



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Příjem tísňové výzvy na lince 155

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Autor: Denisa Stárková

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Picková

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Příjem tísňové výzvy na lince 155 jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 11. 8. 2020

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat vedoucí práce, Mgr. Pavlíně Pickové, která měla semnou velkou trpělivost, a vždy mi byla nápomocná při psaní práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, že souhlasili s poskytnutím rozhovorů. Děkuji svojí rodině za podporu.

Příjem tísňové výzvy na lince 155

Abstrakt

Příjem tísňové výzvy na lince 155 je tématem této bakalářské práce. Teoretická část práce se věnuje popisu zdravotnického operačního střediska, požadavkům a pracovní náplni dispečerů, kteří právě na zdravotnickém operačním středisku pracují. Dále je popsáno zpracování tísňové výzvy, způsob komunikace s volajícím a v neposlední řadě také telefonicky asistování první pomoc a telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.

V praktické části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při telefonicky asistované neodkladné resuscitace dospělých. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při telefonicky asistované neodkladné resuscitaci dětí. Byl proveden kvalitativní výzkum technikou polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory byly uskutečněny na zdravotnickém operačním středisku Jihočeského kraje. Respondenti byli právě dispečeri tísňových linek, kteří na tomto operačním středisku pracují. Náhodně bylo vybráno deset respondentů. Výsledky byly rozděleny do dvanácti kategorií, pro lepší orientaci v práci. Oba stanovené cíle se tímto způsobem povedlo splnit.

Bylo zjištěno, že dispečeri zdravotnického operačního střediska v problematice telefonicky asistované neodkladné resuscitace dětí a dospělých odpovídali velmi pečlivě a s přehlednou dávkou znalostí. Dispečeri mají znalosti a dokážou popsat postup jednotlivých kroků před zahájením resuscitace. Znalosti a zkušenosti s AED byly také na dobré úrovni. Odpovědi respondentů ohledně potřeby resuscitace pro více postižených osob se neshodovaly, někteří neměli žádnou odpověď. Dispečeri si tuto situaci neuměli představit a nevěděli by, jak by se někteří rozhodovali. U komunikace s někým, kdo neodkladnou resuscitaci odmítá, se názory dispečerů rozcházel.

Výsledky této práce ukázaly potřebu zařazení do školicích programů zaměstnavatelem způsoby komunikace při neodkladné resuscitaci, nejlépe pomocí modelových situací.

Klíčová slova

Zdravotnické operační středisko; Tísňová výzva; TANR; Dispečer

Receiving an emergency call on the line 155

Abstract

Receiving an emergency call on the line 155 is the topic of this bachelor's thesis. The theoretical part of the thesis deals with the description of the medical operating center, the requirements and workload of dispatchers who are currently working at the medical operating center. It also describes the processing of an emergency call, the method of communication with the caller and, last but not least, telephone-assisted first aid and telephone-assisted cardiopulmonary resuscitation (CPR).

In the practical part, two goals were set. The first goal was to map the knowledge of dispatchers in providing first aid for telephone-assisted cardiopulmonary resuscitation of adults. The second goal was to map the knowledge of dispatchers in providing first aid for telephone-assisted cardiopulmonary resuscitation of children. Qualitative research was performed using the semi-structured interview technique. These interviews were conducted at the Medical Operations Center of the South Bohemian Region. The respondents were the emergency dispatchers. Ten respondents were randomly selected. The results were divided into twelve categories, for better orientation at bachelor's thesis. Both set goals were achieved in this way.

It was found that the dispatchers of the medical operating center responded very carefully and with a clear dose of knowledge to the issue of telephone-assisted CPR of children and adults. Dispatchers have knowledge and can describe the procedure of individual steps before resuscitation. Knowledge and experience with AED was also at a good level. Respondent's answers regarding the need for resuscitation for more disabled people did not agree, some had no answer. Dispatchers could not imagine this situation and would not know how some would make decisions. When communicating with someone who refuses cardiopulmonary resuscitation, dispatchers disagreed. The results of this work showed the need to include in training programs by the employer methods of communication during urgent resuscitation, preferably using model situations.

Keywords

Medical operating center ;Emergency call; Telephone-assisted CPR; Dispatcher

Obsah

1	Současný stav.....	9
1.1	Charakteristika zdravotnického operačního střediska.....	9
1.1.1	Úlohy ZOS.....	9
1.1.2	Dokumentace ZOS.....	10
1.2	Požadavky a pracovní náplň dispečerů	11
1.2.1	Požadavky na vzdělání dispečerů	11
1.2.2	Trestně právní odpovědnost dispečerů	11
1.2.3	Stresové faktory ovlivňující práci dispečera.....	12
1.3	Zpracování tísňové výzvy	13
1.3.1	Tísňová výzva	13
1.3.2	Volání z první, druhé a třetí ruky.....	13
1.3.3	Nepatříčná a zlomyslná volání na tísňovou linku 155.....	15
1.4	Způsob komunikace s volajícím.....	15
1.5	Telefonicky asistovaná první pomoc	16
1.6	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace.....	17
1.6.1	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace dospělých	17
1.6.2	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace dětí	18
1.6.3	Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace novorozenců.....	19
1.6.4	Kontraindikace k zahájení TANR.....	20
2	Cíle práce a výzkumné otázky	21
2.1	Cíle práce	21
2.2	Výzkumné otázky.....	21
3	Metodika	22
3.1	Metodika práce.....	22
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	22
4	Výsledky	23
4.1	Seznam kategorizačních skupin	23
4.2	Kategorizace výsledků výzkumu	24
4.2.1	Kategorie 1: Identifikační údaje	24
4.2.2	Kategorie 2: Osobní zkušenosti dispečerů s poskytováním neodkladné resuscitace.....	25
4.2.3	Kategorie 3: Četnost TANR při práci dispečera.....	26

4.2.4	Kategorie 4: Kdo nejčastěji volá na ZOS, děti x dospělý.....	27
4.2.5	Kategorie 5: Instrukce dítěti při TANR, smysl TANR v podání dítěte, komunikace s dětmi	28
4.2.6	Kategorie 6: Postup TANR u dospělého člověka, odmítnutí TANR a trestní odpovědnost	31
4.2.7	Kategorie 7: Laická neodkladná resuscitace pomocí AED, děti a AED ..	34
4.2.8	Kategorie 8: Dva pacienti v bezvědomí a jeden záchránce	37
4.2.9	Kategorie 9: Instrukce dospělému při TANR dítěte, spolupráce rodičů...	38
4.2.10	Kategorie 10: Ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR	41
4.2.11	Kategorie 11: Doporučení pro vyškolené laiky ohledně umělého dýchání v rámci TANR	43
4.2.12	Kategorie 12: First responder	45
5	Diskuze	47
6	Závěr	52
7	Použitá literatura	54
7.1	Zahraniční zdroje	54
7.2	České zdroje	55
8	Seznam příloh	58
	Příloha 1: Otázky k rozhovoru.....	59
	Příloha 2: Algoritmus základní neodkladné resuscitace dospělých pomocí AED pro vyškolené záchránce	60
	Příloha 3: Algoritmus základní neodkladné resuscitace dětí	61
9	Použité zkratky	62

Úvod

První zkušenost s voláním na záchrannou službu jsem měla již v pěti letech. Mé volání bylo velmi časté, z důvodu vážné nemoci v naší rodině. Vždy to byl pro mne velký stres, i přesto, že semnou komunikoval pokaždé někdo velmi ochotný a milý. Tehdy mi bylo velmi málo na to, abych pochopila, kam jsem volala a s kým jsem mluvila. O zdravotnickém operačním středisku jsem nevěděla vůbec nic. Ale i teď v dospělosti, než jsem začala studovat, jsem toho věděla velmi málo, Někteří lidé mě oslovují i dnes a ptají se, jak to vlastně funguje, komu volají, kdo sedí na druhé straně toho hovoru a jak to tam vlastně vypadá. Proto mne toto téma oslovilo. Kvůli vlastním zkušenostem a touhou zjistit, třeba i pro ostatní lidi, s kým komunikujeme, kdo nám vlastně pomáhá, když zavoláme na tísňovou linku 155.

Práce se zabývá problematikou telefonicky asistované neodkladné resuscitace (TANR). TANR se jednoznačně řadí mezi velkou součást řetězce přežití. Proto je toto téma velmi důležité a jsou na něj směřovány veškeré otázky z praktické části této bakalářské práce.

Pokud chceme někomu pomoci, pokud chceme, aby nám někdo poradil, co a jak máme správně dělat, musíme jednoznačně vždy zahájit volání na tísňovou linku. Veškerá telefonicky asistovaná první pomoc (TAPP) nebo již zmíněná TANR začíná úplně stejně, a to příjmem tísňové výzvy na lince 155. Až poté mohou dispečeri začít zjišťovat a radit, jak nám mohou pomoci. Přijmout tísňovou výzvu je jedna z hlavních činností dispečera.

V bakalářské práci jsou vysvětleny postupy v TANR dětí i dospělých. Jsou vymezeny rozdíly ve znalostech dispečerů operačního střediska při poskytování pomoci při TANR. Tato práce by mohla sloužit jako doplňkový materiál pro studenty oboru zdravotnický záchranář nebo pro nově nastupující na pozici dispečera zdravotnického operačního střediska.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika zdravotnického operačního střediska

Zdravotnické operační středisko (ZOS) je definováno zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě takto: „*zdravotnické operační středisko je centrálním pracovištěm operačního řízení, které pracuje v nepřetržitém režimu.*“ Zdravotnické operační středisko je dle §5 vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, vybaveno komunikačními prostředky pro neustálý příjem tísňového volání na národní číslo 155. Zdravotnické operační středisko má hlavně za úkol přijímat tísňové výzvy, provádět operační řízení a poskytovat informační služby. (Franěk, 2013).

Dispečeri ZOS mají denně na práci vyřešit samostatně spousty variabilních úkolů. Jejich hlavní rolí je být kontaktním místem pro všechny, kteří si nevědí rady zejména v závažných zdravotních situacích a hledají odbornou pomoc. Pokud si volající neví rady se zdravotním stavem, také se obrací na operační středisko, které se snaží pomoci i v takové to situaci. Dispečeri při své práci musí počítat s nárázovým přetížením. Takovéto situace si vyžadují výjimečné nároky na organizační schopnosti a psychickou odolnost. Na dispečerových rozhodnutích mohou totiž záviset i lidské životy. V těchto chvílích nelze vývoj zatížení předpovědět. Nové informace se mohou objevit každou sekundou a náhle zasáhnout do rozhodovacích procesů. Proto je stres neodmyslitelnou a trvalou součástí této práce. Dispečer nemá příliš času rozhodovat se. Další příčinou je, že jeho rozhodnutí jsou nevratná. (Franěk, 2013).

1.1.1 Úlohy ZOS

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě přímo určuje několik úloh, které má zdravotnické operační středisko na starosti. Tyto úlohy lze rozdělit na tři typy činností. Do těchto činností se řadí příjem a vyhodnocení tísňové výzvy, operační řízení a informační služba. Ovšem nejhlavnějším úkolem ZOS je vyslat náležitou pomoc ve správný čas a na správné místo. Franěk (2013) uvádí, že součástí příjmu je nejen: „*vyhodnocení stavu pacienta jako takového (včetně potenciálních rizik v nejbližší době budoucnosti), ale i vyhodnocení situace na místě jako celku – jde především*

o bezpečnostní aspekty zásahu, ale i o případnou potřebu technické či jiné asistence organizací a služeb.“ (Franěk, 2013 str. 10). Nejen z tohoto důvodu máme integrovaný záchranný systém (dále jen IZS), což je systém efektivních vazeb, pravidel spolupráce a hlavně koordinace záchranných a bezpečnostních složek. Tento systém vznikl tedy jako potřeba každodenní spolupráce hasičů, záchranné služby, policie a dalších. (HZSČR, © 2019). Toto spadá do činnosti operačního řízení, protože součástí tohoto úkolu je vzájemná komunikace mezi složkami IZS. (Vilášek et al., 2014).

Další úlohou ZOS je, snažit se snížit riziko zhoršení stavu pacienta i záchránců. Toho docílí dispečeri tak, že poskytnou telefonicky asistovanou první pomoc nebo telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci. (Franěk, 2010).

1.1.2 Dokumentace ZOS

Dokumentace vlastní činnosti má hned několik důvodů. Data jsou zaznamenávána v psané či elektronické formě. Tyto data jsou dále využívána výjezdovými skupinami. Dále také slouží k pozdější analýze i pro kontrolní účely. Povinnost vést dokumentaci je stanoveno vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Okrajově se o povinnosti vést dokumentaci zmiňuje i vyhláška č. 434/1996 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Tyto vyhlášky nařizují vést a archivovat zvukové záznamy o výzvě k poskytnutí zdravotní péče a dále záznam operátora nebo deník operačního střediska. Tento deník dle Fraňka (2013) musí obsahovat: *„datum, pořadové číslo výzvy k výjezdu, čas hlášení, osobní údaje osoby, která podala výzvu k výjezdu (jméno, příjmení, telefonní číslo nebo jinou možnost spojení-pokud lze tyto údaje zjistit), osobní údaje operátora, který převzal výzvu (jméno, příjmení, případně titul), čas předání výzvy k výjezdu výjezdové skupině záchranné služby; čas a místo zahájení zásahu, příjezdu na místo, odjezdu z místa, ukončení zásahu; čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení (včetně identifikace zdravotnického zařízení), nebo jiný způsob ukončení výjezdu; osobní údaje zdravotnických pracovníků, kteří zdravotní péči poskytovali (jméno, příjmení, případně titul).*“ (Franěk, 2013 str. 41).

1.2 Požadavky a pracovní náplň dispečerů

1.2.1 Požadavky na vzdělání dispečerů

Pro práci na ZOS je nutné mít příslušné vzdělání a praxi, proto na ZOS nemůže pracovat každý. Na operačním středisku může být zaměstnán dle §108 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: „*Zdravotnický záchranář po získání specializované způsobilosti.*“. Pokud již zájemce o pozici na ZOS dosáhl vzdělání z oboru zdravotnický záchranář a je kvalifikovaný k výkonu této práce bez odborného dohledu, je možné, aby tuto práci vykonával. Dále je možné mít vzdělání z oboru sestra pro intenzivní péči, která je též způsobilá k výkonu bez odborného dohledu. Další možností, kdo může na ZOS pracovat jako operátor, je všeobecná sestra bez odborného dohledu s podmínkou splnění certifikovaného kurzu, který se nazývá „*Operační řízení přednemocniční neodkladné péče.*“ (Remeš, Trnovská, 2013).

Je tedy jednoznačné, že operátor ZOS musí absolvovat jeden z těchto tří oborů. Tyto zmíněné obory, které je možné studovat, určuje §5 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, dle kterého lze způsobilost k povolání zdravotnického záchranáře získat absolvováním: „*akreditovaného zdravotnického bakalářského oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotních školách.*“.

U oboru všeobecná sestra je to poměrně stejné, a to také dle §5 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, kdy je zapotřebí vystudovat nejméně tříleté akreditované bakalářské studium zdravotnického oboru pro přípravu všeobecných sester. Další možností je studium nejméně tříletého oboru diplomovaná sestra.

1.2.2 Trestně právní odpovědnost dispečerů

Na pomyslné hraně zákona se při své práci pohybuje dispečer vlastně každý den. Neúmyslné spáchání trestného činu hrozí při tomto povolání docela často. Neposkytnutí pomoci je jeden z hojných případů trestného činu, kterého se dispečer může dopustit. Obtížné pro dispečera může být rozeznání dané situace. V ohrožení života se totiž může vyskytnout i pacient, který známky poruchy zdraví na první pohled nejeví, stejně jako ten, který jeví známky poruchy zdraví okamžitě. V tomto případě je trestné

neposkytnout pomoc oběma případům. Pokud tedy dispečer podcení příznaky a nevyšle výjezdovou posádku, jedná se o typický případ trestného činu. (Mach et al., 2010). Dle §150 trestního zákona č. 40/2009 Sb., je uvedeno v druhém odstavci, že: *„kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“*

Trestný čin je dále neoprávněné nakládání s osobními údaji, což se týká všech pracovníků ZOS. Všichni zdravotničtí pracovníci musí dodržovat mlčenlivost dle §51 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde se uvádí, že: *„poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“*

V momentě, kdy zdravotnický pracovník poruší mlčenlivost, hrozí vznik trestného činu a potrestání dle prvního odstavce §180 trestního zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, kde se uvádí, že: *„kdo byť i z nedbalosti, neoprávněně zveřejní, sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje, které byly o jiném shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné moci, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.“*

1.2.3 Stresové faktory ovlivňující práci dispečera

Stres je charakterizován jako stav napětí, který je vyvolán určitou situací doprovázenou stresory. Plamínek (2013) popisuje dále stres jako zátěž. Uvádí, že čím větší zátěž člověk má, tím větší je i stres (Plamínek, 2013). Velmi stresující a náročná práce na ZOS, takto je vnímána práce dispečera samotnými pracovníky, ale i širokou veřejností. Na psychiku pracovníka má závažnější dopady setkávání se se smrtí jako takovou, náhlou či nepředvídatelnou. Bohužel se s ní setkávají pracovníci skoro denně. (Šeblová, Knor, 2018)

Záporně působícím faktorem na práci dispečera je jeho vlastní stres. Jakmile se člověk dostane do situace, kterou neumí řešit, vzniká stres. Mezi nejčastější příčiny stresu dispečera ZOS patří například neustále hrozící riziko fatální chyby. v tomto případě

není možnost opravy, jestliže dojde k nečekanému vývoji situace, chybné nebo nesprávné rozhodnutí už nelze napravit. (Franěk, 2013).

Přetížení nebo nevhodné pracovní podmínky, to je špatná organizace práce a pracovníka to stresuje. Pokud dispečer podstoupil špatný, nebo dokonce žádný výcvik, bude ho doprovázet nejistota. Dále se může stát, že se dispečer dostane do situace, kdy bude mít pocit, že je bezmocný, protože ví, že postižený je v kritické situaci a on mu nemůže aktivně pomoci. (Franěk, 2013).

Obecně je tedy cílem každého ZOS udržet dispečera v duševní pohodě. (Franěk, 2013) Protože životní výhra je, když je zaměstnanec v práci spokojený. (Štětina, 2014)

1.3 Zpracování tísňové výzvy

1.3.1 Tísňová výzva

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) má telefonní číslo 155. Pokud se ale člověk nachází mimo Českou republiku, ale je stále v Evropské Unii, může zvolit číslo 112. Výhoda tohoto čísla je, že na něj mohou zavolat všichni, i ti, kteří neumí česky. Dále lze na tísňovou linku volat například bez kreditu nebo třeba bez SIM kartky. Po celém území EU je tato linka zdarma. (MVČR, © 2019).

Příjem tísňové výzvy je jeden z hlavních úkolů operačního řízení. Tento úkol zahrnuje rychlé přijetí tísňového volání a následná komunikace s volajícím. Účelem je správně a rychle lokalizovat tísňovou událost. Klasifikovat stav, který pacient popisuje a určit indikaci. (Šeblová, Knor, 2018). Dalším úkolem je zjistit kontakt na volajícího. Dispečer by měl také poskytnout potřebné informace a hlavně instrukce k další činnosti. Je-li to indikováno, měl by dispečer případně pomoci formou telefonicky asistované první pomoci. Stanovení diagnózy naopak cílem vůbec není, toto stanovení je pouze věc lékaře. (Franěk, 2013).

1.3.2 Volání z první, druhé a třetí ruky

Základním krokem dispečera je, jako první zjistit důležitou informaci, a zároveň si uvědomit, kdo volá. Respektive vyčistit vztah volajícího k události. Díky tomuto základnímu kroku lze rozlišit volání z první, druhé nebo třetí ruky. Nejspolehlivější volání na tísňovou linku je volání z první ruky. Můžeme dobře vycházet s informacemi

o zdravotním stavu neboť volající je přímo osoba, která se nachází v tísni. Pokud je tomu tak, že je to volání z první ruky, je třeba myslet na to, že volající může být na místě sám. Zpravidla to tak často i bývá. Proto je velmi důležité co nejdříve od pacienta získat informace ohledně bydliště a adresy. Je to pro případ, kdyby náhodou pacient během hovoru zkolaboval. Na závěr hovoru je nadmíru důležité, aby dispečer požádal pacienta o zpřístupnění bytu, například aby odemknul dveře nebo je nechal otevřené. Jestliže na místo dorazí výjezdová skupina a pacienta nenalezne nebo neotevřít byt, je zapotřebí věnovat případu výjimečnou pozornost. Posádka musí využít všechny dostupné prostředky k ověření a objasnění situace než místo opustí. Velký pozor si musí dát dispečer u volajících s onemocněním jako je cévní mozková příhoda nebo hypoglykémie, protože pacient může působit agresivním nebo opilým dojmem. Na tísňové linky je hlášeno přibližně 10-20% událostí, které jsou z první ruky. (Franěk, 2013)

Pokud na tísňovou linku volá někdo z druhé ruky, znamená to, že volající osoba se nachází na místě události. Tedy je tam s někým, kdo pomoc potřebuje. I v tomto případě lze považovat informace od volajícího za poměrně spolehlivé. Avšak může se stát, že volající buďto neví nebo podá zkreslené údaje. Nejčastější hovory z druhé ruky jsou z bytů nebo z pracoviště. Na ZOS je hlášeno přibližně 75% těchto hovorů (Franěk, 2013).

Obavy vyvolávají u dispečerů volání z třetí ruky. Takové hovory jsou od volajících, kteří nejsou na přítomni na místě události. Pokud je nějaký případ předáván z jiných operačních středisek IZS, spadá to do této skupiny volání. Jde zejména o policii nebo volání z dispečinku dopravců. Hojný případ je volání od příbuzných nebo přátel pacientů, kterým pacient předtím sám volal. Problém nastává v předávání informací. Informace jsou neúplné, často matoucí a velmi nepřesné. Typické pro volání z třetí ruky jsou traumata z dopravních a jiných nehod. Zásahy jsou tedy především mimo bydliště či pracoviště. Velmi výhodné pro dispečera je, pokud od volajícího získá telefonní číslo přímo na osobu na místě události, aby se mohli spojit. Případně musí dispečer pověřit volajícího, aby získal podrobnější informace (Franěk, 2013).

1.3.3 Nepatřičná a zlomyslná volání na tísňovou linku 155

Jak se vlastně stane, že někdo nepatřičně či dokonce úmyslně vytočí tísňovou linku. Důvodem by mohlo být, že v dnešní době lze tísňovou linku vytočit i přes zamčený telefon. Jde tedy o volání, které nebylo provedeno úmyslně. i přesto, že jsou tyto hovory obtěžující, nezpůsobují žádné závažnější kapacitní problémy.(Franěk, 2013)

Některé hovory jsou ale úmyslné, třeba jen proto, že tísňová linka je zdarma. Jedná se tedy o úmyslně zlomyslné volání. Tyto hovory většinou spáchají děti nebo osoby s psychickou poruchou. Součástí těchto hovorů jsou většinou často vulgarismy nebo sexuálně motivované sdělení. Výčitky nebo výhrůžky nejsou výjimkou. Mezi zlomyslná volání také patří takový hovor, kdy si volající vymyslí neexistující událost.(Franěk, 2013)

Bohužel i přesto, že dispečer s velkou pravděpodobností tuší, že se jedná o zlomyslné volání, musí na to reagovat standardním postupem. Až 30% takových hovorů se podílí na všech hovorech tísňové linky zdravotnických služeb. (Franěk, 2013) Mohlo by se stát, že člověk, který opravdu vyžaduje pomoc, se na tísňovou linku nedovolá. Až dvěstětisíc korun hrozí tomu, kdo zlomyslně volá na tísňovou linku. (Kroftová, 2013).

1.4 Způsob komunikace s volajícím

Na začátek je třeba vyzdvihnout, že právě komunikace je nejhlavnějším faktorem našeho životního i profesního úspěchu. (Mikuláščík, 2010).

Jako první v kontaktu s osobou ve zdravotní tísni nebo se svědky nějaké události se dostává dispečer zdravotnického operačního střediska. Ten za žádnou cenu nesmí ztratit z paměti svou profesionalitu, ačkoliv situace na místě události je vždy vyostřená. Lidé, kteří volají na tísňovou linku, potřebují psychickou podporu. Základem komunikační taktiky je vést průběh hovoru asertivní formou. Důležité je, aby dispečer vždy kladl pouze jednu otázku a vyčkal na odpověď. Pokud bude klást více otázek najednou, bude to pro volajícího stresové. Dispečer by měl mluvit jasně, stroze a výstižně. Také je na místě vyhýbat se cizím slovům a dlouhým otázkám. (Andršová, 2012).

Dispečer nemůže očekávat odpověď na otázku, na kterou se vůbec nezeptal. (Franěk, 2013). Komunikace s volajícím by se také měla přizpůsobit věku osobě, která na tísňovou linku volá. (Andršová, 2012).

1.5 Telefonicky asistovaná první pomoc

Telefonicky asistovaná první pomoc je nedílnou součástí ZOS , proto se také řadí mezi hlavní činnosti. Prostřednictvím sítě elektronických komunikací lze poskytnout první pomoc. Pokud je to nezbytně nutné, dispečer poskytuje první pomoc až do příjezdu posádky na místo události. (Remeš, Trnovská, 2013).

Cílem TAPP je tedy navést volající nebo účastníky události k poskytnutí první pomoci zraněnému. Záleží ovšem na konkrétní situaci a možnostech. (Krenčíková et. al., 2017). Než na místo dorazí výjezdová skupina, dispečer má za úkol podat instrukce, které by měl záchránce udělat, ale také naopak, čeho by se měl vyvarovat. Součástí poskytnutí informací o první pomoci je také snaha o zklidnění volajícího a snížení jeho stresu. (Šeblová, Knor, 2018).

ZOS, zejména tedy dispečeri, poskytují neodkladnou první pomoc u opravdu široké škály stavů, které záchránci oznámí na dispečink. Jedná se o stavy od dušení po zástavu masivního krvácení, kdy v těchto případech včasná a správně provedená první pomoc může pacientovi zachránit život. (Šeblová, Knor, 2018). Dispečer se může setkat také s účastníky nehody, kteří se budou bát pomoci, proto správně vedená TAPP od dispečera zkrátka může zvýšit větší ochotu účastníků pomoci zraněnému nebo nemocnému pacientovi. (Péter et. al., 2019).

1.6 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

Pokud bychom chtěli hovořit o řetězci přežití, telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (dále jen TANR) se jednoznačně řadí mezi velkou součást tohoto řetězce. (Šeblová, Knor, 2018).

K neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u osoby postižené náhlou zástavou krevního oběhu slouží léčebné postupy, které jsou součástí neodkladné resuscitace. Cílem těchto léčebných postupů je uchránit před nenávratným poškozením, a to zejména mozek a myokard. I přesto, že tyto léčebné postupy existují, a měly by být alespoň v podvědomí každému jedinci, tak v okamžiku naskytnutí se u nějaké nehody, která vyžaduje TANR jen opravdu malá menšina lidí připravena začít resuscitovat bez odborné pomoci. Jedním z kritérií čeho se svědci nehody obávají je to, že nedokážou rozpoznat zástavu oběhu, anebo se bojí, že resuscitovat neumí a provedou něco špatně nebo dokonce, že jedinci ještě více ublíží. Přitom včasná laická neodkladná resuscitace u pacientů s náhlou zástavou oběhu či dechu má zásadní význam pro jejich hodnotné přežití. Musí se samozřejmě klást důraz nejen na to, aby byla resuscitace poskytnuta, ale aby byla poskytnuta také kvalitně. (Franěk, 2011).

Dispečeři ZOS jsou velkými pomocníky v takových to situacích, protože se snaží zachránce motivovat a odstranit psychologické překážky. (Franěk, 2011). Jestliže dojde k srdeční zástavě mimo nemocnici, na veřejném místě, TANR by mohla zlepšit míru přežití. (Huang et al., 2019). Další velké plus zůstává fakt, že při TANR zůstává operátor s volajícím v kontaktu až do příjezdu posádky, na rozdíl u TAPP. (Šeblová, Knor, 2018). Ve spojených státech nastala situace, kdy studie prokázala velmi nízkou míru výcviku laické kardiopulmonální resuscitace (KPR), a proto některé státy USA schválily právní předpisy, které vyžadují školení laické KPR na středních školách před dokončením maturity. (Alexander et al., 2019).

1.6.1 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace dospělých

Základní postup při TANR je takový, že dispečer poučí zachránce, který je přímo na místě u pacienta, aby si přivolal na pomoc další lidi z okolí, pokud je tento krok možné provést do jedné až dvou minut. Dále operátor navádí zachránce k správné poloze pacienta potřebná pro resuscitaci. Správná poloha v tomto případě je poloha na zádech

s hlavou v přirozené poloze. Zachránce by nyní měl začít provádět komprese na hrudní kosti, uprostřed hrudníku, a přitom by měl mít natažené ruce a propnuté v loktech. Správná frekvence stlačení je 100x za minutu. Hloubka stlačení se pohybuje kolem pěti centimetrů. (Šeblová, Knor, 2018). Existuje studie, ve které se zjišťovalo, zda nemá lepší význam navádět laické zachránce slovy: „*Tlačte tak silně, jak jen dokážete*“, na místo instrukce: „*Stlačujte hrudník do hloubky 5cm*“. Cílem tedy bylo objasnit, která instrukce je efektivnější v kompresní hloubce. Studie ovšem nedokázala žádné rozdíly v hloubce kompresí u laických záchránců. (Van Tulder et al., 2014).

Cíl laické resuscitace je tedy takový, že by zachránce měl stlačovat hrudník až do příjezdu výjezdové skupiny zcela nepřerušovaně. Další možností přerušení komprese laickým záchráncem je, že pacient začne normálně dýchat. Tato instruktáž je prováděna čistě bez umělého dýchání, proto se používá frekvence 100/minutu. Pokud ale je na místě osoba, která je proškolená v provádění umělého dýchání a situace je taková, k náhlé zástavě oběhu došlo z asfyktické příčiny, je zcela na místě, aby zachránce vdechy prováděl. Ovšem pokud je ochotný tento úkon provádět. (Šeblová, Knor, 2018). Pokud zachránce na místě není vyškolený, provádí pouze srdeční masáž (Urgentní medicína, 2015).

Další kroky, které bude u TANR operátor vyžadovat jsou takové, že pokud je na místě události více osob, je zapotřebí, aby se záchránci střídali. Střídáním lze docílit kvalitní srdeční masáže, protože se zachránce úplně nevyčerpá. Pokud je k dispozici automatizovaný externí defibrilátor (AED), rozhodně je na místě ho použít. Jak již bylo řečeno, operátor zůstává na telefonu se záchráncem až do konce. Je vhodné rozhodně motivovat a povzbuzovat laiky k tomu, aby nepřestávali. Motivace je nedílnou součástí TANR. Na místě události je třeba kontrolovat, zda se provádí vše správně. To v tuto chvíli zůstává na operátorovi, aby získával informace od záchránců a ujišťoval se, že mu rozumí a dělají vše dle instrukcí. Proto zde zůstává klíčovým bodem vhodná a pozitivní komunikace. (Šeblová, Knor, 2018).

1.6.2 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace dětí

Postup základní neodkladné resuscitace dospělých může být použit i v případě u dětí, jestliže zachránce nebyl proškolen v poskytování základní neodkladné resuscitace dětí. (Remeš, Trnovská, 2013). U dětí lze provádět pouze komprese hrudníku také v případě,

je-li na místě osoba, která není ochotná nebo schopná vdechy provádět. (Krenčíková et al., 2017)

Dle Remeše a Trnovské (2013) by mělo být schéma neodkladné resuscitace vedeno takto. Pokud dítě nereaguje, mělo by se hlasitě volat o pomoc. Poté se provede uvolnění dýchacích cest. Zvlášť u dětí je klíčovým postupem uvolnit a zprůchodnit dýchací cesty a provádět umělé dýchání. (Krenčíková et al., 2017) Pokud dítě nedýchá normálně, provede se pět úvodních umělých vdechů. Jestliže dítě nejeví žádné známky života, které jsou například kašel, normální dýchání nebo pohyby těla, je na místě začít se stlačováním hrudníku. Hrudník dítěte by se měl stlačit patnáctkrát. Následovat by měly dva umělé vdechy a poté hned pokračovat v masáži. Dalším krokem u resuscitace dítěte je zavolat 155 a to po jedné minutě provádění neodkladné resuscitace. (Remeš, Trnovská, 2013)

Zachránce by měl pokračovat s resuscitací, nejlépe bez přestávek až do doby, kdy na místo dorazí výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby. v jiném případě se resuscituje až do doby, než začne dítě normálně dýchat nebo křičet. (Krenčíková et al., 2017)

Ve Španělsku byl mezi rodiče rozeslán dotazník, který měl zajistit informace o úrovni znalostí v první pomoci a KPR. Bylo zjištěno, znalosti o první pomoci u běžné populace chybí. Výsledky ale prokázaly, že díky tomuto dotazníku většina rodičů projevila zájem o další vzdělávání v této oblasti. (Míguez-Navaro et al., 2018)

1.6.3 Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace novorozenců

U novorozených dětí je resuscitace indikována z důvodu neuspokojivých známek fyziologických funkcí, a to tehdy, pokud ani po provedení taktilní stimulace nedojde ke změnám. Jedná se zejména o dýchání. Aby bylo možné udržet průchodné dýchací cesty, je někdy vhodné podložit mírně záda mezi lopatkami. Volající je instruován k provedení 5 úvodních vdechů, pokud novorozenec nejeví žádné známky dýchání. Těchto 5 vdechů se provádí po dobu 2-3 sekund. Vdechy je nutné provádět tak, aby se hrudník novorozence viditelně zvedal. Jestliže novorozenec stále nevykazuje žádné známky dýchání, zachránce je instruován k resuscitaci novorozence. Nepřímá srdeční masáž se provádí frekvencí 100-120 za minutu, kdy doporučená hloubka kompresí je 1/3 hloubky

hrudníku. U novorozenců se provádí srdeční masáž jen dvěma prsty. Poměr kompresí a umělého dýchání je v této problematice 3:1. (Krenčíková et al., 2017)

1.6.4 Kontraindikace k zahájení TANR

Mezi kontraindikace k zahájení TANR se řadí hned několik věcí. Pokud záchránce nalezne tělo zemřelého, resuscitace se neprovádí. Dále v případě, že hrozí reálné nebezpečí osobě, která je na místě jako záchránce, je TANR taktéž kontraindikována. Jestliže se na místě události vyskytuje osoba mentálně nebo fyzicky neschopná, taktéž je TANR kontraindikována. Dalším příkladem je třeba volání z třetí ruky nebo naprosto nespolupracující volající. (Krenčíková et al., 2017)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dospělých.

Cíl 2: Zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dětí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka číslo 1: Jak postupují dispečeréři v TANR dospělých?

Výzkumná otázka číslo 2: Jak postupují dispečeréři v TANR dětí?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Byla použita metoda kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly prováděny na ZOS v Jihočeském kraji v Českých Budějovicích. Rozhovor obsahoval 17 otázek, které byly předem zaslány vedoucímu ZOS k nahlédnutí. Po telefonické domluvě s vedoucím ZOS Jihočeského kraje proběhly rozhovory s 10 dispečery.

První tři otázky byly demografického charakteru. Zbytek otázek mapoval znalosti ohledně poskytování TANR. Některé otázky se zabývaly problematikou dětí, jiné zase zasahovaly do problematiky dospělých. Zmapovali jsme například rozdíly v poskytování první pomoci TANR u těchto dvou skupin. Nezapomnělo se také na first respondery nebo na oblast týkající se AED.

Celkem 10 pracovníků ZOS Jihočeského kraje bylo ochotných spolupracovat. Všech 10 respondentů bylo z Jihočeského kraje, konkrétně z Českých Budějovic. Se všemi respondenty jsme se domluvili, že rozhovory budou nahrány na mobilní telefon jako audiozáznam pro pozdější přepsání, a že bude zachována anonymita každého z nich. Dále jsme se dohodli, že po přepsání rozhovorů na papír bude audiozáznam smazán, a veškeré získané informace budou použity pouze pro bakalářskou práci.

Respondenty jsme pro lepší orientaci v textu označili jako R1-R10. Dále jsme pro lepší orientaci rozdělili 17 otázek do 12 kategorií a ke každé kategorii byly zpracovány tabulky pro lepší přehlednost výsledků.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory byly prováděny v květnu a červnu roku 2020 poté, co byla uvolněna některá opatření v souvislosti s COVID-19. Na výsledcích výzkumu spolupracovalo celkem 10 respondentů, kteří byli náhodně vybráni při 2 návštěvách ZOS Jihočeského kraje v Českých Budějovicích. Po souhlasu vedoucího ZOS, všichni dotazovaní souhlasili s poskytnutím rozhovorů pro výzkumnou část mé práce na téma Příjem tíšňové výzvy na lince 155. Rozhovory byly vedeny anonymní cestou.

4 Výsledky

4.1 Seznam kategorizačních skupin

Tabulka 1 obsahuje 12 kategorií, které jsou rozděleny dle otázek, které byly použity při rozhovorech. Každá kategorie obsahuje získaná data z rozhovorů od 10- ti respondentů ze ZOS Jihočeského kraje.

Tabulka 1: Seznam kategorií

Kategorie 1	Identifikační údaje
Kategorie 2	Osobní zkušenosti dispečerů s poskytováním neodkladné resuscitace
Kategorie 3	Četnost TANR při práci dispečera
Kategorie 4	Kdo volá nejčastěji na ZOS, děti x dospělý
Kategorie 5	Instrukce dítěti při TANR, smysl TANR v podání dítěte, komunikace s dětmi
Kategorie 6	Postup TANR u dospělého člověka, odmítnutí TANR a trestní odpovědnost
Kategorie 7	Laická neodkladná resuscitace pomocí AED, děti a AED, rozmístění AED
Kategorie 8	Dva pacienti v bezvědomí a jeden záchránce
Kategorie 9	Instrukce dospělému při TANR dítěte, spolupráce rodičů
Kategorie 10	Ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR
Kategorie 11	Doporučení pro vyškolené laiky ohledně umělého dýchání v rámci TANR
Kategorie 12	First responder

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Kategorizace výsledků výzkumu

4.2.1 Kategorie 1: Identifikační údaje

Tabulka 2: Identifikační údaje

Respondent	Věk	Pohlaví	Délka praxe na ZOS
R1	40 let	Muž	14 let
R2	24 let	Žena	1 rok
R3	55 let	Žena	25 let
R4	45 let	Žena	16 let
R5	46 let	Muž	10 let
R6	36 let	Muž	6 let
R7	35 let	Žena	3 roky
R8	52 let	Muž	15 let
R9	47 let	Muž	12 let
R10	39 let	Žena	11 let

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 2 jsme se ptali na otázky, které se týkaly identifikačních údajů respondentů. Jedná se o věk, pohlaví a délku praxe na ZOS. z tabulky vyplývá, že na ZOS pracují většinou lidé vyššího věku, a od toho se také odvíjí jejich praxe. Věk se v naší skupině dotazovaných respondentů pohybuje od 24 let do 55 let. Zároveň tyto dvě hranice 24 a 55 poukazují na nejmladšího respondenta, tedy R2 a nejstaršího respondenta R3. Dále také můžeme říci, že R2 má nejkratší praxi v oboru, zatímco R3 nejdelší, tedy 25 let. R7 je další zaměstnanec, který má na ZOS poměrně krátkou praxi. Stejně tak jako R6, kde činí délka praxe pouhých 6 let. Zbytek všech respondentů, dalo by se říci, jsou velmi zkušené, co se praxe týče. R1 a R8 mají podobně dlouhou praxi, kde se jedná o pouhý rok rozdíl. R4 je zaměstnanec, který pracuje na ZOS již 16 let. Zaměstnanci R9 a R10 jsou na tom se svou praxí podobně, R9 pracuje na ZOS již 12 let a R10 o rok méně, tedy 11

let. Desetiletou praxi na ZOS má R5, kterému je 46 let. Během dvou návštěv na ZOS Jihočeského kraje se tedy vyslechlo 10 respondentů. Náhodně nám vyšlo krásné číslo, kdy mužů je 5 a žen je také 5.

4.2.2 Kategorie 2: Osobní zkušenosti dispečerů s poskytováním neodkladné resuscitace

Tabulka 3: Osobní zkušenosti dispečerů s poskytováním neodkladné resuscitace

Respondent	Osobní zkušenosti dispečerů s poskytováním neodkladné resuscitace
R1	ANO
R2	ANO
R3	ANO
R4	NE
R5	NE
R6	NE
R7	NE
R8	NE
R9	NE
R10	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 3 jsme se ptali na otázku, jestli mají dispečeré osobní zkušenosti s poskytováním neodkladné resuscitace ve svém běžném životě. R4, R5, R6, R7, R8 a R9 odpověděli, že žádnou zkušenost s poskytováním neodkladné resuscitace mimo práci nemají. R8 a R9 dodali, že jsou rádi, že nemuseli nikdy tuto pomoc poskytovat. R1, R2 a R3 odpověděli naopak, že zkušenosti s poskytováním neodkladné resuscitace mají. R2 tedy dodává, že se jednalo pouze o resuscitaci na oddělení anesteziologicko-resuscitačním v nemocničním zařízení. S laickou neodkladnou resuscitací se R2 nikdy nesešel.

4.2.3 Kategorie 3: Četnost TANR při práci dispečera

Tabulka 4: Četnost TANR při práci dispečera

Respondent	Četnost TANR při práci dispečera
R1	Hodně variabilní, může to být 2x do týdne, ale i více
R2	Denně
R3	Je to různé, ale asi tak středně
R4	Denně
R5	3x do měsíce
R6	Určitě je to častá výzva, přibližně tak 5x do měsíce
R7	Denně
R8	To se může lišit měsíc od měsíce, nedá se to takhle říct
R9	5x do měsíce
R10	Určitě každý týden

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 jsme se ptali na otázku, jak často se při své práci dispečeri setkávají s problematikou TANR. R1 odpověděl, že tato problematika a její četnost jsou opravdu hodně variabilní. Může se stát, že se TANR řeší 2x v týdnu a někdy naopak častěji. Zaměstnanec R2, který je vlastně nejkratší dobu na ZOS a zároveň je i nejmladším naším respondentem odpověděl, že s problematikou TANR se setkává denně. Dodává, že na každé své službě minimálně 1x TANR určitě poskytuje. Další odpověď máme od R3, který odpověděl na naši otázku zcela neurčitě. S problematikou TANR se každý dispečer na ZOS setkává dle R3: „tak středně“. Další respondenti, kteří odpověděli, že se setkávají s TANR denně byli R4 a R7. R4 dále upřesňuje, že problematika TANR se v práci řeší opravdu každý den, ať už jde o probrání daného problému s kolegou, který například TANR poskytoval, anebo o vlastní zkušenost. „Velmi záleží i na dané pracovní době“, říká R5. Tento zaměstnanec zmiňuje, že má na ZOS velmi málo služeb

a proto jeho odpověď nebude úplně přesná. i přesto se s problematikou TANR alespoň 3x do měsíce setká. R6 a R9 se nám ve výpovědi shodují na tom, že určitě tak 5x do měsíce se při svých službách s TANR setkají. Poslední z respondentů, tedy R10 uvádí, že určitě každý týden se s danou problematikou také setkává. Většina respondentů přiznává, že jsou rádi, že jsou pouze na té druhé straně situace, a to u telefonické asistence, nikoli praktické.

4.2.4 Kategorie 4: Kdo nejčastěji volá na ZOS, děti x dospělý

Tabulka 5: Kdo nejčastěji volá na ZOS, děti x dospělý

Respondent	Kdo nejčastěji volá na ZOS, děti x dospělý (v rámci TANR)
R1	Dospělý
R2	Dospělý
R3	Dospělý
R4	Dospělý
R5	Dospělý
R6	Dospělý
R7	Dospělý
R8	Dospělý
R9	Dospělý
R10	Dospělý

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 jsme se ptali na otázku, kdo častěji volá na ZOS, zda jsou to dospělý nebo děti. Všichni dotazovaní respondenti jednoznačně odpověděli, že v tomto případě volají dospělý jedinci. R2 odpověděl jako všichni další respondenti, jen ještě dodává, že jednou za jeho praxi došlo k telefonátu dítěte v souvislosti s neodkladnou resuscitací. Zde tedy musela být poskytnuta TANR, jelikož si to stav dospělého pacienta vyžadoval.

První k čemu dispečer instruoval dítě, aby okamžitě sehnal někoho dospělého na pomoc. V případě úspěchu přebral dospělý jedinec hovor a do neodkladné resuscitace se mohl pustit právě on. Dodatek k této otázce měl také R4, kdy zmínil, že volají nejčastěji dospělý, ale že není výjimkou, když zavolá dítě. R4 uvádí, že je to nejčastěji například v noci, kdy dojde k nějaké náhlé zástavě. „*Základem hovoru je, aby se dítě uklidnilo, a chtělo spolupracovat. Veškeré instrukce se musí převést do dětského chápání. Zjišťujeme, jak se dítě jmenuje, abychom ho mohli oslovovat jménem, a samozřejmě mu tykáme. Nabádáme děti, aby nám sdělili, jak například maminka vypadá a podobně,*“ vysvětluje R4. Poslední respondent, který rozvinul tuto otázku je R6. Udává, že děti volají jen zřídka. Pokud se tak ale stane, jsou velmi šikovný a spolupracují.

4.2.5 Kategorie 5: Instrukce dítěti při TANR, smysl TANR v podání dítěte, komunikace s dětmi

Tabulka 6: Instrukce dítěti při TANR, smysl TANR v podání dítěte, komunikace s dětmi

Respondent	Instrukce dítěti při TANR, smysl TANR v podání dítěte, komunikace s dětmi
R1	Položit, přetočit na záda, zaklonit hlavu, pokus o mačkání hrudníku, zavolat k sobě někoho dospělého. Těžko malé dítě zvládne umáčknout hrudník. Žádný komunikační výcvik.
R2	První věc je, zavolat k sobě dospělého. Dítě je ve stresu a nemá na to sílu. Žádný komunikační výcvik.
R3	Instrukce úplně stejné jako u dospělého, pokud možno sehnat dospělou osobu. TANR v podání dítěte smysl rozhodně má. Žádný komunikační výcvik.
R4	Instrukce podávat tak, aby to dítě chápalo. Smysl to určitě má. Žádný komunikační výcvik.
R5	Zjistit, co se vlastně stalo, zavolat k sobě dospělou osobu. Smysl rozhodně ano. Žádný komunikační výcvik.

R6	Pokusit se přivolat dospělou osobu, dítě uklidnit, otočit pacienta na záda, zkusit zaklonit hlavu, zkusit mačkat hrudník. Dát telefon na hlasitý odposlech. Záleží na věkovém rozmezí. Od 10 let a výše TANR určitě smysl má. Žádný komunikační výcvik.
R7	Otočit na záda, hlavu nechat v přirozené poloze, zkusit mačkat hrudník podle našich instrukcí. Motivovat dítě. Sehnat dospělou osobu. Jakákoliv TANR má smysl. Žádný komunikační výcvik.
R8	Sehnat dospělou osobu. Nenutit dítě mačkat hrudník, nemá na to sílu, je to pro něj stres a budoucí traumatizující zážitek. TANR má smysl jen z důvodu zavolání ZZS a přivolání dospělé pomoci. Žádný komunikační výcvik.
R9	TANR v podání dítěte smysl má, když se bude snažit dělat to, co se mu řekne. Přivolat dospělou osobu. Pokusit se otočit pacienta na záda. Motivovat a chválit dítě. Žádný komunikační výcvik.
R10	Dítě instruujeme k sehnání dospělé osoby, záleží na věku, někdy to opravdu smysl má. Žádný komunikační výcvik.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 6 jsme se ptali na otázky, které se týkaly smyslu TANR v podání dítěte. Jednalo se především o instrukce, které jsou dětem poskytovány v rámci TANR. Dále jsme se také zeptali, zdali mají dispečeri nějaký speciální komunikační výcvik pro komunikaci s dětmi, která se oproti dospělým značně liší. Někteří dispečeri se v odpovědích neshodovali. Avšak na jedné věci se shodli všichni. Nejdůležitějším bodem při TANR poskytované dítětem je přivolat pomoc. Zajistit k sobě nějakou dospělou osobu, která by mohla TANR převzít. Jedním z důvodů, proč by si mělo dítě, pokud je to možné, zajistit dospělou osobu, je, že podle R1 těžko dokáže malé dítě zvládnout plnohodnotnou resuscitaci. Proto i R1 udává, že TANR v podání dítěte nemá přílišný význam. Shoduje se také s R2, který udává, že dítě nemá dostatečnou sílu na to, aby zvládlo mačkat hrudník v takovém tempu a v dostatečné hloubce. Naopak R3 udává, že TANR rozhodně v podání dítěte smysl má. Naopak zdůrazňuje, že děti jsou kolikrát šikovnější než dospělý a je důležité, snažit se to podat tak, aby to dítě

pochořiloa udělalo, co je potřeba, pokud nesežene nikoho staršého. „*Děti jsou mnohdy víc inteligentní než ti dospělí, takže oni chápou, co po nich chceme*“, dodává R3. TANR dle R4 v podání dítěte určité smysl má. „*Jde například i o to, že to dítě, když bude něco dělat, bude se snažit pomoct, tak bude mít pocit, že je nápomocný, že něco dělá a jen tam nestojí a nebrečí*“, upřesňuje dále R4. R5, R6, R7, R9 a R10 se také shodují v tom, že TANR v podání dítěte má smysl. R7 tedy ještě dodává, že naprosto jakákoliv TANR má smysl. R6 a R10 ještě zmiňují, že také záleží na dětském věku. Naopak R8 udává, že TANR v podání dítěte má smysl jen proto, že se alespoň dostane dospělému pomoc díky jeho zavolání. Naopak nutit dítě k resuscitaci by byl pro něj velmi traumatizující zážitek. Dále se R1, R6, R7 a R9 na tom, že by instruovali dítě, aby přetočilo pacienta na záda. R1 a R6 udávají, že by dále nabádali volajícího, aby zaklonilo pacientovi hlavu. Naopak R7 zmínil, že by hlava měla zůstat v přirozené poloze.

Všichni respondenti dále udávají, že žádný speciální komunikační výcvik s dětmi nemají. R9 a R7 se shodují na tom, že je důležité hlavně dítě motivovat a chválit. R5 ještě dodává, že být rodičem je ve finále ten nejlepší výcvik.

4.2.6 Kategorie 6: Postup TANR u dospělého člověka, odmítnutí TANR a trestní odpovědnost

Tabulka 7: Postup TANR u dospělého člověka, odmítnutí TANR a trestní odpovědnost

Respondent	Postup TANR u dospělého, odmítnutí TANR a trestní odpovědnost
R1	Snaha volajícího donutit k nějaké aktivitě, pokud přetrvává odmítnutí, zaškrtně se pro posádku, že TANR neprobíhá. Trestní postih za neposkytnutí asi není. Navádíme zachránce, aby dali pacienta na zem, na záda, oslovit, zatřást, nereaguje, resuscitace 100-120/min, být na telefonu oporou, ptát se na změny, motivovat zachránce až do příjezdu ZZS.
R2	Zjistit, že je při vědomí nebo není, oslovení, bolestivý podnět, dýchání- dát ruku na hrudník a zjistit jestli se zvedá. Pokud si lidé na místě nebo i dispečeri nejsou jistí, vždy TANR zahájit. Odmítnutí TANR bývá z důvodu například stáří pacienta nebo pokud jde o lidi bez domova. Nutit nikoho nelze, vysvětlit, že by to bylo samozřejmě lepší. Poslat posádku. Postih za neposkytnutí TANR není.
R3	Pokud jsou lidé schopni, podat instrukce k resuscitaci, položit na zem, zaklonit hlavu, pokud nedýchá normálně nebo vůbec, zahájit TANR. Resuscitace frekvencí 100x/min. Postih za neposkytnutí neodkladné resuscitace u zdravotníků asi je. U laické veřejnosti ne.
R4	Když volající poskytovat TANR nechce, nikdo je nutit nebude. Ale je snaha o motivaci a vysvětlení, proč by to mohlo být důležité a pro pacienta prospěšné. Žádný postih za neposkytnutí TANR není. TANR provádíme dle protokolu.
R5	Instrukce, které jsou zpracované v postupech. Snažit se vysvětlit, že je potřeba pomoci, naopak lidé se nebojí, volají proto, že chtějí pomoci, poslouchají nás a dělají, co se jim říká. Ale je to jejich svobodné rozhodnutí. Žádný postih za neposkytnutí není. Zpětně nás nikdy policie nekontaktovala kvůli údajům.

R6	Důležité je, aby záchránce pochopil, proč to má dělat. Motivovat ho k nejlepšímu výkonu. Pokud je to možné, položit na záda a nejlépe na zem. Pokud pacient na nic nereaguje, zahajujeme TANR. Telefon dát na hlasitý odposlech. Ptát se na průběh a nově vzniklé náležitosti. Žádný postih za poskytnutí není. Podle zákona volající první pomoc podal už tím, že zavolal ZZS.
R7	Jako první instrukcí je, jestli pacient reaguje na oslovení nebo nějaký bolestivý podnět. Dále jestli dýchá normálně jako volající. Nejlepší pro laiky je asi přiložit ruku na hrudník a pozorovat, jestli se zvedá. v případě, že všechny věci jsou negativní, zahajujeme TANR. Požádáme, aby dal záchránce pacienta na tvrdou podložku, na záda. Dále, jak si mají spojit ruce a kam je mají přibližně dát. Poté probíhá resuscitace frekvencí 100-120x/min, kdy ze začátku určujeme tempo, aby se do toho záchránce dostal. Nezasahovat dál do jeho práce, zůstat na telefonu, občas se jen ujistit, jestli pokračuje. Být na telefonu až do příjezdu ZZS. Pokud někdo nechce poskytovat TANR, je to jejich volba, žádný trestný postih za to není.
R8	Instruujeme záchránce, aby se pokusil k sobě sehnat někoho na pomoc, bude to pro něj jednodušší. Stačí třeba i hlasitě zavolat o pomoc. Dále zjišťujeme, jestli je pacient opravdu bez vědomí, jestli dýchá. Resuscitace probíhá pouze stlačováním hrudníku. Během hovoru se ujišťujeme, že vše probíhá tak, jak má. Pokud někdo nechce TANR poskytovat, snažíme se ho přesvědčit, že by měl. Žádný postih za to ale není.
R9	Dát telefon na hlasitý odposlech, zjistit, jestli postižený dýchá, jestli reaguje. Pokud ne, zahajujeme TANR. Nikoho do ničeho nenutit. Žádný postih za neposkytnutí není.
R10	Instrukce jsou rychlé a snadné na pochopení. Otočit na záda, zaklonit hlavu, kontrola dechu, nedýchá, TANR. Snažit se aktivně tlačit do toho, že by bylo dobré pacientovi pomoci. Žádný postih za poskytnutí není.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 7 jsme se ptali na otázku, jak postupují dispečeri u TANR dospělého člověka, dále co se děje po odmítnutí poskytnutí pomoci a také, zdali je nějaký trestní postih za neposkytnutí první pomoci, respektive TANR. Hned na začátek můžeme zhodnotit odpověď na naši poslední otázku, protože v té se respondenti R1-R10 shodují. Za neposkytnutí pomoci v rámci TANR nehrozí volajícímu žádný trestní postih. R3 navíc dodává, že si není jistý, zda je nějaký postih u zdravotníků, ale u laické veřejnosti se shoduje s kolegy. R6 dále vysvětluje, že první pomoc už je podána tím, že záchránce vůbec na ZOS zavolá.

Na naši další otázku, jak postupují dispečeri při TANR u dospělého pacienta, odpověděli R4 a R5 zcela stručně, a dále otázku nerozvíjeli. „*Při TANR dospělého pacienta se postupuje dle protokolu,*“ uvádí R4. „*Postupujeme dle instrukcí, které jsou zpracované v postupech,*“ dodal R5 a pokračoval v jiné otázce. „*Snažíme se lidem vysvětlit, že je potřeba, aby postiženému na zdraví pomohli, a proč je to potřeba. Naopak, lidé se vůbec nebojí, volají proto, že chtějí pomoci, poslouchají nás a dělají, co se jim řekne. Každopádně je to jejich svobodné rozhodnutí.*“ k tomuto se přiklání i R4, který udává, že do neodkladné resuscitace nikoho nenutí, ale že se snaží o motivaci a vysvětlení dané situace. Další respondenti R1, R3, R6, R7 a R10 se shodli na jedné věci, a to takové, že pacient bezvědomí by se určitě měl otočit na záda. Dále všichni krom R10 ještě dodávají, že nejlepší by bylo, kdyby pacient ležel na zemi, respektive na nějaké tvrdé podložce. S kým se ale naopak R10 shoduje je R3, a to v tom, že v jejich instrukcích se také objevuje záklon hlavy, což ostatní neudávají. R3 upřesňuje dále důvod tohoto kroku: „*Někde se uvádí, že už se od tohoto kroku ustupuje, já si ale myslím, že to je správný krok, protože se může stát, že se po záklonu hlavy pacient rozdýchá normálně.*“ V čem se dále naši respondenti rozhodně shodují, že by se mělo zhodnotit vědomí. Nejlépe se stav vědomí takto na dálku a přes laika zjišťuje tak, že se podávají různé otázky, jestli pacient reaguje, jestli odpovídá. Dále jestli pacient reaguje na oslovení či bolestivý podnět. R1 ještě navíc instruuje k zatřesení pacientem za rameno. R3, R7, R8 a R9 se neshodují v záklonu hlavy s ostatními, přesto instruuji ke kontrole dechu. R2 i R7 udávají, že pro laickou veřejnost je nejjednodušší, když položí ruku na hrudník a budou pozorovat, jestli se jejich ruka zvedá. Následuje také otázka, jestli pacient dýchá normálně, stejně jako jeho záchránce. „*Pokud si lidé na místě nebo i my nejsme jistí, jestli pacient dýchá normálně, vždy pro jistotu zahájíme TANR,*“ upřesňuje R2. Zaměstnanci ZOS R1, R3 a R7 nezapomněli opomenout, že resuscitace

se provádí v určité frekvenci. R1 a R7 zmínili, že frekvence neodkladné resuscitace je 100-120 stlačení za minutu. R3 udává hodnotu 100 stlačení za minutu. „*Poradím, jak si mají lidé spojit ruce a kam je mají přibližně položit, poté zahájíme resuscitaci, kdy frekvence je 100-120x/min. Na začátku se snažím určit záchránci tempo, aby se do toho dostal, dál do jeho práce nezasahuji, jsem na telefonu a občas se zeptám a ujistím se, že vše pokračuje jak má*“, dodává R7.

Co se týče odmítnutí TANR, zde se rozdělili respondenti na dvě strany. Někteří udávají, že do resuscitace se lidé nemohou nutit, a že je to jejich rozhodnutí. Po odmítnutí TANR dispečer vysvětlí, proč by bylo dobré pomoci, ale to je vše. Někteří se naopak snaží donutit volajícího k nějaké aktivitě. Podle R10 je to velmi důležité a je to možný zdroj přežití, proto se snaží aktivně záchránce natlačit do pomoci člověku v bezvědomí. R1 dokonce udává, že vyhrožování, v dobrém slova smyslu, není výjimkou. Zde tedy vidíme, že každý respondent pracuje s touto informací tak, jak uzná za vhodné. Všichni se ale shodují na tom, že i přes výhrůžky či snahu někoho donutit, nejsou dispečeri všemocní. Pokud stále záchránce trvá na tom, že TANR nechce zahájit, nikdo s tím nic neudělá. Vyšle se posádka a do příkazu se připiše, že se TANR na místě neprovádí.

4.2.7 Kategorie 7: Laická neodkladná resuscitace pomocí AED, děti a AED

Tabulka 8: Laická neodkladná resuscitace pomocí AED, děti a AED

Respondent	Laická neodkladná resuscitace pomocí AED, děti a AED, rozmístění AED
R1	Snaha o využívání AED, mapa rozmístění AED. Uklidnění záchránce, že to zvládne, AED mluví česky, popřípadě jsou dispečeri školení na pomoc po telefonu, jak s AED zacházet. Nejčastější využití AED v podobě first responderů. Dítě může s AED manipulovat, vše je česky. Zvládlo by to, ale je lepší zavolat k sobě dospělého.
R2	Pokud jde o stav bezvědomí, který se stane třeba v nákupním centru, kde je hodně lidí, tak se snažíme, aby tam někdo z nich doběhl. Hlavní využití AED jsou hasiči, policisté. Využití AED dětskou skupinou populace je reálné, protože je to velmi chytré vymyšlené, je to něco jako hračka, zmáčkne se tlačítko a mluví to česky. Nemělo by si ublížit, když poslechne hlas z AED. Všechny AED máme zaznamenané v mapě.

R3	Vidíme v mapě, kde AED jsou. Laiky navádíme k používání AED pouze tehdy, je-li na místě více lidí. Na ZOS jsou informativní desky s návodem ke každému AED, můžeme tedy radit i přes telefon, ale AED mluví samo. Pokud je dítě schopné, určitě s AED může manipulovat. Ublížit si nemůže, pokud je AED špatně nastavené, výboj stejně nepodá.
R4	V mapových podkladech máme zaznamenáno, kde se AED nachází. Laiky navádíme k používání AED. Děti ve věku například od 10ti let jsou schopné manipulovat s AED. Pokud není určen výboj, nebo jsou špatně nalepené elektrody, žádný výboj neproběhne, dítě si tedy nemá šanci jak jinak ublížit.
R5	AED víme, kde jsou, je to v mapách. Postupy na ZOS máme. Pokud je někdo navíc, rozhodně je dobré AED využít, pokud ne, je pro nás přednější pomoc bez AED. AED nemůže ublížit nikomu, a ani nikdo nikomu pomocí AED. Dítě by to určitě zvládlo.
R6	Ano, pokud je to možné, laiky navádíme k používání AED, víme, kde jsou, jsou zaznamenané na mapě. i dítě by zvládlo manipulaci s AED. Ublížit pacientovi nemůže, není jak.
R7	Laická veřejnost je samozřejmě v dnešní době velmi schopná, navádíme, aby AED použili, pokud jich je na místě víc. Poté už jen instruujeme k tomu, aby AED zapnuli a poslouchali a dělali vše podle pokynů. To samé dítě, zvládne manipulaci, ale asi dítě nebude nikdy samo u takovéto situace. Nemůže pacientovi ublížit, ani sobě. AED v mapě.
R8	Dispečeri jsou vyškoleni k tomu, aby uměli pomoci, jak s AED postupovat. Pokud je AED v blízkosti a je tam více zachránců, určitě využijeme. Manipulace je velmi jednoduchá, i dítě to zvládne, neublíží. Mapa s AED.
R9	Ano, navádíme. Víme, kde jsou, máme mapu. Ano, i dítě to zvládne, nemůže ublížit
R10	Laiky navádíme jen tehdy, je jich na místě víc. Jinak to postrádá smysl. Dítě k tomu asi úplně nenavádět, hlavně že zavolalo 155 a ať spíš sežene někoho dospělého. Ani dítě ani dospělý nemůže pomocí AED ublížit. AED jsou v mapě zaznamenány.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 8 jsme se zeptali na otázku, která se týkala informací ohledně AED. Přesná otázka, kterou jsme respondentům podali, byla, zda navádí laickou veřejnost k používání AED, pokud je na místě. Dále jsme se doptávali, jestli dispečeri vědí, kde se AED nachází a také, jestli i dítě dokáže s AED manipulovat. Z tabulky vychází, že v této problematice se většina respondentů shoduje.

Všichni respondenti se shodují na tom, že je určité dobré laickou veřejnost navádět k tomu, aby AED používali. Nicméně někteří z respondentů k tomu mají ještě nějaký dodatek. R2 například zmiňuje, že jde také hlavně o to, kde se právě zachránce s pacientem nachází. Pokud jde o nějaké místo, kde je hodně lidí, například nákupní centrum, není problém někoho pro AED poslat, protože většina nákupních center už AED má. Ovšem nejčastější využití AED je v podobě first respondentů, to jsou například hasiči nebo policisté, v tomto se shoduje R1 s R2. Také R3 navádí laickou veřejnost pouze tehdy, je-li tam více lidí. R5 upřesňuje, že pokud na místě není více zachránců, je pro ně přednější podat pomoc bez AED, než aby jediný zachránce odešel od postiženého pryč. Stejně tak R10, který uvádí, že pokud není na místě více lidí, postrádá hledání AED smysl vůči pacientovi. R1 dodává, že vždy zachránce uklidní, že použití AED zvládne, jelikož přístroj mluví česky a nahlas. Pokud by i přesto zachránce tápal, každý dispečer dokáže poradit i po telefonu, jak s AED zacházet. Všichni zaměstnanci jsou vyškoleni a navíc mají na ZOS desky s návodem ke každému druhu AED.

Dále se všichni respondenti shodují v otázce, jestli ví, kde se AED nachází. Dle všech respondentů R1-R10 jsou AED zaznamenány v mapě, na kterou během hovoru se zachránce koukají. Díky tomu mohou dispečeri vyslat zachránce pro AED, protože vidí jejich přesnou polohu. I na otázku, zda mohou děti zacházet s AED všichni, kromě R10 odpověděli stejně. Všichni odpověděli, že by dítě manipulaci zvládlo. Také jsme se dozvěděli, že pomocí AED nelze pacientovi nijak ublížit. Pokud by bylo AED špatně nastaveno, nebyl by doporučen výboj, tak přístroj nebude žádnou akci provádět. R10 vysvětluje, že nejdůležitější, co mohlo dítě udělat, je zavolání čísla 155. K manipulaci s přístrojem by dítě nenaváděl.

4.2.8 Kategorie 8: Dva pacienti v bezvědomí a jeden záchránce

Tabulka 9: Dva pacienti v bezvědomí a jeden záchránce

Respondent	Dva pacienti v bezvědomí a jeden záchránce
R1	Rozhodnutí by stálo rozhodně na tom, kdo má jaký zranění a podle toho by padlo nařízení, kdo se bude resuscitovat. Nikdy nebyla zaznamenána taková situace.
R2	Záleží na tom, o jaké zranění jde, je to hodně těžké rozhodnutí. Možná kdyby nešlo o trauma, tak by vyhrál věk. Určitě doporučit sehnat k sobě další osobu.
R3	Nejhorší situace, rozhodnutí by bylo podle zdravotního stavu, podle věku
R4	Nikdy v praxi nenastala tato situace.
R5	Rozhodnutí by bylo podle toho, jak popíše záchránce situaci. Co na místě vidí a podle toho by se vycházelo. Musí to každopádně rozhodnout dispečer.
R6	Bylo by to velmi těžké rozhodnutí, nejvíce ale asi pro toho, kdo je přímo na místě. Snaha o vysvětlení, proč musí pomoci právě té osobě. Dle zranění a věku.
R7	Podle věku
R8	Podle věku a typu zranění, kvůli kterému došlo k zástavě
R9	Nemožná představa, nikdy se to během praxe nestalo
R10	Věk, důvod zástavy, různé okolnosti

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 9 jsme se ptali na otázku, jak by dispečer postupovali, kdyby potřebovali TANR dva lidé v bezvědomí a na místě by byl pouze jeden záchránce. Zkrátka kdyby byl na místě jeden záchránce a dva lidi v bezvědomí, který potřebují TANR, podle čeho by se rozhodovalo.

Od všech respondentů jsme se dozvěděli, že by nechtěli, aby se taková situace stala. i přesto se nám ale snažili vysvětlit, podle čeho by možná v dané situaci postupovali. R9 neodpověděl na otázku zcela jasně. Nechtěl si tuto situaci zcela představit, nikdy se mu

to za jeho praxi nestalo a dodává, že doufá, že se to ani nestane. i R1 udává, že se tato situace za jeho praxe nestala. Přesto ale vysvětluje, podle čeho by se rozhodovalo. Záleží určitě na zranění, které následovalo před zástavou oběhu. Podle toho, co se pacientovi stalo před tím, než upadl do bezvědomí, podle toho by se R1 rozhodoval. S tímto rozhodnutím souhlasí i R2. Rozhodně by šlo o to, co tomuto stavu předcházelo. Pokud by záchránce neshledal žádné viditelné poranění, rozhodoval by se R2 podle věku. Bylo by to ale velmi těžké rozhodnutí. Určitě není od věci pokusit se sehnat k sobě další osobu. Na věk a na zdravotní stav dotyčného by se také poohlížel i R3, R5, R6, R7, R8 a R10. „*Musí to být velmi těžké a náročné rozhodnutí hlavně pro toho, kdo je přímo na místě, neumím si to vůbec představit, ale jako profesionál bych se snažil přesvědčit záchránce, proč se musí rozhodnout, a proč právě pro něj,*“ dodává k celé situaci R6. R4 se s touto situací za celou svoji praxi nesešel.

4.2.9 Kategorie 9: Instrukce dospělému při TANR dítěte, spolupráce rodičů

Tabulka 10: Instrukce dospělému při TANR dítěte, spolupráce rodičů

Respondent	Instrukce dospělému při TANR dítěte, spolupráce rodičů
R1	Někdy přetrvává hysterie, proto je někdy snaha o předání telefonu druhému rodiči. Zjistit, co vedlo ke stavu bezvědomí dítěte, většinou jde o aspiraci jídla či nějakého předmětu. Proto navádíme jednoho z rodičů k pěti vdechům, po kterých se většinou dítě začne zlepšovat.
R2	Převládá stres, křik, úplně jiná situace než když je v bezvědomí dospělý. Snaha o vysvětlení krůček po krůčku. Často je důvodem bezvědomí u dítěte aspirace nebo křeče. Instrukce k prodechnutí dítěte většinou pomůže, že se pomalu začne probírat. Pokud dítě nedýchá nebo je to sporné, instruujeme k pěti umělým vdechům u nejmenších dětí přes nos i pusou, u větších dětí jen přes pusou.
R3	Rodiče nespolupracují, jsou hysterický. Postupujeme stejně jako u dospělého, akorát zde jsou jiné poměry. TANR u dětí se začíná vždy pěti vdechy. Mění se také poměr u stlačení hrudníku, u nejmenších dětí je lepší, když se obejmou oběma rukama a hrudník se mačká pouze palci, záleží na věku a vzhledu dítěte. Důležité je hlavně dostat rodiče na svoji stranu, aby začali pracovat.

R4	Rodiče většinou spolupracují a nechají si ve všem poradit. Nejčastější bezvědomí u dítěte jsou febrilní křeče, aspirace jídla nebo tonutí. TANR se zahajuje v momentu, kdy dítě přestane dýchat nebo si tím rodiče nejsou jistý. Pět úvodních vdechů. Pokud nepomůžou, začne resuscitace 15:2 nebo 30:2. Nepřestávat až do příjezdu ZZS.
R5	Zjistit, v jakém stavu je rodič, pokud stav nevyhovuje záchranně dítěte, snaha o předání telefonu někomu jinému. U dětí rozhodně zahájit TANR pěti úvodními vdechy. Poté se jede dle protokolu.
R6	Velmi stresující situace, rodič většinou pláče, bojí se. Snaha o uklidnění a přesvědčení k rychlé akci. Pokud je již dítě v bezvědomí a nedýchá, začneme pěti úvodními vdechy. Dítě položit na zem, hlavu nezaklánět. Resuscitace 15:2 nebo 30:2 až do příjezdu ZZS. Motivace a podpora rodiče je na místě.
R7	Opravdu záleží, jak se rodiče chovají a taky jestli volá matka nebo otec, rozdíl je někdy opravdu značný. Instrukce jsou stejné jako u dospělého s tím rozdílem, že u dětí se začíná pěti vdechy a poté se zahajuje resuscitace.
R8	Pět úvodních vdechů, položit na zem, záda, resuscitace 15:2 nebo 30:2. Rodiče nejdříve nespolupracují, poté se snaží.
R9	Rodiče spolupracují, pět úvodních vdechů, 15:2 nebo 30:2
R10	Rodiče často spolupracují, mají strach, je lepší, když jsou tam dva, proto navádíme k hlasitému křiku o pomoc. Dítě položit na zem, nezaklánět hlavu, pětkrát prodechnout, zkontrolovat jestli to pomohlo, pokud ne, zahájit resuscitaci 15:2 nebo 30:2, nepřestávat, vytrvat, poslouchat.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 10 jsme se ptali na otázku, jaké instrukce dostanou rodiče při TANR dítěte, a jestli rodiče vůbec spolupracují. Je velmi zajímavé, že každý respondent má rozdílné zkušenosti, co se týče spolupráce s rodiči. R1, R2 a R3 udávají, že rodiče spíše nespolupracují. Situace je často vyhocená a převládá stres, křik a hysterie. Podle R1 je dobré, když je na místě další člověk, kterému může rodič telefon předat, a dispečer dál může komunikovat s někým, kdo je víc v klidu. R8 udává, že rodiče nejdříve

nespolupracují, ale po chvíli začnou a snaží se. R4, R9 a R10 mají opačné zkušenosti než předešlí respondenti. Rodiče spíše spolupracují a dobře naslouchají tomu, co mají dělat. R5, R6 a R7 blíže nespecifikovali, jak rodiče spolupracují. Spíše vysvětlují, že je to těžká a náročná situace, a že základem všeho je hlavně rodiče uklidnit a získat je na svoji stranu. R5 doporučuje předat telefon někomu, kdo se na místě události také nachází, a je více v klidu. R7 upřesňuje, že otec je většinou klidnější než matka, a proto je výhoda, když jsou na místě oba. V otázce ohledně TANR se někteří respondenti shodují, někteří udávají pouze stručné informace. Resuscitace u dětí bývá většinou indikována z důvodu aspirace nějakého předmětu či jídla. Zde se všichni respondenti shodují na tom, že by se z tohoto důvodu mělo začínat pěti úvodními vdechy, a také to všem doporučují. Jediný R2 k této problematice dodává přesné provedení pěti vdechů. Pokud jde o nejmenší děti, musí se ústy obejmout jak nos tak ústa. U větších dětí stačí obejmout pouze ústa a nos podržet. Také R1 i R2 zmiňují, že samotné prodechnutí může pomoci a k resuscitaci nemusí vůbec dojít. R5 neudává žádné přesné informace TANR dítěte. Pouze odkazuje na protokol, dle kterého se TANR provádí. R4, R6, R8, R9 a R10 přesně zmiňují poměr, který je daný pro resuscitaci dítěte. Poměr mezi stlačením hrudníku a umělými vdechy je 30:2 nebo 15:2, tak to udávají naši respondenti. R3 popisuje tuto problematiku stejně jako u dospělého člověka, akorát poměry se zde liší. Také jako jediný udává, že technika neodkladné resuscitace u nejmenších dětí je taková, že se dítě obejmě oběma rukama a hrudník se stlačuje pouze palci. Záleží také na věku dítěte a jeho vzhledu a proporcím. R6 ještě dodává, že je dobré položit dítě na zem, na tvrdou podložku a hlavu nechat v neutrální poloze. S tímto doporučením souhlasí i R10. R7 který stejně jako ostatní, doporučuje pět úvodních vdechů, dále resuscitaci nerozvádí. Instrukce jsou stejné jako pro dospělé s rozdílem poměrů. i u této problematiky často padlo slovo motivace a vytrvalost. Opravdu se všem volajícím rodičům vyplatí dispečery poslouchat, dostane se jim právě motivace a rady, jak mohou svým dětem pomoci, a to je právě velkou součástí jejich práce.

4.2.10 Kategorie 10: Ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR

Tabulka 11: Ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR

Respondent	Ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR
R1	Zachránci jsou instruováni již od začátku, kdy si na tísňovou linku zavolají. Poté jsou dispečeri s nimi na telefonu jen pro jejich jistotu. Proto není úplný problém, když spojení vypadne. Posádka je již na cestě.
R2	Když se zahájí TANR a víme (nebo to tak vypadá), že to tam probíhá, tak posádka je už stejně na cestě, dáme jim vědět, že TANR snad probíhá, ale přerušilo se spojení. Zkouší se volat několikrát zpět. Nic jiného v tuto chvíli dělat nejde.
R3	V tomto případě už nelze nijak postupovat.
R4	Snaha o volání zpět. Pokud se zpět nelze dovolat, informujeme posádku, jak to vypadalo na místě, než se hovor ukončil.
R5	Pokud se hovor ukončí, snažíme se volat zpět. Výhoda je v tom, že lze využít first respondery a lze je na místo poslat, pokud se nachází v blízkosti nehody.
R6	V tomto okamžiku se volá hned zpět, pokud se nelze dovolat, předpokládá se, že TANR pokračuje dle instrukcí, které jsou podány hned na začátku.
R7	Volá se zpět. Zatím pokaždé úspěšně.
R8	Špatná situace. Volá se zpět. Informuje se výjezdová posádka.
R9	Zatím se nikdy nestalo, že by nešlo navázat zpětný kontakt.
R10	Všechny potřebné informace se předají v prvních minutách hovoru. Předpokládá se, že TANR pokračuje. Výjezdová posádka je vždy hned na cestě.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 11 jsme se ptali na otázku, jak dispečeri postupují, když se ukončí hovor mezi nimi a zachráncem. Jak vlastně probíhá TANR, respektive co se děje, když se telefonický kontakt se zachráncem ukončí dřív, než je třeba. Dva z dispečerů, R7 a R9 nám odpověděli, že v tomto případě se volá okamžitě zpět. Oba také potvrzují, že za

jejich praxe se nestalo, aby se nedovolali zpět. Oproti tomu R3 odpověděl velmi stručně a jasně: „*V tomto případě už nelze nijak postupovat.*“ Ostatní respondenti se nám snažili vysvětlit alespoň to málo, co se v této situaci dá udělat. Jediný respondent, tedy R5 zmínil, že pokud se hovor mezi zachráncem a dispečerem ukončí, snaží se volat zpět a také, že mají možnost na místo vyslat first respondery. Pokud se nehoda nachází dál od výjezdové skupiny a opravdu je třeba, aby se na místě prováděla TANR, je lepší tam někoho vyslat, než ZZS dorazí na místo. R1, R6 a R10 nám odpověděli, že všechny potřebné informace, které zachránce potřebuje k tomu, aby TANR prováděl, dostává hned na začátku výzvy. Takže se předpokládá, že i po ukončení hovoru TANR probíhá tak, jak má. Dle R1 jsou dispečeri v průběhu TANR na telefonu jen pro pocit jistoty daného zachránce. Dále také zmiňují, že výjezdová posádka je vždy hned na cestě k místu události. R2, R4 a R8 se shodují s některými již zmíněnými informacemi. Navíc udávají, že pokud se nelze spojit se zachráncem, obratem informují výjezdovou posádku, jak to vypadalo na místě události, než se hovor ukončil a také, že TANR snad probíhá dle instrukcí. Všichni respondenti se shodli na tom, že toto není úplně přívětivá situace, ale že věří, že zachránci v TANR pokračují a vyčkávají na příjezd ZZS.

4.2.11 Kategorie 11: Doporučení pro vyškolené laiky ohledně umělého dýchání v rámci TANR

Tabulka 12: Doporučení pro vyškolené laiky ohledně umělého dýchání v rámci TANR

Respondent	Doporučení pro vyškolené laiky ohledně umělého dýchání v rámci TANR
R1	Umělé dýchání v rámci záchrany dospělého člověka nedoporučujeme. Pokud jde o velkou vzdálenost od výjezdové skupiny, tak je možné, že sám vyškolený laik řekne, že bude dýchání provádět, my je do toho ale nenutíme. Hasiči například používají ambuvaky automaticky.
R2	Nikomu neříkáme, aby umělé dýchání prováděli. Možná s ambuvakem, jinak nikoli.
R3	Pokud nejde o stav po tonutí, umělé dýchání nedoporučujeme nikomu, ani vyškolenému zachránci.
R4	Dýchání pouze u dětí, u dospělých nedoporučujeme nikomu. Vyškolený laik většinou ví, co má dělat a jen nás informuje v průběhu hovoru o změnách stavu.
R5	Pokud to vyškolený laik umí, věří si na to a ví, co má dělat, tak potom mu to může být doporučeno, ale není to povinné. Nikdo se do toho nenutí.
R6	Ani vyškoleným laikům se to nedoporučuje. Je lepší, když je ta masáž na 110%, než aby se laik soustředil ještě na dýchání.
R7	Pokud nejde o dítě nebo stav po tonutí, nikomu umělé dýchání nedoporučujeme.
R8	Ne, nedoporučujeme
R9	Ne, nedoporučujeme
R10	Ne, nedoporučujeme

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 12 jsme se ptali na otázku, zda dispečeri doporučují umělé dýchání vyškoleným laikům. Na otázku, jestli v rámci TANR doporučují dispečeri umělé dýchání, pokud jsou na místě vyškolení laici, odpověděli všichni respondenti stejně.

Umělé dýchání nedoporučují nikomu, ani vyškoleným laikům. R8, R9 a R10 odpověděli na naši otázku velice jednoznačně: „*Ne, nedoporučujeme.*“ Někteří respondenti, například R7 zmiňuje, že pokud nejde o dítě nebo stav po tonutí, také nikomu umělé dýchání nedoporučuje. K tomuto tvrzení se přidává i R3, který uvádí, že pokud nejde o stav po tonutí, tak umělé dýchání není doporučeno ani vyškolenému laikovi. Dále, kdo zmínil problematiku dětí je R4. Ten uvádí, že doporučení je vhodné pouze u dětí, u dospělých nikoli. R1 vysvětluje, že v rámci záchrany dospělého člověka umělé dýchání nedoporučuje. Pokud jde ale o velkou vzdálenost od výjezdové skupiny, tak je možné, že sám vyškolený laik řekne, že umělé dýchání bude provádět. Dispečeri je do toho ale nenutí. Dále R1 zmiňuje používání resuscitačního samorozpínacího křísícího vaku, neboli ambuvaku, který prý hasiči používají automaticky. S tímto souhlasí i R2, který také zmiňuje ambuvak, jako jedinou možnost, jak možná doporučit umělé dýchání. Také R5 zmiňuje, že pokud si na to vyškolený laik troufne a perfektně to umí, nezakazuje se mu to, ale zároveň se to nedoporučuje. R6 upřesňuje, proč je lepší ani těm vyškoleným záchráncům umělé dýchání nedoporučovat.,, *V případě neodkladné resuscitace bude výhodnější, když masáž pojedou záchránce na 110% a nebude se muset soustředit ještě na další věc, jako je umělé dýchání, které si troufnu říci, nebude ani na 60%.*“

4.2.12 Kategorie 12: First responder

Tabulka 13: First responder

Respondent	First responder
R1	Ano, first respondery využíváme, jde nejčastěji o hasiče a policii. Nejčastější využití AED.
R2	Je to velká výhoda, když jsou poblíž first responderi, musí se aktivovat, a když to potvrdí, jsou vysláni na místo. Informuje se o tom i výjezdová skupina.
R3	Ano posíláme. Máme s nimi dobrou zkušenosti. Hasiči jsou lepší než policie, snaží se.
R4	Ano, využívají se jak hasiči, policie, tak například i horská služba. Velmi dobré zkušenosti, vyjedou vždy, když potřebujeme.
R5	Ano, samozřejmě, first respondery využíváme i na kratší vzdálenosti, pokud předpokládáme nějaké prodlení ze strany výjezdové skupiny, nebo není zrovna žádná záchranka volná. Dispečeri jsou za ně velice rádi.
R6	Ano, first respondery využíváme, víme o nich, máme je také zaznamenané v mapách. Dobré zkušenosti.
R7	Máme s nimi dobré zkušenosti, jejich pomoc využíváme často, jde především o hasiče a policii.
R8	Jsou to většinou hasiči, s těmi máme dobré zkušenosti, hlavně co se týče AED.
R9	Rozhodně využíváme, hasiči, policie, dobré zkušenosti.
R10	Ano, first responderi se využívají často, víme o nich a nikdy nebyl žádný problém, vyjedou hned, jak potřebujeme.

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 12 jsme se ptali na otázku, jestli dispečeri využívají v rámci TANR first respondery. Ptali jsme se hlavně, jaké mají dispečeri s nimi zkušenosti, a také jestli o nich vůbec ví, a jestli je na místo události posílají. Od všech respondentů jsme dostali kladné odpovědi. Všichni se shodli na tom, že na místo události, když je potřeba, first respondery posílají. Také všichni dodávají, že s nimi mají dobré zkušenosti. Jak zmiňují

R1, R3, R4, R6, R7, R8 a R9, jde většinou o first respondery v podobě hasičů a policie. Jeden z respondentů, konkrétně R4 zmiňuje také horskou službu. R1 a R8 navíc doplňují, že mají s respondery velmi dobré zkušenosti, co se týče využití AED. R10 udává, že s nimi není nikdy žádný problém, a vyjíždí k místu události ihned, jakmile potvrdí výzvu. R2 se přiklání k výpovědi R10. *„First respondeři jsou velkou výhodou, vyjedou ihned, když potřebujeme, o této skutečnosti dáme vědět výjezdové posádce, která je například vzdálenější od místa události, poté víme, že jsme udělali maximum,“* popisuje situaci R2. R5, který také kladně hodnotí spolupráci s first respondery udává, že je využívají i na kratší vzdálenosti, pokud se předpokládá nějaké prodlení ze strany výjezdové posádky nebo není zrovna žádná posádka volná.

5 Diskuze

Bakalářská práce je na téma „Přijem tísňové výzvy na lince 155“. V této práci je popsáno zdravotnické operační středisko, jak funguje a kdo tam může pracovat. Dále je popsán příjem a zpracování tísňové výzvy, komunikace s volajícím, ale především také TAPP a TANR, která je hlavním tématem praktické části. Cílem této práce bylo zmapovat znalosti dispečerů ZOS Jihočeského kraje o problematice TANR dětí a dospělých.

Prvním cílem práce bylo zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dospělých. Druhým cílem bylo zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dětí. Abychom dosáhli výsledků práce, byla použita metoda kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se zaměstnanci ZOS v Českých Budějovicích. Náhodně bylo vybráno 10 dispečerů, kteří souhlasili s poskytnutím anonymním rozhovorů pro naši práci. Respondenty čekalo 17 otázek, které se týkaly především TANR dospělých a dětí. Další otázky se týkaly například laické vyškolené resuscitace, AED nebo first responderů, vše ve spojitosti TANR. Pro lepší přehlednost jsme výsledky rozdělili do 12 kategorií (Tabulka 1).

První kategorie zahrnuje 3 otázky, které se týkaly identifikačních údajů všech respondentů. Tyto informace jsou zaznamenány v tabulce 2. Díky první otázce jsme zjistili věkové rozmezí dotazovaných respondentů. Nejmladší z respondentů má pouze 24 let. Naopak našemu nejstaršímu respondentovi bylo 55 let. Z výsledků tabulky 2 vyplývá, že na ZOS pracují spíše věkově zralejší zaměstnanci. Druhá otázka se týkala pohlaví respondentů. Shodou okolností je zastoupení žen a mužů v našem výzkumu vyrovnané, proto nemůžeme posoudit, zda na ZOS pracuje převážně více žen či mužů. V tabulce 2 tedy vidíme, že žen je 5 a mužů také 5. Poslední, tedy 3 otázka této kategorie se týkala délky praxe na ZOS. Nejkratší praxi, 1 rok, má zároveň náš nejmladší respondent. Naopak nejdelší praxe činí 25 let, a jde také o našeho věkově nejstaršího respondenta.

Kategorie 2 zahrnuje pouze jednu otázku. Zeptali jsme se dispečerů na jejich osobní zkušenosti s poskytováním neodkladné resuscitace. Jak můžeme vidět v tabulce 3, šlo

pouze o jednoslovné odpovědi. Čtyři respondenti odpověděli ano, zbytek respondentů, tedy šest, odpovědělo, že osobní zkušenosti nemají. Někteří respondenti také dodali, že jsou rádi, že nemuseli nikdy tuto pomoc poskytovat.

Kategorie 3 také zahrnuje pouze jednu otázku. Zeptali jsme se dispečerů na četnost TANR při jejich práci. Jak můžeme vidět v tabulce 4, jde o hodně variabilní odpovědi. Z výsledků vyplývá, že na tuto problematiku musí mít dispečer takzvaně štěstí. Četnost TANR se dle respondentů, až na pár výjimek, pohybuje v rámci každodenní rutiny. Někteří naopak odpověděli, že se s problematikou TANR setkají pouze 3x- 5x do měsíce. Dle mého názoru respondenti úplně nepochopili otázku. Je tedy možné, že ti, kteří odpověděli menší četnost výskytu TANR při jejich práci, měli na mysli přímo reálnou výzvu a její zpracování. Naopak ti, kteří odpověděli denní shledání s problematikou, měli zřejmě na mysli problematiku TANR jako takovou, kterou například rozebírají s kolegou či nadřízeným.

Kategorie 4 zahrnuje otázku, kdo nejčastěji volá na ZOS, jestli děti nebo dospělý. Z tabulky 5 jasně vyplývá jednoznačná odpověď. Na ZOS volají nejčastěji dospělý. Možná proto by bylo dobré zařadit komunikační dovednosti do již zmíněných školení, i přesto, že děti volají minimálně. Mimořádná situace může nastat, a proto by bylo dobré vědět, jak komunikovat s různými věkovými skupinami.

Kategorie 5 zahrnuje tři otázky. Zabývali jsme se tím, jaké jsou podány instrukce, když TANR poskytuje dítě, a jestli má TANR v podání dítěte vůbec smysl. Šeblová a Knor (2018) uvádí, že pokud je záchránce na místě sám, měl by ho dispečer vyslat pro pomoc. Tento krok je ovšem možný pouze v případě, pokud to nezabere více jak 1- 2 minuty. Z tabulky 6 vidíme, že v tomto kroku se shodují i všichni naši respondenti. Všichni by instruovali dítě, aby si sehnalo k sobě pomoc. R1 a R6 udávají, že by dále dítě instruovali k zaklonění hlavy postiženého. Šeblová a Knor (2018) naopak udává, že po otočení pacienta na záda by měla hlava zůstat v přirozené poloze. S tímto výrokem se ztotožňuje R7, jak můžeme vidět v tabulce 6. Další respondenti zmínili, že by dítě instruovali tak, jako instruují dospělou osobu. Ale už neudávají jak. Nikdo z respondentů nezmínil například frekvenci resuscitace i přesto, že by k tomuto kroku dítě instruovali. Dle Šeblové a Knora (2018) je frekvence 100-120 stlačení za minutu. V další otázce se respondenti neshodovali. Někteří udávají, že TANR v podání dítěte smysl má, jiní zase že ne. Můj názor je takový, že přesně pro tyto situace je dobré

zařadit různé modelové situace do školení dispečerů. Pokud nebude dispečer instruovat dítě k provádění TANR, protože si jen myslí, že to dítě nezvládne, tak by to mohlo vést k promarněné šanci. Proto by bylo dobré zjistit, od jakého věku dítě zvládne resuscitaci provádět, a tím by se mohl dále dispečer řídit.

Do kategorie 6 jsme zařadili otázku, která se týkala postupu TANR dospělých. Šeblová a Knor (2018) popisují instrukce tak, že by si měl zachránce k sobě sehnat pomoc. Další kroky se týkají postižené osoby. To znamená, položit na záda a hlavu nechat v přirozené poloze. Poté hned přejít k samotné resuscitaci. Šeblová a Knor (2018) udávají frekvenci kompresí hrudníku 100- 120x za minutu. Dále také udávají informaci ohledně hloubky stlačení hrudníku. Ta se pohybuje kolem 5- 6 centimetrů. Další důležitou věc, kterou Šeblová a Knor (2018) udávají je, že terminální dýchání není důvodem, aby zachránce přerušil masáž hrudníku. S těmito informacemi se hodně respondentů ztotožňuje. R1, R3, R6, R7 a R10 také udávají, že by postiženého otočili na záda. Je zajímavé, že R3 a R10 udávají, že by instruovali k záklonu hlavy. Přitom Šeblová a Knor (2018) udávají, že hlava zůstává v přirozené poloze, tedy bez záklonu. Nikdo z respondentů R1- R10 nezmínil terminální dýchání. Také na hloubku stlačení hrudníku, která je 5- 6cm, si nikdo z respondentů nevzpomněl. Na frekvenci resuscitace si vzpomněli jen tři respondenti, což je opravdu málo. Frekvenci uvádí ale správně, stejně jako Šeblová a Knor (2018). Druhá otázka této kategorie se věnovala trestní odpovědnosti za neposkytnutí neodkladné resuscitace v rámci TANR. Všichni respondenti odpověděli jednohlasně. Za neposkytnutí neodkladné resuscitace v rámci TANR žádný trestní postih není. Jak někteří respondenti zmiňují, první pomoc volající poskytuje už tím, že zavolá na linku 155. S tímto názorem souhlasím. Nelze nikoho po telefonu přesvědčit k nějaké akci. Pokud někdo odmítá resuscitovat, dispečer nemá šanci, jak zasáhnout. Jediná pomoc v tuto chvíli je vyslání výjezdové skupiny.

Do kategorie 7 jsme zařadili otázku, která se týkala laické neodkladné resuscitace pomocí AED. Zajímalo nás, jestli dispečeři aktivně navádí laiky k využívání AED. Všichni naši respondenti se shodli na tom, že pokud je AED v blízkosti události nebo je na místě více lidí, je určitě dobré laickou veřejnost navádět k využívání těchto přístrojů. V časopise Urgentní medicína (2015) je na toto téma samostatná kapitola. V časopise Urgentní medicína (2015) je popsán postup, který se shoduje s našimi respondenty, a to takový, že je dobré pro AED někoho poslat, pokud je k dispozici. Pokud ovšem není na

místě události nikdo další, nemělo by se od pacienta odcházet. Jestli může s AED manipulovat i dítě, na to měl každý dispečer jiný názor (tabulka 8). Můj názor je takový, že je důležité zjistit, jak na tom dané dítě je, a popřípadě ho instruovat k sehnání další, nejlépe dospělé osoby.

Do další kategorie jsme zařadili otázku, která byla trochu etického rázu. Zeptali jsme se, jak by dispečeri postupovali v situaci, kdyby potřebovali resuscitaci dva postižený a byl by jen jeden záchránce. Zajímalo nás, jak se respondenti rozhodnou. Odpovědi se neshodovali, někteří neměli žádnou odpověď (tabulka 9). Moje rozhodnutí by určitě záviselo na věku daných osob a také na typu poranění, které předcházelo aktuálnímu stavu. Někteří respondenti měli na tuto situaci stejný názor a rozhodli by se stejně.

Kategorie 9 zahrnuje dvě otázky. Zeptali jsme se, jaké instrukce poskytují dispečeri dospělému jedinci při TANR dítěte. V příloze 3 je k nahlédnutí algoritmus neodkladné resuscitace dětí. Krenčíková et al., (2017) udává, že zprůchodnění dýchacích cest a umělé dýchání je u dětí stěžejní. Vždy by se tedy mělo provést uvolnění dýchacích cest záklonem hlavy. Záklon hlavy žádný z respondentů nezmínil. Dále Krenčíková et al. (2017) udává, že dítě by se mělo položit na zem, na záda. Dalším krokem je umělé dýchání, a to tehdy, je-li záchránce k tomuto kroku ochotný přistoupit. Pokud ano, měla by se resuscitace zahájit 5- ti umělými vdechy. S tímto výrokem souhlasí všichni respondenti. I oni doporučují zahájit resuscitaci 5- ti úvodními vdechy, stejně jako Krenčíková et al., (2017). Dále Krenčíková et al., (2017) udává poměr mezi stlačováním a umělými vdechy, a to 15:2 nebo 30:2. S tímto poměrem se shodují i naši respondenti. Pět respondentů udalo stejné informace ohledně poměrů. Co se týče frekvence stlačování hrudníku, tuto informaci bohužel nikdo nezmínil. Frekvence je dle Krenčíkové et al., (2017) 100- 120x za minutu. Jak můžeme vidět v tabulce 10, dispečeri doporučují nepřestávat s resuscitací až do příjezdu ZZS. I Krenčíková et al., (2017) doporučuje stejný postup, pokračovat v resuscitaci až do příjezdu ZZS. Druhá otázka se týkala spolupráce rodičů s dispečery. Dle Šeblové a Knora (2018) je důležité zklidnit rodiče, a docílit toho, aby tuto stresovou situaci zvládli. Někteří respondenti dávají přednost tomu, aby rodič předal telefon někomu jinému. Jiní zase souhlasí se zklidněním rodičů, jako udává Šeblová a Knor (2018), a mají snahu dostat rodiče na svoji stranu.

Kategorie 10 obsahuje pouze jednu otázku. Tato otázka se týkala postupu při ukončení telefonického hovoru v průběhu poskytování TANR. Franěk (2013) uvádí, že ten, kdo rozhoduje o ukončení hovoru, je právě dispečer. S tímto názorem se musím ztotožnit, protože pokud TANR ukončí volající dříve než dispečer, může to mít fatální dopad pro pacienta.

Pokud ale došlo k ukončení hovoru z druhé strany, navíc v situaci při TANR, je na místě pokusit se zavolat zpět. Takto by postupoval R7 a R9. Oproti tomu R3 odpověděl, že v tomto případě se nedá dělat nic. A žádný další pokus o volání zpět nezmninil. Dle mého názoru by měl dispečer udělat maximum pro to, aby mohl v dané situaci pomoci. Bohužel má dispečer k dispozici pouze telefon a z pracovního místa nemůže odejít. Proto si myslím, že je na místě zachránci zavolat zpět. Je to to jediné, co může po vyslání výjezdové skupiny na místo události dispečer udělat.

Další otázka, která je zahrnuta v kategorii 11, se týkala vyškolených laiků. Konkrétně nás zajímalo, jestli dispečeri při TANR doporučují umělé dýchání právě vyškoleným zachráncům. Všichni respondenti R1- R10 se u této otázky shodli. Nikdo z nich umělé dýchání nedoporučuje (Tabulka 12). V časopise Urgentní medicína (2015) se píše, že: *„Pokud jste vyškolení a můžete provádět umělé dýchání, strídejte srdeční masáž s umělým dýcháním.“* V příloze 2 je k nahlédnutí algoritmus základní neodkladné resuscitace s použitím AED pro vyškolené zachránce. Jediný, kdo se víceméně ztotožňuje s tímto krokem je R5, který zdůrazňuje, že laik musí vdechy opravdu umět, a pokud si na tento krok věří, a ví, co má dělat, pak je možné, aby to zkusil. Žádný další respondent se s tím neshoduje.

Poslední otázka rozhovoru je zahrnutá do kategorie 12. Otázka se týkala využití first responderů v rámci TANR. Šeblová a Knor (2018) zmiňují first respondery přímo v postupu TANR. Udávají, že pokud je first responder dostupný, tak by se měl na vyžádání aktivovat. Respondenti se shodují s postupem Šeblové a Knora (2018). Všichni odpověděli, že pokud je potřeba, vždy se first respondenti aktivují. Myslím si, že first respondeři jsou opravdu velkou výhodou, zvláště na vzdálenějších místech od ZZS.

6 Závěr

Naše bakalářská práce se zabírala tématem příjmu tísňové výzvy na lince 155. Pro získání výsledků výzkumné části byl vybrán kvalitativní výzkum za použití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Pro tuto práci byly vybrány dva cíle. Cíl 1: Zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dospělých. Cíl 2: Zmapovat znalosti dispečerů v poskytování první pomoci při TANR dětí. Výzkumné otázky byly vybrány také dvě. Výzkumná otázka 1: Jak postupují dispečeri v TANR dospělých? Výzkumná otázka 2: Jak postupují dispečeri v TANR dětí?

První výzkumná otázka se zabírala postupem dispečerů u TANR dospělých. U této první otázky ukázaly výsledky naší práce, že dispečeri ZOS jsou si poskytováním instrukcí pro neodkladnou resuscitaci dospělých jistí. Ukázalo se, že dispečeri mají pro tuto situaci vypracovaný protokol, podle kterého mohou postupovat. Dispečeri dobře vědí, jak instruovat záchránce například ke kontrole dechu či vědomí. Dále se zaměstnanci shodují na jedné věci, a to je používání AED. Pokud se AED nachází v blízkosti nehody nebo je na místě události více lidí, je využití AED vždy doporučeno. Naopak v čem se dispečeri neshodovali, byla problematika odmítnutí TANR volajícím. Každý dispečer měl na tuto problematiku jiný pohled a každý to v praxi dle výsledků praktikuje rozdílně. Jako doporučení by bylo vhodné zařadit do školicích programů komunikační schopnosti nebo vytvořit postup, jak pracovat s lidmi, kteří odmítají pomoci.

Druhá výzkumná otázka se zabírala problematikou, jak dispečeri postupují u TANR dětí. Samozřejmě nás zajímal postup, sled instrukcí, jak mají dospělí postupovat při záchraně dítěte. Zkusili jsme také položit otázku opačným směrem. Zajímalo nás, jak by vypadaly instrukce, kdyby TANR poskytovalo dítě. Postup u TANR dítěte, tedy instrukce dospělému, byly velmi dostačující. Všichni se shodli na podání 5 úvodních vdechů, což je u dětí stěžejní. Bohužel přesnou techniku provedení umělého dýchání u dětí jsme se dozvěděli jen od jednoho respondenta. Na otázku, zda TANR v podání dítěte má smysl, a jaké instrukce případně od dispečerů dostane, jsme dostali velmi odlišné informace. Je zřejmé, že se s touto možností dispečeri často nesečká. Výhodný pro dispečery by byl nácvik různých modelových situací.

Výsledky naší práce nám ukázaly, že znalosti dispečerů v poskytování TANR jak dospělých, tak dětí, jsou velmi dobré. Drobnosti, ve kterých se dispečerů neshodovali, a které se přímo postupů TANR netýkaly, by se daly snadno odstranit. Zaměstnavatel by mohl zařadit komunikační schopnosti na různých školeních. Také by bylo přínosné zkoušet různé modelové situace.

Příjem tísňové výzvy a problematika TANR jsou velmi obsáhlá témata. Naše bakalářská práce byla vytvořena pouze jako souhrn informací týkajících se ZOS a problematiky TANR. Výsledky práce vedly k vytvoření jakéhosi manuálu pro dispečery, který se zabývá již zmíněnou problematikou.

7 Použitá literatura

7.1 Zahraniční zdroje

1. ALEXANDER, Tyler D., Shaun K. MCGOVERN, Marion LEARY, Benjamin S. ABELLA a Audrey L. BLEWER. Association of state-level CPR training initiatives with layperson CPR knowledge in the United States. *Resuscitation* [online]. 2019, 140, 9-15 [cit. 2019-11-21]. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2019.04.037. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957219301534>
2. HUANG, Shuo Kuen, Chih-Yu CHEN, Hong-Mo SHIH, Shao-Jen WENG, Shih-Chia LIU a Fen-Wei HUANG. Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation: Differential Effects of Landline, Mobile, and Transferred Calls. *Resuscitation* [online]. 2019 [cit. 2019-12-25]. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2019.11.008. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957219306975>
3. MÍGUEZ-NAVARRO, Concepción, Beatriz PONCE-SALAS, Gloria GUERRERO-MÁRQUEZ, Jorge LORENTE-ROMERO, Elena CABALLERO-GROLIMUND, Arístides RIVAS-GARCÍA a María Ana ALMAGRO-COLORADO. The Knowledge of and Attitudes Toward First Aid and Cardiopulmonary Resuscitation Among Parents. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2018, 42, e91-e96 [cit. 2019-11-21]. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.03.010. ISSN 08825963. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596317303627>
4. PÉTER, Marcell, Henrietta BÁNFAI-CSONKA, Attila PANDUR, Bence SCHISZLER, Balázs RADNAI, József BETLEHEM a Bálint BÁNFAI. Effectiveness of telephone-assisted first aid among young laypeople - a simulation study. *Resuscitation* [online]. 2019, 142 [cit. 2019-11-21]. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2019.06.176. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957219303909>
5. VAN TULDER, Raphael, Dominik ROTH, Christof HAVEL, et al. „Push as Hard as You Can” Instruction for Telephone Cardiopulmonary Resuscitation: A Randomized Simulation Study. *The Journal of Emergency Medicine* [online].

2014, 46(3), 363-370 [cit. 2019-11-21]. DOI: 10.1016/j.jemermed.2013.08.067.
ISSN 07364679. Dostupné z:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0736467913010585>

7.2 České zdroje

1. ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. Praha: Grada, 120 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. FRANĚK, Ondřej. Dispečink je klíčem k záchranné službě. Sestra [online]. 2010, roč. 20, č. 7-8 [2019-12-30]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/dispecink-je-klicem-k-zachranne-sluzbe453255>. ISSN 1210-0404
3. FRANĚK, Ondřej. Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska. 7. vyd. [Praha: O. Franěk], 2013. ISBN 978-80-905651-0-4.
4. HZSČR, © 2019. Integrovaný záchranný systém [online]. Citováno [2019-12-30]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/zachranny-utvar-hzs-cr-menu-integrovaný-zachranny-system-o-izs--o-izs.aspx>
5. KRENČÍKOVÁ, Jaroslava et al., ed. RESUSCITACE – ZPRAVODAJ ČESKÉ RESUSCITAČNÍ RADY:: Telefonicky asistovaná první pomoc (TAPP). Urgentní medicína. 2017, 20(3), 2-8. ISSN 1212-1924.
6. KROFTOVÁ, Hana., 2013. Zlomyslné volání na tísňovou linku [online]. Citováno [2019-12-29]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/zlomyslne-volani-na-tisnovou-linku.aspx>
7. MACH, Jan a MUCHA, Josef. Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 320 s. ISBN 978-802-4736-839.
8. MIKULÁŠTÍK, Milan. Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
9. MVČR, © 2019. Tísňová volání [online]. Citováno [2019-12-29]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/tisnove-volani.aspx>
10. MZČR. Předpis č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011. částka 20, s. 482 - 544. ISSN 1211-1244

11. PLAMÍNEK, Jiří. Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.
12. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
13. ŠEBLOVÁ, J.: Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. [online] 112, č. 3, Dostupné z: www.bozpinfo.cz/knihovna/bozpinfo/citarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html
14. ŠEBLOVÁ, Jana; KNOR, Jiří. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
15. ŠTĚTINA, Jiří. Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
16. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. MEDIPRAX CB s.r.o, 2015, 18(mimořádné vydání). ISSN 1212-1924.
17. VILÁŠEK, Josef, FIALA, Miloš, VONDRÁŠEK, David. Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století. 1.vyd. Karolinum, 2014, 190s. ISBN 978-80-246247-7-8
18. Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, 2012. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 82, s. 3226-3231. ISSN 1211-1244.
19. Zákon č. 374/2011b Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4839-4848. ISSN 1211-1244
20. Zákon č. 40/2009 Sb., ze dne 8. ledna 2009, Trestní zákon. In: Sbírka zákonů České republiky. 2009, částka 11, s. 354-464. ISSN 1211-1244
21. Zákon č. 372/2011a Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244
22. Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících

- zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244
23. MZČR. Předpis č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. 2011. částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244
24. MZČR. Vyhláška č. 385/2006 Sb., ze dne 1. 4. 2007, Vyhláška o zdravotnické dokumentaci. In: Sbírka zákonů České republiky. 2007. Částka 122/2006 Sb.
25. MZČR. Vyhláška č. 434/1996 Sb., ze dne 07. 09. 1992. O zdravotnické záchranné službě. Sbírka zákonů České republiky. 1992. Částka 86/1992 Sb.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

Příloha 2: Algoritmus základní neodkladná resuscitace dospělých s pomocí AED pro vyškolené záchránce

Příloha 3: Základní neodkladná resuscitace dítěte

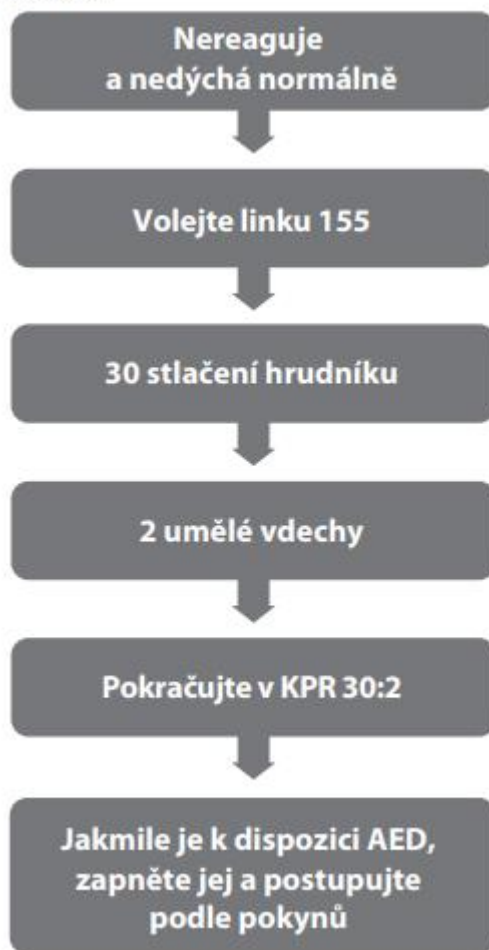
Příloha 1: Otázky k rozhovoru

1. Kolik je Vám let?
2. Jste žena/muž?
3. Jaká je délka Vaší praxe na operačním středisku?
4. Máte osobní zkušenosti s poskytováním neodkladné resuscitace?
5. Jak často se setkáváte s problematikou TANR?
6. Volají častěji dospělí nebo děti?
7. Jak postupujete u TANR, když zavolá malé dítě? K čemu ho instruujete a má TANR v podání dítěte smysl?
8. Máte nějaká speciální komunikační výcvik pro komunikaci s dětmi?
9. Jak postupujete u TANR dospělého pacienta a jak postupujete, když volající odmítá TANR provádět?
10. Je za neposkytnutí TANR nějaký postih?
11. Navádíte laiky, aby používali AED, pokud je na místě? Víte, kde jsou?
12. Jak probíhá TANR, když je pouze jeden záchránce a dva zraněný?
13. Jak postupujete u TANR, když zavolá dospělý a v bezvědomí je dítě, spolupracují rodiče?
14. Jak postupujete u TANR dítěte nebo i dospělého, když se hovor ukončí a už se nedovoláte?
15. Jak postupujete u TANR, když záchránce je vyškolený laik? Doporučujete umělé dýchání?
16. Může s AED manipulovat i dítě? Nemůže pacientovi ublížit?
17. Posíláte na vzdálenější místa od ZZS first respondery?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2: Algoritmus základní neodkladné resuscitace dospělých pomocí AED pro vyškolené záchránce

Obr. 1.3 Algoritmus základní neodkladné resuscitace s použitím automatizovaného externího defibrilátoru



Zdroj: Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. MEDIPRAX CB s.r.o, 2015, 18(mimořádné vydání). ISSN 1212-1924.

Příloha 3: Algoritmus základní neodkladné resuscitace dětí

Obr. 1.17 Algoritmus základní neodkladné resuscitace u dětí



Zdroj: Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči.
MEDIPRAX CB s.r.o, 2015, 18(mimořádné vydání). ISSN 1212-1924.

9 Použité zkratky

ZOS zdravotnické operační středisko

ZZS zdravotnická záchranná služba

TANR telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace

TAPP telefonicky asistovaná neodkladná první pomoc

AED automatizovaný externí defibrilátor

IZS integrovaný záchranný systém

CPR kardiopulmonální resuscitace