

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře

Anastázie Hořínková

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anastázie Hořínková**
Osobní číslo: **Z14008**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Název tématu: **Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: DLE DOPORUČENÍ VEDOUCÍHO

Rozsah pracovní zprávy: 62 STRAN

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. VYBÝRAL, Z. Psychologie komunikace. 2. vyd., Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.
2. MILKULAŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 1. vyd., Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
3. ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2. ISBN 978-80-247-4119-2.
4. WHO, MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, 2. aktual. vyd., Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2008. ISBN 978-80-904259-0-3
5. BURNARD, P. Effective communication skills for health Professionals. Springer; Softcover reprint of the original 1st ed. 1992 edition (1 Jan. 1992). ISBN 978-0-412-40870-0.
6. GORDON, T., EDWARDS, W. S. Making the patient your partner: communication skills for doctors and other caregivers, Auburn house, edited in 1997. ISBN 0-86569-255-6.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

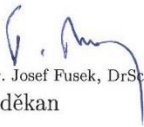
FVZ UO v Hradci Králové

Datum zadání bakalářské práce:


1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

9. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSt.
děkan

L.S.


Mgr. Jan Pospíchal
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2017

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny i informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. 5. 2017

Anastázie Hořínková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji plk. PhDr. Zdeňku Hrstkovi PhD. jakožto svému vedoucímu práce za skvělý přístup, bezproblémové konzultace, cenné rady a náměty. Poděkování patří také akademickým pracovníkům za teoretickou i praktickou přípravu k úspěšnému ukončení studia, která podporovala můj zájem o vzdělání a spolužákům za vytvoření dobrého kolektivu. Za dobré zázemí a podporu děkuji také své rodině a nejbližším.

ANOTACE

Práce pojednává o komunikačních dovednostech zdravotnických záchranářů s vybranými skupinami pacientů trpících demencí, schizofrenií, pacientů se suicidálními tendencemi a se sklony k sebepoškozování a agresivních pacientů. Teoretická část je zaměřena na komunikaci a komunikační dovednosti, spojení těchto dovedností s praxí zdravotnického záchranáře a možnými přístupy k výše zmíněným pacientům. Obsahem výzkumné části je dotazník a jeho hodnocení, zaměřený na danou problematiku a splnění cílů práce. Hlavním cílem je zjištění míry zkušeností a způsobu komunikace v praxi zdravotnických záchranářů v jednom kraji s lidmi s vybranými potížemi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikace, komunikační dovednosti, zdravotnický záchranář, pacient, agrese, demence, schizofrenie, suicidium, sebepoškozování.

TITLE

The communication skills used in practice by the paramedics

ANNOTATION

The thesis is dealing with the communication skills of paramedics with selected groups of patients suffering from dementia, schizophrenia, suicidal tendencies, inclination towards self-harming and aggression. The theoretical part is focused on communication and communication skills, the combination of these skills with the practice of the paramedics and possible approaches to the above-mentioned patients. The content of the research part consists of questionnaire focused on the given topic and fulfillment of the targets of the thesis. The main target is determine the level of experience and the way of communication in the practice of paramedics in one region with people with selected problems.

KEYWORDS

Communication, communication skills, paramedic, patient, aggression, dementia, schizophrenia, suicide, self-harm.

OBSAH

Úvod.....	12
I teoretická část	14
1 Komunikace	14
1.1 Verbální a neverbální komunikace.....	14
1.2 Funkce komunikace	16
1.3 Faktory ovlivňující komunikaci, zpětná vazba	16
1.4 Nezdravá a patogenní komunikace	17
2 Profese zdravotnického záchranáře a jeho osobnost.....	19
3 Komunikační dovednosti ze strany pomáhající profese	20
3.1 Přesvědčování	21
3.2 Komunikace s rodinnými příslušníky	21
3.3 Agresivní pacient	22
3.3.1 Zásady v přístupu a komunikaci s agresivním pacientem	22
3.4 Pacient trpící schizofrenií.....	23
3.4.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem trpícím schizofrenií.....	24
3.5 Pacient trpící demencí	25
3.5.1 Komunikace s geriatrickými pacienty	27
3.5.2 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem trpícím demencí	28
3.6 Pacient se suicidálními sklony	29
3.6.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem se suicidálními sklony	30
3.7 Pacient se sklony k sebepoškození.....	32
3.7.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem se sklony k sebepoškození.....	34
4 Shrnutí teoretické části.....	36
II VÝZKUMNÁ ČÁST	37
5 Cíle výzkumu.....	37
5.1 Cíle hlavní	37

5.1.1	Cíle dílčí.....	37
6	Metodika výzkumu	37
6.1	Pilotní studie.....	37
6.2	Výzkumné otázky a jejich předpokládaný výsledek	38
7	Prezentace výsledků.....	42
8	Diskuze	66
8.1	Dosažení hlavního cíle	66
8.2	Dosažení dílčích cílů	67
III	ZÁVĚR.....	69
9	ZDROJE.....	71
10	PŘÍLOHY	74
10.1	Příloha 1.....	74
10.2	Příloha 2.....	79

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulka č. 1, pohlaví.....	42
Tabulka č. 2, věk.....	43
Tabulka č. 3, člen posádky.....	44
Tabulka č. 4, zkušenosti s pacientem trpícím demencí.....	45
Tabulka č. 5, zkušenosti s pacientem trpícím schizofrenií	46
Tabulka č. 6, zkušenosti s pacientem se suicidálními sklony	47
Tabulka č. 7, zkušenosti s pacientem trpícím sklony k sebepoškození	48
Tabulka č. 8, zkušenosti s agresivním pacientem	49
Tabulka č. 9, největší zkušenosti	51
Tabulka č. 10, důležitost komunikačních dovedností.....	52
Tabulka č. 11, získávání komunikačních dovedností	53
Tabulka č. 12, doplňující otázka k zisku komunikačních dovedností	54
Tabulka č. 13, komunikace s pacientem trpícím demencí.....	55
Tabulka č. 14, komunikace s pacientem trpícím schizofrenií.....	56
Tabulka č. 15, komunikace s pacientem se sklony k sebepoškození nebo suicidálními sklony.....	57
Tabulka č. 16, komunikace s agresivním pacientem	58
Tabulka č. 17, možnosti dalšího vzdělávání	59
Tabulka č. 18, využití možnosti dalšího vzdělávání.....	60
Tabulka č. 19, přínos dalšího vzdělávání.....	61
Tabulka č. 20, důvody nepřínosného dalšího vzdělávání	62
Tabulka č. 21, "nejméně žadání" pacienti.....	63
Tabulka č. 22, proč se respondenti nechtějí setkat s vybraným pacientem	64
Tabulka č. 23, přehled vlastních důvodů toho, proč se vybraným pacientem nechtějí setkat ..	65
Obrázek 1, pohlaví.....	42
Obrázek 2, věk	43
Obrázek 3, člen posádky	44
Obrázek 4, zkušenosti s pacientem trpícím demencí.....	45
Obrázek 5, zkušenosti s pacientem trpícím schizofrenií.....	46
Obrázek 6, zkušenosti s pacientem se suicidálními sklony	47

Obrázek 7, zkušenosti s pacientem trpícím sklony sebepoškozování	48
Obrázek 8, zkušenosti s agresivním pacientem	49
Obrázek 9, největší zkušenosti.....	51
Obrázek 10, důležitost komunikačních dovedností	52
Obrázek 11, získávání komunikačních dovedností.....	53
Obrázek 12, doplňující otázka k zisku komunikačních dovedností.....	54
Obrázek 13, komunikace s pacientem trpícím demencí	55
Obrázek 14, komunikace s pacientem trpícím schizofrenií	56
Obrázek 15, komunikace s pacientem se sklony k sebepoškozování nebo suicidálními sklony	57
Obrázek 16, komunikace s agresivním pacientem.....	58
Obrázek 17, možnosti dalšího vzdělávání	59
Obrázek 18, využití možnosti dalšího vzdělávání	60
Obrázek 19, přínos dalšího vzdělávání	61
Obrázek 20, důvody nepřínosného dalšího vzdělávání	62
Obrázek 21, "nejméně žadání" pacienti	63
Obrázek 22, proč se respondenti nechtějí setkat s vybraným pacientem.....	64
Obrázek 23, přehled vlastních důvodů toho, proč se vybraným pacientem nechtějí setkat	65

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
PČR	Policie České republiky
Sb.	Sbírka
WHO	World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)
PNP	Přednemocniční péče
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc (řidič, zdravotnický záchranář)
RV	Rande-vous (řidič, lékař)
LZS	letecká záchranná služba (pilot, zdravotnický záchranář, lékař)
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
UPa	Univerzita Pardubice
SP	Sebepoškozování

ÚVOD

Zdravotnický záchranář musí bravurně ovládat technickou stránku své práce a veškeré odborné intervence spadající do jeho kompetence. Těmito dovednostmi to ale nekončí, neoddělitelnou součástí tohoto povolání jsou i dovednosti komunikační. V některých případech je komunikace s pacientem to jediné, co může pomoci, stává se nejdůležitějším „nástrojem“ záchranáře, jindy má komunikace pouze nápomocný charakter. Nicméně je neoddělitelnou součástí nejen tohoto povolání.

Práce na zvolené téma „Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře“ je vzhledem k omezeným možnostem rozsahu zaměřena na dovednosti zdravotnických záchranářů jednoho vybraného kraje, a to s pacienty trpícími demencí, schizofrenií, pacienty se suicidálními sklony, sklony k sebepoškozování a agresivními pacienty.

Inspiraci poskytl mimo jiné výzkum uskutečněný v letech 2000–2012, který se zaměřoval na zlepšení komunikace a vztahů mezi zdravotníky a pacienty, sledoval úroveň komunikace, budování důvěry, spolupráce, sdílené porozumění a další mnohé faktory na skutečných pacientech. Výzkumy probíhaly v USA, Kanadě, Německu, Velké Británii, Turecku a Nizozemí. Výzkum byl prováděn na studentech medicíny z různých ročníků a na zdravotnících. Byl zaměřen na tréninkové intervence a pohovory o dovednostech rozvíjejících úroveň komunikace s pacientem. V úvodu bylo také rozebíráno velké množství literatury týkající se zdravotní péče zaměřené právě na rozvoj mezilidské komunikace. Dále bylo poukazováno na důležitost komunikace a vztahu s pacientem pro správná klinická rozhodnutí a léčbu, následně tedy na pozitivní vliv k větší spokojenosti pacientů. V závislosti na tom demonstroval důležitost výuky těchto dovedností na vysokých školách. V závěru byla vyzdvížena prospěšnost tréninkových intervencí zahrnující skutečné pacienty i prospěšnost pohovorů, nicméně bylo také poukázáno na nedostatek „nemedicínské“ literatury a výuky těchto dovedností. (Ross, 2013)

Otázkou přístupu a komunikace zdravotníka k pacientovi se tato práce zabývá také, ale na rozdíl od výzkumu je zaměřena na několik konkrétních pacientů, na oblast jednoho kraje v rámci ČR a povolání zdravotnického záchranáře. Tímto by se mělo docílit podrobnějších a přesnějších informací týkajících se komunikačních dovedností jednoho konkrétního povolání se specifickou skupinou pacientů.

Pro lepší přehlednost je v práci uveden obecný základ komunikace a profese zdravotnického záchranáře ve spojení s komunikačními dovednostmi. Dále je práce věnována komunikačním dovednostem s vybranými pacienty.

Výzkumná část je tvořena pomocí kvantitativního šetření formou dotazníku a má splnit následující cíle:

- zjištění míry zkušeností a způsobu komunikace v praxi zdravotnických záchranářů ve vybraném kraji s lidmi s vybranými potížemi,
- jakou důležitost přikládají zdravotničtí záchranáři komunikačním dovednostem ve své praxi
- a jakým způsobem své komunikační dovednosti zdravotničtí záchranáři získávají, a zda je to pro ně přínosem.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

„Nelze nekomunikovat. Každé chování je komunikace. A proto, že neexistuje nechování, nemůže neexistovat komunikace. Paul Watzlawick.“ (Mikulščík, 2010, s. 15)

Komunikace se řadí mezi základní životní potřeby. Umožňuje nám se prosadit, porozumět a pomáhat druhým. Je to lidská přirozená aktivita používaná nepřetržitě. Slovo pochází z latiny a znamená něco spojovat. (Mikulščík, 2010)

„V psychologii jde také o vyjadřování postojů k předmětu, ke komuniké, ale i k příjemci sdělení. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování znesnadňování či usnadňování porozumění. Komunikaci je možno označit jako dorozumívání.“ Definic existuje mnoho, ale důležité je, že je nutná k efektivnímu vyjadřování a že představuje prostředek k vytváření a ovlivňování vztahů. (Mikulščík, 2010, s. 20)

Komunikace se odehrává ve dvou úrovních. První úroveň se týká obsahu sdělení a jeho pojetím. Druhým aspektem je vztahová úroveň komunikace, kdy jsou vyjadřovány vztahy mezi účastníky komunikace i vztah k tématu, a to na neverbální úrovni. Toto se samozřejmě projevuje i v komunikaci záchranáře a pacienta. Při porovnání verbální a neverbální komunikace dojdeme k poměru 55 % : 45 %. (Mikulščík, 2010)

„Druhů komunikace je velké množství, na záchranné službě by se měla uplatňovat především komunikace záměrná a vědomá, kdy má záchranář pod kontrolou to, co říká a jeho způsoby ovlivňují i záměr. Dále kognitivní, racionální komunikace zaměřená na logické argumenty a racionální. Komunikace, která se může objevit je i komunikace nezáměrná, kdy se záchranář prezentuje jinak, než by chtěl. Důvodem může být tréma, nebo jiné emoce.“ (Mikulščík, 2010, s. 31)

1.1 Verbální a neverbální komunikace

I když je řeč všeobecně považována za důležitou součást komunikace, je chápána jako samozřejmost. Ani se nestává, že by se vědomě zdokonalovala, nebývá jí věnována větší míra pozornosti, času ani úsilí. Komunikace je přejímána od rodičů a ze sociálního prostředí, jakým je škola a převládá zde názor, že zdokonalovat ji mají pouze jedinci, kteří s ní mají nějaké potíže (vada výslovnosti apod.). Řadí se mezi nejdůležitější faktor úspěchu, nicméně

zůstává „nepovšimnuta“ až do doby, kdy je třeba sdělit něco důležitého, zapůsobit na lidi, nebo je třeba se nějakým způsobem připravit, aby se omezila nervozita, strach z nezvládnutí situace apod. V případě, že komunikace neprobíhá dle očekávání, může to způsobit deprivaci a strach. Přispívá k tomu i bolest či jiné trauma a nevhodné chování ze strany zdravotníků, jako je agresivní nebo manipulativní jednání. (Mikulaščík, 2010)

Při rozhovoru ve stejném jazyce nemusí nutně docházet k porozumění. I přes možnou jednotnou formu výuky jazyka jsou schémata myšlení jednotlivce různá, vnímání i interpretace se tedy mohou také navzájem lišit. Toto odlišení je dáno různou slovní zásobou, schopnostmi, pocity i postoji, preferencemi a mnoha dalšími faktory. *„Dokonce i pořadí slov, struktura vět, ať už úmyslná či neúmyslná, vede k odlišnému chápání obsahu. Úspěšná komunikace je založena na vědomě kontrolované volbě slov, na kvalitním vnímání komunikačního partnera, na odpovědnosti a adekvátní flexibilitě.“* (Mikulaščík, 2010, s. 16)

Pro dosažení kvalitní úrovně komunikačních dovedností v případě důvěry ve vlastní dovednosti a spolehnutí se sám na sebe, je dobré komunikaci lépe porozumět a zvládat ji. A to jak v situacích „obyčejných“, tak i v situacích, které si běžně neuvědomujeme, a především v situacích výjimečných. (Mikulaščík, 2010)

Zkušený zdravotník se učí věnovat pozornost všem 3 aspektům komunikace, kterými jsou aspekty jazykové (slova, fráze, metafory, aj.), paralingvistické (načasování, hlasitost, přízvuk, plynulost atd.) a neverbální (mimika, gesta, dotek, pozice těla, blízkost, pohyb těla, oční kontakt apod.) (Burnard, 1992)

Paralingvistické aspekty verbálního projevu dotváří význam řečeného konativním prvkem (tónem řeči, hlasitostí, zpochybňováním, potvrzováním, i zaujetím postoje, sympatií, zlobou atd.). Důležitá je i rychlost projevu – složité a důležité informace je dobré říkat pomaleji a zřetelněji. V profesi záchranáře i ve zdravotnictví obecně je v popředí i kvalita řeči, ve které jde o to, jak je informace srozumitelná a přesná. (Mikulaščík, 2010)

Neverbálními projevy často zesilujeme verbální sdělení, nebo může dojít k odporování (sdělení je opačného rázu než neverbální projev), nebo dáváme důraz či doplňujeme informaci. Mezi neverbální řeč patří gestika, mimika, haptika, posturika, kinezika, proxemika a mnoho dalších. Největší význam mají svaly obličeje a hlavy, pohyby rukou, nohou a celková pozice těla. (Mikulaščík, 2010)

1.2 Funkce komunikace

Komunikace má řadu funkcí, pro záchranáře patří mezi nejpodstatnější funkce informativní (předávání informací, faktů), funkce instruktivní (vysvětlení postupu práce apod.), funkce přesvědčovací (v případě přesvědčování o nutnosti péče) a souvztažnost (dávání informací do souvislostí pro lepší pochopení). (Mikulaščík, 2010)

„Základní schéma komunikačního procesu zahrnuje:

- 1. vnímání dat – záleží na síle podnětu (např. jak záchranář zapůsobí na pacienta), velký význam zde hraje míra pozornosti a význam sdělované informace,*
- 2. vkládání záměru a postoje – záměr zdravotníka musí být jasný a vyjádření správného postoje k pacientovi je také velmi důležité,*
- 3. sebereflexe, sebekoncepce – vnímání vlastní profesní role a podle toho určitým způsobem působit a vyvolávat pacientovy reakce,*
- 4. soubor předpokladů, očekávání a pravidel – naučené vzory chování, pravidla, která byla získána výchovou.“ (Mikulaščík, 2010, s. 24)*

1.3 Faktory ovlivňující komunikaci, zpětná vazba

Komunikační prostředí je důležitým prvkem komunikace. Ve zdravotnictví je to obzvlášť patrné. Pacienti se většinou nachází ve stresové situaci a v případě nemocnice jim cizí prostředí jejich komunikaci ještě více stěžuje. Na komunikační dovednosti má vliv mnoho faktorů, mezi které patří např. časová tíseň, prostor, kde komunikace probíhá, emoce, stereotypy a očekávání chování pacienta, jeho věk, dokonce i pozice z hlediska moci nebo společenské role. (Mikulaščík, 2010)

Čím je komunikace náročnější a čím déle trvá, tím větší množství problémů a nedorozumění může vzniknout. Tomuto „napomáhají“ tzv. komunikační bariéry, které mohou být interní (dány osobnostními problémy – bolest, strach, zlost, úzkost atd.), nebo externí (z prostředí – cizí prostředí, hluk, vizuální rozptylování atp.) (Mikulaščík, 2010)

Přítomnost jiných lidí do značné míry ovlivňuje komunikační úroveň jedince, a to jak ve smyslu zlepšení, tak i zhoršení. *„Komunikační dovednost je ovlivněna sociálním kontextem vnějším i vnitřním.“ (Mikulaščík, 2010, s. 21)*

Při dávání zpětné vazby bychom se měli vyhnout soudcovskému nebo kárajícímu přístupu a měla by mít spíše popisný charakter. (Mikulaščík, 2010)

„Postoje a přesvědčení, utvářené, když se určité situace často opakují, stereotypní jednání, může představovat riziko i pro profesi zdravotnického záchranáře. Patří sem postoje v mínění a názoru na určité pacienty a předsudky vůči nim, nebo i podceňování určitých pacientů.“ (Mikulaščík, 2010, s. 62) Také stres může na část lidí působit špatně, lépe řečeno desorientačně a může vést až k selhání při komunikaci. (Mikulaščík, 2010)

1.4 Nezdravá a patologická komunikace

„Je komunikace vyvolávající pocit tísně a neschopnost sdělování a chápání. Může být projevem duševního onemocnění, nebo i člověka poznamenaného nevhodnou výchovou. Nezdravá komunikace se projevuje nedostatečnou flexibilitou, nedostatečnou přizpůsobivostí, citlivostí, chápavostí a porozuměním, extrémním formalismem nebo extrémním spontánním chováním, nezájmem o lidi a jejich pocity, nerespektováním jejich potřeb, nebo naprostou absencí humoru.“ (Mikulaščík, 2010, s. 239)

Obecně existují nevhodné reakce naslouchajícího, které se dají aplikovat i na zdravotnickou záchrannou službu. Patří sem popírání pocitů pacienta ve smyslu zákazu vnímání situace určitým způsobem, dále i špatné hodnotící reagování, zobecňování situace, předsudky a neverbální projevy. (Mikulaščík, 2010)

Je mnoho lidí, kteří mají psychické problémy charakteru nemoci, a neznamena to, že by museli být hospitalizováni v psychiatrické léčebně. Mnohdy ani nemusíme poznat, že nějaké problémy mají. Ale způsob jednání s nimi vyžaduje odlišnosti přizpůsobené onemocnění. S některými pacienty není běžná komunikace možná. U těchto pacientů se projevuje komunikace hysterická, fobická, depresivní, paranoidní, zpomalená, překotná a mnoho dalších, které se řadí do tzv. patologické komunikace. (Mikulaščík, 2010) *„Vyvarovat by se profesionální záchranář měl komunikaci negativní, agresivní, manipulativní, nebo pasivní.“* (Mikulaščík, 2010, s. 32)

V prostředí PNP může docházet k tzv. psychologické/psychogenní iatropatogenii, kdy má jednání záchranáře za následek psychické poškození pacienta. Může být způsobeno necitelným obsahem sdělení, nevhodně podanou informací, způsobem komunikace obecně apod. *„U záchranářů by psychogenní iatropatogenii mohl vyvolat nezájem o pacientovu bolest, nerespektování vážnosti situace, nevhodné výroky typu: „Tu ruku už asi nezachráníme, to je marné.“, „Ale prosím vás, to jste chlap, vždyť máte jenom zlomenou nohu, to je toho“, „A co byste chtěl/a v tomhle věku?“ atp.“* (Andršová, 2012 s. 42)

Zde jsou uvedena některá z možných psychogenních iatropatogenních poškození ze stran zdravotníka dle Vymětala (2003):

- pacient je nedostatečně či nesrozumitelně informován a záchranář používá odborné názvosloví, vyjadřuje se neadekvátně k pacientovu vzdělání, při práci s pacientem nemluví,
- zdravotník pacientovi něco vyčítá, klade na něj požadavky, které pacient není schopen splnit, při tom na tyto požadavky klade velký důraz jako na nezbytnou podmínku zlepšení zdravotního stavu, nebo dokonce vyléčení. („No musíte dávat pozor, jinak to nejde.“, namísto „Zkuste dávat pozor.“).
- Při sdělování informace je u pacienta vyvolán strach a obavy, aniž by mu zdravotník pomohl se s nimi vyrovnat, a navíc používá nevhodné ironie. („Je vám špatně? Nebojte, bude hůř.“),
- pacient není předem upozorněn na bolestivé zákroky, obavy pacienta jsou přehlíženy nebo nepřesvědčivě zlehčovány, což může působit traumaticky.

„Každá komunikace působí buď psychoterapeuticky nebo psychotraumaticky. K takovému dělení přispívá koncept evaluace a devaluace. Devaluace znamená snižování hodnoty druhého člověka, a to jak v očích druhých lidí, tak i toho, s nímž jednáme. Má výrazně negativní vliv na psychiku a může se projevit „psychickou bolestí“ či pozdějším traumatem různé intenzity. Evaluací rozumíme sdělení kladného hodnocení druhé osobě – to, co její pozitivní sebehodnocení a sebepojetí posiluje. V souvislosti s iatropatogenií a devalvací vyvstává také problematika viktimizace (z angl. „victim“ = oběť). V okamžiku, kdy je pacient po absolvovaném traumatu, nějakém konkrétním aktu násilí (primární viktimizace) znovu poškozen, a to kvůli špatnému přístupu a komunikace ze strany zdravotníků, psychologů, policistů apod., nazýváme to sekundární viktimizací – druhotným poškozením pacienta. Sekundární viktimizace je často zapříčiněna pocitem nespravedlnosti, nedůstojnosti či izolace pacienta. Mluvíme o tzv. viktimizačních ranách.“ (Andršová, 2012 s. 43 – 44)

2 PROFESE ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE A JEHO OSOBNOST

„Ohrožení života je v naší kultuře bráno jako ohrožení nejvyšší hodnoty, kterou vyznáváme. Všechny nahromaděné emoce přítomných mohou dopadnout na bedra záchranáře. Ten je v této situaci nucen využít vysokou dávku empatie a komunikačních dovedností nejenom směrem k pacientovi, ale i k ostatním „divákům“. Efektivní a empatická komunikace je nezbytná a pomáhá pacientovi lépe krizovou situaci „ustát“.“ (Andršová, 2012, s. 40)

Zdravotnický záchranář musí být připraven téměř na cokoli a musí umět podat dobrý odborný i psychosociální výkon. Na fyzicky i psychicky náročné situace při záchraně života, ale i “obyčejné neakutní“ stavy, kdy se změní fyziologické funkce pacienta a následuje odvoz do spádové nemocnice. Existuje velké množství názorů na to, jaký by měl záchranář být, jaké by měl mít dovednosti. (Andršová, 2012)

Dovednosti, kterými by měl zdravotnický záchranář disponovat, se zabývají také Mucha a Ertlová (2003) a řadí mezi ně schopnost vzhledu do dané situace, vysokou míru sebekontroly a také efektivní chování, pod které tedy spadá verbální i neverbální komunikace, a tedy i komunikační dovednosti. Nad osobností a schopnostmi záchranáře se zamýšlí také Sihelská (2007) a zdůrazňuje vzdělanost, ctižádost, zdravé sebevědomí, morální zralost, schopnost komunikace a pedagogického působení. Dále rozhodnost, obětavost, spolehlivost, trpělivost, rozvážné ale i pohotové jednání.

Bydžovský (2008) charakterizuje práci ZZS, HZS, PČR, do které mimo jiné řadí: poslání a sebeobětování, vysoké nároky na odbornost i osobnost, práce na delší i noční směny, cizí pracovní prostředí, hluk, špatné počasí a jiné fyzikální faktory, častou improvizaci a řešení kritických situací, nepředvídatelnost, setkávání se se všemi možnými typy lidí a ohrožení zdraví, nepřilíšnou vděčnost lidí atd.

Velmi přehledně charakterizovaly profesi záchranářů také Špatenková a Králová (2009), které definovaly 4 základní charakteristické soubory, a to: soubor odborných předpokladů objektivně doložitelných (např. dosažené vzdělání, konference a jiná činnost v oboru), dále soubor vlastností (dán způsobu chování), pak také soubor výkonových schopností (pracovitost, hbitost, pozornost, zručnost, kreativita apod.) a nakonec schopnost týmové spolupráce.

3 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI ZE STRANY POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Způsobem komunikace může nejen odborník velkou měrou ovlivnit psychiku pacienta a jeho celkovou pohodu. Otázky, významnost sdělení, ignorace, bagatelizace, nevhodné reakce typu podivování, to vše ovlivňuje konstrukci významu nemoci v mysli pacienta. Psychický stav pacienta může jak zlepšit, tak zhoršit. (Vybíral, 2009)

K důležitým komunikačním dovednostem patří i kvalitní naslouchání pacienta. S nasloucháním je spojeno zaměření pozornosti „ven“ a „dovnitř“ (tedy na pacienta a na své myšlenky), které je pro efektivní naslouchání nutné ovládat a umět využít. Mezi nejčastější problémy omezující efektivní naslouchání patří stres a úzkost zdravotnického pracovníka, nedostatečná pozornost k pacientovi a soustředění pozornosti spíše „dovnitř“ než „ven“. (Burnard, 1992)

Gordon (1997) upozorňuje ve své publikaci na nedostatky komunikace ze strany pomáhající profese, chování, kterým své pacienty „umlčují“ a řadí mezi ně především využívání vysoce technického jazyka, sledování hodin jako upozornění na nedostatek času, mumlání, přerušování pacientovi řeči, urychlování vyšetření, ignorování pacientových otázek, ukazování nezájmu a nepozornosti.

„Komunikace s pacienty v PNP má oproti klasické komunikaci svá specifika. A je, jak jinak, většinou náročnější. Základním pravidlem však stále zůstává respekt k lidské jedinečnosti a důstojnosti. Jestliže klademe při standartních podmínkách zdravotnické praxe maximální důraz na partnerský přístup (pacient je aktivním účastníkem, je respektován, není zdůrazňován rozdíl zdravotník – pacient), je možno v PNP v případě ohrožení života využít i přístup paternalistický – tedy převzít velení a kompetence do svých rukou a proti vůli pacienta. Tento postoj se ale nesmí stávat normou či samozřejmým chování záchranáře, měl by být využíván jen v případech nezbytně nutných a jinak neřešitelných – když pacient ohrožuje sebe či okolí, pokud partnerský přístup nevede ke spolupráci pacienta a záchraně či obnově zdraví. Oba přístupy mají své nevýhody a limity využití nejenom vzhledem k situaci a zdravotnímu stavu pacienta, ale i vzhledem k osobnosti pacienta.“ (Andršová, 2012, s. 40 – 41)

Ve zdravotnictví nachází své uplatnění reflektivita a empatie, které zajišťují naslouchání pocitům, porozumění druhému a umožňují dávat zpětnou vazbu. „*Je to poslouchání nejen ušima ale i očima a srdcem.*“ (Mikulaščík, 2010, s. 92) Toto naslouchání má své fáze, do kterých patří identifikace emocí, kde odhadujeme emoce pacienta a vyslechnutí všech faktů se snahou porozumět všem souvislostem. (Mikulaščík, 2010)

A právě emoce a tzv. emoční inteligence má zde velký význam a uplatnění. Emocionální inteligence je schopnost rozpoznat pocity, posoudit, které a jak účinně sdělovat ve vhodných situacích. Přínosem je zde hlavně „emoční kompetence“, která zahrnuje povědomí o vlastních emocích, schopnosti rozpoznat a soucítit s emocemi pacientů, uvědomovat si dopad našeho projevu emocí na ostatní apod. (Wood, 2008)

3.1 Přesvědčování

Při setkání s určitými pacienty může zdravotnický záchranář využít i přesvědčování. Přesvědčování je formou ovlivňování. Přesvědčuje se už vzhledem, celkovým jednáním, pohledy (tedy mimikou), nicméně být v roli přesvědčovaného není příjemné, každý je raději v roli přesvědčovatele. Zajímavé jsou výsledky, které provedl Jaro Krivohlavý (1988). Například v nemocnici, kde lékař věnuje více pohledů pacientovi, který trpí, se snižuje bolest a pocit utrpení. Tyto neverbální signály působí jako placebo. (Mikulaščík 2010)

„Zdravotnický záchranář by měl ve svých pacientech nejen při přesvědčování vzbuzovat věrohodnost a důvěryhodnost, kterou získává svou profesionalitou (je „expert“ ve svém oboru), etickým chováním a morálkou a zkušenostmi. (Mikulaščík, 2010)

3.2 Komunikace s rodinnými příslušníky

Pokud má záchranář možnost komunikovat s rodinným příslušníkem pacienta, může to být výhodou i nevýhodou. Záleží na mnoha faktorech, od druhu postižení zdraví pacienta, přes osobnost daného rodinného příslušníka až po schopnosti předávat, pro nás validní, informace. S rodinou je třeba počítat, brát ji v potaz a využít sociální i emoční inteligenci a komunikační dovednosti k efektivní komunikaci. (Andršová, 2012) To pak může pomoci ke správné diagnóze i dalšímu postupu, léčbě i péči. Zdánlivě nepotřebné informace pro PNP se týkají sociálního zázemí a života pacienta, jeho vztahy s danými rodinnými příslušníky. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

3.3 Agresivní pacient

„Při zásahu zdravotnické záchranné služby je komunikace často obtížná a objevují se problémy, jakým je například agresivita. Nemusí být pouze fyzického rázu, agresivní komunikace se projevuje vulgarismy, panovačností, sarkasmem i ironií s cílem deprimovat druhou osobu. Agresivní člověk může být nezdrženlivý, nevybíravý a arogantní.“ (Mikulaščík, 2010, s. 228).

Agresi (a nejen té) však může předcházet i „obyčejný konflikt“. Konflikty mohou být brány jako příležitost k identifikaci problémů, které je třeba vyřešit, ale pokud se tak neděje, podporuje to nespokojenost, deprivaci, odpor, nebo hněv. Nevyjasněné konflikty mohou vyústit v nepříjemný boj s agresí. Toto nebezpečí a možnost konfliktu je přítomno tedy i v rámci komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Průzkum, který studoval případy, kdy byli lékaři žalováni za špatné praktiky, zjistil, že téměř dvě třetiny z žalovaných připustilo, že by se dané pochybení výrazně snížilo prostým zlepšením komunikace. (Gordon, 1997)

Agresivní lidé mají tendenci opustit, alespoň na přechodnou dobu, své agresivní chování, pokud se s nimi o jejich chování hovoří. Příčiny tohoto chování mohou být biologické, psychické i sociální. (Mikulaščík, 2010)

3.3.1 Zásady v přístupu a komunikaci s agresivním pacientem

K potlačení nebo i zamezení vzniku napětí a agrese je třeba dobrá komunikace v týmu zdravotníků, jejich osobnost a momentální „nastavení“. Úkol je tedy jasný – nenechat se strhnout a vyřešit celou situaci s ohledem na individualitu pacienta tak, aby nejlépe žádná agrese nevznikla. K tomu může dopomoci i pochopení aktuálního sociálního nebo ekonomického zařazení pacienta ve společnosti, uvědomění si a předvídání reakce nejen pacienta, ale i jeho okolí. (Netušilová, Brečka, 2015)

V poslední době se agrese stává celkem častým problémem a nejčastěji se jedná o agresi verbální. Nicméně setkání s jakýmkoli agresivním pacientem je pro záchranáře stresující a komunikace má zde svá celkem přísná pravidla. Andršová (2012) uvádí pravidla pro chování a komunikaci právě s tímto pacientem a zmiňuje zde:

1. zhodnocení situace – možné ohrožení, bezpečně pracovat ve dvou, vstupovat do místnosti také s kolegou/kolegyní, myslet na možnost dovolání PČR. Do základního zhodnocení patří opatrné pohledy do očí (ne příliš dlouho a upřeně), sledovat

nervozitu, rozrušenost a předměty, které pacient drží nebo se nachází v jeho blízkosti, a které by mohl použít jako zbraň.

2. Pozorné sledování chování a projevů pacienta od mimiky, přes pohyby a způsob komunikace.
3. Hlídat si možnost ústupu z prostoru, ale „nezahánět do kouta“ pacienta, který by pak mohl být agresivnější. Důležitá je i bezpečná vzdálenost od agresivního pacienta. Pokud bude vyhodnoceno, že je příliš nebezpečné agresora ošetřit, je třeba držet si odstup minimálně na délku paže.
4. Nenechat se vyprovokovat, tedy nebýt také agresivní.
5. Pečlivě si promyslet každé slovo, které by mělo být směrem k agresivnímu pacientovi řečeno. Zásada je mluvit normálně rychle, bez emocí, v klidu, s nadhledem.
6. Projevit zájem, nekritizovat, nehodnotit a nezesměšňovat pacienta. Postavení záchranáře musí být v komunikaci rovnocenné (hlídat si stejnou úroveň očí apod.).
7. Snaha o nalezení příčiny agrese.
8. Pečlivě veškeré agresivní projevy (verbální i neverbální, vyhrožování atd.) uvést v dokumentaci.
9. Pozorné sledování chování a projevů pacienta od mimiky, přes pohyby a způsob komunikace.

3.4 Pacient trpící schizofrenií

„Z široké oblasti psychóz je nejznámějším duševním onemocněním schizofrenie. Člověk postižený schizofrenií opouští názory na realitu, které sdílejí ostatní lidé a začíná svět vidět z jiného, „chorobného“ úhlu pohledu, z něhož jako by nebylo návratu. Může slyšet hlasy (auditivní halucinace), které v něm vyvolávají silnou úzkost a zmatek. Nemocní také často nevidí jako nemocné sebe, ale druhé lidi, trvají na svém hledisku. Jiní nemocní trpí naopak tím, že si uvědomují, jak moc se odlišují. Ostatní lidé je v komunikaci nechápou, vysmívají se jim nebo je neberou vážně“. (Vybíral, 2009, s. 247)

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se onemocnění Schizofrenie řadí pod F20, nicméně má více druhů, např. paranoidní, hebefrenní, katatonní, postschizofrenní, reziduální, nebo simplexní. Schizofrenie obecně má určité znaky, mezi které se řadí slyšení, nebo vysílání myšlenek, hlasové halucinace a halucinace vyskytující se trvale několik týdnů či měsíců, trvalé bludy, irrelevantní řeč, neologismy, nápadné změny v chování (ztráta koníčků, bezcílnost, sociální izolace) a další. Má také různý průběh od chronického, přes ataky různého typu, remise, či krátkodobé trvání (pod 1 rok). Někdy je důležité příznaky schizofrenie odlišit od jiných, například u paranoidní schizofrenie je nutné odlišit paranoii od stavu při epilepsii nebo při užívání drog. (WHO, MKN-10, 2008)

3.4.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem trpícím schizofrenií

„Při výkonu povolání zdravotnického záchranáře se často s pacienty dostávají do abnormálních situací. V těchto situacích, ať už jde o trauma, subtraumata, onemocnění, nezvyklé prostory, nebo jiné situace, které nejsou pro záchranáře nebo pacienty normální, se objevuje i abnormální komunikace. V tomto případě je tato abnormální komunikace považována za zcela normální.“ (Vybíral, 2009, s. 254 – 255)

Závažná porucha nebo duševní onemocnění, kterým schizofrenie je se mimo jiné projevuje také špatnou (patologickou) komunikací. Klasifikace této komunikace spadá pod klinickou psychologii. Psychicky narušený pacient je „normální“ komunikace schopen pouze na omezenou dobu. Následuje přetížení podněty, nebo pocit úzkosti a paniky, tendence utéct do svého vnitřního světa, což zabrání jakékoli komunikaci. Pak je snaha s tímto pacientem komunikovat v klidu po nějakou dobu neúspěšná. Největší potíže s tím mají lidé trpící nemocí z okruhu psychotických stavů, do kterých se řadí právě i schizofrenie. Tyto projevy znemožňující komunikaci se mohou objevit i u lidí zdravých, nicméně zdravému člověku se relativně snadno a rychle podaří vrátit se zpět na normální úroveň. (Vybíral, 2009)

„Mezi faktory ovlivňující pacienty trpící schizofrenií patří vztah, který si vytvoří odborník pacientovi, jaký rozhovor spolu vedou, zda odborník podněcuje k uvolněnému vnímání pacienta, sugesce, schopnost poradit a další.“ (Vybíral, 2009, s. 259 – 260)

Hell a Fischer-Felten (1997, s. 95) napsaly: *„Schizofrenní pacienti neztrácejí velkou citlivost a pozorovací schopnost, a to i když jsou všemožně postiženi... Schizofrenní pacienti mají velmi vyvinutý cit pro nepravost a nečestnost, na což často reagují nedůvěrou a obranným vyhýbáním se kontaktu. Naproti tomu otevřenost a jasnost jim dodává jistotu. Tak jako jsou*

zranitelní na kritiku, a když nejsou bráni vážně, tak jsou vnímaví na uznání a souhlas. “ Autoři doporučují chovat se k pacientovi se schizofrenií tak normálně, jak to jen jde a jako hlavní zásadu vyzdvihují jasnost a srozumitelnost řeči. Pacient trpící schizofrenií se často vyhýbá komunikaci z důvodů přehlčení podněty a neschopnosti je zpracovat. Pacientova komunikace se projevuje i pseudohumorem, kterým se chtějí chránit, nebo tzv. slovním salátem, kterým se také vyhýbají odpovědnosti za své sdělení. (Vybíral, 2009)

Existují určité zásady při komunikaci s tímto pacientem. V úvodu je důležité pacienta uklidnit, navodit atmosféru bezpečí, být zdvořilý, ptát se na obtíže. Teprve potom má zahájit vlastní řeč. Rozhovory s pacienty jsou obtížné, protože odborník rozhovor zjevně vede, řídí interakci a má ho mít pod kontrolou. Jaro Křivohlavý (2002) dělí své pacienty na dobré a špatné, kde dobrý je ten, kdo se moc neptá a plní příkazy. Z hlediska zdravotníků je žádoucí spíše pasivní dodržování určené hierarchie v rozhovoru než rovnocenný dialog. V případě psychických nemocí je důležité nevidět v pacientovi jen “případ“, ale navázat s ním kontakt jako s člověkem, který v některých směrech ví víc než odborník. (Vybíral, 2009)

Velmi důležitá je empatie, autentičnost, upřímnost. Zdůrazňuje se navázání “lidského“ vztahu a vyhýbání se předsudkům, které komunikaci zjednodušují, ale nepomáhají diagnostice ani léčbě. Nepomáhá ani odborný žargon, který depersonalizuje pacienta, prozrazuje profesionální přezíravost, deformaci povoláním, zúžení pohledu nebo tzv. vyhoření lidskosti. (Vybíral, 2009)

3.5 Pacient trpící demencí

Demence je celosvětově velmi časté onemocnění, dokonce častější než diabetes mellitus a cévní onemocnění. Celkový počet pacientů s tímto onemocněním se odhaduje na 100 000. U osob nad 85 let se vyskytuje u 30 – 50 % jedinců. Věk je tedy významný faktor ovlivňující výskyt demence. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence je syndrom, charakteristický soubor příznaků různých příčin, kterých je více než 60. S rozvojem tohoto onemocnění je prakticky vždy spojována Alzheimerova choroba, někdy se Demence rozvine na podkladě jiných, ne tak běžných onemocnění, jako např. AIDS. Jsou to poruchy, u kterých je porušena nebo snížena úroveň některých funkcí. Jiráček, Holmerová,

Borzová (2009) uvádí 3 základní, mezi které patří:

1. kognitivní funkce a paměť (pozornost, vnímání, torba a porozumění řeči, výkon – motivace, plánování, provedení činností, účelné jednání apod.),
2. aktivity denního života,
3. behaviorální a psychologické funkce (poruchy emocí, chování, cyklu spánku a bdělosti).

K postižení těchto funkcí dochází onemocněním mozku, kvalitativní úroveň vědomí však zůstává neporušena. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

„Dementia lze podle příčiny dělit (ne zcela přesně a ostře) do dvou skupin:

1. *dementia, které mají za podklad atroficko-degenerativní proces mozku*
2. *dementia symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek. Symptomatické dementia lze ještě dělit do dvou podskupin:*
 - *dementia vaskulární (na podkladě poruch mozkových cév, mozkového krevního zásobení)*
 - *ostatní symptomatické dementia“* (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19)

Toto onemocnění se dá také rozdělit do 3 stádií:

1. počáteční stadium se vyznačuje relativní soběstačností pacienta, který prozatím nepotřebuje dohled trvalého charakteru,
2. stadium rozvinuté demence je většinou dlouhé období, kdy už se soběstačnost postupně zhoršuje, přibývají i kognitivní a psychologické příznaky demence, a tak je nutná téměř nepřetržitá péče a dohled,
3. stadium těžké demence, při kterém je nutná nepřetržitá lékařská, ošetrovatelská a psychologická péče. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Nejznámější příčina způsobující demenci, tzv. Alzheimerova choroba je klasifikována dle MKN 10 z roku 2008 pod kódem G30 a rozdělena do 4 druhů (1. s raným počátkem, 2. s pozdním počátkem, 3. jiná specifikovaná a 4. nespecifikovaná), Jirák, Holmerová, Borzová (2009) uvádí, že je tato příčina nejčastější, a to minimálně v 50 %.

3.5.1 Komunikace s geriatrickými pacienty

Protože většina pacientů trpících demencí jsou zároveň i pacienti geriatři, platí zde i pravidla pro komunikaci právě s nimi. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (2006) vydala doporučený způsob komunikace v tzv. desateru obsahujícím následující:

„- při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie,

- pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta,

- mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách,

- v hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené,

- používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova,

- aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek,

- využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti,

- dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila,

- pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme,

- aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.“

3.5.2 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem trpícím demencí

Hned v úvodu je dobré naznačit zájem, což je nejlepší neverbálně, často stačí úsměv nebo mrknutí, což pacienta příznivě naladí. V opačném případě může pacient reagovat agresivně. Pacienti trpící demencí mají tendenci se „zrcadlit“, pokud se tedy zdravotník usmívá, usmívá se většinou i pacient. Při práci je dobré si ověřovat účinky jednání – nejlepším způsobem je sledovat právě neverbální výraz. K obecně správnému přístupu patří respektování pacientovy osobnosti, což je v PNP velmi obtížné, pomoci ale může rodina a blízcí, kteří ho dobře znají. Protože si pacienti tuto chorobu většinou neuvědomují, chtějí, aby s nimi bylo jednáno jako s osobami, kterými kdysi byli. Je důležité pacienta chválit, názorně ukazovat činnosti. Na pacienta působí negativně přemíra podnětů (lidí, zvuků, otázek apod.), proto je dobré na to myslet a snažit se některé „zbytečné“ podněty odstranit. V PNP se většinou spěchá, ale tady se to zrovna nevyplácí, pacienti dokáží dobře vycítit spěch, a to je zneklidňuje. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Velmi důležitou součástí je anamnéza, protože pacient trpící demencí si svou nemoc většinou neuvědomuje, nepřipouští či ji bagatelizuje, je přítomna tzv. nozognozie. Pokud je to možné, je dobré se obrátit i na rodinu, či nejbližší, kteří jsou s pacientem v kontaktu a mohou poskytnout informace o počátcích, průběhu i příznacích. Mezi nejdůležitější patří informace o mozkových příhodách, úrazech hlavy, rizikových faktorech jako diabetes mellitus, cévních onemocněních apod., genetické zátěži, psychických změn či užívání léků. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Přístup k těmto pacientům se samozřejmě odlišuje i dle typu a stádia demence. Někteří pacienti potřebují ochranný a pečující přístup (Alzheimerova choroba), u některých je třeba zvolit důraznější a ráznější přístup (demence frontotemporální), u vaskulárních demencí je důležitá motivace vzhledem k častým sklonům k depresím a stálá pozitivní podpora. V počátečním stadiu demence pacient ještě může celkem dobře „normálně“ komunikovat, i když už ztrácí jakýsi náhled, v pokročilém stadiu je již patrná kognitivní nebo i fyzická deteriorace, kdy jsou potřeby pacienta signalizovány jinak. Toto rozlišit a chovat se podle toho je ale v terénu, a tedy pro PNP dost náročné, nebo spíš až nemožné, zvláště, pokud je třeba pacienta hospitalizovat. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Trpělivý přístup, nepřehlížení potřeb nemocného, pozornost, empatie, zdvořilé a laskavé vystupování, nonverbální, taktní komunikace je naprostý základ nejen v komunikaci s pacientem trpícím demencí. Dále je dobré vědět, že toto onemocnění neznamená ztrátu smyslu

pro humor, a tak není důvod se mu vyhýbat, naopak je humor někdy velice přínosný. Schopnost komunikovat je u těchto pacientů velmi poškozena jak v přijímání, tak ve sdělování, což je základní podmínka pro sociální začlenění, navazování a udržování vztahů. Nicméně je stále možné komunikovat například gesty nebo velmi jednoduchými sděleními a neverbální komunikace je zde prakticky nejdůležitější. V případě pokročilejšího věku není od věci zjistit jiné možné překážky ve spolupráci a komunikaci (poškozený sluch, zrak aj.) Na některé otázky není pacient schopen odpovědět, a to ho samozřejmě frustruje. Dobré tedy je „obrátit list“, říct, že je to nepodstatné. Komunikovat jednoduše, věcně a s jednoznačností. Pomoc v podobě dokončování myšlenek, a napovídání je v pořádku stejně jako potvrzení smysluplnosti dialogu. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

3.6 Pacient se suicidálními sklony

„Suicidium je záměrné jednání, které má za následek vlastní smrt. Je vrcholem autoagresivního chování jedince, který touto cestou překonává přirozeně vysoký pud sebezáchovy. Jedná se o extrémní a drastické řešení krize – projev hlubokého zoufalství bez vidin jiného řešení.“ (Andršová, 2012, s. 91)

„Sebevražedné jednání není dle českého právního řádu trestným činem. Účast na eutanazii, lépe řečeno nevšímavosti či prokázané napomáhání sebevraždě, ale i z hlediska neposkytnutí adekvátní první odborné pomoci sebevrahům, může být v krajním případě hodnoceno jako trestný čin vraždy.“ (Franz, 2004, s. 20)

WHO vydala již v roce 1968 definici suicidia jako útok na svoji osobu s úmyslem ukončení života. Nejdůležitější rys tohoto termínu je dobrovolnost a vědomost. Motivy k rozhodnutí vykonat suicidium jsou různé, např. nemoc, finanční tíseň, problémy ve vztazích, ale psychopatologické motivy. (Cmorej, Kuklová, 2012)

V roce 2010 bylo v České republice ošetřeno téměř 6 tisíc pacientů v souvislosti se suicidiem. Z toho bylo necelých 5 % ošetřeno v rámci PNP. Dokonané suicidium je jedna z 10 nejčastějších příčin smrti. (Cmorej, Kuklová, 2012)

Statisticky nejvíce ohroženi jsou lidé závislí na drogách nebo alkoholu, děti, dospívající, starší osoby, pracovníci pomáhajících profesí, nemocní lidé, a osoby, v jejichž okolí se sebevraždy vyskytují. To ale neznamená, že lidé nespádající do těchto kategorií o sebevraždě neuvažují nebo ji nespáchají. Existují celkem rozšířené mýty o sebevraždách, kterých se bohužel mohou

držet i zdravotničtí pracovníci. Patří mezi ně přesvědčení, že při zmínění o sebevraždě ji tím může dotyčnému vnuknout, také, že sebevraždu páchají jen „blázni“, že se netýká dětí, nedá se nijak vypořádat. Pokud se pro ni dotyčný rozhodl, nedá se prý jeho rozhodnutí změnit. Stále si spousta lidí myslí, že pokud o sebevraždě dotyčný mluví, tak ji nespáchá a že nejvíce se sebevraždy páchají o Vánocích. (Andršová, 2012)

„K nejčastějším příčinám dokonaných sebevražd patří oběšení a skoky z výšek. Nelze opomenout velkou skupinu pacientů, kteří volí intoxikaci léky. Přestože se jedná o suicidální jednání, drtivá většina osob své sebevražedné jednání užitím léků přežije. Výběr způsobu provedení sebevražd v některých případech těsně koreluje s profesní znalostí osoby.“
(Cmorej, Kuklová, 2012, s. 27)

3.6.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem se suicidálními sklony

Komunikační dovednosti se v rámci dokonaných suicidií týkají spíše komunikace s rodinnými příslušníky/pozůstalými. Velmi důležitá a mnohdy klíčová je ale komunikace s pacientem, který má k suicidiu sklony, prochází si fázemi myšlenek, fází tendencemi k činu, úvahami o způsobu provedení a následným rozhodnutím. Během těchto fází jedinec (pacient) vysílá určité signály, které shrnuje pojem presuicidální mentalita. Zůstává často nepovšimnuta, nebo se těmto projevům přisuzují jiné příčiny. Často se objevuje následující:

- *„dominance deprese, beznaděj, zoufalství, smutek,*
- *zájem o problematiku sebevražd a smrti (knihy, filmy),*
- *sebevražedné fantazie (co bych, jak bych) – suicidální úvahy,*
- *vnuknutí/nápad – smrt jako plnohodnotné řešení situace,*
- *útlum střídám hyperaktivitou,*
- *odpor k učení, studiu, zaměstnání,*
- *auto- i heteroagrese,*
- *záchvaty pláče, vzteku – emoční labilita, prudké kolísání nálad,*
- *bolesti hlavy, změny hmotnosti,*
- *zužování kruhu přátel, zájmů, koníčků – izolace („outsider“),*
- *rozdávání majetku,*
- *ztráta komunikace, sociální fobie,*
- *zneužívání toxických látek.“* (Andršová, 2012, s. 93 – 94)

Velmi známé je také diagnostické schéma zvané Riengelův presuicidální syndrom, které obsahuje tři základní fáze:

1. zužování, kdy jedinec projevuje „chudé“ emoce, sociálně se izoluje, pesimisticky hodnotí svět a jsou narušeny jeho životní hodnoty.
2. Zadržování agrese, kdy, již podle názvu, nedochází k ventilaci směrem do okolí, ale je směřována dovnitř. Objevuje se tedy často autoagrese, jejímž následkem bývá i sebepoškozování.
3. Suicidální fantazie, kdy jedinec přemýšlí o samotném provedení, o „budoucnosti bez něj“ apod. (Andršová, 2012)

Při setkání s pacientem, u kterého se projevují některé z výše uvedených „příznaků“ jsou komunikační dovednosti a jejich uplatnění klíčová. Nicméně neexistuje jednotný návod, jak k takovému pacientovi přistupovat. Andršová (2012) uvádí mimo jiné i některé vhodné způsoby komunikace. Řadí sem především důležitost nezhodnocení pacienta a jeho úmyslů, ale naopak rychlé zhodnocení situace (zabránit nebezpečí, pokud to lze). I banální představení se, snaha navázat kontakt a projevit zájem je klíčová. Pokud se to podaří, je na místě zvolit vhodný způsob komunikace (klidná a bez časového nátlaku), neprojevovat přílišné emoce jako překvapení, zděšení, odpor apod. Rozhovor by měl být podpůrný (nemoralizovat, nezakazovat, nehádat se) a zároveň je vhodné probrat možnosti řešení a následně nabídnout pomoc.

„Možné urgentní terapeutické intervence při nebezpečí suicidálního jednání pak lze rozdělit podle klinické situace do 3 skupin:

- *okamžitá (i nedobrovolná) hospitalizace je nutná při vysoké pravděpodobnosti realizace nebo opakování suicidálního jednání. Vhodnou intervencí u pacienta, který je již zajištěn, je trvalý dohled, verbální kontakt a transport do psychiatrického lůžkového zařízení.*
- *Parasuicidální jednání – stav vyžaduje lékařskou pomoc, ale akutně neohrožuje život nebo zdraví. Vyšetření psychiatrem je však nutné.*
- *Podezření na nebezpečí suicidálního jednání. V každém případě je nutné psychiatrické vyšetření, psychiatr rozhodne o dalším postupu.“ (Andršová 2012, s. 94 – 95)*

3.7 Pacient se sklony k sebepoškozování

„Sebepoškozováním se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres. Odlišení sebevražedných činů od sebepoškozujících aktů reflektuje dnešní úroveň vědomostí o rozdílech v etiopatogenezi, vývoji a prognóze těchto dvou patologických syndromů, o psychologii sebepoškozování a o rozdílech v léčebném a preventivním arzenálu v péči o suicidální a poškozující se pacienty.“ (Platznerová, 2009, s. 7)

I ve starších publikacích (např. Suyemoto, 1998) se v definici sebepoškozování uvádí podmínka nesuicidálního záměru, dále pak sociální nepřijatelnost a opakovanost tohoto chování.

Je třeba celkem úzkého vymezení tohoto termínu, protože by se jím jinak dalo označovat i konání spousty lidí, např. u některých kulturních návyků (kouření, nezdravé stravování apod.), které mohou vést vlastním zaviněným k tělesnému poškození. Také v rámci náboženských praktik, politických nebo sociálních protestů se může sebepoškozování vyskytovat. (Platznerová, 2009)

V dnešní době se odborníci přiklánějí k tomu chápat sebepoškozování spíše jako projev sebezáchovy nikoli autoagrese. Cílem sebepoškození tedy není smrt, ale naopak vyhnout se jí. Tento projev je tedy třeba vnímat jako jakousi „zakódovanou zprávu“. Nejčastěji se to týká osob, které prožili nějaké závažné trauma. (Platznerová, 2009)

Většina poškozujících se za svým činem nevidí motiv suicidia, přesto je lepší chápat sebepoškozování jako faktor, který v případě neúspěšné léčby či usměrnění, může k suicidálnímu jednání vést. Vysoké riziko sebevraždy po sebepoškození hrozí hlavně u lidí s přetrvávajícími suicidálními úvahami, depresivní poruchou, chronickým abúzem alkoholu a drog, v případech sociální izolace i somatického onemocnění. (Platznerová, 2009) Po aktu sebepoškození je dle Hawtona (2002) incidence suicidia 50 až 100x vyšší než u běžné populace.

Výskyt sebepoškozování za posledních 20 let stoupl, ale většina studií vychází ze vzorku pacientů a klientů, kteří již byli v klinické péči pro nějakou jinou poruchu, protože detekce sebepoškozování je u běžné populace velmi obtížná. (Platznerová, 2009)

Nejvíce se objevuje u adolescentů a mladých dospělých, 8 % sebepoškozujících se je ve věku 15-35 let, 12 % tvoří „středoškoláci.“ (Suyemoto, 1998) Nedávné studie populace vysokoškoláků v USA a Kanadě shodně ukazují prevalenci 13-24 % (Ross, Health 2002, Laye-gindhu, Schonert-reichl 2005, Muehlenkamp, Guitierrez 2004). Dle Hawtona (2002) se 13 % mladistvých ve věku 15-16 let se někdy v životě poškodilo a 10 % mladých lidí ve věku 11 – 25 let má zkušenost se sebepoškozením. U žen je výskyt vyšší než u mužů, protože ženy obrazejí vztek častěji tzv. „do sebe“ a muži naopak „ven“. (Platznerová, 2009)

Mezi faktory, které by mohly mít na výskyt tohoto jednání vliv patří pravděpodobně nárůst sebepoškozování, častější vyhledávání pomoci, nebo lepší schopnosti rozeznat a hlásit sebepoškozování anebo kombinace těchto faktorů. (Platznerová, 2009)

Sebeпоškozování se dá rozdělit do těchto kategorií:

1. závažné sebepoškozování – je nejextrémnější, objevuje se zřídka, je akt ublížení s fatálními následky (poškozen je velký objem tkáně) – amputace, kastrace apod. Spojeno s akutními intoxikacemi a psychotickými stavy.
2. Stereotypní – fixované vzorky chování, nejčastěji bušení hlavou, dále stlačování očních bulv, kousání prstů nebo paží. Projevuje se hlavně u mentálně retardovaných, autistů, psychotiků, tourettova syndromu.
3. Povrchové (mírné) – nejčastější forma, obvyklá místa jsou ruce a nohy, bez fatálních následků. (Platznerová, 2009)

„Existují různé způsoby SP s rozdílnou závažností poškození. Nejčastěji pozorovaným automutilačním chováním je řezání (žiletkou, střepem atd.), pálení kůže a bušení hlavou. Jinými formami jsou škrábání, píchání jehlou, rozrušování hojících se ran, značkování rozpáleným kovem nebo také značkování pistolí, obrušování popálené kůže, kousání, údery, nárazy, dloubání, tahání kůže, vlasů/ochlupení a další.“ (Platznerová, 2009, s.21)

V klasifikacích DSM-IV i MKN-10 jsou jedinými diagnózami, u kterých je sebepoškozování uvedeno jako příznak nebo diagnostické kritérium:

- hraniční porucha osobnosti,
- porucha se stereotypními pohyby
- a předstírané poruchy s přítomností snahy stimulovat tělesnou nemoc.

Hraniční porucha osobnosti je u lidí se sebepoškozujícím jednáním častá, je ale třeba dát si pozor při diagnostice, protože ne všichni pacienti, kteří se poškozují musí mít tuto poruchu. Platznerová (2009) také upozorňuje na problém s nadměrným užíváním této diagnózy.

Samozřejmě se ale sebepoškozování objevuje u mnoha jiných pacientů s dalšími diagnózami, než které jsou uvedeny v klasifikacích. U opakovaně se poškozujících jsou to např. deprese, bipolární poruchy, poruchy příjmu potravy, úzkostné poruchy, psychózy atd. (Platznerová, 2009)

Lidé se sklony k sebepoškozování mají často potíže, jako např. chronickou úzkost nebo vztek, agresivní pocity potlačované nebo směřované vůči své osobě, sklony k pocitu bezmoci, vyhybavosti, k jednání v momentální náladě a vyhybání se plánů do budoucna. Mohou být také často přesvědčeni o ztrátě kontroly nad svým životem, jejich dovednosti pro zvládnání zátěže bývají omezené. Také se u nich objevují deprese, jsou velmi citliví na odmítnutí a mívají sebevražedné/ sebedestruktivní sklony. (Platznerová, 2009)

3.7.1 Zásady v přístupu a komunikaci s pacientem se sklony k sebepoškozování

Ani zdravotníci prvního kontaktu toho o sebepoškozování mnoho nevědí, často je toto jednání chápáno nesprávně (nepochopení důvodu, z jakého se pacient poškozuje), což může vést ke špatné zdravotnické péči. (Kapur, 2005)

„Obecnými součástmi přístupu k poškozujícímu se pacientovi je posouzení a léčba somatického stavu, předběžné zhodnocení psychosociálního statusu a pochopení zásadních zdravotnicko-legislativních problémů.“ (Platznerová, 2009, s. 70)

Aby byla interakce mezi záchranářem a pacientem správně vedená, tedy i efektivní, je třeba mít v prvé řadě jasno v rozdílu mezi sebepoškozováním a suicidálním pokusem, že ve většině případů za sebepoškozením není motiv suicidia. Toto rozlišení je nutné vzhledem k odlišnosti v léčbě těchto dvou problémů. (Platznerová, 2009)

Ideální by bylo zvolit pro interakci s pacientem bezpečné prostředí, což může být problém u lidí, kteří zažili nějaké trauma (zneužití apod.) Při správně zvolené verbální komunikaci, kdy jsou dodržovány obecné zásady komunikace s pacientem a záchranář je schopen přistupovat k pacientovi individuálně, je třeba mít pod kontrolou i komunikaci neverbální. *„Na cílené otázky sebepoškozující často nabízejí neuvěřitelné historky, nebo takové, které vysvětlují jen část, ne však všechny somatické příznaky. Při dotazování se na stopy pravděpodobného SP je*

důležité, aby otázky byly emočně neutrální, neofenzivní. Vyhybavé odpovědi jsou běžné, na druhou stranu zainteresovaní lidé často téma SP ani neotevřou jen proto, že nevědí jak.“
(Platznerová, 2009, s. 57)

Je tedy dobré se vyvarovat projevů zděšení, znechucení, odsouzení, ale i přílišné lítosti. Tyto hodnotící emoce, nebo trestající kontext projevu zdravotníka, které pacient zachytí, mohou působit jako vážné stresory, které mohou následně vyvolat nutkání se poškodit, posilují tedy tyto sklony. V neposlední řadě se také může stát, že při příští „epizodě“ dotyčný zdravotnickou pomoc již nevyhledá. *„Ochota naslouchat bez zděšení a hodnocení může poškozujícímu se naopak pomoci použít k sebevyjádření slov namísto vlastního těla.“*
„Součástí přístupu ke každému případu SP by měli být vzhledem k etiopatogenezi SP psychologické a poradenské služby.“ (Platznerová, 2009, s. 71)

4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Zdravotnický záchranář by měl být schopen efektivně komunikovat se všemi pacienty, protože to pomáhá jejich situaci zvládnout. Základem je ovládnutí všech 3 aspektů komunikace (verbální, neverbální i paralingvistické). Pro komunikaci s jakýmkoli pacientem je klíčový správný úvod (představení, začátek věty, úsměv atd.). Naprosto nevhodná je komunikace pasivní, agresivní, negativní, nebo manipulativní. Zároveň se nevyplácí kárající nebo soudcovský přístup. Důležité je naslouchat pacientům, což ale není snadné. Nejčastější chyby jsou registrovány, pokud je zdravotník ve stresu, jestliže pocítuje úzkost, nebo jen nevěnuje pacientovi dostatek pozornosti.

Setkání s agresivními pacienty se stává častějšími a pro záchranáře je velmi stresující. Komunikace s těmito pacienty má ale svá poměrně přísná pravidla.

Některé příznaky schizofrenie je důležité odlišit od jiných onemocnění (paranoia vs. Stav při epilepsii či užívání drog), k pacientům trpícím schizofrenií je dobré přistupovat tak normálně, jak to jen jde, navázat s nimi „obyčejný lidský kontakt“ a nepřehlcovat je podněty, chválit je a klidně i obdivovat.

Základním pravidlem pro komunikaci s dementními pacienty je respektování lidské důstojnosti. Spěch se v tomto případě opravdu nevyplácí a humor je někdy naopak velice přínosný (pacienti trpící demencí mají tendenci se „zrcadlit“).

Komunikace s pacienty se suicidálními sklony je velmi důležitá a mnohdy klíčová (osoba prochází jednotlivými fázemi s charakteristickými signály, kterých si často nikdo nevšimne, nebo jsou jim přisuzovány jiné příčiny).

Existuje vysoké riziko sebevraždy po aktu sebepoškození, jehož výskyt v posledních letech stoupá. V přístupu a komunikaci s pacienty se suicidálními sklony i sklony k sebepoškození je tedy dobré se vyvarovat projevů zděšení, znechucení, odsouzení, nebo nadměrné lítosti. Při „nevybíravém“ způsobu jednání s pacienty se sklony k sebepoškození se riziko opětovného sebepoškození zvyšuje.

Následující praktická část práce se bude zabývat především zkušenostmi zdravotnických záchranářů s těmito pacienty a jakou formu komunikace by v konkrétních situacích zvolili.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMU

5.1 Cíle hlavní

Hlavním cílem je zjištění míry zkušeností a způsobu komunikace v praxi zdravotnických záchranářů v jednom konkrétním kraji s lidmi s vybranými potížemi.

5.1.1 Cíle dílčí

Jakou důležitost přikládají zdravotničtí záchranáři komunikačním dovednostem ve své praxi?

Jakým způsobem své komunikační dovednosti zdravotničtí záchranáři získávají, a je to pro ně přínosem?

6 METODIKA VÝZKUMU

Zvolena byla forma anonymního dotazníku o celkem 16 otázkách, některé rozdělené na více částí případně s další doplňující otázkou (viz příloha č. 2). Výzkumný soubor zahrnoval zdravotnické záchranáře jednoho vybraného kraje. Dotazníky byly osobně rozeslány po domluvě s vedením jednotlivých výjezdových stanovišť a se souhlasem k výzkumu (viz příloha č. 3). Rozdáno bylo celkem 50 dotazníků, vyplněno celkem 35, návratnost byla tedy 70 %. Před samotným zahájením tohoto výzkumu byl proveden předběžný výzkum, tzv. pilotní studie.

6.1 Pilotní studie

Pilotní studie, uvedena v příloze č. 1, byla rozeslána 10 zdravotnickým záchranářům vybraného kraje a ukázala následující nedostatky:

- největší problém měli respondenti s otázkou č. 4, kdy nebyli schopni vyčíslit množství setkání s vybranými pacienty,
- další problém byla otázka č. 8, kde do dotazníku psali, že také nejsou schopni takovýmto způsobem ohodnotit své komunikační dovednosti.
- Nedostatek byl také v otázce číslo 3, kde jsem dávala na výběr výjezdovou skupinu RLP (rychlá lékařská pomoc), která je dnes již méně častá.

- Po vlastním uvážení se nedostatkem zdál také malý počet otázek v dotazníku.

Řešení:

- do otázky č. 4 byl zahrnut časový údaj,
- otázku č. 8 byla nahrazena novými otázkami zaměřenými na konkrétní situace s jednotlivými vybranými pacienty a byl jim dán na výběr způsob komunikace,
- soubor otázek se rozšířil o některé další či doplňující otázky,
- v závislosti na změně původní otázky č. 8 i dalších se upravily i cíle práce, již zmíněné výše.

6.2 Výzkumné otázky a jejich předpokládaný výsledek

Předpokládaná návratnost dotazníků je alespoň 60 %, tedy 30 z 50 dotázaných. Obecná stavba otázek a jejich předpokládané výsledky uvádím níže.

Otázka č. 1: vymezení pohlaví

Předpokládaný výsledek: více než 60 % budou muži.

Otázka č. 2: věkové vymezení

Předpokládaný výsledek: více než 50 % respondentů bude ve věkovém rozmezí 20-30 a 31 – 40, naopak nejmenší zastoupení bude mít věk 50 a více let.

Otázka č. 3: člen posádky

Předpokládaný výsledek: více než 70 % respondentů bude členem RZP posádky.

Otázka č. 4: četnost setkání s vybranými pacienty v průběhu 1 měsíce

Předpokládaný výsledek: nejčastější zvolili respondenti setkání s pacientem trpícím demencí, výsledky by dle sestupné četnosti mohly být seřazeny takto – pacient trpící demencí, agresivní pacient, pacient se sklony k sebepoškozování, pacient trpící schizofrenií, pacient trpící suicidálními sklony.

Otázka č. 5: největší množství zkušeností

Předpokládaný výsledek: více než 50 % respondentů má nejvíce zkušeností z pacientem trpícím demencí, minimálně 30 % respondentů má nejvíce zkušeností s agresivním pacientem.

Otázka č. 6: důležitost komunikačních dovedností

Předpokládaný výsledek: minimálně 60 % respondentů považuje za velmi důležité, zbylí respondenti ho považují za středně důležité, nikdo je nepovažuje za málo důležité nebo nedůležité.

Otázka č. 7: zisk komunikačních dovedností

Předpokládaný výsledek: minimálně 70 % respondentů je získalo převážně praxí na záchranné službě.

Otázka č. 8: komunikace s pacientem trpícím demencí

Předpokládaný výsledek: více než 70 % zvolí možnost “C) Dle stavu pacienta (schopnosti adekvátně komunikovat) komunikuji trpělivě s ním, případně doplňuji informace od rodiny/svědků“.

Otázka č. 9: komunikace s pacientem s projevující se schizofrenií, který je však klidný a nejeví známky agrese

Předpokládaný výsledek: alespoň 50 % respondentů zvolí možnost "B) Komunikuji s pacientem a ptám se ho na jeho současné potíže a důvody volání ZZS".

Otázka č. 10: komunikace s pacientem se sebepoškozujícími nebo suicidálními sklony (přizná se, nebo je to očividné)

Předpokládaný výsledek: minimálně 10 % zvolí možnost "A) Dám mu jasně najevo, že jeho činy jsou nesmyslné a snažím se situaci zlehčit", minimálně 10 % zvolí "B) Vůbec se tématu suicidium nebo sebepoškozování nedotýkám, abych situaci ještě nezhoršil/a" a více než 50 % zvolí možnost "C) Mluvím s pacientem otevřeně a ptám se ho na současné pocity, jejich původ a důvod jeho současného stavu".

Otázka č. 11: komunikace s pacientem agresivním (nemá zbraň a nesnaží se vás napadnout)

Předpokládaný výsledek: alespoň 10 % zvolí možnost "C) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho s kolegy (pokud máme fyzickou převahu) „zpacifikujeme“. Alespoň 50 % zvolí možnost "B) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho upozorním na zavolání policie ČR, nebo použiji sebeobranu."

Otázka č. 12: možnost účasti na konferencích/kurzech od zaměstnavatele

Dodatek otázky (12.1): účast v případě, že možnost mají

Předpokládaný výsledek: více než 80 % možnost má, z nich alespoň 80 % se zúčastnilo.

Otázka č. 13: přínos v případě účasti na konferenci/kurzu

Dodatek otázky (13.1): důvody případného “nepřínosu“

Předpokládaný výsledek: minimálně pro 80 % respondentů byla účast přínosem, důvody nelze předpokládat.

Otázka č. 14: s jakým z vybraných pacientů se respondenti chtějí setkat nejméně

Předpokládaný výsledek: alespoň 40 % se chce nejméně setkat s pacientem trpícím suicidálními sklony, alespoň 20 % s pacientem trpícím schizofrenií, žádný z respondentů si nevybral možnost “A) trpícím demencí“.

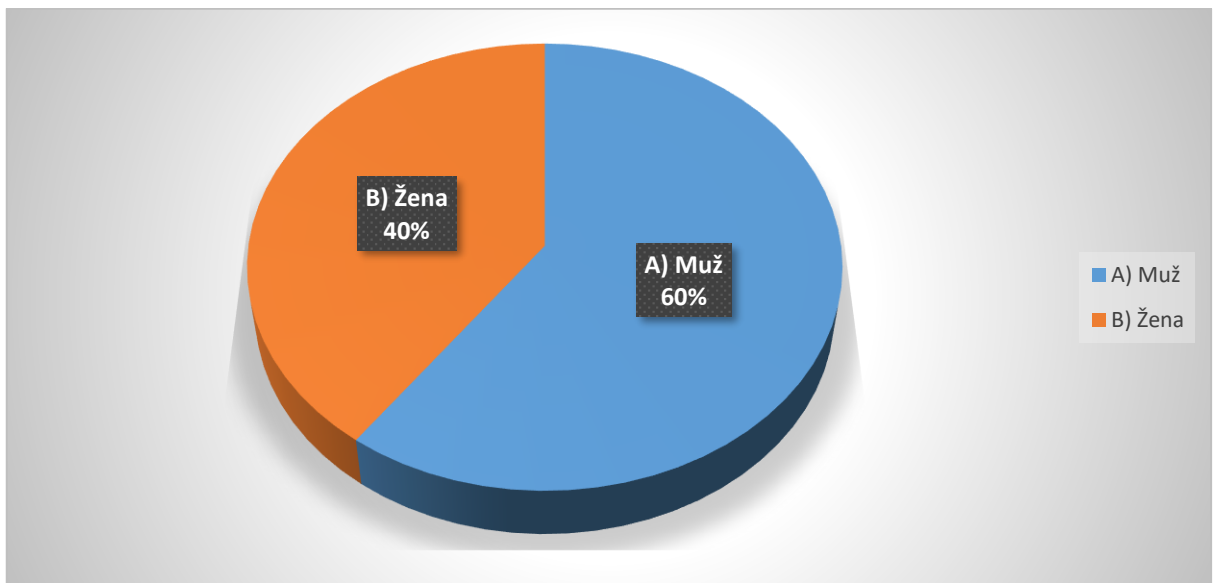
Otázka č. 15: důvody nechtěného setkání

Předpokládaný výsledek: alespoň 50 % respondentů má obavy ze způsobu komunikace, alespoň 20 % má špatné předchozí zkušenosti, alespoň 20 % má obavy z celkové náročnosti situace a 10 % respondentů má vlastní důvody.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tabulka č. 1, pohlaví

1. Vaše pohlaví je:	
A) Muž	21
B) Žena	14

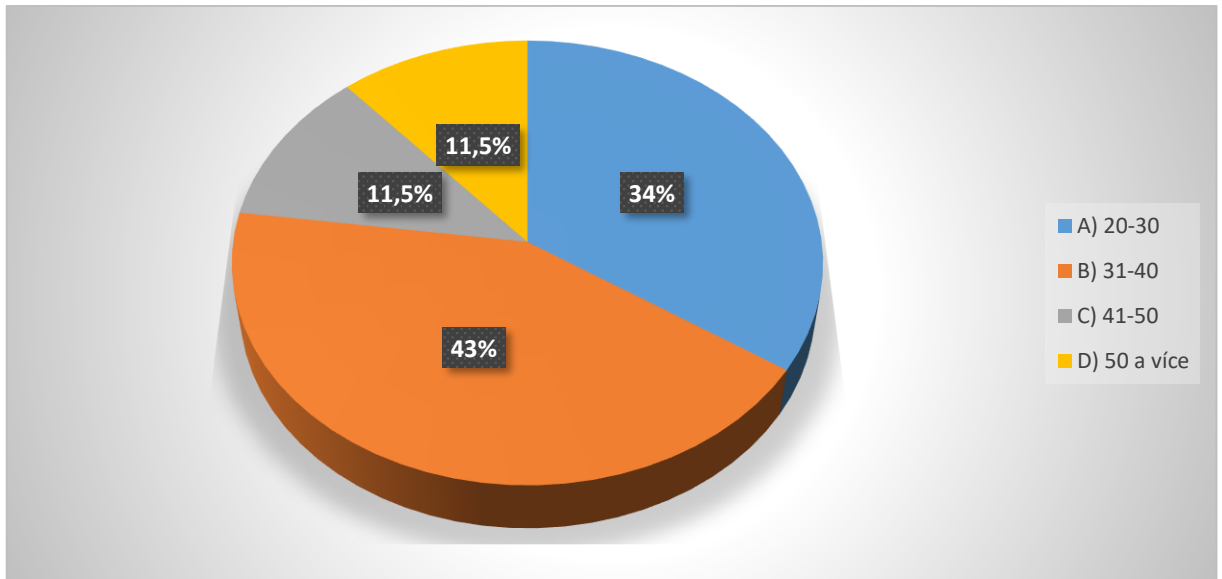


Obrázek 1, pohlaví

Předpokládaný výsledek k této otázce se nepotvrdil, protože muži tvoří přesně 60 % a ne více.

Tabulka č. 2, věk

2. Váš věk je:	
A) 20-30	12
B) 31-40	15
C) 41-50	4
D) 50 a více	4

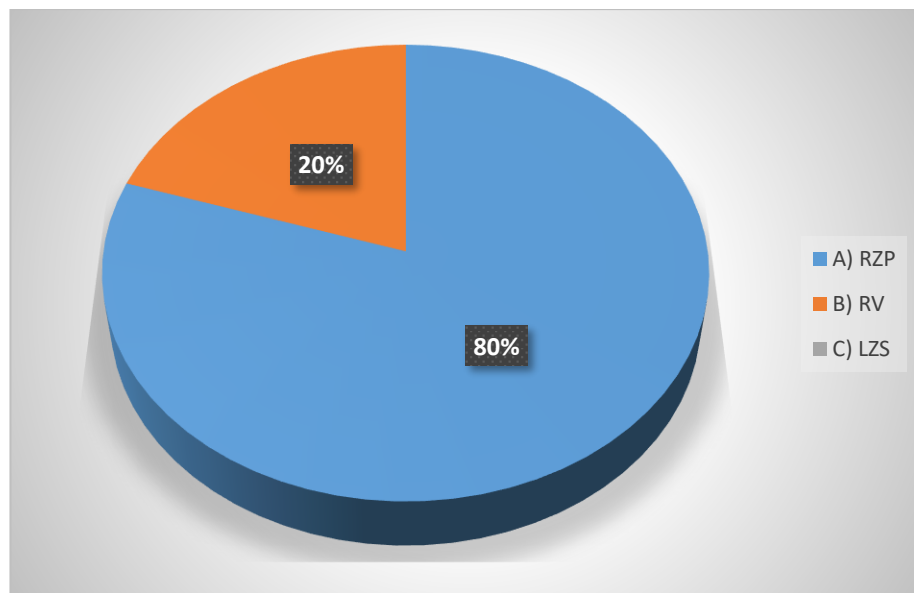


Obrázek 2, věk

Zde se předpokládaný výsledek potvrdil. Více než 50 % respondentů je ve věkovém rozmezí 20-30 a 31-40, přesně 77 %. Nejmenší zastoupení má skutečně věk 50 a více.

Tabulka č. 3, člen posádky

3. Jste členem posádky (můžete volit více možností):	
A) RZP	28
B) RV	7
C) LZS	0

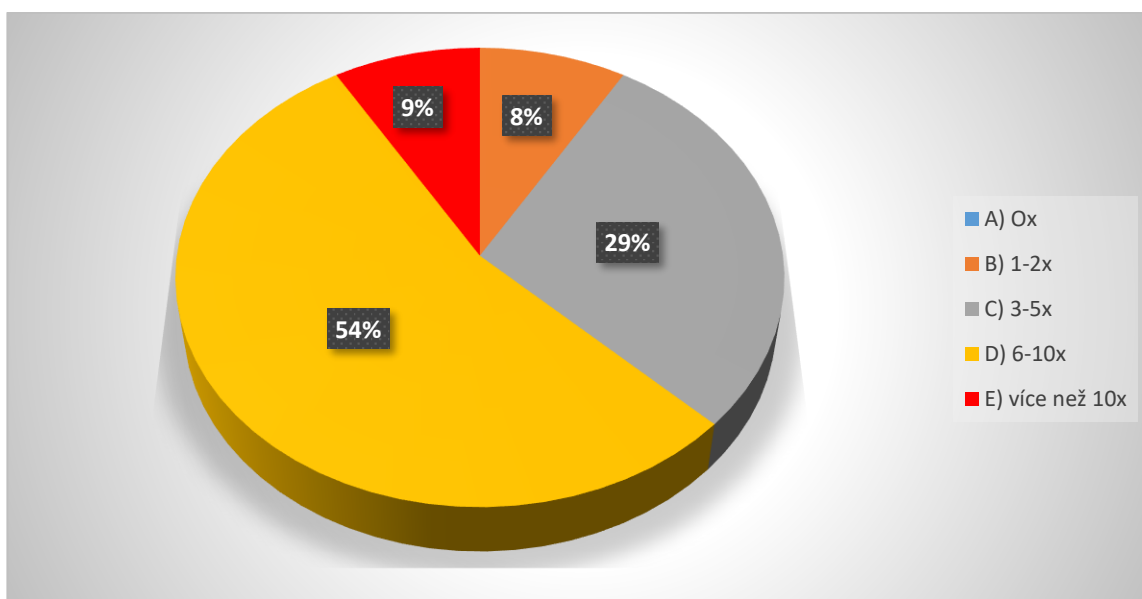


Obrázek 3, člen posádky

Předpokládaný výsledek byl potvrzen, 80 % respondentů je členem RZP posádky.

Tabulka č. 4, zkušenosti s pacientem trpícím demencí

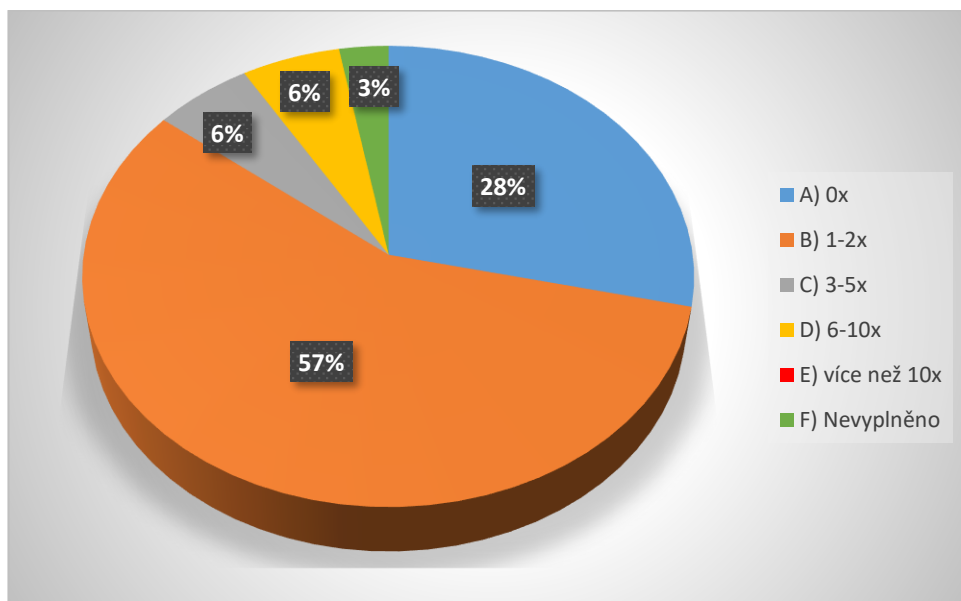
4. Napište, prosím, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem: trpícím demencí	
A) 0x	0
B) 1-2x	3
C) 3-5x	10
D) 6-10x	19
E) více než 10x	3



Obrázek 4, zkušenosti s pacientem trpícím demencí

Tabulka č. 5, zkušenosti s pacientem trpícím schizofrenií

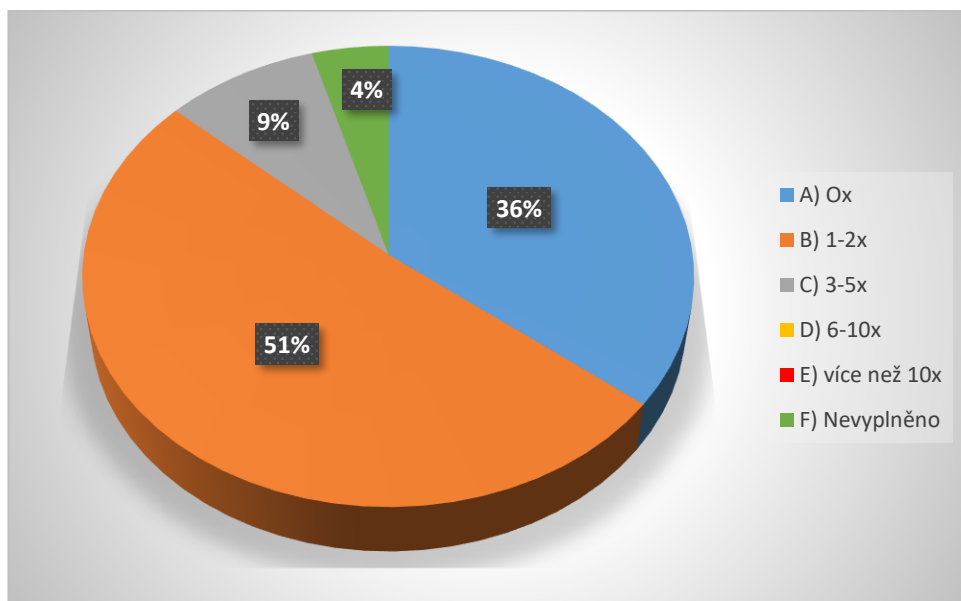
4. Napište, prosím, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem: trpícím schizofrenií	
A) 0x	10
B) 1-2x	20
C) 3-5x	2
D) 6-10x	2
E) více než 10x	0
F) Nevyplněno	1



Obrázek 5, zkušenosti s pacientem trpícím schizofrenií

Tabulka č. 6, zkušenosti s pacientem se suicidálními sklony

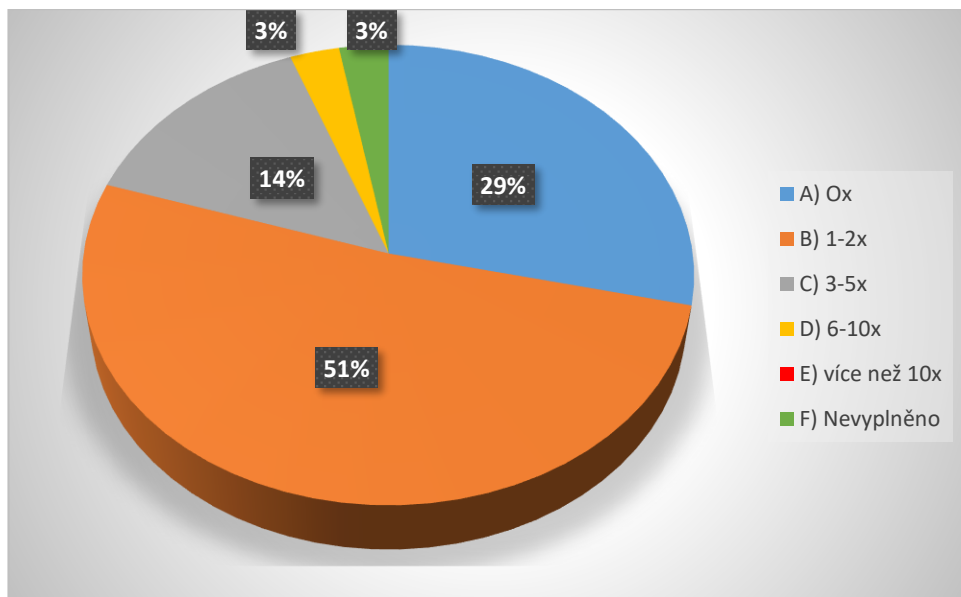
4. Napište, prosím, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem: se suicidálními sklony	
A) 0x	16
B) 1-2x	23
C) 3-5x	4
D) 6-10x	0
E) více než 10x	0
F) Nevyplněno	2



Obrázek 6, zkušenosti s pacientem se suicidálními sklony

Tabulka č. 7, zkušenosti s pacientem trpícím sklony k sebepoškození

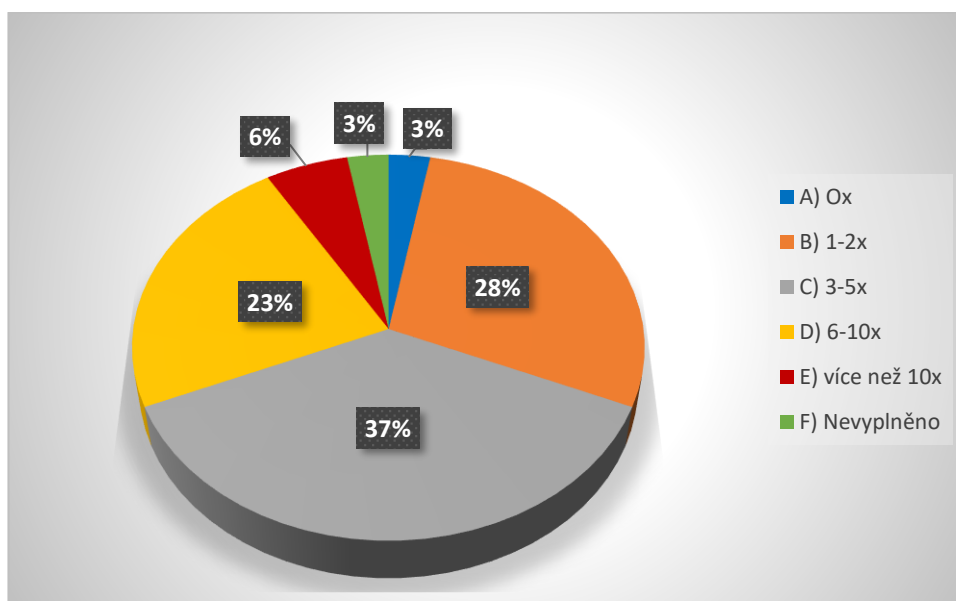
4. Napište, prosím, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem: trpícím sklony k sebepoškození	
A) 0x	10
B) 1-2x	18
C) 3-5x	5
D) 6-10x	1
E) více než 10x	0
F) Nevyplněno	1



Obrázek 7, zkušenosti s pacientem trpícím sklony sebepoškození

Tabulka č. 8, zkušenosti s agresivním pacientem

4. Napište, prosím, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem: agresivním	
A) 0x	1
B) 1-2x	10
C) 3-5x	13
D) 6-10x	8
E) více než 10x	2
F) Nevyplněno	1



Obrázek 8, zkušenosti s agresivním pacientem

S pacienty trpícími demencí se záchranáři setkávají nejvíce (v 54 %) v rozmezí 6 – 10 setkání. Nejčastější odpověď pro setkání s pacienty trpící schizofrenií byla v 57 % 1 – 2x v měsíci, s pacienty se sklony k sebepoškození potom v 51 % taktéž 1 – 2x do měsíce. Stejně tak s pacienty se suicidálními sklony se pak nejvíce setkávají 1 – 2x do měsíce, a to v 51 %. Zkušenosti s agresivními pacienty jsou ale celkem podobné v kategoriích 6 – 10, 3 – 5 i v 1 – 2 setkáních v měsíci. Nejvíce respondentů (37 %) se s nimi setká 3 – 5x do měsíce.

Více než 10x za měsíc se s pacienty demenčními setkala 9 % respondentů, s pacienty trpícími schizofrenií nikdo, s pacienty se sklony k sebepoškození nikdo, s pacienty se suicidálními sklony také nikdo a s pacienty agresivními 6 %.

6 – 10x za měsíc se s pacienty dementními setkala 54 % respondentů, s pacienty trpícími schizofrenií 6 %, s pacienty se sklony k sebepoškození 3 %, s pacienty se suicidálními sklony nikdo a s pacienty agresivními 23 %.

3 – 5x za měsíc se s pacienty dementními setkala 29 % respondentů, s pacienty trpícími schizofrenií 6 %, s pacienty se sklony k sebepoškození 14 %, s pacienty se suicidálními sklony 9 % a s pacienty agresivními 37 %.

1 – 2x za měsíc se s pacienty dementními setkala 8 % respondentů, s pacienty trpícími schizofrenií 57 %, s pacienty se sklony k sebepoškození 51 %, s pacienty se suicidálními sklony také 51 % a s pacienty agresivními 28 %.

0x, tedy méně, než jednou za měsíc se s pacienty dementními neseťkává žádný z respondentů, s pacienty trpícími schizofrenií 28 %, s pacienty se sklony k sebepoškození 29 %, s pacienty se suicidálními sklony 36 % a s pacienty agresivními 3 %.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce zkušeností (nad 10 setkání v měsíci) mají zdravotničtí záchranáři jasně s pacienty trpícími demencí a s pacienty agresivními.

Při setkání 6 – 10x, což je stále více než jednou týdně už začaly přibývat i zkušenosti s pacienty trpícími schizofrenií a se sklony k sebepoškození. Nicméně stále nejvíce zkušeností v tomto rozmezí je s pacienty trpícími demencí (54 %) a agresivními (23 %), naopak nikdo se takto často neseťkává s pacienty se suicidálními sklony.

Minimálně 3 – 5x do měsíce, což je cca 1x týdně se záchranáři setkájí se všemi pacienty, na které jsem se ve své práci zaměřila. Z toho nejvíce s pacienty agresivními a trpícími demencí (37 %, 29 %), nejméně pak s pacienty trpícími schizofrenií (6 %).

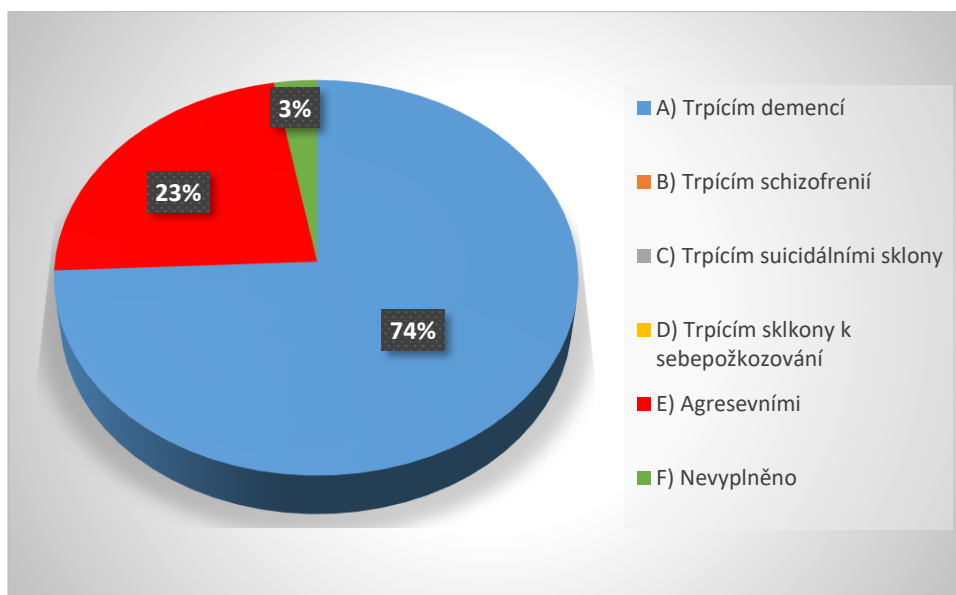
Méně často, tedy pouze 1 – 2x měsíčně se zdravotničtí záchranáři setkájí poměrně vyrovnaně s pacienty trpícími schizofrenií, s pacienty se sklony k sebepoškození a s pacienty se suicidálními sklony (57 %, 51 %, 51%). Celkem překvapivě se takto často setkává 28 % záchranářů s agresivními pacienty.

Nejméně zkušeností (0), což zde znamená méně než 1x měsíčně, mají dotazovaní s pacienty se suicidálními sklony (36 %), a dále s pacienty se sklony k sebepoškození a s pacienty trpícími schizofrenií (28 %, 29 %).

V závěru se tedy předpokládaný výsledek potvrdil v největším počtu zkušeností s pacienty trpícími demencí a agresivními pacienty. Se zbývajících pacienty mají záchranáři ve většině případů podobné zkušenosti. Potvrdilo se, že nejméně mají zkušenosti s pacienty trpícími suicidálními sklony, i když jen s nepatrnou převahou. Seřadit tedy sestupně zkušenosti se zbývajících pacienty je v podstatě nemožné. Lze pouze říci, že s klesajícím počtem zkušeností rostou procenta u pacientů trpících schizofrenií, se sklony k sebepoškození a se suicidálními sklony. Naopak s rostoucím počtem zkušeností rostou procenta u pacientů trpících demencí a agresivních pacientů.

Tabulka č. 9, největší zkušenosti

5. Nejvíce zkušeností (z níže uvedeného výčtu) máte s pacienty:	
A) Trpícím demencí	26
B) Trpícím schizofrenií	0
C) Trpícím suicidálními sklony	0
D) Trpícím sklony k sebepoškození	0
E) Agresivními	8
F) Nevyplněno	1

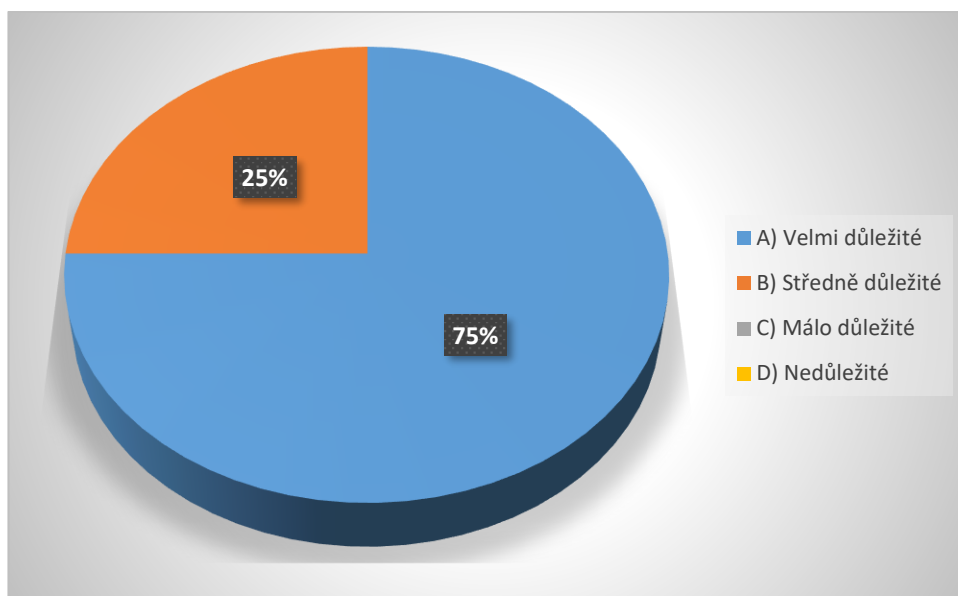


Obrázek 9, největší zkušenosti

Zde byl předpoklad správný z poloviny. Více než 50 % respondentů má nejvíce zkušeností s pacientem trpícím demencí, ale s agresivními pacienty má nejvíce zkušeností méně než 30 %.

Tabulka č. 10, důležitost komunikačních dovedností

6. Myslíte si, že komunikační dovednosti jsou ve vaší praxi:	
A) Velmi důležité	27
B) Středně důležité	9
C) Málo důležité	0
D) Nedůležité	0

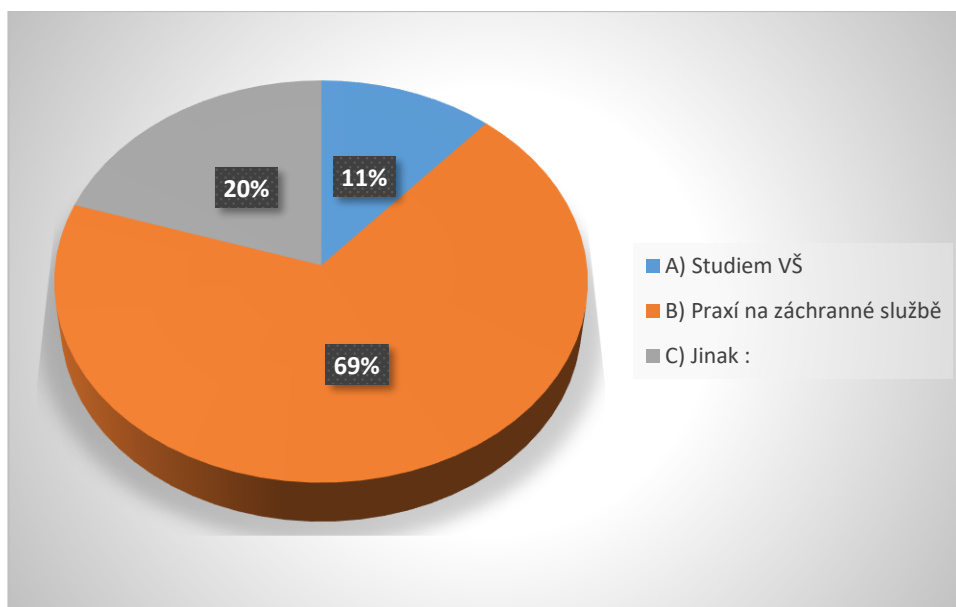


Obrázek 10, důležitost komunikačních dovedností

Předpokládaný výsledek se zcela potvrdil. Minimálně 60 % respondentů považuje komunikační dovednosti za velmi důležité, zbylí respondenti ho považují za středně důležité a nikdo je nepovažuje za málo důležité nebo nedůležité.

Tabulka č. 11, získávání komunikačních dovedností

7. Vaše komunikační dovednosti byly doposud získávány převážně:	
A) Studium VŠ	4
B) Praxí na záchranné službě	24
C) Jinak :	7

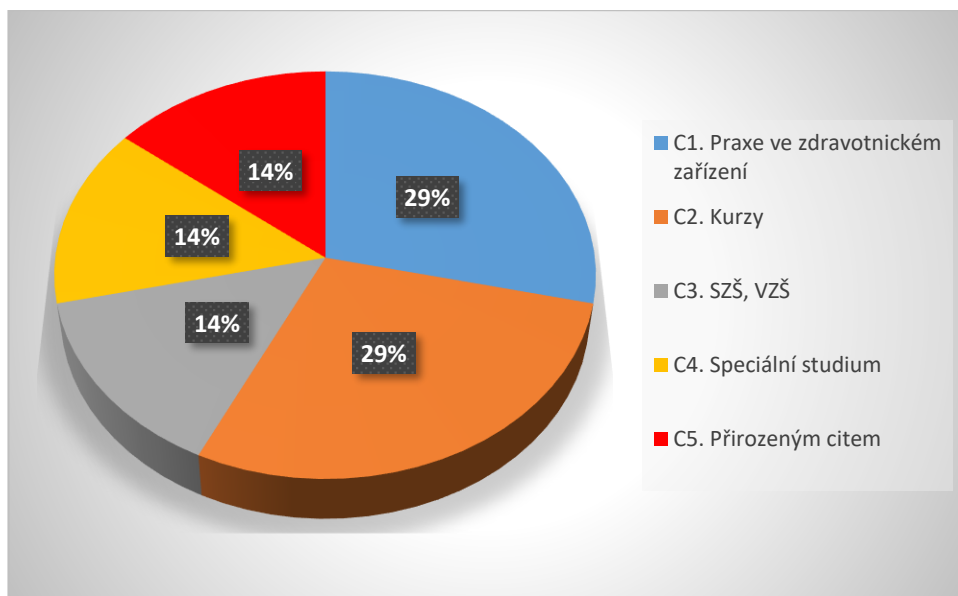


Obrázek 11, získávání komunikačních dovedností

Předpoklad, že minimálně 70 % respondentů získalo zkušenosti převážně praxí na záchranné službě, se nepotvrdil. Takto získalo zkušenosti 69 % respondentů. Celkem překvapivě 11 % získalo zkušenosti jinak. Jaké způsoby to byly, je znázorněno v doplňku této tabulky a tohoto grafu níže.

Tabulka č. 12, doplňující otázka k zisku komunikačních dovedností

Odpověď "C) Jinak", z toho:	
C1. Praxe ve zdravotnickém zařízení	2
C2. Kurzy	2
C3. SZŠ, VZŠ	1
C4. Speciální studium	1
C5. Přirozeným citem	1

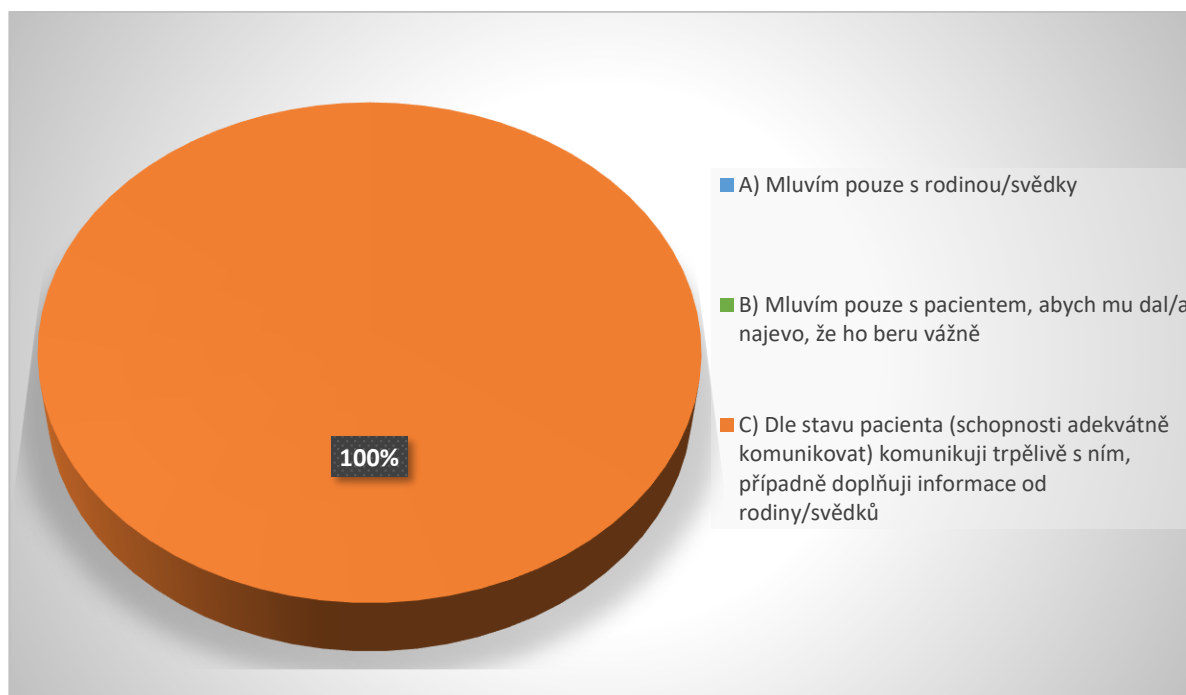


Obrázek 12, doplňující otázka k zisku komunikačních dovedností

Z 11 % respondentů, kteří získali zkušenosti převážně jinak, než jak bylo ve výběru otázky č. 7, své zkušenosti nejvíce získali rovnocenným dílem praxí ve zdravotnickém zařízení a kurzy.

Tabulka č. 13, komunikace s pacientem trpícím demencí

8. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem trpícím demencí:	
A) Mluvím pouze s rodinou/svědky	0
B) Mluvím pouze s pacientem, abych mu dal/a najevo, že ho beru vážně	0
C) Dle stavu pacienta (schopnosti adekvátně komunikovat) komunikuji trpělivě s ním, případně doplňuji informace od rodiny/svědků	35

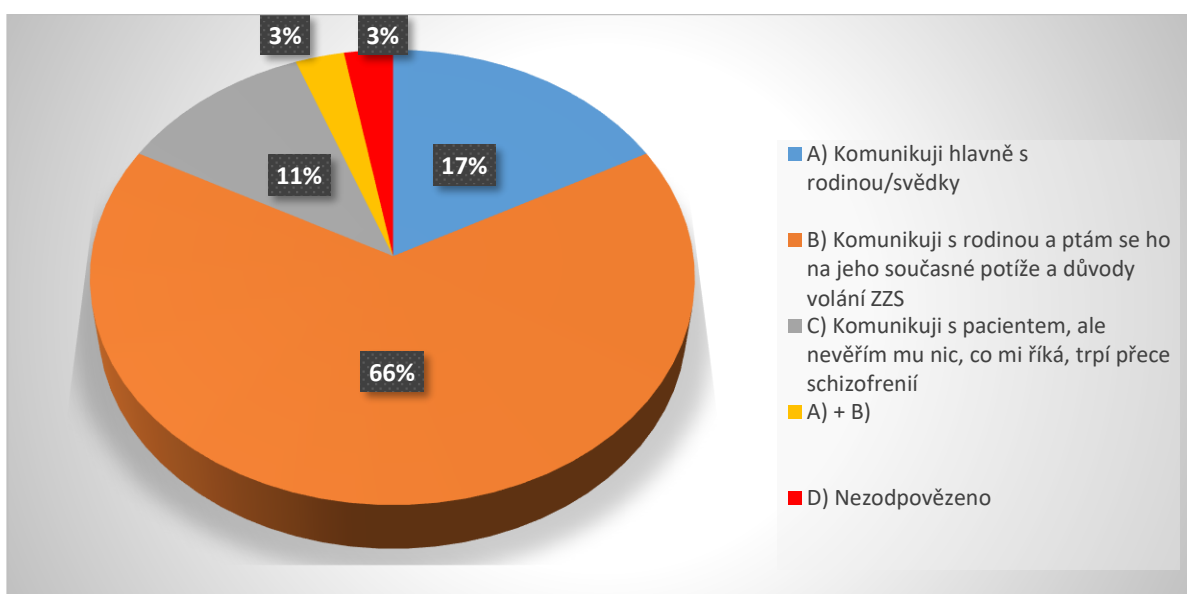


Obrázek 13, komunikace s pacientem trpícím demencí

Předpokládaný výsledek se potvrdil a více než 70 % (v tomto případě celých 100 %) zvolilo možnost “C) Dle stavu pacienta (schopnosti adekvátně komunikovat) komunikuji trpělivě s ním, případně doplňuji informace od rodiny/svědků”.

Tabulka č. 14, komunikace s pacientem trpícím schizofrenií

9. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem s projevující se schizofrenií, který je však klidný a nejeví známky agrese:	
A) Komunikuji hlavně s rodinou/svědky	6
B) Komunikuji s rodinou a ptám se ho na jeho současné potíže a důvody volání ZZS	23
C) Komunikuji s pacientem, ale nevěřím mu nic, co mi říká, trpí přece schizofrenií	4
A) + B)	1
D) Nezodpovězeno	1

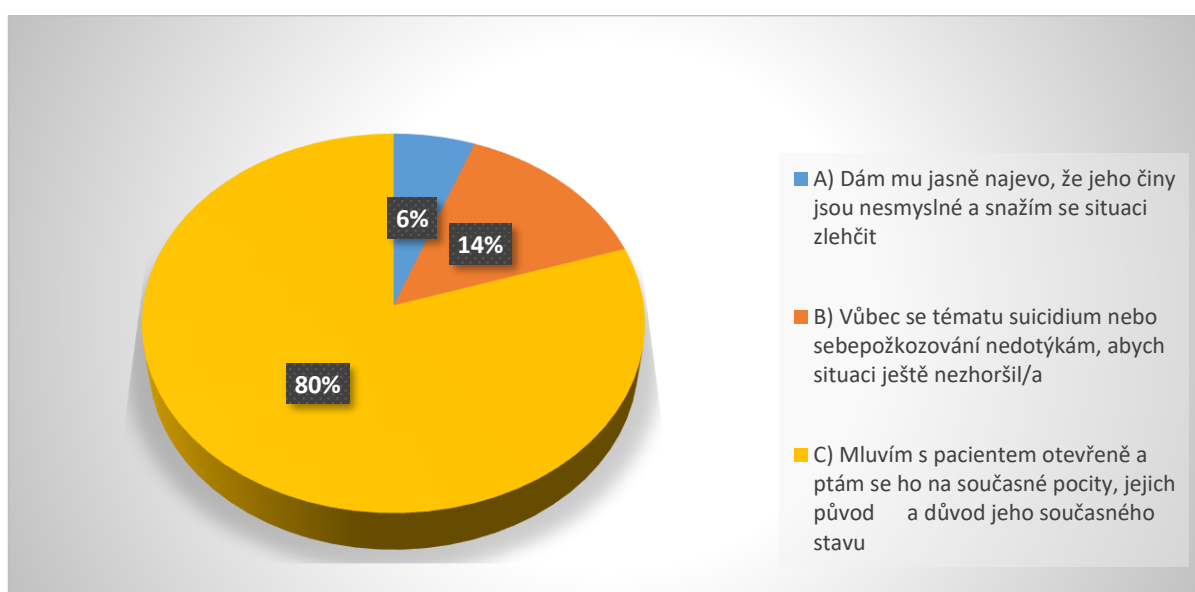


Obrázek 14, komunikace s pacientem trpícím schizofrenií

Alespoň 50 % respondentů skutečně zvolilo možnost “B) Komunikuji s pacientem a ptám se ho na jeho současné potíže a důvody volání ZZS“, a tak se předpoklad potvrdil.

Tabulka č. 15, komunikace s pacientem se sklony k sebepoškození nebo suicidálními sklony

10. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem se sebepoškozujícími nebo suicidálními sklony (přizná se nám, nebo je to očividné):	
A) Dám mu jasně najevo, že jeho činy jsou nesmyslné a snažím se situaci zlehčit	2
B) Vůbec se tématu suicidium nebo sebepoškození nedotýkám, abych situaci ještě nezhoršil/a	5
C) Mluvím s pacientem otevřeně a ptám se ho na současné pocity, jejich původ a důvod jeho současného stavu	28

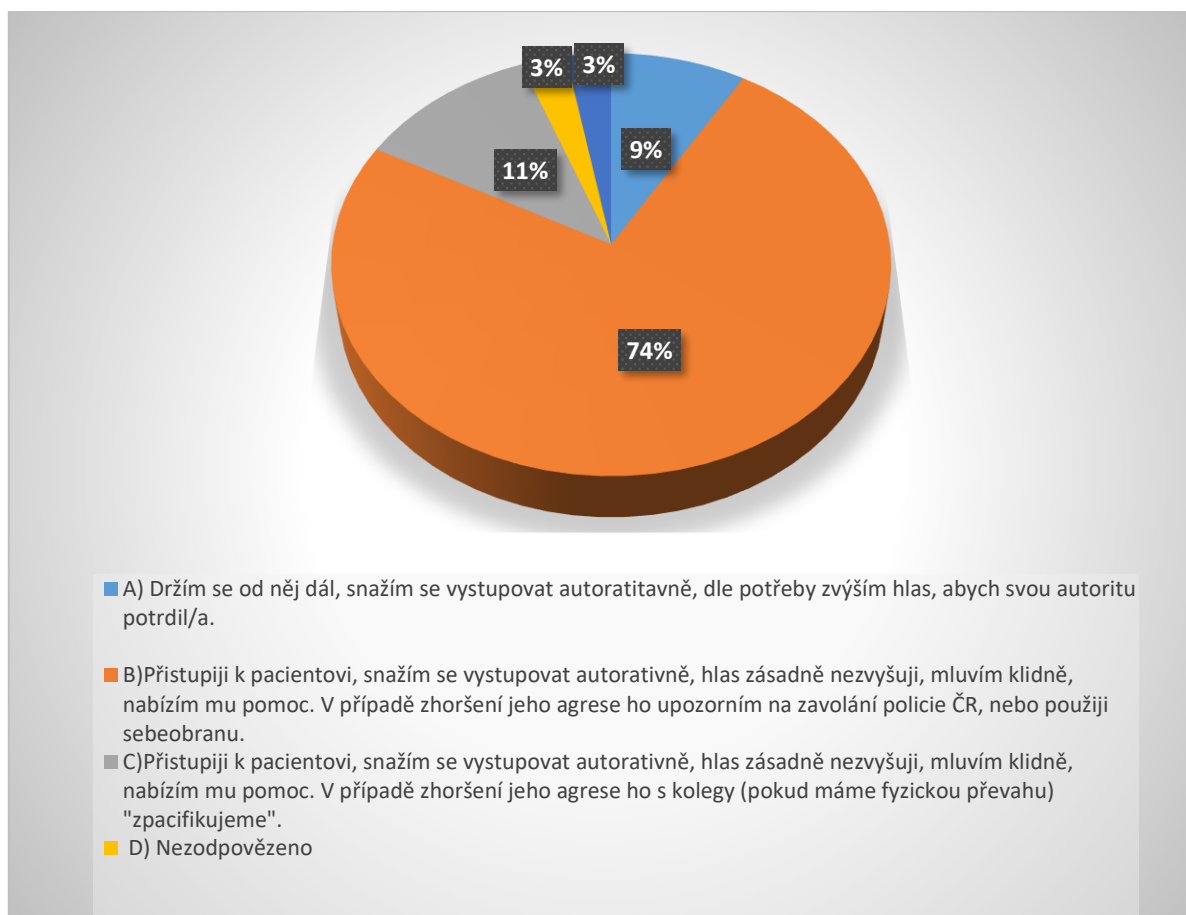


Obrázek 15, komunikace s pacientem se sklony k sebepoškození nebo suicidálními sklony

Předpokládaný výsledek se nepotvrdil v první části, protože minimálně 10 % nezvolilo možnost “A) Dám mu jasně najevo, že jeho činy jsou nesmyslné a snažím se situaci zlehčit“. V dalších částech se již potvrdil, protože minimálně 10 % zvolilo možnost “B) Vůbec se tématu suicidium nebo sebepoškození nedotýkám, abych situaci ještě nezhoršil/a“ a více než 50 % (zde dokonce 80 %) zvolilo možnost “C) Mluvím s pacientem otevřeně a ptám se ho na současné pocity, jejich původ a důvod jeho současného stavu“

Tabulka č. 16, komunikace s agresivním pacientem

11. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s agresivním pacientem (nemá zbraň a nesnaží se vás napadnout):	
A) Držím se od něj dál, snažím se vystupovat autoritativně, dle potřeby zvýším hlas, abych svou autoritu potvrdil/a.	3
B) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho upozorním na zavolání policie ČR, nebo použiji sebeobranu.	26
C) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho s kolegy (pokud máme fyzickou převahu) "zpacifikujeme".	4
D) Nezodpovězeno	1
E) navíc: odpověď B se změnou, že se od něj drží dál a v případě potřeby pouze uvědomí PČR	1

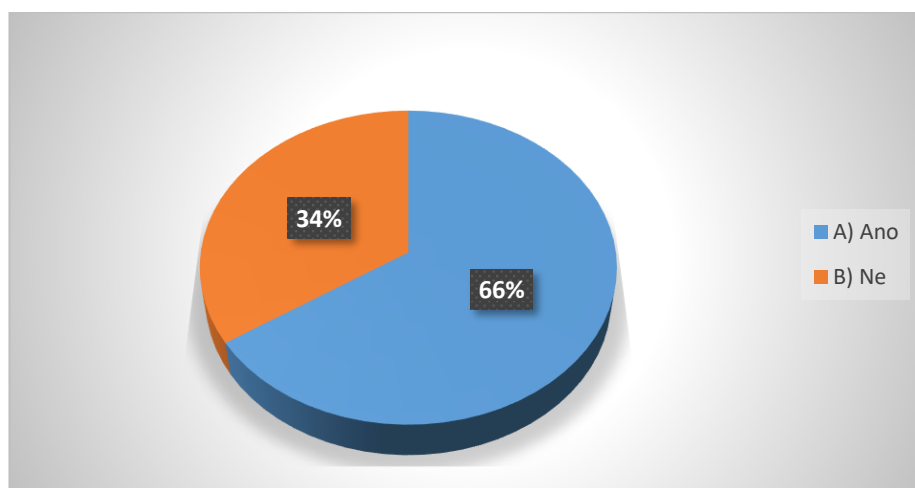


Obrázek 16, komunikace s agresivním pacientem

Předpokládaný výsledek, že alespoň 10 % zvolí možnost “C) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho s kolegy (pokud máme fyzickou převahu) „zpacifikujeme“, se potvrdil, stejně tak i předpoklad, že alespoň 50 % zvolí možnost “B) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho upozorním na zavolání policie ČR, nebo použiji sebeobranu.“

Tabulka č. 17, možnosti dalšího vzdělávání

12. Poskytuje vám zaměstnavatel možnost absolvovat nějaké kurzy nebo konference týkající se komunikačních dovedností?	
A) Ano	23
B) Ne	12

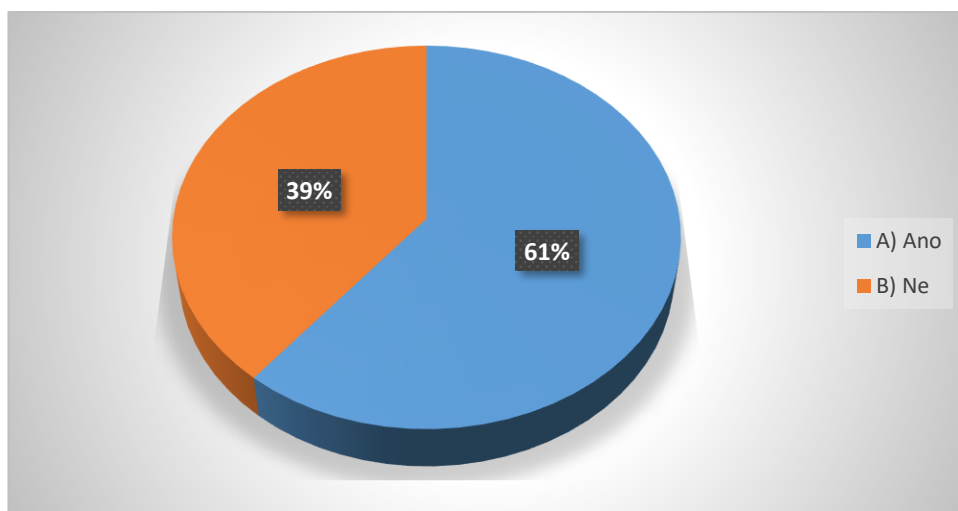


Obrázek 17, možnosti dalšího vzdělávání

Předpoklad, že minimálně 80 % respondentů má možnost dalšího vzdělávání se s výsledky neshoduje.

Tabulka č. 18, využití možnosti dalšího vzdělávání

12.1. Pokud vám zaměstnavatel takovou možnost dává, zúčastnil/a jste se?	
A) Ano	14
B) Ne	9

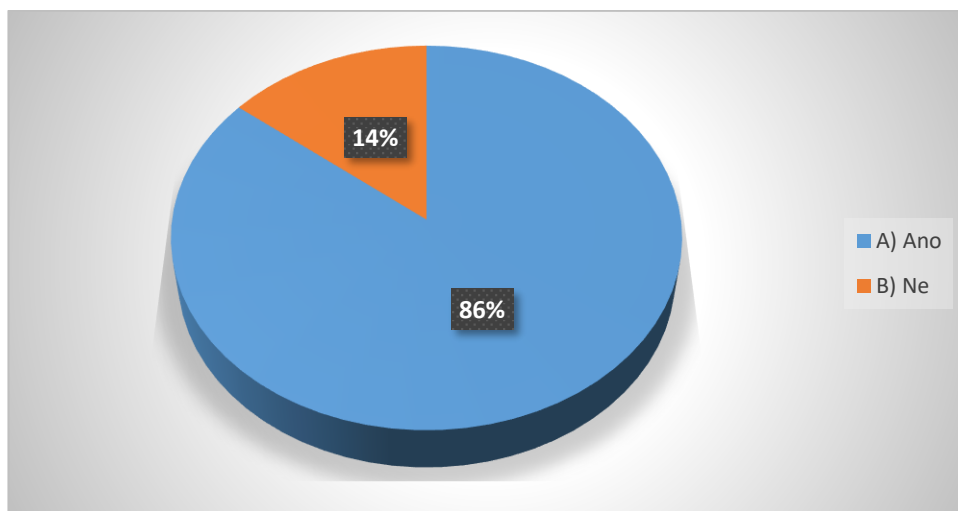


Obrázek 18, využití možnosti dalšího vzdělávání

Předpoklad této otázky byl vyvrácen, protože více než 80 % se nezúčastnilo (zúčastnilo se 61 %).

Tabulka č. 19, přínos dalšího vzdělávání

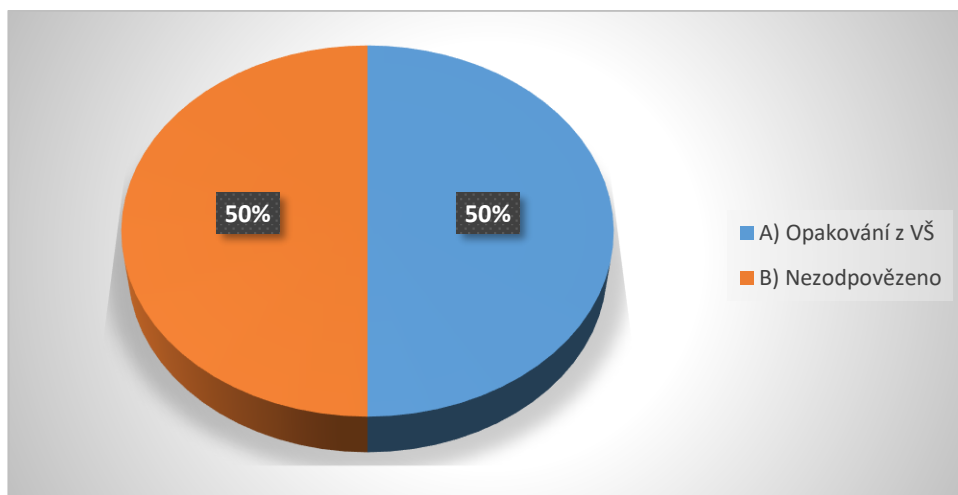
13. Pokud jste se zúčastnil/a, bylo to pro vás z hlediska zdokonalení komunikačních dovedností přínosné? (Jestliže jste se nezúčastnil/a, neodpovídejte na otázku.)	
A) Ano	12
B) Ne	2



Obrázek 19, přínos dalšího vzdělávání

Tabulka č. 20, důvody nepřínosného dalšího vzdělávání

13. 1. Pokud to pro vás nebylo přínosné, uveďte proč. (Jestliže nebylo, neodpovídejte na otázku.)	
A) Opakování z VŠ	1
B) Nezodpovězeno	1

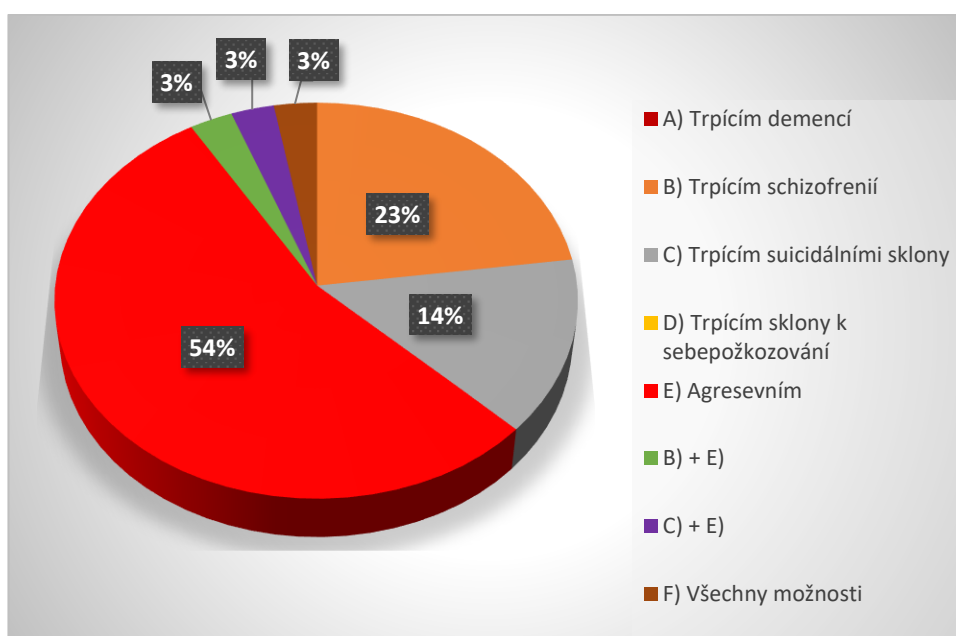


Obrázek 20, důvody nepřínosného dalšího vzdělávání

Předpoklad otázky 13 a jejího doplňku byl potvrzen – minimálně pro 80 % respondentů byla účast přínosem (zde 86 %). Ze zbývajících 14 % jich polovina nezodpověděla otázku a druhá polovina uváděla odpovědi v tom smyslu, že to bylo pouze opakování z VŠ.

Tabulka č. 21, "nejméně žádání" pacienti

14. S jakým z níže uvedených pacientů byste se chtěl/a setkat nejméně?	
A) Trpícím demencí	0
B) Trpícím schizofrenií	8
C) Trpícím suicidálními sklony	5
D) Trpícím sklony k sebepoškození	0
E) Agresivním	19
B) + E)	1
C) + E)	1
F) Všechny možnosti	1

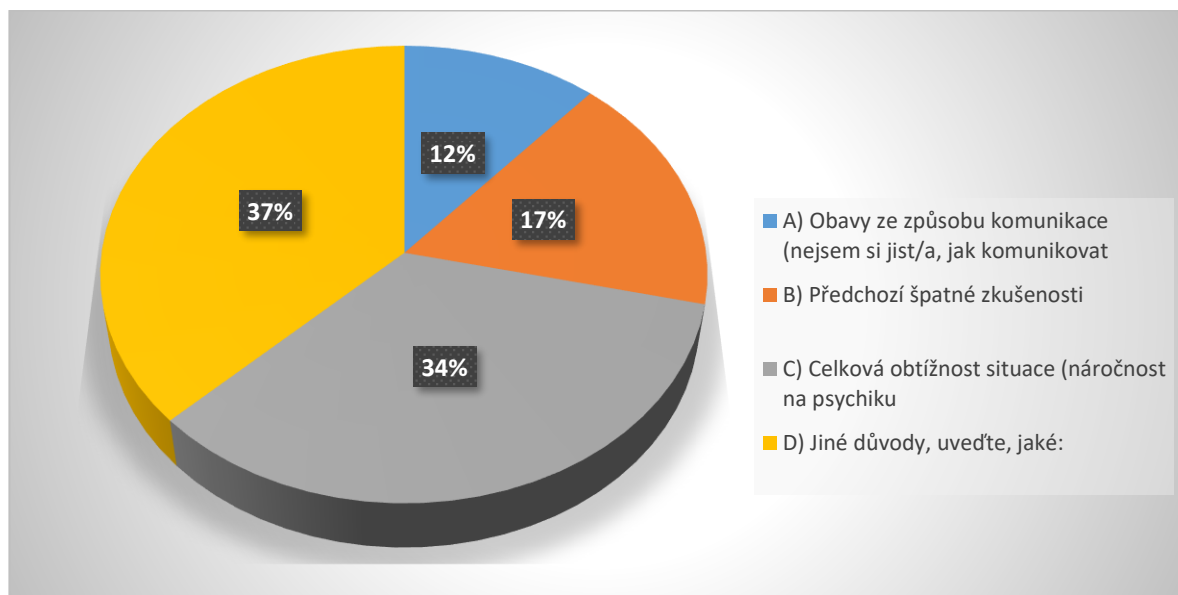


Obrázek 21, "nejméně žádání" pacienti

Předpoklad, že alespoň 40 % se chce nejméně setkat s pacientem trpícím suicidálními sklony, se nepotvrdil. S těmito pacienty se chce nejméně setkat 14 % dotázaných. Předpoklad, že nejméně se chtějí respondenti setkat alespoň ve 20 % s pacientem trpícím schizofrenií, se potvrdil (zde je to 23 %). Předpoklad, že žádný z respondentů si nevybral možnost "A) trpícím demencí", se také potvrdil. Přes 50 % záchranářů se chce nejméně setkat s agresivním pacientem.

Tabulka č. 22, proč se respondenti nechtějí setkat s vybraným pacientem

15. Důvodem výše položené otázky je/jsou:	
A) Obavy ze způsobu komunikace (nejsem si jist/a, jak komunikovat)	4
B) Předchozí špatné zkušenosti	6
C) Celková obtížnost situace (náročnost na psychiku)	12
D) Jiné důvody, uveďte, jaké:	13

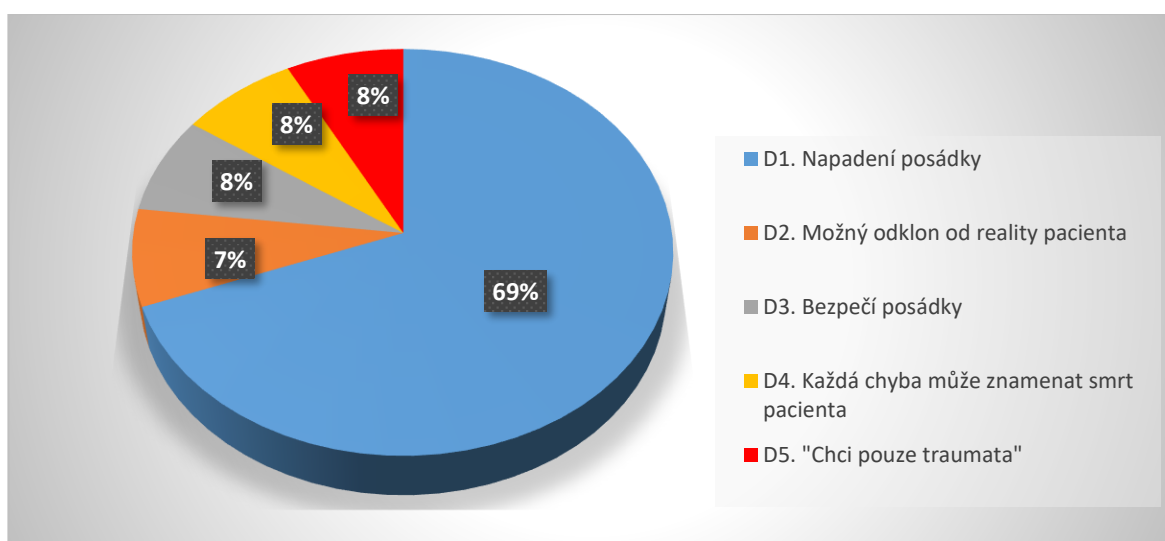


Obrázek 22, proč se respondenti nechtějí setkat s vybraným pacientem

Z předpokládaných výsledků této otázky se potvrdily tyto 2: alespoň 20 % má obavy z celkové náročnosti situace (zde 34 %) a alespoň 10% respondentů má vlastní důvody (zde 37 %), které nelze předpokládat. Jejich vlastní důvody jsou uvedeny v doplňku tabulky a grafu č. 15 níže.

Tabulka č. 23, přehled vlastních důvodů toho, proč se vybraným pacientem nechtějí setkat

Odpověď "D) Jiné důvody"	
D1. Napadení posádky	9
D2. Možný odklon od reality pacienta	1
D3. Bezpečí posádky	1
D4. Každá chyba může znamenat smrt pacienta	1
D5. "Chci pouze traumata"	1



Obrázek 23, přehled vlastních důvodů toho, proč se vybraným pacientem nechtějí setkat

Ze 37 % dotázaných, kteří mají jiné obavy je jich 69 % z napadení posádky. Téměř rovným dílem (7 – 8 %) jsou pak uvedeny obavy z možného odklonu od reality pacienta, obavy o bezpečí posádky, také zazněla odpověď „Každá chyba může znamenat smrt pacienta.“, nebo „Chci pouze traumata.“

8 DISKUZE

8.1 Dosažení hlavního cíle

Hlavním cílem bylo zjištění míry zkušeností a způsobu komunikace v praxi zdravotnických záchranářů v jednom vybraném kraji s lidmi s vybranými potížemi. Dotazník byl zaměřený pouze na hodnocení subjektivního názoru vybraných respondentů na jejich vlastní komunikační dovednosti. Nešlo tedy o standardizované šetření.

K tomuto se vztahovaly především dotazníkové otázky č. 4 a její části, č. 5 a 8 – 11, jejichž podrobnější vyhodnocení je v prezentaci a zhodnocení výsledků. Nicméně byly zjištěny některé zajímavé skutečnosti. Nejčastěji se respondenti setkávají s pacienty trpícími demencí a agresivními pacienty, méně často pak se zbývajících, což může poukazovat na nižší populační zastoupení těchto pacientů. Minimálně 3 – 5x do měsíce se zdravotničtí záchranáři pardubického kraje setkají se všemi vybranými pacienty, což ukazuje na to, že není příliš respondentů, kteří by se s těmito pacienty neselekali. Otázka je, jaká míra zkušenosti je důležitá, validní, vhodná nebo užitečná k dosažení optimálních komunikačních dovedností s pacienty s vybranými potížemi. Původně (v pilotní studii) byli respondenti požádáni o zdánlivě jednoduché zhodnocení jejich komunikačních dovedností s pacienty s vybranými potížemi. Bylo to pro ně obtížné, téměř nemožné. Proto byla vybrána možnost otestovat jejich komunikační dovednosti formou konkrétních situací, se kterými již neměli problém. Výběr odpovědí nebyl nijak standardizovaný, avšak jedna z nich se vždy držela alespoň obecných zásad pro komunikaci s konkrétními pacienty, do ostatních odpovědí byla zasazena alespoň jedna zásadní chyba, které by se měli respondenti vyvarovat, a proto odpověď nevolit. V otázce č. 8 zaměřené na komunikaci s pacientem trpícím demencí ale všichni uvedli stejnou odpověď, což může znamenat příliš jednoduché možnosti odpovědí, anebo skvělé znalosti komunikace právě s těmito pacienty vzhledem k časté interakci s nimi. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že 11 % záchranářů si vybralo za způsob komunikace s pacientem trpícím schizofrenií nevěřit mu nic, co jim říká, protože trpí schizofrenií. Možná to pro ně byla matoucí odpověď, nebo převládá nějaký špatný názor nebo mýtus o pacientech trpících tímto onemocněním. Nicméně byla tato odpověď považována za nejméně vhodnou z možných variant. Naopak při výběru způsobu komunikace s pacientem se sklony k sebepoškození nebo suicidálními sklony bylo očekáváno více těch špatných odpovědí, kdy se situace zlehčuje, nebo se o ní vůbec nemluví. Záchranáři se ale „nedali zmást“ a ve většině volili otevřený způsob komunikace. Vůbec nejpřekvapivěji působily odpovědi, které respondenti

volili při komunikaci s agresivním pacientem. 11 % dotazovaných se nebálo agresivního pacienta s kolegou „pacifikovat“, což není zcela vhodné, stejně jako zvyšovat hlas pro zvýšení autority, což volilo 9 % záchranářů.

8.2 Dosažení dílčích cílů

Komunikačním dovednostem ve své praxi zdravotničtí záchranáři přikládají velkou nebo středně velkou důležitost. Z největší části své dovednosti získávají z praxe na záchranné službě, další pak praxí ve zdravotnickém zařízení, na kurzech, na střední škole nebo speciálním studiu. K již zmíněným kurzům byly nasměřovány také nějaké otázky, ze kterých vyplynulo, že cca 30 % záchranářů nedává jejich zaměstnavatel možnost zúčastnit se kurzů zaměřených na komunikační dovednosti a pokud dává, téměř 40 % dotázaných možnosti nevyužilo. V případě, že možnost měli a kurz využili, v téměř 90 % uvedlo, že to bylo přínosné. Zbývá, pro které přínosem nebyl, v 50 % neodpověděli a v 50 % to pro ně bylo pouze opakování z vysoké školy. Zde se nabízí zamyšlení nad dostatečnou iniciativou zaměstnavatelů vzdělávat své zaměstnance v tomto směru a jejich kvalita. Pak ale také „ne/ochota“ zaměstnanců se zúčastnit takovýchto kurzů.

V souvislosti s obavami z některých vybraných pacientů se záchranáři dle výsledků nebojí ani tak komunikačních úskalí nebo špatných zkušeností, jako spíše psychické náročnosti a nejvíce fyzické konfrontaci s agresivním pacientem a případným ohrožením posádky. Mají záchranáři omezené možnosti se bránit, nebo nejsou dobře připraveni na takovéto situace? Nebo snad je to tím, že v poslední době takových případů přibývá? V Praze a ve Středočeském kraji byl proveden výzkum, jehož cílem bylo identifikovat nejběžnější zdroje agrese, jak je vnímají sami zdravotníci v PNP. Lidský faktor byl výrazným zdrojem rizik a zároveň i nejběžnějším zdrojem agrese. V dotazníku se ptali, zda se NLZP setkali s agresí vůči své osobě. 85 % uvedlo agresi s verbálními projevy a 43 % fyzickou agresi. *„Psychické následky agrese deklarovalo celých 38 % dotázaných. Při bližším zjišťování bylo zjištěno i vysoké procento tzv. pasivní agresivity jako agrese projevované pacienty a prezentované sice chováním nenásilným, ale takovým, které neumožňuje aktivně dosáhnout rozumový kontakt (67 % respondentů).“* (Urgentní medicína, 2015, 3, s. 32-34) Pro porovnání s výzkumem této práce se minimálně 90 % zdravotnických záchranářů s tímto pacientem alespoň jedenkrát setkalo.

Co se věkového zastoupení týče, důvod 77% zastoupení záchranářů ve věku 20 – 40 let je pravděpodobně fyzická a psychická kondice, která je pro tuto profesi nutná, dále možná někdy „adrenalinový“ charakter profese, a nebo nárůst nově vzdělaných lidí v tomto oboru. Zastoupení pohlaví bylo v dotazníkovém šetření poměrně vyrovnané, což značí pro nepřítomnost diskriminace některého z pohlaví v této profesi. Co se týče druhu posádky, se kterou záchranáři „jezdí“, největší zastoupení RZP bylo patrně z důvodu jeho vyššího výskytu než RV a do LZS týmu nepatřil nikdo, protože tato skupina se nachází v Hradci Králové a nejspíše i proto, že pracovníci, kteří jsou ve skupině „pozemních posádek“ záchranářů málokdy pracují zároveň jako letečtí záchranáři.

III ZÁVĚR

Komunikace má několik složek, některé z nich (verbální) se dají dobře naučit, jiné (neverbální) je velmi těžké alespoň usměrnit. Komunikační dovednosti tedy shrnují „umění“ skloubit tyto složky a umožňují použít efektivní přístup k pacientovi. Ke každému pacientovi je třeba přistupovat individuálně, nicméně existují skupiny pacientů (s určitým druhem diagnózy nebo problémem), u kterých lze aplikovat určitý sjednocený přístup v komunikaci, u kterých existuje „návod“ na to, jak s nimi komunikovat. Spolu s provedenými technickými výkony je pak výsledkem profesionálně ošetřený pacient, který je spokojený s péčí i přístupem, ať už byl jeho důvod vyhledání zdravotnické péče jakýkoli a také spokojený zdravotník, který mohl spolupracujícího pacienta bez problémů ošetřit a zjistil od něj veškeré potřebné informace přispívající ke správné diagnostice i následné terapii.

Teoretická část práce se opírá o již zjištěná fakta o komunikaci, komunikačních dovednostech a dovednostech komunikovat s vybranými pacienty. Zajímavým zjištěním bylo např. propojení suicidia a sebepoškození, kdy je sebepoškození považováno za výrazný rizikový faktor suicidálního jednání (vysoké riziko sebevraždy po sebepoškození je především u lidí s přetrvávajícími suicidálními úvahami, depresivní poruchou, chronickým abúzem alkoholu a drog, sociální izolace i somatické onemocnění). Je tedy možné aplikovat stejný způsob komunikace na pacienty s již projeveným suicidálním jednáním a pacienty se sklony k sebepoškození i přesto, že vyžadují rozdílnou léčbu? V tomto případě by právě správná komunikační intervence mohla působit preventivně i terapeuticky a zamezit tak dalším pokusům o sebepoškození či pokusu o suicidium – prevenci je dle Platznerové (2009) věnována nejmenší pozornost. Toto zjištění by tak mohla být alespoň podnětem k podrobnějšímu prozkoumání této problematiky a vytvoření ucelenějšího doporučeného postupu pro komunikaci s těmito pacienty.

Hlavním cílem práce bylo zjistit míru zkušeností a způsobu komunikace v praxi zdravotnických záchranářů v rámci jednoho kraje s lidmi s vybranými potížemi. Dalšími sledovanými aspekty pak bylo zjistit, jakou důležitost přikládají zdravotničtí záchranáři komunikačním dovednostem ve své praxi a jakým způsobem své komunikační dovednosti zdravotničtí záchranáři získávají, a zda je to pro ně přínosem. Tyto cíle byly v rámci práce splněny a přinesli celkem zajímavá, i když ne nijak šokující fakta, z nichž nejzásadnější závěry se týkají zjištění, že nejčastěji se respondenti setkávají s pacienty trpícími demencí a agresivními pacienty, na druhou stranu 28 % respondentů se setkají méně než jednou v měsíci s pacienty trpícími schizofrenií a 36 % má stejnou zkušenost i s pacienty

se suicidálními sklony. 11 % dotázaných záchranářů se rozhodlo nevěřit pacientovi trpícímu schizofrenií nic, co jim říká, protože trpí schizofrenií. Stejný počet dotazovaných se nebálo agresivního pacienta s kolegou „pacifikovat“, a našli se i respondenti, kteří zvolili jako nejúčinnější komunikaci s agresivním pacientem metodou se zvyšováním hlasu. Při komunikaci s dementními pacienty se objevovali celkem shodné odpovědi, stejně tak i s pacienty se suicidálními sklony a sklony k sebepoškození.

Tato práce má poměrně úzký okruh zaměření a stejně tak i omezený rozsah výzkumu. Zkušenosti a dovednosti respondentů byly zkoumány pouze v rovině subjektivního názoru na ně. Další krok, potažmo nový výzkum by se mohl věnovat objektivnímu posouzení komunikačních dovedností, pokud by byl vytvořen standardizovaný postup komunikace s jednotlivými pacienty, nebo rozvinutí již zjištěných informací a posouzení komunikačních dovedností ve větším měřítku.

V rámci dalšího vzdělávání záchranářů výzkum přinesl zajímavé poznatky o rozdílných možnostech vzdělávání se v komunikačních dovednostech na území jednoho kraje. Mohl by tedy podnítit určité sjednocení a vylepšení v tomto směru.

9 ZDROJE

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

BURNARD, P. *Effective communication skills for health Professionals*. Springer; Softcover reprint of the original 1st ed. 1992. edition (1 Jan. 1992). ISBN 978-0-412-40870-0

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6

CMOREJ, Patrik Christian a Miroslava KUKLOVÁ. Suicidalni jednani jatečnim přístrojem. *Urgentní medicína*. MEDIPRAX CB, 2012, **15**(2), 27. ISSN 1212-1924.

FRANZ, Jiří. Tentamen suicidii v PNP. *Urgentní medicína*. MEDIPRAX CB, 2004, **7**(4), 20-23. ISSN 1212-1924.

GORDON, T., EDWARDS, W. S. *Making the patient your partner: communication skills for doctors and other caregivers*. Auburn house, edited in 1997. ISBN 0-86569-255-6.

HAWTON, K. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* [online]. 2002, 325(7374), 1207-1211 [cit. 2017-03-26]. DOI: 10.1136/bmj.325.7374.1207. ISSN 09598138.

Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.325.7374.1207>

HELL, Daniel a Magret FISCHER-FELTEN. *Schizofrénie: základy pre porozumenie a orientáciu*. Přeložil Jozef HAŠTO. Trenčín: F, 1997. ISBN 80-967277-2-9.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KAPUR, Navneet. Management of self-harm in adults: which way now? *The British Journal of Psychiatry*. The Royal College of Psychiatrists, 2005, **6**(187), 497-499. DOI: 10.1192/bjp.187.6.497.

LAYE-GINDHU, Aviva a Kimberly A. SCHONERT-REICHL. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence* [online]. 2005, **5**(34), 447-457 [cit. 2017-03-26]. DOI: 10.1007/s10964-005-7262-z. ISSN 0047-2891.

Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10964-005-7262-z>

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

MUCHA, Josef a Františka ERTLLOVÁ. *Přednemocniční neodkladná péče*. Vyd. 2. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-379-1.

MUEHLENKAMP, Jennifer J. a Peter M. GUTIERREZ. An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* [online]. 2004, **34**(1), 12-23 [cit. 2017-03-26]. DOI: 10.1521/suli.34.1.12.27769. ISSN 0363-0234. Dostupné z: <http://www.extenza-eps.com/GPI/doi/abs/10.1521/suli.34.1.12.27769>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence* [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR ©2006 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

NETUŠILOVÁ, Veronika Karolína a Tibor A. BREČKA. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. *Urgentní medicína*. MEDIPRAX CB, 2015, **18**(3), 32-34. ISSN 1212-1924.

PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

ROSS, LINDA. Facilitating Rapport through Real Patient Encounters in Health Care Professional Education. *Australasian Journal of Paramedicine*. 2013, (4), 40-51.

ROSS, S., & Heath, N. (2002). *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77.

DOI: 10.1023/A:101408911741

SIHELSKÁ, Dana. Zdravotnický záchranář – profesionál, osobnost'. *Urgentní medicína*. MEDIPRAX CB, 2007, **10**(2), 30-32. ISSN 1212-1924.

SUYEMOTO, Karen L. THE FUNCTIONS OF SELF-MUTILATION. *Clinical Psychology Review*. USA: Elsevier Science, 1998, **18**(5), 531-554. PMID: 9740977.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

WOOD, Julia T. *Interpersonal communication: everyday encounters*. 6th ed. Boston, MA: Wadsworth Cengage, c2008. ISBN 978-0-495-56764-6.

WHO, MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

10 PŘÍLOHY

10.1 Příloha 1.

Dotazník – pilotní studie

Dobrý den, jmenuji se Anastázie Hořínková, jsem studentkou 3. ročníku FZS UPa a pracuji na bakalářské práci s názvem *Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře Pardubického kraje*. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění jednoduchého dotazníku, jehož výsledky budou poté zpracovány a vyhodnoceny v mé práci.

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce a její prezentaci. Své odpovědi, prosím, zakroužkujte.

Toto je pilotní studie k výzkumné části bakalářské práce, její výsledky budou použity pro úpravu a zdokonalení výzkumu a zveřejněny pro účely bakalářské práce. Zároveň Vás žádám, abyste každou otázku ohodnotili (hodnocení je vždy pod danou otázkou).

Děkuji za Váš čas.

1. Vaše pohlaví je:

- A) Muž
- B) Žena

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

2. Váš věk je:

- A) 20 – 30
- B) 31 – 40
- C) 41 – 50
- D) 50 a více

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....
3. Jste členem posádky (můžete volit více možností):

- A) RZP
- B) RLP
- C) LZS

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

4. Napište prosím ke každému bodu číslicí, kolikrát jste se v praxi setkal/a s pacientem:

- A) Trpícím demencíX
- B) Trpícím schizofreniíX
- C) Trpícím suicidálními sklony x
- D) Trpícím sklony k sebepoškozování x
- E) Agresivním x

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

5. Nejvíce zkušeností (z níže uvedeného výčtu) máte s pacienty:

- A) Trpícími demencí
- B) Trpícími schizofrenií
- C) Trpícími suicidálními sklony
- D) Trpícími sklony k sebepoškozování
- E) Agresivními

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

6. Myslíte si, že komunikační dovednosti jsou ve vaší praxi:

- A) Velmi důležité
- B) Středně důležité
- C) Málo důležité
- D) Nedůležité

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

7. Vaše komunikační dovednosti byly doposud získávány převážně:

- A) Studium VŠ
- B) Praxí na záchranné službě
- C) Jinak: uveďte jak:

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

8. Nyní, prosím, o zhodnocení Vašich komunikačních dovedností – k jednotlivým pacientům přiřaďte úroveň svých komunikačních dovedností:

Pacient: Komunikační dovednost

- | | |
|------------------------|------------------|
| A) Trpící demencí | a. Výborná |
| | b. Dobrá |
| | c. Dostačující |
| | d. Nedostačující |
|
 | |
| B) Trpící schizofrenií | a. Výborná |
| | b. Dobrá |
| | c. Dostačující |
| | d. Nedostačující |

C) Trpící suicidálními sklony

- a. Výborná
- b. Dobrá
- c. Dostačující
- d. Nedostačující

D) Trpící sklony k sebepoškození

- a. Výborná
- b. Dobrá
- c. Dostačující
- d. Nedostačující

E) Agresivní

- a. Výborná
- b. Dobrá
- c. Dostačující
- d. Nedostačující

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) *Ano* B) *Ne*

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

9. Pokud jste v některé z možností u otázky č. 8 volil/a **výborné, dobré, nebo dostatečné** komunikační dovednosti (s výše uvedenými pacienty), pak jste je získal/a:

- A) Ve škole
- B) V praxi
- C) Jinak – uveďte, jak:

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) *Ano* B) *Ne*

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....

10. Pokud jste v některé z možností u otázky č. 8 volil/a **nedostatečné** komunikační dovednosti, jsou podle Vás zapříčiněny (můžete volit více možností):

- *Pokud jste v žádné z možností u otázky č .8 nevolil/a nedostatečné komunikační dovednosti, otázku nevyplňujte.*

- A) Špatnou/ nedostatečnou výukou na VŠ
- B) Nedostatečnou praxí při studiu
- C) Krátkou dobou v zaměstnání (nedostatek zkušeností)
- D) Nedostatečnou vlastní iniciativou

Tato otázka je logicky uspořádaná, srozumitelná A) Ano B) Ne

Připomínky k postavení otázky, nabízeným možnostem apod.:

.....
.....

10.2 Příloha 2.

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Anastázie Hořínková, jsem studentkou 3. ročníku FZS UPa a pracuji na bakalářské práci s názvem *Komunikační dovednosti v praxi zdravotnického záchranáře Pardubického kraje*. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění jednoduchého dotazníku, jehož výsledky budou poté zpracovány a vyhodnoceny v mé práci.

Dotazník je anonymní, výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce a její prezentaci. Své odpovědi, prosím, zakroužkujte.

Děkuji za Váš čas.

1. Vaše pohlaví je:

- A) Muž
- B) Žena

2. Váš věk je:

- A) 20 – 30
- B) 31 – 40
- C) 41 – 50
- D) 50 a více

3. Jste členem posádky (můžete volit více možností):

- A) RZP
- B) RV
- C) LZS

4. Napište, prosím, ke každému bodu číslicí, kolikrát do měsíce se zhruba v praxi setkáváte s pacientem:

- A) Trpícím demencíX
- B) Trpícím schizofreniíX
- C) Trpícím suicidálními sklony x
- D) Trpícím sklony k sebepoškození x
- E) Agresivním x

5. Nejvíce zkušeností (z níže uvedeného výčtu) máte s pacienty:
- A) Trpícími demencí
 - B) Trpícími schizofrenií
 - C) Trpícími suicidálními sklony
 - D) Trpícími sklony k sebepoškozování
 - E) Agresivními
6. Myslíte si, že komunikační dovednosti jsou ve vaší praxi:
- A) Velmi důležité
 - B) Středně důležité
 - C) Málo důležité
 - D) Nedůležité
7. Vaše komunikační dovednosti byly doposud získávány převážně:
- A) Studium VŠ
 - B) Praxí na záchranné službě
 - C) Jinak: uveďte jak:
8. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem trpícím demencí:
- A) Mluvím pouze s rodinou/svědky
 - B) Mluvím pouze s pacientem, abych mu dal/a, najevo, že ho беру vážně
 - C) Dle stavu pacienta (schopnosti adekvátně komunikovat) komunikuji trpělivě s ním, případně doplňuji informace od rodiny/svědků
9. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem s projevující se schizofrenií, který je však klidný a nejeví známky agrese:
- A) Komunikuji hlavně s rodinou/svědky
 - B) Komunikuji s pacientem a ptám se ho na jeho současné potíže a důvody volání ZZS
 - C) Komunikuji s pacientem, ale nevěřím mu nic, co mi říká, trpí přece schizofrenií
10. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s pacientem se sebepoškozujícími nebo suicidálními sklony (přízná se nám, nebo je to očividné):
- A) Dám mu jasně najevo, že jeho činy jsou nesmyslné a snažím se situaci zlehčit
 - B) Vůbec se tématu suicidium nebo sebepoškozování nedotýkám, abych situaci ještě nezhoršil/a
 - C) Mluvím s pacientem otevřeně a ptám se ho na současné pocity, jejich původ a důvod jeho současného stavu

11. Vyberte, prosím, jeden ze způsobů komunikace, který používáte, nebo byste použili při setkání s agresivním pacientem (nemá zbraň a nesnaží se vás napadnout):
- A) Držím se od něj dál, snažím se vystupovat autoritativně, dle potřeby zvýším hlas, abych svou autoritu potvrdil/a
 - B) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho upozorním na zavolání policie ČR, nebo použiji sebeobranu.
 - C) Přistupuji k pacientovi, snažím se vystupovat autoritativně, hlas zásadně nezvyšuji, mluvím klidně, nabízím mu pomoc. V případě zhoršení jeho agrese ho s kolegy (pokud máme fyzickou převahu) „zpacifikujeme“.
12. Poskytuje Vám zaměstnavatel možnost absolvovat nějaké kurzy nebo konference týkající se komunikačních dovedností?
- A) Ano
 - B) Ne
 - Pokud Vám zaměstnavatel takovou možnost dává, zúčastnil/a jste se?
 - A) Ano
 - B) Ne
13. Pokud jste se zúčastnil/a, bylo to pro Vás z hlediska zdokonalení komunikačních dovedností přínosné? (Jestliže jste se neúčastnil/a, neodpovídejte na otázku).
- A) Ano
 - B) Ne
 -
 - Pokud to pro Vás nebylo přínosné, uveďte proč? (Jestliže bylo, neodpovídejte na otázku).
 -
14. S jakým z níže uvedených pacientů byste se chtěl/a setkat nejméně?
- A) Trpící demencí
 - B) Trpící schizofrenií
 - C) Trpící suicidálními sklony
 - D) Trpící sklony k sebepoškozování
 - E) Agresivní
15. Důvodem výše položené otázky je/jsou:
- A) Obavy ze způsobu komunikace (nejsem si jist/a jak komunikovat)
 - B) Předchozí špatné zkušenosti
 - C) Celková obtížnost situace (náročnost na psychiku)
 - D) Jiné důvody, uveďte jaké: