

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Dušan Špalek

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

VZTAH PACIENT – ZÁCHRANÁŘ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: Dušan Špalek

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Kotalíková

Abstract

Relationship between patients and rescuers

The purpose of this essay is to learn about basics of correct communication and outline its principles. The objective was to map situation concerning relationships between ambulance rescuers and rescued patients. Data has been collected on the basis of a qualitative study conducted in the form of moderated interview concerning the given issues and circumstances. Data was collected in České Budějovice, Tábor and Karlovy Vary. The target and subject of the research were nine health rescuers and nine patients rescued by ambulance. Analysis of all nine interviews maps aspects of health rescuers communication skills applied during emergency pre-hospitalization care. The results indicate prevailing agreement on the positive aspect of the profession, which is helping to people and life saving. This essay also gives patients who were in contact with ambulance crew the opportunity to express their opinion. The readers may find number of citations and their interpretation.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. Jaroslavě Kotalíkové za spolupráci, odborné vedení a podnětné připomínky k mé práci.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1. Současný stav.....	5
1.1. Historie záchranné služby.....	5
1.1.2. Historie záchranné služby v Českých Budějovicích	5
1.2. Přednemocniční neodkladná péče.....	6
1.3. Zdravotnická záchranná služba	6
1.4. Zdravotnický záchranář.....	7
1.4.1. Psychologie zdravotnického záchranáře	7
1.4.2. Vztah zdravotnického záchranáře a nemocných.....	8
1.5. Komunikace.....	9
1.5.1. Verbální komunikace	9
1.5.2. Neverbální komunikace	9
1.5.3. Oční kontakt	10
1.5.4. Výraz obličeje	10
1.6. Psychologický přístup	11
1.7. Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení	11
1.7.1. Úzkost	12
1.7.2. Stres	12
1.7.3. Psychické trauma	13

<i>1.7.4. Posttraumatická porucha</i>	13
<i>1.7.5. Strach</i>	14
<i>1.8. Komunikace s pacienty se specifickým postižením</i>	14
<i>1.8.1. Komunikace se zrakově postiženými</i>	15
<i>1.8.2. Komunikace se sluchově postiženými</i>	16
<i>1.9. Psychologicky neproblémoví pacienti</i>	17
<i>1.10. Neuroticky reagující pacienti</i>	17
<i>1.11. Pacienti s hypochondrickými reakcemi</i>	17
<i>1.12. Pacienti manipulující</i>	17
<i>1.13. Pacienti s antisociálními rysy</i>	18
<i>1.14. Pacienti pod vlivem psychoaktivních látek</i>	18
<i>1.15. Agresivní pacienti</i>	19
<i>1.15.1. Komunikační techniky s agresivním pacientem</i>	19
<i>1.15.2. Fyzické omezení</i>	21
<i>1.16. Vyústění zátěžových situací</i>	21
<i>1.17. Syndrom vyhoření</i>	21
<i>1.17.1. Charakteristické znaky</i>	22
<i>1.17.2. Vývojové fáze syndromu vyhoření</i>	22
<i>1.17.3. Prevence syndromu vyhoření</i>	23
2. Cíl práce	24
3. Metodika	25

3.1. Použité metody výzkumu	26
3.2. Charakteristika cílového souboru	26
4. Výsledky	26
4.1. Zdravotnická záchranná služba České Budějovice	27
4.2. Zdravotnická záchranná služba Tábor	30
4.3. Zdravotnická záchranná služba Karlovy Vary	33
4. 4. Nemocnice České Budějovice	36
4. 5. Nemocnice Tábor	39
4. 6. Nemocnice Karlovy Vary	42
5. Diskuse	45
6. Závěr	54
7. Seznam použité literatury	55
8. Klíčová slova	61
9. Přílohy	62

„Pro, zdravotníka je nejvýznamnější především to, co je u jeho pacienta jedinečné, neopakovatelné a co si proto vždy zaslouží zdravotníkovu pozornost a individuální přístup.“

Marie Jobánková

ÚVOD

Lidský přístup je základním předpokladem k vytvoření rovnovážné harmonie mezi pacientem a zdravotnickým personálem nejen v nemocnici, ale také při poskytování ošetrovatelské péče v přednemocniční sféře. Je to jeden z důležitých evolučních faktorů, který by měl být zastoupen ve zdravotnickém prostředí v co možná největší míře. Lidský vztah zaujímá ve zdravotnictví velmi zásadní postavení, je tedy třeba přijmout jako fakt skutečnost, že pacient potřebuje důvěřovat, spoléhat se, potřebuje mít pocit vlídné náklonnosti od svého „ošetřovatele“, profesionála, jenž nese jméno zdravotnický záchranář.

Tématem mé práce je vztah pacient – záchranář. Základní myšlenka zahrnuje veškeré psychologicko – etické aspekty, kterým je zdravotnický záchranář v pracovním prostředí stále vystavován. Motiv ke zpracování vychází z otevřenosti názvu. Tato práce se zaměřuje na porozumění základů a přiblížení zásad správné komunikace. Pravidelný kontakt s pacientem nepřináší vždy jen pozitivní citovou odezvu, protože „každodenní chléb“ zdravotníka není jen o eufonických situacích, naopak mnohdy přináší zátěžové situace, které mohou překročit jakousi toleranční otužilost, čímž se naruší duševní rovnováha a může vzniknout tzv. syndrom vyhoření. I tato myšlenka ve mně vzbudila podnět ke zpracování, proto také problematiku „vyhoření“ nelze opomenout. Kontaktem s pacientem v první linii se otevírá jistý kruh důvěry, protože základním předpokladem pro vzájemné porozumění nejen mezi záchranářem a pacientem je schopnost empatie a umění naslouchat. Mělo by jít o navození správného lidského přístupu. Mnohdy tomu tak není, proto bych touto prací chtěl poukázat na důležitost této problematiky.

1. Současný stav

1.1. Historie záchranné služby

První zmínky vzniku záchranné služby se datují k roku 1798. V Praze byla založena Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších. Za zakladatele společnosti se pokládá doktor filosofie a lékařského umění, emeritní profesor policejní medicíny a člen Royal Human Society v Londýně Adalbert Vincenc Zarda. V roce 1857 vzniká Pražský dobrovolný sbor ochranný, ke kterému se přihlásilo 36 dobrovolníků různorodých profesí. Tento sbor se ustavuje na doporučení barona Päumanna. Členové družstva byli označeni červeno-bílou stuhou na levé paži. Sbor byl vybaven kočáry s koňmi a lodicemi. Od 1. 1. 1924 se Sbor stal obecní službou polouředního charakteru a začíná se užívat tzv. fanfárová trubka. Po roce 1949 se Záchranná služba Praha začleňuje pod správu Ústředního národního výboru Prahy, takto se stává průkopníkem přednemocniční neodkladné péče. Záchranná služba se v roce 1987 rozrůstá o leteckou záchrannou službu a systém rendez-vous, dochází k reorganizaci výjezdových stanovišť, zvyšuje se odbornost výjezdových skupin, rozvíjí se operační středisko, které disponuje širokým využitím výpočetní techniky, mobilní telefonie a satelitní navigace GPS. Rozmach sanitních vozidel začal od poloviny 80. let s převahou značky Mercedes, jež v současné době tvoří drtivou většinu vozového parku. ⁽⁴⁴⁾

1.1.2. Historie záchranné služby v Českých Budějovicích

V roce 1923 vzniká v Českých Budějovicích Dobrovolný zdravotní sbor, který založil Václav Bitzan. Jediným tehdejším sanitním vozem byl koněm tažený povoz, který se vyznačoval výrazným troubením během jízdy. V dubnu roku 1924 koupilo město sanitní automobil Laurin-Klement. V dalších letech byla záchranná stanice v Českých Budějovicích vázaná na místní hasičský sbor, který jí zajišťoval vybavení. Zdravotní sboristé nosili na rukávech označení ZMS, což znamenalo Záchranná městská stanice. Záchranná stanice měla osm členů. Po roce 1945 se řízení Záchranné stanice ujal magistrát města. Roku 1948 tuto službu přebírá Československý červený kříž (ČČK), který navrhl název Zdravotnická dopravní služba. Tento název si tehdejšího

Československo zachovalo pouze čtyři roky, jelikož v roce 1952 dochází k přeměně socialistického zdravotnictví do ústavů národního zdraví a zaniká tak Zdravotnická dopravní služba. V českobudějovickém krajském úřadě národního zdraví se stylizuje dopravní služba, jež převzala úkoly do té doby stávající Zdravotnické dopravní služby, v této době se začíná mluvit o Záchrané službě. ⁽⁴⁵⁾

1.2. Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladná péče je odborná zdravotnická péče o postižené bezprostředně na místě vzniku úrazu nebo náhle vzniklého závažného onemocnění, tudíž v terénu, na ulici, v bytě či na veřejném prostranství. Posledních třicet let přináší obrovskou přeměnu zdravotnických záchranných služeb, především tedy ve vyspělých zemích. Technologický i medicínský rozkvět na konci dvacátého století umožňuje zachránění životů, které byly dříve beznadějně ztraceny, protože nebyly známy postupy, které by mohly zastavit rychlé selhávání základních životních funkcí. Teprve v 50. a 60. letech dvacátého století dochází k vypracování účinných resuscitačních postupů. Přiblížení odborné přednemocniční péče na místo nehody, je zásadní progresí posledního desetiletí. ⁽²²⁾

1.3. Zdravotnická záchranná služba

Hlavním úkolem Zdravotnické záchranné služby je poskytnutí odborné přednemocniční neodkladné péče. Tato péče je realizována na místě vzniku náhlého ohrožení života nebo zdraví, během transportu k dalšímu odbornému ošetření a při předání do odborného zdravotnického zařízení, která je schopná danou poruchu zdraví zvládnout. ⁽³⁸⁾

Dostupnost struktury zdravotnické záchranné služby vychází z principu návaznosti a doplňování se možnostmi jednotlivých úrovní poskytujících přednemocniční neodkladnou péči a z principu plošného pokrytí celé oblasti České republiky do patnácti minut. ⁽³¹⁾

1.4. Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář České republiky vykonává specifickou ošetrovatelskou péči na úseku přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu. ⁽³⁷⁾

Odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře lze získat absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách. ⁽⁴³⁾

Zdravotnický záchranář organizuje, popřípadě samostatně zabezpečuje odborné zdravotnické a záchranářské činnosti. Disponuje odpovídajícími vědomostmi a dovednostmi v péči o kriticky nemocné. Asistuje lékařům při výkonech a postupech neodkladné péče. Působí v managementu medicíny katastrof, hromadných neštěstí a úzce spolupracuje se všemi složkami integrovaného záchranného systému. ⁽²⁸⁾

1.4.1. Psychologie zdravotnického záchranáře

Zdravotnické povolání patří ze stanoviska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Předmětem práce zdravotnického záchranáře je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnictví je kladen na dodržování potřebných forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že záchranář zvládne velmi odbornou činnost, prací s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. Všechny tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu. K výkonu funkce zdravotnického záchranáře jsou zapotřebí i určité osobnostní předpoklady jako je tvůrčí přístup, kterým řeší svěřené úkoly, je schopný vnímat a realizovat nové podněty; dostatečná kritičnost a sebekritičnost; dávka empatie, což je vcítění se do vnitřního světa druhých lidí; porozumění problémů nemocných; klidné vystupování, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, rozvážené, přiměřeně sebevědomé. Důležitá je trpělivost, umění se ovládat a

odtrhnout se od svých zájmů a potřeb; cit pro povinnost a odpovědnost; humánní vztah k nemocnému; projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti; vyrovnaná osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním. To vše vystihuje projev osobnosti, kterou se zdravotnický záchranář vyznačuje, tímto vytváří pro pacienta jakýsi psychosociální terén, na němž se zaměřené léčebné působení uplatňuje optimálním způsobem. ⁽⁴²⁾

Minibergerová říká: „Mezi zdravotníky se nachází celá řada různorodých typů osobností, neexistuje jeden optimální typ, který by byl pro práci ve zdravotnictví nejvhodnější. Každý by měl však projít cestou určité sebevýchovy a sebepoznání, protože právě sebepoznávání umožňuje lépe zvládnout nároky zdravotnické profese. Podle typu osobnosti by si každý měl zvolit pracoviště, kde může své schopnosti nejlépe uplatnit.“ ^(19, str. 36)

1.4.2. Vztah zdravotnického záchranáře a nemocných

Tato kapitola se dá jednoduše vystihnout větou, kterou cituje Prekopová: „Stejně jako příliv a odliv ovládají hladinu oceánu, hoří v nás moc vcítění“ ^(27, str. 90)

Tato spojitost se ovšem řídí určitými zásadami jako je neodmítnutí vyšetření, navázání slovního kontaktu, ale i použití gest, úsměvu, projevení sympatií, spoluúčasti a přátelství, ovšem bez výrazu nadřazenosti, poskytnutí pravdivých informací jasně, srozumitelně a trpělivě. Nevhodné jsou projevy extrémní sympatie a lítosti, projevy hněvu, vyvolání pocitu viny, používání násilných postupů. ⁽⁴⁾

V profesi každého zdravotníka je hlavním nástrojem jeho osobnost, která je podstatnou složkou jeho povolání. Tak jako celý svůj život prožíváme v lidském společenství a jsme neustále konfrontováni s druhými osobami, tak i práce záchranáře se odehrává v neustálém kontaktu s lidmi. Každé, setkání, s pacientem je doprovázeno verbální či neverbální komunikací, projevy empatie, spoluúčastí, tyto okolnosti vytvářejí určitou atmosféru, která pacienty posiluje, nebo je naopak sráží. Lidé se potřebují cítit bezpečně a být přijímáni, bez tohoto vztahového kritéria se práce zdravotníka stává jen výkonem pověřených pravomocí. ⁽¹¹⁾

Pro interpersonální setkání je příznačný subjektivně velmi blízký vztah mezi pacientem a zdravotníkem, vztah takové kvality vede k posílení důvěry, spolupráce. ⁽³⁹⁾

1.5. Komunikace

Komunikace je základ mezilidského vztahu, lze jí definovat jako vzájemnou výměnu významů mezi lidmi, je uskutečňovaná především prostřednictvím používání regulérních symbolů. Je to proces interpersonální výměny, jinými slovy je komunikace sdělování určitých souhrnů poznávacích, emotivních a snahových. ⁽⁶⁾

Ve všech profesích, kde dochází k setkání s člověkem jako příjemcem své práce, je velmi důležitá sféra sociálních dovedností. Dovednost dobře komunikovat s pacientem je součástí profesionálního vybavení, které je zásadní pro navázání a rozvíjení kontaktu. ⁽³⁵⁾

Komunikace obsahuje složku verbální a neverbální. V komunikaci se však také objevují manipulace, kterými se dosahuje nepřímo žádoucí účel. Často se používají prostředky, které tyto skutečné záměry dobře skrývají. ⁽¹⁰⁾

1.5.1. Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí to, co se sděluje slovy, měla by být výstižná a srozumitelná. Důležité pro porozumění v kontaktu zdravotnického záchranáře a pacienta je pečlivá volba slov. Používání cizích výrazů, slangů atd. je nežádoucí, protože pacienti, se kterými komunikujeme, nemusí vždy přesně rozumět tomu, co sdělujeme. Ve verbální komunikaci jsou přítomny v širokém zastoupení emoce a pocity, tyto stavy jako je strach, úzkost, lítost, zoufalství nebo radost jsou do komunikace přeneseny a mohou tak ovlivnit efektivitu rozhovoru. Na celkovém účinku verbální komunikace se z padesáti procent účastní výraz tváře a pohyby těla, 40% představuje vokální a hlasová charakteristika řeči. Pouze 7% výsledného efektu komunikace je dáno obsahem toho, co se říká. ⁽¹⁰⁾

1.5.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci lze jednoduše definovat jako řeč těla. Porozumět řeči těla je pro každého zdravotníka velice potřebné a důležité. Některé stavy nedovolí pacientům komunikovat slovy, jsou proto odkázáni pouze na řeč těla. Na nonverbální

prvky komunikace reagují citlivě zejména děti, malé dítě může odpovědět na útok očima někdy až pláčem. ⁽¹⁰⁾

Neverbálně komunikujeme gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postoji těla, výrazy tváře, pohledy očí, volbou a změnami vzdáleností a zaujímáním pozice v prostoru, tělesným kontaktem, tónem hlasu a dalšími neverbálními aspekty řeči, oblečením, zdobností, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu. ⁽³⁶⁾

Naučit se ovládat neverbální projevy, dovést je při své práci využít, umět poznávat nemocného a pojmenovat tak jeho neverbální vyjádření, patří k práci všech zdravotnických pracovníků, záleží však na jejich znalostech a zkušenostech, které mohou ve své profesi využívat. ⁽⁴²⁾

1.5.3. Oční kontakt

Pohled na druhého je zpravidla úplně prvním prostředkem navázání kontaktu mezi dvěma lidmi. Vzájemná spojitost očí potvrzuje poznání druhého člověka a vůlí udržovat komunikaci. Správné posouzení zrakového kontaktu ve zdravotnictví může pomoci při základním popisu diagnosticko-terapeutické činnosti. ⁽⁴²⁾

Sdělovací možnosti pohledů mají své ukazatele, a to například zaměřením pohledu: déletrvajícím očním kontaktem může signalizovat nepřátelství anebo agresivní chování, může také apelovat k větší důvěře, soukromí a to např. v situaci, kdy pacient chce dát na vědomí něco velmi osobního, intimního. Vyhýbání se pohledu, skloněná hlava při rozhovoru, směřující oční kontakt do země, oční kličky mohou vyvolat pocity nejistoty, rozpačitosti jak ze strany pacienta, tak ze strany záchranáře. ⁽¹⁰⁾

1.5.4. Výraz obličeje

Mimika vyjadřuje jakousi hru svalů, výrazem obličeje lze sdělovat ohromné množství emocionálních skutečností, lépe řečeno, vnitřní psychické stavy člověka se citlivě odrážejí v projevu tváře. Mezi časté výrazy v lidské tváři patří zděšení, smutek, lítost a projev, se kterým se zdravotníci setkávají často je výraz bolesti. Horní polovina obličeje sděluje těžké prožitky strachu, úzkosti, bolesti, které lze pozorovat v přivřených

až zavřených očí nebo v pokrčeném těle. Oproti tomu dolní část tváře, zvláště pak v okolí úst, naznačuje uvolnění, klid a úsměv. ⁽⁴²⁾

Zvláště úsměv uklidňuje a je pro druhého jistým zdrojem energie. Čechová dodává: „Úsměv je tím nejlevnějším lékem, dokáže odzbrojit nepříjemného nebo agresivního člověka, a přesto je ve zdravotnictví užíván tak sporadicky, jako by představoval jeden z nejnamáhavějších výkonů, které jsou v kontaktu s nemocným možné.“ ^(3, str. 114)

1.6. Psychologický přístup

Pacient většinou předpokládá, že zdravotnický záchranář je odborník v rámci poskytované péče a očekává od něj profesionální komplexní přístup, srozumitelné, vstřícné a empatické vyjadřování bez časového stresu. ⁽¹³⁾

Tento přístup představuje lidské zacházení s pacienty, zohledňuje lidský faktor ve zdravotnictví. Psychologický přístup by měl napomocť vytvořit dobrou pracovní pospolitost nejen mezi záchranářem a pacientem, ale v celé oblasti medicíny. Tahle pracovní sounáležitost je živnou půdou pro aktivní spolupráci, plné nasazení, otevřenost v komunikaci. Zvýšení zájmu o prožívání pacienta zvyšuje požadavky na komunikační dovednosti a na způsob zacházení s pacienty. ⁽¹⁰⁾

Psychologický přístup k nemocnému znamená obzvláště přístup přemýšlivý, kdy zdravotník bere v úvahu, ve své práci s pacientem, všechny reálně působící souvislosti včetně psychologických a sociálních. Znamená to přehlédnout nesoulady mezi situací a pohledem zdravotníka a mezi situací a pohledem nemocného. ⁽⁴²⁾

1.7. Charakteristika jednotlivých zátěžových situací a jejich působení

Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, někdy pouze jen dočasně nebo částečně, což se projeví změnou prožívání, uvažování ale i chování. ⁽³³⁾

V místě zásahu, události je spousta emocí, jak ze strany raněných, nemocných, tak i jeho blízkých, záchranář je tak nucen čelit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti. Z toho plyne skutečnost, že vztah zdravotnického záchranáře a pacienta je oblast nesmírně vnímavá, a lze ji snadno

narušit, což mnohdy vede k neadekvátnímu přístupu, jenž může započít agresí. U pacienta se pak projevuje egoistický postoj v souvislosti se svým stavem, respektive danou situací, tyto situace kladou na bedra zdravotnického záchranáře velké psychické nároky a záleží na jeho profesionalitě, jak dané situace bude zvládat. ⁽¹⁵⁾

1.7.1. Úzkost

Úzkost je nepříjemný stav, duševní emoční prožitek, který je doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí nebo výstrahy, kterou pacient není schopen přesně určit. V zásadě lze říct, že úzkost je složitá reakce na stres. Úzkost také vyjadřuje negativní očekávání, ovlivňuje vnímání a zvládání všech chorobných příznaků. Obsahuje složkou psychickou neboli kognitivní, emoční, příkladem může být pacient, který se bojí, že to špatně dopadne, anebo říká, já to nepřežiju atd. Složku tělesnou lze charakterizovat jako nepatrný motorický neklid, dále zahrnuje složku behaviorální, což je způsob chování, jenž je nejčastěji vyhubavé, poslední složkou je komponenta vegetativní, která se vyznačuje zvýšeným svalovým napětím, zvýšenou potivostí, zrychlenou srdeční akcí, častou bolestí na hrudi, dechovými obtížemi, zažívacími a trávicími potížemi, nauzeou a průjmy. Při setkání s úzkostným pacientem velice záleží na pozorovacích a komunikativních schopnostech záchranáře, opravdový, empatický přístup je předpokladem k rozpoznání problémů a následné pomoci. Je třeba ale pomýšlet na komplikace, které zahrnují neschopnost spolupráce, nerozpoznané smyslové poruchy, rozvoj panické úzkosti, riziko suicidálního jednání, psychomotorický neklid a raptus, což je záchvat zuřivosti následující po úzkostných stavech, který může vyústit až v napadení zdravotnického záchranáře. ⁽³²⁾

1.7.2. Stres

Stres představuje stav nadměrného zatížení nebo ohrožení, je spojen se změnou emočního prožívání, příznačnou reakcí je úzkost, pocity napětí a obavy z nějakého, nepřesně určitého ohrožení, vyskytuje se hněv a vztek, který může aktivizovat negativní reakce agresivního charakteru. Deprese s prožitkem smutku nejsou výjimkou, jsou reakcí na uvědomění si neřešitelnosti situace. Zátěžová situace je schopna zasahovat do

způsobu uvažování. Uvažování ve stresu může být zkratkovité a pesimistické, stres zhoršuje koncentraci pozornosti. ⁽³³⁾

Stres se také projevuje reakcí organismu vyúsťující dvěma možnými směry, a to buď vyčerpáním, nebo vydrážděním. Komunikace s osobou ve stresu se vyznačuje naprostou apatií, strnulostí, nebo naopak zvýšeným tempem, chaotičností, zbrklostí úsudku a také výrazným emocionálním projevem. ⁽²⁵⁾

Vypořádat se ze stresu je pro zdravotnické záchranáře mnohdy těžkopádné, protože si často sami neuvědomují, že jim trpí. Proto se právě nechtěně stávají přeborníky ve stupňování stresové odezvy, a to obzvlášť prostřednictvím takových motivací, jako jsou jejich osobní ambice stát se lepšími, vysoko odborně kultivovanými, pohotovými, zachovávající ve své práci perfekcionismus a oddanost. ⁽⁸⁾

1.7.3. Psychické trauma

Tento termín lze definovat jako náhlé vzniklou situaci, která vede k určitému poškození nebo ztrátě, má tedy pro jedince negativní význam, jež se projeví postižením v emoční oblasti. ⁽³³⁾

Po překonání extrémního úrazu jsou někteří lidé v „šoku“, cítí se rozpadnutí a omráčení, občas se to považuje za součást normální reakce na zdrcující zážitek. Některým lidem jejich paměť nedovolí, aby se částečně zmírnila bolest a krutost události, jež ohrožovala jejich život. Tito lidé nedokážou zvládnout tento silný zážitek a nejsou schopni dále žít normálním životem, dávají tak možnost vzniku komplexního poškození, které se označuje jako posttraumatická stresová porucha. ⁽⁴⁾

1.7.4. Posttraumatická porucha

Posttraumatická porucha je reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo na déletrvající stresovou situaci. Tyto potíže mohou mít charakter akutní reakce nebo dlouhodobé, posttraumatické stresové poruchy. ⁽³³⁾

Mimořádné situace často provázejí silné emoční reakce, paniku, chaos a není možné tomu zabránit spontánní vůlí a ochotou pomáhajících. Podle empirických zkušeností, na které poukazuje Dobiáš: „Předpokládá, že při katastrofách bude 25 %

postižených reagovat psychologicky abnormálně. Ostatní se při správném přístupu zotaví do několika minut. Do pěti minut bezprostředně po mimořádné události klesá psychická odolnost postiženého na 20 %, po třiceti minutách opět stoupá na 75 % - uvědomění si, že přežil, během dalších 24 hodin opět klesá na 40 % - další zjištěné ztráty, zejm. sociální, rodinné, ekonomické, v následujících několika dní se vrátí na hodnotu 80 – 90 %. V nouzové situaci je jen 5 % postiženého obyvatelstva schopné aktivně organizovat pomoc, 10 % samostatně pomáhat druhým a 30 % pomáhat pod organizovaným vedením. Psychologické psychoterapeutické zásahy jsou potřebné nejméně na prevenci vzniku masových panických reakcí. Na jejich zvládnutí musí být záchranáři dobře připraveni a musí mít i určité osobní předpoklady jako je vysoká psychická odolnost, empatie, schopnost improvizovat a mít určitou dávku rozhodnosti." (4, str. 228)

1.7.5. Strach

„Strach znamená tísnivý či nepříjemný afektivní stav, který se projevuje různými vegetativními změnami.“ (30, str. 22)

Je obavou z něčeho konkrétního, z určitého ohrožení, z konkrétní hrozby, např. z nemoci. Mohou jej vyvolat věci známé či neznámé, třeba nástroje a pomůcky, také ho mohou navodit situace nebo události jako je pocit ohrožení, nejistota, ztráta naděje, výkony bez psychologické přípravy. Možnou intervenci, prevenci obav nebo redukci strachu může záchranář uplatnit v kognitivní úrovni, to znamená připravit pacienta rozhovorem, podat mu správné vysvětlení, zdůvodnění, snažit se odvést pacientovu pozornost, vyzvat ho ke spolupráci. (32)

1.8. Komunikace s pacienty se specifickým postižením

Celý náš život probíhá v neustálém kontaktu s jinými lidmi. Potřeba vlastní seberealizace, kontaktu a komunikace s lidmi, nás včleňuje do společenského dění. Proto se více než kdykoliv předtím snažíme zvládnout umění jednat s lidmi. Rozumět druhým lidem, umět se dohovorit, to znamená spoustu pochopení, tolerance a schopnosti vžít se do situace toho druhého. Lidé se specifickým postižením mají různé možnosti komunikace, záleží však na stupni přijetí poruchy. Jedinci, kteří jsou postiženi

od narození či útlého věku, mají obvykle vyvinut systém náhradních způsobů komunikace. ⁽³⁵⁾

1.8.1. Komunikace se zrakově postiženými

U těchto nemocných se často setkáváme s podezíravostí a nedůvěrou, protože nemohou kontrolovat zrakem dění kolem sebe, při ošetřování proto dbáme na rozhovor, hovoříme s nimi o všem, co právě děláme. Setkáním s nevidomým člověkem obvykle doprovází rozpaky a nejistota, jak se zachovat a jak pomoci, abychom nezpůsobili nesnáze. Pacienti se sensorickým poškozením mají zvýšenou emocionalitu, proto prožívají strach z neznámého mnohem intenzivněji, obávají se z kdekákeho neidentifikovaného zvuku, neznámých hlasů, připočte-li se k tomu pak bolest, dokážou prudce reagovat z našeho hlediska i z maličkosti. ⁽¹⁷⁾

Závažné zrakové postižení ovlivňuje neverbální komunikaci. Oční kontakt nelze pokaždé navázat, proto tyto postižení nemají výrazné mimické a pantomimické projevy, lépe řečeno jejich projevy nemají běžný význam, což se týká zejména úsměvu. Kupříkladu, pokud záchranář o těchto zvláštěnostech nebude vědět, tak si je může vysvětlovat jako výraz jeho nezájmu, protože zrakově postižený si neuvědomuje, že jeho vlastní neverbální projevy, např. výraz obličeje, mají pro vidícího člověka určitou informační hodnotu. Nevěnuje jim tak velkou pozornost, neví totiž, že mohou mít tento význam. Zrakově postižení nedovedou dobře rozlišovat význam různých situací a vyjadřování některých lidí, proto při rozhovoru s těmito lidmi mohou vznikat problémy v komunikační interakci. Je třeba mít na paměti, že zrakově postižení jsou zcela normální lidé, kteří mají různé přednosti i nedostatky jako každý jiný, také mezi nimi jsou lidé výjimeční a inteligentní. Podceňující nebo snižující výroky jsou nežádoucí, vždyť nevidomí mají právo na úctu a uznání stejně jako všichni ostatní. ^(7, 33)

Pro kontakt se zrakově postiženým pacientem platí totožná pravidla, jako pro všechny ostatní, zdravotník si pouze musí uvědomit, že při styku s člověkem s tímto typem postižení, bude mít před sebou člověka, který svět okolo sebe vnímá jinak a komunikuje rovněž jinak. Proto kontakt a komunikace s nimi vyžaduje specifikovanější přístup. ⁽¹⁷⁾

Komunikace se zrakově postiženými nečiní žádné zvláštní problémy, jen je potřeba znát některá pravidla, která se týkají spíše záležitostí doprovázejících komunikaci než komunikace samotné. ⁽²⁾

1.8.2. Komunikace se sluchově postiženými

Kompenzačním smyslem těžce sluchově postižených je zrak. Z tohoto důvodu je podmínkou přijatelného porozumění vizuální kontakt s komunikačním jedincem. Pokud není navázán, je nutné jej iniciovat dotekem. Sluchově postižený člověk je nucen využívat náhradní metody, aby se dorozuměl, jeden ze způsobů je odezírání pohybů mluvidel při artikulaci nebo využití již omezeného a obtížně sluchového vjemu. Obě uvedené variace jsou psychicky nesmírně náročné a vyčerpávající, a přesto ani jejich efekt není takový, aby vynahradil zvýšenou námahu. Tento fakt ovlivňuje postoj sluchově postižených k orální komunikaci. Na potíže v porozumění i na značnou náročnost této činnosti reagují rozmrzelostí. Při odezírání řeči se musí dbát na zřetelnou výslovnost. Nemělo by se mluvit příliš rychle, ani pomalu, musí se zachovat přirozený rytmus řeči. Odezírající musí dobře vidět na ústa, pokud odezírající nějaké slovo nebo větu nerozuměl, je zbytečné ustavičně opakovat totéž. Odezírání je velice náročná činnost a není to příliš spolehlivý způsob porozumění řeči. Aby zbytečně nedocházelo k záměně sdělení vlivem špatného odezírání, je výhodné toto sdělení napsat ještě na papír. Pro sluchově postižené je i běžná komunikace přítěží, což je pro slyšícího člověka jen těžko představitelné. Vzájemnou interakci narušuje také výstřednost, resp. nepřesnost aktivního řečového projevu sluchově postižených. Vzhledem k obtížné vzájemné interakci, se mohou sluchově postižení cítit nejistě, bezmocně a méněcenně. Zlostné a výbušné reakce, které se někdy objevují, vyplývají ze stresu navozeného náročností porozumění. Zátěž komunikace zde vede k jejímu omezení na výměnu nejdůležitějších informací. Může se někomu zdát, že komunikace s neslyšícím člověkem není žádný problém, že postačí tužka a papír. Skutečnost se však trochu liší. Člověk, který od narození neslyší, se nachází v podobné situaci jako cizinec, který má porozumět češtině. Z tohoto faktu vyplývá, že ne všechno, co se napíše, je vždy správně interpretováno. ^(7, 33)

1.9. Psychologicky neproblémoví pacienti

Psychologicky neproblémoví pacienti očekávají od zdravotníků odborný zásah, službu, jsou spolupracující, od léčby předpokládají úlevu od potíží s následným uzdravením. Mají zájem o komunikaci, oceňují profesionální, otevřený a objektivní přístup. Nekladou žádné výjimečné emoční nároky. Přístup k těmto pacientům zahrnuje rovnoprávné, respektující jednání a posilování spolupráce. ⁽¹⁰⁾

1.10. Neuroticky reagující pacienti

Další skupinou jsou neuroticky reagující pacienti, u kterých nemoc představuje zvýšenou zátěž, anebo mají již primárně neurotické rysy. Mají výrazné úzkostné a depresivní reakce, které jsou spojené s obavami ze závažného onemocnění. Emoce a napětí, jež pacient prožívá, potřebuje s někým ventilovat, proto hledá u zdravotníka oporu a ujištění. Z pozice naší autority může záchranář pacienta uklidnit, vyslechnout si ho, povzbudit ho, dát mu najevo, že ho bereme vážně. ⁽¹⁰⁾

1.11. Pacienti s hypochondrickými reakcemi

Hypochondričtí pacienti jsou zaměřeni na svůj zdravotní stav, domáhají se zvýšené péče a pozornosti. V kontaktu s nimi jsou nároční, nedůvěřiví, není-li jim věnována dostatečná pozornost, mohou si stěžovat, cítí se dotčení a v neposlední řadě propadají zoufalství. Zdravotníci se jim často vyhýbají, nemají na ně trpělivost, čímž si takto pacienti vybudují pocit zanedbávanosti, který může vést k zesílení nátlaku ze strany pacienta. Ale i tito pacienti potřebují být vyslechnuti, dalo by se říct, že jsou zkouškou trpělivosti všech lidí v jejich okolí. ⁽¹⁰⁾

1.12. Pacienti manipulující

Mají často sklony k dramatičnu, k teatralnosti, kladou na zdravotníky silné emoční nároky, které ale rychle pominou, přece však s těmito emocemi dokážou manipulovat s lidmi. Jsou schopni udělat jakýkoli výstup, jen aby k nim přitáhli pozornost, vyžadují přednostní nebo výsadní zájem. Chovají se nepředvídatelně, přehnaně, zveličují kritiku i chválu. Manipulující pacienti bývají obzvlášť v krátkém

kontaktu okouzující, zajímaví, takže manipulaci nemusí zdravotník hned vnímat. Osvědčený je věcný a zdrženlivý přístup. ⁽¹⁰⁾

1.13. Pacienti s antisociálními rysy

Jsou velmi problémoví, nerespektují společenská pravidla, často zneužívají zdravotnické služby. Dobře navazují vztahy, které využívají ve svůj prospěch. Nadsazují své potíže, vytěžují pro sebe výhody, také zneužívají laskavosti. Neberou ohled na pravidla, nedodržují zákazy, mohou se chovat až agresivně. V přístupu k antisociálním jedincům se vyplácí určitá opatrnost, konkrétnost a důslednost. Je nezbytné zdůraznit a uplatnit nárok daných pravidel. Přínosem je jednotný přístup celého týmu opřený o autoritu. ⁽¹⁰⁾

U sociálně znevýhodněného pacienta je podstatná vhodně vedená komunikace, kterou si tak záchranář získá důvěru pacienta nutnou ke spolupráci a jak ho přimět ke spoluúčasti na léčbě. ⁽¹⁷⁾

1.14. Pacienti pod vlivem psychoaktivních látek

Zdravotníci se často setkávají v prvním kontaktu s pacienty, kteří zneužívají různé návykové látky, kromě alkoholu a nikotinu jsou to i silné drogy, nejčastěji pervitin, heroin, kokain. Klinické stavy, se kterými se můžeme setkat, jsou: akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti či odvykací stav. Při kontaktu s lidmi, kteří zneužívají návykové látky, je třeba pomýšlet na to, že takřka vždy podhodnocují množství látky, kterou užívají, snaží se zapírat, manipulovat a častokrát se obávají následku odhalení abúzu. Informace, které nám poskytují, mohou být nepravdivé, a proto je zapotřebí získávat údaje z jiných zdrojů, třeba od členů rodiny. ⁽¹⁰⁾

Právě u těchto lidí, by zdravotnický záchranář měl být velmi opatrný, neboť při nesprávné manipulaci hrozí riziko přenosu infekcí, z nichž nejnebezpečnější je virová hepatitida a virus HIV. Pro osoby pod vlivem návykových látek existují protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanice. Intoxikovaní jedinci s ohrožením vitálních funkcí nejsou přijímáni, tito jednotlivci musí být ošetřováni na příslušném oddělení nemocnice. ⁽¹⁸⁾

1.15. Agresivní pacienti

Agrese je krátkodobý neklid zaměřený vůči okolí, jde o jednorázové vybití a uvolnění energie, dlouhodobé zaměření je známkou agresivity. Normální agresivita se rozvíjí z motivovaného protiútku, oproti tomu patologická agresivita vyplývá z duševní poruchy. ⁽³⁴⁾

Neklid a agrese bývají průvodními symptomy u řady onemocnění a stavů. Častokrát jde o intoxikaci alkoholem, léky nebo drogami, dále to jsou poranění mozku, mozková hypoxie, epilepsie, hypoglykemie, psychické stavy jako jsou úzkostné poruchy, deprese či mánie, demence, schizofrenie, sexuální deviace. ⁽¹⁴⁾

Komunikace s agresivním pacientem je pro všechny zdravotníky velmi nelehký úkol. Při zvládnání situace s psychicky labilními pacienty je nezbytné dodržovat určitou zásadu a pravidlo, které se souhrnně nazývá profesionální chování. Nemoc nebo určitá situace může pro některé lidi znamenat nepřiměřenou zátěž, která se pak promítne do jejich chování a jednání. Zkušení záchranáři už umějí sledovat jisté podněty, které agresivní pacienti dávají najevo, a proto svojí profesionalitou umějí zvládnout takto náročné a problémové situace. Uplatňuje to ale nároky na značné sociální dovednosti, znalost prostředí a reakcí lidí, zájem o člověka a ochotu mu porozumět. ^(7, 41)

Obdržíme-li od operačního střediska výzvu, z níž lze usuzovat na neklidné či agresivní chování pacienta, je dobré předjednat spolupráci Policie České republiky. Vyplatí se zjistit si informace o dotyčném přes operační středisko, například jde-li o chronicky známého výtržníka či o člověka dlouhodobě léčeného na psychiatrii. ⁽¹⁴⁾

1.15.1. Komunikační techniky s agresivním pacientem

Není mnoho doporučení, jak mají zdravotníci postupovat v případě nutnosti medicínského zásahu u pacientů, kteří vyžadují neodkladnou psychiatrickou intervenci v přednemocniční etapě, protože dorozumívání se s neklidným či agresivním pacientem je složitá a vyžaduje značnou profesionalitu. Nelze spoléhat na obvyklé fráze, je potřebné zvládat techniky deeskalace neboli zklidnění, které se skládá z verbální a neverbální složky. Projev zdravotníka musí být v souladu, jedině tak je komunikace důvěryhodná. Vhodné je se představit, mluvit klidně, jasně a srozumitelně, neužívat

zdravotnického slangu, udržovat stálý oční kontakt a vyvarovat se zbrklých a rychlých pohybů. Neklidný pacient nesnese dlouhé vyptávání, proto je dobré zaměřit se na klíčové informace, nereagovat na slovní útoky. Pacientovi příbuzní mohou být cenným zdrojem informací, proto je vhodné navázat komunikaci i s okolím. ^(14, 23)

Při respektování těchto směrnic je vhodné do postupu vnášet i další uklidňující vlivy. Zdravotníci by si měli uvědomit následující zásady: nepotřebují dominovat, tím dochází ke zmírnění napětí mezi nimi a potenciálním agresorem. Volit pomalé tempo řeči, naše tempo postupně přejímá i pacient. Gestikulujícího pacienta usadit, psychicky se tak zklidní a gestikulace bude mírnější. Pokud tyto principy odmítá, je příhodné jej nenutit. Oční kontakt přerušovat krátkými pohledy po místnosti či dokumentaci. Zážitek spojený s napadením se dotkne každého člověka, proto záchranář může tento okamžik chápat jako profesionální selhání, nedostatečné zvládnutí situace, někdy prožívá pocit viny, ale i obavy, jak se zachová příště. V přípravě profesionálních záchranářů by měly být zařazeny oblasti práce a komunikace s agresivními jedinci, předcházelo by se tak stresu a negativním pocitům v těchto vypjatých pracovních situacích. ⁽⁴¹⁾

Každé setkání s agresivním jedincem je nepříjemné, proto při zacházení s agresivními osobami musíme být ostražití, trpěliví a nad věcí. V případě setkání projevů agrese dochází k prožívání silného pocitu ohrožení a tím je i zvýšena pravděpodobnost vlastní neadekvátní reakce. ⁽⁵⁾

Je nutné mít stále na paměti, že agresivní člověk neuvažuje racionálně, a proto naše racionální argumenty jej ještě více rozzuří. Na druhou stranu bychom si ale měli uvědomit, že některé agresivní počínání spouštíme i my sami. ⁽¹³⁾

Pokorný dodává: „Je potřeba si uvědomit, že nejlepší obranou proti důsledkům agrese pacientů zůstává prevence a klidná verbální komunikace. Při zásazích proti agresivním pacientům by měl zdravotnický tým zasahovat vždy společně s policií. Zkušenosti ukazují, že již přítomnost policie na místě usnadní v řadě případů zdravotníkům postavení i komunikaci s pacientem, a že část agresorů se ve svých projevech zmírní.“ ⁽²⁶⁾

1.15.2. Fyzické omezení

Použití fyzického omezení definuje zákon č. 86/1992 Sb., který říká, že fyzické omezení lze užívat u osoby, která jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo okolí. K fyzickému omezení se přistupuje pouze v situacích, kde selhaly předchozí metody. Toto omezení vždy indikuje lékař a to i za podmínek nesouhlasu nemocného. Vhodné je asistence Policie České republiky. ⁽¹⁴⁾

1.16. Vyústění zátěžových situací

Míra odolnosti vůči veškerým zátěžovým situacím se označuje jako frustrační tolerance a závisí na vrozených předpokladech, na vývojové úrovni a na celkovém aktuálním stavu jedince. Po překročení frustrační toleranční meze a následných negativně využitých způsobů obrany, může zdravotník dospět k poznání tzv. pocitu vyhoření. ⁽⁹⁾

1.17. Syndrom vyhoření

Zdravotničtí záchranáři se dostávají do situací, kdy mají ve svých rukou zdraví či život těžce nemocných lidí. Vnímají to jako rutinní náplň své práce. Ve shonu a ustavičném zaměření na péči lidí se zapomínají věnovat svému vlastnímu zdraví. Tento základní děj je pak jádrem, ve kterém se rodí syndrom vyhoření. ⁽¹²⁾

V 70. letech minulého století se poprvé objevil problém, který se stal v dalších desetiletích alarmujícím. V Japonsku se mu říkalo karoši, což znamená smrt v důsledku přepracování. Z téhle pohnutky umíralo v zemi vycházejícího slunce několik stovek lidí ročně. Tento pojem uvedl poprvé do literatury v roce 1975 newyorský psychoanalytik Herbert Freudenberger. Tento syndrom má řadu synonym, např. syndrom vyhaslosti, vypálení, vyčerpání, syndrom Burn-out. ⁽¹⁶⁾

Vyhoření je vymezováno mnoha autory, jako příklad uvádím definici Pinesové a Aronsona, kterou cituje Dobiáš: „Je formálně definovaný a subjektivně prožívaný jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobené dlouhodobým zaobíráním se situací, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobené kombinací dvou skutečností: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“ ^(4, str. 230)

1.17.1. Charakteristické znaky

Specifická emoční únava, pocit úplného psychického a fyzického vyčerpání, negativní postoj k práci, k pacientovi i k sobě samému, tyto pohnutky doprovází duševní a tělesná únava, popudlivost, pochybovačnost, nedůvěřivost a deprese. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi jedinci, kteří dříve začali pracovat s velkým nadšením a v práci nalézali smysl života. V průběhu zaměstnání pak docházelo k chronickému emocionálnímu přetížení, které vzbuzuje náročné mezilidské vztahy. Lépe řečeno, tímto syndromem jsou nejvíce zasaženi pracovníci pomáhajících profesí, kteří účinkují ve složitých životních situacích, v nichž zásadní roli hraje vztah mezi pracovníkem a osobou, které je pomáháno. Jde o ztrátu profesionální tvořivosti, která se projevuje pocitem zklamání a ztrpklosti při posudku výsledků práce. Postižený jedinec ztrácí zájem o svou práci, podléhá všední rutině, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní rozvoj. ⁽¹⁶⁾

Výskyt syndromu stoupá, protože celkové životní tempo a nároky spolu s většími požadavky výkonnosti se zvyšuje. Kořeny syndromu mohou být také již ve volbě povolání, a to především pokud povahové vlastnosti uchazeče neodpovídají požadavkům na vybranou profesi. ⁽²⁹⁾

Baštecká píše: „Dříve se předpokládalo, že některé profese k vyhoření povedou a že je třeba, aby je pracovník po nějaké době opustil.“ (1, str. 142)

1.17.2. Vývojové fáze syndromu vyhoření

Patogeneze vyhoření se u většiny případů dá rozdělit do pěti stádií. Prvním z nich je nadšení. Zdravotnický záchranář se vrhne do zaměstnání se zaujetím, ideálem, s obrazem o své důležitosti. Je zvědavý, snaživý a raduje se ze svého smysluplného poslání, které zpočátku přináší značné uspokojení. Úsilí pracovat co nejlépe a touha po úspěchu přináší však riziko neefektivního vydávání energie spojené s dobrovolným přepracováním. Později se ovšem dostaví období, kdy nadšení slábne a práce už není tak atraktivní. Objevuje se zklamání, jistá deziluze, někdy také nezdar, neúspěch. Nejdříve záchranář pracoval pro ideál, nyní pracuje pro peníze a společenský obdiv. Vzdaluje se od počátečního cíle a začíná se odcizovat sám sobě. Vzniká jakási

existenciální prázdnota a nastupují tzv. imaginární cíle, což znamená přimknutí se k určité soustavě názorů, podřízení se vlastní společenské pozici, zvyklosti atd. Význam života zaniká, pohasíná, dochází k ustrnutí, uváznutí, k tzv. stagnaci. Prospěšný zájem proměňuje hoření v doutnání, je to doba vystřízlivění. Po stagnaci a nezdarech následuje zklamání, neboli frustrace, ta vede k agresi, popudlivosti, jízlivosti, sarkasmu, ztrátě autority k jiným, ale i k sobě samému, tvůrčí elán je omezován. Přibývá pochybností o smysluplnosti vykonávané práce, v závislosti na tom se nabývá konfliktů s nadřízenými, ale také nespokojenosti s podřízenými. Vztahy na pracovišti se vyhrocují a objevují se různé somatické a psychické obtíže, postupně se přidávají emocionální svízele. Apatie, rezignace, nelibost řešit daný stav. Pochopitelně pak jakákoliv snaha o řešení problémů a únik frustraci dostávají člověka do bezmezné smyčky. Práce už nepřináší ryzí požitky, její smysl pohasl, stává se „ozubeným kolečkem v soukolí“. V poslední fázi se vyhoření manifestuje v plné síle. Vzletně řečeno, výsledkem hoření a následného doutnání je popel, odborně řečeno exhausce, neboli vyčerpání. Člověk je citově chladný a prázdňový, zklamáný, rozčarovaný, stísněný, bez zájmů a na konci svých sil. U záchranářů se obecně objevuje pochybnost o vlastní kompetenci a obecně uznaných metodách či technikách práce, nedostatek trpělivosti ke spolupracovníkům, dále se odkrývají vleklé stížnosti na pracovní zátěž, na organizaci práce, v neposlední řadě nevole, rozhořčenost setkávat se s pacienty a jejich vnímáním jako pouhého rodného čísla pro vykazování bodů za zdravotnický výkon.⁽¹⁶⁾

1.17.3. Prevence syndromu vyhoření

K prevenci se vztahuje především patřičné řešení problémů, vybudování dobrých mezilidských vztahů. Dobrý pracovní tým a přátelské kolegiální kontakty proto představují jednu z důležitých podmínek prevence syndromu vyhoření. Velmi důležité je také dobré osobní, resp. rodinné zázemí, protože dlouhodobé neřešené problémy v partnerství či manželství hodně vysávají energii. Ze strany organizace jde přinejmenším o vytvoření vhodných pracovních poměrů, ocenění práce, poskytování potřebných informací, rozvíjení týmové práce, vytvoření vyváženosti mezi kompetencemi a zodpovědností.⁽²⁰⁾

Předcházením před rozvojem syndromu je také dobrá motivace k práci, vlastní duševní vyspělost a vyzrálost. Včasné podchycení příznaků, cílený rozhovor, vstřícný přístup a vytvoření prospěšných cílů v práci, mohou tento nepříhodný stav zvrátit. ⁽³⁶⁾

Často se hovoří o úloze stresu, avšak tím, že odstraníme enormní zatížení, nezastavíme potenciálně postupující vyhoření. ⁽¹⁶⁾

K užitečným strategiím patří i smích a humor, který uvolňuje napětí a usnadňuje komunikaci i týmovou práci, pocit uspokojení z práce, dostatečná informovanost, emocionální podpora, kladné hodnocení. Zaručený pozitivní význam má přiměřená a vhodná tělesná aktivita. Alkohol, kofein či cigarety mají pro většinu osob velký význam, protože se do jisté míry tyto návykové látky vyznačují chvilkovou subjektivní úlevou. V mnoha ohledech ale stres jenom zvyšují. ⁽²²⁾

2. Cíl práce

Zmapování situací vztahu výjezdových posádek zdravotnické záchranné služby a ošetřovaných pacientů.

3. Metodika

3.1. Použité metody výzkumu

Sběr dat byl proveden formou kvalitativního výzkumu v Českých Budějovicích, Táboře a Karlových Varech. Získaná data jsou zpracovány formou řízeného rozhovoru, který se vztahuje k daným problémům a okolnostem. Na základě prostudované literatury je snahou rozpoznat faktory ovlivňující dané téma a možné zvládnání této situace v praxi. Otázky v rozhovoru jsou formulovány s nabídnutou rozšiřující podotázkou a jsou zaměřeny na zmapování obecných informací o komunikačních aspektech zdravotnických záchranářů a reakcích pacientů na spojitost otázek obou zkoumaných souborů v České republice. Obsah rozhovoru tvoří otázky polootevřené.

3.2. Charakteristika cílového souboru

Cílový a výzkumný soubor tvořilo devět zdravotnických záchranářů a devět pacientů ošetřených zdravotnickou záchrannou službou. Výzkum probíhal na přelomu května a června roku 2008.

4. Výsledky

4.1. Zdravotnická záchranná služba České Budějovice

Zdravotnický záchranář I.

1. Ne, myslím si, že to není až tak podstatné. Mám nášivku se jménem a titulem, takže si to pacienti mohou kdykoli přečíst, pokud mě pacient osloví lékařem, tak role uvedu vždy na pravou míru.
2. Ne. Nikterak zvlášť nereagují.
3. Myslím si, že ano. Díky dlouholetým zkušenostem.
4. Někdy pacienti pláčou, zejména děti a staří lidé. Mají strach z neznámých lidí, z nemocnice.
5. Ne, nesvěřují.
6. Ano, myslím si, že to by to všem prospělo. Záchranáři by se měli zaměřit hlavně na dostatek odpočinku, motivace a relaxace, protože pokud je člověk neustále vystavován stresu, tak si myslím, že po nějaké době mu jeho vědomosti, speciální kurzy či stáže moc neprospějí.

Zdravotnický záchranář II.

1. Pokud si to pacient vyloženě nevyžádá, tak ne. Myslím si, že pacientům stačí, když se kolem nich něco děje, dáváme najevo náš zájem. V dvoučlenné posádce by to pacient měl umět rozpoznat, i když si mne může splést s lékařem. Občas se stane, že pacient osloví i řidiče lékařem, myslím si, že to ale nemění nic na poskytnuté zdravotní péči.
2. Někteří jsou nezvykle čiperní, i když jim to třeba zrovna jejich stav neumožňuje, mám pocit, jako by se už nemohli dočkat nemocničního prostředí. Někteří na nás z povzdálí mávají.
3. Ne. Chce to víc zkušeností, víc času.
4. Někteří se hodně vyptávají, jsou zoufalí, mají strach, neví, co se s nimi bude dít. Útěchou jim snad je naše komunikace, kterou se snažíme následky stavu zmírnit.
5. Ano. Pokud to jejich stav dovolí, tak se snaží najít nějakou komunikační cestu skrze problémy, které je nejvíce tíží. Zdraví a nemoc probírají celkem často, krom ekonomické situace často připojí také sociální problematiku.
6. Ano, povinně a všichni. Nebylo by na škodu uskutečnit nějaké semináře, které by se zaměřovaly na agresivní pacienty.

Zdravotnický záchranář III.

1. Záleží na závažnosti stavu, jestliže je pacient ohrožen na životě, ale vnímá, tak si myslím, že je pacientovi úplně jedno, jestli je u něj záchranář, řidič nebo lékař. Pokud se ovšem nejedná o urgentní stav, tak je určitě vhodně se představit.
2. Ano, většina z nich reaguje verbálně na náš rychlý příjezd. Někteří z nich se i pousmějí.
3. Ano. Na záchrance pracuju už delší čas, takže určitě díky praxi.
4. Záleží na stavu pacienta, na věku, na pohlaví, na přítomnosti druhé osoby, člena rodiny. Někteří pacienti, vesměs staří lidé, umějí být hodně plačtiví, protože mají strach zejména o sebe, pak přemýšlejí, co bude s manželem/manželkou, který/á se o sebe nedokáže postarat sám, co bude s domácností, se zvířaty apod. Tato skupina pacientů je podle mého názoru nejvíce emočně vypjatá.
5. Občas ano. Někteří pacienti, a to zejména staří lidé, nebo lidé ze sociálně slabších rodin hovoří někdy velmi otevřeně, upřímně, toho si velmi cením, i přesto, že to v danou chvíli není korektní, alespoň si skrze tyto pacienty uvědomím, že problémy, které tíží mne jsou oproti tomu banální.
6. Určitě, předcházelo by se zbytečným konfrontacím. Oblastí, o které by se záchranáři měli zajímat, je jistě spousta, konkrétní ale nebudu.

4.2. Zdravotnická záchranná služba Tábor

Zdravotnický záchranář I.

1. Já osobně ano. Představuji se jako zdravotní sestra, i přesto že jsem zdravotnický záchranář, protože vesměs pro starší generaci pacientů je role sestry bližší než role záchranáře. Myslím, že ženu v roli sestry mají víc pod kůží, zejména ze zkušeností z nemocnice a ambulancí.
2. Ano. Nejvíce však reagují jejich rodiny, příbuzní, kamarádi, známí, kteří volali na dispečink Zdravotnické záchranné služby. Ti většinou dávají znamení, upozorňují na sebe, když přijíždíme na místo události.
3. Snažím se pracovat co nejlépe, ale nedokážu odpovědět ano.
4. Nejvíce najevo to dávají malé děti, které se bojí z neznáma, reagují na bolest, na výkon, pláčou. Přímoou úměrnost pak vykazují jejich rodiče, kteří na základě svého emočně vypjatého dítěte vykazují jistou dávku emocí.
5. Ano. Rodinné kolize nebo ekonomické záležitosti, které jsou pro mnohé tabu, většinou si více popláčou z toho, že budou hospitalizováni, mimo domov, než jejich skutečná odchylka od zdraví. Například jim ani tak nevádí, že třeba budou muset podstoupit nějaké, třeba i bolestivé vyšetření, ale odvracení smutný pohled k jiným věcem, k rodině, která je doma sama, nebo domácí zvířata, pošta atd.
6. Myslím, že by to bylo příjemné obohacení pro všechny členy zdravotnické záchranné služby. Problematika psychiatrických pacientů?

Zdravotnický záchranář II.

1. Určitě ano, v naší pozici to má pro pacienty etický význam. Prezentuji se jako zdravotní sestra.
2. Ano. Záleží ale na jejich stavu, nebo na přítomnosti rodiny. Někteří pacienti dokážou reagovat velmi agresivně, hlavně alkoholicí, psychiatrickí nemocní atd.
3. Určitě. Je to můj denní chléb.
4. Každý pacient dává najevo při zhoršeném zdravotním stavu nějaký emoční náznak. Od závažnosti stavu se odvíjí i stupňující se emoce, kterých si povšimne kde kdo. Mezi základní emoce bych zařadil dle svého uvážení, nejspíš reakci na bolest, jež může být doprovázena pláčem, agresí, neochotou spolupracovat, dále to může být sociální emoce u starých lidí, u dětí, u jejich rodičů, příbuzných. Strach z neznáma umí vytěsnit taky pěknou dávku emocí.
5. Čas od času ano. Někdy, když narazím na zajímavého pacienta, tak se dozvím i to, co zrovna v tu chvíli nepovažuji za nutné. Jednou mi pacient sdělil, že nevěří zdravotníkům, lékařům atd. U ostatních to jsou obecnosti, peníze, rodina, občas i politika.
6. Ano. Také by se měl personál zajímat o problematiku agresivních pacientů.

Zdravotnický záchranář III.

1. Ne, pacienti to mohou rozeznat podle nášivky na bundě, proto je nosíme.
2. Ano. Někteří reagují verbálně, jiní zase mávají, někteří se z dálky pousmějí.
3. Ne. Věřím, že se to zlepší, ale potřebuju si to více vtlačit pod kůži.
4. Emočně naladění jsou všichni pacienti. Vše se odvíjí od jejich zdravotního stavu. Pacienti i jejich členové rodiny se hodně vyptávají, někdy příslušník rodiny umí pacienta rozhodit ještě víc, když mu řekne například, že si za to může sám atd., ale to stane opravdu výjimečně. Samotní pacienti se bojí některých výkonů, jako je třeba kanylace žíly, té se obávají hlavně malé děti. Ty pak projeví emoce opravdu extrémně. Pláčou, cukají sebou, zkrátka nelze s nimi spolupracovat.
5. Někdy ano. Občas mi připadá, že je trápí víc jiné problémy než jejich zdravotní stav.
6. Samozřejmě. Jsou mezi námi lidé, kteří se neslyší, nevidí, lidé agresivního charakteru atd., proto si myslím, že je určitě dobré něco vědět i o této problematice.

4.3. Zdravotnická záchranná služba Karlovy Vary

Zdravotnický záchranář I.

1. Ano, protože má výjezdový skupina je posílena o jednoho člena posádky, o sanitáře, takže se vždy představím jako zdravotní sestra, aby jednotlivé pozice nezkrusovaly pacientův dojem.
2. Ano, projevují nám vděčnost, jiní ovšem opak, jsou nevrlí, nepříjemní, záleží na stavu pacienta, na jejich onemocnění.
3. Myslím si, že ano, ale to by měl umět posoudit správně někdo jiný. Snad s přihlédnutím na zkušenosti.
4. Samozřejmě si sem tam nějaký pacient popláče, ale nějaké výjimečné emoce já osobně nevnímám.
5. Pacienti se svěřují s mnoha věci. Například kolikrát už byli v nemocnici, kolik jim je let, výskyt nemocí v její rodině či v blízkém příbuzenstvu.
6. Pokud by to mělo význam, tak určitě. Také by byla vhodná komunikační instruktáž s pacienty se specifickým postižením.

Zdravotnický záchranář II.

1. Ano, je nás v posádce víc, takže je pro pacienty přínosné vědět kdo je kdo.
Představuji se jako zdravotní sestra.
2. Nejspíš občas slovně, náš příjezd je jim úlevou.
3. Nejspíš ještě ne, protože na profesionální přístup potřebuji více času a zkušeností.
4. Ano. Největší sklon k tomu mají děti. Ty hodně pláčou.
5. Ano. Rodinné, ekonomické problémy.
6. Ano. Ono by obecně bylo vhodné a prospěšné se zajímat také třeba problematiku agresivních pacientů, nebo pacientů pod vlivem psychoaktivních látek a podobně.

Zdravotnický záchranář III.

1. Převážně ano. Jako zdravotní sestra.
2. Pacienti ani tak ne, jako jejich rodiny nebo příbuzní, kteří nejprve reagují gestikou, když nás navádí, kde máme jet, dále jsou občas nervózní, hyperaktivní, pobíhají po místnosti, shánějí dotyčnému pacientovi věci, doklady atd. Oproti tomu se pacienti jeví klidní, ale zase jak kteří, určitě záleží na jejich zdravotním stavu, protože někteří pacienti dovedou být nepříjemní, agresivní.
3. Ano. Mám zkušenou odbornou praxi.
4. S emocemi se ve zdravotnictví musí počítat. Vychýlený zdravotní stav je sám o sobě emoční záležitostí nejen pacienta, ale i rodiny, někdy také nás samotných. Emoce se projevuje různými způsoby, pláčem, vztekem, agresivitou, nekoncentrovaností, nespoluprací.
5. Občas ano, třeba co je všechno trápí, apod.
6. Myslím si, že ano. Já osobně jsem si prošel kurzem, který byl zaměřený na sluchové postižené, a dozvěděl jsem se několik zajímavých věcí, které člověka normálně nenapadnou. Proto školení zaměřené na tuto problematiku by jistě neuškodilo.

4. 4. Nemocnice České Budějovice

Pacient I.

1. Ano. Představila se mi sestra. Bylo to milé a příjemné.
2. Ulevilo se mi, už když jsem je slyšela přijíždět. Věděla jsem, že už bude o mne dobře postaráno.
3. Velmi kladně, vše mi vysvětlili, dokonce i to, co se bude odehrávat v nemocnici. Byla to krásná důvěra, kterou mi svým přístupem nabídli.
4. Myslím si, že to bylo všechno v pořádku. Chovali se velmi zdvořile
5. Ano, důvěřuji. Vše o mém zdravotním stavu. Vše ostatní je podle mého zbytečné.
6. Ano. Duševní únava má vliv na spousty věcí.

Pacient II.

1. Ne. Přijeli dva mladí muži, byli stejně oblečení. Jména a funkce jsem si všiml na bundě. Jednali semnou moc hezky. To, že se mi nepředstavili, jsem v tu chvíli nepovažoval za chybu. Nevadilo mi to.
2. Překvapilo mě, že přijeli tak rychle. Bylo to určitě útěcha.
3. Byli na mě hodní, ptali se mě, co se mi stalo, vše mi vysvětlili, naložili na lehátko a v sanitce mě ošetřovali. Řekli, co se semnou bude dít, co se mi stalo, stále mně uklidňovali.
4. Všichni byli moc zdvořilí, uklidňovali mně, myslím si, že to bylo v pořádku.
5. Důvěřuji všem zdravotníkům. Svěřil bych vše, co je pro ně podstatné.
6. Záchranáři musí být odolní více než kdokoli jiný. Sebemenší jejich duševní odklon může započít řadu problémů.

Pacient III.

1. Ano, představila se mi sestřička, která mě ošetřovala. Řidiče jsem poznal, toho se nedá přehlédnout. Sestřička byla moc hodná, určitě to bylo příjemné. I kdyby se mi nepředstavila, tak bych si to nejspíš přečetl na štítku, kterou oba dva měli nalepenou na bundě.
2. Velmi pozitivní, byla jsem vděčná, že přijeli a pomohli mi. Byl to zvláštní pocit, ale určitě jistým způsobem úleva.
3. Velice profesionální, mají to už zažité pod kůži, nedělá jim to žádné problémy. Byli milí a pracovali velmi svižně.
4. Pokud by to na mně působilo ještě lépe, než předtím, tak určitě ano.
5. Pokud je tam lékař, tak ano, mám v něm jistotu. Svěřila bych hlavně svůj zdravotní stav, pokud by nebyl vážný a situace to dovolila, přiklonila bych se klidně i k jinému tématu.
6. Myslím, že ano, protože od jejich stavu se odvíjí i jejich práce. Navíc, když pracují s lidmi, tak musí být naprosto vyrovnaní.

4. 5. Nemocnice Tábor

Pacient I.

1. Posádka, která pro mě přijela, ošetřila a odvezla do Tábořské nemocnice, se mi myslím konkrétně jménem nebo šarží nepředstavila. Trošku mně to zaskočilo, protože jsem v tu ránu nevěděla, jestli toho mladíka, který semnou seděl vzadu v autě, mám oslovovat pane doktore, nebo nějak jinak. Potom jsem si povšimla nápisu na bundě. Tak se mi ta jeho role vyjasnila.
2. Ulevilo se mi, byla jsem jim velice vděčná.
3. Velmi pozitivně, stále na mě mluvili, stále se mě na něco ptali. Všechno jednoduše vysvětlili a popsali, ošetření i konkrétní cílové zařízení.
4. U malých dětí, hodně starých lidí, těhotných žen, závažných úrazů má vhodné povzbuzení obrovský význam. Záchranáře to nic nestojí.
5. Myslím si, že důvěřovat lidem, kterým uložíte na bedra svůj zdravotní stav je zásadní. Měli by vědět vše o mém zdravotním stavu. Ostatní je myslím zajímat nemusí.
6. Ano, protože musí lidem naslouchat, musí je vnímat, co potřebují.

Pacient II.

1. Ano. Představila se mi mladá žena, byla to zdravotní sestřička. Zbytečně to určitě není, protože by měl každý vědět, kdo jej ošetřuje. V nemocnici se to rozezná líp, protože tam se oblékají všichni odlišně, tady v sanitce je to o poznání horší.
2. Příjezd záchranné služby na mne zapůsobil až moc překvapeně, neboť ti kluci stojí ještě tak deset minut před dveřmi než si oblíknu bundu a sejdu těch pár schodů, kterými mě nazpět potáhnou.
3. Byl jsem odvezen už víckrát, nikdy to nebylo nic extra vážného, čili se docela v sanitce nasmějeme, nemyslím, že by si kluci tu atmosféru vytvořili sami, to já vždycky začnu zlehčovat situaci. Zkrátka a dobře, všechny je chválím, mluví se mnou po odborné stránce velmi srozumitelně, všemu porozumím a odezva je velmi příjemná.
4. Určitě u lidí, kteří to opravdu potřebují.
5. Ano, důvěřuji jim. Několikrát jsem byl odvezen zdravotnickou záchrannou službou a vždy jsem měl pocit jistoty. Jsou to profesionálové a ví, co dělají.
6. Ano. Když si představím, s jakou různorodou populací se setkávají, nakolik musejí být kolikrát trpěliví, tak jejich naladění musí být v normě.

Pacient III.

1. Ne. Nepředstavili se, ale zato mně pánové slušně pozdravili. Nevadilo mi to, hlavně, že přijeli včas. Navíc, když je člověku opravdu zle, nevnímá kdo je kdo, jeví se všichni stejně, jsou v červeném a v rychlosti, v jaké se vše seběhne ani není příliš času sledovat funkční pozice.
2. Byla jsem velice ráda, že přijeli tak rychle. Věděla jsem, že se na ně mohu spolehnout.
3. Byli velmi zdvořilí, mluvili pomalu a jasně, tak abych tomu porozuměla, protože viděli, že mám strach z toho nepříjemného stavu, který mne postihl.
4. Takový projev je určitě podstatný, já osobně bych to uvítala intenzivnější, upřímnější.
5. Ano, věřila jsem jim, nic jiného mi už v tu chvíli nezbývalo, zajímal je hlavně můj zdravotní stav, o jiných věcech se bavím spíše v nemocnici.
6. Nejspíš ano, poněvadž vyčerpanost ovlivňuje celkové chování, které se může snadno přenést na pacienty.

4. 6. Nemocnice Karlovy Vary

Pacient I.

1. Samozřejmě. Představila se mi sestřička, která se mě vyptávala na osobní údaje. Potom tam byli ještě dva muži. Jeden z nich byl řidič a druhý pomáhal sestřičce, asistoval jí, když mi sestra zaváděla jehlu do žíly. Vše proběhlo rychle, bez zbytečných zádrhelů. Určitě jsem byla ráda, že se mi hned tak pěkně na začátku představila.
2. Byl jsem rád, že dojeli v tak krátkém čase, protože bydlím až daleko za městem, navíc v tak pusté lokalizaci, překvapilo mě to. Proto, když jsem je viděla, tak se mi trošku ulevilo.
3. Jednání se mnou bylo velice milé, všichni pracovali velmi rychle, komunikace mezi nimi mi přišla na místě, bavili se jen o důležitých věcech pro ošetření. Bylo vidět, že mají zavedený určitý postup.
4. V rámci možností ano, určitě by se měli vyvarovat chladnému přístupu, pouhému plnění vytyčených kompetencí. Zdravotnictví je hlavně o duši.
5. Důvěřuji jim. Jejich rozhovor mi v tu chvíli moc pomohl, protože jsem nevěděl, co se bude dít, mám nemocnou ženu a nevěděl jsem, co s ním bude, když budu v nemocnici, nebo nedej bože, kdybych umřel. V tu chvíli jsem jim byl ochotný svěřit vše.
6. Ano. To je celospolečenský přirozený vliv. U zdravotníků je to o to horší, když pracují s lidmi, kteří jsou různorodí, nepředvídatelní, někdy i agresivní.

Pacient II.

1. Jistě. Byla to jedna zdravotní sestra. Určitě je dobré si vyjasnit na začátku role, pokud se člověk pěkně představí, tak je to vždy příjemné.
2. Byla to určitě úleva, když člověk ví, že je nablízku profesionální zdravotník, který svou práci ovládá.
3. Komunikovali opravdu jen k věci, žádné zbytečné vyptávání, byli sehraní, každý dělal svou práci. Vysvětlili mi vše, co semnou budou dělat, kde mě povevou. Bylo to opravdu chvályhodné. Nemůžu říct jediné negativum.
4. Chovali se profesionálně. Jejich vcítění bylo dostačující.
5. Samozřejmě, že ano. V takovéto chvíli dokážu svěřit spoustu věci, jen aby se mi ulevilo. Hlavně obavu o svůj stav a rodinu.
6. Pokud míra zátěže zdravotnického záchranáře překročí určitou mez, tak určitě ano.

Pacient III.

1. Myslím si, že ne. Akorát mně převezli do nemocnice. V tu chvíli mi bylo nějaké představování úplně jedno. Štítků si jako pacient nevšímám, čili říkám pane doktore zásadně řidičům.
2. Příjezdu jsem se obával, protože jsem nevěděl, co semnou provedou, pak ale, když přijeli, bylo to už lepší.
3. Byli rychlí, hbití, stále se mně na něco vyptávali, odpovídal jsem jim jen takové polověty, protože jinak to nešlo. Vše proběhlo velice rychle a nemyslím, že bych něco hodnotil záporně.
4. Ano, ocenila bych větší náklonnost.
5. Člověk má věřit především sám sobě, ale v situaci, kdy je člověk odkázán na druhé, důvěřuje i jim. V mém případě, kdy mě museli v sanitce obnažit a řádně vyšetřit se důvěra jakoby prolomila, protože jsem nevěděla, co se mnou budou dělat, bylo mi to vcelku nepříjemné, ale pokud to bylo opravdu nutné, tak se v tu chvíli asi nedá moc odmítnout.
6. Samozřejmě že ano, práce záchranáře je určitě velmi psychicky náročná, setkávají se s různými situacemi, a když je toho hodně najednou a nemají adekvátní odpočinek, jistě se nahromaděný stres může odrazit v jejich práci.

5. Diskuse

Záchranáři reagovali na některé otázky zcela pochopitelně a logicky nejprve tak, že každý pacient je jiný a od toho se pak odvíjí i jejich přístup k němu.

První otázka byla mířena cíleně na posádku rychlé zdravotnické pomoci, kterou tvoří dvojčlenná skupina v zastoupení zdravotnického záchranáře, který je vedoucím posádky a řidiče. Výjimku tvoří karlovarská posádka, kde je trojčlenná skupina, ve které je navíc sanitář. Tento systém je založen na skutečnosti, která vyplývá z převahy ženského zastoupení na územním středisku Záchrané služby v Karlových Varech. Pozici zdravotnického záchranáře tak nahrazují v drtivé většině postarší zdravotní sestry se specializací ARO/JIP. Sanitář pak tvoří jakéhosi prostředníka, který pomáhá řidiči i sestře. Z celkového počtu oslovených, se pacientům představuje šest záchranářů, to jsou dvě třetiny. Zbylí tři respondenti uvádějí odpověď ne. Z regionálního pohledu byly odpovědi shodné pouze v Karlových Varech, kde dopověděly ano všechny tři dotazované zdravotní sestry. Snad i proto, jak jsem již výše zmínil, že posádku rychlé záchranné pomoci tvoří, patrně jako jediní v České republice, trojčlenná skupina, která samozřejmě na pacienta může působit dojmem rychlé lékařské pomoci. Proto tady jednoznačně souhlasím s výpovědi všech tří respondentů. V Táboře se představují při setkání s pacientem dva ze tří dotazovaných, v Českých Budějovicích pouze jeden.

Při pohledu na odpovědi pacientů je třeba brát v úvahu věkovou kategorii, která se pohybovala mezi 20–80 lety. V rámci tohoto výzkumu bylo dotazováno devět pacientů, kteří byli ošetřeni a odvezeni posádkou rychlé zdravotnické pomoci. Pět dotazovaných pacientů se posádka rychlé zdravotnické pomoci představila. Čtyři pacienti pak uvádějí protiklad. Obecným a zároveň velice skličujícím faktem je, že se pacientům veskrze představovaly výhradně ženy, a to jako zdravotní sestry. Snad i proto, že je to pro pacienta pochopitelnější. Jobánková uvádí, že zdravotní sestra je pro většinu pacientů svým postavením bližší, z čehož vyplývá, že se ženy v pozici zdravotnického záchranáře představují častěji jako právě již zmíněné zdravotní sestry. Dva dotazovaní, kteří uvedli odpověď ne, si vyjasnili role prostřednictvím štítku se jménem a titulem, kterou měli záchranáři na bundě. Vychází-li odezva této problematiky na etiku zdravotnického záchranáře, je žádoucí pomyslet na jednotlivá

práva pacientů, která jsou sestavená Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky, jež v tomto případě zní: „Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků.“

Druhou otázku jsem v průběhu rozhovoru upravoval tak, aby jí zdravotníci záchranáři porozuměli co nejlépe. V zásadě je otázka koncipována tak, aby odpovědi nastínily počáteční nezkreslený komplex reakcí pacientů na příjezd posádky rychlé zdravotnické pomoci. Odpovědi jsou rozšířeny o podotázku, tak jak je tomu i v předešlých a následujících otázkách. Dva dotazovaní záchranáři z Českých Budějovic odpověděli ano a rozšířili tak svojí odpověď, kde uvedli způsob odezvy ze strany pacientů na příjezd Zdravotnické záchranné služby. Odpověď jednoho z těchto dvou zdravotnických záchranářů se nijak nelišila od ostatních regionálních odpovědí, které se dají zahrnout pod ucelenou společnou odpověď, kterou za sebe cituji: „Část pacientů reaguje verbálně na rychlý příjezd Zdravotnické záchranné služby.“ Tato odpověď se objevila také v Táboře a Karlových Varech. Táborští záchranáři uvedli svou odpověď kromě již výše zmíněné, také jako možnost počáteční agresivní reakce a gestikulace (mávání) některých pacientů na příjíždějící sanitní vůz. Výjimkou nebyli ani karlovarští záchranáři, kteří taktéž uvádějí možnost agresivní reakce. Celkově tedy uvedlo způsob reakce osm z devíti dotazovaných. Osm zdravotnických záchranářů se liší v celkem třech různých sděleních. Nepochybně nejvíce obávanou reakcí je agresivita pacientů, která se nedá vždy předpokládat, a proto se na ní nedá předem připravit. Výjimku mohou tvořit etnické skupiny, bezdomovci, psychiatričtí nemocní, kde se agresivní reakce dají předem vyvozovat. Linhartová informuje: „Dějištěm agrese může být zdravotnické zařízení, ale i nahodilé místo při poskytování první pomoci. Příčinou agresivního chování se může stát i dlouhé čekání na ošetření.“

Příjezd Zdravotnické záchranné služby zapůsobil na všechny dotazované velmi pozitivně. Odpovědi byly všechny kladné. Tři pacienti z devíti příznivě hodnotí rychlý dojezd výjezdové skupiny, která jistě splňuje nařízení Ministerstva zdravotnictví České republiky, vyhlášky č. 434/1992 o Zdravotnické záchranné službě, která předkládá stanovenou časovou normu nepřesáhnouti patnácti minut od vyrozumění Zdravotnického operačního střediska. Z tohoto údaje výrazně plyne klíčový předpoklad důležitosti

poskytnutí včasné první pomoci v období od vzniku příhody do příjezdu posádky Zdravotnické záchranné služby. Vyhláška č. 434/1992 Sb. Ministerstva zdravotnictví České republiky dále informuje: Činnost výjezdové skupiny Zdravotnické záchranné služby České republiky se odvíjí od přijetí tísňové výzvy operačním střediskem, přes vyslání výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby na místo události, následné ošetření až po předání raněného do určeného zdravotnického zařízení. Po přijetí tísňové výzvy na linku operačního střediska by se měla posádka záchranné služby aktivovat do 2 minut, s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele.

Podle informační studie Pekary nutno ovšem dodat, že zdravotnický záchranář také může po svém příjezdu na místo události čelit kritice a verbální agresi raněného, nemocného klienta či jeho příbuzných, tyto situace pak kladou na bedra zdravotnického záchranáře velké psychické nároky a záleží především na psychické odolnosti zdravotnického záchranáře a na jeho profesionalitě, jak danou situaci zvládne.

Odpovědi na třetí otázku mohou rozdělit na dvě hlediska. Jedním z nich jsou záchranáři, kteří s převahou jednoho respondenta odpověděli na otázku kladně. Zbývající čtyři si nemyslí, že by měli profesionální přístup k pacientům. Otázkou je, zdali je tomu opravdu tak, anebo respondenti byli ovlivněni svým nízkým sebevědomím, subjektivním pocitem anebo popřípadě mnou samotným. V průběhu rozhovoru bylo nastíněno mnoho a mnoho podotázek, které se v práci vůbec nevyskytují. Prostřednictvím těchto dialogů a minimálně tříleté praxe všech záchranářů, bych se neodvážil připustit myšlenku, že by někdo z nich neměl značný profesionální přístup. Ti respondenti, kteří rozšířili svoje tvrzení o odpověď ano, jsou přesvědčeni, že jejich profesionální postoj k pacientům je odrazem jejich zkušeností a bohatě nabyté praxe. Na rozdíl od zdravotnických záchranářů, kteří rozšířili svoje tvrzení o odpověď ne, se domnívají, že jejich nedostatečná profesionální póza je zapříčiněna časově omezeným souhrnem znalostí a zkušeností. Důležité je vzít v úvahu individuální rozdílnost každého jedince, jako je věk, pohlaví, předchozí zkušenosti v nemocnici nebo jiném sociálním zařízení, samozřejmě výčet zkušeností, ale také například zásah některého ze stádií syndromu vyhoření. Pekara tvrdí, že v místě zásahu, události se u většiny raněných a nemocných se projevuje do jisté míry egoistický postoj v souvislosti

se svým úrazem, respektive s danou situací, proto je činnost na místě zásahu nesmírně náročná na zvládnání emocí, jak ze strany raněných, nemocných, tak ze strany zdravotnických záchranářů. Dále Pekara uvádí, že dovednost vyvarovat se rozptylujícím vlivům a poznámkám rozrušených pacientů či jejich blízkých, nenechat se vyprovokovat, plně se soustředit na výkon své profese, spočívá především v psychické kondici všech členů posádky záchranné služby, na jejím profesionálním přístupu, informovanosti a klidném vystupování. Doležal Pekaru pak doplňuje o rozšiřující skutečnost, která navazuje rovněž na profesionální vystupování a chování, které zahrnuje dovednost nabídnout čas na odstranění emocí raněnému, pochválení raněného za snahu, neustálé okomentování jakékoliv manipulace s klientem a udržení rozhovoru na klidné hladině by mělo zajistit pozitivní výsledek pro obě dvě strany.

Chování, jednání, přístup a komunikaci hodnotí všichni nadmíru pozitivně. Pacienti zmiňují velmi dobrou sešranost záchranného týmu, jejich profesionalitu, optimálně vedenou a směřovanou komunikaci k danému problému. Tyto výpovědi je možno zařadit mezi tvrzení Venglářové a Mahrové⁽³³⁾, které říkají: „Dovednost dobře komunikovat s pacientem je součástí profesionálního vybavení, které je zásadní pro navázání a rozvíjení kontaktu.“ Domnívám se, že navození správného terapeutického přístupu je pro zdravotnické záchranáře vždy zásadní. Získat pacientovu spolupráci a důvěru se nelze, podle mého názoru, naučit, záchranář by měl být vděčný všem zkušenostem, ať už negativního či pozitivního rázu, ze kterých může své profesní postavení budovat. Při rozhovoru s pacienty jsem byl opravdu mile překvapen, protože ze sebe překotně produkovali proud vzpomínek, mínění, přesvědčení. Téměř většina se zaměřila na jejich komunikaci, která jak je již výše zmíněna, má obrovský terapeutický vliv. Spolu s verbální nebo neverbální komunikací je sjednocen také projev empatie a spoluúčasti, kterou cituje Kopřiva.⁽¹⁰⁾ Ten také dále pokračuje v názoru, že tyto okolnosti vytvářejí určitou atmosféru, která pacienta posiluje nebo je naopak sráží. Na myšlenku Kopřivy mohou navázat s tvrzením Vymětala a Rezkové⁽³⁷⁾, kteří předpokládají: „příznačný subjektivně velmi blízký vztah mezi pacientem a zdravotníkem vede k posílení jejich důvěry a spolupráce.“ Při pohledu na regionální identičnost ve výpovědích pacientů je dobré si uvědomit, že všichni tito pacienti se

dozajista cítili bezpečně, byli přijímáni v atmosféře profesionální důvěry a setkání se Zdravotnickou záchrannou službou v nich zanechalo nezapomenutelnou pozitivní zkušenost.

Hned na začátku čtvrté otázky je dobré si uvědomit, že problematika syndromu vyhoření je obecně známá, ale přesto o ní člověk ví málo. Záchranáři byli dotazováni na otázku, která krouží velmi blízko jejich povolání. Syndromem vyhoření pochopitelně nejsou zasaženi jen zdravotníci, ale tato sporná problematika může udeřit i v jiných profesích, kde se pracuje a setkává s lidmi. V této oblasti jsem se při rozhovoru se záchranáři zdržel více než u ostatních otázek. S letným údivem mohu říct, že respondenti problematice rozumí až přespříliš, dokážou o ní hovořit jasně, plynule, bez jakékoli krkolomné prodlevy. V odpovědích se ale objevují pouze konkrétní sdělení, která se vztahují k dané otázce. Všechny tři skupiny zdravotnických záchranářů se domnívají, že personální obsazení Zdravotnické záchranné služby by se mělo více zajímat o problematiku syndromu vyhoření. Pokud jde o samotný syndrom vyhoření, tak klíčovou roli hraje vyvážený pracovní kolektiv, o kterém se zmiňuje Morovicsová⁽¹⁹⁾. Důležitost o informovanosti syndromu a jeho předcházení se shodují společně s Nešporem.⁽²⁰⁾ Jeden respondent z Českých Budějovic přispěl svým sdělením k názoru Kulky⁽¹⁵⁾, který tvrdí, že předcházením před rozvojem syndromu je také dobrá motivace k práci. V podotázce se pak objevily návrhy na jinou problematiku, kterou je nejčastěji podle dotazovaných agresivita, dále respondenti zmínili školení zaměřené na pacienty se specifickým postižením jako je hluchota a slepota, těchto návrhů bylo celkem dva. O agresivní problematiku by se chtěli více zajímat celkem čtyři záchranáři. Jedním z obecně prospěšných shrnutí je, že záchranáři byli schopni navrhnout a tím nevědomě si připustit myšlenku, že v určitých nevšedních situacích v kontaktu s pacienty různého kalibru je užitečné znát a procvičovat komunikační intervenci, která by mohla být nápomocná v nelehkých pracovních situacích. Otázku jsem položil z jednoho prostého důvodu, a to ze společenského postoje. Právě Zdravotnická záchranná služba, resp. zdravotničtí záchranáři jsou specifickou skupinou respondentů, kteří jsou nuceni se v daném prostředí pohybovat, a tím spojenou dlouhodobě vystavenou jejich psychikou.

Duševní a tělesnou únavou bylo pro pacienty myšleno nástin syndromu vyhoření. Tato terminologie je pro pacienty relativně nesrozumitelná, proto jsem tuto otázku zformuloval do takové podoby, aby to bylo pro pacienty co nejpochoptelnější. Samozřejmě jsem dialog vedl a upravoval v závislosti na svéráznosti každého pacienta. Většina pacientů se nijak zvlášť konkrétně nedoptávalo, rozhovor byl tedy veden a směřován přímo od otázky k výpovědi pacientů, bez uplatnění různorodých přídatných rozšiřujících otázek. Odpovědi jsou jednoznačně totožné. Pacienti se domnívají, že všeobecně vzato má duševní a tělesná únava zásadní vliv na práci zdravotnických záchranářů. Myšlenková představa, která se u pacientů v průběhu rozhovoru objevila, vyjádřila obecný obraz, jež se odhaluje v postupném vývoji syndromu vyhoření. Skutečnost, že duševní a tělesná únava ovlivňují práci zdravotnických záchranářů, potvrzuje sdělení Kulky, který říká, že se u záchranářů objevuje pochybnost o obecně uznaných metodách či technikách práce, která se podle něj může projevit nedostatkem trpělivosti ke spolupracovníkům, stížnostmi na pracovní zátěž a na organizaci práce, ale také rozhořčenost setkávat se s pacienty a jejich vnímáním jako pouhého rodného čísla pro vykazování bodů za zdravotnický výkon.

Pátá otázka nabídla pohled na emoční stránku pacientů při setkání se zdravotnickou záchrannou službou. Z odpovědí vyplývá, že proud emocí ze strany pacientů je denní chléb zdravotnických záchranářů, kteří se musejí ve vypjatých citových situacích velmi dobře orientovat a zaměřit rozhovor s cílem ovlivnit či potlačit negativní prožívání jejich zdravotního stavu. Tři českobudějovičtí záchranáři uvedli jako příklad emočního nátlaku strach, který je spouštěčem pláče u malých dětí, jež není výjimkou ani u ostatních záchranářů ze zbývajících dvou měst. Tak kupříkladu v Karlových Varech se k pláči jako negativnímu rysu prožívání nemoci vyjádřili všichni tři dotazovaní, v Táboře pouze jeden. Strach ze zdravotního stavu a obava z potřebného výkonu na místě nehody, úrazu či poruše zdraví je přirozenou reakcí, kterou málokterý člověk zvládne potlačit. Šlaisová uvádí: „Možnou intervenci, prevenci obav nebo redukci strachu může záchranář uplatnit v kognitivní úrovni, to znamená připravit pacienta rozhovorem, podat mu správné vysvětlení, zdůvodnění, snažit se odvést pacientovu pozornost, vyzvat ho ke spolupráci.“ V Táboře respondenti dále uvedli

reakci na bolest, agresi, strach ze zdravotnického výkonu. Z pohledu na odpovědi jako na celek je nejvíce emočně náročnou skupinou dětská populace, jenž toto tvrzení uvedlo celkem pět zdravotnických záchranářů. Druhou skupinou jsou staří lidé, kteří byli zmíněni u třech dotazovaných. Jeden zdravotnický záchranář z Českých Budějovic se odvolává na důležitost komunikace jako jeden ze základních předpokladů ke zmírnění a zvládnutí citových přívalů ze strany pacientů. Tento psychologický přístup má své odborné opodstatnění, a to od Králové, která konstatuje, že pacient většinou předpokládá, že zdravotnický záchranář je odborník v rámci poskytované péče a očekává od něj profesionální komplexní přístup, srozumitelné, vstřícné a empatické vyjadřování bez časového stresu. Jobánková pak toto sdělení doplňuje o skutečnost, že: „Zvýšení zájmu o prožívání pacienta zvyšuje požadavky na komunikační dovednosti a na způsob zacházení s pacienty, možnost skutečně empaticky reagovat, projevit svou empatii, ovlivňuje i atmosféra a vztahy v týmu.“ Čechová a kol. tvrdí: „Intenzita emočních reakcí nemocného nemusí odpovídat závažnosti onemocnění, mnozí lidé projevují silné emoce právě při lehkých onemocněních, která jim ale v danou chvíli přinášejí obtíže a nepříjemné prožitky.“

Pacienti si touto otázkou moc hlavu nelámali. Jakoby přesně věděli, co od nich očekávám za odpovědi. Větší psychickou náklonnost by rádi uvítali tři dotazovaní, z nichž jeden postrádal veškerou empatickou podporu, zbylí dva jen pouhé zlepšení. Zde je opět nutno uvést myšlenku, že správná komunikace je základ úspěchu. U mnohých zdravotnických záchranářů, je dle mého názoru, nesnadné zapojit veškerou profesionální komunikační výzbroj, kterou by mohli vést rozhovor správným směrem. Na druhou stranu je ale řada pacientů, která o empatické vyjadřování nemá zájem a nepřiklání tak k němu velkou pozornost. Některé fráze, vyslovené z úst zdravotnických záchranářů, mohou být ve vzájemném rozporu s komunikačním sdělením, které může způsobit škodu v chápání v mezích osobních jistot pacienta. Jinak řečeno, ve verbální rovině je sdělení protikladné vůči podtextu. O tuto myšlenku se opírá tvrzení Honzáka, které zní: „Některé výpovědi se dají vyslovit mnoha rozličnými způsoby, neboť vyjadřují různé subjektivní postoje mluvčího, např. soucit, ale i škodolibá radost (to je

mi skutečně velice líto apod.). Velmi často se může pozorovat rozpor mezi obsahem sdělení a intonací.“

Otázka zaměřená na osobní stránku pacientů. Osm respondentů přiznává, že se jim pacienti občas s nějakým problémem svěří. Nejčastěji jde o finanční záležitosti a rodinnou problematiku. Někteří záchranáři tvrdí, že pacienti někdy mluví více o jiných věcech než o svém aktuálním zdravotním stavu. Je třeba si uvědomit, že na pacienta musíme pohlížet z holistického hlediska a respektovat jeho bio-psychosociální potřeby. Jobánková píše o psychologickém a psychoterapeutickém přístupu: „Respektování psychologických problémů pacientů znamená pochopení člověka z hlediska jednoty somatopsychických a psychosomatických vztahů.“ Dále se zmiňuje o dvou základních přístupech-modelech ve vztahu pacient – zdravotník: „V prvním přístupu se nevytváří osobní vztah, ale usiluje se o konkrétní a racionální přístup. Druhý model prosazuje stále větší orientaci medicíny a vytváří základní koncept pro psychologický a psychoterapeutický přístup k pacientům i u ostatních zdravotnických pracovníků.“ V tomto přístupu se zdravotnický záchranář snaží více zajímat o subjektivitu pacienta, vztah je pak více partnerský, záchranář vystupuje spíše nedirektivně, zajímá se o prožívání pacienta, vidí jeho život v širších souvislostech, což odpovídá bio-psychosociálnímu přístupu. Kvalita vztahu mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem má velký vliv na průběh ošetření a bezproblémové předání pacienta do zdravotnického zařízení.

Z některých odpovědí je zřejmé, že pacienti jsou mnohdy velmi dobře informováni o různých zásadách ve zdravotnictví. Všech devět pacientů důvěřuje posádce Zdravotnické záchranné služby, pouze jeden z nich důvěřuje jen lékaři. Nutno připustit fakt, že každý pacient vnímá kontakt s posádkou Zdravotnické záchranné služby jinak, a tím je i jiná jejich odezva. Při rozhovoru s pacienty mne překvapilo, jak zdvořile hovořili o jejich zkušenosti se záchrannou službou a kolik padlo kladných posudků. Jedna paní si stěžovala na stránku osobního soukromí, kterou mi podrobně popsala, ale do výsledků rozhovoru jsem uvedl jen zkrácenou verzi. Jistě se mnohým pacientům nelíbí snížit práh studu pod hranici normy i přes prospěch řádného fyzikálního vyšetření, nicméně, pacienti by si měli uvědomit, že takováto choulostivá

procedura je velice přínosným objektivním zdrojem informací. Honzák doplňuje skutečnost o sdělení, že základem klinické medicíny stále zůstává anamnéza, řádné fyzikální vyšetření a rozhovor. Nedostatek soukromí je pak největší překážkou k získání potřebných informací, důvěry a dosažení léčebných výsledků. Každý signál, projev, který vysílá zdravotnický záchranář, vychází z určitého psychologického stavu či naladění. Tyto vyjádření si zdravotničtí záchranáři nemusejí uvědomovat a přenášejí tak na pacienty negativní pocity a zesilují nedůvěru. Tyto výchozí prožitky mohou být někdy velmi pestré, přesto se vše dá jistým způsobem utřídit, ba dokonce učinit o jejich vývoji pravděpodobná předpověď. Minibergerová podává výstižnou informaci: „Rozhovory o negativních emocích mohou pomoci eliminovat jejich negativní důsledky, dodávají pacientům důvěru, odvalu a sdílejí jejich obavy. Vše nakonec vyústí v dobrou spolupráci, která se ukazuje zejména tam, kde pacient zdravotníkům důvěřuje, je brán jako odpovědná postava, je dobře informován, přijímá spoluodpovědnost za svůj zdravotní stav.“

6. Závěr

Na území České republiky jsem provedl kvalitativní metodou sběr dat a poté jejich analýzu. Tématem výzkumu byl vztah pacient záchranář. Zapojení respondentů do výzkumu bylo vázáno na jejich ochotu se mnou spolupracovat, a také na jejich zájmu o danou problematiku. Nutno ovšem dodat, že všichni dotazovaní mi vyšli maximálně vstříc, někteří dotázaní dokonce poměrně výrazně projevovali své postoje k některým problémům, zvláště pak k problematice syndromu vyhoření, proto jsem považoval za vhodné věnovat této problematice v teoretické části samostatnou kapitolu. Na základě rozboru verbálních odpovědí lze všechny zmiňované problémy zahrnout do velmi jednoduchého schématu, který zobrazuje, jak na sebe dílčí oblasti postupně nasedají, od navázání kontaktu přes individuální profesionální pózu až po riziko nežádoucího rozvoje syndromu vyhoření. Tato výzkumná práce je na několika místech limitována. Jako omezující se jeví zejména nedostatečné pokrytí kvalitní literatury s ohledem na dané téma, ke kterému jsem se vztahoval, ale i přesto jsem cíl práce splnil. Situací, ve kterých se odráží vztah mezi zdravotnickým záchranářem a pacientem je nesmírně mnoho, proto si realizace práce kladla nároky na zobecnění výsledků, které na tomto místě mohu shrnout velmi letmo. Vztah mezi pacienty a zdravotnickými záchranáři jsem zkoumal z mnoha různých hledisek, proto je výzkumný obsah velmi různorodý a nelze tak jednoznačně zestručnit výsledek práce, který by zastoupil všechny zjištěné stanoviska ve vztahu mezi zkoumanými subjekty. Odpovědi na jednotlivé oblasti mezi zdravotnickými záchranáři a pacienty se nijak výrazně neliší, proto můžu říct, že vztah mezi oběma jednotlivci je pozitivní, empatický a hlavně důvěrný. Mohu stanovit hypotézu č. 1: Zdravotničtí záchranáři by ocenili školení zaměřené na přístup k agresivním a specificky postiženým pacientům. Hypotéza č. 2: Pacienti zdravotnickým záchranářům důvěřují a pozitivně hodnotí jejich profesionální přístup. Tyto sdělení by však bylo třeba potvrdit rozsáhlejším výzkumem, který by zaručil větším zástupem respondentů dostačující zobecnitelnost vyzkoumaných údajů. Výsledky výzkumu by měly utvářet přehled, který může přispět k informovanosti zdravotnického záchranáře, a pomohou urychlit reakci na tento nedostatek a podpořit tak snahu o jejich vyřešení.

7. Seznam použité literatury

1. BAŠTECKÁ B., GOLDMAN P. *Základy klinické psychologie*. Vyd.1. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4
2. BUBENÍČKOVÁ H. *Jak komunikují nevidomí*. [on-line]. [cit. 2008-15-2]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/docs/komunikace>
3. ČECHOVÁ V., MELLANOVÁ A., KUČEROVÁ H. *Psychologie a pedagogika II pro střední zdravotnické školy*. Vyd.1. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8
4. DOBIÁŠ V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Vyd.1. Martin: Osvěta.2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7
5. DYNÁKOVÁ Š. Komunikace s agresivním pacientem. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry a ostatní nelékařské obory*. Praha: Mladá fronta, 2005. č. 7-8, 59 s. ISSN 1210-0404
6. DYNÁKOVÁ Š., KOŽNAR J. Nebudu s Tebou komunikovat. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry a ostatní nelékařské obory*. Praha: Mladá fronta, 2005. č. 5 75 s. ISSN 1210-0404
7. HONZÁK R., *Komunikační pasti v medicíně*. Vyd. 2. Praha: Galén 1997. 167 s. ISBN 80-7262-032-0
8. JANICZEKOVÁ E. Stres v práci zdravotnického záchranára. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax, 2007. č. 1, 39 s. ISSN 1212-1924

9. JEKLOVÁ M., REITMAYEROVÁ E. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006. 32. s. ISBN 80-86991-74-1
10. JOBÁNKOVÁ M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
11. KOPŘIVA K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. 1999. 147 s. ISBN 80-7178-318-8
12. KOUDELA O. *Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnické záchranné služby*. [on-line]. [2008-14-1]. Dostupné z: <http://www.zachrana.patekolo.org>
13. KRÁLOVÁ J. Agresivní pacient. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005, č. 4. s. 230-232. ISSN 0032-6739. 4/2005
14. KRÍŽOVÁ V., KRÍŽ P. Neklidný a agresivní pacient v přednemocniční péči. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské obory*. Praha: Mladá fronta, 2006, č. 10. 59 s. ISSN 1210-0404
15. KULHAVÁ M. *Útoky na záchranáře v ČR*. [online]. [2008-14-1]. Dostupné z: <http://66.102.9.104/search?q=cache:nanFCCdCowgJ:st.vse.cz/~XKULM11/xkulm11.doc+informa%C4%8Dn%C3%AD+studie+napaden%C3%AD+z%C3%A1chran%C3%A1%C5%99%C5%AF&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz&client=firefox-a>
16. KULKA J. *Syndrom vyhoření*. *Causa Subita: časopis pro lékaře v praxi*. [on-line]. [2008-28-2] Dostupné z: <http://www.causa-subita.cz/clanek.php?akce=view&clanekid=693&r=8&c=9>

17. LINHARTOVÁ V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
18. MALÁ E., PAVLOVSKÝ P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál. 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
19. MINIBERGEROVÁ L., DUŠEK J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
20. MOROVICSOVÁ E. Profesia sestier a syndrom vyhorenia. *Florenc: časopis moderního ošetrovatelství*. [online]. [2008-28-2]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=732>
21. NEŠPOR K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. [online]. [2008-28-4]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>
22. PACHL J., ROUBÍK K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 2005. 374 s. ISBN 80-246-0479-51
23. PEKARA J. Napadení zdravotnických záchranářů. *Florenc: časopis moderního ošetrovatelství*. [online]. [2008-18-7]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=477>
24. PIDRMAN V. Příznaky a léčba obsedantně kompulzivní poruchy. *Causa Subita: časopis pro lékaře v praxi*. [on-line]. [2008-28-2]. Dostupné z: <http://www.causa-subita.cz/clanek.php?akce=view&clanekid=91&r=4&c=3>
25. PLÁŇAVA I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2005. 148. s. ISBN 80-247-0858-2

26. POKORNÝ J. Neodkladná psychiatrická intervence v přednemocniční neodkladné péči. [on-line]. [2008-28-4]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2004/02/11.pdf>
27. PREKOP J. *Empatie, vcítění v každodenním životě*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2004. 132 s. ISBN 80-247-0672-5
28. RAPČÍKOVÁ T., JANICZEKOVÁ E. Zdravotnický záchranář a sestra: rovnocenní partneri záchranného týmu. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax. 2007, č. 3. 38 s. ISSN 1212-1924
29. SNOPKOVÁ I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra: odborný časopis pro zdravotní sestry a ostatní nelékařské obory*. Praha: Mladá fronta. 2007, č. 7-8. 74 s. ISSN 1210-0404.
30. SPURNÝ J. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech psychologické obrany proti němu*. Vyd. 1. Praha: Eurounion. 1996. 134 s. ISBN 80-858-5830-4.
31. ŠENOVSKÝ M., ADAMEC V. *Právní rámec krizového managementu: management záchranných prací*. Vyd. 1. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. 2005. 98 s. ISBN 80-86634-55-8
32. ŠLAISOVÁ I. Komunikace v ošetrovatelství, 2. díl, úzkost a strach pacienta. *Florenc: časopis moderního ošetrovatelství*. [online]. [2008-25-2]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=45>
33. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3

34. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A. *Lékařská první pomoc: akutní stavy v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Galén. 2005. 351 s. ISBN 80-7262-214-5
35. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
36. VYBÍRAL Z. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portal, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4
37. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., *O činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. [2008-20-1] Dostupné z: http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/424_2004.doc., 20. 1. 2008
38. VYHLÁŠKA č. 434/1992 Sb., *O zdravotnické záchranné službě*. [on-line]. [2008-20-1]. Dostupné z: <http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/434.htm>
39. VYMĚTAL J., REZKOVÁ V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Vyd. 2. Praha: Portál. 2001. 240 s. ISBN 80-7178-561-X
40. ZADÁK Z., HAVEL E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-20-99-9
41. ZACHAROVÁ E. *Agresivní pacient v ošetrovatelské praxi. Florenc: časopis moderního ošetrovatelství*. [on-line]. [2008-28-2]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=568>
42. ZACHAROVÁ E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

43. ZÁKON č. 96/2004 Sb., *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů*; [on-line]. [2008-20-1]
Dostupné z: http://www.zachrannasluzba.cz/zakony/96_2004.pdf

44. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Historie záchranné služby v Praze*. [on-line]. [2008-15-1]. Dostupné z:
<http://www.zzshmp.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba/historie/>

45. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE. *Výroční zpráva 2005: Přednemocniční nedokladná péče v regionu Českých Budějovic a na území Jihočeského kraje před rokem 1989 a vývoj v letech 1990-2005*. [on-line]. [2008-10-1]. Dostupné z: <http://www.zzsck.cz/>

46. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KARLOVY VARY. *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*. [on-line]. [2008-28-4]. Dostupné z:
http://www.zachrankav.cz/index_onas.htm

8. Klíčová slova

Zdravotnický záchranář

Pacient

Zdravotnická záchranná služba

Komunikace

Syndrom vyhoření

9. Přílohy

Příloha č. 1

Otázky pro zdravotnické záchranáře

1. Představujete se na výjezdu pacientům? Pokud ano, jak? Pokud ne, máte možnost rozeznat členy posádky?
2. Reagují pacienti nějakým způsobem na Váš příjezd? Pokud ano, jakým způsobem?
3. Domníváte se, že máte profesionální přístup/projev k pacientům? Pokud ano, čím to je způsobeno? Pokud ne, chtěl/a byste to zlepšit, případně jak?
4. Dávají pacienti najevo nějaké výjimečné emoční nároky? Pokud ano, jaké?
5. Svěřují se Vám pacienti s osobními záležitostmi? Pokud ano, s čím?
6. Myslíte si, že personál Zdravotnické záchranné služby by se mělo více zajímat o problematiku syndromu vyhoření? Pokud ano, které další problematice by se mělo více věnovat?

Otázky pro pacienty

1. Představila se Vám posádka, která Vás ošetřovala? Pokud ano, bylo to pro Vás příjemné nebo zbytečné? Pokud ne, jak to na Vás působilo?
2. Jaká byla Vaše reakce na příjezd Zdravotnické záchranné služby?
3. Jak hodnotíte jednání, chování a komunikaci posádky zdravotnické záchranné služby vůči Vám?
4. Uvítal/a byste větší náklonnost (přízeň), „duševní“ povzbuzení ze strany zdravotnických záchranářů?
5. Důvěřujete posádce Zdravotnické záchranné služby? Pokud ano, co jim dokážete svěřit? Pouze svůj zdravotní stav, obavy o rodinu, sociální, ekonomickou problematiku?
6. Myslíte si, že duševní a tělesná únava u zdravotnických záchranářů může mít vliv na postoj k jejich práci, k pacientům?

Příloha č. 2

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen "zdravotnický pracovník") při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.

Zdravotnický pracovník je připraven poskytovat zdravotní péči v případě ohrožení skupinám i jednotlivcům a je připraven kdykoli nastoupit na vyzvání na své pracoviště.

Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.

Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.

Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.

Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší úroveň poskytované zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta,

zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese

