou dobu natáčel na telefon. Vůbec jsem si toho ze začátku nevšiml, protože se samozřejmě člověk věnoval miminku. Když přistál vrtulník, tak jsem si toho všiml a samozřejmě to bylo nepříjemné. Častým problémem je i záchranná ulička, protože řídím i RV, tak se s tím setkávám často. Lidi ji nedodržují, někteří podle mě ani neví, jak funguje. Klasicky ten, co zastaví první, tak ten za ním ho začne objíždět, protože nekouká do zrcátek, čímž zastaví ten náš pruh a my pak nemůžeme projet.

### 5. Jací pacienti jsou podle Vás nejvíce agresivní?

Nejčastěji a nejvíce agresivní jsou pacienti pod vlivem alkoholu a drog. Asi před měsícem na nádraží volali kolemjdoucí, že se někdo válí na zemi. Přijela i policie, kteří ho vylustrovali a klasika recidivista na drogách.

### Je něco, co Vás ohledně agresivních pacientů překvapilo?

No právě třeba u intoxikovaných pacientů mě překvapí, když agresivní nejsou. Ale jinak přímo co se týče agresivních pacientů, tak to ne.

**6. Jaké jsou společné znaky, které mají agresivní pacienti, s nimiž se setkáváte?**

Tito lidé jsou ve společenském žebříčku spíše níž, sociálně slabší lidé, tak ti bývají častěji agresivní a jezdíme na ně večer. Jinak mě dál nic nenapadá.

**7. Setkal/a jste se někdy s případem, kdy nebyl agresivní pacient, ale třeba rodina nebo okolí?**

Jo to se taky stává docela často. Nejčastěji asi když ten pacient nechce ošetřit, ale rodina na něj naléhá, ale pak i na nás a někdy to vyústí i v agresi, spíše verbální, kdy padají i nadávky. S fyzickou agresí jsem se ze strany rodiny nikdy neseťkal.

**8. Setkal/a jste se někdy s verbální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Tak s verbální agresí se setkáváme celkem často, určitě se s ní neseťkávám každou směnu, ale klasicky na nočních o víkendech a když zasahujeme u sociálně slabších jedinců, tak ti nemají ke sprostému slovu daleko. Přesný případ se můžu odkázat na začátek našeho rozhovoru, kdy jsem zmiňoval včerejší výjezd.

**9. Setkal/a jste se někdy s fyzickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Teď třeba během roku, tak to úplně. V minulosti možná tak nějaký strkání, plivání. To plivání bývá u psychiatrických pacientů. Ale nikdy jsem nedostal třeba pěstí nebo jsem nebyl pokopanej nebo tak.

**10. Setkal/a jste se někdy s psychickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Tak ta psychická agrese je spojená s tou verbální, takže jako jo, ale na nějaký přesný příklad s pacientem si úplně nevzpomínám. Měl jsem takhle potyčku s doktorem při předávání pacienta, kterého nechtěl přijmout a dával mi dost jasně najevo, že on je ten víc. Dokonce naznačoval rukama, kde je on a kde jsem já. Sprostě jsme si nenařadávali, ale výměna názorů proběhla výrazně.

**11. Setkal/a jste se někdy se sexuální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ne, s tím jsem se nikdy neseťkal.

**12. Setkal/a jste se někdy s autoagresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ano, několikrát, to je hlavně u těch psychiatrických pacientů. Zrovna nedávno jsme jeli na psychiatrického pacienta, volala jeho matka, že rozléval po stěně kafe, rozbíjel talíře a pak si ubližoval i sám, bouchal a kopal nohama do zdi. Matka uvedla, že se toto chování opakuje. Nakonec se uklidnil, dokonce přiznal, že si chce promluvit s psychiatrem, tak jsme ho transportovali na psychiatrii.

**13. Je nějaký případ, který Vám utkvěl více v paměti a proč?**

Asi ne, já to upřímně tak nějak přecházím a vypouštím.

**14. Ovlivnilo Vás nějak napadení pacientem? Nebo napadení kolegy či kolegyně?**

Není to tak dlouho, kdy jedna pacientka napadla kolegyni, kopl ji do břicha. Tak mi jí bylo dost líto, to zranění vyžadovalo vyšetření na chirurgii. Ale, že by to přímo nějak ovlivnilo mě, tak to ne.

**15. Jak se snažíte předejít konfliktu?**

Trošku předvídám, vycházím z předchozích zkušeností, ale každý pacient je individuální. Snažím se postupovat racionálně a hlavě klidně, být na stejné úrovni jako ten pacient, takže si k němu sednu třeba a snažím se komunikovat na úrovni, vše klidně vysvětlit a většinou to zabere.

**16. Jak nejčastěji řešíte konflikt?**

Dřív jsme měli pepřáky, ale ty nám procházeli, tak nám je zase vzali. Snažím se mít pohotové reakce a uskočit. Policii taky dovolávám, protože my úplně nemůžeme zasahovat, od toho je právě ta policie.

**Myslíte si, že doktoři mají v řešení takovéto situace větší výhodu?**

Určitě. Myslím, že na pacienty platí už jen to, že řekne, že je lékař. Někteří pacienti se pak cítí víc v bezpečí, ale ne vždycky to tak samozřejmě funguje. Plus samozřejmě si může naordinovat léky, ale to si nemyslím, že je až tak časté.

**17. Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a řešit takovou situaci? Co Vám v tom pomohlo?**

Do jisté míry si troufnu tvrdit, že ano. Ale zase, každý pacient je jiný a vždy ta situace může jít jiným směrem. Pomohly mi určitě zkušenosti z přechozích výjezdů, do jisté míry empatie a trpělivost. Rozhodně nebyť až moc důrazný.

**18. Myslíte si, že by bylo na místě více školení, které by se věnovalo této problematice? Jak by měla být zaměřená?**

Dobrá otázka. Myslím, že by to hodně lidem prospělo, otázka je, jestli si to ti lidé dokážou uvědomit, že v tom mají mezery. Já si myslím, že v tomhle úplně mezery nemám, navíc mě ta psychologie baví. Kdyby se něco sjednalo, tak věřím, že se tam lidi přihlásí, ale třeba lektorské dny bych na to nedělal.

## 14.5 Příloha 5 – Rozhovor s řidičem ZZS

### 1. Na jaké pozici pracujete?

Pracuji jako řidič na ZZS.

### 2. Setkal/a jste se někdy s agresivním pacientem?

Setkal jsem se jak s agresivním pacientem, tak i s agresí od nejbližšího okolí pacienta. Často jsou to pacienti po hypoglykemickém kómu nebo epileptickém záchvatu, kdy, když se pacient probere, tak se rozčiluje, že nikam nepojede a nic mu není. Taky se to někdy vyhrotilo, že nebylo daleko k nějakému fyzickému napadení.

### 3. S jakým druhem agrese se setkáváte nejčastěji?

Nejčastěji se setkávám s verbální agresí, hlavně od opilých a intoxikovaných pacientů. Kdy jezdíme hlavně na úrazy právě opilých lidí, že třeba někde upadnou. U intoxikovaných pacientů drogami je to spíše, že třeba odpadnou a když se probouzí, tak dělají zle.

### 4. Jiné formy agrese?

Ještě mě napadla, co se týče silničního provozu, chování řidičů, co jsou bezohledný, tak se tam určitě dá najít agrese. Třeba když někde zastavím, nakládáme pacienta a zatarasíme průjezd, tak řidič projel přímo kolem mě, vůbec nepřibrzdil, stáhl okýnko a řval na mě. Pak taky, že se nechtějí nechat předjíždět a předjíždí nás zprava. Další kapitolou je záchranná ulička. Ještě jsem nezažil, že by mi tam někdo schválně vjel, ale je to spíš o nezkušenosti a hlouposti těch řidičů, kteří nejsou schopní pochopit, že tam musíme projet. Ještě můžu zmínit natáčení výjezdů. Mně osobně se to nestalo, že by mi někdo natáčel pod rukama, že by stál těsně u nás a natáčel si nás. Ale mám s tím problém kvůli tomu, že dneska je všude plno řeči o GDPR a jsme jenom lidi, lidem se pak může zdát, že něco děláme moc pomalu nebo tak a pak se to řeší. Prostě si myslím, že tohleto natáčení není v pořádku,

### 5. Jací pacienti jsou podle Vás nejvíce agresivní?

Myslím si, že pacienti intoxikovaní alkoholem. Pak taky samozřejmě pacienti, co mají nějaká psychiatrická onemocnění.



### **Je něco, co Vás ohledně agresivních pacientů překvapilo?**

V podstatě mě většinou překvapí ta agrese jako taková. U pacientů třeba právě po epileptickém záchvatu nebo hypoglykemickém koma s tím člověk tak trochu počítá, ale co mě vždycky překvapí a rozčílí, že jsou na nás agresivní lidé opilí, kdy jedeme někomu pomoc a oni na nás agresivně startují, buď samotný pacient, že nikam nechce nebo jeho okolí, ať ho necháme být.

### **6. Jaké jsou společné znaky, které mají agresivní pacienti, s nimiž se setkáváte?**

Úplně společné znaky asi uvést nezvládnou, spíš bych to tak rozdělil na ty spouštěče, protože třeba když je někdo pod vlivem, tak už je jedno o koho se jedná. Ale úplně na společné znaky to rozdělit nedokážu.

### **7. Setkal/a jste se někdy s případem, kdy nebyl agresivní pacient, ale třeba rodina nebo okolí?**

Ano, setkal a ne jednou. Když uvedu přesný případ, tak jsme jeli k jedné sociálně slabší rodině, kdy jeden člověk měl kriminální minulost, bydleli v domě bez světla a celkově bez elektřiny. Jeli jsme tam kvůli tomu, že se mezi sebou poprali. Vyšetřovali jsme toho poraněného a ten s námi nikam nechtěl jet, bál se toho, co ho napadl, snažil se celou situaci zlehčit, že o nic nešlo. Ale když ten člověk je zraněný, tak byste ho odvézt měli. Tam pak došlo k verbální agresi toho, co našeho pacienta napadl, že si nás napíše a zjistí a vyhrožoval nám. Nebo jsme jeli do rodiny k jedné menšině, jeli jsme na rodičku, když jsme paní nakládali, tak na nás manžel řval z okna a vypadalo to, že za námi vyskočí.

### **8. Setkal/a jste se někdy s verbální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ano, jak už jsem zmiňoval, tento druh agrese je nejčastější. Jako přesný případ můžu uvést právě to, kdy jsme nakládali pacienta a zatarasili jsme cestu a řidič okolo nás projel a nadával nám. Nebo třeba členové rodiny, kdy prostě v tom stresu jim přijde, že děláme moc pomalu. Oni nevidí do té problematiky, tak se jim to zdá moc pomalý. Nebo když je nehoda a je víc zraněných a přijede jen jedna posádka, tak se pak lidi rozčilují, ať jdeme k nim a nechtějí uznat to, že tam je člověk, co má větší prioritu.

**9. Setkal/a jste se někdy s fyzickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ono těch případů fyzické agrese až tolik není. Víím, že se to párkrát stalo kolegům z mé základny, ale mně samotnému pouze jednou. Byli jsme na výjezdu u psychiatrické paní, která byla hodně plačtivá a najednou začala zuřit, tak na mě začala útočit pěstmi a kopanci.

**10. Setkal/a jste se někdy s psychickou agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

Ne, s psychickou agresí jsem se nesetkal.

**11. Setkal/a jste se někdy se sexuální agresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

No tak to se mi taky nestalo. Nikdy jsem se s tím nesetkal.

**12. Setkal/a jste se někdy s autoagresí a můžete uvést nějaký přesný případ?**

S autoagresí jsem se setkal. Stává se to, ale není to extra častý. Často se to stává u opilých lidí, kdy si třeba trhají kanyly, že nikam nejedou. Taky se nám jednou stalo na výjezdu, jeli jsme na pacientku, která byla intoxikovaná houbami, paní byla úplně nepřítetná, byla jako zvíře, mlátila hlavou do zdi, musel ji držet manžel.

**13. Je nějaký případ, který Vám utkvěl více v paměti a proč?**

Ano, to mi zůstal v paměti ten výjezd, který jsem již uváděl a jednalo se tedy o psychiatrickou paní, která chvíli brečela a pak po mně skočila a mlátila do mě a kopala.

**14. Ovlivnilo Vás nějak napadení pacientem? Nebo napadení kolegy či kolegyně?**

To, co se stalo mně, mě nijak neovlivnilo, beru to tak, že to k tomu prostě patří. Jinak mým kolegům se takhle nic nestalo. Ale viděl jsem video, kdy pacient napadl sestru a řidič zastavil a šel jí tam pomoc. Tak to se mě dotklo spíš tím, že víím, že bych se zachoval stejně.

**15. Jak se snažíte předejít konfliktu?**

Snažím se vcítit do té situace, i když se zdá, že to lidi přehání. Empatie je důležitá. Taky se hodně snažím komunikovat, uklidnit ty pacienty a rodinu, protože se taky bojí, neví, co se děje. Pomalá a klidná komunikace je důležitá právě u takhle neklidných pacientů.

## **16. Jak nejčastěji řešíte konflikt?**

Snažíme se to uklidnit sami a většinou se to daří. Někdy pomůže i to, že řeknete, že zavoláte policii, ale samozřejmě to může ty lidi vydráždit. Jednou jsme i odešli, právě u toho případu tý rvačky, jak jsem zmiňoval, tak tam nepomohla ani policie.

### **Myslíte si, že doktoři mají v řešení takovéto situace větší výhodu?**

Ano, myslím si, že ano. Doktoři mají větší autoritu u lidí. Ale taky mají možnost si sami bez konzultace naindikovat léky ke zklidnění. Takže v tomto to má lékař jednodušší.

## **17. Myslíte si, že jste dostatečně připraven/a řešit takovouto situaci? Co Vám v tom pomohlo?**

Na takovou situaci člověk být připravený nemůže, nikdy neví, co se stane. Může pomoc být v nějaký lepší fyzický kondici. Taky je důležitý zůstat v klidu a nenechat se vyprovokovat.

## **18. Myslíte si, že by bylo na místě více školení, které by se věnovalo této problematice? Jak by měla být zaměřená?**

Je super, když vám třeba na seminářích přednášejí lidé nebo lékaři, co se s touto problematikou setkávají nebo policie vám může dát informace k tomu, co si můžete a nemůžete dovolit. Myslím, že vám ty semináře dost dají a můžou vám pomoci v přípravě. Nebo nějaká sebeobrana by nemusela být špatná, ale i třeba právě právní pohled na věc, abychom věděli, co si můžeme dovolit.