

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií Brno

**Problematika adekvátní komunikace v mezních zdravotních
situacích**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.

Vypracovala:

Jiřina Fousková

Brno 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci „Problematika adekvátní komunikace v mezních zdravotních situacích“ zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Příbrami 12. 4. 2009

.....

Jiřina Fousková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své práce prof. PhDr. Rudolfu Kohoutkovi, CSc. za podporu a metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce, doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za cenné připomínky, které mi v průběhu mojí práce udílel.

Rovněž bych chtěla poděkovat MUDr. Janě Šeblové za pomoc a inspiraci během zpracovávání práce, také bych ráda poděkovala všem, kteří se zúčastnili dotazníkové studie za pochopení a za jejich aktivní přístup.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také mojí rodině za morální podporu a trpělivost během celého studia.

Jiřina Fousková

Obsah

OBSAH.....	1
ÚVOD.....	3
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Problematika zdravotnického operačního střediska	7
1.1 Historie záchranné služby.....	7
1.2 Práce zdravotnické záchranné služby	8
1.3 Specifika operačního řízení dané právními normami	9
1.4 Úkoly zdravotnického operačního střediska.....	10
1.5 Role charakterizující profesi operátorky	12
2 MEZNÍ SITUACE V OBLASTI ZDRAVÍ.....	13
2.1 Druhy klasifikací poruch zdraví	13
2.2 Taxonomie zátěžových situací	16
2.3 Neadaptivní chování.....	22
2.4 Obranné mechanismy	24
2.5 Psychologická problematika nemoci	27
3 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ	28
3.1 Stres.....	28
3.2 Syndrom vyhoření	29
3.3 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření	30
3.4 Projevy syndromu vyhoření	32
3.5 Fáze procesu vyhoření.....	34
3.6 Prevence vyhoření	35
4 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE.....	37
4.1 Vymezení lidské komunikace.....	37
4.2 Předmět lidské komunikace.....	38
4.3 Účel lidského komunikování.....	39
4.4 Motivace lidské komunikace.....	40
4.5 Nonverbální komunikace.....	42
4.6 Nelze nekomunikovat.....	44
4.7 Komunikace ZOS s volajícím	45
4.8 Zásady vedení hovoru	45

II. PRAKTICKÁ ČÁST	48
1 Zkoumaný soubor a použité metody	48
2 Cíl bakalářské práce	48
3 Popis výzkumného projektu.....	48
4 Kriteria zařazení do studie.....	49
5 Charakteristika souboru respondentů	49
6 Rozbor odpovědí dotazníku	50
6.1 vyhodnocení první části dotazníku	50
6.2 Vyhodnocení druhé části dotazníku	53
6.3 Vyhodnocení třetí části dotazníku	60
ZÁVĚR	63
RESUMÉ	65
ANOTACE	67
SEZNAM PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
PŘÍLOHY	71
1 Průvodní list k dotazníku.....	71
2 Dotazník	72
3 Seznam tabulek.....	75
4 Seznam grafů.....	75
5 Publikovaná práce a přednášková činnost	76

ÚVOD

Pod pojmem Záchranná služba si každý z nás intuitivně představí houkající sanitku, řítící se ulicemi, případně záchranáře v kombinéze od krve, otírající si pot z čela po náročné akci v těžce přístupném terénu.

Záchranná služba má ale i jinou tvář. Místo, kde nesvítí reflektory zpravodajských štábů a kam se netlačí objektivy kamer, kde se neozývá houkání sirén a kvílení pneumatik. Náhodný návštěvník zde zastihne před obrazovkami monitorů ženy a muže, mírně i energicky komunikující s kýmsi, kdo může být stejně dobře za vedlejší zdí jako desítky kilometrů daleko. Kakofonii zvuků doplňující signály oznamující, že někdo anonymní kdesi daleko ví, že tady neplatí žádné úřední hodiny a neznají zde pojmy jako „přijdu hned“ nebo „z technických důvodů zavřeno“ (Franěk, O., 2008, s. 5).

Na úvod jsem použila slova MUDr. Fraňka, který pracuje jako vedoucí lékař operačního střediska záchranné služby hlavního města Prahy. Hledala jsem vlastní vhodná slova, ale těchto pár vět vystihuje přesně, co jsem chtěla na úvod říci.

Po ukončení středoškolského studia jsem pracovala čtyři roky na operačním středisku „Záchranné služby hlavního města Prahy“, ale toto období, je již pro výše zmíněného lékaře historií. Vzhledem k neustálému vývoji vědy a techniky dochází ke změnám v práci operačních středisek. Rozdílly jsou i v nárocích na operátorku co se týká vzdělávání a dalších dovedností.

V minulosti tuto profesi mohla vykonávat absolventka střední zdravotnické školy a jiné znalosti ke své práci nepotřebovala. „Dispečerka“ jak se tenkrát operátorkám říkalo, se práci učila od svých kolegů na pracovišti, neexistovaly žádné kurzy ani školení.

V dnešní době jsou neustále kladeny větší požadavky na tuto profesi. Kromě základního povinného vzdělání se musí operátorka průběžně zdokonalovat a to nejen s novinkami v urgentní medicíně, ale musí se seznamovat i s novou výpočetní technikou. Operátorky jsou seznamovány se základy komunikace, navštěvují různé kurzy a školení, které jsou věnovány komunikačním dovednostem.

Vzhledem ke stále většímu cestovnímu ruchu, je optimální umět komunikovat alespoň v jednom světovém jazyce, aby operátorka mohla v případě potřeby, zjistit zdravotní stav i u cizích státních příslušníků a rovněž místo zásahu. Tyto situace jsou stále častější.

Práce operátorek je psychicky náročná, nárazová a vysoce odpovědná. Operátorky, které jsou “hlavou” záchranného systému, zůstávají přitom skryté v pozadí zrakům i zájmu laické a odborné veřejnosti.

Činnost zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS) nespočívá v pouhém přijímání tísňových výzev a vysílání výjezdových skupin záchranné služby na místo události, ale zahrnuje i těžko představitelné rozhodovací a logistické úkoly a leckdy extrémně náročnou komunikaci se zmatenými, dezorientovanými nebo agresivními volajícími. Bez nadsázky můžeme říci, že za každou úspěšnou záchrannou akcí se skrývá sice neviditelná, ale nezbytná práce operačního střediska (Šeblová, J., 2007, s.34).

Operátorky se ve své každodenní praxi stále častěji setkávají se situacemi, při jejichž řešení se necítí jistě - zákonem předepsané zdravotnické vzdělání specializované na intenzivní péči neposkytuje operátorkám dostatečný znalostní základ pro situace, kdy volajícího nejenže nevidí, nemohou sledovat jeho reakce, ale leckdy není tíseň volajícího způsobena primárně zdravotnickým problémem. Mezi tyto situace se řadí zejména hovory se sociální tematikou, tj. tísňové stavy vázané na sociální status volajícího včetně kriminálního, psychiatrického nebo abusivního jednání.

Specifickými situacemi jsou případy život ohrožujících stavů, kdy je život zachraňující úkony možné realizovat prostřednictvím instruovaného volajícího, s využitím takzvané telefonicky asistované neodkladné resuscitace (dále jen TANR). Emoční zátěž operátorek je v tomto případě enormní. Telefonicky asistovaná resuscitace může být satisfakcí v případě kladného výsledku, v opačném případě je pro operátorku velmi stresujícím zážitkem. Psychicky náročné jsou i tísňové výzvy týkající se dětí.

V dnešní době operátorky, kromě daných úkolů vyhláškou č.434/1992 Sb., plní ještě další úkoly. Informují volající o telefonních číslech různých kontaktních center např. toxikologická informační střediska, charitativní organizace apod.

Naše pracoviště aktivně spolupracuje s organizací „Život 90“. Tato organizace pečuje o staré a nemohoucí spoluobčany, snaží se vylepšit kvalitu života seniorů, kterým umožňuje aktivně a smysluplně žít ve svém domově. Na ZOS máme k dispozici informace o seniorech této organizace v našem spádu. Lékař, který k takovému pacientovi vyjíždí, je informován o zdravotním stavu pacienta.

Na záchrannou službu se obrací rovněž lidé s různými psychickými problémy, často spolupracujeme s linkami krizové intervence.

Ve své práci se budu věnovat psychické zátěži a stresu pracovníků zdravotnického operačního střediska. Pracovníci zdravotnického operačního střediska by měli být seznamováni se znalostmi zásad sociální komunikace, které já považuji za stejně důležité jako požadované znalosti odborné.

Stresujícím faktorem v poslední době je nárůst „banálních“ výzev, na které si operátorka nemůže dovolit posádku neposlat. Bohužel mezi další stresující faktory lze zařadit i neopodstatněné požadavky některých sociálních vrstev, které berou záchrannou službu jako určitý servis a už vůbec je nezajímá, že sanitní vozidlo může chybět někde jinde. Operátorky se dnes a denně setkávají se širokou škálou stresorů, mezi něž lze zařadit i určitou „propast“ mezi operačním střediskem a výjezdovými skupinami záchranné služby (Šeblová, J., 2007, s.20).

V teoretické části zmíním ve zkratce vývoj záchranné služby v naší republice. Uvedu stěžejní právní normy a další úkoly zdravotnického operačního střediska.

V této části se budu věnovat stresu a syndromu vyhoření, který se často v této profesi vyskytuje. Rovněž bych se chtěla zaměřit na definování zásad a pravidel sociální komunikace, kterou považuji jako jednu z možností prevence nebo snížení výskytu stresových situací na těchto pracovištích a tím i snížení výskytu syndromu vyhoření u operátorek zdravotnického operačního střediska.

Součástí bakalářské práce jsou různé kasuistiky, pomocí nichž bych chtěla přiblížit problematiku práce zdravotnického operačního střediska.

V praktické části budu vycházet z analýzy dostupné literatury a použiji kvantitativní výzkum – formou anonymního dotazníku.

Výsledné hodnoty dotazníku umožňují vysledovat projevy psychického vyhoření a získat validní údaje pro stanovení četnosti výskytu burnout syndromu u operátorek zdravotnického operačního střediska v závislosti na věku a délce působení na záchranné službě.

Pro respondenty jsem, ve spolupráci s MUDr. Šeblovou, připravila orientační dotazník, který by měl odhalit zájem respondentů o preventivní intervenční programy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika zdravotnického operačního střediska

1.1 Historie záchranné služby

Vývoj záchranné služby v naší republice má dlouhou historii. Pražská záchranná služba je jednou z nejstarších. Historie sahá až do dob korunovace Josefa II., kdy byla zřízena pohyblivá stanoviště lékařů a ranhojičů. První záchranná služba - pod názvem "Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších"- byla založena roku 1798. V 70. letech vznikají záchranné služby jako součást zdravotnických zařízení, samostatným subjektem se stává záchranná služba v polovině 90. let 20. století.

První zmínky o "dispečinku" dostupném jinak než osobní žádostí o pomoc pocházejí z dvacátých a třicátých let. V té době byla stanice Ochranného sboru v bývalé mincovně na Staroměstském náměstí 11 a používala telefonní linku č. 60727. Od roku 1938 byly k dispozici již linky dvě. V této době také vznikaly přímé linky do většiny pražských nemocnic, které obcházely tehdy nespolehlivou a málo kapacitní veřejnou telefonní síť. K rozvoji operačního střediska - tehdy ještě „dispečinku“ dochází v souvislosti s Vsesokolským sletem v roce 1945, kdy byl švýcarskou firmou BBC představen radiotelefon, který umožňoval spojení řídicího centra s posádkou ve voze.

Tak jako všechny ostatní obory je i záchranná služba ovlivněna rychlým rozvojem techniky, informačních a komunikačních systémů. Na zaměstnance operačních středisek jsou kladeny velké nároky nejen na odborné znalosti, ale i na znalosti týkající se jak běžné komunikace, telekomunikace, tak i komunikace s různými sociálními skupinami.

1.2 Práce zdravotnické záchranné služby

Práce zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) přináší rozmanitá rizika, jiná na operačním středisku a jiná rizika v práci výjezdových skupin. Výjezdové skupiny záchranné služby jsou velmi často v popředí veřejného zájmu. Stále častěji dochází k páchání násilných činů páchaných na záchranářích.

Pro příklad zde zmíním napadení a následnou hospitalizaci záchranáře záchranné služby v Praze, který vyjíždí s posádkou údajně k pacientovi v bezvědomí se srdeční zástavou. Po příjezdu na místo byl tímto opilým pacientem napaden. Zraněný záchranář upadá do bezvědomí a je nakonec sám ošetřen a transportován do Vinohradské nemocnice, kde byl hospitalizován. Dnes a denně nás informují média o napadení posádek záchranné služby a tyto případy neustále narůstají.

Negativní pocity, emoce a stresové situace provází záchranáře dnes a denně, nejen v těchto mediálně zveřejněných a sledovaných případech, neboť pracovníci záchranné služby řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, na silnicích při dopravních nehodách a při násilných činech.

Působení specifických i nespécifických rizikových faktorů ohrožuje nejen samotné pracovníky, ale může negativně ovlivnit i péči o pacienty. Kumulací negativních faktorů může dojít ke zvýšení rizika profesní chyby, která by mohla vést až k fatálním následkům, u záchranáře může dojít k depersonalizaci a k dehumanizaci. Při kulminaci negativních faktorů jsou záchranáři ohroženi zvýšeným výskytem různých stresových reakcí až po syndrom vyhoření.

1.3 Specifika operačního řízení dané právními normami

Zdravotnická záchranná služba poskytuje širokou škálu služeb v rámci tzv: „přednemocniční neodkladné péče“.

Právní ošetření postavení ZZS v České republice lze nazvat na jednu stranu zcela insuficientním, na druhou stranu velmi liberálním, podmínky pro působení záchranných služeb nejsou striktně regulovány. Záchranné služby neustále postrádají vlastní zákon, který by stanovil platná pravidla.

Základními právními normami jsou zejména:

- zákony
 - č.20/1966 Sb., o zdraví lidu,
 - č.48/1997 Sb., o veřejném pojištění,
 - č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, trestní zákon atd.
- vyhlášky
 - č.434/1992 Sb., o záchranné službě,
 - č.19/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení,
 - č.424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků atd.

Úkoly ZOS jsou dané zejména vyhláškou MZ ČR 434/1992 Sb. Vyhláška ukládá zaměstnancům operačních středisek mnoho úkolů od převzetí tísňové výzvy, její vyhodnocení, zpracování až po předání výjezdové skupině.

Práce operačního střediska se řídí nejen výše jmenovanou vyhláškou, ale i zákonem č.20/1966 Sb. a Listinou základních práv a svobod. Rovněž se musí řídit zákonnými normami, ale také speciálními odbornými standardy a pokyny.

1.4 Úkoly zdravotnického operačního střediska

Úkolem zdravotnického operačního střediska není určovat hranici, kdo si „zaslouží“ výjezd posádky záchranné služby a čí potíže jsou už „příliš malé pro záchranku“.

Úkolem operačního střediska je umět jednotlivé události roztrždit podle jejich naléhavosti. Určení hranice, kde „ještě ano“ a kde „už ne“ je pak úkolem tvůrců a organizátorů konkrétního systému zdravotnictví, v jehož kontextu daná záchranná služba působí (Franěk, O., 2008, s. 5).

Nároky na zdravotnické operační středisko a jeho zaměstnance jsou rozsáhlé a dalo by se říci, že nemá pevné hranice. Zdravotnictví a sociální oblast lze zahrnout do tzv. pomáhajících profesí.

Kasuistika

Ve večerních hodinách kontaktuje naše pracoviště mladík, snědl 100 tablet Rohypnolu a chtěl vědět, jak se bude jeho zdravotní stav vyvíjet dál, zda-li usne a vše zaspí.

Volající neuvedl celou adresu, sdělil nám pouze město a celé jméno. To, že by s volajícím byl někdo doma, neguje. Kolegyně komunikuje s mladíkem, snaží se získat nějakou další informaci týkající se místa zásahu. Mezitím kontaktují Policii ČR s prosbou o pomoc a dotazem, zda-li jsou schopni podle jména vyhledat bydliště pacienta. Policie v registru zjišťuje mladíkovo bydliště, které není totožné s městem, které nám volající udává. Kolegyně se stále snaží udržet kontakt s mladíkem, který začíná být již spavý, přestává reagovat na oslovení a nakonec telefon zavěsil.

Telefonuji na linku 112, zjišťuji možnost zaměření mobilního telefonu v případě, že by se mladík ozval znovu. V tu dobu volá PČR, která zjistila, že ve stejném městě, které volající udával, žije mladíkův otec s rodinou.

Kontaktuji HZS s prosbou o otevření bytu a spolu s PČR vyjíždí naše posádka k mladíkovi. Po několika minutách po příjezdu na místo, telefonuje lékař z výjezdové skupiny, že jsou sice na zmíněné adrese, ale rodina, která na této adrese bydlí, záchranku nevolala a dokonce že bude záchranou službu žalovat. Dospělého syna sice mají, ale už se s nimi rozloučil a šel spát.

Ošetřující lékař trval na tom, že by chtěl přece jen spícího mladíka vidět. Hned po příchodu do mladíkova pokoje vidí lékař prázdná plata od léků pod postelí, mladík je somnolentní. Nakonec se jedná o našeho volajícího mladíka, kterému byly zajištěny základní životní funkce, a byl předán na oddělení ARO.

Trvalou součástí práce operátora je stres. Jeho příčinou je především to, že většina rozhodnutí musí být učiněna velmi rychle a tato rozhodnutí jsou nevratná a „druhé podání“ v případě chyby neexistuje. V málokterém oboru platí tak důsledně aforismus „chytrí jsou všichni, ale někteří předtím, a druzí až potom“.

Další důležitou příčinou stresu je i občasný pocit bezmoci – vědomí, že kdesi v dálce právě teď umírá člověk, kterému sami neumíme pomoci a výjezdová skupina může být na místě pozdě. Přesto je u nás práce na operačním středisku často bohužel považována za „méně hodnotnou“ proti práci v terénu.

Operátorka má alespoň 6 různých rolí, které plní najednou:

- zjišťuje,
- komunikuje,
- třídí,
- koordinuje,
- je zdrojem informací pro všechny,
- instruuje před příjezdem posádky,

a na toto všechno potřebuje specifický trénink (Clawson, J., 2002).

Za důležitý předpoklad k bezproblémovému řešení těchto úkolů považují neustálé zdokonalování operátorek v komunikačních a jiných dovednostech.

1.5 Role charakterizující profesi operátorky

„Pojem role, tak jak ji chápe sociální psychologie, odpovídá nějakým způsobem divadelní roli. Je to také předpis určitých způsobů chování, tj. toho, co by měl člověka dané situace dělat“ (Vágnerová, M., 2004, s. 320).

V literatuře nacházíme určitá specifika, která lze přiřadit nejen k roli záchranáře, ale i k roli operátorky:

- orientace na detaily,
- pečlivost, až obsedantně kompulzivní rysy,
- potřeba řídit,
- ochota podstoupit vysoké riziko,
- vysoká potřeba stimulace,
- vysoká potřeba okamžitého ocenění,
- vysoká odolnost vůči zátěži,
- orientace na činnost,
- obtížně umí říkat „ne“,
- vnitřní motivace (Mitchell, Everley, 2003).

2 MEZNÍ SITUACE V OBLASTI ZDRAVÍ

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost choroby. V současné době se preferuje multidimenzionální (vícerozměrná) holistická koncepce (teorie, paradigma) člověka jako bio–eko–psycho–sociální jednoty. Zdraví je celostní a systémová záležitost. Je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu, osobnosti člověka a jeho životního prostředí. Je mj. výslednicí jeho dědičných dispozic, životního stylu a pracovních podmínek (Kohoutek, R., 2002, s. 352).

Je-li narušena vyváženost výše jmenovaných faktorů, dochází k poruchám zdraví z různých příčin. Mohou být vrozené, získané nebo dědičné. Příčiny poruch zdraví se mohou kombinovat, důležitý je postoj člověka k nemoci. Někteří lidé svoje symptomy bagatelizují, jiní zveličují.

Záchranná služba musí být tudíž multifunkční a multioborovou organizací, zaměstnanci jsou nuceni řešit rozdílné a často nové situace.

Zdravotnické operační středisko musí denně samostatně řešit nesmírně široké spektrum situací. Primárním úkolem je být kontaktním místem pro vyžádání pomoci zejména v případě závažných zdravotních potíží včetně přímého ohrožení života, ale zároveň je i „vrbou“. Operátorka volajícího, jenž sice není vážně nemocný, ale nedokáže se se svým problémem „vejít do škatulky“ našeho stále se měnícího systému organizace našeho zdravotnictví, vyslechne a pomůže mu vzniklou situaci řešit.

2.1 Druhy klasifikací poruch zdraví

Pro správnou klasifikaci události má význam to, jaký je původ poruchy zdravotního stavu. Zda-li se jedná o nemoc nebo poruchu zdraví, ke které došlo působením nějakého vnějšího děje (úrazy, otravy). Podle původu stavu se liší komunikace operačního střediska s volajícím. Zatímco u nemocí je klíčem ke stanovení klasifikace pouze informace o stavu pacienta, u událostí, kde došlo k traumatu, je důležité zjistit děj, jenž k poruše zdraví vedl a který může být klíčovým pro určení klasifikace.

Klasifikace událostí:

- a) stavová klasifikace – endogenní,
- b) dějová klasifikace – exogenní,
- c) operační středisko zná stav i děj.

a) Stavové klasifikace

Podle statistických údajů kontaktují volající ZZS většinou z důvodu porušení zdraví na základě onemocnění tj. z důvodů endogenních. Typickým příznakem může být dušnost, bolest, křeče, různé poruchy vědomí apod. Pro klasifikaci onemocnění je rozhodující aktuální zdravotní stav pacienta. Dochází i k situacím, kdy zdravotnické operační středisko stav pacienta nezná, bývá to u „volání z třetí ruky“.

Pro názornost uvádím příklad z praxe, kdy volající není přímo přítomen na místě události. Stává se, že volající cestuje v nějakém dopravním prostředku nebo událost oznamuje vrátný nějakého podniku, případně se dívá na pacienta z okna.

Příklad – (V = volající, O = operátorka):

O: Záchraná služba, dobrý den.

V: Prosím vás, přijďte rychle, tady leží na ulici nějaký muž...

O: Je při vědomí?

V: Já nevím, dívám se na něj z okna a bojím se jít dolů...

b) Dějová klasifikace

V některých případech dochází k porušení zdraví na základě působení vnějšího vlivu, jedná se o tzv. exogenní stavy. Pro tyto situace bývá typické, že neznáme stav pacienta, ale indikací k výjezdu jsou úrazový děj, případně jiné okolnosti události.

Jednou z typických „dějových“ klasifikací může být např. dopravní nehoda, pád z výše, intoxikace.

Příklad:

V: Rychle přijedte, tady se stala dopravní nehoda.

O: Je někdo zraněn?

V: Já nevím.

Operačním střediskem dojde k vyhodnocení výzvy na základě děje, ke kterému došlo a předpokládá se poranění pacienta. V některých případech není přímo ani znám konkrétní úrazový mechanismus. To bývá opět u výzev zprostředkovaných, kdy volajícím je osoba, která není na místě události a má „jen zavolat záchrannou službu“.

c) Operační středisko zná stav i děj

Pokud operační středisko zná stav i děj, podílí se na vyhodnocení obou faktorů-aktuální stav pacienta i proběhlý děj. Operátorky musí předpokládat, že momentálně dobrý zdravotní stav pacienta přitom nevylučuje skryté poranění.

Mezi endogenní stavy lze zařadit poruchy zdraví na základě nějakého onemocnění. Tyto stavy může provázet i porucha vědomí, což bývá velmi častým důvodem pro výjezd posádky zdravotnické záchranné služby. Tyto stavy provází stres a emoční napětí.

Nemoc je náročná životní situace, nemocný bývá hospitalizován ve zdravotnickém zařízení, prožívá stavy úzkosti a nejistoty, je ve stresu. Člověk se do stresu dostává tehdy, je-li míra stresogenní situace vyšší než schopnost nebo možnost daného jedince tuto situaci zvládnout.

Exogenní poruchy zdraví vedou k traumatům, která vznikají náhle, člověk je neočekává a nemá nad nimi žádnou kontrolu. Častými traumaty jsou následky dopravních nehod, intoxikace, znásilnění a pády z výše.

Diagnostika, terapie, rehabilitace a prevence chorob či následků traumat má multidisciplinární charakter, zdravotnické obory musí spolu úzce spolupracovat.

2.2 Taxonomie zátěžových situací

Mikšík (1978) dělí zátěžové situace z hlediska rozporu mezi požadavky, které ta která situace na chování člověka klade a mezi tendencemi či možnostmi člověka tyto požadavky splnit. Tento rozpor považuje za zdroj specifického motivačního chování a z něho také vychází při rozlišování pěti základních typů psychické zátěže.

Nepřiměřené úkoly a požadavky znamenají přetěžování člověka množstvím požadavků na rozsah a aktuální uplatnění tělesných nebo duševních sil, přesahujícími možnostmi konkrétního jedince.

Nepřiměřenost může vycházet z nerespektování fyziologických, neurologických či psychologických možností jedince (např. reakční čas, přetížení organismu vlivem monotonie nebo naopak příliš rychle se měnícího podmětového pole).

Problémové situace jsou spojeny s potřebou orientovat se v neobvyklých, doposud neznámých situacích, nebo provádět zcela neznámé činnosti. Problémové situace si mohou v řadě případů vynutit změnu navyklého způsobu života a chování člověka, a změnu jeho hodnotového systému. Mnohé problémové situace, především v rámci pracovní činnosti, jsou výzvou k tvořivosti člověka.

S problémovými a novými situacemi se na ZOS setkáváme dnes a denně. Když zazvoní na operačním středisku telefon, operátorka nikdy neví, jakou situaci bude v příštích minutách řešit. Některé situace jsou si pouze podobné, žádná není zcela stejná a některé jsou pro ZOS zcela nové.

S rozvojem různých technologií dochází ke změnám charakteru tísňových výzev. Jako příklad se dají uvést různá poranění způsobená bezpečnostními pásy ve vozidlech. V odborné literatuře jsou popsány případy, kdy následkem dopravní nehody, může dojít ke kontuzi myokardu nebo poranění pankreatu.

Ohroženy jsou i těhotné ženy po 24.týdnu těhotenství, při čelním nárazu dochází k posunu dělohy a může dojít k předčasnému odlučování lůžka během několika hodin po nehodě, což katastroficky ohrozí život plodu.

Rovněž Air-bag ve vozidlech přináší nové typy poranění. Mechanismem náhlého a tvrdého úderu vznikla již řada poranění. V medicínské literatuře jsou uváděny případy, kdy propisovací tužka a air-bag, mohou působit jako vražedná zbraň, jaký výbuch může způsobit plynový zapalovač při úderu air-bagem, máme-li jej v levé kapsičce saka (Drábková, J., 1999, s. 42).

Nová jsou některá poranění při tzv. „adrenalinových“ sportech např. paragliding a další „netradiční zážitky“, nabízené různými společnostmi.

K poruchám zdraví a dokonce ke smrti může dojít během různých sportovních činností, kdy dojde k úderu do hrudníku, což vede k srdeční zástavě a není-li pacient včas resuscitován, dochází k úmrtí. Bývají to nepochopitelná úmrtí sportovců nebo náhlá úmrtí mladých lidí.

Nejčastějším mechanismem je kontaktní sport nebo dětská hra s nárazovým střetem s tělem spoluhráče, soupeře, náraz míče apod. U postižené osoby většinou dochází ke kolapsu a následnou zástavou srdce. Při přebírání výzvy musí operátorka myslet i na tyto skutečnosti.

Kasuistiky

„Šestnáctiletý zdravý hoch hrál hokej se svými spolužáky. Byl udeřen při regulérním bodyčeku soupeřem přímo do středu hrudníku. Diváci nezaznamenali ve střetu nic zvláštního a mimořádného. Hoch upadl na led; pokusil se ještě vstát, ale upadl znovu a zůstal nehybně ležet. Okamžitě zahájená kardiopulmonální resuscitace zůstala neúspěšná. Tento případ se udál v Quincey, obdobný případ byl popsán v New Hampshire, kdy podobným způsobem zemřel 15letý chlapec po úderu pukem. Stejný důsledek potkal šestiletého chlapce, kterému matka hodila obloukem basebalový míč, nebo 14letého chlapce při lakrosu.

V roce 1998 je podobně popsána smrt 14letého chlapce, nositele černého pásu karate, který zkolaboval a zemřel po lehkém kontaktním úderu na sternum v průběhu zápasu“ (Drábková, J., 1999, s. 41).

Podstatou všech výše uváděných případů byla komoce srdce po úderu či nárazu, obojí s velmi malou energií.

Pracovníci zdravotnického operačního střediska se musí průběžně seznamovat s různými novými situacemi buď formou samostudia nebo absolvováním speciálních kurzů, což by mělo vést k předcházení nebo minimalizaci problémových situací a tím snížení rizika výskytu syndromu vyhoření.

V dnešní době řeší zaměstnanci ZOS i různé psychosociální situace, na které musí být také připraveni. Mezi tyto situace se řadí zejména hovory se sociální tematikou, tj. tíšňové stavy vázané na sociální stav volajícího (včetně kriminálního, psychiatrického nebo abuzivního jednání) a tíšňové stavy sociálního rázu indukované sekundárně (hospitalizace ve zdravotnickém zařízení jednoho z partnerů, úmrtí živitele rodiny, zneužívání nebo domácí násilí).

Stále častěji jsou mezi volajícími na tíšňovou linku právě děti, bývá obtížné odlišit zlomyslné volání dětí od reálné výzvy, ale jsou-li děti svědky nějaké události, spolupráce s nimi je většinou dobrá. Jako příklad uvádím kasuistiku ze své vlastní zkušenosti, kdy na linku 155 volala mentálně postižená dívka.

Kasuistika:

Naše pracoviště kontaktuje mladá dívka, během výzvy se směje, neadekvátně odpovídá na naše otázky, chvílemi jí není vůbec rozumět. Volání na tíšňovou linku vypadá téměř shodně jako ostatní zbytečné telefonáty dětí. Operační středisko se snaží zjistit, odkud dívka volá a co se stalo.

Skutečnost, že se nejedná o žert, si ZOS uvědomuje v momentě, kdy dívka během hovoru použila termín „hypoglykemie“. Nestává se, že by děti běžně tento termín znaly. Převzetí tíšňové výzvy trvalo téměř deset minut, volající byla mentálně postižená 14letá dívka, její matka se léčila s diabetem.

Na místo zásahu vyjíždí posádka s lékařem, pacientka byla zaléčena a ponechána doma.

Překážky zabraňují jedinci dosažení žádoucího cíle nebo podstatně omezují jeho možnosti v tomto směru. Protože překážka nám brání dosáhnout určitého cíle a dosavadní způsoby jednání nevedou k žádoucímu výsledku, je prožitek této situace charakterizován především takovými emocemi jako je zlost, vztek, lítost, pocity bezvýchodnosti. Takovéto reakce na překážku souhrnně označujeme jako frustraci (zmaření, zmarnění). Nejhlubší stav frustrace se váže k neuspokojování základních životních potřeb - např. imobilní pacient ztratil možnost sebeobsluhy nebo se člověku v tísní nedostává potravin a tekutin.

Když se řekne překážka, člověk si většinou představí nějakou překážku v hmotném slova smyslu, ale nemusí to tak být. V případě, který ve své práci uvádím, znamenala pro operační středisko překážku neschopnost získat základní údaje o místě zásahu a pro volajícího musel být tento zážitek velmi frustrující.

Kasuistika:

Na ZOS přichází tíšňová výzva, kdy volající volá o pomoc a z telefonu se ozývá bouchání. Volající není schopen operátorce sdělit žádné údaje. Je zřejmé, že je v tísní, těžce dýchá, nařiká a křičí. Není schopen situaci popsat, udat adresu - pouze vydává nesrozumitelné zvuky.

Operátorka se snaží s volajícím neustále komunikovat, obává se, aby nezavěsil nebo aby se hovor nepřerušil, ztratila by s volajícím kontakt a tím i možnost získat nějaké informace. S volajícím se snaží komunikovat obě přítomné operátorky, situace je stresující jak pro volajícího, tak pro ZOS.

Mezitím přichází na ZOS další tíšňová výzva – jedná se o výjezd k dopravní nehodě, osobní vozidlo na střeše. Během přebírání dalších výzev k té samé události, slyší operátorka podobné zvuky a volání jako na tíšňové lince. Žádají nového volajícího, aby šel blíže k vozidlu, volání o pomoc se tak dalo lépe identifikovat. Operátorky nakonec zjistily, že volajícím o pomoc je účastníkem dopravní nehody, který je zaklíněn pod vozidlem.

Telefonický hovor se zaklíněným pacientem trval 15 minut. Operační středisko spolupracuje s PČR a HZS. Volající byl ZOS uklidněn a ubezpečen o tom, že je již pomoc na cestě. Kromě této stresové situace se musely operátorky soustředit ještě na další tíšňové výzvy, které byly nuceny souběžně řešit.

Konfliktová situace - souvisí s procesem rozhodování se. Konflikty mohou nastat mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince, potom hovoříme o vnějším konfliktu (např. konflikt mezi dvěma osobami). Vnitřním konfliktem nazýváme stav, kdy se jedná o střet protichůdných zájmů či motivů jedince, které si navzájem odporují (např. člověk se necítí zdravý a přitom má odjet na zahraniční dovolenou). Situace je doprovázena váháním, nerozhodností, ambivalentními prožitky, zvýšeným napětím.

Ke konfliktové situaci dochází často i na operačním středisku záchranné služby při souběhu několika výzev, kdy je operátorka nucena rychle zhodnotit situaci a rozhodnout kam pošle lékaře a kam posádku bez lékaře.

V těchto případech je ještě omezena časovým limitem, což bývá pro operátorku velmi stresující situací.

Stresové situace vznikají působením určité rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti, znemožňují zdárný průběh této činnosti. Může jít například o působení časového stresoru - v našem oboru se jedná zejména o situace, kdy jde o zásahy spojené s vyproštěním pacienta nebo v souvislosti s kardiopulmonální resuscitací.

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je úzkostná porucha, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svou závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí.

Ztěžuje adaptaci na prostředí, deformuje prožívání životních událostí, snižuje soustředění a pracovní výkonnost, snižuje frustrační toleranci, vede k izolaci od druhých a uzavření se ve vlastním světě.

Příznaky posttraumatické stresové poruchy jsou zrádné. Tím prvním je fakt, že vývoj poruchy může zpočátku vypadat jako součást obvyklé reakce na ohrožující událost. Naproti tomu stojí i skutečnost, že se příznaky mohou objevit až s určitou latencí několika týdnů až měsíců. Posttraumatická stresová porucha se zejména projevuje v tendenci znovuprožívání traumatického obsahu.

Nejpříznačnějším symptomem prožívání stresu je úzkost a nejistota, které narušují až destruuji činnost nebo naučené chování v takové míře, že člověk selhává i přes svoji pozitivní motivaci a dostatečnou připravenost ke zvládnutí úkolu, jeho chování se vymyká sebekontrolě.

Tyto symptomy se mohou projevit i u záchranářů, kteří zasahují u nějaké neobvyklé události. Ze své praxe bych uvedla již mnohokrát medializovaný pád jugoslávského letadla v pražském Suchbátově v roce 1975, kdy někteří záchranáři byli po příjezdu na místo nehody neznámou situací, zcela paralyzováni. Nemusí se jednat přímo o tak závažnou situaci jako je pád letadla, jsou to situace, se kterými se záchranáři setkávají opět dnes a denně.

Jako příklad jsou to posttraumatické stresové reakce, které se projevují u účastníků dopravních nehod. Každý reaguje po svém a mnohdy si okolí ani neuvědomuje, že dotyčný jedná ve stresu.

Reakce na stres jsou různé od agrese až po útěk. Tyto stavy jsou zařazeny „Mezinárodní klasifikaci nemocí“ (MKN-10), jsou to například diagnózy „F 430“ – akutní stresová reakce a „F 431“ – posttraumatická stresová reakce apod. Výše definované zátěžové situace se spolu kombinují a různě se prolínají, většinou se nejedná pouze o jednu situaci.

Vrátím se opět k situaci, kdy dojde na operačním středisku k souběhu výzev. Tyto situace pro nás operátorky znamenají velmi stresující a konfliktní situaci, přitom musíme jednat profesionálně, nesmíme podléhat emocím a musíme se snažit co nejrychleji a nejoptimálněji situaci vyřešit.

Lékaři a ostatní zdravotnický personál si musí zachovat určitý emoční odstup, aby mohli svoji práci dobře vykonávat. S pokusy potlačit v sobě silné nepříjemné emoce však dochází k potlačení emocí vůbec. Boj s úzkostí, potlačování vzpomínek, nadměrná potřeba kontrolovat okolí a snaha nepodléhat prudkým emocím spojených se vzpomínkami, mohou vést k pocitům vyčerpání, únavy a bezmoci. Od toho je jen krok k depresi. S depresí a bezmocí často souvisejí pocity viny. Velmi často jde o nereálná sebeobviňování, že člověk měl udělat něco jiného, než udělal, nebo si vyčítá, že sám situaci přežil a jiný zemřel. Někdy si vyčítá, že někomu nepomohl nebo pomohl nedostatečně.

Mezi velmi zátěžové situace lze zařadit tísňové výzvy, týkající se malých dětí. Nejvyšší stupeň stresové reakce se projevuje při řešení tísňových výzev, kdy výjezdová skupina vyjíždí k malému dítěti, které okolí nebo rodina resuscituje. Operátorka po telefonu vede „Telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci“.

Sama z vlastní zkušenosti vím, že je to velmi zátěžová situace, protože i neúspěch posádky vnímá operátorka jako svoje selhání.

Kasuistika:

Na naše operační středisko telefonuje mladý muž – mají doma 5 měsíčního chlapce, který je v bezvědomí a nedýchá.

Na místo zásahu, které je vzdáleno asi 17 km od výjezdového stanoviště, vyjíždí posádka záchranné služby s lékařem. Než dojede posádka na místo, nechávám si otce na telefonu a radím mu, jak má provádět resuscitaci. Uvědomuji si, že se otec řídí mými pokyny, ale v podstatě se mnou stále komunikuje. Zjišťuji, že má Handsfree soupravu, a tak nemá problém s plněním příkazů. Z místa události slyším pláč mladé ženy a ještě další dětský hlas, v místnosti běhá asi dvouleté děcko. Otec během hovoru vypráví, že malý neklidně spal, tak si ho k ránu vzali manželé k sobě do postele a ráno když se probudili, byl malý v bezvědomí. Během telefonicky asistované resuscitace má otec pocit, že chlapec má lepší barvu a že začíná dýchat.

Po příjezdu výjezdové skupiny na místo, poděkuji otci za pomoc a s napětím čekám, jak se situace bude vyvíjet dál. Výjezdová skupina s lékařem resuscituje malého chlapce, ale přes veškeré úsilí se ho nepodařilo zachránit.

Tato stresová situace se odehrála v dopoledních hodinách, jsem v zaměstnání až do večera a domů odcházím zcela vyčerpaná. S touto situací se jen těžko během dalších dnů vyrovnávám.

2.3 Neadaptivní chování

Selžou-li v dramatické životní situaci naše adaptační mechanismy, naše chování se ve svých projevech zásadně mění. Začínáme se uchýlovat k takovým projevům chování, kterými se bráníme proti tlaku dané situace. Jedná se o chování neadaptivní, které je nesrozumitelné, nepochopitelné a může nabývat nejrůznějších forem např.:

Agrese - za agresi označujeme útočný čin směřující vůči zdroji námi vnímané frustrace. Jde o nejrozmanitější formy útočného chování od hrubého fyzického útoku, přes různá slovní napadení, výhrůžky gestikulací a mimikou až k tzv. „zastřené agresi“ představované ironií, jízlivostí a sarkasmem. Např.: Agresivní může být pacient nebo jeho okolí po příjezdu posádky záchranné služby na místo události z důvodu bezmocnosti a strachu.

Zdravotnický personál by se měl snažit agresivitě předcházet hlavně vhodnou komunikací a empatickým přístupem k pacientovi a k jeho okolí. Nevhodně zvolená slova mohou být spouštěčem agresivního jednání.

Únik – je obecnou odezvou na frustraci tehdy, kdy prožívání stavu frustrace je snesitelnější, pokud se vzdálíme od nedosaženého cíle nebo od překážky, která frustraci vyvolává. Představuje rozmanité snahy a pokusy uniknout ze svízelné situace.

Ze situace, která je pro nás výrazně zatěžující, můžeme unikat:

- **fakticky** – jedinec utíká z místa nehody nebo tragédie,
- **symbolicky** – unikáme ze situace tím, že si zakryjeme oči, abychom neviděli něco děsivého, v podstatě se snažíme se situací vyhnout,
- **fantazijní** – utíkáme ke snění v situacích, které nedokážeme unést – ve fantazii můžeme realizovat různé situace – např. rozvod,
- **pomocí drogy** – pomocí drogy potlačíme strach nebo zábrany. Mnohé situace lépe zvládáme,
- **do nemoci** - nemoc nám pomůže přenést zodpovědnost na druhé, někdy nám může pomoci ze životní nouze. Útěk do nemoci je jedním z příznaků syndromu vyhoření,
- **únik ze života** – člověk únikem ze života řeší náročnou životní situaci, důvodem pro únik bývá ztráta životního partnera nebo nešetrné sdělení diagnózy. Někteří pacienti nedokáží čelit nepříznivé prognóze, a tak řeší svoji krizi únikem,
- **ustrnutí** – člověk je silně vázán k nějakému cíli a nedokáže jej opustit a přitom překážku na cestě k cíli nelze žádným způsobem překonat, nenachází žádné optimální řešení. Projevuje se jako stereotypie nebo regrese,
- **netečnost** – projevuje se ztrátou zájmu nejen o dosažení daného cíle, ale i uzavřením se do sebe.

Uvádím zde další kasuistiku, která by se dala uvést i v předchozím oddíle v části „Konfliktní situace“. Dodnes na tuto příhodu vzpomínám se smíšenými pocity.

Kasuistika:

Jednoho sobotního rána přicházíme do práce a ještě netušíme, že toto ráno bude trochu jiné. Uvařili jsme si kávu a hovoříme o tom, jaká byla noční služba. Naši chvilku klidu přerušilo zazvonění telefonu. Na tísňovou linku volají hasiči, že vedle budovy záchranné služby se oběsil starší muž. Posádka s lékařem je na výjezdu, na základně jsou jen středně zdravotničtí pracovníci. Vybíháme před budovu a vidíme starého pána viset kousek nad chodníkem. Hasiči muže odřízli a začínáme s resuscitací. Starého muže se nám podařilo přivést k vědomí. Byl to čistý a upravený stařík. Evidentně byl nešťastný, že jsme ho zachránili. Cestou do nemocnice nám vyprávěl, že trpí krutými bolestmi v krku, nemůže jíst ani pít. Lékaři ho již vyšetřovali, ale žádný zdravotní problém nenašli, a tak se rozhodl, řešit situaci tímto způsobem.

Tři neděle po této události, je nám nahlášen skok z okna ze sedmého patra. Vyjíždí posádka s lékařem. Po příjezdu na místo nezbyvá lékařem než konstatovat smrt. Po návratu na základnu zjišťují, že se jednalo o našeho staršího muže.

Situace by se dala řešit určitě jiným způsobem. Muž vyprávěl, že přemýšlel o způsobu řešení pro něj bezvýhodné situace, chodil totiž o holi a proto volil strmý sráz u našeho pracoviště.

2.4 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy, které lidé používají, když se vyrovnávají s negativními emocemi, v podstatě nemění stresovou situaci, ale mění způsob, jakým ji osoba vnímá nebo jakým způsobem o ní přemýšlí. Všechny obranné mechanismy obsahují prvek sebeklamu (Atkinson, R. L. a kol. 1995).

Obranné mechanismy používáme občas všichni, protože nám pomáhají překonat nepříjemné situace. Tyto mechanismy považujeme za charakteristické pro člověka v nouzi.

Mezi obranné mechanismy lze zařadit únikové reakce, kdy se jedinec snaží zbavit ohrožující situace. Ze situace, kterou nedovede řešit jiným způsobem, s níž se nedovede vyrovnat, jedinec uniká buď změnou postoje k takové situaci, hledáním podpory, nebo rezignací na uspokojení. Některé obranné reakce fungují většinou neuvědoměle.

Je možné rozlišovat :

- **vytěsnění** – je neuvědomovaným dějem, který nás zbavuje nepříjemných zážitků nebo pocitů, neslučitelných s naším sebepojetím. Při vytěsnění jsou nepříjemné vzpomínky nebo informace vyloučeny z vědomí,
- **potlačení** – podstatou je úmyslné sebeovládání, tlumení nepříjemných pohnutek nebo přání. Potlačované myšlenky si uvědomujeme, pouze je odsouváme stranou (např. nebudu teď na to myslet). Vytěsňování a potlačování je doprovázeno zvýšenou hladinou psychického napětí a fyziologické aktivace, což může mít negativní vliv na lidský organismus,
- **popření** – svět, který nás obklopuje, může být v určité situaci krajně nepříznivou realitou. Např. sdělení infaustní diagnózy, hrozba trvalého tělesného defektu po úrazu, smrt blízkého člověka. To jsou situace, se kterými se dnes a denně setkáváme na operačním středisku záchranné služby. Člověk se snaží tuto realitu zcela přijmout a to může vést k dalšímu nárůstu problémů např. zhoršení zdravotního stavu.

Kasuistika:

Naše zdravotnické operační středisko přijímá výzvu k zásahu u padesátiletého muže, který má bolesti na hrudi, je opocený. Po příjezdu na místo zásahu, pacient příznaky bagatelizuje a disimuluje. „ Nic to není, on má hodně práce, nemá čas na to – být nemocný“.

Důležitá je v takovém případě komunikace lékaře. Lékař v tomto konkrétním případě pacienta v podstatě „přemluvil“, aby s nimi odjel do nemocnice na interní vyšetření, a bude-li pacient zdravý, vrátí se zpět do zaměstnání. V takových případech je nemocný většinou napojen na monitor, má zajištěn žilní vstup, kape mu infuze a jsou mu aplikovány různé léky, a pacient je transportován v polosedě do zdravotnického zařízení.

V případě, který zde uvádím, byl postup zcela odlišný. Pacient byl pouze transportován do zdravotnického zařízení, léčba nebyla zahájena vůbec a cestou lékař s pacientem komunikuje o zcela jiných problémech. Komunikaci o konkrétním stavu pacienta se vyhýbá.

Po předání na interní ambulanci, byl u pacienta diagnostikován infarkt myokardu a pacient byl okamžitě transportován na vyšší pracoviště do Prahy. Kdyby lékař, po příjezdu k pacientovi, nezvolil správný přístup, mohlo u pacienta dojít k vážnému poškození zdraví nebo k jeho smrti. Bohužel jsou situace, kdy pacient odmítne vyšetření lékařem, což má někdy pro pacienta fatální následky.

Lékaři a ostatní zdravotnický personál si musí zachovat určitý emoční odstup, aby mohli svoji práci dobře vykonávat. S pokusy potlačit v sobě silné nepříjemné emoce však dochází k potlačení emocí vůbec. Boj s úzkostí, potlačování vzpomínek, nadměrná potřeba kontrolovat okolí a snaha nepodléhat prudkým emocím spojených se vzpomínkami, mohou vést k pocitům vyčerpání, únavy a bezmoci.

Jak jsem již zmínila je pro operátorku velmi náročnou situací např. telefonicky asistovaná resuscitace u dětí s negativním výsledkem. V těchto případech a hlavně opakujícími se podobnými situacemi, si zdravotník nedokáže udržovat emoční odstup a následkem bývají různé stresové reakce. Nakumulováním různých stresových reakcí může dojít až k syndromu vyhoření.

2.5 Psychologická problematika nemoci

Každý z nás má již nějaké zkušenosti s tím, jak na nás doléhá nemoc. Nepříjemná jsou pro nás už i běžná onemocnění a jako nepříjemné a bolestivé můžeme vnímat už pouze drobná poranění natož rozsáhlá poranění např. popáleniny, řezné rány a zlomeniny. Bolest je často příznakem velmi důležitým, který doprovází řadu onemocnění.

Každý z nás snáší bolest jiným způsobem, každý z nás rozdílně bolest vnímá a každý na ni jinak reaguje. To co jeden vnímá jako lehčí bolestivé podněty, druhý hovoří o kruté bolesti. Někteří pacienti bolest bagatelizují, někteří dokonce disimulují, jiní mají k nemoci i účelový postoj – tzn. že nemoci využívají, řeší si pomocí nemoci nějaké problémy. Bolest často bývá průvodním znakem nemoci, ale bývá též obranným mechanismem, upozorní nemocného na to, že se v organismu něco děje.

3 *STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ*

„Denně jsou pracovníci záchranných služeb účastníky mezních situací, které se často odehrávají na hranici mezi životem a smrtí, a záchranáře konfrontují s „*bytím a nebytím*“. Často je snaha o záchranu života marná, velmi často komplikovaná přídatnými okolnostmi na místě zásahu“ (Brandejská, D., 2008).

3.1 **Stres**

Nejpodstatnějším znakem syndromu vyhoření je stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, sociálního i fyzikálního okolí. Záleží na každém jedinci, jak se dovede se stresem vyrovnat.

Stresogenním faktorem - stresorem označujeme vše, co konkrétní jedinec vnímá nepříjemně, co ho zatěžuje, unavuje a vyčerpává. Stres je termín, kterým vyjadřujeme reakci organismu na určitou zátěž. Odpověď organismu závisí nejen na tom, co se stalo, ale jak jedinec tuto situaci kognitivně zpracuje, jak jí rozumí. Jeden člověk se může dostat do stresu vlivem nějaké situace a jiný na touto situací zůstává nepoznamenán.

Rezervy zdroje ke zvládnání stresu jsou vrozené, ale i dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého procesu střetávání se s nejrůznějšími stresory, část odolnosti je tedy i získaná. Tyto rezervy se označují v literatuře jako adaptační kapacita, zátěžová kapacita, systémová kapacita, vyrovnávací zdroje, překlenovací kapacity – tyto termíny mají více méně totožný obsah (Kebza, Šolcová, 1998; citováno dle Šeblová, J., 2007).

Odolnost vůči zátěži je dána konstitučně, vývojovými faktory, ale lze ji ovlivnit nácvikem (Honzák, Kurzová, 2003).

Je prokázáno, že zátěž, kterou je organismus schopen zvládnout a která je vyřešena s pozitivním vyústěním, nepředstavuje ze zdravotního hlediska významné riziko.

Lidé jsou schopni a často i ochotni pracovat v náročných podmínkách a vysokém stresovém zatížení, jestliže zažívají, že jejich pracovní aktivita má smysl a že tak je satisfakcí podněcována jejich energie a motivace pokračovat.

Výsledný vliv zátěže a stresu na organismus je především dán rozložením účinku stresorů v čase, a právě dlouhodobě působící nezvládaný stres má zdravotní dopady.

Konkrétní zdravotní postižení je ovlivněno mnoha dalšími faktory, od genetické výbavy přes životní styl, osobnost daného jedince, aktuální stav jeho imunitního systému po sociální interakce a společenské faktory.

3.2 Syndrom vyhoření

Termín vyhoření (burnout) byl podle B. A. Potterové (Beating Job Burnout) původně používán slangově pro označení narkomana, který se ocitl na samém dně.

Na přelomu 70. a 80. let minulého století přešel ve spojených státech do užívání v pracovní oblasti a stal se vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání. Syndrom vyhoření se projevuje na různých úrovních tendencí k únikovým mechanismům. Energeticky jedinec funguje na „plamínek“ stažený na minimum, je unavený a skleslý.

Kromě obvyklých příznaků stresu dochází k postupnému poklesu zájmu o práci a uspokojení z ní. Objevují se různá, zpočátku většinou nezávažná onemocnění jako jsou bolesti páteře, žaludku nebo i nachlazení, které se postupně mohou stávat vážnějšími nebo chronickými, dochází k poklesu imunitního systému. Psychicky se syndrom vyhoření projevuje zklamáním a skepsí, nezájmem, beznadějí a bezvýchodností. Objevují se pocity ztráty smyslu.

V profesním chování se může objevit nárůst rutinního výkonu, „nedostatek času“ na týmovou práci, tendence minimalizovat kontakty s druhými lidmi. U pomáhajících profesí se objevují tendence pomáhat sebedestruktivním způsobem, tj. obětovat se.

Nastupuje pocit trvalé fyzické a psychické únavy, podrážděnost, narůstají konflikty s okolím, se spolupracovníky, nálada kolísá mezi zoufalstvím, nespokojeností a agresivitou. Výrazně klesá výkonnost a s ní postupně i sebedůvěra. Vyhoření by se dalo definovat jako ztráta idealismu a energie. S emočním vyhořením se často setkáváme právě v pomáhajících profesích.

3.3 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Na rizikové faktory syndromu vyhoření je možné se podívat z několika úhlů. Jedním z nich je i pohled na fungování celého týmu a organizace. Na záchranné službě jsou vypracovány různé postupy a standardy pro týmovou práci pro konkrétní situaci.

V souvislosti se záchrannou službou se často hovoří o důležitosti týmové práce, vždyť při kardiopulmonální resuscitaci má každý člen výjezdové skupiny svoje místo, včetně ZOS, které provádí do příjezdu na místo události telefonicky asistovanou resuscitaci.

Týmy jsou ohroženy syndromem vyhoření tehdy, ignorují-li dva základní rizikové faktory:

- nedostatek vnitřní struktury organizace, nevymezení kompetence pracovníků, nevyváženost jejich práv a povinností;
- nedostatek uznání pracovníkům.

K nejčastějším faktorům možného vzniku bezmoci operátorek v pracovní sféře patří:

- Práce operátorky probíhá asymetricky, tzn. že více dává než dostává, často chybí zpětná vazba, což vede k pocitům „prázdného dávání“, práce není oceněna, operátorce se dostává málo kladných stimulů jako je pochvala a ocenění.
- Nedostatek radosti - často chybí prožitky úspěchu.
- Operátorka je nucena rozhodovat pod časovým tlakem a často za nejednoznačných nebo nedostačujících informací, i přes to se musí „nějak rozhodnout a jednat“. V případě, že na tomto rozhodnutí závisí život, není rozhodování jednoduché. Práci operátorkám neulehčují mnohdy ani pracovníci výjezdových skupin, ba naopak - jejich reakce pro operátorku bývají zátěží.
- Rovněž necitlivé vedení, kdy nadřízený nepochválí za práci a nevyjádří spokojenost s prací operačního střediska. Často nadřízení považují, to co je v pořádku za samozřejmost a není potřeba o tom ani hovořit.

- Často dochází ke konfliktu rolí, se kterými se musí operátorka ve své práci potýkat. Jsou na ni občas kladeny požadavky, kterým nelze vyhovět. Rozsah problematiky, na které musí v dnešní době operační středisko reflektovat, je široký. Mnohdy jsou to situace, jež potřebují pomoc spíše jiných institucí, ale ty nejsou momentálně k dispozici. Například se jedná o chronicky nemocné pacienty, kteří spíše potřebují návštěvu svého praktického lékaře. Záchranná služba nemůže suplovat za praktické lékaře jejich péči o pacienty, bohužel se tak často stává. V odpoledních a večerních hodinách je problém obvodního lékaře kontaktovat i pro naše pracoviště.
- Práce ve směnném provozu znamená také určitou zátěž pro organismus. Denní spánek a relaxace se v žádném případě nevyrovná nočnímu odpočinku. Vzhledem k nárazovosti práce se nedá říct, že by noční služby byly klidnější. Páteční a sobotní noční služby bývají mnohem náročnější než ostatní.
- Operační středisko musí spolupracovat s dalšími složkami IZS, běžně spolupracujeme s PČR a HZS, tato spolupráce má svá pravidla a specifika.

Pracovníci zdravotnického operačního střediska jsou vystavováni těžkým stresovým situacím – denně se setkávají s různými stresujícími situacemi a se smrtí. Může docházet k silným projevům smutku a zoufalství ze strany volajících. Výjimkou není ani zlost, agrese a další emoce, které volající nevědomě obrátí proti operátorce.

Stejně stresující pro operátorku jsou i projevy bezmoci a bezvýchodnosti volajících, kdy není volající schopen ani udržet pozornost a soustředit se na to, co mu operátorka říká.

Stává se, že volající pod vlivem stresu neadekvátně komunikuje, někdy pouze křičí nebo mu není rozumět, hovoří překotně apod. Bohužel to bývá v situacích, kdy operátorka potřebuje rychle vyhodnotit situaci, získat validní informace o místě zásahu a vyslat posádku. V případě potřeby kontaktovat PČR, HZS a s volajícím zahájit buď telefonicky asistovanou resuscitaci nebo první pomoc. Jedná se například o dopravní nehody, mnohdy volající ani neví, kde se nachází

3.4 Projevy syndromu vyhoření

Člověk postižený syndromem vyhoření se potýká zejména s naprostým vyčerpáním. Autor Kebza (2005) rozděluje jednotlivé příznaky syndromu vyhoření na tři úrovně, a to psychickou, fyzickou a sociální.

Psychické příznaky:

- Dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí „o něco“ již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Původní nadšení do práce je nahrazeno „ztrátou iluzí“.
- Výrazný je pocit celkového, především duševního vyčerpání. V duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, které se projevuje emoční oploštělostí až depersonalizací; dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace.
- Dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence. V rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality je pocit únavy a vyčerpání popisován velmi expresivně (např. „jsem už úplně na dně“, „jsem k smrti unaven“ apod.).
- Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje. Vynaložené úsilí je prožíváno jako marné a bez smysluplnosti.
- Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy.
- Projevuje se negativismus, cynismus a hostilita ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům).
- Pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často také negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána.
- Intenzivní prožitek nedostatku uznání, sebelítost.
- Redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

Tělesné příznaky:

- Stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost, bolesti ve svalech, rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení.
- Vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy.
- Bolesti hlavy, často nespecifikované.
- Poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, přetrvávající celková tenze.
- Zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu.
- Zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

Sociální příznaky:

- Celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, silná tendence redukovat kontakt s kolegy a se všemi osobami, které mají nějaký vztah k profesi.
- Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí.
- Nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií).
- Postupné narůstání konfliktů, většinou v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí, (Kebza, 2005).

V pokročilém stádiu syndromu vyhoření se u jedince může dostavit deprese nebo existenciální neuróza.

3.5 Fáze procesu vyhoření

Proces vyhoření není statický jev. Jde o dynamický proces, který má svůj začátek, průběh a konečný stav. Lze dokonce pozorovat jednotlivé po sobě následující části tohoto procesu, a to i v průběhu procesu vyhořování.

Vývoj vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho probíhá v pěti fázích:

- **Nadšení** - na počátku bývá nadšení. Po nástupu do zaměstnání práce velmi často přináší vysoké uspokojení. Jedinec by chtěl pracovat co nejlépe a touží po úspěchu. Největším nebezpečím tohoto stádia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak i zanedbává volnočasové aktivity.
- **Stagnace** - počáteční nadšení dohasíná, práce už není tak přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Objevuje se pocit, že pracovník nestíhá, je v časové nouzi, jeho práce začíná ztrácet systém. V mnohém byl realitou donucen slevit ze svých očekávání a začíná mít pocit, že by kromě práce bylo pěkné mít také volný čas a koníčky.
- **Frustrace** - pracovníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.
- **Apatie** - objevuje se v situaci, kdy je člověk v práci trvale nespokojený, nemá ale možnost tuto situaci změnit. Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí, a odmítá jakékoli novinky, rozhovory se spolupracovníky i žádosti o práci přesčas, spolupracovníky a pacienty se často cítí obtěžován.
- **Vyhoření** - jako poslední nastává období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stroji atp.), pocitu ztráty smyslu. Syndrom vyhoření může být příčinou partnerských konfliktů. Jedinec, jehož potřeby nejsou dostatečně uspokojovány v zaměstnání, obvykle očekává o to více od partnera a blízkých přátel. Přitom bývá přecitlivělý a podrážděný.

Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotyčný si to, co se dělo, uvědomí teprve ve chvíli, kdy už je po všem. Tím hlavním, co odliší nevyhořelého perfekcionistu, nadšence a pilného pracovníka od toho, u koho se syndrom vyhoření rozvine, je míra ne/realističnosti očekávání a aspirací.

3.6 Prevence vyhoření

Prevence syndromu vyhoření by se dala rozdělit na prevenci individuální a prevenci na úrovni organizace.

Prevence individuální

- Důležité je rozlišovat a respektovat hranice toho, co je profesionálně bezpečné a co je již pro nás riskantní.
- Další preventivní opatření jsou v rukou každého z nás, jedná se v podstatě o „péči o sebe“. Během práce používáme intuitivně uvolňovací techniky jako je různé protažení, vydýchnutí. Každý z nás by se měl naučit jednoduchá antistresová cvičení ovládat a při prvních známkách únavy je použít.
- Myslet na své bazální potřeby - někdy při velké zátěži zapomínáme jíst a pít. Měli bychom si dopřát přiměřeného odpočinku.
- Nezapomínat na to, že každý má právo být nemocen nebo mít dovolenou.
- Pěstovat svoje koníčky a záliby.
- Navštěvovat různé semináře, které nás zajímají, sebevzdělávat se.
- Uvědomit si, že i my můžeme občas potřebovat podporu po náročných situacích.

Prevence na úrovni organizace

- Vedoucí pracovníci by měli poskytovat ocenění a to i tam, kde se i přes vynaložení značného úsilí nedosáhlo plného úspěchu
- Rozvíjet týmovou práci—at' již v podobě formálních pracovních schůzek, kde je možné ventilovat problémy a hledat nápravu. Další možnosti jsou i neformální setkání v podobě různých setkání mimo pracoviště např. společný víkend na horách apod.
- Podporovat vzdělávání všech zaměstnanců, v našich podmínkách zdokonalovat a cvičit různé postupy např. kardiopulmonální resuscitaci, nácvik postupu při hromadném neštěstí atd.
- Nebránit se přijímání nových lidí, kteří mohou do již zaběhnutého kolektivu přinést nové nápady a podněty.

Zajistit pro své podřízené přiměřené množství informací, příliš málo informací—podřízené znejišťuje, vyvolává dohady a podporuje fámy. Bohužel v dnešní době, kdy dochází centralizaci některých organizací, často dochází k nízké informovanosti podřízených a tím ke zvyšování pocitu nejistoty.

4 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE

Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi.

Ale co to vlastně je, toto lanová v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace (Argyle a Trower, 1979).

4.1 Vymezení lidské komunikace

Sociální komunikaci můžeme vymežit jako výměnu - tj. sdělování a přejímání významů v sociálním chování a sociálních vztazích lidí. Toto *sdělování* se může dít v přímém i nepřímém sociálním kontaktu. Komunikace je složitý, komplexní sociální jev, který je nutno vidět v širších souvislostech sociální interakce, nikoli jen formálně jako výměnu určitých informací, sdělení, signálů.

Člověk získává schopnost sociální komunikace (interakce) už v prenatálním období vývoje. Sám termín vznikl z latinského *communis* (společné). Jestliže komunikujeme, snažíme se navázat s někým „společenství“, pokoušíme se mu sdělit informaci, myšlenku, mínění nebo postoj (Kohoutek, R., 2002, s. 194).

Příručky a slovníky dnes sice definují komunikaci například jako „proudění informací z jednoho bodu (ze zdroje) k druhému bodu (k příjemci)“ či jako „přenos nebo vytváření znalostí“, ale *communicatio* znamenalo původně „vespolné účastnění“ a *communicare* „činit něco společným, společně něco sdílet“.

Na naší komunikaci s druhými lidmi je pozoruhodné, že ji vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, přispíváme k ní a zároveň jsme její součástí.

Bývá obtížné porozumět komunikační výměně, když se na ní ve stejnou chvíli podílíme (Vybíral, Z., 2008, s. 25-26).

Sociální komunikace je základním prostředkem vzájemného dorozumění mezi lidmi. Komunikace představuje výměnu významu a smyslu znaků mezi lidmi vzájemně na sebe působícími (Pokorný, J., 2004, s. 35).

Komunikování je sdělování určitých významů prostřednictvím symbolů v procesu sociálního kontaktu (Pokorný, 2005).

Jak vyplývá z uvedených definic, dochází pomocí komunikace k dorozumívání mezi lidmi, propojuje psychické jevy a procesy jednotlivých účastníků sociálního kontaktu a umožňuje vzájemné ovlivňování lidí. Sdělovaná informace prochází procesem kódování a dekódování. Během těchto procesů i při přenosu informace spolupůsobí různé vlivy. Dochází k tomu, že úmysl udělovatele se nikdy nekryje s interpretací informací u příjemce.

4.2 Předmět lidské komunikace

Co je předmětem nové psychologické disciplíny? Psychologii lidské komunikace zajímá to, jak lidé vyjadřují (nebo také skrývají a maskují) své záměry, zajímají ji funkce komunikace a motivace k ní, dorozumění a nedorozumění v procesu komunikování a účinky na psychiku, projevy a vztahy účastníků.

Předmětem psychologie lidské komunikace jsou i nedorozumění a poruchy. Mnohdy pochopíme vyslané sdělení jinak, než bylo zamýšleno. K řadě zpráv si *automaticky* přiřazujeme charakteristiky či významy na základě *svých* zkušeností nebo očekávání. Zpravidla upřednostňujeme přiřazování obvyklé (je rychlejší a nabízí se samo). Nic není v komunikaci dvou a více lidí zcela jasné. Často se mýlíme. Vyjasňování nedorozumění je součástí našeho každodenního života, hovoříme o vyjednávání významů.

Účinky sdělení mohou být nejrůznější. Komunikací lze chytře odvést pozornost, navodit stav potřeby i léčit. Sdělením je přitom nejenom sdělení slovní, ale i neslovní (gesto, pohled, pousmání, dotek).

Komunikace pozměňuje naše myšlení, postoje, emoce. Jazyk, který využíváme k vyjádření, není jen odrazem reality s účelem skutečnost popsat. Je i prostředkem, kterým tuto realitu měníme – v myslích komunikujících.

Volba konkrétního popisu je velmi mocný prostředek utváření vztahů: vztahů mezi lidmi i vztahů člověka k událostem a ke světu. (Vybíral. Z., 2005, s. 28-29)

4.3 Účel lidského komunikování

Autor Zbyněk Vybíral (2005) ve své knize „Psychologie komunikace“ uvádí, že komunikace má zpravidla svůj účel, smysl. Můžeme také hovořit o funkci, kterou chce splnit nebo kterou bezděčně plní. Každá komunikační výměna plní zpravidla jednu či více funkcí (synchronně nebo asynchronně tím, že od jednoho účelu se přejde k druhému).

Vybíral uvádí pět hlavních funkcí našeho komunikování:

- **informativní funkce** - předat zprávu, doplnit jinou, „dát ve známost“, oznámit, prohlásit;
- **instruktážní funkce** - navést, zasvětit, naučit, dát recept;
- **persuasivní funkce** - aby adresát (po)změnil názor: získávat někoho na svou stranu, zmanipulovat, ovlivnit;
- **funkce vyjednávací nebo operativní** - řešit a vyřešit, dospět k dohodě;
- **funkce zábavní** - rozveselit druhého, rozveselit sebe, rozptýlit.

Pouze informativních, oznamovacích a popisných komunikačních výměn není v běžných situacích mnoho.

Často jde o skryté instruování, nebo – ještě častěji – o přesvědčování i tam, kde je promluva nabízena jako pouhé informování. To bývá případ tzv. neobjektivního zpravodajství televizních stanic nebo tiskových agentur redakcí, kdy informaci doprovází – většinou nezjevná, a často dokonce popíraná manipulace, resp. instrukce. Manipulující produktor implicitně dodává, jak má příjemce zprávě rozumět, co si z ní má vzít, co z ní vyvodit, co si nad ní myslet apod.

Psychologická dovednost a taktika komunikujícího se soustředí na funkce 2 až 4. Někdy také na to, aby příjemce chápal navázanou výměnu jako pouhé informování (aby nepojal podezření, že ho chce iniciátor ovlivňovat). Přitom ovlivnit lze samozřejmě důsledným a vytrvalým naplňováním funkce informativní (pouhé opakování je nejjednodušším prostředkem reklamy i demagogie).

Media hrají ve společnosti významnou úlohu, právě proto, že jimi lze oslovit velký počet posluchačů, čtenářů, diváků. V případě masmédií je velmi důležité, aby zůstala nestranná a nezávislá, protože jejich obrovského vlivu lze využít nejen k účelům pozitivním, ale bohužel i k negativním.

Pro nás zdravotníky bývá komunikace s médii vždy svízelnou situací. Jedním z významných faktorů úspěšné zdravotní péče je požadavek respektovat důvěrnost vztahu, který při poskytování zdravotní péče vzniká, dodržovat mlčenlivost o tom, co jsme se při své činnosti dozvěděli.

Tato povinnost je povinností morální, ale i právní. (Zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění, o péči a zdraví lidu). V některých situacích můžeme těžko podrobně popsat médiím o co se jedná, protože musíme chránit údaje týkající se soukromí pacienta.

Pozitivní roli zastávají média například: informováním veřejnosti jak se chovat v případech nenadálých událostí jako jsou různé přírodní katastrofy, k nimž v poslední době stále častěji dochází. Rovněž je nezanedbatelná funkce medií v potřebě větší informovanosti veřejnosti o postupech první pomoci při náhlém a akutním ohrožení zdraví spoluobčanů, koho kontaktovat apod.

4.4 Motivace lidské komunikace

Všechno co člověk dělá se děje z nějaké příčiny, nějaké pohnutky. Lidské jednání je výběrovou záležitostí, je determinováno.

Kdo chce druhým dobře nebo lépe porozumět, musí se zajímat o motivy k určitému chování. Motivací sociální komunikace se zabývá celá řada autorů. O motivaci je možné uvažovat jako o latentní, skryté funkci (Vybíral, Z., 2005, s. 32).

Motivaci komunikovat má každý člověk. Má ji v různé intenzitě, která kolísá a závisí na řadě okolností: zda je nám partner sympatický, zda jsme svěží nebo unavení, zda ovládáme jazyk partnera, zda si s ním rozumíme, zda předpokládáme, že si s ním budeme rozumět, zda jsou obsahy v naší mysli dostatečně naléhavé, že se o ně chceme podělit.

Některé druhy motivací :

- **Motivace kognitivní** - chceme či potřebujeme něco sdělit, vyjádřit se: o světě, o sobě, o druhých. Podělit se o myšlenku, o znalost, názor, o to, co jsme se dozvěděli. Chceme něco „předat, přenést na druhého“ - podle Derridy (1994) je komunikace předáváním smyslu.
- **Motivace zjišťovací a orientační** - ptáme se, abychom se více (lépe, co nejlépe) vyznali v názorovém světě druhého člověka nebo v tématu, o němž je řeč. Tázáním můžeme přispívat k tomu, že si dotazovaný strukturuje téma, o němž spolu vedeme dialog (význam dotazování při psychoterapii).
- **Motivace sdružovací** - vyplývá, že častou motivací komunikovat je uspokojit potřebu bližšího kontaktu. Tato potřeba spoluutváří základní pyramidu lidských potřeb. Člověk potřebuje pravidelně a znovu a znovu zažívat pocit sounáležitosti, mít jistotu, že k někomu patří, že si s někým rozumí, že není na světě sám (Adler, 1994, 1995).
- **Motivace sebepotvrzovací** - komunikováním s druhými také nalézáme, rozvíjíme se a potvrzujeme svou osobní identitu, zpevňujeme a upřesňujeme vlastní mínění o sobě.
- **Motivace adaptační** - přizpůsobujeme se rolovým stereotypům, hrajeme konvenční komunikační hry a signalizujeme jimi svou konformitu anebo se konvencím (méně často) vzpíráme. Všemi těmito postupy se sociálně integrujeme, začleňujeme.
- **Motivace „přesilová“** - často komunikujeme z potřeby uplatnit se (myšlenka Adlerova, 1994, 1995)
- **Motivace může být požitkářská, existenciální** - komunikujeme, abychom se udržovali psychicky zdraví a lidsky celiství.

Je přirozené, že někdy nemáme chuť komunikovat, nemáme chuť se s nikým bavit, nechceme nikoho vidět apod. Příčinou bývá emoční rozladěnost nebo kognitivní přesytenost a zahlcení („už toho mám všeho dost, dejte mi všichni pokoj, už se o tom nechci nikdy bavit“).

Nechuť komunikovat, potřebu stáhnout se na přechodnou dobu do samoty a odpočinout si od kontaktů mívají pravidelně ti, kteří každodenně hovoří s velkou řadou lidí a navíc o nich musí přemýšlet, řešit mezilidské problémy: pedagogové, zdravotničtí pracovníci, řídicí pracovníci, politici, psychoterapeuti apod.

Déletrvající sklon vyhýbat se jakýmkoliv kontaktům a vyprahnutí motivace komunikovat jsou známkou duševní abnormality. Rovněž problém při komunikaci je průvodním znakem syndromu vyhoření.

Na komunikaci lze nahlížet z různých úhlů pohledu, nicméně většina autorů uvádí následující základní druhy komunikace:

- **osobní komunikace** - je vnitřní řečí myšlení každého jedince, který vede vnitřní konverzaci sám se sebou,
- **interpersonální komunikace** – tento druh komunikace probíhá mezi dvěma jedinci,
- **skupinová komunikace** - rozumí se jí sdělování a sdílení informací, či hodnot uvnitř formální nebo neformální společenské skupiny (Vacková, 2006).

4.5 Nonverbální komunikace

Pokud se setkáme s neverbálním sdělením, které není v souladu s verbálním sdělením, je pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu, pětkrát větší.

(Argyle, Allena, Gilmour, 1971, in Hayesová, 1998)

Pro lepší porozumění druhému člověku je třeba dobře se orientovat i v neverbálních projevech. Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace.

Mezi projevy neverbální komunikace patří:

- gesta, pohyby hlavou, pohyby těla,
- tělesný postoj,
- výrazy tváře (mimika),
- pohledy očí,
- vzdálenosti mezi komunikujícími a zaujímání prostorových pozic,
- tělesný kontakt (dotyky rukou),
- tón hlasu a další neverbální aspekty řeči,
- oblečením, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu.

Neverbální komunikace by se dala ještě dále diferencovat a samostatně analyzovat například pohyby rukou, pohyby nohou, v neverbálních aspektech řeči například délku odmlčení se, různé druhy intonace atd.

Operátorka má možnost vnímat nejen vlastní hovor, ale slyší i to, co řečeno nebylo. Má možnost poznat emoce a pocity obsažené ve slovech volajícího a další zvuky jako je těžké dýchání pacienta, pláč, křik, chaos na místě události atd. Rovněž vnímá i prostředí v jakém se volající nachází, je-li venku na ulici, v restauraci nebo doma.

Tyto signály jí dávají možnost poznat i to, co se na místě události odehrává – napadení v rodině, roztržka v restauraci apod. Zvuky, které může operátorka vnímat, mohou pomoci odhadnout situaci na místě zásahu a popřípadě může ZOS požádat Policii o spolupráci, ještě před příjezdem posádky na místo.

Obsah i tón první věty je často rozhodující pro dobrou spolupráci s volajícím. Tón první věty by měl být co nejoptimističtější, vyjadřující pohodu a „radost z možnosti pomoci“. Vhodně volený tón a způsob přihlášení operátorky dovede potlačit projevy stresu a naopak

4.6 Nelze nekomunikovat

Člověk nemusí verbálně komunikovat, ale není možné nekomunikovat vůbec. I svým mlčením, celkovým klidem něco svému okolí sdělujeme. Anž řekneme jediné slovo, naše tělo vydává signály prozrazující naše pocity. Tyto signály jsou většinou podvědomé.

Pro mnohé lidi má velký význam tzv. první dojem. Postupně svůj dojem upravujeme, první dojem však uvázne a jen těžko se mění. U sympatického člověka jsme ochotni objevovat i další příznivé vlastnosti. Toto je již obtížnější u člověka, který na nás primárně zapůsobil negativním dojmem. K mnohým lidem máme takový citový vztah, který kalí naše jasné poznání. Prvnímu dojmu musíme věnovat velkou pozornost, vidíme spíše to, co chceme vidět, než jaká je skutečnost. Lidé se liší v tom, kolik toho o sobě řeknou beze slov.

Sílu situačních faktorů si může uvědomit každý z nás, jinak se chováme v přítomnosti známých a blízkých lidí a jinak v prostředí které neznáme, v kterém se necítíme dobře (Vybíral, Z., 2005, s. 87).

Paraverbální složky komunikace a nonverbální komunikace využívají s výhodou pracoviště krizové intervence nebo lékaři a zdravotníci při kontaktu s pacienty.

Pracovníci těchto oborů nesmí ale zapomínat, že i pacient má tyto informace k dispozici. V osobním kontaktu s klienty nebo pacienty mají k dispozici více vizuálních a ostatních podnětů. Klient nebo pacient prožívá strach, úzkost, bezradnost, může se chovat neadekvátně, může být i agresivní.

Z mimiky a výrazu obličeje se dají vyčíst rozličné emocionální projevy jako například: štěstí - neštěstí, překvapení - splněné očekávání, radost - smutek, atd.

4.7 Komunikace ZOS s volajícím

Na rozdíl od ostatních linek krizové intervence, je práce operačního střediska záchranné služby s volajícím omezena časovým faktorem. Nebývá tomu tak v případech, kde je zřejmé, že se nejedná o náhlé poškození zdraví, kde nedochází k selhání základních životních funkcí.

I když jsou operátorky školeny a neustále se vzdělávají, nikdy neví, jaká přijde další výzva a co budou muset v příštích minutách řešit.

Operátorka je často vystavena slovním útokům volajícího, občas je vystavena výhrůžkám a nadávkám, ale přitom si musí uvědomovat, že pouze klidnou a rozhodnou komunikací, má možnost získat validní informace a tím má i postižený pacient větší šanci na záchranu života.

Je třeba si uvědomit, že i při komunikaci existují určité zákonitosti, při jejichž nedodržení bude komunikace váznout. A naopak, znalost některých principů nám komunikaci usnadní.

4.8 Zásady vedení hovoru

- **Jednu otázku vyjádřete jednou větou** - nepoužíváme více otázek najednou, volající většinou nestačí více otázek vnímat, je soustředěný na „svůj“ problém.
- **Vyhýbejte se sugestivním otázkám** - tím vnucujeme volajícímu otázkou odpověď, kterou chceme slyšet např. „není to tak, že se vám ty bolesti při zátěži zhorší?“
- **Vyhýbejte se složitým větným celkům** - nepoužívejme odborné výrazy nebo cizí slova, volající jsou většinou laici a nerozumí nám. Občas během komunikace se zdravotníky nebo s Policií, zjistíme, že i jim jsou některé termíny nesrozumitelné.

- **Nepoužívejte příliš dlouhé otázky** – volající je ve stresu, mohlo by dojít k přecenění percepční schopnosti volajícího.
- **Technika jednoduché akceptace** – je většinou používána slůvkem „ANO“, volajícímu tak dáme najevo, že mu rozumíme.
- **Technika parafrázování** – zopakujeme svými slovy část výzvy, většinou týkající se místa zásahu, tím se ujistíme, že nám bylo sděleno správné místo zásahu. Stává se, že volající nahlásí omylem svoji adresu nebo dojde k chybnému udání čísla domu apod., parafrázování dává volajícímu možnost si tuto chybu uvědomit.
- **Přílišný spěch během komunikace** – může vést k podcenění nebo přehlédnutí nějakého závažného příznaku případně k chybnému určení místa zásahu.
POZOR! - na shodné či podobné názvy vesnic nebo ulic, vždy je potřeba se ubezpečit, že s volajícím hovoříme o stejné lokalitě místa zásahu.
- **Operátorka nesmí podléhat antipatiím** – ke kterým by mohlo dojít během komunikace s chronicky volajícím pacientem, týká se to též komunikace s pacienty v ebrietě, s psychiatrickými pacienty apod.
POZOR! – na předsudky týkající se určitých sociálních skupin, mohlo by dojít k mylnému zobecnění individuální zkušenosti, to se pak může projevit v chování vůči nim, k podcenění zdravotního stavu nebo pouze k nedorozumění, které může v lepším případě končit stížností.
- **Je důležité přizpůsobit své otázky věku dotazovaných osob a úrovni jejich myšlení** – během hovoru se ujistíme, že nám volající rozumí, případně se pokusíme volajícího uklidnit. Stále častěji jsou volajícími na tísňovou linku právě děti, bývá obtížné odlišit zlomyslné volání dětí od reálné výzvy. Jsou-li děti svědky nějaké události, spolupráce s nimi je většinou dobrá.

Některé, z výše uvedených zásad komunikace zdravotnického operačního střediska s volajícím, byly prezentovány na kongresu v Milovech (2008), který byl věnován operačnímu řízení ve zdravotnictví.

Zásady komunikace zdravotnického operačního střediska byly publikovány v odborném časopise „Urgentní medicína“.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Zkoumaný soubor a použité metody

V praktické části své bakalářské práce provedu vyhodnocení dotazníků, které byly zaměřeny na zjištění příznaků syndromu vyhoření u pracovníků zdravotnického operačního střediska.

2 Cíl bakalářské práce

Cílem mé práce je celkové shrnutí zátěže a stresu u pracovníků zdravotnického operačního střediska a následným zvýšeným rizikem výskytu syndromu vyhoření.

V praktické části zvolím kvantitativní výzkum – formou anonymního dotazníku. Jehož cílem budou následující hypotézy:

- předpokládám, že respondenti pracující na pozici operátora zdravotnické záchranné služby, budou více aktivně navštěvovat kurzy zaměřené na prevenci syndromu vyhoření a zlepšení komunikačních technik,
- rovněž předpokládám, že skupina „Operátorek“ by měla mít vyšší využití ostatních intervenčních metod, které napomáhají prevenci syndromu vyhoření

3 Popis výzkumného projektu

V praktické části jsem použila metodu dotazníkového šetření, a to formou kvantitativního dotazníku, který byl rozdělen do tří částí:

- první část obsahovala údaje týkající se věku, praxe a vzdělávání respondentů;
- v druhé části dotazníku jsem se zaměřila na monitoraci absolvování preventivních kurzů a osobní využití intervenčních technik;
- pro zjištění příznaků syndromu vyhoření byl ve třetí části použit screeningový dotazník, (podle článku Libigerové, E., Syndrom profesionálního vyhoření. Praktický lékař 79, r. 1999, s. 186-199), s možnostmi odpovědi ano – ne. Jedná se sice o nestandardizovanou metodu, reflektuje však obecná rizika syndromu vyhoření ve zdravotnictví.

Výše zmíněná metoda umožňuje rychlé a jednoduché vyhodnocení: za každou kladnou odpověď se přičítal 1 bod, přičemž do 2 bodů syndrom vyhoření nehrozí, skóre 3 – 5 bodů ukazuje na příznaky počínajícího syndromu vyhoření, skóre 6 – 8 již značí nastupující rozvoj tohoto syndromu a je nutné zjistit, za jakých okolností k tomuto rozvoji došlo. Skóre 9 – 10 je indikací k odborné intervenci.

Dotazníky byly osobně předány respondentům na česko – slovenském kongresu „Operační řízení ve zdravotnictví“ v Milovech v listopadu roku 2008. Respondenti byli blíže seznámeni s tímto dotazníkem, s jeho účelem a zaměřením.

4 Kriteria zařazení do studie

Do této výzkumné studie byly zařazeny všechny kategorie pracovníků. Projektu se zúčastnili lékaři, střední zdravotničtí pracovníci a pracovníci zdravotnických operačních středisek.

Podmínkou zařazení do studie byl souhlas respondenta, tedy dobrovolná účast.

Kriteriem pro zařazení byla délka praxe minimálně jeden rok, aby se dalo uvažovat o působení profesní zátěže, dalším kriteriem byla i výše úvazku, která musela být nadpoloviční a vyšší.

5 Charakteristika souboru respondentů

Respondentům bylo předáno 60 dotazníků, z nichž se vrátilo 47 kompletně vyplněných dotazníků (návratnost 78,3%), dalších 9 jich bylo vyřazeno ze studie pro neúplné údaje (nezařazeno 15%) a 4 dotazníky se nevrátily (6,7%).

Studie byla rozdělena na dvě části, soubor „Operátorek“ a „Ostatní“. Této studii se zúčastnilo 7 mužů a 40 žen. Věkový průměr celého souboru byl 39,5 roků (28; 57) V souboru byl nejvyšší podíl vdaných/ženatých respondentů - 27, svobodných - 4, rozvedených -15 a 1 osoba ovdovělá.

Průměrná délka praxe respondentů na záchranné službě byla 11 roků (2; 31).

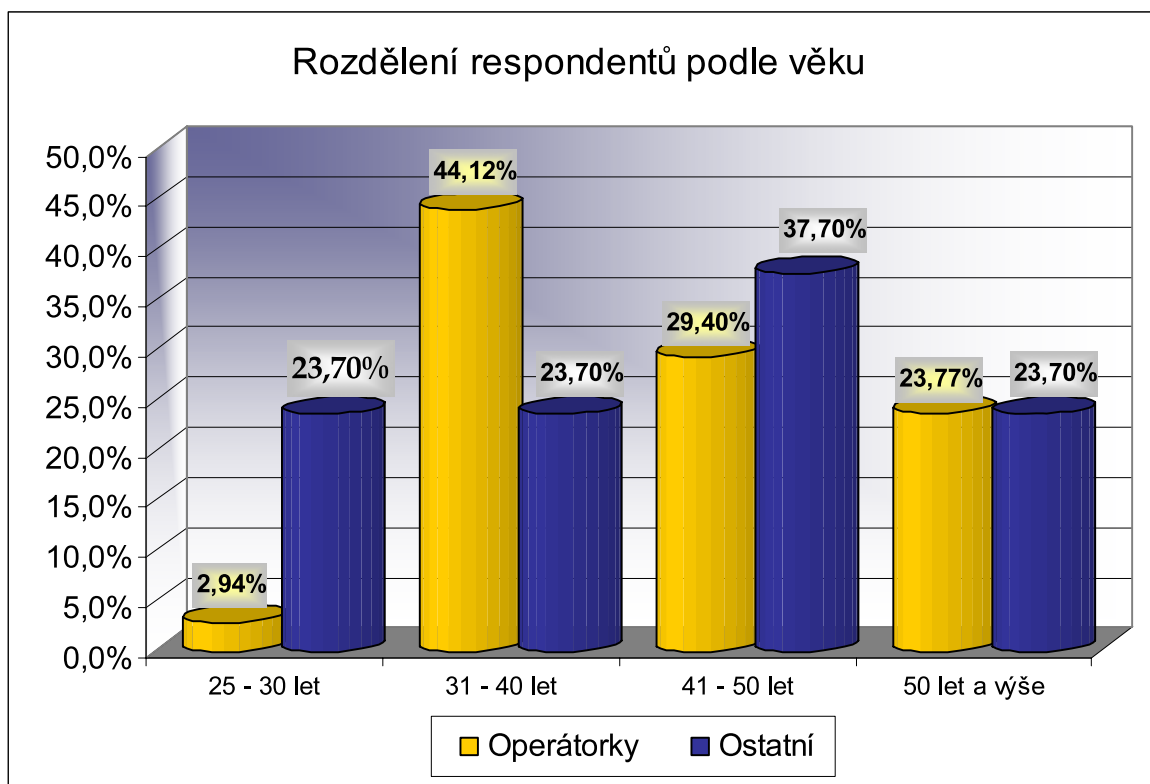
6 Rozbor odpovědí dotazníku

6.1 vyhodnocení první části dotazníku

Věková kategorie respondentů:

Věkové skupiny	Operátorky		Ostatní	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
25 - 30 let	1	2,94%	3	23,70%
31 - 40 let	15	44,12%	3	23,70%
41 - 50 let	10	29,40%	4	37,70%
50 let a výše	8	23,77%	3	23,70%

Tabulka 1 - Věková kategorie respondentů



Graf 1 - Rozdělení respondentů podle věku

Z dotazníku vyplynulo, že na zdravotnických operačních střediscích nejčastěji pracují operátorky starší 30 let, tento fakt vyplývá zřejmě i z vysokých nároků kladených na operátorku ZOS.

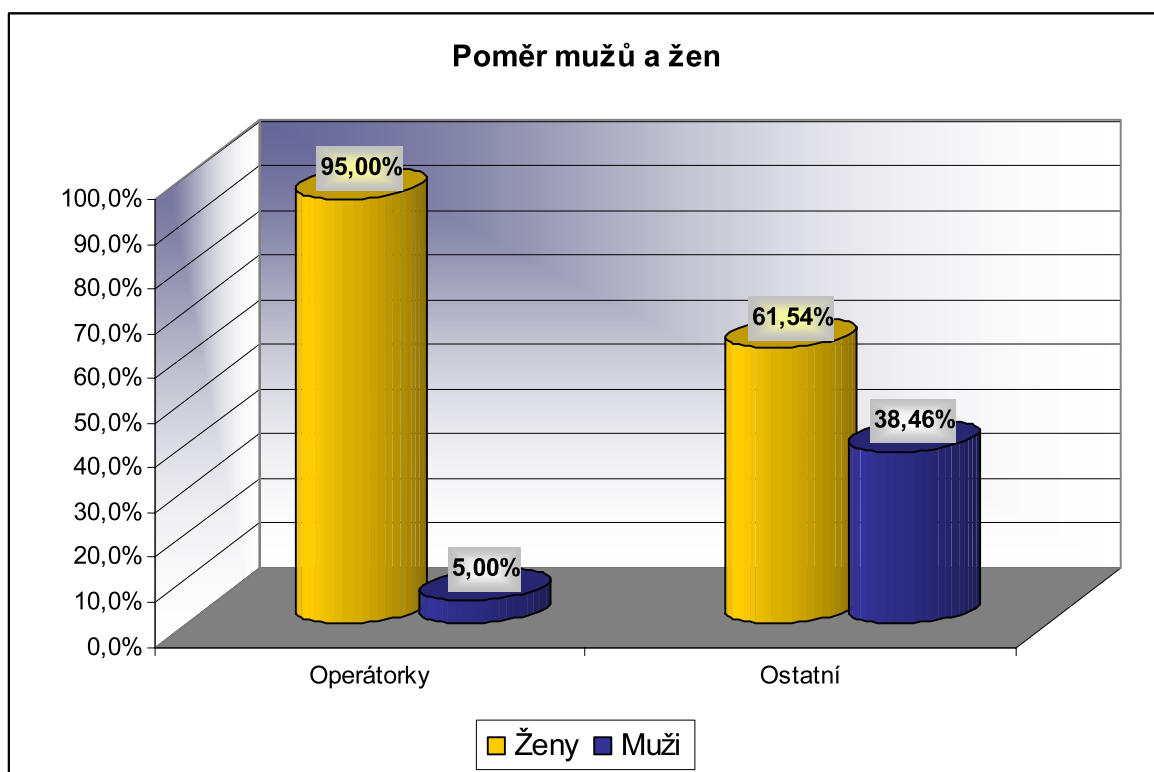
Operátorka, kromě středně zdravotnického vzdělání, musí mít praxi a zkušenosti, které musí neustále rozvíjet.

Z tohoto důvodu se domnívám, že by pro mnohé operátory byla velmi motivující možnost dalšího vzdělávání nejen ve svém základním oboru, ale i v dalších dovednostech, jako příklad uvádím rozvoj znalostí sociální komunikace.

Poměr mužů a žen

Věkové skupiny	Operátorky		Ostatní	
Ženy	32	94,90%	8	61,54%
Muži	2	5,10%	5	38,66%

Tabulka 2 - Poměr mužů a žen



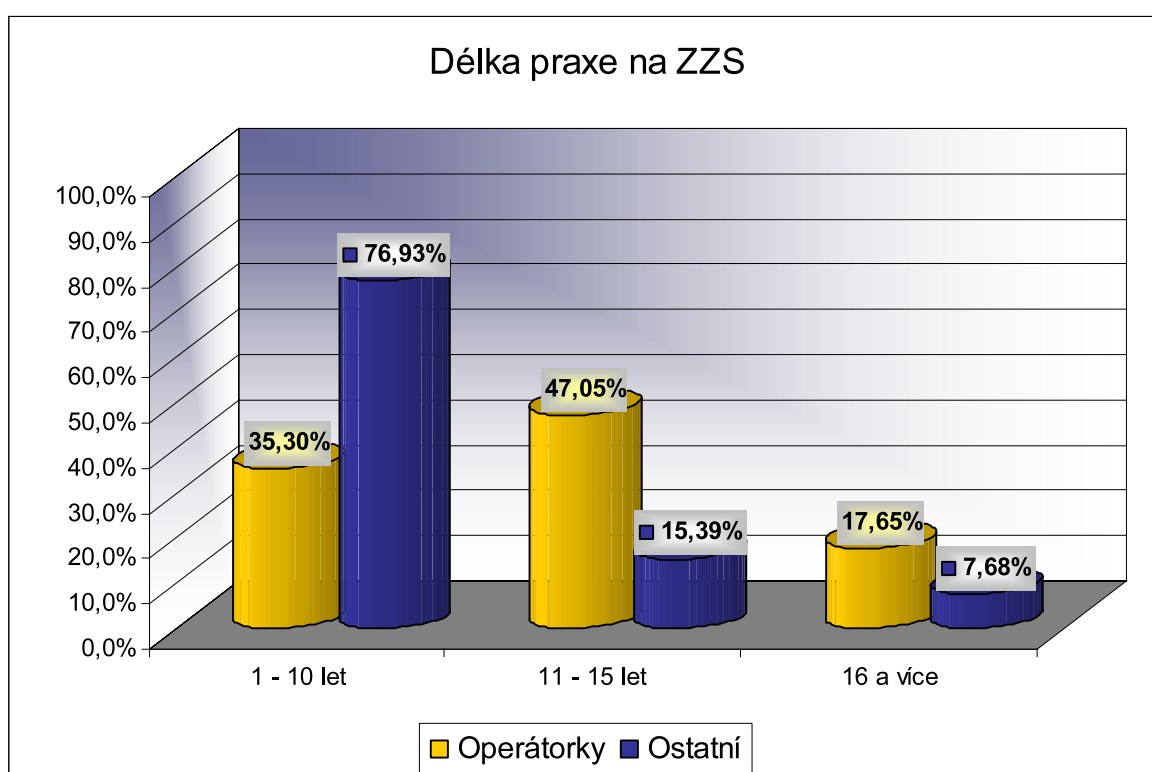
Graf 2 - Poměr mužů a žen

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 47 osob, z nichž bylo 40 žen a 7 mužů, tj. 85,10 % žen, 14,9 % mužů celkem. Z výsledku tedy vyplývá, že jde o kolektiv převážně ženský. S přihlédnutím k cílům výzkumu nebudu v dalším rozboru rozlišovat odpovědi respondentů podle pohlaví.

Délka praxe na záchranné službě

Délka praxe	Operátorky	Operátorky	Ostatní	Ostatní
1 - 10 let	12	35,30%	10	76,93%
11 - 15 let	16	47,05%	2	15,39%
16 a více	6	17,65%	1	7,68%

Tabulka 3 - Délka praxe na záchranné službě



Graf 3 - Délka praxe na záchranné službě

V tomto případě stojí za zmínku „délka praxe - 16 a více“, kdy dochází k poklesu počtu operátorek. Jedním z důvodů je také ta skutečnost, že operátorka ZZS je poměrně nová profese. Zdravotnické záchranné služby s vlastním operačním střediskem u nás vznikají až po roce 1992 (vyhláška č.434/1992 Sb.), rovněž u ostatních zdravotnických profesí je situace podobná jako u operátorek.

Kvalifikace a další postgraduální vzdělávání

Nejpočetnější skupinu tvoří operátorky, všechny mají středoškolské vzdělání (Střední zdravotnickou školu), z toho 21 respondentek absolvovalo postgraduální studium ARIP nebo kurz „Operační řízení ve zdravotnictví“.

Nejméně početnou skupinou, v mém dotazníku, jsou lékaři. Výzkumu se zúčastnilo 6 lékařů, všichni měli kromě požadovaného vysokoškolského studia i atestaci v oboru Urgentní medicína. Jedním z respondentů ve skupině „Ostatní“ byl i psycholog, který absolvoval vysokoškolské studium, ale další vzdělávání ve svém oboru neuvedl.

6.2 Vyhodnocení druhé části dotazníku

Metody zaměřené na prevenci syndromu vyhoření.

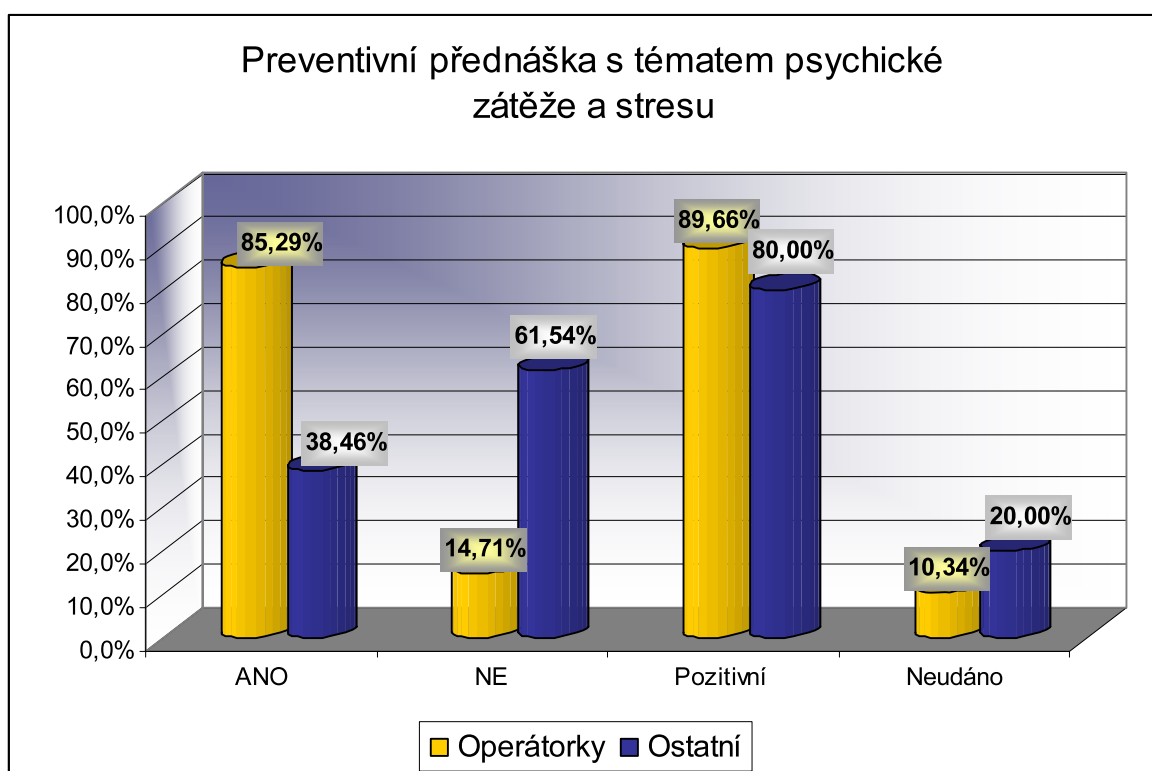
V následující části dotazníku byly respondentům kladeny otázky, zda se zúčastnili některého kurzu, zaměřeného na prevenci syndromu vyhoření. Součástí tohoto úseku dotazníku byly otázky zaměřené na případné využití intervenčních technik a metod obou sledovaných skupin.

Skupiny jsou rovněž rozděleny na skupinu „Operátorek“ a skupinu „Ostatní“, ve které jsou členové výjezdových skupin záchranné služby.

Preventivní přednáška s tématem psychické zátěže a stresu

	ANO	NE	Pozitivní	Neudáno
Operátorky	85,29%	14,71%	89,66%	10,34%
Ostatní	38,46%	61,54%	80,00%	20,00%

Tabulka 4 - Preventivní přednáška s tématem psychické zátěže a stresu



Graf 4 - Preventivní přednáška s tématem psychické zátěže a stresu

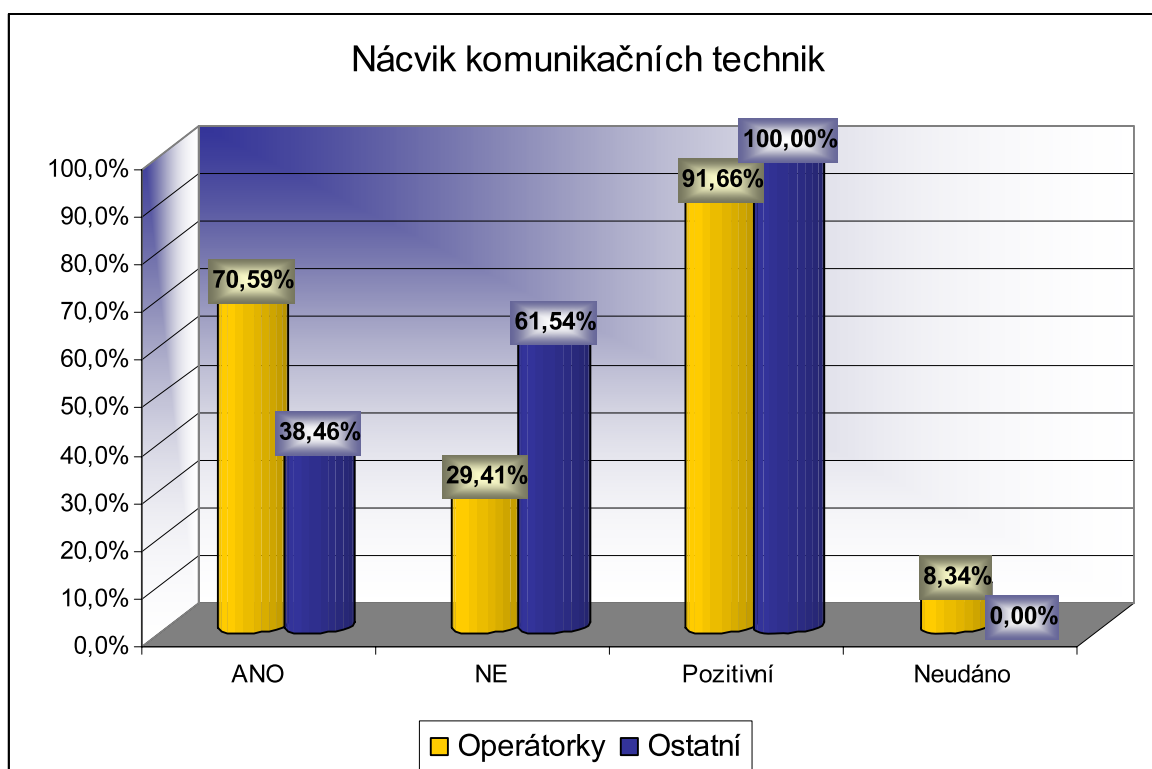
Preventivní přednášku s tématem psychické zátěže a stresu absolvovalo 29 operátorek (85,29%), z nichž 26 hodnotilo přednášku pozitivně (89,66%). Vyloženě negativně se k hodnocení nevyjádřila ani jedna operátorka. 3 respondentky hodnocení neuedly, 5 respondentek se nezúčastnilo žádného kurzu s touto tematikou.

Ve skupině „Ostatních“ navštívilo kurz 5 respondentů (38,46%), z nichž 4 (80%) hodnotí kurz pozitivně, jeden z respondentů se k hodnocení nevyjádřil. 8 respondentů (61,54%) nenavštívilo žádný kurz s touto tematikou.

Nácvik komunikačních technik

	ANO	NE	Pozitivní	Neudáno
Operátorky	70,59%	29,41%	91,66%	8,34%
Ostatní	38,46%	61,54%	100,00%	0,00%

Tabulka 5 - Nácvik komunikačních technik



Graf 5 - Nácvik komunikačních technik

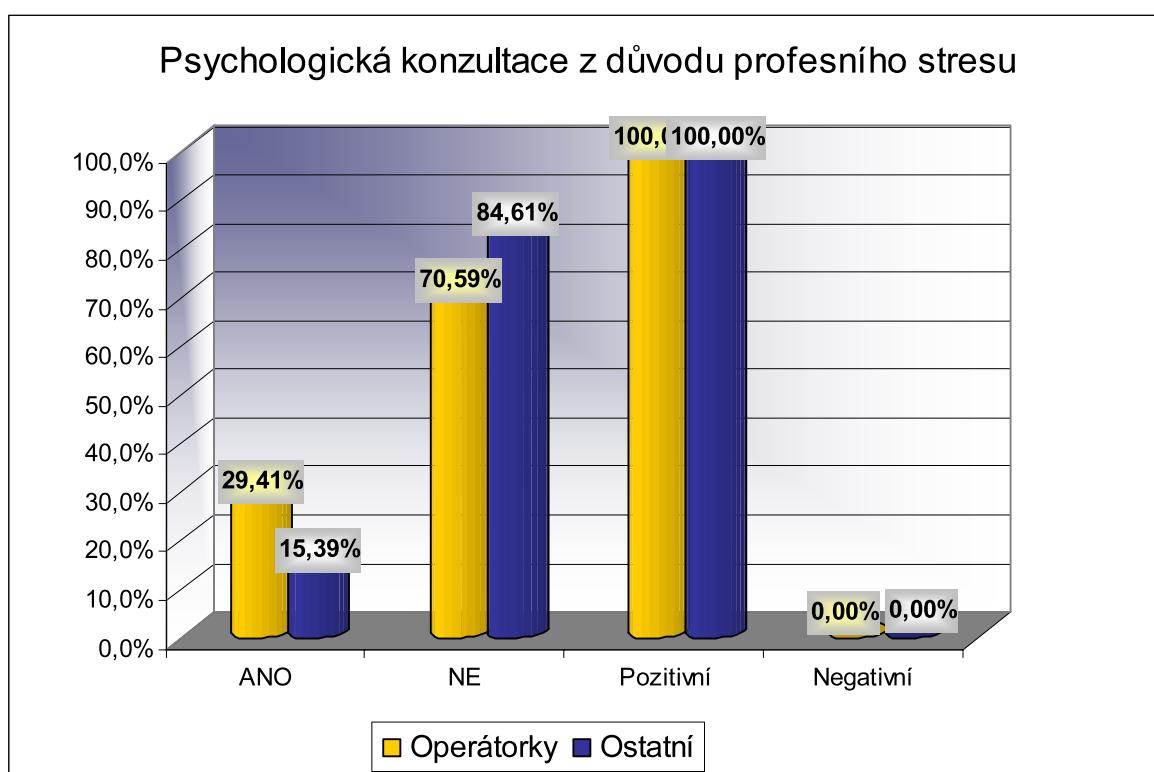
Kurzu „Nácvik komunikačních technik“ se zúčastnilo 24 operátorek (70,59%), z toho 22 respondentek hodnotí nácvik kladně, 10 se nezúčastnilo nácviků a 2 kurz nehodnotilo.

Z druhé skupiny navštívilo kurz celkem 5 respondentů (38,46%), 8 respondentů žádné kurzy dosud nenavštívilo. Co se týká hodnocení, tak všech 5 respondentů hodnotí tyto kurzy jako prospěšné. V této skupině je zařazen i psycholog, který úroveň navštívených kurzů, hodnotil rovněž kladně.

Psychologická konzultace z důvodu profesního stresu

	ANO	NE	Pozitivní	Negativní
Operátorky	29,41%	70,59%	100,00%	0,00%
Ostatní	15,39%	84,61%	100,00%	0,00%

Tabulka 6 - Psychologická konzultace z důvodu profesního stresu.



Graf 6 - Psychologická konzultace z důvodu profesního stresu.

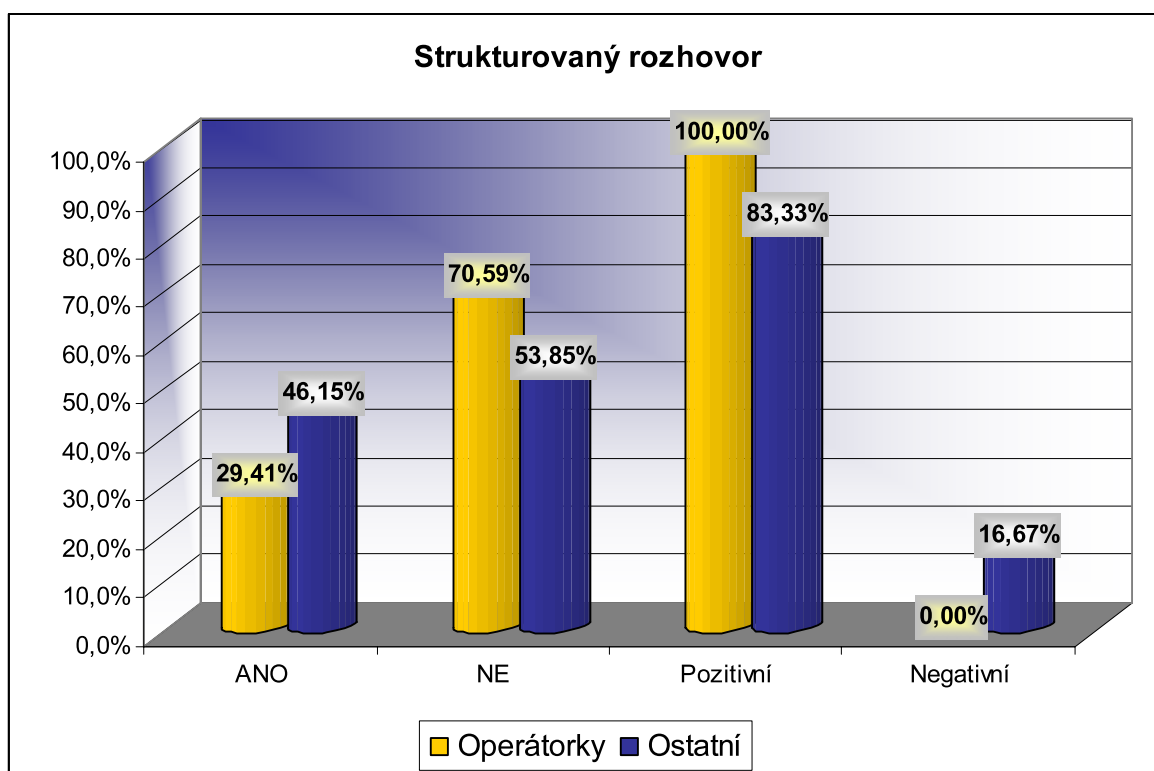
Možnost „Psychologické konzultace z důvodu profesního stresu“ využilo 10 operátorek (29,41%), všech deset hodnotilo konzultaci kladně, 24 respondentek (70,59%) konzultaci nevyužilo.

Ve druhé skupině konzultaci využili 2 respondenti (15,39%), 11 respondentů (84,61%) konzultaci nepotřebovalo. Všichni oslovení, kteří se zúčastnili psychologické konzultace z důvodu zátěže a stresu, se vyjadřují k hodnocení kladně.

Strukturovaný pohovor

	ANO	NE	Pozitivní	Negativní
Operátorky	29,41%	70,59%	100,00%	0,00%
Ostatní	46,15%	53,85%	83,33%	16,67%

Tabulka 7 - Strukturovaný pohovor



Graf 7 - Strukturovaný pohovor

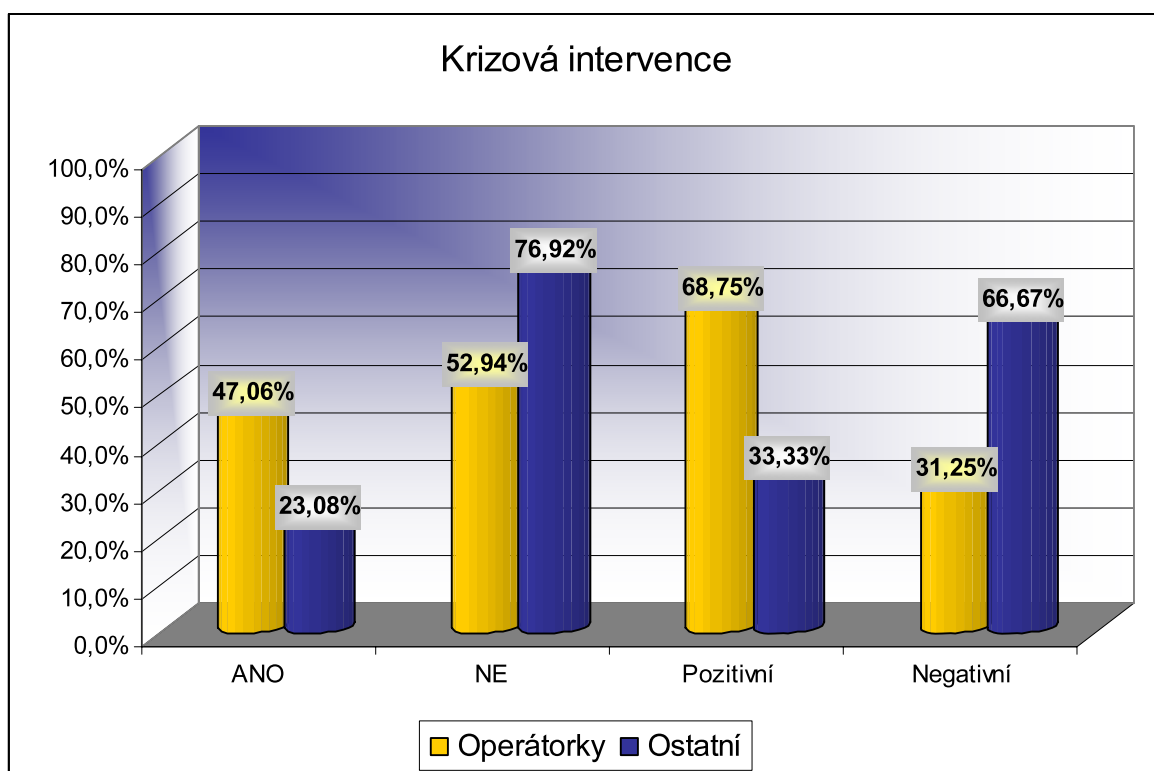
Strukturovaný pohovor absolvovalo 10 operátorek (29,41%), kterými byla úroveň a pomoc této metody, hodnocena kladně.

Ve druhé skupině využilo strukturovaný pohovor 6 respondentů (46,15%), 5 se jich vyjádřilo pozitivně a jeden respondent vyhodnotil pohovor jako negativní.

Krizová intervence

	ANO	NE	Pozitivní	Negativní
Operátorky	47,06%	52,94%	68,75%	31,25%
Ostatní	23,08%	76,92%	33,33%	66,67%

Tabulka 8 - Krizová intervence



Graf 8 - Krizová intervence

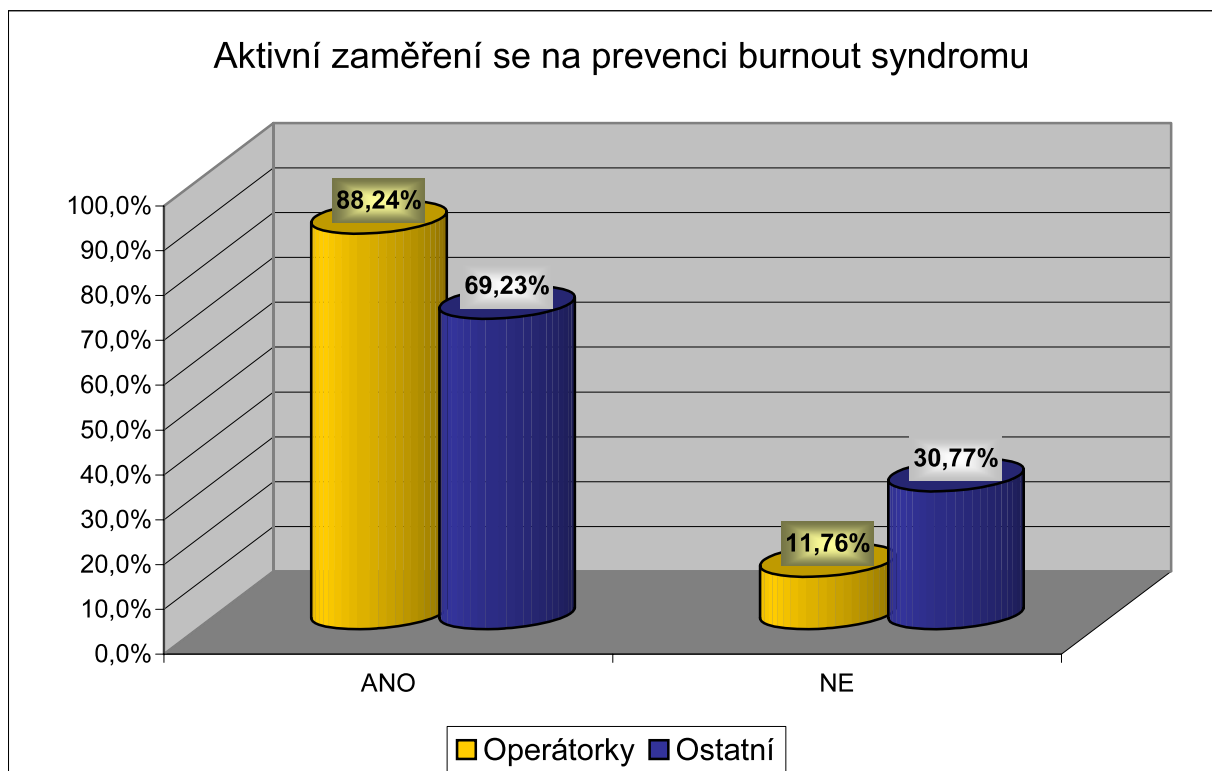
Krizovou intervenci absolvovalo 16 (47,06%) operátorek, z toho 11 (68,75%) respondentek hodnotí krizovou intervenci kladně a 5 (31,25%) záporně.

Ze skupiny „Ostatní“ se zúčastnili krizové intervence celkem 3 respondenti (23,08%), z toho 1 respondent hodnotí krizovou intervenci pozitivně a 2 negativně.

Zhodnocení metod zaměřených na prevenci syndromu vyhoření

	ANO	ANO	NE	NE
Operátorky	88,24%	30	11,76%	4
Ostatní	69,23%	9	30,77%	4

Tabulka 9 - Zhodnocení metod zaměřených na prevenci syndromu vyhoření



Graf 9 - Zhodnocení metod zaměřených na prevenci syndromu vyhoření

Z uvedených výsledků vyplývá, že ze skupiny „Operátorek“ 88,24% což je 30 respondentů, se zúčastnilo některého kurzu nebo psychologické konzultace.

Byla zjištěna vysoká subjektivní spokojenost respondentů s jednotlivými metodami, nejvyšší (85,29%) u absolvování preventivních přednášek a (70,59%) u nácviku komunikačních technik. Skupina „Operátorek“ rovněž více využívala i ostatní výše jmenované intervenční metody.

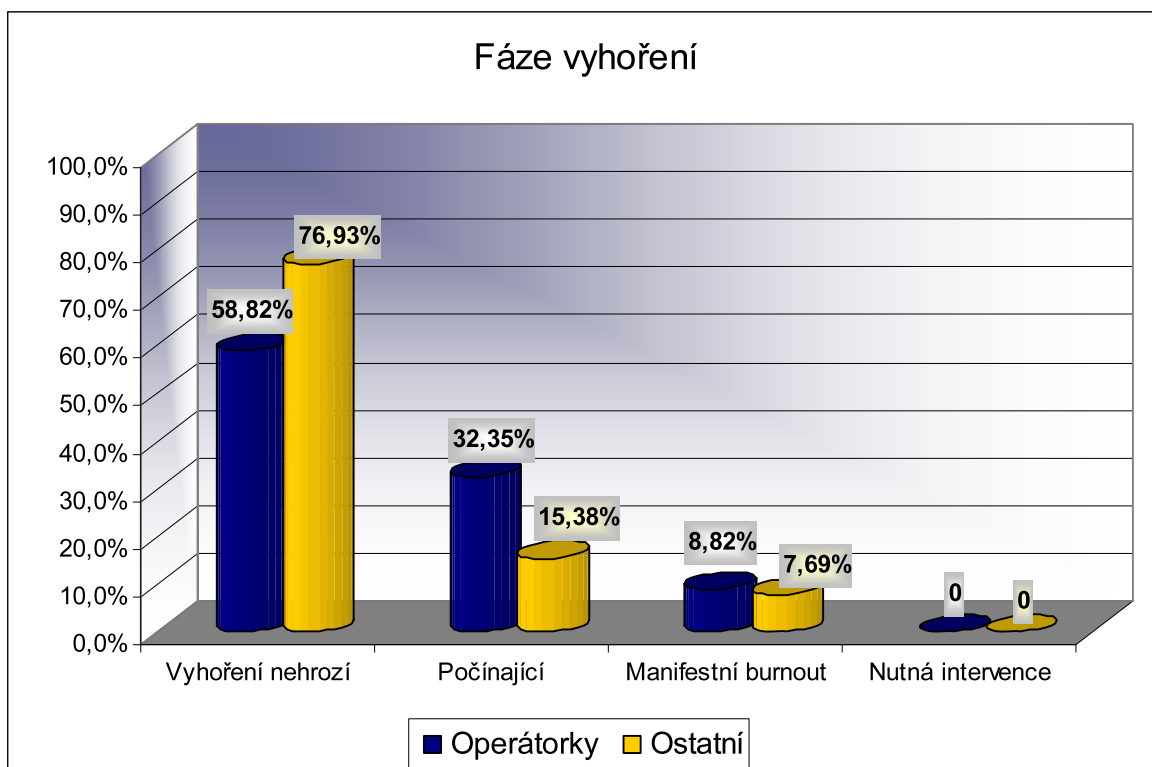
Obě hypotézy nebyly vyvráceny, operátorky v dnešní době samy aktivně navštěvují různé kurzy zaměřené na zdokonalování komunikačních technik a pozitivně hodnotí i další intervenční metody, které v průběhu praxe, některé již osobně absolvovaly.

6.3 Vyhodnocení třetí části dotazníku

Fáze vyhoření

Fáze vyhoření	Operátorky	Operátorky	Ostatní	Ostatní
Vyhoření nehrozí	20	58,82%	10	76,93%
Počínající	11	32,35%	2	15,38%
Manifestní burnout	3	8,82%	1	7,69%
Nutná intervence	0	0	0	0

Tabulka 10 - Fáze vyhoření



Graf 10 - Fáze vyhoření

Poprvé byly tyto dotazníky předloženy respondentům v roce 2003, dále pokračoval výzkum v roce 2005. Na základě zjištěných poznatků probíhaly na našem pracovišti různé preventivní přednášky a podpůrné psychologické intervence.

Dále byly organizovány nácviky sociální komunikace v různých mezních situacích, které probíhaly pod vedením zkušeného psychologa.

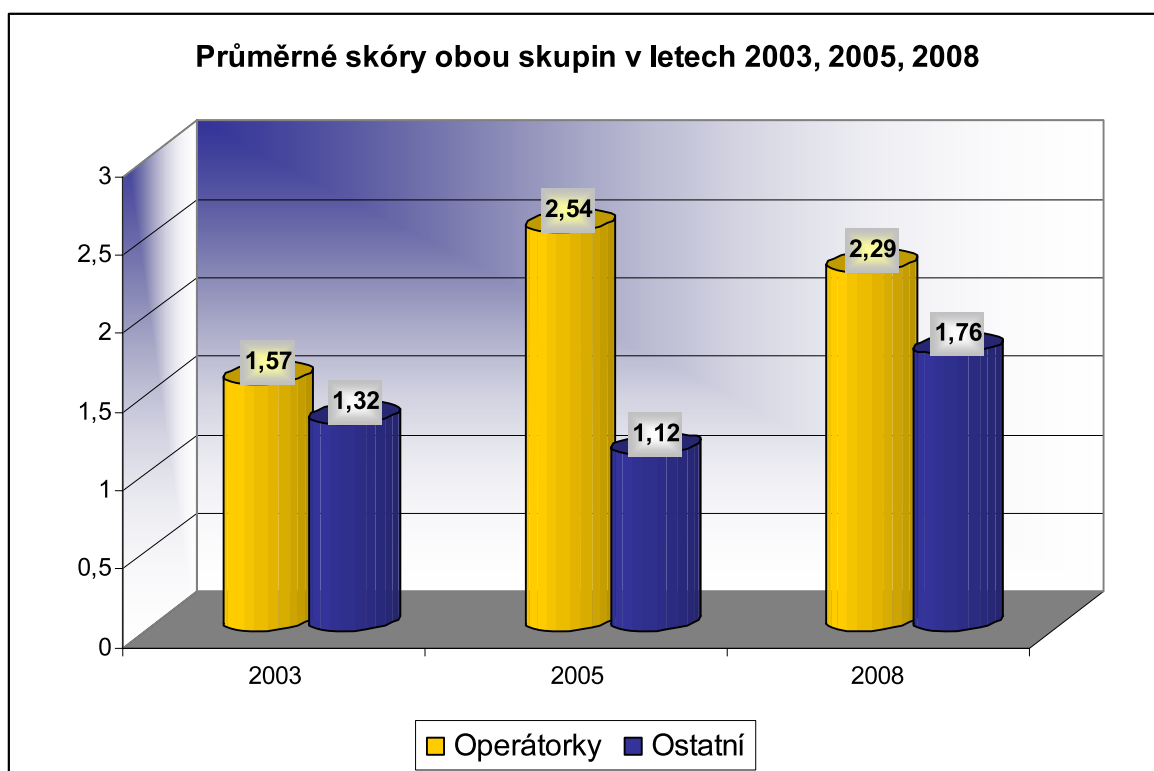
Od roku 2007 dochází k poskytování krizové intervence zaměstnavatelem jako součást péče o zaměstnance.

Výzkum byl zaměřen na komplexní pohled zdravotnických pracovníků na zátěž a stres, který je nedílnou součástí naší práce a profese.

Průměrné skóry obou skupin v letech 2003, 2005, 2008.

Profesní skupina	2003		2005		2008	
	Četnost	Průměr	Četnost	Průměr	Četnost	Průměr
Operátorky	51	1,57	87	2,54	34	2,29
Ostatní	235	1,32	510	1,12	13	1,76

Tabulka 11 - Průměrné skóry obou skupin v letech 2003, 2005, 2008



Graf 11 - Průměrné skóry obou skupin v letech 2003, 2005, 2008

Pro zjištění příznaků syndromu vyhoření byl v této části použit screeningový dotazník, (Libigerové, E., r.1999), s možnostmi odpovědi ano – ne. Jedná se sice o nestandardizovanou metodu, reflektuje však obecná rizika syndromu vyhoření ve zdravotnictví. Tato metoda umožňuje orientační vyhodnocení výskytu příznaků syndromu vyhoření.

Závěr

Pracovní zatížení operátorů je velmi kolísavé – s nečekanými, nárazovými špičkami, které kladou mimořádné nároky na organizační schopnosti a psychickou odolnost.

Dispečer musí rychle a správně reagovat na dynamicky se měnící situaci, do které zasahují stále nové a nové faktory. Na jeho správných rozhodnutích přitom mohou doslova záviset lidské životy. V těchto chvílích práce operačního střediska záchranné služby snese bez nadsázky srovnání s prací dispečerů letového provozu – ba je o něco náročnější: vývoj zatížení nelze předpovědět, každou sekundu se mohou objevit nové informace, které zcela zásadně zasáhnou do rozhodovacích procesů, a navíc „na druhé straně barikády“ nejsou profesionálové vycvičení pro zvládnání mimořádných situací s předvídatelnými reakcemi, ale „obyčejní“ lidé, laici, domluva s nimi může být neobyčejně svízelná a reakce jsou někdy zcela nečekané.

Z výsledků studie sice nevyplývá bezprostřední ovlivnění skóru vyhoření operátorek zdravotnického operačního střediska, dotazník obě stanovené hypotézy, nevyvrátil.

Hypotéza č.1:

Z výsledků mého šetření je zřejmé, že o kurzy zaměřené na komunikační dovednosti mají pracovníci ZOS mnohem větší zájem než respondenti druhé skupiny.

Hypotéza č.2:

Vyjádřila jsem předpoklad většího zájmu o posttraumatické intervenční metody zaměstnanci operačního střediska oproti pracovníkům výjezdových skupin. Hypotéza se sice potvrdila, ale ukázala, že i pracovníci výjezdových skupin mají o tyto metody srovnatelný zájem.

Ve své práci jsem chtěla přiblížit práci zdravotnického operačního střediska, zátěž a stres, se kterými se operátorky dnes a denně vyrovnávají.

Riziko vyhoření roste s délkou praxe na záchranné službě, je proto nutné se zaměřit na prevenci syndromu vyhoření a tím zabránění předčasnému odchodu kvalifikovaných operátorů na jiná pracoviště.

Domnívám se, že nejen psychologické programy zaměřené na prevenci burnout syndromu u operátorek, ale i různé kurzy a přednášky věnované dovednostem sociální komunikace, pomohou zvýšit pracovní pohodu, ale i efektivitu práce a motivaci pracovníků ZOS.

Ve své diplomové práci bych se chtěla věnovat dalšímu vzdělávání a projektům zaměřených na sociální komunikaci jako možnost prevence syndromu vyhoření.

Resumé

Tématem mojí bakalářské práce je „Problematika adekvátní komunikace v mezních zdravotních situacích“. Během přípravy a studia různé literatury týkající se této problematiky zjišťuji, jak je to rozsáhlé téma. Každý může toto téma pojmout zcela z jiného hlediska.

V úvodu práce jsem se snažila přiblížit práci a nároky, které jsou kladeny na zdravotnické operační středisko. Je to profese enormně náročná na psychiku těchto pracovníků.

V teoretické části uvádím, pouze orientačně, historii vývoje záchranné služby v Česku. Dále se věnuji právním normám a specifickým úkolům zdravotnického operačního střediska (dále jen ZOS).

V textu jsou uváděny různé kasuistiky z mojí praxe. V této části jsou definovány i situace a stavy se kterými se ZOS setkává. Dále uvádím taxonomii zátěžových situací včetně kasuistik pro lepší seznámení s danou problematikou.

Podstatnou část věnuji stresu a syndromu vyhoření. Jedním z důvodů, které podporují vznik stresu a syndromu vyhoření bývá i špatná komunikace mezi lidmi. Kladu důraz na komunikační znalosti a dovednosti.

V praktické části jsem vycházela z analýzy dostupné literatury a použila jsem kvantitativní výzkum, který byl respondentům předložen ve formě anonymního dotazníku.

Z výsledků studie sice nevyplývá bezprostřední ovlivnění skóru vyhoření operátorek zdravotnického operačního střediska, dotazník však nevyvrátil obě stanovené hypotézy. Potvrdila se mi hypotéza, kde předpokládám, větší zájem o kurzy věnované komunikačním dovednostem pracovníky ZOS. Druhá hypotéza nebyla vyvrácena, potvrdila zájem o posttraumatické intervenční metody pracovníky ZOS. Dotazníkové šetření rovněž ukázalo, že i pracovníci výjezdových skupin mají o tyto metody srovnatelný zájem.

Praktická práce dokazuje, že zátěž a stres na záchranné službě je nedílnou součástí záchrany a boje o lidské životy. Domnívám se , že psychologické programy zaměřené na operátorky, mají v praxi jistě své místo – mohou zvýšit pracovní pohodu a efektivitu práce. Musíme se na komunikaci dívat i z druhé strany, ze strany člověka v nouzi nebo tísni. Člověk si těžko uvědomuje problémy druhého, pokud se v podobné situaci neocitne sám. Měla jsem možnost si uvědomit a vyzkoušet, že být v pozici volajícího záchrannou službu, není jednoduché. Je náročné popsat během krátkého časového limitu místo zásahu, o co se jedná, jak je asi pacient starý a odpovědět ještě na další otázky. Jde o to v krátkém časovém úseku zjistit co nejvíce informací, zajistit pro pacienta první pomoc, vyslat na místo zásahu sanitní vozidlo, to vše se dá dobře zvládnout jen pomocí kvalitní komunikace obou stran.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u osob pracujících na zdravotnickém operačním středisku, pojednává o zátěži a stresu u těchto pracovníků. Hlavní cíl teoretické části byl zaměřen na akutní reakci na stres, projevy syndromu vyhoření a základy sociální komunikace.

Praktická část je zaměřená na výskyt syndromu vyhoření u operátorů zdravotnického operačního střediska a jeho prevenci. Základ práce tvoří kvantitativní výzkum. Pomocí anonymního dotazníku jsem vyhodnotila jednotlivé faktory stresu u operátorů, míru projevů syndromu vyhoření a způsob vyrovnávání se stresem.

Klíčová slova

Zdravotnické operační středisko, techniky vedení hovoru, syndrom vyhoření, projevy stresu.

Annotation

The bachelor work deals with the burnout syndrome of people working in call centre as operators of emergency medical system, that discuss about workload and stress of the people. The main target of theoretical part is focused on urgent reaction to stress, burnout syndrome and principles social communication.

The research is focused on the incidence of the burnout by operators working on dispatch of emergency medical system and its prevention. The work is based on quantitative research. I've analyzed unit factors of stress at operators, stress display measure the burnout syndrome and way of face up to stress based on anonymous survey.

Keywords

Dispatch of emergency medical system, techniques of leading the conversation, burnout syndrome, stress factors.

Seznam právních předpisů

Zákony

- zákon č. 20/1966 Sb. v platném znění, o péči a zdraví lidu ;
- zákon č. 40/1964 Sb. v platném znění-občanský zákoník;
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném pojištění;
- zákon č. 141/1961 Sb. v platném znění, o trestním řízení soudním;
- zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému.

Vyhlášky

- č.434/1992 Sb. vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky o zdravotnické záchranné službě;
- č.19/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení;
- č.424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků atd.

Seznam použité literatury

ČEPICKÁ, B., ŠIMEK, J.: *Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska*. Praha: 2008.

DRÁBKOVÁ, J.: *Vádemékum novinek neodkladné péče*. Praha, Avicenum, 1999, 40 s. ISBN 80-7169-693-5.

FRANĚK, O.: *Medicínský a koordinační rozměr práce operačního střediska*. Kladno: 2008, 58 s. ISBN 978-80-904018-2-2.

HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. Galén, 1997, 1999, ISBN 80-7262-032-0.

JANOUSEK, J.: *Sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1968.

JANOUSEK, J. et al.: *Metody sociální psychologie*. Praha: SPN, 1986. ISBN 46-00-38/1.

KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, ISBN 80-200-1307-5.

KOHOUTEK, R.: *Základy sociální psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 1998.

KOHOUTEK, R.: *Základy užité psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2002.

NAKONEČNÝ, M.: *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999, 159 s. ISBN 80-200-0690-7.

OLEJNÍČEK, A., KOHOUTEK, R.: *Metodika řešení problémů v mezních situacích*. Brno: IMS, 2005.

POKORNÝ, J.: *Manuál tvořivé komunikace*. 2. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2004, ISBN 80-7204-330-7.

STOLÍNOVÁ, J., MACH, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*

ŠPATENKOVÁ, N.: *Krizová intervence pro praxi*, Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0586-9.

VÍZDAL, F.: *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: IMS Brno, 2005, 34 s.

VODÁČKOVÁ, D.: *Prostupnost záchranné služby s psychosociálními službami*, 2008.

VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*, Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-342-0.

VYBÍRAL, Z.: *Psychologie komunikace*, Portál, ISBN 80-7178-998-4.

Sborník konference Karlovy Vary: *Stres zdravotníků 1998*.

Ostatní literární zdroje

BRANDEJSKÁ, D.: *Zátěž a stres pracovníků na záchranné službě*, Bakalářská práce, LF UK Hradec Králové, 2008.

KAVKOVÁ, S.: *Výskyt a projevy syndromu vyhoření u operátorů obsluhujících informační telefonní linku*, Bakalářská práce, MUNI Pedagogická fakulta Brno, 2008.

ŠEBLOVÁ, J.: *Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb-možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie*, Disertační práce oboru preventivní medicína, UK Praha, 2007.

<http://www.155plus.cz> [navštíveno dne 6.4.2009].

http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz_ [navštíveno dne 5.4.2009].

Přílohy

1 Průvodní list k dotazníku

Dobrý den

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Jedná se současně o porovnání dat se studii, které proběhly v letech 2003 a 2005.

Prosím vás o vyplnění dotazníku, který je samozřejmě anonymní. Tento dotazník je nejenom zaměřen na porovnání dat se získanými podklady z minulých let, ale je zároveň součástí méjí bakalářské práce, kterou věnuji – „Problematice adekvátní komunikace v mezních zdravotních situacích“.

Ve své práci se chci věnovat rovněž burnout syndromu, který se vyskytuje ve větší míře, právě v naší profesi.

Dotazník byl vypracován MUDr. Janou Šeblovou a je součástí její disertační práce s názvem „Zátěž, stres a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb a možnosti včasné diagnózy, prevence a terapie“ Jana Šeblová 2007 , která je mimo jiné věnována i syndromu vyhoření. Získané údaje budou s MUDr.Šeblovou konzultovány.

Děkuji Vám za poskytnuté údaje.

Jiřina Fousková
OSZS Příbram – Beroun
Školní 70
261 95 Příbram 8

2 Dotazník

Dotazník - rok 2008

I.část

Věk:

Pohlaví:

Rodinný stav:

Pracovní pozice na záchranné službě:

Délka praxe na záchranné službě:

Předchozí kvalifikace:

Postgraduální/pomaturitní specializační zkoušky:

Délka praxe celkem:

Úvazek na záchranné službě:

II. část

Absolvoval/a jsem někdy:			Hodnotím	
	ano	ne	pozitivně	negativně
Preventivní přednášku s tématem psychické zátěže a stresu	ano	ne	pozitivně	negativně
Nácvik komunikačních technik	ano	ne	pozitivně	negativně
Psychologickou konzultaci z důvodu profesního stresu (vč. telefonické)	ano	ne	pozitivně	negativně
Strukturovaný pohovor	ano	ne	pozitivně	negativně
Krizovou intervenci	ano	ne	pozitivně	negativně

Jiné - jaké:

Pokud jste něco z výše uvedeného absolvoval/a a chcete připojit komentář (zejména ohledně účinnosti)

III. Část dotazníku zjišťuje příznaky tzv. syndromu vyhoření. U každé položky vyberte zakroužkováním kladnou nebo zápornou odpověď (tedy zda uvedené tvrzení odpovídá Vašemu pocitu nebo situaci):

1. Když si v neděli odpoledne vzpomenu na to, že musím zítra zase do práce, nestojím už za nic.	ano	ne
2. Kdybych měl/a možnost odejít do důchodu (např. předčasného, invalidního), udělám to hned zítra.	ano	ne
3. Nesnáším spolupracovníky, ty jejich stále stejné řeči jsou k nevydržení.	ano	ne
4. To, jak mne dráždí spolupracovníci, není nic proti tomu, jak mne dokáží vyvést z míry pacienti a jejich příbuzní.	ano	ne
5. Práce s lidmi mne už ubíjí, vysává mé síly.	ano	ne
6. Za poslední tři měsíce jsem odmítl/a účast na vzdělávacích kurzech, seminářích, konferencích apod.	ano	ne
7. Svou práci zvládám "levou rukou", myslím, že mne už nemůže nic překvapit.	ano	ne
8. O své práci se těžko dozvím ještě něco nového.	ano	ne
9. Na konci pracovního dne bývám unaven/a tak, jako bych těžce fyzicky pracoval/a.	ano	ne
10. Mám pocit, že už je jen málo věcí, ze kterých se dokážu opravdu radovat.	ano	ne

Děkuji za Váš čas, který jste věnoval/a vyplňování dotazníku

3 Seznam tabulek

<i>Tabulka 1 - Věková kategorie respondentů</i>	50
<i>Tabulka 2 - Poměr mužů a žen</i>	51
<i>Tabulka 3 - Délka praxe na záchranné službě</i>	52
<i>Tabulka 4 - Preventivní přednáška s tématem psychické zátěže a stresu</i>	54
<i>Tabulka 5 - Nácvik komunikačních technik</i>	55
<i>Tabulka 6 - Psychologická konzultace z důvodu profesního stresu</i>	56
<i>Tabulka 7 - Strukturovaný pohovor</i>	57
<i>Tabulka 8 - Krizová intervence</i>	58
<i>Tabulka 9 - Zhodnocení metod zaměřených na prevenci syndromu vyhoření</i>	59
<i>Tabulka 10 - Fáze vyhoření</i>	60
<i>Tabulka 11 - Průměrné skóry obou skupin v letech 2003, 2005, 2008</i>	61

4 Seznam grafů

<i>Graf 1 - Rozdělení respondentů podle věku</i>	50
<i>Graf 2 - Poměr mužů a žen</i>	51
<i>Graf 3 - Délka praxe na záchranné službě</i>	52
<i>Graf 4 - Preventivní přednáška s tématem psychické zátěže a stresu</i>	54
<i>Graf 5 - Nácvik komunikačních technik</i>	55
<i>Graf 6 - Psychologická konzultace z důvodu profesního stresu</i>	56
<i>Graf 7 - Strukturovaný pohovor</i>	57
<i>Graf 8 - Krizová intervence</i>	58
<i>Graf 9 - Zhodnocení metod zaměřených na prevenci syndromu vyhoření</i>	59
<i>Graf 10 - Fáze vyhoření</i>	60
<i>Graf 11 - Průměrné skóry obou skupin v letech 2003, 2005, 2008</i>	61

5 Publikovaná práce a přednášková činnost

1. Vlastní publikační činnost

FOUSKOVÁ, J. : *Komunikace operačního střediska záchranné služby*, Urgentní medicína, 4, 2008, s.23-24.

2. Přednášková činnost-prezentace (CD)

FOUSKOVÁ, J. : *Komunikace operačního střediska záchranné služby*, Kongres Operační řízení ve zdravotnictví, listopad 2008, Milovy.

Komunikace operačního střediska záchranné služby

Jiřina Fousková

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, oblast Příbram – Beroun

Abstrakt

Ve dnech 4.11 a 5. 11. 2008 proběhl v Milovech kongres věnovaný operačnímu řízení ve zdravotnictví. Tento článek je věnován zásadám komunikace operačního střediska s volajícími. Komunikaci, jejím pravidlům a dovednostem by se měl věnovat každý z nás.

Klíčová slova: operační středisko ZZS – komunikace – fáze hovoru – techniky vedení hovoru

Abstract

On 4th and 5th November 2008 a congress in Milovy dedicated to medical dispatch took place. This paper deals with basic principles of communication between dispatchers and callers. Each of us should be aware of communication, its rules and communication skills.

Key words: Medical Dispatch of EMS – communication – phases of telephone call – techniques of leading the conversation

Komunikace operačního střediska záchranné služby

Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje již několik let seznamuje svoje zaměstnance se zásadami komunikace v různých akreditovaných kurzech.

Komunikaci, jejím dovednostem a pravidlům, by se měl věnovat každý, kdo ji ve svém oboru potřebuje. Zaměstnanci různých call center, ať již různých operátorů mobilních telefonních sítí či zaměstnanci bank, navštěvují pravidelně různá školení, kde získávají poznatky, jak jednat s klientem.

Příspěvek je věnován komunikaci operačního střediska s volajícím, je rozdělen na fáze hovoru a techniky vedení hovoru.

Fáze hovoru: každý hovor by měl mít tři fáze: úvod, vlastní téma hovoru a závěr.

Úvod hovoru:

Ohlašujeme se jménem organizace, následuje pozdrav. Dochází k dalšímu navázání kontaktu s volajícím. Tuto část hovoru nesmíme podceňovat, v úvodu hovoru záleží nejen na tom co operátorka říká, ale JAK to říká. Je-li její hlas podrážděný hned na úvod, může vyvolat negativní emoce u volajícího. Překvapí ji mnohdy až upozornění volajícího „nebuďte nervózní, nekřičte na mne“ apod.

Shrnutí: velmi důležité jsou, kromě odborných znalostí i technika projevu a intonace.

Vlastní téma hovoru:

Podle standardních postupů by mělo probíhat zjištění základních údajů týkajících se zdravotního stavu pacienta, místa zásahu pomocí otázek:

- KDO VOLÁ?
- KDE ? – určení lokality
- CO SE STALO?
- JAKÉ MÁ POTÍŽE?
- operační středisko informuje volajícího o tom, jak bude výzvu řešit

Závěr hovoru:

Jedná-li se o urgentní stav, je posádka vyslána na místo zásahu, volající je seznámen s tím, že již posádka vyjela a je poučen o první pomoci, případně je prováděna TANR. Opět nesmíme zapomenout, že na způsobu ukončení hovoru závisí i jeho úspěšnost.

Techniky vedení hovoru a její zásady

- **Jednu otázku vyjádřete jednou větou** – nepoužíváme více otázek najednou, volající většinou nestačí více otázek vnímat, je soustředěn na „svůj“ problém.
- **Vyhýbejte se sugestivním otázkám** – tím vnucujeme volajícímu otázkou odpověď, kterou chceme slyšet např. „není to tak, že se vám ty bolesti při zátěži zhorší?“
- **Vyhýbejte se složitým větným celkům** – nepoužívejte odborné výrazy nebo cizí slova, volající jsou většinou laici a nerozumí nám. Občas během komunikace se zdravotníky nebo s policií, zjistíme, že i jim jsou některé termíny nesrozumitelné.
- **Nepoužívejte příliš dlouhé otázky** – volající je ve stresu, mohlo by dojít k přecenění percepční schopnosti volajícího.
- **Technika jednoduché akceptace** – je většinou používána slůvkem „ANO“, volajícímu tak dáme najevo, že mu rozumíme.
- **Technika parafrázování** – zopakujeme svými slovy část výzvy, většinou týkající se místa zásahu, tím se ujistíme, že nám bylo sděleno správné místo zásahu. Stává se, že volající nahlásí omylem svoji adresu nebo dojde k chybnému udání čísla domu apod., parafrázování dává volajícímu možnost si tuto chybu uvědomit.
- **Přílišný spěch během komunikace** – může vést k podcenění nebo přehlédnutí nějakého závažného příznaku, případně k chybnému určení místa zásahu.
POZOR na shodné či podobné názvy vesnic nebo ulic, vždy je potřeba se ubezpečit, že s volajícím hovoříme o stejné lokalitě místa zásahu.
- **Operátorka nesmí podléhat antipatiím** – ke kterým by mohlo dojít během komunikace s chronicky volajícím pacientem, týká se to též komunikace s pacienty v ebriété, s psychiatrickými pacienty apod.
POZOR na předsudky týkající se určitých sociálních skupin, mohlo by dojít k mylnému zobecnění individuální zkušenosti, to se pak může projevit v chování vůči nim, k podcenění zdravotního stavu nebo pouze k nedorozumění, které může v lepším případě končit stížností.
- **„První dojem je rozhodující – poslední zůstává“** – psychologové zkoumající zákonitosti vnímání člověka člověkem zjistili, že první a poslední dojem mají většinou větší význam než informace, které dostaneme mezi nimi. Z tohoto důvodu by mohlo dojít k tomu, že se operátorka soustředí na prvotní informaci, ale uprostřed sdělení volajícího přehlédne závažnou informaci týkající se zdravotního stavu pacienta.

• **Je důležité přizpůsobit své otázky věku dotazovaných osob a úrovni jejich myšlení** – během hovoru se ujistíme, že nám volající rozumí, případně se pokusíme volajícího uklidnit. Stále častěji jsou volajícími na tísňovou linku právě děti, bývá obtížné odlišit zlomyslné volání dětí od reálné výzvy. Jsou-li děti svědky nějaké události, spolupráce s nimi je většinou dobrá.

Kasuistika

Volající na linku 155 byla čtrnáctiletá mentálně postižená dívka.

Naše pracoviště kontaktuje mladá dívka, během výzvy se směje, neadekvátně odpovídá na naše otázky, chvílemi jí není vůbec rozumět. Volání na tísňovou linku vypadá téměř shodně jako ostatní zbytečné telefonáty dětí. Operační středisko se snaží zjistit odkud dívka volá a co se stalo. Skutečnost, že se nejedná o žert, si ZOS uvědomuje v momentě, kdy dívka během hovoru použila termín „hypoglykemie“. Nestává se, že by děti běžně tento termín znaly.

- Převzetí tísňové výzvy trvalo téměř deset minut
- Volající byla mentálně postižená dívka a její matka se léčila s diabetem
- Na místo zásahu vyjíždí posádka s lékařem, pacientka byla zalečena a ponechána doma

...a co ještě můžeme během hovoru vnímat?

Je to nejen vlastní hovor, ale slyšíme i to, co řečeno nebylo, máme možnost vnímat emoce a pocity obsažené ve slovech. Také máme možnost vnímat i další zvuky jako je těžké dýchání, pláč, křik, chaos na místě. Rovněž vnímáme i prostředí v jakém se volající nachází, je-li venku na ulici, v restauraci nebo doma. Tyto signály nám dávají možnost poznat i co se na místě události odehrává – napadení v rodině, roztržka v restauraci apod. Zvuky, které může operátorka vnímat, mohou pomoci odhadnout situaci na místě zásahu a popřípadě může ZOS požádat policii o spolupráci, ještě před příjezdem posádky na místo.

„Nauč se pozorně poslouchat, co říká druhý, a ze všech sil usiluj vcítit se v myšlení mluvícího“.

(Marcus Aurelius)

Co říci závěrem?

„Umět klást otázky a umět naslouchat a analyzovat slyšené je dovednost, kterou na celém světě mnoho zdravotníků postrádá“.

(Radkín Honzák)

Na rozdíl od ostatních linek krizové intervence je práce operačního střediska záchranné služby s volajícími omezena časovým faktorem. Nebývá tomu tak v případech, kdy je zřejmé, že se nejedná o náhlé poškození zdraví, kdy nedochází k selhání základních životních funkcí. I když jsou operátorky školeny a neustále se vzdělávají, nikdy neví, jaká přijde další výzva a co budou muset v příštích minutách řešit. Operátorka je často vystavena slovním útokům volajícího, občas je vystavena výhrůzkám a nadávkám, ale přitom si musí uvědomovat, že pouze klidnou a rozhodnou komunikací má možnost získat validní informace a tím má i postižený pacient větší šanci na záchranu života.

Je třeba si uvědomit, že i při komunikaci existují určité zákonitosti, při jejichž nedodržení bude komunikace vážnou. A naopak, znalost některých principů nám komunikaci usnadní.

Použitá literatura:

1. FRANĚK O. *Medicinský a koordinační rozměr práce operačního střediska*. Kladno, 2008
2. HONZÁK R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha, Galén, 1999
3. KOHOUTEK R. *Základy užití psychologie*. Brno, CERM, 2002
4. VÍZDAL F. *Technika poznávání osobnosti*. Brno, IMS, 2005
5. VYBÍRAL Z. *Psychologie komunikace*. Praha, Portál, 2005
6. VYMĚTAL J. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha, Grada, 2008

Jiřina Fousková
ÚSZS SK – oblast Příbram – Beroun
Školní 70
261 95 Příbram VIII
E-mail: f.jirina@seznam.cz

Příspěvek došel do redakce 13. prosince 2008

Patomorfologické změny v souvislosti s toxikomanií

Michal Beran, Alena Lysenková, Alena Cypryanová, Ivan Procházka, Jaroslav Zikmund

Ústav soudního lékařství FN Na Bulovce, Praha

Abstrakt

Na souboru 28 zemřelých toxikomanů, pitvaných na našem pracovišti v letech 1998 – 2001 jsme na základě pitevního nálezu a mikroskopického vyšetření srdce, plic a kůže sledovali patomorfologické změny vzniklé v souvislosti s abusem drog. Pravidelným nálezem byla myointimální hyperplázie tepen myokardu, v některých případech ložiskové ischemické změny malého rozsahu a různého stáří v myokardu. V plicích byly nalezeny drobné granulomy s přítomností obrovských mnohojaderných buněk v interalveolárních septech, ložisková fibróza plic a žilní trombóza ve stavu plně organizace trombů. V excizích z kůže byly v korigu a podkoží zjištěny obrovskobuněčné granulomy kolem cizích těles, perivaskulární zánětlivé infiltráty a jizvy s přítomností četných siderofágů.

Příčinou smrti jednotlivých členů souboru byla buď akutní srdeční nedostatečnost při předávkování drogou, nebo chronická srdeční, případně i dechová nedostatečnost při patomorfologických změnách na orgánech v souvislosti s abusem drog nebo byla příčina smrti jiná, s toxikomanií nesouvisející.

Klíčová slova: toxikomanie, patomorfologické změny – myointimální hyperplázie tepen – obrovskobuněčné granulomy