

FAKULTA ZDRAVOTNÍCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

Jaroslav Drda

Studijní obor: Zdravotnický záchranář (5345R021)

KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM V PNP

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2019

Čestné prohlášení:

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

V Plzni dne: 28. 3. 2019

.....
Vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Drda Jaroslav

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Komunikace s agresivním pacientem v PNP

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: komunikace, agresivita, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnický záchranář

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce je komunikace s agresivním pacientem v PNP. Je složena ze dvou částí – teoretické a praktické. V teoretické části je popsána zdravotnická záchranná služba a jejích 5 pilířů. Zabývá se také komunikaci obecně - jejími druhy, formami a situačními aspekty. Popisujeme zde agresi, agresivitu a její druhy. Pozornost je věnovaná také možnostem deeskalace agresivního pacienta v přednemocniční neodkladné péči. Praktická část práce je zaměřená na kvantitativní výzkum, který měl následující cíle. Zjistit, zda může opakovaná konfrontace s agresivním pacientem vést k ukončení pracovního poměru u ZZS. Zda jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se spoluprací s Policií České republiky. Zjistit četnost proškolení v jednání s agresivním pacientem, a zda existuje na ZZS standard pro jednání s těmito pacienty. Výstupem naší práce je vypracovaný standard pro jednání s agresivním pacientem.

ABSTRACT

Surname and name: Drda Jaroslav

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Communication with an aggressive patient in prehospital emergency care

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 42

Keywords: communication, aggressiveness, prehospital emergency healthcare, paramedic

Summary:

The topic of this bachelor's thesis is the communication with an aggressive patient in the prehospital emergency care. It consists of two segments – theoretical and practical. Firstly, the theoretical part describes the ambulance service and its five pillars. It also deals with the basics of communication – different types, various forms, and situational aspects. The attention is also paid to the possibilities of de-escalation of an aggressive patient in the prehospital emergency care. The practical part of this thesis is focused on a quantitative research that had certain goals. In the first place, I was supposed to find out if repeated confrontation with an aggressive patient can lead to the termination of employment with the Emergency medical service (EMS). The next target was to observe if paramedics are satisfied with the collaboration of the EMS and the Police of the Czech Republic. Lastly, it was crucial to determine the frequency of training that concentrates on the issue of working with an aggressive patient and whether there is a standard for dealing with these patients in the EMS. The output of this work is a step-by-step procedure for dealing with an aggressive patient.

PŘEDMLUVA

Hlavní motivací pro sepsání této bakalářské práce byla má osobní zkušenost s konfrontací s agresivním pacientem. Konfrontace s agresivním pacientem v praxi zdravotnického záchranáře není nic neobvyklého, a proto jsme v naší bakalářské práci zkoumali její vliv na zdravotnické záchranáře. Zjišťovali jsme také četnost proškolení zdravotnických záchranářů v jednání s agresivním pacientem a zjistili jsme, že na pracovištích zdravotnické záchranné služby neexistuje žádný standard pro jednání s těmito pacienty. Posledním cílem pak bylo zjistit spokojenost se spoluprací s Policií České republiky.

Poděkování:

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Václavovi Beránkovi za cenné rady, věnovaný čas a konzultace, které mi během psaní bakalářské práce ochotně poskytl. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK.....	11
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA (ZZS).....	17
1.2 Ředitelství.....	18
1.3 Zdravotnické operační středisko (ZOS), pomocné operační středisko	19
1.4 Výjezdové základny s výjezdovými skupinami	19
1.5 Pracoviště krizové připravenosti	20
1.6 Vzdělávací a výcvikové středisko	20
1.7 Přednemocniční neodkladná péče (PNP)	21
2 KOMUNIKACE OBECNĚ	22
2.1 Komunikační schéma	23
2.2 Formy komunikace (verbální x neverbální)	23
2.3 Druhy komunikace v PNP	25
2.4 Specifické typy komunikace.....	28
2.4 Vybrané situační aspekty v PNP	29
2.5 Podmínky správné komunikace.....	31
2.6 Komunikační zlovyky a překážky	31
3 AGRESE A AGRESIVITA	33
3.1 Druhy agrese.....	34
4 PACIENT V PNP.....	36
4.1 Agresivní pacient.....	36
4.2 Příčiny agresivního chování	37

5 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM V PNP	38
5.1 Pravidla pro komunikace s AP	38
6 PROBLEMATIKA AGRESIVNÍHO PACIENTA V ZAHRANIČÍ	40
7 DEESKALACE AGRESIVNÍHO PACIENTA ZZS	42
6.1 Součinnost dalších složek IZS	42
6.2 Verbální zásah	43
6.3 Farmakologické zklidnění AP (medikace)	43
6.4 Fyzická omezení AP	43
PRAKTICKÁ ČÁST	46
8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	47
9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	48
11 METODIKA PRÁCE.....	48
12 DOTAZNÍK	48
13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	49
14 DISKUZE.....	78
ZÁVĚR	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	86

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Výsledky – Jaké je Vaše pohlaví.....	49
Obrázek 2 Výsledky – Jaký je Váš věk	50
Obrázek 3 Výsledky – Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání	51
Obrázek 4 Výsledky – Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS	52
Obrázek 5 Výsledky – Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS	54
Obrázek 6 Výsledky – Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS	55
Obrázek 7 Výsledky – Měla/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?..	56
Obrázek 8 Výsledky – Jakým způsobem Vás agresor napadl	57
Obrázek 9 Výsledky – Kdy k danému napadení došlo	58
Obrázek 10 Výsledky – Jakého pohlaví byl agresor.....	59
Obrázek 11 Výsledky – V jakou dobu k napadení došlo.....	60
Obrázek 12 Výsledky – Použil proti Vám někdy agresor zbraň.....	62
Obrázek 13 Výsledky – Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii.....	64
Obrázek 14 Výsledky – Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví	66
Obrázek 15 Výsledky – Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomoc či podporu....	67
Obrázek 16 Výsledky – Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem	68
Obrázek 17 Výsledky – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty	70
Obrázek 18 Výsledky – Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany.....	71
Obrázek 19 Výsledky – Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem	73
Obrázek 20 Výsledky - Odpracovaná léta x obavy z agrese	75
Obrázek 21 Výsledky - Odpracovaná léta x změna povolání.....	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výsledky – Jaké je Vaše pohlaví	49
Tabulka 2 Výsledky – Jaký je Váš věk.....	50
Tabulka 3 Výsledky – Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání.....	51
Tabulka 4 Výsledky – Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS.....	52
Tabulka 5 Výsledky – Kde se nachází Vaše výjezdová základna	53
Tabulka 6 Výsledky – Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS.....	54
Tabulka 7 Výsledky – Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS	55
Tabulka 8 Výsledky – Měla/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání? .	56
Tabulka 9 Výsledky – Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem?	57
Tabulka 10 Výsledky – Jakým způsobem Vás agresor napadl.....	58
Tabulka 11 Výsledky – Kdy k danému napadení došlo	59
Tabulka 12 Výsledky – Jakého pohlaví byl agresor	60
Tabulka 13 Výsledky – V jakou dobu k napadení došlo	61
Tabulka 14 Výsledky – Z jakého důvodu dle Vás k napadení došlo.....	61
Tabulka 15 Výsledky – Použil proti Vám někdy agresor zbraň?	62
Tabulka 16 Výsledky – O jakou zbraň se jednalo	63
Tabulka 17 Výsledky – Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii	64
Tabulka 18 Výsledky – Spolupracujete při své práci s Policií České republiky	65
Tabulka 19 Výsledky – Jste se spoluprací spokojeni	65
Tabulka 20 Výsledky – Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví.....	66
Tabulka 21 Výsledky – Jakou újmu jste utrpěl/a.....	67
Tabulka 22 Výsledky – Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomoc či podporu	68
Tabulka 23 Výsledky – Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem	69
Tabulka 24 Výsledky – Jakým způsobem dokážete nejčastěji zvládnout agresivního pacienta	69
Tabulka 25 Výsledky – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty	70
Tabulka 26 Výsledky – Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany	71
Tabulka 27 Výsledky – Kdy naposledy jste byl/a proškolen/a v komunikaci.....	72

Tabulka 28 Výsledky – Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem	73
Tabulka 29 Výsledky - Kdy naposledy jste byl /a proškolen/a v sebeobraně	74
Tabulka 30 Výsledky - Jaká místa zásahu představují největší riziko	74
Tabulka 31 Výsledky - Odpracovaná léta x obavy z agrese.....	75
Tabulka 32 Výsledky - Odpracovaná léta x změna povolání	77

SEZNAM ZKRATEK

AP – Agresivní pacient

ČR – Česká republika

IZS – Integrovaný záchranný systém

LZS – Letecká záchranná služba

PNP – Přednemocniční neodkladná péče

POS – Pomocné operační středisko

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RV – Rendez-vous

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Agresivita pacientů vůči zdravotnickým pracovníkům je v současné době čím dál tím víc aktuální. Nejčastěji bývají napadány zdravotní sestry a hned po nich zdravotničtí záchranáři. Zdravotničtí záchranáři se s agresivními pacienty v přednemocniční neodkladné péči setkávají dnes a denně. A proto je důležité, aby každý zdravotnický záchranář věděl jak s takovýmto agresivním pacientem správně jednat. Každý agresivní pacient je jiný a na každého platí něco jiného. Na jednoho stačí použít pouhou komunikaci a na druhého je zas zapotřebí použít účinnější praktiky – ať už podání zklidňujících medikamentů nebo fyzické násilí (sebeobranu). Já sám jsem měl možnost setkat se s agresivními pacienty v rámci mé povinné odborné praxe na zdravotnické záchranné službě, a proto se toto téma pro mne stalo blízké.

Naše bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V úvodu teoretické části poskytujeme základní informace o zdravotnické záchranné službě a jejích pěti pilířích – ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny a skupiny, pracoviště krizové připravenosti a v neposlední řadě vzdělávací a výcviková střediska. Dále definujeme přednemocniční neodkladnou péči a sní spojený obor urgentní medicína. Vzhledem k našemu tématu je zde také věnována kapitola samotné komunikaci. Uvádíme zde například formy a druhy komunikace, vybrané situační aspekty a podmínky komunikace. Dále jsme se věnovali pojmům agrese, agresivita a jednotlivým druhům agrese. Plynule jsme tak mohli navázat přímo na problematiku agresivního pacienta a uvést základní pravidla komunikace při jednání s tímto typem pacientů. V závěru naší teoretické části se zaměřujeme na vysvětlení pojmu deeskalace a jaké způsoby deeskalace jsou k zvládnutí agresivního pacienta možné. Jednak zde popisujeme součinnost zdravotnické záchranné služby s Policií České republiky a jednak verbální zásah jako první volbu při deeskalaci agresivního pacienta. Důležitým bodem je také farmakologické zklidnění a fyzické omezení, respektive sebeobrana. Sebeobrana zdravotnického záchranáře má však svá úskalí, a proto i tato kapitola má zde své místo.

Pro praktickou část naší bakalářské práce byla zvolena kvantitativní forma výzkumu, tedy dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření je věnováno výzkumu, který měl hned několik cílů. Jedním z nich bylo zjistit četnost proškolení pracovníků zdravotnické záchranné služby v jednání s agresivním pacientem. Dalším cílem bylo

zjistit, zda na pracovištích zdravotnické záchranné služby existuje standard pro jednání s těmito pacienty. Zdravotničtí záchranáři úzce spolupracují s policií české republiky v případě konfrontace s agresivním pacientem. Z tohoto důvodu jsme zkoumali, zda jsou pracovníci se spoluprací spokojeni. Naším posledním cílem bylo vyzkoumat, zda má opakovaná konfrontace s agresivním pacientem vliv na ukončení poměru u Zdravotnické záchranné služby.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA (ZZS)

Náhle vzniklé onemocnění, úraz či jiné zhoršení zdravotního stavu bez okamžité intervence zdravotnické záchranné služby může vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu. Zdravotnickou záchrannou službou (dále ZZS) se rozumí forma zdravotní péče, v rámci které se na základě tísňového volání následně poskytuje přednemocniční neodkladná zdravotní péče osobám se závažným postižením zdraví či osobám v přímém ohrožení života. (Remeš, 2013). Zjednodušeně řečeno, posláním této služby je péče o pacienty, jejichž zdravotní stav se náhle, neočekávaně zhoršil a jejich základní životní funkce jsou v ohrožení či již selhávají. Zřizovateli ZZS ČR jsou kraje – jedná se tedy o celkem 14 územních celků včetně Prahy. Plán pokrytí, určený zákonem číslo 374/2011 Sb., nařizuje rozmístění jednotlivých výjezdových základen tak, aby místo události bylo možné dosáhnout do 20 minut od okamžiku přijetí výzvy výjezdovou skupinou. Výzvu pro výjezdovou skupinu předává operátor ze zdravotnického operačního střediska (dále ZOS). Výjezdová základna, výjezdová skupina a ZOS, jak již výše zmiňujeme, patří mezi základní pilíře ZZS a jejich činnost je nezbytná při řešení mimořádných událostí.

Zákon 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému definuje mimořádnou událost jako „škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.

Celostátně platné tísňové číslo ZZS je 155.

Činnosti ZZS jsou definovány zákonem č. 374/2011 Sb.:

- a) nepřetržitý kvalifikovaný bezodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“) operátorem zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska,
- b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání, rozhodování o nejvhodnějším okamžitém řešení tísňové výzvy podle zdravotního stavu pacienta, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, rozhodování o přesměrování výjezdové skupiny a operační řízení výjezdových skupin,

- c) řízení a organizaci přednemocniční neodkladné péče na místě události a spolupráci s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému,
- d) spolupráci s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče,
- e) poskytování instrukcí k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací v případě, že je nezbytné poskytnout první pomoc do příjezdu výjezdové skupiny na místo události,
- f) vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě události, které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta,
- g) soustavnou zdravotní péči a nepřetržité sledování ukazatelů základních životních funkcí pacienta během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi cílového poskytovatele akutní lůžkové péče,
- h) přepravu pacienta letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,
- i) přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak,
- j) třídění osob postižených na zdraví podle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadném postižení osob v důsledku mimořádných událostí nebo krizových situací.

Zákon 374/2011 Sb. udává pět pilířů ZZS a to následovně – ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti, vzdělávací a výcvikové středisko.

1.2 Ředitelství

Ředitelství je centrálním řídicím a koordinačním pracovištěm pro poskytování ZSS a pro činnosti k připravenosti poskytovatele ZZS na řešení mimořádných událostí a krizových situací na území kraje, které zajišťuje zejména činnosti ekonomického, organizačního a technického charakteru. Ředitelství musí být umístěno v sídle poskytovatele ZZS.

1.3 Zdravotnické operační středisko (ZOS), pomocné operační středisko

Zákon 374/2011 Sb. popisuje ZOS a POS následovně: ZOS je centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém režimu.

Franěk (2015) uvádí 3 základní typy rozdělení činností ZOS. První je příjem a vyhodnocení tísňového volání a vyhodnocení výzev od ostatních složek IZS nebo do orgánů krizového řízení. Dispečer by měl získat dostatek potřebných informací od volajícího, aby správně vyhodnotil naléhavost výzvy a následně aktivoval výjezdovou skupinu. To vše v co nejkratším čase. Některé situace vyžadují zásah i ostatních složek IZS. Pokud je nezbytné poskytnout první pomoc ještě před dojezdem výjezdové skupiny, je úkolem dispečera podávat volajícímu instrukce k provedení první pomoci.

Druhou činností je operační řízení výjezdových skupin. Dispečer musí mít přehled, kam jednotlivé výjezdové skupiny vyslal, a kde se nachází. Zároveň by měl mít v záloze volnou výjezdovou skupinu pro případ nouze. Součástí operačního řízení je vzájemná koordinace činností jednotlivých výjezdových skupin, ale také součinnost s ostatními zasahujícími složkami IZS

Jako poslední významná činnost ZOS je informační služba. ZOS Zajišťuje komunikaci mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a poskytovateli akutní lůžkové péče.

Dispečer upozorňuje na příjezd posádky, aby byl zdravotnický personál připraven na převzetí pacienta. Tato služba je určená i pro veřejnost. Dispečer poskytuje informace a doporučení ohledně řešení běžných zdravotních obtíží nebo poskytuje informace o dostupnosti zdravotnické služby v okolí.

Pomocné operační středisko je pracovištěm operačního řízení a je podřízeno ZOS. (Remeš, 2013)

1.4 Výjezdové základny s výjezdovými skupinami

Jak již zmiňujeme výše, operátor ZOS či pomocného operačního střediska dává pokyn výjezdové základně k výjezdu výjezdové skupině.

Členy výjezdové skupiny jsou zdravotničtí pracovníci, kteří vykonávají činnosti ZZS. Poskytovatel ZZS určuje jejich vedoucího, skupinu tvoří nejméně 2 členové.

Rozlišujeme čtyři typy výjezdové skupiny na základě povahy a závažnosti stavu osoby vyžadující PNP (viz níže). Dle typu využitých dopravních prostředku lze také rozlišovat výjezdovou skupinu určenou pro pozemní, letecké či vodní záchranou pomoc.

Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) – členy posádky jsou řidič záchranář a zdravotnický záchranář

Rychlá lékařská pomoc (RLP) – zde je členem také řidič záchranář, zdravotnický záchranář, ale navíc lékař

Rendez-Vous (RV) – též setkávací systém, jedná se o systém, kdy je k dispozici jak lékař, tak také RZP posádka. Většinou vyjíždějí tyto dvě posádky společně, ale z různých míst.

Letecká záchranná služba (LZS) – k dispozici je zdravotnický záchranář a lékař. (Uhýrková, 2016)

1.5 Pracoviště krizové připravenosti

Cílem tohoto pracoviště je připravit ZZS na mimořádnou událost. Je nutné, aby reakce na tuto nastalou událost byla koordinovaná a aby přechod z běžného pracovního režimu do nouzového režimu byl plynulý. (Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje)

Pracoviště krizové připravenosti má na starosti veškeré činnosti, které vycházejí z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace IZS. Dále psychosociální intervenční službu. Stará se o vzdělávání a výcvik v oblasti řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof, navíc také vzdělávání a výcvik složen IZS k poskytování resuscitace. Jejich úkolem je také příprava a vypracování traumatologického plánu a návrh změn a aktualizací. Mezi poslední jejich činnost patří zabezpečení a koordinace komunikačních prostředků pro plnění úkolů ZZS v IZS a v krizovém řízení. (Zdravotnická záchranná služba libereckého kraje)

1.6 Vzdělávací a výcvikové středisko

Tento úsek se zabývá průběžným vzděláváním a koordinací pracovníků ZZS. Je také organizátorem a realizátorem různých školení a exkurzí pro širokou veřejnost.

1.7 Přednemocniční neodkladná péče (PNP)

Neodkladná péče je odvětvím medicíny, které se věnuje naléhavým a závažným až kritickým stavům. Kritický stav znamená ohrožení života nastupující dekompenzací základních funkcí. Naléhavost odráží náhlý vznik, náhlé postižení zdraví. Vyjadřuje akutní stav a současně indikaci neodkladného léčebného postupu. Přednemocniční neodkladná péče (dále PNP) je odbornou zdravotnickou péčí o postižené přímo na místě úrazu nebo náhle vzniklého závažného onemocnění – v terénu, na ulici apod. (Knor, 2000)

Při výkonu PNP se uplatňuje medicínský obor Urgentní medicína. Obor je založen na znalostech a dovednostech nezbytných pro diagnostiku širokého spektra somatických a duševních onemocnění, která postihují osoby všech věkových kategorií. Urgentní medicína má svá specifika – časová tíseň, poskytnutí pomoci bez zbytečného odkladu, často nedostatek potřebných informací, neznámé prostředí pro záchranáře, agresivní či nepřátelské jednání pacienta nebo jeho okolí, omezené možnosti konzultace léčebného postupu a neposlední řadě vysoké fyzická a psychické nároky kladené na pracovníky ZZS. Hlavní roli má mimo jiné také rychlé rozhodování a improvizace záchranářů. (Remeš, 2013)

2 KOMUNIKACE OBECNĚ

Komunikace z latinského *communicare*, sdílet, radit se, má mnoho významů, avšak v rámci tématu je pro nás důležitá komunikace řadící se do oboru humanitních věd. Komunikaci lze také nazvat jako dorozumívání, kam tedy patří lidská řeč a písmo.

Pojem komunikace se v odborné literatuře setkává s mnoha vymezeními. Pro naše účely je vhodné citovat komunikaci podle Hartla, ten ji definuje jako „dorozumívání, sdělování, přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé“ (Hartl, 2015) či dle Krivohlavého jako „Transfer (přenos) informací (zpráv) mezi vysílačem (řečníkem) a přijímačem (příjemcem zprávy, posluchačem). (Krivohlavý, 1988)

Komunikovat tedy znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si své myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. (Špatenková 2009)

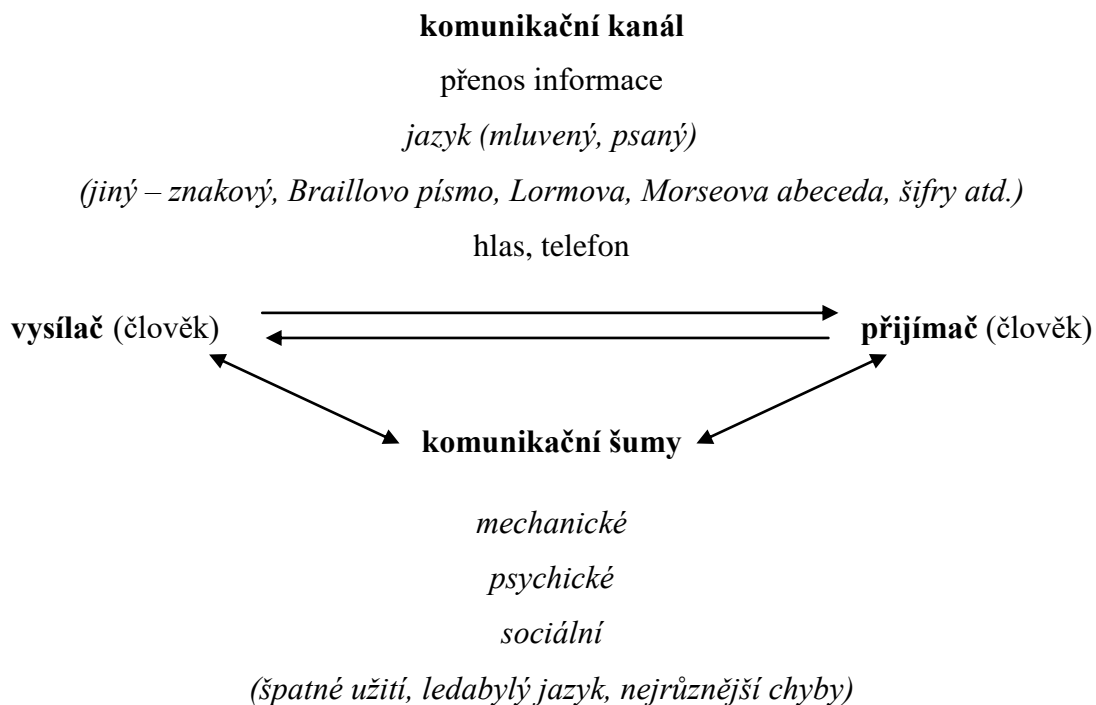
V obecné rovině lze komunikaci definovat jako sdělování informací za pomoci signálů a prostředků. Komunikace může probíhat mezi dvěma a více lidmi nebo například formou tisku a podobných médií.

V ošetrovatelském procesu se komunikace specifikuje na výměnu informací mezi pacientem a lékařem – záchranářem. Oba aktéři jsou zároveň jak vysílačem, tak přijímačem informací. Komunikaci lze definovat také jako kontinuální a dynamický proces, kdy se oba aktéři snaží budovat a rozvíjet vzájemný vztah. Jedná se tedy o nedílnou součást ošetrovatelské péče a vlastně také o její základ.

Komunikace je v oboru zdravotnictví velmi specifická. Vzájemný komunikační vztah by měl být mezi pacientem a zdravotníkem rovnocenný. Po profesní stránce je však přirozené, že zdravotník je z hlediska pracovní pozice jistou autoritou a expertem. Předpokládá se, že tedy komunikace s pacientem do určité míry řídí a usměrňuje. Ve zdravotnictví se využívá nejen komunikace interpersonální (mezi dvěma či více lidmi), ale také intrapersonální (získávání informací z počítače či archivu) či masová (zprostředkovanou masmédií). (Zacharová, 2017)

2.1 Komunikační schéma

Linhartová (2007) ve své knize popisuje cestu a způsob, jakým informace probíhá. V teorii komunikace označuje tuto cestu, jako komunikační kanál viz níže.



2.2 Formy komunikace (verbální x neverbální)

Komunikaci lze rozdělit na dvě formy, a to na komunikaci verbální a neverbální neboli nonverbální. Tyto dvě formy se navzájem doplňují, a dokonce může jedna druhou zastupovat. Verbální a neverbální projevy mohou být také v některých případech v rozporu, a to z důvodu, že lidé často něco říkají, ale chování tomu neodpovídá.

2.2.1 Verbální komunikace

Největší vymožeností lidstva je jazyk, tedy řeč. Ta umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností. Vybíral ve své publikaci uvádí, že verbální komunikací rozumíme dorozumívání se jedné, dvou a více osob pomocí jazyka nebo jinými znaky jazykového systému. (Vybíral, 2005)

Mikuláščík verbální komunikace definuje jako vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka. (Mikuláščík, 2003). Verbální komunikace je nezbytnou součástí sociálního života a nezbytnou podmínkou myšlení.

2.2.1.1 Verbální komunikace ve zdravotnictví

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nutné, aby měl zdravotník osvojené schopnosti účelné sociální komunikace. Společným cílem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů (jak v oblasti somatické péče, tak v oblasti psychické a sociální). Při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je nutné navodit důvěru.

Pro kvalitní navození úspěšné komunikace je nutné dodržovat určité požadavky:

- a) individuální přístup – přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta, důležitý je citlivý a taktní přístup,
- b) úcta k pacientovi – vážit si ho jako člověka za všech okolností, respektovat ho a ponechat mu určitou autonomii, pacient může mít jiný názor než zdravotník,
- c) pozitivní vztah k pacientovi – ten se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce, vše, co zdravotník udělá či neudělá, má vliv na pacienta.

Profesionální chování v sobě nese také schopnost navazovat a udržovat slovní kontakt. Slova jsou totiž značnou částí sociální komunikace. Prostřednictvím slov zdravotník vysvětluje, získává, přesvědčuje, motivuje nebo informuje pacienta o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. (Zacharová, 2017)

Všeobecně je známé, že není zcela důležité, co sdělujeme, ale jak to sdělujeme. To, jak se vyjadřujeme je hlavním faktorem, který určuje, zda druhá osoba bude mít zájem semnou komunikovat.

2.2.2 Neverbální komunikace (nonverbální, mimoslovní)

Neverbální komunikace se značí především tím, že se jedná o komunikaci beze slov. Znamená to, že tělo mluví i když neotevřeme ústa. Lze ji definovat jako řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, které řeč doprovází. (Venglářová, 2006)

V některých případech může neverbální komunikace úplně nahradit komunikace verbální (někdy zkrátka postačí mimika či gesto). I přesto však verbální komunikaci úzce doprovází a je její nedílnou součástí. (Janáčková, 2008)

Při neverbální komunikaci komunikujeme – výrazem obličeje (mimika), oddálením či přiblížením (proxemika), dotekem (haptika), postojem (posturologie), pohyby (kinetika), gesty (gestika), pohledy, tónem řeči (paralingvistika) nebo například úpravou zevnějšku.

Beran rozděluje neverbální komunikaci na:

- a) mimiku
- b) gesta
- c) pantomimiku
- d) paraverbální projevy (intonace řeči, rychlost a hlasitost řeči, pauzy v řeči a tón hlasu)

Dále mezi neverbální komunikační dovednosti řadí pozorování, naslouchání, empatii, projevy zájmu a respekt. (Beran, 2000)

2.3 Druhy komunikace v PNP

Komunikace v přednemocniční neodkladné péči je rozmanitá. Dochází ke komunikaci dispečinku s volajícím, pacienta se zdravotnickým záchranářem a komunikaci záchranáře s rodinnými příslušníky nebo svědky události. Patří sem také komunikace mezi samotnými pracovníky zdravotnické záchranné služby a komunikace se zdravotnickým zařízením při předání pacienta. (Andršová, 2012)

Komunikace mezi dispečinkem a volajícím

Volání na linku IZS bývá způsobené neobvyklou situací a tak není divu, že lidé, kteří volají, mohou být zmatení, nervózní či rozčilení. Komunikace může být ztížena také povětrnostními podmínkami, hlukem z pacientova okolí, nebo špatným signálem. Z těchto důvodů mají dispečeri značně ztížené pracovní podmínky, proto je důležité pacienta uklidnit a získat od něj důležité informace, jako například polohu místa události, počet raněných, typ události atd. Dispečeri pracují pod časovým presem a během jejich služby na jejich bedrech leží osud několika volajících. Proto je důležité, aby dispečeri procházeli pravidelnými školeními, na kterých si zopakují zásady provedení hovoru. Mezi tyto techniky patří například vyhýbaní se sugestivním otázkám, nepoužívání cizích slov, pokládání jednoduchých a krátkých otázek, uklidnit volajícího, zopakovat po volajícím název vesnice nebo ulice a ujistit se, že rozuměl správně. (Andršová, 2012)

Máme několik typů volání, se kterými se mohou dispečeri setkat. Mezi nejrozšířenější patří volání tzv. z první ruky, kdy si sám pacient volá ZZS. Druhým typem je volání tzv. z druhé ruky, kdy ZZS volá osoba, která byla svědkem události. Posledním typem volání no ZOS ZZS je tzv. volání z třetí ruky, které je zprostředkované přes další osobu a je riziko velkého zkreslení informací. (Andršová, 2012)

Komunikace mezi záchranářem a pacientem

Zvládnutí komunikace s pacientem je jeden z hlavních předpokladů, že záchranář zvládne správně odebrat osobní anamnézu od pacienta a zjistit, co pacienta trápí. Mezi základní mechanismy v každé komunikaci patří respekt, empatie, aktivní naslouchání a projevení zájmu. Mezi další prvky efektivní komunikace řadíme stručnost, jasnost a srozumitelnost. Záchranář by měl dodržovat tzv. pravidlo 4P, tedy pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Velmi důležité je projevit zájem o pacienta a jeho situaci, projevit empatii a pacientovi naslouchat. Velice negativní je projevit lhostejnost a nezájem o pacienta. (Andršová, 2012)

Komunikace s rodinnými příslušníky

Posádka ZZS by měla být volána pro pacienty v závažném, život ohrožujícím stavu, proto je důležité zvládnout komunikaci s rodinnými příslušníky, uklidnit je a pokusit se od nich zjistit co nejvíce informací o pacientovi. Důležité je to zejména u pacientů v bezvědomí, nebo u pacientů, kteří z nějakého důvodu nejsou schopni sdělit o sobě důležité informace. Mezi tyto informace patří osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, pracovní anamnéza, příčina a mechanismus úrazu. (Andršová, 2012)

Reakce rodinných příslušníků bude záležet na stavu nemocného. Mnohdy dochází k eskalování emocí, kterým dominují zejména strach a úzkost. V tomto momentě je důležité zvládnout s těmito příslušníky komunikaci, uklidnit je a přimět se soustředit na otázky, které jsou nezbytně nutné pro zjištění vyvolávající příčiny. Je třeba rodinným příslušníkům i v hektické situaci poskytnout pocit, že nejsou sami a poskytnout jim psychickou podporu. (Andršová, 2012)

Chování příbuzných nelze odhadnout, každý na takovou situaci reaguje jinak. Někdo se uzavře do sebe a nekomunikuje, někdo bude kolem postiženého pobíhat a znemožní tak práci zdravotnickým záchranářům. Příbuzní by neměli být vyháněni

z místa události, protože pak u nich můžeme vyvolat pocit nejistoty, co se odehrává ve vedlejší místnosti. V těchto situacích se osvědčilo, když rodinný příslušník mohl držet ruku postiženého. (Andršová, 2012)

Komunikace se svědkem události

Dojde-li ke vzniku nějaké nehody či situace, která indikuje výjezd ZZS, může být pro výjezdovou skupinu zasahující na místě události těžké získat informace přímo od pacienta, proto je důležité obrátit se na svědky události. Po získání dostatečného množství informací je však důležité svědky události vykázat do dostatečné vzdálenosti od místa události, aby byl záchranář schopný vykonávat svou práci. (Andršová, 2012)

Komunikace v záchranářském týmu

Základem pro týmovou spolupráci jsou společné cíle, jasná komunikace mezi členy a pozitivní naladění. Každý správně fungující tým by měl být schopný efektivně komunikovat. Součinnost, sebranost a spolupráce v týmu jsou základem, pro správně prováděnou zdravotní péči. (Andršová, 2012)

Při situacích, na které nejsou vytvořené doporučené postupy a je nutná součinnost s ostatními složkami IZS, je nutná správná komunikace v týmu. Máme určitá pravidla pro komunikaci v týmu, mezi které patří například seznámení s ostatními spolupracovníky, respektovat pokyny vedoucího týmu, udržet komunikaci se všemi členy týmu a dodržovat základy slušného chování. (Andršová, 2012)

Komunikace při předávání pacienta do zdravotnického zařízení

Komunikace při předávání pacienta do cílového zdravotnického zařízení je posledním článkem řetězce poskytování PNP a zároveň komunikační fáze se členy výjezdové skupiny ZZS. Ideální je, když na obou stranách panuje respekt a slušné chování. Při předávání pacienta se nesmí opomenout na pacientovi pocity. Nemělo by docházet pouze ke komunikaci mezi zdravotníky a přehlížení pacienta. Do rozhovoru by měl být vtažen také pacient například tím, že se ho lékař optá, jak se momentálně cítí. (Andršová, 2012)

2.4 Specifické typy komunikace

Komunikace s dítětem

Komunikace s dětským pacientem je velmi obtížná, proto je komunikace zaměřena zejména na rodiče, popřípadě osobu, která dítě doprovází. Doporučuje se volit citlivý přístup k rodičům, kteří v těchto situacích mohou být nervózní a reagovat neadekvátně. Při transportu dítěte do zdravotnického zařízení by měl být rodič vždy s dítětem. V komunikaci s dětským pacientem se snažíme dítě zaujmout hračkou, popřípadě dovolíme vzít dítěti s sebou oblíbenou hračku z domova. Doporučuje se dítě pohladit, usmát se na něj, kleknout si, aby naše oči byli ve výši očí dítěte, nelhat a mluvit tak, aby nám dítě rozumělo. Následně je nutné se přesvědčit, že dítě rozumí tomu, co říkáme. (Andršová, 2012)

Komunikace s osobami se zdravotním postižením

Většina zdravotnických pracovníků se obává komunikace s pacienty se zdravotním postižením. Obávají se chyb a omylů, které by mohli způsobit. Existují určitá doporučení, kterými bychom se měli řídit. Mezi tyto doporučení patří například zjistit od pacienta, jak moc je soběstačný. U nevidomých pacientů je důležité, abychom jim průběžně říkali, co děláme a co se chystáme udělat. U sluchově postižených pacientů je důležité mluvit pomalu, směrem k pacientovi a užívat krátké a jednoduché věty, doporučuje se užít tužka a papír pro snížení obtížnosti komunikace. (Andršová, 2012)

Komunikace s geriatrickými pacienty

Senioři patří k nejčastějším klientům zdravotnické záchranné služby, proto je důležité vědět, jak efektivně a správně s nimi komunikovat. Komunikace s osobami staršího věku je složitější a je důležité dodržovat určitá pravidla komunikace. Mezi tyto pravidla patří například respektovat pacienta, oslovovat ho jménem, nezvyšovat hlas, mluvit pomalu, mluvit čelem k pacientovi a ujistit se, že nám senior porozuměl. (Andršová, 2012)

2.4 Vybrané situační aspekty v PNP

Situační aspekty se týkají jak záchranáře, tak i pacienta. Povolání zdravotnického záchranáře je spojeno s velkým stresem, který by se však nikdy neměl projevit v průběhu konání povolání. Mezi nejhorší situace, kterým může být záchranář vystaven, jsou například neúspěšná kardiopulmonální resuscitace, poranění dětí, hromadné postižení osob či konfrontace s agresivním pacientem. (Andršová, 2012)

2.4.1 Stres

Nejčastější situační aspekt, který ovlivňuje chování. Stres působí jak na pacienta, zdravotnického záchranáře, tak i na rodinné příslušníky, kteří jsou přítomni při ošetřování.

Do češtiny bývá překládán jako zátěž, tlak či napětí. Jedná se o reakci organismu na nějaký stresor. Stres má jak pozitivní, tak negativní vliv na lidské vnímání a chování. Mezi pozitivní vlivy patří aktivace organismu v případě ohrožení, zvyšuje se svalový tonus a síla, dochází ke snížení vnímání bolestivých podnětů a dochází ke zlepšení kognitivních a smyslových schopností. Mezi negativní vlastnosti stresu patří například zamrznutí, neschopnost reagovat nebo reagovat nepřiměřeně. (Andršová, 2012)

Jak zdravotnický záchranář bude v dané situaci jednat, záleží na povaze jedince a na schopnosti zvládat stresové situace. Zvládnutí stresové situace bude pravděpodobnější u jedinců, kteří jsou z fungujících rodin, popřípadě z fungující společnosti. Tito jedinci se staví ke stresu čelem a snaží se ho zvládnout a stresovou situaci řešit. (Andršová, 2012)

2.4.2 Frustrace

Frustrace neboli neschopnost dosáhnout cíle či neuspokojit některé ze základních potřeb, patří mezi negativní aspekty, které se mohou projevovat mimo jiné také pocity neklidu, deprese či agrese. Frustrace bývá nejčastěji doprovázená agresí.

V přednemocniční neodkladné péči se setkáváme s frustrací velmi často. Nejčastěji se vyskytuje u záchranářů, kteří v některých situacích nejsou schopni pomoci pacientovi například z důvodu poranění neslučitelným se životem, nebo i přes veškerou péči, kterou pacientovi věnovali. (Andršová, 2012)

2.4.3 Konflikt

Ať už chceme nebo ne, konflikt je součástí života a nelze se mu vždy vyhnout. Někteří lidé se konfliktu obávají, jiní jej aktivně vyhledávají. Konflikt může vzniknout jak mezi zdravotníkem a pacientem, tak i mezi zdravotníky samotnými. Existuje také tzv. vnitřní konflikt, který vzniká v okamžiku, kdy se máme rozhodnout, ale nejsme zcela přesvědčeni o možném výsledku. (Andršová, 2012)

2.4.4 Bolest

Dle WHO je bolest definována jako *„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním anebo potenciálním poškozením tkání anebo je popisovaná výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“*

Bolest se rozděluje do několika skupin. Hlavní rozdělení bolesti je na bolest akutní a chronickou. Akutní bolest má primárně obranný účinek a snaží se varovat jedince před akutním poškozením tkáně. Chronická bolest nemá žádný obranný efekt a velmi často bývá doprovázená zhoršením psychických vlastností jedince. (Andršová, 2012)

Každý pacient má právo netrpět bolestí, proto je zejména přednemocniční péče zaměřena na zmírnění akutní bolesti, kterou lze zajistit pomocí farmak. Bolest je subjektivní pocit, je ovšem důležité brát na ní zřetel. Důležitá je psychologická podpora pacienta a upozornění před prováděním nějakého bolestivého zákroku. Příprava na bolest by měla obsahovat zdůvodnění výkonu, popis výkonu jeho důsledky pro pacienta. (Andršová, 2012)

2.4.5 Strach a úzkost

Strach a úzkost bývají vyvolány pocity strachu a ohrožení. Strach je spojován s určitou situací či objektem, kdežto úzkost nebývá konkrétní a často chybí její příčina. Z tohoto důvodu se úzkost snáší hůře než strach. (Andršová, 2012)

Bartůňková (2010) definuje strach jako stav spojený s redistribucí krve převážně do dolních končetin, s přípravou na útěk, v obličejí dochází k zblednutí. První fází je ztuhnutí, vyčkání, co a jak bude, volby, zda utéct či se skrýt.

Strach může být u pacientů v PNP vyvolán například bolestí, odloučením od rodiny, obavy ze smrti a umírání.

Komunikace s tímto pacientem bude zaměřena zejména na psychologickou podporu, rozptýlení a snahu odstranit příčinu strachu či úzkosti. (Andršová, 2012)

2.5 Podmínky správné komunikace

1. jasnost, pravdivost informace;
2. přesné, podrobné, srozumitelné vyjádření vhodnými komunikačními symboly;
3. rychlost přenosu informace, vhodné informační kanály (televize, rádio, tisk);
4. srozumitelnost informace pro příjemce, tj. její přizpůsobení duševní úrovni příjemce;
5. zpětná vazba, tj. ověření si, zda byla informace včas přijata a správně pochopena.

2.6 Komunikační zlovyky a překážky

Vymětal (2009) ve své knize zmiňuje komunikační zlovyky, které mohou vzniknout v rámci záchranářské profese. Lze je rozdělit na komunikační zlovyky v rámci aktivní komunikace a pasivní. Kdy aktivní komunikace spadá do sdělovací části komunikace a pasivní pak do části naslouchací.

Při komunikaci s pacienty, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí, může dojít k mnoha chybám a tím vyvolat tzv. sekundární traumatizaci.

Komunikační zlovyky při sdělování – aktivní komunikace:

- a) **vyjadřování pocitů oklikou** – neříkáme přesně, co myslíme „filtrujeme“ nepříjemné pocity, pouze naznačujeme
- b) **neupřímnost** – zastíráme pocity či potřeby, zkreslujeme či hraje pocity
- c) **nejasnost, nekonkrétnost, mnohoznačnost sdělení**
- d) **přehánění** – tendence hodnotit situace nadsazeně
- e) **značkování** – tendence „označkovat“ druhého vlastností, namísto hodnocení našeho pocitu z určitého chování
- f) **nadměrné zobecňování** – zevšeobecnění na základě jednoho nebo mála případů
- g) **připisování úmyslu** – tomu, co druhý říká, připisujeme nějaký jeho skrytý úmysl
- h) **překrucování skutečnosti**

- i) nesoulad verbálního a neverbálního projevu**
- j) únik od tématu**
- k) přehnané emoční reagování**

Komunikační zlozvyky při naslouchání – pasivní komunikace:

- a) čtení myšlenek** – do sdělení druhého vkládáme vlastní význam, vlastní očekávání nebo obavy
- b) přerušování a skákání do řeči** – typické pro netrpělivé lidi, vyvoláváme v druhém pocit, že ho nechápeme, neposloucháme, že nás nezajímá
- c) nereagování na sdělení** – pokud chybí zpětná vazba, může mít druhý pocit, že ho ignorujeme nebo že mu nerozumíme
- d) neverbální odmítání** – nesoulad toho, co říkáme a jak se chováme neverbálně, druhého mate (např. těkání očima, odklon naší pozornosti). (Vymětal, 2009)

Dalším negativem během komunikace mohou být komunikační překážky. Mezi ně řadíme například – nesoustředěnost, měněné vnímání, porucha řeči, neuvědomělé příčiny chování a jednání, malá slovní zásoba, urážlivost, devalvující způsoby komunikace, odbíhání od podstaty, aktivní negativismus, mlčení, neschopnost vyjadřovat své pocity a myšlenky nebo také osobní nejistota, strach se projevit.

3 AGRESE A AGRESIVITA

Agrese není duševní poruchou ani nemocí. Agresi většinou vykazují psychicky zdraví jedinci a naopak ti s duševní poruchou jí v mnoha případech nejsou zcela schopni.

Název pochází z italského slova *agressio* = útok, napadení, agrese. Je to útočné jednání, které je zjevné a záměrné a má za cíl způsobit škodu. Ublížit živým i neživým objektům. Lidem i sobě sama. Agrese pod vlivem návykových látek nemá jasný motiv, ovšem i tak je za projev násilí považována. Agresi poznáme podle jasné viditelnosti a následků jejích projevů. Sklony a připravenost k reakci a projevů násilí je nazývána agresivita. (Martínková, 2016)

Agrese:

Pojem agrese a pojem agresivita jsou dva odlišné výrazy, které mají podobné obsahy. Často se nejen laikům nedaří správně definovat. Je třeba jejich význam dostatečně zdůraznit a vysvětlit. Definic existuje celá řádka, avšak my zvolili pouze některé z nich.

Harding ve své zahraniční publikaci uvádí definici agrese jako „jednorázové vybití vnitřního napětí násilným chováním, a to s cílem zničit nebo poškodit nějaký objekt.“

Lidskou agresi je možné definovat jako „záměrné jednání, jehož cílem je ublížit jinému člověku.“ (Čermák, 1998)

Definici agrese jako záměrné ubližování, způsobování negativních důsledků popisuje ve své knize Fischer. Agrese je tedy chování a má za následek ublížení, poškození či chování k němu směřované. Znakem je cílevědomý charakter. S již popsanou agresí jakožto určitým způsobem chování jedince, souvisí i výrazy jako například agresivita, násilí, agresivní chování, hostilita a jiné. (Fischer, 2009)

Agresi fyzicky provází hněv redistribuce krve hlavně do horních končetin s tendencí popadnout někoho nebo něco. Projeví se zrudnutím v obličeji. (Bartůňková, 2010)

Agresivita:

„Agresivita je obecná dispozice k agresivnímu chování. U jedince s vysokou mírou agresivity je potom agresivní jednání častější.“ (Čermák, 1998)

Nakonečný (1997) uvádí, že agresivita je rysem osobnosti, který se projevuje určitou mírou energie a určitým způsobem chování.

Dle Vágnerové (2004) je agresivita označení pro tendenci k útočnému a násilnému jednání vůči druhé osobě či okolí.

Další autor definuje agresivitu jako navyklý způsob chování s tendencí reagovat dlouhodobě útočným, hostilním zaměřením, s vysokou pohotovostí k agresi. (Hanušková, 2008)

Hanušková dále uvádí, že „Akutní neklid a agrese může být průvodním jevem mnoha psychických poruch, musíme ale také odlišovat nepsychiatrické příčiny neklidu. Naším primárním úkolem je zajistit bezpečnost pacienta a ostatních přítomných osob. Farmakologická intervence bývá nezbytná, zkrátí dobu neklidu a eventuálního fyzického omezení.“

3.1 Druhy agrese

Existuje mnoho již popsanych druhů agrese, některé jsou dokonce společensky tolerované až žádoucí a to například ve sportu. Pro naše účely jsou však druhy agrese zcela jiného charakteru.

Andršová (2015) rozděluje druhy agrese následovně:

Verbální – nadávky, ironie, sarkasmus, vulgarismy, pomluvy, obecně devalvační mechanismy v rámci verbální komunikace.

Fyzická – strkání, narážení, napadání, poškozování a ničení věcí.

Psychická – následkem vzniká emocionální újma, prostředkem bývá verbální agrese, nedostatečné uspokojování psychických potřeb (jistoty, blízkosti, bezpečí), ponižování, šikana, nadměrné omezování a kontrola.

Sociální – materiální a finanční týrání (senioři), pomluvy či zesměšnění a stigmatizace před společností.

Sexuální násilí – sexuální zneužívání, obtěžování, znásilnění, vystavování nevhodným sexuálními podnětům (u dětí).

Institucionální týrání – v nemocnicích, domovech důchodců, věznicích, tam kde se nemohou oběti bránit.

Mediální násilí – dehonestující informace o etnicích či násilí ve filmech.

Rasové násilí – diskriminace z důvodu odlišnosti rasy.

Přenesená forma agresivity – objektem agrese se stává „obětní beránek“ – náhradní oběť namísto člověka, na kterého bychom chtěli zaútočit.

Mobbing, boxing – objevující se šikana na pracovišti – v pracovním týmu mobbing a z pozice vedoucí bossing.

Stalking – pronásledování, sledování a obtěžování oběti (telefonické, přímým kontaktem)

Autoagresivita – agrese směřuje k vlastní osobě, extrémním případem může být v běžném životě sebevražda.

Heteroagresivita – agrese je zaměřená vůči druhému člověku nebo skupině.
(Andršová, 2012)

4 PACIENT V PNP

Člověk je objektem zdravotnické péče, člověk jakožto jednota bio-psycho-eko-sociálních činitelů. Humánní přístup a respekt k lidské individualitě by měl být při zásahu prioritou, jelikož záchranář neléčí samotnou nemoc, ale člověka, kterého daná nemoc postihla.

Pacient v PNP je v odlišné situaci než pacient v ambulanci – lékaře neplánoval a ani si lékaře či záchranáře nemohl zvolit – ocitl se v péči osob, které nezná. Pacient nemá ponětí co se s ním děje, kam ho záchranáři převážejí a nezná svoji diagnózu. Pravděpodobně má velké bolesti a pravděpodobně se nachází v situaci, kterou vyhodnocuje jako kritickou. Právě z těchto všech důvodů je třeba přistupovat k pacientovi s empatií, se zájmem a především porozumění – snaha pochopit psychický stav pacienta. (Andršová, 2012)

Křivohlavý ve své knize Psychologie nemoci uvádí model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušení zdraví:

„Do jaké míry je daný člověk znepokojen až poděšen příznakem, který se u něho objevil?“

„Jaké povahy a kvality je tento příznak?“

„Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími?“

„Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – například dovolenou?“

„Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace? – Například zda zaměstnavatel vyhrožuje danému pracovníkovi propuštěním.“

Králová (2005) ve svém článku zmiňuje, že záchranné služby jsou jedním z nejrizikovějších pracovišť z hlediska opakovaného výskytu agresivního chování.

4.1 Agresivní pacient

Agrese či násilí ve zdravotnictví je čím dál více diskutovaným tématem. Agresivních pacientů neustále přibývá a zdravotničtí pracovníci jsou vystaveni vysokému riziku násilného chování po celém světě. Mezi 8 – 38 % zdravotnických pracovníků trpí v určitou dobu své kariéry fyzickým násilím. Mnoho dalších je

ohroženo nebo vystaveno verbální agresi. Většinu násilí páchají agresivní pacienti. Mezi nejvíce ohrožené zdravotnické pracovníky patří zdravotní sestry a zdravotničtí záchranáři. (World Health Organisation, 2019) Agrese může způsobit jak fyzická zranění tak může mít následky i psychologické povahy. Hněv, strach či úzkost, příznaky posttraumatické stresové poruchy, vina, hanba. To vše souvisí s poklesem pracovní spokojenosti a zvýšeným záměrem změnit povolání. (Baby, 2018)

4.2 Příčiny agresivního chování

Agresivní chování může být vyvoláno z různých příčin. Mezi tyto příčiny patří: frustrace, bolest, strach, nejistota, bezmocnost, pocit ohrožení, zklamaná očekávání, pocity krivdy a nespravedlnosti, ponížení či zesměšnění, veliká zátěž, osobnost pacienta, psychiatrická anamnéza, vliv alkoholu a drog – intoxikace. (Andršová, 2012)

5 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM V PNP

PNP jakožto složky integrovaného záchranného systému jsou velmi často vystavováni nevyhovujícímu – agresivnímu chování pacientů. Často toto chování nabudí nespokojenost s poskytovanou péčí. Pacient začne klást své požadavky a přestává akceptovat své povinnosti. Tím se začne vytrácet vzájemný respekt mezi pacientem a záchranářem. Ne vždy je to chybou nezvládnuté komunikace či nezvládnutí situace. Agrese totiž bývá často bezdůvodná.

Kelo (2008) ve svém výzkumu zaměřeným na posádky zdravotnických záchranných služeb realizovaný v roce 2008 zjistil, nejčastějšími agresory jsou mladí muži a to pod vlivem alkoholu. U opačného pohlaví se pak jedná o verbální druh agrese.

Křížová (2006) ve svém článku přisuzuje agresivní chování náhlému vzniku akutního neklidu. Ten bývá často jako doprovodný příznak jiného onemocnění (poranění mozku, hypoxie, epilepsie, demence, mentální retardace nebo například schizofrenie) či intoxikace léky, alkoholem nebo drogami. Dále autorka upozorňuje na první kontakt zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem, kdy je nutné co nejrychleji odhadnout danou situaci, snaha o porozumění příčinám vzniklé agrese a rychlé a správné zareagování.

5.1 Pravidla pro komunikace s AP

Mezi základní pravidla komunikace s agresivním pacientem patří zhodnocení možné míry ohrožení. Pokud se zdá, že míra ohrožení je příliš vysoká a mohla by ohrozit naše zdraví, doporučuje se nevcházet do místnosti či objektu sám. Je vhodné do místnosti či objektu vstupovat s kolegou, popřípadě přivolat na pomoc policii. Důležité je také stanovení míry rizika. Míru rizika lze snížit, pokud se vyhneme dlouhému upřenému pohledu do očí pacienta. Zaměříme se také na předměty, které může mít agresor u sebe nebo ve své blízkosti. Záchranář by měl vše řešit s klidem a rozvahou. Všímáme si a vyhodnocujeme grimasy celého těla včetně verbálních a neverbálních projevů. Zaměříme se zejména na zrychlené pohyby, zaťaté pěsti, kopání, mimiku a svalstvo obličeje. (Andršová, 2012)

Důležité je mít vždy nějakou možnost útěku. Neměli bychom se nechat zahnat do kouta. Vždy bychom měli stát mezi dveřmi a agresorem. Ideální je dostatek prostoru

a znalost prostředí a únikových cest. Doporučuje se zvolit soukromé a klidné prostředí. Nenecháme se vyprovokovat k agresivnímu chování. V případě použití agrese by se jednalo o takzvané spirálové posilování agresivity. To znamená, že každý podporuje agresivitu svého protivníka. Agresivita vyvolává vyšší agresivitu, má vzestupnou tendenci a pak se špatně zvládá. Měli bychom mluvit bez emocí, středním tempem. Zachováme klid a nadhled. Pokusíme se agresora zklidnit například tím, že projevíme zájem, vyslechneme ho a zkusíme nalézt řešení celé situace. (Andršová, 2012)

6 PROBLEMATIKA AGRESIVNÍHO PACIENTA V ZAHRANIČÍ

Agresivní chování pracovníků ve zdravotnictví představuje rostoucí národní zájem nejen u nás ale i v zahraničí a má negativní následky jak na zdravotnické pracovníky, tak i na samotné pacienty. Naší snahou bylo vyhledat informace o problematice agresivního pacienta v přednemocniční neodkladné péči v zahraničních člancích. Bohužel jsme nenarazili na článek, který by se týkal této problematiky. Ve většině článků se jednalo o agresivního pacienta ve zdravotnickém zařízení. Jedním z důvodů může být, fakt, že ve spoustě zemí bývá přednemocniční neodkladná péče hrazená pacientem.

Jedním z těchto výzkumů byl výzkum, který probíhal v Chicagu v nemocnici Northwestern Memorial Hospital a to po dobu 1 roku. Tento výzkum probíhal formou online dotazníku o sérii 18 otázek týkajících se fyzického nebo slovního útoku a jeho dopadu. Cílem bylo zjistit prevalenci a dopad fyzického nebo verbálním napadení pacienty nebo jejich rodinnými příslušníky. Z 802 způsobilých respondentů hlásilo v průběhu dvanácti měsíců 34,4% případů fyzického nebo slovního zneužívání, z toho 13,5% bylo identifikováno jako fyzický útok. Významné byly také výsledky v porovnání s dobou praxe. U zaměstnanců, kteří uvedli, že pracují mezi 1 – 3 lety, byl zaznamenán průměrný počet událostí 6,16, oproti zaměstnancům jež zde pracují déle než 16 let, s průměrným počtem událostí 1,76. Vyšší míra hlášeného násilí u novějších zaměstnanců může naznačovat, že jsou více náchylní k násilí, nebo mohou častěji interpretovat události jako násilné nebo agresivní. Dalším cílem tohoto výzkumu, bylo zjistit dopad na zdravotnické pracovníky, kteří se s verbálním či fyzickým napadením setkali. 9,4% respondentů uvedlo, že potřebovali pár dní volna, 30,1% uvažovalo o změně povolání, 60,2% uvedlo alespoň jeden postratraumatický symptom a 19,2% hlásilo alespoň 2 postratraumatické symptomy. Výsledky dále zjistily, že nejvyšší výskyt násilí z řas pacientů mělo pohotovostní oddělení. (Rosenthal, 2018)

V dalším článku se dozvídáme o různých preventivních opatřeních proti násilí ve zdravotnictví. Jedním z nich je detekce kovů. Ať už jednoduchá detekce, kdy poprosíme jednotlivého pacienta, aby vyprázdnil kapsy či jeho tašku nebo přímo využití samostatných detektorů kovů. Dalším zmíněným opatřením je kamerový systém.

Existují důkazy, které toto opatření podporují. Studie ve Spojených státech zjistila, že fyzické útoky se v následujícím roce po zavedení kamerového systému snížily o 49%. Navíc záznamy umožnily rychlou identifikaci a rychlou reakci na násilné chování. Záběry pak také mohly být použity ke školení zaměstnanců. Jedním z základních opatření by mělo být právě vzdělávání zaměstnanců. Několik studií zjistilo, že výskyt násilí se snižuje po vyškolení zaměstnanců v rozpoznání rizikového chování, komunikaci a deeskalaci. (Morphet, 2018)

7 DEESKALACE AGRESIVNÍHO PACIENTA ZZS

Agrese a násilí pacientů v prostředí zdravotní péče je globální problém. Násilí způsobuje krátkodobé a dlouhodobé fyzické a psychické utrpení postižených zaměstnanců a je spojeno se syndromem vyhoření, snížení produktivity a zvýšené absence zdravotnických pracovníků. Prevence násilí by proto měla být prioritou. (Hallet, 2017)

Termín deeskalace byl poprvé použit v diskuzích o prevenci násilí ve zdravotnictví a sociální péči v polovině osmdesátých let. Ve zdravotnictví se užívání tohoto výrazu rozrostlo. Z pohledu veřejného zdraví je deeskalace definována jako hlavní forma prevence sekundárního násilí, která se objevuje tváří v tvář bezprostřední agresi. Deeskalace je popsána jako psychosociální intervence, která by měla být použita jako první reakce na násilí a agresi. (Hallet, 2017) Vede ke snížení napětí jak u pacienta tak i zdravotnických pracovníků. Je nutné nezapomínat, že bezpečnost zdravotníka je vždy na prvním místě. Existují 3 kroky deeskalace. Prvním důležitým krokem je posouzení situace, která spočívá v zjištění anamnestických údajů o daném pacientovi. Posuzujeme důvody, stadia a rizikové faktory. Je důležité si uvědomit své vlastní reakce, zůstat klidní a neposkytovat impulsivní odpověď. Následujícím krokem by měla být správná komunikace. Informování pacienta o tom, co se s ním děje, a bude dít, podporuje jeho důvěru. Třetím a také posledním krokem je vyjednávání. S pacientem je vhodné dosáhnout shody. V případě využití správného postupu deeskalace můžeme předejít gradaci konfliktu a vyhnout se tak následné traumatizaci pacienta. (Vevera, 2018)

6.1 Součinnost dalších složek IZS

Základní složkou, která by měla pomoci při deeskalaci agresivní pacienta je policie. Ke kontaktování zdravotnického operačního střediska s žádostí o pomoc policie by mělo vždy, pokud je podezření na přítomnost agresora. Zdravotnické operační středisko následně kontaktuje operační informační středisko policie s žádostí o poskytnutí výjezdové skupiny.

6.2 Verbální zásah

Na pacienta, který je ve stresu, působí negativní emoce. Tyto emoce se mohou přenést na zdravotníka, který vždy nemusí udržet pevné nervy. Zůstat v klidu před pacientem, který nás uráží, není snadné, nicméně je to nezbytné. Důležité je také to, aby náš tón hlasu zůstal klidný, neměnný. Muži mají často sklony k huhňání, ženy naopak k pištění. Je vhodné, abychom mluvili při výdechu, nikoli při nádechu. Řeč by měla být klidná a srozumitelná. (Pekara, 2015)

Při komunikaci v rámci řešení konfliktů je třeba brát v úvahu několik následujících otázek:

1. Kdo má potíž se stresovou reakcí. Zda přímo sám pacient či já.
2. Jak přistupuji k danému konfliktu – vidím stále člověka vyžadujícího péči či „objekt“.
3. Jakou zprávu svou agresí či chováním se mi snaží pacient vyjádřit? (Pekara, 2014)

6.3 Farmakologické zklidnění AP (medikace)

Ke zklidnění agresivního či neklidného pacienta lze mimo jiných opatření užít také medikamenty. K farmakologickému zklidnění by měla být poslední možná varianta. Máme 3 cesty, kterými můžeme podat medikament. První cesta je per os (ústy), kdy je minimální invazivita a bolestivost. Podání per os léčiv má nevýhodu v tom, že nástup účinku je relativně dlouhý (20 – 40 minut). Nejčastěji se léčiva podávají intravenózně (žílou). Tato metoda je spojena s větší invazivitou. Výhodou podání léků do žíly je velmi rychlý nástup účinku (do 1 minuty), nevýhodou je, že to co se jednou podá už nelze vzít zpět. Mezi třetí možnost patří podání medikamentu intramuskulárně (do svalu). Výhodou podání látky do svalu je jednoduchá aplikace a delší doba účinku. (Knor, 2014)

Mezi nejčastěji užívané léky patří apaurin, midazolam, dexdor, diazepam a haloperidol.

6.4 Fyzická omezení AP

Pokud je pacient natolik agresivní, že ohrožuje sebe i své okolí, je nezbytné přistoupit k radikálnějšímu řešení situace. Tím se rozumí nějakým způsobem pacienta omezit. Jedná se o způsoby, které zasahují do osobní svobody. Omezení osobní svobody

je upravováno právními normami. Mezi tyto normy patří například listina základních práv a svobod, úmluva o lidských právech a biomedicíně, trestní zákoník nebo občanský zákoník.

Mezi možnosti k omezení pacienta patří například svěrací kazajka, manuální fixace, terapeutická izolace, omezení v lůžku, podání medikace bez souhlasu nemocného. (Marková, 2006)

6.4.1 Sebeobrana

Význam sebeobrany neustále roste a v přednemocniční neodkladné péči se neustále setkáváme s její problematikou. Sebeobrana by měla být užitá pouze v případech bezprostředního ohrožení zdraví. Je důležité si uvědomit, že zdravotnický záchranář může v sebeobraně způsobit pacientovi další poranění, popřípadě utrpět sám újmu na zdraví. Posléze může následovat stížnost ze strany pacienta na vedení zdravotnické záchranné služby, kde bude žádat potrestání záchranáře, popřípadě může podat žalobu z důvodu způsobení újmy na zdraví. Jelikož zdravotničtí záchranáři nejsou veřejnými činiteli a nejsou pravidelně proškolení v sebeobraně, je vhodné v případě vyhodnocení situace jako rizikové přivolat policii České republiky, jež se o agresora postará. (Beránek, 2013)

První zkušenost s kurzem sebeobrany získá zdravotnický záchranář nejčastěji v rámci vysoké školy, kde by tyto kurzy měly být zahrnuty v osnovách. Rozsah těchto kurzů ovšem není příliš velký, proto se velmi často stává, že se záchranáři sami přihlásí do dalšího kurzu sebeobrany po konfrontaci s agresivním pacientem. Důležité je si uvědomit, že záchranář přijíždí pacientovi pomoci, ne ho zranit. Proto by měla sebeobrana sloužit pouze k odrážení útoku pacienta a ústupu. (Beránek, 2017)

Z praxe víme, že k fyzickému napadení zdravotnického záchranáře dochází poměrně často. Je proto nutné, aby každý pracovník zdravotnické záchranné služby měl povědomí o problematice trestního práva. Trestní zákoník č. 40/2009 hovoří o krajní nouzi a nutné obraně.

Dle § 28 definujeme krajní nouzi jako: „(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.“

Nutná obrana je definována v § 29 takto: „(1) Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajícím útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem. (2) Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.“

PRAKTICKÁ ČÁST

Tématem této bakalářské práce je Komunikace s agresivním pacientem v PNP. Teoretická část je věnována zdravotnickým záchranným službám a jejím pěti pilířům (ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko). Dále přednemocniční neodkladné péči, agresi a agresivitě obecně, komunikaci obecně, komunikaci s agresivním pacientem v PNP a deeskalaci agresivního pacienta. V empirické části se budeme zabývat četností napadení zdravotnické záchranné služby agresivním pacientem a jejich proškolení v rámci vhodné komunikace s takovýmto agresorem. Výzkumné šetření bylo realizováno na jednotlivých základnách zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje.

8 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

V rámci mé bakalářské práce jsme stanovili 5 cílů práce:

Cíl 1: Zjistit zda může vést opakovaná konfrontace s agresivním pacientem až k ukončení pracovního poměru u Zdravotnické záchranné služby.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se spoluprací policií České republiky v rámci výjezdů k agresivním pacientům.

Cíl 3: Zjistit četnost proškolení pracovníků v jednání s agresivním pacientem.

Cíl 4: Zjistit zda existuje standard pro jednání s agresivním pacientem na jednotlivých pracovištích.

Cíl 5: Navrhnout standard pro jednání s agresivním pacientem.

9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě stanovených cílů jsme stanovili 2 deskriptivní a 2 relační výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jaký vztah mezi dobou práce na ZZS a následky konfrontace s agresivním pacientem spojené s možnou změnou povolání?

Otázka č. 2: Jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se součinností Policie České republiky v rámci výjezdů k agresivním pacientům?

Otázka č. 3: Existuje na ZZS Ústeckého kraje standard pro jednání s agresivním pacientem?

Otázka č. 4: Kde bývají zdravotničtí záchranáři nejčastěji proškolení v komunikaci s agresivním pacientem?

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do sledovaného souboru byli zapojeni pracovníci zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje. Jednalo se jak o zdravotnické záchranáře, tak i o řidiče a lékaře ZZS. K výzkumu byla využita metoda dotazníkového šetření. Dotazník byl zveřejněn online a rozeslán na jednotlivé výjezdové základny ZZS Ústeckého kraje. Naším původním záměrem bylo získat odpovědi ze všech 21 výjezdových základen Ústeckého kraje. Bohužel dotazníkového šetření se zúčastnilo pouze 14 výjezdových základen a to s minimálním počtem respondentů. Z předpokládaného počtu 100 respondentů, dotazník vyplnilo pouze 37 respondentů.

11 METODIKA PRÁCE

Praktická část byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazníku, který byl zveřejněn online a rozeslán jednotlivým výjezdovým skupinám ZZS. Tato metoda byla zvolena z důvodu vysoké míry anonymity, hromadného sběru dat, rychlosti a pohodlí při vyplňování. Jedná se také o šetrnou formu k životnímu prostředí. Výzkum byl realizován v Ústeckém kraji v období od 25. 2. 2019 do 15. 3. 2019. Povolení k výzkumnému šetření je uvedeno v příloze.

12 DOTAZNÍK

Dotazník byl rozdělen na 2 části. První část obsahovala 6 otázek a byla zaměřena na základní data o respondentovi, jako je pohlaví, věk a vzdělání. Vzhledem k oslovené skupině respondentů jsme zjišťovali také přesnou pracovní pozici na ZZS, místo a délku výkonu povolání. Druhá část dotazníku, jež obsahovala 19 otázek, už byla směřována na zkušenosti pracovníků ZZS s agresivními pacienty. Dohromady je dotazník tvořen 25 otázkami.

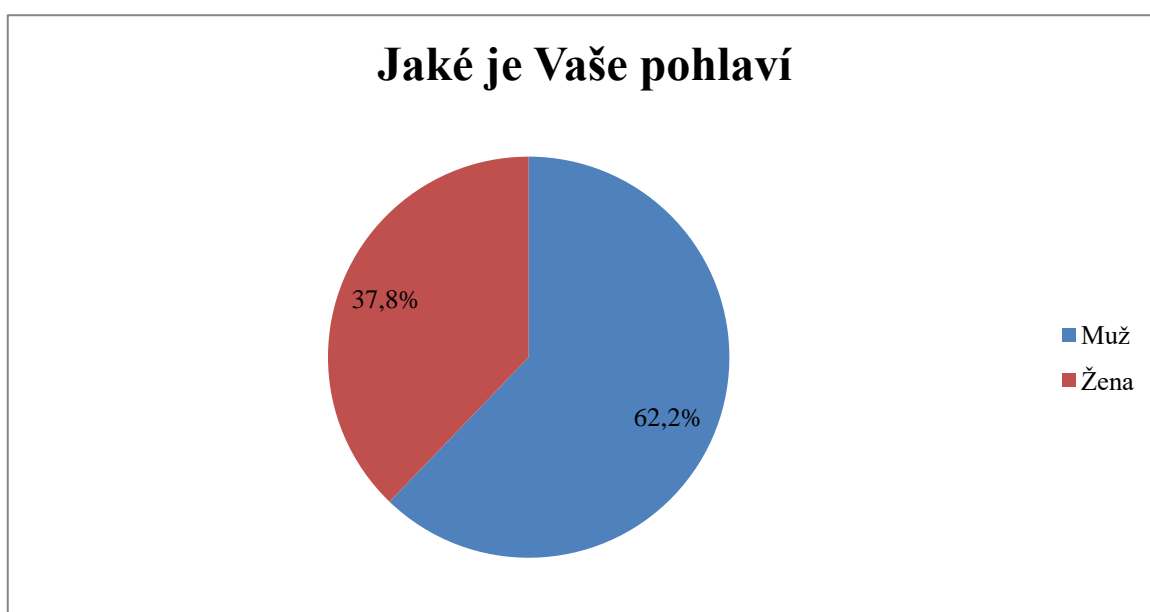
13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Následující grafy a tabulky jsou uvedeny v relativní četnosti – procentuální hodnotě.

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 37 respondentů, z nichž největší zastoupení měli muži, kterých odpovědělo 23, tedy 62,2 %. Žen odpovědělo pouze 14, což odpovídá 37,8 %. Větší počet mužů může být způsoben tím, že na zdravotnické záchranné službě pracuje více mužů.

Obrázek 1 Výsledky – Jaké je Vaše pohlaví



Zdroj: vlastní

Tabulka 1 Výsledky – Jaké je Vaše pohlaví

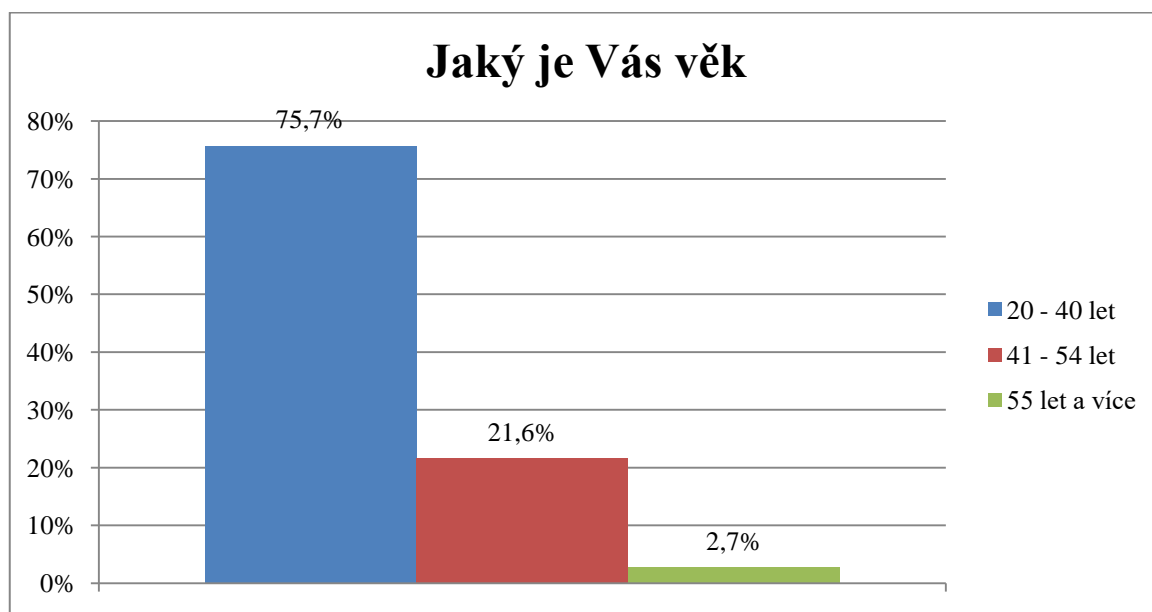
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	23	62,2
Žena	14	37,8
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 2 – Jaký je Váš věk?

Více jak polovina respondentů 75,7 % je ve věku 20 – 40 let. Ve věkovém rozpětí 41 – 54 let je 8 respondentů (21,6 %). Pouze 1 respondent (2,7 %) byl starší 54 let.

Obrázek 2 Výsledky – Jaký je Váš věk



Zdroj: vlastní

Tabulka 2 Výsledky – Jaký je Váš věk

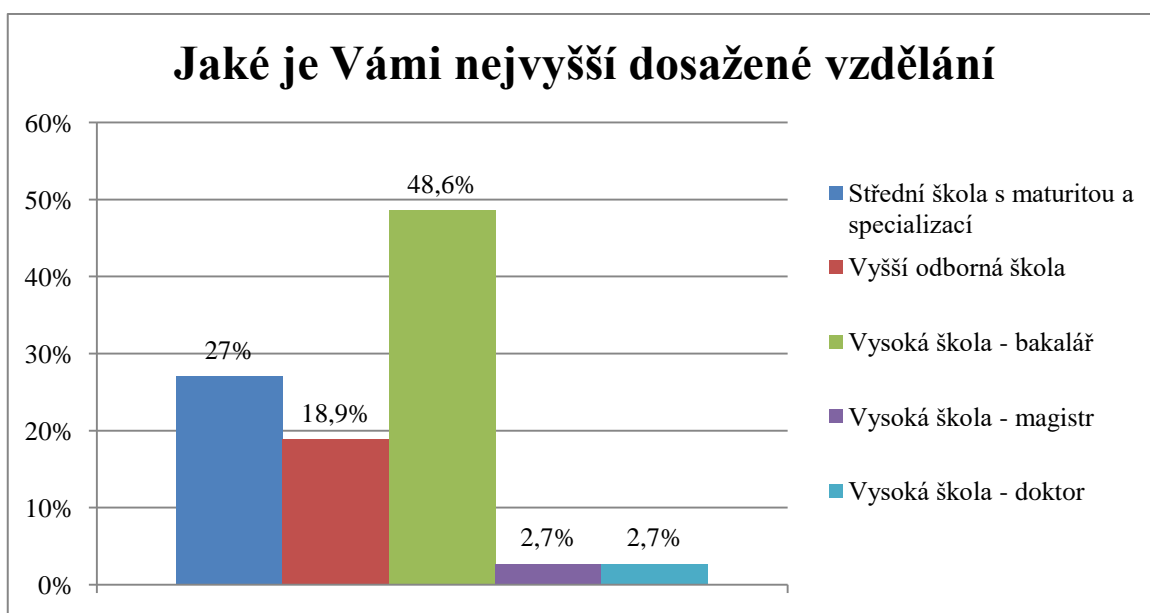
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20 – 40 let	28	75,7
41 – 54 let	8	21,6
55 let a více	1	2,7
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 3 – Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání?

Na otázku dosaženého vzdělání mohli respondenti vybírat z pěti možností. Většina respondentů je vysokoškolsky vzdělaných, konkrétně se jedná o 73 %, tedy 27 respondentů. Dalších 7 respondentů (18,9 %) má vystudovanou vyšší odbornou školu. Zbýlých 10 respondentů (27 %) má nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou a následnou specializací.

Obrázek 3 Výsledky – Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní

Tabulka 3 Výsledky – Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání

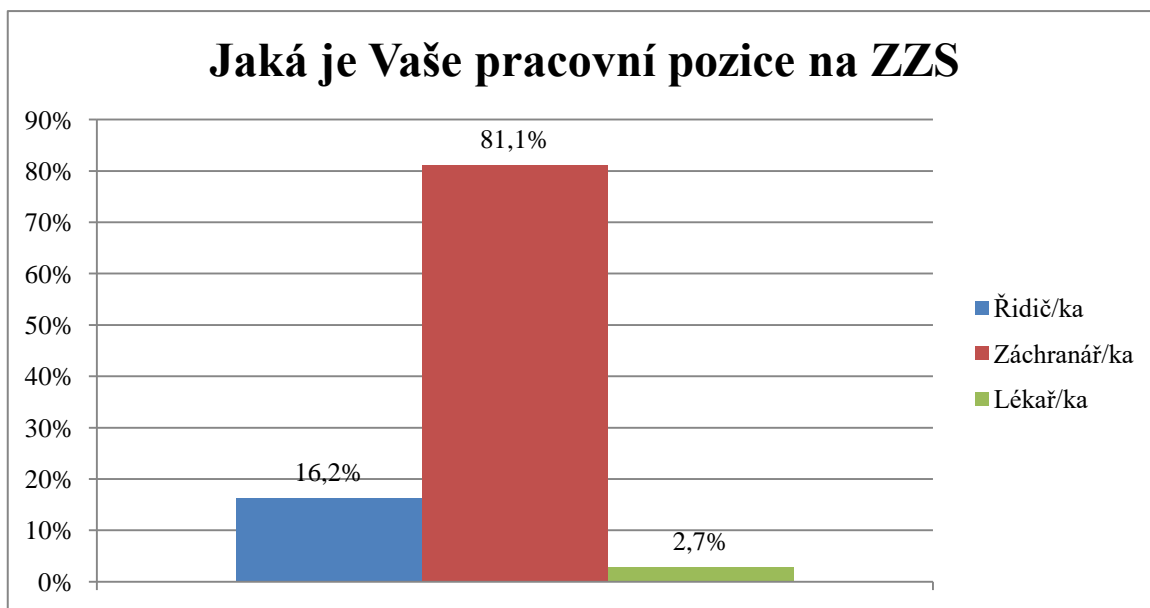
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední škola s maturitou a specializací	10	27
Vyšší odborná škola	7	18,9
Vysoká škola – bakalářské	18	48,6
Vysoká škola – magisterské	1	2,7
Vysoká škola – doktorské	1	2,7
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 4 – Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS?

Mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby patří jak samostatní zdravotničtí záchranáři, tak i řidiči či lékaři. Našeho dotazníkového šetření se zúčastnili převážně zdravotničtí záchranáři – 30 respondentů (81,1 %). Z řad řidičů zde bylo 6 respondentů (16,2 %). Zbylý 1 respondent (2,7 %) byl lékař.

Obrázek 4 Výsledky – Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS



Zdroj: vlastní

Tabulka 4 Výsledky – Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Řidič/ka	6	16,2
Záchranář/ka	30	81,1
Lékař/ka	1	2,7
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 – Kde se nachází Vaše výjezdová základna v Ústeckém kraji?

Nejvíce ochotní k vyplňování dotazníku byli respondenti z Ústí nad Labem, zde vyplnilo dotazník 10 respondentů (27 %). Dále pak 5 respondentů (13,5 %) z Mostu a 5 (13,5 %) z Rumburku. Zbýlých 20 respondentů (54 %) bylo z různých výjezdových základen (viz Tabulka 5)

Tabulka 5 Výsledky – Kde se nachází Vaše výjezdová základna

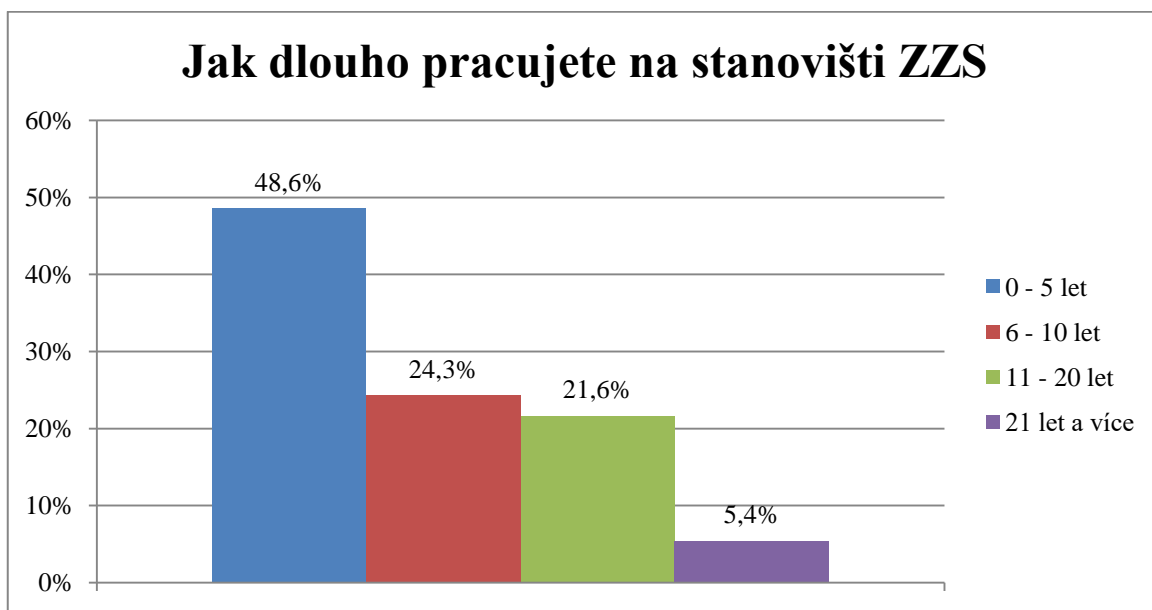
Odpověď	Absolutní počet (n)	Relativní počet (%)
Kadaň	1	2,7
Rumburk	5	13,5
Chomutov	2	5,4
Most	5	13,5
Louny	2	5,4
Děčín	1	2,7
Žatec	3	8,1
Litvínov	2	5,4
Ústí nad Labem	10	27
Jirkov	2	5,4
Teplice	1	2,7
Podbořany	1	2,7
Litoměřice	1	2,7
Lovosice	1	2,7
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č 6. – Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS?

Pro náš výzkum bylo důležité zmapovat, v jakém rozmezí let působí respondenti na zdravotnické záchranné službě. Odpracováno 0 – 5 let mělo 18 respondentů (48,6 %), 6 – 10 let 9 respondentů (24,3 %) a 11 – 20 let 8 respondentů (21,6 %). Zbýlí 2 respondenti (5,4 %) pracují na zdravotnické záchranné službě více jak 20 let.

Obrázek 5 Výsledky – Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS



Zdroj: Vlastní

Tabulka 6 Výsledky – Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS

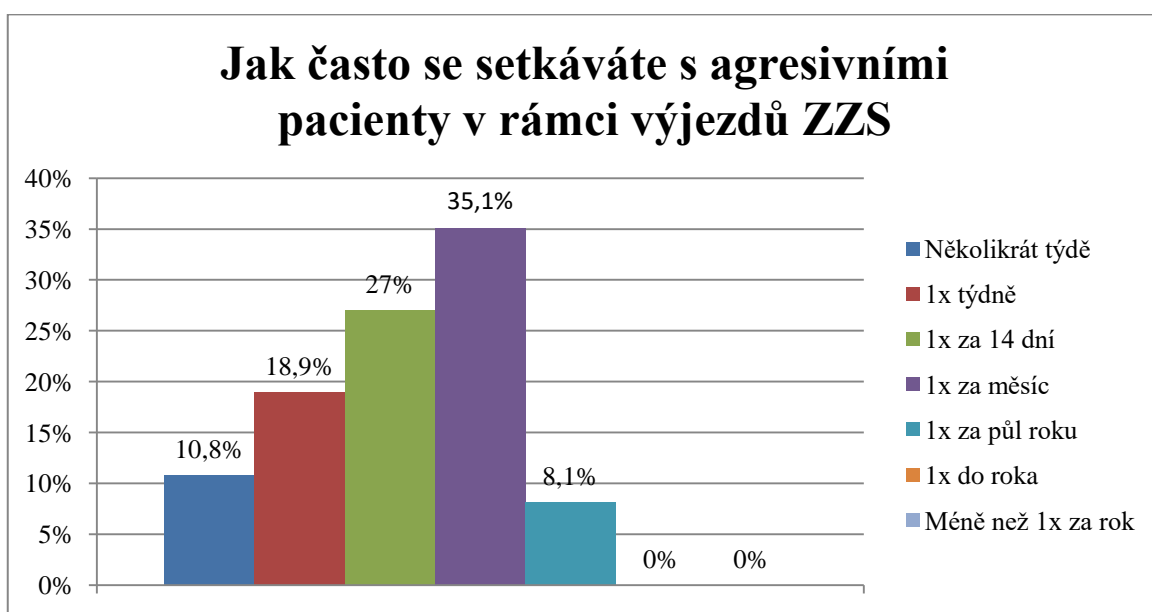
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0 – 5 let	18	48,6
6 – 10 let	9	24,3
11 – 20 let	8	21,6
21 let a více	2	5,4
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 – Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS?

Na otázku jak často se respondenti setkávají s agresivními pacienty, odpovědělo 13 respondentů (35,1 %), že se s agresivními pacienty setkávají jednou za měsíc. Jednou za 14 dní se s nimi potýká 10 respondentů (27 %) a jednou za týden 7 respondentů (18,9 %). 4 respondenti (10,8 %) se setkávají s agresivními pacienty několikrát do týdne. Naopak zbylí 3 respondenti uvedli, že ke konfrontaci dochází jednou za půl roku. Možnosti konfrontace jednou za rok nebo méně než jednou za rok neuvedl žádný z respondentů.

Obrázek 6 Výsledky – Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS



Zdroj: vlastní

Tabulka 7 Výsledky – Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Několikrát týdně	4	10,8
1x týdně	7	18,9
1x za 14 dní	10	27
1x za měsíc	13	35,1
1x za půl roku	3	8,1

1x do roka	0	0
Méně než 1x do roka	0	0
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 – Měla/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?

Obavy ze svého povolání již někdy mělo 30 respondentů, tedy 81,1 %. Pouhých 7 respondentů (18,9 %) uvedlo, že nikdy obavy nemělo.

Obrázek 7 Výsledky – Měla/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?



Zdroj: vlastní

Tabulka 8 Výsledky – Měla/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	30	81,1
Ne	7	18,9
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 – Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem?

U této otázky byla jednoznačná odpověď. Všech 37 respondentů odpovědělo, že již někdy bylo napadeno agresivním pacientem a to buď fyzicky, nebo verbálně. Pro upřesnění odpovědi sloužila následující otázka č. 10.

Tabulka 9 Výsledky – Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem?

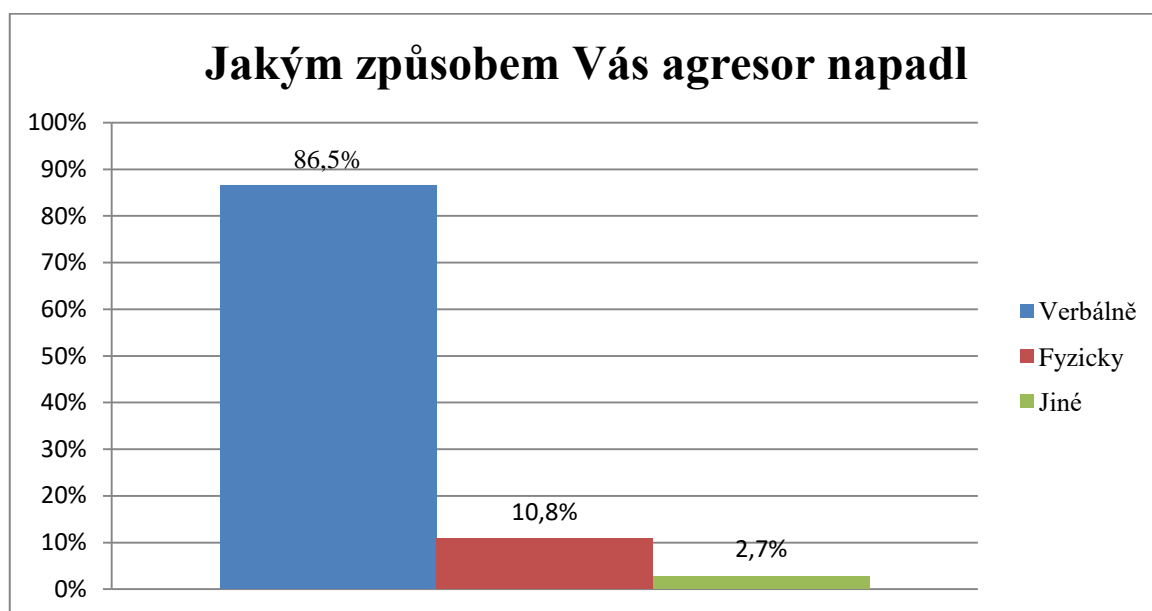
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	100
Ne	0	0
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 10 – Jakým způsobem Vás agresor napadl?

Z grafu a tabulky vyplývá, že agresori nejčastěji napadají zdravotnické záchranáře verbálně. Konkrétně se jedná o 32 respondentů (86,5 %). Naopak fyzicky byli napadeni 4 respondenti (10,8 %). Jeden z respondentů nedokázal zaškrtnout pouze jednu variantu, a tak zaškrtnl možnost jiné a uvedl, že byl napaden verbálně i fyzicky.

Obrázek 8 Výsledky – Jakým způsobem Vás agresor napadl



Zdroj: vlastní

Tabulka 10 Výsledky – Jakým způsobem Vás agresor napadl

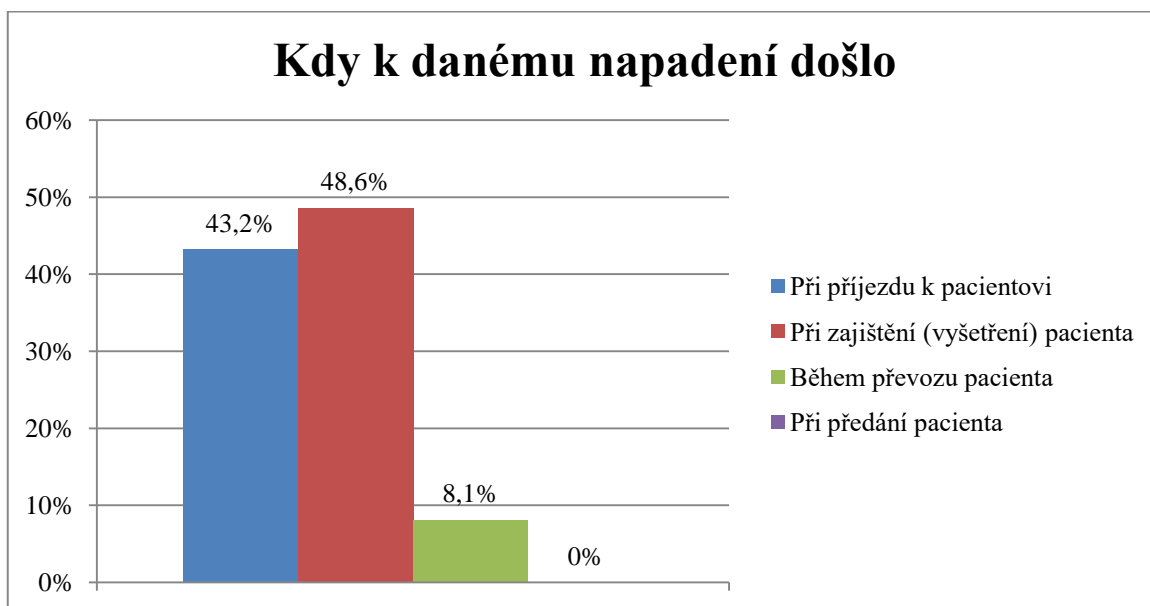
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Verbálně	32	86,5
Fyzicky	4	10,8
Jiné	1	2,7
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 – Kdy k danému napadení došlo?

Zdravotnický záchranář je s pacientem od příjezdu až po jeho předání. Během této doby může začít být pacient agresivní až násilný. Nejčastěji bývají pacienti násilní až při zajištění popřípadě při vyšetření – to uvedlo 18 respondentů, nebo hned při příjezdu zdravotnické záchranné služby. Tuto možnost uvedlo 16 respondentů, to činí 43,2 %. Někteří pacienti začnou být agresivní až během převozu. S těmito pacienty se už setkali jen 3 respondenti (8,1 %).

Obrázek 9 Výsledky – Kdy k danému napadení došlo



Zdroj: vlastní

Tabulka 11 Výsledky – Kdy k danému napadení došlo

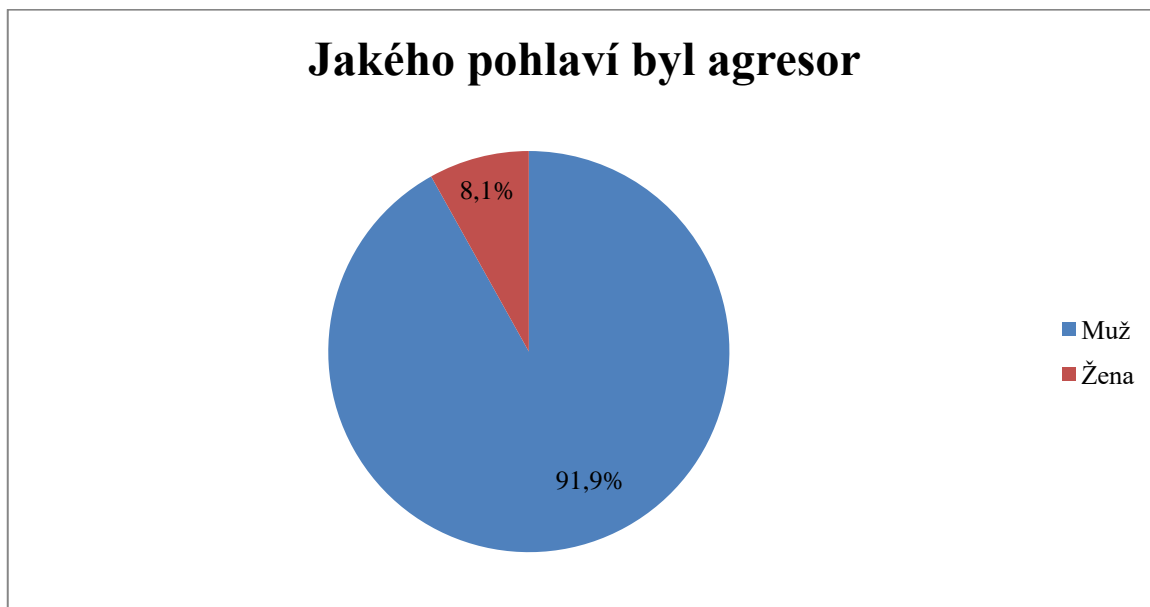
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Při příjezdu k pacientovi	16	43,2
Při zajištění (vyšetření) pacienta	18	48,6
Během převozu	3	8,1
Při předání pacienta	0	0
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 12 – Jakého pohlaví byl agresor?

U této otázky se nám potvrdilo, že agresory bývají většinou muži. Tuto možnost uvedlo 34 respondentů (91,9 %). Ženou byli napadeni 3 respondenti (8,1 %).

Obrázek 10 Výsledky – Jakého pohlaví byl agresor



Zdroj: vlastní

Tabulka 12 Výsledky – Jakého pohlaví byl agresor

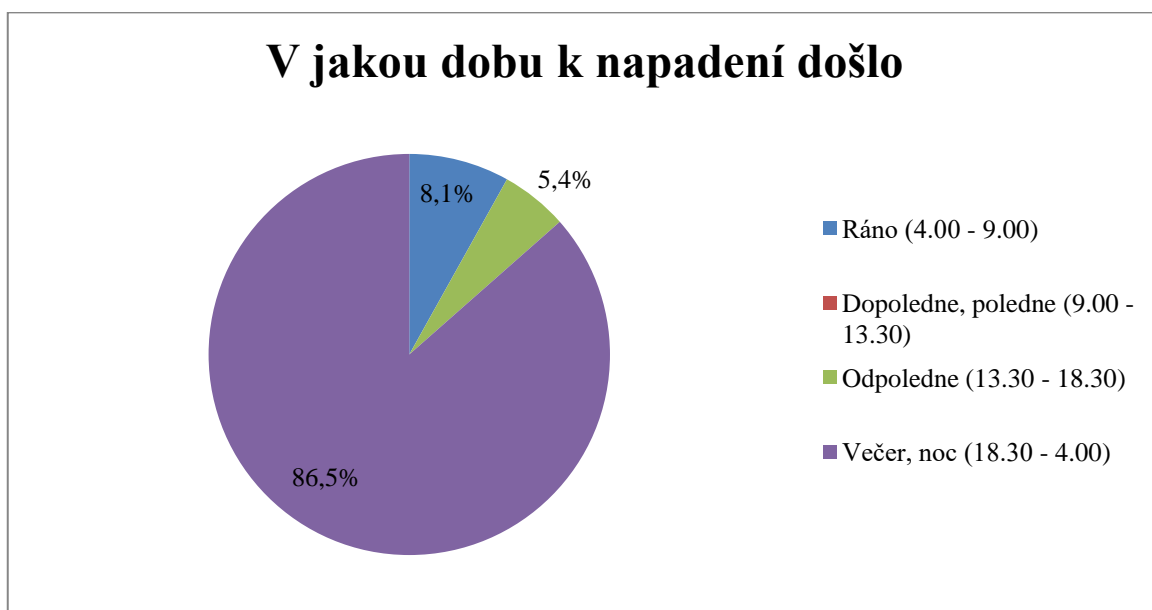
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	34	91,9
Žena	3	8,1
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 13 – V jakou dobu k napadení došlo?

Je prokázané, že většina konfrontací s agresivním pacientem bývá ve večerních a nočních hodinách, což se nám potvrdilo. Tuto možnost označilo 32 respondentů (86,5 %). 3 respondenti uvedli ranní hodiny a 2 respondenti odpolední hodiny. S agresivním pacientem v dopoledních a poledních hodinách se nesetkal žádný z respondentů.

Obrázek 11 Výsledky – V jakou dobu k napadení došlo



Zdroj: vlastní

Tabulka 13 Výsledky – V jakou dobu k napadení došlo

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ráno (4.00 – 9.00)	3	8,1
Dopoledne, poledne (9.00 – 13.30)	0	0
Odpoledne (13.30 – 18.30)	2	5,4
Večer, noc (18.30 – 4.00)	32	86,5
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 14 – Z jakého důvodu dle Vás k napadení došlo?

U této otázky měl respondent možnost vybrat více možností. Jednotlivé odpovědi v tabulce jsou seřazeny podle nejčastějších odpovědí. Z níže uvedené tabulky je patrné, že nejčastější příčinou agresivního chování pacientů bývá alkohol. Jako druhý nejčastější důvod agresivního jednání uvedli respondenti jiné drogy než alkohol. Možnost alkohol uvedlo 33 respondentů (89,2 %) a drogy 24 respondentů (64,9 %). Často bývá důvodem také etnický faktor, sociální faktor nebo chování okolí.

Tabulka 14 Výsledky – Z jakého důvodu dle Vás k napadení došlo

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Alkohol	33	89,2
Drogy (jiné než alkohol)	24	64,9
Etnický faktor (příslušník národnostní menšiny)	13	35,1
Chování okolí (např. rodinný příslušník)	11	29,7
Sociální faktor (občan bez domova)	9	24,3
Diagnóza pacienta	7	18,9

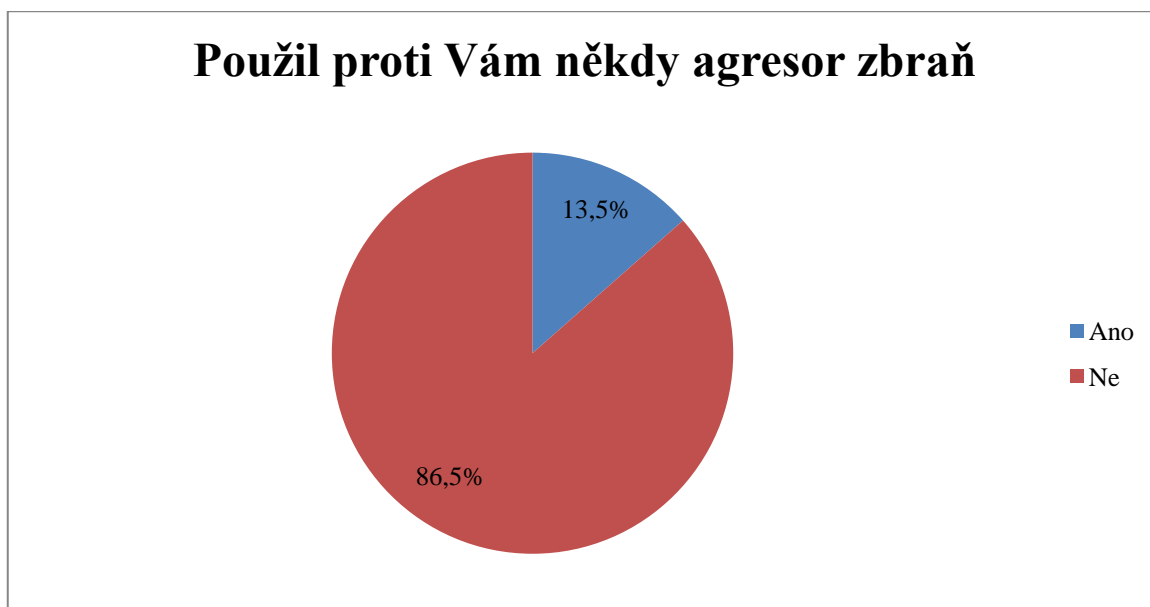
Chování členů posádky – vyprovokování	4	10,8
Chování personálu při předání	2	5,4
Jiné	0	0

Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 – Použil proti Vám někdy agresor zbraň?

Pouze 5 respondentů se ocitlo v situaci, kdy proti nim pacient použil zbraň. Tito respondenti byli následně dotazováni, o jakou zbraň se jednalo (viz Tabulka 16).

Obrázek 12 Výsledky – Použil proti Vám někdy agresor zbraň



Zdroj: vlastní

Tabulka 15 Výsledky – Použil proti Vám někdy agresor zbraň?

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	5	13,5
Ne	32	86,5
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Na otázku o jakou zbraň se jednalo, většina respondentů uvedla, že se jednalo o nůž. Jeden respondent se setkal s použitím střelné zbraně.

Tabulka 16 Výsledky – O jakou zbraň se jednalo

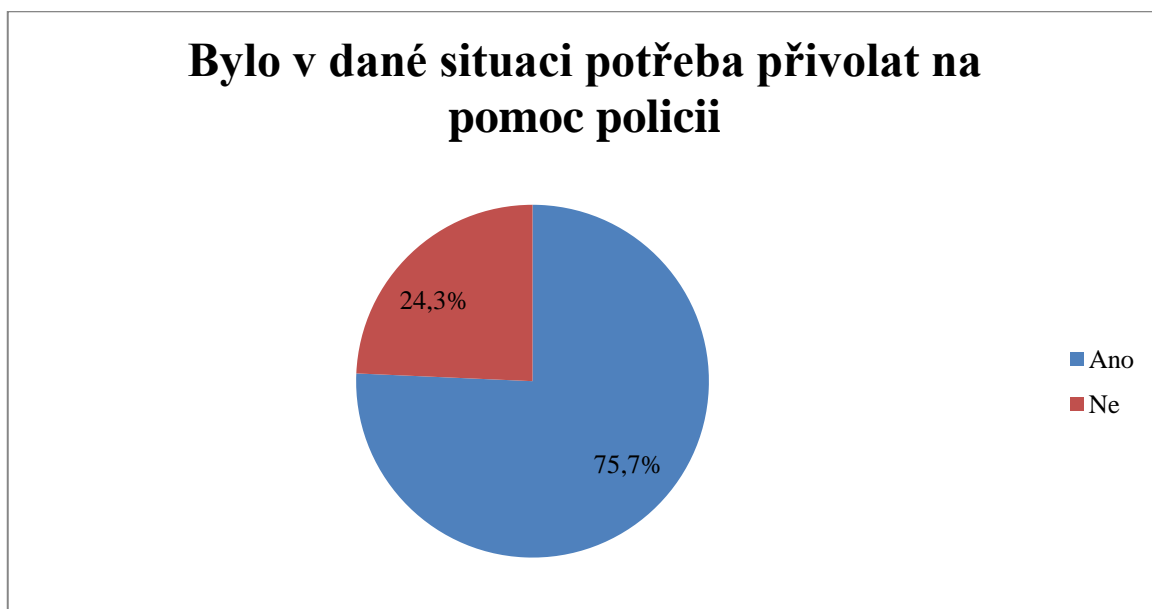
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střelná zbraň	1	20
Nůž	4	80
Jiné	0	0
Celkem	5	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 16 – Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii?

Spolupráci s policií vyžadovalo v danou situaci 28 respondentů (75,7 %). Naopak 9 (24,3 %) respondentů situaci zvládlo vyřešit samo.

Obrázek 13 Výsledky – Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii



Zdroj: vlastní

Tabulka 17 Výsledky – Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	28	75,7
Ne	9	24,3
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 – Spolupracujete při své práci s Policií České republiky?

Všichni respondenti uvedli, že s policií spolupracují. A proto další otázka směřovala na spokojenost respondentů s touto spoluprací (viz Tabulka 19)

Tabulka 18 Výsledky – Spolupracujete při své práci s Policií České republiky

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	100
Ne	0	0
Jiné připomínky	37	100

Zdroj: vlastní

Se spoluprací je 29 respondentů spokojených, to činí 78,4 %. Opačnou odpověď uvedli 4 respondenti (10,8 %). Stejný počet respondentů nedokázal přesně odpovědět a zvolili formu otevřené odpovědi – jiné. Tito respondenti uvedli, že záleží na jednotlivých pracovnících policie.

Tabulka 19 Výsledky – Jste se spoluprací spokojeni

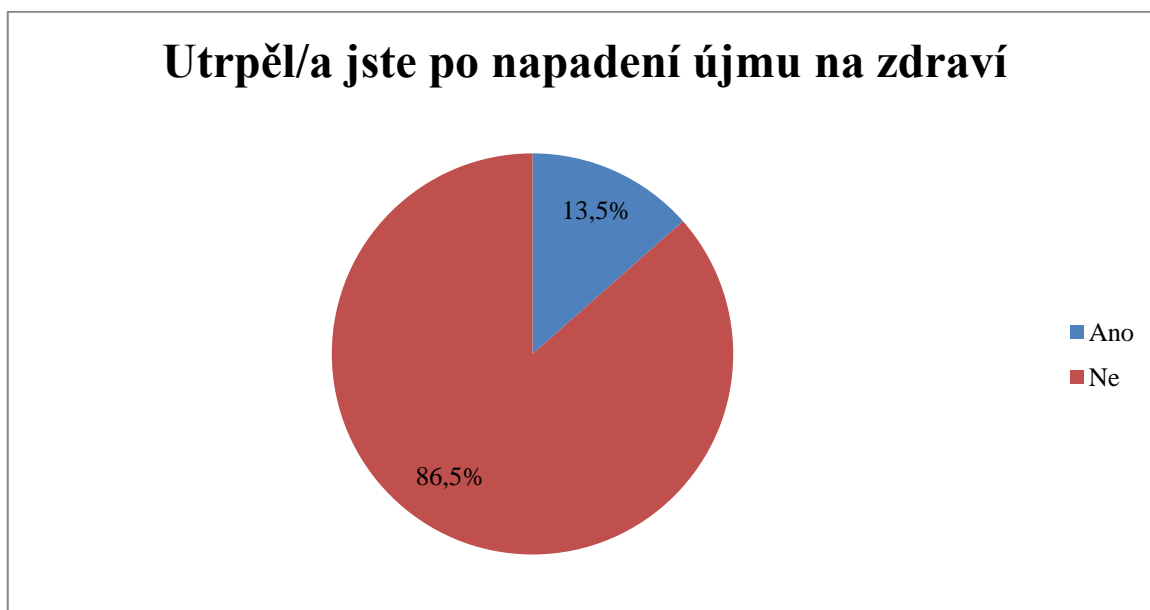
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	29	78,4
Ne	4	10,8
Jiné připomínky	4	10,8
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 18 – Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví?

Převážná většina žádnou újmu na zdraví neutrpěla. Přesně se jednalo o 32 respondentů, tedy 86,5 %. Újmu na zdraví utrpělo pouze 5 respondentů (13,5 %). Těchto 5 respondentů bylo následně dotazována, o jakou újmu na zdraví se jednalo. Zda se jednalo o fyzickou či psychickou újmu (viz Tabulka 16).

Obrázek 14 Výsledky – Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví



Zdroj: vlastní

Tabulka 20 Výsledky – Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	5	13,5
Ne	32	86,5
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Fyzickou újmu uvedli 3 respondenti, kteří tuto újmu i specifikovali - tržná rána, kontuze hrudníku, drobná ranka ucha a zhmoždění krční páteře. Zbylí 2 respondenti uvedli, že se jednalo o psychickou újmu na zdraví.

Tabulka 21 Výsledky – Jakou újmu jste utrpěl/a

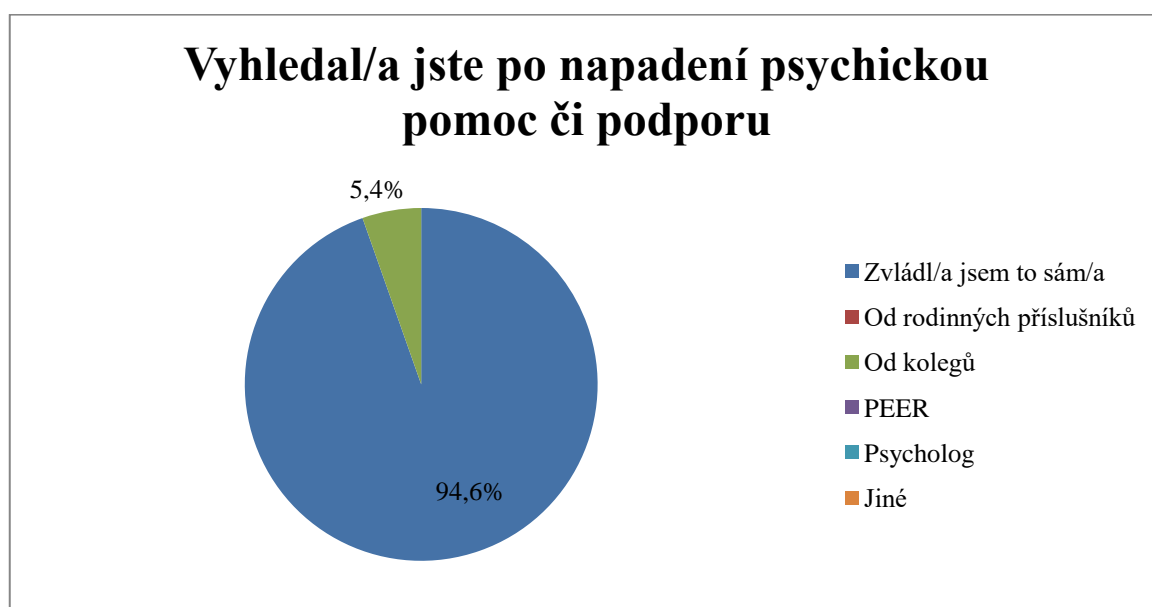
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Fyzickou	3	60
Psychickou	2	40
Celkem	5	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 – Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomoc či podporu?

Na otázku, zda měli respondenti zapotřebí vyhledat po napadení nějakou psychickou podporu, odpovědělo 35 respondentů (94,6 %), že se s tím zvládli vypořádat sami. Zbylí 2 respondenti vyhledali pomoc u kolegů. Ostatní možnosti psychické podpory, jako od rodinných příslušníků, od psychologa nebo PEER neoznačil žádný z respondentů.

Obrázek 15 Výsledky – Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomoc či podporu



Zdroj: vlastní

Tabulka 22 Výsledky – Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomocí či podporu

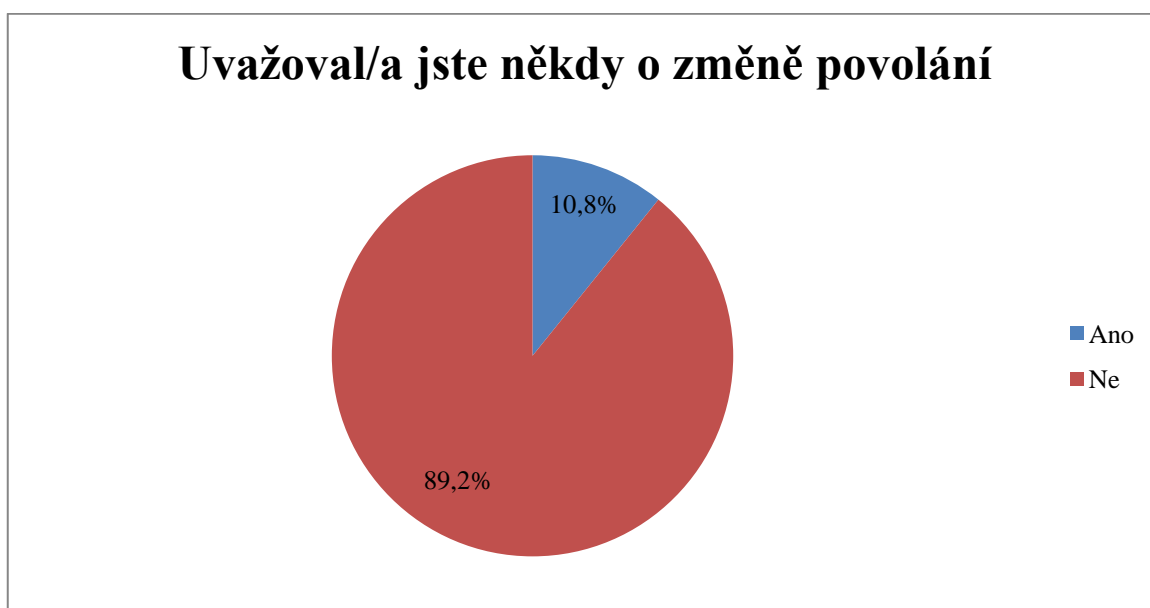
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zvládl/a jsem to sám/a	35	94,6
Od rodinných příslušníků	0	0
Od kolegů	2	5,4
PEER	0	0
Psycholog	0	0
Jiné	0	0
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 20 – Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem?

O změně povolání uvažovali jen 4 respondenti (10,8 %). Většina respondentů, konkrétně 33 respondentů (89,2 %), o změně nikdy neuvažovala.

Obrázek 16 Výsledky – Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem



Zdroj: vlastní

Tabulka 23 Výsledky – Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	10,8
Ne	33	89,2
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 21 – Jakým způsobem dokážete nejčastěji zvládnout agresivního pacienta?

K vyřešení konfliktu s agresivním pacientem nejčastěji respondentům stačí komunikace. Tuto možnost uvedlo 29 respondentů (78,4 %). 4 respondenti byli nuceni využít fyzické násilí. Pouze 1 respondent uvedl, že ke zvládnutí agresivního pacienta bylo zapotřebí využít medikamenty. 3 respondenti nedokázali přesně určit, jak pacienta nejčastěji zvládnou, a tak označili možnost jiné, kde se vyjádřili, že je to sporné a že na každého platí něco jiného.

Tabulka 24 Výsledky – Jakým způsobem dokážete nejčastěji zvládnout agresivního pacienta

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Fyzické násilí (sebeobrana)	4	10,8
Komunikací	29	78,4
Použitím medikamentů	1	2,7
Jiné	3	8,1
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 22 – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty?

Tato otázka pro nás byla důležitá pro výstup naší bakalářské práce. Z 37 respondentů uvedli pouze 4 (10,8 %), že na jejich pracovišti existuje nějaký standard. To znamená, že na pracovišti jednotlivých 33 respondentů (89,2 %) žádný standard neexistuje.

Obrázek 17 Výsledky – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty



Zdroj: vlastní

Tabulka 25 Výsledky – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty

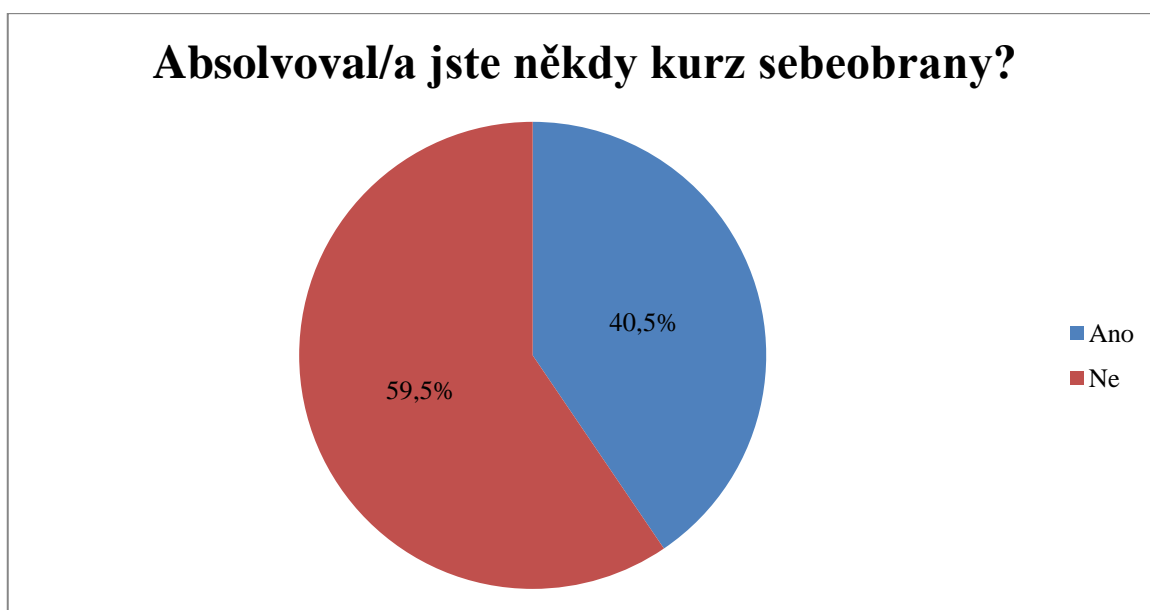
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	10,8
Ne	33	89,2
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 23 – Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany?

Na otázku, zda absolvovali respondenti někdy kurz sebeobrany, odpovědělo 22 respondentů, že ne. Zbýlých 15 respondentů, kteří kurz sebeobrany někdy absolvovali, byli dále dotazováni, kdy naposledy (viz Tabulka 27) a kde. Zda se jednalo o kurz sebeobrany v rámci studia či zaměstnání. Bohužel na otázku, kde kurz absolvovali, nám odpovědělo pouze 9 respondentů. Ti uvedli, že kurz absolvovali při studiu.

Obrázek 18 Výsledky – Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany



Zdroj: vlastní

Tabulka 26 Výsledky – Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	15	40,5
Ne	22	59,5
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Z 15 respondentů uvedlo 8, že kurz sebeobrany absolvovali před méně než 5 lety. Před méně než 1 rokem absolvovalo kurz 5 respondentů. Před méně než 10 lety absolvoval kurz 1 respondent a stejně tak 1 respondent absolvoval kurz před více než 10 lety.

Tabulka 27 Výsledky – Kdy naposledy jste absolvoval/a kurz sebeobrany

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	5	33,3
Méně než 5 let	8	53,3
Méně než 10 let	1	6,7
Více než 10 let	1	6,7
Celkem	15	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 24 – Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem?

V jednání s agresivním pacientem bylo proškoleno pouze 18 respondentů (48,6 %) a zbylých 19 respondentů v komunikaci proškoleny nebylo. 18 respondentů, kteří byli proškoleni, měli opět uvést kdy a kde. Na otázku kde, uvedlo 10 respondentů, že při studiu a pouze 3 při zaměstnání. Zbylých 5 respondentů se nevyjádřilo.

Obrázek 19 Výsledky – Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem



Zdroj: vlastní

Tabulka 28 Výsledky – Byl/a jste někdy proškolen/a v komunikaci s agresivním pacientem

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	18	48,6
Ne	19	51,4
Celkem	37	100

Zdroj: vlastní

Celkem 8 respondentů bylo proškoleny v komunikaci s agresivním pacientem před méně než 1 rokem. Stejný počet respondentů bylo proškoleny před méně než 5 lety a před méně než 10 lety byli proškoleni 2 respondenti.

Tabulka 29 Výsledky - Kdy naposledy jste byl /a proškolen/a v sebeobraně

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 1 rok	8	44,4
Méně než 5 let	8	44,4
Méně než 10 let	2	11,2
Více než 10 let	0	0
Celkem	18	100

Zdroj: vlastní

Otázka č. 25 – Jaká místa zásahu představují největší riziko?

U této otázky mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Největší riziko konfrontace s agresivním pacientem představují noční kluby, bary, hospody apod. Tuto možnost označilo 28 respondentů (75,7 %). Častou odpovědí byly také ubytovny – 21 respondentů (56,8 %). Nádraží či zastávky MHD uvedlo 5 respondentů a 5 respondentů se vyjádřilo volně. Tito respondenti uvedli, že s největším rizikem se setkávají přímo v sídlišti Chánov.

Tabulka 30 Výsledky - Jaká místa zásahu představují největší riziko

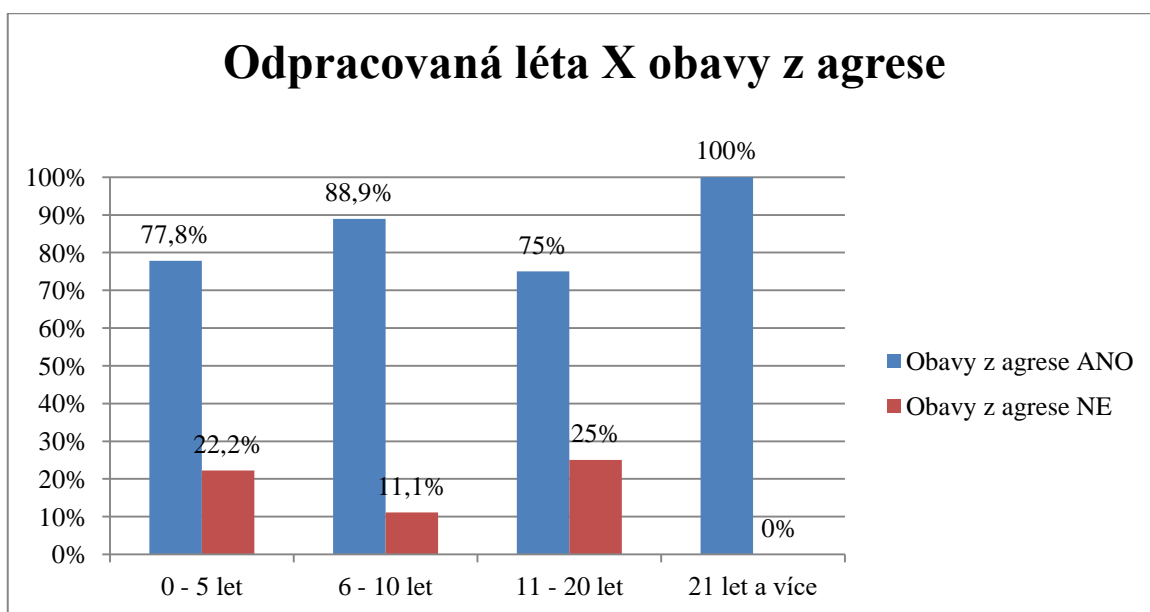
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Noční kluby, bary, hospody a jiné restaurační zařízení	28	75,7
Nádraží či zastávky MHD	5	13,5
Ubytovny	21	56,8
Jiné	5	13,5

Zdroj: vlastní

Odpracovaná léta x vliv agresivních pacientů na záchranáře

Z níže uvedených tabulek vyplývá, že obavy z agrese měl skoro každý pracovník zdravotnické záchranné služby bez ohledu na odpracovaných letech. To se ovšem nepotvrdilo u vlivu agresivních pacientů na ukončení poměru. Zjistili jsme, že konfrontace s agresivním pacientem nemá téměř žádný vliv na ukončení pracovního poměru a změně povolání.

Obrázek 20 Výsledky - Odpracovaná léta x obavy z agrese



Zdroj: vlastní

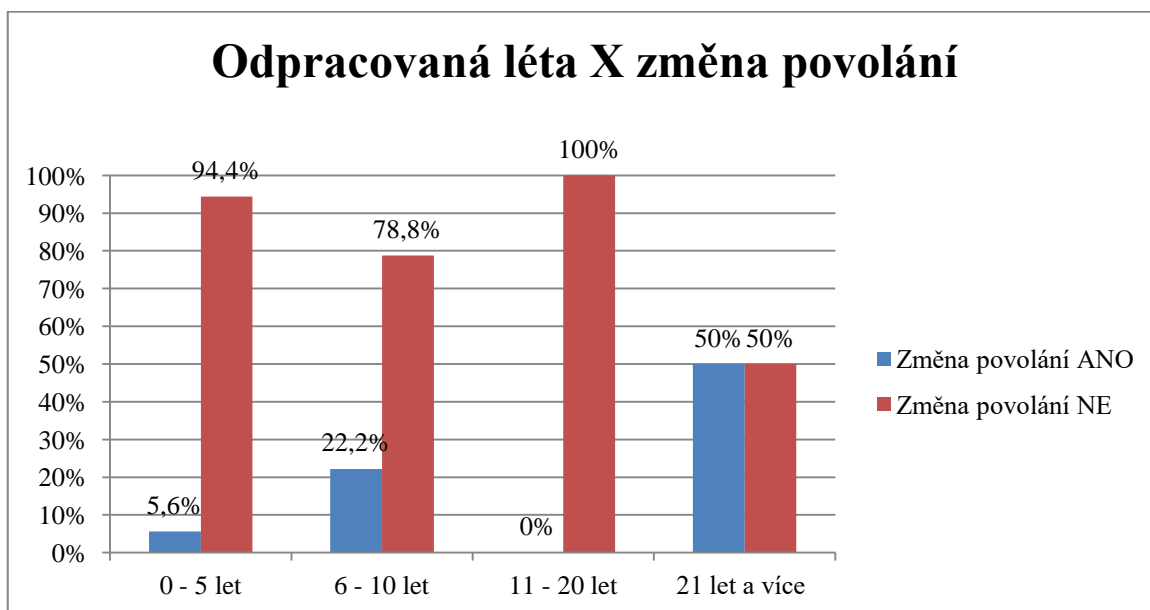
Tabulka 31 Výsledky - Odpracovaná léta x obavy z agrese

0 – 5 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	14	77,8
Ne	4	22,2
Celkem	18	100
6 – 10 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	8	88,9

Ne	1	11,1
Celkem	9	100
11 – 20 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	6	75
Ne	2	25
Celkem	8	100
21 let a více		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	100
Ne	0	0
Celkem	2	100

Zdroj: vlastní

Obrázek 21 Výsledky - Odpracovaná léta x změna povolání



Zdroj: vlastní

Tabulka 32 Výsledky - Odpracovaná léta x změna povolání

0 – 5 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	1	5,6
Ne	17	94,4
Celkem	18	100
6 – 10 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	2	22,2
Ne	7	78,8
Celkem	9	100
11 – 20 let		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	0	0
Ne	8	100
Celkem	8	100
21 let a více		
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	1	50
Ne	1	50
Celkem	2	100

Zdroj: vlastní

14 DISKUZE

V praktické části naší bakalářské práce jsme si stanovili 5 cílů. Dle stanovených cílů jsme stanovili výzkumné otázky a na základě toho sestavili dotazník. Naše dotazníkové šetření bylo určeno pro všechny pracovníky zdravotnické záchranné služby. To znamená jak pro zdravotnické záchranáře, tak pro řidiče nebo i lékaře. Pro usnadnění našeho výzkumu, byl dotazník vytvořen přes internetovou stránku survio.cz a zveřejněn online. Následně byl rozeslán na jednotlivé základny Zdravotnické záchranné služby v Ústeckém kraji. Tento způsob výzkumného šetření způsobil nízkou návratnost a celkový počet vyplněných dotazníků tak bylo pouze 37. Vzhledem k nízkému množství respondentů je důležité zmínit, že výsledky tohoto výzkumného šetření nelze zobecňovat.

Díky tomu, že všichni respondenti odpověděli, že se již někdy setkali s agresivním pacientem, byla pro nás všechna data použitelná. Dotazník byl rozdělen na 2 části, z nichž první byla zaměřena na otázky pro získání základních informací o respondentech. Druhá část dotazníku se zas zaměřila na zkušenosti pracovníků zdravotnické záchranné služby s agresivními pacienty.

Výzkumného šetření se tedy zúčastnilo 37 respondentů, z nichž převažovalo mužské pohlaví. Dotazníku se zúčastnilo 23 mužů a 14 žen. Vyšší míra zastoupení mužského pohlaví může být způsobena tím, že některé zdravotnické záchranné služby při přijímacím řízení raději upřednostňují muže než ženy. Věkové spektrum respondentů bylo úzké. Nejčastěji odpovídali respondenti ve věkové kategorii 20 – 40 let, ale podařilo se nám zapojit do dotazníků i respondenty ve věku 41 – 54 let a jeden respondent byl starší 54 let. Z více jak poloviny se jednalo o vysokoškolsky vzdělané osoby. Zjišťovali jsme také pracovní pozici respondentů, a kde se nachází jejich výjezdová základna. Našeho dotazníku se zúčastnilo 6 řidičů, 30 záchranářů a 1 lékař na několika výjezdových základnách Ústeckého kraje. Obecně pro zjednodušení budu používat jen pojem zdravotnický záchranář. Důležité pro druhou část dotazníku bylo také zjistit délku praxe jednotlivých respondentů. Největší zastoupení měli respondenti pracující na zdravotnické záchranné službě 0 – 5 let.

Z druhé části dotazníku jsme se dozvěděli, že pracovníci zdravotnické záchranné služby bývají napadáni několikrát do měsíce. Nejčastěji se jedná o verbální napadení

a agresorem bývá muž. K napadení dochází nejčastěji ve večerních až nočních hodinách a nejčastějším spouštěčem agresivního chování je alkohol a drogy. Tyto fakta jsou již veřejně známá, a slyšíme o nich dnes a denně. Naším záměrem bylo si tato fakta pouze ověřit.

Jedním z našich cílů bylo zjistit, zda může vést opakovaná konfrontace s agresivním pacientem až k ukončení pracovního poměru u Zdravotnické záchranné služby. Z 37 respondentů uvedlo 30 respondentů, že již někdy mělo obavy z agrese během svého výkonu povolání a to bez ohledu na odpracovaná léta. Na otázku, zda respondenti někdy uvažovali o změně povolání po opakované konfrontaci s agresivním pacientem, byla většinově odpověď negativní – ne. Pouze 4 respondenti o změně povolání uvažovali. Ze získaných dat, lze tedy říci, že na délce praxe nezáleží.

Dalším cílem bylo, zjistit zda jsou zdravotničtí záchranáři spokojeni se spoluprací policie České republiky v rámci výjezdů k agresivním pacientům. Zdravotničtí záchranáři se často vyskytují v situacích, které nejsou schopni sami zvládnout, a tak je nutné přivolat na pomoc policii. Tito pacienti mívají z policie strach, a tak většinou dochází k jejich výraznému zklidnění. Proto je spolupráce mezi zdravotnickými záchranáři a policií důležitá. I naši respondenti uvedli, že s policií České republiky spolupracují, a tak mohli být dotazováni, zda jsou s touto spoluprací spokojeni. Více jak polovina respondentů uvedla, že spokojeni jsou. Někteří uvedli, že někdy ano a někdy zase ne. Tuto možnost uvedli 4 respondenti. Další 4 respondenti uvedli, že se spoluprací spokojeni nejsou.

Bohužel i přesto že zdravotničtí záchranáři přijíždí pacientovi vždy pomoci, měli by si dát pozor, aby nebylo ublíženo také jim samotným, Každý zdravotnický záchranář by měl vědět jak se při konfrontaci s agresivním pacientem chovat a jak správně komunikovat, aby došlo ke zklidnění pacienta a v případě nouze umět základní prvky sebeobrany. Proto se zmapování četnosti proškolení v jednání s těmito pacienty, stalo naším dalším cílem bakalářské práce. Valná většina respondentů v otázce č. 21 uvedla, že agresivního pacienta nejčastěji zvládne pouhou komunikací. Zajímavé je, že z těchto 29 respondentů pouze 12 uvedlo, že někdy bylo v komunikaci proškoleny. Obecně výsledky o proškolení ať už v komunikaci nebo v sebeobraně nebyli pozitivní. Pouze 15 respondentů absolvovalo kurz sebeobrany a pouze 18 respondentů bylo proškoleny

v komunikaci s agresivním pacientem. Kurz sebeobrany podstoupilo 5 respondentů před méně než 1 rokem, 8 respondentů před méně než 5 lety a 2 respondenti dokonce před více než 5 lety. Podobné výsledky dopadli v případě proškolení v komunikaci. U této otázky odpovědělo 8 respondentů, že bylo proškoleny před méně než 1 rokem a dalších 8 respondentů před méně než 5 lety. Zbylí 2 respondenti byli proškoleni před více než 5 lety. Domníváme se, že většina z těchto proškolených respondentů byla naposledy proškoleny při studiu, jak někteří uvádí. Pouze 3 respondenti uvedli, že byli proškoleni v zaměstnání, přičemž 2 respondenti byly z výjezdové základny zdravotnické záchranné služby v Ústí nad Labem a 1 respondent byl z Žatce. Je zarážející, že stejně tak neodpověděli i ostatní kolegové na daných základnách záchranné služby. Vzhledem k vysokému počtu napadených záchranářů agresivním pacientem, se domníváme, že pravidelné proškolení v této problematice by mělo být samozřejmostí.

Naše poslední 2 cíle byly zaměřeny na standard pro jednání s agresivním pacientem. Na otázku č. 22 – Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standard) pro správné jednání s agresivními pacienty, odpovědělo 33 respondentů, že ne. Zase si musíme pokládat otázku jak to, že zbylí 4 respondenti uvedli, že nějaký standard na pracovišti existuje, když ostatní jejich kolegové uvedli opak. Jednalo se opět o pracovníky z Ústí nad Labem, dále pak 1 z Loun a jednoho z Lovosic.

Vzhledem k vysoké absenci standardů na pracovištích Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje, jsme se rozhodli, že takovýto standard vytvoříme jako výstup pro naši bakalářskou práci.

ZÁVĚR

Tématem naší bakalářské práce je komunikace s agresivním pacientem v přednemocniční neodkladné péči. Přednemocniční neodkladnou péči zajišťují zdravotničtí záchranáři a právě o nich a agresivních pacientech tato práce hovoří. Toto téma je aktuální z důvodu rostoucího počtu agresivních pacientů ve zdravotnictví. Nejčastěji se v konfrontaci s agresivním pacientem ocitají zdravotní sestry, ale také přímo zdravotničtí záchranáři, kteří jsou první, kteří s těmito pacienty přijdou do styku.

Naše bakalářská práce je tvořena částí teoretickou a částí praktickou. V teoretické části jsme uvedli obecné informace o zdravotnické záchranné službě a přednemocniční neodkladné péči. Dále jsme se věnovali komunikaci, kde jsme popsali například formy a druhy komunikace nebo také vybrané situační aspekty. Protože je tato práce věnovaná převážně problematice agresivních pacientů bylo důležité vysvětlit pojmy jako agrese a agresivita a sní spojené druhy agrese. Na závěr naší práce jsme se zaměřili na příčiny agresivního chování, na pravidla komunikace s agresivními pacienty a hlavně na možnosti deeskalace těchto pacientů.

Praktická část byla zpracována na základě vyhodnocení dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 37 pracovníků zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje. Zjišťovali jsme četnost napadení zdravotnických záchranářů, jaký má na ně vliv a zda jsou proškoleni v sebeobraně či komunikaci s agresivním pacientem.

Zjistili jsme, že všichni zdravotničtí záchranáři se již někdy setkali s agresivním pacientem. Většina zdravotnických záchranářů sice někdy měla obavy z napadení pacientem, ale málo kdo kvůli tomu uvažoval o změně povolání. V případě napadení agresivním pacientem bývá potřeba přivolat na pomoc policii a tak jsme zjišťovali spokojenost zdravotnických záchranářů s policií České republiky. Téměř všichni respondenti uvedli, že spokojeni jsou. Dále jsme zjišťovali četnost proškolení zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivním pacientem a došli jsme k závěru, že proškolení bývá uskutečněno naposledy v rámci vysoké školy. Zajímavé pro nás bylo zjištění, že na většině výjezdových základen Ústeckého kraje neexistuje standard pro komunikaci s agresivním pacientem. Proto jsme se rozhodli tento standard sami vytvořit jako výstup naší bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

BABY, Maria, Christopher GALE a Nicola SWAIN. Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*. Elsevier, 2018, (39), 67-82. ISSN 1359-1789.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

BERAN, Jiří. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-932-2.

BERÁNEK, Václav. *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017. ISBN 978-80-261-0714-9.

BERÁNEK, Václav. Otázky výcviku sebeobrany pro zdravotnické záchranáře. *Rescue Report*, 2013, roč. 16, č. 3, s. 27-29. ISSN: 1212-0456

ČERMÁK, Ivo. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1998. ISBN 80-902614-1-8.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 9788024727813.

FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 8. vydání. Praha: Ondřej Franěk, 2015. ISBN 978-80-905651-1-1.

HALLET, Nutmeg a Geoffrey DICKENS. *De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Conceptanalysis*. *International Journal of Nursing Studies*. Elsevir, 2017, (75), 10-20. ISSN 0020-7489.

HANUŠKOVÁ, Vlasta. *Psychiatrie pro praxi: Terapie akutního neklidu a agrese*. Solen, 2008; 9 (4). [online]. [cit. 30. 7. 2018]. Dostupné také z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/05.pdf>.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELO, J. Komunikace pracovníku záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra*. 2008, č. 3, s. 23. ISSN 1210-0404.

KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. *Farmakoterapie urgentních stavů: [příručka léčbou život ohrožujících stavů]*. Praha: Maxdorf, c2014. Moderní farmakoterapie. ISBN 978-80-7345-386-2.

KNOR, Jiří. *Časopis pro neodkladnou lékařskou péči: Urgentní medicína*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2000, 3. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: http://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2000_01.pdf.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihnice (Svoboda).

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘÍŽOVÁ, Valentýna; KŘÍŽ, Petr. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *SESTRA*. 2006, 16, 10, s. 43. ISSN 1210-0404.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Míra BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MARTÍNKOVÁ, Lenka. *Psychologie pro každého: Agrese – co o ní víme?* [online]. 2016 [cit. 2018-07-18]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/agrese-co-o-ni-vime/>

MARTÍNKOVÁ, Lenka. *Psychologie pro každého: Agrese – co o ní víme?* [online]. 2016 [cit. 2018-07-18]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/agrese-co-o-ni-vime/>

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. Manažer. ISBN 80-247-0650-4.

MORPHET, Julia, Debra L. GRIFFITHS, Jill BEATTIE, Diana C. VELASQUEZ REYES a Kelli INNES. *Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review*. Collegian. Elsevier, 2018, 25(6), 621-632. ISSN 1322-7696.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

PEKARA, Jaroslav. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015.

PEKARA, Jaroslav. *Význam komunikace při prevenci násilných incidentů*. Florence. 2014, x(3), 23-25. ISSN 1801-464X.

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

ROSENTHAL, Lisa J., Ashley BYERLY, Adrienne D. TAYLOR a Zoran MARTINOVICH. *Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers*. Psychosomatics. Elsevier, 2018, 59(6), 584-590. ISSN 0033-3182.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

UHÝRKOVÁ, Radana a Andrea BÍLKOVÁ. *Vybrané kapitoly z předmětu Záchranářství a medicína katastrof*. Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola

zdravotnická Zlín. 2016. ISBN 978-80-88058-78-6.
(https://publi.cz/books/370/01.html#1_3_2_4).

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA. Deeskalace - základní intervence ke zvládnání násilí. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2018. 114(5), 213 -217. ISSN 1212-0383.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

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

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Violence and Injury Prevention*. Violence against health workers. [online]. Copyright © [cit. 27.02.2019]. Dostupné z: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KARLOVARSKÉHO KRAJE. *Pracoviště krizové připravenosti*. Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje, příspěvková organizace. [online]. [cit. 18. 7. 2018]. Dostupné z: <http://www.zzskvk.cz/index.php?oid=4165358>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA LIBERECKÉHO KRAJE. *Pracoviště krizové připravenosti*. Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje. [online]. [cit. 30. 7. 2018]. Dostupné: <http://www.zzslk.cz/zakladni-informace/#1519258749708-2-9>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Standard pro jednání s agresivním pacientem na ZZS

Standard pro jednání s agresivním pacientem na ZZS

Práce zdravotnické záchranné služby je náročná a riziková. Denně se pracovníci zdravotnické záchranné služby setkávají s pacienty v různém psychickém rozpoložení, a proto bývá na denním pořádku konfrontace s agresivním pacientem. Mezi rizikové faktory, které vedou k agresivnímu chování, patří například bolest, strach, frustrace, nejistota, pocit ohrožení, pocity křivdy a nespravedlnosti, psychiatrická anamnéza nebo intoxikace alkoholem a drogami.

Možností deeskalace agresivního pacienta máme několik. Jednou z možností je verbální či neverbální komunikace, farmakologické zklidnění nebo fyzické omezení, popřípadě sebeobrana.

Komunikace

Díky této technice dokáže pracovník ZZS zjistit pacientův stav a možnosti zklidnění. Komunikace by měla mít zdvořilostní a milý tón a měla by být spojena s přátelskými gesty. Jedná se o první možnost deeskalace agresivního pacienta. Tato komunikace má daná pravidla, která je nutné znát.

Pravidla pro komunikaci:

- Nezůstávat s pacientem sám v uzavřené místnosti
- Vnímat gestikulaci – otočení hlavy, pohyby tělem, poklepávání rukou
- Nikdy se k pacientovi neotáčet zády
- Odstranit z dosahu nebezpečné předměty
- Udržovat bezpečnou vzdálenost (min na délku paže)
- Mluvit klidným hlasem
- Mluvit srozumitelně a stručně
- Snažit se porozumět
- Nedělat zbrklé a prudké pohyby
- Informovat vždy pacient o dalších postupech
- Vyvarovat se dlouhému upřenému pohledu do očí
- Nenechat se vyprovokovat, zachovat klid

Farmakoterapie

Někdy je nutné zklidnit pacienta farmakologicky, aby nedošlo k poranění ani pracovníka ZZS ani samotného pacienta. Ideální je v tomto případě farmakum, které má rychlý nástup účinku. Mezi nejčastěji užívané léky patří apaurin, midazolam, dexdor, diazepam a haloperidol.

Podání farmak ke zklidnění musí vždy indikovat lékař, pokud není dáno jinak vnitřními předpisy dané ZZS.

Sebeobrana

Každý pracovník zdravotnické záchranné služby by měl mít povědomí o problematice trestního práva v rámci sebeobranu. Trestní zákoník č. 40/2009 hovoří o okolnostech vylučujících protiprávnost činu.

§ 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.

§ 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.

Pokud pracovník ZZS vyhodnotí situaci jako rizikovou, měl by zavolat na pomoc
Policii České republiky.

Důležitým krokem je také zápis do zdravotnické dokumentace daného pacienta. Měl by
být proveden i zápis o mimořádné události.

Pokud dojde k poranění pracovníka ZZS měla by být tato skutečnost zaznamenána do
knihy úrazů.



Příloha č. 2 Žádost o provedení dotazníkového šetření na ZZS Ústeckého kraje

Ředitel Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje
MUDr. Ilja Deyl
Sociální péče 799/7a, Severní terasa,
400 11 Ústí nad Labem

V Plzni dne 1.2.2018

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Ústeckého kraje

Vážený pane doktore,

jmenuji se Jaroslav Drda a jsem studentem 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií
Západočeské univerzity v Plzni, oboru Zdravotnický záchranář.

Touto cestou bych Vás rád požádal o umožnění provedení dotazníkového šetření mezi
příslušníky výjezdových skupin v Ústeckém kraji. Tyto data bych rád použil při zpracování praktické
části bakalářské práce na téma: „Komunikace s agresivním pacient v přednemocniční péči“.

Tuto závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. et Mgr. Václava Beránka z Fakulty
zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí

Za brzké vyřízení žádosti předem děkuji

S pozdravem Jaroslav Drda.

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Václav Beránek
Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: vberanek@kaz.zcu.cz

Kontaktní údaje:

Jaroslav Drda
U Zámeckého parku 835
Litvínov, 436 01
Tel. číslo: +420 773 634 490
E-mail: jaroslav.drda@gmail.com

Vyjádření k žádosti:

a) žádost povolena

b) žádost zamítnuta

Odůvodnění:

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

Datum: 25. 2. 2019

Razítko a podpis



Příloha č. 3 Dotazník

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Muž
- b. Žena

2) Jaký je Váš věk?

- a. 20 - 40
- b. 41 – 54
- c. 55 a více

3) Jaké je Vámi nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Střední škola s maturitou a specializací
- b. Vyšší odborná škola
- c. Vysoká škola – bakalář
- d. Vysoká škola – magistr
- e. Vysoká škola – doktor

4) Jaká je Vaše pracovní pozice na ZZS?

- a. Řidič/ka
- b. Záchranář/ka
- c. Lékař/ka

5) Kde se nachází Vaše výjezdová základna v Ústeckém kraji? _____

6) Jak dlouho pracujete na stanovišti ZZS?

- a. 0 – 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11 – 20 let
- d. 21 let a více

7) Jak často se setkáváte s agresivními pacienty v rámci výjezdů ZZS?

- a. Několikrát týdně
- b. 1x týdně
- c. 1x za 14 dní
- d. 1x za měsíc
- e. 1x za půl roku
- f. 1x do roka
- g. Méně než 1x za rok

- 8) Měl/a jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?**
- Ano
 - Ne
- 9) Byl/a jste někdy během své služby napaden/a pacientem? (ať už verbálně či fyzicky)**
- Ano
 - Ne
- 10) Jakým způsobem Vás agresor napadl?**
- Verbálně
 - Fyzicky
 - Jiným způsobem, napište _____
- 11) Kdy k danému napadení došlo?**
- Při příjezdu k pacientovi
 - Při zajištění (vyšetření) pacienta
 - Během převozu pacienta
 - Při předání pacienta
- 12) Jakého pohlaví byl agresor?**
- Muž
 - Žena
- 13) V jakou dobu k napadení došlo?**
- Ráno (4.00 – 9.00)
 - Dopoledne, poledne (9.00 - 13.30)
 - Odpoledne (13.30 – 18,30)
 - Večer, noc (18.30 – 4.00)
- 14) Z jakého důvodu dle Vás k napadení došlo?(více možných odpovědí)**
- Alkohol
 - Drogy (jiné než alkohol)
 - Sociální faktor (občan bez domova)
 - Etnický faktor (příslušník národnostní menšiny)
 - Diagnóza pacienta
 - Chování okolí (např. rodinný příslušník)
 - Chování členů posádky – vyprovokování
 - Chování personálu při předání
 - Jiné, napište _____

15) Použil proti Vám někdy agresor zbraň?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud „ano“, jakou?

- a) Střelná zbraň
- b) Nůž
- c) Jiné, napište _____

16) Bylo v dané situaci zapotřebí přivolat na pomoc policii?

- a. Ano
- b. Ne

17) Spolupracujete při své práci s Policií České republiky?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud „ano“ – jste se spoluprací spokojen?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné připomínky _____

18) Utrpěl/a jste po napadení újmu na zdraví?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud „ano“, jakou? _____

19) Vyhledal/a jste po napadení psychickou pomoc či podporu?

- a. Zvládl/a jsem to sám/a
- b. Od rodinných příslušníků
- c. Od kolegů
- d. PEER
- e. Psycholog
- f. Jiná, napište _____

20) Uvažoval/a jste někdy o změně povolání po konfrontaci s agresivním pacientem?

- a. Ano
- b. Ne

21) Jakým způsobem dokážete nejčastěji zvládnout agresivního pacienta?

- a. Fyzické násilí (sebeobrana)
- b. Komunikací
- c. Použitím medikamentů
- d. Jiné _____

22) Existuje na vašem pracovišti nějaký manuál (standart) pro správné jednání s agresivními pacienty?

- a. Ano
- b. Ne

23) Absolvoval/a jste někdy kurz sebeobrany?

- a. Ano
- b. Ne

Pokud „ano“, kdy naposledy?

- a) Méně než rok
- b) méně než 5 lety
- c) méně než 10 lety
- d) více než 10 lety

kde? _____

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

- a. Ano
- b. Ne

Pokud „ano“ kdy naposledy?

- a) Méně než rok
- b) méně než 5 lety
- c) méně než 10 lety
- d) více než 10 lety

kde? _____

25) Jaká místa zásahu představují největší riziko? (více možností)

- a. Noční kluby, bary, hospody a jiné restaurační zařízení
- b. Nádraží či zastávky MHD
- c. Ubytovny
- d. Jiné _____