

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

MARKÉTA LUBINOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Markéta Lubinová

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**VÝZNAM KOMUNIKACE V PROFESNÍ SEBEOBRANĚ
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek, MBA

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Markéta LUBINOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0206P**
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**
Téma práce: **Význam komunikace v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře**
Zadávající katedra: **Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

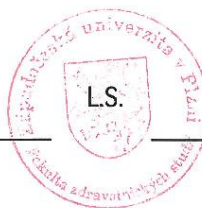
- ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2
- AYERS, Susan a de VISSER, Richard. Psychologie v medicíně. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3
- BERÁNEK, Václav. Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany. 1. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita, 2017. 150 s. ISBN 978-80-261-0714-9
- LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- MILLER, Rory. Conflict communication: a new paradigm in conscious communication. 1. edition. Wolfboro: YMAA Publication Center, Inc., 2015. 186 s. ISBN 978-15-943-9331-0

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Václav Beránek**
Katedra rehabilitačních oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. června 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



Mgr. Stanislava Reichertová
vedoucí katedry

V Plzni dne 29. ledna 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 15. 04. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji panu Mgr. Václavu Beránkovi za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování cenných rad a informací. Dále děkuji všem respondentkám ze ZZS Karlovarského kraje za poskytnutí rozhovorů pro zpracování praktické části bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Lubinová Markéta

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Význam komunikace v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Václav Beránek, MBA

Počet stran – číslované: 33

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: Komunikace zdravotnického záchranáře, komunikace v konfliktu, profesní sebeobrana

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá významem komunikace v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V teoretické části jsou ve stručnosti popsány komunikační formy, teorie sebeobrany zahrnující její právní aspekty a specifika pro profesi zdravotnického záchranáře. Obsahuje také z psychologického hlediska popsané negativní emoční stavy, mající vliv na psychické rozpoložení pacienta. V praktické části jsou uvedeny rozhovory se třemi respondentkami, které pracují u Zdravotnické záchranné služby, na pozici zdravotnického záchranáře. Na základě těchto rozhovorů byl vytvořen výzkumný soubor.

Annotation

Surname and name: Lubinová Markéta

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: The Importance of Communication in Paramedic Self-Defence

Consultant: Mgr. et Mgr. Václav Beránek, MBA

Number of pages – numbered: 33

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 34

Keywords: Paramedics communication, communication in conflict, professional self-defence

Summary:

The bachelor thesis deals with the importance of communication in paramedic self-defence. It is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part shortly describes the forms of communication, theory of self-defence including its law aspects and specifics for paramedics. It also contains a description of emotionally negative states, from a psychological point of view, which have an effect on mental state of the patient. The practical part presents interviews with three female respondents, each of them is working at Ambulance of Karlovy Vary region as paramedics. We created research complex based on these interviews.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 KOMUNIKACE.....	14
1.1 Verbální komunikace	14
1.2 Non-verbální komunikace.....	15
1.2.1 Gesta	15
1.2.2 Mimika	16
1.3 Profesní komunikace zdravotnického záchranáře.....	16
1.3.1 Kritika.....	16
1.3.2 Asertivita	17
1.4 Komunikace v konfliktu	17
1.5 Specifičnost ženské a mužské komunikace	18
2 TEORIE SEBEOBRANY	19
2.1 Právní aspekty sebeobrany.....	19
2.1.1 Krajní nouze	20
2.1.2 Nutná obrana.....	20
2.2 Specifika sebeobrany v profesi zdravotnického záchranáře	21
3 PSYCHOLOGIE.....	22
3.1 Psychologie v medicíně	23
3.1.1 Bolest.....	23
3.1.2 Strach	24
3.1.3 Úzkost.....	25
3.2 Psychotrauma.....	25
3.2.1 Akutní stresová reakce.....	26
3.2.2 Posttraumatická stresová porucha	26
3.3 Psychologická první pomoc.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	29
5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30

6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	31
7	METODIKA PRÁCE	32
8	ROZHOVORY	33
8.1	Vyhodnocení rozhovoru 1	33
8.2	Vyhodnocení rozhovoru 2	35
8.3	Vyhodnocení rozhovoru 3	36
9	VÝSLEDKY	38
10	DISKUZE	42
	ZÁVĚR.....	45
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	46
	SEZNAM PŘÍLOH	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vnímání komunikace k uklidnění agresivního pacienta	37
Tabulka 2 Reakce na agresi se sexistickým podtextem.....	38
Tabulka 3 Úspěšné vyhodnocení krizové situace.....	39
Tabulka 4 Neúspěšné vyhodnocení krizové komunikace.....	39
Tabulka 5 Absolvování kurzů krizové komunikace	40

SEZNAM ZKRATEK

PČR Policie České republiky

PTSD Posttraumatická stresová porucha

VS Výjezdová skupina

VZ Výjezdová základna

ZZS Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Jedním ze současných problémů, které musí řešit zdravotničtí záchranáři, je stále častější agrese vůči jejich osobě. Není se čemu divit. Každý si jistě dokáže dát dohromady spojitost mezi užíváním drog, alkoholu a agresí. Bez většího problému se k alkoholu zvládají dostat i nezletilí, natož plnoletí jedinci. K závislostem se připojuje i pokračující trend neuznávání autorit, který můžeme vidět všude okolo sebe a lhostejnost, spojenou spolu s agresí. Je tudíž pochopitelné že se trend, vyskytující se ve společnosti, musí projevit i v praxi zdravotníků, jejichž denním chlebem je práce s lidmi. Na povrch tudíž vyvstává otázka důležitosti komunikace s takovým typem pacienta. Tím se zabývá tato bakalářská práce na téma význam komunikace v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnujeme komunikaci, její verbální a non-verbální formy, profesní komunikaci zdravotnického záchranáře, komunikaci v konfliktu a specifickou ženskou a mužskou komunikaci. Dále pak teorii sebeobrany, jejími právními aspekty a specifiky v profesi zdravotnického záchranáře. Následně popisujeme psychologii v medicíně a psychotrauma, oboje může být příčinou krizové situace. Teoretickou část ukončujeme psychologickou první pomocí, díky které se lze vyhnout eskalaci agrese ze stran pacienta. V praktické části jsme se zaměřili na pocity ohledně krizové situace z pohledu komunikace. Ke sběru dat nám dopomohly rozhovory se třemi zdravotnickými záchranářkami. Za náš hlavní cíl jsme si zvolili zjistit, jak ženy ve výjezdové skupině (VZ) Zdravotnické záchranné služby (ZZS) Karlovarského kraje vnímají zátěž spojenou s konfliktem. K našemu hlavnímu cíli jsme si zvolily 3 dílčí cíle, které jsou následující. Popsat, jak ženy ve VS ZZS vnímají zátěž spojenou s konfliktem, popsát, jak ženy ve VS ZZS hodnotí jednotlivé typy konfliktních situací a popsát, jak ženy ve VS ZZS vnímají zkušenosti s kurzy prevence pro konfliktní situace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Komunikace je základní charakteristikou jak lidského společenství, tak samotného jedince. Obecně ji lze chápat jako běžnou součást života, jejíž historie je stará jako lidstvo samo. Jedná se o slovní projev, charakteristický dle národnosti, etnika či nářečí, doplňovaný o non-verbální komunikaci, která má při bližším zkoumání, stejnou váhu jako ta verbální. Gesto, postoj, mimika v obličeji, to vše má význam ve výsledném vyznění sděleného slova (Nesčáková, 2011).

1.1 Verbální komunikace

Verbální část komunikace je prostředek, předávající svému okolí informace, pocity a myšlenky, pomocí slovního sdělení (Nesčáková, 2011).

Hlas, jako individuální základní jednotka verbální komunikace, ovlivněna mnohými faktory, zprostředkovává slova určená blízkému či širokému okolí. Každý hlas je specifický, rozlišuje se svým zabarvením, hlasitostí, přízvukem a výškou (Nesčáková, 2011).

Rozsah slovní zásoby, jako jednoho z nejdůležitějšího článku verbální komunikace, je dán několika faktory. Záleží na schopnosti daného jedince, jak svou vlastní slovní zásobu rozšiřuje. Četba knih, aktivní vyhledávání významu cizích slov nebo vědeckých termínů je jen začátkem k jejímu obohacení. Díky velkému výběru synonym, slov převzatých z cizího jazyka, zdobnělin a nářečí, nabízí český jazyk pestrou paletu, která poskytuje nesčetné možnosti o vylepšení našeho slovníku. Rozlišují se dva významy slov. První detonační, kdy se jedná o význam slova dle slovníkového uvedení, tedy co který pojem znamená. Konotaci, jako druhý z významů, lze vysvětlit jako přenesený význam slova, kdy se může využít citové zabarvení jazyka, nebo využití slova v situaci diametrálně se odlišující od původního významu. Díky velké variabilitě ve výběru slovosledu, si lze v českém jazyce vytvořit skladbu věty dle chuti řečníka a poskytuje mu tím i možnost využití intonace, ať už z důvodu zesílení důležitosti, kladení otázky nebo citového zabarvení. Překážkou, v porozumění verbální komunikace, může být například špatná

výslovnost způsobená logopedickou vadou, nesrozumitelností projevu, nelogicky navazující slova, nebo jazyková bariéra (Nesčáková, 2011).

1.2 Non-verbální komunikace

„Řeč těla“ – i tak by se ve zkratce dala popsat neverbální část komunikace. Každé pronesené slovo je doprovázeno alespoň jednou její složkou. Mnohdy si řečník ani neuvědomí projevy, které jeho slovní sdělení doplňují. Může se zdát, že s rozvojem technologií, jako je například uskutečnění telefonního hovoru, se non-verbální komunikace dostává do pozadí. Není tomu tak – přehnaná gesta, mimika, posturika, to vše se při temperamentním hovoru promítá do hlasového projevu (Nesčáková, 2011).

1.2.1 Gesta

Pohyby horních a dolních končetin, hlavy a trupu, doplňují konverzaci a snaha o jejich oproštění vede k nepřirozenosti celkového projevu. Rázná gesta, podléhající temperamentu, značí agresivní vystupování a jsou mířena do prostoru před řečníka. Mohou být doplněná o zaťaté pěsti, propnuté dlaně, vztyčený ukazováček či prostředníček. Naopak gesta vyrovnaná, rozvážná a klidně plynoucí, jsou běžnou složkou komunikace a jejich přítomnost nebudí negativní emoce. Strach, stud, nesmělost, vyjadřují gesta úsporná, jejichž použití, ať už záměrně nebo nevědomky, budí pocit potřeby obrany vlastního těla. Objevují se takové projevy jako horní končetiny objímající trup, spojené dlaně před tělem, hlava skloněná směrem dolů nebo vyhýbavý pohled. U dominantního jedince, snažícího se získat převahu nad situací, převažují gesta široká. Pohyby nohou jsou méně vnímanou složkou neverbální komunikace, neměli by však být částí opomíjenou, neboť mohou blíže přiblížit aktuální psychický stav. Poklepávání nohou, špičkou nebo patou, signalizuje nervozitu a lze tak odhadnout, zda se dotyčný nedostává do jemu nepříjemné situace, jež by mohla vyústit až k agresi. Rozkročené dolní končetiny obvykle poukazují na zaujímání obranné pozice a získání stability. Důležité je mít na paměti, že ačkoliv lze gesta hodnotit, analyzovat a dle učebnic jim přiřadit možná vysvětlení, nevyjadřují vždy daný pocit. Překřížené paže nemusí nutně značit obrannou reakci a rozkročený postoj může být prostě jen pohodlný (Nesčáková, 2011).

1.2.2 Mimika

Obličejová mimika v non-verbální komunikaci zcela jistě dominuje. Lze sem zařadit pohyby nejen orofaciálních svalů umožňující mluvu, ale celé další spektrum, jakožto svaly štěrbinu oční a ústní, klenby lebeční, ušního boltce, nosu a hlubokou vrstvu (Hudák, 2017). Výrazy tváře je možno záměrně ovládat, ale čím bude prožitek emocionálnější, tím spíše bude projev spontánní a hůře kontrolovatelný (Nesčáková, 2011).

„Zvláštním druhem neverbální komunikace jsou tzv. somatické projevy organismu.“ (Nesčáková, 2011, str. 19) Rozumí se jimi například červenání v trapné situaci, pocení, blednutí v obličeji.

1.3 Profesionální komunikace zdravotnického záchranáře

V kolektivu se lze komunikaci jen těžko vyhnout, zvláště když je součástí pracovní náplně. V případě zdravotnického záchranáře je téměř nemyslitelné, že by se členové posádky při výjezdu vzájemně neinformovali o aktuálním dění. Stav pacienta, připravené pomůcky, podané léky, nebo plánování dalších postupů (terapie, transport do zdravotnického zařízení, nebo spolupráce s dalšími složkami), vzájemná informovanost o těchto krocích je základem každého výjezdu. Čím lepší je součinnost a spolupráce uvnitř týmu, tím je péče, podávána profesionálními zdravotníky, kvalitnější (Andršová, 2012). Na důležitost týmové spolupráce, založenou na dobře zvládnuté komunikaci, upozorňuje Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči, který poukazuje i na nacvičování si týmového vedení. Stanovení si vedoucího týmu, jemuž se předávají potřebné informace a který má přehled o situaci, je klíčový. V rámci nácviku by měl být součástí i tzv. debriefing, neboli poskytnutí zpětné vazby. Znovu prodiskutování nácviku, jehož součástí může být i videozáznam, se docílí lepšího procesu učení a zapamatování si prožitých situací (Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou resuscitaci, 2015).

1.3.1 Kritika

Konstruktivní kritika by si měla najít své místo v komunikaci jakéhokoliv zaměstnání. U zdravotnických záchranářů, kteří zachraňují lidské životy, je potřeba dialogu více než důležitá. Obohacuje vědomosti, poskytuje zpětnou vazbu, může vyvést z omylu, upřesní postupy. Její poskytování, ale i přijímání má však svá úskalí, kterému se většina možná raději vyhne, nežli by se dostali do konfliktu se spolupracovníkem. Správně podaná konstruktivní kritika by měla vést k zamyšlení a motivaci jejího příjemce. Za nepřístupné

můžeme považovat, pokud se mluvčí snaží zmanipulovat příjemce, předkládá nepodložená fakta, zesměšňuje, používá ironii a sarkasmus. Mluvčí musí vybrat správnou chvíli na podání kritiky, mít připravené relevantní informace, nebýt rozčilený, naopak co nejvíce zklidněný, snažit se aplikovat empatii. Příjemce by se neměl nacházet v nepříjemné psychické situaci a prostředí. Pro maximální účinnost je na místě, aby se snažil v co nejširší míře věnovat veškerou svou pozornost mluvčímu, jako je například udržování očního kontaktu, nepřerušování mluvčího apod. (Rychtaříková, 2018).

Přesným opakem verbální komunikace u zdravotnického záchranáře je povinnost zachování mlčenlivost, jak stanoví zákon č. 372/2011 Sb. - O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (Česko, 2011).

„Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb“ (Česko, 2011).

1.3.2 Asertivita

Jednou z důležitých dovedností v řešení konfliktu, je umění zapojení asertivního jednání. Prosazení svého názoru, zájmu a zaujímání určitého stanoviska je užitečným pomocníkem v řešení konfliktních situací, do kterých se zdravotnický záchranář v rámci své praxe dostane nesčetněkrát. Asertivita není o zapojení agrese či ponižování druhé osoby. V rámci takového rozhovoru jsou si oba konverzující rovni. Způsob takového jednání by měl vykazovat od emocí oproštěnou mluvu, působit klidným dojmem, který se bude odrážet i na non-verbální komunikaci řečníka, udržování očního kontaktu s druhou osobou, mluvit krátce a jasně. Lze použít i jeden ze dvou nejznámějších asertivních přístupů, jako je technika zaseknuté gramofonové desky (vytrvalé opakování prosazovaného zájmu, ignorace o manipulaci od partnera), nebo technika otevřených dveří (kritiku, kterou je zamýšlena manipulace od partnera akceptovat, čímž dojde k rozhození oponenta, jelikož čekal odpor). Touženým výsledkem je pak obhájení si svého názoru, který druhá strana přijme (Sáčková, 2020).

1.4 Komunikace v konfliktu

Každodenní souboj, probíhající na intrapersonální (vnitřní), nebo na interpersonální (vnější) úrovni, je další z nedílných součástí běžného života, kterému by se dalo jen těžko

vyhnout. Jedinec se buď interpersonálnímu konfliktu snaží vyhnout, nebo ho naopak vyhledává, ať už je jeho motivací výhra nad druhou osobou a tím prokázání své dominance, nebo vidina svého zviditelnění. Ač lze některý z interpersonálních konfliktů na pracovišti chápat i jako prostředek k situačnímu zlepšení, jiný ho může naopak zhoršit. Nikdy by neměl vést k vyhocení situace a zamezení správného postupu. Vždy je lepší zvolit asertivní přístup k řešení konfliktu, popsany výše, kdy jedinec prosazuje vlastní zájmy, ale zároveň respektuje názor ostatních a vyhne se agresí (Andršová, 2012).

1.5 Specifičnost ženské a mužské komunikace

Základy v rozdílných formách komunikace u žen a mužů je nutné hledat již v rovině psychologické. Zatímco ženský duševní život je ovlivňován prožíváním vztahů v rodině, k muži a dítěti, muži se naopak zaměřují na objektivní stránku pohledu. Během profesionální výchovy je jim vštěpováno menší bezprostřední a niternější prožívání vztahů. Obecně jsou ženy vnímané jako upovídanejší, často přemýšlí nahlas a mužům kladou více otázek než muži ženám. Tato vlastnost má své opodstatnění. Žena, jakožto rodička, vychovává dítě a učí ho tak mluvit. Elementární rozdíl v komunikaci mezi ženou a mužem vyvstává již v samotném chápání podstaty komunikace. V případě, že žena klade otázku muži, nezřídka se stává, že její základ chápou oba jinak. Pokud dojde ve výsledku k nedorozumění, je většinou založeno na faktu, že žena vkládá do rozhovoru citovou složku, kdežto muž otázku analyzuje na situační rovině porozumění. Co se týče situací, kdy je muž ve společnosti mužů, dochází u něj ke snížené kontrole vlastní komunikace, více do ní zapojují expresivní výrazy než v momentu, kdy mluví se ženou. Takto nevědomky reagují i ženy. Mezi ženami se více hádají, kdežto mezi muži volí častěji úsměv a zdvořilejší mluvu zaměřenou na komornější témata (Janoušek, 2015).

Z fyziologicko-anatomického hlediska fungování mozku je možné u žen i mužů najít zásadní rozdíly. Ženy využívají při hovoru obě hemisféry mozku, díky čemuž mohou snadněji přijímat signály non-verbální komunikace a zvládnou lépe kombinovat informace. Co se týče použití verbálních a non-verbálních forem komunikace, muži výrazně za ženskými protějšky zaostávají, v průměru se jedná až o dvě třetiny míň jazykových prostředků za den. Tato skutečnost vyplývá z faktu, že ženy zvládají postřehnout mnohem více detailů, kdežto muž je schopen vidět snáz celek. Lepší periferní vidění a zaznamenání vysokých tónů u ženské populace je opět zapříčiněno rolí matky, která je nucena mít lepší

přehled o situaci při výchově malého dítěte, muži však zvládnout dokonale rozeznat, odkud zvuk přichází. Snaha o projev mužovi dominance se projevuje skákání do řeči a častějšího přerušování, z toho důvodu se ženy snaží více přizpůsobit, do diskuze vkládat nové náměty a rozvíjet jejich myšlenku (Bláha, 2015).

2 TEORIE SEBEOBDRANY

Ačkoliv zdravotnický záchranář v první řadě lidem pomáhá a tato informace je v povědomí každého z nás, je jim tato snaha oplácena jak agresí verbální, tak fyzickou. Lze si povšimnout zvyšujícího se počtu útoků na zdravotnické záchranáře, o kterých informují média, ale jak uvádí Knor, Pekara (2020) ve své studii, stále je tato problematika z větší části přehlížena. Účastníci studie byli zaměstnanci s minimální dvouletou praxí u ZZS hlavního města Prahy a Středočeského kraje, a kteří byli oběťmi násilí v rámci svého zaměstnání. V celkovém počtu 10 zdravotnických záchranářů a 10 řidičů ve věkovém rozmezí 23-33 let. Hlavními problémy, na které se tato studie zaměřila, je vliv komunikace během zásahu v kontextu s násilím od pacienta, nebo jeho příbuzných. Z celkového počtu 20 dotazovaných, jich 18 zažilo útok během noční služby, kdy všichni agresori byli muži. 10 jich uvedlo zkušenost s násilím na ulici, 10 pak přímo ve vnitřních prostorech sanitního vozu. Jak studie popisuje, za naprosto zásadní lze brát chování zaměstnanců vůči pacientovi, během násilných střetů. Neprofesionální přístup k pacientovi zvýšil možnost agrese až u 70 % případů během interakce s jedincem v opileckém stavu nebo pod vlivem drog (Knor, Pekara, 2020).

Na povrch tak vyvstává otázka důležitosti zvládnání alespoň základních prvků profesní sebeobrany, které by pomohli zdravotnickému záchranáři, a ostatním členům posádky, ne pacienta zpacifikovat, nýbrž dokázat ubránit svou osobu před zraněním. Sebeobrana je tak soubor činností, jež vedou k odvrácení samotného útoku, nebo ochraně před ním a provádí ji sám subjekt, který tím chrání sám sebe. Dále může vést k ochraně vlastního majetku či druhé osoby (Vít, 2012).

2.1 Právní aspekty sebeobrany

V případech, kdy daná situace vylučuje protiprávnost, se dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2009), jedná o krajní nouzi a nutnou

obranu (další okolnosti jsou v rámci této kvalifikační práce nepodstatné). Jedná se o takové okolnosti, které způsobí čin, podobající se činu trestnému ze stran skutkové podstaty, ale chybí mu nebezpečnost vůči společnosti (nenaplňuje znak materiální). Základem je vyloučení trestnosti již od samého začátku. Teorie trestního práva nahlíží na jednání v rámci okolností vylučující protiprávnost činu, ne jako na společensky škodlivé, nýbrž naopak – společensky prospěšné. Tato část práva je upravena takovým způsobem, aby občanům umožnila, v širokém spektru, zasáhnout při ohrožení zájmů vlastních, ostatních a zbytku společnosti. Umožnění vstupu občanů do boje s pachatelem trestného činu za účelem odvrácení útoku význačně dopomáhá k zakotvení právního řádu a současně se tím vytváří žádoucí společenský stav. Cílem v tomto postupu je situace, ve které se delikvent trestného činu setká s odporem (Janečková, 2015).

2.1.1 Krajiní nouze

Krajiní nouzi se rozumí čin, který by byl za jiných okolností trestný, ale v daném případě odvrátil nebezpečí ohrožené osobě. Poskytuje občanům možnost chránit, jak zájmy vlastní, tak druhých. Krajiní nouze má zákonem dané mantinely, ve kterých se musí čin udržet, aby se vyloučila protiprávnost. Prvotně je nutné, aby krajiní nouze opravdu směřovala k odvrácení nebo zamezení nebezpečí. Jmenované nebezpečí musí v daný okamžik reálně existovat. Jednání tudíž nespĺňuje podmínky krajiní nouze v případě, že má nebezpečí vzniknout teprve v budoucnu nebo proběhlo v minulosti. Další z podmínek, které musí jednání splňovat je, že ohrožení hrozí zájmu chráněného trestním zákoníkem. Má se tím na mysli zájmy, jak jednajících osoby, tak i jiné, jejich životy a zdraví. Jako další znaky lze uvést, že následek, jenž bude způsoben, by neměl být stejně nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, nebo pokud je možné nebezpečí odvrátit jinak, třeba útekem. Posledním znakem je fakt, že krajiní nouzi nelze uplatnit u osob povinné snášet nebezpečí. Jsou jimi např. policisté, hasiči, lékaři a jiní. (Ve vztahu k lékařům se pojí příklad, kdy je ohrožen nakažením se chorobou, vzhledem ke svému povolání nemůže od nebezpečí utéct, ale ani si nemůže přivlastnit drahý lék, který by ho ochránil) (Luxová, 2015).

2.1.2 Nutná obrana

Oproti krajiní nouzi, která se přímo netýká napadení jinou osobou, je pojem nutná obrana přímo v souvislosti s atakem jedné osoby vůči druhé, popřípadě zprostředkovaně

(majitel psa mu dá povel zaútočit na Vás/Vašeho psa). V rámci nutné obrany není povinnost obránce ustoupit. Na jedné straně se oproti minulosti klade větší důraz na subjektivní pohled obránce, který však na druhou stranu nesmí být absolutizováno (mohlo by tak dojít k ospravedlnění jeho milného zhodnocení situace, které vedlo, vzhledem ke způsobu útoku, k nepřiměřené obraně) (Gawron, 2020).

2.2 Specifika sebeobrany v profesi zdravotnického záchranáře

Pražská záchranná služba již v roce 2005 zavedla pro své záchranáře kurzy sebeobrany. Jak uvedla tehdejší mluvčí Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy v rozhovoru pro novinky.cz, nejde o kurzy bojového umění jako takového, nýbrž nácvik přístupu k agresivnímu pacientovi/útočnickovi, z psychologického hlediska. Už jen samotná potřeba instalovat do sanitních vozů alarmové tlačítko, které po zmáčknutí vyšle dispečinku zprávu s žádostí o pomoc, který je tak informován, že daná posádka potřebuje spolupráci s policií, je alarmující (Novinky, 2005).

Vzhledem k situacím, útočníkům a prostředí, o kterých se bavíme v souvislosti s profesí zdravotnického záchranáře, musí být tato sebeobrana specifická, ačkoliv prozatím nemá jasně daný obsah její výuky. Nejčastějšími útočníky jsou pacienti pod vlivem alkoholu, drog a dále ti, kteří zažívají silně negativní, emočně orientované, situace jako je bolest, strach, úzkost, nebo psychotrauma. V souvislosti s těmito okolnostmi, je důležitá správná volba postupů, ať už se jedná o verbální, nebo sebeobraně - fyzické. Zdravotnický záchranář v rámci své praxe zpravidla neabsolvuje pravidelné školení sebeobrany ani nedisponuje statutem úřední osoby, i přes už několikrát zmíněný fakt, že se s fyzickou agresí může setkat již v rámci svého studia, při výkonu praxí. Se základy sebeobrany, se během studia zdravotnického záchranáře, nemusí dotýčný setkat vůbec. Někteří se bojovým sportům mohou věnovat ve svém volném čase, jiní se setkají se sebeobranou až ve chvíli, kdy je součástí výuky a je pak na lektorovi, jak k danému předmětu přistoupí a zda svým studentům poskytne alespoň základy, nebo v nich přinejmenším vyvolá popud k věnování se této problematice hlouběji ve svém volném čase. Z důvodu časového omezení a skloubení studia a výcviku (v případě zaměstnance ZZS práce a výcviku) je lepší přiklánět se k seznámení pouze se základními pohyby, které si lze v rámci krátkého časového úseku zapamatovat a úspěšně je zařadit do praxe. Mezi hlavní specifika profesní sebeobrany zdravotnických záchranářů je nevědomost kdy, kde, od koho a za jakých podmínek útok přijde; nesmí způsobit útočnickovi zranění; měl by

zůstat v pozici obránce, nikoliv se svým chováním dostat do role útočníka; jeho prvky sebeobrany se prolínají s verbální a nonverbální komunikací s útočníkem; má k dobru minimálně navíc druhého člena výjezdové skupiny, který mu může být oporou a partnerem při zvládnání krizové situace. Při jakémkoliv náznaku agrese, ať už ze strany pacienta, členů rodiny, nebo přihlížejících osob, je lepší se vyvarovat jakékoliv interakci a zavolat si o spolupráci s Policií České republiky, která svými prostředky zabezpečí místo zásahu (Beránek, 2017).

3 PSYCHOLOGIE

Historie psychologie sahá až do 4. - 5. století před naším letopočtem, kdy v tehdejší antické Řecku vznikaly základy západní civilizace ruku v ruce s rozmachem filozofie, která udává počátky vědeckým oborům jako je matematika, medicína, fyzika a samozřejmě psychologie s filozofií, jak je známe v dnešní podobě. Zatímco v dávných dobách se mluvilo o Psyché v souvislosti s řeckou mytologií, kdy představovala bohyni krásy lidské duše, dnes se přikláníme k překladu psychologie jakožto vědě o duši. Duši si vzali jako cíl ke zkoumání již filozofové jako Sokrates, Platon, Aristoteles aj. (Plecerová, Pužejová, 2016).

Novodobou psychologii lze rozdělit do dvou základních skupin. Tou první, a lze tvrdit rozšířenější, je psychologie laická. Dotýká se nás všech, prolíná se naším životem, prostupuje vztahy i myšlenkami. Každý začíná s první lekcí laické psychologie u sebe samotného. Snaha o sebepoznání, cílevědomost s úmyslným řízením vlastního jednání, které vede k vysněnému cíli. Dalším krokem je zájem o okolní osoby, poznání jejich vlastností, úmysly, jež je vedou k danému jednání, pochopení verbálních a non-verbálních projevů apod. Druhou pak tvoří psychologie odborná, která je stavěná na vědeckých základech. Opírá se o ověřené argumenty, které lze ověřit a jejich opakováním lze jejich pravdivost potvrdit (Helus, 2018).

V následujících podkapitolách uvádím pojmy a situace, se kterými se zdravotnický záchranář bude setkávat během svého zaměstnání a na které by měl být připraven. Jedná se o nepříjemné psychické stavy, které vyžadují citlivou reakci záchranáře, vyslechnutí jedince postiženého danou situací a poskytnutí mu slovní opory (Vymětal, 2009).

3.1 Psychologie v medicíně

V posledních letech se stále víc klade důraz na psychologii, která úzce souvisí s komplexním přístupem zdravotníka k pacientovi, v celém spektru zdravotnického prostředí. Její základy se vyučují již během prvních ročníků na vysoké škole, prolíná se skrze mnoho různých odvětví (vliv psychosociálních faktorů na zdraví, propojení duševních a tělesných systémů), až po psychologickou pomoc v zaměstnání poskytovanou krizovým interventem nebo jako psychologická první pomoc u pacienta (Ayers, 2015).

Základem psychologie je komunikace. Správně zvolená slova od zdravotníka k pacientovi mohou mít stejnou váhu, jako když zdravotník pacienta aktivně vyslechne. Přestože by měl zdravotnický záchranář jezdit k akutním případům, na denním pořádku jsou výjezdy k neindikovaným pacientům, kteří zásah odborně vzdělané posádky nepotřebují. Senioři, kteří jsou samotou ohroženi mnohem častěji než jiná věková skupina, se snaží o transport do nemocnice, jen aby nebyli doma sami a v těchto případech je záchranář tím prvním, s kým si mohou třeba i po dlouhé době popovídat. Jelikož senioři nejsou jedinou cílovou skupinou a zdravotnický záchranář se během své praxe setkává s bolestí, strachem, úzkostí a psychotraumaty, je následné poskytování psychologické první pomoci součástí zaměstnání. Díky pochopení těchto výrazů je možné následně zvolit vhodnou komunikační formu s pacientem (Hofmanová, 2017). Tyto základní pojmy jsou popsány níže.

3.1.1 Bolest

Bolest je děj jak psychologický, tak fyziologický. Nelze ji zařadit pouze do jednoho z nich, poněvadž nevystihuje celý problém a je nutné se na něj dívat z vícera úhlů tak, aby se navzájem doplňovali (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Mezinárodní asociace pro studium bolesti (dále IASP) publikovala novou definici bolesti jako: „*Nepříjemný senzorický a emocionální zážitek spojený s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo se mu podobá.*“ (překlad vlastní) (Raja, Carr, 2020). Tuto definici IASP dále rozvíjí o šest klíčových poznámek, které bolest dávají do hlubších souvislostí. Jedná se například o upozornění, že neschopnost jedince na bolest verbálně upozornit nevylučuje, že by ji nepocíťoval (může se jednat o novorozence, geronta) nebo že dotyčný se učí konceptu bolesti skrze životní zkušenosti (IASP, 2020).

Prvotním problémem, který vyvstává při interakci pacienta a zdravotníka je ten, že každý vnímá bolest jiným způsobem. Bolest je subjektivní a každý z nás ji vnímá

individuálně, a tak je v konečném důsledku těžko hodnotitelná. Z tohoto hlediska tudíž nezáleží, zda je pacient ohrožen na životě, trpí chronickou nemocí a s ní spojenou bolestí nebo se z pohledu zdravotníka snaží bolest předstírat. Vždy je potřeba mu jeho názor nevyvracet, projevit důvěru, vyslechnout ho a popřípadě si vzít jako dopomoc jednu z mnoha škál hodnotící intenzitu bolesti. (Zacharová, 2017).

Jako jednu z mnoha pomůcek, kterou lze použít je tzv. Vizuální analogová škála (VAS), obsahující deseticentimetrovou horizontální čáru, mající na levém konci označení pro žádnou bolest a na opačném konci nejhorší možnou bolest. Mezi nejpoužívanější se řadí číselná škála (NRS), která obsahuje úsečku o číselné stupnici 0-10. Nula nepředstavuje bolest, hodnota pět bolest střední a hodnota deset bolest nesnesitelnou. Tyto typy škál mají výhodu nepotřebnosti verbálního popisu bolesti. Stačí pacientovi stupnici ukázat a on tak může bolest zhodnotit pouhým ukázáním (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, 2020).

3.1.2 Strach

Na bolest navazuje strach, jenž je přímo spojen s tímto nepříjemným jevem. Ve většině případů je daný člověk, ať už oprávněně či nikoliv, ve stavu úzkosti a pociťuje strach. Strach jako prožitek je emočně silně zabarvený a jedná se o jednu ze základních rysů pudů sebezáchovy. Objevuje se na základě pocitu nebezpečí, ohrožení života a zastupuje jak signální, tak obrannou reakci těla na konkrétní podnět. Samotné vnímání strachu je odlišné od jedince k jedinci. Záleží na vyhodnocení situace vyvolávající stresovou reakci, nebo i pouhá myšlenka, že by situace mohla být nebezpečná. Stresové reakce lze rozdělit na dva typy. Tím prvním je strach opodstatněný, upozorňující a chránící jedince před rizikem. Druhým pak strach panický, který opodstatněný není, jelikož jeho výsledkem není zmobilizování organismu, ale naopak vede k reakci nepřiměřené, ukvapené a neúčelné (Zacharová, Hermanová, 2007).

Přiměřený, neboli opodstatněný strach doprovází vegetativní příznaky, jako jsou hypertenze, tachykardie a pocení (WikiSkripta, 2018).

Tyto projevy mají svá opodstatnění. Z historického hlediska hrály roli v reakci na upozornění před predátorem, uvedení tělesné energie do stavu pohotovosti a následnému úniku. V současném světě se tyto fyziologické schopnosti těla povětšinou na denním pořádku nevyužívají, pokud hovoříme o využití strachu jako prostředek k vyburcování těla, avšak stále se objevují v souvislosti s podněty symbolickými. Mezi strachem o své zdraví a ohrožení života se tak přidává i obava ze ztráty společenského postavení, zaměstnání či

prestiže, které doprovází, kromě výše zmíněných příznaků, i hyperventilace (Nakonečný, 2008).

3.1.3 Úzkost

Stejně jako stres, i úzkost hraje svou roli v adaptaci a následné mobilizaci energie. Jako o neadekvátní reakci organismu se lze bavit v případě, že úzkost přetrvává většinu dní alespoň po dobu 6 měsíců a negativně se promítá do zdraví jedince, jeho zaměstnání, sociálních kontaktů, nebo školy. V takovém případě se hovoří o generalizované úzkostné poruše (National Institute of Mental Health, 2018).

Úzkostných poruch je celá řada, ale v rovině této bakalářské práce je není nutné vyjmenovávat. Podstatnější je úzkost pochopit ze širšího slova smyslu. Jedná se totiž o nepříjemný prožitek, který nemá svou konkrétní příčinu (na rozdíl od strachu). Úzkostný stav může být doprovázen zhoršením tělesné výkonnosti, až paralýzou. Symptomy zahrnují, mimo jiných, palpitaci, zvýšený svalový tonus, zažívací problémy a nervozitu (Kouřil, 2020).

3.2 Psychotrauma

Trauma je široký pojem, který medicína vysvětluje jako zásah do organismu, který naruší jeho celistvost. V tomto případě se jedná o fyzické poranění v rozsahu menší, než je říznutí se do prstu až po komplikované fraktury. I s těmito úrazy se však pojí trauma psychické, zvláště u komplikovaných případů, jako je například amputace nohy. Funguje to i naopak – psychický stav se projeví na těle jako psychosomatický průběh nemoci (např. žaludeční vřed v souvislosti se stresem). Z hlediska léčby, jsou psychotraumata hůře léčitelná než traumata fyzická. Třeba takové psychické trauma, které si jedinec nese z dětství, ho pravděpodobně bude provázet a ovlivňovat celý život (Tesař, 2014).

Při psychicky náročných výjezdech, během kterých zdravotníci záchranáři zasahují, se musí vypořádat nejenom s fyzicky zraněnými pacienty a jejich reakcí na prožitou událost, ale i svými vlastními pocity. Každý takový jedinec reaguje odlišně, dle stupně odolnosti, jejímž disponuje. Mezi prvotní fáze, které se objeví, můžeme uvést např. pocit nereálnosti situace, pocitování viny, samočinné chování, pocitování rozpolcenosti, nestabilita nálad apod. Samotné psychotrauma nemusí postihnout pouze přímé účastníky, tudíž pacienty, kteří jsou zranění. Do této nepříjemné situace se dostávají i příbuzní, náhodní kolemjdoucí, dokonce i samotní záchranáři, pro které může být takovýto případ těžce zvládnutelný i přes fakt, že jsou profesionálové. Při události traumatizujícího rázu, je

zatěžována především emoční stránka člověka. Přemýšlení nad tím, co se stalo, může zapříčinit pocity jako ztrátu bezpečí a životních jistot. Reakce na stresovou událost, která může nastat, jako např. mimořádná událost s hromadným postižením osob, autonehoda, úraz vlastního dítěte, se skládají z několika fází. Od těch, které proběhnou během nebo bezprostředně po události, přes ty, jež trvají několik dnů, týdnů, až nakonec po několik měsíců (Šín, 2017).

3.2.1 Akutní stresová reakce

Jedná se o přechodnou poruchu, rozvíjející se u jedince, který duševní poruchou zjevně netrpí a povětšinou trvá v rámci hodin či dnů. V jaké míře se objeví, záleží na osobní výši psychické odolnosti, zranitelnosti a schopnosti vypořádat se s takovou situací. Zpočátku se dostaví zármutek se sníženou pozorností, který je následován neklidem a výraznou aktivitou jako jsou roztržité reakce. Současně je běžný výskyt projevů, jako je pocení, zrudnutí pokožky a tachykardie. Dokonce může být přítomna částečná nebo selektivní disociativní amnézie na prožité trauma. Příznaky akutní stresové reakce se většinou projeví již během několika minut po stresovém zážitku a povětšinou vymizí v rámci hodin, nebo dnů (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2021).

3.2.2 Posttraumatická stresová porucha

Rozvoj posttraumatické stresové poruchy (dále PTSD) ohrožuje jak samotné pacienty, tak zdravotníky, kteří jsou také vystavováni enormní psychické zátěži v rámci svého povolání. Jsou to totiž oni, kdo se stává přímým svědkem tragických událostí, hromadných neštěstí, těžkých destruktivních zranění, nemožnosti poskytnout lepší pomoc k záchraně lidských životů apod. Hlavními spouštěči PTSD jsou vystavení extrémnímu stresu, svědectví traumatické události (znásilnění, válečné prostředí, teroristický útok, vážná nehoda, úmrtí) nebo jsou sami oběťmi nehody, násilí apod. Ačkoliv se tato porucha jistě objevila již dřív, k jejímu popsání došlo během 1. světové války. Ačkoliv se PTSD může objevit u kteréhokoliv etnika, kultury nebo národnosti, ženy jsou postihovány dvakrát častěji než muži. Aby jedinec mohl být diagnostikován touto poruchou, musí vykazovat symptomy, jež jsou pro PTSD typické. Řadí se mezi ně např.: retrospektivní opakované prožívání traumatické události, které může být tak realistické, až má člověk pocit, že je opět na místě nehody; vyhýbání se místům, předmětům, osobám, situacím, které by mohli být spouštěčem k navození traumatických vzpomínek; neschopnost vybavení si důležitých aspektů traumatické události, trvající hněv, strach, pocity viny nebo hanby, nezapojení se do aktivit, které dotyčný před událostí rád provozoval, neschopnost

prožívat pozitivní emoce; poruchy spánku a koncentrace, lehkomyšlné chování, záchvaty vzteku atd. Tyto symptomy musí přetrvávat minimálně měsíc a signifikantně narušovat každodenní fungování (Torres, 2020).

Právě díky změně chování, která PTSD doprovází, přidružené agresivitě, vzteku, depresivním stavům a zmatenému chování, je důležité, aby měl zdravotnický záchranář o této problematice přehled. Alespoň základní pochopení této závažné psychické poruchy může usnadnit pochopení pacienta a zvolit zvláště empatický přístup k němu (Andršová, 2012).

3.3 Psychologická první pomoc

S rostoucím počtem tzv. psychosociálních urgencí objevujících se jak v rámci zásahů záchranných služeb, tak na urgentních příjmech, je těžší se v této oblasti správně pohybovat a vyhodnotit situaci. Jedná se o zhoršení psychického stavu pacientů, jejichž momentální situaci by měl spíše řešit psychiatr nebo psycholog. Avšak díky dobrému přístupu ke službám zdravotnických záchranných složek a jejich nepřetržitému provozu, se na ně tito pacienti obrací. Zdravotničtí záchranáři jsou tak často nuceni řešit případy, na něž nejsou dostatečně znalostně připraveni, z důvodu odlišného původního profesního zaměření a nedostatečného výcviku co se týče obsáhlého okruhu psychických onemocnění (Šeblová, Knor, 2018).

Jednou z věcí, která se zdravotnickému záchranáři hodí jak při výjezdech, které díky své vážnosti traumatického inzultu ovlivní z psychického hlediska nejen zraněného, ale i okolní účastníky, tak právě i při výjezdech k pacientovi s psychiatrickou diagnózou, je psychologická první pomoc. Jedná se o několik pravidel komunikace sloužící k pomoci osobě, která se nachází v destabilizované situaci. Hlavním úkolem je dotyčného zklidnit, pomoci mu uvolnit vnitřní napětí, poskytnutí opory, dodat mu naději. Probudit v pacientovi pocit, že má o něj zdravotník opravdu zájem, pomoci mu získat kontrolu nad sebou samotným, nechat ho se tzv. vymluvit, navodit mu pocit, že může hovořit otevřeně, o čem zrovna potřebuje. V rámci výjezdu samozřejmě nemá zdravotnický záchranář dostatek času na to, aby poskytl pacientovi potřebné hodiny, kdy spolu mohou konverzovat. Nicméně i to málo času, které lze v této situaci nabídnout, může znamenat hodně. Už při průvodním vyšetření je nutné navázat s dotyčným kontakt, sledovat v jakém je rozpoložení, jeho verbální i non-verbální projevy, výši stresu a napětí. To vše může evokovat k lepšímu

rozpoložení nemocného. Správným postupem je i dostatečná informovanost pacienta zdravotníky, jaké budou následovat procedury, činnosti a kde se momentálně nachází, pomáhat mu připomínat si realitu – orientaci časem i prostorem, ujistit ho, že jeho pocity jsou normální a všechny jim sdělené informace jsou pro zdravotníky důvěrné (Andršová, 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

V bakalářské práci jsme stanovili hlavní cíl a tři dílčí cíle.

Hlavní cíl:

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak ženy ve VS ZZS vnímají význam komunikace během konfliktní situace.

Dílčí cíle:

C1: Popsat, jak ženy ve VS ZZS vnímají zátěž spojenou s konfliktem sexistického rázu.

C2: Popsat, jak ženy ve VS ZZS hodnotí jednotlivé typy konfliktních situací.

C3: Popsat, jak ženy ve VS ZZS vnímají zkušenosti s kurzy prevence pro konfliktní situace.

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro kvalitativní výzkum byly položeny 3 výzkumné otázky.

VO1: Jak ženy ve VS ZZS vnímají zátěž spojenou s konfliktní situací sexistického rázu?

VO2: Jak ženy ve VS ZZS hodnotí jednotlivé typy konfliktních situací?

VO3: Jaké zkušenosti mají ženy ve VS ZZS s kurzy prevence pro konfliktní situace?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření formou rozhovorů s vybranými zaměstnanci ZZS Karlovarského kraje. Rozhovory byly provedeny se třemi zdravotnickými záchranářkami z výjezdové základny (VZ) Ostrov. Respondentka 1 pracuje u ZZS 2 roky, respondentka 2 15 let a respondentka 3 21 let.

7 METODIKA PRÁCE

Pro provedení kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda rozhovoru s jednotlivými respondentkami. Rozhovory byly provedeny během osobního setkání. V rámci rozhovoru bylo respondentkám položeno pět otevřených otázek, které byly v případě nutnosti obohaceny o otázky doplňující. Výsledky jsou zpracovány pomocí Microsoft OFFICE Word a Excel. Rozhovory byly provedeny v dubnu 2021.

8 ROZHOVORY

Seznam otevřených otázek, které byly položeny v rámci rozhovorů a otázky doplňující, které byly pokládány v případě nutnosti upřesnění odpovědí.

1. Jak vnímáte komunikaci, která by měla vést k uklidnění agresivního pacienta?
 - Zaměřujete se na non-verbální projevy pacienta?
 - Jakou roli mohou hrát Vaše non-verbální projevy během komunikace s pacientem?

2. Jak jako žena prožíváte agresi ze stran pacientů, která má sexistický podtext?
 - Jaké pocity ve Vás útok takového charakteru následně vyvolaly?

3. Jakým způsobem lze z Vašeho pohledu vyhodnotit, že jste konfliktní situaci vyřešila úspěšně?
 - Cítíte, že za úspěšným zvládnutím situace lze považovat i spolupráci s PČR?

3. Jakým způsobem lze z Vašeho pohledu vyhodnotit, že jste konfliktní situaci vyřešila neúspěšně?
 - Považujete za neúspěšné zvládnutí situace i nutnost podat utěšující léky?

5. Pakliže jste absolvovala kurzy krizové komunikace, jak byste popsala jejich přínos pro své zaměstnání?
 - Myslíte, že by mělo být absolvování těchto kurzů nezbytné pro vaši profesi?

8.1 Vyhodnocení rozhovoru 1

První rozhovor jsem uskutečnila se zdravotnickou záchranářkou, která pracuje u ZZS druhým rokem.

U první otázky, jak vnímá komunikaci, která by měla vést k uklidnění agresivního pacienta, respondentka považovala za důležité klidné chování, nezvyšovat hlas a snažit se mluvit v jedné tónině a vcítit se do pocitů pacienta. V případě, že se jedná o schizofrenního pacienta, tak se snaží podmanit tomu, co vnímá on, s cílem zmírnit agresi. Dále u agresivních pacientů považuje za důležité nehledět jim zpřímá do očí a neotáčet se zády. Pokud je to možné, zprvu se snaží vyvarovat dotyků a následně postupně přes dotyk na rameno se uchýlit k dotekům zklidňujícím. Těmito způsoby respondentka popsala, jak by se z jejího hlediska uchýlila ke zklidnění agresivního pacienta. Na doplňující otázku, zda se zaměřuje na non-verbální projevy pacienta, odpověděla, že je to první věc, podle které se při výjezdech řídí. Zaměřuje se na pohled očí a celkové projevy mimiky v obličeji. Na doplňující otázku, jakou mohou hrát roli její non-verbální projevy, odpověděla, že velkou. Nesmí na pacienty dělat obličej, upřesnila je jako „klasické ksichty“. Dále se nesmí kroutit očima, poskytnout pacientovi z mimiky v obličeji najevo, že je nadřazená, že se o něj nezajímá. Další z non-verbálních projevů, které se nesmí projevit ve tváři, jsou škubavé pohyby.

Na druhou otázku, jak vnímá jako žena agresi ze stran pacientů, která má sexistický podtext, odpověděla, že se tímto stylem agrese nenechá vyvést z míry. Na doplňující otázku, jaké pocity v ní útok takového charakteru vyvolá následně, odpověděla, že negativní pocity to v ní nevyvolává ani s odstupem času.

Na třetí otázku, jak lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyhodnotila úspěšně, respondentka odpověděla, že v případě, kdy dojde k uklidnění pacienta a navození komunikace. V rámci doplňující otázky, zda za úspěšné zvládnutí situace považuje i navození spolupráce s Policií České republiky (PČR), odpověděla ano, i to považuje za úspěch. V jistých případech je spolupráce s PČR nutná.

Na čtvrtou otázku, jakým způsobem lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyřešila neúspěšně, odpověděla, že v případě nutného využití násilí jak z její strany, tak ze strany PČR, nebo pomocí medicíny.

Na pátou otázku, pakliže absolvovala kurzy krizové komunikace, jak by popsala přínos pro své zaměstnání, odpověděla, že takovýto kurz na ZZS neabsolvovala. Nicméně respondentka také uvedla, že ho absolvovala v rámci svého předchozího zaměstnání na psychiatrickém oddělení. Na doplňující otázku, zda by absolvování takového kurzu bylo

přínosné pro její praxi zdravotnické záchranáře, míní, že by přínosný rozhodně byl a dokonce si myslí, že by jím měl projít každý zaměstnanec ZZS.

8.2 Vyhodnocení rozhovoru 2

Druhý rozhovor jsem uskutečnila se zdravotnickou záchranářkou, která pracuje u ZZS 15 let.

Na první otázku, jak vnímá komunikaci, která by měla vést k uklidnění pacienta, respondentka odpověděla, že komunikace, kterou aplikuje, je klidná a tichá, s cílem dotyčného uklidnit. Na agresi ze stran pacienta nereaguje a snaží se, aby nepodněcovala její prohloubení. Na doplňující otázku, zda se zaměřuje na non-verbální projevy pacienta, odpověděla, že rozhodně ano. Zvláště na styl jeho pohybů a pohledů, ze kterých se dá vyčíst, v jakém vnitřním rozpoložení se nachází. Na doplňující otázku, zda její non-verbální projevy hrají roli během výjezdu, respondentka uvedla, že ano. Zvláště jsou to takové, které negativně ovlivňují pacienta. Mohou totiž zapříčinit eskalaci jeho agrese, uvádí především chaotičnost v pohybech, určité nepříjemné chování, pohazování s věcmi a agresivně laděné odpovědi. Za důležité také považuje nenechat se od pacienta vyprovokovat.

Na druhou otázku, jak jako žena prožívá agresi, ze stran pacientů, která má sexistický podtext, respondentka odpověděla, že je to nepříjemný zážitek, ale přesto to ignoruje. Na doplňující otázku, jaké pocity v ní útok takového charakteru následně vyvolá, odpověděla, že si takové věci vůbec nepřipouští.

Na třetí otázku, jakým způsobem, lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyřešila úspěšně, respondentka odpověděla, pokud dojde ke zklidnění pacienta a začne spolupracovat. V rámci doplňující otázky, zda za úspěšné považuje i spolupráci s PČR, odpověděla, že ano. Jedná se o případy, kdy díky jejich pomoci, dosáhnou kýženého zklidnění agresora

Na čtvrtou otázku, jakým způsobem, lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyřešila neúspěšně, respondentka odpověděla, že v případě, kdy nedojde k takovému zklidnění agresora, aby byli schopni jeho transportu. V rámci doplňující otázky odpověděla, že za neúspěšné zvládnutí respondentka nepovažuje nutnost medikamentózní léčby, ke zklidnění pacienta.

Na pátou otázku, pakliže absolvovala kurzy krizové komunikace, jak by popsala jejich přínos pro své zaměstnání, respondentka odpověděla, že kurzy tohoto typu neabsolvovala. Na doplňující otázku, zda by souhlasila s jejich absolvováním v rámci zaměstnání na ZZS, respondentka odpověděla kladně - ano.

8.3 Vyhodnocení rozhovoru 3

Třetí rozhovor jsem uskutečnila se zdravotnickou záchranářkou, která pracuje na ZZS 21 let.

Na první otázku, jak vnímá komunikaci, která by měla vést k uklidnění agresivního pacienta, respondentka odpověděla, že v první řadě je důležité pacienta zklidnit jak verbálními, tak non-verbálními prostředky. V první řadě je vhodné pacienta posadit, jak uvádí ze znalostí, jež jí předali mentoři – psychologové, když pracovala v předchozím zaměstnání na psychiatrickém oddělení. Uvádí, že útok ze stran pacienta vychází z jeho postoje, umožňuje mu to lepší rozběh i snadnější pozici, ze které se může napřáhnout a udeřit zdravotníka. Dále se uchyluje ke snížení tóniny hlasu, klidné mluvě, snažit se nefixovat dotyčného očima (dodává, že zvláště by se fixací očí mělo vyhnout u schizofrenních pacientů), chránit si záda, najít si prostor s únikovou cestou a především se k němu neotáčet zády. V rámci doplňující otázky, zda se zaměřuje na non-verbální projevy pacienta, odpověděla ano. Díky zkušenostem většinou pozná, že se pacient chystá k útoku a v té chvíli se snaží dotyčného zklidnit. Respondentka udává snahu eliminace očního kontaktu, naprostému vyhnutí se „šťouchání“ do pacienta, neaplikovat hrubou sílu. V případě agresivního pacienta, je lepší variantou počkat si na hlídku PČR, kterou si posádka zavolá na pomoc. Na doplňující otázku, zda non-verbální projevy samotné respondentky hrají roli, odpověděla, že velkou. Zvyšování hlasu, rozčilený tón, rozhazování rukama jsou pro pacienta podněty k agresi z jeho strany. Doporučuje proto stát rovně, klidně, být otočený k pacientovi čelem, ale nefixovat ho pohledem. Pokud pacient zklidnit nejde, celá posádka se snaží odejít z kritického místa, a dovolávají si hlídku PČR.

Na druhou otázku, jak jako žena prožívá agresi ze stran pacientů, která má sexistický podtext, respondentka odpověděla, že takovýmto verbálním projevům nevěnuje pozornost, nevnímá je, nemá smysl na ně reagovat. Naopak doplňuje, že uniforma

zdravotnického záchranáře umožňuje se ženám schovat, například díky absenci výstřihů. Na doplňující otázku, jaké pocity v ní může útok, takového charakteru, následně vyvolat, respondentka odpověděla, že by se dostavil pocit znechucení. Přidává, že jako profesionál, se musí nad takovéto narážky povznést, případně však může vyhledat pomoc psychologa, nebo krizového pracovníka, kterého poskytuje ZZS. Takovýto útok respondentku prozatím minul, nebo si ho možná ani neuvědomuje, vzhledem k přístupu, jehož podstatou je, se tím vůbec nezabývat.

Na třetí otázku, jakým způsobem, lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyřešila úspěšně, respondentka odpověděla, že v případě zklidnění pacienta, navození komunikace a domluvy s dotyčným, bez nutnosti využití donucovacích prostředků (např. s pomocí PČR).

Na čtvrtou otázku, jakým způsobem lze z jejího pohledu vyhodnotit, že konfliktní situaci vyřešila neúspěšně, respondentka odpověděla, že v případě nutného opuštění místa a zpacifikování pacienta. Na druhou stranu také respondentka dodává, že v určitých případech to za neúspěšné nepovažuje, jedná-li se o pacienta s diagnózou znemožňující takovéto zklidnění. Má tím namysli schizofreniky, kteří neužívají předepsané léky v rádech týdnů. V těchto případech je nutné využít aplikaci sedativ. Opakovaně se jí při výjezdech na schizofrenní pacienty, neužívající léčbu stalo, že byli nuceni použít hrubou sílu s pomocí PČR, následně pacientovi podat sedativa a teprve pak zahájit transport – v těchto případech, podle respondentky, je komunikace neúspěšná.

Na pátou otázku, pakliže absolvovala kurzy krizové komunikace, jak by popsala přínos pro své zaměstnání, respondentka odpověděla, že kurz takového typu v rámci ZZS neabsolvovala. Nejvíce zkušeností s krizovou komunikací čerpá z předchozího zaměstnání na psychiatrickém oddělení. Tyto znalosti ji pozitivně pomáhají během rozhodování, jak se zachovat při určitých výjezdech, kdy se dostane do krizové situace. Respondentka na doplňující otázku, zda si myslí, že by se takovéto kurzy měly absolvovat pravidelně, míní, že alespoň vstupní základní proškolení by proběhnout mělo. Co se týče pravidelného proškolení, neví, zda by to mělo efekt. Pro zaměstnání zdravotnického záchranáře, by takovýto kurz potřebný byl, jako příklad uvádí: 4 hodinový kurz s lektorem.

9 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 Jak vnímáte komunikaci, která by měla vést k uklidnění agresivního pacienta?

Tabulka 1 Vnímání komunikace k uklidnění agresivního pacienta

Respondentka 1	Důležité je klidné chování, nezvyšovat hlas, mluvit v jedné tónině, vcítit se do pocitů pacienta. Nehledět zpřímá do očí, neotáčet se zády. Vyvarovat se nadřazenému chování, šklebům a šhubavým pohybům v obličeji. Z non-verbálních projevů pacienta zaměření na pohled očí a mimiku.
Respondentka 2	Aplikovaná komunikace je klidná a tichá. Na agresi zpátky nereagovat. Vyvarovat se chaotických pohybů, pohazování s věcmi. Z non-verbálních projevů pacienta jsou důležité jeho pohyby a pohledy.
Respondentka 3	Z počátku důležité pacienta posadit, znesnadní se tím tak jeho případný útok. Snížit tóninu hlasu, klidná mluva, nefixovat očima, chránit si záda, stát rovně směrem k pacientovi bez upřeného pohledu. Vyvarovat se rozčileného tónu, rozhazování rukama, hrubé síly, šťouchání do pacienta. Z non-verbálních projevů pacienta důležitý styl postoje.

[zdroj: vlastní]

Respondentka 1 komunikuje klidně a v jedné tónině spolu s vcítěním se do pocitů pacienta. Nehledí do očí, neotáčí se zády. Vyvaruje se nadřazenému chování, šklebům a šhubavým pohybům. Z non-verbálních projevů pacienta důležité pohledy očí a mimika. Respondentka 2 komunikuje klidně a tiše. Na pacientovu agresi nereaguje. Vyvaruje se chaotickým pohybům a pohazování věcmi. Z non-verbálních projevů pacienta důležité jeho pohyby a pohledy. Respondentka 3 nejdřív pacienta posadí, následně komunikuje klidně ve snížené tónině, nefixuje očima, chrání si záda, stojí čelem bez upřeného pohledu. Vyhýbá se širokým gestům rukou, hrubé síle, šťouchání do pacienta. Z non-verbálních projevů důležitý jeho postoj.

Otázka č. 2 Jak jako žena prožíváte agresi ze stran pacienta, která má sexistický podtext?

Tabulka 2 Reakce na agresi se sexistickým podtextem

Respondentka 1	Nenechá se vyvést z míry. Ani následně u ní nedochází ke zpětnému vyvolání negativních pocitů.
Respondentka 2	Nepříjemný zážitek, ale ignoruje jej. Případně následné vyvolání negativních pocitů si nepřipouští.
Respondentka 3	Nevěnuje jí pozornost. Negativní pocity si ani následně nepřipouští.

[zdroj: vlastní]

Všechny respondentky se shodly, že útoku takového charakteru nevěnují pozornost, popřípadě se jím nenechají rozhodit. Ani následně u nich nedochází k negativním pocitům.

Otázka č. 3 Jakým způsobem lze z Vašeho pohledu vyhodnotit, že jste konfliktní situaci vyřešila úspěšně?

Tabulka 3 Úspěšné vyhodnocení krizové situace

Respondentka 1	Dojde-li k uklidnění pacienta a navození komunikace. Spolupráci s PČR považuje také za úspěšné zvládnutí konfliktní situace.
Respondentka 2	Dojde-li ke zklidnění pacienta a navození spolupráce. Spolupráci s PČR považuje za úspěšné zvládnutí konfliktní situace, pokud s jejich pomocí dojde ke zklidnění agresora.
Respondentka 3	Dojde-li ke zklidnění pacienta a navození komunikace, bez nutnosti využití donucovacích prostředků PČR.

[zdroj: vlastní]

Všechny dotazované respondentky se shodly, že v případě uklidnění pacienta a navození komunikace, lze konfliktní situaci vyhodnotit jako úspěšně vyřešenou. Respondentka 1 uvedla, že spolupráci s PČR zařazuje do úspěšného zvládnutí. Respondentka 2 uvedla, že spolupráci s PČR zařazuje do úspěšného zvládnutí situace v případě, že dojde ke zklidnění pacienta. Respondentka 3 nevnímá spolupráci s PČR jako úspěšně zvládnutou konfliktní situaci.

Otázka č. 4 Jakým způsobem lze z Vašeho pohledu vyhodnotit, že jste konfliktní situaci vyřešila neúspěšně?

Tabulka 4 Neúspěšné vyhodnocení krizové situace

Respondentka 1	V případě nutného využití násilí, nebo pomocí medikace
Respondentka 2	V případě nemožnosti transportu pacienta, z důvodu jeho stále probíhající agrese. Mezi neúspěšně vyřešené konfliktní situace nepovažuje podání zklidňující léčby.
Respondentka 3	V případě nutného opuštění místa zásahu, nebo zpacifikování pacienta silou.

[zdroj: vlastní]

Respondentka 1 uvedla, že v případě nutného použití násilí, nebo medikace, považuje konfliktní situaci jako neúspěšnou. Respondentka 2 uvedla, že v případě nemožnosti transportu pacienta, je konfliktní situace neúspěšná. Mezi neúspěšně vyřešené situace ale nepovažuje podání zklidňujících léků. Respondentka 3 uvedla, že za neúspěšně vyřešenou konfliktní situaci považuje nutné opuštění místa zásahu.

Otázka č. 5 Pakliže jste absolvovala kurzy krizové komunikace, jak byste popsala jejich přínos pro své zaměstnání?

Tabulka 5 Absolvování kurzů krizové komunikace

Respondentka 1	Kurz tohoto typu na ZZS v rámci svého zaměstnání neabsolvovala. Prošla si jím v rámci předchozího zaměstnání a jeho absolvování doporučuje.
Respondentka 2	Kurz tohoto typu na ZZS v rámci svého zaměstnání neúčastnila, avšak souhlasila by s jeho absolvováním.
Respondentka 3	Kurz tohoto typu na ZZS v rámci svého zaměstnání neabsolvovala. Zkušenosti čerpá ze znalostí nabytých v rámci předchozího zaměstnání. Jeho absolvování během praxe na ZZS doporučuje.

[zdroj: vlastní]

Všechny respondentky se shodly, že v rámci svého zaměstnání na ZZS se kurzů krizové komunikace neúčastnily, ale souhlasí, nebo dokonce i doporučují jeho absolvování.

10 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ženy ve VS ZZS vnímají význam komunikace během konfliktní situace. Výzkum jsem prováděla formou rozhovorů se zdravotnickými záchranářkami pracujícími u ZZS Karlovarského kraje. Rozhovor byl zaměřený na otázky týkající se zásady komunikace s agresivním pacientem, význam verbální a non-verbální komunikace během interakce s pacientem a pocity ohledně verbálního útoku ze stran pacienta se sexistickým podtextem. Dále na vyhodnocení úspěšné a neúspěšné konfliktní situace, názor na kurzy krizové komunikace v případě, že ve své kariéře nějaké absolvovaly a význam jejich absolvování pro zaměstnání zdravotnického záchranáře. V prvním případě byla respondentka zaměstnána na ZZS 2 roky, ale se zkušenostmi z předchozího zaměstnání na psychiatrickém oddělení. Respondentka 2 pracuje na ZZS 15 let. Respondentka 3 s nejdelší praxí (21 let) u ZZS, také čerpá ze zkušeností, jež nabyla v rámci svého předchozího zaměstnání na psychiatrickém oddělení.

Z otázky č. 1 jsme získali odpovědi na hlavní cíl bakalářské práce: „Zjistit, jak ženy ve VS ZZS vnímají význam komunikace během konfliktní situace.“

Z odpovědí jsme mohli zjistit, že společným rysem všech tří respondentek, v komunikaci s agresivním pacientem, která by měla vést k jeho uklidnění, je jednoznačně zásada klidných verbálních projevů v nižší, nebo stálé tónině. Určitou paralelu lze najít i v odpovědích, zda se zaměřují na své vlastní non-verbální projevy, během komunikace s pacientem. Jak si respondentky shodně uvědomují, nekoordinovaná a energická široká gesta mohou mít za následek jen další podporu v agresivním chování pacienta. Shodují se s tvrzením vyplývající ze studie vypracovanou Knornem, Pekarou (2019), kdy respondenti následují strategii zvládnutí krizové situace pomocí vlastního sebeovládání. Dále se u téže studie (Knor, Pekara, 2019) shodují s tvrzením, že komunikace, v souvislosti s agresí a násilím vůči zdravotnickým záchranářům, hraje klíčovou roli. Jak lze totiž vypozařovat z odpovědí respondentek, verbálním projevům přikládají důležitost, pokud chtějí útočného pacienta zklidnit a nepodněcovat v něm další agresí. Neshodují se s tvrzením uvedeným v této studii (Knor, Pekara, 2019), že jednou ze strategií aplikovanou během interakce s agresivním pacientem, je přijímání jeho požadavků. Postup, dle výpovědí respondentek, probíhá opačně. Zdravotnické záchranářky se pomocí verbálních a non-verbálních projevů snaží agresivního pacienta uklidnit do takové míry, aby byl schopen jak komunikovat, tak

vyhovět jejich požadavkům a bylo tak možné přistoupit k jeho transportu. Respondentky 1 a 3 se ve svých odpovědích shodly, že se snaží neotáčet zády k dotyčnému a mít je vždy chráněné, agresivnímu pacientovi nehledět zpřímá a upřeně do očí. Není náhodou, že tyto dvě respondentky prošly v minulosti, jako zaměstnankyně, stejným psychiatrickým oddělením. Lze tudíž předpokládat, že jejich sdílené zkušenosti je předurčují ke kladení větší váhy na vždy připravenou únikovou cestu. Ve vnímání non-verbálních projevů pacienta, se respondentky částečně shodují. Respondentka 1 se zaměřuje na pohled očí a mimiku, respondentka 2 též na pohled očí a zároveň postoj a respondentka 3 na styl postoje pacienta.

C1: Popsat, jak ženy ve VS ZZS vnímají zátěž spojenou s konfliktní situací.

VO1: Jak ženy ve VS ZZS vnímají zátěž spojenou s konfliktní situací?

Jak je možné vyčíst z výsledků studie publikované Knornem, Pekarou (2019), 18 z 20 respondentů zažilo během svého zaměstnání útok ze stran pacienta, ve všech případech se jednalo o pacienta mužského pohlaví. Zdravotnické záchranářky by tak mohly být vystaveny větší psychické zátěži ze stran verbálního napadení pacientem, se sexistickým podtextem. Přesto se všechny tři respondentky ve svých odpovědích shodly, že útokům ze stran pacientů, mající sexistický podtext, nevěnují pozornost a nenechají se jimi rozhodit. Ani následně po incidentu nezažívají negativní emoce.

C2: Popsat, jak ženy ve VS ZZS hodnotí jednotlivé typy konfliktních situací.

VO2: Jak ženy ve VS ZZS hodnotí jednotlivé typy konfliktních situací?

V rámci otázek č. 3,4 nám bylo odpovězeno na výzkumnou otázku č. 2. Všechny 3 respondentky se shodly, že za úspěšné vyřešení konfliktní situace považují zklidnění pacienta s následným navozením komunikace. S částí studie, vypracované Knornem, Pekarou (2019), že další ze strategií je zahrnutí spolupráce s PČR, se respondentky shodují, avšak jejich pohled na následnou úspěšnost je odlišný. Respondentka 1 uvedla, že v případě spolupráce s PČR, je z jejího pohledu konfliktní situace vyhodnocena jako úspěšná. Respondentka 2 odpověděla, že za úspěšně zvládnutou konfliktní situaci, pakliže dojde ke spolupráci s PČR, považuje tu, kde je díky jejich pomoci docíleno zklidnění pacienta. Respondentka 3 nepovažuje spolupráci s PČR za úspěšně zvládnutou konfliktní situaci.

V odpovědích na neúspěšné vyhodnocení konfliktní situace respondentky 1 a 3 shodně odpověděly, že je tomu tak v případě použití hrubé síly vůči agresorovi. Podání medikace respondentka 1 považuje za neúspěšné vyhodnocení, zatímco respondentka 2 takovýto postup za neúspěšný nepovažuje. Respondentka 2 hodnotí situaci neúspěšně, pokud agresivita pacienta neumožňuje jeho transport. Respondentka 3 se shoduje se studií provedenou Knorem, Pekarou (2019) tím, že se v rámci strategie uchýlí k opuštění místa zásahu, z důvodu agresivního chování pacienta. Tento případ považuje za neúspěšně vyhodnocenou situaci.

C3: Popsat, jak ženy ve VS ZZS vnímají zkušenosti s kurzy prevence pro krizové situace.

VO3: Jaké zkušenosti mají ženy ve VS ZZS s kurzy prevence pro konfliktní situace?

Všechny tři respondentky se shodly, že v rámci zaměstnání u ZZS neabsolvovaly žádný z kurzů prevence pro krizové situace. Účasti by se ovšem nebránily a dokonce ho doporučují. Respondentka 1 uvedla, že by ho měl absolvovat každý ze zaměstnanců. Respondentka 2 by s jeho absolvováním souhlasila. Respondentka 3 míní, že tento druh kurzu by měl podstoupit každý nově příchozí zaměstnanec a jehož délka by měla být například čtyř hodinová. V kurzech, které by se periodicky opakovaly, však smysl nevidí. Ačkoliv ani jedna z respondentek kurz prevence pro konfliktní situace neabsolvovala v rámci zaměstnání u ZZS, respondentky 1 a 3 uvedly, že díky předchozímu zaměstnání na stejném psychiatrickém oddělení, mají znalosti a zkušenosti, jež tam získaly a využívají je ve své momentální praxi.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci poukazuji na význam komunikace během krizové situace s agresivním pacientem, při poskytování přednemocniční neodkladné péče zdravotnickým záchranářem. Hlavním cílem bylo zjistit, jak ženy ve VS ZZS vnímají význam komunikace během konfliktní situace. V teoretické části popisujeme rozdělení komunikačních forem, teorii sebeobrany a z psychologického hlediska rozebrané nepříjemné emocionální prožitky, které mají vliv na psychický stav pacienta. Pro praktickou část jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu. Tento výzkum byl realizován na VZ Ostrov, ZZS Karlovarského kraje. Vybrali jsme 3 zdravotnické záchranářky, které byly díky svým zkušenostem ve zdravotnictví, vhodné k provedení rozhovorů.

Ke splnění hlavního cíle byly stanoveny 3 dílčí cíle, ke kterým byly přiřazeny 3 výzkumné otázky. První dílčí cíl byl splněn, respondentky popsaly absenci hlubšího negativního prožívání ataků, vůči jejich osobě, se sexistickým podtextem. Druhý dílčí cíl byl splněn, když respondentky popsaly své vnímání úspěšného a neúspěšného vyhodnocení konfliktní situace. Třetí dílčí cíl splněn nebyl. Ani jedna z respondentek neabsolvovala kurzy prevence pro konfliktní situace, ovšem všechny se zároveň shodují v doporučení na jeho účasti.

Za výsledek mé bakalářské práce považuji zdůraznění důležitosti vhodně zvolených komunikačních forem, během krizové situace s agresivním pacientem. Dostatečná znalost těchto technik je nezbytná ve všech případech interakce s agresivním pacientem, pakliže má být konfliktní situace vyřešena úspěšně. Rozumí se tím zklidnění pacienta a navození komunikace.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2012, 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015, 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

BERÁNEK, Václav. *Bojové umění v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře: metodická doporučení pro lektory profesní sebeobrany*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2017, 150 s. ISBN 978-80-261-0714-9.

BLÁHA, Ondřej. Muž a žena v jazyce. *Český rozhlas: Olomouc rozhlas* [online]. Praha: Vydavatelství a nakladatelství Českého rozhlasu, c1997-2021, 8. ledna 2015 [cit. 2021-03-09]. Dostupné z: <https://olomouc.rozhlas.cz/muz-a-zena-v-jazyce-6388194>

ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb Trestní zákoník. *Zákony.centrum* [online]. 2009 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-1-hlava-3-paragraf-29?full=1>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi* [online]. c2010-2021, 8.12.2011 [cit. 2021-03-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#Top>

GAWRON, Tomáš. Nutná obrana I: Rozdíl oproti krajní nouzi a úvod do problematiky. *ZBROJNICE.COM: Praktické, právní, kulturní a společenské aspekty civilního držení zbraní*. [online]. 10.2. 2020 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://zbrojnice.com/2020/02/10/nutna-obrana-i-rozdil-oproti-krajni-nouzi-a-uvod-do-problematiky/>

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018, 312 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 4. vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON, 2017, 632 s. ISBN 978-80-7553-420-0.

IASP. IASP Announces Revised Definition of Pain. *IASP - International Association for the study of Pain: Working together for pain relief* [online]. Washington, D.C., July 16

2020 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>JANEČKOVÁ, Eva. *Právní aspekty sebeobrany*. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 172 s. ISBN 978-80-7478-760-7.

JANOUSEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2015, 384 s. ISBN 978-80-247-9851.

KOUŘIL, Tomáš. Úzkost: Nepříjemný stav, od kterého si můžeme pomoci přírodní cestou. *EFIA: etická fitness aliance* [online]. 2018, 25. 12. 2020 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <https://www.efia.cz/2020/12/25/uzkost-neprijemny-stav-od-ktereho-si-muzeme-pomoci-prirodni-cestou-dil-1/>

KNOR, Jiří, Jaroslav PEKARA, Jana SEBLOVA, David PERAN, Patrik CMOREJ a Jitka NEMCOVA. Qualitive Research of Violent Incidents Toward Young Paramedics in the Czech Republic. *The Western Journal of Emergency Medicine*. eScholarship University of California, 2000-, , 468. ISSN 1936-9018. Dostupné z: doi:10.5811/westjem.2019.10.43919

LUXOVÁ, Lucie. *Krajní nouze v trestním právu* [online]. 2015 [cit. 2021-03-09]. ISSN 1213-189X. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/krajni-nouze-v-trestnim-pravu-98189.html>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. F40-F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. *MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. 2021 [cit. 2021-04-10]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F43.8>

NAKONEČNÝ, Milan. Co je strach? *Sanquis: Časopis o umění, medicíně a zdravém životním stylu* [online]. 2008 [cit. 2021-03-08]. Dostupné z: <https://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=pls128>

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Anxiety disorders. *NIH: National Institute of Mental Health* [online]. Bethesda, 2018 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

NESČÁKOVÁ, Libuše. *Profesní chování a komunikace*. 3. vydání. Praha: Institut certifikace účetních, 2011, 218 s. ISBN 978-80-86716-74-9.

NOVINKY. Počet útoků na záchranáře je alarmující. *Novinky.cz* [online]. c2003-2021, 8.11. 2011 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/krimi/clanek/pocet-utoku-na-zachranare-je-alarmujici-40108190>

PLECEROVÁ, Veronika a Yveta PUŽEJOVÁ. *Psychologie* [online]. 2016 [cit. 2021-03-25]. ISBN 978-80-88058-88-5. Dostupné z: <https://publi.cz/books/339/Impresum.htm>

RAJA, Srinivasa a Daniel CARR. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain: The Journal of the International Association for the Study of Pain* [online]. 2020, September 2020, **9**(161) [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: doi:10.1097

RYCHTAŘÍKOVÁ, Yveta. *Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců*. Praha: Grada Publishing, 2008, 136 s. ISBN 978-80-247-2100-2.

SÁČKOVÁ, Ivana. *Asertivita není agresivita* [online]. 2020 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.ivanasackova.cz/asertivita-neni-agresivita/>

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018, 479 s. ISBN 978-80-271-0596-0.

ŠÍN, Robin. *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017, 351 s. ISBN 978-80-7492-295-4.

TESAŘ, Michael. Psychické trauma a jeho následky. *O psychologii.cz* [online]. 12. dubna 2014 [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/19-psychicke-trauma-a-jeho-nasledky/>

TORRES, Felix. What is Posttraumatic Stress Disorder? *American Psychiatric Association* [online]. Washington, D.C., c2021, August 2020 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

TRUHLÁŘ, Anatolij, Vladimír ČERNÝ a Renata ČERNÁ. Principy vzdělávání v resuscitaci: Návuk netechnických dovedností včetně vedení týmu a týmové spolupráce k dosažení lepších výsledků. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. Mimořádné vydání 2015. MEDIPRAX CB, 2015, **18.**, 57. ISSN 1212-1924. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: <https://www.resuscitace.cz/files/files/0/j79oh/um-mimoradne-2015-final-preview.pdf>

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Národní ošetřovatelský postup péče o pacienta s bolestí: Soubor doporučení a návod na tvorbu místních ošetřovatelských postupů v zařízeních poskytovatelů zdravotnických služeb. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 21. února 2020 [cit. 2021-03-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40361/NOP%20P%C3%A9%C4%8De%20o%20pacienta%20s%20bolest%C3%AD.pdf>

VÍT, Michal, Zdenko REGULI a Jitka CHVÁTALOVÁ. *Základy osobní sebeobrany* [online]. Brno: Elportál, 2012 [cit. 2021-04-09]. ISBN 978-80-210-5784-5. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/ps11/sebeob/web/pages/definice_sebeobrany.html

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

WIKISKRIPTA. Úzkostné poruchy. *WikiSkripta: projekt 1. lékařské fakulty a Univerzity Karlovy, příspěvek UK k výukovým zdrojům sítě lékařských fakult MEFANET* [online]. Praha, 2008, 3. 2. 2018 [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/%C3%A9zkostn%C3%A9_poruchy

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Žádost Karlovy Vary

Příloha 2 Potvrzení žádosti Karlovy Vary

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje

PhDr. Nikola Brizgálová, Dis.

Závodní 390/98c

360 06 Karlovy Vary

V Plzni dne 03. 03. 2021

Věc: Žádost o povolení provedení rozhovorů se zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje.

Vážená paní doktorko,

Jmenuji se Markéta Lubinová a studuji 3. ročník oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Ráda bych Vás požádala o umožnění provedení rozhovorů s vybranými zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje. Výsledky využiji při zpracování praktické části ve své bakalářské práci na téma „*Význam komunikace v profesní sebeobraně zdravotnického záchranáře*“.

Závěrečnou práci zpracovávám pod vedením Mgr. et Mgr. Václava Beránka z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Tímto Vás žádám o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Děkuji a se srdečním pozdravem

Markéta Lubinová

Studentka 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář

FZS, ZČU v Plzni

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr Václav Beránek

ZČU v Plzni

E-mail: vberanek@kfe.zcu.cz

Kontaktní údaje:

Markéta Lubinová

Klínovecká 970

363 01 Ostrov

Tel.č.: +420608063552

E-mail: maja6@students.zcu.cz

Příloha1 Žádost Karlovy Vary

Vyjádření k žádosti:

a) žádost povolena

b) ~~žádost zamítnuta~~

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko:

5. 9. 21

Zdravotnická záchranná služba
Karlovarského kraje, příspěvková organizace
PhDr. Nikola Briegalová
Vedoucí vzdělávacího a výcvikového střediska
Závodní 390/98C, 360 06 Karlovy Vary
Tel.: +420 353 362 547, mobil: +420 725 057 011