



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Práce zdravotnické záchranné služby s duševně
nemocnými**

Bakalářská práce

Studijní program:

Specializace ve zdravotnictví

Autor: Jakub Dupal

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Práce zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30.7.2020

.....

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D., za odborné vedení a ochotu poradit se všemi náležitostmi, které tato práce obnášela. Mé poděkování patří také Bc. et Bc. Ivetě Kubíčkové za odbornou kontrolu anglického abstraktu a Mgr. Věře Branšovské za kontrolu českého jazyka. Dále bych chtěl poděkovat všem informantům z řad záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska za čas, který si na mě udělali.

Práce zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými

Abstrakt

Naše odborná práce nese název „*Práce zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými.*“ Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování této oblasti z hlediska využívaných postupů. Práci jsme rozdělili do jednotlivých částí. První částí je část teoretická. V teoretické části se budeme věnovat definování osobnosti zdravotnického záchranáře a kompetencemi, protože v této oblasti jsou kompetence dle našeho názoru velice důležité. Dále se budeme věnovat komunikaci, která je základem každé práce s pacientem. Poslední třetinu teoretické části věnujeme definování a seznámení s jednotlivými psychiatrickými onemocněními. Další částí naší odborné práce je část výzkumná. K adekvátnímu sestavení osnovy výzkumu jsme využili námi sestavené výzkumné otázky:

VO 1: Jaké jsou postupy zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným?

VO 2: Jaká jsou specifika práce operátora zdravotnického operačního střediska duševně nemocným?

VO 3: Jaká jsou rizika pro zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným?

Cílem naší odborné práce je zmapování postupu zdravotnických záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska k pacientům, u kterých došlo ke vzniku duševního onemocnění a jejich momentální stav vyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby. Mezi další cíle jsme zařadili zmapování rizik, která hrozí během výjezdů k psychicky nemocným pacientům.

Výsledkem našeho výzkumu bylo odpovězení na stanovené výzkumné otázky. Odpověď na VO 1 zněla, že lze říci určité používané postupy u jednotlivých duševních onemocnění, ovšem nelze je paušálně využít na všechny námi popsané stavy. Odpověď na VO 2 byla obdobná odpovědi na výzkumnou otázku č.1. Operátoři zdravotnického operačního střediska využívají určité postupy, ovšem záleží to především na jejich individuálním rozhodnutí, jak přistoupí k přijímanému telefonátu. Odpovědi na VO 3 bylo zjištění, že rizikem pro zdravotnické záchranáře u duševních onemocnění je možný vznik agrese. Dalším rizikem je komunikace samotná. Zdravotničtí záchranáři musejí přesně znát možnosti, jak se v dané situaci mohou postupovat, a především zachovat se i dle zákona.

Klíčová slova: duševní onemocnění; komunikace; zdravotnický záchranář

The specifics of emergency medical services with care of mental health patients

Abstract

The topic of this bachelor thesis is „*The specifics of emergency medical services with care of mental health patients.*” The aim of this bachelor thesis is to map the types of procedures used in this area. We have divided this thesis into several parts. The first part of this thesis is theoretical, we deal with the characteristics of the personality traits of paramedic and related competences, because I consider competences in this area as crucial. In the second part, this thesis deals with the communication which represents fundamental ability of every paramedic. The last third of the theoretical work depicts and defines mental illnesses covered in this thesis. Next part of this bachelor thesis represents a research, we have used following questions to formulate research:

VO 1: What are the procedures of a paramedic in contact with a mentally ill person?

VO 2: What are the specifics in the work of operator in the medical operation center with a mentally ill person?

VO 3: What are the risks in the work of paramedic with mentally ill person?

The aim of this bachelor thesis was to deal with the procedure of paramedics and operators in medical operation center in the contact with mentally ill patients, whose state requires immediate emergency medical care provided by Emergency Medical Service. The additional aim of this bachelor thesis was to monitor the potential risks of providing emergency medical care to patients with mental illnesses.

The result of our research was to answer the set research questions. The answer to question VO 1 was that there is a set of procedures used in the contact with mentally ill patients, but we cannot use them to all possible states. The answer to VO 2 was similar to VO 1, operators in medical operation center use certain procedures, but it is up to their immediate decision how they deal with the receiving call. The answer to VO 3 was that the risk for paramedic in the work with mentally ill patient is potential emergence of aggression. Another risk is the communication itself. Paramedics have to know their possibilities in dealing with this situation and they have to be aware of their legal boundaries too.

Keywords: mental illness; communication, paramedic

Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Osobnost zdravotnického záchranáře.....	10
1.2 Syndrom vyhoření.....	11
1.2.1 Fáze syndromu vyhoření.....	11
1.2.2 Prevence vzniku syndromu vyhoření.....	12
1.3 Oprávnění zdravotnického záchranáře.....	12
1.4 Psychika pacienta v krizové situaci.....	13
1.4.1 Ambivalentní prožívání nemoci.....	14
1.5 Stres.....	14
1.6 Definování a rozdělení komunikace.....	15
1.6.1 Verbální komunikace.....	16
1.6.2 Paraverbální komunikace.....	17
1.6.3 Neverbální komunikace.....	17
1.6.4 Komunikace zdravá vs. komunikace nezdravá.....	17
1.7 Komunikace při výjezdu ZZS.....	18
1.7.1 Komunikace volajícího a ZOS ZZS.....	18
1.7.2 Komunikace záchranáře s pacientem.....	18
1.7.3 Komunikace s rodinnou.....	19
1.7.4 Komunikace s pacientem trpícím psychózou.....	19
1.7.5 Komunikace s agresivním pacientem.....	19
1.7.6 Komunikace s neurotickým pacientem.....	21
1.8 Komunikace Zdravotnického operačního střediska ZZS.....	21
1.8.1 Základní osnova hovoru s volajícím.....	21
1.8.2 Komunikace s agresivním volajícím.....	22
1.8.3 Komunikace s volajícím s psychickou poruchou.....	22

1.9	Duševní poruchy	22
1.9.1	Definice duševních poruch	22
1.9.2	Duševní poruchy v České republice	23
1.9.3	Biologické příčiny vzniku duševní poruchy	23
1.9.4	Psychosociální příčiny vzniku duševní poruchy.....	23
1.9.5	Duševní poruchy vzniklé účinkem psychoaktivních látek	24
1.10	Schizofrenie a psychotické poruchy	24
1.10.1	Schizofrenie	24
1.10.2	Porucha s bludy.....	25
1.11	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	25
1.11.1	Akutní reakce na stres	25
1.11.2	Posttraumatická stresová porucha.....	26
1.11.3	Úzkostné poruchy a neuróza.....	26
1.11.4	Somatoformní poruchy	27
1.11.5	Léčba neurotických, stresových a somatoformních poruch.....	27
1.12	Afektivní poruchy.....	28
1.12.1	Poruchy nálady	28
1.13	Obecná léčba duševních poruch	28
1.14	Definice psychologie	28
1.14.1	Psychologie zdravotnické činnosti.....	29
1.15	Definování pojmu psychiatrie	29
1.15.1	Základní vyšetření v psychiatrii.....	29
2	Výzkumná část.....	30
2.1	Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.2	Cíle práce	30
2.3	Výzkumné otázky.....	30
3	Operacionalizace.....	31

4	Metodika	32
4.1	Metodika a technika sběru dat.....	32
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
5	Výsledky výzkumu	34
6	Diskuze	51
7	Závěr	61
8	Seznam použitých zdrojů.....	62
9	Seznam příloh	66
9.1	Polostrukturovaný rozhovor zdravotnických záchranářů.....	66
9.2	Polostrukturovaný rozhovor operátorů zdravotnického operačního střediska.	69
10	Seznam použitých zkratk	71

Úvod

V naší odborné práci se zabýváme prací zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými. Vzhledem k pokročilé době, kdy je na většinu věcí minimum času, dochází k velkému stresovému vypětí populace, a tedy ke zvýšenému procentu výskytu těchto onemocnění. Ovšem je nutné říct, že dnešní doba nám umožňuje daleko lepší možnosti v terapii těchto stavů. Tím máme na mysli jak terapii přednemocniční, nemocniční, tak i terapii v domácím prostředí pacienta.

Důvodem výběru tohoto tématu byla především zkušenost s několika výjezdy, které nesly indikaci psychiatrického stavu v rámci odborné praxe na Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje. Oblast psychiatrických onemocnění je dle našeho názoru nepřilíš spojována se záchrannou službou, a tudíž i informovanost a proškolení pracovníků by mělo být více zařazováno do pravidelných školení.

V teoretické části se budeme věnovat definování osobnosti zdravotnického záchranáře a kompetencím zdravotnických záchranářů, protože v této oblasti jsou kompetence dle mého názoru velice důležité. Dále se budeme zabývat komunikací, která je základem každé práce s pacientem. V poslední třetině teoretické části se zaměříme na definování a seznámení s jednotlivými psychiatrickými onemocněními.

Cílem naší odborné práce je zmapování postupu zdravotnických záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska k pacientům, u kterých došlo ke vzniku duševního onemocnění a jejich momentální stav vyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby. Mezi další cíle jsme zařadili zmapování rizik, která hrozí během výjezdů k psychicky nemocným pacientům.

1 Současný stav

1.1 Osobnost zdravotnického záchranáře

Zdravotnický záchranář je povolání, které svou náplní převyšuje všechna „normální povolání“ dnešní doby. Vlastností každého zdravotnického záchranáře by mělo být zvládnutí psychické zátěže. Tato výbava umožňuje záchranářům překonávat psychickou zátěž, kterou přinášejí situace ohrožení života nebo vykonávání práce v improvizovaných podmínkách. Na druhou stranu je nutné říct, že nastupující záchranáři očekávají, že se do takto náročných situací budou dostávat každý den. Ovšem praxe bývá mnohdy úplně opačná. Záchranáři se mnohdy setkávají s neakutními pacienty a mnoho výjezdů tím pádem obnáší pouze změření základních životních funkcí a poté transport do nejbližšího zdravotnického zařízení. (Andršová, 2012)

Specifickými požadavky pro osobnost záchranáře jsou znalost, rychlost, zručnost a zkušenost. Do další charakteristiky práce záchranných týmů můžeme řadit řešení kritických situací, kdy se sami záchranáři dostávají pod emoční tlak, jsou stravování a osobní hygiena, které probíhají v mnoha situacích ve spěchu a stresu. Další charakteristikou záchranáře je ohrožení až nasazení vlastního života, o kterém hovoříme především při zásahu o osoby, jejichž psychika je ovlivněna omamnými látkami. Dále pak je častá nutnost improvizace, která souvisí s prací v terénu, v hluku, ve špíně a nepříznivém počasí (sníh, déšť, horko). Záchranář také musí zvládat velmi emočně vypjaté situace ať už z okolí rodiny či od postižené osoby. Málokdy dochází ke zpětné vazbě od zachráněných lidí. Dále jsou kladeny velice vysoké nároky na odbornost (praktické i teoretické znalosti z oblasti celé medicíny) a charakter (s čímž souvisí psychická stabilita a efektivní chování v dané situaci). (Bydžovský, 2008)

Prožitek dané situace může být pro člena zdravotnického týmu velmi stresující, pokud se nechá příliš „vtáhnout“ do děje. Dalším úskalím jsou situace, ve kterých bude mít pochybnosti o tom, zda je schopen vzniklý problém řešit v rozsahu svých znalostí a kompetencí. Emoční chování může nabírat na intenzitě a poté vyústí v neefektivní chování záchranáře vůči okolí, který pak ztrácí schopnost přiléhavě jednat. Proto je v profesi záchranáře nesmírně důležité osvojit si vysokou míru sebekontroly, schopnosti nahlédnout do vzniklé krizové situace a také je důležité osvojit si efektivní neverbální a verbální chování (Ertlová, 2004).

Podle Kelnarové a Matějkové (2010) plní zdravotník nejen funkci zdravotnickou, ale také funkci pedagogickou. Nejenže pacientovi vysvětlí daný problém a nastíní další řešení. V mnoha případech je potřeba pacienta pokárat, přesvědčit a také motivovat. Veškeré postupy je nutno pacientovi trpělivě vysvětlovat a zdůrazňovat mu hlavní pokyny. Pokud chce ovšem zdravotník plnit i roli pedagoga kvalitně, musí sám sebe vychovávat a vzdělávat během výkonu svého povolání.

1.2 Syndrom vyhoření

Koncept syndromu vyhoření byl poprvé popsán americkým psychologem Herbertem Freudenbergerem. Synonymem pro syndrom vyhoření jsou emoční vyčerpání, snížený osobní výkon a depersonalizace. Depersonalizaci můžeme chápat jako bezcitnost, tedy zacházení s pacienty jako s objekty. (C. P. West, L. N. Dyrbye & T. D. Shanafelt, 2018) Dle tvrzení Gabriely Kapounové (2007) se syndrom vyhoření objevuje zejména u profesí, kde hodnocení vykonané práce je závislé na hodnocení jiných lidí. Zdravotnický personál patří do skupiny, která je vznikem syndromu vyhoření vysoce ohrožena. Velmi důležitou částí v procesu určení - hovoříme opravdu o tomto syndromu - je vyloučení depresivních a bipolárních poruch. Syndrom vyhoření postihuje osoby, které jsou psychicky zdravé, pouze u nich došlo k psychickému zhroucení.

Každodenní stres může mít velký vliv na osobní pohodu, na zdraví a spokojenost. Tyto podněty vedou ke vzniku syndromu. Syndrom vyhoření se skládá ze třech částí – nízký osobní výkon, depersonalizace a emoční vyčerpání. Nejčastěji postiženými syndromem vyhoření jsou lidé ve zdravotnictví. Každé oddělení ve zdravotnickém zařízení má svá specifika a ta také mohou ovlivnit úroveň syndromu vyhoření. (Gazelle Gail a kol., 2015)

1.2.1 Fáze syndromu vyhoření

V první fázi dochází k nadšení – zdravotník pracuje velmi aktivně, vyhledává mnoho dalších aktivit. Druhá fáze je symbolizována postupným slevováním z vytyčených nároků. Zdravotník je pomalu ovlivňován stresem z vysokých nároků. Ve třetí fázi vzniká frustrace z nesplněných cílů. Čtvrtá fáze – fáze apatie – zdravotník dělá pouze nejnutnější úkony, odmítá komunikaci s okolím. Poslední fází je vyhoření – negativní postoj vůči sobě samému i okolí, unavenost, agresivita až cynismus. (G. Kapounová, 2007)

Ke vzniku syndromu vyhoření dochází u jedinců, kteří pro tento syndrom vykazují určité dispozice. Mezi tyto dispozice můžeme řadit nevyrovnání se s neúspěchem, kompenzace sníženého sebehodnocení své osoby apod. Pokud bychom měli hovořit

o terapii syndromu vyhoření, tak ta by měla být přímo úměrná závažnosti stavu dané osoby. Existují různé způsoby terapie, ovšem mezi základní postup patří relaxační technika a změna oboru či změna pracoviště. Pokud tyto základní postupy nefungují, lze přistoupit k terapii pomocí psychofarmak nebo také psychoterapie. (Beran a kol., 2010)

1.2.2 Prevence vzniku syndromu vyhoření

Základem prevence vzniku syndromu vyhoření jsou relaxační techniky. Tyto techniky při opakovaném používání zvyšují sebejistotu, ale také sebekontrolu nad svým psychickým stavem. Mezi další možnosti prevence můžeme řadit celoživotní vzdělávání (nemusí přímo souviset s vykonávanou prací, například studium cizích jazyků) či udržování dobrých mezilidských vztahů. Prevence vzniku syndromu vyhoření může být praktikována i ze strany nadřízených vůči podřízeným, například v rámci pravidelných schůzek personálu, podporování podřízených ve vzdělávání či možnost zajištění intervence. (Jobánková a kol., 2003)

Prevence vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů se specificky odlišuje od ostatních profesí. Základem prevence je přijetí faktu, že nelze zachránit všechny pacienty, a naopak nelze vymýtit všechny nepříjemné výjezdy, například k opilým a agresivním jedincům. Další možností je pomoc interventů, kteří jsou vždy ochotni dotyčného záchranáře vyslechnout. Třetím stavebním kamenem prevence je udržování přátelských vztahů s kolegy a dopřívání si dostatku volnočasových aktivit. (Humpl a kol., 2013)

1.3 Oprávnění zdravotnického záchranáře

Dle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě je zdravotnický záchranář oprávněn vstupovat do cizích objektů, obydlí a na cizí pozemky za účelem poskytnutí přednemocniční neodkladné péče, pokud se tam podle dostupných informací nachází osoba, které má být přednemocniční neodkladná péče poskytnuta. Dále je také oprávněn vyžadovat od fyzických osob, které se nacházejí na místě události, osobní či věcnou pomoc bezprostředně nutnou k záchraně života nebo zdraví.

Členové výjezdové skupiny operátora zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby uposlechnout pokyny k výjezdu, a to do dvou minut od obdržení výzvy.

Zdravotnický záchranář je povinen poskytnout přednemocniční neodkladnou péči i bez výzvy od operátora zdravotnického střediska. Vedoucí výjezdové skupiny, pokud hovoříme o posádce typu RZP, máme na mysli zdravotnického záchranáře, který je povinen ohlásit podrobnosti vzniklé situace operačnímu středisku.

Velitel výjezdové skupiny může rozhodnout o neposkytnutí přednemocniční neodkladné péče v místě události, pokud by byl ohrožen život a zdraví posádky nebo pokud výjezdová skupina není dostatečně vyškolená v dané problematice, anebo nemá potřebné technické prostředky ke zvládnutí dané situace. Pokud se rozhodne posádka neposkytnout přednemocniční neodkladnou péči, je povinna vše nahlásit zdravotnickému operačnímu středisku. (§18, 19 zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě)

1.4 Psychika pacienta v krizové situaci

Každý akutní stav v životě člověka je velmi psychicky náročný a je tíživě snášen. Bývá spojený s bolestí, varovnými příznaky či obavami ze smrti. Náhle vzniklé postižení, které v mnohých případech vzniká bez varování, vytrhuje člověka z normálního života, s čímž souvisí i změny zdravotního stavu. Tyto změny bývají spojeny se strachem a obavami. Zejména se jedná o obavy o sebe, o majetek, o rodinu či zaměstnání. Mnohdy se mohou tyto obavy zdát zdravotnickým záchranářům zbytečné, ovšem je důležité tyto obavy nebagatelizovat, protože mohou vyvolat zhoršení stavu pacienta. U lidí, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě, hraje velkou roli zejména faktor času. Postižení nejsou schopni přiléhavě odpovídat, mnohdy nedokážou vyjádřit to, co je trápí v daný moment. Svůj zdravotní stav posuzují v takzvaném autoplastickém obrazu nemoci. Do tohoto obrazu se promítají potíže, které danou osobu trápí (-plegie či například dechová insuficience), citové vnímání (úzkost, lhostejnost) nebo také aktuální vjemy z pacientova zorného pole (pohled na otevřenou ránu, mrtvého spolujezdce apod.). Tímto autoplastickým obrazem nemoci je ovlivněna celková komunikační aktivita postiženého (Andršová, 2012).

Autoplastický obraz nemoci obsahuje složku senzitivní (kam řadíme obtíže a místní bolesti), emocionální (naděje, úzkost, strach), racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě apod.) a volní (usilování o uzdravení či odolávání nemoci). Je nutné říct, že žádná složka nemůže působit samostatně – dochází k vzájemnému prolínání. Vztah, který vzniká mezi objektivním zjištěním a subjektivním prožíváním, není nikdy přímočarý. Lidé, kteří jsou více citliví, mohou dané události prožívat do jisté míry závažněji. Zveličují příznaky, přehánějí při popisování potíží, čímž uvádějí

do nepříjemné situace zdravotnické pracovníky a nemusí se vždy jednat jen o lékaře. Málo zkušený zdravotnický záchranář či lékař se může nechat ovlivnit výroky pacienta a chybně pak určit diagnózu. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011)

U nemocných vstupuje do hry bezprostředně ohrožených na životě zejména časový faktor. Osoba ohrožená na životě je v těchto situacích málokdy schopná přiléhavě odpovídat a sdělovat svá přání. Pokud je postižená osoba při vědomí, je na místě kontrolovat nejen svoji komunikaci, ale také napomáhat zraněné osobě při jejích pokusech o komunikaci. Je proto nesmírně důležité, aby zdravotnický tým, který dorazí na místo události, dokázal také naslouchat přáním pacienta. Komunikace postiženého bývá ovšem ve většině případů omezena jednak rychlým nástupem organického postižení organismu (trauma, cévní mozková příhoda, akutní infarkt myokardu) nebo také psychickým stavem v dané situaci. Důležitým aspektem je zde správné reagování ze strany záchranáře. Špatně zvoleným vyjádřením můžeme postiženou osobu ještě více psychicky ranit. Nejčastějšími chybami ze strany zdravotníků bývají nevhodné poznámky ohledně zbytečných pokusů o záchranu lidského života, dále pak sdělování vlastní nejistoty či závažnosti situace. Tato vyjádření mohou mít za následek silnou psychosomatickou odezvu a vznik panického chování ze strany pacienta. (Ertlová, 2004)

1.4.1 Ambivalentní prožívání nemoci

Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) nemusí být vždy prožívání onemocnění pouze v negativním světle. Ambivalentní prožívání nemoci hovoří o prožívání pozitivním a příjemným, protože onemocnění mnohdy vyvolá u okolí ohleduplnost či také zájem. Nemocný se stává jakýmsi „hrdinou“ pro své nejbližší a veškeré dění se směřuje k jeho osobě. Nemocná osoba se jednou stranou chce ze svízelné situace dostat, ovšem pozornost okolí je příjemná a nechce se jí vzdát.

1.5 Stres

Stres lze definovat jako stav organismu, který vzniká působením určitého podnětu či situace. Dle tvrzení Michaely Pugnerové a Jany Kvintové (2016) je stres znakem dnešní moderní společnosti a ovlivňuje každého bez ohledu na rasu, věk či pohlaví a socioekonomickou třídu. Na nadměrné zatížení odpovídá organismus určitým postupem – jako první nastupuje poplachová reakce, která později přechází ve fázi rezistence. Fáze rezistence je spojena s pokusem o adaptaci. Pokud se adaptace nepodaří, dochází k úplnému vyčerpání organismu (v určitých případech hrozí i smrt). Příčiny vzniku stresu lze rozdělit do dvou základních skupin – přírodní podmínky (hlučné prostředí, situace

v izolaci či vysoká/nízká teplota) a sociální vlivy (války či katastrofy). Projevy stresu můžeme rozřadit do dvou skupin. První skupinou jsou fyziologické změny – palpitace, poruchy menstruace a sexuální aktivity či nechutenství. Druhou skupinou jsou změny psychické – změny emocí či poruchy chování. Stres můžeme rozdělit na akutní a chronický. Akutním stresem rozumíme náhlou zátěž, jejíž intenzita je abnormálně vysoká. Jako příklad můžeme uvést zkoušku na vysoké škole. Chronický stres je často spojován se vznikem psychosomatických chorob. Ke vzniku chronického stresu dochází v situacích, kdy není možné v krátké době dostat vzniklý stav pod kontrolu. (Humpl a kol., 2013)

1.6 Definování a rozdělení komunikace

Komunikace zahrnuje velké množství definic a modelů z čehož je zřejmé, že se jedná o téma, které se nedá jednoduše vysvětlit. (Webb, 2011) Autor Vorobeychik Y. a kol., 2017 ve svém článku řadí komunikaci mezi klíčové mechanismy, které řídí koordinaci mezi lidmi. Podle Věry Linhartové (2007) jsou člověk a komunikace nerozlučitelnou dvojicí. Člověk může pomocí verbálních i neverbálních prostředků vyjádřit to, jak se v daný moment cítí nebo co si v daný moment myslí. Komunikace obecně je složitý proces, který úzce souvisí se vzděláním, s individuální psychikou či inteligencí. Mezi cíle komunikace poté můžeme řadit co nejefektivněji a nejúčinněji sdělit či zjistit u pacienta určité věci. Milan Mikuláščík (2003) řadí komunikaci mezi základní potřeby života, dále ji zahrnuje jako potřebný prostředek k výměně a přenosu informací v různých formách (psaná, mluvená či obrazová).

Velmi důležité v profesi zdravotnického záchranáře je rozpoznání patologické komunikace. Tuto komunikaci nalezneme u jedince, který je duševně nemocný nebo u kterého jsou viditelné známky poruchy osobnosti. Klasifikací patologické komunikace se zabývá klinická psychologie. Duševně nemocný pacient komunikuje neadekvátně dané situaci. Odpovídající komunikaci lze u takto postiženého jedince pozorovat ve velmi malém procentu případů. Ovšem neadekvátní komunikaci lze pozorovat i u lidí, kteří netrpí žádným duševním onemocněním, ale jsou ve stavu velké psychické zátěže. Na rozdíl od nemocného jedince dokáže zdravý jedinec neadekvátní komunikaci vytěsnit a přejít zpět do klidného stavu bez jakýchkoliv vedlejších projevů (úzkost, vztahovačnost či agrese). (Vybíral, 2005)

Dle Šárky Tomové a Jany Křivkové (2016), existují tři základní faktory, které ovlivňují základní stavební kámen ošetrovatelské péče, tedy komunikaci. Prvním faktorem je faktor individuální, do kterého spadají osobní predispozice (zkušenosti, vědomosti, schopnosti apod.) a motivace ke komunikování. Druhým faktorem je sociální faktor. Do této skupiny řadíme vztahy (mezi účastníky komunikace navzájem), společenské klima (konkrétní prostředí) a normy (vytyčují hranice v komunikaci). Poslední skupinou jsou faktory situační. Do této skupiny řadíme prostor, čas a určité médium (člověk, technický prostředek), které umožňují komunikaci.

1.6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikaci lze definovat jako komunikaci, kde k přenosu informací využíváme slova a jazyk. Tento typ komunikace lze rozdělit dle formy na mluvenou či psanou, živou nebo reprodukovanou a přímou či zprostředkovanou. (Mikuláščík, 2003)

Hlavní součástí verbální komunikace jsou slova, pomocí kterých sdělujeme určité informace svému okolí. Verbální komunikace mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem nese určitá rizika, především neuspořádanost myšlenek, nepřesnost ve vyjadřování či příliš informací, které ve finále nemají pro pacienta logickou souvislost. V profesi zdravotnického záchranáře je nutné vyvarovat se příkazování, ironii a také povyšování se nad pacienta. Špatně zvolená forma verbální komunikace může způsobit ještě větší poškození pacienta. Ve stresové situaci totiž pacient vnímá veškerá slova daleko intenzivněji než v běžné situaci. Záchranář by měl pacientovi naslouchat, zajímat se o pacientův stav, uklidňovat a povzbuzovat ho. (Špatenková a Králová, 2009)

Eva Zacharová (2016), ve své knize Komunikace v ošetrovatelské praxi uvádí, že aby mohlo dojít k dosažení kvalitní vzájemné komunikace, je potřeba dodržet určitá pravidla, požadavky. Mezi tyto požadavky řadíme individuální přístup (nutné zvolit určitý druh komunikace, který bude pacientovi vyhovovat), úctu k pacientovi (je důležité si pacienta vážít a brát vážně jeho obtíže a názory na daný problém), pozitivní vztah (veškerá činnost personálu, kam řadíme i výrazy, gesta apod, má vliv na důvěru pacienta v personál), empatii (vcítění se do pacientovi situace), načasovanost (dostatek času, aby mohl pacient sdělit veškeré své obtíže), jednoduchost komunikace (pacient musí porozumět sdělení zdravotnického personálu) a adaptabilitu (reakce, například i změna tónu hlasu při podání zpráv v závislosti na reakci pacienta).

1.6.2 Paraverbální komunikace

Paraverbální komunikací rozumíme přechod mezi verbální a neverbální komunikací. Mezi hlavní dogma této komunikace patří kladení důrazu na určitá slova nebo věty – například zesílení nebo ztišení hlasu, zpomalení či zrychlení řeči, intonace apod. Správně by měl řečník pracovat s paraverbální komunikací tak, že i banální sdělení podá se zájmem posluchače. (Helus, 2018)

1.6.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikací rozumíme komunikaci bez použití slov. Ke komunikaci naopak využíváme pohyby, gesta, pohledy či výraz obličeje. (Janáčková, Weiss, 2008) Je dokázáno, že většinu neverbálních signálů, které člověk využívá v dospělosti, se naučil již v dětském věku, díky sledování svých rodičů. Tato dědičná gesta a signály lze odstranit aktivním pracováním na neverbálním chování. (Mikuláščík, 2003) Zdravotníkům mnohdy neverbální komunikace naznačí, že pacient nehovoří pravdu (pacient říká, že ho nic nebolí, ale usvědčí ho bolestivá grimasa). Pro zdravotnického záchranáře je tedy nesmírně důležité umět „číst“ neverbální projevy lidí. Významnou formou neverbální komunikace, která je důležitá především v přednemocniční neodkladné péči, je dotek. Dotekem lze upoutat pozornost pacienta, zmírnit jeho úzkost a také lze naznačit, že v dané situaci mu bude poskytnuta veškerá péče. Ovšem v dnešní době může být dotek chápán jako projev sexuálního obtěžování, proto by měl být vysvětlen účel doteku, aby nedošlo k nedorozumění. (Špatenková, Králová, 2009)

1.6.4 Komunikace zdravá vs. komunikace nezdravá

Nezdravou komunikací máme na mysli takový typ komunikace, která cíleně odvádí různými konflikty a rozmíškami od cíle vzájemného porozumění. Tato komunikace se navíc snaží vyvolat eskalaci dané situace, dále vyvolává pocit osamocení a ztracení. Milan Mikuláščík (2003) ve své knize uvádí, že zdrojem nezdravé komunikace může být přejaté chování od vlastních rodičů. Cílem zdravé komunikace je vzájemný respekt, uznání a rozvíjení osobností. (Helus, 2018)

1.7 Komunikace při výjezdu ZZS

1.7.1 Komunikace volajícího a ZOS ZZS

Pokud jsou lidé nuceni volat linku zdravotnické záchranné služby, jedná se o velmi neobvyklou situaci. Lidé jsou ohroženi na svém životě, jejich blízcí jsou v nesnázích nebo jsou svědky dané události. Z tohoto sdělení plyne, že volající jsou rozrušení až agresivní, nervózní, zmatení, nejsou mnohdy schopni popsat místo, kde se nacházejí. Co ale chtějí, je okamžitá pomoc. Komunikace může být dále složitá z důvodu povětrnostních podmínek či z důvodu nadměrného hluku. Těmto aspektům celkově říkáme komunikační šum. Úkolem dispečera je v co nejkratším čase získat od volajícího co nejvíce informací, ale také uklidnit volajícího. Dle tvrzení Martiny Dingové Šlikové a kol., 2018, je přesně dána kostra každého rozhovoru mezi volajícím a operátorem. Každý rozhovor obsahuje část úvodu, představení organizace. Poté se operátor snaží získat co nejvíce relevantních informací – kdo volá, místo události a co se přesně děje. Mezi základní techniky při přijímání a vedení telefonátu patří: klást jasné a stručné otázky, ve kterých nebudeme pacientovi vnucovat odpověď, kterou chceme slyšet; mluvit, pokud možno použít výrazy, které veřejnost zná; nespěchat v rychlosti komunikace; nepoddat se předsudkům vůči pacientům, kteří se zdají, že jsou pod vlivem návykové látky; tónem svého hlasu vyvolat v pacientovi dojem, že vše bude v pořádku. (Andršová, 2012)

1.7.2 Komunikace záchranáře s pacientem

Komunikace s pacientem patří mezi základní, ale zároveň i zásadní úkony každého zdravotnického pracovníka. Každá komunikace má svá určitá specifika. Například komunikujeme-li s dítětem, budeme volit jednodušší věty, kterým porozumí. Alena Andršová (2012) ještě řadí k základním pilířům komunikace s pacientem pravidlo 4P – pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. Mezi základy komunikace s pacientem lze zařadit správné užití verbálních a neverbálních prostředků; jasnou a srozumitelnou mluvu; projevení zájmu o stav pacienta či zpětné ověření, zda pacient naše sdělení pochopil. (Špatenková, Králová, 2009)

Obecně lze říct, že projevy a odpovědi nemocného člověka se budou zásadně lišit od projevů a odpovědí zdravého, spokojeného člověka. Zásadní změnu, kterou lze pozorovat, jsou projevy úzkosti, dále pak zakrývání místa bolesti, bušení srdce, pocení se a vysychání v ústech. (Vybíral, 2005)

1.7.3 Komunikace s rodinou

Dle tvrzení Gabriely Kapounové (2007) ve většině případů nezasáhne onemocnění pouze danou osobu, ale i její rodinu. Rodina, tedy nejbližší nemocného, mohou být pomyslnou zlatou studnou informací pro zdravotníky, protože v mnoha případech není postižená osoba schopna popsat například okolnosti, které vedly ke vzniku dané situace či medikaci, kterou nemocná osoba užívá. Naděžda Špatenková a Jaroslava Králová (2009) ve své knize uvádějí zásady pro komunikaci s rodinnými příslušníky – jasné a zřetelné představení, uplatnit vstřícnost a srozumitelnost při popisování terapie a postupu.

Komunikování s rodinnými příslušníky může být mnohdy daleko větší kámen úrazu než komunikace s pacientem samotným. Nejvíce diskutovanou otázkou zůstává, zda mají zdravotničtí pracovníci při provádění léčebných a diagnostických úkonů ponechat příbuzné přímo v centru dění nebo je raději odeslat stranou. Obecně platí, aby se zdravotnický personál vyhnul nepříjemným situacím, je důležité náležitě poučit a informovat členy rodiny. Pokud je rodina schopna pomoci, je také vhodné ji zapojit, byť jen nošením věcí do sanitního vozu. Budou se pak cítit užiteční, že pomohli pro své nejbližší udělat maximum. (Šliková a kol., 2018)

1.7.4 Komunikace s pacientem trpícím psychózou

Komunikace s psychotickým pacientem bývá spojena s poruchami dialogu díky narušení halucinacemi, bludy či špatnou logikou myšlenkových pochodů. Jednotlivé věty monologů pacientů mnohdy postrádají návaznost, díky halucinacím a bludům mnohdy vnímají to, co ani nemuselo být ze strany záchranáře řečeno. Osoby postižené psychózou mnohdy vnímají své okolí jako nebezpečné – udržují bezpečnou vzdálenost, jsou nedůvěřiví až podezřívají. Ze strany záchranářů nesmí dojít k porušení této bariéry. Naopak se snažíme zdvořilostí vyvolat důvěru v pacientovi, mluvíme neutrální intonací, používáme neutrální slova. Mezi další pravidla v komunikaci patří akceptování verze příběhu, kterou nám postižený podá. Nesnažíme se mu daný příběh vyvrátit, ovšem ani ho nepotvrdíme. (Chodura, 2000)

1.7.5 Komunikace s agresivním pacientem

Jedním z důvodů vzniku agrese snížená tolerance k psychické zátěži a bolesti. Mnohdy se pacienti snaží agresí tzv. demonstrovat snahu, aby se okolí věnovalo pouze jim a jejich problému. Agresivní pacient se vyznačuje nervózními pohyby, silnou gestikulací horními končetinami, rozrušení v oblasti obličeje a hlase, sílící agresí v řeči –

vulgarismy, vyhrožování. Dále mezi projevy agrese patří rozbíjení okolních předmětů či tlučení všemožnými předměty o desku stolu. (Věra Linhartová, 2007)

Z hlediska komunikace bývají agresivní pacienti vnímáni jako „komunikačně nestabilní“. Mezi zdroje agresivního chování patří zdroje vnější a vnitřní. Do vnitřních zdrojů agrese lze řadit osobnost jedince, omamné a psychotropní látky, pocit ohrožení a dlouhodobou nespokojenost, úzkost a obavy. Mezi vnější zdroje agresivního chování patří prostředí (ve kterém se pacient nachází), chování – především ze strany zdravotníků – ignorování, křik, nadávky či pohrdání a podceňování. Vhodným postupem pro komunikaci s agresivním pacientem je používání pozitivní verbální formulace vět (snažíme se, aby pacient pochopil, že s ním soucítíme), úcta a respekt k pacientovi. Pokud se záchranáři i přes pokusy o uklidnění situace bojí o své zdraví, je na místě přivolat k asistenci Policii ČR. Hrubě nevhodným postupem při komunikaci s agresivním pacientem je protiútok. Zvýšeným hlasem můžeme jen přispět k eskalaci agrese ze strany pacienta. (Špatenková, Králová, 2009)

Mezi nejčastější příčiny vzniku agrese se řadí tělesní činitele, psychické faktory, zdravotní faktory a vnější faktory. Vnější faktory působící jako podnět ke vzniku agrese lze rozdělit na prenatální a postnatální. Prenatálními faktory (faktory, které ovlivňují plod) máme na mysli užívání psychoaktivních látek v průběhu těhotenství, nedostatečnou výživu matky. Z postnatálních faktorů sem patří například nepřijetí dítěte, psychická deprivace či týrání. (Orel a kol., 2016)

Mezi základní zásady komunikace s agresivními pacienty patří zachování klidu a nereagování na případné slovní útoky či vyhrožování. Základní chybou je oplácení agrese. Pacienta tím ještě více rozrušíme a může dojít ke stupňování agrese z jeho strany. Další zásadou je vyslechnutí pacienta. Snažíme se pozorně poslouchat všechny problémy pacienta a projevujeme zájem o jeho situaci. Třetí zásadou je pochopení pacienta. Dáváme najevo, že chápeme a rozumíme. Projevem empatie se pokoušíme pacienta zklidnit a navodit v něm pocit důvěry. Poslední zásadou je vyhovění přáním pacienta. Pokud některá přání splnit nelze, snažíme se nalézt další možnost řešení a podrobně vše vysvětlíme. (Vymětal, 2010)

Martina Dingová Šliková a kol., 2018 uvádí, že principy komunikování s agresivním pacientem lze rozdělit do několika metod. První metodou je metoda zrcadlení – snažíme se přenést náš klid i na pacienta. Druhou metodou jsou tzv. otevřené dveře – snažíme se pacienta vyslechnout, dáme mu najevo, že nás jeho problém zajímá. Třetí metodou je pokládání otázek – pomocí kladení jednoduchých otázek se snažíme pochopit, co

v pacientovi vyvolalo vznik agrese. Čtvrtou metodou je tzv. zaseknutá gramofonová deska – pacientovi opakujeme stále stejné pokyny a chceme, aby je splnil. Tím se snažíme vyvolat v klientovi uvědomění, že my jsme danou situaci nezpůsobili a on na nás tím pádem nemá právo být agresivní. Posledním bodem je dání času na tzv. vychladnutí – v mnoha případech je lepší počkat, než se pacient vyrovná se situací a pak klademe další otázky.

1.7.6 Komunikace s neurotickým pacientem

Pojmem neuróza rozumíme skupinu duševních poruch, jejichž znakem je nesmírná rozmanitost a změna v čase. Velmi zásadně ovlivní kvalitu života člověka. V prvopočátku komunikace se snažíme redukovat úzkost pacienta dlouhým, trpělivým a soustředěným nasloucháním. Nezlehčujeme ani se nevysmíváme obavám, které nám sdělí pacient, naopak se ho snažíme pomalu vést k dalšímu dialogu, ve kterém bude více a více konkretizovat a popisovat celou situaci. Slovní obraty, ve kterých bude vinit za vše nás, musíme brilantně přecházet a tuto tendenci v pacientovi neposilovat. V závěru komunikace, kdy se snažíme utřídit si zjištěná fakta, dotazujeme se postižené osoby jasná a stručná adjektiva tak, abychom v něm nepodněcovali další, méně realistický popis situace, který by ho mohl znovu vrátit do stavu v začátku konverzace. (Chodura, 2000)

1.8 Komunikace Zdravotnického operačního střediska ZZS

1.8.1 Základní osnova hovoru s volajícím

Prvotním úkonem je jasný a zřetelný pozdrav, čímž dáme volajícímu najevo uznání. V některých případech, kdy je již od prvopočátku slyšitelná agrese pacienta, lze upozornit volajícího, že hovor je monitorován. Po pozdravu následuje představení – například: Zdravotnická záchranná služba Jižní Čechy či České Budějovice. Po celou dobu telefonátu oslovujeme volajícího příjmením a vykáním. Problémem bývá rozhodnutí u mladistvých, zda tykání či vykání. Ovšem obecně platí zásada vykání. Během telefonátu volajícího uklidníme a snažíme se vytěžit co nejvíce informací. Na závěr telefonátu ještě vše zrekapitulujeme, čímž si ověříme získaná fakta. Poté poděkujeme a rozloučíme se. (Čepická, Šimek, 2008)

1.8.2 Komunikace s agresivním volajícím

Agrese volajícího na linku zdravotnické záchranné služby může být ze dvou příčin. První příčinou je, že se takto volající snaží dosáhnout svého cíle, tedy příjezdu Zdravotnické záchranné služby. Druhou možností je, že jeho agrese je opravdová, například i díky duševní poruše. Komunikace s agresivním volajícím je vždy problémová, pomalé získávání informací může ovlivnit délku příjezdu posádky na místo události. Problémovost bývá ještě mnohdy zesílena požitím alkoholu či jiných návykových a omamných látek. Příznaky agrese v hlase volajícího můžeme rozdělit na zjevné a skryté. Mezi zjevné příznaky agrese řadíme: arogantnost, slovní útoky doprovázené skákáním do řeči, křik, hrozby či výhrůžky. Do skrytých příznaků agrese patří: ironie, sarkasmus, kritika, nadřazenost či opovrhování. Základním postupem pro dispečery Operačního střediska Zdravotnické záchranné služby je ignorování a přecházení agrese ze strany volajícího. Mezi další postupy patří předcházení vzniku konfliktu udržováním rozhovoru na určité úrovni (stále klidným hlasem odpovídat, dávat najevo pochopení). (Dašková a kol., 2013)

1.8.3 Komunikace s volajícím s psychickou poruchou

V případě tzv. neurotického volajícího mnohdy slyšíme, že si uvědomuje psychické změny, které u něj nastaly, chce tento stav zvrátit, ale bez pomoci to nezvládne. Volající mnohdy vlivem svého psychického onemocnění vnímají svůj stav jako život ohrožující. Při komunikaci s takovýmto volajícím volíme opatrný postup. Snažíme se dát najevo pochopení pro jeho situaci. Není vhodné pokoušet se takového pacienta dostat do zklidněného stavu. Nebezpečím ze strany operátora je bagatelizace celé situace. Naopak postupnými otázkami se snažíme vytěžit co nejvíce informací. Nedílnou součástí je také zjišťování zpětné vazby od volajícího. Na závěr si rekapitulací ověříme získané informace, poučíme volajícího o opakovaném zavolání, poděkujeme a rozloučíme se. (Dašková a kol., 2013)

1.9 Duševní poruchy

1.9.1 Definice duševních poruch

Podle Jarmily Kelnarové a Evy Matějkové (2014) je duševní porucha definována jako změna psychických procesů objevujících se v myšlení, chování a pocitech člověka. Tyto změny poté neumožňují člověku adaptaci a interakci s okolím.

1.9.2 Duševní poruchy v České republice

Dle statistik ÚZIS za rok 2017 bylo v České republice hospitalizováno s duševní poruchou celkem 35 712 osob – z toho bylo 17 781 mužů s průměrným věkem 41,3 let a 17 927 žen s průměrným věkem 45,7 let. Z celkového počtu hospitalizovaných osob bylo 7 787 osob s duševní poruchou vzniklou díky užívání alkoholu, 2 886 osob s duševní poruchou vzniklou užíváním psychoaktivních látek, 3 487 lidí s duševní poruchou formou schizofrenie a 2 911 osob s afektivními poruchami. V roce 2017 zasahovala Zdravotnická záchranná služba u 45 395 případů indikovaných ZOS ZZS jako psychiatrické stavy. Z tohoto počtu bylo celkem 19 944 žen. (Stručný přehled činnosti oboru zdravotnická záchranná služba (ZZS) za období 2007-2017)

1.9.3 Biologické příčiny vzniku duševní poruchy

V dnešní době se předpokládá, že spoluprací více genů v těle je vytvářena predispozice ke vzniku určitých duševních poruch. Vznik duševních poruch díky biologickým příčinám je hledán na třech tělních systémech – nervový systém, hormonální systém a imunitní systém. Tato trojice je na sebe navzájem navázaná, to znamená, že pokud dojde ke změnám v hormonálním systému, bude ovlivněn i systém imunitní a nervový. (Orel a kol., 2016)

1.9.4 Psychosociální příčiny vzniku duševní poruchy

Na psychosociálních aspektech vzniku duševní poruchy se podílí především dlouhodobá zátěž a těžké životní události, které jsou spojené s blízkými lidmi. Mezi tyto životní události můžeme řadit týrání, ztrátu milované osoby nebo také zanedbávání v dětském věku. Vznik duševních poruch nelze spojovat pouze s dětským věkem. Týká se všech věkových kategorií. Zkušenosti, které získáme v dětském věku, určitým způsobem formují naši osobnost, zároveň ale formují dysfunkční psychické předpoklady. Pokud se později setkáme s určitou kritickou situací, mozek aktivuje dysfunkční psychické předpoklady a náš mozek poté aktivuje pesimistické a negativní myšlenky. Rozvíjí se deprese, mezi které patří příznaky somatické – poruchy spánku; motivační – ztráta zájmu aktivity; emoční – smutek či pocity viny a behaviorální – stažení a uzavření se do sebe. Všechny tyto příznaky odstartují tzv. „depresivní kruh“. (Orel a kol., 2016)

1.9.5 Duševní poruchy vzniklé účinkem psychoaktivních látek

Příčinou vzniku těchto duševních poruch je užívání psychofarmak. Z hlediska klasifikace dělíme duševní poruchy na a) akutní intoxikaci – akutní prožívání, které se může projevit jako bezvědomí, porucha chování, kóma, trauma či křeče a útlum dechu; b) na škodlivé užívání – látky poškozují zdraví ze stránky somatické (např. hepatitida) či psychické (sekundární deprese); c) na syndrom závislosti – stavy spojené s opakovaným užíváním psychoaktivních látek. Posledními duševní poruchy jsou za d) psychotické poruchy – halucinace a amnestický syndrom – poškození krátkodobé i dlouhodobé paměti. (G. Mahrová, M. Venglářová a kol., 2008)

1.10 Schizofrenie a psychotické poruchy

1.10.1 Schizofrenie

Ke vzniku schizofrenie dochází přibližně kolem 20. roku života, a to především u mužské části populace. Susan Nolen-Hoeksema a kol. 2014 ve své knize uvádí, že schizofrenii lze nalézt ve všech kulturách, dokonce i v takových, které se nacházejí mimo industrializované civilizace. Schizofrenii nelze definovat jako stálou skutečnost. Jedná se o proces, který se stále vyvíjí a nedá se odstranit. Pacienta tedy léčíme, udržujeme v remisi, kompenzujeme, ovšem nikdy ho schizofrenie nezbavíme. V konečném stadiu vede toto onemocnění k poruše osobnosti, kterou nazýváme deficit osobnosti. Mezi základní příznaky schizofrenie můžeme řadit inkoherentní (roztříštěné) myšlení, halucinace, bludy a agrese. V rámci léčby schizofrenie hovoříme o dvou možnostech léčby či kompenzace. První možnost je farmakologická – antipsychotika / antidepressiva. V užívání farmak se řídíme postupem postupného navyšování dávky do dosažení efektu a poté dochází k postupnému snižování dávky do doby, než dojde k odeznění příznaků. Druhou možností léčby je individuální či skupinová psychoterapie. V této formě léčby se snažíme pacienta vyslechnout, zároveň ale mu také pomoci, čímž máme na mysli „aktivaci“ jeho oslabené osobnosti. (Kučerová, 2013)

Schizofrenii můžeme rozdělit dle klinického obrazu do několika skupin. První skupinou je paranoidní schizofrenie – nejvyskytovanější typ schizofrenie, známá svými bouřlivými atakami, které jsou doprovázeny bludy a halucinacemi. Pacient dobře reaguje na léčbu, riziko recidivy je nízké. Druhou skupinou je simplexní schizofrenie – pacienti postižení tímto typem schizofrenie jsou již od dětského věku uzavření, samotářští. Důležitou součástí léčby je zde psychiatrická rehabilitace. Třetí formou schizofrenie je hebefrenní schizofrenie – mezi příznaky tohoto typu onemocnění řadíme tzv. pubertální

chování. V tomto případě je velmi obtížné pacienty určitým způsobem motivovat ke spolupráci v léčbě. Posledním, velmi zřídka vyskytujícím se typem schizofrenie, je katatonní schizofrenie. V tomto případě je u pacienta popisována neschopnost pohybu, ztuhlost, sledování okolí ovšem bez reakce na podněty z venčí. Dále můžeme pozorovat vysoké horečky, které přecházejí v metabolický rozvrat a v mnohých případech končí smrtí pacienta. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Diagnostikování schizofrenie je založeno na zpracování podrobné anamnézy a klinického vyšetření. Velkou roli v diagnostikování schizofrenie hrají také testovací psychologické metody, do kterých můžeme zařadit zobrazovací metody a metody neuropsychologických testů. Zatím ovšem lze říci, že analyzování chování a prožívání je základním kamenem v diagnostice schizofrenie. (Horáček a kol., 2003)

1.10.2 Porucha s bludy

Zásadním projevem tohoto onemocnění jsou bludy. Pokud bychom měli definovat blud jako takový, můžeme říci, že se jedná o přesvědčení, které v daný moment neodpovídá skutečností, které má velký vliv na jednání ovlivněné osoby. Blud se může vyskytovat jednotlivě ohraničeně. Ovšem častější je výskyt více bludů, které jsou určitou skutečností provázané. Příčiny vzniku bludů jsou charakterizovány jako spojení působení prostředí a osobnosti, které souvisí s negativním či zraňujícím zážitkem. Příznaky bludů jsou velice individuální. Můžeme sem řadit depresivní stavy, nepřiměřeně euforické stavy, dočasné sluchové halucinace, taktilní (bludné parazitózy) či čichové halucinace. Tato porucha má spíše tendenci přestupovat do chronicity. K léčbě se používají antipsychotika mnohdy v kombinaci s antidepresivy. Ovšem podání antipsychotik musí být v souladu se souhlasem pacienta. Dále se využívá rodinná a profesionální psychoterapie. (Hosák a kol., 2015)

1.11 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

1.11.1 Akutní reakce na stres

Akutní reakcí na stres rozumíme odpověď organismu na proběhlý závažný psychický či fyzický stres, který by měl sám odeznít v průběhu několika hodin či několika dní. Mezi stresory, které velmi závažně ovlivní lidský organismus, řadíme například živelnou poruchu, ztrátu blízké osoby či rozsáhlý požár. Všechny tyto příklady akutně ohroží bezpečnost dané osoby, naruší její osobní život, čímž okamžitě vyvolají vznik akutní reakce. Do prvotních příznaků akutní reakce na stres řadíme strnulost, která je

mnohdy doprovázena upadající pozorností či dezorientací. Z vegetativních příznaků pozorujeme pocení, blednutí, zrychlení dechu či tachykardii. V mnoha případech můžeme sledovat hyperaktivitu, která může přerůst v útěkovou reakci. (Kříž, 2004)

Dle Lukáše Humpla a kol. (2013) mohou být reakce člověka na stres ve dvou formách. První formu reakce nazýváme útok-útěk. Je častější. U postiženého člověka můžeme pozorovat zrychlení pulzu, dechu, dále pak pocení, svalové napětí, výraznou změnu emocí – z pláče přechází do smíchu, křiku či zoufalství a agrese. Pacient nedokáže soustředit pozornost na jeden objekt, neustále třepe očima po okolí a hledá možné nebezpečí. Jeho pohyby nejsou koordinované (pobíhání po místě události). Druhý typ reakce nazýváme „mrtvý brouk“. Tato forma akutní reakce na stres lze vidět především u mimořádných událostí. Postižený člověk nedává najevo prožívané emoce, motorika je celkově zpomalená. Na těle lze pozorovat studený pot, chvění se (pocit zimy), mydriázu obou zornic. Pacient si vzniklou situaci nepřipouští. Možnou pomocí je zde včasná intervence.

1.11.2 Posttraumatická stresová porucha

Stresová situace může v člověku zanechat dlouhodobou poruchu zdraví a osobnosti, kterou lze označit jako posttraumatickou stresovou poruchu. První vzpomínky na stresovou situaci se objevují po období latence, zhruba do šestého měsíce od stresové situace. (Kříž, 2004). Mezi nejčastější aspekty vzniku posttraumatické stresové poruchy patří znásilnění, dopravní nehody či přepadení. Mezi příznaky začínající posttraumatické stresové poruchy patří alkoholismus, domácí násilí a další antisociální projevy. Mezi další projevy PTSP patří vážné poruchy spánku (tzv. „noční můry“) a stavy děsu, které jsou vyvolány i nevýznamnou a malichernou událostí. Všechny tyto projevy poté znemožňují návrat do běžného životního stylu. (Helus, 2018)

1.11.3 Úzkostné poruchy a neuróza

Dle tvrzení M. Svobody a kol., (2015) je úzkost součástí různých psychických poruch. Mezi příznaky, které doprovází úzkost řadíme palpitaci, třes, potíže se zažíváním, hyperventilaci či parestezii. Základním projevem úzkostných poruch jsou záchvatové stavy, které se mohou střídát s kontinuálními fluktuujícími stavy. Příčinou vzniku úzkostných poruch je předpokládána dysfunkce dopaminergního a serotonergního systému. Svou roli ve vzniku úzkostné poruchy hraje i geneticky podmíněná zranitelnost a citlivost. Nejčastější formou léčby je užívání benzodiazepinů.

1.11.4 Somatoformní poruchy

Tato skupina duševních poruch je specifická subjektivními tělesnými příznaky, u kterých nelze nalézt prokazatelný organický nález na těle pacienta. Somatoformní porucha je charakterizována měnícími se tělesnými příznaky – hovoříme o negativních změnách – bolest v trávicím traktu, pálení kůže, bolesti na hrudi či poruchy menstruace. Cílem léčby somatoformních poruch je přesměrování pozornosti pacienta na mezilidské a osobní problémy. Snažíme se jeho pozornost odvést od subjektivních tělesných příznaků. (M. Orel, 2016)

Do somatoformních poruch řadíme určité druhy onemocnění. Jako první lze zmínit somatizační poruchu. Příčina této poruchy není plně známa. Teorie poukazují na přesun hněvu z okolních osob na sebe samého. Dalším onemocněním je hypochondrická porucha. Příčina vzniku tohoto onemocnění také není plně známa. Mezi klinické příznaky řadíme nadměrnou starost o své zdraví, mnohdy běžný stav (slabý kašel, pocení apod.) je brán jako abnormální. Pacient sám sebe více a více utvrzuje, že trpí mnoha onemocněními. Somatoformní vegetativní dysfunkce, další ze somatoformních onemocnění, je spojována s příznaky vegetativního dráždění, které probíhá v některém ze systémů, které jsou pod kontrolou autonomního nervstva – pacient ovšem tyto příznaky přisuzuje somatickému onemocnění. Mezi projevy tohoto onemocnění řadíme nadměrnou únavu po slabé námaze, škytavku, zvýšenou frekvenci močení, hyperventilaci. Posledním somatickým onemocněním je přetrvávající somatoformní bolestivá porucha. Příčiny vzniku tohoto onemocnění jsou spojovány s dědičnou predispozicí. Mezi hlavní příznaky patří chronická, šest měsíců trvající bolest, která plně zaměstná pozornost pacienta. Vzniklou bolest nelze spojit se somatickým onemocněním nebo s určitým fyziologickým procesem. (Hosák a kol, 2015)

1.11.5 Léčba neurotických, stresových a somatoformních poruch

Léčba této skupiny poruch je rozdílná především v tom, že k vyléčení nejsou indikovány léky (mimo překonání prvotního stavu), nýbrž se indikuje psychoterapie. Susan Nolen-Hoeksema a kol. (2014) definuje psychoterapii jako možnosti psychologické intervence, jejichž cílem je zmírnit problémy lidí a umožnit opětovné fungování ve společnosti. Mnohdy postačí pouze rozhovor (sdělení problému) s blízkou osobou. Z odborných pracovníků volíme pohovor s psychologem či psychiatrem. Krátkodobá léčba probíhá při počátku poruchy do vyrovnání organismu se zátěží. Využíváme například anxiolytika (léky proti úzkosti) či hypnotika (pro podporu spánku).

Mnozí pacienti volí raději možnost krátkodobé medikace, čímž dokážou utéct z psychicky náročné situace a nemusejí se s ní vypořádávat formou psychoterapie. (Kučerová, 2013)

1.12 Afektivní poruchy

1.12.1 Poruchy nálady

Během afektivních poruch dochází ke vzniku depresí nebo naopak dochází k rapidnímu zvýšení nálady. Tyto změny nálad lze odborným názvem pojmenovat maniodepresivní psychózou. Pacientovy nálady se střídají náhle bez jasného odůvodnění. Mezi příčiny vzniku afektivních poruch řadíme – dědičnost. Zde hovoříme konkrétně o polygenní dědičnosti či přenosu přes vázaný chromozom X; funkční změny mozku, kam patří cévní mozková příhoda, úrazy či změny v objemu komor; vnější vlivy, mezi které patří klimatické faktory či rodinné problémy. Afektivní poruchy dělíme na manické, depresivní a bipolární. Manická porucha se vyznačuje velmi aktivní náladou, která ovšem neodpovídá dané situaci. Ovšem vyskytuje se velmi vzácně. Depresivní porucha je specifická pro nižší věkovou kategorii, a především pro ženy. Zde se objevují poruchy kognitivních funkcí – celkové zpomalení, útlum a vznik bludů. Bipolární afektivní porucha se vyznačuje kombinací obou předešlých poruch. (Kelnarová, Matějková, 2014)

1.13 Obecná léčba duševních poruch

V léčbě psychických poruch lze užít čtyři základní postupy. Prvním postupem je psychiatrická péče spojená s diagnostikou. V tomto postupu je pacient hospitalizován ve specializovaném zařízení. Pomocí anamnézy a vyšetření je stanovena jeho diagnóza. Druhým postupem je farmakologie – konkrétně psychofarmak. Psychofarmakologie má ovšem svá rizika (vznik závislosti a nežádoucí účinky ovlivňující negativně psychický stav pacienta). Třetím postupem je metoda biologické léčby. Biologickou léčbu lze rozdělit na dva druhy – metodu využívající přístroje a metodu chirurgická. Poslední postup nese název klinická psychologie. V tomto postupu využíváme psychoanalýzu nebo kognitivní terapii. (Kučera. 2013)

1.14 Definice psychologie

Podle Dalibora Kučery (2013) se psychologie zabývá především psychickými procesy, které se vyskytují u duševně zdravého člověka. Hlavními předměty zkoumání jsou myšlení, jazyk, vnímání či učení.

Mezi základní cíle psychologie patří popsání chování a duševních procesů. Druhým cílem je vysvětlení, za jakým účelem jsme daná data sbírali. Posledním cílem je předvídání chování a prožívání lidí. (Plháková, 2004)

1.14.1 Psychologie zdravotnické činnosti

Psychologii zdravotnické činnosti lze zařadit mezi speciální oblasti psychologie. Zaměřením této oblasti je především oblast terapeutická a ošetrovatelská. Tato speciální psychologie také zkoumá psychosociální předpoklady ke vzniku duševního onemocnění, vztahy zdravotníků a pacientů či vztahy mezi zdravotníky a pacienty navzájem. Psychologii zdravotnické činnosti lze rozdělit na dvě základní oblasti – všeobecnou část a část speciální. Do části všeobecné řadíme pojmy: nemoc a zdraví, dále pak reakce na onemocnění a prožívání nemoci, pocity úzkosti a v neposlední řadě také vztahy mezi zdravotníky a pacienty. Do oblasti speciální patří různá odvětví lékařské vědy v souvislosti s psychikou nemocné osoby. Speciální část psychologie zdravotnické činnosti se snaží spojit jednotlivé psychologické souvislosti, které vedou ke vzniku duševního onemocnění. (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011)

1.15 Definování pojmu psychiatrie

Psychiatrie je lékařský obor zabývající se rozpoznáváním, prevencí a následnou léčbou duševních poruch. Psychiatrii lze rozdělit na dvě skupiny – organickou a dynamickou. Skupina organická zahrnuje genetiku, neurofyziologii a farmakologii. (Kučera, 2013)

1.15.1 Základní vyšetření v psychiatrii

Součástí každého psychiatrického vyšetření je popis nynějšího onemocnění, který přibližuje současné potíže pacienta. Cílem našich dotazů je, abychom získali co nejvíce informací od postižené osoby). Další částí je anamnéza, kterou můžeme dělit na část subjektivní a část objektivní. Existují různé typy anamnéz: rodinná anamnéza – psychická onemocnění v rodině; osobní anamnéza – celková „osobní historie“ nemocného; sociální a pracovní anamnéza – vztahy v rodině/ v práci, zájmy; užívání návykových látek – cigarety, alkohol, drogy; farmakologická anamnéza – léky užívané v minulosti, ale i v současnosti; psychiatrická anamnéza – předchozí hospitalizace. Mezi další části vyšetření řadíme psychický a somatický stav v dané situaci. (Orel a kol., 2016)

2 Výzkumná část

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme věnovat cílům a výzkumným otázkám naší odborné práce. Cílem našeho výzkumu je zmapování určitých specifíků, která jsou spjata s poskytováním přednemocniční neodkladné péče pacientům duševně nemocným jednak z pozice zdravotnického záchranáře, tak i z pozice operátora zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Posledním cílem bylo také zmapování určitých rizik, která tato specifická indikace sebou může mnohdy přinášet.

2.2 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat specifika postupů zdravotnického záchranáře s duševně nemocnými.

Cíl 2: Zmapovat specifika práce operátora zdravotnického operačního střediska s duševně nemocným.

Cíl 3: Zjistit, zda existují rizika práce zdravotnického záchranáře s duševně nemocným.

2.3 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké jsou postupy zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným?

VO 2: Jaká jsou specifika práce operátora zdravotnického operačního střediska s duševně nemocným?

VO 3: Jaká jsou rizika pro zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným?

3 Operacionalizace

Jarmila Kelnarová a Eva Matějková (2014) ve své knize Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů uvádějí, že duševní poruchou lze rozumět změnu psychických procesů, které se objevují v myšlení, chování a také v pocitech člověka. Dále se také můžeme dozvědět, že dle jejich tvrzení změny vyvolané důsledkem vzniku duševního onemocnění neumožní člověku řádně se adaptovat s okolím.

4 Metodika

4.1 Metodika a technika sběru dat

Výzkumná část naší bakalářské práce byla realizována formou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Informanti byli vybíráni z řad záchranářů i z řad operátorů zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby.

Samotný výzkum byl zaměřen na získání informací ohledně postupů u duševně nemocných pacientů, které se mohou lišit v závislosti na konkrétním onemocnění a stavu pacienta. Dále jsme se také zaměřili na dostupnost různých kurzů a školení, ať už hovoříme o kurzu sebeobrany či školení ohledně komunikace s duševně nemocnými. Část našeho výzkumu byla také zaměřena na možnost konzultovat daný psychicky náročný výjezd s odborným pracovníkem, který je proškolen na tyto situace. Dále nás zajímal postoj pracovníků zdravotnické záchranné služby k postavení záchranáře v systému IZS.

Před samotným započítáním výzkumu bylo předem žádáno o povolení provádět polostrukturované rozhovory. Kontaktovali jsme jak staniční sestru oblastní výjezdové základny, tak zároveň i vrchního lékaře zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby.

Polostrukturovaný rozhovor pro zdravotnické záchranáře obsahoval 24 otázek (viz příloha 9.1). Pokud bylo potřeba, informantů jsme se doptávali na další podrobnější informace. Polostrukturovaný rozhovor pro operátory zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby obsahoval 22 otázek (viz příloha 9.2). Před začátkem rozhovoru jsme se zeptali informanta / informantky, zda souhlasí, aby byl rozhovor zaznamenáván na přenosné nahrávací zařízení a zda souhlasí s realizováním rozhovoru. Každý dotazovaný byl také ujištěn, že je vše anonymní a nebude nikde uváděno jeho jméno.

Při analyzování všech získaných dat jsme využili metodu zvanou „tužka a papír“ (Švaříček a Šed'ová, 2007). Vybírali jsme zásadní kódy, které nám následně vytvořily jednotlivé kategorie.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr informantů z řad zdravotnických záchranářů probíhal záměrným výběrem technikou snow ball na základě doporučení staniční sestry a na základě námi navázaných kontaktů. Celkem jsme vybrali šest zdravotnických záchranářů. Z řad operátorů zdravotnického střediska probíhal rovněž záměrným výběrem technikou snow ball. Celkem jsme vybrali šest operátorů.

Vzhledem k nemožnosti realizovat rozhovory mimo pracovní dobu, byly obě skupiny respondentů dotazovány na jejich denních službách. Mnohdy byl výzkum zpomalen situací – záchranáři měli mnoho výjezdů ten den, či situace na operačním středisku neumožňovala ten den rozhovory vykonat. Každý rozhovor trval přibližně třicet minut.

5 Výsledky výzkumu

V této kapitole prezentujeme výsledky výzkumného šetření, které probíhalo na dvou složkách Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

Seznam kategorií:

Kategorie č. I Identifikační údaje zdravotnických záchranářů a operátorů:

Kategorie č. II Základní atributy pro vykonávání povolání:

1. zdravotnický záchranář;
2. operátor zdravotnického operačního střediska;

Kategorie č. III Dostupnost školení a kurzů:

1. školení v komunikaci a přístupu k pacientům s duševním onemocněním;
2. kurzy sebeobrany pro zdravotnické záchranáře;

Kategorie č. IV Vztah pracovníka zdravotnické záchranné služby a duševní nemoci:

1. povolání zdravotnického záchranáře;
2. povolání operátora zdravotnického operačního střediska;

Kategorie č. V Duševní onemocnění ve spojitosti se zdravotnickou záchrannou službou:

1. definice duševního onemocnění dle pracovníků záchranné služby;
2. incidence duševních onemocnění v PNP;
3. výskyt duševních onemocnění u mužů a žen;
4. specifická upozornění pro záchranáře;
5. využití dalších složek ZZS;

Kategorie č. VI Agrese a její výskyt ve spojení s duševním onemocněním:

1. incidence agrese v konkrétních stavech;
2. komunikace s agresivním pacientem;
3. využití komunikace z pohledu zdravotnických záchranářů;

Kategorie č. VII Komunikace s pacienty v jednotlivých stavech:

1. schizofrenie;
2. neurotické, stresové a somatoformní poruchy;
3. psychoaktivní látky;
4. afektivní poruchy;

Kategorie č. I Identifikační údaje zdravotnických záchranářů a operátorů

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje

Respondent	Označení	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe
Respondent 1	ZZ1	Muž	43 let	Mgr.	12 let
Respondent 2	ZZ2	Muž	28 let	Bc.	5 let
Respondent 3	ZZ3	Žena	52 let	VS	20 let
Respondent 4	ZZ4	Žena	38 let	DiS.	17 let
Respondent 5	ZZ5	Muž	32 let	DiS., Bc.	5 let
Respondent 6	ZZ6	Žena	27 let	Bc.	2,5 roku
Respondent 7	OP1	Žena	49 let	VS	2,5 roku
Respondent 8	OP2	Žena	32 let	Mgr.	5 let
Respondent 9	OP3	Žena	47 let	VS	2,5 roku
Respondent 10	OP4	Muž	28 let	DiS.	4 roky
Respondent 11	OP5	Žena	46 let	Bc.	3,5 roku
Respondent 12	OP6	Muž	48 let	ZZ	28 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2020

ZZ – zdravotnický záchranář

OP – operátor ZOS

Bc. – akademický titul bakalář

Mgr. – akademický titul magistr

ZZ (vzdělání) – titul zdrav. záchranáře získaný v počátcích vzniku oboru zdravotnický záchranář

DiS. – neakademický titul – diplomovaný specialista

VS – dosažené vzdělání všeobecná sestra

V tabulce č.1 prezentujeme výsledky první kategorie, kterou byla kategorie nazvaná Identifikační údaje. V tabulce můžeme vidět dvě skupiny informantů. Horní polovina tabulky zahrnuje vybrané informanty z řad zdravotnických záchranářů, které jsme označili jako ZZ. Informanti ZZ 1 a ZZ 2 jsou oba muži, ovšem liší se věkem, vzděláním a také dosaženou praxí. Informant ZZ 1 má akademický titul magistr. Oproti tomu dotazovaný ZZ 2 má dosažen nižší akademický titul bakalář. Ze strany praxe má o 7 let delší praxi informant ZZ 1. Informantem ZZ 3 je žena, která svou dosaženou praxí jasně převyšuje všechny dotazované z řad zdravotnických záchranářů. Vzdělání dotazované ZZ 3 – všeobecná sestra, poukazuje na získané vzdělání v počátcích rozvoje zdravotnické záchranné služby. Informantem ZZ 4 je také žena, která se délkou praxe u zdravotnické záchranné služby řadí hned za dotazovanou ZZ 3. Dále v porovnání s informantkou ZZ 3 vidíme další možné dosažené vzdělání – DiS. – neakademický titul diplomovaný specialista. Informantem ZZ 5 je muž, který má jako jediný z výběru dotazovaných dosažené dva tituly – akademický a neakademický. V rámci akademického titulu získal titul Bc., v rámci neakademického titulu získal titul DiS. Ovšem v rámci vykonané praxe se řadí v našem výběru mezi informanty s nižší dosaženou praxí. Dotazovaným ZZ 6, tedy posledním v našem výběru je žena, která má nejnižší dosaženou praxi z našeho výběru. Její dosažené vzdělání je Bc. – akademický titul bakalář.

Dolní polovina tabulky nám ukazuje identifikační údaje z řad operátorů zdravotnického operačního střediska. Tuto skupinu jsme označili jako OP. Na první pohled vidíme, že délka praxe je až na OP 6 velice podobná. Informantem OP 1 je žena, která má až na věk veškeré identifikační údaje shodné s informantkou OP 3. Dotazovaným OP 2 je žena, která v tomto výběru dosahuje nejvyššího vzdělání z dotazovaných. Její titul je Mgr. – akademický titul magistr. Délkou praxe se OP 3 řadí do průměru tohoto výběru. Informantem OP 4 je muž, který je díky svému věku nejmladším dotazovaným z řad operátorů. Další věcí, kterou disponuje jako jediný v této skupině, je že OP 4 zastává pozici zdravotnického záchranáře i operátora zdravotnického operačního střediska. Ovšem pro náš výzkum jsme ho zařadili do skupiny OP. Dotazovaným OP 5 je žena, která jako jediná v této skupině dosáhla akademického titulu bakalář. Délkou praxe se řadí do průměru této skupiny. Posledním informantem je OP 6, kterým je muž, jenž vyniká délkou praxe a dosaženým titulem. Praxe v délce 28 let ho řadí do čela této skupiny a dosažené vzdělání ZZ poukazuje, že tento informant získal titul zdravotnického záchranáře v době rozvíjení oboru zdravotnický záchranář v České republice.

Kategorie II Základní atributy pro vykonávání povolání a současné postavení v systému

Tuto kategorii vytvořily námi stanovené kódy ze získaných odpovědí na položené otázky. V první otázce jsme se informantů ptali na specifika, která by měl zdravotnický záchranář či operátor mít, aby toto náročné povolání mohl vykonávat. Druhá otázka se týkala názoru na postavení záchranáře v systému IZS.

Odpovědi na první otázku jsme si rozdělili do dvou skupin dle konkrétní profese. Nejčastější odpovědi ze skupiny zdravotnického záchranáře byla empatie, rozhodnost, rychlost a také odborná znalost. Odlišnosti jsme mohli nalézt u odpovědí informantů ZZ 3 a ZZ 4. Informantka ZZ 3 do své odpovědi uvedla také důležitost fyzického kontaktu, kterého se zdravotničtí záchranáři mnohdy obávají. Informant ZZ 4 ve své odpovědi uvedl dále vlídnost a citlivost, která se může vlivem stresu po určité době vytratit ze základních postupů každého záchranáře. Druhá skupina informantů, respektive skupina operátorů odpovídala na stejnou otázku, která se ovšem vztahovala k výkonu jejich profese. Odpovědi jednotlivých informantů byly skoro totožné s tvrzením zdravotnických záchranářů – tedy empatie, rozhodnost, rychlost a odborná znalost. Výjimkou zde byla informantka OP 5 a informant OP6. Informantka OP 5 zařadila do své odpovědi také důležitost umění práce v kolektivu a Informant OP 6 doplnil výhodu znalost cizího jazyka, která ovšem není povinností pro výkon profese.

Druhá otázka obsažena v této vzniklé kategorii byla položena oběma skupinám ve stejném znění. Mohli jsme tedy porovnávat odpovědi jednotlivých informantů z obou skupin. Malým překvapením bylo, že pouze tři informanti z dvanácti dotazovaných nesouhlasili se změnou současného postavení zdravotnického záchranáře v systému IZS. Dotazovaní, kteří souhlasili, své odpovědi odůvodňovali třemi způsoby. Prvním odůvodněním bylo, že lepší postavení odradí případné agresory v útoku. Druhým odůvodněním bylo lepší právní řešení v rámci případného soudního sporu a třetím odůvodněním byl prostý fakt nerovnosti mezi složkami IZS. Dotazovaní, kteří odpověděli negativně, byli jak z řad záchranářů, tak i z řad operátorů. Informanti ZZ 3, ZZ 4 a OP 6 shodně uvedli, že případného agresora nezastaví ve vykonání útoku nic a nikdo. Informant OP 6 ještě doplnil, že případný soudní spor by byl velmi náročný zejména pro záchranáře, jelikož postavení veřejného činitele nese spoustu výhod, ovšem také spoustu povinností a odpovědností.

Kategorie č. III Dostupnost školení a kurzů

Tato kategorie vznikla na základě získaných kódů z otázek zaměřených na školení a kurzy sebeobrany. Dle položených otázek jsme rozdělili tuto kategorii na dvě podkategorie – školení v komunikaci a přístupu k pacientům s duševním onemocněním a kurzy sebeobrany pro zdravotnické záchranáře.

První položená otázka se tedy týkala oblasti školení zdravotnických pracovníků v komunikaci a přístupu k pacientům s duševním onemocněním. Tuto otázku jsme záměrně zvolili pro obě skupiny, protože jak zdravotničtí záchranáři, tak operátoři musejí, byť každý jiným způsobem, umět komunikovat s pacienty, kteří trpí duševním onemocněním. Dodatkovou otázkou byla, v případě konání těchto školení, využitelnost těchto školení v praxi.

Druhá položená otázka byla zaměřena pouze na zdravotnické záchranáře a měla za cíl získat informace v oblasti dostupnosti kurzů sebeobrany. Tyto kurzy by mohli záchranáři využít v krajní nouzi při napadení agresorem. Dodatkovou otázkou bylo opět využití těchto kurzů, pokud jsou konány v praxi. Zjednodušené shrnutí získaných odpovědí na otázku využití kurzů sebeobrany pro zdravotnické záchranáře jsme vytvořili jako tabulku č. 2.

I když byla první otázka pro obě dotazované skupiny stejná, dle získaných informací jsme se rozhodli neslučovat odpovědi do jedné skupiny. Ze šestice dotazovaných záchranářů odpověděli kladně pouze informanti ZZ 5 a ZZ 6. Nutno podotknout, že jejich odpovědi byly kladné. Ovšem odůvodnění dostupnosti těchto školení nebylo v rámci zdravotnické záchranné služby, nýbrž v rámci přílehlých nemocnic. Informant ZZ 5 dále uvedl, že nevidí využitelnost těchto školení pro praxi díky velké variabilitě chování duševně nemocných pacientů. Zbylí informanti odpověděli negativně, ovšem s doplněním, že tato školení by byla do budoucna velikou výhodou pro jejich praxi. Šestice dotazovaných operátorů zdravotnického operačního střediska odpovídala naopak kladně ve všech případech. Informanti hovořili o pravidelnosti těchto školení a vhodnosti těchto školení pro jejich praxi.

Odpovědi zdravotnických záchranářů na druhou otázku byly negativní až na informanta ZZ 5, který uvedl, že jistý kurz proběhl ovšem pouze jedenkrát. Doplnující otázka pro využitelnost těchto kurzů v praxi rozdělila skupinu dotazovaných záchranářů na dvě. Informanti ZZ 1, ZZ 4 a ZZ 6 shodně uvedli, že i kdyby tyto kurzy pořádány byly, jejich využitelnost v praxi by byla nulová. I díky jasně daným postupům,

jak se v těchto případech mají zdravotničtí pracovníci zachovat. Informanti ZZ 2, ZZ 3 a ZZ 5 naopak uvedli, že využití těchto kurzů v praxi by zajisté bylo. Dotazovaný ZZ 2 ještě doplnil, že mnohdy i postačí agresorovi vidět tělesnou konstituci posádky zdravotnického vozu a od svého plánu upustí.

Kategorie č. IV Vztah pracovníka zdravotnické záchranné služby a duševní nemoci

Zde jsme pokládali otázky zaměřené na možnosti zdravotnických záchranářů a operátorů vypořádat se s výjezdem k duševně nemocnému pacientovi či s přijímáním telefonátu od duševně nemocného člověka. Odpovědi na tyto otázky jsme rozdělili podle specifické pozice v rámci zdravotnické záchranné služby, tedy záchranáře a operátory. První otázka byla zaměřena na skupinu zdravotnických záchranářů, druhá na operátory zdravotnického operačního střediska.

Prvotně jsme se dotazovali zdravotnických záchranářů. Dle získaných informací, jsme jejich odpovědi rozdělili na dvě skupiny. První skupina, která zahrnovala informanty ZZ1, ZZ 3, ZZ4 a ZZ 6 shodně tvrdí, že možnost konzultace s odborným pracovníkem v rámci zdravotnické záchranné služby neexistuje. Informant ZZ 4 dále uvedl, že vzhledem k počtu výjezdů není čas tyto situace probírat například s kolegy ve směně. Druhá skupina nám zahrnula informanty ZZ 2 a ZZ 5, kteří naopak o možnosti odborné konzultace vědí, ale za své praxe nebyli ještě nuceni tuto možnost využít.

Druhá otázka byla zaměřena na informanty ze skupiny operátorů zdravotnického střediska, u kterých díky jednotným odpovědím nebylo zapotřebí rozdělení do dvou skupin. Všichni oslovení odpověděli, že tato možnost odborné pomoci existuje a jsou o ní informováni. Žádný z oslovených nepotvrdil, že by tuto možnost byl nucen vyhledat.

Kategorie č. V Duševní onemocnění ve spojitosti se zdravotnickou záchrannou službou

V rámci naší odborné práce jsme se také zabývali obecnou problematikou duševního onemocnění v rámci přednemocniční neodkladné péče. Osloveným pracovníkům jsme postupně pokládali otázky ohledně jejich názoru na pojem duševní onemocnění či výskyt duševních onemocnění v rámci PNP a pohlaví. Také jsme se dotazovali na specifčnost v poskytování informací a využití dalších složek ZZS a IZS.

První otázkou jsme chtěli zjistit, co si zdravotničtí pracovníci představí pod spojením slov duševní onemocnění. Vzhledem k tomu, že slovní spojení duševní onemocnění je velmi široká škála, zajímalo nás, jaký na to mají dotazovaní názor a co se jim, vzhledem k jejich práci, vybaví jako první.

Prvotně jsme oslovili zdravotnické záchranáře. Jejich odpovědi se ve větší míře shodovaly. První odpovědí byla schizofrenie a poruchy, které vzniknou díky užívání psychoaktivních látek.

Stejnou otázku jsme položili a operátorům zdravotnického operačního střediska. Rozdíl oproti odpovědím záchranářů byl minimální. Oslovení operátoři ještě shodně doplňovali depresivní stavy a stavy úzkosti. Pouze informant OP 6 na tuto otázku nedokázal odpovědět. Odůvodnil to tak, že se jedná o velmi širokou škálu diagnóz a v danou chvíli nedokáže odpovědět.

Druhá položená otázka zabývala výskytem duševních onemocnění v rámci zdravotnické záchranné služby. Jako doplňující otázku jsme zvolili případný zvýšený výskyt v určitém období roku či měsíce. Znovu jsme získaná data analyzovali zvláště podle vykonávané pracovní pozice. Dotazované zdravotnické záchranáře jsme dle získaných dat rozdělili do třech skupin. První skupinu tvoří informanti ZZ 1 a ZZ 3, kteří shodně odpověděli, že v dnešní době dochází k nárůstu těchto případů. Na dotaz ohledně konkrétních onemocnění opět všichni shodně uvedli, že nejčastěji je výskyt schizofrenie. Na druhém místě jsou duševní onemocnění, která vznikají díky užívání psychoaktivních látek. Druhou skupinu utvořili informanti ZZ 2 a ZZ 5, kteří uvedli, že výskyt těchto výjezdů není častý. Na otázku nejčastějších onemocnění odpověděl ZZ 2 slovem suicidum. Informant ZZ 5 uvedl shodně s ZZ 1 a ZZ 3 schizofrenii a duševní poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek. Poslední skupinu vytvořili respondenti ZZ 4 a ZZ 6, kteří nedokázali na tuto otázku odpovědět. Dotazovaný ZZ 6 na doplňující otázku ohledně konkrétního výskytu duševních onemocnění uvedl stresovou reakci. Na náš doplňující dotaz ohledně spojení výskytu duševních onemocnění v určitém období v roce se nám dostaly různorodé odpovědi. Informanti ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 6 na náš dotaz odpovědět nedokázali. Ovšem zbylí tři dotazovaní uvedli různá období. Informant ZZ 1 uvedl, že výskyt je kontinuální celý rok a nelze ho tedy spojit s určitým obdobím v roce. Oproti tomu informant ZZ 2 uvedl, že výskyt těchto onemocnění bývá spojen s jarním obdobím. Informant ZZ 5 uvedl jako zvýšený výskyt duševních onemocnění období Vánoc.

Dotazované operátory jsme dle jejich odpovědí také rozdělili do třech skupin. První skupinu vytvořili informanti OP 1, OP 2, OP 3 a OP 5. Tito informanti shodně tvrdili, že duševní onemocnění nepatří k častým voláním, se kterými se setkávají v rámci své profese. Informant OP 5 dále doplnil, že nejčastěji se setkávají se schizofrenií a stavy po intoxikaci. Druhou skupinu utvořil informant OP 6, který uvedl, že tato volání

svým výskytem nijak nepropadají, ale ani nevynikají. Třetí skupinu tvořil informant OP 4, který jako jediný uvedl, že se vyskytuje volání duševně nemocných velmi často. Zvýšený výskyt lze pozorovat zejména v období výplat a či také při úplňku.

Třetí otázka se týkala specifčnosti duševních onemocnění, přesněji výskytu duševních onemocnění u žen a u mužů. Opět jsme si dotazované rozdělili dle jejich vykonávané profese. Zdravotničtí záchranáři všichni shodně uvádějí, že výskyt u mužů i u žen je vyrovnaný. Informant ZZ 5 ještě doplnil, že u mužů dochází častěji k výskytu schizofrenie. U žen dochází spíše k depresivním stavům. Skupina vybraných operátorů na tuto otázku odpověděla dvěma způsoby. I proto, je můžeme rozdělit do dvou skupin. V první skupině se nachází pouze informant OP 2, který uvedl, že výskyt duševních onemocnění je spjat více s muži. Druhá skupina obsahuje všechny zbylé informanty, tedy OP 1, OP 3, OP 4, OP 5 a OP 6. Všechny tyto informanty spojuje odpověď, že výskyt duševních onemocnění v rámci pohlaví je vyrovnaný. Shodu s odpověďmi z řad záchranářů a operátorů nám dokazují doplňující tvrzení informantů OP 4 a OP 5, kteří shodně uvádějí, že u žen dochází spíše k výskytu depresivních stavů (čímž potvrzují tvrzení informanta ZZ 5). Informanti OP 4 a OP 5 uvádějí shodně příčinu intoxikace v kombinaci s agresí u mužů.

Další námi položená otázka měla za cíl porovnat provázanost informací mezi záchranáři a dispečery. Nejdříve jsme se dotazovali na podávání doplňujících informací ze strany dispečerů, které by jim pomohly s řešením výjezdu. První skupina, tedy námi oslovení zdravotničtí záchranáři se svými odpověďmi, byla rozdělena do dvou skupin. V první vzniklé skupině byli informanti ZZ 1, ZZ 2 a ZZ 3, kteří shodně uvedli, že pokud se situace vymyká běžnosti, jsou na to předem upozorněni. Toto tvrzení nám ovšem vyvrátili odpověďmi informanti ZZ 4, ZZ 5 a ZZ 6, kteří naopak uvedli, že v mnoha důležitých situacích obdrží velmi málo informací. Informant ZZ 5 dále uvedl, že mnohdy je situace na místě úplně jiná, než jak ji obdrží popsanou v příkazu k výjezdu. Námi oslovení pracovníci operačního střediska na tuto otázku shodně odpověděli, že případné specifické upozornění dávají posádkám pouze v případě, že na místě události by mohlo dojít k ohrožení jejich zdraví a života.

Důležitou součástí správného vyřešení výjezdů k pacientům s duševním onemocněním bývá mnohdy součinnost posádky zdravotnické záchranné služby s dalšími složkami záchranné služby. Máme tím na mysli vozidla Rendez-vous a psychologické interventy. Pro skupinu zdravotnických záchranářů jsme specifikovali pouze otázku ohledně využití psychologického intervanta, jelikož právě oni musejí tuto možnost

v terénu zvolit a nabídnout ji postižené osobě. Na otázku možnosti intervence odpověděli velice různorodě. Pouze informant ZZ 1 uvedl, že v těchto indikacích jen zřídka využívá možnost povolání interventy. Dotazovaný ZZ 2 uvedl, že tuto možnost by využil v případech úzkostných stavů. Toto tvrzení oponují informanti ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 5, kteří shodně uvedli, že intervence připadá zejména v případech akutních stresových reakcí. Rozdílnou odpovědí se prezentoval také informant ZZ 6, který odpověděl, že intervenci realizuje až jako druhou možnost po přivolání lékaře ze systému Rendez-vous na místo události. Oslovených dispečerů se týkaly dvě otázky. První byla totožná s otázkou pro záchranáře. Operátory jsme dle jejich odpovědí také rozdělili na dvě skupiny. Informanti OP 1 a OP 2, kteří vytvořili první skupinu shodně uvedli, že pro tuto indikaci nevidí využití psychologického interventy. Proti byli informanti OP 3, OP 4, OP 5 a OP 6, kteří naopak sdělili, že využití této možnosti je zejména pro akutní stresové reakce. Jejich tvrzení tedy podporuje tvrzení části zdravotnických záchranářů, přesněji informantů ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 5. Informant OP 6 dále doplnil, že využití psychologické intervence v této indikaci je ve velmi malé míře. Druhá otázka pro skupinu operátorů se týkala využití vozidla v systému Rendez-vous pro konkrétní stavy. Odpovědi na tuto otázku byly do určité míry jednotné. Informanti OP 1, OP 3, OP 4 a OP 5 shodně uvedli stav agrese, OP 3 a OP 4 ještě dodali suicidium, ve kterém se shodli s dotazovaným OP 2. Naopak OP 5 doplnil schizofrenii a informant OP 6 uvedl, že nelze specifikovat vyslání vozidla Rendez-vous na konkrétní stavy, jelikož vysílání této posádky se odvíjí od naléhavosti N1 až N4, kterou určí operátor při přijímání telefonátu.

Kategorie č. VI Agrese a její výskyt ve spojení s duševním onemocněním

S duševním onemocněním bývá mnohdy, ač neprávem, spojována agrese. Vybraných informantů jsme se postupně dotazovali na výskyt agrese, komunikaci s takovými pacienty, vnímání komunikace ze strany zdravotnických záchranářů a možnou součinnost s Policií České republiky.

Otázku na výskyt agrese jsme položili oběma vybraným skupinám. Odpovědi informantů z řad záchranářů jsme rozdělili na dvě skupiny. Informanti ZZ 2 a ZZ 5 shodně odpověděli, že vznik agrese je individuální a nelze říct, že u každého psychiatrického stavu se setkáme s agresí. Oproti tomu informanti ZZ 1, ZZ 3, ZZ 4, ZZ 6 shodně odpověděli, že výskyt agrese u psychiatrických pacientů je skoro 100 %. Informanti z řad operátorů se dle svých odpovědí rozdělili také na dvě skupiny. První skupinu tvořili OP 1, OP 2, OP 6, kteří odpověděli, že vznik agrese u psychiatrických

stavů je velmi častý. Oproti tomu OP 3, OP 4 a OP 5 řekli, že výskyt agrese záleží na diagnóze, na individuálním chování dané osoby. Také záleží na přístupu ze strany operátorů a záchranářů. Doplňující otázku, kterou jsme v této podkategorii zvolili, byla otázka na konkrétní stavy, kdy můžeme opravdu vznik agrese očekávat. Informanti odpověděli, že nemohou specifikovat konkrétní stavy, ale ti, kteří odpověděli, uvedli shodně stavy schizofrenie a stavy, kdy jsou pacienti ovlivněni psychoaktivními látkami.

Druhá otázka byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Přesněji nás zajímaly rozdíly v komunikaci. Především na operátorech stojí prvotní vyhodnocení a získání validních informací, protože mají omezenou možnost komunikace s pacientem. Odpovědi všech záchranářů se jednomyslně shodly na tom, že je především zásadní jejich vlastní bezpečí a nebáli by se v krajní nouzi neposkytnout přednemocniční neodkladnou péči a vzdálit se z místa zásahu. Dále je zapotřebí neeskalovat agresi a snažit se, aby pacient pochopil, že jeho situace není okolí lhostejná. Informantka ZZ 6 doplnila, že jako prvního posílá řidiče. Vzhledem k tomu, že je to muž, bude v krajním případě vyrovnanějším soupeřem pro agresora než záchranářka.

Obecně můžeme říct, že odpovědi operátorů byly taktéž shodné. Všichni oslovení uvedli, že je velmi důležité nereagovat na nadávky a slovní agresi, protože si nemohou dovolit volajícího ztratit z telefonu. Mnohdy tak dispečeri musejí čelit velmi nepřijemným telefonátům, ze kterých je obtížné vytěžit základní informace, které určí posádce místo zásahu, ale také ji tím mohou chránit, protože po vyhodnocení výzvy lze povolat k asistenci Policii ČR. V tomto viděli informanti menší výhodu záchranářů, kteří pokud již na místě jsou, vidí danou situaci reálně a mohou například pomocí Policie České republiky situaci zvládnout a poskytnout adekvátní přednemocniční neodkladnou péči. Informant OP 6 doplnil, že vedení těchto problémových hovorů se odvíjí také od zkušeností pracovníků zdravotnického operačního střediska.

V této podkategorii došlo k zajímavému rozporu, kdy informant ZZ 5 k této otázce doplnil, že školení zaměřená na komunikaci s agresivním pacientem jsou ve finále nevyužitelná, protože každá osoba je individualita a nelze použít ucelený postup. Oproti tomu informant OP 6 uvedl, že tato školení jsou velmi potřebná a jejich využití je téměř 100 %.

Třetí otázka byla specifická pouze pro zdravotnické záchranáře. Dotazovali jsme se jich, zda jsou si vědomi, že velkou roli v komunikaci s pacientem hraje i komunikace neverbální, čímž máme na mysli i postoj a výraz záchranáře či dalších členů posádky.

Jejich odpovědi jsme rozdělili na dvě skupiny. Informanti ZZ 1 a ZZ 3 odpověděli, že o roli neverbální komunikace vědí, ale nedávají jí takovou váhu. Záchranář ZZ 1 doplnil, že mnohdy i díky únavě nelze na tuto komunikaci ani myslet. Oproti tomu druhá skupina, kterou tvořili ZZ 2, ZZ 4, ZZ 5 a ZZ 6 odpověděli, že se vždy snaží na tento druh komunikace myslet. Záchranář ZZ 2 dodal, že je důležité vyhodnocení situace na místě, protože pacienti, kteří si přivolají ZZS jsou mnohdy rozrušeni a stačí jen malý vtípek nebo pousmání, které v nich může vyvolat velkou agresi. Záchranářka ZZ 6 také doplnila, že pokud například pacient sedí na zemi, tak se zkouší dostat očima do úrovně očí pacienta. Z důvodu toho, aby pacient nepocíťoval určitou podřadnost.

Kategorie č. VII Komunikace s pacienty v jednotlivých stavech

Cílem naší odborné práce bylo zmapovat specifika komunikace s duševně nemocnými. Zaměřili jsme se tedy na konkrétní stavy. Jako první jsme se zajímali o duševní onemocnění nazvané schizofrenie. V rámci tohoto onemocnění jsme ještě dále ptali na doplňující otázky spojené s procentuálním výskytem tohoto onemocnění, chováním pacientů a názorem záchranářů ohledně přístupu k těmto pacientům.

První dotazovanou skupinou byli zdravotničtí záchranáři. Již první otázka, která se týkala výskytu tohoto onemocnění v rámci přednemocniční neodkladné péče. Již tato otázka nám rozdělila šestici dotazovaných záchranářů na tři skupiny. První skupinu nám tvořili informanti ZZ 1, ZZ 3 a ZZ 5, kteří shodně uvedli, že schizofrenie je nejčastější psychiatrický stav, se kterým se ve svém povolání setkávají. Informanti ZZ 4 a ZZ 6 oproti tomu uváděli, že výskyt tohoto onemocnění je minimální a záchranář ZZ 2 uvedl, že s tímto onemocněním za dobu služby u ZZS nemá žádnou zkušenost. Z hlediska chování těchto pacientů se odpovědi opět rozdělily, ovšem nyní pouze na dvě skupiny. První skupinu nám vytvořil pouze informant ZZ 6, který uvedl, že pacienti bývají nemluvní, tiše sedí a špatně reagují na výzvu. Oproti tomu ale zbylí dotazovaní, tedy informanti ZZ 1, ZZ 2, ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 5 shodně uvedli, že nikdy neví, co od takového člověka mohou očekávat. Pacienti jsou ve většině případů velmi agresivní. Na tyto odpovědi nám plynule navazuje otázka ohledně postupu, který záchranáři volí, pokud jsou na místě bez asistence Policie ČR a musejí s pacientem určitým způsobem komunikovat. Zde se všichni oslovení záchranáři shodli, že prvotně dbají na vlastní

bezpečnost a dále volí spíše kamarádský přístup, ve kterém je jejich cílem získat důvěru postižené osoby.

Druhou dotazovanou skupinou byli operátoři zdravotnické služby. Doplnující otázky pro tuto skupinu byly totožné jako pro záchranáře. Všichni oslovení shodně odpověděli, že se jedná o velmi častá volání, se kterými se setkávají v rámci svého zaměstnání. Z hlediska chování těchto volajících se všichni dotazovaní shodli, že jsou velmi agresivní a je velmi náročné získat upřesňující informace. Ohledně přístupu a vedení komunikace byly odpovědi shodné s odpověďmi záchranářů. Nakonec ještě informanti OP 2, OP 3 a OP 5 doplnili, že pokud přijímají hovor od osoby s podezřením na schizofrenii, okamžitě posílají ještě speciální upozornění posádce.

Druhým onemocněním, kterému jsme se věnovali, byly neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Nejdříve nás zajímala akutní stresová reakce, její výskyt, projevy u postižených osob, postup při komunikaci s takovýmto pacientem a popřípadě možnosti využití dalších složek ZZS.

Opět jsme se jako první dotazovali skupiny zdravotnických záchranářů. Na otázku ohledně výskytu odpověděli informanti ZZ 1 až ZZ 5 větou, že procento výskytu akutní stresové reakce je minimální, setkávají se s tím tedy málokdy. Pouze informant ZZ 6 odpověděl, že na tuto otázku nechce odpovídat vzhledem k tomu, že se těmito výjezdy nemá vůbec žádnou zkušenost. Nejčastějšími případy, kdy se záchranáři dostávají k akutní stresové reakci, jsou podle dotazovaných záchranářů dopravní nehody a náhlá úmrtí. Především stresové situace, kdy dojde k náhlému úmrtí dítěte. Z hlediska projevů postižených osob známe dva možné projevy. Oslovení záchranáři uvedli, že oba projevy se vyskytují více méně stejně, nedochází tedy přednostně k výskytu pouze jednoho projevu akutní stresové reakce. Základním postupem dle informantů je dostatek času a získání důvěry pacientů. Informantka ZZ 3 dále doplnila, že vždy je pro ni primární zranění pacienta a až poté řeší psychický stav. Dále jsme se záchranářů ptali, zda dokáží vždy poznat, že u pacienta probíhá akutní reakce na stres. Na tuto otázku odpověděli, že v 90 % případů je těžké rozpoznat probíhající akutní reakci na stres.

Stejně otázky jsme položili i operátorům zdravotního střediska. Na otázku ohledně výskytu akutní reakce na stres odpověděli všichni oslovení, že tyto situace vznikají spíše sporadicky, především u větších dopravních nehod či náhlých úmrtích. Informant OP 6 doplnil, že tyto situace lze nalézt také u domácího násilí, které je bohužel v dnešní době více a více časté. Na otázku projevů odpověděl odlišně znovu pouze informant OP 6, který uvedl, že vyjma klasických projevů, kterými jsou zpomalená komunikace, změny

nálad a tak podobně, se může také zdát, jako by byl volající pod vlivem nějaké psychoaktivní látky. Na otázku komunikace a přístupu zdravotnických operátorů jsme získali jednotnou odpověď. Ve většině případů jsou volajícími blízké osoby či osoby, které se nacházely poblíž, když došlo ke vzniku situace. Mnohdy to operátorům umožní získat přesnější informace.

Mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy jsme v rámci naší práce zařadili také úzkostné stavy. Dotazovaných jsme se opět ptali na výskyt těchto případů, jejich projevy a způsob komunikace jak ze strany zdravotnických záchranářů, tak od operátorů zdravotnického operačního střediska. Výskyt stavů spojených s úzkostí je podle všech oslovených záchranářů velmi častý. Informant ZZ 6 doplnil, že podle jeho názoru a zkušeností jsou tyto stavy spojeny spíše s muži, hlavně v období Vánoc. Informantka ZZ 4 oproti tomu uvedla, že tento stav vzniká podle jejího názoru především u lidí, kteří trpí dlouhodobou samotou. Záchranář ZZ 1 nám odpověděl, že volající ve většině případů už své stavy znají a dokáží je popsat. Záchranář ZZ 2 také doplnil, že je podle něho velmi důležité dát pacientovi na místě zásahu dostatek času. Mnohdy prý není potřeba medikace, stačí i pouhé promluvení. Dle doplnění informanta ZZ 5 pacienti často na sobě hledají různé choroby a sami si diagnostikují různá onemocnění, která ve finále ani nemají. Z hlediska přístupu a komunikace je dle oslovených záchranářů důležité přimět opatrným postupem pacienta, aby začal hovořit o svých potížích. Zdravotnických záchranářů jsme se dále zeptali, zda je u těchto stavů možnost vzniku agresivního chování. Získané odpovědi jsme rozdělili do třech skupin. Informanti ZZ 1, ZZ 4, ZZ 5 a ZZ 6 shodně uvedli, že ke vzniku agrese u těchto stavů nedochází. Ovšem je nutné uvést dovětek ZZ 6, který uvedl, že především ale záleží na přístupu záchranáře na místě události. Ve druhé skupině se nachází informant ZZ 2, který uvedl, že vznik agrese možný je, ale jedná se především o autoagresi. Poslední skupinu vytvořil ZZ 3, který řekl, že tyto pacienti jsou velmi nevyzpytatelní a nelze tedy přesněji určit, zda ke vzniku agrese dochází, či ne.

Dále jsme opět oslovili pracovníky operačního střediska. Výskyt těchto volání je podle vybraných dispečerů vyrovnaný vůči dalším volání. Tedy nijak nevybočuje vysokým či nízkým výskytem. Ovšem na otázku, čím bývají tyto stavy způsobeny, jsme získali různé odpovědi. Informant OP 1 uvedl, že vyvolávajícím podnětem stavu úzkosti může být i dědičná predispozice. Informanti OP 2, OP 3, OP 4 a OP 6 uvedli, že vyvolávajícím podnětem jsou především deprese. Operátor OP 5 doplnil, že podle jeho názoru je vyvolávající příčinou určitá stresová situace. Z hlediska toho, jak se volající

po telefonu projevuje, volíme vhodnou komunikaci, abychom volajícího neztratili, jsme od dotazovaných získali poměrně stejné odpovědi. Volající uvádějí různé bolesti po těle, zde respondenti viděli velké riziko, protože to může dispečera zmást, například pokud volající bude uvádět bolesti na hrudi. Celkově jsou volající nekomunikativní. Těžko se od nich získávají informace. Komunikace může být také zhoršena, pokud je úzkost ještě posílena užitím alkoholu, toto nám doplnila informantka OP 3. Oslovení operátoři jednohlasně odpověděli, že je důležité volajícího nikam netlačit, ba naopak se pokusit pacienta získat na naši stranu. Dále jsme se operátorů ptali, zda je možný vznik agrese u těchto stavů. Měli jsme tím na mysli slovní agrese, protože operátoři komunikují pouze pomocí telefonu. Respondenti odpovídali poněkud různorodě. Dotazovaní OP 1 a OP 5 uvedli, že výskyt agrese u těchto volajících je vysoce možný. Zajímavou skupinu nám vytvořili OP 2, OP 3 a OP 4, kteří uvedli, že vznik agrese je možný, ovšem má to určité podmínky. V tomto případě se tato skupina dále rozdělila. Operátor OP 2 uvedl, že vznik agrese bývá spojen s přílišným nátlakem ze strany operátora. Oproti tomu OP 3 a OP 4 uvedli, že vznik agrese bývá naopak spojen s individualitou daného volajícího. Jako poslední nám odpovídal informant OP 6, který řekl, že agrese se v těchto případech příliš nevyskytuje.

Třetím konkrétním stavem, kterému jsme se věnovali, byly poruchy, k jejichž vzniku došlo díky užívání psychoaktivních látek. Informantů jsme se ptali na základní věci spojené s tímto onemocněním. Máme tím na mysli procentuální výskyt, chování a projevy pacientů a samozřejmě také postup, který zdravotničtí záchranáři volí při komunikaci s takovým pacientem.

Prvně jsme se dotazovali skupiny zdravotnických záchranářů. Informanti ZZ 1 a ZZ 3 shodně odpověděli, že pacienti jsou velmi hyperaktivní a roztěkaní. Záchranář ZZ 3 také doplnil, že výskyt těchto případů bývá spojen především s obdobím Vánoc. Druhou skupinu odpovědí nám vytvořili zbývající dotazovaní, tedy záchranáři ZZ 2, ZZ 4, ZZ 5 a ZZ 6. Jejich odpovědí bylo, že chování lidí, u kterých dojde ke vzniku onemocnění díky užívání psychoaktivních látek, je velmi individuální a například záchranář ZZ 2 dodal, že chování může být velmi různorodé ještě v závislosti na účinku psychoaktivní látky. Podle jeho názoru je účinek požití drogy jiný ráno, jiný v poledne a jiný večer. Informant ZZ 6 také doplnil, že dle jeho názoru dochází u žen především k pláči a u mužů dochází k nadávkám. Odpovědi na otázku ohledně zvolení přístupu se příliš nelišily. Můžeme říct, že dle získaných informací, je základem klidný přístup v kombinaci s vlastním bezpečím a získáním základních informací, které pomohou vyřešit nastalý problém. Doplňující

otázkou pro tuto kategorii byly stavy, kdy pacienti trpí halucinacemi či bludnými představami. Především nás zajímalo, zda záchranáři nechávají pacienty v jejich představách nebo zda je z nich vyvádějí a snaží se je uvést do reality. Získaná data jsme rozdělili do dvou skupin. První skupinu tvořili záchranáři, kteří souhlasili s tím, že pacienta do reality neuvádějí a ponechávají ho v jeho momentálním myšlení. Jednalo se o informanty ZZ 2, ZZ 4, ZZ 5 a ZZ 6. Informant ZZ 2 ještě doplnil, že pokud bychom pacientovi bludy popírali, mohlo by to v něm vyvolat velkou vlnu agrese, proto je lepší z daného stavu pacienta nevyvádět. Druhou skupinu vytvořili zbývající informanti, tedy záchranáři ZZ 1 a ZZ 3, kteří shodně uvedli, že udržují neutrální postoj. V některých případech, doplnil záchranář ZZ 1, je možné potvrdit jim daný stav, ale zároveň druhou větou dodal, že tento stav je především způsoben látkou, kterou požili.

Druhou skupinu dotazovaných nám vytvořili opět operátoři zdravotnického operačního střediska. U této skupiny dotazovaných jsme zařadili i otázku výskytu těchto telefonátů a možné spojení například s určitým obdobím v měsíci či v roce. Na otázku četosti těchto telefonátů odpověděli všichni dotazovaní poměrně stejně. Obecně můžeme z odpovědí potvrdit, že výskyt těchto volání je vysoce častý. Drobné odlišnosti v odpovědích se vyskytovaly především v určení, jak často jsou, například v týdnu, tyto telefonáty přijímány. Informant OP 1 uvedl, že zvýšený výskyt těchto volání se odehrává během Vánoc a také v polovinách měsíce, kdy lidé dostávají výplatu. Ostatní oslovení uváděli, že tato volání přijímají několikrát denně nebo také několikrát týdně. V tomto byly patrné velmi malé odlišnosti v jejich odpovědích. Ze strany komunikace nám oslovení operátoři odpověděli velice podobně. Především se snaží o velice vlídný až kamarádský přístup a nereagování na možné urážky. Opět jsme ale mohli nalézt drobné odlišnosti, kdy například informant OP 2 uvedl, že primárně se snaží volajícího nevyděsit přehnanou komunikací, protože by mohlo dojít ze strany volajícího k ukončení telefonátu. Informant OP 4 ještě doplnil, že je důležité zejména netlačit na volajícího a neeskalovat zbytečně situaci. Doplňující otázkou bylo, stejně jako pro zdravotnické záchranáře, výskyt bludů a halucinací a především komunikace. Tím máme na mysli, zda se operátoři snaží volajícího vyvést z reality nebo ho nechávají takzvaně v jeho světě. Odpovědi všech informantů se shodovaly v tom, že je nejlepší ponechat volajícího v jeho stavu a nepřesvědčovat ho o tom, že se mu daný stav jen zdá. Operátor OP 2 doplnil, že je mnohdy velmi obtížné odlišit, zda vše, co pacient říká, je reálné nebo ne. Dispečer OP 6 řekl, že je ve většině případů výhodou, aby volající telefon předal někomu jinému, například rodině nebo osobám, které se nacházejí na místě, odkud

pacient volá záchranou službu. Dále také doplnil, čímž nám poněkud rozporoval s odpovědí informanta OP 2, že je mnohdy potřeba vést hovor poněkud direktivně, protože jen tak můžeme získat dostatek informací k vyhodnocení výzvy a vyslání posádky na místo.

Posledním onemocněním zkoumaným v rámci naší odborné práce byly afektivní poruchy, ze kterých nás zajímala zejména depresivní porucha a bipolární afektivní porucha. Opět jsme se vybraných zdravotnických záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska dotazovali na výskyt těchto případů a poté na postup, který volí při komunikaci s tímto pacientem. Dispečerů se samozřejmě týkala tato otázka ze strany komunikace přes telefon a vedení hovoru.

První dotazovanou skupinou byli opět zdravotničtí záchranáři. Dle jejich odpovědí na otázku výskytu jsme je rozdělili na dvě skupiny. Záchranáři ZZ 1, ZZ 2, ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 6 odpověděli, že tyto stavy nejsou příliš časté. Oproti tomu dotazovaný ZZ 5 odpověděl, že výskyt těchto onemocnění je velmi častý. Záchranář ZZ 2 dále řekl, že mnohdy se jedná o dobře známé pacienty nebo o pacienty, kteří jsou dlouhodobě léčeni. Pokud to situace dovoluje, dovolává si tedy na místo události vozidlo Rendez-vous a je zde možnost, pokud to umožňuje zdravotní stav pacienta a také prostředí, ve kterém se nachází, ponechat ho doma pod dohledem příbuzných. Komunikace s pacienty, u kterých dochází k tomuto onemocnění, je velice obtížná. Pacienti jsou celkově utlumení. Informant ZZ 2 ještě v této oblasti doplnil, že poruchy nálad bývají spojené nejčastěji s užitím psychoaktivních látek. Všichni oslovení záchranáři se shodli, že základním kamenem komunikace s takovými pacienty je získání důvěry a vyjadřování se srozumitelně. Postižené osoby špatně komunikují, špatně vnímají a složité slovní obraty by nemusely být pochopitelné. Dále se také všichni oslovení shodli, že je u těchto výjezdů velké riziko napadení, tedy riziko, že pacient přejde z fáze depresivní do fáze manické a zvýší se jeho agrese.

Druhou oslovenou skupinou byli operátoři zdravotnického operačního střediska. Odpovědi na otázku častosti těchto telefonátů jsme rozdělili na dvě skupiny. První skupinu nám vytvořili informanti OP 1, OP 2, OP 5 a OP 6, kteří se shodli, že tyto situace se vyskytují docela často. Oproti tomu dispečerů OP 3 a OP 4 tvrdili, že výskyt těchto volání je minimální. Informant OP 2 ještě dodal, že nejčastěji přijímají volání od příbuzných, to znamená, že pacienti si sami pomoc nezavolají. Informant OP 5 dále dodal, že je velice nezbytné ověřit si pravost informací, které získává od volajícího. Názor na komunikace mají všichni dotazovaní dispečerů stejný. To znamená, že je nutné

postupovat pomalu, zbytečně volajícího neutěšovat, spíše působit kamarádsky a nabídnout volajícímu určitou možnost řešení vzniklé situace.

6 Diskuze

Tématem naší bakalářské práce byla „Práce zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými. Hlavním cíle této práce bylo objektivní zmapování problematiky psychiatrických onemocnění. Výzkum byl prováděn u vybraných informantů z řad zdravotnických záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska. Počet dotazovaných si byl navzájem roven. Oslovili jsme šest zdravotnických záchranářů a šest operátorů. K realizaci výzkumu jsme použili metodu kvalitativního výzkumu.

Cílem naší práce bylo zmapování specifik práce zdravotnického záchranáře a zdravotnického operačního střediska s duševně nemocnými a také zjištění možných existujících rizik při komunikaci s takovými pacienty.

Dle rozložení výzkumné části práce můžeme říci, že výzkumná část obsahovala dvě hlavní oblasti. První oblast se týkala obecných informací o informantech, jejich povědomí o duševním onemocnění, dostupnosti proškolení a specializovaných kurzů, a například také možnostmi zpětné vazby pro zdravotnické pracovníky. Druhá část výzkumu byla zaměřena na konkrétní stavy, ve kterých byly zkoumány postupy, které jsou používány oslovenými zdravotnickými pracovníky a také zde byla rozebírána možnost vzniku určitých rizik. Pro lepší přehlednost byly ze získaných kódů vytvořeny kategorie.

V první oblasti jsme se nejdříve zabírali obecnými identifikačními informacemi, díky kterým jsme zjistili pohlaví, věk, dosažené vzdělání a délku praxe u zdravotnické záchranné služby. Získaná data jsme shrnuli v tabulce č.1 a následně porovnali. Zejména v oblasti vzdělání můžeme říct, že jsme naším výběrem získali velmi širokou paletu dosaženého vzdělání. Dosažené vzdělání nám také poukazuje na fakt, že v době zakládání zdravotnické záchranné služby byly požadavky na dosažený titul rozdílné oproti době dnešní.

Druhým bodem první oblasti, kterou jsme se v rámci našeho výzkumu zabývali, byl obecný předpoklad, kterým by měli zdravotničtí záchranáři a operátoři disponovat, aby mohli svá povolání vykonávat adekvátně a v plné míře. Získané informace jsme porovnávali s literaturou, ze které jsme v rámci psaní teoretické části čerpali. V tomto porovnávání nedošlo skoro k žádným odlišnostem. Jedinou odlišností bylo tvrzení Kelnarové a Matějkové (2010), které ve své knize tvrdí, že zdravotník by měl také umět být jakýmsi pedagogem v dané chvíli. Tím máme na mysli, aby uměl daný problém pacientovi správně vysvětlit a srozumitelně ho informovat. Ovšem nebylo pro nás

překvapením, že oslovení pracovníci zdravotnické záchranné služby na tento, v některých případech nutný, aspekt jejich povolání zapomněli, především díky jejich pracovnímu vytížení. Většina z nich funkci jakéhosi pedagoga zastává každý den, ale neuvědomuje si to. Dále jsme se pokusili o porovnání tvrzení zdravotnických záchranářů a operátorů. Zajímalo nás, zda dokážeme nalézt určitou shodu mezi názory oslovených respondentů. Výsledek tohoto porovnání nás překvapil. I když víme, že se obecně jedná o zdravotnickou záchrannou službu, přeci jen jsme očekávali určité odlišnosti mezi názory těchto dvou složek zdravotnické záchranné služby. Překvapením bylo, že názory oslovených byly téměř totožné. Odlišnost jsme získali názory informantů z řad operátorů. Přesněji tedy dotazované OP 5 a dotazovaného OP 6. Operátorka námi označená jako OP 5 uvedla do základních předností umění kolektivní spolupráce a operátor OP 6 uvedl jako výhodu znalost cizího jazyka. Druhá otázka tohoto bodu byla směřována na právní postavení zdravotnického záchranáře. Tato otázka byla do výzkumu zařazena z důvodu, že s tématem duševní onemocnění souvisí také možné útoky pacientů na zdravotnické záchranáře, kteří mají díky nastavení systému velmi malou možnost vlastní obrany. Tuto otázku jsme položili ve stejném znění i skupině oslovených operátorů, byť jsme si byli vědomi, že operátoři se do fyzického kontaktu s pacienty nedostávají. Ze získaných odpovědí jsme došli k názoru, že pracovníci zdravotnické záchranné služby by ocenili změnu v tomto postavení. Z celkového počtu oslovených respondentů bylo devět oslovených pro tuto změnu. Pouze tři informanti vyjádřili nesouhlas. Z těchto tří informantů byli dva zdravotničtí záchranáři a jeden operátor. Právě operátor, který nesouhlasil se změnou postavení zdravotnického záchranáře, uvedl velmi zajímavou myšlenku. Řekl, že případná změna sebou nese velmi mnoho komplikací pro případný soudní spor mezi záchranářem a útočníkem. Ovšem tři čtvrtiny oslovených byly pro tuto změnu. Tudíž z toho plyne, že by k určitým změnám mělo dojít.

Třetím bodem této oblasti, kterou jsme se v rámci výzkumu zabývali, byla dostupnost školení a kurzů. Ze strany školení nás zajímalo především proškolení v rámci komunikace s pacienty, kteří trpí duševním onemocněním. Kurzem jsme mysleli kurz sebeobrany, který částečně souvisejí s předchozí kategorií. Odpovědi v rámci dotazu na dostupnost školení jsme rozdělili dle dotazované skupiny. Ze šestice oslovených záchranářů odpověděli pouze dva, že školení ohledně komunikace probíhají. Záchranáři doplnili, že školení o komunikaci neprobíhají v rámci zdravotnické záchranné služby, nýbrž probíhají – v rámci organizace – v blízké nemocnici. Obecně můžeme říct, že z řad zdravotnických záchranářů by byl zájem o taková školení do budoucna. Oslovení

záchranáři také vidí využití těchto školení do praxe, protože mnohdy v určitých situacích musejí komunikačně improvizovat. Tuto otázku jsme položili i operátorům. Poněkud nás zaskočilo, že zde došlo k velkému rozdílu odpovědí u operátorů oproti odpovědím u záchranářů. Mysleli jsme si, že v rámci jedné organizace bude dostupnost školení pro obě složky záchranné služby stejná. Operátoři shodně uvedli, že tato školení pravidelně absolvují a mají velké využití v jejich práci. Druhá otázka této skupiny byla položena pouze zdravotnickým záchranářům, protože se týkala dostupnosti kurzů sebeobrany. Na dostupnost kurzů sebeobrany jsme získali docela jasnou odpověď. Kromě záchranáře označeného jako ZZ 5, který uvedl, že kurz proběhl, ale pouze jedenkrát. Ostatní záchranáři odpověděli, že kurz sebeobrany jim není dostupný. Na otázku využití těchto kurzů jsme získali rozdílné odpovědi. První polovina oslovených by viděla využití kurzů sebeobrany do budoucna, druhá polovina naopak řekla, že vzhledem k daným postupům by jim tato školení nebyla výhodou. Opět se zde můžeme vrátit k otázce na změnu postavení záchranáře v systému. Dále můžeme uvažovat nad tím, jaká by byla odpověď, pokud by byl systém nastaven jinak, a tudíž by i kompetence zdravotnických záchranářů byly jiné.

Čtvrtý bod první oblasti zkoumal vztah pracovníků záchranné služby a duševní nemoci. Zde jsme se všech informantů dotazovali na možnost vyrovnání se s psychicky náročnými výjezdy. Nejprve jsme se ptali záchranářů. Pouze dva ze šesti oslovených potvrdili, že o této možnosti vědí. Dále jsme oslovili operátory, kteří shodně odpověděli, že o této možnosti jsou informováni, ale žádný z nich ji ještě nepotřeboval využít. Můžeme tedy říct, že zřejmě nedochází k plošnému informování všech pracovníků zdravotnické záchranné služby o možnostech intervence.

Pátý bod první oblasti jsme se zabývali duševním onemocněním ve spojitosti se zdravotnickou záchrannou službou. Tato skupina byla poněkud obsáhlá, takže jsme ji rozdělili na několik menších částí. Jako první byla položena otázka týkající se obecného pojetí záchranářů o duševních onemocněních. Zajímalo nás, co si zdravotničtí pracovníci představí při pojmu duševní onemocnění. Získané informace byly z 90% shodné. Respondenti uváděli jako první schizofrenii a poruchy vzniklé užíváním psychoaktivních látek. Zbýlých 10 % informantů uvádělo například: stavy deprese či stavy úzkosti. Druhá otázka byla zaměřena na výskyt duševních onemocnění jako takových a také na výskyt nejčastějších duševních onemocnění a případné spojení výskytu duševních onemocnění s určitým ročním obdobím či částí v měsíci. Dle mé osobní praxe v rámci studia jsem předpokládal, že výskyt těchto výjezdů nebude nikterak velký. Ovšem získané odpovědi

byly opakem mého názoru. Oslovení zdravotničtí záchranáři odpovídali různorodě. První třetina řekla, že výskyt duševních onemocnění je v dnešní době na vzestupu. Druhá třetina naopak řekla, že nedochází k žádnému rapidnímu nárůstu a třetí třetina nedokázala na tuto otázku odpovědět. Co se týče výskytu konkrétních onemocnění, zde nám odpovědi záchranářů souhlasily s jejich odpověďmi na otázku v první podskupině, která se týkala právě pojetí o duševním onemocnění. Ohledně výskytu v konkrétních obdobích jsme získali vícero informací. Záchranáři uváděli výskyt duševních onemocnění v období Vánoc, dále pak udávali výskyt kontinuální po celý rok (tedy bez nějakého rapidního nárůstu v určitém období). Někteří záchranáři na tuto otázku nedokázali odpovědět. Poté jsme se na toto téma dotazovali i druhé skupiny, tedy operátorů zdravotnického operačního střediska. Stejně jako u informantů z řad záchranářů jsme jejich odpovědi mohli rozdělit do třech skupin. Ovšem v porovnání s odpověďmi záchranářů nebyly tyto odpovědi shodně rozdělitelné po třetinách. Dle získaných dat se nám také vytvořily tři skupiny, ovšem s rozdílným obsazením jednotlivých respondentů. Čtyři ze šesti dotazovaných odpověděli, že výskyt duševních onemocnění nepatří k častým voláním, která jsou přijímána. Zbývající dva operátoři se díky svým tvrzením rozdělili na další dvě skupiny. Jeden tvrdil, že výskyt těchto volání svou častostí nijak nevyniká. Naopak ho řadil k běžnému výskytu jako u ostatních volání. Druhý operátor poté uvedl, že dochází k postupnému zvyšování výskytu těchto volání. Na naši doplňující otázku ohledně výskytu ve specifických obdobích nám odpověděli oslovení dispečeri z 90 % stejně jako záchranáři. Zbývajících 10 % dispečerů nám potvrdilo, že ke zvýšenému výskytu dochází v době úplňku a také v polovině měsíce, kdy pracujícím přichází výplata. Těmito dvěma tvrzeními se výpovědi dispečerů odlišovaly od výpovědí zdravotnických záchranářů. Ve třetí podskupině jsme se dotazovaných ptali, zda je možné rozlišit výskyt duševních onemocnění u žen a u mužů. A popřípadě, zda lze říct, jaká onemocnění u obou pohlaví převažují. Protože nedocházelo ke shodě názorů, musel jsem získané odpovědi rozdělit dle vykonávané pozice. Zdravotničtí záchranáři totiž shodně odpověděli, že výskyt je vyrovnaný jak u mužů, tak u žen. Oproti tomu ale u dotazovaných operátorů ke 100 % shodě nedošlo. Operátoři se svými odpověďmi rozdělili na dvě skupiny. První skupinu tvořila pouze informantka OP 2, která uvedla, že výskyt duševních onemocnění je spjat více s muži. Druhou skupinu nám vytvořili zbývajcí dispečeri, kteří uvedli, že výskyt je vyrovnaný. Můžeme se tedy ptát, z jakého důvodu došlo, byť tak k mírné, neshodě. Roli zde může hrát i délka praxe u zdravotnické záchranné služby. Ovšem v tomto případě je dle našich zjištěných dat délka profesní praxe u informantky OP 2 již pět let. Tudíž může

jít i o prostou náhodu, že se s těmito voláními setkává pouze od mužského pohlaví. Co se týče výskytu konkrétních duševních onemocnění u obou pohlaví, tak zde jsme mohli nalézt shodu s tvrzením záchranářů i dispečerů ohledně nejčastějších duševních onemocnění u žen. Obě skupiny dotazovaných odpověděly, že u žen se nejčastěji jedná o depresivní stavy. U odpovědí o duševním onemocnění u mužů již taková shoda nepanovala. Oslovení záchranáři uváděli jako nejčastější onemocnění schizofrenii, oproti tomu operátoři uváděli duševní onemocnění vzniklá díky užívání psychoaktivních látek. Rozdílné názory můžeme odůvodnit tím, že oslovení zdravotničtí záchranáři nebyli z celého kraje, nýbrž pouze z určité námi dostupné oblasti. Tudíž byli spjati pouze s určitou výjezdovou oblastí. Oproti tomu oslovení operátoři mají na starosti celý kraj a setkávají se s telefonáty z různých oblastí. Další podskupinou, kterou jsme v rámci naší odborné práce zkoumali, byla takzvaná provázanost informací mezi operačním střediskem a výjezdovými skupinami. Prvně jsme se dotazovali záchranářů, zda v situacích, které jsou určitým způsobem abnormální, dostávají z operačního střediska zvýšenou podporu a různé doplňující informace. Polovina informantů z řad záchranářů odpověděla, že ano. Druhá polovina ovšem oponovala, že pokud se jedná o opravdu abnormální situaci, dostávají velice málo informací. Oproti tomu dotazovaní z řad dispečerů shodně uvedli, že specifické informace dodávají pouze v případě, že je riziko ohrožení zdraví a života posádky. Neshody v odpovědích si můžeme odůvodnit tím, že ne každý volající sdělí veškeré potřebné informace a také asi ne každý pracovník dispečinku je umí adekvátně získat a využít. Posledním podskupinou pátého bodu první oblasti našeho výzkumu byly otázky směřující na možnou součinnost s ostatními složkami ZZS. Především nás tedy zajímala možnost využití takzvaného psychologického intervenanta a popřípadě i systému Rendez-vous. Ptali jsme se zdravotnických záchranářů především na povolání psychologického intervenanta, protože právě oni jsou s pacientem na místě a zhodnotí celou situaci. Oslovení záchranáři na naši otázku, kdy je intervence využitelná, odpověděli velice různorodě. Neshody panovaly v indikacích, při kterých by si přivolali psychologického intervenanta. Zatímco informant ZZ 2 řekl, že indikací jsou úzkostné stavy. Informanti ZZ 3, ZZ 4 a ZZ 5 uvedli jinou indikaci, a to akutní stresovou reakci. Na mysl nám tedy znovu vyvstává otázka, zda dochází k plné informovanosti zdravotnických záchranářů, stejně jako tomu bylo při otázce na možnou zpětnou vazbu při náročném psychickém výjezdu. Odpovědi většiny informantů z řad operátorů byly shodné s respondenty z řad záchranářů. Shoda tedy panovala v tom, že dle oslovených je indikací - k vyslání intervenanta na místo - akutní

stresová reakce. Pro dispečery jsme měli připravenou ještě otázku na vyslání vozu v systému Rendez-vous. Oslovení shodně uváděli agresí či suicidum.

Do druhé oblasti naší odborné práce jsme zařadili specifické situace a jejich řešení ze strany zdravotnických záchranářů a operátorů zdravotnického operačního střediska. Spadal sem výskyt agrese ve spojení s duševním onemocněním, využívanou komunikací ze strany zdravotnických záchranářů, komunikaci s pacienty trpícími schizofrenií a dalšími onemocněními jakými jsou poruchy: neurotické, stresové a somatoformní, dále pak poruchy vzniklé užíváním psychoaktivních látek a afektivní poruchy.

Prvním bodem byla agrese a její výskyt spolu s duševním onemocněním. Získané odpovědi byly opět dvojího typu. Polovina záchranářů stejně tak i polovina operátorů se shodla, že při duševních onemocněních je riziko vzniku agrese skoro 100 %. Druhá polovina dotazovaných z obou řad se shodla, že vznik agrese je závislý na individualitě pacienta. Ze získaných dat lze tedy vyvodit, že každému duševnímu onemocnění nelze přiřadit automaticky agresivní chování. Stejně tak ale je potřeba s ním počítat. Další otázka spojená s agresí byla zaměřena na komunikaci s agresivním pacientem. Zajímalo nás, zda lze nalézt určité odlišnosti v přístupu ze strany záchranáře a ze strany operátora. Odpovědi obou skupin byly z 90% totožné. Informanti poukazovali především na nutnost neeskalovat vzniklou situaci, projevit zájem o stav pacienta a snažit se dosáhnout určitého řešení. Odlišnost můžeme najít v přístupu, kdy oslovení zdravotničtí záchranáři se shodli, že v případě ohrožení vlastního života by se nebáli odejít z místa zásahu a neposkytnout přednemocniční neodkladnou péči. Toto jim umožňuje zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. Informant označený jako ZZ 5 uvedl: „V případě ohrožení bych se nebál po něm klidně hodit náš kufr. Přednostně budu chránit své zdraví.“ Informantka ZZ 6 také doplnila: „V takovýchto výjezdech posílám jako prvního svého řidiče. Přeci jen je to chlap a v případě napadení by se lépe ubránil než já.“ S tímto tématem souvisí otázka předchozí oblasti, kde jsme se dotazovali na dostupnost školení ohledně komunikace a sebeobrany. I zde je ale návaznost na platné zákony a postupy, kterými se musí zdravotnický záchranář řídit. Co se týče vedení takovýchto hovorů v rámci operačního střediska, hraje nesmírnou roli i zkušenost operátora, jak nám uvedl sám informant OP 6: „Záleží na zkušenostech dispečera, protože na tento druh hovorů až tak úplně vyškoleni nejsme.“ Můžeme tedy říct, že zvládnutí takového případu začíná již dobrou komunikací ze strany dispečinku. A právě dispečer musí „ustát“ například vulgarismy od volajícího, nenechat se stáhnout do agresivity, a naopak vytěžit takzvané z minima maximum.

Druhý bod této oblasti byl zaměřen na neverbální komunikaci, která také může velmi zásadně ovlivnit chování duševně nemocného pacienta. Od tohoto bodu jsme očekávali, že zdravotničtí záchranáři nebudou odpovídat kladně na otázku, zda vnímají roli neverbální komunikace během zásahu. Ovšem získané odpovědi byly překvapením. Čtyři ze šesti oslovených záchranářů uvedli, že neverbální komunikaci berou jako nedílnou složku každého výjezdu. Nejen tedy k pacientům s duševním onemocněním. Zajímalo nás také, jak si takový důraz na neverbální komunikaci představují. Jako příklad můžeme uvést odpověď informantky ZZ 6: „Pokud například pacient sedí, kleknu si k němu, abych měla oči v jeho úrovni.“

Třetí bod se zabíral komunikací s pacienty, kteří trpí schizofrenií. Všem dotazovaným jsme položili otázku na častost tohoto onemocnění. Z dvanácti oslovených pouze dva udali schizofrenii jako onemocnění s minimálním výskytem. Oba informanti byli ze skupiny zdravotnických záchranářů. U informantky ZZ 6 můžeme odpověď spojit s jejím krátkým působením u záchranné služby (3,5 roku). Oproti tomu u informanta ZZ 4 nelze spojit jeho odpověď s dobou praxe, protože tento záchranář má již sedmnáctiletou praxi u záchranné služby. Další možností je tedy prostá náhoda, že s těmito výjezdy se setkává minimálně, a proto i jejich výskyt hodnotí jako minimální. Další otázka spojená se schizofrenií se týkala postupu v komunikaci, který volí záchranáři na místě a operátoři po telefonu. Snažili jsme se tedy zmapovat určitý postup, který volí oslovení pracovníci záchranné služby. Zajímavým zjištěním bylo, že používaný postup se neliší ani u jedné skupiny. Udávaným základem byl kamarádský přístup, díky kterému se snaží pracovníci záchranné služby vytvořit v pacientovi důvěru. Zajímavým doplněním z řad operátorů bylo, že tři ze šesti oslovených uvedli, že při indikaci schizofrenie posílají posádce ještě speciální bezpečnostní upozornění.

Čtvrtý bod se týkal komunikace s pacienty trpícími neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami. Z této skupiny jsme si vybrali: akutní stresovou reakci a úzkostné poruchy. Se souvisejícím nárůstem dopravních nehod jsme se domnívali, že výskyt akutní stresové reakce bude velmi častý. Ovšem odpověď všech dotazovaných, jak tedy z řad záchranářů, tak z řad operátorů, nás překvapila. Všichni totiž shodně odpověděli, že tato situace vzniká velice sporadicky. Na otázku komunikace a přístupu k duševně nemocným nám bylo odpovězeno několika způsoby. Například informantka ZZ 3 uvedla: „Zásadním kritériem je, že pacient nevykazuje žádná zranění.“ Z této informace tedy můžeme usoudit, že kromě opatrného přístupu v kombinaci s dostatkem času je pro záchranáře spíše prioritní zdravotní stav pacienta (tedy ošetření jeho zranění).

Operátoři nám z hlediska komunikace a přístupu shodně uvedli, že volajícími jsou z 99 % osoby blízké, které se u dané situace nacházejí. Tudíž nám nemohli popsat styl komunikace přímo s postiženou osobou. Jako druhé onemocnění této podkategorie jsme vybrali úzkostné poruchy. Z hlediska výskytu tohoto onemocnění se nám dostalo jednotných i rozdílných odpovědí. Odpovědi byly jednotné z hlediska výpovědí respondentů v obou vybraných skupinách. Jednotné to byly odpovědi z hlediska oslovených skupin. Dotazovaní záchranáři se jednohlasně shodli, že se jedná o velmi časté indikace k výjezdu. Oproti tomu ale oslovení operátoři uvedli, že se nejedná o nijak častá volání. Rozdílné odpovědi obou skupin můžeme odůvodnit tím, že oslovení záchranáři byli z oblasti Jihočeského kraje, která má procentuálně nejvíce výjezdů, a tudíž je zde možnost vysokého podílu právě úzkostných pacientů v rámci všech výjezdů. V oblasti úzkostí nás zajímala samozřejmě komunikace s takovými pacienty. Zde jsme opět narazili na určitou neshodu. Ve skupině zdravotnických záchranářů jsme získali velice rozdílné názory. Ze získaných dat můžeme usoudit, že stavy úzkosti jsou velmi ošemetné. Naši myšlenku podpořila tvrzení dotazovaných operátorů, kteří uvedli, že volající (tedy pokud si volá postižená osoba sama) uvádějí různé bolesti po těle. Ovšem ve finále tyto bolesti nejsou reálné a volající si je diagnostikují sami. Méně zkušeného dispečera může tato sdělená informace zmást a svést na falešnou stopu. Z praxe ovšem známe, že volající jsou i přes své psychické onemocnění schopni velice přesně popsat dané bolesti, čímž donutí i velmi zkušeného dispečera například vyslat na místo i posádku lékaře a znemožní tak vyslání systému Rendez-vous na jiné více potřebné místo.

V pátém bodě jsme se zajímali o duševní onemocnění, která vzniknou v důsledku užívání psychoaktivních látek. Opět, vzhledem k našemu tématu bakalářské práce, nás zajímaly především procentuální výskyt, projev takovýchto pacientů a také postup komunikace a přístupu ze strany zdravotnických pracovníků. Díky absolvovaným zkušenostem při praxi jsme předpokládali, že tyto výjezdy, které budou spojené s užíváním psychoaktivních látek, budou velmi časté. A náš předpoklad byl správný. Jak dotazovaní záchranáři, tak dispečeri potvrdili, že se jedná o velmi časté výjezdy a volání. A dokonce došlo i ke shodě, v jakém období dochází ke zvýšenému výskytu. Informanti z obou skupin shodně uvedli zvýšený výskyt tohoto duševního onemocnění v období Vánoc. Můžeme se domnívat, že zvýšený výskyt v tomto období je spjat s velkým psychickým tlakem a vypětím některých obyvatel České republiky. Co se týče postupů při řešení takovýchto výjezdů a volání jsme získali jasné informace. Oslovení zdravotničtí záchranáři shodně uvedli, že prvotně dbají o vlastní bezpečí. Lidé ovlivnění

psychoaktivními látkami jsou dle jejich slov nevyzpytatelní a byť i jen drobná věc, například neshoda, v nich může vyvolat obrovskou vlnu agrese. Komunikace dispečinku s takovýmto pacientem má podle dotazovaných jasné parametry. Nenechat se strhnout vlnou urážek a trpělivým postupem získat důležité informace. Psychoaktivní látky také mohou vyvolat halucinace či bludy v mysli intoxikovaných. Dotazovali jsme se, zda je lepší hrát s postiženými hru, to znamená udržet je v jejich stavu a nevnučovat jim, že věci, které se jim dějí, nejsou reálné. Zde jsme mohli nalézt shodu v odpovědích všech dvanácti respondentů. Jasně nám odpověděli, že pro bezpečí posádky je lepší ponechat pacienta v jeho stavu a nezkoušet mu vnucovat náš názor. S touto otázkou nás napadlo, že vlastně přijímání telefonátu od takto ovlivněné osoby může být rovněž zavádějící. Máme tím na mysli, že volající díky ovlivnění látkou bude popisovat celou situaci úplně opačným způsobem. Na tuto myšlenku jsme získali odpověď od operátora označeného jako OP 2. Ten totiž uvedl, že je v mnoha případech velice obtížné odlišit, co z podaných informací jsou skutečnosti a co pouze vymyšlený svět v hlavě volajícího. Zde můžeme nalézt shodu s odpověďmi informantů v otázkách souvisejících s úzkostnými poruchami. I v tomto bodě jsme tedy našli jednu z odpovědí na naši výzkumnou otázku.

Poslední, tedy šestý bod, se týkal afektivních poruch. Přesněji jsme se zajímali o depresivní poruchu a bipolární afektivní poruchu. Odpovědi na častost těchto onemocnění v rámci záchranné služby byly poněkud rozdílné. A bohužel ani oslovením dispečerů jsme nezískali jasná data, zda jsou tyto indikace časté či nikoliv. Ze šestice oslovených záchranářů uvedl jeden informant poznámku, že tato onemocnění bývají spojena s užíváním psychoaktivních látek. Znovu základním postupem při komunikaci je získání důvěry a zejména jednoduchost v podávání informací. Domnívali jsme se, že u těchto stavů, dle tvrzení jsou často spojené s psychoaktivními látkami, dochází také ke vzniku agresivního chování. Tato domněnka nám byla potvrzena všemi dotazovanými záchranáři, kteří řekli, že riziko zde je také. Tudíž mezi další základní postupy v této indikaci bychom zařadili ochranu vlastního zdraví a života. Oslovení operátoři nám de facto potvrdili informaci, že tyto stavy bývají spojeny s psychoaktivními látkami. Potvrzení jsme získali díky tvrzení, že u těchto volání je velice důležité ověřovat si pravost získaných informací. Z hlediska komunikace se tvrzení operátorů odlišovalo od tvrzení záchranářů. Všichni oslovení operátoři řekli, že je především nutné volajícího neutěšovat, působit kamarádsky, a především je nutné klást důraz na dostatek času.

Po podrobné analýze získaných dat můžeme konstatovat, že došlo na naplnění námi stanovených cílů. Získali jsme základní data o užívaných postupech oblastí duševních

onemocnění a také možných rizik, která mohou vzniknout v rámci komunikace s duševně nemocnými. Mezi tato rizika jsme zařadili samotnou komunikaci, na které závisí zvládnutí celého výjezdu a také možnost fyzického napadení zdravotnických záchranářů.

7 Závěr

Naše bakalářská práce nesla název Práce zdravotnické záchranné služby s duševně nemocnými.

Výzkumná část naší práce měla jasně stanovené cíle. Prvním cílem bylo zmapování specifik postupů zdravotnického záchranáře s duševně nemocnými. Druhý cíl byl opět zaměřen na zmapování specifik postupů, ovšem nyní u operátorů zdravotnického operačního střediska. Posledním, tedy třetím cílem, byl cíl zaměřený na zjištění eventuální existence rizik práce zdravotnického záchranáře s duševně nemocnými. Námi stanovené cíle se nám podařilo splnit.

Současně se stanovením cílů byly stanoveny i výzkumné otázky na které jsme v rámci naší odborné práce hledali odpověď. První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou postupy zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným? Na tuto otázku jsme našli vícero odpovědí. Každé onemocnění vyžaduje určitý přístup a postup. Druhá výzkumná otázka byla: Jaká jsou specifika práce operátora zdravotnického operačního střediska s duševně nemocným? Zde můžeme opět konstatovat, že nelze říci jednotný postup na komunikaci s takovými volajícími. Při zkoumání postupů komunikace při jednotlivých onemocněních jsme získávali různorodé informace. Operátoři se mnohdy musejí řídit svým instinktem a zkušenostmi v dané situaci. Poslední výzkumnou otázkou bylo: Jaká jsou rizika pro zdravotnického záchranáře při kontaktu s duševně nemocným? Na tuto výzkumnou otázku jsme našli dvě odpovědi. Prvním rizikem je samotná komunikace s duševně nemocným pacientem. Druhým rizikem je možnost fyzického napadení zdravotnického záchranáře.

Výsledky naší odborné práce ukázaly, že byť někteří považují psychiatrická onemocnění za pouze okrajovou náplň práce zdravotnické záchranné služby, tak jejich řešení je velice náročné a je potřeba se této problematice intenzivně věnovat. Větší váha by měla být, dle našeho výzkumu, věnována proškolení se v dané problematice, jelikož námi oslovení informanti by o tato školení zájem měli. Ovšem musíme taktéž zdůraznit, že se jednalo o kvalitativní výzkum, tudíž nemůžeme toto zjištění aplikovat obecně na celou zdravotnickou záchrannou službu.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2
2. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-1125-6
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
4. ČEPICKÁ, Blanka a Jiří ŠIMEK. *Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska*. Kladno: Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, 2008. ISBN 978-80-904018-0-8
5. DAŠKOVÁ, Martina, VARJASSYOVÁ Kamila a kol. *Špecifická komunikácie na linke tiesňového volania*. Bratislava: HERBA. [2013]. ISBN 978-80-89631-06-3
6. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
7. ERTLOVÁ, Františka a Josef MUCHA. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-379-1
8. FRANĚK, Ondřej. *Medicínský a koordinační rozměr práce operačního střediska*. Kladno: Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, 2008. ISBN 978-80-904018-2-2.
9. GAZELLE Gail, Jane M. LIEBSCHUTZ a Helen RIESS. Physician Burnout: Coaching a Way Out. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2015, **30**(4), 508-513 [cit. 2020-04-27]. DOI: 10.1007/s11606-014-3144-y. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-014-3144-y>
10. HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché. ISBN 978-80-247-4675-3
11. HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1

12. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
13. HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4
14. CHODURA, Vladimír. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2000. ISBN 80-7040-409-4
15. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9
16. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3., dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-390-2
17. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9
18. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1
19. KRŽÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-724-7
20. KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4621-0
21. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4733-0
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
23. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5
24. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5

25. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4
26. NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Abnormal psychology*. Sixth edition. New York, NY: McGraw-Hill Education, [2014]. ISBN 0078035384.
27. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
28. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3
29. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-247-5452-9
30. Stručný přehled činnosti oboru zdravotnická záchranná služba (ZZS) za období 2007-2017 Copyright © [cit. 29.07.2020]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K16_A038_zdravotnicka_zachranna_sluzba_2017.pdf
31. SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8
32. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, [2009]. ISBN 978-80-7262-599-4
33. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
34. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
35. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-271-0064-4
36. VOROBAYCHIK, Yevgeniy, Zlatko JOVESKI, Sixie YU a Pablo BRAÑAS-GARZA. Does communication help people coordinate? *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(2) [cit. 2020-03-05]. DOI: 10.1371/journal.pone.0170780. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0170780>

37. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4
38. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2667-0
39. WEBB, Lucy a Karen HOLLAND. *Nursing: communication skills in practice*. New York: Oxford University Press, 2011. Prepare for practice. ISBN 978-0-19-958272-3
40. WEST, C. P., L. N. DYRBYE a T. D. SHANAFELT. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine* [online]. 2018, **283**(6), 516-529 [cit. 2020-07-29]. DOI: 10.1111/joim.12752. ISSN 09546820. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/joim.12752>
41. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1
42. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.
43. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, § 18. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/bo/chapterview-document.seam?documentId=onrf6mrqgeyv6mzxgqxhazrrhawta#>
44. Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, § 19. Dostupné z: <https://www.beck-online.cz/bo/chapterview-document.seam?documentId=onrf6mrqgeyv6mzxgqxhazrrhewta#>

9 Seznam příloh

9.1 *Polostrukturovaný rozhovor zdravotnických záchranářů*

1. Jak dlouho pracujete u ZZS?
2. Když si představíte základní vlastnosti, kterými by měl záchranář disponovat, aby tu práci mohl vykonávat, které by to byly?
3. Jaký je váš názor na postavení záchranáře v systému IZS? Mám tím na mysli, že když dojde k napadení záchranáře jinou osobou, není k tomu nahlíženo jako na napadení například policisty. Byl/a byste pro, aby se daná situace změnila?
4. Existují v rámci ZZS školení či kurzy sebeobrany, které by vám mohly být mnohdy užitečné při napadení pacientem? Pokud ne, uvítal/a byste tyto kurzy?
5. Když se řekne duševní onemocnění v PNP, co se vám jako první vybaví? Mám tím na mysli určitá onemocnění, která se PNP týkají a jsou v ní řešena...
6. Duševní onemocnění spadají do indikací psychiatrické stavy. Jedná se o indikaci, kterou na ZZS dostáváte často? A ke kterým duševním onemocněním jste nejčastěji voláni? Popřípadě, dal by se zvýšený výskyt těchto typů výjezdů spojit s určitým obdobím?
7. Dostáváte ze ZOS ZZS ještě nějaká upozornění, když vyjíždíte k indikaci psychiatrické stavy? Například situace na místě, upřesnění onemocnění apod.
8. Dalo by se říct, že jsou výjezdy k duševně nemocných spjatý s muži či ženami? Převažuje určité pohlaví?
9. Dalo by se říci, že u duševních onemocnění je zvýšené riziko vzniku agrese? Popřípadě, v jakých situacích u indikací psychiatrické stavy se nejčastěji setkáváte s agresí? Byl/a jste někdy pacientem ohrožen/a na životě?
10. Jaký postup komunikace byste využil, pokud by byl pacient agresivní?
11. Existují v rámci ZZS nějaké semináře či školení, kde se proškolujete v komunikaci / přístupu k duševně nemocnému? Pokud taková školení absolvujete, vidíte v nich přínos pro praxi? Pokud taková školení nemáte, uvítal/a byste je?
12. Dáváte si při komunikaci s tímto pacientem pozor na druh komunikace, který používáte? Mám na mysli komunikaci verbální, ale především neverbální – grimasy, výrazy apod.
13. Když vyjíždíte k případu s indikací psychiatrického stavu voláte si automaticky na místo Policii ČR? Přeci jen nevíte, co na daném místě očekávat...

14. Dá se při indikaci psychiatrické stavu využít také psychologický intervent? Pokud ano, v jakých případech ho povoláváte?
15. První oblastí, kterou bych se rád zabýval, je schizofrenie a psychotické poruchy. Nejčastějším typem schizofrenie, která se dle literatury vyskytuje, je paranoidní schizofrenie (provází ji bouřlivé ataky s bludy a halucinacemi). Máte zkušenosti s výjezdy k schizofrenickým pacientům? Jak probíhalo jejich chování? A jaký byl váš přístup při řešení tohoto výjezdu? Lze najít určitá úskalí v komunikaci s těmito pacienty?
16. Druhou oblastí, na kterou bych se rád zaměřil, jsou neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Do této skupiny řadíme akutní reakci na stres. Zeptal bych se vás, zda jste se při svých zásazích setkal/a s pacientem, u kterého došlo ke vzniku akutní reakce na stres? Jak vypadalo jeho chování a jaký byl váš postup při řešení situace?
17. Je v některých případech těžké poznat, že u pacienta probíhá k akutní reakce na stres?
18. Také sem spadají úzkostné poruchy a neuróza. V jakých případech se lze setkat s úzkostným pacientem? Jaká jsou úskalí v komunikaci s ním a jaký je postup při řešení takového případu?
19. Lze od těchto osob očekávat například agresi?
20. Poslední podskupinou v této oblasti jsou somatoformní poruchy. Řadíme sem více druhů somatoformních poruch, ale mě by zajímala hypochondrická porucha. Pacienti si mnohdy namlouvají určitá onemocnění, která vlastně ani ve finále nemají. Setkáváte se při své práci s těmito výjezdy také?
21. Nyní k případům, kdy vzniklé duševní onemocnění je způsobeno užíváním psychoaktivních látek. Setkala/ jste se někdy s takovýmto pacientem? Jak vypadá chování takové osoby? Co vše lze od ní očekávat? Jaký je vhodný postup při řešení takového případu?
22. Pacienti mnohdy trpí halucinacemi či bludnými představami. Sdělují vše, co vidí, i když to mnohdy není pravda. Jaký je váš názor na komunikaci s nimi? Je lepší hrát s nimi onu nebo je uvést do reality?
23. Dalším okruhem, na který bych se vás rád zeptal, jsou afektivní poruchy, tedy poruchy nálady. Mezi tyto poruchy řadíme manickou poruchu, depresivní poruchu a poté bipolární afektivní poruchu, která je kombinací obou těchto

poruch. Řešíte v rámci ZZS i takovéto případy? Jaký je váš postup v těchto případech

24. Poslední otázka... Výjezdy k lidem s duševním onemocněním mohou být mnohdy velmi psychicky náročné. Máte v rámci ZZS možnost určité zpětné konfrontace ohledně průběhu zásahu? Například s interventem nebo s kolegy?

9.2 Polostrukturovaný rozhovor operátorů zdravotnického operačního střediska

1. Jak dlouho pracujete u ZZS?
2. Když si představíte základní vlastnosti, kterými by měl pracovník ZOS disponovat, aby tu práci mohl vykonávat, které by to byly?
3. Jaký je váš názor na postavení záchranáře v systému IZS? Mám tím na mysli, že když dojde k napadení záchranáře jinou osobou, není k tomu nahlíženo jako na napadení například policisty. Byl/a byste pro, aby se daná situace změnila?
4. Existují v rámci ZZS nějaké semináře či školení, kde se proškolujete v komunikaci / přístupu k duševně nemocnému? Pokud taková školení absolvujete, vidíte v nich přínos pro praxi? Pokud taková školení nemáte, uvítal/a byste je?
5. Když se řekne duševní onemocnění v PNP, co se vám jako první vybaví? Mám tím na mysli určitá onemocnění, která se PNP týkají a jsou v ní řešena...
6. Když posíláte posádku k případu s indikací psychiatrického stavu voláte automaticky na místo Policii ČR? Přeci jen nevíte, co na daném místě očekávat...
7. Pokud přijímáte telefonát od duševně postižené osoby, dáváte posádce ještě speciální upozornění? Například, že situace na místě bude obtížná či že mají zvolit opatrný postup?
8. Jaká je indikace k vyslání vozidla RV na indikaci psychiatrické stavy?
9. Duševní onemocnění spadají do indikací psychiatrické stavy. Jedná se o indikaci, kterou na ZZS dostáváte často? A ke kterým duševním onemocněním nejčastěji vysíláte posádku? Popřípadě, dal by se zvýšený výskyt těchto typů výjezdů spojit s určitým obdobím?
10. Dalo by se říct, že jsou výjezdy k duševně nemocných spjaté s muži či ženami? Převažuje určité pohlaví?
11. Dalo by se říci, že u duševních onemocnění je zvýšené riziko vzniku agrese? Popřípadě, v jakých situacích u indikací psychiatrické stavy se nejčastěji setkáváte s agresí?
12. Jaké jsou základní postupy při komunikaci s agresivním člověkem?
13. Dá se při indikaci psychiatrické stavy využít také psychologický intervent? Pokud ano, v jakých případech ho povoláváte?
14. První oblastí, kterou bych se rád zabýval, je schizofrenie a psychotické poruchy. Nejčastějším typem schizofrenie, která se dle literatury vyskytuje, je paranoidní schizofrenie (provází ji bouřlivé ataky s bludy a halucinacemi). Máte zkušenosti

s voláním od takových pacientů? Jak probíhalo jejich chování? A jaký byl váš přístup při řešení tohoto telefonátu? Lze najít určitá úskalí v komunikaci s těmito pacienty?

15. Druhou oblastí, na kterou bych se rád zaměřil, jsou neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Do této skupiny řadíme akutní reakci na stres. Zeptal bych se vás, zda jste se při své profesi setkal/a s voláním od pacienta, u kterého došlo ke vzniku akutní reakce na stres? Jak vypadalo jeho chování a jaký byl váš postup při řešení telefonátu?
16. Také sem spadají úzkostné poruchy a neuróza. V jakých případech se lze nejčastěji setkat s úzkostným pacientem? Jaká jsou úskalí v komunikaci s ním a jaký je postup při řešení takového telefonátu?
17. Lze od těchto osob očekávat během telefonátu náhlý zvrát chování a třeba i slovní agresi?
18. Poslední podskupinou v této oblasti jsou somatoformní poruchy. Řadíme sem více druhů somatoformních poruch, ale mě by zajímala hypochondrická porucha. Pacienti si mnohdy namlouvají určitá onemocnění, která vlastně ani ve finále nemají. Setkáváte se při své práci s těmito telefonáty také?
19. Nyní k případům, kdy vzniklé duševní onemocnění je způsobeno užíváním psychoaktivních látek. Setkala/ jste se někdy s takovýmto pacientem? Jak vypadá chování takové osoby? Co vše lze od ní očekávat? Jaký je vhodný postup při nabírání takového případu?
20. Pacienti ovlivnění psychoaktivními látkami občas trpí halucinacemi či bludnými představami. Sdělují vše, co vidí, i když to mnohdy není pravda. Jaký je váš názor na komunikaci s nimi? Je lepší hrát s nimi onu nebo je uvést do reality?
21. Dalším okruhem, na který bych se vás rád zeptal, jsou afektivní poruchy, tedy poruchy nálady. Mezi tyto poruchy řadíme manickou poruchu, depresivní poruchu a poté bipolární afektivní poruchu, která je kombinací obou těchto poruch. Řešíte v rámci ZZS i takovéto případy? Jaký je váš postup v těchto případech?
22. Poslední otázka... Přijímání telefonátů od lidí s duševním onemocněním mohou být mnohdy velmi psychicky náročná. Máte v rámci ZZS možnost určité zpětné konfrontace ohledně průběhu zásahu? Například s interventem nebo s kolegou?

10 Seznam použitých zkratek

VO – Výzkumná otázka

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

Policie ČR – Policie České republiky

WHO – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

IZS – Integrovaný záchranný systém

ZZ – Zdravotnický záchranář

ZZ – Vzdělání – titul zdrav. záchranáře získaný v počátcích vzniku oboru zdravotnický záchranář

OP – Operátor ZOS

Mgr. – Akademický titul magistr

Bc. – Akademický titul bakalář

VS – Všeobecná sestra

DiS. – Neakademický titul – diplomovaný záchranář

RV – Rendsenz-vouz – výjezdová posádka záchranné služby ve složení lékař a záchranář

N1 – N4 – Naléhavosti stupně 1 až 4, kterými určuje operační středisko naléhavost výjezdu