

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ZÁCHRANÁŘ – OBĚŤ AGRESIVITY PACIENTŮ

Bakalářská práce

Autor práce: **Klára Kamasová**

Vedoucí práce : **PhDr. Marie Rybářová**

Hradec Králové 2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**RESCUE WORKER – THE VICTIM OF
AGGRESSIVENESS PATIENTS**

Bachelor's thesis

Autor: **Klára Kamasová**

Supervisor: **PhDr. Marie Rybářová**

Hradec Králové 2007

Čestné prohlášení :

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

Ve Veselí u Přelouče dne 23. 4. 2007

.....

Poděkování :

**Touto cestou děkuji za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce
PhDr. Marii Rybářové.**

Obsah :

Úvod.....	7
1. Cíle teoretické části.....	8
2. Zdravotnická záchranná služba.....	9
2. 1 Definice zdravotnické záchranné služby.....	9
2. 2 Historie a vývoj záchranné služby.....	10
2. 3 Vzdělávání a odborná příprava.....	11
2. 4 Personální složení výjezdových skupin.....	11
3. Agrese a agresivita.....	13
3. 1 Teorie agrese.....	13
3. 2 Druhy agresivního chování.....	14
3. 3 Nejčastější příčiny agresivního chování.....	15
3. 4 Komunikace s agresivním pacientem.....	16
3. 4. 1 Zvládání agresivity psychologickými prostředky.....	16
3. 5 Agrese z pohledu oběti agresivního chování.....	17
3. 6 Vývoj agresivity v čase.....	18
4. Jistota a bezpečí záchranářů.....	19
5. Stres.....	20
5. 1 Definice stresu.....	20
5. 2 Fáze stresu.....	20
5. 3 Strategie zvládání stresu.....	21
5. 4 Jak předcházet stresu.....	21
6. Psychoterapie.....	23
6. 1 Definice psychoterapie.....	23
6. 2 Formy a prostředky psychoterapie.....	23
6. 3 Cíle psychoterapie.....	25
6. 4 Psychoterapie a záchranář.....	25
7. Empirická část.....	27
7. 1 Cíle výzkumu.....	27
7. 2 Vzorek respondentů.....	28
7. 3 Použitá metoda.....	28
8. Výsledky.....	28
9. Diskuze.....	67

9.1 Zhodnocení Pardubického kraje s výzkumem z roku 2005.....	70
Závěr.....	71
Anotace.....	73
Seznam literatury.....	74
Seznam grafů.....	76
Seznam tabulek.....	78
Příloha.....	79

Úvod

Téma agresivity pacientů proti záchranářům jsem si pro bakalářskou práci zvolila z několika důvodů.

Prvním důvodem je fakt, že agresivita proti záchranářům je v poslední době dost aktuální téma. Každý měsíc se z médií dozvídáme o případech, kdy došlo k napadení posádek záchranných služeb.

Druhým důvodem je moje osobní zkušenost s agresivním pacientem a zjištění, že podobné situace nejsou ojedinělé. Proto mě zajímalo, jaké zkušenosti mají moji přírodní kolegové a kolegové ze sousedního Královehradeckého kraje.

V teoretické části se zmíním o historii zdravotnické záchranné služby, o personálním zajištění a vzdělání v rámci přednemocniční péče. Hlavním tématem bude agresivita a to druhy agresivního chování, přístup záchranářů k agresivním pacientům a teorie oběti násilného chování. Další téma jsem směřovala k jistotě a bezpečí při práci záchranářů. V posledních dvou tématech teoretické části jsem se zabývala stresem při práci záchranářů a možnostmi psychologické pomoci po kontaktu s agresivním pacientem.

V empirické části mě zajímaly zkušenosti mých kolegů Pardubického a Královehradeckého kraje s agresivním pacientem. Jako metodu výzkumu jsem si zvolila anonymní dotazník, jehož velkou část jsem převzala od kolegyně Prázové (2005), která se zaměřovala na teoretické znalosti, osobní zkušenosti a pocity bezpečí záchranářů při výkonu jejich povolání. Doplněnou část dotazníku tvořily otázky zaměřené na psychické prožívání záchranářů.

1. Cíle teoretické části

- popsat dostupné teorie agrese, zdroje a vznik agresivního chování
- popsat možnosti komunikace s agresivním pacientem, zabývat se agresí z pohledu oběti agresivního chování
- zabývat se úlohou psychoterapie v práci záchranáře
- zabývat se vývojem agresivity v čase
- zabývat se historií a vývojem zdravotnické záchranné služby

2. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) je jednoznačným nositelem povinnosti zabezpečovat přednemocniční neodkladnou péči nepřetržitě 24 hodin denně. Přednemocniční neodkladná péče si klade za cíl minimalizaci následků akutních postižení, tak aby se nemocní mohli vrátit do kvalitního života.

2. 1 Definice zdravotnické záchranné služby

Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 434 vydaná v roce 1992, definuje zdravotnickou záchrannou službu jako odbornou přednemocniční neodkladnou péči. Přednemocniční neodkladná péče je péče poskytovaná na místě vzniku úrazu nebo náhlého postižení zdraví, během dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při předávání pacienta do zdravotnického zařízení. Je vlastně článkem primární péče. Indikacemi pro výjezd a zásah zdravotnické záchranné služby jsou stavy, které

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

(Ertlová, Mucha, 2003)

Zdravotnická záchranná služba musí být schopna:

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

Dalšími úkoly zdravotnické záchranné služby jsou:

- doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách neodkladné péče
- doprava mezi zdravotnickými zařízeními a ze zahraničí do ČR
- doprava související s plněním úkolů v rámci transplantačního programu.

- koordinace součinnosti s praktickými lékaři a s lékařskou službou první pomoci (Ertlová, Mucha, 2003)

2. 2 Historie a vývoj zdravotnické záchranné služby

Hippokratova přísaha ukládá lékařům povinnost vynaložit veškeré úsilí na záchranu ohrožených lidských životů. Každý lékař by měl být připraven poskytnout pomoc dle svých vědomostí, dovedností a možností.

V 19. století byla objevena celková anestezie. Postupně docházelo k zavádění nových metod (svalové relaxace, umělá plicní ventilace), došlo také k velkému vývoji přístrojové techniky (EKG, tonometry, pulzní oxymetry), který znamenal velký pokrok ve vývoji anestezie. Pokroky medicíny v metodikách zachraňujících život, ve farmakologii a technologii měly výrazný vliv na strukturu zdravotnictví. V nemocnicích začala vznikat pracoviště neodkladné péče, lůžkové jednotky ARO, oborové JIP a v posledních letech také dochází k výraznému rozvoji oddělení urgentního příjmu. Faktem je, že včasné zahájení postupů zachraňujících život zkracuje účinky hypoxie na životně důležité orgány a dochází ke snížení morbidity a mortality postižených. Toto vše vede k úsilí přiblížit neodkladnou péči co nejrychlejšími způsoby k postiženému mimo nemocnici.

V 70. letech minulého století začalo docházet k budování zdravotnických záchranných služeb. Výjezdová stanoviště nejdříve vznikala v rámci oddělení ARO. Ve výjezdových skupinách obvykle byli anesteziologové než lékaři z jiných oborů, sestry pracující na jednotkách ARO, sanitáři a proškolení řidiči.

Taková posádka byla nejlépe připravena pro náročné život zachraňující výkony.

Po listopadu v roce 1989 a po rozdělení Československa v roce 1993 dochází k výraznému rozvoji zdravotnických záchranných služeb. Jedná se především o investiční a organizační rozvoj. Zdravotnické záchranné služby se postupně stávají samostatnými organizacemi řízené Okresními úřady a ministerstvem zdravotnictví.

(Pokorný, 2003)

S účinností od 1. ledna 2003 byla všechna dosavadní okresní střediska i územní střediska záchranné služby převedena do působnosti Krajských úřadů.

Do dnešního dne neexistuje zákon o zdravotnické záchranné službě, který by krajům vymezil potřebné mantinely a minimalizoval tak možné nebezpečí nehomogenního vývoje a rozvoje zdravotnických záchranných služeb v různých krajích.

(Ertlová, Mucha, 2003)

2. 3 Vzdělávání a odborná příprava pracovníků

Vzdělání zdravotnických pracovníků v rámci přednemocniční péče je příznivým východiskem pro správné zhodnocení stupně ohrožení života postiženého a pro racionální postup při poskytování první pomoci. Bohužel, musím konstatovat, že vzdělávání laické veřejnosti v první pomoci je v podstatě neuspokojivé. Většinou jsou to právě oni, kteří se ocitnou na místě neštěstí jako první a je na nich, aby poskytli laickou první pomoc, na které mnohdy nejvíce záleží.

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se řídí zákonem č. 96/2004 sb., který určuje kompetence jednotlivých profesí.

Na poskytování odborné přednemocniční péče se podílejí lékaři, zdravotní sestry a záchranáři s příslušným vzděláním.

Obecně platí že,

- lékař musí mít specializaci v některém ze základních lékařských oborů, z nichž je za optimální považován obor anesteziologie a resuscitace. Od roku 1998 byl zřízen nástavbový obor urgentní medicína, v němž se specializují právě lékaři pracující v rámci přednemocniční péče.
- střední zdravotnický pracovník musí být absolventem střední zdravotnické školy s maturitou do roku 2002 a se specializací ARIP
- vyšší zdravotnický pracovník musí být absolventem vyšší zdravotnické školy nebo absolventem bakalářského studia v oboru zdravotnický záchranář
- nižší zdravotnický pracovník musí mít středoškolské vzdělání s maturitou a musí být absolventem dlouhodobého kurzu pro řidiče pracující v rámci přednemocniční péče.

V současnosti jsou v České republice organizovány různé typy kurzů, jež mají zdokonalit znalosti a dovednosti pracovníků zdravotnické záchranné služby. V posledních letech dochází k velkému rozvoji v rámci přednemocniční péče, a proto je důležité neustálé celoživotní vzdělávání pracovníků zdravotnických záchranných služeb.

2. 4 Personální složení výjezdových skupin

Jak je již výše zmíněno, na zdravotnických záchranných službách pracují zdravotničtí pracovníci, kteří jsou vzděláváni v rámci přednemocniční péče. Ať už se jedná o lékaře, zdravotní sestry, zdravotnické záchranáře nebo řidiče záchranáře. Z hlediska personálního

obsazení, kvalifikačních předpokladů a odborných kompetencí jednotlivých pracovníků rozlišuje vyhláška jednotlivé výjezdové skupiny.

- **Rychlá zdravotnická pomoc** – tato výjezdová skupina je minimálně dvoučlenná a složená z kvalifikovaných záchranářů (ať už na úrovni vyšších, středních a nižších zdravotnických pracovníků); záchranář s vyšší kvalifikací nebo popř. služebně starší je vedoucím skupiny.

- **Rychlá lékařská pomoc** – tato výjezdová skupina je minimálně tříčlenná, v jejichž sestavě se nachází posádka RZP a k nim náleží lékař, který je vedoucím skupiny.

- **Letecká záchranná služba** – zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná, tvořená lékařem a záchranářem, doplňujícím a velice důležitým článkem LZS je pilot.

Práce na záchranné službě je velice náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. Proto je velice důležité, aby zaměstnanci byli po obou stránkách velice zdatní a mohli působit jako tým, ve kterém se jeden na druhého mohou spolehnout.

3. Agrese a agresivita

Na začátku je důležité vysvětlit rozdíl mezi agresí a agresivitou.

„Agrese označuje vlastní pozorovatelné chování, agresivitou se rozumí určitá vnitřní pohotovost k agresivnímu jednání.“

(Čírtková, 1996)

Agrese je součástí přirozeného chování. Z psychologického hlediska představuje velmi složitou problematiku, zahrnující širokou škálu rozmanitých jevů. Agresivně můžeme myslet, komunikovat, fantazírovat, snít, ale také i jednat. Naproti tomu agresivita je osobnostní vlastnost. Zpravidla je trvalá, obtížněji měnitelná charakteristika osobnosti.

„Agresivitu vymezujeme jako poměrně stálou individuální dispoziční k útočnému jednání.“ (Vymětal, 2003)

3. 1 Teorie agrese

Jak je již výše zmíněno, sklony k agresivnímu chování máme nejen vrozené, ale rozvíjí se i na základě učení a do určité míry na agresivní chování má vliv okolní prostředí. (R.G. Sipes, Wilson, 1993)

Teorii vzniku agresivity lze rozdělit do dvou základních částí – „teorii biologickou a teorií psychologickou.“ (Vymětal, 2003)

K dalším teoriím řadíme : „teorii psychoanalytickou, frustrační a lernteoretickou koncepci.“ (Čírtková, 1996)

Teorie biologická – tato teorie říká, že agresivita je způsobena vlivy z CNS. Jsou to vlivy neuroanatomické, neurofyzilogické a endokrinologické. V neposlední řadě na agresivní chování má vliv i dědičnost.

„Ať je již skutečná podstata jakákoli, biologické predispozice bezpochyby spoluurčují, jak interakce jedince s prostředím, formuluje jeho sociální scénáře, přesvědčení a schémata a jak lidé emočně a kognitivně reagují na provokující a frustrující podněty z prostředí.“ (Atkinson, 1995)

Teorie psychologická – tato teorie popisuje a vysvětluje agresivní jednání a sklony vycházející z lidské vrozené a pudové výbavy a agresivitu považují za reakci na frustraci.

Agresivní chování může být reakcí na neuspokojené potřeby. Tendence jednat agresivně se zvyšuje, jestliže strádání v určité situaci je silné a doba trvání je neúnosně dlouhá. U každého člověka dochází k agresi velmi individuálně, protože každý z nás má jinou frustrační toleranci.

Psychoanalytická teorie – prošla různými modifikacemi, které se vztahují k pojetí pudových složek a jejich významu v psychice člověka. Pud je vnitřní pohnutka jednání. Agresivně jednající člověk má vystupňovaný pud agrese a proto jedná ve většině situací agresivně.

„Agresivita v psychoanalytickém pojetí přestává být obecně chápanou dispozicí a stává se pudem.“ (Čírtková, 1996)

Teorie frustrace – nepředpokládá samostatný motiv agrese. Klíčovým bodem se zde stává frustrace. Frustrace je stav, kdy člověk nemůže uspokojit své potřeby. Tato teorie je amerického původu. V roce 1939 ji formuloval J. Dollard. Podle této teorie je agrese vždy důsledkem určité frustrace.

Lernteoretická koncepce – navazuje a vychází z behaviorismu. Agrese není automaticky a bezpodmínečně spjata s frustrací a často se uplatňuje jako naučený a sociálně osvědčený způsob uspokojování potřeb a řešení problémů.

3. 2 Druhy agresivního chování

V této části chci poukázat na některé druhy agresivního chování, což může vést k pochopení faktu, že takové chování není příznačné pouze pro pacienta, ale i pro samotné zdravotnické pracovníky. Důležité je si uvědomit, že na části nepřiměřeného chování pacientů se spolupodílejí i zdravotníci.

„Agrese se navenek projevuje agresivními postoji a slovními projevy, může eskalovat do agrese vůči předmětům, vůči živým tvorům a lidem nebo také vůči vlastní osobě.“

(Honzák, 2005)

Sublimovaná agrese – tento typ se neprojeví v adekvátní negativní činnosti, ale v jiné netypické aktivitě. Příkladem může být volba povolání – chirurg, řezník, atd.

Převrácená agrese – příkladem takového jednání může být přehnaná péče o pacienta, který je nám nepříjemný.

Přenesená agrese – znamená, že člověk reaguje agresivně na někoho nebo něco jiného, než je rozčilený. Příkladem může být sestra reagující agresivně na pacienta po konfliktu s nadřízeným.

Zadržovaná agrese – takovou agresi v sobě člověk zadržuje a pro něj ve správnou chvíli takového chování využije. „Počkej, až jednou...“

Racionalizovaná agrese – takový styl komunikace používáme v případech, kdy druhým nevyhovují, ale my je děláme v jejich prospěch. Příkladem je, že sestra činí výkony, které jsou pacientům nepříjemné, s vysvětlením, že je to v jejich prospěch.

Autoagrese – je to agrese přenesená na vlastní osobu. Netroufám si na někoho jiného, tak jsem naštvaný na sebe.

(Dynáková, 2005)

3. 3 Nejčastější příčiny agresivního chování pacienta

Bývá to zpravidla kombinace okolností, které se kumulují a překročí-li subjektivně únosnou míru a je-li možnost se agresivně chovat, dojde k útočnému jednání.

- pocit ohrožení a strachu vztahující se k vlastnímu onemocnění nebo strach z vyšetření, z bolesti, ze smrti
- prožitky křivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které považuje za důležité
- větší zátěž, zvláště pokud se zdá jako zbytečná (dlouhé čekání, opakované zbytečné otázky)
- pocity ponížení a zesměšnění
- pocity bezmocnosti
- pocit viny

(Venglářová, 2006)

3. 4 Komunikace s agresivním pacientem

Domluva s agresivním pacientem je mnohdy složitá a vyžaduje vysokou profesionalitu. Většinou nám nestačí obvyklé fráze. Je nutné zvládat techniky deeskalace (zklidnění), které se skládají z verbální a neverbální složky. Verbální i neverbální projevy musí být v souladu, protože jediné tak je komunikace důvěryhodná. (Křížová, Kříž, 2006)

Pacient se cítí méně ohrožen, když k němu přistupujeme čelem, hovor vedeme ve stejné výšce, udržujeme stálý oční kontakt a vyvarujeme se zbrklých a rychlých pohybů. Mluvíme klidně, jasně, srozumitelně. Nepoužíváme zdravotnického slangu. Při jednání s agresivním pacientem je důležitá empatie a akceptace. (Vyskočilová, 2003)

Empatie – znamená vcítění se do pocitů druhého.

„Snažíme se pochopit, proč člověk jedná tak, jak jedná, čili jaké jsou motivy jeho chování“. (Vymětal, 2003)

Akceptace – znamená přijmout druhého takový jaký je. Zdravotnický pracovník je k pacientovi otevřený, vstřícný a přijímá jako bytost zasluhující si úctu a respekt.

(Vymětal, 2003)

„Kvalitně navázaný kontakt s pozorovatelem nebo pacientem při ošetření a pozitivně laděná komunikace zcela určitě vyčistí nedýchatelnou atmosféru plnou stresu a vylučuje možnost stupňované agresivity.“ (Soukupová, 2006)

3. 4. 1 Zvládání agresivity psychologickými prostředky

Psychologické prostředky jsou založené především na komunikaci. Jak se tedy chovat k agresivnímu člověku? Je důležité si uvědomit, že v konfliktu vždy figurují dvě strany. Strana napadeného a útočnicka.

Při jednání s agresivním člověkem lze doporučit čtyři zásady.

1. První zásadou je zachovat klid, nechovat se autoritářsky a na případný útok nereagovat stejně, protože agresivita zesiluje agresivitu. Pacienta přijmeme vlídně a zdvořile, což ho obvykle překvapí a jeho agresivní chování se může zmírnit.

2. Druhou zásadou je pozorné vyslechnutí při zachování akceptujícího postoje. Akceptace však neznamená souhlas. Vše co pacient říká bereme vážně, byť s tím nemusíme souhlasit. Doplňujícími otázkami projevujeme svůj osobní zájem.

3. Třetí zásadou je uvědomit si, co pacient říká, jak myslí a jaký to má pro něj význam. Během rozhovoru pacientovi sdělujeme, jak to na nás působí, což je obvykle přijímáno, že jej chápeme, a že máme dobrou vůli mu porozumět. Bere nás jak spojence.

4. Čtvrtou zásadou je, že se snažíme pacientovi vyhovět. Pokud to není možné, snažíme se naše stanovisko vysvětlit i s pochopením pro jeho zklamání.

Závěrem je potřeba zdůraznit, že na mnohém nepřiměřeném chování nemocných a jejich příbuzných se spolupodílejí i záchranáři. Někdy mají sklon chovat se nadřazeně a vyčítavě.

3. 5 Agrese z pohledu oběti agresivního chování

Tímto problémem se zabývá relativně nová disciplína zvaná **viktimologie**. Zajímá ji, jakou roli hraje oběť v motivaci pachatele a jakým způsobem se „spolupodílí“ na interakci v průběhu trestného činu. Pěstování viktimologie směřuje k vypracování poznatků o tom, jak se lze účinně vyhnout roli oběti a jakými preventivními opatřeními lze snížit riziko ohrožení. Zavádí se souhrnný pojem tzv. **bezpečného chování**. Značný vědní zájem se soustřeďuje na poznání **viktimogenních situací**. Jsou to místa a časové okamžiky, se kterými je spojeno velké riziko ohrožení. Pro posádky záchranných služeb je téměř nemožné se těmito místům a situacím vyhnout, tím se zvyšuje pravděpodobnost, že se mohou stát obětmi násilného chování. Pro záchranáře je velice důležité si tyto místa ujasnit, aby byli připraveni na zvýšené riziko násilného chování v těchto lokalitách. (Čírtková, 1996)

Viktimogenní lokality lze charakterizovat takto:

- levné byty či ubytovny, ve kterých bydlí velké množství svobodných mužů
- nejsou zde sousedské vztahy a vazby
- jsou sociálně nepřehledné, nelze snadno rozeznat domácí lidi od cizích
- hustá síť dopravních prostředků

Další otázkou je, zda se sami záchranáři nestaví do pozice snadné a vyhledávané oběti.

Psychologie oběti nám nabízí následující rozlišení **viktimogenních faktorů**:

Sociální faktor – do této skupiny spadá samotná profese zdravotníka, sociální riziko je zvýšené obzvláště u zdravotníků výjezdových skupin záchranných služeb

Osobnostní faktor – tady se jedná o konstelaci osobnostních vlastností. Může jít o zvýšenou důvěřivost a neobratnost v jednání.

Behaviorální faktor – se týká rizikového chování. Může to být navštěvování a vyhledávání viktimgenních lokalit.

Jaké následky může mít násilné chování na oběť?

Poškození oběti má tři fáze:

Primární fáze – jedná se o újmu způsobenou jako přímý a bezprostřední důsledek násilného činu

Sekundární fáze – je to újma vznikající v důsledku reakcí formálních instancí sociální kontroly nebo neformálního sociálního okolí

Terciální fáze – stav, kdy jedinec není schopen se přiměřeně vyrovnat s traumatickou zkušeností, přestože došlo k nápravě, odškodnění či úzdavě.

(Čírtková, 1996)

3. 6 Vývoj agresivity v čase

Agresivita a násilné chování jsou výslednicí kombinace dědičnosti a vlivu prostředí, výchovy a učení. Z vývojového pohledu je možné sledovat projevy hněvu a agrese již v kojeneckém a batolecím věku. V období mezi třetím a šestým rokem se začínají projevovat specifické rozdíly v agresi a útočnosti chlapců a dívek. Obecně platí, že míra agresivity v souvislosti s tímto vývojovým obdobím klesá.

Další růst agresivity je zaznamenán v průběhu dospívání a rané dospělosti v souvislosti s hormonálními a osobnostními proměnami. Agresivita je v průběhu života velmi konzistentní. Z toho vyplývá značné nebezpečí, že jedinec chovající se agresivně už v dětství se bude agresivně chovat i v dalším životě. (Janský, 2002)

V dnešní době, kdy média jsou plna násilí a agresivity se není čemu divit, že spousta lidí a i dětí jedná tímto způsobem. Do určité míry se tento styl chování stává populární.

4. Jistota a bezpečí záchranářů

Jistota a bezpečí jsou základní lidské potřeby. Souvisejí s přežitím jedince, mluvíme také o potřebě (pudu) sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení. V pyramidě potřeb A. Maslow zařazuje potřebu jistoty a bezpečí na druhé místo, hned za potřeby biologické. A. Maslow popisuje potřeby jistoty a bezpečí jako „balík potřeb“, který se stává aktuální vždy, když jsou uspokojeny potřeby fyziologické. Míra jistoty a bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu, podporuje normální funkci jednotlivých orgánových systémů působením přes CNS a vegetativní nerstvo. Pocity nejistoty a ohrožení působí jako stresory a ty ovlivňují adaptační mechanismy. Dospělý člověk si během ontogenetického vývoje osvojuje adaptivní formy chování na nepříznivou psychickou zátěž. Tyto formy chování mohou být pro něho i pro okolí prospěšné i neprospěšné (agrese, únik, izolace,...). Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod.

(Trachtová, 2004)

„Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod.“ (Trachtová, 2004)

Pocit jistoty a bezpečí je důležitý i při práci záchranáře. V současné době se bezpečností záchranářů zabývá pouze vyhláška č. 434 o zdravotnické záchranné službě vydaná 28. července 1992 Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Říká, že **„vyšetření a ošetření výjezdová skupina neposkytne v těch případech, kdy by jejich provedení vážně ohrozilo zdraví nebo život členů skupiny.“**

Vyhláška nebo jiné ustanovení týkající se případné sebeobrany záchranářů není. Proto je velmi důležitá spolupráce se všemi složkami integrovaného záchranného systému, kde významnou roli při napadení záchranářů hraje policie.

5. Stres

V profesionálním i soukromém životě nastávají v důsledku různých příčin situace, které hovorově označujeme jako náročné, obtížné, svízelné či konfliktní. Kladou na člověka zvýšené nároky a požadavky, které lze zvládnout jen s vystupňovaným úsilím, tj. aktivizací často všech psychických a fyzických sil. Stres nás provází od narození až do konce života. Je to vlastně vše, co nás obklopuje a působí na nás. (Čírtková, 1996)

5. 1 Definice stresu

„H. Seleyem je stres definován jako charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, který se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci adrenokortikálního systému.“ (Hartl, Hartlová, 2000)

Problematika stresu je velmi rozsáhlá a má interdisciplinární povahu. Intenzivně je zkoumána v psychologii i v lékařské vědě. Lékařský pohled se zabývá především fyziologickými reakcemi organismu na stres, zatímco psychologický přístup se zaměřuje na průběh psychických jevů ve stresových situacích. Oba momenty se však v reálném dění prolínají a lze je izolovat jen na úrovni abstrakce.

Stres, ale nemusí být spojován pouze s negativními pocity. Kromě nežádoucího distresu rozeznáváme i eustres, což je zátěž, kterou zvládneme a která vede k postupnému „otužování“ a tím i k osobnostnímu rozvoji. Distres přispívá ke vzniku a rozvoji poruch zdraví.

(Vymětal, 2004)

5. 2 Fáze stresu

Stres se neplíží nepozorovaně, ani neútočí v nepředvídatelném okamžiku. Člověk je schopen rozpoznat řadu signálů naznačujících blížící se nebezpečí. Stresem iniciované změny psychického dění probíhají ve třech fázích: fáze alarmující, rezistence a vyčerpání.

(Čírtková, 1996)

Alarmující fáze – v této fázi dochází k mobilizaci psychických i fyzických sil jedince

Fáze rezistence – v této fázi jedinec odolává. Adaptace na stres dosahuje maxima.

Fáze vyčerpání – je to poslední fáze stresu, která se projevuje únavou, úzkostí, depresí nebo dalšími nejrůznějšími příznaky. Dochází k vyčerpání adaptační energie a hroutí se přizpůsobivost.

5. 3 Strategie zvládnání stresu

Protože emoce a fyziologická aktivace, vyvolané stresovými situacemi, jsou většinou velmi nepříjemné, člověk je motivován k tomu, aby něco udělal pro zmírnění či odstranění utrpení. Strategie zvládnání se dělí na **strategie zvládnání zaměřené na problém** a **strategie zaměřené na emoci**. (Atkinson, 1995)

Strategie zvládnání zaměřené na problém

Zahrnují vymezení problému, hledání alternativních řešení, zvažování alternativ z hledisky námahy a přínosu, volbu mezi alternativami a realizací vybrané alternativy. Lidé, kteří mají sklon používat tuto strategii, trpí méně často depresí a nemocí.

Strategie zvládnání zaměřené na emoci

Lidé používají tuto strategii, aby zabránili zaplavení negativními emocemi a provedení určitých kroků k vyřešení svých problémů. Zvládnání zaměřené na emoci používají také, když je problém neovlivnitelný. Psychoanalytická teorie popisuje celou řadu nevědomých obranných mechanismů, které lidé používají při zvládnání negativních emocí. Mezi ně řadíme vytěsnění, racionalizaci, reaktivní výtvor, projekci, intelektualizaci, popření a přesunutí.

5. 4 Jak předcházet stresu

Práce záchranáře je velice zajímavá, ale především náročná jak fyzicky, tak zejména psychicky. Každý den jsme vystaveni nějaké kritické události, která v nás může vyvolat stresovou reakci. Proto je důležité stresu předcházet nebo ho alespoň minimalizovat. Základem předcházení stresu je zdravý způsob života s dostatkem pohybu, pestrou vyváženou stravou a vyrovnaným režimem práce a odpočinku. Je nutno si uvědomit základní zdravotnické pravidlo: „prevence je lepší než léčba“. Nejlepším způsobem jak čelit stresu, je naučit se nepřipustit jeho nástup a vznik.

Desatero jak předcházet stresu:

- 1) Budme otevření, tolerantní a přátelští.

- 2) Nestyd' me se za to, že cítíme a dávejme své city najevo.
- 3) Odnaučme se nepřátelství, sobectví a podezřívavosti.
- 4) Buďme empatičtí a naslouchejme druhým.
- 5) Smějme se, dělejme radost sobě i druhým.
- 6) Pokusme se být velkorysí a odpouštět druhým.
- 7) Buďme asertivní
- 8) Zvyšme tělesnou aktivitu
- 9) Naučme se odpočívat, nespěchat a zbytečně se nepřepínat
- 10) Najděme si každý den chvilku, kterou si vyhradíme jen pro sebe

Pokud se nám podaří tyto zásady dodržovat, stresových situací v našem životě bude jistě méně.
(Dvořáková, 2000)

„Chcete-li se dočkat změny svého postoje, začněte jednat“.

H. von Foester

6. Psychoterapie

Součástí života každého zdravotníka je povinné celoživotní vzdělávání v oboru. Ve většině článků, doporučení a nařízení se toho píše dost o tom, co a jak s pacientem, ale už méně se toho dozvíme o tom, jak se postarat o psychicky vyčerpaného záchranáře. Myslím si, že bychom se neměli považovat za sobce, když při výkonu svého povolání budeme myslet i sami na sebe.

6. 1 Definice psychoterapie

Definic psychoterapie je celá řada. Pro svoji práci jsem vybrala Vymětalovu (2004) a Kratochvílovu (1998).

„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“ (Vymětal, 2004)

Druhá z definic je od Kratochvíla (1998):

„Psychoterapie je záměrné a plánovité léčebné působení psychologickými prostředky. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy, na osobnost a její vztahy, na poruchy činitele, které poruchy vyvolávají. Psychoterapie má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti odstranit jejich příčiny.“

Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska možnosti jejich ovlivňování komunikační a vztahovou cestou. Využívá se zde poznatků zejména psychologie a přístupů psychosomatické medicíny. (Vymětal, 2004)

6. 2 Formy a prostředky psychoterapie

Psychoterapie se uskutečňuje ambulantně a při plné či částečné hospitalizaci nemocných. Obvykle převládá ambulantní péče, ale u pacientů se složitou zdravotní a sociální problematikou bývají pacienti hospitalizováni.

Rozeznáváme tři základní formy psychoterapie:

- psychoterapii individuální
 - psychoterapii prostřednictvím skupiny
 - psychoterapii v rámci léčebného společenství
- (Vymětal, 2003)

Individuální psychoterapie – odehrává se mezi dvěma subjekty – terapeutem a pacientem. V praxi je tato forma nejrozšířenější. Důležitá je možnost dobrého soustředění, introspekce a uvolněného přemýšlení.

Psychoterapie prostřednictvím skupiny – lze ji rozdělit na uměle vytvořenou skupinu či skupinu přirozenou, kam řadíme rodinu. Hlavním terapeutickým prostředkem je skupinový rozhovor.

Psychoterapie v rámci léčebného společenství – s touto formou se setkáváme v psychiatrických a psychosomatických léčebnách. Pacienti a personál tvoří společenství, kde se vzájemně ovlivňují a vytvářejí terapeutický program. (socioterapie, terapie prací apod.)

Psychoterapeutické prostředky

Jsou konkrétní způsoby a postupy, jimiž dosahujeme stanovených cílů. Obecně je lze dělit na verbální a neverbální. (Vymětal, 2003)

Psychoterapeutický rozhovor – základní prostředek psychologické léčby. Z psychologického hlediska je dělíme na nedirektivně empatické, interpretující, podpůrně uklidňující a přesvědčující.

Relaxační a psychofyziologické postupy – působíme na psychofyziologické procesy s cílem dosáhnout uvolnění. Řadíme sem autogenní trénink, progresivní svalové uvolnění, meditace a biologická zpětná vazba.

Zaostřování – je koncentrativní a imaginativní cvičení vycházející z tělesnosti člověka. Zjišťujeme jím subjektivní významy osobně důležitých prožitků a obsahů našeho vědomí.

Expoziční terapie – pacient je systematicky veden k tomu, aby se vystavoval situacím, jež v něm vyvolávají nepřiměřený strach a obavy (např. fobie).

Sugestivní postupy a hypnóza – nejstarší psychoterapeutické prostředky, obcházíme vědomou kontrolu pacienta. Ovlivňování se obvykle děje ve stavu změněného vědomí, ale není to však podmínkou.

Psychodrama – přehrávání scének „jako v divadle“, s cílem umožnit pacientovi porozumět jeho problémům, navodit odreagování a případně naučit jinému chování.

Psychogymnastika – metoda, která akcentuje neverbální projev. Lze ji přirovnat k pantomimě.

Arteterapie a muzikoterapie – využití výtvarného a hudebního projevu za účelem léčby. Tyto prostředky se obracejí zejména k prožitkové stránce člověka.

Hra – často využívána v dětském věku a dospívání jako prostředek sebevyjádření. V tomto věkovém období je často využívána jako základní metoda psychologické léčby. Hra je cenná i psychodiagnosticky.

(Vymětal, 2003)

6. 3 Cíle psychoterapie

Cíle psychoterapie se různí podle způsobu použití psychoterapie, dále podle jednotlivých přístupů a podle povahy problému.

„Cíl psychoterapie vidíme ve změnách v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky“. (Vymětal, 2004)

Cíl by měl být předem jasně daný, racionálně zdůvodněný a průběžně sledovaný, zda k němu terapie směřuje. Od cílů se odlišují skutečně dosažené výsledky psychoterapie.

Nejčastějším cílem je osobnostní změna, dále je to ovlivnění psychofyzilogických stavů, odstranění nebo zmírnění psychopatologických symptomů, podpora v dočasně krizové situaci a adaptaci na nové podmínky. Psychoterapie může být také zaměřena na změnu chování a na sociální vztahy.

Cíle psychoterapie můžeme také dělit na předběžné a definitivní, vedlejší a hlavní, optimální a minimální, průběžné a konečné a na cíle definované terapeutem a ty, které si pacient definuje sám.

(Vymětal, 2004)

6. 4 Psychoterapie a záchranář

Psychoterapie v práci záchranáře je důležitá nejen jako prostředek ovlivňování a působení na pacienta, ale také možnost pomoci pro něj samotného po náročné krizové situaci. Ve většině článků, doporučení a nařízení se píše dost o tom, co a jak s pacientem, ale už méně se toho dozvídáme o tom, jak se postarat o vystresovaného a vyčerpaného záchranáře. Při výkonu svého povolání bychom měli myslet i sami na sebe. Vždyť žádný pacient není zvědavý na to, když k němu dorazí vyčerpaný záchranář. Proto je důležité myslet i na naše duševní zdraví a intenzivně se zabývat případnou pomocí pro nás záchranáře.

Po prodělané, pro nás kritické, situaci nemusí naše cesta vést hned k psychiatrovi nebo psychologovi. V naší zemi se postupně začíná rozvíjet systém pomoci, zabývající se zacházením se stresem v kritické situaci. Jde o tzv. **krizovou intervenci**, která ještě není u nás tak rozšířená, ale pomalu se dostává do popředí přednemocniční neodkladné péče.

Mezi formy této pomoci patří:

Defusing – tato metoda se využívá ihned po skončení události. „V nejhorším“ případě to znamená popovídání si s kolegy. V nejlepším popovídání si s někým, kdo je odborně vyškolen.

Debriefing – s touto metodou se čeká až několik dní po skončení události. Obecně platí, čím větší událost, tím déle se čeká. Jedná se o soubor kvalifikovaných opatření v psychologii neodkladné péče, kdy je sestaven tým expertů i vyškolených laiků. Jedná se o vedení rozhovoru se skupinou, který je rozfázován do kroků po sobě jdoucích.

(Buřičová, 2006)

Je dobré si uvědomit potřebu defusingu a debriefingu, jelikož záchranáři jsou po traumatizujícím zážitku velmi zranitelní a nešetrné či nekvalifikované zásahy mohou napáchat více škody než užitku. Tyto metody, správně a kvalifikovaně vedené, mají pozitivní vliv –lepší se práce celého týmu,lepší se psychická kondice jednotlivých pracovníků, pracovníci budou připraveni na působení stresu v budoucnosti, dojde k průchodu emocí a vyřeší se i některé problémy. Přesto je nutné mít na paměti, že tyto metody nejsou zázračným lékem. Profese záchranáře je velice náročná a investovat psychologickou péči do oboru zdravotnické záchranné služby se jistě vyplatí.

7. Empirická část

7.1 Cíle výzkumu

- srovnat a posoudit zkušenosti záchranářů Pardubického a Královehradeckého kraje s agresivním pacientem
- zjistit a porovnat výskyt agresivního chování pacientů vůči záchranářům v Pardubickém kraji ve srovnání s výsledky obdobného průzkumu z roku 2005
- pojmenovat nejčastější pachatele a zjistit zda záchranáři na agresivního pacienta reagují správně
- zjistit míru bezpečí záchranářů
- zjistit, zda jsou záchranáři schopni vypořádat se s vlastním ohrožením sami nebo s pomocí druhých
- zjistit, čím se cítí být záchranáři nejvíce ohroženi a jak ohrožení prožívají

7. 2 Vzorek respondentů

Soubor respondentů tvořili pracovníci Zdravotnických záchranných služeb Pardubického a Královehradeckého kraje. Celkem bylo rozdáno 60 anonymních dotazníků, a návratnost byla 100%. V souboru dotazovaných respondentů bylo 30 pracovníků z Pardubického kraje a 30 z Královehradeckého. Všechny dotazníky byly vyplněny. Počet pro hodnocení byl 60 a tento počet byl považován za 100%. Respondenti měli možnost označit v dotazníku u jednotlivých otázek i více možných odpovědí.

7. 3 Použitá metoda

K výzkumu pro tuto práci byl použit anonymní dotazník. Dotazník byl rozdělen do čtyř částí a obsahoval 27 otázek. První tři části dotazníku byly převzaty od Prázové (2005). První část se týkala charakteristiky respondentů. Druhá byla zaměřena na agresivitu pacientů a třetí tvořily otázky týkající se bezpečnosti záchranářů. Poslední část dotazníku tvořily otázky zaměřené na psychické prožívání záchranářů. Tato část je autentická, byla vypracována osobně autorkou na Dotazníky byly vyhodnoceny statistickým zpracováním na základě absolutní a relativní četnosti. Absolutní a relativní četnost byla počítána z každé možnosti zvlášť. Celkový počet hodnocených dotazníků byl 60.

8. Výsledky

Zpracované výsledky byly zaznamenány do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel

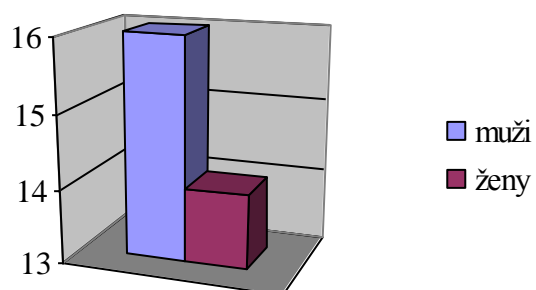
A. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

1. Jaké je Vaše pohlaví?

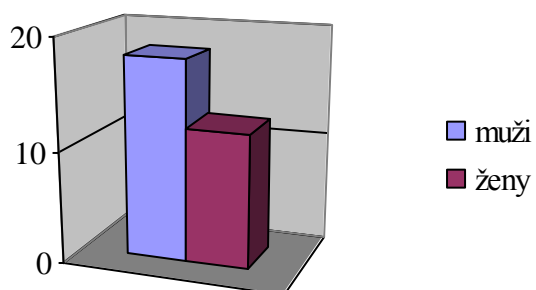
Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
muži	16	53%	18	60%
ženy	14	47%	12	40%

Graf 1 - Pohlaví respondentů Pardubický kraj



Graf 2 - Pohlaví respondentů Královehradecký kraj



V Pardubickém kraji odpovědělo 16 mužů (53%) a 14 žen (47%).

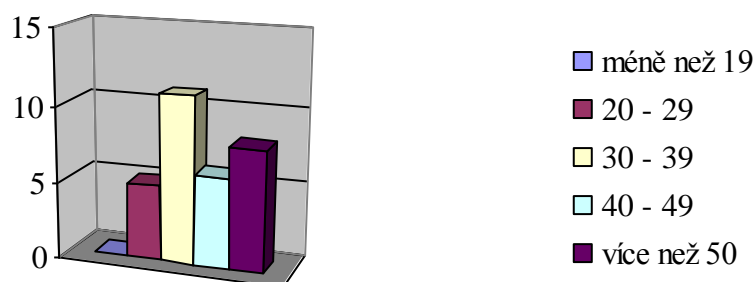
V Královehradeckém kraji odpovědělo 18 mužů (60%) a 12 žen (40%).

2. Kolik je Vám let?

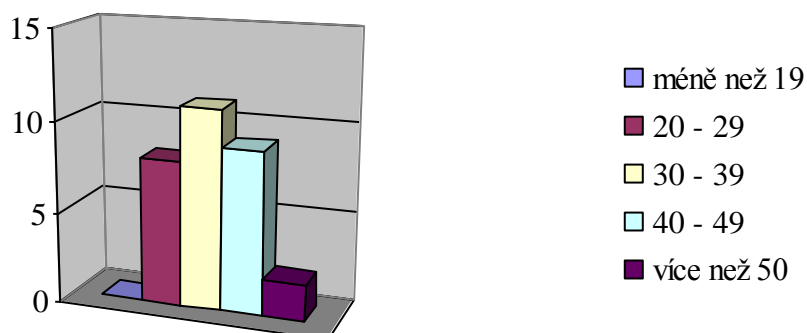
Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
méně než 19	0	0	0	0
20 – 29	5	17	8	27
30 – 39	11	37	11	37
40 – 49	6	20	9	3
více než 50	8	27	2	7

Graf 3 - Věk respondentů Pardubický kraj



Graf 4 - Věk respondentů Královeshradecký kraj



Věk pod 19 let v Pardubickém kraji neuvedl žádný z respondentů. 5 respondentů je ve věku 20 – 29 let (17%). Nejvíce respondentů je ve věku 30 – 39 let (37%). V rozmezí 40 – 49 let se pohybuje 6 respondentů (20%). V poslední skupině nad 50 let je 8 zaměstnanců (27%).

V Královeshradeckém kraji také nikdo neuvedl věk pod 19 let. Ve věku 20 – 29 let je 8 respondentů (27%). Jako v Pardubickém kraji tak i tady je nejvíce respondentů ve

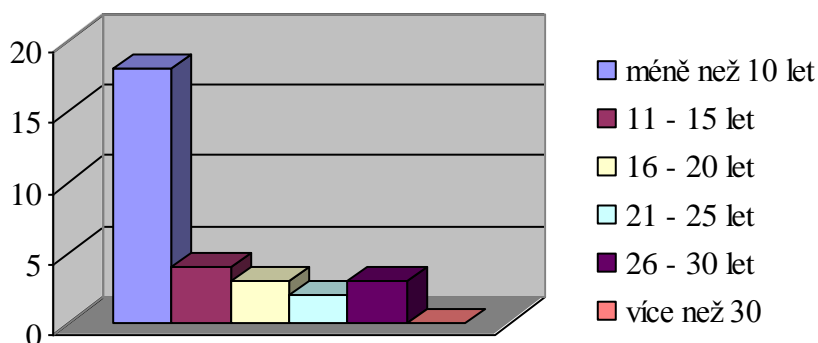
věku 30 – 39 let (37%). Ve věku 40 – 49 let je 9 respondentů (30%). Ve skupině nad 50 let jsou 2 zaměstnanci Královehradeckého kraje (7%).

3. Jak dlouho pracujete na záchranné službě?

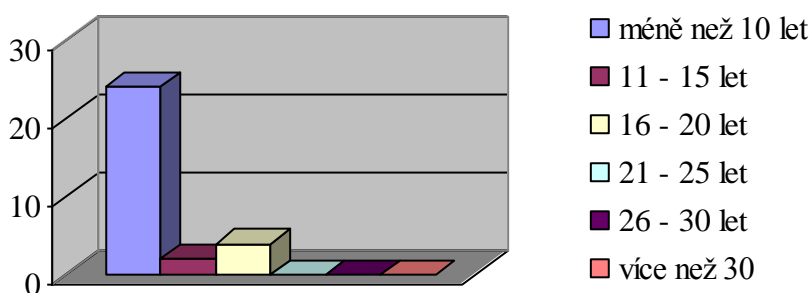
Tabulka 3 – Délka praxe respondentů

Délka praxe	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
méně než 10 let	18	60	24	80
11 – 15 let	4	13	2	7
16 – 20 let	3	10	4	13
21 – 25 let	2	7	0	0
26 – 30 let	3	10	0	0
více než 30 let	0	0	0	0

Graf 5 - Délka praxe respondentů Pardubický kraj



Graf 6 - Délka praxe respondentů Královeshradecký kraj



Méně než 10 let pracuje na záchranné službě v Pardubickém kraji 18 respondentů (60%), což je oproti Královeshradeckému kraji o 6 méně (80%). V rozmezí 10 – 15 let pracují 4 respondenti (13%) v Pardubickém kraji a 2 v Královeshradeckém (7%). 16 – 20 let praxe mají 3 respondenti (10%) v Pardubickém kraji a 4 (13%)

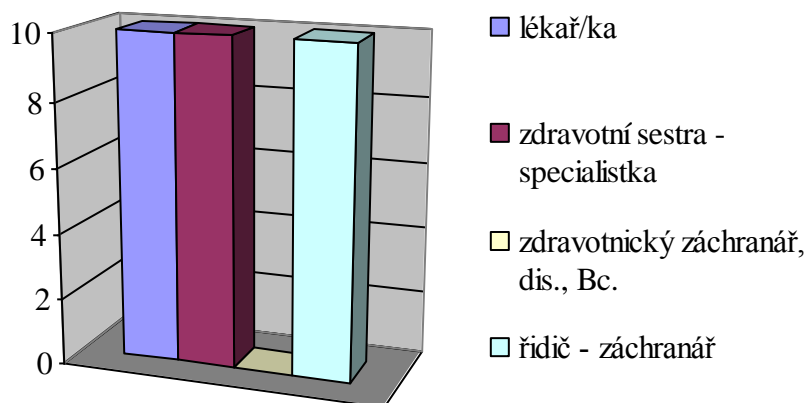
v Královeshradeckém. 2 respondenti (7%) z Pardubického kraje uvedli délku praxe 21 – 25 let. V rozmezí 26 – 30 let pracují na záchranné službě Pardubického kraje 3 respondenti (10%). V Královeshradeckém kraji respondenti nepracují déle jak 21 let.

4. Jaké je Vaše služební zařazení?

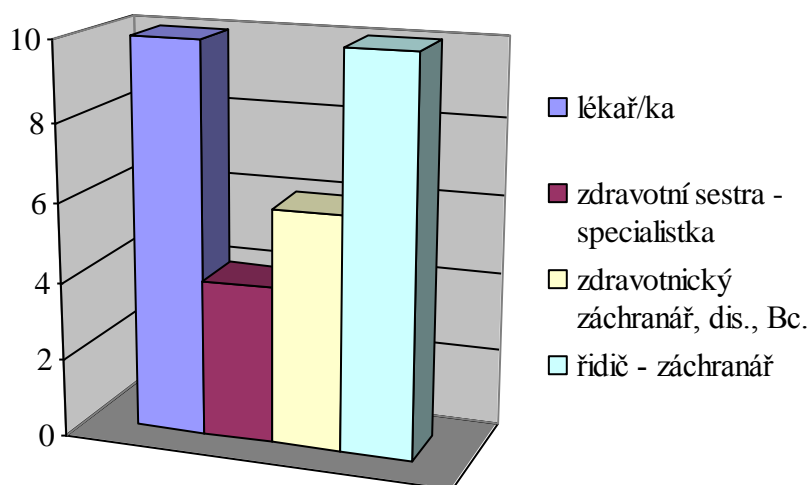
Tabulka 4 – Služební zařazení

Pracovní zařazení	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
lékař/ka	10	33	10	33
zdravotní sestra - specialista	10	33	4	13
zdravotnický záchranář, dis., Bc.	0	0	6	20
řidič - záchranář	10	33	10	33

Graf 7 – Služební zařazení Pardubický kraj



Graf 8 - Služební zařazení Královeshradecký kraj



V Pardubickém kraji nebyla respondenty označena profese zdravotnického záchranáře. V Královeshradeckém kraji pracuje 6 zdravotnických záchranářů (20%). V obou krajích bylo po deseti lékařích (33%), řidičů bylo také 10 v obou krajích (33%). Zdravotních sester – specialistek bylo v Pardubickém kraji 10 (33%) a v Královeshradeckém 4 (13%).

B. OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA AGRESIVITU PACIENTŮ

5. Víte, jaké mohou být druhy násilného chování?

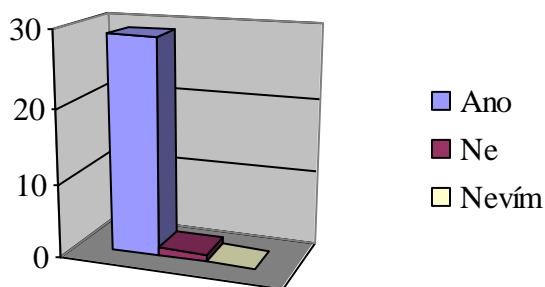
Tabulka 5 - Znalost druhů násilného chování

Znalost	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	27	90	29	97
Ne	0	0	1	3
Nevím	3	10	0	0

Graf 9 - Znalost druhů násilného chování Pardubický kraj



Graf 10 - Znalost druhů násilného chování Královehradecký kraj



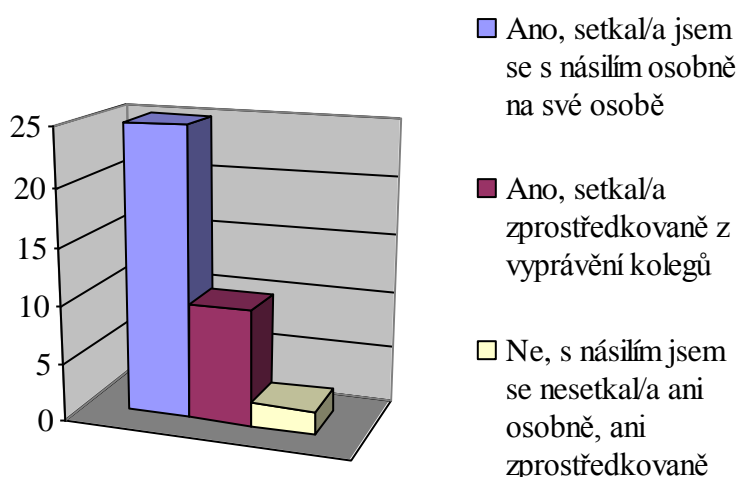
V obou krajích většina respondentů věděla, jaké jsou druhy násilného chování. V Pardubickém to bylo 27 (90%) a Královehradeckém 29 (97%) respondentů. V pardubickém kraji 3 respondenti (10%) vědí, že jsou nějaké druhy, ale nevědí, jaké. Jeden respondent (3%) v Královehradeckém kraji neví, jaké jsou druhy násilného chování.

6. Setkal/a jste se osobně za dobu své praxe s násilím ze strany pacienta proti Vám nebo Vaším kolegům? (pokud bude odpověď znít NE, přejděte prosím k otázce č. 14.)

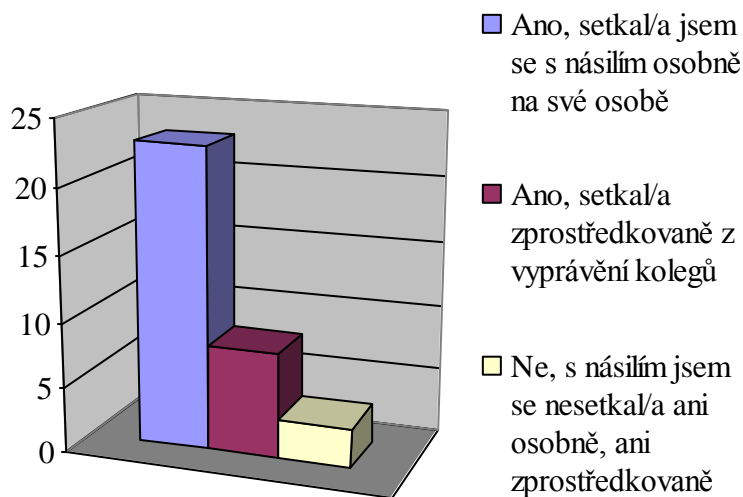
Tabulka 6 – Setkání s agresivitou

Setkání s agresivitou	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano, setkal/a jsem se s násilím osobně na své osobě	25	83	23	77
Ano, setkal/a zprostředkovaně z vyprávění kolegů	10	33	8	27
Ne, s násilím jsem se nesetkal/a ani osobně, ani zprostředkovaně	2	7	3	10

Graf 11 - Setkání s agresivitou Pardubický kraj



Graf 12 - Setkání s agresivitou Královeshradecký kraj



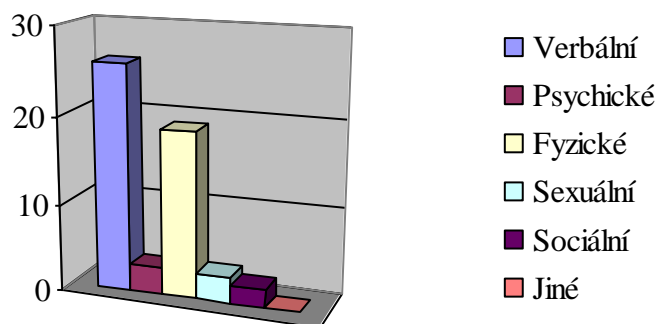
Osobně se s agresivitou ze strany pacienta setkala v Pardubickém kraji 25 respondentů (83%). V Královeshradeckém to bylo o dva méně (77%). Zprostředkovaně se s agresivitou setkala 10 respondentů (33%) z Pardubického kraje a 8 (27%) z Královeshradeckého. S násilím se vůbec nesetkali 2 respondenti (7%) z Pardubického kraje a 3 (10%) z Královeshradeckého.

7. O jaký druh násilí se jednalo nečastěji?

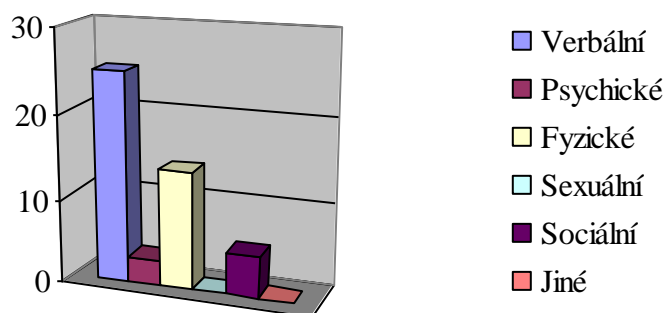
Tabulka 7 – Druhy násilí

Druhy násilí	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Verbální	26	87	25	83
Psychické	3	10	3	10
Fyzické	19	63	14	47
Sexuální	3	10	0	0
Sociální	2	7	5	17
Jiné	0	0	0	0

Graf 13 - Druhy násilí Pardubický kraj



Graf 14 - Druhy násilí Královeshradecký kraj



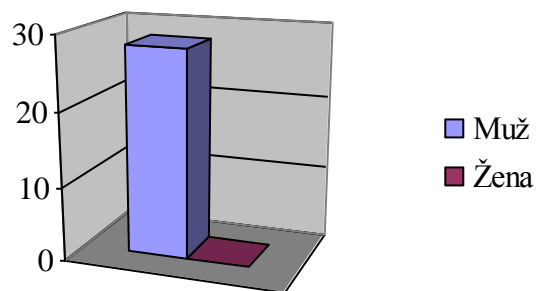
V Pardubickém kraji se respondenti setkali se všemi uvedenými druhy násilí. S verbálním násilím se setkalo 26 respondentů (87%), v Královeshradeckém kraji to bylo o jednoho méně (83%). 3 respondenti (10%) se setkali s psychickým násilím v obou krajích. Fyzické násilí uvedlo 19 respondentů (63%) z Pardubického kraje a 14 (47%) z Královeshradeckého. Se sexuálním násilím se setkali 3 respondenti (10%) pouze v Pardubickém kraji a sociální násilí uvedli 2 respondenti (7%) z Pardubického kraje a 5 respondentů(17%) z Královeshradeckého.

8. Jaké je nejčastější pohlaví útočníka?

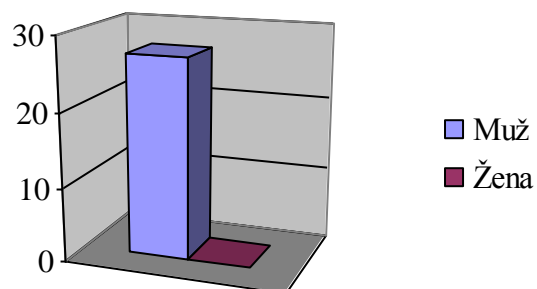
Tabulka 8 – Pohlaví útočníka

Pohlaví útočníka	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs	%
Muž	28	100	27	100
Žena	0	0	0	0

Graf 15 - Pohlaví útočníka Pardubický kraj



Graf 16 -Pohlaví útočníka Královehradecký kraj



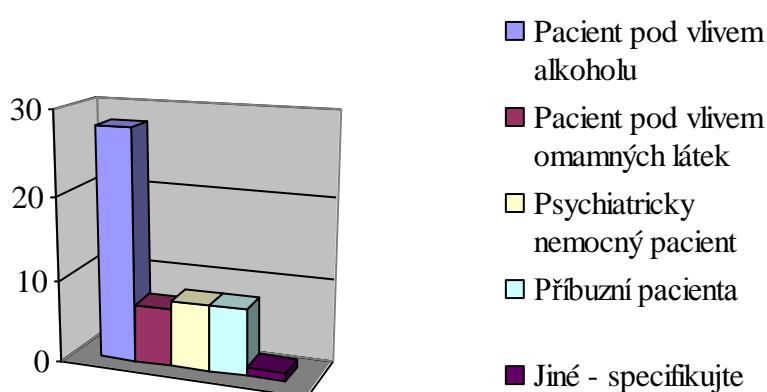
V obou krajích všichni dotazovaní respondenti uvedli pohlaví mužské (100%).

9. O jaký druh pachatele se jednalo nejčastěji?

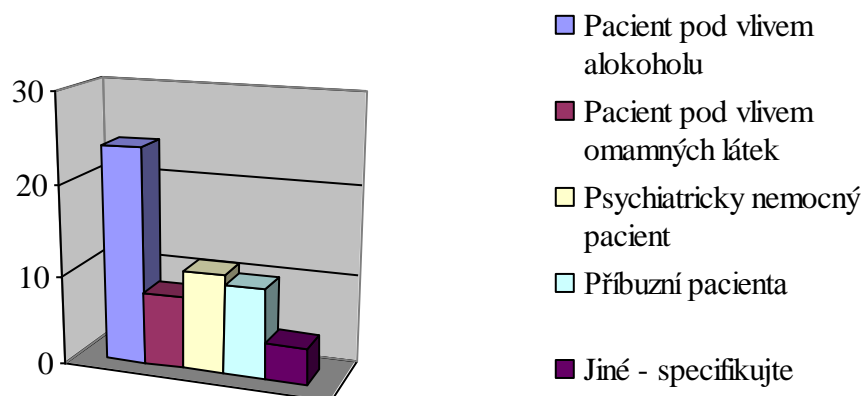
Tabulka 9 – Druh pachatele

Druh pachatele	Pardubický kraj		Královohradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Pacient pod vlivem alkoholu	28	93	24	80
Pacient pod vlivem omamných látek	7	23	8	27
Psychiatricky nemocný pacient	8	27	11	37
Příbuzní pacienta	8	27	10	33
Jiné - specifikujte	1	3	4	13

Graf 17 - Druh pachatele Pardubický kraj



Graf 18 - Druh pachatele Královohradecký kraj



Pro 28 respondentů (93%) z Pardubického kraje je nejčastějším druhem pachatele pacient pod vlivem alkoholu. V Královohradeckém kraji tento druh uvedlo 24 respondentů (80%). 7 respondentů (23%) z Pardubického kraje a 8 (27%) z Královohradeckého označilo pachatele pod vlivem omamných látek. Psychiatricky nemocného pacienta uvedlo 8

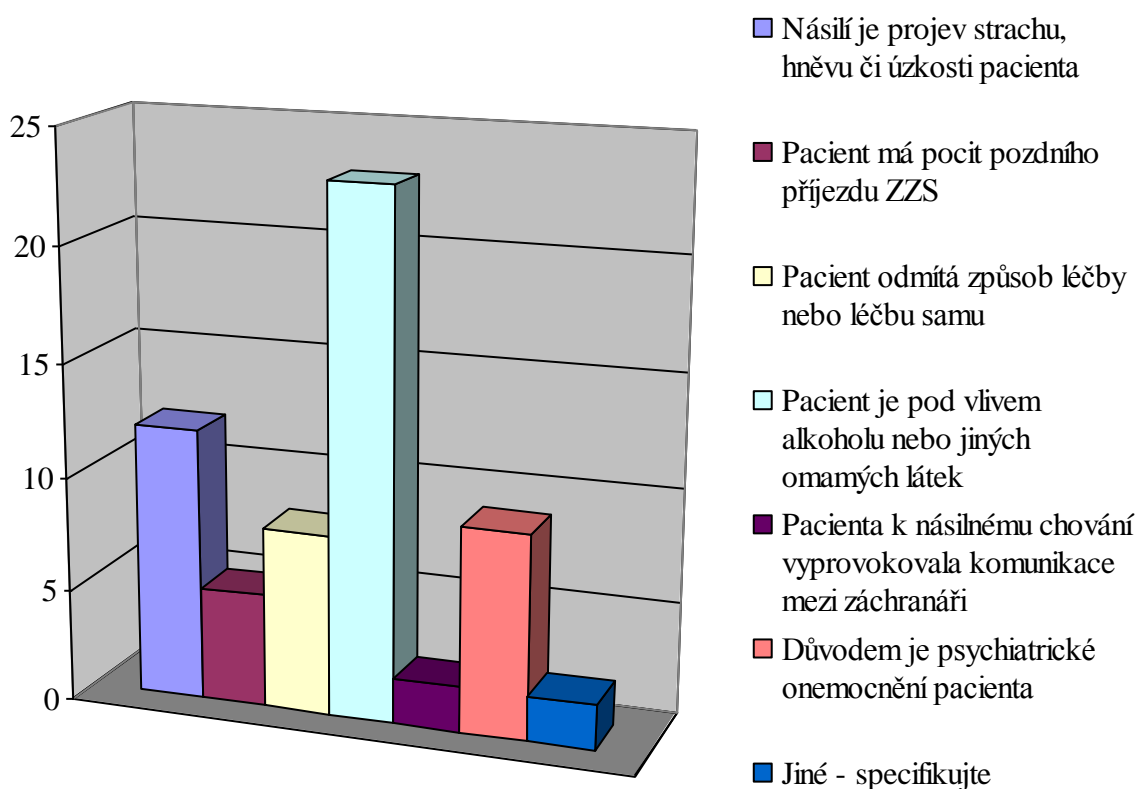
respondentů (27%) z Pardubického kraje a 11 (37%) z Královehradeckého. Agresivitu u příbuzných uvedlo 8 respondentů (27%) z Pardubického kraje a 10 (33%) z Královehradeckého. Jiné uvedl v Pardubickém kraji jeden respondent (3%) a specifikoval rómské občany. V královehradeckém kraji poslední variantu uvedli 4 respondenti (13%). Specifikace byla shodná s Pardubickým krajem.

10. Jaký je nejčastější důvod násilí pacientů?

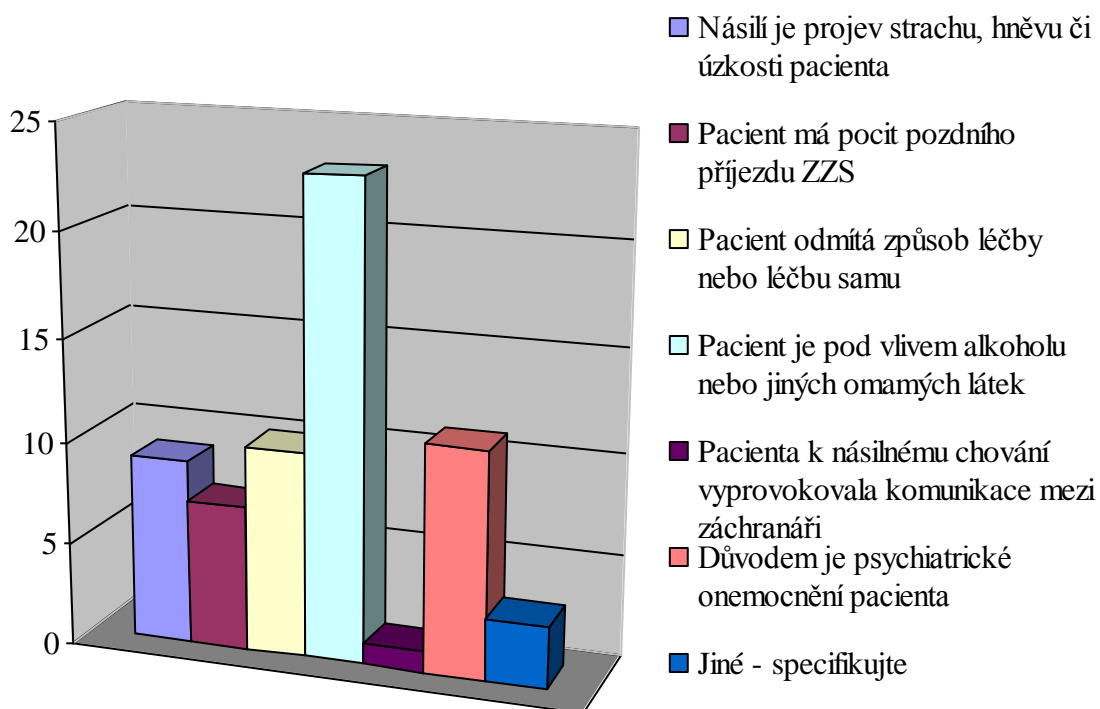
Tabulka 10 – Důvod násilí

Důvod násilí	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta	12	40	9	30
Pacient má pocit pozdního příjezdu ZZS	5	17	7	24
Pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu	8	27	10	34
Pacient je pod vlivem alkoholu nebo jiných omamných látek	23	77	23	77
Pacienta k násilnému chování vyprovokovala komunikace mezi záchranáři	2	7	1	3
Důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta	9	30	11	37
Jiné - specifikujte	2	7	3	10

Graf 19 - Důvod násilí Pardubický kraj



Graf 20 - Důvod násilí Královehradecký kraj



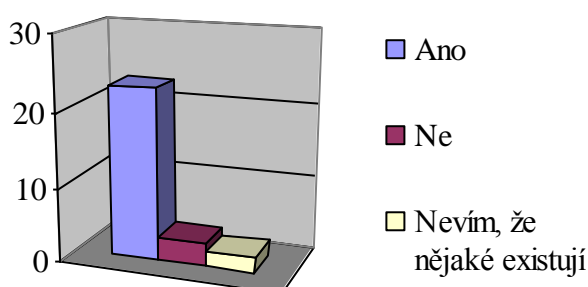
12 respondentů (40%) Pardubického kraje označilo, že násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta. Tuto variantu uvedlo v Královehradeckém kraji 9 respondentů (30%). 8 respondentů (17%) v Pardubickém kraji označilo jako důvod násilí pacientův pocit pozdního příjezdu ZZS. V Královehradeckém kraji byla tato možnost označena 7 respondenty (24%). Možnost, že pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu uvedlo v Pardubickém kraji 8 respondentů (27%) a v Královehradeckém 10 (34%). 23 respondentů (77%) v obou krajích označilo, že důvodem k násilí je pacient pod vlivem alkoholu a omamných látek. 2 respondenti (7%) z Pardubického kraje uvádějí jako motiv napadení komunikaci mezi záchranáři. V Královehradeckém kraji tuto možnost uvedl jeden respondent (3%). Psychiatrické onemocnění bylo důvodem násilí uvedeno 9 respondenty (30%) v Pardubickém kraji a 11 (37%) v kraji Královehradeckém. Jiné důvody byly označeny ve 2 případech (7%) v Pardubickém a ve 3 v Královehradeckém kraji.

11. Znáte obecné psychologické postupy v přístupu k agresivně se chovajícímu člověku?

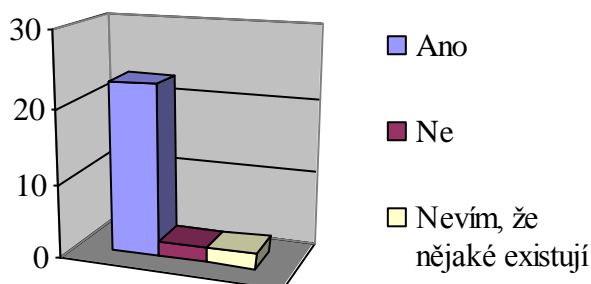
Tabulka 11 – Psychologické postupy

Psychologické postupy	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	23	77	23	77
Ne	3	10	2	7
Nevím, že nějaké existují	2	7	2	7

Graf 21 - Psychologické postupy Pardubický kraj



Graf 22 - - Psychologické postupy Královeshradecký kraj



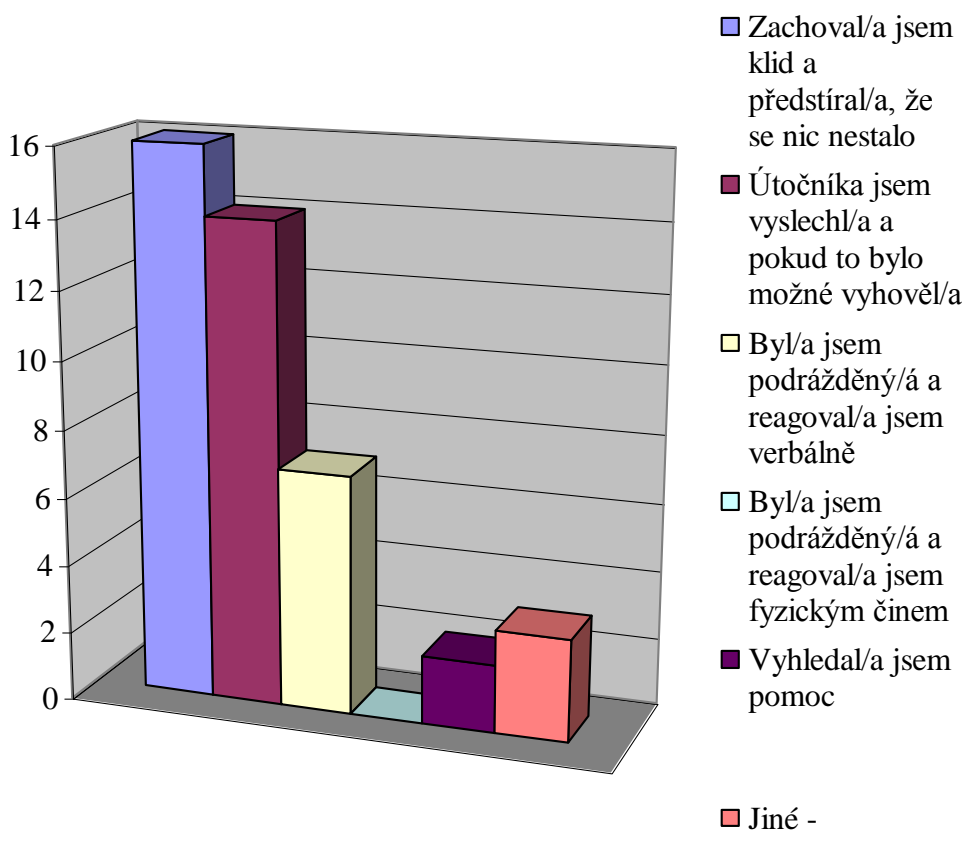
23 respondentů (77%) z Pardubického kraje uvedlo, že zná obecné psychologické postupy. Stejný počet byl zastoupen i v kraji Královeshradeckém. Odpověď ne byla uvedena ve 3 případech (10%) v Pardubickém kraji a 2 případech (7%) v kraji Královeshradeckém. 2 respondenti z každého kraje uvedli, že neví, že nějaké postupy existují.

12. Jakým způsobem jste na incident reagoval/a?

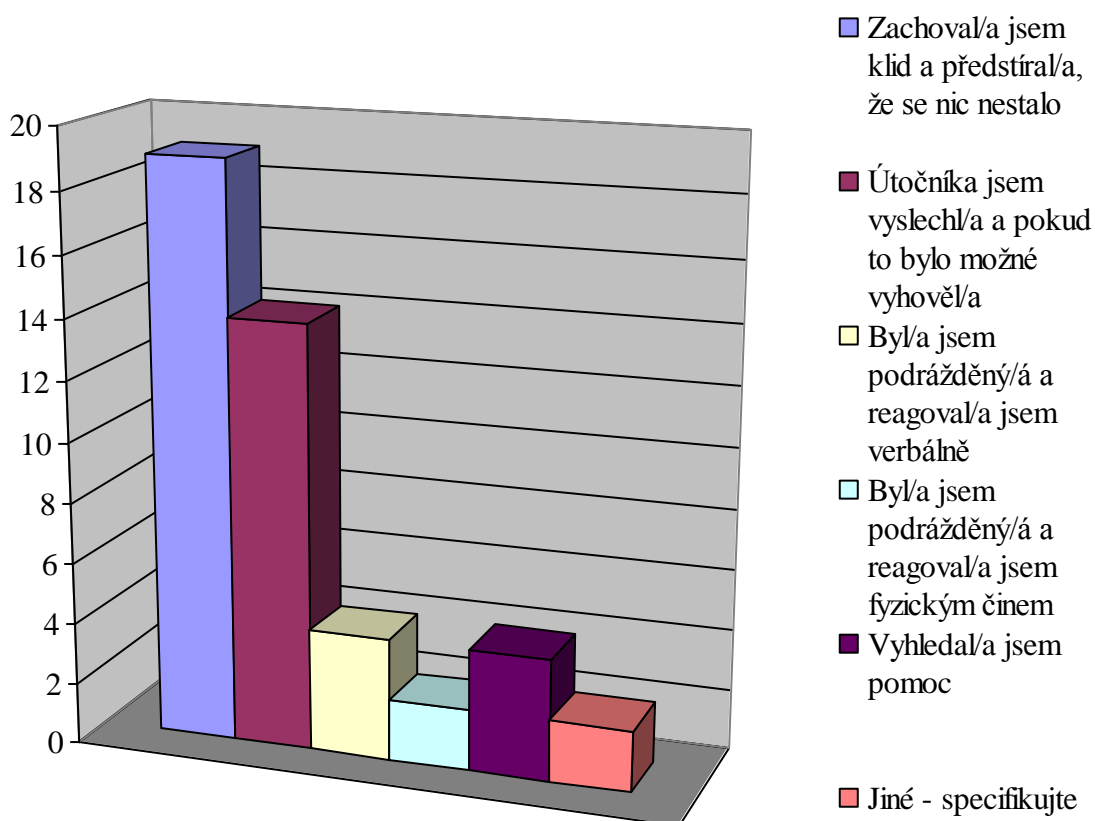
Tabulka 12 – Způsob reakce na násilí

Způsob reakce na násilí	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Zachoval/a jsem klid a předstíral/a, že se nic nestalo	16	53	19	63
Útočníka jsem vyslechl/a a pokud to bylo možné vyhověl/a	14	47	14	47
Byl/a jsem podrážděný/á a reagoval/a jsem verbálně	7	23	4	13
Byl/a jsem podrážděný/á a reagoval/a jsem fyzickým činem	0	0	2	7
Vyhledal/a jsem pomoc	2	7	4	13
Jiné - specifikujte	3	10	2	7

Graf 23 - Způsob reakce na násilí Pardubický kraj



Graf 24 - Způsob reakce na násilí Královehradecký kraj



Při řešení konfliktu s agresivním pacientem 16 respondentů (53%) z Pardubického kraje zachovalo klid, v Královehradeckém to bylo 19 respondentů (63%). 14 respondentů (47%) v obou krajích útočníka vyslechl, a pokud možno, vyhovělo. 7 respondentů (23%) z Pardubického kraje bylo podrážděných a reagovali verbálně. V Královehradeckém kraji byla tato odpověď uvedena 4 respondenty (13%). 2 respondenti (7%) z Královehradeckého kraje reagovali fyzickým činem. V Pardubickém kraji tuto možnost nikdo neuvedl. Pomoc vyhledali 2 respondenti (7%) z Pardubického kraje a 4 (13%) z Královehradeckého. Jiný způsob uvedli 3 respondenti (10%) z Pardubického kraje a 2 (7%) z Královehradeckého. Na incident reagovali využitím spolupráce s Policií České republiky a zachování si chladné hlavy.

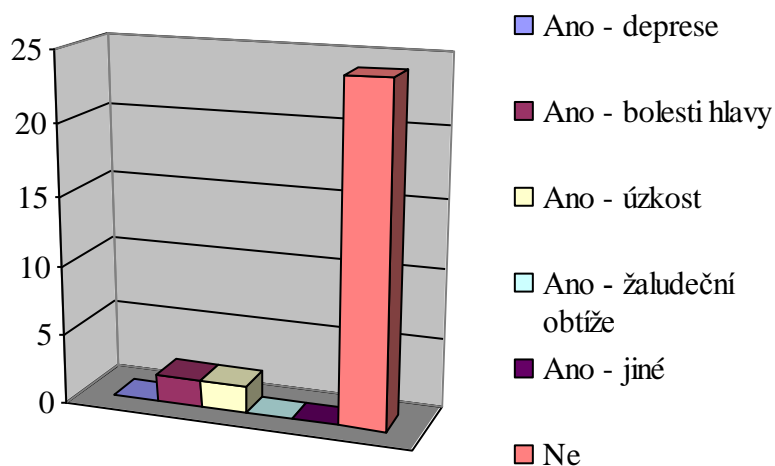
C. OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE BEZPEČNOSTI ZÁCHRANÁŘŮ

13. Měl/a jste za dobu své praxe zdravotní potíže související s ohrožením Vaší bezpečnosti při kontaktu s agresivním chováním pacientů proti Vám? Pokud ano, jaké?

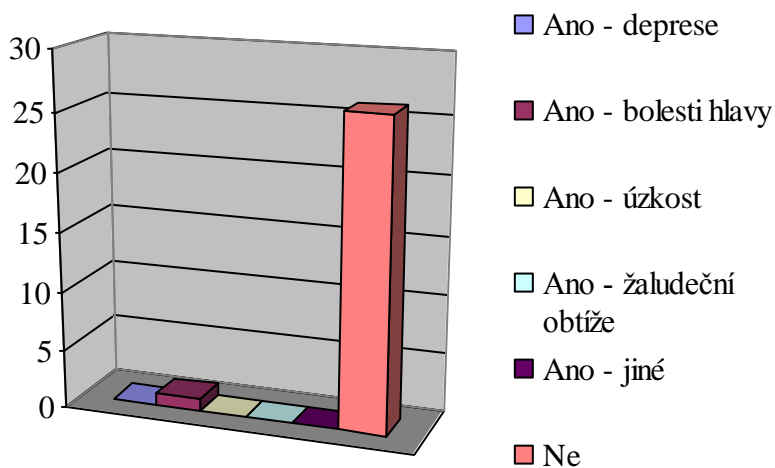
Tabulka 13 – Zdravotní potíže

Zdravotní obtíže	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano - deprese	0	0	0	0
Ano - bolesti hlavy	2	7	1	4
Ano - úzkost	2	7	0	0
Ano - žaludeční obtíže	0	0	0	0
Ano - jiné	0	0	0	0
Ne	24	86	26	96

Graf 25 - Zdravotní potíže Pardubický kraj



Graf 26 - Zdravotní potíže Královehradecký kraj



V Pardubickém kraji zdravotní potíže nemělo 24 respondentů (80%). V Královehradeckém kraji to bylo 26 respondentů (87%). 4 respondenti v Pardubickém kraji mělo zdravotní potíže v souvislosti s napadením, z toho 2 (7%) trpěli bolestmi hlavy a 2 (7%) úzkostí. Možnost deprese, žaludeční obtíže a jiné nebyla označena. V Královehradeckém kraji odpovědělo 26 respondentů (87%), že zdravotní potíže nemělo. 1 respondent (3%) uvedl, že měl bolesti hlavy.

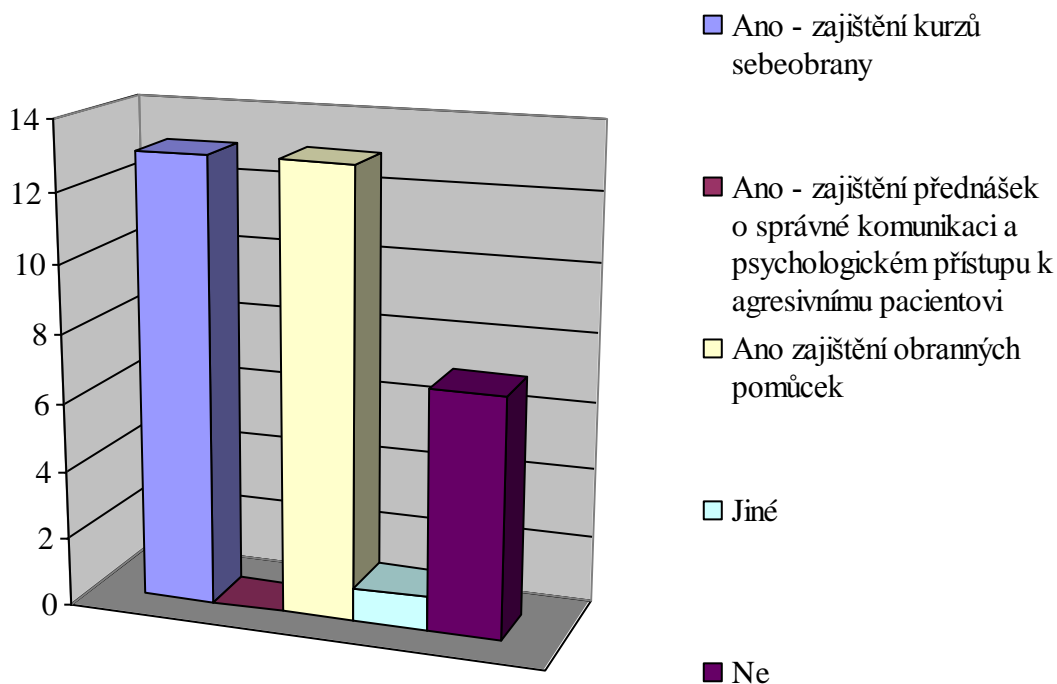
14. Podnikl zaměstnavatel potřebné kroky k prevenci problému agresivity pacientů?

Pokud ano, jaké?

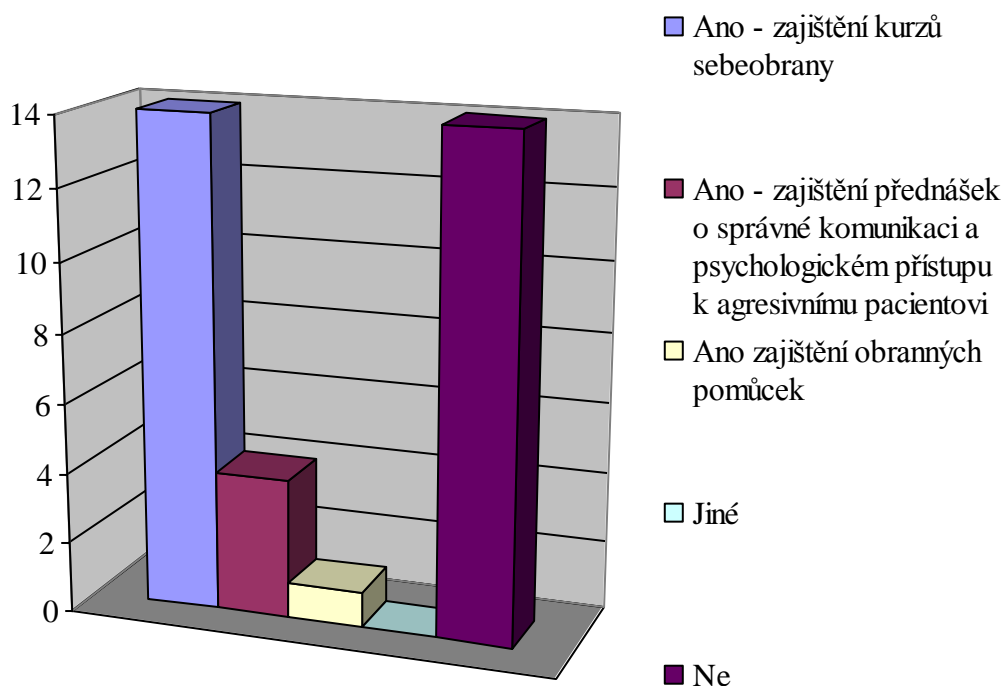
Tabulka 14 – Kroky k prevenci

Kroky k prevenci	Pardubický kraj		Královohradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano - zajištění kurzů sebeobrany	13	43	14	47
Ano - zajištění přednášek o správné komunikaci a psychologickém přístupu k agresivnímu pacientovi	0	0	4	13
Ano zajištění obranných pomůcek	13	43	1	3
Jiné	1	3	0	0
Ne	7	23	14	47

Graf 27 - Kroky k prevenci Pardubický kraj



Graf 28 - Kroky k prevenci Královehradecký kraj



V Pardubickém kraji 13 respondentů (43%) uvedlo zajištění kurzů sebeobrany a stejným počtem respondentů byly označeny kurzy sebeobrany. Jiné uvedl jeden respondent (3%). 7 respondentů se domnívá, že zaměstnavatel nepodnikl žádné kroky k prevenci problému agresivity.

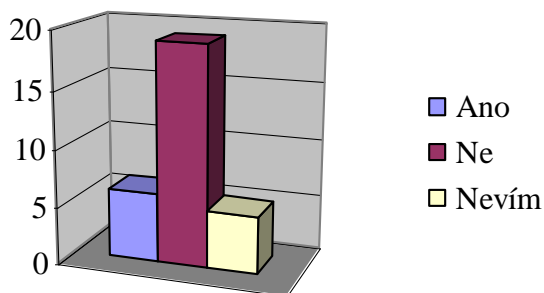
14 respondentů (47%) Královehradeckého kraje označilo zajištění kurzů sebeobrany. Oproti Pardubickému kraji, 4 respondenti (13%) uvedli zajištění přednášek o správné komunikaci a psychologickém přístupu k agresivnímu pacientovi. Jeden respondent (3%) uvedl zajištění obranných pomůcek. V Královehradeckém kraji byla odpověď ne, označena 14 respondenty (47%).

15. Jsou tato opatření dostatečná?

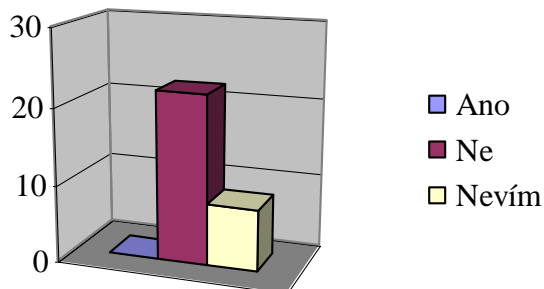
Tabulka 15 – Opatření

Opatření	Pardubický kraj		Královesradercký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	6	20	0	0
Ne	19	63	22	73
Nevím	5	17	8	27

Graf 29 – Opatření Pardubický kraj



Graf 30 – Opatření Královesradercký kraj



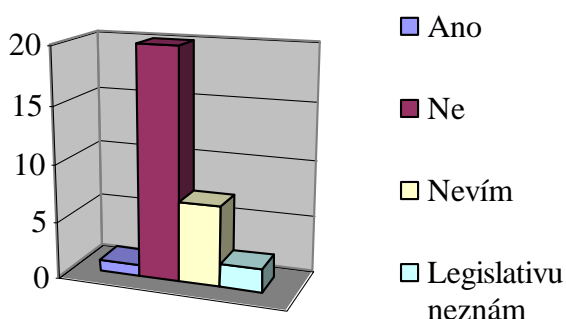
V Pardubickém kraji se 6 respondentům (30%) zdá, že opatření jsou dostatečná. V Královesraderckém kraji tuto odpověď neoznačil žádný z respondentů. 19 respondentů (63%) v Pardubickém kraji a 22 (73%) v Královesraderckém se domnívá, že opatření dostatečná nejsou. A 5 respondentů (17%) v Pardubickém kraji a 8 (27%) v Královesraderckém neví, zda jsou opatření dostatečná.

16. Domníváte se, že legislativa dostatečně upravuje otázku sebeobranu záchranářů proti agresivnímu pacientovi?

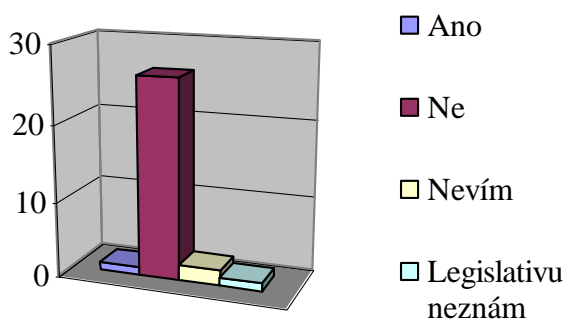
Tabulka 16 – Je legislativa dostatečná?

Je legislativa dostatečná?	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	1	3	1	3
Ne	20	67	26	87
Nevím	7	23	2	7
Legislativu neznám	2	7	1	3

Graf 31 - Je legislativa dostatečná? - Pardubický kraj



Graf 32 - Je legislativa dostatečná? - Královeshradecký kraj



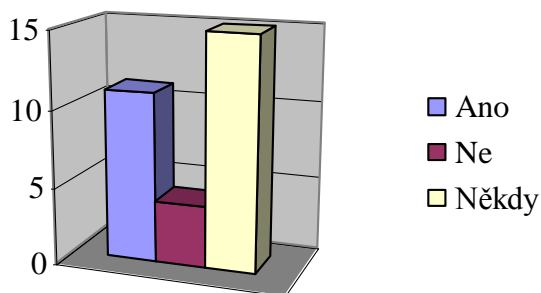
V Pardubickém kraji uvedlo 20 respondentů (67%), že legislativa dostatečná není. V Královeshradeckém tuto odpověď uvedlo 26 respondentů (87%). V obou krajích se zdá jednomu respondentovi (3%), že legislativa je dostatečná. 7 respondentů (23%) z Pardubického kraje neví, zda je dostatečná a 2 (7%) respondenti legislativu neznají. V Královeshradeckém kraji nevědí 2 respondenti (7%) a jeden (3%) legislativu nezná.

17. Cítíte se při výkonu svého povolání bezpečně?

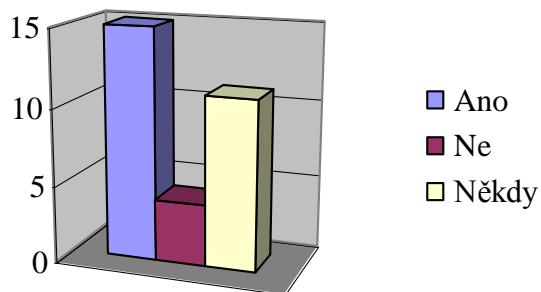
Tabulka 17 – Cítíte se bezpečně?

Cítíte se bezpečně?	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	11	37	15	50
Ne	4	13	4	13
Někdy	15	50	11	37

Graf 33 - Cítíte se bezpečně? - Pardubický kraj



Graf 34 - Cítíte se bezpečně? - Královeshradecký kraj



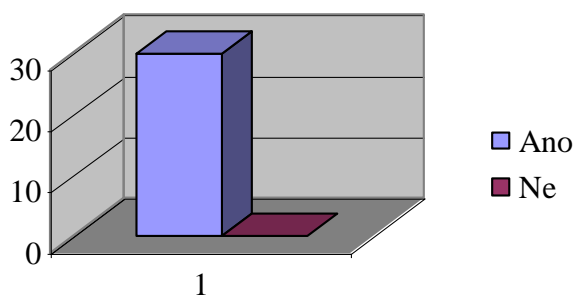
V každém kraji se 4 respondenti (13%) necítí při výkonu své práce bezpečně. V Pardubickém kraji se 11 respondentů (37%) cítí bezpečně a 15 respondentů (50%) se cítí bezpečně jen někdy. V Královeshradeckém kraji se cítí bezpečně 15 respondentů (50%) a jen někdy 11 (37%).

18. Spolupracujete při své práci s Městskou Policií nebo s Policií ČR?

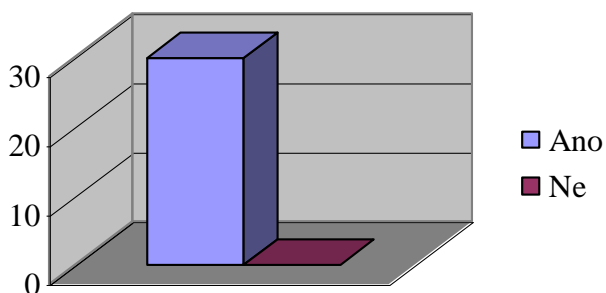
Tabulka 18 – Spolupráce s policií

Spolupráce s policií	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	30	100	30	100
Ne	0	0	0	0

Graf 35 - Spolupráce s policií Pardubický kraj



Graf 36 - Spolupráce s policií Královeshradecký kraj



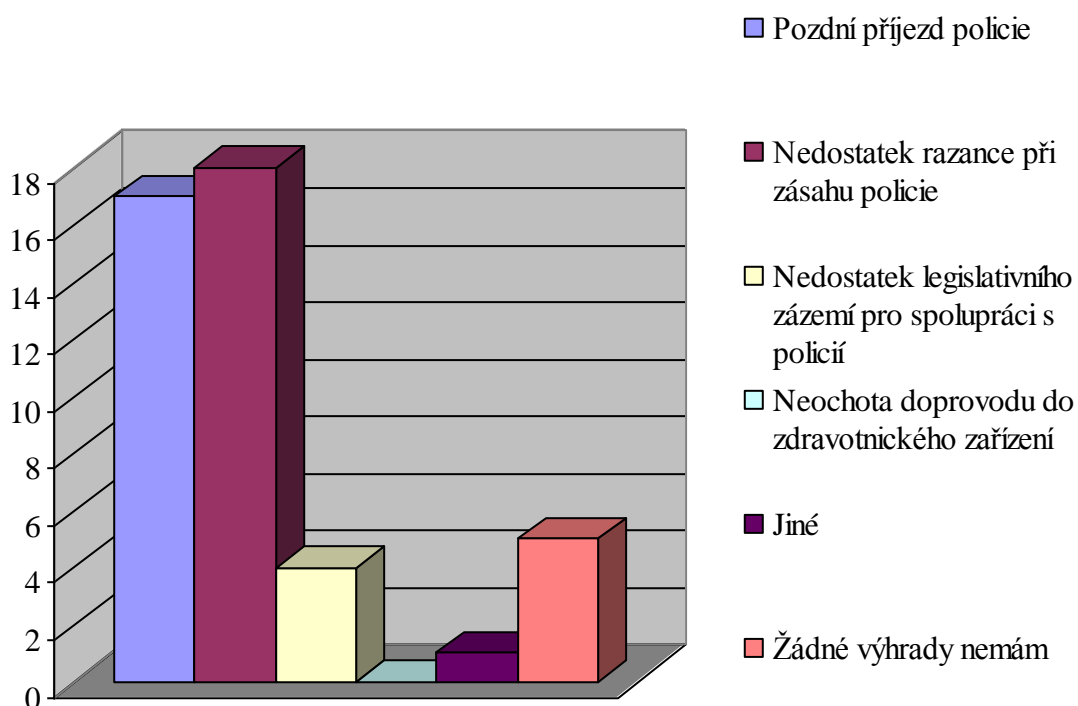
V obou krajích všichni respondenti uvedli, že s policií při své práci spolupracuje.

19. Které výhrady, pokud existují, máte ke spolupráci s policií při řešení problému s agresivním pacientem?

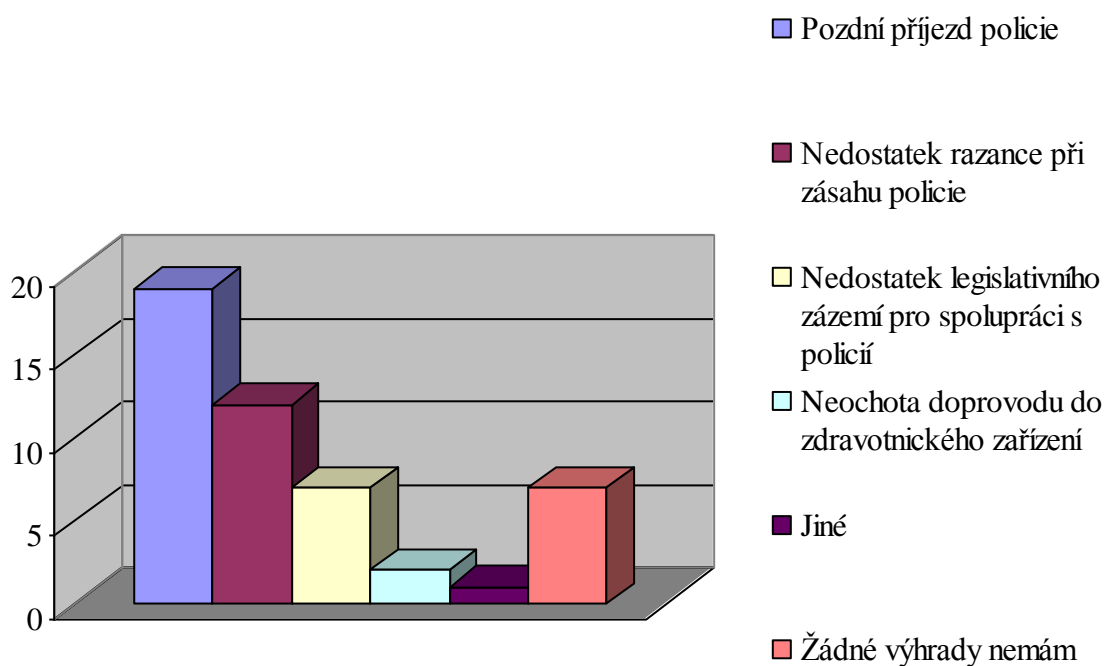
Tabulka 19 – Výhrady ke spolupráci s policií

Výhrady ke spolupráci s policií	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Pozdní příjezd policie	17	57	19	63
Nedostatek razance při zásahu policie	18	60	12	40
Nedostatek legislativního zázemí pro spolupráci s policií	4	13	7	23
Neochota doprovodu do zdravotnického zařízení	0	0	2	7
Jiné	1	3	1	3
Žádné výhrady nemám	5	17	7	23

Graf 37 - Výhrady ke spolupráci s policií Pardubický kraj



Graf 38 - Výhrady ke spolupráci s policií Královehradecký kraj



17 respondentů (57%) Pardubického kraje vytklo policii pozdní příjezd a 18 respondentů (60%) nedostatek razance. V Královehradeckém kraji byly tyto možnosti označeny 19 respondenty (63%) u pozdního příjezdu a 12 respondenty (40%) u nedostatku razance. Nedostatek legislativního zázemí pro spolupráci s policií označili 4 respondenti (13%) z Pardubického kraje a 7 respondentů (23%) z Královehradeckého kraje. Neochota doprovodu do zdravotnického zařízení nebyla v Pardubickém kraji označena. V Královehradeckém kraji tuto odpověď uvedli 2 respondenti (7%). Jiné v každém kraji označil jeden respondent (3%). 5 respondentů (17%) v Pardubickém kraji a 7 (23%) v Královehradeckém kraji nemá žádné výhrady ke spolupráci s policií.

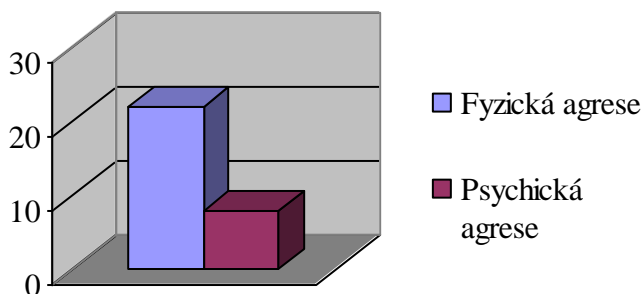
D. OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ZÁCHRANÁŘŮ

20. Jaké projevy agrese nesete psychicky hůře? Odpověď prosím specifikujte a popiště.

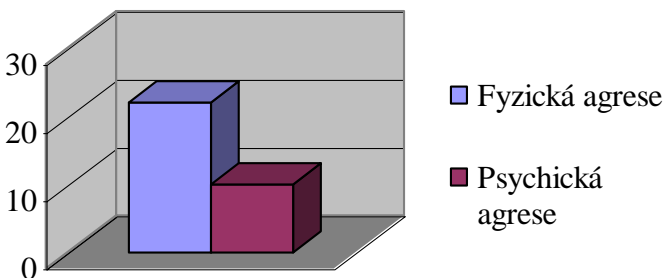
Tabulka 20 – Projevy agrese

Jaké projevy agrese nesete hůře?	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Fyzická agrese	22	73	21	70
Psychická agrese	8	27	9	30

Graf 39 - Projevy agrese Pardubický kraj



Graf 40 - Projevy agrese Královeshradecký kraj



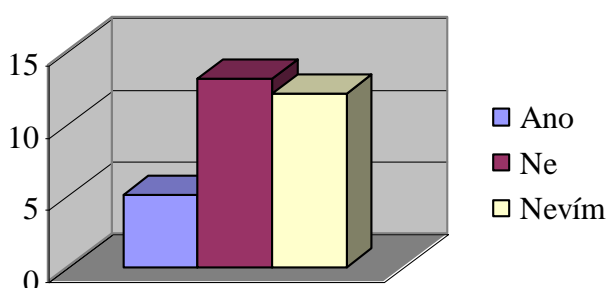
V Pardubickém kraji byla 22 respondenty (73%) označena fyzická agrese. V Královeshradeckém tuto možnost uvedlo 21 respondentů (70%). Psychická agrese byly označena 8 respondenty (27%) v Pardubickém a 9 (30%) v Královeshradeckém kraji.

21. Myslíte si, že by záchranáři měli podstupovat pravidelné psychologické testy? Při kladné odpovědi napište důvod.

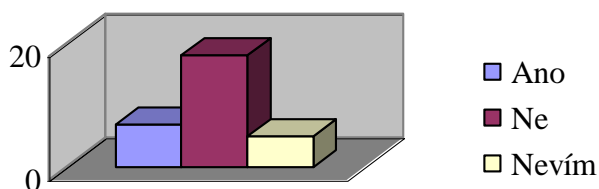
Tabulka 21 – Psychologické testy u záchranářů

Psychologické testy u záchranářů	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	5	17	7	23
Ne	13	43	18	60
Nevím	12	40	5	17

Graf 41 - Psychologické testy u záchranářů Pardubický kraj



Graf 42 - Psychologické testy u záchranářů Královeshradecký kraj



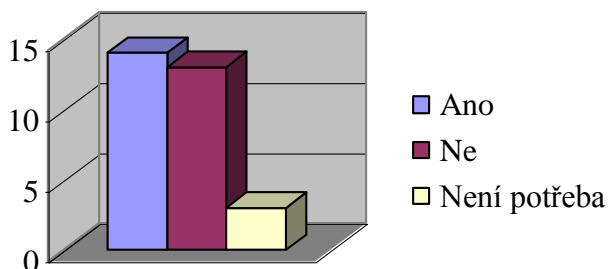
5 respondentů (17%) z Pardubického kraje si myslí, že by záchranáři měli podstupovat pravidelné psychologické testy. 13 respondentů (43%) si myslí, že ne a 12 (40%) neví. V Královeshradeckém kraji si 7 respondentů (23%) myslí, že by záchranáři měli podstupovat pravidelné psychologické testy, většina si myslí (60%), že ne a 5 respondentů (17%) neví.

22. Myslíte si, že by měl být na pracovišti k dispozici psycholog?

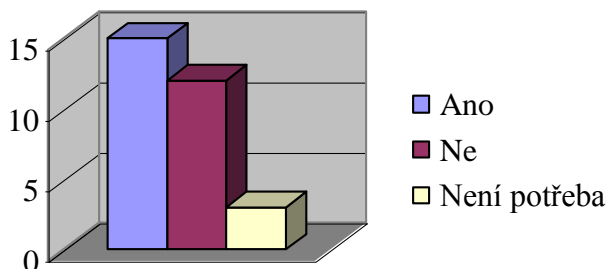
Tabulka 21 – Psycholog na pracovišti

Psycholog na pracovišti	Pardubický kraj		Královeský kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	14	47	15	50
Ne	13	43	12	40
Není potřeba	3	10	3	10

Graf 43 - Psycholog na pracovišti Pardubický kraj



Graf 44 - Psycholog na pracovišti Královeský kraj



V Pardubickém kraji si 14 respondentů (47%) myslí, že by měl být psycholog na pracovišti. V Královeském kraji tuto možnost uvedlo 15 respondentů (50%). Odpověď ne v Pardubickém kraji označilo 13 respondentů (43%) a v Královeském o jednoho méně (40%). V obou krajích uvedli 3 respondenti (10%), že přítomnost psychologa na pracovišti není třeba.

23. V kterých situacích byste uvítal/a psychologickou konzultaci? Napište své představy a požadavky.

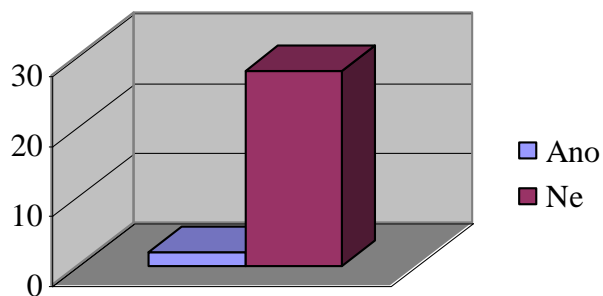
V této otázce neměli respondenti nabídnuty žádné možnosti a sami se vyjadřovali k danému tématu. Odpovědi respondentů obou krajů se v mnohém shodovaly. Nejvíce byly zmiňovány požadavky na psychologickou konzultaci po resuscitaci dítěte a následné smrti, hromadných neštěstích. Zejména u respondentů mužského pohlaví zněla odpověď, že žádnou konzultaci nepotřebují anebo momentálně nevěděli v které situaci by tuto možnost využili. Hodně častou odpovědí byla představa školení o komunikaci s agresivním pacientem a přístupu k nim. V jedné možnosti zazněla také potřeba debriefingu nebo defusingu po psychicky i fyzicky náročném výjezdu. Ve dvou případech se respondenti zmínili o potřebě psychologické konzultace při špatných vztazích na pracovišti.

24. Vyhledal/a jste někdy pomoc psychologa či psychoterapeuta?

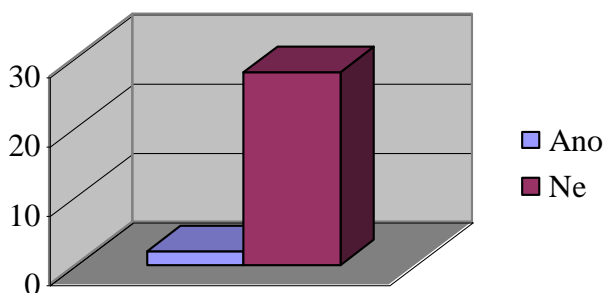
Tabulka 24 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta

Pomoc psychologa či psychoterapeuta	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	2	7	2	7
Ne	28	93	28	93

Graf 45 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta Pardubický kraj



Graf 46 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta Královeshradecký kraj



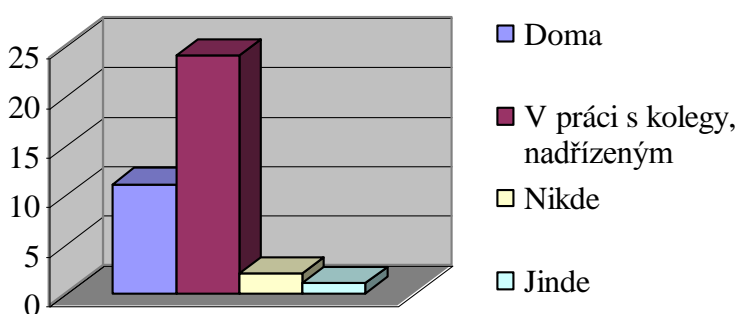
V obou krajích 2 respondenti (7%) vyhledali psychologickou pomoc a 28 respondentů (93%) takovou pomoc nevyhledalo.

25. Mluvíte o výjezdech a zážitcích z nich ?

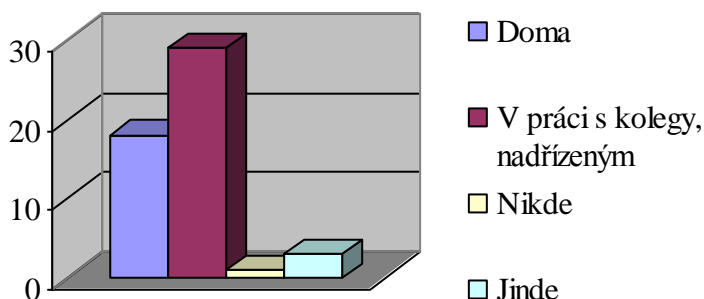
Tabulka 25 – Mluvíte o výjezdech a kde?

Mluvíte a výjezdech a kde?	Pardubický kraj		Královeshradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Doma	11	37	18	60
V práci s kolegy, nadřízeným	24	80	29	97
Nikde	2	7	1	3
Jinde	1	3	3	10

Graf 47 - Mluvíte o výjezdech a kde? - Pardubický kraj



Graf 48 - Mluvíte o výjezdech a kde? - Královeshradecký kraj



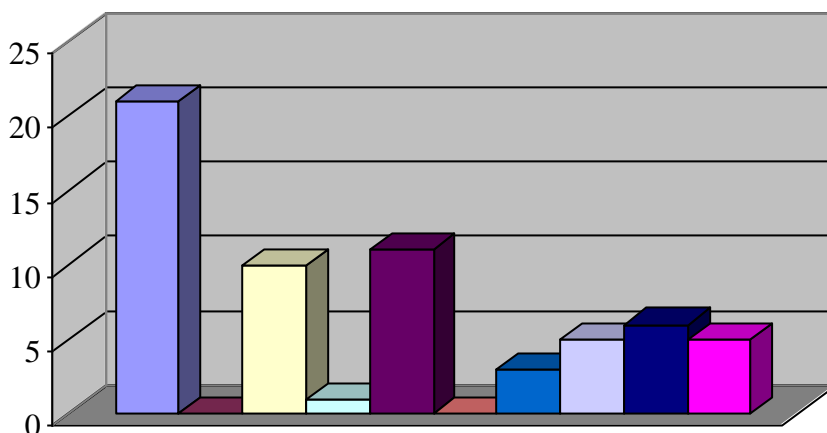
24 respondentů (80%) z Pardubického kraje o výjezdech mluví v práci s kolegy či nadřízeným, 11 respondentů (37%) doma, 2 respondenti (7%) o výjezdech nemluví nikde a jeden (3%) jinde. V Královeshradeckém kraji nejvíce respondentů (97 %) mluví o výjezdech v práci s kolegy. Doma o výjezdech hovoří 18 respondentů (60%), nikde jeden (3%) a jinde 3 respondenti (10%).

26. Jak a kde se odreagováváte od stresových situací mimo službu?

Tabulka 26 – Styl odreagování

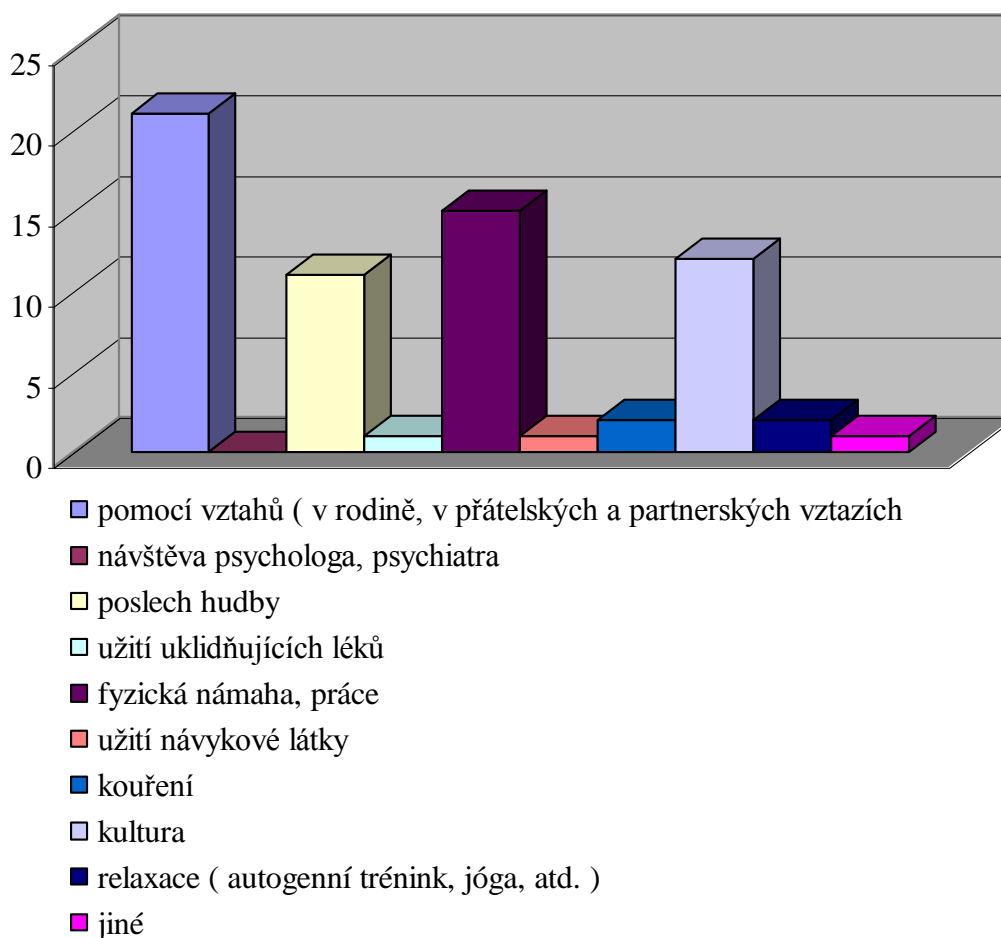
Styl odreagování	Pardubický kraj		Královehradecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
pomocí vztahů (v rodině, v přátelských a partnerských vztazích	21	70	21	70
návštěva psychologa, psychiatra	0	0	0	0
poslech hudby	10	33	11	37
užití uklidňujících léků	1	3	1	3
fyzická námaha, práce	11	37	15	50
užití návykové látky	0	0	1	3
kouření	3	10	2	7
kultura	5	17	12	40
relaxace (autogenní trénink, jóga, atd.)	6	20	2	7
jiné	5	17	1	3

Graf 49 - Styl odreagování Pardubický kraj



- pomocí vztahů (v rodině, v přátelských a partnerských vztazích
- návštěva psychologa, psychiatra
- poslech hudby
- užití uklidňujících léků
- fyzická námaha, práce
- užití návykové látky
- kouření
- kultura
- relaxace (autogenní trénink, jóga, atd.)
- jiné

Graf 50 - Styl odreagování Královehradecký kraj



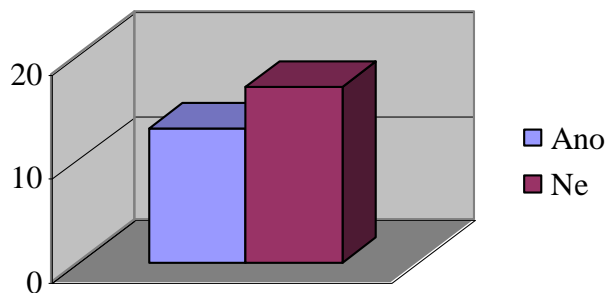
V obou krajích se nejvíce respondenti odreagovávají pomocí vztahů (70%). Psychologa nebo psychiatra nenavštívil žádný z dotazovaných respondentů. Poslechem hudby se v Pardubickém kraji odreagovává 10 respondentů (33%) a v Královehradeckém 11 respondentů (37%). Užití uklidňujících léků označil v každém kraji jeden respondent (3%). Fyzická námaha, práce byla označena 11 respondenty (37%) v Pardubickém kraji a 15 (50%) v kraji Královehradeckém. Návykovou látku v Pardubickém kraji nevedlo žádný z respondentů. V Královehradeckém kraji tuto možnost zvolil jeden respondent (3%). Kouření uvedli 3 respondenti (10%) v Pardubickém kraji a 2 (7%) v Královehradeckém. Kulturu jako možnost odreagování označilo 5 respondentů (17%) v Pardubickém kraji a 12 respondentů (40%) v Královehradeckém. Relaxaci využívá 6 respondentů (20%) v Pardubickém kraji a 2 respondenti (7%) v kraji Královehradeckém. Poslední možnost jiné označilo 5 respondentů (17%) v Pardubickém kraji a jeden respondent (3%) v Královehradeckém.

27. Hraje ve Vašich pocitech pozadí agrese, dané např. diagnózou, určitou roli? Při jakékoli odpovědi specifikujte.

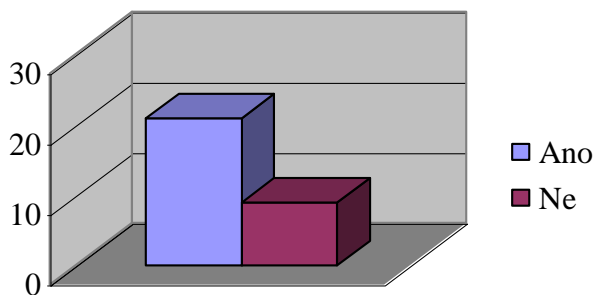
Tabulka 27 – Pozadí agrese

Pozadí agrese	Pardubický kraj		Královesrdecký kraj	
	Abs.	%	Abs.	%
Ano	13	43	21	70
Ne	17	57	9	30

Graf 51 - Pozadí agrese Pardubický kraj



Graf 52 - Pozadí agrese Královesrdecký kraj



V Pardubickém kraji hraje pozadí agrese pro 13 respondentů (43%) určitou roli. V Královesrdeckém kraji tuto možnost označilo 21 respondentů (70%). Pro 17 respondentů (57%) Pardubického kraje pozadí agrese žádnou roli nehraje. Odpověď ne byla v Královesrdeckém kraji označena 9 respondenty (30%).

9. Diskuse

Pro výzkum jsem zvolila anonymní dotazník, který jsem z větší části převzala od Prázové (2005) a doplnila částí vlastní. Dotazník byl rozdělen do čtyř oblastí. První část byla zaměřena na charakteristiku respondentů., další část výzkumu se zabývala agresivitou pacientů, třetí část tvořily otázky zaměřené na bezpečnost záchranářů a poslední část se zaměřovala na psychické prožívání záchranářů.

Zkoumaný vzorek respondentů tvořili zaměstnanci záchranných služeb Pardubického a Královehradeckého kraje. Z každého kraje odpovídalo 30 respondentů. V obou krajích převládalo mužské pohlaví. Je to logické, protože práce záchranáře je velice náročná, jak po stránce psychické, tak fyzické. I stávající trend si vyžaduje zastoupení mužů na záchranné službě. Nejvíce oslovených respondentů je ve střední věkové kategorii. Věk pod 19 let neoznačil nikdo z dotazovaných. V Pardubickém kraji pracuje 8 respondentů (27%) starších 50-ti let, v Královehradeckém kraji to je pouze 7%. Většina respondentů (80%) z Královehradeckého kraje pracuje na záchranné službě méně než 10 let, v Pardubickém kraji to je 60%. V Královehradeckém kraji více jak 21 let na záchranné službě nepracuje žádný z respondentů. V Pardubickém kraji z dotazovaných pracuje více jak 21 let 17%. V rozmezí od 10 - 20 let pracuje v obou krajích téměř stejný počet respondentů. Z těchto údajů vyplývá, že na záchranné službě pracují zkušení zdravotníci s určitou délkou praxe a příslušným vzděláním. V Pardubickém kraji vyplnilo dotazník 10 lékařů, 10 sester – specialistek a 10 řidičů – záchranářů. V Královehradeckém kraji byla označena i profese zdravotnického záchranáře, která v Pardubickém kraji chybí. Profese lékaře a řidiče – záchranáře byla označena ve stejném počtu jako v Pardubickém kraji.

Část výzkumu zabývající se agresivitou pacientů ukazuje znalost záchranářů o druzích agresivního chování a osobní zkušenosti s agresivním pacientem. Téměř všichni respondenti z obou krajů znají druhy násilného chování a také většina se, ať už zprostředkovaně nebo osobně, setkala s agresivním pacientem. Psychologické znalosti zdravotníků jsou velice důležité, neboť poznatky z této oblasti jim pomáhají při komunikaci, a to nejen s agresivním pacientem, ale i při běžné komunikaci s pacientem. Záchranáři se dostávají často do vypjatých situací, kdy je agrese reakce na stav akutního ohrožení nebo projev jiné problémové situace. S násilím se 5 respondentů nesešlo, 2 z Pardubického a 3 z Královehradeckého. Nejčastějším druhem násilného chování bylo označeno verbální násilí. Urážky a vyhrožování patří často do slovníku pacienta či jeho rodiny, příbuzných nebo kamarádů. Druhým nejčastějším typem násilí bylo fyzické. Fyzické násilí se často vyskytuje v kombinaci

s alkoholem nebo u psychiatricky nemocných pacientů. Další druhy byly označeny 10% a méně. V Královeshradském kraji nebylo označeno sexuální násilí. V obou krajích bylo pohlaví útočnicka ve 100% označeno mužské. Nejčastěji se jednalo o pachatele pod vlivem alkoholu. Zde se nabízí otázka, zda je to z důvodu zvýšené konzumace alkoholu ve společnosti obecně nebo, že pod vlivem alkoholu dochází častěji ke zraněním nebo jiným stavům, které vyžadují zásah záchranné služby. Alkohol a omamné látky jsou také nejčastějším důvodem násilí pacientů.

Ve více než 70% respondenti obou krajů uvedli, že psychologické postupy k agresivnímu pacientovi zná. Toto procento dokazuje, že záchranáři mají odpovídající typ vzdělání, které je pro práci na záchranné službě důležité a v dnešní době nezbytné. Také více jak 50% respondentů reaguje na útočnicka v klidu, snaží se jej vyslechnout a popřípadě mu vyhovět. Vše záleží na okolnostech situace, která je mnohdy značně vystupňovaná a sami záchranáři jsou ohroženi na životě a zdravotními problémy, které souvisejí s vykonáváním své práce. Ve většině respondenti odpověděli, že zdravotní potíže v souvislosti s agresivním pacientem nemají. Kroky k prevenci napadení ze strany zaměstnavatele se mezi kraji značně liší. V Pardubickém kraji 43% respondentů uvedlo, že zaměstnavatel zajistil kurzy sebeobrany a obranné pomůcky. V Královeshradském to bylo 47%. Stejným procentem byla označena i odpověď ne. V Pardubickém kraji to bylo o více jak 20% méně. Z toho vyplývá, že v Pardubickém kraji zaměstnavatel má větší zájem o zvýšení bezpečnosti při práci než v Královeshradském. Ale na druhou stranu více jak polovina odpovídá, že tato opatření jsou nedostatečná. A toto zjištění bylo u obou krajů. Proto by bylo možná vhodné uspořádat schůzku zaměstnanců a pokusit se najít společné řešení tohoto problému. Většina respondentů si také myslí, že legislativa týkající se bezpečnosti záchranářů je nedostatečná. Legislativa nedostatečně řeší otázku sebeobrany záchranářů. Polovina respondentů v Pardubickém kraji se cítí bezpečně jen někdy. Stejný počet respondentů v Královeshradském kraji považuje své povolání za bezpečné. Tento rozdíl vidím v délce praxe a věkové kategorii pracovníků, která se v Královeshradském kraji pohybuje kolem středního věku. Výrazný podíl na bezpečnosti záchranářů má policie, se kterou záchranná služba v obou krajích spolupracuje. V obou krajích mají respondenti ke spolupráci určité výhrady, mezi které patří zejména pozdní příjezd a nedostatek razance při zásahu. Příčinou těchto nedostatků často bývá nedostatek zkušeností a špatná komunikace mezi oběma složkami. Důležité je si uvědomit, že spolupráce mezi oběma složkami je založena na komunikaci, a pokud tato komunikace vážne, pak se to negativně odráží i ve spolupráci.

Poslední část dotazníku byla zaměřena na psychické prožívání záchranářů. Všechny profese jsou vystaveny mnoha zátěžovým situacím, které vyplývají ze samotného charakteru práce v resortu zdravotnické záchranné služby. Na záchranáře jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu práce, zodpovědnost a samostatnost při práci. Obecně z výzkumu vyplývá, že hůře nesou záchranáři agresi fyzickou. Mají strach o své zdraví a zejména o svoji budoucnost, která se vztahuje k rodině. Názor záchranářů jednotlivých krajů na pravidelné psychologické testy je rozdílný. V Královeshradském kraji si více než polovina (60%) myslí, že psychologické testy nejsou důležité. V Pardubickém kraji to je o 20% méně. Asi jedna třetina dotazovaných by psychologické testy uvítala, protože práce záchranáře je velice stresující a mnohdy vyčerpávající. Pravidelné testy by ukázaly blížíci se syndrom vyhoření nebo jiné potíže a tento problém by měl být řešen. Také by se mohlo v mnoha případech předejít odchodu kvalitních pracovníků ze záchranné služby. Je důležité vybírat odborníky i psychicky odolné pracovníky, aby byli vždy na svém místě a svou práci vykonávali dobře a rádi. V obou krajích se také polovina respondentů shodla, že přítomnost psychologa na pracovišti by byla určitým přínosem nejen pro samotné záchranáře, ale i pro rodinné příslušníky pacientů. Psychologickou konzultaci by zejména uvítali po situacích, ve kterých jsou postiženými děti a mladí lidé, hromadná neštěstí, nezdařená resuscitace. Také zazněly požadavky na kurzy ohledně komunikace s agresivním pacientem a kurzy asertivního jednání. Pomoc psychologa či psychoterapeuta, ale nevyhledal téměř nikdo z dotazovaných. Možnou příčinou může být stud nebo strach z reakcí, které by zazněly od kolegů. Důvodem proč nevyhledali psychologickou pomoc může být způsob relaxace a odreagování se mimo službu, který je postačující. Nejvíce se záchranáři odreagovávají v rodině, která jim dává určitou oporou v jejich práci. Dalším nejčastějším způsobem, kterým se záchranáři odreagovávají je fyzická práce, sport a kultura.

V poslední otázce jsem se dotazovaných ptala, jestli hraje v jejich pocitech pozadí agrese, dané např. diagnózou, určitou rolí. Názory mezi kraji se liší. V Pardubickém kraji pro více jak polovinu respondentů (57%) pozadí agrese dané diagnózou nehraje v jejich prožívání žádnou roli. V Královeshradském kraji je tomu naopak. U 70% respondentů pozadí agrese hraje v jejich pocitech určitou roli. Uvádějí, že k pacientovi, který je agresivní z důvodu požití alkoholu nebo jiných omamných látek zaujímají jiný postoj než k pacientovi, u kterého je důvodem agrese psychiatrické onemocnění nebo samotná změna zdravotního stavu.

9. 1 Zhodnocení Pardubického kraje s výzkumem z roku 2005

V roce 2005 provedla kolegyně Prázová (2005) výzkum ohledně agresivity pacientů vůči záchranářům na Záchrané službě Pardubického kraje. Podobný výzkum jsem provedla s dvouletým odstupem. Na otázky uvedené v dotazníku Prázové respondenti reagovali podobně jako v roce 2005. Situace se téměř nezměnila. Změny, ke kterým došlo jsou v pohlaví respondentů, v reakci záchranářů na násilí a ve spolupráci policií. V roce 2005 převládalo ženské pohlaví, v roce 2007 je to mužské. Důvod proč je převaha mužů na záchrané službě je jednoduchý. Agresivita se vyskytuje téměř při každém zásahu a většina respondentů uvedla, že se jedná o násilí verbální a fyzické, které muži zvládají někdy lépe než ženy. Také manipulaci s pacientem muži zvládají lépe a dnešní trend, že na záchraných službách budou do budoucna pouze muži je velmi silný. I když přítomnost ženského pohlaví v posádce má také své opodstatnění. V roce 2005 zazněla odpověď, že na agresivní jednání záchranář reagoval fyzickým činem. Ve výzkumu z roku 2007 tato odpověď nezazněla, což si myslím, že je velký pokrok. Důležité je si zachovat chladnou hlavu a reagovat asertivně, i když to je někdy velice obtížné. Také se výrazně zlepšila spolupráce s policií. A tento fakt můžu potvrdit i z vlastní zkušenosti. Zásah policie u agresivních pacientů je někdy bohužel nezbytný.

Závěr

Jedním z důvodů proč jsem se rozhodla pro toto téma, byla moje osobní zkušenost s agresivním pacientem a zajímalo mě, jaké zkušenosti mají kolegové z jiného kraje a jaký je stav v Pardubickém kraji po dvou letech. V teoretické části jsem si stanovila několik cílů - *popsat dostupné teorie agrese, zdroje a vznik agresivního chování, popsat možnosti komunikace s agresivním pacientem, zabývat se agresí z pohledu oběti agresivního chování, zabývat se úlohou psychoterapie v práci záchranáře, zabývat se vývojem agresivity v čase a také se zmínit o historii zdravotnické záchranné služby*. Všechny cíle byly splněny. Agrese je součástí přirozeného chování. Sklony k agresivnímu chování máme nejen vrozené, ale rozvíjí se i na základě učení a do určité míry na agresivní chování má vliv okolní prostředí. Klíčovým bodem je fakt, že agresivita je také důsledek frustrace a stresu. Také se ukázalo, že existuje mnoho druhů agresivního chování (sublimovaná, převrácená, přenesená agrese,....atd.). Je potřeba zdůraznit, že při komunikaci s agresivním pacientem je nutná empatie a akceptace. V teoretické části jsme zjistili, že psychoterapie je v práci záchranáře důležitá a to nejen jako prostředek ovlivňování a působení na pacienta, ale také možnost pomoci pro něj samotného po náročné krizové situaci. Po ujasnění všech okolností ohledně agrese, komunikace a psychoterapie bylo možné přejít k výzkumné části této práce.

Cíle, které jsem si stanovila na počátku empirické části byly - *srovnat a posoudit zkušenosti záchranářů Pardubického a Královehradeckého kraje s agresivním pacientem, zjistit a porovnat výskyt agresivního chování pacientů vůči záchranářům v Pardubickém kraji ve srovnání s výsledky obdobného průzkumu z roku 2005, pojmenovat nejčastější pachatele a zjistit zda záchranáři na agresivního pacienta reagují správně, zjistit míru bezpečí záchranářů, zjistit, zda jsou záchranáři schopni vypořádat se s vlastním ohrožením sami nebo s pomocí druhých a zjistit, čím se cítí být záchranáři nejvíce ohroženi a jak ohrožení prožívají*. Tyto cíle byly také splněny. Z průzkumu vyplývá, že v Pardubickém i Královehradeckém kraji se záchranáři setkávají s agresivními pacienty. Rozdíly v názorech jednotlivých krajů se téměř neliší. Nejčastějším pachatelem násilí je muž pod vlivem alkoholu. Alkohol je uváděn jako hlavní důvod. Další nejčastější příčinou agresivního chování je psychiatrické onemocnění. Z výzkumu také vyplývá, že záchranáři obou krajů umí komunikovat s agresivním pacientem. Otázky týkající se bezpečnosti záchranářů ukázaly, že záchranáři se domnívají, že jejich bezpečnost zajištěna není i přes snahu zaměstnavatele zajištěním ochranných pomůcek a kurzů sebeobrany. Výzkum nám také dokazuje, že záchranáři hůře vnímají fyzickou agresivitu. Záchranáři se také snaží cíleně a vědomě posilovat ochranné faktory jako schopnost odpočinku

a relaxace, posilovat pozitivní vazby v rodině i na pracovišti bez využití psychologické či psychoterapeutické pomoci. Ale přitom by si pracovníci měli být schopni uvědomit míru vlastního ohrožení a nestydět se říct o pomoc. Je dobré si uvědomit potřebu debriefingu a defusingu, protože záchranáři jsou velmi snadno zranitelní a nešetrné či nekvalifikované zásahy mohou napáchat více škody než užitku.

Možným řešením agresivity páchané na záchranářích by bylo dlouhodobé sledování takových krizových situací. Důležité by bylo zaměřit se na zdroje agresivního chování, dále opakovaně hodnotit jednotlivé reakce záchranářů a stanovit nejvhodnější způsob, jak na daný druh agrese reagovat. Pro maximální efekt návrhu řešení je kontakt a dobrá komunikace mezi jednotlivými členy posádek záchranných služeb. Ze strany zaměstnavatele by byly vhodné speciální vzdělávací programy týkající se komunikace, asertivity a psychohygienické programy. Investovat psychologickou péči do oboru zdravotnické záchranné služby se jistě vyplatí, neboť záchranářství se stává významným oborem lidské činnosti.

Na závěr bych chtěla konstatovat, že agresivita se z prostředí přednemocniční péče nevytratí a záchranáři se s ní při své práci budou setkávat opakovaně. Agresivní chování může být také projev strachu a stresu, který je u pacienta vyvolán změnou zdravotního stavu, psychiatrickým onemocněním. Proto je nutný empatický přístup k takovým pacientům.

V roce 1978 vydala The Association of Emergency Medical Technicians „Přísahu záchranáře“, kterou jsem zvolila pro zakončení této práce:

Jako záchranář budu ctít přírodní, zdravotnické i právní zákony, dané Bohem i lidmi. Budu vždy podle svých schopností i úsudku vykonávat vše, co budu považovat za prospěšné v zájmu pacientů, a zdržím se všeho, co by mohlo uškodit, a ani k ničemu takovému nebudu nikdy radit. Ať vkročím do kteréhokoliv domova, učiním tak pouze pro dobro nemocných a raněných a nikdy nebudu hovořit o tom, co jsem ze soukromí jejich života spatřil nebo uslyšel, pokud mne mlčenlivosti nezproští zákon. Své zdravotnické znalosti budu předávat i těm, kterým mohou být ku prospěchu. Budu sloužit obětavě a vytrvale, abych pomohl vytvářet lepší svět pro celé lidstvo. Budu – li věrný této přísaze, kéž mi je dovoleno radovat se ze života i z činnosti v mém povolání, jehož si všichni lidé za všech časů vysoce váží. Přestoupím – li tuto přísahu nebo ji zneužiji, nechť se opak stane mým osudem.

K tomu mi dopomáhej Bůh

Anotace

Autor:	Klára Kamasová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Záchranář – oběť agresivity pacientů
Vedoucí práce:	PhDr. Marie Rybářová
Počet stran:	83
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	agrese, komunikace, bezpečí a jistota, psychoterapie

Bakalářská práce pojednává o agresi u pacientů, která se vyskytuje v přednemocniční péči. Uvádí její zdroje, možnosti komunikace s agresivním pacientem a poukazuje na důležitost psychoterapie v práci záchranáře.

Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření zabývající se zkušenostmi záchranářů Pardubického a Královehradeckého kraje s agresivním pacientem. Dotazník byl zaměřen na teoretické znalosti, osobní zkušenosti, pocity bezpečí při práci a psychické prožívání záchranářů. Zkoumaný vzorek respondentů tvořili lékaři, sestry, zdravotničtí záchranáři a řidiči pracující v resortu záchranné služby.

Baccalaureate work handles about aggressiveness by the patients in prehospital medical care. Features her sources, possibilities in communication with aggressive patient and point on importance psychotherapy in work of rescue worker.

The crux of the work forms questionnaire inquiry conversant experiences of rescue workers in Pardubice and Hradec Králové district with aggressive patients. Questionnaire was bent on theoretic knowledge, personal experience, feelings safety at work and psychical feelings by the rescue workers. Surveyed sample informants was formed by the doctors, nurses, rescue workers and medical drivers working in rescue service.

Seznam použité literatury

1. ATKINSON, R. L.; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; BEM, D. J. *Psychologie*. Praha: Victoria publishing a. s., 1995.
ISBN 80 – 85605 – 35 – X
2. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál s. r. o., 1998
ISBN 80 – 7178 – 414 – 1
3. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál s. r. o., 2003, 3. aktualizované vydání
ISBN 80 – 7178 – 740 – X
4. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada publishing a. s., 2004, 2. rozšířené a přepracované vydání
ISBN 80 – 247 – 0723 – 3
5. ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Praha: Support, 1996
ISBN 80 – 902164 – 0 – 4
6. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada publishing a. s., 2006
ISBN 80 – 247 – 1262 – 8
7. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2004
ISBN 80 – 7013 – 324 – 4
8. ERTLOVÁ, F.; MUCHA, J. A KOL. *Přednemocniční neodkladná péče*. Brno: NCO NZO, 2003
ISBN 80 – 7013 – 379 – 1
9. POKORNÝ, J. A KOL. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004
ISBN 80 - 7262 – 259 – 5
10. DVOŘÁKOVÁ, B. *Stres u pracovníků zdravotnické záchranné služby*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2000. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
11. PRÁZOVÁ, A. *Záchranář – oběť agresivity pacientů*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2005. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
12. JÁNSKÝ, P. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: U nudle, 2002, ISBN - neuvedeno

13. VYSKOČILOVÁ, K. *Ošetřování agresivních a neklidných pacientů*. Sestra, ročník XIII, 12 / 2003, str.18
ISSN 1210 – 0404
14. DYNÁKOVÁ, Š. „*Nejsme si v něčem podobní?*“. Sestra, ročník XV, 7 – 8 / 2005, str. 20, ISSN 1210 – 0404
15. KŘÍŽOVÁ, V.; KŘÍŽ, P. „*Neklidný a agresivní pacient*“. Sestra, ročník XVI, 10 / 2006, str. 43
ISSN 1210 – 0404
16. DRDLA, P.; SOUKUPOVÁ, I. „*Ze záchranáře obětí? Už ne! Nejlepší obranou je prevence (krizová komunikace, rozhovor)*“. Zdravotnické noviny, ročník 55, 12 / 2006, str. 24 – 25
ISSN 0044 – 1996
17. HONZÁK, R. „*Obrana před napadením agresivním pacientem*“. Diagnóza, ročník 1, 4 / 2005, str. 195 – 196
ISSN 1801 - 1349
18. Vyhláška MZČR č. 434 / 1992 sb. O zdravotnické záchranné službě
19. <http://www.mzcr.cz>
20. <http://www.zachrannaslužba.cz>

Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů Pardubický kraj.....	29
Graf 2 - Pohlaví respondentů Královeshradecký kraj.....	29
Graf 3 - Věk respondentů Pardubický kraj.....	30
Graf 4 - Věk respondentů Královeshradecký kraj.....	30
Graf 5 – Délka praxe respondentů.....	32
Graf 6 - Délka praxe respondentů Královeshradecký kraj.....	32
Graf 7 – Služební zařazení Pardubický kraj.....	34
Graf 8 - Služební zařazení Královeshradecký kraj.....	34
Graf 9 - Znalost druhů násilného chování Pardubický kraj.....	36
Graf 10 - Znalost druhů násilného chování Královeshradecký kraj.....	36
Graf 11 - Setkání s agresivitou Pardubický kraj.....	37
Graf 12 - Setkání s agresivitou Královeshradecký kraj.....	37
Graf 13 - Druhy násilí Pardubický kraj.....	39
Graf 14 - Druhy násilí Královeshradecký kraj.....	39
Graf 15 - Pohlaví útočníka Pardubický kraj.....	40
Graf 16 -Pohlaví útočníka Královeshradecký kraj.....	40
Graf 17 - Druh pachatele Pardubický kraj.....	41
Graf 18 - Druh pachatele Královeshradecký kraj.....	41
Graf 19 - Důvod násilí Pardubický kraj.....	43
Graf 20 - Důvod násilí Královeshradecký kraj.....	44
Graf 21 - Psychologické postupy Pardubický kraj.....	45
Graf 22 - Psychologické postupy Královeshradecký kraj.....	45
Graf 23 - Způsob reakce na násilí Pardubický kraj.....	46
Graf 24 - Způsob reakce na násilí Královeshradecký kraj.....	47
Graf 25 - Zdravotní potíže Pardubický kraj.....	48
Graf 26 - Zdravotní potíže Královeshradecký kraj.....	48
Graf 27 - Kroky k prevenci Pardubický kraj.....	50
Graf 28 - Kroky k prevenci Královeshradecký kraj.....	51
Graf 29 – Opatření Pardubický kraj.....	52
Graf 30 – Opatření Královeshradecký kraj.....	52
Graf 31 - Je legislativa dostatečná? - Pardubický kraj.....	53
Graf 32 - Je legislativa dostatečná? - Královeshradecký kraj.....	53

Graf 33 - Cítíte se bezpečně? - Pardubický kraj.....	54
Graf 34 - Cítíte se bezpečně? - Královehradecký kraj.....	54
Graf 35 - Spolupráce s policií Pardubický kraj.....	55
Graf 36 - Spolupráce s policií Královehradecký kraj.....	55
Graf 37 - Výhrady ke spolupráci s policií Pardubický kraj.....	56
Graf 38 - Výhrady ke spolupráci s policií Královehradecký kraj.....	57
Graf 39 - Projevy agrese Pardubický kraj.....	58
Graf 40 - Projevy agrese Královehradecký kraj.....	58
Graf 41 - Psychologické testy u záchranářů Pardubický kraj.....	59
Graf 42 - Psychologické testy u záchranářů Královehradecký kraj.....	59
Graf 43 - Psycholog na pracovišti Pardubický kraj.....	60
Graf 44 - Psycholog na pracovišti Královehradecký kraj.....	60
Graf 45 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta Pardubický kraj.....	62
Graf 46 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta Královehradecký kraj.....	62
Graf 47 - Mluvíte o výjezdech a kde? - Pardubický kraj.....	63
Graf 48 - Mluvíte o výjezdech a kde? - Královehradecký kraj.....	63
Graf 49 - Styl odreagování Pardubický kraj.....	64
Graf 50 - Styl odreagování Královehradecký kraj.....	65
Graf 51 - Pozadí agrese Pardubický kraj.....	66
Graf 52 - Pozadí agrese Královehradecký kraj.....	66

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	29
Tabulka 2 – Věk respondentů.....	30
Tabulka 3 – Délka praxe respondentů.....	32
Tabulka 4 – Služební zařazení.....	34
Tabulka 5 - Znalost druhů násilného chování.....	36
Tabulka 6 – Setkání s agresivitou.....	37
Tabulka 7 – Druhy násilí.....	39
Tabulka 8 – Pohlaví útočnicka.....	40
Tabulka 9 – Druh pachatele.....	41
Tabulka 10 – Důvod násilí.....	43
Tabulka 11 – Psychologické postupy.....	45
Tabulka 12 – Způsob reakce na násilí.....	46
Tabulka 13 – Zdravotní potíže.....	48
Tabulka 14 – Kroky k prevenci.....	50
Tabulka 15 – Opatření.....	52
Tabulka 16 – Je legislativa dostatečná?.....	53
Tabulka 17 – Cítíte se bezpečně?.....	54
Tabulka 18 – Spolupráce s policií.....	55
Tabulka 19 – Výhrady ke spolupráci s policií.....	56
Tabulka 20 – Projevy agrese.....	58
Tabulka 21 – Psychologické testy u záchranářů.....	59
Tabulka 21 – Psycholog na pracovišti.....	60
Tabulka 24 - Pomoc psychologa či psychoterapeuta.....	62
Tabulka 25 – Mluvíte o výjezdech a kde?.....	63
Tabulka 26 – Styl odreagování.....	64
Tabulka 27 – Pozadí agrese.....	66

Příloha

ANONYMNÍ DOTAZNÍK

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si Vás oslovit v souvislosti s vypracováním mé bakalářské práce. Ve své bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na agresivitu pacientů páchanou na nás záchranářích a porovnat zkušenosti Pardubického a Královehradeckého kraje. Také mě zajímá Vaše psychické prožívání při setkání a po incidentu s pacientem.

Podobný výzkum zpracovala naše kolegyně A. Prázová před dvěma lety. Já Vám předkládám dotazník, který použila (A. Prázová, 2005), doplněný některými mými otázkami.

Prosím Vás o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje budou využity pro zpracování bakalářské práce.

Odpověď, se kterou souhlasíte (i více možností), označte prosím křížkem. V otázkách, kde nejsou nabídnuty odpovědi, napište své osobní zkušenosti a názory.

Klára Kamasová

A. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

1. Jaké je Vaše pohlaví ?

- Muž Žena

2. Kolik je Vám let ?

- méně než 19 30 – 39 více než 50 let
 20 – 29 40 – 49

3. Jak dlouho pracujete na záchranné službě ?

- méně než 10 let 16 – 20 let 26 – 30 let
 11 – 15 let 21 – 25 let více než 30 let

4. Jaké je Vaše služební zařazení ?

- Lékař/ka
 zdravotní sestra - specialista
 Zdravotnický záchranář, dis., Bc.
 Řidič - záchranář

B. OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA AGRESIVITU PACIENTŮ

5. Víte, jaké mohou být druhy násilného chování ?

- Ano Ne Nevím

6. Setkal/a jste se osobně za dobu své praxe s násilím ze strany pacienta proti Vám nebo Vaším kolegům ? (Pokud bude odpověď znít NE, přejděte prosím k otázce č. 14)

- Ano, setkal/a jsem se s násilím osobně na své osobě
 Ano, setkal/a zprostředkovaně z vyprávění kolegů
 Ne, s násilím jsem se nesetkal/a ani osobně ani zprostředkovaně

7. O jaký druh násilí se jednalo nejčastěji?

- Verbální Fyzické Sociální
 Psychické Sexuální Jiné

8. Jaké je nejčastější pohlaví útočníka ?

- Muž Žena

9. O jaký druh pachatele se jednalo nejčastěji ?

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

10. Jaký je nejčastější důvod násilí pacientů ?

- Násilí je projev strachu, hněvu či úzkosti pacienta
 Pacient má pocit pozdního příjezdu ZZS
 Pacient odmítá způsob léčby nebo léčbu samu
 Pacient je pod vlivem alkoholu ne jiných omamných látek
 Pacienta k násilnému chování vyprovokovala komunikace mezi záchranáři (např. o stavu pacienta atd.)
 Důvodem je psychiatrické onemocnění pacienta
 Jiné – specifikujte.....

11. Znáte obecné psychologické postupy v přístupu k agresivně se chovajícímu člověku?

- Ano Ne
 Nevím, že nějaké postupy existují

12. Jakým způsobem jste na incident reagovala?

- Zachoval/a jsem klid a předstíral/a, že se nic nestalo
 Útočníka jste vyslechl/a a pokud to bylo možné vyhověl/a
 Byl/a jsem podrážděný/á a reagoval/a jsem verbálně
 Byl/a jsem podrážděný/á a reagoval/a jsem fyzickým činem
 Vyhledal/a jsem pomoc
 Jiné - specifikujte.....

C. OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE BEZPEČNOSTI ZÁCHRANÁŘŮ

13. Měl/a jste za dobu své praxe zdravotní potíže související s ohrožením Vaší bezpečnosti při kontaktu s agresivním chováním pacientů proti Vám? Pokud ano, jaké?

- Ano Ne Bolesti hlavy
 Deprese Žaludeční potíže Úzkost
 Jiné.....

14. Podnikl zaměstnavatel potřebné kroky k prevenci a řešení problému agresivity pacientů ? Pokud ano, jaké

- Ano Ne
 Zajištění kurzů sebeobrany
 Zajištění přednášek o správné komunikaci a psychologickém přístupu k agresivnímu pacientovi
 Zajištění obranných pomůcek
 Jiné

15. Jsou tato opatření dostatečná ?

- Ano Ne Nevím

16. Domníváte se, že legislativa dostatečně upravuje otázku sebeobranu záchranářů proti agresivnímu pacientovi?

- Ano Nevím
 Ne Legislativu neznám

17. Cítíte se při výkonu svého povolání bezpečně?

- Ano Ne Někdy

18. Spolupracujete při své práci s Městskou policií nebo s Policií ČR?

- Ano Ne

19. Které výhrady, pokud existují, máte ke spolupráci s policií při řešení problému s agresivním pacientem?

- Pozdní příjezd policie
 Nedostatek razance při zásahu policie
 Nedostatek legislativního zázemí pro spolupráci s policií
 Neochota doprovodu do zdravotnického zařízení
 Jiné.....
 Žádné výhrady ke spolupráci nemám

D. OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA PSYCHICKÉ PROŽÍVÁNÍ ZÁCHRANÁŘŮ

20. Jaké projevy agrese nesete psychicky hůře? Odpověď prosím specifikujte a popište.

- fyzickou agresi
- psychickou agresi.....

21. Myslíte si, že by záchranáři měli podstupovat pravidelné psychologické testy? Při kladné odpovědi napište důvod.

- ano ne nevím

22. Myslíte si, že by měl být na pracovišti k dispozici psycholog?

- ano ne není potřeba

23. V kterých situacích by jste uvítal/a psychologickou konzultaci? Napište své představy a požadavky.

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

24. Vyhledal/a jste někdy pomoc psychologa či psychoterapeuta?

- ano ne

25. Mluvíte o výjezdech a zážitcích z nich

- doma v práci s kolegy, nadřízeným
 nikde jinde (kde?).....

26. Jak a kde se odreagováváte od stresových situací mimo službu?

- pomocí vztahů (v rodině, v přátelských a partnerských vztazích)
 návštěva psychologa, psychiatra
 poslech hudby
 užití uklidňujících léků
 fyzická námaha, práce
 užití návykové látky
 kouření
 kultura
 relaxace (autogenní trénink, jóga, atd.)
 jiné a jaké?.....

27. Hraje ve Vašich pocitech pozadí agrese, dané např. diagnózou, určitou rolí? Při jakékoli odpovědi specifikujte.

- Ano Ne

.....

