

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického  
personálu při zásahu**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

**PhDr. Radim Pavelka, Ph.D.**

Vypracoval:

**Bc. Lukáš Wohlmuth**

Praha, duben 2016

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne 8. dubna 2016

.....

podpis

### Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

---

## Poděkování

Děkuji PhDr. Radimu Pavelkovi, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

## **Abstrakt**

**Název:** Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu.

**Cíle:** Cílem práce je analýza a detailní posouzení okolností a možných rizik postihujících každodenní činnost zdravotnického personálu při práci v terénu.

**Metody:** Práce je koncipována jako kvantitativní výzkum s využitím sestavené ankety, která zjišťuje stanovené údaje. V teoretické části se práce opírá o deskripci současné situace.

**Výsledky:** Výsledkem je zpracovaná analýza okolností napadení zdravotnického personálu během zásahu. Získaná data a výsledky jsou převedeny do grafické podoby s popisem.

**Klíčová slova:** Zdravotní záchranná služba, pacient, agrese, nutná obrana

## **Abstract**

**Title:** Analysis of circumstances, which affect attacks on rescuers during a service.

**Objectives:** Objective of the thesis is to analyze and describe in detail circumstances and possible risks, which can happen during a duty of health service employee.

**Methods:** This thesis is conceive as quantitative research with using constructed enquiry, which tries to find out set data. In theoretical part is used description of current situation.

**Results:** Result of the thesis is elaborated analysis of circumstances, which affect attacks on rescuers during a service. Data and results, which were collected, were transformed into graphs with description.

**Keywords:** Health service, Agression, Patient, Private defense

## Obsah

Úvod.....	9
1 Agrese a agresivita .....	11
1.1 Vymezení pojmů.....	11
1.2 Druhy agrese.....	12
1.3 Emocionální stavy související s agresí .....	13
1.4 Agresivní chování u pacientů a jeho klasifikace .....	15
2 Teorie konfliktu.....	17
2.1 Druhy konfliktů .....	17
2.2 Dynamika konfliktu.....	18
2.3 Aplikace cyklu konfliktu na zdravotnický personál .....	20
2.4 Metody zvládnání agresivního pacienta .....	22
3 Zdravotnická záchranná služba .....	24
3.1 Aktuální situace ZZS v ČR.....	24
3.2 Systém psychosociální intervenční služby .....	28
4 Sebeobrana .....	30
4.1 Možnosti vzdělávání se v sebeobraně pro zdravotnický personál.....	31
4.2 Legislativa v sebeobraně .....	31
4.2.1 Sankce v případě útoku na zdravotníky .....	32
4.2.2 Zvláštní případy protiprávního jednání.....	33
4.2.3 Statut úřední osoby.....	36
4.3 Aspekty ovlivňující střetnutí .....	36
4.3.1 Základní faktory střetnutí.....	37
4.3.2 Vedlejší faktory střetnutí.....	37
4.4 Fyzická zdatnost zdravotnického personálu .....	38
5 Cíle a metodika .....	39

5.1	Cíle práce .....	39
5.2	Úkoly práce.....	39
5.3	Metody práce .....	39
5.3.1	Základní metodologický přístup .....	39
5.3.2	Metody sběru dat.....	39
5.3.3	Analýza dat.....	40
5.3.4	Výběrový soubor .....	40
6	Dosažené výsledky.....	42
6.1	Složení výběrového souboru .....	42
6.2	Obecné informace.....	44
6.3	Aspekty napadení .....	46
6.4	Okolnosti napadení - agresor .....	59
6.5	Okolnosti napadení - riziková doba.....	62
7	Závěr .....	66
8	Literatura.....	68
	Seznam obrázků a grafů.....	70
	Přílohy.....	72



## Úvod

Agresivita se dotýká každého z nás, ať chceme nebo ne, někoho více a někoho méně. Lidé, kteří pracují ve sférách kontaktu se širokou veřejností se s touto problematikou setkávají samozřejmě častěji. Existují i taková pracovní zařazení, která se s tímto jevem setkávají vesměs pravidelně. Jedna z takových pracovních pozic je práce terénního pracovníka zdravotnické záchranné služby. V posledních několika letech se v médiích objevují stále častěji informace o napadení zdravotnického personálu během zásahu. Je to velká ironie, že právě lidé, kteří svou prací pomáhají chránit životy a zdraví ostatních, se nezdárá stávají oběťmi agresivního jednání. Je fakt zvyšujícího se počtu napadení zdravotníků za posledních několik let skutečně pravdivý a podložený fakty, nebo se jedná jen o mediální zveličování? Právě na tuto otázku a na okolnosti těchto jevů se práce bude snažit najít odpověď.

Kdo z nás, či našich blízkých nikdy nepotřeboval pomoc poskytnutou od pracovníka zdravotnické záchranné služby? Procento těchto lidí by bylo jistě velice mizivé. Většina lidí pracujících ve zdravotnictví je "odsouzena" k tomu, že se setkávají s jedinci ve zdravotním, fyzickém a často i psychickém diskomfortu. Tento stav s sebou nese zvýšené riziko propuknutí nějaké emocionální odezvy. A právě zdravotníci, kteří pracují v terénu pomocí výjezdů, se dostávají do kontaktu s těmi nejzávažnějšími případy. Setkávají se s lidmi obávajícími se o svůj život a o své zdraví. Setkávají se s lidmi pod vlivem různých omamných látek a alkoholu, kteří často jejich pomoc odmítají. Setkávají se se sociálně nepřizpůsobivými občany nebo se zraněnými lidmi na demonstracích. Jejich spektrum působení je skutečně velmi široké a stejně tak spektrum těch, se kterými přicházejí do styku. A při setkání s agresivním chováním jsou to právě oni, kteří nemohou jen tak odejít, ale musejí se s tím nějak vyrovnat a konat svou práci.

V České Republice neexistuje žádný povinný sebeobránný program pro zdravotníky pro lepší zvládnání krizových situací. Jediný ucelený program směřující k eliminaci a snižování rizik útoků na zdravotnický personál nese název Zvládnání agresivního pacienta. V současné době neexistuje právní úprava, která by zajišťovala absolvování tohoto programu, takže je na ředitelích zdravotnické záchranné služby krajů, zda

považují za vhodné tento program využít. Samozřejmě existuje celá řada seminářů a přednášek, jež se tímto tématem zabývají, ovšem jednorázové návštěvy seminářů převážně teoretického charakteru nejsou pro zdravotníky dostačující. V důsledku je tedy pouze na nich, zda mimo svou pracovní dobu pravidelně navštěvují veřejnou výuku nějakého systému sebeobrany.

Tato práce je koncipována do sedmi kapitol. Kapitoly 1 - 4 mapují současné teoretické poznatky ovlivňující možné napadení zdravotnického personálu. Přesněji jsou to poznatky o agresivitě, jejích druzích, možnostech a stimulech jejího propuknutí. Dále je rozebrána teorie konfliktu, jeho cyklus a způsoby řešení. Následně je popsána současná situace a působnost zdravotnické záchranné služby v České republice, možnosti kontaktu s agresivním pacientem a metody jeho zvládnutí. V neposlední řadě je poté stručně rozvedena teorie sebeobrany, možnosti sebeobrany pro záchranáře a právní aspekty vztahující se k sebeobraně a napadení personálu zdravotnických služeb. V kapitole číslo 5 jsou stanoveny cíle, úkoly a metodika práce. Jsou popsány vytyčené úkoly, které je nutné splnit pro naplnění cíle práce. Dále jsou řešeny jednotlivé kroky a postupy, napomáhající ke vzniku práce. Jsou zde tedy popsány metody sběru dat a systém tvorby jejich analýzy, která je stěžejní částí této práce. Samotná analýza a popis výsledků se nachází v kapitole 6. V závěrečné kapitole 7 se pak nachází celkové shrnutí.

Toto téma práce bylo autorem zvoleno především z důvodu jeho aktuálnosti a zainteresovanosti v dané problematice. Dalším stimulem byla touha lépe pochopit a porozumět náročnosti práce, kterou zdravotnický personál zastává a informovat o tom pomocí dosažených výsledků.

# 1 Agrese a agresivita

## 1.1 Vymezení pojmů

Pokud se zamyslíme nad pojmy agrese a agresivita, dokáže téměř každý správně pojmenovat, co přibližně se pod těmito pojmy nachází. Pravda je ale taková, že pokud chceme najít těmto označením definici, která by naplňovala všechny aspekty, jenž v sobě tyto pojmy ukrývají, odpověď bude velice složitá. I sami autoři, kteří se převážně studiem agresivního lidského chování zabývají, mají často definici značně odlišnou. „Jiní na přesnou definici dokonce rezignují, neboť příliš obecné vymezení agrese potlačuje její specifické projevy a příliš zúžené pojetí zase omezuje její široké významové pole" (Čermák, 1998). Je ale zřejmé, že z hlediska laické veřejnosti jsou tyto dva pojmy mylně považovány za podobné nebo jsou dokonce zaměňovány.

### **Agrese**

Agrese je velice široký pojem, který zahrnuje rozsáhlou škálu projevů, a může tudíž nabývat mnoha významů. „Agrese pak může být chápána jako násilné narušení práv jiného člověka, jako ofenzivní jednání nebo procedura, ale také jako jednání asertivní" (Čermák, 1998). Někteří autoři (Storr, 1968) tvrdí, že „agrese musí být také chápána jako komponenta normálního chování, která je v určitých souvislostech uvolněna, aby uspokojila potřeby nebo aby překonala ohrožení fyzické nebo psychické integrity."

Pro potřeby této práce budeme vycházet z definice agrese jako proces útočného jednání, projevující se záměrným poškozováním, násilným jednáním proti jiné osobě, zvířeti nebo věci. Agrese nemusí být chápána pouze jako fyzické napadení. Aspekty agrese mohou naplňovat také útoky verbální, například vyhrožování a urážky.

### **Agresivita**

Agrese je pojem, který v sobě nese jednotlivě konané činy, oproti tomu agresivita je stálá predispozice projevovat se agresivně v různých situacích. K přesnější definici agresivity nejsou autoři už tak skoupí jako u agrese. Například Šimanovský (2002) spatřuje agresivitu jako „sklon k útočnému jednání vůči věcem, zvířatům a lidem, většinou související s vnitřní nepohodou, s rozpory mezi prožíváním a jednáním".

Přehledně a jasně vysvětluje pojem také Vágnerová (2002), která definuje agresivní chování jako „porušení sociálních norem, omezující práva a narušující integritu živých bytostí i neživých objektů. Jde o symbolické nebo reálné omezování, poškozování a ničení. Agresivitu lze chápat jako sklon k takovému chování. Agrese označuje aktuální projev takového chování.“

## 1.2 Druhy agrese

Rozdělením agrese se zabývá mnoho sociologů a dalších odborníků. Samotných dělení existuje celá řada, přičemž dělit se agrese dá podle různých kritérií.

Dělení agrese podle Čermáka (1998) s ohledem na dosažení vytyčených cílů:

**Instrumentální agrese** - prostředek, jak dosáhnout vnějšího cíle. V případě poranění jiné osoby při provádění se jedná o sekundární efekt. Instrumentální agrese je založena na předem připraveném plánu a na případných variantách změn v průběhu konání. Tento druh agrese je útočником vědomě kontrolován a útočnik si většinou uvědomuje možné následky.

**Emocionální agrese** (hostilní) - přítomnost silné negativní emoce, nejčastěji hněvu. Agrese není prostředkem jak dosáhnout vnějšího cíle, ale její konání je cílem samo o sobě. Tento druh se vyznačuje častým spontánním výbuchem a následnou motorickou reakcí.

Jiný autor (Fromm, 1997) uvádí dělení agrese na:

**Benigní agrese** - společná agrese jak pro člověka, tak pro jiné živočišné druhy. Slouží primárně k přežití a k ochraně hodnot jako je zdraví a majetek. Vzniká při stavu ohrožení a zaniká společně s ním. Má čistě obrannou funkci.

**Maligní agrese** - přítomna pouze v lidském chování. Vyznačuje se bezúčelným a destruktivním využitím agrese k uspokojení vlastní touhy.

Poslední dělení agrese je dělení z praktického hlediska podle Čermáka (1998), kdy odlišuje agresi přímou a nepřímou, a verbální a fyzickou. Celkem rozděluje agresi na osm poddruhů, ale pro naše potřeby vystačí základní dělení do čtyř složek na agresi:

- přímou verbální (urážení, vyhrožování, znevažování)

- přímou fyzickou (bití, kopání, škrčení, držení)
- nepřímou verbální (rozšiřování pomluv, jež někoho zasáhnou)
- nepřímou fyzickou (odmítnutí splnit kladené požadavky)

### **1.3 Emocionální stavy související s agresí**

Stává se velice zřídka, že agresivní chování vypukne u racionálně smýšlejícího člověka v psychické pohodě. Většina agresivních stavů se odehrává v emocionálním diskomfortu. Tyto emoce, jejich intenzita a délka trvání jsou pro vznik i průběh konfliktu rozhodující. Mezi základní stavy, ovlivňující psychickou pohodu člověka patří:

#### **Nabuzení**

Nabuzení je stav člověka vybavující jeho chování energií. Energie přítomná při stavu nabuzení může vyústit v jakoukoliv reakci, ke které je osoba predisponována. „Kritickým pojmem je právě predispozice, kterou je obtížné jednoznačně definovat. Skrývá se v souboru specifických vlastností, jež bývají různě označovány jako náchylnost k emocionálním reakcím nebo hostilní postoje" (Řezáč, 1998). Následné propojení nabuzení s aktuálními emocionálními stavy může vyvolat agresi. Dále závisí na vrozených dispozicích, na naučeném chování a převážně na tom, do jaké míry dokáže jedinec zapojit do procesu vyšší kognitivní funkce, které dovolují posoudit vhodnost a adekvátnost emocionální odezvy a následného zachování.

#### **Frustrace**

Frustrace je vnitřní stav organismu, vznikající vzbuzením potřeby, avšak jejímu naplnění a uspokojení stojí v cestě nepřekonatelná nebo velmi obtížně překonatelná překážka. Překážka zabraňující uspokojení potřeby může být v okolním prostředí a stejně tak uvnitř jedince. Intenzita frustrace, rozdílnost podnětů a síla působení na lidskou psychiku je u každého člověka individuální. Velice důležitý termín pro možnost propuknutí agrese následkem frustrace je frustrační tolerance. Frustrační tolerance udává míru odolnosti jedince, kdy jeden a ten samý podnět působí na dva jedince s rozdílnou intenzitou. Člověk s vyšší mírou frustrační tolerance dokáže takové stavy

snášet lépe a nepropadá emociálnímu diskomfortu. Frustrační tolerance se dá rozvíjet a navyšovat, pokud tomuto stavu čelíme častěji a úspěšně.

### **Hněv a deprese**

„Hněv je emocionální stav, který se skládá z pocitů napětí, rušení, iritace nebo vzteku“ (Řezáč, 1998). Je velice častým strůjcem agresivního jednání. Záleží ovšem opět na úrovni a zapojení vyšších kognitivních funkcí do procesu, které určují následnou adekvátnost odezvy. Člověk, jenž je nahněvaný se automaticky nemusí chovat agresivně, stejně jako impulsivní agresor nemusí jednat ve stavu hněvu nebo deprese. S agresivním chováním je častěji než hněv spojován stav nazývaný se afekt. Má mnohem vyšší intenzitu, člověk mu většinou propadá náhle a nerespektuje společenské normy. Afekt je těžce ovladatelný a tendence vytvářet agresivní jednání jsou u něj extrémně patrné.

### **Asertivita**

Asertivita je přijatelná forma agrese naprosto respektující sociální normy chování. Tento pojem můžeme chápat jako schopnost trvání na svých názorech a prosazování práv v souladu s existujícími zákony a sociálními normami. V tomto sebeprosazování se člověk snaží přimět ostatní, aby respektovali individuální rozhodování jedince a jeho jednání a smýšlení.

### **Hostilita**

Hostilita je nepřátelský, agresivní postoj vůči sobě i svému okolí. Často ji vyvolává žárlivost, závist nebo duševní porucha. Hostilní jednání se následně projevuje nenávisť a nepřátelstvím. Řezáč (1998) uvádí: „Zatímco agrese je neadekvátní technikou dosahování individuálních cílů, je hostilita sama cílem, resp. jedním z cílů jedince se stává ubližování druhým. Hostilní člověk má potřebu škodit lidem, kteří mu nijak aktivně ani pasivně nebrání v dosahování seberealizačních cílů.“

## 1.4 Agresivní chování u pacientů a jeho klasifikace

Agresivní chování u pacientů ZZS má svá specifika, na které je nutné se zaměřit a pochopit je. Nejčastější klasifikace takového jednání se dělí podle objektu zaměření agrese, míry, kterou se dotyčný dokáže ovládat a kontrolovat, a intenzity propuknutí agrese. Nejfrekventovanější dělení agresivního chování pacienta je na následující formy:

1. **Přímá** - Je cíleně zaměřena na konkrétní jedince. Mohou to být záchranáři, řidiči ZZS, lékaři, rodinní příslušníci, či kdokoliv jiný, kdo se v daném okamžiku nachází poblíž. Může mít formu fyzického napadení nebo napadení verbálního (vyhrožování, urážky).
2. **Transferovaná** - Pacient přenáší svou zlobu a agresi na osoby či předměty, jež netvoří stimul k jeho znepokojení a nejsou to objekty, které agresi vyvolávají. Takové chování se většinou projevuje záměrným rozbíjením pacientovi dostupných věcí včetně lékařského vybavení nebo napadání náhodných lidí v okolí události.
3. **Autoagrese** - Pacient přenáší svou zlobu a agresi k vlastní osobě, většinou z důvodu obviňování sebe sama za vznik a průběh události. Pacient se domnívá, že největší podíl viny za vzniklou událost jde na jeho vrub. Je velice nebezpečná z důvodu, že pacient se může nacházet v těžké depresi a rozrušení a jeho další činy budou směřovány k ublížení si na zdraví nebo na životě.
4. **Zadržovaná** - Pacient navenek působí většinou klidně a vyrovnaně. Když se podle jeho uvážení naskytne vhodná příležitost zaútočit nečekaně, využívá toho. Díky ukryté touze po agresi a promyšlenosti plánu útoku je velmi nebezpečná.
5. **Instrumentální** - Je velice sofistikovaná agrese, jejímž prostřednictvím je vyvíjen nátlak na lidi vyskytující se v okolí. Často není provázána na první pohled agresivními projevy, má naopak agitační a manipulační charakter.

Další, v praxi velmi dobře uplatnitelné rozdělení uvádí Volavka. Ten rozděluje agresi na:

1. **Predatorní** - Profesionální vrazi a lupiči, jimž slouží agrese k obživě. Patří sem i psychiatrickí pacienti, kteří násilně berou ostatním drobnosti. K agresi dochází spíše plánovitě, bez podstatné emoční investice. Tento typ agrese je závislý na sociálních podmínkách.
2. **Ideologickou** - Jedná se například o etnické vyvražďování nebo řádění sportovních fanoušků. Hmotný zisk zde není zpravidla primární motivací.
3. **Pod vlivem alkoholu a drog**
4. **Impulsivní** - Agrese působená zpravidla bez hmotného zisku a bez plánování.
5. **Pod vlivem halucinací** - Jedná se o člověka podléhajícího bludům a jiným psychotickým příznakům.

(Vevera, 2002)



## 2 Teorie konfliktu

Konflikt je všudypřítomný děj, se kterým se každodenně setkává většina z nás ve svém osobním životě. Konflikt je nepostradatelný způsob konfrontace odlišných názorů nebo neshod. Slovo konflikt je latinského původu (conflictus - srážka). Skládá se z předpony con (vzájemný střet dvou účastníků) a slovesa fligo (udeřit). Křivohlavý (2002) spatřuje konflikt jako „střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí.“ Konflikt nastává na všech úrovních společnosti a může být výsledkem:

- neslučitelnosti cílů
- chybných informací, nedostatku informací a dokonce i způsobu jak si informace vykládáme
- rozdílnosti hodnot životního stylu či náboženského vyznání
- zásad, o nichž jsme přesvědčeni, že jsou správné a je nutno je hájit
- potřeby "zachovat si tvář"
- moci, autority a vlivu
- zásahu do naší snahy získat něco, co nám dle našeho názoru oprávněně náleží, nebo co chceme od jiné osoby, i když nám to po právu nepatří

(Fisher, 2002)

### 2.1 Druhy konfliktů

Konflikty můžeme dělit na konflikty:

**intrapersonální** - vnitřní konflikty jedné osoby, konflikty představ, názorů, postojů a zájmů

**interpersonální** - konflikty dvou jednotlivců

**skupinové** - konflikty existující uvnitř jedné skupiny lidí

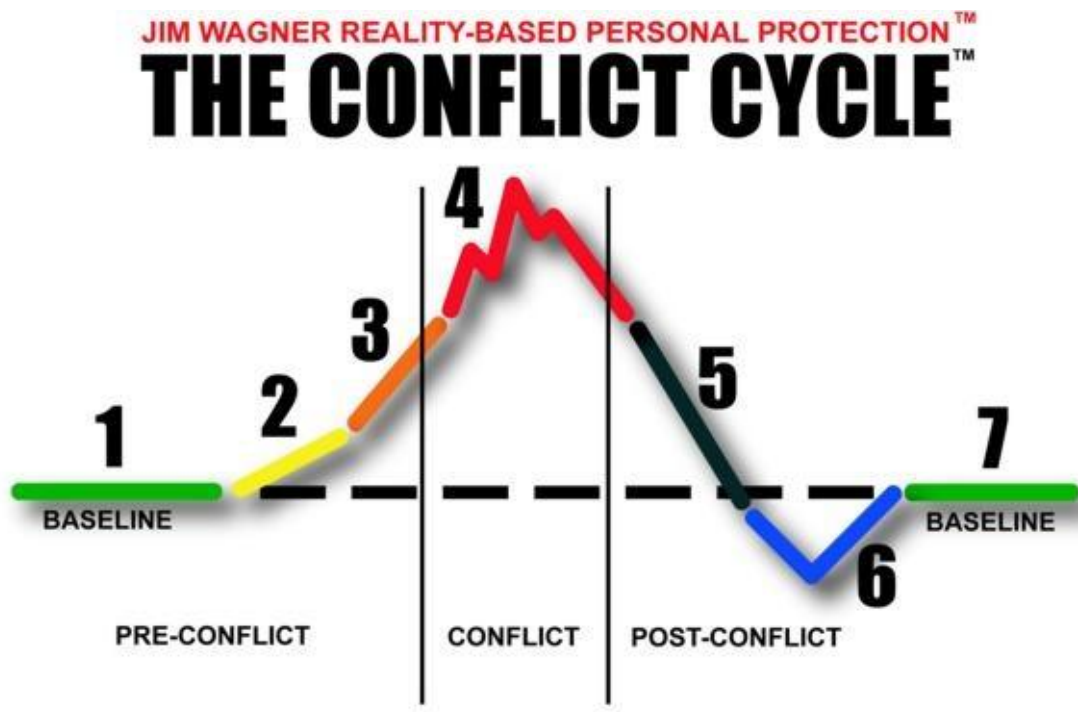
**meziskupinové** - konflikty mezi dvěma skupinami

**jedince se skupinou** - speciální druh skupinového konfliktu

Konflikty mohou mít různou podobu, počet i složení účastníků i odlišnou dobu trvání. Pro naše potřeby se zaměříme na konflikt fyzický, neboť to je právě problém postihující členy zdravotnického personálu.

## 2.2 Dynamika konfliktu

Konflikt se ve svém průběhu neustále vyvíjí ve většinou stabilně se opakujících projevech. Velmi kvalitně je cyklus konfliktní situace znázorněn Jimem Wagnerem (obr. č. 1). Podle něj fyzický konflikt prochází třemi fázemi, z nichž každá má další specifické úseky a posloupnost.



Obrázek 1- cyklus konfliktu<sup>1</sup>

- 1) Edukace - oblast znalostí problematiky (příprava na konflikt díky tréninku)
- 2) Iniclace - událost, jež odstartuje konflikt (podnět)
- 3) Eskalace - okamžitý nebo postupný nárůst nebezpečí (indikátory konfliktu)
- 4) Konfrontace - využití síly
- 5) Stabilizace - únik či zadržení útočníka, poskytnutí první pomoci, kontakt. policie

<sup>1</sup> Jim Wagner - reality based selfdefense [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [www.jimwagnerrealitybased.com](http://www.jimwagnerrealitybased.com)

- 6) Normalizace - případná hospitalizace, posouzení, vedení sporu
- 7) Evaluace - posouzení a ponaučení se ze situace, vhodná úprava tréninku

Graf cyklu konfliktů je dělen do tří etap: Pre-konflikt (před propuknutím konfliktu), Konflikt (slovní nebo fyzický) a Post-konflikt (po jeho ukončení). Každá sekce je v grafu očíslována a barevně označena. Základní čára označená jako černá přerušovaná čára směřuje z nekonečna do nekonečna do obou směrů. Tato čára reprezentuje normální běžný den bez konfliktu. Je konstantní a znázorňuje lidské normální chování zahrnující jeho zvyky.

### **Pre-konflikt**

Jak již napovídá název, jedná se o dobu předcházející propuknutí konfliktu. Jako první přichází na řadu část **Edukace**. Je označena zelenou linií a leží celá na základní čáře. Představuje stupeň připravenosti před vypuknutím konfliktu. Jakkoliv je nemožné předvídat budoucnost, člověk může být připraven na mnohé druhy konfliktů, kterým čelí, protože závisí také na jeho okolním prostředí a jeho cílech. Je také silně ovlivněn naší zkušeností z podobných situací a případným tréninkem. Následuje žlutá čára nakloněná vzhůru, představující **Iniciaci**. Tento úsek grafu značí výstrahu z důvodu výskytu stimulu, jenž konflikt odstartuje. Čím více obeznámen je jedinec s různými formami násilí, tím vnímavější v této fázi k okolnímu prostředí bude. Třetí stupeň cyklu, **Eskalace**, je znázorněn oranžovou barvou. Jeho křivka neustále stoupá vzhůru, ale děje se tomu ještě výrazněji než v předchozím bodě. Konflikt je v tuto chvíli bezprostřední. Záleží na druhu okolností, zda se plnému propuknutí konfliktu ještě dá vyhnout. Někdy se tato možnost nabízí, jindy na ni jedinec již musí vhodně zareagovat.

### **Konflikt**

Druhá etapa vývoje v sobě ukrývá jedinou fázi konfliktu, a to **Konfrontaci**. Konfrontace je reprezentována červenou linií a značí část děje, ve kterém se odehrává fyzický střet. Linie je nestálá a její trajektorie připomíná obrys hory. Je to z toho důvodu, že proces fyzického střetu může být velmi snadno zvrátitelný ve prospěch

opačné strany. Člověk chvílku prohrává, následně vyhrává a pak se může stát něco naprosto neočekávaného a zase prohrává.

### **Post-konflikt**

Křivka konfrontace zasahuje z části i do poslední etapy, protože člověk není v bezpečí, dokud nebezpečí zcela neunikne. Napadený může na zpacifikovaného útočníka zavolat policii, ale dokud ho policie neodveze z místa, neustále představuje potencionální hrozbu. Platí to, i když pachatel uteče, protože napadený o něm v té chvíli nemá přehled a neví, jestli ho po chvíli zase napadne. Následně nastává fáze **Stabilizace**, jež reprezentuje šedá linie. Označuje různé varianty, kterým můžete po útoku čelit. Vystávají zde otázky, jestli odejít, zavolat na pachatele policii a nechat ho zatknout nebo mu poskytnout první pomoc. Předposlední fáze nese název **Normalizace** a je označena modrou čarou. Fakt, že křivka normalizace spadá až pod základní čáru, poukazuje na závažnost konfliktu determinující, jak se postižený cítí následně. Už je po souboji a člověk se musí po fyzické i psychické stránce vrátit do stavu před napadením. Jak dlouho zůstane linie pod základní čarou závisí na závažnosti situace, předchozím tréninku, zkušenostech a psychické odolnosti. Poslední fáze, znázorněná znovu zelenou čarou se nazývá **Evaluace**. Nastává ve chvíli, kdy se člověk dostane zpět do fyzické i psychické pohody, v jaké byl před odehráním incidentu.

### **2.3 Aplikace cyklu konfliktu na zdravotnický personál**

Práce zdravotníka u ZZS má jistá specifika, jež konflikt výrazně ovlivňují. Asi nejvýraznější z nich je fakt, že zdravotníci se setkávají s lidmi, kteří již jsou při jejich příjezdu v nekonfortní zdravotní situaci, nebo jsou pod vlivem alkoholu a omamných látek. To se pak samozřejmě odráží na jejich jednání. Jejich momentální emocionální stavy jsou umocněné a mnohem rychleji eskalující právě v možnou agresivitu. Následná uvedená opatření slouží záchranným složkám k minimalizaci rizik spojených s touto problematikou.

## **Pre-konflikt**

- Ihned po příjezdu se snažíme rychle zorientovat v prostředí, zmapovat možná rizika, která by konfliktní situaci mohla předcházet.
- S lidmi v okolí jednáme pokud možno klidně a profesionálně, vzniká-li panika způsobená zraněním a jeho případnými následky, zkusíme tuto paniku odvrátit uklidňováním.
- Po technické stránce se při zásahu chováme profesionálně a snažíme se, aby naše působení vypadalo sebevědomě.
- Snažíme se využívat kvalitní a důraznou komunikaci, ve svém jednání ale zůstáváme asertivní.
- Myslíme neustále i na vlastní bezpečnost a při jakémkoliv náznaku rizika tvoříme případnou obrannou strategii. Bereme v úvahu všechny aspekty nastalé situace (počet lidí, prostor, čas).
- V případě nemožnosti vyvarovat se agresivního jednání ze strany pacienta nebo třetí osoby, okamžitě voláme policii.

## **Konflikt**

- Snažíme se dodržovat bezpečnou vzdálenost a neustále důrazně vyzýváme agresora, aby svého jednání okamžitě zanechal.
- Neustále jsme připraveni na útok agresora obranným postavením čelem k němu.
- V případě neúspěchu vyhnutí se konfliktu aplikujeme na útočníka obranné techniky s dostatečnou silou a razancí tak, abychom odvrátili přímo hrozící nebezpečí.
- V případě posouzení malé šance na přemožení agresora, provedeme útěk do vozidla ZZS a vyčkáme příjezdu Policie ČR.

## **Post-konflikt**

- Vyčkání na příjezd vozidla Policie ČR jak v případě útěku do sanitního vozidla, tak v případě zadržení útočníka.
- V případě poranění nějaké zúčastněné osoby provedeme první pomoc.

- Pokud jsme byli sami zraněni, absolvujeme následně důkladné vyšetření a v případě jakýchkoliv zdravotních nesrovnalostí žádáme hospitalizaci.
- V případě zanechání negativní psychologické stopy, probereme důkladně celou situaci s odborníkem pro to vyškoleným.

## **2.4 Metody zvládnání agresivního pacienta**

Nejen chování pacienta, ale i chování zdravotnického personálu může vyvolat konflikt. Zdravotníci a lékaři by tedy měli být poučeni a vyškoleni jak se v takových situacích mají chovat, aby se minimalizovalo riziko eskalace konfliktu ve větší problém. Stává se ovšem, že i přes příkladný přístup zdravotníků k pacientům se menším či větším konfliktům vyhnout prostě nejde. V případě, že konflikt opravdu vyeskaluje, je nutné vědět, jak se v takové situaci zachovat.

Existují dva základní přístupy, jež se tuto problematiku snaží vyřešit. Jsou to krátkodobý a dlouhodobý přístup. Krátkodobý přístup se projevuje využitím pouhé verbální komunikace, s níž je pacient uklidněn. Pakliže není v silách pracovníků ZZS pacienta uklidnit tímto způsobem a pacient se jeví jako nebezpečný sobě nebo svému okolí, jsou zdravotníci nuceni využít přístup dlouhodobý. U tohoto přístupu je někdy obzvláště složité zvolit vhodnou metodu a intenzitu. Jedná se o možnost podání farmaceutických přípravků na uklidnění nebo v krajním případě použít i fyzickou sílu. Podání léků nebo využití síly proti pacientovi je až tou poslední možnou volbou po selhání verbální komunikace a snahy o uklidnění.

Fyzické omezení pacienta je další velice problematické řešení, jež musí být předem pečlivě uváženo. Jestliže by bylo realizováno zbytečně, pouze z důvodu jistoty, a pacient by si stěžoval na omezování svobody, byl by v právu. Další problém, který se v této tematice vyskytuje jsou nedostatečné nebo dokonce téměř neexistující pomůcky pro úspěšné zabránění agresivnímu pacientovi v pohybu. A to zejména při transportu do nemocnice, kdy navíc odpadá jeden pracovník z důvodu řízení automobilu. Existuje ovšem možnost, vyžádat si pro převoz k následnému ošetření doprovod člena Policie

ČR, který může být celou cestu v sanitním voze přítomen a na pacienta dohlížet. To se zdá být nejschůdnější a nejjednodušší řešení.

V první řadě ovšem platí, že se všem těmto omezením snažíme předcházet asertivním a klidným chováním. Zdravotník nikdy nesmí na počátečně agresivního pacienta odpovédět agresí nebo hněvem. Nesmí se chovat nadřazeně nebo povýšeně a nesmí se za žádných okolností dopustit využití sarkasmu či ironie. Další chyba záchranáře může nastat v naprostém ignorování vznikajících projevů netrpělivosti či hněvu eskalující v agresi. V neposlední řadě by také zdravotník či lékař neměl zahlcovat pacienta přílišnými detaily. Pacient by si tyto informace v současném stavu mohl špatně vyložit a jednat v mylném přesvědčení ukvapeně. Podávat se mají důležité informace s vypovídající hodnotou a to stručně, přesvědčivě a jasně.

### **3 Zdravotnická záchranná služba**

Zdravotnická záchranná služba je jednou z nedílných součástí integrovaného záchranného systému v České republice. Tento záchranný systém je koordinační systém vazeb a spolupráce záchranných a bezpečnostních složek státu provádějící záchranné práce, likvidační práce, stejně tak jako přípravy na mimořádné události a nápravu jejich následků. Další základní složky vedle Zdravotnického záchranného systému jsou Hasičský záchranný sbor České republiky, Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany a Policie České republiky. Skladba a řízení tohoto systému spadá pod Zákon číslo 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.

Zdravotnická záchranná služba je základním prvkem poskytování odborné přednemocniční péče pacientů se zdravotními obtížemi. Svou působností spadá ZZS pod správu krajů, jež tvoří výjezdová stanoviště, a jednotlivé kraje na sobě nejsou závislé. Zákony tvořící funkčnost ZZS jsou Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách, Zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě a Zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona zdravotnické záchranné službě.<sup>2</sup>

#### **3.1 Aktuální situace ZZS v ČR**

Zdravotnická záchranná služba České republiky má rozsáhlou historii. Její počátky se datují až do poloviny 19. století, kdy vznikl Pražský dobrovolný sbor ochranný. Od té doby prošla mnoha inovacemi jak v technice, tak v personálním obsazení a dnes nabývá zcela jiných možností.

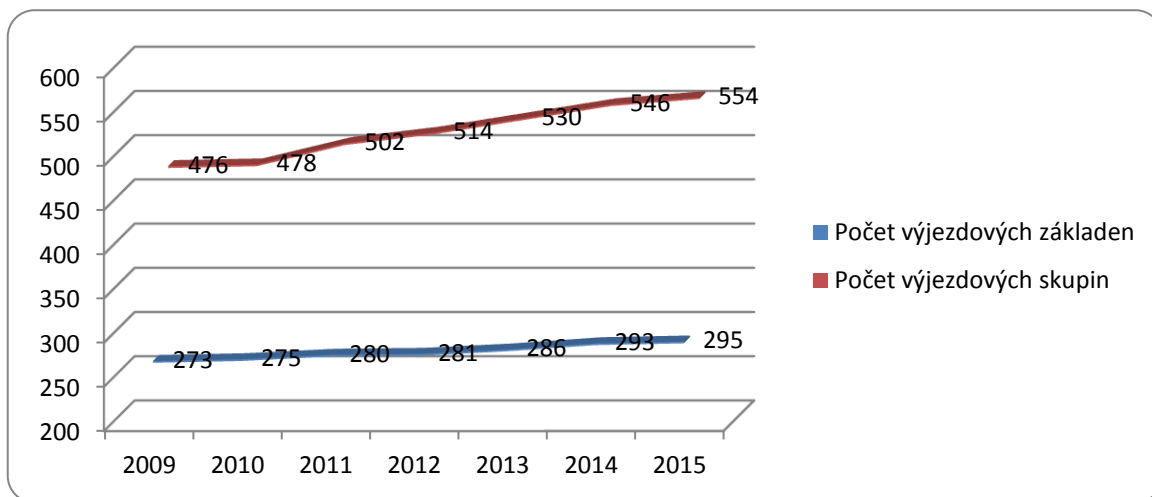
Podle Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách je zařízení zdravotnické záchranné služby tvořeno ředitelstvím, výjezdovými skupinami a pracovištěm krizové připravenosti, které plní úkoly vyplývající z krizového plánu a dokumentace

---

<sup>2</sup> Komora záchrannářů [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.komorazachranaru.cz/legislativa](http://www.komorazachranaru.cz/legislativa)

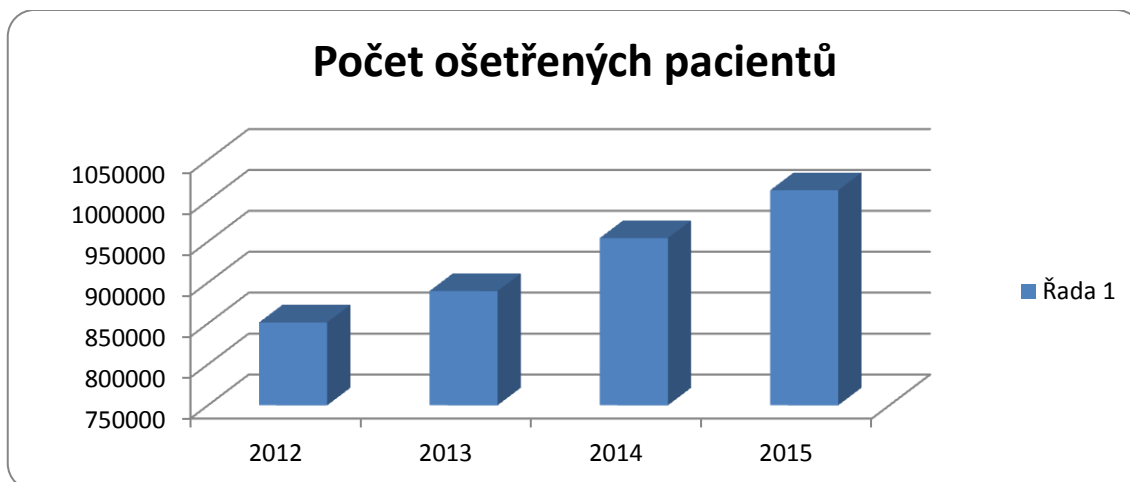


integrovaného záchranného systému. Výjezdová stanoviště jsou situována tak, aby maximální dojezdová doba na jakékoliv místo v kraji byla do 15 minut. V posledních letech se neustupuje z trendu zřizování nových výjezdových stanovišť a stejně tak nárůstu posádek při jejich obsazení. Za posledních 6 let je nárůst základen i posádek řádově v desítkách (graf č. 1).



Graf 1 - vývoj počtu výjezdových základen a skupin <sup>3</sup>

O počtu ošetřených pacientů v celé České republice můžeme najít podrobnější data v grafu číslo 2. Pacientů ošetřených ZZS každoročně přibývá.

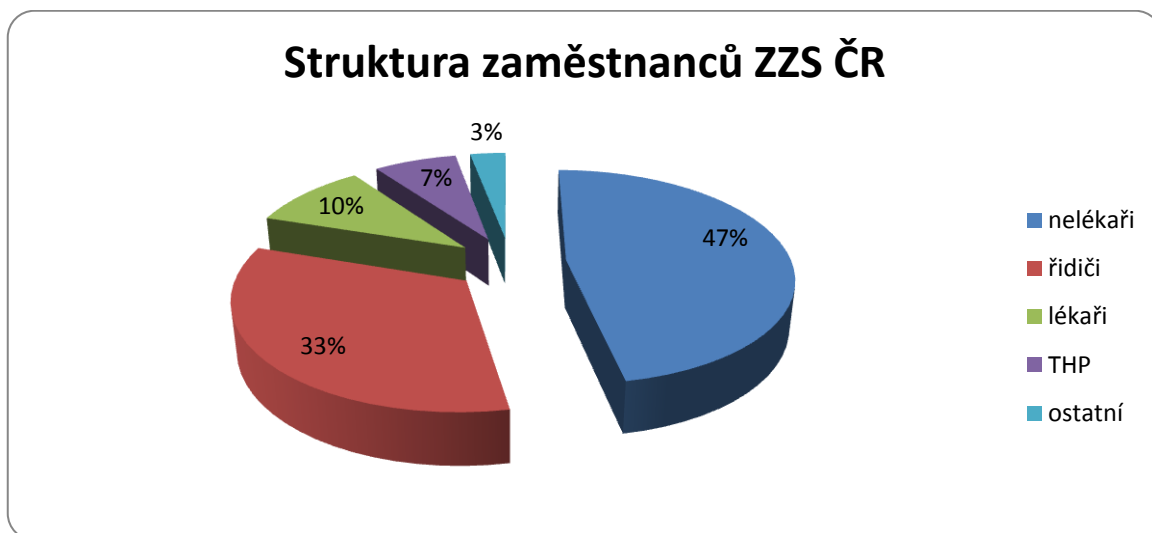


Graf 2 - počty ošetřených pacientů <sup>4</sup>

<sup>3</sup> Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech](http://www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech)

<sup>4</sup> Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech](http://www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech)

V České republice je více druhů výjezdových jednotek. Liší se od sebe složením posádky zdravotnického personálu, typem vozů, úrovní zdravotnického zařízení i rychlostí dojezdu. Struktura zaměstnanců ZZS je tvořena lékaři, nelékaři (zdravotnický záchranář), řidiči záchranáři, technicko - hospodářskými pracovníky a ostatními zaměstnanci (graf č. 3). Všechny tyto parametry specifikuje Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, Vyhláška č. 99/2012 Sb., o minimálních personálních požadavcích zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a Vyhláška č. 296/2012 Sb., o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a požadavcích na tyto prostředky.<sup>5</sup>



Graf 3 - struktura zaměstnanců ZZS ČR<sup>6</sup>

Rozdělení výjezdových jednotek:

### Rychlá zdravotnická pomoc (RZP)

Výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci disponuje velkými sanitními vozy s možností transportu imobilního pacienta s veškerým vybavením potřebným k ošetření všech běžných zdravotních komplikací. Tento typ jednotky zajišťuje valnou většinu

<sup>5</sup> Komora záchranářů [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.komorazachranaru.cz/legislativa](http://www.komorazachranaru.cz/legislativa)

<sup>6</sup> Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech](http://www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech)

výjezdů k lehčím případům (až 85%). Tým je tvořen jedním řidičem záchranářem a zdravotnickým záchranářem. V některých případech je posádka doplněna o dalšího zdravotnického záchranáře.

### **Rychlá lékařská pomoc (RLP)**

Tento druh výjezdové skupiny je tvořen řidičem zdravotníkem a lékařem s osobním automobilem se zdravotnickou zástavbou. Výhoda tohoto druhu skupiny je v urychleném dojezdu k pacientovi s nejméně závažnými stavy přímo ohrožujícími člověka na životě. Převážně ve větších městech ve chvílích zvýšené dopravy přijíždí výrazně dříve než RZP a je schopna poskytnout základní pomoc minimalizující dopady na zdraví. Je využívána pouze u těžších případů (20%).

### **Rendez-vous**

Koordinační systém Rychlé zdravotnické a Rychlé lékařské pomoci. Je to nejkompaktnější poskytování přednemocniční péče. Obě jednotky vyrazí na místo samostatně a až u pacienta se setkávají, tudíž zkracuje dojezdový čas k postiženému na nejnižší možnou míru a zároveň umožňuje lepší rozvržení práce lékaře, který na místě zásahu provede všechny potřebné úkony a v lehčích případech již nemusí být nápomocen RZP s transportem pacienta do nemocničního zařízení. Je tedy okamžitě z místa schopen vyjet k dalšímu pacientovi.<sup>7</sup>

### **Letecká záchranná služba (LZS)**

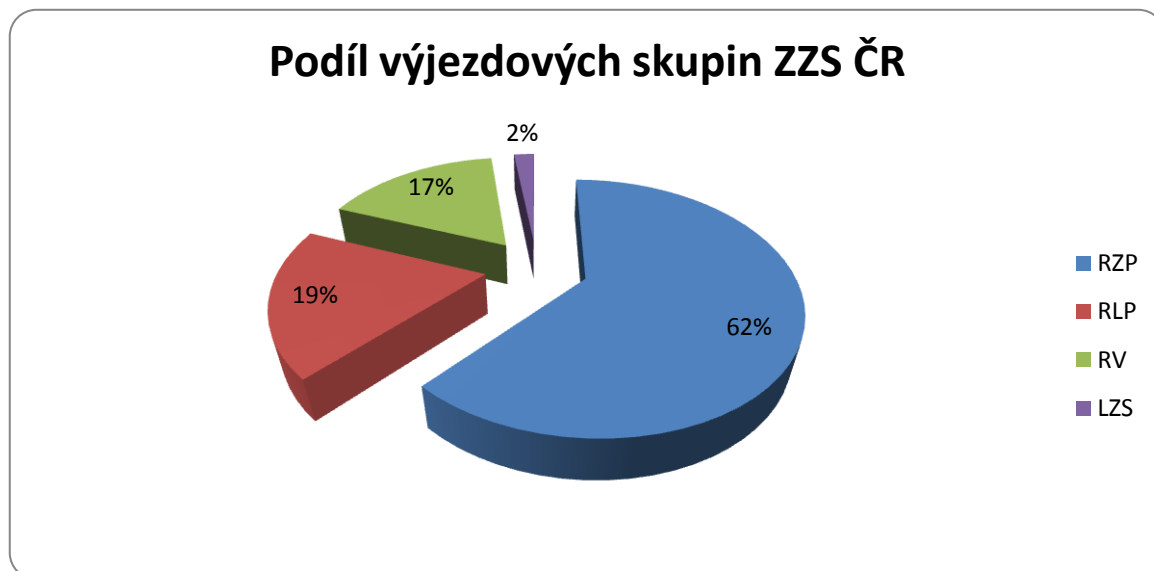
Tento druh jednotky se využívá při obzvláště závažných případech ohrožujících život člověka, nebo v situaci, kdy je velice obtížné se na místo dostat pozemními dopravními prostředky. Další výhodou tvoří nejšetnější možný převoz člověka v kritickém stavu. Posádka je tvořena minimálně jedním zdravotnickým záchranářem a jedním lékařem. LZS se nachází v deseti střediscích v zemi, jež jsou Praha, Plzeň, České Budějovice,

---

<sup>7</sup> *Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.zzshmp.cz](http://www.zzshmp.cz)

Jihlava, Brno, Olomouc, Ostrava, Hradec Králové, Liberec a Ústí nad Labem. Rádus pokrytí je u každého střediska asi 70km a pokrývá území celé České republiky.

Grafický podíl výjezdových skupin ZZS ČR k roku 2015 (viz graf č. 4).



Graf 4 - Podíl výjezdových skupin ZZS ČR<sup>8</sup>

### 3.2 Systém psychosociální intervenční služby

Práce v oblasti urgentní medicíny je jak laickou veřejností, tak samotnými zaměstnanci vnímána jako velice psychicky náročná. Vyskytují se v ní nároky na vysokou zodpovědnost, zkušenosti a schopnost rychlého rozhodování. Pracuje se ve dvanácti hodinových cyklech a zdravotník je konstantně vystavován různým formám krizových událostí. Při průběhu zásahu jsou často uprostřed situace, jejíž napjaté emocionální stavy ji mohou ještě zhoršit. Oni naopak své emoce musejí dát do ústraní. I když jsou zdravotníci školeni pro podobně náročné vypjaté situace, důsledkem nedostatečného psychologického zpracování těchto zážitků může mít negativní dopady na soukromí život.

"I když si profesionál s většinou zásahů díky vzdělání, výcviku a zkušenostem umí velmi dobře poradit, jsou některé typy výjezdů, které ho mohou zasáhnout i po letech

<sup>8</sup> *Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech](http://www.azzs.cz/dokumenty/zzs-cr-v-cislech)

praxe. Záchranáři se shodují na náročnosti resuscitace u dětských pacientů, velmi negativně vnímají svoje vlastní ohrožení či ohrožení kolegů například při napadení nebo dopravní nehodě sanitního vozu. Mezi další kritické události patří úmrtí nebo sebevražda kolegy, události s velkým, zejména negativním zájmem médií, mimořádné situace či hromadné nehody s velkým počtem obětí."<sup>9</sup>

Právě pro minimalizaci následků po nepříjemných zážitcích byl založen systém psychosociální intervenční služby. V systému je zahrnuto preventivní i intervenční opatření. Pro prevenci je určeno vzdělávání a informovanost o působení stresu na lidský organismus a možné postupy jeho zvládnání. Každý má jinak nastavenou míru odolnosti na emotivně zátěžové situace, ale každý může stresu dříve či později podlehnout. Tento systém je v současné době ve všech krajích povinný podle Zákona o zdravotnické záchranné službě č. 374/2011 Sb.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> *Zdravotnická záchranná služba středočeského kraje* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.uszssk.cz](http://www.uszssk.cz)

<sup>10</sup> *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)

## 4 Sebeobrana

Sebeobrana je podle Reguli (2005) třetí úrovní úpolů. „Je to použití úpolových činností v nutné obraně podle příslušných právních, etických, společenských a jiných norem.“ Samotná charakteristika sebeobrany pak zní: „Sebeobrana je otevřený systém úpolových činností prováděných takovým způsobem, aby byly zachovány zájmy chráněné zákonem především život a zdraví člověka. Konkrétní úpolové činnosti se mění takovým způsobem, aby sebeobranná akce byla dostatečně účinná a rychlá. Sebeobranu rozdělujeme na dva základní druhy podle hlavní cílové skupiny, pro kterou jsou úpolové aplikace určeny. Protože je sebeobrana důležitou součástí některých profesí, dělíme ji na osobní a profesní (Reguli 2005).“

**Osobní sebeobrana** je určena nejširší oblasti zájemců. Najdeme u nich všechny věkové, profesní, a jiné kategorie. Velká a důležitá skupina v osobní sebeobraně, na kterou musí být brán zvláštní zřetel, jsou ženy a dívky (Reguli 2005).

**Profesní sebeobrana** je určena pro ty, jejichž profese vyžadují specifické úpolové dovednosti. Pro ně se staly úpoly součástí povolání. Můžeme je podle charakteru používaných technik rozdělit na sebeobranu pro bezpečnostní složky, ozbrojené složky a pro ostatní profese (Reguli 2005).

Profesní obrana se dále dělí podle druhu zaměření a využití na obranu bezpečnostních složek, ozbrojených složek a ostatních specifických profesí. Mezi tyto profese patří okruh zaměstnání, ve kterých se sebeobrana nevyskytuje jako jejich nezbytná součást, ale je zde vyšší možnost napadení než v běžných profesích. Mezi tyto profese spadá například právě profese zdravotníka nebo hasiče.

„Sebeobranu jako takovou je potřeba chápat širěji, protože snahou každého člověka je, aby k přímému fyzickému střetu nedošlo. Přímý fyzický kontakt hrozí zraněním nebo smrtí jedné, či obou stran (Reguli 2005).“

## **4.1 Možnosti vzdělávání se v sebeobraně pro zdravotnický personál**

Sebeobraně není ve zdravotnictví věnována taková pozornost, jaká by byla třeba. Je to sice profese, od které se primárně neočekává fyzický konflikt, avšak přítomnost všech negativních vlivů a emocí k eskalaci konfliktu výrazně přispívá. Opatření minimalizující příčiny a důsledky takového konfliktu jsou plně v kompetenci kraje, jakožto zřizovatele ZZS kraje. Každý kraj má dle zákona povinnost vytvořit a poskytnout všem zdravotníkům a lékařům systém psychosociální intervenční služby, o němž již byla řeč. Samotná problematika sebeobrany je ovšem ještě složitější. Je ovlivňována několika významnými faktory specifickými pro tuto profesi. Jeden z faktorů je, že v případě absolvování kurzu či seminářů musí zaměstnanec ZZS docházet na hodiny mimo svou pracovní dobu, a jelikož pracovní činnost funguje ve 12 hodinovém rytmu, pravidelnost je téměř nemožné dodržet. Při absolvování či neúspěchu případného semináře není u krajského vedení ZZS nijak hodnocen, což také nezvyšuje ambice se takového programu zúčastnit.

Dokud se na problematiku agresivity nebude nahlížet jako na ožehavější problém a nebudou ze strany krajů provedeny změny v povinnosti absolvování nějakého účinného sebeobraného programu, výsledky se nedostaví. Až na světlé výjimky (semináře Krav magy poskytnuté pro pražskou ZZS) není kraji vyvinut žádný impuls. A popravdě jednorázovým seminářem, ač je samozřejmě lepší než nic, se stejně nic nevyřeší, protože, aby člověk uměl techniky řádně použít, musí je již mít zautomatizované. Co si absolvent semináře odnese nejaplikovatelnějšího, jsou jen teoretické postřehy. Jediný, autorem zjištěný ucelený sebeobraný systém využívá Vyšší odborná škola zdravotnická v Praze. Kurz je v rozsahu 3 x 3 měsíce a vyúsťuje modelovými situacemi v terénu. Soukromé školy mají celkově oproti ostatním zřizovatelům ZZS velkou výhodu, že si mohou dovolit platit kurzy pro studenty v rámci hodin tělesné výchovy.

## **4.2 Legislativa v sebeobraně**

Právní aspekty sebeobrany je rozsáhlé a důležité téma dotýkající se každého občana. O to více obeznámení s ním musejí být záchranné složky, které při výjezdech přichází do kontaktu s lidmi, ať po fyzické, či po duševní stránce v nenormálních stavech. Takové

stavy často mohou vyvolat agresi, na níž je potřeba patřičně reagovat. Problematika přiměřené sebeobrany se často dostává až do stavu soudního řízení, pro záchranáře je tudíž bezpodmínečně nutné být se všemi právními aspekty obeznámen.

#### 4.2.1 Sankce v případě útoku na zdravotníky

Sankcemi pro postihování agresorů na zdravotnický personál se zabývá Zákon č. 40/2009 Sb.,

§ 145 Těžké ublížení na zdraví je řečeno:

(1) Kdo jinému úmyslně způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až deset let.

(2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1.

a) Na dvou nebo více osobách.

b) Na těhotné ženě.

c) Na dítěti mladším patnácti (dříve čtrnácti) let.

d) Na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinnosti.

e) **Na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání** nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.

f) Na jiném pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání.

(3) Odnětím svobody na osm až šestnáct (dříve patnáct) let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.

(4) Příprava je trestná.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz>



V § 146 Ublížení na zdraví je pojednáváno o těchto náležitostech:

(1) Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

(2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1.

a) Na těhotné ženě.

b) Na dítěti mladším patnácti (dříve čtrnácti) let.

c) Na svědkovi, znalci nebo tlumočnickovi v souvislosti s výkonem jejich povinností.

d) **Na zdravotnickém pracovníkovi při výkonu zdravotnického zaměstnání** nebo povolání směřujícího k záchraně života nebo ochraně zdraví, nebo na jiném, který plnil svoji obdobnou povinnost při ochraně života, zdraví nebo majetku vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.

e) Na jiném pro jeho skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že je skutečně nebo domněle bez vyznání.

(3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.

(4) Odnětím svobody na pět až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.<sup>12</sup>

#### **4.2.2 Zvláštní případy protiprávního jednání**

Jednání, kterého se dopouštíme, naplňuje formální znaky trestného činu, ale z důvodu působení mimořádných okolností se trestného činu nedopouštíme. Zákon v těchto

---

<sup>12</sup> *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz>

případech umožňuje odvrátit přímo hrozící nebo trvající útok na život, zdraví nebo majetek. Zaručení beztrestnosti nastává ovšem pouze ve chvíli, kdy při svém jednání dodržíme všechny aspekty stanovené zákonem. Trestní zákoník definuje okolnosti vylučující protiprávnost činu takto: Zákon č. 40/2009 Sb.

## **§ 28 Krajní nouze**

(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem.

(2) Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet.<sup>13</sup>

„Za krajní nouzi je označován stav, kdy je možné chránit určitý zájem, který je chráněný právním řádem, jen tím, že se obětuje zájem jiný, rovněž právním řádem chráněný. V podstatě dochází ke kolizi právních norem a jimi stanovených povinností.“

(Náchodský, 2006)

Shrnutí podmínek pro jednání v krajní nouzi:

Odvracení nebezpečí:

1. Nebezpečí hrozí zájmu chráněnému trestním zákonem (osobě i věci).
2. Nebezpečí přímo hrozí zájmu chráněnému trestním zákonem.
3. Nebezpečí nebylo možno za daných okolností odvrátit jinak.
4. Způsobený následek je nižší než ten, který hrozil.

(Náchodský, 2006)

## **§ 29 Nutná obrana**

(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem.

(2) Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.

---

<sup>13</sup> *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2016-03-20]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz>

„V případě této okolnosti vylučující protiprávnost jde vlastně o zvláštní případ krajní nouze. Podstatou jednání v nutné obraně je skutečnost, že čin toho, kdo útok odvrací, je ve shodě s právní normou. Podle § 29 čin provedený v nutné obraně není postižen nejen trestem, ale ani žádnou jinou sankcí. K jednání v nutné obraně je v zásadě oprávněn kdokoliv - útok tedy nemusí směřovat proti osobě těžící z tohoto institutu.“

(Náchodský, 2006)

Shrnutí podmínek pro jednání v nutné obraně:

1. Někdo (tedy kdokoliv) odvrací útok člověka.
2. Jedná se o útok na zájem chráněný trestním zákonem.
3. Útok přímo hrozí nebo trvá.
4. Obrana není zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.

(Náchodský, 2006)

Co znamená, že obrana je zcela přiměřená útoku? Odpověď poskytuje Náchodský (2006). „Následek způsobený útočníkovi obranným zásahem může být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil napadenému. Podstatný je tedy poměr mezi způsobem útoku a způsobem obrany. Způsob obrany tedy ze zákona nesmí být zcela zjevně nepřiměřený způsobu útoku. Způsob obrany musí být tedy takový, aby zcela spolehlivě a s minimálním rizikem útok odvrátil a ukončil.“

(Náchodský, 2006)

### **§ 32 Oprávněnost využití zbraně**

Trestný čin nespáchá, kdo použije zbraně v mezích stanovených jiným právním předpisem.

„Oprávněné použití zbraně je v našem trestním zákoně zvláštním, výslovně upraveným výkonem práva, a nemůže tedy být trestným činem, i když nejsou naplněny podmínky nutné obrany či krajní nouze. Trestný čin tedy nespáchá ten, kdo použije zbraně v

mezích zmocnění příslušnými zákonnými předpisy. Zbraní se zde rozumí zbraň v technickém smyslu, zejména zbraň střelná, bodná a sečná."

(Náchodský, 2006)

#### **4.2.3 Statut úřední osoby**

Statutu úřední osoby nabývají osoby zohledněné v Zákoně č. 40/2009 Sb. v § 127. V minulých letech probíhala dlouhá jednání o začlenění záchranářů do této skupiny, což se nakonec neuskutečnilo. Ovšem sami záchranáři volně přiznávali, že nabytí tohoto statutu by jim práci neusnadnilo. To potvrzuje i komora záchranářů. Napadání jsou především agresory pod vlivem alkoholu nebo omamných látek. Tyto osoby neuvažují zpravidla racionálně a to, že za útok dostanou vyšší trest v případě, že se jedná o útok na úřední osobu, jim naprosto nedochází. Jednalo by se tedy o následné potrestání pomocí vyšších sankcí, což už záchranářům práci neusnadní. Ba naopak, z tohoto statutu vyplývají další povinnosti, které během své služby musejí zdravotníci porušovat téměř každou službu. V případě, že by byli pokládáni za úřední osoby, tyto prohřešky by mohli být velice tvrdě postihovány. Navíc, pokud by česká legislativa chtěla statut úřední osoby zdravotníkům udělit, musela by jim také výrazně pozměnit pravomoci. Na rozdíl od policie a jiných útvarů nedisponují zdravotníci žádnými pravomocemi upravujícími možnost zadržení osoby. Při zadržení agresivního pacienta se jedná o výjimku, při které musí případně prokazovat nutnost zadržení kvůli bezpečnosti své nebo bezpečnosti okolí. Přání většiny zdravotníků spočívá v tom, aby byl v zákoníku místo statutu úřední osoby udělen právě statut zdravotníka a jakákoliv agrese vyvolaná proti tomuto povolání by byla postihována mnohem přísnějšími tresty. V současné době se ovšem nad tímto návrhem nikdo nepozastavuje a o udělení statutu zdravotníka se nejedná.

### **4.3 Aspekty ovlivňující střetnutí**

Existuje mnoho situací, jež mají podíl na výsledek sebeobrané situace a celého konfliktu. Všechny faktory je téměř nemožné vyčíslit. Ke konfliktům dochází na různých místech, s různými variacemi vyskytujících se lidí a předmětů. Pro záchranáře je možnost být připraven na všechny potencionální hrozby naprosto vyloučena, lze ji

pouze minimalizovat. Ve výhodě je při konfliktu převážně útočník, který si může promyslet a zvolit některé proměnné (čas, místo, způsob napadení). Všechny tyto aspekty se podílí na způsobu vývoje a na výsledku konfliktu. Můžeme je shrnout jako faktory střetnutí, které z velké části determinují výsledek střetnutí. Rozdělujeme je na faktory základní a vedlejší (Vít, Reguli, Charvátová, 2012).

#### 4.3.1 Základní faktory střetnutí

1. **Faktor psychologický** - umění udržet si v reálně nebezpečné, psychicky zátěžové situaci psychickou stabilitu a racionalitu. Prakticky to znamená dokázat v situaci bezprostředního ohrožení či momentě napadení překonat projevy strachu, úzkosti, paniky, hrůzy, trémy, vzteku a zuřivosti. Projev těchto negativních emocí způsobuje ústup racionálního myšlení do pozadí a následné taktické chybování.
2. **Faktor taktický** - Souvisí s pravidly účinného jednání a chování, tj. takového taktického jednání a chování, které umožňuje plně využít nacvičené pohybové techniky ve vedení boje.
3. **Faktor technický** - Je vlastním fyzickým řešením reálně nebezpečné situace, a to správným výběrem účinných bojových technik.
4. **Faktor kondiční** - Platí zásada, že v případě střetu dvou stejně takticky, psychicky a technicky zdatných jedinců vyhraje ten, který je zdatnější kondičně, tedy fyzicky silnější. Rovněž platí, že obránce může být vynikající technik, jeho dovednosti např. v bojových uměních mohou být vskutku impozantní, ale proti nepoměrně větší fyzické síle to většinou nestačí.

(Vít, Reguli, Charvátová, 2012)

#### 4.3.2 Vedlejší faktory střetnutí

- oblečení – ovlivňuje podstatným způsobem pohyblivost
- obutí – ovlivňuje stabilitu

- klimatické podmínky – velké teplo nebo naopak chlad a zima či mráz podstatně ovlivňují dýchání
- prostorové podmínky - podstatně ovlivňují manévrování a uplatnění prvků pohybu v sebeobraně situaci, napadení v malých prostorech jsou vždy velmi nebezpečná
- profil terénu – rovněž ovlivňuje stabilitu a stanovuje míru fyzické náročnosti na účastníky střetu
- použité zbraně – vždy znevýhodňují neozbrojeného, a to jak psychicky, tak i materiálně

(Vít, Reguli, Charvátová, 2012)

#### **4.4 Fyzická zdatnost zdravotnického personálu**

Rozvoj fyzické kondice u záchranářů by mělo být jedno z primárních zaměření u přípravy na práci. Záchranáři vykonávají fyzicky často velmi náročnou činnost a rozvoj těchto schopností by se v žádném případě neměl podceňovat. Problematika je ovšem dost podobná celkovému přístupu k sebeobraně. Záchrané složky se tomuto rozvoji musejí věnovat ve svém volném čase a to zcela dobrovolně. Žádný strukturovaný systém rozvoje, jenž by práci dozajista přispěl, nebyl kraji dosud stanoven.

## **5 Cíle a metodika**

### **5.1 Cíle práce**

Cílem práce je analýza a detailní posouzení okolností a možných rizik postihujících každodenní činnost zdravotnického personálu při práci v terénu.

### **5.2 Úkoly práce**

1. Rešerše literatury zabývající se problematikou agresivity ve zdravotnictví, agresivitou obecně, a také možnými faktory, které ji mohou ovlivnit
2. Rešerše informačních zdrojů o současném stavu zdravotnické záchranné služby
3. Vytvoření výzkumného nástroje (ankety)
4. Kontaktování ZZS
5. Sběr a vyhodnocení dat
6. Převedení dat do grafické podoby
7. Popis analyzovaných dat

### **5.3 Metody práce**

#### **5.3.1 Základní metodologický přístup**

Pro sestavení práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Práce shromažďuje a analyzuje statistická data popisující napadení zdravotnického personálu.

#### **5.3.2 Metody sběru dat**

Pro sběr dat byla využita sestavená anketa čítající 30 otázek zjišťujících základní aspekty ovlivňující možnost napadení zdravotnického personálu. Anketa byla potenciálním respondentům zaslána přes krajské ředitelství ZZS pomocí webového rozhraní s možností rychlého vyplnění. Otázky jsou logicky uspořádány a následně rozděleny do pěti částí, z nichž každá se zaměřuje na jiný okruh.

První sada otázek je zaměřena na sestavení dostupného výběrového souboru jedinců, kteří se dotazování zúčastnili. Další pár otázek je zaměřeno na vlastní pohled dotazovaných na náročnost zaměstnání a na další specifika o vykonávaných činnostech jedinců souvisejících s případnou analýzou. Třetí, nejpočetnější sada otázek má za úkol co nejpřesněji určit aspekty případného napadení za strany agresora. Samotným agresorem a jeho chováním se pak zabývá čtvrtá část ankety. Poslední sada otázek se pak obrací na dotazované s ohledem na zjištění možné kritické doby, kdy je činnost z důvodu reálného napadení nejrizikovější.

Anketa je naprosto anonymní, takže jakýkoliv únik osobních dat je vyloučen. Otázky jsou sestavené do logické návaznosti, a jestliže jedna otázka pro možnost zodpovězení potřebuje kladnou odpověď u otázky předchozí a ta se nedostaví, je otázka automaticky přeskočena. Z tohoto důvodu nesouhlasí u některé otázky počet odpovědí a celkového počtu dotazovaných respondentů. Otázky jsou většinou uzavřené, najdou se ovšem i otázky otevřené a to v případech, že odpověď může být jiná než nabízené možnosti. Zhruba polovina otázek je řešena formou možnosti zaškrtnutí pouze jedné odpovědi. Druhá polovina je ale z důvodu větší přesnosti výsledků koncipována jako možnost označení více odpovědí. Jestliže útoků na osobu bylo více než jeden, a otázka bude poskytovat pouze jednu možnost na aspekty útoku, byly by výsledky zkreslené. Stejně je to u mnoha podobných otázek.

### **5.3.3 Analýza dat**

Všechna příchozí data byla shromážděna, převedena do grafické podoby a následně hned u grafu stručně popsána.

### **5.3.4 Výběrový soubor**

Anketního dotazování se zúčastnilo celkem 84 osob působících u Zdravotnické záchranné služby. Většinu z nich tvořili zdravotníci Hlavního města Prahy a ZZS Plzeňského kraje. Pro zvýšení počtu získaných dat a vyšší reliabilitu analýzy byla ještě kontaktována další krajská zařízení, z nichž ovšem návratnost anket nebyla moc vysoká.



V poslední řadě byla kontaktována ještě soukromá sféra poskytující výjezdovou zdravotnickou péči. Jednalo se o zdravotnickou VOŠ.

Mezi respondenty bylo 67 mužů a 17 žen. Největší podíl zastoupení zde měl post zdravotnického záchranáře s 38 jedinci, následován pozicí řidiče záchranáře a lékaře se 17 a 11 zastoupenými členy. V kategorii jiné jsou zahrnuty všechny ostatní funkce působící u ZZS a přispívající k její funkčnosti. V tomto dotazování se jednalo převážně o studenty. Odsloužené roky služby ukazují, že převahu mají členové působící u ZZS v intervalu 4 - 10 let v počtu 36. Respondenti působící ve službě 1 - 3 roky a jejich počet 34 je silně ovlivněn počtem studentů, kteří se dotazování zúčastnili. Jedinců, kteří anketu dokončili a jejich pracovní zkušenosti u ZZS jsou v rozsahu větším než 10 let se poté našlo 14. Všechny výše uvedené informace o sestavení výběrového souboru jsou k nalezení v následných tabulkách.

Kritéria	Počet
Muži	67
Ženy	17
Zdravotnický záchranář	38
Řidič záchranář	17
Lékař	11
Jiné	18

**Tabulka 1 - základní informace o výběrovém souboru**

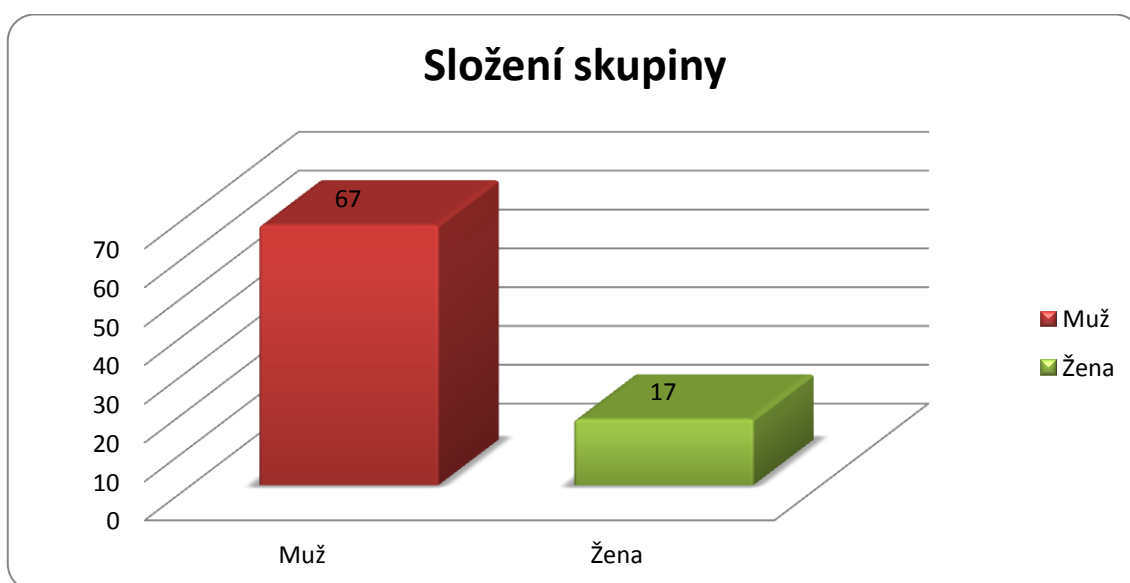
Kritéria	Počet
1 - 3 roky služby	34
4 - 10 let služby	36
Více než 10 let služby	14

**Tabulka 2 - odsloužené roky u ZZS**

## 6 Dosažené výsledky

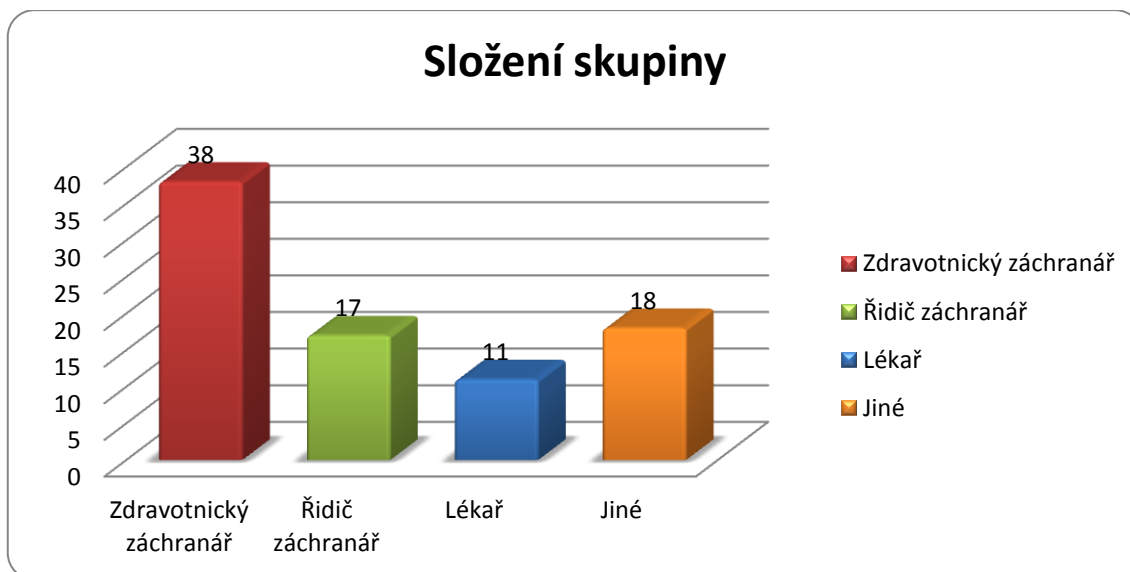
### 6.1 Složení výběrového souboru

První část dotazování je zaměřena na složení výběrového souboru, jenž je popsán v předchozí kapitole. První otázka se týkala na pohlaví respondentů. Nejvíce zastoupenou pozici, tedy pozici zdravotnického záchranáře zastávají většinou muži. Proto takový kontrast mezi počtem 67 mužů a 17 žen (viz graf č. 5). Další možný faktor výraznějšího zastoupení mužské populace je fyzická náročnost práce, na kterou se bude anketa v dalších částech také dotazovat.



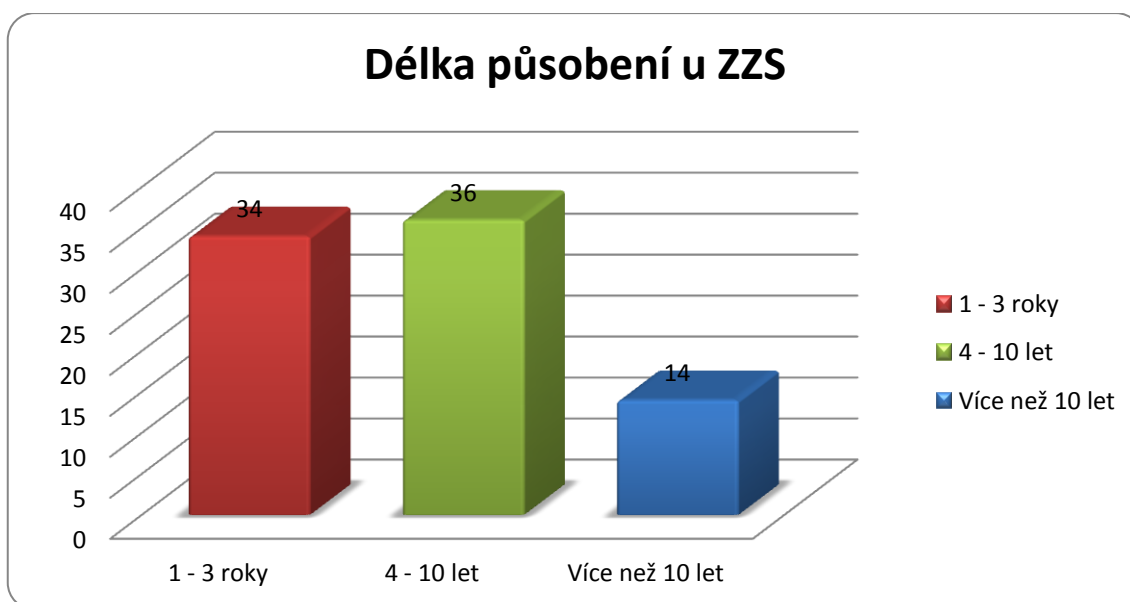
Graf 5 - zastoupení pohlaví ve výběrovém souboru

Otázka číslo dva se zajímala o pracovní pozici, kterou dotazovaný pracovník zastává. Pokud nahlédneme do grafu číslo 3 zjistíme, že obdržená data poměrově celkem reflektují celkovou strukturu zdravotnické záchranné služby v ČR. Výjimku tvoří 18 respondentů s odpovědí jiné zařazení. Toto deklaruje zejména vysoký počet studentů, jež se dotazování zúčastnili. Většina studentů dále uvedla, že obor jejich studia je právě zdravotnický záchranář nebo řidič záchranář. Obdržené hodnoty jsou v počtech zdravotnický záchranář 38 jedinců, řidič záchranář 17 jedinců a lékařů 11 (viz graf č. 6).



**Graf 6 - zastoupení pracovních pozic ve výběrovém souboru**

Třetí otázka se zabírala délkou působení u zdravotnické záchranné služby. Z výsledků je patrné, že výzkumu se zúčastnili pracovníci s různou délkou odsloužených let. Nejvíce zastoupen je v počtu 36 jedinců interval působení mezi 4 - 10 lety. Interval 1 - 3 roky u ZZS je také z velké části zastoupen, což je zejména zásluha studentů, kteří zastávají zaměstnání samozřejmě kratší dobu. Objevuje se zde i několik zaměstnanců, jejichž odpracovaná léta u ZZS přesahují 10 let (viz graf č. 7). Přesně jich je 14 a právě u nich byly předpokládány nejzajímavější výsledky.



**Graf 7 - zastoupení dle odsloužených let**

## 6.2 Obecné informace

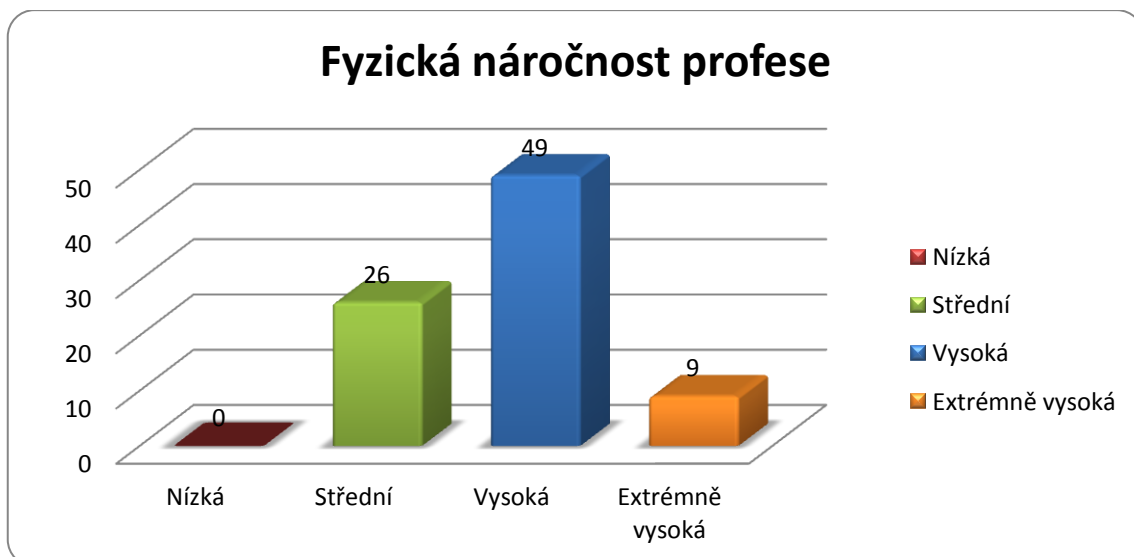
Druhá část dotazování se zaměřuje na obecné informace související s prací u zdravotnické záchranné služby, na náročnost profese z pohledu samotných zdravotníků a na faktory související s případným propuknutím konfliktu při zásahu a následnou sebeobranou.

Čtvrtá otázka se zaměřila na psychickou náročnost práce hodnocenou samotnými zdravotníky. Jednoznačně nejvyšší počet ze všech možných odpovědí je u náročnosti vysoké a to 61. Jako extrémně vysokou ji pak označilo dalších 12 jedinců, lze tedy obecně usoudit, že práce záchranáře patří mezi psychicky velice náročné. Jako středně náročnou ji označilo 11 zdravotníků a zajímavostí je, že jako psychicky nenáročné zaměstnání ho nespatřuje nikdo. (viz graf č. 8)



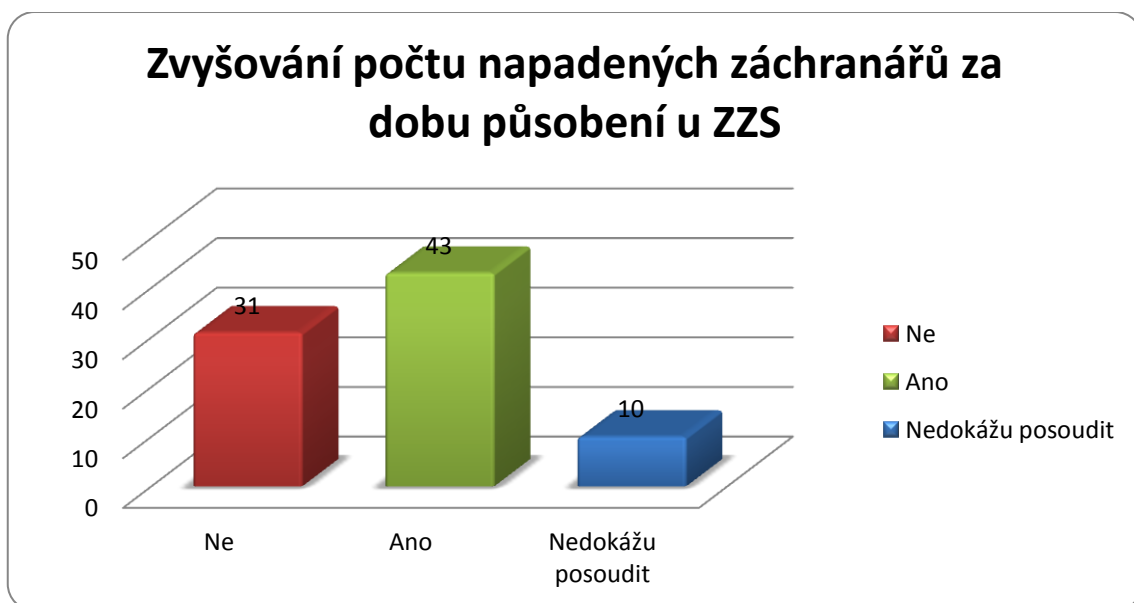
Graf 8 - zhodnocení psychické náročnosti práce

Pátá otázka měla naprosto stejná specifika, ale zajímala se o náročnost fyzickou. Zde jsou již výsledky vyrovnanější a není tu takový podíl extrémních hodnot. Nejčastěji určená náročnost je sice stále vysoká s počtem 49 jedinců, je ovšem následovaná možností středně náročná v počtu 26. Jako extrémně náročnou ji pak spatřuje 9 dotazovaných a jako nenáročnou opět nikdo. (viz graf č. 9)



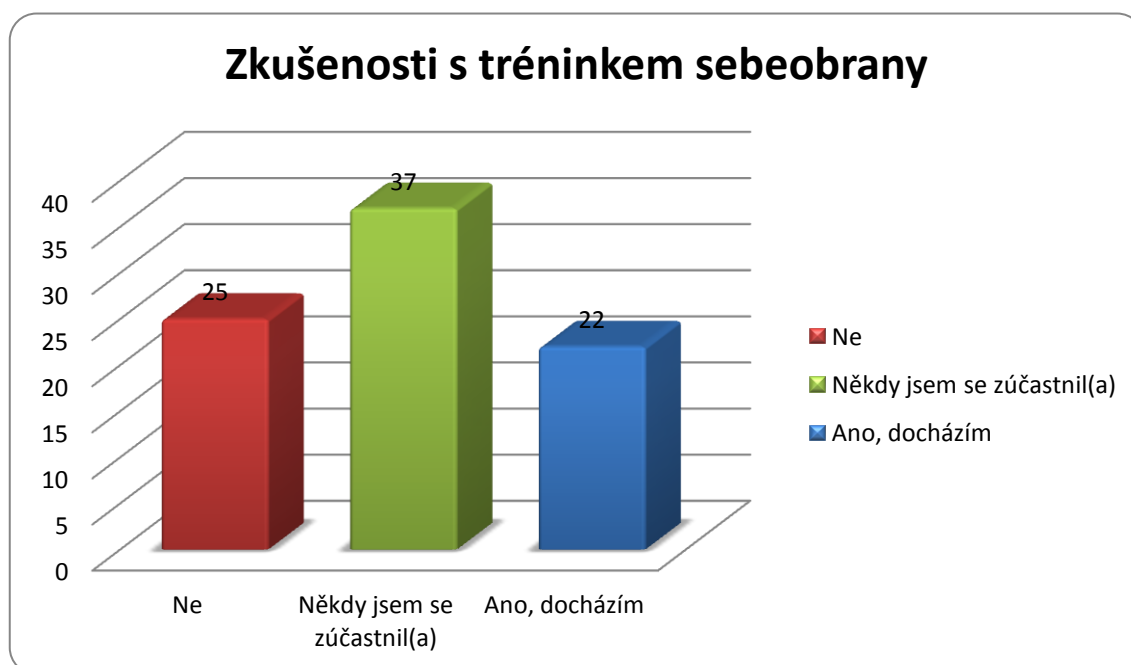
**Graf 9 - zhodnocení fyzické náročnosti práce**

Otázka číslo šest se zabývala názorem zdravotníků na zvyšující se počet napadení v jejich profesi. 43 dotazovaných je přesvědčeno, že za dobu jejich působení u ZZS se počty napadení zvyšují. Na druhou stranu celých 31 dotazovaných se domnívá, že tomu tak není a dalších 10 nedokáže odpověď určit (viz graf č. 10). Tyto odpovědi jsou velmi zajímavé a vedou k závěru, že při nevyhledání ověřených dat a statistik nemůžeme říci, zda se počty útoků zvyšují či nikoliv. Musí se také přihlídnout k faktu dotazování části studentů, jejichž odpovědi nemají z důvodu krátkého působení takovou vypovídající hodnotu.



**Graf 10 - zhodnocení zvyšujícího se počtu agrese na zdravotnický personál**

Poslední otázka z tohoto bloku, otázka číslo sedm, se dotazovala na zkušenosti zdravotníků se sebeobranou. Možnosti byly stanoveny takové, že jedinec se buď se sebeobranou setkává pravidelně a navštěvuje tréninky či semináře, nebo se lekce nějakého druhu sebeobrany zúčastnil jen jednorázově či velice nepravidelně, a nebo že se s tréninkem sebeobrany nikdy nesetkal. Největší četnost odpovědí se objevuje u možnosti nepravidelného či jednorázového kontaktu se sebeobranou. Přesně je to 37. Následuje možnost naprosté neznalosti základů sebeobrany s 25 jedinci a jako poslední, 22 jedinců, kteří na tréninky či semináře sebeobrany docházejí pravidelně. (viz graf č. 11) V případě pravidelnosti navštěvování tréninků sebeobrany se musí brát v potaz, že studenti na zúčastněné VOŠ mají sebeobranu povinnou, tudíž při odečtení všech odpovědí studentů se dostaneme na nízké procento aktivně se zapojujících.



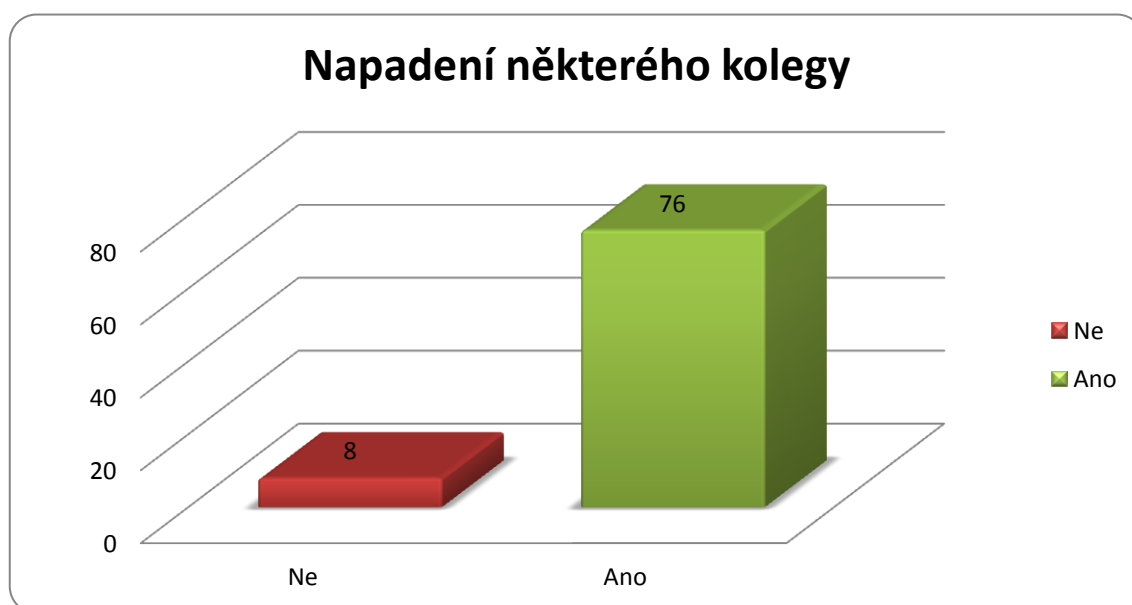
**Graf 11 - hodnocení vlastních zkušeností se sebeobranou**

### 6.3 Aspekty napadení

V následné třetí a nejobsáhlejší části se práce snaží zjistit aspekty samotného napadení zdravotníků při výjezdech. Zda-li k napadení jejich osoby skutečně došlo, jestli byli poraněni, či na ně byla dokonce použita zbraň. Dotazování je zaměřeno jak na fyzické, tak na verbální napadení, jeho způsoby řešení z pohledu samotných napadených a na další okolnosti, které při napadení vyvstávají. Při velmi lehké formě fyzického napadení

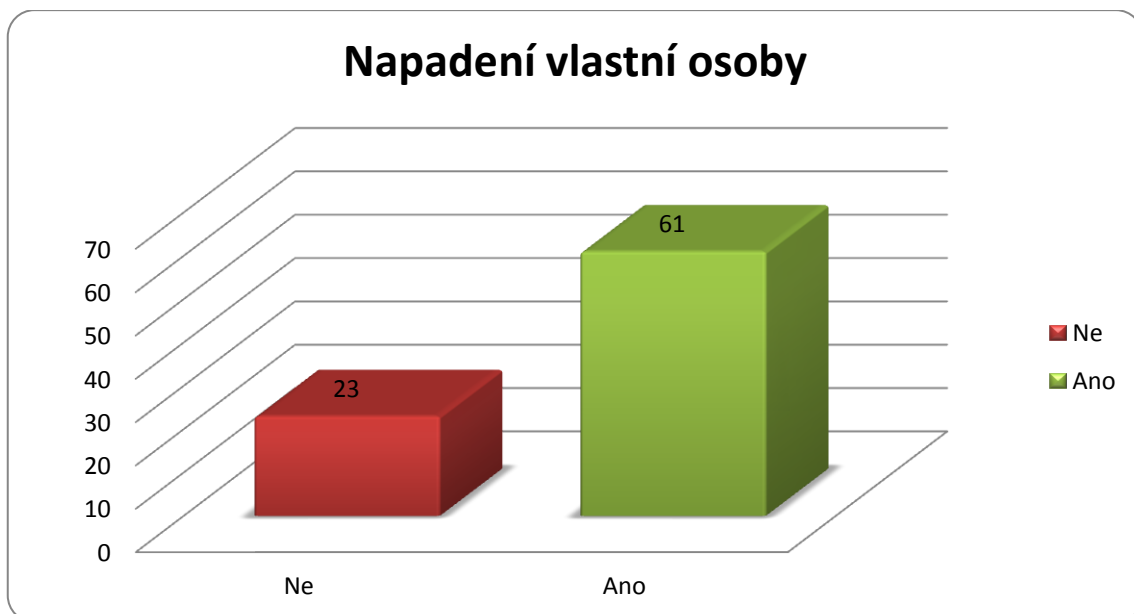
ve strachu poraněného člověka je velice obtížné určit, zda se o napadení jedná či nejedná. Dotazovaní nebyli nijak informováni o intenzitě, která již znamená napadení. Bylo tedy pouze na jejich rozmyslu, které konflikty budou z jejich strany označeny jako napadení jejich osoby.

Osmá otázka zkoumala existenci napadení v širším kolektivu pracovníků. Její přesné znění bylo, zda byl některý kolega dotazovaného napaden během své služby. Celých 76 jedinců zodpovědělo tuto ukázkou kladně, což je velice zarážlivý fakt. Svědčí to o současné situaci, kdy se i většina studentů, jezdící do terénu jen pár měsíců, s agresí, ač jen z doslechu, setkala. 8 jedinců zde poté uvádí, že si nejsou vědomi napadení kteréhokoliv kolegy. (viz graf č. 12)



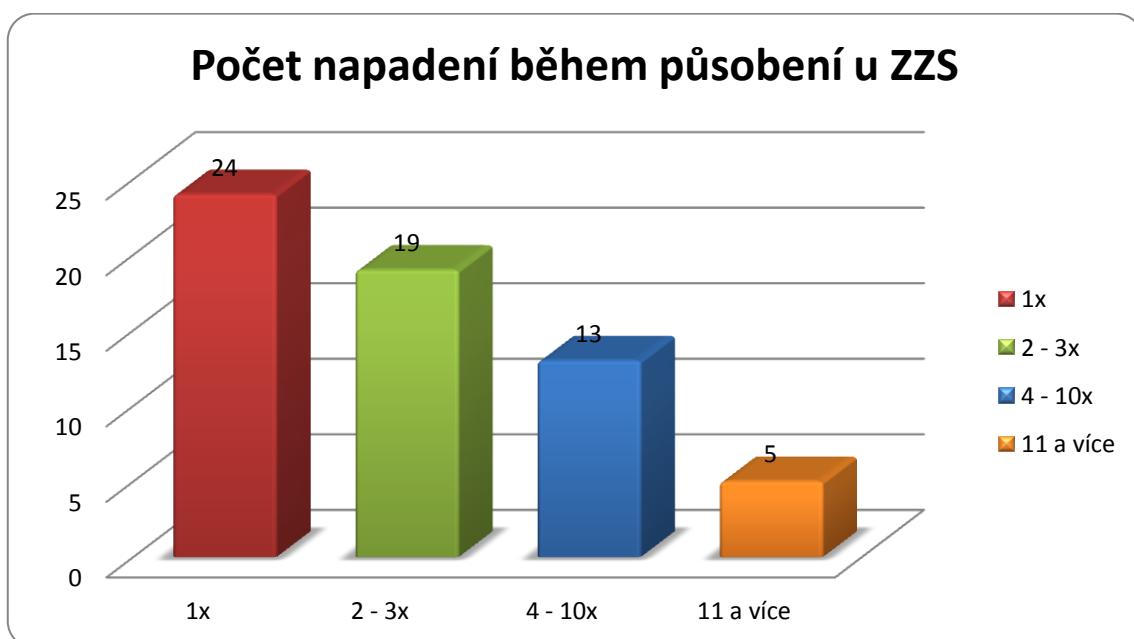
**Graf 12 - existence napadení kolegy**

Následující, devátá otázka se pak táže na existenci napadení samotného dotazovaného. Počet kladných odpovědí se samozřejmě zmenšil, ale nijak rapidně. Klesl na stále vysokých 61. Musíme si opět uvědomit, že značná část vyplňujících byli studenti, kteří se s výjezdy ve velké části teprve seznamují. Negativních odpovědí bylo poté 23 (viz graf č. 13). V kontextu složení výběrového souboru je tento graf ještě zajímavější. Při zpětném pohledu na graf číslo 7 můžeme totiž komparovat kolik zdravotníků se již stalo obětí napadení agresora, přičemž průměr odsloužených let není příliš vysoký. Svědčí to o faktu, že tato situace není zcela výjimečná.



**Graf 13 - existence napadení u dotazovaného**

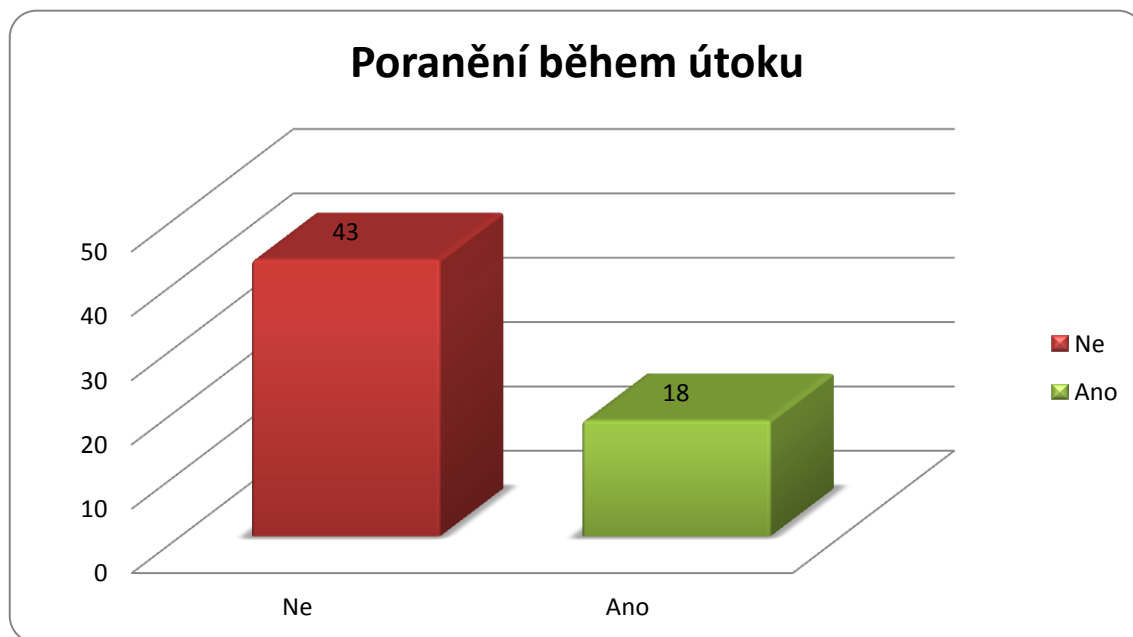
Desátá otázka byla přístupná pouze jedincům, kteří na otázku předchozí odpověděli kladně a tázala se na počet fyzických napadení jejich osoby během celkového působení u ZZS. Zde jsme dostali odpovědi, jež po převedení do grafu vytvořili pravidelnou sestupnou tendenci. Nejvyšší počet odpovědí tvoří odpověď 1krát, zastoupena 24krát. Následuje 2 - 3krát v počtu 19, poté možnost 4 - 10krát v počtu 13 a existuje celých 5 jedinců mezi dotazovanými, kteří byli napadeni více než 10krát. (viz graf č. 14)



**Graf 14 - počet napadení dotazovaného**

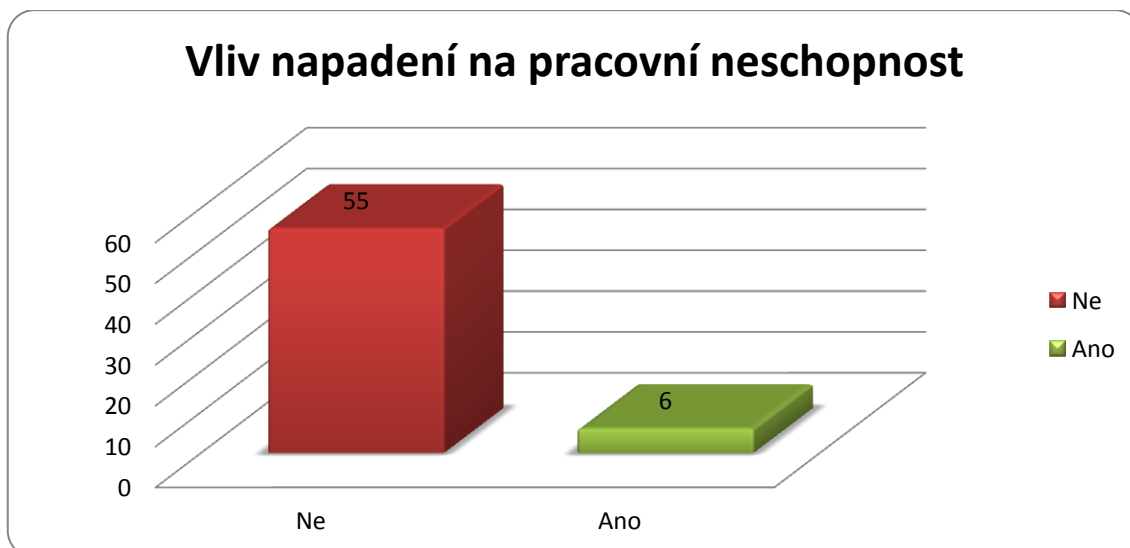


Otázka jedenáct zjišťovala, zda se zdravotníci během své služby setkali s takovým útokem, během kterého by byli poraněni, popřípadě jak. Celých 43 jedinců vypovědělo, že se se zraněním vlastní osoby během útoku neseťkali, ovšem dalších 18 tuto zkušenost má. Mezi zranění, která byla uváděna, patřilo nejčastěji poškrábání, odřenininy a další menší zdravotní omezení. Objevily se ale i úrazy, jejichž závažnost byla podstatně vyšší. Mezi takové patří naražené zápěstí, výron kotníku, nakopnutí do krku, rozbitá hlava či dokonce zlomené žebro. (viz graf č. 15)



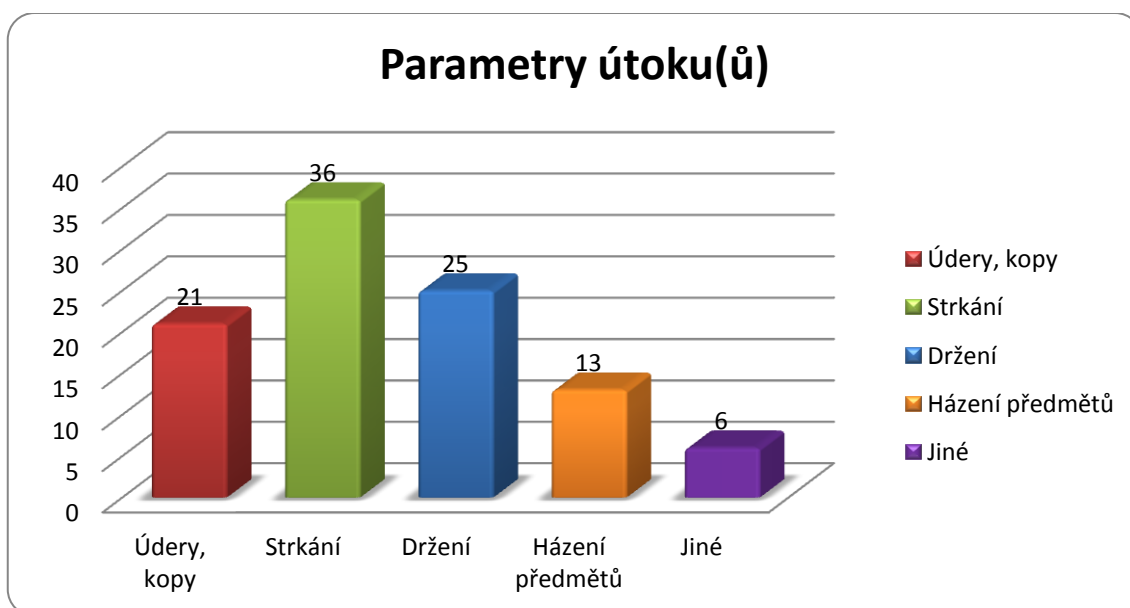
**Graf 15 - poranění zdravotníka během napadení**

Dvanáctá otázka měla silnou návaznost na otázku předchozí a tázala se, zda případné zranění během útoku mělo vliv na způsobilost v dalším pracovním procesu a ovlivnilo schopnost pracovat. Těžší poranění, jako zlomené žebro, si samozřejmě pracovní neschopnost žádá. Celkový počet zdravotníků, kteří mají zkušenost s poraněním, jenž je uvedlo do pracovní neschopnosti je 6. Na opačné straně, bez takové zkušenosti se nachází 55 jedinců daného výběrového souboru. (viz graf č. 16)



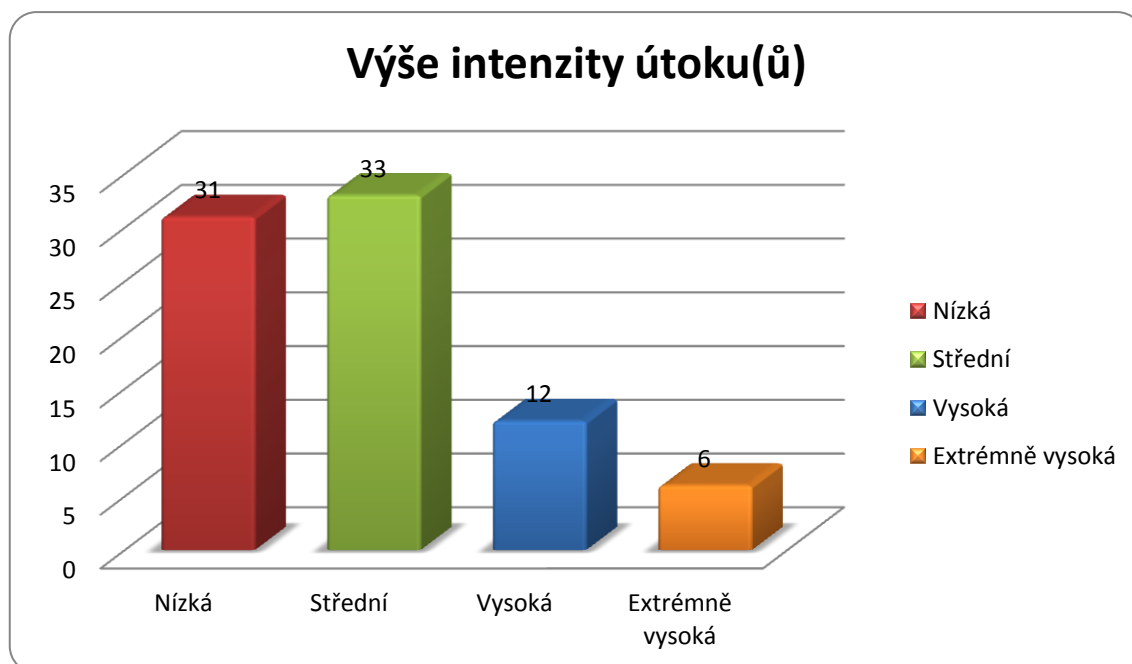
**Graf 16 - vliv napadení na pracovní neschopnost**

Třináctá otázka měla za úkol zjistit, jakých metod a druhů útoků se pachatelé při kontaktu s jedinci z výběrového souboru dopouštěli. Když už k útoku došlo, drtivá většina útoků se neobešla bez strkání (36). Následuje s počtem 25 držení a zadržování zdravotníků, ať už samotným pacientem nebo cizí osobou. 21 osob v dotazování uvedlo, že byli napadeni údery a kopy a po 13 dalších bylo házeno nejrůznějšími předměty, které měli agresori zrovna po ruce. 6 respondentů má dokonce i další zkušenosti a to především plivání a využívání nejrůznějších nástrojů, které budou detailněji rozebrány v otázce číslo 18. Celkový přehled je dostupný v grafu číslo 17.



**Graf 17 - parametry útoku(ů)**

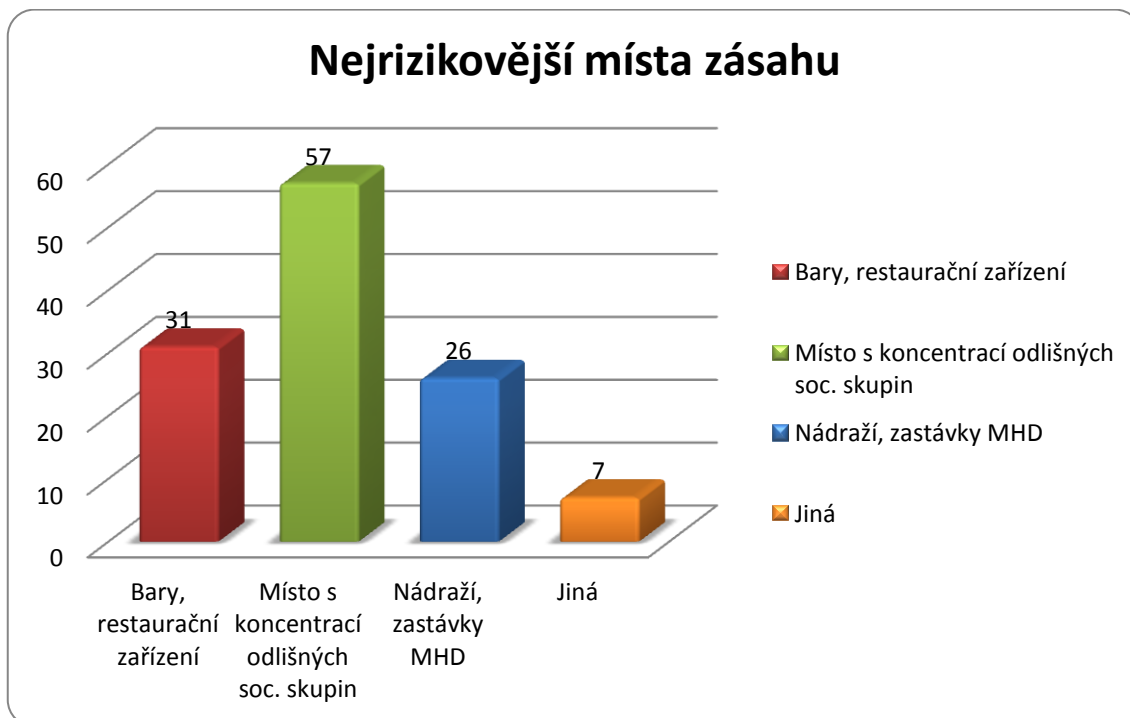
Další důležitý ukazatel zjišťovala otázka číslo čtrnáct, a to výši intenzity jednotlivých útoků. Tato otázka je samozřejmě lehce zavádějící z důvodu zainteresovanosti dotazovaného při problémové situaci v emocionálním vypětí a tudíž na jejím nepřesném posouzení. Je tedy čistě zdravotníkův názor jak on útok viděl. I tak nám to poskytuje přibližný obraz, jakou intenzitu může napadení mít. Jako nejpočetnější odpovědi byly záchranáři posouzeny odpovědi střední intenzity s četností 33 a nízké intenzity s četností 31. Napadení, jež byla samotnými napadenými shledána jako vysoké či dokonce extrémně vysoké intenzity nebyla výjimkou a setkala se s nimi 12, posléze 6 dotazovaných. (viz graf č. 18)



**Graf 18 - intenzita útoků**

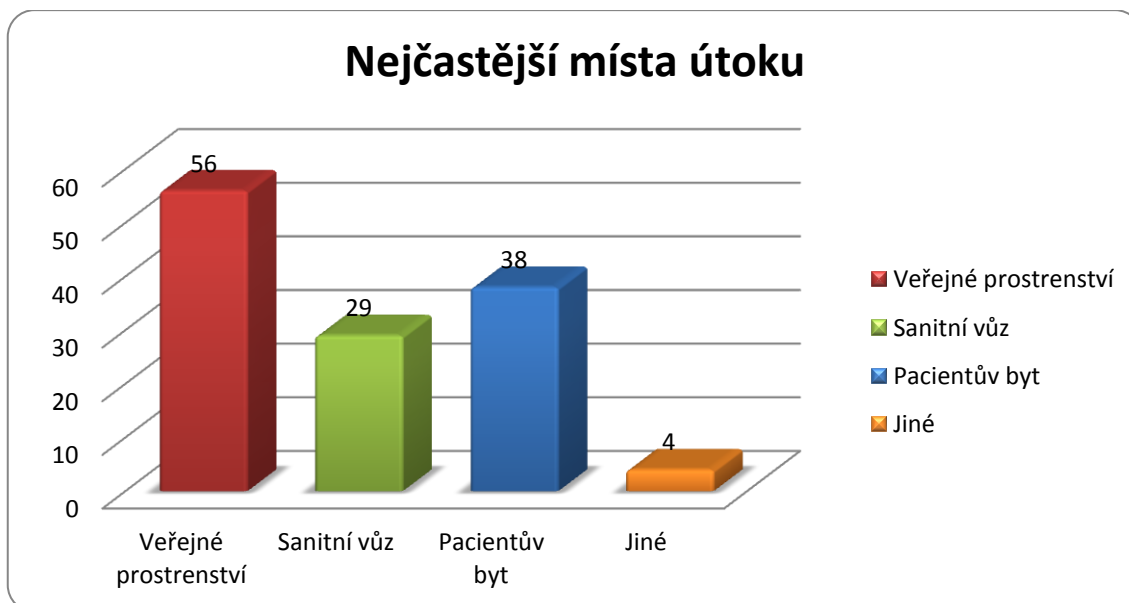
Další otázka, otázka číslo patnáct, měla za úkol zmapovat místa, na nichž je možnost a pravděpodobnost napadení zdravotníků během zásahu nejvyšší. Tato otázka byla sestavena s možností uvedení další možnosti místa, které mohlo být při tvorbě ankety opomenuto. Jak se ale ukázalo, počet odpovědí u možnosti jiná nebyl nijak vysoký, konkrétně 7. Tato místa byla dále specifikována většinou jako jednodenní nahodilé akce typu demonstrací. Všechny ostatní možnosti k odpovědi pak reflektovaly obavy zdravotníků z navštěvování těchto míst, jako nejrizikovějších. Jednoznačně nejvíce osob v anketě uvedlo, že jako nejrizikovější místo zásahu spatřují místo s koncentrací odlišných sociálních skupin. Tuto možnost označilo celých 57 osob. Za ní se poté s

velmi podobným počtem seřadili možnosti bary a restaurační zařízení a nádraží a zastávky MHD v počtech 31 a 26 odpovědí. (viz graf č. 19)



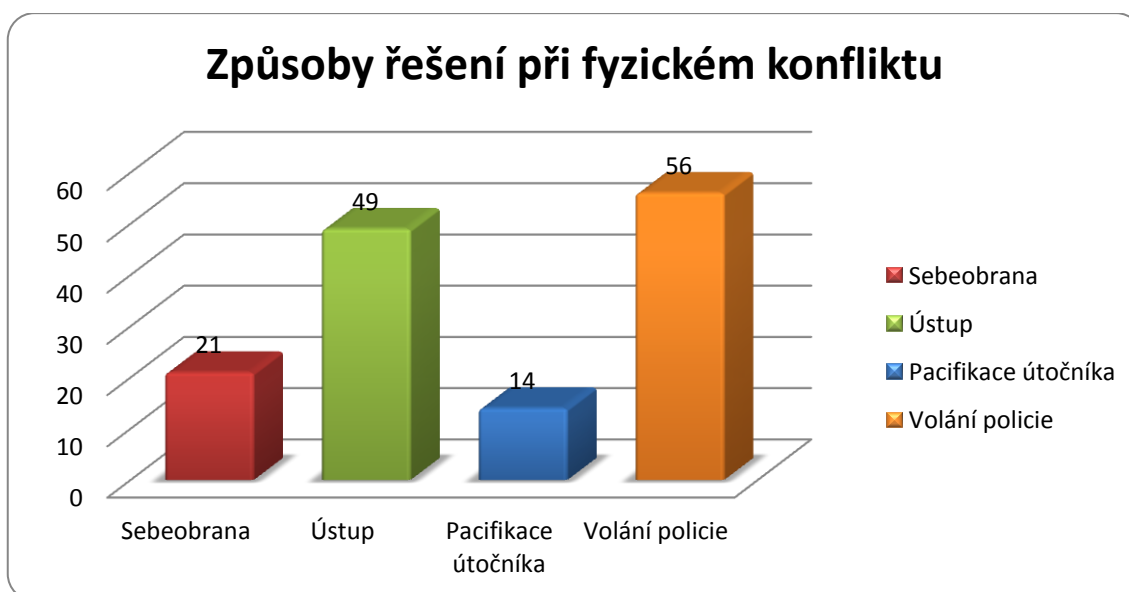
**Graf 19 - nejrizikovější místa zásahu dle zdravotníků**

Šestnáctá otázka navazovala na otázku předchozí a měla zjistit, když už k nějakému incidentu dojde, v jakém prostředí nejčastěji probíhá. Jednoznačně nejpočetnější vybranou možností byla možnost veřejné prostranství. Dozajista k tomu přispívá vyšší míra zúčastněných osob v okolí. Tuto možnost označilo jako časté místo útoku celých 56 respondentů. Jako další v pořadí se nachází možnost napadení ještě u pacienta v bytě s počtem 38 označení. Při případném transportu pacienta do nemocničního zařízení a napadení zdravotníka během převozu spatřuje jako časté místo útoku 29 dotázaných. Z odpovědí se vyčlenilo ještě jedno kritické místo, na které si vzpomněli 4 jedinci. Je to chvíle, kdy je již pacient dopravený do nemocnice a násilí páchá při předávání do následného lékařského ošetření. (viz graf č. 20)



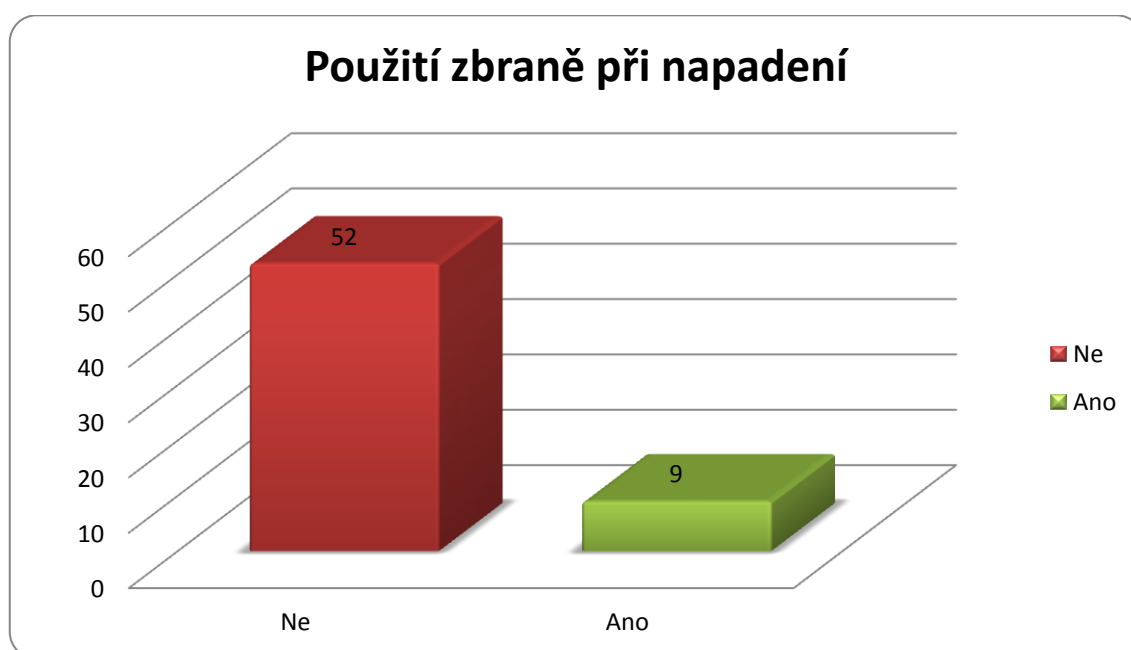
**Graf 20 - nejčastější místa samotného útoku**

Otázka s pořadovým číslem sedmnáct se dotazovala na všechny použité způsoby řešení fyzického konfliktu, když už k němu dojde. Tato otázka je specifická z důvodu, že většinou kombinuje dvě činnosti. Celých 56 dotazovaných se shodlo na odpovědi, že při napadení volají policii, která má na místě agresora dostupnými prostředky uklidnit. Samotné volání policie ovšem konflikt nevyřeší a personál se před voláním musí nějak zachovat. 49 respondentů útočnickovi ustupuje, 21 se snaží o sebeobranu a dalších 14 má snahu útočnicka zpacifikovat, aby se mohli dál věnovat své práci. (viz graf č. 21)



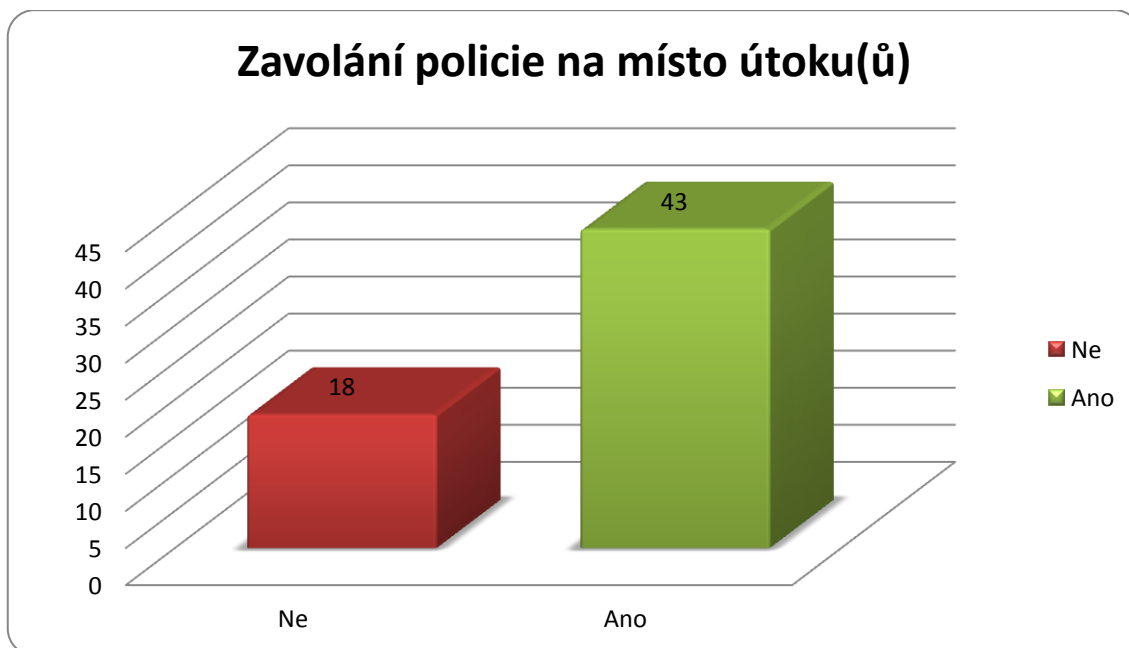
**Graf 21 - využití způsoby řešení při fyzickém konfliktu**

Otázka číslo osmnáct se dotazovala, zda se členové výběrového souboru dostali při napadení do situace, kdy proti nim byla použita zbraň, popřípadě jaká. Negativní odpověď zvolila valná většina, celých 52 osob. Ovšem dalších 9 dotazovaných takovou zkušenost má (viz graf č. 22). Využité zbraně proti nim byly převážně náhodné věci, které měli agresori na místě po ruce. Jako příklad může sloužit použití kamene, větve či dokonce židle z restauračního zařízení, kam služba pro pacienta přijela. Dalším netradičním příkladem je žehlička nebo použití vařící vody z rychlovarné konvice. Ve výběrovém souboru se pak nenašel nikdo, kdo by měl zkušenost s použitím zbraně, která by splňovala technická specifika zbraně jako zbraně střelné, bodné, sečné či předměty tyčového tvaru jako teleskopické obušky nebo tonfy.



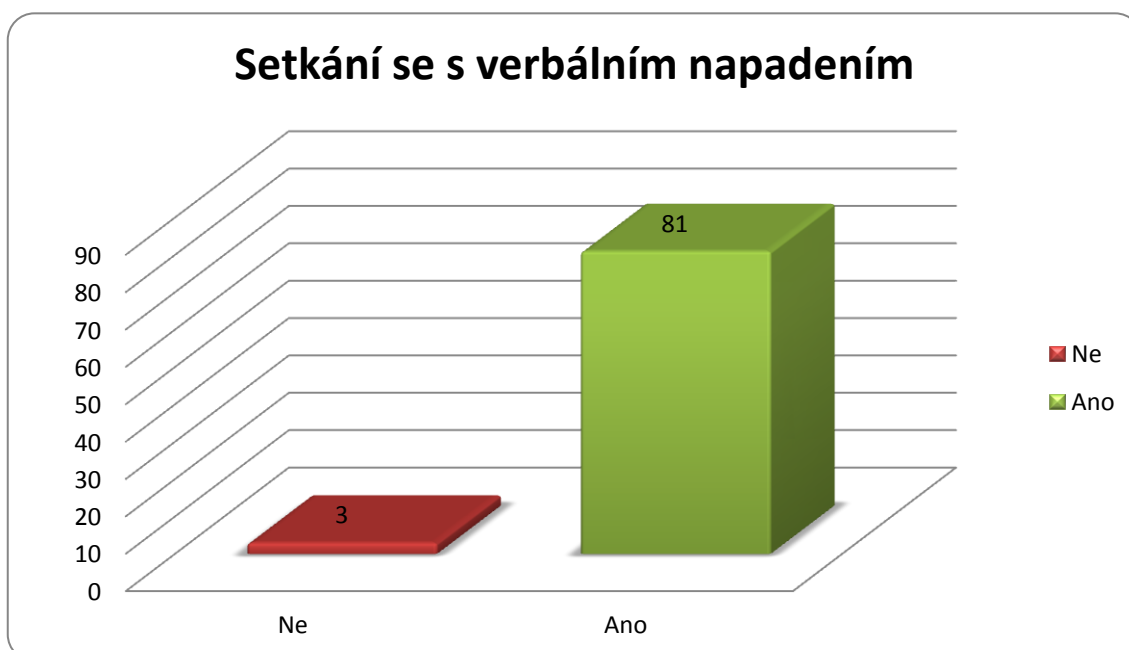
Graf 22 - použití zbraně proti zdravotnickému personálu

Devatenáctá otázka zjišťovala, zda napadení záchranáři kontaktují policii. Jako časté řešení při napadení byla tato možnost zmíněna již v grafu číslo 21. Otázka osmnáct s ní koresponduje a v této souvislosti se zde kladně vyjadřuje 43 dotázaných, záporně pak 18. (viz graf č. 23)



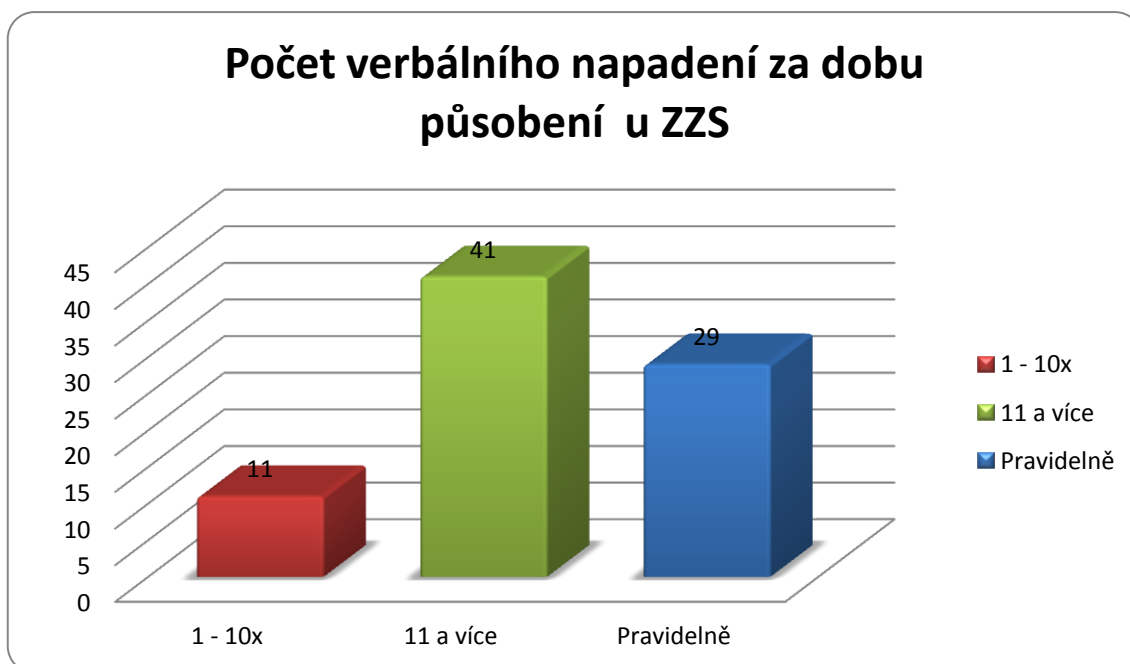
**Graf 23 - volání policie z důvodu útoku(ů)**

Další část aspektů napadení se věnovala problematice napadení verbálního neboli slovního. Dvacátá otázka nejdříve zjišťovala, kdo z dotazovaných se se slovním napadením někdy setkal, či v našem případě spíše nesetkal. Takoví jedinci se našli totiž pouze 3. Na druhé straně, setkání se s verbálním napadením přiznává celých 81 pracovníků. (viz graf č. 24)



**Graf 24 - existence verbálního napadení u dotazované osoby**

Otázka číslo dvacet jedna navazovala na otázku předchozí a její úloha byla rozvinout verbální napadání zdravotníků o jejich počty. Z grafu jasně vyplývá, že takový druh napadení není opravdu nic výjimečného. S nadhledem můžeme říci, že výjimečné jsou spíše případy, kdy se s ním zdravotníci při výjezdech doposud setkali jen zřídka. Mezi takové patří 11 dotazovaných, kteří za odpověď četnosti verbálního napadení uvedli interval mezi 1 - 10. Více než 10 verbálních napadení uvádí 41 členů výběrového souboru a celých 29 jedinců dokonce popisuje verbální napadání jejich osoby za pravidelné. (viz graf č. 25) Tato data jsou velice zarážející a odráží se na nich psychická náročnost, kdy zdravotní personál musí tyto zátěžové stavy pravidelně zvládat.

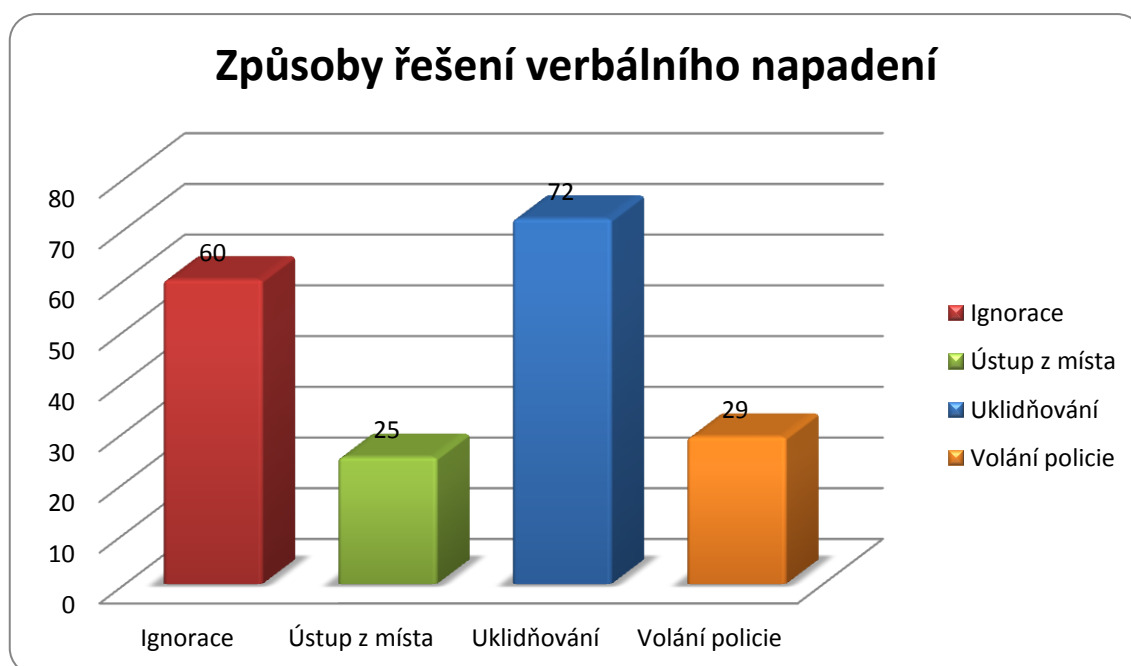


**Graf 25 - počet verbálního napadení dotazovaného**

Jestliže k verbálnímu napadení již dojde, každý zaměstnanec ZZS ho řeší jiným způsobem. Otázka dvacet dva se snažila zodpovědět, jaké je početní zastoupení využívaných způsobů. Při každém případě záleží na aktuální situaci, její závažnosti a zdravotním ohrožení samotného pacienta. Můžeme se tedy jen domnívat, který ze způsobů řešení shledat jako správný. Největší podíl z vybrané nabídky posbírala možnost uklidňování agresora, kdy je zastoupena počtem 72 odpovědí. Z tohoto čísla jednoznačně vyplývá, že zdravotníci, i když jsou pod palbou ostrých slov, se snaží zachovat chladnou hlavu a jedince uklidnit, aby situace nevyeskalovala ve větší, například fyzickou potyčku. Protože v dotazování byla instrukce označit všechny



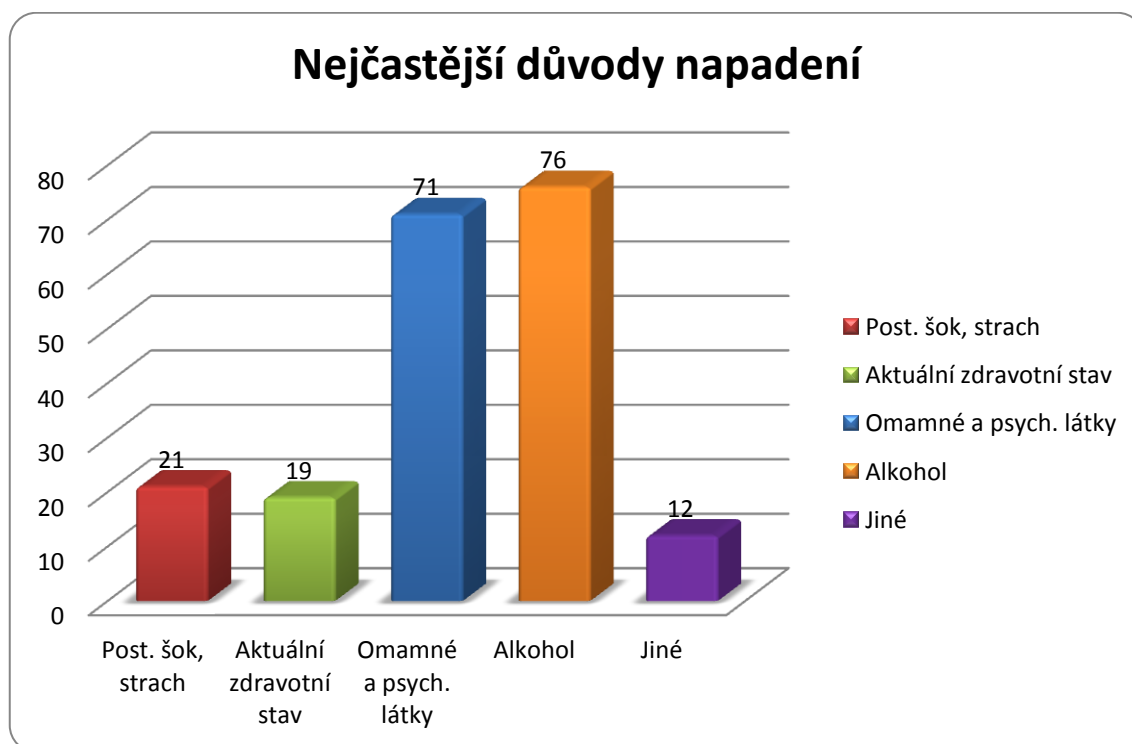
použité způsoby, na druhém místě se umístila možnost naprosto opačná, a to je ignorace. Byla označena 60krát. Z kontextu lze vyčíst, že zdravotníci si při jednotlivých případech počínají vždy jinak, a když z nějakého důvodu jedince uklidnit nemohou nebo se jim to nedaří, využívají nejčastěji tento způsob. I verbální napadení může mít takovou intenzitu, že jsou zdravotníci nuceni zavolat o pomoc Policii ČR. Takovou možnost využilo 29 dotazovaných. Zbytek odpovědí (25) označuje opuštění místa zásahu a vyčkání na pomoc. Jedná se o závažné momenty, kdy se zdravotnický personál domnívá, že situace by mohla eskalovat v násilí a tak raději volí ústup z místa. Informace jsou dostupné v grafu číslo 26.



**Graf 26 - využití způsoby řešení verbálního napadení**

Třiadvacátá otázka se vztahuje jak na fyzické, tak na verbální napadání personálu ZZS a jejím úkolem bylo zmapovat důvody, proč k útokům vůbec dochází. V předchozí části již byla zmínka o propojení emocionálních stavů a následného použití agrese. To je ovšem většinou jen okolnost, díky které konflikt dosahuje větších rozměrů a je hůře kontrolovatelný. Samotný spouštěcí bod se nezřídka nachází jinde. Samotní terénní pracovníci vidí dva hlavní problémy v podobě osob pod vlivem alkoholu nebo pod vlivem omamných a psychotropních látek. Přesně je to v tomto pořadí v počtu 76 a 71 (viz graf č. 27). O problematice právě těchto látek, jejich užívání a následném působení na lidskou psychiku a chování by mohla být sepsána zcela samostatná práce. Lidé

propadající stavům těchto látek jsou často mnohem agresivnější, nepřipouštějí si případné následky nebo dokonce moc nevnímají realitu, která kolem nich probíhá. Samotné ošetření takových pacientů je pak mnohdy velice psychicky i fyzicky náročné a nebezpečné. Další možné důvody napadení vyplývají zejména ze zdravotního stavu pacientů. Jako častý důvod napadení spatřuje 21 dotazovaných posttraumatický šok pacienta a 19 dalších jeho aktuální zdravotní stav. Tyto dva aspekty se pak velice často prolínají a úzce spolu souvisí. Velice zajímavý počet respondentů, celých 12, pak při vyplňování ankety uvedlo, že agresivita ze strany veřejnosti na zdravotnický personál je nezdůvodněná i nevhodným chováním samotných zaměstnanců ZZS. Na jednu stranu to ukazuje, že i zdravotnický personál někdy přispívá eskalaci konfliktu svým neprofesionálním chováním, na stranu druhou to ale také ukazuje realistické posouzení situace, přiznání vlastní chyby a sebereflexi dotazovaných.

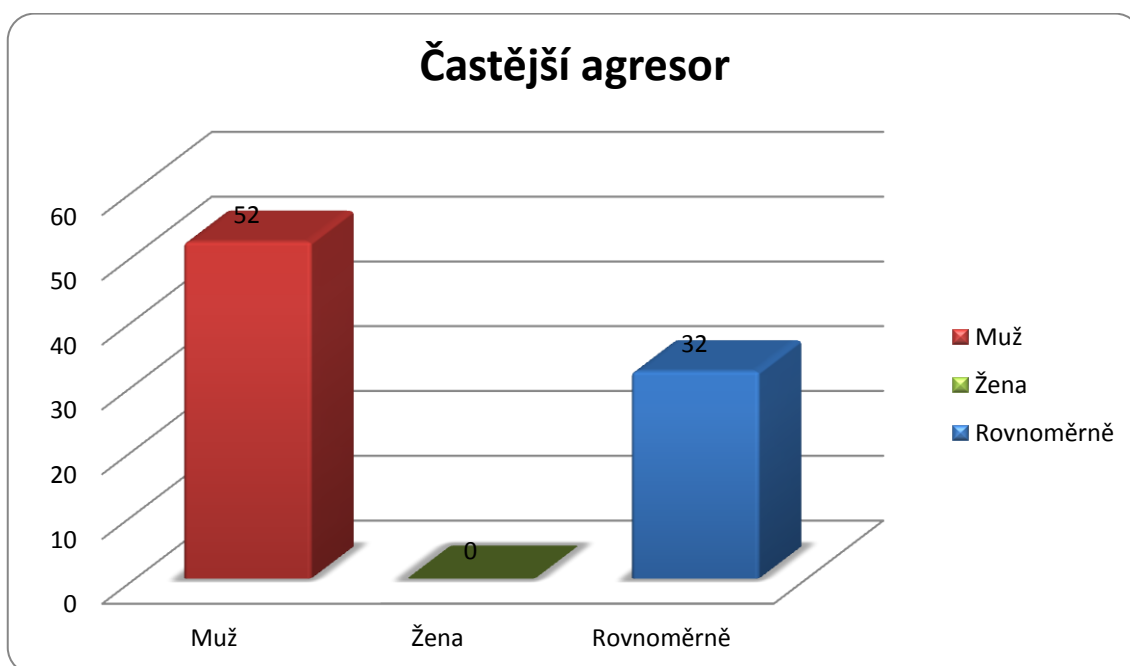


Graf 27 - nejčastější důvody napadení

## 6.4 Okolnosti napadení - agresor

Čtvrtá část dotazování se zaměřuje na doplňující informace vztahující se k napadení zdravotnického personálu s ohledem na osobu, jež agresí využívá. Podrobena zkoumání byla četnost agresorů s ohledem na věk, pohlaví a druh osoby, která se násilí dopouští. Práce se zmiňuje také o možnosti vytipovat si možného útočníka hned po příjezdu na místo.

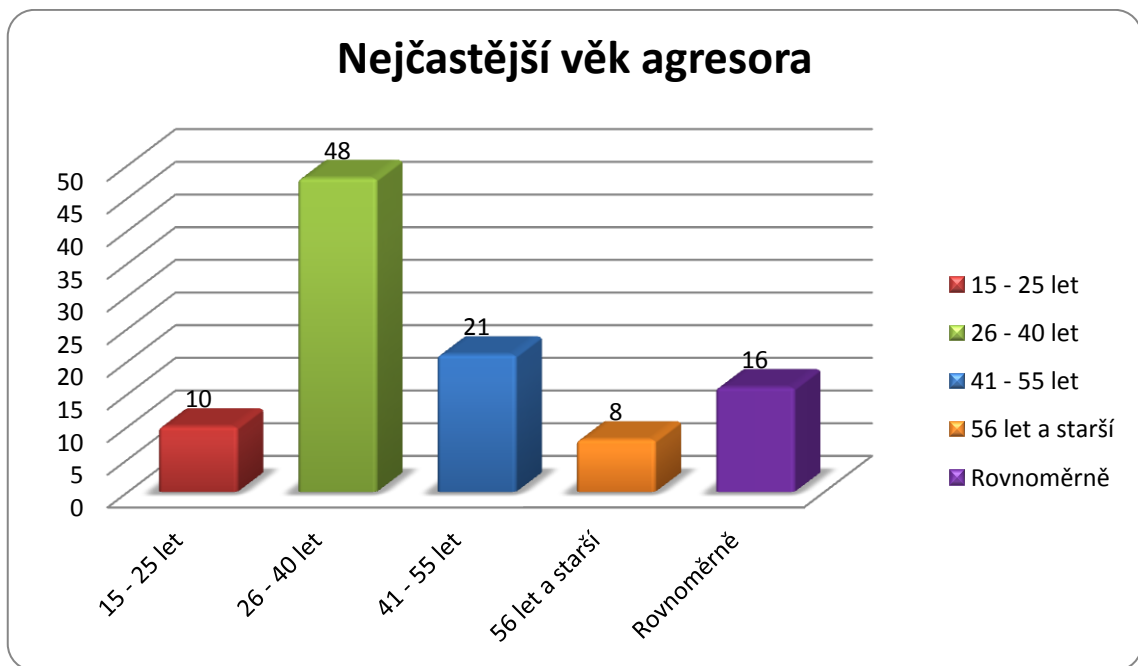
Otázka s pořadovým číslem dvacet čtyři se tázala, zda podle zkušenosti zasahujících zdravotníků se násilí dopouští spíše zástupci mužského či ženského pohlaví. Na výsledcích je zarážející, že i když z celkového počtu 84 dotazovaných celých 32 jedinců uvedlo, že na pohlaví nezáleží a násilí se dopouštějí stejně jak ženy, tak i muži, nikdo se nedomnívá, že ženy jsou v převaze. Tato čísla jsou s ohledem na zastoupení možnosti, že k násilí dochází u obou pohlaví rovnoměrně velice zajímavá. Celkově ale můžeme říci, že agrese na zdravotníky z našeho výběrového souboru je spíše cílena od mužské populace. Tato možnost byla označena 52krát. (viz graf č. 28)



Graf 28 - častější agresor

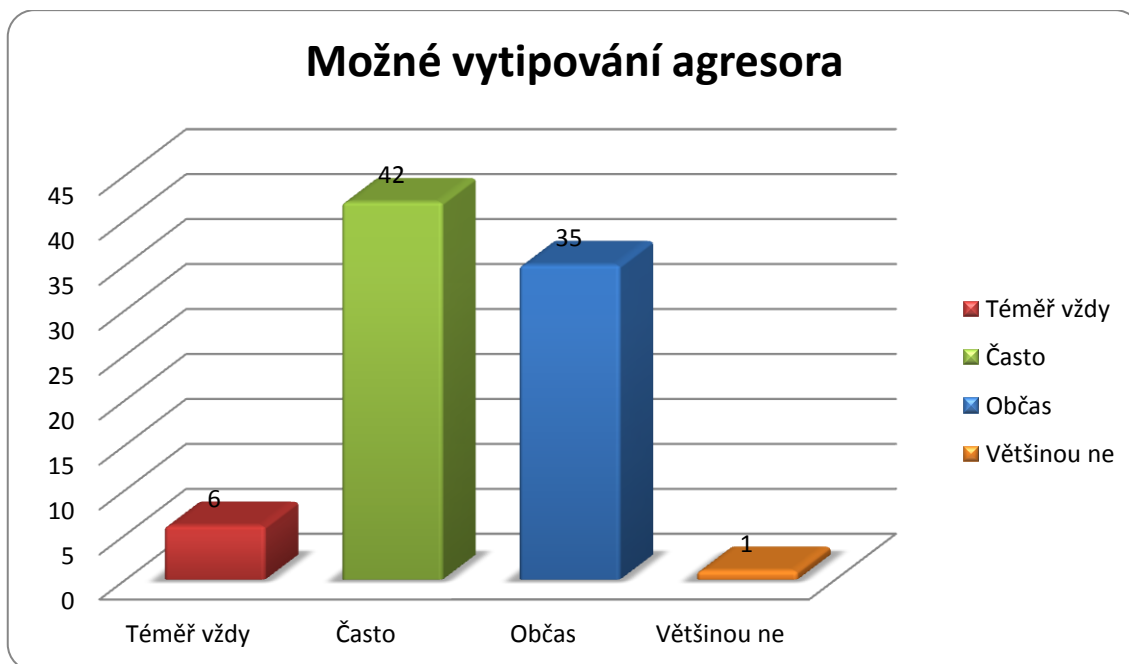
Pětadvacátá otázka se zaměřovala na interval věku, v němž se nejčastěji agresor nachází. Že v této problematice věk nehraje důležitou roli a násilí se dopouští všechny

věkové kategorie ve stejném zastoupení, se domnívá 16 jedinců. Ostatní jsou ale jiného názoru a některý interval věku určili. Nejfrekventovanější odpovědí se stal interval mezi 26 - 40 lety, který označilo 48 dotazovaných. Ostatní věkové kategorie pak byly zastoupeny střídavě, stojí ovšem také za zmínku. Věkový interval 41 - 55 let je kritický podle 21 dotazovaných, ještě starší lidé pak podle 8 dotazovaných. Zajímavý se může zdát fakt, že nejmladší věková kategorie mezi 15 - 25 lety se podle záchranářů, kteří se zúčastnili dotazování podílí na jejich napadání velice zřídka a byla zmíněna pouhými 10 jedinci. (viz graf č. 29)



**Graf 29 - nejfrekventovanější věkový interval agresora**

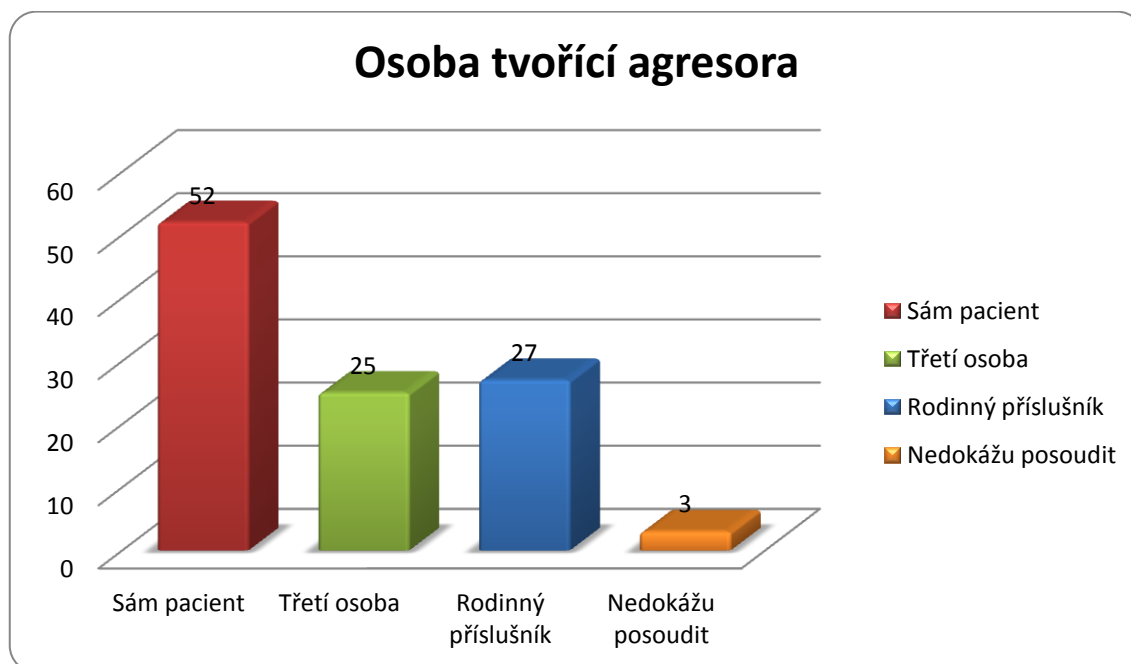
Otázka dvacet šest se zaměřovala na zjištění, zda je podle zdravotníků možné ihned po příjezdu na místo zásahu určit, kdo by mohl být potenciálním tvůrcem agrese. V případě, že to podle jejich názoru možné je, tázala se anketa na přibližné zastoupení. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že osoba, u které následně propukne agrese se většinou jeví agresivní již při příjezdu na místo. Jak jinak si vyložit výsledky dotazování, když pouze jeden jedinec, který se ankety aktivně zúčastnil, uvádí možnost vytipování jako nízkou. Ostatní uvedli, že vytipování potenciálního agresora možné je. 35 jedinců uvádí, že občas a celých 42, že úspěšnost předběžného určení je častá. Možnost téměř vždy poté zvolilo 6 dotazovaných. (viz graf č. 30)



**Graf 30 - možnost vytipování agresora**

Sedmadvacátá otázka úzce souvisí a koreluje s otázkou číslo 15 o rizikových místech zásahu a s otázkou číslo 23 o nejčastějších důvodech napadení. Samotná otázka se zaměřuje na zjištění osoby, která v převážných případech vytváří agresora. Obrovský podíl na odpovědi má právě místo, na kterém jednotka ZZS právě zasahuje a také důvod, kvůli kterému na místo přijela. Jestliže se vyráží do terénu do míst například s vysokou koncentrací odlišných sociálních skupin, je vysoce pravděpodobné, že osobu může tvořit rodinný příslušník nebo třetí osoba. Stejný problém může nastat například při ošetřování pacienta v místě s vysokou koncentrací osob, jako jsou bary, restaurační zařízení nebo demonstrace. Na druhou stranu, jestliže služba zasahuje u pacienta doma a nejsou přítomny jiné osoby, je jediná potencionální možnost agrese vůči zdravotníkům právě ze strany pacienta. Stejně důležitý, ne-li dokonce důležitější aspekt, je samotný důvod napadení. Jestliže je ošetřovaná osoba například v posttraumatickém šoku a má strach o své zdraví a o svůj život, nebude se často chovat racionálně. Stejně to je u alkoholu a omamných psychotropních látek. Takoví lidé jsou často naprosto mimo realitu a vnímání situace jim přijde zkreslené. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji se násilí dopouštějí samotní pacienti a to v četnosti 52 zmíněných případů. S velkým odstupem jsou potom téměř shodné hodnoty u možností, že agresorem je často rodinný příslušník či libovolná třetí osoba. Přesně je to v poměru 27 : 25. Našli se i dotazovaní,

kteří si svou odpověď nebyli jisti. Takoví byli pouze 3 jedinci a jejich odpověď nedokážu posoudit je tedy nejméně frekventovaná. (viz graf č. 31)



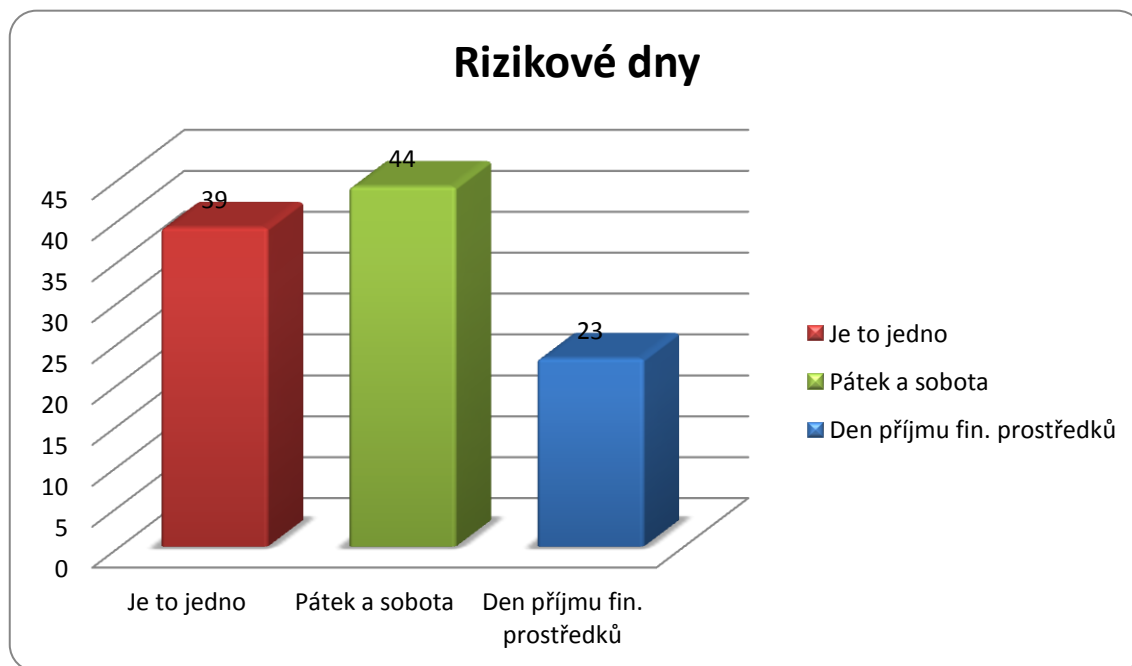
**Graf 31 - osoba tvořící agresora**

## 6.5 Okolnosti napadení - riziková doba

Poslední, pátá část otázek se zaměřovala na doplňující informace s ohledem na dobu, kdy k napadení nejčastěji dochází. Mezi vybranými ukazateli se objevují otázky určující rizikovitost jednotlivých dnů z pohledu samotných záchranářů, dále pak hodinu a roční období. V celé poslední části je značná část kladena na názory jednotlivých respondentů a při malých zkušenostech s touto problematikou není jednoduché jednoznačně určit odpověď. V otázkách je tedy i silně zastoupena možnost, že odpovídající subjekt není schopen jednoznačně odpovědět.

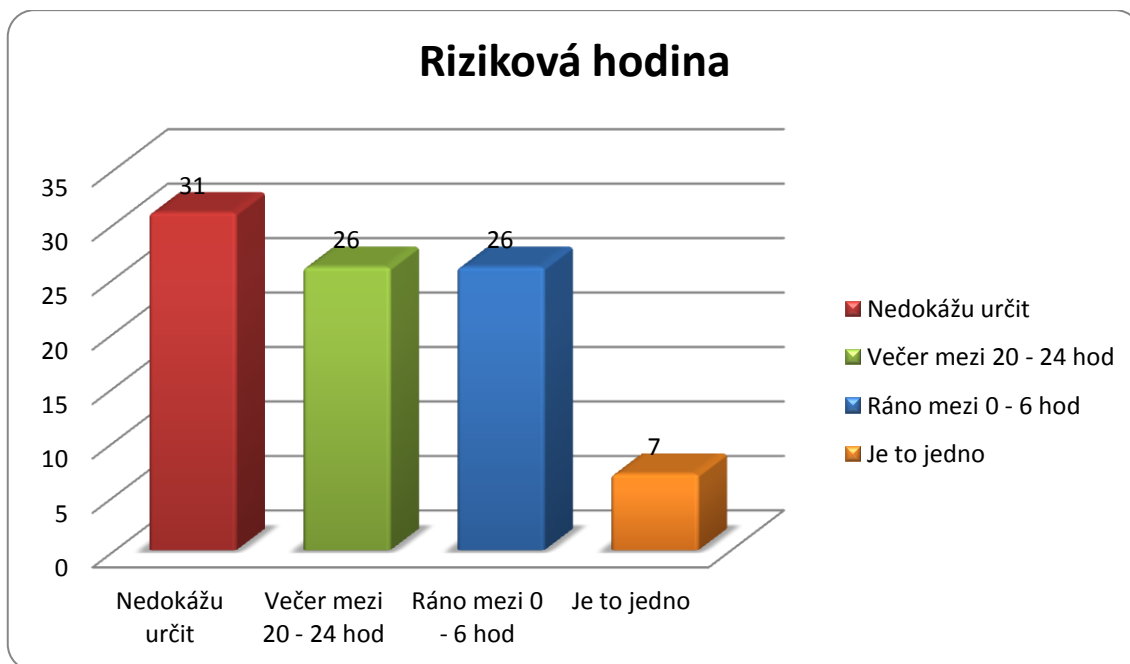
Otázka s číslem dvacet osm se dotazovala na rizikovitost jednotlivých dnů v týdnu. Mezi uvedenými odpověďmi se nacházela ještě možnost jiné, kdy měli respondenti možnost uvést v případě souhlasné odpovědi svůj vlastní názor. Žádná taková odpověď se ale nedostavila, všichni si vystačili s odpověďmi v nabídce. Nejvíce členů, vyplňujících anketu se shodlo, že nejvyšší rizikovitost nastává v pátek a v sobotu, tedy ve dny s vyšší

koncentrací osob pod vlivem alkoholu a omamných látek. Takových reakcí se našlo 44. Nejfrekventovanější odpověď ovšem nebyla zdaleka dominantní. Jen o pět zaškrtnutí méně získala odpověď, že na dnu nezáleží a násilí je páchané konstantně, bez ohledu na den v týdnu. Další odpovědí byl den příjmu finančních prostředků. Jako finanční prostředky si představujeme jak mzdy v zaměstnání, tak i výplaty sociálních dávek. A právě následné dny po těchto příjmech se zvýšené násilí vyskytuje podle 23 respondentů. (viz graf č. 32)



**Graf 32 - rizikové dny**

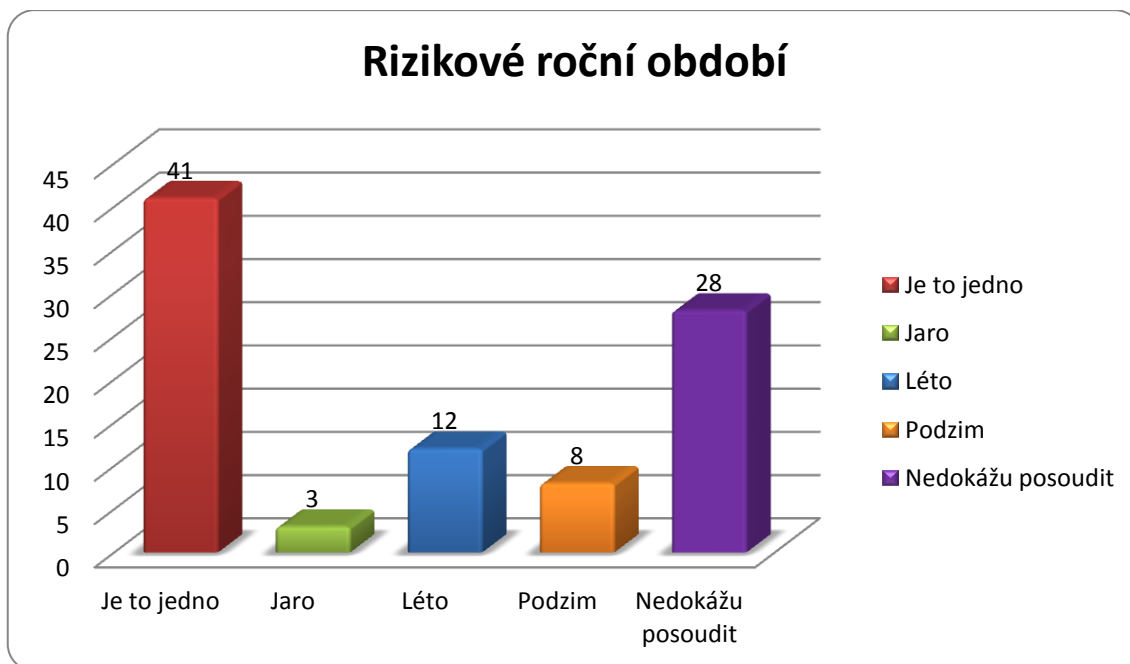
Devětadvacátá otázka chtěla zjistit rizikovitost jednotlivých hodin denního cyklu. Stejně jako v otázce předchozí zde byla možnost být invenční a přijít s jinou odpovědí, ovšem opět stejně jako v předchozí otázce se žádná taková odpověď nedostavila. Respondenti buď souhlasili, že rizikové hodiny jsou převážně mezi 20:00 a 06:00 a nebo, že kritický čas nedokážou určit. U možností v intervalech mezi 20:00 - 24:00 a 00:00 - 06:00 nastala naprostá shodnost shromážděných dat a to v počtu 26. Ještě více dotazovaných, přesně 31 nedokázalo nejrizikovější interval dne určit. Dalších 7 zúčastněných se pak domnívá, že na denní době vůbec nezáleží. (viz graf č. 33)



**Graf 33 - riziková hodina**

Poslední, třicátá otázka zjišťovala vztah napadání zdravotnického personálu a jednotlivých ročních období. Velká část odpovědí, stejně jako v předchozích otázkách, obsahovala možnost, že je to jedno a na klimatických podmínkách v průběhu ročních období nezáleží. Při celkovém součtu 41 odpovědí se právě tato možnost stala tou nejpočetnější. Druhou nejfrekventovanější odpovědí v pořadí pak byla možnost, že zodpovídající nedokáže odpověď určit. Našli se ale i takoví jedinci, kteří se domnívají, že násilí inklinuje více k jednotlivým ročním obdobím a nebo se během některého objevuje výrazně méně. Jako nejkritičtější specifická odpověď bylo zvoleno léto s 12 zastoupeními. Dotazovaní pak ještě neopomněli na podzim s četností 8 a na jaro s četností 3. Zajímavostí může být fakt, že ze všech 84 jedinců, jež se dotazování zúčastnili, nezvolili možnost zima s častou problematikou opilých a promrzlých bezdomovců. Všechny vypovídající informace jsou pak v grafu číslo 34.





**Graf 34 - rizikové roční období**

## 7 Závěr

Ačkoliv agresivita ve zdravotnictví není ničím novým, díky zvýšené medializaci a rozšířenějším zpravodajským prostředkům to na člověka, který se v této problematice nevyzná, může působit, že útoků rapidně přibývá. Cílem této práce bylo zjistit, zda zdravotníci zdravotnické záchranné služby mají shodný názor a pokud ano, analyzovat okolnosti takových útoků.

Výběrová skupina 84 respondentů složená z jedinců s různě dlouhou dobou služby u ZZS je toho názoru, že útoků skutečně přibývá. V takové práci, která je sama o sobě psychicky i fyzicky velice náročná se zdravotníci navíc musí vypořádat s nástrahami neočekávaného chování pacientů, kterým jedou na pomoc, ale i s okolním prostředím v často silném emocionálním vypjetí. I když se svým profesionálním přístupem snaží všechna možná rizika eliminovat, ne vždy je to možné. Navíc i zdravotníci jsou jen lidé a i oni někdy připouští, že při vzniku konfliktu měli na jeho propuknutí svou zásluhu. Alarmující ovšem je, že i s ohledem na složení výběrového souboru a mnoha začínajících zdravotníků, teprve na vyšší odborné škole, se s napadením vlastní osoby setkaly 3/4 dotazovaných.

Při případném propuknutí fyzického konfliktu se drtivá většina zdravotníků, v případě, že klidné vyřešení je vyloučené, dává na ústup před útočníkem a volá policii. Tento postup je shledán jako správný, ovšem v situaci, kdy násilník zdravotníka na místě zadržuje, je těžko uskutečnitelný. A právě v těchto situacích by zaměstnanec zdravotnické záchranné služby měl mít alespoň základní přehled o vyřešení krizové situace vlastními fyzickými silami. Jestliže je možnost minimalizovat rizika a následky zdravotního dopadu na samotné zdravotníky, vedení ZZS by to mělo respektovat a své zaměstnance na tuto možnost předem připravit. Jakýkoliv ucelený a systematický výcvik v tomto ohledu ovšem v rámci celé České republiky naprosto chybí. Zdravotníci jsou v případě zájmu nuceni připravovat se ve svém volném čase a to ještě za použití vlastních finančních prostředků. V rámci některých krajských ředitelství na tento problém nahlíží alespoň trochu konstruktivně a vícedenními semináři sebeobranu se snaží o nápravu. Taková iniciativa se samozřejmě cení a i kdyby si zdravotníci měli

osvojit jen základní pravidla chování a teoretické poznatky, měla by mít svůj přínos. Přesto je zapotřebí do budoucna vytvořit ucelenější systém vzdělávání.

Tato práce měla za úkol analyzovat okolnosti napadení zdravotnického personálu a shromáždit data, která by posléze mohla přispět právě k přesvědčení, že takový systém je i u nás potřebný. Výběrový soubor tvořil tolik respondentů, kteří, pevně věřím, že prokázali, že násilí na zdravotnících se lidé dopouštějí a dopouštět se zřejmě i nadále budou.

## 8 Literatura

1. ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Vyd. 1. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998. ISBN 80-902-6141-8
2. FISHER, Fred. *Jak zvládat konflikty a neshody*. 2002.
3. FROMM, Erich. *Anatomie lidské destruktivity: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-710-6232-4
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0
5. NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Nebojte se bránit*. Vyd. 1. Praha: Armex, 2006. ISBN 80-867-9543-8
6. REGULI, Zdenko. *Úpolové sporty: distanční studijní text*. 1. vyd. V Brně: MU FSpS, 2005. ISBN 80-210-3700-8.
7. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie: můžeme ovlivnit její podstatu a následky?*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3148-6
8. STORR, Anthony. *Human Aggression*. First Edition. Scribner, 1968. ISBN 0689102615
9. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry pro zvládání agresivity a neklidu*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0887-7
10. VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0015-3

Odborné články:

1. VEVERA, Jan a kol. *NÁSILNÉ CHOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEHO OVLIVNĚNÍ: VÝSKYT, ROZDĚLENÍ A KLINICKÉ KORELÁTY*. 2002, 4

Internetové zdroje:

[1] *Asociace zdravotnických záchranných služeb* [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné

z: [www.azzs.cz](http://www.azzs.cz)

[2] *Jim Wagner self-defense reality* [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z:

[www.jimwagnerrealitybased.com](http://www.jimwagnerrealitybased.com)

[3] *Komora záchranářů* [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z:

[www.komorazachranaru.cz](http://www.komorazachranaru.cz)

[4] *Trestní zákoník* [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)

[5] *Základy osobní sebeobrany* [online]. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z:

[http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/pages/strategie\\_a\\_taktika.html](http://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/pages/strategie_a_taktika.html)

[6] *Zdravotnická záchranná služba hlavního města Praha* [online]. [cit. 2016-03-06].

Dostupné z: [www.zzshmp.cz](http://www.zzshmp.cz)

[7] *Zdravotnická záchranná služba střeďočeského kraje* [online]. [cit. 2016-03-06].

Dostupné z: [www.uszssk.cz](http://www.uszssk.cz)

## Seznam obrázků a grafů

Obrázek 1- cyklus konfliktu .....	18
Graf 1 - vývoj počtu výjezdových základen a skupin .....	25
Graf 2 - počty ošetřených pacientů .....	25
Graf 3 - struktura zaměstnanců ZZS ČR .....	26
Graf 4 - Podíl výjezdových skupin ZZS ČR.....	28
Graf 5 - zastoupení pohlaví ve výběrovém souboru .....	42
Graf 6 - zastoupení pracovních pozic ve výběrovém souboru.....	43
Graf 7 - zastoupení dle odsloužených let.....	43
Graf 8 - zhodnocení psychické náročnosti práce .....	44
Graf 9 - zhodnocení fyzické náročnosti práce .....	45
Graf 10 - zhodnocení zvyšujícího se počtu agrese na zdravotnický personál .....	45
Graf 11 - hodnocení vlastních zkušeností se sebeobranou .....	46
Graf 12 - existence napadení kolegy.....	47
Graf 13 - existence napadení u dotazovaného .....	48
Graf 14 - počet napadení dotazovaného .....	48
Graf 15 - poranění zdravotníka během napadení.....	49
Graf 16 - vliv napadení na pracovní neschopnost.....	50
Graf 17 - parametry útoku(ů).....	50
Graf 18 - intenzita útoků.....	51
Graf 19 - nejrizikovější místa zásahu dle zdravotníků .....	52
Graf 20 - nejčastější místa samotného útoku .....	53
Graf 21 - využití způsoby řešení při fyzickém konfliktu .....	53
Graf 22 - použití zbraně proti zdravotnickému personálu .....	54
Graf 23 - volání policie z důvodu útoku(ů) .....	55

Graf 24 - existence verbálního napadení u dotazované osoby.....	55
Graf 25 - počet verbálního napadení dotazovaného .....	56
Graf 26 - využití způsoby řešení verbálního napadení.....	57
Graf 27 - nejčastější důvody napadení.....	58
Graf 28 - častější agresor .....	59
Graf 29 - nejfrekventovanější věkový interval agresora.....	60
Graf 30 - možnost vytipování agresora.....	61
Graf 31 - osoba tvořící agresora .....	62
Graf 32 - rizikové dny.....	63
Graf 33 - riziková hodina.....	64
Graf 34 - rizikové roční období .....	65

# Přílohy

## Příloha 1 - Využitá anketa

### A. Složení výběrového souboru

#### 1. Jste:

- muž
- žena

#### 2. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- zdravotnický záchranář
- řidič záchranář
- lékař
- jiné \_\_\_\_\_

#### 3. Jak dlouho působíte u ZZS?

- 1 - 3 roky
- 4 - 10 let
- více než 10 let

### B. Obecné informace

#### 4. Jak byste zhodnotil(a) psychickou náročnost své práce?

- nízká
- střední
- vysoká
- extrémně vysoká

#### 5. Jak byste zhodnotil(a) fyzickou náročnost své práce?

- nízká
- střední
- vysoká
- extrémně vysoká



6. Máte pocit, že za dobu Vaší služby u ZZS se počet agresivního jednání na zdravotníky neustále zvyšuje?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

7. Máte nějaké zkušenosti s tréninkem sebeobrany?

- ne
- někdy jsem se zúčastnil(a)
- ano, docházím na tréninky či semináře

### C. Aspekty napadení

8. Byl některý z Vašich kolegů někdy během své služby fyzicky napaden?

- ano
- ne

9. Byl(a) jste Vy osobně během své služby fyzicky napaden(a)?

- ano
- ne

10. Kolikrát jste byl(a) za dobu působení v ZZS fyzicky napaden(a)?

- 1x
- 2 - 3x
- 4 - 10x
- 11 - více

11. Byl(a) jste někdy během útoku zraněn(a)? Popřípadě jak?

- ano \_\_\_\_\_
- ne

12. Dostaly Vás někdy následky fyzického napadení do stavu pracovní neschopnosti?

- ano
- ne

13. Jaké parametry měl(y) útok(y) proti Vaší osobě? (označte všechny použité možnosti)

- údery, kopy
- strkání
- držení
- házení předmětů
- jiné \_\_\_\_\_

14. Jak vysokou intenzitu měl(y) útok(y)? (více možností)

- nízkou
- střední
- vysokou
- extrémně vysokou

15. Jaká jsou nejrizikovější místa zásahu s ohledem na Vaší bezpečnost? (více možností)

- bary, restaurační zařízení
- místo s koncentrací odlišných sociálních skupin
- nádraží, zastávky MHD
- jiná \_\_\_\_\_

16. Na jakých místech probíhá samotný útok? (více možností)

- veřejné prostranství
- v sanitním voze
- u pacienta doma
- jiné \_\_\_\_\_

17. Jaké způsoby řešení využíváte při vypuknutí konfliktu? (všechny použité)

- sebeobrana
- ústup
- pacifikace útočníka
- volání policie
- jiné \_\_\_\_\_

18. Byla proti Vám při napadení použita zbraň? Případně jaká?

- ano \_\_\_\_\_
- ne

19. Byla kvůli útoku na místo přivolána policie?

- ano
- ne

20. Byl(a) jste někdy během své služby napaden(a) verbálně?

- ano
- ne

21. Kolikrát jste byl(a) za dobu působení v ZZS verbálně napaden(a)?

- 1 - 10x
- 11 a více
- pravidelně

22. Jaké způsoby řešení využíváte při verbálním napadení? (všechny použité)

- ignorace
- ústup z místa
- uklidňování
- volání policie
- jiné \_\_\_\_\_

23. Jaký byl nejčastější důvod napadení Vaší osoby? (verbální i fyzický, více možností)

- posttraumatický šok, strach pacienta
- aktuální zdravotní stav
- omamné a psychotropní látky
- alkohol
- jiné \_\_\_\_\_

D. Okolnosti napadení - agresor

24. Častější agresor ať verbální tak fyzický je?

- muž
- žena
- rovnoměrně

25. V jakém věkovém intervalu se obvykle útočník nachází? (více možností)

- 15 - 25 let
- 26 - 40 let
- 41 - 55 let
- 56 let a starší
- rovnoměrně

26. Je dle Vaší zkušenosti možné vytipovat možného útočníka hned po dojezdu na místo?

- téměř vždy
- často
- většinou ne
- ne

27. Kdo tvoří při konfliktu agresora? (více možností)

- sám pacient
- třetí osoba

- rodinný příslušník
- nedokážu posoudit

E. Okolnosti napadení - riziková doba

28. Jaké dny v týdnu spatřujete jako rizikové? (více možností)

- je to jedno
- pátek a sobotu
- den příjmu finančních prostředků
- jiné \_\_\_\_\_

29. Jakou hodinu během dne spatřujete jako rizikovou? (více možností)

- nedokážu určit
- večer mezi 20 - 24 hod
- ráno mezi 0 - 6 hod
- je to jedno
- jiná \_\_\_\_\_

30. Je dle Vašeho názoru nějaké roční období více rizikové? (více možností)

- je to jedno
- jaro
- léto
- podzim
- zima
- nedokážu posoudit

## **Příloha 2** - Oficiální dotazník pro monitoring napadení posádek Zdravotnické záchranné služby České republiky

Vážená paní, pane.

Předem děkuji, že jste si našel/a čas a odhodlal/a jste se vyplnit náš dotazník, a to i po tak nepříjemné události, která jeho vyplnění ve Vašem případě bohužel iniciovala. Předkládaný anonymní dotazník slouží ke sledování násilí páchaného na pracovnících Zdravotnické záchranné služby České republiky. Jedná se o sběr dat sloužících k vytvoření statistických podkladů o skutečné četnosti, formě a povaze tohoto jevu, a především snaze nalézt odpovědi na otázky, jak se mu bránit.

Dotazník se skládá ze dvou částí. Při vyplňování pouze *prosím* dopisujte k uvedeným otázkám odpovědi nebo zvýrazněte uvedenou možnost. Pokud se Vám na některou otázku odpovídat nechce, pak nemusíte!

### **I. OSOBNÍ ÚDAJE**

**Pohlaví :**

- muž
- žena

**Věk :**

**Vzdělání :**

- střední odborné
- úplné střední s maturitou
- vysokoškolské
- jiné

**ZZS Kraje :**

**Výjezdové stanoviště :**

**Délka praxe u ZZS v letech :**

## **II. ÚDAJE TÝKAJÍCÍ SE NAPADENÍ**

**Datum napadení + hodina :**

**Typ posádky – RLP / RZP :**

**Forma napadení:**

- verbální (nadávky, urážení, ponižování, vyhrožování...)
- fyzické ( facka, poškrábání, kopání, údery pěstí, úder končetinou, postrkování...)
- útok se zbraní – popř. jakou
- možnost vlastního popisu, vyjádření:

**Kdy k napadení došlo?**

- Při příjezdu
- Při zajištění pacienta
- Během převozu
- Při předání

**Útočníkem byl:**

- Pacient – muž / žena
- Příbuzný – muž / žena
- Jiné:

### **Rozsah a následky napadení:**

- napadení s PN + délka PN ve dnech
- napadení bez PN
- rozsah ošetření (zanechte prosím vlastní komentář):
  
- možnost vlastní popisu, vyjádření:

### **Proč si myslíte, že k napadení došlo?**

- Alkohol – opilý útočník
- Nealkoholová droga, jiná omamná látka
- Diagnóza pacienta – epilepsie, psychiatrická dg, hypoglykémie apod.
- Sociální faktor – občan bez domova
- Etnický faktor – příslušník národnostní menšiny
- Chování okolí – rodinný příslušník
- Chování členů posádky - možné vyprovokování
- Chování personálu při předání
- Obecná přítomnost ZS
- Jiná příčina:

### **Máte dojem, že bylo možné napadení předejít?**

- Ne
- Ano
  - přítomností PČR nebo MP
  - jiným postupem posádky
  - jiné:



**Je na Vašem pracovišti zajišťovaná nějaká forma prevence napadení?**

- Kurzy psychologie, jednání s agresivními jedinci
- Kurzy sebeobrany
- Obranné pomůcky – pepřové spreje
- Výjezd policie do rizikových oblastí společně se zásahem
- Jiná:
- Žádná

**Bylo možné při napadení využít některé z preventivních opatření?**

- Bylo možné využít – využito nebylo
- Bylo možné využít – využito bylo – sebeobrana
  - psychologie - komunikace
  - obranná pomůcka
  - přítomnost policie

**Děkuji, že jste vyplněním dotazníku přispěl/a k monitoraci napadání posádek ZZS.**