

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

**Násilí v přednemocniční péči.
The Violence at the Emergency Medical Services.**

2007/2008

Josef Vopička

Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Čestně prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracoval samostatně a při její realizaci použil pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 17. dubna 2008

.....

Rád bych poděkoval všem, kteří se na zpracování mé závěrečné práce podíleli.

Můj dík patří především PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za cenné rady a připomínky, kterými mi ukázala ten správný směr mé závěrečné práce, za pomoc a za ochotu, se kterou ke mně přistupovala při všech konzultacích.

Obsah

| | |
|---|----|
| Obsah | 4 |
| Anotace | 5 |
| Motto | 6 |
| 1. Úvod | 6 |
| 2. Systém fungování Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy | 7 |
| 2.1 Scénář zásahu u život ohrožujícího stavu | 8 |
| 3. Emoce | 9 |
| 3.1 Dimenze emocí | 10 |
| 3.2 Afekt | 11 |
| 4. Konfliktní situace | 12 |
| 4.1 Složky konfliktní situace | 13 |
| 4.2 Spouštěcí faktory | 14 |
| 4.3 Vývoj konfliktní situace | 14 |
| 5. Agresivita | 15 |
| 5.1 Teorie agresivity | 16 |
| 5.2 Agresivita, vliv genetiky a prostředí | 18 |
| 5.3 Agresivní chování a činnost mozku | 19 |
| 5.4 Dělení agresivity | 20 |
| 5.5 Příčiny agresivity v podmínkách přednemocniční péče | 21 |
| 6. Definice násilí | 22 |
| 6.1 Základní druhy násilí | 22 |
| 6.2 Příčiny, zdroje a podmínky násilí | 25 |
| 7. Právní aspekty násilí ve zdravotnictví | 27 |
| 7.1 Institut veřejného činitele | 28 |
| 7.2 Právní aspekty sebeobranu | 29 |
| 8. Možnosti řešení narůstající agrese a násilí | 30 |
| 8.1 Opatření a náměty k řešení na celospolečenské úrovni | 30 |
| 8.2 Opatření a náměty k řešení na podnikové úrovni | 30 |
| 8.3 Preventivní opatření pro eliminaci násilí v podmínkách ZZS hl. m. Prahy | 31 |
| 9. Cíl | 34 |
| 9.1 Charakteristika souboru | 34 |
| 9.2 Použité metody | 36 |
| 9.3 Organizace výzkumu | 36 |
| 10. Analýza výsledků | 36 |
| Diskuse | 44 |
| Závěr | 45 |
| Seznam použitých zdrojů | 46 |

Anotace

Tato bakalářská závěrečná práce mapuje problematiku násilí v přednemocniční péči. Je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části se zabývám systémem fungování záchranné služby, teorií vzniku agresivity, průběhem konfliktní situace, možnostmi řešení narůstající agrese a násilí.

Empirická část je tvořena analýzou dotazníků, který byl distribuován zaměstnancům Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy.

Klíčová slova : Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, emoce, agrese, konfliktní situace.

Motto

„Hněv je zcela normální, obvykle zdravá lidská emoce. Když se však vymkne naší kontrole, stává se destruktivním jevem a vytváří problémy. Může nás dovést až tak, že se cítíme jakoby v moci zlých sil.“

Jaro Křivohlavý

1. Úvod

S pojmem násilí se bohužel v posledních letech setkáváme stále častěji. Obklopuje nás na každém kroku, i když ti šťastnější z nás zatím nemají přímou zkušenost s jeho reálnou podobou. Násilí páchané na pracovnících ve zdravotnictví je o to závažnější, že se dotýká lidí, jejichž posláním je pomoc druhým. Pracuji jako zdravotnický záchranář Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy (dále jen ZZS HMP) a téma „Násilí ve zdravotnictví se zaměřením na oblast přednemocniční péče“ jsem zvolil ze dvou důvodů. Ošetřuji pacienty bezprostředně po napadení, ale také já a moji kolegové jsme často násilí vystaveni. Jedním dechem je nutno dodat, že pokud se vysloví pojem násilí ve zdravotnictví, veřejnost si představí právě útoky na záchranáře. Neznamená to však, že záchranná služba je nejvíce frekventovaná, co se týče agrese pacientů. Tyto případy jsou nejvíce publikované, neboť zásahy záchranářů se odehrávají na veřejnosti a v emočně vypjatých situacích a pokud se týká hlavního města, také za velkého zájmu televizních stanic.

2. Systém fungování Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy – územní středisko záchranné služby má statut nestátního zdravotnického zařízení, jehož zřizovatelem je Magistrát hl. m. Prahy. 8. prosince 2007 oslavila 150 let své činnosti.

Hlavní náplní je zajišťování odborné přednemocniční neodkladné péče u stavů ohrožujících život obyvatel Prahy a jejích návštěvníků. Denně záchranná služba zasahuje přibližně ve 250 – 300 případech, z nichž se zhruba v jedné čtvrtině jedná o přímé ohrožení života.

ZZS HMP funguje na základě tzv. kontinentálního modelu záchranné služby, tedy s důrazem kladeným na odbornou pomoc již na místě závažné události, což je významný rozdíl proti angloamerickému systému, běžnému ve většině zemí světa, kdy je odborná lékařská pomoc poskytována až na příjmových odděleních nemocnic (emergency) a v terénu pracují výhradně paramedici – zdravotníci s kvalifikací odpovídající našemu zdravotnickému záchranáři.

Od roku 1987 pracuje pražská záchranná služba systémem „rendez-vous“, převzatým z Francie. Tento systém vychází z faktu, že ne každý případ vyžaduje přítomnost lékaře. Lékař přijíždí na místo události v osobním voze se zdravotnickou zástavbou a se skupinou RZP se setkává u pacienta. Zkracuje se dojezdový čas k pacientovi na nejnižší možnou míru (osobní automobil je v permanentně zacpaných ulicích Prahy rychlejší než vůz RZP) a zároveň dovoluje lépe rozvrhnout práci lékaře: ten totiž v ideálním případě na místě provede všechny zákroky a lékařské výkony potřebné k odvrácení život ohrožujícího stavu a stabilizovaného pacienta už do nemocnice veze jen skupina RZP, zatímco lékař vyjíždí k dalšímu případu.

Základními složkami jsou :

- Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS), které se nachází v Korunní ulici na Vinohradech. V nepřetržitém provozu zde pracuje 5 – 8 operátorek (zdravotních sester se specializací dle zákona č. 96/2004 Sb.), které za 24 hodin přijmou okolo 1000 telefonních hovorů na tísňové lince 155 a vyřídí dalších přibližně 1000 relací na radiostanicích s výjezdovými skupinami.
- Rychlá lékařská pomoc (RLP) – jejich základny jsou rozmístěny na devíti místech v Praze včetně týmu letecké záchranné služby v Praze - Ruzyni. Tým tvoří lékař

s nástavbovou atestací v oboru urgentní medicína a řidič RLP (záchranář s praxí v řízení motorových vozidel po absolvování speciálního kurzu)

- Rychlá zdravotnické pomoc (RZP) – v Praze je 14 základen a disponují sanitními vozy větších rozměrů s vybavením obdobným jednotce intenzivní péče. Tým tvoří diplomovaný zdravotnický záchranář či absolvent pomaturitního specializačního studia v oboru intenzivní péče a řidič RZP (záchranář s praxí v řízení motorových vozidel po absolvování speciálního kurzu).⁽³⁾

2.1 Scénář zásahu u život ohrožujícího stavu

Scénář zásahu u každého život ohrožujícího stavu je – s menšími či většími obměnami – zhruba takový:

- Svědkové události volají tísňovou linku 155.
- Jedna z operátorek na zdravotnickém operačním středisku hovor přijímá, ještě v průběhu hovoru zadává do počítačového systému základní údaje.
- Ty posílá (také ještě v průběhu telefonátu) bezdrátovým pagingovým systémem nejvhodnější výjezdové skupině.
- Tu vybírá podle její aktuální polohy a dostupnosti. Všechny vozy pražské záchranné služby jsou vybaveny satelitním navigačním systémem GPS, který operátorce poskytuje možnost zjistit jejich okamžitou polohu.
- Průměrný hovor trvá okolo jedné minuty. V této jedné minutě musí operátorka porozumět volajícímu co se přesně stalo, kde se to stalo, najít příslušné místo na digitální mapě, rozhodnout o závažnosti situace a podle rozvahy vypsát klíčové údaje vybrané výjezdové skupině. Málokdo si umí představit, jak složité je například i porozumět dezorientovanému volajícímu, kde se přesně nachází. Lze konstatovat, že operátorky musí znát přidělenou oblast metropole lépe než řidiči taxislužby – a to nemluvíme o vyhraněných situacích, kdy volající podléhá vlivem hrůzných skutečností psychické zátěži, dezorientaci a hysterii. Bez nadsázky je možné říci, že každá z operátorek pražské záchranné služby během své dvanáctihodinové směny rozhoduje v padesáti až šedesáti případech zcela samostatně o osudu člověka v nouzi s malým množstvím dostupných informací a ve velké časové tísni. Lidský a etický

rozměr takové zodpovědnosti napovídá mnohé o psychické, ale i fyzické zátěži této náročné práce.

- Na místo události vyráží ze základny výjezdová skupina RZP.
- Pokud jde o život ohrožující stav (podezření na akutní infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu, těžká poranění - popáleniny, střelná poranění, obtíže s dýcháním), vyjíždí i lékař ve voze RLP. Operátorka zůstává v telefonickém kontaktu s volajícím a udílí mu důležité rady v první pomoci postiženému, dokonce je schopna provádět tzv. TANR (telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace) až do doby než na místo události dorazí první posádka ZZS. ⁽³⁾

3. Emoce

Pojem emoce s tématem násilí bezprostředně souvisí. Vymezení pojmu je obtížné a jeho definování přímo nemožné, pokud emoce chápeme jako svérázné a jednoduché zážitkové kvality. V psychologických slovnících se uvádějí nejčastěji tyto významy pojmu emoce :

- komplexní citový stav doprovázený charakteristickými motorickými a žláзовými aktivitami
- excitovaný stav mysli, který doprovází k cíli zaměřené chování
- afektivní stav, který je důsledkem překážky
- dezorganizovaná odpověď organismu
- totální akt organizovaný kolem autonomně kontrolovaného komplexu chování

Emoce vznikly v průběhu evoluce jako procesy hodnocení životního významu situací, které byly současně spojeny s mobilizací energie (aktivací organismu) nutné na vynaložení účelného chování, např. útěku ze situace ohrožující život individua. Situace rozpoznaná jako signál nebezpečí tak vyvolávala pocit strachu a současně aktivaci organismu, připravující ho na útěk. Primární emoce tak byly složkou instinktů, ale v dalším fylogenetickém vývoji se spojovaly s kognitivní analýzou situace a obsahově se diferencovaly. Původní funkcí emocí bylo tedy hodnocení situací a příprava jejich fyzického zvládnutí. Svůj původní hodnotící a aktivační význam v regulaci chování si emoce podržely dodnes, ale jejich zdroje se rozšířily s vývojem lidstva i na podněty a hodnoty dané kulturou, takže dnes tvoří bohatou, obsahově diferencovanou fenomenologii citění.

Emoce jsou psychickým prafenomémem, který má zásadní význam pro regulaci chování, neboť jsou podstatou jeho motivace (mají povahu pohnutek) i jeho organizace na základě individuálních zkušeností (učení).

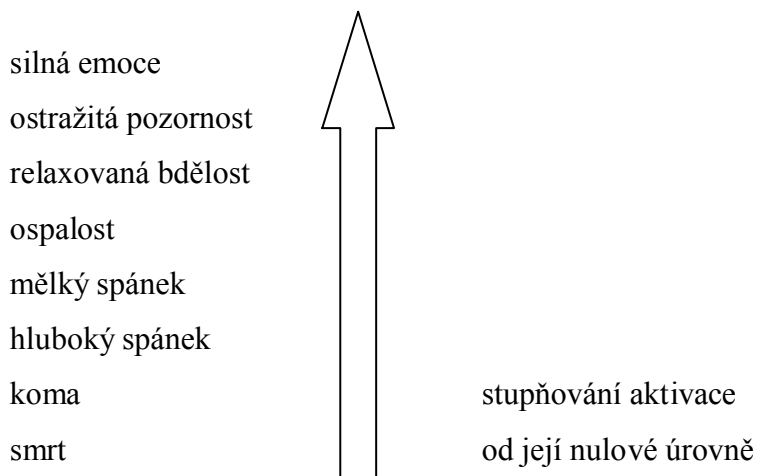
Skutečnost, že emoce jsou psychickým prafenomémem, který se celá tisíciletí udržuje, poukazuje na účelnost emocí jako na jejich základní charakteristiku, která je potvrzována také tím, že emoce mají fyziologické komponenty, jež nejsou pouhými doprovodnými jevy, ale také prokazatelně účelnými reakcemi organismu na danou situaci. Dobře to ilustruje případ člověka, jehož fyzická síla narůstá, když se ocitá ve stavu strachu či vzteku, protože se jeho organismus připravuje k vitálně účelné akci, k útěku či k útoku. ⁽¹⁰⁾

3.1 Dimenze emocí

Emoce mají dvě základní dimenze, kterými jsou také definovány :

- míra příjemného či nepříjemného. Zážitky příjemného a nepříjemného jsou funkční, původně signalizovaly biologickou prospěšnost a škodlivost podnětů a v tomto smyslu měly význam motivační, byly a jsou psychickou příčinou apetencí a averzí, ve formě odměn a trestů (koncepty zpevnění v psychologii učení) přispívaly rozhodujícím způsobem k formování vzorců chování (princip hédonismu).
- míra vzrušení. Stav vzrušení (excitace) vyjadřuje určitou úroveň funkční pohotovosti organismu. Významově ekvivalentní je pojem aktivace, vyjadřující připravenost k činnosti, připravenost, která je odstupňována. Připraveností k činnosti se zde rozumí psychofyzický či neurosomatický stav individua, který vedle pohybové disponibility zahrnuje i disponibilitu percepční a další, primárně jde o úroveň funkčního stavu nervové soustavy. Úroveň aktivace se projevuje různými symptomy tělesnými (svalové napětí), nervovými (excitabilita neuronů) a psychickými (stav vědomí, psychická aktivita). Úroveň aktivace pak může být objektivně určena následujícími ukazateli : mozkové elektrické potenciály (EEG), termíny stupňů vědomí, termíny úrovně obecné aktivity, termíny výkonnosti.

Z psychologického hlediska, resp. v termínech stupňů vědomí lze rozlišit následující úrovně aktivace



Tyto stupně aktivace, jak je určil Lindsley (1957), souvisí s nervovou aktivací mozkové kůry a ta je závislá na činnosti retikulární formace mozkového kmene, která je aktivována především přílivem stimulace (nervových impulsů) z receptorů. Umělá stimulace retikulární formace mozkového kmene u spícího individua vyvolává probuzení a bdělost, přerušení výše uvedeného spojení vede k trvalému spánku.

(G. Moruzzi a H. W. Magoun, 1949)

Podle Lindsleye je význam termínu aktivace úzce spojen s významy takových termínů jako úroveň excitace (vzrušení), úroveň mobilizace energie, intenzita motivace, stupeň vzrušení, síla popudu. Aktivovat znamená učinit aktivním, schopným reagování nebo provedení reakce. Termín aktivace zavedl D. B. Lindsley (1951). Nejvyšší úroveň aktivace reprezentují afekty. ⁽¹⁰⁾

3.2 Afekt

Výbuch silných emocí, které mohou mít dezorganizující vliv na jednání, myšlení a další kognitivní funkce. Již filosof I. Kant (1798) ve své antropologii uvádí, že afekt je silný cit porušující rovnováhu mysli, vznikající z náhlého, překvapujícího dojmu. Afekty jsou provázeny výraznými pohyby a mimickou expresí, jakož i řadou vegetativních symptomů. Tyto vegetativní změny v průběhu afektů studoval zejména W.B. Cannon (1932) především na kočkách a zjistil, že ve strachu a vzteku se zvyšuje činnost sympatické části vegetativní

nervové soustavy, tj. dochází ke zvyšování krevního tlaku, zrychlování srdeční činnosti, zvýšení množství červených krvinek v krvi, zvýšení srážlivosti krve, zrychlení dýchání a naopak ke tlumení činnosti trávicího traktu a k dalším biologicky účelným změnám, které svědčí o vrozenosti těchto afektů, o jejich spojení s mobilizací energie (z nadledvinek se uvolňuje hormon adrenalin, který uvolňuje z jater glykogen, jenž vyživuje svaly a zvyšuje tak jejich výkonnost, stejně jako zvyšování krevního tlaku umožňuje lepší prokrvování svalstva atd.). V souvislosti s tím existuje i vrozené spojení afektů s pohyby, strachu s útekem, vzteku s útokem (rozbití překážky, která vztek vyvolává). Podle J. Fröbese (1929) existuje obrácená proporcionalita mezi citem a pohybem. Lidé činu mívají chladnou mysl a naopak – tedy čím je cit silnější (afekt), tím více pohybu.

V afektu se ztrácejí zobecněná schémata jednání a podle toho jak se konflikt přenáší na intelektuální sféru, jeho patogenní vliv obyčejně slábne a afekt se lehčeji překonává. Tento vztah afektů a intelektu souvisí s tlumivým vlivem mozkové kůry na podkorová centra afektů, tedy s korovou (rozumovou) kontrolou afektivní impulzivity. Umělá dekortikalizace pokusných zvířat vede k pestřejším projevům, než je uvolnění (odtlumení) afektivity : vztah mezi mozkovou kůrou a limbickým systémem, resp. jeho částí, hypothalamem, určují také „citový přízvuk“ či obsah emoční, resp. afektivní reakce. Destrukce amygdaly a hippocampu vede ke ztrátě strachu a vzteku, k neschopnosti rozpoznávat nebezpečné podněty : pokusná zvířata si např. strkala do tlamy hořící zápalky, olizovala syčícího hada a vykazovala další ztrátu adekvátních emočních reakcí.

P. Guillaume (1947) zdůraznil, že mnohé z toho, co se označuje jako výrazové pohyby v afektech, nejsou náhodné, nekoordinované pohyby, ale „organizovaný pohybový celek“, je to struktura koordinovaných fyziologických procesů, zahrnující vegetativní procesy a motorické reakce, je to struktura původně biologicky účelná, zajišťující adaptivní chování. Afekt je velmi komplexní vrozená (biologicky účelná) reakce, která zahrnuje podněcující i tlumivé aktivity organismu, resp. jeho nervové soustavy. ⁽¹⁰⁾

4. Konfliktní situace

Zvláštní druh meziosobního styku mezi dvěma (popř. i více) jedinci, v němž dochází ke střetu jejich představ, zájmů, postojů, cílů či hodnot. Konfliktní situace je základem vzniku

bojové situace. Dostoupí-li konflikt do stádia, kdy již není řešitelný diskusí, domluvou nebo rozchodem, dochází k fyzickému násilí.

Konfliktní situace se od sebe liší : intenzitou neslučitelnosti postojů, počtem účastníků, způsoby, jak své postoje účastníci prezentují a prostředky, které k tomu používají.

Incident – zvláštní typ konfliktní situace, která vzniká náhle, má výrazně konfrontační charakter, rychlý průběh. Iniciátor kalkuluje s momentem překvapení. ⁽¹²⁾

4.1 Složky konfliktní situace

- problémový jedinec (jedinci) a jeho jednání – svým jednáním ohrožují či narušují veřejný pořádek, práva a oprávněné zájmy občanů, jejich majetek, zdraví a životy. Je obvykle iniciátorem vzniku konfliktní situace. Není obvykle přístupný rozumovým argumentům. Jeho špatně regulovaná emocionalita mu neumožňuje klidně a zodpovědně zvažovat podmínky a způsoby chování.
- oběť agrese – jedinec (skupina) vůči kterému – pro jeho vlastnosti, jednání, chování či sociální pozici – směřuje jednání aktéra, a hrozí mu materiální, fyzická či psychická újma.
- ostatní účastníci – jedinci, kteří jsou v určitém vztahu k aktérům konfliktní situace. Může jím být jedinec, skupina, který v zájmu ochrany ohrožených zájmů zasahuje proti problémovému jedinci tak, že podle konkrétních podmínek předchází či zabraňuje dalšímu jednání problémového jedince.
- prostředky používané účastníky k dosažení cílů – všechno to, co zvyšuje intenzitu jednání (a prožívání) aktérů i ostatních účastníků situace. Jedná se především o právní, technické, psychologické a fyzické prostředky a postupy. Liší se dle pozice a cílů účastníků konfliktní situace.
- podmínky, v nichž se situace odehrává – vše co v dané situaci vytváří její rámeček, co nepřímou ovlivňuje příznivě či nepříznivě vznik, průběh a uspořádání konfliktní situace. Patří sem zejména sociální, fyzikální, místní, časové a další faktory. ⁽¹²⁾

4.2 Spouštěcí faktory

Takové situace, slova nebo projevy chování, jejichž výskyt způsobuje nastartování násilného chování, vznik konfliktní situace. Pod jejich vlivem se mění vztahy mezi účastníky situace, potenciální nebezpečí se mění na reálné.

- averzivní stimulace – nepříjemné pocity vnitřního napětí a zvýšená náchylnost k agresivním projevům v situacích, které jsou pro nás emočně nepříznivé.
- disinhibice vyvolané drogami – odtlumení projevů, skrytých tendencí k jednání je typické pro osoby pod vlivem alkoholu, léků, drog.
- absence alternativních voleb – situace, kdy si člověk připadá jako krysa zahnaná do kouta. Ačkoliv jinak neútočí, v dané situaci nevidí jiné východisko.
- přítomnost podnětů, které podporují násilí, nebo skupinová podpora – chování sportovních fanoušků jako důsledek „násilí“ odehrávajícího se na hřišti, násilné scény ve filmech, televizi.
- psychotické interpretace „normálního“ chování – momenty, kdy díky své chybné percepci vidíme agresi i tam, kde není, a sami tak díky svému paranoidnímu vnímání zakládáme na konflikt.
- používání barbrů – slov nebo frází provokující či urážející jedince (skupinu), kterého se týkají.
- očekávání odměny za násilí – nejen hmotná, ale zejména sociální ocenění ze strany okolí startuje u některých jedinců potřebu vyvolat konflikt.
- náhlé životní změny nebo stresory – smrt, rozvod, dopravní přestupek ⁽¹²⁾

4.3 Vývoj konfliktní situace

Konfliktní situaci tvoří obecně pět navzájem na sebe navazujících fází

- **spouštěcí fáze** – můžeme registrovat takové projevy v chování jedince, které indikují odklon od jeho normálního, neagresivního chování.
Signály hrozícího násilí : nervozita a neklid, časté a rychlé pohyby rukou, výhružná

gesta, podupávání chodidlem, upřený pohled z očí do očí, narušení osobní zóny, vypjaté držení těla, napjaté svaly v obličeji, zčervenání tváří, sevření pěstí, zblednutí, náhlá změna v chování. Včasná a přesná percepce zmíněných příznaků je jedním ze základních předpokladů pro zamezení šíření konfliktu.

- **eskalační fáze** – projev se čím dál víc vzdaluje od základní hladiny chování. Bez intervence se snižuje možnost vrátit ho do původního stavu. Jedinec se nepřiměřeně zaměřuje na některý konkrétní jev.
- **krizová fáze** – roste fyzické, emocionální i psychické vzrušení, snižuje se kontrola agresivních impulsů, zvyšuje se pravděpodobnost přímého útočného chování. Nelze počítat s racionálním chováním. Naše možnosti : únik ze situace, fyzické potlačení, vytváření bariér (fyzických, psychických).
- **fáze uklidnění** – vysoká hladina fyzického a emocionálního vzrušení zůstává hrozbou poměrně dlouhou dobu (až 90 min.) po konfliktu, poté postupná redukce tenze.
- **fáze postkrizové deprese** – příznačná je mentální i fyzická vyčerpanost, doznívání následků konfliktu. Ve vědomí oběti je prožitý incident vnímán jako nehumanizující, degradující záležitost, vyvolává ztrátu jistot, pocity beznaděje, nezřídka se objevují sklony přeceňovat pravděpodobnost dalšího násilí, roste nedůvěra a zvyšuje se opatrnost vůči novým situacím a kontaktům s lidmi. V případě násilné interakce (incidentu) jsou pro chování oběti příznačné následující projevy – šok, dezorganizace chování, stažení se do sebe, postupná adaptace na narušení integrity, opakované prožívání zážitků, snaha popřít své pocity, odmítání o incidentu hovořit. Souhrn těchto symptomů bývá označován jako tzv. posttraumatická stresová porucha. ⁽¹²⁾

5. Agresivita

(z latinského *aggredi*, tj. přistoupit, přiblížit, napadat, útočit) – destruktivní chování, směřující k fyzickému (brachiálnímu), slovnímu (urážka), nebo symbolickému (pomocí gest) útoku vůči jinému jedinci. Cílem agrese je zastrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit společenské výhody. Agrese primitivní a krátkodobá se projevuje bouřlivým odreagováním afektu, přičemž chybí schopnost náležitě si ujasnit rozsah, cíl a motivační souvislosti vlastní agrese. Tendence jednat agresivně vzniká vždy, když musíme překonat překážku, která stojí v cestě k uspokojení naší potřeby. Jestliže se nám nedaří překonat překážku, vnitřní napětí vzrůstá. Agrese tak vedle úniku představuje jeden ze

základních způsobů vyrovnávání se člověka s psychickou zátěží. Zdrojem agresivního chování bývá afekt (zloba, hněv, vztek), neuspokojená (frustrovaná) potřeba, ale i zvyk („naučená“, instrumentální, sociálně odměňovaná agrese), vždy ve spojení s podmětovou situací (např. svévolné a nesmyslné jednání druhých, útok, obtěžování).⁽¹⁾

5.1 Teorie agresivity

- **behavioristická teorie** – představiteli této teorie jsou J. B. Watson a F. B. Skinner, a její podstata spočívá v tom, že údajně jednáme, cítíme a myslíme způsobem, který se nám osvědčil jako úspěšná metoda k dosažení toho, co jsme si usmysleli. Podle předložené teorie je agresivita jen naučená a založená na získávání co největších výhod. Zastánci této teorie hovoří o tzv. „operacionálním“ podmiňování. To znamená, že pokud je určité chování z hlediska experimentátora žádoucí, je odměněno – následuje po něm něco příjemného. Výsledkem je, že dotyčný se bude stále chovat žádoucím způsobem. V praxi to znamená, že pokud jedinec úspěšně použije agrese k dosažení cíle, příště bude opět jednat agresivně.⁽⁸⁾
- **psychoanalytická teorie** – připomeňme výrok zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda: „Nenávist jako vztah k objektům je starší než láska.“ Myslitel tímto uznal, že součástí ega je agresivní pud, který je odlišný od pudu sexuálního. Pod slovem pud si původně registroval aspekty chování, o nichž soudil jejich vrozenost a jejich vývoj označil za nezávislý na prostředí. Freud odvozoval od agresivního pudu konkrétní souvislost s pudem smrti a současně sklon k agresi pokládá za největší překážku civilizace. Když objevil existenci nezávislého „destrukčního agresivního pudu“, řešil problém, jakým způsobem si civilizace vynucuje jeho kontrolu. Dospěl k závěru, že dominantním aspektem je introjekce (vcítění, prožitek), která určuje asimilaci (splynutí) podstatné části agresivity do individuálního ega a tím obrátí agresi k vnějšímu světu nebo sám proti sobě.

Z uvedené hypotézy Freud předpokládá dvojí nasměrování agrese :

- pud smrti – původně zaměřen vůči sobě
- obrácení tohoto pudu navenek
- proti vnějším podnětům

- k ovládnutí sexuálního objektu
- proti jedincům a okolnostem způsobující frustraci ega ⁽¹³⁾
- **etologická** – zastánce této teorie K. Lorenz tvrdí, že agrese slouží životu, vede k výběru lepšího partnera a tím je směřována i k přežití a zachování druhu. Energie specifická pro určité instinktivní jednání se neustále hromadí v nervových centrech, která mají k příslušnému chování vztah, a jakmile nahromadí dostatek energie, nastane výbuch, třeba i bez vnějšího podnětu. Zvíře i člověk si však většinou nacházejí podněty které nahromaděnou energii uvolní, nemusejí pasivně vyčkávat, až se objeví vhodný podnět. Vyhledávají podněty sami a dokonce je sami vytvářejí. Lorenz to označuje jako „apetenční chování“.

Pro Lorenze tedy není agrese primární reakcí na vnější podněty, ale vrozeným vnitřním stavem vybuzečnosti, který hledá způsob uvolnění a projeví se bez ohledu na to, zda vnější podnět je či není přiměřený.

Dva základní prvky Lorenzovy teorie :

- zvířata a člověk jsou vybaveny vrozenou agresivitou, sloužící k přežití jedince a druhu
- hydraulický charakter hromadící se energie, kterou je objasňována krutost a vražedné pohnutky

Lorenz dále tvrdí, že instinkt, který u zvířat slouží k zachování druhu, je u člověka „groteskně přehnaný“ a „zdivočelý“. Agrese se přeměnila v hrozbu, nepůsobí už v zájmu přežití. ⁽⁸⁾

Chceme-li pochopit patologickou **destruktivitu**, měli bychom nejdříve porozumět tomu, co je normalita a optimalita osobnosti. Základním rámcem pro pochopení je bio-psycho-sociální model člověka. Podle tohoto modelu platí, že cokoliv se stane s naší biologickou podstatou (s geny, buňkami, orgány včetně mozku), může se projevit v našem duševním životě, a cokoliv se stane s naším duševním životem, může se projevit v našem sociálním chování a prostředí. A naopak : proměny v sociálním prostředí se mohou projevit v našem duševním životě a následně změnami stavby a funkce našich orgánů, počínaje mozkem až po buňky a některé stránky činnosti genů. ⁽¹⁾

5.2 Agresivita, vliv genetiky a prostředí

Poměrně krátkým šlechtěním se podařilo získat vysoce agresivní kmeny myší, krys i psů. Agresivita tedy má genetickou složku. Agresivní kmeny těchto druhů zvířat se v některých místech mozku od neagresivních kmenů odlišují množstvím :

- některých druhů nervových přenašečů – mediátorů (látky, jejichž prostřednictvím si nervové buňky vyměňují informace)
- jejich receptorů (chemických čidel, na něž se přenašeče vážou)
- systémů jimiž se v nervových buňkách přenášejí signály z buněčného povrchu, což proměňuje jak jejich činnost, tak stavbu

Jedním ze základních způsobů, jímž se rozlišuje vztah dědičnosti a prostředí k nějakému druhu chování, je výzkum jednovaječných a dvojvaječných dvojčat, jakož i adoptivních dětí. Zjednodušeně řečeno jsou jednovaječná dvojčata nositeli stejných genů, dvojvaječná dvojčata sdílejí polovinu genů (jako jiní biologičtí sourozenci), adoptivní děti jsou nositelé genů svých rodičů. Jestliže se na nějakém druhu chování nebo jiné vlastnosti podílí pouze dědičnost, pak se tato vlastnost objevuje u obou členů páru jednovaječných dvojčat, u dvojvaječných může postihnout jednoho člena páru. Dědičností podmíněná vlastnost, kterou adoptivní rodiče nemají, se objevuje u jejich adoptivního dítěte. Vynikající cestu k rozlišení vlastností podmíněných dědičností od vlastností daných zevními vlivy poskytuje studium jednovaječných dvojčat, která byla od narození nebo brzy poté z nějakých důvodů rozdělena a vychovávána v rozdílných rodinách a rozdílných kulturních prostředích.

Lyons a kol. (1995) studiem dvojčat prokazují, že z příznaků antisociálního chování **nedospělých** jedinců dědičnost do jisté míry ovlivňuje záškoláctví, krutost vůči zvířatům, rozpoutávání rvaček a užívání zbraní, vliv prostředí je v těchto případech podstatně větší než vliv dědičnosti. Další znaky antisociálního chování, jako jsou krádeže, lhaní a poškozování majetku, dědičnost neovlivňuje.

U **dospělých** lidí na rozdíl od dětí a dospívajících však dědičnost podstatně ovlivňuje zejména útočnost, nedodržování sociálních norem a impulsivitu – vliv dědičnosti je přibližně stejný jako vliv prostředí.

Souhrnné výsledky dokazují, že všechny znaky antisociálního chování společně ovlivňuje u **nedospělých** jedinců dědičnost jen ze 7%, společně sdílené prostředí 31% a nesdílené prostředí z plných 62%.

Všechny znaky antisociálního chování společně ovlivňuje u **dospělých** lidí dědičnost z plných 41%, společně sdílené prostředí z 5%, nesdílené prostředí z 52%. (Zbytek do 100% jsou chyby měření.)

Řečeno jinak : nedospělé jedince v tomto ohledu podstatně víc než dědičnost ovlivňují sdílené (v rodině) a nesdílené vlivy prostředí. Vliv dědičnosti se v případě některých antisociálních znaků chování více prosazuje v dospělosti – proto je jejich ovlivnění tak obtížné.

Vliv dědičnosti na antisociální chování lidí prokázal i výzkum dětí, které byly adoptovány ihned po porodu. Rodiče jedné skupiny těchto dětí měly antisociální poruchu osobnosti nebo závislost na alkoholu, rodiče druhé skupiny těchto dětí uvedené znaky neměly. Jestliže se biologičtí rodiče adoptovaného dítěte chovali antisociálně, pak byla mnohem větší pravděpodobnost, že se dítě bude v průběhu dospívání rovněž chovat antisociálně : u těchto dětí se útočné chování a další příznaky antisociální poruchy chování objevují častěji než u adoptivních dětí jejichž biologičtí rodiče se antisociálně nechovali. V dospělosti se u dětí antisociálních rodičů, adoptovaných do jiných rodin, objevuje vyšší výskyt antisociální poruchy osobnosti.

Nepříznivé vztahy v adoptivní rodině, např. kriminalita, závislost na drogách nebo rozvod adoptivních rodičů, zvyšují pravděpodobnost antisociálního chování adoptivních dětí nezávisle na jejich genetické vložce.

Dědičnost a vlivy prostředí se tedy mohou na prvcích antisociálního chování včetně agresivity, resp. násilného chování podílet nezávisle (Cadoret a kol., 1995).

5.3 Agresivní chování a činnost mozku

Agresi je u pokusných zvířat možné spustit a utlumit ovlivněním velkého počtu míst jak mozkové kůry, tak podkorových oblastí. Podobné pravidlo platí i pro lidi. Centrum agrese tedy neexistuje (Koukolík, 2000). Agresi a násilné chování může způsobit zejména ovlivnění limbického systému a kůry čelních mozkových laloků, ale i např. mozečku. Ovlivnění může být jednak důsledkem cévních mozkových příhod, nádorů, úrazů, poruch látkové výměny (hypoglykémie u diabetika, jaterní encefalopatie u cirhózy), otravy, závislosti na některých drogách, zejména na alkoholu, jednak některých duševních onemocnění.

Velkým přínosem je vyšetřování činnosti mozku násilně se chovajících lidí funkčními zobrazovacími metodami – např. tzv. pozitronovou emisní tomografií. Toto vyšetření provedené u skupiny lidí souzených pro vraždu, kteří se hájili sníženou přičetností, zjistilo v porovnání se stejně velkým počtem kontrolních jedinců, kteří se vraždy nedopustili, změny v činnosti mozku : sníženou činnost kůry předních částí čelních laloků, některých částí laloků temenních a některých oblastí v hloubi mozku. Snížení činnosti, které se prozrazuje tím, že mozek v těchto místech spotřebovává menší než obvyklé množství glukózy, bylo u těchto vrahů stranově nesouměrné. Postihuje větší měrou levou než pravou mozkovou hemisféru (Raine, 1997), což může mít význam ve vztahu k sebeuvědomování.

Na vztah mezi psychosociální deprivací v raném dětství, sníženou činností čelních laloků mozku a následným násilným chováním, které se projevilo vraždou, poukázala další studie. Zjistilo se, že snížené využití glukózy v čelních lalocích mozku je výraznější u vrahů z normálního rodinného prostředí. Sociální tlak, kterým se mohlo částečně vysvětlovat pozdější vražedné chování, byl u těchto lidí zanedbatelný. V jejich případě tedy vražedné násilné chování souvisí se snížením využitím glukózy v čelních lalocích mozku. To jsou části mozku, které kromě mnoha jiných funkcí tlumí útočné a další asociální impulsy.

Klinické zkušenosti staré asi 150 let, ukazují, že lidé, kteří utrpěli úraz nebo jiné poškození těchto částí mozku, se často chovají impulsivně, nezodpovědně, jsou vulgární, sexuálně nezdrženliví, podráždění, někdy velmi útoční. Porucha chování je tím horší, čím je poškození větší, velmi těžké poruchy chování tohoto druhu doprovázejí zejména poškození mozku v dětství. Lze předpokládat, že se u pachatelů závažných případů násilí, objevuje podobná odchylka funkce, za kterou je jemná, mikroskopem neviditelná odchylka stavby a činnosti mozkové kůry, která může být jak důsledkem genetické, tak spíše vývojové odchylky vzniklé buď v průběhu nitroděložního vývoje, v raném dětství, nebo později, z kombinace genetických a kulturních vlivů. ⁽¹⁾

5.4 Dělení agresivity

Agresivitu podle Čermáka (1998) je možné dělit do dvou základních skupin:

- **Instrumentální** – je prostředkem jak dosáhnout cíle
- **Emocionální** – je cílem sama o sobě

Prof. Čermák ve svých studiích dále velice jednoduše dělí agresi na přímou a nepřímou, verbální a fyzickou. Do kategorie fyzické agrese autor zařazuje například útok vedený pěstmi, kopanci, nebo škrábáním, či další ataky. Jako agresi verbální v podobě nadávek, vulgarismů apod. Nepřímá fyzická agrese je např. ničení majetku, tedy reakce daného jedince pramení z nemožnosti vyventilovat svou agresi do osoby, do níž by za jiných okolností byla směřována. Nepřímá verbální agrese se projevuje ve formě pomluv, hostilních poznámek a nebo výhrůžek.

5.5 Příčiny agresivity v podmínkách přednemocniční péče

Základní dělení možných případů výskytu agresivního chování přímého účastníka ošetření v podmínkách přednemocniční péče :

- pacient si myslí, že výjezdová skupina RLP, RZP přijela pozdě
- činnost spojená s výkonem práce se pacientovi, příbuzným nebo přihlížejícím nezdá dostatečně kvalifikovaná
- pacient požaduje ošetření od lékaře, nikoliv od službu vykonávajícího záchranáře
- pacient požaduje transport vozidlem RZP do jiného zdravotnického zařízení než určil vedoucí výjezdové skupiny na základě zhodnocení stavu pacienta a vnitřních směrnic organizace
- intoxikovaný jedinec, který si neuvědomuje nutnost ošetření a odvozu do zdravotnického zařízení
- pacient v šoku, který je ve stavu neschopnosti kontrolovat své chování v tom nejširším slova smyslu
- ošetření vykonávající jedinec s traumatickým zážitkem z poskytování první pomoci pacientovi před příjezdem RLP, RZP ⁽²⁾

6. Definice násilí

Definice násilí, tak jak je nacházíme v odborné literatuře, se nezdá překrývat, doplňují či liší. V jednotlivých definicích se promítá konkrétní realita a konkrétní úhel pohledu (lékařský, psychologický, kriminalistický, právní atd.). Tak například anglická supervizní zdravotní služba (The Health Services Advisory) přijala v roce 1997 toto pojetí: Násilí je jakýkoliv incident, ve kterém je zaměstnanec slovně zneužit, ohrožován nebo napaden pacientem, nebo příbuznými za okolností souvisejících s výkonem povolání. František Koukolík definuje násilí obecněji, a to jako takový druh lidského chování, které jiné lidi záměrně ohrožuje fyzickou újmou, pokouší se ji přivodit, nebo ji přivodí a zdůrazňuje, že jeho míra roste natolik, že se hovoří o epidemii.

Patrně nejobecněji definovala násilí Světová zdravotnická organizace, která je již v roce 1996 popsala jako úmyslné použití či hrozbu použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.

Jak vyplývá z uvedené definice, násilí zdaleka nemá jen fyzickou formu a odborníci hovoří dále nejen o násilí psychickém a sociálním, ale dokonce i násilí institucionálním a mediálním. Proto je nutné obsah pojmu rozšířit nebo zpřesnit tak, aby bylo vždy zřejmé, kterou z forem násilí máme právě na mysli, nebo použít širšího pojmu týrání.⁽⁵⁾

6.1 Základní druhy násilí

Fyzické násilí

Fyzickou újmou lze nazvat např. poranění, zranění většího rozsahu, těžké ublížení na zdraví, smrt.

Kromě fyzického napadení je v této skupině počítáno také s odepíráním pití, jídla a léků, odepíráním základních hygienických potřeb, dále promyšlené vystavování oběti chladu nebo extrémnímu teplu atd.⁽⁵⁾

Psychické násilí

Psychické násilí se dá též nazvat jako emocionální újma. Pachatelé je směřují na citlivá místa oběti. Jedná se o verbální agresi : ponižování, zesměšňování, nadávky, urážky, výsměchy, hrozby, zastrašování.

Agresor může též v oběti probouzet pocit nadbytečnosti, bezcennosti. V rámci promyšleného násilí oběť nesmí např. pěstovat koníčky a sledovat televizi, jsou jí rozbíjeny nebo odebírány věci, ke kterým mají citový vztah. U dětí jde o hračky a u starých lidí fotografie. Lze zakazovat určitý sociální kontakt, nebo dokonce všechny kontakty s dalšími příbuznými, s oblíbenými kamarády, s přáteli, sousedy atd. Často se jedná např. o oblíbené zvíře oběti. ⁽⁵⁾

Sociální násilí

Oblasti sociálního násilí zahrnuje především materiální a finanční týrání:

- neochotu financovat jídlo, ošacení, ale i léky
- znepřístupnění úspor nebo jejich zcizení
- převody bytu, domu, movitého majetku pod nátlakem

Mnoho obětí je tak často odkázáno na ústavy sociální péče, neboť nemají finanční prostředky a často ani "střechu nad hlavou". ⁽⁵⁾

Sexuální násilí

Sexuální násilí je pácháno především na ženách. Pokud se jedná o velmi staré ženy, nazýváme tento jev gerontofilie.

Pokud jsou tyto násilnosti páhány na dětech a mladistvých jedná se o pedofilii.

Formy sexuálního násilí :

- sexuální zneužívání (týká se dětí)
- sexuální obtěžování (nevítané sexuální návrhy)
- znásilnění

- obchod se ženami

Tyto formy násilí jsou zpravidla kombinovány. Fyzické útoky jsou projevem brutálního násilí. Dopouštějí se jich většinou násilnické typy ("rození rváči"), nebo "normální" osoby v afektu. Rafinovanější agresori volí zpravidla kombinaci psychického a fyzického, popř. i další formy týrání. ⁽⁵⁾

Sebepoškozování

Násilí vůči sobě je zvláštní a závažnou formou násilí. Agrese není namířena vůči druhé osobě, ale vůči sobě samému. Endemicky vzrůstá v současné době odmítání potravy - mentální anorexie a přejídání s následným zvracením - bulimie. Zkušenosti s tímto typem sebepoškozování má 20 % žen a 12-15 % mužů. K tomuto způsobu jednání vede nejčastěji touha po dokonalosti, kterou především diktuje současná móda. Extrémním typem sebepoškození je sebedestrukce, tedy sebevražda. ⁽⁵⁾

Institucionální násilí

Nevhodné normy vedou k speciální formě násilí, které je dnes hodně diskutováno. Jedná se o tzv. utrpení způsobené institucemi, zejména úřady. Důsledkem je tzv. druhotné ponížování. Někdy se dá hovořit o systémovém týrání, které je způsobeno systémem (tedy institucemi, jejich normami a postupy), který byl původně budován s naprosto opačným záměrem. Lze sem zařadit ústavy sociální péče. Někdy se však dobré úmysly a dobrý systém obrátí proti němu. Příkladem jsou odložené nebo osiřelé děti, které by měly a mohly už dávno být v náhradní rodinné péči. Celá řada předpisů a administrativních procedur, ale tomuto brání. V nemocnicích dochází k nedostatečné informovanosti, záměrnému odloučení od rodiny nebo snižování kontaktů s ní, neadekvátní péči, nebo častěji nedostatečnou snahu řešit problémy pacienta nebo klienta komplexně. Relativně častý prohřešek je špatná nebo nevhodná výživa, podcenění nebo nedodržování pitného režimu, nevhodné nebo nadměrné indikace uklidňujících léků atd. ⁽⁵⁾

Mediální násilí

Mediální násilí má dvě základní formy:

- prezentované násilí v hraných filmech
- dehonestující informace o některé skupině obyvatel (Rómové, „vietnamští spoluobčané“, staří lidé) ve zpravodajských relacích ⁽⁵⁾

Rasové násilí

Rasové násilí reprezentuje výraznou formu týrání. Člověk, který se viditelně odlišuje barvou pleti i některými způsoby svého života, zneklidňuje majoritní část společnosti. Toto zneklidnění vede k pocitům strachu a ohrožení a následně i k nejrůznějším formám odsouzení a agrese. Realizovat se na této na úrovni může jednotlivec i celá společnost. Společenské předsudky výrazně přispívají nepříznivém stavu věci. Obdobně tuto formu násilí může vyvolat i jiné než vyznávané nebo tolerované náboženství. ⁽⁵⁾

6.2 Příčiny, zdroje a podmínky násilí

Zpracováno dle analýzy Výzkumného ústavu bezpečnosti práce z roku 2003 (12 členná skupina odborníků pod vedením ing. Miloše Palečka, CSc. ⁽⁴⁾

Příčiny, zdroje a podmínky násilí na celospolečenské úrovni

Dle expertů jsou v této oblasti nejdůležitější a nejzávažnější problémy:

- prohlubování příjmové a majetkové polarizace společnosti – vzrůst chudoby, sociálních nejistot
- legislativa – složitost, nepřehlednost, nedostatečnost, nízké právní vědomí, nedodržování zákonů
- měnící se hodnotové systémy – potlačování morálních a duchovních hodnot, malá úcta k životu a k člověku
- vliv médií – časté zobrazování násilí, negativních zpráv a informací

- vysoká tolerance ve společnosti k projevům násilí a agresivity (PhDr. Beňo : „Násilí vede k úspěchu = je odměňováno a nikoliv trestáno.“)
- prorůstání organizovaného zločinu do řídicí sféry, korupce
- zvyšování závislosti na drogách, alkoholu a jiných návykových látkách, gamblerství
- upřednostňování čistě ekonomických zájmů nad ostatními zájmy, tvrdá konkurence ve společnosti, prosazování individualismu ve všech oblastech života
- vliv výchovy (vzorec chování v rodině a ve škole, domácí násilí, týrání, šikana), rozpad rodiny, nárůst izolace a osamění
- nárůst frustrace a stresu, psychosomatických onemocnění a počtu osob trpících psychickými problémy
- obavy a frustrace z možné nezaměstnanosti

Příčiny, zdroje a podmínky násilí v organizacích zdravotnických a sociálních služeb

Dle názorů a zkušeností expertů mezi nejdůležitější a nejzávažnější problémy přispívající ke zvýšenému výskytu násilí v organizacích zdravotnických a sociálních služeb patří :

- přímý kontakt s rizikovými skupinami pacientů (alkoholici, psychotici, drogově závislí, asociální jedinci, ...)
- nedostatečná komunikace a nevlídné chování personálu
- absence či nedostatečný výskyt personálu ke správné komunikaci s pacienty, k řešení konfliktů, k předcházení útokům a ke správnému hodnocení rizikových situací
- dlouhodobá frustrace a ztráta sebekontroly pacientů
- nízká úroveň stavu a řízení BOZP (podceňování této oblasti managementem i zaměstnanci, nedodržování postupů a pravidel, nízká úroveň analýzy a prevence rizik)
- nedostatečná informovanost zaměstnanců o rizikových faktorech násilí
- dlouhé čekací doby (nedodržování objednaných časů, dlouhé objednací lhůty)

- chybějící systém signalizace nebezpečí a nouze (monitorovací a bezpečnostní zařízení – kamery, detektory kovu apod.)
- chybějící systém hlášení, vyšetřování, evidování, opatření k incidentům (záznam a znalost předchozího agresivního chování pacienta)
- snaha vedení přehlížet incidenty z důvodů obav ze získání špatné pověsti zdravotnického zařízení
- nedostatek personálu na zajištění potřebné úrovně a rozsahu služeb

narůstající administrativa

7. Právní aspekty násilí ve zdravotnictví

Skutkové podstaty stanovené trestním zákonem, které mají vztah k tématu násilí ve zdravotnictví v České republice, lze vymezit zejména k těmto trestným činům:

V případě fyzického napadení zdravotníka ze strany pacienta (nebo jeho příbuzného) lze uvažovat o **trestném činu ublížení na zdraví** (§ 221-224 trestního zákona) s tím, že trestní zákon v jednotlivých skutkových podstatách rozlišuje ublížení na zdraví a těžkou ujmu na zdraví, což jsou právní pojmy, o nichž rozhoduje soud na základě posudku znalce z oboru lékařství. Východiskem je zde stav před poškozením zdraví, nikoliv stav absolutního zdraví, a rozhoduje tedy hledisko, oč se zhoršil stav oproti předchozímu. Podle toho jsou odstupňovány také spodní a horní hranice trestů a spáchání tohoto trestného činu. Tresty se ukládají v rozmezí dvou let odnětí svobody při ublížení na zdraví až do dvanácti let při způsobení těžké újmy na zdraví či smrti.

Zejména v souvislosti s tímto trestným činem a rostoucím počtem útoků vůči osobám, které zasahují v krizových situacích, při nichž je v přímém ohrožení život a zdraví, byl 3.11.2004 schválen ve 3. čtení Poslaneckou sněmovnou PČR a následně Senátem návrh změny trestního zákona. Změna trestního zákona se netýká přímo trestného činu ublížení na zdraví, ale § 34 trestního zákona, který nově soudu ukládá povinnost přihlédnout při výměře trestu jako k přitěžující okolnosti k tomu, že pachatel“spáchal trestný čin vůči osobě podílející se na záchraně života a zdraví nebo na ochraně majetku.“ Je třeba uvést, že tato změna trestního zákona je formulována tak, aby se netýkala pouze pracovníků záchranné služby, ale podstatně širšího okruhu osob, tedy nejen všech zdravotníků (i když ve vztahu k jejich profesi lze předpokládat nejčastější využití nově formulované přitěžující okolnosti), ale všech občanů, tedy i situací, kdy např. běžný člověk bez příslušného profesního zdravotnického

vzdělání bude poskytovat pomoc při úrazu účastníku dopravní nehody, již byl svědkem, tonoucím apod.

V úvahu přichází i **trestný čin vydírání**, kdy je zdravotník násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné újmy nucen, aby něco konal, opominul nebo trpěl, se základní trestní sazbou až tři léta odnětí svobody.

Výjimečný nemusí být ani **trestný čin opilství**. Skutková podstata tohoto trestného činu je vázána na požití nebo aplikaci návykové látky nebo jinou formu, kdy se pachatel, byť i z nedbalosti, přivede do stavu nepřičetnosti, v němž by se dopustil na zdravotníkovi jednání, které má jinak znaky trestného činu. (Trestní sazba je stanovena na tři léta až osm let odnětí svobody).⁽⁴⁾

7.1 Institut veřejného činitele

Diskuse v médiích, která se rozpoutala po sérii brutálních napadení zdravotníků, fluktovala převážně okolo pojmu veřejný činitel. Institut veřejného činitele je v právním řádu řady zemí včetně České republiky zakotven proto, aby chránil občana a jeho svobodu a práva před případnou zvláštností osob, které mají pravomoc nějakým způsobem občanům za daných okolností, resp. za podmínek zákona, upřít nebo omezit některá práva a svobody, případně mají ze zákona výjimečné pravomoci, pro které je třeba jejich rozhodování a počínání bedlivě kontrolovat. Pokud totiž tyto osoby zneužijí svého postavení a svých práv tak, že je taková akt kvalifikován jako přečin nebo trestný čin, hrozí veřejnému činiteli až dvojnásobná sazba, než tomu je u ostatních osob.

Z praxe je známo, že veřejní činitelé jsou velmi frekventovaně terčem agresivity, přičemž z výzkumů vyplývá, že útočníkovi, ať již je zločincem nebo osobou s psychiatrickým onemocněním nebo je jeho agresivita epizodní, je úplně jedno, v jakém právním postavení je jeho oběť. Institut veřejného činitele tedy ochránit zdravotnické profesionály před agresí nemůže. Naopak, mohlo by se stát, že by se zaměstnanec poskytující zdravotní péči mohl dostat do situace, kdy bude žalován svým pacientem např. pro nepřiměřenou obranu. Jako veřejný činitel by byl ohrožen již výše uvedenou dvojnásobnou sazbou trestu, v případě, že se mu nepodaří prokázat, že reagoval na agresi přiměřeně.⁽⁴⁾

7.2 Právní aspekty sebeobrany

Pravděpodobně nejčastěji využívaným materiálem při objasnění právně podložené obrany je zákon č.140/1961 Sb., konkrétně dva paragrafy, a sice § 13 nutná obrana a § 14 krajní nouze.

Stručná definice § 13: Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvající útok na zájem chráněný tímto zákonem není trestným činem. Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku.

Co to znamená v praxi:

- útok započal
- útok chráněnému zájmu hrozí
- obrana nesmí být zcela zjevně nepřiměřená způsobu útoku
- obranná aktivita může být intenzivnější než je útok sám, ale v žádném případě se nesmí jednat o oplácení

Stručná definice § 14: Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému tímto zákonem, není trestným činem. Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil.

Co to znamená v praxi:

- při krajní nouzi nebezpečí musí přímo hrozit
- nejedná se o krajní nouzi, pokud bylo možno hrozícímu nebezpečí předejít jinak
- újma vyplývající z problematiky krajní nouze musí být vždy mírnější
- záchranář, hasič nebo policista je povinen snášet příkoří vyvěrající z jejich pracovní činnosti ^(2,9)

8. Možnosti řešení narůstající agrese a násilí

8.1 Opatření a náměty k řešení na celospolečenské úrovni

- zaměřit výzkumnou činnost na danou oblast (systematické monitorování stavu, analýza podmínek, dopady, navrhnout opatření, využívat domácích i zahraničních zkušeností, snižování motivů a příležitostí k násilí a agresi)
- zkvalitňovat legislativu (získávat, zpracovávat a předkládat podněty pro změny obecně závazných právních předpisů, zdokonalování sankčního systému, pro zvýšení vymahatelnosti práva, podporovat aktivity ke zvyšování právního vědomí veřejnosti).
- zvyšovat informovanost veřejnosti i novinářů o nebezpečí šíření násilí prostřednictvím sdělovacích prostředků zejména s dopadem na děti a mládež
- zajištění finančních prostředků pro situační prevenci páchaní násilí - omezování příležitostí k projevům násilí (technická ochrana, kamerové systémy, materiálně technické vybavení, režimové, personální opatření apod.)
- prohlubování primární prevence zaměřené na výchovné, vzdělávací, volnočasové a poradenské aktivity
- podporovat a rozvíjet psychologické a právní poradenství v dané oblasti ⁽⁴⁾

8.2 Opatření a náměty k řešení na podnikové úrovni

- systematicky prosazovat dodržování pracovněprávních předpisů v praxi jak ze strany zaměstnavatelů, tak ze strany zaměstnanců
- budovat firemní kulturu a usilovat o pracovní pohodu na pracovišti (angažovanost, důvěra, odpovědnost, hospodárnost, profesionální a přívětivý styl řízení, permanentní vzdělávání, vzájemná bezpečnost a ochrana zdraví při práci, dobrá komunikace a mezilidské vztahy apod.)

- zvyšovat kvalitu pracovního prostředí (vhodně, účelně a esteticky vybavovat areály, vnitřní prostory, čekárny včetně zpříjemnění čekání - televize, časopisy, čistota, pořádek, osvětlení, na kritických pracovištích instalovat technické bezpečnostní systémy - signalizace nouze, průmyslové kamery...)
- trvale zajišťovat optimální kvalitu poskytované péče (zdokonalení komunikace a jednání s pacienty, prosazování atributů vstřícnosti zdravotnického systému- důstojnost, důvěrnost, komunikace, podpora)
- realizace efektivního systému řízení BOZP na základě hodnocení rizik
- realizace permanentního vzdělávání, školení, výcviku (komunikační dovednosti, prevence násilí, deeskalační techniky, sebeobrané chování)
- poskytování objektivních informací o dané problematice (osvědčené zkušenosti a postupy z domácí a zahraniční praxe, metody, modely a systémy sloužící k zavedení a rozvoji kvality a bezpečnosti)
- zajištění systému sběru informací (o výskytu, okolnostech a podmínkách, frekvenci násilného jednání, vyhodnocování, přijímání opatření včetně sledování jejich účinnosti - systém záznamů a hlášení incidentů a stížností)
- prosazovat etické kodexy (práva pacientů)
- zdokonalovat systém práce a poskytované podpory obětem násilí (intervence po incidentu, lékařské ošetření, rehabilitace, podpora ze strany vedení, poskytování právní pomoci, psychologické poradenství apod.)⁽⁴⁾

8.3 Preventivní opatření pro eliminaci násilí v podmínkách ZZS hl. m.

Prahy

Pro snižování násilí páchaného na členech výjezdových skupin ZZS hl. m. Prahy jsou zaměstnavatelem poskytovány tyto prostředky

- tlačítko „NOUZE“ v každém výjezdovém voze. Jedná se o systém přímo napojený na zdravotnické operační středisko. Po jeho použití je operátorkou aktivován výjezd Policie ČR (PČR) na místo zásahu. Lokalizace je zprostředkována navigačním systémem GPS, kterým je vybavený každý sanitní vůz.

- Spolupráce s ostatními složkami Integrovaného záchranného systému (IZS), zejména s Městskou policií a PČR. Pokud operátorka ZOS vyhodnotí zásah jako potencionálně rizikový, požádá o spolupráci tyto složky.
- Vybavení každého člena výjezdové skupiny slzotvorným prostředkem
- Kurz sebeobraného chování zprostředkovávaný zaměstnavatelem pro všechny aktivní členy výjezdových skupin. Od září roku 2004 probíhá pravidelné školení „Psychologie defenzivního chování a deeskalační techniky“ pod vedením lektora pana Pavla Drdly. Tento předmět čerpá z etologie, psychologie osobnosti, psychologie komunikace, psychologické typologie, didaktiky a pedagogiky.

Cíl školení : umění předcházet konfliktu vnějšímu, který nás obklopuje v objektivní rovině, ale i konfliktům, které si vytváříme sami v sobě a tudíž pramení ze subjektivní struktury člověka. Strategií je uměle vedená manipulativní komunikace s anticipačním akcentem. Do kurikula tohoto předmětu je implantován program deeskalačních technik, vyvěrající z právně podložené nutné obrany, který je pouze minimální, leč nedílnou součástí. Součástí každé lekce je program pro rozvoj zdraví, který má charakter relaxační, fyzioterapeutický a psychoterapeutický.

Základní atributy : • vizuální kontakt a řeč těla (body talk) – psychologie sebeobraného chování není jen čistě technickým problémem, ale především mentální průpravou. Napadený pomocí vizuálního kontaktu rozpozná tělesné změny a připravenost k útoku ze strany agresora již v samém počátku tzv. strategickou anticipací. Učí se registrovat rozšíření zornic, zarudnutí v obličeji, změnu napětí mimického svalstva, doprovodná gesta horních končetin apod.

- vzdálenost a postoj – lektor vede studenta k dovednostem získání citu pro bezpečnou vzdálenost, která vychází ze znalosti vzdálenostního dosahu jednotlivých zón. Intimní zóna se nachází ve vzdálenosti 40 – 50 cm, osobní zóna ve vzdálenosti 120 – 150 cm, společenská zóna je 150 – 350 cm a veřejná zóna 350 cm a více. Co se týká postoje se student učí tzv. stabilní postoj, který jednak maskuje připravenost k vlastní sebeobraně, minimalizuje cíl pro možný útok agresora (chrání nejcitlivější partie těla) a zaručuje dostatečnou pohyblivost. Vizuálně působí jako diplomatický prostředek (měl by mít vyjednávací charakter a podobu) a nikoliv jako bojový postoj, kterým jedinec dává iniciátorovi takto vzniklé situace na vědomí, že je schopen akceptovat jeho výzvu k boji. ^(2, 11)

- rétorika – doménou výuky je získání těchto dovedností : vhodná volba slov,

intenzity tónu hlasu ve spojení s patřičnou gestikulací. Další komponentou je umění jak použít intenzitu svého hlasu pro odvedení pozornosti agresora, např. pomocí gradace hlasu, výkřik v naučený okamžik.

- rozdělení úloh v posádkách – lektor v průběhu školení při rozhovoru s oběma členy stabilních výjezdových posádek odhadne temperament a na základě toho určí v posádce tzv. diplomata a vykonavatele. Diplomat má za úkol při výjezdu navození pozitivní atmosféry ošetření, zjišťuje anamnézu, hovoří jasně, cíleně k ošetření, srozumitelně a v kratších sekvencích. Vykonavatel má úlohu nenápadného pozorovatele – identifikuje potenciální rizika, kontroluje prostor za zády diplomata při ošetřování pacienta, v případě útoku se snaží odvést pozornost, případně pacifikuje agresora.

Důležitou součástí tohoto školení je nejen prevence fyzického napadení a případná pacifikace agresora, ale také strategie, jak získat na svou stranu publikum v případě sebeobrany. Někdo z publika může pomoci, a to chtěně – cíleně svou intervencí do konfliktní situace, nebo nechtěně třeba jen svou přítomností a reakcí na naši žádost o pomoc – křikem, zavoláním policie s oznámením této skutečnosti útočnickovi jako varování a výzva k odstoupení od páčání trestného činu a odvedení jeho pozornosti od cíle jeho útoku.⁽²⁾

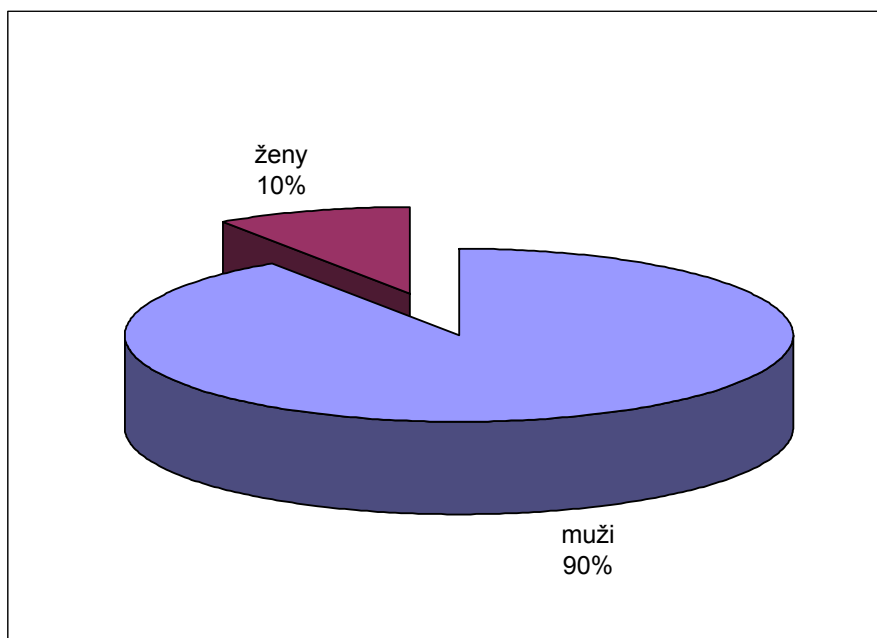
- Poskytnutí právní ochrany u společnosti DAS zaměstnancům, kteří byli napadeni či se stali aktéry konfliktů.

9. Cíl

Zjistit jak často se zaměstnanci ZZS HMP setkávají při výkonu své profese s násilím, jaké faktory ovlivňují vznik a vývoj agrese, zda považují preventivní opatření a pomoc zaměstnavatele po napadení za dostatečná.

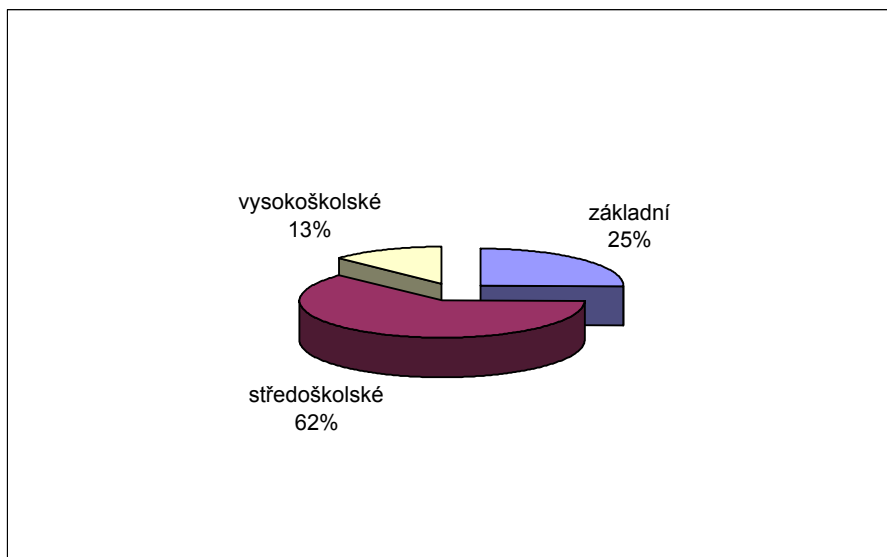
9.1 Charakteristika souboru

Zaměstnanci ZZS HMP (zdravotníci záchranáři, řidiči RZP a RLP, lékaři). Celkem 57 mužů a 6 žen. Průměrný věk všech respondentů je 36,2 let. Průměrný věk mužů je 36,1 let a průměrný věk žen je 36,2 let. Průměrná délka pracovního poměru u ZZS HMP v případě mužů činí 8,6 let a u žen 4,8 let.



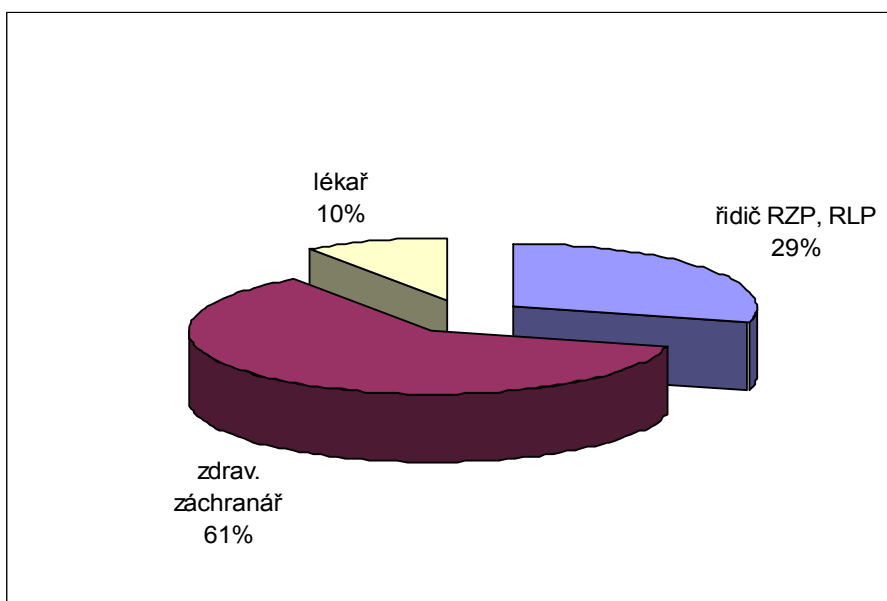
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Ve výjezdových složkách ZZS HMP pracují vzhledem k náročnosti profese zejména muži. Ženy jsou zaměstnány na pozici lékařky RLP.



| vzdělání | muži | | ženy | | celkem | |
|----------|------|-----|------|-----|--------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| základní | 16 | 28% | 0 | 0% | 16 | 25% |
| SŠ / VOŠ | 38 | 67% | 1 | 17% | 39 | 62% |
| VŠ | 3 | 5% | 5 | 83% | 8 | 13% |

Graf č. 2 + Tabulka č. 1 – Vzdělání respondentů



| prac. zař. | muži | | ženy | | celkem | |
|----------------|------|-----|------|-----|--------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| řidič RZP, RLP | 18 | 32% | 0 | 0% | 18 | 29% |
| zdr. záchr. | 36 | 64% | 2 | 33% | 38 | 61% |
| lékař | 2 | 4% | 4 | 67% | 6 | 10% |

Graf č. 3 + Tabulka č. 2 – Pracovní zařazení respondentů

9.2 Použité metody

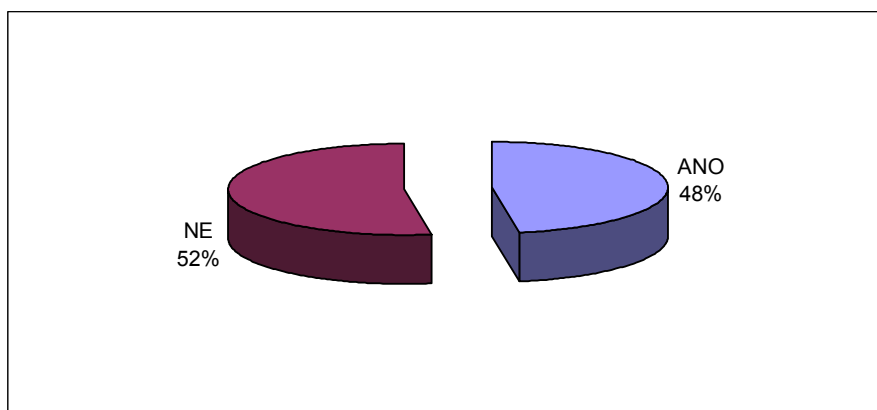
K získání potřebných údajů jsme připravili dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 1), který má 20 položek. Body 1 až 5 slouží k získání základní charakteristiky sledovaného souboru. Otázky 1 až 14 slouží ke zjištění bližších okolností napadení. Otázky 1 až 5 jsou zaměřeny na charakteristiku útočnicka. Otázky 6 až 9 blíže specifikují okolnosti napadení. Otázky 10 a 11 zjišťují následky útoku. Otázky 12 až 14 zjišťují dostatečnost preventivních opatření, pomoc zaměstnavatele a schopnost sebeobranu respondentů.

9.3 Organizace výzkumu

K empirickému šetření byla použita metoda – analýza dotazníků. Dotazníky byly distribuovány v průběhu měsíce února 2008 v celkovém počtu 104 kusů. K dotazníkům byl připojen průvodní dopis s vysvětlením důvodu výzkumu. Návratnost vyplněných dotazníků byla 63 kusů (tj. 61 %).

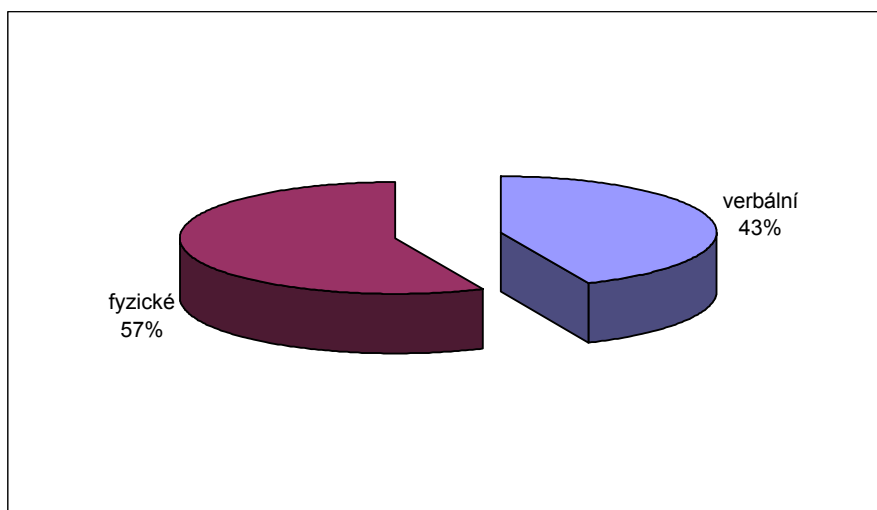
10. Analýza výsledků

Výsledky výzkumu jsou zpracovány v grafech a tabulkách programu Microsoft Excel.



| oběť násilí | muži | | ženy | | celkem | |
|-------------|------|-----|------|-----|--------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| ANO | 25 | 44% | 5 | 83% | 30 | 48% |
| NE | 32 | 56% | 1 | 17% | 33 | 52% |

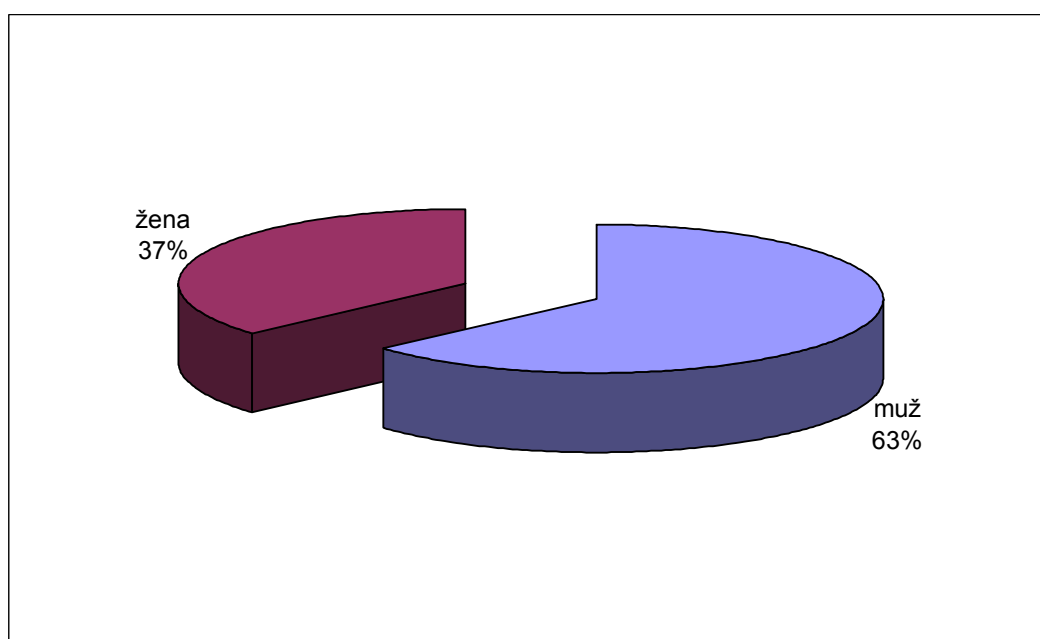
Graf č. 4 + Tabulka č. 3 – Stali se respondenti obětí násilí?



| otázka č. 1 | muži | | ženy | | celkem | |
|----------------|------|------|------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| fyzické | 15 | 60 % | 2 | 40 % | 17 | 57 % |
| verbální | 10 | 40 % | 3 | 60 % | 13 | 43 % |

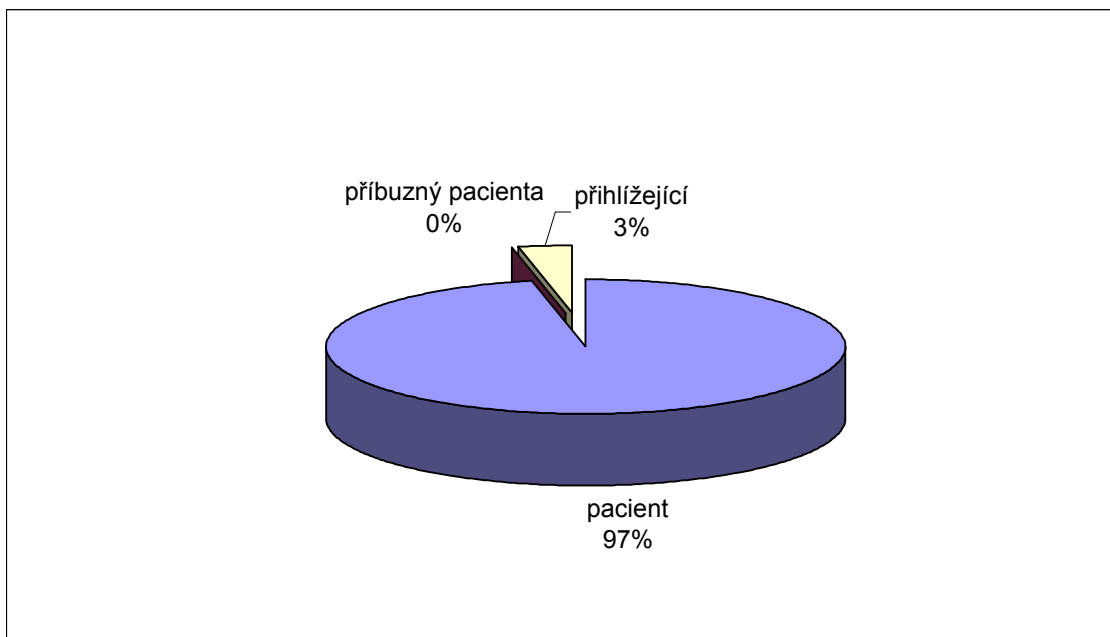
Graf č. 5 + Tabulka č. 4 – O jaký druh násilí se jednalo

Záchranáři se stávají přibližně stejně často oběťmi fyzického i verbálního násilí.



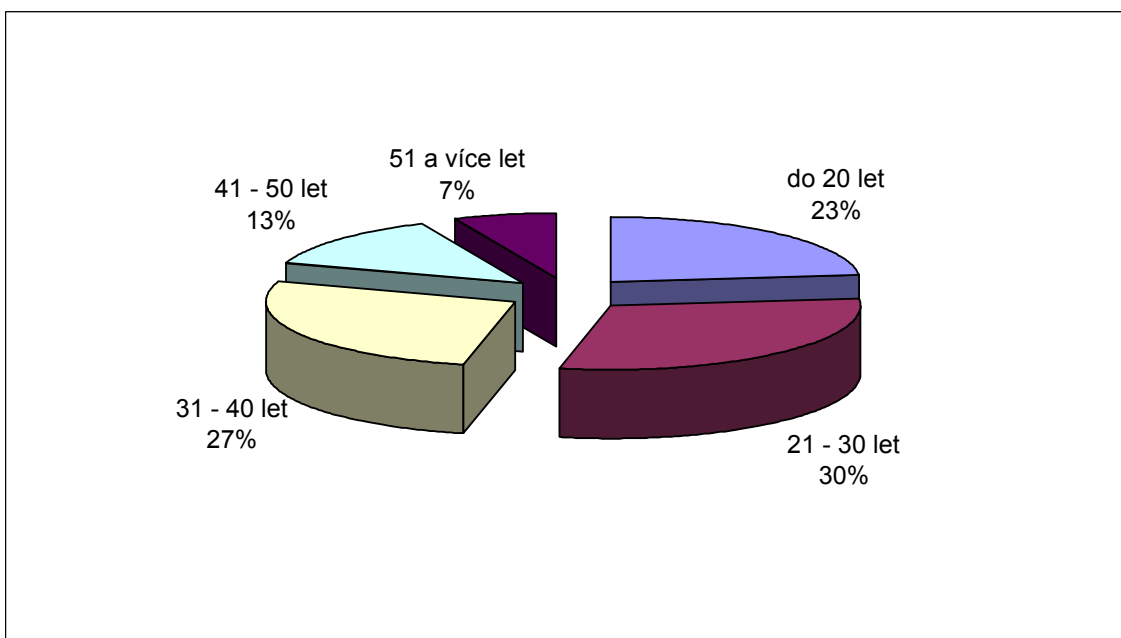
Graf č. 6 – Pohlaví útočníka

Častěji jsou útočníky muži než ženy. Zřejmě v souvislosti s testosteronem (mužský pohlavní hormon). Jeho hladina v krvi ovlivňuje agresivitu jedince.



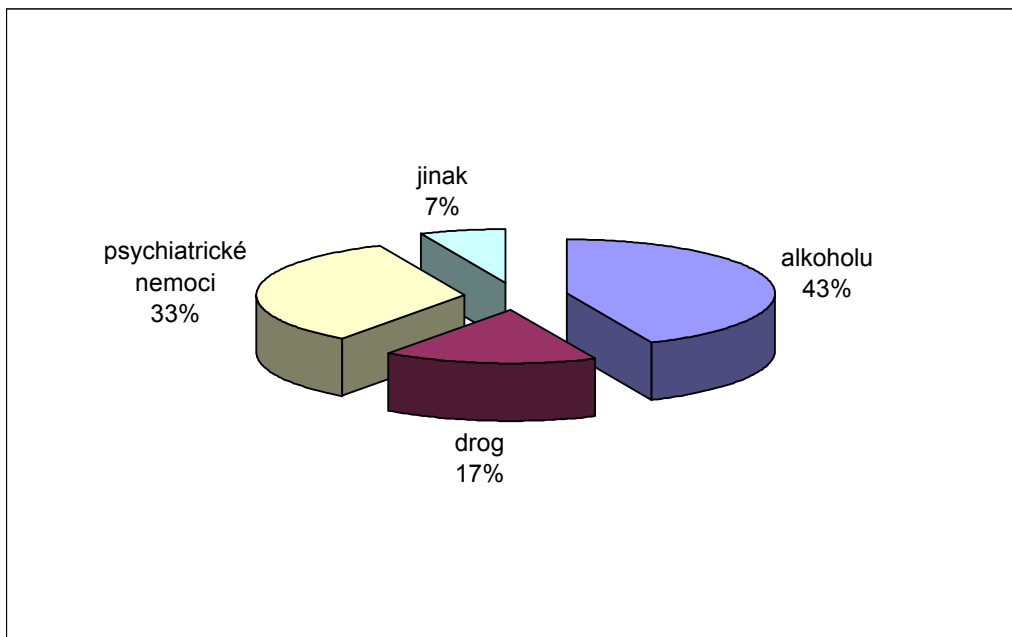
Graf č. 7 – Kdo byl útočníkem?

V naprosté většině byl útočníkem pacient, zřejmě protože je přímým účastníkem ošetření a útok byl projevem maladaptace na onemocnění jako na náročnou životní situaci, případně byl pod vlivem návykové látky.



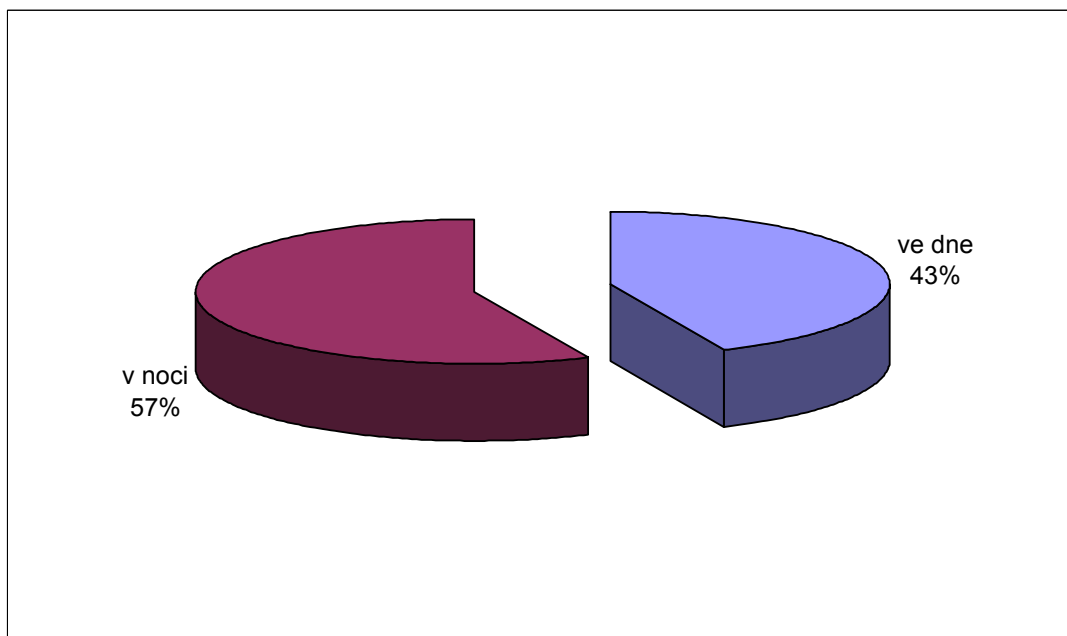
Graf . 8 – Přibližný věk útočnicka

Nejčastěji napadli záchranáře útočníci ve věku do 30 let a pod vlivem alkoholu či drogy. Intoxikovaný pacient si neuvědomuje závažnost svého stavu a nutnost ošetření, navíc není schopen kontrolovat své chování.



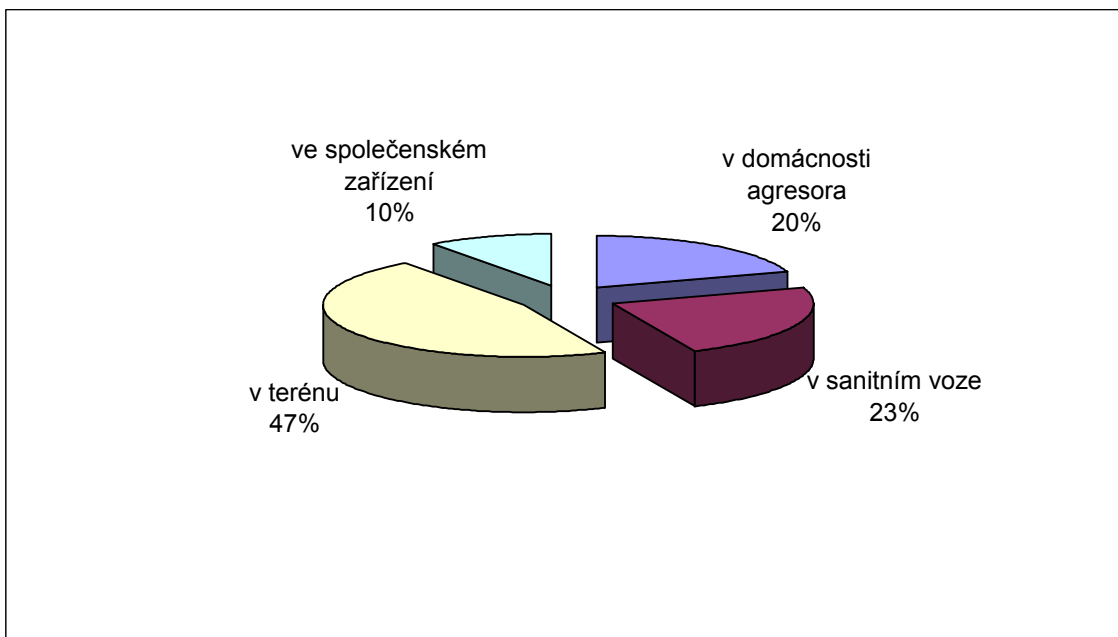
Graf č. 9 – Útočník byl v době agrese pod vlivem

Jinak = v jednom případě se jednalo o pacienta v hypoglykemickém šoku, ve druhém případě není v dotazníku upřesněno.



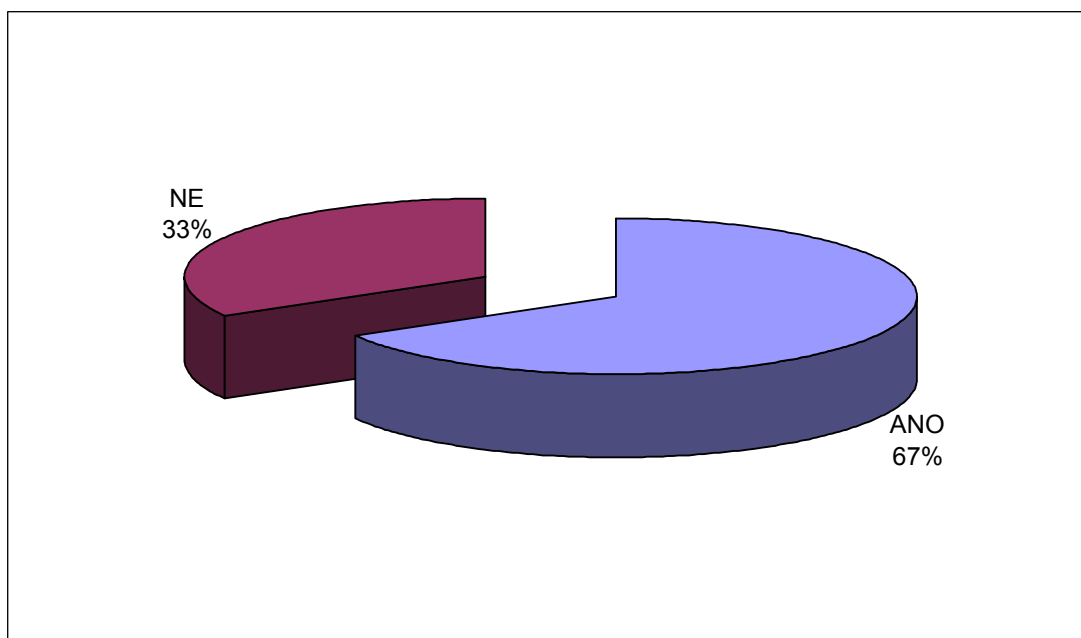
Graf č 10 – Kdy se incident odehrál?

Častěji došlo k napadení v noci, zřejmě v souvislosti s tím, že ve večerních hodinách je větší návštěvnost restaurací a v souvislosti s tím i větší konzumace alkoholu.



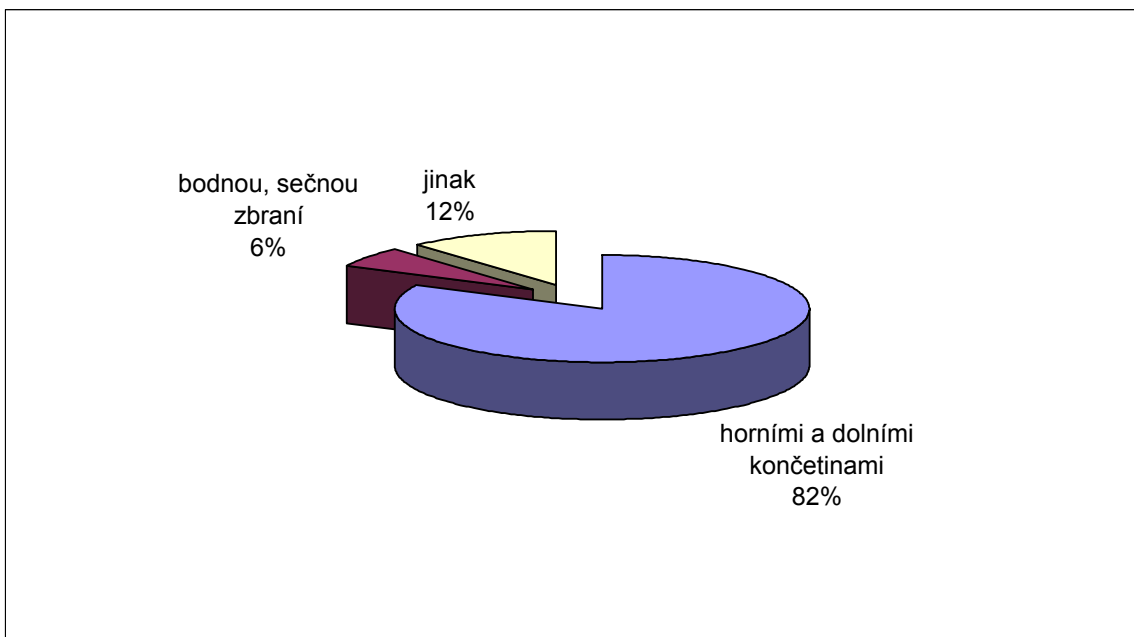
Graf č. 11 – Kde se incident odehrál?

Jako nejčastější místo ataku záchranáři označili „terén“ – pod tímto pojmem lze chápat ulici, park apod.



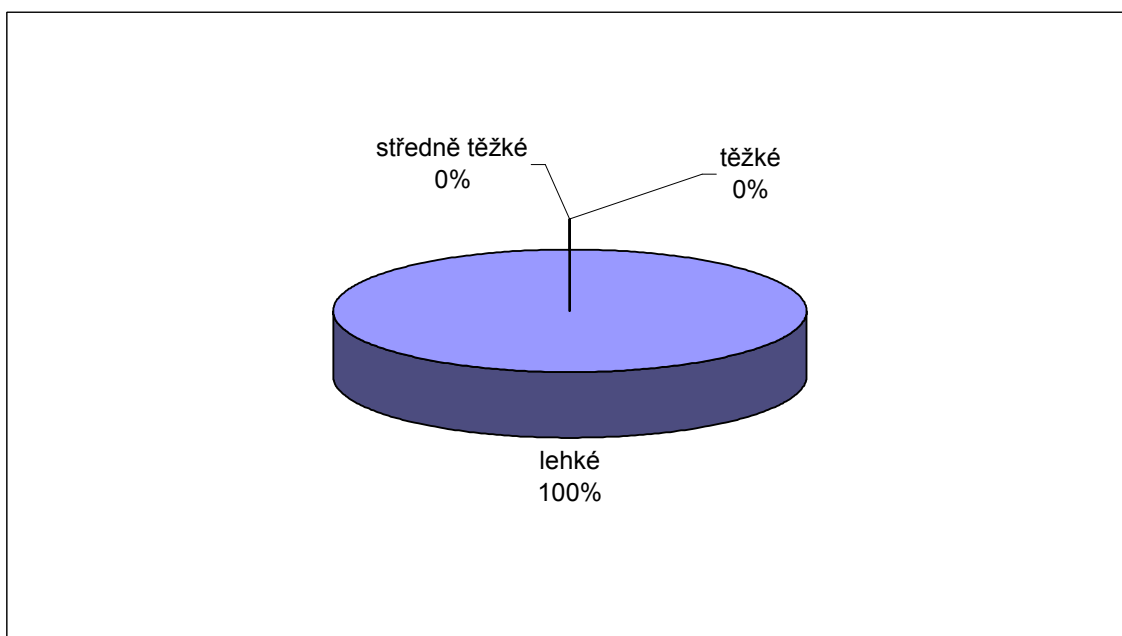
Graf č. 12 – Přihlíželi události svědci?

Ve většině případů události přihlíželi svědci, zřejmě v souvislosti s odpovědí na předchozí otázku, kdy se většina incidentů odehrála na veřejném prostranství.



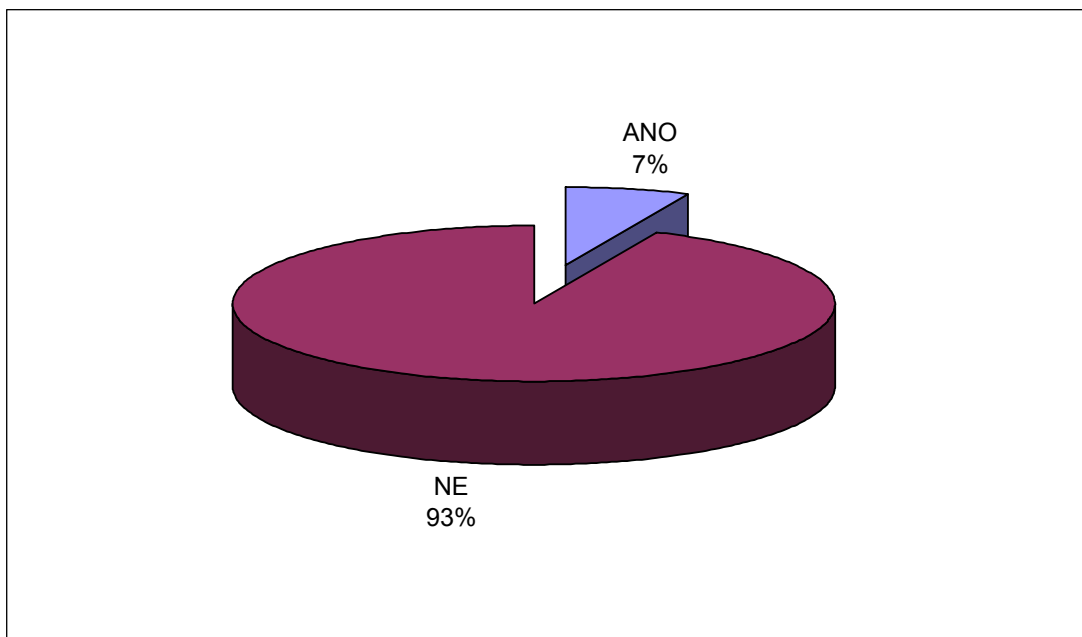
Graf č. 13 – V případě fyzického násilí šlo o napadení

Jinak = v jednom případě šlo o pokousání psem pacienta, ve druhém o pokousání psychiatrickým pacientem. Nejčastěji se jednalo o tzv. brachiální agresi (primitivní forma užívaná zejména pacienty pod vlivem návykových látek).



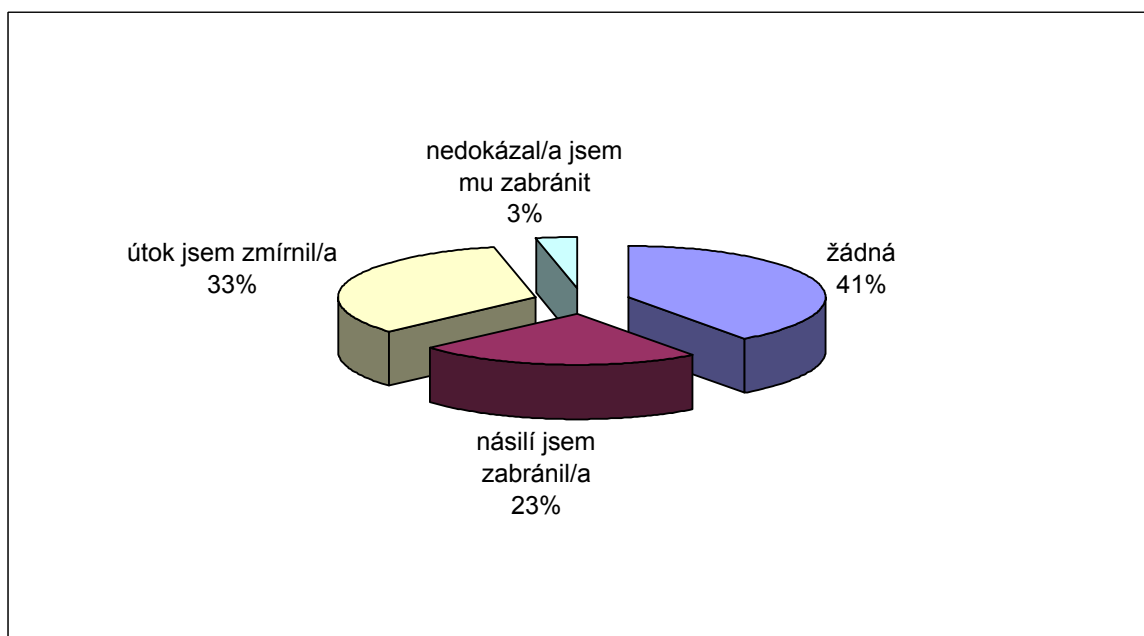
Graf č. 14 – O jaký druh poranění se jednalo?

U všech respondentů se naštěstí jednalo pouze o lehká poranění, zřejmě protože záchranáři dokázali útok zmírnit použitím sebeobránné techniky a využití „přesily“ vícečlenného týmu.



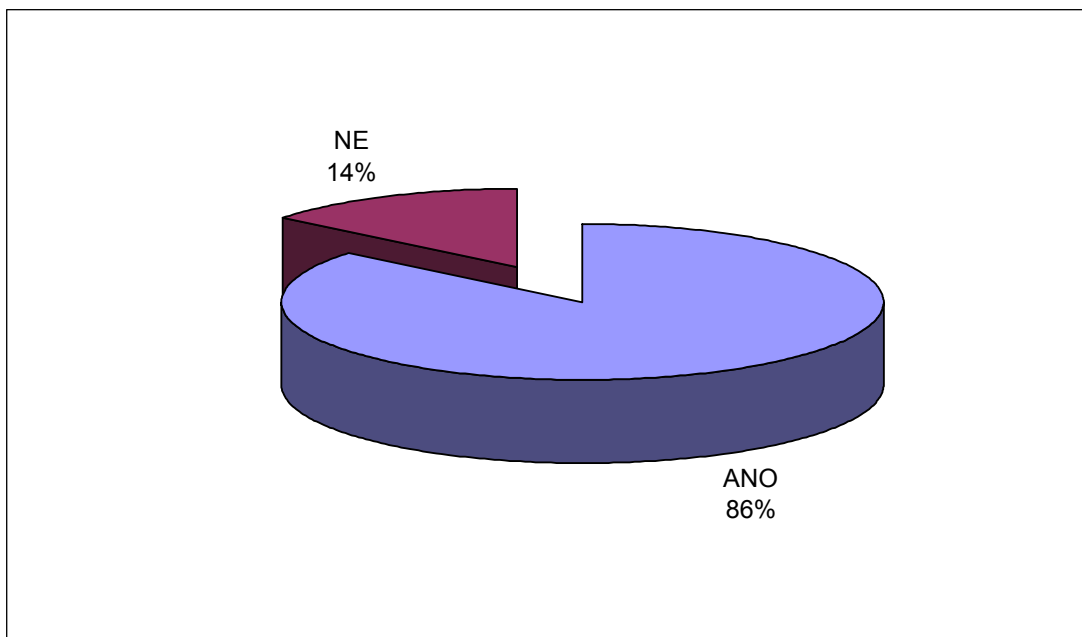
Graf č. 15 – Zanechal útok psychické následky?

Pouze 2 respondenti (ženy) pociťují psychické následky po útoku. Ostatní se dokázali s útokem vyrovnat.



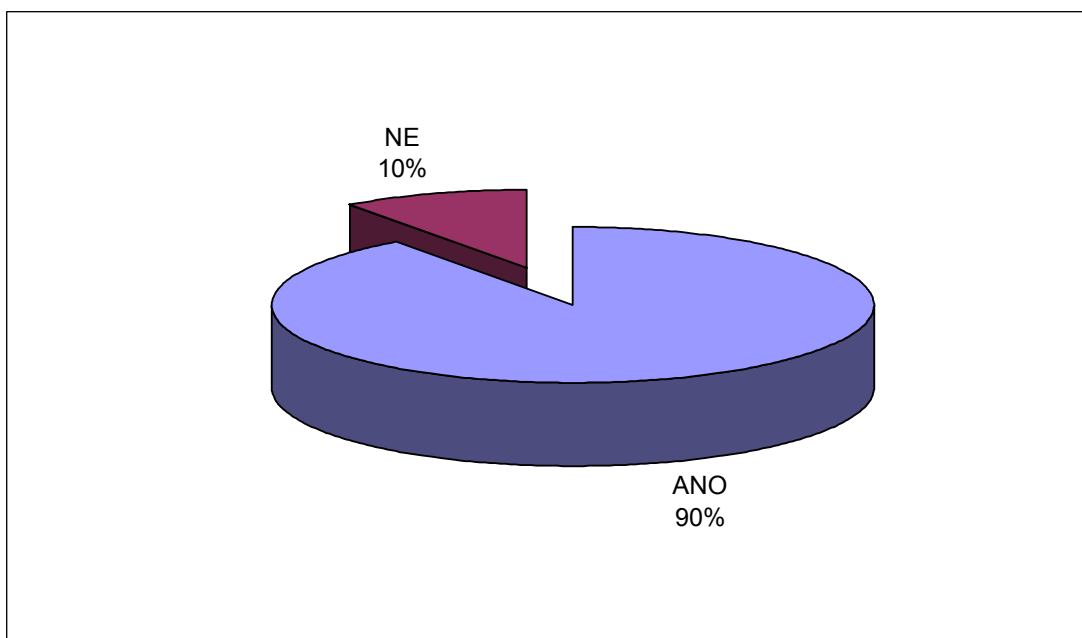
Graf č. 16 – Reakce respondenta na útok

Více jak polovina respondentů dokázala eliminovat útok zřejmě díky absolvování kurzu sebeobrany, případně použitím slzotvorného přípravku.



Graf č. 17 – Považují respondenti pomoc zaměstnavatele po napadení za dostatečnou?

Převážná většina respondentů považuje pomoc zaměstnavatele ve smyslu právního zastupování, finančního odškodnění za dostačující.



Graf č. 18 – Považují respondenti preventivní opatření za dostatečná?

Devět z deseti respondentů považuje preventivní opatření za dostatečná. Školení v sebeobraně, slzotvorný prostředek a tlačítka nouze v sanitních vozech zvyšují pocit bezpečí.

Diskuse

Agrese se nejen v naší zemi stala jakýmsi novodobým fenoménem, je předpokladem společenského úspěchu. Přestože určitá dávka agrese je fyziologická a slouží k zachování rodu, výběru partnera apod., tak čím dál častěji jsme informováni o patologické agresi, která se projevuje týráním a zneužíváním dětí, týráním zvířat a zveřejňováním záznamů týrání např. na internetu, okrádáním handicapovaných občanů a v neposlední řadě i útoky na zdravotníky resp. záchranáře. Proto jsem se rozhodl tento problém ve své závěrečné práci blíže prozkoumat. Ke zvolenému tématu jsem měl dostatek materiálů, publikovaných v nedávné době, z čehož vyplývá, že se touto problematikou začali zabývat odborníci. Použitá metoda – dotazník byla zvolena správně, přinesla údaje, které jsem potřeboval. Překvapilo mě a potěšilo zároveň, že více než polovina respondentů, kteří byli fyzicky napadeni, dokázali útok zabránit nebo ho zmírnit a pokud utrpěli zranění, tak se vždy jednalo pouze o zranění lehká. Neprořádala se má domněnka, že záchranáři jsou nejčastějšími oběťmi násilí ve zdravotnictví, alespoň pokud jde o ZZS HMP.

Na základě výsledků mého výzkumu mohu konstatovat, že problematika násilí v naší organizaci není tak závažný problém, jak bývá často publikováno médií, ale rozhodně jí nelze podceňovat a je přínosné seznamovat zaměstnance se strategií defenzivního chování. Příští tazatel by se měl zaměřit na to, který konkrétní prvek defenzivního chování (např. rétorika, strategická anticipace atp.) pomohl napadeným eliminovat projevy násilí.

Závěr

Hlavními cíli mé práce bylo :

- Konstatovat, jak často se zaměstnanci výjezdových složek ZZS HMP setkávají při výkonu svého povolání s násilím
- Zjistit, které faktory ovlivňují vznik a vývoj agrese
- Ověřit, zda respondenti považují preventivní a pomoc zaměstnavatele za dostatečnou

Vzorek respondentů tvořilo 57 (90%) mužů 6 (10%) žen v průměrném věku 36,2 let. Nejčastěji byli zastoupeni lidé se středoškolským nebo vyšším odborným vzděláním (62%) pracující na pozici zdravotnického záchranáře (61%).

Použil jsem metodu – dotazník vlastní konstrukce, který měl 20 položek.

Z výsledků vyplývá, že záchranáři se setkávají přibližně stejně často s fyzickým i verbálním násilím (57% : 43%) , častěji jsou útočníci pacienti – muži (63%) přibližně ve věku do 30 let, pod vlivem alkoholu, jiných omamných látek nebo psychiatrické nemoci (93%). Nerozlišují zda útočí na muže či ženu. K incidentu nejčastěji došlo v noci (57%) na veřejném prostranství (57%) za účasti svědků (67%) a jednalo se zejména o brachiální agresi (82%). V případě poranění se jednalo o lehké újmy bez psychických následků. Devět z deseti respondentů považuje preventivní opatření a pomoc zaměstnavatele po útoku za dostačující.

Seznam použitých zdrojů

1. Čermák, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou : Fakta, 1998.
ISBN 80-902614-1-8
2. Drdla, P. *Psychologie defenzivního chování*. Praha : Fortuna, 2006
3. Franěk, O. *Když se řekne „záchranka“ ...*
Dostupné na www : <http://www.zzshmp.cz/pro-pacienty/zachranka/>
4. Háva, P. a kol. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotních a sociálních služeb v ČR*. Kostelec n. Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004.
ISBN 80-86625-21-4
5. Haškovcová, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd., Brno : NCO NZO, 2004.
ISBN 80-7013-397-X
6. Hume, D. *Zkoumání o lidském rozumu*. Praha : Svoboda, 1997.
ISBN 80-205-0521-0
7. Křivohlavý, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha : Grada, 2006.
ISBN 80-247-0818-3
8. Lorenz, K. *Takzvané zlo*. 2. vyd., Praha : Academia, 2003.
ISBN 80-200-1098-X
9. Náchodský, Z. *Učebnice sebeobrany pro každého*. 1. vyd., Praha : Futura, 1992.
ISBN 80-85523-01-9
10. Nakonečný, M. *Lidské emoce*. Praha : Academia, 2000.
ISBN 80-200-0763-6
11. Smékal, V. *Psychologie osobnosti*. Brno : Barrister and Principal, 2004.
ISBN 80-86-598-65-9
12. Spurný, J. *Psychologie násilí*. 1. vyd., Praha : Eurounion, 1996.
ISBN 80-85858-30-4
13. Storr, A. *Freud*. Praha : Argo, 1996
ISBN 80-8794-93-4
14. Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005.
ISBN 80-7178-998-4