



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním
pacientem v přednemocniční péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví

Autor: Jakub Čáp

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem v přednemocniční péči*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2018

Poděkování

Rád bych poděkoval paní Mgr. Aleně Polanové, vedoucí mé bakalářské práce, za ochotu, odbornou pomoc a cenné rady, které mi pomohly ke zpracování této bakalářské práce. Dále děkuji své rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem v přednemocniční péči

Abstrakt

Téma bakalářské práce se nazývá: „*Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem v přednemocniční péči.*“ Teoretická část se zabývá charakteristikou zdravotnického záchranáře a pacienta. Dále se zde nachází definice komunikace s následným rozdělením do komunikačních struktur, funkcí a forem. Vzhledem k tématu je zde zpracovaná i problematika komunikace mezi agresivním pacientem a zdravotnickým záchranářem. Následně se teoretická část zabývá agresí, jejím druhům, příčinám a řešením ze strany zdravotnických záchranářů.

V praktické části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat postupy zdravotnických záchranářů s agresivním pacientem v přednemocniční péči. Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou problémy v komunikaci mezi zdravotnickým záchranářem a agresivním pacientem. K těmto cílům byly zhotoveny tři výzkumné otázky: 1. Jakým způsobem přistupuje zdravotnický záchranář k agresivnímu pacientovi při prvním styku na místě události? 2. Jaké komunikační techniky používá zdravotnický záchranář při komunikaci s agresivním pacientem? 3. S jakými problémy se potýká zdravotnický záchranář v komunikaci s agresivním pacientem.

Ke zpracování výzkumné části bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které obsahovaly 14 otázek. Cílovou skupinu lidí tvořilo 10 zdravotnických záchranářů z Jihočeského kraje.

Dle výsledků bylo zjištěno, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři částečně znají postupy, které mohou využít při komunikaci s agresivním pacientem. V problémech komunikace se dotazovaní shodli, že nejčastější chyba zdravotnických záchranářů je nezvládnutí vlastních emocí a snadné vyprovokování od pacientů.

Výsledky této bakalářské práce by mohly posloužit ke zvýšení či doplnění informovanosti zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty. Dále by bakalářská práce mohla být využita jako podklad k přednáškám o problematice související s komunikací mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem.

Klíčová slova

Zdravotnický záchranář; agresivní pacient; komunikace; agrese

Communications between paramedics and aggressive patients in prehospital care

Abstract

The thesis is entitled: „*Communications between paramedics and aggressive patients in prehospital care.*“ The theoretical part thoroughly deals with the characteristics of a paramedic and patient as well as elaborating a definition of communication with subsequent divisions into communication structures, functions and forms. The topic is further developed and the issue of communication between aggressive patients and paramedics is introduced in the theoretical part. Subsequently, this chapter describes aggression, its types, causes and solutions on the part of paramedics.

Two objectives are defined in the theoretical part. The first objective maps out the procedures paramedics use when handling an aggressive patient before hospital admission. The second objective reveals the problems paramedics encounter when communicating with an aggressive patient. Three research questions were established to the above objectives: 1. Which method do paramedics use when dealing with an aggressive patient during their first contact at the scene of incident? 2. What communication techniques are used by paramedics when communicating with an aggressive patient? 3. Which problems do paramedics encounter in communicating with an aggressive patient?

A qualitative research approach was used when elaborating the research part. Data was gathered in the form of semi-structured interviews conducted using 14 questions. The target group consisted of 10 paramedics from South Bohemia.

The results revealed that the paramedics are partly aware of the processes they can use when communicating with an aggressive patient. In terms of the communication issues the respondents agreed on the fact that their most common mistake consists in their failure to control their own emotions, and losing their temper when verbally attacked by the patients.

The results of this thesis could help to increase or supplement paramedics' awareness of the options for best practice when communicating or handling aggressive patients. Furthermore, the thesis could be used as source material for lectures on issues related to communication between paramedics and a patient.

Key words

Paramedics; aggressive patient; communications; aggression

OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV	11
1.1	CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE	11
1.2	CHARAKTERISTIKA PACIENTA	12
1.2.1	<i>Psychické problémy u pacienta v přednemocniční péči.....</i>	<i>12</i>
1.3	KOMUNIKACE OBECNĚ	13
1.4	KOMUNIKAČNÍ STRUKTURA.....	14
1.5	KOMUNIKAČNÍ FUNKCE	14
1.6	KOMUNIKAČNÍ FORMY	15
1.6.1	<i>Verbální komunikace.....</i>	<i>16</i>
1.6.2	<i>Neverbální komunikace a komunikace činem</i>	<i>16</i>
1.7	AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ	17
1.8	FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KOMUNIKACI ZDRAVOTNÍKA S PACIENTEM	17
1.9	AGRESE OBECNĚ	18
1.10	DEFINICE AGRESE	19
1.11	DRUHY AGRESE.....	19
1.12	PŘÍČINY AGRESE A JEJÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	20
1.13	STRATEGIE V KOMUNIKACI S AGRESIVNÍM PACIENTEM	21
1.14	POSOUZENÍ POTENCIONÁLNĚ AGRESIVNÍHO PACIENTA	22
1.15	SITUAČNÍ ASPEKTY VEDOUcí K AGRESI	23
1.15.1	<i>Stres.....</i>	<i>23</i>
1.15.2	<i>Frustrace.....</i>	<i>24</i>
1.15.3	<i>Deprivace.....</i>	<i>24</i>
1.15.4	<i>Posttraumatická stresová porucha</i>	<i>25</i>
1.15.5	<i>Konflikt</i>	<i>25</i>
1.15.6	<i>Psychické trauma</i>	<i>25</i>
1.15.7	<i>Bolest.....</i>	<i>26</i>
1.15.8	<i>Strach a úzkost</i>	<i>27</i>
1.16	FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA AGRESIVNÍHO PACIENTA.....	27
1.17	NÁSLEDKY PO STŘETU S AGRESIVNÍM PACIENTEM	28
1.18	PREVENCE VZNIKU AGRESIVITY Z POHLEDU ZAMĚSTNAVATELE	29
1.19	LEGISLATIVA VZTAHUJÍCÍ SE K AGRESI	30
1.20	PSYCHOHYGIENA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	30
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1	CÍL PRÁCE	32
2.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	32

2.3	OPERACIONALIZACE	33
3	METODIKA PRÁCE	34
3.1	VYUŽITÁ METODA	34
3.2	ROZHOVOR	34
3.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
4	VÝSLEDKY.....	36
4.1	KATEGORIZACE POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU	36
4.2	ZÁKLADNÍ POJMY	37
4.2.1	<i>Agrese</i>	37
4.2.2	<i>Agresivita</i>	37
4.2.3	<i>Komunikace s agresivním pacientem.....</i>	37
4.3	RIZIKOVÉ SKUPINY AGRESIVNÍCH PACIENTŮ	38
4.3.1	<i>Četnost výskytu agresivních pacientů</i>	38
4.3.2	<i>Dopady imigrační vlny cizinců.....</i>	39
4.4	KONTAKT S RIZIKOVOU SKUPINOU AGRESIVNÍCH PACIENTŮ.....	39
4.5	NAPADENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ	40
4.5.1	<i>Verbální agrese</i>	40
4.5.2	<i>Fyzické napadení.....</i>	40
4.6	VYROVNÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ S DANÝMI SITUACEMI	41
4.7	POSTUP ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ V KOMUNIKACI S AGRESIVNÍMI PACIENTY	42
4.7.1	<i>Postupy zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty při začátcích jejich kariéry.....</i>	42
4.7.2	<i>Postupy zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v průběhu jejich kariéry.....</i>	43
4.8	ZÁSADY PŘI KOMUNIKACI S AGRESIVNÍMI PACIENTY	44
4.9	POSKYTNUTÍ PRVNÍ POMOCI AGRESIVNÍM PACIENTŮM.....	44
4.10	INFORMOVANOST ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ S PROBLEMATIKOU AGRESE	45
4.11	PROBLÉMY VYPLÝVAJÍCÍ Z CHYB PŘI KOMUNIKACI S AGRESIVNÍM PACIENTEM	46
5	DISKUZE.....	48
6	ZÁVĚR.....	60
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	65
9	SEZNAM ZKRATEK.....	66

Úvod

Kontakt s agresivním pacientem, který může verbálně či fyzicky napadnout členy výjezdové posádky, není ojedinělým jevem. Stále se zvětšuje počet incidentů na území České republiky. Z tohoto důvodu musí být zdravotnický personál připraven na možný kontakt s agresivním pacientem a náležitě řešit celou situaci (Andršová, 2012).

Komunikace je definována jako sdělení informace pomocí prostředků a signálů, která probíhá mezi nejméně dvěma a více lidmi. Ve zdravotnictví hraje komunikace významnou roli, protože díky ní může zdravotnický personál zjistit zásadní informace o pacientovi, které mohou usnadnit průběh léčby. Komunikaci lze rozdělit do různých funkcí. Nejpoužívanější komunikační funkce ve zdravotnictví jsou informativní, instruktážní, persuzivní, operativní, motivační a svěřovací. Dle formy lze také komunikaci rozdělit na verbální, neverbální a komunikaci činy. Pro zdravotnického záchranáře hraje správná komunikace s pacienty na místě události zásadní roli. Musí totiž řádně odebrat anamnézu a zjistit co možná nejvíce informací o daném jedinci a poté mu poskytnout dle zjištěných poznatků adekvátní péči. Při nedodržování zásad správné komunikace hrozí komplikace ze strany pacienta, které mohou vyústit až do agresivního jednání.

Agresi lze definovat několika způsoby, neboť neexistuje přesná definice. Agresí se rozumí forma chování, která má za cíl záměrně ublížit jiným osobám či věcem. Druhým pojmem je agresivita, kterou se rozumí tendence k útočnému jednání jedince. Tato vlastnost je ovlivněna genetikou, vnějším prostředím a emocemi. Agrese se rozděluje do čtyř druhů: na přímou, přenesenou, zadržanou a autoagresivní. Další druh dělení je na: verbální, fyzickou, psychickou, sociální a sexuální. Pro zdravotnického záchranáře je stěžejní správně posoudit celou situaci a poskytnout adekvátní první pomoc, pokud nebude ohroženo jejich bezpečí.

Téma bakalářské práce jsem si vybral sám. Důvodem byla vlastní zkušenost při jednom výjezdu v rámci školní praxe, kde jsem se setkal s agresivním pacientem. Tato tematika mě začala zajímat a stala se mi inspirací pro mou bakalářskou práci. Vzhledem k tomu, že se střety zdravotnických pracovníků s agresivními pacienty stávají, neměla by být tato problematika opomíjená a zdravotničtí záchranáři by měli znát zásady, podle kterých se v dané situaci zachovat a tím se snažit vyvarovat možnému nebezpečí.

1 Současný stav

Problematika komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem může vést k vytvoření bariér, které mohou přispět ke vzniku agrese. Podle údajů, které uvádí Kelo (2008), není agrese u pacientů ojedinělým jevem a v dnešní době počet případů stoupá ve všech odvětvích zdravotnických oborů. Příčinou není jen špatné zvládnutí situace a neadekvátní komunikace mezi záchranářem a pacientem, ale i nespokojenost s etikou, kvalitou a průběhem poskytované péče u pacienta. Kelo (2008) také zmiňuje, že je mnohdy pacient agresivní i bez zjevného podnětu. Důsledkem toho dochází i k napadení posádky zdravotnické záchranné služby.

Zahraniční autor Eadie (2013) poukazuje na fakt, že komunikace mezi záchranářem a pacientem je v chronické či akutní zdravotní fázi pacienta velmi složitý a individuální proces. Zdravotničtí záchranáři mohou být vystaveni nespočetné řadě zdravotních potíží a stížností, které vyžadují pečlivá rozhodování a musí zvolit adekvátní řešení celé situace. Správná komunikace by proto měla být jasná, stručná a účinná. Stručnost je velmi důležitá, protože výměna informací může probíhat v krátkém časovém rozmezí. Proto je stěžejní zjistit co nejrychleji a co možná nejvíce informací o stavu pacienta, které mohou poukázat na možnou příčinu zdravotní komplikace a možnosti její léčby (Eadie, 2013).

1.1 Charakteristika zdravotnického záchranáře

Práce zdravotnického záchranáře obnáší i situace, kdy je záchranář vystaven velké psychické i fyzické zátěži. Dle Andršové (2012) by měl být záchranář vybaven schopností sebekontroly, schopností rychlého řešení dané situace a mít efektivní chování. Také by měl záchranář disponovat psychickou a sociální zralostí, orientací v prostoru, obětavostí, spolehlivostí, rozhodností, trpělivostí a taktností.

Důležitá vlastnost pro výkon zdravotnického záchranáře je vysoká odolnost proti zátěži a odhodlání podstupovat velká rizika, která tato práce obnáší. Aby záchranář byl schopný těchto vlastností, musí být oceněn za dobře odvedenou práci (Šeblová et al., 2009).

Špatenková et al., (2009) rozdělili vlastnosti zdravotníků do tří souborů, které by měli záchranáři ovládat. Jedná se o soubor vlastností, které se podílí na prožívání emocí záchranáře. Řadíme sem trpělivost, ohleduplnost, ochotnost, laskavost, empatii, sociální

inteligenci a milý přístup k pacientům. Druhou složku činní soubor pracovních vlastností, kam řadíme zručnost, spolehlivost, pracovitost a výkonost. Třetí soubor tvoří práce v týmu. Záchranář by měl být schopný pracovat v týmu a respektovat i názor druhých.

Sihelská (2007) uvádí, že by měl mít zdravotnický záchranář také manažerské a pedagogické dovednosti. Měl by si být vědom své práce, pro kterou je schopen obětovat i svátky. Dále by se mělo jednat o osobu, která disponuje fyzickou zdatností a obratností. To vše by měla osoba skloubit se svými teoretickými dovednostmi a praktickou zručností. V poslední řadě by se mělo jednat o psychicky a sociálně zralou osobnost.

1.2 Charakteristika pacienta

Pacient je podle Zacharové (2017) definován jako osoba, která se léčí s nemocí nebo osoba, která je v lékařské péči. Pacientem se člověk nerodí, ale stane se jím až v průběhu svého života. U pacienta došlo k narušení jeho zdravotní stránky, které vedou k psychickým a biologickým změnám. U těchto osob můžeme proto očekávat změnu chování, protože jsou vystaveni situaci, na kterou nejsou zvyklé v běžném životě.

Pacient ovlivněný nemocí, může své problémy také různě zveličovat. Autorka Zacharová (2017) uvádí postoj agravace, kdy pacient přehání své příznaky. Přehánění může být vědomé, záměrné či úmyslné. Druhým postojem je simulace, kdy pacient předstírá své onemocnění. Jedná tak většinou proto, aby získal největší výhodu z nemoci, například v podobě pracovní neschopnosti. Často se u pacientů vyskytuje i postoj repudiace, kdy pacient o svém onemocnění ví, ale nechává si to pro sebe a nešíří to mezi lidi. Posledním postojem je bagatelizace, kdy nemocný podceňuje svůj zdravotní stav a odmítá zdravotní léčbu. Může tak jednat kvůli strachu ze svého onemocnění (Zacharová, 2017).

1.2.1 Psychické problémy u pacienta v přednemocniční péči

Akutní zhoršení zdravotního stavu, které vzniklo náhle a je důvodem zásahu zdravotnické složky, je pro pacienta velmi stresující. Tyto situace bývají často spojené s bolestí a obavami o svou vlastní smrt. Na tuto situaci není pacient předem připravený, a proto bývá úzkostný a má strach. Strach může mít ze smrti, o svou rodinu, majetek,

ze ztráty zaměstnání apod. Zdravotnický záchranář musí na tyto problémy přihlížet s pochopením, protože takhle může zareagovat každý člověk v dané situaci. Zdravotník může pacientovi poskytnout pomoc, ale i pochopení, které může pacienta zklidnit. V opačném případě, kdy se pacient setká s nepochopením jeho strastí ze strany záchranáře, se může jeho psychický stav ještě zhoršit. Jiná situace nastává v okamžiku, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě. V těchto situacích hraje hlavní roli časový faktor. V této fázi se zdravotnický záchranář zabývá hlavně poskytnutím nejnütnější první pomoci, komunikace a pochopení pacienta jde do pozadí. Tito pacienti jsou v těchto případech zřídka schopni komunikovat a vyjádřit své problémy (Ertlová a Mucha, 2008).

1.3 Komunikace obecně

Tato kapitola se zabývá komunikací, kterou můžeme považovat za velmi důležitou součást zdravotnické péče u pacienta. Díky správné komunikaci může zdravotnický personál řádně odebrat anamnézu od pacienta a zjistit tím mnoho důležitých poznatků. Tyto informace pak mohou výrazně ulehčit poskytnutí adekvátní péče pacientovi.

Janáčková (2008) uvádí komunikaci jako sdělení informace pomocí různých signálů a prostředků. Komunikace probíhá nejméně mezi dvěma či více lidmi, dále pomocí tisku a jiných komunikačních médií. Jedná se tedy o vysílání, přijímání a dešifrování signálu z vnějšího světa. Komunikace ve zdravotnictví je specifická v tom, že zdravotník mnohdy musí získávat potřebné informace, protože na nich závisí další průběh léčby u pacienta. Proto by měl zdravotník ovládat komunikaci mezi ním a pacientem, která mu může hodně pomoci. Sdělování informací by mělo probíhat jasně, srozumitelně a brát v potaz, že se pacient může kdykoliv vyjádřit k dané situaci.

Linhartová (2007) ve své knize uvádí, že lidská komunikace je velmi složitý proces, který se odvíjí od vzdělání, inteligence a různých dalších faktorů a řadí jí k nezbytné biologické a sociální výbavě člověka. Cílem komunikace je co nejefektivnější sdělení potřebné informace. Daná informace může ale člověka i pobavit nebo skrz ni může něco zjistit. Naopak ho může i odradit či rozčítit. Zvláštností proto zůstává, že komunikace se odehrává ve všedních i nevšedních situacích a jedná se o ojedinělou formu sdělování informací.

1.4 Komunikační struktura

Zacharová (2016) rozděluje komunikační strukturu do pěti částí (komunikátor, komunikant, komunikační kanál, komuniké a komunikační jazyk). Komunikátor je osoba, která vysílá informaci jiné osobě nebo určené cílové skupině. Ten, kdo tuto zprávu přijme a zpracuje, se nazývá komunikant. Jemu je informace předurčená. Aby dokázal komunikant informaci zpracovat, musí jí dostatečně pochopit. Obsah celé zprávy či informace nese název komuniké. Komuniké v sobě ukrývá verbální či neverbální symboly. Poslední částí komunikační struktury je cesta, kterou informace proudí mezi komunikátorem a komunikantem. Ta nese název komunikační kanál. Jedná se o způsob přenesení informace formou verbální či neverbální komunikace nebo činem. Komunikační kanál může probíhat elektronickou, písemnou, telefonickou, vizuální či audiovizuální cestou.

Při předání informace mezi komunikátorem a komunikantem je očekávaný děj zvaný zpětná vazba. Tato vazba poskytuje adresátovi zprávy možnost odpovědi. Velmi důležité je, aby zpětná vazba nastala co možná nejdříve po přijmutí zprávy. Dalším důležitým faktorem je komunikační prostředí. Jedná se o prostor, ve kterém je komunikace uskutečněna. Podněty z komunikačního prostředí mohou ovlivňovat příjemce i odesílatele zprávy (Zacharová, 2017).

1.5 Komunikační funkce

Při každé komunikaci dochází k výměně dat, která mají svůj určitý účel či funkci. Autor Vymětal (2008) uvádí funkce, které mají smysl při kontaktu zdravotníka s pacientem. Jedná se o funkci informativní, kde je cílem předat určitou informaci, která tvoří důležitou část při setkání zdravotníka s pacientem. Druhá funkce se nazývá instruktážní, jejíž prioritou je popsání a vysvětlení problému, o kterém spolu zdravotník a pacient komunikují. Tato funkce má vysvětlovací prvky a je významná v přednemocniční péči, protože poskytuje pacientovi informace o jeho aktuálním zdravotním stavu. Do třetí části řadí autor funkci persuzivní, která se zabývá přesvědčováním a ovlivňováním pacienta. K těmto účelům využívá přesvědčovací argumenty. Součástí tohoto rozřazení je i funkce operativní, kde se zdravotník snaží domluvit s pacientem a vyřešit danou situaci, aby byla výhodná pro obě strany. Jedná se o řešení, které dokáže pacient akceptovat. Poslední částí je funkce zábavná. Cílem této funkce je rozptýlení pacienta.

Odvrátit jeho pozornost a myšlenky od problému a pokusit se ho pobavit či rozveselit. Funkce se využívá především u dětských pacientů.

Mikuláščík (2008) ve své knize doplňuje již zmíněné funkce o motivační, socializační, poznávací, únikovou a svěřovací. V motivační funkci se zdravotník snaží navodit pacientovi pocit sebevědomí, které může v dané situaci postrádat. V socializační funkci se zdravotník snaží vytvořit pouto mezi ním a pacientem a navázat s ním kontakt. Poznávací funkce má za úkol poznat blíže pacienta a zjistit více o jeho každodenním životě. Svěřovací funkce napomáhá k odstranění napětí mezi zdravotníkem a pacientem a důležitou roli zde hraje důvěra mezi nimi. Poslední rozšiřovací funkcí je funkce úniková, ve které se zdravotník snaží vysvobodit pacienta z útrobu smutku, sklíčenosti a podobných negativních vlivů. Cílem této funkce je odvrátit zlé myšlenky pacienta a svěřit se se svými problémy.

1.6 Komunikační formy

Komunikaci lze také rozdělit do tří forem. První formu tvoří komunikace verbální, která je charakterizovaná slovy. Základním stavebním kamenem této formy komunikace je slovo a řeč. Druhou formou je komunikace neverbální, která je také nazývána jako mimoslovní. Tímto způsobem člověk sděluje až 60-80 % svých informací. Do prvků neverbální komunikace řadíme například mimiku, gestiku, pohledy očí atd. Třetí formu tvoří komunikace činem. Mnohdy může být srozumitelnější než verbální i neverbální komunikace zároveň, protože k mnoha činům nejsou slova vůbec zapotřebí. Například, když při autonehodě osoba poskytne první pomoc raněnému a nepotřebuje k tomu sdělovat mnoho dalších informací (Křivohlavý, 1988 uvedeno v Kelnerové, 2014).

Štefanovič a Greisinger v roce 1985 uvedli také další dělení formy komunikace. Zařadili sem formu obraznou, která zobrazuje danou informaci pomocí objektu. Jedná se například sdělení informací pomocí dopravních značek. Druhou přidanou formou je forma symbolická. Zde se jedná o předání informace pomocí symbolu. Například číselné vyjádření nebo vyjádření věci pomocí značky (Štefanovič a Greisinger, 1985 in Kelnerová, 2014).

1.6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je proces, ve kterém se jedná o vyjádření myšlenky pomocí slov v určeném slovním jazyce. Řadí se sem komunikace ústní a písemná. V literatuře se uvádí, že verbální komunikace je vedená ve dvou rovinách. První rovina se nazývá racionální, ze které se eliminují emoční stránky komunikace. Nazývá se racionální, protože používá převážně rozumovou část. Do druhé roviny řadíme emocionální, která poskytuje formu sdělení individuální myšlenkou a můžou se zde vyskytovat prvky emočních stavů. Například radost, štěstí, pláč či smutek (Vymětal, 2008).

Verbální komunikaci můžeme také rozdělit podle formální a neformální stránky. Formální komunikace je většinou plánována a má dané cíle. Často probíhá v soukromí. Jedná se třeba o přijímací pohovor pracovníků. Neformální komunikace je daleko častější, protože je snadnější na přípravu a nemusí probíhat s daným cílem. Jedná se třeba o přátelský rozhovor uskutečněný v práci (Vymětal, 2008).

1.6.2 Neverbální komunikace a komunikace činem

Při komunikaci zdravotníka s pacientem dochází ke spojení verbálních a neverbálních prvků, které nejlépe vystihují myšlenky a pocity příjemce i odesílatele zprávy. Neverbální komunikace se skládá z několika složek, které se společně prolínají. Autor uvádí mezi složky neverbální komunikace mimiku, viziku, kineziku, haptiku, gestiku, posturiku a proxemiku (DeVito, 2008).

Mimika se zabývá pohybem svalů v oblasti obličeje, dále kolem úst a očí. Vizikou se rozumí oční kontakt mezi zdravotníkem a pacientem. Určuje se zde i délka očního kontaktu. Kinezika se zabývá celkovým pohybem těla, především chůzí. Gestika se naopak zabývá pohyby horních končetin a jejich gestikulací. Další složkou je haptika, která se zaměřuje na podání a dotyky rukou. Proxemika sleduje vzdálenost mezi osobami, jejich přibližování a oddalování od sebe. Poslední složkou tvoří posturika, kterou se rozumí poloha horních a dolních končetin a celého těla (DeVito, 2008).

Mikuláščík (2008) udává, že prvky neverbální komunikace nebývají často tak viditelné jako prvky verbální komunikace. Pevážně se neverbální signály projevují nevědomě a osoba o nich skoro neví. Tyto pohyby se člověk naučil již v dětství. I když nebývají prvky neverbální komunikace tak viditelné, mohou poukazovat na emoce člověka či

jeho postoj k dané problematice. Autor sděluje, že po seřazení důležitosti daných neverbálních signálů mají největší váhu pohyby svalstva hlavy a obličeje.

Komunikace činem je charakterizována úkony, které vyjadřují určitý vztah člověka k druhé osobě. Může se jednat o vyjádření respektu a úcty, ale stejně tak může sehrát opačnou roli, jako například vyjádření opovržení a neúcty. Lze to vysledovat na chování jedince. Ve většině případů by se činy člověka měly shodovat s tím, co člověk říká nebo co slíbil. Pokud se tak nestane, nikdy si nevyslouží osoba respekt u jiných lidí. Tím se razantně sníží pocit respektu k této osobě a může na sebe prozrazovat, že s ní není něco zcela v pořádku (Tomová et al., 2016).

1.7 Aktivní naslouchání

K úspěšně zvládnuté komunikaci řadíme schopnost naslouchání, která hraje významnou roli mezi zdravotníkem a pacientem. Naslouchat osobě totiž dokazuje, že chápeme její problémy a snažíme se jim porozumět. Člověk se snaží při naslouchání soucítit s druhou osobou a pochopit ji. Naslouchání lze rozdělit na aktivní a pasivní. U aktivního naslouchání můžeme poskytnout zpětnou vazbu, můžeme klást na druhou osobu dotazy a aktivně se zapojit do problematiky. Kdežto u pasivního naslouchání se nemusí projevit žádná zpětná vazba a mluvčí jen potřebuje někoho, komu by mohl říct své problémy (Plamínek, 2012).

Ačkoliv řadíme naslouchání k důležité části komunikace mezi dvěma lidmi, mnoho lidí nedokáže k této činnosti adekvátně přistupovat a nemají empatický přístup. Nasloucháním se postupem času lze naučit, ale často bývá ovlivněno některými faktory. Jedná se o osobní faktor, mezi který řadíme různé předsudky a názory na danou osobu. Druhým faktorem je psychický stav pacienta, který nechce odpovídat na otázky. Dalším faktorem je jazyková bariéra. Posledním faktorem, který ovlivňuje naslouchání, je neshoda mezi neverbální a verbální komunikací vyvolávající rozpaky naslouchající osoby (Plevelová, 2011).

1.8 Faktory ovlivňující komunikaci zdravotníka s pacientem

Při ošetrovatelské péči hraje komunikace mezi zdravotníkem a pacientem významnou roli. Avšak existují faktory, které tento proces narušují. Literatura uvádí, že se rozdělují na individuální, situační a sociální faktory. Mezi individuální faktory řadí vlastnosti,

vědomosti, zkušenosti a dovednosti osoby. Pokud ale osoba tyto věci postrádá, může se zdravotník potýkat s uzavřeností, strachem a nejistotou pacienta. Do sociálních faktorů, které ovlivňují komunikaci, řadí nedůvěřivost pacienta k lidem. Ta vyplývá z nevyjasněných formálních vztahů. Posledním faktorem je faktor situační, kde literatura uvádí nedostatek času, narušující vlivy (např. hluk, řev, osvětlení) a neadekvátní přenos informací mezi zdravotníkem a pacientem (Vymětal, 2008).

Pro provedení efektivní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je za potřebí jednoduchost. Zdravotník se snaží mluvit srozumitelně a jasně. Měl by si být jistý, že pacient danému problému rozumí. Komunikace by měla také být stručná. Podání stručných informací působí srozumitelněji a více profesionálně. Důležité je rozpoznat vhodnou dobu pro předání zprávy. Zvláště závažné věci vyžadují správné načasování na sdělení (Kelnarová, 2014).

1.9 Agrese obecně

Výskyt agresivních pacientů není ojedinělý a může se jednat i o závažné situace, kde může jít o život nejen pacientovi, ale i zdravotnickému personálu. Projevy agresivního pacienta mohou být různé. Pacient může vykazovat pouhou verbální agresi, ale může se například jednat i o rozrušeného pacienta, který může hrozit střelbou. Každý pacient může prožívat agresi jiným způsobem. Pro zdravotnický personál je výjezd k agresivnímu pacientovi velmi stresující. Tyto zkušenosti mohou přispět i k syndromu vyhoření a mohou zanechat posttraumatickou stresovou poruchu pramenící z těchto situací. Proto musí zdravotnický personál s touto problematikou počítat a vyvarovat se zbytečných chyb, které mohou někdy znamenat fatální následek celé situace. Pokud zdravotník dodrží všechna pravidla pro správnou komunikaci včetně následné ošetrovatelské péče, a i přesto dojde k napadení, neměl by to zdravotník v sobě potlačovat. Měl by se svěřit psychologovi nebo svým kolegům (Andršová, 2012).

Burda (2014) uvádí, že agresivita v celosvětovém měřítku má vzrůstající charakter. Podle statistik se častěji objevuje ve školství, ve zdravotnictví a v sociálních službách. Podle autora důvod spočívá nejspíše v odlišném postoji ze stran pacientů. Ti od devadesátých let změnili přístup ke zdravotnictví. V dnešní době již není pacient pasivním příjemcem zdravotnické péče, ale může razantně zasahovat do rozhodování

o jeho zdraví a o způsobu zdravotní péče. Zvýšil se také počet pacientů, kteří jsou pod vlivem alkoholu, drog a dalších návykových látek.

1.10 Definice agrese

Harsa et al. (2012) uvádí, že jasná definice agrese neexistuje. Některé názory autorů na agresi se shodují, druhé se zase liší. Univerzální znění agrese proto není známo. Agrese je forma chování, která má záměrný cíl ublížit někomu druhému nebo poškodit určitou věc. Podle autora nemusí agrese být jen negativní vlastností. Může se také jednat i o žádoucí efekt, kdy například osoba chce pomocí agrese překonat překážku, která mu stojí v cestě. Autor zmiňuje také pojem agresivita, což je vlastnost, která je ovlivněná biologickými vlivy (dědičností), učením, emocemi a vnějším prostředím (Harsa et al., 2012).

Zacharová (2017) definuje agresi jako formu zlosti, vzteku, výhružek a násilí. Agrese se ovšem může projevat i způsobem, který není zcela běžný. Mezi atypické projevy agrese patří i vyrušování, hlasitý smích a různé výstřednosti. Například zvláštní oblékání, účes apod.

Agrese je podle Kelnarové (2014) chování, které se řadí mezi pudy lidské sebezáchovy. Agresi definuje jako útočné chování, které je projevem nepřátelství proti osobě. Může se také jednat o úmyslný útok na překážku, která stojí v cestě za cílem uspokojení určité potřeby.

1.11 Druhy agrese

Agrese se může podle autorky Zacharové (2017) rozdělit do čtyř druhů. Do prvního druhu spadá přímá agrese, která se vyznačuje ničením věcí, bití věcí a lidí a vulgární mluvou. Do druhé složky radíme přenesenou agresi. Tato fáze nastává tehdy, kdy se centrum hněvu přenesse na jinou věc. I sem ovšem patří ničení věcí a vulgární mluva. Třetí formu tvoří autoagrese, kterou si osoba přenáší sama na sebe. Osoba si dává vše za vinu sobě a trestá se za to. Tato forma autoagrese může vést až k nejhorším případům končící sebevraždou či k sebevražedným pokusům. Poslední druh agrese je agrese zvaná zadržaná. Jedinec vyhrožuje, ale nic proto nedělá, protože většinou svojí agresi potlačí.

Andršová (2012) rozděluje agrese do mnoha druhů. Dodává také, že některé formy agrese jsou dokonce lehce tolerované, jako například při bojových sportech. Do základních druhů agrese řadí agrese verbální, kde se setkáváme s vulgarizmy, ironií, pomluvou apod. Druhou skupinu tvoří agrese fyzická, která může začít jen strkáním či narážením, ale může progredovat až k fyzickému útoku na záchranáře. Třetím druhem je psychická agrese, v níž trpí pacient emoční nevyrovnaností a prostředkem může být neuspokojení určité psychické potřeby jako například potřeba bezpečí. Dalším druhem je agrese sociální, která vyplývá z materiálního a finančního týrání. Tuto skupinu tvoří převážně senioři. Dalším druhem je sexuální násilí, kde se odehrává zneužívání, znásilňování a obtěžování. Toto násilí je časté u mladších lidí. Do druhu agrese řadíme také autoagresi, kdy se sám pacient sebepoškozuje a může to progredovat až k sebevraždě. V dnešní době se také setkáváme často s rasovým násilím, kde se jedná o diskriminaci jiných rasových skupin a populačních menšin. V moderní době můžeme také mluvit o třech nových formách agrese, kam řadíme stalking (obtěžování a sledování osoby na veřejnosti), bobbing (šikana a agrese v pracovním kolektivu) a bossing (šikana ze strany vedoucího v práci).

1.12 Příčiny agrese a její rizikové faktory

Mezi první lidský faktor, který ovlivňuje agrese, se řadí mladý věk. Druhým faktorem se uvádí vážná duševní choroba, především psychóza s paranoíí a perzekuční bludy. Jedná se o psychotickou poruchu, kde se vyskytují halucinace, bludy, zkreslení reality a změna osobnosti člověka. Další faktor tvoří skupina lidí, kteří se setkali s násilím v nejbližší době nebo v historii. Ti mají větší sklony být více výbušní a nervózní. Mezi poslední faktor literatura uvádí osoby užívající návykové látky. Avšak na tyto charakteristiky se nedá vždy spoléhat, protože mohou vést k předsudkům některých znevýhodněných skupin. Například každý uživatel návykových látek nemusí být vždy agresivní apod. Tyto faktory by měly spíše zdravotnickým pracovníkům naznačit, aby byli více obezřetní u těchto pacientů a dávali si větší pozor na případná možná rizika (Wain, 2016).

Burda (2014) dodává k rizikovým faktorům také pacienty s mentálním postižením. Tato skupina lidí totiž vyžadují specifickou komunikaci a záchranář musí mít dostatek znalostí při poskytování akutní péče těmto lidem. Problém u těchto lidí nebývá zásadně při poskytování péče, ale při převozu do zdravotnického zařízení, protože je to pro

podobné pacienty velmi stresující. K dalším faktorům autor řadí nezaměstnané pacienty. Tito pacienti mohou trpět úzkostí a depresivními stavy. To je důvodem, proč může být vyvolána agrese. Do třetí skupiny se řadí pacienti bez domova. Agrese u nich propuká většinou, když jsou pod vlivem návykové látky. Poslední skupinu potenciálních agresivních pacientů tvoří osoby poskytující sexuální služby za peníze.

Z lékařských příčin se podle Guthrie (2010) ke vzniku možné agrese řadí poranění hlavy, předávkování omamnými látkami a jejich intoxikace, základní psychické onemocnění, hypoxie, metabolické poruchy (především hypoglykémie), meningitické a encefalitické sepse, hypertermie a hypotermie, epileptické záchvaty a cévní mozkové příhody či subarachnoideální krvácení. Do rizikových faktorů pro vznik agrese u pacientů řadí autor také mužské pohlaví, nižší platový příjem, násilnická minulost, fyzické a sexuální zneužívání a nezaměstnanost.

1.13 Strategie v komunikaci s agresivním pacientem

Pokud se zdravotnický záchranář dostane do kontaktu s agresivním pacientem, měl by postupovat podle jednotlivých kroků, které vedou k úspěšnému zvládnutí situace. Prvním krokem je zůstat klidný a rozvážený. Druhým krokem je vyvarování se konfrontační řeči těla, do které můžeme zařadit například zkřížené paže. Třetím krokem je vhodné chování. Vždy by měl zdravotnický záchranář přistupovat k pacientovi s úctou a respektem a navázat oční kontakt. Čtvrtým krokem je způsob komunikace. Záchranář by měl volit kratší věty a nechat prostor k vyjádření pacienta. Pátý krok obsahuje eliminaci rušivých činností, které by mohly pacienta rozzuřit. Šestým krokem je vyjádření soucitu a porozumění pacientovi. Sedmý krok je zjištění co možná nejvíce informací o problematice související s pacientem a následným poskytnutím dostatečné informovanosti o průběhu jeho péče. Osmým krokem je nepodceňování závažnosti celé situace a uvědomění si možných problémů. Posledním krokem je řešení situace a informování pacienta o možnostech jeho léčby a poskytnutí adekvátní péče (Wain, 2016).

Zdravotnický záchranář by měl po příjezdu na místo události navázat s agresivním pacientem oční kontakt. Přitom by měl naslouchat pacientovi, nechat ho mluvit o jeho problému a neskákat mu do řeči. Pokud se pacient uklidní, teprve pak může zdravotnický záchranář začít klást otázky. Při jednání by měl udržovat bezpečnou

vzdálenost od pacienta. Narušené intimní zóny jsou nežádoucí, protože se může jednat o nebezpečí. Jednání by mělo ze strany záchranáře probíhat v klidu a všechny informace musí být sděleny stručně a srozumitelně. Nikdy nesmí záchranář podlehnout situaci a neoplácet nic pacientovi. Vždy musí být na straně zdravotníka profesionalita. Pokud i přes to všechno nejví pacient známky zlepšení nebo zklidnění, je na místě zavolat o další pomoc v podobě policie a lékaře. Policie se musí postarat o zpacifikování agresivního pacienta a lékař může nasadit zklidňující léky. I přes dodržení všech zásad by měl brát zdravotnický záchranář na vědomí, že může být ohrožena jeho vlastní bezpečnost, a proto by měl adekvátně přistupovat k celé situaci (Kelnerová, 2014).

1.14 Posouzení potencionálně agresivního pacienta

Podle Guthrie (2010) by měl zdravotnický záchranář postupovat podle tří kritérií při posuzování pacienta. Do první části se řadí primární výzkum, do kterého zapadá vzhled a současný zdravotní stav pacienta. Dále sem zapadá jeho psychiatrická minulost, jeho orientace místem, časem, osobou a užívané léky. Nakonec si zdravotnický záchranář musí všimnout znaků těla pacienta jako například rozšířené zornice, zrychlené dýchání, nadměrné pocení atd. Do druhé skupiny autor zařazuje identifikaci chování pacienta, kam spadá podrážděnost, úzkost, hyperaktivita, hněv, neklid, nadměrná impulsivita, poškozování majetku, zastrašující fyzické chování jako například zatřápnuté pěsti apod. Třetí a závěrečnou skupinu pak tvoří komunikace pacienta. Zda pacient používá vulgarizmy, zvýšený hlas či jinak nezvyklou mluvu. Pacient také může sám přiznávat chybu a může připouštět užívání omamných látek apod. Tyto tři skupiny podle autora tvoří určité kritérium, které by měl mít zdravotnický záchranář při styku s agresivním pacientem vždy na paměti.

Jacques (2016) dodává, že pro zdravotnický personál je vždy prioritou číslo jedna jejich bezpečí. Zdravotnický záchranář musí dbát na své bezpečí a na bezpečí své výjezdové posádky. Při střetu s agresivním pacientem si musí zdravotník promyslet strategii svého postupu, vyvarovat se nejistých kroků a zjistit příčiny a důsledky v chování u pacienta. Jakékoliv nerozvážné jednání může vést v nejhorším případě až ke fyzickému napadení ze strany pacienta.

1.15 Situační aspekty vedoucí k agresi

K rozpoznání agresivního pacienta musí zdravotnický záchranář pečlivě sledovat řeč těla pacienta, která může signalizovat stoupající známky počáteční agrese či jiných situačních aspektů. Záchranář by si měl nejdříve povšimnout signálů obličeje (např. zamračení, šklebení), poté signály těla (např. zkřížené paže, zaťaté pěsti atd.) a předvádějící gesta. Rozpoznání těchto varovných signálů může upozornit na nebezpečí a ohrožení vlastního bezpečí. Záchranář by proto měl přistupovat k pacientovi s velkou opatrností (Wain, 2016). Do situačních aspektů, díky kterým může propuknout agrese, řadí Andršová (2012) stres, frustraci, deprivaci, posttraumatickou stresovou poruchu, konflikt, psychické trauma a bolest.

1.15.1 Stres

Stres se překládá do češtiny jako určité napětí, zátěž či tlak na lidský organizmus. Jedná se o automatickou reakci lidského těla na podnět, který celou situaci vyvolal. Může se jednat o domnělé nebo reálné nebezpečí. Každý jedinec má stresové podněty jiné a reakce na dané situace se můžou u osob lišit. Povolání zdravotnického záchranáře může být také často velmi stresující. Zdravotničtí záchranáři se potýkají s náročnými situacemi, kam můžeme zařadit neúspěšnou kardiopulmonální resuscitaci, úrazy dětí, mimořádné události, těžké popáleniny, smrt a podobně. Do této skupiny patří i setkání s agresivním pacientem (Andršová, 2012).

Hartl a Hartlová (2009) definují stres jako nadměrnou zátěž, proti které není úniku a která může vést až ke stresové reakci trvalého charakteru. Může to vyústit až k poškození tkání, ke značné aktivaci funkcí adrenokortikoidů a ke vzniku psychosomatických poruch.

Kelnarová (2014) rozděluje příznaky stresu na psychické, fyziologické a na změny v chování. Mezi psychické faktory stresu autorka řadí noční můry, nespavost, únavu, vztek, nedochvilnost, zhoršení paměti, agresivitu apod. Do fyziologických faktorů stresu zařazuje potíže související s tělem, palpitace srdce, vyšší krevní tlak, srdeční arytmie, poruchy se zažívacím traktem, častější močení a problémy se sexuální aktivitou.

Stresová reakce podle autorky Venglářové (2011) způsobuje změny ve fungování lidského těla. Autorka rozdělila stresovou reakci do tří skupin. První skupinu tvoří

fyzické stresové faktory, kam můžeme zařadit hluk a rušivé elementy. Do druhé skupiny se řadí psychické stresové faktory. Sem můžeme přiřadit časovou tíseň, nedocení práce člověka atd. Poslední skupinu tvoří sociální stresové faktory. Zde se vyskytují například neshody s kolegy v zaměstnání, zdržování se ve špatném kolektivu nebo ztráta blízké osoby.

1.15.2 Frustrace

Kelnerová (2014) definuje frustraci jako stav určitého zklamání, který vzniká tehdy, pokud člověk není schopen dosáhnout vytyčeného cíle, o který se snažil. Překážky, které brání člověku v cíli, mohou být vnitřního nebo vnějšího charakteru. Do vnitřních překážek autorka řadí plachost, výčitky svědomí a pocity viny. Do vnějších překážek řadí překažení cíle jinou osobou.

Andršová (2012) udává, že frustrace je hůře prožívána v okamžiku, kdy člověk do splnění daného cíle či potřeby investoval více času a výsledek se i tak nedostavil. Do této oblasti se řadí i pojem tzv. frustrační tolerance, která udává schopnost jedince tolerovat negativní napětí z frustrace a jak se s tím dokáže vypořádat. Každá osoba má jinak postavenou frustrační toleranci a někdo se s ní dokáže vypořádat lépe, někdo hůře. Autorka také dodává, že frustrace u pacientů v přednemocniční péči není ojedinělý jevem a zdravotníci záchranáři se s podobnými problémy často setkávají. Většinou za to může průběh nemoci pacienta, který je indisponovaný v mnoha věcech, které by jinak zvládl. Tím se myslí například neschopnost pracovních povinností, omezení svých koníčků nebo omezení kontaktu s rodinnými příslušníky. Záchranáři musí mít také na paměti, že přirozená reakce frustrovaného pacienta je agresivita.

1.15.3 Deprivace

Autorka Andršová (2012) definuje deprivaci jako hlubší a závažnější formu frustrace. Není zde umožněno uspokojení určité psychické potřeby v delším časovém intervalu. Může se jednat například o spánkovou či sociální deprivaci. Deprivace může zanechat na osobě nezvratné psychické změny. V přednemocniční péči se záchranáři setkávají s deprivací spíše ojediněle. Znalost této poruchy ale může napomoci záchranářům například při styku s osobou, která je delší dobu týrána, s geriatrickou osobou či jakkoliv zneužívanou osobou. Hlavně geriatři lidé se setkávají s deprivací nejčastěji.

Sociální deprivace je zde více frekventovanější. Lidé ve starším věku jsou více zranitelnější.

1.15.4 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha je definována jako dlouhodobá odezva na určitý stresový podnět nebo na stresovou situaci, která může mít katastrofický ráz. Tato porucha se vyskytovala často v první a druhé světové válce. Vojáci vykazovali symptomy vracejících se vzpomínek na nepříjemné situace, deprese, špatný spánek a sebevražedné myšlenky. V dnešní době řadíme mezi faktory posttraumatické stresové poruchy pocity otupělosti, ztráta zájmu o činnosti a změny jedince v jeho emocích. Člověk začíná být více lhostejný a nedokáže prožívat pozitivní emoce. Další faktorem této poruchy je vracení zlých vzpomínek na traumata, díky kterým je osoba znovu prožívá. Nejčastěji se projevují ve snech. Posledním faktorem posttraumatického stresového traumatu je popírání určitých situací, vyhýbání se lidem a místům, které by mohlo negativní událost znova připomenout (Kohoutek a Čermák, 2009).

1.15.5 Konflikt

Konflikty se řadí mezi součást lidského života, kterým se nedá vyhnout. Čas od času má každý člověk konflikt s někým jiným. Většina lidí se konfliktů bojí a vyhýbají se jim. Volí pasivní přístup a raději ustoupí. Občas konflikt vyvrcholí až k fyzickému řešení mezi dvěma účastníky, což může být indikace pro vyslání posádky RZP. Konflikt můžeme rozdělovat na dvě kategorie. První kategorií tvoří konflikt interpersonální, kde je střet zájmu vnější a může být i mezi více lidmi. Většinou tyto konflikty souvisí s prosazováním svých zájmů. Do této kategorie konfliktu se může dostat i zdravotnický záchranář s pacientem. Řešení spočívá ve vzájemné komunikaci. Druhou kategorií tvoří konflikt intrapersonální, jehož podstatou je vnitřní konflikt osoby, která může postrádat například motivaci. Vnitřní konflikt může vzniknout na podkladě nejisté volby a vnitřním napětím člověka (Andršová, 2012).

1.15.6 Psychické trauma

Jako psychické trauma se označuje výsledek určité neočekávané situace, která byla silně negativní a zanechala na osobě psychické následky. Tyto následky se promítají do jeho psychického a fyzického stavu. Do psychických traumat se řadí významné a vážné

situace jako například smrt v rodině, vyhazov ze zaměstnání, rozvod, těžký úraz, sexuální zneužití a mimořádné události (války, přírodní katastrofy a průmyslové havárie). Psychická traumata se v přednemocniční péči vyskytují velmi často. Nejvíce u pacientů, ale často také u jejich příbuzných, blízkých či u lidí, které jsou jen kolemjdoucí na místě události. Psychické trauma může na místě události způsobit i zdravotnický záchranář, protože může jednat necitlivě nebo například neřekne pacientovi o jeho výkonu, který bude provádět. Tato situace se nazývá psychogenní iatropatogenie, což znamená jednání zdravotnické osoby, která nese vinu za psychické poškození pacienta (Andršová, 2012).

Vymětal (2009) uvádí projevy, které se můžou vyskytovat u lidí po traumatech. Autor uvádí jako první skupinu tělesné projevy (pocit na zvracení, vysoký krevní tlak, palpitace srdce, nadměrné pocení, bledost, svalový třes a napětí, červenání, bolest v oblasti břicha, potíže se zažíváním a bolesti v oblasti hrudníku). Do druhé skupiny autor řadí kognitivní projevy (noční můry, špatné myšlenky, vracející se vzpomínky na událost, poruchy soustředění, malátnost a zmatenost, snížený pocit vnímání a pocit méněcennosti). Do třetí skupiny Vymětal řadí projevy behaviorální (potíže se spaním, absence relaxování, vystrašenost, menší pracovní nasazení, pláč, nezvyklé chování, vyhýbání se kontaktu s jinými lidmi, ztráta sexuálního zájmu, ztráta o oblíbené aktivity a paradoxní chování). Poslední skupinu tvoří projevy emocionální (deprese, vztek, úzkost, strach, žal, podráždění, popírání viny, stud, bezmocnost, lhostejnost atd.). Autor také dodává, že člověk reaguje individuálně na vzniklé trauma a projevy (Vymětal, 2009).

1.15.7 Bolest

Bolestí se určuje stav, kdy dochází k emočním a smyslovým zážitkům, které jsou spojené s tkáňovým poškozením. Bolest je také považována za varovný signál, který má upozornit a zároveň chránit naše tělo. Bolest se řadí do subjektivních parametrů, které má každý jedinec jinak postavené. Proto existují různé dotazníky a škály, které pomůžou zdravotnickým pracovníkům lépe diagnostikovat bolest u pacientů. U dětských pacientů se jedná nejčastěji o škálu, na které se nachází různé obličejové výrazy. U dospělých se určuje bolest pomocí číselného vyjádření. Při diagnostice bolesti platí pravidlo, že zdravotník musí věřit bolesti, kterou pacient popisuje a je vhodné i projevit

sympatie a zájem k pacientovi. Po identifikaci bolesti se zdravotník snaží co možná nejvíce odstranit vyskytující se bolest (Andršová, 2012).

V přednemocniční péči se bolest vyskytuje velmi často. Zdravotničtí záchranáři by měli bolest, co možno nejvíce snížit či eliminovat. Bolest, která je delšího charakteru, může navodit agresi nebo depresi u pacienta. To se může projevit ve verbální a neverbální komunikaci mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem. Bolest může progredovat až do hranice, kdy může vzniknout šokový stav. Proto je důležité léčit bolest co možná nejdříve po vyskytnutí úrazu (Rokyta, 2009).

1.15.8 Strach a úzkost

Strach a úzkost se řadí mezi silné emocionální prožitky, které vyvolávají pocit ohrožení a nebezpečí. Strach se vztahuje k určitému místu, objektu nebo situaci. Kdežto úzkost je těžší určit, protože není zřejmý objekt, který úzkost vyvolává. To je důvod, proč je úzkost hůře snášena u lidí, protože lidé neznají určitý spouštěč úzkosti, nedokážou se proti němu postavit a porazit ho (Andršová, 2012).

Bartůňková (2010) uvádí, že předmětem strachu je u pacientů v přednemocniční péči bolest, ztráta určité věci (financí, pracovního místa, zdraví), odtržení od blízkých, strach z nemocničního prostředí a strach ze smrti. Zásady pro správnou komunikaci s podobnými pacienty by se měly opírat o správně vedený rozhovor, nasbírání co možná nejvíce informací o spouštěči strachu či úzkosti, rozptýlení pacienta a ujistit ho, že je již v bezpečí. Zdravotnický záchranář by měl být v této situaci pacientovi oporou. Strach a úzkost se mohou vyskytnout i u záchranářů. Strach může vyvolat nejistota, nerozhodnost nebo například obava z profesního selhání nebo o svůj vlastní život.

1.16 Farmakologická léčba agresivního pacienta

K uklidnění a léčbě agresivního pacienta se využívá chemická sedace v podobě perorálních léků. Avšak agresivní pacienti často kladou odpor k tomuto způsobu podání léčiv, a proto musí zdravotničtí záchranáři volit intravenózní vstup léku do krevního oběhu. Všechny léky musí být podány za indikaci lékaře, protože zdravotnický záchranář není oprávněn podávat tyto léky bez odborného dohledu. Léky, které jsou preferovány, se nazývají benzodiazepiny a mají rychlý nástup účinku. Mezi tuto skupinu léčiv se řadí diazepam a midazolam. Pokud nezabírají benzodiazepiny, je

možné je zkombinovat s lékovou skupinou antipsychotik, které pomůžou zvýšit efektivnost léčby. V přednemocniční péči se využívá Haloperidol (Guthrie, 2010).

Dávka diazepam (Apaurinu) se pohybuje od 5–10 miligramu intravenózním způsobem. Tento lék je tako možno aplikovat intramuskulární cestou. Alternativou diazepam je midazolam (Dormicum), kde se dávka pohybuje také od 5-10 miligramu intravenózním či intramuskulárním způsobem. Zdravotnický záchranář si musí dávat pozor na možný vznik komplikace při podání těchto léků v podobě útlumu dechového centra. Tato komplikace je častější u pacientů, kteří jsou pod vlivem drog, léků či alkoholu. Haloperidol se dává stejně jako benzodiazepiny a je možné tento lék opakovat po 30-60 minutách. Alternativou je také propofol, který se dává 0,5 miligramu na kilogram. Tento lék přichází na řadu tehdy, pokud nejsou účinky výše uvedených léků dostatečné. Agresivního pacienta je možné po dohodě s policií znehybnit. Ke znehybnění se dá využít vakuová matrace či scoop rám s popruhy. Po uklidnění je vhodné transportovat pacienta na psychiatrické oddělení společně s doprovodem policie, která bude po dobu transportu v sanitním voze (Remeš et al., 2013).

1.17 Následky po střetu s agresivním pacientem

Zdravotničtí pracovníci, kteří byli svědky verbální či fyzické agrese, by se měli vzájemně podpořit a vytěsnit negativní myšlenky ze sebe. Každý zdravotník by se měl svěřit se svým problémem a nestydět se žádat o podporu. Zdravotničtí záchranáři by měli společně rozebrat celou situaci a zanalyzovat jí, aby se identifikoval hlavní problém a jestli mu šlo předejít. Tato analýza může přinést důležité poznatky, které mohou sami využít v praxi. Vše by mělo být pečlivě vedené ve zdravotnické dokumentaci a popsáno, co se v danou chvíli stalo. Zdravotnický záchranář by se měl nad celou situací zamyslet a vydedukovat závěr, zda udělal v něčem chybu nebo ne. Pokud by se po incidentu u zdravotnického záchranáře zhoršovaly jeho emoce a nálada, které by pramenily z předešlé situace po střetu s verbální či fyzickou agresí, měl by vyhledat odbornou pomoc u psychologa. Psycholog může hlouběji zanalyzovat problém spočívající v nestabilním emočním citění zdravotnického záchranáře. Celá záležitost by měla být také ohlášena na příslušném vedení zdravotnické záchranné služby (Zampieron et al., 2010).

Burda (2014) ve své knize uvádí, že ve zdravotnictví je velmi důležité, aby si spolupracovníci dokázali vzájemnou důvěru a podporu v okamžiku, kdy dojde ke spáchání agrese na jednoho zdravotníka z týmu. Zdravotnický pracovník, na kterém byla spáchána agrese, často přenáší vinu na sebe a myslí si, že celý incident způsobil sám. Může také cítit profesní selhání z nezvládnuté situace. Proto je velmi důležité, aby zdravotníci fungovali jako tým a dokázali se vzájemně svěřit s podobnými problémy. Opakované hovoření o negativním zážitku, možnost jeho rozebrání a názory ostatních členů zdravotnického týmu, mohou pomoci k uvolnění napětí jedince. V týmu se také může vyskytnout osoba, která se již s podobnou situací setkala a může předat své získané zkušenosti.

1.18 Prevence vzniku agresivity z pohledu zaměstnavatele

Dle Burdy (2014) zvyšuje agrese potencionální riziko vzniku úrazu způsobené na pracovišti. Proto by se do problematiky spojené s agresivním pacientem měl připojit i zaměstnavatel. Agresivní jednání pacienta může totiž vyřadit zdravotnického pracovníka z výkonu jeho povolání, způsobit mu zdravotní problémy a tím může nastat nežádoucí absence personálu na pracovišti. Tím se také snižuje motivace k většímu pracovnímu nasazení. Proto by měl zaměstnavatel učinit kroky, které poslouží k prevenci výskytu potencionálních agresivních pacientů. Mezi jednotlivé kroky se řadí dostatečné personální obsazení, které se může lišit podle druhu péče a odbornosti. Při plánování počtu obsazení musí poskytovatel dbát na kvalitu a bezpečí pro pracovníky. Druhým preventivním krokem, který souvisí se zaměstnanci, je jejich dosažené vzdělání a proškolení s problematikou agrese u pacientů. Třetím krokem je stavební úprava, která je ustanovena podle normy Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jedná se o manuál stavebních standardů, v kterých se uvádí požadavky na plochu místností a vybavení stavby. Do čtvrtého kroku se zařazuje správně evidovaná dokumentace, kde se zdravotnický personál snaží zjistit co nejvíce informací o daném pacientovi (Burda, 2014).

Pěnáková (2011) uvádí, že by mělo být místo pro registraci a evidování pacientů dobře označené a hodně prostorné, aby se zdravotnický personál vyhnul těsnému kontaktu s potencionálně agresivním pacientem. Tím se sníží riziko vzniku napětí a možných komplikací mezi pracovníkem a pacientem.

1.19 Legislativa vztahující se k agresi

Jakákoliv agrese verbálního charakteru může být vyřešena občansko – právním způsobem. Jedná se o proces, na kterém se podílí i Policie České republiky a příslušný občanskoprávní odbor. Fyzická agrese, výhrůžky a napadení mohou být posuzovány jako trestný čin. V dnešní době se diskutuje o zařazení zdravotnického záchranáře na pozici veřejného činitele, což by znamenalo, že by v případě fyzického útoku na záchranáře, hrozila útočnickovi až dvakrát vyšší sazba trestu. Vyskytuje se zde ale problém, který spočívá v etiologii agrese. Agrese totiž nemusí být vždy cílená, může se jednat i o onemocnění či reakci na krizovou situaci ze strany pacienta. Může dojít ale i k situaci, kdy je zdravotnický záchranář obviněn z nepřiměřené obrany proti pacientovi. Tato problematika je upravena v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (Burda, 2014).

Novelizace trestního zákoníku se u zdravotnických záchranářů týká § 145, § 146 a § 353. Ustanovení § 145 trestního zákoníku se zabývá trestnými činy, které způsobily těžké ublížení na zdraví. Sazba odnětí svobody se zde pohybuje od 3 do 10 let. Ustanovení § 146 trestního zákoníku pojednává o ublížení na zdraví, kde se sazba odnětí svobody pohybuje od 6 měsíců do 3 let. Tyto dva paragrafy definují cílové ublížení na okruh lidí, mezi které se řadí například těhotné ženy, děti mladší 15 let a v souvislosti se zdravotnictvím se vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří plní úkony směřující k záchraně lidského zdraví či jiné povinnosti nutné k ochraně lidského života. § 353 trestního zákoníku se zabývá nebezpečným vyhrožováním. Například vyhrožování usmrcením, těžkou ujmovou na zdraví a podobně. Zde je sazba odnětí svobody do 1 roku. Kdežto pokud pachatel vyhrožuje těhotné ženě, dítěti nebo zdravotnickému pracovníkovi a brání tím jeho výkon směřující k záchraně lidského života, sazba na odnětí svobody se prodlužuje až do 3 let (§145, §146, §353 trestního zákoníku).

1.20 Psychohygienu ve zdravotnictví

Pojem psychohygienu se udává v souvislosti s doporučenými postupy, které slouží k znovuzískání duševního zdraví nebo ke stabilizaci duševní rovnováhy. Zdravotničtí záchranáři mohou tyto aspekty po střetu s agresivním pacientem právě postrádat. K základním pravidlům psychohygieny se zařazuje dodržování zdravého životního stylu a častější setrvávání v sociální společnosti mezi které se řadí kamarádi, partneři či

rodina. V ZZS byl pro tyto účely vytvořen systém psychosociální intervenční služby (SPIS). Tyto služby se zabývají antistresovými a relaxačními programy pro zdravotnický personál. Cílem těchto služeb je péče a podpora zaměstnanců (Andršová, 2012).

S častějším výskytem psychických traumat u zdravotnických záchranářů byl vytvořen postup „Critical Incident Stress Management“ (CISM). Jedná se o systém preventivních technik, jejichž cílem je obnovení a udržení psychické rovnováhy u pracovníků po náročnější zásahu. Snaha systému je zamezit vzniku posttraumatické stresové poruchy, syndromu vyhoření a různých psychopatologických náznaků. Tento systém je výhradně určen pro profesionální složky zdravotnické záchranné služby, Policie České republiky, Hasičského záchranného sboru a Armády České republiky (Vlášková a Kolářová, 2009).

Andršová (2012) dodává tři intervenční techniky. Jedná se o debriefing, defusing a demobilizaci. Debriefing je intervence, která se zaměřuje na eliminaci stresu a na pomoc zdravotnickému personálu při traumatických zážitcích. Cílem debriefingu je, aby se účastníci nebáli mluvit o svých zkušenostech, pocitech a reakcích a dokázali se svěřit svým kolegům. Tato technika se praktikuje od 1 do 7 dnů po kritické události. Druhou intervenční metodou je defusing, který je kratší verzí debriefingu. Odehrává se zhruba do 8 hodin po traumatické události a jedná se o krátký, strukturovaný rozhovor mezi školeným psychologem a zdravotnickým pracovníkem. Třetí metodou je demobilizace. Jedná se o nejkratší možnou metodu intervenční pomoci hned po zásahu. Jde o desetiminutový rozhovor a následnou dvacetiminutovou relaxaci. Tato metoda se využívá ke krátkodobému odpočinku a relaxaci zdravotnických záchranářů při dlouhodobějších záchrannářských činnostech.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů s agresivním pacientem v přednemocniční péči.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou problémy v komunikaci mezi zdravotnickým záchranářem a agresivním pacientem.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem přistupuje zdravotnický záchranář k agresivnímu pacientovi při prvním styku na místě události?

Výzkumná otázka 2: Jaké komunikační techniky používá zdravotnický záchranář při komunikaci s agresivním pacientem?

Výzkumná otázka 3: S jakými problémy se potýká zdravotnický záchranář v komunikaci s agresivním pacientem?

2.3 Operacionalizace

Agrese – forma zlosti, vzteku, násilí a výhrůžek. Agrese se ovšem může projevat i způsobem, který není zcela běžný. Mezi atypické projevy agrese se řadí vyrušování, hlasitý smích a různé výstřednosti. Například zvláštní účes či oblékání (Zacharová, 2017).

Komunikační techniky – Jedná se o komunikační dovednosti, díky kterým se dokážou jedinci společně porozumět. Komunikaci můžeme rozdělit do 3 forem. Jedná se o formy verbální komunikace, neverbální komunikace a komunikace činem (Kelnerová, 2014).

Komunikace – Sdělení informace pomocí různých signálů a prostředků. Komunikace probíhá nejméně mezi dvěma či více lidmi, dále pomocí tisku a jiných komunikačních médií. Ve zdravotnictví je komunikace důležitá v tom, že zdravotník mnohdy musí získávat potřebné informace od pacientů, které mohou být důležité pro další průběh léčby. Komunikace by měla probíhat jasně a srozumitelně (Janáčková, 2008).

Zdravotnický záchranář – Zdravotnický pracovník, který vykonává nelékařské zdravotní povolání. Jeho kompetence bez indikace lékaře či s indikací lékaře jsou vyznačeny ve vyhlášce č.55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Pacient – Osoba, která se léčí s nemocí nebo osoba, která je v lékařské péči. Pacientem se člověk nenarodí, ale stane se jím až v průběhu svého života. U pacienta došlo k narušení jeho zdravotní stránky, které vede k psychickým a biologickým změnám (Zacharová, 2017).

Přednemocniční péče – Péče, která je poskytována pacientům různými výjezdovými skupinami. Mezi ně se řadí RZP (rychlá zdravotnická pomoc), RLP (rychlá lékařská pomoc), RV (rendes vous – potkávací systém) a LZS (letecká záchranná služba). (Remeš, 2013).

3 Metodika práce

3.1 Využitá metoda

Ke zpracování empirické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření bylo uskutečněno zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na zdravotnických záchranných službách v Jihočeském kraji. Výzkumné šetření probíhalo zcela anonymně se souhlasem dotazovaných a s písemným souhlasem vedení výjezdových základen na základě svolení daných středisek ZZS, kde byly hovory uskutečněny. Písemné souhlasy nejsou součástí příloh bakalářské práce z důvodu zachování anonymity. Je možné k nim nahlédnout u autora práce. Rozhovory s oslovenými zdravotnickými záchranáři probíhaly od 27. listopadu 2017 do 7. března 2018.

3.2 Rozhovor

Ke sběru dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 14 otázek (příloha 1). Určené otázky se během rozhovoru rozšiřovaly o doplňující otázky, které vyplývaly z rozhovoru se zdravotnickým záchranářem. Všechny rozhovory byly zaznamenány v písemné podobě na papír a následně byly přepsány do elektronické podoby (příloha 2 na CD). Při zpracování rozhovorů byla využita metoda „tužka a papír“, která spočívá v tom, že jsou v textu ručně vyznačeny jednotlivé kategorie. Tato metoda je také jinak označována jako kódování v ruce (Švaříček, et al., 2014). Následně byly rozhovory zpracovány do jednotlivých kategorizací. Pro názorný příklad metody tužka a papír byly přiloženy vyfocené dva zaznamenané rozhovory (viz příloha 3 a 4).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 zdravotnických záchranářů, kteří trvale pracují na zdravotnické záchranné službě. Věková hranice se pohybovala od 30 do 55 let. Z pohledu délky praxe se hranice pohybovala od 1 roku do 18 let. Nejmladším účastníkem výzkumu byl ZZ2, naopak nejstarším účastníkem byl ZZ3. Dohromady se rozhovorů zúčastnilo 5 mužů a 5 žen. Pro přehlednost jsou charakteristické údaje zdravotnických záchranářů obsaženy v tabulce dle pořadí, ve kterém byly vypracovány polostrukturované rozhovory.

Tabulka 1 – Charakteristika údajů zdravotnických záchranářů

ZZ1	Muž	49 let	v praxi 18 let
ZZ2	Muž	30 let	v praxi 5 let
ZZ3	Žena	55 let	v praxi 18 let
ZZ4	Žena	39 let	v praxi 13 let
ZZ5	Muž	44 let	v praxi 16 let
ZZ6	Žena	39 let	v praxi 10 let
ZZ7	Žena	33 let	v praxi 4 roky
ZZ8	Muž	41 let	v praxi 14 let
ZZ9	Muž	38 let	v praxi 10 let
ZZ10	Žena	35 let	v praxi 1 rok

Zdroj – Vlastní výzkum

4 Výsledky

4.1 Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru

Výsledky polostrukturovaných rozhovorů byly analyzovány a rozděleny do kategorií.

Tabulka 2 – Rozdělení kategorií

Kategorie 1 - Základní pojmy
Kategorie 2 – Rizikové skupiny agresivních pacientů
Kategorie 3 – Kontakt s rizikovou skupinou agresivních pacientů
Kategorie 4 – Napadení zdravotnických záchranářů
Kategorie 5 – Vyrovnávání zdravotnických záchranářů s danými situacemi
Kategorie 6 – Postup zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty
Kategorie 7 – Zásady při komunikaci s agresivními pacienty
Kategorie 8 – Poskytnutí první pomoci agresivním pacientům
Kategorie 9 – Informovanost zdravotnických záchranářů s problematikou agrese
Kategorie 10 – Problémy vyplývající z chyb při komunikaci s agresivním pacientem

Zdroj – Vlastní výzkum

4.2 Základní pojmy

Tato kategorie je rozdělena do tří podkategorií. První kategorie nese název *agrese*, druhá se jmenuje *agresivita* a třetí se nazývá *komunikace s agresivním pacientem*. Úkolem jednotlivých kategorií bylo zaznamenat, jak se zdravotničtí záchranáři orientují v dané terminologii.

4.2.1 Agrese

První dotaz se týkal pojmu agrese a ve většině případů zdravotničtí záchranáři odpověděli podobná tvrzení. ZZ1, ZZ3, ZZ5, ZZ8, ZZ9 a ZZ10 uvedli, že agrese je verbální nebo fyzické útočné jednání člověka. ZZ4 uvedla: „*Pod pojmem agrese si vybavím záměrné ubližování druhých osob.*“ ZZ7 se zaměřila v definici agrese na vlastnosti člověka, který je podle ní nepříjemný, vzteklý a neklidný. Nejvíce odlišné tvrzení od ostatních měli ZZ2 a ZZ6. ZZ2 uvedl: „*Představím si mentální nastavení člověka na určitý externí objekt a ten člověk je hostilní.*“ ZZ6 uvádí: „*Agrese a agresivita je vlastně prosazování svého názoru na úkor druhého při využití slovních nadávek, násilí, ubližování sobě a okolí.*“

4.2.2 Agresivita

Na pojmu agresivita měli ZZ1, ZZ3, ZZ4, ZZ5, ZZ7 a ZZ8 podobné odpovědi. Jednalo se podle nich o opakovanou agresivní vlastnost daného pacienta. ZZ2 k tomuto tématu uvedl: „*Agresivitou chápu sklony k výbušnému jednání, které jsou dány genetickou predispozicí či vývojem jedince v sociálně slabších rodinách.*“ ZZ6 neshledal rozdíl mezi agresí a agresivitou, proto se zde vyjádřil stejně. ZZ9 neviděl v tomto pojmu žádný rozdíl od předešlého, protože odpověděl: „*Agresivitou si představím to samé, akorát v podstatném jméně.*“ Trochu odlišnou výpověď uvedl také ZZ10: „*Agresivita je podle mě povahový rys jedince.*“

4.2.3 Komunikace s agresivním pacientem

Poslední názor, který měli zdravotničtí záchranáři uvést, byla komunikace s agresivním pacientem. ZZ10 uvedl: „*Komunikace s agresivním pacientem je navázání kontaktu a pokus o spolupráci záchranáře s pacientem pomocí mluvy a gestikulací.*“ Zbytek zdravotnických záchranářů uvádí podobné vyjádření, že se jedná o slovní a mimoslovní předávání informací mezi zdravotnickým záchranářem a agresivním pacientem. ZZ3

ještě uvedla: „Komunikace by měla být přiměřená k situaci, v jaké se zrovna pacient nachází. Jiná komunikace probíhá u pacienta, který je agresivní z důvodu požití drog nebo alkoholu. A jiná u pacienta, který je agresivní třeba z důvodu nízké hladiny cukru v krvi. K lidem, kteří jsou agresivní kvůli progredující nemoci, jsem více vstřícnější než k lidem, kteří jsou notoričtí alkoholici.“

4.3 Rizikové skupiny agresivních pacientů

Ve druhé kategorii bylo cílem zjistit, které skupiny lidí jsou podle zdravotnických záchranářů nejvíce rizikové v souvislosti s agresivním chováním. Všechny 10 zdravotnických záchranářů se shodlo, že do rizikové skupiny těchto lidí patří alkoholici, drogově závislí a psychiatričtí pacienti. ZZ2 k této skupině přiřadil ještě muže ve středním věku, muže v produktivním věku a osoby, které jsou trestně stíhány. ZZ10 do této problematiky označila z psychiatrických pacientů hlavně schizofreniky. ZZ7 uvedla: „Patří sem ale i pacienti, kteří například mají v tu chvíli nesnesitelnou bolest, anebo jsou ve stresu.“ Na stresu, jako možném faktoru vzniku agrese u pacienta, se shodli i ZZ8. ZZ3 zařadila do této kategorie i lidi s hypoglykemií, po traumatech hlavy nebo ti, kteří vyrůstali v mládí bez rodičů. ZZ9 ještě dodal, že do této skupiny patří i lidé, kteří jsou zrovna v emočně vypjaté situaci. ZZ1 na toto téma odpověděl: „jednoznačně opilci, feťáci a cikáni.“ A ZZ5 uvedl: „Alkoholici, drogově závislí a cikáni.“

4.3.1 Četnost výskytu agresivních pacientů

K tomuto dotazu byla ještě doplňující otázka, která měla za úkol zjistit, zda výskyt agresivních pacientů přibývá v posledních letech z pohledu zdravotnického záchranáře v praxi, či nikoliv. Na položenou otázku odpovědělo 9 zdravotnických záchranářů, protože ZZ10 nemohla z důvodu délky praxe (1 rok) odpovědět. Jediná ZZ4 neshledala v porovnání rozdíl a řekla: „Nemyslím si, když jsem začínala, tak jsem se s podobnými lidmi také setkávala.“ ZZ2 a ZZ5 se vyjádřili nerozhodně a neshledali žádný nárůst agresivních pacientů v posledních letech. S vyšším nárůstem agrese souhlasili ZZ1, ZZ3, ZZ6, ZZ7, ZZ8 a ZZ9. ZZ3 řekla: „Jednoznačně výskyt stoupá. Lidé jsou více drzejší a arogantnější. Taky tam hraje určitě roli větší dostupnost těch omamných látek a dnes je celkově hektičtější doba, více stresu a tak dále. A důsledkem toho stoupá ta

agrese u pacientů.“ ZZ9 k tomuto tématu ještě dodal, že záchranáři dávají dnes větší pozor, ale jejich právní ochrana není dostatečná.

4.3.2 Dopady imigrační vlny cizinců

Poslední doplňující otázka této kategorie byla zaměřena na názory zdravotnických záchranářů ohledně imigrace cizinců na území České republiky a zda to bude mít podle nich dopad na zvýšení počtu agresivních pacientů, či nikoliv. Jediný, kdo se vyjádřil negativně k imigrační vlně byla ZZ10, která odpověděla: *„Určitě to bude mít dopad. Také nastane problém s domluvou s těmi pacienty.“* ZZ6 a ZZ8 nevidí problém ve zvýšení agresivity na území státu, ale spíše ve vzniku jazykových bariér mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty. ZZ9 se vyjádřil, že tento problém nastane až tak po druhé či třetí generaci po nich. V dnešní době si nemyslí, že by to mělo radikální vliv na zvětšení počtu agresivních pacientů. Zbytek zdravotnických záchranářů si ale nemyslí, že by se imigrací cizinců na území České republiky zvýšily počty agresivních pacientů.

4.4 Kontakt s rizikovou skupinou agresivních pacientů

Zde byla kladena otázka, zda a popřípadě kolikrát se zdravotničtí záchranáři setkali s agresivním pacientem při jejich výjezdech. S agresivním pacientem mělo zkušenost všech 10 dotazovaných zdravotnických záchranářů. Přesná čísla ovšem nikdo z nich uvést nedokázal, spíše se jednalo o orientační odhad. Slovy typu často, několikrát, vícekrát a mockrát odpověděli ZZ5, ZZ6, ZZ7 a ZZ8. ZZ6 při své výpovědi uvedla: *„Není to tak ojedinělá záležitost. Ty lidi ovlivňují emoce a stačí pak jen špetka a začnou být nepříjemní a agresivní.“* ZZ4 řekla: *„V létě se s agresivitou setkávám častěji než třeba v zimních měsících. Asi je příčinou hezký počasí, tak všichni více pijí.“* Orientační číselné odhady vyjádřili zbylí zdravotničtí záchranáři. Jednou až dvakrát do měsíce uvedl ZZ9. ZZ3 uvedla podobnou odpověď: *„Setkávám se s agresí tak jedenkrát do dvou měsíců.“* ZZ2 po dobu 5 let na zdravotnické záchranné službě napočítal zhruba 20 podobných případů. ZZ1: *„Stokrát.“* A ZZ10 odpověděla: *„Za ten rok jsem se setkala s agresivním pacientem asi tak dvacetkrát. Naposledy minulý týden.“*

ZZ10 byla následně doptána na situaci, která u zdravotnické záchranářky nastala minulý týden. ZZ10: *„Jeli jsme pro pacientku, která měla psychiatrické problémy a byla do toho ještě v podnapilém stavu. Na místo byla volána i policie, protože byla pacientka*

agresivní, ještě před naším dojezdem. S někým se poprala a byl na ni použit pepřový sprej. Ze začátku byla pacientka docela klidná, jen si mnula rukama oči od spreje. Vyzvala jsem pacientku do sanitky a posadila jí na nosítka. Chtěla jsem jí vyšetřit a zkontrolovat, zda neutrpěla nějaké zranění, ale pacientka se najednou zvedla a dala mi pěstí do spánku. Spadla jsem pod nosítka a ona mě začala dokonce kopat. Policajti tou dobou byli u svého auta a až po mém křiku přišli pacientku zpacifikovat. Následně jsme ji odvezli na vyšetření do nemocnice a pak jsme jí převezli za doprovodu policie na záchytku.“

4.5 Napadení zdravotnických záchranářů

Tato kategorie je zaměřena na napadení zdravotnických záchranářů, které bylo rozděleno do dvou kategorií, a to na verbální napadení a fyzické napadení zdravotnických záchranářů agresivními pacienty. Při fyzickém napadení byla přidána ještě doplňující otázka, která spočívala v případném zranění záchranářů vyplývající z jejich situace.

4.5.1 Verbální agrese

S verbálním napadením se opakovaně setkala všech 10 zdravotnických záchranářů. Jednalo se vždy o pacienty, kteří zvyšovali hlas, anebo využívali nemístných nadávek adresovaných na zdravotnické záchranáře. ZZ6 se k verbálnímu napadení vyjádřila: *„Není to tak ojedinělá záležitost. Ty lidi ovlivňují emoce a stačí pak jen špetka a začnou být nepříjemní a agresivní.“* ZZ7 k tématu ale dodala: *„Často se ale také setkávám se situacemi, kdy jsou spíše verbálně agresivní členové rodiny nebo blízký toho pacienta. U některých to chápu, protože mají strach o svého blízkého, ale občas je to naprosto nemístné a akorát to v tu chvíli stěžuje naši práci.“*

4.5.2 Fyzické napadení

Fyzické napadení nezažili ZZ4, ZZ6, ZZ7 a ZZ9. ZZ9 ale dodal, že byl u výjezdu, kde byl jeho kolega fyzicky napaden. Nic vážného se mu ale nestalo. ZZ4 uvedla: *„Když už to jednou vypadalo, že nás pacient fyzicky napadne, tak se ta situace urovnala.“* Po doptání na řešení celé situace ZZ4 odpověděla: *„Stála jsem v klidu a mluvila s pacientem. Snažila jsem se vysvětlit důvod, proč jsme na místě, a že mu nechceme nijak ublížit.“* Zbylí zdravotničtí záchranáři zažili i fyzické napadení agresivním

pacientem. ZZ2 uvedl, že byl fyzicky napaden pouze jednou a z tohoto incidentu si odnesl akorát modřinu po úderu pěstí do stehna. ZZ1: „*Naštěstí jsem zraněn po fyzickém napadení pacientem nebyl, vždycky jsem měl něco po ruce. Když jde do tuhého, tak aspoň ten kufr mít u sebe, kterým se dá ubránit nebezpečí.*“ ZZ3 podotkla, že byla napadena dvakrát a vždy se jednalo o pacienty v podnapilém stavu. Podobnou zkušenost měl i ZZ8, který byl fyzicky napaden pouze jednou a jednalo se také o pacienta intoxikovaného alkoholem. K fyzickému napadení ZZ5 ještě dodal: „*Často se mi pak lidi i omlouvali, zkrátka byli v té situaci pod tlakem a jednali bezmyšlenkovitě.*“

4.6 Vyrovňávání zdravotnických záchranářů s danými situacemi

Pátá kategorie se zabývá otázkou, jak se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají s podobnými situacemi následující dny po incidentu a zda je to určitým způsobem poznamenalo, nebo nikoliv. Všech deset dotazovaných zdravotnických záchranářů tyto incidenty nijak trvale nepoznamenaly. ZZ1 uvedl: „*Mám po těch výjezdech vztek a musím si vždy zapálit cigaretu. Pak to rozdýchám a už to je v pohodě.*“ ZZ8 odpověděl podobným způsobem: „*Jsem klidný člověk. Zapálím si cigárko, dám si kávu a jsem v pohodě.*“ ZZ2, ZZ5 a ZZ7 řešili tyto situace podobným způsobem. Po incidentu se svěřili s tímto problémem svým kolegům v práci. ZZ7 ještě dodala: „*Samozřejmě to člověku zkazí náladu, ale kdybych se měla zabývat trvale každým podobným výjezdem, za chvíli bych se z toho zbláznila.*“ ZZ5 konstatoval: „*Po kontaktu s tím agresivním pacientem jsem takový rozladěný, člověka to zamrzí, protože chce někomu pomoci a místo toho schytá palbu nadávek, ale i to k té práci patří a snažím se vždy na to zapomenout.*“ K tomu ještě ZZ5 uvedl: „*V osobním čase se snažím vyrovnat s pracovními starostmi pomocí sportu. Rád běhám, pustím si k tomu oblíbenou hudbu a zapomenu na všechno.*“ Podobné řešení má i ZZ4, která si pustí po práci oblíbený seriál, vyprostí se od všech negativních myšlenek a zrelaxuje se. ZZ9 a ZZ10 jsou po prodělání podobných situací více obezřetnější. ZZ9 ale dle tvrzení má poté trochu nechuť pracovat a udělá si na lidi svůj vlastní názor. Nejhůře se s podobnými situacemi vypořádávají ZZ3 a ZZ6. ZZ3 uvedla: „*Nemohla jsem se pak soustředit na práci, protože jsem neustále myslela na to, co se stalo. Opadlo to ze mě až po pár dnech. Velkou oporu jsem měla v tu chvíli mezi svými kolegy a v manželovi.*“ ZZ6 konstatovala: „*Přiznám se, že mi tyhle situace utkví v hlavě a myslím na ně často, i když*

nejsem v práci. Vždycky to chce u mě trochu čas, než to vstřebám. Nejvíc mi v podobných situacích pomáhá rodina.“

4.7 Postup zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty

Tato kategorie popisuje postupy zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivním pacientem. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie se zabývá postupy zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty při začátcích jejich kariéry a druhá podkategorie je určena postupům zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty v průběhu jejich kariéry. Otázka je záměrně rozdělena do dvou podkategorií z důvodu zjištění, zda došlo po určitých letech ke změně postupu zdravotnických záchranářů v komunikaci či nikoliv.

4.7.1 Postupy zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty při začátcích jejich kariéry.

První otázka byla zaměřena na první kontakt zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem při praxi. ZZ2, ZZ3, ZZ4, ZZ5, ZZ6 a ZZ9 nereagovali při první podobné zkušenosti podle svých představ. ZZ3 odpověděla: *„Postupovala jsem špatně, křičela jsem ať se uklidní, jinak zavolám policii a tím jsem ho asi více vyprovokovala. Zkrátka jsem situaci nezvládla tak, jak bych si to představovala.“* Po následném doptání, jak situace nakonec dopadla, ZZ3 řekla: *„Chvíli jsme s ním rozmlouvali, byl evidentně ožralý a pak si dal říct a my jsme ho vyšetřili. Nejevil ale žádné známky poranění ani nemoci.“* ZZ4 konstatovala, že v dané situace celá ztuhla a byla vyděšená: *„Člověk ale časem nasbírává více zkušeností praxí a ví už, co si může dovolit a kdy nemá cenu vůbec vcházet za pacienty, protože to může být nebezpečné.“* ZZ6 reagovala obdobně jako ZZ4. Rozbušilo se jí srdce a nevěděla, co má v té chvíli dělat. Pak se snažila slovně uklidnit situaci, a nakonec se jí pacient i omluvil, že to tak nemyslel. ZZ9 uvedl: *„Nedával jsem si takový pozor, jaký bych měl. Až později jsem si uvědomil, že se mohlo klidně něco stát.“* ZZ2 na toto téma konstatoval, že jednal asi příliš výbušně a hned ho vykázal ze sanity. Naopak ZZ5 přiznal, že jednal trochu nerozvázně: *„Měl jsem sto chutí mu za ty kecy jednu napálit. Člověk tam přijede za účelem někomu pomoci a on je na tebe jak na psa. Ale udržel jsem se. Skončilo to naštěstí jen u verbální agrese a pak se to uklidnilo. Musel jsem ale při komunikaci trochu zvýšit hlas.“* Defenzivní způsob řešení zvolil ZZ1: *„Snažil jsem se útok neopětovat a vyhnout se konfliktu a raději jsem*

vycouval a šel pryč. Neměl jsem naprosto žádnou snahu se domlouvat s pacientem. “ Po následném doptání na pozdější průběh této situace ZZ1 odpověděl: „Pacienta jsem v tu chvíli neřešil, nechtěl jsem sklouznout do nějakého maléru. Volali jsme policii a čekali s řidičem ve voze.“ ZZ7 se snažila při kontaktu s agresivním pacientem mluvit nahlas, navázat oční kontakt a vysvětlit vše okolo péče poskytnuté pacientovi. „Ale byla jsem z toho taková rozrušená.“ Následně poprosila o pomoc i manželku pacienta: „Poprosila jsem jeho manželku, aby si stoupla vedle něho (pacienta) a snažila se ho uklidnit. Domluvila mu a zabralo to. Pak jsem jí požádala, aby při vyšetření seděla vedle něj.“ Podobným způsobem si počínala i ZZ10, která se snažila navázat oční kontakt, rozumně a klidně si s pacientem promluvit a uklidnit ho. ZZ8 naopak zvolil komunikaci s pacientem na dálku: „Stál jsem asi 10 metrů od pacienta a představil jsem se a začal jsem si s ním povídat. Byl hodně rozrušený a furt opakoval věty typu, co jsem komu udělal a proč musí tak trpět. Nakonec se ale uklidnil a nechal se i vyšetřit. Z anamnézy jsme zjistili, že je psychiatrický pacient a zřejmě delší dobu nebral prášky. Tak jsme ho dali na nosítka, připoutali a dovezli jsme ho na psychiatrické oddělení. V autě už byl klidný, povídal jsem si s ním.“

4.7.2 Postupy zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v průběhu jejich kariéry

Následná otázka byla směřována na postup zdravotnických záchranářů při kontaktu s agresivním pacientem nyní a zda je rozdíl v řešení situace dříve a dnes. ZZ1 nekompromisně odpověděl: „Okamžitě bych volal policii, vůbec bych se s tím nepáral. Za to mi to nestojí, abych se ještě nechal někde někým zmrzačit.“ Jeho postup se praxi tedy nezměnil a vždy by při podezření na agresi hned volal policii. ZZ2 by v podobné situaci jednal více asertivně a méně ostře, zkrátka více profesionálně. ZZ3 by také postupovala jinak. Více asertivním a lidským přístupem k pacientům. ZZ4 by se snažila slovně uklidnit pacienta tím, že by dala najevo, že chápe jejich problémy. ZZ5 by se více ovládal, udržoval vzdálenost alespoň 5 metrů od agresivního pacienta a snažil se chovat více profesionálně. ZZ6 by sledovala vývoj agrese a komunikovala by s pacientem do doby, dokud by ji nezačal slovně napadat. ZZ7 by postupovala více klidně, rozvážně a snažila by se podat více informací o léčbě pacientovi. ZZ8 by byl více empatický, klidný a kladl by důraz na vzájemnou slovní komunikaci. ZZ9 by jednal více bezpečně a více by si promyslel celou situaci, aby se vyvaroval možnému

nebezpečí. ZZ10 by se snažila být více obezřetnější, aby se již neopakovala žádná fyzická napadení.

4.8 Zásady při komunikaci s agresivními pacienty

Tato kategorie se zabývá zásadami, které by měl mít zdravotnický záchranář na vědomí při kontaktu s agresivním pacientem. ZZ1 odpověděl, že při podezření na agresi by měl zdravotnický záchranář ihned volat policii a zbytečně se nepouštět do křížku s pacientem. Na otázku, zda by se nesnažil řešit situaci nejdříve sám, odpověděl: „*Kdo zaručí, že mu po chvíli nepřeskočí a nehodí po mě kus nábytku? Nedej bože po mě nevystartuje třeba nožem? Rozhodně nemám v povaze hrát si na hrdinu.*“ ZZ2 uvedl, že by měl správný záchranář zachovat klid a snažit se být empatický k pacientům. ZZ3 zase vidí zásady v zachování klidu, pomalé a hlasité mluvy, navázání očního kontaktu a dbát na bezpečí své posádky. ZZ4 preferuje důležitost v zachování klidu, v důkladném promyšlení svého jednání a být si vědom svých činů. Podobnou odpověď má také ZZ5, který uvádí klid jako prioritu v zásadách komunikace s agresivním pacientem. ZZ6 vyhodnotila zásady na zachování vlastního bezpečí, dostatečný odstup od pacienta, empatický, klidný přístup a adekvátní informovanost o léčbě směřované pacientovi. Při stupňování agrese vidí ZZ6 jako hlavní zásadu přivolání policie. ZZ7 se také přiklání k projevení empatie, pochopení, navázání očního kontaktu, zřetelné a hlasité mluvy k pacientovi. Empatický přístup a zachování dostatečného odstupu od pacienta je obsaženo i v odpovědi od ZZ8. ZZ9 odpověděl na kladenou otázku trochu jinak než ostatní zdravotničtí záchranáři: „*Jako zásadu při komunikaci s agresivním pacientem vidím vyhodnocení možného nebezpečí, v případě nebezpečí nevstupovat a volat policii. Jinak při kontaktu s agresivním pacientem mít volný prostor pro případný útěk, zvolit defenzivní přístup, nenarážet na nějaké citlivé téma, které by mohlo pacienta rozčítit a snažit se mít dotazy, které budou ušité na míru.*“ ZZ10 zvolila jako zásady potlačení svých emocí, neopětování agrese a nestavení se pacientovi do jeho cesty.

4.9 Poskytnutí první pomoci agresivním pacientům

Tato kategorie se zaměřuje na poskytnutí první pomoci zdravotnickými záchranáři. V této otázce nastaly trochu spory v odpovědích, protože podle některých dotazovaných zdravotnických záchranářů nelze jednoznačně odpovědět. První pomoc prý závisí na onemocnění pacienta. Otázka je tedy spíše založena na obecném poskytnutí první

pomoci agresivním pacientům. Z dotazovaných zdravotnických záchranářů by ZZ1 a ZZ4 neposkytli žádné další kroky, než by na místo nepřijela policie a nezpacifikovala by pacienta. ZZ3 by také poskytla první pomoc až po uklidnění pacienta. ZZ7, ZZ9 a ZZ10 se shodli v odpovědích, že by se poskytnutí léčby odvíjelo od příznaků pacienta. ZZ7 zdůraznila, že prioritou je vyšetření pacienta. ZZ10 dále uvedla: „*Obecně bych provedla screening pacienta a následně buď převoz do nemocnice či na záchytku nebo podání léků po dohodě s lékařem.*“ ZZ9 ještě dodal: „*Poskytl bych adekvátní péči lidem, který pomoc opravdu potřebují.*“ ZZ6 by nejdříve zajistila bezpečnost pacienta, aby se nezranil, a dále ho slovně či farmakologicky uklidnil a po následném doptání na typ použitých farmakologických léků ZZ6 odpověděla: „*Takové, které by řekl doktor. Ale nejspíše diazepam nebo dormicum.*“ ZZ8 by nejdřív zjistil dostatek informací o pacientovi a vyšetřil by ho. Léčbu by poskytl spolu s lékařem jen v případě, pokud by nebylo ohroženo jejich bezpečí. ZZ2 a ZZ5 se sešli v názorech, že v těchto případech se poskytnutí léčby liší například u lidí, kteří jsou agresivní kvůli požití omamných látek či lidí, kde agresivní chování vyplývá z důvodu onemocnění. Například z psychiatrického onemocnění. Oba dva se také shodli, že by postupovali dalšími kroky až po uklidnění pacienta. Na položenou otázku, jak by pacienta uklidnili odpověděl ZZ2: „*No nejdřív bych to zkusil vzájemnou domluvou. Pokud by to nešlo, zavolal bych na pomoc policii. Pak bych nejspíš podal zklidňující léky, třeba diazepam.*“

4.10 Informovanost zdravotnických záchranářů s problematikou agrese

V této kategorii byly zdravotnickým záchranářům položeny dvě otázky, které byly zaměřeny na jejich vlastní informovanost o dané problematice a jestli si myslí, že jsou obecně zdravotničtí záchranáři proškoleni v této oblasti. K dostatečné informovanosti zdravotnických záchranářů se přiklonila pouze ZZ10. ZZ10 se na otázku, zda jsou zdravotničtí záchranáři dostatečně proškoleny, odpověděla: „*Asi ano.*“ Ona sama se ale s tímto problémem seznámila až na záchranné službě od svých kolegů a ve škole jí nikdo s tímto neseznámil. Uvedla také, že existují vnitřní předpisy, které si přečetla. Naopak ZZ9 odpověděl, že jsou zdravotničtí záchranáři možná proškoleni ve škole, ale mají jen teoretické znalosti, ale praktické ne. Jeho osobně s touto problematikou nikdo neseznámil: „*Setkal jsem se s ní až na odborných konferencích, které se konají pro zdravotníky. Na záchranné službě jsem se s ní také nesešel.*“ ZZ6 se s problematikou okrajově setkala v průběhu studia, zbytek jí prý naučila až praxe. ZZ1 také nebyl ve

škole seznámen s agresí, setkal se s ní až v praxi. K tomu ale dodal: „*Praxe dostatečně s problematikou seznámí, s přibývajícimi roky budeš víc a víc opatrnější a lidi tě můžou školit, jak chtějí, realita je stejně jiná. Tam si v té rychlosti ani nevzpomeň na nějaký postupy nebo zásady, protože to neděláš každý den.*“ ZZ8 se také přiklonil k tomu, že teoreticky není tato problematika dostatečně proškolená a zdravotničtí záchranáři se naučí až praxí, co mají dělat. Jeho osobně také nikdo v průběhu studia s tímto neseznámil. S odpovědí, že zdravotničtí záchranáři nejsou dostatečně v tomto odvětví proškoleny se ztotožnili ZZ2, ZZ3, ZZ4, ZZ5 a ZZ7. ZZ2 by tuto problematiku určitě zařadil do školních osnov, protože s ní nejsou jednoznačně zdravotničtí záchranáři seznámeni. ZZ5 si nevybavuje, jestli byl seznámen v průběhu studia s problémem, ale tuto problematiku registroval prostřednictvím internetu, kde se občas dočetl o napadení posádky. Nějaký přesný postup, jak se zachovat v podobné situaci, ale nenevidoval, takže si myslí, že záchranáři nejsou dostatečně proškoleni. ZZ5 také dodal: „*Člověk se musí poučit ze svých chyb a časem zjistí, jak reagovat.*“ ZZ3 také uvedla, že nejsou zdravotničtí záchranáři dostatečně proškoleni a mělo by se nějaké školení zavést. Udává ale: „*Chtělo by školit daleko více problematik, jako například řešení mimořádné události.*“ ZZ4 konstatovala: „*Nemyslím si, že jsou dostatečně proškoleni. Tohle se člověk naučí až praxí. Ve škole vás na tyto situace dostatečně nepřipraví.*“ ZZ7 také nikdo neseznámil a nemyslí si, že by zdravotničtí záchranáři byli dostatečně obeznámeni. Ona sama si informace o problematice zjišťovala samostudiem, aby byla pro příště chytřejší a připravenější.

4.11 Problémy vyplývající z chyb při komunikaci s agresivním pacientem

V této poslední kategorii bylo úkolem zjistit problémy, které vznikly z chyb, kterých se dopustili dotazovaní zdravotničtí záchranáři při komunikaci s agresivním pacientem. ZZ1 uvedl, že záchranáři mohou chybovat, protože se snaží situaci uklidnit, ale tím ji akorát celou zhorší. Například zvýšením hlasu, čímž rozčílí agresora. ZZ2 uvedl: „*Ego, nezvládají své ego a nedokážou se asertivně chovat k pacientům.*“ ZZ3 vidí problém ve vyprovokování zdravotnické posádky a v neudržení chladné hlavy při těchto situacích. Pak to může skončit až napadením zdravotnických záchranářů. ZZ4 odpověděla, že problém spočívá v nezachování klidu a v neprofesionálním jednání záchranářů. Podobnou výpověď jako ZZ4 uvedl i ZZ5, který také vidí nedostatky v nezachování klidu záchranářů, kteří nezvládnou tíhu situace, a také ve špatné komunikaci

zdravotnických záchranářů s pacienty. ZZ6 odpověděla: „*Chyba spočívá v tom, že zdravotníci záchranáři podceňují agresora, zvláště opilé lidi, myslí si, že situaci zvládnou a nehlídají si svoje bezpečí a pak lehce může dojít k napadnutí.*“ ZZ7 uvedla jako chyby neprojevení empatie, naopak zvýšená arogance a nervozita z pohledu zdravotnických záchranářů. ZZ8 vidí problém v tom, že záchranáři nemají trpělivost s podobnými lidmi a nemají ani snahu něco s nimi dále řešit. ZZ9 řekl: „*Problém je v tom, že záchranáři řeší témata, které nejsou spojena se stavem pacienta a těmi tématy se jich mohou dotknout a rozčítit je.*“ a ZZ10 odpověděla: „*Zvyšují hlas a oponují názorům pacienta, což ty pacienty většinou rozčítí.*“

5 Diskuze

Téma bakalářské práce, se nazývá „*Komunikace zdravotnického záchranáře s agresivním pacientem v přednemocniční péči.*“ Práce byla zaměřena na postupy zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivním pacientem v přednemocniční péči, dále pak na jejich zvolené komunikační techniky při řešení těchto situací a na nejčastější chyby, kterých se dopouštěli dotazovaní zdravotničtí záchranáři při řešení celé situace.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit názory dotazovaných zdravotnických záchranářů na jejich postupy s agresivním pacientem v přednemocniční péči a určit, jaké problémy se v těchto situacích mezi nimi vyskytují. Pro výzkumnou část bakalářské práce byly vytvořeny tři výzkumné otázky. Jakým způsobem přistupuje zdravotnický záchranář k agresivnímu pacientovi při prvním styku na místě události, jaké komunikační techniky používá zdravotnický záchranář při komunikaci s agresivním pacientem a s jakými problémy se potýká zdravotnický záchranář v komunikaci s agresivním pacientem.

Pro získání informací byla využita metoda kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se zdravotnickými záchranáři v Jihočeském kraji. Otázky, které byly zdravotnickým záchranářům položeny, zkoumaly jejich informovanost v daných tématech, jejich názory a představy v postupech v komunikaci s agresivními pacienty, jejich použití komunikačních technik v daných situacích a na jejich problémy a chyby, kterých se dopustili v komunikaci s agresivními pacienty.

Nejdříve byla dotazovaným položena otázka, co si myslí o pojmech agrese, agresivita a komunikace s agresivním pacientem. Důvod položení otázky spočíval v zjištění informovanosti zdravotnických záchranářů s danými tématy, které souvisejí s problematikou komunikace s agresivním pacientem. Podle Zacharové (2017) je agrese forma zlosti, vzteku, výhrůžek a násilí. Agrese se ale může projevovat i netypickým způsobem, do kterého autorka zařazuje vyrušování, hlasitý smích a další různé výstřednosti jako například zvláštní druh oblékání, atypický styl účesu a podobně. Důležité je také pro zdravotnické záchranáře posoudit potencionálně agresivního pacienta. Podle Guthrie (2010) by si měl všimnout zdravotnický záchranář vzhledu a současného stavu pacienta. Dále pak znaků těla pacienta jako například rozšířené

zornice, zrychlené dýchání, nadměrné pocení, zatnutých pěstí, hyperaktivity, jízlivosti a podobně. Z výsledků vyplynulo, že se všichni dotazovaní shodli na podobném vyjádření jako Zacharová (2017). Na druhou stranu se z jejich výpovědí domnívám, že si pod agresí představí jen ty nejzávažnější projevy. Mírnější projevy agrese typu ironických narážek, oponování, jízlivost, podezírání, zatínání pěstí, zrudnutí a podobně, neuvedli. Tyto projevy ale mohou progredovat až do závažnějších forem. Při neuvedení těchto mírnějších projevů agrese se nabízí otázka, zda dokážou dotazovaní zdravotníci záchranáři rozpoznat prvotní známky agrese a zda jsou na ni schopni adekvátně reagovat.

Do názoru na agresi byla zařazena i otázka, která zjišťovala informovanost dotazovaných ve výskytu agresivních pacientů v posledních letech. Kelo (2008) uvedl, že agrese není ojedinělým jevem a v dnešní době incidence agresivních pacientů přibývá. Zmiňuje také, že pacienti mohou být agresivní i bez zjevného podnětu. K nárůstu výskytu agresivních pacientů se přiklonila většina dotazovaných. Co ale vede ke zvyšování počtů těchto pacientů? Podle Burdy (2014) hraje velkou roli vyšší dostupnost omamných látek, čímž se zákonitě zvýší i počet jejich uživatelů. Stejného názoru je i ZZ3, která také vidí problém v nadměrném užívání drog a alkoholu. Podle mého názoru v nárůstu agrese hraje i roli imigrace cizinců, která je v dnešní době často probírána. Ovšem devět dotazovaných zdravotnických záchranářů bylo odlišného názoru a problém ve výskytu agrese z důvodu přílivu cizinců neuvedli. Výjimkou byla ZZ10, podle které to naopak bude mít dopad na zvyšování počtu agresivních pacientů. Druhým zkoumaným pojmem byla agresivita. Harsa et al., (2012) definují agresivitu jako vlastnost, která je do značné míry ovlivněna dědičností, učením, vnějším prostředím a emocemi. Zde došlo k nesrovnalostem pouze u dvou dotazovaných. ZZ9 neshledal žádný rozdíl od předešlého výrazu a jeho domněnky byly, že se jedná o stejné slovo, akorát v podstatném jméně. ZZ6 se vyjádřil k oběma pojmům stejně, tudíž také neshledal rozdíl. Zbylí dotazovaní se vyjádřili podobným stylem jako Harsa et al., (2012). Posledním zjišťovaným pojmem v této otázce byla komunikace s agresivními pacienty. Dle Janáčkové (2008) je komunikace sdělení informace pomocí různých signálů a prostředků, která probíhá nejméně mezi dvěma lidmi. Ve zdravotnictví je komunikace klíčová k získávání potřebných informací, které mohou pomoci zdravotnickým záchranářům v odběru anamnézy, v posouzení zdravotního stavu pacienta nebo například i k slovnímu uklidnění pacienta při stresových situacích.

V tomto případě se podobným způsobem vyjádřili všichni dotazovaní zdravotničtí záchranáři.

První výzkumná otázka byla zaměřena na postupy zdravotnických záchranářů k agresivním pacientům v přednemocniční péči. Podle Kelnerové (2014) by měl zdravotnický záchranář po příjezdu na místo události, kde se vyskytuje agresivní pacient, zhodnotit nejdříve své vlastní bezpečí a riziko celé situace. Toto tvrzení uvedli pouze dva dotazovaní zdravotničtí záchranáři. Při neuvedení osmi dotazovaných podobných tvrzení týkající se jejich bezpečí, se nabízí otázka, zda by se pouštěli do komunikace s agresivním pacientem i přes to, že by bylo ohroženo jejich bezpečí. Podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě se v § 19 uvádí, že může vedoucí výjezdové skupiny rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v případě, kdy by byly ohroženy životy členů výjezdové posádky. Podle mého názoru se jedná o správný postup v případě, kdy je po příjezdu zdravotnické záchranné služby pacient velmi agresivní, nebezpečný a nebyly učiněny zatím žádné kroky zdravotníků při poskytování první pomoci. Ale v mnoha případech se stává pacient agresivním až při poskytování přednemocniční péče. V těchto případech již první pomoc byla započata a nelze jí ukončit, protože se agresivní pacient vyskytuje v blízkosti zdravotníků. A právě v těchto případech je podle mého názoru velmi důležité znát postupy v komunikaci s agresivním pacientem.

Dále by podle Waina (2016) měl zdravotnický záchranář zůstat klidný a rozvážný. Podobným způsobem odpovědělo devět dotazovaných kromě ZZ1, který jen uvedl, že by se ihned stáhnul a zavolal policii. Tento krok v postupu při správné komunikaci s agresivním pacientem uvedla i Kelnerová (2014) ovšem za situace, kdy by pacient nejevil známky zmírnění agrese po dodržení správných postupů při komunikaci mezi ním a zdravotníkem. Teprve pak by podle ní mělo dojít k přivolání policie. Podle mého názoru nemusí být situace zcela bezpečná i při příjezdu policie na místo události. Na internetových stránkách jsem totiž několikrát registroval, že došlo k napadení zdravotnické posádky i za přítomnosti policie. Proto by měli být členové zdravotnické záchranné služby i po příjezdu policie velmi obezřetní, protože přítomnost policie nemusí vždy znamenat dle mého názoru stoprocentní bezpečnost pro zdravotnické posádky.

Mezi další kroky, které jsou součástí správného postupu v komunikaci, uvádí Wain (2016) navázání očního kontaktu. V tomto případě došlo ke shodě s pěti dotazovanými. Zbylí dotazovaní ve svých rozhovorech toto tvrzení neuvedli. Podle mého názoru je neuvedení očního kontaktu v postupu při komunikaci s agresivním pacientem výraznou chybou, protože tím může dát zdravotnický záchranář najevo lhostejnost vůči pacientovi, kterého to může rozčítit ještě více. Kelnerová (2014) k navázání očního kontaktu také dodává, že je důležité dodržovat bezpečnou vzdálenost, protože narušení intimní zóny pacienta může způsobit nebezpečí. S dodržením dostatečné vzdálenosti od pacienta souhlasilo pět tázaných zdravotnických záchranářů. Zbylí dotazovaní neuvedli žádné zmínky o dodržení určité vzdálenosti. Domnívám se tedy, že tomu nepřikládají patřičnou váhu. Osobně si myslím, že dodržení určité vzdálenosti je velmi důležité, protože se tím zmenšuje riziko fyzického napadení ze strany pacienta. Zdravotnický záchranář má také podle mého názoru více času na případné rozhodnutí anebo na útěk v případě, kdy by pacient začal výrazně ohrožovat bezpečí záchranáře jakoukoliv věcí, například nožem, židlí a podobně. Na druhou stranu ale při ošetřování pacienta dochází právě k narušení této vzdálenosti a počáteční agrese může vzniknout až při narušení osobního prostoru pacienta. Podle Špaténkové (2009) je každý pacient jedinečný a má různé požadavky na svůj osobní prostor, tudíž každý může na narušení tohoto prostoru reagovat odlišným chováním. Člověk běžně do své intimní zóny, která je v rozmezí patnácti až třiceti centimetrů, nepouští každého. Jenže při poskytnutí adekvátního ošetření dochází k narušení této osobní zóny u pacienta, a proto si podle mého názoru musí zdravotničtí záchranáři při přibližování k pacientovi dávat velký pozor na další známky počáteční agrese, například zaťatých pěstí, mračivého výrazu v obličejí či neklidu u pacienta. Záchranáři by měli také podle mého názoru neustále udržovat oční kontakt při přibližování se k pacientovi, aby měli neustálý přehled o jeho chování. Myslím si, že zdravotničtí záchranáři při poskytování první pomoci, přistupují k pacientům bez pomyslení na možné komplikace spočívající v narušení intimní zóny u pacienta, jelikož nikdo z dotazovaných toto tvrzení v rozhovoru neuvedl.

K dalším krokům zařadili Wain (2016) a Kelnerová (2014) pomalou a zřetelnou mluvu s pacientem. Zde šest dotazovaných uvedlo stejný názor. Tři dotazovaní záchranáři, kteří toto neuvedli, by se snažili také komunikovat s agresivním pacientem, avšak jakým stylem, již nevysvětlili. Při neuvedení způsobu komunikace se domnívám, že tři dotazovaní nepřikládají způsobu komunikace dostatečnou váhu, nebo neznají zásady

správné komunikace s agresivním pacientem. K této formě komunikace dodává Wain (2014), že je důležité, aby zdravotničtí záchranáři dostatečně informovali pacienta o způsobu jeho ošetření a aby se vyvarovali nedostatečné informovanosti, která může u pacienta vyvolat pocit nejistoty. Ve svých výpovědích toto tvrzení uvedli ZZ6 a ZZ7. Zdravotničtí záchranáři by podle Waina (2016) měli také projevit empatický přístup a dát najevo pacientům, že jejich problémům rozumí. Empatii by podle rozhovorů projevilo šest dotazovaných zdravotnických záchranářů. Podle mého názoru by měl každý zdravotnický pracovník přistupovat k pacientům empatickým přístupem. Při neuvedení čtyř dotazovaných jakéhokoliv empatického přístupu se domnívám, že se v těchto případech může jednat o tak zvaný syndrom vyhoření. Venglářová (2011) definuje syndrom vyhoření jako ztrátu profesionálního zájmu, který se projevuje pocity hořkosti, lhostejnosti a zklamání. Zdravotničtí záchranáři se poté ani nesnaží vcítit do svízelné situace u pacienta. S náznaky lhostejnosti jsem se osobně setkal u některých zdravotnických záchranářů, kteří nejevili žádné známky pochopení pacienta a byli podráždění. Setkal jsem se i se situací, kdy první věta zdravotnického záchranáře směřovaná k pacientovi byla „*tak co se vám zase stalo.*“ Chápu sice, že nemusí mít záchranáři občas dobrou náladu a podobně, ale myslím si, že podobné chování je zcela neprofesionální a neměl by se ho žádný zdravotnický záchranář dopustit.

Aby se zdravotničtí záchranáři vyvarovali neprofesionálního jednání a vyhnuli se i syndromu vyhoření, je důležité, aby se po negativních zkušenostech u pacientů dokázali s těmito problémy vyrovnat a zrelaxovat se. Za tímto účelem byla dotazovaným položena otázka, jak se vyrovnávají se situacemi, ve kterých se setkají s agresivním pacientem a zda je to nějak poznamenalo, či nikoliv. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nedošlo k poznamenání u žádného dotazovaného záchranáře. Podle Andršové (2012) by zdravotníci mohli po střetu s agresivním pacientem postrádat aspekty duševní rovnováhy, a proto by měli zdravotníci dodržovat pravidla takzvané psychohygieny. Jedná se o dodržování zdravého životního stylu a častějšího setrvávání v sociální společnosti, mezi které se řadí kamarádi, partneři či rodina. Podle mého názoru by podobné situace neměly způsobovat zdravotnickým záchranářům výraznější problémy, protože je práce na záchranné službě náročná po psychické stránce a zdravotničtí záchranáři by proto měli být podle mne velmi psychicky odolní. Podle Sihelské (2007) by se na pozici zdravotnického záchranáře mělo jednat o osobu, která je psychicky a sociálně zralá a disponuje i fyzickou zdatností. Podle Špatenkové et al., (2009) by měl

zdravotnický záchranář disponovat vlastnostmi, mezi které se řadí trpělivost, ohleduplnost, empatie, spolehlivost a odolnost. Z rozhovorů vyplynulo, že se ZZ2, ZZ5 a ZZ7 snaží vyrovnat s podobnými situacemi tím, že se s problémem svěří svým kolegům na záchranné službě. Podle mého názoru jde o správné řešení, protože na tuto situaci mohou mít jiní zdravotničtí záchranáři různý úhel pohledu a mohou se podělit i o vlastní zkušenosti. Vyrovnat se se situací způsobem, že na to nebudou myslet, uvedli ZZ2, ZZ6 a ZZ7. Znovu shledávám toto řešení za správné, protože si myslím, že by se měl záchranář vyprostit ze svých problémů, které se staly v minulosti, snažit se z nich ponaučit a dále je již neřešit. ZZ1 a ZZ8 uvedli, že si po prodělané situaci s agresivním pacientem zapálí cigaretu a zklidní se. Podle mého názoru ovšem nelze s jistotou říci, zda se jedná o činnost, která je spojená s uvolněním po prodělané situaci nebo o návyk u kuřáků. Myslím si ale, že se nejedná o nejlepší způsob relaxace, protože je prokázáno, že cigarety se řadí mezi škodlivé látky a škodí zdraví člověka.

V první výzkumné otázce bylo také zjišťováno, jak by se nyní změnil postupy dotazovaných zdravotnických záchranářů v situacích, kdy se poprvé setkali s agresivním pacientem. ZZ1 by svůj postup nezměnil, ale zbylí dotazovaní uvedli, že by se chovali více asertivně, lidsky a profesionálně. Dbali by ale také více na své vlastní bezpečí. Z výsledků rozhovorů bylo zjištěno, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři znají alespoň částečně postupy, které uvedli autoři Kelnerová (2014) a Wain (2016) při komunikaci s agresivním pacientem. Jelikož všichni dotazovaní uvedli alespoň jeden postup shodující se s autory, nelze proto říci, že by nebyli s určitým postupem obeznámeni. Podle mého názoru není možné se držet všech uvedených postupů a nelze vždy přistupovat stejným přístupem ke všem agresivním pacientům. Každý pacient je totiž odlišný a postup, který by byl účinný na jednoho pacienta, nemusí být efektivní na druhého pacienta. Na druhou stranu je ale znalost alespoň některých prvků ze správného postupu při této komunikaci velmi důležitá, protože to může výrazně ulehčit situaci zdravotnickým záchranářům. Podle mého názoru by měli záchranáři tyto postupy častěji procvičovat, aby byli schopni adekvátně reagovat v reálné situaci. Za tímto účelem by mohlo vzniknout školení, které by školilo zdravotnické pracovníky v podobných situacích, do kterých se mohou dostat v průběhu jejich praxe. Součástí školení by mohly být i praktické ukázky situací, které by následně byly prodiskutovány s účastníky školení.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala komunikační techniky, které používají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s agresivním pacientem. Linhartová (2007) uvedla, že komunikace s těmito pacienty vyžaduje klidné a profesionální chování ze strany zdravotnického pracovníka. Udává také, že občas působí i technika na agresivního pacienta, která se nazývá „zrcadlová reakce“, kdy zdravotník v jisté míře oplátí pacientovo chování a tím docílí zklidnění pacienta. Tuto techniku nikdo z dotazovaných však neuvedl. ZZ3 při prvním setkání s agresivním pacientem sice zvýšila hlas, ale naopak tím situaci ještě více zhoršila. Tento příklad nám ukazuje, že je nutné umět odhadnout, kdy lze použít „zrcadlovou reakci“ a kdy tato metoda situaci spíše vyhroťí. Myslím si, že k této dovednosti dospěje zdravotnický záchranář, jak bude dále uvedeno praxí, ale velmi důležité jsou i různé semináře s praktickými ukázkami. S podobnou situací jsem se osobně setkal při jednom výjezdu, kde ale nebyl agresivní pacient, nýbrž jeho dcera. Pacient měl silné krvácení z třísla a jeho dcera, která přivolala záchranku, byla neklidná a neustále křičela na zdravotnické záchranáře. Až po důrazném napomenutí jednoho ze záchranářů se pacientka uklidnila a nechala je dělat svojí práci. Podle mého názoru se nejednalo o špatné řešení, protože jsou situace, kdy potřebuje pacient nebo jeho příbuzní na místě události trochu usměrnit, aby nechali konat zdravotnický personál svou práci. Toto řešení by podle mě mělo ale nastat pouze tehdy, pokud by nebylo možné osoby uklidnit mírnějším a profesionálnější způsobem. Pak teprve by mělo přijít na řadu toto řešení.

Komunikaci lze rozdělit na komunikační formy a funkce. Podle Vymětala (2008) jsou pro zdravotníka nejdůležitější komunikační funkce informativní, instruktážní, persuzivní a operativní. V informativní je cílem předat nejdůležitější poznatky pacientovi, v instruktážní je prioritou popsání a vysvětlení problému, v persuzivní funkci zdravotník přesvědčuje a ovlivňuje pacienta a v operativní je zase snahou domluvit se s pacientem na kompromisu, který je výhodný pro obě dvě strany. Z rozhovorů na mě zapůsobilo, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři využívali funkce informativní, instruktážní a operativní, protože se v jejich výpovědích objevovaly prvky z těchto funkcí. Persuzivní funkci podle mého názoru nevyužil žádný z dotazovaných, protože v rozhovorech nepadly žádné zmínky o přesvědčení či ovlivnění pacienta.

Komunikaci z hlediska forem Kelnerová (2014) rozděluje na verbální, neverbální a komunikaci činem. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se všichni dotazovaní snažili

řešit tyto situace převážně pomocí verbální komunikace. Ve výpovědích od ZZ3, ZZ5, ZZ6, ZZ7 a ZZ10 se ale našly i prvky z neverbální komunikace. DeVito (2008) do forem neverbální komunikace zařazuje mimiku, viziku, gestiku, kineziku, haptiku, proxemiku a posturiku. Mimikou se rozumí pohyb svalů obličeje. Vizika se vyznačuje očním kontaktem mezi dvěma lidmi. Gestika je naopak pohyb horních končetin. Kinezika se zabývá celkovým pohybem těla, především chůzí. Haptika se zaměřuje na doteky a podání ruky. Proxemika sleduje vzájemnou vzdálenost mezi osobami a posturikou se rozumí poloha horních, dolních končetin a celého těla. U pěti dotazovaných se objevily prvky z viziky, protože se snažili navázat oční kontakt s agresivním pacientem. Druhým prvkem z neverbální komunikace, který se objevoval v rozhovorech dotazovaných byla proxemika. O dodržení určité vzdálenosti mezi nimi a agresivním pacientem se zmínilo pět dotazovaných zdravotnických záchranářů. Z výsledků rozhovorů ale nelze s jistotou říci, že při komunikaci dotazovaných s agresivními pacienty nedocházelo i k jiným formám neverbální komunikace. Mikuláščík (2008) totiž udává, že prvky z neverbální komunikace nebývají často tak viditelné, jako prvky z verbální komunikace. Tyto pohyby se člověk totiž naučil již v dětském věku, neverbální signály se převážně projevují nevědomě a osoba o nich nemusí ani vůbec vědět. Z těchto důvodů se tedy domnívám, že při komunikaci zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty probíhalo daleko více prvků z neverbální komunikace. Hodnocení využitých komunikačních technik dotazovaných zdravotnických záchranářů je podle mého názoru složité. Z výpovědí dotazovaných totiž nelze s jistotou říci, které další komunikační techniky se vyskytly při jejich rozhovorech s pacienty. Je také možné, že si ani oslovení záchranáři v podobných situacích neuvědomovali, že využili i další komunikační formy. Z poskytnutých rozhovorů je ale patrné, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři jsou si spíše vědomi svých verbálních komunikačních technik než neverbálních. Komunikaci zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty mohou také narušit faktory ze strany záchranáře jako například řešení různých osobních problémů, starostí či zhoršení zdravotního stavu vlastní osoby. Tyto různé faktory mohou ovlivnit přístup v komunikaci u zdravotnických záchranářů, kteří v té chvíli mohou reagovat podrážděně a podobně. Z vlastních zkušeností mohu potvrdit, že se od nálady zdravotnického záchranáře odvíjí celý jeho postup v komunikaci s pacienty. V situacích, kdy byl záchranář naštvaný, vždy komunikoval výrazně hůře s pacientem.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, s jakými problémy se potýkají dotazovaní zdravotničtí záchranáři v komunikaci s agresivním pacientem. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že se zdravotničtí záchranáři dopouští chyb, které posléze mohou vést k různým problémům. Kelnerová (2014) jako jednu z chyb v komunikaci vidí kritizování pacienta. S touto chybou souhlasila ZZ10, která dodala, že tím může nastat problém v rozčlenění pacienta. Druhou chybou je podle autorky časté poučování a poskytování rad ze strany záchranářů, o které ale pacienti v ten moment nejeví zájem. Tento názor částečně řekl ZZ9, který spíše vidí chybu v tom, že záchranáři řeší citlivá témata. Problém podle něho spočívá následně taktéž v rozčlenění pacienta. Nikdo jiný z dotazovaných však podobná slova jako autorka neuvedl. Třetí chybou podle Kelnerové (2014) jsou projevy znechucenosti a lhostejnosti vůči problémům pacienta. Tento názor nikdo taktéž z dotazovaných neřekl. ZZ7 se nejvíce odpovědi přiblížila s tím, že je podle ní chybou neprojevení empatie ze strany záchranáře. Jaký z toho ale může nastat problém, již neuvedla. Z dosažených výsledků bylo zjištěno, že se dotazovaní zdravotničtí záchranáři ve většině případů neshodují s výroky Kelnerové (2014) v oblasti chyb v komunikaci mezi záchranáři a agresivními pacienty. ZZ1 a ZZ10 viděli chyby ve zvyšování hlasu. ZZ3, ZZ4, ZZ5 a ZZ8 uvedli, že je chyba v nedostatečné trpělivosti ze strany záchranáře, který se nechá vyprovokovat pacientem. Pouze ZZ3 však dále uvedla, že díky této chybě může dojít k problému související s napadením zdravotnické posádky. ZZ6 viděl chybu v podceňování agresora a ZZ2 viděl chybu v nezvládnutí ega záchranáře. Avšak dle mého názoru se nejedná o neznalost dotazovaných v této problematice, protože jejich odpovědi lze zařadit také jako chyby, kterých se záchranáři v podobných situacích dopouštějí. Na druhou stranu lze ale polemizovat o tom, zda si vůbec dokážou zdravotničtí záchranáři přiznat své chyby, kterých se mohli dopustit při komunikaci s agresivním pacientem. Z pořízených rozhovorů bylo taktéž zjištěno, že problémy, které mohou nastat při pochybení zdravotnických záchranářů, uvedli pouze tři dotazovaní. Podle ZZ9 a ZZ10 spočívá problém v rozčlenění pacienta a dle ZZ3 může nastat problém v napadení zdravotnické posádky. Zbylí dotazovaní ve svých výpovědích uváděli pouze chyby v komunikaci, nikoliv možné problémy, které z nich mohou nastat. Lze tedy vyslovit myšlenku, zda si jsou dotazovaní zdravotničtí záchranáři vědomi problémů, které mohou nastat po jejich pochybení při komunikaci s agresivním pacientem. Další chyba může také spočívat v tom, že se zdravotničtí záchranáři nedokážou vcítit do situace agresivních pacientů a

nedokáží pochopit, že je pacient ve velmi těžké životní situaci nebo může být vážně nemocný. Zacharová (2017) uvádí, že u pacienta došlo k narušení jeho zdravotnické stránky, které mohou vést k psychickým nebo biologickým změnám. A proto lze u těchto osob očekávat změnu chování. Berou ale zdravotničtí záchranáři v potaz, že agrese u pacientů nemusí být úmyslnou záležitostí a může to vyplývat z různých příčin onemocnění? Z tohoto důvodu zde byla zařazena i otázka týkající se identifikace skupin lidí, které jsou rizikové v souvislosti se vznikem agresivního chování. Wain (2016) do rizikových skupin agresivních lidí řadí mladý věk, psychiatrické onemocnění a lidi, kteří užívají návykové látky. Všechny deset dotazovaných uvedlo do této skupiny osoby, které užívají jakékoliv omamné látky včetně alkoholu. Psychiatrické onemocnění ve svých výpovědích uvedlo šest dotazovaných. O mladším věku se nezmínil nikdo, ale ZZ2 sem naopak zařadil střední a produktivní věk u lidí jako možné riziko vzniku agrese. Z čeho tak ale ZZ2 usuzoval? Podle mého názoru může být důvodem této odpovědi u ZZ2 myšlenka, že mají lidé ve středním a produktivním věku více starostí a povinností než lidé v mladším věku. Tento můj názor se ale neshoduje s výpovědí Waina (2016), který do této skupiny řadí právě mladší věk lidí. Burda (2014) do této skupiny zařazuje ještě lidi s mentálním postižením. Toto tvrzení ale nikdo z dotazovaných neuvedl. Autor Guthrie (2010) ke vzniku možné agrese řadí i medicínské příčiny, mezi které uvádí metabolické poruchy (především hypoglykémie), poranění hlavy, meningitické a encefalitické sepse, hypertermie, hypotermie, epileptické záchvaty, cévní mozkové příhody či subarachnoideální krvácení. Z dotazovaných pouze jeden zdravotnický záchranář uvedl trauma a dva dotazovaní uvedli hypoglykémii, jako možné riziko vzniku agrese u pacientů. Z těchto výsledků bylo zjištěno, že osm dotazovaných zdravotnických záchranářů vynechalo jakékoliv medicínské příčiny, jako možné riziko agrese u pacientů. Při neuvedení těchto příčin lze vyslovit otázku, zda si jsou dotazovaní vědomi možných onemocnění, které mohou souviset s agresí. Podle mého názoru je zde také patrný předsudek u zdravotnických záchranářů, kteří mají agresi spojenou výhradně s lidmi, kteří mají abúzus na alkohol či drogy. Avšak ani lidé, kteří užívají omamné látky, nemusí být agresivní, protože mohou mít jiné onemocnění. Naopak mohou být agresivní i lidé, kteří v danou chvíli nepožřeli jakoukoliv omamnou látku a agrese zde vyplývá z přidruženého onemocnění. Podle Waina (2016) existují předsudky vůči některým lidským skupinám. Podle autora například každý uživatel návykových látek nemusí být vždy agresivní. Tyto faktory by

měly spíše zdravotnickým záchranářům naznačit, aby byli u těchto pacientů více obezřetní a dávali si pozor na případná možná rizika.

Do výzkumného šetření byla také zařazena otázka ohledně proškolení zdravotnických záchranářů s touto problematikou a jestli s ní byli dotazovaní dostatečně seznámeni. Důvodem zařazení této otázky je zjištění, zda nemohly chyby, které uvedli dotazovaní zdravotničtí záchranáři v souvislosti s komunikací s agresivním pacientem, souviset s neadekvátní informovaností o dané problematice. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že si dotazovaní nemyslí, že jsou zdravotničtí záchranáři dostatečně informováni v této problematice. Jediná ZZ10 se přiklonila k názoru, že je proškolení dostatečné. Zbylých devět dotazovaných si to však nemyslelo. Šest dotazovaných ovšem uvedlo, že se zdravotničtí záchranáři tuto problematiku naučí až v průběhů své praxe na záchranné službě. Podle mého názoru ovšem toto učení praxí není zcela vhodné. Je sice všeobecné známo, že se člověk nejvíce věcí naučí až při praxi a že teoretické znalosti nejsou vše. Na druhou stranu se ale nelze v podobných situacích spoléhat na metodu pokus a omyl, protože se může jednat o ohrožení bezpečí zdravotnického záchranáře či celé jeho zdravotnické posádky. Z těchto důvodů tudíž částečně souhlasím s výroky, že se záchranář nejvíce naučí až praxí, ale podle mého názoru by měl tyto zkušenosti v praxi mít podložené i dostatečnými teoretickými znalostmi. Proškolením zdravotnických záchranářů se zabýval i Morávek (2016), který ve své bakalářské práci s názvem „*Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji.*“ Zkoumal toto téma pomocí dotazníků. Z jeho výsledků vyplynulo, že z celkového počtu 110 respondentů se 55,1 % vyjádřili, že byli s tématem obeznámeni již v pregraduálním studiu. Z výsledků této bakalářské práce ale vyplynulo, že se s daným tématem ve školním studiu setkali pouze ZZ2 a ZZ6. Z jejich výpovědí však vyplynulo, že o tématu padly ve škole jen okrajové informace. Podle mého názoru mohl hrát roli v těchto výsledcích fakt, že mohlo dojít k opomenutí těchto informací z důvodu již delší časové prodlevy od ukončení studia. Po zamyšlení nad tímto tématem jsem dospěl k myšlence, že by mělo být zavedeno více přednášek či seminářů, které by informovaly zdravotnické pracovníky o situacích, kdy se setkávají s agresivními pacienty. Autorka bakalářské práce Pěňáková (2011), ve svém výzkumu zjistila, že odhadem 70 % respondentů z jejího výzkumu zná zásady komunikace s agresivním pacientem, ale již necelá polovina si myslí, že je dokáže v reálné situaci využít. S jejím názorem, že by se měly přidat i praktické ukázky různých situací, jsem se ztotožnil i já.

Myslím si totiž, že teoretické poznatky by měly být trénovány i v praktických nácvicích, které můžou zdravotnické záchranáře lépe seznámit s problematikou komunikace zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty.

Z celkového pohledu na tuto tematiku jsem usoudil, že má každý z dotazovaných zdravotnických záchranářů určité povědomí o daných postupech, kterých by se měl držet při komunikaci s agresivním pacientem. Tyto postupy by ale měly být podle mého názoru častěji proškoleny a procvičovány, protože zde hrozí riziko, že může dojít k napadení či k případnému zranění zdravotnických záchranářů nebo jiných zdravotnických pracovníků, kteří si mohou z prodělaných incidentů odnést psychické či fyzické následky.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku týkající se komunikace zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v přednemocniční péči. Pro splnění praktické části práce bylo využito kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru.

V rámci bakalářské práce byly stanoveny dva cíle: První cíl – Zmapovat postupy zdravotnických záchranářů s agresivním pacientem v přednemocniční péči. Druhý cíl – Zjistit, jaké jsou problémy v komunikaci mezi zdravotnickým záchranářem a agresivním pacientem. K těmto cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jakým způsobem přistupuje zdravotnický záchranář k agresivnímu pacientovi při prvním styku na místě události? Jaké komunikační techniky používá zdravotnický záchranář při komunikaci s agresivním pacientem? S jakými problémy se potýká zdravotnický záchranář v komunikaci s agresivním pacientem?

Výzkumné otázky se zaměřovaly na zmapování postupů zdravotnických záchranářů při komunikaci s agresivním pacientem. Výzkumným šetřením se zjistilo, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři znají částečně postupy, které používají při komunikaci s agresivním pacientem. Výzkumné otázky se také zaměřovaly na komunikační techniky, které zdravotničtí záchranáři využívají při komunikaci s agresivním pacientem. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že dotazovaní zdravotničtí záchranáři si jsou vědomi spíše svých verbálních komunikačních technik. Z neverbálních komunikačních technik nejvíce využívají viziku a proxemiku. Lze ale konstatovat, že mohli využít daleko více prvků z neverbální komunikace, ale nemuseli si je uvědomit, protože jsou často používány nevědomě. Z výsledků rozhovorů bylo dále zjištěno, že nejčastější chybou je podle dotazovaných zdravotnických záchranářů nezvládnutí vlastních emocí. Avšak pouze tři dotazovaní dále uvedli možný problém, který může vzniknout při pochybení v komunikaci s agresivním pacientem.

Bakalářská práce byla vytvořena tak, aby byla popsána problematika zdravotnického záchranáře v komunikaci s agresivním pacientem. Výsledky této bakalářské práce by mohly posloužit ke zvýšení či doplnění informovanosti zdravotnických záchranářů v komunikaci s agresivními pacienty. Dále by bakalářská práce mohla být využita jako podklad k přednáškám o problematice související s komunikací mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BARTŮŇKOVÁ, S., 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
3. BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: NCO NZO. 52 s. ISBN 978-80-7013-564-8.
4. DEVITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
5. EADIE, K., CARLYON, J., M., STEPHENS, J., WILSON, D., M., 2013. Communicating in the pre-hospital emergency environment. *Australian Health Review* [online]. **37**(2), 1-1 [cit. 2017-10-30]. DOI: 10.1071/AH12155. ISSN 01565788
6. ERTLOVÁ, F., MUCHA J., 2008. *Přednemocniční neodkladná péče: 2. vydání*. Brno: NCO NZO. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
7. GUTHRIE, K., 2010. *Life in the fast lane: Behavioural Emergencies* [online]. [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <https://lifeinthefastlane.com/behavioural-emergencies/>
8. HARSA, P., et al., 2012. Současné projevy agrese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **13**(1) [cit. 2017-11-15]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>
9. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. JACQUES, S., 2016. *Physicians practice: Dealing with the Aggressive Patient* [online]. [cit. 2017-12-09]. Dostupné z: <http://www.physicianspractice.com/patient-relations/dealing-aggressive-patient>
11. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

12. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
13. KELO, J., 2008. Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra* [online]. Územní středisko záchranné služby Ostrava-Zábřeh, 2008 [cit. 2017-10-24]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-pracovniku-zachranne-sluzby-s-agresivnim-pacientem-353928>.
14. KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I., 2009. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8.
15. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. MIKULÁŠTÍK, M., 2008. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
17. MORÁVEK, T., 2016. *Zkušenosti zdravotnických záchranářů s agresivními pacienty v Královéhradeckém kraji*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta.
18. PEŇÁKOVÁ, S., 2011. *Aktuální výskyt agresivity u pacientů ve zdravotnických zařízeních z pohledu zdravotníka*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta.
19. PLAMÍNEK, J., FRANC, D., 2012. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
20. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.1
21. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
22. ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 182 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
23. SIHELSKÁ, D., 2007. *Urgentní medicína: Zdravotnický záchranář - profesionál, osobnost*. 10(2). ISSN 1212-1924.

24. ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J., ČEPICKÁ, B., 2009. Urgentní medicína: Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. 12(1), 39. ISSN 1212-1924.
25. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
26. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVIČ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 378 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
27. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
29. VLÁŠKOVÁ, L., KOLÁŘOVÁ, V., 2009. Urgentní medicína: Psychologická metoda „debriefing“ a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye-Rejvíz 2009. 12(2), s. 23-25. ISSN 1212-1924.
30. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
31. VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
32. WAIN, T., MOIRA G SIM, KHONG, E., 2016. Aggressive behavior: Prevention and management in the general practice environment. *Australian Family Physician* [online]. **11**(40), 6 [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/51775604_Aggressive_behaviour_Prevention_and_management_in_the_general_practice_environment
33. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
34. ZAMPIERON, ALESSANDRA, SARAIVA, MARIA, PRANOVI, 2010. *EDTNA/ERCA, recommendations for prevention and management of violence and aggression in renal units*. Madrid: [María Cruz Casal García]. ISBN 978-84-613-8799-1.

35. Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>.
36. Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

..

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Rozhovory na CD

Příloha 3 – Rozhovor se ZZ2

Příloha 4 – Rozhovor se ZZ3

9 Seznam zkratek

Tzv.	Tak zvané
Např.	Například
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
KPR.	Kardiopulmonální resuscitace
PNP.	Přednemocniční péče
RZP.	Rychlá zdravotnická pomoc
ČR.	České republika
ZZS.	Zdravotnická záchranná služba
SPIS.	System psychosociální intervenční služby
CISM.	Critical Incident Stress Managment
ZZ.	Zdravotnický záchranář

Příloha 1 - Otázky určené pro polostrukturovaný rozhovor

1. Jaký je váš věk?
2. Jak dlouho vykonáváte profesi zdravotnického záchranáře?
3. Co si představíte pod pojmem agrese, agresivita, komunikace s agresivním pacientem?
4. Jaká skupina lidí je podle vás riziková v souvislosti s agresivním chováním?
 - a. Myslíte si, že výskyt agresivních pacientů přibývá v posledních letech?
5. Setkal jste se v praxi s agresivním pacientem?
6. Byl jste někdy fyzicky či verbálně napaden agresivním pacientem?
7. Jak jste se vyrovnával s těmito situacemi následující dny? Poznamenalo vás to nějakým způsobem?
8. Jak jste poprvé reagoval v terénu při kontaktu s agresivním pacientem a jak jste postupoval?
9. Jak byste postupoval při komunikaci s agresivním pacientem nyní?
10. Jaké jsou podle vás zásady komunikace záchranáře s agresivním pacientem?
11. Jakou byste poskytl první pomoc těmto pacientům?
12. Myslíte si, že s touto problematikou jsou záchranáři dostatečně proškoleni?
 - a. Vás někdo s touthle tématikou seznámil?
13. Jakou myslíte, že dělají záchranáři nejčastěji chybu při střetu s agresivním pacientem?
14. Myslíte si, že přílivem cizinců a lidí z národnostních menšin se budete s těmito situacemi střetávat častěji než doposud?

Zdroj – vlastní výzkum

Příloha 3 – praktická ukázka metody „tužka a papír“ z rozhovoru ZZ2.

Zdravotnický záchranář 2 (muž)

- **Jaký je váš věk?**
 - „30 let.“
- **Jak dlouho vykonáváte profesi zdravotnického záchranáře?**
 - „5 rokem.“
- **Co si představíte pod pojmem agrese a agresivita, komunikace s agresivním pacientem?**
 - „Představím si **mentální nastavení** člověka na určitý externí objekt a ten **člověk je hostilní**. **Agresivitou** chápu sklony k **výbušnému jednání**, které jsou **dány genetickou predispozicí** či **vývojem jedince** v **sociálně slabších rodinách**. **Komunikace** s těmito pacienty si myslím hraje docela zásadní roli při zvládnutí situace. Pod pojmem komunikace se mi vybaví **předání slovních i mimoslovních sdělení určitého informace druhé osobě**.“
- **Jaká skupina lidí je podle vás riziková v souvislosti s agresivním chováním?**
 - „**Muži ve středním věku**, **muži v produktivním věku**, **lidé, kteří jsou pod vlivem omamných látek a osoby které jsou trestně stíhány**.“
 - **Myslíte, že výskyt agresivních pacientů přibývá v posledních letech?**
 - i. „**Od začátku**, **co jsem u záchranné služby je to zhruba srovnatelné**.
Neřekl bych, že nějak razantně více.“
- **Setkal jste se v praxi s agresivním pacientem?**
 - „**Jo, několikrát**. **Zhruba tak 20x za svou dobu**, **co jsem tady**, **ale spíše odhaduju**. **Přesný číslo neznám**.“
- **Byl jste někdy fyzicky či verbálně napaden agresivním pacientem?**
 - „**Oboje a opakovaně**, **ale statistiky si nevedu**.“
 - **A byl jste někdy při kontaktu s agresivním pacientem zraněn?**
 - i. „**Ne nebyl**. **Jediné, co jsem si odnesl**, **byla modřina po pacientovým úderu do mého stehna**. **Nic vážnějšího**.“
- **Jak jste se vyrovnával s těmito situacemi následující dny? Poznamenalo vás to nějakým způsobem?**
 - „**Bylo mi líto**, **že se to stalo zrovna mě**, **ale snad mě to nepoznámeno**. **Hodně mi pomohli kolegové**, **s kterými jsem mluvil o všedních věcech** a **přestal na to myslet**.“
- **Jak jste poprvé reagoval v terénu při kontaktu s agresivním pacientem a jak jste postupoval?**
 - „**Hned jsme ho vykázal se sanity**. **Asi jsem ale reagoval až příliš výbušně**. **Přeci jenom jsem nikdy nic podobného předtím nezažil**.“
- **Jak byste postupoval při komunikaci s agresivním pacientem nyní?**
 - „**Jednak bych jinak**, **byl bych miň ostrý a více asertivní**. **Zkrátka více profesionální**. **Snažil bych se s ním navázat kontakt a vyřešit to domluvou**. **Chápu tíživost situace pro pacienty a snažím se více vcítovat do jejich situací**.“
- **Jaké jsou podle vás zásady komunikace záchranáře s agresivním pacientem?**
 - „**Určitě nějaké zásady existují**, **například když je pacient psychiatricky nemocný**. **Myslím si, že hlavně by měl záchranář zachovat klid a snažit být více empatický k pacientům**.“

- **Jakou byste poskytli první pomoc těmto pacientům?**
 - „To je trochu sporné, jinou péči vyžadují lidé, který jsou agresivní pod vlivem omamných látek a jiná péče je o lidi, kteří za to nemůžou, protože jsou psychiatricky nemocní.“
 - „Nejdříve bych ale každého pacienta zklidnil a teprve pak se věnoval první pomoci.“
 - **Jak byste pacienta zklidnil?**
 - i. „No nejdřív bych zkusil vzájemnou domluvou. Pokud by to nešlo, zavolal bych na pomoc polici. Pak bych nejspíš podal zklidňující léky třeba diazepam.“
- **Myslíte si, že s touto problematikou jsou záchranáři dostatečně proškoleny?**
 - „Nejsou, jednoznačně.“
 - **A mělo by se to určitým způsobem řešit? Například školením?**
 - i. „Věcí, které by se měli školit je hrozně moc, tvou tematiku bych do školení určitě také zařadil.“
 - **A měl by se klást větší důraz i ve školách na tuto problematiku?**
 - i. „Nejsem si jistý, jestli jsme to vůbec probírali, myslím že o tom padly jen nějaký zmínky. Ale určitě bych to zařadil do osnov.“
- **Jakou myslíte, že dělají záchranáři nejčastěji chybu při střetu s agresivním pacientem?**
 - „Ego, nezvládají své ego a nedokážou se asertivně chovat k pacientům.“
- **Myslíte si, že přílivem cizinců a lidí z národnostních menšin se budete s těmito situacemi střetávat častěji než doposud?**
 - „Myslím si že ne, spíše nastanou jazykové bariéry.“

Zdroj – vlastní výzkum

Příloha 4 - praktická ukázka metody „tužka a papír“ z rozhovoru ZZ3.

Zdravotnický záchranář 3 (žena)

- **Jaký je váš věk?**
 - „55 let.“
- **Jak dlouho vykonáváte profesi zdravotnického záchranáře?**
 - „14 let jsem byla na ARU a 18 let jsem na záchraně.“
- **Co si představíte pod pojmem agrese a agresivita, komunikace s agresivním pacientem?**
 - „Představím si **útočné jednání** někoho na druhou osobu, **kterou může poškodit**. Agresivitu vnímám jako **opakovatelné útočné jednání jedince**. A **komunikace** by měla být **přiměřená k situaci**, v jaké se zrovna pacient a záchranář nachází.“
 - **O jaké situace se jedná?**
 - i. „**Jiná komunikace probíhá u pacienta, který je agresivní z důvodu požití drog nebo alkoholu**. A **jiná je u pacienta, který je agresivní třeba z důvodu nízké hladiny cukru v krvi**. K lidem, kteří jsou agresivní kvůli **progredující nemoci**, jsem více **vstřícnější než k lidem, který jsou notorický alkoholici například**. Ty **přímo nesnáším**.“
- **Jaká skupina lidí je podle vás riziková v souvislosti s agresivním chováním?**
 - „**Podnapilí, trestně stíhání, psychiatričtí pacienti**. **Dále lidé po traumatech hlavy, lidé s hypoglykemií a lidé, kteří vyrůstali bez rodičů**.“
 - **Myslíte, že výskyt agresivních pacientů přibývá v posledních letech?**
 - i. „**Jednoznačně výskyt stoupá**. Lidé jsou více **drzejší a arogantnější**. **Taky tam hraje určitě roli větší dostupnost těch omamných látek a dnes je celkově hektičtější doba, více stresu a tak dále**. A **důsledkem toho stoupá ta agrese u pacientů**.“
- **Setkala jste se v praxi s agresivním pacientem?**
 - „**Ano setkávám se s agresí tak 1x do dvou měsíců**.“
- **Byla jste někdy fyzicky či verbálně napaden agresivním pacientem?**
 - „**Ano byla, verbálně sice častěji, ale i fyzicky a to 2x, ale díky bohu došlo jen ke strkáním a urovnalo se to**. **Byli vždy v podnapilém stavu**.“
- **Jak jste se vyrovnávala s těmito situacemi následující dny? Poznámalo vás to nějakým způsobem?**
 - „**Nemohla jsme se pak soustředit na práci, protože jsem neustále myslela na to, co se stalo**. **Opadlo to ze mě až po pár dnech**. **Velkou oporu jsem měla v tu chvíli mezi svými kolegy a v manželovi**.“
- **Jak jste poprvé reagovala v terénu při kontaktu s agresivním pacientem a jak jste postupovala?**
 - „**Postupovala jsem špatně, křičela jsem at' se uklidní, jinak zavolám policajty a tím jsem ho asi ještě více vyprovokovala**. **Zkrátka jsem situaci nezvládla tak, jak bych si to představovala**.“
 - **A co se dělo pak?**
 - i. „**Chvilí jsme s ním rozmlouvali, byl evidentně ožražený a pak si dal říct a my jsme ho vyšetřili**. **Pak se odebrala krev a jeli jsme na záchytku**. **Nejevilo žádné známky poranění ani nemoci**. **Prostě spitý pod obraz**.“

- **Jak byste postupovala při komunikaci s agresivním pacientem nyní?**
 - a. „Uřčitě jinak, více lidským či asertivním přístupem.“
 - b. **Šlo by to přesněji specifikovat?**
 - i. „No nezačala bych hned šilet a zmatkovat, v klidu bych s pacientem začala mluvit, navázala bych pokud možno oční kontakt, snažit odebrat anamnézu a zjistit co nejvíc, co by mi pomohlo k řešení situace. Prostě hned nezmatkovat.“
- **Jaké jsou podle vás zásady komunikace záchranáře s agresivním pacientem?**
 - a. „Nikdy neohrozit sebe a svou posádku, přistupovat vždy k pacientovi až když budu mít jistotu, že je 100% klidný, snažit se s ním domluvit a pokud to vše nebude možné, budu volat policii.“
 - b. **Mohla byste prosím blíže specifikovat tu komunikaci s agresivním pacientem?**
 - i. „Řekla jsem to vlastně ve vašem předešlém dotazu. Hlavně zachovat klid, začít mluvit pomalu, nahlas, navázat oční kontakt a mluvit s pacientem.“
- **Jakou byste poskytla první pomoc těmto pacientům?**
 - a. „To záleží, co by mu bylo, ale rozhodně až po uklidnění.“
 - b. **O jaké uklidnění se obecně jedná?**
 - i. „Buď po zklidnění pacienta nebo po znehybnění s pomocí policajtů. Sama se svojí posádkou bych se nepouštěla do kontaktu s ním, pokud by byl nebezpečný.“
- **Myslíte si, že s touto problematikou jsou záchranáři dostatečně proškoleny?**
 - a. „Nejsou, každý záchranář reaguje jinak, každý má jinou povahu.“
 - b. **Znovu položena otázka kvůli nepřesné odpovědi:**
 - i. „Nejsou proškoleni, určitě by se měli zavést nějaké školení, ale chtělo by školit daleko více problematik jako například řešení mimořádné události, ale realita je jinde.“
- **Jakou myslíte, že dělají záchranáři nejčastěji chybu při střetu s agresivním pacientem?**
 - a. „Často se nechají vyprovokovat a neudrží chladnou hlavu. Pak to může skončit i napadením posádky.“
- **Myslíte si, že přílivem cizinců a lidí z národnostních menšin se budete s těmito situacemi střetávat častěji než dopsud?**
 - a. „Nemyslím si.“