



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Problémové chování pacienta
v přednemocniční péči**

Bakalářská práce

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví

Autor: Petra Dušková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Oto Masár, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Problémové chování pacienta v přednemocniční péči* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v plném znění souhlasím se zveřejněním mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2021

.....

Poděkování

Velice děkuji vedoucímu mé bakalářské práce prof. MUDr. Oto Masárovi, Ph.D. za odborné vedení, lidský přístup a vstřícnost. Poděkování patří také pracovníkům středisek zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, kteří přispěli ve složitém čase epidemie Covidu 19 do mého dotazníkového šetření. Zvláště bych pak chtěla poděkovat členům mé rodiny za podporu a trpělivost, které mi v průběhu psaní mé práce prokazovali.

Problémové chování pacienta v přednemocniční péči

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči, dotazováni byli zdravotničtí záchranáři Jihočeského kraje. Teoretická část popisuje různé příčiny a projevy problémové komunikace, podrobněji se věnuje alkoholu a návykovým látkám, které jsou nejčastější příčinou agresivního chování, a také uvádí legislativní oporu týkající se práce zdravotnického záchranáře. Praktická část zjišťuje, kolik zdravotnických záchranářů se setkala s problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči, respektive s agresivním chováním, zda se na takové chování cítí připraveni, jestli by o další vzdělání v tomto směru měli zájem a zda cítí dostatečnou oporu v legislativě.

Klíčová slova: přednemocniční péče, zdravotnický záchranář, agresivní chování, návykové látky, legislativa.

A problematic behaviour of patients in pre-hospital care

Abstract

The Bachelor thesis concerns problematic behaviour of patients in pre-hospital care, the paramedics in South Bohemian region were questioned. The theoretical part describes different types of causes and expressions of problematic communication. In detail it concerns alcohol and addictive substances, which are the main cause of aggressive behaviour. The theoretical part also presents a legislative support which regards the paramedics' work.

The practical part ascertains how many paramedics have dealt with patients' problematic behaviour in pre-hospital care, or more precisely with an aggressive behaviour. The paramedics were questioned whether they have felt prepared for this kind of behaviour, whether they would like to gain a further education in this particular area and whether they have felt a sufficient support in legislation.

Key words: pre-hospital care, paramedic, aggressive behaviour, addictive substances, legislation

Obsah

1	Současný stav	9
1.1	Problémové chování vyplývající z defektů	9
1.1.1	Psychické defekty	9
1.1.1.1	Úzkost	9
1.1.1.2	Agrese	9
1.1.1.3	Deprese.....	9
1.1.2	Smyslové defekty.....	10
1.1.2.1	Poruchy zraku.....	10
1.1.2.2	Poruchy sluchu	10
1.1.2.3	Hluchoslepý.....	10
1.1.2.4	Poruchy řeči	11
1.1.2.5	Tělesné postižení.....	11
1.1.2.6	Snížený intelekt (mentální retardace).....	11
1.2	Problémové chování vyplývající z přechodného stavu.....	12
1.2.1	Sociální problémy	12
1.2.2	Pacient pod vlivem drog	13
1.2.2.1	Akutní intoxikace	13
1.2.2.2	Nejčastěji užívané drogy	14
1.2.3	Pacient pod vlivem alkoholu.....	18
1.2.4	Traumatický stav.....	19
1.2.4.1	Akutní reakce na stres	19
1.2.4.2	Posttraumatická stresová porucha	19
1.2.5	Agresivní chování	20
1.2.5.1	Komunikace s agresivním pacientem.....	21
1.3	Legislativní rámec	22
1.3.1	Všeobecná deklarace lidských práv	22
1.3.2	Listina základních práv a svobod.....	23
1.3.3	Zákonné normy	23
1.3.3.1	Zákon č. 372/2011 Sb.	23
1.3.3.2	Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě	28
2	Výzkumná část	30
2.1	Cíle práce a výzkumné otázky	30

2.2	Cíle práce	30
2.3	Hypotézy	30
3	Metodika.....	31
3.1	Metodika a technika sběru dat.....	31
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4	Výsledky výzkumu.....	32
5	Diskuse	47
6	Závěr.....	52
7	Seznam použitých zdrojů	55
8	Seznam příloh.....	58
9	Seznam grafů	58
10	Seznam tabulek.....	58
11	Seznam zkratk.....	59

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Problémové chování pacienta v přednemocniční péči.“

Současný svět je velice složitý. Klade vysoké nároky na všechny, ale asi nikdo by si nedovolil rozporovat, že zdravotníci, sociální pracovníci, hasiči, policisté, či záchranáři jsou profesemi s vyšší pravděpodobností problematického chování jejich klienta respektive pacienta.

Zdravotníci a z nich o poznání častěji zdravotničtí záchranáři se mohou setkat se situací, kdy jedinec potřebující jejich pomocnou ruku je v takové momentální nebo životní situaci, že komunikace s ním je velmi snížena a v krajním případě dokonce nemožná. Záchranáři jsou těmi prvními z řady zdravotnických poskytovatelů v českém zdravotnickém systému, kteří s problémovým pacientem přichází do styku. Musí se pokusit zvládnout jeho úzkost, bolest, trauma, strach nebo překonat handicap, který je zdrojem problému. Může jít o hluchotu, vadu řeči, snížený intelekt a jiná nejrůznější postižení včetně duševních onemocnění. V krajním případě souvisí problematické chování s požitím alkoholu nebo návykových látek.

Občas se dozvíme z médií o napadení zdravotnických záchranářů, ale naštěstí jde spíše o výjimečné případy, přesto je třeba počítat i s možností silné agrese, obzvláště v poslední popsané skupině pacientů.

Současná legislativa nutně musí počítat i s takovými případy, otázkou této práce je, zda se zdravotničtí záchranáři cítí platnou legislativou dostatečně chráněni.

1 Současný stav

V první řadě je třeba si stanovit možné úhly pohledu na problémové chování pacienta. Problémové chování může vznikat na základě vnitřních i vnějších faktorů a jedno z možných dělení si můžeme stanovit takto:

1.1 Problémové chování vyplývající z defektů

1.1.1 Psychické defekty

1.1.1.1 Úzkost

Úzkost může být povahovým rysem, ale také může plynout z přehnané obavy o vlastní zdraví, z toho, že jedinec nenaplnil sám sobě ani jiným očekávání, že „selhal“ ve svém sociálním prostředí, ale i ze strachu z bolesti, ze smrti, z budoucnosti, o rodinu, o její finanční zabezpečení atd.

Úzkostný pacient za svým lékařem přichází v roli „vyplašeného dítěte“ jako za rodičem, od něhož žádá pomoc, pochopení, ochranu, citovou spoluúčast, oporu. V reakci zdravotníka by mělo být zřetelně slyšet porozumění i vůle, co nejrychleji pomoci pacientovu tíseň, úzkost a stres zvládnout...

Lékař by měl roli rodiče přijmout, pacienta vyslechnout, pohovořit si s ním o problému, najít a nabídnout mu racionální řešení, čímž převede i svého pacienta na pozici dospělého k racionálnímu řešení. (Linhartová, 2007)

1.1.1.2 Agrese

Je nepřátelské, zraňující nebo destruktivní chování, často způsobené frustrací, může být kolektivní či individuální. Lidská agrese je nepochybně zapříčiněna multifaktoriálně, včetně politických, společenských, ekonomických, zdravotních a psychologických faktorů.

Agresi lze klasifikovat podle různých měřítek, například podle cíle agrese, nebo podle příčin agrese. Nejrozšířenější rozdělení agrese je na předem připravenou a impulzivní. (Látalová, 2013) Agresi bude věnována zvláštní kapitola.

1.1.1.3 Deprese

Deprese zbavuje člověka radosti z čehokoliv, především ze života. Smutek, nezáměr, bezmoc, nerozhodnost, beznaděj, zpomalená řeč a hlas, v němž je slyšet trvalé

trápení, mluvení o odchodu ze života a někdy i pokusy o sebevraždu. To jsou nejnápadnější projevy depresivních lidí.

Depresivní lidé jsou mimořádně citliví na své zdraví a na jakoukoli negativní poznámku o svém stavu. Při prvním kontaktu by zdravotník měl z výše uvedených neverbálních projevů nabýt podezření, že se může jednat o depresi a podle toho volit vhodnou komunikaci s pacientem. (Linhartová, 2007)

1.1.2 Smyslové defekty

1.1.2.1 Poruchy zraku

Zrakové vnímání se významně podílí na naší představě o okolním světě. Závažné je postižení od narození nebo v raném věku. Rozlišujeme škálu postižení od lehčích forem očních vad, přes postižení se zbytky zraku, až k nevidomým. Zrakové nedostatky kompenzuje postižený sluchovým a hmatovým vnímáním. Zrakové postižení se projeví v oblastech zrakového vnímání, jako jsou zraková ostrost, schopnost vnímat za různého osvětlení, zorné pole a barvocit. (Venglářová, 2006)

1.1.2.2 Poruchy sluchu

Můžou být často komunikační bariérou mezi pacientem a okolím. Zvláště při ošetřování je nutné zajistit kvalitní komunikaci. U nemocných s poruchami sluchu může jít o poruchy v porozumění řeči, nebo o poruchy schopnosti ovládat mluvenou řeč. Významný je rozsah postižení sluchu, zda postižení vzniklo před či po osvojení řeči. Ohluchlý si zpravidla uchová dobrou schopnost užívat mluvenou řeč. (Venglářová, 2006)

1.1.2.3 Hluchoslepý

Toto je jedinečné postižení, které je způsobeno různorodými kombinacemi sluchového a zrakového poškození. Způsobuje značné potíže při komunikaci, při sociální a funkční interakci a zabraňuje plnému zapojení do společnosti. Hluchoslepotu obvykle provází i postižení rovnováhy, nebo i lehká mentální retardace a jiné doprovodné vady. Míra samostatnosti hluchoslepých je omezena mírou postižení obou smyslů. Smyslová postižení se nedají posuzovat izolovaně, jeden defekt je znásoben druhým. Hluchoslepému zbývá hmat, vnímání záchvěvů vzduchových vln a terénních nerovností nášlapem. Jsou značně závislí na svých opatrovnících. Vždy mluvíme k pacientovi, ne k jeho doprovodu, nebo k překladateli. Je nutné slovně doprovodit a vysvětlit, co budeme

dělat. Nelze se řídit jedním návodem pro komunikaci s hluchoslepými, každý má svou specifickou variantu komunikace. (Linhartová, 2007)

1.1.2.4 Poruchy řeči

Spousta informací se předává i získává formou mluveného slova. Často jde o závažné informace. Špatné porozumění závažně ohrožuje přesné pochopení problémů nemocného i jeho další léčbu. Komunikace s lidmi s poruchou řeči vyžaduje velkou trpělivost a pozornost. Poruchy řeči se dělí na poruchy receptivní složky řeči, kde převládá neschopnost porozumět mluvené řeči, nebo poruchy expresivní složky řeči, kde mohou být postiženy dvě oblasti, obsahová a formální. V obsahové oblasti nemocný není schopen mluvit a ve formální oblasti nemocný nemluví z psychických důvodů, nebo nemluví jen v některých situacích, může jít také o poruchu motoriky mluvidel... (Venglářová, 2006)

1.1.2.5 Tělesné postižení

Lidé s tělesným postižením nevyžadují speciální přístup v komunikaci, pokud jejich hendikep není doprovázen jiným postižením, například smyslů či intelektu. Častými chybami při komunikaci s tělesně postiženými jsou komunikace s doprovodem postiženého a ne přímo s ním a také, že s tělesně postiženým lidé komunikují jako s mentálně postiženým. Míra soběstačnosti je určena rozsahem postižení. Pro sebeobsahu je zásadní schopnost používat ruce. Pokud je postižení doprovázeno viditelnými deformitami, mimovolnými záškuby, nebo různými zvuky, je zařazení postiženého do běžných sociálních vztahů velice obtížné. (Venglářová, 2006)

1.1.2.6 Snížený intelekt (mentální retardace)

Lidé s mentálním postižením procházejí odlišným psychosociálním vývojem. Na úrovni jejich projevu sledujeme stupeň postižení, vady smyslů a motoriky. Také úroveň sociálních dovedností je různá. Rozvoj těchto jedinců nemusí dosáhnout maxima jejich možností, protože individuální péče je možná pouze omezeně.

Stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace, IQ 50-69

Lidé s lehkou mentální retardací často úspěšně zvládají život podobný zdravým lidem. Může se objevit opožděné osvojení řeči, ale v běžném životě jsou většinou schopni komunikovat normálně.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49

Charakteristické je pomalu se rozvíjející chápání a užívání řeči. Postižení jsou schopni jednoduchých sociálních kontaktů. Objevují se mezi nimi velké rozdíly, které jsou ovlivněny stupněm postižení, ale i úrovní péče o retardovaného jedince.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34

Podobná středně těžké mentální retardaci, s výraznějším snížením schopností. Je přítomno i značné postižení motoriky a přidružené defekty.

Hluboká mentální retardace, IQ pod 20

Jedinci těžko chápou požadavky nebo instrukce. Často jsou imobilní, inkontinentní a zvládají pouze základní neverbální komunikaci. Vyžadují stálou pomoc a dohled.

1.2 Problémové chování vyplývající z přechodného stavu

1.2.1 Sociální problémy

Lidé se sociálními problémy u sebe často nemají žádné doklady, což může být problém pro identifikaci pacienta, když je pod vlivem omamných látek nebo alkoholu. Nemusí jít ale jen o drogově závislé, opilce a bezdomovce, ale i o týrané osoby, v těchto případech platí zákonná ohlašovací povinnost. Je potřeba si ověřit, zdali v domě nezůstaly osoby, které potřebují pomoc, jako jsou děti nebo staří bezmocní lidé a to slovně, pokud je pacient schopen mluvit, nebo si to ověřit kontrolou domácnosti, do které se dostaneme. Speciálním sociálním problémem je dlouhodobá nezaměstnanost bez naděje na vyřešení. Nemožnost seberealizace v zaměstnání způsobuje lidem psychické potíže, které se časem somatizují. Dlouhodobá nezaměstnanost často vede k závažným psychosomatickým onemocněním, k proměně psychosociálního prožívání života, k rezignaci, mnohdy až k sebevražednému chování. Práce je prostředkem k uspokojování materiálních potřeb, ale i základní lidskou potřebou. Člověk skrze ni realizuje své fyzické i duševní schopnosti a dovednosti. Bez smysluplné práce člověk ztrácí psychickou pohodu a často i snižuje kvalitu života svého i vlastní rodiny. Často se takovíto pacienti sami léčí alkoholem či jinou drogou. Dlouhodobá sociální krize může způsobovat i rozklad v rodině, jehož důsledkem bývá často bezdomovectví. Také může být zesilována obavami o vlastní zdraví a strachem z nemoci, které by prohloubily existenční potíže. Psychické strádání se snadno začne demonstrovat somaticky a člověk musí k lékaři. (Linhartová, 2007)

1.2.2 Pacient pod vlivem drog

Drogy hrají více rolí, mohou být komplikací při zdravotnické intervenci, mohou být příčinou úrazu či nemoci, nebo také nemocí samotnou – závislostí. Někdy roli drogy převezme i nadměrné užívání léků, které není tak rozšířené, ale může být stejně nebezpečné.

Návykové látky můžeme dělit několika způsoby, a to například podle původu na uměle vyrobené (tzv. syntetické) a přírodní; podle legislativy dané země na legální a nelegální a podle účinků na lidskou psychiku na látky tlumivé, stimulační a halucinogenní (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2021). Pro potřeby této práce se u jednotlivých návykových látek je třeba zabývat především účinky na lidskou psychiku a také dalšími faktory, které musí zdravotnický záchranář brát v potaz, tedy zejména dopady jednotlivých drog na zdravotní stav pacienta a v neposlední řadě i některými typickými projevy dané látky, jež ji pomohou u pacienta identifikovat.

1.2.2.1 Akutní intoxikace

Akutní intoxikací nazýváme stav po aplikaci psychoaktivní látky, může vést až k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Tyto poruchy jsou přímým projevem akutního farmakologického působení požití látky a časem mizí s úplným návratem k normálu, pokud nedojde k poškození tkání nebo se neobjeví jiné komplikace. Komplikacemi mohou být především úraz, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče, eventuálně další zdravotní obtíže. Původ komplikací souvisí s druhem látky a způsobem její aplikace.

Drogy zpočátku přináší uživatelům libé pocity. V dnešním náročném a uspěchaném způsobu života, nebo naopak v plně zabezpečeném, a tedy předčasně uspokojujícím všechny touhy a sny, lze předpokládat, že návykové látky poskytnou na jedné straně úlevu od stresu a na druhé pak přebijí pocit prázdnoty a nudy, přičemž takto své osobní pocity často řeší velmi mladí lidé. První pokusy se bohužel mohou poměrně rychle dostat do fáze, kdy už mluvíme o závislosti, a to fyzické či psychické. Dlouhodobé užívání návykových látek pak může velmi závažně poškodit zdraví a duševní stav uživatele. Poškození vzniklé v souvislosti s užíváním návykové látky pak může být i trvalejšího rázu, a to jak v oblasti somatické (např. hepatitida či HIV přenesené infikovanou použitou jehlou), tak v oblasti psychické (vracející se sekundární deprese, halucinace apod.), v krajních případech je poškození nenávratné. Roberts et al., (2021) ve své studii poukazují na trend zvyšujícího se počtu hospitalizovaných

v souvislosti s užíváním alkoholu či opioidů a zároveň pozorují snižující se podíl těch uživatelů návykových látek, kteří podstupují odbornou léčbu závislosti v posledním desetiletí v Anglii. Údaje byly zjišťovány u více jak 175 000 pacientů přijatých do lůžkových zařízení pod vlivem návykových látek. Pro společnost se dle Robertse et al. ukazuje jako rentabilnější podpořit dlouhodobou a odborně kontrolovanou léčbu. Pacienti přijímaní opakovaně pro obdobné problémy byli identifikováni jako uživatelé vysoce nákladné péče s vyšší pravděpodobností úmrtí a nižším předpokladem úspěšné léčby. I pro zdravotnické záchranáře by cílená a vhodná intervence v komunitách uživatelů návykových látek, což je navrženo v závěru zmiňované studie, mohla znamenat úbytek komplikovaných výjezdů k pacientům v těžkém stavu souvisejícím s jejich závislostí.

Při intoxikaci drogami dochází k ohrožení bazálních funkcí, selhává dýchání, srdeční akce, objevují se ztráty vědomí. Zasahující pracovníci zdravotnické záchranné služby musí přednostně zajistit resuscitaci, ovšem se zřetelem na zvýšené riziko infekcí. Dalším krokem je pak určení druhu intoxikace, kdy zdravotník musí vytěžit a vypožorovat co nejvíce informací a dle nich určit další postup. V prvním plánu je třeba podpořit zkvalitnění stavu a následně zabránit dalšímu vstřebávání drogy. (Masár a Drobná, 2001)

1.2.2.2 Nejčastěji užívané drogy

Marihuana (THC)

Dle některých údajů nezpůsobuje marihuana fyzickou závislost a ani abstinенční příznaky, proto může být mezi uživateli vnímána jako bezpečná, ale vzhledem k rostoucí potřebě prožitků, jež její užívání přináší, je často startem či předehtou k tzv. tvrdým drogám. Uživatelé marihuany pocítují euforii, pohodu, ztrácí zábrany. Může dojít ke změnám vnímání prostoru, času, zvuků, až k halucinacím; ke zhoršení pozornosti a dokonce i ztrátám paměti. THC ovlivňuje také činnost srdce a cévní systém, to může vést až k tachykardii a ortostatické hypotenzi. Vysoké dávky pak mohou vyvolat myoklonické křeče, respirační depresi, hyperkinezi či ataxii. Psychiatrické studie uvádí někdy i depersonalizaci, nezvladatelné ataky paniky či sklony k paranoidnímu chování. (Turner et al., 2020). Ve spojení se ztrátou soudnosti a vůle či s výbušností, které také patří k projevům pozorovaným u uživatelů marihuany, pak může dojít k vážnému úrazu, zejména pády z výšky, havárie apod.

Amfetaminy (pervitin, speed, metamfetamin)

Tyto látky se užívají pro zvýšení energie, sebedůvěry a koncentrace stimulováním centrálního nervového systému. Umožňují větší výdrž, oddálení spánku či pocitu hladu, lepší výkony v sexu. Nedodávají energii navíc, pouze umožňují využít vlastní potenciál, čímž posléze dochází k vyčerpání a depresi. Objevují se poruchy spánku, výbuchy špatné nálady, trvalé znepokojení, nechutenství a další zdravotní komplikace. Dlouhodobé užívání mohou provázet halucinace, paranoia či vztahovačnost. Při odebrání drogy se rozvíjí abstinenční syndrom, jehož projevy mohou být – deprese, zuřivost, obrovská únava, paranoia a psychotické stavy. Vzhledem k jejich poměrně snadnému sehnání/výrobě jsou jednou z nejčastěji užívaných psychoaktivních látek v našem prostředí. Na amfetaminy vzniká poměrně snadno závislost. Typickým projevem akutní intoxikace jsou rozšířené zorničky, několik hodin po odeznění účinku se objevují pocity silné vyčerpanosti, hladu, bývají provázeny změnami nálad, až depresí. Dlouhodobé užívání může poškodit cévní systém či obranyschopnost organismu a také podpořit rozvoj duševního onemocnění. Při předávkování může dojít k hypertenzi, křečím, v některých případech až ke kómatu. (Hála, 2015)

Extáze

Původně byla užívána k potlačení chuti k jídlu, dnes se jí přezdívá taneční droga, protože je pro své povzbuzující účinky s oblibou užívána zejména mladou generací na nejrůznějších párty, v music klubech. Zvyšuje vnímavost a odstraňuje zábrany, tím mění sebekontrolu uživatele, přičemž je bohužel považována za relativně neškodnou, přestože může způsobit i smrt. Jejím typickým projevem je zvyšování tělesné teploty, v kombinaci s pohybem a pitím alkoholu se pak může objevit hypertermie (i 42°C) s rizikem křečí a těžké dehydratace organismu. Dlouhodobé užívání, zejména v kombinaci s amfetaminy, může vést k pocitům strachu, paniky, stavům podobným deliriu, až k těžkým psychickým poruchám, psychóze a depresi. Při akutní intoxikaci je nejvíce ohrožující hypertermie, při hypertenzi může dojít až ke krvácení do mozku. Je třeba pacienta rehydratovat, monitorovat jeho teplotu a případně chladit. (Hála, 2015)

Anxiolytika

Jsou vydávána na předpis, přesto dochází v některých případech k jejich chronickému nadužívání. Jedná se především o benzodiazepiny a barbituráty, jejichž užití má sedativní účinky, ve vyšších dávkách působí až hypnoticky. Při dlouhodobém užívání se projevuje zpomalené myšlení, dokonce až pokles intelektu, motorické problémy, třes, zadržávání v řeči, někdy i nystagmus. Při akutní intoxikaci hrozí zástava dýchání, otok plic, může dojít k zástavě srdce, v nejhorším případě nastává kóma bez reflexů. Lze využít antagonistu Flumazenil, je důležité sledovat stav pacienta a kontrolovat vitální funkce. I několik dní po předávkování, zejména v kombinaci s alkoholem, se mohou dostavit křeče, záchvaty či halucinace, které se mohou opakovat. (Hála, 2015)

Kokain

Kokain a jeho volná báze crack, který je možné kouřit, jsou povzbuzujícími drogami přírodního původu, na něž nevzniká fyzická závislost, ale velmi brzy se rozvíjí solná závislost psychická. Jde o látky se stimulačními účinky, v lokálním podání působí jako anestetikum. Poměrně krátký, ale silný účinek navozuje pocity euforie, zvyšuje sebevědomí a družnost, může však snížit objektivitu myšlení a vést k neklidu až agresivitě. Nejčastějšími příznaky bývá hyperreflexe, hyperaktivita, zmatenost, objevuje se i delirium či paranoidní chování. Při dlouhodobém užívání kokainu dochází k trvalému poškození myokardu, může dojít k cévní mozkové příhodě. V těhotenství matka ohrožuje významně zdraví plodu, kromě rizika předčasného porodu může dojít k srdečnímu, ale i mozkovému infarktu plodu. Při akutní intoxikaci je třeba léčit jednotlivé symptomy se zřetelem na to, že betablokátory mohou naopak zvýšit toxicitu kokainu. (Masár a Drobná, 2001)

LSD (Diethylamid kyseliny lysergové)

Psychedelická syntetická droga využívaná původně jako lék v psychiatrických léčebnách navozuje pocit neuvěřitelného štěstí, uvolňuje komunikaci, objevují se zrakové a sluchové iluze, syntézie (iluze vidění zvuku, asociace mezi zvuky a barvami), subjektivně se mění vnímání času a prostoru. Iluze mohou být nebezpečné pro psychiku, opakují-li se často. Vedou k poruše vnímání, k neschopnosti se soustředit, vynechávání paměti. Často se vyskytují krize z pocitu úzkosti, deprese a pocit ztráty úsudku. Ty mohou vést k vážným psychickým dopadům, k návratu halucinací i negativních psychických prožitků. Často recidivují i po delším vynechání drogy. Jsou zaznamenány akutní psychózy i dokonané sebevraždy. Aktivní intoxikace je doprovázena dilatací

zornic, třesem, hypertenzí spojenou s bušením srdce, dýchání je nepravidelné, pohyby mohou být nekoordinované. U léčby se je třeba zaměřit především na kontrolované podávání sedativ, kterým lze zajistit prevenci sebevražedných pokusů a případné agresivity s možností napadení okolí. (Masár a Drobná, 2001)

Opiáty, opioidy

Mezi nejznámější patří morfin či polosyntetický heroin, mají účinek narkotického analgetika a jejich velké nebezpečí spočívá ve velmi rychlém nástupu fyzické i psychické závislosti. Otupují vnímání, vyvolávají pocit netečnosti, uživatel si nic nepřipouští, je uvolněný a má příjemný pocit intenzivního štěstí. Zpomalí se nervový systém, reflexní akce, také dech a srdeční činnost. Krátce po podání se intenzivně zvyšuje počet leukocytů v krvi. Při pravidelném užívání způsobují opiáty dušnost, zácpu, časté je vykašlávání hlenu, ubývá tělesná váha v souvislosti se ztrátou chuti k jídlu. Tolerance drogy narůstá rychle a přidává se nutnost zvýšit dávku. Akutní předávkování představuje krizový stav. Po krátkém vzrušení nastoupí ospalost až kóma. Dýchání se zpomalí, nastupuje otok plic s hrozbou zástavy dechu. Zorničky jsou malé, stav mohou doprovázet křeče. Je možné použít Naloxon, který působí jako antagonist a odbourává účinky opiátu, nebo až do odeznění nasadit ventilaci plic. (Hála, 2015)

Abstinenční příznaky některých drog jsou velmi silné a bolestivé. Vzhledem k tomu, že k injekční aplikaci drogy se přidružují problémy vázící se k nesterilním jehlám, jsou velmi častou komplikací stavu pacienta infekční nemoci (žloutenky typu B a C, HIV). Problém získání prostředků na další dávku vede mnoho uživatelů k prostituci, na tu navazují pohlavně přenosné nemoci (syfilis, kapavka), nejsou výjimečné ani případy kriminality spojené s drogami. Zhao et al. (2021) uvádí u poloviny pravidelných uživatelů drogy abstinenci příznaky, přičemž čtvrtina respondentů je specifikovala jako časté a pětina hlásila velkou nebo extrémní bolestivost, častěji ji uváděly ženy.

Dle výše popsaného jsou pro společnost jako takovou uživatelé drog značným rizikem. Pro zdravotnické záchranáře, kteří jsou těmi prvními, kdo se v případě akutní intoxikace či úrazu spojeného s požitím omamných látek s pacientem setkávají, je zásadní, jaký je jeho zdravotní stav. Zdravotní rizika spojená s touto komunitou se rozhodně dají snížit cílenou intervencí, zejména distribucí dostatečného množství sterilních injekčních stříkaček (Hope et al., 2014).

1.2.3 Pacient pod vlivem alkoholu

Alkohol má neoddiskutovatelný vliv na centrální nervovou soustavu. Akutní jednorázové požití alkoholu a dlouhodobé užívání se projevují rozdílně, specificky se projevuje vznikající závislost i rozvitý abstinenční syndrom. Při akutním požití alkohol působí aktivačně, povzbuzuje sebevědomí a snižuje úzkost. Zpočátku je charakteristický stav spokojenosti, společného sdílení. Později jedinec přestává kontrolovat své chování, zkresluje se mu vnímání situace, oslabuje úsudek, nastupuje nekritičnost, křik a bezohledné chování vůči okolí, nebo naopak sebelítost a depresivní stavy. Jednání se stává impulzivním, nepromyšleným, nedá se korigovat například domluvou a teprve později se dostavuje spavost, útlum a nezřídka nevolnosti. Požití alkoholu ovlivňuje i paměť, pacient si často jen obtížně vzpomíná, může mít dokonce výpadky paměti.

U osob dlouhodobě zneužívajících alkohol ve velkém množství nebo už na něm závislých, mívá tento devastující a účinky na centrální nervovou soustavu. U pacienta dochází ke změně životních hodnot, k jejich klesající úrovni, může dojít ke změnám osobnostních rysů, v krajním případě i k organickému poškození mozku, tedy alkoholové demenci. Zneužívání alkoholu je problémem nesmírně rozsáhlým, mimo jiné i kvůli snadné dostupnosti této návykové látky a legálnosti jejího užívání napříč společenskými vrstvami. Důležitou roli v tom, zda se stane jedinec závislým na alkoholu, sehrávají faktory osobnostní, socioekonomické i genetické. (Látalová, 2013).

Poměrně často doprovází zneužívání alkoholu a dalších návykových látek i agresivita, či sklony k sebepoškozování, pacienti si mohou způsobit těžké újmy na zdraví, někdy dokonce až smrt. Retrospektivní studie založená na pitvě pacientů zemřelých na trauma způsobené pádem z výšky naznačuje na základě toxikologických testů, že riziko úmrtí ve fázi přednemocniční péče je u osob, které požily alkohol či psychoaktivní drogu, téměř třikrát vyšší (Papadopoulos et al., 2012)

V souvislosti s výše uvedeným výzkumem lze zmínit také analýzu Poddara (2020), jejímž cílem bylo zjistit kvalitu poskytnutí první pomoci při traumatech hlavy ze strany veřejnosti, tedy nejbližších osob pacienta v momentu úrazu. Výsledky této analýzy naznačují, že většina osob poskytujících první pomoc nemá dostatečné znalosti a dovednosti k jejímu správnému provedení a v jejím závěru je doporučeno pravidelně vzdělávat a školit nejrůznější rizikové skupiny, aby bylo možné minimalizovat počet úmrtí a těžkého zdravotního postižení. Při vážném úrazu osoby pod vlivem návykové

látky může být navíc nezřídka člověk, na němž závisí poskytnutí první pomoci, v podobném stavu, tedy pod vlivem drog či alkoholu, což se stává další komplikací a kvalitní ošetření tak může být zpožděno a poskytnuto až pracovníky zdravotnické záchranné služby.

1.2.4 Traumatický stav

1.2.4.1 Akutní reakce na stres

Je definována jako přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres, na počátku je typické zúžení vědomí a pozornosti spojené s dezorientací, následuje stažení až stupor nebo naopak agitace a hyperaktivita, může se vyskytnout i následná amnézie. (Šeblová, 2018)

Jde o přechodnou poruchu, která se rozvíjí u jedince bez jakékoliv jiné zjevné duševní poruchy v reakci na výjimečný fyzický a duševní stres a která obvykle trvá několik hodin nebo dnů. Ve výskytu a závažnosti akutních stresových reakcí hrají roli individuální zranitelnost a schopnost zvládat takové stavy. Symptomy typicky ukazují smíšený a měnící se obraz a zahrnují počáteční stav "zármutku" s určitým zúžením pole vědomí a snížením pozornosti, s neschopností porozumět správně podnětům a s dezorientací. Tento stav může být následován buď dalším vyřazením z okolní situace, nebo agitací a nadměrnou aktivitou (roztěkané reakce nebo fuga). Běžně se vyskytují autonomní známky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zrudnutí). Příznaky se obvykle objevují během několika minut po stresujícím podnětu nebo události a zmizí během dvou až tří dnů (často do několika hodin). Může být přítomna částečná nebo úplná amnézie na epizodu. Pokud příznaky přetrvávají, je třeba zvážit změnu diagnózy. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2021)

1.2.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy (krátkého nebo dlouhého trvání), která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého. Predisponující faktory, jako rysy osobnosti (nutkavé, astenické) nebo neuróza v anamnéze, mohou snižovat práh vzniku tohoto syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale pro vysvětlení jeho vzniku nejsou nutné ani dostačující. Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v opakovaně se vracejících vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují spolu s přetrvávajícími pocity otupělosti a emoční oploštělosti,

straněním se od lidí, netečnosti vůči okolí, neschopností pocítit radost a vyhýbáním se činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky jsou obvykle spojeny pocity úzkosti a deprese a nezhřídka také suicidální myšlenky. Nástup následuje po traumatu s odstupem několika týdnů až několika měsíců. Průběh je kolísavý, ale ve většině případů dochází později, nejlépe pod vedením odborníků, k úpravě. U malého počtu pacientů může nastat chronický průběh, a dokonce trvalá změna osobnosti. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2021)

1.2.5 Agresivní chování

Neexistuje žádná obecně přijatá definice, ale nejznámější je asi Moyerova definice: „Agrese je zjevné chování, jehož úmyslem je působit škodlivě nebo destruktivně vůči jinému organismu“ (Moyer, 1976). Později byla definice rozšířena o agresi i proti předmětům, ale nezahrnuje agresi namířenou vůči sobě. Jiná definice: „Slovní či fyzické jednání s cílem ublížit.“ (Kunik et al., 2010). Obě definice mají dvě důležité vlastnosti: agrese je zjevná a chování je záměrné. Úmysl je nezbytnou součástí každé definice agresivity, protože k většině ostatních poškození dochází neúmyslně.

Mnoho autorů se snaží o jasné definování toho, co vlastně lidská agrese a agresivita je a jaké nežádoucí agresivní projevy lze regulovat. V určitých kritériích dochází k obecné shodě, ale pokusy o univerzální vymezení agrese dosud selhaly. Rozdíl mezi pojmy agresivita a agrese lze nahlížet ze dvou úhlů pohledu:

1) Agresivita je určitá vlastnost, povahový rys. Je determinována biologicky (dědičností), kognitivně (učení) i psycho-sociálně (souvisí s emoční oblastí a vlivem vnějšího prostředí). Tato vlastnost je u každého člověka ve větší nebo menší míře přítomna.

2) Agrese je chápána jako jakákoliv forma chování, jehož cílem je záměrně někoho poškodit nebo mu ublížit. Agrese nemusí vždy vyjadřovat jenom negativní projev v chování. Agresivní postoj může mít i sociálně žádoucí efekt, například v případě překonávání překážek k vytčenému cíli.

Agresivitu v nejširším slova smyslu lze chápat jako určitou dispozici a tendenci k agresivnímu chování. Student chápe agresivitu jako povahový rys, ze kterého směřují tendence podmiňující určitý druh chování a projevy agrese. Upozorňuje na skutečnost, že

agresivita je povahový rys určovaný vrozenými i získanými činiteli. Člověk, který má vyšší míru agresivity, bude často v různých situacích k agresivnímu chování náchylný. Agresivita je tendence k útočnému jednání vůči druhé osobě či okolí. U člověka může být často její příčinou frustrace. Agrese je považována za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu nebo dosažení vytčeného cíle. Násilné chování je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho poškodit. Násilné chování rozdělujeme na predátorní, instrumentální (k násilnému chování dochází plánovitě, bez podstatné emoční investice, agresor nesoucí s obětí agrese) a impulzivní – zpravidla bez hmotného zisku a bez plánování. (Harsa et al., 2012)

1.2.5.1 Komunikace s agresivním pacientem

Jedním z častých důvodů vzniku agrese může být snížená tolerance k psychické zátěži a bolesti. Mnohdy se pacienti pokouší agresí tzv. demonstrovat snahu, jejich cílem je, aby se okolí věnovalo pouze jim a jejich problému. Agresivní pacient se vyznačuje nervózními pohyby, používá silnou gestikulaci horními končetinami, vykazuje rozrušení v oblasti obličeje a v hlase, provázené sílicí agresí v řeči, agresor používá vulgarismy, vyhrožování. Dále mezi projevy agrese patří demolování okolních předmětů či bouchání všemožnými předměty např. o desku stolu. (Linhartová, 2007)

Z hlediska komunikace bývají agresivní pacienti vnímáni jako „komunikačně nestabilní“. Agresivní chování má své zdroje vnější a vnitřní. Do vnitřních zdrojů agrese lze řadit osobnost jedince, jeho pocit ohrožení, dlouhodobou nespokojenost, úzkost a obavy, ale i omamné a psychotropní látky. Mezi vnější zdroje agresivního chování patří prostředí, ve kterém se pacient nachází, problémem může být chování dalších osob, ignorování agresora, zvýšení hlasu, nadávky či očividné pohrdání a podceňování. K takovému chování vůči agresorovi by zdravotník vůbec neměl dospět, je vhodné používat pozitivní verbální formulace vět, snažit se, aby pacient pochopil, že s ním soucítíme, projevit mu úctu a respekt. Pokud se záchranáři přes veškeré pokusy o uklidnění situace obávají o své zdraví, je na místě přivolat na pomoc Policii ČR. Velmi nevhodným postupem při komunikaci s agresivním pacientem je jednoznačně protiútok. Zvýšeným hlasem můžeme jen přispět k eskalaci agrese ze strany pacienta. (Špatenková a Králová, 2009)

Mezi nejčastější příčiny vzniku agrese se řadí tělesní činitelé, psychické faktory, zdravotní faktory a vnější faktory. Vnější faktory působící jako podnět ke vzniku agrese

lze rozdělit na prenatalní a postnatalní. Prenatalní faktory, tedy ty, které ovlivňují plod, souvisí s chováním matky v průběhu těhotenství, sem spadá např. užívání psychoaktivních látek či nedostatečná výživa matky. Postnatalními faktory je pak myšleno například nepřijetí dítěte matkou či jiným členem rodiny, psychická deprivace v nedostatečně podnětném prostředí či v neposlední řadě týrání dítěte. (Orel et al., 2016)

Jsme-li v situaci, kdy jsme nuceni jednat s agresivními pacienty, je naprosto zásadní zachovat klid a nereagovat na případné slovní útoky či vyhrožování. Nevhodné a zcela kontraproduktivní je oplácení agrese. Pacient je tím ještě více rozrušen a nelze vyloučit stupňování agrese z jeho strany. Dalším osvědčeným postupem je snaha pozorně vyslechnout pacienta, projevovat zájem o jeho situaci, pochopení pro jeho potíže. Že chápeme a rozumíme je dobré dávat najevo mimoverbálními postupy, přitakáním. Pokoušíme se prostřednictvím empatického chování pacienta zklidnit a navodit v něm pocit důvěry. Je-li to možné, vyhovíme přáním pacienta, nebo se snažíme nalézt další možnost řešení, pak ale vše podrobně vysvětlíme. (Vymětal, 2010)

Při komunikaci s agresivním pacientem lze aplikovat několik metod. Metodou zrcadlení se snažíme přenést náš klid na pacienta. Tzv. metodou otevřených dveří dáváme pacientovi najevo, že nás jeho problém zajímá, pozorně jej vyslechneme. Třetí metodou je pokládání jednoduchých otázek, jejichž pomocí můžeme pochopit, co v pacientovi vyvolalo vznik agrese. Při využití metody zaseknuté gramofonové desky pacientovi opakujeme stále stejné pokyny a zdůrazňujeme potřebu jejich splnění. Tím lze v klientovi vyvolat uvědomění si, že my nejsme původci situace, se kterou má problém, a jeho agrese tedy není namístě. Posledním bodem je poskytnout čas na zklidnění, odeznění prvotního návalu agrese. Až se pacient vyrovná se situací, teprve pak klademe další otázky, dává-li nám charakter poranění možnost prodlení (Dingová Šliková et al., 2018).

1.3 Legislativní rámec

1.3.1 Všeobecná deklarace lidských práv

Již před více než 70 lety, 10. prosince 1948, byla Valným shromážděním OSN přijata Všeobecná deklarace lidských práv. Její Článek 3 doslova zní: Každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost.

1.3.2 Listina základních práv a svobod

Tato mezinárodní úmluva se posléze stala podkladem při tvorbě Listiny základních práv a svobod, jež byla usnesením předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 vyhlášena jako součást ústavního pořádku České republiky. V hlavě druhé, oddílu prvním, v článku 6 se dočteme, že „každý má právo na život“ ... „lidský život je hoden ochrany již před narozením“. V hlavě 4, článku 31 pak stojí, že „Každý má právo na ochranu zdraví“ a že „Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči...“ Zmíněné citace se shodují i se zněním po poslední úpravě z 1. 1. 1999.

1.3.3 Zákonné normy

Základním zákonem pro pracovníky ve zdravotnictví je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V platnost vstoupil 8. prosince 2011, s účinností od 1. dubna 2012. Aktuální znění 24. 4. 2019. Před vydáním tohoto dokumentu se zdravotnictví řídilo zákonem č. 20/1966 Sb., tj. zákonem o péči o zdraví lidu. Rozdíl v těchto dvou dokumentech je pro zdravotníky zcela zásadní, protože v novém zákoně jsou poprvé upraveny nejen povinnosti zdravotnických pracovníků, ale také jejich práva.

Pracovníci zdravotnické záchranné služby se řídí také zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. V platnost vstoupil 8. prosince 2011, s účinností od 1. dubna 2012. Aktuální znění 1. 7. 2017.

Pokusím se nyní zmínit ty části, jež se dotýkají oblasti přednemocniční péče o pacienta, tedy práce zdravotnické záchranné služby, a to se zřetelem na téma práce, tedy na péči o problémového pacienta.

1.3.3.1 Zákon č. 372/2011 Sb.

Část druhá - zdravotní služby a zdravotní péče (§ 5 - § 14)

Hlava I - druhy a formy zdravotní péče.

V §5 se uvádí druhy zdravotní péče, a to z různých úhlů pohledu. Zdravotnické záchranné služby se týká dělení v odstavci (1), tedy podle časové naléhavosti.

Pod písmenem a) je uváděna **neodkladná zdravotní péče**, ta je asi nejčastější náplní práce zdravotnické záchranné služby, protože je charakterizována jako péče, jež

má „zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí“.

Písmeno b) definuje **akutní zdravotní péči** jako péči poskytovanou za „*účelem odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí*“.

V dubnu 2012 právě tyto dva pojmy rozporoval na stránkách zdravotnického práva a bioetiky Adam Doležal: „*Vzhledem k uvedenému znění lze vážně pochybovat o tom, zda je možné jednoznačným způsobem rozlišit neodkladnou a akutní péči ... hranice mezi těmito pojmy mi přijde jako krajně nepřehledná,*“ uvádí Doležal (2012).

Zdravotnické záchranné služby se tedy rozhodně týká péče neodkladná, někdy i akutní, a pak určitě také písmeno c), v kterém se vymezuje pojem **nezbytné zdravotní péče** jako té, již vyžaduje zdravotní stav pacienta se zahraničním pojištěním. Podle výše zmíněné Listiny základních práv a svobod („*každý má právo na život*“) se zcela samozřejmě při záchranně zdraví či života pacienta pracovník zdravotnické záchranné služby nesmí ohlížet na původ, rasu ani vyznání pacienta. K možnosti odmítnout ošetření pacienta se vyjadřují později u § 50, jenž se týká práv zdravotnických pracovníků.

Část čtvrtá – postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (§ 28 - § 44)

Hlava I – práva a povinnosti pacienta a jiných osob

V § 29 odstavci (1) se hovoří o **právu na volbu poskytovatele zdravotnické služby** a zdravotnického zařízení, ale hned v odstavci (2) je uvedeno, že toto právo volby se nevztahuje na (písmeno a) zdravotnickou záchrannou službu a poskytovatele, ke kterému je pacient převezen. To je samozřejmě vzhledem k nároku na rychlost zásahu zcela logické. U problémových pacientů by mohlo být právo volby poskytovatele komplikací dvojnásobnou.

Zdravotnické záchranné služby a tématu této práce se týká také § 39, kde se v odstavci (1) hovoří o prostředcích, jimiž lze omezit volný pohyb pacienta při poskytování zdravotních služeb. Pro mé téma považuji za možné použít prostředky

uvedené pod písmeny a) úchop pacienta zdravotnickým pracovníkem, b) omezení v pohybu ochrannými pásy nebo kurty a f) psychofarmaka, popřípadě g) kombinace výše zmíněného.

V odstavci (2) je vymezeno a přesně definováno, za jakých okolností lze tato krajní řešení použít. Je zcela pochopitelné, že důvodem je pod písmenem a) uvedené odvrácení bezprostředního ohrožení života a zdraví pacienta nebo jiných osob. Písmeno b) zmiňuje možnost použití omezovacích prostředků pouze na dobu nezbytně nutnou a písmeno c) upřesňuje, že je lze použít teprve poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle písmene a). Přičemž musí být samozřejmě zvolen ten nejméně omezující prostředek odpovídající účelu použití!

Odstavec (3) upozorňuje poskytovatele, že je povinen zajistit, aby pacient (písmeno a) a popřípadě jeho zákonný zástupce či opatrovník (písmeno b) byl srozumitelně informován, proč byl omezovací prostředek použit. Dále poskytovatel zajistí, aby byl pacient po celou dobu pod dohledem zdravotnického pracovníka (písmeno c) a také to, aby omezovací prostředek indikoval vždy lékař, výjimečně jiný pracovník, jenž ale tuto skutečnost neprodleně oznámí lékaři (písmeno d). V neposlední řadě se použití omezovacího prostředku, včetně důvodu jeho použití, zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Odstavec (4) podrobně osvětluje povinnost poskytovatele vést centrální evidenci o použití omezovacích prostředků. Zdravotníci záchranné služby jsou tedy ze zákona oprávněni použít omezovací prostředky, často ale komplikované situace řeší v součinnosti s Policií České republiky.

O povinnostech pacienta a jiných osob pojednává § 41 a pro zdravotnickou záchrannou službu je významný odstavec (1) písmeno d), kde je uvedena povinnost pacienta pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o svém zdravotním stavu včetně infekčních chorob i o tom, jaké užívá léčivé přípravky nebo i návykové látky. Zdravotnická záchranná služba se ovšem setkává i s pacienty, kteří nejsou schopni řádně spolupracovat, ať už pro své zranění nebo pro nechuť ke spolupráci, což při poskytování neodkladné péče je třeba vhodně vybalancovat.

Odstavec (4) téhož § 41 pojednává o právu pacienta odmítnout prokázání totožnosti a zároveň o možnosti zdravotnického pracovníka v takovém případě odmítnout poskytnutí zdravotní služby. Ale ještě v témže odstavci je uvedeno, že nesmí jít o

pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči, tedy jak bylo zmíněno výše, zdravotnické záchranné služby se takováto možnost netýká.

Část pátá – postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (§ 45 - § 51)

V § 46 pod písmenem e) je uvedena povinnost poskytovatele zdravotnické služby zajistit bezodkladně spolupráci se zdravotnickou záchrannou službou, je-li jí při mimořádných událostech o to požádán. Z hlediska tématu této práce je dle mého názoru pravděpodobnost setkání s problémovými pacienty při mimořádných událostech výrazně zvýšená, např. při teroristickém útoku, hromadné havárii, pádu letadla apod. Mohlo by se jednat o pacienty s těžkými poraněními, velmi úzkostné, ale např. i pod vlivem omamných látek, jde-li o ošetření zraněného teroristy.

§ 49 popisuje povinnosti zdravotnického pracovníka. Odstavec (1) pojednává o povinnosti poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost (písmeno a). Písmeno b) hovoří o povinnosti poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, což je vlastní náplní práce zdravotnických záchranářů. Oni jsou těmi prvními, kteří přijíždějí a poskytují neodkladnou pomoc a určitě tedy je pro ně nejpřirozenější zasáhnout v náhodné mimopracovní situaci a poskytnout odbornou první pomoc tam, kde by ostatní kolemjdoucí mohli z neznalosti selhat.

A konečně § 50, práva zdravotnického pracovníka, jež jsou poprvé součástí zákona, jak bylo již výše zmíněno. Dle odstavce (1) písmena a) má zdravotnický pracovník právo získat od pacienta informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu, což je zároveň popsáno v povinnostech pacienta § 41, odstavec (1), písmeno d).

Právo uvedené pod písmenem b) umožňuje zdravotnickému pracovníkovi neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví. Vzhledem k tématu práce patří toto právo k zásadním. Problémové chování pacienta může totiž mít i podobu přímé agrese, která je namířena proti ostatním účastníkům dané situace, zdravotnického záchranáře nevyjímaje.

V odstavci (2) se hovoří o možnosti zdravotnického pracovníka odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi také v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Ovšem vzhledem k neodkladnosti této zdravotní péče je dle mého názoru spíše nevhodné uvažovat o takové možnosti, protože zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel, tedy zdravotnická záchranná služba, nemůže být schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem už vzhledem k nízkému počtu členů výjezdové skupiny.

Všichni zdravotničtí pracovníci, tedy také zdravotničtí záchranáři, jsou ze zákona povinni zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Podrobně o tom pojednává § 51 odstavec (1) zákona 372/2011 Sb. V odstavci (2), (3) a (4) je podrobně uvedeno, co se za porušení povinné mlčenlivosti nepovažuje, v odstavci (5) pak to, že povinná mlčenlivost podle odstavce (1) platí též pro zdravotnické pracovníky nebo jiné odborné pracovníky, kteří již nevykonávají své povolání, a informace získali v souvislosti s bývalým výkonem povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka nebo zaměstnání při poskytování zdravotních služeb (písmeno b). Dále platí mlčenlivost pro osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka (písmeno c).

Část sedmá – nakládání s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postup při úmrtí a pitvy (§ 79 - § 92)

V § 84 se zmiňují postupy při úmrtí. Odstavec (2) písmeno d) říká, že prohlídku těl zemřelých je povinen zajišťovat poskytovatel zdravotnické záchranné služby, došlo-li k úmrtí při poskytování přednemocniční péče. Postup při mimořádné události s hromadným úmrtím je popsán v § 87 a je pochopitelné, že zde spolupracuje více poskytovatelů zdravotních služeb včetně zdravotnické záchranné služby.

1.3.3.2 Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě

Vymezení pojmů (§ 3)

Přímo v názvu práce je použit pojem přednemocniční péče, který je jasně vymezen pod písmenem e). Přednemocniční péče je zde specifikována jako „*péče poskytovaná pacientovi na místě vzniku závažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života a během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče.*“

Výjezdové skupiny (§ 13)

V odstavci (1) je uvedeno, kdo tvoří výjezdové skupiny a také že má výjezdová skupina nejméně dva členy. V odstavci (2) se podle složení a povahy činnosti výjezdové skupiny člení na (písmeno a) výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, jejímž členem je lékař a na (písmeno b) výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci, které jsou složeny ze zdravotnických pracovníků nelékařského zdravotnického povolání.

Oprávnění a povinnosti členů výjezdových skupin (§ 18 a 19)

Stejný zákon pojednává o oprávněních a povinnostech členů výjezdových skupin. Při výkonu své práce mají dle § 18 odstavce (1) oprávnění vstupovat na cizí pozemky a podle odstavce (2) jsou oprávněni požadovat od dalších osob pomoc a také důležité informace (odstavec 3). Odstavec (4) téhož § 18 pojednává o tom, že „*pokud při poskytování ... pomoci ... vznikne osobám, které pomoc poskytly, prokazatelná škoda, odpovídá za ni poskytovatel zdravotnické záchranné služby, ledaže by ... byla škoda způsobena zaviněným jednáním poškozeného*“. Problémové chování pacienta, jak už bylo opakovaně zmíněno, se může v některých případech obrátit až do agrese vůči členům výjezdové skupiny. Dojde-li pak např. k poškození brýlí zdravotnického pracovníka, musí se posoudit, kdo prokazatelnou škodu zaplatí, tedy nakolik bylo chování pacienta úmyslné.

Klíčovým paragrafem při setkání s problémovým agresivním chováním pacienta je § 19, kde se v odstavci (3) hovoří o tom, že „*vedoucí výjezdové skupiny je oprávněn rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události v případě, pokud by*“ byly ohroženy životy nebo zdraví členů výjezdové skupiny (písmeno a) nebo by šlo o pomoc za podmínek, „*pro jejichž zvládnutí nebyli členové výjezdové skupiny vycvičeni, vyškoleni či vybaveni*“ (písmeno b).

Odstavec (4) pak samozřejmě uvádí, že po rozhodnutí o neposkytnutí péče je vedoucí výjezdové skupiny povinen neprodleně oznámit tuto skutečnost zdravotnickému operačnímu středisku, a to včetně odůvodnění svého rozhodnutí.

2 Výzkumná část

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Tato bakalářská práce má několik dílčích cílů a na ně navázaných hypotéz, jež se týkají problémového chování pacientů v přednemocniční péči.

2.2 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat četnost setkání se pracovníků zdravotnické záchranné služby s problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči.

Cíl 2: Zmapovat nejčastější příčiny problémového chování pacienta v přednemocniční péči.

Cíl 3: Zmapovat používané omezovací prostředky při setkání s problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči.

Cíl 4: Zmapovat připravenost pracovníků zdravotnické záchranné služby zvládnout problémového pacienta v přednemocniční péči.

Cíl 5: Zmapovat, zda a o jaké vzdělání, proškolení v této problematice stojí pracovníci zdravotnické záchranné služby

2.3 Hypotézy

H 1: Problémové chování je výrazně často spojeno s požitím alkoholu či užitím omamných a návykových látek.

H 2: Pracovníci zdravotnické záchranné služby se současnou legislativou necítí dostatečně chráněni při setkání s problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči.

3 Metodika

3.1 Metodika a technika sběru dat

Pro sběr odpovědí jsem využila formu online dotazníkového formuláře, který jsem připravila dle potřeb šetření na webových stránkách Survio.com. Dotazník obsahoval 19 otázek a rozeslala jsem jej na kontaktní maily výjezdových základen ZZS jednotlivých okresů Jihočeského kraje, a to do Českých Budějovic, Českého Krumlova, Jindřichova Hradce, Písku, Prachatic, Strakonice, Tábora.

Dotazník obsahoval 17 otázek s výběrem jedné či více odpovědí. Tyto otázky jsou zpracovány do 16 sloupcových vertikálních grafů, v nichž jsou uvedeny relativní hodnoty dílčích odpovědí. Dvě otázky s otevřenými odpověďmi jsem pro přehlednost zpracovala do tabulek, ve kterých je uvedena odpověď, počet responzí a podíl dané odpovědi z jejich celkového počtu. U těchto dvou otázek bylo nutno odpovědi sjednotit, neboť se mnohdy lišily např. uvedením celého názvu, či naopak zkratky, užitím jiné velikosti písma apod. U několika otázek jsem porovnávala hodnoty s ohledem na pohlaví respondentů, věkovou kategorii či délku jejich praxe. Tato zjištění jsou uvedena v textu pod jednotlivými grafy a tabulkami.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr odpovědí probíhal v lednu a v první polovině února roku 2021 a dotazník byl za tu dobu rozeslán dvakrát. Z jedné výjezdové základny jsem byla zpětně kontaktována vedoucím ZZS s upozorněním, že nelze odkaz předat kolegům v elektronické podobě, proto jsem na místo odeslala tištěné formuláře a po vyzvednutí jsem údaje z nich doplnila do elektronické podoby dotazníku. Z Českého Krumlova a Písku jsem ani po opakovaném kontaktu neobdržela žádnou odpověď. Celkem se zapojilo 73 respondentů.

4 Výsledky výzkumu

V této kapitole uvádím výsledky výzkumného šetření, které probíhalo ve většině stanic Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Otázky použitého dotazníku byly rozčleněny do několika okruhů:

Otázky 1–3

Obecné identifikační údaje zdravotnických záchranářů a řidičů vozidel ZZS

Otázky 4–6

Vzdělání a délka praxe, funkce u ZZS

Otázky 7–13

Setkání s problémovým chováním pacienta, charakteristika problémového chování a jeho příčin

Otázky 14–16

Použité prostředky pro konsolidaci situace, případná újma na zdraví posádky ZZS

Otázky 17–18

Připravenost na setkání s problémovým pacientem, její zdroje a preferované možnosti doplnění vzdělání

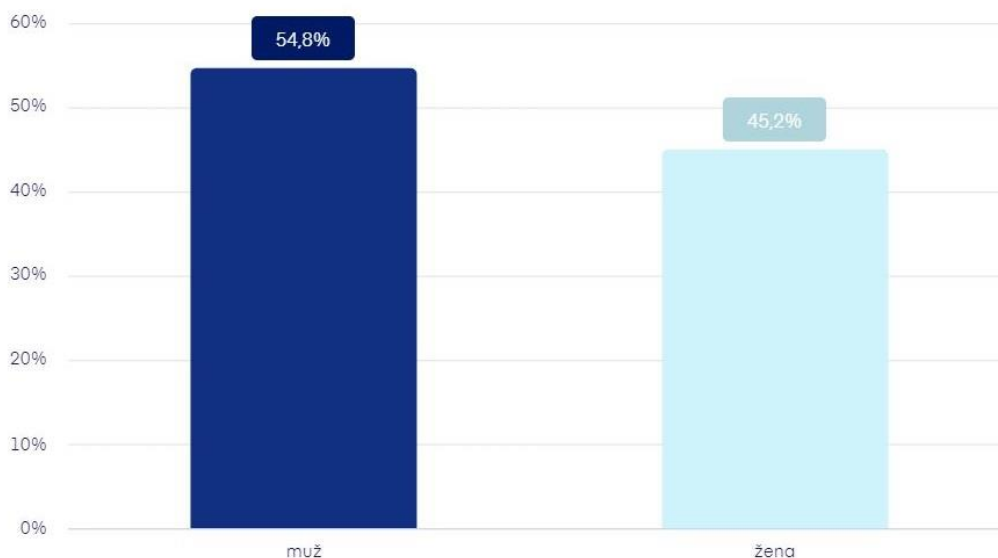
Otázka 19

Pocit ochránění současnou legislativou při zásahu proti agresivnímu pacientovi

Obecné identifikační údaje zdravotnických záchranářů a řidičů vozidel ZZS

Do dotazníkového šetření se zapojilo 73 respondentů, pracovníků několika stanic zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Prvním zjišťovaným údajem bylo, zda odpovídá muž nebo žena. Formulář dotazníku vyplnilo 40 mužů a 33 žen, což je v procentuálním vyjádření poměr 54,8 % muži a 45,2 % ženy (graf č. 1)

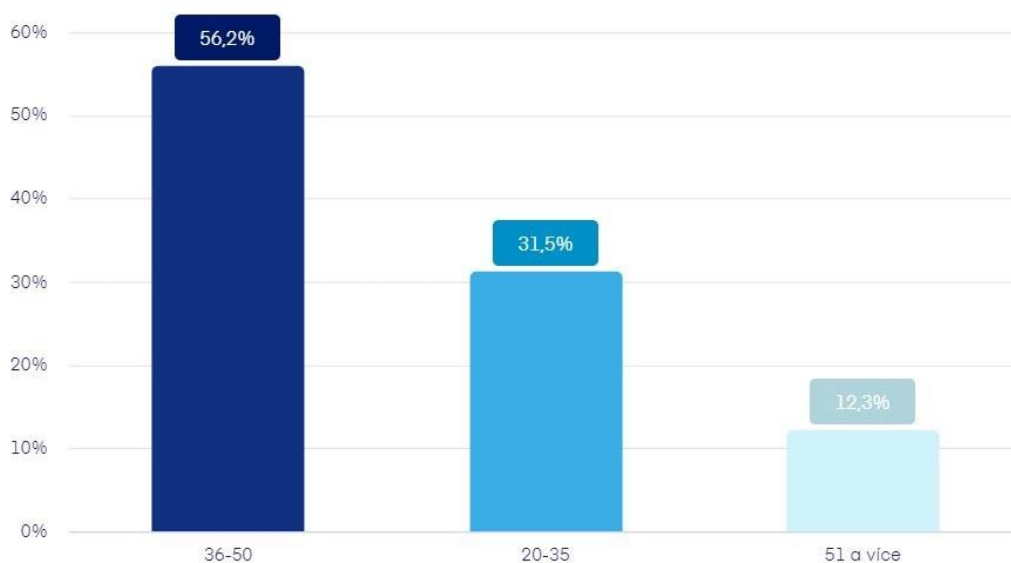
Graf č. 1: Muž - žena



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Věkové složení respondentů prozradilo nadpoloviční většinu pracovníků zdravotnické záchranné služby ve věkové kategorii 36 – 50 let (56,2 %), konkrétně spadá do této kategorie 19 žen a 22 mužů. Druhou silně zastoupenou věkovou kategorií jsou mladí zdravotníci mezi 20 a 35 lety (31,5 %), zde je to 7 žen a 16 mužů, tento nepoměr ale pravděpodobně souvisí s tím, že ženy z nejmladší věkové kategorie odcházejí na mateřskou dovolenou, která zpravidla trvá několik let. Pouhých devět respondentů uvedlo věk nad 50 let (12,3 %), přičemž šlo o 7 žen a 2 muže (graf č. 2).

Graf č. 2: Věk



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce č. 1 uvádím přehled oslovených stanic zdravotnické záchranné služby, ze kterých přišly odpovědi s upřesněním počtu respondentů z dané stanice. Největší počet odpovědí zpracovali pracovníci ZZS v Táboře, kam si vyžádali tištěnou formu dotazníků, což se nakonec ukázalo jako více efektivní forma.

Tabulka č. 1: Základny ZZS

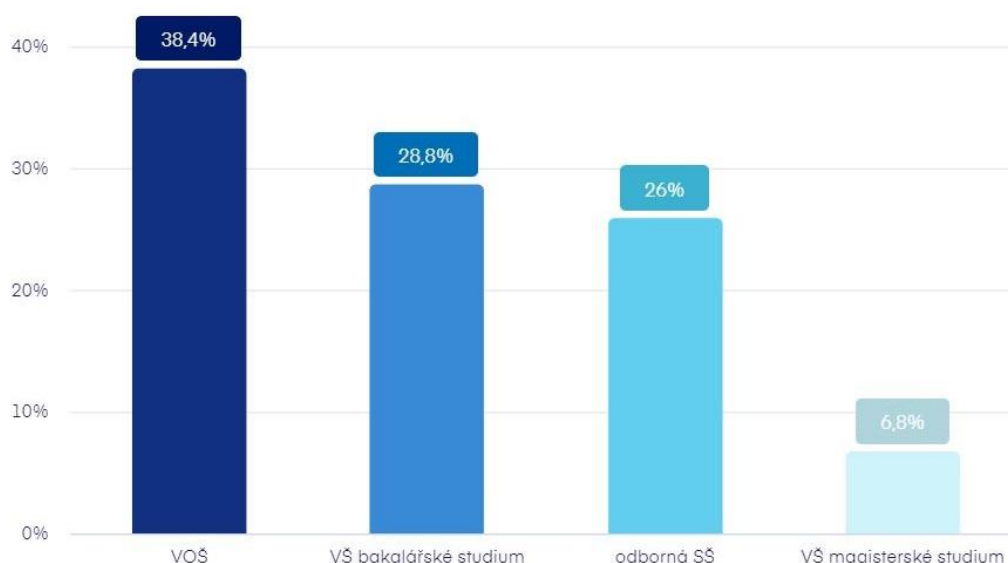
Odpověď	Responzí	Podíl
České Budějovice	17	23,3 %
Jindřichův Hradec	9	12,3 %
Jindřichův Hradec – Dačice	9	12,3 %
Jindřichův Hradec – Třeboň	3	4,0 %
Prachatice	5	7,0 %
Prachatice – Vimperk	6	8,2 %
Strakonice	4	5,5 %
Tábor	20	27,4 %
Celkem	73 responzí	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Vzdělání a délka praxe, funkce u ZZS

Středoškolské vzdělání uvedlo 19 respondentů (26 %), z toho 11 žen a 8 mužů. Všem je více jak 35 let, pouze ve dvou případech jde o muže z nižší věkové kategorie, oba pracují na pozici řidiče. Vyšší odbornou školu absolvovalo 28 respondentů (38,4 %), 11 žen a 17 mužů, pouze 7 respondentů s tímto vzděláním je z nejmladší věkové kategorie, ostatním je více jak 35 let. Podobně silnou početní skupinu respondentů představují vysokoškolsky vzdělaní pracovníci zdravotnické záchranné služby, jde o 26 respondentů, pouze v pěti případech jde o magisterské studium (6,8 %), ostatní uvádějí bakalářské studium (28,8 %). Počet absolventů vysoké školy z věkové kategorie 20 – 35 let (14 respondentů) převyšuje počet starších kolegů (12 respondentů), přičemž podíl mužů je u kategorie vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických záchranářů vyšší než počet žen (15 respondentů a 11 respondentek). Středoškolské vzdělání je viditelně na ústupu a převažuje již počet pracovníků s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním (graf č. 3)

Graf č. 3: Vzdělání

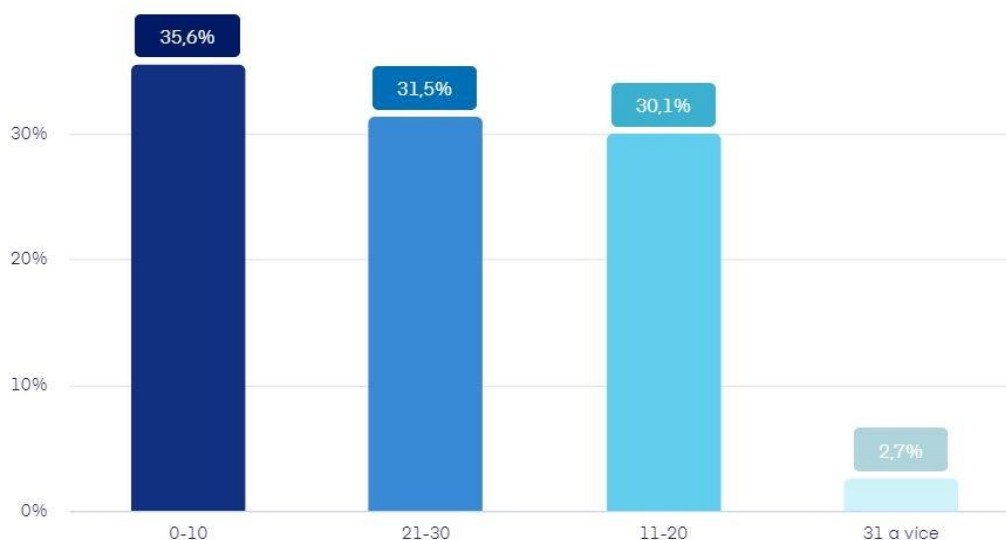


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Délka praxe u zdravotnické záchranné služby byla v dotazníku rozdělena po deseti letech. Kategorie 0 – 10 let praxe byla nejčastěji uváděnou (35,6 %), což odpovídá počtu

26 respondentů, odpovědělo tak 19 mužů a 7 žen. Velmi podobně jsou na tom kategorie 11 – 20 let praxe, kterou uvedlo 22 respondentů (30,1 %), z toho 12 mužů a 10 žen, a kategorie 21 – 30 let praxe, tu uvedlo 23 pracovníků ZZS (31,5 %), šlo o 9 mužů a 14 žen. Déle než 31 let pracují u zdravotnické záchranné služby pouze 2 respondenti a v obou případech jde o ženy (graf č. 4). Při porovnání věku respondentů a délky jejich praxe v 68 případech odpovídají tato čísla s vysokou pravděpodobností tomu, že respondent pracuje stále v oboru, což ukazuje na velmi nízkou snahu změnit povolání. V ostatních případech, kdy délka praxe je výrazně nižší, než by odpovídalo nástupu do praxe po ukončení vzdělání, jde o pouhých 5 respondentů. Věkové rozložení respondentů odpovídá pravidelnému doplňování stavu pracovníků zdravotní záchranné služby v jihočeském kraji mladými kolegy. V této souvislosti lze znovu připomenout, že pouhých devět respondentů uvedlo věk 51 a více let (graf č. 4)

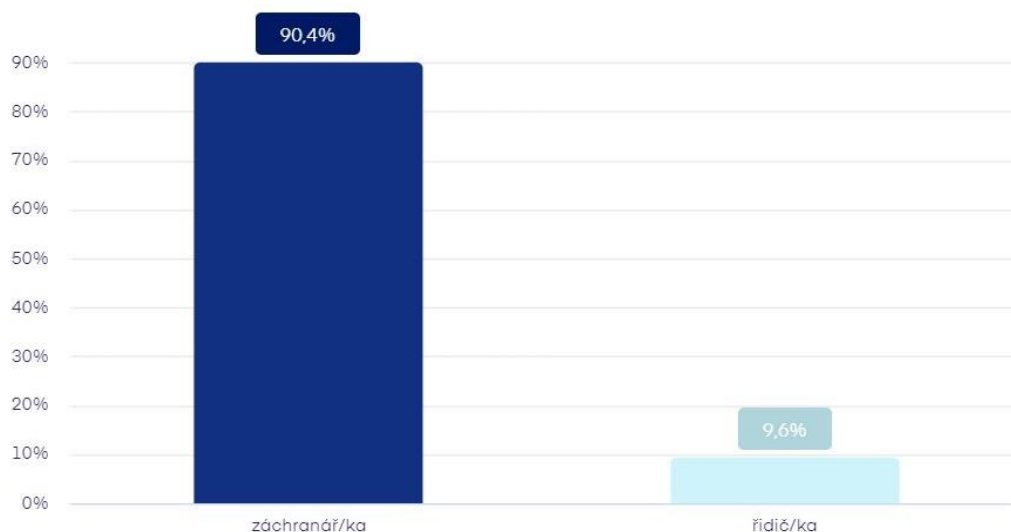
Graf č. 4: Délka praxe



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Funkci řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby uvedlo pouhých 6 respondentů (9,6 %), ve všech případech jde o muže, zbylých 67 respondentů pracuje na pozici zdravotnického záchranáře. Původně byla v dotazníku uvedena také pracovní pozice lékař zdravotnické záchranné služby, ale označil ji pouze jediný respondent, jeho odpovědi jsem z výzkumu pro zanedbatelný počet vzorku vyřadila (graf č. 5)

Graf č. 5: Funkce u ZZS

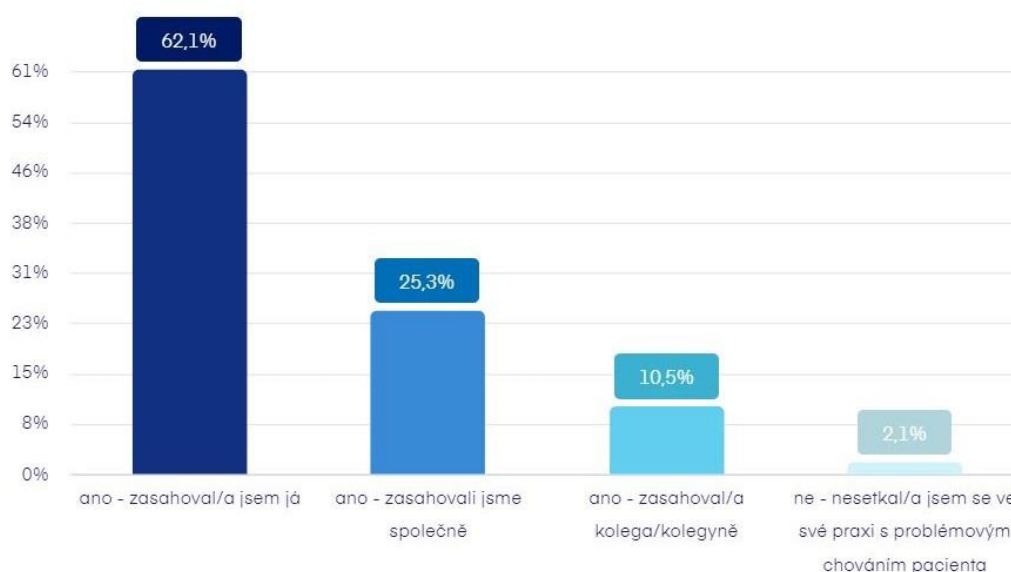


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Setkání s problémovým chováním pacienta, charakteristika problémového chování a jeho příčin

U otázky, která zjišťovala, zda se pracovníci zdravotnické záchranné služby setkali ve své praxi s problémovým chováním pacienta, mohli respondenti označit více možností. Celkem jsem obdržela 95 odpovědí (100 %). Odpověď ne, nesetkal jsem se ve své praxi s problémovým chováním pacienta uvedli pouze dva muži. Ostatních 71 respondentů uvádí odpověď ano, setkal jsem se s problémovým chováním pacienta, přičemž 59krát zvolili možnost ano, zasahoval jsem já (62,1 %), 24krát možnost ano, zasahovali jsme společně (25,3 %) a 10krát zvolili možnost ano, zasahoval kolega (10,5 %). Jednoznačně tedy převažují odpovědi, kdy zdravotnický záchranář přímo pracuje s pacientem, jehož chování je problémové, ať už sám či ve spolupráci s kolegou (87,4 % všech odpovědí). Setkání se s problémovým chováním pacienta je tedy pro naprostou většinu pracovníků zdravotnické záchranné služby známou situací a při povaze tohoto povolání je potřeba být na takové setkání dobře připraven, protože pravděpodobnost opakování takové situace je velmi vysoká (graf č. 6).

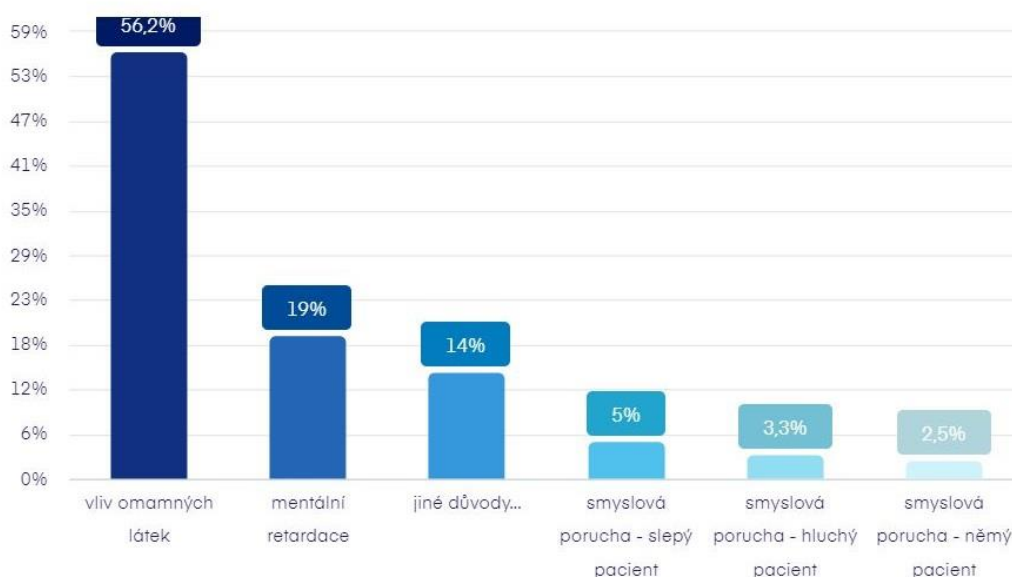
Graf č. 6: Setkání s problémovým chováním pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Další otázka byla zaměřena na zmapování příčin problémů v komunikaci s pacientem. Komunikace může být ovlivněna různými příčinami, proto i v této otázce respondenti mohli uvést více možností. Celkem bylo označeno 131 odpovědí (100 %). Jako nejčastější příčina problémů v komunikaci s pacientem byl uváděn vliv omamných látek, uvedlo jej 68 respondentů a z celkového počtu odpovědí je to 56,20 %, z celkového počtu respondentů, kteří se s problémovým chováním setkali (71 osob) je to 97 %. V druhé nejčastější odpovědi byla jako příčina problémové komunikace uváděna mentální retardace, tuto možnost zvolilo 23 respondentů. Vážnou komplikací v komunikaci mohou být i smyslové poruchy pacienta, které však zdaleka nejsou tak časté. Jako příčinu problému v komunikaci s pacientem je uvedlo 13 respondentů, kdy ve 4 případech byl pacient hluchý, ve třech němý a v 6 slepý. V 17 případech byla respondenty označena i možnost jiné důvody, zde byly doplněny odpovědi jako např. hypoglykémie, stařecká demence, typ úrazu, jazyková bariéra aj. (graf č. 7)

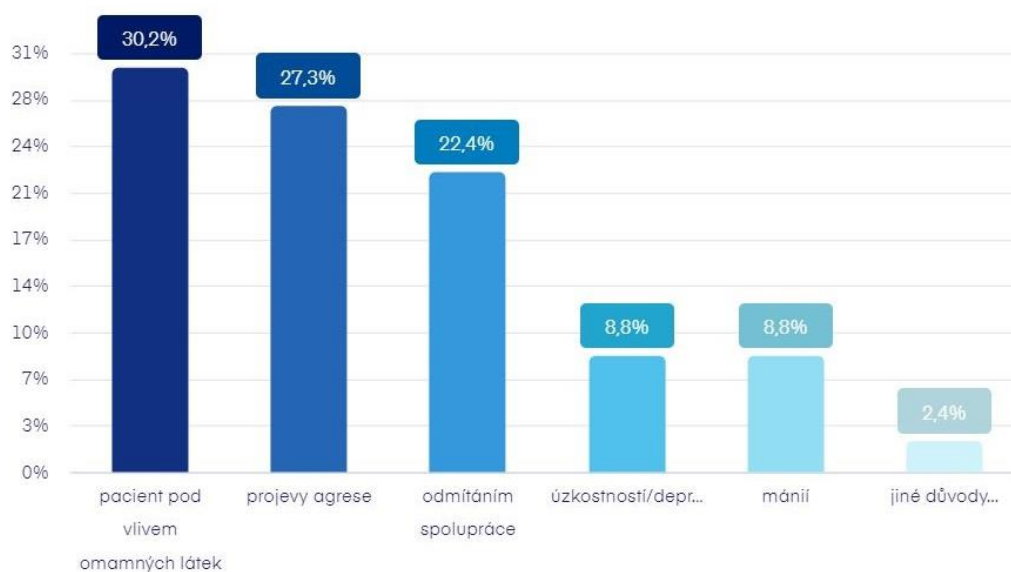
Graf č. 7: Problém v komunikaci ovlivnil/ovlivnila



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Další otázka byla zaměřena na typy problémového chování, na jeho nejvýraznější projevy, které se pak stávají problémem v práci s pacientem. Opět mohli respondenti označit více možností a součet všech dílčích odpovědí je u této otázky 205 (100 %). Vliv omamných látek je v této souvislosti vnímán jako otupělost, netečnost, zhoršená artikulace a uvádí jej 62 respondentů. Druhým nejčastěji zvoleným typem problémového chování je agrese, setkala se s ní 56 respondentů. Častým problémem je odmítání spolupráce, je uvedeno ve 46 případech. Úzkostnost a depresi označilo jako problém při práci s pacientem v přednemocniční péči 18 respondentů a stejný počet uvádí setkání s mánií. Pouze 5 respondentů zvolilo odpověď jiné důvody (graf č. 8).

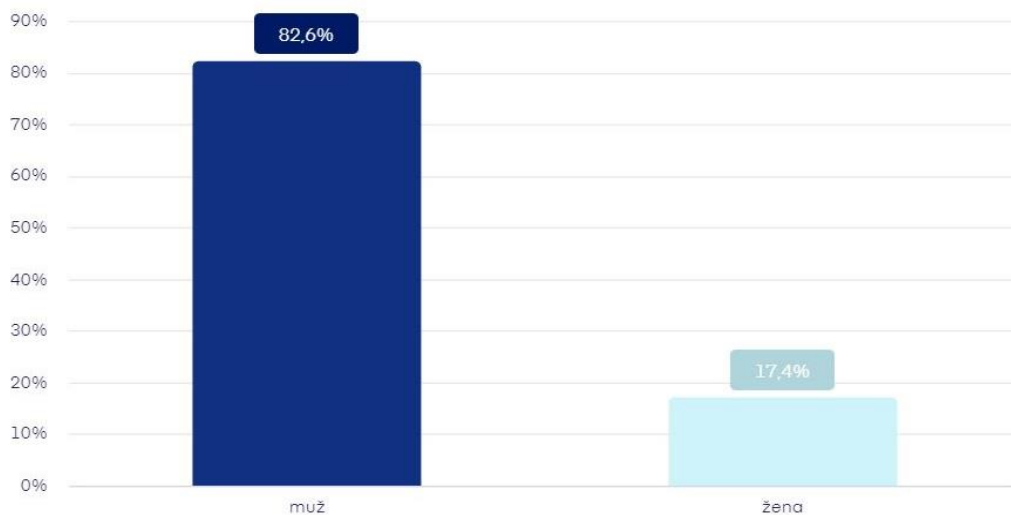
Graf č. 8: Typy problémového chování



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Další otázka zjišťuje, zda byl pacient, který se projevil agresivně muž nebo žena. Na ni odpovědělo 57 respondentů, že agresivně se choval muž, 12 zvolilo odpověď žena.

Graf č. 9: Agresor byl muž - žena

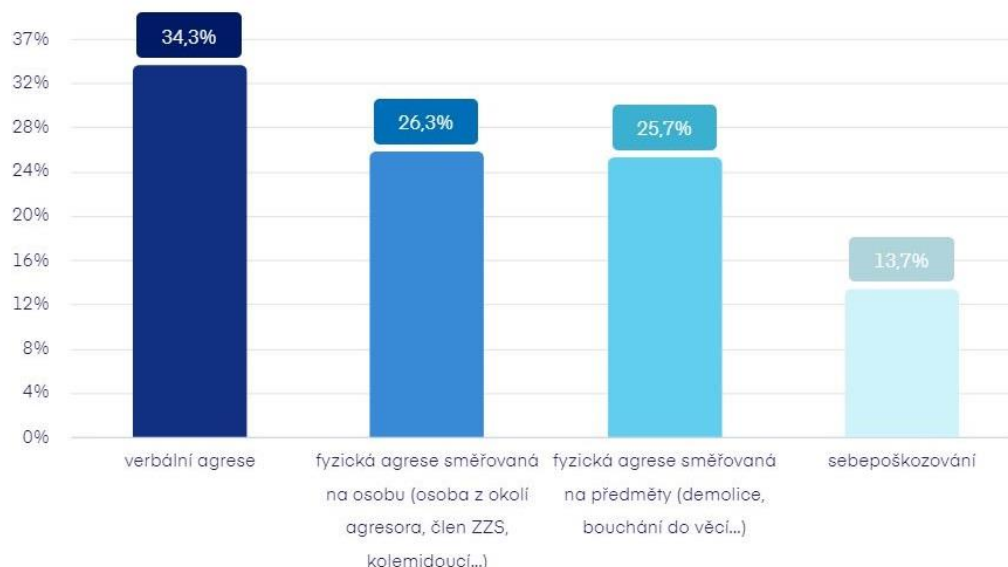


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Otázka zabývající se formou agrese nabízela 4 možnosti. Respondenti mohli volit i více možností, celkem bylo označeno 175 odpovědí (100 %). S verbální agresi se setkala

60 respondentů. Fyzickou agresi směřovanou na osobu, ať už byl objektem někdo z okolí agresora, člen posádky zdravotnické záchranné služby či náhodný kolemjdoucí, uvedlo 46 respondentů. Snaha obrátit agresi vůči věcem, demolování, bouchání, kopání, tedy agrese směřovaná na předměty se objevila mezi odpověďmi 45krát. Pouze ve 12 případech uvedli respondenti jako formu agrese sebepoškození (graf č. 10).

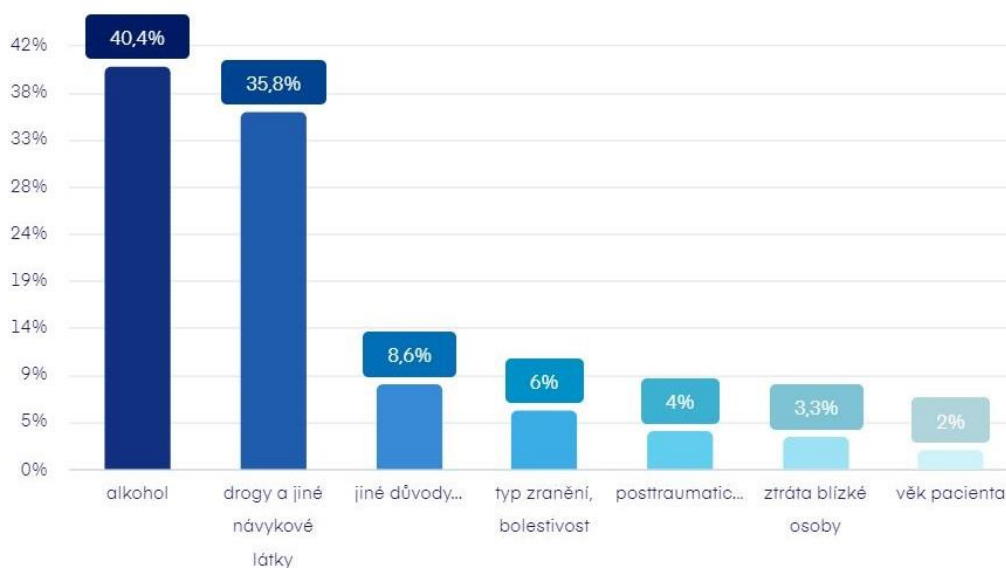
Graf č. 10: Forma agrese



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Další sledovanou položkou jsou příčiny, které vedly k pacientovu problémovému chování. I v této otázce mohli respondenti vybrat více odpovědí a celkem jich označili 151 (100 %). Alkohol jako příčinu uvádí 61 respondentů a další často uvedenou položkou jsou drogy, označeny jsou jako příčina problémového chování v 54 případech. Ostatní příčiny už jsou zmiňovány v mnohem menších počtech, 9 respondentů označilo reakce na bolestivé zranění jako významnou komplikaci při práci s pacientem, 6krát byla zmíněna dezorientace spojená s postraumatickým stavem. V 5 odpovědích je příčinou problémového chování ztráta blízké osoby a 3 respondenti uvedli jako příčinu problémového chování věk pacienta. I u této otázky byla možnost vybrat jiné důvody, kterou zvolilo 13 respondentů a upřesnili jako příčinu problémového chování např. sociální příslušnost pacienta, psychiatrické onemocnění, zmatenost.

Graf č. 11: Příčina problémového chování



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

V tabulce číslo 2 jsou přehledně seřazeny dle četnosti uvedených odpovědí druhy návykových látek, pod jejichž vlivem byli, či pravděpodobně byli problémoví pacienti, s nimiž se pracovníci zdravotnické záchranné služby setkali. K přesnému určení druhu užitých návykových látek často nemůže v rámci přednemocniční péče pracovník ZZS dospět.

Tabulka č. 2: Druh návykové látky

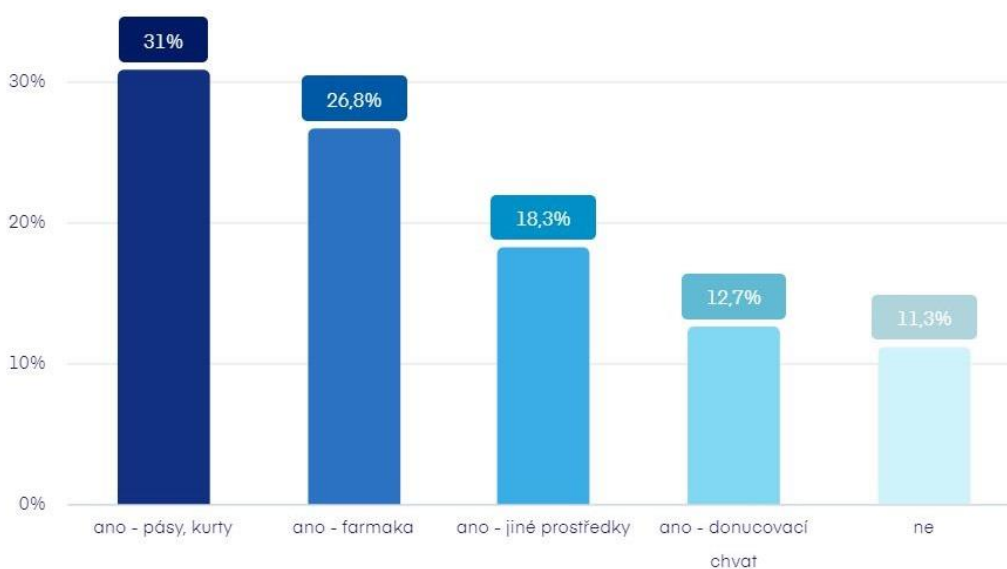
Odpověď	Responzí	Podíl
Alkohol	45	37,5 %
Pervitin	28	23,3 %
Marihuana	17	14,2 %
LSD	4	3,3 %
Kokain	2	1,7 %
Drogy	6	5,0 %
Léčiva	3	2,5 %
Nelze specifikovat	15	12,5 %
Celkem	120 responzí	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Použité prostředky pro konsolidaci situace, případná újma na zdraví posádky ZZS

Při setkání s problémovým chováním pacienta má posádka zdravotnické záchranné služby možnost využít omezovací prostředky, jež umožňují dokončit řádně přednemocniční péči. Které byly použity respondenty mého výzkumu, jsem zjišťovala v další otázce. 22 respondentů použilo na zklidnění pacienta kurty a pásy, 19 respondentů uvedlo farmaka a v 9 případech vybrali možnost donucovací chvat. 8 respondentů nepotřebovalo použít omezovací prostředky a ve 13 případech respondenti využili jiné omezovací prostředky (graf č. 12).

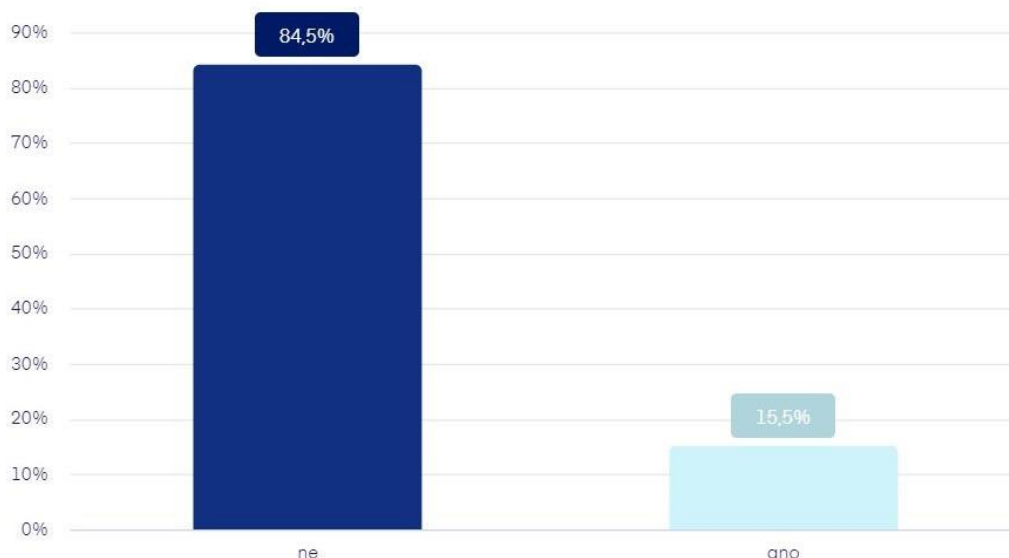
Graf č. 12: Použité omezovací prostředky



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Setkání s agresivním pacientem, který směřuje svoji agresi k ostatním osobám, patří k velmi náročným vzhledem k možnosti újmy na zdraví i u ostatních účastníků akce, v neposlední řadě i u zasahujících pracovníků zdravotnické záchranné služby. Dva respondenti uvádí, že se s problémovým chováním pacienta nesetkali vůbec, proto jsou procentuální podíly vztahovány k počtu 71 (100 %), tedy k počtu těch, kteří se setkali s problémovým chováním pacienta. 11 respondentů (15,5 %) uvedlo, že u nich došlo k újmě na zdraví, 60 (84,5 %) situaci zvládlo bez takové komplikace. Pouze jedna žena pak uvedla, že v důsledku zmiňované zdravotní újmy musela nastoupit do pracovní neschopnosti (graf č. 13).

Graf č. 13: Újma na zdraví způsobená agresivním pacientem

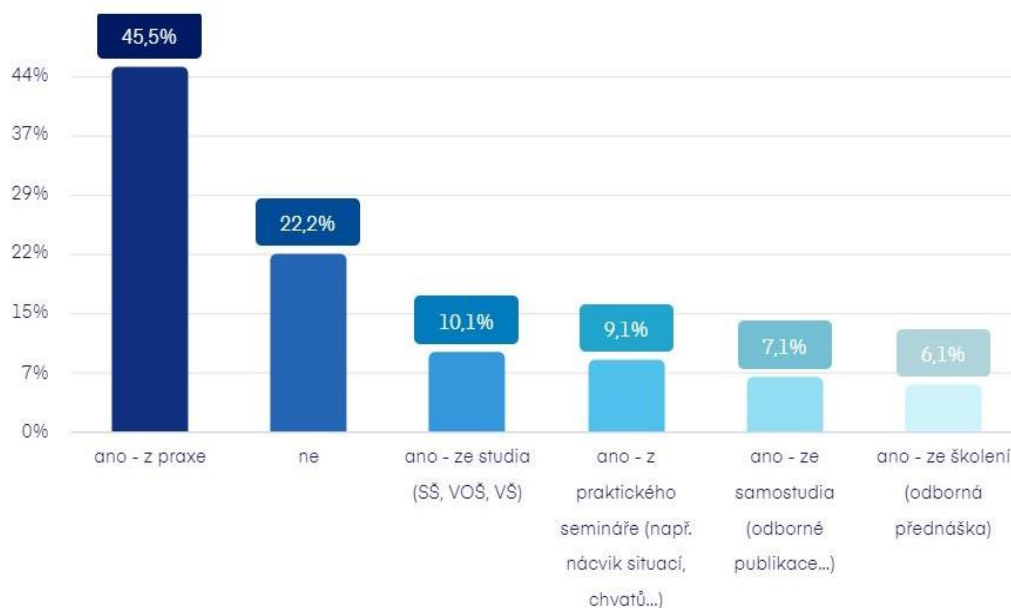


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Připravenost na setkání s problémovým pacientem, její zdroje a preferované možnosti doplnění vzdělání k této problematice

V další otázce jsem mapovala pocit připravenosti na setkání s problémovým chováním pacienta. I v ní mohli pracovníci zdravotní záchrané služby uvést více zdrojů, ze kterých takový pocit čerpají, proto celkový počet odpovědí je vyšší než počet respondentů, celkem bylo zvoleno 99 možností (100 %). 22 respondentů odpovědělo, že se necítí být připraveni na setkání s problémovým chováním pacienta. Ze zbylých 51 respondentů jich pak 45 uvedlo jako zdroj pocitu připravenosti na takové setkání svoji praxi u zdravotnické záchrané služby. V 10 případech bylo zdrojem označeno studium, 9 respondentů se cítí být připraveno z praktického semináře, 6 čerpalo pocit připravenosti ze školení a 7 respondentů uvedlo, že se připravovali samostudiem materiálů k této problematice (graf č. 14)

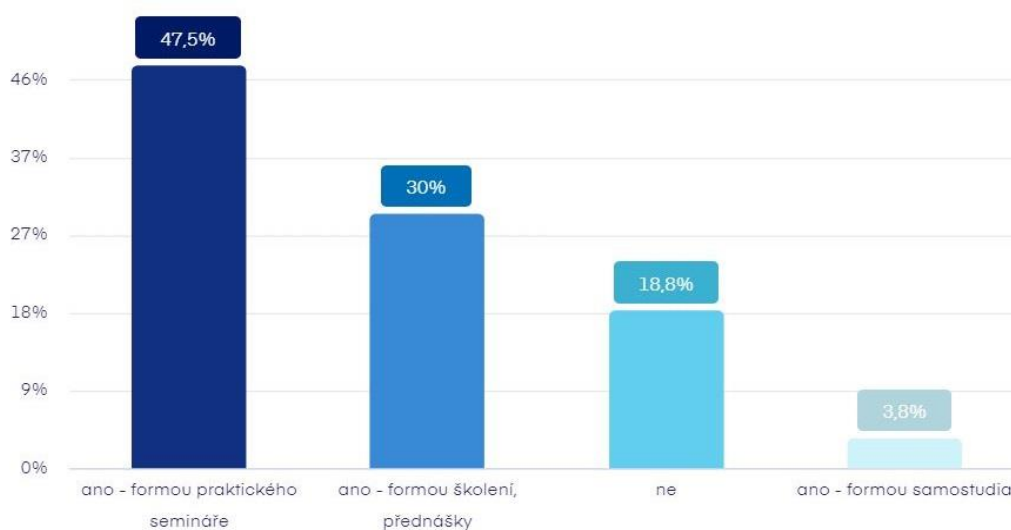
Graf č. 14: Pocit připravenosti na setkání s problémovým chováním pacienta



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Navazovala otázka mapující preferované způsoby přípravy na setkání s problémovým chováním pacienta, pokud pracovníci zdravotnické záchranné služby takovou přípravu považují za potřebnou. Naprostá většina respondentů odpověděla výběrem jedné z nabízených možností, 7 jich uvedlo 2 volby, proto je celkový počet odpovědí roven 80 (100 %). I u této otázky mohli respondenti vybrat odpověď ne, nestojím o přípravu na setkání s problémovým pacientem, zvolilo ji 15 z nich, 10 mužů a 5 žen. Nejvíce pracovníci zdravotnické záchranné služby preferují možnost zvýšit svou připravenost formou praktického semináře, tuto možnost uvedlo 38 respondentů, devět z nich přitom již takový seminář dle odpovědi na minulou otázku už absolvovalo. 24 respondentů by preferovalo přípravu formou školení či přednášky a pouze 3 pracovníci by si potřebné znalosti zajistili samostudiem. Ze sedmi pracovníků, kteří zvolili dvě možnosti jich šest uvedlo kombinaci praktický seminář a školení či přednáška. Zájem o další informace a dovednosti využitelné při setkání s problémovým chováním pacienta je tedy značný (graf č. 15).

Graf č. 15: Preferovaný způsob přípravy na setkání s problémovým pacientem

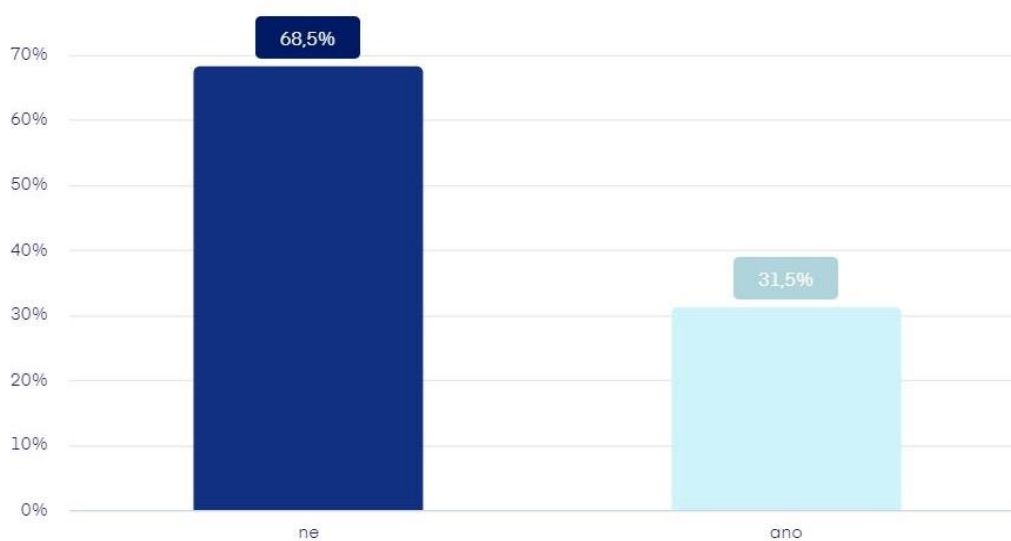


Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

Pocit ochránění současnou legislativou při zásahu proti agresivnímu pacientovi

Poslední otázka mapovala pocit ochránění současnou legislativou při zásahu proti agresivnímu pacientovi. Zde se 23 respondentů cítí chráněno, ale více jak dvojnásobek zúčastněných, 50 respondentů, odpovědělo ne, necítím se dostatečně ochráněn.

Graf č. 16: Pocit ochránění současnou legislativou při zásahu proti agresivnímu pacientovi



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021

5 Diskuse

Má bakalářská práce sledovala několik dílčích cílů a hypotéz, které jsou zmíněny v úvodu její výzkumné části. Výzkum byl založen na sběru informací prostřednictvím online formuláře, tyto údaje jsem pak následně vyhodnocovala a porovnávala z několika úhlů pohledu.

Nejprve jsem analyzovala skupinu respondentů. Odpovědi mi poskytlo 33 žen a 40 mužů, z nichž šest uvedlo post řidič zdravotnické záchranné služby. Vzorek byl tedy z hlediska pohlaví velmi vyrovnaný a odečteme-li z počtu mužů řidiče, šlo o víceméně shodné skupiny zdravotnických záchranářů (33 žen a 34 mužů). Ve zdravotnictví je na postu zdravotních sester několikanásobná převaha žen, a i u lékařů je uváděn velký problém s feminizací tohoto povolání. Mezi zdravotnickými záchranáři Jihočeského kraje jsou počty vyrovnané, a naopak spolu s řidiči je počet mužů v oboru vyšší, což je při setkání s agresivním problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči jistě výhodou.

I věkové složení skupiny respondentů je optimistické, pouhých devět z nich uvádí stáří nad 51 let (12,3 %), a téměř třetina ještě nedosáhla věku 35 let, což svědčí o neustálém zájmu ze strany mladých o toto povolání. V této souvislosti bych ráda ještě znovu zopakovala postřeh, že délka praxe je ve velké shodě s věkem, který odpovídá nástupu do této profese vzápětí po ukončení vzdělání. Znamená to, že pracovníci zdravotnické záchranné služby pracují dlouhodobě ve stejné profesi a nemají tendenci hledat uplatnění v jiných oborech. Tento fakt odpovídá obecnému názoru veřejnosti, že pracovníci zdravotnických profesí berou své povolání spíše jako poslání.

Nejnižší dotazovanou úrovní vzdělání bylo středoškolské odborné vzdělání, protože dvouletý pomaturitní obor zdravotnický záchranář existuje v českém vzdělávacím systému teprve od roku 1992, jeho absolventům by tedy nyní bylo necelých 50 let a v nabízených kategoriích byl i věk 51 a více. V roce 1995 vznikají vyšší odborné školy a obor zdravotnický záchranář byl od této doby ukončen po třech letech absolutoriem. Tato cesta vzdělávání zdravotnických záchranářů je možná dodnes. Do vysokoškolského systému byl obor zdravotnický záchranář zaveden až v roce 2004 (Ostravská univerzita), v roce 2005 také na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a posléze i na několika dalších VŠ. (M. Petru)!!! První absolventi vysokoškolského oboru zdravotnický záchranář tedy opustili svou alma mater

v roce 2007, v případě JČU v roce 2008, a pracují v oboru přibližně 10-12 let a méně. Vzdělání středoškolské je ve vzorku respondentů dosud poměrně časté, ale jednoznačně je z hlediska nastavení vzdělávacího systému na ústupu a už dnes převažují pracovníci zdravotnické záchranné služby s vyšším odborným či dokonce vysokoškolským vzděláním. Z šestadvaceti respondentů uvádějících takové vzdělání má pouze pět magisterský titul, ostatní dokončili studia jako bakaláři. Domnívám se, že takto nastavený systém ve vzdělávání zdravotnických záchranářů má předpoklad dlouhodobého trvání a odpovídá nárokům této profese.

Otázka zjišťující stanoviště zdravotnické záchranné služby jednotlivých respondentů ukázala, že ze třech okresů přišel přibližně stejný počet odpovědí (České Budějovice 17, Jindřichův Hradec 21, Tábor 20). Z okresu Prachatice odpovědělo 11 respondentů, ze strakonického pak pouze 4. Přestože jsem se pokusila dotazník odeslat dvakrát, z okresu Písek a Český Krumlov jsem k mé lítosti neobdržela žádnou odpověď. Vzhledem k době, kdy jsem oslovila respondenty (počátek roku 2021), jsem přesvědčena, že tento fakt stejně jako 36 nedokončených dotazníků může souviset s pracovním vypětím záchranářů, jež s sebou nese situace se zvládnutím nemoci Covid 19. O to více si vážím každé odpovědi, která se mi vrátila zpět.

Prvním vytčeným cílem mé práce bylo zmapovat častost setkání se pracovníků zdravotnické záchranné služby s problémovým chováním pacientů v přednemocniční péči. Zde se jednoznačně ukázalo, že jde o velice častý jev, pouze dva respondenti tuto otázku negovali, ostatní uvedli odpověď ano, nejčastěji pak ano, zasahoval jsem já sám (59 odpovědí). V třetině případů (24 odpovědí) zasahoval dotázaný spolu s kolegou, jen v deseti případech zněla odpověď ano, zasahoval kolega. Z šetření tedy jednoznačně vyplývá, že na setkání se s problémovým chováním pacienta je nutné být v této profesi připraven, protože je jen nepatrná pravděpodobnost, že se tak nestane. Z dalších dílčích otázek pak vyčteme jako nejpálčivější a nejčastější příčinu problémového chování pacientů vliv omamných látek. Uvedlo jej 68 z 71 respondentů, kteří se s problémovým chováním setkali. Smyslové vady či mentální retardace jako příčina problémového chování se objevily v 36 odpovědích, tedy u necelé poloviny všech respondentů. Zde bývá situace při zásahu zjednodušena tím, že osoby s takovým postižením mívají vedle sebe odborný personál či dalšího člena rodiny a díky tomu mohou být problémy s komunikací a chováním lépe eliminovány a nemusí dojít až k agresivní reakci ze strany pacienta.

Při specifikaci typů problémového chování respondenti uváděli poměrně často úzkostné, depresivní chování anebo naopak mánie (obojí bylo zmíněno v 18 odpovědích). Vliv omamných látek, vnímaný v této souvislosti jako otupělost, netečnost, zhoršená artikulace, zmínilo 62 dotázaných, tedy velká většina těch, kteří odpověděli kladně na otázku, zda se setkali s problémovým chováním pacienta v přednemocniční péči, těch bylo 71. V takových situacích je složité získat základní informace o pacientovi, doptat se na anamnézu, ale ještě stále jde o méně náročnou situaci, než když pacient aktivně odmítá spolupráci, což uvádí 46 respondentů, nebo dokonce sklouzne k agresivitě, která byla uvedena v 56 případech.

Výskyt agresivního chování u pacientů v přednemocniční péči měli respondenti dále specifikovat, a to ze dvou úhlů pohledu. Zda byl agresivní muž či žena, což souviselo s jednou z hypotéz, které jsem si vytýčila, a také o jakou formu agresivního chování se u pacientů jedná. Dle mého očekávání uváděli respondenti častěji agresivní chování u mužů (57 odpovědí) než u žen (12 odpovědí).

Z forem agresivního chování respondenti nejčastěji zmínili verbální agresi, tedy nadávky, vulgární narážky, vyhrůžky (60 odpovědí). Agrese směřovaná vůči jiné osobě přítomné u zásahu byla také velmi frekventovanou odpovědí, uvedlo ji 46 respondentů. Agrese směřovaná vůči předmětům, demolování, kopání, bouchání, ničení věcí, se objevila ve 45 odpovědích a je tedy také velmi častým projevem agresivního chování pacienta v přednemocniční péči. Pouze 12 respondentů uvedlo jako formu agrese sebepoškozování pacienta.

Další z mnou vytyčených hypotéz předpokládala, že nejčastějšími příčinami agresivních projevů pacientů v přednemocniční péči je požití alkoholu či užití omamných a návykových látek. Tato hypotéza se zcela potvrdila, alkohol jako příčinu problémového chování pacienta uvedlo 61 respondentů, v 54 případech byla dotázanými zvolena odpověď drogy a jiné návykové látky. Všechny další nabízené možnosti už nepřesáhly počet 10 odpovědí, ať už šlo o reakci na bolestivé zranění (uvedeno 9x), dezorientovanost způsobenou traumatickým zážitkem (uvedeno 6x), ztrátu blízké osoby (uvedeno 5x) či věk pacienta (3 odpovědi).

V takovém případě, kdy chování pacienta ohrožuje jeho samého nebo kohokoli dalšího, kdo se zásahu zdravotní záchranné služby účastní, mají pracovníci ZZS ze zákona možnost užít omezovací prostředky. Jako poměrně časté bylo respondenty

zmíněno užití kurtů a pásů (ve 22 případech), užití farmak pro zklidnění pacienta uvedlo 19 respondentů. Pouze v 9 případech byli zdravotničtí záchranáři nuceni použít donucovací chvat, což pro obě strany musí být tím nejkrizovějším řešením a k jeho užití dochází předpokládám pouze ve stavu velkého časového tlaku vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Zdravotničtí záchranáři zcela jistě raději volí některou z metod popsanych v teoretické části mé práce, která sice na první pohled může zpomalit rychlost zásahu, ale v celkovém pohledu jde o daleko výhodnější řešení situace. Nehrozí-li komplikace z prodlení, má také posádka vozu zdravotnické záchranné služby možnost zvážit situaci a požádat o součinnost Policii České republiky.

Setká-li se posádka zdravotnické záchranné služby s problémovým pacientem, jenž se projevuje agresivně a obrací svou agresi proti pracovníkům ZZS, může při snaze situaci zvládnout dojít k újmě na zdraví na obou stranách. Kladně na dotaz, stalo-li se tak i při zásahu osloveným respondentům, odpovědělo pouze 11 z nich (15,5 %), přičemž na jediný z těchto případů navazovala pracovní neschopnost. Tato čísla nejsou alarmující, ale přesto to znamená, že každý sedmý z respondentů v důsledku práce s problémovým pacientem utrpěl ve své praxi újmu na zdraví.

Dalším cílem mé práce bylo zmapovat pocit připravenosti na setkání s problémovým chováním pacienta a následně preferovaný způsob přípravy na takové setkání, pokud o něj má respondent zájem. Poměrně velká část respondentů (22) odpovědělo rovnou, že se necítí být připraveni na takové setkání. Ostatní vybrali jednu nebo více možností, ve kterých uvedli ano, cítím se být připraven a zdaleka největším podílem byla zastoupena odpověď ano, z praxe (uvedlo ji 45 respondentů). Devětkrát se objevila odpověď ano, cítím se být připravený z praktického semináře a šest respondentů opírá svůj pocit o absolvování školení. Pouze devět jich získalo pocit připravenosti na takové setkání v období studia. Odpověď ano, získal jsem pocit připravenosti samostudiem uvedlo 6 respondentů a vždy tato odpověď byla uvedena v souběhu se získáním tohoto pocitu v praxi. Potřebu připravit se na setkání s problémovým chováním pacienta necítí 15 respondentů, ostatní uvedli nejméně jeden způsob přípravy na takovou situaci, který by preferovali, někteří (7 osob) i dva. Nejčastěji uváděnou formou, kterou by pracovníci zdravotnické záchranné služby uvítali, je praktický seminář (38 odpovědí), a to i v případě, že jej absolvovali již v minulosti (7 z 9 respondentů). Ve 24 případech bylo uvedeno jako preferovaná forma přípravy školení či přednáška. Samostudium uvedli pouze 4 respondenti.

Z těchto odpovědí jednoznačně vyplývá, že pocit připravenosti zdaleka není u všech respondentů a pokud, tak jej získali většinou v průběhu praxe. A naopak zájem o přípravu na setkání s problémovým pacientem rozhodně je, přičemž s velkou převahou by respondenti upřednostnili praktický seminář.

Z dotazu směřovaného později k vedoucím oblastních středisek jsem se dozvěděla, že školení a semináře organizovaná zaměstnavatelem jsou pro pracovníky ZZS povinná. Některá se opakují pravidelně jednou až dvakrát za rok, jiná se objevují nepravidelně dle potřeby. Školení či seminář s tematikou mé práce, tedy problémový pacient, ale rozhodně mezi pravidelně se opakující nepatří, což by možná bylo vhodné přehodnotit.

Pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou ti, jejichž náplní práce jsou často situace život a zdraví nemocného či vážně zraněného člověka přímo ohrožující. Osoba, která si přivolala nebo jí byla přivolána zdravotnická záchranná služba, se pak může, jak už bylo zmíněno výše, z nejrůznějších důvodů či jejich kombinací chovat problémově. To samozřejmě vyžaduje od zasahujících zdravotníků znalost řady principů a postupů, s jejichž využitím co nejlépe a nejefektivněji splní své povinnosti s co nejmenšími důsledky pro obě strany i přes problémové chování pacienta.

Znalost zákonné normy při výkonu zdravotnického povolání je naprostou nutností, možnost se o zákon opřít je žádoucím předpokladem pro pocit jistoty a bezpečí zdravotnického pracovníka. Situace, jak bylo v teoretické části zmíněno, se s novým zákonem významně změnila, ale přesto poslední otázka dotazníku ukázala, že chránění se současnou legislativou při setkání s agresivním chováním pacienta cítí jen 23 respondentů a více jak dvojnásobný počet tuto otázku negoval. Předmětem práce zdravotnických profesí je zdraví a život pacienta, samozřejmě i proto stále trvá obava pracovníků zdravotnických profesí z možných následků při pochybení. Pocit zodpovědnosti za zhoršení zdravotního stavu či dokonce smrt pacienta je pro psychiku pomáhajícího zcela zásadní a dost možná nakonec i tím nejhorším trestem. Jestli se při své pomoci musí navíc potýkat s nespolupracujícím a v nejkrajnější situaci dokonce agresivním pacientem, jeho největší oporou je v takové chvíli kvalitní příprava a kolega, na kterého se může spolehnout.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje tématu problémového chování pacienta v přednemocniční péči. V teoretické části jsou specifikovány typy problémového chování, s kterými se nejčastěji mohou zdravotničtí záchranáři ve své praxi setkat.

Problémy mohou souviset s trvalými či dlouhodobými defekty, ať už psychického či smyslového původu, nebo se sníženým intelektem. Pacienti z těchto kategorií mívají problémy s komunikací jako takovou a případná agresivita se k ní váže především u osob s mentální retardací či například u pacientů s poruchami autistického spektra. Problémová situace pacienta může být také přechodného charakteru, tady jde zpravidla o sociální problémy, které často vyústí v užívání omamných a návykových látek. Vliv takových látek bývá nejčastější příčinou agresivního chování, proto jsem se v teoretické části práce věnovala specifikaci omamných a návykových látek a také agresi a komunikaci s agresivním jedincem.

Nedílnou součástí práce je pak legislativní rámec, v kterém jsem se zaměřila na zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, přičemž jsem se věnovala především těm částem uvedených zákonných norem, jež souvisejí s tématem mé práce.

Tyto teoretické poznatky mi pak pomohly zpracovat výsledky dotazníkového šetření a vyhodnotit splnění cílů i potvrzení hypotéz. Prvním cílem bylo zjistit četnost setkání se pracovníků ZZS s problémovým chováním pacienta, kdy z výzkumu vyplývá, že jen minimum zdravotnických záchranářů se s ním nesešlo, takovou odpověď uvedli pouze dva respondenti. Dalšími otázkami jsem se doptávala na nejčastější příčiny a formy problémového chování. Respondenti jednoznačně uvádí jako nejčastější alkohol, drogy a jiné návykové látky. Průzkum naznačuje, že setkání s pacientem, jehož problémové chování vychází z trvalého defektu či sníženého intelektu, není výrazně časté a zvládnout takového pacienta není pro pracovníky ZZS až tak obtížné. Často je také v blízkosti pacienta s trvalým defektem osoba, jež mu pomáhá a pečuje o něj v každodenním životě, tím je zvládnání problémové situace jistě usnadněno.

Jde-li o slovní agresivitu pacienta, vyžaduje to od zdravotnického záchranáře především klid a trpělivost, aby se situace pokud možno nevyostřila. V případě agrese, která by se projevovala demolováním věcí či dokonce útokem na ostatní osoby,

samotného záchranáře nevyjímaje, je třeba užít omezovací prostředky, v nejkrajnějším případě donucovací chvat. To je ale zcela jistě záležitost nácviku pod odborným vedením, který je třeba opakovat, aby se správná technika fixovala. Z dotazníku vyplynulo, že k tomuto hraničnímu způsobu uklidnění pacienta muselo přikročit pouhých devět respondentů, zpravidla lze užít kurtů a případné zklidňující medikace, kde je samozřejmě nutné myslet na její účinky v souvislosti s případnou dávkou drogy či alkoholu v těle pacienta.

Dalším cílem bylo zjistit pocit připravenosti na setkání s problematickým pacientem, kdy je nutné konstatovat, že pouhých 9 respondentů se s přípravou tohoto typu setkalo v dostatečné míře již v době studia a zvolili takovou odpověď v dotazníku. Téměř třetina se necítí dostatečně připravena a přes 60 % zdravotnických záchranářů uvádí, že se k pocitu připravenosti dopracovali léty praxe. V mnoha profesích tomu tak je, studium asi nemůže připravit na všechny záležitosti praxe a nejvíce se člověk naučí přímo v akci, ale je třeba si uvědomit, že zdravotničtí pracovníci jsou ti, jejichž pracovní náplní je péče o zdraví a životy nás všech, a jejich nepřipravenost může mít fatální následky. Jednak pro pacienta, ten pocítí důsledky na svém zdravotním stavu, jednak pro záchranáře samotného, pokud by v naléhavé a nepřehledné situaci, jakou setkání s problémovým, potažmo agresivním pacientem jednoznačně je, použil nějaký nevhodný postup. S tím jistě souvisí i zájem o vzdělání v této oblasti, uvádí jej téměř 80 % dotazovaných, a z nich většina by preferovala praktický seminář. Toto zjištění mě překvapilo a jak jsem již v diskusi uváděla, zřejmě by tedy seminář tohoto typu stálo za to zařadit do pravidelně se opakujících školení zdravotnických záchranářů.

V práci jsem si dále stanovila dvě hypotézy. První z nich předpokládá, že problémové chování je často spojeno s požitím alkoholu či drog. Tato hypotéza se jednoznačně potvrdila, alkohol jako příčinu problémového chování zmínilo 61 a drogy 54 z celkového počtu 73 respondentů. Druhým předpokladem bylo, že se zdravotničtí záchranáři necítí dostatečně chráněni současnou legislativou při setkání s problémovým pacientem. Tento předpoklad nevyzněl v odpovědích natolik jednoznačně, ale stále je počet odpovědí ne, tedy necítím se dostatečně chráněn, dvojnásobný oproti odpovědi ano. Myslím, že do odpovědí na tuto otázku se promítají ještě další souvislosti. Pouze jediná respondentka po setkání s problémovým pacientem byla nucena nastoupit do pracovní neschopnosti, zřejmě tedy k nějakým významným a soudně řešeným událostem ve

skupině respondentů nedošlo, přímá zkušenost s takovým řešením je proto velmi malá. Oproti tomu nálady ve společnosti obecně jsou k výsledkům veřejně projednávaných soudních kauz často skeptické, což se mohlo promítnout i do odpovědi na otázku v dotazníku.

Metodou metasyntézy odborných článků se pokoušel Rees et al. (2015) zjistit, jaké pocity zažívají zdravotničtí záchranáři při práci s pacienty, kteří se sebepoškozují. Žádný článek nezkoumal přímo záchranářskou péči o pacienty, kteří si ubližují, ale při vyhledávání byla použita klíčová slova záchranář, sebevražda, sebepoškozování, předávkování, přednemocniční, duševní zdraví. Zobecněním výsledků se dle Reese et al. objevilo několik základních momentů, které ze zkoumaných článků vyplývají. Zdravotníci uvádí pocity frustrace a marnosti, je pro ně těžké se rozhodnout a vyvážit rizika svého rozhodnutí vzhledem k právním předpisům, přitom si uvědomují, že první kontakt po „sebepoškození“, tedy zaviněném úrazu, pokusu o sebevraždu, po předávkování apod. je důležitý a zdravotničtí záchranáři jsou ti, kteří jsou v takových případech prvními odborníky na místě. I v závěru výše zmíněné Reesovy studie je uváděno jako vhodné ke zlepšení přednemocniční péče především přizpůsobené vzdělávání.

Ke zkvalitnění práce zdravotnických záchranářů, k jejich větší jistotě v kritických situacích vede cesta přes cílené vzdělávání, ale je třeba do něj zahrnout i odbornou intervenci a péči o samotné záchranáře po obtížném zásahu, aby byla naplněny i jejich potřeby.

7 Seznam použitých zdrojů

1. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
2. DOLEŽAL, Adam, *Zdravotnické právo a bioetika: Neodkladná a akutní péče* [online]. 17.4. 2012. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/neodkladna-a-akutni-pece/>
3. HÁLA, R., *Pharma NEWS: Drogová závislost* [online]. 2015. Dostupné z: <http://www.pharmanews.cz/clanek/drogova-zavislost/>
4. HARSA, P., KERTÉSZOVÁ, D., MACÁK, M., VOLDŘICHOVÁ, I., ŽUKOV, I., *Psychiatrie pro praxi: Současné projevy agrese* [online]. 2012. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/01/05.pdf>
5. HOPE, V., HICKMAN, M., PARRY, J.V., NCUBE, F.M., *International Journal of Drug Policy: Factors associated with recent symptoms of an injection site infection or injury among people who inject drugs in three English cities* [online]. 2014. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395913002156>
6. KUNIK, Mark E., SNOW, Lynn, DAVILA, Jessica, STEELE, Avila B., BALASUBRAMANYAM, Valli, DOODY, Rachelle S., et al. (2010). Causes of aggressive behavior in patients with dementia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1145–1152. DOI: 10.4088/JCP.08m04703oli
7. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
8. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
9. MASÁR, O., DROBNÁ, H., 2001. *Niektoré medicínske problémy spojené s toxikomániou v spoločnosti*. Bratislava: Charis spol. s r.o. ISBN 8088743427.
10. MOYER, Kenneth E. *The psychobiology of aggression*. New York: Harper & Row, c1976. ISBN 0060446412.
11. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2529-6.

12. PAPAPOPOULOS, I. N., et al., *Injury: Alcohol and psychoactive drugs increased the pre-hospital mortality in 655 fall-related fatalities in Greece: A call for management protocols* [online]. 2012. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020138310007916>
13. PETRŮ, M., Motivace výběru povolání zdravotnického záchranáře. 2010. Dostupné z: http://theses.cz/id/f8i29m/Michal_Petru-DP.pdf.
14. PODDAR, S., *Enfermería Clínica: Analysis of pre hospital emergency management in case of head injury* [online]. 2020. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120302771>
15. REES, N., RAPPORT, F., SNOOKS, H., *Journal of Psychosomatic Research: Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: Constructivist metasynthesis of the qualitative literature* [online]. 2015. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399915000616>
16. ROBERTS, E. et al., *The Lancet Regional Health - Europe: The hospital admission profile of people presenting to specialist addiction services with problematic use of alcohol or opioids: A national retrospective cohort study in England* [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666776221000132>
17. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
18. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.
19. TURNER, A. R., SPURLING, B. C., AGRAWAL, S., *Marijuana Toxicity* [online]. 2020. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430823/>
20. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod. Dostupné také z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
21. Ústav zdravotnických informací a statistiky: Mezinárodní klasifikace nemocí F10-F19 [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
22. Ústav zdravotnických informací a statistiky: Mezinárodní klasifikace nemocí F40-F48 [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

23. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
24. Všeobecná deklaráce lidských práv. 1948. Dostupné také z: <http://www.lidskaprava.cz/student/uvod-do-lidskych-prav/clanky/vseobecna-deklarace-lidskych-prav>
25. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.
26. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>
27. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>
28. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374#p3>
29. ZHAO, J. et al., *Drug and Alcohol Dependence: Factors associated with methamphetamine withdrawal symptoms among people who inject drugs* [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871621001976>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

9 Seznam grafů

Graf č. 1: Muž - žena	33
Graf č. 2: Věk	34
Graf č. 3: Vzdělání	35
Graf č. 4: Délka praxe	36
Graf č. 5: Funkce u ZZS	37
Graf č. 6: Setkání s problémovým chováním pacienta	38
Graf č. 7: Problém v komunikaci ovlivnil/ovlivnila	39
Graf č. 8: Typy problémového chování	40
Graf č. 9: Agresor byl muž - žena	40
Graf č. 10: Forma agrese	41
Graf č. 11: Příčina problémového chování	42
Graf č. 12: Použité omezovací prostředky	43
Graf č. 13: Újma na zdraví způsobená agresivním pacientem	44
Graf č. 14: Pocit připravenosti na setkání s problémovým chováním pacienta	45
Graf č. 15: Preferovaný způsob přípravy na setkání s problémovým pacientem	46

10 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Základny ZZS	34
Tabulka č. 2: Druh návykové látky	42

11 Seznam zkratek

č. – Číslo

HIV – (Human Immunodeficiency Virus) Virus lidské imunitní nedostatečnosti

IQ – Inteligenční kvocient

JČU – Jihočeská univerzita

LSD – Diethylamid kyseliny lysergové

např. – Například

OSN – Organizace spojených národů

Policie ČR – Policie České republiky

Sb. – Sbírka

SŠ – Střední škola

tzv. – Takzvaný

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

Příloha č.1: Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JČU v Českých Budějovicích oboru zdravotnický záchranář. Dotazník bude použit pro moji bakalářskou práci, jeho vyplnění by mělo zabrat jen několik minut. Všechny odpovědi jsou zcela anonymní.

Předem velmi děkuji za spolupráci a Váš čas, který je právě v této době tak vzácný.

Petra Dušková

Problémové chování pacienta v přednemocniční péči

(Otázky označené hvězdičkou jsou povinné)

1. Vaše pohlaví *
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Váš věk *
 - a) 20-35
 - b) 36-50
 - c) 51 a více

3. Roky praxe *
 - a) 0-10
 - b) 11-20
 - c) 21-30
 - d) 31 a více

4. Dosažené vzdělání *
 - a) Odborná SŠ
 - b) VOŠ
 - c) VŠ bakalářské studium
 - d) VŠ magisterské studium

5. Funkce *
 - a) Řidič/ka
 - b) Záchranář/ka

6. Stanoviště ZZS * (doplňte prosím)
.....

7. Setkal/a jste se někdy s problémovým chováním pacienta? *
 - a) Ano - zasahoval/a jsem já
 - b) Ano - zasahoval/a kolega/kolegyně
 - c) Ano - zasahovali jsme společně
 - d) Ne - nesetkal/a jsem se ve své praxi s problémovým chováním pacienta

Odpověděl/a-li jste ANO, pokračujte prosím otázkou č.8

Odpověděl/a-li jste NE, pokračujte prosím otázkou č.17

8. Problémové chování souviselo s komunikací pacienta. Problém způsobil/a?
(vyberte jednu nebo více odpovědí)
- Smyslová porucha - hluchý pacient
 - Smyslová porucha - slepý pacient
 - Smyslová porucha - němý pacient
 - Mentální retardace
 - Vliv omamných látek
 - Jiné důvody.....
9. Problémové chování souviselo s:
(vyberte jednu nebo více odpovědí)
- Úzkostí/depresí
 - Mánií
 - Odmítáním spolupráce
 - Projevy agrese
 - Pacient pod vlivem omamných látek
 - Jiné důvody.....
10. Agresivně se choval?
- Muž
 - Žena
11. Jak se projevila agrese pacienta?
(vyberte jednu nebo více možností)
- Verbální agrese
 - Fyzická agrese směřovaná na předměty (demolice, bouchání do věcí...)
 - Fyzická agrese směřovaná na osobu (osoba z okolí agresora, člen ZZS, kolemjdoucí...)
 - Sebepoškozování
12. Čím bylo problémové chování podle vás ovlivněno/způsobeno?
(vyberte jednu nebo více možností)
- Věk pacienta
 - Typ zranění, bolestivost
 - Posttraumatický stav (dezorientovanost)
 - Ztráta blízké osoby
 - Alkohol
 - Drogy a jiné návykové látky
 - Jiné důvody.....
13. Problémové chování bylo ovlivněno drogami či jinými návykovými látkami.
Uveďte prosím o jakou látku šlo.
.....
14. Byli jste nuceni použít omezovací prostředky?
- Ano - donucovací chvat
 - Ano - pásy, kurty
 - Ano - farmaka
 - Ano - jiné prostředky
 - Ne

15. Utrpěl/a jste újmu na zdraví způsobenou agresivní osobou v době přednemocniční péče?
- a) Ano
 - b) Ne
16. Pokud ANO, byl/a jste v důsledku toho nějaký čas mimo výkon služby u ZZS?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Cítíte se být na setkání s problémovým chováním pacienta dostatečně připraven/a? *
- (vyberte jednu nebo více odpovědí)
- a) Ano - ze studia (SŠ, VOŠ, VŠ)
 - b) Ano - ze školení (odborná přednáška)
 - c) Ano - z praktického semináře (např. nácvik situací, chvatů...)
 - d) Ano - ze samostudia (odborné publikace...)
 - e) Ano - z praxe
 - f) Ne
18. Stál/a byste o přípravu na setkání s problémovým chováním pacienta? *
- (vyberte jednu nebo více odpovědí)
- a) Ano - formou školení, přednášky
 - b) Ano - formou praktického semináře
 - c) Ano - formou samostudia
 - d) Ne
19. Cítíte se být dostatečně chráněn/a současnou legislativou při setkání s agresí v průběhu výjezdu ZZS? *
- a) Ano
 - b) Ne

Dostupné z: <https://www.surveio.com/survey/d/F2H7V3E5H1X4U5S5C>