

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického záchranářství a intenzivní péče

Vránová Jindra

Agrese vůči záchranáři-rizika, prevence a možnosti řešení

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Pavel Dráč, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28.4. 2023

Jindra Vránová

Mé poděkování patří doc. MUDr. Pavlovi Dráčovi, Ph.D.za cenné rady a věcné připomínky při zpracování bakalářské práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Riziko napadení záchranáře při výkonu povolání

Název práce: Agrese vůči záchranáři-rizika, prevence a možnosti řešení

Název práce v AJ: Aggression towards paramedic-risks, prevention and possible solutions

Datum zadání: 2022-11-30

Datum odevzdání: 2023-4-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického záchranářství a intenzivní péče

Autor práce: Vránová Jindra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Pavel Dráč, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky o agresi vůči záchranáři, rizicích, prevenci a možnostech řešení. Relevantní dokumenty pro tvorbu teoretických východisek byly dohledány v elektronických vědeckých databázích EBSCO, PubMed a Google Scholar. Práce je rozpracována do dvou dílčích cílů. V prvním cíli se věnujeme četnosti napadení posádek zdravotnické záchranné služby, vymezením druhů násilí, jaké formy násilí jsou nejčastěji užívány právě při střetnutí záchranáře s agresivním pacientem a možným příčinám agresivního jednání. Násilí na pracovišti zažilo podle výsledků studií až 95 % zdravotníků. Nejčastější formou násilí, se kterou se záchranáři setkali, je verbální napadení a nejběžnější příčinou agrese je intoxikace alkoholem. Druhý cíl se soustřeďuje na možnosti řešení agresivních a vypjatých situací, jaké jsou možnosti slovní deeskalace, užití fyzické sebeobrany, farmakologické tišení pacienta a celkovou důležitost

výcviku pracovníků ZZS a jaké mohou být následky v oblasti psychiky u napadeného záchranáře. Dohledané poznatky zmíněné v bakalářské práci by mohly napomoci zdravotnickým záchranářům lépe porozumět, jak se v dané situaci zachovat. Poznatky mohou také pomoci okolí pochopit jak důležitým a zároveň riskantním povoláním zdravotnický záchranář je.

Abstrakt v AJ:

The aim of the bachelor thesis was to summarize the current published knowledge about aggression against rescuers, risks, prevention and possible solutions. Relevant documents for the development of the theoretical background were searched in the electronic scientific databases EBSCO, PubMed and Google Scholar. The thesis is developed into two sub-objectives. In the first objective, we discuss the frequency of assaults towards ambulance crews, define the types of violence, what forms of violence are most frequent especially when a paramedic encounters an aggressive patient, and possible causes of aggressive behavior. According to studies, up to 95 % of paramedics have experienced violence in the workplace. The most common form of violence encountered by paramedics is verbal assault and the most common cause of aggressive behavior is alcohol intoxication. The second objective focuses on the options for dealing with aggressive and tense situations, what are the options for verbal de-escalation, the use of physical self-defence, pharmacological patient sedation and the overall importance of training for paramedics and what the psychological consequences may be for the assaulted paramedic. The findings mentioned in the bachelor thesis could help paramedics to better understand how to behave in a given situation. The knowledge may also help the surrounding understand how important and risky a profession paramedic is.

Klíčová slova v ČJ: Zdravotnická záchranná služba, agrese, agresivita, agresivní pacient, krizová komunikace, sebeobrana, násilí na pracovišti, zklidnění pacienta

Klíčová slova v AJ: Emergency medical service, aggression, aggressiveness, aggressive patient, communication skills in crisis, self-defence, workplace violence, patient calming

Rozsah: 42 stran

Obsah

Úvod	7
1 Popis řešeršní činnosti	9
2 Příčiny vzniku agrese vůči zdravotnickému záchranáři	12
2.1. Četnost napadení a nejčastější formy agrese	12
2.2. Vymezení druhů násilí	13
2.3. Příčiny vzniku agrese	14
3 Možnosti řešení a prevence v těchto situacích	21
3.1. Deeskalační techniky	21
3.2. Následky v oblasti psychiky u zdravotnického záchranáře	28
4 Význam a limitace dohledaných poznatků	31
Závěr	32
Referenční seznam	36
Seznam zkratek	42

Úvod

Agrese. Stále častější fenomén dnešní doby. A u profesí, jejichž náplní je práce s lidmi, se agresivita objevuje častěji než u jiných. Jedna z takových profesí, která se s ní setkává téměř každý den, je zdravotnický záchranář.

Práce zdravotnického záchranáře se řadí mezi práci fyzicky i psychicky náročnou a kontakt s agresorem náročnosti jen přidává. Členové posádky často nevědí, k jakému případu jsou vysláni, jaká bude první reakce pacienta, respektive jaká atmosféra bude na místě. Jsou to většinou ti, kteří se zraněným komunikují na místě zásahu jako první, získávají informace a vyšetřují. Ne každý pacient je schopen zvládnout pro něj nově vzniklou stresující situaci, bolest nebo strach, a proto může reagovat agresivně. Záchranář se při své profesi potkává s lidmi, kteří pocítují zdravotní, fyzický nebo psychický diskomfort. Dále pak s těmi, co užívají omamné a psychotropní látky, sociálně slabšími a nepřizpůsobivými občany, s lidmi bez domova. Agrese nemusí vždy vycházet jen od pacienta, ale i od jeho blízkých, kteří mají strach, nebo jsou v nejistotě.

Je zarážející, že právě záchranář, jehož náplní práce je lidem pomoci, se stává tak často terčem agrese a už se nebojí jen o život pacienta, ale začíná se bát i o ten svůj. Mnoho členů posádek zapomíná na své vlastní bezpečí ve prospěch pacienta, což pak často může vést k stresovým a posttraumatickým poruchám nebo dokonce až k odchodu ze zaměstnání z důvodu začínajícího syndromu vyhoření. (Gómez-Gutiérrez et al., 2016) A proto si myslím, že je důležité, aby se zaměstnanci zdravotnických záchranných služeb vzdělávali v dané problematice a věděli, jak se v přítomnosti agresivního pacienta chovat, jak s ním komunikovat, jakou sebeobranu zvolit a tím vyřešit krizovou situaci a do budoucna umět předem vyhodnotit riziko eskalace krizové situace.

V souvislosti s výše uvedenou problematikou je možno si položit otázku: Jaké jsou aktuální dohledané publikované poznatky o Agresi vůči záchranářům a možnosti prevence a řešení těchto situací?

Cílem této bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o agresi vůči záchranářům. Cíl práce byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

- I. Sumarizovat aktuální publikované poznatky o faktorech a příčinách vzniku agrese vůči zdravotnickému záchranáři

II. Sumarizovat aktuální publikované poznatky o možnostech prevence a řešení těchto situací

Před tvorbou bakalářské práce byly prostudovány následující publikace:

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

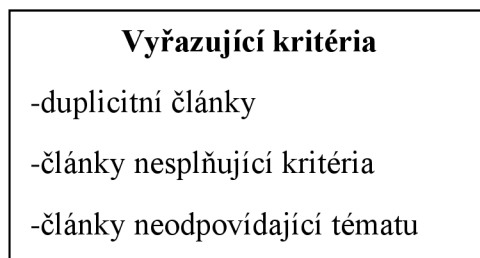
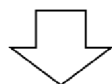
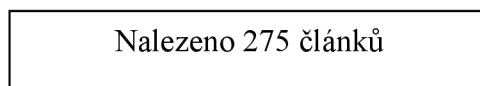
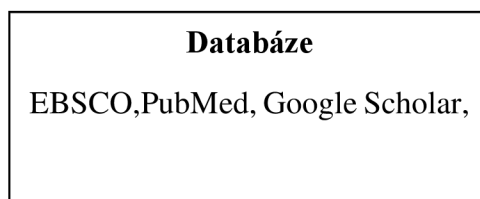
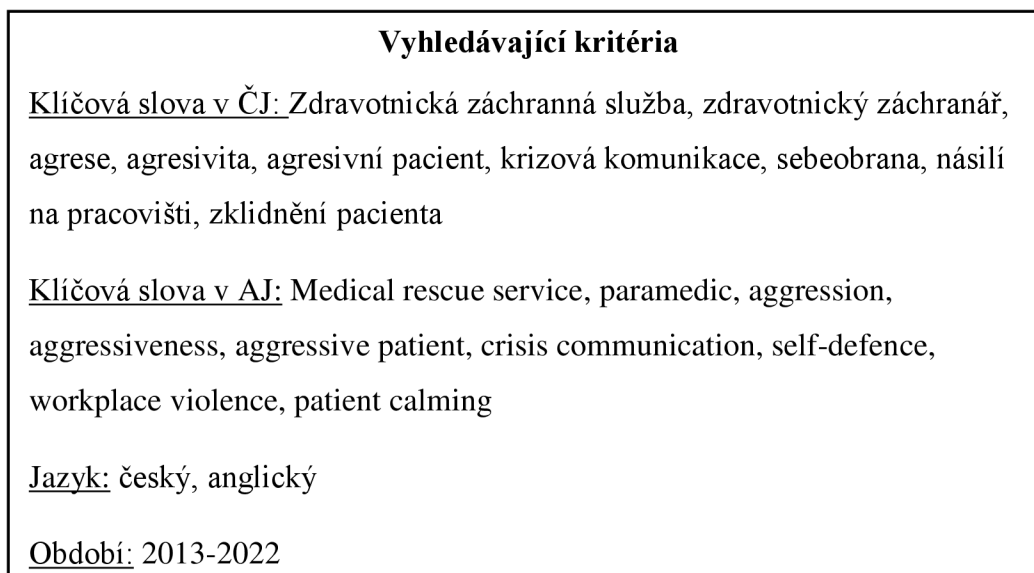
PEKARA, Jaroslav, 2015. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví vydavatelství. ISBN 978-80-87023-46-4.

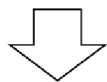
PEKARA, Jaroslav, 2016. Fenomén násilí v ošetrovateľskej péči všeobecných sestier Českej republiky. Disertačná práca. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, fakulta zdravotně sociální

BURDA, Patrik. Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

1 Popis rešeršní činnosti

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k dohledání validních zdrojů pro tvorbu této bakalářské práce.



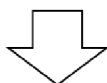


Sumarizace použitých databází a dohledaných dokumentů

EBSCO- 13

Google scholar-16

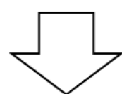
PubMed-15



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

ACS Chemical Neuroscience	1 článek
Advanced Journal of Emergency	1 článek
Annals of Agricultural and Environmental Medicine	1 článek
Behavioural Neurology	1 článek
BMC Emergency Medicine	2 články
Brain Injury	1 článek
Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	1 článek
Cochrane Database of Systematic Reviews	3 články
Deutsches Ärzteblatt international	1 článek
Drug and Alcohol Dependence	1 článek
Eastern Ukrainian Medical Journal	1 článek
EClinicalMedicine	1 článek
European Journal of Internal Medicine	1 článek
European Neuropsychopharmacology	1 článek
Fire Engineering	1 článek
Ido Movement for Culture. Journal of Martial Arts Anthropology	1 článek
International Journal of Environmental Research and Public Health	2 články
International Journal of Law and Psychiatry	1 článek

Issues in Mental Health Nursing	1 článek
J Postgrad Med	1 článek
Journal of Interpersonal Violence	1 článek
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	1 článek
Journal of Stroke	1 článek
Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh	1 článek
Medycyna Pracy	1 článek
Mental Health Practice	1 článek
Neurology India	1 článek
NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy	1 článek
Pharmacological Reviews	1 článek
Physiology & Behavior	1 článek
PLOS ONE	1 článek
Pracovní Lékařství	1 článek
Prehospital Emergency Care	3 články
Psychiatric Clinics of North America	1 článek
Riv Psichiatr	1 článek
South African Family Practice	1 článek
Violence Against Women	1 článek
Western Journal of Emergency Medicine	1 článek



Pro tvorbu teoretických
východisek bylo použito 44
článků

2 Příčiny vzniku agrese vůči zdravotnickému záchranáři

2.1. Četnost napadení a nejčastější formy agrese

Násilí na pracovišti páchané pacienty nebo jejich okolím je závažným problémem pro pracovníky, organizace, pacienty samotné i společnost. Odhaduje se, že postihuje až 95 % zdravotnických pracovníků. Zdravotničtí záchranáři se setkávají s velmi vysokou mírou násilí na pracovišti, přičemž jedna studie zjistila, že u pracovníků zdravotnické záchranné služby (dále také jako ZZS) je téměř trojnásobná pravděpodobnost, že se setkají s fyzickým a verbálním násilím. (Spelten et al., 2022, s. 1-11)

Zvýšená poptávka společnosti po zdravotních službách vyžaduje vyšší počet interakcí s pacienty, čímž se roste možnost zranění zasahujících záchranářů. Dle studií prováděných v USA bylo v roce 2016 ošetřeno přibližně tři tisíce pět set respondentů zdravotnických záchranných služeb na urgentním příjmu, kvůli zraněním způsobeným násilím. Retrospektivní kohortová studie celostátně registrovaných zdravotnických záchranářů v USA zjistila, že napadení bylo příčinou 8 % smrtelných zranění. Ačkoli se tato čísla mohou zdát malá ve srovnání s povahou a příčinou jiných hlavních pracovních úrazů a smrtelných úrazů při výkonu povolání jako záchranář, existují důkazy, že zranění související s násilím jsou značně podhodnocena v důsledku neexistence zásad, postupů a praktik, které by podporovaly hlášení takových incidentů. Přesto byla v roce 2013 pracovní úrazovost u záchranářů zdravotnické záchranné služby třikrát vyšší než celostátní průměr u všech ostatních profesí. Míra smrtelných pracovních úrazů u záchranářů je více než dvakrát vyšší než celostátní průměr u všech profesí a srovnatelná s počtem úrazů u policistů a hasičů, která činí 12,7 na sto tisíc pracovníků ročně. Četnost nefatálních úrazů u zdravotníků je více než pětkrát vyšší než celostátní průměr pro všechny pracovníky záchranných složek, a to 34,6 na sto tisíc pracovníků na plný úvazek za rok. Po přezkoumání tří databází smrtelných úrazů bylo zjištěno, že třetí nejčastější příčinou úmrtí pracovníků záchranné služby je smrtelný útok (tj. vražda). (Murray et al., 2020, s. 487-503)

Násilí na pracovišti vůči zdravotnickým pracovníkům je označováno jako zneužívání, zavražďování nebo agrese vzniklá při okolnostech souvisejících s prací. Nejedná se tedy jen o formu fyzickou, ale i psychickou. (Saragoza, White, 2016, s. 599-610)

Neexistuje kompletní přehled o výskytu násilí v České republice, ani o výskytu násilí při výjezdech zdravotnických záchranných služeb. Kvalitativní výzkum násilných incidentů vůči mladým zdravotníkům prováděný v České republice uvádí, že jedním z faktorů, který přispívá k nevhodnému chování pacientů, může být neprofesionální chování některých pracovníků záchranné služby. Míra násilí u zdravotnických záchranářů a dalších profesionálů v oblasti záchranné služby v České republice je osmkrát vyšší, než je celostátní průměr u všech ostatních povolání a také dvakrát vyšší než u policistů. Zdá se, že neexistuje profesní skupina s vyšší mírou úrazovosti nebo úmrtnosti, než jsou právě zdravotničtí záchranáři. Z 20 účastníků již zmíněného výzkumu jich 18 uvedlo, že zažilo útok během noční směny. Deset účastníků zažilo násilí na ulici a deset v sanitce. Pachatelé byli ve všech 18 případech muži. Chování personálu záchranné služby hraje zásadní roli v tom, jak násilné konfrontace probíhají. Neprofesionální chování k pacientům intoxikovaných alkoholem nebo závislých na psychotropních a omamných látkách zvyšuje možnost násilí až v 70 % případů. (Knor et al., 2020, s. 463-468)

Podle německých výjezdových složek ZZS, byly nejčastějšími formami hlášených incidentů fyzického násilí držení nebo svírání (22 %), štípání (17 %) a plivání (16 %). V případě incidentů nefyzického násilí to bylo nadávání (40 %), křik (19 %) a urážky (19 %). (Wirth et al., 2021). Podle Murray et al. (2020) jsou nejčastějšími formami fyzického násilí "úder", následované "úder pěsti, fackami nebo škrábanci", "plivnutím" a "kousnutím". Nejméně častými typy fyzického násilí, s nimiž se pracovníci zdravotnické záchranné služby setkali, byly pokusy o bodnutí nebo bodnutí a střelba či pokusy o střelbu. (Murray et al., 2020, s. 487-503)

2.2. Vymezení druhů násilí

- **Verbální napadení** – urážlivé výrazy, křik s úmyslem zastrašit nebo urazit.
- **Zastrašování** – záměrné ohrožování, sledování, používání gest.
- **Fyzické napadení** – úder, kopy, použití zbraně nebo jiného předmětu s úmyslem způsobit tělesnou újmu.
- **Sexuální obtěžování** – sexuální návrhy, sugestivní poznámky a vtipy, žádosti.
- **Sexuální napadení** – vynucený sexuální akt, znásilnění, dotyky genitálií.

(Bigham et al., 2014, s. 489-494)

Dle průzkumu Bigham et al. (2014, s. 489-494) z USA, Austrálie a Švédska, který vyplnilo 1664 z dotazovaných 1884 zdravotnických záchranářů bylo prokázáno, že nejčastější formou agrese je slovní násilí páchané pacienty. V následující upravené regresivní analýze

vyšlo, že nejčastějšími oběťmi všech druhů násilí jsou ženy. Dále pak bylo uvedeno, že s rostoucím věkem záchranáře byla upozorována o něco nižší míra napadení.

Účastníci uvedli, že nejčastějšími pachateli při slovním útoku jsou především pacienti a jejich rodiny. Naopak zastrašování bylo nejčastěji upozorováno u kolegů, policistů, zdravotních sester, lékařů. Jednalo se především o slovní formu vůči pracovníkům zdravotnické záchranné služby. Fyzické napadení se častěji vyskytovalo u žen než u mužů. Těchto útoků se často dopouštěli pacienti, z nichž někteří byli údajně pod vlivem alkoholu a ti, kteří podle všeho trpěli psychickými poruchami, poraněním hlavy, diabetem, demencí a změněnou úrovní duševního zdraví. Sexuální obtěžování hlásily převážně ženy a mezi časté pachatele zařazovaly spolupracovníky, pacienty a jejich rodiny. Sexuální násilí bylo hlášeno zřídka. Této formy násilí se nejvíce dopouštěli pacienti a většinou k tomu docházelo v zadní části sanitky. (Bigham et al., 2014, s. 489-494)

Násilí a agresivní chování se často uvádějí jako synonyma, nicméně je třeba tato dvě slova rozlišit. Násilí je forma fyzického napadení, přičemž agresivní chování je širší konstrukt, který zahrnuje fyzické, verbální, psychické a jiné způsoby ubližování-to znamená, že násilí je pouze jednou z forem agresivního chování. Agresivní chování tedy nemusí nutně zahrnovat fyzickou složku. (Liu, Lewis, Evans, 2013, s. 156-168).

2.3.Příčiny vzniku agrese

Interpretace agrese a násilí je složitá a může být často špatně pochopena. Politici a tisk se domnívají, že agresivní čin má ve většině případů morální základ a to takový, že agresivita je způsobena nedostatkem kontroly nebo respektu, anebo je spojena s intoxikací drogami či alkoholem. Někdy tomu tak skutečně je a jedná se o agresi úmyslnou nebo ublížení z nedbalosti, kterého se dopustí osoba s duševní způsobilostí a následně je pak za daný čin trestně odpovědná. Existují ovšem i jiné možnosti a zdravotnický personál je často povoláván k tomu, aby rozhodoval o tom, co se s danou osobou bude dít, jaké mohou být příčiny jeho jednání, zda zapojit psychiatry, bezpečnostní složky, nebo použití fyzického omezení či léků. (Harwood, 2017, s. 176-182)

Agresivita vzniklá z fyzické příčiny může být způsobena např. akutní bolestí, deliriem, nedostatkem spánku, drogami nebo alkoholem, problémy s komunikací, poruchou zraku a sluchu nebo jen pohým neuspokojením vlastních biologických potřeb. Kognitivní příčiny agrese jsou například zapomnětlivost a dezorientaci, které se často projevují jako nemožnost pochopit co se děje, kde se člověk nachází nebo neschopnost říct co právě potřebuje. K

psychickým problémům se řadí paranoidní bludy nebo halucinace, což může být myšlenka nebo vidina výhrůžné vize či slyšení hlasu, který navádí k ublížení sobě nebo druhým a bývá silnou motivací k agresivnímu jednání. Emoce, jako je strach, úzkost, smutek, frustrace nebo hněv, jsou běžně prožívány v souvislosti se špatným zdravotním stavem jedince nebo ve spojitosti se ztrátou blízké osoby. Mnoho věcí v nemocničním prostředí je spouštěčem agresivního jednání. Nemocnice jsou často hlučná, rušná, přeplněná, neznámá místa, která mohou vyvolávat pocit ztráty kontroly nad situací. Nebo naopak může budít pocit nečinnosti, dlouhého čekání na vyšetření, nedostatek informací a omezený přístup na čerstvý vzduch (nebo k cigaretám). Provokace, přítomnost nemoci, stresující prostředí, problémy ve vztazích s personálem nebo organizací mohou vést k silným emocím a osobnostní či kognitivní faktory mohou způsobit, že pro pacienta bude obtížné je zvládnout. (Harwood, 2017, s. 176-182)

Kumari et al. (2020, s. 149-156) uvádějí že pacienti s nízkou kontrolou impulzů nebo psychickými poruchami nejsou schopni v naléhavých případech zvládat emočně vypjaté situace, což z nich může činit primární pachatele násilí. Studie také ukázaly, že u mladých mužů s nižším vzděláním je větší pravděpodobnost páchání agrese. Hlavními příčinami vzniku agrese u takových pacientů je zejména subjektivní nespokojenost v důsledku dlouhého čekání na poskytnutí pomoci a nesouhlas s lékařskou intervencí.

Nejčastější příčiny agrese, které uváděli respondenti v ukrajinské studii, jsou intoxikace alkoholem, a to až v 56 % případů. Druhým důvodem byly akutní nebo chronické duševní poruchy-23 %. Jako další pak byly agresivní stavy vzniklé důsledkem pacientova onemocnění- např. akutní bolest, hypoxie-12 %, a v posledních 9 % se jednalo o situace způsobené intoxikací jinými psychotropními omamnými látkami. (Shkatula et al., 2019, s. 351-357). Mezi ostatní faktory, které jsou významně spojeny s agresivitou autoři řadí mladší věk, mužské pohlaví, nedobrovolnou hospitalizaci, diagnózu schizofrenie, větší počet předchozích hospitalizací, násilí v minulosti, sebedestruktivní chování, zneužívání návykových látek v minulosti nebo absenci manželského svazku. (Pompili et al., 2017, s. 175-179)

Duševní choroba, psychiatrické onemocnění

Agitovanost a agresivita se také běžně objevuje u lidí trpící Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi. Tyto projevy chování jsou pro pacienty obzvláště obtěžující, často představují riziko pro ně samotné i pro jejich okolí a přinášejí závažné klinické problémy. V současné době jsou nejlepším přístupem ke zvládnutí těchto příznaků metody, které podporují prevenci, monitoraci a používání nefarmakologických alternativ k tlumení agresivní projevů

pacienta. V případě potřeby se doporučuje krátkodobé užívání antipsychotik k potlačení psychotických symptomů. (Pompili et al., 2017, s. 175-179)

Schizofrenie je duševní porucha, která se řadí do skupiny endogenních psychóz. Jedná se o jednu z nejvíce vyčerpávajících poruch, která vzhledem ke své povaze a dynamice výrazně ztěžuje funkční výkonnost pacientů na individuální i sociální úrovni. Postihuje přibližně 1% populace na celém světě. Příznaky schizofrenie narušují myšlení, emoční reakce, chování a v důsledku toho také pracovní a sociální fungování u osob s tímto onemocněním. Při prožívání psychotické epizody se pacienti často projevují agresivním chováním vůči ostatním. Získané výsledky ze studie ve Varšavě ukázaly, že osoby s duální diagnózou (schizofrenie a užívání návykových látek) se vyznačují vyšší celkovou agresivitou a sklonem k fyzické a verbální agresi než jedinci s diagnózou samotné schizofrenie. Navíc se ukázalo, že pacienti v ústavních zařízeních pocítují více hněvu než osoby mimo tyto zařízení. (Markiewicz, Pilszyk, Kudlak, 2020, s. 1-9). Řada výzkumů prováděna italskými autory poukazuje na důležitost serotoninu a s ním související biochemické dráhy jako na klíčový prvek v patofyziologii závažných duševních onemocnění. Jsou s ním spojeny abnormálních projevy chování, jako je agrese a násilí. Pacienti se mohou projevovat agresivním chováním v kontextu různých psychopatologických poruch. Například psychotičtí pacienti mohou být agresivní v důsledku halucinací, maničtí bipolární pacienti mohou být agresivní v souvislosti s behaviorální ztrátou zábrán a pacienti postižení poruchami osobnosti mohou vykazovat instrumentální agresivní chování (agrese pod jiným záměrem, než je ublížení). (Manchia et al., 2017, s. 961-972)

Klinická pozorování v Itálii naznačují, že problémy se spánkem mohou být dalším příčinným faktorem rozvoje reaktivní agrese. U většiny lidí špatný spánek nevyvolá skutečnou fyzickou agresi, ale studie popisuje, že psychiatričtí pacienti jsou citlivější vůči ztrátě spánku a objevuje se u nich určitá zranitelnost a úbytek kontroly emocí. Vztah mezi problémy se spánkem a agresivitou může být zprostředkován negativním vlivem nedostatku spánku na prefrontální kortikální funkce. To s největší pravděpodobností přispívá ke ztrátě kontroly nad emocemi, včetně ztráty regulace agresivních impulzů. Identifikace rizikových jedinců je zásadní, protože rozpoznání a adekvátní léčba jejich problémů se spánkem může snížit počet agresivních a násilných incidentů. (Pompili et al., 2017, s. 175-179)

Abúzus alkoholu a psychoaktivních látek

Agrese spojená s alkoholem je dlouhodobým, závažným a všudypřítomným společenským problémem a je rozšířenou příčinou osobního utrpení s vysokými

socioekonomickými náklady. Spojitost mezi konzumací alkoholu a agresivitou vznikají různými vzájemně se ovlivňujícími faktory. Agresivitu podporují kognitivní deficity, které se objevují v souvislosti s akutním nebo chronickým užíváním alkoholu a předchozí zkušenosti s násilím. Podle autorů se pouze menšina osob, která pije alkohol stává agresivními. Současný výzkum prováděný v Itálii naznačuje, že individuální sklon k agresi vyvolaný alkoholem závisí nejen na neurobiologických faktorech, ale také na osobních očekáváních ohledně účinků alkoholu, na předchozích zkušenostech s násilnými konflikty a na podmínkách prostředí v raném dětství, zejména na sociálním vyloučení a diskriminaci. (Pompili et al., 2017, s. 175-179)

Dle nizozemských autorů Kuypers et al. (2020, s. 114-147), kteří ve své studii hodnotí empirické články mezi lety 2013 a 2017 uvádějí, že alkohol hraje významnou roli v příčinách nepřírozených úmrtí a že stimulanty, jako je kokain a amfetamin, se často podílejí na agresivních činech nebo násilí. Chybí však jasný příčinný vztah mezi těmito látkami a agresivitou, přesněji řečeno prahová koncentrace v krvi, při níž se objevuje agrese z intoxikace. Předpokládá se, že alkohol může nepřímo usnadňovat nebo podporovat agresi tím, že snižuje úzkost a zvyšuje přístupové chování v ohrožujících nebo nepřátelských situacích a snižuje tendence ustupovat v případě ohrožení. Konzumace alkoholu zhoršuje kognitivní funkce, zejména výkonné funkce, pozornost, sociální poznávání a kontrolu chování.

Ze všech psychoaktivních látek je alkohol nejsilnějším prediktorem impulzivního a autoagresivního chování. Podle WHO lze 22 % ze všech úmrtí v důsledku sebevraždy přičíst alkoholu, což znamená, že každá pátá sebevražda je způsobena alkoholem. Polští autoři odhadují, že 34 %-56 % sebevrahů požilo alkohol nebo na něm jsou/byli trvale závislí. Riziko vzniku sebevražd v této skupině (pravidelní uživatelé alkoholu) je šestkrát vyšší než u osob, kteří alkohol neužívají. (Lasota et al., 2021, s. 220-223)

McKetin et al. (2019, s. 81-97) v jejich empirické studii popisují, že dlouhodobé užívání amfetaminů je často spojováno se zvýšenou agresivitou. Předpokládají, že to souvisí se změněnou funkcí serotoninu a regulací nálady a impulzů.

Užívání nelegálních drog je spojeno s agresivním a násilným chováním nejen kvůli farmakologickým účinkům, ale také kvůli ekonomickým a systémovým vazbám mezi trhy s nelegálními drogami. Ne všichni uživatelé návykových látek jsou násilní. I tato studie z Austrálie potvrdila, že vliv užívání návykových látek na agresivní chování je podmíněn řadou individuálních faktorů (např. věkem, pohlavím, zkušenostmi z dětství, osobnostními rysy),

vzorci užívání návykových látek, různými farmakologickými účinky látek a jejich interakcemi nebo sociálními, kulturními a kontextovými faktory, které utvářejí postoje a chování k užívání návykových látek a násilí v populaci. (Coomber et al., 2019, s. 1-8)

Kraniocerebrální poranění

Autoři Wood a Thomas (2013, s. 253-261) popisují, že poranění mozku může vést ke vzniku agrese. Popisují podrážděnost, impulzivní agresivitu a epizodické poruchy kontroly jako problémy, které mohou přetrvávat i mnoho let po úrazu a působit jako překážky psychosociálního zotavení. Impulzivní agrese odráží poruchu autoregulace chování zahrnující verbální nebo fyzickou agresi. Vyznačuje se tím, že se po minimální provokaci spustí reakce, která vede k agresivnímu činu a je obvykle neúměrná k události, která jej vyvolala. V rané fázi po úrazu hlavy se může zárodečná forma impulzivní agrese projevovat jako agitovanost, často spojená s určitým stupněm zmatenosti. Jedná se o jev nazývaný posttraumatická amnézie.

Epilepsie

Agresivita se také může vyskytovat i u lidí s diagnózou epilepsie. Zřídka souvisí s příčinou záchvatů, někdy se vyskytuje jako součást komplexních psychiatrických a behaviorálních komorbidit anebo je spojena přímo s léky určenými na léčbu této nemoci - antiepileptiky. V souvislosti se záchvaty bylo agresivní chování pozorováno v preiktálním, iktálním a postiktálním stavu (před, během a po záchvatu). Preiktální agrese je často spojena se zmateností nebo psychózou. Agresivní chování jako iktální jev je extrémně vzácné. V rozsáhlém průzkumu několika tisíc záchvatů dokumentovaných na elektroencefalogramech (EEG) byla zaznamenána incidence agresivního chování v iktovém stavu během záchvatu jako 1 z 1000. Při postiktálním stavu se agresivní chování objevovalo ve 22 % případů. Agresivní jednání je v tomto případě zaměřeno na blízké předměty nebo osoby a zahrnuje především strkání. Pacient je obvykle u těchto epizod amnestický a následně vyjadřuje hlubokou lítost. (Brodie et al., 2016, s. 563-602) Antiepileptika jsou účinná proti záchvatům, ale jejich použití je často omezeno nežádoucími účinky, mezi které se řadí psychiatrické a behaviorální účinky včetně agresivního chování. Přesný výskyt agrese jako nežádoucího účinku antiepileptik je obtížné odhadnout, ale dle klinické světové studie z roku 2018 byla hlášena frekvence agrese až v 16 % případů mezi uživateli těchto léčiv. Zvýšená individuální vnímavost v důsledku základní neurologické nebo duševní poruchy může dále vysvětlovat, proč je u osob s epilepsií zvýšené riziko agresivního jednání při užívání antiepileptik. Agrese se může objevit se zpožděním několika týdnů nebo měsíců po zahájení léčby. (Hansen et al., 2018, s. 1-18)

Cévní mozková příhoda

Studie Choi-Kwon a Kim (2022, s. 311-322) popisují ve své přehledové studii možný vznik agrese u osob, které přežily cévní mozkovou příhodu. Často se u nich vyskytují komplikace spojené s poruchami nálady a emocí, včetně deprese, úzkosti a emoční inkontinence. Kromě toho se u nich často objevují i pocity hněvu, výbuchy zlosti, podrážděnost, impulzivita a agresivní chování vůči ostatním. Patogeneze a prediktory tohoto hněvu po cévní mozkové příhodě a jeho souvislost s lokalizací léze zůstávají podle autorů nejisté. Kromě toho může být hněv spouštěčem samotné mrtvice. Nebezpečné účinky agrese mohou být zprostředkovány dalšími rizikovými faktory jako je například hypertenze nebo diabetes mellitus. Identifikace hněvu nebo negativních pocitů jako rizikových faktorů nebo spouštěčů cévní mozkové příhody je důležitá, protože strategie zvládnání hněvu jedince mohou zabránit dalšímu vzniku cévní mozkové příhody. Hněv tedy může být důsledkem i příčinou cévní mozkové příhody.

Vliv pohlaví, genů a prostředí

Pohlaví je faktor, který hraje klíčovou roli v lidské agresi. Zločiny a násilné činy jsou častější u mužů. Do výrazného projevu agresivity však mohou významně zasahovat sociální a kulturní aspekty. Například vysoká hustota obyvatelstva, pokud je spojena s úbytkem dostupných zdrojů, může být významnou intervenující proměnnou pro výskyt násilných činů. Navíc fyzické tresty, nepřizpůsobivá výchova a sociální izolace mohou negativně ovlivnit vývoj agresivního chování u dětí. Pro vznik patologické agresivity jsou rozhodující interakce genů a prostředí. Jsou však i další faktory, které mohou ovlivňovat agresivní chování člověka a brání pochopení mechanismů, jež jsou základem genderových rozdílů (de Almeida, Cabral, Narvaes, 2015, s. 121-135). Existuje teoretický základ pro očekávání, že chování po odmítnutí stejným a opačným pohlavím se bude u mužů a žen lišit. Většina přehledových studií z minulosti tento předpoklad potvrzuje. Pokud jde o fyzickou a verbální agresi, muži bývají v neutrálních situacích agresivnější než ženy. Ženy naopak vykazují více vztahových a nepřímých forem agrese. Další výzkumy ukázaly, že odmítnutí stejným pohlavím snižuje ochotu pomáhat a zvyšuje agresi u obou pohlaví ve stejné míře. Tyto studie však neumožňovaly volbu strategie zvládnání situace a měřily pouze agresi nebo pomáhání. Protože neexistoval jiný způsob řešení situace, muži i ženy vybírali pouze jeden ze vzorců chování. Všechny tyto teorie vychází ze přehledové studie sbírající data od roku 2019. (Spelten et al., 2020, s. 1-74)

Toxicko-metabolické encefalopatie

Toxicko-metabolické encefalopatie jsou ukázkou toho, jak jsou distribuované okruhy centrálního nervového systému odpovědné za vzrušení, vnímání a soustředění a jak jsou náchylné k systémovým infekčním, toxickým nebo metabolickým poruchám. Reakce mozku na takováto narušení jsou často relativně akutní a různé dráždivé látky tak často vyvolávají nespecifické behaviorální reakce. (Krishnan, Leung, Caplan, 2014, s. 112-116) Metabolická encefalopatie je obvykle definována jako difuzní mozková dysfunkce, která se obvykle projevuje změnami korových funkcí a poruchami vědomí. Klinický obraz se pohybuje od nenápadných změn chování (zapomnětlivost, roztržitost) až po závažné poruchy vědomí, jako je stupor (ztuhlost, absence pohybu) a kóma nebo poruchy osobnosti s psychomotorickou hyperaktivitou, agitovaností, halucinacemi a iluzemi. Mohou se také vyskytnout poruchy orientace a nálady, poruchy myšlení a paměti, zhoršení intelektu, demence a deprese. Nejčastějším příznakem metabolické encefalopatie je podle autorů delirium. Příznaky jsou často reverzibilní při včasné léčbě. U všech, u kterých se objeví encefalopatie, je třeba vždy zvážit i metabolickou složku. Příčiny metabolické encefalopatie jsou různé. Nejčastějšími jsou hypoxie, ischemie, systémové onemocnění a toxické látky. Hypoxie se vyskytuje u chronických stavů, jako je anémie, plicní onemocnění (chronická obstrukční plicní nemoc) a alveolární hypoventilace. K ischemii dochází většinou v důsledku kardiovaskulárních onemocnění včetně akutního městnavého srdečního selhání, srdeční arytmie, mikrovaskulárních onemocnění a hypotenze nebo hypertenze. V rámci systémových onemocnění se metabolická encefalopatie běžně objevuje při jaterní a renální insuficienci, pankreatitidě, malnutrici nebo elektrolytové nerovnováze jako je hyperglykémie nebo hypoglykémie, hyperkalcémie a hypokalcémie nebo hypernatremie a hyponatremie. Tyto stavy vznikají zejména při sepsi, infekci, vaskulitidě anebo malignitě. Metabolická encefalopatie se také může vyskytnout v důsledku působení různých toxických látek jako je alkohol, sedativa (barbituráty, narkotika), psychiatrické léky (tricyklická antidepressiva), otravy těžkými kovy a organickými fosfáty nebo jinými léky (kortikosteroidy, penicilin atd.). (Berisavac et al., 2017, s. 123-128)

3 Možnosti řešení a prevence v těchto situacích

3.1. Deeskalační techniky

Deeskalace je intervence využívající techniky emoční regulace nebo sebeovládání k odvrácení agresivního nebo násilného chování. "Cyklus útoku" obvykle zahrnuje spouštěcí fázi, fázi eskalace, krizovou fázi, fázi zotavení a fázi deprese, Deeskalace představuje komplexní škálu dovedností, jejichž cílem je přerušit cyklus napadení během fáze eskalace a zahrnuje jak verbální, tak neverbální komunikační dovednosti. Obvykle se doporučuje buď jako preventivní opatření nebo jako včasný krok k zabránění zhoršení stavu pacienta. Sekundární strategie zvládnutí, jako je rychlé zklidnění farmakou nebo fyzický zásah a izolace, by měly být zvažovány až poté, co deeskalace a ostatní strategie selžou. Z pohledu pacienta je sedace (navození klidu u pacienta) vhodnější z důvodu nižší traumatizace, která se běžně vyskytuje u fyzického omezení. (Du et al., 2017, s. 1-26)

Pokud bezpečnostní opatření na místě události naznačují možné násilí, případně pokud je známa historie násilí u daného pacienta nebo v daném místě, je doporučováno požádat o policejní posily. Zároveň však autoři upozorňují, že policie nezaručuje bezpečnost zasahujících a není vždy k dispozici, aby okamžitě reagovala na žádosti záchranné služby. Ačkoli je dispečink nedílnou součástí činnosti záchranné služby, informace o pacientech, které posádka ZZS dostane od dispečinku, jsou často nejasné, nesprávné nebo neúplné, což přispívá k tomu, že se zasahující cítí bez podpory a mnohdy se zbytečně dostávají do nebezpečných situací. (Murray et al., 2020, s. 487-503)

Verbální a neverbální komunikace

Podle studie Hardwood (2017, s. 176-182) ze Spojeného království je dobrá komunikace základem a má zásadní význam pro navázání vztahu s pacientem a pro případné odvrácení nebo zmírnění vypjaté situace. Základem je představení se, zdvořilost, přátelskost a úcta. Říct kdo jsem a co budu dělat. Lze začít několika slovy obecné konverzace pro navázání vztahu. Důležité je zachovat jednoduchý jazyk a vždy si ověřit, zda pacient porozuměl, být klidný a používat neohrožující výrazy. Tón, řeč těla a obsah je velmi důležitý. Je za potřebí mluvit s pacientem na stejné fyzické úrovni, projevit zájem nebo se usmát. Pokud zdravotník provádí jakýkoliv výkon (vyšetření nebo zákrok), průběžně komentuje, co dělá, aby došlo k co nejmenšímu stresování pacienta. Důležité je taky zbytečně neuvádět raněného do rozpaků nebo ho

ponižovat, a to ani v případě, že je osoba dezorientovaná a mýlí se. V tomto případě je třeba umět "potvrdit" co pacient říká tak, aniž by byl klamán, infantilizován (zdětinš'ování) nebo se nad něj zdravotník povyšoval. Při eskalaci situace, kdy pacient začne být agresivní, autoři uvádějí následující postup. Pokud je to možné a bezpečné, zkusit na začátek odstranit provokaci, nechat pacienta chvíli o samotě (strategie "odejdi a vrať se") a dát mu trochu fyzického a emocionálního prostoru. Důležité je zachovat klid a přátelskost, případně se zeptat co pro pacienta můžeme udělat, jak mu můžeme pomoci. Pokud má okamžité potřeby, jako je úleva od bolesti nebo toaleta, je vhodné pokusit se o poskytnutí nebo zajištění této potřeby. Vhodné je i uznat trápení, aniž by byl pacient obviňován (například větami "jste zjevně rozrušený" nebo "vypadáte velmi rozzlobeně"). Vyhrožování nebo rozčilování nepomůže a pravděpodobně situaci ještě více vystupňuje. Zapojením se do potenciálně obtížné situace je velké riziko. Důležité je se ujistit, že je blízko úniková cesta a je volná pro případ, že by bylo potřeba se rychle stáhnout, a že je po ruce jakákoliv podpora nebo pomoc, která v případě potřeby pomůže. V případě jakýchkoliv pochybností je vždy vhodnější zvolit akci, kterou si bude zachraňující jistý, že ji dobře ovládá a pro danou situaci bude nejbezpečnější. Davy lidí mohou pocit ohrožení ještě zhoršit, a proto je vhodné místo zásahu vyklidit nebo jej nejlépe co nejdříve opustit.

Jihoafrická studie uvádí, že primárním cílem jakékoli intervence vůči agitovanému nebo agresivnímu pacientovi je zajistit bezpečnost, usnadnit posouzení základních problémů (příčinu chování) a zabránit další eskalaci. Minimalizace rizika pro sebe a okolí by měla být hlavním cílem všech intervencí. Jako prevenci při komunikaci s agresivním pacientem doporučují neotáčet se k pacientovi zády, vyhýbat se očnímu kontaktu, zbytečně pacienta nepřemlouvát, nezpochybňovat pacientovy bludy, nedotýkat se ho a stanovit pravidla a hranice. (Adeniyi, Puzi, 2021, s. 1-7)

Naopak autorka Susan Burns (2015, s. 27-33) uvádí, že dotek může usnadnit vztahy s pacientem v rané fázi a podpořit neverbální a verbální komunikaci. Zvláště významné je to podle autora při komunikaci s těmi, kteří mají omezené porozumění verbálnímu jazyku nebo jejichž receptivní schopnosti jsou narušeny tělesným nebo smyslovým postižením. Autorka však popisuje i to, že mezi skupinami se může lišit nejen verbální řeč, ale i neverbální komunikace, a tedy význam a interpretace doteků. Některé kultury dotek vítají a považují jej za podpůrný a uklidňující, zatímco jiné kultury mohou dotek považovat za urážlivý. V různých kulturách mohou existovat další proměnné, které je třeba vzít v úvahu. Například pohlaví, věk, rodinný stav a kultura osob, které s dotykem komunikují a iniciují ho, ovlivňují jeho efektivní

využití. Základní radou, která formuje základ většiny výcviků neverbální a verbální komunikace, je udržovat bezpečnou vzdálenost a zároveň si všimnout vlastního postoje a všech neúmyslných signálů, které mohou být agresivnímu jedinci „vysílány“. Ačkoli původním důvodem pro držení bylo přivést potenciálně agresivní situaci pod kontrolu, jakmile je tohoto cíle dosaženo, může se typ dotyku změnit z instrumentálního na expresivní. Například když se počáteční riziko agresivního chování sníží a pacient přechází z krizové fáze do fáze zotavení, slouží udržování méně restriktivních doteků zcela k jinému účelu, než je kontrola, a to hlavně k utěšení nebo uklidnění. Stále však existuje velmi málo výzkumů týkajících se vnímání a přijímání doteku pacienty a vytvářením tak terapeutického vztahu nebo subjektivní zkušenosti s tím, jak je dotyk významný při vzniku agrese.

Ve studii z New Yorku v USA z roku 2015 je popisováno, že v počátečních fázích stupňující se agresivity, má podpůrná terapeutická verbální a neverbální komunikace potenciál velmi účinně zvrátit eskalaci agresivního chování. Terapeutické neverbální přístupy zahrnují poskytnutí přiměřeného osobního prostoru pacientovi a zdržení se chování, jako je křížení rukou na hrudi nebo upřený pohled a zírání. Tyto projevy mohou působit buď ohrožujícím nebo příliš obranným dojmem. Úprava prostředí by mohla pomoci snížit stav vzrušení pacienta. Poskytnutí klidnějšího prostoru s menším množstvím podnětů může mít na agresora uklidňující účinek. Pokud agresivní chování pacienta souvisí s nastavením limitů je účinné, když ošetřující jednoduše a jasně vysvětlí, proč je nutné nastavené hranice dodržovat. Pokud jsou tyto přístupy neúčinné a eskalace agrese dosáhla úrovně bezprostředního ohrožení sebe nebo druhých, měla by být použita izolace nebo omezovací prostředky ve spojení s medikací. (Moylan, 2015, s. 577-582)

Fyzická sebeobrana

Pokud je jeden pacient v kontaktu s druhým, obvykle se používá metoda „nabrat a jít“, což se provádí tak, že zachraňující naberou agresora zezadu pod rameny a odtrhnou ho od druhého. Pozornost je třeba v této chvíli věnovat i dalším přihlížejícím, aby nedošlo k dalšímu napadení. Fyzické omezení by mělo být minimální a trvat co nejkratší dobu. Omezování se nejlépe provádí vsedě na lůžku nebo vkleče. Snažit se vyhnout tomu, aby byl pacient shozen na zem, ale pokud to není jinak možné, je důležité chránit mu hlavu před poraněním. Podstatné je ujistit se, že dýchací cesty nejsou ucpané a ventilace není znemožněna omezením hrudníku. Doporučená je monitorace ventilace, měření saturace. (Harwood, 2017, s. 176-182)

Fyzickým omezením se rozumí soubor úkonů na těle nebo v blízkosti těla pacienta, které omezují míru volnosti jeho pohybu. Omezování pacientů se provádí dvěma způsoby: fyzické omezování, kdy jsou některé části těla pacienta drženy jinými osobami a mechanické omezování, kdy pohyby pacienta jsou omezovány pomocí schválených pomůcek, například řemeny (kožené a látkové), pásy nebo prostěradlem. Pacienta lze uvázat k lůžku pomocí popruhů 2 body (uchycení zápěstí na každé straně lůžka) nebo přichycení 4 bodů těla (obvykle za kotníky a zápěstí k postranicím). Tyto metody omezení by měly mít určitá pravidla a to, že jejich požití by mělo následovat až po použití slovní deeskalační techniky. Během fyzického i mechanického omezování by mělo být zachováno soukromí a důstojnost pacienta, doba trvání by měla být co nejkratší a pacienta by měla stále probíhat monitorace fyziologických funkcí. Tyto praktiky vycházejí z přehledových studií od roku 2005-2018. (Ziaei et al., 2018, s. 1-18)

Jakékoli použité fyzické omezovací zařízení musí umožnit jeho rychlé odstranění, pokud dojde k ohrožení dýchacích cest, dýchání nebo oběhu pacienta. Pevné omezovací prostředky jako jsou např. pouta, by posádka ZZS neměla používat. Pokud je pacient spoután těmito prostředky příslušníky ozbrojených složek státu, je třeba zvážit přechod na méně omezující pomůcky, které jsou bezpečné pro pacienta i zasahující. Upřednostňují se snadno a rychle odstranitelné pomůcky. Pacienti nesmí být znehybňováni v poloze s rukama a nohama svázanými k sobě za zády ani omezování pomocí technik, které ohrožují dýchací cesty nebo stahují krk či hrudník. Vše je potřeba následně zaznamenat do výjezdové dokumentace. Dokumentace by měla obsahovat podrobnosti o chování pacienta, hodnocení celkového stavu pacienta, klinické indikace k omezení pohybu, typ zákroku o který se zachraňující pokusili nebo který byl použit, četnost útoků, opětovné hodnocení stavu a další péči poskytnutou během přepravy. (Kupas et al., 2021, s. 721-723)

Podle autorky Thompson (2014, s. 351-359), která se věnuje na výcviku sebeobranu pro ženy, fyzická sebeobrana nespočívá pouze v úderech a kopech, ale zahrnuje i postoj, dýchání, a řeč těla. Je podle ní potřeba věnovat pozornost širšímu okolí a fyzickým schopnostem lidí. Z tohoto důvodu je jednou z nejdůležitějších lekcí v kurzech sebeobranu útěk do bezpečí a to, že údery a kopy jsou nástrojem až poslední záchrany.

Zajištění kontroly nad pacienty co nejbezpečnějším způsobem a jejich účinné znehybnění za účelem provedení nezbytných lékařských zákroků a transportu, jsou rozhodujícími složkami péče o pacienty. Pokud jsou postupy omezování pacienta prováděny neefektivně, mohou vést k dalším zraněním pacientů i personálu. Neúčinné použití síly navíc

pravděpodobně povede k eskalaci násilí a náhle donutí poskytovatele zdravotní péče přejít ze situace péče o pacienta do situace sebeobrany. Situace sebeobrany nastává, když se záchranář domnívá, že je v nebezpečí. V takovém případě se jeho myšlení a cíle změní z bezpečného poskytování péče pacientům na bezpečný návrat domů. (Mills, 2014, s. 34-39)

Mluvit rukama tzn. držet někoho za ruku nebo ho vést za paži funguje nejen jako empatický projev, ale taky umožňuje rychle a účinně odvrátit úder nebo využít bolestivého podnětu. Při jednání s násilným agresorem se používá právě stimulační bolest k vyvolání požadované reakce jako je například k uvolnění sevření vlasů. Pokud zdravotník čelí aktivní agresi, má právo použít vyšší úroveň kontroly. Cílení na periferní nervovou tkáň za účelem omráčení nebo způsobení motorické dysfunkce poskytne dostatek času na útěk nebo případné zkrocení útočnicka. Pokud je posádka konfrontována smrtící silou, je oprávněna použít jakékoli prostředky nezbytné k úniku ze střetu. Pokud by byl jeden z členů posádky například zahnán do kouta útočnickem ozbrojeným nožem, který prokázal schopnost a měl zjevný úmysl způsobit vážnou újmu na zdraví, je posádka oprávněna použít jakékoli prostředky nezbytné k záchraně. Tento postup vychází z americké studie autora D. Mills (2014, s. 34-39), která byla vytvořena pro hasiče a zdravotnické záchranáře.

Zaměstnanci ZZS se zaměřují na poskytování optimálních služby tím, že ignorují násilí vůči nim. Vykazují sebeovládání a zvládání násilí prostřednictvím různých strategií, včetně vysvětlování, přesvědčování, uvolňování, používání sebedůvěry a sebeobránných technik jako je např. opuštění místa činu, držení se stranou a budování důvěry, akceptování požadavků klienta, uchýlení se do úkrytu a hledání spolupráce s pachatelem. Další strategie zahrnuje spolupráci s policií, která hraje důležitou roli na místě činu, aby zabránila násilí nebo snížila počet zranění. Ředitelství ZZS města Prahy a Středočeského kraje (ČR) zajišťují pro posádky záchranné služby možnost a prostředky k používání osobních ochranných pomůcek, sebeobranu pomocí únikových prostředků a pepřového spreje, školení, jak udržovat odstup a jak při transportu agresivního pacienta používat omezující prostředky. (Knor et al., 2020, s. 463-468)

Farmakologické zklidnění

Farmakologickou léčbu lze koncipovat v akutní situaci (okamžitá sedace) a pro dlouhodobou prevenci u trvale násilných a agresivních pacientů. Cílem je dosáhnout zklidnění během maximálně 2 hodin a zároveň se vyhnout nežádoucím účinkům. (Adeniyi, Puzi, 2021, s. 1-7) Každé dávce perorálně podaného léčiva trvá přibližně 20-30 minut, než dosáhne

vrcholného účinku. Proto je potřeba mezi jednotlivými dávkami vyčkat. Léky by měly být zaměřeny především na symptomy. Obecně platí, že antipsychotika mají přednost před benzodiazepiny, zejména u psychóz, mánií a delirií. Benzodiazepiny jsou však vhodnější při odvykání od alkoholu, při agresivnímu jednání po epileptickém záchvatu, Parkinsonově nemoci a demenci. Vhodné je se zaměřit na vyvolávající příčinu a její léčbu (léčit identifikovaný problém), spíše než jen na pouhé zklidnění. (Harwood, 2017, s. 176-182) U pacientů, kteří nereagovali na opakovanou perorální sedaci, odmítají perorální sedaci nebo vystavují sebe i ostatní značnému riziku, se doporučuje intramuskulární podání léků pro rychlé zklidnění. Pacientům s respirační insuficiencí by měl být místo benzodiazepinů podáván haloperidol (antipsychotikum) a u pacientů s podezřením na intoxikaci alkoholem by měl být k léčbě navíc přidán thiamin v perorální dávce 300 mg, který by měl být užíván denně po dobu 14 dnů. U pacienta pod sedativy je nutno vždy sledovat jeho životní funkce. Rychlé zklidnění může způsobit kardiovaskulární kolaps, respirační depresi, neuroleptický maligní syndrom a akutní dystonickou reakci. O sedaci dětí psychotropními látkami by se mělo uvažovat pouze v krajních případech a pouze po konzultaci s psychiatrem. (Adeniyi, Puzi, 2021, s. 1-7) V psychiatrické literatuře se již mnoho let diskutuje otázka, zda se k léčbě agresivní psychomotorické agitovanosti mají používat benzodiazepiny, antipsychotika nebo jejich kombinace. U pacientů se známým psychotickým onemocněním může být rozumné použít antipsychotický lék ihned v nouzové situaci. Benzodiazepiny by podle autorů studie z Německa neměly být dlouhodobě podávány pacientům s opakovaným agresivním chováním, protože jejich pravidelné užívání je spojeno s nárůstem takového chování a také s návykem a závislostí. Léčba v případě agresivního chování je indikována pouze v případě, že se jedná o základní onemocnění. Před jakoukoli léčbou je třeba vyloučit život ohrožující stavy nebo somatické poruchy, které lze snadno korigovat, jako je hypoglykémie nebo organické onemocnění mozku. Ketamin se v urgentní medicíně používá k navození disociativní anestezie, tj. přiměřené sedace bez útlumu reflexů chránících dýchací cesty. V jedné z německých kontrolovaných randomizovaných studií bylo zjištěno, že ketamin má rychlejší nástup účinku než haloperidol, kdy sedace začíná 5 minut po podání a u haloperidolu až 17 minut. (Hirsch, Steinert, 2019, s. 445-452)

Trénink zdravotnického personálu

Autoři Geoffrion et al. (2020, s. 1-81) uvádí ve své přehledové studii z USA, Spojeného království, Švýcarska, Tchaj-wanu a Švédska, že vzdělávací a školicí intervence pro pracovníky zdravotnické záchranné služby by samy o sobě vyřešily systémové, environmentální nebo kulturní problémy, které mohou ovlivňovat pravděpodobnost a důsledky případů agrese na pracovišti v organizacích poskytujících zdravotnické služby. Zlepšením znalostí, postojů a dovedností jednotlivců a skupin zdravotnických pracovníků v souvislosti s prevencí a minimalizací agrese na pracovišti, která je vůči nim namířena ze strany pacientů a jejich obhájců, by se podle autorů dalo očekávat, že klesne celkový počet případů agrese, včetně těch, které vedou k psychické nebo fyzické újmě či zranění. Očekávalo by se také, že se sníží počet nepříznivých osobních a organizačních důsledků, které lze přičíst případům agrese na pracovišti (např. čerpání dovolené, změny v účasti pracovníků, včetně změny pracovního režimu nebo úbytku pracovníků, náklady na soudní spory a rehabilitaci).

Potřebu významného zlepšení kvantity a kvality školení poskytovaných pracovníkům zdravotnické záchranné služby uvedli ve své studii prováděné na území USA i autoři Murray et al. (2020, s. 487-503). Důraz kladli na potřebu školení o deeskalaci, aby byli zachraňující schopni zachovat kontrolu a bezpečí v případě výjezdů k agresivním pacientům. Školení by podle nich mělo být užitečné při identifikaci konkrétních typů volání a situací, které jsou s největší pravděpodobností spojeny s násilím, jako je například užívání alkoholu nebo drog, násilí gangů, vraždy, domácí násilí, volání psychiatrických pacientů, podezření na sebevraždu a sebevražedné myšlenky, aktivní střelba, bombové útoky, teroristické události a další události, které představují hrozbu hromadných obětí. Právě nedostatečný výcvik vede v mnoha z těchto scénářů k tomu, že jednotlivci použijí nepřiměřenou sílu nebo "vyberou špatný nástroj k řešení problému".

Problematikou tréninku zdravotnického personálu se věnovali i čeští autoři Bugala et al. (2016, s. 49-54). Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti sebeobrany je podle autorů složité. Většinou zdravotníci absolvují výcvik sebeobrany mimo pracovní dobu, vše tedy závisí na úrovni jejich zájmu a respektu k vlastnímu bezpečí. Sebeobrana zdravotnického personálu je specifickým druhem profesní sebeobrany. Hlavním cílem zdravotnického personálu je poskytovat kvalifikovanou lékařskou pomoc. Při výkonu svých profesních povinností jsou však konfrontováni s kritickými situacemi, které je třeba řešit. Proto je tento druh sebeobrany specifický. Samotná záchrana života je stresující a v kombinaci s agresivitou a slovními a

fyzickými útoky se pro záchranáře stává o to náročnější. Bojová umění jako systém sebeobrany ovlivňují jedince komplexně, tj. jeho duševní zdraví, morálku a hodnotu života. Nezáleží jen na pouhém osvojení technik, ale také na pochopení průběhu situace v oblasti osobní bezpečnosti. Z tohoto důvodu je nutné kombinovat moderní poznatky o sebeobraně jako je například zmapování potřeb a hrozeb pro zdravotnický personál a jeho obranné prostředky. Na základě těchto poznatků je možné vytvořit přístup k osobní bezpečnosti, který je přímo použitelný pro zdravotnický personál. Zvolený plán výcviku sebeobrany zahrnuje základní prvky sebeobrany a je rozšířen o ty zvláštnosti, které vyplývají z profese zdravotníka. Sebeobrana zdravotnického personálu představuje komplexní interakci ovlivňující zdravotníka jak v teoretické, tak v praktické oblasti. Zabývá se konfliktním cyklem a jeho fázemi v kombinaci s reálnými nácviky sebeobrany. To umožňuje pečlivě zaměřit výcvik na aplikaci technik v reálné situaci osobního ohrožení.

3.2. Následky v oblasti psychiky u zdravotnického záchranáře

Zdravotnické záchranné služby jsou dle finské studie na hraně fungování, únava personálu a úmysl odejít jsou na vysoké úrovni. Nárůst úmyslu personálu odejít je patrný právě u profese zdravotnický záchranář. Ačkoli je tento trend katalyzován reformami zdravotnictví a celosvětovou pandemií COVID-19, důkazy naznačují, že se nejedná o nový trend. Zdravotničtí záchranáři jsou často vysoce kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci v první linii, což zahrnuje autonomní rozhodování s omezenými vnějšími nemocničními zdroji, nedostatek diagnostických přístrojů a práci v nepředvídatelném prostředí pod častým emocionálním tlakem. Po celou dobu jsou zdravotničtí záchranáři konfrontováni s řadou stresujících prvků nebo pracovních požadavků, tj. těch aspektů práce, ať už sociálních, organizačních nebo fyzických, které vyžadují trvalé duševní nebo fyzické úsilí a vedou ke zvýšenému stresu a vyhoření v jejich práci. Téma "vysoké pracovní zátěže s emocionální zátěží" bylo popisováno v kvalitativní studii z Finska a týkalo se jak environmentálních rizik, tak osobní emocionální roviny. V rámci tohoto tématu zdravotničtí záchranáři popisovali rizika prostředí při úkolech ZZS, přičemž se nejvíce zaměřovali na násilí a agresivitu ze strany pacientů a okolostojících osob, vadné nebo nefunkční vybavení a rizika spojená s místy dopravních nehod a bezpečností personálu při řízení záchranných vozidel. (Ericsson et al., 2022, s. 1-12) Vysoce stresové a rizikové prostředí a časté vystavení traumatickým událostem, které jsou přednemocničnímu prostředí vlastní, ohrožuje pohodu a dlouhodobou kariéru této kriticky důležité pracovní síly. Tyto fyzické a emocionální stresory, které jsou neodmyslitelně spjaty s v přednemocničním prostředí mohou zvýšit pravděpodobnost vyhoření a vést jedince k odchodu z profese. (Crowe

et al., 2018, s. 229-236) Vyhoření je chronický proces spojený s kumulací stresorů, které vyčerpávají ideály, motivaci a oddanost cílům jedince. Je to stav fyzického, emocionálního a duševního vyčerpání a kognitivní ztráty, který odráží přesvědčení, že zdroje, které má člověk k dispozici pro zvládnání stresu, jsou nedostatečné nebo neexistují. (Ilić et al., 2017, s. 167–178). Mezi psychické problémy vyplývající z vystavení traumatické události mohou patřit akutní stresová porucha, posttraumatická stresová porucha (PTSP), úzkost, deprese a zneužívání návykových látek. Metaanalýza, která byla prováděna v Kanadě odhadla míru prevalence PTSP u pracovníků záchranné služby na 11 %, deprese na 15 %, úzkosti také na 15 % a obecných psychických potíží na 27 %. Jednou z výzev při zavádění včasných posttraumatických intervencí v organizacích ZZS může být stigma související s duševním zdravím a překážky v přístupu k péči o duševní zdraví s nimiž se setkává značná část pracovníků záchranné služby a které jim brání v tom, aby vyhledali pomoc, i když je pomoc snadno dostupná. Dále výše zmíněná metaanalýza poukázala na to, jak může být organizační podpora ochranným faktorem proti symptomům duševního onemocnění po vystavení traumatu na pracovišti. Pracovníci ZZS, kterým se dostává organizační podpory, uvádějí větší emoční stabilitu a sounáležitost, strmější pokles posttraumatických příznaků a velkou pravděpodobnost dosažení posttraumatického růstu. (Tessier, Lamothe, Geoffrion, 2021, s. 1-16) Německá záchranná služba má speciálně vyškolený tým krizové intervence, který nabízí psychologickou podporu pacientům, příbuzným, přihlížejícím a zdravotníkům po traumatizujících událostech. Kromě toho má většina stanic ZZS speciálně vyškolené zaměstnance, kteří slouží jako důvěrníci pro ostatní zdravotníky. Díky oběma těmto funkcím mají zdravotničtí záchranáři v Německu snadný přístup k psychologické pomoci, pokud se stanou účastníky traumatizujících událostí. Rizikové skupiny (zejména záchranáři s dlouhou pracovní dobou) by měly pravidelně podstupovat vyšetření na depresi a PTSP. Těm, kteří jsou vystaveni traumatu a dalším stresorům, by mohl být nabídnut výcvik odolnosti a poradenství. (Eiche et al., 2019, s. 1-13) Výsledky průřezové studie z východního Íránu autorů Abbaspour et al. (2020, s. 17-23) ukázaly, že zaměstnanci, kteří jsou v manželství nebo mají děti, jsou více vystaveni PTSP, což je zdůvodněno větším množstvím stresových faktorů a obav o rodinu. Stejně tak PTSP pozitivně souvisela s vyšším věkem a s delší dobou výkonu práce u ZZS.

Jako jednu z prevencí PTSP nebo syndromu vyhoření autoři Vávrová a Pastucha (2013, s. 53 - 58) ve svém článku doporučují dodržování psychohygieny. Mezi základy psychohygieny lze zařadit pozitivní myšlení, správnou životosprávu, aktivní a pravidelný pohyb, dobrou spánkovou hygienu (pravidelná doba, chladná teplota, stejná postel, bez alkoholu a prášků na

spaní, nepřejídat se,...), relaxaci, sebepoznání a organizaci času. Při psychohygieně napomáhá sdělování emocí ostatním i schopnost asertivního odmítání nepřiměřených požadavků, přemýšlení o své práci v pozitivním kontextu, setkávání se s lidmi na stejném nebo podobném pracovním místě. Mezi podstatné autoři řadí dodržování vyváženosti mezi prací, seberozvojem (koníčky, záliby nebo vzdělání) a rodinným životem a přáteli.

4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Bakalářská práce se zabývá agresí vůči záchranáři, rizikách při kontaktu s agresorem, prevencí a možnostech řešení. Přínosem může být pro studenty a absolventy zdravotnického záchranářství a pracovníky zdravotnických záchranných služeb. Posádky ZZS by mohly zjištěné poznatky zmíněné v této práci využít při poskytování přednemocniční neodkladné péče především při setkání s agresivním či potenciálně agresivním pacientem. Z výzkumů z různých zemí světa vyplývá, že pracovníci v PNP mají až trojnásobně větší pravděpodobnost, že se setkají s agresí při výkonu svého povolání než jiné profese, a že daná problematika není dosud dostatečně prozkoumána. Limitem studií zaměřujících se na agresí vůči záchranářům je, že šetření v mnoha případech probíhalo v jiných zemích světa, než je právě v Česká republika. V České republice téměř neexistuje komplexní přehled o agresí a násilí vůči záchranářům. U tématu agrese a příčin násilí je četnost u způsoby napadení závislé na typu společnosti, politického zřízení a zeměpisné polohy. V příčinách agresivního jednání se světové studie a přehledy téměř shodují a jako nejčastější zdroj agrese uvádějí intoxikaci alkoholem nebo drogami. V přednemocniční péči hraje komunikace s pacientem klíčovou roli. Analýza možností řešení může pracovníkům záchranné služby získat okamžitý návod na to, jak danou situaci vyřešit nebo jak se o to alespoň pokusit. Většina studií popisovala verbální deeskalaci jako nejvhodnější techniku, ovšem pouze jedna z užitých v této práci popisovala důkladný popis, jak danou techniku ovládat.

Problémem interpretace výzkumů pro význam v českém prostředí je také odlišný systém poskytování přednemocniční neodkladné péče v ostatních zemích, kdy např. v USA zdravotnická záchranná služba spadá pod hasičskou záchrannou službu, tudíž připravenost nebo trénink pro jednání s pacientem se může lišit. Zároveň v tomto systému existuje více úrovní tzv. záchranářů, kdy každá úroveň má jiné kompetence. Záchranáři se tedy mohou setkávat s jiným typem pacientů nebo jinými problémy těchto pacientů. (NAEMT, 2020, s. 1-4)

Práce může sloužit jako návrh pro další výzkumy ve státech, ve kterých nedošlo k těmto zjištěním. Významnou limitací jednotlivých studií použitých k tvorbě této práce je malý vzorek respondentů zabývajících se touto problematikou. Budoucí studie by měly zahrnovat větší počet respondentů a zvýšit tak validitu výsledků. Rovněž je potřeba více randomizovaných kontrolovaných studií zaměřených na činnost zdravotnických záchranářů a ostatních členů posádky ZZS a na dopad na jejich činnost při setkávání se se stresovými a traumatizujícími faktory při výkonu jejich povolání.

Závěr

Již z povahy svého zaměstnání jsou zdravotničtí záchranáři vystaveni vyšší míře stresu než běžná populace. Denně se setkávají s vážně nemocnými lidmi, úmrtími, nehodami a dalšími kritickými situacemi. Mezi nejvíce stresující faktory se řadí především setkání s agresorem. Cílem předkládané bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky o agresi vůči záchranářům. Hlavní cíl byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech.

Prvním dílčím cílem bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky o faktorech a příčinách vzniku agrese vůči zdravotnickému záchranáři. Násilí na pracovišti páchané pacienty nebo jejich okolím je závažným problémem pro pracovníky, organizace, pacienty i společnost. Z výsledků můžeme vyvodit, že násilí na zdravotnických záchranářích stoupá s vyšší mírou poptávky po jejich službách. Mezi faktory, které ovlivňují chování pacienta patří například ženské pohlaví nebo nižší věk ošetřujícího zdravotníka. Jako další ovlivňující faktor bylo zmíněno i samotné chování záchranáře. Nejčastější formou agresivního chování vůči záchranáři bylo verbální násilí, a to zejména nadávky nebo křik. Jako neverbální projevy bylo nejčastěji zmiňováno držení a svírání. Při hodnocení studií ohledně příčin agrese se nejvíce objevovala agrese způsobená intoxikací alkoholem nebo drogami. Jako další příčiny jsou pak uvedeny duševní choroby a psychiatrické stavy, kraniocerebrální poranění, akutní bolest, epilepsie, toxicko-metabolické encefalopatie nebo cévní mozková příhoda. Ne každé chování je tedy způsobeno omamnými látkami, a proto je třeba pacienta důkladně vyšetřit a poskytnout mu adekvátní pomoc. Předložením aktuálních studií publikovaných v rozpětí deseti let se dá tento dílčí považovat za dobře zmapován a tedy splněn.

RIZIKOVÉ FAKTORY AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ		
Subjekt	Rizikové faktory	Doporučená klíčová literatura
Pacient	Abúzus alkoholu	(Pompili et al., 2017)
Pacient	Abúzus a vliv drog	(McKetin et al., 2019)
Pacient	Duševní choroby	(Pompili et al., 2017)
Pacient	Psychiatrické stavy	(Markiewicz, Pilszyk, Kudlak, 2020)
Pacient	Akutní bolest	(Harwood, 2017)
Pacient	Stav po CMP	(Choi-Kwon, Kim, 2022)
Pacient	Stav po epilepsii	(Hansen et al., 2018)

Pacient	Kraniocerebrální poranění	(Wood, Thomas, 2013)
Pacient	Toxicko-metabolické encefalopatie	(Berisavac et al., 2017)
Záchranář	Ženské pohlaví	(Murray et al., 2020)
Záchranář	Nižší věk	(Murray et al., 2020)
Záchranář	Neprofesionální chování	(Knor et al., 2020)

Druhým dílčím cílem bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky o možnostech prevence a řešení těchto situací. Podstatné při střetu s agresivním pacientem je včasné zavolání policie a zajištění si tak vlastní bezpečnosti. Verbální komunikace a samotná verbální deeskalace je klíčová při řešení vyhrocených situací. Fyzická napadení nejsou oproti verbálním tak častá, ovšem jejich řešení jsou o to náročnější. Při deeskalaci je důležité se k pacientovi neotáčet zády, zbytečně se nepřibližovat, dát mu prostor a jeho názory nezesměšňovat. Vždy je nutné ujistit se, že je v blízkosti úniková cesta. Pokud dojde k eskalaci situace a zdravotnický záchranář čelí fyzickému napadení, nejlepší je okamžitě místo opustit, případně využít stimulační bolest pro uvolnění svírání například vlasů nebo oděvu nebo za pomoci ostatních členů posádky se dostat ze sevření agresora. Pokud dojde k fyzickému omezení pacienta, mělo by trvat co nejkratší dobu za kontinuální monitorace zdravotního stavu a fyziologických funkcí. Farmakologické zklidnění se užívá u dlouhodobě agitovaných a agresivních pacientů. Ke zklidnění by mělo dojít v co nejkratším čase a s co nejmenšími následky. Léčbu je nejlepší zaměřit na vyvolávající příčinu než na pouhé zklidnění. Farmaka vhodná pro uklidnění jsou především antipsychotika a benzodiazepiny. Před jakoukoliv léčbou je třeba vyloučit život ohrožující stavy nebo somatické poruchy. Největší důraz byl kladen na samotný výcvik pracovníků ZZS, který by mohl zlepšit prevenci a snížit úrazy spojené s konfliktem s agresivním pacientem. V poslední části je zmíněn dopad násilných střetů na psychiku zdravotnického záchranáře. Vysoká pracovní zátěž a častý kontakt se stresovými faktory mohou vést k syndromu vyhoření nebo posttraumatické stresové poruše a následnému odchodu z profese. Jako prevenci v těchto případech je podstatné dodržovat zásady psychohygieny. I v tomto případě byly doloženy aktuální studie týkající se tématu druhého dílčího cíle, čímž byl i ten splněn.

PREVENCE AGRESE		
Intervence	Doporučení/výsledky studií	Doporučená klíčová literatura
Zajištění vlastní bezpečnosti	Požádat o policejní posily, dostatečná informovanost od dispečinku a možnost přípravy na situaci.	(Murray et al., 2020)
Komunikace verbální	Navázání vztahu, představení se, zdvořilost, úcta, přátelskost, jednoduchost řeči, průběžné komentování výkonů.	(Harwood, 2017)
Komunikace neverbální	Neotáčet se k pacientovi zády, vyhýbat se očnímu kontaktu, zbytečně se pacienta nedotýkat, dodržovat osobní prostor.	(Adeniyi, Puzi, 2021)
Úprava prostředí	Odstranění provokace, zajištění únikové cesty, uvolnit prostor od přihlížejících, místo co nejrychleji opustit.	(Moylan, 2015)

DEESKALAČNÍ TECHNIKY		
Typ	Doporučení/výsledky studií	Doporučená klíčová literatura
Verbální deeskalace	Uznat trápení pacienta, zeptat se, co pro pacienta můžeme udělat, nabídnout mu pomoc a možnosti řešení.	(Harwood, 2017)
Fyzická sebeobrana	Opustit místo, využít stimulační bolest pro uvolnění sevření, fyzické omezování (fixace končetin), užití pepřového spreje, nošení ochranných pomůcek, údery a kopy až jako nástroj poslední záchrany.	(Mills, 2014)
Farmakologické zklidnění	Vhodné užití a správné dávkování antipsychotik a benzodiazepinů, léčbu zaměřit na vyvolávající příčinu než na pouhé zklidnění, před aplikováním zklidňujících léčiv vyloučit život ohrožující stavy jako je např. hypoglykémie/hyperglykémie.	(Harwood, 2017),

Dohledané poznatky zmíněné v této bakalářské práci mohou pomoci zdravotnickým záchranářům lépe porozumět problematice střetu s agresivním pacientem. Vědět, jak se v takových situacích chovat, jaké jsou možné příčiny násilného chování nebo jak lze celou situaci vyřešit. Výsledky z použitých studií mohou být využity pro další zpracování zdravotnickými záchranáři, pracovníky ve zdravotnictví nebo výzkumnými pracovníky z různých oborů s motivací provedení vlastního výzkumu. Informace uvedené v práci by mohly být publikovány v odborných periodikách, které by zvýšily povědomí o rizicích spojených s výkonem povolání zdravotnického záchranáře.

Referenční seznam

- ABBASPOUR, Sedigheh et al. 2020. Prevalence and Correlates of Mental Health Status Among Pre-Hospital Healthcare Staff. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* [online]. **16**(1), 17-23. [cit. 2022-12-26]. ISSN 1745-0179. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1745017902016010017>
- ADENIYI, Oladele V.; PUZI, Ntandazo. 2021. Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. *South African Family Practice* [online]. **63**(1). [cit. 2022-12-03]. ISSN 2078-6204. Dostupné z: <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5393>
- BERISAVAC, IvanaI et al. 2017. How to recognize and treat metabolic encephalopathy in Neurology intensive care unit. *Neurology India* [online]. **65**(1). [cit. 2022-11-19]. ISSN 0028-3886. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0028-3886.198192>
- BIGHAM, Blair L. et al. 2014. Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care* [online]. **18**(4), 489-494. [cit. 2022-10-05]. ISSN 1090-3127. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.912703>
- BRODIE, Martin J. et al. 2016. Epilepsy, Antiepileptic Drugs, and Aggression: An Evidence-Based Review. *Pharmacological Reviews* [online]. **68**(3), 563-602. [cit. 2022-11-06]. ISSN 0031-6997. Dostupné z: <https://doi.org/10.1124/pr.115.012021>
- BUGALA, Martin et al. 2016. Evaluation of self-defence training in the Czech Emergency Medical Service. *Do Movement for Culture. Journal of Martial Arts Anthropology* [online]. **16**(1), 49-54. [cit. 2022-12-20]. ISSN 20843763.
- BURNS, Susan. 2015. Using touch as a way to manage aggression. *Mental Health Practice* [online]. **19**(3), 27-33. [cit. 2022-12-04]. ISSN 1465-8720. Dostupné z: <https://doi.org/10.7748/mhp.19.3.27.s18>
- COOMBER, Kerri et al. 2019. Aggression and violence at ambulance attendances where alcohol, illicit and/or pharmaceutical drugs were recorded: A 5-year study of ambulance records in Victoria, Australia. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. **205**. [cit. 2022-11-26]. ISSN 03768716. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107685>

- CROWE, Remle P. et al. 2018. Association of Burnout with Workforce-Reducing Factors among EMS Professionals. *Prehospital Emergency Care* [online]. **22**(2), 229-236. [cit. 2022-12-25]. ISSN 1090-3127. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1356411>
- DE ALMEIDA, Rosa Maria Martins; CABRAL, João Carlos Centurion; NARVAES, Rodrigo. 2015. Behavioural, hormonal and neurobiological mechanisms of aggressive behaviour in human and nonhuman primates. *Physiology & Behavior* [online]. **143**, 121-135. [cit. 2022-11-17]. ISSN 00319384. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.02.053>
- DU, Maolin et al. 2017. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2017**(4). [cit. 2022-12-03]. ISSN 14651858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2>
- EICHE, Christian et al. 2019. Well-being and PTSD in German emergency medical services – A nationwide cross-sectional survey. *PLOS ONE* [online]. **14**(7), 1-13. [cit. 2022-12-25]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220154>
- ERICSSON, Christoffer R. et al. 2022. Paramedics' perceptions of job demands and resources in Finnish emergency medical services: a qualitative study. *BMC Health Services Research* [online]. **22**(1), 1-12. [cit. 2022-12-22]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08856-9>
- GEOFFRION, Steve et al. 2020. Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. **2020**(9). [cit. 2022-12-03]. ISSN 14651858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
- GÓMEZ-GUTIÉRREZ, M. Mar et al. 2016. Posttraumatic Stress Symptomatology in Pre-Hospital Emergency Care Professionals Assaulted by Patients and/or Relatives. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. **31**(2), 339-354. [cit. 2022-10-07]. ISSN 0886-2605. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0886260514555370>
- HANSEN, Cerine C. et al. 2018. Mechanisms Underlying Aggressive Behavior Induced by Antiepileptic Drugs: Focus on Topiramate, Levetiracetam, and Perampanel. *Behavioural Neurology* [online]. **2018**, 1-18. [cit. 2022-11-07]. ISSN 0953-4180. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2018/2064027>

- HARWOOD, RH. 2017. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* [online]. **47**(2), 176-182. [cit. 2022-10-11]. ISSN 14782715. Dostupné z: <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2017.218>
- HIRSCH, Sophie; STEINERT, Tilman. 2019. The Use of Rapid Tranquilization in Aggressive Behavior. *Deutsches Ärzteblatt international* [online]. [cit. 2022-12-06]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0445>
- CHOI-KWON, Smi; KIM, Jong S. 2022. Anger, a Result and Cause of Stroke: A Narrative Review. *Journal of Stroke* [online]. **24**(3), 311-322. [cit. 2022-11-07]. ISSN 2287-6391. Dostupné z: <https://doi.org/10.5853/jos.2022.02516>
- ILIĆ, Ivana et al. 2017. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy* [online]. 167–178. [cit. 2022-12-25]. ISSN 0465-5893. Dostupné z: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- KNOR, Jiri et al. 2020. Qualitative Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *Western Journal of Emergency Medicine* [online]. **21**(2), 463-468. [cit. 2022-12-20]. ISSN 1936900X. Dostupné z: <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.10.43919>
- KRISHNAN, Vaishnav; LEUNG, Lester Y.; CAPLAN, Louis R. 2014. A neurologist's approach to delirium: Diagnosis and management of toxic metabolic encephalopathies. *European Journal of Internal Medicine* [online]. **25**(2), 112-116. [cit. 2022-11-19]. ISSN 09536205. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2013.11.010>
- KUMARI, A. et al. 2020. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med* [online]. **2020**, 149-156. [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20
- KUPAS, Douglas F. et al. 2021. Clinical Care and Restraint of Agitated or Combative Patients by Emergency Medical Services Practitioners. *Prehospital Emergency Care* [online]. **25**(5), 721-723. [cit. 2022-12-22]. ISSN 1090-3127. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1917736>
- KUYPERS, KPC et al. 2020. Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology* [online]. **30**, 114-147. [cit. 2022-10-30]. ISSN 0924977X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.06.001>

- LASOTA, Dorota et al. 2021. Ethanol as a stimulus to risky and auto-aggressive behaviour. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [online]. **28**(2), 220-223. [cit. 2022-11-06]. ISSN 1232-1966. Dostupné z: <https://doi.org/10.26444/aaem/118861>
- LIU, J.; LEWIS, G.; EVANS, L. 2013. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. **20**(2), 156-168. [cit. 2022-10-05]. ISSN 13510126. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x>
- MANCHIA, Mirko et al. 2017. Serotonin Dysfunction, Aggressive Behavior, and Mental Illness: Exploring the Link Using a Dimensional Approach. *ACS Chemical Neuroscience* [online]. **8**(5), 961-972. [cit. 2022-11-26]. ISSN 1948-7193. Dostupné z: <https://doi.org/10.1021/acscemneuro.6b00427>
- MARKIEWICZ, Inga; PILSZYK, Anna; KUDLAK, Grzegorz. 2020. Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry* [online]. **72**. [cit. 2022-11-26]. ISSN 01602527. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101612>
- MCKETIN, Rebecca et al. 2019. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [online]. **16**, 81-97. [cit. 2022-11-21]. ISSN 25895370. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.09.014>
- MILLS, David. 2014. Self-Defense for Fire and EMS. *Fire Engineering* [online]. **167**(9), 34-39. [cit. 2022-12-19]. ISSN 00152587.
- MOYLAN, Lois Biggin. 2015. A Conceptual Model for Nurses' Decision-making with the Aggressive Psychiatric Patient. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. **36**(8), 577-582. [cit. 2022-12-04]. ISSN 0161-2840. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1019019>
- MURRAY, Regan M. et al. 2020. A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* [online]. **29**(4), 487-503. [cit. 2022-10-05]. ISSN 1048-2911. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1048291119893388>
- MURRAY, Regan M. et al. 2020. A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* [online]. **29**(4), 487-503. [cit. 2022-09-28]. ISSN 1048-2911. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1048291119893388>

- NAEMT, . 2020. What is EMS. In: *NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS* [online]. USA. [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: https://www.naemt.org/docs/default-source/about-ems/what-is-ems-2020-10-14-2020-final.pdf?Status=Temp&sfvrsn=cb0fe593_2
- POMPILI, E. et al. 2017. Focus on aggressive behaviour in mental illness. *Riv Psichiatr* [online]. 175-179. [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1708/2801.28344>
- SARAGOZA, Philip; WHITE, Stephen G. 2016. Workplace Violence. *Psychiatric Clinics of North America* [online]. **39**(4), 599-610. [cit. 2022-10-07]. ISSN 0193953X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.007>
- SHKATULA, Yu. V. et al. 2019. EMERGENCY MEDICINE: PROBLEMS OF VIOLENCE AND SAFETY AT WORK. *Eastern Ukrainian Medical Journal* [online]. **7**(4), 351-357. [cit. 2022-10-21]. ISSN 26644231. Dostupné z: [https://doi.org/10.21272/eumj.2019;7\(4\):351-357](https://doi.org/10.21272/eumj.2019;7(4):351-357)
- SPELTEN, Evelien et al. 2020. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. [cit. 2022-11-19]. ISSN 14651858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
- SPELTEN, Evelien et al. 2022. Workplace violence against emergency health care workers: What Strategies do Workers use?. *BMC Emergency Medicine* [online]. **22**(1), 1-11. [cit. 2022-09-18]. ISSN 1471227X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00621-9>
- TESSIER, Marine; LAMOTHE, Josianne; GEOFFRION, Steve. 2021. Adherence to Psychological First Aid after Exposure to a Traumatic Event at Work among EMS Workers: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(21), 1-16. [cit. 2022-12-25]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111026>
- THOMPSON, Martha E. 2014. Empowering Self-Defense Training. *Violence Against Women* [online]. **20**(3), 351-359. [cit. 2022-12-21]. ISSN 1077-8012. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1077801214526051>
- VÁVROVÁ, P.; PASTUCHA, D. 2013. Psychohygiene (not only) as prevention of the burn-out syndrome in medical management. *Pracovni Lekarstvi* [online]. **65**(1-2), 53-58. [cit. 2022-12-26]. ISSN 00326291.

WIRTH, Tanja et al. 2021. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(16). [cit. 2022-10-05]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>

WOOD, Rodger Ll; THOMAS, Rhys H. 2013. Impulsive and episodic disorders of aggressive behaviour following traumatic brain injury. *Brain Injury* [online]. **27**(3), 253-261. [cit. 2022-11-06]. ISSN 0269-9052. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.743181>

ZIAEI, Maryam et al. 2018. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine* [online]. **2019**(3), 1-18. [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.117>

Seznam zkratk

%	procento
atd.	A tak dále
CMP	cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
et al.	A jiní, a další
mg	miligram
např.	například
PTSP	posttraumatická stresová porucha
PNP	přednemocniční neodkladná péče
tj.	to je
tzv.	takzvaný, takzvaně
USA	Spojené státy americké
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba