

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Diplomová práce

Dana Seidlová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Komunikačně náročné situace na zdravotnické záchranné službě z pohledu zdravotnického záchranáře

vedoucí práce:

PhDr. Pavel Kusák, CSc. (akademický rok 2011/2012)

doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D. (od akademického roku 2012)

Olomouc 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Šumperku, dne 9. 3. 2014

.....

Dana Seidlová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucím práce PhDr. Pavlu Kusákovi, CSc., doc. PhDr. Ireně Plevové, Ph.D., a Mgr. Radce Roučové za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Poděkování patří také všem zdravotnickým záchranářům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníku, neboť bez jejich pomoci a spolupráce by výzkum nemohl vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA ČESKÉ REPUBLIKY.....	11
1.1 Historie a vývoj	11
1.2 Přednemocniční neodkladná péče	14
1.3 Zdravotnická záchranná služba.....	15
1.4 Nelékařský zdravotnický pracovník v přednemocniční neodkladné péči na pozici zdravotnického záchranáře	17
1.4.1 Zdravotnický záchranář	18
1.4.1.1 Osobnost zdravotnického záchranáře	19
1.4.2 Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí	21
1.4.3 Právní podklady pro činnost NLZP v PNP	22
1.4.4 Odborné kompetence NLZP v PNP	22
1.5 Rizika v práci u zdravotnické záchranné služby	23
1.5.1 Stres.....	25
1.5.1.1 Akutní reakce na stres	28
1.5.1.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSP).....	29
1.5.1.3 Syndrom vyhoření	29
1.5.2 Frustrace.....	32
1.5.3 Deprivace	33
1.5.4 Konflikt	34
1.6 Pacient v podmínkách přednemocniční neodkladné péče (dále jen v PNP).....	34
1.6.1 Dělení pacienta v PNP podle druhu onemocnění	35
1.6.2 Bolest, strach a úzkost u pacienta v PNP	37
2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	39
2.1 Funkce komunikace ve zdravotnictví	39
2.2 Struktura komunikačního procesu	40
2.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem	41
2.4 Verbální komunikace.....	43
2.5 Neverbální komunikace	43
3 KOMUNIKACE V PNP	48
3.1 Typy komunikace zdravotnického záchranáře v PNP	48

3.1.1	Komunikace mezi dispečinkem a zdravotnickým záchranářem	48
3.1.2	Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem	49
3.1.3	Komunikace zdravotnického záchranáře s rodinnými příslušníky	51
3.1.4	Komunikace zdravotnického záchranáře se svědky události.....	52
3.1.5	Komunikace v záchranářském týmu	52
3.1.6	Komunikace s ostatními složkami integrovaného záchranného systému	53
3.1.7	Komunikace při předávání pacienta do zdravotnického zařízení	53
4	KOMUNIKAČNĚ NÁROČNÉ SITUACE V PNP	55
4.1	Psychologická podstata komunikačně náročných situací v PNP.....	55
4.2	Dělení komunikačně náročných situací v PNP.....	57
4.2.1	Podle vlivu zasahujících faktorů můžeme komunikačně náročné situace rozdělit na situace vyvolané:.....	57
4.2.2	Podle převažujícího vlivu působení zasahujících faktorů mohou nastat různé varianty vzniku komunikačně náročných situací:	57
4.2.3	Podle očekávatelnosti vzniku můžeme rozdělit komunikačně náročné situace na očekávané a neočekávané:	58
4.2.4	Podle množství účastníků na místě zásahu můžeme rozdělit komunikačně náročnou situaci:	58
4.3	Sociální dovednosti zdravotnického záchranáře při řešení komunikačně náročných situací	59
4.4	Komunikační náročnost situace u zdravotnického záchranáře.....	59
4.5	Předcházení vzniku komunikačně náročných situací	60
4.6	Obecné zásady krizové komunikace se zachraňovanými osobami	60
4.7	Komunikačně náročné situace u specifických typů pacientů	61
4.7.1	Komunikace s agresivním jedincem	62
4.7.2	Komunikace s osobou pod vlivem psychoaktivní látky (návykové látky – látky vyvolávající závislost)	67
4.7.2.1	Osoba pod vlivem návykové látky - drogy.....	67
4.7.2.2	Osoba pod vlivem návykové látky - alkohol.....	70
4.7.3	Komunikace se suicidantem (osobou ohroženou sebevražedným jednáním)	72
4.7.4	Komunikace s pacientem při náhlém psychotickém onemocnění	77
4.7.5	Komunikace s dětským pacientem.....	80
4.7.6	Komunikace se seniory	85

4.7.7	Komunikace s pozůstalými a blízkými osobami pacienta	87
4.7.8	Komunikace s pacienty s postižením (handicapovanými pacienty)	89
4.7.9	Komunikace s cizími státními příslušníky	91
4.7.10	Komunikace při hromadném neštěstí	92
5	ZPŮSOBY VYROVNÁVÁNÍ SE S NÁSLEDKY KOMUNIKAČNĚ NÁROČNÝCH SITUACÍ V PNP	95
5.1	Ochrana psychického zdraví u zdravotnických záchranářů	96
5.1.1	Psychohygiena	96
5.1.2	Rozšířené možnosti psychohygieny u zdravotnických záchranářů	97
5.1.2.1	System psychosociální intervenční služby	97
5.1.2.2	Critical Incident Stress Management (CISM)	99
5.1.3	Vlastní postupy zdravotnického záchranáře	100
II.	EMPIRICKÁ ČÁST	102
6	CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	102
6.1	Hlavní cíl	102
6.2	Dílčí cíle pak jsou:	102
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	104
8	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	105
8.1	Charakteristika zkoumaného vzorku	105
8.2	Výzkumná metoda	109
8.3	Organizace dotazníkového šetření	110
9	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	112
9.1	Výzkumná otázka č. 1: S jakými komunikačně náročnými situacemi se zdravotničtí záchranáři nejčastěji setkávají?	113
9.2	Výzkumná otázka č. 2: Které komunikačně náročné situace považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější? Jaké existují rozdíly ve vnímání náročnosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání?	114
9.3	Výzkumná otázka č. 3: Na které komunikačně náročné situace se cítí zdravotničtí záchranáři subjektivně málo připraveni? Jaké existují rozdíly ve vnímání subjektivní připravenosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání?	119
9.4	Výzkumná otázka č. 4: Jaké zvládací strategie u zdravotnických záchranářů převládají po skončení komunikačně náročných situací? Jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými pohlavími?	125

9.5	Výzkumná otázka č. 5: Existují stanovené standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb?	129
9.6	Výzkumná otázka č. 6: Jak zdravotničtí záchranáři hodnotí psychosociální péči svého zaměstnavatele a jaká péče je jim nabízena?.....	131
9.7	Výzkumná otázka č. 7: Umožňují zaměstnavatelé zdravotnickým záchranářům vzdělávat se v oblasti komunikace s pacientem, komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch?	134
9.8	Výzkumná otázka č. 8: Jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí v oblasti komunikačně náročných situací?	136
10	DISKUSE A ZÁVĚR	138
10.1	Doporučení pro praxi.....	144
	SOUHRN	146
	SUMMARY	148
	REFERENČNÍ SEZNAM	150
	SEZNAM ZKRATEK	156
	SEZNAM OBRÁZKŮ	157
	SEZNAM TABULEK	158
	SEZNAM GRAFŮ	160
	SEZNAM PŘÍLOH	161
	PŘÍLOHY	I
	Příloha A: Dotazník.....	I
	Příloha B: Analýza dalších otázek z dotazníku.....	IX
	Příloha C: Obrázek Kryštůfka záchranáře.....	XXIV

ÚVOD

„Člověk nezískává obdiv a úctu jiného člověka svým vzhledem či vzděláním, ale bezprostředně kladným vztahem k němu.“ (W. H. Bragg)

Člověk vstupuje denně do kontaktu s jinými lidmi. Při setkání s druhým člověkem se vzájemně vnímáme, komunikujeme, ovlivňujeme se. Při komunikaci tak uspokojujeme základní potřebu sociálního kontaktu. Komunikace je nedílnou součástí našeho života a v podstatě nelze nekomunikovat. I když nemluvíme, stejně se projevujeme, neboť i svým mlčením, nehnutým obličejem či celkovým dojmem něco sdělujeme (Matoušková, Spurný, 2005).

Komunikace s pacienty v přednemocniční neodkladné péči je oproti komunikaci ve zdravotnictví specifičtější a náročnější. Komunikace probíhá v nemedicínském prostředí, v nestandardních podmínkách, často v časové tísní a pod velkým psychickým a fyzickým tlakem, obvykle s bezprostřední kontrolou veřejnosti (Dobiáš a kol., 2012). Komunikovat s pacientem, který je v akutním stavu, má trápení, často prožívá úzkost a velkou bolest a má strach o svůj život, není vůbec jednoduché. Stejně tak náročné je se s pacientem domluvit a získat či předat informace. Efektivní a empatická komunikace je základem každé ošetrovatelské péče a je nezbytná, neboť pomáhá pacientovi lépe zvládnout krizovou situaci. Profese zdravotnického záchranáře je velice náročná. Na zdravotnického záchranáře jsou kladeny vysoké požadavky. Předpokladem kvalitní práce zdravotnického záchranáře je zvládnutí odborných kompetencí, profesionální přístup, umění se ovládat, ctít pacienta jako individuální bytost a současně se umět přizpůsobit novým metodám, postupům, průběžně se vzdělávat či umět pracovat v týmu (Andršová, 2012). Zdravotníci záchranáři se při výkonu své profese často ocitají v situacích, které můžeme označit jako komunikačně náročné. Jedná se o situace, které s sebou nesou vysoký potenciál naléhavosti. Nestandardnost těchto situací klade specifické nároky na sociální způsobilost zdravotnických záchranářů. Zdravotnický záchranář tak musí umět komunikovat kdykoliv, kdekoliv a na úrovni potřebné k zvládnutí situace, umět své chování přizpůsobit okolnostem. Musí mít na místě zásahu rychlý, intuitivní a psychologický odhad všech přítomných osob, jejich vzájemných vazeb a míry jejich stresu. Jelikož k řešení komunikačně náročných situací neexistují univerzální návody, je jejich zvládnutí podmíněno schopnostmi zdravotnického záchranáře zachytit včas signály možného vzniku, odhadnout příčiny jejich vzniku a

správně zvolit psychologické prostředky. Při doznívání následků komunikačně náročné situace se musí umět s nimi vyrovnat (Matoušková, Spurný, 2005).

Tématem mé diplomové práce jsou komunikačně náročné situace u zdravotnické záchranné služby z pohledu zdravotnického záchranáře. Toto téma jsem si vybrala ze dvou důvodů: Jednak mi je profesně blízké. Pracuji již deset let u zdravotnické záchranné služby jako zdravotnický záchranář. A vím, že komunikovat s pacientem v terénu je velice náročné a příprava ve škole je minimální. Nikdo záchranáře nenaučí komunikovat například s rodiči umírajícího dítěte. Musí si na to přijít sám. Další motivací k sepsání diplomové práce na toto téma bylo to, že v současné odborné literatuře tato problematika v ucelené podobě chybí. Ve své diplomové práci se zaměřuji na psychologickou podstatu komunikačně náročných situací a jejich úspěšné zvládnutí. Protože jsem si vědoma velké šíře této problematiky, vybrala jsem pouze ty komunikačně náročné situace, které pro svoji závažnost a četnost výskytu považuji v záchranářské praxi za významné.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám problematikou komunikace v náročných situacích v přednemocniční neodkladné péči. V první kapitole se věnuji historii a vývoji zdravotnické záchranné služby v České republice a popisuji osobnost zdravotnického záchranáře. V druhé kapitole se zaměřím na komunikaci ve zdravotnictví. Ve třetí kapitole se budu věnovat konkrétněji komunikaci v přednemocniční neodkladné péči a jejím specifikům. Čtvrtá kapitola je nejobsáhlejší a uvádím v ní psychologickou podstatu komunikačně náročných situací, dělení komunikačně náročných situací a jsou v ní uvedené postupy, jak komunikovat v náročných situacích se specifickými typy pacientů. V páté kapitole budou představeny způsoby vyrovnávání se s následky komunikačně náročných situací.

Praktická část diplomové práce je pak formou výzkumné metody zaměřena na subjektivní náhled zdravotnických záchranářů na různé typy komunikačně náročných situací, dále na psychosociální péči poskytovanou zaměstnavatelem i náhled na další vzdělávání v této oblasti a to, jakou formu vzdělávání preferují samotní zdravotničtí záchranáři a zda jim zaměstnavatel umožňuje se v této oblasti vzdělávat.

V závěru diplomové práce je provedeno vyhodnocení zjištěných výsledků s návrhem na doporučení pro praxi.

Hlavním cílem diplomové práce je získat vhled do osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi, posouzení jejich subjektivní pocíťované připravenosti na tyto situace a vnímané náročnosti těchto situací a identifikace faktorů přispívajících k jejich zvládnání. Cílem dalších analýz je hledání efektivních forem psychosociální pomoci a dalšího vzdělávání zdravotnických záchranářů ze strany zaměstnavatele.

Dílčí cíle pak jsou:

- Zjistit, ve kterých komunikačně náročných situacích se zdravotničtí záchranáři nejčastěji ocitají.
- Zmapovat, které z těchto situací považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější a na které se cítí subjektivně jen málo připraveni.
- Zjistit, jak se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají s následky komunikačně náročných situací.
- Zanalyzovat, jak zaměstnávající organizace pomáhá či může pomáhat při přípravě na komunikačně náročné situace, tj.:
 - Zda mají pro řešení komunikačně náročných situací přesně stanovené postupy, řídí se vytvořenými standardy apod.
 - Zda po náročném výjezdu pečují o duševní zdraví záchranářů ve smyslu, které služby jsou dostupné, jak je na ně nahlíženo, jak jsou uživatelé těchto služeb spokojeni.
 - Zda zaměstnavatelé umožňují zdravotnickým záchranářům se vzdělávat v oblasti komunikačně náročných situací.
 - Zjistit, jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí na téma komunikace v náročných situacích.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA ČESKÉ REPUBLIKY

1.1 Historie a vývoj

Historie poskytování pomoci nemocným a raněným je stejně stará jako lidstvo samé. Lidé se totiž od nepaměti zabývali předcházení onemocněním, péčí o udržení zdraví a také poskytováním pomoci raněným a vážně nemocným. Touha si vzájemně pomáhat a poskytovat pomoc při zranění souvisela s přežitím sociální skupiny. I Hulová nás upozorňuje na to, že *„každá spoločnosť uznáva potrebu starať sa a poskytovať pomoc tým, ktorí trpia vážnymi chorobami, alebo u ktorých došlo k náhlemu ohrozeniu zdravia a života, a nie sú schopní si sami pomôcť a postarať sa o seba“* (Dobiáš a kol., 2012, s. 700). První pokusy o zorganizování záchranné služby v Praze existovaly již koncem 18. století. Prováděla se preventivní opatření při hromadných akcích. Tak například při korunovační slavnosti Františka II. konané v roce 1792 byla zřízena pohyblivá stanoviště lékařů, ranhojičů a porodních bab (Dvořáček, 2010).

Avšak první historicky doloženou společností zabývající se poskytováním první pomoci na území Prahy, byla „Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších“, založená v roce 1798. Jejím tajemníkem byl Adalbert Vincenc Zarda, doktor filozofie a lékařského umění, emeritní profesor policejní medicíny a člen Royal Human Society v Londýně. V roce 1857 byl v Praze ustaven Pražský dobrovolný sbor ochranný. Jeho vznik podnítil policejní ředitel a c. k. dvorní rada baron Paumann (Slabý, 2003). Historii zdravotnické záchranné služby u nás můžeme tedy počítat od 8. prosince 1857, kdy císařské a královské místodržitelství schválilo stanovy dobrovolného sdružení. Současně po zřízení sboru následovalo nařízení c. k. policejního ředitelství všem okresním policejním komisařstvím, aby mužstvo stráže ve všem konání sbor podporovalo. Do sboru se přihlásilo 36 dobrovolníků nejrůznějších profesí, z toho nejvíce z řad hasičů a několika členů Červeného kříže. Pouze tři členové sboru byli zdravotníky (Dvořáček, 2010).

„Cílem sboru bylo ochrániti, co jest ochrany hodno, zachrániti v každém druhu nebezpečí jak životy lidské, tak i majetek spoluobčanů dobrovolně, neohroženě a nezištně“ (Dvořáček, 2010, s. 30).

Členové družstva byli označeni červeno-bílou stuhou na levé paži, potom sborovým odznakem a uniformou, která připomínala spíše průvodčí. Sbor se účastnil řady zásahů při povodních, požárech a jiných katastrofách, svojí náplní práce byl blíže k hasičům (Dvořáček, 2010). Proměněn v klasickou pražskou záchrannou stanici byl až podle vzoru Vídeňské záchranné společnosti, která byla založena po požáru vídeňského dvorního divadla Ringstheater 9. prosince 1881. V roce 1890 rozšiřuje Pražský dobrovolný ochranný sbor svoji činnost a podle vzoru jiných měst zprovozuje v budově v dolní části Václavského náměstí záchrannou stanici, aby mohl poskytnout při náhlých nemocech a úrazech odpovídající bezplatnou první pomoc. V tomto roce byla také zavedena nepřetržitá služba, získány dopravní prostředky a byly schváleny nové stanovy (Slabý, 2003). Pražská záchranná služba je tak nejstarší záchrannou službou ve střední Evropě (Dvořáček, 2010). Již v roce 1858 byly sboru doručeny písemně žádosti o zaslání zprávy týkající se jeho činnosti městy Opavou, Lvovem a Olomoucí. Žádostem bylo vyhověno, lze tedy vyvodit, že k vytvoření obdobných sborů docházelo i v jiných městech v Čechách i na Moravě (Slabý, 2003).

Jako dopravní prostředky byly používány zpočátku nosítka a dvoukoláky zvané etui neboli penál a různé povozy a kočáry s koňmi, jež byly poeticky nazývány ambulantními vozy. V Praze byl zakoupen první automobil v roce 1910. Roku 1924 se pak na pražských sanitkách objevily sirény. Od 1. 1. 1924 se sbor po dohodě s městem Prahou stal službou obecního zařízení a byl mu uznán poloúřední charakter. V roce 1924 byl zrušen koňský povoz a byla podepsána dohoda s pražskou obcí o povinnosti mít určitý počet automobilových vozidel. Po roce 1945 se u nás změnil charakter, úkoly i samotný základ zdravotnické péče, a to znamenalo i změny pro záchrannou stanici. Převozy nemocných vykonávaly mimo záchranné stanice také národní výbory, Červený kříž, nemocnice, závody a hasičské sbory. V roce 1949 se záchranná stanice zařadila pod přímou správu Ústředního národního výboru v Praze (Slabý, 2003).

V 50. letech 20. století se značně zmenšil význam zdravotní činnosti dobrovolných zdravotníků, neboť státní zdravotní správa postupně zřizovala rozsáhlou síť zdravotnických zařízení, rychlým tempem přibývalo lékařů a ostatních profesionálních zdravotnických pracovníků. Odborná zdravotní služba tak byla každým

rokem dostupnější jak ve městech, tak i na venkově. V roce 1952 se socialistické zdravotnictví reorganizovalo do ústavů národního zdraví (okresních i krajských), a proto také počátkem tohoto roku byl přijat zákon o převedení civilních a současně také hasičských vozidel upravených jako vozy záchranné služby pod správu okresních ústavů národního zdraví. Toto opatření bylo velmi nepopulární pro místní jednotky, které jen velmi nerady odevzdávaly vozy, které si členové často sami upravili, a tyto vozy sloužily celé obci. Nařízením ministerstva zdravotnictví č. 24/1952 Sb., o organizaci preventivní a léčebné péče, byly definovány i stanice záchranné služby. Na základě vyhlášky ministerstva zdravotnictví z téhož roku zajišťovali v menších městech přednemocniční neodkladnou péči obvodní lékaři a sestry mimo svoji ordinační dobu jako tzv. lékařskou službu první pomoci. Vytváření zdravotnické záchranné služby začalo v prosinci 1974 podle metodického opatření ministerstva zdravotnictví č. 34 – Zásady organizace a poskytování první pomoci a zásady organizace služby rychlé zdravotnické pomoci, které bylo na tehdejší dobu velmi pokrokové. Začátky činnosti záchranné služby byly spjaty od roku 1978 s oddělením ARO (oddělení anesteziologie a resuscitace), které se osamostatňovaly od chirurgických oborů. Přes den na výjezdy vyjížděli lékaři z oddělení anesteziologie a resuscitace a po dobu služeb i lékaři sloužící na jiných pracovištích (Dvořáček, 2010).

V roce 1987 byla oficiálně zahájena činnost letecké záchranné služby, a to na letišti v Praze – Ruzyni. Po roce 1989 byly zrušeny krajské i okresní ústavy národního zdraví, polikliniky a rovněž i obvodní praxe se postupně privatizovaly, vytvářel se systém krajských a okresních nemocnic, sestavoval se systém zdravotního pojištění a ve zdravotnictví jako celku došlo k velkým změnám (Slabý, 2003).

Důležitým přelomem v budování a organizaci záchranných služeb se stala vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, která nabyla účinnosti 1. ledna 1993. Vznikaly samostatné organizace záchranné služby, nastal trend osamostatňování středisek záchranné služby a jejich vyčlenění z nemocnic. Zmíněná vyhláška nově sestavila zásady přednemocniční neodkladné péče a určila zásady výstavby sítě zdravotní záchranné služby. Od roku 1993 bylo v provozu deset územních středisek záchranné služby s posádkami v systému rychlé lékařské pomoci a lékařské služby první pomoci pod správou Ministerstva zdravotnictví ČR. Postupně se začaly zřizovat pod záštitou okresních středisek záchranné služby oblastní výjezdové skupiny v systému rychlé lékařské pomoci, která si spravovala stránku vybavenosti

a financování svých spádových středisek. Bylo zřízeno 82 okresních středisek zdravotnické záchranné služby. Zdravotnická záchranná služba byla začleněna do integrovaného záchranného systému, a to na základě zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Další zlom nastal 1. ledna 2003, kdy vzniklo 14 krajských územních středisek záchranné služby a 1. ledna 2004, kdy přešla všechna okresní střediska záchranné služby pod přímou správu územních středisek záchranné služby v daném kraji. Tato střediska jsou nyní zřizovaná krajskými úřady a zodpovídají za poskytování přednemocniční neodkladné péče (za záchrannou službu) na území kraje (Dvořáček, 2010).

1.2 Přednemocniční neodkladná péče

Podle zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, se přednemocniční neodkladnou péčí (dále jen PNP) rozumí neodkladná péče poskytovaná pacientovi na místě vzniku závažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života a také během transportu k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče.

Přednemocniční neodkladná péče je tedy poskytována při stavech:

- Přímého ohrožení života, kdy náhle vzniklé onemocnění, úraz či jiné zhoršení zdravotního stavu vede nebo bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby může vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu.
- Závažného postižení zdraví, kdy náhle vzniklé onemocnění, úraz či jiné zhoršení zdravotního stavu způsobují prohlubování chorobných změn a bez rychlého zásahu zdravotnické záchranné služby mohou vést ke vzniku dlouhodobých či trvalých následků, případně až k náhlé smrti.
- Způsobujících náhle vzniklou intenzivní bolest a náhle vzniklé změny chování a jednání pacienta, který ohrožuje zdraví nebo život svůj nebo jiných osob (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů).

1.3 Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (dále jen ZZS) je zdravotní služba, která na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytuje zejména odbornou přednemocniční neodkladnou péči pacientům se závažným postižením zdraví, anebo v přímém ohrožení života. Součástí zdravotnické záchranné služby jsou i další činnosti stanovené výše uvedeným zákonem o zdravotnické záchranné službě.

Organizační uspořádání zdravotnické záchranné služby pak tvoří ředitelství, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávací a výcvikové středisko (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů).

Zdravotnická záchranná služba má za úkol tyto činnosti:

- Nepřetržitý odborný neodkladný příjem volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému, a to dispečerem zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS).
- Zhodnocuje stupeň naléhavosti tísňového volání, a podle toho vysílá na místo zásahu výjezdové skupiny.
- Řídí a organizuje PNP na místě zásahu, také spolupracuje s velitelem zásahu složek integrovaného záchranného systému.
- Spolupracuje s cílovým zařízením akutní lůžkové péče.
- Podává pokyny k zajištění první pomoci prostřednictvím sítě elektronických komunikací, a to v případě, že je nutné poskytnout první pomoc do příjezdu zdravotnické záchranné služby na místo zásahu.
- Prostřednictvím výjezdových skupin zajišťuje ZZS vyšetření pacienta a poskytnutí zdravotní péče, včetně případných neodkladných výkonů k záchraně života, provedené na místě zásahu, které vedou k obnovení nebo stabilizaci základních životních funkcí pacienta. Během přepravy do cílového zařízení akutní lůžkové péče je pacientovi prostřednictvím zdravotnických pracovníků výjezdových skupin zajištěna soustavná zdravotní péče a nepřetržité sledování hodnot základních životních funkcí, a to až do

okamžiku osobního předání pacienta zdravotnickému pracovníkovi v cílovém zařízení akutní lůžkové péče.

- Přepravuje pacienty letadlem mezi poskytovateli akutní lůžkové péče v podmínkách nepřetržitého poskytování neodkladné péče během přepravy, hrozí-li nebezpečí z prodlení a nelze-li přepravu zajistit jinak.
- Zajišťuje přepravu tkání a orgánů k transplantaci letadlem, pokud hrozí nebezpečí z prodlení, anebo není možné zajistit přepravu jinak.
- V důsledku mimořádných nebo krizových událostí při hromadném postižení osob třídí osoby postižené na zdraví dle odborných hledisek urgentní medicíny.

Přednemocniční neodkladnou péči zajišťují výjezdové skupiny, které mají povahu:

- Skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP) – skládají se z minimálně dvoučlenné posádky, jejichž členy jsou zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání (a to z řidiče záchranné služby a zdravotnického záchranáře nebo sestry se specializovanou způsobilostí).
- Skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP) – skládají se z nejméně tříčlenné posádky, jejichž členem je lékař a zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání (a to zdravotnický záchranář nebo sestra se specializovanou způsobilostí a řidič záchranné služby).
- Výjezdové skupiny mohou vykonávat také činnost v rámci setkávacího systému, kdy dispečer zdravotnického operačního střediska vysílá na místo události jednu nebo více výjezdových skupin rychlé lékařské pomoci nebo rychlé zdravotnické pomoci, kde se setkají. Výjezdové skupiny pak provádějí činnost na místě zásahu podle situace samostatně nebo společně.
- Skupiny letecké zdravotnické záchranné služby – v ní je zdravotnická část posádky nejméně dvoučlenná, ve složení lékař a zdravotnický záchranář nebo sestra se specializovanou způsobilostí.
- Výjezdové skupiny se také podle druhu dopravních prostředků, které využívají při své činnosti, dělí na pozemní, letecké a vodní.

Činnost těchto výjezdových skupin probíhá v nepřetržitém provozu. Rozhodnutí o vyslání jednotlivých výjezdových skupin na místo události podle stupně naléhavosti tísňového volání je v kompetenci operátora zdravotnického operačního střediska. Zdravotnické operační středisko (ZOS) je centrálním pracovištěm operačního řízení, které také pracuje v nepřetržitém režimu. Všichni členové výjezdových skupin jsou povinni splnit pokyn operátora ZOS k výjezdu do dvou minut od obdržení výzvy. Výjimku tvoří letecká výjezdová skupina, kdy velitel letu má právo rozhodovat o provedení letu podle jiného právního předpisu. Výjezdová skupina musí dodržet (s výjimkou nečekaných nebo nepříznivých povětrnostních podmínek či jiných případů hodných zvláštního ohledu) dojezdovou dobu na místo události, která se počítá od momentu převzetí výzvy k výjezdu od operátora ZOS. Dojezdová doba je pak stanovena na 20 minut (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů).

ZZS je v České republice zajišťována příspěvkovými organizacemi, které jsou zřizované kraji a spravované prostřednictvím krajských úřadů. ZZS je financována z veřejného zdravotního pojištění (pokud jde o hrazené služby), ze státního rozpočtu (kterým se hradí provoz letadel pro zdravotnickou záchrannou službu a připravenost při řešení mimořádných a krizových událostí) a z rozpočtů krajů. Zdravotnická záchranná služba je základní složkou integrovaného záchranného systému (Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů).

1.4 Nelékařský zdravotnický pracovník v přednemocniční neodkladné péči na pozici zdravotnického záchranáře

Nelékařskými zdravotnickými pracovníky (dále jen NLZP), kteří pracují v přednemocniční neodkladné péči na pozici zdravotnického záchranáře ve výjezdových posádkách zdravotnických záchranných služeb, jsou výhradně zdravotničtí záchranáři všech typů studia a všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí (sestra pro intenzivní péči) s oprávněním k samostatnému výkonu profese.

1.4.1 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání, výkonu povolání zdravotnického pracovníka bez odborného dohledu získáním odborné způsobilosti. Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči na úseku přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, a také v rámci anesteziologicko – resuscitační péče a v rámci akutního příjmu (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání lze získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách či absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář, pokud bylo ale studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999 (Zákon č. 96/2004 Sb., 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).

Po získání odborné způsobilosti poskytuje zdravotnický záchranář zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními předpisy a podává pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí. Vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů a pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Ošetrovatelskou neodkladnou péči poskytuje ve všech věkových skupinách, v omezeném časovém intervalu, a to na místě vzniku náhlé události, během transportu do zdravotnického zařízení a na odděleních urgentních příjmů. Teoreticky ovládá a prakticky provádí vyšetřovací, diagnostické a léčebné úkoly, včetně povolené medikace u pacientů všech věkových skupin. Asistuje lékařům při výkonech a postupech neodkladné péče. Působí v managementu medicíny katastrof, hromadných neštěstí

a úzce spolupracuje se všemi složkami integrovaného záchranného systému (Nabízené studijní obory pro přijímací řízení: Zdravotnický záchranář, 2014).

1.4.1.1 Osobnost zdravotnického záchranáře

V profesi každého zdravotníka je hlavním nástrojem jeho osobnost, která je podstatnou složkou jeho povolání. Právě jeho osobnost mu úspěšně umožňuje zvládat všechny náročné zátěžové situace, o které není u zdravotnické záchranné služby nouze. Povolání zdravotnického záchranáře výrazně převyšuje rámec běžného povolání. Na zdravotnické záchranáře jsou kladeny mimořádně vysoké nároky a očekává se od nich především to, že zvládnou náročné situace ohrožení lidského života, jsou schopni pracovat v improvizovaných podmínkách, dokážou ovládat své emoce, jsou svědky životních tragédií a spolurozhodují o přežití či nepřežití pacientů. Nutností u každého zdravotnického záchranáře je schopnost zvládat obrovskou psychickou zátěž (Andršová, 2012).

Mezi další osobnostní předpoklady, které by měl mít zdravotnický záchranář, řadíme:

- schopnost rozhodovat se pod časovým tlakem,
- schopnost spolupracovat s jinými lidmi,
- tvůrčí přístup,
- vyrovnanost,
- odolnost vůči zátěži,
- trpělivost,
- empatie (vcítění se do vnitřního světa druhých lidí),
- sebedůvěra,
- sebekontrola,
- schopnost komunikace v různých prostředích,
- asertivita,
- zájem o práci i o další vzdělávání (Špatenková a kol., 2011).

Dle Zacharové a kol. (2007) by měli mít zdravotničtí pracovníci určité osobnostní předpoklady, a to například:

- tvůrčí přístup,
- kritičnost a sebekritičnost,
- dávku empatie (vcítění se do vnitřního světa druhých lidí),
- klidné vystupování, rozvážené, přiměřeně sebevědomé, ne povýšené,
- trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých potřeb a zájmů,
- smysl pro povinnost a odpovědnost,
- smysl pro humor,
- humánní vztah k pacientovi.

V souladu s Ertlovou a Muchou (2000) můžeme stručně shrnout dovednosti, které by měl mít zdravotnický záchranář:

- vysokou míru sebekontroly,
- schopnost vzhledu do nastalé krizové situace,
- účinné (verbální i neverbální) chování.

Také Králová a Plevová (in Špatenková, Králová, 2009) rozdělují profesní kompetence zdravotníků na:

- souhrn profesně odborných předpokladů, které je možno převážně objektivně doložit (u záchranářů by to mohly být doklady o vzdělání a zvyšování kvalifikace, výsledky ze záchranářských soutěží, všestranný přehled aj.);
- soubor vlastností charakterizovaných způsoby chování, které mají vysoký podíl emoční složky (taktnost, ohleduplnost, empatie, trpělivost, ochota, milý přístup aj.);
- soubor výkonových kompetencí (výkon, pracovitost, zručnost, rychlost, zodpovědnost, rozhodnost, schopnost práce ve stresu, postup dle standardů aj.);
- týmovou spolupráci (umět pracovat v týmu, snášenlivost aj.).

Všechny tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost člověka, jeho profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Andršová, 2012).

1.4.2 Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí

U zdravotnické záchranné služby mohou pracovat mimo zdravotnických záchranářů také sestry se specializovanou způsobilostí. Jedná se o všeobecné sestry se specializačním vzděláním v oboru intenzivní péče s označením odbornosti „sestra pro intenzivní péči“, a to podle nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Pro samostatný výkon profese v posádkách ZZS musí mít všeobecná sestra toto specializační vzdělání (Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších právních předpisů).

Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnostickou péči podle § 17, stejně jako zdravotnický záchranář (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

V rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, není tato sestra pro intenzivní péči oprávněna vykonávat činnosti operátora zdravotnického operačního střediska a také provádět nebo zajišťovat bezpečné vyproštění, polohování či zajišťovat bezpečnost pacientů při transportu. Toto oprávnění získá až po úspěšném absolvování certifikovaného kurzu.

Specializační vzdělávání patří mezi jednu z forem celoživotního vzdělávání, které vede k prohloubení kvalifikace zdravotnického pracovníka. Specializační vzdělávání všeobecné sestry k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti je pak definováno v ustanovení § 56 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Podmínkou pro zařazení do studia je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Doba specializačního vzdělávání je 18-24 měsíců, vzdělávací program obsahuje celkem 560 hodin teoretického vyučování a praktické výuky. Praktická výuka tvoří minimálně 50 % celkového počtu hodin, včetně odborné praxe. Ukončuje se atestační zkouškou. Dokladem je diplom o specializaci v příslušném

oboru. Specializační vzdělávání nemusí být absolvováno při výkonu povolání, ale podmínkou pro přihlášení k atestační zkoušce je splnění doby výkonu povolání stanovené § 56 odst. 6 zákona č. 96/2004 Sb. Studium je realizováno modulovým systémem. Základní modul je zaměřen zejména na vědomosti a dovednosti, odborný modul pak na výkony a jejich četnost a na činnosti dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Za absolvování studia je přiznáno účastníkovi 195 kreditů, které jsou rovněž podmínkou pro přihlášení k atestační zkoušce (Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., 2011).

1.4.3 Právní podklady pro činnost NLZP v PNP

Základním právním dokumentem pro činnost nelékařských zdravotnických povolání je zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Podle tohoto zákona jsou mimo jiné definovány podmínky způsobilosti pro samostatný výkon profese zdravotnického záchranáře a všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí. Prováděcím předpisem zákona č. 96/2004 Sb. je pak vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška vymezuje činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti.

1.4.4 Odborné kompetence NLZP v PNP

Odborné kompetence NLZP v PNP jsou vymezeny vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V ní jsou kompetence rozlišeny na:

- činnosti vykonávané bez odborného dohledu a bez indikace lékaře,
- činnosti vykonávané bez odborného dohledu na základě indikace lékaře,

- činnosti vykonávané pod odborným dohledem lékaře.

Samotné kompetence zdravotnického záchranáře jsou pak stanoveny v § 3. odst. 1 a § 17 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, specifickou ošetrovatelskou péči, a to zejména:

- monitorování a hodnocení vitálních funkcí včetně elektrokardiografického záznamu – průběžně sleduje a hodnotí poruchy rytmu, vyšetřuje a monitoruje pulzním oxymetrem;
- zajištění periferního žilního vstupu, podání roztoků glukózy nitrožilní aplikací u pacienta s ověřenou hypoglykemií;
- obsluhu a kontrolu vybavení všech kategorií dopravních prostředků – řídí dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy;
- první ošetření ran, včetně zástavy krvácení;
- zajištění nebo provedení bezpečného vyproštění, polohování, imobilizace a bezpečnost během transportu pacientů;
- řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému;
- provádění neodkladných výkonů v rámci probíhajícího porodu;
- v případě potřeby zajištění péče o tělo zemřelého;
- zajištění převážení, kontroly a uložení léčivých přípravků;
- zajištění převážení, kontroly a uložení zdravotnických prostředků a prádla;
- další výkony (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

1.5 Rizika v práci u zdravotnické záchranné služby

Práce zdravotnického záchranáře je spojená s množstvím rizikových situací, které číhají téměř všude. Se stále narůstajícím alkoholismem a agresivitou, zrušením záchytných stanic v některých oblastech, současně pak s přibývajícím počtem osob bez

přístřeší a „úspěšně“ se rozvíjející drogovou scénou značně narůstají i profesionální rizika pro zdravotnické záchranáře. Již samotné pracovní prostředí se výrazně liší od nemocničních pracovišť. Zdravotnický záchranář pracuje v nemedicínském prostředí, v nestandardních podmínkách (sklepy, silnice, sjezdovky, nepříznivé počasí a jiné), často v časové tísní a s nedostatkem informací. Musí si vystačit s omezenými diagnostickými, léčebnými a technickými možnostmi. Často pracuje pod velkým psychickým a fyzickým tlakem a s bezprostřední kontrolou veřejnosti. Přidruženými dílčími faktory jsou pro zdravotnického záchranáře nutnost rychlého a správného rozhodnutí, sehraná improvizace, rychlé přenášení přístrojů a pomůcek, fyzická výkonost, osobní ochrana před infekčními riziky, napadením a chemickými či jinými riziky. Transport raněného do specializovaného zařízení bývá nejméně psychicky náročnou fází během výjezdu (Dobiáš a kol., 2012).

Rizika pracovního prostředí ovlivňují velmi rozmanité rizikové prvky, mezi které řadíme:

- Dopravní nehody – při práci u zdravotnické záchranné služby je vyšší pravděpodobnost dopravní nehody a s tím spojená úrazovost a také riziko úmrtí.
- Klimatické podmínky – výjezd se musí uskutečnit za každého počasí. Nepříznivé klimatické podmínky přinášejí vyšší riziko onemocnění a úrazů.
- Hlučnost – při použití výstražných sirén způsobuje nadměrná hlučnost zdravotnickým záchranářům stres.
- Úrazovost – typická pro práci v nestandardních podmínkách, za jízdy, v terénu, s minimálním hygienickým režimem.
- Agresivita až stavy ohrožení posádky – jsou v současné době častým fenoménem, v terénu i v domácnosti může dojít k napadení členů posádky agresivním pacientem či jeho okolím. U každého výjezdu k pacientovi pod vlivem alkoholu, narkomanovi či pacientovi v akutní psychóze potenciálně hrozí napadení. Ke stavům ohrožení můžeme přiřadit i situace, kdy došlo ke střelbě, bitce nebo požáru. Tam, kde hrozí nebezpečí, je důležitá spolupráce s Policií České republiky.

- Infekce – bezprostřední kontakt s infekčním materiálem (krev, zvratky, hleny), neznámé akutní infekční onemocnění a přímý kontakt při resuscitacích nesou pro celou posádku riziko přenosu infekčních onemocnění (meningitida, hepatitida, tuberkulóza, AIDS). Bohužel, zasahující posádky se častokrát dozví o onemocnění pacienta pozdě, kdy již promeškají včasné zahájení preventivních opatření.
- Přenos parazitů – při pohybu v různých sociálních skupinách hrozí přenos parazitárních chorob (vši, blechy, svrab).
- Alergie – na latex, na dezinfekci.
- Kontaminace jedy, inhalační trauma při požárech, vyšší riziko úrazu elektrickým proudem při práci s defibrilátorem v nepříznivých klimatických podmínkách.
- Fyzické přetížení – nošení nadměrných břemen.
- Psychické zatížení, stres, nárazová a chronická zátěž (Dobiáš a kol., 2012).

1.5.1 Stres

Stres a psychická zátěž jsou dominantním faktorem záchranného povolání. Jedná se o dlouhodobý kumulovaný proces (emocionální atmosféra, rozhodování v časové tísní, extrémní situace a jiné zdroje stresu). Stres, negativní pocity a emoce provázejí zdravotnické záchranáře během jejich povolání každý den (Dobiáš a kol., 2012).

„Stres (zátěž, tlak, napětí), jedná se o fylogenetickou, nespecifickou, automatickou reakci organismu na stresor (na to, co zátěž vyvolává) – na reálné či domnělé nebezpečí“ (Andršová, 2012, s. 60).

Eustres – mírnější, přiměřenější forma stresu, vede k větší odolnosti na distres (svatba, adrenalinové sporty, maturita). Distres – pro organismus je nepříznivý, špatný, má vliv na rozvoj psychosomatických onemocnění (Andršová, 2012).

Stres aktivuje organismus v případě jeho ohrožení. V případě nadměrného zatížení umožňuje přežít i v nepříznivých podmínkách. Celý organismus tak mobilizuje

veškerou sílu a rezervy: zvyšuje se funkce kardiopulmonálního systému, mobilizují se energetické zdroje, zvyšuje se svalový tonus, dochází ke zmenšení pocitu bolesti a zlepšují se i ostatní pochody v celém organismu. Typickou stresovou reakci popsal již v roce 1936 kanadský endokrinolog Selye a nazval ji všeobecným adaptačním syndromem, který má tři fáze: poplachovou, adaptační a vyčerpání, které může vést až ke smrti. Stresová reakce se dělí na boj vs. útěk (můžeme očekávat zrychlené reakce, zrychlený dech, zrychlený tep, zvýšený krevní tlak, třes, pocení, nadměrnou aktivitu, neklid a zúžené vědomí). Někteří autoři k ní řadí ještě zamrznutí (můžeme očekávat pasivitu, zpomalené chování, sníženou mimiku, ztuhnutí, tzv. „mrtvý brouk“, snaha člověka být nenápadný). Stresová reakce je často spojena s emocemi, jako jsou agrese, úzkost a strach (Úlehlová, Kohoutek, Čermák, 2009, in Andršová 2012).

Různé negativní vlivy působící ve stresových situacích nazýváme stresory. Podle povahy je dělíme na stresory:

- tělesné (hlad, žízeň, bolest),
- emocionální (strach, nejistota, zlost),
- fyzikální (hluk, tma, chlad, horko),
- kognitivní (starosti, negativní myšlenky),
- bio-chemické (kofein, alkohol, nikotin, nedostatek kyslíku)
- komplexní (konfliktní situace, pracovní požadavky, nemoc) (Vymětal, 2009).

Mezi nejhlavnější zdroje stresu řadíme u zdravotnického záchranáře všechny události, které přesahují běžnou zkušenost:

- smrt či resuscitace pacienta,
- smrt nebo těžké poranění kolegy na pracovišti,
- hromadné a závažné nehody (i nehody sanitních vozidel),
- vlastní pocity ohrožení,
- výrazná deformace těl,
- popálená těla,
- pracovní přetížení a vztahy na pracovišti,

- nepravidelný spánek a životospráva,
- velká zodpovědnost,
- nemožnost konzultace,
- neochota zdravotnických zařízení převzít pacienta,
- ne příliš bezpečné pracovní prostředí,
- strach, zda záchranář – nováček zvládne celou situaci (Andršová, 2012).

Mezi stresory v oblasti chronické zátěže patří:

- směnnost,
- práce v noci,
- nepravidelná životospráva,
- nesprávné návyky – kouření či nadměrné pití černé kávy (Dobiáš a kol., 2012).

K tomu se vážou i sociologické faktory jako:

- nízké společenské ocenění, které v současné době ještě neodpovídá významu této práce;
- nemožnost prezentace vlastní odpovědné, kvalitní a účinné odborné práce (povinná mlčenlivost);
- obavy z nezajištěného společenského uplatnění v případě invalidity, nemocnosti a stáří zdravotnického záchranáře (Dobiáš a kol., 2012).

Tyto všechny stresory v různé míře zatěžují psychiku a organizmus zdravotnického záchranáře (Dobiáš a kol., 2012).

Ale Šeblová a Kebza (2005, in Andršová, 2012, s. 64) uvádějí: *„Jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede povětšinou postupně ke snížení náročnosti stresové reakce a stresové odpovědi a dochází tak k efektivnější adaptaci. Stresová reakce nezáleží ani tak na objektivní charakteristice stresoru, ale spíše na tom, jak byl stresor konkrétním jedincem vnímán a hodnocen především z hlediska jeho zvladatelnosti.“*

Důležitými faktory, které umožňují zdravotnickému záchranáři zvládnout stresové situace, jsou jeho osobnost a jeho zvládací coping mechanismy. Coping mechanismy jsou způsoby, jak daný záchranář vědomě odbourává stres.

„Coping označuje spektrum způsobů chování jedince, které se uplatňují při zvládnání náročných situací, jde o nasazení k boji sil se stresem. Přejímáme je od rodiny, známých, z vlastních zkušeností, učíme se je vhodně využívat během celého života“ (Andršová, 2012, s. 62).

Rozlišujeme copingové strategie: orientované na problém (patří sem například otevřeně vyjádřený nesouhlas – rozhovor s nadřízeným), orientované na emoce (rozptýlení, uklidnění, odpočinek) a neefektivní postupy (potlačování celé situace) (Stock, 2010, in Andršová, 2012).

V přednemocniční neodkladné péči musí mít zdravotnický záchranář na paměti, že stres nepostihuje jenom jeho, ale i pacienty, jejich rodinné příslušníky, účastníky nehod a ostatní svědky události (Andršová, 2012).

1.5.1.1 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je definována jako *„přechodná porucha významné závažnosti, která vzniká jako odpověď na výjimečný duševní nebo fyzický stres, s typickým zúžením vědomí a pozornosti a dezorientací v počátku, následuje stažení až stupor nebo agitace a hyperaktivita, bývá amnézie“* (Šeblová, 2000, in Andršová, 2012, s. 65).

Akutní stresová reakce vzniká u jedince bez předchozí psychické poruchy jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický či psychický stres. Stresorem může být extrémní traumatický zážitek, jako je například živelná pohroma, úraz nebo úmrtí blízké osoby. Organizmus člověka tak odpovídá zvýšenou, prohloubenou až patologickou reakcí. Její nástup je většinou do hodiny od události a odeznívá během několika hodin či dnů. Akutní stresovou reakci můžeme zařadit mezi psychiatrická onemocnění, která vyžadují krátkodobou hospitalizaci. Mezi příznaky počítáme tzv. ustrnutí – fyzickou a psychickou ochablost, zúžené vědomí až dezorientaci. Můžeme se setkat i s opačnou reakcí jako je zvýšená reaktivita, agitace a hyperaktivita. Na toto období se může vyskytnout u člověka částečná či úplná ztráta paměti (Andršová, 2012).

1.5.1.2 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Posttraumatická stresová porucha je definována jako „*odložená a (nebo) protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu*“ (Šeblová, 2000, in Andršová, 2012, s. 66).

Posttraumatická stresová reakce je vlastně normální reakcí na abnormální událost. Nenastává ihned po působení škodlivého faktoru, ale s určitým zpožděním, a to do několika dnů až týdnů, většinou však do tří měsíců. U některých lidí se může objevit až po letech. Jde o následek extrémně traumatického zážitku či situace, jako jsou například živelné pohromy, hromadná neštěstí, teroristické útoky, závažné úrazy, autonehody či násilné činy. Na člověka působí traumaticky něco, co u něj vyvolalo velmi intenzivní strach, pocit bezmocnosti a hrůzu. Pro osobu postiženou posttraumatickou stresovou reakcí jsou typické příznaky jako znovuprožívání traumatické události ve vzpomínkách a snech, poruchy spánku, zejména probouzení se během noci; podrážděnost, lhostejnost; pocity otupělosti, nedostatek zájmu o činnosti, které člověk dříve vykonával, pocit odcizení se lidem; úzkost, přehnané úlekové reakce, nadměrná ostražitost; popření a vyhýbání se místům, situacím a činnostem, které připomínají událost. Nemožnost zapomenout na událost a neschopnost se od traumatu odpoutat. Při záchraně lidí zasažených mimořádnou událostí se může posttraumatická stresová reakce rozvinout také u samotných profesionálů (zdravotnických záchranářů, hasičů, policistů, vojáků), ale i u dalších osob, které mají blízký vztah k postiženým, anebo k události. Posttraumatická stresová porucha spadá do psychiatrických onemocnění, a léčba musí proto být komplexní. Používá se kombinace farmakoterapie a psychoterapie (Andršová, 2012).

1.5.1.3 Syndrom vyhoření

Nepravidelná a chronická zátěž a stresující obsah práce může vést u zdravotnických záchranářů k rozvoji syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006).

Syndrom vyhoření (také syndrom vypálení, burn-out syndrom) je typický u pomáhajících profesí (vzniká tam, kde lidé pracují s lidmi; tam, kde se lidé věnují

potřebám jiných lidí – učitelé, lékaři, záchranáři, policisté, soudci, sociální pracovníci a jiní). Syndrom vyhoření se objevuje v profesích s vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a často také s neodpovídajícím ohodnocením. Syndrom vyhoření definujeme jako stav psychického, emocionálního a fyzického vyčerpání, který je důsledkem chronických stresových pracovních podmínek. Syndrom vyhoření však není nemoc, je to proces, který se objevuje v průběhu kariéry zdravotnického záchranáře, často velmi záhy (Bartošíková, 2006).

Typické znaky:

- Specifická emoční únava (zdravotnický záchranář se cítí citově vysátý, nechce slyšet další trápení, starosti, nemá chuť se vžívat do pocitů druhých lidí, ztrácí citlivost vůči ostatním, vytrácí se u něj radost z kontaktu s lidmi, přetrvává u něj sklíčenost, pocity bezmoci, prázdnoty, nespokojenost se životem, popudlivost, až depresivní nálada).
- Pocit úplného psychického a fyzického vyčerpání (nedostatek energie, poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, stálá vyčerpanost, prodlužuje se doba nutná k regeneraci organismu, nebezpečí zneužívání návykových látek). Vlivem psychického vyčerpání začíná být zdravotnický záchranář cynický, negativistický, nechce už žádné změny a přestává si věřit. Objevují se u něj poruchy soustředění, zapomnětlivost a jeho činnost se omezuje na rutinní postupy.
- Depersonalizace neboli intenzivní negativní postoj k pacientovi i k sobě samému, cynismus a pocit odcizení se projevuje u zdravotnického záchranáře necitlivou a neosobní odezvou na chování jiných lidí, náchylnost k nehodám a profesnímu selhání.
- Dalším typickým znakem je snížení pracovního výkonu, omezení kontaktu s kolegy, kamarády, přibývá konfliktů v soukromí i na pracovišti, nezájem o další vzdělávání, špatná příprava k výkonu práce a pasivita (Bartošíková, 2006).

Vývojové fáze syndromu vyhoření:

- Fáze nadšení: Zpočátku práce přináší zdravotnickému záchranáři uspokojení, práce ho baví a prožívá ji jako smysluplnou. Nováčci si do své profese

přinášejí naděje, často nerealistická očekávání, ale také nadšení, energii či nápady. Snaží se pracovat co nejlépe a touha po úspěchu jim přináší riziko neefektivního výdeje energie, zdravotnický záchranář si bere služby navíc, aktivně se účastní mnoha školení a seminářů, volný čas věnuje profesním povinnostem na úkor odpočinku a dobrovolně se přepracovává.

- Fáze vystřízlivění: Počáteční nadšení vyhasíná z různých příčin. Dochází k přehodnocení ideálů směrem k realitě. Zdravotnický záchranář poznává, že se některé případy opakují, ošetřuje stejné pacienty, kteří využívají a někdy také zneužívají zdravotnickou záchrannou službu, získává tak zkušenosti, že vynaložená práce se ne vždy zúročuje. Zažívá již také pocity nevděku a neúspěchu. Zjišťuje, že musí slevit ze svých očekávání a ideálů. Práce již zdravotnickému záchranáři zevšednila, nestojí ho již tolik energie, získává rutinu, která mu umožňuje šetřit svoje síly, profese už nestojí v centru jeho zájmu. Začíná myslet na to, že by mohl mít více volného času na koníčky, rodinu či přátele. Nováčci pomýšlejí na to si pořídit vlastní byt či rodinu, ale jejich velké plány jim znemožňuje jejich finanční ohodnocení, a tak se začíná postupně dostavovat nespokojenost, začíná se vytrácet radost z práce. Ještě nejde o vyhoření, stále může zdravotnický záchranář odvádět dobrou práci a současně se věnovat rozvíjení osobního života.
- Fáze frustrace: Tuto fázi můžeme také nazvat jako nespokojenost. U zdravotnického záchranáře přicházejí pochybnosti o smysluplnosti vykonávané práce. Na pracovišti vnímá většinu věcí již negativně, pociťuje nedostatek uznání ze strany kolegů, pacientů a nadřízených. Vznikají konflikty na pracovišti a pracovní proces je jedno velké zklamání. Objevují se emocionální problémy a přidávají se i tělesné.
- Fáze apatie: U zdravotnického záchranáře přichází rezignace, nechut' řešit daný stav, trvalá nespokojenost v práci. Práce se tak stává pouze zdrojem obživy, ale ne uspokojením. Objevují se vážné problémy na pracovišti, v partnerství i v rodině, neustálá podrážděnost. O pacientech mluví nelichotivě, nemá zájem o další vzdělávání, o práci nepřemýšlí, všemu novému se vyhýbá a odrazuje nadšence, kteří se ještě tu a tam objeví. Nejpozději v této fázi je potřeba problém podchytit a řešit.

- Fáze vyhoření: Stádium úplného vyčerpání, kdy jediným východiskem může být změna oboru nebo zaměstnavatele (Bartošíková, 2006).

Jednotlivé fáze nemusí probíhat přesně dle uvedeného popisu. Vyhoření většinou probíhá dlouhodobě, a tak jednotlivé fáze mohou trvat měsíce i roky. Syndrom vyhoření však může vyústit do závažných forem deprese a také nebezpečí sebevraždy. Nejdůležitější je jeho včasné rozpoznání a řešení. Zdravotnický záchranář musí vyhledat odbornou péči a naučit se dbát určitých zásad. Záchranáře by měl podpořit i zaměstnavatel, ale stále trvajícím problémem je stigmatizace lidí navštěvujících psychologa ze strany zaměstnavatele (Andršová, 2012).

Prevence syndromu vyhoření:

- asertivní chování, schopnost říci ne;
- slevit z nároků na sebe i vůči okolí;
- plánovat a stanovovat si priority;
- pozitivně myslet, nenosit si práci domů;
- neodmítat pomoc a podporu, zdravotnický záchranář by měl znát hranice svých možností a měl by také vědět, že požádat o pomoc není selhání;
- pečovat o sebe, dostatečně odpočívat, udržovat se v dobré tělesné kondici, osvojit si zdravý životní styl, myslet na své potřeby – udělat si čas na svůj život, na své koníčky, přátele, dbát na dobré vztahy v rodině, v zaměstnání; důležité je postarat se o vlastní smysluplný a fyzicky aktivní život mimo roli zdravotnického záchranáře (Bartošíková, 2006).

1.5.2 Frustrace

Frustrace je nemožnost dosáhnout cíle, neschopnost uspokojení některých potřeb (Andršová, 2012). Frustrace je pro člověka neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Tato situace u něj vyvolává zážitek zklamání a podněcuje u něj reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance (Vágnerová, 2004).

Mezi základní formy řadíme:

- Vážný nedostatek něčeho, co je nezbytné pro uspokojení některé biologické nebo psychické potřeby v čase.
- Oddálení uspokojení určité potřeby v čase. To znamená vynucené odložení uspokojení životně důležité potřeby (člověk nedosáhl svého přání, cíle, ale ke splnění cíle může dojít později – např. neúspěch při přijímací zkoušce).
- Zmaření až neúspěch v úsilí o uspokojení v čase. Nastává, jestliže pod vlivem velikosti překážky nebo malé síly člověka dochází k neúspěchu při úsilí o dosažení cíle (člověk nedosáhl svého cíle a není naděje na dosažení cíle ani v budoucnu, např. žák si vybral povolání a ze zdravotních důvodů ho nemůže vykonávat) (Vágnerová, 2004).

Frustrační tolerance je míra zvládnutí situace u daného jedince, jakási jeho osobní laťka. Je dána osobnostní výbavou jedince (Andršová, 2012).

V PNP bývá situace frustrace jak ze strany zdravotnického záchranáře, tak ze strany pacienta častým dějem. U zdravotnického záchranáře dochází k frustraci při bezmoci, nemožnosti být užitečný. Příkladem může být čekání na vyproštění pacienta z vozidla. U pacienta dochází k frustraci v důsledku nemoci nebo úrazu, kdy nemůže spoustu věcí. Nemůže se věnovat rodině, svojí práci, koníčkům. Zdravotnický záchranář při komunikaci s pacientem musí myslet na to, že jednou z přirozených reakcí člověka na frustraci je agresivita (Andršová, 2012).

1.5.3 Deprivace

Deprivace znamená nemožnost uspokojovat některé základní psychické potřeby po velmi dlouhou dobu. Můžeme ji označit jako závažnější formu frustrace. Příkladem může být spánková nebo sociální deprivace. Následkem dlouhodobé deprivace může dojít u člověka k nezvratným změnám na psychice. Deprivaci můžeme objevit u osob jakéhokoliv věku, ale nejčastěji mluvíme o věku dětském. Dítě, aby se mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost, potřebuje hodně podnětů a uspokojovaných potřeb (potřeba určitého množství podnětů, potřeba sociálních a citových vztahů, potřeba vědomí vlastního „já“, potřeba řádu a určité stálosti, potřeba otevřené budoucnosti atd.). V PNP můžeme využít poznatky o deprivaci při kontaktu s osobami týranými, zneužívanými nebo geriatrickými pacienty (Andršová, 2012).

1.5.4 Konflikt

Konflikty jsou součástí běžného života a nemůžeme se jim vyhnout. Jsou lidé, kteří konflikty vyhledávají s vidinou svého osobního zviditelnění nad druhým. Jiní se naopak chtějí konfliktům vyhnout, a tak volí raději pasivitu (Andršová, 2012).

Konflikty dělíme na vnitřní (intrapersonální), které se dějí uvnitř člověka, a na vnější (interpersonální), kdy je střet zájmů mezi více osobami, skupinami či organizacemi (Andršová, 2012).

V PNP může být konflikt mezi osobami i indikací pro výjezd zdravotnické záchranné služby, nejčastěji jde o různé rodinné rozepře. Konflikty mohou ovšem nastat také mezi členy výjezdového týmu či na pracovišti. Konflikt může vnitřně prožívat i samotný zdravotnický záchranář. Na pracovišti většinou ruší celkový pocit pohody, ovšem některé konflikty mohou celkovou situaci zlepšit. Pro řešení konfliktu se doporučuje využít asertivní komunikace (Andršová, 2012).

1.6 Pacient v podmínkách přednemocniční neodkladné péče (dále jen v PNP)

Předmětem práce zdravotnického záchranáře je nemocný člověk – člověk jako jednota bio-psycho-sociální. I když v přednemocniční neodkladné péči hraje důležitou úlohu nemoc (cévní mozková příhoda, infarkt myokardu či sdružené poranění), která pacienta postihla, musíme si uvědomit, že ji neléčíme. Léčíme člověka, který je předmětem našeho zájmu, nikoliv jeho potíže. Při zásahu by tedy měl být prioritou humánní přístup k pacientovi a respekt k jeho lidské důstojnosti. Musíme si uvědomit, že pacienty nacházíme v jejich přirozeném prostředí, v jejich vlastních funkcích a rolích, s jejich slabostmi i důstojností (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

„Pacient je definován v Praktickém slovníku medicíny (1994) jako ‚osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk‘. Termín ‚pacient‘ je odvozen od latinského slova ‚patiens‘ – trpělivý, trpící od ‚patior‘ – trpět“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 20).

Pacient v přednemocniční neodkladné péči se nachází ve zcela jiné situaci než běžný pacient v ambulanci praktického lékaře. Návštěvu lékaře či zdravotnického záchranáře neměl v plánu (nevzal si čisté prádlo, nepřípravil si kartičku pojištění, neuklidil si byt) a ani lékaře či zdravotnického záchranáře si nemohl zvolit tak, jako je tomu u praktických lékařů. Nemoc či úraz mu razantně zasáhla do každodenního života, přerušila mu běžný denní chod domácnosti, ocitl se v péči lidí, které nezná. Má velké obavy ze závažnosti svého onemocnění nebo zranění. Vše je pro pacienta náhlé a nejisté. Také samotné prostředí sanitního vozu může být pro pacienta zvláštní. Sanitky zdravotnické záchranné služby jsou vybaveny k tomu, aby pomáhaly udržet při životě vážně nemocné pacienty. Všechny přístroje, nejrůznější hadičky a houkání sanitky mohou být pro pacienta děsivé, a proto nevytvářejí vlídné prostředí pro komunikaci. Zdravotnický záchranář musí mít proto na paměti, že nemoc pro pacienta představuje náročnou životní situaci, která klade zvýšené nároky na jeho adaptaci. Zdravotnický záchranář si musí být vědom, že každé onemocnění působí na pacienta nepříznivě, ovlivňuje jeho chování, reakce a emoční projevy (nejčastější negativní emoce, které ztěžují komunikaci – strach, pláč, úzkost, hněv, agresivita, zlost, truchlení, smutek až deprese) i některé rysy osobnosti. Každý pacient prožívá svoji nemoc zcela odlišně podle individuálních rysů své osobnosti i podle situace, ve které se právě nachází. Pro pacienta představuje onemocnění zátěž a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotnických záchranářů. Totéž se týká i rodinných příslušníků nemocného či svědků událostí. Právě kvůli neobvyklosti situace je nutno přistupovat k pacientovi s porozuměním, velmi ohleduplně a šetrně, s cílem zachovat sebeúctu nemocného (Andršová, 2012).

1.6.1 Dělení pacienta v PNP podle druhu onemocnění

„Člověk, který se cítí být nemocem, se zároveň cítí být ohrožen“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 30).

Podle druhu onemocnění rozlišujeme pacienty, kteří se z plného zdraví nacházejí náhle v akutním stavu, a pacienty s chronickým onemocněním. Akutní stavy (řadíme sem i úraz) postihují pacienta náhle, neočekávaně a z plného zdraví. Příznaky onemocnění jsou natolik závažné, že zdravotní stav pacienta mnohdy zneklidní i laické okolí. Akutní stavy jsou pacientem psychicky špatně snášeny, zvláště když jsou

doprovázeny velkou bolestí, a proto musí zdravotnický záchranář předpokládat častější výskyt neadekvátních reakcí. Souvisí to s tím, že pacientovi v počátku jeho onemocnění chybí dostatek informací týkajících se jeho zdravotního stavu. Náhlé a neočekávané onemocnění vytrhuje člověka z normálního života, nahání mu úzkost a strach – o sebe, rodinu, majetek, o zaměstnání, má obavy z možné smrti. Pacient je v těchto situacích navíc málokdy schopný cíleně komunikovat (Jobánková a kol., 2003). Chronické onemocnění nevyvolává tak bouřlivé reakce, ale pokud dlouhodobě omezuje kvalitu života pacienta, může vést k depresím, beznaději až ke změně uvažování a chování (Vágnerová, 2004). Chronické onemocnění poskytuje nemocnému čas, aby se na ně přiměřeně adaptoval, pokud nepředstavuje vitální ohrožení. V současnosti množstvím výjezdů zdravotnické záchranné služby chronická onemocnění převažují nad akutními stavy. Chronické onemocnění je většinou problémem celoživotním, nemoc tak má různý vývoj – od stavů zhoršení přes dlouhotrvající období klidu. Pokud nemocný nepřijal existenci své choroby, můžeme u něj pozorovat celou řadu neadekvátních reakcí, jako je například:

- bagatelizace nebo popření choroby – nemocný snižuje závažnost svého onemocnění nebo ho odmítá, projevuje se to v neochotě spolupracovat se zdravotnickými záchranáři;
- disimulace – pacient zastírá, zatajuje příznaky nemoci;
- hypochondrické reakce – pacient se přehnaně soustřeďuje na svoje onemocnění, zvýšeně se kontroluje, dožaduje se dalších vyšetření a pro jejich dosažení tzv. agravuje – zveličuje vědomě či nevědomě své příznaky a zdravotní problémy (Jobánková a kol., 2003).

Pro pochopení přístupu pacienta k nemoci je důležité znát jeho osobnost před začátkem nemoci, tzv. premorbidní osobnost. Informace o pacientově osobnosti před vypuknutím nemoci a její vlastnosti zjišťujeme většinou od příbuzných, od praktického lékaře apod. V přednemocniční neodkladné péči na zjišťování detailních údajů o pacientovi není leckdy čas nebo není od koho je zjišťovat. Při ošetřování pacientů jak v akutní fázi, tak při zhoršení chronického onemocnění je nezbytné, aby zdravotnický záchranář postupoval profesionálně, podporoval psychický stav pacienta, zdůraznil mu možnosti léčebných metod, vytvořil prostředí důvěry a spolupráce. Správným způsobem

komunikace, svými vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má zdravotnický záchranář možnost získat si pacienta pro spolupráci (Andršová, 2012).

1.6.2 Bolest, strach a úzkost u pacienta v PNP

„Bolest je obrannou reakcí signalizující poškození, je nejtypičtějším příznakem a průvodním jevem většiny onemocnění. Bolest je varovným signálem a má ochrannou funkci. Při zjišťování kvalit a intenzity bolesti se řídíme tím, co nám pacient říká, jak bezprostředně reaguje a jedná“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 44).

Bolest je subjektivní pocit a prožívání bolesti je velmi individuální záležitostí. Každý pacient má jiný práh bolesti. Na stejný podnět někdo reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, jiný však ve stejné situaci označuje podněty za bolestivé (například vpich injekční jehly, ošetření rány). Bolest pacienta tělesně a duševně vyčerpává a při snaze zbavit se bolesti může mít různé způsoby chování (nervozita, agresivita, opačně i apatie). Bolest, která u pacienta nepřestává a trvá dlouhou dobu, může vést až k depresím (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Pro stanovení intenzity bolesti existují různé škály a dotazníky. Pro stanovení bolesti u dětských pacientů se používají obličejové škály, pro dospělé pacienty se používají škály číselné nebo dotazníky kvality života. Pacienti v PNP pociťují bolest velmi často. Je nutno s ní pracovat, a pokud to jde, prioritou je bolest u pacienta odstranit nebo snížit. Například u těžkého úrazu může krutá bolest nastartovat vznik šokového stavu, a proto je nutné začít s léčbou bolesti okamžitě při příjezdu na místo k pacientovi. V některých stavech bývá někdy vnímání bolesti u pacienta potlačeno (v boji o život). Bolest se pak může objevit později, po odeznění stresové reakce. Zdravotnický záchranář nesmí přehlížet bolest u pacienta, musí sledovat neverbální a verbální projevy bolestivého chování, nebagatelizovat stížnosti, informovat pacienta před bolestivým zákrokem o místě, intenzitě a trvání bolesti. Neléčení bolesti a utrpení pacientů je velkým prohřeškem vůči etice (Andršová, 2012).

„Boj proti bolesti a léčba bolesti patří k neodkladným léčebně-ošetrovatelským úkolům z etických důvodů jako součást boje proti utrpení. Utišení bolesti má rovněž význam protistresový a protišokový účinek. Snižuje celkovou zátěž organismu, zvyšuje fyzickou i psychickou rezervu, umožňuje rehabilitaci i mobilizaci“ (Drábková, 1992 in Andršová, 2012, s. 74).

K silným emocionálním prožitkům u pacienta řadíme strach a úzkost. Vyvolávají je pocity ohrožení. Strach je vázán na určitý objekt či situaci. Úzkost je méně jasná, spíše chybí konkrétní objekt či příčina (bojíme se, ale nevíme čeho) (Andršová, 2012). Podle Andršové (2012) může být předmětem strachu u pacienta v PNP:

- bolest,
- ztráta životních rolí,
- odloučení od rodiny a přátel,
- strach z léčení,
- vzhled (poznámenání léčbou),
- změny zaběhlého způsobu života,
- strach ze smrti a umírání.

Úzkost může být v PNP i takzvaným primárním příznakem závažného onemocnění, například u infarktu myokardu, plicní embolie, anginy pectoris (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Pokud u pacienta zjišťujeme strach a úzkost, jednáme s ním se zvýšenou trpělivostí. Jsme mu oporou a dobře vedeným rozhovorem se pokusíme zjistit a odstranit příčinu strachu a úzkosti, projevujeme zájem o psychický stav pacienta. Strach a úzkost může postihnout i samotné zdravotnické záchranáře. Musíme si uvědomit, že i zdravotničtí záchranáři jsou jen lidé, kteří při střetnutí se zátěžovými situacemi prožívají různé pocity. Tyto negativní prožitky mohou být vyvolány u zdravotnických záchranářů nejistotou v rozhodování či obavou z profesního selhání, strachem z agresora, o vlastní život, o to, jak celý výjezd nakonec dopadne. Dlouhodobé potlačování negativních prožitků a nemožnost jejich ventilace mohou vést u zdravotnických záchranářů až k trvalým následkům. Proto je pro zdravotnické záchranáře obzvlášť důležité umět se po náročném výjezdu od emocionálních prožitků odreagovat, „vyventilovat je“, anebo v závažných případech se obrátit na psychologickou pomoc (Andršová, 2012).

2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace v obecné rovině náleží k základním životním potřebám lidí, ale také i zvířat. Komunikace nám umožňuje přežít, porozumět, pomáhat jiným, ale i být úspěšný či prosadit se. Patří mezi nejčastější aktivity člověka. Prostřednictvím komunikace získáváme i předáváme informace, vyjadřujeme naše pocity, nálady, jsme schopni vést lidi, které můžeme ovlivňovat nebo se jimi nechat ovlivňovat, vytvářet i ničit vztahy. Komunikace není pouze mluvení, komunikace je i naslouchání, čtení, psaní, pohyby těla a činy (Mikuláščík, 2010). V běžném životě komunikace obvykle podléhá sociální kontrole, to znamená, že se řídí jasnými pravidly, normami, etiketou a také rolami, které ve společnosti zastáváme. Komunikace ve zdravotnictví tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče a je ve více ohledech specifická. Zdravotnický pracovník v rámci plnění ošetrovatelských povinností odhaluje intimní části těla pacientů, dotýká se jejich nejrůznějších částí, ptá se na velmi citlivé záležitosti a navíc jim provádí bolestivé úkony. Tyto situace v rámci ošetrovatelského procesu vyžadují zcela zvláštní dovednosti a schopnosti komunikace. Zdravotnický pracovník musí umět vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí. K pacientovi se chová s úctou a respektem a buduje si vzájemný vztah pro efektivní komunikaci. Zdravotnický pracovník musí umět komunikovat nejen s pacientem, ale i s příbuznými či jinými zdravotnickými pracovníky. Ošetrovatelský proces je procesem setkávání člověka s člověkem. Je to oboustranný proces, kdy se role zdravotnického pracovníka a pacienta jako komunikátora a komunikanta střídají. Z profesního hlediska je to proces nevyvážený, neboť zdravotnický pracovník je z hlediska své pracovní pozice autoritou. Takové setkání se bez efektivní komunikace neobejde (Špatenková, Králová, 2009).

2.1 Funkce komunikace ve zdravotnictví

Podle Kristové (2004) máme pět hlavních funkcí komunikování, které mají za úkol pacienta:

- **Informovat** – oznámit, předat, doplnit jinou, upřesnit informaci (například sestra podává pacientovi informace o léčebných či ošetrovatelských postupech) – informativní funkce.

- **Instruovat** – navést, zasvětit, naučit (například sestra učí pacienta aplikovat inzulín, vysvětluje mu daný výkon) – instruktážní funkce.
- **Přesvědčit** – aby adresát pozměnil názor – získat někoho na svou stranu, ovlivnit (například sestra přesvědčuje pacienta o důležitosti a účelnosti určitého odborného výkonu či postupu – dodržování dietního omezení).
- **Posílnit vztah mezi sestrou a pacientem** – pozitivní vztah podporuje spolupráci. Pochvala, úsměv či pozitivní dotyk plní funkci posilování v určitých projevech komunikace.
- **Pobavit** – rozveselit druhého, rozptýlit – funkce zábavní.

2.2 Struktura komunikačního procesu

Záměrem každé komunikace je podnítit odpověď, proto je komunikace dějem. Komunikační proces je poskládán z pěti základních složek. Jestliže některá chybí, komunikace nemůže začít správně probíhat. Typickým příkladem ve zdravotnictví je komunikace s pacientem, který je cizinec. V komunikačním procesu je první osoba, od níž sdělení vychází, mluvčí neboli komunikátor, který může své sdělení i zakódovat. Příjemce zprávy je komunikant, osoba, které je zpráva určena a která se ji snaží dešifrovat a porozumět jí. Komuniké je zpráva, která je vysílána. Součástí komunikačního procesu je zpětná vazba neboli reakce, odpověď, že byla informace přijata. Situační kontext je situace a prostředí, ve kterém komunikace probíhá a které může úplně změnit význam sděleného (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Základní struktura komunikace dle Nakonečného (1999) je tvořena těmito činiteli:

- komunikátor (osoba sdělující),
- komunikant (osoba přijímající sdělení),
- komuniké (obsah sdělení).

„Komunikátor kóduje své sdělení, např. ve verbálních znacích (mluví), vyjadřuje určitý obsah (komuniké) a používá určitého média (např. mluví ke komunikantovi nebo mu telefonuje). Komunikant dekóduje přijaté sdělení, které oba, komunikátor

i komunikant, interpretují jako význam použitých znaků, přičemž, šlo-li např. o verbální sdělení, oba používají svou slovní zásobu“ (Nakonečný, 1999, s. 159).

H. D. Laswell (in Nakonečný, 1999) popsal strukturu komunikace takto:

- kdo (komunikátor – řečník),
- říká co (komuniké – zprávu),
- komu (komunikantovi – příjemci),
- čím (druh komunikace, například slovy),
- prostřednictvím jakého média (například mluvenou řečí v přímém osobním kontaktu),
- s jakým úmyslem (záměrem, motivací),
- s jakým efektem.

2.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem

V rámci komunikace mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout nejrůznější komunikační překážky, které brání kvalitní komunikaci. Překážky mohou být všeobecné (týkají se obou zúčastněných subjektů) nebo specifické (Kristová, 2004).

Mezi nejčastější všeobecné překážky, které brání efektivní komunikaci, patří:

- praktická překážka – způsobena tichým hlasem odesílatele zprávy nebo způsobena rušivými vlivy vnějšího či vnitřního prostředí;
- jazyková překážka – je u cizinců dána odlišným mateřským jazykem nebo je zapříčiněna rychlým, nesrozumitelným projevem či dlouhými větami s množstvím informací;
- intelektová překážka a překážka v chápání – komplikované odborné vyjadřování a překážka v chápání vedou k tomu, že odesílatel a příjemce odlišně chápou komunikační obsah;
- emotivní překážka – kdy emoce překrývají soustředění;

- fyziologická překážka – jsou dány únavou, nedostatkem spánku, bolestí nebo smyslovými poruchami;
- další všeobecné překážky – nejasnost (nepřesně formulované informace), nabalování nových informací (velké množství informací najednou), polopravda (informace obsahují pravdu i lež), jednosměrnost (sestra nebo pacient zabírají komunikační prostor), manipulace (sestra tlačí pacienta do kouta a naopak), zevšeobecnění (užívání slov nikdo, všichni), utíkání od tématu, vysmívání se pacientovi aj. (Kristová, 2004).

Mezi specifické překážky, které brání efektivní komunikaci ze strany sestry, patří:

- neochota vyslechnout pacienta;
- nadměrné ubezpečování o uzdravení;
- vnucování vlastních návodů na řešení problémů pacienta;
- zatěžování pacienta vlastními problémy;
- nadměrné přitakávání či negace emocí;
- používání odborné terminologie;
- časový deficit;
- bezobsažná komunikace – je vážným problémem a překážkou ze strany sestry; vyvolává dojem, že pacienta neposlouchá a nerozumí mu; při takovém poznání může u pacienta vzniknout uzavřenost či lhostejnost, a potom přestává se zdravotníky spolupracovat (Kristová, 2004).

Mezi specifické překážky, které brání efektivní komunikaci ze strany pacienta, řadíme situace, ve kterých pacient komunikovat:

- neumí – pacient cizinec nebo s nízkou mírou komunikačních schopností;
- nechce – ze strachu, z únavy, bolesti, apatie, deprese, kvůli nedůvěře k sestře, při orientaci na sebe a příbuzné aj.;
- nemůže – ve vážných stavech (afázie), po operaci, při intubaci, v bezvědomí, při demenci aj. (Kristová, 2004).

2.4 Verbální komunikace

Pod pojmem verbální komunikace je míněno dorozumívání se jedné, dvou nebo více osob pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Verbální komunikace může probíhat přímo nebo zprostředkovaně, mluvenou nebo psanou formou, může být také živá či zprostředkovaná (Vybíral, 2009). Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace. Využití mluveného slova se u lidí liší podle jejich věku, vzdělání, sociálně-ekonomického postavení nebo kultury (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2009).

Pro úspěšné zvládnutí verbální komunikace zdravotnickým pracovníkem je třeba mít na paměti, že komunikace musí být jednoduchá, stručná a zřetelná, důvěryhodná, správně načasovaná a přizpůsobená reakcím nemocného (Venglářová, Mahrová, 2006). Lékařský jazyk je pro většinu pacientů nesrozumitelný a zdravotnický pracovník musí být schopen umět přizpůsobit svou mluvu pacientovi tak, aby všemu rozuměl. Chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace může být zdrojem psychické iatrogenopatie. Jde o jednání lékaře, které má za následek psychické poškození pacienta. (Naproti tomu sororigenie = poškození pacienta sestrou.) Psychické poškození pacienta vychází ze způsobu a obsahu komunikace. Neobratné a znepokojivé výroky o pacientovi či jeho nemoci snižují lidskou důstojnost, vyvolávají ponížení, a důsledkem takového poškození ze strany zdravotnických pracovníků může být u pacienta strach a úzkost ze zdravotnického zařízení a jeho zaměstnanců, nepřiměřené obavy a deprese. U zdravotnických záchranářů by psychogenní sororigenii mohl vyvolat nezáměr o pacientovu bolest, nesrozumitelné a odborné výrazy používané při komunikaci nebo naopak práce zcela mlčky, nevhodná komunikace mezi zdravotnickým záchranářem a řidičem či nevhodně podaná informace rodinným příslušníkům pacienta. Taková komunikace působí na pacienta traumaticky (Andršová, 2012).

2.5 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, často také pojmenovaná jako tzv. řeč těla. Řadíme k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a také ty, kterými řeč doprovázíme. Někdy stačí pouze mimika nebo gesto a není potřeba říkat žádná slova (Venglářová, Mahrová, 2006). Pacienti velmi citlivě vnímají neverbální

projevy zdravotnického pracovníka. Největší význam pro pacienty mají neverbální projevy v oblasti obličeje a hlavy (kontakt očima, mimika), na druhém místě to jsou pohyby rukou a paží a teprve potom pohyby a pozice těla a nohou. Mnohem více si však všimají toho, co zdravotnický pracovník dělá a jak se chová, než toho, co říká. Současně i zdravotnický pracovník sleduje neverbální projevy pacienta. Dá se říci, že to nejdůležitější během komunikace s pacientem slyšíme očima. Nezapomínáme na to, že do komunikace je zapojen i čich a hmat. Zdravotnický pracovník musí mít na paměti, že neverbální komunikace je stejně jako verbální komunikace ovlivněna kulturními vlivy (Špatenková, Králová, 2009).

Mezi základní složky neverbální komunikace patří:

- **Vizika (kontakt očí)** – vyjadřuje pohled z očí do očí, často je první řečí, ještě dříve, než je vysloveno první slovo (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Z očního kontaktu můžeme vyčíst a ukázat postoje a emoce. Očima často zahajujeme první kontakt s pacientem. Pohledem může zdravotnický pracovník vyjádřit více než slovy. Při očním kontaktu s pacientem je důležitých několik ukazatelů, kterých si všimáme, a to například zaměření pohledu, délky doby pohledu, četnosti pohledů na určitý objekt, jejich sledu, úhlu pootevřených víček, mrkání, tvaru vrásek kolem očí, tvaru a pohybu obočí aj. (Venglářová, Mahrová, 2006). Při kontaktu s pacientem z odlišné kultury musíme myslet na to, že oční kontakt a výraz obličeje pro nás přijatelný může být v jeho kultuře nepřijatelný (Špatenková, Králová, 2009).
- **Výraz tváře (mimika)** – je výraz obličeje, kterým nejčastěji sdělujeme emoční prožívání (šťěstí x nešťěstí, strach x pocit jistoty, radost x smutek, klid x rozčilení, zájem x nezájem aj.), vnitřní psychické stavy člověka se tak odrážejí ve výrazech obličeje (Mikuláščík, 2010). Pro zdravotnického pracovníka je důležitá schopnost vnímat u pacienta projevy bolesti, které se v jeho tváři odrážejí zcela mimovolně. Při přehlížení těchto neverbálních projevů pacienti zbytečně trpí. Úsměv většinou znamená radost, pokud je vhodně použit lze jím rychle navázat kontakt nebo zklidnit nepřijemného pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006).
- **Gestika (pohyby rukou)** – někdy označována jako řeč rukou. Patří sem i pohyby hlavou, případně i nohou. Zcela mohou nahradit verbální sdělení.

Běžně se používají při popisování velikosti, tvaru, ukázání směru aj. Během komunikace lidé užívají gesta, která si ani neuvědomují. Tato gesta o člověku pak mnohé vypovídají. Například otevřené ruce a paže vyjadřují otevřenost při komunikaci, způsobem podání ruky vypovídá zdravotnický pracovník o vztahu k pacientovi, ruce v kapsách či za zády vypovídají, že netouží po kontaktu. Pro pacienty s poruchami sluchu jsou důležitým dorozumívacím prostředkem (Špatenková, Králová, 2009).

- **Haptika (tělesné doteky)** – je komunikace prostřednictvím dotyků. Nejčastěji používaným dotekem je podání ruky neboli kontakt hmatem. Hmatový kontakt obsahuje vnímání tlaku, chladu, tepla či bolesti prostřednictvím receptorů uložených v kůži. Tělesný kontakt s pacientem patří ke každodenní činnosti zdravotnického personálu. Ne vždy je pro pacienta příjemný. Zdravotnický pracovník by měl být schopen empatie, měl by umět správně a ve správný okamžik vzít za ruku, pohladit, povzbudit (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).
- **Posturologie (držení těla)** – jde o držení těla, jeho napětí nebo uvolnění, polohu rukou, nohou, hlavy, konfigurace všech částí a směr natočení těla. Signalizuje emoční stav, zaujetí, postoj k druhému účastníkovi komunikace a ke sdělení. Tělesný postoj nám napoví o psychickém stavu člověka. Tělesnou polohou nám sděluje, jak mu je. Postoj náš a druhého účastníka komunikace by měl být v co největším souladu. Pokud účastníci komunikace spolu sympatizují, mají i jejich těla během komunikace podobnou polohu (zrcadlení). V opačném případě jde o nesympatie, o nesouhlas v poloze těla účastníků (Špatenková, Králová, 2009). Rozlišujeme tři základní polohy – vestoje, vleže, vsedě. Ve zdravotnické praxi jsou většinou specifické situace, kdy zdravotnický pracovník stojí a pacient leží. V tomto případě je postavení pro pacienta nevýhodné. Pokud je toto postavení z profesního hlediska nevyhnutelné, komunikace by měla být orientována pouze na to, co se při výkonu odehrává (Venglářová, Mahrová, 2006). Při komunikaci s pacientem si všímáme, jakou polohu jeho tělo zaujímá – aktivní, pasivní, úlevovou, při našem vyšetření, při bolesti aj. (Kristová, 2004).
- **Proxemika (vzdálenost)** – je pojem vymezující vzdálenost při komunikaci. Každý člověk potřebuje mít kolem sebe nějaký prostor, aby se cítil pohodlně.

Obecně platí, že čím jsou si lidé sympatičtější, tím kratší vzdálenost při komunikaci udržují (Špatenková, Králová, 2009). Vzdálenost při komunikaci můžeme rozdělit do čtyř základních skupin:

- Intimní vzdálenost zahrnuje bezprostřední osobní kontakt od 15 cm do 30 cm. Tato vzdálenost vyhovuje intimním vztahům, do této intimní zóny pouštíme jenom osoby blízké a milé. Během výkonu ošetrovatelské péče sem často vstupují také zdravotničtí pracovníci. Při narušování intimní zóny pacienta je nezbytné dodržovat mimořádný takt, citlivost a zachovávat naprostou diskrétnost. Důležitá je informovanost pacienta, pochopení toho, co ho čeká.
- Osobní vzdálenost neboli přátelská je od 45 cm do 120 cm – vzdálenost pro společenská posezení a úřední rozhovory. Pro zdravotnického pracovníka je to ideální vzdálenost pro rozhovor.
- Sociální neboli pracovní vzdálenost je od 150 cm do 350 cm – vzdálenost pro služební, úřední styk.
- Veřejná vzdálenost je okolo 800 cm. Slouží k veřejným projevům, např. projev politika (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

„Každý pacient je jedinečný, s různými požadavky na svůj prostor kolem svého těla. Jestliže mu někdo do tohoto prostoru vstoupí, může se cítit nepříjemně nebo dokonce ohroženě a ustupuje dozadu nebo do stran“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 31).

- **Paralingvistika (síla, intenzita, zabarvení a intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči)** – neboli mimojazykový projev. Mimoslovní projev znamená přechod od neverbální komunikace ke komunikaci verbální. Tento projev spočívá ne v tom, co zdravotnický pracovník říká, ale v tom, jak to říká (Špatenková, Králová, 2009).
- **Kinezika (celkový pohyb těla)** – zahrnuje pohyby horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla, případně celého těla. Zkoumá rychlost, dynamiku, svižnost, ale také zpomalení, napětí, uvolnění, trvání a soulad pohybu (Kristová, 2004).

- **Oblečení, zdobnost, fyzické a jiné aspekty vlastního zjevu** – pro zdravotnického pracovníka je specifická jeho uniforma, která je symbolem jisté pozice, role, a tedy i kompetence v určité situaci (Špatenková, Králová, 2009). Základem je čistý a vyžehlený pracovní oděv, čistá pracovní obuv, u žen citlivě zvolený make-up, čisté a upravené nehty, přiměřená vůně a dodržování osobní hygieny. Zdravotnický pracovník, který je nevhodně oblečen a upraven, vyvolává v pacientovi nejistotu a pochyby. Výstřednosti (tetování) bývají pacienty negativně vnímány. Vhodně upravený zdravotnický pracovník prezentuje nejen sebe, ale i pracoviště, na kterém působí (Kristová, 2004).

Wahlstromová (1992, in Vybíral, 2009) řadí mezi způsoby neverbálního komunikování také:

- **Chronemiku** (zacházení s časem) – uspěchané chování, spěch v řeči, dodržení či nedodržení předem ohlášeného časového rámce, zbrkllost.
- **Zacházení s předměty** – například způsob řízení auta, zařízení bytu, pořádek či nepořádek na pracovním stole.

Neverbální komunikace nám tak poskytuje hodně informací o emocionálních procesech a stavech člověka, zároveň funguje jako skrytý, mnohdy neuvědomovaný regulátor mezilidských vztahů (Matoušková, Spurný, 2005).

Pro efektivní komunikaci a pro předcházení možným poruchám v komunikaci, eventuálně předcházení vzniku komunikačně náročných situací je nutné poznání komunikace jako celku ve všech jejích formách a složkách (Matoušková, Spurný, 2005).

3 KOMUNIKACE V PNP

Komunikace v PNP má na rozdíl od typické komunikace ve zdravotnictví svá specifika. A je bezesporu náročnější. Zásadním způsobem se odlišuje od komunikace ve zdravotnickém zařízení v tom, že se odehrává v nemedicínském prostředí, v nestandardních podmínkách (ulice, sklepy, sjezdovky aj.). Na místě události musí zdravotnický záchranář mnohdy pracovat s nedostatkem informací, v časové tísní a pod velkým fyzickým a psychickým tlakem, často s bezprostřední kontrolou veřejnosti. Náročná práce vyžaduje plné nasazení (Dobiáš a kol., 2012).

V přednemocniční neodkladné péči se během pár okamžiků ze zdravého člověka může stát bezmocný a závislý jedinec, který bojuje o holý život. Atmosféra na místě zásahu je mnohokrát velice napjatá. Přihlízející i zranění se mohou chovat emočně vypjatě, někdy je na místě slyšet křik i pláč. V takto emočně náročných situacích musí zdravotnický záchranář využít vysokou dávku empatie a komunikačních dovedností nejen směrem k pacientovi, ale i k ostatním svědkům události. Efektivní komunikace je nezbytná, protože pomáhá pacientovi a všem zúčastněným lépe zvládnout krizovou situaci (Andršová, 2012). Lidé se potřebují cítit bezpečně a být přijímáni. Bez tohoto vztahového kritéria se práce zdravotnického záchranáře stává jen výkonem pověřených pravomocí (Kristová, 2004).

3.1 Typy komunikace zdravotnického záchranáře v PNP

Komunikace zdravotnického záchranáře v PNP je vícerozměrná. Může komunikovat s dispečinkem, s pacientem a jeho rodinou, se svědky události, ale také s kolegou záchranářem či lékařem a dokonce také s dalšími složkami integrovaného záchranného systému či nejrůznějšími zdravotnickými zařízeními. Všechny tyto komunikační situace mají svoje specifika (Špatenková, Králová, 2009).

3.1.1 Komunikace mezi dispečinkem a zdravotnickým záchranářem

Dispečink (operační středisko zdravotnické záchranné služby) přijímá informace nejčastěji od člověka volajícího na tísňovou linku 155. Pracovníci dispečinku rozhodují

(dle stupně naléhavosti tísňového volání), jakou výjezdovou posádku na místo k pacientovi vyšlou. Na dispečera (dispečerky) jsou kladeny vysoké požadavky v oblasti zodpovědnosti, okamžitého racionálního jednání, efektivní komunikace apod. Dispečeri a dispečerky musejí mít na paměti, že všichni volající na dispečink zdravotnické záchranné služby a všichni, kteří čekají na příjezd posádky, jsou většinou ve stresu, při telefonování mohou být rozčilení, zmatení, nervózní a nejsou schopni popsat místo události. Komunikace může být navíc ztížena hlukem nebo povětrnostními podmínkami. Úkolem dispečerů je uklidnit volajícího a zjistit co se stalo, zvážit bezpečnost posádky a pokud je to potřebné, aktivovat složky integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). Ne všechny situace, které jsou nahlášené dispečinkem, odpovídají skutečně situaci na místě zásahu. Ani hrozící nebezpečí pro posádku nemusí být zpočátku evidentní. Důležité je, aby celý postup – od převzetí výzvy dispečinkem až po stabilizaci zdravotního stavu pacienta a jeho transport posádkou zdravotnické záchranné služby – byl přesně řízený. Aby i laik pochopil, že každý dispečer na telefonu a člen posádky na místě zásahu ví, co má dělat, a pracuje s náležitým a viditelným nasazením (Dobiáš a kol., 2012).

Posádka při přebírání výzvy od dispečinku získává základní údaje o pohlaví pacienta, přibližný věk, jméno, adresu a pracovní diagnózu. Dorozumívání jednotlivých výjezdových skupin s dispečinkem se uskutečňuje zejména prostřednictvím rádiové sítě (pomocí vysílaček) nebo prostřednictvím mobilních telefonů. Povinností dispečera (dispečerky) je mít stálý přehled o posádkách v terénu. Zdravotnický záchranář komunikuje s dispečinkem, když je na výjezdu bez lékaře a potřebuje konzultaci s medikací či pomoc lékaře přímo na místě. Dále mu dispečink zprostředkovává konzultace s cílovými pracovišti (koronární jednotky, iktová či popáleninová centra) a pokud požaduje na místě spolupracovat s policií, hasiči či jinými složkami integrovaného záchranného systému (Andršová, 2012).

3.1.2 Komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem

Zdravotnický záchranář a pacient se při komunikaci nacházejí v naprosto odlišných rolích. Pro zdravotnické záchranáře je nemoc a léčba, úraz či akutní zhoršení stavu běžná praxe, je to součástí jejich každodenní práce. Pro pacienta je ale každá nemoc hrozba, neplánový zásah do životních plánů. Pacient vyžaduje od

zdravotnického záchranáře pozornost, laskavost a maximální péči. I když kontakt zdravotnického záchranáře s pacientem trvá poměrně krátce, maximálně několik hodin, tak ve vztahu k pacientovi je důležitý respekt, empatie, aktivní naslouchání, autentičnost, důvěra a důvěrnost. Pro efektivní komunikaci ještě stručnost, jasnost a srozumitelnost i nutnost někdy svá sdělení několikrát opakovat (Špatenková, Králová, 2009).

Každý zdravotnický záchranář musí mít na paměti základy slušného chování – pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Abychom si získali u pacienta důvěru v naše schopnosti, je důležité během komunikace pacientovi sdělit, kdo jsme (zdravotnický záchranář nebo lékař), co se stalo, jak ho budeme ošetřovat, kam s pacientem pojedeme a co se tam s ním bude dělat. Pacienta oslovujeme jménem. Při komunikaci s pacientem jednáme empaticky a s lidskou důstojností. Ve standardních podmínkách je kladen důraz na partnerský přístup. Avšak v případě ohrožení života je potřeba využít přístupu paternalistického, tedy převzít velení a kompetence do svých rukou i proti vůli pacienta. Tento postoj se nesmí stát přirozeným chováním či normou zdravotnického záchranáře, může jej použít jen v nezbytně nutných případech (Andršová, 2012).

Zdravotnický záchranář většinou nalézá pacienty v nepřírodných polohách, velmi často vleže na zemi, a stání nad pacientem vzbuzuje pocit bezmocnosti a závislosti. Pacienta nepřekračujeme jako neživou věc, bolavých míst se dotýkáme pouze v nejnútnejším případě, dáváme pozor, aby polohování a překládání bylo jemné. Pacienta zbytečně neobnažujeme, nevystavujeme slunci, dešti, vodě nebo blátu (Dobiáš a kol., 2012).

Obecně lze říci, že nelze nekomunikovat, proto komunikujeme i s pacienty v bezvědomí. I když nemůže pacient v bezvědomí mluvit, předpokládáme, že může vnímat. Pokud to situace na místě zásahu dovoluje, mluvíme na něj tak, jako by všechno slyšel. Komentujeme, co právě děláme, případně upozorňujeme, co budeme dělat. Když nekomunikujeme verbálně, tak alespoň pomocí hmatu (Špatenková, Králová, 2009). Zvláštní komunikační funkci má pro pacienta i houkání vozidla zdravotnické záchranné služby. Dává mu tak najevo, že pomoc je na cestě. Použitím světelných a zvukových znamení informuje zdravotnická záchranná služba i ostatní účastníky silničního provozu, že je v akci. Také uniforma zdravotnického záchranáře působí na pacienta

a další přítomné pozitivně. Je to pro ně znamení, že už tu je pomoc, někdo, kdo zvládne odbornou ošetrovatelskou péči (Andršová, 2012).

Všeobecně můžeme potvrdit slova J. Šimka (2008, in Andršová, 2012, s. 46): *„Prvním pravidlem je zachovat klid, být zdvořilý a trpělivý. Pokud se skutečně něco stalo, musíme počítat s tím, že pacient je rozrušený a plný úzkostí. Sebevědomý klid je nejlepší lék na úzkost. Netrpělivost a arogance negativní emoce podněcuje, trpělivost a zdvořilost je klidní.“*

3.1.3 Komunikace zdravotnického záchranáře s rodinnými příslušníky

Komunikace s rodinnými příslušníky je mnohdy náročnější než s pacientem samotným. Pro zdravotnického záchranáře může být přítomnost rodinného příslušníka výhodou víceméně v tom, že se může dozvědět o příčině a mechanismu úrazu a může zjistit podrobněji anamnézu. V některých případech je ale přítomnost rodinného příslušníka nevýhodou. Závisí to hlavně na zdravotním stavu pacienta (na charakteru a závažnosti onemocnění nebo úrazu). Nemoc či úraz nejbližších působí na rodinu intenzivně a traumaticky a na místě zásahu bývá často emočně vypjatá atmosféra. Rodinní příslušníci se někdy snaží zasahovat do práce zdravotnického záchranáře, mohou být zvýšeně popudliví a zhoršuje se jejich schopnost sebeovládání, která může vyústit až v agresivitu – zvláště při život ohrožujících stavech, jako je bezvědomí se zástavou oběhu a dechu. Rodina prožívá silný stres, strach a bezmocnost (Andršová, 2012).

Zdravotnický záchranář by měl umět průběžně s rodinnými příslušníky pacienta komunikovat, umět odpovídat na jejich dotazy, ale také jim být oporou. Informace poskytovat srozumitelnou formou, vstřícně a taktně. Vždy je důležité zvážit nejen obsah, ale také dosah svých slov. Rodinní příslušníci pacienta musí vědět, že jejich blízký je v rukou kvalifikovaných profesionálů, kterým mohou důvěřovat (Špatenková, Králová, 2009).

„Alfou a omegou v jednání s rodinnými příslušníky a během resuscitace je rozhovor. Je třeba i v panujícím hektickém prostředí jim poskytnout pocit, že nejsou

sami se starostmi, strachem a problémy! Každý kontakt má smysl, přátelský pohled nebo dotyk mohou pomoci“ (Andršová, 2012, s. 48).

3.1.4 Komunikace zdravotnického záchranáře se svědky události

Léčba a zajištění pacienta se často odehrává na veřejnosti pozorována náhodnými či nezúčastněnými svědky (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Svědkové události jsou pro zdravotnické záchranáře důležité při nemožnosti získat určitá data od pacienta. Zdravotnický záchranář by měl umět tyto svědky události v případě nutnosti použít ke spolupráci, ale stejně tak je vykázat do uspokojivé vzdálenosti potřebné pro svoji práci. Při zásahu na veřejném prostranství se na něm často nacházejí osoby, kterým lidově říkáme „čumilové“. Užívá se pro ně i pojmu bystander fenomén (v překladu postáváč). Jedná se o osoby zvědavé, zajímá je, jak celá věc dopadne (Andršová, 2012).

Stále častěji pak bývají na místě nehod i jiných zásahů pořizovány amatérské záznamy a předávány bulvárním médiím bez vědomí záchranářů i pacientů, bez možnosti toto jakkoliv ovlivnit (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Často tak chybí zdravotnickým záchranářům dostatečný prostor pro jejich práci a také soukromí pro pacienta (Andršová, 2012).

3.1.5 Komunikace v záchranářském týmu

Zásadními předpoklady týmové spolupráce jsou společný cíl, jasná komunikace mezi členy záchranářského týmu, pozitivní ladění a pozitivní komunikace směrem ven (Venglářová, 2011, in Andršová, 2012).

Podle Špatenkové a Králové (2009, s. 43) *„respekt, férové jednání s ostatními, pozitivní zpětná vazba, schopnost kompromisů, spolupráce a aktivní naslouchání – to je základ solidních profesních vztahů“*.

Spolupráce a sehnání v týmu jsou základem kvalitně podávané zdravotnické péče. Důležité je, aby všichni znali své úkoly a role a domluvili se na způsobu, jakým je budou realizovat. Současně je třeba respektovat názory a pocity kolegů při ošetřování pacienta. V práci zdravotnického záchranáře jsou přesně stanovené postupy. Příkladem

je resuscitace, kdy jsou v týmu přesně rozdělené pozice: co dělá řidič, co dělá zdravotnický záchranář a co dělá lékař. Mezi překážky týmové spolupráce patří:

- špatně sestavený tým;
- není konkrétně definovaný cíl, úkol nebo požadavek;
- nejsou vymezeny etapy plnění úkolů;
- není přesně určená role jednotlivých členů;
- nečestné jednání (Andršová, 2012).

3.1.6 Komunikace s ostatními složkami integrovaného záchranného systému

Část zásahů se odehrává ve spolupráci tzv. základních složek IZS, do kterých patří vedle zdravotnické záchranné služby i Policie ČR a Hasičský záchranný sbor ČR. Nejčastější setkání těchto složek je u dopravních nehod, násilných činů, ale také v situacích, kdy je potřeba násilného otevření bytu při podezření na ohrožení osoby uvnitř, a samozřejmě u mimořádných událostí s větším počtem postižených osob. V těchto situacích musí mít zdravotnický záchranář dokonalou znalost kompetencí jednotlivých složek, neboť od toho se odvíjí vzájemné požadavky a součinnost (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

3.1.7 Komunikace při předávání pacienta do zdravotnického zařízení

Při předávání pacienta na příjmovém oddělení zdravotnického zařízení by měl panovat na obou stranách respekt, slušnost a vysoká profesionalita. Bohužel realita je někdy úplně jiná. Nemělo by se stávat, aby byl pacient přehazován z jedné příjmové ambulance na druhou. Komunikace při předávání by měla být věcná, odborná a zdvořilá. Předání pacienta se musí uskutečnit ústní i písemnou formou. Mělo by obsahovat základní informace o zdravotním stavu pacienta na místě zásahu a během transportu, o všech hodnotách zjištěných monitorováním vitálních funkcí pacienta, o poskytnuté léčbě a o předpokládané diagnóze (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

Konverzace o pacientovi by neměla probíhat pouze mezi zdravotníky. V takových případech má pacient ležící na nosítkách pocit, že se mluví o něm, ale bez něj (Andršová, 2012). Pro zdravotnické záchranáře je důležité budovat dobré vztahy i se zdravotními pracovníky jiných zdravotnických zařízení. Je lepší mít s nimi dobré vztahy dříve, než od nich budou něco potřebovat nebo než se stane problém, který bude třeba řešit. Pro budování dobrých vztahů s jinými zdravotnickými pracovníky se snažíme chovat dle pravidel slušného chování. Zdravíme nebo se alespoň pousmějeme při předávání pacientů. Pokud žádáme o radu nebo nějakou službu, tak se při vstupu na cizí pracoviště představíme a objasníme naši roli (zdravotnický záchranář, lékař, řidič). Veškeré dobré vztahy jsou závislé na vstřícném chování a komunikačních dovednostech (Špatenková, Králová, 2009).

4 KOMUNIKAČNĚ NÁROČNÉ SITUACE V PNP

Při práci zdravotnického záchranáře se setkáváme se situacemi, které jsou krizové a pro zdravotnické záchranáře po komunikační stránce komplikované. Takové situace lze pro svůj obsah, průběh a náročnost řešení označit jako komunikačně náročné (Matoušková, Spurný, 2005). Nesou s sebou vysoký potenciál naléhavosti. Patří sem většinou akutní stavy, které mohou, ale nemusí provázet probíhající psychické onemocnění. Mezi tyto stavy patří například:

- akutní psychotické stavy,
- alkoholové a drogové intoxikace,
- problémy spojené s kontrolou impulzů (agresivní, násilné projevy pacientů, sebevražedné jednání),
- panická úzkost, poruchy vědomí,
- hysterický záchvat,
- stavy spojené s extrémním vypětím (různé stavy akutní stresové reakce, které se projevují jak somaticky, tak i psychicky, účast na dopravních nehodách, zraněné dítě, zraněný cizinec, resuscitace apod.) (Vodáková a kol., 2007).

Vzhledem k tomu, že k jejich řešení neexistují univerzální návody, je jejich zvládnutí podmíněno schopnostmi záchranáře porozumět psychologické podstatě takových situací, dovednostmi identifikovat příčiny vzniku a správně zvolit prostředky k jejich řešení (Matoušková, Spurný, 2005).

4.1 Psychologická podstata komunikačně náročných situací v PNP

Za komunikačně náročné situace považujeme situace, v nichž jednání, chování, obsah a způsob komunikace jednoho z účastníků setkání vyvolává u komunikačního partnera negativní zážitky a negativními emocemi ovlivněné reakce. Za nejobecnější příčinu vzniku komunikačně náročné situace považujeme neochotu či nemožnost komunikace. V přednemocniční neodkladné péči většinou dochází ke komunikaci v časové tísní (je nutné reagovat rychle), do hry vstupuje velké množství emocí,

nejdříve zpravidla ze strany pacienta, které mohou vyvolat i silné emoce na straně zasahujícího zdravotnického záchranáře. Přítomny jsou i jiné faktory, které zvyšují komunikační náročnost, jako neočekávanost vzniku situace, rolový charakter kontaktu, protichůdnost potřeb a postojů komunikujících partnerů (záchranář x pacient), převážně krátkodobý charakter kontaktu. Svými nároky na psychiku zdravotnického záchranáře překračují běžnou zkušenost a stávají se tak zdrojem zvýšeného psychického napětí (Matoušková, Spurný, 2005). Na oba aktéry komunikace působí výše zmíněné faktory a objevují se fyzické i psychické reakce obou účastníků na danou událost. Na pacienta působí jeho prožitek bolesti, strachu, nejistoty a obavy o život vlastní a jeho blízkých. Tyto pocity jsou pro pacienty velmi nepříjemné a stresující, a tak hledají cestu, jak se jich zbavit nebo je alespoň zmírnit. V takových případech vystupují u pacienta do popředí některé z jeho primárních potřeb, a to zejména pud sebezáchovy, pud agresivity, pud péče o potomstvo, potřeba bezpečí či potřeba orientace a rozumění světu. Je třeba počítat s tím, že tyto primární potřeby budou do značné míry ovlivňovat komunikaci a jednání pacienta. Důležitým úkolem komunikace je informovat, snižovat úzkost a nejistotu a uklidnit pacienta. Tím, že pacienta informujeme, tak zároveň snižujeme jeho úzkost, strach a agresivitu, které jsou způsobeny mimo jiné i právě nedostatečným uspokojením výše zmíněných potřeb (Andršová, 2012).

Také Vágnerová (2004) dodává, že působení různých zátěží na pacienta může vést k narušení jeho psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně, což se u něj projeví změnami v prožívání, uvažování a z toho vyplývajícími změnami v chování. V extrémně obtížných situacích reagují pacienti i svědkové událostí nestandardně. Jsou na ně kladeny zvýšené nároky, nejednou bývají reakce na událost emotivní a bouřlivé, což se navenek může projevovat nejen intenzivními lamentacemi a pláčem, ale také mohou vyústit až v agresi vůči posádce zdravotnické záchranné služby, ať už verbálního či fyzického charakteru. Zvýšené nároky nejsou kladeny jen ze strany pacienta či svědků události, ale je nutné zvládat i napětí uvnitř týmu, kdy někteří členové mohou svou nervozitu uvolňovat verbálními atakami na spolupracovníky.

Vágnerová (2004) rovněž doporučuje, že pokud chceme posoudit jakýkoliv podivný jev u pacienta, musíme vzít v úvahu:

- o jakého jde pacienta (jaká je jeho osobnost, jeho vlastnosti a schopnosti);

- situaci, v níž se takto projevuje (myslet na to, že v nestandardních situacích je normální reakcí nenormální chování);
- vlivy prostředí, v němž žije.

Zdravotnický záchranář musí vědět, že každý z pacientů má jiné schopnosti podmiňující zvládání krizových situací, které závisí na jeho genotypu, vývojové úrovni, individuálních zkušenostech a aktuálním stavu (Vágnerová, 2004).

4.2 Dělení komunikačně náročných situací v PNP

Komunikačně náročné situace, do kterých se zdravotnický záchranář dostává, můžeme rozdělit podle různých kritérií:

4.2.1 Podle vlivu zasahujících faktorů můžeme komunikačně náročné situace rozdělit na situace vyvolané:

- Osobnostními předpoklady komunikujícího jedince, které se projevují v jeho chování: motivace a schopnosti, osvojené dovednosti a návyky, charakterové a temperamentové vlastnosti, komunikační styl, postoje, které zaujímá, fyzický a psychický stav, interpersonální styl, emocionální labilita – stabilita, psychická odolnost aj.
- Působením situačních vlivů, jako jsou obsah a cíl komunikace, požadavky situace, očekávanost-neočekávanost vzniku situace, její průběh a dynamika vývoje, množství účastníků interakce, čas, délka trvání, místní podmínky aj. (Matoušková, Spurný, 2005).

4.2.2 Podle převažujícího vlivu působení zasahujících faktorů mohou nastat různé varianty vzniku komunikačně náročných situací:

- Komunikačně náročné situace vyvolané působením osobnostních předpokladů jedince při minimálním vlivu situačních faktorů (komunikace

zdravotnického záchranáře s problémovými jedinci – s agresivními osobami, s osobami zneužívajícími alkohol, s drogově závislými osobami, s osobami s akutním projevem duševní poruchy či nemoci).

- Komunikačně náročné situace vzniklé pod vlivem situačních faktorů při nižším působení osobnostních faktorů (komunikace zdravotnického záchranáře s osobami nacházejícími se v extrémní životní situaci – osoby se sebevražednými úmysly, účastníci dopravních nehod, oběti hromadných neštěstí, příbuzní oběti po sdělení tragické zprávy).
- Situace, kdy je komunikační náročnost vyvolána vzájemným působením a posilováním osobnostních předpokladů jedince a situačních faktorů (komunikace zdravotnického záchranáře při řešení konfliktů mezi rodinnými příslušníky, např. při domácích rozepřích) (Matoušková, Spurný, 2005).

4.2.3 Podle očekávatelnosti vzniku můžeme rozdělit komunikačně náročné situace na očekávané a neočekávané:

Mezi komunikačně náročné situace, které může zdravotnický záchranář očekávat, patří například dispečinkem nahlášený výjezd k intoxikovanému nebo opilému pacientovi či resuscitace. Neočekávané situace jsou ty, kdy se až na místě zásahu situace vyhrotí, například agresivním chováním příbuzných (Matoušková, Spurný, 2005).

4.2.4 Podle množství účastníků na místě zásahu můžeme rozdělit komunikačně náročnou situaci:

Na komunikaci s jedincem a na komunikaci se skupinou či davem (Matoušková, Spurný, 2005).

4.3 Sociální dovednosti zdravotnického záchranáře při řešení komunikačně náročných situací

Na zdravotnické záchranáře jsou v nestandardních situacích kladeny specifické nároky na sociální dovednosti, a to zejména pokud jsou komunikačně náročné situace vyvolány:

- Působením převážně situačních faktorů – zdravotnický záchranář by měl umět odstranit vliv situačních faktorů.
- Pokud situaci vyvolává komunikační partner – zdravotnický záchranář musí umět zvládnout zásady účinné komunikace s problémovými jedinci.

Na komunikačně náročné situace, které lze očekávat, musí být zdravotnický záchranář psychicky připraven a musí umět zvládat jednání v dané situaci. Při vzniku neočekávaného stavu musí umět včas rozpoznat signály vzniku komunikačně náročné situace a správně zvolit prostředky pro jejich řešení, uplatnit v danou chvíli vhodný přístup. Podle množství účastníků na místě zásahu musí zdravotnický záchranář zvládat specifickou komunikaci se skupinou a s davem. Mezi další sociální dovednosti zdravotnického záchranáře patří také schopnost empaticky vnímat projevy chování a prožívání účastníků na místě zásahu, prostřednictvím efektivní komunikace ovlivňovat jejich postoje, jednání, umět naslouchat, klást otázky, ovládat metody ovlivňování a přesvědčování aj. (Matoušková, Spurný, 2005).

4.4 Komunikační náročnost situace u zdravotnického záchranáře

Komunikační náročnost je odrazem subjektivního posouzení situace zdravotnickým záchranářem. Míra náročnosti komunikační situace pramení z toho, jak si záchranář uvědomuje nesoulad mezi objektivními nároky a vlastní připraveností se s nároky daného stavu vhodně vyrovnat (Matoušková, Spurný, 2005).

Komunikační náročnost situace ve vědomí zdravotnických záchranářů pramení:

- Z pocitu ohrožení základních hodnot (života či zdraví) vlastních, kolegů a ostatních účastníků.

- Z potřeby zdravotnického záchranáře vyhovět požadavkům profesní role.
- Z negativního hodnocení situace, jednání a osobnosti pacienta zdravotnickým záchranářem.
- Z pocitu vlastní nekompetentnosti, nejistoty a bezmocnosti.
- Z reakce, přemítání vlastních (zejména negativních) pocitů, při neschopnosti zacházet s nimi a ovládat je (Matoušková, Spurný, 2005).

4.5 Předcházení vzniku komunikačně náročných situací

Mezi hlavní předpoklad, jak předejít vzniku komunikačně náročných situací a vhodně je vyřešit, patří schopnost zdravotnického záchranáře včas rozpoznat signály jejich vzniku (Matoušková, Spurný, 2005).

Mezi základní signály můžeme zařadit neochotu pacienta s námi komunikovat, jeho náhlou změnu postojů, jednání v průběhu komunikace (jako reakce na záchranářovo sdělení), tendence pacienta k osobním výpadům a k agresivním projevům, projevy a reakce pacienta svědčící o přítomnosti psychopatologických příznaků či jeho aktuální indispozici (jedinec pod vlivem návykové látky, pacient v akutním zdravotním stavu). Dalšími signály možnosti vzniku komunikačně náročných situací může být také přítomnost většího počtu osob v místě zásahu schvalujících či podporujících jednání a reakce pacienta (Matoušková, Spurný, 2005).

4.6 Obecné zásady krizové komunikace se zachraňovanými osobami

Komunikace u komunikačně náročných situací by měla být jasná, stručná, cílená, rychlá, s důrazem na informace a aktivní naslouchání. Komunikovat by měl pouze jeden člověk. Střídání komunikátorů vnáší do komunikace zmatek. Pro pacienta je těžší se orientovat, kdo k němu vlastně mluví, zvláště pokud z nějakého důvodu zdravotnického záchranáře nemůže vidět a řídí se pouze sluchem. Střídání komunikátorů oslabuje pocit bezpečí, který je pro pacienta důležitý. Vyšší počet komunikátorů zvyšuje také pravděpodobnost komunikačních chyb a šumů, protože musí

komunikovat nejen s pacientem, ale navíc mezi sebou navzájem, co se již pacientovi sdělilo, sděluje či ještě bude sdělovat. Informace a odpovědi na případné dotazy pacienta sdělujeme pokud možno citlivě, pravdivě a nematoucím způsobem. Pokud nelze v danou chvíli z různých důvodů zaručit pravdivost informace či informaci nemůžeme z různých důvodů sdělit, snažíme se alespoň zmírnit nejistotu pacienta takovou informací, u níž pravdivost můžeme zaručit (Černá, 2010).

Chybou je zmatenost, nejasnost, pomalost, zdlouhavost, nedůraznost, nízká či naopak vysoká hlasitost, přehnaná citová zbarvenost (podrážděnost, arogance, zlost, naopak i přecitlivělost). Mentorování, napomínání a hrubý způsob komunikace nenapomáhají ke zpřehlednění situace a k uklidnění nemocného člověka (Černá, 2010).

Základem komunikace v komunikačně náročných situacích je znát odpověď na následujících pět otázek (v angličtině označovány jako pět W):

1. *„Co (What) chci sdělit? Co je obsahem sdělení?“*
2. *Proč (Why) sděluji? Kvůli čemu to vlastně říkám? Co tím chci dosáhnout?“*
3. *Komu (Whom) to chci sdělit? Kdo je příjemcem sdělení? Jedná se o dítě, dospělého, muže, ženu, matku, otce...? Jaký je jeho stav?“*
4. *Kdy (When) sděluji? V jakou dobu mám danou informaci sdělit? Nesdělují příliš brzo nebo naopak příliš pozdě (v angličtině „timing“ – načasování)?“*
5. *Jak (Which way) sděluji? Jakou formu zvolit? Jakou reakci chci, aby mé sdělení, zvláště jeho forma, vyvolalo?“ (Černá, 2010).*

4.7 Komunikačně náročné situace u specifických typů pacientů

Přáním každého zdravotnického záchranáře je komunikace s pacientem, který spolupracuje, je orientovaný místem, časem i osobou, je milý, střízlivý a komunikativní tak akorát. V záchranářské praxi se reálná situace od výše nastíněné liší. Komunikace s pacienty není vůbec jednoduchá, ale naopak obtížná, neboť chování pacientů může být někdy náročné až obtěžující. Problémy v komunikaci nastávají, když pacient nechce, nemůže nebo neumí komunikovat. Zdravotnický záchranář se setkává s pacienty všech věkových skupin, odlišného pohlaví, napříč socioekonomickým spektrem, mluvícími různými jazyky, s rozdílnými zkušenostmi se zdravotnictvím a jinými žebříčky hodnot

(Andršová, 2012). V diplomové práci uvádím pouze některé typy komunikačně náročných situací, které podle četnosti výskytu a závažnosti v záchranářské praxi považuji za významné.

4.7.1 Komunikace s agresivním jedincem

Agresi definujeme jako útočné chování se záměrným anebo nezáměrným cílem ublížit. Agresivita je stav, kdy pacient přímo fyzicky ohrožuje své okolí nebo sebe. Agresivita může být vedena vůči předmětům nebo lidem. Fyzické agresivitě předchází velmi často agresivita slovní (Vágnerová, 2004).

Formy agresivního chování jsou:

- Přímá agrese vůči zdravotnickému záchranáři, která se projevuje od ironizujícího hostilního chování (nadávky, urážky, hrozby) až po přímý útok.
- Transformovaná agrese nastává v situacích, kdy pacient přenesl svoji zlost a hněv na osobu (na zdravotnického záchranáře nebo na svědky události) či předmět, které nejsou vyvolávajícím podnětem jeho nespokojenosti.
- Autoagresivita je agresivita zaměřená vůči vlastní osobě, jde o obviňování sebe samého v případech, kdy pacient nese podíl viny na vzniku svojí nemoci.
- Zadržovaná agresivita – pacient ji neprojevuje navenek, „dusí“ ji v sobě. Má vyčkávací tendenci (čeká na vhodnou situaci, aby se projevil, resp. vrátil odplatu).
- Zlostná agrese má pudový původ. Nastupuje okamžitě a směřuje k poškozování, ničení a také k ubližování. Projevuje se hněvem, zlostí a nenávisť.
- Instrumentální agresivita – jde o naučený model chování, kdy násilné projevy slouží k dosažení cíle. Není doprovázena zlými projevy (Kristová, 2004).

Projevy agresivního chování:

- verbální agrese – křik, nadávky, ironie, jízlivost;

- poškozování věcí – bouchání dveřmi, házení věcmi (pozor, zde může jít o signály blížícího se napadení zdravotníků);
- fyzický útok (fyzické napadení) – je proveden bez nebo pomocí předmětů či zbraní;
- sebepoškozování (automutilace) – závažná forma násilí obráceného proti sobě (např. projevy škrábání, trhání vlasů až po údery hlavou do zdi, řezání, pálení; extrémní formou je sebevražda); typické u lidí s mentálním postižením, závažnou duševní poruchou či v extrémním stresu (Venglářová, Mahrová, 2006).

Diagnostické skupiny, u kterých je chování nepředvídatelné a může vyústit do agresivity, jsou:

- akutní intoxikace nebo odvykací stav při zneužívání psychotropních látek;
- agresivita u psychotických pacientů schizofrenního okruhu, u manických pacientů, gerontopsychiatrických pacientů s organickým postižením CNS, u explozivních poruch osobnosti;
- agresivita může nastat i v akutním stresu u celého spektra úzkostných osob;
- mezi akutní nepsychiatrické příčiny neklidu a agresivity můžeme zařadit úrazy hlavy, nádory a záněty CNS, hypoglykemie, epilepsie, hypertenzní encefalopatie (Seifertová, 2005).

Neklid a agrese mohou být doprovodnými příznaky nejen v rámci nejrůznějších duševních poruch, ale i jako důsledek závažných somatických onemocnění. Diferenciální diagnostika je tak pro zdravotnického záchranáře velmi obtížná, neboť často nemá k dispozici dostatek subjektivních ani objektivních údajů. Důležitá je spolupráce s rodinou či s lékaři v psychiatrických ambulancích (Seifertová, 2005).

Agresivní pacient se projevuje zvýšeným neklidem, trhavě podupává nohama, nervózně popochází, kope do prostoru či předmětů, mohutně gestikuluje celými pažemi. V jeho obličejí můžeme sledovat narůstající rozrušení, které je slyšet také v jeho sílícím hlase a v jeho nepravidelném a hlasitém dechu. Je slyšet agrese v řeči (urážky, výhrůžky). Agresivní člověk často narušuje zdravotnickým záchranářům jejich osobní zónu, nespolečensky se naklání do blízkosti jejich obličejí. Z toho všeho lze usuzovat na rozsah hrozícího nebezpečí (Linhartová, 2007). Zdravotnický záchranář musí být

schopen rychle vyhodnotit signály hrozící agrese, které ve většině napadení předcházejí vlastnímu útoku, a musí reagovat včas (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Při komunikaci s agresivními jedinci je potřeba zachovávat klid, hlas mít klidný a vlídný, mírně položený a tišší. Dělat pomalé pohyby a gesta. Nikdy neodpovídat na agresi protiútokem, neboť pak dojde ke spirálovitému posilování – agresivita vyvolá agresivitu. Pozorně si vyslechneme stížnosti a zachováme akceptující postoj. Vyjádříme nesouhlas s chováním, nikoliv s pacientem. Snažíme se zjistit příčinu, která vyvolala agresi. Důležité je zjistit v prvních okamžicích, co bylo spouštěcím mechanismem neadekvátního chování (Linhartová, 2007).

Linhartová (2007, s. 68) nás upozorňuje na to, že „v případě extrémně silných emocí až patologického chování, jako je amok či vážné psychiatrické onemocnění, kdy nepomůže ani direktivní výzva, ani situaci nezvládneme komunikačními prostředky, zvolíme obranné jednání – je třeba přivolat pomoc a zklidnit pacienta násilím a farmakologicky“.

V přednemocniční neodkladné péči až 80 % pacientů splňuje kritéria agresivního pacienta. Bohužel, počet problémových pacientů a jejich agresivita vůči zdravotnickým záchranářům narůstá. Lidé jsou často vulgární již při samotném volání na tísňovou linku. Téměř nemožné je pak získat od takového pacienta, který odmítá spolupracovat a vulgárně nadává, přesné a pravdivé informace. Fyzické napadení zdravotnického záchranáře pacientem či jeho blízkými není v současné době vůbec výjimečné, právě naopak. Pacient často reaguje agresivně v důsledku svého poranění, kdy spouštěčem této agresivní reakce může být intenzivní bolest či pocit ohrožení vlastního života, která blokuje jeho racionální chování, například:

- Záchranář nedorazí „okamžitě“, což zvýší netrpělivost pacienta.
- Záchranář klade pacientovi na první pohled nedůležité otázky, které podpoří frustraci pacienta a jeho netrpělivost (měl by přece pomoci okamžitě a ne se vyptávat na podrobnosti).
- Záchranář v rámci poskytování pomoci může způsobit bolestivý podnět pacientovi (např. při zabezpečení žilního přístupu) (Gulášová, 2011).

Rodinní příslušníci reagují agresivně v důsledku neschopnosti vyrovnat se se stavem svého blízkého a jimi vyhodnocenou špatnou činností záchranářů, kteří z jejich pohledu nedělají dost pro jejich blízkého člověka. Fyzické napadení je často přímým

pokračováním slovní agresivity. Zároveň však třeba dodat, že fyzické napadení může nastat bez jakéhokoliv varovného signálu. Vždy je však přímým ohrožením nejenom záchranáře, ale i celého týmu (Gulášová, 2011).

Ochrana celé posádky tkví v dodržování bezpečnostních opatření, jako je:

- Nebýt s pacientem v uzavřené místnosti sám (nezavírat se s ním v sanitě).
- Nabídnout mu, aby se posadil a pokud to jde, posadit se také, udržovat bezpečnou vzdálenost od pacienta (větší než délka natažené paže; při slovní agresi 3 m).
- Odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty, ale zároveň mít v blízkosti nějakou součást vybavení, kterou lze použít na ochranu v případě brachiálního napadení.
- Nepodceňovat výhrůžky.
- Důležité je udržovat si volnou únikovou cestu.
- Vhodnější je přistupovat k pacientovi ze strany, protože přístup čelem může vyvolat protiútok.
- Vyhybat se dlouhému očnímu kontaktu a nedotýkat se pacienta, pouze s jeho svolením.
- Zdravotnický záchranář by se měl chovat klidně, vyvarovat se prudkých pohybů, snažit se pacienta slovně zklidnit (mluvit klidně, jasně, srozumitelně a nepoužívat zdravotnický slang), nechat jej mluvit a nepřerušovat ho, vnímat obsah a formu jeho sdělení.
- Velmi důležitý je nepřetržitý oční kontakt mezi členy týmu, dostatečná blízkost pro poskytnutí si vzájemné pomoci a nevzdalování se od vozidla (Bulíková, 2010).

Při zásazích proti agresivním pacientům by měla posádka zdravotnické záchranné služby zasahovat vždy společně s policií. Přítomnost policie na místě usnadní v řadě případů zdravotnickým záchranářům komunikaci s pacientem, neboť část agresorů se ve svých projevech zmírní (Bulíková, 2010).

Někdy však psychologický přístup nestačí a je nutné jej kombinovat s užitím farmak. Pravidla pro užití farmakoterapie jsou:

- Nekombinovat více než dva preparáty.
- U neklidných pacientů se nejčastěji používají benzodiazepiny (Aparin, Dormicum).
- Při halucinacích a bludech neuroleptika (Haloperidol), lze je kombinovat.
- Léky vždy indikuje lékař! (Nepokojová, Nováková, 2011).

V případě, kdy selhaly předchozí metody a pacient zjevně a aktuálně ohrožuje sebe a okolí, je nutné přistoupit k fyzickému omezení, které vždy indikuje lékař. Fyzické omezení se snažíme provést rychle a šetrně. Platí pravidlo – jedna osoba pro jednu končetinu + jedna osoba navíc (vždy za asistence policie). Je nutné provést zápis do zdravotnické dokumentace: zapsat důvod fyzického omezení, formu (kurty, pásy, pouta), čas a podpis indikujícího lékaře. Fyzické omezení je výkon bez souhlasu nemocného a jeho použití definuje zákon č. 86/1992 Sb., o péči o zdraví lidu, který říká, že „fyzické omezení lze užít u osoby, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí“ (Nepokojová, Nováková, 2011).

Pro praxi zdravotnického záchranáře je důležité umět rychle rozpoznat příčinu agrese, podle toho pak zvolit taktiku verbálního zklidnění a farmakoterapie, eventuálně použití omezovacích prostředků. V praxi některým mladým záchranářům mnohdy chybějí znalosti a zkušenosti, někteří si zase přinášejí z jiného pracoviště nějaké špatné návyky, které si ani neuvědomují (nevhodný výběr slov, špatný postoj, chování). (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011)

Členové posádek Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy mají během výjezdu rozdělené úlohy. Primární úloha zdravotnického záchranáře je zjišťování anamnézy, ale i prvotní okamžik pro navození a zjištění atmosféry ošetření. Zdravotnický záchranář zajišťuje hladký průběh ošetření i tím, že zaměstnává předem stanovenou práci rozrušené osoby (např. podržením zbytných pomůcek, držením svítidla atd.) a usměrňuje tím jejich negativní emoce či stres vedlejší činností. Řidič přebírá úlohu nenápadného pozorovatele, ale pozor – nikoliv zvědavce, který by nepatřičným či necitlivým zíráním mohl vystupňovat již tak vyhrocenou situaci. Činností řidiče je kontrola a zabezpečení klidného průběhu ošetření celou posádkou, chrání zdravotnické záchranáře jak vizuálně (zrakem), tak i fyzicky (pokud to vyžadují okolnosti, chrání prostor kolem záchranáře). Pokud posádka vstupuje do cizího prostředí, je řidič koncentrován na hledání případné únikové cesty, diagnostikuje mnohá

nebezpečí a také je vyhodnocuje. Mezi členy v posádce je však důležitá i funkce specifického dorozumívání – používání smluvených signálů pro vlastní bezpečnost posádky – rukama nebo gesty (např. prst přiložený na ústa, zakašlání atd.) (Drdla, 2008).

4.7.2 Komunikace s osobou pod vlivem psychoaktivní látky (návykové látky – látky vyvolávající závislost)

Psychoaktivní látka je látka, která může měnit psychický stav. Důsledek jejího užívání může způsobit u člověka akutní otravu, zneužívání či závislost (Vágnerová, 2004).

4.7.2.1 Osoba pod vlivem návykové látky - drogy

Světová zdravotnická organizace (SZO, WHO) definuje drogovou závislost *„jako psychický, v některých případech i fyzický stav, který je důsledkem užití drogy a je charakterizován změnami chování a prožívání, které vždy zahrnuje nutkání užívat drogu stále a periodicky za účelem dosažení jejich psychických účinků a někdy také kvůli vyhnutí se nepříjemným důsledkům jejich absence“* (Goldmann a kol., 2007, s. 120).

Pro drogové závislosti je typické:

- nezvládnutelná touha po opakovaném užití návykové látky;
- tendence ke zvyšování dávek;
- vznik škodlivých důsledků jak pro jedince, tak i pro společnost (Goldmann a kol., 2007).

Účinek návykové látky je závislý na velikosti dávky, způsobu aplikace a na frekvenci dávky. U uživatelů drog postupně dochází k úpadku osobnosti, poškození intelektu, rozpadu rodin či ke ztrátě zaměstnání (Goldmann a kol., 2007).

Známkami chování, které nás mohou upozornit na to, že pacient je pod vlivem drogy, jsou:

- Amfetaminy – u nás nejčastěji pervitin, který přináší falešný pocit tělesné a fyzické síly. Pacient má většinou rozšířené zornice, nápadně olizuje rty (suchost sliznic a rtů), má zvýšenou pohybovou aktivitu, motorický neklid až nervozitu či podrážděnost. Abstinenční příznaky při odnětí drogy mají různý průběh – deprese, zuřivost, únava, vizuální, sluchové a hmatové halucinace, které mohou být spojené s pocity paniky či agrese. Pervitin patří mezi látky stimulační, které silně povzbuzují centrální nervový systém, odstraňují únavu, zvyšují sebevědomí a pracovní výkon. Kromě pervitinu řadíme mezi stimulační látky také kokain či crack (Venglářová, Mahrová, 2006).
- Opiáty – nejčastěji heroin. Pacient má většinou zúžené zornice nereagující na osvit, zpomalený dech, nesrozumitelnou řeč, je podrážděný, pocit libosti je u něj střídán s apatií. Opiáty jsou známé jako léky proti bolesti, které otupují vnímání a brání počítkům. Takový pacient si pod jejich vlivem nic nepřipouští, cítí se uvolněný. Opakované podání vede k biologické toleranci a nutí pacienta ke zvyšování dávek, aby bylo dosaženo narkotického účinku. U pacienta brzy vyvolají silnou závislost. Heroin patří mezi látky tlumivé, které způsobují útlum centrálního nervového systému, obvykle spojeného s euforií. Mezi nejznámější tlumivé látky řadíme také braun, morfin, kodein a diazepam (Venglářová, Mahrová, 2006).
- Mezi další drogy patří také:
 - těkavé látky (aceton, toluen) – u pacienta je cítit zápach z oděvu a z dechu po užití látky, sekrece z nosu, slzení, duševní otupělost;
 - diskotékové drogy (extáze);
 - halucinogeny (LSD, lysohlávky) – pacient tiše sedí, nemluví, jako by byl v transu;
 - konopné produkty (marihuana) – u pacienta pozorujeme nápadnou živost, mluvení, nepřiměřený smích, červené spojivky, dech je cítit po spálené trávě (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zdravotnický záchranář se opakovaně setkává se stejným pacientem v různých fázích vývoje onemocnění. Pacient zneužívající drogy se může nacházet ve stavu aktuálního působení této látky, v tzv. toxické psychóze, nebo ve fázi útlumu s projevy

abstinenčního příznaku. Tato kategorie pacientů má vzrůstající tendenci. Užívání psychoaktivních látek vede u pacienta k odstranění zábran, sklonům k agresivitě. V důsledku užívání alkoholu a drog dochází k omezení schopnosti kontroly vlastního jednání a ke snížení citlivosti k utrpení oběti. U těchto lidí dochází k nabuzení (silná aktivizace) a s tím k souvisejícímu napětí, které se tímto způsobem odreagovává (Vágnerová, 2004).

Komunikace zdravotnických záchranářů je s těmito pacienty velice obtížná pro jejich nepředvídatelnost projevů a chování, velké riziko agresivních a hysterických projevů či tendencí k sebevražednému jednání (Matoušková, Spurný, 2005). Obecně je lepší se komunikaci s intoxikovaným pacientem vyhnout, ale pokud to není možné (posádka je přivolána k intoxikovanému pacientovi), platí základní pravidlo, že lepší je přesunout kontakt s pacientem na dobu, kdy již nebude pod vlivem akutní intoxikace. Šetříme tak čas svůj i pacienta, neboť komunikace s intoxikovaným pacientem je obtížná a často bez efektu. Pokud však musí zdravotnický záchranář do takové komunikace vstoupit, pak tato komunikace musí být jednoduchá, jednoznačná (co do obsahu i formy komunikace), srozumitelná a přiměřená. Při komunikaci mluvíme klidným tichým hlasem, neboť intoxikovaní pacienti vnímají spíše tón než obsah slov. Současně si musíme hlídat neverbální projevy pacienta a chránit svoji bezpečnost. Také máme možnost motivovat tyto pacienty k odvykací léčbě a doporučit jim odbornou pomoc (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Zásah u pacienta v akutním stavu vyvolaném drogami se převážně odehrává v psychicky napjaté atmosféře, kdy jsou v popředí vyhocené negativní emoce zúčastněných (pacient, kamarádi, rodiče). Ošetření takového pacienta a komunikace s ním se pak omezuje na stabilizaci zdravotního stavu pacienta a ochranu posádky (úspěch výjezdu). Po absolvování výjezdu zůstávají v záchranářích negativní emoce, zvláště hněv na pacienta, který ničí sám sebe, svoje blízké a opakovaně blokuje přístup rychlé pomoci někomu, kdo ji potřebuje „ne vlastním zaviněním“ (Gulášová, 2011). Mnozí záchranáři mluví o únavě soucitu, o opotřebování a vyčerpání schopnosti soucítit s narkomany, bezdomovci, alkoholiky a o ztrátě trpělivosti s těmito lidmi. Samozřejmě, tyto myšlenky jsou v rozporu s ideálem pomáhání každému bez rozdílu, o čemž zdravotnický záchranář velmi dobře ví (Vágnerová, 2004).

4.7.2.2 Osoba pod vlivem návykové látky - alkohol

Nejčastěji užívaná psychoaktivní látka (tj. látka, která může měnit psychický stav a důsledkem jejího užívání může u člověka dojít k akutní otravě, zneužívání či závislosti), která je v české společnosti velmi tolerovaná, je alkohol. Alkohol uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu, dodává sebejistotu, jindy u stejného člověka může vyvolat smutek. V nižších dávkách působí stimulačně a odstraňuje zábrany. Ve vyšších dávkách má tlumivý účinek, opilý člověk zpravidla usíná. Požívá se především při různých společenských oslavách (Vágnerová, 2004). Alkohol je látka s psychotropními účinky (ovlivňuje prožívání objektivní reality), která se rychle vstřebává z trávicího ústrojí (1-2 hodiny) a dostává se do všech tělesných tekutin. Kolem 90 % látky je oxidováno v játrech, zbytek je vyloučen plícemi a ledvinami. Při nadměrné a mnohaleté konzumaci alkoholu dochází k funkčním a orgánovým poruchám (poškozuje oběhovou soustavu, dýchací soustavu, játra, ledviny, zažívání aj.), nejvíce je však poškozen centrální nervový systém. Současně se mění i zevnějšek chronických alkoholiků a jejich psychika (změna osobnosti, výkyvy nálad, ztrácejí schopnost sebeovládání, zhoršuje se jim koncentrace pozornosti, paměť i celková výkonnost). Alkohol ničí zdraví člověka celkově (Herbert a kol., 2000).

Alkoholismus je nadměrná konzumace alkoholických nápojů. Riziková denní dávka 100% alkoholu je 20-40 g u ženy a 20-57 g u muže. Užíváním vyšších dávek mluvíme o škodlivém pití. Tato hranice je ovšem snížena u mladých lidí či u nemocných jedinců. Zneužívání (abúzus) alkoholu vede u pacienta k postižení kognitivních (paměťových) funkcí (Herbert a kol., 2000).

Hladina alkoholu v těle se zjišťuje podle hladiny alkoholu v krvi. Rozlišujeme následující stádia:

- stádium excitační (0,5-1,0 promile) – neboli lehká alkoholová opojenost;
- stádium hypnotické (1,0-2,0 promile) – neboli střední alkoholová opojenost;
- stádium narkotické (2,0-3,0 promile) – neboli těžká alkoholová opojenost;
- stádium asfyktické (nad 3,0 promile) – mluvíme o akutní otravě alkoholem (Herbert a kol., 2000).

Při kontaktu s pacientem musíme myslet na to, že míra tolerance (schopnost organismu snášet zvyšující se dávky) k alkoholu je různá. Opilý pacient často není

schopen mluvit ani popsat, co a kde se stalo. Je většinou nesoudný a není schopen posoudit závažnost svého stavu. Pro zdravotnického záchranáře je velmi obtížné jej přimět ke spolupráci a vůbec pacienta vyšetřit. Jestliže pro opilost není schopen posoudit svůj zjevně závažný zdravotní stav, nespolupracuje a vše zlehčuje, pak je nutno ošetřit a transportovat pacienta do zdravotnického zařízení i proti jeho vůli, často za asistence policie. Náročné bývá pro zdravotnického záchranáře nejen jednání se samotným opilým pacientem, ale velmi často také s jeho opilými příbuznými, kamarády či svědky události. Těžce opilý člověk, který není zraněný a je vyšetřený lékařem zdravotnické záchranné služby a schopný převozu, pak bývá policií dopraven na protialkoholní záchytnou stanici, kde pod zdravotnickým dohledem vystřízliví. Pokud je opilý pacient zraněný či jeví známky akutní otravy alkoholem, tak je transportován do zdravotnického zařízení (Smékal, Humpl, 2008).

Zdravotnický záchranář se nesmí nechat zmást projevy pacienta, který vypadá jako opilý. Jeho změna chování a zdravotní stav může být způsoben nemocí, jako je například mozková příhoda, snížená hladina krevního cukru u diabetika nebo stav po epileptickém záchvatu. Dále musí myslet na to, že kromě samotného alkoholu může být příčinou obtíží pacienta i vážný úraz, proto každý pád na hlavu a poranění hlavy, krátká porucha vědomí, křeče, zmatenost či zvracení, musí být vždy řádně vyšetřena ve zdravotnickém zařízení. Po pádu a úrazu hlavy hrozí u pacienta krvácení do mozku. Při komunikaci s opilými pacienty či jejich příbuznými musí postupovat zdravotnický záchranář klidně, bez křičení, poučování a obviňování. Nesmí se nechat vyprovokovat. Při komplikacích či napjaté atmosféře je nutné si na místo události přivolat hlídku policie (Smékal, Humpl, 2008).

Zdravotnický záchranář se setkává nejčastěji s pacientem při akutní intoxikaci alkoholem. Příznaky akutní intoxikace se projevují u pacienta zpočátku uvolněním, euforií, hovorností, postupně až labilitou nálady, hádavostí, agresivitou, zhoršením pozornosti a úsudku. Nápadná je kolísavá chuze, prohlubuje se porucha rovnováhy a koordinace pohybů, setřelá řeč, zarudlý obličej, otupělost až snížené vědomí. Při vážné intoxikaci má pacient snížený krevní tlak (hypotenzi), obleněný dávicí reflex, je popletený, zmatený, dostavuje se porucha dýchání a porucha vědomí, případně hluboké bezvědomí, které může skončit smrtí pacienta (Herbert a kol., 2000).

Zdravotnický záchranář může být přivolán ke stejnému pacientovi, u kterého se rozvinul alkoholový abstinenční syndrom. Tento stav vzniká u dlouhodobého

a intenzivního zneužívání alkoholu jako reakce na snížení či vynechání potřebné dávky (od několika hodin po několik dnů po vysazení alkoholu). Protože člověk již bez alkoholu nemůže být, dostaví se těžké abstinenční příznaky, které se projevují třesem celého těla, pocením, zvracením, bolestmi hlavy, pocitý neklidu či slabostí, přechodnými zrakovými či sluchovými halucinacemi, mohou se vyskytnout záchvaty s křečemi. Při náhlém odebrání alkoholu (např. úraz pacienta spojený s hospitalizací) u závislého pacienta se může rozvinout závažnější alkoholový abstinenční syndrom s deliriem, tzv. delirium tremens, projevující se bouřlivějšími vegetativními reakcemi – pocením, zrychlením srdečního tepu a třesem. Dále se u pacienta objevuje zastřené vědomí, dezorientace místem, časem a osobou, změna psychomotoriky, tempa řeči, noční můry přecházející v halucinace a paranoidní bludy. Delirium může skončit smrtí pacienta. Po zvládnutí deliria je nutné, aby se člověk podrobil protialkoholní léčbě (Herbert a kol., 2000).

Většina napadení zdravotnických záchranářů je právě od pacientů pod vlivem alkoholu, kteří nespolupracují, odmítají ošetření, zdravotnickým záchranářům vulgárně nadávají a bývají agresivní. Jedná se o jednu z nejproblematictějších skupin pacientů, kdy při kontaktu s nimi je obtížné situaci dobře zvládnout (Smékal, Humpl, 2008).

4.7.3 Komunikace se suicidantem (osobou ohroženou sebevražděným jednáním)

Sebevražda představuje tragickou událost pro pacienta, příbuzné, ale i pro lékaře a zdravotnické záchranáře. Celosvětově patří sebevražda k pěti nejčastějším příčinám smrti (Bulíková, 2010).

Pro zdravotnické záchranáře patří práce s osobami ohroženými sebevražděným jednáním mezi nejstresovější situace, které během výkonu své profese musí řešit. Základním faktorem, který se podílí na této zátěžové situaci, je to, že se pacient rozhodne sám popřít hodnotu života, která je v profesi zdravotnického záchranáře nejdůležitější (Guľašová, 2011). To, co pacient nakonec udělá (či neudělá), je jeho vlastním rozhodnutím, za které nese odpovědnost on sám. Špatenková poznamenává, že setkání s člověkem, který je na prahu smrti, je vždy pro zdravotnické záchranáře obrovskou šancí pochopit smysl života jako takového (Špatenková a kol., 2011).

Jak sama Špatenková a kol. (2011, s. 136) uvádí: „Sebevražda je aktem násilí obráceného vůči sobě. Může představovat extrémní a drastický způsob řešení krize. Je výrazem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže nebo už nechce hledat jiné řešení své situace, který už nevidí jinou možnost, jiné východisko, než spáchat sebevraždu.“

V přednemocniční neodkladné péči je přístup k sebevražednému pacientovi jiný než u běžných zraněných či nemocných. Neexistuje žádný podrobný návod, jak komunikovat s takovým pacientem. Samotný zásah posádek zdravotnické záchranné služby přivolané k pacientovi ohroženému sebevražedným jednáním bývá většinou časově náročný a je komplikovaný i proto, že na jedné straně musí posádka myslet na vlastní bezpečnost (pacient může být ozbrojený a agresivní, okolí nemusí být bezpečné) a na straně druhé je snaha zabránit provedení sebevraždy. Ve srovnání s psychiatry jsou znalosti zdravotnických záchranářů z oboru psychiatrie spíše příznakového charakteru. Při prvotním kontaktu s osobou ohroženou sebevražedným jednáním chybí zdravotnickým záchranářům drahocenný čas, neboť při zásahu je zapotřebí jednat rychle. Navzdory tomu je nezbytně nutné pečlivě zhodnotit aktuální psychický stav pacienta a vyzorovat i jiné sebevražedné ukazatele (v bytě či v terénu kolem pacienta). Pacient většinou naznačuje různými způsoby, co plánuje, vysílá varovné signály. Tyto signály bývají často přehlédnuty. Pokud by zdravotnický záchranář nabyt podezření, že je pacient ohrožen sebevraždou, je nutné mu zajistit psychiatrické vyšetření. Předvídání sebevraždy je problematické a zvláštní pozornost by měla být věnována pacientům, kteří jsou vysoce rizikováni (deprese, schizofrenie, v minulosti pokusy o sebevraždu nebo výrazná změna v chování). Rozpoznání presuicidiálních signálů (signály, které jedinec vysílá před sebevraždou a které často zůstávají nevslyšeny a přehlédnuty) a jejich správná interpretace se směřováním k psychiatrickému vyšetření mohou pacientovi zachránit život (Bulíková, 2010).

Mezi varovné signály, které by nás na riziko měly upozornit, patří kromě známek těžké deprese ještě rozdávání majetku, odpor k učení, zhoršení v práci, ztráta zájmů, nesoustředěnost, izolace, pesimistický pohled na svět s pocitem beznaděje, zoufalství a osamělosti, poznámky o budoucnosti „beze mne“, zájem o smrt, umírání a o to, co po smrti následuje (Špatenková a kol., 2011).

Nejvíce jsou sebevraždou ohroženi lidé závislí na alkoholu či drogách, lidé s duševní poruchou (deprese, schizofrenie, úzkostné stavy), lidé se sebevražedným

pokusem v minulosti, osoby s dokonanou sebevraždou v rodině, dále děti, dospívající, starší osoby, pracovníci pomáhajících profesí, lidé postrádající smysl života (nezaměstnanost, ztráta blízké osoby, zklamání v lásce, neúspěch ve škole, ztráta životní role, osamělí lidé) (Andršová, 2012).

Motivy vedoucí k sebevraždě mohou být různé. Nejčastěji jde o rodinné problémy, partnerské krize, rozvody, rozchody, školní problémy, týrání, sexuální zneužívání, nechtěné těhotenství, stav sociální nouze, ztráta zaměstnání, těžká nevyléčitelná nemoc, osamělost aj. V životě takového člověka se jedná o kumulaci složitých životních situací, problémů a stresů a výše popsané motivy mohou být jen poslední pomyslnou kapkou, okolností, která je již přespříliš (Špatenková a kol., 2011).

Sebevražedné chování a jednání se většinou po určitou dobu rozvíjí, nevznikne zcela náhle a nečekaně. Myšlenky na sebevraždu nemají na začátku přesný obsah, pacient se jim brání a snaží se je zapuzovat. Dalším stupněm jsou pak u pacienta sebevražedné sklony, kterým se již nebrání, ale má k nim ambivalentní postoj. V dalším vývoji se již ztotožňuje s myšlenkami na konec života a začíná promýšlet vhodný způsob smrti a objevují se u něj sebevražedné úvahy. Následuje rozhodnutí o realizaci sebevraždy, které vede „naoko“ k uklidnění pacienta a na okolí působí jako zlepšení jeho stavu (Praško, 2006).

Celý proces může trvat různě dlouhou dobu a všechny fáze se vždycky nemusí uskutečnit. Příkladem je, že pacient sice o sebevraždě uvažuje, ale nakonec to neudělá. Jindy může proběhnout ve zkratce, někteří pacienti mohou jednat impulzivně a bez předcházejících sebevražedných úvah. Avšak ani za těchto okolností není zcela jisté, zda o sebevraždě někdy předtím nepřemýšleli (Vágnerová, 2004).

Zdravotnický záchranář se podle stupně sebevražedného vývoje může během výjezdu setkat s pacientem, který se nachází:

- V situaci ohrožení sebevražedným pokusem – tedy před. Trápí ho většinou sebevražedné myšlenky. Ty jsou tak intenzivní, že dotyčný se jimi zaobírá převážnou část času. Nebo má sebevražedné tendence a již shromažďuje léky, pořídil si zbraň apod.
- V situaci započetí sebevraždy.
- Po neúspěšném sebevražedném pokusu – mluvíme o termínu „tentamen suicidii“ neboli nedokonaná sebevražda, tzn. pokus o sebevraždu s úmyslem

zemřít avšak nekončící smrtí. I když pacient udělal více méně vše pro svoji smrt, sebevražedný pokus přežil, protože selhal některý z jeho plánovaných mechanismů (například pod pacientem se zlomila větev nebo někdo přišel z rodiny nečekaně domů). Další možností je parasuicidium neboli tzv. demonstrativní sebevražda. Tyto sebevražedné pokusy páchají častěji ženy. Ve skutečnosti nechtějí zemřít, chtějí poukázat na svoji svízelnou situaci (například si úmyslně vezmou nižší dávku léků, než je potřeba ke smrti, vše si načasují tak, aby byly nalezeny dříve, než by teoreticky nastala smrt, mohou si i povrchně podřezat zápěstí) (Andršová, 2012).

- Po dokonané sebevraždě – sebepoškozující akt s následkem smrti. Dokonaným sebevraždám většinou předchází delší příprava. Ale i pouhý pokus o demonstrativní sebevraždu, může mít vlivem náhody za následek smrt (například kombinace požití léků a shoda nešťastných okolností, kdy někdo z rodiny nepříjde z práce v pravidelnou dobu) (Andršová, 2012). V případě dokonané sebevraždy je důležitá pomoc pozůstalým nebo svědkům události. Při sebevražedných pokusech jsou častěji používány měkké prostředky (plyn, léky), při dokonaných sebevraždách naopak tvrdé prostředky (oběšení, zastřelení, skok z výšky, podřezání žil) (Bulíková, 2010).

Pokud zdravotnický záchranář při komunikaci s pacientem zjistí, že bezprostředně hrozí sebevražedné jednání, snaží se jednat následovně:

- Navazuje kontakt s pacientem, představí se, projevuje zájem, snaží se navázat pacienta na sebe (pokud se nám to podaří, přerušíme zužující se kruh), posadí se, popovídá si. Pacient s vysokým sebevražedným rizikem, který sám nad sebou ztrácí kontrolu, se musí dostat pod zevní kontrolu. Zdravotnický záchranář musí však myslet na svoji bezpečnost, která je při zásahu vždy prioritou! Na ni záchranáři často nemyslí, ve snaze zachránit pacientovi život.
- Zachovává klid, neprojevuje překvapení, zděšení či zdrcení, nesmí propadat panice z toho, že mluví s osobou ohroženou sebevražedným jednáním.
- Krátce zhodnotí situaci – otevřeně se zeptá: „Chystáte se spáchat sebevraždu?“ Současně bedlivě sleduje slovní myšlenky pacienta na smrt, které mohou být přímé („chci zemřít“), či nepřímé („nemá to význam“).

- Zhodnotí míru ohrožení – drží-li v ruce pacient zbraň, jak je daleko od střechy, vzal si nějaké léky?
- Okamžitě reaguje na hrozící nebezpečí – snaží se přimět pacienta, aby odložil zbraň, vypnul plyn, ukázal léky, které požil atd. Pokud je pacient agresivní, v žádném případě s ním nezůstává zdravotnický záchranář o samotě, nedělá rychlé pohyby, neotáčí se k němu zády, musí si prohlédnout okolí, jestli se tam nenachází něco, co by mu posloužilo jako zbraň.
- Několik ne: neobviňuje, neodsuzuje, nemoralizuje a nehádá se s pacientem, respektuje jej takového, jaký je. Základním předpokladem účinné pomoci je ochota zdravotnického záchranáře po celou dobu kontaktu udržet pozornost a soustředění na pacienta se sebevražedným jednáním, na pečlivé a citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémům. Pacient, který se rozhoduje o životě a smrti, se nachází v jiném, zpomaleném toku. Zdravotnický záchranář nesmí dávat najevo netrpělivost, skákat do řeči, pacient velmi vnímá naši účast a angažovanost, vnímá, zda jsme na něj naladěni, či nikoli. Při komunikaci s pacientem určitě nefunguje apel na morálku, odpovědnost vůči jeho blízkým, jenom to zvyšuje sebevýčitky a bezmoc pacienta. Můžeme tím u něj vzbudit odpor a přestane s námi komunikovat. Zdravotnický záchranář se může pokusit upozornit pacienta na ohraničenost situace, ve které se nachází, a na to, že jednou tato situace odezní.
- Nepřemlouvá, aby nespáchal sebevraždu, ale upozorní jej, že takové rozhodnutí je nezvratné a pobízí ho, zda není možné uvažovat o jiných cestách a způsobech, jak překonat beznaděj, bezmoc a strach. Nabízí mu, že může sebevražedný čin odložit a dát šanci jiným řešením.
- Snaží se najít záchytný bod – existuje něco, na čem ještě pacientovi záleží, je ještě něco důležité?
- Komunikaci musí zaměřit na ochranu před sebezničením do té doby, než je schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe, například uzavírá kontrakt o nespáchání sebevraždy, tzv. antisuicidální smlouvu – neboli smlouvu o přežití. Pacient slíbí, že do příjezdu lékaře nic nepodnikne. Účelem je získat relativní prostor a čas, kdy je možné pro pacienta zajistit jinou odpovídající formu pomoci. Zdravotnický záchranář kontaktuje lékaře zdravotnické

záchranné služby, policii či hasiče. Lékař při příjezdu na místo musí zvážit možnost okamžité (i nedobrovolné) hospitalizace pacienta v psychiatrické léčebně. V přednemocniční neodkladné péči je posouzení zdravotního stavu pacienta a transport do psychiatrické léčebny povinností lékaře (Praško, 2006).

U některých zdravotnických pracovníků, bohužel i z řad zdravotnických záchranářů, nacházíme odlišné chování k sebevrahům. Patří vyloženě k neoblíbeným pacientům. Vedle bagatelizace se setkáváme s liknavostí a s odmítavými postoji. Ve zdravotnickém zařízení je s pacienty někdy hrubě zacházeno (příkladem je výplach žaludku sondou o velkém průměru) (Andršová, 2012).

Záchranář se může ocitnout v situaci, kdy je již sebevražda dokonaná a pomoc tak potřebují pozůstalí. Je vhodné vyjádřit svoji spoluúčast slovy, např.: „Je mi líto, že jste ztratili dceru, syna. Soucítím s Vaší bolestí.“ Pro zvládnutí bolesti nad ztrátou milovaného člověka může záchranář doporučit další formu pomoci (poradnu pro pozůstalé, odbornou psychologickou pomoc, linku krizové intervence aj.) (Andršová, 2012).

4.7.4 Komunikace s pacientem při náhlém psychotickém onemocnění

Náhlá psychotická onemocnění jsou stavy, které vyžadují urgentní zásah psychiatra. Při prvním kontaktu se s pacientem obvykle psychiatr nesetkává, hovoří s ním většinou lékař nebo zdravotnický záchranář a další členové posádky zdravotnické záchranné služby. Náhlá psychotická onemocnění se někdy projeví nenadále, bez varování, jindy jako výrazné zhoršení příznaků u duševní choroby, jako tzv. akutní ataka. Jedná se většinou o stavy, které bezprostředně nebo potenciálně mohou ohrožovat život pacienta a vyžadují neodkladnou psychiatrickou péči, která má za úkol stabilizovat životní funkce, ale i chování pacienta. Posádka zdravotnické záchranné služby je tak posílána k pacientovi, kdy ho jeho psychopatologický stav ohrožuje jednak samotnými patofyziologickými mechanismy a jednak patologickým chováním. To ve smyslu, že ohrožuje svoje zdraví a život a také své okolí bezprostřední agresivitou. U pacienta může dojít k úplnému vyčerpání organismu. Jedná se o široké spektrum

duševních poruch, s odlišnými rysy klinického obrazu i rozsahem potřebných léčebných opatření (Večeřová-Procházková, 2003).

Pro zdravotnického záchranáře je setkání s pacientem s akutní psychózou nebezpečné. Tito pacienti patří v přednemocniční neodkladné péči mezi nejobávanější. Důvodem je to, že kvůli svojí chorobě mohou jednat zcela nepředvídatelným a nelogickým způsobem. Zdravotnický záchranář musí myslet na to, že kdykoliv se dostane do kontaktu s akutně psychotickým pacientem, je v ohrožení. S psychotickým stavem je spojena porucha jednání, mezi jejíž projevy patří agresivita vůči sobě či okolí. Jedná se o závažnou duševní chorobu, která může vzniknout na podkladě endogenních psychóz (jako jsou schizofrenie či bipolární afektivní porucha), následkem užívání návykových látek (jako jsou halucinogeny či kanabinoidy), v důsledku organického poškození mozku, celkového somatického onemocnění nebo iatrogeně po podání některých léků. Při akutní psychóze dochází u pacienta k narušení kontaktu s realitou. V důsledku toho pacient vnímá svět kolem sebe i sebe samotného odlišně a nedokáže tak rozlišit, co se skutečně děje a co je jenom jeho vlastní představa a fantazie. Nedokáže rozpoznat, co je skutečnost a co ne. Objevují se u něj poruchy vnímání, a to halucinace zrakové, sluchové, chuťové, taktilní a útrobní. Halucinace jsou vjemy bez vznikajícího podnětu. Myšlení je nesouvislé, nelogické až slovní salát, často s přítomností bludů. Blud je pro pacienta mylné přesvědčení vznikající na chorobném základě, které má vliv na jeho chování. Časté jsou bludy pronásledování. Pro pacienty v akutním psychotickém stavu je typické podivné chování, někdy i neobvyklé či nepřiměřené pohybové projevy. Zdravotnický záchranář musí umět odlišit psychotický stav od stavů neklidu a agresivity spojených se somatickým onemocněním, hypoxií, hypoglykemií, intoxikací, důsledky úrazu hlavy, nádorem v centrálním nervovém systému či příznaky akutní pankreatitidy. Při vyšetřování pacienta v akutním psychotickém stavu v terénu zůstává pro zdravotnického záchranáře problémem to, že často řeší neklid a agresivitu pacienta, u kterého nemá k dispozici žádné anamnestické údaje (Fridrich, 2006).

Vlastní zákrok, který vede ke zklidnění pacienta léky a vyřízení příjmu do psychiatrické léčebny, organizuje vždy lékař zdravotnické záchranné služby. Zdravotnický záchranář si tak volá na místo zásahu lékaře. Před příjezdem lékaře pak musí zdravotnický záchranář působit na pacienta klidným dojmem, měl by se chovat slušně, nezvyšovat hlas, nenadávat a nevyhrožovat. I ve vypjatých situacích je třeba

hovořit klidně, u velmi nabuzených pacientů by se členové zasahujícího týmu měli pohybovat pomalu a o plánovaném pohybu pacienta předem informovat. Pacienta se nedotýkat, při potřebě změření fyziologických funkcí požádat o souhlas. Vyhýbat se dlouhému očnímu kontaktu, netykat pacientům a nelhat jim. Není nutné říkat vše, ale je důležité vyvarovat se lhaní. Měli by se snažit získat důvěru pacienta. Pacienta nechává zdravotnický záchranář mluvit, nechává ho vyjádřit své pocity a myšlenky, nepřerušuje ho. Pokud se u pacienta vyskytnou halucinace a bludy, tak mu je během hovoru nevyvrací. Zdravotnický záchranář musí být při komunikaci nestranný, měl by vyslechnout pacienta, ale i okolí, musí myslet na to, že s pacientem v akutním psychotickém stavu nesmí být nikdy sám v uzavřené místnosti, a měl by být blíže ke dveřím s možností úniku (od pacienta si udržuje bezpečnou vzdálenost) (Doubek, 2004).

Lékař na místě provede psychiatrické vyšetření – pomocí rozhovoru s pacientem a pozorováním jeho chování. Zvláště důležité jsou údaje od rodiny, která pacienta zná a může popsat, v čem se jeho chování změnilo. Lékař by se neměl nikdy stát prostředníkem manipulací. Pečlivé vedení zdravotnické dokumentace je v těchto případech naprostou nutností. V případě nespolupráce pacienta, který ohrožuje sebe i okolí, je indikován transport do psychiatrické léčebny i proti jeho vůli. Před vlastním transportem musí být pacient tlumen léky k tišení akutního neklidu. Transportován je nejčastěji posádkou rychlé zdravotnické pomoci, se zdravotnickým záchranářem, někdy i za asistence policie. Pokud je pacient neklidný a agresivní, ohrožuje sebe nebo své okolí, měl by zdravotnický tým zasahovat vždy společně s policií. Pokud je na místě posádka zdravotnické záchranné služby dříve než policie, je nutné na její příjezd vyčkat. Posádky zdravotnické záchranné služby si musí pamatovat, že nejlepší obrana proti agresivním pacientům je prevence (nezasahovat bez policie, případně včas ustoupit) a klidná verbální komunikace. Důležité je si uvědomit, že pokud nejde dosáhnout v určitém čase komunikací, pacient začne být agresivní vůči sobě a okolí (hrozí ohrožení života či zdraví), pak je nutné okamžité fyzické znehybnění pacienta a jeho farmakologické zklidnění. Cíle celé posádky zdravotnické záchranné služby při zásahu u pacienta v akutní psychóze jsou přežít zásah ve zdraví, podle svých nejlepších schopností pomoci postiženému pacientovi, vždy postupovat lege artis, neztratit odbornou prestiž u přihlížejících, neztratit sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti a hlavně neztratit odvahu zasáhnout v budoucnu v podobné situaci (Pokorný, 2004).

Pro rodinu pacienta, u kterého propukla duševní choroba, to představuje velikou zátěž. Převládají pocity zoufalství, zmatku a beznaděje. Lékař by měl rodinu informovat, o jaké onemocnění se pravděpodobně jedná, čím je způsobeno, co mohou očekávat do budoucnosti. Více informací pak následně poskytuje rodině ošetřující psychiatr v psychiatrickém zařízení, kde je pacient hospitalizován (Doubek, 2004).

4.7.5 Komunikace s dětským pacientem

Děti naštěstí nepředstavují velké procento zásahů zdravotnické záchranné služby. O to více každé z nich zanechá ve zdravotnickém záchranáři nesmazatelnou stopu. Strach nebo nemožnost vyjádřit své pocity a popsat svůj momentální zdravotní stav je úskalím, kterému musí čelit každý zdravotnický záchranář při komunikaci s dětským pacientem. Děti mají strach z nepoznaného a z neznámých situací (Dobiáš a kol., 2012).

Komunikace s dětmi je základní a velmi náročný aspekt péče nejen v pediatrii, ale i v celém spektru zdravotnických oborů. Zvláště pokud se dítě nachází v ohrožení života, nabývá dobrá komunikace ještě větší význam. Komunikace s dětským pacientem vyžaduje od zdravotnického záchranáře individuální přístup a specifický způsob komunikace (Zacharová, 2008).

Prvním předpokladem úspěšné komunikace zdravotnického záchranáře s dítětem je výborná znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození dítěte až po adolescenci. Charakter komunikace ve vztahu záchranáře a dítěte určuje jeho věk a řečové predispozice. Komunikace je bezprostředně ovlivněna zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění, intenzitou klinických příznaků a také psychickým stavem dítěte. K nejčastějším stavům, se kterými se záchranáři setkávají, patří úrazy a respirační nedostatečnosti, které výrazně převyšují nad ostatními příčinami. V dětském věku se objevuje také celá řada vývojových vad, dědičných poruch metabolismu i dalších onemocnění, které mají naléhavý charakter (např. obturující laryngotracheobronchitida, febrilní křeče, Reyův syndrom apod.). Při úrazu nebo při náhlém onemocnění nebývá zpravidla na delší komunikaci čas. Dítě bývá do nemocnice transportováno často ve spěchu a v atmosféře paniky. Přesto všechno musí zdravotnický záchranář veškeré úsilí směřovat k tomu, aby dítě i jeho rodiče uklidnil a

stručně a srozumitelně podal potřebné informace o tom, co bude následovat. Při každém rozhovoru s rodiči si musí záchranář uvědomit, že rodiče prožívají krizový stav, ve kterém dochází k zúženému (tranzovému) stavu vědomí. V tranzovém stavu si pak rodiče pamatují obvykle jen kusé nebo zkreslené informace, často pak zjišťují, že se na spoustu otázek nezeptali a nepamatují si klíčové informace. Je důležité se během rozhovoru průběžně ujišťovat, že rodiče předávaným informacím rozumí. Dítě v kritickém stavu je pro rodiče nesmírnou zátěží, a ti potom mohou reagovat nepřiměřeně – mohou být hysteričtí, útoční až v afektu. V takové situaci je třeba zachovat klid. Z chování zdravotnického záchranáře (vlídné, vyrovnané a rozhodné) musí být zřejmé, že je dítě v dobrých rukou, jimž se může s důvěrou svěřit (Plevová, Slowik, 2010).

Způsob komunikace s dětským pacientem je tedy závislý na vnějších (rodinné prostředí, výchovné vlivy, charakter a druh onemocnění) a vnitřních činitelích (věk, pohlaví – chlapi hůře snášejí změnu prostředí; děvčata reagují citlivěji na přerušení vazby s matkou; osobnost, míra sociální, emocionální a psychické zralosti). Komunikaci ovlivňuje i to, jestli je dítě ošetřováno a transportováno samo nebo s matkou. Zdravotnický záchranář tak během svojí práce zastává nejen roli profesionála, ale také roli utěšovatele, kamaráda či druhé mámy. Pro každé dítě je seznámení s nemocničním prostředím negativní zážitek. Výjimku tvoří děti týrané, děti z dysfunkčních rodin a děti nesamostatné. Pro tyto děti je nemocniční prostředí více vyhovující než to, z kterého přišly (Kristová, 2004).

Ne každý zdravotnický záchranář má v sobě mateřský cit, který mu pomáhá navodit důvěru mezi dítětem a zdravotnickým záchranářem. Pro zdravotnického záchranáře, který je sám již rodičem, je komunikace podstatně snazší, neboť má zkušenosti s tím, jak s dítětem rychle a snadno navázat kontakt (Špatenková, Králová, 2009).

Správná komunikace nám může pomoci v navázání vzájemného vztahu, a tím dosažení úspěšné spolupráce. Zcela chladné a mechanické provádění nejruznějších vyšetření a ošetření, bez řeči a psychického kontaktu působí na dětského pacienta velmi tísnivě. Klidné, vlídné a rozhodné chování zdravotnického záchranáře u dítěte snižuje napětí a úzkost. Z vystupování zdravotnického záchranáře musí být dítěti jasné, že se nedá nic dělat a že se dítě musí nechat vyšetřit a ošetřit, ale současně je to něco, čeho se nemusí bát. Vždy je však potřeba dítěti vysvětlit, úměrně stupni jeho intelektového

vývoje, co se s ním bude dít, na co má být připraveno a proč je to nutné. Žádné dítě není na komunikaci příliš malé, jen je třeba najít tu správnou techniku. Totéž platí také o chování zdravotnických záchranářů vůči rodičům nebo jiného doprovodu dítěte. Přátelský postoj k nim dítě uklidňuje, ale přezíravý, chladný a nepřátelský postoj vyvolává u dítěte nejistotu a strach. Zdravotnický záchranář musí být s dítětem a rodiči od počátku v přímém kontaktu, to znamená pozdravit, představit se a dále s nimi hovořit (Matějček, 2001).

V první řadě orientuje zdravotnický záchranář komunikaci na dítě, až poté na matku nebo jiný doprovod. Dítě oslovuje jménem, zjistí si, jak ho oslovují doma a jak by si přálo, aby jej oslovoval. Pokud dítě odmítá komunikovat, může zdravotnický záchranář k navázání kontaktu použít hračku. Zdravotnický záchranář komunikuje s hračkou, ptá se jí, jak se jmenuje a jestli jí něco bolí. Děti často promítnou svoje pocity do hračky a záchranáři odpoví. Hračka může také posloužit k vysvětlení vyšetření, kdy záchranář provede výkon nejdříve na hračce, kterou pochválí. Dítě má po té menší strach a lépe komunikuje (Plevová, Slowik, 2010). Komunikace musí být klidná a vlídná. Mlčení je pro dítě a rodiče skličující (Matějček, 2001).

Všichni zdravotničtí pracovníci, kteří o nemocné dítě pečují, mají velkou odpovědnost. Jejich chování bude mít nejen vliv na chování dítěte, až se uzdraví, ale také až zase onemocní příště. Bude mít velký vliv na jeho celkový postoj k lékařům, záchranářům a ostatním zdravotnickým pracovníkům, k vlastnímu zdraví a ke zdraví lidí v jeho blízkosti (Plevová, Slowik, 2010).

V každé věkové kategorii je potřeba přistupovat k dítěti poněkud odlišně. Už novorozenec je předladěn k sociální interakci tím, že reaguje na lidský hlas, „osahává“ zrakem přibližující se obličej, má schopnost napodobovat jednoduché mimické výrazy, rozeznává příjemný a nepříjemný dotek. Velkou zbraní, kterou má novorozenec k dispozici, je jeho křik, kterým je schopen přivolat si pomoc (Plevová, Slowik, 2010).

Dítě v kojeneckém věku vzhledem k úrovni vývoje neumí mluvit. Komunikuje prostřednictvím zvukových (žvatlání, smích, výskání) a neverbálních signálů. Již od třetího měsíce dítě reaguje úsměvem, broukáním a vydáváním zvuků. Ke kojenci je vhodné se naklonit tak, aby nám dobře vidělo do obličeje. Důležité je usmát se a mluvit něžně (kojenci nejlépe reagují na vysoké tóny ženského hlasu) a klidně. Pro utišení a navázání dobrého vztahu s kojencem je důležité používat neverbální komunikaci

(doteky, hlazení, úsměv) (Špatenková, Králová, 2009). Pokud je kojeneček ve fyzickém stresu, je potřeba se vyhnout přehnané stimulaci. Základem je i úzká spolupráce s rodiči (Plevová, Slowik, 2010).

Dítě v batolecím věku lépe rozumí řeči a postupně poznává význam jednoduchých vět. Plní základní pokyny. Rozumí jednoduchým slovům a větám, málo povídá, a tak ovládá řeč pasivně. Děti v batolecím období neumí ještě pojmenovat neverbální signály, ale intuitivně vycítí jejich význam. Základní pravidla pro komunikaci s batolaty jsou: mluvit s nimi zřetelně, nenapodobovat jejich řeč, nepoužívat zdobněliny. Při komunikaci s batoletem je ideální oslovovat dítě jménem (podobu jména, které má dítě rádo), naučit se dešifrovat z jeho „slovníku“, používat krátká a jasná sdělení. V komunikaci se pak osvědčuje i používání různých hraček. Vhodný pomocník je např. plyšová hračka, knížka či obrázek. Zvláště ve stresových situacích je důležité, aby dítě používalo známé předměty (svoji oblíbenou hračku) pro pocit bezpečí (Špatenková, Králová, 2009).

Děti v předškolním věku nesou velmi těžce odloučení od rodiny. I v tomto věku stále pokračuje závislost na matce či blízkých osobách. Slovní zásoba se zvyšuje, vyslovuje poměrně správně a vytváří si vlastní pojmový aparát. Pro děti předškolního věku jsou typické otázky, kterými doslova bombarduje svoje okolí. Komunikační zásadou je neignorovat tyto otázky, ale přiměřeně na ně odpovídat. Vyjadřujeme se stručně, jasně a srozumitelně. Je třeba mluvit klidně a pomalu s využitím jednoduchých slov a krátkých vět. S dítětem udržujeme oční kontakt. Pokud dítě mluví, nepřerušujeme ho, dítě chválíme (Špatenková, Králová, 2009).

Dítě mladšího školního věku (6-12 let) již zpravidla aktivně komunikuje. V tomto období dochází k velkému rozvoji řeči. K vysvětlování ošetřovatelských úkonů by měl zdravotnický záchranář stále používat dětský slovník. Dítě by mělo být zahrnuto do diskuze o jeho léčbě, aby mělo pocit spolurozhodování. Děti mladšího školního věku mohou být tišší a bojácnější, proto je vhodné mluvit klidným a konejšivým hlasem (Špatenková, Králová, 2009).

Starším dětem (13-18 let) je důležité naslouchat a příliš nesoudit. Přistupujeme ke každému mladému člověku jako k jedinečné a originální bytosti. Při komunikaci s nimi je oslovujeme jménem. Od 15 let vykáme, jsme diskrétní. Respektujeme pacientovo soukromí a pocit studu, vyhýbáme se direktivnímu, autoritativnímu stylu

komunikace. Specifický přístup vyžadují děti v pubertálním věku, které často provokují a jsou slovně agresivní. Někdy vykazují „klackovitě“ arogantní jednání. Při komunikaci s nimi se osvědčuje vyčkat, nechat je v klidu vypovídat a držet se konkrétního problému, např. co ho čeká a další (Špatenková, Králová, 2009).

Nejčastěji vyskytující se chyby při komunikaci s dětmi jsou lhaní, zastírání, zlehčování, devalvace emocionálních projevů (vztek, pláč, strach), ignorace dětských otázek, přílišné projevy lítosti, přístup k dítěti jako k malému dospělému či příliš autoritativní přístup (Špatenková, Králová, 2009).

Každá nemoc je pro dítě velký stres. A pokud je nemoc tak vážná, že je nutné zavolat záchranou službu, tak to platí dvojnásob. Velkým stresorem jsou pro dítě cizí lidé oblečení v červených zářivých uniformách, kteří se k němu „přiženou“ a začnou ho rychle ošetřovat. Protože pro děti bývá ošetřování a transport do zdravotnického zařízení stresující záležitostí, snaží se někteří zdravotničtí záchranáři přinést dětem alespoň trochu radosti, snaží se je zabavit většinou vlastními hračkami, výtvary či drobnými dárečky z výbavy sanitního vozu (stříkačka, „lepík“ z EKG). Vhodným „partákem“ dětí a pomocníkem zdravotnickým záchranářům je i Kryštůfek záchranář. Kryštůfek je červenobílá plyšová figurka s číslem 155 na čepici. V České republice byl na územním středisku Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje spuštěn 12. července 2011 unikátní společný projekt zdravotnických záchranných služeb a společnosti Kapitól s názvem „Kryštůfek záchranář dětem“. Cílem projektu je potěšit a zmenšit strach u dětských pacientů, kteří se náhle ocitnou v péči zdravotnických záchranářů. Záchranáři vozí ve svých sanitních vozech plyšovou hračku připomínající záchranáře pojmenovanou Kryštůfek. Jedná se o celostátní záležitost, do které se zapojilo celkem jedenáct krajských záchranných služeb (Humpl, 2011).

Komunikace zdravotnického záchranáře s dítětem, a s nemocným obzvlášť, je velmi těžká, často možná jen prostřednictvím rodiče (Dobiáš a kol., 2012). Přítomnost rodičů při vyšetřování dítěte (při nepříjemných či bolestivých výkonech) a během transportu do zdravotnického zařízení zajišťuje dětem potřebu bezpečí a jistoty a usnadňuje jim lépe zvládnout zátěžovou situaci (Plevová, Slowik, 2010).

4.7.6 Komunikace se seniory

V současné době žijí lidé déle než kdykoliv předtím. Je to dáno významným rozvojem vyšetřovacích a léčebných metod, lepšími životními podmínkami i řadou dalších faktorů (např. genetické dispozice, stav životního prostředí, životní styl atd.). Za mezník seniorského věku považujeme věk 65 let. Tyto seniory označujeme jako „mladé seniory“. Věkové pásmo pro mladé seniory je 65-74 let (obvyklý věk penzionování i s posunutím věkové hranice pro odchod do penze). V odborné literatuře se vyskytuje také označení (young old – „mladý senior“). Mladší seniorský věk však nepřináší častější zdravotní obtíže či nemoci a současná generace mladých seniorů je většinou zdravá. Ve věku nad 75 let jsou již u seniorů v popředí častější zdravotní obtíže či nemoci, případně i osamělost. Hranice 75-89 let je považována za stařecký věk, neboli sénium (old old – „staré, staré osoby“). Osoby nad 90 let označujeme jako dlouhověké (tedy very old old – „velmi staří staří“ lidé). Stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces. Avšak individuální rozdíly jsou ve stáří významné, protože každý člověk stárne „jinak“ (Haškovcová, 2010).

Pro nemocné staré lidi je typický výskyt více nemocí najednou (polymorbidita). Uplatňuje se i tzv. sumační efekt – jedna nemoc má za následek řetězovitý vznik dalších nemocí. Zvláštností je, že většina nemocí má atypický průběh (nevýrazné nebo atypické příznaky onemocnění), se sklony k protrahovanému průběhu a k chronicitě. Ve stáří dochází také k celé řadě psychických obtíží a nemocí. Staří lidé mají sklony k poruchám chování, úzkostem, depresím a také k rozvoji demencí. Zvláštnostmi chorob ve stáří se zabývá obor geriatric (Haškovcová, 2002).

Senioři patří k častým klientům zdravotnické záchranné služby. Komunikace se seniory představuje pro zdravotnické záchranáře velkou prověrku jejich komunikačních dovedností. Změny způsobené stářím (tělesné změny, psychické změny či sociální změny) mohou vytvářet bariéry efektivní komunikace (Špatenková, Králová, 2009). Při práci se seniory se zdravotnický záchranář setkává s jiným kulturním a historickým kontextem. Je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících. Mnoho z nich zažilo vykání rodičům. Nebylo běžné používání sprostých výrazů. Na druhé straně nás může překvapit situace, kdy člověk v úctyhodném stáří používá sprosté nadávky. Ne vždy je to však vlivem onemocnění (Venglářová, 2007).

Komunikace je pro staršího pacienta stejně důležitá jako samotná léčba léky. Často jsou senioři osamělí a izolovaní, a tak kontakt se zdravotnickým záchranářem u nich může znamenat jakési vytržení z jejich samoty. Senior očekává a potřebuje, aby byl vyslechnut, aby mu zdravotnický záchranář pozorně naslouchal, aby se mohl svěřit se svými obtížemi. Nemocný senior většinou velmi pomalu komunikuje, potřebuje tak delší čas na to, aby sdělený obsah slyšel a porozuměl mu, našel odpověď a vyjádřil jej slovy. Pomalejší tempo pacienta seniora může být problémem při komunikaci s mladšími zdravotnickými záchranáři, kteří bývají netrpěliví a nedočkaví. Porucha paměti a nutnost stálého opakování, může být pro zdravotnické záchranáře vyčerpávající. Velkým problémem při komunikaci je pro pacienty – seniory případný hluk a šum. Senior pak musí vynakládat velké úsilí (aby slyšel a byl slyšen), ale nemusí být schopen vnímat vše řečené, obává se opakovaně dotázat, a proto se raději stáhne do pasivity (Špatenková, Králová, 2009).

Při komunikaci se seniorem respektujeme jeho identitu, oslovujeme jej jménem nebo odpovídajícím titulem. Vyhýbáme se infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Je důležité respektovat jeho důstojnost. Složitější a zvláště důležité informace opakujeme nebo napíšeme na list papíru. Taktně si ověřujeme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.). Při pochybnostech si ověříme funkčnost kompenzačních pomůcek. Pro usnadnění komunikace stojíme v zorném poli, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt, zbytečně nezvyšujeme hlas (Špatenková, Králová, 2009). Pacient – senior potřebuje přijímat potřebné informace, které budou pravdivě vypovídat o skutečné podstatě problému (Klevetová, Dlabalová, 2008). Při ošetřování nesoběstačných a polymorbidních seniorů je důležitá komunikace a spolupráce s pečujícími rodinnými příslušníky. Komunikace se seniory vyžaduje vždy víc času, trpělivosti, taktu a empatie. Empatický postoj dáváme najevo aktivním nasloucháním a potvrzením, že pacientovi rozumíme, avšak při akutním stavu pacienta v podmínkách přednemocniční neodkladné péče je to někdy méně reálné (Dobiáš a kol., 2012).

„Profesionál by měl znát své zvyklosti, svůj způsob jednání s lidmi. Neustále pracovat na svých komunikačních schopnostech a být si vědom existence projekce. To znamená uvědomit si, že může starému člověku připomínat direktivního tatínka či protivnou manželku nebo nemilovaného šéfa. A tak se rozjede vztah bojování o své místo a spolupráce nebude nikdy dosažena. První setkání dává základ vznikajícímu

vztahu. Podaří-li se nám navázat dobrý kontakt a získat si důvěru seniora, je to předpokladem k další úspěšné spolupráci“ (Kleветová, Dlabalová, 2008, s. 99).

Naše společnost má sklony k ageizmu, což je termín, který je chápán jako diskriminace na základě věku, vede k nenávisti a odmítání starých lidí, současně zahrnuje i negativní představy o stáří, a tak postupně vznikly i mýty falešných představ o stáří – stáří jako ekonomická zátěž, staří lidé jsou všichni stejní aj. (Haškovcová, 2010).

4.7.7 Komunikace s pozůstalými a blízkými osobami pacienta

Úmrtí milovaného člověka je většinou pro jeho blízké velmi zdrcující, neboť prožívají velkou ztrátu. Ve zdravotnickém zařízení je komunikace s pozůstalými většinou jednodušší, protože pokud pacient byl již v posledním stádiu nemoci a rodina byla připravena a poučena lékařem o závažnosti zdravotního stavu, nebývají reakce příbuzných na úmrtí tak bouřlivé, jak to často bývá v přednemocniční neodkladné péči. Při ní dochází ke ztrátě milovaného člověka buď očekávaně (kdy dlouhodobě vážně nemocný člověk umírá doma na přání rodiny), nebo nečekaně, někdy i z plného zdraví nebo dokonce předčasně (Špatenková, Králová, 2009). Čím je smrt neočekávanější, bezprostřednější, násilnější (dopravní nehoda, sebevražda) a týká se mladých lidí či dětí, tím silnější emoční odezvu může u pozůstalých vyvolat. Atmosféra na místě zásahu, kde zemřel pacient, tak bývá většinou velmi napjatá (Andršová, 2012). Proto je důležité jednat taktně, empaticky a brát co největší ohled na prožívání pozůstalých, kteří mohou bezprostředně po ztrátě milovaného člověka plakat, pociťovat zhoršení zdravotního stavu, ale i zlobu, hněv, pocit viny, bezmoc, úlevu či šok. Mohou se cítit také velmi opuštěni a bezradní. Většina reakcí pozůstalých patří mezi běžné reakce na ztrátu (Špatenková, Králová, 2009). Jak uvádí Špatenková (2008, in Andršová, 2012, s. 81): *„Vše je možné, veškeré reakce pozůstalých jsou dovoleny.“* Zdravotnický záchranář se během své praxe setkává se smrtí velmi často (při úmrtí pacienta mimo zdravotnické zařízení přijíždí posádka s lékařem na místo úmrtí, kde lékař musí provést ohledání mrtvého těla a musí konstatovat smrt). Oproti tomu pozůstalí se se smrtí setkávají jen jednou či několikrát za život a navíc se jich to dotýká nejhlubší možnou emoční měrou, a tak to pro ně bývá velice náročná situace. Pozůstalí potřebují pomoc a podporu. Ve většině případů je potřeba pomoci rodině pozůstalého podáním zklidňujících léků.

Lékař má pravomoc oznámit úmrtí milovaného člověka, naproti tomu od zdravotnického záchranáře se očekává, že poskytne pozůstalým během počátečního šoku první psychologickou pomoc a péči (např. umí být oporou, vyjádřit soustrast, nabídnout kapesník, vyslechnout). Avšak nejlepší pomocí pro pozůstalé je vstřícná a empatická komunikace. Je potřeba poskytnout pozůstalým zjištění, že jste vy i oni udělali pro zemřelého vše, co bylo ve vašich silách. Slušností je vyjádřit své sdílení a svou soustrast. Je dobré informovat pozůstalé o zdroji další pomoci či podpory (např. poradna pro pozůstalé, psychologická ordinace). Zvláštní pozornost musíme věnovat zejména pozůstalým se sebevražednými myšlenkami a úmysly. Každý člověk se vyrovnává se ztrátou různě dlouhou dobu. Je důležité ujistit pozůstalé, že to, co cítí a co prožívají, je normální a přirozené (Andršová, 2012). Podle Andršové (2012) přináší problematika umírání a smrti do práce zdravotnického záchranáře výrazný etický rozměr. Záleží na osobnostní zralosti záchranáře, jaký postoj ke smrti zaujme. Setkání se smrtí pak může u něj vyvolávat strach, úzkost či pocity ohrožení vlastního života – smrtelnosti, ale i vidění světa v jiných hlubších souvislostech a přijímání života jako daru. Smrt může také u zdravotnického záchranáře vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu, jedná-li se například o smrt dítěte, když přijde o život profesní kolega nebo během svého zásahu přijíždí k úmrtí svého známého či příbuzného. V takovém případě zažívá zdravotnický záchranář velice silné emoční reakce, při kterých je více než vhodné vyhledat profesionální psychologickou pomoc (Andršová, 2012).

V praxi zdravotnické záchranné služby bývají potřeby pozůstalých někdy opomíjeny nebo jim není věnována potřebná pozornost. Komunikací s pozůstalými se výjezdová skupina mnoho nezabývá. Lékař se často omezí na strohé sdělení pravdy o smrti blízké osoby, nabídne podání vhodného medikamentu a vyjádří upřímnou soustrast. Zdravotnický záchranář postupuje spíše intuitivně. Základním problémem je většinou nedostatečná komunikace vedená lékařem a výjezdovou skupinou s pozůstalým. Tento druh komunikace většinou lékaři a zdravotničtí záchranáři teoreticky zvládají, ale ne vždy ji v praxi používají. V důsledku toho pak může dojít k nedorozumění a mnohdy až k zpochybňování kvality poskytované péče pozůstalými (Janáčková, Weiss, 2008).

Bohužel lékaři a zdravotničtí záchranáři většinou nemají příležitost se při svém vzdělání blíže seznámit se způsoby poskytování psychosociální a spirituální péče, a proto se mohou v těchto situacích hůře orientovat a necítí se v ní dobře. Potřebovali by

získat dovednosti, které postrádají (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). V této souvislosti také stojí za zmínku skutečnost, že v praxi, v dalším vzdělávání zdravotnických záchranářů, je věnována minimální pozornost nácviku komunikačních dovedností při komunikaci s pozůstalými.

4.7.8 Komunikace s pacienty s postižením (handicapovanými pacienty)

Pacient s postižením neboli handicapovaný pacient je ten, u něhož se objevila vada či porucha. Postižení znamená pro pacienta omezení nebo pozbytí schopností vykonávat činnosti běžným způsobem nebo v rozsahu, které jsou pro člověka považovány za normální (Slowík, 2007).

„Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce“ (Slowík, 2007, s. 26).

Zdravotničtí záchranáři, ale i laická populace se mnohdy obávají chyb a omylů při komunikaci s pacienty s postižením. Při komunikaci mnohdy pociťují strach a rozpaky. Podmínkou správně vedené komunikace zdravotnického záchranáře s pacientem je rozumět typu jeho postižení a znát alespoň obecné principy komunikace s pacienty s různými typy postižení. Úkolem zdravotnického záchranáře je v první řadě zjistit rozsah omezení a nalézt vhodnou a pro pacienta přijatelnou metodu komunikace. Lidé s porušením smyslů mají různé komunikační možnosti. Mezi nejdůležitější požadavky na komunikaci s pacientem s postižením patří, že pokud je s postiženým doprovod či tlumočnick, pozdravíme se s ním, ale dále komunikujeme již se samotným pacientem. Pokud je to možné, zjistíme si předem míru postižení. Je dobré se informovat od samotného pacienta, nakolik je soběstačný, co od nás potřebuje a jaká pomoc je mu příjemná. Pokud je to možné, transportujeme osoby s postižením s jejich vlastním doprovodem. Komunikujeme taktně, empaticky, soucit nebývá přijímán kladně (Linhartová, 2007).

Zrakově postižený pacient je normální člověk, proto komunikujeme vždy s ním, nikoli s doprovodem. Pokud je v přítomnosti zrakově postiženého jedince jeho vodící pes, věnujeme pozornost pacientovi. Reagovat na psa můžeme pouze se souhlasem pacienta. Důležité je se pacientovi představit, aby věděl, s kým jedná. Nesmí chybět

oční kontakt. Chybí-li zrak, o to je důležitější náš hlas. Během ošetřování a vyšetřování popisujeme slovy vše, co budeme dělat a děláme (popisujeme používané přístroje a veškerou činnost). O svém pohybu po místnosti jej informujeme. Pacienta se dotýkáme jemně a s citem. Na dotyk vždy upozorňujeme. Při chůzi pacientovi nabízíme paži k zavěšení, netlačíme ho a nevtlačíme jej za sebou (Linhartová, 2007).

Sluchově postižený pacient má omezený kontakt s okolním světem, ale může umět odezírat, proto při komunikaci s ním používáme krátké věty, nekřičíme na něj, mluvíme pomaleji a zřetelně vyslovujeme, musí vidět náš obličej, důležitý je oční kontakt, v hlučném prostředí pomůže lehký dotyk na znamení začátku hovoru. Sdělení je také možné napsat nebo nakreslit. Důležité je se zeptat, zda nám rozumí, zda nás stačí sledovat, všímáme si neverbálních projevů. Pokud je nutné sdělit či vyjednat závažnou věc, je vhodné využít ke spolupráci tlumočnicka. Při komunikaci mluvíme směrem k pacientovi, ne k tlumočnickovi (Linhartová, 2007).

Pacient s tělesným postižením (například na invalidním vozíku) má většinou výrazně sníženou možnost pohybu, ale většinou nevyžaduje zvláštní přístup v komunikaci. Při vyšetřování, ošetřování a transportu vysvětlíme, co konkrétně od pacienta potřebujeme. Většina pacientů popíše způsob, jak s nimi manipulovat. Dbáme na zajištění kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, francouzské hole) (Linhartová, 2007).

Pro pacienty s mentálním postižením je typický nedostatečný vývoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho plynoucí obtížnější přizpůsobení se na běžné životní podmínky, současně i silnější závislost na ošetřující osobě. V závislosti na hloubce postižení je u pacientů omezená schopnost komunikace. Při komunikaci s mentálně postiženým člověkem může být zdravotnický záchranář překvapen jeho spontánností, otevřeností, bezbranností, ale také zvýšenou dráždivostí, mrzutostí, až sklonem k záchvatům vzteku, které jsou způsobeny nedostatečnou kontrolou a ovládním vlastních emocí (Vágnerová, 2004). Pro zdravotnického záchranáře jsou důležité informace od ošetřující osoby, kdy se ptá na míru samostatnosti, sebeobsluhy a druhy pokynů, kterým pacient rozumí. Přes všechna omezení a různé zvláštnosti musí zdravotnický záchranář komunikovat citlivě, taktně, tolerantně a trpělivě. V žádném případě se pacientovi s mentálním postižením nevysmívá. Nezvyklé projevy v chování či jednání nekomentuje a nezesměšňuje. Velký význam má pro pacienta s mentálním postižením neverbální komunikace, neboť u něj neverbální projevy převažují nad jeho

verbálními schopnostmi. Co často nepochopí ze slovního projevu, to „vycítí“ z pohledu, mimiky, gest či dotyku. S pacientem mluvíme pomalu a používáme jednoduché věty, v případě nutnosti informace a instrukce několikrát zopakujeme, aby měl pacient čas jim porozumět (Kristová, 2004).

4.7.9 Komunikace s cizími státními příslušníky

Zdravotnický záchranář musí být připraven komunikovat s pacienty různých kulturních a etnických skupin, neboť v dnešní době je běžné, že se při ošetřování setkává s pacientem cizincem (Špatenková, Králová, 2009). Výhodou pro zdravotnické záchranáře je znalost etnických skupin, které žijí ve spádové oblasti zdravotnických zařízení. Zdravotnický záchranář by měl znát jejich základní normy, hodnoty a praktiky. Pro zdravotnického záchranáře je výhodou, pokud ovládá alespoň základy nějakého světového jazyka. Jiný jazyk však není jediným rozdílem mezi zdravotnickými záchranáři a různými etnickými skupinami. Kulturní rozdíly existují, např. v neverbální komunikaci (může jít o držení těla, vzdálenost mezi komunikačními partnery či užívání určitých gest). Kulturní normy mohou také určovat, kdo z členů rodiny by měl být v komunikaci osloven a kdo za rodinu rozhoduje. Mnoho kulturních odlišností může zdravotnický záchranář překonat svým citlivým, empatickým, pozorným a profesionálním přístupem. Pokud máme komunikovat s lidmi z různých kulturních prostředí, je podle Vymětala (2009) důležité, aby zdravotničtí záchranáři byli citliví k odlišnostem v chování, zvyklostech a komunikaci. Ty mohou záviset na věku, pohlaví, kultuře, náboženství, finanční situaci, úrovni vzdělání a jazyku.

Při komunikaci s pacientem cizincem většinou nastává problém. Pacienti z důvodu neznalosti jazyka nejsou schopni správně vyjádřit své potíže a porozumět instrukcím. Jazyková bariéra a s ní související nedostatek informací tak mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem může vyvolat na obou stranách strach, úzkost, agresi i mnoho dalších negativních emocí, které jsou projevem neuspokojení základních lidských potřeb (potřeby jistoty a bezpečí). Důležité je ukázat pacientovi cizinci vnímavost a otevřenost. Úsměv, pokývnutí hlavou, udržování očního kontaktu a tzv. otevřený tělesný postoj (svislé paže, otevřené dlaně a mírný náklon) jsou většinou vhodné (Špatenková, Králová, 2009). Pokud se potýkáme s jazykovou bariérou, musíme mluvit spíše pomaleji, jasně artikulovat, nepoužívat zkratky a slangová slova. Na

pacienta cizince nekřičíme, mluvíme jasně a zřetelně s normálním tónem hlasu. Je třeba používat přiměřená gesta, a pokud je to vhodné, použijeme různorodé způsoby komunikace (např. pantomimu, obrázek, gestikulaci, pohyb). Ve zdravotnickém zařízení si můžeme zajistit tlumočnicka (Špatenková, Králová, 2009).

V řadě zemí se stává normou připravovat krizové informační letáky ve všech jazycích skupin obyvatel, které žijí v daném regionu (Vymětal, 2009). U zdravotnických záchranných služeb v ČR se takové informační letáky v různých světových jazycích plošně nevyskytují. Jde o záležitost každého kraje zvlášť. Přípravou se nejvíce zabývá Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy. Ale také zdravotníci záchranáři Plzeňského kraje využívají anamnestické zdravotní a jazykové komunikační karty, pomocí nichž se lépe domluví s cizinci. Tyto karty obsahují nejběžnější zdravotní potíže a překlad těchto potíží je do několika různých světových jazyků, s kterými se záchranáři Plzeňského kraje při své práci setkávají nejčastěji (angličtina, němčina, ruština, vietnamština a mongolština). Současně jsou tyto jazykové karty doplněny i o obrázky pro případ, kdy by pacient nemohl odpovědět, ale mohl pouze ukázat (Komunikační anamnestické karty ZZS Plzeňského kraje, 2011). Pro české prostředí by dle Vymětala (2009) byly vhodné informační materiály v angličtině, ruštině, němčině, vietnamštině, španělštině, čínštině a arabštině.

4.7.10 Komunikace při hromadném neštěstí

Dojde-li náhle k poškození zdraví většího počtu osob a záchranná služba musí aktivovat své prostředky pozemní i letecké, včetně záložních, ke včasnému poskytnutí neodkladné péče, definujeme nastalou situaci jako hromadné neštěstí. Hromadné neštěstí patří k mimořádným událostem. Česká krizová legislativa vymezuje mimořádnou událost jako „*škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy a haváriemi, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací*“ (Vymětal, 2009, s. 18).

Mimořádné události mohou být živelné pohromy, těžké dopravní nehody, provozní havárie, rozsáhlé požáry, epidemie aj. Při mimořádné události jde o náročnou životní situaci, která postihuje obvykle větší množství osob, je nebezpečná, obtížně

zvladatelná, přičemž ohrožuje život a zdraví, obvykle leží za hranicí běžné lidské zkušenosti a mívá fatální důsledky (Vymětal, 2009).

Většina pacientů se při mimořádné události ocitá v kritickém stavu. Kritický stav znamená, že pacient je bezprostředně ohrožen na životě v důsledku selhání základních životních funkcí (vědomí, dýchání, krevní oběh a vnitřní prostředí). Jedním z možných kritérií pro hodnocení mimořádné události je právě počet pacientů v kritickém stavu. Může se jednat o hromadné neštěstí omezené, o hromadné neštěstí rozsáhlé nebo o katastrofu. Při hromadném neštěstí omezeném jde o mimořádnou událost, která postihuje nejvíce 10 zraněných nebo zasažených, z nichž alespoň jeden je v kritickém stavu. Likvidace těchto následků je řešena ve spolupráci několika výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby. Traumatologické plány aktivovány nejsou. Při hromadném neštěstí rozsáhlém se jedná o mimořádnou událost, která postihuje více než 10 zraněných a zasažených a tento stav nejsou kapacitně schopny v daném čase řešit zdravotnická zařízení příslušné zdravotnické záchranné služby. Pro likvidaci těchto následků je nutná aktivace poplachových, havarijních a traumatologických plánů. U katastrofy jde o mimořádnou událost, kdy je více než 50 postižených bez rozdílu počtu mrtvých, těžce zraněných či lehce zraněných. Pro katastrofu je typický náhlý a nečekaný vznik, hromadný výskyt postižených – více než 50 lidí, nedostatek času na rozhodování a řízení záchranných prací, objevuje se panika a emoční stres postižených, ale i záchranných týmů. Záchranné týmy se potýkají s nedostatkem personálu, prostředků, zdravotnické techniky. Hrozí nebezpečí vzniku epidemií. Je nezbytná aktivace poplachových, havarijních a traumatologických plánů (Štětina, 2000).

Komunikace s pacientem při hromadném neštěstí vyžaduje specifické postupy a přístupy, neboť je ovlivněna celou řadou situačních a osobnostních faktorů jak na straně zasaženého, tak na straně záchranářů, a proto komunikace mezi nimi bývá většinou ztěžována šumy a překážkami, které jsou způsobeny vnějším prostředím a psychikou zúčastněných. Abychom mohli se zasaženými lidmi vytvořit vztah plný důvěry, snížit jejich utrpení a navázat s nimi efektivní komunikaci, je potřeba dodržovat pravidlo optimální komunikace, což znamená, že slovní a mimoslovní komunikace i řeč těla jsou v souladu, neboť lidem zasaženým mimořádnou událostí pomáhá, když se zdravotnický záchranář verbálně (slovně) i neverbálně (mimoslovně) projevuje stabilně a má racionální vystupování. Velmi důležitý je empatický přístup. Zdravotnický záchranář by měl komunikovat jasně a strukturovaně, volit pomalejší tempo řeči,

aktivně naslouchat zasaženým osobám a jejich potřebám, umět vyjádřit pokoru a lítost, ale současně se musí snažit vyvarovat mnoha chyb, kterých se může dopustit a přispět tak k tzv. sekundární traumatizaci. Mezi nejčastější komunikační zlovyky, kterých se záchranáři při komunikaci dopouštějí, patří např. neupřímnost, naznačování nepříjemných pocitů, nejasnost, nekonkrétnost, přehánění situace, překrucování skutečnosti, nesoulad slovního a mimoslovního projevu, skákání do řeči, nereagování na sdělení aj. (Vymětal, 2009).

Zásahy při hromadných neštěstích a při všech mimořádných událostech výrazně ovlivňují psychiku všech zúčastněných záchranářů, pacientů, i jejich příbuzných, ale i ostatních členů integrovaného záchranného systému (hasiči, policie). U všech těchto osob může dojít k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Platí pravidlo, že čím jsou mimořádné události tragičtější, tím více se u všech zúčastněných může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Obětím mimořádných událostí je věnována velká pozornost, avšak velmi málo vlastním záchranářům. Záchranáři jsou považováni za odolné jedince, kteří si svojí činností při nehodách menšího rozsahu zvykli na stres a mimořádnou událost již neprožívají. Avšak psychologické reakce záchranářů mohou být velmi různé a mohou mít krátkodobé, případně i trvalé následky (Gulášová, 2011).

Během vlastního zásahu u mimořádné události si záchranáři uvědomují rozsah neštěstí pouze do určité míry. V první řadě je pro ně nejdůležitější zvládnutí zásahu. Svoji pozornost soustřeďují na přímou pomoc pacientům v ohrožení a na jejich transport do nemocničních zařízení. Zhoubné následky zásahu se u záchranářů projeví až po jeho skončení, kdy se fyzická únava prolíná s psychickým vyčerpáním a plným uvědoměním si důsledků neštěstí (Gulášová, 2011).

Špatné zpracování traumatizujícího zážitku může vést u predisponovaných jedinců až k rozvoji akutní psychózy. Věk, pohlaví, osobnostní faktory a zkušenost mohou výrazně ovlivnit stupeň psychologické reakce. U mladších osob je riziko následků větší, ženy mívají více příznaků (Štětina, 2000).

5 ZPŮSOBY VYROVNÁVÁNÍ SE S NÁSLEDKY KOMUNIKAČNĚ NÁROČNÝCH SITUACÍ V PNP

Náročná práce zdravotnických záchranářů se velkou měrou podepisuje na jejich psychice. Stresující podmínky práce mohou u zdravotnického záchranáře zanechat psychickou újmu (Andršová, 2012). To, jaké následky v psychice zdravotnických záchranářů komunikačně náročná situace vyvolá, závisí na subjektivním prožitku intenzity působení, na závažnosti situace, na četnosti výskytu komunikačně náročných situací, zkušenostech zdravotnického záchranáře, jeho aktuálním stavu a dalších faktorech (Matoušková, Spurný, 2005).

Kromě obranných mechanismů, které při vzniku stresu pramenícího z komunikačně náročných situací nastupují automaticky, může zdravotnický záchranář využít tyto možnosti:

- Podělit se o negativní zážitky a pocity s kolegy.
- Vyhledat odbornou pomoc – bohužel u mnoha zdravotnických záchranných služeb v České republice je velký problém stigmatizace zdravotnického záchranáře, který po náročných situacích vyhledá psychologa či jinou odbornou pomoc. Ze zkušeností od ostatních zdravotnických záchranářů vyšlo najevo, že kdo to nezvládá, nemá na záchrance co dělat (Matoušková, Spurný, 2005). Vymětal (2009, s. 84) mluví o stejné problematice: „...*Vlastní znepokojení záchranářů při akcích bývá snáze potlačováno jako ‚neprofesionální‘. Avšak toto potlačení na straně profesionálů může motivovat jevy pro krizovou komunikaci a krizové řízení kontraproduktivní: netrpělivost, bagatelizaci a jiné obranné postoje, pasivní agresi, nedostatek empatie apod. Kromě znepokojení pociťují profesionálové také strach, vnitřní paniku, zlost, vztek, vinu, nabuzení, depresi atp., stejně jako ostatní lidé. Součástí mnoha technických a některých zdravotnických profesí je nepsaný závazek držet na uzdě emoce, které by mohly mít negativní vliv na jejich práci. To bývá ještě silnější v situaci zvýšeného stresu v průběhu mimořádné události. Pro racionální průběh záchranných a likvidačních prací je to v pořádku, je ale důležité, aby jim organizace nabídla možnost bezpečně ventilovat emoce po*

náročném zásahu. Psychologický debriefing, defusing nebo strukturované zakončení setkání je pak u nich prevencí případných potíží v budoucnu. “

- Vyrovnat se s následky komunikačně náročné situace sám (Matoušková, Spurný, 2005).

Většina zdravotnických záchranářů se dokáže s jednorázovou zatěžující zkušeností vyrovnat sama či s přirozenou podporou svých kolegů nebo rodinných příslušníků. Pokud jsou však zdravotničtí záchranáři vystavováni extrémní zátěži a utrpení druhých lidí opakovaně, může u nich dojít ke snížení psychické odolnosti a k rozvoji obtíží. Zaměstnavatelé zdravotnických záchranářů, kteří bývají vystaveni extrémním zátěžím, by měli dbát nejen na odpovídající přípravu, ale i na preventivní psychologické ošetření svých zaměstnanců (Vymětal, 2009).

5.1 Ochrana psychického zdraví u zdravotnických záchranářů

Zdravotničtí záchranáři oprávněně potřebují při vzniku náročné situace nebo bezprostředně po ní získat zpět psychickou rovnováhu. Zaslужují vyšší pozornost a péči v oblasti psychohygieny (Vymětal, 2009).

5.1.1 Psychohygienu

Psychohygienu můžeme definovat jako ochranu duševního zdraví. Psychohygienu chápeme jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení anebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy (Míček, 1984).

Mezi základní pravidla psychohygieny řadíme:

- zdravou a vyváženou stravu;
- dostatek spánku, odpočinku a fyzické aktivity;
- aktivní trávení volného času, relaxaci, sport, dostatek sociálních kontaktů s rodinou, přáteli a partnerem;
- vyhýbání se alkoholu, nikotinu, nadužívání kofeinu (Andršová, 2012).

V práci zdravotnického záchranáře je také důležitý humor, který patří k důležitým krátkodobým odreagováním v průběhu pracovní doby. Pro zdravotnické záchranáře je velmi významná i pozitivní motivace v práci, protože povolání zdravotnického záchranáře nepřináší jen negativní zážitky, ale přináší také pomoc lidem a záchranu života a osob, zajímavost a pestrost práce, kolektiv a volný čas díky směnnému pracovnímu provozu (Andršová, 2012).

5.1.2 Rozšířené možnosti psychohygieny u zdravotnických záchranářů

Možností, jak mohou zdravotničtí záchranáři řešit dopady stresu a traumat, je v současné době hodně. Například v komerčních vzdělávacích centrech je mnoho kurzů, které se zabývají antistresovými programy, relaxačními metodami, rozvojem osobnosti či asertivitou. V České republice byl pro zdravotnické záchranné služby zřízen Systém psychosociální intervenční služby, a to zákonem č. 374/2011, o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů. Přesto však záleží na jednotlivém zdravotnickém záchranáři, jakou cestou se vydá, co považuje za nejlepší. Preventivně je pro zdravotnické záchranáře nejdůležitější, aby se naučili, jak na sebe některé stresové situace nenechat dopadat (Andršová, 2012).

5.1.2.1 Systém psychosociální intervenční služby

Jak už bylo uvedeno, Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) byl zřízen zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Zaměstnavatel každé zdravotnické záchranné služby v ČR tak musí zajistit tuto službu svým záchranářům. Tato služba patří mezi jednu z činností pracoviště krizové připravenosti definované přímo v zákoně č. 374/2011 Sb. Garantem SPIS je Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, s odbornou garancí Společnosti pro urgentní medicínu a medicíny katastrof ČLS JEP. Od roku 2012 dochází k jednotnému vzdělávání „peerů“, ale i koordinátorů (www.spiscr.info).

Tento systém pracuje na více úrovních. Za funkčnost SPIS a činnost jednotlivých subjektů zapojených v systému zodpovídá garant, který je odpovědný za organizaci SPIS jako celku. Další v tomto systému je odborný garant, který z odborného

hlediska dohlíží na správně prováděné činnosti a postupy v této problematice. Na úrovni kraje je krajský koordinátor, který řídí, sleduje a organizuje péči pro své kolegy na úrovni kraje. Má kontrolu a přehled nad „peery“ ve svém kraji a spolupracuje s ostatními krajskými koordinátory. Aktivně vykonává informační a publicistickou činnost o SPIS aj. Po stránce odborné a po stránce organizační podléhá garantovi systému a odbornému garantovi (Vzdělávací a pracovní činnost peera SPIS, 2011).

Mezi nejzákladnější a nejdůležitější rovinu patří „peer“ neboli proškolený profesní kolega, který absolvoval certifikovaný výcvik v systému psychosociální péče o kolegy. Vzdělávání „peerů“ je v České republice zajištěno certifikovaným kurzem v NCO NZO (Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) v Brně s názvem Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům nebo výcvikem v metodách CISM vedeným certifikovaným vyučujícím lektorem. Tento výcvik CISM musel být organizovaný Hasičským záchranným sborem ČR a absolvovaný do 31. prosince 2010. „Peer“ je proškolen pro poskytování první psychické pomoci kolegům v resortu zdravotnictví (pracuje s jednotlivcem nebo se skupinou). Při skupinovém zpracování nadlimitních zážitků (debriefing, defusing a demobilizace) spolupracuje s odborníkem na duševní zdraví. Je povinen dodržovat etický kodex SPIS a zachovávat mlčenlivost s výjimkou událostí, které podléhají zákonu. Při porušení je ze systému vyřazen (Vzdělávací a pracovní činnost peera SPIS, 2011).

Výhodami využití „peera“ je důvěra a orientace v organizaci. Zdravotnický záchranář může využít buď „peera“ ze stejného, nebo z jiného kraje, záleží na jeho vlastní volbě. V praxi se snaží psychosociální intervenční služba napomáhat s vytvořením odolnosti proti psychické zátěži, s pochopením reakcí zachraňovaných i záchránců při krizové události, se zklidňováním stresových reakcí a také učí vhodné způsoby přizpůsobení se na stres a psychickou zátěž (Andršová, 2012).

„Cílem psychosociální intervenční služby je podpora a péče o zaměstnance a důsledkem toho také komfortnější péče o pacienty. Je vhodná v případech, kdy hrozí, že budou záchranáři zasazeni psychicky zatěžující situací, či v případech, kdy si prostě jenom s někým potřebují promluvit a nemají s kým. Tato nabídka je mimo jiné také prevencí syndromu vyhoření. Snahou psychosociální intervenční služby je podpořit kolegy a ulevit od zatěžující situací, se kterými je ještě těžší pracovat v běžném provozu, a v případech mimořádných událostí pomoci taktéž civilnímu obyvatelstvu“ (Buriánková, Ryba, 2009 in Andršová, 2012, s. 99-100).

5.1.2.2 Critical Incident Stress Management (CISM)

Ve spojitosti s prožitým profesním traumatem byl zaveden postup Critical Incident Stress Management (dále jen CISM). „CISM tvoří ucelený systém preventivních a intervenčních technik, jejichž cílem je udržení, případně obnovení psychické rovnováhy profesionálů po náročných zásazích“ (Andršová, 2012, s. 100). Jedná se o soubor technik určených pro tísňové složky, jako jsou Zdravotnická záchranná služba ČR, Hasičský záchranný sbor ČR či Policie ČR a Armáda ČR. Důležitým cílem je zejména prevence enormního působení stresu a následné psychologické nemoci, která se projevuje syndromem vyhoření, posttraumatickou stresovou poruchou a jinými psychopatologickými příznaky. Techniky, které se využívají v CISM, jsou:

- debriefing,
- defusing,
- demobilizace,
- podpora na místě události,
- preventivní přednášky,
- individuální debriefing,
- odložený debriefing,
- debriefing v případech rozsáhlých přírodních katastrof, které postihují celou komunitu (Andršová, 2012).

Využívání těchto technik má pro zdravotnické záchranáře ozdravující i preventivní charakter (Andršová, 2012).

Debriefing a defusing jsou založeny na uspořádaném skupinovém rozhovoru a poskytují zdravotnickým záchranářům možnost ventilovat myšlenky a pocity a společně sdílet strategie, jak se vyrovnávat s náročným zásahem. Používají se bezprostředně po ukončení akce a musí je vést speciálně vyškolený psycholog. Cílem je ošetřit a uzavřít zážitky z náročného zásahu, tak aby již zdravotnické záchranáře neobtěžovaly v budoucnu.

Pokud se objeví u některého zdravotnického záchranáře nějaký hlubší problém, měl by být řešen individuálně. Nejedná se o psychoterapii, ale jde o kolegiální sdílení zážitků z akce. Důležitým rysem těchto metod je naprostá diskrétnost informací, ke které se všichni zúčastnění zavazují (Vymětal, 2009).

Nejkratší formou intervenční pomoci je demobilizace. Jde o krátké „vypnutí“ u zdravotnických záchranářů, kteří se podílejí na dlouhodobých záchranářských činnostech. Demobilizace by měla být provedena na konci směny, kdy končící zdravotničtí záchranáři dostávají společně krátkou, asi 10minutovou informaci a po té následuje 20minutový odpočinek a relaxace. Cílem demobilizace je zdravotnické záchranáře uvolnit, informovat či zprostředkovat návazné služby (Andršová, 2012).

Podpora na místě události je zase nejkratší metoda, která je určena pouze k omezení působení stresu na zdravotnické záchranáře. Je určena obzvláště těm zdravotnickým záchranářům, u kterých se stres výrazně projevuje, ale i pro přihlížející, či postižené rodiny (Andršová, 2012).

Toto mohou být nejčastěji použitelné metody a postupy u zdravotnických záchranářů pro odbourávání extrémního stresu a ošetření jejich psychiky v průběhu náročné akce a po ní. Existují však i další metody a postupy, již zmiňované výše (Andršová, 2012).

5.1.3 Vlastní postupy zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář se nemusí spoléhat jen na systematickou a odbornou podporu. I bez pomoci okolí si může sám pomoci od náročné situace. Může se naučit řadu relaxačních cvičení a postupů snižujících zátěž či vedoucí k jinému náhledu na prožívanou situaci. Zdravotnický záchranář může využít techniky pro navození uvolnění v krátkém časovém úseku. Měl by se naučit strategie zvládání stresu. Tyto strategie zvládání stresu můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé strategie zvládání stresu se zaměřují na okamžité snížení stresové reakce organismu. Patří sem jednoduché postupy, jako je například prohloubení dechu, spontánní uvolnění prostřednictvím svalů, záměrné odvrácení pozornosti k jiné činnosti nebo vnitřní monolog. Dlouhodobé strategie zvládání stresu mají snížit úroveň zátěže. Patří mezi ně všechny zásady související se zdravým životním stylem, péče o mezilidské vztahy,

kontrola či změna přístupů vyvolávajících stres, rozšiřování schopností, dovedností a další vzdělávání v rámci své kvalifikace (Vymětal, 2009). Zdravotnický záchranář se může naučit různé varianty úlevy od stresu, záleží pouze na něm a na dané situaci, kterou si zvolí. Na každého platí jiné antistresové metody (Andršová, 2009).

Cílem těchto metod je svalová a psychická autorelaxace, zklidnění, odstranění napětí, odbourání negativních emocí a zlepšení vegetativních funkcí a spánku. Mezi známé metody patří například meditace, jóga, autogenní trénink, progresivní relaxace, možnosti spojené s energií studené vody, současně i jakýkoliv pohyb – protažení, procházka, nadýchání se čerstvého vzduchu, dále masáž, naučit se být chvíli sám, zároveň si udělat pro sebe malé radosti – koupit si něco hezkého, zajít si na kosmetiku. Při relaxacích je dobré využívat spíše tiché, teplé místnosti a použít pohodlný oděv. Zdravotnický záchranář by si měl vybrat tu nejvhodnější a nejpříjemnější metodu, aby ji mohl začlenit do svého běžného života a pak ji využívat co nejčastěji (Vymětal, 2009). Preventivně by měl zdravotnický záchranář v rámci uplatnění vlastní psychohygieny slevit z nároků na sebe i okolí, naučit se říci ne, naplánovat a stanovovat si priority, převést část zodpovědnosti a činností na ostatní členy týmu, neodmítat pomoc či podporu, najít si dostatečný čas na odpočinek a relaxační cvičení. Zvláště důležité je pro zdravotnického záchranáře dodržovat poměr mezi zátěží a odpočinkem (Dobiáš a kol., 2012).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem empirické části diplomové práce je získat vhled do osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi, posouzení jejich subjektivní pociťované připravenosti a vnímané náročnosti těchto situací a identifikace faktorů přispívajících k jejich zvládnutí. Cílem dalších analýz je hledání efektivních forem psychosociální pomoci a dalšího vzdělávání zdravotnickým záchranářům ze strany zaměstnavatele.

6.2 Dílčí cíle pak jsou:

- Zjistit, ve kterých komunikačně náročných situacích se zdravotničtí záchranáři nejčastěji ocitají.
- Zmapovat, které z těchto situací považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější a na které se cítí subjektivně jen málo připraveni.
- Zjistit, jak se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají s následky komunikačně náročných situací.
- Zanalyzovat, jak zaměstnávající organizace pomáhá či může pomáhat při přípravě na komunikačně náročnou situaci, tj.:
 - Zda mají pro řešení komunikačně náročných situací přesně stanovené postupy, řídí se vytvořenými standardy apod.
 - Zda po náročném výjezdu pečují o duševní zdraví záchranářů ve smyslu, které služby jsou dostupné, jak je na ně nahlíženo, jak jsou uživatelé těchto služeb spokojeni.
 - Zda zaměstnavatelé umožňují zdravotnickým záchranářům se vzdělávat v oblasti komunikačně náročných situací.

- Zjistit, jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí na téma komunikace v náročných situacích.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Vzhledem k cílům výzkumné části byly stanoveny následující výzkumné otázky (dále je VO):

VO 1: S jakými komunikačně náročnými situacemi se zdravotničtí záchranáři nejčastěji setkávají?

VO 2: Které komunikačně náročné situace považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější? Jaké existují rozdíly ve vnímání náročnosti dle věku, délky praxe a pohlaví?

VO 3: Na které komunikačně náročné situace se cítí subjektivně málo připraveni? Jaké existují rozdíly ve vnímání subjektivní připravenosti dle věku, délky praxe a vzdělání?

VO 4: Jaké zvládací strategie u zdravotnických záchranářů převládají po skončení komunikačně náročných situací? Jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými pohlavími?

VO 5: Existují stanovené standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb?

VO 6: Jak zdravotničtí záchranáři hodnotí psychosociální péči svého zaměstnavatele a jaká je jim nabízena?

VO 7: Umožňují zaměstnavatelé zdravotnickým záchranářům se vzdělávat v oblasti komunikace s pacientem, komunikaci v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch?

VO 8: Jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí v oblasti komunikačně náročných situací?

8 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

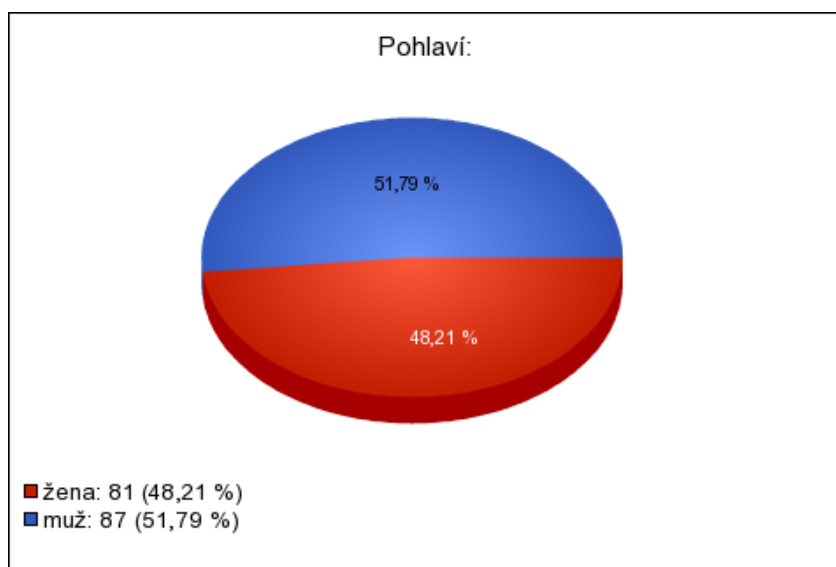
8.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek respondentů tvořili zdravotničtí pracovníci, kteří pracují na pozici zdravotnický záchranář ve výjezdových posádkách zdravotnických záchranných služeb. Jednalo se tedy o všeobecné sestry se specializací a zdravotnické záchranáře všech typů studia s oprávněním k samostatnému výkonu profese. Dotazníkové šetření probíhalo mezi zdravotnickými záchranáři jednotlivých krajů na území České republiky. Bylo rozdáno celkem 180 dotazníků. U Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje bylo rozdáno 60 dotazníků v tištěné podobě, ostatní dotazníky byly rozeslány elektronickou formou přes internetový portál www.vyplnto.cz.

Následující tabulky a grafy vystihují základní charakteristiku výzkumného souboru:

Tabulka 1. Pohlaví

Pohlaví	Počet	Procentuální zastoupení
muž	87	51,79 %
žena	81	48,21 %

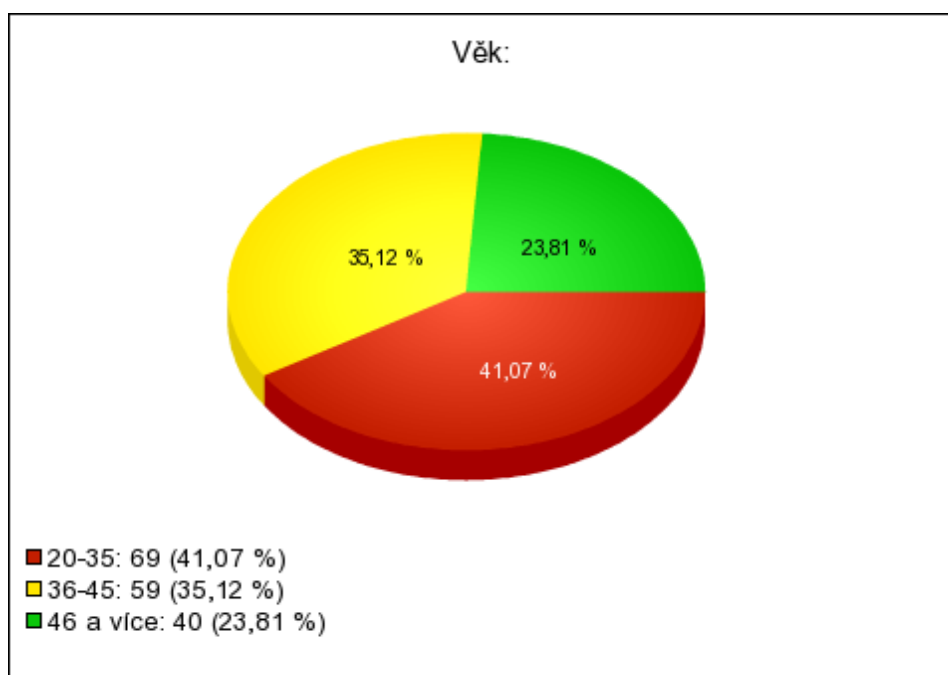


Graf 1. Pohlaví

Při vyhodnocování dotazníků bylo zjištěno, že celý vzorek činil **168 zdravotnických záchranářů** a tvořilo jej **81 žen a 87 mužů**.

Tabulka 2. Věk

Věk	Počet	Procentuální zastoupení
20-35	69	41,07 %
36-45	59	35,12 %
46 a více	40	23,81 %



Graf 2. Věk

Věkové složení zdravotnických záchranářů bylo následující: 41,07 % zdravotnických záchranářů bylo ve věkové kategorii 20-35 let, 35,12 % bylo ve věkové kategorii 36-45 let a 23,81 % bylo ve věkové kategorii 46 a více.

Tabulka 3. Typ vzdělání

Typ vzdělání	Počet	Procentuální zastoupení
úplné středoškolské se specializací	63	37,50 %
vyšší odborné	48	28,57 %
bakalářské	39	23,21 %
magisterské	18	10,71 %



Graf 3. Typ vzdělání

Nejvýše dosažené vzdělání u zdravotnických záchranářů bylo následující: 37,50 % zdravotnických záchranářů mělo úplné středoškolské vzdělání se specializací, 28,57 % mělo vyšší odborné vzdělání, 23,21 % mělo bakalářské vzdělání a 10,71 % mělo magisterské vzdělání.

Tabulka 4. Délka praxe na ZZS

Délka praxe na ZZS	Počet	Procentuální zastoupení
11-20 let	70	41,67 %
6-10 let	37	22,02 %
méně než 5 let	35	20,83 %
20 a více let	26	15,48 %



Graf 4. Délka praxe na ZZS

Délka praxe u zdravotnické záchranné služby: 20,83 % zdravotnických záchranářů bylo s délkou praxe menší než 5 let, 22,02 % bylo s délkou praxe 6-10 let, 41,67 % bylo s délkou praxe 11-20 let a 15,48 % bylo s délkou praxe 20 a více let.

Jak vyplývá z výše uvedených tabulek a grafů, tak z celkového počtu 180 respondentů vyplnilo dotazník 87 mužů a 81 žen, kdy nejvíce zastoupenou věkovou skupinou bylo věkové rozmezí 20-35 let, což představovalo celkem 41,07 %

dotazovaných respondentů. Nejčetnějším typem vzdělání pak bylo u dotazovaných respondentů střední vzdělání se specializací, které bylo zastoupeno celkem u 63 osob, což představovalo 37,50 % z celkového počtu dotazovaných. Nejmenší počet osob pak dosáhlo vzdělání magisterského – 18 osob a v procentuálním zastoupení celkem 10,71 % z dotazovaných respondentů. Nejvíce dotazovaných respondentů mělo praxi v délce 11 až 20 let, celkem v počtu 70 a v procentuálním zastoupení 41,67 %. Nejméně dotazovaných respondentů pak mělo praxi 20 a více let v počtu celkem 26 a v procentuálním zastoupení 15,48 % z dotazovaných respondentů.

8.2 Výzkumná metoda

Pro potřeby této diplomové práce byl proveden kvantitativní výzkum metodou dotazníkového šetření. Byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník vlastní konstrukce vytvořený na základě údajů z prostudované literatury (Viz *Příloha č. 1.*).

Dotazník je jednou z nejčastěji používaných metod ke zjišťování údajů. Jde o písemnou formu výzkumné metody, která je určena převážně pro hromadné získávání údajů. Výhodou je velmi rychlé zpracování a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů. Dotazník se obvykle skládá z otázek, ale otázka dotazníku se může někdy označovat jako položka (pokud má výrok oznamovací formu). Každá položka v dotazníku se skládá z části předmětové (otázkové) a odpovědi. Východiskem pro konstrukci dotazníku musí být jasně stanovený cíl výzkumu. Rozlišujeme dotazníkové otázky uzavřené (nabízí hotové alternativní odpovědi, kdy úlohou respondenta je označit vhodnou odpověď), otevřené (respondentovi dává velkou volnost odpovědi), polouzavřené (kombinace předchozích dvou typů dotazníkových otázek, spočívají v označení odpovědi a požadující ještě nějaké další vysvětlení) a škálové otázky (kdy škála poskytuje respondentovi odstupňované hodnocení jevu) (Gavora, 2010).

Členění dotazníku:

Dotazník měl celkem 25 otázek (otevřené, zavřené, polouzavřené a škálové) pro výběr z variant odpovědí. Dotazník byl tvořen především uzavřenými otázkami.

- Otázka číslo 11 byla otevřená.
- Otázky číslo 8, 13, 24 byly polouzavřené.

- Otázky číslo 1, 2, 3, 4, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 byly uzavřené.
- Otázky číslo 5, 6, 7 byly škálové.

Otázky číslo 1 až 4 se týkaly základních sociodemografických údajů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe u zdravotnické záchranné služby). Otázky číslo 5 až 7 byly specifické – se vztahem ke konkrétním komunikačně náročným situacím. Rozděleny byly podle zkušenosti, náročnosti a připravenosti, s cílem zjistit subjektivní náhled na jednotlivé komunikačně náročné situace. Otázky číslo 8 a 9 měly u zdravotnických záchranářů za cíl odhalit, jaké spatřují největší překážky v komunikaci s pacientem a čím se řídí při kontaktu s pacientem. Položka číslo 10 se týkala standardů v komunikačně náročných situacích a kladla si za cíl zjistit, zda pro nějakou komunikačně náročnou situaci mají zdravotničtí záchranáři k dispozici standard a pokud ano, tak navazovala otázka číslo 11, kde měli zdravotničtí záchranáři vypsát, pro kterou situaci je zpracován. Otázky číslo 12 až 16 se zaměřovaly na psychosociální pomoc v organizaci. Kladly si za cíl zjistit, jak jsou zdravotničtí záchranáři s nabízenou pomocí spokojeni, zda jim je psychosociální pomoc zaměstnavatelem aktivně nabízena, jakou důležitost přikládají psychosociální podpoře od svého zaměstnavatele a jestli je potřeba nabízet pomoc bezprostředně po skončení náročného výjezdu. Otázka číslo 16 a 17 zjišťovala, jak se zdravotnický záchranář sám vyrovnává se zátěží po skončení komunikačně náročné situace a zda během své dosavadní kariéry vyhledal odbornou pomoc. Dotazy číslo 21 až 24 směřovaly ke vzdělávání v oblasti komunikace s pacientem. Kladly si za cíl zjistit názor zdravotnických záchranářů na současný systém vzdělávání, zda pocítují úroveň svých odborných znalostí za dostatečnou, zda mají zájem se dále vzdělávat v této problematice, jestli navštěvují vzdělávací akce, jaké formy vzdělávání preferují a jestli jim zaměstnavatel umožňuje se vzdělávat.

8.3 Organizace dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření probíhalo od 1. ledna 2014 do 15. dubna 2014 u Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje, Karlovarského kraje, hlavního města Prahy, Jihočeského kraje, kraje Vysočina, Královéhradeckého kraje, Libereckého kraje, Olomouckého kraje, Pardubického kraje, Plzeňského kraje, Zlínského kraje a

Moravskoslezského kraje. Dotazník byl vybraným respondentům distribuován jednak v elektronické podobě přes internetový portál www.vyplnto.cz, tak i v tištěné podobě. Distribuce probíhala cestou nadřízených, kdy přes e-mailovou korespondenci byly osloveny vrchní sestry krajských zdravotnických záchranných služeb v České republice s žádostí a prosbou o vyplnění dotazníku, s výjimkou Olomouckého kraje. U Zdravotnické záchranné služby Olomouckého kraje byly dotazníky v tištěné podobě předány autorkou výzkumu kolegům na základě osobní známosti. Dotazník v elektronické podobě byl přístupný na internetovém portálu přes odkaz <http://komunikace-zachranar-79.vyplnto.cz>. Tento odkaz byl rozeslán vrchním sestřám s prosbou o vyplnění a rozeslání vlastním zdravotnickým záchranářům. Rozdáno bylo celkem 180 dotazníků. Návratnost vyplněných dotazníků byla celkem 168. Návratnost dotazníků v tištěné podobě byla 100 %. Respondentům byly k dispozici kontakty na autorku výzkumu pro případné připomínky či dotazy. Těm z respondentů, kteří vyjádřili zájem o výsledky dotazníkového šetření a poskytl e-mailový kontakt, byly výsledky odeslány v elektronické podobě. Po ukončení dotazníku obdržel každý respondent poděkování za ochotu a účast na výzkumu. Důraz byl kladen na anonymitu poskytovaných dat.

Předvýzkum byl proveden na malém vzorku dvaceti zdravotnických záchranářů Olomouckého kraje. Poznatky z předvýzkumu byly použity pro úpravu jednotlivých položek dotazníku.

Metodologické poznatky pro realizaci tohoto výzkumu byly čerpány z publikace Úvod do pedagogického výzkumu od Petera Gavora.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Získaná data byla zpracována a vyhodnocena elektronickou formou přes internetový portál www.vyplnto.cz, kde bylo možné si následně stáhnout výsledky výzkumného šetření v různých formách. Na internetovém portále byl uveden odkaz na výzkum autorky pod názvem <http://komunikace-zachranar-79.vyplnto.cz>. Tento odkaz byl rozeslán pomocí elektronické pošty respondentům prostřednictvím vrchních sester.

Získaná data byla analyzována a interpretována v souvislosti s cíli práce a výzkumnými otázkami, ve kterých se zjišťovala různá kritéria jako pohlaví, věk, délka praxe a vzdělání.

Hierarchie této kapitoly odpovídá stanoveným výzkumným otázkám.

9.1 Výzkumná otázka č. 1: S jakými komunikačně náročnými situacemi se zdravotničtí záchranáři nejčastěji setkávají?

Tabulka 5. Rozdělení komunikačně náročných situací dle zkušeností zdravotnických záchranářů

Zkušenost	Průměr	Pořadí
komunikace s pacientem, který je agresivní	2.845	6
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	2.988	3
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	2.637	8
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	2.381	11
komunikace s pacientem - dítětem	2.613	9
komunikace s pacientem - seniorem	3.827	1
komunikace s pacientem - cizincem	2.417	10
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	2.875	5
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	2.833	7
komunikace s pozůstalými	2.917	4
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	1.500	13
komunikace s dalšími složkami IZS	3.113	2
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. KPR)	1.839	12

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky č. 5, nejvíce zkušeností mají zdravotničtí záchranáři s komunikací se seniory, na druhém místě se ocitla komunikace s dalšími složkami IZS a třetí místo patří komunikaci s pacientem pod vlivem návykové látky.

Odpověď na výše uvedenou výzkumnou otázku tak zní, že nejvíce zkušeností mají zdravotničtí záchranáři při komunikaci s pacientem seniorem.

9.2 Výzkumná otázka č. 2: Které komunikačně náročné situace považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější? Jaké existují rozdíly ve vnímání náročnosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání?

Tabulka 6. Rozdělení komunikačně náročných situací dle pohlaví zdravotnických záchranářů

Náročnost dle pohlaví	ženy	muži
komunikace s pacientem, který je agresivní	3,481 (3-4)	3,345 (2-3)
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	3,259	3,115
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	3,358	3,184
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	3,481 (3-4)	3,287
komunikace s pacientem - dítětem	2,173	2,793
komunikace s pacientem - seniorem	1,901	2,057
komunikace s pacientem - cizincem	3,111	2,379
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	2,469	2,230
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	1,840	1,828
komunikace s pozůstalými	3,210	2,966
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	3,741 (2)	3,345 (2-3)
komunikace s dalšími složkami IZS	1,753	1,885
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	3,852 (1)	3,575 (1)

Tato výzkumná otázka vychází z položky č. 6, kde dotazovaní respondenti odpovídali, kterou komunikačně náročnou situaci považují ze své praxe za náročnou, a

to podle popsané škály náročnosti 1-4 (4 - velmi náročná, 3 - náročná, 2 - málo náročná, 1 - nenáročná). Jak vyplývá z výše uvedené tabulky č. 6, muži považují za nejnáročnější komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR), na druhém a třetím místě se shodně u mužů umístila jako nejnáročnější komunikace s pacientem při hromadném neštěstí a komunikace s agresivním pacientem. Ženy pak považují za nejnáročnější komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. u KPR), na druhém místě označily komunikaci při hromadném neštěstí a na třetím a čtvrtém místě shodně označily komunikaci s agresivním pacientem a s pacientem, který má sebevražedné sklony.

Tabulka 7. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska věku u zdravotnických záchranářů

Náročnost dle věku	20-35	36-45	46 a více
komunikace s pacientem, který je agresivní	3,319	3,390 (3)	3,600 (3)
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	3,116	3,186	3,300
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	3,246	3,220	3,375
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	3,391 (2)	3,305	3,475
komunikace s pacientem - dítětem	2,725	2,322	2,350
komunikace s pacientem - seniorem	1,928	2,017	2,025
komunikace s pacientem - cizincem	2,319	2,932	3,150
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	2,116	2,407	2,650
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	1,638	1,831	2,175
komunikace s pozůstalými	3,029	3,000	3,300
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	3,362 (3)	3,610 (2)	3,725 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	1,783	1,814	1,900
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	3,638 (1)	3,695 (1)	3,850 (1)

Dále z tabulky č. 7 vyplývá, že jako nejnáročnější komunikační situace se jeví zdravotnickým záchranářům ve věkové kategorii 20-35 let na prvním místě komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě dané kategorie to byla pak komunikace s pacientem se sebevražednými sklony, a na místě třetím se v dané kategorii umístila komunikace při hromadném neštěstí. Zdravotníci záchranáři ve věkové kategorii 36-45 let a 46 a více shodně označili za nejnáročnější komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě pak shodně označili komunikaci při hromadném neštěstí. Na místě třetím obě výše uvedené kategorie shodně označili komunikaci s agresivním pacientem.

Tabulka 8. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska délky praxe u zdravotnických záchranářů

Náročnost dle délky praxe	méně než 5	6 až 10	11 až 20	20 a více
komunikace s pacientem, který je agresivní	3,229	3,324 (3)	3,471 (3)	3,615 (3)
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	3,029	3,162	3,257	3,231
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	3,171	3,216	3,300	3,385
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	3,486 (2)	3,189	3,371	3,538
komunikace s pacientem - dítětem	2,743	2,730	2,314	2,308
komunikace s pacientem - seniorem	1,829	2,135	2,014	1,885
komunikace s pacientem - cizincem	2,257	2,568	2,971	2,962
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	2,143	2,216	2,443	2,538
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	1,743	1,892	1,900	1,692
komunikace s pozůstalými	3,143	2,811	3,171	3,154
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	3,257 (3)	3,405 (2)	3,657 (2)	3,769 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	1,714	1,946	1,771	1,923
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	3,600 (1)	3,676 (1)	3,700 (1)	3,923 (1)

Z tabulky č. 8 je patrné, že při rozdělení zdravotnických záchranářů dle praxe na ZZS odpověděly shodně skupiny v délce praxe 6-10 let, 11-20 let i 20 a více let, že nejnáročnější je pro ně komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu. Na druhém místě záchranáři označili komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a na místě třetím komunikaci s agresivním pacientem. Zdravotničtí záchranáři s délkou praxe méně než 5 let na prvním místě označili za nejnáročnější situaci komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na místě druhém komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony a na místě třetím komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí.

Tabulka 9. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska typu vzdělání u zdravotnických záchranářů

Náročnost dle typu vzdělání	SŠ spec.	VOŠ	Bc.	Mgr.
komunikace s pacientem, který je agresivní	3,556 (3)	3,354 (3)	3,308	3,411 (3)
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	3,254	3,104	3,154	3,185
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	3,317	3,208	3,256	3,268
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	3,381	3,375 (2)	3,410 (3)	3,381
komunikace s pacientem - dítětem	2,286	2,583	2,795	2,494
komunikace s pacientem - seniorem	2,000	1,958	2,026	1,982
komunikace s pacientem - cizincem	3,206	2,688	2,205	2,732
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	2,571	2,208	2,179	2,345
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	1,810	2,021	1,718	1,833
komunikace s pozůstalými	3,111	2,938	3,179	3,083
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	3,746 (2)	3,292	3,462 (2)	3,536 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	1,841	1,667	1,974	1,821
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	3,810 (1)	3,604 (1)	3,615 (1)	3,708 (1)

Výsledky z tabulky č. 9 ukazují, že zdravotničtí záchranáři s **magisterským vzděláním a středoškolským vzděláním se specializací** jako nejnáročnější komunikaci shodně označili komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě komunikaci s pacienty při hromadném neštěstí a na místě třetím komunikaci s agresivním pacientem. Záchranáři s **bakalářským vzděláním** označili jako nejnáročnější komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě pak komunikaci s pacienty při hromadném neštěstí a na místě třetím komunikaci s pacientem se sebevražednými úmysly. Záchranáři s **vyšším odborným vzděláním** považují za nejnáročnější také komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě pak komunikaci s pacientem se sebevražednými úmysly a na místě třetím komunikaci s agresivním pacientem.

Odpověď na výzkumnou otázku číslo dvě, které komunikačně náročné situace považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější, je, že za nejnáročnější považují zdravotničtí záchranáři komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR). Na místě druhém se nejčastěji vyskytuje komunikace s pacientem při hromadném neštěstí, na místě třetím až čtvrtém se nejčastěji objevila komunikace s agresivním pacientem a s pacientem se sebevražednými sklony. Rozdíly ve vnímání náročnosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání jsou minimální, neboť každá skupina označila nejčastěji čtyři nejnáročnější výše jmenované komunikačně náročné situace.

9.3 Výzkumná otázka č. 3: Na které komunikačně náročné situace se cítí zdravotničtí záchranáři subjektivně málo připraveni? Jaké existují rozdíly ve vnímání subjektivní připravenosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání?

Tabulka 10. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle pohlaví zdravotnických záchranářů

Připravenost dle pohlaví	ženy	muži
komunikace s pacientem, který je agresivní	2,617	2,770
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	2,753	2,816
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	2,679	2,690
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	2,358	2,460 (3)
komunikace s pacientem - dítětem	3,370	2,724
komunikace s pacientem - seniorem	3,642	3,414
komunikace s pacientem - cizincem	2,160 (3)	2,724
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	3,111	3,080
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	3,284	3,092
komunikace s pozůstalými	2,840	2,713
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	2,012 (1)	2,011 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	3,309	3,287
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	2,025 (2)	2,000 (1)

Tato výzkumná otázka vychází z položky č. 7, kde dotazovaní hodnotili připravenost zvládnout vybrané komunikačně náročné situace, dle popsané škály

připravenosti 1-4 (v uvedené situaci se cítím 4 - velmi dobře připraven, 3 - cítím se připraven, 2 - cítím se málo připraven, 1 - nepřípraven). Jak vyplývá z výše uvedené tabulky č. 10, muži se cítí nejméně připraveni na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR), na druhém místě pak na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a na třetím místě komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Ženy se nejméně připravené cítily na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí, na druhém místě pak na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR), a na třetím místě na komunikaci s pacientem cizincem.

Tabulka 11. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle věku zdravotnických záchranářů

Připravenost dle věku	20-35	36-45	46 a více
komunikace s pacientem, který je agresivní	2,667	2,729	2,700
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	2,812	2,797	2,725
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	2,652	2,661	2,775
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	2,348 (3)	2,441 (3)	2,475
komunikace s pacientem - dítětem	2,812	3,153	3,250
komunikace s pacientem - seniorem	3,420	3,593	3,600
komunikace s pacientem - cizincem	2,754	2,305	2,150 (3)
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	3,072	3,153	3,050
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	3,174	3,305	3,025
komunikace s pozůstalými	2,594	2,949	2,825
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	1,957 (2)	2,051 (1)	2,050 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	3,319	3,254	3,325
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	1,899 (1)	2,220 (2)	1,900 (1)

Dále z tabulky č. 11 vyplývá, že zdravotničtí záchranáři ve věkové kategorii 20-35 let jsou nejméně připraveni na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na druhém místě pak na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a na třetím místě na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Zdravotničtí záchranáři ve věkové kategorii 36-45 let se pak cítili nejméně připraveni na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí, na druhém místě na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, a na třetím místě pak na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Ve věkové kategorii 46 a více let se zdravotní záchranáři nejméně cítili připraveni na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu na druhém místě, na druhém místě na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a místě třetím pak na komunikaci s pacientem cizincem.

Z tabulky č. 12 pak vyplývá, že zdravotní záchranáři ve všech kategoriích délky praxe shodně ohodnotili nejmenší připravenost na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, a na druhém místě pak na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí. Na místě třetím pak zdravotní záchranáři s délkou praxe méně než 5 let ohodnotili nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Zdravotní záchranáři s délkou praxe 6-10 let, 11-20 let a 20 let a více pak shodně ohodnotili na místě třetím nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem cizincem, záchranáři s délkou praxe 6-10 let i komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony.

Tabulka 12. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle délky praxe zdravotnických záchranářů

Připravenost dle délky praxe	méně než 5	6 až 10	11 až 20	20 a více
komunikace s pacientem, který je agresivní	2,514	2,865	2,619	2,692
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	2,714	2,838	2,857	2,923
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	2,514	2,784	2,857	2,846
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	2,143 (3)	2,541 (3-4)	2,38	2,462
komunikace s pacientem - dítětem	2,771	2,838	3,286	3,231
komunikace s pacientem - seniorem	3,429	3,405	3,619	3,615
komunikace s pacientem - cizincem	2,743	2,541 (3-4)	2,286 (3)	2,385 (3)
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	3,029	3,108	3,095	3,154
komunikace s pacientem, který je v bezvědomí	3,200	3,054	3,238	3,308
komunikace s pozůstalými	2,543	2,811	3,048	3,077
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	2,029 (2)	1,973 (2)	2,048 (2)	2,115 (2)
komunikace s dalšími složkami IZS	3,286	3,351	3,333	3,346
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	1,914 (1)	1,892 (1)	1,952 (1)	2,000 (1)

Tabulka 13. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle typu vzdělání zdravotnických záchranářů

Připravenost dle typu vzdělání	SŠ spec.	VOŠ	Bc.	Mgr.
komunikace s pacientem, který je agresivní	2,651	2,771	2,641	2,778
komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek	2,794	2,813	2,744	2,778
komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy	2,793	2,688 (3)	2,564	2,778
komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony	2,381 (3)	2,458 (2-3)	2,256 (3)	2,722 (3)
komunikace s pacientem - dítětem	3,190	3,083	2,744	3,000
komunikace s pacientem - seniorem	3,571	3,521	3,385	3,667
komunikace s pacientem - cizincem	2,111 (2)	2,458 (2-3)	2,795	2,889
komunikace s pacientem, při dopravní nehodě	3,095	3,083	3,051	3,222
komunikace, který je v bezvědomí	3,190	3,188	3,051	3,444
komunikace s pozůstalými	2,873	2,708	2,538	3,111
komunikace s pacienty při hromadném neštěstí	1,937 (1-2)	2,125 (1-2)	2,000 (2)	2,000 (1)
komunikace s dalšími složkami IZS	3,254	3,438	3,179	3,333
komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR)	1,937 (1-2)	2,125 (1-2)	1,949 (1)	2,111 (2)

Z tabulky č. 13 vyplývá, že zdravotníci záchranáři s dosaženým **středoškolským vzděláním se specializací** na prvním místě shodně ohodnotili nejmenší připravenost na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, a na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí, na druhém místě pak na komunikaci s pacientem cizincem, na místě třetím pak komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Zdravotní záchranáři s dosaženým **vyšším odborným vzděláním** pak shodně ohodnotili na místě prvním nejmenší připravenost na komunikaci s rodiči dítěte, které je

v akutním stavu, a na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí, na druhém místě pak shodně ohodnotili nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem cizincem a na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony, na místě třetím pak na komunikaci s pacientem s akutními psychotickými stavy. Zdravotní záchranáři s dosaženým vzděláním **vysokoškolským – bakalářským** ohodnotili na místě prvním nejmenší připravenost na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, na místě druhém na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a na místě třetím pak nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony. Zdravotní záchranáři s dosaženým vzděláním **vysokoškolským – magisterským** ohodnotili na místě prvním nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí, na místě druhém na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, a na místě třetím pak nejmenší připravenost na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony.

Odpověď na výzkumnou otázku číslo tři, na které komunikačně náročné situace se cítí zdravotničtí záchranáři subjektivně málo připraveni, je, že nejméně připraveni jsou zdravotničtí záchranáři na komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. při KPR). Na místě druhém pak na komunikaci s pacientem při hromadném neštěstí a na místě třetím pak na komunikaci s pacientem se sebevražednými sklony a pacientem cizincem, na místě třetím místě se pak i objevila komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy. Rozdíly v subjektivní nepřipravenosti na vybrané komunikačně náročné situace dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání jsou minimální. Téměř každá skupina označila nejčastěji tyto čtyři výše jmenované komunikačně náročné situace.

9.4 Výzkumná otázka č. 4: Jaké zvládací strategie u zdravotnických záchranářů převládají po skončení komunikačně náročných situací? Jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými pohlavími?

Tabulka 14. Rozdělení zvládacích strategií zdravotnických záchranářů po skončení komunikačně náročných situací.

Odpověď	Počet	Procentuální zastoupení
jako nejdůležitější zdroj pomoci považují rozhovor s kolegy	81	48,21 %
pomáhají mi mimopracovní zájmy (sport, hudba, domácí práce aj.)	30	17,86 %
svěřím se někomu blízkému - partner, rodinný příslušník	23	13,69 %
nikdy jsem neměl(a) potřebu se s nějakou situací vyrovnávat	13	7,74 %
s následky se vyrovnám sám(a)	11	6,55 %
vyhledám odbornou pomoc	7	4,17 %
pivo	1	0,60 %
partner, kolega, když to situace dovolí	1	0,60 %
někdy přátelé, rodina a kolegové	1	0,60 %

Tato výzkumná otázka vychází z položky č. 17, kde dotazovaní odpovídali, jakým způsobem se vyrovnávají s následky komunikačně náročných situací. Z tabulkového a grafického znázornění lze vyčíst, že po skončení komunikačně náročných situací reprezentují největší měrou odpovědi zdravotnických záchranářů ty, které se týkaly kolegiální podpory (rozhovor s nimi). Tato kategorie zahrnovala 48,21 % ze získaných odpovědí. Druhou nejčetnější odpovědí byly vlastní mimopracovní zájmy, které činily 17,86 %. Na místě třetím to byly faktory rodinného a partnerského zázemí s 13,69 %. Dále se pak objevily odpovědi, že nikdy neměli potřebu se s nějakou situací vyrovnávat, tato kategorie zahrnovala 7,74 %. Položka „s následky se vyrovnají sami“ zahrnovala 6,55 % získaných odpovědí. Strategie vyhledání odborné

pomoci ke zvládnutí komunikačně náročných situací zahrnovala 4,17 % odpovědí a 2 % odpovědí pak tvořila kategorie ostatní odpovědi.



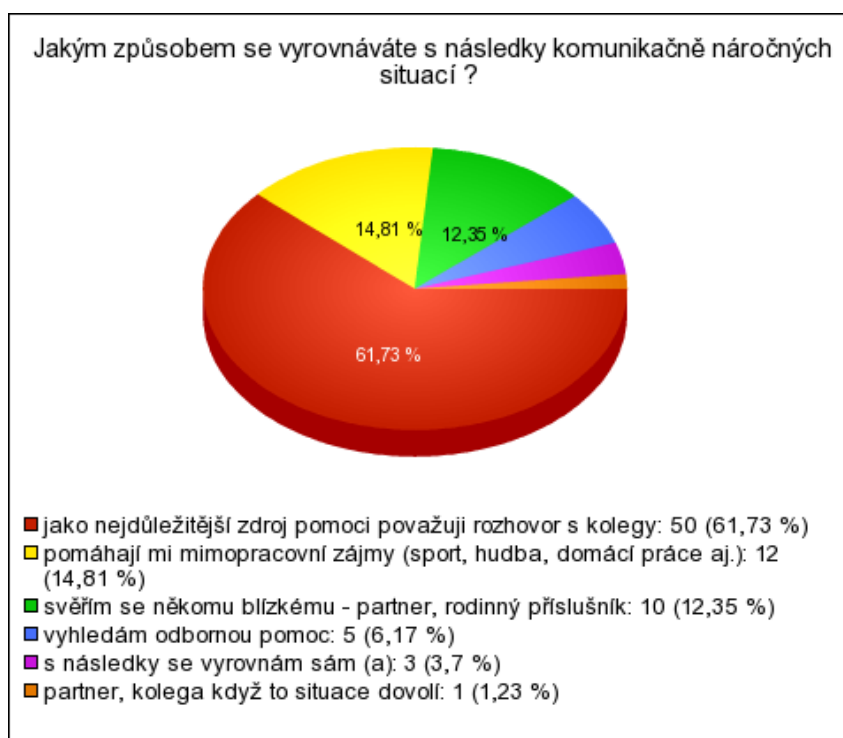
Graf 5. Rozdělení zvládacích strategií zdravotnických záchranářů po skončení komunikačně náročných situací

Tabulka 15. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací dle pohlaví zdravotnických záchranářů.

Odpověď	muži	ženy
jako nejdůležitější zdroj pomoci považují rozhovor s kolegy	31	50
pomáhají mi mimopracovní zájmy (sport, hudba, domácí práce aj.)	18	12
svěřím se někomu blízkému - partner, rodinný příslušník	13	10
nikdy jsem neměl(a) potřebu se s nějakou situací vyrovnávat	13	0
s následky se vyrovnám sám(a)	8	3



Graf 6. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací: muži



Graf 7. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací: ženy

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky č. 15 a grafů č. 6 a č. 7, tak se po skončení komunikačně náročných situací u zdravotnických záchranářů největší měrou uplatňovaly emoční zvládací strategie (sociální opora), a to zejména rozhovor s kolegy, v počtu 81 zastoupení, tj. 48,21 % dotazovaných respondentů. U mužů pak počet činil 31, což představovalo 35,63 %, a u žen pak počet 50, což představovalo 61,73 % dotazovaných.

Odpověď na výzkumnou otázku zní, že výzkum nezjistil výrazné rozdíly v uplatňovaných zvládacích strategiích po skončení komunikačně náročných situací mezi jednotlivými pohlavími, protože největší měrou odpovědí mužů i žen byly uváděny rozhovory s kolegy (kolegiální sociální opora). Druhá nejčastější kategorie tvořila shodně u obou pohlaví vlastní mimopracovní zájmy a na třetím místě se objevily taktéž u obou pohlaví faktory rodinného a partnerského zázemí. U mužů se na rozdíl od žen objevila i kategorie, kdy se ještě se žádnou situací nemuseli vyrovnávat nebo se vyrovnali sami. Naproti tomu u žen se objevila častěji odpověď, kdy vyhledaly odbornou pomoc, což učinilo 6,17 % dotázaných žen, u mužů pouze 2,3 %. Dále u mužů se u jednoho respondenta objevila riziková (maladaptivní) strategie v podobě užívání alkoholu (piva) ke zmírnění tenze.

9.5 Výzkumná otázka č. 5: Existují stanovené standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb?

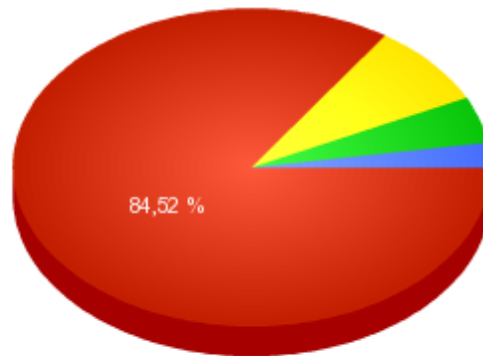
Tabulka 16. Standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb.

Odpověď	Počet	Procentuální zastoupení
k dispozici nemáme standardy pro komunikačně náročné situace ani informační materiály v tištěné podobě	142	84,52 %
máme k dispozici pouze informační materiály v tištěné podobě	14	8,33 %
máme k dispozici pouze standardy pro komunikačně náročné situace	8	4,76 %
k dispozici máme standardy pro krizovou komunikaci i informační materiály v tištěné podobě	4	2,38 %

Tato výzkumná otázka hodnotí v dotazníku položku č. 10. Kdy dotazovaní odpovídali, zda mají u zdravotnické záchranné služby zpracované standardní postupy pro komunikačně náročné situace nebo informační materiály v tištěné podobě. Z výše uvedené tabulky a grafu je patrné, že 84,52 % dotázaných záchranářů odpovědělo, že nemají zpracované standardní postupy pro zvládnutí komunikačně náročných situací ani informační materiály v tištěné podobě týkající se této problematiky. Výsledky dále ukazují, že 8,33 % respondentů odpovědělo, že mají k dispozici pouze materiály v tištěné podobě, 4,76 % respondentů uvedlo, že mají k dispozici jen standardy, a pouze 2,38 % uvedlo, že mají k dispozici standardy pro krizovou komunikaci i informační materiály.

Odpověď na výzkumnou otázku zní, že zdravotničtí záchranáři v převážné většině nemají zpracované standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím a ani informační materiály v tištěné podobě, které by mohli využít na místě zásahu ke zlepšení komunikace s pacientem.

Existují na Vašem pracovišti zpracované standardní postupy týkající se komunikačně náročných situací a informační materiály v tištěné podobě (např. komunikační karty pro cizince), které můžete využít na místě zásahu ke zlepšení komunikace s pacientem? Pokud nemáte standardy ani informační materiály, nevyplňujte otázku číslo 11:



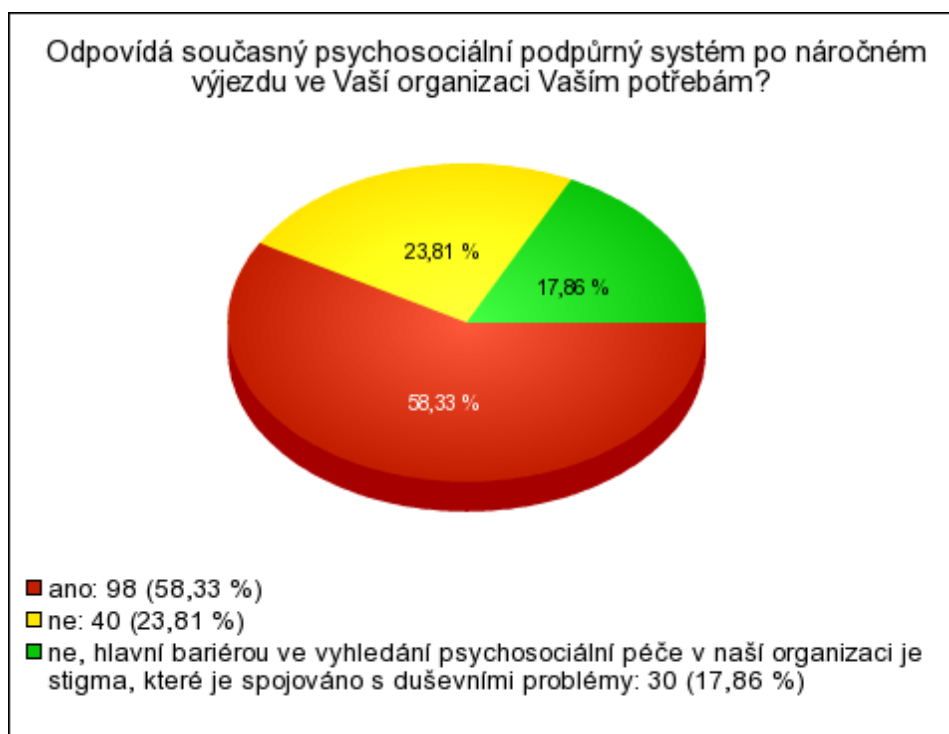
- k dispozici nemáme standardy pro komunikačně náročné situace ani informační materiály v tištěné podobě: 142 (84,52 %)
- máme k dispozici pouze informační materiály v tištěné podobě: 14 (8,33 %)
- máme k dispozici pouze standardy pro komunikačně náročné situace: 8 (4,76 %)
- k dispozici máme standardy pro krizovou komunikaci i informační materiály v tištěné podobě: 4 (2,38 %)

Graf 8. Standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb

9.6 Výzkumná otázka č. 6: Jak zdravotničtí záchranáři hodnotí psychosociální péči svého zaměstnavatele a jaká péče je jim nabízena?

Tabulka 17. Hodnocení psychosociální péče

Odpovídá současný psychosociální podpůrný systém po náročném výjezdu ve Vaší organizaci Vaším potřebám?	Počet	Procentuální zastoupení
ano	98	58,33 %
ne	40	23,81 %
ne, hlavní bariérou ve vyhledání psychosociální péče v naší organizaci je stigma, které je spojováno s duševními problémy	30	17,86 %



Graf 9. Hodnocení psychosociální péče

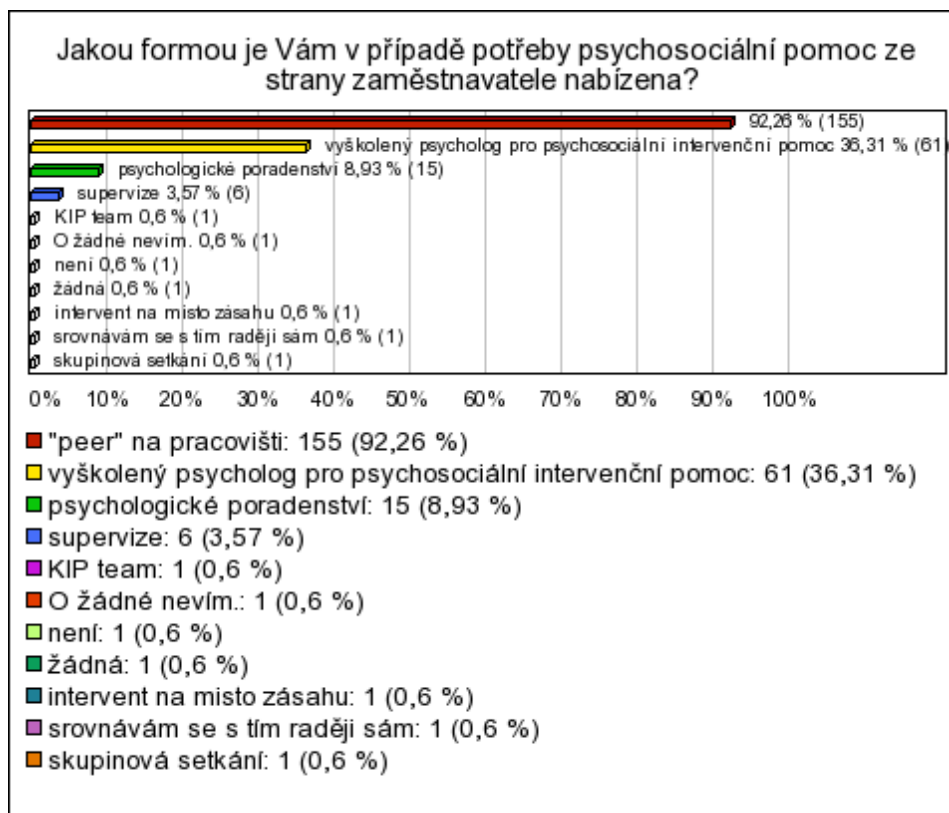
Tabulka 18. Nabízená forma psychosociální péče

Odpověď	Počet	Procentuální péče
„peer“ na pracovišti	155	92,26 %
vyškolený psycholog pro psychosociální intervenční pomoc	61	36,31 %
psychologické poradenství	15	8,93 %
supervize	6	3,57 %
KIP team	1	0,60 %
o žádné nevím	1	0,60 %
není	1	0,60 %
žádná	1	0,60 %
intervent na místě zásahu	1	0,60 %
srovnávám se s tím raději sám	1	0,60 %
skupinová setkání	1	0,60 %

Tato výzkumná otázka vychází z položky č. 12 a 13, kde dotazovaní odpovídali, zda současný psychosociální podpůrný systém v jejich organizaci odpovídá jejich potřebám a dále jakou formou je jim pomoc od zaměstnavatele nabízena. Z výše uvedeného tabulkového a grafického znázornění lze vyčíst, že 58,33 % respondentů odpověděli, že jsou se současným psychosociálním systémem ve svojí organizaci spokojeni. Naopak 23,81 % dotazovaných odpovědělo, že nejsou spokojeni, a 17,86 % dotazovaných dokonce uvedlo, že spokojeni nejsou, neboť hlavní bariérou pro nevyhledání psychosociální pomoci ve vlastní organizaci je stigmatizace, která je spojována s duševními problémy. Nejčastěji nabízená forma psychosociální péče ze strany zaměstnavatele je „peer“ na pracovišti (neboli vyškolený profesní kolega), kterou označili záchranáři z 92,26 %. Druhá nejčastější forma nabízené pomoci je vyškolený psycholog pro psychosociální intervenční pomoc, kterou označili záchranáři z 36,31 %, a na třetím místě označili psychologické poradenství, a to z 8,93 %. Dále se již objevily

jen jednotlivé odpovědi jako supervize, intervent na místě zásahu, KIP team či skupinová setkání. Zajímavostí je, že tři respondenti odpověděli, že o žádné psychosociální pomoci nic neví.

Odpověď na výzkumnou otázku zní, že zdravotničtí záchranáři jsou s nabízenou psychosociální pomocí svého zaměstnavatele spokojeni a nejčastější forma nabízené pomoci je „peer“ na pracovišti.

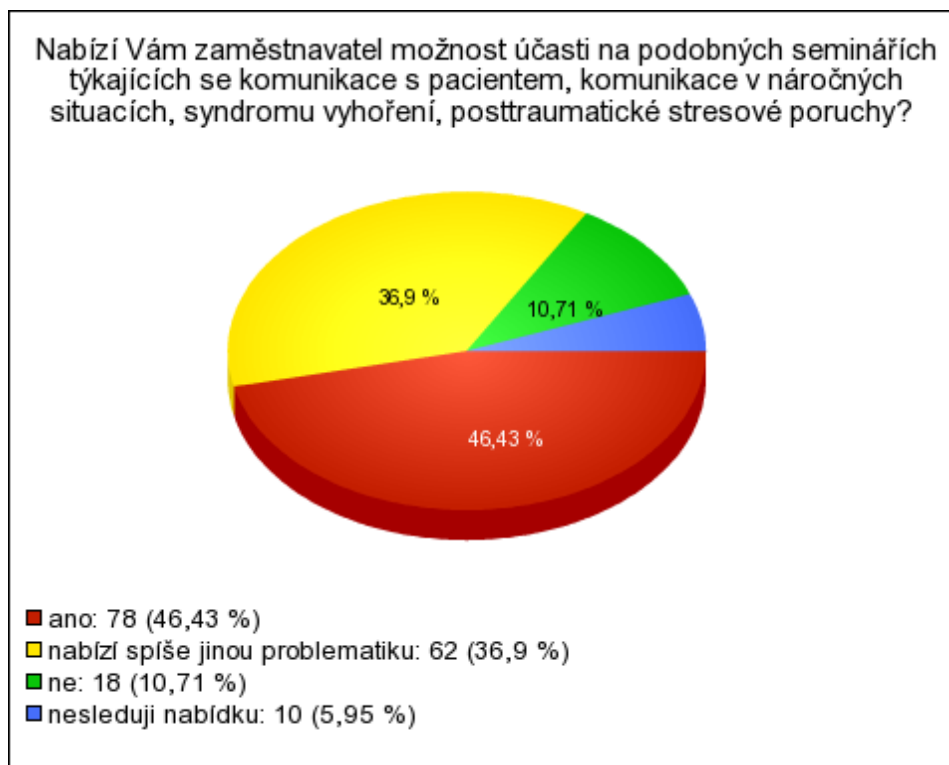


Graf 10. Nabízená forma psychosociální péče

9.7 Výzkumná otázka č. 7: Umožňují zaměstnavatelé zdravotnickým záchranářům vzdělávat se v oblasti komunikace s pacientem, komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch?

Tabulka 19. Nabídka vzdělávacích akcí zaměstnavatelem

Odpověď	Počet	Procentuální zastoupení
ano	78	46,43 %
nabízí spíše jinou problematiku	62	36,90 %
ne	18	10,71 %
nesledují nabídku	10	5,95 %



Graf 11. Nabídka vzdělávacích akcí zaměstnavatelem

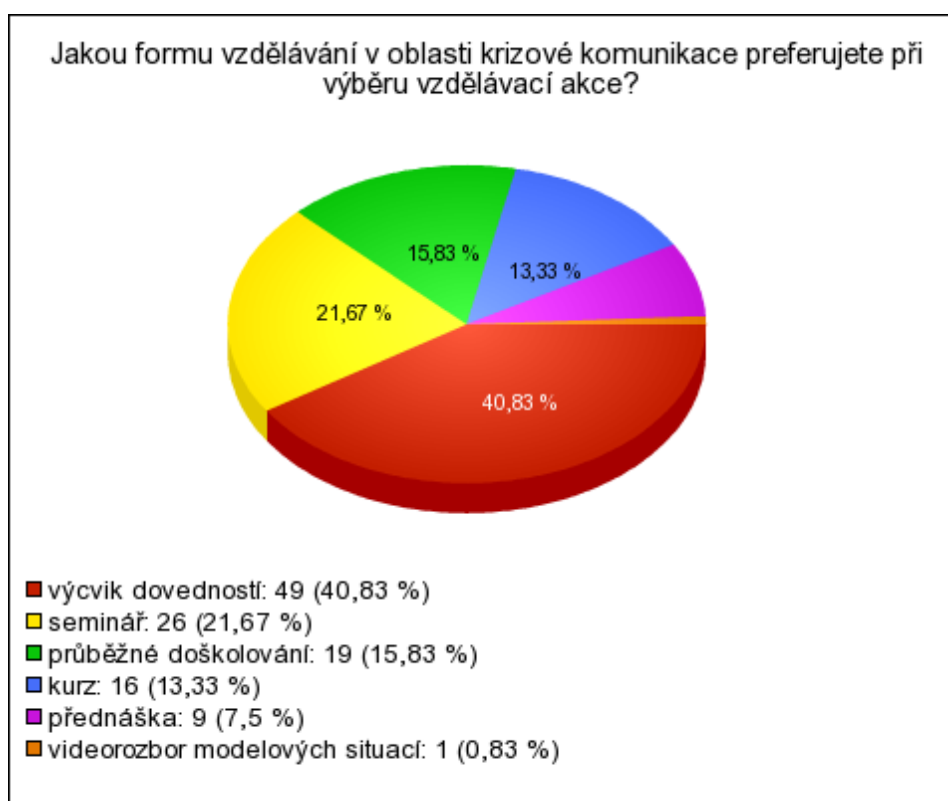
Tato výzkumná otázka se vztahuje k položce č. 25, kde dotazovaní záchranáři odpovídali, zda jim zaměstnavatel nabízí možnost účasti na podobných seminářích, které se týkají komunikace s pacientem, komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch. Z výše uvedeného tabulkového a grafického znázornění je patrné, že 46,43 % dotazujících odpovědělo na danou otázku kladně. 36,90 % pak odpovědělo, že zaměstnavatel nabízí spíše jinou problematiku. 10,71 % dotazovaných uvedlo, že jim není zaměstnavatelem poskytována možnost účasti na vzdělávacích akcích. A dokonce 5,95 % respondentů sdělilo, že nesledují nabídku v dané problematice.

Odpověď na výzkumnou otázku zní, že zaměstnavatelé umožňují svým zdravotnickým záchranářům vzdělávat se v oblasti komunikace s pacientem, komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch.

9.8 Výzkumná otázka č. 8: Jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí v oblasti komunikačně náročných situací?

Tabulka 20. Preferovaná forma vzdělávání

Odpověď	Počet	Procentuální zastoupení
výcvik dovedností	49	40,83 %
seminář	26	21,67 %
průběžné doškolení	19	15,83 %
kurz	16	13,33 %
přednáška	9	7,50 %
videorozbor modelových situací	1	0,83 %



Graf 12. Preferovaná forma vzdělávání

Tato výzkumná otázka hodnotí v dotazníku položku č. 24, kde dotazovaní záchranáři odpovídali, jakou formu vzdělávání v oblasti krizové komunikace preferují při výběru vzdělávací akce. Z výše uvedeného tabulkového a grafického znázornění lze vyčíst, že záchranáři nejvíce preferují při výběru vzdělávací akce výcvik dovedností, který označili ve 40,83 %. Druhá nejčastěji preferovaná forma je pak seminář, tu označilo 21,67 % dotazovaných. Jako další preferovanou formu vzdělávání pak uváděli průběžné doškolování, které označilo 15,83 % dotazovaných. Vzdělávací kurz pak uvedlo 13,33 % dotazovaných. Ostatní formy vzdělávání byly přednáška, kterou označilo 7,5 % dotazovaných, a video rozbor modelových situací, které označil 1 respondent (0,83 %).

Odpověď na výzkumnou otázku zní, že nejčastěji preferovaná forma vzdělávání u zdravotnických záchranářů je výcvik dovedností. Výsledky ukazují, že 66,67 % dotazovaných absolvovalo nějakou vzdělávací akci na téma komunikace s pacientem, přičemž 53,04 % dotazovaných označilo tyto vzdělávací akce jako přínosné do svého profesního života. Přínosné je také zjištění, že 87,5 % dotazovaných má zájem se v oblasti komunikace v náročných situacích dále vzdělávat.

10 DISKUSE A ZÁVĚR

V současné české i zahraniční odborné literatuře jsem nedohledala odbornou výzkumnou studii, která by se zabývala komunikačně náročnými situacemi u zdravotnických záchranářů. V kapitole diskuse se proto zamyslíme nad výsledky výzkumného šetření, které bylo prezentováno v praktické části. Ale než k tomu přistoupíme, chtěla bych se zmínit o užití výzkumné metodě.

V diplomové práci byla použita kvantitativní metoda sběru dat formou nestandardizovaného dotazníku, který – jak již bylo zmíněno v textu – je nejpoužívanější metodou a má výhodu v rychlém zpracování. Nevýhodou se ukázala být forma zvolených odpovědí u škálových otázek. Dotazovaní zde často dopisovali i jiné formulace, než které byly uvedeny. Lepší alternativou by bylo zvolení škálových otázek s možností otevřené odpovědi. Pro dosažení objektivnějších výsledků bych musela ještě raději zvolit smíšenou výzkumnou metodu, která by kombinovala kvantitativní a kvalitativní výzkum, například formou dotazníku a strukturovaného hloubkového rozhovoru. Získané poznatky by umožnily hlubší analýzu.

K vyplnění dotazníku bylo celkem osloveno 180 zdravotnických záchranářů, zpět bylo doručeno 168 dotazníků, návratnost byla tedy vysoká – 93,33 %. Za vysokou návratností dotazníků byla jednak ochota samotných zdravotnických záchranářů dotazník vyplnit a jednak také kvalitní spolupráce s vrchními sestrami jednotlivých krajských zdravotnických záchranných služeb, které dále distribuovaly dotazník na jejich jednotlivá stanoviště prostřednictvím interních stránek dané organizace. Struktura vzorku dle pohlaví byla vyrovnaná (87 mužů a 81 žen). Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou bylo 69 respondentů ve věku 20-35 let, dále pak 59 respondentů ve věku 36-45 let a 40 respondentů ve věku 46 a více let. Z hlediska délky praxe měla převážná většina respondentů praxi v délce 11-20 let (70 respondentů), s praxí 6-10 let bylo 37 respondentů, s praxí menší než 5 let bylo 35 respondentů a nejmenší skupinu tvořili respondenti s délkou praxe 20 a více let, kterých bylo 26. Nejvíce dotazovaných respondentů má střední zdravotnické vzdělání se specializací, a to v celkovém počtu 63, vyšší odborné vzdělání má 48 respondentů, bakalářské vzdělání 39 respondentů. Nejméně byli zastoupeni zdravotničtí záchranáři s magisterským vzděláním, pouhých 18 respondentů.

Nejprve bylo zjišťováno, se kterou komunikačně náročnou situací se zdravotničtí záchranáři nejčastěji setkávají. K interpretaci dat byly následně vybrány ty komunikačně náročné situace, které se umístily na prvních třech místech. Z výzkumného šetření vyplývá, že zdravotničtí záchranáři se nejčastěji ocitají v komunikační situaci s pacientem – seniorem a mají tedy s touto komunikací nejvíce zkušeností. Jako druhou nejčastější zkušenost uvádí záchranáři komunikaci s dalšími složkami IZS a na třetím místě komunikaci s pacientem pod vlivem návykových látek. Naproti tomu nejméně zkušeností mají při komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu, při komunikaci s pacienty při hromadném neštěstí a při komunikaci s pacienty se sebevražednými sklony.

Dalším cílem bylo zjistit, kterou komunikačně náročnou situaci považují zdravotničtí záchranáři za nejnáročnější, a také zhodnocení, zda existují ve vnímání náročnosti rozdíly dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání. K interpretaci získaných dat byly opět vybrány ty komunikačně náročné situace, které se umístily na prvních třech místech. Z výzkumného šetření vyplývá, že za nejnáročnější považují zdravotničtí záchranáři komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (KPR), za druhou nejnáročnější komunikační situaci je považována komunikace s pacienty při hromadném neštěstí a na místě třetím a čtvrtém pak komunikace s agresivním pacientem a pacientem, který má sebevražedné sklony. Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že rozdíly ve vnímání náročnosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání jsou minimální. Téměř každá skupina respondentů považuje za nejnáročnější čtyři výše jmenované komunikačně náročné situace. Při podrobnější analýze náročnosti dle pohlaví bylo zjištěno, že muži oproti ženám považují za náročnější komunikaci s dítětem. A naopak ženy oproti mužům považují za náročnější komunikaci s pacientem cizincem. S věkem a délkou praxe se vnímaná náročnost jednotlivých situací spíše zvyšuje. Výjimku tvoří komunikace s dítětem, kterou starší záchranáři a záchranáři s delší dobou praxe považují za méně náročnou než záchranáři mladší a záchranáři s kratší dobou praxe. Lze tedy konstatovat, že zkušenosti s komunikačně náročnými situacemi nesnižují vnímání jejich náročnosti u záchranářů. Vysvětlením může být vyšší míra zodpovědnosti u starších záchranářů a uvědomění si skrytých rizik v těchto komunikačních situacích.

Významnější rozdíly byly zjištěny ve vnímané náročnosti u komunikace s agresivním pacientem a pacientem pod vlivem návykových látek. Starší záchranáři

a záchranáři s delší dobou praxe považují tyto situace za náročnější. To může souviset s jejich menší fyzickou zdatností. Pravděpodobně nižší úroveň cizojazyčných dovedností u těchto skupin je důvodem vnímané vyšší náročnosti komunikace s pacientem – cizincem. Podobně i ve skupině záchranářů se středoškolským vzděláním, kteří vnímají komunikaci s pacientem cizincem jako náročnější než záchranáři s vyšším vzděláním, jsou pravděpodobně důvodem nižší cizojazyčné kompetence.

Dalším cílem bylo zjistit, na které komunikačně náročné situace se cítí zdravotničtí záchranáři subjektivně málo připraveni a zda existují rozdíly ve vnímání subjektivní připravenosti dle pohlaví, věku, délky praxe a vzdělání. K interpretaci získaných dat byly následně vybrány ty komunikačně náročné situace, které se umístily na prvních třech místech. Z výzkumného šetření tak vyplývá, že subjektivně málo připraveni se zdravotničtí záchranáři cítí na komunikaci s pacienty při hromadném neštěstí, na druhém místě cítí malou připravenost v komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (KPR), a na místě třetím a čtvrtém komunikaci s pacientem, který má sebevražedné sklony a komunikaci s pacientem cizincem. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že se neobjevily významné rozdíly ve vnímání subjektivní připravenosti dle pohlaví, věku, vzdělání a délky praxe, protože téměř každá skupina označila nejčastěji tyto čtyři výše jmenované komunikačně náročné situace. Zajímavé bylo zjištění, že komunikačně náročné situace, které pociťují zdravotničtí záchranáři subjektivně jako nejnáročnější a cítí se na ně nejméně připraveni, pramení z toho, že s nimi mají také nejmenší zkušenosti. Muži se cítí méně připraveni na komunikaci s pacientem dítětem. Naopak ženy vnímají menší připravenost na komunikaci s pacientem cizincem. Mladší záchranáři a záchranáři s kratší dobou praxe se cítí ve srovnání se staršími záchranáři méně připraveni na komunikaci s dítětem a na komunikaci s pozůstalými, naopak udávají vyšší připravenost na komunikaci s pacientem cizincem.

Dále bylo sledováno, jak se zdravotničtí záchranáři vyrovnávají s následky komunikačně náročných situací, jaké zvládací strategie u nich převládají po skončení komunikačně náročných situací a zda existují rozdíly mezi pohlavími. Z výzkumného šetření vyplynulo, že záchranáři se s následky komunikačně náročné situace nejčastěji vyrovnávají s pomocí a podporou svých kolegů (rozhovor s nimi; tato kategorie zahrnovala 48,21 % ze získaných odpovědí), dále s pomocí mimopracovníků zájmů (tuto odpověď zvolilo 17,86 % respondentů), na místě třetím to byly faktory rodinného a partnerského zázemí (13,69 %). Muži na rozdíl od žen uvádí ve svých odpovědích

i to, že se ještě s žádnou situací nemuseli vyrovnávat nebo se vyrovnali sami. Naproti tomu u žen se objevila častěji odpověď, že vyhledaly odbornou pomoc – učinilo tak 4,17 % dotázaných žen, z mužů pak 2,30 %. Dále se u jednoho muže objevila riziková (maladaptivní) strategie v podobě užívání alkoholu (piva) ke zmírnění tenze. Jinak výzkum nezjistil výrazné rozdíly v uplatňovaných zvládacích strategiích mezi jednotlivými pohlavími.

Dalším cílem bylo zjistit, jak zaměstnávající organizace pomáhá zdravotnickému záchranáři při přípravě na komunikačně náročné situace, a to ve smyslu, jestli mají pro řešení komunikačně náročných situací přesně stanovené postupy či vytvořené standardní postupy nebo informační materiály v tištěné podobě. Výzkumné šetření vede k závěru, že v převážné většině, jak uvedlo 84,52 % respondentů, nemají zdravotničtí záchranáři zpracované standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím a ani informační materiály v tištěné podobě, které by mohli využít na místě zásahu ke zlepšení komunikace s pacientem. Pouze materiály v tištěné podobě má k dispozici na svých pracovištích 8,33 % respondentů. 4,76 % respondentů uvedlo, že mají k dispozici jen standardy, a pouze 2,38 % respondentů uvedlo, že mají k dispozici standardy pro krizovou komunikaci i informační materiály. Zdravotničtí záchranáři nejčastěji uváděli tyto materiály:

- informační brožura pro pozůstalé,
- informační brožura pro hromadné neštěstí,
- informační brožura, když zemře blízký,
- informační materiál pro komunikaci s cizincem,
- standard pro telefonicky neodkladnou asistovanou resuscitaci (TANR) a telefonicky asistovaný porod (TAP) – tyto standardy se týkají práce na operačním středisku.

K odstranění absence standardních postupů by jistě pomohlo, kdyby zdravotnické záchranné služby v České republice měly jednotné řízení. Z tohoto důvodu pak mají jednotlivé krajské zdravotnické záchranné služby různou úroveň materiálně-technické vybavenosti, různou úroveň připravenosti na komunikačně náročné situace, různou úroveň předchozí zkušenosti i rozdílné sociální klima ve své organizaci.

Dalším cílem bylo vysledovat, jak zdravotničtí záchranáři hodnotí psychosociální péči svého zaměstnavatele a jaká je jim nabízena. Výzkumné šetření vede k závěru, že zdravotničtí záchranáři jsou s nabízenou pomocí svého zaměstnavatele v oblasti psychosociální péče spokojeni, jak uvedlo 58,33 % dotazovaných. 23,81 % respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni, a 17,86 % respondentů dokonce uvedlo, že spokojeni nejsou, neboť hlavní bariérou pro nevyhledání psychosociální pomoci ve vlastní organizaci je stigmatizace, která je spojována s duševními problémy. Počet zdravotnických záchranářů nespokojených s nabízenou psychosociální péčí zaměstnavatele je tedy také poměrně vysoký. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že nejčastěji nabízená forma psychosociální pomoci ze strany zaměstnavatele je „peer“ na pracovišti, kterou označili respondenti z 92,26 %. Druhá nejčastější forma pomoci je vyškolený psycholog pro psychosociální intervenční pomoc, kterou respondenti označili ze 36,31 %, dále pak psychologické poradenství z 8,93 %. Ojediněle se objevily též odpovědi jako supervize, intervent na místě zásahu, KIP-team či skupinová setkání. Zarážející je, že tři respondenti odpověděli, že o žádné psychosociální pomoci ze strany zaměstnavatele nic neví, přestože tento systém je od roku 2012 organizován celostátně podle stejného modelu a je pro všechny zdravotnické záchranné služby povinný.

Dalším cílem bylo zjistit, zda zaměstnavatelé umožňují zdravotnickým záchranářům vzdělávat se v oblasti komunikace s pacientem, v oblasti komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření či posttraumatických stresových poruch. Z výzkumného šetření vyplývá, že zaměstnavatelé umožňují svým zdravotnickým záchranářům se v této problematice vzdělávat. 46,43 % respondentů odpovědělo, že ano. 36,90 % respondentů uvedlo, že zaměstnavatel nabízí spíše jinou problematiku, 10,71 % uvedlo, že nenabízí, a v 5 % se objevilo, že respondenti nesledují nabídku od zaměstnavatele v této problematice.

Posledním cílem bylo zjistit, jaké formy vzdělávání preferují zdravotničtí záchranáři při výběru vzdělávacích akcí v oblasti komunikačně náročných situací. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji preferovaná forma vzdělávání u zdravotnických záchranářů je výcvik dovedností, kterou označilo 40,83 % respondentů. 21,67 % respondentů označilo jako nejvíce preferovanou formu vzdělávání seminář, 15,83 % respondentů průběžné doškolování, vzdělávací kurz pak upřednostňuje 13,33 % respondentů. Mezi ostatními preferovanými formami vzdělávání

byla zmíněna přednáška (7,50 % respondentů) a nakonec jeden respondent (0,83 %) upřednostňuje videorozbor modelových situací. Výsledky ukazují, že 66,67 % respondentů absolvovalo nějakou vzdělávací akci na téma komunikace s pacientem, přičemž 53,04 % respondentů označilo tyto vzdělávací akce jako přínosné pro svůj profesní život. Významné je také zjištění, že 87,50 % dotazovaných má zájem se v oblasti komunikačně náročných situací dále vzdělávat.

Při zpracování diplomové práce se ukázalo, že problematika komunikace v náročných situacích u zdravotnické záchranné služby je teoreticky dosud málo rozpracovaná a neexistuje mnoho odborných publikací na toto téma. Z empirického šetření vyplynulo, že praktická připravenost zdravotnických záchranářů na některé typy komunikačně náročných situací je nedostatečná, a z toho pramení potřeba další odborné přípravy, jejich vzdělávání, školení a cvičení.

Hlavním cílem diplomové práce bylo získat vhled do osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi, posouzení jejich subjektivně pocíťované připravenosti na tyto situace, vnímané náročnosti těchto situací a identifikace faktorů přispívajících k jejich zvládnutí. Cílem dalších analýz bylo hledání efektivních forem psychosociální pomoci a dalšího vzdělávání ze strany zaměstnavatele. Dalším cílem bylo určení převažujících zvládacích strategií u zdravotnických záchranářů po skončení komunikačně náročných situací a zjištění preferovaných forem vzdělávání při výběru vzdělávacích akcí zdravotnickými záchranáři na téma komunikace v náročných situacích. Závěrečným úkolem bylo navrhnout na základě získaných výsledků doporučení pro praxi, které poslouží k optimalizaci (ke standardizaci) postupů v jednotlivých komunikačně náročných situacích. Byla využita kvantitativní metoda, která byla uskutečněna formou dotazníkového šetření. Výzkumné šetření probíhalo na všech krajských zdravotnických záchranných službách v České republice. Hodnocení probíhalo na základě odpovědí 168 respondentů.

Výzkum prokázal, že pro úspěšné zvládnutí komunikačně náročných situací je důležitá předchozí zkušenost. Výzkum se zabýval také psychosociální pomocí ze strany zaměstnavatele a faktory, které podporují proces zvládnutí u zdravotnických záchranářů a jimi uplatňovanými zvládacími strategiemi po skončení komunikačně náročných situací. Výzkum potvrdil důležitost vytvoření standardních postupů a informačních materiálů v tištěné podobě, zejména pro nejnáročnější komunikačně náročné situace.

Poukázal také na důležitost zahrnutí více témat z oblasti komunikace v náročných situacích, nácviku dovedností a využití praktických cvičení do dalšího vzdělávání.

Tento výzkum otevírá řadu dalších námětů, které by bylo vhodné v problematice komunikace v náročných situacích studovat podrobněji. Zajímavé by bylo rozdělení zdravotnických záchranářů dle jednotlivých krajů a podrobnější srovnání výsledků z hlediska zkušenosti, náročnosti a připravenosti na komunikačně náročné situace. Poučné by mohlo být také srovnání efektivity psychosociální pomoci nabízené zaměstnavatelem dle jednotlivých krajů. Zároveň by bylo užitečné prozkoumat systém dalšího vzdělávání dle jednotlivých krajů u zdravotnických záchranných služeb v oblasti komunikace v náročných situacích a nalézt vyvážený poměr teorie a praktického nácviku, aby bylo v přípravě zdravotnických záchranářů dosaženo maximální účinnosti. Podrobnější zkoumání a srovnání by si určitě zasloužily i další složky IZS. Věřím, že se problematika komunikačně náročných situací u zdravotnických záchranných služeb stane do budoucna vodítkem pro vypracování disertační práce.

10.1 Doporučení pro praxi

Výsledná diplomová práce může být přínosem nejen pro zdravotnické záchranáře, ale i pro ostatní složky IZS.

Jako opatření do praxe bych navrhovala:

1. Vytvořit standardy pro nejnáročnější komunikační situace, a to pro:

- komunikaci s pacienty při hromadném neštěstí,
- komunikaci s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (KPR),
- komunikaci s agresivním pacientem,
- komunikaci s pacientem, který má sebevražedné sklony.

2. Vytvořit informační materiály v tištěné podobě, a to zejména:

- pro komunikaci s pacientem cizincem,
- pro pozůstalé,

3. Sestavit vzdělávací program pro zdravotnické záchranáře s vyváženým poměrem teorie a praktického nácviku.

Je nepochybné, že trénink musí respektovat realitu. Kvalitní vzdělávání by mělo být založeno na rozvoji komunikačních dovedností. Je důležité, aby zdravotničtí záchranáři byli připraveni na komunikaci v náročných situacích. Ačkoliv není možné se připravit na každou možnost a situaci, kterou komunikačně náročná situace přinese. Je potřeba si alespoň tuto situaci představit a komunikační postupy (dovednosti) nacvičit. Někdy se může zdravotnický záchranář setkat s komunikačně náročnou situací jen jedenkrát v celé své profesionální kariéře. A ačkoliv to může být poprvé, jeho výkon by měl být vždy perfektní. Porozumění dynamice lidského chování, chování skupin a společnosti jsou důležité pro účinnou komunikaci v náročných situacích.

V budoucnu by bylo dobré rozvinout lepší spolupráci mezi jednotlivými krajskými zdravotnickými záchrannými službami, neboť záchranné organizace mají rozdílné zkušenosti, úroveň výcviku a systémy dalšího vzdělávání. Bylo by vhodné také organizovat různá setkání zdravotnických záchranářů, kde by si přítomní předávali osvědčené zkušenosti, postupy, informace a ukázky z cvičení.

SOUHRN

Zdravotnický záchranář se při výkonu své profese stále častěji setkává kromě standardních situací i se situacemi, které pro jejich obsah, průběh a náročnost řešení označujeme jako komunikačně náročné. Jedná se o situace, které s sebou nesou vysoký potenciál naléhavosti a nejčastěji jde o komunikaci zdravotnického záchranáře s problémovými pacienty (drogově závislími, zneužívajícími alkohol, agresivními pacienty, s pacienty v akutním stavu či s projevem duševní choroby), komunikaci zdravotnického záchranáře při řešení domácích konfliktů či komunikaci zdravotnického záchranáře s pacienty nacházejícími se v extrémní životní situaci (pacienti se sebevražednými úmysly, hromadné neštěstí nebo komunikace s pozůstalými). Vzhledem k tomu, že k jejich řešení neexistují jednotné postupy, je jejich zvládnutí podmíněno schopnostmi zdravotnického záchranáře porozumět psychologické podstatě takových situací, svými dovednostmi rozpoznat příčiny vzniku a správně zvolit prostředky k jejich řešení. Nestandardnost komunikačně náročných situací tak klade specifické nároky na sociální způsobilost zdravotnických záchranářů, zejména jejich schopnost empaticky vnímat projevy chování a prožívání pacientů i ostatních účastníků na místě zásahu a prostřednictvím komunikace ovlivňovat jejich postoje či jednání. Téma diplomové práce pocházelo ze subjektivní potřeby odhalit komunikačně náročné situace u zdravotnické záchranné služby z pohledu zdravotnického záchranáře při kontaktu s pacientem.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá problematikou komunikace v náročných situacích u zdravotnické záchranné služby z pohledu zdravotnického záchranáře. V jednotlivých kapitolách jsou vyzdvížena všeobecná témata vztahující se k historii a současnosti zdravotnické záchranné služby v České republice, komunikace ve zdravotnictví a komunikace v PNP. Nejobsáhlejší oddíl teoretické části pak tvoří kapitola Komunikačně náročné situace v PNP. Zde je pozornost zaměřena na specifika komunikace s pacienty různé problematiky. Práce se také zabývá kvalitou psychosociální péče poskytované zaměstnavatelem zdravotnickým záchranářům a vlastních možností péče zdravotnického záchranáře. Diplomová práce shrnuje teoretické poznatky získané z odborné literatury.

Výzkumná část nám umožňuje vhled do osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi, posouzení jejich

subjektivní pociťované připravenosti na tyto situace, vnímané náročnosti těchto situací a identifikaci faktorů přispívajících k jejich zvládnutí. Závěr práce obsahuje nejdůležitější poznatky, které vyllynuly z výzkumu, a vyhodnocení stanovených cílů včetně návrhu doporučení do praxe. Použitou výzkumnou metodou byl dotazník. Analýza dat probíhala na základě stanovených výzkumných otázek.

SUMMARY

Situations that a professional paramedic faces vary from the standard ones to those that are – for their contents, development and demands on solution – labelled as communication challenging situations. These situations are on the increase. They involve, characteristically, interpersonal communication between paramedics and problematic patients, such as drug users, alcohol abusing individuals, aggressive patients, patients in acute conditions or mentally ill patients, interpersonal communication between paramedics and participants of domestic violence or communication of paramedics and patients under extreme life threatening conditions, such as patients with suicidal tendencies, those involved in large-scale accidents or those who survived. All of these situations show high potential of urgency. Since there is no unified procedure leading to solution of these situations, to cope with them a paramedic needs to be able to understand the psychological nature of these situations, recognize causes of their formation and correctly choose means for their solution. Not being standardized, communication challenging situations make specific demands on social competence of paramedics, most importantly on their ability to emphatically perceive signs of behaviour and feelings of the patients as well as of other participants of the situation, and on their ability to – via communication – influence attitudes or activities of those involved in the situation.

The subject matter of the thesis originates from a subjective need to disclose communication challenging situations at the Emergency Medical Service from a paramedic point of view. The thesis is divided into two parts.

The theoretical part deals with various issues concerning communication challenging situations at the Emergency Medical Service from a paramedic point of view. In individual chapters, different topics are emphasized, including a history and the present of the Emergency Medical Service in the Czech Republic, communication in health care in general, and communication at prehospital emergency care. The most elaborated section of the theoretical part of the thesis contains a chapter focusing on communication challenging situations at prehospital emergency care, in which the specificity of communication between paramedics and patients with various issues is being discussed. The thesis deals with the quality of psychosocial care provided by an employer to paramedics as well as by possibilities of individual psychosocial care

provided by paramedics themselves. The MA thesis sums up theoretical findings gained from scholarly literature.

The research part of the thesis provides insight into personal experiences of paramedics who got involved in particular situations that were communication challenging. It examines subjective evaluations of paramedics' own readiness for these situations, their understanding to the demands these situations make and their ability to identify factors contributing to meeting the demands. The concluding part of the thesis contains the most important findings of the research and evaluation of the set objectives, including several recommendations for practice. A research method used in the thesis was a questionnaire. Data analysis was determined by research questions.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDRŠOVÁ, Alena. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada, 120 s. ISBN 978-802-4741-192.
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. 2001. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 436 s. ISBN 80-717-8550-4.
4. BULÍKOVÁ, Táňa. 2010. Suicidálny pacient v prednemocničnej starostlivosti. *Via practica*. Roč. 7, č. 1, s. 26-29 [cit. 2013-04-22]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4271&magazine_id=1
5. ČERNÁ, Ivana. 2010. Zásady komunikace se zachraňovanými osobami. In: *Working Dogs* [online]. [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.02.working-dogs.eu/index.php/zachranna-kynologie/patrani-zachrana-a-izs/119-zasady-komunikace-se-zachraovanymi-osobami.html>
6. DOBIÁŠ, Viliam et al. 2012 *Prednemocničná urgentná medicína*. 2., dopl. a preprac. vyd. Martin: Osveta, 740 s. ISBN 978-808-0633-875.
7. DOUBEK, Pavel. 2004. Jak můžeme řešit agitovanost a neklid v ambulanci psychiatrické praxi?. *Psychiatrie pro praxi*. Č. 3, s. 139-141 [cit. 2013-04-22]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/03/07.pdf
8. DVOŘÁČEK, David. 2010. Historie zdravotnické záchranné služby v České republice. *Rescue report*. Č. 5, s. 30-31. ISSN 1212-0456.
9. DRDLA, Pavel. 2008. Mentální sebeobrana. *Manuál pro záchranáře*. S. 21-39. Interní materiál ZZS Hlavního města Prahy.
10. ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. 2000. *Prednemocniční neodkladná péče*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 340 s. ISBN 80-701-3300-7.

11. FILKA, Jaroslav. 2002. *Metodika tvorby diplomové práce: praktická pomůcka pro studenty vysokých škol*. 1. vyd. Brno: Knihař, 223 s. ISBN 80-862-9205-3.
12. FRIDRICH, Pavel. 2006. Akutní psychotický stav v ordinaci praktického lékaře. *Medicina pro praxi*. Č. 2, s. 87-89 [cit. 2013-04-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/09.pdf>
13. GAVORA, Peter. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2.vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
14. GOLDMANN, Radoslav. 2006. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 131 s. ISBN 80-244-1454-6.
15. GULÁŠOVÁ, Monika. 2011. Krizové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. *Urgentní medicína*. Č. 4, s. 32-35. ISSN 1212-1924.
16. HANUŠ, Herbert. 1999. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 331 s. ISBN 80-718-4873-5.
17. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2009. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
19. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 72 s. České ošetrovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.
20. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
21. JOBÁNKOVÁ, Marta et al. 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.
22. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

23. Komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje. 2011. In: *Akutně.cz* [online]. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/index.php?pg=aktuality&aid=190>
24. KRISTOVÁ, Jarmila. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.
25. LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
26. MATĚJČEK, Zdeněk. 2001. Dětský pacient v komunikaci s lékařem. *Pediatric pro praxi*. Č. 5, s. 210-211 [cit. 2013-04-22]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2001/05/02.pdf>
27. MATOUŠKOVÁ, Ingrid a Joža SPURNÝ. 2005. *Komunikačně náročné situace v policejní praxi*. Plzeň: Aleš Čeněk, 159 s. Vysokoškolské učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 80-868-9837-7.
28. MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
29. MÍČEK, Libor. 1986. *Duševní hygiena*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 207 s.
30. Nabízené studijní obory pro přijímací řízení: Zdravotnický záchranář. 2014. *Lékařská fakulta OU* [online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://lf.osu.cz/index.php?kategorie=34494&id=2915&obor=1199>
31. NAKONEČNÝ, Milan. 1999. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
32. NEPOKOJOVÁ, Jitka a Blanka NOVÁKOVÁ. 2011. Fyzické omezení pacienta na akutním psychiatrickém oddělení. *Sestra*. Č. 2 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/fyzicke-omezeni-pacienta-na-akutnim-psychiatrickem-oddeleni-458233>
33. PAVLOVSKÝ, Pavel. 2005. Akutní psychotické stavy. *Postgraduální medicína*. Č. 5 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/akutni-psychoticke-stavy-272925>

34. Plevová, Ilona a Regina Slowik. 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
35. POKORNÝ, Jiří. 2004. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. *Medicína pro praxi*. Č. 2, s. 94-98 [cit. 2013-01-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2004/02/11.pdf>
36. PRAŠKO, Ján. 2006. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi*. Č. 4, s. 191-195 [cit. 2013-01-22]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>
37. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
38. HUMPL, Lukáš. 2011. O projektu Kryštůfek záchranář dětem. *Kryštůfek záchranář* [online]. [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://www.krystufek-zachranar.cz/krystufek-se-predstavuje/>
39. SEIFERTOVÁ, Dagmar. 2005. Akutní neklid a agitovanost. *Postgraduální medicína*. Č. 1 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/akutni-neklid-a-agitovanost-165299>
40. SLABÝ, Marek. 2003 *Vývoj a transformace přednemocniční neodkladné péče na území České republiky s akcentem na problematiku lékařské služby první pomoci*. Praha. [cit. 2012-01-22]. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=205>. Atestační práce. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha.
41. SLOWÍK, Josef. 2007. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
42. SMĚKAL, Luděk a Lukáš HUMPL. 2008. Opilost, otrava alkoholem. *Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje* [online]. [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=3941>

43. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
44. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.
45. ŠTĚTINA, Jiří. 2000. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 429 s. ISBN 80-716-9688-9.
46. Terminologický slovník SPIS. 2011. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/terminologicky-slovník-spis/t1037/>
47. VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
48. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2003. Akutní stavy v psychiatrii. *Praktický lékař*. Č. 4 [cit. 2013-01-22]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/akutni-stavy-v-psychiatrii-2475?confirm-rules=1>
49. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
50. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
51. VODÁČKOVÁ, Daniela et al. 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
52. VYBÍRAL, Zbyněk. 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-807-3673-871.
53. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 2011. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: http://www.komorazachranaru.cz/download/vyhlaska_55-2011_Sb..doc

54. Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2012. [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: http://www.komorazachranaru.cz/download/2012_vyhlaska_240-2012_Sb..pdf
55. VYMĚTAL, Štěpán. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.
56. Vzdělávací a pracovní činnost peera SPIS. 2011. *Systém psychosociální intervenční služby* [online]. [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: <http://www.spiscr.info/cs/vzdelavaci-a-pracovni-cinnost-peera-spis/t1036/>
57. Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. 2011. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2014-05-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_3082_3.html
58. ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. Č. 1, s. 56-57 [cit. 2012-05-02]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/01/12.pdf>
59. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
60. Zákon č. 96/2004 Sb., 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 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů*. 2004. [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: http://www.komorazachranaru.cz/download/Zakon_96-2004_Sb._nelekari_k_17.5.2011.pdf
61. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. In: *Sbírka zákonů*. 2011. [cit. 2013-05-02]. Dostupné z: http://www.komorazachranaru.cz/download/Zakon_c._374-2011_Sb._o_zdrav._zachranne_sluzbe_1.1.2013.pdf

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARO	oddělení anesteziologie a resuscitace
CISM	Critical Incident Stress Management
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IZS	integrovaný záchranný systém
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
PNP	přednemocniční neodkladná péče
PTSP	posttraumatická stresová porucha
SPIS	systém psychosociální intervenční služby
SZO, WHO	Světová zdravotnická organizace – World Health Organization
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
ZOS	zdravotnické operační středisko
ZZS	zdravotnická záchranná služba

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Kryštůfek záchranář XXIV

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pohlaví	105
Tabulka 2. Věk.....	106
Tabulka 3. Typ vzdělání	107
Tabulka 4. Délka praxe na ZZS	108
Tabulka 5. Rozdělení komunikačně náročných situací dle zkušeností zdravotnických záchranářů.....	113
Tabulka 6. Rozdělení komunikačně náročných situací dle pohlaví zdravotnických záchranářů.....	114
Tabulka 7. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska věku u zdravotnických záchranářů	115
Tabulka 8. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska délky praxe u zdravotnických záchranářů	116
Tabulka 9. Rozdělení komunikačně náročných situací dle náročnosti z hlediska typu vzdělání u zdravotnických záchranářů.....	117
Tabulka 10. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle pohlaví zdravotnických záchranářů	119
Tabulka 11. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle věku zdravotnických záchranářů	120
Tabulka 12. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle délky praxe zdravotnických záchranářů	122
Tabulka 13. Rozdělení subjektivní připravenosti na komunikačně náročné situace dle typu vzdělání zdravotnických záchranářů.....	123
Tabulka 14. Rozdělení zvládacích strategií zdravotnických záchranářů po skončení komunikačně náročných situací.....	125
Tabulka 15. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací dle pohlaví zdravotnických záchranářů.....	126
Tabulka 16. Standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb.....	129
Tabulka 17. Hodnocení psychosociální péče.....	131
Tabulka 18. Nabízená forma psychosociální péče.....	132
Tabulka 19. Nabídka vzdělávacích akcí zaměstnavatelem.....	134
Tabulka 20. Preferovaná forma vzdělávání	136

Tabulka 21. Největší překážka v komunikaci mezi záchranářem a pacientem	IX
Tabulka 22. Čím se řídí záchranáři při komunikaci s pacientem.....	XI
Tabulka 23. Typy standardů pro komunikačně náročné situace.....	XII
Tabulka 24. Aktivní nabídka psychosociální pomoci zaměstnavatelem	XIV
Tabulka 25. Postoj záchranářů k psychosociální pomoci nabízené zaměstnavatelem .	XV
Tabulka 26. Význam psychosociální podpory od zaměstnavatele	XVI
Tabulka 27. Odborná pomoc	XVII
Tabulka 28. Systém vzdělávání	XVIII
Tabulka 29. Úroveň odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích	XIX
Tabulka 30. Zájem o vzdělání v oblasti komunikace v náročných situacích	XX
Tabulka 31. Účast na vzdělávací akci.....	XXI
Tabulka 32. Přínos vzdělávací akce do profesního života záchranáře	XXII

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví	105
Graf 2. Věk	106
Graf 3. Typ vzdělání	107
Graf 4. Délka praxe na ZZS	108
Graf 5. Rozdělení zvládacích strategií zdravotnických záchranářů po skončení komunikačně náročných situací	126
Graf 6. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací: muži	127
Graf 7. Rozdělení zvládacích strategií po skončení komunikačně náročných situací: ženy	127
Graf 8. Standardní postupy k jednotlivým komunikačně náročným situacím u zdravotnických záchranných služeb	130
Graf 9. Hodnocení psychosociální péče	131
Graf 10. Nabízená forma psychosociální péče	133
Graf 11. Nabídka vzdělávacích akcí zaměstnavatelem	134
Graf 12. Preferovaná forma vzdělávání	136
Graf 13. Největší překážka v komunikaci mezi záchranářem a pacientem	X
Graf 14. Čím se řídí záchranáři při komunikaci s pacientem	XI
Graf 15. Typy standardů pro komunikačně náročné situace	XIII
Graf 16. Aktivní nabídka psychosociální pomoci zaměstnavatelem	XIV
Graf 17. Postoj záchranářů k psychosociální pomoci nabízené zaměstnavatelem	XV
Graf 18. Význam psychosociální podpory od zaměstnavatele	XVI
Graf 19. Odborná pomoc	XVII
Graf 20. Systém vzdělávání	XVIII
Graf 21. Úroveň odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích	XIX
Graf 22. Zájem o vzdělání v oblasti komunikace v náročných situacích	XX
Graf 23. Účast na vzdělávací akci	XXI
Graf 24. Přínos vzdělávací akce do profesního života záchranáře	XXII

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník	I
Příloha B: Analýza dalších otázek z dotazníku	IX
Příloha C: Obrázek Kryštůfka záchranáře	XXIV

PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Dana Seidlová, jsem studentka závěrečného ročníku oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku v rámci své diplomové práce na téma „Komunikačně náročné situace u zdravotnické záchranné služby z pohledu zdravotnického záchranáře“. Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit jen ke sběru a zhodnocení dat mé diplomové práce. Zaškrtněte, prosím, vždy jednu z nabídnutých odpovědí, pokud není uvedeno jinak. Moc Vám děkuji za Váš čas strávený vyplněním dotazníku.

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk:

- a) 20-35
- b) 36-45
- c) 46 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání k výkonu profese?

- a) úplné středoškolské se specializací
- b) vyšší odborné
- c) bakalářské
- d) magisterské

4. Kolik let již pracujete u zdravotnické záchranné služby?

- a) 11-20 let
- b) 6-10 let
- c) méně než 5 let

d) 20 a více let

5. Uved'te prosím, jakou zkušenost máte ze své praxe s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi? Podle popsané škály popište, jak často se v uvedené situaci ocitáte: v uvedené situaci se ocitám: velmi často- 4, často- 3, sporadicky- 2, dosud nezažil - 1:

- a) komunikace s pacientem, který je agresivní
- b) komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek
- c) komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy
- d) komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony
- e) komunikace s pacientem - dítětem
- f) komunikace s pacientem - cizincem
- g) komunikace s pacientem - seniorem
- h) komunikace s pacientem při dopravní nehodě
- ch) komunikace s pacientem, který je v bezvědomí
- i) komunikace s pozůstalými
- j) komunikace s dalšími složkami IZS
- k) komunikace s pacienty při hromadném neštěstí
- l) komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. u KPR dítěte)

6. Kterou situaci považujete ze své praxe za komunikačně náročnou a to podle popsané škály od 1 - 4, prosím přiřad'te jednotlivě ke komunikačně náročným situacím: 4- velmi náročnou, 3- náročnou, 2- málo náročnou, 1- nenáročnou:

- a) komunikace s pacientem, který je agresivní
- b) komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek
- c) komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavy
- d) komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony
- e) komunikace s pacientem - dítětem
- f) komunikace s pacientem - cizincem

- g) komunikace s pacientem - seniorem
- h) komunikace s pacientem při dopravní nehodě
- ch) komunikace s pacientem, který je v bezvědomí
- i) komunikace s pozůstalými
- j) komunikace s dalšími složkami IZS
- k) komunikace s pacienty při hromadném neštěstí
- l) komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. u KPR dítěte)

7. Jak byste ohodnotili úroveň vlastní připravenosti zvládnout uvedené komunikačně náročné situace? V uvedené situaci se cítím: 4- velmi dobře připraven, 3- cítím se připraven, 2- cítím se málo připraven, 1- nepřípraven

- a) komunikace s pacientem, který je agresivní
- b) komunikace s pacientem, který je pod vlivem návykových látek
- c) komunikace s pacientem s akutními psychotickými stavu
- d) komunikace s pacientem, který má sebevražedné sklony
- e) komunikace s pacientem - dítětem
- f) komunikace s pacientem - cizincem
- g) komunikace s pacientem - seniorem
- h) komunikace s pacientem při dopravní nehodě
- ch) komunikace s pacientem, který je v bezvědomí
- i) komunikace s pozůstalými
- j) komunikace s dalšími složkami IZS
- k) komunikace s pacienty při hromadném neštěstí
- l) komunikace s rodiči dítěte, které je v akutním stavu (např. u KPR dítěte)

8. Co je podle Vás největší překážkou v komunikaci mezi záchranářem a pacientem? Můžete označit více položek:

- a) nedostatek času
- b) nedostatek komunikačních schopností, dovedností

- c) neznalost specifických zásad komunikace (např. s pacienty se sebevražednýmisklony)
- d) agresivita pacienta a odmítání spolupráce
- e) jazyková bariéra
- f) agresivita příbuzných, okolí
- g) neočekávanost vzniku situace
- g) jiné, prosím popište

9. Čím se řídíte v komunikačně náročné situaci při kontaktu s pacientem?

- a) zkušeností
- b) situací
- c) profesní kompetencí
- d) intuicí
- e) standardem

10. Existují na Vašem pracovišti zpracované standardní postupy týkající se komunikačně náročných situací a informační materiály v tištěné podobě (např. komunikační karty pro cizince), které můžete využít na místě zásahu ke zlepšení komunikace s pacientem? Pokud nemáte standardy ani informační materiály nevyplňujte otázku č. 11.

- a) k dispozici nemáme standardy pro komunikačně náročné situace ani informační materiály
- b) máme k dispozici pouze standardy pro komunikačně náročné situace
- c) máme k dispozici pouze informační materiály
- d) k dispozici máme standardy pro komunikačně náročné situace i informační materiály

11. Máte-li k dispozici standardy pro komunikačně náročné situace nebo informační materiál v tištěné podobě, prosím napište, pro jakou komunikačně náročnou situaci je zpracován:

12. Odpovídá současný psychosociální podpůrný systém po náročném výjezdu ve Vaší organizaci Vaším potřebám?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, hlavní bariérou ve vyhledání psychosociální péče v naší organizaci je stigma, které je spojováno s duševními problémy

13. Jakou formou je Vám v případě potřeby psychosociální pomoc ze strany zaměstnavatele nabízena?

- a) vyškolený psycholog pro psychosociální intervenční pomoc
- b) „peer“ na pracovišti
- c) psychologické poradenství
- d) supervize
- e) jiné, vypiš prosím

14. Dotazuje se Vás zaměstnavatel (vedoucí pracovník, koordinátor) aktivně, zda potřebujete psychosociální pomoc po náročném výjezdu (ke zhodnocení prožitých událostí)?

- a) pomoc nabídne vždy
- b) nabídne dle emočního stavu
- c) čeká, až vyjádřím své potřeby
- d) nenabízí

15. Domníváte se, že by Váš zaměstnavatel měl bezprostředně po náročném výjezdu sám aktivně nabízet psychosociální pomoc?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

16. Jakou důležitost přikládáte psychosociální podpoře Vašeho zaměstnavatele?

- a) nevýznamná
- b) méně významná
- c) významná
- d) velmi významná
- e) zcela zásadní

17. Jakým způsobem se vyrovnáváte s následky komunikačně náročných situací?

- a) svěřím se někomu blízkému - partner, rodinný příslušník
- b) jako nejdůležitější zdroj pomoci považuji rozhovor s kolegy
- c) s následky se vyrovnám sám(a)
- d) vyhledám odbornou pomoc
- e) pomáhají mi mimopracovní zájmy (sport, hudba, domácí práce aj.)
- f) nikdy jsem neměl(a) potřebu, se s nějakou situací vyrovnávat
- g) jiné, vypiš prosím

18. Vyhledal(a) jste během své dosavadní praxe na záchranné službě, ke zhodnocení prožitých událostí, odbornou pomoc?

- a) ano
- b) ne

19. Považujete současný systém vzdělávání zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace za odpovídající potřebám praxe?

- a) ano
- b) ne
- c) nedovedu posoudit

20. Pociťujete úroveň svých odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích za dostatečnou?

- a) ano, plně
- b) myslím, že ano, až na určité situace

c) nedostatečnou

21. Máte zájem se vzdělávat v komunikačně náročných situacích?

a) ano

b) ne

c) nevím

22. Absolvoval(a) jste nějakou vzdělávací akci (seminář, kurz, přednášku) vztahující se k problematice komunikace s pacientem? Pokud jste odpověděli ne, přejděte k otázce č. 25.

a) ano

b) ne

23. Pokud jste navštívil(a) odborný seminář či jinou vzdělávací akci s tematikou komunikace s pacientem, jaká byla míra odborného přínosu do Vašeho profesního života?

a) kladná

b) spíše kladná

c) půl na půl

d) negativní

e) ztráta času

24. Jakou formu vzdělávání v oblasti krizové komunikace preferujete při výběru vzdělávací akce?

a) kurzy

b) výcvik dovedností

c) průběžné doškolování

d) seminář

e) přednáška

f) jiné, prosím dopiš

25. Nabízí Vám zaměstnavatel možnost účasti na podobných seminářích týkajících se komunikace s pacientem, komunikace v náročných situacích, syndromu vyhoření, posttraumatické stresové poruchy?

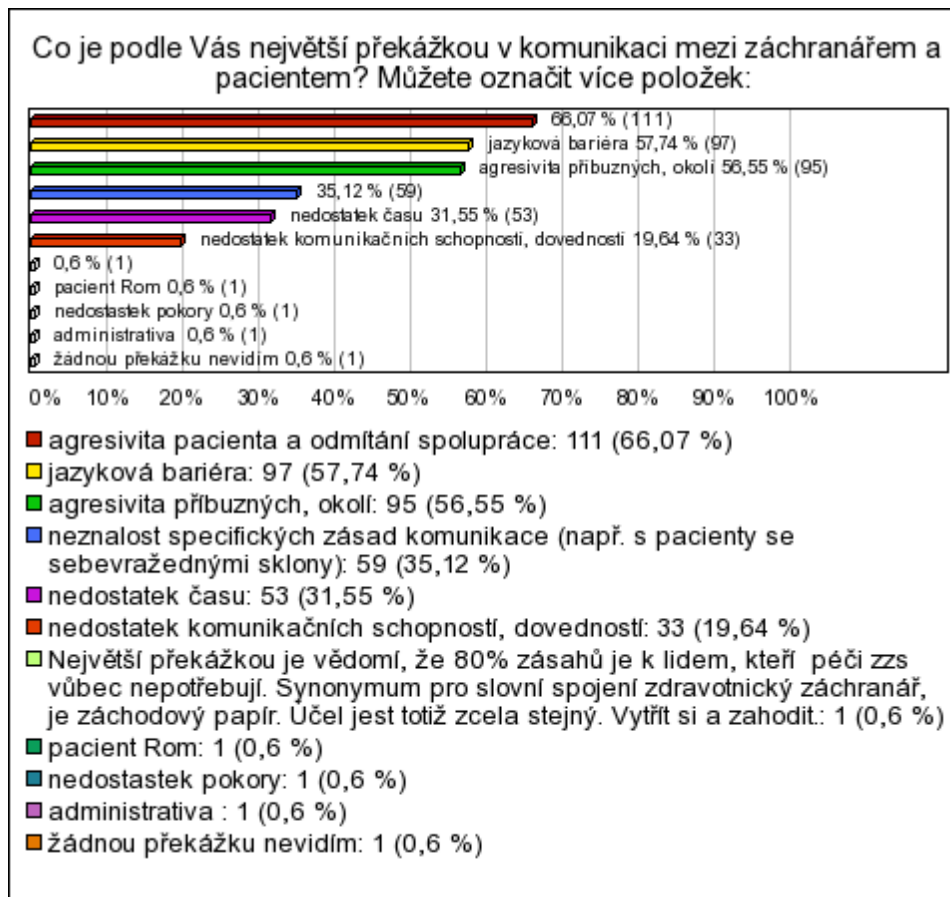
- a) ano
- b) ne
- c) nabízí spíše jinou problematiku
- d) nesleduji nabídku

Příloha B: Analýza dalších otázek z dotazníku

Otázka č. 8: Co je podle Vás největší překážkou v komunikaci mezi záchranářem a pacientem? Můžete označit více položek:

Tabulka 21. Největší překážka v komunikaci mezi záchranářem a pacientem

Překážky v komunikaci mezi záchranářem a pacientem	Počet	Lokálně
agresivita pacienta a odmítání spolupráce	111	66,07 %
jazyková bariéra	97	57,74 %
agresivita příbuzných, okolí	95	56,55 %
neznalost specifických zásad komunikace (např. s pacienty se sebevražednými sklony)	59	35,12 %
nedostatek času	53	31,55 %
nedostatek komunikačních schopností, dovedností	33	19,64 %
největší překážkou je vědomí, že 80 % zásahů je k lidem, kteří péči zzs vůbec nepotřebují. Synonymum pro slovní spojení zdravotnický záchranář, je záchodový papír. Účel jest totiž zcela stejný. Vytrít si a zahodit.	1	0,60 %
pacient Rom	1	0,60 %
nedostatek pokory	1	0,60 %
administrativa	1	0,60 %
žádnou překážku nevidím	1	0,60 %



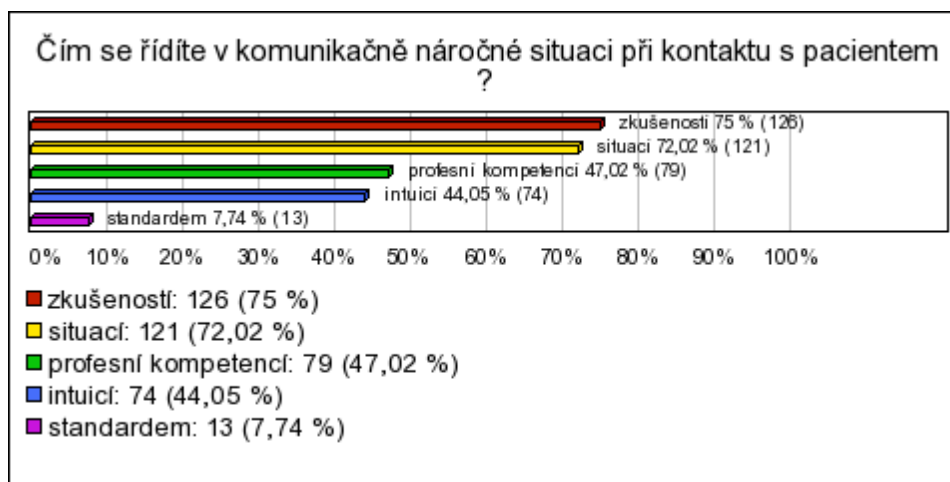
Graf 13. Největší překážka v komunikaci mezi záchranářem a pacientem

Největší překážkou v komunikaci mezi záchranářem a pacientem je agresivita pacienta a jeho odmítání spolupráce, kterou označilo 66,07 % dotazovaných respondentů, dále i jazyková bariéra (57,74 %) a na místě třetím agresivita příbuzných a okolí.

Otázka č. 9: Čím se řídíte v komunikačně náročné situaci při kontaktu s pacientem?

Tabulka 22. Čím se řídí záchranáři při komunikaci s pacientem

Odpověď	Počet	Lokálně
zkušeností	126	75,00 %
situací	121	72,02 %
profesní kompetencí	79	47,02 %
intuicí	74	44,05 %
standardem	13	7,74 %



Graf 14. Čím se řídí záchranáři při komunikaci s pacientem

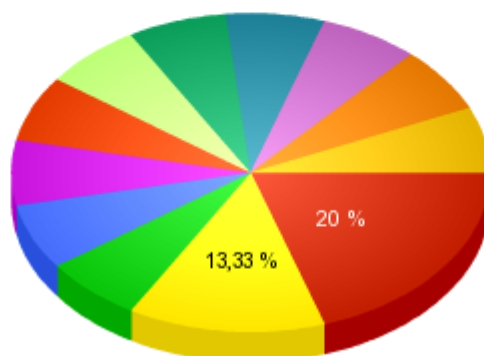
Při kontaktu s pacientem se 75 % dotazovaných respondentů řídí svojí zkušeností, 72,02 % se řídí situací, 47,02 % profesní kompetencí, 44,05 % intuicí a 7,74 % dotázaných respondentů se řídí standardem.

Otázka č. 11: Máte-li k dispozici standardy pro komunikačně náročné situace nebo informační materiál v tištěné podobě, prosím napište, pro jakou komunikačně náročnou situaci je zpracován:

Tabulka 23. Typy standardů pro komunikačně náročné situace

Odpověď	Počet	Lokálně	Globálně
komunikace s cizincem	3	20 %	1,79 %
cizinci	2	13,33 %	1,19 %
cizinec - Polák	1	6,67 %	0,60 %
hromadné neštěstí a když umře blízký (brožurka pro pozůstalé)	1	6,67 %	0,60 %
pro pozůstalé v případě náhlého úmrtí	1	6,67 %	0,60 %
Komunikace v cizím jazyce	1	6,67 %	0,60 %
cizinec	1	6,67 %	0,60 %
Standard pro HPZ	1	6,67 %	0,60 %
TANR, TAP	1	6,67 %	0,60 %
traumata	1	6,67 %	0,60 %
ostatní odpovědi informace pro pozůstalé	2	13,33 %	1,19 %

Máte-li k dispozici standardy pro komunikačně náročné situace nebo informační materiály v tištěné podobě, prosím napište, pro jakou komunikačně náročnou situaci je zpracován:



- Komunikace s cizincem: 3 (20 %)
- cizinci: 2 (13,33 %)
- cizinec - Polák: 1 (6,67 %)
- hromadne nestesti a kdyz umre blizky (brozurka pro pozustale): 1 (6,67 %)
- pro pozustale v pripade nahleho umrti: 1 (6,67 %)
- Komunikace v cizim jazyce: 1 (6,67 %)
- cizinec: 1 (6,67 %)
- Standard pro HPZ: 1 (6,67 %)
- TANR, TAP: 1 (6,67 %)
- traumata: 1 (6,67 %)
- komunikace s cizincem a s pacientem se sebevrazednymi sklony: 1 (6,67 %)
- informace pro pozustale: 1 (6,67 %)

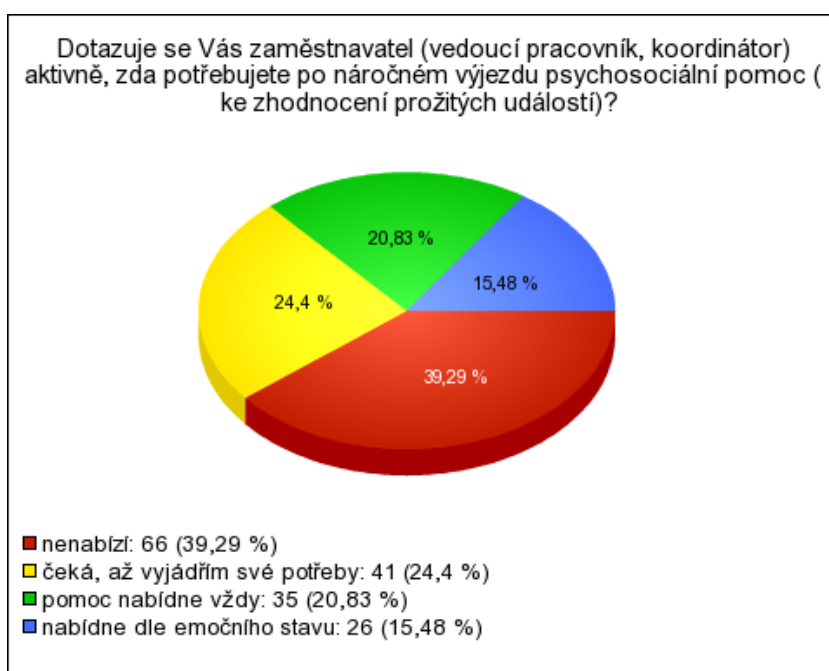
Graf 15. Typy standardů pro komunikačně náročné situace

Zdravotničtí záchranáři mají k dispozici standardy pro komunikačně náročné situace, a to pro komunikaci s cizincem, komunikaci při hromadném neštěstí, a když umře blízký, komunikaci pro telefonicky neodkladnou asistovanou resuscitaci (TANR) a komunikaci pro telefonicky asistovaný porod (TAP), dále pak komunikaci pro hromadné postižení zdraví (HZP), standardy pro traumata a informace pro pozůstalé v tištěné podobě.

Otázka č. 14: Dotazuje se Vás zaměstnavatel (vedoucí pracovník, koordinátor) aktivně, zda potřebujete psychosociální pomoc po náročném výjezdu (ke zhodnocení prožitých událostí)?

Tabulka 24. Aktivní nabídka psychosociální pomoci zaměstnavatelem

Odpověď	Počet	Lokálně
nenabízí	66	39,29 %
čeká, až vyjádřím své potřeby	41	24,40 %
pomoc nabídne vždy	35	20,83 %
nabídne dle emočního stavu	26	15,48 %



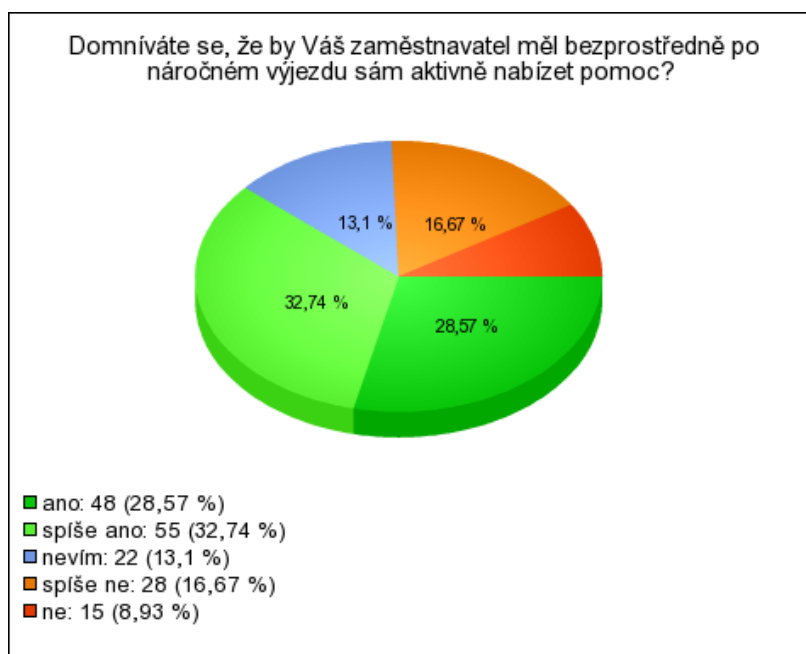
Graf 16. Aktivní nabídka psychosociální pomoci zaměstnavatelem

39,29 % dotázaných respondentů odpovědělo, že zaměstnavatel nenabízí aktivně po náročném výjezdu psychosociální pomoc. Z toho 24,40 % dotázaných respondentů odpovědělo, že zaměstnavatel čeká, až vyjádří své potřeby. 15,48 % respondentů odpovědělo, že pomoc nabídne dle emočního stavu záchranáře. Jen 20,83 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že zaměstnavatel jim pomoc nabídne vždy.

Otázka č. 15: Domníváte se, že by Váš zaměstnavatel měl bezprostředně po náročném výjezdu sám aktivně nabízet psychosociální pomoc?

Tabulka 25. Postoj záchranářů k psychosociální pomoci nabízené zaměstnavatelem

Odpověď	Počet	Lokálně
spíše ano	55	32,74 %
ano	48	28,57 %
spíše ne	28	16,67 %
nevím	22	13,1 %
ne	15	8,93 %



Graf 17. Postoj záchranářů k psychosociální pomoci nabízené zaměstnavatelem

28,57 % dotazovaných respondentů uvedlo, že by bezprostředně po náročném výjezdu měl zaměstnavatel sám aktivně nabízet psychosociální pomoc. 32,74 % uvedlo, že spíše ano, 13,10 % dotazovaných respondentů uvedlo, že neví. 16,67 % uvedlo, že spíše ne a 8,93 % dotazovaných respondentů uvedlo, že nemusí zaměstnavatel aktivně nabízet psychosociální pomoc bezprostředně po náročném výjezdu.

Otázka č. 16: Jakou důležitost přikládáte psychosociální podpoře Vašeho zaměstnavatele?

Tabulka 26. Význam psychosociální podpory od zaměstnavatele

Odpověď	Počet	Lokálně
méně významná	53	31,55 %
významná	49	29,17 %
nevýznamná	31	18,45 %
velmi významná	23	13,69 %
zcela zásadní	12	7,14 %



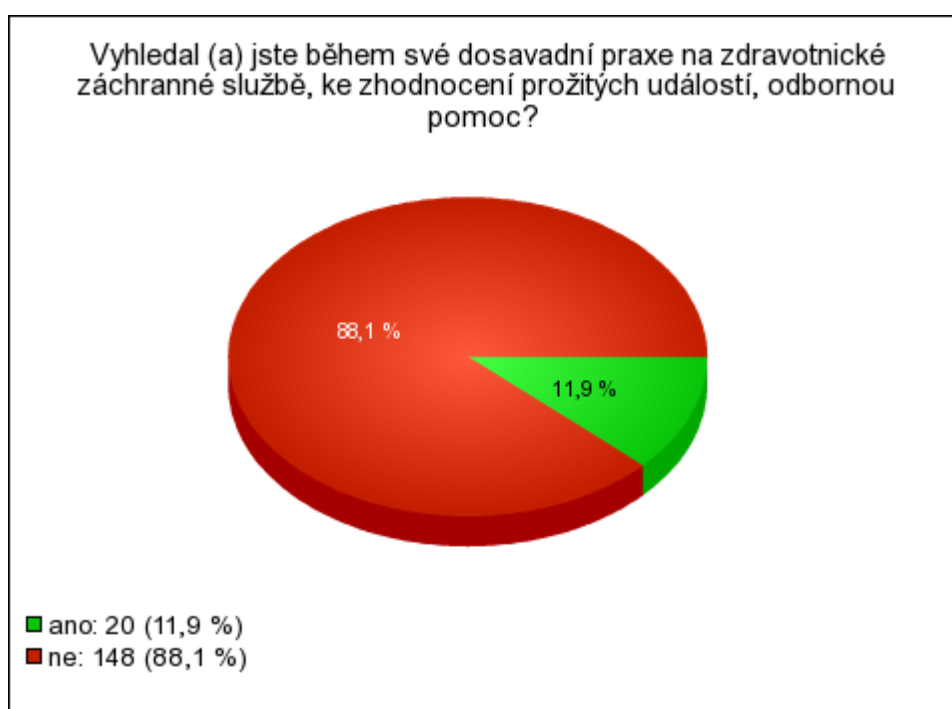
Graf 18. Význam psychosociální podpory od zaměstnavatele

31,55 % dotázaných respondentů odpovědělo, že důležitost psychosociální podpory od jejich zaměstnavatele pokládají za méně významnou. 18,45 % odpovědělo, že ji považují dokonce za nevýznamnou. 29,17 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že důležitost psychosociální podpory od svého zaměstnavatele pokládají za významnou, 13,69 % pak za velmi zásadní a 7,14 % dotazovaných respondentů uvedlo, že ji považují za zcela zásadní.

Otázka č. 18: Vyhledal(a) jste během své dosavadní praxe na záchranné službě, ke zhodnocení prožitých událostí, odbornou pomoc?

Tabulka 27. Odborná pomoc

Odpověď	Počet	Lokálně
ne	148	88,1 %
ano	20	11,9 %



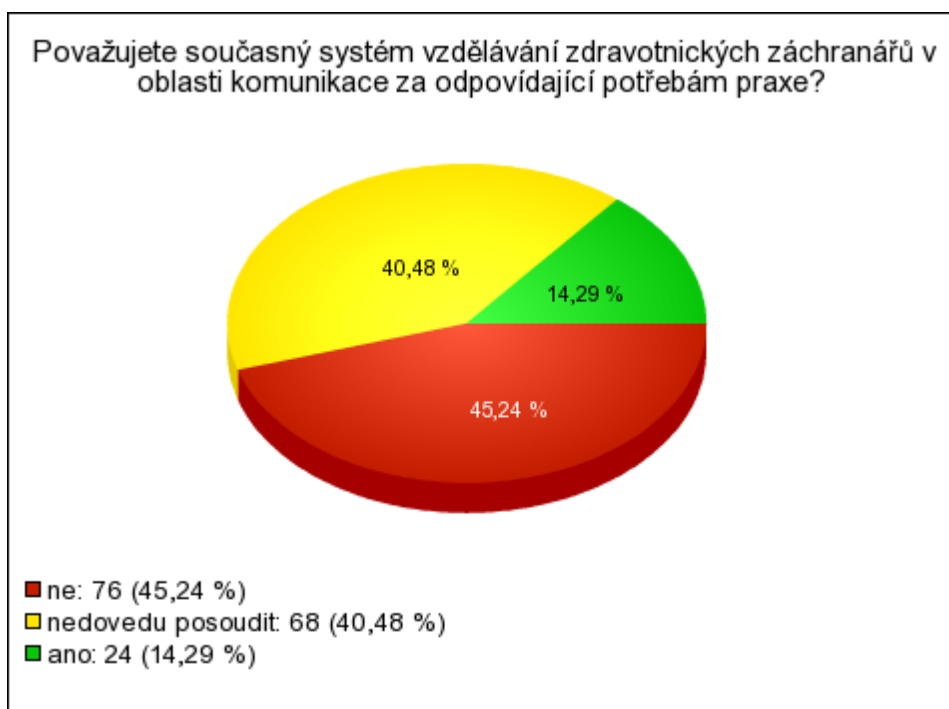
Graf 19. Odborná pomoc

88,10 % dotazovaných respondentů uvedlo, že během své dosavadní praxe u zdravotnické záchranné služby nevyhledaly odbornou pomoc ke zhodnocení prožitých událostí a 11,90 % dotazovaných respondentů uvedlo, že odbornou pomoc vyhledalo.

Otázka č. 19: Považujete současný systém vzdělávání zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace za odpovídající potřebám praxe?

Tabulka 28. Systém vzdělávání

Odpověď	Počet	Lokálně
ne	76	45,24 %
nedovedu posoudit	68	40,48 %
ano	24	14,29 %



Graf 20. Systém vzdělávání

45,24 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že současný systém vzdělávání v oblasti komunikace neodpovídá potřebám praxe. 40,48 % uvedlo, že to nedovedou posoudit, a pouze 14,29 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že současný systém vzdělávání zdravotnických záchranářů v oblasti komunikace odpovídá potřebám praxe.

Otázka č. 20: Pociťujete úroveň svých odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích za dostatečnou?

Tabulka 29. Úroveň odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích

Odpověď	Počet	Lokálně
myslím, že ano, až na určité situace	123	73,21 %
nedostatečnou	29	17,26 %
ano, plně	16	9,52 %



Graf 21. Úroveň odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích

73,21 % dotazovaných respondentů uvedlo, že si myslí, že mají dostatečnou úroveň v oblasti komunikace v náročných situacích, až na určité situace. 9,52 % uvedlo, že mají dostatečnou úroveň svých odborných znalostí a 17,26 % dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich úroveň odborných znalostí v oblasti komunikace v náročných situacích je nedostatečná.

Otázka č. 21: Máte zájem se vzdělávat v komunikačně náročných situacích?

Tabulka 30. Zájem o vzdělání v oblasti komunikace v náročných situacích

Odpověď	Počet	Lokálně
ano	147	87,5 %
ne	21	12,5 %



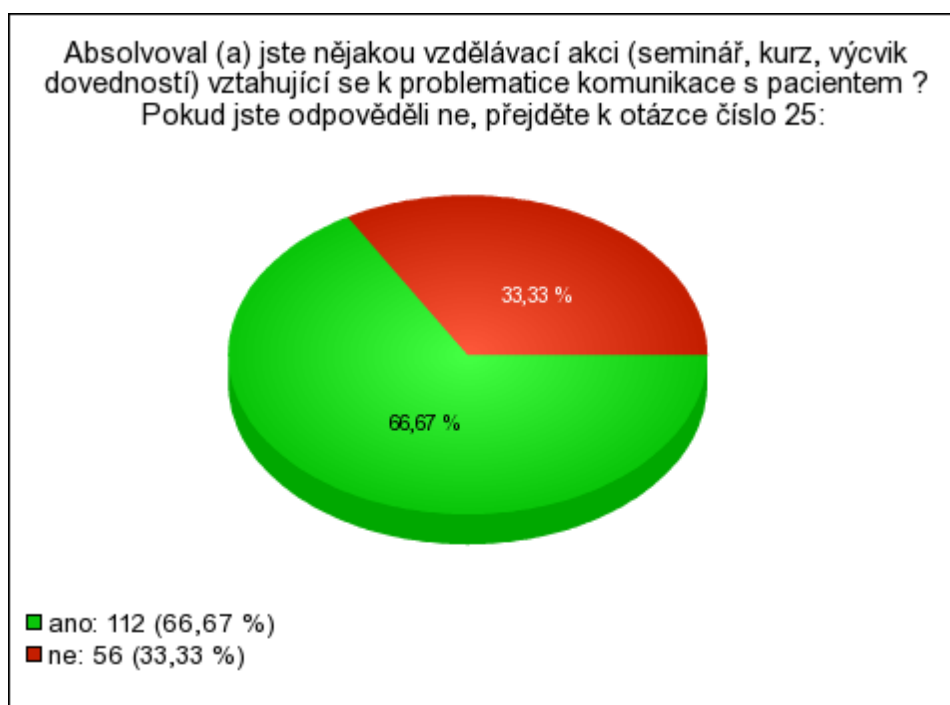
Graf 22. Zájem o vzdělání v oblasti komunikace v náročných situacích

87,5 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že mají zájem se v komunikačně náročných situacích dále vzdělávat a 12,5 % dotazovaných respondentů odpovědělo, že zájem nemají.

Otázka č. 22: Absolvoval(a) jste nějakou vzdělávací akci (seminář, kurz, přednášku) vztahující se k problematice komunikace s pacientem? Pokud jste odpověděli ne, přejděte k otázce č. 25.

Tabulka 31. Účast na vzdělávací akci

Odpověď	Počet	Lokálně
ano	112	66,67 %
ne	56	33,33 %



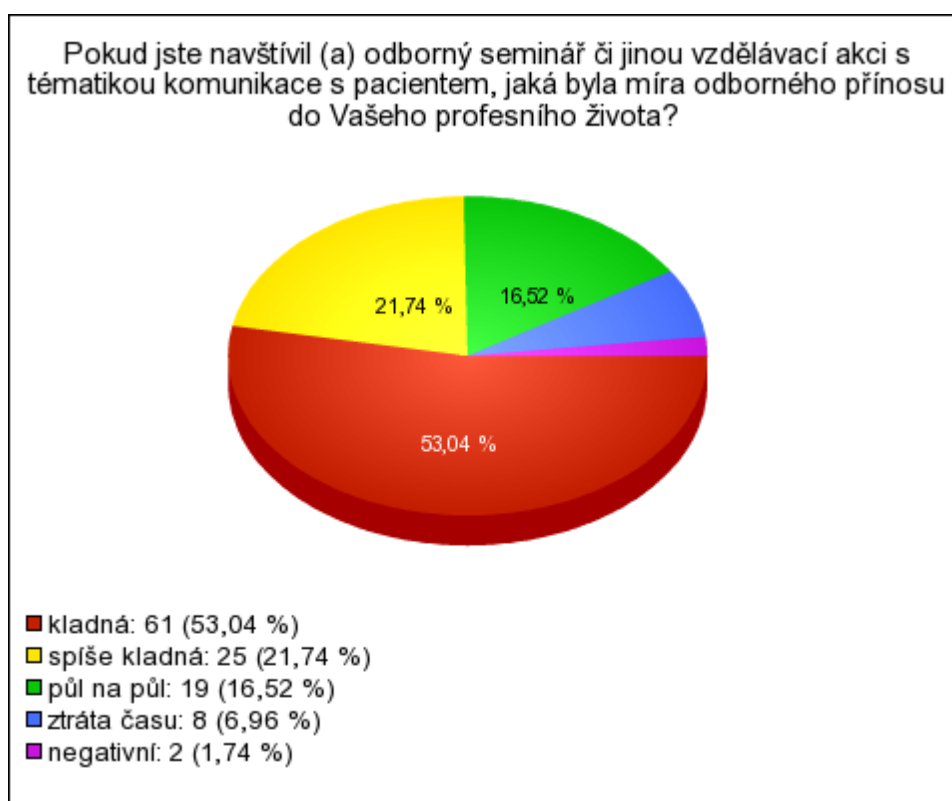
Graf 23. Účast na vzdělávací akci

66,67 % dotázaných respondentů uvedlo, že absolvovaly nějakou vzdělávací akci, která se vztahovala k problematice komunikace s pacientem. 33,33 % dotazovaných respondentů uvedlo, že žádnou akci neabsolvovaly.

Otázka č. 23: Pokud jste navštívil(a) odborný seminář či jinou vzdělávací akci s tematikou komunikace s pacientem, jaká byla míra odborného přínosu do Vašeho profesního života?

Tabulka 32. Přínos vzdělávací akce do profesního života záchranáře

Odpoověď	Počet	Lokálně
kladná	61	53,04 %
spíše kladná	25	21,74 %
půl na půl	19	16,52 %
ztráta času	8	6,96 %
negativní	2	1,74 %



Graf 24. Přínos vzdělávací akce do profesního života záchranáře

53,04 % dotazovaných respondentů uvedlo, že míra odborného přínosu do jejich profesního života po navštívení vzdělávací akce s tematikou komunikace s pacientem byla kladná. 21,74 % uvedlo, že byla spíše kladná. 16,52 % uvedlo, že půl na půl. 6,96 % uvedlo, že to byla ztráta času. A 1,74 % dotazovaných respondentů uvedlo, že míra odborného přínosu do jejich profesního života byla negativní.

Příloha C: Obrázek Kryštůfka záchranáře



Obrázek 1. Kryštůfek záchranář

(zdroj: www.krystufek-zachranar.cz)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dana Seidlová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Pavel Kusák, CSc. (akademický rok 2011/2012), od akademického roku 2012 doc. PhDr. Irena Plevová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Komunikačně náročné situace na zdravotnické záchranné službě z pohledu zdravotnického záchranáře
Název v angličtině:	Communication difficult situation on emergency medical service
Anotace práce:	<p>Teoretická část diplomové práce se zabývá historií a současností Zdravotnické záchranné služby v České republice, osobností zdravotnického záchranáře, problematikou komunikace v náročných situacích z pohledu zdravotnického záchranáře a také psychohygienou. Praktická část diplomové práce nám umožňuje vhled do osobních zkušeností zdravotnických záchranářů s jednotlivými komunikačně náročnými situacemi, posouzení jejich subjektivně pocíťované připravenosti na tyto situace a vnímané náročnosti těchto situací a identifikace faktorů přispívajících k jejich zvládnutí. Závěr práce obsahuje nejdůležitější poznatky, které vyplynuly z výzkumu, vyhodnocení stanovených cílů, včetně návrhu doporučení pro praxi.</p>
Klíčová slova:	Zdravotnický záchranář, komunikačně náročné situace, psychosociální podpůrný systém, coping, dotazník
Anotace v angličtině:	<p>A theoretical part of the MA thesis concerns history and the present of the Emergency Medical Service in the Czech Republic. It focuses on the personality of a paramedic, problems with communication that paramedics face in extreme situations, and his or her mental health. A research part of the</p>

	thesis provides insight into personal experiences of paramedics and describes particular situations, in which they got involved, that were communication challenging. It examines subjective evaluations of paramedics' own readiness for these situations, their understanding to the demands these situations make and their ability to identify factors contributing to meeting the demands. The concluding part of the thesis contains the most important findings of the research and evaluation of the set objectives. It also makes several recommendations for practice.
Klíčová slova v angličtině:	Paramedic, communication challenging situation, psychosocial support system, coping, questionnaire
Přílohy vázané v práci:	Příloha A: Dotazník Příloha B: Analýza dalších otázek z dotazníku Příloha C: Obrázek Kryštůfek záchranář
Rozsah práce:	161 s. + 25 s. příloh
Jazyk práce:	český