

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Šimon Touš

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Šimon Touš

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**VÝZNAM SEBEOBRANY V PŘEDNEMOCNIČNÍ
NEODKLADNÉ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

PLZEŇ 2013

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Šimon TOUŠ**
Osobní číslo: **Z10B0133P**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Význam sebeobranu v přednemocniční neodkladné péči**
Zadávající katedra: **Katedra záchranářství a technických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- FOJTÍK, I. Budó. Moderní japonská bojová umění. Praha: Naše vojsko 2001.
- NOVÁK, M. Jujutsu. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-205-0476-9.
- REGULI, Z. Aikido průvodce pro žáky i učitele. Praha: Press, 2003. ISBN 80-88969-08-5.
- STENUDD, S. Aikido - mírumilovné bojové umění. Praha: Kosmas, 2007. ISBN 978-0-257-0094.
- PETRU, V a B RÝČ. Sebeobrana na ulici. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2440-9.
- DENVER, John a Thomas F. CRUM. The magic of conflict: turning a life of work into a work of art. [2nd ed.]. New York: Touchstone, 1998. 2. ISBN 978-068-4854-489.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Katedra záchranářství a technických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2013**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




PhDr. Alena Pistulková
vedoucí katedry

dne **31. 01. 2013**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2013

.....

Děkuji Mgr. et Mgr. Václavu Beránkovi za trpělivé metodické vedení, cenné rady a podněty při zpracování bakalářské práce. Bc. Drahomíru Sigmundovi děkuji za jeho ochotu a vstřícnost. Dále děkuji MUDr. Zorce Baumrukové, MUDR. Luďkovi Hejkalovi, R. Klementovi a dalším pracovníkům ZZS Pk, ZZS SČK a ZZS Lk za pomoc nejen při získávání údajů potřebných pro napsání bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Šimon Touš

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Význam sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Počet stran: číslované 47, nečíslované 12

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 16 knih, 16 periodik, 6 internetových zdrojů

Klíčová slova: Agresivní chování – Záchranář – Záchraná služba – Přednemocniční neodkladná péče – Krizová situace – Komunikace – Sebeobrana

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá agresivním chováním v souvislosti s prací záchranářů.

V teoretické části je popsán vznik a historie vývoje první pomoci a záchranné služby. Je zde věnován prostor současné přednemocniční neodkladné péči, její organizaci a řízení včetně legislativní opory, uvedena některá rizika, která podstupuje posádka zdravotnické záchranné služby v rámci výkonu svého povolání, vysvětlen vznik krizových situací a z něj plynoucí iracionální chování lidí a uveden význam kvalitní komunikace v přednemocniční neodkladné péči.

V praktické části je vysledována přímá souvislost mezi výkonem záchranáře a agresivním chováním osob. Incidence napadení v souvislosti s výkonem povolání záchranáře se potvrdila ve všech sledovaných případech. O jakou formou napadení se jedná je zde blíže specifikováno. Sami záchranáři ve většině případů si myslí, že zlepšení znalostí v oboru sebeobrany bude přínosem.

Annotation

Surname and name: Šimon Touš

Department: Department of Paramedical Rescue Work and Technical Studies

Title of thesis: Importance of Self-defense in the Pre-hospital Emergency Care

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek

Number of pages: numebred 47, unnumbered 12

Number of appendices: 3

Number of litarature used: 16 books, 16 periodicals, 6 internetových sources

Key words: Aggressive behavior - Paramedic - Ambulance Service - Prehospital emergency care - Crisis - Communication - Self-defens

Summers:

This bachelor diploma deals with aggressive behavior in connection with the work of paramedics.

The theoretical part describes the creation and history of the development of first aid and emergency medical services. There is a space dedicated to contemporary pre-hospital emergency care, its organization and management, including legislative support, given some of the risks that it incurs crew of emergency medical services in the exercise of his profession, explains the emergence of crisis and the resulting irrational behavior of people and given the importance of good communication in the prehospital emergency care.

In the practical part, traced a direct link between performance paramedics and aggressive behavior in people. The incidence of assault in connection with occupational rescuers were confirmed in all the cases. Which form of attack is there are specified. The paramedics in most cases, thinks that improving knowledge in the field of self-defense will benefit.

Obsah

Obsah	9
Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. Záchraná služba, přednemocniční neodkladná péče	14
1.1 Historie první pomoci	14
1.2 Zdravotnická záchraná služba	17
1.3 Vymezení záchrané služby	17
1.4 Dostupnost zdravotnické záchrané služby	19
1.5 Poskytovatel zdravotnické záchrané služby	19
1.6 Organizace zdravotnické záchrané služby	20
1.6.1 Výjezdové skupiny	21
1.7 Oprávnění členů výjezdových skupin	23
2. Úskalí přednemocniční neodkladné péče	25
2.1 Náročná dostupnost pacienta	25
2.2 Psychika pacienta v přednemocniční neodkladné péči	26
2.3 Spolupráce záchrané služby	29
2.4 Hromadné neštěstí	30
3. Význam sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči	32
3.1 Komunikace v přednemocniční neodkladné péči	32
3.1.1 Komunikace s agresivním pacientem	32
3.2 Napadení	34
3.3 Fyzická sebeobrana	35
PRAKTICKÁ ČÁST	36
4. Potřeba sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči	37
4.1 Stanovení cílů a úkolů	37
4.2 Metodika	37
4.3 Hypotézy	38
4.4 Vzorek respondentů	38

4.5	Výsledky dotazníkového šetření	39
Diskuze	.....	44
Závěr	.....	47
Seznam použitých zkratk:	.....	49
Seznam použitých zdrojů:	.....	50
Seznam tabulek	.....	54
Seznam grafů	.....	55
Přílohy	.....	56

Úvod

ZZS je nedílnou a velmi důležitou součástí zdravotního systému u nás. Hlavním posláním záchranářů je pomáhat nemocným lidem, zachraňovat lidské životy. Tato činnost s sebou nese i mnoho úskalí a komplikací, které záchranáře mohou při jejich činnosti ohrozit. Patří sem hlavně různé formy napadení záchranářů při výkonu jejich povolání, při poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Od nejstaršího období vývoje lidské společnosti až po současnost se lidé setkávají s náročnými situacemi v souvislosti s trestnou činností, katastrofami a různými neštěstími, kterým jsou nuceni čelit. Mezi prokazatelně riziková povolání patří práce policistů, přímo se zabývajících zločinností. Další skupinou jsou hasiči. Zasahují při požárech a jsou voláni k dalším nebezpečným situacím. Přímé ohrožení jejich zdraví a života vyplývá z prostředí, do kterého vstupují. Nemalé nebezpečí spočívá v chování lidí. Panika a strach působí na zúčastněné občany často tak silně, že se mění jejich chování a mohou se stát agresivními i vůči záchranným sborům. V neposlední řadě jsou zde pracovníci zdravotnické záchranné služby. Na první pohled je pro člověka nelogické, proč jsou záchranáři napadáni nebo uráženi, když pomáhají lidem. Ovšem praxe ukazuje opak. Ve světě se již objevují nápisy na zádech uniforem záchranářů „don't shoot (nestřílet)“. Problematika sebeobranu v přednemocniční neodkladné péči bude nejspíše do budoucna stále žhavější téma.

Hlavním cílem této práce je zmapovat výskyt a formu napadání zdravotnického personálu zdravotnické záchranné služby v terénu. V souvislosti s napadáním je naším cílem zjistit, zda personál zdravotnické záchranné služby je schopen se naučit lépe zvládat sebeobranu a tím předcházet střetům.

Teoretická část práce se zabývá historií první pomoci, vznikem a vývojem zdravotnické záchranné služby. Upozorňuje na problematiku a úskalí poskytování přednemocniční péče. Další kapitola popisuje možnosti sebeobranu zdravotníků při setkání s agresivním chováním. V praktické části je definován cíl výzkumu a jeho metody včetně charakteristiky výběru vzorku respondentů, vyslovení hypotéz a jejich ověření. Jednou z hlavních motivací pro zpracování této problematiky v bakalářské práci je mé studium oboru zdravotnický záchranář a několikaletá zkušenost s bojovým sportem a jeho filozofií.

V této práci bychom objasnit jak správně reagovat na agresivní chování a v rámci možností jí předcházet nebo zamezit jejímu stupňování. Poukázat na možnosti využití znalostí z oblasti sebeobrany, ukázat příklady technik při napadení v rámci poskytování přednemocniční neodkladné péče v terénu.

Práce záchranářů je náročná, vyžaduje mnoho psychických a fyzických sil, odborných znalostí, rychlost reakcí a soustředění. Komplikuje ji také mnoho zevních faktorů. Můžeme-li alespoň některý z nich třeba jen částečně omezit, měli bychom se vždy o to pokusit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Záchranná služba, přednemocniční neodkladná péče

V této kapitole bychom se chtěli zmínit o poskytování první pomoci raněným a nemocným lidem. Péče o nemocné a raněné je stará jako lidstvo samo, jen úroveň se mění. Chtěli bychom popsat záchrannou službu dnešní doby na základě jejího historického vývoje a upozornit na některá úskalí a nebezpečí, která jsou součástí této nelehké práce a kterým je možno částečně předcházet nebo je alespoň omezit.

1.1 Historie první pomoci

Aby se nám podařilo správně definovat a popsat celou zdravotnickou záchrannou službu, je třeba znát historii poskytování první pomoci, základního kamene záchranné služby.

Od nejstarších dob byl život spojován s teplem. Lidé se pokoušeli navrátit život přímou aplikací tepla. Používali k tomu hořící výkaly, horký popel, horkou vodu. (Bydžovský, 2008 s. 10) Johannes Friedrich August von Esmarch, pruský vojenský chirurg, nejspíše jako první použil a zavedl termín první pomoc. Učil, že vojáci by měli být schopni pomoci svým zraněným kamarádům již na bojišti. Pomoc se týkala základních obvazových technik a dlahovacích metod. Vojáci ji měli být schopni poskytnout poté, co byli poučeni a vycvičeni.

Určitě není pochyb o tom, že využívání určitých základů ošetřování poraněných částí těla a transport vojáků do bezpečnějšího zázemí, má mnohem starší kořeny, než udává zaznamenaná historie. Již lovci mamutů odtáhli člena své tlupy do jeskyně s ohněm.

Ve španělské jeskyni El Pindal byly nalezeny paleolitické kresby, které lze interpretovat tak, že bylo známo, že srdce je zdrojem života. V Egyptě 4000 let př. n. l. byly popisovány reflexní postupy, když bohyně Isis oživovala Osirida dýcháním do jeho úst. (Málek, et al., 2010). Oživovací postupy, se na světě objevily až v druhé polovině patnáctého století našeho letopočtu. Resuscitace, jako oživovací postup v té době nebyla zcela pochopena, proto se prováděla například stlačováním hrudníku a břicha, zajišťování přísunu tepla, prováděním umělého dýchání. Oživovalo se ale také pomocí tabákového

kouře zaváděného do rekta, aby se tím vyvolalo zvracení. Vykuřování rekta tabákem přivezl do Evropy společník Kryštofa Columba, Baggellardus. K dalším metodám patřilo zavěšení osob za nohy hlavou dolů a uvolnění hrudníku, nebo válení postiženého po sudu za účelem střídavého tlaku.

U dalších pokusů o záchranu života se již používala modernější technika. Peter Christian Abilgaard demonstroval v roce 1775, že několika výboji do hlavy lze usmrtit slepici a výbojem do hrudníku ji opět oživit. Kromě resuscitace měchy představil orofaryngeální (z úst do hltanu) a nasolaryngeální (z nosu do hrtanu) intubaci. Též sestrojil elektrostatický oživovací přístroj. (Bydžovský, 2008, s. 11) Nikolaj Ivanovič Pirogov během Krymské války zavedl dobrovolnou ošetrovatelskou službu v letech 1853 – 1856. Použití fixačního sádrového obvazu zavedl lékař Pirogov. Působil ve válce na ruské straně. Florence Nightingale, zvaná dáma s lampou, která zavedla ošetrovatelskou službu, je považována za zakladatelku ošetrovatelství na straně anglické (Bydžovský, 2008, s. 13).

I v Praze se rozvíjela pomoc postiženým v terénu. Pražská záchranná služba je nejstarší záchrannou službou ve střední Evropě. Když 8. prosince roku 1857 vznikl Pražský dobrovolný sbor ochranný, přihlásilo se do něj na doporučení barona Päumanna, tehdejšího ředitele c.k. Policie pražské, 36 dobrovolníků. Zdravotníci byli jen tři z nich (Hettnerová, 2012).

Mezi další zásadní kroky vpřed patří založení Červeného kříže a podepsání první Ženevské konvence. Zasluhou Henryho Dunanta, zakladatele Červeného kříže, v roce 1864 došlo k mezistátní dohodě 16 evropských států, jejichž představitelé podepsali první Ženevskou konvenci o zdravotnické pomoci raněným. Stanovila, že na bojišti budou zdravotníci ošetřovat raněné obou bojujících stran, že ošetřující zdravotnický personál nebude ozbrojen, bude mít neutrální status a nebude vojensky napadán. Ustanovilo se, že zdravotníci budou označeni páskami s červeným křížem v bílém poli (Brown, 1989).

Dalším krokem, jak efektivněji pomáhat, bylo používání kočárů tažených koňmi k transportu nemocných do nemocnic a špitálů. V roce 1869 byla v New Yorku založena první městská záchranná služba používající kočáry tažené koňmi. Záchraná služba byla zřízená nemocnicí Bellevue.

Pozadu nezůstávaly ani vyšetřovací metody. V roce 1905 byla představena Nikolajovičem Sergejevičem Korotkovem auskultační metoda měření tlaku krve. O rok

později Wiliam Einthoven publikoval první systematický přehled normálních a patologických elektrokardiogramů, včetně popisu hypertrofií síní a komor, extrasystol, patologií komorového komplexu a síňokomorového převodu. V roce 1909 byly popsány změny elektrokardiogramu při angíně pectoris. Zapojení svodů pro záznam elektrokardiogramu do tvaru rovnostranného trojúhelníku se srdcem v těžišti, popsal v roce 1912 Wiliam Einthoven a označil je I, II, III (Bydžovský, 2008, s. 15).

Velkým přínosem bylo zjištění, že zahájení přednemocniční péče může zachránit bezpočet životů. J. Frank Pantridge, lékař kardiologického oddělení v Belfastu, viděl řešení v zahájení péče ještě před přijetím do nemocnice, protože zjistil, že 60% zemřelých na infarkt myokardu umírá do jedné hodiny od prvních příznaků, tedy bez lékařské pomoci.

Zřejmě nejznámější osobou moderní přednemocniční péče byl profesor Peter Safar, anesteziolog českého původu. Byl průkopníkem moderní zdravotnické záchranné služby, kterou založil již v roce 1961. Po svém příchodu do Pittsburghu věnoval pozornost zřízení zdravotnické záchranné služby – Emergency Medical Service – EMS. (Safar, 2000)

Záchranná služba měla svůj vlastní symbol, který jí zůstal v téměř nezměněné podobě až dodnes. Speciální symbol, Star of life, nebo-li Hvězda života, byl vytvořen v roce 1970. Tento znak byl původně používán jako znak záchranné služby. Léčbu a uzdravování symbolizuje háďátko navinované na hůl. V roce 1971 vznikla Československá společnost pro anesteziologii a resuscitaci, a pro dvoustupňovou anesteziologii a resuscitaci. Síť center zdravotnické záchranné služby byla v Československu zřízená v roce 1974. Studium oboru Diplomovaný zdravotní záchranář na vyšších zdravotnických školách v rámci pomaturitního studia v ČR bylo zahájeno v roce 1996.

V moderní přednemocniční péči určují léčebné postupy algoritmy dané Evropskou resuscitační radou. V roce 2000 vyšlo Resuscitation Guidelines 2000, což jsou doporučené postupy, kde jsou zpracované nejnovější odborné poznatky ohledně poskytování první pomoci založené na důkazech. Jde o první mezinárodní konsensus nad algoritmy resuscitace. Dnes už mezi nejnovější doporučené postupy patří Resuscitation Guidelines 2005 a 2010. (Bydžovský, 2008, s. 19-20)

1.2 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba je zdravotní službou, v jejímž rámci je, na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.

Přednemocniční neodkladná péče je péče o nemocné na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění v průběhu jejich transportu do nemocničního zařízení. Na ní navazuje nemocniční neodkladnou péči. V nemocničním zařízení probíhá další ošetření a vyšetření pacienta, potřebných ke stanovení diagnózy, aby nebyl ohrožen jeho život či jeho stav nevedl k trvalým následkům.

Přednemocniční neodkladná péče je indikována a zdravotnickou záchrannou službou poskytována při stavech, které bezprostředně ohrožují život člověka, nebo při stavech, které mohou vést prohlubováním patologických změn až k náhlé smrti. Tato péče je také poskytována při stavech způsobujících bez rychlého odborného zásahu trvalé následky na zdraví, působících akutní bolest a utrpení a dále pak při stavech, které změnou chování a jednání postiženého ohrožují jeho nebo okolí. Přednemocniční neodkladnou péči a zdravotnickou záchrannou službu definuje zákon č. **374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě**.

1.3 Vymezení záchranné služby

Dle zákona o zdravotnické záchranné službě mezi činnosti zdravotnické záchranné služby patří nepřetržitý a bezodkladný příjem tísňového volání, a to i výzev předaných od jiných složek integrovaného záchranného systému. Jsou to volání na národní linku tísňového volání 155 a na linku mezinárodního tísňového volání 112. V případě volání na linku 155 se volající dovolá na krajské zdravotnické operační středisko. Dále definuje zákon č. **374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě**.

Zdravotnická záchranná služba, konkrétně krajské zdravotnické operační středisko, vyhodnocuje stupně naléhavosti tísňového volání, rozhoduje o nejvhodnějším a okamžitým řešení tísňové výzvy, podle stavu pacienta. Vysílá určité výjezdové skupiny podle stupňů naléhavosti tísňových výzev, přesměrovává je a poskytuje jim operační řízení.

Dále zdravotnická záchranná služba řídí a organizuje přednemocniční neodkladnou péči na místě události, zajišťuje spolupráci s velitelem zásahu integrovaného záchranného systému. Přítomnost velitele na místě události je třeba z důvodů koordinace události, kde museli zasahovat všechny složky integrovaného záchranného systému. Krajské zdravotnické operační středisko spolupracuje s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče, co se týče počtu volných lůžek eventuálně dalších řízení.

Krajské zdravotnické operační středisko poskytuje a předává instrukce volajícím k zajištění první pomoci raněným nebo postiženým a dále předává instrukce k neodkladné telefonicky asistované resuscitaci (TANR) a telefonicky asistované první pomoci (TAPP), až do příjezdu příslušné výjezdové skupiny.

Příslušná výjezdová skupina provádí po příjezdu na místo události potřebná vyšetření pacienta a poskytuje mu zdravotní péči dle závažnosti jeho zdravotních indispozic. Patří sem i případné neodkladné výkony, bez kterých by mohlo dojít k ohrožení pacienta na životě a které směřují k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta. Výkony jsou prováděny přímo na místě události, eventuálně při transportu do nemocničního zařízení. Během transportu k cílovému poskytovateli akutní péče probíhá bez přestávky monitorace pacientových vitálních funkcí, a to až do okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi daného zdravotnického zařízení, jež poskytuje nejvhodnější péči dle pacientova stavu.

Dle zákona o zdravotnické záchranné službě lze pacientovi zajistit přepravu leteckou záchrannou službou v případě v nebezpečí z prodlení a v případě, že přepravu nelze zajistit jinak. Také zajišťuje přepravu mezi jednotlivými poskytovateli akutní lůžkové péče nebo z místa události k poskytovateli akutní lůžkové péče, kdy během přepravy je pacientovi poskytována neodkladná péče. Letecká záchranná služba též zajišťuje přepravu tkání a orgánů k transplantaci v případech, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak. **Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.**

1.4 Dostupnost zdravotnické záchranné služby

Zákon o zdravotnické záchranné službě určuje počet výjezdových stanovišť nebo výjezdových základen, je dán zejména plánem pokrytí území kraje. Tento plán stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území. Podstatné je, že dostupnost zdravotnické záchranné služby musí být v dojezdové době do 20 minut.

Doba dojezdu zdravotnické záchranné služby se počítá od okamžiku, kdy operátor krajského zdravotnického operačního střediska předá pokyn k výjezdu příslušné výjezdové skupině. Dojezdová doba nemusí být dodržena v případě nenadálých nepříznivých povětrnostních či dopravních podmínek, nebo v jiných daných případech, které nedodržení dojezdové doby umožňují. V těchto situacích si zdravotnická záchranná služba vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému, pokud je tato pomoc možná a účelná.

Kraj vydává plán pokrytí území výjezdovými základnami, tento plán musí být minimálně každé dva roky obnovován. Před vydáním plánu a před jeho aktualizací, kraj projedná návrh plánu a bývá jeho aktualizace projednána s bezpečnostní radou kraje a je vyžádáno k návrhu i stanovisko Ministerstva zdravotnictví. Tento plán je zpracován poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. Tyto stanovy jsou dány zákonem č. **374/2011 Sb.**, „o zdravotnické záchranné službě“. Dojezdová doba, tedy čas do příjezdu zdravotnické záchranné služby, může zapříčinit vznik agresivního chování, jak u příbuzných či u pacienta samotného. Z toho vyplývá, čím hustší pokrytí kraje výjezdovými stanovišti, tím kratší dojezdová doba. Avšak z pohledu dotyčného člověka jde o hodnocení hodně subjektivní, které je zapříčiněno danou situací.

1.5 Poskytovatel zdravotnické záchranné služby

Jak uvádí zákon o zdravotnické záchranné službě je poskytovatelem ZZS příspěvková organizace, která je zřízena krajem a má oprávnění k poskytování zdravotnické záchranné služby podle zákona o zdravotních službách. Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotnickou záchrannou službu nepřetržitě. Na území kraje je ZZS poskytována pouze jedním poskytovatelem, avšak výjimkou může být to, když se na

poskytování zdravotnické záchranné služby podílí na území kraje poskytovatel, který je zřízený jiným krajem. Poskytovatele určuje zákon č. 374/2011 Sb., „o zdravotnické záchranné službě“. Integrovaný záchranný systém se skládá ze tří základních složek, kdy zdravotnická záchranná služba je jednou z nich a dalšími jsou: policie České republiky a hasičský záchranný sbor.

1.6 Organizace zdravotnické záchranné služby

Prostory a mobilní prostředky zdravotnické záchranné služby, které jsou určeny pro poskytování zdravotnické záchranné služby, jsou brány jako zdravotnické zařízení. Pracoviště záchranné služby má své ředitelství, kde sídlí ředitel zdravotnické záchranné služby a zdravotnické operační středisko, které přijímá tísňová volání a předává je formou výzev na výjezdové základny s výjezdovými skupinami. Základna s výjezdovými skupinami je další částí, která tvoří zdravotnickou záchrannou službu. Patří pracoviště krizové připravenosti, kde působí náměstek pro krizové řízení. Nedílnou součástí je vzdělávací a výcvikové středisko. Pokud jsou zřízena pomocná operační střediska, tvoří též součást zdravotnické záchranné služby. Nejvíce viditelnou částí ZZS jsou mobilní prostředky. Těmito prostředky jsou sanitní vozidla, která jsou součástí každé ZZS, dále jsou to vrtulníky, motorové čluny a letadla. Všechny tyto stanovy určuje zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Medicínou akutních stavů se zabývají lékařské obory urgentní medicína (náplň oboru odpovídá práci zdravotnické záchranné služby), anesteziologie – resuscitace, intenzivní medicína a medicína katastrof a hromadných neštěstí. Léčba poskytovaná zdravotnickou záchrannou službou je velmi často symptomatická. Nelékařští zdravotničtí pracovníci získávají vzdělání zaměřené na práci na zdravotnické záchranné službě ve tříletém pomaturitním oboru zdravotnický záchranář na vyšších odborných a vysokých školách. Před akreditací tohoto studijního oboru splňovaly kritéria pro práci u záchranné služby všeobecné sestry s pomaturitní specializací ARIP, středoškolský obor zdravotnický záchranář a obor diplomovaná sestra pro intenzivní péči na vyšších školách. (Bydžovský, 2008, s. 25)

V práci pozemní záchranné služby se uplatňují dva typy přístupu v závislosti na povaze závažnosti stavu pacienta a dosažitelnosti nemocničního zdravotnického zařízení.

V běžných podmínkách je ideální kompromis obou a to: „stay and play“ (stát a hrát si), kdy je prioritou maximum terapie na místě zásahu a až poté transport do nemocničního zařízení, opakem tohoto přístupu k pacientovi je přístup: „load and go“ nebo „scoop and run“ (naložit nebo nabrat a běžet), který upřednostňuje jen nejnútnejší vyšetření a ošetření například zastavení masivního krvácení a pak následný, co nejrychlejší transport.

1.6.1 Výjezdové skupiny

Výjezdovou skupinu tvoří zdravotničtí pracovníci, kteří vykonávají činnosti zdravotnické záchranné služby podle zákona. Jednu výjezdovou skupinu tvoří nejméně dva lidé, kdy jeden z nich je vedoucí dané skupiny. Většinou je vedoucím výjezdové skupiny zdravotnický pracovník odborně vzdělanější, například v systému RZP je to nelékařský zdravotnický pracovník a v systémech RV a RLP je vedoucím výjezdové skupiny obvykle lékař. V jiných případech je stanoven vedoucí výjezdové skupiny podle vnitřních směrnic daného zdravotnického zařízení.

Zákonem 374/2011 Sb. je dané složení výjezdových skupin. Člení se podle složení zdravotnického personálu ve voze a to na výjezdové skupiny RLP tedy rychlé lékařské pomoci, kde je členem výjezdové skupiny lékař, a na skupiny RZP, tedy rychlé zdravotnické pomoci, kde je členem zdravotnický záchranář, nebo všeobecná sestra pro intenzivní péči, všeobecně nelékařští zdravotničtí pracovníci. Dle definice zákona **č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.**

Výjezdové skupiny se též rozdělují podle typu dopravních prostředků, které využívají ke své dopravě za nemocnými a eventuálně jejich transportu do zdravotnického zařízení. Rozdělují se na pozemní, kde využívají automobilů jak osobních, používaných v systémech rendezvous, dále pak transportních vozidel, které slouží pro transport pacientů do zdravotnického zařízení. Letecké výjezdové skupiny, které využívají k transportu pacientů letadel, zejména na delší vzdálenosti mezi státy a také helikoptér pro vnitrostátní dopravu pacientů do zdravotnických zařízení. V neposlední řadě jsou to výjezdové skupiny vodní, které využívají pro transport motorových člunů a to nejen pro převoz pacienta z vodní hladiny na břeh, ale i pro vlastní dopravu posádky do chatových oblastí při břehu vodní hladiny pro rychlejší přístup k pacientovi. Zajištěný pacient je pak předán posádkou

vodní záchranné služby posádce pozemní nebo letecké výjezdové skupiny, která pacienta transportuje do zdravotnického zařízení.

System rendezvous funguje jako tzv. setkávací systém. Operátor zdravotnického operačního střediska může na místo události poslat jedno vozidlo rychlé lékařské pomoci a jedno nebo více vozidel rychlé zdravotnické pomoci. Výjezdové skupiny na místě mohou činnost vykonávat samostatně nebo společně, dle potřeby a uvážení vedoucího zásahu.

Výjezdové skupiny pozemní zdravotnické záchranné služby se rozdělují na RLP což je rychlá lékařská pomoc. Tato skupina se skládá z řidiče, nelékařského zdravotnického pracovníka a lékaře. Další výjezdovou skupinou je RZP, rychlá zdravotnická pomoc. Tuto skupinu tvoří řidič a nelékařský zdravotnický pracovník. Poslední typ výjezdové skupiny je RV neboli rendezvous, která funguje v tzv. setkávacím systému, kde je řidičem obvykle nelékařský zdravotnický pracovník a vedoucím členem je lékař. Výjezdová skupina RV má svojí největší výhodu v tom, že lékař zdravotnické záchranné služby je více mobilní a může v případě nutnosti kdykoliv opustit místo zásahu a odjet na výzvu s vyšší prioritou. Všechny tyto výše uvedené dopravní prostředky a výjezdové systémy a skupiny jsou dané zákonem **č. 374/2011 Sb.**, „o zdravotnické záchranné službě“.

Rozdělení výjezdových skupin na lékařské a nelékařské posádky se také týká počtu zdravotnického personálu na místě zásahu. V případě posádky RZP jsou na místě pouze dva lidé. V případě posádky RLP, je na místě zásahu ještě lékař, takže celkem tři lidé a v případě RV dojíždí na místo zásahu dvě vozidla, velké transportní s řidičem a záchranářem a malé osobní se záchranářem a lékařem. Vyplývá-li ze situace možnost ohrožení skupiny jakýmkoliv napadením, více lidí na místě zvládne situaci pravděpodobně snáze a bez následků. Pokud je na místě i lékař, nebo je možnost telefonické konzultace, dá se využít i omezovacích prostředků podle zákona **č. 372/2011 Sb.**, „o zdravotních službách“.

Dispečeri zdravotnického operačního střediska předem vyšlou na podezřelé situace posádku městské nebo státní police. Záchranář je o tom informován ve výzvě, například: „posílám PČR“. Jsou situace, kdy posádka zdravotnické záchranné služby neopustí vozidlo, dokud nepřijede policejní posádka.

1.7 Oprávnění členů výjezdových skupin

Každý člen má svá práva a povinnosti, které jsou jasně dané zákonem o zdravotnické záchranné službě. Každý člen je oprávněn vstupovat za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky, pokud podle informací, které výjezdová skupina má, se na těchto místech nachází osoba, které má být poskytnuta požadovaná péče. Každý člen výjezdové skupiny si může vyžádat pomoc od osob, které se zdržují na místě události nebo v jeho okolí. Může vyžadovat pomoc nezbytnou a bezprostředně nutnou k poskytnutí péče, pokud to vyžaduje situace, kdy je to třeba k ochraně lidského života a zdraví. Jakýkoliv člen výjezdové skupiny může požadovat informace nezbytné k poskytnutí péče od fyzických a právnických osob, pokud to vyžaduje účinná ochrana lidského života. V případě vzniku prokazatelná škoda osobám, které poskytli věcnou nebo osobní pomoc, tak za škody odpovídá poskytovatel zdravotnické záchranné služby.

Každý člen výjezdové skupiny je povinen splnit pokyn k výjezdu, do 2 minut od obdržení výzvy. Toto ustanovení se netýká členů letecké výjezdové skupiny, protože zde o provedení letu rozhoduje velitel daného dopravního prostředku podle jiného právního předpisu. Dle zákona č. 374/2011 Sb., „ o zdravotnické záchranné službě“.

Každý člen výjezdové skupiny má právo, dle zákona o zdravotních službách, používat omezovacích prostředků. Za omezovací prostředky se považuje každá činnost, která pacienta omezí v jeho volném pohybu. V případě fyzického napadení se může omezení považovat za sebeobranu. V sanitním voze je omezený počet omezovacích prostředků. Jedním ze základních a nejjednodušších je úchop pacienta, dále pak je o to omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty. V neposlední řadě jsou to psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb. V tomto případě nejde o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy. Dále určuje zákon č. 372/2011 Sb., „ o zdravotních službách“.

V případě, že výjezdová skupina má možnost poskytnout přednemocniční neodkladnou péči, jsou členové výjezdové skupiny povinni tuto péči poskytnout dle zákona o zdravotnické záchranné službě i bez tísňové výzvy. Když tato situace nastane, je velitel výjezdové skupiny povinen okamžitě nahlásit tuto skutečnost krajskému

zdravotnickému operačnímu středisku včetně času a místa zahájení poskytování péče. Jsou situace, kde je vedoucí výjezdové skupiny oprávněn rozhodnout o neposkytnutí péče. Tato výjimečná situace nastává tehdy, kdyby mohlo dojít při poskytování péče k ohrožení zdraví a životů zasahujících členů výjezdové skupiny, eventuelně kdyby situace a podmínky, při nichž by měla být péče poskytována, nebyla v souladu s výcvikem členů výjezdové skupiny. Rozhodnutí o neposkytnutí péče může být také na základě nedostatečného vybavení výjezdové skupiny, včetně osobních ochranných prostředků, které má výjezdová skupina k dispozici a poskytování péče je vyžaduje. V těchto případech je vedoucí výjezdové skupiny vždy povinen tuto skutečnost oznámit krajskému zdravotnickému operačnímu středisku. Společně s oznámením skutečnosti uvést i důvod jeho rozhodnutí.

Když nastane situace, kdy se na místě události sejde více výjezdových skupin, koordinuje činnost všech skupin, kterého určuje KZOS. Většinou je to odborně zkušenější člen výjezdové skupiny, například lékař. Tyto pokyny jsou dány zákonem **č. 374/2011 Sb** „o zdravotnické záchranné službě“.

V první kapitole jsme vás seznámili s historií, tradicí, funkcí a s aspekty týkající se záchranné služby. Záchranná služba, tak jak ji dnes známe, má dlouhou tradici. Lidé potřebovali, potřebují a budou potřebovat pomoci ve chvílích, kdy je ohroženo jejich zdraví.

2. Úskalí přednemocniční neodkladné péče

Přednemocniční neodkladná péče má mnohá úskalí, část z nich jsme definovali v předchozí kapitole. Už samotná cesta za pacientem je riziková a ani ten nejzkušenější řidič někdy nedokáže předejít nehodě. Záchranáři jsou vystaveni infekci, přicházejí do styku s krví pacientů, pracují s ostrými předměty. Patří sem například fyzická náročnost pracovního výkonu a práce pod velkým psychickým tlakem. Neochota přihlížejících pomáhat, bránění ve výkonu práce, neúcta k autoritám až dokonce agresivní chování jsou dalšími komplikacemi práce záchranářů.

2.1 Náročná dostupnost pacienta

Každý záchranář musí disponovat určitou fyzickou kondicí. V případě, že se pacient nachází ve vyšších patrech budov bez výtahu, je třeba k pacientovi třeba co nejrychleji dojít, ideálně doběhnout, po schodech a hned začít pracovat. Velmi často je tento pacient nechodící, takže v případě transportu do zdravotnického zařízení je nutné pacienta snést ručně až dolů.

Další obtížnou situací je zaklínění pacienta v autě, ke kterému se lze dostat jen částečně nebo vůbec. V případě této situace se zapojuje do vyprošťování ještě hasičský záchranný sbor, vybavený patřičnou technikou. Nesmíme ale zapomínat, že jde o čas, proto občas musí záchranář za pacientem do auta, v případě, že ještě není na místě posádka HZS. HZS provádí fixaci a vyproštění pacienta z havarovaného vozidla, na základě stanovení Bojovým řádem HZS. K výraznému zhoršení zdravotního stavu pacientů paradoxně dochází stísněných nebo nedostupných prostorech, které komplikují poskytování péče záchranáři.

Poranění nebo zhoršení zdravotního stavu se může stát pacientovi kdykoliv a kdekoliv. Stává se tak i za zhoršených povětrnostních podmínek. Za deště, v poli, při velkých mrazech se pacient proboří pod led, nachází se v obtížně přístupném terénu a tak dále. Personál zdravotnické záchranné služby musí být vybaven a schopen poskytovat přednemocniční neodkladnou péči za všech podmínek, eventuálně požádat pomoc HZS nebo PČR.

Ojediněle se stane, že si pacient zavolá záchrannou službu, ale bohužel už pak není sám schopen jít otevřít dveře do domu nebo bytu, kde nikdo jiný není, anebo o svém stavu neinformuje lidi co s ním žijí. Po příjezdu záchranné služby se nelze dostat do obydlí. Je třeba přivolávat PČR a HZS aby bylo legislativně podloženo, že se posádka záchranné služby dostala do obydlí za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče například přes plot, zavřené dveře, oknem.

Psi, určené k hlídání majetku, jsou často inteligentní zvířata. Pochopivě a se zanícením plní svůj úkol chránit dům a svého pána. Bývá obtížné jim vysvětlit, že pán potřebuje pomoc.

Již tak nelehkou práci záchranné služby někdy komplikuje sám pacient svou agresivitou. K agresii řadíme typy aktivit s tendencí útočit, napadat, poškozovat nebo se neadekvátně bránit. Agresivita může plynout z frustrace, ze šoku, strachu, nejistoty, bezmoci, pocitu ohrožení, vlivu vyplavených látek organismem, z dezorientace, z bolesti, z vlivu látek chemických a omamných, hlavně alkoholu a drog. Je možné, že pacient jen neunes míru zátěže, patří mezi psychopatologické osobnosti, nebo má psychiatrickou anamnézu. Chování společnosti obecně a z něj plynoucí snížené respektování autorit, zvyšuje incidenci konfliktů.

2.2 Psychika pacienta v přednemocniční neodkladné péči

Abychom dobře pochopili a poznali osobnost pacienta, je třeba znát pojem „premorbidní osobnost“. Tento pojem popisuje vlastnosti a osobnost pacienta, ještě než u něj vypukne onemocnění. Nejlépe je znát pacientův temperament, vzdělání, inteligenci, citové reakce, interpersonální vlastnosti osobnosti, apod. V nejvíce případech se tyto informace dozvídáme od příbuzných, od obvodního lékaře apod. Informace, které získáme, nám pomohou lépe odhadnout pacientův přístup k nemoci. V přednemocniční neodkladné péči nastává, až na milé výjimky, scénář situací a reakcí vždy specifický. Málokdy je čas na zjišťování těchto informací a nebo není ani od koho je zjišťovat. (Andršová, 2012, s. 27) „*Akutní stavy jsou psychicky značně špatně a tíživě snášeny, pokud jsou spojeny s bolestí, jinými závažnými a varovnými příznaky anebo obavami z možné smrti.*“ (Andršová, 2012, s. 28)

Pro zdravotníky je vždy důležitá pacientova spolupráce, k tomu je nutné, aby pacient zdravotníkovi plně důvěřoval a záchranář přistupoval empaticky. Ohrožení zdraví a života může být příčinou vzniku psychického traumatu. Mezi další traumatizující faktory patří narušení funkcí organismu jako důsledek zranění (amputace, nepohyblivost, ztráta smyslu, nenormální poloha končetiny, omezení sociálního fungování, organické směny psychických funkcí a znetvoření). V akutní fázi zranění a bezprostředně po něm se může projevit panika, úzkost a agrese. Pacient může ze strachu popírat potřebu pomoci nebo existenci zranění. Pacient je pod vlivem silného emočního prožitku, proto je třeba dbát na bezpečnost zraněného. Postiženému by měli být podávány jednoduché, srozumitelné, několikrát opakované instrukce. V subakutní fázi, která vyjde na povrch až po hodinách či až dnech po traumatu se mohou u zraněných objevit příznaky deliria, které mohou být skryté, protože se za ně pacient stydí. U dlouhodobých psychických problémů vznikají depresivní a úzkostné poruchy.

Z onemocnění nebo úrazu plynou pocity, se kterými pacient musí pracovat. Z určitých pohnutek mohou pacienti příznaky maskovat nebo je naopak zveličovat. Každé onemocnění či úraz má odezvu v lidské psychice. Mezi nejčastější typy postojů k nemoci patří agravace (zveličování nebo přehánění existujících příznaků, může být nevědomá nebo vědomá), simulace (za účelem získání nějaké výhody, předstírání příznaků), disimulace (záměrné popírání příznaků ze strachu nebo po negativní zkušenosti), bagatelizace (zlehčování a podceňování závažnosti nemoci), repudiace (potlačení myšlenky na onemocnění), nozofilní postoj (uspokojení, sekundární zisk z nemoci), nozofobní postoj (nepřiměřená obava z nemoci), somatizace (duševní nepohoda vyjádřena somatickými příznaky), ustrašení lidé „worrywell“ (sebenepatrnější příznak je zveličování do obrovských rozměrů), Münchausenův syndrom (předstírání a zveličování zdravotních potíží vlastních nebo i svých dětí a příbuzných, opakované vyžadování odborné péče a léčby předstíraná porucha zdravotního stavu, může být i přenesený, například na dítě).

Tabulka č. 1 Vyrovnávání se podle Kübler-Rossové

	Dominující emoce	Reakční projevy/úkol zdravotníka
1. fáze	šok -> popření -> izolace	PACIENT: „ <i>To ne, to nejsem já. Zaměnili výsledky. To bude omyl, já nejsme takto vážně nemocný. To není možné. Proč se to stalo? Nechte mě být, nic mi není.</i> “ ZDRAVOTNÍK: získat čas, navázat kontakt, vytvořit ve vztahu důvěru.
2. fáze	hněv, agrese	PACIENT: „ <i>Proč já? Proč právě já? To není fér. Sakra!</i> “ „ <i>Ty sestry jsou protivné. Dejte mi všichni pokoj!</i> “ „ <i>Je to nespravedlivé, vy jste zdraví, vy tomu nerozumíte</i> “ ZDRAVOTNÍK: umožnit odreagování (nechat „vyloubit“), nemoralizovat, snažit se nehodnotit, chápat.
3. fáze	Vyjednávání	PACIENTY: „ <i>Ale chci ještě stihnout narození vnoučat. Kéž bych se dočkala, až půjdou děti do školy! Ještě ne, ještě chvíli – ještě mi nechte kousek života.</i> “ ZDRAVOTNÍK: trpělivost, motivace.
4. fáze	Deprese	PACIENT: „ <i>Je to všechno na nic. Nemá cenu nic řešit, ničím se zabývat.</i> “ Smutek, obavy, rezignace. ZDRAVOTNÍK: naslouchání, komunikace, společné hledání řešení, práce s rodinou.
5. fáze	přijetí, akceptace pravdy vs. Rezignace	PACIENT: „ <i>Všchno bude v pořádku, všechno bude dobré...</i> “ ZDRAVOTNÍK: blízkost, podpora vyjadřování emoci (i od rodiny), uchránit nemocného od rezignace a zoufalství je profesionální i lidskou povinností

Zdroj: ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha:

Grada, 2012, ISBN 9788024741192.

Charakteristika záchranáře. Podle Ertlové a Muchy (2008) by měl záchranář disponovat efektivním (verbálním i neverbálním) chováním, vysokou mírou sebekontroly, schopností vzhledu do dané krizové situace (Ertlová et al., 2008). Sihelská (2007) ve svém článku upozorňuje na pracovní směny o svátcích, kdy bude muset záchranář obětovat svůj čas s rodinou (Sihelská, 2007, s. 29-31). Již při přípravě na toto povolání si každý člověk uvědomuje, že nebude pracovat ve standardní pracovní době, ale v nepřetržitém provozu, navíc s možností výjezdu krátce před koncem pracovní doby. Záchranář chce zachraňovat lidi, ale v praxi se jedná spíše o neakutní stavy pacientů, pravidelné pacienty ZZS. Mnoho výjezdů se tak stává jen měřením fyziologických funkcí a transportem do nemocnice. Dále by měl být záchranář dobře vybaven i fyzickou kondicí. V životě může dojít k tomu, že si člověk sáhne až na samé dno svých sil, ale v této profesi by tato hranice měla být nad průměrem. V poslání záchranáře je hodně sebeobětování, práce ve dne v noci, v hluku, špíně a nepřízní počasí. Přidává se stres ze vždy neznámého pracovního prostředí. Nutná je schopnost improvizace a kvalitní zvládnutí nepředvídatelných či kritických situací.

K osobnostním předpokladům patří tvůrčí přístup, empatie, porozumění, klidné vystupování s pohotovými reakcemi, trpělivost, humánní vztah k nemocnému, ale také třeba smysl pro humor. Z oblasti profesních kompetencí můžeme jmenovat profesně odborné předpoklady, vlastnosti s vysokým podílem emoční složky, výkonové kompetence a týmovou spolupráci. Schopnost sebereflexe a práce na sobě samém je nezbytná. U všech pomáhajících profesí, u práce v záchranné službě více, protože časem hrozí ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, syndrom vyhoření. Je potřeba si toto ohrožení uvědomovat a cíleně mu předcházet.

2.3 Spolupráce záchranné služby

Již dříve jsme upozorňovali na nutnost spolupráce pacienta se záchranářem. Stejně důležitá je spolupráce okolí pacienta, jeho rodiny a jeho blízkých. Účelně a dobře mohou pomoci náhodní kolemjdoucí a přihlížející. Jedná se hlavně o poskytnutí laické první pomoci ještě před příjezdem posádky záchranné služby. Dispečer KZOS, poskytuje tzv. TAPP a TANR, telefonické asistence určené speciálně pro laickou první pomoc, která je poskytována do příjezdu zdravotnické záchranné služby. Dále pak rozhoduje o podání potřebných a důležitých informací pro záchranu pacienta. Spolupráce okolí je důležitá a

přínosná, jen v omezeném množství případů, jindy bývá na obtíž nebo dokonce kontraproduktivní.

Každý nastupující záchranář očekává, že bude co nejčastěji vystavován co nejnáročnějším situacím, kdy bude moci někomu zachránit život, respektive spolurozhodovat o pacientově životě a smrti. Přesně kvůli těmto situacím, jsou záchranáři ochotni obětovat sváteční volno, které by jinak měli trávit s rodinou, s přáteli. Toto očekávané nebývá vždy naplněno.

Záchranářská profese obnáší skutečně více než jen „obyčejné“ zaměstnání. Samozřejmostí osobnostní výbavy záchranáře je schopnost zvládat velkou psychickou zátěž. Mezi základní požadavky na osobnost záchranáře patří znalost, zkušenost, zručnost a určitá míra chladnokrevnosti. V této profesi jsou kladeny vysoké nároky na odbornost, je vyžadována vysoká odpovědnost jedince, jsou kladeny vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivitu chování (Andršová, 2012, s. 9)

Stejně tak, jako sám pacient, mohou ztěžovat práci záchranářů jedinci nebo skupiny z okolí. Dochází k verbálnímu, psychickému a někdy dokonce i k fyzickému napadení člena posádky ZZS osobou nebo zvířetem.

2.4 Hromadné neštěstí

Se specifickým typem sociálního chování, který se rozvíjí pod emocionálním tlakem situačních konceptů, tzv. hromadným chováním, se setkáváme v problematice mimořádných událostí, jako jsou živelné pohromy, hromadná neštěstí a katastrofy. Tyto situace jsou velmi náročné, hlavně díky nepředvídatelnosti jejich vzniku a průběhu. Jedná se o práci s větším množstvím pacientů najednou. Výraznou roli hrají silné emoce všech zúčastněných, jak záchranných složek, tak pacientů. Za tímto účelem se vytvářejí a pravidelně aktualizují traumatologické plány. Traumatologické plány mají kraje i daná jednotlivá zdravotnická zařízení. Jedná se o systematické, propracované postupy k řešení situací tak, aby docházelo k co nejlepšímu a nejrychlejšímu odsunu postižených a tím se docílilo poskytování té nejlepší možné nemocniční péče u specialistů, které vyžaduje ten daný druh postižení.

Mezi společné znaky zátěže při hromadných neštěstích patří nedostatečná znalost situace, nedostatek kontroly, špatná předvídatelnost, nejednoznačnost a velká intenzita neštěstí. Účastníky hromadného neštěstí jsou sami přímí postižení, jejich blízcí, přihlížející, pracovníci krizového řízení, příslušníci zasahujících jednotek, zdravotníci a dobrovolníci. Mimořádná událost vyvolává u zasažených specifické potřeby, které je potřeba saturovat postupně od základních po vyšší. To je náplní práce psychosociální krizové asistence. Jedince, čekající na transport, rozdělujeme do menších skupin tak, aby na ně dále nepůsobily smyslové podněty z místa neštěstí. Je-li to možné poskytujeme psychologickou první pomoc, v ideálním případě zprostředkujeme kontakt s rodinou. V případě katastrofy je potřeba počítat s možností vyskytnutí davové psychózy. Jedinci v davu jsou sugestibilnější, méně sebekritičtí, náchylní k psychické nákaze a jejich jednání je ovlivňováno více emocemi než rozumem. Prevencí vzniku hromadné paniky je strukturování času a chování nějakými smysluplnými činnostmi.

Panika je náhlý projev afektu zděšení na bázi sebezáchovy. Je hromadným psychickým jevem spojeným s aspekty strachu. Je nakažlivá a destruktivní. Prevenci paniky řadíme mezi základní úkoly při řízení mimořádné události.

3. Význam sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči

Již jsme nastínili některé z mnoha úskalí při poskytování PNP. Dostupnost, vlivy počasí a podobně, pravděpodobně ovlivnit nemůžeme. Agresivní chování ze strany pacienta, jeho okolí či přihlížejících, které komplikují poskytování péče posádkami záchranné služby, můžeme vhodnou komunikací a aktivní sebeobranou zmírnit či eliminovat.

3.1 Komunikace v přednemocniční neodkladné péči

Komunikace s pacienty v PNP má, oproti komunikaci ve zdravotnictví, svá specifika a je náročnější. Samozřejmě je nutné respektovat lidskou jedinečnost a důstojnost. Někdy používáme spíše partnerský než paternalistický přístup k pacientovi. Tento postoj nesmí být samozřejmý, využíváme ho pouze v případech nutnosti, bez možnosti jiného řešení. Snažíme se vnímat subjektivní prožitky pacienta, plnit jeho potřeby. Nesmíme zapomínat, že nelze nekomunikovat. Záchranáři musejí mít i svou neverbální komunikaci pod kontrolou. Kvalitní rozhovor, empatický přístup a vlídné lidské slovo pomůže získat výrazně větší množství cenných informací, které jinak nezjistíme a dokáže zlepšit i zdravotní stav pacienta

3.1.1 Komunikace s agresivním pacientem

Dle Andršové (2012) setkání s agresivním pacientem asi neunikl ve své profesi žádný záchranář. Agresivní pacient nemusí být vždy rozrušený psychopat hrozící střelbou, ale jde i o pacienta, který záchranáře napadá „pouze“ verbálně. Bohužel situací, ve kterých je záchranář napadán fyzicky, v České republice přibývá. Výjezd k agresivnímu pacientovi je pro záchranáře velice stresující. Tyto druhy výjezdů výrazně přispívají k syndromu vyhoření a mohou mít za následek i posttraumatickou stresovou poruchu u záchranářů.

Sami záchranáři se často při komunikaci s agresivním pacientem nebo jeho příbuzným dopouštějí mnoha chyb. Spontánní reakcí neškolených je potřeba dominovat a zvítězit. Myslí si, že jsou chytřejší než agresor. Reagují protiútokem a chtějí vše zvládnout

bez pomoci. Věří, že se jim nic nemůže stát. Pokud dojde k napadení zdravotníka, je nutné, aby u něj nedošlo k potlačení tohoto negativního zážitku. Zdravotník se nesmí snažit zapomenout, měl by o všem mluvit se svými kolegy nebo dokonce s psychoterapeutem. Takové řešení situace dostačuje jako vhodná prevence před vznikem psychického poškození zdravotníka.

Existují pravidla pro komunikaci s agresivním pacientem. Důležité je, aby záchranář dokázal dobře vyhodnotit možnou míru ohrožení. Neměl by dopustit ohrožení svého zdraví. Je vhodné, aby do místnosti nevstupoval sám, ale s kolegou. V případech, kde je jasné už při tísňovém volání, že se bude jednat o situaci spojenou s agresí, dispečer KZOS vysílá na místo zároveň s posádkou ZZS i posádku PČR nebo městskou policii. Samotný dispečer bývá velmi často první obětí verbálního napadení. Avšak vyskytují se i případy, kdy se agrese může objevit zcela neočekávaně, proto je třeba, aby záchranáři sledovali vodítka, kterými lze vyhodnotit míru nebezpečí. Vodítek mohou být dlouhé upřené pohledy přímo do očí, rozrušenost a motorický neklid. Záchranář by měl mít pod kontrolou všechny předměty, které jsou v okolí případného agresora nebo předměty, které agresor již drží v ruce. Měl by vyhodnocovat signály, které dává tělo agresora, jak verbálními, tak neverbálními projevy. K neverbálním projevům patří kopání, rychlé pohyby, zaťaté pěsti, mimika obličeje a zrychlující se psychomotorické tempo člověka. Dalším z pravidel je, vždy zajistit možnost ústupu nechat se zahrnout do kouta. Zároveň tam nesmí nezahánět ani agresora, protože by to u něj mohlo vyvolat další vlnu agrese. Možnost vyprovokovat další agresi znamená její stupňování. Agresor už jen svou přítomností podporuje agresivitu protistrany. Je to přirozená snaha o vlastní vítězství, prohru soupeře. Neustále by měl být kladen důraz na dodržování bezpečné vzdálenosti na paži před sebe. Je třeba mluvit bez emocí, nedirektivně. Záchranář by měl zachovávat klid a nadhled a mluvit stručně a srozumitelně. Je třeba, aby záchranář dopředu rozmýšlel, co chce říci a co tím chce dosáhnout. Pokud je třeba aplikovat nějaké léky, je vhodné, aby agresor o nutnosti jejich podání a viděl na jejich přípravu a věděl o jejich indikaci. V případě, že pacient vyjádří potřebu kouřit, je výhodné mu to umožnit pro jeho zklidnění. Dokumentace každého vyjádření násilí se také považuje za vhodnou v případě nutnosti pozdější právní obrany. Záchranář by měl vyhledat po výjezdu psychologickou pomoc v případě, že došlo k napadení nebo vyostření situace (Andršová, 2012, s. 52).

3.2 Napadení

Mnoho typů aktivit by se dalo označit jako agresivní chování. Jedná se o aktivity, jejichž podstatou je tendence napadat, útočit, poškozovat a ničit. Konkrétně se jedná o činy, které mají původ ve frustraci, strachu, v přání vyvolat v někom strach, útěk nebo úsilím prosadit si vlastní záměry a zájmy (Nakonečný, 2007). Uvádí se, že hněv provází hromadění krve zejména do rukou s úmyslem popadnout něco nebo někoho (Bartůňková, 2010).

Existuje mnoho druhů agresivního chování. Některé druhy agresivity dokonce společnost toleruje, někdy dokonce i vyhledává. Jedná se o sport, rychlostní motoristické soutěže, demonstrace. Mezi základní a nejčastější druhy agrese, se kterými se záchranáři mohou setkat, patří agrese verbální, fyzická a psychická. Napadení verbální spočívá v nadávkách, sarkasmu, pomluvách, vulgaritách, ironiích atd. Napadení fyzické, většinou může začínat strkáním nebo narážením, jedná se vždy o nepřiměřený a nepříjemý fyzický kontakt. Psychické napadení má za následek emocionální újmu. Prostředkem psychického napadení bývá napadení verbální, jako je ponižování, nadměrné omezování a šikana. Plynou z nedostatečného uspokojování psychických potřeb a snížené sebekontroly pacienta. (Andršová, 2012, s. 77)

U pacientů existuje mnoho příčin, které u nich mohou vyvolat agresivní chování. Například může být frustrován z nějakého způsobu omezení. Například omezení možnosti pohybu nějakým omezovacím prostředkem vyvolává agresivitu. Stejně tak strach z neznámých věcí a prostředí, nejistota nebo pocit bezmoci, může u pacienta vyvolat neočekávané reakce. Pacient, který trpí bolestí následkem nemoci či zranění, také může vykazovat jisté druhy agrese. Agresivní pacienti jsou ti pacienti, kteří se cítí v ohrožení.

Platí pravidlo, že nejen pacient se může chovat agresivně. Také jeho příbuzní a blízcí mohou být agresory. Pro zvládnutí komunikace a jednání s agresory je třeba dodržovat výše uvedená pravidla komunikace. Dle Haškovcové (2004) by měl každý zdravotník mít na paměti, že agresi může očekávat ve větší míře u pacientů některých rizikových skupin. Patří sem alkoholici, drogově závislí, psychicky alterovaní a psychotici. Nejsilnější stránkou sebeobrany je preventivní předcházení útokům.

3.3 Fyzická sebeobrana

Dle Náchodského (2006), sebeobrana bývá ztotožňována s bojovými sporty. To je velmi úzký, zjednodušený úhel pohledu. Sebeobrana je využívána hlavně k faktickému odvrácení útoku nebo nebezpečí, představovanému činností útočníka. Jde o reálné útoky či hrozbu útoků, skutečně ohrožujících osobní integritu člověka. Sebeobranou tedy rozumíme především ochranu osobní integrity, tedy majetku, cti a osobní svobody. Jde tedy o praktické naplnění zákonných ustanovení, poskytujících společenskou ochranu těchto inputů (Náchodský, 2006, s. 5). „*Sebeobrana je tedy praktickou účelovou disciplínou, která slouží především k ochraně života, zdraví, majetku, cti, osobní a domovní svobody apod.*“ (Náchodský, 2006, s. 5)

Jednání formou nutné obrany je vždy vedeno pouze proti útočníkovi. Je-li útočníků více, je přípustné použít nutnou obranu, proti kterémukoliv z nich. Za útok se podle práva považuje úmyslné protiprávní jednání člověka. Institut nutné obrany vyžaduje výhradně úmyslný útok člověka, jak je definováno zákonem **č. 40/2009 Sb., trestní zákon.**

Záchranář zpravidla neovládá bojové umění, pokud to není jeho koníčkem. Dle Beránka (2013) základní principy technik v sebeobraně by proto měly být jednoduché a snadno použitelné. To je možné, pokud vycházejí z přirozených pohybů lidského těla. Měly by fungovat i tehdy, má-li útočník fyzickou převahu. Mezi doporučené postupy, které se záchranář může relativně rychle naučit a efektivně používat patří minimální bezpečná vzdálenost, komunikační postoj, vstup do útočníka vpádem rukou, zastavovací kop a páka na rameno.

Profesní sebeobrana je přednášena studentům v rámci studijního programu Zdravotnický záchranář jednorázově. Členové výjezdových skupin mohou využít různých krátkodobých kurzů. (Beránek, 2013)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Potřeba sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči

Agresivita jako komplikace při práci záchranářů. Zvládnutí verbální agresivity při práci záchranářů. Zvládnutí fyzické agresivity při práci záchranářů. Zvládnutí psychické agresivity při práci záchranářů.

4.1 Stanovení cílů a úkolů

Jedním z cílů této práce je zjistit výskyt a formu napadání zdravotnického personálu zdravotnické záchranné služby v terénu. V souvislosti s napadáním, je naším cílem zjistit, jaký je postoj personálu zdravotnické záchranné služby k ovládnutí sebeobrany a tím možnosti předcházet nebo omezit vzniku konfliktů. Na základě stanovených cílů, jsme formulovali hypotézy. Cílem provedeného kvantitativního výzkumu je hypotézy ověřit.

4.2 Metodika

K ověření stanovených hypotéz jsme použili formu kvantitativního výzkumu, metodu nestandardizovaného dotazníku pro zjištění informací od zdravotnického personálu zdravotnických záchranných služeb a členů Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb. Jednalo se o uzavřené otázky směřující k zjištění výskytu a způsobu napadení zdravotnického personálu při výkonu jejich práce. Otázky upřesňovaly provázanost napadení na pohlaví. Další otázky také blíže specifikovaly různé formy napadení, od napadení verbálního, psychického, fyzického až po napadení zvířetem. Snažili jsme se zjistit, zda by z pohledu záchranáře byla znalost efektivní sebeobrany přínosem. Respondenty jsme vybrali stratifikovaným výběrem. Anonymní dotazník obsahoval 13 uzavřených otázek, respondenti na ně odpovídali vyznačením jedné odpovědi z možností ano či ne. Poslední, otevřenou otázkou jsme zjišťovali dobu působení jednotlivých respondentů u zdravotnické záchranné služby. Tím jsme alespoň orientačně vymezili období, které mapujeme. Pro validitu výzkumu bylo nutné, aby respondent pracoval u ZZS nejméně půl roku. Nezjišťovali jsme výskyt napadení v konkrétním

časovém období, ale mapovali jsme jeho existenci u záchranářů během výkonu jejich povolání.

Distribuovali jsme dotazník online formou. Přednostmi této moderní formy distribuce je vysoká návratnost, rychlost a pohodlí při vyplňování. Zároveň se jedná o formu šetrnou k životnímu prostředí. Tento výzkum probíhal na konkrétních pracovištích zdravotnických záchranných služeb a u členů KZZZS ČR v období od 1. 1. 2013 do 28. 2. 2013.

Výsledkem (výstupem) této práce pro praxi by mělo být zmapování napadání záchranářů a vhodnost znalostí sebeobranu na poli přednemocniční neodkladné péče. Věříme, že pracovníci záchranné služby jsou v podvědomí veřejnosti jako vysoce kvalifikovaný zdravotnický personál. Samotný zdravotnický personál by neměl při pracovním výkonu podceňovat své okolí a dbát na svou bezpečnost, být trpělivý při jakémkoliv druhu komunikace. Znalosti a schopnosti využití prvků sebeobranu mohou zlepšit kvalitu jejich práce a zvýšit prestiž jejich povolání.

4.3 Hypotézy

Na základě stanovených cílů této práce jsme stanovili hypotézy. Provedeným výzkumem jsme došli k ověření.

- H1: Předpokládáme, že incidence napadení nesouvisí s pohlavím záchranáře.
- H2: Předpokládáme, že nejčastější formou napadení je napadení verbální.
- H3: Předpokládáme, že záchranáři mají zájem o znalosti z oborů sebeobranu.

4.4 Vzorek respondentů

Vzorek respondentů byl vybrán stratifikovaným výběrem. Skupinu respondentů tvořili aktivní pracovníci zdravotnických záchranných služeb České republiky. Oslovili jsme pracoviště ZZS v jednotlivých krajích České republiky, konkrétně Zdravotnickou záchrannou službu Plzeňského kraje, Zdravotnickou záchrannou službu Středočeského

kraje a Zdravotnickou záchrannou službu Libereckého kraje, dále členy Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky. Respondenty byli muži a ženy, kteří jsou členy výjezdových skupin ZZS. Jednotlivé výstupy jsme rozdělili na dvě části podle pohlaví respondentů. Vyřazeny byly dotazníky, ve kterých respondenti uvedli svou dobu činnosti u ZZS menší než půl roku, pro nízkou míru praktických zkušeností. Nutno poznamenat, že i tito respondenti kontakt s napadením uváděli.

4.5 Výsledky dotazníkového šetření

Zde uvedené otázky jsou totožné se zadáním dotazníku (příloha č. 1). Ke každé otázce je vytvořena tabulka a graf.

Celkem jsme zpracovávali 156 dotazníků. Dotazník byl stejný pro všechny respondenty, bez ohledu na pohlaví nebo pracovní zařazení. Jednalo o online dotazník. Vyřadili 10 kusů, protože respondenti uvedli, že pracují u záchranné služby méně než půl roku. Záměrně jsme délku minimální praxe neuváděli jako podmínku pro vyplňování, na začínající záchranáře by to mohlo působit nepříjemně. Za velmi pozitivní považujeme fakt, že několik respondentů požádalo o zpětnou vazbu, chtějí znát výsledky dotazníkového šetření.

Z celkového počtu 146 zpracovávaných dotazníků, bylo 30ks (20,5%) vyplněno na ZZS Pk, dalších 20ks (13,6%) dotazníků bylo vyplněno mezi pracovníky ZZS SČK, 10ks (6,8%) dotazníků bylo vyplněno záchranáři ZZS Lk a zbývajících 86 ks (58,9%) bylo vyplněno členy KZZZS ČR.

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Distribuovali jsme online dotazníky, reagovalo 156 respondentů, 10 dotazníků jsme vyřadili. Zjištěné výsledky jsme zpracovali a některé zaznamenali do grafů pro větší přehlednost ve vzájemných souvislostech. Mezi respondenty bylo 52 žen a 96 mužů. Jako minimální dobu působení u ZZS jsme si určili 0,5 roku. Průměrná doba aktivní činnosti respondentů u ZZS byla 5,9 let.

Podle otázky č. 2 má obavy z napadení celkem 126 dotazovaných (86,3%). Ze 146 respondentů (100%) potvrdilo obavu z napadení 48 žen (92,3%) a 78 mužů (82,9%).

Otázky č. 3, 4, 5

3. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s verbálním napadením (nadávky, vulgarity...)?

- a) ano
- b) ne

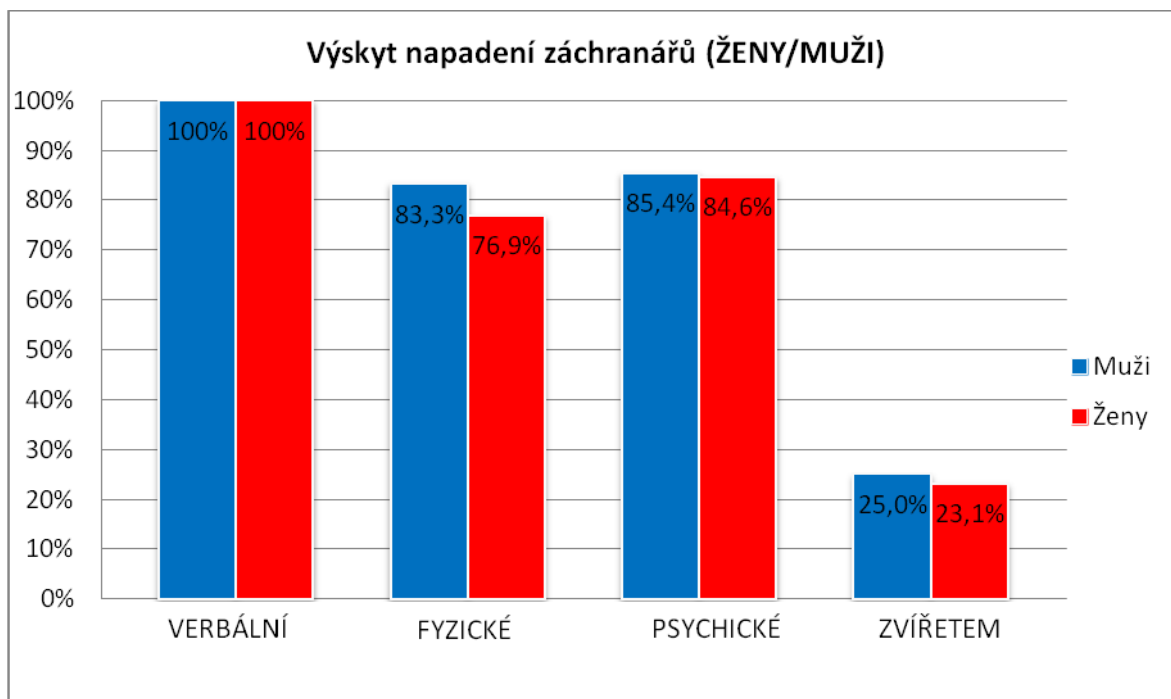
4. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s fyzickou agresí (nepříjemný fyzický kontakt)?

- a) ano
- b) ne

5. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s psychickou agresí (ponižování, urážky, znevažování)?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 1 Hodnocení otázek č. 3, 4, 5



Mezi respondenty bylo 52 žen. Všech 52 respondentek, tedy 100% potvrdilo setkání s verbální agresí při výkonu své práce. S psychickou agresí se setkala 44 (84,6%), respondentek a s fyzickou agresí 40 žen (76,9%). Několik respondentek potvrdilo setkání se více druhy agrese najednou. S napadením zvířetem se setkala 12 respondentek (23,1%).

Mezi respondenty bylo 96 mužů. Všech 96 z dotazovaných mužů se setkala s verbální agresí (100%), 82 z nich se setkala s psychickou agresí (85,4%) a s fyzickou agresí se setkala 80 mužů (83,3%). Někteří respondenti potvrdili setkání s více druhy agrese zároveň. S napadením zvířetem se setkala 24 respondentů (25%).

Tabulka č. 2 Důsledky napadení

	Ošetření	Psycholog, psychoterapeut	Změna prac. zařazení/zaměstnání
Ženy	0,2%	42,3%	0%
Muži	0,1%	14,6%	0,1%

Ošetření potřebovalo 8 (0,2 %) napadených respondentek. 22 (42,3%) z oslovených respondentek, psychologa nebo psychoterapeuta vyhledalo 22 (42,3%) z oslovených respondentek. Žádná z oslovených žen nezvažovala po napadení v souvislosti s výkonem své práce změnu pracovního zařazení nebo zaměstnání.

Ošetření potřebovalo 8 (0,1 %) napadených respondentů, psychologa nebo psychoterapeuta vyhledalo po napadení 14 (14,6%) a 4 (0,1%) oslovených z mužů zvažovali po napadení v souvislosti s výkonem své práce změnu pracovního zařazení nebo zaměstnání.

Otázky č. 10, 11, 12, 13

10. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti VERBÁLNÍ sebeobranu může pomoci lépe předcházet napadení?

- a) ano
- b) ne

11. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti FYZICKÉ sebeobranu může pomoci lépe předcházet napadení?

- a) ano
- b) ne

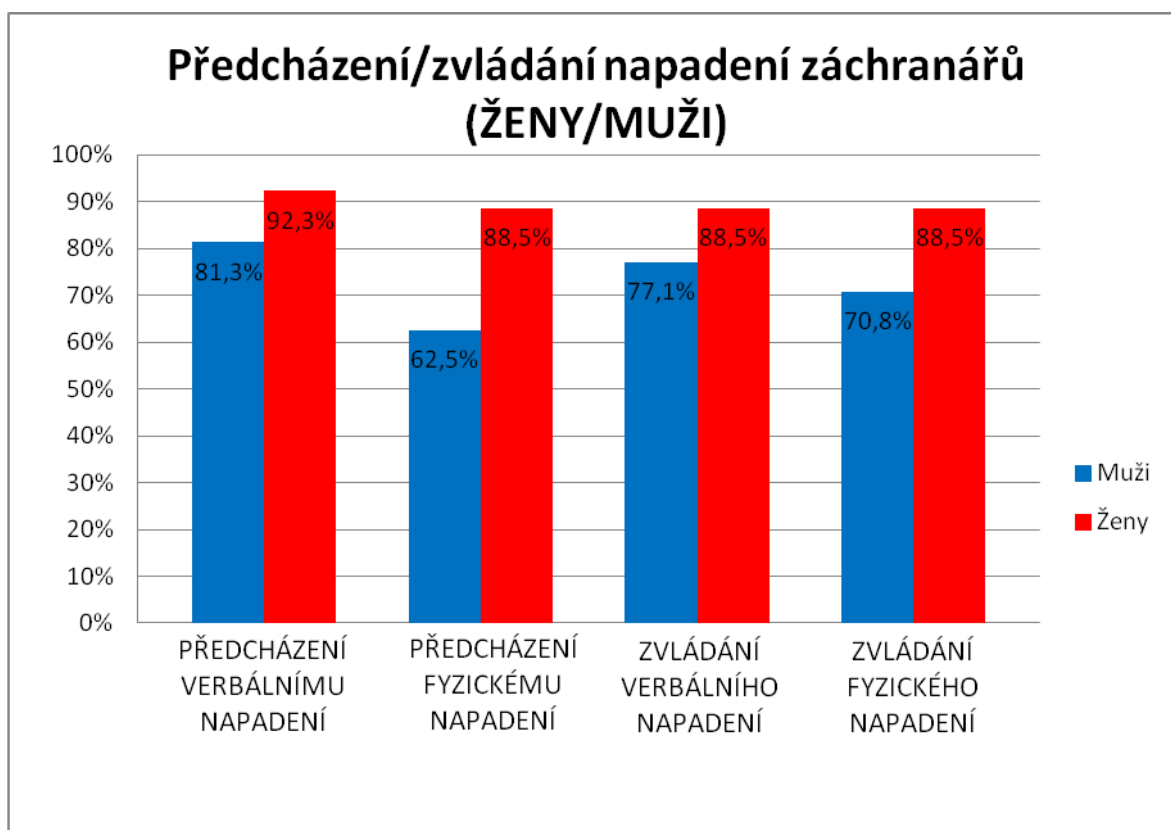
12. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti VERBÁLNÍ sebeobranu může pomoci lépe zvládat napadení?

- a) ano
- b) ne

13. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti FYZICKÉ sebeobranu může pomoci lépe zvládat napadení?

- a) ano
- b) ne

Graf č. 2 Hodnocení otázek č. 10, 11, 12, 13



48 (92,3%) z oslovených respondentek si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti verbální sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení. 46 (88,5%) z oslovených respondentek si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti fyzické sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení.

46 (88,5%) z oslovených respondentek si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti verbální sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení. 46 (88,5%) z oslovených respondentek si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti fyzické sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení.

78 tj. (81,3%) z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti verbální sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení. 60 (62,5%) z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti fyzické sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení.

74 tj. (77,1%) z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti verbální sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení. 68 (70,8%) z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti fyzické sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení.

Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat výskyt a formu napadání zdravotnického personálu zdravotnické záchranné služby v terénu a vyhodnotit možnosti prevence a obrany. V souvislosti s napadáním bylo naším cílem zjistit, zda personál zdravotnické záchranné služby předpokládá, že znalosti z oborů sebeobrany mohou pomoci předcházet či lépe zvládat konfliktní situace. Tyto cíle byly splněny.

Dotazník obsahoval 13 uzavřených otázek a poslední, otevřenou otázku. Otevřená otázka blíže specifikovala délku působení respondenta u záchranné služby. Jako nejdelší doba působení u ZZS bylo respondentem uvedeno 23 let, nejkratší, námi limitovaná, 6 měsíců. V průměru respondenti pracovali u záchranné služby 5,9 let. Dotazník vyplňovali respondenti z vybraných pracovišť zdravotnických záchranných služeb a Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky.

Hypotéza H1: Předpokládáme, že incidence napadení nesouvisí s pohlavím záchranáře.

Ze získaných dat vyplývá, že muži jsou napadáni více než ženy. Mezi oslovenými bylo 94 mužů. Každý z nich se setkal s nějakou z forem napadení při výkonu svého povolání. Z 52 oslovených žen se každá z nich setkala s nějakou z forem napadení. Oproti obecně známým zkušenostem, že agresor si troufá pouze na slabé osamocené a ženy, náš výzkum potvrdil, že tomu tak není. Šetřením byla potvrzena hypotéza číslo 1.

Hypotéza H2: Předpokládáme, že nejčastější formou napadení je napadení verbální.

Četnost napadení slovních výrazně převyšuje počet napadení psychických, fyzických a napadení zvířetem. 146 respondentů uvedlo kontakt s verbálním napadením, 60 respondentů s fyzickým napadením, 63 respondentů s psychickým napadením, 18 respondenti uvádějí setkání s napadením zvířetem. Každý z respondentů kontakt s nějakým z uvedených forem napadení uvedl, nejčastější formou napadení bylo napadení verbální. Hypotéza číslo 2 byla potvrzena.

H3: Předpokládáme, že záchranáři mají zájem o znalosti z oborů sebeobran

Posledním výstupem dotazníkového šetření bylo ověření hypotézy číslo 3. Záchranáři projevili zájem o znalosti z oboru sebeobran. Že připravenost a proškolení v oblasti verbální sebeobran může pomoci lépe předcházet napadení, předpokládá 63 respondentů, 53 respondentů z celkového počtu oslovených respondentů předpokládá, že připravenost a proškolení v oblasti fyzické sebeobran může pomoci lépe předcházet napadení, 60 respondentů předpokládá, že připravenost a proškolení v oblasti verbální sebeobran může pomoci lépe zvládat napadení, 73 respondentů předpokládá, že připravenost a proškolení v oblasti fyzické sebeobran může pomoci lépe zvládat napadení. Ženy mají větší zájem o znalosti z oborů sebeobran. Hypotéza číslo 3 byla potvrzena.

Z televize i z tisku je veřejnost informována o dopravních nehodách, neštěstích, tragických událostech a dalších situacích, kdy bylo třeba zásahu členů integrovaného záchranného systému. Informují o úspěšných zásazích, ale i o akcích s nešťastným koncem. Pozornost věnují také napadení zdravotnických záchranářů při výkonu jejich povolání. Zvláště komerční televize mají takové spoty zpracované velmi detailně.

Ze studia literatury je patrné, že si odborná veřejnost uvědomuje úskalí, jakým jsou záchranáři vystaveni při výkonu svého povolání. Riziko napadení záchranáře, jak jsme již uvedli v teoretické části, je poměrně vysoké. Nevyplývá z předmětu jeho práce nebo třeba z jeho oblečení a chování, ale ze situací, ke kterým je povolán. Pacient a jeho okolí je pod silným emočním tlakem, pod kterým se ne vždy dokáže chovat racionálně.

Dalším, téměř ilustračním příkladem je vznik agrese u pacienta s dušností. Pacient měl tracheostomii, mohl mluvit pouze tehdy, když si tracheostomickou kanylu utěsnil prstem. Snažil se záchranářům říci, ať ho nepokládají na záda, že v této poloze nemůže vůbec dýchat. Říci to nemohl, protože mu neumožnili přiložení prstu na kanylu. Jeho snahy zvedat ruku ke krku vyhodnotila zasahující posádka jako agresivní chování. Zvětšující se dechová tíseň násobila pacientovy síly, jeho pohybům bránili dva záchranáři. V záznamu o výjezdu bylo mimo jiné uvedeno napadení posádky. Pacient zpětně hodnotil svou situaci jako zoufalou, stav bezmoci.

Detailnějším průzkumem napadení záchranářů se zabýval J. Pekara v roce 2005. Jeho studie potvrdila zvýšenou míru výskytu napadení při výkonu povolání záchranáře. Pracoviště prvního kontaktu patří z tohoto pohledu mezi nejrizikovější.

Jednotliví autoři se ve svých pracích zabývají vznikem problematických situací. Popisem jednotlivých událostí, jejich analýzou a následnými doporučenými postupy se snaží záchranářům pomoci předcházet, nebo alespoň lépe zvládat konfliktní události. Velmi přínosnou knihou je „Psychologie a komunikace pro záchranáře“ od A. Andršové. Autorka velmi pěkně, přehledně, účelně a s humorem popisuje konfliktní situace. Její řešení jsou přínosem pro všechny, které daná problematika zajímá. Beránek ve svém článku „Univerzální techniky v sebeobraně – mýtus nebo skutečnost?“ navíc upozorňuje na zvýšenou četnost napadení záchranářů mimo jiné v souvislosti se vzrůstajícím násilím ve společnosti. Upozorňuje na potřebu znalostí sebeobrany. V krizové situaci se záchranář musí umět rychle a správně rozhodovat, bez paniky, ochránit svůj život a zdraví, ale zároveň neublížit. Na kvalitní osvojení základů sebeobrany pro praxi je vhodný, dle Beránka, nejméně jednoletý, metodicky správně vedený výcvik.

Naším výzkumem bylo potvrzeno, že každý z respondentů se při výkonu své práce setkal s nějakou z forem napadení. Žádný z nich nevedl, že by se dosud při práci s agresivitou neseťkal. 100% potvrzení výskytu napadení mezi zdravotnickými záchranáři při výkonu jejich povolání je až alarmující. Můžeme ale s potěšením konstatovat, že většina dotazovaných uvedla, že lepší znalosti z oboru verbální a fyzické sebeobrany mohou pomoci předcházet, nebo lépe zvládat agresivitu, se kterou se setkávají při výkonu svého povolání.

Závěr

Z rozsáhlé historie a vývoje záchranné služby je zřejmá důležitost tohoto oboru. Dnešní propracovaný systém na základě mnoholetých zkušeností poskytuje efektivní péči k ochraně lidského zdraví a života v současných podmínkách.

Touto prací jsme se snažili ozřejmit některá úskalí práce zdravotnického záchranáře, zejména jeho kontakt s agresivním chováním. Práce zmapovala výskyt napadání zdravotnických záchranářů při výkonu jejich povolání. Nikdo z našich respondentů neuvedl, že by se při své práci dosud nesetkal s nějakou formou agresivity.

Agresivita bude, vzhledem k situacím, kde se záchranáři vyskytují, stále součástí jejich práce. Můžeme se snažit působit na chování lidí, ale jak jsme již několikrát uvedli, reakce pod vlivem stresu, bolesti, strachu a omezení jsou často iracionální. Kvalitně a efektivně vedenou komunikací dokáže erudovaný záchranář zamezit většině konfliktů, dokáže uklidnit zúčastněné a předcházet panice.

Znalosti z oborů fyzické sebeobrany mají svou hodnotu mimo jiné v tom, že ten, kdo tyto praktiky ovládá, má větší podíl sebejistoty a nedělá chyby ze strachu nebo z pocitu ohrožení.

Do osnov vyšších odborných škol a vysokých škol v oboru zdravotnický záchranář jsou zařazeny předměty komunikace a sebeobrana. Z vlastní zkušenosti víme, že studenti, hlavně ti z nižších ročníků, věnují pozornost spíše předmětům odborným. Ošetřovatelství, urgentní medicína a medicína katastrof jsou pro ně podstatou studia. Odborné znalosti jsou samozřejmě základem, ale nejen z výsledků naší práce je zřejmé, že záchranář musí umět zvládat konfliktní situace, aby vůbec mohl své odborné znalosti v praxi uplatnit. K tomu by mu měly posloužit znalosti z komunikace a sebeobrany, má-li nějaké.

Musíme mít na paměti, že nejsme proti agresivitě imunní a nevyhneme se jí v soukromém ani profesním životě. Je důležité agresivitě předcházet a vzniklou vyhrocenou situaci správně vyhodnotit a následně zvládnout. Nezbytná je asertivita, sebezprosování respektující práva důstojnost druhých.

Český právní řád, i přes určitou nedokonalost, obsahuje dostatek nástrojů pro ochranu lékařů i dalších zdravotnických pracovníků. Důležitým nástrojem proti násilí je

prevence. Důsledné využívání možnosti ochrany proti agresivním osobám je jejich postih. Zdravotníci by měli trvat na tom, aby jakékoliv napadení, verbální, psychické a fyzické proti jejich osobě bylo náležitě prošetřeno a potrestáno. Většinou k tomu nedochází. Napadání zdravotníci tolerují vzhledem k vypjatosti situací a sami nechtějí absolvovat vyšetřovací maraton.

Věříme, že tato práce bude přínosem pro odbornou i laickou veřejnost. Základem pro řešení problémů je vždy uvědomění si jejich existence.

Seznam použitých zkratk:

EMS – emergency medical service (zdravotnická záchranná služba)

TANR – telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

TAPP – telefonicky asistovaná první pomoc

RV – rendezvous, setkávací systém

RLP – rychlá lékařská pomoc

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

PNP – přednemocniční neodkladná péče

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS Pk – Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

ZZS SČK – Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

ZZS Lk – Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

KZZZS ČR – Komora záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky

LZS – letecká záchranná služba

KZOS – krajské zdravotnické operační středisko

HZS – hasičský záchranný sbor

PČR – policie České republiky

IZS – integrovaný záchranný systém

Seznam použitých zdrojů:

- ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.
- BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2010, 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4618-746.
- BERÁNEK, Václav. Univerzální techniky v sebeobraně - mýtus nebo skutečnost?. *Rescue report*. 2013, XVI., č. 1, s. 29-31. ISSN 1212-0456.
- BOHÁČEK, Pavel. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 18, č. 1, s. 33-34. ISSN 1210 0404.
- BROWN, Pam. *Henry Dunant: der Gründer des Roten Kreuzes*. 1. Aufl. Würzburg: Arena, 1989. ISBN 34-010-4283-1.
- BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 450 s.:. ISBN 978-807-2548-156.
- DIVECKÁ, Elena. Komunikace s pacientem s depresivní epizodou. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2013, roč. 23, č. 2, s. 22-24. ISSN 1210-0404.
- DLABALOVÁ, I. Komunikace je významný profesní nástroj. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2012, VIII, č. 5. ISSN 1801-464x.
- DOSTÁL, Ondřej. Právní ochrana zdravotníka. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 11, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
- ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 368 s. ISBN 80-701-3379-1.

- SAFAR, P et al. *Careers in anesthesiology: autobiographical memoirs*. Park Ridge, Ill.: Wood Library-Museum of Anesthesiology, 1997-, v. <1 >. ISBN 09-614-9329-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.
- HETTNEROVÁ, Magda. Pražská záchranka funguje již 155 let. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2012, VIII., č. 10, s. 40. ISSN 1801-464x.
- HONZÁK, Radkin. Burntout syndrom. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 27-28. ISSN 1210 0404.
- KLEVETOVÁ, Dana. Chápání lidské důstojnosti. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2013, roč. 23, č. 1, s. 21-22. ISSN 1210-0404.
- KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
- J. MÁLEK, A. DVOŘÁK, J. KNOR a kol. První pomoc[online]. Praha, 2010. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/journal/galerie-download/prvnipomoc.pdf>. [cit. 2012-02-17]
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Nebojte se bránit*. Vyd. 1. Praha: Armex, 2006, 336 s. ISBN 80-867-9543-8.
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Teorie sebeobrany*. Vyd. 1. Praha: Armex, 2006, 27 s. Skripta pro střední a vyšší odborné školy. ISBN 80-867-9538-1.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd., v Academii vyd. 1. Praha: Academia, 1997, 437 p. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, 590 s. ISBN 80-200-0689-3.

- NĚMEC, Ivo a Helena STUHLÍKOVÁ. Agresivní pacient. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
- OSIČKA, Josef. *Systém sebeobrany jiu jitsu*. České Budějovice: Nová Forma, 2010, 191 s. ISBN 978-80-87313-71-8.
- POČTA, Jaroslav et al. *Toxické látky, hygiena a bezpečnost práce v chemii*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993, 112 s. ISBN 80-718-4090-4.
- PSENNEROVÁ. *Ostrava v urgentní péči 2011: Sborník přednášek*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978 80 7368 697 0. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/tts/dok/konference/ostrava_v_urgentni_peci_sbornik_2011.pdf
- RÝČ, Bedřich a Veronika PETRŮ. *Sebeobrana na ulici*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-802-4724-409.
- SIGMUND, Drahomír. Co přinesl nový zákon záchranářům?. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2012, VIII., č. 8, s. 41. ISSN 1801-464x.
- SIGMUND, Drahomír. Co přinesl nový zákon záchranářům?. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2012, VIII., č. 9, s. 41. ISSN 1801-464x.
- SIGMUND, Drahomír. Co přinesl nový zákon záchranářům?. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2012, VIII., č. 10, s. 41. ISSN 1801-464x.
- SIGMUND, Drahomír. Co přinesl nový zákon záchranářům?. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2012, VIII., č. 11, s. 39. ISSN 1801-464x.
- SIGMUND, Drahomír. Co přinesl nový zákon záchranářům?. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2012, VIII., č. 12, s. 41. ISSN 1801-464x.
- SIHELSKÁ, Dana. Mobbing - psychický teror na pracovišti. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2007, roč. 10, č. 3, s. 29-31. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://mediprax.cz/um/casopisy/UM_2007_03.pdf

- STILLWELL, Alexander. *The Elite forces manual of mental: how to reach your physical and mental peak*. 1st U.S. ed. New York: Thomas Dunne Books/St. Martin's Griffin, 2006, 192 p. ISBN 978-0312348182.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- *Vyprošťování osob z jednotek požární ochrany*. Praha: Ministerstvo vnitra, 2004. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/bojovy-rad-jednotek-pozarni-ochrany-v-dokumentech-491249.aspx>
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 2009, 11, s. 354-464. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=40/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2011, 131, 4839 - 4848. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=4>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů*. 2011, 131, 4730 - 4801. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Vyrovnávání se podle Kübler-Rossové

Tabulka č. 2 Důsledky napadení

Seznam grafů

Graf č. 1 Hodnocení otázek č. 3, 4, 5

Graf č. 2 Hodnocení otázek č. 10, 11, 12, 13

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro členy výjezdových skupin

Příloha č. 2 Žádost o provedení dotazníkového šetření ZZS SČK

Příloha č. 3 Žádost o provedení dotazníkového šetření ZZS Pk

Příloha č. 1

Dobrý den,

Jmenuji se Šimon Touš a studuji obor Zdravotnický záchranář na Západočeské univerzitě v Plzni. Dostal se Vám do rukou dotazník, díky kterému já získám potřebné informace pro výzkum ve své bakalářské práci na téma:

VÝZNAM SEBEOBRANY V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI.

1. Jste muž nebo žena?

- a) muž
- b) žena

2. Měl(a) jste někdy obavy z agrese při výkonu svého povolání?

- a) ano
- b) ne

3. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s verbálním napadením (nadávky, vulgarity...)?

- a) ano
- b) ne

4. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s fyzickou agresí (nepříjemný fyzický kontakt)?

- a) ano
- b) ne

5. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s psychickou agresí (ponižování, urážky, znevažování)?

- a) ano
- b) ne

6. Setkal(a) jste se někdy v souvislosti s výkonem své práce s napadením zvířetem?

- a) ano
- b) ne

7. Bylo nutné po napadení zdravotní ošetření?

- a) ano
- b) ne

8. Měl(a) jste potřebu o incidentu hovořit s kolegy, nebo dokonce vyhledat pomoc psychologa, psychoterapeuta aj?

- a) ano

b) ne

9. Zvažoval(a) byste po agresi v souvislosti s výkonem své práce o změně pracovního zařazení nebo dokonce zaměstnání?

a) ano

b) ne

10. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti VERBÁLNÍ sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení?

a) ano

b) ne

11. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti FYZICKÉ sebeobrany může pomoci lépe předcházet napadení?

a) ano

b) ne

12. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti VERBÁLNÍ sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení?

a) ano

b) ne

13. Myslíte si, že připravenost a proškolení posádek ZZS v oblasti FYZICKÉ sebeobrany může pomoci lépe zvládat napadení?

a) ano

b) ne

14. Uved'te prosím dobu vaší aktivní činnosti u ZZS

Mnohokrát děkuji, že jste mi věnovali Váš drahocenný čas. Šimon Touš

Příloha č. 2



ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA STŘEDOČESKÉHO KRAJE

Vančurova 1544, 272 01 Kladno
tel.: 312 256 601 fax: 312 256 610
IČ 75030926

Vážený pan
Šimon Touš

19.03.2013

Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Na základě Vaší písemné žádosti souhlasíme s provedením průzkumu metodou dotazníkového šetření na pracovištích ZZS Středočeského kraje pro potřeby zpracování závěrečné bakalářské práce na téma „Význam sebeobrany v přednemocniční péči“. Vyplnění dotazníku zaměstnanci ZZS je zcela dobrovolné a ZZS nebude zajišťovat jejich distribuci ani sběr.

Mgr. Věra Zemanová
náměstek ředitele pro NLZP
ZZS SČK

Zdravotnická záchraná služba
Středočeského kraje
Vančurova 1544, 272 01 Kladno
IČ: 750 30 926 21

Příloha č. 3



Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje

Hlavní sestra ZZS Plzeňského kraje

Bc. Jana Průchová

Věc: Žádost o souhlas k provedení dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na ZZS Pk.

Vážená paní bakalářko,

jmenuji se Šimon Touš a jsem studentem třetího ročníku bakalářského studijního oboru Zdravotnický záchranář fakulty Zdravotnických studií, na Západočeské univerzitě v Plzni.

Obracím se na Vás, s žádostí o povolení k provedení dotazníkového šetření mezi zdravotnickými záchranáři, kteří pracují na zdravotnické záchranné službě v Plzeňském kraji, v rámci mé bakalářské práce na téma „Význam sebeobranu v přednemocniční neodkladné péči.“

Cílem této práce je zmapovat četnost a formu napadání zdravotnického personálu zdravotnické záchranné služby v terénu. Současně zjistit, zda počty napadených jsou v závislosti na pohlaví a funkci. V souvislosti s napadáním, je naším cílem zjistit, zda je personál zdravotnické záchranné služby ochoten zvládat sebeobranu a tím předcházet jakýmkoliv střetům. Výsledky zpracovaných dotazníků jsou samozřejmě anonymní a budou použity pouze a výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Rád bych Vás touto formou požádal o souhlas k provedení tohoto výzkumu mezi členy ZZS na území Plzeňského kraje.

Děkuji.

S pozdravem Šimon Touš

V Plzni dne 14.1.2013

S provedením dotazníkového šetření:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

V Plzni dne
20/1 2013

Bc. Jana Průchová

Podpis
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA
PLZEŇSKÉHO KRAJE ©
301 00, Uřada dr. E. Beneše 19
IČO: 453 33 009

