

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Metoděj Edl

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

EBRITA ETHYLICA JAKO KOMPLIKUJÍCÍ FAKTOR PŘEDNEMOCNIČNÍHO ZAJIŠTĚNÍ PACIENTA, ZÁSADY POSTUPU ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. et Th.Mgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS

Plzeň 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem dle svého nejlepšího svědomí uvedl v seznamu zdrojů.

V Plzni dne 28.3.2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování: Děkuji MUDr. et Th.Mgr. Marcelu Hájkovi, Ph.D., FICS za odborné vedení této bakalářské práce.

Dále děkuji svému bratřovi, Mgr. Tomáši Edlovi, za jeho nezměrnou podporu, cenné rady a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Edl Metoděj

Katedra: Katedra záchranářství a technických oborů

Název práce: Ebrieta ethylica jako komplikující faktor přednemocničního zajištění pacienta, zásady postupu zdravotnického personálu

Vedoucí práce: MUDr. et Th.Mgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: zdravotnická záchranná služba, policie, alkohol, spolupráce, komplikace, negativní revers

Souhrn:

V této bakalářské práci se věnujeme fenoménu alkoholu jako komplikujícímu faktoru při zásahu zdravotnické záchranné služby. V teoretické části se zaměřujeme na alkohol jako látku a jeho metabolismus v lidském těle, komplikace vznikající jeho konzumací při samotném zásahu záchranných složek a právní problematiku spojenou s intoxikovanými pacienty. V praktické části zkoumáme a porovnáváme názory a zkušenosti záchranářů a policistů na zkoumané problémy a vzájemnou spolupráci.

Annotation

Surname and firstname: Edl Metoděj

Department: Katedra záchrannářství a technických oborů

Title of thesis: Ebrieta ethylica as a complicating factor in ensuring the prehospital patient, principles of medical staff procedure

Consultant: MUDr. et Th.Mgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 28

Keywords: emergency medicine services, police, alcohol, cooperation, complications, negative reverse

Summary:

This bachelor thesis deals with the phenomenon of alcohol as a complicating factor for emergency medical services. The theoretical part discusses alcohol as a substance and its metabolism in the human body, complications caused by alcohol during the intervention of emergency medicine services and legal issues connected with intoxicated patients. In the practical part, we research and compare opinions and experiences of paramedics and police officers in research problems and mutual cooperation.

Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ETHYLALKOHOL.....	14
1.1 Charakteristika a účinky.....	14
1.2 Mechanismus účinku v organismu.....	14
1.2.1 Resorpce.....	14
1.2.2 Eliminace.....	14
1.3 Účinek v CNS.....	15
1.4 Účinek na oběhovou soustavu.....	15
1.5 Další účinky.....	16
1.6 Následky nadměrného dlouhodobého užívání.....	16
1.6.1 Závislost.....	16
1.6.2 Další zdravotní následky.....	17
1.7 Klinický obraz opilého pacienta.....	17
1.7.1 Stadium 1 – Excitační fáze.....	17
1.7.2 Stadium 2 – Hypnotická fáze.....	18
1.7.3 Stadium 3 - Narkotická fáze.....	18
1.7.4 Stadium 4 – Asfyktická fáze až kóma.....	18
2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMŮ ZPŮSOBENÝCH ALKOHOLEM BĚHEM ZÁSAHU ZZS.....	18
2.1 Zapírání užití alkoholu.....	19
2.2 Lékové interakce.....	19
2.2.1 Zesílení centrálně tlumivého účinku.....	19
2.2.2 Zvýšená krvácivost.....	20
2.2.3 Ostatní interakce.....	20
2.3 Vyšetření opilého pacienta.....	20
2.4 Diferenciální diagnostika.....	21
2.5 Diagnostika.....	21

2.5.1 A – Airway - Dýchací cesty + imobilizace krční páteře.....	22
2.5.2 B – Breathing - Dýchání.....	22
2.5.3 C – Circulation – Oběh.....	22
2.5.4 D – Disability – Základní neurologické vyšetření.....	22
2.5.5 E – Exposure – Odhalení pacienta.....	23
2.6 Terapie.....	23
2.6.1 Traumata u opilých osob.....	23
2.6.2 Úrazy hlavy u opilých osob.....	24
2.7 Skórovací schémata u opilých pacientů.....	24
2.8 Komunikace s pacientem.....	25
2.8.1 Komunikace s opilým pacientem.....	25
2.8.2 Komunikace s agresivním pacientem.....	26
2.8.3 Komunikace s úzkostným pacientem.....	27
3 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA PŘI ZAJIŠTĚNÍ OPILÉHO PACIENTA.....	28
3.1 Právo opilého člověka na zdravotní péči.....	28
3.2 Způsobilost opilého člověka k právním úkonům.....	28
3.3 Právo opilého člověka na odmítnutí zdravotní péče – negativní revers.....	29
3.3.1 Negativní revers z pohledu právních předpisů.....	29
3.3.2 Negativní revers z pohledu zdravotnických pracovníků.....	30
3.3.3 Negativní revers z pohledu pacienta.....	31
3.4 Tenká hranice mezi svobodnou vůlí člověka a jeho momentální dispozicí k jejímu prosazení.....	32
3.5 Nezletilý opilý pacient.....	32
3.6 Možnosti obrany před útokem ze strany pacienta.....	32
3.6.1 Obrana před slovními útoky.....	33
3.6.2 Obrana před fyzickým útokem.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	36
5 CÍLE A PŘEDPOKLADY PRÁCE.....	37
5.1 Cíle.....	37
5.2 Předpoklady.....	37

6 METODIKA.....	38
7 VZOREK RESPONDENTŮ.....	39
8 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	40
9 DISKUZE.....	68
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	76
SEZNAM ZKRATEK.....	79
SEZNAM TABULEK.....	80
SEZNAM GRAFŮ.....	81
SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Ethanol (dále v textu této práce také synonymně označovaný jako "alkohol") je látka užívána lidmi již po dlouhá tisíciletí. Již od raného starověku jsou známy záznamy z blízkého východu o náhodně zkvašených potravinách, jejichž konzumace se posléze stala celosvětově velmi oblíbenou především pro jejich excitanční účinky, které v malých dávkách vyvolávají. Dnešní dostupnost ethanolu v České republice se dá charakterizovat jako nejdostupnější požitelný jed, který je nejen dostupný bez jakýchkoli zákonných restrikcí (vyjma věku konzumenta), ale především je ve vysoké míře společensky tolerovaný. Ethanol je tak stává látkou, která představuje aktuální i potenciální zdravotní riziko pro nadpoloviční většinu populace.

Ebrieta ethylica, neboli opilost, jako faktor ovlivňující zásah složek integrovaného záchranného systému (dále IZS) obecně, tedy nejen zásahy zdravotnické záchranné služby (dále ZZS) je tématem této bakalářské práce. Právě zdravotní rizika spojená s konzumací vysokých dávek alkoholu zvedají každoročně počet výjezdů složek k osobám intoxikovaným alkoholem. Mé osobní zkušenosti s těmito případy z dob praxí na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje (dále ZZS Pk), byly hlavním motivem pro výběr tohoto tématu bakalářské práce.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. V první se zabýváme ethanolem obecně, jeho účinky na organismus a možnými lékovými interakcemi při podávání léků ze strany ZZS. Ve druhé se věnujeme chování intoxikovaného pacienta, specifikům při komunikaci a vyšetření, možnými riziky při výjezdu k opilému pacientovi. Ve třetí část zkoumáme otázky ošetření a zajištění intoxikovaného pacienta z hlediska právních předpisů. V každé z těchto teoretických částí se zároveň uvádíme zásady postupu, pokud při zásahu složek IZS nastanou popisované komplikující faktory. V praktické části se pak za pomoci dotazníkového šetření zabýváme spoluprací ZZS a policie při zajištění a ošetření opilých pacientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ETHYLALKOHOL

1.1 Charakteristika a účinky

Ethylalkohol, nebo též alkohol, ethanol či líh. Alkohol vzniká nejčastěji jako jedna z odpadních látek kvasného procesu. Ze svého těla ji vylučuje mnoho kmenů kvasinek užívaných v potravinářství (např. Pivovarská či vinná kvasinka) při konzumaci cukrů. Jedná se o světově nejrozšířenější poživatinu, která je velice často konzumována především pro subjektivní excitovaný pocit. Alkohol nicméně negativně ovlivňuje celou škálu duševních pochodů jako soudnost, reaktivitu, rozvahu, sebekritičnost, schopnost koncentrace a způsobuje ztrátu paměti či orientace. V důsledku jeho užití pak narůstá emoční dráždivost a agresivita. Vyšší dávky pak působí sedativní, narkotický, až komatózní účinek. V dávkách nad 3,5 (promile) alkoholu může dojít až k letální otravě ethanolem v důsledku útlumu centrální nervové soustavy (dále CNS) a tím i dechového centra. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Hynie, 2001; Prokeš 2005)

1.2 Mechanismus účinku v organismu

1.2.1 Resorpce

Zhruba 20% ethanolu se střebává v žaludku, zbytek v tenkém střevě. Po kompletní resorpci se alkohol rozděluje rovnoměrně do celkové tělesné vody a působí tak komplexně na celý organismus. Koncentrace ethanolu je závislá na faktorech jako jsou: množství konzumovaného alkoholu, koncentraci ethanolu v konkrétním alkoholickém nápoji, tělesné hmotnosti a rychlosti eliminace. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004)

1.2.2 Eliminace

Velice malé množství, do jednotek procent, se vylučuje plícemi, kůží a ledvinami v nezměněné formě. Při koncentraci nad 2g/kg se poměr alkoholu vyloučeného močí a dechem mírně zvyšuje. Zbytek požitého ethanolu se metabo-

lizuje v játrech. Nejprve je etanol oxidován na acetaldehyd a následně acetaldehyd na kyselinu octovou. Kyselina octová se následně rozkládá na oxid uhličitý a vodu. Rychlost eliminace etanolu z organismu pak nezávisí na množství vypitého alkoholu ani jeho aktuální koncentraci, ale je v čase stále stejná v hranici 0,1 – 0,2 (promile) za hodinu. U chronických každodenních uživatelů etanolu byla oproti abstinentům zjištěno zrychlení metabolismu etanolu. U malých dávek, do 0,2 (promile) pak může být eliminace naopak pomalejší, než 0,1 (promile)/h (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Ševela, Ševčík a kol., 2011; Bydžovský, 2008)

1.3 Účinek v CNS

Tak jako jiné těkavé látky se alkohol nescificky váže na všechny receptory v CNS. Důležitá role se v tomto ohledu přikládá především GABA receptorům. Působení alkoholu na GABA receptory je pravděpodobně zodpovědné za změny chování opilého člověka. Z klinických pozorování vyplývá, že alkohol ovlivňuje i frontální kortex, čímž narušuje funkce plánování, rozhodování a sebeovládání. Alkohol také narušuje funkci hippocampu a glutamátu v této oblasti, což souvisí s poruchami paměti. Ethanol působí všechna stádia narkózy. Malé či mírné dávky, do 1 (promile), způsobují osobám v příjemném prostředí motorické a psychické oživení. Při zvyšování celkové dávky dochází k dezinhibici, která se projevuje nejruznějšími stavy jako: silná excitace, ztráta empatie, až manická agrese, plačtivé zoufalství, ztráta zábran v sexuálním chování. Prodlužuje se reakční doba na vnější podněty, což bývá v kombinaci se ztrátou koncentrace a motorické výkonnosti a současným vzestupem sebevědomí velice častá příčina traumat. Etanol dále zesiluje či dokonce násobí účinky některých farmak ovlivňujících činnost CNS. Kombinace alkoholu s těmito léky je tedy, stejně jako kombinace s jinými farmaky z jiných důvodů, často v rozporu. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Linhart 2014; Šeblová, Knor a kol. 2013; Nešpor, Knor, 2004)

1.4 Účinek na oběhovou soustavu

Tento účinek je částečně též ovlivněn účinkem na CNS, protože alkohol inhibuje termoregulační centrum. Alkohol tak mírně zvyšuje celkovou tělesnou tep-

lotu a rozšiřuje především periferní cévy, čímž u intoxikovaných jedinců dochází ke zvýšené ztrátě tělesného tepla. Tento efekt konzumace etanolu často zastírá falešný subjektivní pocit tepla u jeho konzumentů. Alkohol zároveň zvyšuje srdeční frekvenci. U chronických alkoholiků jsou velmi časté tachyritmir, zvláště fibrilace síní. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Ševčík, Matějovič, 2014)

1.5 Další účinky

Při vzestupu koncentrace etanolu v krvi se snižuje sekrece adiuretinu, čímž se zvyšuje vylučování vody. Proto trochu paradoxně i při konzumaci velkého objemu alkoholických nápojů, dochází ve období do konce eliminace etanolu k dehydrataci organismu.

Etanol inhibuje glukogenezi z aminokyselin. Především u diabetiků a dětí tedy může konzumace většího množství etanolu vést k závažným hipoglykemickým stavům.

Zvýšená hladina alkoholu také snižuje agregaci trombocytů a snižuje syntézu tromboxanu A. Tento fakt je komplikujícím faktorem u krvácivých stavů intoxikovaných pacientů. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Hynie 2001)

1.6 Následky nadměrného dlouhodobého užívání

1.6.1 Závislost

Nejčastěji se vyskytuje u osob konzumující alkohol denně ve velmi vysokých dávkách tj. až několik set gramů čistého alkoholu za den, nicméně psychická závislost na alkoholu byla prokázána i u osob konzumujících každodenně již kolem 50g čistého etanolu. Přerušením přísunu alkoholu k závislému člověku způsobuje projev psychických a somatických abstinčních příznaků. Mezi nejčastější abstinční příznaky patří neklid, nesoustředěnost, bolesti hlavy, třes, tachykardie, subfebrilie, halucinace. Následkem závislosti na alkoholu se spouští či vyvíjí řada dalších somatických i psychických onemocnění. Nejčastější psychickou poruchou vznikající v přímé souvislosti se závislostí na alkoholu je delirium tremens. Jde o psychózu, která vypukne při dlouhodobém abúzu alkoholu

nebo po jeho odnětí. Delirantní stav je provázen úzkostmi, zmateností, někdy i epileptickým záchvatem. Pacient může být dezorientován místem a časem. Často se dostavují i převážně zrakové halucinace. Tento stav trvá obvykle 2-3 dny a v krajních případech může pacienta ohrožovat na životě. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Prokeš 2005; Bydžovský, 2010)

Alkoholová závislost pak představuje kromě závažných zdravotních rizik i významný sociální problém, protože incidence osob závislých na alkoholu se v České republice odhaduje na 2-4% populace. Samotnou alkoholickou závislostí se pak zvedá riziko propadnutí dalším závislostem jako je např. gambling, ale i k dalším sociálně patologickým jevům. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004; Linhart, 2014)

1.6.2 Další zdravotní následky

K nejčastějším dlouhodobým poškozením zdraví následkem chronického užívání alkoholu patří hemoragická gastritida, jaterní cirhóza, alkoholová polyneuritida a poruchy činnosti mozku. Užívání alkoholu v těhotenství pak vede k poklesu porodní hmotnosti novorozence. Závislost těhotné pak může vést k mnoha patologiím při fetálním vývoji. (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004)

1.7 Klinický obraz opilého pacienta

Protože otrava alkoholem je v České republice, stejně jako ve většině zemí světa, vůbec nejčastější otravou vůbec, lze najít mnoho klasifikací a definic ebriety. Nejčastěji se ovšem setkáme s dělením na lehkou, střední a těžkou opilost, dle hladiny alkoholu v krvi, a rozdělení do čtyř stádií dle klinického obrazu pacienta. (Polák, 2014)

1.7.1 Stadium 1 – Excitační fáze

Hladina alkoholu v krvi se pohybuje kolem 0,5 g/l (tedy 0,5 ‰). I přes subjektivní excitovaný pocit jsou zpomaleny reakce na vnější podněty a nastává lehká

ztráta svalové koordinace, ztráta zábran. Zvýšené prokrvení periferie. (Polák, 2014; Bydžovský, 2008)

1.7.2 Stadium 2 – Hypnotická fáze

Nastává při hladinách alkoholu mezi 1-2,5 g/l. Postupně se rozvíjí ztráta morálních zábran a setřelá řeč. Dochází ke zhoršení zraku, ztrátě cití, rovnováhy a svalové koordinace. Dochází ke zvýšení prahu bolesti. Dle intolerance jedince může docházet k nauze a zvracení. (Polák, 2014; Bydžovský, 2008)

1.7.3 Stadium 3 - Narkotická fáze

Hladina alkoholu se pohybuje v rozmezí 2,5 -3,5 g/l. Od postující ztráty cití, rozmazaného či zdvojeného vidění a vystupňování svalové nekoordinovanosti po zvracení a stupor. Člověk, který netrpí chronickým abúzem alkoholu, by v tomto stádiu již měl vždy dostat zdravotní pomoc, neboť se jedná o stav, který ho může ohrozit na životě například aspirací při zvracení. (Polák, 2014, Ševela, Ševčík a kol., 2011)

1.7.4 Stadium 4 – Asfyktická fáze až kóma

Hladina 3,5 g/l a více. Významná ztráta cití, zvracení, křeče. Stupor s namáhavým a zpomaleným dýcháním. Při hodnotách kolem 4 g/l může stav dojít až ke komatoznímu stavu se zástavou dechu a následně oběhu (dále NZO). (Polák, 2014, Ševela, Ševčík a kol., 2011)

2 CHARAKTERISTIKA PROBLÉMŮ ZPŮSOBENÝCH ALKOHOLEM BĚHEM ZÁSAHU ZZS

Alkohol, jako látka ovlivňující fyzické, metabolické i psychické pochody v lidském organismu, je silným komplikujícím faktorem při ošetření opilých osob. Tyto komplikace se dají rozdělit do několika problémových rámců. Jimi jsou zapírání užití alkoholu, lékové interakce s alkoholem, obtíže při vyšetření a diagnostice pacienta, traumata v kombinaci s alkoholem a v neposlední řadě komunikace s pacientem.

2.1 Zapírání užití alkoholu

Ač se může tento problém z počátku zdát jako marginální, existují studie o velice častém zamlčování požití alkoholu např. před úrazy a dopravními nehodami. Důvody jsou poněkud nepřekvapivě například: vyhýbání se pojistnému plnění, vyhnutí se zodpovědnosti za spáchání činu pod vlivem návykové látky, příliš nízký věk opilého. Ač jsou tyto důvody lidsky více či méně pochopitelné, případnou práci ZZS může toto zapírání do značné míry ovlivnit, protože fyzický stav člověka po konzumaci byť malé a na první pohled nezaznamenané dávky alkoholu, může v rámci diferenciální diagnostiky vést zdravotnický personál zbytečně do slepých uliček. (Nešpor, Knor, 2004)

2.2 Lékové interakce

Personál ZZS se nezdá dostávat do situace, kdy opilý pacient dlouhodobě užívá a nebo současně s užitím alkoholu užil i některá farmaka. Současně stav některých pacientů pod vlivem alkoholu často vyžaduje použití dalších léků. Výzkum a dávkování těchto léků je ovšem navrženo především pro střízlivé pacienty. Je proto třeba dbát na celé množství možných interakcí alkoholu s podávanými léky a především na úpravu jejich dávkování. V případech silné opilosti spolu s agresivitou pacienta pak lékové interakce vytváří další problém, totiž že pacientovi nelze podat tlumící farmaka v dostatečné dávce, nebo vůbec. (Nešpor, Knor, 2004)

2.2.1 Zesílení centrálně tlumivého účinku

Vzhledem k mechanismu účinku alkoholu popsanému výše je tento jev z hlediska lékových interakcí nejzásadnější. K celkovému útlumu centrální nervové soustavy (dále CNS) dochází při kombinaci ethanolu s opiáty (fentanyl, morfin, tramal) dále v kombinaci s užíváním veškerých hypnotik, sedativ, anxiolytik, neuroleptik, antitusik, expektorancií a antihistaminik (dithiaden). Proto je při podávání těchto látek pacientovi vždy nejprve třeba zvážit, je-li podání opravdu nezbytné. V těchto nezbytných případech pak obvyklou dávku podávat titrovaně a

sledovat klinický účinek. Kýžený terapeutický efekt se totiž často může dostavit již při zlomku obvyklé dávky. Obzvláště obezřetní by měli zdravotníci být při podávání benzodiazepinů, protože se stejně jako alkohol váží na GABA receptory, ovšem jiným mechanismem, a jejich účinky se tak mohou nepředvídatelně zesilovat až násobit i při malých dávkách. (Zieglmeier, Hein, 2006, Linhart 2014)

2.2.2 Zvýšená krvácivost

Je způsobena kombinací ethanolu s kyselinou acetylsalicylovou i dalších antiagregancií. V kombinaci s warfarinem se zvyšuje krvácivost při akutním přívo-
du alkoholu, naopak při chronickém užívání alkoholu se může účinek warfarinu v organismu snižuje. (Zieglmeier, Hein, 2006)

2.2.3 Ostatní interakce

V kombinaci s etanolem se silně zvyšuje hepatotoxicita paracetamolu. Může docházet k jaterní nekróze i při terapeutických dávkách. U antihypertenziv se zesiluje antihypertenzivní účinek. Při použití kortikoidů je zvýšení riziko krvá-
cení do gastrointestinálního traktu (dále GIT). V kombinaci s diuretiky (furosemid) se zvyšuje hypotenzivní účinek. (Zieglmeier, Hein, 2006)

2.3 Vyšetření opilého pacienta

Diagnostikovat opilost u pacienta obvykle není obtížné. Je třeba vždy nejprve přes diferenciální diagnostiku vyloučit jinou možnou etiologii příznaků, které mohou zdravotníky mnohdy mylně vést k tomuto závěru. Opilého pacienta od druhého stadia opilosti charakterizuje foetor ethylicus, široký stoj a chůze, setřelá řeč, značná nekoordinovanost pohybů a velice často také agitovanost či agresivita při komunikaci. U pacientů při vědomí a schopných komunikace ovšem bývá majoritní jiný zdravotní problém, pro který si jsou mnohdy ještě sami schopni přivolat odbornou pomoc. Pacientů ve 3. či 4. stádiu opilosti z pochopitelných důvodů obvykle přivolává pomoc třetí osoba, ať už se jedná o příbuzné, kamarády, ale nezřídká i úplně cizí osoby. Zvláště v těchto případech při vyšetření vzniká problém v nemožnosti odebrat jakoukoli anamnézu. Základem vyšetření opilého pacienta je zhodnocení, nakolik pacienta samotný podroušený stav zatěžuje, pří-

padně ohrožuje. U pacientů s poruchami vědomí, ale i u pacientů při vědomí, se závažnými poruchami cití, je třeba aktivně pátrat po jiných zdravotních komplikacích, především po známkách traumatu, podchlazení či dekompenzaci diabetes melitus. Vždy je třeba myslet na to, že i silně opilý pacient může mít jiné závažné zdravotní komplikace jako srdeční selhávání, akutní pankreatitidu, cévní mozková příhoda (dále CMP) či těžké krvácení do trávicí trubice, které mohou být ze strany zdravotníků pro připisování obtížím primárně opilosti přehlédnuty či zanedbány. Zvláštní zřetel by měl být věnován byť sebemenším známkám po traumatu hlavy, protože vzhledem k nekoordinovanosti pohybů bývá úraz hlavy jedním z nejčastějších traumat u pacientů s ebriitou. Celková otupělost v kombinaci s alkoholem naředěnou krví zvyšuje riziko intrakraniálního krvácení. (Šeblová, Knor, 2013; Smrčka, 2001)

2.4 Diferenciální diagnostika

Mezi stavy, jejichž příznaky jsou podobné či stejné jako u opilosti, patří především další otravy. Často se jedná o náhodné otravy při záměně s vizuálně podobným metanolem, či při vypití etylenglykolu (směs do ostříkovačů). Dále se může jednat o otravu léky, hypoglikemii, psychomotorické křeče, jaterní encefalopatii, psychózu, těžké vertigo či abúzus drog typu amfetaminu nebo kokainu. V případě výskytu křečí se dále může jednat o otravu oxidem udelnatým, intrakraniální krvácení (jakékoli etiologie, bez souvislosti s alkoholem) či neuroinfekci.

Ač se ve většině případů s typickými projevy skutečně jedná o klasickou opilost, v případě jakýchkoli pochybností je vždy třeba aktivně pátrat po jiných možných příčinách zdravotních problémů. (Polák, 2014)

2.5 Diagnostika

Pro vyšetření u opilých pacientů lze použít standardní protokol ABCDE, kdy při jednotlivých krocích je třeba vždy postupovat s přihlédnutím na míru intoxikace a celkový stav pacienta.

2.5.1 A – Airway - Dýchací cesty + imobilizace krční páteře

Zajištění dýchacích cest by mělo být především u osob jevících známky předchozího zvracení za současného bezvědomí. Tyto osoby z důvodu možné aspirace ukládáme v leže na záda pouze v případě, že je provedena orotracheální intubace (dále OTI). Pacienty s dýchacími cestami zajištěnými jiným supraglotickými pomůckami ukládáme do zotavovací polohy. (Remeš, Trnovská, 2013)

V případě indikace pro imobilizaci krční páteře (jiné trauma, pád udávaný pacientem či okolím) je třeba toto neprodleně učinit. Tlumivý účinek alkoholu zároveň s jiným bolestivějším poraněním může zastřít bolestivost v oblasti krční páteře.

2.5.2 B – Breathing - Dýchání

Centrální tlumivý účinek alkoholu působí také na dechové centrum mozku a způsobuje pomalé povrchní dýchání, při vysokých dávkách alkoholu s možnou zástavou dechu. U pacientů v bezvědomí je tak velice třeba neustále kontrolovat přítomnost, kvalitu a frekvenci dechu. (Remeš, Trnovská, 2013)

2.5.3 C – Circulation – Oběh

Diagnostika oběhu u pacienta intoxikovaného ethanolem se často ukazuje jako normotenze (někdy lehká hypertenze) s tachykardií. Jedná se o typický případ, kdy srdce svou zvýšenou aktivitou kompenzuje alkoholem dehydratovaný organismus se ztrátou intravaskulárního objemu. Úpravu lze zajistit dodáním infuzních roztoků i.v. V případě vysokých hodnot alkoholu v krevním objemu se používá i forsírovaná diuréze s rychlým převodem náhradních roztoků za současného podávání furosemidu. Tímto způsobem se zvyšuje podíl ethanolu vyloučeného močí a celkově zrychluje eliminace z organismu. (Remeš, Trnovská, 2013; Bydžovský 2008)

2.5.4 D – Disability – Základní neurologické vyšetření

Při základním vyšetření na vnější zvukové či bolestivé podněty budou reakce opilého člověka oslabené a zpomalené, stejně tak cití pacienta. Zornice bu-

dou mydriatické. Glykemie bývá u opilosti snižena, u diabetiků může kombinace s alkoholem vést k hypoglykémii. (Remeš, Trnovská 2013)

2.5.5 E – Exposure – Odhalení pacienta

U pacientů ve 3 a 4 stupni je celkové odhalení a dovyšetření obzvláště důležité. Celkové tlumící účinky alkoholu mohou i u pacienta při vědomí snadno zakrýt symptomy, na které by za střízlivého stavu téměř určitě upozornil. Při odhalení na první pohled starších patologií je vždy dobré se na jejich vznik dotázat. (Remeš, Trnovská, 2013)

2.6 Terapie

V případě, že se jedná o intoxikaci v 1 a 2 stádiu, a zároveň je možné vyloučit jiné onemocnění či poranění, pak může být pacient předán Policii ČR pro převoz na protialkoholní záchytnou stanici.

Terapie samotné opilosti bez přidružených onemocnění a poranění je především symptomatická. Jedná se o řešení hypoglykemie podáním glukózy i.v., hypotermie dostatečným množstvím tepla a izolačních vrstev a případného sehlávání životních funkcí dle protokolu ABCDE. Pouze v případě opilosti či již nastupující otravy alkoholem, jehož konzumace prokazatelně začala maximálně 60 – 90 min. před příjezdem ZZS (především nejrůznější pijácké sázky či sebevražedné pokusy, při nichž je konzumováno velké množství tvrdého alkoholu během velice krátké doby) má smysl použití výplachu žaludku a aktivní uhlí jako prevenci dalšího vstřebávání alkoholu z GIT. (Remeš, Trnovská. 2013; Frei 2015)

2.6.1 Traumata u opilých osob

Trauma či polytrauma patří k nejčastějším diagnózám v přímé spojitosti s konzumací alkoholu. Tato spojitost je dána především účinky alkoholu ve stádiích 1 a 2 – zpomalená reakční doba a zhoršení koordinace, ztráta psychických i fyzických zábran a zhoršený odhad v jinak rutinních situacích. Vůbec nejvíce se na smrtelných traumatech podílejí lidé zvyklí řídit pod vlivem byt' malého množství alkoholu.

Terapie u opilé osoby s traumatem charakterizuje v množství zdravotně komplikujících faktorů, především u pravidelných uživatelů alkoholu. U příležitostných konzumentů, stejně jako u chronických, je v případě traumatu zapotřebí počítat se systémovou vazodilatací a zvýšenou ztrátou tělesného tepla. Chroničtí konzumenti často trpí neléčenou systémovou hypertenzí, která se při traumatu a neobjeveném krvácení může jevit jako normotenze a tím vytvářet falešný klinický obraz. Je třeba počítat i s daleko větší incidencí vnitřních krvácení a to především v GIT v důsledku častých gastritid či peptických vředů. Alkohol také působí na kostní dřeň, čímž vzniká trombocytopenie a trombopatie. Z těchto důvodů je potřeba vždy dostatečně zvážit hemostatickou terapii. Při analgezií a anestezii je vzhledem k interakci velkého množství léků působících na CNS spolu s alkoholem nezbytné volit velice obezřetné dávkování léků. Ač je účinek alkoholu považován celkově za negativní faktor při diagnostice i terapii, jeho částečně analgetický účinek u traumatizovaných osob alespoň snižuje potřebu podávání další analgezie. (Drábková 2002, Linhart 2014)

2.6.2 Úrazy hlavy u opilých osob

Jedním z nejčastějších traumat u opilých osob je úraz hlavy. Údaje v literatuře se značně různí od několika málo desítek až po 56% pozitivních intoxikací u dospělých s tímto traumatem. Výzkum z roku 2014 také uvádí, že u opilých pacientů s úrazem hlavy po dopravní nehodě je dvojnásobná úmrtnost oproti pacientům bez pozitivního testu na alkohol. Tyto údaje jasně ukazují, že trauma hlavy v kombinaci s opilostí může velice často způsobit vážné zdravotní problémy a nezřídka může vést i ke smrti pacienta. Proto je třeba věnovat i na první pohled ne zcela průkaznému podezření na trauma v oblasti hlavy vždy náležitou pozornost. (Smrčka 2001; Hsing a kol. 2004)

2.7 Skórovací schémata u opilých pacientů

Zvláštním tématem je skórování stavu vědomí u opilých pacientů. Nelze u nich například použít nejběžnější skórovací systém Glasgow coma scale (dále GCS), protože u spícího pacienta ve stádiích opilosti 3 a 4 se na silný bolestivý

podnět můžeme dočkat pouze necílené obrany (4b), absence verbální odpovědi (1b) a možná chvilkového otevření očí (2b). Takového pacienta se součtem bodů 7 (kdy 8 a méně je udáváno jako mezní hranice pro tracheální intubaci) ovšem při stabilitě všech životních funkcí rozhodně není třeba intubovat. Pro stav vědomí se tedy obecně u intoxikovaných používá jednodušší schéma AVPU (alert, voice, pain, unresponsive). (Kelly 2004, Bydžovský 2010)

2.8 Komunikace s pacientem

Komunikace s pacientem je jednou ze základních dovedností členů posádky ZZS, protože správně vedená komunikace s pacientem a jeho okolím, nám může přinést řadu velice důležitých informací. V tomto ohledu jde ruku v ruce obsah a forma otázek, na něž ptáme. Stejně důležitý je celkový komunikační přístup k pacientovi. Je třeba podotknout, že komunikace není dovednost, kterou si lze osvojit během studia, či snad dokonce během školení či semináře. Komunikaci se učíme celý život. Snažit se v pozdní dospělosti kompletně změnit naše komunikační techniky půjde samozřejmě velice těžko, ale vždy se dá zapracovat na komunikaci použitelné v konkrétních situacích.

2.8.1 Komunikace s opilým pacientem

Jestliže ani komunikace s pacientem, který je plně při vědomí a jeho úsudek není ovlivněn žádnou chorobou či toxinem není vždy snadná, pak komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu může skýtat nejednu nástrahu. Setkat se můžeme s pacienty agresivními, agitovanými, lítostivými, rádoby nápomocnými, pacienty s poruchami vědomí, pacienty, kteří si nechtějí připustit svoji opilost, ale velice často také s pacienty, u kterých lze pozorovat v probíhajícím čase kombinaci výše zmíněných projevů. Proto je potřeba být na kontakt s takovým pacientem dobře připravený a v žádném případě ho nepodceňovat. (Andršová, 2012)

Při komunikaci s pacientem ve druhém a vyšším stádiu opilosti je třeba komunikaci upravit dle stavu pacientova vědomí a rychlosti jeho psychické i motorické odpovědi. Vliv alkoholu na organismus je tlumivý, proto je u případů, které pacienta přímo neohrožují na životě, potřeba zpomalit (ztlumit) i náš přístup. Všechny informace a pokyny podávat v pomalejším tempu a co možná nejjedno-

dušěji. Zároveň dávat pacientovi dostatečný prostor pro adekvátní (zpomalenou) reakci. Dodržování těchto zásad by mělo v mnoha případech vést k vyhnutí se neočekávaným a potencionálně agresivním projevům pacienta. Pokud je ovšem pacient agitovaný či agresivní již před naším příjezdem, vždy je potřeba náležitá opatrnosti. (Ptáček, Bartůněk, 2011)

2.8.2 Komunikace s agresivním pacientem

Zdravotnický personál by měl počítat s tím, že agresivní pacienti se dají očekávat především v některých rizikových skupinách jako jsou drogově závislí, psychicky alterované osoby či alkoholici. Zvláště nebezpečný je u opilých pacientů fakt, že za střízlivého stavu se agresivně chovat nemusí a mohou tím překvapit i své blízké okolí, které by členy ZZS mohlo jinak před možným problémem varovat.

Neexistuje zavedená norma pro komunikaci s agresivním pacientem, a ani odborná literatura v tomto ohledu neposkytuje jasná řešení. Většina publikací zabývajících se komunikací v oblasti zdravotnictví ovšem nabízí více přístupů k řešení tohoto problému. Nejčastěji doporučovaný je plně profesionální a věcný přístup zdravotníků, kteří se snaží především zaměřit na konkrétní zdravotní problém. Nezřídka však bývá jako alternativa doporučován i přístup přísně direktivní, ne však povýšenecký. Další možností je trpělivé vyslechnutí rozčíleného pacienta a nabídka rozumového vyřešení důvodu pacientova rozrušení. Při konfrontaci s agresivním psychiatrickým pacientem je doporučován postup, který agresi tlumí. Volba reakce by ovšem měla být vždy pečlivě uvážena pro konkrétní situaci s konkrétním pacientem a do značné míry závisí i na povahových vlastnostech a profesních zkušenostech konkrétního zdravotnického pracovníka. (Linhartová 2007; Ptáček, Bartůněk, 2011; Remeš, Trnovská 2013)

Pro komunikaci a přístup k rozčílenému až agresivnímu pacientovi ovšem existuje několik zavedených pravidel. Za prvé se snažit zhodnotit možné riziko ještě před samotným kontaktem s pacientem. Je potřeba sledovat signály celého těla jako motorický neklid, rozrušenost, dlouhé pohledy do očí, zaťaté pěsti. V takových případech je nutné být při komunikaci i prvním kontaktu velice obezřetný. Při komunikaci s agresivním pacientem je třeba velice pečlivě volit jak konkrétní

slova, tak samotnou dynamiku verbálního projevu. Všeobecně se doporučuje mluvit s co nejmenším emotivním zabarvením hlasu, mluvit pomalu, klidně, vlídně, jasně. Motorický pohyb zdravotníků by měl být charakteristický dobře čitelnými pomalými pohyby a gesty. V žádném případě pak nebagatelizovat problémy pacienta a ani nehodnotit či nezesměšňovat pacientovu situaci. U opilého a neklidného pacienta je pak skutečně nutné, ač by to měl být standard i u střízlivých pacientů, stručně a jasně informovat o úkonech, které provádíme. V průběhu vyšetření je z pravidla narušována intimní zóna pacienta a předem podanou informací o následujících úkonech, se můžeme vyhnout instinktivně obranným reakcím. V žádném případě by se posádka ZZS neměla uchýlovat ke zpětné agresi. Při skutečně vyhrocené situaci vedoucí k výhrůžkám fyzickým napadení (či k jeho faktickému naplnění) by měla posádka primárně řešit ochranu svého zdraví za pomoci nutné obrany a ideálně co nejdříve dovolat pomoc policie. (Andršová, 2012; Linhartová, 2007)

2.8.3 Komunikace s úzkostným pacientem

Velice častá je u opilých pacientů také úzkostná reakce. Často se může objevit i u osob v prvním stádiu opilosti, které by se za střízlivého stavu úzkostně nechovaly. Tento jev je způsoben větší emocionální podrážděností u opilých osob v kombinaci s aktuálním rozpoložením a kontextu vlivu alkoholu na samotný zdravotní problém.

Pro úzkostného pacienta je typické velké svalové napětí a nepravidelné dýchání. Z mentálního hlediska je charakteristický strach z následujícího dění, obava o vlastní zdraví a velmi často pocit určitého selhání před společností. Tento pocit zmaru bývá velice často umocněn právě alkoholem. Při jednání s úzkostným a opilým pacientem je proto zapotřebí dodržovat postupy, které nebudou nepříjemný stav pacienta v žádném případě prohlubovat, v ideálním případě je naopak potřeba tento stav vhodnou intervencí co nevíce odbourat. S pacientem je třeba jednat klidně, vlídně, ale s přesvědčivým hlasem. Mluvit klidně, bez zbytečného napomínání. Pozorně naslouchat pacientovu problému a snažit se najít společné a rozumově zdůvodnitelné řešení. (Andršová, 2012)

3 PRÁVNÍ PROBLEMATIKA PŘI ZAJIŠTĚNÍ OPILEHO PACIENTA

3.1 Právo opilého člověka na zdravotní péči

Z principu rovnosti všech osob před zákony a normami, se práva opilého člověka v případě potřeby zdravotní péče nijak neliší. Rozdíl v poskytnuté péči se ovšem může týkat specifických případů. Například v situaci, kdy se pacient v důsledku své opilosti chová natolik agresivně, že lze velice pravděpodobně předpokládat újmu zdravotnického personálu. V takovém případě musí zdravotník primárně dbát na vlastní bezpečí a zdravotnickou pomoc odložit do doby, kdy toto nebezpečí již zjevně nehrozí, tedy pokud se pacient dostatečně uklidní, nebo je jeho možné násilné chování např. minimalizováno ze strany bezpečnostních složek. Dalším případem může být zdravotní stav, kdy léčba indikovaná u střízlivého pacienta nemůže být provedena u pacienta opilého, neboť např. následek podání konkrétního farmaka v kombinaci s alkoholem může být pro pacienta větším zatížením, než primární zdravotní problém. V takovém případě je vždy nutné zvolit co nejbezpečnější způsob léčby, i kdyby mělo být vyřešení primárního zdravotního problému odloženo do doby, kdy je pacient zcela střízlivý. (Stolínová, Mach, 2010)

3.2 Způsobilost opilého člověka k právním úkonům

Tak jako samotná intoxikace alkoholem nezbavuje člověka právní odpovědnosti, nezbavuje takového jedince primárně ani způsobilosti k provádění právních úkonů. Ve zdravotnictví se toto týká především způsobilosti ke schvalování informovaných souhlasů a informovaných nesouhlasů – negativních reversů. V rámci přednemocniční zdravotní péče jde pak především o negativní revers, protože informovaný souhlas pro poskytnutí první pomoci v rámci přednemocniční péče není ze zákona vyžadován, a z povahy věci, kdy pacient primárně sám žádá o pomoc, ani nedává smysl. (Stolínová, Mach, 2010; Šustek, Holčapek, 2007)

Způsobilost opilého člověka k právním úkonům nelze nijak měřit. Nezávisí totiž na množství vypitého alkoholu, ale na fyzickém a psychickém stavu člověka. Zejména je nutné, aby člověk byl při plném vědomí, rozuměl kontextu nastalé situace a byl schopen pochopit možné následky při učinění vlastních rozhodnutí. V rámci své vlastní praxe jsem se mnohdy setkával s tvrzením, že opilý člověk nemůže podepsat negativní revers. Podle tohoto nepsaného pravidla, které ovšem nemá samo o sobě oporu v zákoně, bylo s pacienty i nakládáno a ti, často proti své vůli, končili na chirurgických ambulancích a následně na protialkoholní záchranné stanici. Způsobilost k právnímu úkonu, tedy i k negativnímu reverzu, je věcí přísně individuální a její zhodnocení závisí na lékaři. Pokud je zjevné, že ošetřovaná osoba je i přes svou opilost schopna posoudit možná rizika a souvislosti, nelze člověku, který třeba i s promile alkoholu v krvi a po opakovaném dostatečném informování o možných rizicích zdravotní péči odmítá, žádnou takovou péči násilím nutit. Jedná se o určitý střet zákona o poskytování zdravotních služeb, občanského zákoníku a ústavního práva na osobní svobodu. (Stolínová, Mach, 2010; Šustek, Holčapek, 2007)

3.3 Právo opilého člověka na odmítnutí zdravotní péče – negativní revers

Jak bylo popsáno výše, samotná opilost nezabavuje člověka zákonných práv ani povinností. Proto i opilý člověk má, pokud je lékařem uznán způsobilým, právo na odmítnutí zdravotní péče. (Stolínová, Mach, 2010; Šustek, Holčapek, 2007)

„ Právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Diagnóza není vic než právo. “ (Šustek, Holčapek, 2007, s. 117)

3.3.1 Negativní revers z pohledu právních předpisů

Informovaný nesouhlas je prostředek sloužící k ochraně zdravotnických pracovníků v případě, kdy pacient odmítá postup, který je za dané situace z pohledu zdravotnického personálu nejlepším možným řešením v rámci postupu lege

artis. Chrání zdravotnický personál v případech, kdy si pacient zpětně ztěžuje na neposkytnuté či nenabídnuté řešení ze strany zdravotníků. Právě proto, že se může v případě odmítnutí zdravotníky navrhovaného postupu pacient dostat do mnohdy závažných zdravotních komplikací, je potřeba, aby měl negativní revers vždy všechny potřebné náležitosti v dostatečné míře konkretizované pro konkrétní případ. Mezi náležitosti patří podrobné popsání všech nabízených možností řešení a zároveň všech možných negativních důsledků, včetně rizika smrti, při jejich odmítnutí. Je potřeba zaznamenat i všechny důležité okolnosti, které mohou mít vliv na rozhodování pacienta. Negativní revers by měl být vždy podepsaný lékařem i pacientem a opatřen informací o datu, čase a místě sepsání. Pokud pacient odmítá nejen péči, ale i podepsání reversu, pak je potřeba zajistit svědka odmítnutí léčby i podepsání písemného informovaného nesouhlasu. Takovým svědkem může být i jiný zdravotnický pracovník. (Stolínová, Mach, 2010; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017; Šustek, Holčapek, 2007)

3.3.2 Negativní revers z pohledu zdravotnických pracovníků

Z pohledu zdravotníka je negativní revers především právní pojistkou. V případě přesvědčení zdravotníka o neodkladnosti a správnosti jím navrhovaného a pacientem odmítaného postupu, by měl být ovšem až posledním možným řešením nastalé situace. V takovém případě by mělo být především použito všech ostatních prostředků vedoucích k přesvědčení pacienta o naprosté vhodnosti podrobit se návrhu specialisty. K tomu je nezřídka třeba co možná nejefektivnějšího využití komunikačních dovedností. Pokud pacient i přes všechny intervence trvá na reversu, je potřeba zajistit (v případě, že je na místě pouze posádka RZP) přítomnost lékaře. Ten se následně opětovně pokusí pacienta přesvědčit o vhodnosti navrhovaného postupu a případně s pacientem sepíše revers. Důraz by měl být kladen i na způsob podání informace o samotném negativním reverzu. Změna jednání na povýšenecké či pohrdavé z důvodu, že pacient odmítá nabízenou péči, jeho rozhodnutí jen těžko změní.

Je zcela pochopitelné, a zvláště v rámci přednemocniční péče a omezených diagnostických prostředků i lidsky odůvodnitelné, že v případě nejistoty o

zdravotní způsobilosti pacienta, bývá takový pacient často prohlášen za nezpůsobilého k tomuto úkonu. Bez dostatečné diagnostiky lze totiž častěji předpokládat bezprostřední ohrožení života pacienta, jež je jednou ze zákonných podmínek, kdy může být pacientovi poskytnuta léčba proti jeho vůli. Nelze ovšem tento prostředek používat u opilých pacientů standardně a bez rozmyslu.

Například opilý člověk se zlomenou rukou, který zdravotnickou pomoc sám nevyžaduje, avšak je mu přivolána jinou osobou, a který zároveň naprosto zřejmě chápe všechny lékařem popsané důsledky odmítnutí lékařské péče, má nepochybně plné právo takovou pomoc odmítnout, neboť zlomeninu ruky nelze klasifikovat jako bezprostřední ohrožení života. Jakkoli je tento příklad nepravděpodobný, lze na něm minimálně nastínit nutnost primárně ctít svobodnou volbu člověka a neupřednostňovat před ní vlastní přesvědčení (ač z lékařského hlediska správné), které se snažím všemi dostupnými prostředky prosadit. (Stolínová, Mach, 2010; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017; Šustek, Holčapek, 2007)

3.3.3 Negativní revers z pohledu pacienta

Pojem „podepsat reverz“ je pravděpodobně znám širokému spektru pacientů. Z toho však v žádném případě nelze předpokládat, že všichni pacienti ví, co negativní reverz skutečně znamená. Tedy, že jím pacient odmítá nabízenou péči specialistů a přebírá plnou odpovědnost za své zdraví se všemi, byť hypotetickými, negativními důsledky na své zdraví. Je opět povinností lékaře aby se, byť jen jen pouhým výčtem možných komplikací, pokusil pacienta přesvědčit ke změně názoru. Tento přístup by pak z pohledu pacienta měl vést k maximální možné snaze o doplnění informací potřebných pro případ skutečného naplnění komplikací a možného postupu v případě jejich projevu. (Stolínová, Mach, 2010; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017; Šustek, Holčapek, 2007)

3.4 Tenká hranice mezi svobodnou vůlí člověka a jeho momentální dispozicí k jejímu prosazení

Jak ostatně vyplývá z řádků výše, problematika respektování svobodné vůle na straně jedné a postupu lege artis dle nejlepšího svědomí na straně druhé zdaleka není jednoznačná záležitost. Nicméně je to právě přednemocniční neodkladná péče, kde posouzení svéprávnosti pacienta rozhodnout svobodně o vlastním zdraví zůstává čistě k posouzení lékaři ZZS. Vzhledem k povaze přednemocniční péče, kde by se mělo jednat bez zbytečných odkladů, lze jen těžko čekat například na konziliární vyšetření psychologa k posouzení tohoto stavu. A navíc, kde jinde by mělo být třeba i sporné rozhodnutí lékaře ohledně intervence omluvitelnější, než v případě situací, kdy má lékař velmi omezené diagnostické možnosti, kdy řešení problému nesnese odkladu a kdy je potřeba co možná nejrychlejší transport do nemocničního zařízení. I přes tyto pochopitelné důvody je vždy zapotřebí chápat pacienta i jako partnera a zohledňovat v rámci dané situace jeho vůli.

3.5 Nezletilý opilý pacient

V případě opilých nezletilých pacientů je situace výrazně jednodušší. V takovém případě je rozhodnutí o ošetření a případném transportu do NZ vždy na lékaři. Jedná v rámci postupu lege artis a nemusí v tomto případě zohledňovat přání nezletilého či jeho zákonných zástupců. Navíc bude v takovém případě vždy kontaktována i hlídka Policie ČR, případně i jednotka místně příslušné městské policie, pro vyšetření okolností opilosti nezletilé osoby a kontaktování zákonných zástupců. (Stolínová, Mach, 2010)

3.6 Možnosti obrany před útokem ze strany pacienta

Práce v přednemocniční zdravotní péči do jisté míry předpokládá, že se zdravotnický personál čas od času dostane do nekomfortní situace v podobě konfliktu s pacientem. Z podstaty přednemocniční neodkladné péče je zřejmé, že se těmito situacím nikdy nelze zcela vyvarovat. Pacienti i jejich okolí jsou z nastalé

situace často v psychickém rozrušení a jejich nepříjemné až hrubé reakce jsou tudíž do jisté míry pochopitelné i omluvitelné. Na druhou stranu i tyto omluvitelné situace by neměli překračovat určitou, ovšem vždy také subjektivní, míru. Zdravotní pracovníci na druhou stranu nejsou povinni nechat si bezdůvodně nadávat či vyhrožovat, nechat se urážet či dokonce fyzicky napadat a v těchto případech jě čistě na nich, do jaké míry jsou schopni a ochotni především slovní útoky omlouvat a tolerovat. (Stolínová, Mach, 2010)

3.6.1 Obrana před slovními útoky

V ideálním případě je zapotřebí jakékoli útoky ze strany pacienta vyřešit hned v jejich počátku vhodnou komunikací. Pokud se to nepodaří, je třeba oznámit tuto skutečnost na zdravotní operační středisko (dále ZOS) a požádat o pomoc Policie ČR. Dle konkrétní podoby a formy skutku se útočník dopustil buď přestupku či trestného činu a policie má povinnost tento čin klasifikovat a řešit. V případech slovního napadání je vždy dobré celý incident zaznamenat, a pokud je to možné, zajistit si i svědky události pro následné dokazování. V žádném případě by se ovšem zdravotník neměl uchýlovat k slovním protiútokům. Ty nejenže zcela určitě nic nevyřeší, ale naopak mohou útočníka vyprovokovat k fyzickému násilí.

(Stolínová, Mach, 2010; Linhartová, 2007)

3.6.2 Obrana před fyzickým útokem

Jak je již napsáno výše, zdravotnický pracovník v žádném případě nemá v popisu práce nechat na sebe fyzicky útočit. Na rozdíl od obrany před slovními útoky, lze při fyzickém útoku použít vlastní fyzickou sílu i obranné prostředky. Při této obraně za použití vlastní fyzické síly se užívá institutu nutné obrany. Taková obrana musí být přiměřená útoku. Je při ní nutné zohlednit poměr fyzických sil útočníka i svých vlastních a zvolit pouze takové prostředky, které nás uchrání před vlastní újmou, nezpůsobí ovšem nepřiměřeně velkou újmu útočníkovi. Tuto obranu lze aplikovat bezprostředně před hrozícím útokem nebo v rámci jeho průběhu. V žádném případě nelze jako nutnou obranu brát preventivní útok ze strany zdravotníka či pokračování v použití vlastní síly v době, kdy už útok netrvá ani nehrozí

další. Jakkoli jsou definice nutné obrany napsány a vykládány, řídit se těmito pravidly může být v náhle vzniklé situaci velice obtížné. Pro člověka nezvyklého na fyzickou konfrontaci je, jak uznává v mnohých případech i soud, velice obtížné v krátké chvíli při současném ohrožení vlastního zdraví zhodnotit všechna možná rizika při vlastní obraně stejně, jako její samotnou přiměřenost. (Stolínová, Mach, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Spolupráce policie a záchranné služby při zajištění opilých osob je na denním pořádku. Ač předpokládáme, že ZZS zvládá svou zdravotnickou úlohu stejně kvalitně, jako složka policejní svou úlohu ohledně bezpečnosti a veřejného pořádku, obě složky se nezdídky dostávají do situace, kdy aktuálně závažnější problém vytváří právě ta stránka věci, jejíž řešení primárně nespadá do jejich kompetencí. Tedy že ZZS řeší problémy veřejného pořádku a mnohdy i veřejného a vlastního bezpečí. A naopak policie řeší především zdravotní komplikace opilých osob.

Výzkumný problém se proto zabývá primárně kompetencí policejních a záchranných složek v oblastech, které primárně nespádají do každodenní rutiny výkonu jejich profese. Dále se v problému zabýváme kvalitou spolupráce těchto složek v případě, že jsou u opilého pacienta přítomny obě složky.

5 CÍLE A PŘEDPOKLADY PRÁCE

Pro výzkumný problém jsme formulovali 6 cílů a 6 předpokladů, které jsme analýzou získaných dat buď potvrdili, nebo vyvrátili.

5.1 Cíle

C1 Zjistit, jak vnímají pracovníci ZZS své schopnosti zvládnout situaci s opilým agresivním pacientem v závislosti na předchozím školení v této oblasti.

C2 Zjistit, zda hodnocení vlastních kompetencí koresponduje u ZZS s odpověďmi na situační otázky 3 a 4 v dotazníku.

C3 Zjistit, jak vnímají pracovníci policie své schopnosti při zajištění laické první pomoci a zhodnocení zdravotního stavu opilé osoby v závislosti na předchozím školení v této oblasti.

C4 Zjistit, zda hodnocení vlastních kompetencí koresponduje u policie s odpověďmi na situační otázky 3 a 4 v dotazníku.

C5 Porovnat vnímání kvality spolupráce ze strany ZZS a policie při společném zásahu u opilých osob a pokusit se najít limity této spolupráce.

C6 Zjistit, zda by zaměstnanci ZZS a policie pokládali za přínosný pravidelný společný seminář k řešení problematiky společného zajišťování opilých osob.

5.2 Předpoklady

P1 Předpokládáme, že subjektivní sebehodnocení pracovníků ZZS ohledně kompetentnosti v oblasti zajištění opilého pacienta bude přímo úměrné kurzům a školením absolvovaným v této oblasti.

P2 Předpokládáme, že procenta odpovědí v konkrétních situacích u otázek 3 a 4 budou procentuálně korespondovat se sebehodnocením v otázce 5.

P3 Předpokládáme, že subjektivní sebehodnocení policistů ohledně kompetentnosti v oblasti zdravotního zajištění opilé osoby bude přímo úměrné kurzům a školením absolvovaným v této oblasti.

P4 Předpokládáme, že procenta odpovědí v konkrétních situacích u otázek 3 a 4 budou procentuálně korespondovat se sebehodnocením v otázce 5.

P5 Předpokládáme, že subjektivní vnímání kvality spolupráce ZZS a policie při zajištění opilých osob, bude z obou zúčastněných stran kritické ve stejné míře. Zároveň předpokládáme stejné procento konkrétních výtek ke spolupráci se spolupracující složkou IZS.

P6 Předpokládáme, že společný seminář bude jako prospěšný považovat stejné procento respondentů, které bude uvádět konkrétní výtky ke spolupráci.

6 METODIKA

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou, formou anonymních dotazníků. Mezi dva vzorky respondentů byly distribuovány dva různé typy dotazníků, které se ovšem v některých otázkách překrývali a umožnili tak následné porovnání výsledků u obou dotazovaných skupin. Dotazníky byly distribuovány jak elektronickou, tak papírovou formou. Otázka 1 se týká údajů o pracovní pozici respondenta a místa výkonu povolání. Vzhledem ke stejné pracovní pozici a místu výkonu povolání u respondentů z Městské policie Plzeň, nebyla tato otázka hodnocena.. Otázka 2 je pro obě skupiny stejná a týká se hodnocení vzájemné spolupráce obou skupin v konkrétní situaci. Otázky 3-9 se u obou skupin liší a zabýváme se v nich vlastní kompetentností v situacích, které primárně patří pod pracovní náplň druhé složky IZS. V otázkách 10-11 jsou respondenti dotazováni na zkušenosti ze společné spolupráce v rámci konkrétní situace. Otázka 12 je pro všechny respondenty stejná a týká se názoru na prospěšnost případného semináře/školení sloužícího pro výměnu poznatků obou složek IZS při námi sledované situaci.

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníkové šetření probíhalo v únoru a březnu 2018 na dvou odlišných skupinách respondentů na platformě Google forms a formou papírových dotazníků.

První skupinou respondentů byli členové výjezdových skupin ZZS Pk bez ohledu na jejich pracovní pozici. Zúčastnilo se 62 respondentů.

Druhou skupinu tvořili příslušníci sboru Městské policie Plzeň a zúčastnilo se 54 respondentů.

Pro druhou skupinu bylo pro co největší překrytí geografické působnosti kromě sboru Městské policie Plzeň uvažováno také o Policii ČR v Plzeňském kraji. Bohužel se od nich z provozních důvodů a množství jiných podobných žádostí nepodařilo získat souhlas s provedením výzkumného šetření.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Otázka 1 u respondentů ZZS:

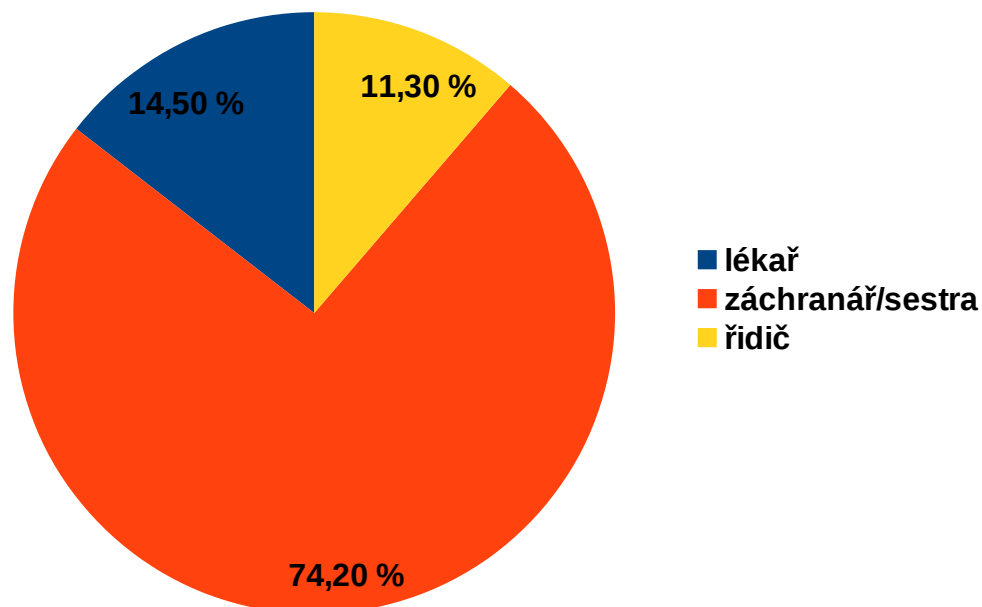
Jsem zaměstnancem ZZSPk - napište prosím pracovní pozici a oblast ve které pracujete

Tabulka 1 Zastoupení pracovních pozic

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lékař	9	14,50 %
Zdravotnický záchranář / všeobecná sestra	46	74,20 %
Řidič	7	11,30 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 1 Zastoupení pracovních pozic



Zdroj: vlastní

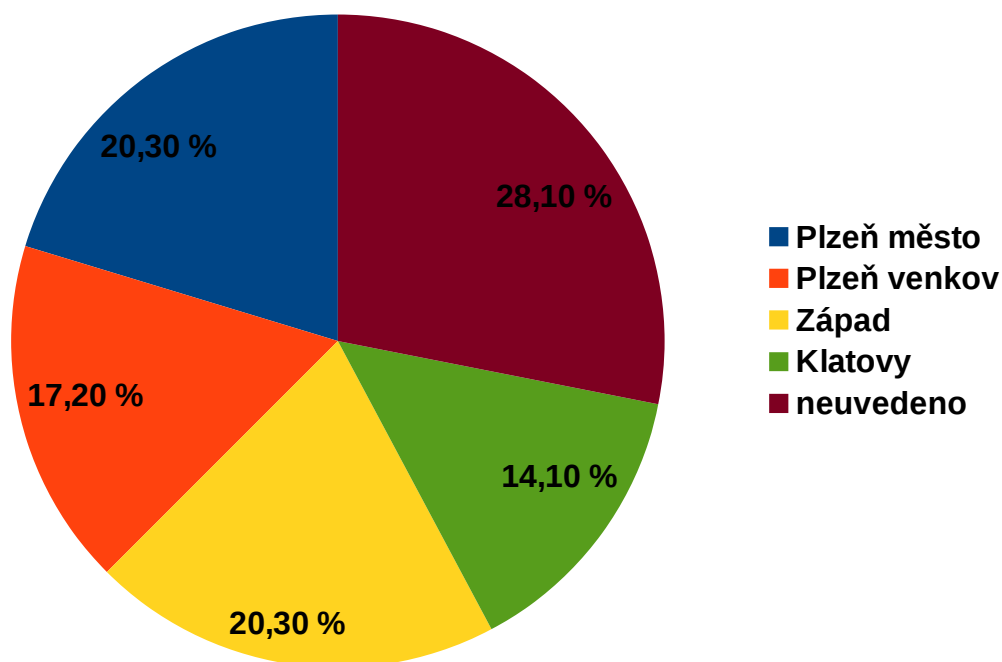
Nejčastějšími respondenty ze strany ZZS byli zdravotní záchranáři/zdravotní sestry v počtu 46 (74,2%) následováni lékaři 9 (14,5%) a řidiči 7 (11,3%).

Tabulka 2 Zastoupení geografických oblastí

	Absolutní četnost	Relevantní četnost
Plzeň město	13	20,30 %
Plzeň venkov	11	17,20 %
Západ	13	20,30 %
Klatovy	9	14,10 %
neuveďeno	18	28,10 %
celkem	64	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 2 Zastoupení geografických oblastí



Zdroj: vlastní

Patrně z důvodu spojení otázky na pracovní pozici a oblast působnosti respondenti druhou část otázky často vynechali. Proto nejvíce 18 (28%) respondentů neuveďlo oblast v níž pracují. Shodně po 13 (20,3%) respondentech bylo z oblastí Plzeň město a Západ. 11 (17,2%) pak z oblasti Plzeň venkov a 9 (14,1%) z oblasti Klatovy.

Otázka 2 u respondentů ZZS:

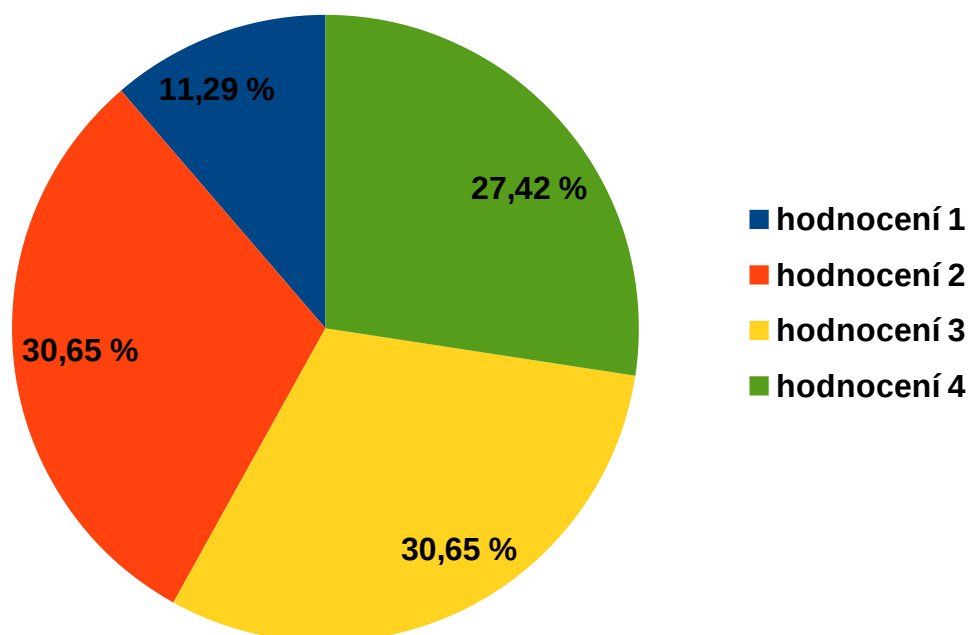
Jakou známkou (1-5, jako ve škole) by jste ohodnotil(a) spolupráci s policií při zajišťování opilých pacientů?

Tabulka 3 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
hodnocení 1	7	11,29 %
hodnocení 2	19	30,65 %
hodnocení 3	19	30,65 %
hodnocení 4	17	27,41 %
hodnocení 5	0	0,00 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 3 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany ZZS



Zdroj: vlastní

Shodně 19 (30,6%) respondentů hodnotilo spolupráci ZZS a policie známkami dva a tři. 17 (27,4%) respondentů známkou čtyři a 7 (11,3%) pak známkou jedna. Hodnocení 5 nebylo ze strany ZZS použito. Průměrné hodnocení je pak **2,74**.

Otázka 2 u respondentů policie:

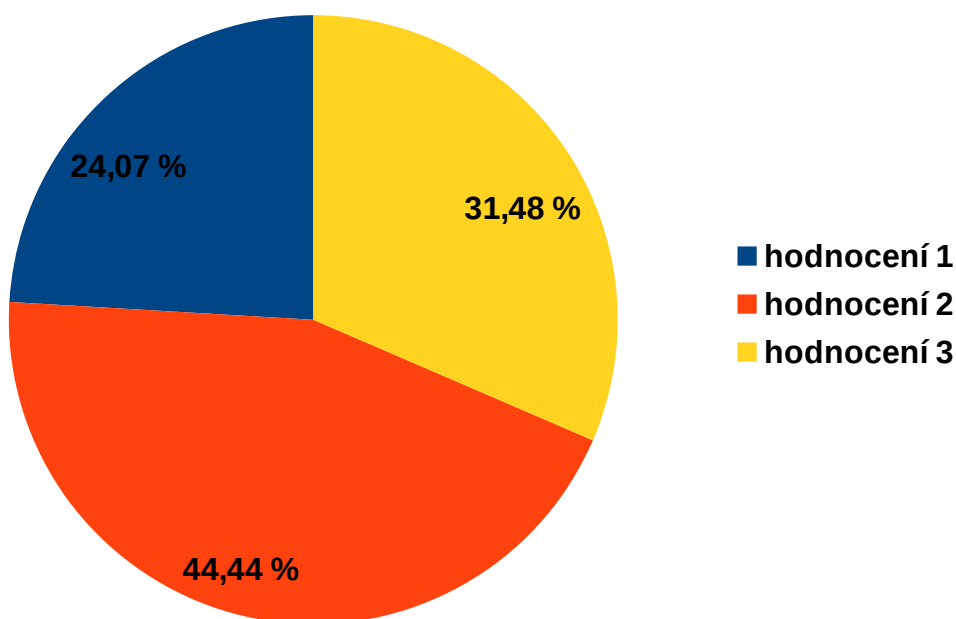
Jakou známkou (1-5, jako ve škole) by jste ohodnotil (a) spolupráci s ZZS při zajišťování opilých osob?

Tabulka 4 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
hodnocení 1	13	24,08 %
hodnocení 2	24	44,44 %
hodnocení 3	17	31,48 %
hodnocení 4	0	0,00 %
hodnocení 5	0	0,00 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 4 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany policie

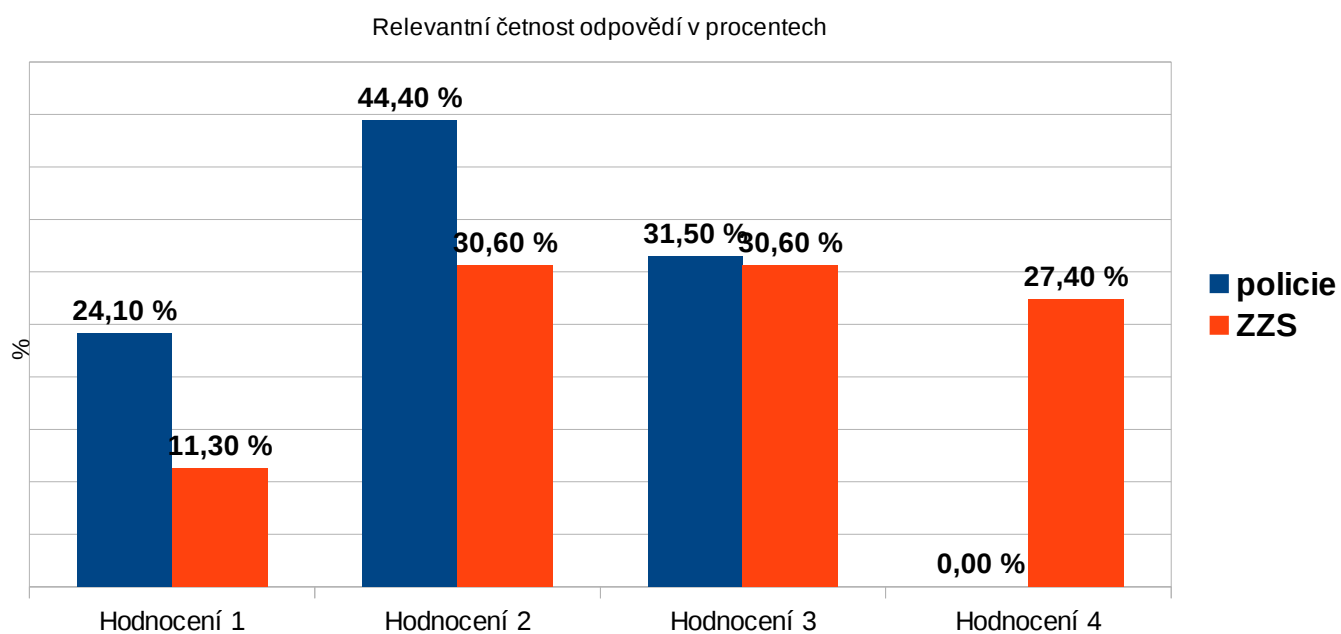


Zdroj: vlastní

Nejčastější hodnocení dva bylo ze strany policie použito ve 24 (44,4%) odpovědích. Hodnocení tři pak v 17 (31,5%) případech a hodnocení jedna v 13 (24,1%) odpovědích. Hodnocení čtyři a pět nebyla použita. Průměrné hodnocení bylo **2,18**.

Vzájemné porovnání výsledků obou skupin z u otázky č. 2

Graf 5 Srovnání hodnocení vzájemné spolupráce u sledovaných skupin



Zdroj: vlastní

Otázky 3 a 4 u respondentů ZZS:

Z jakých důvodů si opilému pacientovi budete dovolávat policii?

V jakých případech si nejste zcela jisti, zda máte požádat o pomoc policie?

A – nemožnost identifikace

B – sprosté vyjadřování pacienta vůči posádce

C – fyzická agresivita vůči jiným osobám či posádce ZZS

D – viditelně ozbrojený pacient

E – pacient je osoba, která byla v minulosti agresivní vůči posádce ZZS

F – pacient má kriminální minulost

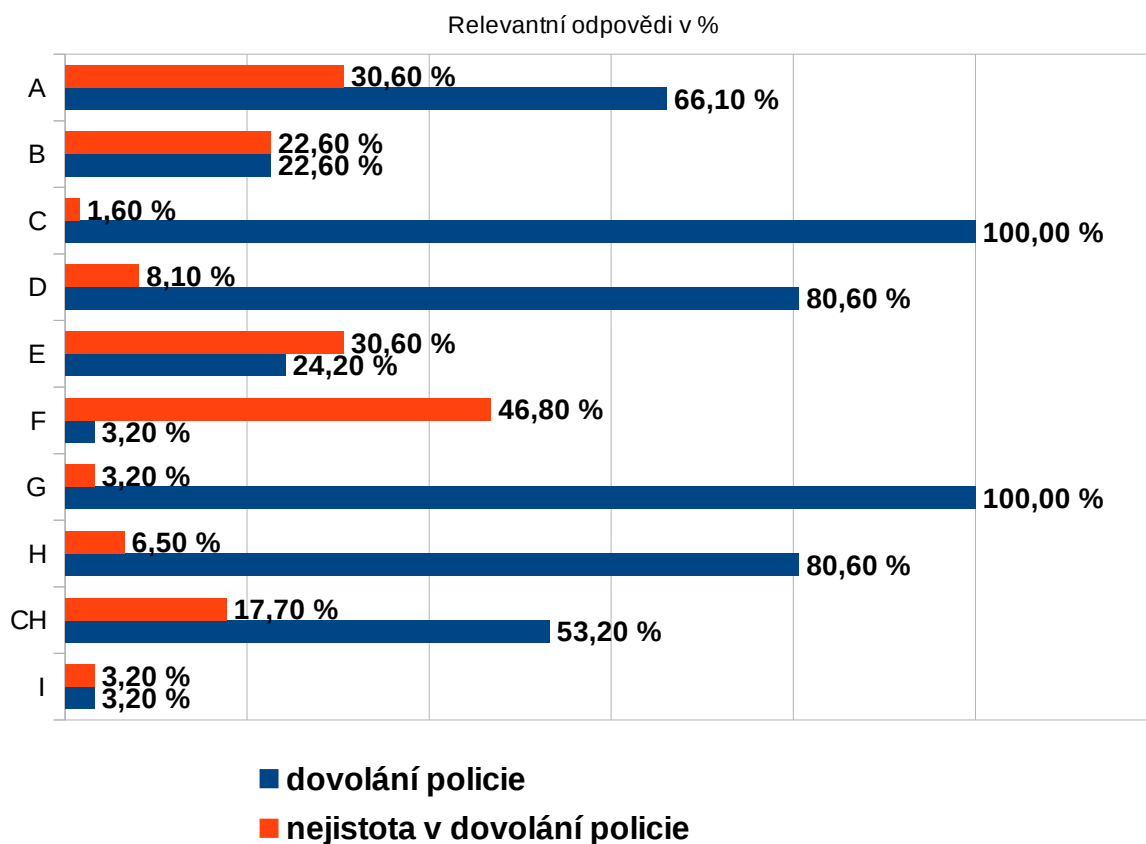
G – doprovod pacienta je agresivní a znemožňuje tím práci posádce ZZS

H – podezření, že pacient se stal obětí trestného činu

CH – pacient není zletilý (méně než 18 let)

I – jiná odpověď

Graf 6 Srovnání odpovědí u otázek 3 a 4, ZZS



Zdroj: vlastní

V odpovědích na otázku 3 zvolilo odpovědi C a G 100% respondentů. 80,6% zvolilo odpovědi D a H. 66,1 % pak odpověď A, 53,2 % možnost CH, 24,2 % odpověď E a 22,6 % odpověď B pak 22,6 %. Minimální zastoupení pak měly odpovědi F a I s 3,2%.

Mezi odpověďmi ohledně nejistoty pro dovolání policie měla největší zastoupení odpověď F s 46,8%, A a E s 30,6%, B s 22,6%, CH s 17,7 %. Dále s velice malým zastoupením odpovědi D s 8,1% , H s 6,5%, G a I s 3,2% a C s 1,6%.

Otázky 3 a 4 u respondentů policie:

Z jakých důvodů si budete k opilému člověku dovolávat ZZS?

V jaký případech si nejste zcela jisti, zda máte požádat o pomoc ZZS?

A – osoba vyhrožuje možností sebepoškození

B – osoba je silně opilá a usíná

C – osoba je neprobuditelná, reaguje pouze na reflexivně na silné bolestivé podněty

D – osoba si stěžuje na pálivou bolest na hrudi

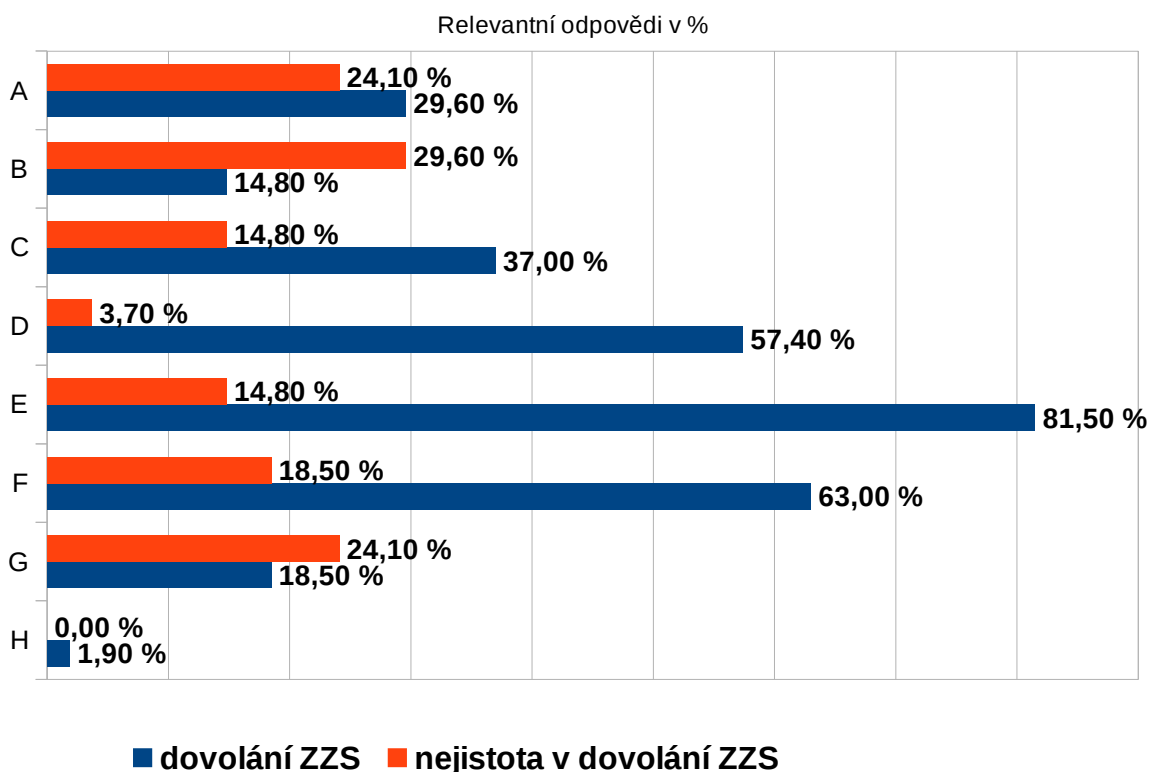
E – osoba má viditelné zevní poranění

F – osoba si stěžuje na bolest hlavy, při čemž dotyčný či někdo z přihlížejících udávají i pád na hlavu, nejsou vidět vnější příznaky poranění

G – osoba zvrací

H – jiná možnost

Graf 7 srovnání odpovědí u otázek 3 a 4, policie



Zdroj: vlastní

V případě otázky 3 byly nejčastěji zvolenými možnostmi E s 81,5%, F 63%, D 57,4% a C s 37%. Následují méně časté možnosti A s 29,6%, G s 18,5 %, B 14,8 % a H s 1,9% (1 respondent).

V odpovědích ohledně nejistoty v dovolávání ZZS jsou nejčastěji volenými možnostmi B s 29,6%, A a G s 24,1%, F 18,5%, C a E 14,8% a D 3,7%.

Otázka 5 u respondentů ZZS:

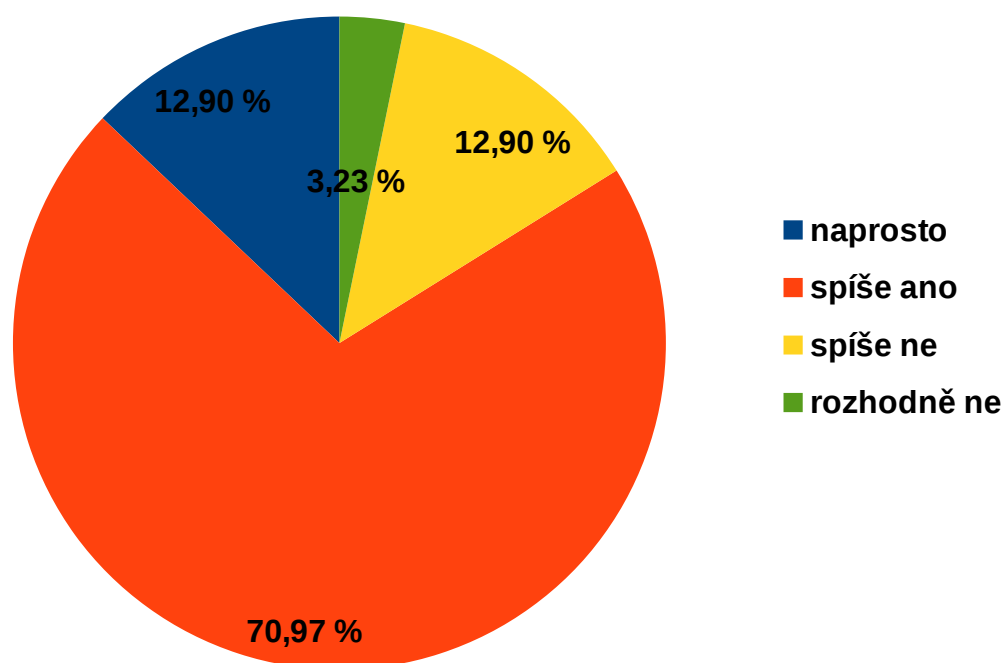
Cítíte se kompetentní v posouzení možného nebezpečí při ošetření opilého pacienta?

Tabulka 5 Hodnocení vlastních kompetencí u ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
naprosto	8	12,90 %
spíše ano	44	70,97 %
spíše ne	8	12,90 %
rozhodně ne	2	3,23 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 8 Hodnocení vlastních kompetencí u ZZS



Zdroj: vlastní

Nejčastější odpovědí u otázky 5 bylo *spíše ano* s 44 (71%) odpověďmi následováno možnostmi *naprosto* a *spíše ne* 8 (12,9%) a *rozhodně ne* s 2 (3,2%) odpověďmi.

Otázka 5 u respondentů policie:

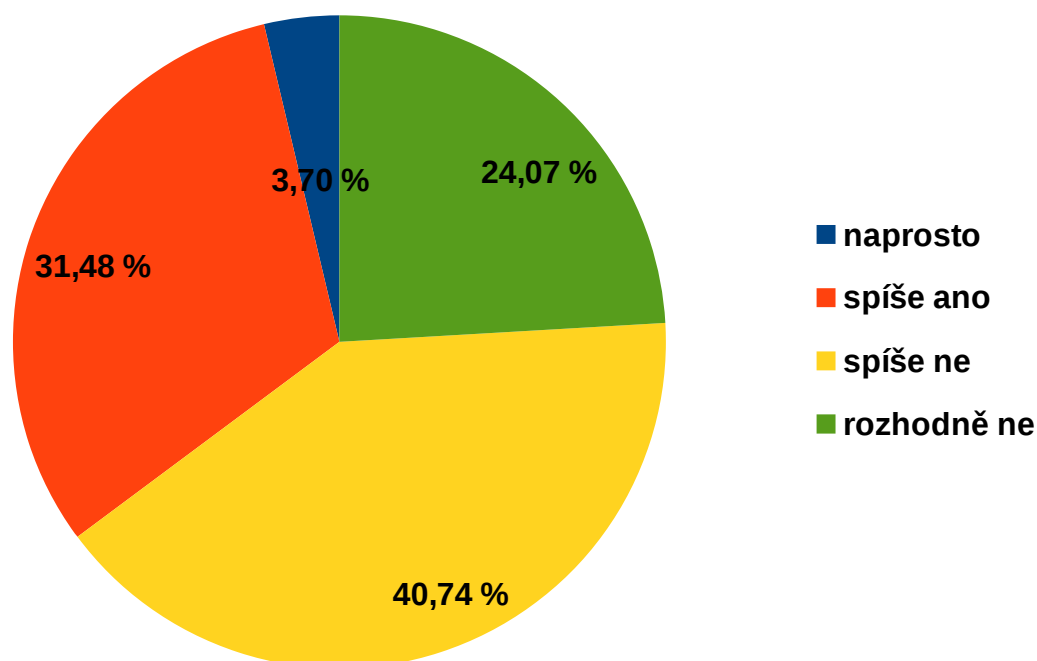
Cítíte se kompetentní v posouzení zdravotního stavu opilé osoby?

Tabulka 6 Hodnocení vlastních kompetencí u policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
naprosto	2	3,70 %
spíše ano	17	31,48 %
spíše ne	22	40,74 %
rozhodně ne	13	24,08 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 9 Hodnocení vlastních kompetencí u policie



Zdroj: vlastní

Nejčastěji zvolenou možností bylo *spíše ne* s 22 (40,7%) odpověďmi následováno *spíše ano* a *rozhodně ne* s 17 (31,5%) resp. 13 (24,1%) odpověďmi. Odpověď *naprosto* zvolili 2 (3,7%) respondenti.

Otázka 6 u respondentů ZZS:

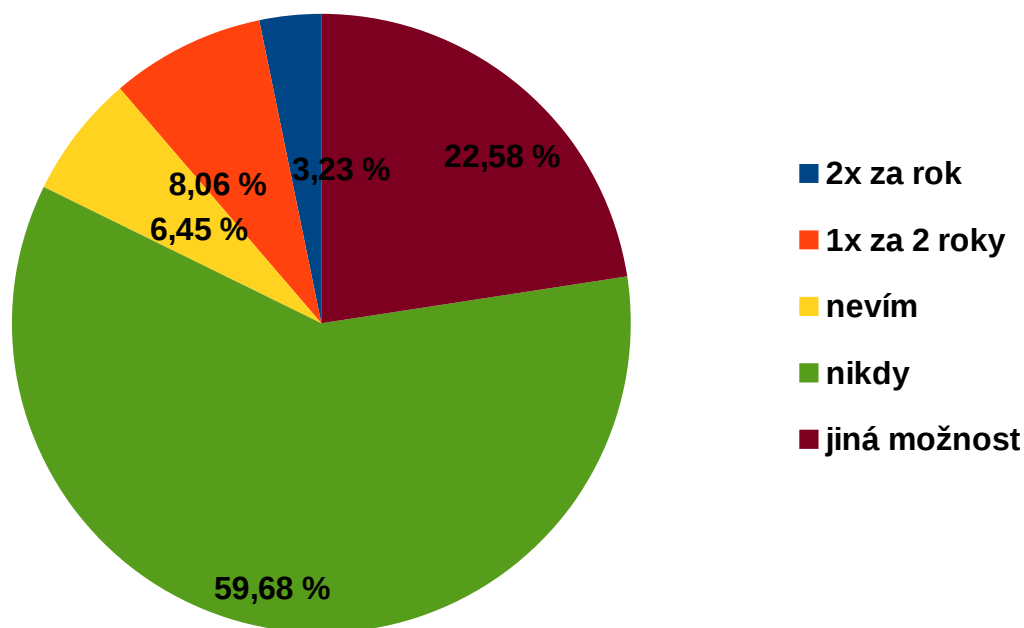
Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně sebeobrany?

Tabulka 7 Četnost školení ohledně sebeobrany u ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x za rok	2	3,23 %
1x za rok	0	0,00 %
1x za dva roky	5	8,06 %
Nevím	4	6,45 %
Nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)	37	59,68 %
Jiná možnost	14	22,58 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 10 Četnost školení ohledně sebeobrany u ZZS



Zdroj: vlastní

Nejčastějšími odpověďmi na otázku 6 byly *nikdy* s 37 (59,7%), *jiná možnost* 14 (22,6%), *1x za dva roky* 5 (8,1%), *nevím* 4 (6,5%) a *2x za rok* (3,2%). Jako jinou možnost respondenti nejčastěji uváděli kurzy mimo ZZS Pk, kurzy během studia, či své vlastní volnočasové aktivity.

Otázka 7 u respondentů ZZS:

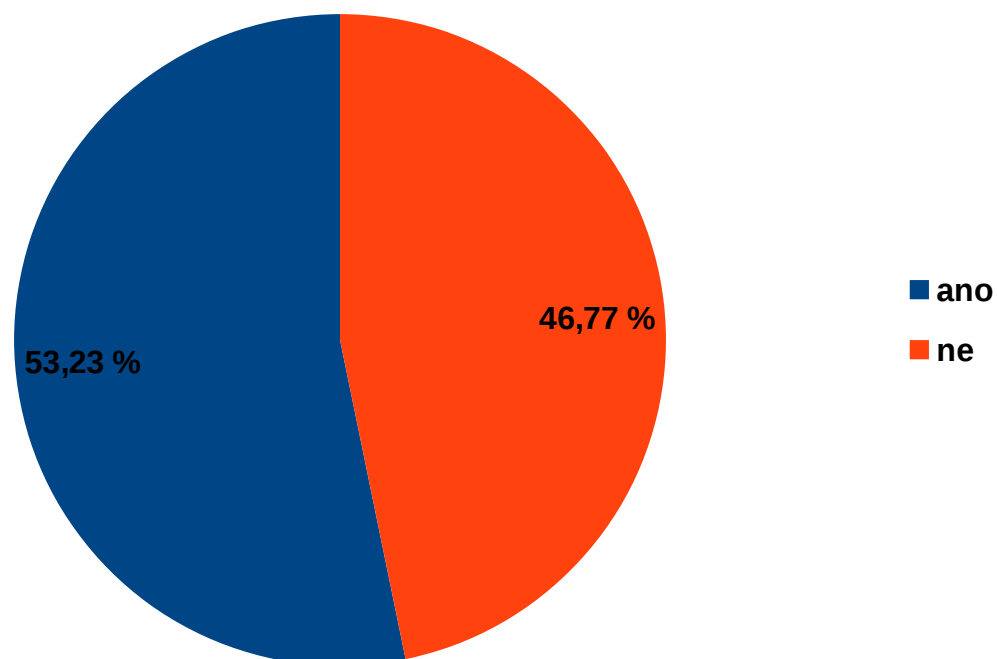
Myslíte, že častější školení v oblasti sebeobranby by zvýšilo vaše kompetence v posuzování nebezpečí při ošetřování opilých pacientů?

Tabulka 8 Názor na vliv školení v oblasti sebeobranby na vlastní kompetentnost v této oblasti u ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	53,23 %
Ne	29	46,77 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 11 Názor na vliv školení v oblasti sebeobranby na vlastní kompetentnost



Zdroj: vlastní

V otázce 7 odpovědělo 33 (53,2%) respondentů *ano* a 29 (46,8%) *ne*.

Otázka 6 u respondentů policie:

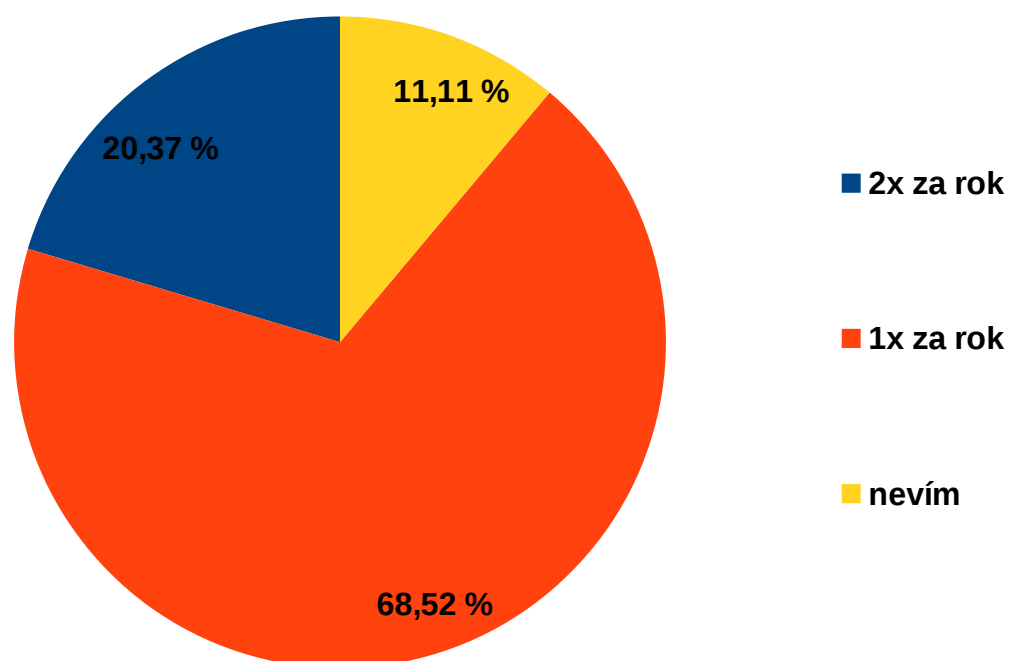
Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně poskytování laické první pomoci?

Tabulka 9 Četnost školení laické první pomoci u policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x za rok	11	20,37 %
1x za rok	37	68,52 %
1x za dva roky	0	0,00 %
Nevím	6	11,11 %
Nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)	0	0,00 %
Jiná možnost	0	0,00 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 12 Četnost školení laické první pomoci u policie



Zdroj: vlastní

Nejčastějšími odpověďmi v otázce 6 byly u policie *1x za rok* s 37 (68,5%), *2x za rok* s 11 (20,4%) a *nevím* s 6 (11,1%) respondenty.

Otázka 7 u respondentů policie:

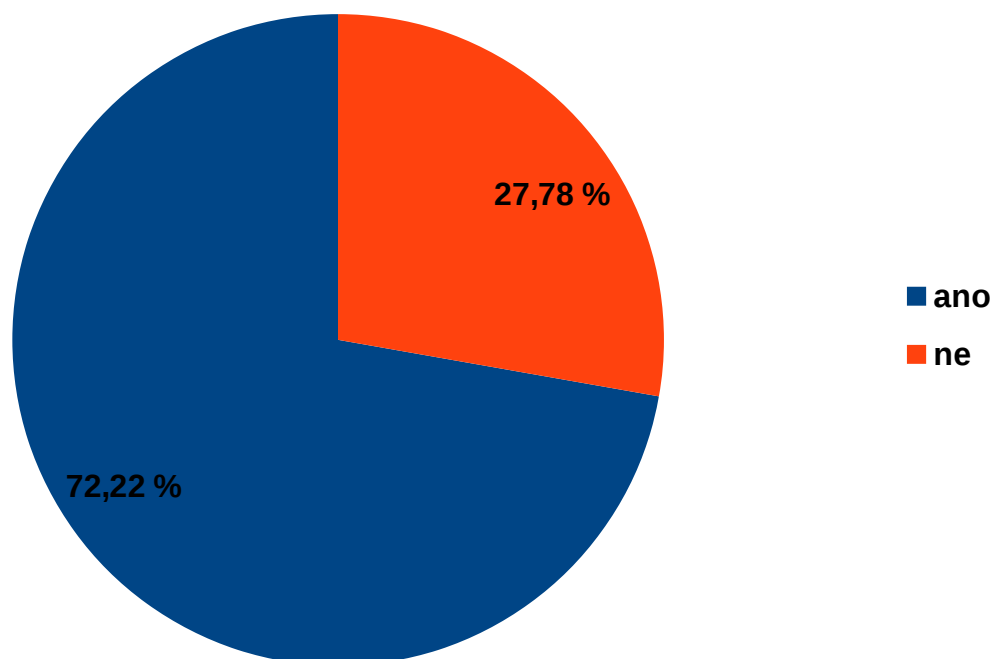
Myslíte, že častější školení v oblasti první pomoci by zvýšilo vaše kompetence v posuzování zdravotního stavu opilých osob?

Tabulka 10 Názor na vliv školení v oblasti laické první pomoci na vlastní kompetentnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	72,22 %
Ne	15	27,78 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 13 Názor na vliv školení v oblasti laické první pomoci na vlastní kompetentnost v této oblasti



Zdroj: vlastní

V otázce 7 odpovědělo 39 (72,2%) respondentů *ano* a 15 (27,8%) *ne*.

Otázka 8 u respondentů ZZS:

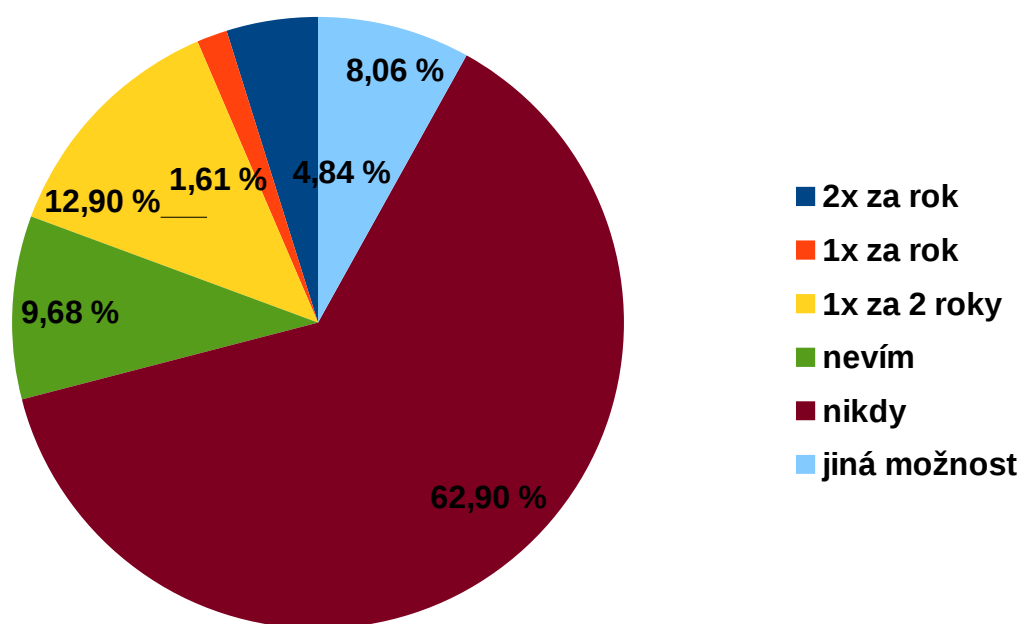
Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně komunikace s opilým či agresivním pacientem nebo kurzem asertivního chování?

Tabulka 11 Četnost školení v oblasti komunikace u ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x za rok	3	4,84 %
1x za rok	1	1,61 %
1x za dva roky	8	12,90 %
Nevím	6	9,68 %
Nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)	39	62,90 %
Jiná možnost	5	8,07 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 14 Četnost školení v oblasti komunikace u ZZS



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 8 zvolilo nejvíce, celkem 39 (62,9%) respondentů odpověď *nikdy*, dále 8 (12,9%) odpověď *1x za dva roky*, 6 (9,7%) *nevím*, 5 (8,1%) zvolilo *jinou možnost*, 3 (4,8%) odpověď *2x za rok* a 1 (1,6%) respondent odpověď *1x za rok*. Jako jiná odpověď bylo ve 4 z 5 odpovědí uvedenou *pouze během studia*.

Otázka 9 u respondentů ZZS:

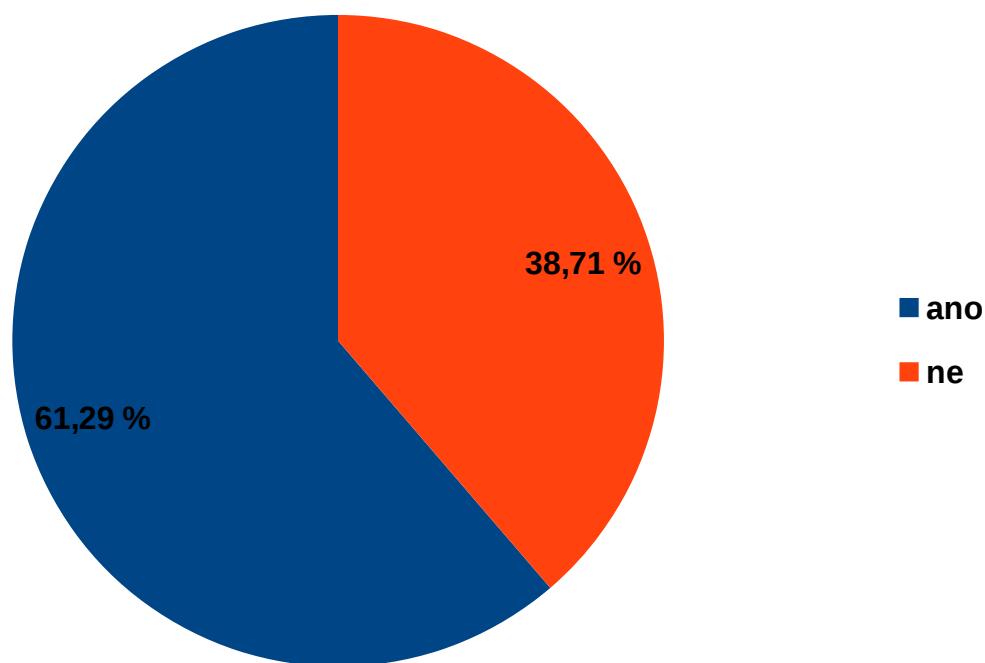
Myslíte, že častější školení v oblasti komunikace by zvýšilo vaše kompetence v posuzování nebezpečí při ošetřování opilých pacientů?

Tabulka 12 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost v této oblasti u ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	61,29 %
Ne	24	38,71 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 15 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u ZZS



Zdroj: vlastní

V otázce 9 odpovědělo 38 (61,3%) respondentů *ano*, 24 (38,7%) *ne*.

Otázka 8 u policie:

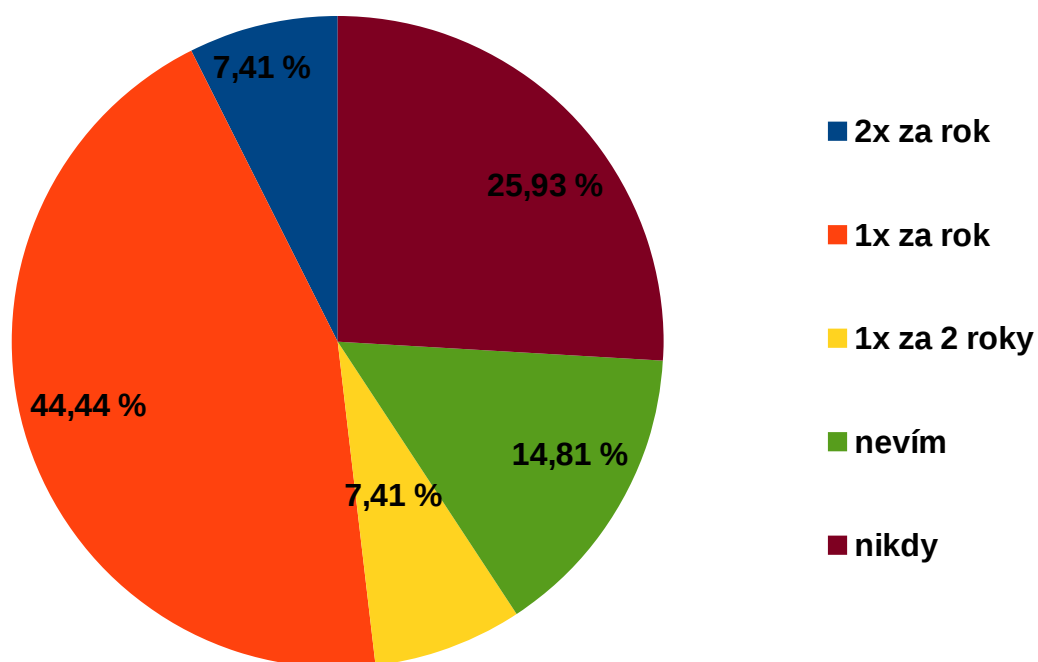
Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně komunikace s opilým či agresivním člověkem nebo kurzem asertivního chování?

Tabulka 13 Četnost školení v oblasti komunikace u policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
2x za rok	4	7,41 %
1x za rok	24	44,44 %
1x za dva roky	4	7,41 %
Nevím	8	14,81 %
Nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)	14	25,93 %
Jiná možnost	0	0,00 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 16 Četnost školení v oblasti komunikace u policie



Zdroj: vlastní

V otázce 8 byla nejčastější odpovědí možnost *1x za rok*, kterou zvolilo 24 (44,4%) respondentů, následována *nikdy* se 14 (25,9%) odpověďmi, *nevím* s 8 (14,8%), *2x za roka* a *1x za dva roky* shodně se 4 (7,4%) odpověďmi.

Otázka 9 u respondentů policie:

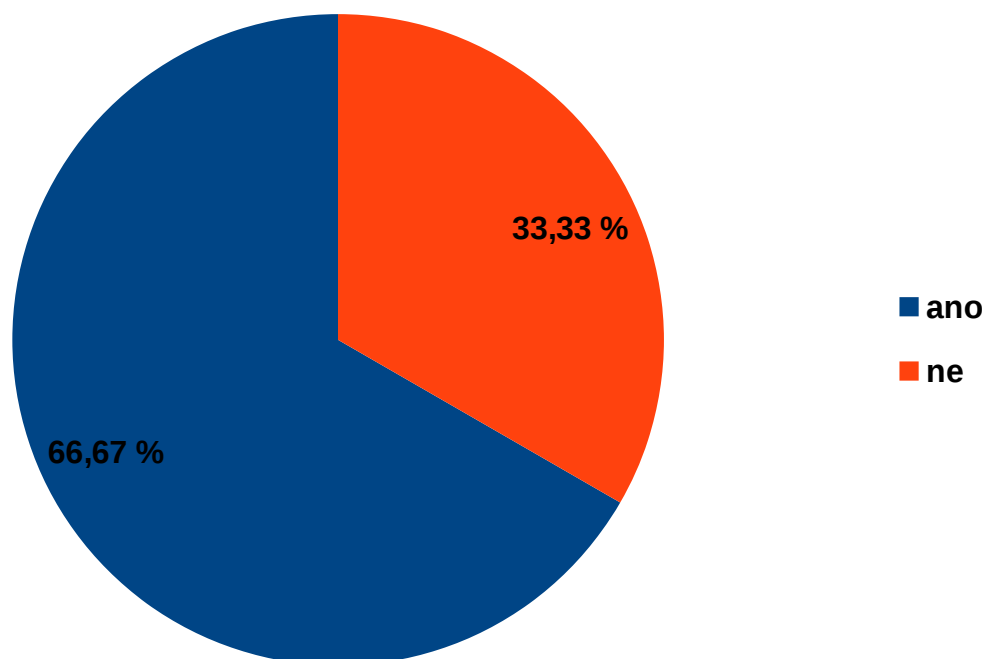
Myslíte, že častější školení v oblasti komunikace by zvýšilo vaše kompetence v posuzování zdravotního stavu při zajištění opilých osob?

Tabulka 14 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	66,70 %
Ne	18	33,30 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 17 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u policie



Zdroj: vlastní

V otázce 9 odpovědělo 38 (66,7%) respondentů *ano*, 18 (33,3%) *ne*.

Otázka 10 u respondentů ZZS:

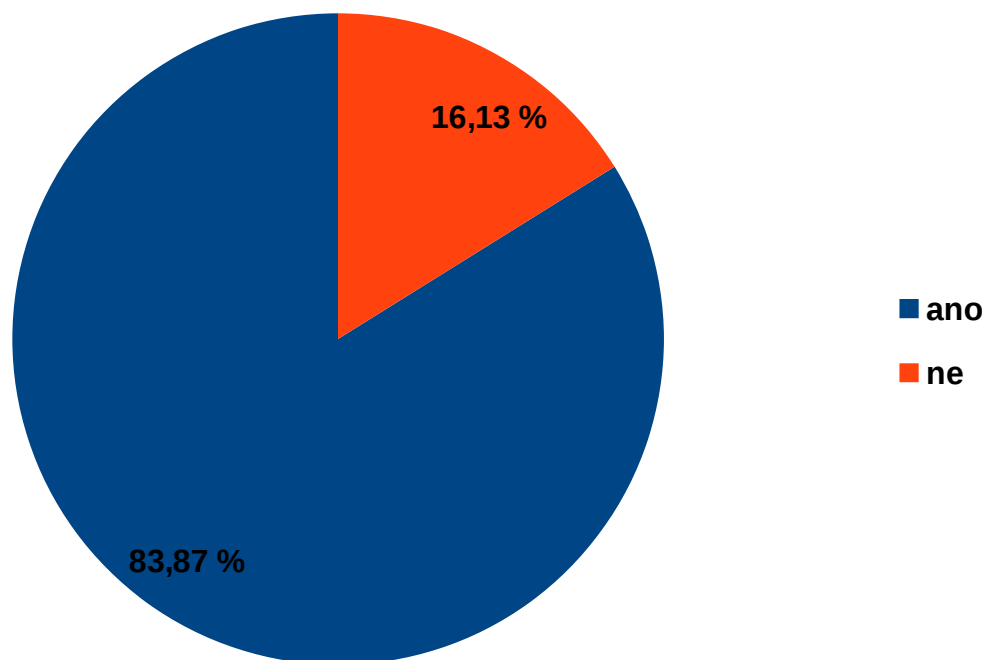
Máte zkušenost s tím, že jste byl(a) policií přivolán(a) k osobě, jejíž stav nevyžadoval zásah ZZS?

Tabulka 15 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním ZZS ze strany policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	83,87 %
Ne	10	16,13 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 18 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním ZZS ze strany policie



Zdroj: vlastní

V otázce 10 odpovědělo 52 (83,9%) respondentů *ano*, 10 (16,1%) *ne*.

Otázka 10 u respondentů policie:

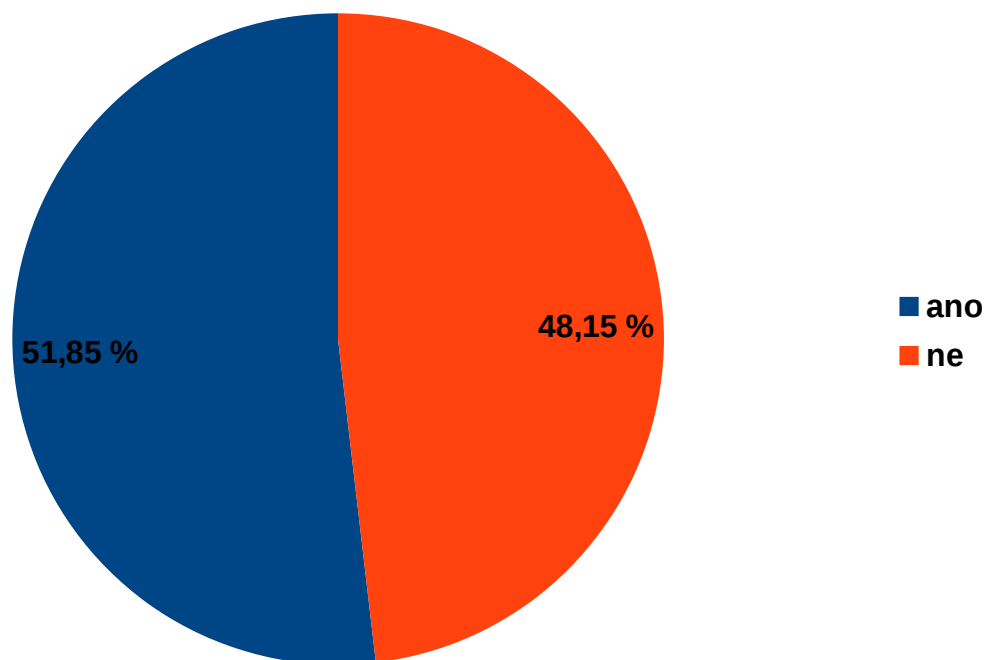
Máte zkušenost s tím, že jste byl(a) ze strany ZZS přivolán(a) k pacientovi, jehož stav nevyžadoval zásah policie?

Tabulka 16 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním policie ze strany ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	28	51,85 %
ne	26	48,15 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 19 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním policie ze strany ZZS

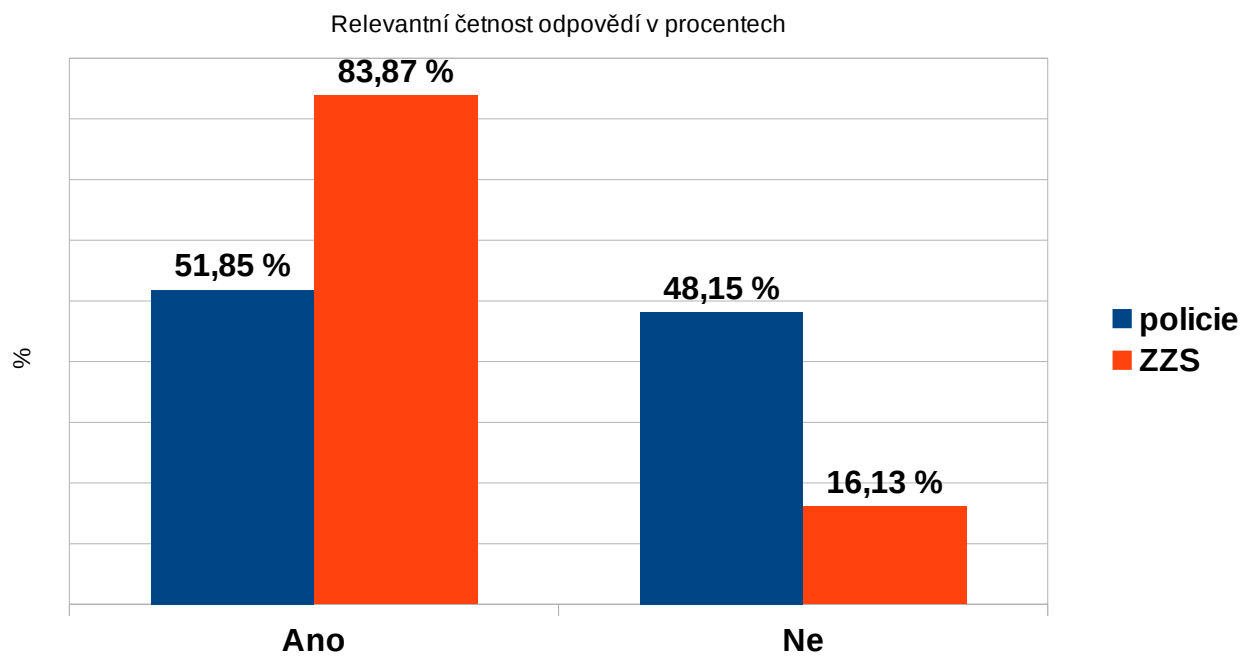


Zdroj: vlastní

V otázce 10 odpovědělo 28 (51,8%) respondentů *ano*, 26 (48,2%) *ne*.

Vzájemné porovnání výsledků obou skupin z u otázky 10

Graf 20 Srovnání zkušenosti s neodůvodněným dovoláváním u sledovaných skupin



Zdroj: vlastní

Otázka 11 u respondentů ZZS:

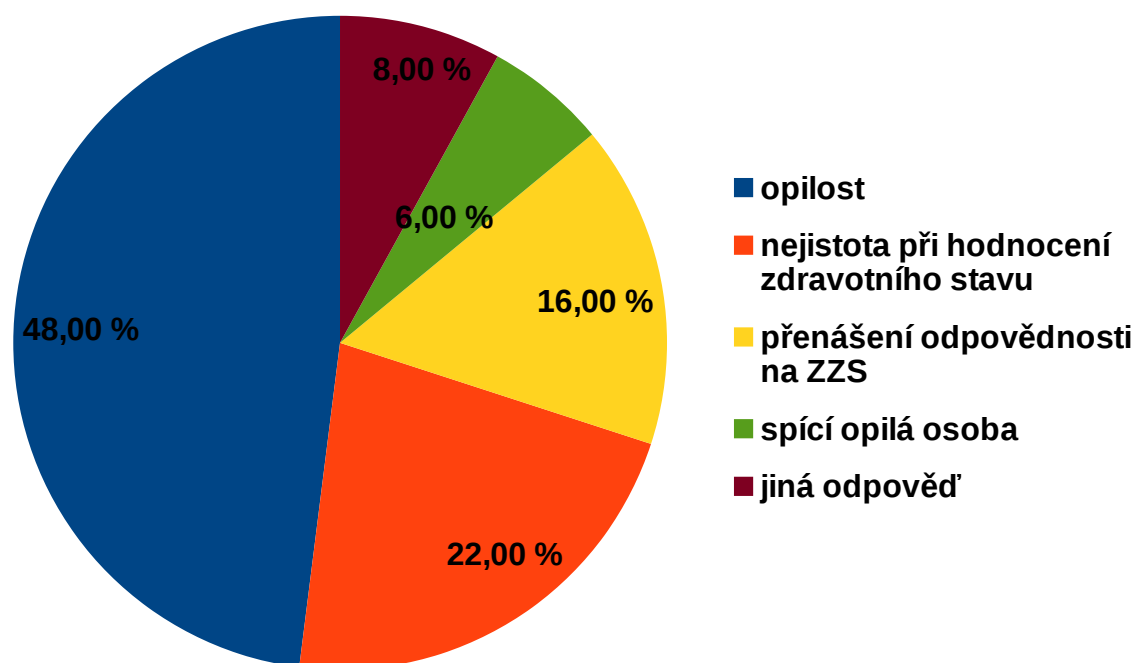
Pokud jste v předcházející otázce odpověděli ano, z jakého to bylo důvodu?

Tabulka 17 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání ZZS ze strany policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
prostá opilost	24	48,00 %
nejistota při hodnocení zdravotního stavu	11	22,00 %
přenášení odpovědnosti na ZZS	8	16,00 %
spící opilá osoba	3	6,00 %
jiná odpověď	4	8,00 %
celkem	50	92,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 21 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání ZZS ze strany policie



Zdroj: vlastní

Na otázku 11 odpovědělo 50 respondentů ze ZZS z 52, kteří v předchozí otázce odpověděli *ano*. Nejčastějšími odpověďmi byly ve 24 (48%) případech *prostá opilost*, v 11 (22%) *nejistota při hodnocení zdravotního stavu*, v 8 (16%) *přenášení odpovědnosti na ZZS*, 3 (6%) *spící opilá osoba* a ve 4 (8%) případech zvolili respondenti jinou odpověď.

Otázka 11 u respondentů policie:

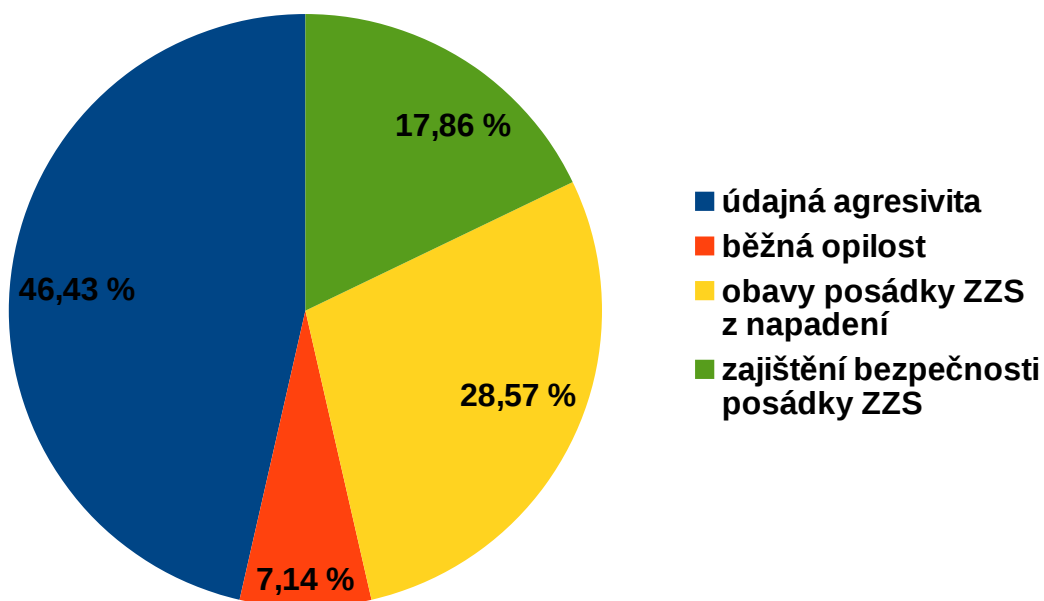
Pokud jste v předcházející otázce odpověděli ano, z jakého to bylo důvodu?

Tabulka 18 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání policie ze strany ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
údajná agresivita	13	46,43 %
běžná opilost	2	7,14 %
obavy posádky ZZS z napadení	8	28,57 %
zajištění bezpečnosti posádky ZZS	5	17,86 %
celkem	28	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 22 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání policie ze strany ZZS



Zdroj: vlastní

Na otázku 11 odpovědělo všech 28 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli *ano*. Jako nejčastější důvody pak uvedli ve 13 (46,4%) *údajnou agresivitu*, 8 (28,6%) *obavy posádky ZZS z napadení*, 5 (17,9%) *zajištění bezpečnosti posádky ZZS* a ve 2 (7,1%) případech *prostou opilost*.

Otázka 12 u respondentů obou skupin:

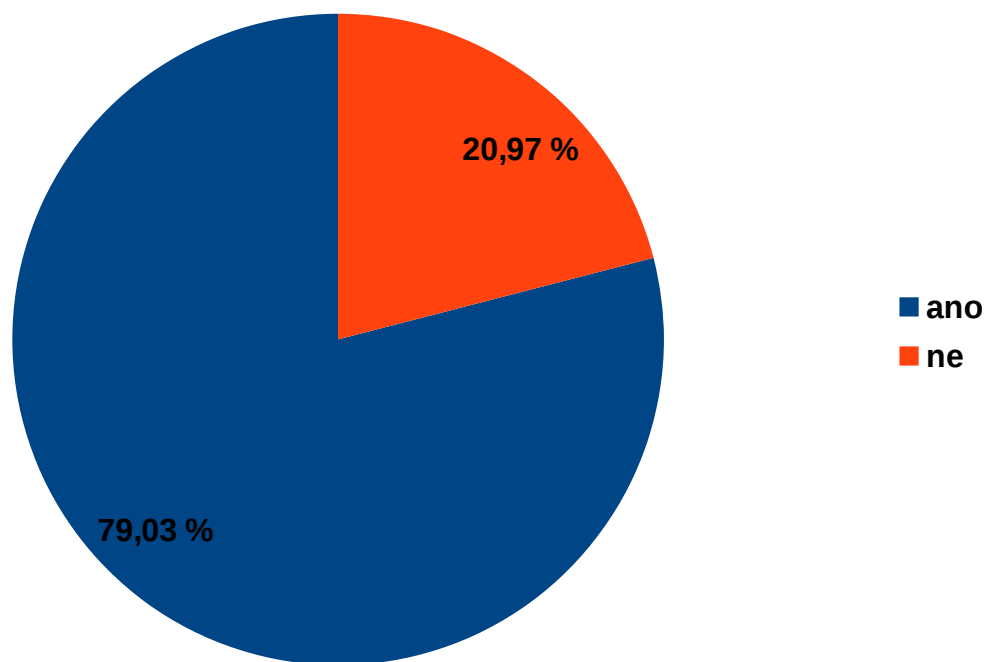
Pokládali byste za přínosný (např. v intervalu 1x ročně) celodenní seminář, při němž by se týmy obou složek integrovaného systému navzájem poučili a předali si mimo akci zkušenosti, které by mohly napříště vést k lepší spolupráci a vyjasnit některé situace při zajištění opilých osob?

Tabulka 19 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany ZZS

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	49	79,03 %
ne	13	20,97 %
celkem	62	100,00 %

Zdroj: vlastní

Graf 23 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany ZZS



Zdroj: vlastní

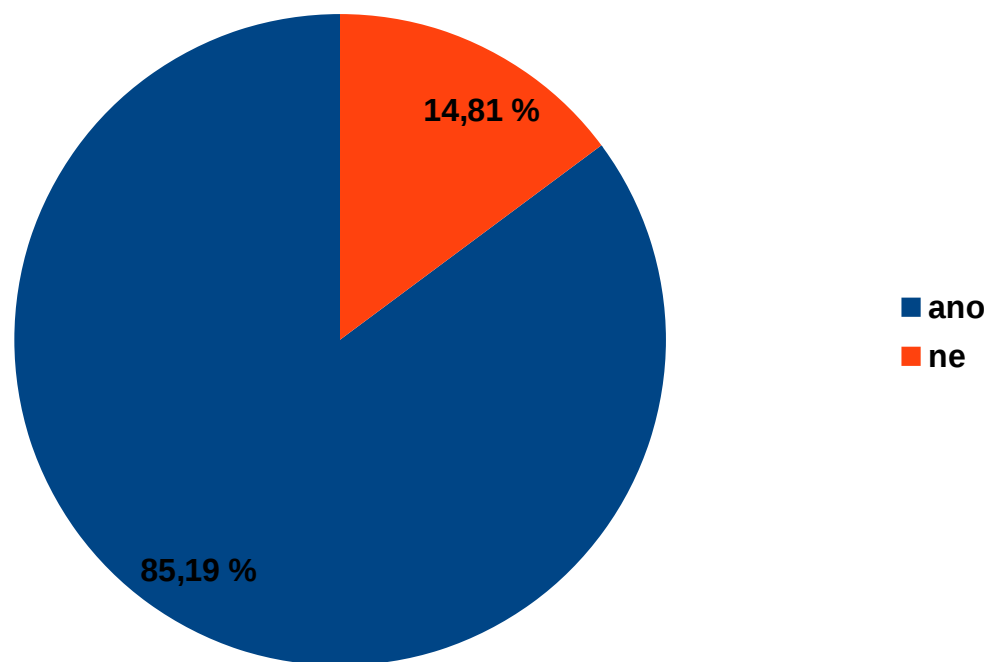
Na otázku 12 u respondentů ze ZZS odpovědělo 49 (79%) *ano* a 13 (21%) *ne*.

Tabulka 20 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany policie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	46	14,81 %
Ne	8	85,19 %
celkem	54	100,00 %

Zdroj: vlastní

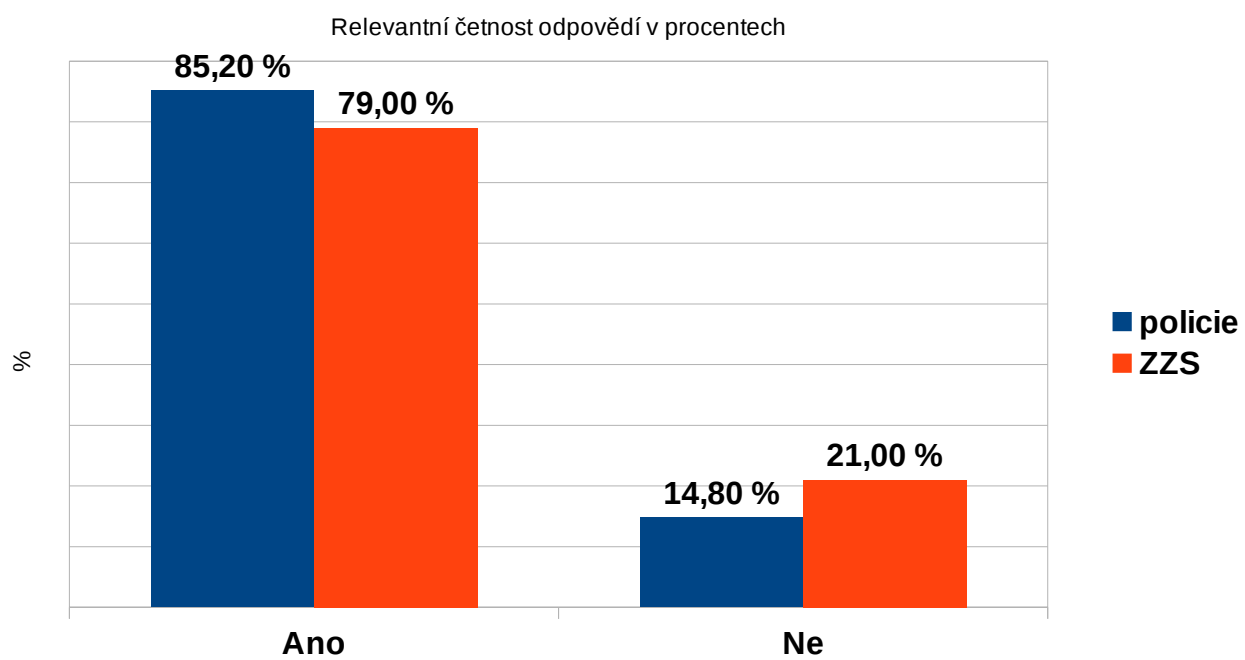
Graf 24 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany policie



Zdroj: vlastní

Na otázku 12 u respondentů z policie odpovědělo 46 (14,8%) *ano* a 8 (85,2%) *ne*.

Graf 25 Porovnání hodnocení prospěšnosti společného semináře u zúčastněných složek



Zdroj: vlastní

9 DISKUZE

V diskusi k praktické části této práce se nyní pokusíme zhodnotit provedené dotazníkové šetření ohledně spolupráci ZZS a policie při zajišťování opilých osob. Vytvořením dvou vzájemně se překrývajících dotazníků jsme se pokusili zjistit, jaké je hodnocení vzájemné spolupráce, jaké je sebehodnocení jednotlivých složek v oblastech, které primárně nepřísluší do jejich každodenní činnosti. Dalším cílem bylo zjistit, zda existuje korelace mezi četností vzdělávacích bloků a hodnocením kompetencí v těchto oblastech zásahu. Dále jsme si kladli za cíl zjistit názor na prospěšnost případného společného semináře k problematice zajištění opilých osob.

P1 *Předpokládáme, že subjektivním vnímáním kvality spolupráce ZZS a policie při zajištění opilých osob, bude z obou zúčastněných stran kritické ve stejné míře. Zároveň předpokládáme stejné procento konkrétních výtek ke spolupráci se spolupracující složkou IZS.*

K ověření tohoto předpokladu byly určeny otázky 2, 10 a 11. Tento **předpoklad se nepotvrdil**, neboť hodnocení spolupráce ze strany ZZS bylo průměrně horší, než hodnocení ze strany policie. Průměrné hodnocení spolupráce ze strany ZZS bylo (při známkách 1-5) **2,74**. U policistů pak bylo průměrné hodnocení **2,18**. **Předpoklad se nepotvrdil** ani u otázek 10 a 11, kdy zkušenost s neodůvodněným dovoláváním ze strany druhé složky (a s tím i procento konkrétních výtek) uvedlo oproti **83,9%** respondentům ZZS jen **51,9%** dotázaných policistů. Z těchto výsledků vyplývá, že zaměstnanci ZZS hodnotí spolupráci při zajišťování opilých osob hůře, než zaměstnanci policie jak do celkového hodnocení, tak v rámci konkrétních negativních zkušeností.

P2 *Předpokládáme, že subjektivní sebehodnocení pracovníků ZZS ohledně kompetentnosti v oblasti zajištění opilého pacienta bude přímo úměrné kurzům a školením absolvovaným v této oblasti.*

K ověření tohoto předpokladu byly určeny otázky 5, 6 a 8. Tento **předpoklad se nepotvrdil**. Zaměstnanci ZZS udávají velice nízkou frekvenci

školení jak v případě sebeobrany, tak v případě seminářů komunikačních dovedností, pravidelné školení uvedlo **pouze 7** (oblast sebeobrany) respektive **12** (oblast komunikace) dotazovaných. V instituci zřejmě neexistuje pravidelnost ani povinnost těchto školení. Přesto hodnotí zaměstnanci ZZS vlastní kompetence ohledně zvládnutí bezpečnostních rizik spojených s opilým pacientem v **84%** případů jako *naprosto* či *spíše ano*. Z šetření tedy vyplývá, že zaměstnanci ZZS jsou si i přes absenci vzdělávání v této problematice jistí.

P3 *Předpokládáme, že procenta odpovědí v konkrétních situacích u otázek 3 a 4 budou procentuálně korespondovat se sebehodnocením v otázce 5.*

K ověření předpokladu byly určeny otázky 3 a 4 v porovnání se sebehodnocením v otázce 5. V možnostech pro otázku 3 a 4 byly na výběr situace, k nimž si při ošetřování opilé osoby záchranná služba vyžádá spolupráci policie. Mezi možnostmi byly kromě jasných bezpečnostních rizik zařezeny i možnosti spíše právního charakteru. Z výsledků nicméně vyplývá, že **předpoklad 3 se potvrdil**, protože v možnostech C, D, a G, které přímo souvisí s hrozícím nebezpečím pro posádku ZZS, by si polici dovolalo mezi **80 – 100%** respondentů. Toto číslo tedy koresponduje s relativně vysokým sebehodnocením v otázce 5, kdy **84%** respondentů uvedlo jistotu při posouzení bezpečnostního rizika. Dalšími možnostmi, které zvolilo vysoké procento dotázaných byly možnosti H a A, které byly spíše právního charakteru, avšak z hlediska práva by bylo dovolání policie také na místě. Poměrně zajímavé je, že největší rozpaky budily mezi respondenty možnosti E a F, které se týkaly kriminální (s 46%) či agresivní (s 30%) minulosti pacienta.

P4 *Předpokládáme, že subjektivní sebehodnocení policistů ohledně kompetentnosti v oblasti zdravotního zajištění opilé osoby bude přímo úměrné kurzům a školením absolvovaným v této oblasti.*

K ověření tohoto předpokladu byly určeny otázky 5, 6 a 8. V oblasti laické první pomoci uvedlo školení alespoň jednou ročně celkem **48 (89%)** respondentů. V oblasti komunikace pak výrazně méně, 12 respondentů. Pro vyvrácení předpokladu je nicméně podstatné především porovnání otázek 5 a 6. Vzhledem k

poměrně vysokému procentuálnímu výskytu odpovědí *spíše ne* a *rozhodně ne* (**65%**) značících nejistotu ohledně posouzení zdravotního stavu opilé osoby v kombinaci vysokou udávanou frekvencí kurzů první pomoci se **předpoklad nepotvrdil**. Zaměstnanci police jsou si dle výsledků velice nejistí svými kompetencemi k zhodnocení zdravotního stavu opilé osoby i přes četná školení a kurzy.

P5 *Předpokládáme, že procenta odpovědí v konkrétních situacích u otázek 3 a 4 budou procentuálně korespondovat se sebehodnocením v otázce 5.*

K ověření tohoto předpokladu byly určeny otázky 3, a 4 v porovnání se sebehodnocením vlastní kompetentnosti v otázce 5. Tento **předpoklad se potvrdil**. Ač nelze naprosto objektivně číselně vyjádřit hodnoty v tomto předpokladu, nejistota vyplývající ze sebehodnocení v otázce 5, **65% spíše ne** a *rozhodně ne*, koresponduje s procenty odpovědí u situačních možností z otázky 3, kde by dovolání posádky ZZS i s přihlédnutím na relativně časté školení v rámci první pomoci, mělo být samozřejmostí. Těmito odpověďmi jsou možnosti C (**37%**), D (**57,4%**), E (**81,5%**) a F (**63%**). Paradoxní přitom je, že ze čtyř medicínských indikací pro dovolání ZZS bylo nejčastější odpovědí právě to, které pacienta ve většině případů, na rozdíl od zbylých možností, přímo neohrožuje na životě, tedy *viditelné zevní poranění*. Naopak na opačné straně spektra s **37%** skončila *neprobuditelná osoba reagující pouze reflexivně na silné bolestivé podněty* – tedy osoba v bezvědomí, která jistě patří do rukou záchranářů. Největší nejistotu pak zaměstnanci policie uváděli u *opilé usínající osoby* (**29,6%**), *osoby, která zvrací* (**24,1%**), stejně jako u *osoby vyhrožující sebezpoškozením*.

K hodnocení P1, P2, P3, P4 a P5

Původním záměrem bylo porovnat údaje o vnímání vlastní kompetentnosti ZZS a policie v oblastech, které primárně nepatří do jejich denních činností, avšak setkávají se s nimi velice často a do příjezdu druhé složky by měli být schopni nastalou situaci řešit. Od tohoto srovnání musíme upustit, protože při posuzování kompetencí nelze na jednotlivé složky nahlížet stejně. Při vytváření úsudku členů posádek ZZS o bezpečnosti dané situace, přemýšlí a vyhodnocují tito členové

nastalý problém i riziko vůči sobě samým. Je pak zřejmé že ve chvíli, kdy člověk rozhoduje sám za sebe a ze svých vlastních dosavadních zkušeností, bude si velice pravděpodobně jistější než policista, rozhodující o zdravotním stavu třetí osoby. Nemůže tak rozhodovat ze zkušeností a pravdivé aktuální situace třetí osoby zkrátka proto, že ji nemůže zažít. Zatímco u zaměstnanců ZZS je alespoň částečné porozumění situaci opilých osob umožněno adekvátním vyhodnocením symptomů, k čemuž by měli být dostatečně vybaveni dosaženou kvalifikací, musíme uznat, že pravidelná krátká školení v tomto ohledu pro zaměstnance policie mohou jen stěží sloužit k dosažení téže kvalifikace a z ní plynoucí jistoty ohledně posouzení zdravotního stavu opilých osob. Proto nadále od srovnávání těchto nesrovnatelných pozic upouštíme a další závěry uvádíme bez srovnání dvou dotazovaných složek IZS.

P6 *Předpokládáme, že společný seminář bude jako prospěšný považovat stejné procento respondentů, které bude uvádět konkrétní výtky ke spolupráci.*

Pro tento předpoklad byla určena otázka 12. Ani tento **předpoklad se nepotvrdil**. Ač totiž **49 (79%)** respondentů **pro** společný seminář koresponduje s **50** konkrétními výtkami na straně ZZS, **46 (85%)** respondentů **pro** společný seminář nekoresponduje s **28** konkrétními výtkami na straně policie. Je tedy zřejmé, že i přes rozdílné hodnocení spolupráce a rozdílné množství konkrétních negativních zkušeností ze vzájemné spolupráce, je názor na prospěšnost u obou složek podobný, u policie v relativních číslech dokonce o 5% vyšší. Je tedy rozhodně pozitivní vidět, že na obou stranách je velká vůle po společném setkání a hledání východisek na sporné otázky.

Otázky 10 a 11

Pro tyto odpovědi nelze vytvořit žádné konkrétní předpoklady a z výše zmíněných důvodů je nelze ani objektivně porovnat. I přes to nelze tyto získaná data zcela ignorovat.

Velké procento respondentů ZZS (**84%**) uvádí neodůvodněné dovolávání k opilým osobám/pacientům. Jako nejčastější důvod je uváděna *prostá opilost* (**48%**) následována *nejistotou při hodnocení zdravotního stavu* (**22%**) a *přená-*

šením odpovědnosti na ZZS (**16%**). V řadách policie pak tento problém uvádí méně (**52%**) respondentů s nejčastějšími důvody *údajná agresivita* (**46,4%**), *obavy posádky ZZS z napadení* (**28,6%**) a *zajištění bezpečnosti posádky ZZS* (**17,9%**).

Jak vyplývá z dodatku k prvním pěti předpokladům, nelze tyto hodnoty jakkoli srovnávat. Vzhledem k jejich subjektivitě lze pouze polemizovat nad tím, do jaké míry jsou k sobě jednotlivé složky nad (nebo snad pod?) míru kritické, do jaké míry se tyto nešvary doopravdy dějí, do jaké míry jde o přílišnou opatrnost a do jaké míry zase o banalizování konkrétní situace. Na druhou stranu můžeme z nepotvrzeného předpokladu 6 usoudit, že k všeobecnému zmenšení všech čísel v předchozím odstavci může vést vzájemná komunikace a předávání zkušeností na případném společném semináři k zajišťování opilých osob.

Další poznatky

Z dodatečných otázek ohledně četnosti školení (tedy otázek 7 a 9) vyplývá, že respondenti ZZS považují jako důležitější faktor pro kompetence ohledně posuzování bezpečnosti zlepšení komunikačních dovedností **61,3%**, než školení v oblasti sebeobrany **53,2%**. Policisté pak pro zvýšení svých kompetencí v posouzení zdravotního stavu opilého považují školení v oblasti laické první pomoci jako prospěšné v **72,2%** odpovědí a školení v oblasti komunikace v **66,7%**. Není bez zajímavosti, že v řadách ZZS jsou z výše zmíněných čísel školení (i přes jejich faktickou absenci) považována za méně prospěšná než v řadách policie, jejíž zaměstnanci absolvují školení pravidelně.

Jedním z prvotních impulsů při přemýšlení nad formou praktické části této bakalářské práce byla osobní zkušenost. Tato zkušenost se během mých studijních praxí na ZZS Pk několikrát opakovala a jejím vyústěním byl zpravidla odvoz opilého člověka bez známek jiných akutních zdravotních problémů na protialkoholní záchytnou stanici. Následovalo obyčejně lamentování nad neschopností policie zhodnotit zdravotní stav a často i obviňování z přenášení zodpovědnosti a zneužívání ZZS. Mou původní snahou měl být pokus formou dotazníkového šetření tyto zkušenosti potvrdit či vyvrátit. Jak se ukázalo při analýzách výsledků

dotazníkového šetření mezi zaměstnanci ZZS a policie, jsou obě složky při zásahu před dovoláním další složky IZS ve velmi odlišné situaci, jak jsme již zmínili v dodatku k vyhodnocení předpokladů 1-5. Navíc nejistota v oblasti diagnostiky opilých osob ze strany policistů, podpořená faktickou neznalostí situací, u nichž je/není potřeba dovolat ZZS, ukazují na to, že motivační předpoklad k vytvoření dotazníkového šetření právě s těmito otázkami se opíral o předpoklad častějšího zbytečného dovolávání ZZS ze strany policie, což se ve světle zmíněných úvah o rozdílnosti dilemat, jimž členové různých složek IZS při výjezdu čelí, ukázal být ničím víc než pouhým nepodloženým předsudkem. Tento předsudek vyrůstá z jakéhosi klamného pocitu, že by snad zaměstnanci policie měli být na základě jednorozhodných školení ve vyhodnocování zdravotního stavu opilých osob, k nimž byli v rámci výjezdu přivoláni stejně kompetentní, kvalifikovaní a sebejistí jako jsou členové ZZS. Tento předsudek můžeme považovat za důsledek rozšířeného jevu hovorově označovaného jako profesní slepota. Autor práce považuje za přínos při zpracovávání této práce přinejmenším pro vlastní osobu uvědomění si tohoto problému. Protože se zároveň zdá, že z nezanedbatelného množství případů, v nichž naopak členové policie považují své dovolání ze strany ZZS také za neodůvodněné, můžeme jiný typ této profesní slepoty tušit i u policie. Navrhované společné semináře k zajišťování opilých osob, jimž jsou účastníci dotazníkového šetření celkově nakloněni, by mohly být setkáním s potenciálem odstranit tyto vzájemné předsudky.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se v rámci teoretické a praktické části zabývali alkoholem, jako komplikujícím faktorem při zásahu ZZS. Cílem práce bylo shrnout dosavadní poznatky ohledně nejčastějších komplikací při zajištění opilých osob a shrnout zásady správného postupu v těchto situacích.

Ve třech kapitolách teoretické části práce jsme se za pomoci odborné literatury věnovali popisu alkoholu jako látky, popisu nejčastějších komplikací vznikajících při zásahu u opilého pacienta a právní problematikou zásahu. Ve druhé a třetí kapitole jsme kromě charakteristiky daného problému zároveň nastínili nejlepší možné postupy pro zvládnutí těchto situací ze strany záchranných složek.

V praktické části bakalářské práce jsme se za pomocí dotazníkového šetření pokusili zmapovat současnou spolupráci Záchrané služby Plzeňského kraje a Městské policie Plzeň při společných zásazích u opilých osob. Zaměřili jsme se na hodnocení vzájemné spolupráce, hodnocení vlastních kompetencí při zásahu a komparaci hodnocení v souvislosti s četností specifických kurzů u obou institucí.

Ač se z šesti stanovených předpokladů potvrdili pouze dva, přineslo výzkumné šetření množství zajímavých informací. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se hodnocení vzájemné spolupráce při zajištění opilých pacientů u ZZS a policie výrazně liší. Vzhledem k odlišnostem při posuzování důvodů pro dovolávání druhé složky v rámci IZS jsme zároveň zjistili, že porovnávat tato vzájemná hodnocení i sebehodnocení mezi oběma složkami je bezpředmětné. Zjistili jsme, že špatné sebehodnocení policistů v rámci poskytnutí první pomoci koreluje s jejich faktickou neznalostí případů, kdy mají k opilé osobě dovolat ZZS. Dále jsme zjistili, že sebehodnocení v kompetenčnosti v rámci konkrétních situací nezáleží na četnosti školení a kurzů. Z výzkumného šetření vyplývá u obou složek názor o výrazné prospěšnosti případného společného setkání formou školení či semináře, při němž by si mohli navzájem předat poznatky ze společných zásahů.

Jako výstup pro praxi zpracujeme pro vedoucí zaměstnance zúčastněných institucí krátkou zprávu shrnující zjištěná fakta. Dále doporučíme uspořádat vzájemné setkání členů obou složek pro výměnu zkušeností a upřesnění nejasností vznikajících při vzájemné spolupráci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING. *Farmakologie a toxikologie*. Vyd. 2. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0836-1.
2. PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie: obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-301-x.
3. HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2., přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1.
4. ŠVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.
5. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
6. LINHART, Igor. *Toxikologie: interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2014. ISBN 978-80-7080-877-1.
7. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
8. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
9. PROKEŠ, Jaroslav. *Základy toxikologie: obecná toxikologie a ekotoxikologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-301-x.
10. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton, 2010. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-351-6.
11. POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3208-7.
12. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

13. FREI, Jiří. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství, 2015. ISBN 978-80-261-0498-8.
14. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0419-6.
15. SMRČKA, Martin. *Poranění mozku*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169- 820-2.
16. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
17. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978- 80-247-3976-2.
18. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
19. STOLÍNOVÁ, Jitka a Jan MACH. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2010. Theatrum medico-iuridicum. ISBN 978-80-7262-686-1.
20. ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007. Právní rukověť (ASPI). ISBN 978-80-7357-268-6.
21. PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, 2017. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.
22. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
23. MA, O. John. a David CLINE. *Emergency medicine manual*. 6th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, c2004. ISBN 0-07-141025-2.
24. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Základy akutní medicíny*. Druhé, aktualizované a rozšířené vydání. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Vysoké školy zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2016. ISBN 978-80-906146-5-9.
25. DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada,

2013. ISBN 978-80-247-4571-8.

26. NEŠPOR Karel a Jiří KNOR, *Alkohol a emergentní medicína* In. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: MEDIPRAX CB, 2004. ISSN 1212-1924.
27. HSING-LIN Lin, TSUNG-YIUN Lin, KWAN-MING Soo, et al., *The Effect of Alcohol Intoxication on Mortality of Blunt Head Injury* In *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 619231, 4 pages, 2014 [online]. [cit.2018-03-09] Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/619231>
28. KELLY Catherine Anne et al. *Comparison of consciousness level assessment in the poisoned patient using the alert/verbal/painful/unresponsive scale and the Glasgow Coma Scale*. *Ann Emerg Med* 2004 Aug; 44:108-13 [online]. [cit.2018-03-15] Dostupné z : <https://www.jwatch.org/em200409290000007/2004/09/29/measuring-consciousness-poisoned-patients-avpu>

SEZNAM ZKRATEK

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

GIT – gastrointestinální trakt

IZS – integrovaný záchranný systém

NZ – nemocniční zařízení

NZO – náhlá zástava oběhu

OTI – orotracheální intubace

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

ZOS – zdravotní operační středisko

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS Pk – Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Zastoupení pracovních pozic

Tabulka 2 Zastoupení geografických oblastí

Tabulka 3 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany ZZS

Tabulka 4 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany policie

Tabulka 5 Hodnocení vlastních kompetencí u ZZS

Tabulka 6 Hodnocení vlastních kompetencí u policie

Tabulka 7 Četnost školení ohledně sebeobranu u ZZS

Tabulka 8 Názor na vliv školení v oblasti sebeobranu na vlastní kompetentnost v této oblasti u ZZS

Tabulka 9 Četnost školení laické první pomoci u policie

Tabulka 10 Názor na vliv školení v oblasti laické první pomoci na vlastní kompetentnost

Tabulka 11 Četnost školení v oblasti komunikace u ZZS

Tabulka 12 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost v této oblasti u ZZS

Tabulka 13 Četnost školení v oblasti komunikace u policie

Tabulka 14 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u policie

Tabulka 15 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním ZZS ze strany policie

Tabulka 16 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním policie ze strany ZZS

Tabulka 17 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání ZZS ze strany policie

Tabulka 18 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání policie ze strany ZZS

Tabulka 19 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany ZZS

Tabulka 20 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany policie

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zastoupení pracovních pozic

Graf 2 Zastoupení geografických oblastí

Graf 3 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany ZZS

Graf 4 Hodnocení spolupráce ZZS a policie ze strany policie

Graf 5 Srovnání hodnocení vzájemné spolupráce u sledovaných skupin

Graf 6 Srovnání odpovědí u otázek 3 a 4 ZZS

Graf 7 srovnání odpovědí u otázek 3 a 4 policie

Graf 8 Hodnocení vlastních kompetencí u ZZS

Graf 9 Hodnocení vlastních kompetencí u policie

Graf 10 Četnost školení ohledně sebeobrany u ZZS

Graf 11 Názor na vliv školení v oblasti sebeobrany na vlastní kompetentnost

Graf 12 Četnost školení laické první pomoci u policie

Graf 13 Názor na vliv školení v oblasti laické první pomoci na vlastní kompetentnost v této oblasti

Graf 14 Četnost školení v oblasti komunikace u ZZS

Graf 15 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u ZZS

Graf 16 Četnost školení v oblasti komunikace u policie

Graf 17 Názor na vliv školení v oblasti komunikace na vlastní kompetentnost u policie

Graf 18 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním ZZS ze strany policie

Graf 19 Zkušenost s neodůvodněným dovoláním policie ze strany ZZS

Graf 20 Srovnání zkušenosti s neodůvodněným dovoláváním u sledovaných skupin

Graf 21 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání ZZS ze strany policie

Graf 22 Nejčastější příčiny neodůvodněného dovolávání policie ze strany ZZS

Graf 23 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany ZZS

Graf 24 Názor na prospěšnost společného semináře ze strany policie

Graf 25 Porovnání hodnocení prospěšnosti společného semináře

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro zaměstnance Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje

Příloha 2 Dotazník pro zaměstnance Městské policie Plzeň

Příloha 3 Schválená žádost o povolení sběru dat na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje

Příloha 4 Schválená žádost o povolení sběru dat u Městské policie Plzeň

Příloha 1 Dotazník pro zaměstnance Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje

1) Jsem zaměstnancem ZZSPk - napište prosím pracovní pozici a oblast ve které pracujete

2) Jakou známkou (1-5, jako ve škole) by jste ohodnotil(a) spolupráci s policií při zajišťování opilých pacientů?

3) Z jakých důvodů si opilému pacientovi budete dovolávat policii?

- nemožnost identifikace
 - sprosté vyjadřování pacienta vůči posádce
 - fyzická agresivita vůči jiným osobám či posádce ZZS
 - viditelně ozbrojený pacient
 - pacient je osoba, která byla v minulosti agresivní vůči posádce ZZS
 - pacient má kriminální minulost
 - doprovod pacienta je agresivní a znemožňuje tím práci posádce ZZS
 - podezření, že se pacient stal obětí trestného činu
 - pacient není zletilý (méně než 18 let)
- jiná možnost:

4) V jakých případech si nejste zcela jisti, zda máte požádat o pomoc policie?

- nemožnost identifikace
 - sprosté vyjadřování pacienta vůči posádce
 - fyzická agresivita vůči jiným osobám či posádce ZZS
 - viditelně ozbrojený pacient
 - pacient je osoba, která byla v minulosti agresivní vůči posádce ZZS
 - pacient má kriminální minulost
 - doprovod pacienta je agresivní a znemožňuje tím práci posádce ZZS
 - podezření, že se pacient stal obětí trestného činu
 - pacient není zletilý (méně než 18 let)
- jiná možnost:

5) Cítíte se kompetentní v posouzení možného nebezpečí při ošetření opilého pacienta?

- naprosto
- spíše ano
- spíše ne
- vůbec ne

6) Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně sebeobrany?

- 2x za rok

- 1x za rok
- 1x za 2 roky
- nevím
- nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)
jiná možnost:

7) Myslíte, že častější školení v oblasti sebeobranby by zvýšilo vaše kompetence v posuzování nebezpečí při ošetřování opilých pacientů?
Ano x ne

- 8) Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně komunikace s opilým či agresivním pacientem nebo kurzem asertivního chování?
- 2x za rok
 - 1x za rok
 - 1x za 2 roky
 - nevím
 - nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)
 - jiná možnost (volná odpověď)

9) Myslíte, že častější školení v oblasti komunikace by zvýšilo vaše kompetence v posuzování nebezpečí při ošetřování opilých pacientů?
Ano x ne

10) Máte zkušenost s tím, že jste byl(a) policií přivolán(a) k osobě, jejíž stav nevyžadoval zásah ZZS?
Ano x ne

11) Pokud jste v předcházející otázce odpověděli ano, z jakého to bylo důvodu?

12) Pokládali byste za přínosný (např. v intervalu 1x ročně) celodenní seminář, při němž by se týmy obou složek integrovaného systému navzájem poučili a předali si mimo akci zkušenosti, které by mohly napříště vést k lepší spolupráci a vyjasnit některé situace při zajištění opilých pacientů?
Ano x ne

Příloha 2 Dotazník pro zaměstnance Městské policie Plzeň

1) Jsem zaměstnancem - napište prosím svého zaměstnavatele a oblast ve které pracujete

2) Jakou známkou (1-5, jako ve škole) by jste ohodnotil (a) spolupráci s ZZS při zajišťování opilých osob

3) Z jakých důvodů si budete k opilému člověku dovolávat ZZS?

- osoba vyhrožuje možností sebepoškození
- osoba je silně opilá a usíná
- osoba je neprobuditelná, reaguje pouze na reflexivně na silné bolestivé podněty
- osoba si stěžuje pálivou bolest na hrudi
- osoba má viditelné zevní poranění
- osoba si stěžuje na bolest hlavy, při čemž dotyčný či někdo z přihlížejících udávají i pád na hlavu, nejsou vidět vnější příznaky poranění
- osoba zvrací

jiná možnost:

4) V jaký případech si nejste zcela jistí, zda máte požádat o pomoc ZZS?

- osoba vyhrožuje možností sebepoškození
- osoba je silně opilá a usíná
- osoba je neprobuditelná, reaguje pouze na reflexivně na silné bolestivé podněty
- osoba si stěžuje pálivou bolest na hrudi
- osoba má viditelné zevní poranění
- osoba si stěžuje na bolest hlavy, při čemž dotyčný či někdo z přihlížejících udávají i pád na hlavu, nejsou vidět vnější příznaky poranění
- osoba zvrací

jiná možnost:

5) Cítíte se kompetentní v posouzení zdravotního stavu opilé osoby?

- naprosto
- spíše ano
- spíše ne
- vůbec ne

6) Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně poskytování laické první pomoci?

- 2x za rok
- 1x za rok
- 1x za 2 roky

- nevím
- nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)
- jiná možnost (volná odpověď)

7) Myslíte, že častější školení v oblasti první pomoci by zvýšilo vaše kompetence v posuzování zdravotního stavu opilých osob?

Ano x ne

8) Jak často procházíte školením, seminářem či cvičením ohledně komunikace s opilým či agresivním člověkem nebo kurzem asertivního chování?

- 2x za rok
- 1x za rok
- 1x za 2 roky
- nevím
- nikdy jsem na takovém školení nebyl (a)

jiná možnost:

9) Myslíte, že častější školení v oblasti komunikace by zvýšilo vaše kompetence v posuzování zdravotního stavu při zajištění opilých osob?

Ano x ne

10) Máte zkušenost s tím, že jste byl(a) ze strany ZZS přivolán(a) k pacientovi, jehož stav nevyžadoval zásah policie?

Ano x ne

11) Pokud jste v předcházející otázce odpověděli ano, z jakého to bylo důvodu?

12) Pokládali byste za přínosný (např. v intervalu 1x ročně) celodenní seminář, při němž by se týmy obou složek integrovaného systému navzájem poučili a předali si mimo akci zkušenosti, které by mohly napříště vést k lepší spolupráci a vyjasnit některé situace při zajištění opilých osob?

Ano x ne

Příloha 3 Schválená žádost o povolení sběru dat na Zdravotnické záchranné službě Plzeňského kraje

Ředitel Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje
MUDr. Pavel Hrdlička
Klatovská tř. 2960/200i
301 00 Plzeň

V Plzni dne

Věc: Žádost o povolení sběru dat na ZZS Pk

Vážený pane řediteli,

Jmenuji se Metoděj Edl, jsem studentem 3. Ročníku Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, oboru Zdravotnický záchranář.

Rád bych Vás požádal o provedení dotazníkového šetření a poskytnutí statistických dat ze ZZS Pk, získané výsledky použiji při zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Ebrietas aethylica jako komplikující faktor přednemocničního zajištění pacienta, zásady postupu zdravotnického personálu“.

Tuto závěrečnou práci vypracovávám pod vedením MUDr. et Th.Mgr. Marcela Hájka, Ph.D. z Fakulty zdravotnických studií a ZZS Pk. Vzor dotazníku příkládám.

Prosím o sdělení vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Metoděj Edl
Student 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

MUDr. et Th.Mgr. Marcel Hájek, Ph.D., FICS.
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: hayek.m@seznam.cz

Kontaktní údaj:

Metoděj Edl
Baarova 36
Plzeň 30100
Tel. 776 899 683
E-mail: metodejedl@gmail.com

Vyjádření k žádosti:
žádost zamítnuta

a) žádost povolena

b)

Odůvodnění:

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

Datum, podpis, razítko:

3/3/2018

MUDr. Jiří Růžička

MUDr. Jiří Růžička

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA
PLZEŇSKÉHO KRAJE
Klatovská tř. 2960/200i, 301 00 Plzeň
tel.: 377 672 111

Příloha 4 Schválená žádost o povolení sběru dat u Městské policie Plzeň

Velitel Městské policie Plzeň
PhDr., Mgr. Karel MACH, MSc., MBA
Perlová 3
301 00 Plzeň

V Plzni dne 08-02-2018

Věc: Žádost o povolení sběru dat u Městské policie Plzeň

Vážený pane řediteli,

Jmenuji se Metoděj Edl, jsem studentem 3. Ročníku Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, oboru Zdravotnický záchranář.

Rád bych Vás požádal o provedení dotazníkového šetření mezi členy sboru Městské policie Plzeň, získané výsledky použiji při zpracování praktické části bakalářské práce na téma „Ebrietas aethylica jako komplikující faktor přednemocničního zajištění pacienta, zásady postupu zdravotnického personálu“.

Tuto závěrečnou práci vypracovávám pod vedením MUDr. et Th.Mgr. Marcela Hájka, Ph.D. z Fakulty zdravotnických studií a ZZS Pk. Vzor dotazníku přikládám.

Prosím o sdělení vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Metoděj Edl
Student 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

MUDr. et Th.Mgr. Marcel Hájek, Ph.D.
Katedra záchranářství a technických oborů
Fakulta zdravotnických studií
ZČU v Plzni
E-mail: hayek.m@seznam.cz

Kontaktní údaj:

Metoděj Edl
Baarova 36
Plzeň 30100
Tel. 776 899 683
E-mail: metodejedl@gmail.com

Vyjádření k žádosti:
žádost zamítnuta

a) žádost povolena

b)

Odůvodnění:

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

Datum, podpis, razítko:

14-03-2018

Statutární město Plzeň
MĚSTSKÁ POLICIE
Odbor vzdělávání
Perlová ul. 3, P.O. BOX 129
301 00 Plzeň ②