VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ S KLIENTY ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY V TÍSŇOVÝCH SITUACÍCH

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

GABRIELA JAKUBŮ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Bc. Monika Středová

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.3.2012

Gabriela Jakubů

ABSTRAKT

JAKUBŮ, Gabriela. *Komunikace zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby v tísňových situacích.* Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Bc. Monika Středová. Praha 2012. 63 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je komunikace zdravotnických záchranářů s jejich klienty v tísňových situacích. Teoretická část se zaměřuje na komunikaci z obecného hlediska a na vybrané tísňové situace, kterými jsou úzkostné stavy klientů zdravotnické záchranné služby a smrt blízké osoby klienta zdravotnické záchranné služby. Ke správnému jednání a komunikaci s klienty, kteří se nacházejí v těchto tísňových situacích, potřebují zdravotničtí záchranáři patřičné vzdělání. Tímto se zabývala hlavně praktická část. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak si zdravotničtí záchranáři počínají v komunikaci s jejich klienty v těchto tísňových situacích. Následně pak připravit podklady pro další vzdělávání zdravotnických záchranářů v komunikaci s pozůstalými a úzkostnými klienty v podmínkách zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje.

Klíčová slova

Komunikace. Smrt. Úzkost. Vzdělání.

ABSTRACT

JAKUBŮ, Gabriela. *Communication between Paramedics with Clients in Emergency Situations.* Medical College, o.p.s. Degree: Bachelor. Tutor: Bc. Monika Středová. Prague 2012. 63 pages

The main topic of the bachelor thesis is the communication between paramedics and their clients in emergency situations. The theoretical part describes general communication and specific urgent situations e.g. with anxious clients and with clients affected by death of relatives. In those occasions the specific knowledge is helpful. The main task of this research is to find out the possibility how to implement the acquired training in real situations. The results of the research should be applied in emergency medical services in Středočeský kraj.

Keywords

Communication. Death. Anxiety. Education.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD……..…….. 10

1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ……..... 11

1.1 Druhy komunikace……... 12

1.2 Funkce komunikace……. 13

2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE……... 14

2.1 Paralingvistika……. 14

2.2 Rozhovor……..15

2.2.1 Druhy rozhovoru……... 16

2.2.2 Fáze rozhovoru…….. 16

2.3 Úspěšná verbální komunikace……. 17

3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE……. 18

3.1 Složky neverbální komunikace…… 18

3.1.1 Výraz obličeje – Mimika……...…… 19

3.1.2 Doteky – Haptika……... 19

3.1.3 Vzdálenost – Proxemika…… 20

3.1.4 Postoj těla – Posturologie……....20

3.1.5 Pohyby těla – Kinezika…….. 21

3.1.6 Gesta – Gestika…….. 21

3.1.7 Pohledy očí…… 21

4 NASLOUCHÁNÍ…….…… 22

4.1 Proces naslouchání…….…..…… 22

4.2 Aktivní naslouchání…….…..……. 23

4.2.1 Techniky aktivního naslouchání……..……..…… 23

5 SMRT JAKO TÍSŇOVÁ SITUACE…… 24

5.1 Proces truchlení…… 24

5.1.1 Čtyři fáze truchlení dle Browna, Pullena a Scotta……. 25

5.1.2 Čtyři fáze truchlení dle Weinerta, Winklera a Spiegla……..... 25

5.1.3 Tři stádia truchlení dle Kubíčkové…… 26

5.2 Možné reakce na úmrtí blízkého člověka……..…….. 28

6 ÚZKOST JAKO TÍSŇOVÁ SITUACE…… 30

6.1 Formy úzkostných poruch……... 30

6.2 Tělesné projevy vystupňované úzkosti…… 32

6.3 Myšlení úzkostného klienta……..33

7 PRŮZKUM V OBLASTI KOMUNIKACE A VZDĚLÁNÍ……. 34

7.1 Výsledky vlastního průzkumu……..…. 37

8 DISKUSE……...…… 54

8.1 Doporučení pro zdravotnické záchranáře – pozůstalý klient…….. 57

8.2 Doporučení pro zdravotnické záchranáře – úzkostný klient……... 59

ZÁVĚR…… 61

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY…… 62

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP – specializační studium v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči

NCONZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dermografismus – stav, kdy působení tupého předmětu na kůži vyvolá výraznou místní reakci zčervenání nebo zbělení, takže je možné „na kůži psát“ (http://lekarske.slovniky.cz/pojem/dermografismus)

Hyperventilace – prohloubené a zrychlené dýchání

Somatické - tělesné

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Absolvování vzdělání v komunikaci v posledních 3 letech..... 37

Tabulka 2 Znalosti v oblasti komunikace..... 38

Tabulka 3 Úzkost jako tísňová situace..... 39

Tabulka 4 Forma zmírnění projevů úzkosti..... 40

Tabulka 5 Zájem o vzdělávání se – úzkostný klient..... 41

Tabulka 6 Komunikační techniky: Aktivní naslouchání..... 42

Tabulka 7 Vypsané techniky a způsoby aktivního naslouchání..... 42

Tabulka 8 Smrt jako tísňová situace..... 44

Tabulka 9 Komunikační techniky: Přístup k pozůstalým..... 45

Tabulka 10 Vypsané techniky a způsoby jak jednat s pozůstalými..... 47

Tabulka 11 Zájem o vzdělávání se - pozůstalý klient..... 48

Tabulka 12 Sebehodnocení v komunikaci versus emoce..... 49

Tabulka 13 Rezervy v komunikaci..... 50

Tabulka 14 Demografické údaje: Délka praxe u ZZS..... 51

Tabulka 15 Demografické údaje: Pohlaví..... 52

Tabulka 16 Demografické údaje: Věk..... 53

Graf 1 - Absolvování vzdělání v komunikaci v posledních 3 letech..... 37

Graf 2 - Znalosti v oblasti komunikace..... 38

Graf 3 - Úzkost jako tísňová situace..... 39

Graf 4 – Forma zmírnění projevů úzkosti..... 40

Graf 5 – Zájem o vzdělávání se - úzkostný klient..... 41

Graf 6 – Komunikační techniky: Aktivní naslouchání..... 42

Graf 7 – Smrt jako tísňová situace..... 44

Graf 8 – Komunikační techniky: Přístup k pozůstalým..... 45

Graf 9 – Zájem o vzdělávání se - pozůstalý klient..... 48

Graf 10 – Sebehodnocení v komunikaci versus emoce..... 49

Graf 11 – Rezervy v komunikaci..... 50

Graf 12 - Demografické údaje: Délka praxe u ZZS..... 51

Graf 13 - Demografické údaje: Pohlaví..... 52

Graf 14 – Demografické údaje: Věk..... 53

ÚVOD

Téma komunikace je čím dál více aktuální. Spoustě lidí se ale stále pod tímto pojmem vybaví pouhá výměna slov. V případě povolání zdravotnických záchranářů pak výměna slov mezi nimi a jejich klienty. K napsání bakalářské práce na toto téma, mě přivedlo přesvědčení, které jsem si sama v praxi nesčetněkrát ověřila a to, že komunikace neznamená pouhou výměnu slov, stejně jako, že klienti zdravotnické záchranné služby nejsou jen pouhou tělesnou schránkou, kterou je potřeba ošetřovat pouze z fyzického hlediska.

Teoretická část mé bakalářské práce se věnuje komunikaci ve zdravotnictví z obecného hlediska a tísňovým situacím, které jsou z pohledu komunikace stěžejní a velmi náročné. Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila tísňovou situaci vystupňované úzkosti, kterou klienti zdravotnické záchranné služby hodnotí jako velmi nepříjemnou a tísňovou situaci úmrtí blízké osoby. Mou bakalářskou prací bych chtěla motivovat záchranáře, aby pohlédli sami na sebe, zkusili se vcítit do nelehké role klientů, kteří prožívají úzkostný stav nebo úmrtí blízké osoby, a uvědomili si, že je komunikace s těmito klienty součástí záchranářské práce, jíž se musí učit, stejně jako novým postupům v resuscitaci.

V rámci praktické části bakalářské práce jsem připravila anonymní dotazník, pomocí kterého jsem se zjišťovala vliv vzdělání v komunikaci na komunikační schopnosti a sebereflexi v komunikaci zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby. Stanovila jsem čtyři základní cíle, kterými zjišťuji, jak zdravotničtí záchranáři hodnotí své schopnosti v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby, zda se nad svou prací zamýšlejí i na emoční úrovni, zda znají vybrané techniky a způsoby komunikace a také zda mají zdravotničtí záchranáři zájem vzdělávat se v oblasti komunikace s klienty zdravotnické záchranné služby ve vybraných tísňových situacích. V závěru bakalářské připravuji doporučení pro zdravotnické záchranáře, jak postupovat při jednání a komunikaci s úzkostnými a pozůstalými klienty zdravotnické záchranné služby.

Vypracovaná práce bude sloužit jako podklad pro další vzdělávání zdravotnických záchranářů ve Středočeském kraji.

1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Umění komunikace se může naučit každý člověk. Podmínkou je, že se musí chtít v této dovednosti zdokonalovat. Mohlo by se zdát, že komunikovat umí všichni lidé, však se tomu učí už od narození, ale opak bývá pravdou. Komunikace ve zdravotnictví je jedním ze základních předpokladů fungování vztahu mezi zdravotníky a jejich klienty. Už proto je třeba, aby každý zdravotník v rámci svého vzdělání ve zdravotnické praxi získal alespoň základní dovednosti i z této oblasti.

Komunikace - v latinském jazyce „communis“ - znamená „něco spojovat“ nebo „společný“. Jde o předávání informací mezi komunikátorem a komunikantem (MIKULÁŠTÍK, 2003). Komunikací se rozumí výměna informací či nějakého sdělení mezi jedinci, a to prostřednictvím mluvené řeči, psaného projevu nebo systémů signálů a projevů chování (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2004).

Komunikační proces je stále probíhající děj, při kterém se přenáší obsah sdělení prostřednictvím vytváření představ, zakódování, přenosu, přijetí a dekódování informace a reakce. Složky, které tvoří komunikační proces, jsou:

- **Komunikátor** - osoba nebo skupina osob, která chce něco sdělit a která musí dát myšlenku nebo pocit do přenosné formy (=zakódovat informaci) tak, aby tomu komunikant (příjemce) rozuměl.
- **Komunikant** - osoba nebo skupina osob, kterým je zpráva určená, tedy příjemce komuniké.
- **Komuniké** - vyslané názory, myšlenky, potřeby, postoje, emoce, problémy, které jeden člověk sděluje druhému. Může mít podobu verbální i neverbální.
- **Komunikační kanál** - cesta přenosu informací

  Bezprostřední (verbální, neverbální, prostřednictvím skutků), působí čtyřmi smysly zároveň, např. podáním ruky, parfémem, vkusným oblečením.

  Zprostředkovaný (telefonický, písemný, vizuální, audiovizuální, elektronický) zde jsou komunikační prostředky ochuzeny.

- **Zpětná vazba- odpověď -** umožňuje smysluplnou komunikaci. Je to vlastně vrácená komunikace neboli děj, ve kterém jde o to zjistit, zda příjemce správně porozuměl a jak informaci přijal.
- **Kontext -** znamená, že komunikace probíhá v souvislosti, která je určovaná významem verbálních a neverbálních informací. Ta samá slova anebo formy mohou mít úplně odlišný význam za předpokladu, že jsou použité v odlišných souvislostech.
- **Komunikační prostředí -** ovlivňuje míru významu formálnosti a reprezentativnosti sdělení, zahrnuje místo a prostor, kde se komunikace odehrává. Podněty, které komunikaci rozptylují, se nazývají **komunikační šum** (MIKULÁŠTÍK, 2003).

1.2 Druhy komunikace

Ve zdravotnické praxi tvoří základní soubor tři druhy komunikace:

1. Sociální komunikace – ve které navazují zdravotníci běžný kontakt či hovor s klienty. Slouží k navázání vztahu a usnadňuje další komunikaci v rámci péče o klienta.

2. Specifická komunikace – kde sdělují zdravotníci důležitá fakta, edukují a motivují klienty k další léčbě nebo postupům. Je zde kladen důraz na srozumitelnost a přizpůsobení formy obsahu sdělení s přihlédnutím na aktuální stav klientů.

3. Terapeutická komunikace – bývá často formou rozhovoru, kdy zdravotníci poskytují klientům oporu a porozumění v nelehkých chvílích, např. při přijímání nepříjemných a závažných zpráv a při adaptaci na změny (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006, s. 12-13). Úkolem terapeutického rozhovoru s klienty je zvýšit účinnost léčebných postupů.

1.3 Funkce komunikace

Mezi hlavních pět funkcí komunikace, které se dají využít i pro oblast zdravotnictví, se zařazuje:

1. Funkce informativní – předávání informací, faktů a dat klientům.

2. Funkce instruktivní – jejímž cílem je naučit, poradit, navést klienty nějakým směrem.

3. Funkce přesvědčovací – získání si klienta na stranu zdravotníků, změna jeho názorů a postojů (v jeho prospěch).

4. Funkce vyjednávací – která má za cíl dospět k rozumné dohodě mezi zdravotníkem a klientem.

5. Funkce zábavní – kde jde o to rozptýlit, pobavit a navodit pocit pohody pro klienty (VYBÍRAL, 2005, s. 31).

2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

„Verbální systém představují převážně slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem“ (DEVITO, 2001, s. 99). A také jak uvádí ve své knize Vybíral: „Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly“ (VYBÍRAL, 2000, s. 87).

2.1 Paralingvistika

Pokud chtějí lidé mezi sebou komunikovat efektivně a tedy dobře, neznamená to jen vhodně volit slova, ale znamená to věnovat se i dalším prvkům, jako jsou hlasitost řeči, její délka a rychlost, chyby v řeči, pomlky, výška hlasu a intonace (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006) neboli paralingvistice.

Hlasitost projevu může určovat, zda bude projev pro posluchače příjemným či nepříjemným. Stejně tak, jako může vypovídat o tom, jak mluvčí rozumí či je zaujat věcí, o níž mluví. Střídáním hlasitosti v projevu mluvčí spíše zaujme posluchače, který by jinak už dávno při poslechu monotónního projevu ztratil koncentraci. Tichá řeč působí spíše nesměle a stydlivě, objevuje se u hovorů na intimní či nepříjemné téma. Hlasitá řeč může působit vitálně, sebevědomě, přátelsky a uvolněně ale i netaktně, nepříjemně a může být známkou špatného sebeovládání nebo potřeby nadvlády nad posluchačem.

Rychlá řeč bývá obtížněji srozumitelná a snadněji vede k únavě posluchače. Vyvolává v posluchači dojem, že si je mluvčí nejistý, anebo chce mít hovor co nejrychleji ukončen. Příliš pomalá pak může působit váhavě. Tempo řeči je tedy vhodné měnit spolu s obsahem, který je projevován. Pro důležité informace se spíše volí řeč důraznější, pomalejší a zřetelná, pro méně důležité není chybou použít řeč rychlejší.

Pomlky v řeči mohou být neúmyslné, které působí rušivě a úmyslné, které mohou zesílit účinnost projevu, v případech, kdy chce mluvčí vyzvat, upozornit či zaujmout

posluchače. Také chce-li dát mluvčí prostor posluchači pro přemýšlení. Pomlky v řeči dělají lidé často v případech, kdy mají hovořit na téma, které jim je nepříjemné a které neví, jak dobře vyjádřit nebo i zda hovor vůbec začít.

Intonace hlasu často ukazuje momentální emoční rozpoložení mluvčího. Přílišná melodičnost znázorňuje většinou přehrávání projevu, na rozdíl od monotónního projevu, který je pro posluchače nudný, chladný a uspává ho. Osoby sobě blízké mohou podle intonace v hlase rozpoznat dokonce i psychické rozpoložení partnera. Citlivější v tomto případě bývají ženy.

Délka řeči závisí na množství informací, které je potřeba posluchači sdělit. Závisí také na tom, zdali se jedná o projev před posluchači nebo o konverzaci lidí. Dlouhý monolog v konverzaci dvou či několika lidí vede k intruzi (skákání do řeči) nebo může působit nerovnocenně a neuctivě k posluchači. Zkušený řečník při projevu sleduje reakce posluchače, ať už se jedná o známky neklidu, nervozity, nudy nebo jiných a reaguje na ně.

Chybami v řeči se rozumí např. nesprávná artikulace, huhlání, přeříkávání, zadrhávání, polykání koncovek, nevhodně volená slova, nesprávné vyslovování některých písmen nebo opomenutí věcného obsahu v některé části projevu. Stejně tak rušivé jsou opakující se zvuky v podobě „ehm“, „ááá“ apod. (MIKULÁŠTÍK, 2003).

2.2 Rozhovor

Rozhovorem se rozumí „rozmluva dvou či více lidí“. Za rozhovor je také považována např. konverzace, rozmluva, interview, debata, pohovor, ale i hádka, výslech, obhajoba apod. Každý rozhovor má své určité formální a obsahové charakteristiky a záměr. V rozhovoru se střídají role hovořícího a naslouchajícího, případně role tázajícího se a odpovídajícího neboli informátora (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

Umět vést rozhovor by mělo být v základní výbavě komunikačních schopností každého zdravotnického záchranáře. Zároveň by si měl každý zdravotnický záchranář uvědomit, že se klient zdravotnické záchranné služby většinou nachází v pro něj

svízelné situaci, kterou prožívá nějakým svým způsobem. Jeho reakce a vyjadřování mohou mít bohatou mimiku, gestikulaci a další projevy, které nemusí být zcela jasné a zřetelné nebo takové, jaké by se dalo čekat v „normální“ situaci. „Rozhovor má být dialogem: výměnou myšlenek, názorů, postojů, argumentů a také naslouchání, vzájemného respektu a pochopení. Základem umění vést rozhovor je dovednost vhodně formulovat a klást otázky, naslouchat, správně chápat a analyzovat získané odpovědi při udržování směřování hovoru ke stanovenému cíli“ (ŠTĚPANÍK, 2005, s. 73). V podmínkách zdravotnické záchranné služby probíhá rozhovor s ohledem na aktuální stav a situaci klienta, které se mohou stát komplikací.

2.2.1 Druhy rozhovoru

Ve vztahu mezi zdravotnickým a personálem se nejčastěji jedná o rozhovor informační, terapeutický a edukační.

Informační rozhovor – v tomto druhu rozhovoru se jedná převážně o získávání informací od klienta, tedy vlastně takový *anamnestický rozhovor* a o sdělování informací klientovi (např. podáním informací o zákroku, který u něj zdravotník bude provádět, o tom co bude následovat v příštích chvílích, popř. i více rozvést informace, které klientovi poskytl lékař).

Terapeutický rozhovor - zaměřuje se především na uklidnění a povzbuzení klienta, na efektivní řešení nějaké problémové situace.

Edukační rozhovor – zdravotník má v tomto rozhovoru roli učitele, který se mu snaží doporučit či poradit jak dále postupovat, motivovat ho k dalšímu postupu, podporovat či názorně předvést, pokud to lze a klient bude ochotný (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006).

2.2.2 Fáze rozhovoru

Podle Jobánkové by měl mít rozhovor čtyři fáze:

1. úvod – kde je vhodné vytvořit vztah důvěry nebo alespoň odstranit klientovi rozpaky, obavy a překážky bránící rozhovoru. Klient by měl nabýt dojmu, že zdravotník chápe jeho potíže

2. vzestup a pokračování – navazuje na úvod a jeho problematiku, vhodné je postupovat od obecnějších témat a postupně se propracovávat ke konkrétnímu problému

3. vrchol a rozuzlení – bývá podstatou rozhovoru, tedy momentem, který ke kterému se chtěl zdravotník rozhovorem dostat, bývá zde pro zdravotníka důležité uvědomit si, že informace získané od klienta jsou subjektivního rázu a pokud to lze, měl by si je ověřit

4. závěr – spočívá v zakončení daného tématu, ubezpečením klienta ze strany zdravotníka o mlčenlivosti a zároveň si v této fázi zdravotník připravuje podmínky pro pokračování rozhovoru a další spolupráci (JOBÁNKOVÁ, 1992 In: ZACHAROVÁ A KOL., 2007)

2.3 Úspěšná verbální komunikace

Mluvená řeč by měla probíhat co nejvíce produktivně, a proto je důležité dodržovat základní kritéria účinné komunikace, které podle Koziera a kol. spočívá v:

- ***jednoduchosti*** – používání srozumitelných a běžných slovních výrazů
- ***stručnosti***
- ***zřetelnosti*** – přesném interpretování toho, co chce mluvčí vyjádřit, s důrazem na pomalou, jasnou a zřetelnou výslovnost
- ***načasovanosti a závažnosti***
- ***přizpůsobivosti*** – podle toho, jak na zprávu reaguje příjemce
- ***důvěryhodnosti*** – kde musí informace vycházet ze znalosti problematiky a být podány velmi přesvědčivě (KOZIER A KOL., 2005 In: ZACHAROVÁ A KOL., 2007, s. 83)

3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Jsou to tedy projevy řeči, aniž by byla použita mluvená slova. Tato práce se věnuje mimoslovní komunikací především v souvislosti s klienty záchranné služby a zdravotnickými záchranáři.

Většinou se mimoslovní komunikace odehrává na nevědomé úrovni. Doplňuje verbální projev, aby zesílil jeho účinek, nebo ho může i nahradit. V případě, že jsou použita slova, která neodpovídají neverbálnímu sdělení, bude posluchač věřit spíše projevům mimoslovní komunikace. Některé zdroje uvádějí, že je mimoslovní komunikace pro lidi až čtyřikrát mocnější než verbální. Neverbální řeč dává lidem zprávu o pocitech a postojích ostatních. Není ale tak přesná (snadno interpretovatelná) jako řeč verbální i přesto, že je mimoslovní komunikace celkem dobře vidět. Proto není dobré na ni absolutně spoléhat (MIKULÁŠTÍK, 2003).

Největší význam je kladen na oblast obličeje a hlavy, poté pohyby rukou a paží a až potom pohyby a pozice těla a nohou.

3.1 Složky neverbální komunikace

Mimoslovní sdělení je možné vyjádřit výrazem obličeje (mimikou), oddálením (proxemikou), doteky (haptikou), postoji (posturologií), pohyby (kinezikou), gesty (gestikou), pohledy, tónem řeči, ale i úpravou zevnějšku. Některými těmito formami mimoslovní komunikace sdělují lidé např. emoce, pocity, nálady, zájem o druhého, zájem o sblížení a navázání kontaktu, vyjadřují nějaký obraz o tom, kdo vlastně jsou a tím i ovlivňují postoj druhého člověka (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

3.1.1 Výraz obličeje – Mimika

„Lidská tvář má velice bohatý komunikační potenciál. Je v první řadě důležitým sdělovačem emocionálních stavů. Odráží vzájemné postoje lidí, kteří spolu jednají, poskytuje zpětnou vazbu v rozhovoru. Někteří badatelé se dokonce domnívají, že z hlediska sociální komunikace je tvář vedle slova druhým nejdůležitějším sdělovacím prostředkem v mezilidském styku“ (KNAPP, 1978, s. 68 In: KŘIVOHLAVÝ, 1988, s. 34).

Zvlášť dobře čitelné bývají tyto emoce a pocity: radost - smutek, štěstí - neštěstí, neočekávané překvapení - splněné očekávání, klid - rozčílení nebo vztek, spokojenost - nespokojenost, zájem - nezájem, strach a bázeň - pocit jistoty (EKMAN a kol., 1972 In: MIKULÁŠTÍK, 2003, s. 126). Nejlépe čitelná bývá dolní část obličeje, kde lze vyčíst překvapení, z čela a obočí pak úzkost, z oblasti očí a očních víček smutek a strach. Zloba a rozčilení je výsadou celého obličeje (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

Lidé mohou své emoce záměrně skrývat třeba v případě, když se jedná o pravidla vhodného chování. Např. škodolibá radost nad špatnou zprávou druhého člověka. Záchranáři pak často skrývají výraz v obličeji vyjadřující např. znechucení, smutek, zklamání, starosti apod., kterým by mohli frustrovat svého klienta.

3.1.2 Doteky – Haptika

Do haptiky zařazují odborníci na prvním místě stisk ruky, kterým může mít mnoho funkcí. V naší kultuře se jím lidé především zdraví a seznamují. To platí i pro zdravotnické záchranáře a jejich klienty. Pokud je to možné, každý zdravotník by měl být schopen představit se a podat klientovi ruku. Přiměřený stisk, suchá ruka a v případě zdravotníků ruka bez rukavice jsou vhodné, použití obou rukou patří spíše do přátelského pozdravu známých lidí.

Důležité je si uvědomit, že dotyky vnímá každý člověk velmi individuálně. To co může být příjemné jednomu člověku, se druhému nemusí vůbec zamlouvat. Důležité je respektovat intimitu těla. Celkem dobře přijímané bývají dotyky na rukou, pažích až po ramena, popř. na vlasové části hlavy (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006).

3.1.3 Vzdálenost – Proxemika

Jedná se o prostor, který mezi sebou mají lidé, když spolu komunikují. V praxi jsou velmi významné **osobní zóny člověka**:

1. Intimní zóna – do 30 cm, sem patří pouze blízcí přátelé a rodinní příslušníci

2. Osobní zóna – do 120 cm, zóna setkání dvou lidí, kteří spolu potřebují jednat

3. Sociální zóna – do 360 cm, zóna pro skupinové diskuze, obchodní jednání apod.

4. Veřejná zóna – do 760 cm i dále, jedná se o zónu pro zcela neznámé lidi, kdy se ovlivňují třeba jen poslechem, např. herci a diváci (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

Zdravotničtí záchranáři při své práci často vstupují do intimní zóny svých klientů, zároveň je pouštějí i do té své. Pokud toto narušení probíhá, mělo by být se souhlasem klienta. Vhodné je informovat ho, co se bude dít, aby se mohl připravit a nebyl nepříjemně zaskočen. Tento vstup by měl probíhat jen po nezbytně nutnou dobu.

3.1.4 Postoj těla - Posturologie

Patří sem fyzický postoj, držení těla, ale i poloha končetin, hlavy a naklonění těla. Vhodné pro uskutečnění sdělení nebo rozhovoru je tzv. rovnocenná poloha, kdy zaujímají jak klient, tak zdravotník stejnou polohu. Především ve stoje a vsedě (nejvhodnější poloha pro rozhovor). Pokud bude zdravotník stát a komunikovat se sedícím nebo ležícím klientem shora, dává mu tím najevo jasnou dominanci, což vylučuje rovnocenný vztah mezi nimi. Pokud je takovýto postoj z terapeutického hlediska nevyhnutelný, měl by být zaměřen pouze na něj. Z postojů a polohové konfigurace se může zdravotník při troše vnímavosti mnohé dozvědět, např. to, že příklonem či odklonem vyjadřují účastníci komunikace zájem či nezájem. Ruce v bok mohou znamenat výzvu, překřížené ruce zábranu nebo obranu (KŘIVOHLAVÝ, 1988).

3.1.5 Pohyby těla – Kinezika

Zahrnuje rychlost, trvání, ohraničení, akceleraci, prostorovost a souladem pohybu celého těla nebo jeho částí (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006, s. 47). Pro zdravotníky je významná nejen pro komunikaci jako takovou, ale i pro sdělení, v jakém aktuálním stavu se nachází jejich klient. Rychlé pohyby, třes apod. mohou pozorovat např. u klientů, kteří prožívají stresovou reakci (kapitola 6.2). Pomalé pohyby mohou být příznakem např. somatického nebo psychiatrického onemocnění.

3.1.6 Gesta – Gestika

Patří do oblasti kineziky. Gesta jsou pohyby, jež mají výrazný sdělovací účel, doprovázející verbální projev, popř. ho mohou i nahradit. Lidé gesta používají vědomě i nevědomě. Z nevědomých gest je zajímavý pohyb při lhaní. Dospělí si většinou sahají na ucho nebo nos, děti si pak zakrývají ústa. U dospělých může zakrytí úst znamenat rozpaky. I kývnutí hlavy k souhlasu je gesto, ale pozor na odlišné kultury, např. v Bulharsku znamená nesouhlas (KŘIVOHLAVÝ, 1988). Významné je vědět, že gesta sama o sobě většinou neříkají něco konkrétního, důležitý je kontext celého sdělení.

3.1.7 Pohledy

Pohled je důležitá informace v osobním styku. Informuje nejen o osobnosti, vlastnostech, emocích a psychickém stavu druhého člověka, ale dává i zpětnou vazbu. Obecné pravidlo zní, že nepříjemné pro druhého člověka je, pokud není pohled přítomný vůbec nebo naopak, je-li příliš dlouhý. Pohled vzhůru znamená pro druhého opovržení a nezájem (KŘIVOHLAVÝ, 1988). Pohled z očí do očí může znamenat zaujetí, přátelský postoj, ale i naopak nepřátelství. I v tomto případě záleží na celém kontextu sdělení.

4 NASLOUCHÁNÍ

Naslouchání je proces, typ vnímání, při kterém lidé přijímají a zpracovávají zvukové signály. „Umět dobře komunikovat znamená nejen umět dobře mluvit, stejně tak – ne-li dokonce více – to znamená umět dobře naslouchat“ (CHODURA, 2000, s. 6). Obrátí-li se klient na zdravotníka s nějakým i nezdravotnickým problémem, vyvolává to v něm reflexní puzení problém vyřešit. Jako by to byla jeho role, ale ona není. Základním smyslem jeho pomoci klientovi by mělo být naslouchání, i kdyby se nic jiného nepodařilo (KOPŘIVA, 2006).

Efektivní naslouchání umožňuje získávat cenné informace o druhých, o sobě a všem, co je pro zdravotníka v jeho práci významné a tím také umožňuje, vyhnout se problémům a lépe se rozhodovat. Pomáhá lépe proniknout a nahlédnout do nitra druhých, získat více informací, které mohou být sděleny „jen tak mimochodem“ a nasměrovat tak k dalšímu postupu, který je nutný udělat. Pokud klienti vidí, že je o ně projeven upřímný zájem, jsou většinou vstřícní lépe spolupracovat. Dobrým naslouchánim je možné ovlivnit postoj a chování klienta.

„Lidé všeobecně více respektují a následují toho, kdo jim naslouchá a rozumí. Vědět, kdy vynechat kritické a hodnotící postoje a naslouchat druhému uvolněně, s projevy porozumění pro všechno, co slyšíte, je velmi užitečné pro efektivní komunikaci“ (DEVITO, 2001, s. 81).

4.1 Proces naslouchání

Při **příjmu signálu** při naslouchání je zaznamenáváno nejen to, co bylo řečeno, ať už verbálně nebo neverbálně, ale i to, co řečeno nebylo. **Dekódováním** tohoto příjmu signálu je zjištění, co chce mluvčí vlastně vůbec sdělit. Posluchač se pak snaží pochopit vyjádřené myšlenky, emoce, ale i naléhavost sdělení. Pokud se tomu tak stane, přichází na řadu **uložit** sdělení **do paměti**, alespoň na dobu, kdy je třeba s touto informací pracovat, což někdy nemusí být tak snadné, jak se může zdát. „Pamatujete si nikoli to, co jste slyšeli, ale to, co si vzpomínáte, že jste slyšeli. Ve své paměti nereprodukujete přesně, co vám někdo řekl, ale spíše rekonstruujete přijatá a zaznamenaná sdělení do

nějakého systému, který vám dává smysl“ (DEVITO, 2001, s. 84). V další fázi pak posluchač **vyhodnocuje** záměr, který se skrývá za sdělením. *Např. sdělí-li klient, že „už takhle dál takhle žít nemůže“ vyhodnocuje posluchač, zdali tím žádá o pomoc, chce se jen svěřit se svými obtížemi nebo má třeba i nějaké suicidiální úmysly.* **Reakce** na sdělení v naslouchání představuje dvě fáze. První spočívá ve vstřícném dání najevo, že jsou slova brána na zřetel. To spočívá v přikyvování nebo souhlasného hlasového projevu *„Hm“, „Aha“* či *„Ano“*. V druhé fázi by se měly objevit prvky empatie, spoluúčasti, objasňující dotazy, projevy souhlasu nebo pochyby.

4.2 Aktivní naslouchání

Naslouchání není pohodlné pasivní mlčení, ale aktivní proces. Nasloucháním se míní pozorně sledovat to, co klient říká a přitom do toho nevnášet své vlastní názory, rady, komentáře nebo třeba i povzbuzující poznámky. Ve své podstatě aktivní naslouchání vyžaduje stálou přítomnost u druhého. Neznamená to ale, vydržet vše, co klient říká (KOPŘIVA, 2006).

4.2.1 Techniky aktivního naslouchání

Empatie – vcítění se do druhého člověka, kdy má poslouchající dobrou vůli druhému citově porozumět a dát mu to najevo třeba pohlazením či úchopem za ruku.

Parafráze myšlenek mluvčího – je to vlastně druh zpětné vazby, kdy posluchač zopakuje druhému, co řekl. Př. „Hodně mě to bolí.“ - „Vás to hodně bolí.“

Povzbuzování – kdy posluchač povzbuzuje v hovoru mluvčího. Př. „Povídejte dál prosím, velmi mě to zajímá.“, „Mluvte o tom, co povídáte je důležité.“

Sumarizace – je shrnutí a formulace vlastními slovy posluchače toho, co mluvčí řekl. Pokud bude klient chrlit informace o tom, jak se teď cítí nepříjemně nebo se bude neustále vracet k jednomu a tomu samému, je sumarizace vhodný nástroj k utřídění těchto informací a zároveň tím dá zdravotník najevo, že reflektoval obsah klientova sdělení (VENGLÁŘOVÁ A KOL., 2006).

5 SMRT JAKO TÍSŇOVÁ SITUACE

Jednou z tísňových situací jak pro klienty, tak pro personál zdravotnické záchranné služby, je bezesporu úmrtí pacienta, jemuž jsou klienti, v tomto případě pozůstalí, přítomni. Zvláště, jedná-li se o úmrtí nečekané, náhlé, o úmrtí dítěte či mladého člověka a jedince, který měl silné sociální vazby s pozůstalými. Úmrtí v těchto případech bývají doprovázena obzvlášť silnými emočními projevy. Zdravotníci se zde setkávají s nejrůznějšími reakcemi nejen ze strany blízkých zemřelého, ale i ze strany své osoby.

Psychická podpora a pomoc pozůstalým, kteří prožívají ztrátu osoby blízké osoby, mohou v zasahujících zdravotnících vyvolávat pocity úzkosti a strachu, zvlášť tehdy, dokážou-li se vcítit do bolesti a prožitků pozůstalých klientů, což v nich může probouzet strach o život svůj, i jejich blízkých. „Truchlící lidé nám připomínají smrtelnost, máme tendenci se jim vyhýbat, namlouváme si, že se pro ně nedá nic udělat, že jejich rány zahojí čas. Vůči smrti jsme bezmocní, ale počínáme si jako všemohoucí. Rádi bychom vše rychle a jednoduše vyřešili, snažíme se zahladit stopu smrti“ (VODÁČKOVÁ A KOL., 2002, s. 306). Tato kapitola se bude zabývat spíše reakcemi pozůstalých na ztrátu blízkého člověka smrtí, tedy **truchlením.**

5.1 Proces truchlení

Smrt je neoddělitelnou součástí života, kterou nelze minout. Přesto se ji lidé snaží ze života vytěsnit. Nebo alespoň ze svého vědomí. Také o ní příliš neumí mluvit, či spíše nechtějí, protože to v nich vyvolává nepříjemné pocity a emoce.

„Proces truchlení představuje určitý způsob zpracovávání extrémní ztráty“ (KUBÍČKOVÁ, 2001, s. 24). Je to přirozený proces, reakce na úmrtí blízké osoby. Zdá se, že začíná hned poté, co pozůstalí obdrží traumatizující zprávu o smrti jejich blízkého. Takovou zprávu Křivohlavý označuje jako „*blesk z čistého nebe* - omračujícím dojmem“ (KŘIVOHLAVÝ, 1991, In: Kubíčková, 2001, s. 30).

5.1.1 Fáze procesu truchlení dle Browna, Pullena a Scotta

Proces truchlení má několik fází. V odborné literatuře se celkem dost liší názory autorů, kolik fází vlastně je. Např. Brown, Pullen a Scott rozlišují čtyři fáze:

1. Otupělost. Tato fáze přichází téměř hned po bolestné ztrátě. Pozůstalí si mohou připadat zmatení, omráčení, otupělí. Mohou reagovat automatizovaně, nevěřícně. Podle autorů si tuto fázi prožije většina pozůstalých a tento stav jim pomáhá aspoň na krátkou dobu neprožívat skutečnost ztráty.

2. Touha a hledání. Pozůstalí si přejí návrat blízkého člověka a popírají konečnou ztrátu blízkého člověka. Stěžejní roli v této fázi hraje hněv a vztek.

3. Dezorganizace. Tuto fázi doprovází zmatenost, zoufalství, potíže s plněním pracovních i domácích povinností

4. Reorganizace/reintegrace. Pozůstalí získávají zpět kontrolu nad svým životem a svojí osobou (BROWN, PULLEN, SCOTT, 1992, In: KUBÍČKOVÁ, 2001, s. 34).

5.1.2 Fáze procesu truchlení dle Weinerta, Winklera a Spiegla

Weinert, Winkler a Spiegel také rozlišují čtyři fáze zármutku a žalu. Jejich pojetí je velmi podobné, proto provedla Kubíčková ve své publikaci syntézu těchto přístupů:

1. Fáze šoku. Pozůstalí odmítají uznat realitu ztráty („Ne, to ne!“ „To nemůže být pravda“). Mnohdy říkají, že jde o omyl. Teprve až když se dívají na mrtvé tělo, začínají si uvědomovat, co se stalo. Někteří truchlící se mohou projevovat hlasitým naříkáním, vrhnutím se na tělo, které hladí a líbají, jiní se chovají utlumeně, tiše, otupěle. Tato fáze trvá několik hodin, někdy až dva dny.

2. Fáze sebekontroly. Většinou trvá až do večera dne pohřbu. Pozůstalí jsou zaneprázdněni organizací a průběhem pohřbu, nemají čas se zabývat svým zoufalstvím. Teprve až tento shon opadne, dolehne na ně bolestnost ztráty.

3. Regresivní fáze. Trvá jeden až tři měsíce. V této fázi pozůstalí pláčou, vykazují v chování známky regrese, bývají apatičtí, uzavření a úzkostní. Zármutek a žal

prožívají v plné intenzitě, potýkají se s neustálými vzpomínkami a odloučením od milované osoby. Zpočátku se snaží uchovat vše tak, jak tomu bylo dříve. Věří, že je zesnulý stále živ, jen momentálně nepřítomný. Někteří mají dokonce pocit, že jsou s ním ve spojení. Prožívají nepokoj, pobíhají z místa na místo a trpí nespavostí. Hledají svou skutečnou bytost - svého zemřelého, později pak své hodnoty a orientaci. Toto chování označují autoři jako *hledání a nalézání.* Musí zpracovat své pocity, vnitřně se odpoutat od zesnulého a znovu se navrátit ke zvládnutí běžných denních i pracovních povinností, což autoři nazývají jako *loučení.*

4. Fáze adaptace. Tato fáze by se dala nazvat také jako smíření. Smíření se s tím, co se stalo. Přesto, že pozůstalí nezapomínají a občas jim proběhne bolestivá vzpomínka, zvládají úkoly denního života a přejímají zpět své sociální, rodinné a pracovní role. Tato fáze adaptace může trvat různě dlouho, většinou asi tak jeden rok (WEINERT, 1996, WINKLER, 1983, SPIEGEL, 1989, In: KUBÍČKOVÁ, 2001, s. 34-36).

Tyto fáze nemusejí probíhat v přesném pořadí, mohou se prolínat nebo některé fáze mohou truchlící i přeskočit či se k jiným vracet. Každý člověk prožívá proces truchlení přísně individuálně.

5.1.3 Stádia procesu truchlení dle Kubíčkové

Avšak Kubíčková tvrdí, že většinou každý pozůstalí prochází tzv. normálním procesem truchlení, který má stádia tři:

1. Stadium konfuze neboli **stadium otřesu.** Bezprostředně po smrti blízkého člověka pohlcuje truchlící množství různorodých pocitů. Neví co se s nimi děje, co se vlastně vůbec stalo, ani si nechtějí uvědomit následky ztráty svého blízkého. Popírají skutečnost ztráty, mohou se tedy projevovat neadekvátně vzniklé situaci, ve které nejsou schopni přijmout projevy soustrasti. Život pozůstalých najednou naplňuje zmatek, chaos, ztráta jistoty. Běžné činnosti vyžadují více námahy a soustředěnosti. Pozorovatel v jejich chování může postrádat logičnost a zmatenost. Toto stadium trvá různě dlouho. Někdy může pro truchlící končit pohřbem, jindy trvá déle, protože stále čekají, že se jim jejich blízký vrátí, zvláště nebyl-li zemřelý před úmrtím dlouhodobě doma, kde nebylo až tolik možno ho navštěvovat (př. pobyt ve vzdálené nemocnici, či

dlouhodobý pobyt mimo dosah), což paradoxně napomáhá k časné reorganizaci chodu domácnosti a životního stylu pozůstalých. Zatímco pozůstalí, kteří přišli o svého blízkého náhle a nečekaně, si musí vším projít od začátku a vytvořit si tak nové modely fungování. Charakteristické pro jako toto období je také popírání a nepojmenování smrti. Pozůstalí často označují smrt „to“. „Jak mi „to“ mohl udělat?“ „Stalo se „to“ v pátek večer“. Pokud už dokážou nazývat „to“ jako smrt, dostávají se do druhého stádia.

2. Stádium exprese neboli **intenzivního zármutku a žalu**

V tomto stádiu jsou pozůstalý schopni mluvit o smrti, kdy, kde a jak se stala. Také se snaží sami sobě zodpovědět proč? Kondolence mívá funkci podpory, kterou rádi přijímají. Truchlící se chtějí podělit o svůj smutek a ujistit se, že ho neprožívají jen oni sami. Zároveň v tomto stádiu přehodnocují vztah k zemřelému. Zažívají celou škálu pocitů jako je vztek, lítost, zoufalství, nenávist a osamělost či pocity viny. Střídají se období „kdy je to dobré“ a „nikdy to nebude dobré“. Druhé stadium trvá zpravidla rok a někdy déle, typické také je, že se připomene v případě výročí úmrtí blízké osoby nebo jiných příležitostí, např. rodinných svátků, kdy zemřelý není přítomen.

3. Stádium akceptace neboli **rekonvalescence**

Truchlící pomalu připouštějí, že je zesnulý opustil a zůstali sami. Do tohoto stadia se pozůstalý dostává po prožití si prvního a druhého stádia. Nedostane-li se z jakéhokoliv důvodu do stádia třetího, rozvíjejí se u něho patologické reakce na ztrátu. Je to stádium, kdy si truchlící budují nové životy nezávisle na zemřelém. Jsou schopni se citově vázat i na jiné osoby než na zemřelého. Mohou o něm hovořit bez větších citových prožitků. Také se na něj začnou dívat opět realisticky, bez idealizace, která se objevuje v předchozích stádiích (KUBÍČKOVÁ, 2001, s. 36-42).

Všechny tyto koncepty popisují každé stadium truchlení z jiného úhlu pohledu. V této práci jsou podrobně uvedeny pro snazší pochopení toho, čím truchlící prochází, a tím i možnosti lepšího vcítění se do role truchlících pozůstalých. Personál zdravotnické záchranné služby se většinou setkává s prvním stádiem nebo fází procesu truchlení, ať už po neúspěšné resuscitaci, neúspěšné záchraně nebo pokud jsou voláni již k jasnému úmrtí, proto se tato bakalářská práce bude dále věnovat právě tomuto stádiu.

5.2 Možné reakce na úmrtí blízkého člověka

Úmrtí blízké osoby je zcela nepochybně velmi stresující zážitek, který by se dal označit jako psychické trauma. Zažije-li klient takovouto situaci, selhávají u něj běžné adaptační mechanismy, což může vyvolat zdrcující pocity ztráty moci a vlivu. Tento stav se označuje jako **akutní reakce na stres**, která se objevuje prakticky bezprostředně po takovémto traumatizujícím zážitku, maximálně do dvou až tří dnů (VODÁČKOVÁ A KOL., 2002).

V podmínkách zdravotnické záchranné služby se mohou zdravotničtí záchranáři setkávat se dvěma typy této reakce. První je **obranná reakce typu A**, kdy zdravotničtí záchranáři pozorují u pozůstalých klientů tyto změny:

- překotné tempo řeči, kdy ze sebe klient chrlí jedno slovo za druhým, aniž by se zamýšlel nad obsahem
- těkavý pohyb očí, třes končetin i celého těla, výrazné zrudnutí v obličeji a krku
- agresivita vůči sobě nebo okolí
- svalové napětí končetin nebo i celého těla, psychomotorický neklid, pobíhání „sem a tam“, neúčelné a nesmyslné úkony a pohyby
- výrazná a rychle se měnící mimika
- zrychlený tep a dech, silné pocení, návaly horka
- velmi výrazné emoce a doprovázející křik, zloba a nářek nebo vzhledem k situaci paradoxní emoční projevy jako je smích
- pocit rychle ubíhajícího času

Druhou reakcí může být reakce typu B, která se vyskytuje méně často. Jsou zde přítomny tyto změny:

- nekoordinovaný, nemotorný, pomalý pohyb až po ztuhlost a strnulost celého těla
- ledové končetiny, studený pot, zblednutí až promodrání úst a periferie těla
- zpomalení fyziologických funkcí

- snížení citlivosti těla
- derealizace - pocit, že to co se děje není skutečné a depersonalizace - pocit, že to, co se děje, se neděje mně
- neprojevování a nepociťování emocí
- pocit, že každá minuta času ubíhá neskutečně dlouho
- snížená schopnost rozumět sdělení ostatních lidí
- neschopnost navázat oční kontakt
- klient může působit, že ze situace není zdrcený, že je rozumný a nese to dobře (VODÁČKOVÁ A KOL., 2002, s. 360-363)

Přístup ke klientům, kteří se projevují ať už první či druhou obrannou reakcí a zároveň se nacházejí v první fázi truchlení, bude uveden v doporučení pro zdravotnické záchranáře (kapitola 8.1).

6 ÚZKOST JAKO TÍSŇOVÁ SITUACE

Úzkostné stavy jsou poměrně četným problémem klientů zdravotnické záchranné služby. Klienty trápí především to, že se s nimi dějí věci, kterým tak úplně nerozumí, které jsou pro ně v jejich očích ohrožující na zdraví či životě. Pocit úzkosti vnímají jako velmi nepříjemný. I proto se často začnou hlídat, sledovat a snaží se jakkoliv těmto stavům předcházet. To se jim ovšem většinou nedaří a jejich stav se spíše postupně zhoršuje. „Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhrocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem (VÁGNEROVÁ, 2008, s. 399).“

Úzkost a strach slouží lidem k nabuzení organismu k obraně nebo útoku, také ale k útlumu, ochromení, tedy k tomu, být nenápadný. Rozdíl mezi úzkostí a strachem spočívá v tom, že úzkost vyvolává nepříjemné pocity a obavy z neurčitého obsahu (tedy stimuluje k obraně něčemu zatím nejasnému a neurčitému, co by jej mohlo poškodit) a strach je obava z něčeho konkrétního, co už v minulosti způsobilo škody. Strach je tedy ovlivněn učením se z předchozích zkušeností. Strach a úzkost se ale často vyskytují společně. Patologií se stávají ve chvíli, kdy tento obranný informační systém přestane dobře fungovat a jedinec začne pociťovat nebezpečí i tam, kde není (VÁGNEROVÁ, 2008).

6.1 Formy úzkostných poruch

Generalizovaná úzkostná porucha – objevuje se nejčastěji ze všech úzkostných poruch s projevy trvaleji zvýšené úzkosti, která není vázána na konkrétní událost nebo předmět. Mohou ji vyvolávat i zcela běžné situace. Klient má neustálé obavy, „zlé předtuchy“, cítí se znepokojený, v trvalém napětí, trápí sám sebe neustálými představami, co by ho všechno mohlo zasáhnout. Neumí si se svou úzkostí poradit, přijmout jí a zacházet s ní. Často mívá snížené sebehodnocení a nízké sebevědomí, pocity méněcennosti a obavy z kritiky. Má však na svou situaci náhled.

Fobická úzkostná porucha – častěji se objevuje u mladších lidí a žen. Tato porucha by se dala charakterizovat nepřiměřeným, iracionálním strachem z věcí, objektů nebo

něčeho, co není z objektivního hlediska nebezpečné. Lze ji považovat za naučenou reakci na určitý podnět. Tato naučená reakce se postupně vyvíjí z původně neurčité úzkosti. Klient často na podněty, ze kterých má strach, reaguje vyhýbavě nebo se může pokusit strachu až abnormálně čelit. Klienti s touto poruchou si uvědomují, že je jejich strach nepřiměřený a nesmyslný, někdy ho ale nedokážou ovládnout. Tuto poruchu je možné ještě dělit na specifické fobie (z nemoci, pavouků, uzavřených prostor, atd.), sociální fobie (strach z kontaktu s lidmi) a agorafobie (strach z otevřených prostor).

Panická úzkostná porucha – se vyznačuje typickými panickými atakami úzkosti a je doprovázena intenzivním pocitem ohrožení, děsu, strachu ze smrti nebo vážné choroby, bezmoci s nepříjemnými tělesnými příznaky jako je třeba bušení srdce, pocit nereálnosti, nedostatku vzduchu, rozostřené vidění, zrychlený tep, brnění končetin a rtů, třes, střídání horka a zimy, nevolnost a závratě. Je to vlastně taková nadměrná poplachová reakce. Klienti v tomto případě mají pocit, že nedokážou situaci ovládnout, což může vyústit až k hyperventilaci, při níž se příznaky ještě stupňují. Pro klienty bývá úzkostné už jen to, že se tento stav může kdykoliv zopakovat bez varování. Klienti s touto poruchou často mívají sklony k iracionálnímu způsobu interpretace svých obtíží.

Obsedantně-kompulzivní porucha – je nutkavé myšlení a chování doprovázené úzkostí, kdy se opakovaně vyskytují vtíravé myšlenky a představy k jednání, které je nepřijatelné. Klient je vnímá jako své vlastní, ale jsou mu odpudivé a nesmyslné. Úzkost zde vyvolávají obsese, které jsou klientům velmi nepříjemné a mohou mít podobu vtírajících se myšlenek a představ, které bývají zaměřeny násilně proti druhým, obscénní, nebo takové, které by klienta samotného poškodily nebo znemožnily. Mohou se vyskytovat v podobě obav, zda byl splněn nějaký úkon (zamčení dveří, uzávěr plynu apod.). Klient se snaží tyto myšlenky ovládnout a potlačit, což se mu nedaří a to vyvolává prohlubující se úzkost. Zajišťujícím chováním proti těmto myšlenkám a úlevou od úzkosti jsou kompulze, které obsese zmírňují. Mohou mít podobu např. neustálého kontrolování zámků, počítání, mytí rukou apod. Toto zajišťující chování může trvat i několik hodin.

Posttraumatická stresová porucha – pro tuto poruchu jsou charakteristické vtíravé vzpomínky a sny na traumatickou událost, které mohou být doprovázeny i živými prožitky (tzv. flashbacky). Neobvyklé nejsou poruchy spánku, nadměrná čilost a emoční

oploštění. Klienti se často vyhýbají podnětům, které by mohly vyvolat vzpomínky na tuto událost.

Stres z přepracování nebo syndrom vyhoření (burn-out) – typický chronický stres, doprovází často jedince, kteří pracují s lidmi a nějakým způsobem o ně pečují (učitelé, zdravotníci, duchovní, sociální pracovníci atd.). Nebezpečí tohoto syndromu spočívá v určité vleklosti počátečních příznaků, které později vyústí až v patologickou reakci na stres, což nebývá prognosticky příliš pozitivní (KENNERLEY, 1998, s. 29-38).

V podmínkách zdravotnické záchranné služby jsou zdravotničtí záchranáři nejčastěji voláni ke klientům, kteří se nachází ve stavu, který byl popsán v textu o panické úzkostné poruše. Klienti většinou nevědí, že se nacházejí v úzkostném stavu nebo co jejich úzkost či stav, ve kterém se nacházejí, vyvolalo. Jejich somatické potíže, které doprovázejí vystupňovanou formu úzkosti, jsou pro ně zaměnitelné za příznaky vážné choroby, což je dostává do bludného kruhu strachu o sebe. Tato bakalářská práce se proto nebude zabývat složitou diagnostikou a léčbou úzkostných poruch, která patří do rukou psychologů, psychoterapeutů či psychiatrů, ale zaměří se na úzkostný stav klientů, jak se s nimi zdravotničtí záchranáři mohou setkávat v podmínkách přednemocniční neodkladné péče.

6.2 Tělesné projevy vystupňované formy úzkosti

Tělesné příznaky, které doprovázejí úzkost, mohou být:

- zrychlené mělké dýchání až lapání po dechu, pocit „knedlíku“ v krku, pocity dušení, tlak na hrudi, sevření na hrudníku, koktání
- zrychlený tep, pocity bušení srdce, slabosti až mdloby, zvýšený nebo snížený krevní tlak
- z kožních projevů je to pocení, svědění, ruměnec ve tváři a střídání pocitů návalů horka a zimy, někdy tzv. „husí kůže“, zvýšený dermografismus
- zažívací potíže ve smyslu nechutenství, pocity na zvracení až zvracení a bolesti břicha, pocit sevření v oblasti žaludku, někdy tzv. stresová inkontinence

- nespavost, strnulost končetin i celého těla, cukání očního víčka, neklidné pohyby, chvění, třes a přecházení sem a tam (ELLIS, 2001).

Honzák ve své knize ještě doplňuje příznaky týkající se duševního stavu, které mohou doprovázet vystupňovanou úzkost. Jsou to: strach ze ztráty kontroly, vědomí či smrti a pocity nereálna objektů nebo sebe (HONZÁK, 2005).

6.3 Myšlení úzkostného klienta

Klienti, kteří prožívají úzkost, mají sklony k chybnému myšlení v podobě:

- ***přehánění*** – např. propadá panice, že každá bolest na hrudi znamená akutní infarkt myokardu, i přesto, že byl opakovaně vyšetřován s výsledkem bez pozitivního nálezu
- ***katastrofizace*** – kdy klient očekává naprostou pohromu i při drobném problému
- ***nadměrného zevšeobecňování*** - kdy klient z jedné špatné zkušenosti vyvozuje obecné závěry a domnívá se, že dál už to bude pořád jen špatné
- ***opomíjení pozitivních stránek*** – kdy je klient zaměřen pouze na své nedostatky a slabiny
- ***mylné interpretace*** – např. když se klient obává, že jeho příznak je vážnou chorobou (KENNERLEY, 1998)

Výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby nemá časový prostor ani kompetence zjišťovat, zdali klient splňuje diagnostická kritéria pro panickou či jinou úzkostnou poruchu. To je úkolem následné péče psychologa či psychiatra, v případě, že by se tento stav opakoval a nebyla zjištěna somatická příčina manifestovaných příznaků. Výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby se tedy zaměřuje na aktuální stav klienta, na vyloučení somatické příčiny stavu klienta a zmírnění příznaků nebo dočasné ukončení vystupňovaného úzkostného stavu. Výhodná je i následné edukace, jak postupovat, pokud by se stav zopakoval. Přístup ke klientovi, který se nachází ve vystupňovaném úzkostném stavu, bude popsán v kapitole doporučení pro zdravotnické záchranáře (kapitola 8.2).

7 PRŮZKUM V OBLASTI KOMUNIKACE A VZDĚLÁNÍ

Průzkumný problém

- Vliv vzdělání v komunikaci na znalosti a sebereflexi v komunikaci zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby.

Průzkumné cíle

Cíl 1 Zjistit, jak zdravotničtí záchranáři hodnotí své schopnosti v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby.

Cíl 2 Zjistit, zda se zdravotničtí záchranáři zamýšlejí nad svou prací na emoční úrovni.

Cíl 3 Zjistit, zda zdravotničtí záchranáři znají vybrané techniky a způsoby komunikace.

Cíl 4 Zjistit, zda mají zdravotničtí záchranáři zájem vzdělávat se v oblasti komunikace s klienty zdravotnické záchranné služby ve vybraných tísňových situacích.

Předmět průzkumu

Zkoumaná oblast:

- Zdravotničtí záchranáři pracující u zdravotnické záchranné služby ve Středočeském kraji z oblasti Benešov, Beroun, Brandýs nad Labem, Kolín, Kutná Hora, Mělník, Mladá Boleslav, Nymburk a Příbram.

Průzkumný soubor

- Průzkum bude cílený.
- Zdravotničtí záchranáři se vzděláním ARIP, VOŠ, VŠ s odborným osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v základním souboru rozdělení do dvou skupin, a to zdravotničtí záchranáři, kteří v posledních 3 letech absolvovali kurs, školení nebo jiné vzdělávání v oblasti komunikace a zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali.

- Výběr průzkumného souboru bude záměrný.
- Velikost vzorku – 100 dotazovaných zdravotnických záchranářů.

Časové rozmezí

- Průzkumné šetření bude prováděno od 29. 2. 2012 do 20. 3. 2012.

Metody průzkumu

- Při průzkumném šetření je použito dotazníkové metody.
- Respondenti byli cíleně osloveni svými nadřízenými pracovníky jednotlivých oblastí, kteří byli předem telefonicky požádáni o spolupráci a následně jim byly zaslány dotazníky spolu s obálkou a poštovní známkou ke zpětnému odeslání.

Průzkumný tým

- Vrchní sestry z oblasti Benešov, Beroun, Brandýs nad Labem, Kolín, Kutná Hora, Mělník, Mladá Boleslav, Nymburk a Příbram.
- Zpracovatel – Gabriela Jakubů

Hypotézy

Hypotéza 1 Předpokládáme, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, se považují za více zdatné v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby a zároveň si více uvědomují své nedostatky v komunikaci se svými klienty, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali.

Hypotéza 2 Předpokládáme, že se zdravotničtí záchranáři dokážou nad svou prací zamýšlet i na emoční úrovni a že vzdělání v oblasti komunikace nemá vliv na to, zdali se zdravotničtí záchranáři zamýšlejí nad svou prací na emoční úrovni.

Hypotéza 3 Předpokládáme, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, mají větší znalosti vybraných technik a způsobů komunikace, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali.

Hypotéza 4 Předpokládáme, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, mají více zájem o vzdělávání se v komunikaci

s klienty zdravotnické záchranné služby v tísňových situacích, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali.

Technika dotazníku

- Celkem bylo použito 14 dotazujících položek.
- V dotazníku byly použity uzavřené, polootevřené i otevřené otázky. Respondenti byli vyzváni, aby zakřížkovali odpovědi jim nejbližší, u otevřených otázek pak dopsali odpovědi, které považovali za správné.
- Dotazníků bylo rozesláno celkem 100. Návratnost činila 77%.
- K hypotéze 1 se vztahovaly položky 1 a 11. K hypotéze 2 pak položky 3, 7 a 10 a k hypotéze 3 se vztahovaly položky 4, 6 a 8. Hypotézu 4 jsme ověřovaly položkami 5 a 9. Položky 2, 12, 13 a 14 byly zaměřené na sběr demografických údajů.

Zpracování

- Získaná data byla vytříděna a zpracována kvantitativní metodou vyjádřena v absolutních i relativních číslech.
- Jednotlivé položky byly zpracovány do přehledných grafů a tabulek s vyjádřením v absolutních číslech i procentech.

Organizační zabezpečení

- Zvolený časový prostor byl 3 týdny.
- Průzkumné šetření bylo financováno z vlastních finančních prostředků autorky.

7.1 Výsledky vlastního průzkumu

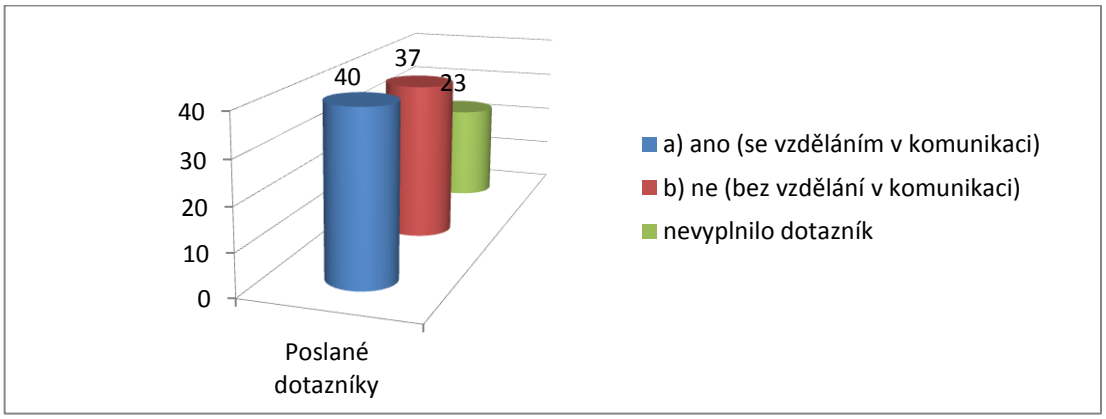
Položka č. 2 - Absolvoval/a jsem v posledních 3 letech školení, kurs či jiné vzdělávání v oblasti komunikace:

a) Ano
b) Ne

Tabulka 1 - Absolvování vzdělání v komunikaci v posledních 3 letech

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	40	40,00%
b) Ne	37	37,00%
Nevyplněné dotazníky	23	23,00%
Celkem odeslaných	100	100,00%

Graf 1 - Absolvování vzdělání v komunikaci v posledních 3 letech



Druhá položka se týkala rozdělení základního souboru na respondenty, kteří v posledních 3 letech absolvovali kurs, školení či vzdělávání v oblasti komunikace (odpověď ano) a respondenty, kteří žádné vzdělání v komunikaci v posledních 3 letech neabsolvovali (odpověď ne). Ze 100 rozeslaných dotazníků vyplnilo dotazník celkem 77 (77%) respondentů, z toho 40 (40,00%) respondentů absolvovalo v posledních 3 letech nějakou formu vzdělání v komunikaci a 37 (37,00%) respondentů se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávalo. Nevyplněných dotazníků se vrátilo celkem 23 (23%). Základní soubor tedy činí 40 (100%) respondentů v posledních 3 letech vzdělávaných v komunikaci a 37 (100%) respondentů bez vzdělání v komunikaci.

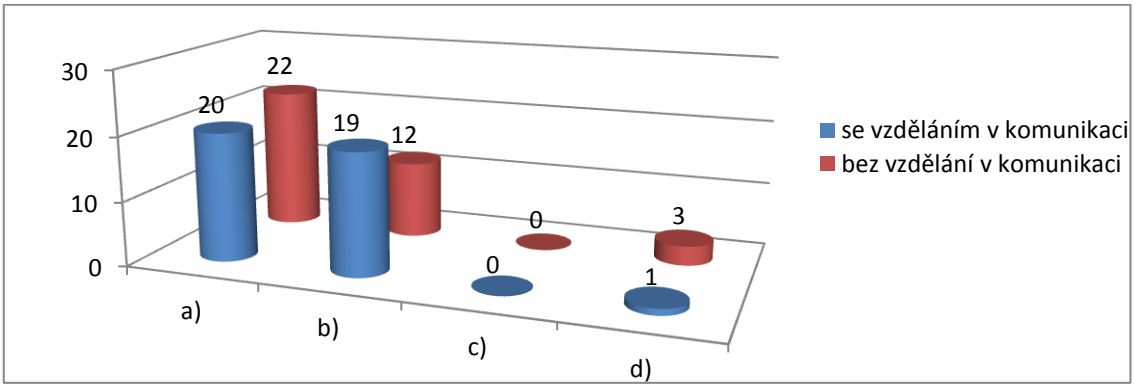
Položka č. 1 - Jsem si vědom/a, že mé znalosti v oblasti komunikace s klienty záchranné služby jsou:

a) Velmi dobré, zvládám komunikovat bez jakýchkoliv obtíží
b) Nepříliš dobré, snažím se na sobě v oblasti komunikace pracovat
c) Nepříliš dobré, protože to pro práci zdravotnického záchranáře nepovažuji za důležité
d) Jiné, jaké? .....

Tabulka 2 - Znalosti v oblasti komunikace

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a)	20	50,00%	22	59,46%
b)	19	47,50%	12	32,43%
c)	0	0,00%	0	0,00%
d)	1	2,50%	3	8,11%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 2 - Znalosti v oblasti komunikace



Jedna polovina – 20 respondentů (50,00%) se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 22 respondentů (59,46%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech se domnívá, že zvládá komunikovat bez jakýchkoli obtíží. Ve skupině se vzděláním v komunikaci dalších 19 respondentů (47,50%) tvrdí, že jejich komunikace není příliš dobrá, ale pracují na ní. Jeden z respondentů (2,50%) uvedl odpověď d) – že: „Záleží na situaci“. Ve skupině bez vzdělání v komunikaci 12 respondentů (32, 43%) uvedlo, že na komunikaci s klienty pracuje a 3 respondenti (8,11%) uvedli odpověď d) – že: „Záleží na situaci“, dále, že: „Je stále co zdokonalovat.“ a „Je na čem pracovat“. Odpověď c) neuvedl žádný z obou skupin respondentů.

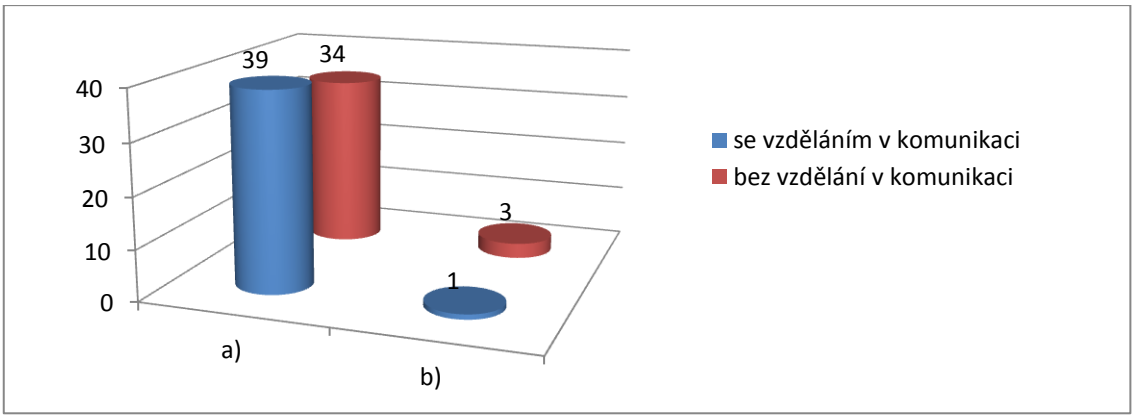
Položka č. 3 - Dokážu se vcítit do klienta, který prožívá akutní projevy úzkosti, vím, že je v tísňové situaci:

a) Ano
b) Ne

Tabulka 3 - Úzkost jako tísňová situace

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	39	97,50%	34	91,81%
b) Ne	1	2,50%	3	8,11%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 3 - Úzkost jako tísňová situace



Pouze 1 respondent (2,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 3 respondenti (8,11%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech se domnívají, že se nedokážou vcítit do klienta, který prožívá tísňovou situaci v podobě akutních projevů úzkosti. Zbylých 39 respondentů (97,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 34 respondentů (91,81%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci se domnívá, že se do klienta, který prožívá akutní projevy úzkosti, jako tísňovou situaci, vcítit dokáže.

Položka č. 4 - Jsem si vědom/a, že se dají akutní projevy úzkosti zmírnit:

a) Pouze farmakologicky

b) I pouze vhodně zvolenou formou komunikace a edukace klienta

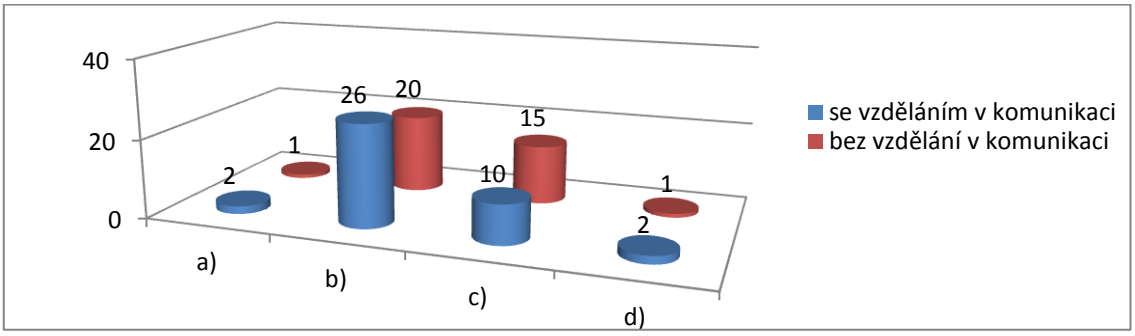
c) Pouze kombinací komunikace a farmakologie

d) Jinak, jak? ……

Tabulka 4 – Forma zmírnění projevů úzkosti

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a)	2	5,00%	1	2,70%
b)	26	65,00%	20	54,06%
c)	10	25,00%	15	40,54%
d)	2	5,00%	1	2,70%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 4 – Forma zmírnění projevů úzkosti



„Obecně radíme nesnažit se úzkost zvládat medikamentózně, pokud není pacientovo utrpení přílišné. Zmírnění úzkosti spočívá ve vysvětlení symptomů, zvláště jsou-li přítomny somatizované projevy. Zkuste přimět pacienta, aby vědomě kontroloval své dýchání a pomozte mu počítat vdechy a výdechy atd.“ (BROWN A KOL., 1992, s. 32). Správnou odpověď b) i pouze vhodně zvolenou formou komunikace a edukace klienta zvolilo 26 respondentů (65,00%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 20 respondentů (54,06%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. 10 respondentů (25,00%) se vzděláním v komunikaci a 15 respondentů (40,54%) bez vzdělání v komunikaci označilo odpověď c) pouze kombinací komunikace a farmakologie. Odpověď a) pouze farmakologicky odpověděli 2 respondenti (5,00%) se vzděláním v komunikaci a 1 respondent (2,70%) bez vzdělání v komunikaci. Odpověď d) zvolili 2 respondenti (5,00%) se vzděláním v komunikaci s odpověďmi: „Všechny uvedené varianty“ a „Empatií a naslouchánim“. 1 respondent (2,70%) bez vzdělání v komunikaci v odpovědi d) uvedl: „Psychoterapií“.

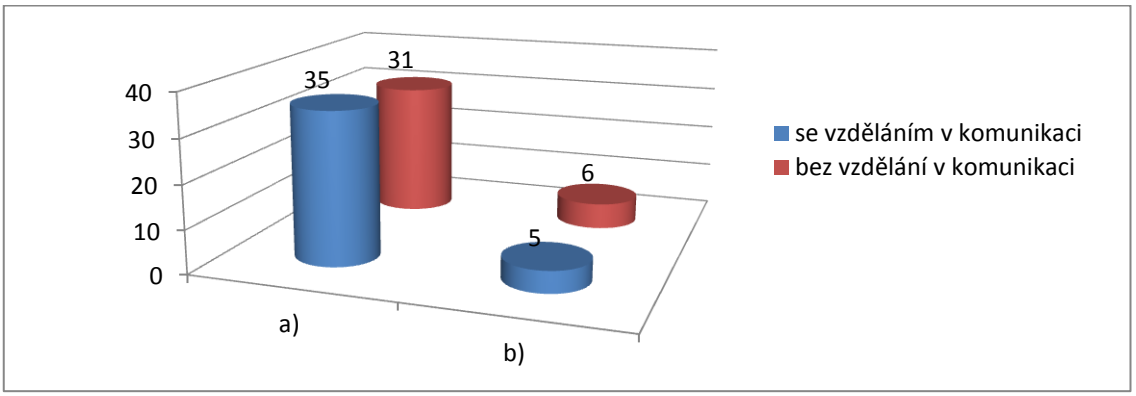
Položka č. 5 - Uvítal/a bych nějakou formu návodu, shrnutí či doporučení jak zlepšit komunikaci s klientem prožívajícím úzkost:

a) Ano
b) Ne

Tabulka 5 – Zájem o vzdělávání se – úzkostný klient

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	35	87,50%	31	83,78%
b) Ne	5	12,50%	6	16,22%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 5 – Zájem o vzdělávání se – úzkostný klient



Zájem o vzdělávání se v oblasti komunikace s úzkostným klientem projevilo 35 respondentů (87,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 31 respondentů (83,78%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Zbylých 5 respondentů (12,50%) ze skupiny se vzděláním a 6 respondentů (16,22%) ze skupiny bez vzdělání označilo odpověď b) ne, tedy zájem o vzdělávání v oblasti komunikace s úzkostným klientem této nemá.

Položka č. 6 - Techniky a způsoby komunikace, mezi které patří i aktivní naslouchání, ať už verbální či neverbální:

a) Znám velmi dobře, proto pro mě není problém vyjmenovat způsoby, kterými dám klientovi najevo, že mu aktivně naslouchám

Zkuste prosím vypsat co nejvíce způsobů aktivního naslouchání:

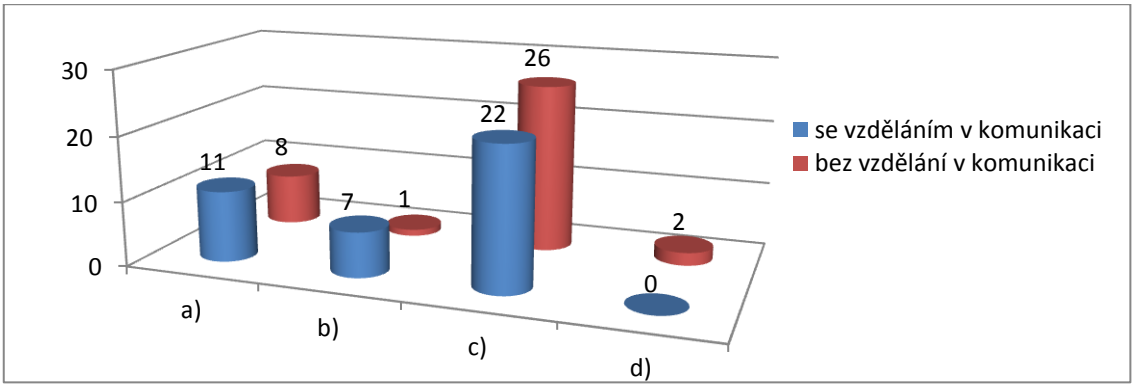
……

b) Znám, (výše jsem uvedl/a), ale v podmínkách záchranné služby pro ni není prostor
c) Úplně přesně neznám, rád/a bych se techniku aktivního naslouchání naučil/a
d) Neznám, protože to nepovažuji za důležité

Tabulka 6 – Komunikační techniky: Aktivní naslouchání

	Vzdělání v komunikaci		**Bez vzdělání v komunikaci**	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a)	11	27,50%	8	21,62%
b)	7	17,50%	1	2,70%
c)	22	55,00%	26	70,27%
d)	0	0,00%	2	5,41%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 6 – Komunikační techniky: Aktivní naslouchání



Techniky a způsoby aktivního naslouchání jsou podrobně popsány v teoretické části této bakalářské práce (kapitola 4.2.1). Odpověď a) Znám velmi dobře techniky a způsoby aktivního naslouchání, proto pro mě není problém vyjmenovat způsoby, kterými dám

klientovi najevo, že mu aktivně naslouchám, označilo 11 respondentů (27,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 8 respondentů (21,62%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Avšak druhou část této odpovědi na otázku: Vypsat techniky a způsoby aktivního naslouchání splnilo jen 7 respondentů z obou skupin. Odpověď b) Znám, (výše jsem uvedl/a), ale v podmínkách záchranné služby pro ni není prostor, označilo ze skupiny se vzděláním v komunikaci 7 respondentů (17,50%) a 1 respondent (2,70%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Alespoň jednu správnou techniku či způsob aktivního naslouchání výše vypsali pouze 3 respondenti se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech. Relativně správné techniky a způsoby aktivního naslouchání, které uváděli respondenti, jsou uvedeny v tabulce 7 - Vypsané techniky a způsoby aktivního naslouchání. Odpověď c) Úplně přesně neznám, rád/a bych se techniku aktivního naslouchání naučil/a, označilo 22 respondentů (55,00%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 26 respondentů (70,27%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Navíc 3 respondenti ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 2 respondenti bez vzdělání v komunikaci, kteří označili odpověď c), výše vypsali techniky a způsoby aktivního naslouchání. Pouze 2 respondenti (5,41%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech označilo odpověď d) Neznám, protože to nepovažuji za důležité.

Tabulka 7 - Vypsané techniky a způsoby aktivního naslouchání

Odpovědi	**Vzdělání v komunikaci**	**Bez vzdělání v komunikaci**
Oční kontakt	9	5
Dodržování vzdálenosti	1	
Projev porozumění	2	3
Zrcadlení pocitů z hovoru	1	
Klidná řeč	2	
Zřetelná řeč	1	
Přikyvování	5	2
Vhodné dotyky rukou	9	3
Parafrázování	1	
Prvky empatie	5	
Shrnutí řečeného obsahu	3	
Doplňující otázky	3	1
Projevy empatie	3	1

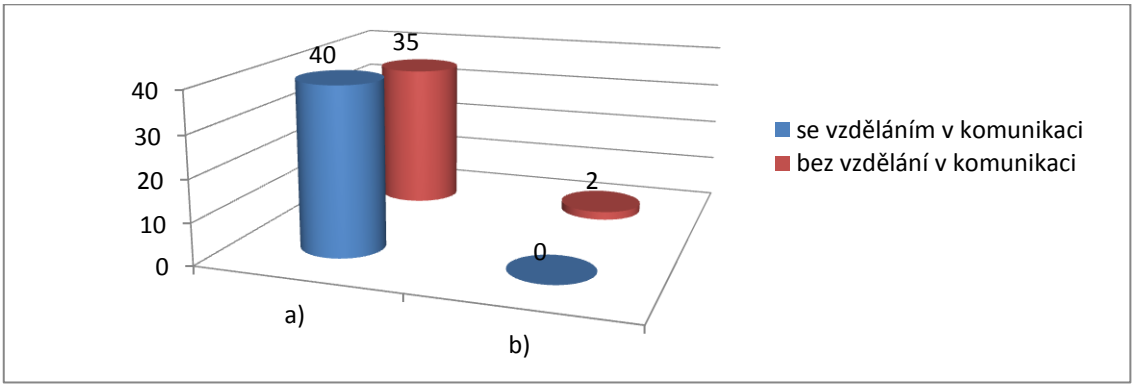
Položka č. 7 - Dokážu se vcítit do klienta, který prožívá ztrátu někoho blízkého úmrtím, vím, že je v tísňové situaci:

a) Ano
b) Ne

Tabulka 8 – Smrt jako tísňová situace

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	40	100,00%	35	94,59%
b) Ne	0	0,00%	2	5,41%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 7 – Smrt jako tísňová situace



Pouze 2 respondenti (5,41%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech se domnívají, že se nedokážou vcítit do klienta, který prožívá tísňovou situaci, ztrátu úmrtím svého blízkého člověka. Zbylých 35 respondentů (94,59%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci a 40 respondentů (100%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci se domnívá, že se do klienta, který se nachází v tísňové situaci v případě úmrtí blízkého člověka, vcítit dokáže.

Položka č. 8 - Sdělování smrti pozůstalým v podmínkách zdravotnické záchranné služby je na lékaři. Já jako zdravotnický záchranář mám ale také posléze prostor komunikovat s pozůstalými. Jak verbálně, tak i neverbálně.

a) Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými

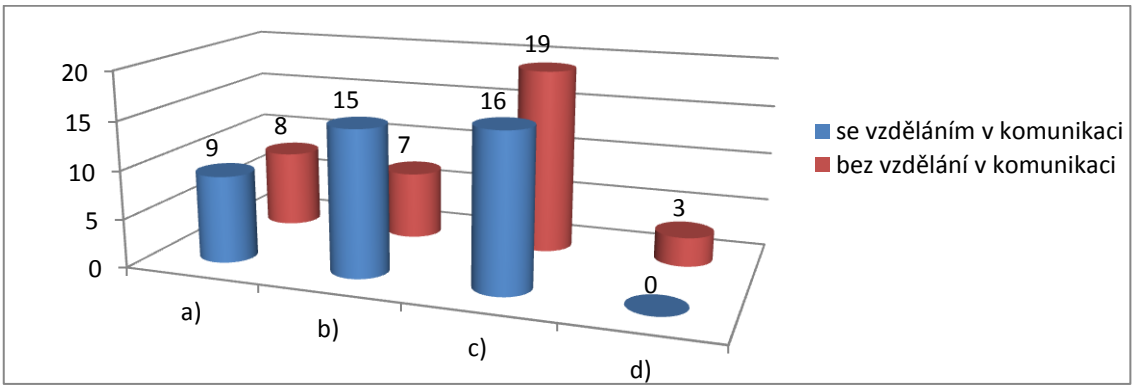
Zkuste prosím vypsat co nejvíce správných způsobů a technik jak jednat s pozůstalými klienty: ……

b) Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými, (výše jsem uvedl/a), ale v této tísňové situaci většinou nemívám prostor pro komunikaci s těmito klienty
c) Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, ale rád/a bych se je dozvěděl/a
d) Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, protože o to nemám zájem

Tabulka 9 – Komunikační techniky: Přístup k pozůstalým

	Vzdělání v komunikaci		**Bez vzdělání v komunikaci**	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a)	9	22,50%	8	21,62%
b)	15	37,50%	7	18,92%
c)	16	40,00%	19	51,35%
d)	0	0,00%	3	8,11%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 8 – Komunikační techniky: Přístup k pozůstalým



Techniky a způsoby jak správně jednat s pozůstalými jsou podrobně popsány v doporučení pro zdravotnické záchranáře této bakalářské práce (kapitola 8.1). Odpověď a) Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými, označilo 9 respondentů (22,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 8 respondentů (21,62%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Avšak druhou část této odpovědi na otázku: Vypsat co nejvíce správných způsobů a technik jak jednat s pozůstalými klienty, splnilo 5 respondentů ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 6 respondentů ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Odpověď b) Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými, (výše jsem uvedl/a), ale v této tísňové situaci většinou nemívám prostor pro komunikaci s těmito klienty, označilo ze skupiny se vzděláním v komunikaci 15 respondentů (37,50%) a 7 respondentů (18,92%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Alespoň jednu správnou techniku či způsob jak jednat s pozůstalými klienty vypsali 4 respondenti se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 2 respondenti bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Relativně správné techniky a způsoby jak jednat s pozůstalými, které uváděli respondenti, jsou uvedeny v tabulce 10 - Vypsané techniky a způsoby jak jednat s pozůstalými. Odpověď c) Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, ale rád/a bych se je dozvěděl/a, označilo 16 respondentů (40,00%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 19 respondentů (51,35%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Pouze 3 respondenti (8,11%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech označili odpověď d) Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, protože o to nemám zájem.

Tabulka 10 - Vypsané techniky a způsoby jak jednat s pozůstalými

Odpovědi	**Vzdělání v komunikaci**	**Bez vzdělání v komunikaci**
Poskytnout soukromí	1	
Posadit se	1	
Podání informací o příčině smrti	5	
Povzbuzování	2	
Citlivý přístup	2	
Vstřícnost	2	
Projevy empatie	5	4
Kondolence	6	3
Doporučení nezůstat sám	2	1
Kontakt na pohřební službu	3	
Zodpovězení dotazů	1	
Nabídnout pomoc	2	
Mlčet	1	
Ubezpečit, že udělali vše, co šlo	1	
Vypsat body, co je třeba učinit	4	2
Podání ruky	1	2
Farmakoterapie	2	1
Reflexe emocí	1	
Klidné vystupování		3
Naslouchat		1

Položka č. 9 - Uvítal/a bych nějakou formu návodu, shrnutí či doporučení jak zlepšit komunikaci s klienty prožívajícími ztrátu někoho blízkého úmrtím:

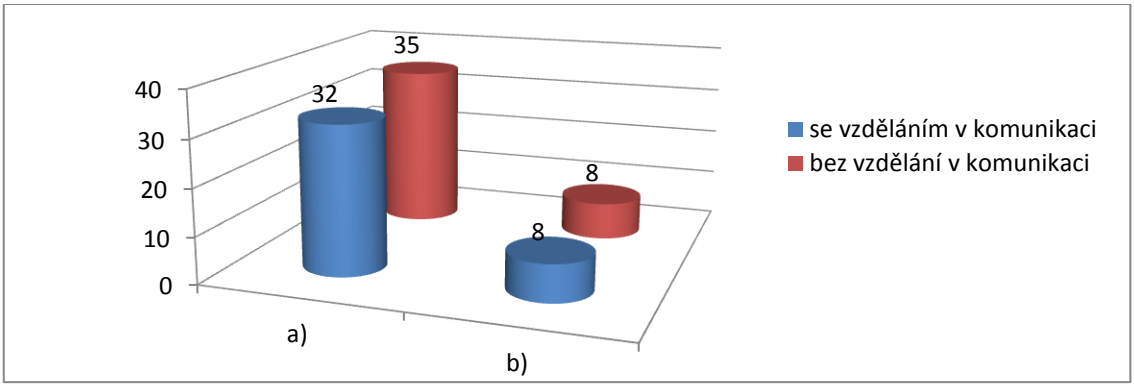
a) Ano

b) Ne

Tabulka 11 – Zájem o vzdělávání se – pozůstalý klient

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	32	80,00%	29	78,38%
b) Ne	8	20,00%	8	21,62%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 9 – Zájem o vzdělávání se – pozůstalý klient



Zájem o vzdělávání se v oblasti komunikace s pozůstalými klienty projevilo 32 respondentů (87,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 29 respondentů (78,38%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Zbylých 8 respondentů (20,00%) ze skupiny se vzděláním a 8 respondentů (21,62%) ze skupiny bez vzdělání označilo odpověď b) ne, tedy zájem o vzdělávání se v oblasti komunikace s pozůstalými klienty nemá.

Položka č. 10 - Občas se na výjezdu nebo bezprostředně po výjezdu zamýšlím nad tím, jaké reakce a emoce ve mně vyvolala tísňová situace, v níž jsem se nacházel/a a jak to ovlivňuje moji komunikaci spolu s klientem:

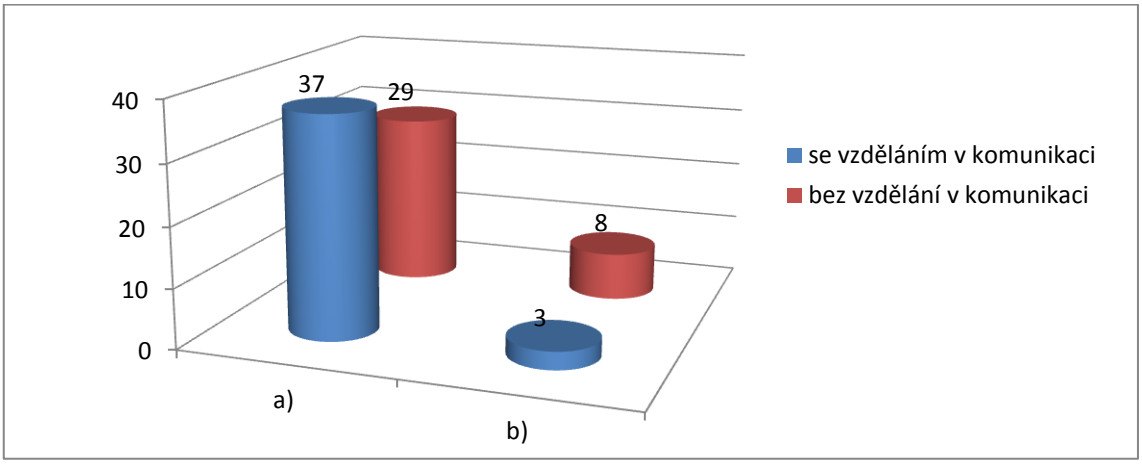
a) Ano

b) Ne

Tabulka 12 – Sebehodnocení v komunikaci versus emoce

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	37	92,50%	29	78,38%
b) Ne	3	7,50%	8	21,38%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 10 – Sebehodnocení v komunikaci versus emoce



37 respondentů (92,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 29 respondentů (78,38%) ze skupiny bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech uvedlo, že se občas na výjezdu nebo bezprostředně po výjezdu zamýšlí nad tím, jaké reakce a emoce v nich vyvolala tísňová situace, v níž se nacházeli a jak to ovlivňuje jejich komunikaci spolu s klientem. Pouze 3 respondenti (7,50%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci a 8 respondentů (21,62%) bez vzdělání v komunikaci uvedlo, odpověď b) ne, tedy nesebereflektují své emoce a reakce v souvislosti s komunikací s klienty.

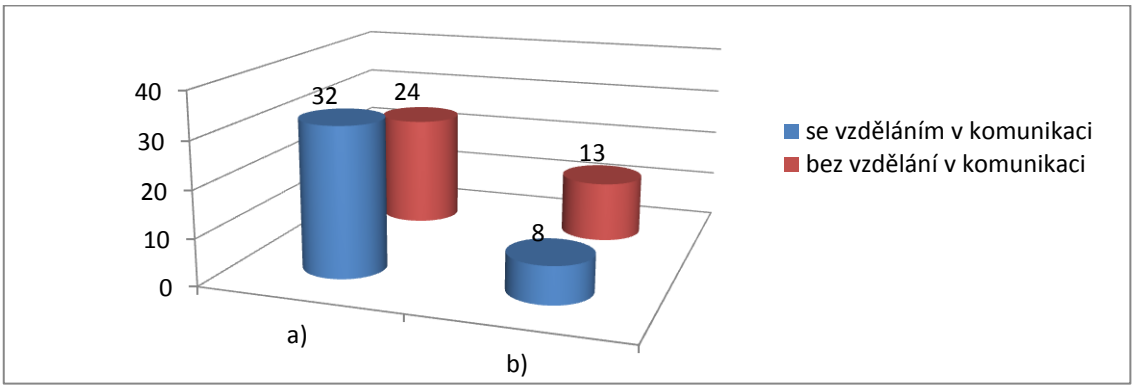
Položka č. 11 - Uvědomuji si, že mám rezervy v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby. Zároveň také vím, že si mnohdy nejsem úplně jistý/á jak jednat s klienty, kteří spíše než jakoukoliv jinou pomoc potřebují psychickou podporu.

a) Ano
b) Ne

Tabulka 13 – Rezervy v komunikaci

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
a) Ano	32	80,00%	24	64,86%
b) Ne	8	20,00%	13	35,14%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 11 – Rezervy v komunikaci



32 respondentů (80%) ze skupiny se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 24 respondentů (64,86%) ze skupiny bez vzdělání v posledních třech letech označilo odpověď a) ano, tedy, že si uvědomují své rezervy v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby a zároveň také ví, že si mnohdy nejsou úplně jistí jak jednat s klienty, kteří spíše než jakoukoliv jinou pomoc potřebují psychickou podporu. 8 respondentů (20,00%) se vzděláním v komunikaci a 13 respondentů (35,14%) bez vzdělání si své rezervy v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby neuvědomuje nebo si svých rezerv není vědoma (viz diskuse této práce).

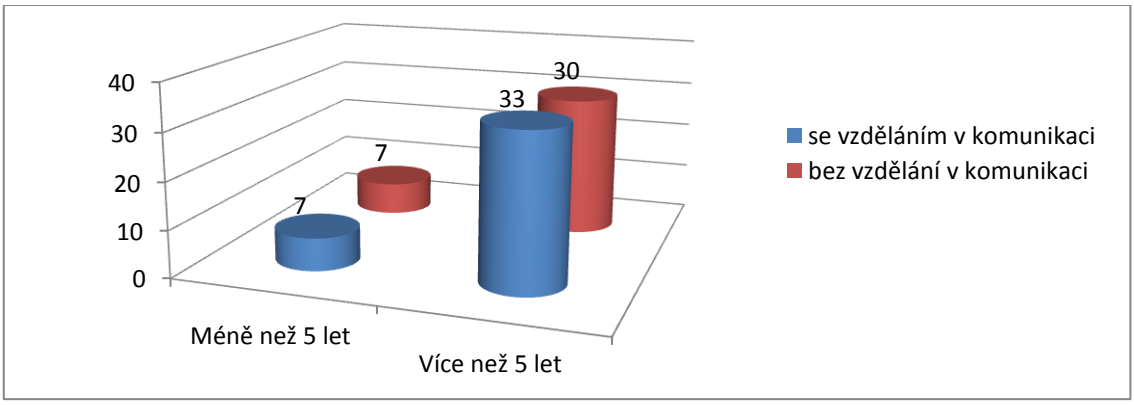
Položka č. 12 - Pracuji jako zdravotnický záchranář u zdravotnické záchranné služby:

a) Méně než 5 let
b) Více než 5 let

Tabulka 14 – Demografické údaje: Délka praxe u ZZS

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Méně než 5 let	7	17,50%	7	18,92%
Více než 5 let	33	82,50%	30	81,08%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 12 - Demografické údaje: Délka praxe u ZZS



Z dotazovaných záchranářů se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech pracuje u zdravotnické záchranné služby 7 respondentů (17,50%) méně než 5 let a 33 respondentů (82,50%) více než 5 let. Bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech pak pracuje u zdravotnické záchranné služby 7 respondentů (18,92%) méně než 5 let a 31 respondentů (81,08%) více než 5 let.

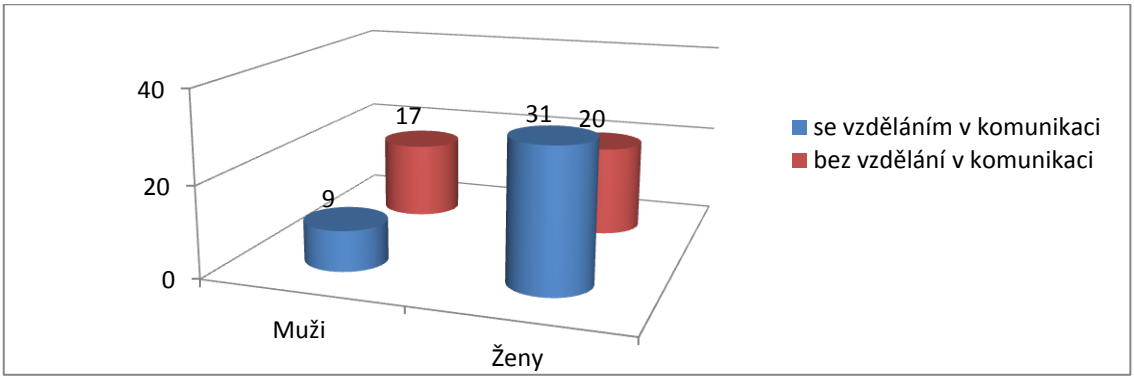
Položka č. 13 - Jsem:

a) Muž
b) Žena

Tabulka 15 - Demografické údaje: Pohlaví

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Muži	9	22,50%	17	45,95%
Ženy	31	77,50%	20	54,05%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 13 - Demografické údaje: Pohlaví



Z dotazovaných zdravotnických záchranářů bylo 9 mužů (22,50%) se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech a 17 mužů (45,95%) bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech. Ženy se vzděláním v komunikaci tvořily skupinu o počtu 31 respondentů (77,50%) a bez vzdělání v komunikaci pak 20 žen (54,04%). Z čehož vyplývá, že více se v komunikaci v posledních třech letech vzdělávaly ženy.

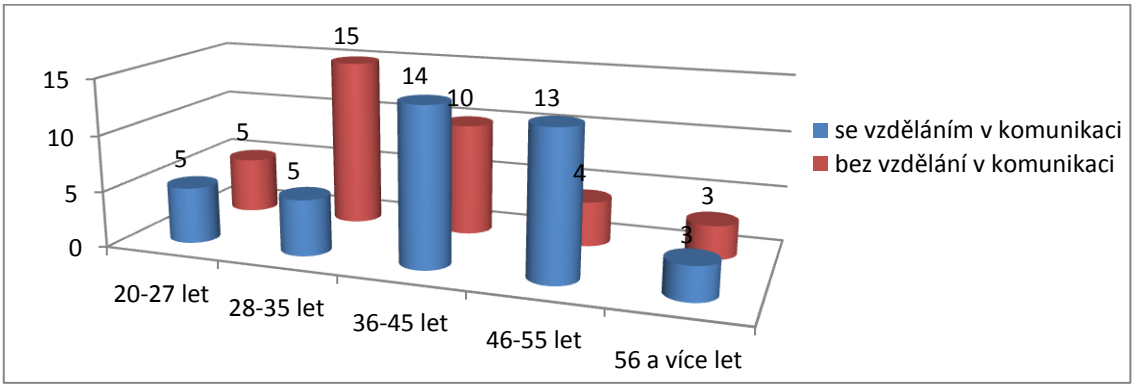
Položka č. 14 - Jsem ve věkové kategorii:

a) 20-27 let
b) 28-35 let
c) 36-45 let
d) 46-55 let
e) 56 a více let

Tabulka 16 – Demografické údaje: Věk

	Vzdělání v komunikaci		Bez vzdělání v komunikaci	
Odpovědi	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
20-27 let	5	12,50%	5	13,51%
28-35 let	5	12,50%	15	40,54%
36-45 let	14	35,00%	10	27,03%
46-55 let	13	32,50%	4	10,81%
56 a více let	3	7,50%	3	8,11%
Celkem	**40**	**100%**	**37**	**100%**

Graf 14 – Demografické údaje: Věk



Skupinu se vzděláním v komunikaci v posledních třech letech tvořilo 5 respondentů (12,50%) ve věkové kategorii 20-27 let a stejný počet respondentů ve věku 28-35 let. Ve věkovém rozmezí 36-45 let bylo14 respondentů (35,00%), 45-55 let pak 13 respondentů (32,50%) a v poslední věkové kategorii 56 a více let byli 3 respondenti (7,50%). Skupinu bez vzdělání v komunikaci v posledních třech letech tvořilo 5 respondentů (13,51%) ve věkové kategorii 20-27 let a 15 respondentů (40,54%) ve věku 28-35 let. Ve věkovém rozmezí 36-45 let bylo10 respondentů (27,03%), 45-55 let pak 4 respondenti (10,81%) a v poslední věkové kategorii 56 a více let byli 3 respondenti (8,11%).

8 DISKUSE

Výsledky našeho průzkumu nebylo možné srovnávat s jinými autory. Komunikace týkající se zdravotnických záchranářů versus klient v tísni je sice téma stěžejní a pro profesionálně odvedenou práci zdravotnického záchranáře nezbytné, ale odborná literatura se zabývá komunikací spíše z obecného hlediska, anebo u klientů v ambulancích či na lůžku, což se nedá ve vypjatých situacích v podmínkách záchranné služby příliš srovnávat. V úvodu průzkumu jsme si stanovili čtyři cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jak zdravotničtí záchranáři hodnotí své schopnosti v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby v souvislosti se vzděláním v komunikaci. Jako velmi dobré hodnotila minimálně polovina respondentů ze skupiny se vzděláním v komunikaci a o cca 10% více skupina bez vzdělání v komunikaci. Nepříliš dobré, ale s tím, že se na sobě snaží pracovat v oblasti komunikace, odpověděla druhá polovina respondentů ze skupiny se vzděláním v komunikaci a cca 30% respondentů ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Stejně jako na otázku týkající se svých rezerv v oblasti komunikace si uvědomuje až 80% respondentů ze skupiny se vzděláním v komunikaci a cca 65% respondentů ze skupiny bez vzdělání v komunikaci. Otázkou pak zůstává, zdali si zbylí respondenti své rezervy v komunikaci neuvědomují nebo je nemají. Ovšem, téměř každý autor odborné literatury se ve své publikaci zmiňuje, že na komunikaci je stále co zlepšovat celý život, natož pak v podmínkách zdravotnické záchranné služby, kde je každý případ přísně individuální. V první hypotéze jsme předpokládali, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, se považují za více zdatné v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby a zároveň si více uvědomují své nedostatky v komunikaci se svými klienty, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali. Tato hypotéza se zcela nepotvrdila. Téměř polovina respondentů se vzděláním i bez vzdělání v komunikaci se hodnotí stejně a to velmi dobře, méně respondentů ze skupiny bez vzdělání v komunikaci než se vzděláním v komunikaci se hodnotí nepříliš dobře, ale snaží se na sobě pracovat. Své nedostatky

v komunikaci si uvědomuje více zdravotnických záchranářů se vzděláním v komunikaci.

Úkolem druhého cíle bylo zjistit, zda se zdravotničtí záchranáři zamýšlejí nad svou prací na emoční úrovni. Zde jsme předpokládali, že se zdravotničtí záchranáři dokážou nad svou prací zamýšlet i na emoční úrovni a že vzdělání v komunikaci nemá na tento fakt vliv vzdělání v komunikaci. V průzkumu se ukázalo, že se zdravotničtí záchranáři zamýšlejí nad svou prací na emoční úrovni a v převážné většině se domnívají, že se dokážou vcítit do svých klientů, kteří se nacházejí v tísni. O nepatrné procento více skupina se vzděláním v komunikaci, tedy můžeme konstatovat, že se hypotéza potvrdila.

Třetím cílem bylo zjistit, zda zdravotničtí záchranáři znají vybrané techniky a způsoby komunikace. Předpokládali jsme, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, mají větší znalosti vybraných technik a způsobů komunikace, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali. Tato hypotéza se zcela potvrdila. Skupina respondentů se vzděláním dokázala vyjmenovat více správných technik a způsobů aktivního naslouchání a jednání s pozůstalými klienty (tabulky č. 7 a 9), stejně jako více respondentů z této skupiny dokázalo správně odpovědět na otázku zmírnění akutních projevů úzkosti (položka 4).

Posledním čtvrtým cílem jsme chtěli zjistit, zda mají zdravotničtí záchranáři zájem vzdělávat se v oblasti komunikace s klienty zdravotnické záchranné služby ve vybraných tísňových situacích. Zde jsme předpokládali, že zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech vzdělávali v oblasti komunikace, mají více zájem o vzdělávání se v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby v tísňových situacích, než zdravotničtí záchranáři, kteří se v posledních 3 letech v komunikaci nevzdělávali. Tato hypotéza se nepotvrdila. Vysoké procento respondentů z obou skupin má zájem vzdělávat se v komunikaci jak z úzkostnými tak i pozůstalými klienty. Domníváme se, že je tomu tak proto, že se do těchto těžkých situací dostávají zdravotničtí záchranáři spolu klienty celkem často a vzdělání v komunikaci v této oblasti je pro většinu respondentů stejně potřebné, jako se naučit správné postupy léčby u somatických onemocnění.

Průzkumný problém, zda má vzdělání v komunikaci vliv na schopnosti a sebereflexi v komunikaci zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby

bychom podle naše průzkumu mohli uzavřít pozitivně. Už z výše zmíněných výsledků, dokázala skupina respondentů se vzděláním v komunikaci uvést větší množství znalostí z oblasti komunikace a v podstatě i dokázala vliv svého vzdělání v komunikaci na jednání s jejich klienty. Zároveň také více sebereflektovala své komunikační schopnosti v různých situacích, kde dokázala hodnotit, zda postupuje správně či ne. Domníváme se, že pokud se budou záchranáři vzdělávat v komunikaci, budou více schopni zhodnotit, jak přispět ke zlepšení stavu svých klientů. Zároveň budou schopni více reflektovat své nedostatky v přístupu ke klientům zdravotnické záchranné služby a tím také vědět, na které oblasti by měli na sobě zapracovat.

Již během vyplňování prvních rozdaných dotazníků nás někteří respondenti kontaktovali, že by měli zájem o doporučení pro praxi, jak komunikovat s klienty, kteří prožívají úzkost a kteří se ocitli v roli pozůstalých. K této žádosti se připojilo i několik zdravotnických záchranářů, kteří dotazník nevyplňovali. Tuto bakalářskou práci jsme již na začátku chtěli využít jako podklady pro další vzdělávání záchranářů. Oslovili jsme tedy náměstkyni pro vědu, výzkum a vzdělávání MUDr. Janu Šeblovou, PhD. z Územního střediska záchranné služby Středočeského kraje, která záměr podpořila a rovněž projevila zájem o podklady, které jsme získali průzkumem v této bakalářské práci. Výstupy z bakalářské práce by dále byly využity pro další vzdělávání zdravotnických záchranářů pracujících ve Středočeském kraji. Právě proto, byl průzkum prováděn v tomto regionu.

V současné době se zdravotničtí záchranáři učí umění komunikace jak na vyšších odborných školách, tak i na vysokých školách. Tato výuka je ale především zaměřena na základy tohoto umění nebo na jeho obecnou část. Jak se ukázalo, bylo by potřebné, aby se výuka rozšířila i na specifičtější oblasti komunikace, jako jsou právě tísňové situace, se kterými se často setkávají zdravotničtí záchranáři spolu s klienty zdravotnické záchranné služby. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně připravuje již schválený pilotní kurs dotovaný z Evropského sociálního fondu, který plánuje uskutečnit na jaře 2013. Kurz je určen pro zdravotníky, kteří se budou cvičit v komunikaci a přístupu ke klientům v situacích jako jsou např. náhlé a neočekávané úmrtí, agresivní pacient, těžká zranění, hromadná neštěstí atd. Cílem pilotního kurzu je ověření tohoto typu vzdělávání a připravit následně vzdělávací modul pro výcvikové centrum. Je tedy zřejmé, že téma komunikace v tísňových situacích je čím dál aktuálnější.

8.1 Doporučení pro zdravotnické záchranáře – pozůstalý klient

V rámci poskytování první psychické pomoci v přednemocniční neodkladné péči, je vhodné:

- poskytnout pozůstalým citovou oporu, porozumění a projevení účasti, které jsou součástí poskytování péče v případě úmrtí pacienta, kterému jsou jeho blízcí přítomni
- umožnit pozůstalému ve fázi psychického otřesu projevovat emoce, kterými mohou být smutek, žal, zármutek, obavy, hněv, vztek až agrese, pocity viny a opuštěnosti, zoufalství střídající se s úžasem nad smrtí jemu blízkého člověka
- přistupovat k pozůstalým trpělivě a citlivě, naopak zcela nevhodné je odmítání a nelibost
- ujistit a uklidnit pozůstalé, že udělali pro svého blízkého vše, co bylo v jejich silách a že jejich blízký před smrtí netrpěl (pokud by tomu tak nebylo, je lepší tuto myšlenku nerozvádět)
- dlouze nepřemýšlet o tom, co říct, ale spíše naslouchat bez odsuzování
- při komunikaci používat otevřené otázky, na které se nedá odpovědět jedním slovem, mluvit pomalu, zřetelně a věcně, nepřerušovat truchlícího v hovoru, neskákat mu do řeči, používat techniky aktivního naslouchání, vyhýbat se odborným výrazům a slovům, používat spíš kratší věty než složitá souvětí
- odpovídat trpělivě na otázky, které se ze strany pozůstalých mohou neustále opakovat, stejně tak zodpovědět na otázky ohledně okolnosti úmrtí jejich blízkého (shrnutí informací, které poskytl lékař, v rámci kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků)
- vysvětlit, co bude následovat po tom, co pozůstalé výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby opustí, upozornit na nutnost přivolání pohřební služby, popř. poskytnout kontakty na pohřební služby v nejbližším okolí (časová dostupnost)
- informovat a poskytnout kontakt na psychologa či krizové centrum

- pomoci kontaktovat osobu, která jim pomůže, pokud zůstali v těžké situaci sami
- umožnit pozůstalým vidět tělo jejich blízkého, pokud je to možné, aby se mohli rozloučit
- uspokojovat jejich biologické potřeby, např. nabídnout, zdali se nechtějí napít
- podat pozůstalým ruku a vyjádřit jim účast v podobě „je mi moc líto, že Váš blízký zemřel“
- vyvarovat se: snaze bránit pozůstalým plakat; přílišnému tělesnému kontaktu, pokud o to sami neprojeví zájem; poskytování „planých rad“ a útěchy v podobě: „čas všechno zhojí“, „musíte být silný/á, máte tu ještě…“; používání výrazu „to“ místo slov „zemřel“, „smrt“ a „úmrtí“ včetně vyhýbání se hovoru o zemřelém minulém čase; a hlavně vyvarovat se snaze pomoci pozůstalým, pokud ji odmítnou (ŠPATENKOVÁ, 2011)

8.2 Doporučení pro zdravotnické záchranáře – úzkostný klient

V rámci správného přístupu v péči o klienty prožívající vystupňovanou formu úzkosti je vhodné:

- nebagatelizovat úzkostné stavy klientů, ale přijmout je jako skutečnost a vysvětlovat jejich podstatu

- zaměřit se nejen na tělesné příznaky, ale i na úzkostné chování a zneklidňující myšlenky a obavy

- verbálně normalizovat nepříjemné doprovodné tělesné projevy úzkosti, které jsou např. bušení srdce, zrychlený tep, pocity slabosti až mdloby, zrychlené mělké dýchání až lapání po dechu, pocit „knedlíku“ v krku, pocity dušení, pocení, svědění, ruměnec ve tváři a střídání pocitů návalů horka a zimy, pocity na zvracení až zvracení, bolesti břicha, strnulost končetin i celého těla, chvění se a třes

- zaměřit se na kontrolované dýchání, pokud je přítomna hyperventilace spolu s vysvětlením, co hyperventilaci doprovází (hyperventilace vede k nadměrnému vylučování oxidu uhličitého z krve a tím vede ke vzniku nadměrně zásaditého prostředí v těle, to způsobuje nepříjemné pocity bušení srdce, nedostatku vzduchu, točení hlavy, pocení, bolestem na hrudi, křečím svalů, mravenčením okolo úst a končetin)

- nacvičit s klientem dýchání tak, že si položí jednu ruku na hruď, druhou na břicho a vysvětlit mu, že když vdechuje, musí cítit, že se mu zvedá břicho, horní část hrudníku by se měla zvedat co nejméně, dále pak aby pomalu vydechoval nosem s počítáním dechů dvanáct krát za minutu, což znamená, že jeden vdech a výdech bude trvat pět sekund

- odvést pozornost od úzkostných myšlenek nějakou duševní činností klienta (např. říct klientovi, aby začal počítat věci v bytě, aby vzpomínal, co jedl celý týden k snídani, aby podrobně popisoval nějaký předmět nebo aby si klient představil, že je na nějakém hezkém místě a toto místo popisoval)

- zpochybňovat úzkostné myšlenky klienta (např. pokud klient vysloví obavu, že omdlí, ujistit ho, že to je jen příznak úzkosti, který odezní spolu s úzkostí)

- vysvětlit klientovi, že úzkost je zcela běžný stav, kdy se jedná o normální reakci organismu na nebezpečí nebo stres a způsobuje potíže jen tehdy, je-li nepřiměřeně silná vzhledem k vyvolávající situaci nebo trvá-li příliš dlouho

- pokusit se uvolnit úzkostné napětí klienta, bude-li schopen spolupracovat, naslouchat hlasu, a to vleže na zádech s postupným uvolňováním napětí chodidel, dolních končetin, břicha, zad, ramenou, krku, paží, rukou a obličeje

- doporučit klientovi nácvik relaxace v klidu, aby ho mohl použít i ve stavu vystupňované úzkosti (KENNERLEY, 1998)

- být trpělivý a opakovat klientovi tyto zásady, pokud by je nedokázal na poprvé zvládnout

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit vliv vzdělání v komunikaci na znalosti a sebereflexi v komunikaci zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby. Výsledky poukazují na význam vzdělávání v oblasti komunikace. Respondenti s kursem, školením či jiným vzděláním v komunikaci prokázali více znalostí v komunikaci jak v obecném směru, tak i ve vybraných tísňových situacích. Stejně tak dokázali více sebereflektovat své nedostatky v komunikaci s jejich klienty. Vzdělání v komunikaci sice nezaručuje výhradní úspěch v práci s klienty, kteří se nachází v tísni, ale zvyšuje pravděpodobnost správného přístupu a tím i lepší péče ve prospěch klienta.

Významnou položkou v průzkumu se stal zájem o vzdělávání v oblasti komunikace a přístupu k pozůstalým a úzkostným klientům. Více než 75% všech respondentů by mělo zájem o vzdělávání se v komunikaci a přístupu ke klientům, kteří se nacházejí v těchto tísňových situacích, což by mohl být pokyn pro zaměstnavatele respondentů, umožnit vzdělávání v komunikaci pro své zaměstnance a tím i zvýšit jejich odbornou úroveň.

Vhodné by bylo zvážit vydání příruček pro úzkostné klienty a klienty konfrontované s úmrtím blízké osoby, které by mohly být ponechány klientům na místě události, aby do nich posléze mohli kdykoliv nahlédnout, neboť jak už bylo uvedeno výše, tito klienti mnohdy nejsou schopni vstřebat veškeré informace, které jim poskytla výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2005. *Terénní krizová práce : psychosociální intervenční týmy* . 1. vyd . Praha : Grada, 2005. 299 s. (Psyché). ISBN 80-247-0708-X.

BROWN, T. M.; PULLEN, I. M.; SCOTT, Allen I. F. 1992. *Emergentní psychiatrie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek , 1992. 160 s. (Psychoterapie, Sv. 3) .

DEVITO, Joseph A. *2001. Základy mezilidské komunikace*. Praha : Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.

ELLIS, Albert. 2001. *Člověče, neboj se : jak ovládnout úzkost dřív, než ovládne nás*. Praha : Lidové noviny, 2001. 182 s. ISBN 80-7106-438-6.

HAVLÍK, Josef, VURM, Vladimír. 2004. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče : učební texty.* 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.

HONZÁK, Radkin. 2005. *Úzkostný pacient*. Praha : Galén , c2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.

JANÁČKOVÁ, Laura. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KAST, Verena. 2010. *Krize a tvořivý přístup k ní : typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2010. 167 s. (Spektrum, 11). ISBN 978-80-7367-800-5.

KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ Iva. 2004. *Komunikace a stres*. Státní zdravotní ústav. 1.vyd. Praha, 2004. ISBN 80-7071-246-5.

KENNERLEY, Helen. 1998. *Jak zvládat úzkostné stavy : příručka pro klinickou praxi*. Praha : Portál, 1998. 190 s. ISBN 80-7178-266-1.

KOPŘIVA, Karel. 2006. *Lidský vztah jako součást profese : psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vyd. Praha : Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme : kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha : Svoboda , 1988. 235 s. (Členská knižnice) .

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha : ISV, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1993. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov : Arnika, 1993. 148 s.

MIKULÁŠTÍK, Milan. 2003. *Komunikační dovednosti v praxi* . 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 361 s. (Manažer). ISBN 80-247-0650-4.

ŠTĚPANÍK, Jaroslav. 2005. *Umění jednat s lidmi* . 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 161 s. (Psychologie pro každého). ISBN 80-247-0844-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., rozš. a přeprac. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, c2006. 144 s. (Sestra). ISBN 80-247-1262-8.

VODÁČKOVÁ, Daniela. 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd . Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

VYBÍRAL, Zbyněk. 2005. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál , 2005. 319 s. ISBN80-7178-998-4.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Miroslava. 2007. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení.* 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 229 s. (Sestra). ISBN 978-80-247-2068-5.

Velký lékařský slovník. [online]. Praha. [cit. 2012-29-04]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/dermografismus>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník I

Příloha B – Souhlas s provedením dotazníkového šetření VI

PŘÍLOHA A – Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze bakalářského oboru Zdravotnický záchranář, zároveň také zaměstnankyně ÚSZSSK, na výjezdovém stanovišti Neratovice. Do rukou se Vám dostává dotazník zaměřený na průzkum v oblasti komunikace, který je součástí mé bakalářské práce na téma *Komunikace zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby v tísňových situacích*, v níž se zabývám komunikací s úzkostnými klienty a klienty, jež se ocitli v roli pozůstalých.

Tímto Vás velmi prosím o vyplnění dotazníku, což by nemělo trvat více než 10 min.

Dotazník je určen nelékařským zdravotnickým pracovníkům pracujícím na pozici zdravotnický záchranář u zdravotnické záchranné služby ve Středočeském kraji se vzděláním ARIP, VOŠ a VŠ s odborným osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Dotazník je zcela anonymní. Prosím o uvedení Vašich pravdivých názorů a zkušeností. Výstupy dotazníku pak budou sloužit nejen pro účely mé bakalářské práce, ale rovněž jako podklad pro případné budoucí vzdělávání zdravotnických záchranářů v této oblasti.

Pokud budete mít jakékoliv dotazy, kontaktujte mě prosím na e-mailové adrese.

Předem mnohokrát děkuji za spolupráci a Váš čas.

Gabriela Jakubů, DiS.

Zakřížkujte prosím odpovědi, které nejvíce odpovídají skutečnosti.

1) Jsem si vědom/a, že mé znalosti v oblasti komunikace s klienty záchranné služby jsou:

- ☐ Velmi dobré, zvládám komunikovat bez jakýchkoliv obtíží
- ☐ Nepříliš dobré, snažím se na sobě v oblasti komunikace pracovat
- ☐ Nepříliš dobré, protože to pro práci zdravotnického záchranáře nepovažuji za důležité
- ☐ Jiné, jaké?.....

2) Absolvoval/a jsem v posledních 3 letech školení, kurs či jiné vzdělávání v oblasti komunikace:

- ☐ Ano
- ☐ Ne

3) Dokážu se vcítit do klienta, který prožívá akutní projevy úzkosti, vím, že je v tísňové situaci:

- ☐ Ano
- ☐ Ne

4) Jsem si vědom/a, že se dají akutní projevy úzkosti zmírnit:

- ☐ Pouze farmakologicky
- ☐ I pouze vhodně zvolenou formou komunikace a edukace klienta
- ☐ Pouze kombinací komunikace a farmakologie
- ☐ Jinak, jak?……

5) Uvítal/a bych nějakou formu návodu, shrnutí či doporučení jak zlepšit komunikaci s klientem prožívajícím úzkost:

- Ano
- Ne

6) Techniky a způsoby komunikace, mezi které patří i aktivní naslouchání, ať už verbální či neverbální:

- Znám velmi dobře, proto pro mě není problém vyjmenovat způsoby, kterými dám klientovi najevo, že mu aktivně naslouchám

Zkuste prosím vypsat co nejvíce způsobů aktivního naslouchání:

1. ……
2. ……..
3. ……
4. ……

- Znám, (výše jsem uvedl/a), ale v podmínkách záchranné služby pro ni není prostor
- Úplně přesně neznám, rád/a bych se techniku aktivního naslouchání naučil/a
- Neznám, protože to nepovažuji za důležité

7) Dokážu se vcítit do klienta, který prožívá ztrátu někoho blízkého úmrtím, vím, že je v tísňové situaci:

- Ano
- Ne

8) Sdělování smrti pozůstalým v podmínkách zdravotnické záchranné služby je na lékaři. Já jako zdravotnický záchranář mám ale také posléze prostor komunikovat s pozůstalými. Jak verbálně, tak i neverbálně.

- Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými

Zkuste prosím vypsat co nejvíce správných způsobů a technik jak jednat s pozůstalými klienty:

. …….

. ……..……

……..…….....

……..…….

…….……

- Znám bez problémů správné způsoby a techniky jak jednat s pozůstalými, (výše jsem uvedl/a), ale v této tísňové situaci většinou nemívám prostor pro komunikaci s těmito klienty
- Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, ale rád/a bych se je dozvěděl/a
- Neznám správné způsoby a techniky komunikace s pozůstalými, protože o to nemám zájem

9) Uvítal/a bych nějakou formu návodu, shrnutí či doporučení jak zlepšit komunikaci s klienty prožívajícími ztrátu někoho blízkého úmrtím:

- Ano
- Ne

10) Občas se na výjezdu nebo bezprostředně po výjezdu zamýšlím nad tím, jaké reakce a emoce ve mně vyvolala tísňová situace, v níž jsem se nacházel/a a jak to ovlivňuje moji komunikaci spolu s klientem:

- Ano
- Ne

11) Uvědomuji si, že mám rezervy v komunikaci s klienty zdravotnické záchranné služby. Zároveň také vím, že si mnohdy nejsem úplně jistý/á jak jednat s klienty, kteří spíše než jakoukoliv jinou pomoc potřebují psychickou podporu.

- Ano
- Ne

12) Pracuji jako zdravotnický záchranář u zdravotnické záchranné služby:

- Méně než 5 let
- Více než 5 let

13) Jsem:

- Muž
- Žena

14) Jsem ve věkové kategorii:

- 20-27 let
- 28-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- 56 a více let

PŘÍLOHA B – Souhlas s provedením dotazníkového šetření

ÚZEMNÍ STŘEDISKO ZÁCHRANNÉ SLUŽBY
STŘEDOČESKÉHO KRAJE
Vančurova 1544, Kladno
info@zachranka.cz

Vážená paní
Gabriela Jakubů, DiS.

2012-03-05

Souhlas s provedením dotazníkového šetření

Na základě Vaší písemné žádosti souhlasíme s provedením průzkumu metodou dotazníkového šetření na pracovištích ÚSZS SČK pro potřeby zpracování závěrečné bakalářské práce na téma *„ Komunikace zdravotnických záchranářů s klienty zdravotnické záchranné služby v tísňových situacích"*. Distribuci a sběr dotazníků ÚSZS zajišťovat nebude, vyplnění dotazníků od zaměstnanců je zcela dobrovolné.

Mgr. Věra Zemanová
Náměstek pro nelékařská povolání
ÚSZS SČK