

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou v
Jihočeském kraji**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Marek Slabý

Autor: Pavla Urbanová

Datum odevzdání: 17. 9. 2009

Abstrakt

Experience public with Medical rescue service in a South-Bohemian region

The objective of the presented work is to monitor the experiences of the public with the Medical Rescue Service of the South Bohemian Region. The mapping out of the experiences of the receivers of the care themselves concerning the attitudes, the access to relevant information and trust in the team of the Medical Rescue Service of the South Bohemian Region is a way to detect and evaluate the actual most frequent mistakes and omissions of the medical team in urgent and demanding situations.

Three hypotheses have been outlined: H1: The respondents are satisfied with the level of communication with medical rescue service staff. H2: The emergency calling headquarters of the medical rescue service provide the calling person with precise and comprehensive information aimed at lay pre-hospital emergency care. H3: The respondents have had good experience with the attitudes of the medical rescue service staff. All three hypotheses have been confirmed.

This quantitative study has been based on random choice. The data have been collected under the use of an anonymous questionnaire. The research was targeted at general public.

It can be concluded that people of different age, sex and standard of education make use of the medical rescue service. An enormous trust into the staff members of the medical rescue service is a general phenomenon. For most people being in the acute condition of health Danger a rescue staff member represents a guarantee of their life-saving. The members of rescue teams are thus obliged to treat the rescued patients in a way, which would keep their image in the general public high and untarnished. As a result of this finding it seems essential to pay due attention even to borderline results in the sense of presenting the rescue team accordingly and offering a second call to the operation emergency centre (telephone line 155) by the appropriate operation emergency centre staff member.

I would appreciate if this paper could be used for a subsequent more detailed study in this field. I would recommend a training of rescue workers in the techniques

of specialized communication. The presented results could also find use in helping the rescue service team member as well as the trainees in this sector of medical services to acquire a better insight into their profession.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou v Jihočeském kraji vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Na tomto místě děkuji především MUDr. Markovi Slabému, za vedení mé práce a čas, který mi věnoval.

Děkuji také veřejnosti v Jihočeském kraji za jejich ochotu a spolupráci na mé výzkumné práci a všem blízkým za jejich pomoc a podporu.

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Zdravotnická záchranná služba	9
1.2 Přednemocniční neodkladná péče	10
1.3 Zdravotnický záchranář	11
1.3.1 Vzdelávání zdravotnických záchranářů	11
1.3.2 Osobnost zdravotnického záchranáře	12
1.4 Zdravotnické operační středisko (Dispečink)	13
1.4.1 Funkce zdravotnického operačního střediska	13
1.4.2 Druhy hovorů na tísňové lince	14
1.4.3 Možnost volby tísňové linky	14
1.4.4 Zásady rozhovoru na tísňové lince	15
1.4.5 TAPP	16
1.4.6 TANR	16
1.5 Typy výjezdových skupin ZZS	17
1.5.1 Výkony zabezpečené mobilní částí ZZS	18
1.6 Přístup ke klientovi	19
1.6.1 Anamnéza	19
1.7 Komunikace ve zdravotnické péči	20
1.7.1 Verbální komunikace	20
1.7.2 Neverbální komunikace	21
1.7.3 Vlivy narušující komunikaci	21
1.8 Zásady rozhovoru ve zdravotnictví	21
1.8.1 Komunikace s rodinou klienta	22
1.8.2 Komunikace s pacientem	22
1.8.3 Informovaný souhlas	23
2. Cíl práce a hypotézy	25
2.1 Cíl práce	25

2.2 Hypotézy práce	25
3. Metodika	26
3.1 Metody a techniky sběru dat	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	26
4. Výsledky	28
5. Diskuze	42
6. Závěr	51
7. Klíčová slova	53
8. Seznam použitých zdrojů	54
9. Přílohy	57

ÚVOD:

Motto: „*Zkušenost dělá lidi opatrnými.*“ (Walter von der Vogelweide)

Toto téma jsem si vybrala, protože mě upoutala myšlenka zmapovat a sumarizovat zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou. Zajímají mě postřehy a názory od samotných příjemců péče. Tito lidé mohou svými názory odhalit skrytý náhled na pomyslnou druhou stranu, z níž lze snadněji vytyčit do popředí případné nedostatky v profesionálním přístupu a komunikaci zdravotnické záchranné služby v průběhu poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje ročně zasahuje u mnoha různých případů, např. stavů ohrožení života, nebezpečí náhlé smrti, ohrožení sebe nebo svého okolí. Odehrávají se v atmosféře stresu, hrozícího nebezpečí, časové tísně i ohrožení života. Z tohoto důvodu je důležitá cílená a srozumitelná komunikace mezi zdravotnickou záchrannou službou a klientem. Rovnocenný význam, který můžeme sami ovlivnit, stejně jako správné dorozumění, má způsob jednání a zacházení s pacienty. Je velmi důležité, aby lidem, kteří potřebují přednemocniční neodkladnou péči, byly poskytnuty adekvátní a na nejvyšší míru dostupné informace, vedoucí k záchraně lidského života. Tato péče se neobejde bez dodržení zásad správné, cílené a rychlé komunikace s vhodně kladenými otázkami. Různými negativními vlivy mohou vzniknout neúplná sdělení a tím i snížení kvality následně poskytované péče. Zjištěním zkušeností od samotných příjemců péče o přístup, informovanost a důvěře v tým pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, můžeme nejlépe odhalit skutečně nejčastější chyby, jichž se v naléhavých a psychicky náročných situacích zdravotníci mohou dopouštět.

Záměrem mé bakalářské práce je zjistit a zmapovat pohled veřejnosti na profesionálnost přístupu, srozumitelnost poskytovaných informací, jednání a úroveň komunikace pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje s klientem. To vše po vlastní zkušenosti se zdravotnickou záchrannou službou ať už v pozici

volajícího na zdravotnické operační středisko nebo jako příjemce péče na místě události, popřípadě v obou stanoviskách.

Chtěla bych, aby moje práce sloužila jako předvýzkum pro další rozpracování studie v této oblasti. Přeji si, aby napomohla svými výsledky pracovníkům záchranné služby i budoucím zdravotnickým záchranářům k snadnějšímu nahlédnutí za oponu této významné, avšak nepříliš osvětlené oblasti a věnovali jí i nadále svoji pozornost.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) umožňuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči (25). Patří společně s Hasičským záchranným sborem České Republiky a Policií České Republiky mezi základní složky integrovaného záchranného systému (28).

Působení ZZS vyplývá z právních předpisů, obecně ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, konkrétně pak z předpisu k tomuto zákonu, a to vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České Republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě (5). Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě uvádí mezi základní úkoly, které zabezpečuje nepřetržitě ZZS: „kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení tísňových výzev a určení nejvhodnějšího způsobu poskytování přednemocniční neodkladné péče, poskytování nebo zajištění přednemocniční neodkladné péče na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, při dopravě postiženého a při jeho předávání ve zdravotnickém zařízení odborně způsobilém k poskytování zdravotní péče při stavech uvedených v § 1 odst. 2, dopravu raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními, dopravu související s plněním úkolů transplantačního programu, dopravu raněných a nemocných v podmínkách přednemocniční neodkladné péče ze zahraničí do České Republiky, přednemocniční neodkladnou péči při likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí a katastrof, koordinaci součinnosti s praktickými a žurnálními lékaři a s lékařskou službou první pomoci, rychlou přepravou odborníků k zabezpečení neodkladné péče do zdravotnických zařízení, která jimi nedisponují, popřípadě léků, krve a jejích derivátů a biologických materiálů nezbytně potřebných k dalšímu poskytování již zahájené neodkladné péče, součinnost s hasičskými záchrannými sbory krajů a operačními a informačními středisky integrovaného záchranného systému“.

Od 1. ledna 2003 byla všechna okresní a územní střediska ZZS v ČR převedena ze státní působnosti (Ministerstva zdravotnictví), do samostatné působnosti krajů. Kraj tedy zřizuje záchranné služby a odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby ve svém územním obvodu. Z čehož mohou vyplývat možné odlišnosti v organizačním uspořádání ZZS v různých krajích (2, 5, 27). Jednotlivé kraje zřizují Územní střediska záchranné služby (dále jen ÚSZS) a ty se dále člení na Oblastní střediska záchranné služby (dále jen OSZS), zdravotnická operační střediska a jednotlivá výjezdová stanoviště a skupiny (2). Dle rozhodnutí krajů působí v každém regionu pouze jedno zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) (5). Letecká záchranná služba je součástí daného územního střediska. ZOS příslušného územního celku řídí činnost letecké záchranné služby při poskytování přednemocniční neodkladné péče (25). Letadla letecké záchranné služby zajišťuje a hradí stát prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví (27).

Síť výjezdových stanovišť ZZS musí být uspořádána takovým způsobem, aby od přijetí tísňové výzvy bylo do 15 minut zabezpečeno poskytnutí přednemocniční neodkladné péče. Dojezdová doba 15 minut je legislativně stanovena, mimo případů hodných zvláštního zřetele (např. nemožnost přejetí železničního přejezdu z důvodu závor) (2, 5, 25).

Úkolem ZZS je co nejvíce zkrátit dojezdový čas výjezdových skupin a současně zajistit v plném rozsahu kvalitní péči (19). Její činnost je zajišťována nepřetržitě 24 hodin denně (5).

1.2 Přednemocniční neodkladná péče

Problematika přednemocniční neodkladné péče je samostatnou třídou nadstavbového oboru urgentní medicíny. 50. a 60. léta 20. století poskytla vypracování účinných resuscitačních postupů. Smýšlení Petra Safara, tvůrce postupů a metodiky neodkladné resuscitace, vedlo postupně k reorganizaci a modernizaci zdravotnických záchranných služeb. Jednalo se o naléhavou potřebu naučit základní neodkladnou

resuscitaci co nejvíce osob, a to i laiků, a o nezbytnosti přiblížit odbornou pomoc co nejrychleji k postiženému (19).

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České Republiky č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě uvádí: „přednemocniční neodkladná péče je péče o postiženého na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení, poskytovaná při stavech, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti, způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí náhlé utrpení a náhlou bolest, působí změny chování a jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí“. Odborná zdravotnická první pomoc u stavů uvedených výše je náplní přednemocniční neodkladné péče (25).

1.3 Zdravotnický záchranář

1.3.1 Vzdělávání zdravotnických záchranářů

Zdravotničtí záchranáři mohou dosáhnout kvalifikace zaměřené pro práci na zdravotnické záchranné službě v tříletém pomaturitním oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších a vysokých školách, dříve na středoškolských oborech zdravotnický záchranář, oborech všeobecná sestra s pomaturitní specializací ARIP a obor diplomovaná sestra pro intenzivní péči na vyšších školách (2, 5).

Činnost na ZOS zajišťují kvalifikovaní zdravotníci, kromě lékařů také střední, popřípadě vyšší (diplomovaní) zdravotničtí záchranáři (5). Vlivem dnešní doby dochází k nárůstu hovorů na operační střediska záchranných služeb, které nemají čistě zdravotní ráz. Lidé se obracejí na dispečery s problémy, které nejdou řešit vysláním výjezdové skupiny záchranné služby. Překračují tak hranice toho, k čemu byla operační střediska personálně a technicky zřizována. Na základě sběru těchto tísňových hovorů, které se vymykaly standardní zdravotnické tísňové výzvě a neexistenci speciálního vzdělání v segmentu tísňových linek, byl na tyto rozhovory vytvořen projekt Rozšířená

telefonická asistence, obsahující vzdělávací moduly, na přípravu dispečerů operačních středisek záchranné služby. Jedná se o navzájem prolínající moduly – psychologicko-etické, sociálně-právní a technicko-operační, které řadíme jako výběrové moduly ARIP a tvoří tak kvalifikační přípravu pro dispečery zdravotnických operačních středisek. Všechny připravované moduly budou podléhat řádné akreditaci v systému celoživotního vzdělávání a certifikaci na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Jejich cílem je zabránit situacím, na které operátoři neumějí reagovat a správně je zvládat. Důsledkem těchto hovorů může dojít k rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření jak operátorů, tak i všech pracovníků záchranné služby (4).

1.3.2 Osobnost zdravotnického záchranáře

Samotné povolání vystavuje zdravotnické záchranáře velké zátěži. Psychika záchranáře je neustále ovlivňována stresujícími situacemi spojenými s vykonáváním profese (21). Pracují samostatně v terénních podmínkách, pod kontrolou laické veřejnosti. Ocitají se často v emotivně vypjatém prostředí vyžadujícím sebekontrolu a ohleduplnost. Pracovníci ZZS jsou pro pacienta v bezprostředním ohrožení života jistotou jeho záchrany (19).

Práci zdravotnického záchranáře by měl vykonávat člověk s určitými charakteristickými rysy, jako je opravdový zájem o práci, obětavost, fyzická dispozice, kterou se rozumí především obratnost, vytrvalost, pevná vůle a schopnost sáhnout až na dno svých fyzických sil. Musí ovládat nepostradatelné teoretické vědomosti a praktické dovednosti. Zdravotnický záchranář prezentuje svoji osobnost svými vlastnostmi, k nimž neodmyslitelně patří rozhodnost, dobrá orientace v prostoru, ochota pomáhat druhým, přesnost, spolehlivost, tvořivost, trpělivost, týmová práce, respektování jiné osoby aj. Záchranář si svoji důvěru získá svojí pohotovostí, rozvážností, vzdělaností, zájmem, vstřícností, ohleduplností, klidností se zdravým sebevědomím. Neopomenutelným faktem je samotný vzhled a úprava zevnějšku dotvářející záchranářovu osobnost (21).

Při dlouhodobém svědomitém vykonávání náročné profese může dojít k syndromu vyhoření (BURN – OUT Syndrom). Ztráta další motivace, sil, vykonávání práce rutinně, bez zájmu nebo až s odporem jsou základními příznaky tohoto syndromu. Je nutné se před ním chránit dostatečným odpočinkem a relaxací.

1.4 Zdravotnické operační středisko (dispečink)

Ve zdravotnickém operačním středisku přijímají operátoři tísňová volání a zatím co se po telefonu snaží maximálně pomoci, vyhodnocují situaci a zároveň vysílají potřebnou pomoc na místo zásahu **(6)**.

Povinností dispečera je přesná instrukce svědků příhody a jejich vedení k poskytnutí správné první pomoci **(19)**.

1.4.1 Funkce zdravotnického operačního střediska

Zdravotnické operační středisko bezprostředně a nepřetržitě řídí činnost výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby a integruje v dané oblasti činnost všech složek přednemocniční neodkladné péče. Na základě přijaté tísňové výzvy vyhodnotí a podle závažnosti stavu a stupně naléhavosti rozhodne o vhodném způsobu poskytnutí přednemocniční neodkladné péče **(1)**. Po vyhodnocení tísňové výzvy určí nejvhodnější posádku pro zásah a vyšle ji na místo nehody. Poskytne výjezdové jednotce stěžejní informace o typu a charakteru akutní situace **(19)**. Má neustálý přehled o volných lůžkách na odděleních neodkladné péče, kam v případě potřeby mohou umístit postiženého. Vyhodnocuje a shromažďuje data o provedení přednemocniční neodkladné péče a vše zaznamenává do předepsané dokumentace. Organizuje a řídí dopravní zdravotnickou službu k zajištění přednemocniční neodkladné péče. Koordinuje a zabezpečuje uskutečnění transportu v rámci transplantačního programu, převoz léků, krevních derivátů a krve ale i odborníků k poskytování přednemocniční neodkladné péče. Ve spádových oblastech organizuje sekundární transporty, dopravu raněných

a nemocných v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, repatriační transporty ze zahraničí do České Republiky (1).

1.4.2 Druhy hovorů na tísňové lince

Podle toho, kdo vytáčí tísňovou linku, rozlišujeme hovor z první ruky, kdy volajícím je přímo postižený. Hovor z druhé ruky je hovor se svědkem události, který však není postižený a hovor z třetí ruky je rozhovor se zachráncem, který se nenachází na místě události. Druhy těchto hovorů jsou podstatné pro operátorův přehled o věrohodnosti a spolehlivosti získaných informací od volajícího (9).

1.4.3 Možnost volby tísňové linky

Podmínkou kvalitně poskytnuté první pomoci je co nejrychlejší aktivace ZZS (20). Zdravotnická záchranná služba má v celé České Republice jednotné bezplatné číslo 155. V současné době jsou hovory stále častěji odbavovány zdravotnickými operačními středisky na úrovni krajských měst (9). Je-li to možné, vždy voláme záchrannou službu na čísle 155.

Alternativní tísňové číslo 112 vede do telefonního centra tísňového volání, kde dispečer vyslechne stěžejní informace, a teprve potom kontaktuje podle potřeby příslušné jednotky hasičské, policejní nebo záchranné služby (9, 20). Dochází ke zdržení a může nastat i zkreslení informací (9). Navzájem propojená telefonní centra tísňového volání 112 byla v roce 2002 vybudována pro všechna operační a informační střediska Integrovaného záchranného systému krajů v krajských městech. Jedná se o jednotné evropské číslo. Příjem tísňových hovorů je zajištěn v českém, anglickém a německém jazyce a umožňuje datový přenos identifikačních údajů o čísle volajícího, jeho adrese u pevné telefonní linky, poloze mobilního telefonu atd. (18). Číslo 122 je určeno hlavně pro cizince, kteří neznají národní tísňová čísla (9, 20).

1.4.4 Zásady rozhovoru na tísňové lince

Tísňovou linku vytáčíme, až když máme alespoň základní informace o druhu nehody a o postiženém. Dispečer ve většině případů vede rozhovor a záchránce odpovídá (20).

Při tísňovém volání je třeba, aby se klient nejprve zřetelně představil svým jménem, sdělil důvod volání, své telefonní číslo a přesné místo události. Dále je nutno uvést charakter nehody a počet raněných a jejich přibližný nynější stav. Nesmíme zapomenout popsat možná nebezpečí, jako elektrické vedení, toxické látky atd. (22).

Rozhovor ukončuje vždy pracovník zdravotnického operačního střediska (20). V neposlední řadě podává dispečer operačního střediska informace, jakým způsobem poskytovat péči do příjezdu ZZS a o postupu poskytnutí první pomoci postiženému tzv. asistovaná první pomoc, v případě selhání oběhu postiženého tzv. asistovaná resuscitace (9, 20). Dispečer informuje volajícího, aby při každé výrazné změně stavu nemocného, zavolal neprodleně opět linku 155 a skutečnost sdělil na dispečink (9). Každá informace je cenná a umožňuje poskytnutí té nejlepší pomoci (20). Dispečer dosáhne optimalizace celého průběhu poskytnutí první pomoci tak, že předá nejen základní instrukce, ale pokud to dovoluje situace, setrvá s volajícím ve spojení do příjezdu výjezdové skupiny. Průběžně tak může motivovat a kontrolovat počínání záchránce (7).

Dispečerova odezva na tísňové volání by neměla přesáhnout několik sekund, což je do tří zazvonění. Delší interval do přijetí hovoru prohlubuje stres volajícího. Prvním důležitým krokem dispečera je zřetelné a jasné představení s převzetím aktivity v rozhovoru. Pozorné naslouchání, nepodceňování volajícího, klidná a vstřícná komunikace, nezlehčování situace, vyhodnocení situace, uklidnění a instrukce volajícímu jsou základní schopnosti dispečera zdravotnického operačního střediska. Operátor nesmí poskytovat nepravdivé informace a musí dát najevo, že problému rozumí. Při pověřování činnostmi směřovaným k záchránci používá slůvko prosím a děkuji. Je-li to možné, každý hovor by měl trvat maximálně do jedné minuty (9).

Po ukončení hovoru volající nikdy nesmí vypnout telefon a případné volání přijímá. Může se jednat o upřesnění místa nehody či zajištění další asistované pomoci **(20)**.

1.4.5 TAPP

Základním úkolem zdravotnického operačního střediska je poskytování telefonicky asistované první pomoci (TAPP). Ta má podle dané situace navádět volajícího nebo svědky k poskytnutí první pomoci postiženému. Základní instrukce TAPP se poskytují hlavně v případech náhlé zástavy oběhu – TANR (viz. níže), obstrukce dýchacích cest, dopravních nehod, pádů, bezvědomí, tepenného krvácení, intoxikace, popálení, poleptání, porodu a jiných stavů vyplívajících z provozních pokynů konkrétního operačního střediska. Všechny podané instrukce nesmí ohrozit život zachránce **(8)**.

1.4.6 TANR

Telefonická asistovaná neodkladná resuscitace (TANR) je telefonické vedení volajícího na místě vzniku náhlé zástavy oběhu k provedení neodkladné resuscitace po předešlé identifikaci náhlé zástavy oběhu. Postup při provádění TANR pro náhlou zástavu oběhu vychází z platných doporučení k neodkladné resuscitaci. Tento postup je přizpůsoben specifickým okolnostem činnosti operačního střediska záchranné služby s ohledem na nejnovější doporučení organizací.

Poskytnutí laické neodkladné resuscitace u postižených s náhlou zástavou oběhu či dechu má stěžejní význam pro jejich kvalitní přežití nebo zachování života **(8)**. Ovšem málo zachránců je ochotno zahájit resuscitaci ať už z důvodů neznalosti, paniky nebo esteticko-hygienickým překážkám.

Telefonická asistence výrazně napomáhá v inicializaci zachránce, jeho motivaci, odbornosti jeho postupů a organizace pomoci na místě události **(7)**. Pokud to okolnosti dovolí, jsou na zachránce kladeny tyto požadavky: Upravit polohu postiženého na záda

a uvolnit dýchací cesty záklonem hlavy. Dále provádění komprese hrudníku dle daných zásad a následně umělé dýchání z plic do plic v poměru dva vdechy ku třiceti kompresím hrudníku.

Pokud záchránce není ochoten nebo schopen provádět umělé dýchání, omezí se další průběh poskytování neodkladné resuscitace pouze na kompresi **(8, 9)**.

1.5 Typy výjezdových skupin ZZS

Řídicím centrem výjezdových skupin je zdravotnické operační středisko **(19)**. Služby ZZS jsou zajišťovány speciálně upravenými a vybavenými pozemními sanitními vozy nebo vzdušnými prostředky letecké dopravy **(25, 26)**. Jednotlivé výjezdové skupiny záchranné služby se od sebe liší svým personálním složením členů a jejich kompetencemi. Rychlá zdravotnická pomoc (dále jen RZP) – posádka je minimálně dvoučlenná, tvoří ji řidič a záchranář. Upřednostňuje rychlý transport do zdravotnického zařízení a spolupracuje s vozidlem R-V (rendez-vous). Rychlá lékařská pomoc (dále jen RLP) je zastoupena stejnými pracovníky jako RZP plus atestovaný lékař. Je indikována u stavu, kde dochází k ohrožení anebo selhání základních životních funkcí. Dalším typem je rendez-vous (R-V) neboli setkávací systém. Posádka počítá minimálně dva členy, jimiž jsou řidič a atestovaný lékař. Umožňuje lepší dostupnost lékaře, který postiženého na místě zaléčí a rozhodne o transportu, ale netransportuje. Samotnou přepravu pak provádí posádka RZP. Letecká záchranná služba (dále jen LZS) v níž zdravotnická část posádky má dva členy, a to atestovaného lékaře a záchranáře plus pilota. Indikací nasazení LZS je zajištění rychlé pomoci a místo nedostupné pozemní záchranné službě. Je součástí příslušného územního střediska **(2, 5, 20, 25)**. V České Republice je deset středisek letecké záchranné služby. Lékařská služba první pomoci (dále jen LSPP), neboli pohotovost, je poskytována v ambulancích praktickými lékaři, popřípadě lékaři zdravotnické záchranné služby. Návštěvní forma služby se poskytuje jen v některých oblastech. Doprava raněných, nemocných a rodiček

(dále jen DRNR) při řešení mimořádných událostí se stává záložní kapacitou. O své působnosti vede výjezdová skupina zvláštní dokumentaci.

V závislosti na stavu postiženého a dosažitelnosti zdravotnického zařízení se používají dva přístupy, a to stay and play, kde je prioritou léčba na místě, poté následuje transport. Druhá forma load and go preferuje rychlý transport po předchozím provedení nejnutnějšího vyšetření a ošetření (2).

1.5.1 Výkony zabezpečené mobilní částí ZZS

Pokud je přednemocniční neodkladná péče postiženému poskytována přímo na místě vzniku jeho náhlé poruchy zdraví, jedná se o primární výkon ZZS. Obsahuje příjezd ke klientovi, poskytnutí první odborné pomoci na místě, dopravu do vhodného zdravotnického zařízení a spolupráci při akutním příjmu pacienta. Sekundární výjezd ZZS je transport mezi zdravotnickými zařízeními, u pacientů kde bylo poskytování přednemocniční neodkladné péče zahájeno, ale z nějaké příčiny je potřeba jejich přeprava do jiného zařízení. Primární výkon má vždy přednost před provedením sekundárního výkonu (5, 25). Marným výjezdem je označován případ, kdy se výjezdová posádka vůbec nedostane do kontaktu s postiženým. Je nutné odlišit marný výjezd od zneužití, jehož základem je úmyslně klamná tísňová výzva (5). Dále sem patří likvidace zdravotních následků, hromadných neštěstí, katastrof nebo jiných mimořádných situací v přednemocniční neodkladné péči (25).

1.6 Přístup ke klientovi

Zdravotnický záchranář pracuje na veřejnosti, kde zastupuje nejen sebe, ale i celou profesi a také by se podle toho měl chovat. Musí si uvědomit, že i ve vypjatých situacích se od něj očekává profesionální vystupování bez vulgarizmů, zdravotnické hantýrky, hrubostí nebo lhostejnosti (5).

Vztah mezi zdravotníky a pacientem má být založen na oboustranné úctě a spolupráci, kdy zdravotník dokáže naslouchat a zajímá se i o subjektivní stránku náhlé poruchy zdraví. Klient obeznámen se svým zdravotním stavem lépe spolupracuje, získá-li možnost aktivně se účastnit na vlastním uzdravení (10).

Vzájemné porozumění a vcítění se do pocitů či jednání druhého, je prvotním předpokladem komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a příjemcem péče (10, 16). Pro obojí používáme společný pojem *empatie* (10). Stále více vyžadované empatii je třeba se učit, což není pro každého jednoduché. Nezáleží jen na vůli neboli chtít, ale i na celkovém vztahu k člověku (17).

Každého člověka vnímáme jako bio-psycho-sociální bytost. Všechny stránky osoby tvoří navzájem jednotu. Toto pojetí se nazývá celostní neboli holistické (15).

Celý přístup začíná přijetím tíšňového hovoru, po stabilizaci postiženého a transport. Tyto úkony musí být koordinované, aby i laik viděl a pochopil, že každý operátor při volání, či posádka výjezdové skupiny na místě zásahu ví co dělat a dělá to se zřetelným nasazením.

Na místě zásahu lékař nebo záchranář odebere anamnézu, pacienta vyšetří, rozhodne o postup a směřování (3).

1.6.1 Anamnéza

Označuje „předchorobí“ – období před onemocněním. Z řeckého slova *mneme* = paměť. Anamnéza je tedy rozpomínání. Rozhovor lékaře či pracovníka ve zdravotnictví s pacientem, zastává nedílnou součást diagnostického rozhovoru. Na základě souvislostí s dřívějším zdravotním stavem nachází zdravotník příčinu nynějšího

onemocnění klienta. Systém otázek má však být v první řadě získání informací, prohloubení komunikace a spolupráce jednajících (23). Anamnéza je diskretní rozhovor a vyžaduje takt a dovednost vyvolat vztah vzájemného porozumění a důvěry. K navození vzájemné důvěry při anamnestickém rozhovoru by mělo být zajištěno náležité soukromí. Nezapomeňme poskytnout klientovi dojem, že máme čas se mu věnovat a rozhovor nebude rušen zevními vlivy (24).

Součástí anamnézy je nynější onemocnění klienta, osobní anamnéza, alergická anamnéza, farmakologická anamnéza, rodinná anamnéza, sociální a pracovní anamnéza, gynekologická anamnéza, epidemiologická anamnéza a dotazy na abus (2, 24).

1.7 Komunikace ve zdravotnické péči

Ve zdravotnictví má komunikace pro medicínu podstatný význam (10). Správný průběh komunikace umožňuje schopnost vnímání, zhodnocení a uchování nebo předání informací mezi komunikujícími. A to za předpokladu, že umějí, mohou a chtějí komunikovat. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální (23).

1.7.1 Verbální komunikace

Základním prostředkem lidské komunikace je řeč ve formě mluvené nebo psané (17). Není důležité jen to, co sdělujeme = obsah, ale stejně tak i jakým tónem, intonací, zřetelností a tempem to sdělujeme, neboli forma. V obsahové podobě upřednostňujeme věcnost, jasnost, stručnost a srozumitelnost řeči. Každá komunikace musí obsahovat sdělení srozumitelné informace s dovedností správně se vyjádřit. To za předpokladu, že víme, co a jak chceme sdělit, avšak s rozvahou používáme cizí slova a způsob formulace sdělení. Současně potřebujeme umět i naslouchat druhé osobě a sledovat zpětnou vazbu. V závislosti na ní přizpůsobujeme obsah i formu našeho sdělení (23). Mluvené slovo pokaždé doprovází neverbální komunikace (17).

1.7.2 Neverbální komunikace

Jinak nazývána řeč beze slov, neboli řeč těla. Už to, že většinou vychází z podvědomých impulzů, hovoří o tom, že nám dává informace o emočních vztazích a stavech člověka. Vypovídá o temperamentu, sympatiích a antipatiích komunikujících. Na způsob neverbálních projevů má vliv nejprve samotný tělesný vzhled, úprava, chůze, postoje a čichové podněty. Potom následují velmi významné znaky jako mimika, oční kontakt, haptika, gestikulace, respekt osobní zóny, atd. Zvláště v situacích emočního vypětí, stresu či citové angažovanosti vznikají nejcennější doprovodné projevy neverbálního sdělení každého jedince **(23)**.

1.7.3 Vlivy narušující komunikaci

Cestu a způsob, jakým informace přechází mezi lidmi, označujeme výrazem komunikační kanál. Jedná se o prostor, v němž dochází ke komunikačním aktům. Toto prostředí bývá zpravidla plné šumů. Komunikačním šumem vyznačujeme vše, co brání úspěšné komunikaci. Původcem rušení vzájemného dorozumívání může být prostředí, stejně jako účastníci komunikace, ba i samotné téma rozhovoru. Zdroj šumu vzniká fyzikální (hluk, vítr, osvětlení), psychickou (vztah k mluvčímu, únava, spěch) či fyzickou příčinou (nedoslýchavost, bolest, nevidomost) **(17)**.

1.8 Zásady rozhovoru ve zdravotnictví

Rozhovor je každodenní, běžnou a základní dovedností toho, kdo chce porozumět druhým lidem. Umět hovořit s lidmi a vést rozhovor je však skutečným uměním **(23)**. Představuje záměrnou verbální komunikaci, u níž střídavě hovoří různé osoby a která probíhá v určité předmětné a sociální situaci **(11)**.

Zásluhou rozhovoru je získání a výměna informací stejně jako vzájemné ovlivňování osob mezi sebou. Základem správného vedení rozhovoru je dovednost vhodně formulovat a klást otázky, naslouchat, přesně pochopit a zpracovat získané informace při udržení rozhovoru k směřovanému cíli. Uplatňujeme při něm samozřejmé

verbální, ale i významné neverbální projevy. Rozhovory lze dělit z různých hledisek. Mezi základní řadíme rozhovor řízený (strukturovaný) a neřízený, také jinak nazýván volný **(23)**.

Ve zdravotnické praxi je nejčastěji, při odběru anamnézy, používána kombinace obou dvou rozhovorů s převahou rozhovoru řízeného. Otázky směřované za určitým cílem se prolínají s otevřenými, které umožňují volné vyjádření dotazovaného **(10, 23)**.

1.8.1 Komunikace s rodinou klienta

Rodinní příslušníci jsou zdrojem cenných informací pro zdravotnický tým **(13)**. S rodinou postižené osoby je třeba jednat ohleduplně s projevem empatie, chápat jejich rozrušení a obavy o blízkou osobu. Vhodné je zapojení příbuzných do péče taktním rozdělením konkrétních úkolů (např. příprava věcí, atd.). Důležité je informovat rodinu o přibližném zdravotním stavu a možných komplikacích v průběhu přepravy **(5)**.

1.8.2 Komunikace s pacientem

U klienta při vědomí se nejdříve cíleně ptáme na akutní zdravotní potíže. Rozrušeného pacienta napřed uklidníme, informujeme ho o spolupráci z jeho strany a podle individuální komunikační úrovně (věk, profil onemocnění, vzdělání, atd.) přizpůsobíme druh komunikace **(5)**. Vždy respektujeme soukromí pacienta, a pokud je to možné, nalezneme klidné místo pro rozhovor **(13)**.

Mezi faktory ovlivňující rozhovor patří i pozorné naslouchání, projevující se nejlépe zrakovým kontaktem, přikyvováním a mluveným souhlasem. Dáme tím najevo, že danou osobu, i její záležitosti, bereme vážně. V situacích kdy nemůžeme rozhovoru věnovat dostatek času, je vhodné vkládat směrodatné otázky. Parafrázování neboli rekapitulace vyjádření někoho jiného našimi vlastními slovy. Umožňuje nám získat další důležité informace k analýze situace. Přiměje protějšek pokračovat v rozhovoru a uvádět další důležitá fakta **(12)**.

Klienta v bezvědomí průběžně informujeme o výkonech, oslovujeme ho a se vším seznamujeme. Jde o komunikaci bez zpětné vazby. Velkou překážkou dorozumívání bývá handicap jako například poruchy zraku, sluchu, orientace, paměti nebo agrese či zajištění dýchacích cest. Nelehkým problémem se může stát i pacient cizinec (13).

1.8.3 Informovaný souhlas

Porucha zdraví je často doprovázena úzkostí, agresí, depresí, frustrací, projevem bezmoci a beznaděje či jinými negativními emocemi. Ovlivnit je lze ujištěním klienta, že budou použity veškeré účinné prostředky a podáním nezbytné informace o délce a míře bolestivosti chystaného zákroku. V neposlední řadě poskytnutím šance aktivního podílu samotného pacienta na zákroku, např. vyžádání času na oddech. Člověk snáší bolest lépe tehdy, pokud má její intenzitu pod kontrolou a může se podílet na její regulaci (10).

Pacient má právo na dostatečnou informovanost o svém zdravotním stavu a o všech diagnostických vyšetřeních a léčebných postupech, kterým se má podrobit a proč (15).

Poučení a souhlas nemocného vychází ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který uvádí: „Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers). Je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu. Bez souhlasu nemocného je možné provádět

vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení, jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví, jde-li o nosiče.”

Zdravotní pracovník musí přizpůsobit poučení a informace podané pacientovi konkrétním okolnostem. Oproti tomu poučení rodiny má být otevřenější a mnohdy i důkladnější vzhledem k její účasti na ošetřování nemocného (5).

Všeobecně se dá říct, že nepoučenému pacientovi dáváme možnost argumentovat v případě sporu tím, že kdyby věděl o rizicích výkonu, odmítl by ho. Ošetřující zdravotnický pracovník je povinen informovat o účelu, charakteru, následcích a rizicích poskytované zdravotnické péče a možnosti zvolení navrhovaných postupů. Toto poučení je ošetřující zdravotník povinný poskytnout srozumitelně, ohleduplně, bez nátlaku s možností času na svobodné rozhodnutí pacienta, jestli s poskytnutím zdravotnické péče souhlasí. Každý, kdo má právo na poučení, má i právo poučení odmítnout. Souhlas o poučení se nazývá informovaný souhlas. Přípustná je každá forma souhlasu – písemná, ústní i vyplývající z konání pacienta. V praxi pacient nejčastěji uděluje souhlas ústně (3).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit a zhodnotit zkušenosti veřejnosti se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Respondenti jsou spokojeni s úrovní komunikace s pracovníky zdravotnické záchranné služby.

Hypotéza 2: Dispečink zdravotnické záchranné služby poskytuje volajícímu přesně a srozumitelně informace k provedení laické přednemocniční neodkladné péče.

Hypotéza 3: Respondenti mají dobré zkušenosti s přístupem pracovníků zdravotnické záchranné služby.

3. METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

Informace pro vypracování bakalářské práce byly získány na základě studie odborné literatury a kvantitativního výzkumu.

Jedná se o kvantitativní výzkum provedený náhodným výběrem, kde výzkumný soubor tvoří veřejnost z Jihočeského kraje. Výzkum byl prováděn v období od ledna do května roku 2009. Vlivem získávání dat od zdravotnický neodborné veřejnosti, se otázky nezaměřují na správnost provedení přednemocniční neodkladné péče ZZS, ale na zkušenost lidí, jak oni samotné záchranáře a jejich přístup při zásahu vnímají. Data byla získána formou dotazníku (viz příloha č. 1), který byl anonymní. Dotazník se skládá ze dvou základních částí, podle toho v jakém vztahu se respondent se zdravotnickou záchranou službou setkal. První část – oddíl A, byl zaměřen pouze na lidi volající zdravotnickou záchranou službu na tísňové lince. Měl za úkol rozpoznat, jak jsou podané informace k poskytnutí první pomoci od dispečerů zdravotnického operačního střediska srozumitelné a zda operátoři dodržují zásady správné komunikace při tísňové relaci. Druhá část – oddíl B, se věnoval samotným příjemcům péče a jeho rodinným příslušníkům. Účelem bylo zjistit přístup, srozumitelnost podaných informací a úroveň komunikace zdravotnických záchranářů výjezdových skupin přímo na místě zásahu.

V dotazníku byly kladeny uzavřené a otevřené formy otázek v celkovém počtu 23. Výzkum byl zpracován do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Word.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen náhodným výběrem vzorku lidí v Jihočeském kraji, v oblastech České Budějovice, Jindřichův Hradec, Český Krumlov, Prachatice, Písek, Tábor, Strakonice. Konkrétně na veřejně přístupných místech s velkým pohybem

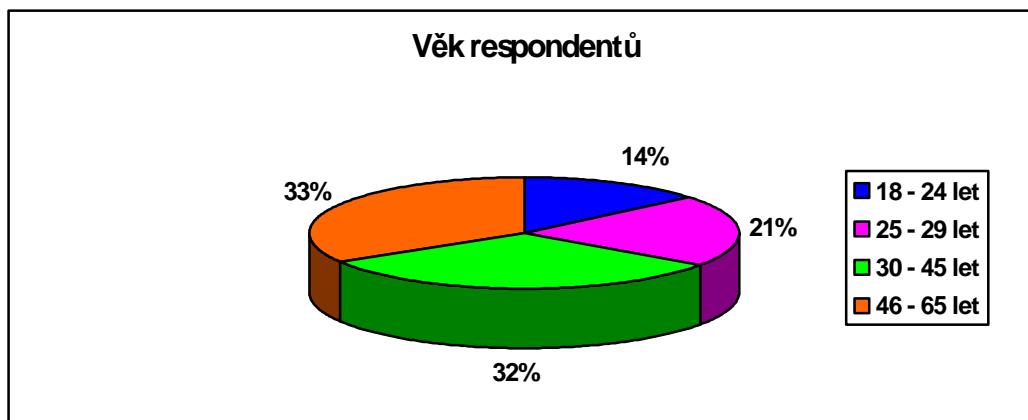
lidí (obchodní domy, pěší zóny, náměstí), ve zdravotnických zařízeních, u studentů Jihočeské univerzity.

Pod pojmem výzkumný soubor se rozumí laická veřejnost ve věku od 18 do 65 let tvořící tzv. cílený soubor. Věk respondentů je vyhrazen z důvodu provedeního předvýzkumu, ve kterém došlo ke zkreslení dat od dotazovaných starších 65let a mladších 18 let. Hlavní příčinou vyřazení byl samotný věk respondentů a tím získání neadekvátních odpovědí. Z tohoto důvodu byli z vlastního výzkumu vyřazeni.

Osloveno bylo celkem 210 lidí, návratnost činila 175, z nichž byly dva vyřazeny pro neúplnost. Návratnost tedy činila 82 %.

4. VÝSLEDKY

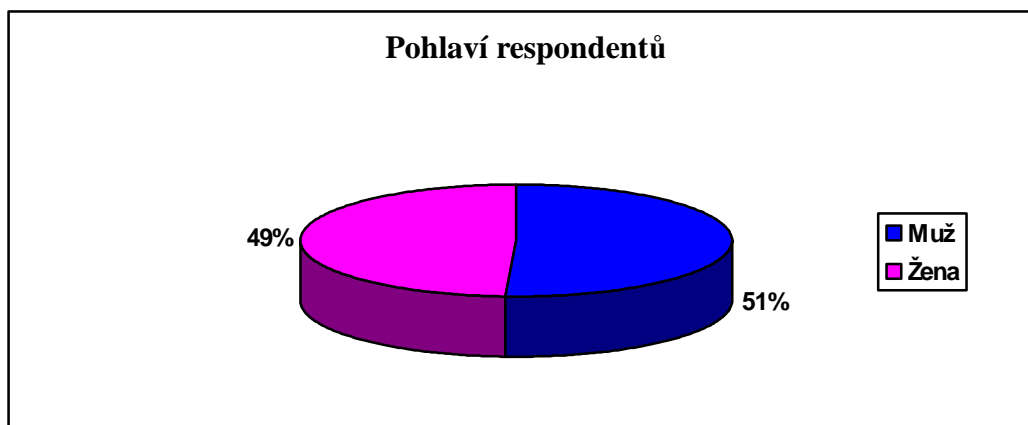
Graf 1: Věk respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů, bylo 24 (14 %) dotazovaných ve věku 18 – 24 let, 36 (21 %) ve věku 25 – 29 let, 55 (32 %) ve věku 30 – 45 let a 58 (33 %) respondentů ve věku 46 – 65 let.

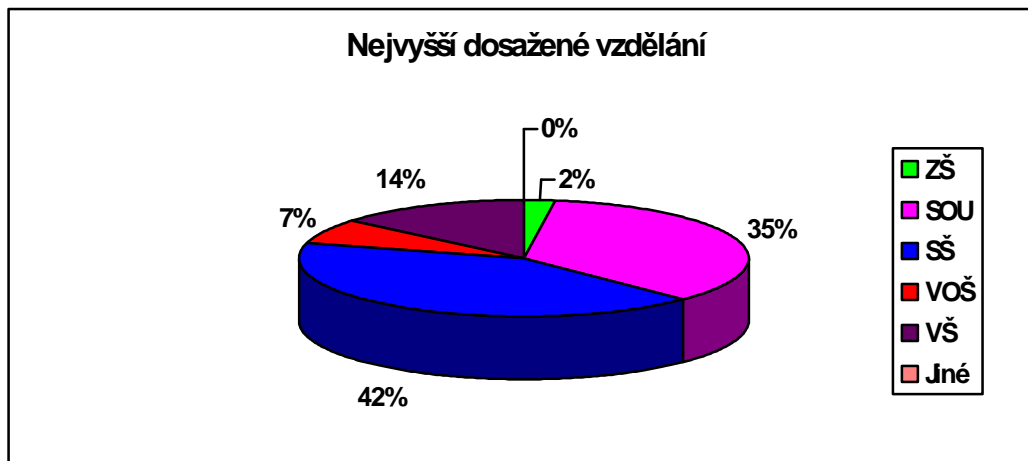
Graf 2: Pohlaví respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 173 respondentů, tvořilo 85 (49 %) ženy a 88 (51 %) muži.

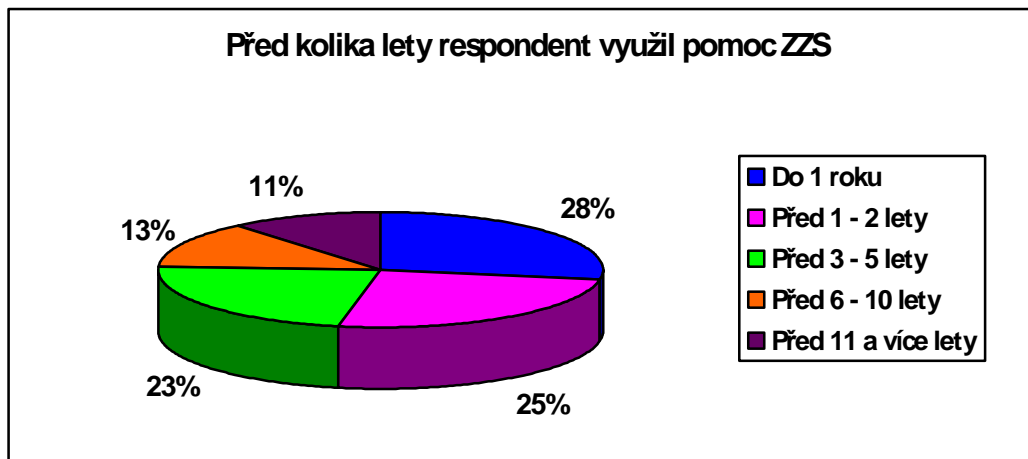
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů, dosáhli 4 (2 %) vzdělání na úrovni základní školy, 61 (35 %) na středním odborném učilišti, 72 (42 %) na střední škole, 12 (7 %) na vyšší odborné škole a 24 (14 %) má vysokoškolské vzdělání. Do oblasti jiné vzdělání, nespadal žádný z respondentů, tedy 0 (0 %).

Graf 4: Před kolika lety respondent využil pomoc ZZS (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že pomoci zdravotnické záchranné služby z počtu 173 (100 %) využilo do jednoho roku 48 (28 %) dotazovaných, před 1 – 2 lety 44 (25 %) dotazovaných, před 3 – 5 lety 39 (23 %), před 6 – 10 lety potřebovalo pomoc záchranné služby 23 (13 %) respondentů a před 11 a více lety to bylo 19 (11 %) z dotazovaných osob.

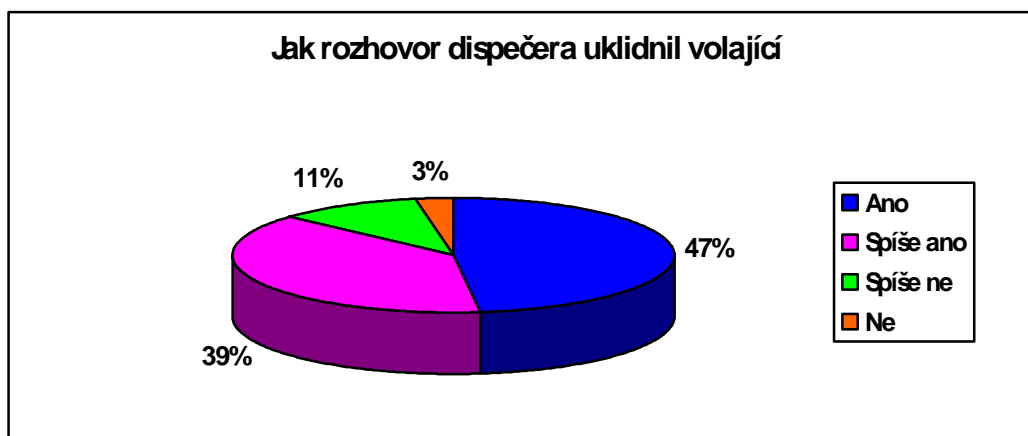
Graf 5: Počet respondentů volajících ZZS (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů, volalo ZZS 75 (43 %) a 98 (57 %) činili příjemci péče.

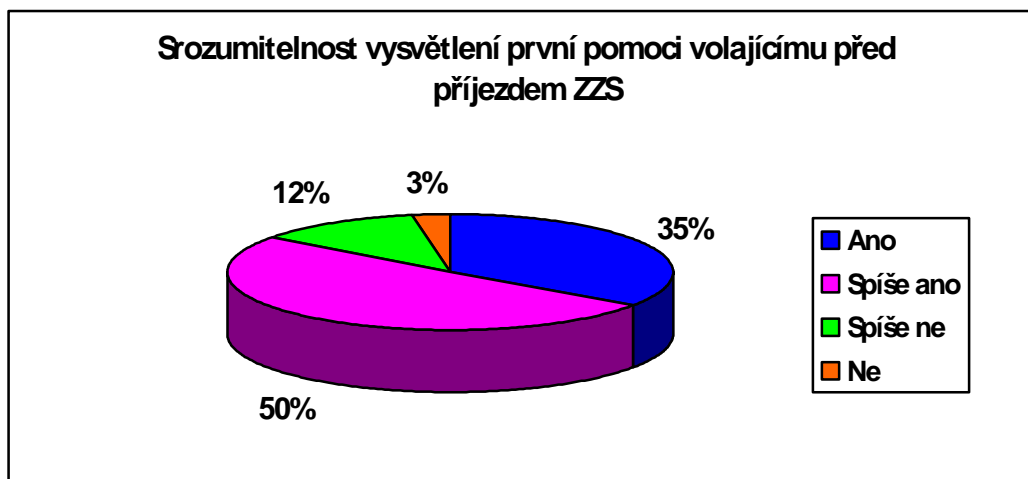
Graf 6: Jak rozhovor dispečera uklidnil volající (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Rozhovor s dispečerem tísňové linky uklidnil ze souhrnného počtu volajících 75 (100 %) 36 (47 %) respondentů, 29 (39 %) spíše uklidnil, 8 (11 %) rozhovor s dispečerem spíše neuklidnil a neuklidnil 2 (3 %) lidí.

Graf 7: Srozumitelnost vysvětlení první pomoci volajícímu před příjezdem ZZS (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

První pomoc před příjezdem ZZS byla dle respondentů celkového počtu 75, dostatečně a srozumitelně vysvětlena 26 (35 %), 38 (50 %) uvedlo spíše ano, 9 (12 %) spíše ne a 2 (3 %) odpověděli ne.

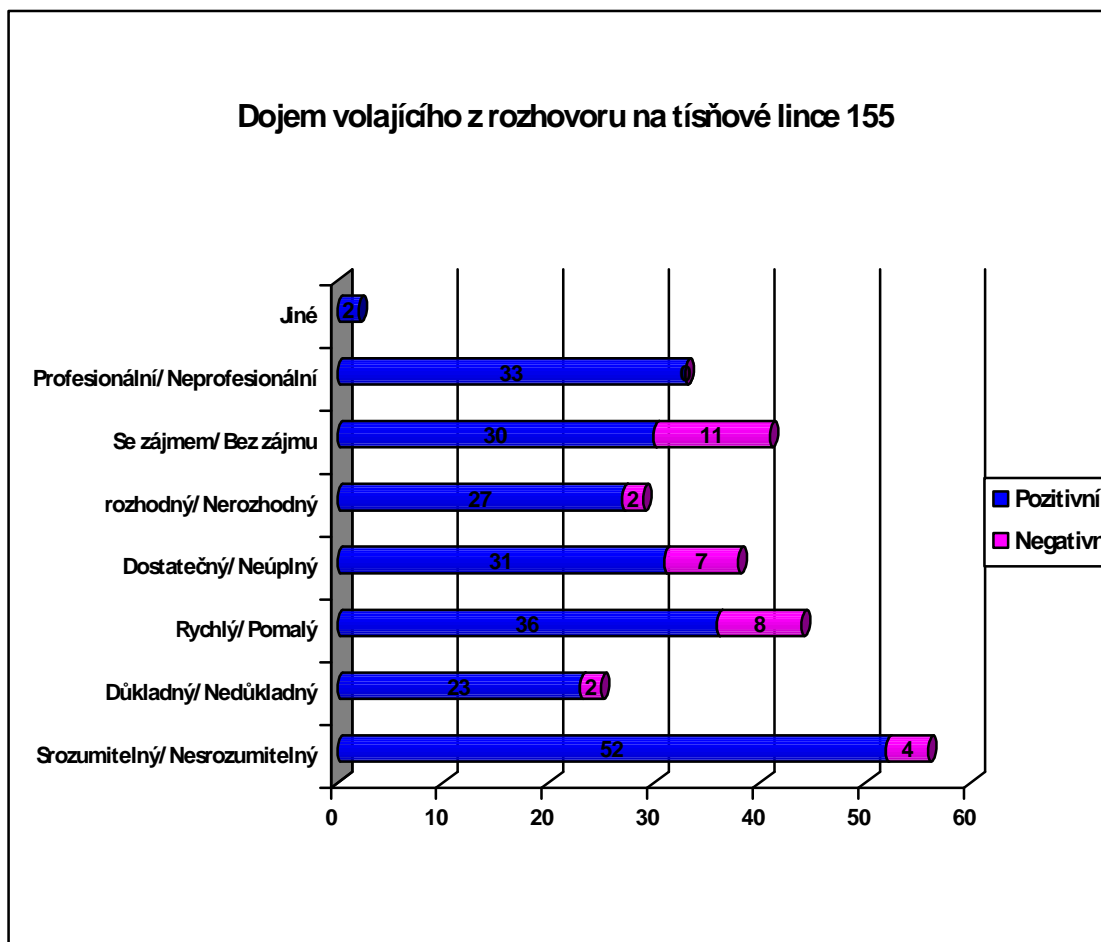
Graf 8: Nabídnutí volajícímu opětovné zavolání na linku 155 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Opětovné zavolání na tísňovou linku v případě zhoršení stavu postiženého, z celkového počtu 75 volajících, bylo nabídnuto 39 (48 %) a nebylo 36 (48 %) volajícím.

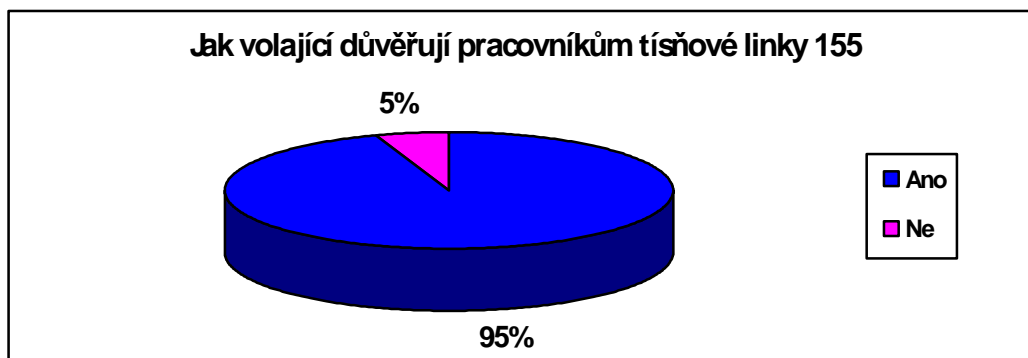
Graf 9: Dojem volajícího z rozhovoru na tísňové lince 155 (porovnávací)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka znázorněná grafem vyjadřuje porovnání protikladných odpovědí 75 (100 %) respondentů na to, jak na ně působil rozhovor s pracovníkem tísňové linky. Nejvíce rozhovor působil na volající srozumitelně 52x, dále byl označen jako rychlý 36x, 33x jako profesionální, 31x dostatečný, 30x se zájmem, 27x rozhodný, 23x důkladný, 11x bez zájmu, 8x pomalý, 7x neúplný, 4x nesrozumitelný, 2x nedůkladný, 2x nerozhodný, 2x jiné: „Vlivem stresu nevím.“ Nejméně se rozhovor jevil jako nefesionální 0x.

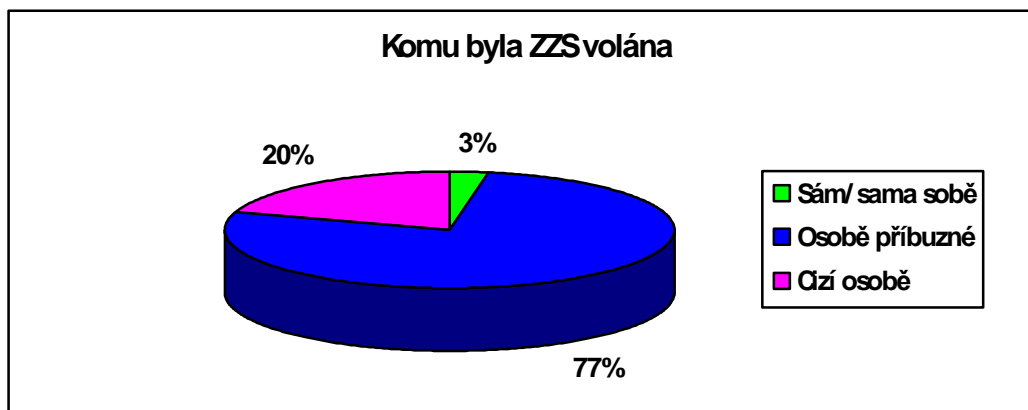
Graf 10: Jak volající důvěřují pracovníkům tísňové linky 155 (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 75 (100 %) dotazovaných uvedlo 71 (95 %), že na základě telefonického rozhovoru důvěřovali pracovníkovi tísňové linky a pouze 4 (5 %) respondenti pracovníkům nedůvěřovali.

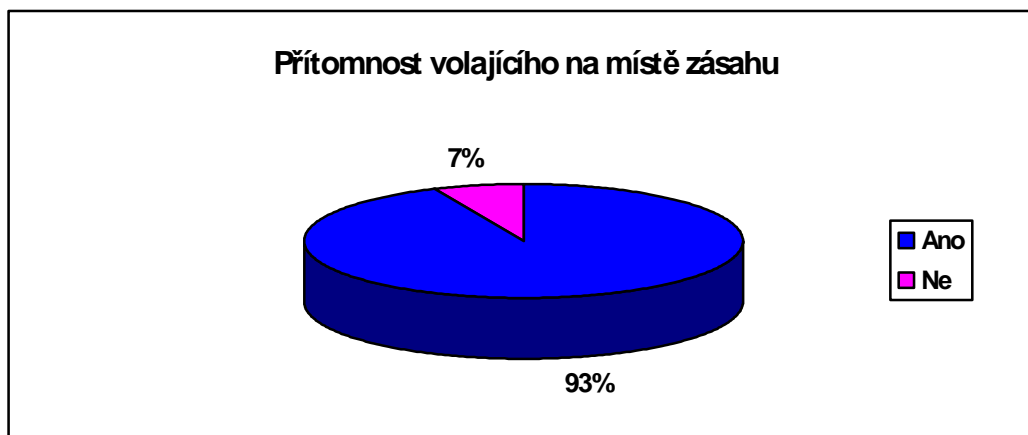
Graf 11: Komu byla ZZS volána (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Převážná většina volajících 58 (77 %) z celkového počtu 75 (100 %) volala ZZS osobě příbuzné či blízké, 15 (20 %) volalo osobě cizí a pouze 2 (3 %) volili ZZS sami sobě.

Graf 12: Přítomnost volajícího na místě zásahu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na místě zásahu bylo ze souhrnného počtu volajících 60 (100 %), kteří volali osobě příbuzné či sami sobě, přítomno 56 (93 %) respondentů a 4 (7%) nebyli na místě zásahu přítomni.

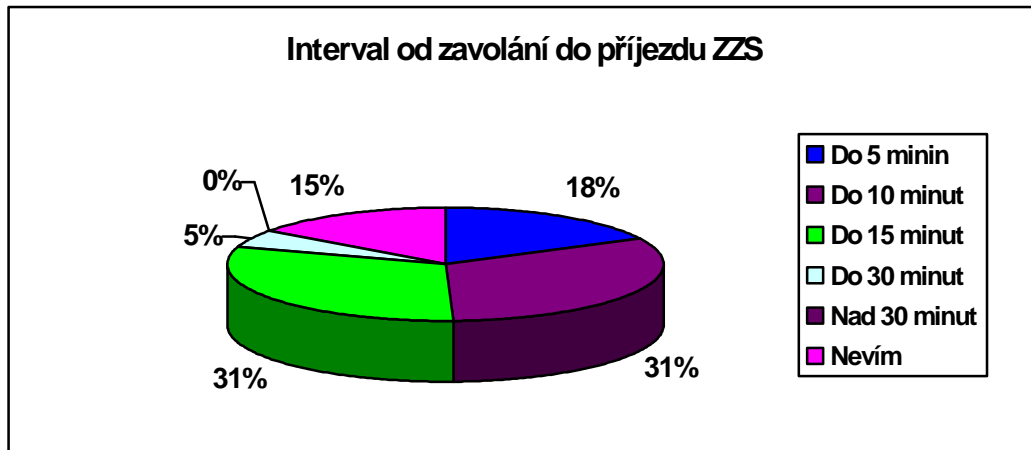
Graf 13: Druh zasahující výjezdové skupiny (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf vyjadřuje, že na místě události z celkového počtu 154 (100 %) respondentů zasahovala RLP u 55 (36 %) dotazovaných, RZP u 29 (19 %) a 70 (45 %) respondentů neví, která výjezdová skupina na místo přijela.

Graf 14: Interval od zavolání do příjezdu ZZS (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných je 27 (18 %) toho názoru, že interval od zavolání do příjezdu ZZS trval do 5 minut, 49 (31 %) do 10 minut, 47 (31 %) zastává mínění, že posádka přijela do 15 minut, 8 (5 %) si myslí do 30 minut. Nad 30 minut neuvádí čas dojezdu žádný respondent (0 %) a odpověď nevím zodpovědělo 23 (15 %) dotazovaných.

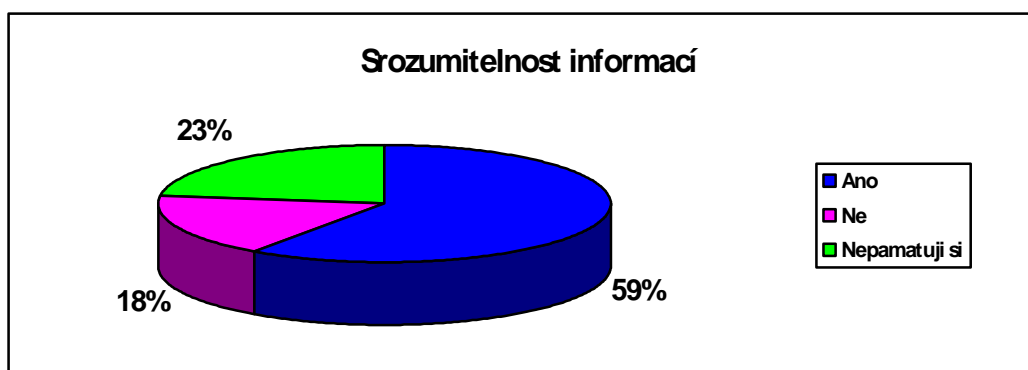
Graf 15: Informovanost příjemců péče o prováděných výkonech a vyšetřeních (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Informováno bylo o všech prováděných výkonech a vyšetřeních z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných 42 (27 %), 55 (36 %) spíše ano, 21 (14 %) spíše ne, ne zodpovědělo 6 (4 %) a nepamatuji si 30 (19 %) přítomných na místě zásahu.

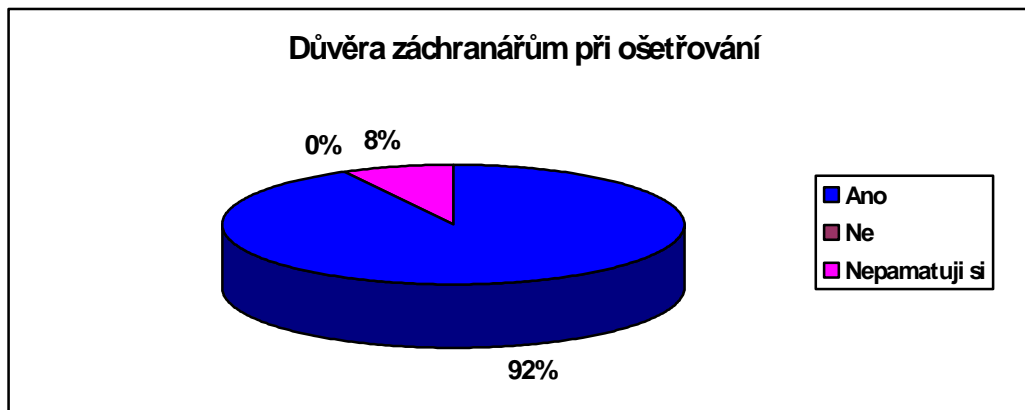
Graf 16: Srozumitelnost informací (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Zda byly podané informace srozumitelné, odpovědělo ze souhrnného počtu 154 (100 %) dotazovaných ano 92 (59 %) respondentů, ne 27 (18 %) a nepamatuji si 35 (23 %).

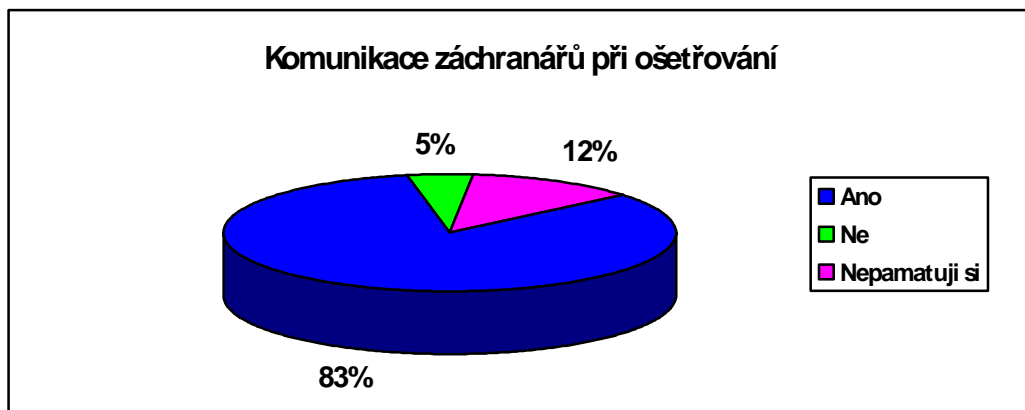
Graf 17: Důvěra záchranářům při ošetřování (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 154 (100 %) dotazovaných převážná většina 142 (92 %) respondentů důvěřuje záchranářům při ošetřování, nepamatuje si 12 (8 %) a nedůvěřuje 0 (0 %).

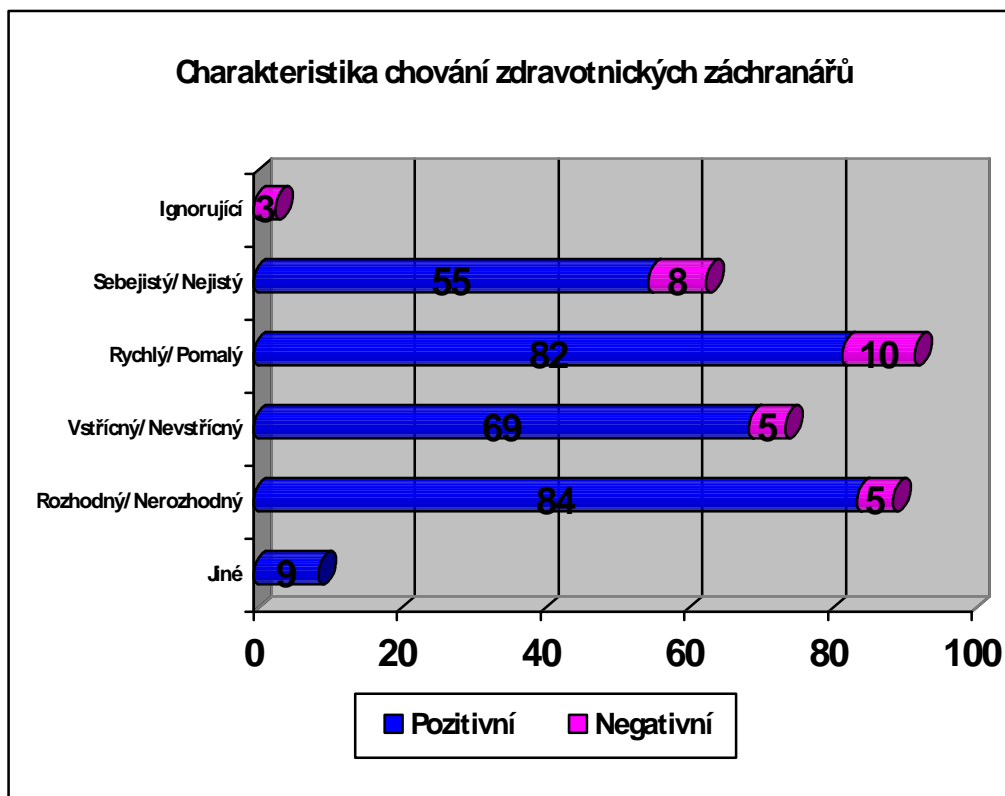
Graf 18: Komunikace záchranářů při ošetřování (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze souhrnného počtu 154 (100 %) respondentů, na otázku zda s nimi záchranáři v průběhu ošetření komunikovali, odpovědělo 128 (83 %) respondentů ano, 7 (5 %) ne a 19 (12 %) nepamatuji si.

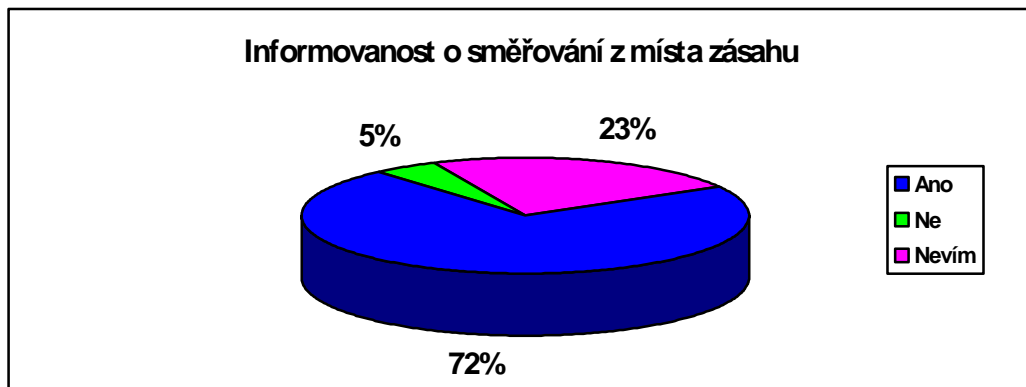
Graf 19: Charakteristika chování zdravotnických záchranářů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje porovnání protikladných odpovědí získaných od respondentů 154 (100 %) při charakteristice chování a jednání zdravotnických záchranářů při práci. Nejvíce dotazovaných označilo chování a jednání záchranářů za rozhodný 84x, 82x jako rychlý, 69x vstřícný, 55x sebejistý, 10x pomalý, 8x nejistý, 5x nerozhodný, 5x nevstřícný, 3x ignorující a 9x jiné kam bylo zařazeno 6x bezvědomí, 1x optimisti, 1x milí, 1x profesionální.

Graf 20: Informovanost o směřování z místa zásahu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 111 (72 %) lidí ze souhrnného počtu 154 (100 %) bylo informováno záchranným týmem kam jeho/příjemce péče z místa zásahu směřují či umístí, 7 (5 %) uvádí, že informováni nebyli a 36 (23 %) neví.

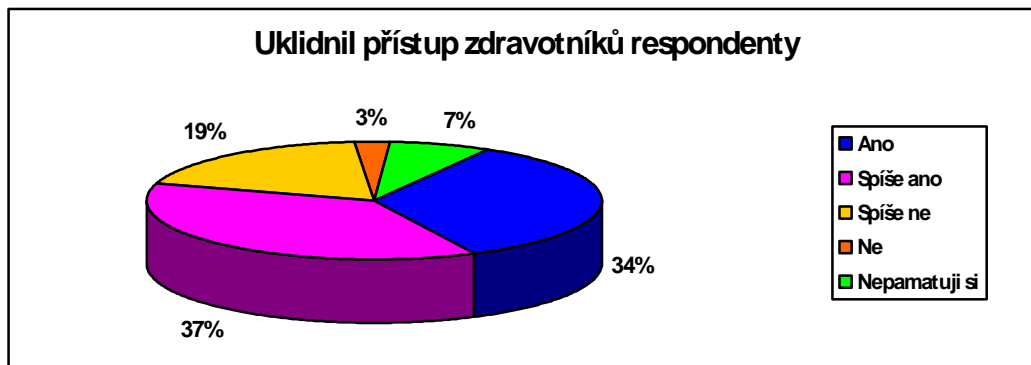
Graf 21: Objasnění přibližného zdravotního stavu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Objasnění přibližného zdravotního stavu pracovníkem záchranné služby, ze 154 (100 %) uvedlo ano 59 (39 %), spíše ano 48 (31 %), spíše ne 13 (8 %), ne 3 (2 %), nepamatuji si 31 (20 %) respondentů.

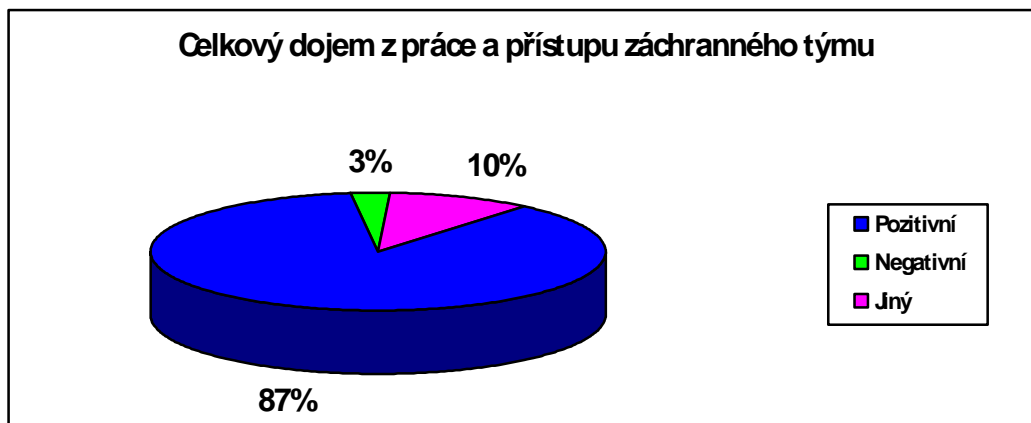
Graf 22: Uklidnil přístup zdravotníků respondenty (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 154 (100 %) oslovených, na otázku zda je přístup zdravotníků k jejich osobě uklidnil, odpovědělo 53 (34 %) dotazovaných ano, 57 (37 %) spíše ano, 29 (19 %) spíše ne, 4 (3 %) ne a 11 (7 %) nepamatuji si.

Graf 23: Celkový dojem z práce a přístupu záchranného týmu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkový dojem z práce a přístupu zdravotnického záchranného týmu byl ze 154 (100 %) dotazovaných, respondenty označen pozitivním 134 (87 %) a ve 4 (3 %) případech negativním. Do oblasti jiné 16 (10 %) spadá: bezvědomí 6x, neutrální 6x, „Hrdinové.” 2x, „Krásné oblečení.” 1x, „Chci být také záchranař.” 1x.

5. DISKUZE

Účelem této bakalářské práce bylo zjistit a zmapovat pohled veřejnosti na profesionální přístup, srozumitelnost poskytovaných informací, jednání a úroveň komunikace pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje s klientem. V tomto průzkumu veřejnosti není záměrem hodnotit odbornou správnost poskytnutých informací a provedené přednemocniční neodkladné péče personálu zdravotnické záchranné služby, ale to jak lidé vnímají samotné záchranáře a jejich přístup při zásahu. Respondentům byly otázky kladeny převážně osobně, což mi umožnilo získat lepší přehled o uvedených odpovědích a zároveň napomohlo zvýšit návratnost distribuovaných dotazníků. Návratnost dotazníků činila ze souhrnného počtu 210 dotazovaných 175 dotazníků, z nichž byly 2 vyřazeny pro neúplnost. Z vyhodnocených výsledků dosažených šetřením vyplývají následující náležitosti.

První otázka znázorněna grafem č. 1 zaznamenává věk respondentů. Zkoumaná skupina dotazovaných sčítala 173 (100 %) osob a byla rozdělena do čtyř věkových kategorií. První skupinu ve věku 18 – 24 let tvořilo nejméně respondentů, což je 24 (14 %) lidí, věkové rozmezí 25 – 29 let bylo zastoupeno v počtu 36 (21 %) lidí, věku 30 – 45 let dosáhlo 55 (32 %) oslovených a nejpočetnější zastoupení měla skupina ve věku 46 – 65 let a to v počtu 58 (33 %) respondentů. Z grafu je patrné, že se službami zdravotnické záchranné služby se setkávají lidé v každém věku. Z těchto oslovených 173 (100 %) respondentů bylo 88 (51 %) mužů a nepatrně menší počet 85 (49 %) žen (viz graf č. 2). Vzdělání respondentů úzce navazuje na věkové zastoupení dotazovaných uvedené v grafu č. 1. Jako nejvyšší dosažené vzdělání z celkového počtu 173 (100 %) lidí, znázorněné v grafu č. 3, respondenti nejčastěji uvedli SŠ u 72 (42 %) odpovědí, dále u 61 (35 %) SOU, 24 (14 %) zaškrtnlo VŠ, méně pak uvedlo ZŠ 4 (2 %) a odpověď jiné vzdělání nebylo vybráno vůbec 0 %.

Časový údaj, před kolika lety respondenti využili pomoci zdravotnické záchranné služby je názorně zobrazen v grafu č. 4, v dotazníku je rozdělen do pěti časových rozmezí. V prvním období do 1 roku využilo pomoci nejvíce lidí, což činí ze souhrnného počtu 173 respondentů 48 (28 %) osob. Domnívám se, že výsledky

odpovídají charakteru vytvořeného výzkumného souboru, kdy část respondentů byla získána, z nemocničních zařízení na oddělení traumatologie a oddělení následné péče. Dále pak pomoci záchranné služby využilo 44 (25 %) dotazovaných v časovém úseku před 1 – 2 lety, před 3 – 5 lety to bylo 39 (23 %), méně pak před 6 – 10 lety kdy pomoc vyhledalo 23 (13 %) oslovených. Nejméně respondentů 19 (11 %) vybralo odpověď 11 a více let.

Otázka, kterou popisuje graf č. 5, má spíše doplňující charakter. Jejím úkolem je nasměrovat respondenta k dalšímu postupu při vyplňování dotazníku, který má dvě části. Tím je oddíl A a oddíl B. Ptá se, jestli lidé volali zdravotnickou záchrannou službu. Ze 173 (100 %) odpovědělo ano 75 (43 %) respondentů, odpověď ne, volal ji někdo jiný mě, vybralo 98 (57 %), tedy většina jedinců. Pro lidi, kteří odpověděli ne, dotazování pokračuje oddílem B, oddíl A je určen pouze pro volající tísňovou linku 155.

Většina volajících na zdravotnické operační středisko uvádí, že je rozhovor s operátorem tísňové linky uklidnil, jak je patrné z grafu č. 6. Už samotný tón hlasu a obsah sdělení prozrazují o dispečerovi mnoho důležitých rysů. Jedná se především o zájem, přehlednost v dané problematice, intelekt a vůli chtít pomoci. Z celkového počtu 75 (100 %) volajících na tísňovou linku 155 odpovědělo 36 (47 %) ano uklidnil, 26 (39 %) spíše ano, 9 (11 %) spíše ne a pouze 2 (3 %) lidé označili odpověď ne. Z těchto výsledků je patrné, že se na tísňové lince záchranné služby nacházejí zkušení dispečeré profesionálové. Myslím si totiž, že ne vždy je v silách dispečerů volající zcela uklidnit. Pokaždé záleží na okolnostech přímo na místě události. V případě kdy záchránce volá pomoc svému příbuznému či blízkému a stav postiženého je kritický, není ani v silách zkušených záchranářů během rozhovoru volajícího naprosto uklidnit. Sotva se operátorovi záchranné služby podaří do podvědomí volajícího vnuknout myšlenku jistoty v podobě příjíždějící zkušené posádky zdravotnické záchranné služby, nastává obava druhá a tou je samotné čekání na příjezd záchranářů. Na tuto otázku navazující graf č. 9 ukazuje, jak rozhovor s pracovníkem tísňové linky působil na 75 (100 %) respondentů. Nejčastěji se volající rozhovor jevil srozumitelně 52x, dále byl označen jako rychlý 36x, 33x profesionální, 31x jako dostatečný, 30x se zájmem, 27x

rozhodný, 23x důkladný, 11x bez zájmu, 8x pomalý, 7x neúplný, 4x nesrozumitelný, 2x nedůkladný, 2x nerozhodný, 2x jiné: vlivem stresu nevím a nejméně se rozhovor jevil jako neprofesionální 0x. Na volajícího působí mnoho emočně negativních vlivů a prodlužováním doby čekání na příjem výzvy, nesrozumitelností či nezájmem ze strany záchranářů se jeho psychický stav jen zhoršuje. Dispečer se špatně vedeným rozhovorem sám staví do nevýhodné pozice. Jeho cílem má být volajícího uklidnit a získat od něj co nejvěrnější informace a to za co možno nejkratší dobu. Nevhodným vedením rozhovoru ztrácí spolupráci volajícího. Pracovník tísňové linky se musí umět přizpůsobit, rychle reagovat a zvládat celou tísňovou relaci. Bydžovský J. ve své knize uvádí, že při dlouhodobém svědomitém vykonávání náročné profese dochází k syndromu vyhoření, ten se projeví ztrátou další motivace, sil, vykonáváním práce rutině bez zájmu nebo až s odporem (2). Práce dispečera vyžaduje velkou zkušenost a profesní motivaci, ale i nezbytnou správnou formu prevence syndromu vyhoření. Graf 6 a 9 slouží k potvrzení, či vyvrácení hypotézy č. 1.

Graf č. 7 je zásadní pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2. Z grafu je patrné, že volajícím byla dostatečně a srozumitelně vysvětlena první pomoc a péče o postiženého před příjezdem zdravotnické záchranné služby. Ze 75 (100 %) oslovených odpovědělo ano 26 (35 %), spíše ano uvedlo 38 (50 %) tedy nejvíce dotazovaných, spíše ne zaškrtno 9 (12 %) lidí a ne jen 2 (3 %). Srozumitelné vysvětlení první pomoci je jedním ze základních úkolů náplně práce dispečera. I ve velmi krátkém časovém intervalu a pod psychickým nátlakem musí být schopen instruovat osoby na místě nehody. V dosažených výsledcích převažují kladné reakce, avšak častěji než odpověď ano, zazněla odpověď spíše ano. Myslím si, že hlavním důvodem byla zhoršená schopnost vybavit si podrobnosti hovoru, které byly ovlivněny stresovými faktory působícími na místě události. Z dosažených výsledků můžeme říci, že hypotéza č. 2 je potvrzena, neboť dispečink zdravotnické záchranné služby poskytuje volajícímu přesně a srozumitelně informace k provedení laické přednemocniční neodkladné péče. Tuto otázku doplňuje následující graf č. 8. Zde je respondent tázán, zda mu bylo dispečerem nabídnuto v případě zhoršení zdravotního stavu postižené osoby opětovné zavolání na tísňovou linku 155. Otázka nabízela pouze dvě možné odpovědi.

Ano zaškrtilo 39 (52 %) dotazovaných, což je nepatrně více než odpověď ne, tu vybralo 36 (48 %) volajících z celkového počtu 75 (100 %) respondentů. I když se jedná o důležitou informaci patřící do rámce činností operátora zdravotnické záchranné služby, z průzkumu je patrné, že ne vždy tomu tak je. Lze předpokládat, že pravděpodobně záleží na závažnosti stavu postiženého, kdy nepovažuje operátor za nutné tuto informaci předávat. Vzhledem k tomu, že je těžké odhadnout situaci na místě události zcela přesně, myslím si, že by nabídnutí opětovného zavolání na dispečink nemělo chybět při žádném rozhovoru na tísňové lince 155. Z grafu vyplývá, že dispečeři téměř u poloviny případů nenabízejí možnost znovu zavolat pomoc zdravotnické záchranné služby v případě zhoršení stavu postižené osoby.

Otázka zabývající se důvěrou v pracovníky tísňové linky 155 na základě telefonického rozhovoru, doplňuje graf č. 6. Výsledky prokázaly v 71 (95 %) případech důvěru v dispečery a pouze v 4 (5 %) nedůvěru a to z celkového počtu 75 (100 %) oslovených (viz graf č. 10). Při tísňové relaci očekává volající od operátora urychlenou pomoc, ať už ve formě vyslání výjezdové skupiny nebo instruktáže k poskytnutí první pomoci raněnému. Záchránce se dostává pod vlivem okolností do situace, kdy důvěřuje dispečerovi, že podané informace a postupy jsou účinné. Stejně tak se i graf č. 17 věnuje důvěře. Ale tentokrát důvěře ve zdravotníky při ošetřování. Zde z celkového počtu 154 (100 %) respondentů důvěřovalo zdravotníkům 142 (92 %) lidí, žádný z dotazovaných nevybral odpověď ne. 12 (8 %) lidí si na místě zásahu tento fakt nepamatuje. Zdravotnický záchranář je pro mnoho lidí v situacích bezprostředního ohrožení života jistotou jeho záchrany. Domnívám se, že díky televizním seriálům je v podvědomí veřejnosti záchranář hodnocen jako postava „super hrdiny“. Záchranář je však především člověk specializovaný ve svém oboru. Důvěru si ale záchranář získává jedině svým jednáním, chováním a profesionalitou. Dle mého názoru důvěra vyplývající z pocitů a mezilidských vztahů je pro záchranáře základním předpokladem pro tolik potřebnou spolupráci ať už ze strany volajících, postižených nebo rodiny pacienta. Proto by bylo dobré, aby i nadále pracovníci záchranné služby sami dbali na zachování důvěry, která je v nich veřejností vložena. Graf č. 10 a graf č. 17 jsou stěžejní pro ověření či vyvrácení hypotézy č. 3.

Náplní otázky, patrné z grafu č. 11, je rozčlenit respondenty do kategorií podle toho, komu záchrannou službu volali. Nejvíce volajících 58 (77 %) přivolalo pomoc osobě příbuzné či blízké, sami sobě volali pouze 2 (3 %) osob. Ovšem lidí volajících pomoc cizí osobě dosáhli počtu 15 což je 20 % z celkového počtu 75 (100 %) oslovených lidí. Z výsledků se dá říci, že jako nejčastější druh volání na tísňovou linku se vyskytuje tzv. volání z „druhé ruky“, výrazně méně volání z „třetí ruky“ a nejméně se objevuje volání z „první ruky“. Tento výsledek mě mile překvapil a jsem ráda, že i v dnešní uspěchané době jsou lidé ochotni a schopni poskytnout pomoc i cizím lidem. Touto otázkou končí dotazník pro lidi volající pomoc cizí osobě.

Graf 12 má za úkol rozdělit volající do dvou skupin. Na volající přítomné na místě zásahu po příjezdu zdravotnické záchranné služby, kterých je z 60 (100 %) respondentů 56 (93 %) a na osoby nepřítomné na místě zásahu, kterých je celkem 4 (7 %) a touto otázkou pro ně dotazník končí. Oddíl B dotazníku je uzpůsoben pouze pro příjemce péče a příbuzné postiženého, kteří volali na tísňovou linku a na místě zásahu nadále zůstali. Jak potvrdily výsledky, také mým názorem je méně častý výskyt tzv. volání z „třetí ruky“.

Graf č. 13 vyjadřuje, že na místě události z celkového počtu 154 (100 %) respondentů, zasahovala RLP u 55 (36 %) dotazovaných, RZP u 29 (19 %) a nejvíce, tedy 70 (45 %) respondentů neví, která výjezdová skupina na místo přijela. V této otázce a dále jsou již započítáni i respondenti, kteří odpověděli, že záchrannou službu jim volal někdo jiný (viz graf č. 5). O vyslání výjezdové skupiny na místo události rozhoduje pracovník příslušného dispečinku, přijímající tísňovou výzvu. Druh výjezdové posádky vysílá dle závažnosti stavu. Většinu případů, ke kterým se v dnešní době běžně vyjíždí, je schopna vyřešit posádka bez lékaře neboli RZP. Podle mého názoru, je v podvědomí lidí, že při přivolání zdravotnické záchranné služby dojíždí na místo nehody v záchranném týmu automaticky vždy i lékař. Dále z grafu vyplývá, že ne vždy se posádka záchranné služby klientovi představí. Lidé by měli být informováni o složení členů záchranného týmu. Sama ale vím, že ne pokaždé je to ve stavech bezprostředního ohrožení života možné a především každý člen posádky záchranné služby má na své uniformě jmenovku a označení pracovního

zařazení. A proto by i bez osobního představení mělo být pro lidi bez problémů snadno dosažitelné zjistit, od koho jsou oni sami nebo jejich blízcí ošetřováni. Avšak osobním představením docílí záchranář snazšího navázání komunikace a spolupráce.

Otázka zabývající se problematikou doby příjezdu záchranné služby od zavolání (viz graf č. 14), byla respondenty nejčastěji vybrána v 49 (31 %) do 10 minut. Druhá nejčastější odpověď zněla do 15 minut, což zodpovědělo 47 (31 %) oslovených. Dokonce 27 (18 %) dotazovaných zvolilo časový interval do 5 minut od zavolání. Tyto údaje bych hodnotila jako výborné. Lze totiž říci, že záchranná služba dodržuje dojezdové časy stanoveny vyhláškou 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Pouze 8 (5 %) udává dobu příjezdu do 30 minut, 0 % nad 30 minut a 23 (15 %) nedokáže přesně určit, v jakém intervalu posádka došla. Celkový počet respondentů činil 154 (100 %). I tato oblast je ovlivňována mnoha nepříznivými faktory. I když většina zásahů proběhla v uplynutí doby do dvou let, jak potvrzuje graf č. 4, hodně lidí projevilo sníženou schopnost tento čas přesně vymezit. Myslím si, že to ovšem není neobvyklý jev. Každý z nás pod vlivem stresu vnímá dané okolnosti jinak, zvláště jedná-li se o osobu blízkou či naše percepce je ovlivněna bolestí a strachem z výhledově neznámého.

Informovat klienta a jeho rodinu o všech prováděných úkonech považují za jeden ze základních úkolů záchranáře. Informovaností se zabývají otázky vyobrazeny na grafu č. 15 a grafu č. 16, které slouží k potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1. Ze souhrnného počtu 154 (100 %) respondentů nejvíce 55 (36 %) zvolilo odpověď, že spíše byli informováni pracovníkem záchranné služby o všech prováděných ošetrovatelských výkonech a vyšetřeních. Ano odpovědělo 42 (27 %) lidí. Zde se dostáváme do konfrontace s otázkou znázorněnou grafem 16, která pro tuto otázku měla kontrolní funkci a v které 59 % osob napsalo, že podané informace byly srozumitelné. Z tohoto je zřejmé, že i když byly informace podány, ne pokaždé byly srozumitelné. Spíše neinformoval, uvedlo 21 (14 %) dotazovaných, ne 6 (4 %). V tomto případě, porovnání se srozumitelností informací, udává graf č. 16 v 27 (18 %) odpověď ne. Nepamatují si, zaškrtno 30 (19 %) dotazovaných v grafu č. 15 a v grafu č. 16 možnost nepamatují si, vybralo o něco více, tedy 35 (23 %) oslovených. Pro obě tyto

otázky je podstatný údaj z grafu č. 23, kde 6 lidí uvedlo bezvědomí. Vzájemným srovnáním otázek mohu říci, že většinou když byly postižení či rodina poučeni, byli i dané informace srozumitelné. Záchranář by měl, zda je to možné, vždy zřetelně informovat o všech postupech. Dle mého úsudku jsou drobné odchylky v odpovědích ovlivněny přímo stresovou situací odehrávající se v době události. V každém případě se nesmí zapomínat na srozumitelnost informací, která napomáhá při práci záchranáře navázat lepší spolupráci s postiženým či rodinou u ošetření.

Problematiku komunikace vystihuje graf č. 18, který je klíčový k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy č. 1. Z celkového počtu 154 (100 %) oslovených lidí nejvíce zodpovědělo možnost ano, zdravotníci v průběhu ošetření komunikovali 128 (83 %). Variantu nepamatují si, uvedlo 19 (12 %) respondentů a nejméně zapsalo nabízené ne v zastoupení 7 (5 %) dotazovaných. Komunikace je důležitá jak v běžném životě, tak i nepochybně v profesi záchranáře. Z výsledků je zřetelné správné zařazení nezbytné komunikace do výkonu povolání na zdravotnické záchranné službě. Jak uvádí Pachel J. ve své knize, na základě poznatků z roku 2004 uskutečnil Institut zdravotní politiky a ekonomiky předvýzkum vztahu pacientů k nemocničním, praktickým a ambulantním lékařům. Jeho prostřednictvím se dosáhlo zajímavých výsledků a nedostatků. Jako nejčastější nedostatek lidé uvedli komunikaci. Hodnotili ji přívlastky špatná, hrubá, nedostatečná, zlehčující atd. **(19)** Tato problematika je ale natolik rozsáhlá, že by se o ní dal napsat celý výzkum. Podle mého názoru je jen v rukou každého záchranáře, zda bude komunikace pracovníků zdravotnické záchranné služby hodnocena mnohem lepšími přívlastky, než je tomu ve výše zmíněném předvýzkumu.

Následující otázka znázorněna grafem č. 19, zaznamenává chování a jednání zdravotnických záchranářů k respondentům při práci. Slouží k potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 3. Zkoumaná skupina dotazovaných sčítala 154 (100 %) osob a odpovědi byly postaveny do řady postupně, od nejčastější odpovědi po nejméně početnou. Nejvíce dotazovaných označilo chování a jednání záchranářů za rozhodný 84x, 82x jako rychlý, 69x vstřícný, 55x sebejistý, 10x pomalý, 8x nejistý, 5x nerozhodný, 5x nevstřícný, 3x ignorující a 9x jiné kam bylo zařazeno 6x bezvědomí, 1x optimisti, 1x milí, 1x profesionální. Je ale důležité vzít v potaz, že 6 postižených udává

bezvědomí, což má vliv i na ostatní odpovědi uvedené v dotazníku. Upozornit bych chtěla hlavně na závislost grafu č. 17, který se věnuje důvěře. Jak uvádí Ertlová F., zdravotnický záchranář svojí prací zastupuje nejen sebe, ale i celou profesi a také by se podle toho měl chovat. Musí si uvědomit, že i ve vypjatých situacích se od něj očekává profesionální vystupování, bez vulgarizmů, zdravotnické hantýrky, hrubosti či lhostejnosti (5). Z výsledků je zřejmé, že více jak polovina lidí charakterizovala chování a jednání záchranářů slovy rozhodný a rychlý. O něco méně než polovina dotazovaných viděla záchranáře jako vstřícné a více jak třetině se zdravotníci jeví sebejistě. Záporné chování bylo vyzorováno pouze v malé míře. Ale právě na toto, zdánlivě pomíjivé množství vnímaného ze strany respondentů, je nutno brát veliký zřetel. Jedině tak se může kvalita chování záchranářů vůči klientům zdokonalit.

K ověření či vyvrácení hypotézy č. 1 slouží i graf č. 20 a graf č. 21. Otázky se věnují komunikaci, konkrétně řádné informovanosti příjemců péče a jeho příbuzných. Informováno, kam bude příjemce péče z místa zásahu směřován, bylo záchranným týmem 111 (72 %) ze souhrnného počtu 154 (100 %) respondentů. 7 (5 %) uvedlo, že informováni nebyli a 36 (23 %) neví, zda jim umístění bylo či nebylo sděleno (viz graf č. 20). Z výsledků zobrazených grafem lze říci, že záchranný tým téměř vždy informuje lidi o cílovém zdravotnickém zařízení jejich transportu. Z grafu č. 21 je zjevné, že v 59 (39 %) došlo k objasnění přibližného zdravotního stavu postižené osoby ze strany záchranného týmu. A to ať už rovnou samotnému příjemci péče nebo jeho rodině. 48 (31 %) oslovených lidí napsalo odpověď spíše ano, nepamatují si uvádí 31 (20 %) lidí, spíše ne 13 (8 %) a odpověď ne vyplnilo nejméně respondentů, ti zastupují 3 (2 %). Celkem bylo 154 (100 %) respondentů. Zde je prostřednictvím výsledků patrná převaha kladné odezvy na problematiku objasnění přibližného zdravotního stavu postiženého. Myslím si, že vzhledem k diagnostickým podmínkám a vlivu časového nátlaku není vždy možné na místě zásahu jednoznačně stanovit přesnou diagnózu. Ale i přes to je důležité, poskytnout rodině postiženého i jemu samotnému alespoň přibližný zdravotní stav. V případě posádky RZP, kde není u zásahu přítomen lékař, by měl být záchranář schopen uvést podezření na potenciální možné poškození zdraví. Postižený i rodina mají právo vědět a chtějí vědět, o jaký

zdravotně závažný stav se jedná. Informovaností rodiny postiženého dosáhneme zároveň i lepší spolupráce při ošetřování jejich blízkého. Dobré je v průběhu zásahu začlenit i samotné rodinné příslušníky a tím jim vzít pocit bezmoci a nabídnout možnost aktivně se podílet na záchraně.

Graf č. 22 řeší otázku, zdali přístup zdravotníků respondenty uklidnil. Dotaz má ověřovací funkci k potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 3. Následnou analýzou otázky byla dosažena tato data. Nejvíce, 57 (37 %) respondentů zaškrtno odpověď, že je přístup zdravotníků spíše uklidnil, 53 (34 %) uvedlo odpověď ano, 29 (19 %) spíše ne, 11 (7 %) nepamatuji si a možnost ne zvolili 4 (3 %) respondentů, tedy nejméně z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných. Z grafu můžeme vyčíst, že převážnou většinu uklidnil přístup zdravotníků k jejich osobě. Myslím si, že už jen samotný adekvátní přístup záchranářů k postiženému i jeho blízkým umožňuje tolik nezbytnou spolupráci. Je tedy zapotřebí, aby ze strany záchranářů byla lidem nabídnuta jistota v podobě odpovídajícího přístupu a chování. Otázka navazuje na předešlý graf č. 6, který se věnuje problematice, zda volající rozhovor s dispečerem uklidnil.

Grafické znázornění celkového dojmu z práce a přístupu záchranného týmu je patrné z grafu č. 23. Dohromady bylo osloveno 154 (100) respondentů, z nichž 134 (87 %) hodnotilo celkový dojem slovem pozitivní, a pouze 4 (3 %) bylo přesvědčeno o opaku, tedy zvolila možnost negativní. Odpověď jiné uvedlo 16 (10 %) dotazovaných, sem spadá: bezvědomí 6x, neutrální 6x, hrdinové 2x, krásné oblečení 1x, chci být také záchranář 1x. Z výsledků je patrné, že lidé hodnotí celkový dojem z práce a přístupu zdravotnického záchranného týmu pozitivně. Vzhledem k předchozím odpovědím mě tento výsledek mile překvapil a myslím si, že by záchranáři měli dělat vše pro to, aby nadále nezklamali důvěru, která je do nich veřejností vkládána.

Hypotéza č. 1 ověřována daty v grafech č. 6, 9, 15, 16, 18, 20, 21, že respondenti jsou spokojeni s úrovní komunikace s pracovníky zdravotnické záchranné služby, byla potvrzena. Údaje v grafech č. 7, 17, 19, 22, 23 potvrzují hypotézu č. 3, která říká, že respondenti mají dobré zkušenosti s přístupem pracovníků zdravotnické záchranné služby.

6. ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zjistit a zmapovat zkušenosti veřejnosti se Zdravotnickou záchrannou službou Jihočeského kraje. Vlivem výzkumného souboru, který tvořila široká veřejnost, nebylo záměrem bakalářské práce získat poznatky o odborné správnosti poskytnuté přednemocniční neodkladné péče pracovníky zdravotnické záchranné služby, ale to jak lidé vnímali samotné záchranáře a jejich přístup při zásahu. Na základě stanoveného cíle byly navrženy tři hypotézy.

Hypotéza č. 1 zněla: Respondenti jsou spokojeni s úrovní komunikace s pracovníky zdravotnické záchranné služby. Tuto problematiku řeší grafy č. 6, 9, 15, 16, 18, 20, 21. Tato hypotéza se potvrdila. Hypotéza č. 2 znázorněná v grafu č. 7, říká: Dispečink zdravotnické záchranné služby poskytuje volajícímu přesně a srozumitelně informace k provedení laické přednemocniční neodkladné péče. Získaná data tuto hypotézu potvrzují. Hypotéza č. 3: Respondenti mají dobré zkušenosti s přístupem pracovníků zdravotnické záchranné služby. Ta byla potvrzena údaji znázorněných v grafech č. 7, 17, 19, 22, 23.

Ze shromážděných poznatků je na první pohled zřejmé, že zkušenost se zdravotnickou záchrannou službou mají lidé různého věku, pohlaví i vzdělání. Výsledky výzkumu poukazují na enormní důvěru lidí v pracovníky zdravotnické záchranné služby. Respondenti v dotazníku uvedli odpověď: „Vlivem stresu, nevím“. Podle mého názoru, právě v těchto stresujících situacích plných obav o své blízké, strachu z výhledově neznámého či stavech bezprostředního ohrožení života, je pro většinu lidí zdravotnický záchranář jistotou jeho záchrany. Myslím si, že tato důvěra vyplývající z poznatků a mezilidských vztahů je pro záchranáře základním předpokladem k nezbytné spolupráci, ať už ze strany volajících, postižených osob nebo rodiny pacienta. Proto členové záchranného týmu sami musí dbát na to, aby svým chováním a přístupem nezklamali důvěru, kterou do nich veřejnost vkládá. Z tohoto důvodu je třeba, aby se záchranáři školili v odborných technikách komunikace s postiženým i jeho blízkými. Dále je z údajů patrné, že téměř u poloviny případů, což činí 48 % hovorů, nenabídl dispečer možnost opětovného zavolání na tísňovou

linku 155. Myslím si, že toto procento je velmi vysoké a vzhledem k tomu, že dispečer není přítomen na místě zásahu, měl by tuto možnost nabídnout vždy. Je nutné věnovat pozornost i nemalému počtu lidí 45 %, kteří nevědí, jaká výjezdová skupina zasahovala na místě události. Z toho vyplývá, že posádka záchranné služby se klientovi ne vždy představí. Lidé by měli být informováni o složení členů záchranného týmu. Osobním představením dosáhnou pracovníci záchranné služby snazší komunikace a spolupráce.

Tento zkoumaný soubor popisuje zkušenosti jen malého vzorku lidí, vzhledem k celé populaci obyvatel Jihočeského kraje. Proto bych chtěla, aby práce sloužila jako předvýzkum k dalšímu podrobnějšímu rozpracování této studie, především v oblasti důvěry v záchranný tým, na rozsáhlejší skupině obyvatelstva. Přála bych si, aby tyto výsledky napomohly pracovníkům záchranné služby i budoucím zdravotnickým záchranářům, získat lepší přehled v dané problematice a i nadále jí věnovali svoji pozornost.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Důvěra

Komunikace

Tísňová linka

Veřejnost

Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnické operační středisko (dispečink)

Zdravotnický záchranář

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Aktuality na webu – JmK* [online]. 2007 [cit. 2008-11-21]. Dostupné z: <<http://www.zzsjmek.cz/zachranna-sluzba/krajske-operacni-stredisko-zakladni-informace.php?ps=1&sub=3&l=17>>
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. DOBIÁŠ, V., a kol. *Přednemocničná urgentná medicína*. Martine: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-255-7.
4. DRDOŠOVÁ, V. Opravdové plus pro 155. *Urgentní medicína*, 2008, roč. 11, č. 1, s. 31-32. ISSN 1212-1924.
5. ERTLOVÁ, F., a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přepracované vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
6. FILOVÁ, V. *Zdravotnická záchranná služba kraje Vysočina*. [online]. 2009 [cit. 2009-05-12]. Dostupné z: <<http://www.zzsvysocina.cz/>>
7. FRANĚK, O. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace zvyšuje naději na přežití pacientů s přednemocniční NZO. *Urgentní medicína*, 2005, roč. 8, č. 4, s. 32-34. ISSN 1212-1924.
8. FRANĚK, O. Telefonicky asistovaná první pomoc (TAPP). *Urgentní medicína*, 2007, roč. 10, č. 2, s. 22-25. ISSN 1212-1924.
9. FRANĚK, O. *www.zachrannasluzba.cz*. [online]. 26. 3. 2003 [cit. 2009-04-15]. Dostupné z: <<http://www.zachrannasluzba.cz/>>

10. JANÁČKOVÁ, L., WEIN, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978- 80-7367-477-9.
11. JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd., Praha: GRADA, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
12. KANITZ, A. *Umění úspěšné komunikace – Jak uspět v každém rozhovoru*. 1. vyd., Praha: GRADA, 2005. 112 s. ISBN 80-247-1222-9.
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd., Praha:GRADA, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KOZLOVÁ, L.,KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
15. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: GRADA, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
16. LINHART, J., a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004. 412 s. ISBN 80-85843-61-7.
17. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd., Praha: GRADA, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
18. NAVRÁTIL, L., BRÁDKA, S. *Úkoly krizového managementu v ochraně obyvatelstva*. 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7040-881-2.

19. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0479-5.
20. PSENNEROVÁ, S. *Praktická cvičení z první pomoci*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 72 s. ISBN 978-80-7368-463-1.
21. SIHELOVÁ, D. Zdravotnický záchranář – profesionál, osobnost. *Urgentní medicína*, 2007, roč. 10, č. 2, s. 30-32. ISSN 1212-1924.
22. St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association. *Příručka první pomoci*. 2. vyd., Bratislava: Perfekt, 2007. 288 s. ISBN 978-80-8046-359-5.
23. ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 2*. 1. vyd., Praha: GRADA, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0844-2.
24. VELEMÍNSKÝ, M., a kol. *Klinická propedeutika*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7040-643-8.
25. Vyhláška 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě.
26. VYHNÁNEK, F., a kol. *Chirurgie I*. 1. vyd., Praha: Informatorium, 1997. 189 s. ISBN 80-86073-07-6.
27. Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
28. Zákon 349/2000 Sb., o Integrovaném záchranném systému.
29. *Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje* [online]. 2009 [cit. 2009-06-12]. Dostupné z: <<http://www.zzsck.cz/>>

9. PŘÍLOHY

Příloha 1. Dotazník

Příloha 2. Použité zkratky

Příloha 3. Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

Příloha 4. Schéma TANR

Příloha 5. Telefonicky asistovaná první pomoc

Příloha 6. Fotografie ze ZZS JCK

Příloha 7. Dispečer PC

Příloha 1. Dotazník

Dotazník

Zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou v Jihočeském kraji

Dobrý den,

jmenuji se Pavla Urbanová. Jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.

Touto cestou Vás chci požádat o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní. Informace získané od Vás budou použity pouze jako podklady pro napsání bakalářské práce: „Zkušenosti veřejnosti se zdravotnickou záchrannou službou v Jihočeském kraji“.

Vaše názory mohou přispět ke zlepšení péče a přístupu zdravotnické záchranné služby k ošetřovaným lidem. Pokud máte více zkušeností, se záchrannou službou, **pište v dotazníku pouze o jedné z nich.**

Velmi Vám děkuji za vyplnění dotazníku a za věnovaný čas.

Věk:	18 -24 let	25 – 29 let	30 – 45 let	46 – 65 let
Pohlaví:	muž	žena		
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?		ZŠ VŠ	SOU SŠ jiné.....	VOŠ

1. Před kolika lety jste využil/a pomoc zdravotnické záchranné služby?
do 1 roku před 1-2 lety před 3-5 lety před 6-10 lety
11 a více
2. Volal(a) jste zdravotnickou záchrannou službu?
ano (**Pokračujte oddílem A.**)
ne, volal ji někdo jiný mě (**Pokračujte oddílem B.**)

Oddíl A

3. Uklidnil Vás rozhovor s dispečerem tísňové linky? ano spíše ano spíše ne ne
4. Byla Vám dostatečně a srozumitelně vysvětlena první pomoc a péče o postiženého před příjezdem zdravotnické záchranné služby? ano spíše ano spíše ne ne
5. Bylo Vám nabídnuto dispečerem, v případě zhoršení zdravotního stavu postižené osoby/osob, opětovné zavolání na tísňovou linku 155? ano ne

Příloha 2. Použité zkratky

DRNR – Doprava raněných nemocných a rodiček.

LSPP – Lékařská služba první pomoci.

LZS – Letecká záchranná služba.

OSZS – Oblastní střediska záchranné služby.

RLP – Rychlá lékařská pomoc.

R-V – Rendez-vous – setkávací systém.

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc.

TAPP – Telefonicky asistovaná první pomoc.

TANR – Telefonická asistovaná neodkladná resuscitace.

ÚSZS – Územní středisko záchranné služby.

ZOS – Zdravotnické operační středisko.

ZZS – Zdravotnická záchranná služba.

Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

Doporučený postup ČLS JEP - spol. UM a MK

Úvod

Přežití pacientů stížených přednemocniční náhlou zástavou oběhu (NZO) zůstává nízké. Jedním ze způsobů, jak zvýšit naději postižených na kvalitní přežití je laická resuscitace, prováděná do příjezdu profesionální posádky zdravotnické záchranné služby.

Jednou z cest, jak dosáhnout častějšího a kvalitnějšího provádění této resuscitace, je telefonická instruktáž svědků zástavy k provádění resuscitace dispečerem tísňové linky.

Telefonická instruktáž volajícího prokazatelně přispívá ke zvýšení naděje postiženého přednemocniční NZO na primární i sekundární (dlouhodobé) kvalitní přežití až o 70%.

Telefonická instruktáž by na jednu stranu měla být co nejjednodušší, a na druhé straně cíleně optimalizovaná podle pravděpodobné příčiny vzniku NZO. To znamená zejména u primárních (kardiogenních) příhod metodiku akcentující zajištění perfuze před ventilací.

Součástí telefonické asistence není jen vlastní instruktáž v technice provádění laické resuscitace. Neméně významnou součástí je průběžné ověřování správného provádění, motivace, psychická i organizační podpora záchránců na místě příhody.

Provádění TANR představuje z organizačního hlediska sice řídkou, ale časově náročnou intervenci, která v optimálním případě trvá po celou dobu od přijetí výzvy do příjezdu výjezdové skupiny na místo. To ovšem znamená nutnost dostatečného kapacitního dimenzování operačního střediska. Pokud by provádění TANR jakkoliv interferovalo s předáním výzvy výjezdové skupině, má toto předání prioritu před zahájením TANR. TANR lze v takovém případě zahájit s nutným odstupem.

Definice pojmu

Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace je telefonická instruktáž volajících na místě vzniku pravděpodobné NZO, kontrola provádění, motivace, psychická a

organizační podpora svědků příhody – zachránců (zejména zabezpečení optimálního přístupu k postiženému).

Podmínky provádění

Analýza volání na tísňovou linku a klasifikace události je vysoce specializovaná činnost, prováděná odborným zdravotnickým personálem ZOS – dispečerem ZOS.

Další podmínkou je dostatečné kapacitní dimenzování ZOS a adekvátní výcvik. Nedílnou součástí je trvalé monitorování kvality a účinnosti TANR vyhodnocováním příslušných hovorů na tísňové lince a sledováním osudu pacientů.

Indikace

Absolutní indikace:

- právě vzniklá NZO, tj. situace, kdy došlo k náhlému, nečekanému kolapsu, postižený nedýchá (nepočítaje lapavé dechy) a nevyvíjí žádnou jinou spontánní aktivitu, a volání bezprostředně předchází spatřený (či jinak zaznamenaný) kolaps.

Relativní indikace:

- ostatní stavy, kdy zřejmě došlo k NZO a nejsou rozvinuty jisté známky smrti.

Kontraindikace

- kontraindikace zahájení resuscitace jako takové;
- zjevná mentální nebo fyzická neschopnost osob přítomných na místě zahájit a účinně vést NR;
- volání z třetí ruky;
- situace, kdy by zahájení TANR vedlo ke zdržení v předání tísňové výzvy výjezdové skupině.

Základní metodika vlastní telefonicky asistované neodkladné resuscitace:

a) Charakter události: **Kolaps + pravděpodobně primární (kardiální) zástava:**

- ⇒ jeden zachránce: pouze masáž
- ⇒ více zachránců: poměr kompresí a ventilace 100 : 2

b) Charakter události: *Pacient nalezen v bezvědomí nebo sekundární (hypoxická či jiná) zástava nebo dítě:*

- ⇒ jakýkoliv počet zachránců: poměr kompresí a ventilace 30:2
- ⇒ v úvodu zejména u dětí vypuzovací manévr

V případě sub a) může být první 3-4 minuty prováděna pouze nepřímá masáž. Pokud zachránce (zachránci) nedokáží rychle a efektivně provádět dýchání z plic do plic, případně je nechtějí provádět, pokračují pouze instrukce k nepřímé masáži.

Závěr

TANR je finančně nenáročná, ale účinná metoda, jak zvýšit naději osob stížených přednemocniční NZO. Jde o nedílnou součást „záchranného řetězce“ a patří ke správné praxi zdravotnického operačního střediska.

Zdroj: Interní materiály ZZS JČK

Příloha 4. Schéma TANR

TANR v kostce po praktické stránce

1. Poznej a potvrď zástavu

Nečekaný KOLAPS nebo KŘEČE + žádné projevy života, nedýchá nebo dýchá „nenormálně“ (nepravidelné, ojedinělé dechy, nezvedá se hrudník, promodralá barva). Pokud není do 30 sekund jasno považuj stav za zástavu!

2. Pojďme do toho!

JE POTŘEBA mu pomoci – Budeme spolu ožивovat. Nebojte se, poradím Vám.

3. Pomocníci

Jen jeden člověk na místě – zkuste sehnat někoho dalšího! Pokud to nejde, předej instrukce a ukonči hovor. Více lidí - **telefon CO NEJLÍŽE k pacientovi**. Jeden komunikuje další provádějí!

4. Příčina zástavy

Co je pravděpodobná příčina náhlé příhody: selhání srdce, nebo dušení?

5. Předej instrukce

Dospělý (typicky starší osoby, náhle vzniklé bezvědomí)	Dítě
<ul style="list-style-type: none">• Položit pacienta na záda, nic pod hlavu• Uvolnit dýchací cesty• 1 záchránce: pouze masáž = 100x/minutu• Více záchránců 30:2	<ul style="list-style-type: none">• Pokud je pravděpodobné cizí těleso, proved' vypuzovací manévr (úder naplocho do zad)• Polož pacienta na záda, nic pod hlavu• Uvolnit dýchací cesty• 5x vdech• Kojenec: Dvěma prsty stlačovat hrudník• Batole až 8 let: Patou jedné ruky stlačovat hrudník• 1 záchránce pouze masáž = 100x/min.• Více záchránců 30:2

Technika masáže:

Poloha dlaní: uprostřed hrudníku mezi prsy, natažené ruce propnuté v loktech
Frekvence: 100x za minutu, co nejméně přerušovat! (písnička „Rolničky, rolničky“)
Hloubka stlačení: cca 5-6 cm u dospělého

6. Přístup k pacientovi!

Je třeba zajistit bezproblémový přístup k pacientovi – otevřít dveře, přivolat výtah, atp. – pověřit někoho volného

7. Pokračuj až do příjezdu posádky!

Poslouchej, Pozoruj, Povzbuzuj, Pochval, Pomáhej, Počítej!

8. Poděkuj!

Když je posádka na místě a je čas, poděkuj záchráncům. Zaslouží si to!

9. Pozor na chyby!

Nejčastější chyby: Nepoznaná zástava: pacient zdánlivě "dýchá", ale jde o lapavé dechy – TANR není zahájena. Obdobně při záchvatu křečí – je nutné zajistit stav poté, co křeče odezní (vydržet na lince, nebo zpětným voláním). Technika resuscitace: Příliš velké prodlevy a přerušení masáže (např. hmatání pulsu). Málo intenzivní masáž. Pokud se pacient během masáže „rozdýchá“, může jít opět o lapavé dechy, které svědčí o účinnosti masáže, ale ne o obnově spontánního oběhu. Zjišťování tepu na karotidách je neefektivní a zdržuje.

Zdroj: Interní materiály ZZS JČK

Příloha 5. Telefonicky asistovaná první pomoc

Telefonicky asistovaná první pomoc (TAPP)

Doporučený postup výboru spol. UM a MK, verze 28.10.2006

1) ÚVOD A VÝZNAM

1.1 Úvod

Poskytování telefonicky asistované první pomoci (TAPP) má podle situace a možností instruovat volající nebo svědky k **poskytnutí první pomoci** postiženému. Jde o jednu ze základních úloh zdravotnického operačního střediska.

Základní instrukce by měly být poskytnuty zejména v těchto situacích:

Situace	Instrukce
Náhlá zástava oběhu	TANR (viz dále)
Dušení z obstrukce dýchacích cest	Vypuzovací manévry, uvolnění dýchacích cest, umělé dýchání.
Bezvědomí se zachovalým dýcháním	Při jistotě stran kvality dýchání stabilizovaná poloha, jinak ponechat pacienta v poloze, v jaké se nachází! Pokud leží, nedávat nic pod hlavu (!!!). Důsledně sledovat stav dýchání.
Dopravní nehody, pády a ostatní traumata	Prioritou je zástava tepenného krvácení a obnovení/udržení průchodnosti dýchacích cest. Pokud to není nutné (postižený dýchá), nehýbat! V případě potřeby manipulace s postiženým vždy šetrně s fixací hlavy vůči tělu. Pokud možno přikrýt (udržení teploty)! Zřetelně označit místo nehody – bezpečnost zraněného i zachránců!
Krvácející rány	Zástava masivního krvácení, krytí pokud možno sterilním materiálem.
Intoxikace požitím	Podle povahy látky vyvolat nebo naopak zabránit zvracení, podání tekutin atd.
Popálenina	Lokální chlazení popáleného místa.
Poleptání, zasažení chemikálií	Podle chemické podstaty mechanicky očistit, nebo opláchnout proudem vody.
Cizí těleso	Pokud to není nutné pro manipulaci s pacientem, nevyndávat.
Náhlé zhoršení chronické nemoci	Asistované podání emergentní medikace, pokud ji má pacient k dispozici.
Porod	Asistence u porodu, vyčištění dýchacích cest novorozence, péče o novorozence (udržení tepla!!!).

Všeobecně	Bezpečnostní instrukce pro zachránce. Udržování optimální tělesné teploty. Poloha adekvátní potíží.
-----------	---

1.2 Obecné pokyny pro manipulaci s pacientem

Pokud je **při vědomí, dýchá** a svým konáním se zjevně neohrožuje, je nejlépe nechat pacienta zaujmout polohu, jaká mu nejlépe vyhovuje.

Pokud je **v bezvědomí a dýchá** a jeho poloha jej sama o sobě neohrožuje, ponecháme jej v této poloze. Nepřetržitě monitorovat stav dechu. V případě zvracení otočit postiženého okamžitě na bok. Do stabilizované polohy otáčíme jen ty pacienty v bezvědomí, u kterých není pochybnost o kvalitě dýchání a jejich stav není způsoben traumatem. Monitorování jejich dechu a barvy je pak třeba věnovat mimořádnou pozornost.

Přesné konkrétní postupy v jednotlivých situacích jsou zpravidla součástí provozních pokynů resp. protokolů konkrétního operačního střediska.

2) TELEFONICKY ASISTOVANÁ NEODKLADNÁ RESUSCITACE (TANR)

2.1 Definice a význam TANR

Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace znamená telefonickou asistenci a vedení zachránce na místě k provádění neodkladné resuscitace dispečerem záchranné služby.

V okamžiku náhlé, život ohrožující příhody je jen menšina lidí připravena „sama od sebe“ začít resuscitovat – z části z důvodu nerozpoznání zástavy, neznalosti účinných postupů a esteticko-hygienickým překážkám, ale zejména kvůli panické reakci a „bloku“ jednání. **U pacientů s náhlou zástavou dechu a/nebo oběhu má přítom laická neodkladná resuscitace zásadní význam pro jejich kvalitní přežití.**

Doporučený postup ČLS-JEP - Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof č. 2 „Neodkladná resuscitace“ kodifikuje ve své nejnovější verzi pro tento postup v situaci identifikované jako náhlá zástava oběhu termín „**telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace**“ (TANR) ¹⁾.

Přínos telefonické asistence spočívá v **inicializaci** jednání zachránce, v odstranění psychologických překážek, v **motivaci, odborné podpoře** jeho postupu a v neposlední řadě v **optimalizaci organizace** pomoci na místě události.

Souhrnný příznivý vliv TANR na osud pacientů resuscitovaných v terénu prokázaly i studie z Prahy a Stockholmu^{2,3,4}. **Tyto studie prokázaly, že TANR zvyšuje naději na přežití NZO v terénu až o 50%.**

2.2 Technické a organizační podmínky pro provádění TANR

Systematicky lze metodiku TANR použít pouze tehdy, pokud jsou pro ni vytvořeny vhodné technické, metodické i personální podmínky.

- **Adekvátní technické a personální dimenzování ZOS.** TANR nesmí znamenat zdržení ve vyslání pomoci ani nesmí ohrozit příjem dalších volání na tísňovou linku. To předpokládá adekvátní technické a personální vybavení ZOS a také vhodnou organizaci práce. Pokud je nutná komunikace přijímajícího dispečera s výjezdovou skupinou, lze v nouzi TANR poskytnout až poté, prostřednictvím zpětného volání.
- **Definice postupů TANR a výcvik call-takerů** je předpokladem úspěchu. Musí existovat jasná metodika, kterou se mohou call-takeři řídit. Není čas ani prostor na improvizaci či výuku metodou „pokusů a omylů“. Praxe v provádění TANR prokazatelně zvětšuje úspěšnost TANR⁵.
- **Monitorování** kvality a **vyhodnocování** účinnosti přináší nutnou zpětnou vazbu. Odstranění nedostatků a motivace call-takerů je zcela zásadní pro úspěšné zavedení programu TANR.

2.3 Indikace a kontraindikace TANR

TANR je na místě v týchž indikacích, jako KPCR, tj. **při náhlé zástavě oběhu (NZO).**

Jako každý medicínský postup má i TANR svoje **kontraindikace**. Jsou jimi zejména:

- jisté známky smrti, s životem zjevně neslučitelné trauma;
- terminální stav nevyléčitelného onemocnění;
- reálné nebezpečí hrozící záchránci;
- zjevná mentální nebo fyzická neschopnost volajícího resuscitovat (nepodceňujme děti!);
- zcela nespolupracující volající;
- hovor „z třetí ruky“ (volající není na místě příhody);
- vlivem provádění TANR by došlo k prodloužení ve vyslání výjezdové skupiny.

2.4 Identifikace NZO

Identifikace NZO je postavena na:

- nápadné **dynamice stavu** (postižený **ted'** zkolaboval);

- **bezvědomí** (postižený neprojevuje žádné známky života);
- **bezdeší** (není pravidelná dechová aktivita, mohou být terminální a/nebo „lapavé“ dechy).

Identifikace NZO přináší nejvíce problémů i úskalí a zdaleka ne ve všech případech je snadná. Navíc u některých pacientů v okamžiku volání ještě nejde o NZO a k náhlému zhroucení životních funkcí dochází až v dalším průběhu.

Identifikace náhlé poruchy vědomí zpravidla nečiní zásadní potíže. Matoucí mohou být křeče, které se u části pacientů s NZO krátce vyskytují jako následek hypoxie CNS. Potíže ovšem činí odlišit, zda je bezvědomí důsledkem NZO, nebo jiného děje.

Častou chybou je pátrání po „pulsu na karotidách“ – je prokázáno, že úspěšnost tohoto postupu je špatná a časová ztráta významná. Klíčové je tedy ověření stavu dýchání, jehož nepřítomnost je součástí identifikace zástavy oběhu. Ve shodě s doporučeními Evropské rady pro resuscitaci platí, že pacient, který nevyvíjí žádnou spontánní aktivitu s výjimkou agonálních dechů je považován za osobu s NZO⁶⁾.

Právě „lapavé“ dechy jsou ovšem největším úskalím identifikace NZO: na otázku „zda postižený dýchá“ se dispečerovi často dostane odpovědi sice pozitivní, ale přitom popisující právě typické agonální dechy. Spolehlivost údajů je velmi nízká a podle dostupných dat se pohybuje v nejlepším případě kolem 60%⁵⁾. Terminální (lapavé) dechy jsou přitom přítomny až u 50% pacientů s NZO⁷⁾.

Pokud se do třiceti sekund nepodaří objasnit stav vědomí a dýchání, přestože je volající u pacienta, postupujeme tak, jako by šlo o náhlou zástavu oběhu.

2.5 Postup při provádění TANR pro náhlou zástavu oběhu

2.5.1 Základní kroky při TANR

Poloha: postiženého na záda, nic pod hlavu, mírný záklon hlavy. Cíl = uvolnění dýchacích cest.

Masáž na hrudní kosti v úrovni prsních bradavek nataženýma rukama, rychlostí asi 2x za sekundu, do hloubky 5 cm u dospělého. Masírující nebo telefonující může hlasitě počítat (například dvě komprese v rytmu „Pěta-Dvacet“ - aby mohl dispečer posoudit tempo masáže).

Umělé dýchání z úst do úst se provádí objemem asi 500 – 600 ml u dospělého, délka vdechu i výdechu je asi 1 sekunda. Cyklus dvou vdechů včetně potřebných úkonů k uvolnění dýchacích cest by neměl trvat déle, než 10 sekund.

Základní schéma u zástav pravděpodobně kardiálního původu u dospělých pacientů:

- **4 minuty nepřetržité masáže, po kterých následuje masáž střídaná s ventilací v poměru 100 kompresí : 2 vdechům až do příjezdu posádky záchranné služby.**

Základní schéma u ostatních zástav:

- **30 kompresí : 2 vdechům**

Ve všech případech **platí:**

Pokud není záchránce schopen / ochoten efektivně provádět umělé vdechy, pokračuje TANR pouze instrukcemi k provádění kompresí ⁸⁾.

Ověření stavu: asi jednou za minutu maximálně na 10 sekund přerušit masáž kvůli ověření, zda postižený stále nedýchá a nemá žádné další projevy života.

Střídání záchránců: je-li to možné, vyzveme záchránce po 1-2 minutách k vystřídání, neboť provádění KPCR je neobyčejně namáhavé.

2.5.2 Specifika provádění TANR u kojenců a malých dětí

Prvním krokem při nálezu kojence v bezvědomí by mělo být provedení vypuzovacího manévru – viz dále Zástava dechu.

Mírné podložení zad mezi lopatkami (např. složenou plínkou) může být významné pro uvolnění dýchacích cest.

Umělé dýchání se provádí do úst i nosu současně, menším objemem a vyšší frekvencí než u dospělého.

Masáž se provádí pouze dvěma prsty, co nejrychleji (alespoň 120-140 stlačení za minutu), cca 2 cm do hloubky.

2.6 Hraniční stavy vysoce podezřelé z NZO

Bezvědomí se zachovalým dýcháním

Chybné vyhodnocení stavu dýchání je nejčastější chybou při identifikaci stavu náhlé zástavy oběhu. Příčinou jsou tzv. „lapavé dechy“, sporadické projevy dechového úsilí, které mohou ještě relativně dlouho po zástavě oběhu působit dojmem, že postižený dýchá. Jde však o sporadické „vzdechy“ resp. pohyby, připomínající dechové úsilí. Popis ze strany volajícího bývá ovšem zpravidla poměrně návodný a zkušeného dispečera by neměl zmást.

Řada pacientů v bezvědomí může skutečně mít dobře zachované dýchání (např. pacienti intoxikovaní látkami tlumícími vědomí, pacienti s CMP či úrazem hlavy). **Zejména pokud vzniku bezvědomí přecházel náhlý kolaps, je však třeba situaci považovat vždy za mimořádně rizikovou.** Především ve věkových skupinách nad 35 let u mužů resp. 45 let u žen jsou úrazové příčiny či intoxikace již méně obvyklé a naopak dramaticky stoupá pravděpodobnost náhlé zástavy oběhu.

Vzhledem k vysokému riziku NZO platí jednoznačně: při pochybnostech je stav nutné považovat za NZO až do doby, kdy se prokáže opak. To platí včetně poskytnutí instrukcí k TANR. Nutná je stálá a pečlivá kontrola dýchání. U pacientů v rizikovém věku by měl dispečer za 1-2 minuty **aktivně zpětně volat a ověřit** stav pacienta.

Křeče s bezvědomím

Zejména u pacientů ve věku nad 35 let jde o situaci s vysokým rizikem NZO. Nicméně i v nižším věku mohou být křeče projevem hypoxie CNS při zástavě oběhu a situaci na místě je nutné monitorovat, nebo volajícího důkladně instruovat a ještě ověřit zpětným voláním za 1-2 minuty.

Náhlá zástava dechu

Identifikace náhlé zástavy dechu

Typické příčiny náhlé zástavy dechu jsou:

- **obstrukce dýchacích cest cizím tělesem;**
- **obstrukce dýchacích cest po ztrátě reflexů** následkem úrazu hlavy nebo akutního onemocnění CNS;
- **zástava dechu při intoxikacích** látkami tlumícími dechové centrum.

Dušení z obstrukce dýchacích cest je druhou nejčastější indikací poskytování život zachraňujících instrukcí (u kojenců jde o příčinu nejčastější). Jde často o aspiraci jídla, žaludečního obsahu nebo jiného cizího tělesa (korálek, kostička z dětské stavebnice, burský oříšek atd.), ale může jít i o následek ztráty reflexů u úrazů CNS.

Typické situace významně podezřelé z náhlé zástavy dechu jsou zejména:

- bezvědomí u nejmenších dětí;
- neefektivní snaha o usilovný nádech („dávění“), „divné zvuky“, „kokrhání“;
- promodralá barva a bezvědomí u pacientů po úrazu či intoxikovaných.

Život zachraňující úkony při náhlé zástavě dechu

Na rozdíl od náhlých zástav oběhu spočívá poskytnutí první pomoci u těchto pacientů především v:

- **uvolnění dýchacích cest;**
- **provedení vypuzovacích manévrů** (tam, kde nelze vyloučit obstrukci dýchacích cest cizím tělesem);
- **provádění „umělého dýchání“.**

Uvolnění dýchacích cest, případně provedení vypuzovacích manévrů je u těchto pacientů **bezprostředně život zachraňujícím výkonem! Účinnost první pomoci**, je-li provedena rychle a správně, je zpravidla **velmi vysoká**, neboť první pomoc zde – na rozdíl od náhlých zástav oběhu – odstraňuje vlastní příčinu vzniku kritického stavu.

Vypuzovací manévry:

Kojenci: položit na ruku hlavou dolů a údery mezi lopatky se pokusit vypudit cizí těleso.

Ostatní: Heimlichův manévr (lze provést jak ve stoje, tak vleže) resp. další manévry k uvolnění obstrukce (viz PORUCHY DÝCHANÍ).

V některých případech má akutní náhlá zástava dechu jasný a bouřlivý průběh (např. při obstrukci dýchacích cest cizím tělesem), jindy může být rozlišení izolované zástavy dechu od zástavy dechu a oběhu problematické. **Pokud je situace nejasná a zde uvedené život zachraňující úkony nevedou ke zlepšení stavu postiženého, postupujeme tak, jako by šlo o náhlou zástavu oběhu.**

2.7 Stav potenciálně vyžadující TANR

Kolem 35% pacientů resuscitovaných záchrannou službou není v době tísňového volání v bezvědomí⁴⁷⁾. Největší potenciální nebezpečí vzniku NZO v dalším průběhu mají události klasifikované jako **bolesti na hrudi** pravděpodobně kardiálního původu, zejména náhle vzniklé, krátce trvající a doprovázené dalšími rizikovými příznaky (viz klasifikace událostí) a **dechové potíže** (dušnost).

Poučení volajícího, aby v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta ještě před příjezdem výjezdové skupiny zavolal zpět na tísňovou linku, by mělo být standardní

součástí instrukcí na závěr příjmu každé tísňové výzvy. V případě uvedených klasifikací by měly být instrukce volajícím obzvláště pečlivé a **cíleně zaměřené** na možnost náhlé ztráty vědomí.

Zdroj: Interní materiály ZZS JČK

Příloha 6. Fotografie ze ZZS JCK



Zdroj: Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje < <http://www.zzsck.cz/>>(29).



Zdroj: Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje < <http://www.zzsck.cz/>>(29).



Zdroj: Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje < <http://www.zzsck.cz/>>(29).

Příloha 7. Dispečer PC

Telefon - volající

Příjmení: _____ Jméno: _____ Věk: _____
 Indikace: _____ Pohlaví: _____
 Převoz: _____
 Místo zásahu: _____ R: _____
 Charakter výzvy: _____
 Sekundární převoz z/do vrtulníku: _____
 Poznámka: _____
 ARO II - heliport

Událost

Výzbová skupina: _____ Převoz: 6.8.2009 8:56:17
 Pozádka: _____ Výzva: 6.8.2009 8:56:17
 Vozidlo: 127 1C3425A Výjezd: 6.8.2009 8:57:37
 Lékař: _____ Příjezd na místo: 6.8.2009 8:59:27
 NLP: _____ Odjezd z místa: 6.8.2009 9:10:04
 Řidič: _____ Příjezd k předání: _____
 Ostatní: Záběhový námet: 6.8.2009 9:31:09
 Dispečer záznam: Na záměně
 Čekající: Po výjezd: Konec akce: 6.8.2009 9:32:25
 0/0

Rande **Dojezd**

VÝZVA

Výzva: 16021
 Jméno: _____
 Charakter: Sekundární převoz z/do vrtulníku
 Indikace: Převoz
 Poznámka ZOS: ARO II - heliport
 Místo: ulice B. Němcové č.14a 585/54 část Česká
 Budějovice 7. a 8. Němcovská obec Česká
 Budějovice okres Česká Budějovice
 Převez: 6.8.2009 8:56:17
 Výzva: 6.8.2009 8:56:17
 Výjezd: 6.8.2009 8:57:37
 Příjezd na místo: 6.8.2009 8:59:27

Detail aktuálního záznamu:

Výzva	P.	Jméno	Příjmení	Věk	Charakter ZOS	Indikace	Místo zásahu	Poznámka
16022	1			1943	Třetíková výzva v bytě	Řidič přiběhl blázní		
16020	12	Josef		91	Třetíková výzva v bytě	Uraji dítě neučes		
16019	17	Marek		1941	Třetíková výzva v bytě	Řidič		

Veškeré platné výjezdy **Probíhající výjezdy** **Ukončené výjezdy** **Čekající záznamy**

Grid of vehicle status icons:

- 122 RZP1
- 120 RZP2
- 116 RZP3
- 115 RZP4
- RV1
- RV2
- 141 VLTAVA
- 142 SEKUNDAR
- 127 LTS
- 129
- 126
- 131
- 132
- 133
- 134

Zdroj: Interní materiály ZZS JČK