



Bakalářská práce

Agresivita v urgentní medicíně

Studijní program:

B0913P360016 Zdravotnické záchrannářství

Autor práce:

Klára Kodymová

Vedoucí práce:

PhDr. Jana Woleská, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2025



Zadání bakalářské práce

Agresivita v urgentní medicíně

<i>Jméno a příjmení:</i>	Klára Kodymová
<i>Osobní číslo:</i>	D22000093
<i>Studijní program:</i>	B0913P360016 Zdravotnické záchranářství
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2024/2025

Zásady pro vypracování:

Cíle a výstupy práce:

1. Zmapovat míru agresivity na úseku urgentní medicíny.
2. Zjistit vliv komunikace na agresivní chování.
3. Zmapovat možné okolnosti vzniku agresivity.

Teoretická východiska:

Agresivita je komplexní fenomén uplatňující se do jisté míry v každodenním životě člověka. Každý jedinec se s agresivitou setkal v její různé intenzitě. Každý jedinec též agresivitou v různé intenzitě a podobě disponuje. Agresivitu nelze z našeho života zcela vyloučit. Agresivní reaktivita jedince je do jisté míry dána, jako jeho genetická dispozice k určité vlastnosti osobnosti a její rozvoj významně modifikuje jeho výchova a prostředí.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že s agresivním chováním se v oblasti urgentní medicíny setkalo určité procento zdravotnických záchranářů / všeobecných sester / zdravotnických pracovníků pracujících na úseku urgentní medicíny. Procentuální četnost výskytu předpokladu bude upřesněna na základě provedeného předvýzkumu a prostudované literatury.
2. Předpokládáme, že správná komunikace eliminuje v určitém procentuálním výskytu agresivní chování. Procentuální četnost výskytu předpokladu bude upřesněna na základě provedeného předvýzkumu a prostudované literatury.
3. Předpokládáme, že agresivní chování je v určitém procentuálním výskytu podmíněno omamnými látkami. Procentuální četnost výskytu předpokladu bude upřesněna na základě provedeného předvýzkumu a prostudované literatury.

Metody práce:

Kvantitativní výzkum

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: online dotazník

Vyhodnocení dat: Data budou zpracována pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Office Excel. Text bude zpracován pomocí Microsoft Office Word.

Místo a čas realizace:

Místo: Krajská nemocnice Liberec, a.s.; Oblastní nemocnice Jičín; ZZS Královéhradeckého kraje; ZZS Libereckého kraje
Čas výzkumu: září 2024 – prosinec 2024

Vzorek:

Dotazník bude distribuován mezi 60-80 zdravotnických záchranářů / všeobecných sester / zdravotnických pracovníků pracujících v oblasti urgentní medicíny.

Rozsah stran:

Rozsah bakalářské práce činí 40-60 stran.

Výstup bakalářské práce:

Doporučení pro praxi se zaměřením na komunikaci a práci zdravotnického personálu s pacientem/klientem.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

Seznam odborné literatury:

1. TORDJMAN, S., 2022. Aggressive behavior: A language to be understood. Online. *L'Encephale*, vol. 48, no. 1, s. 4–13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.007>.
2. STOWELL, K. R.; N. P. HUGHES; J.S. ROZEL, 2016. Violence in the Emergency Department. *The Psychiatric clinics of North America*, vol. 39, no. 4, s. 557–566. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.003>.
3. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4454-4.
4. KRAHÉ, Barbara, 2021. *The social psychology of aggression*. 3rd ed. London: Routledge, Taylor & Francis Group. S. 516. ISBN 978-1-138-60850-4.
5. VEVERA, Jan. *Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy?* PDF; online. *Neurologie pro praxi*, 2022. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/neu.2022.057>.
6. HOU, Y.; M. CORBALLY; F. TIMMINS, 2022. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. *Journal of nursing management*, no. 30, s. 1688–1699. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.13721>.
7. MIKŠOVÁ, Markéta a Eva ZACHAROVÁ. Jak si poradit s agresivním pacientem. *Zdravotnictví a medicína*, 2024. Roč. 2024, č. 3, s. 37–38. ISSN 2336-2987.
8. MATOUŠEK, Oldřich. *Komunikace s klientem s agresivním chováním. Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN: 978-80-262-1952-1.
9. HÝŽA, Martin. *Urgentní stavy a první pomoc v psychiatrii. Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN: 978-80-246-5088-3.
10. ŠTĚPÁNKOVÁ, Kateřina. *Poskytovatelé zdravotních služeb a agresivita jejich pacientů*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2020. Roč. 10, č. 1, s. 53–58. ISSN: 1804-8137.

Vedoucí práce:

PhDr. Jana Woleská, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

26. září 2024

Předpokládaný termín odevzdání: 2. července 2025

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,

MBA

děkan

doc. MUDr. David Astapenko, Ph.D.,

MBA

garant studijního programu

V Liberci dne 30. listopadu 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitou v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Rozhodnutí o žádosti studenta
Jiný typ žádosti, uveďte se cíl žádosti ručně

Jméno a příjmení: **Klára Kodymová**
Osobní číslo: **D22000093**
Datum podání žádosti **03.07.2025**

Rozhodnutí děkana ze dne 14.07.2025 :

VYHOVĚL

Odůvodnění

Poučení

Rozhodnutí nemá odvolání.

Rozhodnutí rektora ze dne

NEUVEDENO

Odůvodnění:

Poděkování

Mé upřímné poděkování patří vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Woleské, Ph.D. za její ochotu, vstřícnost, odborné rady a cenné připomínky, které mi pomohly při zpracování této práce. Její vedení a trpělivost pro mě byly velkou oporou a motivací. Dále děkuji své rodině a blízkým za podporu během studia i při psaní této práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Klára Kodymová

Instituce: Technická univerzita v Liberci. Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Agresivita v urgentní medicíně

Vedoucí práce: PhDr. Jana Wolesská, PhD.

Počet stran: 57

Počet příloh: 6

Rok obhajoby: 2026

Klíčová slova: agrese, agresivita, urgentní medicína, zdravotnická záchranná služba, komunikace, deeskalace

Bakalářská práce se zabývá tématem agresivity v prostředí urgentní medicíny. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu agresivity, její příčiny a projevy, a dále popisuje specifika práce v urgentní medicíně a přibližuje principy krizové komunikace a deeskalačních technik.

Výzkumná část analyzuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo distribuováno mezi zdravotnické pracovníky působících na odděleních intenzivní medicíny, urgentního příjmu a u zdravotnické záchranné služby Libereckého a Královéhradeckého kraje. Cílem práce je zmapovat výskyt agresivního chování, zhodnotit vliv komunikace a identifikovat nejčastější příčiny agresivního chování.

ANNOTATION

Name and surname: Klára Kodymová

Institution: Technical university of Liberec. Faculty of health studies

Title of the Thesis: Aggression in Emergency Medicine

Supervisor: PhDr. Jana Woleská, PhD.

Pages: 57

Attachments: 6

Year: 2026

Keywords: aggression, emergency medicine, emergency, communication, deescalation

This bachelor thesis focuses on the issue of aggression in the field of emergency medicine. The theoretical part defines the concept of aggression, its causes and manifestations, and describes the specifics of work in emergency care. It also introduces the principles of crisis communication and de-escalation techniques.

The research part analyzes the results of a questionnaire survey distributed among healthcare professionals working in intensive care units, emergency departments, and emergency medical services in the Liberec and Hradec Králové Regions. The aim of the thesis is to map the occurrence of aggressive behavior, evaluate the role of communication, and identify the most common causes of aggression in this context.

Obsah

Seznam symbolů a zkratk	9
Úvod.....	10
1 Teoretická část	11
1.1 Agresivita	11
1.2 Agrese	11
1.2.1 Druhy agrese	12
1.2.2 Projevy agrese.....	13
1.3 Rozdíl mezi agresivitou a agresí	13
1.4 Další definice pojmů spojených s agresivním chováním	13
1.5 Faktory ovlivňující agresivitu	15
1.6 Urgentní medicína	17
1.6.1 Charakteristika urgentní medicíny	17
1.6.2 Přednemocniční neodkladná péče.....	18
1.6.3 Urgentní příjem.....	18
1.6.4 Intenzivní medicína.....	19
1.7 Zdravotníci pracovníci v urgentní medicíně a jejich činnosti.....	20
1.8 Zdravotníci pracovníci a jejich interakce s klienty/pacienty a jejich rodinami ...	21
1.9 Zdravotnická záchranná služba	22
1.9.1 Charakteristika zdravotnické záchranné služby	22
1.9.2 Význam a účel ZZS	23
1.10 Agresivita a zdravotní péče	24
1.11 Komunikace s agresivním jedincem	25
1.11.1 Agresivní klient/pacient.....	26
1.11.2 Zásady komunikace s agresivním klientem/pacientem	28
1.12 Deeskalace.....	30
1.13 Prevence agresivního chování u klientů/pacientů	31

2	Praktická část	33
2.1	Výzkumné cíle a výzkumné předpoklady	33
2.1.1	Výzkumné cíle	33
2.1.2	Výzkumné předpoklady	33
2.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
2.3	Časové období sběru dat	33
2.4	Metoda výzkumu.....	33
2.5	Technika sběru dat	34
2.6	Analýza výzkumných dat.....	34
2.7	Analýza výzkumných cílů a výzkumných předpokladů	57
2.7.1	Výzkumné cíle	57
2.7.2	Výzkumné předpoklady	59
3	Diskuze	61
4	Návrh doporučení pro praxi se zaměřením na komunikaci	64
5	Závěr	65
	Seznam použité literatury	67
	Seznam tabulek	72
	Seznam grafů	73
	Seznam příloh	74

Seznam symbolů a zkratk

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
CNS	Centrální nervová soustava
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
i.m.	intramuskulární
i.v.	intravenózní
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
Odst.	odstavec
ORL	Otorhinolaryngologie
OUM	Oddělení urgentní medicíny
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
Tzv.	takzvaně
UPV	Umělá plicní ventilace
USB	Uteč, schovej se, boj
ZOS	Zdravotnické operační středisko
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Agresivita je v urgentní medicíně smutnou, avšak častou realitou, a zdravotníci se velmi často setkávají s agresivním chováním v krizových situacích. Zvláštní pozornost si zaslouží právě úsek urgentní medicíny, kde jsou zdravotničtí pracovníci vystavováni výrazné psychické i fyzické zátěži. Vlivem vážných a akutních stavů, stresu a dalších faktorů se zde agresivní chování může vyskytovat častěji a s větší intenzitou.

Zdravotnický personál se v praxi stále častěji setkává s vyhrocenými situacemi a různými projevy násilí, ty mohou významně ovlivnit kvalitu poskytované péče. Vyhrocené situace vyžadují odbornou připravenost, dovednosti v oblasti krizové komunikace, schopnost včas rozpoznat varovné signály a v neposlední řadě i znalosti účinných deeskalačních technik.

Cílem této bakalářské práce je analyzovat problematiku agresivity v prostředí urgentní medicíny, identifikovat její příčiny a projevy a představit možnosti prevence a zvládání agresivního chování. Součástí práce je rovněž analýza významu komunikace v kontextu prevence konfliktů i při řešení již vzniklých krizových situací.

Struktura práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to teoretické a výzkumné. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu agresivity, charakterizuje specifika prostředí urgentní medicíny a zdravotnické záchranné služby a popisuje náročnost práce zdravotnického personálu v těchto podmínkách. Dále se tato část věnuje principům komunikace s agresivním jedincem a představuje vybrané deeskalační techniky, které lze využít v klinické praxi.

Výzkumná část je zaměřena na zkušenosti zdravotníků s projevy agresivity, na způsoby zvládání agresivního chování a na identifikaci nejčastějších příčin jeho výskytu. Empirická část byla realizována prostřednictvím dotazníkového šetření, jehož účastníky byli všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři působící na zdravotnické záchranné službě Libereckého a Královéhradeckého kraje, dále na odděleních urgentního příjmu a vybraných pracovištích intenzivní medicíny.

1 Teoretická část

1.1 Agresivita

„Agresivita (z lat. aggressivus – útočný): vlastnost, postoj nebo vnitřní pohotovost k agresi. V širším slova smyslu se takto označuje schopnost organismu mobilizovat síly k zápasu o dosažení nějakého cíle a schopnost vzdorovat těžkostem“ (Martínek, 2015, s. 14).

Agresivita je predispozice nebo tendence k agresivnímu chování, jehož projevy mohou být těžko rozpoznatelné (Zdvořilý, 2024). Může být vnímána jako jeden z charakteristických osobnostních rysů. Každému jedinci je přisuzována určitá úroveň agresivity, která v běžných mezích plní adaptivní funkci. Nadměrná či patologická agresivita bývá specifická neúměrnými reakcemi na podněty, které většina jedinců vnímají jako nepodstatné či zanedbatelné. Zvýšená impulzivita se v takových případech může negativně promítat do kvality života, včetně sociálních vztahů s okolím (Martínek, 2015).

1.2 Agrese

„Agrese (z lat. aggressio – výpad, útok): jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit“ (Martínek, 2015, s. 58).

Jednotná a obecně přijatá definice agrese dosud nebyla stanovena. V odborné literatuře je často citována definice navržená Moyerem, která popisuje agresi jako „zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu“ (Moyer, 1976). Tato definice se stala významným výchozím bodem pro zkoumání agrese. Vymezení pojmu agrese představuje často diskutované téma, jehož jednoznačné určení je obtížné, neboť konkrétní definice se mezi jednotlivými autory výrazně liší. Obecně je agrese chápána jako záměrné chování, jehož cílem je způsobit fyzickou či psychickou újmu jiné osobě nebo cíleně poškodit majetek. Agresi lze rovněž popsat jako reakci, která se může projevovat fyzickým útokem (např. úder, kopnutí) nebo verbální formou (např. urážky, výhrůžky). Většina autorů se však shoduje na tom, že agresivní jednání má záměrný charakter. Některé zdroje považují agresi především za projev nekontrolovaného hněvu či impulzivní reakce, zatímco jiné ji spojují s potřebou dominovat nebo ničit objekty. Tato terminologická nejednotnost se promítá i do konstrukce hodnoticích

a diagnostických nástrojů, které vycházejí z odlišných teoretických východisek, a proto zachycují různé dimenze agresivního chování (Tordjman, 2022).

1.2.1 Druhy agrese

Agrese bývá obecně chápána jako jednání, jehož cílem je úmyslně ublížit jiné osobě. Nejčastěji se setkáváme s fyzickou agresí, která zahrnuje chování směřující k fyzickému poškození druhého, jako je bití, kopání či kousání. Od ní se odlišuje agrese verbální, zaměřená na zraňování prostřednictvím slov, například křikem, urážkami nebo ponižováním. Verbální agrese bývá často součástí širšího pojmu psychologické agrese, která se projevuje snahou způsobit emocionální bolest, narušit sebevědomí nebo vyvolat pocity viny. Zvláštní formu představuje takzvaná relační agrese, která se neprojevuje otevřeným útokem, ale spíše skrytými způsoby poškozování vztahů a sociálních vazeb. Cílem takového chování je manipulace, kontrola či oslabení postavení druhého člověka v rámci mezilidských vztahů. Zatímco u dětí a dospívajících se relační agrese projevuje především v kolektivu vrstevníků, u dospělých se může objevovat v partnerských nebo pracovních vztazích. V partnerském vztahu se relační agrese může projevovat například snahou vyvolat žárlivost partnera, záměrným mlčením nebo hrozbami, jejichž cílem je ovlivnit chování druhé osoby. Tato forma agrese může mít závažné důsledky, neboť narušuje důvěru, zvyšuje napětí ve vztahu a může vést až k projevům psychického či fyzického násilí (Dewi a Kyranides, 2021). Další klíčové rozdělení agresivního chování se týká nepřátelské a instrumentální agrese. Nepřátelská agrese je především reakcí na negativní emoce, jako je hněv a slouží k vyjádření nepřátelských pocitů vůči jiné osobě. Naproti tomu instrumentální agrese je chápána jako prostředek k dosažení konkrétního cíle a bývá plánována a racionálně zdůvodněna. Tyto dvě formy nejsou vzájemně vyloučené, často se překrývají, a to vyžaduje jejich důkladné zkoumání. Porozumění jejich povaze a důsledkům je nezbytné pro identifikaci jejich specifických psychologických mechanismů (Martínek, 2015). Různé typy agrese a to fyzická, verbální i relační mají negativní dopad na kvalitu mezilidských vztahů a psychické zdraví. Fyzická agrese bývá spojována s častějšími konflikty a nižší spokojeností ve vztazích, zatímco verbální agrese bývá doprovázena zvýšenou mírou stresu a úzkosti. Relační agrese, zaměřená na manipulaci a narušování vztahových vazeb, je pak spojována s pocity osamělosti, depresivními symptomy a problémy v sociální adaptaci. Vzhledem k těmto negativním dopadům je důležité analyzovat jednotlivé formy agrese a pochopit jejich společné i odlišné charakteristiky. Takové poznání může přispět k hlubšímu porozumění

projevům agrese v dospělosti a k efektivnějším strategiím prevence agresivního chování v partnerských i širších sociálních vztazích (Dewi a Kyranides, 2021).

1.2.2 Projevy agrese

Agrese se může projevovat v různých podobách, přičemž nejčastěji se rozlišuje na přímou, nepřímou, verbální a fyzickou. Fyzická agrese zahrnuje přímé útoky na oběť, jako jsou údery, kopnutí či jiné formy fyzického násilí. V některých případech agresor zaměřuje svou pozornost na majetek oběti, čímž dochází k projevům nepřímé fyzické agrese, jelikož cílem není poškodit osobu samotnou, ale její vlastnictví. Verbální agrese může mít rovněž přímou podobu (urážky, posměšky) nebo nepřímou formu (šíření pomluv, zlehčující poznámky či ironické narážky). Tyto formy se liší intenzitou i důsledky a mohou se v závislosti na situaci vzájemně prolínat (Blaško, 2023).

1.3 Rozdíl mezi agresivitou a agresí

Rozdíl mezi agresivitou a agresí lze rozdělit na základě jejich povahy. Agresivita bývá chápána jako osobnostní tendence či dispozice k agresivnímu jednání, která se může projevovat v různé míře a podobách chování. Její intenzitu ovlivňují jak vrozené predispozice, tak zkušenosti, výchova a vliv prostředí. Jedinci s vyšší mírou agresivity mají větší pravděpodobnost, že v zátěžových či konfliktních situacích zareagují agresivně. Agresivita tak představuje spíše vnitřní sklon k útočnému chování, zatímco agrese samotná je konkrétní projev tohoto sklonu, tedy čin, který může sloužit k obraně, prosazení cíle nebo v některých případech i k úmyslnému ublížení druhému (Harsa et al., 2012). Podle Tordjmana (2022) lze agresivní chování chápat jako určitý způsob komunikace nebo vyjádření, který není nutné vnímat výhradně negativně. Agrese může představovat reakci na frustraci, stres či vnitřní napětí a může být prostředkem, jímž jedinec signalizuje své potřeby nebo se snaží obnovit rovnováhu v mezilidských vztazích (Tordiman, 2022).

1.4 Další definice pojmů spojených s agresivním chováním

Psychomotorický neklid představuje stav zvýšené, vůlí neovladatelné motorické aktivity, který je často doprovázen vnitřním napětím, úzkostí nebo podrážděností. Jedinec má potřebu neustálého pohybu, který může mít podobu neklidného postávání, gestikulace či přešlapování a ve vážnějších případech i chaotického pobíhání či manipulace s předměty. Tento stav odráží ztrátu schopnosti vědomé kontroly nad motorickým chováním a bývá důsledkem psychické zátěže, abstinčních příznaků nebo

psychiatrických onemocnění. V nejtěžších formách, označovaných jako agitovanost, může psychomotorický neklid přejít v agresivní či sebedestruktivní chování. V klinické praxi je proto nezbytné tento stav včas rozpoznat a adekvátně zvládnout, aby byla zajištěna bezpečnost pacienta i zdravotnického personálu (Černý, 2022).

Agitovanost představuje závažnější formu psychomotorického neklidu, která je subjektivně vnímána jako nepříjemná a obtěžující. Typicky se projevuje podrážděností, rozrušením, zmateností nebo emoční nestabilitou a bývá doprovázena nekoordinovanými, neúčelnými motorickými projevy (Vevera a Černý, 2011). Mezi nejčastější neverbální projevy agitovanosti patří podupávání, přecházení po místnosti, neklidné pohyby rukou či těkavý pohled. Tento stav může nastoupit akutně, nebo se rozvíjet postupně v delším časovém horizontu – od několika minut až po měsíce. Samotná přítomnost agitovanosti nemusí nutně indikovat patologii, avšak v kombinaci s dalšími symptomy může být projevem závažnější psychické poruchy (Zdvořilý, 2024).

Násilné chování, často označované jako patologická forma agrese, představuje soubor projevů směřujících k úmyslnému způsobení újmy jiné osobě. Do této kategorie spadá především fyzická agrese, která může mít podobu bití, kopání, házení předmětů, strkání či použití zbraně nebo hrozby jejího použití. Naopak se sem nezařazují projevy agrese zaměřené proti vlastní osobě, stejně jako agresivní myšlenky, sny či samotné plánování násilných činů, které nejsou doprovázeny konkrétním jednáním (Vevera, 2022).

Násilné chování, označované také jako patologická forma agrese, představuje úmyslné jednání, jehož cílem je způsobit újmu jiné osobě, ať už fyzickou, psychickou nebo emocionální. Nejčastěji se projevuje fyzickými útoky, jako je bití, kopání, strkání, házení předmětů či použití zbraně. Naopak sem nespádají agresivní myšlenky či samotné plánování násilných činů, pokud nejsou doprovázeny konkrétním jednáním (Vevera, 2022). Ve zdravotnickém prostředí se s násilným chováním lze setkat zejména u osob pod vlivem psychoaktivních látek, s duševní poruchou nebo ve velmi stresových situacích (Vevera, 2022).

Hostilita bývá charakterizována jako nepřátelský a negativní postoj jedince vůči jiné osobě nebo skupině (Vevera, 2022). Podle Zdvořilého (2024) však hostilita sama

o sobě nemusí nutně vést k násilnému chování, ačkoliv může představovat jeho predispozici (Zdvořilý, 2024).

1.5 Faktory ovlivňující agresivitu

Agresivitu ovlivňuje široké spektrum faktorů, mezi které řadíme sociální vlivy, biologické predispozice a zkušenosti získané během života. Tyto faktory se vzájemně prolínají a nelze tvrdit, že by agresivní chování bylo důsledkem pouze jednoho faktoru. Naopak se jedná o spojení několika faktorů a vlivů, které společně formují agresivní chování (Kolařík, 2015). K nejsilnějším předpokladům násilného chování patří mužské pohlaví jako takové (Song et al., 2025). V souvislosti s násilným chováním hraje také významnou roli socioekonomické zařazení jedince, sociální kontakty či vliv výchovy, a i samotné dospívání jedince (Kolařík, 2015).

Pohlaví je považováno za významný faktor ovlivňující projevy agrese. Empirické studie naznačují, že muži obecně vykazují vyšší míru agresivního chování než ženy (Song et al., 2025). Významný vliv mají rovněž sociálně-ekonomické faktory, rodinné zázemí či způsob výchovy, které se v kombinaci s osobnostní výbavou mohou podílet na formování agresivních tendencí. Důležitou roli hraje i období dospívání, kdy se jedinec učí sociálním normám a strategiím zvládání konfliktů (Kolařík, 2015).

Z psychologického hlediska lze agresivní chování vysvětlit prostřednictvím osobnostních rysů, jako jsou impulzivita, nízká frustrační tolerance či předchozí traumatické zkušenosti, které mohou zvyšovat náchylnost k agresivním reakcím (Harsa et al., 2012). Agresivita není pouze biologicky podmíněna. Její projevy do značné míry formuje sociální prostředí. Klíčovým faktorem je rodina, styl výchovy a kvalita mezilidských vztahů, ale také vliv vrstevníků, který je zásadní zejména v období adolescence. Rovněž média mohou sehrávat významnou roli. Časté zobrazování násilí ve filmech či hrách může postupně snižovat citlivost vůči agresivním projevům a ovlivňovat postoje diváků. K rozvoji agresivního chování mohou přispět i širší společenské faktory (Fojtík, 2011).

Mezi biologické faktory ovlivňující agresivní chování lze zařadit testosteron. Testosteron je hormon, který je spojován převážně s mužskou populací a je mu připisována vyšší tendence vzniku agresivity. Další biologické změny zahrnují změny ve funkci a struktuře centrální nervové soustavy, které mohou vést k vyšší impulzivitě,

kolísání nálad a sníženému sebeovládání (Fojtík, 2011). Takové změny mohou mít genetickou příčinu nebo mohou být důsledkem poškození mozku (Kolařík, 2015).

Specifickou oblastí, kde se agresivní chování často objevuje, je užívání psychoaktivních látek. Tento jev může mít různé příčiny – od akutní intoxikace, přes abstinenci příznaky, až po dlouhodobé užívání. V těchto stavech jedinci často reagují impulzivně, podrážděně nebo násilně, mnohdy ve spojení se snahou získat finanční prostředky na drogu, někdy i prostřednictvím trestné činnosti. Drogy samy o sobě nejsou přímým původcem agrese, spíše fungují jako spouštěcí faktor u osob s vyšší dispozicí k impulzivité a agresivitě, přičemž tyto projevy bývají výraznější u jedinců s duševní poruchou (Látalová, 2013).

Alkohol představuje nejrozšířenější psychoaktivní látku, která bývá ve světovém měřítku spojována s násilnými činy a domácím násilím. Dlouhodobé užívání alkoholu je často doprovázeno komorbidními duševními poruchami, zejména poruchami osobnosti, nálady či impulzivního chování, které přispívají ke ztrátě kontroly nad emocemi. Alkohol narušuje mozkové funkce zodpovědné za seberegulaci, rozhodování a emoční stabilitu, čímž zvyšuje riziko impulzivních a násilných reakcí. Dlouhodobá konzumace alkoholu může rovněž způsobovat strukturální změny mozku a nerovnováhu neurotransmiterů, zejména dopaminu a serotoninu, které zvyšují náchylnost k agresivnímu chování (Dewi a Kyranides, 2021).

Opiáty, mezi které patří například kodein, morfin či heroin, mají při jednorázovém podání tlumivý účinek, který může dočasně omezit projevy agrese. Při dlouhodobém užívání však vzniká závislost, a po odeznění účinku se objevují abstinenci příznaky charakterizované neklidem, podrážděností a hostilitou. U osob závislých na opiátech se často objevuje i autoagrese, projevující se sebepoškozováním nebo sebevraždnými pokusy (Látalová, 2013).

Psychostimulancia, jako amfetamin, efedrin, kokain či metamfetamin (pervitin), zvyšují aktivitu centrálního nervového systému, podporují soustředění a výkonnost, avšak při nadměrném užívání mohou vyvolávat paranoidní myšlenky, úzkost a podrážděnost. Agresivní chování bývá v těchto případech důsledkem paranoidního přesvědčení o ohrožení, které může vést k obranné či preventivní agresi (Látalová, 2013).

Halucinogeny vyvolávají agresivní projevy zejména během akutní intoxikace, kdy dochází k dezorientaci, zmatenosti, úzkosti a psychotickým projevům. Mezi nejznámější

látky patří LSD, marihuana, hašiš a atropin, méně rozšířené jsou psilocybin, harmin či skopolamin. Do skupiny delirogenů patří například fencyklidin, ketamin, meskalin či ditran, které mohou vyvolat protražovanou toxickou psychózu podobnou schizofrenii. Po intoxikaci halucinogeny se často objevují poruchy vnímání, dezorientace, euforie nebo úzkost, které mohou vést k agresivním reakcím vůči sobě i okolí (Látalová, 2013).

Benzodiazepiny a některá hypnotika patří k nejčastěji předepisovaným anxiolytikům, a to díky rychlému nástupu účinku a zklidňujícím vlastnostem. Jejich užívání by mělo být časově omezené, obvykle na 2–6 týdnů, protože dlouhodobé podávání může vést ke vzniku závislosti. Mezi běžně užívané látky této skupiny patří diazepam, oxazepam, bromazepam a alprazolam. Agresivita se může objevit při snížení sociálních zábran nebo při paradoxní reakci, kdy místo útlumu nastává zvýšená podrážděnost a impulzivita, zejména u intoxikovaných osob. Agresivní projevy se objevují také během abstinčních stavů, chronického užívání nebo po vysokých dávkách, které mohou způsobovat zmatenost, úzkost a poruchy paměti (Látalová, 2013).

Agresivita se objevuje i u jedinců s neuropsychiatrickými poruchami, kde se často objevuje jako doprovodný symptom. Typicky se vyskytuje u osob s demencí, u nichž je omezena schopnost porozumět vlastnímu stavu a regulovat chování. Takové projevy komplikují komunikaci a spolupráci s pacientem a představují značnou psychickou zátěž pro pečující osoby i zdravotnický personál. Zároveň mohou posilovat společenské předsudky vůči duševním onemocněním, což následně snižuje dostupnost a kvalitu péče (Látalová, 2013).

1.6 Urgentní medicína

1.6.1 Charakteristika urgentní medicíny

Urgentní medicína představuje lékařský obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a léčbu akutních i život ohrožujících stavů u klientů/pacientů všech věkových kategorií. Je charakteristická rozsáhlým spektrem somatických i psychických poruch, které vyžadují okamžitou zdravotnickou intervenci. Tento obor klade vysoké nároky na rychlé rozhodování, schopnost improvizace a efektivní multioborovou spolupráci. Hlavním cílem urgentní medicíny je poskytování neodkladné péče v přednemocničním i nemocničním prostředí, včetně resuscitace a stabilizace pacienta v situacích, kdy dochází k ohrožení životně důležitých funkcí, jako jsou vědomí, dýchání či krevní oběh. Specifikem tohoto oboru je časté působení v časové tísní a s omezenými informacemi

o zdravotním stavu pacienta, přičemž práci komplikují také vnější podmínky, například neznámé prostředí, nepříznivé počasí či potenciálně agresivní chování pacienta, jeho blízkých nebo svědků události. Neoddělitelnou součástí urgentní medicíny je rovněž strategické řízení a koordinace, které probíhají v rámci integrovaného záchranného systému (IZS). Tento aspekt zahrnuje rozhodování na operačních střediscích, ale také úzkou spolupráci se složkami záchranného systému a zdravotnickými zařízeními. Urgentní medicína se v posledních letech dynamicky rozvíjí a zaujímá pevné místo mezi lékařskými specializacemi. Její podstata spočívá nejen v technické a organizační náročnosti, ale i v multidisciplinárním charakteru, který vyžaduje vysokou odbornost, psychickou odolnost a schopnost rychlé adaptace na měnící se podmínky (Šeblová et al., 2013).

1.6.2 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče zahrnuje péči o jedince, u nichž vzniklo akutní zhoršení stavu, náhle vzniklé onemocnění, úraz či jiný stav, který by bez akutního ošetření v rámci přednemocniční neodkladné péče (PNP) mohl vést ke vzniku chronických, dlouhodobých nebo trvalých následků, případně k selhání životně důležitých funkcí a náhlé smrti (NZIP, 2025b).

1.6.3 Urgentní příjem

Oddělení urgentní medicíny, označované také jako urgentní příjem, tvoří klíčové pracoviště moderních nemocnic, které zajišťuje neodkladnou péči klientům/pacientům s akutními zdravotními obtížemi nebo s náhlým zhoršením zdravotního stavu. Základní úlohou tohoto oddělení je rychlé posouzení aktuálního stavu klienta/pacienta a rozhodnutí o dalším postupu, tedy zda bude klient/pacient hospitalizován či propuštěn do domácí péče. Součástí práce urgentního příjmu je rovněž třídění klientů/pacientů podle závažnosti jejich klinického stavu – od stabilních osob se zachovanými vitálními funkcemi až po kriticky nemocné klienty/pacienty, kteří mohou vyžadovat kardiopulmonální resuscitaci (KPR) nebo paliativní přístup. Organizace a provoz urgentních příjmů se liší v závislosti na typu zdravotnického zařízení. Některá oddělení jsou specializována na konkrétní diagnózy nebo skupiny pacientů, jiná mají široké spektrum zaměření a přijímají klienty/pacienty s různorodými akutními stavy. Mezi hlavní cíle urgentních oddělení patří zajištění život zachraňujících výkonů, úleva od bolesti, zahájení diagnostického procesu a následné rozhodnutí o dalším směřování pacienta. Nezbytnou součástí práce urgentního příjmu je také organizace transportu mezi

jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Pro efektivní fungování urgentní medicíny je nezbytná úzká spolupráce mezi jednotlivými složkami zdravotnického systému, zejména se zdravotnickou záchrannou službou a prevozovými týmy. Tyto složky zajišťují návaznost a kontinuitu péče, čímž přispívají k plynulému a efektivnímu průběhu celého procesu ošetření klienta/pacienta. Kvalita a bezpečnost poskytované péče závisí především na profesionalitě a sebranosti týmu odborníků, mezi nimiž mají klíčové postavení lékaři urgentní medicíny, všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři, resuscitační týmy a další podpůrný personál. Úspěšné zvládnutí urgentní péče vyžaduje koordinovanou činnost všech zapojených pracovníků, efektivní komunikaci a spolupráci s integrovaným záchranným systémem (IZS). Právě tato spolupráce a jasně nastavené postupy umožňují zajištění rychlé, bezpečné a kvalitní péče i v nejnáročnějších situacích. Práce na oddělení urgentní medicíny je charakteristická časovou tísní, omezenými informacemi o klientech/pacientech a vysokými nároky na odborné znalosti, rozhodovací schopnosti a psychickou odolnost zdravotnického personálu (Polák, 2023).

1.6.4 Intenzivní medicína

Intenzivní medicína je specializovaný lékařský obor zaměřený na monitorování, podporu a obnovu základních životních funkcí u klientů/pacientů v kritickém nebo nestabilním zdravotním stavu. Tito klienti/pacienti vyžadují nepřetržitý dohled, pokročilé technologie a vysoce odbornou péči, která je zajišťována na jednotkách intenzivní péče (JIP). Tyto jednotky jsou určeny především pro klienty/pacienty, u nichž existuje riziko selhání životně důležitých orgánů nebo již došlo k jejich částečnému či úplnému selhání (NZIP, 2025a).

Rozsah a náročnost poskytované péče se odvíjí od úrovně konkrétního pracoviště. Podle Ševčíka et al. (2014) lze jednotky intenzivní péče rozdělit do tří stupňů. Nejnižší, PRIM I. stupně, poskytuje základní monitorování, neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci (KPR) a krátkodobé použití umělé plicní ventilace (UPV). PRIM II. stupně, umožňuje poskytování náročnější a rozsáhlejší péče, například v podobě užití dlouhodobější UPV. Nejvyšší úroveň pak představuje PRIM III. stupně, která je určena pro klienty/pacienty vyžadující vysoce specializovanou, komplexní intenzivní péči zahrnující pokročilé diagnostické, terapeutické a monitorovací metody, často s využitím moderní technologie a mezioborové spolupráce (Ševčík et al., 2014).

1.7 Zdravotníci pracovníci v urgentní medicíně a jejich činnosti

Personální zajištění oddělení urgentního příjmu tvoří multidisciplinární tým lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří společně zajišťují nepřetržitý provoz a poskytování neodkladné péče. Z nelékařských profesí zde působí především všeobecné sestry, sestry specialistiky a zdravotničtí záchranáři, jejichž úkolem je přímá péče o pacienta, asistence při diagnostických a terapeutických výkonech a podpora plynulého chodu oddělení. Lékařskou péči zajišťují převážně lékaři se specializací v oborech vnitřního lékařství a chirurgie, kteří jsou schopni pokrýt široké spektrum akutních stavů. V případě potřeby je k dispozici také konziliární spolupráce se specialisty z dalších oborů, jako je neurologie, neurochirurgie, dětská chirurgie, otorinolaryngologie (ORL) či oftalmologie. Organizace provozu je nastavena tak, aby odpovídala vysokým nárokům na kvalitu, dostupnost a kontinuitu poskytované péče. Zdravotnický personál pracuje v nepřetržitém režimu, nejčastěji ve dvanáctihodinových směnách, což umožňuje zajistit plné pokrytí všech služeb a efektivní fungování oddělení (Zářecká, 2018).

Mezi činnosti zdravotnického personálu patří kromě přímé zdravotní péče i zajištění plynulého průběhu a směřování klientů/pacientů v rámci OUM. Sestry specialistiky provádějí třídění klientů/pacientů na základě emergency severity indexu a rozhodují o jejich umístění do akutních ambulancí, expektačních boxů, izolace či vyšetřovacích prostor (Zářecká, 2018).

Součástí oddělení urgentní medicíny (OUM) jsou také nízkoprahová ambulance a oddělení interní a chirurgické péče, která jsou organizačně i funkčně propojena s dalšími klíčovými pracovišti nemocnice, zejména s centrálními operačními sály a zobrazovacími metodami, jako je rentgenové vyšetření či počítačová tomografie (CT). Při přijetí klienta/pacienta v kritickém nebo život ohrožujícím stavu je aktivován trauma tým, který tvoří multidisciplinární skupina odborníků – sestry urgentního příjmu, traumatolog, chirurg, anesteziolog, anesteziologická sestra, radiolog, radiologický asistent a sanitář. V případech akutních kardiálních komplikací je aktivován tzv. rescue tým, jehož členy jsou internista, kardiolog jednotky intenzivní péče (JIP), tři sestry z oddělení urgentního příjmu a radiologický asistent. Spolupráce těchto týmů umožňuje rychlou diagnostiku a okamžitou terapeutickou intervenci, která je zásadní pro záchranu života klienta/pacienta (Zářecká, 2018).

Práce zdravotnického personálu na oddělení urgentního příjmu je mimořádně náročná jak z fyzického, tak i psychického hlediska. Vyžaduje nejen vysokou úroveň odborných znalostí a praktických dovedností, ale také schopnost rychle se rozhodovat, odolávat stresu a efektivně komunikovat s klienty/pacienty i jejich rodinami. Sestry a zdravotničtí záchranáři musí být schopni pružně reagovat na potřeby klientů/pacientů všech věkových kategorií, včetně osob s agresivním chováním nebo psychiatrickými obtížemi, a přizpůsobit způsob komunikace individuálním potřebám každého z nich (Krejčí, 2023).

Materiální a technické vybavení oddělení urgentní medicíny zahrnuje širokou škálu přístrojů a pomůcek, které slouží k zajištění dýchacích cest, imobilizaci klientů/pacientů a k alternativnímu žilnímu či arteriálnímu přístupu. Expektační boxy a lůžková stanoviště jsou standardně vybavena monitory vitálních funkcí, transportními ventilátory, EKG přístroji, ultrazvukovými sondami, infuzními pumpami a lineárními dávkovači, což umožňuje provádět i rozšířenou kardiopulmonální resuscitaci. Prostorové uspořádání oddělení je navrženo tak, aby podporovalo plynulý pohyb klientů/pacientů i zdravotnického personálu, a tím zajišťovalo efektivní průběh poskytované péče. Klíčovým faktorem pro bezproblémový provoz je koordinace mezi jednotlivými členy týmu a optimální využívání dostupných zdrojů a přístrojového vybavení (Zářecká, 2018).

1.8 Zdravotničtí pracovníci a jejich interakce s klienty/pacienty a jejich rodinami

Komunikace na oddělení urgentního příjmu představuje jeden z nejdůležitějších aspektů práce zdravotnického personálu a vyžaduje profesionalitu, empatii a schopnost pohotové reakce, často bez možnosti předchozí přípravy. Zatímco předávání příznivých informací bývá relativně snadné, sdělování negativních či závažných zpráv, například o úmrtí klienta/pacienta, představuje pro zdravotníky psychicky náročnou situaci, která vyžaduje citlivý a empatický přístup. Pro zvládnutí těchto situací je využíván SPIKES protokol, jenž zahrnuje vhodnou přípravu prostředí, zjištění klientova/pacientova vnímání a očekávání, následné postupné a srozumitelné sdělení informací, empatickou reakci na projevené emoce a závěrečné shrnutí spojené s návrhem dalších kroků. K nejčastějším překážkám efektivní komunikace na urgentním příjmu patří rušné pracovní prostředí, nedostatek komunikačních dovedností u sester a také psychologické faktory spojené se stresem a vysokou zátěží. Neadekvátní komunikace může vést k nedorozumění, frustraci, nedůvěře a celkovému zhoršení kvality péče. Z hlediska

spokojenosti klientů/pacientů je proto zásadní zkrácení čekacích dob a zlepšení kvality interpersonální komunikace. Zdravotnický personál musí být zároveň připraven přizpůsobit svůj komunikační styl různým typům klientů/pacientů, včetně osob s psychiatrickými onemocněními, agresivním chováním nebo odlišným kulturním zázemím (Krejčí, 2023).

1.9 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) představuje klíčovou složku systému přednemocniční neodkladné péče v České republice. Její právní základ je vymezen zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Podle § 2 odst. 1 tohoto zákona je zdravotnická záchranná služba specifickým druhem zdravotní služby poskytované na základě tísňové výzvy, jejímž účelem je poskytnutí odborné přednemocniční neodkladné péče osobám s náhle vzniklým závažným postižením zdraví nebo osobám v přímém ohrožení života (Česko, 2011b). Uvedený zákon tvoří základní legislativní rámec pro organizaci, řízení a fungování ZZS na celém území České republiky. Zákon dále upravuje povinnosti jejích poskytovatelů, strukturu výjezdových skupin, úkoly zdravotnického operačního střediska (ZOS) i návaznost na integrovaný záchranný systém (IZS). Novela č. 409/2023 Sb. dále zpřesňuje některé procesní a organizační požadavky, zejména v oblasti elektronizace dokumentace, povinností ZOS a komunikace mezi složkami IZS (Česko, 2023).

1.9.1 Charakteristika zdravotnické záchranné služby

Zdravotnická záchranná služba představuje nepostradatelný prvek v poskytování zdravotní péče v akutních a život ohrožujících stavech. Zákon o zdravotnické záchranné službě v § 4 vymezuje základní činnosti ZZS, mezi které patří příjem a vyhodnocení tísňových výzev, rozhodování o vyslání výjezdové skupiny, poskytování přednemocniční neodkladné péče, zajištění transportu klienta/pacienta do vhodného zdravotnického zařízení a poskytování odborné první pomoci prostřednictvím telefonicky asistované resuscitace či jiných život zachraňujících postupů (Česko, 2011b).

Klíčovou roli v systému sehrává zdravotnické operační středisko, které podle zákona vykonává nepřetržitý příjem tísňových volání na lince 155. Zdravotnické operační středisko zároveň jednotlivá tísňová volání třídí dle jejich naléhavosti a koordinuje výjezdové skupiny. Operátor ZOS vyhodnocuje dostupné informace, stanovuje prioritu zásahu a rozhoduje o nasazení nejvhodnější výjezdové skupiny (Česko, 2023).

Při zásahu na místě události zajišťují členové výjezdové skupiny rychlé klinické vyšetření, poskytnutí odborné neodkladné péče a stabilizaci klienta/pacienta před transportem do zdravotnického zařízení. ZZS zároveň spolupracuje s ostatními složkami IZS při mimořádných událostech, hromadných neštěstích nebo krizových stavech, zejména v oblasti třídění postižených (triage), evidence klientů/pacientů a organizace zdravotnické části zásahu. Nedílnou součástí činnosti ZZS je rovněž letecký transport klientů/pacientů a přeprava orgánů a tkání určených k transplantaci (Česko, 2000).

1.9.2 Význam a účel ZZS

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) tvoří v České republice klíčový prvek systému přednemocniční neodkladné péče. Jejím hlavním posláním je poskytovat okamžitou a odbornou pomoc v případech, kdy je ohrožen život nebo zdraví klienta/pacienta. Základní činnost ZZS spočívá v rychlé reakci na tísňová volání, odborném posouzení zdravotního stavu postižené osoby a v zajištění odpovídající péče přímo na místě události či během transportu do nemocnice. Díky své činnosti záchranná služba výrazně přispívá ke zmírnění následků akutních zdravotních stavů a zvyšuje šance pacientů na přežití a úspěšné zotavení (Šíma, 2022).

Dalším právním předpisem upravujícím rámec fungování ZZS je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který v § 2 odst. 2 vymezuje pojem "zdravotní služby", čímž se rozumí poskytování péče zdravotnickými pracovníky, současně zákon o zdravotních službách vymezuje i základní principy jejich poskytování. V § 5 odst. 1 zákon o zdravotních službách rozlišuje péči podle její naléhavosti na péči neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou. Akutní péče má za cíl zabránit zhoršení zdravotního stavu a nezbytná péče se vztahuje na cizince v rozsahu jejich pojištění. Plánovanou péčí se rozumí péče, jejíž poskytnutí není urgentní a kterou lze časově naplánovat, tedy péče nespádající do žádné z výše uvedených kategorií (Česko, 2011a).

ZZS je řazen mezi základní složky IZS na základě zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému. Podstatou zmíněného zákona je především úprava mechanismů spolupráce ZZS s Hasičským záchranným sborem a Policií ČR. Předmětný zákon rovněž obecně upravuje zásady velení a řízení na místě zásahu, povinnost koordinace všech složek IZS a připravenost na mimořádné události a krizové situace (Česko, 2000).

Zákon o zákonné zdravotnické službě provádí vyhláška č. 240/2012 Sb. Tato detailně upravuje provozní a technické podmínky fungování ZZS. Vyhláška taktéž v § 2 odst. 1 stanovuje jednotlivé konkrétní stupně naléhavosti tísňových výzev. První stupeň představuje situace, kdy došlo nebo bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, případně se jedná o mimořádnou událost s hromadným postižením osob. Druhý stupeň se týká stavů, u nichž je selhání základních životních funkcí pravděpodobné. Třetí stupeň zahrnuje případy, kdy sice nejde o bezprostřední ohrožení života, avšak zdravotní stav volajícího vyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby. Čtvrtý stupeň se vztahuje na ostatní situace, u kterých operátor na základě svého vyhodnocení přesto rozhodne o vyslání výjezdové skupiny. Prováděcí vyhláška č. 240/2012 Sb. detailně upravuje provozní a technické podmínky fungování ZZS. Stanovuje stupně naléhavosti tísňových výzev, dále vyhláška upravuje technické požadavky na vozidla zdravotnické služby, vybavení posádek, způsob vedení zdravotnické dokumentace, zásady komunikačního provozu, činnost při mimořádných událostech a náležitosti obsahu traumatologického plánu (Česko, 2012).

1.10 Agresivita a zdravotní péče

Agresivní chování na pracovištích urgentní medicíny představuje závažnou hrozbu pro zdravotnický personál, zejména pro zdravotnické záchranáře a všeobecné sestry, kteří přicházejí do přímého kontaktu s klienty/pacienty v krizových situacích. Agrese a násilí se neprojevují pouze ze strany klientů/pacientů – v některých případech mohou být jejich původci i rodinní příslušníci či dokonce samotní zdravotníci. Právě zdravotní péče patří mezi oblasti s nejčastějším výskytem násilného chování, které bývá často důsledkem eskalace emocí a frustrace klientů/pacientů vůči zdravotnickému personálu. Násilí nemusí být vždy iniciováno ze stran klienta/pacienta. V určitých situacích může k jeho rozvoji nepřímo přispět i zdravotník, například nevhodně zvolenou formou komunikace, neprofesionálním přístupem nebo neempatickým chováním. Takové jednání může vyvolat obrannou či agresivní reakci klienta/pacienta, která zvyšuje riziko konfliktu. V prostředí přednemocniční neodkladné péče se agresivní projevy vyskytují poměrně často, což bývá spojeno se silnou stresovou zátěží vyvolanou neznámým, nepředvídatelným a časově náročným průběhem zásahu. V těchto situacích může dojít i k přehlédnutí drobných symptomů, které jsou však pro klienta/pacienta významné (Zdvořilý, 2024). Násilné chování klientů/pacientů vůči zdravotníkům, rodinám či vůči sobě samým má celosvětově rostoucí tendenci a je považováno za závažný problém

veřejného zdravotnictví. Péče o kriticky nemocné klienty/pacienty na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče je mimořádně fyzicky i psychicky náročná, a často se pojí s rizikem traumatických zážitků na straně klienta/pacienta. Tyto zážitky mohou vyústit v psychické poruchy či změny v chování, které se mohou manifestovat agresí. Výskyt násilného chování se výrazně liší mezi jednotlivými typy zdravotnických oddělení. Všeobecné sestry působící na urgentních příjmech, pohotovostních ambulancích, jednotkách intenzivní péče či ARO patří mezi nejčastější oběti útoku. Urgentní příjmy, které jsou veřejně přístupné a slouží k ošetření širokého spektra klientů/pacientů, představují prostředí se zvlášť vysokým rizikem výskytu násilí. Mezi hlavní rizikové faktory patří dlouhé čekací doby, komunikační bariéry, nejasná očekávání klientů/pacientů a jejich blízkých, ale také celková atmosféra napětí a nejistoty (Lazarová, 2024).

1.11 Komunikace s agresivním jedincem

Komunikace s agresivním jedincem představuje v klinické praxi jednu z nejnáročnějších situací, se kterou se zdravotničtí pracovníci mohou setkat. Z tohoto důvodu je pro ně nezbytné ovládat principy správné komunikace a techniky deeskalace násilí, které slouží k zabránění vyhrocení konfliktu a ochraně všech zúčastněných. Deeskalace zahrnuje cílené komunikační a behaviorální strategie zaměřené na snížení napětí a obnovení spolupráce mezi klientem/pacientem a zdravotnickým personálem. Prvním a zásadním krokem v procesu deeskalace je zhodnocení situace s důrazem na zajištění bezpečnosti zdravotníka (Vevera, 2022). Agresivita se v komunikační rovině často projevuje prostřednictvím ironických nebo sarkastických poznámek, vulgarismů, zvýšeného hlasového projevu či hrubého chování. V neverbální komunikaci mohou být patrné projevy jako nervozita, napětí, upřený pohled, semknuté rty či úšklebky. Tyto signály mohou být přítomné nejen u klienta/pacienta, ale i u zdravotníka, který se snaží prosadit svůj názor, byť oprávněný, nevhodně zvolenou formou komunikace (Hloušková, 2016). Úspěšné zvládnutí konfliktní situace vyžaduje především schopnost udržet emoce pod kontrolou, zachovat klidný a profesionální přístup a usilovat o porozumění příčinám agresivního chování. Klíčovou roli v tomto procesu hraje efektivní komunikace, která by měla být jasná, otevřená a přizpůsobená aktuálnímu stavu klienta/pacienta. Lékař by měl klienta/pacienta srozumitelně informovat o jeho zdravotním stavu, plánovaných výkonech i dalších postupech, čímž přispívá ke snížení nejistoty a napětí. Významným faktorem je také soulad mezi verbálním a neverbálním projevem – jakýkoli rozpor mezi

řečí a chováním může zvyšovat míru nedůvěry a frustrace klienta/pacienta. Závěrečným krokem v komunikaci s agresivním klientem/pacientem bývá vyjednávání, jehož cílem je přeměnit napjatou a konfliktní situaci v konstruktivní dialog vedoucí ke spolupráci a nalezení oboustranně přijatelného řešení. Dosažení určité míry shody s klientem/pacientem posiluje jeho pocit kontroly nad situací, zlepšuje spolupráci a přispívá ke zmírnění napětí. Efektivní využívání deeskalačních technik tak významně napomáhá prevenci eskalace konfliktů a minimalizuje jejich negativní dopady na klienty/pacienty i zdravotnický personál (Mikšová a Zacharová, 2024).

1.11.1 Agresivní klient/pacient

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují vznik agresivního chování ve zdravotnickém prostředí. Samotné prostředí může přispět k eskalaci násilí (Song et al., 2025). Je však nezbytné zohlednit širší spektrum biologických, psychických a situačních příčin. Diferenciální diagnostika proto vyžaduje komplexní a pečlivé posouzení zdravotního stavu klienta/pacienta i kontextu, ve kterém se nachází (Song et al., 2025). Významným spouštěcím faktorem akutní agitovanosti a agresivity je delirium, reverzibilní akutní porucha vědomí a pozornosti doprovázená narušením kognitivních funkcí, vnímání, myšlení a spánkového rytmu (Jiráček, 2020). Z klinického hlediska se rozlišují hyperaktivní, hypoaktivní a smíšené formy deliria. Hyperaktivní typ se často projevuje neklidem, halucinacemi a agitovaným chováním, zatímco hypoaktivní typ je spojen s apatií a letargií a bývá proto snadno přehlížen, zejména u osob starších 65 let (Jiráček, 2020). Delirium může být vyvoláno řadou etiologických příčin včetně infekcí, metabolických dysbalancí, endokrinních poruch, hypoxie, neurologických onemocnění či lékových interakcí. Specifickou skupinu tvoří deliria navozená psychotropními látkami, zejména alkoholové delirium (delirium tremens), nejzávažnější forma abstinčního syndromu, která se vyznačuje dezorientací, halucinacemi, psychomotorickým neklidem a fyziologickými funkcemi (např. tachykardií, pocením). Tyto projevy mohou vést k agresivnímu či impulzivnímu jednání, jež představuje riziko pro klienta/pacienta i jeho okolí (Rahman a Paul, 2023). K dalším somatickým příčinám agresivity patří poruchy vnitřního prostředí, jako hypoglykémie, hyponatrémie či hyperkalcémie, infekční deliria například při sepsi nebo infekci močových cest, cévní mozkové příhody, hypoxie při plicní embolii či astmatickém záchvatu, stejně jako neurologická onemocnění včetně traumatického poranění mozku, epilepsie nebo nádorů CNS. Agresivní chování může být dále ovlivněno endokrinními poruchami, například hypotyreózou, a může se objevit

i v souvislosti s akutní intenzivní bolestí, zejména traumatického původu (Song et al., 2025). V klinické praxi je proto nezbytné chápat agresivitu jako potenciální projev závažného, často reverzibilního organického stavu, především deliria a vždy postupovat s důrazem na rychlé vyhledání příčiny, stabilizaci klienta/pacienta a minimalizaci rizik (Jiráček, 2020).

Agresivní či násilné projevy chování mohou vznikat také v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek, a to jak v důsledku jejich akutní intoxikace, tak i při vzniku abstinenčních příznaků po odeznění jejich účinku. Mezi běžné spouštěče agresivního chování patří užívání psychoaktivních látek, návykových látek či zneužívání některých léků. Po vysazení alkoholu nebo benzodiazepinů se často dostavují abstinenční stavy, které mohou být provázeny agitovaností a agresí. V oblasti psychiatrie se nejčastěji objevují projevy agrese v souvislosti s akutní psychózou, kdy klient/pacient pod vlivem bludů a halucinací vnímá okolí jako ohrožující. Rovněž poruchy nálady, jako je manická fáze, depresivní fáze s psychotickými příznaky či bipolární afektivní porucha, mohou vést k agitovanosti. U poruchy osobnosti, je nejsilnějším prediktorem agresivního chování antisociální porucha osobnosti, následuje hraniční a paranoidní. U klientů/pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou mohou být spouštěčem násilného chování flashbacky (Song et al., 2025).

Kromě výše uvedených příčin agresivního chování, hrají významnou roli také situační faktory. Patří mezi ně stres, úzkost, přeplněnost zdravotnických zařízení, dlouhé čekací doby na ošetření nebo celková organizační nepřehlednost situací, které mohou vést ke zvýšené frustraci a následné eskalaci násilného chování. Agresivita se nejčastěji projevuje formou verbálního či psychického nátlaku (Song et al., 2025). Jedná se o situace, kdy klient/pacient vyhrožuje fyzickým napadením, ublížením či usmrcením (Štěpánková, 2020).

Včasné rozpoznání příčin agresivního chování umožňuje lépe zacílit intervenci, snížit riziko eskalace konfliktu a minimalizovat ohrožení jak klienta/pacienta, tak zdravotnického personálu. Komplexní přístup k hodnocení násilného chování je základem účinného a bezpečného zvládnutí těchto situací (Song et al., 2025).

Agresivní chování v prostředí urgentní medicíny může nabývat různých forem, které se liší svými projevy, motivací i intenzitou. Wohlmuth (2016) rozlišuje pět základních typů agrese – přímou, transferovanou, autoagresi, zadržovanou a instrumentální:

- a) Přímá agrese je zaměřena na konkrétní osoby, mezi nimiž se nejčastěji objevují zdravotničtí záchranáři, všeobecné sestry, lékaři, řidiči záchranné služby či rodinní příslušníci pacienta. Tento typ agrese se projevuje buď verbálním napadáním, například urážkami, obviňováním nebo vyhrožováním anebo fyzickým útokem.
- b) Transferovaná agrese se vyznačuje přenesením hněvu na osoby nebo předměty, které s původní příčinou pacientova rozrušení nesouvisí. Často se projevuje úmyslným poškozováním věcí v okolí, včetně zdravotnického vybavení, nebo útoky na náhodně přítomné osoby. Tento typ chování bývá výrazem vnitřního napětí a neschopnosti adekvátně zvládnout stresovou situaci.
- c) Autoagrese představuje obrácení agresivních impulsů vůči vlastní osobě. Objevuje se zejména u jedinců, kteří pocítují vinu či odpovědnost za vzniklou situaci a své emoce obražují dovnitř. Tento druh agrese je zvlášť nebezpečný, neboť bývá spojen s depresivními stavy, emoční nestabilitou a sebepoškozujícím chováním, které může vyústit až v pokus o sebevraždu.
- d) Další formou je zadržovaná agrese, která se navenek projevuje klidným a vyrovnaným chováním, avšak agresivní impulzy jsou potlačovány. Jakmile pacient vyhodnotí situaci jako vhodnou pro útok, může dojít k náhlému a nečekanému projevu agrese. Skrytá povaha a promyšlenost takového jednání z ní činí jednu z nejnebezpečnějších forem.
- e) Poslední kategorií je instrumentální agrese, která má spíše manipulativní charakter. Neprojevuje se otevřeným útokem, ale vyvíjením psychologického tlaku na okolí, často prostřednictvím manipulace, vyhrožování nebo agitace, s cílem dosáhnout určitého výsledku či výhody (Wohlmuth, 2016).

1.11.2 Zásady komunikace s agresivním klientem/pacientem

Efektivní komunikace je jednou z klíčových odborných kompetencí zdravotnického personálu, která zásadně ovlivňuje kvalitu poskytované péče i celkový zdravotní a psychický stav klienta/pacienta. Správně vedená komunikace umožňuje vytvořit vztah založený na důvěře, což usnadňuje spolupráci a zvyšuje spokojenost

pacienta s péčí. Mezi základní prvky efektivní komunikace patří aktivní naslouchání, používání jasného a srozumitelného jazyka, otevřenost v komunikaci, respekt k individuálním potřebám klienta/pacienta a snaha poskytnout mu prostor k vyjádření jeho obav či dotazů (Sharkiya, 2023).

Dalším důležitým aspektem komunikace je i forma, jakou je komunikace vedena. Verbální a neverbální složky komunikace jsou za běžných okolností v rovnováze, ale ve stresových situacích dochází k jejich narušení. Největší význam při vnímání komunikace má neverbální složka, tón hlasu a samotný verbální projev má nejmenší podíl na výsledném dojmu. Významnější vliv na efektivitu komunikace má způsob, jakým dané informace sdělujeme než samotný obsah (Vevera, 2022).

Ještě před samotným zahájením komunikace s klientem/pacientem je nezbytné věnovat pozornost neverbálním projevům, které mohou výrazně ovlivnit průběh i výsledek interakce. Jelikož lidé často podvědomě napodobují řeč těla druhé osoby, je důležité, aby zdravotník vědomě kontroloval své držení těla, gesta i mimiku. Měl by zaujmout otevřený a neohrožující postoj, ideálně přistupovat ke klientovi/pacientovi zepředu nebo z boku, čímž se předchází pocitu dominance nebo nátlaku. Součástí profesionálního přístupu je také udržování přiměřeného očního kontaktu, který podporuje důvěru a pocit bezpečí. Přímý pohled by však neměl být příliš dlouhý, aby nepůsobil zastrašujícím dojmem. Nevhodné neverbální projevy, jako jsou ruce v kapsách, vrtění hlavou či krčení ramen, mohou signalizovat nejistotu a snižovat autoritu zdravotníka (Vevera, 2022).

Z hlediska bezpečnosti při jednání s agresivním nebo potenciálně agresivním klientem/pacientem je nezbytné respektovat jeho osobní prostor a zajistit si možnost úniku. Nedodržení dostatečné vzdálenosti, ideálně alespoň dvou natažených paží, představuje častý rizikový faktor fyzického napadení. Pokud klient/pacient začne vykazovat známky slovní agrese, doporučuje se tuto vzdálenost ještě zvětšit. Každý fyzický kontakt by měl být klientovi/pacientovi předem vysvětlen, aby nebyl vnímán jako ohrožení. Důležité je také včas rozpoznat varovné signály, jako jsou napjaté držení těla, sevřené pěsti, náhlé ztichnutí nebo upřený pohled, které mohou předcházet eskalaci agrese (Vevera, 2022).

Verbální komunikace je klíčovým nástrojem zdravotnického personálu a nedílnou součástí kvalitní péče. Efektivní komunikace se opírá o individuální přístup, úctu ke klientovi/pacientovi, budování pozitivního vztahu a empatii. Každá interakce zdravotníka má vliv na psychický stav klienta/pacienta (Zacharová, 2016). Dále také každá interakce s klientem/pacientem vyžaduje schopnost naslouchat, rozpoznat jeho potřeby a parafrázovat jeho sdělení. Je důležité zachovat klid, nekopírovat případné nevhodné styl komunikace klienta/pacienta a vyhnout se impulzivním reakcím. Zdravotník by měl jasně, věcně a velmi kultivovaně vyjadřovat svá sdělení a případný nesouhlas s chováním klienta/pacienta, nikoliv však s jeho osobou. Pokud se klient/pacient snaží vyvolat strach, lze tento stav přiznat a vysvětlit, že za takových okolností není možné poskytovat péči (Vevera, 2022).

1.12 Deeskalace

Deeskalace představuje klíčovou strategii při zvládnutí agresivního chování a jejím hlavním cílem je zklidnit klienta/pacienta i celkovou situaci. Tento přístup je založen na prevenci konfliktu a na snaze předcházet jeho dalšímu zhoršení. Zdravotníci při deeskalaci využívají kombinaci komunikačních a behaviorálních technik, které umožňují reagovat efektivně, profesionálně a zároveň s respektem k lidské důstojnosti klienta/pacienta. Napětí mezi zdravotnickým personálem a klientem/pacientem může často vést k nežádoucím reakcím, které lze však ve většině případů zvládnout právě prostřednictvím vhodně zvolených deeskalačních postupů. V současné klinické praxi je deeskalace vnímána jako první volba při zvládnutí agresivních projevů ve zdravotnickém prostředí (Černý, 2022). Pokud se však agresivita klienta/pacienta vystupňuje natolik, že představuje bezprostřední ohrožení jeho samotného nebo okolí, a běžné komunikační metody se ukážou jako neúčinné, je nutné přistoupit k farmakologické intervenci. Volba způsobu podání léků závisí na dostupnosti žilního přístupu – preferuje se intravenózní (i.v.) aplikace, která zajišťuje rychlý nástup účinku. Není-li tato možnost k dispozici, využívá se intramuskulární (i.m.) podání, tedy aplikace léčiva přímo do svalu (Tylichová, 2025). Při zvládnutí akutní agrese se nejčastěji používají antipsychotika, stabilizátory nálady a anxiolytika, přičemž mezi nejčastěji volené patří benzodiazepiny. Antipsychotické léky mají významný sedativní účinek, který pomáhá snížit intenzitu agresivního chování a vede ke zklidnění klienta/pacienta (Látalová, 2013).

Součástí moderní zdravotnické péče je snaha minimalizovat používání omezovacích prostředků, které by měly být využívány pouze jako krajní řešení v případech, kdy je nutné bezprostředně chránit život nebo zdraví klienta/pacienta, zdravotnického personálu či osob v okolí. Použití těchto prostředků je přísně regulováno právními i etickými předpisy. Před jejich nasazením je nezbytné vyčerpat všechny méně invazivní metody a zvolit postup odpovídající závažnosti situace. Každé omezení musí být provedeno s maximálním respektem k lidské důstojnosti a trvat pouze po nezbytně nutnou dobu. Je nepřijatelné využívat omezovací prostředky jako formu trestu nebo prostředek k usnadnění péče. Mezi běžné typy fyzického omezení patří například použití ochranných kurtů, fixačních pásů či přímý tělesný kontakt. O jejich nasazení rozhoduje zpravidla lékař, v naléhavých případech však může dočasně rozhodnout i kvalifikovaný nelékařský pracovník, který je následně povinen lékaře neprodleně informovat. Lékař poté situaci zhodnotí, potvrdí oprávněnost zásahu a zajistí jeho řádnou dokumentaci. Klient/pacient by měl být předem informován o důvodech, průběhu a předpokládané době trvání omezení. Po celou dobu musí být zajištěn stálý dohled zdravotnického personálu. Každé použití omezovacích prostředků se zaznamenává do zdravotnické dokumentace, a to včetně důvodu, délky trvání a průběhu zásahu. Pokud doba omezení přesáhne 24 hodin, má zdravotnické zařízení povinnost informovat soud, a to do 24 hodin od začátku omezení. Tento právní mechanismus zajišťuje ochranu práv klienta/pacienta a kontrolu oprávněnosti zásahu ze strany nezávislého orgánu (Ramajzlová, 2025).

1.13 Prevence agresivního chování u klientů/pacientů

Práce s klienty/pacienty, u kterých existuje riziko agresivního chování vyžaduje dodržování preventivních bezpečnostních opatření (Vevera a Černý, 2011). Při kontaktu s agresivním klientem/pacientem je prioritou zajistit bezpečnost zdravotnického personálu. V situacích, kdy hrozí fyzické napadení, se doporučuje řídit zásadou USB – uteč, schovej se, boj. Pokud k incidentu dochází ve zdravotnickém zařízení, výhodou je dokonalá znalost prostředí, což umožňuje se lépe na krizové situace připravit. Důležitým preventivním opatřením je strategické umístění lékaře v ordinaci, přičemž by měl sedět blíže ke dveřím a mít zajištěnou únikovou cestu (Vevera, 2022).

Základním pravidlem prevence je nezůstávat s agresivním nebo potenciálně nebezpečným klientem/pacientem o samotě v uzavřené místnosti bez možnosti rychlého úniku nebo přivolání pomoci. Další velmi důležitým aspektem v interakci

s klientem/pacientem je správně zvolený způsob komunikace. Při verbálním kontaktu se doporučuje volit klidný a vstřícný tón hlasu, používat jednoduché a jasně formulované věty a přistupovat ke klientovi/pacientovi s respektem. Oslovovat klienta/pacienta paní/pane, titulem a příjmením, pokud titul nemá, pak paní/pane a příjmení. Stejně důležité je eliminovat rušivé vnější podněty a vést komunikaci v klidném prostředí, bez zbytečného hluku či nadměrné přítomnosti dalších osob. Součástí vhodného způsobu komunikace je i vyjednávání s klientem/pacientem. Nabízení možností klientovi/pacientovi, které může přispět k jeho pocitu kontroly nad situací. Je důležité klientovi/pacientovi jasně a srozumitelně vysvětlovat, co a proč se děje. Správná formulace může předejít nedorozumění s klientem/pacientem a zároveň posílit důvěru klienta/pacienta ve zdravotnický personál. Pokud chování klienta/pacienta dosáhne úrovně závažného rizika, je nutné zachovat klid a situaci dále neeskalovat. V takovém případě se doporučuje ustoupit do bezpečnějšího prostoru a pokusit se získat čas. Lze použít i důvod, v podobě sdělení, o potřebě konzultace zdravotního stavu. V případě potřeby je vhodné kontaktovat Policii České republiky. Pokud má klient/pacient u sebe zbraň, doporučuje se požádat ho, aby ji odložil na neutrální a bezpečné místo (Vevera a Černý, 2011).

Fyzické omezení je krajní a výjimečné řešení situace, které je přípustné pouze tehdy, pokud selhaly veškeré dostupné deeskalační techniky, včetně podání medikace a zároveň situace vyžaduje neodkladný zásah k zajištění bezpečnosti klienta/pacienta nebo jeho okolí – tedy jako tzv. „last resort“. Tento zásah nesmí být nikdy využit jako forma trestu, způsob ponížení, bolesti ani jako projev nadřazenosti nad klientem/pacientem. Tato metoda se obecně nedoporučuje a je přípustná jen ve výjimečných případech a jeho trvání by nemělo přesáhnout 10 minut. Zásah musí být proveden kvalifikovaným personálem, rychle, efektivně a šetrně, s maximálním ohledem na důstojnost a bezpečí všech zúčastněných. Po ukončení zásahu je nezbytné dále sledovat celkový stav klienta/pacienta, a to jak po fyzické, tak psychické stránce (National Collaborating Centre for Mental Health, 2015).

2 Praktická část

2.1 Výzkumné cíle a výzkumné předpoklady

2.1.1 Výzkumné cíle

1. Zmapovat míru agresivity na úseku urgentní medicíny.
2. Zjistit vliv komunikace na agresivní chování.
3. Zmapovat možné okolnosti vzniku agresivity.

2.1.2 Výzkumné předpoklady

Výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě prostudované literatury. Na základě provedeného předvýzkumu byly upraveny jejich procentuální hodnoty.

1. Předpokládáme, že s agresivním chováním se v oblasti urgentní medicíny setkalo 100 % zdravotnických záchranářů/všeobecných sester/zdravotnických pracovníků pracujících na úseku urgentní medicíny.
2. Předpokládáme, že správná komunikace eliminuje ve 100 % výskytu agresivní chování.
3. Předpokládáme, že agresivní chování je ve 100 % výskytu podmíněno omamnými látkami.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Nestandardizovaný dotazník byl zadán respondentům, pracujícím na zdravotnické záchranné službě, urgentním příjmu, anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotkách intenzivní péče a na jednotkách urgentní péče speciálně zaměřených.

2.3 Časové období sběru dat

Období sběru dat bylo vymezeno na měsíce duben až červen 2025, kdy byl respondentům distribuován elektronický dotazník určený ke zjištění zkušeností s agresivním chováním v prostředí urgentní medicíny.

2.4 Metoda výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Pro sběr dat byla zvolena technika dotazníkového šetření, využívající nestandardizovaný dotazník jako hlavní výzkumný nástroj.

Před zahájením hlavního výzkumu byl proveden předvýzkum, jehož cílem bylo ověřit srozumitelnost a jednoznačnost jednotlivých otázek a případně provést jejich

úpravu. Současně sloužil k upřesnění výzkumných předpokladů a stanovení jejich procentuálních hodnot. Předvýzkumu se zúčastnilo celkem deset zdravotníků působících v oblasti urgentní medicíny, konkrétně šest zdravotnických záchranářů pracujících ve zdravotnické záchranné službě a čtyři všeobecné sestry či zdravotničtí záchranáři z oddělení urgentního příjmu. Na základě jejich zpětné vazby nebylo nutné otázky dotazníku dále upravovat, neboť byly hodnoceny jako jasné a srozumitelné.

Pro sběr dat byla využita technika dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, které byly rozděleny do dvou částí. První část byla zaměřena na základní identifikační údaje respondentů, tedy na pohlaví, věk, délku praxe a pracovní zařazení. Druhá část se soustředila na zkušenosti zdravotnických pracovníků s agresivním chováním klientů/pacientů nebo jejich doprovodu, na frekvenci výskytu agresivity, formy agresivního chování, možné příčiny vzniku agresivity a na vliv komunikace na agresivní chování. Z celkového počtu otázek bylo 12 otázek uzavřených, 3 otázky otevřené a 3 polootevřené, které umožňovaly výběr více odpovědí nebo doplnění vlastního vyjádření.

2.5 Technika sběru dat

Dotazníky byly distribuovány elektronickou formou prostřednictvím vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení a institucí, kteří byli předem seznámeni s cílem a záměrem výzkumu a po prostudování obsahu výzkumu poskytli souhlas s jeho realizací (viz přílohy C, D, E a F). Výzkum byl uskutečněn v několika zdravotnických zařízeních, konkrétně v Krajské nemocnici Liberec, a.s., Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje, příspěvkové organizaci, Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje, příspěvkové organizaci a Oblastní nemocnici Jičín, a.s.

Dotazník byl respondentům zpřístupněn prostřednictvím elektronického odkazu a jeho vyplnění bylo zcela anonymní (viz výše) a dobrovolné. Průměrná doba potřebná k vyplnění dotazníku činila přibližně deset minut. Celkem bylo získáno 82 vyplněných dotazníků, které byly následně zpracovány a vyhodnoceny pro účely výzkumné analýzy.

2.6 Analýza výzkumných dat

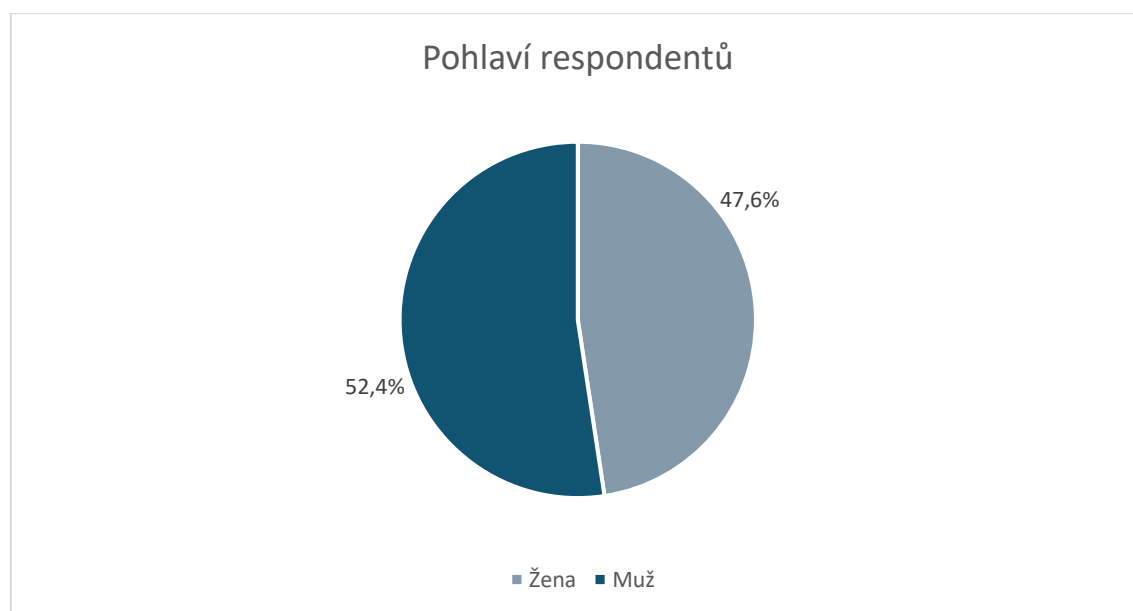
Analýza výzkumných dat byla provedena za účelem potvrzení nebo vyvrácení výzkumných předpokladů. Získané výsledky z výzkumného šetření jsou prezentovány v tabulkové a grafické podobě, a jsou doplněné slovním komentářem, pro lepší přehlednost a srozumitelnost. U uzavřených otázek jsou uvedeny absolutní hodnoty/počty

respondentů, kteří zvolili jednotlivé typy odpovědí, a jejich procentuální zastoupení vzhledem k celkovému počtu respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. U otevřených otázek, kde bylo možné označit více než jednu odpověď, součet odpovědí může převyšovat celkový počet respondentů. Otevřené otázky byly zpracovány pomocí kvalitativního vyhodnocení, jednotlivé odpovědi byly tematicky rozříděny do kategorií a dále shrnuty podle četnosti výskytu jednotlivých tematických oblastí. Tento postup umožnil komplexnější pohled na názory respondentů a hlubší porozumění sledované problematice.

Analýza dotazníkové otázky č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Žena	39	47,6 %
Muž	43	52,4 %
Celkem	82	100,0 %



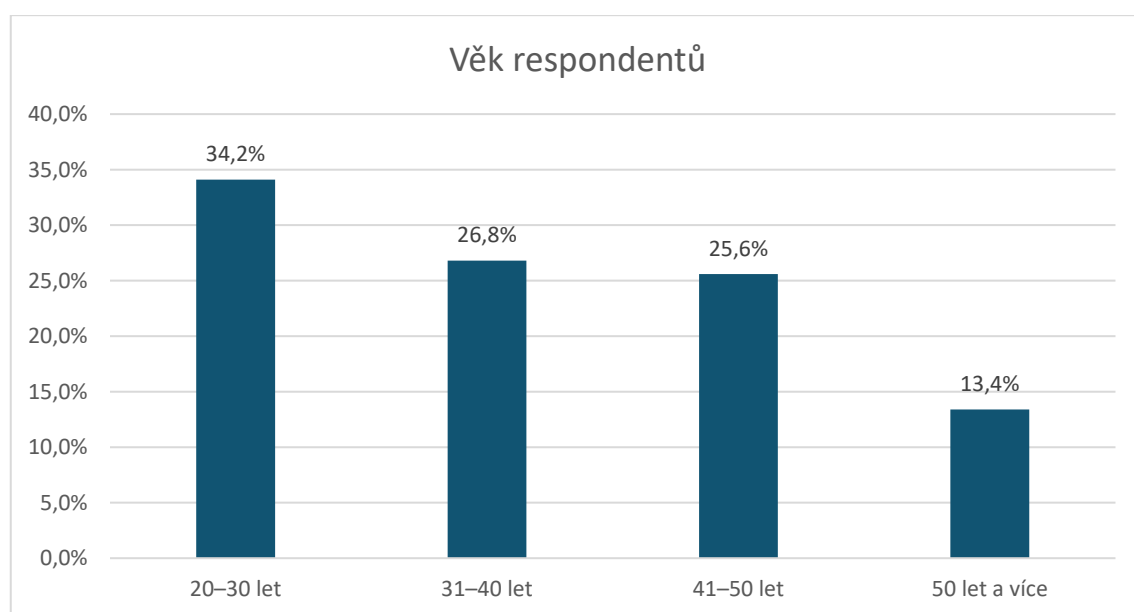
Graf 1 Pohlaví respondentů

První otázka v dotazníku byla zaměřena na zjištění pohlaví respondentů. Z celkového počtu 82 respondentů bylo 39 (47,6 %) žen a 43 (52,4 %) mužů.

Analýza dotazníkové otázky č. 2 – Kolik je Vám let?

Tabulka 2 Věk respondentů

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
20–30 let	28	34,2 %
31–40 let	22	26,8 %
41–50 let	21	25,6 %
50 let a více	11	13,4 %
Celkem	82	100,0 %



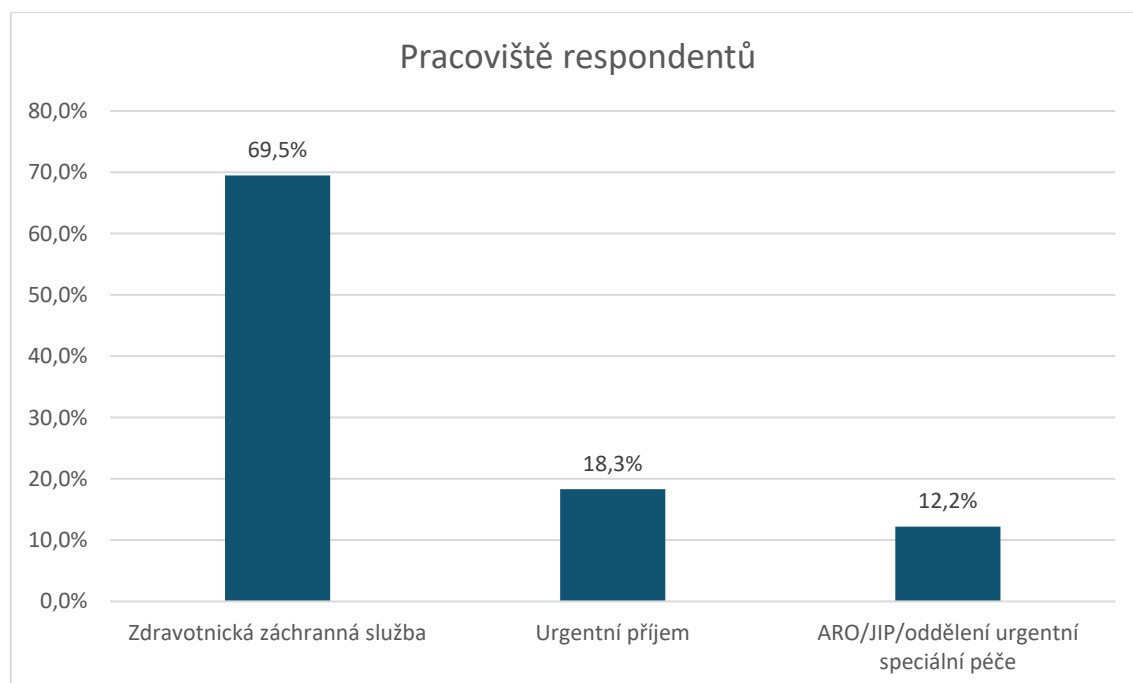
Graf 2 Věk respondentů

Druhá otázka dotazníkového šetření byla zaměřena na věkové zastoupení respondentů. Z celkového počtu 82 respondentů výzkumu byla nejpočetněji zastoupena věková kategorie 20–30 let, do které spadalo 28 (34,2 %) respondentů. Na druhém místě byla věková kategorie 31–40 let s 22 (26,8 %) respondenty, následovala věková kategorie 41–50 let, do níž se zařadilo 21 (25,6 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měla věková kategorie 50 let a více, kterou tvořilo 11 (13,4 %) respondentů.

Analýza dotazníkové otázky č. 3 – V jakém úseku urgentní medicíny pracujete?

Tabulka 3 Pracoviště respondentů

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Zdravotnická záchranná služba	57	69,5 %
Urgentní příjem	15	18,3 %
ARO/JIP/speciální oddělení urgentní péče	10	12,2 %
Celkem	82	100,0 %



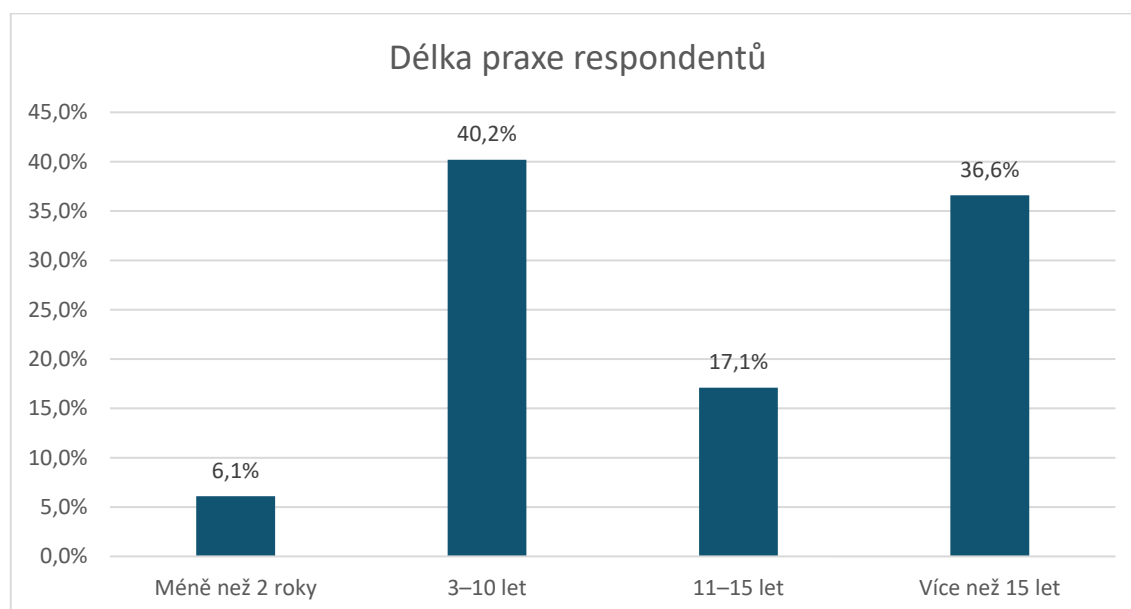
Graf 3 Pracoviště respondentů

Třetí dotazníková otázka se zabývala pracovním zařazením respondentů. Z celkového počtu 82 účastníků uvedlo 57 (69,5 %) respondentů, že pracují na zdravotnické záchranné službě. Na urgentním příjmu uvedlo, že pracuje 15 (18,3 %) respondentů a zbývajících 10 (12,2 %) respondentů uvedlo, že pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednotce intenzivní péče nebo na oddělení urgentní speciální péče.

Analýza dotazníkové otázky č. 4 – Jaká je Vaše celková doba praxe v urgentní medicíně?

Tabulka 4 Délka praxe respondentů

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Méně než 2 roky	5	6,1 %
3–10 let	33	40,2 %
11–15 let	14	17,1 %
Více než 15 let	30	36,6 %
Celkem	82	100,0 %



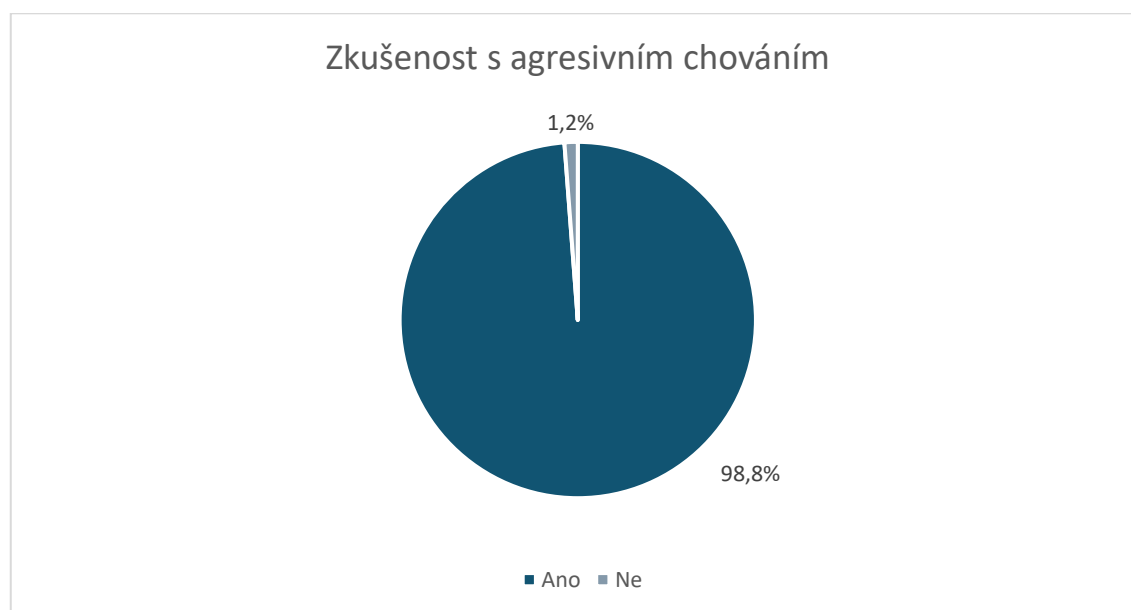
Graf 4 Délka praxe respondentů

Čtvrtá dotazníková otázka se zaměřovala na zjištění délky praxe respondentů v oblasti urgentní medicíny. Největší podíl tvořili respondenti s praxí v rozmezí 3–10 let, kterou uvedlo 33 (40,2 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti s více než 15letou praxí, kterých bylo 30 (36,6 %). Praxi v délce 11–15 let uvedlo 14 (17,1 %) respondentů, zatímco nejmenší zastoupení měla skupina s praxí kratší než 2 roky, do níž spadalo 5 (6,1 %) respondentů.

Analýza dotazníkové otázky č. 5 – Setkala/setkal jste se během své praxe s agresivním chováním pacientů nebo jejich doprovodu?

Tabulka 5 Zkušenost s agresivním chováním

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	81	98,8 %
Ne	1	1,2 %
Celkem	82	100,0 %



Graf 5 Zkušenost s agresivním chováním

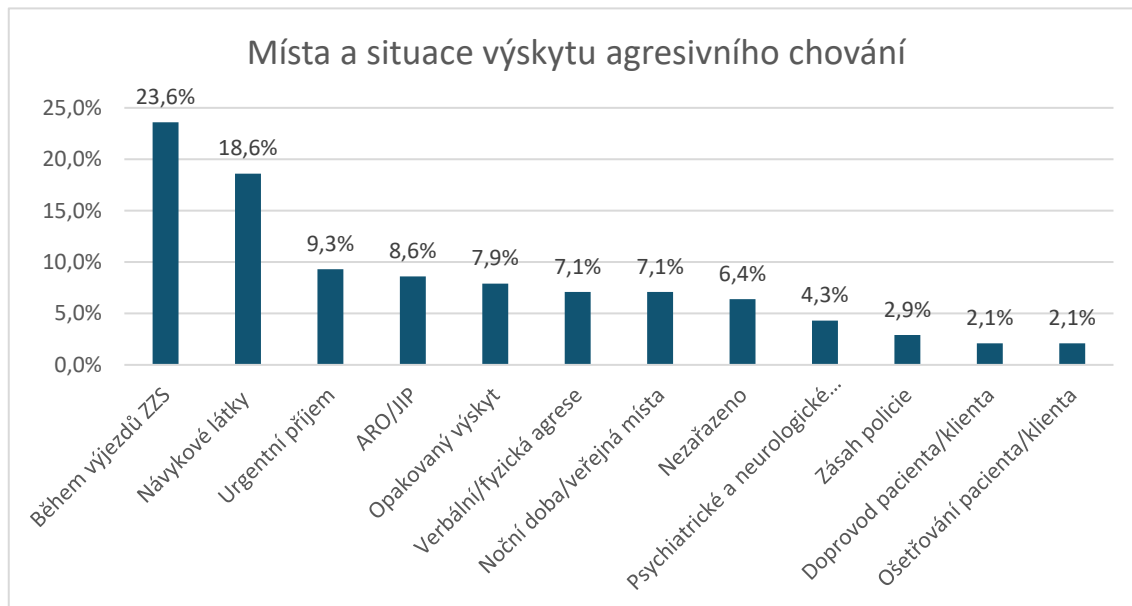
Z páté dotazníkové otázky vyplývá, že naprostá většina respondentů, konkrétně 81 (98,8 %) respondent, se ve své praxi setkal s projevy agresivního chování ze strany pacientů nebo jejich doprovodu. Pouze 1 respondent (1,2 %) uvedl, že se s agresivním chováním během výkonu své profese dosud nesetkal.

Následující otázky č. 6, 7 a 8 byly určeny pouze respondentům, kteří na otázku č. 5 odpověděli kladně.

Analýza dotazníkové otázky č. 6 – Pokud jste odpověděla/odpověděl na otázku č. 5 „ano“, uveďte, kdy a kde jste se setkala/setkal s agresivním chováním. U této otázky byla možnost uvést více odpovědí, proto je počet odpovědí převyšující počet respondentů.

Tabulka 6 Místa a situace výskytu agresivního chování

Kategorie odpovědí	Četnost	Relativní četnost
Během výjezdů ZZS	33	23,6 %
Návykové látky	26	18,6 %
Urgentní příjem	13	9,3 %
ARO/JIP	12	8,6 %
Opakovaný výskyt	11	7,9 %
Verbální/fyzická agrese	10	7,1 %
Noční doba/veřejná místa	10	7,1 %
Nezařazeno	9	6,4 %
Psychiatrické a neurologické příčiny	6	4,3 %
Zásah policie	4	2,9 %
Doprovod pacienta/klienta	3	2,1 %
Ošetřování pacienta/klienta	3	2,1 %
Celkem výskytů	140	100,0 %



Graf 6 Místa a situace výskytu agresivního chování

Dotazníková otázka č. 6 byla otevřená a umožňovala respondentům volně popsat, kdy a kde se setkali s agresivním chováním. Odpovědi byly následně analyzovány a rozděleny do příslušných kategorií. Vzhledem k povaze odpovědí mohla jedna odpověď

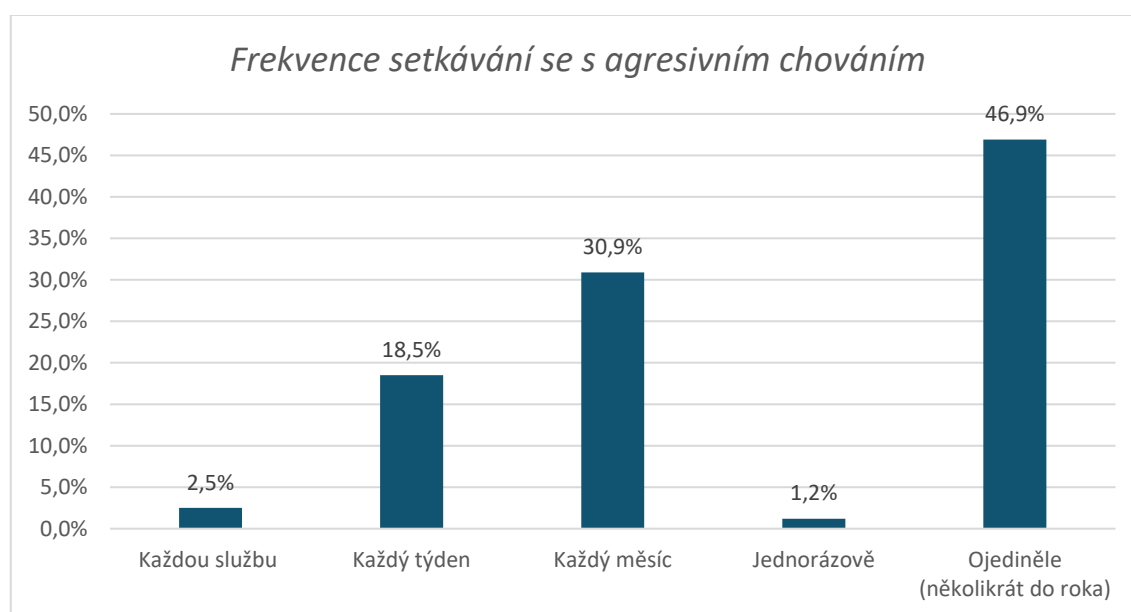
obsahovat více témat (např. „během výjezdu ZZS“ a „alkohol“) a být tedy zařazena do více kategorií.

Respondenti nejčastěji uváděli, že se s agresivním chováním setkali během výjezdů ZZS, to bylo uvedeno u 33 (23,6 %) odpovědí. Odpovědi zahrnovaly situace: např. „*Během výjezdu ZZS v terénu*“, „*Na výjezdu, zejména v nočních hodinách*“. Druhou nejpočetnější kategorií byly odpovědi zahrnující výskyt návykové látky, tedy situace, kdy byl klient/pacient pod vlivem alkoholu či drog. Toto téma se objevilo ve 26 (18,6 %) odpovědích. Například „*S agresí jsem se setkala ve výjezdu. Jednalo se o pacienty intoxikované alkoholem, drogami, nebo s psychiatrickou diagnózou.*“ Dále pak „*Při požití alkoholu u pacienta*“. Další často zmiňovanou oblastí výskytu agresivního chování byl urgentní příjem, ten byl uveden ve 13 (9,3 %) případech. Respondenti zde často uváděli např. „*Skoro při každé směně na urgentním příjmu*“ či „*Opakovaně na urgentním příjmu*“. Následovaly odpovědi zahrnující agresivní chování na pracovištích ARO/JIP, které byly zmíněny ve 12 (8,6 %) případech a situace označené jako opakovaný výskyt agresivního chování se objevily v 11 (7,9 %) odpovědích. Dále respondenti často popisovali výskyt agrese v nočních hodinách nebo na veřejných místech. Tato témata byla zmíněna u 10 (7,1 %) odpovědí, např. „*Na výjezdech, zejména v nočních hodinách*“ či „*Většinou v sobotu o noční u hospod*“. Stejně často byl zmiňován i výskyt verbální či fyzické agrese. U některých výpovědích, konkrétně u 6 (4,3 %) odpovědí, byla agrese spojena s psychiatrickými nebo neurologickými obtížemi u klientů/pacientů, nebo v situacích, kdy bylo nutné přivolat policii. Přítomnost policie byla zmíněna u 4 (2,9 %) odpovědí. Některé odpovědi nebylo možné přesněji tematicky zařadit, a proto byly uvedeny do kategorie nezařazeno. Do této kategorie bylo zařazeno celkem 9 (6,4 %) odpovědí. Například odpovědi: „*Všude*“ nebo „*Před půl rokem na oddělení mě pacient stiskl paži, přitáhl mě a vrazil mi facku. Pacient byl nešťastný kvůli své diagnóze a tak si frustraci vybíjel na personálu*“.

Analýza dotazníkové otázky č. 7 – Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, uveďte, jaká byla/je frekvence/četnost setkávání se s agresivním chováním?

Tabulka 7 Frekvence setkávání se s agresivním chováním

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Každou službu	2	2,5 %
Každý týden	15	18,5 %
Každý měsíc	25	30,9 %
Jednorázově	1	1,2 %
Ojedinele (několikrát do roka)	38	46,9 %
Celkem	81	100,0 %



Graf 7 Frekvence setkávání se s agresivním chováním

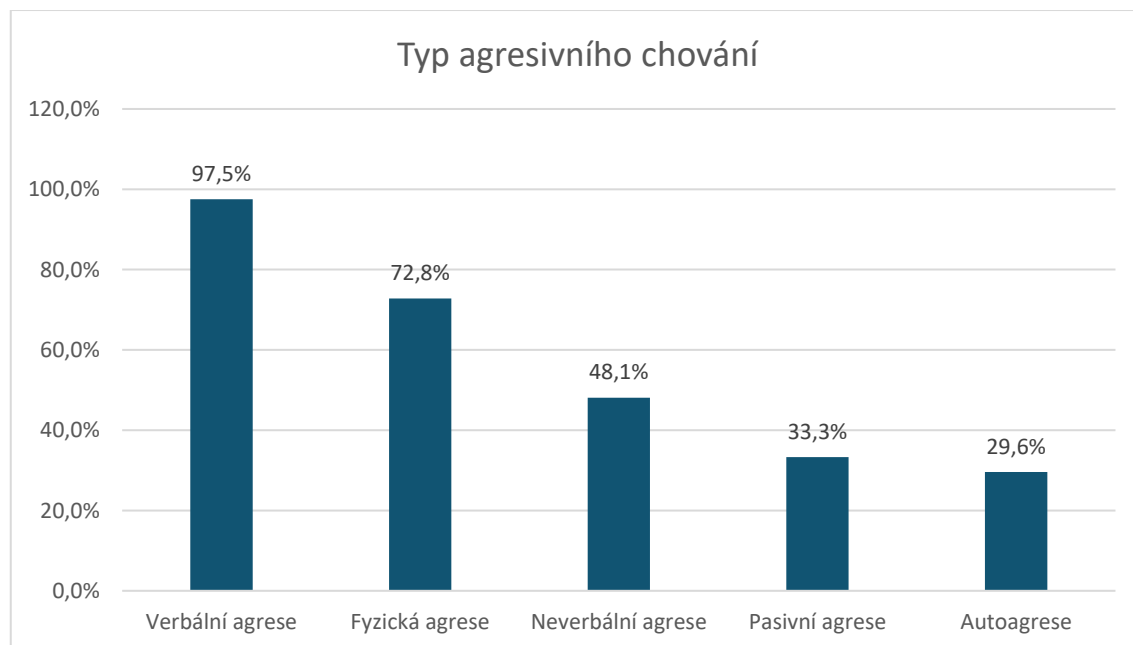
Dotazníkovou otázkou č. 7 bylo zjišťováno, jak často se respondenti během svých služeb setkávali s agresivním chováním. Tato otázka byla určena pouze respondentům, kteří na otázku č. 5 odpověděli kladně, tedy že se během svých služeb setkali s agresivním chováním. Na tuto otázku odpovědělo kladně 81 respondentů z celkového počtu respondentů 82. Respondenti mohli u této otázky uvést více odpovědí. Procentuální znázornění je tedy vztaženo k počtu 81 respondent.

Odpověď typu, že se každou službu setkali s agresivními projevy uvedli 2 (2,5 %) respondenti. Odpověď typu, že se setkali s agresivními projevy každý týden uvedlo 15 (18,5 %) respondentů. Odpověď typu, že se setkali s agresivními projevy každý měsíc uvedlo 25 (30,9 %) respondentů, pouze 1 respondent (1,2 %) uvedl, že se s tímto typem chováním setkal pouze jednou. Nejčastěji se s agresivním chováním respondenti setkávali „několikrát do roka“, tuto možnost uvedlo 38 (46,9 %) respondentů.

Analýza dotazníkové otázky č. 8 – Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ agresivního chování jste zaznamenala/zaznamenal?

Tabulka 8 Typ agresivního chování

Odpověď	Počet odpovědí	Počet respondentů	Podíl
Verbální agrese	79	81	97,5 %
Fyzická agrese	59	81	72,8 %
Neverbální agrese	39	81	48,1 %
Pasivní agrese	27	81	33,3 %
Autoagrese	24	81	29,6 %



Graf 8 Typ agresivního chování

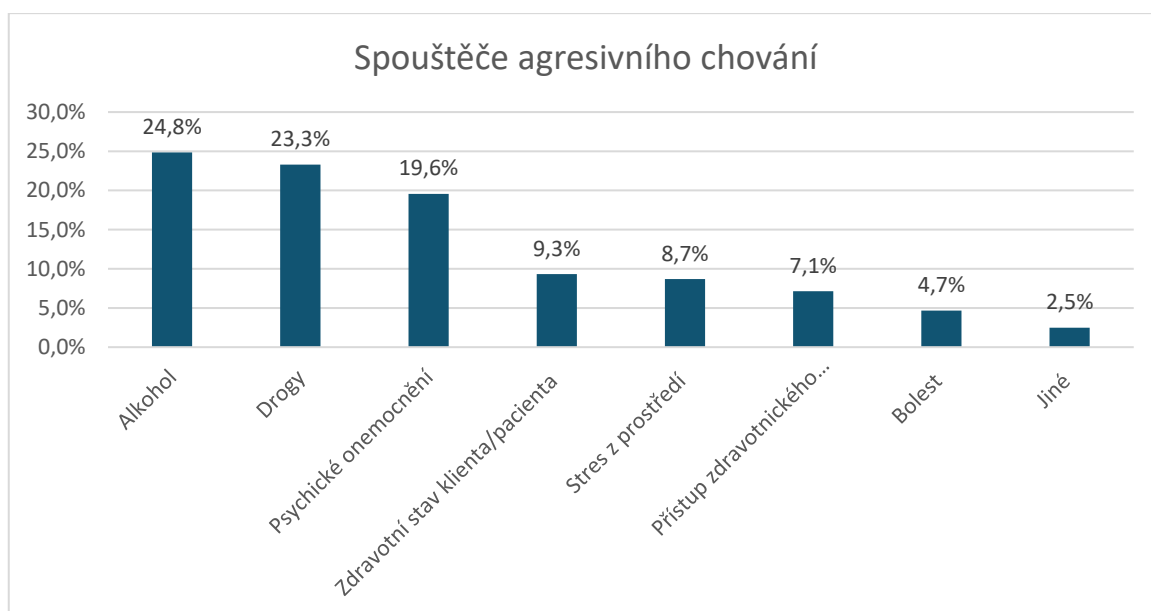
Otázka č. 8 byla určena pouze respondentům, kteří na otázku č. 5 odpověděli kladně, tedy že se během své praxe setkali s agresivním chováním. 81 respondentů z celkového počtu 82 odpovědělo, že se setkalo s agresivním chováním během výkonu své profese. Tito respondenti mohli u otázky uvést více typů agresivních projevů se kterými se setkali. Procentuální zastoupení u jednotlivých odpovědí je počítáno vzhledem k počtu 81 respondent.

Nejčastěji uváděným typem agresivního chování byla verbální agrese, se kterou má zkušenost 79 (97,5 %) respondentů. Fyzickou agresi zaznamenalo 59 (72,8 %) respondentů a neverbální projevy agrese uvedlo 39 (48,1 %) respondentů. Pasivní agresi uvedlo 27 (33,3 %) respondentů a autoagresivní chování zaznamenalo 24 (29,6 %) respondentů.

Analýza dotazníkové otázky č. 9 – Co podle Vás nejčastěji vyvolává agresivní chování klientů/pacientů nebo jejich osob blízkých?

Tabulka 9 Spouštěče agresivního chování

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Alkohol	80	24,8 %
Drogy	75	23,3 %
Psychické onemocnění	63	19,6 %
Zdravotní stav klienta/pacienta	30	9,3 %
Stres z prostředí	28	8,7 %
Přístup zdravotnického personálu	23	7,1 %
Bolest	15	4,7 %
Jiné	8	2,5 %
Celkem	322	100,0 %



Graf 9 Spouštěče agresivního chování

Dotazníkovou položkou č. 9 bylo zjišťováno, jaké faktory podle respondentů nejčastěji vyvolávají agresivní chování ze strany klientů/pacientů nebo jejich osob blízkých. Otázka umožňovala uvést více odpovědí, a proto celkový počet uvedených odpovědí (322) převyšuje počet respondentů. Tabulka uvádí četnost výskytů jednotlivých spouštěčů agresivního chování a jejich podíl vzhledem k celkovému počtu odpovědí.

Nejčastěji uváděným faktorem/spouštěčem agresivního chování byl alkohol, který označilo 80 (24,8 %) respondentů. Odpověď typu „drogy“ uvedlo 75 (23,3 %) respondentů, psychické onemocnění uvedlo 63 (19,6 %) respondentů. Mezi další zmiňované faktory/spouštěče agresivního chování patřil zdravotní stav klienta/pacienta, který uvedlo 30 (9,3 %) respondentů a stres z prostředí, který uvedlo 28 (8,7 %) respondentů. Mezi další možné faktory/spouštěče agresivního chování byl zařazen přístup zdravotnického personálu, který uvedlo 23 (7,1 %) respondentů. Výrazně méně – 15 (4,7 %) respondentů uvedlo jako možný spouštěč/faktor agresivního chování bolest. Respondenti měli rovněž možnost doplnit odpovědi v podobě vlastních sdělení faktorů/spouštěčů agresivního chování, a to pomocí odpovědi „jiné“, kterou zvolilo 8 (2,5 %) respondentů. Mezi faktory/spouštěče agresivního chování uvedli:

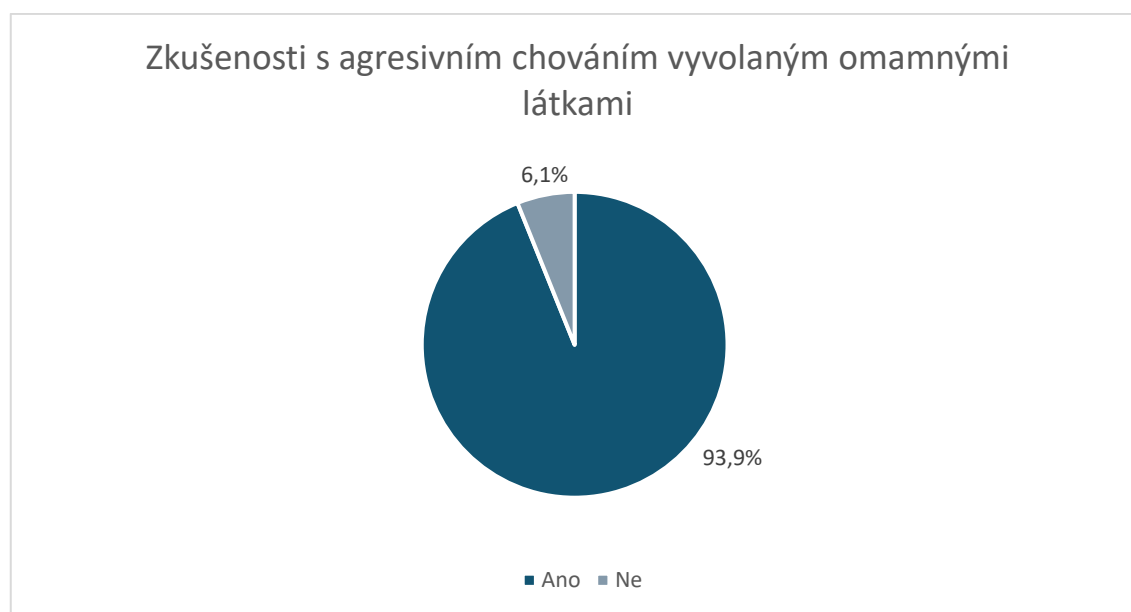
- „Osobnost pacienta.“
- „Únava záchranáře.“
- „Společenská nálada.“
- „Vládnoucí politická strana.“

- „Výchova.“
- „Sociální prostředí.“
- „Nízký intelekt.“
- „Sociální status.“

Analýza dotazníkové otázky č. 10 – Máte zkušenost, že agresivní chování bylo spojeno s užitím omamných látek?

Tabulka 10 Zkušenosti s agresivním chováním vyvolaným omamnými látkami

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	77	93,9 %
Ne	5	6,1 %
Celkem	82	100,0 %



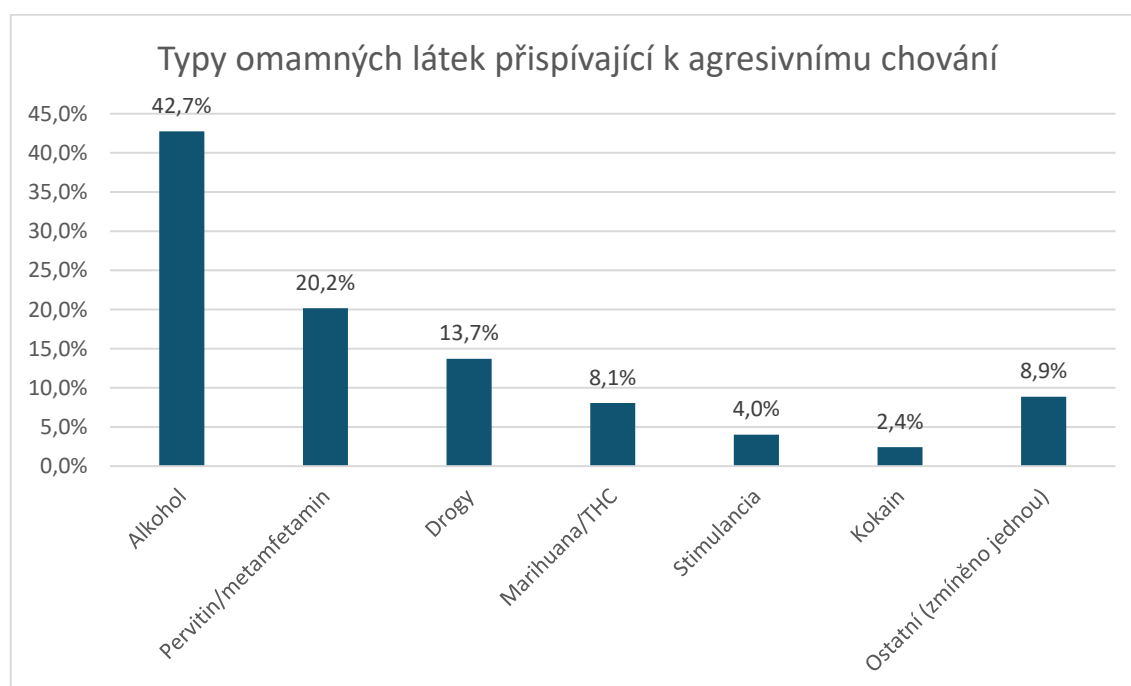
Graf 10 Zkušenosti s agresivním chováním vyvolaným omamnými látkami

Dotazníková otázka č. 10 zjišťovala, zda se respondenti ve své praxi setkali s projevy agresivního chování u osob pod vlivem omamných látek. Většina respondentů, konkrétně 77 (93,9 %), uvedla, že má s takovým chováním zkušenost, pouze 5 (6,1 %) respondentů uvedlo, že se s tímto typem agrese dosud neseťkalo.

Analýza dotazníkové otázky č. 11 – Pokud jste na otázku č. 10 odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ omamných látek, podle Vašich zkušeností, nejvíce přispívá agresivnímu chování?

Tabulka 11 Typy omamných látek přispívající k agresivnímu chování

Kategorie	Četnost	Relativní četnost
Alkohol	53	42,7 %
Pervitin/metamfetamin	25	20,2 %
Drogy	17	13,7 %
Marihuana/THC	10	8,1 %
Stimulancia	5	4,0 %
Kokain	3	2,4 %
Ostatní (zmíněno jednou)	11	8,9 %
Celkem	124	100,0 %



Graf 11 Typy omamných látek přispívající k agresivnímu chování

Dotazníková otázka č. 11 zjišťovala, jaký typ omamných látek podle zkušeností respondentů nejčastěji přispívá k agresivnímu chování. Jednalo se o otevřenou otázku, ve které respondenti mohli uvést jednu nebo více látek, které považují za rizikové z hlediska spuštní agresivního chování

Tato otázka byla otevřená a zaměřovala se na zkušenosti respondentů s omamnými látkami, které dle respondentů nejčastěji přispívají ke vzniku agresivního chování. Odpovědi byly následně začleněny do příslušných kategorií. Vzhledem k povaze odpovědí, mohla jedna odpověď obsahovat více omamných látek (např. „alkohol“ a „pervitin“) a být tedy zařazena do více kategorií. Níže uvádíme přehled jednotlivých kategorií a jejich procentuální zastoupení (počítané z celkového počtu odpovědí) a vybrané příklady odpovědí.

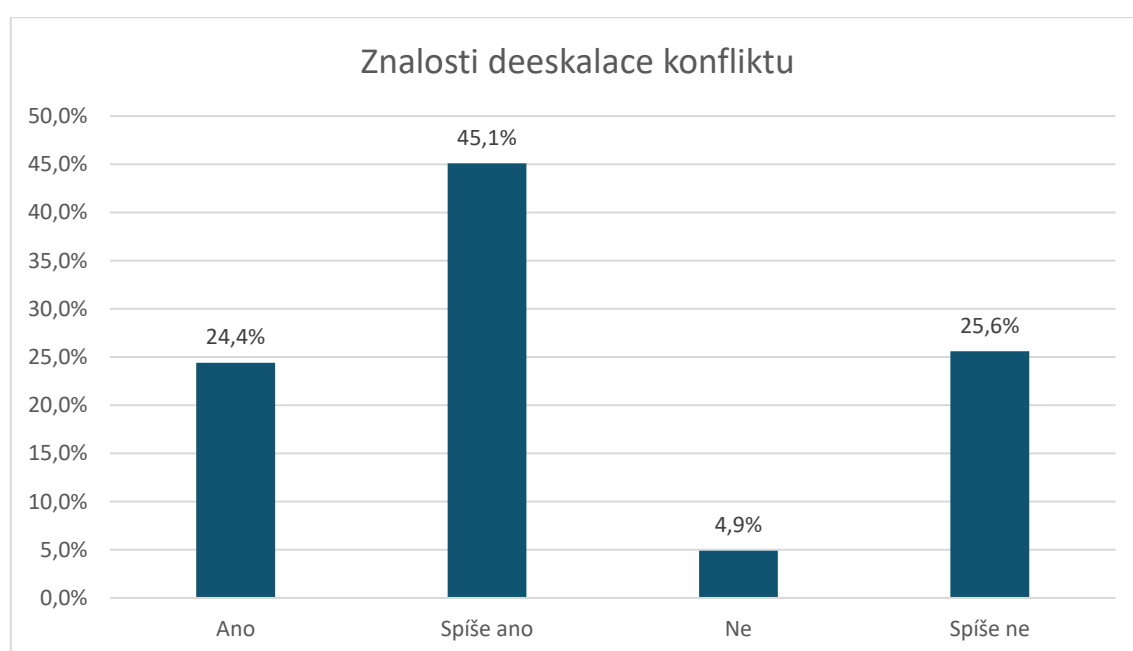
V odpovědích byl nejčastěji zmiňován alkohol, který se objevil u 53 (42,7 %) odpovědí. Druhou nejčastěji uvedená omamná látka byl pervitin, respondenty označovaný také jako metamfetamin, který byl uveden u 25 (20,2 %) odpovědí. Obecné označení „drogy“ bez bližší specifikace se objevilo u 17 (13,7 %) odpovědí a marihuanu/THC uvedlo 10 (8,1 %) respondentů. Méně často byl zmiňován kokain, který uvedli 3 (4,1 %) respondenti a dále pak stimulancia, která uvedlo 5 (4,0 %) respondentů. Do kategorie stimulancií byly kromě obecného označení „stimulancia“ zahrnuty i látky spadající do této skupiny, například „extáze“ nebo „amfetamin“. Všechny látky, které byly zmíněny pouze jednou a nebylo možné je zařadit do výše uvedených skupin, byly zahrnuty do kategorie „Ostatní (zmíněno jednou)“, kterou zvolilo 11 (8,9 %) respondentů. V této kategorii byly zmiňovány například:

- „Léky“
- „GHB“ či „DHC“
- „Houby“
- „Benzodiazepiny“
- „Prášky neznámého původu – z ciziny objednané z internetu“

Analýza dotazníkové otázky č. 12 – Máte znalosti o technikách deeskalace konfliktu?

Tabulka 12 Znalosti deeskalace konfliktu

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	20	24,4 %
Spíše ano	37	45,1 %
Ne	4	4,9 %
Spíše ne	21	25,6 %
Celkem	82	100,0 %



Graf 12 Znalosti deeskalace konfliktu

Dotazníková otázka č. 12 se zaměřovala na zjištění, zda respondenti disponují znalostí technik deeskalace konfliktu. Nejčastější odpovědí byla odpověď „spíše ano“, kterou uvedlo 37 (45,1 %) respondentů. Možnost „spíše ne“ uvedlo 21 (25,6 %) respondentů a odpověď „ano“ uvedlo 20 (24,4 %) respondentů. Nejméně zastoupená byla odpověď „ne“, kterou zvolili 4 (4,9 %) respondenti.

Analýza dotazníkové otázky č. 13 – Myslíte, že nesprávná komunikace může mít vliv na vznik agresivního chování?

Tabulka 13 Vliv nesprávné komunikace

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	82	100,0 %
Ne	0	0 %
Celkem	82	100,0 %



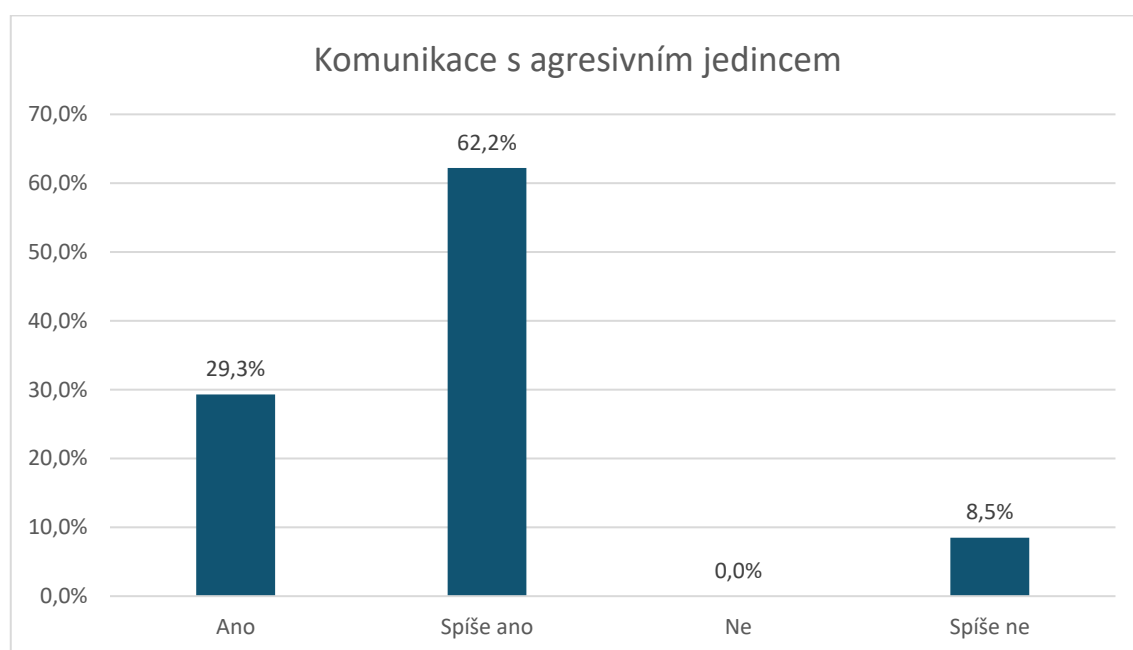
Graf 13 Vliv nesprávné komunikace

Dotazníková otázka č. 13 zjišťovala, zda respondenti vnímají nesprávnou komunikaci jako potenciální spouštěč agresivního chování. Všechny 82 (100,0 %) respondentů uvedlo, že neefektivní či nevhodná komunikace může mít přímý vliv na vznik agrese. Odpověď „ne“ nebyla zvolena žádným respondentem.

Analýza dotazníkové otázky č. 14 – Máte představu o tom, jak byste měla/měl komunikovat s agresivním jedincem?

Tabulka 14 Komunikace s agresivním jedincem

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	24	29,3 %
Spíše ano	51	62,2 %
Ne	0	0,0 %
Spíše ne	7	8,5 %
Celkem	82	100,0 %



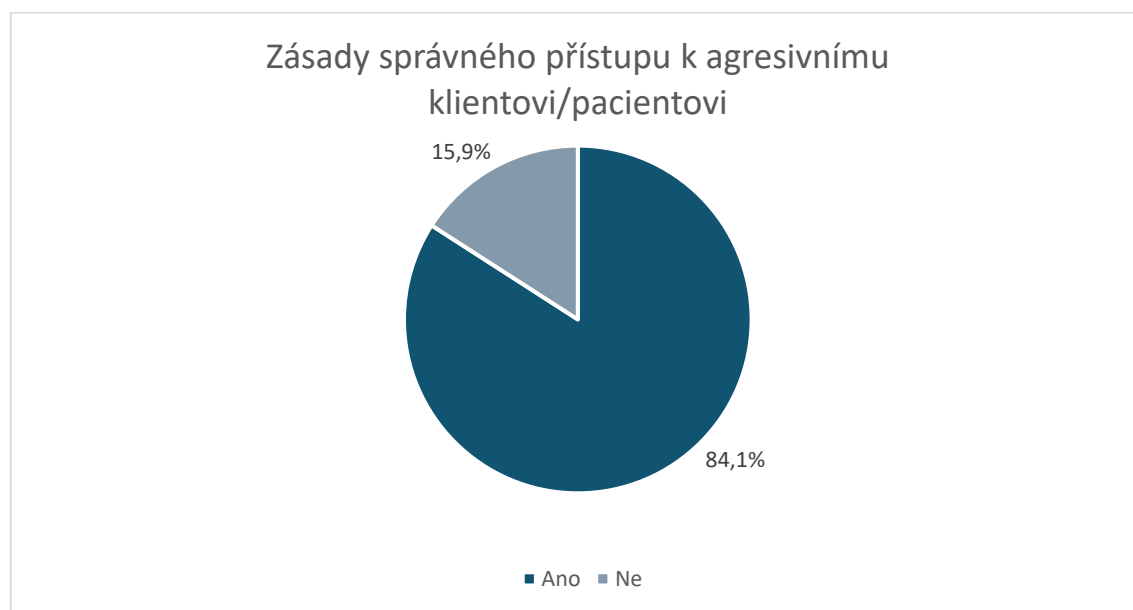
Graf 14 Komunikace s agresivním jedincem

Dotazníková otázka č. 14 byla zaměřena na zjištění znalosti správné komunikace s agresivním klientem/pacientem. 51 (62,2 %) respondent uvedl odpověď „spíše ano“. Možnost „ano“ uvedli 24 (29,3 %) respondenti a 7 (8,5 %) respondentů odpovědělo „spíše ne“. Odpověď „ne“ nebyla uvedena žádným respondentem.

Analýza dotazníkové otázky č. 15 – Znáte zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi?

Tabulka 15 Zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	69	84,1 %
Ne	13	15,9 %
Celkem	82	100,0 %



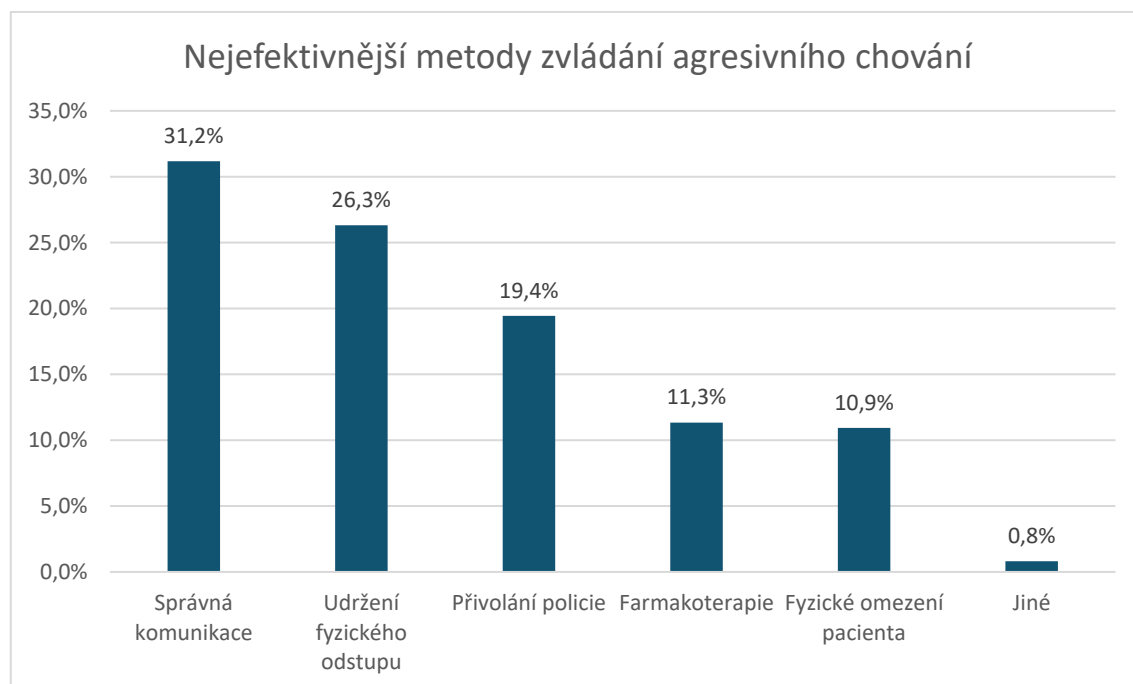
Graf 15 Zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi

Dotazníková otázka č. 15 zjišťovala, zda respondenti znají zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi. 69 (84,1 %) respondentů zná zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi, pouze 13 (15,9 %) respondentů uvedlo, že těmito znalostmi nedisponuje.

Analýza dotazníkové otázky č. 16 – Jaké metody zvládání agresivního chování považujete za nejefektivnější?

Tabulka 16 Nejefektivnější metody zvládání agresivního chování

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Správná komunikace	77	31,2 %
Udržení fyzického odstupu	65	26,3 %
Přivolání policie	48	19,4 %
Farmakoterapie	28	11,3 %
Fyzické omezení pacienta	27	11,0 %
Jiné	2	0,8 %
Celkem	247	100,0 %



Graf 16 Nejefektivnější metody zvládání agresivního chování

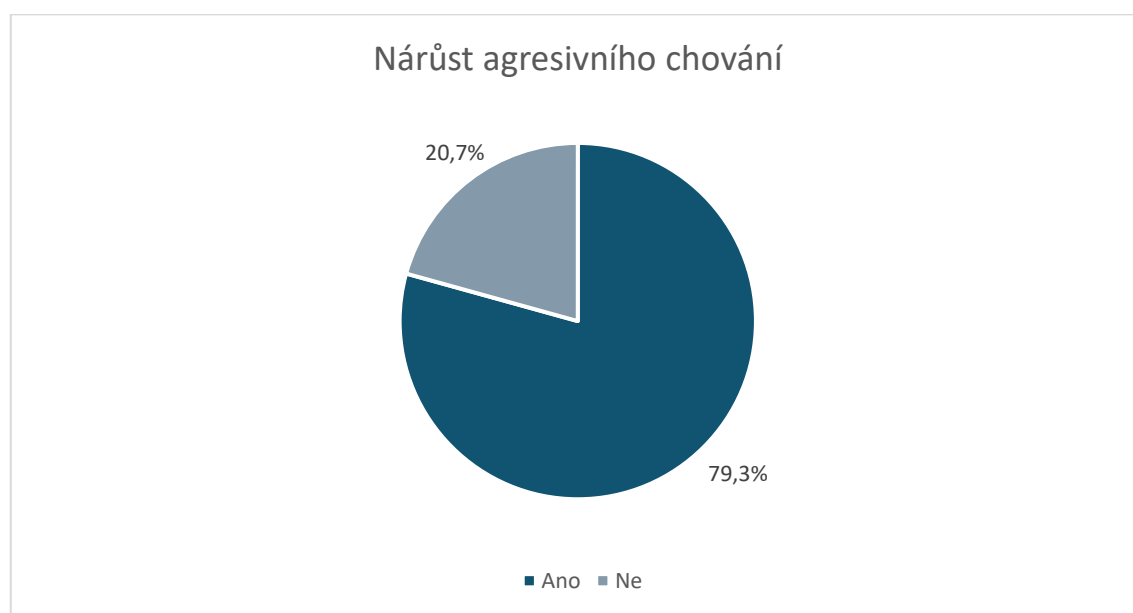
Dotazníková otázka č. 16 zjišťovala, které metody považují respondenti za nejučinnější při zvládání agresivního chování. Otázka umožňovala vícenásobný výběr odpovědí, celkový počet uvedených odpovědí byl (247), převyšoval počet samotných respondentů.

Nejčastější odpovědí byla správná komunikace, kterou uvedlo 77 (31,2 %) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo udržení fyzického odstupu, kterou uvedlo 65 (26,3 %) respondentů. Odpověď přivolání policie zvolilo 48 (19,4 %) respondentů, odpověď farmakoterapie zvolilo 28 (11,3 %) respondentů a odpověď fyzické omezení klienta/pacienta uvedlo 27 (11,0 %) respondentů. Odpověď „jiné“ uvedli 2 (0,8 %) respondenti. Jejich odpovědi byly identické, uvedli za nejefektivnější metodu „kombinace všech metod“.

Analýza dotazníkové položky č. 17 – Myslíte si, že v posledních letech přibývá agresivního chování?

Tabulka 17 Nárůst agresivního chování

Odpověď	Četnost	Relativní četnost
Ano	65	79,3 %
Ne	17	20,7 %
Celkem	82	100,0 %



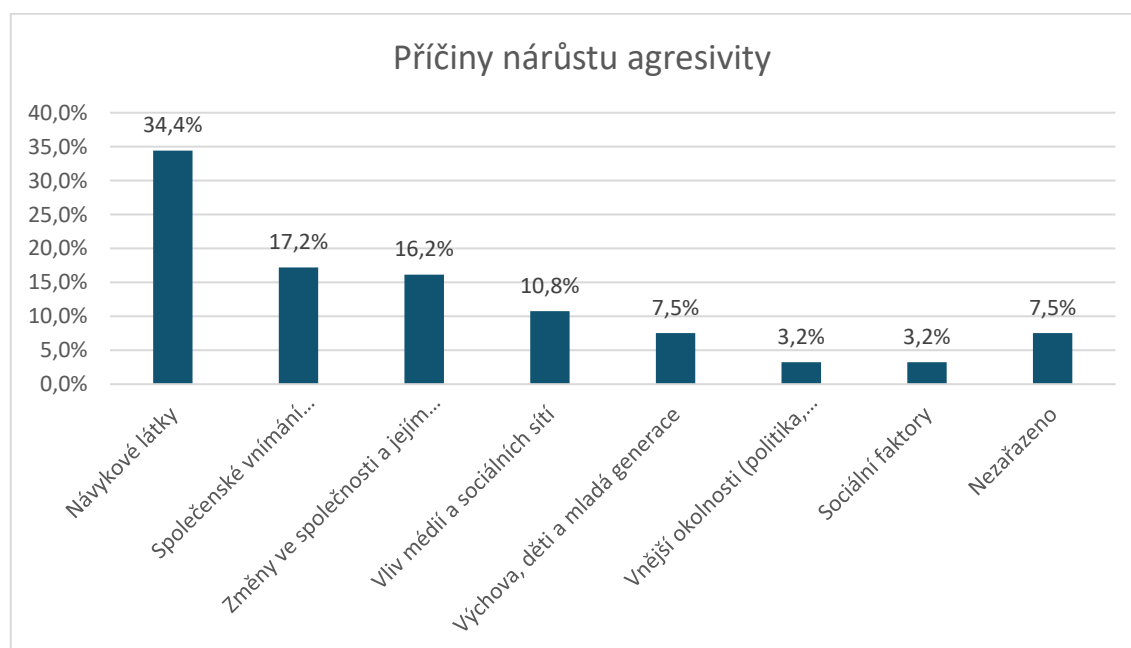
Graf 17 Nárůst agresivního chování

Dotazníková otázka č. 17 zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že v posledních letech dochází k nárůstu agresivního chování. 65 (79,3 %) respondentů uvedlo, že výskyt agresivních projevů skutečně stoupá. Pouze 17 (20,7 %) respondentů uvedlo, že k výraznému nárůstu agresivity nedochází.

Analýza dotazníkové otázky č. 18 – Pokud jste na otázku č. 17 odpověděla/odpověděl „ano“, čím je podle Vás způsoben nárůst agresivity?

Tabulka 18 Příčiny nárůstu agresivity

Kategorie	Četnost	Relativní četnost
Návykové látky	32	34,4 %
Společenské vnímání zdravotnictví	16	17,2 %
Změny ve společnosti a jejím nastavení	15	16,2 %
Vliv médií a sociálních sítí	10	10,8 %
Výchova, děti a mladá generace	7	7,5 %
Vnější okolnosti (politika, ekonomika, válka)	3	3,2 %
Sociální faktory	3	3,2 %
Nezařazeno	7	7,5 %
Celkem odpovědí	93	100,0 %



Graf 18 Příčiny nárůstu agresivity

Dotazníková otázka č. 18 zjišťovala, názor respondentů na příčinu vzniku nárůstu agresivity ve společnosti.

Otázka byla otevřená a zjišťovala názor respondentů na příčiny nárůstu agresivního chování. Respondenti měli možnost uvést své odpovědi. Tyto odpovědi byly roztříděny do příslušných kategorií. Vzhledem k povaze odpovědí mohla jedna odpověď obsahovat více sdělení (např. „*vliv sociálních sítí*“ i „*nedostatečná výchova*“) a být proto zařazena do více kategorií. Níže uvádíme přehled jednotlivých kategorií, četnost výskytu různých typů odpovědí a příklady konkrétních odpovědí.

Nejčastěji zmiňovaným faktorem/spouštěčem nárůstu agresivního chování byly návykové látky, které se objevily u 32 (34,4 %) odpovědí. Respondenti v této souvislosti nejčastěji uváděli alkohol nebo obecné označení „drogy“ (např. „*Větší dostupnost alkoholu a drog*“ nebo „*Velmi dostupné drogy typu pervitin, legálně dostupné HHC, kratom apod., neustále stoupající počet osob nadužívajících alkohol*“). Druhou nejčastější uvedenou kategorií jako spouštěč/faktor nárůstu agresivního chování bylo uvedeno společenské vnímání zdravotnictví, které bylo uvedeno u 16 (17,2 %) odpovědí. Respondenti zde poukazovali na ztrátu respektu vůči jejich profesi, nedostatek úcty, anebo neadekvátní očekávání ze strany klientů/pacientů (např. „*Pacienti nám dávají dost dobře najevo, že to oni si nás platí, a proto my budeme dělat tak jak oni řeknou. Dále nadužívání alkoholu.*“). Za touto kategorií následovaly odpovědi uvádějící změny ve společnosti a jejím nastavení, které byly zmíněny u 15 (16,2 %) případů odpovědí. Tyto odpovědi často obsahovaly sdělení jako úpadek morálních hodnot, nárůst frustrace nebo stresu ve společnosti. Konkrétní příklady: „*Mentalita lidí v současné době, více stresu, neklidu, nezvládání běžných věcí, nadměrné až zbytečné prožívání určitých situací v běžném životě.*“ Dále respondenti uváděli vliv médií a sociálních sítí, a to u 10 (10,8 %) odpovědí. U 7 (7,5 %) odpovědí zazněla také problematika výchovy, dětí a mladé generace, kde respondenti často kritizovali chybějící autority nebo volnější výchovu (např. „*Větší dostupnost návykových léků, více psychických onemocnění, volnější výchova*“). Vnější okolnosti, jako jsou válka, politická situace nebo ekonomická nejistota, byly uvedeny ve 3 (3,2 %) případech, stejně jako sociální faktory, např. „*Návykové látky, bezdomovci, omezení kompetencí PČR*“ či „*Stres ve společnosti, dostupnost drog v sociálně slabších vrstvách*“. Kategorie nezařazeno obsahovala 7 (7,5 %) odpovědí, které nebylo možno zařadit do žádné ze zmiňovaných kategorií, například „*Furt někam spěcháme, za něčím se honíme.*“

2.7 Analýza výzkumných cílů a výzkumných předpokladů

Analýza stanovených výzkumných cílů a výzkumných předpokladů na základě dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření.

2.7.1 Výzkumné cíle

1. Zmapovat míru agresivity na úseku urgentní medicíny.
2. Zjistit vliv komunikace na agresivní chování.
3. Zmapovat možné okolnosti vzniku agresivity.

1. Výzkumný cíl č. 1. - Zmapovat míru agresivity na úseku urgentní medicíny.

Na základě analýzy dotazníků bylo zjištěno, že se s agresivním chováním pacientů nebo jejich doprovodu během své praxe setkala převážná většina respondentů. Konkrétně 81 z 82 oslovených zdravotnických pracovníků (98,8 %) uvedlo, že se s agresivním chováním již setkala. To ukazuje, že agresivita je v prostředí urgentní medicíny velmi častým jevem. Z odpovědí dále vyplynulo, že se agresivní chování objevuje nejčastěji ve formě verbální agrese (křik, nadávky, urážky), méně často byla zmiňována neverbální agrese a v menší míře také fyzická agrese. Respondenti současně uvedli, že k těmto situacím dochází opakovaně, nejčastěji v intervalu každý týden až každou službu. Z toho vyplývá, že agresivita není vnímána jako ojedinělý incident, ale jako problém, se kterým se zdravotnický personál na urgentních pracovištích setkává dlouhodobě.

Na základě získaných údajů lze konstatovat, že míra výskytu agresivního chování v oblasti urgentní medicíny byla zmapována a první výzkumný cíl byl splněn.

1. Výzkumný cíl č. 2 – Zjistit vliv komunikace na agresivní chování.

Na základě vyhodnocení dotazníkového šetření bylo zjištěno, že komunikace hraje v prevenci i řešení agresivního chování zásadní roli. Většina respondentů uvedla, že má alespoň základní znalosti o technikách deeskalace konfliktu a je si vědoma důležitosti správné komunikace při jednání s klienty/pacienty. Z odpovědí na otázky č. 12 až 16 vyplynulo, že nesprávná nebo nevhodná komunikace může přispívat ke vzniku agresivního chování. Zároveň většina respondentů uvedla, že ví, jakým způsobem s agresivním pacientem komunikovat, a zná zásady správného přístupu k agresivním klientům. Při otázce zaměřené na nejefektivnější metody zvládání agresivity označila převážná část respondentů jako nejúčinnější právě správnou komunikaci, doplněnou o udržení fyzického odstupu nebo přivolání pomoci v případě potřeby. Tyto výsledky

potvrzují, že zdravotničtí pracovníci vnímají komunikační dovednosti jako klíčový faktor při prevenci a zvládání agresivního chování klientů/pacientů i jejich doprovodu.

Z výše uvedených zjištění vyplývá, že komunikace má významný vliv na projevy agresivity, a proto lze konstatovat, že druhý výzkumný cíl byl splněn.

2. Výzkumný cíl č. 3 – Zmapovat možné okolnosti vzniku agresivity.

Třetí výzkumný cíl byl zaměřen na zjištění faktorů, které přispívají ke vzniku agresivního chování pacientů či jejich blízkých v prostředí urgentní medicíny. Respondenti nejčastěji označili jako spouštěč agresivního chování užití alkoholu a jiných návykových látek, dále psychické onemocnění, stres a bolest. Mezi další často uváděné faktory patřily negativní zdravotní stav klienta/pacienta, nedostatek personálu a dlouhé čekací doby na ošetření. V otázce zaměřené na spojitost agresivního chování s užíváním omamných látek uvedla většina dotázaných (přibližně 90 % respondentů), že se během své praxe setkala s agresivními pacienty pod vlivem těchto látek. Nejčastěji byly jmenovány alkohol, pervitin, případně kombinace více návykových látek. Z odpovědí je patrné, že intoxikace klientů/pacientů hraje v rozvoji agresivního chování významnou roli, avšak není jeho jedinou příčinou. Výsledky zároveň naznačují, že k projevům agrese dochází častěji u pacientů, kteří se nacházejí ve stresu, pociťují bolest nebo se nacházejí v psychicky náročné situaci.

Na základě získaných údajů lze říct, že okolnosti vzniku agresivity byly zmapovány a že se jedná o multifaktoriální jev, jehož vznik ovlivňuje kombinace fyzických, psychických i sociálních faktorů.

Třetí výzkumný cíl byl splněn.

2.7.2 Výzkumné předpoklady

Výzkumné předpoklady byly upraveny na základě provedeného předvýzkumu a byly změněny jejich procentuální hodnoty.

1. Předpokládáme, že s agresivním chováním se v oblasti urgentní medicíny setkalo 100 % zdravotnických záchranářů/všeobecných sester/zdravotnických pracovníků pracujících na úseku urgentní medicíny.
2. Předpokládáme, že správná komunikace eliminuje ve 100 % výskytu agresivní chování.
3. Předpokládáme, že agresivní chování je ve 100 % výskytu podmíněno omamnými látkami.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládáme, že s agresivním chováním se v oblasti urgentní medicíny setkalo 100 % zdravotnických záchranářů/všeobecných sester/zdravotnických pracovníků pracujících na úseku urgentní medicíny.

K ověření výzkumného předpokladu č. 1 byla využita dotazníková otázka č. 5.

Tato otázka zjišťovala, zda se respondenti během své praxe setkali s agresivním chováním klientů/pacientů nebo jejich doprovodu. Na otázku, která zjišťovala, zda se respondenti během své praxe setkali s agresivním chováním, odpovědělo kladně 81 respondentů z 82 dotazovaných respondentů (98,8 %). Naše zjištění i přes nepotvrzení výzkumného předpokladu poukazuje na to, že je agresivní chování v urgentní medicíně velmi častým jevem,

První výzkumný předpoklad nebyl potvrzen.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládáme, že správná komunikace eliminuje ve 100 % výskytu agresivní chování.

Tento výzkumný předpoklad byl ověřován pomocí dotazníkové otázky č. 13 a 16.

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že správná komunikace výrazně napomáhá ke snížení výskytu agresivního chování. Toto zjištění vychází z analýzy odpovědí na výzkumnou otázku č. 13, která zjišťovala názor respondentů na to, zda nesprávná komunikace může ovlivnit vznik agresivního chování. Všechny 82 respondentů

(100 %) uvedlo, že komunikace hraje v této situaci významnou roli a může působit jako klíčový faktor při zvládnání agresivního chování.

Toto zjištění potvrzují i odpovědi na dotazníkovou otázku č. 16, ve které byla správná komunikace respondenty nejčastěji označována jako nejefektivnější metoda zvládnání agresivního chování.

Výzkumný předpoklad č. 2 byl potvrzen.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládáme, že agresivní chování je ve 100 % výskytů podmíněno omamnými látkami.

K vyhodnocení výzkumného předpokladu č. 3 byly použity výzkumné otázky č. 9 a 10.

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že omamné a návykové látky představují významný faktor přispívající ke vzniku agresivního chování. Na dotazníkovou otázku č. 10, která zjišťovala, zda respondenti mají zkušenost s agresivním chováním souvisejícím s užitím omamných látek, odpovědělo kladně 77 (93,9 %) respondentů.

Tento výsledek je podpořen také odpověďmi na otázku č. 9, v níž respondenti označili alkohol u (24,8 %) a drogy u (23,3 %) jako nejčastější příčiny agresivního chování. Dohromady tyto dvě položky tvoří 48,1 % všech odpovědí. Naše výzkumné šetření poukazuje tedy na významný vliv omamných látek na výskyt agresivního chování, ale výzkumný předpoklad číslo tři potvrdit nelze, neboť se nejedná o 100 % výskyt agresivního chování podmíněného omamnými látkami.

Výzkumný předpoklad č. 3 nebyl potvrzen.

3 Diskuze

Agresivní chování v posledních letech neustále narůstá a představuje závažný problém ve zdravotnictví. V porovnání s jinými profesemi čelí pracovníci ve zdravotnictví vysokému riziku násilí na pracovišti, poskytování zdravotní péče je tedy považováno za jedno z nejrizikovějších povolání, z hlediska výskytu násilí na pracovišti (Pekara, 2017). Cílem této práce bylo zmapovat míru agresivity vůči zdravotnickým pracovníkům na úseku urgentní a intenzivní péče, zjistit vliv komunikace na agresivní chování a jednání a dále pak zjistit možné příčiny vyvolávající agresivní chování a jednání v souvislosti s užitím omamných látek.

Zjišťovali jsme míru agresivity na úseku urgentní péče a zjistili jsme že 81 (98,8 %) zdravotníků pracujících na úseku urgentní medicíny se setkalo s agresivním chováním a jednáním, to jen potvrzuje závažnost a aktuálnost této problematiky ve společnosti. K podobnému výsledku dospěl i Liu et al. (2019) v Číně, který uvádí, že 61,9 % zdravotnických pracovníků má zkušenost s násilím na pracovišti, zejména s verbální agresí, a to od klientů/pacientů či jejich příbuzných (Liu et al.,2019). Podle Klikové (2024) je agresivita v různých formách běžnou součástí práce na odděleních urgentního příjmu (Kliková, 2024).

Naše výzkumné šetření potvrdilo předpoklad, že správná komunikace výrazně snižuje riziko vzniku agresivního chování a jednání, a to 100 %. Toto zjištění lze podpořit i prací Jakoubkové (2022), která uvádí, že empatický přístup, jasné a srozumitelné informování o zdravotním stavu a postupu léčby výrazně přispívá ke snižování výskytu agresivních projevů u klientů/pacientů (Jakubková, 2022).

Výskyt agresivity v souvislosti s užitím alkoholu či jiných omamných látek je u více než 77 (93,9 %) případů dle našeho výzkumného šetření. Toto zjištění odpovídá i poznatkům Klikové (2024), která uvádí, že intoxikovaní klienti/pacienti patří mezi nejrizikovější skupiny z hlediska ohrožení bezpečnosti zdravotnického personálu (Kliková, 2024). Podobná zjištění je i práci Jakoubkové (2022), která uvádí, že kombinace užití omamných látek, stresu a čekací doby na ošetření výrazně zvyšuje pravděpodobnost vzniku agresivního chování (Jakubková, 2022).

Na základě výsledků získaných z našeho výzkumného šetření, informací z literatury a dalších výzkumných zdrojů lze uvést, že agresivita vůči zdravotníkům v urgentní medicíně představuje častý a závažný problém. Všechna dostupná zjištění

ukazují na to, že agresivní chování se vyskytuje nejčastěji v souvislosti s užitím alkoholu nebo jiných omamných látek. Zde se však nabízí otázka, zda lze považovat intoxikaci za skutečně hlavní spouštěč agresivních projevů. Látalová (2013) uvádí, že agresivita je multifaktoriální jev, který vzniká kombinací biologických, psychologických a sociálních faktorů. Nelze tedy jednoznačně určit jediný faktor jako „hlavní spouštěč“ agresivního chování. Jde o soubor několika faktorů, které na sebe vzájemně navazují a jednotlivé spouštěče mohou pouze podpořit vznik agresivních reakcí (Látalová, 2013).

Dalším důležitým zjištěním z našeho výzkumného šetření je vliv komunikace na prevenci agresivní chování a jednání. Většina respondentů našeho výzkumného šetření uvedla, že považují správně zvolenou komunikaci za klíčový prvek prevence agresivního chování a jednání klientů/pacientů. Toto potvrzuje fakt, že způsob, jakým zdravotnický pracovník komunikuje, ať už verbálně nebo neverbálně s klientem/pacientem či jeho okolím, má zásadní vliv na vývoj situace. Zde se nám ovšem nabízí otázka, co přesně zahrnuje pojem „správná komunikace“. Vzhledem k individuálním rozdílům mezi jedinci ve společnosti, a tedy i mezi klienty/pacienty a jejich emočním rozpoložením a sociálním kontextem dění může být jakákoliv komunikace vnímána subjektivně jako správná či nesprávná. Jak uvádí Kliková (2024), i dobře míněné sdělení může být mylně vyhodnoceno a následně tak může nechtěně vyvolat agresivní chování či jednání. Může k tomu dojít zejména v důsledku používání příliš odborných sdělení (užití odborné terminologie) zdravotnickým pracovníkem, která je pro klienta/pacienta nesrozumitelná, nepřehledná, anebo evokuje jeho strach a obavu. K vyvolání agresivního chování či jednání na straně klienta/pacienta může dojít i důsledku nedostatečného přizpůsobení se jeho momentálnímu psychickému stavu či opomenutí jím produkovaných neverbálních signálů. Klíčové je proto vnímat klienta/pacienta jako celek, zohlednit jeho specifické potřeby a zvolit individuální přístup (Kliková, 2024).

V rámci nahlížení na problematiku agresivního chování a jednání, je také klíčové si uvědomit, že i zdravotničtí pracovníci jsou především lidé, a tudíž i oni mají právo na své emoce. Pekara (2015) ve své publikaci uchopuje správnou komunikaci jako sebeobranu zdravotnického pracovníka a uvádí, že je zcela přirozené, že i zdravotnický personál během výkonu profese prožívá emoce. Pekara (2015) poukazuje na to, že emoce, které zdravotnický pracovník prožívá v daný moment, se pak v návaznosti na různé situace mohou měnit, poukazuje zejména na napětí, úlevu či frustraci. Důležité je tyto emoce reflektovat a umět s nimi správně pracovat. Významnou roli zde hraje práce

zaměřená na rozvoj a posílení emoční inteligence zdravotnických pracovníků a rozvoj jejich schopnosti sebereflexe. Právě tyto sociální dovednosti jim umožní zůstat přirozenými a zachovat profesionální přístup (Pekara, 2015).

4 Návrh doporučení pro praxi se zaměřením na komunikaci

Na základě našeho výzkumného šetření lze uvést několik následujících doporučení, která by mohla přispět ke zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a klienty/pacienty a snížit tak, v ideálním případě eliminovat, výskyt agresivního chování a jednání.

1. Zavedení pravidelného vzdělávání a tréninků sociálních dovedností v oblasti krizové a deeskalační komunikace. Vzdělávání a trénink sociálních dovedností by pak měly být zaměřeny na zvládání konfliktních a emočně vypjatých situací. Důraz by měl být kladen především na práci s hlasem (jeho silou a barvou), dále pak na řeč těla a aktivní naslouchání. Využití modelových situací a interaktivních scénářů napomáhá zvládnutí konkrétních situací v praxi.
2. Podpora a rozvoj sociální inteligence. Zdravotnický personál by měl být motivován k zvládání vlastních reakcí a chování a jejich vlivu na komunikaci. Sociální inteligence by měla být vnímána jako součást odborné způsobilosti a profesního rozvoje. Na jejím rozvoji se podílí proces vzdělávání.
3. Zavedení pravidelného vzdělávání v oblasti problematiky zvládání agrese. Zdravotničtí pracovníci by měli být pravidelně vzděláváni a trénováni v sociální dovednosti časného rozpoznání varovných signálů agresivního chování a jednání. Zdravotničtí pracovníci by měli být schopni včas identifikovat tyto situace a umět jim předcházet, případně včas zvolit správnou deeskalační techniku.
4. Podpora týmové spolupráce a využití zpětné vazby. Zavedení pravidelné supervize komunikačně náročných situací na pracovišti. Vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení zkušeností by mohlo napomoci snižování psychické zátěže a nepřímo tak prospět k eliminaci agresivního chování a jednání.

5 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku agresivního chování a jednání vůči zdravotnickému personálu pracujícím na úseku urgentní medicíny. Cílem této práce bylo zmapovat míru agresivity v urgentní medicíně, zjistit vliv komunikace na agresivní chování klientů/pacientů a zjistit možné příčiny vyvolávající agresivní chování u klientů/pacientů.

Na základě našeho kvantitativního výzkumného šetření bylo potvrzeno, že agresivní chování je velmi častým a závažným problémem. Zdravotníci ve výzkumném šetření uvedli, že až 81 (98,8 %) se jich s agresivním chováním a jednáním během výkonu své profese setkalo. Toto zjištění jen potvrzuje závažnost výskytu tohoto jevu při poskytování neodkladné zdravotní péče. Výsledky našeho výzkumného šetření rovněž přinesly zjištění, že u velkého počtu případů agresivního chování a jednání sehrála roli intoxikace alkoholem nebo jinými omamnými látkami. Komunikace se ukázala jako klíčový faktor při řešení konfliktních situací, a to potvrdilo všech 82 (100 %) respondentů. Respondenti uvedli, že vhodný komunikační přístup pomáhá eliminovat vznik agresivního chování.

Naše výzkumné šetření tak přineslo odpovědi na námi stanovené výzkumné cíle a výzkumné předpoklady. Přínosem naší bakalářské práce je nejen sonda (s ohledem na velikost našeho výzkumného vzorku nemůžeme hovořit o zmapování v pravém slova smyslu) do zmapování problematiky agresivního chování a jednání na úseku urgentní péče, ale také zdůraznění důležitosti správně zvolené komunikace. Výsledky našeho výzkumného šetření mohou dále posloužit jako podklad pro širší výzkumný projekt, eventuálně jako návrh k vylepšování a rozvoji praktických opatření, směřujících k prevenci výskytu agresivního chování a jednání na pracovištích urgentní medicíny.

Limit našich zjištění, která vyplývají z našeho výzkumného šetření, spatřujeme především ve velikosti výzkumného vzorku a většinovém podílu respondentů našeho výzkumného šetření pocházejících ze zdravotnické záchranné služby. Dalším limitem zjištění našeho výzkumného šetření je i fakt, že výsledky zjištění pocházejí ze subjektivního vnímání situací jedinci – v našem případě zdravotnickými pracovníky. Jistě by bylo vhodné a přínosné navázat na naše zjištění výzkumným šetřením většího rozměru. Jistě by bylo vhodné pokračovat ve výzkumném šetření i kvalitativní výzkumnou metodou a podrobněji se věnovat prožitkům zdravotnických pracovníků

v konkrétních situacích, kde došlo k agresivnímu chování a jednání. A v rámci rozboru konkrétních situací, se pak i více zaměřit na účinnosti specifických komunikačních technik pro deeskalaci konfliktu.

Seznam použité literatury

BLAŠKO, Dominik, 2023. *Agrese a její vliv na trestnou činnost*. Diplomová práce. Praha: Vysoká škola finanční a správní. Dostupné z: https://is.vsfs.cz/th/gu50y/Zaverecna_prace_Blasko_Dominik_.pdf.

ČERNÝ, Jan, 2022. *Deeskalace agresivního chování pacienta na psychiatrickém oddělení*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/178992>.

ČESKO, 2000. Zákon č. 293 ze dne 28. června 2000 o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 73, s. 3461–3474. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2000/239?zalozka=text>.

ČESKO, 2011a. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ČESKO, 2011b. Zákon č. 374 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131, s. 4839–4848. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>.

ČESKO, 2023. Zákon č. 409 ze dne 29. listopadu 2023, kterým se mění zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 188, s. 5979. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2023/409?zalozka=text>.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2012. Vyhláška č. 240 ze dne 26. června 2012, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 82, s. 3226–3231. Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2012/240?zalozka=text>.

DEWI, I Dewa Ayu Dwika P. a Melina Nicole KYRANIDES, 2022. Physical, Verbal, and Relational Aggression: The Role of Anger Management Strategies. online. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 31, no. 1, s. 65–82. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10926771.2021.1994495>.

FOJTÍK, Stanislav, 2011. *Vybrané faktory ovlivňující agresivitu adolescentů*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/18137/fojt%C3%ADk_2011_dp.pdf.

HARSA, Pavel; Dana KERTÉSZOVÁ; Marek MACÁK; Ilona VOLDŘICHOVÁ a Ilja ŽUKOV, 2012. Současné projevy agrese. online. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 13, č. 1, s. 15–18. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>.

HLOUŠKOVÁ, Tereza, 2016. *Komunikace s agresivním jedincem*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/guy60/DP_Komunikace_s_agresivnim_jedincem_Hlouskova.pdf.

JIRÁK, Roman, 2020. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-461-3.

KOLAŘÍK, Pavel, 2015. *Společenské a sociální aspekty zvyšující se agresivity dětí a mládeže*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/32270/kola%C5%99%C3%ADk_2015_dp.pdf.

KREJČÍ, Natálie, 2023. *Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/58mfak>.

LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8549-3.

LAZAROVÁ, Barbora, 2024. *Postupy chování zdravotnických pracovníků v interakci s agresivními pacienty na pracovištích intenzivní medicíny*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ixncf/Lazarova_DP_Postupy_chovani_ZP_v_interakci_s_agresivnimi_pacienty_na_pracovistich_IM.pdf.

MARTÍNEK, Zdeněk, 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Pedagogika. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5309-6.

MIKŠOVÁ, Markéta a Eva ZACHAROVÁ, 2024. Jak si poradit s agresivním pacientem. online. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*, roč. 2024, č. 3, s. 37–38. ISSN 2336-2987. Dostupné z: https://www.zamcasopis.cz/wp-content/uploads/2024/03/ZAM_03_2024_03_nelekar_web.pdf.

MOYER, Kenneth E., 1976. *The psychobiology of aggression*. Harper's physiological psychology series. New York: Harper & Row. ISBN 978-0-06-044641-3.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2015. *Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition*. online. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. London: British Psychological Society. PMID 26180871. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>.

NZIP, 2025a. intenzivní medicína | NZIP. online. In: *NZIP – Národní zdravotnický informační portál*. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1717>.

NZIP, 2025b. přednemocniční neodkladná péče | NZIP. online. In: *NZIP – Národní zdravotnický informační portál*. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1263>.

POLÁK, Martin, 2023. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-6901-6.

RAHMAN, Abdul a Manju PAUL, 2023. Delirium Tremens(Archived). online. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls, 2023-08-14. PMID 29489272. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482134/>.

RAMAJZLOVÁ, Tereza, 2025. *Využívání znalosti zásad komunikace s agresivním pacientem v praxi*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/xp6vo3/bakalarske_prace_Tereza_Ramajzlova.pdf.

SHARKIYA, Samer H., 2023. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. online. *BMC Health Services*

Research, vol. 23, no. 1, s. 886. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>.

SONG, Kristine; Robert B. BLANKENSHIP a Derek J. SCHALLER, 2025. Violent Patients. online. In: *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2025-03-03. PMID 30725966. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537281/>.

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

ŠEVČÍK, Pavel; Martin MATĚJOVIČ et al. (ed.), 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠÍMA, Lukáš, 2022. *Analýza činností zdravotnických záchranných služeb v České republice v době pandemického nouzového stavu*. Diplomová práce. Praha: České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství. Dostupné z: <https://dspace.cvut.cz/bitstream/handle/10467/104671/FBMI-DP-2022-Sima-Lukas-prace.pdf>.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Kateřina, 2020. Poskytovatelé zdravotních služeb a agresivita jejich pacientů. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, roč. 10, č. 1, s. 53–58. ISSN 1804-8137.

TORDJMAN, S., 2022. Aggressive behavior: A language to be understood. online. *L'Encéphale*, vol. 48, no. Suppl. 1, s. S4–S13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.007>.

TYLICOVÁ, Barbora, 2025. *Management ošetrovatelské péče o agresivního pacienta v intenzivní péči*. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/p2k9ch/DP_TYLICOVA_.pdf.

VEVERA, Jan, 2022. Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy? online. *Neurologie pro praxi*, roč. 23, č. 6, s. 432–436. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/neu.2022.057>.

VEVERA, Jan a Martin ČERNÝ, 2011. Zvládání agitovanosti a násilného chování. online. *Psychiatrie pro praxi*, roč. 12, č. 2, s. 69–71. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/06.pdf>.

WOHLMUTH, Lukáš, 2016. *Analýza okolností ovlivňujících napadení zdravotnického personálu při zásahu*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/78713/120222000.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZÁŘECKÁ, Kateřina, 2018. *Práce sestry na oddělení urgentní medicíny*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/f0rol/DP-KZ_25.4.2018_final.pdf.

ZDVOŘILÝ, Lukáš, 2024. *Management zklidnění agresivního pacienta v podmínkách ZZS*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/rozoa/>.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	35
Tabulka 2 Věk respondentů	36
Tabulka 3 Pracoviště respondentů	37
Tabulka 4 Délka praxe respondentů	38
Tabulka 5 Zkušenost s agresivním chováním.....	39
Tabulka 6 Místa a situace výskytu agresivního chování	40
Tabulka 7 Frekvence setkávání se s agresivním chováním	42
Tabulka 8 Typ agresivního chování.....	43
Tabulka 9 Spouštěče agresivního chování.....	44
Tabulka 10 Zkušenosti s agresivním chováním vyvolaným omamnými látkami	46
Tabulka 11 Typy omamných látek přispívající k agresivnímu chování	47
Tabulka 12 Znalosti deeskalace konfliktu	49
Tabulka 13 Vliv nesprávné komunikace	50
Tabulka 14 Komunikace s agresivním jedincem.....	51
Tabulka 15 Zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi	52
Tabulka 16 Nejefektivnější metody zvládání agresivního chování	53
Tabulka 17 Nárůst agresivního chování	54
Tabulka 18 Příčiny nárůstu agresivity	55

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	35
Graf 2 Věk respondentů.....	36
Graf 3 Pracoviště respondentů.....	37
Graf 4 Délka praxe respondentů	38
Graf 5 Zkušenost s agresivním chováním.....	39
Graf 6 Místa a situace výskytu agresivního chování	40
Graf 7 Frekvence setkávání se s agresivním chováním	42
Graf 8 Typ agresivního chování	43
Graf 9 Spouštěče agresivního chování.....	45
Graf 10 Zkušenosti s agresivním chováním vyvolaným omamnými látkami	46
Graf 11 Typy omamných látek přispívající k agresivnímu chování.....	47
Graf 12 Znalosti deeskalace konfliktu	49
Graf 13 Vliv nesprávné komunikace	50
Graf 14 Komunikace s agresivním jedincem.....	51
Graf 15 Zásady správného přístupu k agresivnímu pacientovi/klientovi	52
Graf 16 Nejefektivnější metody zvládání agresivního chování.....	53
Graf 17 Nárůst agresivního chování	54
Graf 18 Příčiny nárůstu agresivity	55

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník k výzkumu

Příloha B – Předvýzkum

Příloha C – Protokol k realizaci výzkumu Krajská nemocnice Liberec a.s.

Příloha D – Protokol k realizaci výzkumu Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, příspěvková organizace

Příloha E – Protokol k realizaci výzkumu Zdravotnická záchranná služba Královehradeckého kraje, příspěvková organizace

Příloha F – Protokol k realizaci výzkumu Oblastní nemocnice Jičín a.s.

Příloha A – Dotazník k výzkumu

Agresivita v urgentní medicíně

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Klára Kodymová a jsem studentkou 3. ročníku oboru zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

Obrácím se na Vás s velikou prosbou, a to o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Agresivita v urgentní medicíně.

Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou použita pouze pro účel výzkumné části mé bakalářské práce. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí ve výzkumu a já Vám za to mnohokrát děkuji.

V případě jakýkoliv dotazů mě prosím kontaktujte (klara.kodymova@tul.cz)

Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu.

1 Jaké je Vaše pohlaví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Žena ☐ Muž

2 Kolik je Vám let?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ 20–30 let ☐ 31–40 let ☐ 41–50 let ☐ 50 let a více

3 V jakém úseku urgentní medicíny pracujete?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Zdravotnická záchranná služba ☐ Urgentní příjem ☐ ARO/oddělení urgentní péče speciálně zaměřeni

4 Jaká je Vaše celková doba praxe v urgentní medicíně?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Méně než 2 roky ☐ 3–10 let ☐ 11–15 let ☐ Více než 15 let

5 Setkala/setkal jste se během své praxe s agresivním chováním pacientů nebo jejich doprovodu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Ano ☐ Ne

6 Pokud jste odpověděla/odpověděl na otázku č. 5 „ano“, uveďte, kdy a kde jste se setkala/setkal s agresivním chováním.

7 Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, uveďte, jaká byla/je frekvence/četnost setkávání se s agresivním chováním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Každou službu ☐ Každý týden ☐ Každý měsíc ☐ Ojedíněle (několikrát do roka) ☐ Jednorázově

8 Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ agresivního chování jste zaznamenala/zaznamenal?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

☐ Verbální agrese ☐ Neverbální agrese ☐ Fyzická agrese ☐ Pasivní agrese ☐ Autoagrese

9 Co podle Vás nejčastěji vyvolává agresivní chování pacientů nebo jejich osob blízkých?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

☐ Alkohol ☐ Drogy ☐ Stres z prostředí ☐ Bolest ☐ Psychické onemocnění
☐ Zdravotní stav pacienta ☐ Přístup zdravotnického personálu
☐ Jiné (prosím uveďte)

10 Máte zkušenost, že agresivní chování bylo spojeno s užitím omamných látek?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Ano ☐ Ne

11 Pokud jste na otázku č. 10 odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ omamných látek, podle Vašich zkušeností, nejvíce přispívá agresivnímu chování?

12 Máte znalosti o technikách deeskalace konfliktu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Spíše ne ☐ Ne

13 Myslíte, že nesprávná komunikace může mít vliv na vznik agresivního chování?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Ano ☐ Ne

14 Máte představu o tom, jak byste měla/měl komunikovat s agresivním jedincem?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Spíše ano ☐ Ano ☐ Spíše ne ☐ Ne

15 Znáte zásady správného přístupu k agresivnímu klientovi/pacientovi?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ Ano ☐ Ne

16 Jaké metody zvládnání agresivního chování považujete za nejefektivnější?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Správná komunikace ☐ Přivolání policie ☐ Udržení fyzického odstupu ☐ Farmakoterapie ☐ Fyzické omezení pacienta
- ☐ Jiné (prosím uveďte)

17 Myslíte si, že v posledních letech přibývá agresivního chování?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Ano ☐ Ne

18 Pokud jste na otázku č. 17 odpověděla/odpověděl „ano“, čím je podle Vás způsoben nárůst agresivity?

Mnohokrát děkuji za spolupráci!

Příloha B – Předvýzkum

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Žena	3	70,0 %
Muž	7	30,0 %
Celkem	10	100,0 %

2. Kolik je Vám let?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
20–30 let	7	70,0 %
31–40 let	3	30,0 %
41–50 let	0	0,0 %
50 let a více	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

3. V jakém úseku urgentní medicíny pracujete?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Zdravotnická záchranná služba	6	60,0 %
Urgentní příjem	4	40,0 %
ARO/JIP/ oddělení urgentní speciální péče	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

4. Jaká je Vaše celková doba praxe v urgentní medicíně?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Méně než 2 roky	4	40,0 %
3–10 let	5	50,0 %
11–15 let	1	10,0 %
Více než 15 let	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

5. Setkala/setkal jste se během své praxe s agresivním chováním pacientů nebo jejich doprovodu?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	10	100,0 %
Ne	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

6. Pokud jste odpověděla/odpověděl na otázku č. 5 „ano“, uveďte, kdy a kde jste se setkala/setkal s agresivním chováním.

Kategorie	Počet výskytů	Podíl
Během výjezdu ZZS	5	31,2 %
Návykové látky	4	25,0 %
Urgentní příjem	3	18,8 %
Noční doba/veřejná místa	2	12,5 %
Ošetřování pacienta/klienta	2	12,5 %
Celkem	16	100,0 %

7. Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, uveďte, jaká byla/je frekvence/četnost setkávání se s agresivním chováním?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Každou službu	1	10,0 %
Každý týden	1	10,0 %
Každý měsíc	5	50,0 %
Ojedinele (několikrát do roka)	3	30,0 %
Jednorázově	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

8. Pokud jste na otázku č. 5 odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ agresivního chování jste zaznamenala/zaznamenal?

Odpověď	Počet výskytů	Počet respondentů	Podíl
Fyzická agrese	8	10	80,0 %
Verbální agrese	9	10	90,0 %
Neverbální agrese	7	10	70,0 %
Pasivní agrese	3	10	30,0 %
Autoagrese	3	10	30,0 %

9. Co podle Vás nejčastěji vyvolává agresivní chování pacientů nebo jejich osob blízkých?

Odpověď	Počet výskytů	Podíl
Alkohol	9	22,0 %
Drogy	9	22,0 %
Psychické onemocnění	8	19,5 %
Stres z prostředí	6	14,6 %
Bolest	5	12,2 %
Zdravotní stav pacienta	3	7,3 %
Přístup zdravotnického personálu	1	2,4 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	41	100,0 %

10. Máte zkušenost, že agresivní chování bylo spojeno s užitím omamných látek?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	10	100,0 %
Ne	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

11. Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděla/odpověděl „ano“, jaký typ omamných látek, podle Vašich zkušeností, nejvíce připívá k agresivnímu chování?

Kategorie	Počet výskytů	Podíl
Alkohol	7	43,7 %
Pervitin/metamfetamin	5	31,2 %
Drogy	3	18,8 %
Stimulancia	1	6,3 %
Celkem	16	100,0 %

12. Máte znalosti o technikách deeskalace konfliktu?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	8	80,0 %
Ne	2	20,0 %
Celkem	10	100,0 %

13. Myslíte, že nesprávná komunikace může mít vliv na vznik agresivního chování?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	10	100,0 %
Ne	0	0,0 %
Celkem	10	100,0 %

14. Máte představu, jak byste měla/měl komunikovat s agresivním jedincem?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	2	20,0 %
Spíše ano	6	60,0 %
Ne	0	0,0 %
Spíše ne	2	20,0 %
Celkem	10	100,0 %

15. Znáte zásady správného přístupu k agresivnímu pacientovi/klientovi?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	8	80,0 %
Ne	2	20,0 %
Celkem	10	100,0 %

16. Jaké metody zvládání agresivního chování považujete za nejefektivnější?

Odpověď	Počet výskytů	Podíl
Správná komunikace	10	23,2 %
Udržení fyzického odstupu	10	23,2 %
Přivolání policie	9	21,0 %
Farmakoterapie	7	16,3 %
Fyzické omezení pacienta	7	16,3 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	43	100,0 %

17. Myslíte si, že v posledních letech přibývá agresivního chování?

Odpověď	Počet odpovědí	Podíl
Ano	9	90,0 %
Ne	1	10,0 %
Celkem	10	100,0 %

18. Pokud jste na otázku číslo 17. odpověděla/odpověděl „ano“, čím je podle Vás způsoben nárůst agresivity?

Kategorie	Počet výskytů	Podíl
Návykové látky	3	25,0 %
Vliv médií a sociálních sítí	2	16,7 %
Výchova, děti a mladá generace	2	16,7 %
Stres	2	16,7 %
Psychické onemocnění	2	16,7 %
Změny ve společnosti a jejím nastavení	1	8,3 %
Celkem	12	100,0 %

Protokol C – Protokol k realizaci výzkumu Krajská nemocnice Liberec



Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Lékařská fakulta Liberec

VYMAZAT

ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

v. 01_03/2024

v Krajské nemocnici Liberec, a.s. (Liberec, Turnov, Frýdlant)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE

jméno, příjmení, titul Klára Kodymová datum narození _____

adresa bydliště _____

Zaměstnanec KNL ☐ ANO uveďte pracoviště _____
☒ NE uveďte název organizace _____

Název ŠKOLY ☒ Technická univerzita v Liberci ☐ SZŠ a VOŠ Liberec
☐ Jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název _____

Název FAKULTY Fakulta zdravotnických studií studovaný obor Zdravotnický záchranář

Sběr dat za ÚČELEM ☒ bakalářská práce ☐ rigorózní práce
☐ diplomová práce ☐ disertační práce
☐ jiný druh práce, upřesněte _____

Název PRÁCE Agresivita v urgentní medicíně

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat od března 2025 do června 2025

POUŽITÍ INTERNÍ DOKUMENTACE název _____

POUŽITÍ FOTODOKUMENTACE specifikace _____

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden Oddělení urgentní medicíny
Urgentní chirurgicko-traumatologický příjem
Urgentní interní příjem CARIM

Datum 1.4.2025 JIP a JIIP interních a chirurgických oborů, neurolog

Podpis žadatele _____

Student je povinen zajistit signování Žádosti vedoucím práce/studijním oddělení, včetně vyjádření k finanční zátěži pracoviště.

POVINNÉ přílohy žádosti

- stručná anotace odborné práce,
- vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek,

POTVRZENÍ vedoucího práce
 Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu?

☐ ANO ☒ NE

Datum, razítko organizace a podpis vedoucího práce 6.4.2025

VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice Liberec: se SBĚREM DAT ☒ SOUHLASÍM ☐ NESOUHLASÍM

S použitím INTERNÍ DOKUMENTACE /FOTODOKUMENTACE ☐ SOUHLASÍM ☒ NESOUHLASÍM

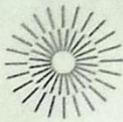
Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat ☒ ANO ☐ NE

Datum _____ Podpis a razítko _____

Potvrzenou žádost zašlete ve 2 originálech, pro ~~nelékařské obory~~ ředitelce pšetrovatelské péče nebo pro ~~lékařské obory~~ lékařskému řediteli, na

Příloha D – Protokol k realizaci výzkumu Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Klára Kodymová
Osobní číslo studenta:	D22000093
Univerzitní e-mail studenta:	klara.kodymova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán výslovný souhlas respondenta nebo souhlas instituce v tomto protokolu. Prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci ochrany osobní údajů zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Agresivita v urgentní medicíně
Kvalifikační práce:	☒ bakalářská ☐ diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	PhDr. Jana Wolesská, Ph.D.
Metoda a technika výzkumu:	Kvantitativní výzkum, nestandardizovaný dotazník
Soubor respondentů:	60 - 80
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje
Datum zahájení výzkumu:	Březen 2025
Datum ukončení výzkumu:	Červen 2025
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	☐ ANO ☒ NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Technická univerzita v Liberci | Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2, 461 17 Liberec 1 | www.fzs.tul.cz

Příloha E – Protokol k realizaci výzkumu Zdravotnická záchraná služba
Královehradeckého kraje

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL

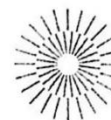


PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Klára Kodymová
Osobní číslo studenta:	D22000093
Univerzitní e-mail studenta:	klara.kodymova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán výslovný souhlas respondenta nebo souhlas instituce v tomto protokolu. Prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci ochrany osobní údajů zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Agresivita v urgentní medicíně
Kvalifikační práce:	☒ bakalářská ☐ diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	PhDr. Jana Wolesská, Ph.D.
Metoda a technika výzkumu:	Kvantitativní výzkum, nestandardizovaný dotazník
Soubor respondentů:	60 - 80
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Zdravotnická záchraná služba Královehradeckého kraje
Datum zahájení výzkumu:	Březen 2025
Datum ukončení výzkumu:	Červen 2025
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	☐ ANO ☒ NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Příloha F – Protokol k realizaci výzkumu Oblastní nemocnice Jičín

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Klára Kodymová
Osobní číslo studenta:	D22000093
Univerzitní e-mail studenta:	klara.kodymova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán výslovný souhlas respondenta nebo souhlas instituce v tomto protokolu. Prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci ochrany osobní údajů zúčastněných osob	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Agresivita v urgentní medicíně
Kvalifikační práce:	☒ bakalářská ☐ diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	PhDr. Jana Wolesská, Ph.D.
Metoda a technika výzkumu:	Kvantitativní výzkum, nestandardizovaný dotazník
Soubor respondentů:	60 - 80
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Datum zahájení výzkumu:	Březen 2025
Datum ukončení výzkumu:	Červen 2025
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	☐ ANO ☒ NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Technická univerzita v Liberci | Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2, 461 17 Liberec 1 | www.fzs.tul.cz