

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 2014

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 sebeobran 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.
- ŠTENUDD, 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 31. 3. 2014

.....

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, Bc. Rostislavu Klementovi, Lucii Hájkové DiS., Mgr. Miroslavu Karáskovi a zaměstnancům ZZS Pk, ZZS Lk a ZZS SČK za pomoc 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 56, nečíslované 14

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 16 knih, 15 periodik, 6 internetových zdrojů

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

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá agresivním chováním vůči záchranářům při výkonu jejich povolání.

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. V závěru jsme se zabývali charakteristikou záchranáře z pohledu psychologa.

V praktické části je vysledována přímá souvislost mezi výkonem práce záchranáře a agresivním chováním osob. Jsou zde uvedena některá rizika, která podstupují pracovníci zdravotnické záchranné služby v rámci výkonu svého povolání, je vysvětlen vznik krizových situací a z nich plynoucí iracionální chování lidí. Incidence napadení v souvislosti s výkonem povolání záchranáře se potvrdila ve všech sledovaných případech. O jakou formou napadení se jedná, je zde blíže specifikováno. Domníváme se, že efektivní

komunikací v přednemocniční neodkladné péči a znalostí prvků z oblasti sebeobrany je možné snížit riziko útoků a jejich následků.

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 56, unnumbered 14

Number of appendices: 4

Number of litarature used: 16 books, 15 periodicals, 6 internetových sources

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

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	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	22
1.8 Charakteristika záchranáře	24
2. Úskalí přednemocniční neodkladné péče	26
2.1 Náročná dostupnost pacienta	26
2.2 Psychika pacienta v přednemocniční neodkladné péči	27
2.3 Spolupráce záchrané služby	30
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 Sebeobrana	35
3.4 Nutná obrana	35
3.5 Krajní nouze	36
3.6 Přípustné riziko	38
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4. Potřeba sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči	41

4.1	Stanovení cílů a úkolů.....	41
4.2	Hypotézy	41
4.3	Metodika	42
4.4	Vzorek respondentů	43
4.5	Výsledky dotazníkového šetření	43
4.6	Praktická příručka sebeobrany pro záchranáře	50
	Diskuze.....	52
	Závěr	56
	Seznam použitých zkratk:	58
	Seznam použitých zdrojů:	59
	Seznam tabulek.....	63
	Seznam grafů	64
	Přílohy	65

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. To se týká i pracovníků 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 uniform záchranářů „don't shoot (nestřílet)“. Problematika sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči bude nejspíš stále žhavějším tématem.

Hlavními cíli této práce je zmapovat výskyt a formu napadání zdravotnického personálu zdravotnické záchranné služby v terénu. V souvislosti s útoky na záchranáře je naším cílem upozornit na možnosti předcházení střetům efektivními komunikačními technikami a určit možnosti zmírnění dopadů napadení personálu zdravotnické záchranné služby vhodnými technikami sebeobrany.

Teoretická část práce se zabývá historií první pomoci, vznikem a vývojem zdravotnické záchranné služby. Další kapitola upozorňuje na problematiku a úskalí poskytování přednemocniční péče. Jsou zde uvedena některá rizika, která podstupují pracovníci zdravotnické záchranné služby v rámci výkonu svého povolání, je vysvětlen vznik krizových situací a z nich plynoucí iracionální chování lidí. Zdůrazněním významu kvalitní komunikace v přednemocniční neodkladné péči a znalostí základních technik ze

sebeobranu je možné snížit riziko napadení záchranářů, ale také omezit důsledky jejich napadení.

Jsou zde popsány možnosti sebeobranu zdravotníků při setkání s chováním, které směřuje proti nim. V praktické části je definovány cíle výzkumu a jeho metody včetně charakteristiky výběru 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 chtěli objasnit, jak správně reagovat na agresivní chování a v rámci možností mu předcházet, nebo alespoň zamezit jeho stupňování. Práce má poukázat na možnosti využití znalostí z oblasti komunikace a sebeobranu, ukázat příklady využití vhodných technik při napadení v rámci poskytování přednemocniční neodkladné péče v terénu.

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

TEORETICKÁ ČÁST

1. Záchraná služba

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 záchranou službu dnešní doby na základě jejího historického vývoje až do současnosti. Součástí této kapitoly je řízení a organizace dnešní záchrané služby včetně jejího legislativního základu. Na závěr je uvedena charakteristika osobnosti záchranáře.

1.1 Historie první pomoci

Aby se nám podařilo správně definovat a popsat celou zdravotnickou záchranou službu, je třeba znát historii poskytování první pomoci, základního kamene záchrané 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). 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 by měli být schopni ji poskytnout poté, co byli poučeni a vycvičeni.

Určitě není pochyb o tom, že využívání určitých základů ošetřování raněných vojáků a jejich transport 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, zajišťováním 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 zavěšování osob za nohy hlavou dolů a uvolnění hrudníku, nebo válení postiženého po sudu za účelem střídavého tlaku na jeho tělo.

U dalších pokusů o záchranu života se již používala modernější technika. Peter Christian Abilgaard v roce 1775 demonstroval, 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. Těž sestrojil elektrostatický oživovací přístroj. Nikolaj Ivanovič Pirogov během Krymské války zavedl v letech 1853 - 1856 dobrovolnou ošetrovatelskou službu. Použití fixačního sádrového obvazu zavedl lékař Pirogov. Florence Nightingale, zvaná „Dáma s lampou“, je považována za zakladatelku ošetrovatelství (Bydžovský, 2008).

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 patří založení Červeného kříže a podepsání první Ženevské konvence. Zásluhou Henryho Dunanta, zakladatele Červeného kříže, došlo v roce 1864 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 nemocnicí Bellevue v New Yorku založena první městská záchranná služba používající kočáry tažené koňmi.

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).

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, tedy Hvězda života, byl vytvořen v roce 1970. Tento znak byl původně používán jako znak záchranné služby. Léčbu a uzdravování symbolizuje had, který si vine na holi.

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 zdravotník 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 zpracovány nejnovější odborné poznatky ohledně poskytování první pomoci. Jde o první mezinárodní konsensus nad algoritmy resuscitace. Dnes už mezi nejnovější doporučené postupy patří Resuscitation Guidelines 2005 a 2010 (Bydžovský, 2008).

1.2 Zdravotnická záchranná služba

Integrovaný záchranný systém se skládá ze tří základních složek. Zdravotnická záchranná služba a dalšími jsou: Policie České republiky a Hasičský záchranný sbor.

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 a v průběhu jejich transportu do nemocničního zařízení. Na ní navazuje nemocniční neodkladnou péči. V nemocničním zařízení probíhají další ošetření a vyšetření pacienta, potřebná 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 patří mezi činnosti zdravotnické záchranné služby 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 stanovuje 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 při eventuelní součinnosti dalších složek integrovaného záchranného systému. Přítomnost velitele na místě události je nutná s ohledem na koordinaci události, kde musely zasahovat všechny složky integrovaného záchranného systému. Krajské zdravotnické operační středisko spolupracuje s cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče co se týče počtu volných lůžek eventuelně dalších řízení.

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

Po příjezdu na místo události provádí příslušná výjezdová skupina potřebná vyšetření pacienta a poskytuje mu zdravotní péči dle závažnosti jeho zdravotního stavu. 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, eventuelně 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 v případě nebezpečí z prodlení zajistit pacientovi přepravu leteckou záchrannou službou a dále v případě, že přepravu nelze zajistit jinak. Letecká záchranná služba zajišťuje přepravu mezi jednotlivými poskytovateli akutní lůžkové péče, nebo přepravu z místa události k poskytovateli akutní lůžkové péče, kdy během transportu 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. Jejich počet je dán zejména plánem pokrytí území kraje. Tento plán stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území. Rozhodující je, že dostupnost zdravotnické záchranné služby musí být v dojezdové době do 20 minut. Z toho vyplývá, čím hustší pokrytí kraje výjezdovými stanovišti, tím kratší dojezdová doba.

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 projedná příslušný krajský úřad návrh plánu či jeho aktualizaci s bezpečnostní radou kraje. Též si vyžádá i stanovisko Ministerstva zdravotnictví. Tento plán je zpracován poskytovatelem zdravotnické záchranné služby. Tato pravidla jsou dána 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. 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. Může existovat výjimka, že se 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“.

1.6 Organizace zdravotnické záchranné služby

Prostory a mobilní prostředky zdravotnické záchranné služby, které jsou určeny pro poskytování zdravotnické záchranné služby, jsou brány jako zdravotnická 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 sem 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. Jednak to jsou sanitní vozidla, která jsou součástí každé ZZS, dále vrtulníky, motorové čluny a letadla. Všechny tyto pravidla určuje zákon č. 374/2011 Sb., „o zdravotnické záchranné službě“.

Medicínu akutních stavů se zabývají lékařské obory a to 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 ve zdravotnické záchranné službě tříletým pomaturitním studiem 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 vyučovaný na vyšších školách (Bydžovský, 2008).

V práci pozemní záchranné služby se uplatňují dva typy přístupu k řešení každodenních situací. Rozhodující je závažnost stavu pacienta a dosažitelnost nemocničního zdravotnického zařízení. V běžných podmínkách je ideální kompromis obou typů. Jednak typ „stay and play“ (stát a hrát si), kde je prioritou maximum terapie na místě zásahu a až poté transport do nemocničního zařízení, opačným typem tohoto přístupu k pacientovi je přístup: „load and go“ nebo „scoop and run“ (naložit nebo nabrat a běžet), který upřednostňuje jen

nejnutnější 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 staveno 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 tedy nelékařští zdravotničtí pracovníci. Dále definuje zákon **č. 374/2011 Sb.**, „o zdravotnické záchranné službě“.

Výjezdové skupiny se též rozdělují podle typů dopravních prostředků, které využívají ke své přepravě za nemocnými a eventuelně k jejich transportu do zdravotnického zařízení. Rozdělují se na pozemní, které využívají automobilů jak osobních, používaných v systémech rendezvous, tak transportních vozidel, které slouží pro transport pacientů do zdravotnického zařízení. Letecké výjezdové skupiny využívají k transportu pacientů jednak letadel a to na delší vzdálenosti, například mezi státy, vrtulníky využívají pro vnitrostátní dopravu pacientů do zdravotnických zařízení. Výjezdové skupiny vodní využívají pro transport motorových člunů. Nejen pro převoz pacienta z vodní hladiny na břeh, ale i pro vlastní dopravu posádky do chatových oblastí na břehu vodních nádrží 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.

Systém 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 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. V případě RV dojíždí na místo zásahu dvě vozidla, velké transportní s řidičem a záchranářem a osobní se záchranářem a lékařem. Hrozí-li ze situace možnost ohrožení skupiny 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“.

V případě ohrožení výjezdové skupiny a na její žádost, pokud tak výjezdová skupina již nečinila sama, vyšlou dispečeri zdravotnického operačního střediska hlídku 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 hlídka.

1.7 Oprávnění členů výjezdových skupin

Každý člen výjezdové skupiny má svá práva a povinnosti, které jsou jasně dané zákonem o zdravotnické záchranné službě. Každý člen ve službě 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 od fyzických a právnických osob informace nezbytné k poskytnutí péče, pokud to vyžaduje účinná ochrana lidského života. V případě vzniku prokazatelné škody 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 se jedná o 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 soustavou 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 vydáno i s ohledem na nedostatečné 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 svého rozhodnutí.

V situaci, kdy se na místě události sejde více výjezdových skupin, koordinátora činnosti všech skupin 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“.

1.8 Charakteristika záchranáře

Ertlová a Mucha (2008) charakterizují osobu záchranáře tak, že by měl záchranář disponovat efektivním (verbálním i neverbálním) chováním, vysokou mírou sebekontroly, schopností vhledu 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). Již při přípravě na toto povolání si každý člověk uvědomuje, že bude pracovat v nepřetržitém provozu, navíc s možností výjezdu krátce před koncem pracovní doby. Záchranář chce pomáhat nemocným a zraněným lidem, ale v praxi se jedná spíše o neakutní stavy pacientů, chronické pacienty ZZS. Náplň mnoha 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 z 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, v práci u záchranné služby více, protože časem hrozí ztráta profesionálního zájmu

nebo osobního zaujetí, syndrom vyhoření. Je potřeba si toto ohrožení uvědomovat a cíleně mu předcházet.

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 mohli trávit s rodinou, s přáteli. Toto očekávání 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).

V první kapitole jsme vás seznámili s historií, tradicí, funkcí a s aspekty týkající se záchranné služby včetně záchranářů na ní pracujících. Záchranná služba, tak jak ji dnes známe, má dlouholetou tradici. Lidé potřebovali, potřebují a budou potřebovat pomoci ve chvílích, kdy je ohroženo jejich zdraví. Psychologický profil záchranáře současnosti usnadňuje pochopení jejich poslání.

2. Úskalí přednemocniční neodkladné péče

Přednemocniční neodkladná péče, kterou poskytuje zdravotnická záchranná služba, má mnohá úskalí. 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 i fyzická náročnost pracovního výkonu a práce pod velkým psychickým tlakem. Neochota přihlížejících pomáhat, bránění ve výkonu práce, neúcta k autoritám a 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 tomto případě se zapojují do vyprošťování příslušníci hasičského záchranného sboru vybaveni patřičnou technikou. Nesmíme ale zapomínat, že jde o čas, proto občas musí záchranář za pacientem do auta a to i v případě, že ještě není na místě posádka HZS. Může provádět fixaci a vyproštění pacienta z havarovaného vozidla na základě stanovení Bojovým řádem HZS. K výraznému zhoršení zdravotního stavu pacientů paradoxně dochází ve 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, např. za deště, při velkých mrazech, pacient se proboří pod led, nebo se nachází v obtížně přístupném terénu. Personál zdravotnické záchranné služby musí být vybaven a schopen poskytovat přednemocniční neodkladnou péči za všech podmínek, eventuálně požádat pomoc HZS nebo PČR.

Ojedinele 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 svoje okolí. Po příjezdu záchranné služby se nelze dostat do bytu či domu. 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.

2.2 Psychika pacienta v přednemocniční neodkladné péči

Již tak nelehkou práci záchranné služby někdy komplikuje sám pacient svou agresivitou. K agresi 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. Stav společnosti obecně a z něj plynoucí snížené respektování autorit zvyšuje incidenci konfliktů.

Abychom dobře pochopili a poznali osobnost pacienta, je třeba znát pojem „premorbidní osobnost“. Tento pojem popisuje vlastnosti a osobnost pacienta, ještě předtím, než u něj vypukne onemocnění. Nejlépe je znát pacientův temperament, vzdělání, inteligenci, citové reakce, interpersonální vlastnosti osobnosti, apod. Ve většině případů 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) „*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 měly být podávány jednoduché, srozumitelné, několikrát opakované instrukce. V subakutní fázi, která vyjde na povrch až po hodinách či 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, kterými je tento pacient ovládán. 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), repudiacie (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 „worywell“ (sebenepatrnější příznak je zveličován 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).

Stejně tak, jako sám pacient, mohou ztěžovat práci záchranářů jedinci nebo skupiny z okolí. Může dojít k napadení členů posádky ZZS další osobou či osobami. Nebezpečná pro záchranáře jsou také nezabezpečená zvířata, zejména hlídací psi.

Psi, určené k hlídání majetku, jednají na základě instinktů a výcviku. Pochopiv a se zanicením plní svůj úkol chránit dům a svého pána. Bývá obtížné jim vysvětlit, že jejich pán potřebuje pomoc a proto je třeba zvíře bezpečně zajistit pomocí odchytové služby.

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 „vyzlobit“), 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>Všechno 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.

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.

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 vzhledem k nepředvídatelnosti jejich vzniku a průběhu. Jedná se o práci s větším množstvím pacientů najednou. Výraznou roli hrají silné emoce všech zúčastněných, a to jak záchranných složek, tak pacientů. Za tímto účelem se vytvářejí a pravidelně aktualizují traumatologické plány. Traumatologické plány mají krajské úřady 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 vzniku 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 zaúkolování účastníků neštěstí smysluplnými činnostmi s to podle jejich zdravotního stavu, schopností a vlastností.

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 některá z mnoha úskalí při poskytování PNP. Řada z nich má objektivní charakter a ráz a tudíž je nemůžeme ovlivnit. 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 nezískáme, 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 rozružený 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 hlídku PČR nebo hlídku městské policie. 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 signály, kterými lze vyhodnotit míru nebezpečí. Těmi 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. Jednou ze zásad je, vždy si zajistit možnost ústupu a nenechat se „zahnat do kouta“. Zároveň tam nesmí záchranář zahánět 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 (Andršová, 2012).

Neustále by měl být kladen důraz na dodržování bezpečné vzdálenosti. Za bezpečnou vzdálenost lze považovat takovou vzdálenost, ze které útočník na záchranáře nedosáhne. Náchodský (2006a) uvádí jako bezpečnou vzdálenost 120 cm. Tato vzdálenost umožňuje obránci určitou kontrolu nad situací a možnost rychlého ústupu (Náchodský, 2006a). 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 věděl 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 s ohledem na možné zklidnění. Dokumentace každého vyjádřeného 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).

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, útek 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 nepříjemný 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).

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 mít každý zdravotník 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 (Haškovcová, 2004).

3.3 Sebeobrana

„Ochrana práv a oprávněných zájmů fyzických a právnických osob je jedním z nejdůležitějších úkolů státu. Tato práva jsou garantována právním řádem České republiky a zajišťována systémem státních orgánů a orgánů státní správy a samosprávy.“ (Náchodský, 2006a, s. 23). Každý má právo bránit zákonným způsobem svá práva. V určitých situacích může použít přiměřené donucení a násilí.

„Sebeobrana je tedy praktickou účelovou disciplínou, která slouží především k ochraně života, zdraví, majetku, cti, osobní a domovní svobody apod.“ (Náchodský, 2006b, s. 5). Dle Náchodského (2006b), sebeobrana bývá ztotožňována s bojovými sporty. To je velmi úzký, zjednodušený úhel pohledu. Sebeobrana je využívána hlavně k faktickému odvrácení útoku nebo nebezpečí, představovaných činnostmi 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 institutů.

Sebeobrana nachází právní oporu a právní krytí občana především v Trestním zákoníku v tzv. okolnostech vylučujících protiprávnost. Tyto okolnosti jsou zde přesně vymezeny (Náchodský, 2006b).

3.4 Nutná obrana

Trestní zákoník, zákon č. 40/2009 Sb. v § 29 uvádí jako definici nutné obrany, že jde o

(1) *„Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací přímo hrozící nebo trvajících útok na zájem chráněný trestním zákonem, není trestným činem.“*

(2) *„Nejde o nutnou obranu, byla-li obrana zcela nepřiměřená způsobu útoku.“*
Definice zákona č. 40/2009 Sb., „trestní zákoník“.

Zájmem chráněným trestním zákonem se rozumí např. lidský život a lidské zdraví, majetek, osobní svoboda, lidská důstojnost apod.

B. Rýč a V. Petrů uvádějí, že nutná obrana musí být vedena jen proti útočnickovi (útočnickům), nebo jeho (jejich) zájmům a musí být přiměřená. Přiměřenost v nutné obraně znamená, že odpovídá nebezpečnosti a povaze útoku. Nutnou obranou může být způsobena i větší škoda, než jaká hrozila, nesmí však jít o výrazný rozdíl. Aby byla obrana účinná, měla by být vždy silnější než útok. Škodu v nutné obraně lze způsobit pouze na zájmech útočníka, není přípustné zapojit třetí osobu.

Útok je právně vymezen jako úmyslné protiprávní jednání člověka. Útok z právního hlediska musí splňovat tři podmínky. Útokem musí být ohroženy společenské vztahy a zájmy chráněné zákonem. Nesmí se jednat o domnělý útok, tedy útok musí být reálný a musí hrozit nebo trvat. Po ukončení útoku nesmí napadený protivníka, pokud už neútočí, sám napadnout. Nutná obrana nesmí překročit hranice potřebné k odvrácení útoku. Tyto hranice se týkají použití síly, prostředků, ale i času. Přiměřenost obrany se posuzuje podle intenzity útoku a všech dalších okolností. V institutu nutné obrany není nutná podpůrnost, podmínky pro nutnou obranu jsou mírnější. (Rýč, Petrů, 2008).

Nutná obrana neznámá jen pasivní odrážení útoku a ústup, je možné se bránit aktivně, ale obránce se nesmí stát útočníkem. Stane-li se tak, nejedná se o nutnou obranu, ale o nepřiměřenou obranu, tedy opět o trestný čin.

3.5 Krajní nouze

Dle zákona č. 40/2009 Sb. § 28 trestního zákoníku jde o

(1) „Čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, není trestným činem.“

(2) „Nejde o krajní nouzi, jestliže bylo možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobený následek je zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen je snášet.“ Definice zákona č. 40/2009 Sb., „trestní zákoník“.

Institut krajní nouze tedy není nutná obrana. V rámci nutné obrany je jednání směřováno proti útočnickovi působícímu nebezpečí, vždy jde výhradně o úmyslný útok člověka. Jednání v krajní nouzi je škoda působena třetí osobě a nebezpečí může hrozit od člověka, zvířete, ale i při nehodě či živelné pohromě. Vhodné je vysvětlení na konkrétním příkladu. Skupina ozbrojených útočníků požaduje na řidiči vozu ZZS léky a stříkačky. Řidič požadované věci vydá. Způsobí tak škodu ZZS, ale protože se cítil ohrožen na zdraví a životě, jednal v krajní nouzi. Použije-li vůči útočníkům omezovací prostředky, aby chránil majetek, jde o nutnou obranu.

K vymezení pojmu krajní nouze dále patří to, že jde o odvrácení nebezpečí. V krajní nouzi čin vyžaduje podpůrnost. Někdo je dokonce povinen snášet nebezpečí (záchranáři, hasiči, lékaři apod.) a svým jednáním mohou působit jen menší škodu, než je škoda hrozící. Podmínky dané krajní nouzi jsou přísnější. V krajní nouzi nejedná ten, kdo je povinen nebezpečí snášet při výkonu svého povolání.

Soud jako k polehčující okolnosti může přihlídnout zejména k tomu, že trestný čin byl spáchán k odvrácení útoku nebo jiného nebezpečí, aniž byly zcela splněny podmínky nutné obrany nebo krajní nouze, anebo překročil meze přípustného rizika nebo meze jiné okolnosti vylučující protiprávnost.

V krajní nouzi dochází ke střetu dvou zájmů chráněných právem. Jednomu zájmu hrozí porucha, která může být odvrácena pouze poruchou druhého zájmu (např. při zevní masáži srdce dojde ke zlomení žebra pacienta). Vždy se musí jednat v zájmu odvrácení nebezpečí, které hrozí zájmu chráněnému trestním zákonem. Nebezpečí musí hrozit přímo, bezprostředně a nelze je za daných okolností odvrátit jinak. Ten, jemuž nebezpečí hrozí, není povinen je snášet. Následek způsobený odvrácením nebezpečí nesmí být zřejmě stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. Nejsou-li splněny tyto podmínky, nejedná se o krajní nouzi.

Tabulka č. 2 Rozdíly mezi nutnou obranou a krajní nouzí

NUTNÁ OBRANA	KRAJNÍ NOUZE
Útok	Nebezpečí
způsobená škoda útočnickovi samému	škoda způsobená komukoliv, i tomu, kdo je bez viny
přípustnost způsobení i větší škody útočnickovi	škoda musí být zásadně jen menší, aby to mělo vůbec smysl
není nutno hledat jiné způsoby vyhnutí se útoku	je nutno hledat i jiné způsoby, jak se nebezpečí vyhnout

Zdroj: MujGlock. *Www.MujGlock.com* [online]. 2010 [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.mujglock.com/nutna-obrana.html>

3.6 Přípustné riziko

Dle zákona 40/2009 Sb., § 31 trestního zákoníku je dále uvedena možnost přípustného rizika.

(1) „Trestný čin nespáchá, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí nebo poruší zájem chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.“

(2) „Nejde o přípustné riziko, jestliže taková činnost ohrozí život nebo zdraví člověka, aniž by jím byl dán k ní v souladu s jiným právním předpisem souhlas, nebo výsledek, k němuž směřuje, zcela zřejmě neodpovídá míře rizika, anebo provádění této činnosti zřejmě odporuje požadavkům jiného právního předpisu, veřejnému zájmu, zásadám lidskosti nebo se přiči dobrým mravům.“ Definice zákona č. 40/2009 Sb., „trestní zákoník“.

Nutná obrana, krajní nouze a přípustné riziko jsou okolnosti vylučující protiprávnost jednání. Vždy záleží na konkrétní situaci a jejím momentálním, ale i zpětném posouzení a vyhodnocení. Dojde-li k poškození někoho nebo něčeho, bude nařízeno vyšetřování, které bude pravděpodobně probíhat za velkého zájmu médií. Možná bude nutné i soudní řízení. Krom vyřešení osobních dilemat a vyrovnání se se situací má pak záchranná služba také

„reklamu“, o kterou skutečně nestojí. Jedná se o situace výjimečné, ale i s takovými se mohou záchranáři při své práci setkat. Snad jim jen popřát, ať je takových situací co nejméně a jejich řešení jsou co nejméně bolestivá.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Potřeba sebeobrany v přednemocniční neodkladné péči

Situace, ve kterých se posádky zdravotnické záchranné služby nacházejí, jsou velmi často emočně vypjaté. Zátěž, bolest, strach a stres působí změny v chování pacienta, jeho blízkých i lidí z okolí. Jejich chování vůči záchranářům se může stát až agresivním. Záchranáři se stávají terčem nejen verbálních, ale i fyzických útoků. Napadení záchranáře při práci, při výkonu přednemocniční neodkladné péče, může být velmi nepříjemnou komplikací. Pokud dokážou posádky ZZS tuto nepříjemnou komplikaci efektivně řešit, budou se moci více věnovat své důležité a náročné práci.

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 fyzickými útoky je naším cílem určit, jaké jsou možnosti personálu zdravotnické záchranné služby a navrhnout snadno použitelné postupy, jak předcházet nebo omezit vzniku konfliktů. Na základě stanovených cílů jsme formulovali hypotézy. Cílem provedeného kvantitativního výzkumu je určené hypotézy ověřit a dle nich stanovit techniky sebeobrany, které se budou jevit nejúčinnějšími a nejsnáze zvladatelnými pro personál ZZS neškolený v sebeobraně.

- Cíl 1: Zmapovat výskyt útoků na záchranáře při výkonu jejich povolání.
- Cíl 2: Zjistit četnost základních forem útoků na záchranáře při výkonu jejich povolání.
- Cíl 3: Navrhnout postupy na eliminaci dopadů útoků na záchranáře při výkonu jejich práce.

4.2 Hypotézy

Na základě stanovených cílů této práce jsme stanovili hypotézy. Hypotéza číslo 5 byla formulována na základě charakteristiky záchranáře v souvislosti s útoky na jeho osobu. Provedeným výzkumem jsme potvrzovali (vyvraceli) dané hypotézy.

- H1: Předpokládáme, že každý ze záchranářů byl při své práci napaden.
- H2: Předpokládáme, že nejčastější formou napadení je napadení verbální.
- H3: Předpokládáme, že se záchranáři cítí nejvíce ohroženi fyzickým útokem v poloze v kleku.
- H4: Předpokládáme, že záchranáři aktivně sportují a mají dobrou fyzickou kondici.
- H5: Předpokládáme, že dopady útoku na záchranáře nejsou důvodem ke změně zaměstnání nebo pracovního zařazení.

4.3 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 zejména o uzavřené otázky směřující k zjištění výskytu a způsobu napadení zdravotnického personálu při výkonu jejich práce. Otázkami byly rozlišovány různé formy napadení, od napadení verbálního, fyzického až po napadení zvířetem. Snažili jsme se zjistit, v jaké pozici se záchranář cítí nejohroženější. Respondenty jsme vybrali stratifikovaným výběrem. Anonymní dotazník obsahoval 14 uzavřených otázek, respondenti na ně odpovídali vyznačením jedné odpovědi z možností ano/ne nebo výběrem z možností. Poslední, otevřenou otázkou jsme zjišťovali dobu působení jednotlivých respondentů u zdravotnické záchranné služby. 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. 2014 do 28. 2. 2014.

Výsledkem (výstupem) této práce pro praxi by mělo být zmapování napadání záchranářů a navrhnout postupy, které budou napomáhat útoky efektivně řešit. Věříme, že pracovníci záchranné služby jsou v povědomí 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 sebeobrany mohou zlepšit kvalitu jejich práce a zvýšit prestiž jejich povolání.

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. Vyřazeny byly dotazníky, ve kterých respondenti uvedli svou dobu činnosti u ZZS kratší 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). Každá otázka je pro přehlednost graficky znázorněna v některém z grafů mimo bodu č. 15, který jen poskytuje informace pro zlepšení validity výzkumu.

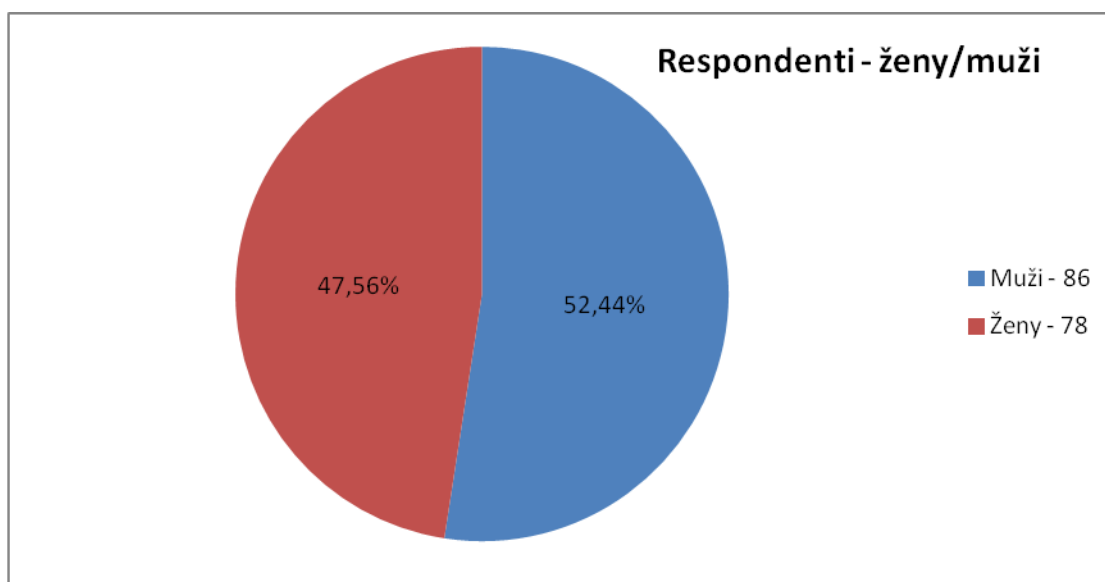
Celkem jsme zpracovávali 180 dotazníků. Dotazník byl stejný pro všechny respondenty bez ohledu na pohlaví nebo pracovní zařazení. Jednalo o online dotazník. Vyřadili jsme 16 kusů, protože respondenti uvedli, že pracují u záchranné služby méně než půl roku. Záměrně jsme délku minimální praxe neuváděli 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 164ks zpracovávaných dotazníků bylo 74 (45,1%) vyplněno na ZZS Pk, dalších 16 (9,75%) dotazníků bylo vyplněno mezi pracovníky ZZS SČK, 10 (6,1%) dotazníků bylo vyplněno záchranáři ZZS Lk a zbývajících 64 (39%) bylo vyplněno členy KZZS ČR.

VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

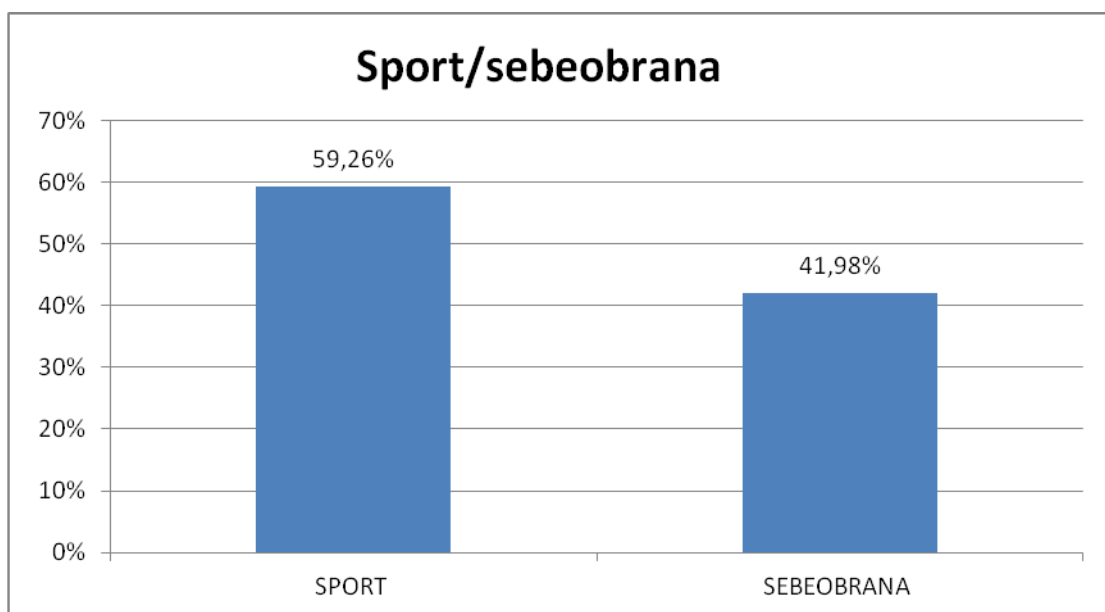
Distribuovali jsme online dotazníky, které vyplnilo 180 respondentů, 16 dotazníků jsme vyřadili. Zjištěné výsledky jsme zpracovali a některé zaznamenali do grafů pro větší přehlednost ve vzájemných souvislostech. Jako minimální dobu působení u ZZS jsme si určili 0,5 roku. Průměrná doba aktivní činnosti respondentů u ZZS byla 10,5 roku.

Graf č. 1 Hodnocení otázky č. 1



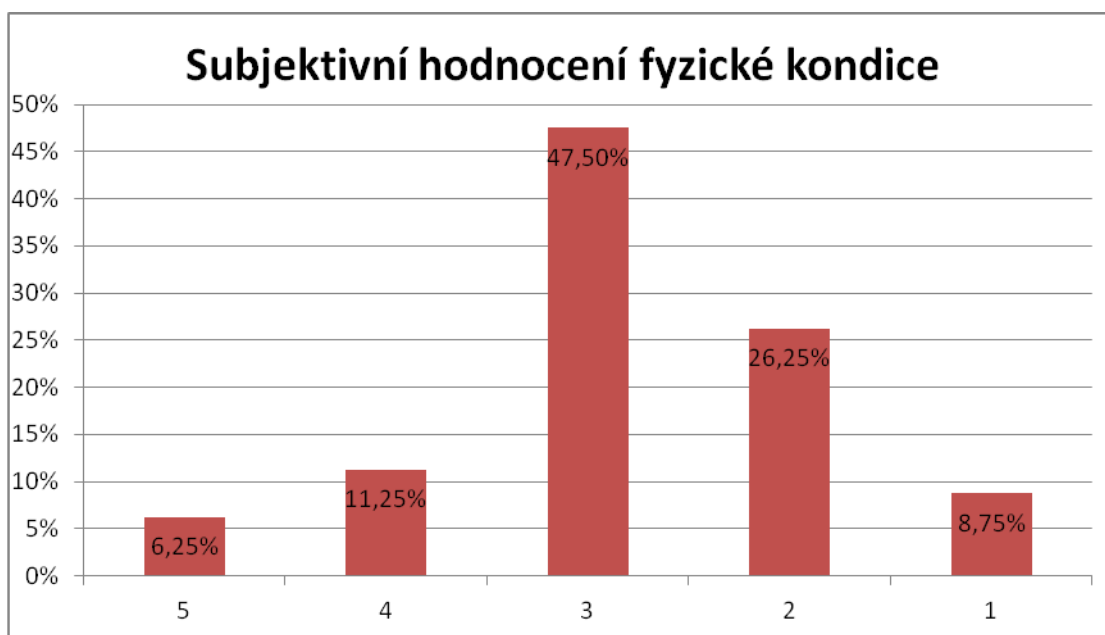
Z odpovědí na otázku č. 1 je patrné, že mezi respondenty bylo 47,56% žen a 52,44% mužů. Zastoupení mužů a žen je téměř souměrné, nedošlo tedy ke zkreslení výsledků subjektivním hodnocením dotazníkového šetření výraznou převahou jednoho z pohlaví.

Graf č. 2 Hodnocení otázky č. 2 a 3



Z odpovědí na otázky č. 2 a 3 plyne, že nadpoloviční většina, 96 dotazovaných, tedy 59,26%, se věnuje aktivně nějaké sportovní činnosti a 68 dotazovaných, tedy 41,98%, se někdy věnovalo, nebo věnuje nácviku sebeobrany. Záchranáři hodnotí svou fyzickou kondici jako dobrou. Více než polovina z dotazovaných se ve volném čase aktivně věnuje sportovním aktivitám a jen o málo více než 2/5 mají znalosti z oboru sebeobrany.

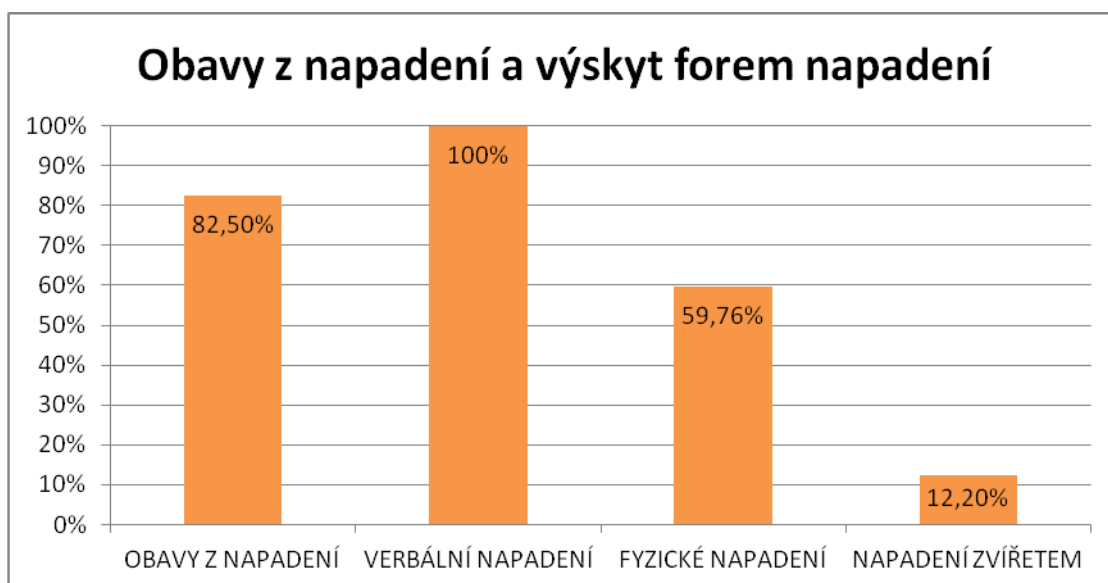
Graf č. 3 Hodnocení otázky č. 4



Graf č. 3 ukazuje, jak záchranáři subjektivně hodnotí svou fyzickou kondici. Většina respondentů, tedy 76 dotazovaných, 47,5%, udává, že jejich fyzická kondice je průměrná a tedy odpovídá hodnocení 3 na stupnici od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Nejlepší fyzickou kondici potvrdilo 14 respondentů tedy (8,75%) a nejhorší 10 respondentů (6,25%).

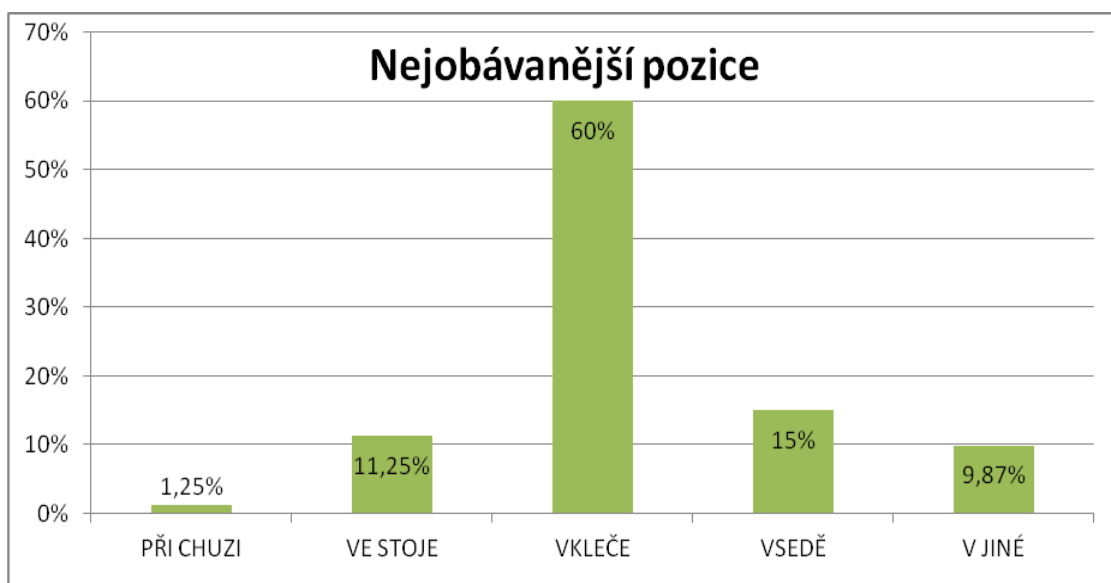
Z toho dále vyplývá, že pokud by se záchranáři měli vzdělávat v sebeobraně, měly by být techniky co nejúčinnější s co nejmenšími nároky na fyzickou kondici.

Graf č. 4 Hodnocení otázek č. 5, 6, 7, 8



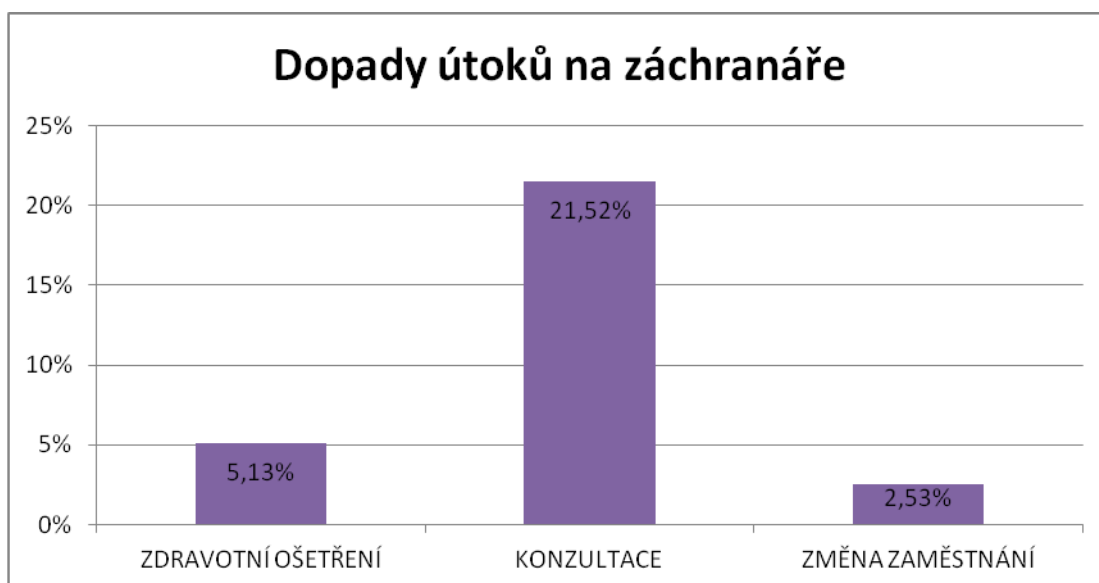
Otázka č. 5 zjišťovala obavy z napadení, které potvrdilo 122 respondentů (82,50%). U otázky č. 6 jsme se dotazovali, zda-li se záchranáři při výkonu svého povolání setkali s projevy verbálního útoku na jejich osobu. Tento fakt potvrdili všichni dotazovaní, 164 respondentů, tedy 100%. Nadpoloviční část, 98 respondentů, tedy 56,76% z dotázaných, uvedlo kontakt s fyzickým napadením. A 20 respondentů, jinak 12,2%, potvrdilo kontakt s napadením zvířetem při výkonu svého povolání.

Graf č. 5 Hodnocení otázky č. 9



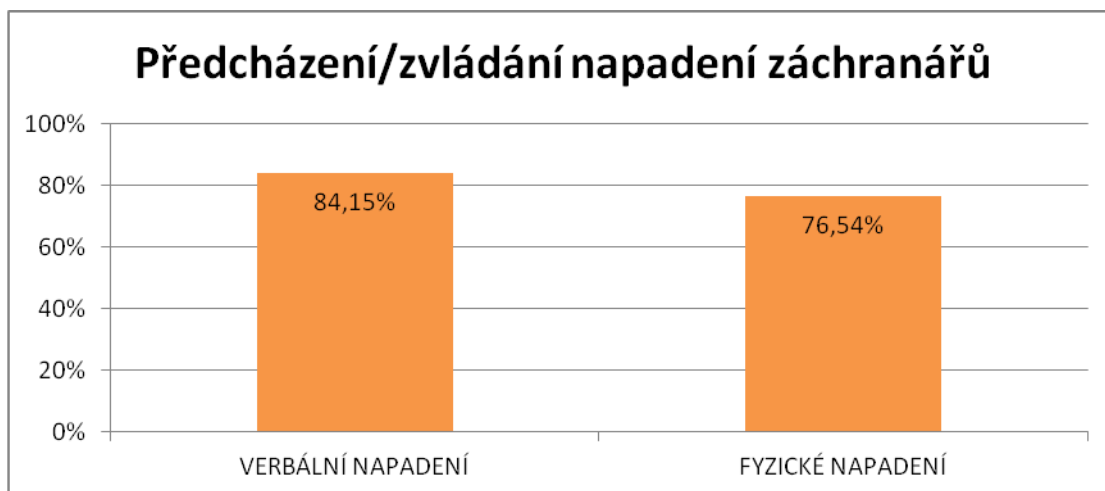
Hodnocení otázky č. 9 ukázalo, že nejvíce záchranářů, 96 dotázaných, tedy 60% z celkového počtu dotázaných, se cítí nejméně bezpečně v pozici vkleče. Je to dáno zejména tím, že je to pozice, ve které se záchranář nachází nejčastěji při vyšetřování a ošetřování pacienta. Toto vyhodnocení nám je přínosem k tvorbě příručky jakožto návodu k fyzické sebeobraně. Viz příloha č. 4.

Graf č. 6 Hodnocení otázek č. 10, 11, 12



Otázky 10, 11 a 12 se dotazovaly na závažnost dopadů útoků na záchranáře. Z odpovědí vyplývá, že zdravotnické ošetření potřebovalo pouze 8 z celkového počtu dotazovaných, tedy 5,13% respondentů. O změně zaměstnání nebo pracovního zařazení po konfliktu zvažovali jen 4 respondenti, tedy 2,53%. Konzultaci s kolegy, psychologem nebo psychoterapeutem potřebovalo 34 respondentů, tedy 21,52%.

Graf č. 7 Hodnocení otázek č. 13, 14



138 dotazovaných, tedy 84,15% z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti verbální sebeobrany může pomoci lépe předcházet nebo zvládat napadení. 124 dotazovaných, tedy 76,54% z oslovených respondentů si myslí, že připravenost posádek ZZS v oblasti fyzické sebeobrany může pomoci lépe předcházet nebo zvládat napadení.

4.6 Praktická příručka sebeobrany pro záchranáře

Základní principy technik v sebeobraně by měly být jednoduché a snadno použitelné. 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, zamezení útoku vsunutím svých rukou mezi útočnickovy ruce a páka na rameno.

V této příručce jsou zahrnuty 4 modelové situace. Tyto situace vycházejí z nejčastějších pozic, ve kterých se záchranář nachází a cítí se ohrožen při výkonu svého povolání. Tyto pozice byly vybrány na základě informací získaných od samotných záchranářů.

K těmto pozicím byly přiřazeny určité přístupy útočníka. Jedná se vždy o napadení mírnějšího charakteru, tedy napadení bez použití zbraně. Na základě těchto útoků byly

použity sebeobránné techniky, které mají co nejmenší nároky na fyzickou kondici záchranáře a nejsou technicky náročné na zvládnutí. Uvedené techniky jsou do určité míry univerzální. Cílem jejich použití je převzetí kontroly nad situací napadeným a tím předejití vzniku újmy na zdraví či životě.

Jedním z výstupů pro praxi této bakalářské práce bylo vypracování Praktické příručky sebeobrany pro záchranáře (viz příloha č. 4).

Diskuze

Cílem této práce bylo zmapovat výskyt a formy napadání personálu zdravotnické záchranné služby v terénu a vyhodnotit možnosti prevence a obrany proti těmto útokům. V souvislosti s fyzickými útoky jsme zjišťovali, v jaké pracovní pozici se personál zdravotnické záchranné služby cítí nejvíce útoky ohrožen a dále, jak hodnotí svou fyzickou kondici. Jako jeden z výstupů pro praxi byly navrženy prvky z oboru sebeobrany, které mohou pomoci záchranářům předcházet či lépe zvládat konfliktní situace. Tyto cíle byly splněny.

Dotazník obsahoval 14 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 35 let, nejkratší, námi limitovaná, 6 měsíců. V průměru respondenti pracovali u záchranné služby 10,5 roku. Dotazník vyplňovali respondenti z vybraných pracovišť zdravotnických záchranných služeb a Komory záchranářů zdravotnických záchranných služeb České republiky.

Hypotéza H1: Předpokládáme, že každý ze záchranářů byl při své práci napaden.

Ze získaných dat vyplývá, že každý ze záchranářů se při výkonu své práce setkal s nějakou formou útoku. Mezi oslovenými bylo 86 mužů. Každý z nich se setkal s nějakou z forem napadení při výkonu svého povolání. Ze 78 oslovených žen se každá z nich setkala s nějakou z forem napadení. Oproti obecně známým zkušenostem, že agresor si troufá více na slabé, osamocené a ženy, náš výzkum potvrdil, že tomu tak není, každý ze záchranářů byl při své práci napaden. Šetřením byla potvrzena hypotéza číslo 1.

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

Četnost napadení slovních je početně vyšší než počet napadení fyzických a napadení zvířetem. 164 respondentů uvedlo kontakt s verbálním napadením, 98 respondentů s fyzickým napadením, 20 respondentů uvádí napadení zvířetem. Každý z respondentů kontakt s nějakou

z uvedených forem napadení uvedl, nejčastější formou napadení bylo napadení verbální. Hypotéza číslo 2 byla potvrzena.

Hypotéza H3: Předpokládáme, že záchranáři se cítí nejvíce ohroženi fyzickým útokem v pozici v kleku.

Dalším z výstupů dotazníkového šetření bylo ověření hypotézy číslo 3. Určili jsme 4 základní pozice, ve kterých se záchranář při výkonu své práce, tedy poskytování přednemocniční neodkladné péče, nachází. V dotazníku respondenti označovali pozici, ve které se cítí nejvíce ohroženi fyzickým napadením. Pro naše šetření nebylo podstatné, zda se jedná o osobní nepříjemnou zkušenost, nebo jde jen o subjektivní pocit ohroženosti. 2 respondenti se cítí nejvíce ohroženi při chůzi, 18 respondentů určilo jako nejohroženější svou pozici ve stoje, 96 z celkového počtu oslovených respondentů určilo jako nejméně chráněnou pozici v kleče, 24 respondentů pozici vsedě a 16 z respondentů si vybralo možnost e) jiná, než vyjmenované pozice. Hypotéza číslo 3 byla potvrzena.

Další informací vyplývající z odpovědí na otázku číslo 9 je ověření výběru pozic. Pouze 16 respondentů z celkového počtu 154 dotázaných se cítí nejohroženěji v pozici e) jiná, než byly pozice nabídnuté.

Hypotéza H4: Předpokládáme, záchranáři aktivně sportují a mají dobrou fyzickou kondici.

Je obecně známo, že práce záchranáře není sedavé zaměstnání. Podkapitola 2.1 pojednává o obtížné dostupnosti pacienta. Z těchto základních faktů vyplývá, že každý ze záchranářů musí disponovat alespoň nějakou fyzickou kondicí, aby mohl zvládat svou práci. Z dotazníkového šetření vyplynulo, kolik procent respondentů se ve volném čase věnuje sportovním aktivitám a kolik z nich se někdy věnovalo (nebo věnuje) nácviku sebeobraně. Nadpoloviční část respondentů, 59,26 %, potvrdila, že ve volném čase aktivně sportuje. 41,98% respondentů uvádí, že se věnovalo, nebo věnuje sebeobraně. Toto procento není příliš vysoké. V otázce č. 4 z dotazníku se jedná jen o subjektivní hodnocení, ale jeho význam spočívá v tom, že sám záchranář nejlépe ví, jak snáší běh do schodů nebo nošení zátěže. Hodnocení bylo jako ve škole, 14 respondentů se ohodnotilo známkou 1 – výborná fyzická

kondice, 42 respondentů známkou 2 – velmi dobrá, 76 respondentů známkou 3 – dobrá fyzická kondice, 18 respondentů si dalo hodnocení 4 – dostatečná fyzická kondice. Pouze 10 ze všech dotázaných hodnotilo svou fyzickou kondici jako nedostatečnou. Průměrné hodnocení bylo 3. Hypotéza číslo 4 byla potvrzena.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že dopady útoků na záchranáře nejsou důvodem ke změně zaměstnání.

Z již dříve citovaného trestního zákoníku vyplývá, že zástupci určitých povolání jsou při práci povinni nebezpečí snášet. Stejně tak z psychologického profilu záchranáře je patrné, že tito lidé jsou ochotni hodně obětovat, aby mohli dobře vykonat svou práci. Dotazníkové šetření potvrdilo 100% incidenci nějaké formy útoku na záchranáře při poskytování přednemocniční neodkladné péče. I přes nutnost vyhledat zdravotní ošetření (5,13% respondentů) a potřebu o incidentu hovořit (21,52% respondentů), uvažovalo o změně zaměstnání jen 2,53% respondentů. Hypotéza číslo 5 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 také o akcích s nešťastným koncem. Pozornost věnují také napadení zdravotnických záchranářů při výkonu jejich povolání. Zvláště komerční televize mají takové spoty zpracovány 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. Nevyplyvá 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, jako 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 pomoci záchranářům předcházet, nebo alespoň lépe zvládat konfliktní události. Velmi přínosnou knihou je „Psychologie a komunikace pro záchranáře“ od A. Andršové (2012). Autorka velmi pěkně, přehledně, účelně a s humorem popisuje konfliktní situace. Její řešení jsou přínosem pro všechny, které daná problematika zajímá.

Naším výzkumem bylo potvrzeno, že každý z respondentů se při výkonu své práce setkal s nějakou formou napadení. Žádný z nich nevěděl, 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 i přes agresivitu, se kterou se setkávají při výkonu svého povolání, neuvažovali o změně svého zaměstnání.

Závěr

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

Touto prací jsme se snažili ozřejmit některá úskalí práce zdravotnického záchranáře, zejména jeho kontakt s agresivním chováním. Cílem této práce bylo zmapování četnosti a forem napadání zdravotnických záchranářů při výkonu jejich povolání. Nikdo z našich respondentů neuvedl, že by se při své práci dosud nesetkal s nějakou formou napadení.

Byly určeny základní formy napadení a naším druhým cílem bylo zjistit jejich četnost. Jako nečastější formu útoku uvedli respondenti verbální napadení, každý z našich respondentů se s ním při své práci setkal. Nadpoloviční většina respondentů uvádí, že se při své práci setkala s fyzickým útokem. Nejmenší procento respondentů bylo napadeno zvířetem.

Na základě splnění cíle č. 2 bylo možno přistoupit k cíli č. 3, k navržení postupů na eliminaci dopadů útoků na záchranáře. Agresivita bude, vzhledem k situacím, v nichž se záchranáři nacházejí, stále součástí jejich práce. Můžeme se snažit výchovně 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.

Do osnov vyšších odborných škol a vysokých škol v oboru zdravotnický záchranář jsou zařazeny předměty psychologie, 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 jak psychologie, tak z komunikace a sebeobran, proto je potřeba věnovat těmto předmětům ze strany studentů větší pozornost.

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, sebeprosazování respektující práva a důstojnost druhých.

Znalosti prvků z 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.

V souladu s výstupy šetření jsme proto vytvořili jednoduchou, snadno pochopitelnou a účinnou příručku, která by měla pomoci záchranářům lépe zvládat fyzické útoky při výkonu jejich povolání. Reakce na útok nevyžadují zvláštní fyzickou připravenost ani trénovanost, dají se snadno naučit. Obsah příručky je přehledný a její formát umožňuje její umístění například na nástěnce na každém výjezdovém stanovišti, každému ze záchranářů denně na očích. Je to jedna z cest, jak si potřebné praktiky relativně snadno osvojit a konfliktní situace lépe zvládat. Naučenými vzorci chování a jednání lze předcházet či omezit napadení, což vede ke snížení důsledků útoků na záchranáře.

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 i fyzické, proti jejich osobě bylo náležitě prošetřeno a potrestáno. Většinou k tomu nedochází. Napadení zdravotníci útoky vůči svým osobám 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. Dalším krokem je pak hledání možných řešení, kam patří také prevence. Způsoby ochrany života, zdraví a osobní svobody jsou vždy aktuálním tématem. Čím více znalostí z této oblasti budeme mít, o to lépe se nebezpečným situacím dokážeme vyhnout, nebo alespoň omezit jejich důsledky.

Seznam použitých zkratek:

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.
- 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. (A)
- NÁCHODSKÝ, Zdeněk. *Teorie sebeobrany*. Vyd. 1. Praha: Armex, 2006, 27 s. Skripta pro střední a vyšší odborné školy. ISBN 80-867-9538-1. (B)
- 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 Rozdíly mezi nutnou obranou a krajní nouzí

Seznam grafů

- Graf č. 1 Hodnocení otázky č. 1
- Graf č. 2 Hodnocení otázek č. 2 a 3
- Graf č. 3 Hodnocení otázky č. 4
- Graf č. 4 Hodnocení otázek č. 5, 6, 7 a 8
- Graf č. 5 Hodnocení otázky č. 9
- Graf č. 6 Hodnocení otázek č. 10, 11 a 12
- Graf č. 7 Hodnocení otázek č. 13 a 14

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. 4 Praktická příručka sebeobranu pro záchranáře

Příloha č. 1

Dobrý den,

jmenuji se Šimon Touš a studuji obor Zdravotnický záchranář na Západočeské univerzitě v Plzni. Věnujte prosím pár minut vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci. Dotazník je určen pro pracovníky ZZS. Práce na téma:

VÝZNAM SEBEOBRANY V PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÉ PÉČI.

1. Jste muž nebo žena?

- a) muž b) žena

2. Věnujete se ve svém volném čase aktivně sportu?

- a) ano b) ne

3. Věnoval(a) jste se někdy nácviku sebeobran?

- a) ano b) ne

4. Jak hodnotíte svou fyzickou kondici? (hodnocení: 1 – výborná až 5 – nedostatečná)

- 1 2 3 4 5

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

- a)ano b)ne

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

- a) ano b) ne

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

- a) ano b) ne

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

- a) ano b) ne

9. Uveďte prosím v jaké pozici, ve které se při výkonu vašeho povolání cítíte nejvíce ohroženě (i více možností):

- a) při chůzi b) ve stoje c) v kleče d) v sedě e) jiná

10. Bylo nutné po napadení zdravotní ošetření?

- a) ano b) ne

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

a) ano b) ne

12. Zvažoval(a) jste po agresí v souvislosti s výkonem své práce o změně pracovního zařazení nebo dokonce o změně zaměstnání?

a) ano b) ne

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

a) ano b) ne

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

a) ano b) ne

15. Uveďte 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.

Obrať 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 sebeobrany 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
Jana Průchová
Podpis
ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ
SLUŽBA
PLZEŇSKÉHO KRAJE ©
301 00, třída dr. E. Beneše 19
IČO: 453 33 008

Příloha č. 4




**PRAKTICKÁ PŘÍRUČKA
SEBEOBRANY PRO ZÁCHRANÁŘE**

autor:
Šimon Tous

spolupracovali:
odborný poradce Jan Landa, trenér Muay Thai a MMA

dále spolupracovali:
Jan Žemlička, Lucie Hájková DiS.,
Bc. Rostislav Klement, Mgr. Václav Merhout



V případě připomínek nebo zájmu o další informace...
E-mail: kick76@seznam.cz, simon.tous@gmail.com



**PRAKTICKÁ PŘÍRUČKA
SEBEOBRANY PRO ZÁCHRANÁŘE**



SITUACE Č. 1

ZÁCHRANÁŘ, KTERÝ JE V MÍRNÉM PŘEKLONU, JE NAPADEN ZE ZADU UCHOPENÍM ZA ODEV.



NAPADENÝ SE OTÁČÍ ZA SVOU LEVOU RUKOU, KTEROU VKLÁDÁ MEZI RUCE ÚTOČNÍKA A FIXUJE TÍM TAK LEVOU RUKU ÚTOČNÍKA.



ZÁCHRANÁŘ SE OTÁČÍ K ÚTOČNÍKOVÍ ČELEM, DÁLE FIXUJE JEHO RUKU A ODTAHOJE ÚTOČNÍKA ZA JEHO BRADU OD SEBE.



ZÁCHRANÁŘ PRAVOU RUKOU FIXUJE LEVÉ RAMENO SOUPĚRE A LEVOU RUKOU FIXUJE LEVOU RUKU ÚTOČNÍKA UCHOPEM ZÁPESTÍ.



TOUTO FIXACÍ VZNIKÁ PÁKA NA ÚTOČNÍKOVU RAMENO. ZVÝŠENÍM TLAKU NA RAMENO ÚTOČNÍK KLESÁ VÍCE K ZEMI A STÁVÁ SE TAK SNÁZE OVLADATELNÝM.



PRAKTICKÁ PŘÍRUČKA

SITUACE Č. 2

ZÁCHRANÁŘ JE NAKLONĚN NAD PACIENTEM, KTERÝ LEŽÍ. Z TĚTO POZICE PACIENT ZÁCHRANÁŘE NAPADÁ.



ZÁCHRANÁŘ VKLÁDÁ SVOU PRAVOU RUKU MEZI RUCE ÚTOČNÍKA...



...A DÍKY POHYBU BOKEM VPŘED SNADNO UCHOPÍ ÚTOČNÍKOVÍ RUCE A TÍM JE ZAFIXUJE NA SVÉ HRUDI.



ZÁCHRANÁŘI SE TAK UVOLNÍ JEHO PRAVA RUKA.



PRO ZÁCHRANÁŘE

SITUACE Č. 3



ZÁCHRANÁŘ JE NAPADEN ŠKRCEM PŘI DŠETŘOVÁNÍ PACIENTA NEBO PŘI PŘÍPRAVĚ POMŮCEK Z BATOHU.



ZÁCHRANÁŘ UCHOPÍ ÚTOČNÍKOVU RUKU, KTEROU JE ŠKRCEN, OBĚMA SVÝMA RUKAMA A ZVEDÁ DO POSTOJE.



Z POSTOJE PŘED ÚTOČNÍKEM ZÁCHRANÁŘ PŘECHÁZÍ DO POSTOJE VEDLE ÚTOČNÍKA. ZÁCHRANÁŘ SE SNAŽÍ SVOU PRAVOU NOHU DOSTAT ZA ÚTOČNÍKA, CO NEJBLÍŽE K JEHO NOZE PRAVĚ.

PRAKTIČKÁ PŘÍRUČKA

SITUACE Č. 3



DÁLE ZÁCHRANÁŘ PROVEDE OTOČKU V PRAVOU A ZATLACÍ NA ÚTOČNÍKA.



ÚTOČNÍK PŘEPADÁVÁ PŘES PRAVOU NOHU ZÁCHRANÁŘE.



LEVÝM KOLENEM ZÁCHRANÁŘ ZAKLEKNE NA ÚTOČNÍKOVĚ HRUDNÍKU A PŘEBÍRÁ NAD SITUACÍ KONTROLU.

SEBEOBRANY PRO ZÁCHRANÁŘE

SITUACE Č. 4



ÚTOČNÍK ZE ZADU STRKÁ DO ZÁCHRANÁŘE A TÍM HO NARÁŽÍ NA ZEĎ (SANITNÍ VOZIDLO).



ZÁCHRANÁŘ VEDE KOP DO ÚTOČNÍKOVĚ ROZKROKU, COŽ UVOLNÍ SÍLU ÚTOČNÍKOVĚ UCHOPU.



ZÁCHRANÁŘ POSTUPNĚ STRHÁVÁ SVÝMA RUKAMA ÚTOČNÍKOVĚ RUCE SMĚREM DOLŮ, ČÍMŽ SE UVOLNUJE Z ÚTOČNÍKOVĚ DRŽENÍ.



ZÁCHRANÁŘ DRŽÍ OBĚ ÚTOČNÍKOVĚ RUCE A OTOČÍ SE CELÝM TĚLEM VLEVO, KOD LŽE ÚTOČNÍKA UHODIT PRAVÝM LOKTEM.

PRAKTIČKÁ

SITUACE Č. 4



ZÁCHRANÁŘ CHYTÁ OBĚMA RUKAMA ÚTOČNÍKA ZA KRK A HLAVU A STAHOJE HO K ZEMI, KDE ZAKLEKÁ ÚTOČNÍKOVĚ LEVÝM KOLENEM NA HRUDNÍK A PŘEBÍRÁ KONTROLU NAD SITUACÍ.

PŘÍRUČKA SEBEOBRANY