

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**ASPEKTY AGRESE
OSOB VOLAJÍCÍCH NA TÍSŇOVOU LINKU
ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

ASPECTS OF AGGRESSION
OF EMERGENCY CALLERS
TO THE EMERGENCY MEDICAL SERVICES



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Jana Kulhavá**
Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc
2024

Poděkování

Ráda bych využila tento prostor k tomu, abych poděkovala především své rodině za podporu, kterou mi během celého studia poskytovala. Dále bych také chtěla poděkovat vedoucímu práce, panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., který mi poskytoval cenné rady během vypracovávání diplomové práce. Také bych ráda poděkovala paní Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D., která mi ochotně pomáhala s metodologií práce a citacemi.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Aspekty agrese osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby,“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Zdravotnická záchranná služba	8
1.1 Zdravotnické operační středisko	9
1.2 Pozice operátora operačního střediska	10
1.3 Výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb	11
1.4 Pozice zdravotnického záchranáře	11
1.5 Vymezení pojmu řidič vozidla zdravotnické záchranné služby	12
1.6 Provoz výjezdových skupin	12
2 Nástroje k poskytování telefonicky asistované první pomoci	14
2.1 Telefonicky asistovaná první pomoc	14
2.2 Komunikace v kontextu zdravotnické záchranné služby	16
2.2.1 Neverbální komunikace	20
2.2.2 Verbální komunikace	23
2.3 Krizová intervence	25
3 Agrese v kontextu zdravotnické záchranné služby	28
3.1 Obecné aspekty agrese	28
3.2 Inklinace k agresi	29
3.3 Deeskalace agrese	31
3.3.1 Praktická doporučení pro nácvik sociálních kompetencí	33
3.3.2 Expozice neagresivnímu modelu	34
3.4 Zátěž, stres a vyhoření	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	39
4 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky	40
5 Typ výzkumu a použité metody	41
5.1 Metody získávání dat	41
5.2 Metody zpracování a analýzy dat	44

6	Sběr dat a výzkumný soubor	46
6.1	Etické problémy a způsob jejich řešení	48
7	Výsledky	49
7.1	Sebereflexe autorky	49
7.2	Dílčí analýzy jednotlivých rozhovorů	49
7.2.1	Analýza hovoru č. 1	50
7.2.2	Analýza hovoru č. 2	53
7.2.3	Analýza hovoru č. 3	56
7.2.4	Analýza hovoru č. 4	59
7.2.5	Analýza hovoru č. 5	62
7.2.6	Analýza hovoru č. 6	64
7.2.7	Analýza hovoru č. 7	68
7.2.8	Analýza hovoru č. 8	70
7.2.9	Analýza hovoru č. 9	73
7.2.10	Analýza hovoru č. 10	76
7.2.11	Analýza hovoru č. 11	78
7.2.12	Analýza hovoru č. 12	82
7.2.13	Analýza hovoru č. 13	85
7.2.14	Analýza hovoru č. 14	88
7.2.15	Analýza hovoru č. 15	90
7.3	Sumarizace výsledků	93
7.4	Odpovědi na výzkumné otázky	95
8	Diskuse	97
9	Závěr	104
	SOUHRN	105
	LITERATURA	108
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Tato magisterská práce pojednává o aspektech agrese osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby a vychází z bakalářské práce s názvem „Zátěž, stres a riziko vyhoření u výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby“, kterou významně rozšiřuje. Diplomovou práci jsem se rozhodla rovněž rozvíjet v rámci integrovaného záchranného systému, jelikož problematiku agrese volajících osob na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby považuji za aktuální. Rozhodla jsem se téma přerámovat s cílem většího praktického přesahu do praxe. Vidím zde značný potenciál tématu práce, které by případnou možnost aplikace poznatků do praxe umožnilo. Vytíženost operátorů zdravotnických operačních středisek je vysoká a počet agresivních volajících není v tomto měřítku malý. Rozhodla jsem se zmapovat problematiku agresivity z pohledu operátora zdravotnického operačního střediska, zdravotnického záchranáře a krizového intervenanta, přičemž bych se ráda zaměřila na problematiku prevence agrese v mluvené řeči operátorů.

Během zpracovávání diplomové práce s názvem „Aspekty agrese osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby“ budu vycházet nejen z odborné literatury, ale i ze své dosavadní praxe, přímých zkušeností ze zdravotnické záchranné služby, anesteziologicko-resuscitačního oddělení, centrálního příjmu nemocných a zdravotnického operačního střediska záchranné služby. Moje praxe na zdravotnické záchranné službě je 6letá.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Dále zjistit podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.

Teoretická část vychází z rešerše relevantní odborné literatury, legislativního rámce a čerpám zde i ze své dosavadní praxe. Bude členěna a logicky strukturována do celků, jimiž budou Zdravotnická záchranná služba, Nástroje k poskytování telefonicky asistované první pomoci a Agrese v kontextu zdravotnické záchranné služby.

Praktická část je vedena kvalitativní metodikou prostřednictvím analýzy dokumentů (či již existujících materiálů), jimiž budou tísňové hovory, které jsou přijímány na zdravotnickém operačním středisku záchranné služby. Výzkumný soubor zahrnuje 15 tísňových rozhovorů. Tento počet se ukázal pro saturaci dostatečným. Pro zvýšení uplatnění a přesahu diplomové práce do praxe byly hovory roztríděny dle předem

stanovených výběrových kritérií. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zdravotnická záchranná služba

Tato magisterská práce se zabývá aspekty agrese volajících osob na tísňovou linku operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Považuji za vhodné hned v 1. kapitole objasnit strukturu zdravotnické záchranné služby, povahu výkonu jednotlivých pracovníků a funkci zdravotnického operačního střediska.

Zdravotnická záchranná služba dle § 2, odst. 1, Zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě (dále jen „Zákon o zdravotnické záchranné službě“) poskytuje **přednemocniční neodkladnou péči** na základě vyhodnocení tísňové výzvy u osob, u kterých hrozí závažné postižení zdraví či je přímo ohrožen jejich život. Podobně hovoří i Zeman & Mika (2007).

Zřizovatelem zdravotnické záchranné služby je dle § 8, odst. 1, Zákona o zdravotnické záchranné službě organizace, která je zřízená krajem a má oprávnění k provozu zdravotnické záchranné služby, podle Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „Zákon o zdravotních službách“).

Cílem zřizovatele je celoplošné pokrytí kraje výjezdovými základnami tak, aby **dojezd posádek** zdravotnické záchranné služby na místo vzniklé události, byl realizován **do 20 minut** od předání výzvy zdravotnickým operačním střediskem členům jednotlivých výjezdových posádek. Rozmístění výjezdových základen je strategické, aby při odkrytí části území mohla případný výjezd zajistit posádka jiná, z nejbližší výjezdové základny zdravotnické záchranné služby příslušného kraje (poznámka autorky).

Součástí organizačně-strategického plánování poskytování přednemocniční neodkladné péče je i zajištění **neustálého provozu** zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby příslušného kraje. Provoz je ošetřen § 8, odst. 3, Zákona o zdravotnické záchranné službě.

Šín (2017) v návaznosti na permanentní provoz charakterizuje i jednotlivé složky **integrovaného záchranného systému** a uvádí, že poskytování přednemocniční neodkladné péče je v rámci, již výše uvedeného nepřetržitého provozu.

Zdravotnická záchranná služba reprezentuje dle § 4, odst. 1, Zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů na území České republiky spolu s Hasičským záchranným sborem České republiky a jednotkami požární ochrany a Policií České republiky, jednu ze základních složek

integrovaného záchranného systému, jehož funkce spočívá nejen ve spolupráci v rámci hromadných neštěstích, ale například i při dopravních nehodách aj. Jedná se o koordinovaný postup singulárních složek při likvidačních a záchranných pracích.

1.1 Zdravotnické operační středisko

Zdravotnické operační středisko je upraveno Zákonem o zdravotnické záchranné službě, kde je stanoveno jako **centrální pracoviště operačního řízení**, které pracuje v permanentním provozu. V rámci operačního řízení zejména **vyhodnocuje a přijímá tísňová volání**, spolupracuje v rámci koordinovaných postupů s ostatními operačními středisky integrovaného záchranného systému, předává výzvy výjezdovým skupinám aj.

Také se řídí mimo jiné Zákonem o zdravotních službách a Vyhláškou č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě.

Franěk (2023) uvádí, že zdravotnická operační střediska jsou distribuována dle krajské úrovně zdravotnických záchranných služeb. Jinými slovy je 14 krajských zdravotnických operačních středisek, stejně jako je krajských zdravotnických záchranných služeb a neexistuje žádné centrální řízení. Organizační řád zdravotnického operačního střediska obsahuje postupy, jimiž jsou například koordinované procesy předávání pacientů, **stupně naléhavosti** tísňových volání a jejich vyhodnocení, typové činnosti včetně jejich aplikace aj.

Dle Vyhlášky č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě, existují čtyři stupně naléhavosti. První stupeň závažnosti představuje stavy, kdy bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí pacienta. Druhý stupeň naléhavosti pojednává o eventuálním ohrožení životních funkcí a třetí stupeň závažnosti je takový, při kterém se ohrožení základních životních funkcí nepředpokládá. Existuje také stupeň čtyři, jehož obsah nespadá do rozmezí stupně jedna až tři a obsahuje stavy, které nezahrnují potenciální ohrožení základních životních funkcí pacienta a jejich prioritou není indikována k okamžitému odbavení zdravotnickou záchrannou službou.

1.2 Pozice operátora operačního střediska

Na zdravotnickém operačním středisku pracuje nelékařský zdravotnický personál, jehož funkce, předpoklady a požadované vzdělání je upraveno příslušnými právními předpisy.

Kvalifikační předpoklady operátora zdravotnického operačního střediska jsou upraveny Vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která určuje kompetenční rozřazení nelékařských zdravotnických pracovníků. Mezi personál, který je podle zákona oprávněn pracovat na zdravotnickém operačním středisku patří zdravotnický záchranář, všeobecná sestra se specializačním kurzem a sestra pro intenzivní péči.

Kompetence operátora zdravotnického operačního střediska jsou upraveny Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků“). Jeho kompetence jsou shodné s kompetencemi zdravotnických záchranářů (viz kap. 1.4) a řadíme mezi ně například telefonickou instruktáž poskytování první pomoci, vyhodnocování, evidování a přijímání tísňových výzev aj.

Franěk (2023) uvádí, že operátoři zdravotnického operačního střediska jsou kompetentní vyhodnocovat, přijímat a evidovat tísňová volání, přiřazovat jim stupně naléhavosti, adekvátně řešit jednotlivé události za použití sdělovacího technického zařízení a telekomunikace. Také jsou oprávněni poskytovat telefonickou instruktáž první pomoci.

Činnost operátorů zdravotnických operačních středisek je dále upravena metodickými pokyny daného pracoviště a doporučeními odborných společností, kterou je například Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Česká resuscitační rada). Operátoři zdravotnického operačního střediska pracují v nepřetržitém 12hodinovém směnném provozu. Během něj dochází k nabírání a vyhodnocování tísňových volání. Ty jsou dále postupovány vedoucímu směny, který jednotlivé události dle indikací přiřazuje singulárním výjezdovým skupinám (poznámka autorky).

1.3 Výjezdové skupiny zdravotnických záchranných služeb

Cílovou skupinou diplomové práce jsou operátoři zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby a jimi vyhodnocovaná telefonicky přijímaná tísňová volání, ale vzhledem k organizační struktuře a komplexnímu uvedení problematiky považují za účelné přiblížit i organizační strukturu výjezdových posádek.

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby jsou definovány dle § 13, odst. 1–4, Zákona o zdravotnické záchranné službě.

Výjezdová skupina je nejméně dvoučlenný **výjezdový tým**, tvořený zdravotnickými pracovníky. Podle činnosti a složení výjezdových týmů se posádky člení na typ rychlé lékařské pomoci, jejímž členem je mimo nelékařského zdravotního personálu a řidiče sanitního vozu i lékař. Dále existují skupiny rychlé zdravotnické pomoci, jejíž členy je nelékařský zdravotnický pracovník a řidič sanitního vozu (Remeš & Trnovská, 2013).

Výše uvedené týmy mohou vykonávat činnost samostatně nebo v rámci setkávacího systému, tzv. **Rendez-vous**, na základě pokynů operátorů zdravotnického operačního střediska (Franěk, 2008).

1.4 Pozice zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář získává svou odbornou způsobilost na základě § 18, odst. 1, Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. S tím spojenou odbornou činnost vykonává ve shodě s § 3, odst. 1, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Rovněž poskytuje neodkladnou péči dle § 17, odst. 1 a 3, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků.

Vykonává činnost v rozsahu své odborné způsobilosti bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře dle § 17, odst. 2, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků. Mezi jeho kompetence bez indikace lékaře náleží úkony spojené s **přednemocniční neodkladnou péčí**, jimiž jsou výkony přiléhající ke kardiopulmonální resuscitaci, zajištění žilního vstupu, ošetření krvácivých ran či stavů nebo neodkladné úkony v souvislosti s probíhajícím porodem aj. Na základě indikace lékaře mohou přistoupit k úkonům přístrojové ventilace, zajištění intraoseálního vstupu či podat léky.

Přednemocniční neodkladnou péči ve výjezdových skupinách zdravotnické záchranné služby, v rozsahu kompetencí zdravotnického záchranáře, může rovněž poskytovat

zdravotní sestra se specializovanou způsobilostí. Ta lze získat navazujícím magisterským studiem – sestra pro intenzivní péči (dále jen „zdravotní sestra“), po splnění podmínek § 18, odst. 1, Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.

Specializovanou činnost vykonává dle § 55, odst. 2, Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků, který zdravotní sestru opravňuje k využití identických kompetencí, kterými disponuje zdravotnický záchranář.

1.5 Vymezení pojmu řidič vozidla zdravotnické záchranné služby

Řidičem vozidla zdravotnické záchranné služby je **zdravotnický pracovník**, který získá specializovanou odbornost na základě § 35, Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen „Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“).

Vykonává činnost pod dohledem lékaře nebo odborně způsobilého nelékařského zdravotnického pracovníka, oprávněného k poskytování zdravotnické péče bez odborného dohledu, dle rozsahu své odborné způsobilosti na základě § 3, odst. 2 a § 36, Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků.

Hlavním úkolem řidiče zdravotnické záchranné služby je dovézt výjezdovou posádku na místo události, kooperativní činnost v rámci zdravotnické péče o pacienta a jeho transportu na základě indikace lékaře či zdravotnického záchranáře do nemocničního zařízení (poznámka autorky).

1.6 Provoz výjezdových skupin

Menšinové rozložení dnes zastupují **výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci**. Krátce si je přiblížíme.

Posádka je reprezentována lékařem a dvěma zdravotnickými záchranáři. Další alternativou rychlé lékařské pomoci je posádka s lékařem, zdravotnickým záchranářem a řidičem sanitního vozu. Posádka zasahuje se sanitním vozem určeným k transportu pacientů. Tento druh využití lékaře se ukázal jako neefektivní a je tak již na ústupu (Vilášek et al., 2014).

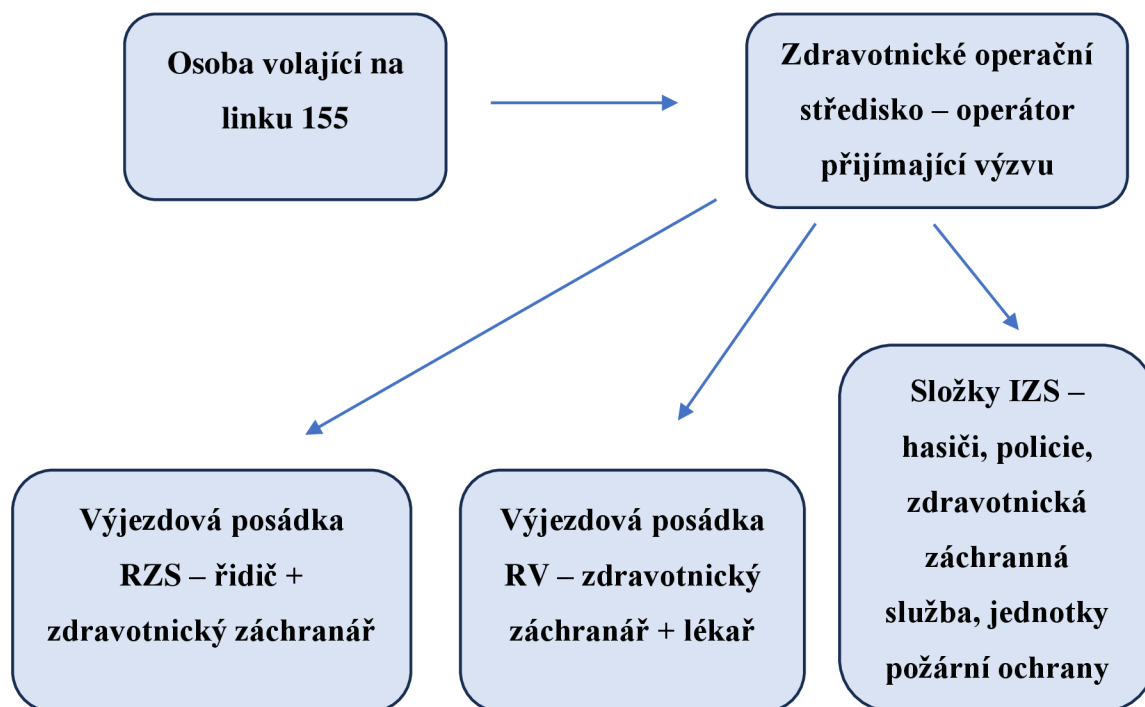
Efektivní způsob distribuce lékařů po příslušném kraji se ukázal setkávací systém Rendez-vous. Jedná se o výjezd lékaře a zdravotnického záchranáře nebo řidiče vozidla zdravotnické záchranné služby, v malém sanitním voze, bez možnosti transportu pacientů, kteří se ve většině případů setkávají s posádkami rychlé zdravotnické pomoci na místě události (Šenovský et al., 2007).

V praxi tato posádka během směny spolupracuje i s několika výjezdovými posádkami rychlé zdravotnické pomoci. Její výhodou je především mobilita a efektivita využití lékaře na více místech v kraji (poznámka autorky).

Majoritně zastoupená je výjezdová skupina **rychlé zdravotnické pomoci**. Je složena ze dvou zdravotnických záchranářů či zdravotnickým záchranářem a řidičem sanitního vozu, která pacienta buď za doprovodu lékaře (v rámci potkávacího systému Rendez-vous) nebo samostatně přepraví k cílovému poskytovateli lůžkové péče (zpravidla nejbližší nemocniční zařízení, popřípadě jiné domluvené pracoviště). Zasažuje s velkým sanitním vozem, které je určeno pro transport a ošetření pacientů (Vilášek et al., 2014).

Pro větší přehled znázorňují schéma průběhu příjmu a distribuce výjezdových událostí.

Schéma č.1: Distribuce tísňové výzvy



2 Nástroje k poskytování telefonicky asistované první pomoci

Telefonicky asistovaná první pomoc je jedním ze základních úkolů zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Tento druh první pomoci poskytují operátoři, kteří mají příslušnou kvalifikaci pro výkon tohoto povolání, řídí se zákonnými kompetencemi, metodickými postupy daného pracoviště a v neposlední řadě doporučenými postupy odborných společností.

V této kapitole se zaměříme nejen na bližší specifikaci telefonicky asistované první pomoci, ale přiblížíme též nástroje, kterými se první pomoc po telefonu provádí. Jednat se bude o problematiku komunikace a krizové intervence.

2.1 Telefonicky asistovaná první pomoc

Pro účely diplomové práce se budeme blíže zabývat poskytováním telefonicky asistované první pomoci, což je instruktážní hovor, vedený operátorem zdravotnického operačního střediska, který je poskytován volajícím na místě vzniklé události, před příjezdem záchranných složek.

Cílem telefonické instruktáže je poskytnutí adekvátní první pomoci na místě vzniklé události. K tomu, aby mohlo dojít ke spuštění záchranného řetězce je potřeba, aby svědek události nebo volající adekvátně vyhodnotili stav pacienta (Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2017).

To například znamená zkusit na dotyčného promluvit a zeptat se, zdali nějakou pomoc vůbec potřebuje. Často se totiž stává, že svědci události volají automaticky, například z jedoucího autobusu, bez možnosti učinit tento podstatný krok. Běžnou praxí jsou také situace, kdy potenciální pacient například usnul na trávě v parku a výjezdová posádka zdravotnické záchranné služby přijede na místo, kde buď již nikdo není, nebo se na místě vzniklé události nachází člověk, který vůbec neví proč posádka rychlé zdravotnické pomoci přijela (poznámka autorky).

Franěk (2023) uvádí, že v rámci telefonické instruktáže se setkáváme s tzv. **pozitivními instrukcemi** (co svědci mají udělat) nebo tzv. **negativními instrukcemi** (co nemají dělat). Jednat se může o instrukce telefonicky asistované první pomoci nebo například o bezpečnostní instruktáž volajícího. Jednotlivé kroky mají za účel volajícího ujistit a ubezpečit o tom, že pomoc přijede, zabránit riziku dalšího poškození pacienta, poskytnutí

první pomoci, vytvořit optimální podmínky pro zásah složek integrovaného záchranného systému a v neposlední řadě zajistit aktivitu osob na místě, pro kterého se čekání na výjezdovou posádku může zdát nekonečné.

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně (2017) v rámci doporučených postupů uvádí, že v souvislosti s telefonicky asistovanou první pomocí se setkáváme s typovými situacemi, které jsou blíže metodicky upraveny. Patří mezi ně například:

- náhlá zástava oběhu – bezvědomí, nedýchá,
- bezvědomí, dýchá,
- obstrukce dýchacích cest s následnou dušností,
- anafylaxe,
- záchvat křečí,
- porod aj.

Bližší si nyní představíme nejzávažnější život ohrožující stav, který nastává při bezvědomí a bezdeší. Jedná se o náhlou zástavu oběhu s nutností zahájení **telefonicky asistované neodkladné resuscitace**.

Kardiopulmonální resuscitaci lze vyložit jako organizovanou činnost jejíž cílem je obnovení základních životních funkcí jedince (Hartl & Hartlová, 2010).

Lze na ni také nahlížet nejen z psychologického hlediska jako na nevědomý pokus o represí vlastní myšlenky na svou smrt, ale i jako na vědomý **synchronizovaný postup** s cílem záchrany lidského života (Šeblová, 2007).

Telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace je operátorem vedená **instruktáž volajícího** o nutnosti zprůchodnění dýchacích cest a zahájení kompresí hrudníku dle příslušné frekvence či poměru stlačení, v závislosti na kategorii pacienta (dítě, dospělý), v bezvědomí a za současného bezdeší. Kvalitní laická resuscitace má zásadní význam pro přežití a následnou kvalitu života pacienta. V rámci život zachraňujících úkonů je doporučován asertivní způsob komunikace (Franěk, 2023).

Stejně jako zdravotničtí záchranáři mají operátoři zdravotnického operačního střediska v rámci svých kompetencí možnost nezahájit kardiopulmonální resuscitace při přítomnosti jistých známek smrti, mezi které patří jasná dekompozice těla (např. dekapitace),

posmrtná ztuhlost či posmrtné skvrny, chlad aj. Jedná se však o problematiku hůře rozpoznatelnou, jelikož operátor oproti zasahující posádce nemá možnost vidět tělo zasažené osoby. Zároveň hraje roli místo nálezu pacienta, jelikož cyanóza (promodralost) může být s ohledem na klimatické podmínky fyziologická. Ukončení již zahájené kardiopulmonální resuscitace zůstává v kompetenci ošetřujícího lékaře. Při resuscitaci se také mohou operátoři setkávat s nespoluprací či agresí na místě události. Dalším ovlivňujícím atributem jsou i kolemjdoucí lidé, kteří se mohou s takovou situací setkat poprvé a mohou se sami ocitnout v krizi nebo být svědky traumatické události (poznámka autorky).

Pro zdravotníky, a to nejen ve výjezdových posádkách zdravotnických záchranných služeb, ale i pro operátory zdravotnického operačního střediska, je mimořádně náročnou stresovou situací zejména neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte (Šeblová, 2007).

Současný stav velkého rozvoje technologických možností a lékařských postupů, může iniciovat tendenci prodlužovat život pacientům bez ohledu na jejich následnou kvalitu života. Zejména pro zasahující posádky je vhodné mít na vědomí i tzv. **dobrou smrt**, která je nenásilná, přirozená, věkem adekvátní a pojednává o tom, že člověk již splnil v životě vše, co měl a lze tak hovořit o tzv. dobré smrti (Baštecká, 2003).

Prodlužování života za každou cenu je taktéž spojováno s utrpením v souvislosti s obtížnou rekonvalescencí za doprovodu nozokomiálních infekcí a po resuscitačních komplikací. Etický problém je zde značný, přičemž nástroje a možnosti medicíny nejsou předurčeny k bezhlavému a nekonečnému prodlužování života za každou cenu. Je potřeba na situaci pohlížet i vzhledem k následné kvalitě života (Ballance et al., 2015).

Zároveň ale nelze opominout etické postupy a legislativní normy, kdy je lékař povinen učinit vše, pro záchranu lidského života, což vychází z podstaty této profese (poznámka autorky).

2.2 Komunikace v kontextu zdravotnické záchranné služby

Abychom mohli hovořit o profesionálních komunikačních nástrojích, jimiž disponují nejen operátoři zdravotnických záchranných služeb, ale jsou samotným celosvětovým interpersonálním pomocníkem při dorozumívání mezi všemi lidmi na planetě, je dobré si v krátkosti přiblížit řeč obecněji.

Počátky mluvené řeči nejsou dodnes zcela přesně datovány. Není zcela jasné, v jaké etapě lidské fylogeneze se objevila artikulace řeči. Je proto potřeba se na její vznik dívat spíše s určitým nepřímým odhadem (Šmajsová Buchtová, 2010).

Lze se však domnívat, že počátky slovního dorozumívání budou pocházet již z doby před více než 60 000 lety, kdy se dostáváme zhruba do období člověka neandrtálského (Vybíral, 2009).

Řeč, jakožto **prostředek k dorozumívání** mezi lidmi je kulturně a biologicky ovlivněn. Získáním řečového projevu lidstvo redukuje kompetence o živočišnou schopnost empatie a celostní neverbální komunikace. Řeč umožňuje nejen interpersonální komunikaci a kooperaci, ale umožní i vytváření sociálních vztahů, institucí aj. (Šmajsová Buchtová, 2010).

Zacharová (2016) uvádí, že lze komunikaci popsat jako všeobecný rys, který ve společnosti reguluje interpersonální vztahy. Nemůže existovat sociální skupina, která by tento způsob dorozumívání nevyužívala. Komunikace je dorozumivacím nástrojem, umožňující uspokojení jedné z lidských potřeb, kterou je afiliace neboli potřeba sociální konexe.

V kontextu zdravotnické záchranné služby se jedná o potřebu sdělit problém, popsat situaci aj. (poznámka autorky).

Mikuláščík (2010) přibližuje základní vlastnosti komunikace, mezi které řadí nepostradatelnou a účinnou verbální expresi jednotlivce, transfer obsahového sdělení informace či jeho výměnu, skrze kanál komunikačního systému, mající konkrétní účinek. Dále zahrnuje výměnu obsahu za použití standardní struktury symbolů a v neposlední řadě je komunikace nástrojem pro zrod a ovlivnění interpersonálních vztahů. Komunikace zahrnuje různé stupně prezentací, a to od samolibého, egoistického prosazování se až k lidem, kteří svá sdělení neradi sdílí a působí spíše s ostychem. To s sebou nese i příslušnou dynamiku hovoru.

I z výše uvedeného vyplývá, že pro operátory zdravotnického operačního střediska je podstatné zaměřit své komunikační dovednosti na identifikaci dysfunkčních komunikačních schémat (poznámka autorky).

Vybíral (2009) uvádí **sedm základních funkcí komunikace**. Řadí mezi ně zábavu, vyjednávání, persuazi, exhibici, kontaktní neboli fatickou funkci, informativní funkci a instruktáž. Motivačními faktory komunikace jsou často ovlivněny různými okolnostmi.

Můžeme hovořit o motivaci kognitivní, zjišťovací, sebepotvrzovací, afiliativní, adaptační, moci, existenciální nebo požitkářské.

V kontextu zdravotnické záchranné služby hovoříme ze strany operátorů zejména o funkci instruktážní (např. telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace), informativní (např. rada po telefonu při bolestech v krku) a v krajních případech vyjednávání (např. mezidobí, kdy operátor hovoří s člověkem demonstrujícím úmysl sebevraždy do doby přepojení na policejního vyjednavče) (poznámka autorky).

Lidský kontakt je součástí každé lidské interakce. Je tak zřejmé, že pokud existuje různý počet a povaha samotných interpersonálních interakcí, bude existovat i variabilní počet **komunikačních stylů**. Mezi nejznámější komunikační styly patří styl konvenční, konverzační, operativní, vyjednávací a osobní (Plaňava, 2005).

Funkcí konvenčního stylu je potvrdit si daný stav a konverzovat. Slouží k výměně podstatných, zajímavých informací a názorů s cílem pobavit se nebo pohovořit. Asymetrickým stylem je forma operativní, která využívá nerovného postavení jedinců v hovoru a je jasně a účelně vymezeno postavení jednotlivých účastníků v rozhovoru. Tento styl komunikace je často spojován s rozporem v neverbální komunikační úrovni aktérů. Vyjednávací styl je značná kompetenční dovednost, jejíž účelem je změnit konfrontaci na diskusi s cílem dosáhnout stavu výhra-výhra. Osobní či intimní styl pojednává o uspokojování lidských potřeb a jeho charakteristickým znakem jsou emoce (Zacharová, 2016).

V prostředí zdravotnického operačního střediska se můžeme setkávat se styly operativními a vyjednávacími (poznámka autorky).

Roongruangsee et al. (2022) komunikační styly třídí mezi **styly afiliativní** nebo **dominantní**.

- Afiliativní komunikační styly se snaží o udržení pozitivního vztahu mezi aktéry komunikačního toku a zahrnout bychom tak mohli například styl přátelský, povzbuzující, otevřený aj.,
- styly dominantní zahrnují například uspěchanost nebo nedostatek naslouchání a jeho využití směřuje k udržení kontroly nad hovorem ze strany mluvčího.

Z výše uvedeného vyplývá, že zastoupení převládajících stylů vedení hovoru z pohledu operátorů zdravotnického operačního střediska by mělo odpovídat kategorii afiliativních

komunikačních stylů. Setkat se bohužel v některých případech můžeme i se styly dominantními, které by však neměly mít na zdravotnickém operačním středisku pro svou neprofesionalitu a neefektivitu místo (poznámka autorky).

Velká část osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, nedisponuje rozsáhlými odbornými a technickými znalostmi, které jsou potřeba k vyhodnocení aktuálního zdravotního stavu. Jejich interakce s profesionály je tak značně zatížena úzkostí a nejistotou. Tyto atributy mohou být deeskalovány za užití afiliativních komunikačních stylů, které mají kladné a pozitivní psychologické účinky na zlepšení duševního rozpoložení, a to bez ohledu na demografické údaje či znalosti (Roongruangsee et al., 2022).

Vevera et al. (2018) uvádí, že **základním deeskalačním nástrojem** agrese je vyjednávací styl spolu s konzistentními projevy verbálních a neverbálních složek. O této problematice budeme blíže hovořit v kapitole 3.

Jourdain (2004) přibližuje komunikační styly z pohledu Hippokratova dělení temperamentu. Uvádí komunikační styl sangvinika, cholera, flegmatika a melancholika. Sděluje, že každý člověk má v sobě tyto druhy komunikace uchované. Někteří lidé dokáží plynule přecházet z jednoho stylu do druhého, u jiných je zřejmý silný dominantní vliv konkrétního komunikačního stylu. Tyto faktory ovlivňuje též pracovní prostředí, druh práce nebo převládající komunikační schémata, která jsou v tomto pracovním prostředí zrcadlena.

V kontextu předkládané diplomové práce se tak můžeme setkat se situací, kdy nově nastupující operátor, pod vlivem silné a dominantní skupiny operátorů, může přejímat nevědomě určité komunikační vzorce, které mohou zahrnovat například náznaky syndromu vyhoření (poznámka autorky).

Pro práci operátora na tísňové lince je nejdůležitější dostatečné **vytěžení informací** od volajících. Získávání informací je realizováno prostřednictvím různých komunikačních stylů, které jsou operátorům vlastní. Od takto nabraných údajů se odvíjí další postupy procesy a kroky, které jsou pro výjezdové posádky zásadní (Vaňura & Pařízek, 2021).

V souvislosti s dosavadními poznatky je zřejmé, že přínos přiblížení problematiky verbální a neverbální komunikace je značný. Jejich důležitost a adekvátní edukace je často ve zdravotnických profesích a zejména v přednemocniční neodkladné péči opomíjena (poznámka autorky).

Jednotliví pracovníci ve zdravotnických službách by měli být pravidelně proškolení v poskytování odborných služeb, zejména ve spojitosti s komunikačními dovednostmi. Jejich edukace by měla zahrnovat jak verbální, tak i neverbální nácviky včetně náslechnů. S ohledem na značnou časovou tíseň zdravotníků, často inklinují k dominujícím (kontrolujícím) komunikačním stylům. Použití afiliativních stylů by se v očích pozorných pacientů mohlo zdát jako hrané a nedůvěryhodné (lze například poznat z vedlejších fenoménů, intonace aj.). Tyto atributy by tak měly být podstatnými body nácviků a školení zdravotnických pracovníků (Roongruangsee et al., 2022).

Obecně komunikaci dělíme na verbální a neverbální.

2.2.1 Neverbální komunikace

Žádná komunikace nebo diskuse není možná bez neverbálního projevu. Jedná se o převod a výměnu zprávy v různých modalitách, které nezahrnují slovní sdělení. Jedním ze zdrojů neverbální komunikace, jakožto dorozumívání bez používání slov, je i kontext či prostředí, ve kterém ke komunikačnímu sdělení dochází. Také se může jednat o zdroj zahrnující vzhled či fyzické vzezření, které pojímá například vůni, výšku, váhu aj. (Matsumoto et al., 2013).

Pekara (2015) uvádí, že neverbální složka komunikace představuje 50% část dialogu, 40 % tvoří intonace a 10 % verbální složka nesoucí informační sdělení.

Vymětal (2009) uvádí, že pomocí neverbální komunikace lze vyjádřit sedm základních emocí (např. radost, smutek, hněv aj.). Mezi neverbální složky komunikace řadí:

- gestiku,
- posturologii,
- haptiku,
- mimiku,
- proxemiku,
- intonaci,
- fyzický zjev a
- pohled očí.

Obecnost výše uvedeného textu považuji za vhodné zejména pro komplexní uchopení tématu. V kontextu operátorů zdravotnické záchranné služby považuji za stěžejní zejména intonaci (např. u agresivního volajícího je žádoucí vědomá klidná intonace operátora), posturologii (rovněž např. u agresorů, kdy je vhodné zaujmout pevný, pohodlný sed s opřenými ploškami nohou o podlahu a zabránit záplavě adrenalinu v následné aktivizaci těla, manifestující i v intonaci hlasu) (poznámka autorky).

Kelnarová & Matějková (2014) člení neverbální komunikaci na mimiku, proxemiku, gestiku, haptiku, posturologii, kineziku, chronemiku, gestikulaci, paralingvistické projevy, vzhled, řeč očí, vůni, prostředí a jeho úpravu.

Pro účely této diplomové práce a jejího tematického zaměření využijeme dělení neverbální komunikace dle Vevery et al. (2018), který v rámci **deeskalačních technik agrese** rozlišuje neverbální komunikaci na:

- proxemiku,
- kineziku a
- prozódii.

Toto dělení považuji za tematicky účelné, jelikož zahrnuje všechny žádoucí složky, které jsou při řešení hovorů s agresivní problematikou nezbytné.

Ačkoliv **proxemika** pojednává o fyzické blízkosti dvou osob, lze tímto symbolicky vyjádřit adekvátní blízkost či relevantní distanc komunikačních hranic, při empatickém pohroužení dispečerů zdravotnických operačních středisek do tísnových hovorů. Kontrola přesahu vlastních hranic, resp. co je ještě únosné a přijatelné, považuji za jednu ze základních kompetencí operátora (poznámka autorky).

Zacharová (2016) uvádí, že v rámci proxemiky existuje tzv. vertikální a horizontální rovina, která vyjadřuje fyzické postavení dvou lidí. Horizontální rovina pojednává spíše o vytváření fyzické vzdálenosti, kdy zdravotnický pracovník ustupuje do pozadí v úmyslu nepokračovat nadále v hovoru. Vertikální rovina je vykládána spíše z pohledu dominance a submisivity, kdy stojící zdravotnický personál nad ležícím pacientem působí nadřazeně.

Kineziku lze popsat v souvislosti se slyšitelnými či viditelnými fenomény, kterými může být například hlasité povzdechování, zvyšování hlasu, popocházení nebo ošívání se.

Také lze v této souvislosti sledovat pohledy do očí nebo postoj zdravotníka (Vevera et al., 2018).

Pro operátory zdravotnického operačního střediska je tento druh neverbální komunikace podstatný zejména z roviny slyšitelných fenoménů na místě události. Jedná se o hlasité povzdechy, zvyšování hlasu nebo pokud jsou na místě slyšitelné doprovodné fenomény jiných osob. Z pracovní zkušenosti mohou dodat, že je možné rozpoznat například výstřel zbraně nebo chrčení, jakožto neefektivní způsob dýchání pacienta v bezvědomí. Z pohledu postoje těla je při deescalaci agrese vhodné zaujmout pevný sed, nikoliv mobilizující aktivní postoj (poznámka autorky).

Prozódii Vevera et al. (2018) připodobňuje k přízvuku, intonaci hlasu, rytmu sdělení či jeho frázování.

Intonace hlasu je do značné míry ovlivněna lidskou evolucí, jelikož se jedná o důležitý kód v komunikaci. Současný systém komunikačního sdělení vznikl přenastavením fylogeneticky staršího vokalizačního systému, který sloužil především k sociální či afektové signalizaci. V souvislosti s tím je do značné míry akční tendence materiálem ovlivňující fonaci, dýchání či artikulaci, které se podílejí na veškerém vokálním chování jedince (Hall & Knapp, 2013).

V souvislosti s komunikačními dovednostmi operátorů zdravotnických operačních středisek považují za vhodné realizaci násleechů vlastních hovorů s obtížnou komunikační rovinou se zaměřením zejména na intonační rovinu. Výstupem by mohla být vlastní sebereflexe s potenciálem pro motivaci nácviku intonace při náročných hovorech (poznámka autorky).

Komunikace mezi dispečery zdravotnických operačních středisek a volajícími na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby je často **zatížena krizovou událostí**. Je vhodné mít na paměti, že dostatek empatie, správná intonace a cíleně mířené otázky zdravotnických pracovníků jsou základním nástrojem umožňující řízený průběh komunikace (Andršová, 2012).

Za předpokladu výše uvedeného, adekvátního vzdělání a potřebné praxe se dle mého názoru operátoři stávají kompetentními osobami pro zklidnění emočně napjatého hovoru (poznámka autorky)

Z výzkumu Schober et al. (2009) vyplývá, že ženy a dospívající jsou častějšími aktéry přímé neverbální agrese než muži. Přímá neverbální agrese zahrnuje bezprostřední otevřenou agresi, ze které lze vyvodit záměr způsobení škody nebo újmy (gesta, grimasy, pohledy aj.).

U nepřímé formy nebyly detekovány žádné rozdíly v souvislosti s pohlavím. Nepřímá forma agrese je zde pojímána jako skrytá, obsahující manipulaci a nevyužívá přímou verbální agresi

Z dosavadní praktické zkušenosti nevnímám rozdíl mezi operátory mužského či ženského pohlaví, které by diferencovalo míru reaktivity na přímou verbální agresi. Jedná se spíše o faktor osobnostního nastavení, délky praxe a potenciální rizikovosti situace (poznámka autorky).

2.2.2 Verbální komunikace

Pro komplexní pojetí problematiky krátce vymezíme mluvenou řeč.

Janoušek (2015) uvádí, že **lidský hlas** je nositelem verbální komunikace a je vysoce expresivním nástrojem.

Verbálním sdělením se rozumí komunikace jedné, dvou či více osob, prostřednictvím jazyka nebo jazykového systému. Komunikace jednoho člověka lze označit slovem vnitřní řeč, při které dochází k rozpravě se sebou samým nebo k samomluvě (Vybíral, 2009).

Při verbálním projevu je prezentována celá osobnost řečníka, který jedná ve snaze informovat, získat, mobilizovat k určité aktivitě, poučit nebo přesvědčit. Ke každému verbálnímu projevu je zapotřebí určité teoretické přípravy a jedinec by k této kompetenci měl mít osobnostní předpoklady (Linhartová, 2006).

Verbální komunikace je přenášení **obsahu sdělení** pomocí slov, za **využití jazyka**. Forma verbálního sdělení může být v psané formě, mluvená, zprostředkovaná, živá nebo reprodukována. Jedná se také o klíčovou podmínku v rámci kognitivních operací, konkrétně myšlení. Během verbálního projevu se soustředíme především na paralingvistiku, rychlost, fluenci, barvu hlasu, jeho kvalitu, slovní vata, chyby v řečovém projevu, objem řeči, hlasitost a výšku tónu sdělení (Mikuláščík, 2010).

Voss & Raz (2016, s. 40) hovoří v rámci verbálních dovedností o tzv. „hlasu nočního DJ“, který je hluboký, tichý a pomalý. Tato zvuková stránka hlasu tak působí uklidňujícím dojmem a napomáhá snížení konfrontující situace.

Toto připodobnění považuji pro operátory zdravotnického operačního střediska za zcela klíčové a prakticky velmi dobře aplikovatelné (poznámka autorky).

Na problematiku verbální komunikace lze nahlížet **dvojí optikou**. Jedná se o perspektivu aktivity mluvčího a nazírání na reakci příjemce. Součástí verbálního sdělení je záměr, motivace, smysl sdělení, kódování zprávy ve spojitosti s rozhodováním o formě zprávy a samotná promluva s konkrétní informací. Poslední komponenta je externí, separována od intrapsychických aktivit mluvčího a na rozdíl od prvních čtyř je přístupná příjemci. Z pohledu příjemce popisujeme složky, kterými je samotný diskurs s konkrétním obsahem, dekodovací strategie přichozího sdělení, vlastní překlad smyslu sdělení, úsudek intence či motivace mluvčího a efekt sdělení na sebe sama (Janoušek, 2015).

Mikuláščík (2010) považuje **kódování** a **dekódování obsahu** sdělení za důležitý atribut komunikačních procesů. Osobu vysílající komunikační sdělení považuje za komuniké, mající verbální a neverbální podobu. Účastník přijímající kódované sdělení je komunikant, jehož klíčovou rolí je správně dekodovat vysílanou informaci.

Tak tomu je i na zdravotnickém operačním středisku záchranné služby, kde je nutné přizpůsobit styl řeči dekodovacím schopnostem volajícího (poznámka autorky).

Zacharová (2016) uvádí, že každá komunikace má svůj účel. Vzhledem ke smyslu lze tak pojednávat o **funkci komunikace** a můžeme například hovořit o funkcích:

- informativní (edukace),
- instruktivní (návod, jak něco dělat),
- přesvědčovací (působení s cílem změnit názor, postoj člověka),
- svěřovací (uvolnění vnitřního napětí),
- únikové,
- osobní identity aj.

Pro účely této diplomové práce jsou podstatné první čtyři typy funkce komunikačního sdělení, kdy operátoři zdravotnického operačního střediska mají možnost informativně či instruktivně působit v rámci poskytování neodkladných úkonů telefonicky asistované první pomoci. Dále pak mohou přesvědčovat či využít touhy svěřování se volajících, při poskytování krizové intervence, do předání příslušně vyškoleným složkám (poznámka autorky).

Dalším důležitým prvkem verbálního procesu v komunikaci je **způsob projevu**. Způsob mluvy je značně individuální a není proto překvapením, že budeme hovořit

o individuálním stylu komunikace. Tento styl je značně určující, profesně a sociálně zařazuje a lze v něm pozorovat zrcadlení některých povahových rysů, kterými mohou být například egoismus, naivita, narcismus aj. Odlišnosti se lze pozorovat a diferencovat i ve spojitosti s pohlavím. Můžeme odlišovat verbální komunikaci mužů a žen, a to například na základě gramatického rodu, reaktivity (ženy mohou být mnohdy zdrženlivé, muži naopak dominantnější), artikulace nebo obvyklost slovníku (Vybíral, 2009).

Součástí kvalitní verbální komunikace v prostředí zdravotnické záchranné služby jsou i poznatky, principy a dovednosti z krizové intervence (poznámka autorky).

2.3 Krizová intervence

V následující kapitole přiblížím základní strategie prvků krizové intervence, které jsou dle mého názoru využitelné a nezbytné v praxi operátorů zdravotnických operačních středisek.

Než si přiblížíme téma krizové intervence, podíváme se na vymezení krize.

Špatenková (2017) vymezuje pojem **krize** jako situaci, která je doprovázena negativními emocemi v souvislosti s určitou dramatickou změnou u jednotlivce, který se v takové situaci cítí nebezpečně a nemá dostatek **copingových strategií**, pomocí nichž by situaci zvládl. Jedná se o obtěžující a nepříjemnou událost, jelikož přesahuje běžný repertoár zvládacích mechanismů jedince.

Abychom si téma ucelili, nastíníme si zde i problematiku copingových strategií, jelikož jsou vhodným nástrojem ke zvládnutí stresu v krizových situacích, nejen pro volající na tísňovou linku záchranné služby (poznámka autorky).

Copingové strategie jsou ochranným faktorem, podílejícím se na protektivě jedinců. Existuje velké množství druhů copingu resp. zvládnutí, které se u jednotlivců vyskytují a mohou být považovány nejen za adaptivní mechanismy, ale i za maladaptivní strategie. Mezi copingové taktiky můžeme zařadit například sociální oporu, aktivní řešení problému, plánování aj. Neefektivní či chybějící copingové strategie mohou manifestovat např. sebevražednými myšlenkami aj. (Ooi et al., 2023).

Tomandl et al. (2020) uvádí, že **krizová komunikace** je především soubojem aktérů o důvěru. Intervent na straně jedné, má zájem na tom, aby pochopil podstatu problému poškozeného a měl by se chovat především v souladu se zájmem klienta, který je na straně

druhé. Krizová intervence je soubor činností zahrnující prvky empatie, vstřícnosti a zodpovědnosti intervenanta, který nejedná pod vlivem vlastních emocí ve snaze vlastního prospěchu, ale pomáhá zpřehlednit situaci klientovi v náročné životní situaci.

Špatenková (2011) vymezuje i tzv. **telefonní krizovou intervenci**, kterou považuje za možnost okamžité psychologické první pomoci, během níž nedochází k prodloužení v situaci, kdy se člověk v krizi nachází sám.

Do psychologické první pomoci, jak lze krizovou intervenci také nazývat, můžeme zařadit některé konkrétní činnosti, které Andršová (2012) popisuje jako:

- navázání důvěrného a bezpečného kontaktu s klientem,
- popis činnosti, která bude probíhat,
- umožnění prostoru pro pauzu,
- metodu 6P – promluv, podepři, připomínej realitu, pečuj, podpoř, předej,
- normalizování emočních projevů aj.

Špatenková (2017) informuje o tom, že v rámci kvalitní krizové intervence by měly být pochopeny a identifikovány tři základní složky definující krizi. Jedná se o:

- iniciační faktor krize,
- vnímané ohrožení jedince,
- standardní mechanismy ke zvládnutí krize selhávají.

Považuji za výhodné zařadit některé prvky z krizové intervence do komunikačních technik operátorů zdravotnických operačních středisek. Ve spojitosti se zdravotnickým operačním střediskem se operátoři mohou například setkat se situací, ve které bude pacient v krizi sám, bez potřebných efektivních copingových strategií, považující za jediné možné východisko sebevražedné jednání. V praxi tak bývá časté, že soba demonstrující úmysl sebevraždy jako pomoc první volby volá na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. V případech zejména hrozícího suicida (sebevraždy) považuji některé poznatky z krizové intervence (především komunikační dovednosti) pro operátory za aktuální a vhodné (poznámka autorky).

Andršová (2012) uvádí v souvislosti s komunikací i některé **mýty** vztahující se k sebevražedným pokusům. Řadí do nich například předpoklad vnuknutí sebevražedných

myšlenek při doptání se na suicidium, nemožnost rozmluvení sebevražedných úmyslů při pevném rozhodnutí pacienta nebo například to, že pokud někdo hovoří o sebevražedných úmyslech, tak čin nespáchá.

Bylo by tak mylné se domnívat, že komunikace se sebevražedným volajícím je aplikovatelná pouze do místa zásahu jednotlivých složek Integrovaného záchranného systému České republiky, jelikož při náběru tísňového hovoru může dojít k prvotnímu zahájení psychologické první pomoci, přičemž tyto první minuty mohou do značné míry ovlivnit následnou krizovou intervenci na místě události. Při školení dispečerů zdravotnických záchranných služeb považuji za účelné, zaměřit lektorskou činnost na okrajovou formu prvků z krizové intervence. Důležitost shledávám zejména v prevenci nejistoty, při poskytování adekvátní psychologické první pomoci, do předání volajícího specialistům, resp. vyjednávačům Policie České republiky, zaměřujících se na poskytování krizové intervence či vyjednávání. V prostředí zdravotnické záchranné služby se může jednat například o vyškolené krizové interventy pohybující se přímo na místě události. Stejně pozice se vyskytují jak u Hasičského záchranného sboru České republiky, tak i u Policie České republiky (poznámka autorky).

3 Agrese v kontextu zdravotnické záchranné služby

V předchozí kapitole jsme vymezili pojmy související s výkonem povolání operátorů zdravotnického operačního střediska zdravotnických záchranných služeb. Nyní přiblížím téma agrese, které operátory často v rámci poskytování telefonicky asistované první pomoci konfrontuje.

Agresivní chování osob volajících na tísňovou linku zdravotnického operačního střediska je pro operátory začnou psychickou zátěží. Pro účely této diplomové práce považuji za vhodné krátce shrnout i problematiku zátěže a stresu, která s aktuální kapitolou souvisí.

3.1 Obecné aspekty agrese

Pozice zdravotníků přednemocniční neodkladné péče s sebou často nese status vysvoboditele. Situace, do kterých se nejen zdravotníci záchranáři na místě události, ale i nepřímo operátoři zdravotnických operačních středisek dostávají, jsou často vypjaté a nekomfortní. Mohou se tak setkávat nejen s intenzivními emocemi, ale také s agresivními projevy verbálního či neverbálního charakteru (Andršová, 2012).

Při hledání definice **agrese** přicházíme do styku s dvojitým dilematem. Z jedné strany příliš obecné pojetí agrese, které může opomíjet specifické aspekty agresivního chování nebo ze strany druhé se naopak jedná o úzký náhled na problematiku, který nebere v úvahu široce významový obsah agresivního jednání (Čermák, 1999).

Agrese se pojí s nepřátelským až útočným chování vůči jedinci (oběti), skupině nebo věcem. Frustrace, jakožto stav znemožnění dosažení určité potřeby, je duševní stav vyvolávající agresi a naopak (Látalová, 2013).

Pojem **agresivita** je sklon či zvýšená tendence jednat agresivními vzorci chování. Agresi lze rozlišovat například na altruistickou (slouží k ochraně druhého člověka), brachiální (za použití části těla – facka), instrumentální (naučená technika, která je posílena okolním prostředím), zástupná (ventilace nahromaděné agrese zástupnou činností – např. cvičení) aj. (Hartl & Hartlová, 2010).

Jedinec agresivně reagující je nazýván **agresorem**. Mezi jeho cíle patří například zesměšnit, donutit druhého k dosažení svého cíle, urazit nebo ublížit jinému člověku (Poněšický, 2010).

Agresivita může být dělena podle řady kritérií. Například agrese dětská (v předškolním a mladším školním věku), verbální (hrubé vyjadřování), sexuálně patologická (dosažení uspokojení po překonání odporu jiné osoby) a další (Hartl & Hartlová, 2010).

Poněšický (2016) uvádí, že agresi lze rozdělovat na sebezáchovnou (reaktivní), útočnou nebo obrannou agresi a latentní (chronická připravenost k jednání), taktéž se o ní hovoří jako o iracionálním druhu agrese. Na agresi lze nahlížet i jako na konstruktivní složku, a to zejména v souvislosti s ranou zkušeností dítěte ve snaze vymanit se ze závislosti na matce či pečující osobě. Tuto ohraničující schopnost považuje za výsledek zdravého vývoje jedince.

Látalová (2013) ve spojitosti agresivního chování s duševními poruchami uvádí, že agresivní chování lze rozdělit do tří skupin:

- **impulzivní agrese** – neplánované agresivní chování vyplývající z behaviorální inhibice (absence zábrán) a s nezájmem o následky svého chování,
- **psychotická agrese** – spojována s psychotickou symptomatologií ve formě halucinací, bludů (zejména paranoidních) aj.,
- **instrumentální agrese** – ve snaze uspokojení vlastních potřeb, 80 % agresivních útoků na zdravotnický personál je dán zmateností, impulzivitou a nepříznivými osobnostními rysy jedince.

3.2 Inklinace k agresi

Někteří jedinci mají vlastnosti, umožňující snazší uvolnění agresivních tendencí. Abychom však toto mohli tvrdit, je potřeba, aby tyto charakteristiky byly konstantní v čase. Některá nová zjištění však pojednávají o tom, že je člověk závislý na situačních vlivech. Zároveň je třeba odlišovat projevy agrese normální populace, od psychotických projevů agresorů zasahující svou extrémností mimo společenskou normu (Čermák, 1999).

Pokud bychom na agresi nahlíželi ryze jako na geneticky naprogramovanou a vrozenou formu lidského projevu, s největší pravděpodobností bychom se museli smířit s faktem, že nikdy nelze zcela zabránit zjevným projevům agrese (Baron, 2011).

Poněšický (2016) uvádí, že existují různé typy vztahovosti agrese s daným typem osobnostní struktury. Hovoří o třech typech:

- **Závislostní typ** člověka je spíše inklinující k depresím, k touze po harmonii a k celkovému blahu. Je spíše altruistický, ale jeho projev je spojen s egoistickou motivací ve snaze vyhnout se konfrontaci a dosáhnout harmonie. Jeho agresivní projevy se tak promítají zejména v rámci odškodnění různých druhů resentmentů (příkoří) ve snaze vynahradit si tyto újmy.
- **Pedanticky-mocenský typ** vychází z nutkové potřeby kontroly povšechného a nadměrného perfekcionismu. Tento druh osobnosti se bojí svých vlastních emocí, které by nemusely být v souladu s jejich racionální logickou kontrolou. Agresivní projevy zahrnují chladnou moc, kontrolu až pocity sadistického uspokojení a v neposlední řadě.
- **Rivalitní konkurující typ** agresivního chování u osobností, které jednájí v souladu s filozofií „kdo s koho“. Jedná se tak o projevy prvenství, podrazů, komplotů, koalic, využívání, podplácení aj.

Nejčastějšími **příčinami agresivního chování volajících** na tísňovou linku, je vliv psychotropních látek nebo alkoholu. Opakované vulgární vyjadřování směrem k operátorům má značný dopad na jejich psychický stav. V některých případech agresivních volajících dochází k časté součinnosti záchranné služby s Policií České republiky. Některá místa jsou agresivní problematikou známá a součinnost je automatická. S ohledem na problematiku kontext tak není překvapením, že některé případy končí u soudu (ČT, 2013).

Agrese zaměřená na zdravotnické záchranáře je často spojována s problematikou drog, okolních vlivů (jiné osoby, kontext, ...), duševních onemocnění aj. Zvládání těchto náročných situací je spojeno s vzděláváním (odolnost, komunikace, ...) a školením záchranářů, které jim umožní rozšířit repertoáry možných deeskalačních nástrojů a slouží jako preventivní faktory, které vedou ke snížení výskytu konfliktních situací (Kellner et al., 2021).

Ukazuje se, že násilí v nemocničním zařízení, resp. agrese zaměřená vůči zdravotníkům má přímé i nepřímé dopady na jejich spokojenost. Zejména verbální agrese má spojitost s emocionálním vyčerpáním, které je jedním ze základních stavebních kamenů syndromu vyhoření. Dále je verbální násilí spojováno s poklesem pracovního nasazení a spokojenosti.

Obecně má tak přítomnost verbální agrese dopad na kvalitu odváděné práce (Cao et al., 2023).

Extraputivně zaměřená agrese na zdravotníky neboli agrese zaměřená vně mimo svou osobu, není výjimkou. Jsou evidovány i případy škrcení lékaře na místě zásahu, fraktury horní končetiny záchranáře, namíření střelnou zbraní. Řešení spočívá především v komunikaci a v komunikačních dovednostech operátorů, které jsou elementární, avšak majoritní částí práce na zdravotnickém operačním středisku záchranné služby. Při komunikaci s agresivním volajícím je výhodné agresi předcházet za využití pozitivní komunikace, zachování klidu a obecného aspektu slušnosti (Brezovský, 2022).

3.3 Deeskalace agrese

Výzkum agrese vede nejen k porozumění tomu, proč se lidé chovají útočně, ale také přibližuje problematiku snižování a zvládání agresivních projevů. Na agresi lze nahlížet z několika úhlů. Je to například rovina biologická, která předpokládá jádrové zakořenění agrese v lidské psychice a lze tak pouze hovořit o zmírnění škodlivosti a potencionálního zranění. Na agresi je možné nahlížet i jako na naučenou reakci, a tudíž lze hledat principy eliminující vznik agresivního jednání (Čermák, 1999).

Vymětal (2003) uvádí zásady při komunikaci s verbálně agresivním pacientem. Jedná se o:

- **zachování klidu**, vlídné a zdvořilé přijetí, které působí na agresora anticipačně,
- **reflexi** vlastních pocitů, které v nás agresor vyvolává, na něj působí překvapivým dojmem,
- **pozorné naslouchání**, empatie, přijetí a akceptaci pacienta takového jaký je,
- **nehodnotící aspekt** přijímacího stanoviska,
- reflexi zdravotníkem pacientových myšlenkových pochodů, které se tímto snaží **pochopit** a poznat význam,
- pokusit se pacientovi **vyhovět** v případě, že je to možné. Pokud to možné není, je dobré popsat proč tomu tak je a poskytneme prostor pro hledání jiného řešení daného problému.

Důležitost prevence agresivního chování ve formě respektování člověka, přijetí, akceptace, a především zachování klidu je neúčinnější preventivní deeskalační komunikační strukturou (poznámka autorky).

Reflexe jakožto použití pozitivní copingové strategie, se jeví jako **efektivní nástroj** snižující rychlý nástup syndromu vyhoření. Jedná se zejména o konstruktivnější reakce na vlastní potřeby ve spojitosti s introspektivním pohledem. Sebeuvědomování, které je rozvíjeno díky nácviku reflexe je dobrým základním prvkem v tréninku asertivní komunikace. Je však nutné podotknout, že žádné copingové strategie nezmění organizační příčiny vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků (Fearon & Nicol, 2011).

V **základních pravidlech** komunikace s agresorem je potřeba si uvědomit míru vlastní bezpečnosti či ohrožení a sledování verbálních i neverbálních projevů pacienta. Rovněž bychom se měli vyvarovat tzv. spirálovému posilování agresivity, kdy volajícimu oplácíme stejnou mincí. Důležité je zachování klidu, klidného hlasu a upoutání pozornosti agresora tím, že projevíme o jeho problémy zájem. Proto není vhodné jakékoliv zdůvodnění agresorova jednání bagatelizovat, hodnotit či zesměšňovat (Andršová, 2012).

Jednotlivá zdravotnická zařízení by měla mít komplexní preventivní pokyny, které vedou k deeskalaci agresivního chování. Tyto postupy by měly být aktualizovány a měly by být zpřístupněny všem zaměstnancům, kteří by v této problematice měli absolvovat pravidelná školení. Tím se zajistí dostatečné množství zvládacích nástrojů, které umožní zaměstnancům flexibilně a erudovaně reagovat na agresivní jednání (Reißmann et al., 2023).

Zpřístupnění poznatků prostřednictvím multidisciplinárních kurzů, umožní zdravotníkům přesun z klinického prostředí do prostoru testovacího. Jejich role se změní a mohou si na vlastní kůži vyzkoušet roli zdravotníka i pacienta. Absolvování kurzu má kladný vliv na posílení sebedůvěry při projednávání konkrétních a specifických otázek (Edwards et al., 2021).

Agresivním klientům je vhodné poskytnout prostor, kde mohou své emoce vyventilovat a tím je konfrontovat s přijímajícím prostředím, které se vylučuje s jejich očekáváním (obran, útoků interventa). Kontakt s agresivním pacientem, může být pro zdravotníka frustrující a mělo by docházet k ošetření frustrace během supervizí či intervizí (Špatenková, 2017).

Čermák (1999) uvádí přehledně různé **techniky zvládnání agrese**. Patří mezi ně například nácvik sociálních dovedností, trest, expozice neagresivnímu modelu, katarze, kognitivní techniky ovládnání agrese nebo nekompatibilní odpovědi.

Pro účely diplomové práce blíže specifikujeme praktická doporučení pro nácvik sociálních kompetencí a samotnou expozici neagresivnímu modelu.

3.3.1 Praktická doporučení pro nácvik sociálních kompetencí

Nácvik sociálních kompetencí je soubor nácvikových technik pracující s vlastní seberegulací, mající za úkol přenos takto zkoušených vzorců chování do praxe. Z hlediska operátorů zdravotnického operačního střediska jej lze tak připodobnit k seberegulaci v komunikačních dovednostech a chování (empatie, podpora, náhled aj.), které jsou klíčovými nástroji ke zvládnání agresivity při tísňových voláních. Také bychom zde mohli vyzdvihnout cílené užití některých technik z krizové intervence (poznámka autorky).

Čermák (1999) uvádí, že existují lidé, kteří mají obtíže se sdělováním a komunikací, ve které jsou zastoupeny intenzivní emoce. Může se tak v jejich komunikačních schématech vyskytovat určitá míra frustrace a negativní emoce, které šíří na své okolí. Takoví lidé mohou být současně terčem i pramenem agresivního chování. Intervenci je možné realizovat prostřednictvím modelových situací, tréninku komunikace, zařazení komunikační schémat do současného repertoáru.

Ačkoliv je tato koncepce směřována k obou stranám komunikačního toku, pro tematické zaměření této diplomové práce a pro edukační účely, se blíže zaměříme na nácvik sociálních kompetencí pro operátory zdravotnických operačních středisek, jelikož se s agresivní odezvou můžeme v jejich interpretaci setkávat, např. ve formě dominance či konfrontace (poznámka autorky).

Vevera et al. (2018) uvádí, že **deeskalační techniky**, které v této spojitosti zahrneme jako součást nácviku sociální kompetence, resp. komunikace a chování zdravotníků tvoří:

1. vyhodnocení situace,
2. správná komunikace a
3. vyjednávání.

V rámci aplikace prvního kroku **vyhodnocení situace**, získáváme anamnestická data o pacientovi. Je rovněž podstatné uvědomění si vlastních emocí a zachování klidu, které se projeví zejména v neposkytnutí impulzivní odpovědi zdravotnického personálu. Zachování klidné mysli je klíčovým bodem v rámci vyhodnocování situace, a to především z toho důvodu, že klid je shodně nakažlivý jako vztek. Je důležité pacientovi sdělit co se s ním děje, proč se tento stav odehrává a co bude následovat. Druhým bodem je **správná komunikace**, kterou rozdělujeme na verbální a neverbální a je podstatným deeskalačním nástrojem při zvládnání agresivního pacienta. Třetím krokem je **vyjednávání**, jakožto součást verbální komunikace se základním pravidlem neposkytnout pacientovi impulzivní odpověď (Vevera et al., 2018).

Voss & Raz (2016), uvádí, že **cílem vyjednávacích strategií** by mělo být převod konfrontační komunikační roviny do diskuse. Základním vyjednávacím nástrojem je podle nich cyklus zrcadlení, intonace hlasu, práce s tichem a započetí vět slovy „promiňte“.

V rámci správné komunikace by měl hovořit vždy pouze jeden, aby nedocházelo k eskalaci agresivního chování. Věty by měly být krátké a jednoduše pochopitelné, aby docházelo k transparentnosti sdělení. Podstatné informace by měly být opakovány. V rámci verbálního snižování agrese bychom měli mít na paměti, že slušné chování je klíčem k úspěchu. Je doporučeno volající oslovovat příjmením (projev respektu) a věnovat pozornost tomu co říká (Vevera et al., 2018).

Andršová (2012) v rámci doporučení správné komunikace uvádí, že je potřeba se vyhnout i tzv. elderspeaku, což znamená, že bychom se u komunikace se seniory měli vyhýbat například familiárnímu oslovení „babi“ nebo „dědo“.

Specifickou oblastí jsou pacienti s demencí nebo intoxikovaní, kteří věnují pozornost spíše intonaci než informačnímu sdělení. Také se ukazuje, že není potřeba reagovat na veškeré slovní komentáře pacientů a odosobnit svou osobu od agresivních sdělení ze strany pacienta (Vevera et al., 2018).

3.3.2 Expozice neagresivnímu modelu

Expozice neagresivnímu modelu dle Čermáka (1999) pojednává o tom, že pokud je agresivní chování konfrontováno s neagresivní odezvou, jsou participantů méně agresivní vůči zdroji provokace, než když tomuto modelu vystaveni nejsou.

Agrese může být též cílená s úmyslem vzbudit strach a lze s ní tak sledovat dosažení plánovaného cíle (Vevera et al., 2018).

Čermák (1999) v této souvislosti hovoří o tzv. **instrumentální formě agrese**, která se může vyskytnout v situacích, kdy si agresor přesně naplánoval výsledný záměr jednání a jeho chování je tomuto cíli zcela podrobena.

V takovém případě lze pacientovi otevřeně přiznat strach ze strany zdravotníka a v případě opakovaného jednání nutnosti asistence Policie České republiky. Cílem ve vyjednávání je přetvořit konfrontaci v diskusi a výsledkem by měla být oboustranná „výhra“. Toho lze dosáhnout pomyslným předáním kontroly do rukou pacienta (Vevera et al., 2018).

Voss & Raz (2016) v této souvislosti hovoří o tzv. **iluzi kontroly**, kdy je umožněno klientovi vyjádřit „NE“ a vymezit tak své hranice. Tento výrok považují za počátek vyjednávací strategie.

Pražáková (2015) dává **hranice** do souvislosti s vlastními limity (co zvládnou), hranicemi systému (skutečná pomoc) nebo limity uživatele (jakou pomoc potřebuje).

Pro potřeby předkládané diplomové práce zahrnuje expozice neagresivnímu modelu například ignoraci vulgarit, zrcadlení emocí volajících, udržení klidné roviny hovoru nebo reflexi (poznámka autorky).

3.4 Zátěž, stres a vyhoření

Ačkoliv je zátěž pojímána v různých děleních, pro účely tohoto textu bych ráda krátce přiblížila zátěž psychickou a problematiku stresu, které mohou být potenciálním spouštěčem agresivního chování volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, ale i indikátorem hostilního postoje některých operátorů.

Zátěž lze dělit několika způsoby. Bartošíková (2006) obecně rozděluje **zátěž** na emocionální, psychickou nebo sociální.

Psychická zátěž je stav, při němž dochází k narušení celistvosti či jednoty organismu ve spojitosti s rovnováhou okolí, což má za následek ovlivnění psychiky jedince (Pelcák, 2015).

S psychickou zátěží se setkáváme například při výkonu **emocionálně náročné práce** (Landy & Conte, 2013).

Do této kategorie jednoznačně patří volající i operátoři zdravotnického operačního střediska (poznámka autorky).

Za nejvíce frekventované formy zátěže bychom mohli považovat například situace s rušivým kontextem (hluk), intraindividuální konfliktní situace (duševní rozpor) nebo situace s rušivým interindividuální kontextem (mezilidské vztahy) (Pauknerová, 2012).

Problematika zátěže je často spojována se stresem, o kterém se také hovoří jako o neoptimální zátěži (Hartl & Hartlová, 2010; Paulík, 2012).

Propojení pojmů zátěže a stresu je značné. Vymětal (2004) o **stresu** hovoří jako o stavu, evokovaném hyperstimulací podnětů. **Stresorem** se tak například stává podnět, vyvolávající fyziologicko-endokrinnologickou a psychosociální odpověď organismu. Stresorem může být i podnět fyzikální povahy (křik) nebo psychosociální (sdělování nepodstatných informací stěžující kontakt).

Pauknerová (2012) uvádí, že zejména pomáhající profese, do nichž spadají i operátoři zdravotnického operačního střediska, ve kterých zaměstnanci pracují s lidmi, jsou ohroženy pracovním stresem nejvíce.

Jinými stresory, dle Fontany (2016) a Paulíka (2012), vybranými pro účely této diplomové práce jsou například časová tíseň či zodpovědnost zaměstnance.

Kebza (2012) ve spojitosti stresové problematiky u zdravotnických pracovníků, zmiňuje například vysokou odpovědnost za druhé. O stresu hovoří jako o akutním, chronickém a periodickém.

Rizikem dlouhodobého vystavování se stresu a nadměrné zátěži je přesun do kategorie chronického stresu, který vede k vyčerpání organismu (Pešek & Praško, 2016).

Pražáková (2015) dlouhodobý stres (každodenní a nekonečný) považuje za jeden z nejrizikovějších faktorů vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření. Důležitá je přítomnost preventivních opatření.

Příčina psychologické nerovnováhy a vznik zátěže či stresu u zdravotnických pracovníků může pramenit například z pracovních podmínek, organizace, terapeutického týmu nebo samotného pacienta. Důvodů tak může být několik. Stres je normálním průvodním jevem lidské existence a připojíme-li osobnostní atributy v podobě vysokého očekávání či silné motivace, je tak zcela pochopitelné, že budou zátěž i stres nadále saturovat možný rozvoj syndromu vyhoření (Grochowska et al., 2022).

Dle mého názoru a zkušeností z praxe, se zejména emoční vypjetí a množství hovorů promítá do psychického stavu operátorů zdravotnických operačních středisek. Především ve spojitosti s odpovědností za druhé, ale také při častém řešení konfliktních a agresivních tísňových hovorů na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Myslím si, že vzhledem k uvedenému je podstatné se zaměřit na adekvátní formu prevence, a to nejen v péči o integritu organismu, ale také především v poskytnutí adekvátních nástrojů jak konfliktní či agresivní hovory řešit, aby nedocházelo ke vzniku alostatické zátěže. Konkrétním příkladem nám mohou posloužit deeskalační techniky agrese nebo některé cíleně zaměřené znalosti z krizové intervence. Podstatné je zároveň potenciovat pracovní spokojenost z vykonávané činnosti operátorů (poznámka autorky).

Pracovní uspokojení má potenciál růstu zejména v přítomnosti podání pozitivní zpětné vazby, která dává smysluplnost pracovnímu nasazení a výkonu. Preventivními faktory se ukazují i realizovaná školení v komunikačních dovednostech, strategiích zvládnání stresu nebo zapojení do výzkumných skupin. Vnímání konfliktů s pacienty či rodinnými příslušníky působí na zdravotníky negativně, zejména v uvědomované hladině stresu (Poncet et al., 2007).

Pracovní náplň může být též vhodným **indikátorem určení míry zátěže a stresu**, tedy i případného rozvoje syndromu vyhoření. Dobrý management by se měl zaměřit na oblast mezilidských vztahů na pracovišti a zlepšení výchozí pozice zaměstnanců. Nápomocné mohou být naplánované strategie pracoviště, pro snížení výskytu burnout syndromu (Rivas et al., 2021).

Se zátěží a stresem souvisí i téma burnout syndromu, resp. syndromu vyhoření, která budeme užívat jako synonyma.

Mezi základní projevy syndromu vyhoření řadíme cynismus, jakožto vzdorovitý postoj zaměstnance k zaměstnání, nemožnost dosáhnout uspokojivého závěru v pracovním procesu a vyčerpání (Maslach & Schaufeli, 1993; Maslach & Leiter, 2007).

Syndrom vyhoření je spojován s nízkým výskytem pozitivního myšlení. Efekt pozitivního myšlení je značný zejména v pozorovatelném snížení emocionálního vyčerpání, a tudíž i v nižším výskytu burnout syndromu. Potenciace pozitivního myšlení se projevuje ve snížené pracovní distanci. Podpora pozitivního pracovního prostředí, umožní deeskalaci rychlého rozvoje syndromu vyhoření u zdravotníků (Ani, 2023).

Prevence s ohledem na problematiku syndromu vyhoření pojednává především o pojmenování jejich zdrojů, do kterých můžeme zahrnout například pracovní zátěž, systém odměn a stimulační ze strany zaměstnavatele, hodnotový systém aj. (Leiter & Maslach, 2004).

Mohli bychom rozlišovat případné preventivní opatření ze dvou úhlů. Jedná se o pohled zdravotníka (sebereflexe, fyzická aktivita, odpočinek aj.) nebo organizace (rozpoznání maladaptivního chování, edukace a poskytování efektivní komunikace aj.) (Baštecká, 2003; Klevetová, 2011; Pudil, 1998).

Hovořit bychom mohli například o preventivních programech zaměřujících se na uvědomění vlastního zdravotního stavu nebo například na organizační podporu různého zaměření (Kim et al., 2022).

Strategickým nástrojem při boji proti syndromu vyhoření u zdravotnických operátorů, by pro účely této diplomové práce mohlo být začlenění vhodných komunikačních kurzů s důrazem na nácvik sociálních kompetencí a s ohledem na zmíněné deeskalační techniky agrese (viz kap. 3.3) nebo jiné preventivní programy (poznámka autorky).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Výzkumným problémem předkládané diplomové práce je uchopení Aspektů agrese osob, volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.

Za **výzkumné cíle** jsem si stanovila zmapovat nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Dále zjistit podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Předmětem zájmu je reálná možnost komunikačního ovlivnění agrese volajících, operátory zdravotnického operačního střediska. Také to, zda je problematika agrese u volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby včas detekovatelná a za užití adekvátních a cílených komunikačních postupů deeskalovatelná.

Výzkumné cíle praktické části diplomové práce jsou následující:

- *Výzkumný cíl 1: Zmapovat nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.*
 - Nejčastější důvody podnětí a eskalace agresivních projevů v tísňovém hovoru.
- *Výzkumný cíl 2: Zjistit podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.*
 - Jaká jsou možná řešení či doporučení v souvislosti s agresivními projevy v tísňovém hovoru.

Dále jsem stanovila zužující **výzkumné otázky**, pro bližší specifikaci dané problematiky:

- *Výzkumná otázka 1: Jaké jsou nejčastější příčiny agrese volajících tísňovou linku zdravotnického operačního střediska záchranné služby?*
- *Výzkumná otázka 2: Jaké mají operátoři zdravotnického operačního střediska záchranné služby prostředky k mírnění eskalujících projevů agrese volajících?*
- *Výzkumná otázka 3: Jaké komunikační styly operátorů zdravotnického operačního střediska záchranné služby se zdají efektivní pro mírnění eskalace agrese volajících?*

5 Typ výzkumu a použité metody

Pro specificky vymezenou problematiku a cíle diplomové práce byl vybrán kvalitativní design, resp. analýza dokumentů (analýza již existujícího materiálu), jehož zvolení bylo vhodné vzhledem k výtěžnosti jednotlivých tematických okruhů.

V praktické části diplomové práce jsem využila **kvalitativní metodiku**, která na rozdíl od kvantitativní (statistické) metodiky, nepracuje s velkým výzkumným vzorkem, ale zaměřuje se na menší výzkumný soubor. Konkrétně na **obsah tíšňových hovorů** s explicitním projevem agrese, individuální prožívání obou stran komunikačního toku tíšňových hovorů, zkušeností s agresí a jejím řešením.

Miovský (2006) zahrnuje mezi kvalitativní přístupy analýzu dokumentů, terénní výzkum, případovou studii, kvalitativní experiment a kvalitativní evaluaci.

Analýza dokumentů dle Hendla (2005) zahrnuje text, audio-vizuální či samostatné audio záznamy, díla nebo obrazový materiál aj. Konkrétně to tak mohou být dokumenty v podobě zákonů, spisů, záznamů na různých typech nosičů, korespondencí a další. Pro svou jedinečnost a unicitu se jedná o intenzivní druh analýzy, který je výzkumníkem podrobně interpretován a následně objasňován.

Výzkum předložené diplomové práce vychází z analýzy dokumentů, resp. záznamů tíšňových rozhovorů ze zdravotnického operačního střediska zatížených agresivními prvky. Zaměřuji se na faktory vedoucí k (de)eskalaci agrese volajících, respektive charakteristiky komunikačního repertoáru operátorů zdravotnického operačního střediska, jež vyhodnocují naléhavost jednotlivých tíšňových výzev. V této části jsem se zaměřila na konkrétní hovory operátorů zdravotnického operačního střediska jednoho kraje, ve kterých jsem chtěla získat data související s (de)eskalací strategií při vedení hovoru. Iniciačním záměrem bylo stanovit funkční a efektivní strategie operátorů pro problémové hovory a zjistit nejčastější podobu faktorů, jež tuto problematiku doprovází.

5.1 Metody získávání dat

Kvalitativní metodologický výzkum se zaměřuje na jedinečnost zkoumaného fenoménu z optiky a zkušenosti jedince, jeho interakci v sociálních skupinách a související chování v kontextu životních událostí či etap, ve kterých se aktuálně nachází. **Analýza existujícího materiálu, rozhovor nebo pozorování** (extrospekce), patří mezi nejčastěji aplikované

metody sběru kvalitativních dat. S ohledem na velikost výzkumného souboru, který je poměrně malý (řády jednotek maximálně desítek údajů), nelze jakkoliv zjištění paušalizovat, generalizovat, hovořit o populační validitě či standardizaci (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Předmětem analýzy dokumentů (existujícího materiálu) budou v této diplomové práci **nahrávky tísňových rozhovorů** na linku zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby. V konceptu předkládané diplomové práce budu analýzu provádět prostřednictvím **interpretativní fenomenologické analýzy**, která umožňuje výzkumníkovi niterné probádávání problematiky v celé její šíři včetně vlastní sebereflexe (poznámka autorky).

Poznatky interpretativní fenomenologické analýzy, zahrnují v souvislosti s výzkumem této magisterské práce porozumění problematice agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.

Dle Řiháčka et al. (2013) pracuje interpretativní fenomenologická analýza se 3 fixními body mezi něž patří:

- hermeneutika,
- fenomenologie a
- idiografický přístup.

Tzv. **hermeneutická spirála**, známá ve spojitosti s přístupem zvaným hermeneutika, umožňuje porozumět subjektivním zkušenostem analyzovaného obsahu s konkrétní problematikou a zároveň se výzkumník snaží dospět k pochopení toho, jakou cestou jedinec své interpretace dosáhl. **Fenomenologii** lze připodobnit k sebereflexi výzkumníka nad zkoumaným tématem. **Přístup idiografický** zahrnuje výzkumníkovo cílení na individualitu projevu jedince. Interpretativní fenomenologická analýza iniciuje bádání niterným prohledáváním případu a pokračuje v tom do požadovaného stupně porozumění, který slouží k interpretaci sumarizovaných dat (Řiháček et al., 2013).

V chronologickém sousledu bylo získání analytických dat pro výzkum předkládané diplomové práce následující. Po vstupní konzultaci s vedoucím diplomové práce, ohledně vhodnosti a adekvátnosti výběru tohoto druhu kvalitativních dat, jsem oslovila zdravotnickou záchrannou službu jednoho kraje. Po vyplnění oficiálního formátu žádosti

o možnosti provedení tohoto druhu výzkumu na daném pracovišti, mi bylo umožněno realizovat prostřednictvím náslechnů analytický sběr dat. Tento výběr považuji za účelný, a to s ohledem na potřebnou saturaci a individualitu získaných dat. Analytický materiál byl vybrán na základě předem stanovených kritérií (viz dále).

Vzhledem ke své dosavadní praxi, a to nejen z prostředí zdravotnické záchranné služby, znám zkoumanou problematiku nejen z terénu, ale i z prostředí zdravotnického operačního střediska. Tato tematika je mezi zdravotníky často diskutovaná, nejen pro její četný výskyt v tíšňových hovorech, ale i v souvislosti s poptávkou proškolení deeskalačních strategií.

KRITÉRIA VÝBĚRU A ZÍSKÁNÍ VYHOVUJÍCÍCH DAT

Před samotnými náslechy jsem prostudovala problematiku naléhavostí jednotlivých hovorů, jimiž jsou jednotlivé hovory klasifikovány. Původním záměrem bylo zařadit pouze naléhavosti nejvyššího stupně, tedy 1 a 2, ale jako tematicky nosné a pro výzkum významné se ukázaly i hovory s indikací 3 a 4 tedy nižšího stupně naléhavosti. Zařazeny byly hovory s různým indikačním stupněm naléhavosti, a to z důvodu různorodého nasycení a širšího záběru výzkumných dat.

Výběr časového rozmezí náběru hovorů bylo stanoveno za roky 2021–2022, z důvodu nižší zátěže obyvatel vlnami Covid 19. Při tvorbě kritérií, jsem vycházela ze studia zdrojů, dosavadní praxe a osobní praktické znalosti problematiky agresivních volajících na tíšňovou linku zdravotnické záchranné služby. Jednotlivá kritéria byla stanovena tak, aby byla co nejvíce saturující danou problematiku výzkumného problému. Stanovila jsem kritéria, jimiž bylo hledání materiálu zarámováno. Jednalo se o následující body:

- **minimálně 10 záznamů tíšňových hovorů** (celkově realizováno 15), které jsou saturovány problematikou agrese,
- **explicitně vyjádřená verbální agrese volajícího** (vulgarita, výrazná nespolupráce, arogance),
- **délka tíšňových výzev v rozmezí minimálně 3 minuty a více** (krátké záznamy nemají pro účel diplomové práce potenciál, jelikož není prostor pro analýzu operátorova úsilí o deeskalaci případně agresivních projevů),

- klasifikace (naléhavost) tísňové výzvy – pro saturační potenciál byly zahrnuty všechny **4 stupně naléhavosti**, jimiž zdravotnické operační středisko může dle zákona disponovat,
- přítomnost **Policie České republiky**, na místě události – doplňujícím kritériem byla informace, jestli byla tato složka integrovaného záchranného systému vyslána k součinnosti, a to po zhodnocení dispečerem, zda byla již na místě nebo byla dodatečně dovolávána výjezdovou posádkou zdravotnické záchranné služby,
- časové rozmezí za **období 2021–2022**, a to z důvodu menšího zasažení vnějšími celosvětovými vlivy v předchozích letech (2020 a dříve), jenž se projevují na psychickém rozpoložení velké části populace (COVID, počátek války na Ukrajině, ...).

5.2 Metody zpracování a analýzy dat

Analýza byla provedena prostřednictvím **interpretativní fenomenologické analýzy**, která umožnila proniknutí do dané problematiky tak, aby byla data maximálně využita.

V souvislosti s využitím interpretativní fenomenologické analýzy, se rozmezí výzkumného souboru pohybuje v nižších řádech desítek. Diplomová práce zahrnuje 15 záznamů tísňových hovorů. Využit byl záměrný výběr na základě předem stanovených kritérií. Při získávání kvalitativních dat jsem se soustředila na rozmanitost a dostatečnou saturaci.

Takto stanovený výběr umožní zařadit do vzorku taková data, která jsou relevantní pro daný kvalitativní výzkum. Je tak umožněno zahrnout do výzkumu ty položky, které splňují specifická data a charakteristiky, což odpovídá doporučení Creswella (2007).

Po přetřídění audionahrávek jsem jednotlivá data zcela anonymizovala a přepsala do textové podoby pro snazší orientaci v problematice.

Dalším krokem je tzv. **redukce 1. a 2. řádu**, kdy dochází k eliminaci nepodstatných informací, jež tvoří slovní vata, izolovaná témata, která s daným výzkumným problémem tolik nesouvisí aj. Posléze nastává doba opakovaného znovu pročitání takto upravených dat a tvorba **počátečních kódů**, jimiž označujeme větší tematické celky, které se postupně začaly vynořovat z redukovaného textu. Následně je možné spatřit vznikající **stěžejní oblasti** či **témata**. Mezi jednotlivými kódy, vznikají odlišná témata, mezi kterými

lze spatřovat souvislosti či linie příběhu. Takovýmto postupem se snažíme o **konvergenci** a **divergenci**. Posléze **interpretujeme** vzniklé výsledky (Miovský, 2006; Smith et al., 2009).

Po sběru dat, který probíhal záměrným výběrem prostřednictvím předem stanovených kritérií, jsem anonymizovaně přepsala jednotlivé záznamy tíšňových hovorů z operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Následně jsem anonymizovaná textová data zredukovala a nastala fáze jejich opakovaného pročitání. Stěžejní bloky, ve kterých byla znatelná eskalace agresivního chování volajícího a následná reakce operátora zdravotnického operačního střediska jsem barevně označovala. Takto jsem vytvořila dílčí kódy, které jsem následně shlukovala do hlavních kategorií. Mezi barevně označenými kódy jsem hledala spojitost. Tento postup jsem realizovala ve všech přepsaných a zredukováných datech. Výstupy analýzy prezentuji v následujících kapitolách.

Po analýze dat a obhájení diplomové práce byly veškeré přepisy dat skartovány.

6 Sběr dat a výzkumný soubor

Výzkumný soubor praktické části předkládané diplomové práce zahrnuje **15 záznamů tísňových hovorů** operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Všechny záznamy splňovaly předem stanovená kritéria (viz str. 43). Před samotnou realizací sběru výzkumných dat, prostřednictvím jedné zdravotnické záchranné služby a jejich kategorizací, jsem oslovila konkrétní pracoviště a podala oficiální žádost s možností realizace výzkumu dané problematiky. Ta mi byla schválena prostřednictvím emailové komunikace a mohla jsem tak požádat o náslechy záznamů hovorů.

Po kriteriálním rozřídění jednotlivých nahrávek tísňových hovorů, které byly realizované v rozmezí let 2021-2022, proběhl náslech jednotlivých nahrávek. Vzhledem k tomu, že se do souboru dat dostaly i hovory, ve kterých se o agresi pouze hovořilo, a to ve spojitosti s třetí osobou, bylo zapotřebí tyto hovory vyselektovat a do vzorku je nezahrnovat. Nejednalo by se totiž o agresivního volajícího, nýbrž o heteroanamnestický údaj o stavu pacienta (př. „On tady soused křičí a nadává na zahradě, ale nikdo tam s ním není“). Tento druh nahrávek byl ze souboru vyřazen. Jednotlivá kritéria byla formulována tak, aby byla obsahová výtěžnost co nejvíce saturována.

Hovory byly vybírány tak, aby byly v datech znatelné kontrasty přístupů operátorů a zároveň, aby došlo k rozmanitosti agresivních projevů ze stran volajících. Pro malý rozsah výzkumného souboru, upouštím od podrobnější charakteristiky operátorů zdravotnického operačního střediska, neboť by mohlo dojít ke ztrátě anonymizace dat a k identifikaci jednotlivých pracovníků.

Stručnou charakteristiku záznamů zařazených do výzkumu uvádím v přehledové Tabulce 1. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 1: Základní dělení výzkumného souboru

<i>ZÁZNAM Č.</i>	<i>DĚLKA HOVORU</i>	<i>STUPĚŇ INDIKACE NALÉHAVOSTI</i>
<i>1</i>	6:30	3
<i>2</i>	7:30	3
<i>3</i>	4:00	3
<i>4</i>	4:00	4
<i>5</i>	3:00	4
<i>6</i>	3:00	3
<i>7</i>	3:00	2
<i>8</i>	3:00	3
<i>9</i>	4:00	3
<i>10</i>	5:00	3
<i>11</i>	4:00	3
<i>12</i>	3:00	3
<i>13</i>	12:00	3
<i>14</i>	4:00	3
<i>15</i>	5:00	3

Poznámka ke stupňům naléhavosti:

- st. 1 = bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí
- st. 2 = eventuální ohrožení životních funkcí
- st. 3 = ohrožení základních životních funkcí se nepředpokládá
- st. 4 = nehrozí potenciální ohrožení základních životních funkcí

6.1 Etické problémy a způsob jejich řešení

Výzkum předkládané diplomové magisterské práce, byl realizován v souladu s veškerými etickými principy a pravidly. S ohledem na získání dat pro výzkum, jsem oficiálně žádala organizaci zdravotnické záchranné služby o možnost realizace výzkumu. S výzkumem jsem oslovila vedoucího zdravotnického operačního střediska, na základě jeho instrukcí jsem vyplnila oficiální žádost o realizaci výzkumu. Předala jsem žádost ke schválení vedení organizace. Souhlas byl realizován prostřednictvím emailové komunikace a přes vedoucího zdravotnického operačního střediska. Pro anonymizaci dat nebudu uvádět žádost do příloh magisterské práce a není nikde uveden ani region, ve kterém výzkum probíhal.

Nahrané rozhovory byly anonymizovaně převedeny do textové podoby, redukovány a kódovány odpovídajícími kódy. Po zpracování a obhájení diplomové práce byly veškeré materiály zlikvidovány, textová podoba přepisů byla skartována. Pro zajištění plné anonymizace veškerých údajů nejsou nikde uvedena jména, přibližný věk či délka praxí jednotlivých operátorů zdravotnického operačního střediska, ani žádné údaje vedoucí k identifikaci volajících.

V rámci výzkumu realizované diplomové práce si nejsem vědoma jakýchkoliv etických pochybení nebo případného nedodržení etických pravidel.

7 Výsledky

Cílem diplomové magisterské práce bylo zmapovat **nejčastější příčiny potenciace agrese** volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Dále zjistit **podobu možných východisek** snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby.

7.1 Sebereflexe autorky

Během zpracovávání tématu předkládané diplomové práce jsem si byla po celou dobu plně vědoma citlivosti tématu. V diplomové práci shledávám loajalitu i taktnost, která je s ohledem na svou dosavadní praxi jistě přítomna. S ohledem na křehkost dané problematiky, považuji taktnost za zcela klíčovou.

Ačkoliv jsem měla možnost slyšet několik desítek hovorů během směn, analýza hovorů s odstupem času byla zcela jiná. V některých hovorech jsem se měla možnost přistihnout při nevěřičně nesouhlasném kýváním hlavou, a to nejen ze stran volajících, ale bohužel i některých operátorů.

I přes všechna uvedená zjištění jsem se i tak snažila být „neutrálním vědcem“, který k tématu přistupoval svědomitě a odpovědně.

V tomto formátu si myslím, že se práce může stát “odrazovým prahem” v seberozvoji nejen operátorů zdravotnických záchranných služeb a pro některé se může projevit nastavením zrcadla jejich práce.

S volbou tématu jsem spokojena, jelikož na základě jeho výběru a zjištěných výsledků analýzy, mohl vzniknout i jiný pohled na náběry hovorů, který jsem měla možnost distribuovat mezi určitý počet operátorů zdravotnických operačních středisek. Pokud by byl přesah do komunikační strategie, byť jediného operátora významný, byla bych spokojena.

7.2 Dílčí analýzy jednotlivých rozhovorů

V další části textu představíme nejprve analýzu jednotlivých hovorů a poté uvedeme souhrnnou analýzu. Každý rozhovor je zcela originální a neopakovatelnou interakcí klienta a operátora v určitém kontextu a čase.

V rámci každého hovoru představíme strukturovaně délku hovoru, rámcový obsah, tabulku příkladů výpovědí s tím, že neuvádím všechny kódy, abych nezahltěla, ale pouze ilustruji, jak byl rozhovor zpracováván. Dále uvedu analýzu se zaměřením na faktory potenciace agrese, souhrnnou reflexi a možná doporučení v hovoru.

Výsledky dílčích analýz budou prezentovány v následující struktuře:

- **základní informace o hovoru** – ukázka, přehled hlavních kódů záznamu,
- **analýza hovoru se zaměřením na faktory potenciace agrese,**
- **souhrnná reflexe k záznamu,**
- **možná doporučení v hovoru k záznamu,**
- **přehled hlavních kódů získaných z analýzy hovoru.**

K danému formátu prezentace výstupů přistupuji pro zvýšení přehlednosti a strukturovanosti.

7.2.1 Analýza hovoru č. 1

Délka hovoru: 6 min 30 sec

Rámcový obsah hovoru č. 1: Obsah hovoru zahrnuje nevolnost a celkové zhoršení stavu seniora.

V následující Tabulce 2, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 2: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 1	KÓDY
<i>Operátorka: „... teď je mu teda co? Jak Vám můžu pomoci na tísňové lince záchranné služby? Co mu je?“</i>	
<i>Volající žena: „... no že by se pan doktor na něj podíval...“</i>	Nevhodná intonace
<i>Operátorka: „... paní to neexistuje taková služba, dívat domů se jezdí praktický doktor, to musíte vyřešit zítra...“</i>	
<i>Operátorka: „... je v ohrožení života, je dušný, bolí ho na hrudi, má poruchy vědomí?“</i>	Zahlcování, Zpětné neověření
<i>Volající žena: „... bolí Tě na.... Jak se Ti dechá...?“</i>	přijetí informace

Následující Tabulka 3 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších.

Tabulka 3: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 1	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Autoritativní styl
	Zahlcování
	Nevhodná intonace
	Nadměrná edukace
	Zpětné neověření přijetí informace
	Absence práce s emocemi
	Nevýhodné předání
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Nepřizpůsobené tempo
	Okolní vlivy
	Verbální agrese
	Vnější kontext

Analýza hovoru č. 1 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Záznam prvního tísňového hovoru je realizován **autoritativním stylem** vedení hovoru ze strany operátorky, která volající zahrnuje **velkým množstvím instrukcí**. Vzhledem k tomu, že operátorka dodatečně **zpětně neověřuje izolované otázky**, které jsou pokládány v rychlém sousledu, vyskytují se v hovoru místa, kdy na některé dotazy operátorky **není znatelná odpověď** volající ženy. Ta není na místě události sama a jsou slyšitelné **distanční fenomény** rozzlobeného mužského hlasu. **Nadměrnou tendencí** operátorky **edukovat** volající, dochází na místě události k růstu **tenze ostatních osob**, které se na místě pohybují. Operátorka si nechává **předat druhou osobu** na místě události, u které již byly slyšitelné **expresivní projevy verbální agrese**, která rostla s délkou nabírání hovoru a se stylem vedení, který ovlivňoval **emoční ladění** volající ženy. Operátorka má nevhodně zvolenou **intonaci hlasu**, který má eskalační potenciál. V průběhu hovoru se spouští plná **verbální agrese** muže, který pokládá telefon. Operátorka opětovně vytáčí kontakt a znovu si nechává předat muže, se kterým vznikl otevřený **slovní konflikt**, který pokračuje. V závěru hovoru **převažuje informační tok** ze strany operátorky.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 1

Povaha hovoru od samotného počátku byla ze strany volající ženy velmi poklidná. Žena spolupracuje, komunikuje a odpovídá na otázky operátorky, které stíhá registrovat. Vzhledem k tomu, že operátorka v informačním toku pokládá salvy dotazů, které nejsou od sebe izolované, na některé otázky nedostane odpověď. Nepřízpůsobené tempo operátorky je eskalační zejména pro okolí, což je slyšitelné z pozadí hovoru. Základní chybou vedení hovoru shledávám přílišnou autoritativnost operátorky a intonaci hlasu již od samého počátku hovoru. Operátorka má silné edukační tendence, přičemž ve výsledku výjezdovou posádku zdravotnické záchranné služby posílá. Za nevhodně zvolené považuji předání hovoru druhé osobě, u které byly slyšitelné agresivní projevy z vpovzdálí.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 1

Z pohledu deeskalační strategie pokládám za výhodné, přizpůsobit tempo hovoru potřebám volajícího. Poklidný tón hlasu reflektující emoce volající osoby má deeskalační charakter. Nevhodně zvolený autoritativní styl vedení hovoru a nevhodná intonace hlasu neměla

situační opodstatnění a jejich přítomnost v hovoru neměla očekávanou účinnost. Na tísňové lince zdravotnické záchranné služby není prostor pro vedení psychologických hovorů, ale z dosavadní praxe považuji za výhodné, pokud operátor projeví, že emoce volající osoby jsou brány na zřetel (reflektovat, zrcadlit), jsou v pořádku a má je každý (normalizovat). Je mylné domnívat se, že pokud budeme na emoce reagovat projevy silnějšími, dojde k jejich zastavení, které v konečném důsledku není ani žádoucí. Výhodné je s emocemi volajícího pracovat a tím zajistit prostor pro profesionální výkon práce, která s sebou nese rovněž regulaci vlastních emočních pocitů. Rovněž bych eliminovala salvy otázek ze strany operátorky, které volající žena později nestíhala v silných emocích registrovat. Dalším doporučením bych uvedla, že pokud volající osoba komunikuje, spolupracuje a na místě události se pohybuje emočně vypjatá osoba nepotřebující akutní ošetření, neshledávám efektivitu v předání telefonu této osobě, pokud nemá operátor v plánu s emocemi pracovat a i v takovém případě bych však vnitřně hodnotila výhody a nevýhody tohoto předání.

7.2.2 Analýza hovoru č. 2

Délka hovoru: 7 min 30 sec

Rámcový obsah hovoru č. 2: Obsah hovoru zahrnuje bolest zubu.

V následující Tabulce 4, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 4: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 2	KÓDY
<i>Operátorka: „... já se Vás ptám, jestli jste kontaktoval svého stomatologa?“</i>	
<i>Volající muž: „... ne já žiju v cizině...“</i>	
<i>Operátorka: „...jo takhle...“</i>	Absence práce
<i>Volající muž: „... já 4 dny chcípám se zubem, tak jestli mi nechcete pomoci, tak já půjdu do města a vyprovokuju někoho ať mě dobije...“</i>	s emocemi, Osobní zaangažovanost
<i>Operátorka: „... to jsem v žádném případě neřekla, tak mě nechte laskavě domluvit jo, ... já potřebuju pořádný informace, ... tak se na mě nerozčilujte jo?“</i>	

Následující Tabulka 5 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších.

Tabulka 5: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 2	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Empatie
	Osobní zaangažovanost
	Vhodná intonace
	Edukace
	Synchronní komunikace
	Trpělivost
	Přizpůsobení tempa
	Aktivní naslouchání
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Absence práce s emocemi
	Subjektivně vnímané vysokého ohrožení
	Verbální agrese Nespolupráce

Analýza hovoru č. 2 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Plačící muž volá na tísňovou linku záchranné služby s **nízkým indikačním stupněm** naléhavosti případu. Operátorka **registruje emoce** plačícího muže, ale snaží se pouze zastavit slovy „...*prosím Vás přestaňte brečet, abychom se někam dobrali...*“. Plačící muž na výzvu nereaguje. Operátorka se snaží **trpělivě** muži **vysvětlovat**, že na zlomený zub záchranná služba nejezdí, často ale dochází k tomu, že **mluví oba zároveň** a **operátorka se nechá osobně vtáhnout do problému**. Přestože má operátorka **vlídný** a **klidný hlas**, nepracuje s emocemi volajícího, které se snaží **ignorovat** a muž pláče po celou dobu hovoru. Snaha operátora o edukaci plačícího muže, vede prvním náznakům růstu tenze muže, který reaguje slovy „... *vy mi taky nechcete pomoci ..., tak já jdu do města a nechám se zbít radši...*“. Operátorka muže edukuje a postupem času získává dostatek informací o reálných možnostech klienta, který celý hovor pláče. Muž v emocích **selektivně reaguje** na informace a některá sdělení vůbec neregistruje. Posádku záchranné služby operátorka po zjištění podstatných informací posílá a s mužem se loučí. **Rozčilený muž** volá po chvíli znovu se slovy „...*přijde Vám normální, že jsem si volal záchrannou službu a na mě přijeli státní policajti...?*“. Telefon zvedá jiná operátorka, která s mužem vede stejný dialog jako v prvním hovoru předešlá operátorka.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 2

Vlídný tón hlasu operátorky s náznaky empatického vhledu má sám o sobě deeskalační potenciál. Ačkoliv aktivně naslouchá a registruje emoce muže, nepracuje s nimi a muž tak pláče celý hovor. Techniky normalizace, reflexe a zrcadlení jsou výhodnými pomocníky při snižování emočních projevů volajících a zprostředkují operátorům dostatečné prostředí pro předávání a vytěžování informací zejména v souvislosti s edukační rovinou. Operátorka trpělivě přizpůsobuje tempo volajícímu, avšak předává informace muži, který je v silných emocích a bolestech. Ačkoliv plně souhlasím s tím, že naléhavost případu nebyla pro záchrannou službu, věřím, že pokud by operátorka pracovala s registrovanými emocemi, dokázala by se s mužem domluvit racionálněji a bez eskalačního potenciálu, který byl v některých pasážích znatelný.

Možná doporučení hovoru k záznamu č. 2

Mezi možná řešení bych zařadila komunikační dovednosti operátorů, které by zahrnovaly schopnosti, kterými jsou například klidný tón hlasu, práci s emocemi (normalizace, reflexe, zrcadlení), aktivní naslouchání, empatii a odosobnění útoků na svou osobu. Je totiž pochopitelné, že člověk v krizi, která je každému jedinci obsahově individuální, nemá v silných emocích aktivní seberegulační mechanismy, jimiž je například usměřováno společenské chování mezi lidmi.

7.2.3 Analýza hovoru č. 3

Délka hovoru: 4 min

Ukázka záznamu hovoru č. 3: Obsah hovoru se týká problematiky 14 dní starého zranění zlomené nohy.

V následující Tabulce 6, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 6: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 3	KÓDY
<i>Operátorka: „... já Vám téměř nerozumím, řekněte mi odkud voláte, místo. Teď mi zjistěte, na které adrese jste, číslo popisný a ulici, jo?“</i>	Přizpůsobení tempa,
<i>Volající muž: „... tak to Vám neřeknu, když si to vyhledáte...“</i>	Pasivní agrese,
<i>Operátorka: „... zjistěte adresu a zavolejte mi jí zpátky, ať neblokujeme linku jo? ... hleďte ještě jednou prosím Vás, nebudeme blokovat tísňovou linku starým úrazem... zjistěte ulici a číslo popisný...“</i>	Zpětné ověření přijetí informace
<i>Operátorka: „Zjistíte přesnou adresu, ulici číslo popisný a zavoláte to zpátky jo?“</i>	Direktivita, Komunikační
<i>Volající muž: „Já nevím, tady je jenom číslo 3... tady nikdo není...“</i>	bariéra

Následující Tabulka 7 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších.

Tabulka 7: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 3	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Empatie
	Vhodná intonace
	Zpětné ověření přijetí informace
	Trpělivost
	Přizpůsobení tempa
	Direktivita
	Aktivní naslouchání
	Struktura
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Absence práce s emocemi
	Pasivní agrese
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení
	Dogmatické požadování
	Nespolupráce
	Komunikační bariéra

Analýza hovoru č. 3 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Muž s **cizím přízvukem** volá s **nízkou indikační závažností** na událost, která se odehrála 14 dní zpětně. **Neví kde přesně se nachází** a operátorka velmi **trpělivě** zjišťuje další potřebná data pro vyhodnocení události. Po zjištění údajů operátorka **empaticky** navrhuje muži alternativní řešení problému, ale muž **nepřijímá základní informaci** od operátorky skrze nutnosti přesné lokace místa události. Muž odpovídá formou **pasivní agrese** „...*tak to Vám neřeknu, když si to vyhledáte...*“ a **dožaduje se poslán**í na obecnou adresu nereflektujíc potřebu přesné lokace místa události. Operátorka vlídně avšak **direktivně** trvá

na přesné adrese pro výjezd převozové sanitky, kterou empaticky nabízí jako alternativní formu dopravy do nemocnice.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 3

Velice vlídný, empatický přístup operátorky považuji za vysoce profesionální, a to zejména v kontextu nízké naléhavosti případu pro výjezd posádky zdravotnické záchranné služby. Nejprve systematicky vytěžuje informace a pokládá jasné a stručné otázky, na které si pokaždé vyčká odpovědi muže. Vzhledem k tomu, že je muž cizinec, mluví na něj stručně, věcně a s přihlédnutím k částečné komunikační bariéře. Vyzdvihnout bych chtěla plynulý přechod od empatického a přátelského stylu vedení hovoru k direktivnímu stylu, který bych dle mého názoru vhodně zvolen pro nereflektující potřebu přesné lokace ze strany muže. Operátorka zároveň velmi vhodně edukuje muže o blokaci tísňové linky jeho pasivním způsobem zjišťování adresy, přičemž spoléhal na to, že si operátorka adresu najde sama. Ta během celého hovoru drží linku hovoru na své straně a působí sebejistě.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 3

V tomto případě operátorka zcela pochopila problematiku pasivně agresivního chování ze strany volajícího. Zprvu empatické, sebejisté vlídné přijetí a pochopení problému volajícího adekvátně flexibilně přesunula do direktivního stylu vedení hovoru ve chvíli, kdy začal muž reagovat pasivní agresí a dogmaticky vyžadoval dojezd posádky, bez větší ochoty spolupráce. Operátorka zároveň po každé otázce vyčkává na odpověď a nezahluje volajícího salvami otázek. Zcela na místě bylo edukační stanovisko, které informovalo volajícího o příjezdu převozové sanitky, tudíž mohl muž s touto variantou počítat již před samotným příjezdem tohoto druhu pomoci. Operátorka účelně vysvětluje muži, proč potřebuje přesné údaje o místě, na kterém se nachází a využívá k tomu velmi efektivně tzv. zaseknutou desku, kdy si trvá zcela opodstatněně na svém požadavku. Nutno podotknout, že převozové sanitky by měli zajišťovat praktičtí lékaři a tento krok ze strany operátorky je přinejmenším vstřícný a profesionální krok, kterým projevuje značnou empatii pro případ volajícího muže.

7.2.4 Analýza hovoru č. 4

Délka hovoru: 4 min

Ukázka záznamu hovoru č. 4: Obsah hovoru se týká problematiky údajného brouka v uchu.

V následující Tabulce 8, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 8: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 4	KÓDY
<i>Operátorka: „... můžete mi ho prosím půjčit k telefonu? Děkuji.“</i>	
<i>Volající žena: „... no já Vám ho půjčím teda, jestli tohle není na záchrannou službu tak ...“</i>	Nevýhodné předání
<i>Volající muž: „... ne mě to nezajímá ty vole...“</i>	
<i>Operátorka: „... záchranná služba dobrý den, s kým pak hovořím?“</i>	Direktivita,
<i>Volající muž: „... nezajímá ty vole, kundo ty vole...“</i>	Konfrontace
<i>Operátorka: „... pane chovejte se ke mně slušně nebo Vám ten telefon položím, záchranná služba dobrý den, s kým pak hovořím?“</i>	vulgarit,
<i>Volající muž: „... doprdele s ní...“</i>	Osobní zaangažovanost

Následující Tabulka 9 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly utvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 9: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 4	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Empatie
	Vhodná intonace
	Trpělivost
	Osobní zaangażovanost
	Direktivita
	Edukace
	Přizpůsobení tempa
	Absence práce s emocemi
	Konfrontace vulgarit
	Ignorace vulgarit
Nevýhodné předání	
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Vulgarity
	Okolní vlivy
	Dogmatické požadování
	Autoritativní požadavky
	Verbální agrese
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení
Znatelné odchylky v intelektu	

Analýza hovoru č. 4 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Operátorka zvedá hovor s **nízkým stupněm naléhavosti**, kdy volá žena a sděluje že kamarádovi vlezl údajně brouk do ucha. Operátorka **klidným tónem** hlasu a **empatií přizpůsobuje tempo** volající ženě a **edukuje** o neindikaci výjezdu pro záchrannou službu, která zprostředkovává ošetření život ohrožujících stavů. U volající ženy je z intonace hlasu znatelná rostoucí se tenze, jelikož její **představa o okamžitém příjezdu záchranné služby**

nebude realizována. Z pozadí je znatelná **emoční frustrace** muže, přičemž operátorka zpočátku **ignoruje vulgarity** muže. Později si však operátorka **nechává předat** muže k telefonu, který spouští verbální agresi v plné síle. Operátorka muže **edukuje o slušnosti**, čímž se ale **osobně zaangažovává do problému**, přičemž ze strany vzdálené ženy je již v **pozadí znatelné verbální agrese** projevující se příkazy a požadavky. Operátorka se **trpělivě** snaží domluvit s mužem i ženou zároveň, jelikož si navzájem mezi sebou předávají telefon. Hovor pokládá volající, která opětovně volá s verbálně agresivním mužem v místnosti a hovor opět po pár vteřinách pokládá.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 4

Ačkoliv se může zdát přehled o intelektuální úrovni volajících osob po telefonu irelevantní či zavádějící, v některých hovorech je silně znatelná přibližná úroveň intelektuálního pásma volajících. Operátorka při zjištění povahy hovoru pokračuje v klidném tónu hlasu a nechává si předávat již z části rozčileného muže. Vzhledem k nízké povaze indikační úrovně a faktu, že byla rostoucí tenze a agrese muže znatelná již zpozzdálí, nepovažuji za výhodné nechávat si předat k telefonu muže, u kterého bylo zcela jasné, že nebude chtít slyšet jinou odezvu operátorky, než že záchranná služba přijede. Pokud bychom však vyhodnotili předání muže za stěžejní (například ve stavech dušnosti, bolesti na hrudi aj.) je skutečně zapotřebí mít na paměti, že vulgarity, osobní útoky na operátory či zdravotníky obecně jsou bohužel časté a z pozice jednoho hovoru operátor nemá žádnou moc změnit vzhled volajících v souvislosti se slušným chováním či morálkou obecně. Vhodné je vulgarity ignorovat zejména pokud neblokují proces náběru hovoru. Pokud však blokují, což operátorka z hovoru pravděpodobně vyhodnotila, je výhodné volajícím osobám sdělit, že jeho emoce slyšíte, přijímáte, ale zároveň proč je pro operátora v tuto chvíli tento druh komunikace neakceptovatelný (př.: „*Slyším, že mluvíte vulgárně, jestli Vám to pomáhá, klidně tak mluvíte, mě to nevadí, ale v tuto chvíli nás to nikam neposune.*“ nebo „*Slyším, že křičíte, vypadá to, že máte vztek. Je normální být někdy vzteklý, každý někdy je, ale pokud se společně nedomluvíme na adrese, kam má přijet posádka, já Vám reálně nemám pomoc kam poslat, protože nemám adresu.*“). Toto jsou zlaté věty a přístupy, které jsou ověřené v praxi.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 4

Východiska tohoto hovoru spatřuji zejména v práci s emocemi volající osoby, a to zejména z toho důvodu, aby byla schopna přijímat informace, které se jí operátorka snaží předat. V silných emocích edukace jakéhokoliv druhu nemá opodstatnění, jelikož volající osoba nebude schopná informace registrovat a integrovat. Zároveň považuji za výhodné, pokud jsou slyšitelné distanční fenomény údajného pacienta, který je verbálně agresivní a zároveň se nejedná skutečně o povahu případu, vyžadující asistenci zdravotnické záchranné služby, aby se operátoři domlouvali s klidnějším účastníkem případu.

7.2.5 Analýza hovoru č. 5

Délka hovoru: 3 min

Ukázka záznamu hovoru č. 5: Obsah hovoru se týká problematiky psychiatrického pacienta v rodině.

V následující Tabulce 10, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 10: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 5	KÓDY
<i>Volající žena:</i> „... já bych po po potřebovala, eeeee já nevím...“	Struktura
<i>Operátorka:</i> „... řekněte mi adresu odkud voláte...“	
<i>Operátorka:</i> „... které patro...“	Empatie, Trpělivost
<i>Volající žena:</i> „... ještě jednou pardon, mlč prosím Tě!“	
<i>Operátorka:</i> „... které patro...“	

Následující Tabulka 11 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších.

Tabulka 11: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 5	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Empatie
	Vhodná intonace
	Akceptace
	Aktivní naslouchání
	Trpělivost
	Struktura
	Reflexe
	Informace o příjezdu policie
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Duševní onemocnění
	Vnější kontext

Analýza hovoru č. 5 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Žena volá pro přítomnost **psychiatrického pacienta** v rodině s agresivními projevy. V hovoru jsou slyšitelné **agresivní projevy třetí osoby**. Volající žena, komunikuje, spolupracuje a odpovídá na otázky operátorky. Operátorka vede **strukturovaně** hovor, **empaticky reflektuje** situaci adekvátně položenými otázkami. Volající žena chvilkově odvrací pozornost od operátorky a zapojuje se do hádky s pacientem. Operátorka se **do konfliktu** mezi osobami **nezapojuje** a vytěžuje informace dle potřeby. Operátorka odklání pozornost ženy zpět k tísňovému hovoru vhodně položenými otázkami.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 5

Operátorky strategii pokládám za velice užitečnou. Ačkoliv je na místě slyšitelná hádka dvou osob, přičemž jedna je volající žena na tísňovou linku, operátorka tuto situaci registruje a přizpůsobuje tomuto zjištění sekvenci a časování otázek. Do hádky se jakkoliv nezapojuje,

volající ženu neusměřňuje. Otázky položené v začátku hádky trpělivě opakuje a s empatickým přístupem zjišťuje potřebná anamnestická data. Zároveň ženu informuje o příjezdu záchranné služby ve spolupráci s Policií České republiky, což žena oceňuje.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 5

V náslechu hovoru je zcela patrné, že operátorka ví, co má dělat. Za použití empatického přístupu, správného načasování otázek a reflektování situace vede hovor v poklidné rovině a volající ženu svým tónem hlasu slyšitelně uklidňuje. Zpočátku nervózní volající, která v silných emocích nemohla zverbalizovat myšlenku v průběhu hovoru uklidňuje tempo řeči, myšlenkový tok a působí klidnějším dojmem. Z tohoto hovoru je patrné, že není potřeba znát nejmodernější psychologické techniky pro deeskalaci napětí v hovoru, ale že stačí prostá akceptace, aktivní naslouchání, respekt a empatie k druhé osobě.

7.2.6 Analýza hovoru č. 6

Délka hovoru: 3 min

Ukázka záznamu hovoru č. 6: Obsah hovoru se týká problematiky bezvědomí.

V následující Tabulce 12, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 12: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 6	KÓDY
<i>Volající muž:</i> „...upadla do kómatu, ona má epileptický záchvaty a asi spadla do mrtvice nebo já nevím ty vole.“	Ignorace vulgarit, Struktura
<i>Operátor:</i> „...jaký je ročník?“	
<i>Volající muž:</i> „...pane to nevím (smích) to je moje sousedka, já nevím...“	
<i>Operátor:</i> „... teďka je při vědomí...?“	
<i>Volající muž:</i> „... no není (smích) jako ona dechává (smích)...“	Nespolupráce, Pasivní agrese
<i>Operátor:</i> „Vemte jí za ramena zatřeste s ní.... Leží teď na zádech?“	
<i>Volající muž:</i> „... jako ona dechává (smích)... tam řvou ty vole ona upadává ona upadává do kómatu...“	

Následující Tabulka 13 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 13: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 6	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Empatie
	Ignorace vulgarit
	Konfrontace vulgarit
	Direktivita
	Struktura
	Autoritativní styl
	Frustrace operátora
	Nevhodná intonace
	Konfrontace represivní složkou
	Absence práce s emocemi
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Vulgarity
	Verbální agrese
	Pasivní agrese
	Nespolupráce
	Znatelné odchylky v intelektu
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení

Analýza hovoru č. 6 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Na tísňovou linku volá muž, který ihned informuje o adrese místa události. Jelikož však v rychlém tempu zadržává a komolí slova, operátor se **opakovaně doptává na adresu**, což se projevuje na **intonaci volajícího muže**. **Vulgarity** zpočátku používá jako slovní vatu a do hovoru se občas zasměje, když operátor zjišťuje osobní údaje o pacientce. Muž odpovídá operátorovi na otázky a zároveň je v hovoru silně znatelná **mnohomluvnost a sdělování nepodstatných informací ztěžující kontakt**. Muž po celou dobu hovoru **není přítomen bezprostředně na místě** události, ale podává věrohodným způsobem informace jako by tomu tak bylo. Po **konfrontaci** muže operátorem se ztěžující mnohomluvností,

muž spouští plnou silou **verbální agresi**. Operátor **ignoruje vulgaritu** i **agresi** a pokračuje v poskytování instrukcí. Muž mu odpovídá **potvrzením úkonu**, ale po chvíli přiznává, že na místě vlastně není. U operátora je **znatelná frustrace**, kterou promítá do **konfrontace muže vulgaritami** a zároveň jej **upozorňuje na možný příjezd Policie České republiky**. To muže opět přivádí do verbálních útoků na operátora.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 6

Za příznivé považuji operátorovu počáteční ignoraci slovní vaty ve formě vulgarit, které vstupují do hovoru. Volající muž se během hovoru směje a z instrukcí operátora si příliš nedělá. V tuto chvíli již byla znatelná nespokojenost muže a zvolila bych využití reflexe projevů muže. Operátor zpočátku empatickým způsobem vytěžuje informace, ale čím déle hovor trvá, tím je znatelnější jeho frustrace z přístupu muže. V polovině rozhovoru se tak rozhodne pro autoritativní přístup, který má eskalační potenciál. Z praxe mohu říct, že autoritativní styl vedení hovoru nemá na tíšňové lince využití. Výhodnější je užití direktivního stylu za současného využití normalizace, reflexe a zrcadlení. Vzhledem k neefektivitě autoritativního stylu vedení hovoru, přistupuje operátor k direktivitě. Zároveň operátor z mého pohledu zjišťuje vcelku pozdě, že muž na pacienta nevidí, což bylo zapříčiněno mnohomluvností pacienta a částečně nevhodným stylem vedení operátora. Operátor posléze velmi vhodně ověřuje realizaci zadaných pokynů. Zároveň považuji za vhodné vyhodnotit účelnost použité konfrontace Policií České republiky.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 6

Nastane-li situace, kdy je zapotřebí, aby volající začal ze svého výchozího stavu výrazněji spolupracovat, je vhodné si na tyto situace dopředu vytvořit vlastní schéma vyzkoušené v praxi. Jako vhodné nástroje zde jednoznačně shledávám reflexi projevů volajícího, edukaci o jedinečnosti člověka, který může zprostředkovat první pomoc člověku, který ji potřebuje. Situaci je jednoznačně potřeba deeskalovat klidnou intonací a ověřováním realizace zadaných pokynů. Za nevhodné považuji konfrontaci volajících represivními složkami. Za žádoucí naopak považuji informovat o případném příjezdu Policie České republiky, v souvislosti s bezpečím výjezdové posádky. Ignorance slovní vaty ve formě vulgarit je v takovýchto případech zcela žádoucí.

7.2.7 Analýza hovoru č. 7

Délka hovoru: 3 min

Ukázka záznamu hovoru č. 7: Obsah hovoru se týká problematiky úrazu hlavy.

V následující Tabulce 14, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 14: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 7	KÓDY
<i>Volající žena: „... může se napít?“</i>	
<i>Operátorka: „... ne rozhodně at' nepije...“</i>	Autoritativní styl
<i>Volající žena: „... nepij...“</i>	
<i>Operátorka: „... paní nechte teďka mluvit mě...“</i>	
<i>Operátorka: „... stěžuje si na něco?“</i>	
<i>Volající žena: „... no je takový mimo...“</i>	Nevhodná intonace
<i>Operátorka: „... odpověděl Vám krásně plynule jak se jmenuje, tak co znamená mimo, v čem je mimo?“</i>	

Následující Tabulka 15 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 15: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 7	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Absence práce s emocemi
	Přizpůsobení tempa
	Nevhodná intonace
	Konfrontace represivní složkou
	Autoritativní styl
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Okolní vlivy
	Vnější kontext
	Verbální agrese
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení

Analýza hovoru č. 7 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Operátorka zvedá tíšňový hovor, ve kterém je slyšet přeskakující hlas **ustrašené** ženy, jejíž syn má po úraze obtíže s pamětí a spontánní produkcí řeči. Operátorka **autoritativním stylem** vytěžuje informace **bez reflexe** emocí volající ženy. Volající se informuje o aktuálních možnostech saturace potřeb syna, přičemž operátorka autoritativně odpovídá. Následují náznaky **zvyšující se tenze** v hlase volající ženy a první **verbální střet**. V **pozadí** je **slyšitelné rozhořčení** otce pacienta, který svou frustraci dává znát **intonací** a **sílou hlasu**. Operátorka vzápětí **konfrontuje** ženu **represivní složkou**.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 7

Z náslechu je patrné, že nevhodně zvolený autoritativní styl vedení hovoru, má eskalační potenciál. Nutno však vyzdvihnout, že ačkoliv byla volající žena nervózní a ustrašená, operátorka zvolila vhodné tempo hovoru při sdělování informací. Jelikož operátorka nereflexuje emoce volající, prostupují celým hovorem. Volající žena nedostává ujištění o příjezdu sanitky a během hovoru se dotazuje na zvládnutí situace vlastními silami. Vzhledem k tomu, že se volajícím často zdá vytěžování hovoru zdlouhavé a zbytečné,

v tomto případě žena pokládá dotaz o samostatném zvládnutí dojezdu do nemocničního zařízení už v polovině druhé minuty hovoru. Operátorka se nenechává strhnout naléháním ženy a pokračuje ve vhodně zvoleném tempu hovoru. Tuto skutečnost však žena ani na místě vyskytující se otec syna v potenciaci emocí neakceptují.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 7

Autoritativní styly vedení hovoru nemají na operačním středisku své uplatnění, a to zejména pro jejich neefektivitu. Jelikož jsou volající často v závalu emocí a stresových hormonů, vhodnějším postupem je reflexe emocí s empaticky zvoleným přístupem. Vedení hovorů by mělo být uzpůsobeno individuální situaci daného případu a pokud volající tento druh vedení neakceptuje je vhodné přejít k direktivitě. Opětovně je potřeba vyzdvihnout, že konfrontace s represivní složkou má eskalační potenciál.

7.2.8 Analýza hovoru č. 8

Délka hovoru: 3 min

Ukázka záznamu hovoru č. 8: Obsah hovoru se týká problematiky bezvědomí.

V následující Tabulce 16, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 16: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 8	KÓDY
<i>Operátorka: „... vy jste mi říkal že je při vědomí a najednou nekomunikuje, já se ptám na to, jestli je při vědomí...“</i>	
<i>Volající muž: „... vona dechá prostě, jako dechá, dechá prostě, mluvím na ní nekomunikuje ...“</i>	Direktivita, Ebrieta
<i>Operátorka: „... nekomunikuje... no tak jestli nekomunikuje tak není při vědomí...“</i>	
<i>Operátorka: „... já tam pošlu i policajty...“</i>	Informace o příjezdu policie
<i>Volající muž: „... okamžitě, děkuju.“</i>	

Tabulka 17 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly utvořeny seskupením kódů vedlejších.

Tabulka 17: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 8	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Absence práce s emocemi
	Přizpůsobení tempa
	Empatie
	Direktivita
	Informace o příjezdu policie
	Ignorace vulgarit
	Vhodná intonace
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Ebrieta
	Verbální agrese
	Vulgarity
	Autoritativní požadavky

Analýza hovoru č. 8 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Operátorka velmi vhodně volí **empatický** klidný přístup k muži, který v **ebrietě** volá záchrannou službu pro epistaxi druhé osoby. Operátorka vede hovor klidně a tempo přizpůsobuje aktuálním potřebám muže. Muže edukuje o následujícím postupu, ten situaci akceptuje. Operátorka profesionálně vede **instruktáž** muže, který popisuje stav druhé osoby jako bdělý, přičemž je z hovoru patrné, že osoba neodpovídá. Operátorka se snaží muže edukovat o stavu druhé osoby, u které začíná předpokládat bezvědomí. Muž v **ebrietě** tuto informaci neakceptuje a zvyšující se tenzi promítá do **síly hlasu** a **apelu**. Operátorka muže **informuje o příjezdu Policie České republiky**. Muž pokládá hovor a následně po chvíli dovolává informace ohledně stavu výjezdových skupin.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 8

Operátorka zvolila efektivní empatický přístup, který zasadila do vhodně zvoleného tempa. To uzpůsobila potřebám volajícího muže v ebrietě, na kterou neupozorňovala. Muž komunikoval a snažil se o spolupráci. Pod vlivem alkoholu však chybně vyhodnocoval stav druhé osoby a zavádějícím způsobem podával informace o bdělosti osoby. Operátorka vhodně ověřovala stav a snažila se trpělivě vyhodnotit komplikovanou situaci. Jelikož osoby v ebrietě registrují spíše tón sdělení než samotný obsah, výhodné by mohlo být instruování ve formě jednoduchých větných sdělení, ověřování přijetí zpráv a direktivní styl vedení hovoru. Zejména ve chvíli, kdy bylo patrné, že se druhá osoba zřejmě nachází ve stavu bezvědomí. Operátorka však celou situaci zvládla zcela profesionálně a situaci vyřešila i tímto způsobem.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 8

Vhodně zvolený styl vedení hovoru měl značně deeskalační potenciál, ačkoliv byla ke konci hovoru znatelná tenze a verbální agrese ze strany muže, pro z jeho strany pomalu plynoucí čas. V okamžiku, kdy operátorka nabyla podezření, že je druhá osoba v bezvědomí, považují za výhodné zvolit direktivní přístup s klidnou intonací hlasu a zpětné ověřování provedení činnosti. Muž by tímto způsobem nabyl dojmu činnosti a čas by mu plynul rychleji, čímž by nedocházelo k pocitu prodlužování hovoru.

7.2.9 Analýza hovoru č. 9

Délka hovoru: 4 min

Ukázka záznamu hovoru č. 9: Obsah hovoru se týká problematiky bolesti břicha.

V následující Tabulce 18, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 18: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 9	KÓDY
<i>Operátor: „...dejte mi paní k telefonu...“</i>	
<i>Volající muž: „... si prijebaný alebo čo...“</i>	Trpělivost,
<i>Operátor: „...hele... dobrý...“</i>	Dogmatické
<i>Volající muž: „... pošli jenom tu vymrdanou záchranku, do píče vyjebaný...“</i>	požadování

Následující Tabulka 19 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 19: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 9	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Vhodná intonace
	Empatie
	Direktivita
	Nevýhodné předání
	Konfrontace represivní složkou
	Ignorace vulgarit
	Informace o příjezdu policie
	Trpělivost
	Aktivní naslouchání
	Absence práce s emocemi
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Subjektivní vnímání vysokého ohrožení
	Verbální agrese
	Nespolupráce
	Dogmatické požadování
	Vulgarity

Analýza hovoru č. 9 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Operátor **trpělivě** a **empaticky** zjišťuje lokaci muže, který neví přesnou adresu. Operátor se snaží být nápomocen hledáním v mapě a napovídá muži možné ulice. **Aktivně naslouchá** a anamnesticky ověřuje historii volání. **Nechává si předat druhou osobu** k telefonu, ale muž sděluje, že pro bolest není možné osobu předat. Operátor **opakovaně žádá** o předání druhé osoby k telefonu, a to na muže působí eskalačně. Muž spouští plnou vlnu **agrese** a **požaduje dojezd záchranné služby, bez jakékoliv aktivní spolupráce**. Operátor **konfrontuje** muže **příjezdem Policie České republiky**, přičemž agrese muže trvá. Operátor **ignoruje slovní agresi**, která po zbytek hovoru znemožňuje získání informací. Muž ukončuje hovor a následně volá jiná osoba ze stejného

místa. Operátor si **nechává předat** původního volajícího, **informuje o příjezdu Policie České republiky** a vytěžuje hovor.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 9

Operátor volí při zjišťování lokace volajícího nápomocný empatický přístup. Vhodně zvolená je i intonace hlasu. Následně zjišťuje potřebné informace a nechává si předat druhou osobu k telefonu. Volající se o předání pokusí, ale sděluje, že pro bolest nelze předat. Operátor opětovně žádá o předání druhé osoby a u muže se projevuje plná verbální agrese. V tuto chvíli by bylo výhodné opakovaně netrvat na předání druhé osoby k telefonu, z důvodu zvyšující se tenze volajícího muže. Jelikož se nejednalo o bezvědomí či bezprostředně život ohrožující situaci, považuji za vhodné vytěžovat informace prostřednictvím muže. Operátor profesionálně ignoruje vulgaritu a snaží se vstoupit do emocionální bouře muže. Následně je hovor ukončen. Při opětovném volání doporučuji komunikovat s jinou osobou, která v tomto případě druhý hovor uskutečnila. Tento postup je z mého pohledu výhodný pro prevenci další eskalace agrese.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 9

Netrvání na předání druhé osoby u situací, u kterých to není nutné, z praxe považuji za velmi výhodné řešení. Zejména v souvislosti s prevencí a rozvojem agresivních projevů volajících. Empaticky zvolený přístup je situaci zcela adekvátní, především v souvislosti s lokací volajících. Opakovaně se potvrzuje, že konfrontace s příjezdem Policie České republiky, neplní svou předpokládanou funkci a působí spíše eskalačně. Pokud se však operátor rozhodne represivní složku poslat, je výhodné volajícího informovat, že je to pro ochranu posádky zdravotnické záchranné služby a nepoužívat tuto informaci jako hrozbu.

7.2.10 Analýza hovoru č. 10

Délka hovoru: 5 min

Ukázka záznamu hovoru č. 10: Obsah hovoru zahrnuje stav pacienta po kolapsu.

V následující Tabulce 20, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 20: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 10	KÓDY
<i>Operátorka: „... on nějak si stěžoval předtím, že ho něco bolí nebo?“</i>	Konfrontace
<i>Volající muž: „...včera byl na oslavě a dneska je mu totál vole, je odepsanej...“</i>	vulgarit, Osobní
<i>Operátorka: „...totál vole jo jste říkal, to bylo na mě?“</i>	zaangažovanost
<i>Operátorka: „... a Covid nemůže mít...?“</i>	Ebrieta,
<i>Volající muž: „... nevím jestli má Covid já jsem očkovanej, já chci abyste prostě přijeli...“</i>	Zahlcování

Následující Tabulka 21 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádí tabulku na druhé straně.

Tabulka 21: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 10	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Nevhodná intonace
	Vhodná intonace
	Empatie
	Konfrontace vulgarit
	Ignorace vulgarit
	Informace o příjezdu policie
	Trpělivost
	Zahlcování
	Osobní zaangažovanost
	Absence práce s emocemi
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Ebrieta
	Verbální agrese
	Okolní vlivy
	Vnější kontext
	Vulgarity

Analýza hovoru č. 10 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Empatický a **trpělivý** přístup operátorky, střídá **konfrontace** volajícího muže v ebrietě s jeho slovní vatou ve formě **vulgarit**. Operátorka ve snaze odkrýt příčinu stavu pacienta, pátrá po možných důvodech a muže **zahlcuje** anamnestickým šetřením. Muž v **ebrietě** používá zpočátku vulgarity jako slovní vatu. Z pozadí je patrná **verbální agrese** ve formě útočných vulgárních obrátů proti operátorce. Ta na ně opět reaguje a hovor je ukončen. Následně muž volá znovu. Tento hovor zvedá jiná operátorka, která muže **informuje o příjezdu policie**, hovor vede **klidným** a **empatickým** stylem a veškeré **slovní útoky** muže **ignoruje**.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 10

Vhodně zvolený empatický a trpělivý přístup první operátorky považují za velmi výhodný. Zejména v situacích, kdy je z hovoru patrné, že je volající ve stavu ebriety a potenciální pacient také. Není však zcela efektivní konfrontovat volající s vulgaritami, které jsou slovní vatou a neblokují proces vytěžování hovoru. Vzhledem k tomu, že byla ebrieta ve způsobu vyjadřování volajícího zjevná, považuji za nevhodné zahlcovat jej anamnestickým šetřením případné příčiny stavu. U stylu druhé operátorky je velmi vhodná její klidná intonace, ignorování vulgarit ze strany volajícího a edukace, nikoli konfrontace skrze příjezd Policie České republiky.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 10

Vhodným preventivním prvkem při zvládnání agrese volajících osob je klidný tón hlasu, ignorace vulgarit, jakožto slovní vaty, která neblokuje proces při vytěžování informací. Lidé v ebrietě upínají pozornost spíše k tónu sdělení, než k jeho obsahu, a proto je výhodné ověřovat si přijetí dané informace klidnou intonací hlasu. Ta by měla být jednoduchá, srozumitelná a jedna věta by měla obsahovat jednu informaci.

7.2.11 Analýza hovoru č. 11

Délka hovoru: 4 min

Ukázka záznamu hovoru č. 11: Obsah hovoru se týká urologických obtíží.

V následující Tabulce 22, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 22: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 11	KÓDY
<i>Operátorka: „... odkad' pak voláte?“</i>	
<i>Volající žena: „... urologii a dali mu nějaký pytlík tam...“</i>	Direktivita
<i>Operátorka: „... odkad' voláte? Řekněte mi adresu.“</i>	
<i>Operátorka: „... pán je při vědomí?“</i>	
<i>Volající žena: „Ne není při vědomí, už pomalu nemluví.“</i>	Zpětné ověření přijetí informace
<i>Operátorka: „Není při vědomí? Co to znamená, že pomalu nemluví?“</i>	

Následující Tabulka 23 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly utvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 23: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 11	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Vhodná intonace
	Nevhodná intonace
	Empatie
	Direktivita
	Přizpůsobení tempa
	Zpětné ověření přijetí informace
	Struktura
	Frustrace operátora
	Ignorace vulgarit
	Informace o příjezdu policie
	Trpělivost
	Aktivní naslouchání
	Nevýhodné předání
Komunikační bariéra	
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Vulgarity
	Nespolupráce
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení

Analýza hovoru č. 11 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Hovor na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby je silně zatížen **komunikační bariérou** ze strany volající. Jelikož volající žena částečně nerozumí pokynům operátorky, je z hovoru patrná **snaha** operátorky hovořit **krátce, jednoduše** a veškeré pokyny se snaží **zpětně ověřovat**. Operátorka pro značně pokleslý tón ženy, která volá s událostí **nízkého indikačního stupně**, volí **direktivní přístup**, **přizpůsobuje tempo** volající ženě a zpočátku má adekvátně zvolenou intonaci. Hovor je vzhledem ke komunikační bariéře poměrně vleklý a na operátorce je koncem hovoru znát **frustrace** z celé situace zejména v **proměně hlasu**.

Operátorka si **nechává předat** pacienta a po zjištění stavu vědomí se snaží vytěžovat dosud nezískané informace přímo od pacienta. Ten pro komunikační bariéru začíná být **agresivní** a **na operátorku křičí**. Ta volající **informuje o příjezdu Policie České republiky** z důvodu ochrany posádky záchranné služby.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 11

U operátorky je znatelná snaha o vytvoření struktury zjištěných informací, což jí komplikuje částečně nespolupráce ženy, která nerozumí zadaným pokynům. Zpočátku hovoru je operátorka klidná, volí direktivní přístup, který je u značně úzkostné volající výhodný a funkční. Zpětně si ověřuje informace a pochopení významu slov. Volající popisuje operátorce pacienta v bezvědomí, se kterým ale mluví. Operátorka si jej vhodně nechává předat k telefonu pro ověření stavu, což považuji v tomto případě za efektivní. Pacient hovoří a operátorka vylučuje poruchu vědomí. Vytěžuje podstatné informace a muž v subjektivním vnímání zdlouhavému procesu začíná křičet. Během náběru hovoru má operátorka zpočátku vhodnou intonaci, která je ale později doplněna zjevnou frustrací. Ve chvíli, kdy je muž agresivní, operátorka snižuje intonaci do hlubší úrovně a vzhledem ke komunikační bariéře používá jednoduché krátké věty. Muž posléze předává hovor ženě. Operátorka ji instruuje o příjezdu policie, kterou odůvodňuje. Toto vysvětlení působí v hovoru značně deeskalčně. Ocenit je třeba zejména operátorčina trpělivost a vhodně zvolený direktivní styl vedení hovoru při nespolupráci. Také vhodně přizpůsobila tempo volající, aktivně naslouchala a veškeré informace si zpětně ověřovala. Znatelná byla také empatie operátorky.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 11

Za vhodné východisko považuji vzhledem ke komunikační bariéře přepojení tlumočnicka, jimiž záchranné služby v kooperaci s jinými organizacemi disponují. Zároveň je vhodné udržet adekvátní intonaci hovoru po celou dobu hovoru, bez znatelných projevů frustrace operátorky.

7.2.12 Analýza hovoru č. 12

Délka hovoru: 3 min

Ukázka záznamu hovoru č. 12: Obsah hovoru se týká úrazu dolní končetiny.

V následující Tabulce 24, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 24: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 12	KÓDY
<i>Volající muž (pacient): „... dobrý den, nemůžu moc chodit, protože se mi to nějak to, zaseklo a bolí to.“</i>	Empatie,
<i>Operátorka: „Cože? Nemůžete moc chodit, protože co se stalo?“</i>	Trpělivost
<i>Volající muž 1 (pacient): „... a bolí to...“</i>	
<i>Volající muž 2 (kamarád) – z pozdálí: „... šlápnul blbě a prostě nemůže chodit!!“</i>	Okolní vlivy
<i>Operátorka: „V kterém místě Vám otekla noha?“</i>	

Následující Tabulka 25 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 25: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 12	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Vhodná intonace
	Empatie
	Trpělivost
	Edukace
	Konfrontace ebrietou
	Aktivní naslouchání
	Nevýhodné předání
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Ebrieta
	Subjektivně vnímané vysoké ohrožení
	Okolní vlivy
	Dogmatické požadování
	Autoritativní požadavky
	Verbální agrese

Analýza hovoru č. 12 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Zpočátku velmi klidný hovor vede operátorka **empaticky**, přičemž volající, resp. kolemjdoucí plně spolupracuje a komunikuje. Zlom hovoru nastává v úseku hovoru, kdy je telefon **předán** přímo **pacientovi v ebrietě**. Ten spolupracuje a operátorka jeho spolupráci **reflektuje empatickým a trpělivým** přístupem. Muž však **není na místě sám** a do hovoru **vstupuje, kamarád** pacienta, který je taktéž pod vlivem alkoholu. Ten do hovoru **zasahuje silnou intonací a autoritativními vstupy**. Operátorka dále pokračuje v hovoru s pacientem a velmi profesionálně **ignoruje vstupy agresivního muže**. Zároveň se dozvídá, že se dotyční nemohou dopravit do nemocnice sami, protože nemají peníze. Operátorka pacienta **konfrontuje se stavem opilosti** a **edukuje** jej o **nízké naléhavosti daného případu**. Operátorka dále vytěžuje hovor, přičemž do hovoru vstupuje autoritativně kamarád pacienta, který uvolňuje **verbální agresi** v plné síle.

Operátorka usiluje o deescalaci hovoru intonací, ale fáze konfliktu je již pokročilá. Operátorka se snaží přesvědčit muže, aby jí předal pacienta, který spolupracoval.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 12

Operátorka empatickým a trpělivým přístupem vytěžuje hovor od kolemjdoucího muže a posléze pacienta. Zprvu pacientovu ebrietu přehlíží, aktivně naslouchá a po zjištění nízké naléhavosti případu muže ebrietou konfrontuje. Konfrontaci obecně nepovažují za vhodné řešení, jelikož každý se někdy může dostat do stavu opilosti. S ohledem na vlastní zkušenost z praxe s tímto druhem hovoru, chápu operátorčinu frustraci, která byla patrná zejména v edukační rovině hovoru. Zejména pokud měl pacient obtíže celý den a kamarád frustraci operátorky podporuje sdělením, že nemají peníze, jak se do nějakého nemocničního zařízení dostat. Operátorka zcela adekvátně ignorovala počáteční vstupy agresora a soustředila se na pacienta. Za zcela zlomové v tomto hovoru považují převzetí hovoru agresorem, přičemž operátorka na tento způsob vedení hovoru přistupuje.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 12

Mezi možná východiska této problematiky považují trpělivost operátorů, nekonfrontovat volající ebrietou, volbu vhodné intonace a v případě potřeby direktivní přístup při vstupech třetích osob. Z jednotlivých hovorů totiž vyplývá, že jsou to právě třetí osoby, který se staví do pozic zachránců. Když se jedná o osobu pod vlivem návykové látky je výhodné vytěžovat informace od nejvíce spolupracující osoby zapojené v události. V tomto případě to byl kolemjdoucí, který hovor inicioval. Pokud operátorka vyhodnotí, že si pacienta nechá předat, pro ověření některých fyziologických funkcí poslechem (například dechová frekvence souvisí s distančními fenomény, nádechy ve větvách apod.), považují za efektivní udržet v hovoru pouze pacienta a případně asertivními či direktivními stimuly podněcovat agresorovo předání telefonu k primárnímu zdroji informací.

7.2.13 Analýza hovoru č. 13

Délka hovoru: 12 min

Ukázka záznamu hovoru č. 13: Obsah hovoru se týká problematiky bolesti zad.

V následující Tabulce 26, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 26: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 13	KÓDY
<i>Volající muž 1: „... a až prostě přijde ten den a bude to tak v píči tak můžete přijet s pohřebákem nahledanou...“</i>	Konfrontace vulgarit
<i>Operátorka: „... nemusíte bejt tak sprostěj pane jo, ...“</i>	
<i>Operátorka: „... byl sprostěj, nechce, tak ať si někam dojde jo? Má to dva měsíce.“</i>	Komunikační bariéra
<i>Volající muž 2 (cizinec): „... na co máme dva měsíce?“</i>	

Následující Tabulka 27 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly utvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 27: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 13	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Nevhodná intonace
	Empatie
	Trpělivost
	Edukace
	Absence práce s emocemi
	Konfrontace vulgarit
	Frustrace operátora
	Výhodné předání
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Vulgarity
	Autoritativní požadavky
	Nespolupráce
	Dogmatické požadování
	Komunikační bariéra

Analýza hovoru č. 13 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Volající muž cizí národnosti volá na tísňovou linku záchranné služby, sděluje informace. Pro **komunikační bariéru** je muži špatně rozumět adresa. Operátorka vede hovor **empaticky, trpělivě** a se snaží vytěžovat informace vedoucí k lokalizaci místa události. Následně si **nechává předat pacienta** k telefonu, ten již hovoří česky. Muž je frustrován z dosavadní zdravotnické péče a během odmítání výjezdu záchranné služby **používá vulgarity, na které operátorka reaguje**. Hovor je ukončen pro **odmítání záchranné služby pacientem**. Následně volá muž cizí národnosti znovu a **dožaduje se opět záchranné služby pro kamaráda**. Operátorka muže edukuje o předchozím odmítnutí záchranné služby a se znatelnou **frustrační intonací** si nechává pacienta předat k telefonu. Během předávání je z hovoru rovněž patrná frustrace muže cizí národnosti, který některým informacím nerozumí a zesiluje intonaci hlasu. U pacienta vede vývoj stavu k indikaci vyslání výjezdové posádky záchranné služby, kterou však muž nejprve odmítá ve snaze vymanit

se ze současného cyklu léčby. U operátorky je patrné snížení **frustračního napětí** a **edukuje pacienta** o možnostech, které má. Tímto krokem značně ovlivnila redukci napětí, které bylo znatelné z obou stran a vedlo k deeskalaci agrese v hovoru.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 13

Hovory s potenciálem komunikační bariéry jsou zátěžové pro obě strany komunikačního toku. Pokud je na místě události ta možnost, považuji za výhodné nechat si předat přímo pacienta (pokud není slyšitelně agresivní). Energie vynaložená na transformaci větného sdělení může být efektivněji vynaložena na vytěžování informací od pacienta a případné ignorování vulgarit, které v tomto případě plnily funkci slovní vaty a naznačovaly silnou frustraci muže ze stávající léčby. Vhodně zvolená intonace je samozřejmostí.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 13

Považuji za efektivní operátorkin empatický přístup, kterým trpělivě vytěžovala informace od obou aktérů události. Možná východiska snižující potenciační faktory agrese zahrnují klidnou intonaci hlasu a ignoraci vulgarit, které neznemožňují komunikační proces. Ačkoliv se předání česky mluvícího pacienta nejeví jako nejvhodnější řešení, s ohledem na zisk informací (i odmítnutí poskytnutí přednemocniční neodkladné péče), je nutné s ohledem na forenzní důsledky získat vyjádření přímo od pacienta. I v takovém případě je ale nutné zvážit, zda je pacient odmítající stanovisko v daném stavu (rozčilení, ebrieta aj.) adekvátně vyhodnotit.

7.2.14 Analýza hovoru č. 14

Délka hovoru: 4 min

Ukázka záznamu hovoru č. 14: Obsah hovoru se týká problematiky psychiatrického pacienta.

V následující Tabulce 28, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 28: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 14	KÓDY
<p>Volající žena: „...jako a co hlavně dávaj pozor na to, jestli jsem se nezbláznila, ne já to mám pod kontrolou, pane tady na střeše, já to myslím vážně...“</p> <p>Operátor: „Ano.“</p>	Aktivní naslouchání
<p>Volající žena: „Tady na střeše jsou lidi, který podle mě někoho hledaj, koukaj všichni dolů...“</p> <p>Operátor: „Dobře a odkud voláte?“</p>	
<p>Volající žena: „Z kopce frájo. ... jako já jsem furt dobrá“</p> <p>Operátor: Proč to furt říkáte? Proč byste neměla být dobrá?“</p>	Ignorace vulgarit, Reflexe
<p>Volající žena: „Protože už mě tady pošpinilo celý město pane představte si to a Česká republika dyť to víte, že je to tady úplně v píči to víte taky ne?“</p> <p>Operátor: „Hm.“</p>	

Následující Tabulka 29 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 29: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 14	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	Vhodná intonace
	Empatie
	Trpělivost
	Aktivní naslouchání
	Reflexe
	Přizpůsobení tempa
	Ignorace vulgarit
	Struktura
VOLAJÍCÍ / PACIENT	Vulgarity
	Duševní onemocnění

Analýza hovoru č. 14 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Zcela profesionálně vedený hovor s pacientkou, která se projevuje symptomy **paranoidní schizofrenie**. Pacientka inkoherentně zprostředkovává informace různé kvality. Operátor má vhodně nastavenou **intonaci hlasu**, **aktivně naslouchá**, **reflektuje** pacientčiny obavy **vyčkává** a následně ženu **utvrzuje** v odeslání pomoci. Operátor **přizpůsobuje tempo** hovoru ženě a zcela profesionálně, trpělivě a empatickým přístupem ženu provází hovorem. Během hovoru **žena** používá **vulgarity**, které **operátor ignoruje**. Operátor se znatelnou **strukturou** anamnestického dotazování rozpoznává aktuální stav pacientky a vysílá posádku záchranné služby.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 14

Profesionálně vedený hovor byl strukturovaný, empatický, trpělivý a s klidnou intonací hlasu. Operátor vhodně reflektoval sdělení pacientky a ignoroval vulgarismy ženy, čímž projevil zájem o její situaci a pochopení uvolňování napětí, které žena realizovala prostřednictvím vulgarit.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 14

K tomuto hovoru nepovažuji za adekvátní cokoliv doporučovat, jelikož operátor věděl přesně co dělá.

7.2.15 Analýza hovoru č. 15

Délka hovoru: 5 min

Ukázka záznamu hovoru č. 15: Obsah hovoru se týká pádu ze schodů.

V následující Tabulce 30, si představíme příklady konkrétních výpovědí volajícího na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby, reakce operátora a kódy, které jsme z nich vyvodili.

Tabulka 30: Ukázka záznamu hovoru

ZÁZNAM HOVORU Č. 15	KÓDY
<i>Volající muž:</i> „... kurva děláte si prdel ze mě...“	
<i>Operátor:</i> „... pane neobjednáváte si taxík, odpovídejte na otázky...“	
<i>Volající muž:</i> „... vy mrdko zkurvená, děláte si ze mě prdel, pošlete mi sem sanitku ona spadla ze schodů...“	Ignorace vulgarit, Ebrieta, Struktura
<i>Operátor:</i> „...já potřebuju vědět, jestli je při vědomí, abychom jí pomohli...“	

Následující Tabulka 31 obsahuje seznam hlavních kódů, které byly vytvořeny seskupením kódů vedlejších. Pro stylistickou úpravu uvádím na další straně.

Tabulka 31: Přehled kódů

PŘEHLED KÓDŮ ZÁZNAM Č. 15	
	Hlavní kódy
OPERÁTOR	<p>Vhodná intonace</p> <p>Empatie</p> <p>Direktivita</p> <p>Edukace</p> <p>Trpělivost</p> <p>Struktura</p> <p>Ignorace vulgarit</p> <p>Absence práce s emocemi</p> <p>Informace o příjezdu policie</p> <p>Zpětné neověření přijetí informace</p>
VOLAJÍCÍ / PACIENT	<p>Vulgarity</p> <p>Ebrieta</p> <p>Dogmatické požadování</p> <p>Nespolupráce</p> <p>Znatelné odchylky v intelektu</p> <p>Verbální agrese</p> <p>Subjektivně vnímané vysoké ohrožení</p>

Analýza hovoru č. 15 se zaměřením na faktory potenciace agrese

Volající muž jeví známky **opilsti** a volá pomoc pro kamarádku. Operátorka **empaticky** a **trpělivě** vytěžuje informace od muže, který **nespolupracuje**. **Neodpovídá** na otázky, **odbíhá pozorností** ke kamarádce a pouze požaduje příjezd bez adekvátní míry spolupráce. Operátorka v souvislosti s lokalizací místa volí pro nespolepráci muže **direktivní přístup**, kterým získává adresu. Hovor vede **strukturovaně** a **klidnou intonací** vede muže k realizaci zadaných instrukcí. Muž v ebrietě je v silných emocích, a ačkoliv mu operátorka několikrát sděluje, že pomoc přijede, muž zahajuje **verbální agresi** směrem k operátorce.

Operátorka **slovní útoky muže ignoruje**. Pokračuje ve strukturovaném náběru hovoru a muže **edukuje o příjezdu Policie České republiky**. Muž volá opětovně pro urychlení příjezdu výjezdové posádky a je opětovně verbálně agresivní. Operátorka agresi ignoruje a **edukuje** muže o dojezdu posádky.

Souhrnná reflexe k záznamu č. 15

Hovor na tísňovou linku záchranné služby zvedla operátorka, která zvolila adekvátní intonaci hlasu. Trpělivě a empaticky se muže snaží ujistit o tom, že posádka záchranné služby přijede na pomoc. Muž však pro ebrietu a silné emoce informace registruje selektivně a některé i po několika opakování nepřijímá. V souvislosti s volajícími v ebrietě je výhodné dávat jednoduché instrukce a krátká větná sdělení. Informace či instrukce si zpětně ověřovat a tím tak docílit lepšího obrazu o situaci na místě a pochopení sdělení. Ačkoliv se lidé v opilosti zaměřují spíše na tón hlasu než na sdělení, považují za výhodné omezit komunikaci pouze na základní fakta a pokyny prostřednictvím klidné intonace.

Možná doporučení v hovoru k záznamu č. 15

V rámci analyzovaného hovoru považují za výhodné zkrátit větná sdělení na jednoduché věty tak, aby jedna věta obsahovala jednu informaci. Tyto informace je vhodné si zpětně ověřit a zajistit tím akceptaci sdělení. Zároveň považují za výhodné pracovat s emocemi volajícího prostřednictvím normalizace, reflexe a zrcadlení. Pokud by situace nevedla k deescalaci, je vhodné volajícímu vysvětlit aktuální možnosti, které jsou podmíněny určitým stupněm spolupráce (např. vyslání posádky – sdělení adresy). Za adekvátní považují rovněž volajícího informovat o příjezdu Policie České republiky a zdůvodnit součinnost této složky.

7.3 Sumarizace výsledků

Na základě analýzy 15 hovorů z tísňové linky zdravotnické záchranné služby konstatujeme, že faktory iniciující agresivní projevy v chování lze diferencovat u všech aktérů informačního toku. Výsledná zjištění však nelze paušalizovat a jednotlivé faktory je vhodné brát v úvahu zejména v souvislosti se vzděláváním operátorů, které na zdravotnických záchranných službách standardně probíhá. Jelikož jsou záchranné služby zřizovány separátně kraji, liší se i vzdělávací strategie na jednotlivých pracovištích.

Z analyzovaných nahrávek tísňových hovorů zdravotnické záchranné služby **vyplývá především**, trojice zjištění:

1. Jednotlivé hovory jsou ovlivněny individualitou operátora a volajícího, především z pohledu zkušeností a kontextu celého tísňového hovoru.
2. Nejčastější potenciační faktory agresivních projevů ze strany volajících osob lze na základě výsledků analýzy roztrždit na faktory přímé i nepřímé.

NEPŘÍMÉ FAKTORY POTENCUIJÍCÍ AGRESI ZE STRANY VOLAJÍCÍHO:

- ebrieta,
- vnější kontext a okolní vlivy,
- duševní onemocnění,
- znatelné odchylky v intelektu,
- subjektivní vnímání vysokého ohrožení života či zdraví,

PŘÍMÉ FAKTORY POTENCUIJÍCÍ AGRESI ZE STRANY VOLAJÍCÍHO:

- pasivní agrese,
- verbální agrese,
- vulgarity,
- komunikační bariéra,
- dogmatické požadování,
- nespolupráce,
- autoritativní požadavky.

3. jednotlivé strategie operátorů se liší v efektivitě v souvislosti s deeskalací agresivních projevů a lze je klasifikovat na efektivní a neefektivní:

HLAVNÍ EFEKTIVNÍ STRATEGIE v rámci deeskalace agrese:

- aktivní naslouchání,
- vhodně zvolená intonace,
- trpělivost,
- empatii,
- přiměřená edukaci,
- strukturovanost náběru,
- ignoraci vulgarit,
- reflexi,
- zpětné ověřování přijetí informace,
- informovanost o příjezdu Policie České republiky,
- výhodné předání hovoru na jinou osobu,
- přizpůsobení tempa,
- vhodně zvolenou direktivitu,
- akceptaci volajícího.

NEEFEKTIVNÍ MECHANISMY deeskalace agresivních projevů volajících:

- autoritativní styl vedení hovoru,
- nadměrná edukace,
- synchronní komunikace,
- nepřizpůsobení tempa,
- nevýhodné předání hovoru na jinou osobu,
- osobní zaangažovanost operátora,
- zjevná frustrace operátora,
- konfrontace (vulgarity, ebrietou, Policií České republiky),
- zahlcování informacemi,
- zpětné neověření přijetí informace,
- nevhodná intonace hlasu,
- absence práce s emocemi (normalizace, reflexe, zrcadlení).

7.4 Odpovědi na výzkumné otázky

Nyní si přiblížíme odpovědi na výzkumné otázky, které jsme si v rámci praktické části stanovili a jejichž odpovědi vyplývají z výše uvedených prezentovaných výsledků.

- **Výzkumná otázka 1:** Jaké jsou nejčastější příčiny agrese volajících tísňovou linku zdravotnického operačního střediska záchranné služby?

Aspekt potenciačních faktorů lze rozdělit z pohledu operátorů a volajících. Zároveň lze hovořit o faktorech přímých a nepřímých. Mezi nejčastějšími potenciačními faktory z pozice volajících byla ebrieta, duševní onemocnění, pasivní agrese, vulgarity, subjektivní vnímání vysokého ohrožení života či zdraví, komunikační bariéra, dogmatické požadování příjezdu záchranné služby, nespolupráce, autoritativní požadavky a v neposlední řadě vnější kontext a okolní vlivy.

Z pohledu operátorů zahrnovaly potenciační faktory především autoritativní styl vedení hovoru, nadměrnou edukaci, nevýhodné předání hovoru na jinou osobu, osobní zaangażovanost operátora, zjevnou frustraci, konfrontaci (vulgaritami, ebrietou, Policií České republiky), zahlcování informacemi, zpětné neověřování přijetí informací, nevhodnou intonaci, absenci práce s emocemi (normalizace, reflexe, zrcadlení), synchronní komunikaci, nepřizpůsobení tempa.

- **Výzkumná otázka 2:** Jaké mají operátoři zdravotnického operačního střediska záchranné služby prostředky k mírnění eskalujících projevů agrese volajících?

Z výzkumu vyplývá, že někteří operátoři disponují přirozenými osobnostními charakteristikami, jenž mají sami o sobě deeskalační potenciál. Mezi ně patří zejména intonace hlasu přinášející pocity klidu a bezpečí volajícím, schopnost empatie, trpělivost a akceptace. Deeskalačním nástrojem jsou afiliativní styly vedení hovoru místo autoritativních. Někteří operátoři se v rámci pilotního projektu jedné záchranné služby, podrobili vytvořenému Kurzu krizové komunikace pro operátory zdravotnického operačního střediska, který byl převážně pozitivně hodnocen. Osvojili si techniky, jimiž mohou zvládat své vlastní emoce při řešení náročných hovorů, agresivních hovorů aj. Zároveň pro pozitivní hodnocení kurzu, byl naplánován další turnus.

- ***Výzkumná otázka 3:*** Jaké komunikační styly operátorů zdravotnického operačního střediska záchranné služby se zdají efektivní pro mírnění eskalace agrese volajících?

Na základě analyzovaných rozhovorů vyplývá, že mezi zcela neefektivní komunikační styly vedení hovoru patří dominantní styly vedení hovoru, resp. autoritativní. Naopak efektivními nástroji jsou styly afiliativní případně dle vhodnosti direktivní. Afiliativní zejména v situacích, kdy se jedná o nízkou indikační naléhavost tíšňového hovoru, volající spolupracuje a není předpoklad problémového chování. Direktivní styl vedení hovoru je výhodný zejména u nejistých, ustrašených, plačtivých volajících nebo u mnohomluvnosti a sdělování nepodstatných informací stěžujících kontakt.

8 Diskuse

Výsledky praktické části předkládané diplomové práce přiblížily problematiku agrese osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Po analýze jednotlivých nahrávek s problematickým kontextem, je toto téma o něco přehlednější. Ačkoliv se z výsledků praktické části může zdát, že některé styly vedení hovorů na zdravotnickém operačním středisku nemají uplatnění a potřebný efekt, který někteří operátoři předpokládají, je potřeba zdůraznit, že na základě svých praktických znalostí mohou označit množství agresivních volajících a psychicky náročných hovorů v přepočtu na jednoho operátora za značný. Jako je tomu ve společnosti, tak i mezi operátory a obecně všemi profesemi, můžeme pozorovat různé struktury osobností s odlišnou dynamikou, využívající odlišné komunikační strategie. Je zapotřebí jednotlivé případy hodnotit individuálně a ze širokého kontextu.

Ukázky hovorů jsou zaměřeny pouze na komunikaci a nebyla hodnocena obsahová stránka zdravotní větve. Ukázky z hovorů byly vybrány tak, aby byl zachován kontext případného konfliktního vývoje. Je důležité zmínit, že veškeré hovory jsou rozprostřeny mezi tisíce nabraných událostí jednotlivých operátorů a nelze jejich práci, jakkoliv profesně degradovat či hodnotit na základě 15 hovorů, které jsou cíleně vybrány pro analýzu komunikačního řešení konfliktních situací. Zároveň je na místě si uvědomit, že náslech již proběhlého a vyřešeného hovoru, který je v případě výzkumníkova přeslechnutí možno vrátit o kus zpátky, neodpovídá reálné tenzi operátorů při náběru hovoru, na který mají zpravidla jeden pokus.

V rámci diskuze považuji za výhodné zmínit, že operátoři zdravotnických operačních středisek odvádí vysoce odpovědnou a profesionální práci, za kterou často nebývají adekvátně doceněni. Jejich reaktivita na agresivní projevy volajících, je často pochopitelná a je zapotřebí, zprostředkovat operátorům dostatečné mechanismy, nástroje a zdroje komunikačních dovedností, kterými mohou konfliktní situace řešit, bez případného osobního zaangażování. Práce operátorů zdravotnických operačních středisek má sama o sobě frustrační potenciál. Často nedocenění operátoři mohou cítit frustraci z bezvýchodné situace, jelikož z pochopitelného důvodu nechtějí posílat záchrannou službu na zlomený zub. Je však nutné podotknout, že neochotným a neempatickým přístupem budou nespokojené obě strany.

VÝSLEDKY VÝZKUMU NYNÍ SROVNÁME S DOSAVADNÍMI TEORETICKÝMI POZNATKY A JINÝMI VÝZKUMY.

Franěk (2023) uvádí, že pozitivní nebo negativními instrukce jsou jednou ze součástí poskytování telefonické asistované první pomoci. Tyto kroky volajícího ubezpečují o tom, že pomoc přijede. Z výzkumu však vyplývá, že pokud je tato informace volajícím sdělována v situacích, kdy jsou osoby na místě události v silných vypjatých emočních stavech, jsou tyto informace vnímány pouze selektivně a v minimální míře. Volající pak informaci o příjezdu zdravotnické záchranné služby neukládá do paměti a deklaraci pomoci neregistruje. Tento prvek může působit na volající eskalačně. Možným východiskem se ukazuje práce s emocemi volajícího, která zabere určité množství času v náběrové struktuře tíšňového hovoru, ale může být stěžejním deeskalačním prvkem agresivních hovorů. Jedná se o začlenění prvků krizové komunikace do komunikačních dovedností operátorů zdravotnického operačního střediska. Zároveň z výzkumu vychází i zjištění, že je-li instruktáž nadměrná a nese známky zahlcování, autoritativního přístupu či nevhodné intonace, pak v analyzovaných hovorech působila spíše eskalačně.

Roongruangsee et al. (2022) uvádí, že komunikační styly lze rozdělit na afiliativní a dominantní. Za obzvláště efektivní považuje styly afiliativního charakteru, které působí pozitivně a deeskalačně. Z výzkumů vyplývá, že pokud operátoři používali styly spadající do afiliativní skupiny (např. přátelské či empatické), v hovorech tento faktor působil deeskalačně. Oproti tomu volba autoritářského stylu vedení hovoru měla jednoznačně eskalační povahu.

Tomandl et al. (2020) v souvislosti s krizovou komunikací upozorňuje na nutnost prosazení důvěry ze stran aktérů hovoru. Vyzdvihuje nutnost jednání intervenanta v souladu se zájmy klienta. Důležitými body jsou základy empatie, vstřícnosti, zodpovědnosti a seberegulace vlastních emocí. Špaténková (2017) zároveň dodává, že krizová intervence, resp. komunikace, by měla pracovat s detekcí faktoru krize, skutečného či potenciálního ohrožení jedince, kdy standardní copingové strategie selhávají. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pokud operátor přistupoval k volajícímu individuálně, empaticky a trpělivě, podařilo se vždy detekovat iniciační faktor krize volajícího, vyhodnotit reálné nebezpečí pro pacienta a poskytnout mechanismy ke zvládnutí situace na místě události do příjezdu zdravotnické záchranné služby. V opačném případě z výzkumu vyplývá, že pokud volající subjektivně vnímá vysoké ohrožení, bez vhodné intervence má tento faktor eskalační potenciál.

Andršová (2012) do základních dovedností krizové komunikace/intervence začleňuje prvky důvěrného kontaktu, edukace, aktivního naslouchání, normalizace emočních stavů aj. Špaténková (2011) v souladu s výše uvedeným uvádí, že telefonická krizová komunikace/intervence je jakousi okamžitou psychologickou první pomocí, která zprostředkovává pocit, že volající není v situaci sám. Rovněž v praktické části diplomové práce výsledky poukazují na fakta, že využití aktivního naslouchání, reflexe pocitů volajícího, edukace a podpory, působí pozitivním deeskalačním směrem. Zejména v souvislosti se snižováním tenze volajících či jako preventivní faktor eskalace agresivních projevů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že mezi nejčastější faktory deeskalace agrese v souvislosti s analyzovanými hovory patří například aktivní naslouchání, vhodná intonace, trpělivost, empatie, reflexe a akceptace volajícího. To koresponduje i s tvrzením Vymětala (2003), který hovoří v souvislosti s komunikací s agresorem o zachování klidu, reflexi, pozorném naslouchání, empatii, přijetí a akceptaci pacienta, nehodnotícím aspektu přijímacího stanoviska a v neposlední řadě o pochopení. Andršová (2012) toto tvrzení rozšiřuje a uvádí, že struktura otázek umožňuje řízený průběh komunikace. Dále upozorňuje na důležitost kompetentnosti, zprostředkovávající uklidnění volajícího, prostřednictvím účinných komunikačních strategií, které jsou pracovním nástrojem dispečerů nejen zdravotnických operačních středisek. Pekara (2015) v kontextu neverbální komunikace sděluje, že její podíl je 50 %, 40 % tvoří intonace a 10 % verbální složka nesoucí informační sdělení. V případě, že je 10 % verbální složky nesoucí informaci předkládáno volajícímu, kterým zmítají emoce, není skutečně mnoho informací, které může v takovém stavu registrovat. Považuji za výhodné věnovat emocím určitou časovou dotaci v komunikaci operátorů, kteří si tím mohou ušetřit eskalaci agrese volajících například z důvodu nedostatečného ukotvení informace o pomoci.

Čermák (1999) pojednává o expozici neagresivnímu modelu a deeskalační mechanismus agrese spojuje s ignorací agresivního chování. Z výzkumu diplomové práce v rámci analyzovaných hovorů vyplývá, že zejména ignorace vulgarit a odosobnění útoků ve spojení s klidnou intonací má deeskalační potenciál. Pražáková (2015) tento druh expozice dává do souvislosti s hranicemi, a to zejména s vlastními (co zvládnou), systémovými (skutečná pomoc) a limity protistrany (co skutečně potřebuje).

Agresivnímu chování je výhodné předcházet. Brezovský (2022) uvádí, že agresi je možné podrobit preventivnímu přístupu prostřednictvím pozitivní komunikace, zachování klidu

a obecného aspektu slušnosti. Z výsledků výzkumu také vyplývá, že zachování klidu, které je zprostředkováno klidnou intonací hlasu, trpělivostí a dávkou empatie má výrazný deeskalační potenciál.

Matsumoto et al. (2013) uvádí, že za neverbální komunikaci lze považovat například i kontext či prostředí, ve kterém dochází ke komunikačnímu sdělení. Z výzkumu vyplývají i tzv. distanční fenomény, kdy v některých nahrávkách je zřejmé, že se na místě události nachází člověk, u něhož lze detekovat silné negativní emoce či agresivní projevy. V těchto případech se ukázalo, že pokud operátor neregistroval tyto neverbální projevy druhých lidí a hovor byl nevhodně předán agresivní osobě, nebyl tento krok efektivní.

LIMITY A KRITIKA VÝZKUMU

Magisterská práce je rozsáhlejší, než je u diplomových prací tohoto typu obvyklé. S ohledem na to, že považuji téma za aktuální a práce obsahuje relevantní data podložená praxí a literaturou, bych však objem informací pokládala za možný.

Diplomová práce byla vedena kvalitativní metodologií, která umožní zahrnout menší výzkumný soubor. Praktická část předkládané diplomové práce zahrnuje 15 analyzovaných hovorů, které byly vybrány na základě předem stanovených kritérií a jejichž počet zajistil dostatečnou saturaci dat. Uvědomuji si, že zvolená kritéria nemusela být vhodná a mohla výběr analyzovaných hovorů vychýlit.

Jsem si vědoma toho, že jsem použila relativně malý výzkumný vzorek analyzovaného materiálu. Také jsem si vědoma jednotlivých úskalí vyplývajících z nezahrnutí více záchranných služeb ostatních krajů. Jejich začlenění by mohlo poskytnout širší perspektivu analyzované problematiky. Jelikož byl výzkumný vzorek vybrán v rámci jednoho kraje mohou se objevovat napříč Českou republikou odchylky. Rovněž si uvědomuji možnou neobjektivitu v souvislosti se svou dosavadní pracovní kariérou. Tento atribut jsem si však vědomě hlídala z pozice výzkumníka, a to nejen při sběru či analýze dat, ale i v souvislosti s případným postojem k jednotlivým případům.

Na zdravotnické záchranné službě jsem působila od října roku 2016 zhruba do konce roku 2023. Krátkodobou pracovní zkušenost mám rovněž z anesteziologicko-resuscitačního oddělení a centrálního příjmu nemocných v nemocnici. Při zpracování jsem vycházela nejen z odborné literatury, z výsledků výzkumu, ale i ze současné pracovní praxe.

Moje pracovní zkušenost a angažovanost v problematice akcentovala nutnost setrvat v neutrální pozici výzkumníka a mohla moji „vědeckou objektivitu“ zkreslit.

Plně si uvědomuji, že jednotlivá zjištění nelze plošně generalizovat a pokud by bylo zahrnuto více záchranných služeb různých krajů, data by mohla odrážet parciálně odlišná zjištění dané problematiky. Tento limit je však společný všem kvalitativním výzkumům, které se zaměřují především na individualitu a originalitu pohledu na danou problematiku.

PŘÍNOS – PRAKTICKÁ APLIKACE ZJIŠTĚNÝCH POZNATKŮ

Zanalyzované téma zahrnuje aktuální a diskutovanou problematiku, a to nejen na operačním středisku zdravotnické záchranné služby.

Ukázalo se, že každý hovor v sobě může mít nosnou platformu pro potenciální agresivní chování. Záleží tak zcela na komunikačních schopnostech operátorů, jak s touto problematikou budou schopni v individuálních případech nakládat a tyto náročné hovory zvládat v profesionální rovině. Na základě poznatků z praktické části lze **čerpat obecná doporučení** pro operátory a vzdělávací programy zdravotnických záchranných služeb, kteří si však své portfolio vzdělávacích akcí či parciálních komunikačních dovedností individuálně upraví dle svých možností. Výsledky zároveň mohou nabádat k zamyšlení nad následnou možností psychohygieny operátorů, kteří se s agresivními hovory budou setkávat v souvislosti s výkonem povolání.

S ohledem na analyzovanou problematiku, jsem měla možnost sestavit pilotní projekt **Kurzu krizové intervence pro potřeby operátorů zdravotnického operačního střediska**. Ten vychází z poznatků analýzy předložené diplomové práce a je upravený pro potřeby operátorů zdravotnického operačního střediska. Částečně je doplněn o poznatky krizové intervence. Je zarámován odbornou literaturou, zkušenostmi člena výjezdové posádky, operátora zdravotnického operačního střediska a krizového interventy.

Spolupráce na realizaci kurzu byla nabídnuta instruktorům zabývajícím se krizovou komunikací, kteří v pilotním projektu realizovali několik setkání v rámci testovací fáze. Ta byla stanovena na **časovou dotaci 48 hodin**. Kurz probíhal 3 měsíce, přibližně 2-3x za měsíc s maximální týdenní dotací 8 hodin.

Cílem kurzu bylo předat operátorům nástroje pro krizovou komunikaci a naučit je zvládat vlastní emoce při náročných hovorech. Dále deeskalovat agresi volajícího, používat techniky normalizace, reflexe, zrcadlení či vést hovor s osobou demonstrující úmysl sebevraždy.

Dalším cílem kurzu bylo docílit toho, aby operátor po odbavení náročného hovoru necítil frustraci, ale aby pokračoval tam, kde před započítím hovoru skončil a nedocházelo k rychlému rozvoji syndromu vyhoření.

Kurzu se zúčastnili 4 operátoři, kteří se přihlásili dobrovolně, tzn. byl zde vysoký předpoklad motivace. Nejednalo se o účastníky bez komunikačních zkušeností v krizových situacích. Během kurzu se účastníci seznámili s teoretickými poznatky, které mohli následně využívat v telefonických simulacích. Účastníci přinesli do kurzu rovněž svá témata, která byla pro ně stěžejní – těmi byl doplněn obsahu kurzu. Pro pozitivní reference a poptávku vzniklého kurzu, byly realizovány další turnusy.

Tvorbu a realizaci daného kurzu považují za praktický bonus realizovaného výzkumu.

DALŠÍ DOPORUČENÍ PRO NAVAZUJÍCÍ VÝZKUM

V souvislosti s detailnějším náhledem na problematiku bych považovala za výhodné zmapovat danou problematiku i na jiných zdravotnických operačních střediscích zdravotnických záchranných služeb a rozšířit poznatky o širší spektrum analyzovaného materiálu.

Zároveň bych považovala za zajímavé porovnat vzdělávací koncepce jednotlivých zdravotnických záchranných služeb, a to v souvislosti s komunikačními dovednostmi operátorů zdravotnických operačních středisek.

Také by mohlo být přínosné, realizovat rozhovory s účastníky kurzu Krizové komunikace před a po jeho realizaci. Tím tak zjistit, jak se obměnil případně nezměnil přístup operátorů k řešení náročných tísňových hovorů s problematikou agresivních volajících.

Zajímavé by mohlo být rovněž zjištění případné klesající či rostoucí frustrace operátorů zdravotnických operačních středisek, při odbavování emočně náročných hovorů.

Zároveň bych do výzkumného souboru zahrnula poznatky zdravotnických záchranářů či lékařů zasahujících v terénu.

UZAVŘENÍ DISKUSE

Ráda bych využila možnost věnovat následující text krátkému zamyšlení. S ohledem na svou dosavadní praxi a elementární seberozvojové kurzy, je zajímavé pozorovat osobní názorový posun na problematiku agresivních volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné

služby. Vezmeme-li v úvahu reálné obavy volajících o život svůj či druhé osoby, je zcela nepodstatné, zdali je riziko skutečné či měrou (ne)adekvátní. Člověk je ve svém sociálním prostředí denně konfrontován s běžnými událostmi, na které reaguje získaným repertoárem copingových mechanismů, které střídal během svého života. Nastane-li však situace nečekaná a běžným situacím neodpovídající, je přirozené, že vlivem stresových hormonů, subjektivním pocitem ohrožení, nebezpečí, nejistoty a okolních vlivů, reagují volající v očích operátorů často neadekvátně.

Je však nutné podotknout, že situace, kdy dojde k reálnému či potenciálnímu ohrožení zdraví, ale i v situacích s daleko nižší kvalifikační indikací, jsou tyto situace pro operátory denním chlebem. Z tohoto důvodu může být pohled některých operátorů zkreslen individuálním vnímáním „skutečné“ ohrožující situace. Volající má na emoční projevy právo a jsou zcela přirozené, stejně tak jako je tomu u operátorů zdravotnických operačních středisek. Lidé se obrací na tísňovou linku s vědomím, že volají autoritě a často si připadají, že jsou v podřízené pozici.

Zahrneme-li do této myšlenky i přirozenou potřebu člověka se v situaci, kdy vnímá subjektivní ohrožení, realizovat či postupovat aktivně, umožní nám to nahlédnout na volající jinou optikou, než jako na v některých případech emočně nestabilní agresory.

Snižující se indikace jednotlivých hovorů na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby působí na operátory značně frustračně. Připojíme-li k tomuto poznatku i verbální útoky často podnapilých či zcela opilých volajících, jsou některá slovní spojení či intonace se záchytem frustrace pochopitelná.

9 Závěr

Magisterská diplomová práce byla realizována s cílem zmapovat nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Také zjistit podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Zároveň také odpovědět na výzkumné otázky.

Z 15 analyzovaných nahrávek tísňových hovorů zdravotnické záchranné služby vyplývá především, že:

- **Komunikační schémata** obou aktérů komunikačního toku tísňového hovoru jsou podstatným bodem orientace celého hovoru.
- Situaci ze strany volajících ovlivňují **faktory přímé** a **faktory nepřímé**:
 - faktory přímé: pasivní agrese, verbální agrese, vulgarity, komunikační bariéra, nespolupráce, autoritativní požadavky, dogmatické požadování,
 - faktory nepřímé: vnější kontext, okolní vlivy, duševní onemocnění, subjektivně vnímané vysoké ohrožení života či zdraví a znatelné odchylky v intelektu.
- Ze strany operátorů existují **efektivní** a **neefektivní strategie** v rámci deeskalace agrese:
 - strategie efektivní: aktivní naslouchání, vhodně zvolená intonace, trpělivost, empatie, přiměřená edukace, strukturovanost náběru, ignorace vulgarit, reflexe, zpětné ověření přijetí informace, informovanost o příjezdu policie, výhodné předání hovoru na jinou osobu, přizpůsobení tempa, vhodně zvolená direktivita, akceptace volajícího,
 - strategie neefektivní: autoritativní styl vedení hovoru, synchronní komunikace, nepřizpůsobení tempa, nadměrná edukace, nevýhodné předání hovoru na jinou osobu, osobní zaangażovanost operátora, zjevná frustrace operátora, konfrontace vulgaritami, konfrontace ebrietou, konfrontace represivní složkou (Policíí České republiky), zahlcování informacemi, zpětné neověřování přijetí informace, nevhodná intonace hlasu, absence práce s emocemi (normalizace, reflexe, zrcadlení).

SOUHRN

Problematika agresivních volajících a jinak náročných tíšňových hovorů na zdravotnických operačních střediscích záchranných služeb, je častým tématem nejen mezi zdravotníky, ale i ve veřejné prostoru. Již několikrát jsme se v historii setkali s napadením zdravotníků výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb, které může být propojeno s průvodními náznaky v tíšňových hovorech. Zmapování této problematiky považuji za aktuální a s praktickým přesahem do praxe. V rámci vypracování předkládané diplomové práce vycházím prioritně z odborné literatury, zároveň parciálně také z mé 6leté praxe ve zdravotnictví.

Diplomová práce s názvem **Aspekty agrese osob volajících na tíšňovou linku zdravotnické záchranné služby**, zahrnuje teoretickou a praktickou část.

Teoretická část zahrnuje specifikaci systému zdravotnických záchranných služeb, ve kterých působí zdravotničtí záchranáři, řidiči vozidel zdravotnických záchranných služeb či lékaři v setkávacím systému Rendez-vous. Specifikace pozic nejen členů výjezdových posádek zdravotnických záchranných služeb, ale i operátorů zdravotnických operačních středisek a v neposlední řadě provoz výjezdových skupin je legislativně ošetřena, především Zákonem o zdravotnické záchranné službě a Zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních a dalšími souvisejícími právními předpisy. Rozmístění základen a výjezdových posádek je strategicky uzpůsobeno tak, aby byla dodržena zákonná doba dojezdu posádek zdravotnických záchranných služeb, která činí 20 minut od předání výzvy zdravotnickým operačním střediskem.

Nástroje k poskytování telefonicky asistované první pomoci jsou především kompetenční předpoklady zahrnující adekvátní vzdělání zdravotnických pracovníků, komunikační dovednosti, jistou míru frustrační tolerance, doporučení České resuscitační rady a metodické pokyny jednotlivých pracovišť, jimiž se zdravotničtí pracovníci řídí. Výhodná je znalost základů krizové intervence, která může být jedním z kroků strategické přípravy operátorů zdravotnických operačních středisek. Ta i mimo jiné pracuje s pravidlem 6P, které zahrnuje například podporu, péči, předání, promluvy aj. Zároveň se opírá o bezpečný a důvěrný vztah volajícího a operátora. Agrese v kontextu zdravotnické záchranné služby zahrnuje především obecnou terminologii zahrnující pojem agresor, agresivita aj. Agresi můžeme dělit například na impulzivní, psychotickou a instrumentální, které vysvětlují určité typy agresivního chování. Zároveň je spojována s trojí typologií člověka, která zahrnuje typ

závislostní, pedanticky-mocenský a rivalitní konkurující typ agresivního chování jedince. Deeskalačními technikami agresivního chování jsou především komunikační dovednosti (empatie, naslouchání, přijetí, nehodnocení, reflexe aj.) a v neposlední řadě jistá míra sebeuvědomění vlastních emočních projevů, která má sama o sobě deeskalační potenciál.

Téma stresu a zátěže jsou pro zaměstnance zdravotnických záchranných služeb primárně ohrožujícími faktory. Největší hrozbou je jejich přechod do chronicity a potenciální riziko vyčerpání organismu s následným rozvojem syndromu vyhoření. Důležitou roli představuje chronický stres, časový tlak nebo přetěžování pracovníků. Pomáhající profese jsou nejvíce exponovány pracovním stresem. Riziko syndromu vyhoření souvisí zejména s rozvojem projevů depersonalizace a emocionálního vyčerpání, vedoucí k apatii a snížení efektivity pracovního výkonu. Prevence burnout syndromu by měla zahrnovat jak možnosti samotného zdravotníka, tak i organizace.

V praktické části jsem se zaměřila na nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby a na podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Výzkum proběhl na jedné z krajských záchranných služeb, kterou nebudu s ohledem na anonymizaci dat uvádět. Prostřednictvím oficiální žádosti jsem získala povolení pro realizaci výzkumu na daném pracovišti.

Do výzkumu bylo zařazeno 15 tísňových hovorů s různou naléhavostí, z důvodu různorodého nasycení a širšího záběru výzkumných dat. Hovory byly vybrány na základě předem stanovených kritérií. Analýza takto získaných dat (již existující materiál), byla provedena v rámci kvalitativní metodologie, prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy.

V rámci jednotlivých kategorií jsem hledala témata, která se v jednotlivých nahrávkách opakovala. Následnou analýzou jsem dospěla k několika hlavním kódům, posléze sumarizací k přímým a nepřímým faktorům podílejících se na vzniku, udržení či deeskalaci agresivních projevů. Dále také k efektivním a neefektivním strategiím nebo mechanismům.

Výsledky analýzy přibližují náhled na možnosti řešení náročných tísňových hovorů a jejich eskalační či deeskalační potenciál. Ukázalo se, že eskalační či udržující potenciál mají NEEFEKTIVNÍ MECHANISMY vedení hovoru, mezi něž patří například autoritativní styly vedení hovorů s nevhodně zvolenou intonací, konfrontace, zahlcování aj.

Byly přiblíženy též EFEKTIVNÍ STRATEGIE operátorů pro zvládání agresivních volajících, mezi které patří empatie, trpělivost, ignorace vulgarit, vhodná intonace, akceptace aj. Zároveň výzkum analyzovaných hovorů odhalil nejčastější NEPŘÍMÉ FAKTORY agresivního chování volajících, mezi něž můžeme zařadit ebrietu, vnější kontext a okolní vlivy a také PŘÍMÉ FAKTORY jako například dogmatické požadování, vulgarity nebo například komunikační bariéru. Rovněž se ukázalo, že jednotlivé hovory jsou s ohledem na individualitu operátorů i volajících značně ovlivněny osobností aktérů hovoru, resp. jejich komunikačními schémata.

Magisterská práce by mohla pomoci nahlédnout managementu zdravotnických záchranných služeb do problematiky odbavování náročných hovorů operátory tísňových linek. Mohla by poskytnout základní orientaci v potřebě nastavení vzdělávacích strategií. Zároveň by se mohlo poskytnout operátorům vhodné útočiště, které by pro ně bylo bezpečným prostředím s dostatečnými možnostmi vzdělávání komunikačních strategiích, které jim poskytnou v rámci řešení agresivních hovorů značnou míru sebeobrany.

LITERATURA

- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Grada.
- Ani, E. (2023). *Burnout and Positive Thinking Among Critical Care Nurses* (Order No. 30249213). Získáno 17. srpna 2023 z: <https://www.proquest.com/dissertations-theses/burnout-positive-thinking-among-critical-care/docview/2774324819/se-2>
- Ballance, J., Khalifa, A. G., Domanovits, H., Lockey, A., Perkins, G., Soar, J., Xanthos, T., Schlieber, J., & Truhlář, A. (2015). *Advanced Life Support*. European Resuscitation Council.
- Baron, R. A. (2011). The Control of Human Aggression: An Optimistic Perspective. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 97–119. <https://doi.org/10.1521/jscp.1983.1.2.97>
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
- Brezovský, J. (2022). Agresivita pacientů narůstá, fyzické útoky na zdravotníky nebývají výjimkou. *Zdravotnický deník*. Získáno 17. srpna 2023 z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/09/agresivita-pacientu-narusta-fyzicke-utoky-na-zdravotniky-nebyvaji-vyjimkou/>
- Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Zhang, Z., Liu, X., Jiao, M., Li, Y., & Zhang, S. (2023). Effects of verbal violence on job satisfaction, work engagement and the mediating role of emotional exhaustion among healthcare workers: a cross-sectional survey conducted in Chinese tertiary public hospitals. *BMJ Open*, 13(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065918>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (2nd ed.). Sage Publications.

Čermák, I. (1999). *Lidská agrese a její souvislosti*. Fakta.

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. (2017). *Telefonicky asistovaná první pomoc*. Získáno 24. června 2023 z: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/ifdqj/telefonicky-asistovana-prvni-pomoc-2017.pdf>

ČT. (2013, 28. července). *Záchranáři: Lidé jsou stále agresivnější už při telefonátu na tísňovou linku*. Česká televize. Získáno 17. srpna 2023 z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/archiv/1085280-zachranari-lide-jsou-stale-agresivnejsi-uz-pri-telefonatu-na-tisnovou-linku>

Edwards, S., Keillor, L., Sandison, L., Millett, A., & Davies, F. (2021). 50 Time critical telephone conversations in the emergency department – a pilot educational project to improve communication skills over the telephone when breaking bad news to relatives. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 11, A26-A27. <https://doi.org/10.1136/spcare-2021-PCC.68>

Fearon, C., & Nicol, M. (2011). Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard (through 2013)*, 26(14), 35-9. Získáno 17. srpna 2023 z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/strategies-assist-prevention-burnout-nursing/docview/911107286/se-2>

Fontana, D. (2016). *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Portál.

Franěk, O. (2008). *Medicínský a koordinační rozměr práce operačního střediska*. Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje. Získáno 30. října 2020 z: <https://ndk.cz/view/uuid:c61c29f0-5ce9-11e8-983f-005056827e51?page=uuid:2fb32390-759b-11e8-be68-5ef3fc9bb22f>

Franěk, O. (2023). *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska* (13. vydání). MUDr. Ondřej Franěk.

Grochowska, A., Gawron, A., & Bodys-Cupak, I. (2022). Stress-Inducing Factors vs. the Risk of Occupational Burnout in the Work of Nurses and Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5539. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095539>

Hall, J. A. & Knapp, M. L. (2013). *Nonverbal Communication*. De Gruyter Mouton. Získáno 1. března 2023 z: https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook?sid=19344339-dd46-4fa6-ada4-b6f84a2378e0%40redis&ppid=pp_Cover&vid=0&format=EB

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Janoušek, J. (2015). *Psychologické základy verbální komunikace*. Grada.

Jourdain, K. (2004). Communication Styles and Conflict. *The Journal for Quality and Participation*, 27(2), 23-25. Získáno 16. února 2023 z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/communication-styles-conflict/docview/219110315/se-2>

Kebza, V. (2012). *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Grada.

Kellner, A., Townsend, K., Wilkinson, A., & Loudoun, R. (2021). Violence at work in the ambulance service: the role of HRM and other systems. *Personnel Review*, 50(7), 1647-1664. <https://doi.org/10.1108/PR-06-2020-0448>

Kelnarová, J., & Matějková, E. (2014). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.

Kim, M.-N., Yoo, Y.-S., Cho, O.-H., & Hwang, K.-H. (2022). Emotional Labor and Burnout of Public Health Nurses during the COVID-19 Pandemic: Mediating Effects of Perceived Health Status and Perceived Organizational Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010549>

Klevetová, D. (2011). Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sestra*, 21(10), 20-22.

Landy, F. J. & Conte, J. M. (2013). *Work in 21st Century. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology (4th ed.)*. Wiley.

Látalová, K. (2013). *Agresivita v psychiatrii*. Grada.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Eds.), *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*, 3, 91–134. Elsevier Science/JAI Press. Získáno 1. října 2020 z: https://www.researchgate.net/publication/235297409_Areas_of_Worklife_A_Structured_Approach_to_Organizational_Predictors_of_Job_Burnout

Linhartová, V. (2006). *Praktická komunikace v medicíně*. Grada.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2007). Burnout. In book: *Encyclopedia of Stress*. 358-362. Edition: 2nd. Publisher: Elsevier. Získáno 14. září 2020 z: https://www.researchgate.net/publication/303791742_Burnout

Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 1–16, Taylor & Francis. Získáno 15. října 2020 z: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>

Matsumoto, D., Frank, M. G. & Hwang, H. S. (2013). *Nonverbal Communication: Science and Applications*. SAGE Publications, Inc. Získáno 19. února 2023 z: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzQ3NDU4OF9fQU41?sid=d1572c9e-51e1-489a-8801-4619116bfc0c@redis&vid=2&format=EB>

Mikuláščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi*. Grada.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Ooi, M. Y., Rabbani, M., Yahya, A. N., & Siau, C. S. (2023). The Relationship Between Religious Orientation, Coping Strategies and Suicidal Behaviour. *Omega: Journal of Death & Dying*, 86(4), 1312–1328. <https://doi.org/10.1177/00302228211005864>

Pauknerová, D. (2012). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Grada.

Paulík, K. (2012). *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Ostravská univerzita.

Pekara, J. (2015). *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Získáno 19. února 2023 z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7330-komunikace-jako-sebeobrana-zdravotnika.pdf>

Pelcák, S. (2015). *Stres a syndrom vyhoření*. Gaudeamus.

Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.

Plaňava, I. (2005). *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Grada.

Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Schlemmer, B., Azoulay, É., Chevret, S., Timsit, J.-F., & Pochard, F. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698-704. Získáno 20. února 2023 z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/burnout-syndrome-critical-care-nursing-staff/docview/199621629/se-2>

Poněšický, J. (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci: v životě i v procesu psychoterapie* (2., dopl. vyd). Triton.

Poněšický, J. (2016). *Biopsychosociální pojetí agrese, násilí a moci*. Získáno 27. února 2023 z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/39712/HP_Ponesicky_habilita%C4%8Dn%C3%AD%20pr%C3%A1ce.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pražáková, L. (2015). Syndrom vyhoření. *Ošetrovatelská péče*, 1, 4-7.

Pudil, J. (1998). Profesionální stres zdravotnických záchranářů. *Urgentní medicína*. 1, 23-25.

Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., & Mache, S. (2023). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments – a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 23, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z>

Remeš, R., & Trnovská, S. (2013). *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Grada.

Rivas, N., López, M., Castro, M.-J., Luis-Vian, S., Fernández-Castro, M., Cao, M.-J., García, S., Velasco-Gonzalez, V., & Jiménez, J.-M. (2021). Analysis of Burnout Syndrome and Resilience in Nurses throughout the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910470>

Roongruangsee, R., Patterson, P., & Ngo, L. V. (2022). Professionals' interpersonal communications style: does it matter in building client psychological comfort? *The Journal of Services Marketing*, 36(3), 379-397. <https://doi.org/10.1108/JSM-09-2020-0382>

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Schober, G., Björkqvist, K., & Somppi, S. (2009). Identifying a new subcategory of aggression: sex differences in direct non-verbal aggression. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 1(3), 58-70. <https://doi.org/10.1108/17596599200900018>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. SAGE Publications Inc.

Šeblová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice: expozice kritickým událostem a výskyt syndromu vyhoření v letech 2003-2005. *Československá psychologie*, 51(4), 404-416.

Šenovský, M., Adamec, V., & Hanuška, Z. (2007). *Integrovaný záchranný systém* (2. vyd). Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. Získáno 30. října 2020 z: <https://ndk.cz/view/uuid:23b64bb0-d92e-11e4-8565-005056827e52?page=uuid:23960c40-ed4-11e4-a511-5ef3fc9ae867>

Šín, R. (2017). *Medicína katastrof*. Galén. Získáno 1. listopadu 2020 z: <https://ndk.cz/view/uuid:8d901990-763b-11e9-8cea-005056827e52?page=uuid:26a70900-c4b3-4d5e-a379-9d05f9884bbb>

Šmajsová Buchtová, B. (2010). *Rétorika: vážnost mluveného slova* (2., aktualiz. vyd). Grada.

Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.

Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.

Tomandl, J., Čuřík, J., Maršovská, K., & Fojtová, T. (2020). *Krizová komunikace: principy - zkušenosti - postupy*. Masarykova univerzita.

Vaňura, O., & Pařízek, M. (2021, 21. října). „Zachovat klidnou hlavu.“ *Operátoři na tísňové lince 158 jsou očima i ušima policistů v terénu*. Český rozhlas. Získáno 17. srpna 2023 z: <https://radiozurnal.rozhlas.cz/kdyz-jde-o-vteriny-6-serie-8599696/4>

Vevera, J., Nichtová, A., Strunzová, V., Petr, T., & Nawka, A. (2018). Deeskalace – Základní intervence ke zvládnutí násilí. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 114(5), 213-217.

Vilášek, J., Fiala, M., & Vondrášek, D. (2014). *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Karolinum.

Voss, C., & Raz, T. (2016). *Nikdy nedělej kompromis, aneb, Vyjednávej tak, jako by ti šlo o život*. Jan Melvil Publishing.

Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace* (Vyd. 2). Portál.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška č. 240/2012 Sb., kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.

Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie*. Grada.

Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. Získáno 19. února 2023 z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/krizova-komunikace-1162138/>

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Grada Publishing.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

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

Zeman, M., & Mika, O. J. (2007). *Integrovaný záchranný systém*. Vysoké učení technické v Brně, Fakulta chemická. Získáno 1. listopadu 2020 z: <https://ndk.cz/view/uuid:77096e30-7dff-11e9-8a38-005056827e51?page=uuid:7f1e417f-6066-4975-b8c4-dd14f1fd8884>

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Abstract of thesis

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

Název práce: Aspekty agrese osob volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby

Autor práce: Bc. et Bc. Jana Kulhavá

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 116, 169 151 znaků

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 80

Abstrakt (800–1200 zn.):

Výzkumný problém diplomové práce byl zaměřen na Aspekty agrese osob, volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby a cílem bylo zmapovat nejčastější příčiny potenciace agrese volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Dále zjistit podobu možných východisek snižujících agresivitu volajících na tísňovou linku zdravotnické záchranné služby. Teoretická část přibližuje systém zdravotnické záchranné služby, nástroje k poskytování telefonicky neodkladné první pomoci a problematiku agrese v kontextu zdravotnické záchranné služby. Výzkumná část byla vedena kvalitativní metodikou, resp. analýzou dokumentů. Analýza zahrnovala 15 tísňových hovorů. Záznamy splňovaly předem stanovená kritéria. Výsledky ukázaly, že jednotlivé hovory jsou ovlivněny individualitou operátora a volajícího, především z pohledu zkušeností a kontextu celého tísňového hovoru. Dále je tísňové volání zatíženo ze strany volajících faktory přímými (např. vulgarity, verbální agrese aj.) i nepřímými (např. vnější kontext a okolní vlivy) volajících. Zároveň existují deeskalační strategie operátorů mající efektivní (trpělivost, reflexe aj.) i neefektivní podobu (např. autoritativní styl vedení hovoru, konfrontace vulgaritami aj.).

Klíčová slova: operační středisko zdravotnické záchranné služby, telefonicky asistovaná první pomoc, komunikace, krizová intervence, agrese, deeskalace agrese

Příloha 2: Abstract of thesis

Title: Aspects of aggression of emergency callers to the emergency medical service

Author: Bc. et Bc. Jana Kulhavá

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 116, 169 151 znaků

Number of appendices: 2

Number of references: 80

Abstract (800–1200 characters):

The research problem of the thesis was focused on Aspects of aggression of people calling the emergency line of the medical emergency service and the aim was to map the most common causes of aggression potentiation of callers to the emergency line of the medical emergency service. Furthermore, to identify the form of possible starting points to reduce the aggression of callers to the emergency medical emergency service. The theoretical part introduces the system of the medical emergency service, tools to provide emergency first aid by telephone and the issue of aggression in the context of the medical emergency service. The research part was guided by qualitative methodology or document analysis. The analysis included 15 emergency calls. The records met predefined criteria. The results showed that individual calls are influenced by the individuality of the operator and the caller, especially in terms of experience and the context of the whole emergency call. Furthermore, the emergency call is loaded by the callers' factors both direct (e.g. vulgarity, verbal aggression, etc.) and indirect (e.g. external context and environmental influences) of the callers. At the same time, there are de-escalation strategies of operators having both effective (patience, reflection, etc.)

Key words: emergency medical services operations centre, telephone-assisted first aid, communication, crisis intervention, aggression, de-escalation of aggression